

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

3

2023  
Vol.37-No.3

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

# 嘱託産業医として心得ておくべき 最近のトピックス

【企画】山田誠史 市立恵那病院 副院長

●インタビュー

「若い頃に経験したさまざまな“点”が、  
今の自分につながっている！」

山本博徳 自治医科大学内科学講座消化器内科学部門 教授

会員向け

# JADECOM 生涯教育 e-Learning



## 会員向けのContents



生涯教育センター長  
富永 眞一

地域で活躍する先生方の生涯学習をお手伝いすることを目的に、2017年4月にJADECOM生涯教育センターが新設されました。e-Learningプロジェクトでは、自治医科大学の教員が情熱をもって進めている最新の研究や最新の治療に関する情報をレクチャー形式で解りやすく提供します。このe-Learningプロジェクトは、自治医科大学の長期目標に謳われている15年一貫教育の活動の一つでもあります。

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。

## 「私の地域医療」

後編 2月1日配信 ▶

「第15回へき地・地域医療学会」(2022年6月25日開催)において、高久賞候補演題として発表された9名の先生方の「私の地域医療」。前編・中編・後編の3回にわたってe-Learningのコンテンツとして配信します。それぞれの先生の義務年限中の地域での医療活動や業績をぜひご視聴ください。

### へき地での活動を通して

日野有美香先生 (福岡県 37期)  
小竹町立病院



### 地域に笑顔をつくる

池上雄亮先生 (奈良県 37期)  
直島町立診療所



### “地域の患者と向き合う”ことが地球の誰かを救うかもしれない

岡崎悠治先生 (広島県 37期)  
広島市立広島市民病院



生涯教育e-Learningは公益社団法人地域医療振興協会ホームページから閲覧できます。http://www.jadecom.biz/



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会

生涯教育センター

担当:佐々木 TEL : 03-5212-9152(代)



# 月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.37—No.3(2023年)

## 目次

### インタビュー

- 若い頃に経験したさまざまな“点”が、今の自分につながっている！／山本博徳 2

### 特集 嘱託産業医として心得ておくべき最近のトピックス

- エディトリアル／山田誠史 12
- 産業医の要件と職務／堤明純 13
- 働き方改革関連法を含む最近の労働安全衛生に関連した法改正の動向／吉川徹 19
- 治療と仕事の両立支援における産業医の役割／江口尚 26
- 職場における新型コロナウイルスをはじめとする感染症予防対策の重要性／宮本俊明 31
- 中小企業における産業医活動の実際／今井鉄平 38
- 産業医活動と包括ケア／川原田恒 44

### 活動報告

- 自治医科大学卒業医師を対象にした『義務年限内の専門医資格取得』についてのアンケート調査／佐藤新平 50

### Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”

- 第113回“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止する！  
－事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策－／石川雅彦 60

### 報告

- 自治医科大学医学部37期生 地域医療事例研究会 ～Okurairi case discovery (OCD)～／菅谷涼 70

### ちょっと画像でCoffeeBreak

- 胸部X線画像クイズ／林貴菜 73

### 離島交換日記

- 施設内感染の制御／濱平秀代 76

### JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- JADECOM全ての施設にNDCの力を届けたい！／鈴木靖子 78

### 研修医日記

- マイペースに一步一步／福住美早樹 80

お知らせ ..... 84

求人病院紹介 ..... 90

投稿要領 ..... 94

編集後記 ..... 巻末

## INTERVIEW

自治医科大学内科学講座  
消化器内科学部門 教授  
山本博徳先生



# 若い頃に経験したさまざまな“点”が、今の自分につながっている!

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

## 消化器外科から消化器内科に方向転換

山田隆司(聞き手) 今日、自治医科大学に山本博徳先生をお訪ねしました。先生は自治医大の卒業生で、現在、消化器内科教授として活躍していらっしゃいます。またダブルバルーン内視鏡やヒアルロン酸ナトリウムを用いたESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)の開発者としても有名です。

はじめに先生が卒業してからここに至るまでの経歴をご紹介ください。

山本博徳 私は自治医大の高知県7期で、1984年の卒業です。卒業してすぐ高知県に戻り、高知県立中央病院で初期研修をしました。そこは消化器が強く、消化器内科、消化器外科ともに非常

にアクティブにされていたので消化器関係に興味を持ちました。最初は消化器外科をやりたいと思っていました。当時腹部エコーなどで診断をして、どういうふうになっているかを想像し、実際に手術をして正解が見える。だから診断のできる外科医になれば診断から治療まで、自分で満足してできるのではないかと思ったのですね。それで初期研修の2年目はほとんど外科をやっていました。

3年目で地域中核病院に出ることになり、幡多郡大月町の大月町国民健康保険診療所へ行きました。そのときもまだ外科を目指そうと考えていたので、週1回の研修は県立宿毛病院に手



術を学びに行っていました。

山田 大月診療所には複数の医師がいたのですか。

山本 はい、1期生の夕部富三先生が、1カ所の診療所の機能、レベルでは地域医療の質を上げるのは不十分だということで、大月町に複数あった診療所を統合して19床の有床診療所を作って頑張られていて、そこに私も行きました。初代所長は高知県立中央病院の副院長をされていた塩見文俊先生が就かれ、夕部先生が2代目所長でしたが、そのほかに5期生の小野歩先生、1年上の高橋亨先生がいらっしゃいました。

山田 その診療所は大月町以外の地域の診療もしていたのですか。

山本 はい。診療所のある地区だけでなく、大月町内の他の地区にも出張診療をしたり、患者さんの送迎バスを出したりもしていました。

山田 卒業生がまとまって面倒をみていた地域なのですね。

山本 そうです。

山田 有床診療所で入院患者もいたのですか。

山本 入院患者もいました。

山田 カバーしていた地域の人口はどのくらいだったのですか。

山本 その当時、8千人くらいだったと思います。

1年間、大月診療所において、4年目に沖の島へき地診療所へ行きました。沖の島は人口400人の離島で一人診療所でした。そこにいた時も週に1回は県立宿毛病院で手術をしていました。

そこに1年いて、5年目に高知県と愛媛県の間にある山間へき地の吾川村の大崎診療所に行きました。有床の一人診療所で、実はそれまで何年間も診療所が閉鎖されていたのです。とこ

ろが当時の吾川村の村長さんが、診療所に医者を連れてくるということを公約にして、自治医大の卒業生を誰か派遣してほしいと県に話がいったのですね。卒業生の話し合いの中で誰か行きたい人はいますか？と言われたときに、私が率先して手を挙げました。なぜ率先したかというと、先輩たちが優秀だったので優秀な先輩と比較されるより、そのほうが有利ではないかと(笑)。うまくいかなくなって閉鎖していたところだったので、医者が行くだけで……。

山田 ものすごく喜んでもらえる。

山本 そうなんですよ(笑)。

山田 実際に喜んでもらえましたか。

山本 喜んでもらえました。でも立地としては目立たないところにあったし、患者さんたちはすでにほかの医療機関にかかっていたので、すぐには戻らなかったのですね。対策を立てないところのままではいけないと思い、健康教室を開いたり、巡回で送迎車を出したりという計画を立てて実践したところ、1年で黒字に戻り2年目には健康センターを併設しようという前向きな話になりました。

その頃に、診療所にいると手術というのは難しいなと思ったのですね。初期研修の時に一緒に研修していた外科の人たちはどんどん症例を経験していくし、それで内視鏡はできるので消化器内科のほうがいいかなと考えました。

山田 診療所でも内視鏡はやっていたのですか。

山本 やっていました。それで吾川村の診療所に行ったときから、週1回の研修を高知医科大学の第一内科に変えて、消化器内科に方向を転換しました。

## 米国の内科レジデンシーに挑戦

山本 吾川村の診療所に2年間いて、7年目に後期研修に行けることになったので、臨床的なトレーニングをしっかりと積んで義務年限が明けたあとに自信もって「医者だ」と言えるようにしたいと考え、米国のレジデンシーに挑戦しようと思ったのですね。

山田 そうだったのですか!?

山本 そうなのです。そこで当時の第一内科の山本泰猛教授に留学先を紹介してほしいと相談したところ、「ところで君は資格を持っているのかね?」と聞かれ、「持っていません」と答えたら、「それがなかったら話にならない」と言われました。それでECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates)の資格を取ろうと決意して、7月に試験があったので、ECFMGの資格を取りました。

山田 すごいですね、それは。よくそんなに短期間でECFMGにパスできましたね。

山本 3ヵ月間一生懸命勉強しました。でもパスしましたが、パスさえすれば行けるというわけではなく、The National Residency Matching Program(NRMP)のコンピュータマッチングがあるわけです。米国に200以上ある内科レジデンシープログラムの全てのアプリケーションを取り寄せ、返ってきた100近くにアプライしました。そこでマッチングされ、米国のレジデンシーは3年間なので、義務年限を少し延長してもらって3年間行きました。

山田 どこに行かれたのですか。

山本 1年目はメイヨークリニックで、2年目、3年目はテキサス大学です。

山田 米国で臨床研修をしようというのは前から考

えていたのですか。

山本 考えていなかったです。多分この「月刊地域医学」だったと思うのですが、どこかの先輩が米国でのレジデンシーについて書いているのを診療所で読んで、それもいいかなと何となく考えたのですね。

山田 独学で勉強してもなかなか難しいので、横須賀や沖縄の海軍病院などで経験を積んだり、いろいろなトレーニングをしてから受験をする人たちが多いと思いますが、先生はどのように勉強されたのですか。

山本 そのときが一生の中で一番集中して勉強したという感じですね。英語はあまり得意ではなかったし、時間が短かったので、試験問題で点数を取れるようにと問題集からやってみました。そうしたら半分もいかないところで時間切れになるのです。とにかく時間が短い。英語を読むスピードが遅いというのもあって理解するのに時間がかかる。なので早く読んで早く答えるという即答のトレーニングをしました。最後まで解かなければいけないし、基礎医学から臨床医学まで幅広い知識も身に付けなければいけない。そういう知識は英語で勉強していないので、何のことを言っているのか分からないという感じでした。

山田 面接もあったわけですよね。口頭で答えたりするのはどうやってトレーニングしたのですか。

山本 医学試験は通ったのですが、イングリッシュテストはリスニングができないので落ちました。でもTOEFLで代用できたので、7~12月は英語をとにかく聞きまくりました。当時はま

だテープレコーダーの時代ですから、テープの教材で同じものを何回も繰り返し聞いて、最初は分からなかったのが、聞いた途端に理解できるようになるまで同じものを繰り返し聞いて、それができたら次のをということを続けていたら、初めて聞くものも大分分かるようになる。同じものを繰り返し聞くことと、耳を慣らすために、分かるが分かるまいが聞き続けるという、その2つを並行してやりました。

**山田** すごいですね。今までECFMGを受験した人の話はいろいろ聞く機会がありましたが、先生のお話が短期集中で一番すごいと思いました。やはりもともと能力が高かったのでしょうか。

メイヨークリニックとテキサス大学での3年間は内科のレジデンシーですか。

**山本** そうです。3年間、内科のレジデントをやって、本当はそのままフェローシップを続けたい

希望があって、フェローシップにアプライもしようと考えていたのですが、義務年限が2年残っていたので、県から電話がかかってくる、夕部先生からも電話をいただき、帰って来るように言われ、帰ってきました。

**山田** では薄給で厳しい研修の3年間だけで帰って来たわけですね。もったいないですね、ちょっと。

**山本** そう思いますよね。だから、もう少しよくなかという気持ちが起こっていたのですが、でも結局帰ってきてよかったと思っています。

**山田** 帰ってこられてからはどこに行かれたのですか。

**山本** また大月に行きました。そのときには大月診療所が21床の大月病院になっていました。そこに2年間いて、義務年限が終了しました。

## 新たに開発した2つの方法

**山本** 義務年限が終わる前に、消化器病関係の学会が神戸であって参加したのですが、廊下で自治医大の木村健教授にお会いしたのですね。米国に行く際に先生2人の推薦状が必要で、木村先生と高知大学の山本教授に書いていただいたという経緯があったので、その時に「米国の留学から帰って来ました」と挨拶しました。そうしたら「どこへ行っていたのか?」と聞かれ、「テキサスに行っていました」という話をしたところ、木村先生はちょうど消化器病学会新聞の記事のためにDavid Graham先生のインタビューを担当されていて、「テキサス訛りの英語がよく分

からないから聞いてほしい」と言うのです。ポートピアホテルの木村先生の部屋に行ってテープを聞いて、「こんなことを話していますよ」という説明をしたら、「大学に戻ってきなさい」と言われて、義務年限が明けて大学に戻ることになりました。

もともと消化器に興味を持ちながらも消化器の専門研修というのは受けられないままに11年経って、自治医大の消化器内科に戻ったわけです。

**山田** 米国での3年間のレジデンシーや義務年限の診療所、小さな病院の臨床も含めて、先生は言っ





聞き手:地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

てみれば11年かけて内科の幅広いトレーニングをしたわけですね。そこから消化器に入ったから、土台がしっかりしているのではないかと思います。

**山本** はい。なので、消化器内科、消化器内視鏡の中で、当時常識とされているものもあまりそれが絶対的に正しいとは思いませんでした。義務年限や米国での経験がそういう考え方の基盤になったかもしれません。

消化器内科に戻り、それまで治療内視鏡はしたことがなかったのですが、早期がんのEMR(内視鏡的粘膜切除術)をすることになり、胃角にできた1cmくらいの大きさの病変だったのですが、局注して吸引してバンドをかけ、スネアで切るという方法で行い、きれいに取れたと思ったら、1年後には花びらのように再発してしまいました。再発病変は治療が非常に難しくなるので、やはり初回で決めないといけないと考え、ESDを始めました。そのときはまだESDという言葉はありませんでしたが、後にESDと呼ばれる方法を始めたということです。内視鏡下にニードルナイフで切除する際のセーフティマージンをどうやって得るかということで、ヒアルロン酸ナトリウムを注入して、胃の粘膜下層を

厚く保ったり、薄く柔らかい大腸壁に厚みと硬さを与えたりすることを思いついたのです。ヒアルロン酸ナトリウムは高知県にいたときに使っていたのですね。高知の田舎は山間へき地なので、患者さんが石段を上がって、変形性膝関節症がすごく多いのですよ。ヒアルロン酸ナトリウムは粘性があり、しかも抗原性がない。膝に打っても大丈夫で安全性も確認されているのでそれを使えばいいのではないかと思います。

**山田** 実際に使っていなければ思いつかないことですね。

**山本** それが大学に戻って2年目だったと思うのですが、那須南病院に派遣に出たら、そこにまた夕部先生がいらっしゃったのです。EMRをもっと確実な方法にするために、ヒアルロン酸ナトリウムを使ったらいいのではないのでしょうかと言ったら、「それはいいアイデアだね」ということで、行動力がある夕部先生がすぐに肉屋さんに電話して「ブタの胃袋はないでしょうか」と。

**山田** (笑)さすがだなあ。

**山本** 「ちょうど新鮮なのが入ったところですよ」というので、夕部先生がすぐに着替えて買いに行ってくださいました。夕部先生と一緒に那須南で実験して、「いけそうだ」ということになりました。内視鏡学会で発表したらどうかというので、ただブタの胃袋を買ってきてちょっとやった実験だから恥ずかしくないですか?と言いつつも、出したのですね。そうしたら優秀演題に選ばれました(笑)。

さらに血流がある状態ではどうかということになって、当時自治医大消化器内科の磯田憲夫先生が動物実験でイヌを使っていたのでそれを使わせてほしいとお願いして、那須南の仕事が終わってから夕部先生と一緒に大学に行って実

験をしました。それがうまくいって臨床応用できるようになり、ヒアルロン酸ナトリウムを薄めたものが今ムコアップ®という製品になっています。

**山田** そうだったのですね。

**山本** その実験について論文にしたのですが、一緒に動物実験をさせていただいた磯田先生から「学位になるのでは？」と言われ、出してみたら学位論文になりました(笑)。

ダブルバルーン内視鏡も同じころに思いつきました。ずっと消化器内視鏡を専門にやってきたわけではなかったので、大学に戻って急に治療内視鏡や特殊内視鏡を見ると、「何かおかしいのではないか？」と思うことがあったのです。那須南病院から週1回大学で研修しているときに、小腸出血の患者さんで小腸内視鏡をやっているところを見学したのですが、プッシュ式で全然入っていかない。入るわけではないだろうと思いました。何を変なことをしているのだ？と。そこからダブルバルーン内視鏡の発想に至ったわけです。ダブルバルーン内視鏡は、まず内視鏡メーカー3社に話をもっていきましたがどこからも軽くあしらわれました。それでとりあえず特許だけでも出しておこうと思って特許を申請しました。

メーカーには断られました。自分の頭の中ではうまくいくはずだと思っていたので、手作りでオーバーチューブにバルーンをつけたり、内視鏡にバルーンをつけたりしてやってみたところから始まりました。

**山田** それは全く自分の手作りですか？

**山本** 最初のはそうです。ホームセンターに行って、ちょうど合うサイズのホースを買ってきてそれにバルーンをつけたり……いろいろ工夫をしてやってみたら、動物実験などでうまくいって協

力してくれる企業が見つかりました。

**山田** なるほど。多くの人は専門分野が尖ってくると、そこだけに集中して考えがちで、少し引いて俯瞰するような見方が疎かになりがちだと思うのですが、先生の発想は視野が広いですね。

**山本** そうですね。でも新しい発想と言っても流用しているだけで、ほかのところで似たようなものがあって、「これが使えるのではないかな」と思って、それを引っぱり出してきてやったらうまくいったということなのですけどね。

**山田** その原点は、へき地の診療所でいろいろ制限のある中でさまざまな疾患や障害をみて、それに対応しなければいけないという経験が役に立っているという気がしました。

**山本** そうですね。スティーブ・ジョブズ氏が、スタンフォード大学の卒業式で行ったスピーチに有名な「Connecting the dots」という言葉がありますが、若いころに経験するいろいろなことがどうつながるか、その時には分かっていないけれど、それが将来的につながってくるのだと。一見バラバラの点がつながって運命的に今の自分があると。まさにその通りだと思います。

**山田** いろいろ体験したことを見過ごさず記憶につなげて、それが意味ある組み合わせになっていくのが重要なのでしょうか。そういう意味では自治医大の卒業生は、9年の義務年限、先生は11年だけど、その間にいろいろな人に会ったり、いろいろな場所でいろいろな経験を積んだことがきつとつながっているのでしょうか。

**山本** そうですね。だから、全然関係ないと思われるような経験、それが将来的につながる可能性があるということを信じて、その場、その場で頑張るということ。それからいろいろな点をつなげようとする努力。その両方が大事だと思います。

## 本来の目的を忘れない

山田 先生の今後の展望について、お話しいただけますか。

山本 そうですね。今までお話ししたようないろいろな経験をしてきて、考えることとしては、やはり本来の目的を忘れないようにしないといけないと思います。大学の中でも、学会等でも専門的な話の中には必ずしも本来の目的に沿っていないようなことも出てきますよね。しかし、そんな中で本来の目的を忘れてしまうと誤った方向にいつてしまう。その最たるものが戦争です。健康、平和、幸せ、そういったものを求めているはずなのに、なぜそういうことをしてしまうのか。本来の目的を忘れて結局自分たちのグループだけのために、自分たちのグループが勝つことだけを絶対的なものと考えてしまう。そうすると手段を選ばなくなっていき、大きな間違いになっていく。

山田 同感です。私も専門医機構の総合診療の委員会に結構長く関わっていますが、それぞれの団体の利害調整のようなことになってしまっ、なかなか本質的な議論が進まない気がします。

山本 人間というのは社会を構成する動物なので、たぶん本能的に、自分の属しているグループのために自分を犠牲にしても貢献しようという、そういう性質を持っていると思うのです。そうでないと組織が成り立たないので。しかし、その中で競争心というのがあってコンペティションする。競争心があるからこそ向上するという反面、それが強すぎて本来の目的を忘れてしまうと、自分たちが勝って相手をつぶすことばかりを考えてしまう。そうなる駄目でしょうという話だと思います。それはどんなグルー

プでもそうだし、国同士だとそれが戦争になる。

山田 本当にそう思います。そういう意味では、医療職というのは、人の健康や福祉のために貢献できるすごくいい職業ではあるけれど、一方で本来の、患者さんや地域の人にサービスを提供して喜んでもらうという原点から離れて、専門性、あるいは組織の利益や発展といったことに注力しすぎると、世間から見たら違和感のあるものになってしまうと思います。

山本 その通りですよ。人間のエネルギーって、結構欲からくるので、その欲自体を否定してしまうと進歩がない。なので欲があることは別にいい。それがコンペティションになって、結果がいい方向に向かっているかどうか。そこをきちんと見極めないといけない。頑張った先が本来の目的の方に向かっているかどうかということもきちんと検証しないと、本来の目的を見失ってしまうと思います。

山田 その点われわれ自治医大の卒業生は、若いうちに第一線の地域医療の現場で、ごく普通の人たちが地域でどんな暮らしをしていて、どういう健康問題を持っているか、大学病院まで行けない人たちがいて、そういう人たちは地域でどんな医療を受けているかといったことを知ることができる。若いうちに専門医学の狭い部分ではなく幅広い経験をできるというのは、実は尊いことではないかと思います。

山本 そうですね。今、私は小腸内視鏡など、極めて狭い範囲の専門的なことをしているように思われるかもしれませんが、私から言わせれば地域医療も小腸内視鏡も同じなのです。というのは、小腸疾患を持っている人たちというのは本



当に困っている。医療の手が届かない。医療の中のへき地のようなところなのですね。そこに何とか到達して、医療を届けるということでは、地域医療と小腸内視鏡は同じだと思います。

山田 医療の谷間に灯をともすという。

山本 そこに問題があるからそれを解決しようという事は、同じではないかと思うのですね。

山田 そうですよ。素晴らしいご意見だと思います。

## 今ある環境に集中して頑張ることが大切

山田 今、専門医制度が整いつつありますが、そういう中で自治医大の卒業生は9年間という義務年限があるので、専門医の取得について不安を持っている人たちも多くいると思います。富永眞一先生はよく「15年一貫教育」と話されていますが、卒後の9年間で卒業生にとって安心できるようなサポートをできるといいのではないかと思います。

山本 でも不安を持っている人たちに言いたいのは、できないことばかりに目を向けずに自分の置かれた環境でできることを一生懸命やって実力をつけることが大事で、しっかり実力をつけていれば、専門医の資格は後からでもいつでも取れるということです。その準備さえきちりしておけば、多少遅れることをあまり懸念しすぎない方が、かえっていいのではないかと思います。

山田 私もそう思うのですけどね。

山本 後で言うのは簡単なのですけどね(笑)。

山田 われわれのような一桁期世代はみんな同じことを言っていると言われる(笑)。

山本 渦中にいる人たちは、そうは言ってはいられ

ないというところがあると思いますが、だからこそアドバイスしたいわけですよ。

山田 もう少し卒業生が個々に相談しやすいような、年上の卒業生がメンターとして年下の卒業生にうまくつながるといいのではないかと思うのですが、あまりこちらから手を伸ばすと反対に嫌われたりするから(笑)、難しいところですね。

では、最後に地域で今も頑張っている卒業生たちに向けてのエールをお願いします。

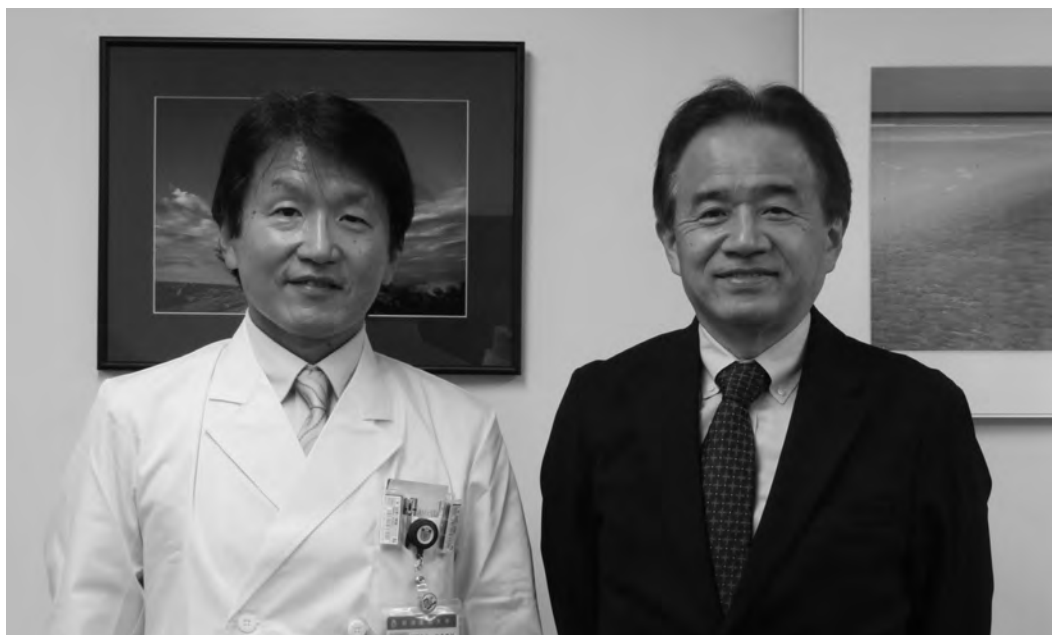
山本 繰り返しになりますが、先のことにあまり不安を感じ過ぎずに、目の前のやるべきことに集中して頑張っていくことが大事だと思います。そうすれば、将来的にそういった全ての経験がうまくつながって、いい方向に向かうのではないかと思いますので、ぜひ、どこに行っても頑張ってください。

山田 ありがとうございます。今年卒業する皆さんにとっても励みになる、良いはなむけになったと思います。

山本先生、今日はありがとうございました。

### 山本博徳(やまもと ひろのり)先生 プロフィール

1984年自治医科大学卒業。高知県立中央病院にて研修後、高知県にて地域医療に従事。1990年より米国臨床留学(Mayo Clinic, Rochester, MN および University of Texas at Dallas)。1999年医学博士号取得。2007年自治医科大学フジノン国際光学医療講座(現：富士フイルムメディカル国際光学医療講座)教授に就任。2008年同附属病院光学医療センター センター長、2014年同附属病院消化器センター内科部門 診療科長を経て、同大学内科学講座消化器内科学部門 教授に就任。2015年から2022年まで同附属病院 副院長を兼務する。2018年同内科学講座 主任教授となる。



# 嘱託産業医として心得ておくべき 最近のトピックス

企画：市立恵那病院 副病院長 山田誠史

## 特集

### ●エディトリアル

---

### ●産業医の要件と職務

---

### ●働き方改革関連法を含む最近の労働安全衛生に 関連した法改正の動向

---

### ●治療と仕事の両立支援における産業医の役割

---

### ●職場における新型コロナウイルスをはじめとする 感染症予防対策の重要性

---

### ●中小企業における産業医活動の実際

---

### ●産業医活動と包括ケア

---



## エディトリアル

市立恵那病院 副病院長 山田誠史

現在50人以上の従業員がいる事業所では産業医の選任が義務付けられており、地域においても産業医活動をされている医師は少なくない。また、現在産業医活動をされていなくても地域の診療所で勤務されている医師の多くは認定産業医の資格を持っていると思われる。認定の際の研修はもとより、その後の更新のための研修会の参加が必須であることから、ある程度の知識のアップデートはなされていることと思う。ただ、昨今働き方改革推進の動きに伴い、労働安全衛生関連の法規が変更されていたり、またコロナ禍の中、テレワークが増えたり、職場の感染対策が変更されるなど職場を取り巻く環境は変わりつつある。また産業医活動の実際に関して、研修会では大企業の産業医活動の内容が多く、地域で中小規模の事業所を対象とした具体的な活動についてはあまり情報がないように感じられる。

そこで本特集は、最近変更になった労働安全衛生に関する法規、地域における実際の産業医活動などについて具体的に紹介していただきたく企画した。

堤明純氏には総論として産業医の要件と職務全般について述べていただいた。3管理、5管理など産業医活動をする上での必須の知識についてまとめられている。また、2019年の働き方改革関連法で強化された産業医・産業保健機能についても述べられている。吉川徹氏には働き方改革関連法案を中心に、最近変更になった点をまとめて記述していただいた。医師の時間外労働の上限規制や、リモートでの産業医活動などわれわれの働き方にも直接関わってくる内容についても述べられている。江口尚氏には治療と仕事の両立支援における産業医の役割について述べていただいた。産業医は両立支援のためのキーパーソンであるが、臨床医も両立支援のためのガイドラインがあることは周知しておくべきであり、厚生労働省のホームページを一度確認されることを勧めたい。宮本俊明氏にはCOVID-19のパンデミックによって様変わりした職場における感染症予防対策について述べていただいた。2023年5月からはCOVID-19が感染症法で2類から5類に変更になることが決定しているが、だからといって予防対策が根本的に変わるわけではなく、withコロナの時代の感染対策も継続する必要があると思う。今井鉄平氏には中小企業における産業医活動の実際について述べていただいた。大企業の場合と異なり、中小企業では産業医の存在自体が希薄になりがちなところで多職種とのネットワークを利用するなど、産業医からの働きかけも重要だと感じた。川原田恒氏には東通村での地域包括ケアに産業医活動を組み込んだ取り組みについて述べていただいた。まさに地域ならではの発想であり、地域の産業と住民との結びつきもより強化されると思われる。

専従の産業医でもない限り、なかなか産業衛生関連の知識はアップデートできないが、今回の特集で昨今の流れはおおむねつかめるのではないかと思う。地域における産業医活動をよりポジティブに考えられるようになれば幸いである。

# 産業医の要件と職務

北里大学医学部公衆衛生学 教授 堤 明純

## POINT

- ① 産業医は、労働衛生法規を理解し、専門職としての倫理観を大切にし、独立性を保って、その職務を遂行していくことが求められる
- ② 産業医は、安全配慮義務を含む、事業者の労働者に対する義務の補助履行者であると同時に、労働者に対しては、彼らの自己保健義務の履行を支援する立場にある
- ③ 産業医は、組織の医師として事業場の状況をよく理解し、労働衛生の5つの柱をバックボーンに、労働と健康の最適な関係を追求する
- ④ 時間や人的資源の制約を考慮し、重要度の高いもの、緊急性のあるもの、法的要請のあるものを優先して職務を遂行することを心がける
- ⑤ 働き方改革関連法により、「産業医・産業保健機能」と「長時間労働者に対する面接指導等」が強化された

## はじめに

本稿では、労働安全衛生法(以下、安衛法)および関連法規(労働衛生法規)で求められている産業医の要件と職務について解説する。最近のトピックスとして、2019年4月に施行された働き方改革関連法で強化された産業医・産業保健機能について述べる。

## 産業医の要件

常時50人以上の労働者を使用する事業場では、労働者の健康管理を行うのに必要な医学に関する知識について一定の要件を備えた医師のうちから産業医が選任され、労働者の健康管理

などを行うとされている(安衛法第13条)。

表1に、労働安全衛生規則(以下、安衛則)第14条第2項で規定されている産業医の要件を示す。厚生労働大臣が指定する研修には、日本医師会が行う産業医学基礎研修、産業医科大学が行う産業医学基礎講座や産業医学基礎研修会集中講座がある。

以上は、いわゆる資格要件であり、産業医は、労働者の健康管理等を行うために必要な医学に関する知識および能力の維持向上に努めなければならない(安衛則第14条第7項)。さらに、産業医が活動を行っていく上での要件として、いくつかのポイントを以下に記す。

特集

表1 産業医の要件（労働安全衛生規則第14条第2項）

|   |
|---|
| 1. 労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識について、厚生労働大臣の指定する法人が行う研修を修了した者 |
| 2. 産業医科大学その他の大学で厚生労働大臣が指定する課程を修めて卒業し、その大学が行う実習を履修した者      |
| 3. 労働衛生コンサルタント試験に合格した者で、その試験区分が保健衛生であるもの                  |
| 4. 大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授または講師（常勤に限る）、またはその職にあった者    |
| 5. その他、厚生労働大臣が定める者  |

## 1. 法律の理解

産業医は、安衛法をはじめとする労働衛生法規を理解して業務を行うことが求められる。社会情勢の変化に対応し、関連法制は改正される。実務を行うにあたっては、判例の動向とともに注視して活動したい。

労働衛生法規は、労働者の安全と健康を守り、快適な職場をつくるための事業者が守るべきルールで、産業医は、事業者の労働者に対する義務の履行補助者として事業者義務を補完する立場にある。産業医は、法の主旨に沿って、事業者に必要な助言を行う。労働者の健康を確保するために必要が生じた際には、産業医は事業者に対して、労働者の健康管理に関する助言を行うことができる（安衛法第13条第5項、第6項）。

安全配慮義務は、事業者が、労働者が安全で健康に働けるように配慮することで労働契約法に定められている。一方、労働者は、事業者が講ずる措置に応じて必要な事項を守らなければならない。この自己保健義務は安衛法に定められており、労働災害防止のための保護具の着用や、定められた健康診断の受診の義務などが含まれる。労働者に対して、産業医は、健康診断とその事後措置、保健指導、健康教育等によって、彼らが自己保健義務を十分に果たせるように支援する。

## 2. 専門職としての独立性と倫理

産業医は自らの責任と裁量においてその職務を遂行し、その医学的判断はいかなる利害対立からも影響を受けない。産業医学の専門的立場

から、独立性・中立性をもってその職務を行うことができるよう、産業医は、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行う必要がある。

産業医は、所属組織の一員である専門職として機能する。健康確保と雇用の保障、個人の利害と集団の利害の対立など、同じ情報管理でも、臨床における対患者との関係性の中で求められるものとは異なる倫理的規範に沿った対応が求められる。日本産業衛生学会では、産業保健専門職の倫理指針を公表している<sup>1)</sup>。

## 3. チームの一員として機能する

月1回から数回事業場を訪問する嘱託産業医の場合、時間的な制約から、業務の大半は、職場巡視や衛生委員会への出席、健康診断後における事後措置といった必要最低限の業務に加え、復職面談やメンタルヘルスの困難事例の対応等、その事業場で必要不可欠なことや困っていることに絞って任されることが多い。広範な産業保健活動をカバーするために、職場の安全と衛生、健康管理活動の実務を任せられる現場の安全衛生スタッフや産業保健スタッフと協力・連携して業務を行うことが求められる。

## 産業医の職務

先に紹介した産業保健専門職の倫理指針で、産業保健活動の主目的は、“労働条件と労働環境に関連する健康障害の予防と、労働者の健康の保持増進、ならびに福祉の向上に寄与すること

表2 産業医の職務（労働安全衛生規則第14条第1項）

1. 健康診断の実施及びその結果に基づく措置
2. 長時間労働者に関する面接指導及びその結果に基づく措置
3. ストレスチェックの実施、高ストレス者に対する面接指導及びその結果に基づく措置
4. 作業環境の維持管理
5. 作業の管理
6. そのほか、労働者の健康管理（例：疾病管理、治療と仕事の両立支援）
7. 健康教育、健康相談その他労働者の健康保持増進措置
8. 衛生教育
9. 労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止措置

にある。産業保健専門職は職域における安全衛生の確保をはかる労使の活動に対して専門的立場から関連する情報の提供、評価、助言などの支援を行う。その活動対象には、個々の労働者だけでなく、労働者が所属する組織、地域をも含む”と謳われている。

産業医の職務は、表2に掲げる事項で医学に関する専門的知識を必要とするものとされている。

安衛法に基づいて、事業者の責任で行われる労働者の健康を確保する活動を労働衛生管理と呼ぶ。労働衛生管理は、作業環境管理、作業管理、健康管理という3つの管理(3管理)と、3管理を支える基盤としての労働衛生管理体制(総括管理)および労働衛生教育があり、これらを合わせて労働衛生の5つの柱または5管理と呼ぶ。労働衛生の5つの柱は、産業医が職務を遂行していくときのバックボーンといえる。

### 1. 作業環境管理

作業環境管理は、作業環境中の有害要因を除去し、快適な作業環境を維持することを目的とする。具体的には、有機溶剤などの化学物質、粉じん、電離放射線や騒音などの有害物質に関して、定期的に作業環境を測定して施設や設備を改善する。有害物質を出すものを使用しない、遠ざける、作業時間を短くするといった対策は、労働者の健康障害を予防するために最初に考慮される根本的な活動である。

### 2. 作業管理

作業管理は、作業に関連する疾患および労働

災害の予防の観点から、作業自体を管理することである。好ましくない作業姿勢を調整することや、作業の強度や速度、作業時間を無理のないように定めること、保護具を適正に使用することなど、作業の仕方に関連する要因を適切に管理して、労働者への影響を少なくする。

### 3. 健康管理

産業保健活動としての健康管理の目的は、労働者の健康保持・増進と、労働と健康の両立で、疾病・障害を有する者を含む全ての労働者が対象である。健康管理は、労働者の健康の継続的な把握、作業環境や作業との関連の検討、作業関連疾患・職業病の予防、健康の増進につながるような衛生管理の改善・向上などを含む幅広い活動で、職場巡視、健康診断、疾病管理、保健指導、健康・衛生教育等が方策として行われる。

### 4. 職場巡視

職場巡視は、3管理を行っていく上で、職場にある健康障害の要因の把握や労働災害防止のための措置を具体化できる重要な活動である。産業医は、少なくとも毎月1回作業場等を巡視し、作業方法または衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならない(安衛則第15条第1項)。ただし、産業医が、事業者から、毎月1回以上所定の情報の提供を受けている場合であって、事業者の同意を得ているときは、2月以内ごとに1回以上に変更することができる。巡視の範囲は、全ての作業場お

よび休憩所，食堂，炊事場，便所等の保健施設が含まれる(昭和23年1月16日基発第83号，昭和33年2月13日基発第90号)。

## 5. 健康診断

就業前および就業中の健康状態の把握，職場における健康障害要因による健康影響の評価を行い，事後措置(作業環境・作業方法の改善，適正配置，保健指導)によって労働者の健康障害を予防する目的で行われる。健康診断には，生活習慣病なども念頭に置いた一般健康診断と，じん肺などを引き起こすおそれのある法令で定められた業務，または，特定化学物質，有機溶剤，鉛など特定の有害要因による健康影響を把握するための特殊健康診断がある。産業医は，医療上の措置に関する診断区分(異常所見なし，所見あり:医療措置不要，所見あり:要経過観察，所見あり:要精密検査，所見あり:要治療，等)，就業上の措置に関する就業措置区分(通常勤務，就業制限，要休業，等)，保健指導に関する保健指導区分(指導不要，要保健指導，要医療指導，等)の判定を行い，事業者の安全配慮義務を担保し，労働者の自己保健義務を支援する。嘱託産業医は日常診療の傍ら産業医の業務を行っている場合が多く，健康診断後の精密検査や治療が円滑に行われるよう，地域医療に橋渡しする役割が期待されていることも多い。

## 6. 総括管理

3管理が，効果的に行われるためには，事業場における労働衛生管理体制の確立が必要である。事業者は，安衛法に従って，衛生委員会を設置し，総括安全衛生管理者，安全管理者，衛生管理者，(安全)衛生推進者，作業主任者および産業医等を事業場の規模に合わせて選任し，労働衛生管理の業務を行わせなければならない。

衛生委員会は，少なくとも月1回の開催が必要とされている(安衛則第23条)。産業医は衛生委員会の構成員である。出席して，課題の優先順位付けや労働安全衛生計画の立案などについて，意見を述べる。

## 7. 労働衛生教育

労働衛生管理体制の整備とともに，労働衛生対策を総合的に進めるには，労働者が従事する作業が健康に与える影響や，3管理と労働衛生管理体制，健康保持増進のための知識，労働災害発生防止・職業関連疾患予防，快適職場形成について，労働者が正しく理解をして，自ら健康な職業生活を送れるようにすることが大切で，この理解を助けるための労働衛生教育が重要である。

## 8. 長時間労働面接指導およびストレスチェック面接指導

いわゆる過重労働対策とストレスチェック制度に関わる産業医の職務の中で，大きなウェイトを占めるものに，長時間労働者に関する面接指導およびその結果に基づく措置，高ストレス者に対する面接指導およびその結果に基づく措置がある。

手続きについては，それぞれ異なるところがあるので，厚労省が発行しているマニュアルを参考にさせていただくとよい<sup>2,3)</sup>が，産業医による面接の基本は，事業者から提供される情報と面接時に労働者から得られる情報を基にした，労働者のリスクの評価と事後措置で，面接で得られた知見を，それぞれの様式で，事業者に報告を上げることになる。

長時間労働者に関する面接指導であれば，長時間労働の理由(それが解消可能か)といったこと，高ストレス者面接であれば，心理的な負担の状況(ストレスチェック結果)やその他の心身の状況の所見の有無を評価し，労働者の状況に応じて，就業区分(就業制限等)と就業上の措置(時間外・休日労働制限等)について，事業者へ報告する。リスク評価のターゲット疾患は，ストレスチェックであればメンタルヘルス不調，長時間労働ではメンタルヘルス不調と循環器疾患になるが，必ずしも，産業医に正確な診断が求められているわけではなく，リスクが高いと見立てたら，事業者への報告とともに，労働者と相談して，必要に応じて専門医を受診させる，経過観察をする，等の保健指導を行う。

## 働き方改革に伴う 産業医・産業保健の機能強化について

働き方改革関連法により2019年4月1日から「産業医・産業保健機能」と「長時間労働者に対する面接指導等」が強化された。産業医・産業保健機能の強化については、長時間労働やメンタルヘルス不調によって、健康リスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等を確実に実施するための産業医の活動環境の整備が図られている。長時間労働者に対する面接指導等については、労働時間の状況の把握、労働者への労働時間に関する情報の通知が確実になされるよう求められ、医師による面接指導の対象となる労働者の要件、研究開発業務従事者や高度プロフェッショナル制度適用者に対する医師による面接指導が明確にされた。

### 1. 産業医の独立性・中立性の強化

事業者は、産業医の独立性・中立性を高めることによって、産業医等が産業医学の専門的立場から労働者の健康確保のために、一層効果的な活動を行いやすい環境を整備する。産業医は、産業医学の専門的立場から労働者の健康管理に必要な知識・能力の維持向上に努め、誠実に職務を行う必要がある。産業医が辞任した際には、事業者は遅延なく、おおむね1ヵ月以内に、その旨と理由を衛生委員会に報告しなければならない。

### 2. 産業医の権限・情報提供の充実・強化

事業者または総括安全衛生管理者に意見を述べること、労働者の健康管理などに必要な情報を労働者から収集すること、健康確保について緊急性がある場合に、労働者に対して必要な措置をとるべきと指示を出すこと等、産業医の権限の具体化がなされた。

事業者は産業医に対し、労働者の健康管理に必要な以下のような情報を提供しなくてはならない。①健康診断、②長時間労働者に対する面接指導、③ストレスチェックに基づく面接指導

実施後の既に講じた措置または講じようとする措置の内容に関する情報、④時間外・休日労働時間が1ヵ月当たり80時間を超えた労働者に関する情報、⑤労働者の業務に関する情報で、産業医が労働者の健康管理などを適切に行うために必要と認めるもの。

労働者の健康を確保するために必要が生じた際には、産業医は事業者に対して、労働者の健康管理に関する勧告を行うことができる。産業医から勧告があった場合には、事業者は当該勧告を尊重するとともに、勧告の内容や措置の内容(措置を講じない場合は、その旨や理由)について記録し、3年間保存しなくてはならない。

### 3. 産業医の活動と衛生委員会等の関係強化

事業者は、産業医から勧告を受けたときは、勧告の内容や勧告を踏まえて講じた措置の内容(措置を講じない場合はその旨や理由)を、遅延なく衛生委員会などに報告しなければならない。産業医は衛生委員会などに対し、労働者の健康確保のため必要な調査審議を求めることができる。その際、産業医は発議の趣旨などを説明するために、該当の委員会に出席する必要がある。また、事業者は衛生委員会などで出た意見や措置の内容について、開催されるごとに記録し、3年間保存しなければならない。

### 4. 健康相談体制の整備、健康情報の適正な取り扱い

事業者は、労働者が産業医の健康相談を安心して受けられるよう、必要な体制を整備しなくてはならない。そのためには、産業医の業務内容や健康相談の日時・場所の周知徹底、プライバシーへの配慮などが求められる。また、労働者の健康情報は、適切に管理されなくてはならない。事業者は、産業医の業務の具体的な内容、産業医に関する健康相談の申し出の方法、産業医による労働者の心身の状態に関する情報の取り扱いの方法について労働者に周知しなければならない。

## おわりに

地域での産業医活動は、法的事項や判例等の知識をアップデートし、事業場のニーズに合わせて業務を行う。事業場の担当職と連携し、時間的な制約がカバーできるように努める。働き方改革で強化された機能の主旨と内容を理解して業務にあたることが求められる。本稿は、法が求める必要最小限の活動について記述したが、自律的な労働衛生管理ができる組織づく

りを目指した安全衛生のためのシステムの導入に、産業医として参画できるとよい<sup>4)</sup>。

### 参考文献

- 1) 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針. <https://www.sanei.or.jp/oh/guideline/index.html> (accessed 2022 Dec 22)
- 2) 医師による長時間労働面接指導実施マニュアル. <https://www.mhlw.go.jp/content/000843223.pdf> (accessed 2022 Dec 22)
- 3) 医学的知見に基づくストレスチェック制度の高ストレス者に対する適切な面接指導実施のためのマニュアル. <https://www.mhlw.go.jp/content/000843224.pdf> (accessed 2022 Dec 22)
- 4) 労働安全衛生マネジメントシステムについて. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05821.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05821.html) (accessed 2022 Dec 22)



# 働き方改革関連法を含む最近の 労働安全衛生に関連した法改正の動向

独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所 吉川 徹  
過労死等防止調査研究センター 統括研究員

## POINT

- ① 平成31(2019)年4月に施行された働き方改革関連法では、時間外労働の上限規制や有給休暇5日取得の義務化等が定められた。施行を5年猶予されていた自動車運転業務、建設業、医師等は令和6(2024)年4月から時間外労働の上限規制が適用される。また、同法案では産業医・産業保健機能の強化に関する法改正も行われた
- ② 令和2(2020)年6月にパワーハラスメント防止措置が事業主の義務とされ、令和4(2022)年4月から中小事業主にも義務化された
- ③ 産業医活動はリモートでも実施でき、通達でその留意点が示された
- ④ 令和4(2022)年10月から「産業保健のあり方に関する検討会」が開催されており、嘱託産業医活動に大きく係わる重要な内容が議論されている

## はじめに

労働者を取り巻く環境の変化とともに、労働安全衛生に関連した法令も大きく変化してきている。特に、平成29(2017)年に成立した「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律(平成30年法律第71号)」(以下、働き方改革関連法)は、労働者の健康管理を含む企業での労務管理や産業医の職務にも大きな影響を与える重要な法改正となった<sup>1)</sup>。同法が施行された平成31(2019)年4月以降、時間外労働の上限規制や有給休暇5日取得が義務化されたことは、クリニック・診療所でスタッフを雇用している院長(事業主)として、その変化を感じている医師も多いかもしれない。

本稿では、労働安全衛生に関連した最近の法

令改正や重要通達など、嘱託産業医業務に参考となる改正内容を紹介する。特に、働き方改革関連法の基本的改正内容や同法令で産業医の職務が見直しされたこと、パワーハラスメント防止措置が事業主の義務とされたこと、COVID-19パンデミックを機会に見直されたりリモートでの産業医活動の留意点などを取り上げる。

## 働き方改革関連法案の概要と 施行スケジュール

1980年代後半から過労死に代表される過重労働による健康障害は社会運動や裁判の形で日本の社会問題として取り上げられてきた<sup>2)</sup>。平成26(2014)年11月に過労死等防止対策推進法が成立したが、依然として過労死等は発生し、特に精

神障害による認定件数は増加し続け、精神障害による労災認定件数は令和3年度に過去最高の629件となっている。

平成28(2016)年9月に政府に設置された「働き方改革実現会議」では、一億総活躍社会実現に向けた最大のチャレンジが働き方改革であると位置づけ、働き方の幅広い改革を検討する9つの分野での議論をもとに、「働き方改革実行計画[平成29(2017)年3月]」が取りまとめられた。その後、ロードマップに基づき検討が行われ、「労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等のための措置を講ずる。」ことを目的として働き方改革関連法が成立した<sup>1)</sup>。表1には改正された関係施策の主な項目と実施スケジュールを示した。詳細については厚生労働省(厚労省)ホームページ「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律について」から、各種パンフレットなど入手できる<sup>1)</sup>。

同法案で最も大きな改正は、長時間労働是正のための時間外労働の上限の新設であり、「36協

定」で可能となる時間外労働の上限を原則「月45時間、年360時間」と明記し、繁忙期などの臨時的な特例の場合でも「年720時間、単月100時間未満、複数月平均80時間」を限度と定め、違反には罰則を科す改正となったことである。同上限規制の施行後、大企業ではかなり厳密に労働時間管理を行う企業が増え、令和2、3年はCOVID-19の流行も影響したが、総務省統計での就業者の総労働時間は減少してきている。また、印鑑などでの出勤簿管理を取りやめ、タイムカードで客観的に労働時間を把握する企業も増えた。時間外労働の上限規制は自動車運転業務、建設事業、医師等の一部の職種に関しては、5年間猶予されていたが、令和6(2024)年から上限規制が施行される(自動車運転手は上限は960時間、医師は別項で解説)。嘱託産業医先が運輸業や建設業の場合、いよいよ上限規制が始まることに留意したい。また、過重労働によって健康障害が顕在化している等の場合を除き、時間外労働時間の短縮は、残業代が減り賃金が減る場合が多く、労働者が時間外労働削減を好まない場合もある。嘱託産業医としては、基本給の増加など総合的な働き方改善が必要である

表1 働き方改革関連法に係わる関係施策の主な項目と働き方改革関連法施行スケジュール<sup>1)</sup>

| 働き方改革関連法の関係施策と対象規模・業種     | 施行日 (○いずれも4月1日～)   |      |      |      |      |
|---------------------------|--------------------|------|------|------|------|
|                           | 2019               | 2020 | 2021 | 2023 | 2024 |
| 1)時間外労働の上限規制              | 大企業*2              | ○    | →    | →    | →    |
|                           | 中小企業*2             |      | ○    | →    | →    |
|                           | 自動車運転手、<br>建設事業、医師 |      |      |      |      |
| 2)年次有給休暇の年5日の取得義務         |                    |      |      |      |      |
| 3)「フレックスタイム制」の見直し(拡充)     |                    |      |      |      |      |
| 4)「高度プロフェッショナル制度」の導入      | ○                  | →    | →    | →    | →    |
| 5)労働時間状況の客観的な把握           |                    |      |      |      |      |
| 6)「勤務間インターバル制度」の努力義務      |                    |      |      |      |      |
| 7)産業医・産業保健機能の強化           |                    |      |      |      |      |
| 8)同一労働同一賃金                | 大企業*2              |      | ○    | →    | →    |
|                           | 中小企業*2             |      |      | ○    | →    |
| 9)月60時間超残業の<br>割増賃金率の引き上げ | 大企業*2              | →    | →    | →    | →    |
|                           | 中小企業*2             |      |      |      | ○    |

\*1: 厚労省ホームページ「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」について 文献1)より筆者加筆作成

\*2: 企業規模の定義は中小企業基本法の基準による。業種、資本金、従業員数で異なる。

ことも、契約企業の状況のみて理解しておきたい。

図1には働き方改革法改正で病院・クリニックの院長等が確認すべきチェックポイントを紹介した。1つでも「NO」があれば、同リーフレットを確認し、労務管理の専門家や社労士等に相談する。これらのポイントは嘱託産業医先の企業でも同じである。面談対象労働者の労働環境を把握して、事業主への職場環境改善の助言や指導の際、働き方改革で改正された法令の順守状況に留意したい。

## 産業医・産業保健機能の強化

同法案では産業医実務の実行性を高める法改正が行われた。時間外労働の上限規制等と合わせて、長時間労働やメンタルヘルス不調などで健康リスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等を確実に実施できるよう、「産業医・産業保健機能」と「長時間労働者に対する面接指導等」が強化された。

表2には改正された主な産業医・産業保健機能の強化について、厚労省のリーフレットから

その骨子を示した<sup>1)</sup>。パート1-1(2)以降は誌面の関係で関連条文を省いたが、各法令の追加・改正の詳細については厚労省ホームページ、リーフレット等を参照されたい。

法改正では産業医の権限の具体化がされ、これまで曖昧であった産業医の独立性・中立性について、「産業医は、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならない(改正安衛法第13条第3項)」という理念規定の創設や、「産業医は労働者の健康管理等を行うために必要な医学に関する知識及び能力の維持向上のための努力義務(改正安衛則第14条第7項)」が規定された。また、当該事業場の労働者の時間外・休日労働が1月あたり80時間を超えた労働者の氏名、労働時間に関する情報提供義務など、産業医に対して提供すべき情報などが整理され、これまで以上に情報の適正な取り扱いが必要になった。このほか、産業医の勧告権の取り扱い、産業医と衛生委員会等の関係の強化なども整えられた。嘱託産業医の場合、これまで以上に契約企業側と産業医職務の範囲を明確にしておくことも必要となる。

**Q 規模は何で判断する?**

**A 医療機関の規模は病床数ではなく、労働者数等で判断します。**

※1 法人単位で常時使用する労働者数が100人超かつ資本金の額または出資金の総額が5,000万円超  
 ※2 法人単位で常時使用する労働者数が100人以下または資本金の額または出資金の総額が5,000万円以下  
 資本金または出資金がない場合は労働者数のみで判断します。

**さっそくチェックしてみましょう! ✓**

|   |  |  |             |
|---|--|--|-------------|
| 1 | 医師や看護師を含めすべての職員が<br>年次有給休暇を年5日以上取得している。      | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Check<br>①へ |
| 2 | 年次有給休暇付与日や残日数を<br>職員ごとにきちんと管理している。           | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Check<br>②へ |
| 3 | 医師や看護師を含めすべての職員の労働時間を<br>タイムカードなどで把握、集計している。 | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Check<br>③へ |
| 4 | 事業場に50人以上の職員が働いているため、<br>産業医を選任している。         | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |             |
| 5 | 残業が必要なので36協定を締結、届出している。                      | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |             |
| 6 | 時間外労働は月45時間、年360時間の範囲内である。                   | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |             |

**ひとつでも「NO」があれば注意が必要です。詳しくは中をチェック!!**

図1 働き方改革法改正で病院・クリニックの院長が確認すべきチェックポイント  
 (出典:働き方改革法改正で何が変わるの?日本医師会, 全国社会保険労務士会連合会作成リーフレット (ダウンロード先: [https://www.med.or.jp/dl-med/kinmu/hatarakikata\\_leaflet1.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/kinmu/hatarakikata_leaflet1.pdf)))

表2 「産業医・産業保健機能」と「長時間労働者に対する面接指導等」の強化の内容

|  |
|--|
| <p><b>パート1：産業医・産業保健機能の強化</b></p> <p><b>1 産業医の活動環境の整備</b></p> <p>(1) 産業医の独立性・中立性の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産業医の独立性・中立性の強化（改正安衛法第13条第3項）</li> <li>・産業医の知識・能力の維持向上（改正安衛則第14条第7項）</li> <li>・産業医の辞任・解任時の衛生委員会等への報告（改正安衛則第13条第4項）</li> </ul> <p>(2) 産業医への権限・情報提供の充実・強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産業医の権限の具体化</li> <li>・産業医等に対する労働者の健康管理等に必要情報の提供</li> <li>・産業医勧告の内容等の記録・保存</li> </ul> <p>(3) 産業医の活動と衛生委員会等との関係の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産業医の勧告を受けたときの衛生委員会等への報告</li> <li>・産業医による衛生委員会等に対する調査審議の求め</li> <li>・安全委員会、衛生委員会等の意見等の記録・保存</li> </ul> <p><b>2 健康相談の体制整備、健康情報の適正な取扱い</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労働者からの健康相談に適切に対応するために必要な体制の整備等</li> <li>・労働者の心身の状態に関する情報の取扱い</li> <li>・産業医等の業務の内容等の周知</li> </ul> |
| <p><b>パート2：長時間労働者に対する面接指導等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労働時間の状況の把握</li> <li>・労働者への労働時間に関する情報の通知</li> <li>・医師による面接指導の対象となる労働者の要件</li> <li>・研究開発業務従事者に対する医師による面接指導</li> <li>・高度プロフェッショナル制度対象労働者に対する医師による面接指導</li> <li>・改正安衛法第66条の8第1項、第66条の8の2第1項又は第66条の8の4第1項の規定により面接指導を行う労働者以外の労働者に対する必要な措置</li> </ul>  |

（文献1）より引用

## 医師の時間外労働の上限規制

医師に対する時間外労働の上限規制の具体的な内容については、この5年の間に多くの調査や検討会が行われ、その概要が整った。政府の「働き方改革実行計画〔平成29(2017)年3月〕」では、「医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い医療と医療現場の新たな働き方を目指し、2年後を目処に規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る」とされ、平成29(2017)年8月から「医師の働き方改革に関する検討会」が行われ、医師の時間外労働時間の特例的な上限水準や、長時間労働医師の健康確保策の枠組みなどが示された<sup>3)</sup>。図2には制度設計の考え方をまとめたものを示した。

令和元(2019)年1月からの「医師の働き方改革の推進に関する検討会」では、都道府県が年960時間超〔過労死等基準(月80時間)以上〕の時

間外・休日労働が可能となる医療機関(特定労務管理対象機関)を指定する枠組みなど、医事法制・医療政策における措置を要する事項等の詳細が検討された。令和2(2020)年12月に中間取りまとめが公開され、令和3(2021)年5月21日に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」として国会で可決・成立した<sup>4)</sup>。同改正医療法では、医師に対する時間外労働規制について、A・連携B・B・C-1・C-2水準が設けられ、水準ごとに時間外・休日労働時間の上限が設けられた。これらは医療法の改正に伴い、特例水準は労働基準法に基づく省令改正・告示、面接指導は労働安全衛生法に基づく省令改正として令和6(2024)年4月より施行される<sup>5)</sup>。

約1年後に始まる医師への時間外労働規制は、例えば大学病院や地域の基幹病院に勤務しながら、クリニックに非常勤として勤務してい

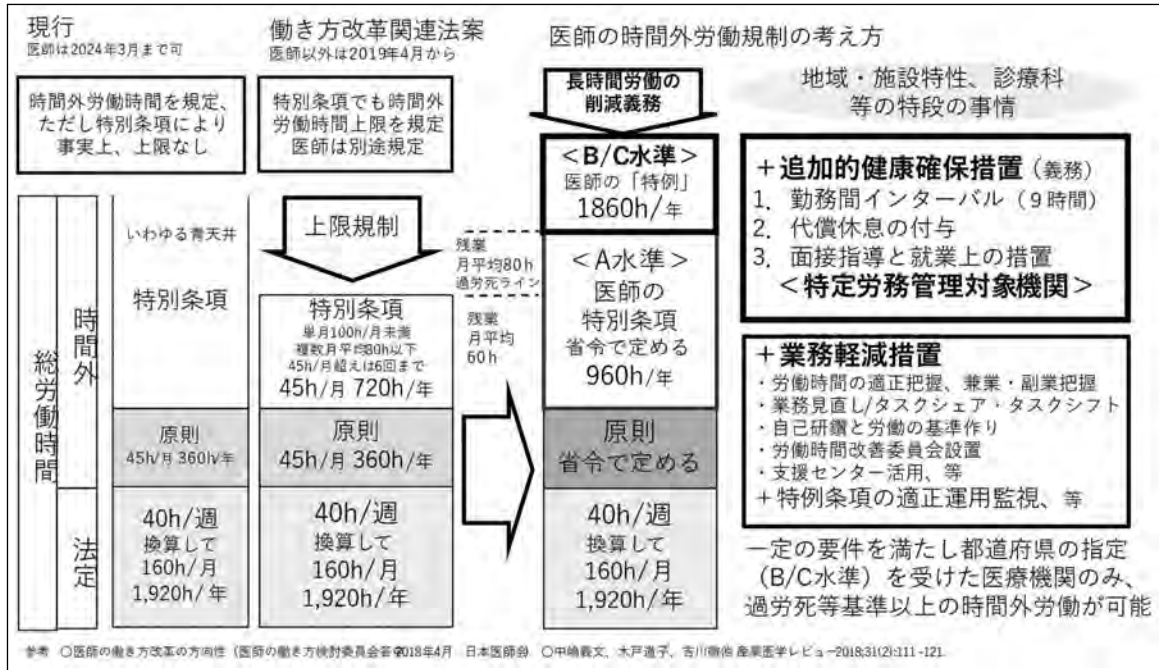


図2 医師の時間外労働の上限の考え方と制度設定

る医師の働き方に大きな影響を与える。特例水準指定のために医師の労働時間の把握が必須であるが、複数職場での労働時間を通算することから、通常、クリニックでの外来や当直バイトなどの労働時間も総労働時間に含まれる。制度の詳細が充分周知されていないこともあり、今後、厚労省のホームページや各団体からの情報に留意されたい。

また、本医療法改正で過労死等基準を超えて働く長時間労働医師に面接指導も義務化された。各病院では院外の嘱託産業医と契約し、医師面接を嘱託産業医に依頼するなどの広がりも考えられる。その場合、オンライン面接もOKであるなどデジタルトランスフォーメーションを活用した新しい面接制度(相談制度)などに期待したい。なお、長時間労働医師への面接指導を実施する医師は「面接指導実施医師養成講習会(約200分、確認テスト全問正解必須)」(<https://ishimensetsu.mhlw.go.jp/>)を受講する必要がある。産業医の資格があっても長時間労働医師への面接指導実施医師の資格はないことに留意したい。

## パワハラ防止法と産業医の役割

嘱託産業医が労働者との面談の中で、職場での深刻なハラスメントがメンタル不調などの背景となっていることに遭遇することがある。過重労働の職場では怒鳴り声が聞こえたり、過度な叱責が起きている場合がある。職場のモラルの低下はルーズな時間管理だけでなく、希薄な人間関係やハラスメントの状態化などで垣間見える場合もある。パワーハラスメントやセクシュアルハラスメント等のさまざまなハラスメントは、働く人が能力を十分に発揮することの妨げになることはもちろん、個人としての尊厳や人格を不当に傷つける等の人権に関わる許されない行為である。また、企業にとっても、職場秩序の乱れや業務への支障が生じ、貴重な人材の損失につながり、社会的評価にも悪影響を与える。

令和2(2020)年6月に労働施策総合推進法(いわゆる「パワハラ防止法」)が施行され、パワーハラスメント防止措置が事業主の義務となり、令和4(2022)年4月から、中小事業主にも義務化された<sup>5)</sup>。合わせて、男女雇用機会均等法及び育児・介護休業法が改正され、セクシュ

アルハラメントや妊娠・出産・育児休業等に関するハラメントに係る規定が一部改正され、職場でのハラメント防止対策の措置に加えて、相談したこと等を理由とする不利益取扱いの禁止や国、事業主および労働者の責務が明確化されるなど、防止対策の強化が図られている。

本改正により、職場におけるパワーハラメント防止のために、雇用管理上必要な措置を講じることが事業主の義務となった。具体的には、①事業主の方針等の明確化およびその周知・啓発、②相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、③職場におけるパワーハラメントに係る事後の迅速かつ適切な対応等である。また、改正労働施策総合推進法でパワーハラメントの定義が法律上規定されたこと等を踏まえ、精神障害の労災認定基準が改定され、令和2(2020)年2月に「業務による心理的負荷評価表」に「パワーハラメント」が追加されている<sup>6)</sup>。職場における「パワーハラメント」とは、職場において行われる①優越的な関係を背景とした言動であって、②業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、③労働者の就業環境が害されるものであり、①～③までの要素を全て満たすものである。客観的にみて業務上必要かつ相当な範囲で行われる適正な業務指示や指導については該当しないが、産業医面談での面談者の訴えから、パワハラが訴えの通りかどうか判断を行うのは難しい。パワハラかどうかの判断は産業医でなく、第三者が行うものであることに留意したい。嘱託産業医はパワハラ防止法で定められている事業主の責務が行われているかどうかを助言できるとよい。

## リモートでの産業医活動について

近年の急速なデジタル技術の進展に伴い、情報通信機器を用いて遠隔で産業医の職務の一部を実施すること(以下、遠隔産業医活動)へのニーズが高まっている。特に令和2(2020)年3月から日本でも本格化したCOVID-19パンデミックは、社会生活に大きな制限を与え、産業医活動も事業場へ訪問した産業医職場巡視や、労働

者と対面での面談等に大きく制約が生じた。

令和3(2021)年3月に厚労省は「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について」を発出し、リモートでの産業医活動に関して留意点を示した<sup>7)</sup>。遠隔産業医活動を行う場合、基本的に産業医として選任されている事業場以外の場所から遠隔でその職務の一部を行うことが差し支えない旨、通知されたのである。

表3にはリモートで行う産業医業務の主な留意点をまとめた。関連通知も表の中に含めた。事業者は、情報通信機器を用いた場合においても、事業場における労働衛生水準を損なうことがないように、掲げる事項に留意し、産業医が産業医学の専門的立場から労働者一人ひとりの健康確保のために効果的な活動を行いやすい環境を整備する必要がある。本通知で重要な点は、職場巡視など実地確認が必要なものはリモートでは不可となったことである。

日本産業衛生学会遠隔産業衛生研究会はリモートでの産業衛生活動について、COVID-19流行時での制限の状況なども踏まえ解説をしているので参考になる<sup>8)</sup>。また、本通達の発出前であるが同研究会メンバーらによって遠隔産業保健解説があるので参照されたい<sup>9)</sup>。COVID-19パンデミックが終了しても、今後、遠隔産業医活動は嘱託産業医の先生方にとって魅力的な活動になるものと思われる。一方、産業医契約の範囲を超えて、リモートでの面談を安易に相談され、業務量が増える可能性もあり、適切な業務量や面談1件あたり〇円などの契約なども検討すべきである。プロにはそれなりの報酬が必要である。

## おわりに

本稿では触れることができていないが、建設アスベスト訴訟(令和3年5月17日、最高裁、国敗訴)、サプライチェーンの広がり、ウーバーイーツなどのギグワーカーの増加などを背景に、個人事業主の労働安全衛生に関する検討会が開催されている。また、増加し続けているメンタルヘルス不調、女性の就業率増加、高齢化、

表3 情報通信機器を用いた産業医の職務の実施に関する留意事項<sup>1)</sup> (要約)

| (1) 共通事項                               |   |  |
|--|---|--|
| ア 遠隔産業医活動の留意事項を衛生委員会で審議して、労働者に周知すること   |   |  |
| イ 遠隔産業医活動を行う産業医に労働者の健康管理情報を周知すること      |   |  |
| <b>ウ 実地で作業環境等を確認することができる仕組みを構築すること</b> |   |  |
| エ 事業場周辺の医療機関との連携を図ることができるようにしておくこと     |   |  |
| (2) 個別の産業医活動                           |   | ポイント   |
| リモートの可否                                |   |  |
| ア 面接指導                                 | ○ | 面接指導を実施する医師が必要と認める場合には直接対面により実施する<br>・ 定期巡視の実施の際は、実地で作業環境や作業内容等を確認する<br>・ 事業場の作業環境や作業内容等を踏まえ、産業医が追加的に実地で確認する頻度について検討することが適当<br>・ 製造工程や使用する化学物質を変更する等、事業場の作業環境や作業内容等に大きな変更が生じる場合は、実地で確認する |
| イ 作業環境の維持管理及び作業の管理                     | ○ | 「インターネット等を介したeラーニング等により行われる労働安全衛生法に基づく安全衛生教育等の実施について」*2 参照   |
| ウ 衛生教育                                 | ○ | 原則として事業場において産業医が実地で作業環境等を確認すること。   |
| エ 健康障害原因調査、再発防止措置                      | × |  |
| オ 職場巡視                                 | × |  |
| カ 安全衛生委員会への出席                          | ○ | 「情報通信機器を用いた労働安全衛生法第17条、第18条及び第19条の規定に基づく安全委員会等の開催について」*3 参照  |

\*1:令和3年3月31日、基発0331第4号、\*2:令和3年1月25日付け基安発0125第2号、基安発0125第1号、基安発0125第1号、\*3:令和2年8月27日付け基発0827第1号

治療と仕事の両立支援、テレワークの拡大、化学物質の自律的管理への対応などの動向を受けて、令和4(2022)年10月から「産業保健のあり方に関する検討会」が開催されている<sup>10)</sup>。産業現場のニーズを踏まえつつ、より効果的に産業保健活動が推進されるよう、産業保健に関わる者の役割分担や連携のあり方、保険者等との連携のあり方、小規模事業場における産業保健活動のあり方について議論が進められている。検討結果に基づき法改正が進むものと思われ、今後の動向に注目したい。

#### 参考文献

- 厚生労働省。「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」について。 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322_00001.html)(accessed 2023 Feb 9)
- 川人博:過労自殺。岩波書店、1998。
- 厚生労働省。医師の働き方改革に関する検討会報告書(平成31年3月29日)。 [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04273.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html) (accessed 2023 Feb 9)
- 厚生労働省。「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令」等の公布について(医政発0119第9号令和4年1月19日)。 [https://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20220120\\_3.pdf](https://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20220120_3.pdf)(accessed 2023 Feb 9)
- 厚生労働省:労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第8章の規定等の運用について(雇均発0210第1号、令和2年2月10日)、2020。
- 厚生労働省:心理的負荷による精神障害の認定基準の改正に係る運用上の留意点について(基補発0529第1号、令和2年5月29日)、2020。
- 厚生労働省:情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について(令和3年3月31日、基発0331第4号)、2021。
- 日本産業衛生学会遠隔産業衛生研究会。「遠隔産業衛生研究会から嘱託産業医の皆様に向けての提言」第二版。 [https://drive.google.com/file/d/1O1jrWseFLVWuw4pW6UtXiI\\_TxIfUDKmm/view](https://drive.google.com/file/d/1O1jrWseFLVWuw4pW6UtXiI_TxIfUDKmm/view) (accessed 2023 Feb 9)
- 神田橋宏治、石澤哲郎、梶木繁之、他:遠隔機器を用いた労働者の健康管理:産業保健領域における遠隔機器を用いた健康管理のシステムティックレビューと遠隔産業医面接に関する法制度の現状。産業医学レビュー2020;33(1):59。
- 厚生労働省:産業保健のあり方に関する検討会第1回(平成4年10月17日)、2022。



# 治療と仕事の両立支援における 産業医の役割

産業医科大学 産業生態科学研究所 産業精神保健学研究室 教授 江口 尚

## POINT

- ① 産業医には、事業場の事情も考慮した上で、治療を受けながら仕事を継続する労働者に寄り添った支援が求められる
- ② 診断技術や治療方法の進歩により患者のQOLが改善し、治療を受けながら仕事を継続できる患者が増加している
- ③ 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が公開されており、産業医業務を行う上で必ず目を通しておく必要がある
- ④ 産業医は、事業場内において治療と仕事の両立支援を進める上でのキーパーソンであり、関係者間の調整をするコーディネーターとしての役割が求められる
- ⑤ 平成30年度診療報酬改定において、「療養・就労両立支援指導料」が創設された

## はじめに

少子高齢化により労働力人口が減少し続けるわが国において、労働力人口を少しでも維持することは喫緊の課題となっている。労働力人口を維持するためには、これまでであれば、一定の配慮があれば働くことができるにもかかわらず、障害や持病、育児、介護などにより働き方に制約が生じるために就業を諦めていた方々に働く機会を提供することも有力な手段となる。令和元年国民生活基礎調査では、通院している者の中で働いている者は2075.7万人であり、労働人口の約3人に1人を占めている<sup>1)</sup>。例えば、比較的知見が豊富ながん患者について詳しくデータを確認したい。令和元年国民生活基礎調

査では、現在、仕事を持ちながら治療のため通院しているがん患者は男性15.5万人、女性22.7万人で計38.3万人となっており、増加傾向にある。また、がん情報センターが発表している部位別年齢階級別がん罹患数・割合(2018年)では、24歳から64歳までの罹患者数は約24万人で、全がん罹患者に占める割合は25%であった。就業年齢自体も高齢化していることや、5年生存率〔全がん(22年登録)64.1%〕が改善していることを考慮すると、毎年相当数の労働者が新たに仕事を持ちながら通院する状況になっていることが考えられる<sup>2)</sup>。

このように、がんに限らずさまざまな病気において、診断技術や治療方法の進歩により患者のQOLが改善し、治療を受けながら仕事を継続

できる患者が増加している。しかし、仕事をもちながら治療のため通院している患者の全てが健康者と全く同様に働けるわけではなく、治療や病気の影響により働き方に制約が生じることから、一定の配慮が必要となることが多い。そのような配慮ある職場環境を醸成していくことが、病気をもちながら働く労働者が安心して働く上で不可欠である。そうした動きを政策的に支援するために、国は、少子高齢化への対策である働き方改革の一環として、治療と仕事の両立支援(以下、両立支援)を進めている。その基本的な考え方を示したのが、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」(以下、両立支援ガイドライン)である<sup>3)</sup>。

両立支援ガイドラインは、治療が必要な疾病を抱える労働者が、業務によって疾病を増悪させることなどがないう、事業場において適切な就業上の措置を行いつつ、治療に対する配慮が行われるようにするため、関係者の役割、事業場における環境整備、個別の労働者への支援の進め方を含めた、事業場における取り組みをまとめたものである。両立支援ガイドラインにおいて、両立支援を進める主体は事業者と位置付けられている。事業者が両立支援を進めるためには、産業医等の意見を勘案することを求められていることから、両立支援において産業医の役割は重要である。

そこで、本稿では、両立支援における産業医の役割について説明する。

## 両立支援を進める上で キーパーソンとなる産業医

わが国では、50人以上が常時勤務する事業場においては産業医と衛生管理者の選任が義務付けられている。また、一般的に1,000人(業種によっては500人)以上が常時勤務する事業場においては、常時事業場に勤務する専属産業医の選任が義務付けられている。産業看護職は、選任が義務付けられているわけではないが、事業場規模が200人から300人程度になると保健師や看護師が常駐していることが多い。このような状

況から、事業場規模が小規模な場合には、産業医が嘱託として選任をされているが、産業看護職が常駐しておらず、健康管理については衛生管理者資格を有する安全衛生担当者や人事労務担当者が担当していることが多い。そのため、事業場内で両立支援を進めていく上で、特に小規模事業場においては、産業医、衛生管理者はキーパーソンであり、両者の連携が不可欠である。

筆者は、担当する両立支援外来での就労継続を希望する患者との面談において、勤務先の事業場規模が50人以上であり、産業医が選任をされていることが推定される場合に、患者に産業医のことを認知しているか尋ねるようにしている。その結果、患者が産業医を認知していない場合には、その事業場では産業医が機能していない可能性があることを念頭に置いて両立支援を進めるようにしている。事業場において効果的な両立支援を進めるためには、日頃からの産業医活動により、職場のことを熟知して、労働者から認知されていることが重要である。さらに、両立支援は産業医だけでは進めることができず、職場内のさまざまな要因を調整する事業場側の担当者の存在とその連携が不可欠である。事業場によっては、産業医の意見が無条件に受け入れられるところもあるが、本来であれば、当事者はもちろんであるが、産業医と担当者が連携、話し合いながら対応する形が望ましい。そのため、産業医には、事業場内の多様な関係者と積極的にコミュニケーションを取る姿勢が求められる。事業場内の関係者間のコミュニケーション不全是両立支援を必要とする労働者の不利益となることから、産業医は、職場内の関係者間のコミュニケーションに十分に留意すべきである。

## 両立支援を進める上での課題(図)

図は当事者13名を対象としたインタビューの結果から、両立支援を必要とする労働者が就労を継続する上での課題として、10項目の課題を抽出したものである。ここではこの課題の一部を抜粋して説明をする。図中の「会社・職場へ



図 職場で両立支援が必要な労働者を受け入れる上での課題  
 (http://www.med.kitasato-u.ac.jp/publichealth/docs/handbook.pdf より引用)

の病名の申告」については、インタビュー対象者全員が就労継続に関連する、つまり報告をする方がより就労継続をしやすくなると回答していた。また、本調査の対象者全員が、調査当時は、病名を会社に申告して就労していたが、就職活動の際に、病名を申告したことで、採用が見送られた経験をした者がいた。一方で、病名を開示せずに就労したことで、職場で就業上の配慮を受けることができず、体調が不安定化し、退職した経験をした者がいた。病名を会社を開示することは、両立支援を行う上での前提条件となるが、当事者にとっては非常に難しい意思決定である。企業側には、日頃から、当事者が病名の開示を安心してできる職場風土を醸成するような取り組みがなされることが期待される。具体的には、安全衛生委員会での産業医から両立支援についての情報を提供する、全国労働衛生週間(毎年10月1日から10月7日)に企画される講演会の機会などが考えられる。病名の開示を安心してできる職場風土の醸成は一朝一夕にできるわけでないが、産業医は常に自分にできることを考えて、小さな取り組みを継続していく姿勢が求められる。

図中の「自分の症状についての説明・言語化能力(両立支援の申し出)」については、当事者が、自分の病状を就労の点から会社に説明することが不慣れであることがあげられる。また、上司や同僚が変わるたびに、自分の病状を説明

することへの心理的な抵抗感があり、説明をしなくなってしまうケースもある。説明を受ける側の上司や同僚にとっても、難病の場合には、病名になじみがないために、がんなどとは違って、病気のイメージが付きづらく、より丁寧な説明が必要である。この点については、上司や同僚への説明の際に、産業医が同席すると、補足的に説明をするなどの対応を取ることで、当事者の抱える課題を緩和できる可能性がある。我々の研究班で、令和元年度に実施した職場からの支援を必要とする労働者を対象にした調査では、職場に病名開示ができていない者が24%、両立支援の申し出をしていない者が46%であった<sup>4)</sup>。

図中の「職場の風土」については、我々の研究でも、組織的公正が高い良好な職場環境で働く労働者ほど、病名の開示をしていた<sup>5)</sup>。また、両立支援が必要な労働者に対しては、場合によっては、健常な労働者からの支援が必要となることがある。このような時に、対応を間違えると支援する側である健常な労働者から不平や不満が上がることもある。ストレスチェック制度でよく使われる職業性ストレス簡易調査票を用いた一般労働者を対象とした研究では、上司や同僚の支援や裁量度の高い職場で働いている労働者の方が、両立支援が必要な労働者を受け入れる、ということも分かっている<sup>6)</sup>。前述のように、産業医には、両立支援において、単に個別の対

応をするだけでなく、職場の風土にも留意した対応が求められる。

図中の「主治医の患者の就労への関心」については、メンタルヘルスや一部のがん拠点病院の外来では、社会的な関心の高まりや法制度の要請から、事業場との連携が当たり前になりつつある。しかし、その他の疾患については、患者から主治医に対して仕事のことを相談したり、主治医から勤務先の産業医と意見交換をしたりするということはまだまだ頻度は少ないようである。さらに、平成30年度診療報酬改定において、「療養・就労両立支援指導料」が創設され、徐々に対象疾患の範囲も広がり、治療を受けながら仕事をする労働者が就労を継続できるように医療機関と企業の連携が進められている<sup>7)</sup>。ただ、令和3年度労働安全衛生調査(実態調査)結果の概況では、両立支援を進める上で困難や課題を感じている事業所は約80%であり、その理由としては、就業制限の必要性や期間の判断29.5%、復職可否の判断27.2%、病状の悪化や再発防止の対策25.9%、主治医との連携13.2%、となっており、医療機関との連携により解決可能な課題が多い<sup>8)</sup>。医療機関と事業者との連携については、医療機関には「待ち」の姿勢ではなく、医療機関から事業者に働きかける姿勢を期待される。

医療機関内においても、多くの医療機関で「療養・就労両立支援指導料」の周知が不十分である。我々ががん治療専門医に対して行った調査では、両立支援ガイドラインを知っている医師ほど、この指導料を活用した経験があった<sup>9)</sup>。こういったことから、産業医側から医療機関に積極的に両立支援について働きかけることも、患者の不利益を回避するために産業医に求められる役割であろう。

## 医療機関と勤務先関係者の コミュニケーションの必要性

上述のようにメンタルヘルス不調やがん等については、働きながら治療を継続することについて社会的にも啓発、周知が進んできたことか

ら、病名を開示されても、上司や同僚の戸惑いや動揺は少なくなっている。しかし、日頃聞きなれない難病等については、疾患への認知度が低いために、適切に評価をすれば、多くの仕事を発病前と同様に対応できるにもかかわらず、「仕事ができない」「難しい病気」というイメージが先行してしまう。その結果、元の仕事をすることは難しいと判断されてしまい、本人のこれまでの経験を考慮せずに、安全に過剰に配慮した対応をされてしまうことがある。さらに、病気の中には、急な倦怠感、発熱といった症状が急に生じるものも少なくないが、そのような突発的な症状により休暇を取ることが続く「サボっているのではないか」との疑念を持たれてしまうこともある。事業場内で適切な配慮を行うために、当事者、主治医(医療機関)、人事担当者、上司などの関係者が、病状や仕事の内容、職場環境などについて、「両立支援のためのガイドライン」をベースにして、適切にコミュニケーションをとることが必要となるが、そのコーディネートをする役割が産業医には求められる。さらに、このガイドラインには、多くの具体例も掲載されている<sup>3)</sup>。産業医がいる事業場であれば、産業医の関与も重要であるが、事業者には、当事者、産業医、事業場担当者の共通の認識を作るためのツールとしてこのガイドラインの活用をお勧めしたい。

当事者に対して適切な配慮を提供するためには、疾患への理解が不十分なために生じる過剰な配慮や差別が生じないように、また、根拠をもって配慮をするために主治医からの意見書が重要になる。そのため、主治医には、病気による就業上のリスクを列挙するだけでなく、当事者がこれまでの仕事をできるだけ続けられるようにどのような配慮が必要かという視点で、当事者本人を含めた関係者が就労継続に対して前向きになれるような意見書を作成することが期待される。そのような事業場と医療機関の間に入って情報を整理する役割が、産業医にも期待される。主治医としての経験も豊富な嘱託産業医であれば、その経験を活かした主治医からの意見書が書きやすい依頼も事業場側からでき

るのではないだろうか。さらに、近年、両立支援コーディネーターの活用も進められ、社会保険労務士などが積極的に取得している。そのため、産業医がいない小規模零細事業場では、両立支援について社会保険労務士に相談できる可能性もある。

地域で開業している医師が、同じ地域内の事業場で産業医として勤務をすることもあろう。上述のように主治医と産業医は、主治医と患者との関係と産業医と労働者の関係では、特に両立支援を進める場合には、利益相反や個人情報上の課題が生じることがある。一般論としては、主治医と産業医の立場を兼ねることは望ましくない。さまざまな事情から兼ねざるを得ない場合には、主治医/産業医自身も自分の役割を十分に認識した上で、労働者、事業者に対しても説明をする必要があるだろう。

## ツールの紹介と活用<sup>10)</sup>

筆者は、厚生労働科学研究費補助金「職域における中途障害者の実態調査とそれに基づく関係者間の望ましい連携のあり方に関する研究(26011101)」(研究代表者:江口尚)(2015年度から2016年度)の助成を得て、難病患者の治療と仕事の両立に関する研究を開始した。その後、その知見を活用し、労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究(170401-2)」(研究代表者:堤明純)(2017年度から2019年度)の助成を得て、治療と仕事の両立支援が必要な労働者の研究を進めてきて、その成果物を公開している。その成果物の中には、事業者の啓発を進めるものもあるため、産業医として事業者に両立支援についての情報提供をする際にぜひ活用いただきたい。

## 最後に

本稿では、治療と仕事の両立支援に求められる産業医の役割について説明した。一部の疾患

については両立支援についての環境整備はだいぶ進んできたが、病気の経過や、病名に付随する社会的なイメージ、病名の認知度など、社会的に認知が進まない疾患については環境整備が遅れている。また、障害が外見からは分からず、体調のよい時には健常者と同様に仕事ができるような内部障害者について、通院や休憩等の必要性が理解されにくく、体調が不安定になって急な欠勤が頻繁に生じた時には同僚らから「サボり」と誤解されやすく、そのことが、職場の人間関係の悪化やストレスにつながることもある。そのような誤解や偏見が生じないように情報の整理をする役割も産業医に求められるだろう。

本稿を通じて、治療と仕事の両立支援における産業医の役割への認知が進み、一人でも多くの当事者への両立支援が進むことを期待したい。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省. 総傷病数(15歳以上)、仕事の有-職業分類-無・傷病(複数回答)別. 令和元年国民生活基礎調査, 厚生労働省, 東京(2019) [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001141126&cycle=7&tclass1=000001141142&tclass2=000001142126&stat\\_infid=000031964420&tclass3val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001141126&cycle=7&tclass1=000001141142&tclass2=000001142126&stat_infid=000031964420&tclass3val=0) (accessed 2022 Dec 28)
- 2) 公益財団法人がん研究. がんの統計 2022. [https://ganjoho.jp/public/qa\\_links/report/statistics/pdf/cancer\\_statistics\\_2022.pdf](https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2022.pdf) (accessed 2022 Dec 28)
- 3) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン(令和4年3月改訂版) <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000912019.pdf> (accessed 2022 Dec 28)
- 4) 江口尚, 森永雄太, 細見正樹:健康経営および治療と仕事の両立-産業保健学および組織行動論の視点から-. 経営行動科学 2020; 31(3): 117-131.
- 5) Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, et al: Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. PLoS One. 2019; 14(10): e0223595.
- 6) Eguchi H, Wada K, Higuchi Y, et al: Co-worker perceptions of return-to-work opportunities for Japanese cancer survivors. Psychooncology. 2017; 26(3): 309-315. doi: 10.1002/pon.4130.
- 7) 厚生労働省. 治療と仕事の両立支援ナビ. 診療報酬について. <https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/formedical/#sec03> (accessed 2022 Dec 28)
- 8) 厚生労働省. 令和3年 労働安全衛生調査(実態調査)結果の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/r03-46-50b.html> (accessed 2022 Dec 28)
- 9) Eguchi H, Sasaki J, Inoue A, et al: Factors Related to Oncologists' Use of the Disease Treatment and Employment Support Guidance Fee. J UOEH. 2021; 43(4): 427-432.
- 10) これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会. <http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/result.html> (accessed 2022 Dec 28)

# 職場における新型コロナウイルスをはじめとする感染症予防対策の重要性

日本製鉄株式会社東日本製鉄所 統括産業医 宮本俊明  
(君津地域・職域連推進携協会 会長)

## POINT

- ① 中小企業は従業員一人の欠勤影響が大企業よりも大きいことから感染予防対策を今後も注意深く進めていく必要があり、唯一の医学専門家である産業医に頼る場面が多い
- ② 感染予防対策の上で産業医に期待される役割は多いため、多忙であっても衛生管理者などと分担して積極的に関与することが期待される
- ③ 職場の感染予防対策に関する情報としては、日本産業衛生学会の新型コロナウイルス感染症関連の情報や厚生労働省など信頼できる情報源を参照すると良い
- ④ 従業員の「安全確保」の観点と「事業の安定的継続」の観点から、医学的に妥当で経営的にも有効な対策になる、という労使からの負託に応えると産業医の存在意義が高まる
- ⑤ よく遭遇する具体的な例を本文中に示した

## はじめに

WHOが新型コロナウイルス感染症(以下COVID-19)のパンデミック宣言を行ってから3年が経過したが、いかにして経済を含めた日常生活と感染予防を両立させていくのかについて、世界中で模索が続けられているところである。日本においても感染の波を繰り返しているが、ワクチン接種、換気対策、マスク装着、「3つの密(密接・密集・密閉)」回避などについては<sup>1)</sup>、ワクチン接種の進展と経済対策との調和などで多くの微修正点はあれども、感染予防策を今後もしばらくは注意深く進めていく必要がある。

この際、働く人にとって家庭とともに多くの

時間を過ごす職場での感染予防対策を確実に進めることは、職場のクラスター発生防止のみならず国民全体の感染者数を抑制するためにも重要な活動である。これらへの対応のため、日本産業衛生学会が日本渡航医学会と協力してCOVID-19の日本上陸当初から情報提供を行い、途中で形を変えて今も継続している「職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド」<sup>2)</sup>は、業界団体の対策マニュアルや行政通達の文書にも参考資料として記載されるなど、流行初期から現在に至るまで有意義な情報源となっている。

特集

## 産業保健としての COVID-19予防対策

医療機関で働く人の感染予防対策は、院内感染防止からも必要性が高いことは当然だが、少人数で運営する中小企業の場合、一人の従業員の欠勤の影響度が大きいことから、感染予防対策の必要性は高い。接客を要する職場、複数の人が同じ場所で就業する職場、十分な対人距離を取れない工事や建設の現場、暑熱対策と感染予防対策を両立する必要がある職場、感染重症化ハイリスクとされる従業員がいる職場、などでは職場におけるCOVID-19予防対策が重要となる。

この際に、医学的専門知識を十分には持ち合わせていない事業者が、何かしなければと思ったとしても、感染不安や企業リスクを過度に気にして医学的に合理的でない対応を行うことは、結果的に感染予防の効果を弱めてしまうことになる<sup>2)</sup>。そのため、嘱託産業医が選任されている事業場では産業医の意見を聞くことが肝要とされている。そこで、主に嘱託産業医が選任されている企業規模を中心に、それ以下の規模の事業場も含めて、日本産業衛生学会からCOVID-19予防対策に注意してもらいたい業種ごとにマニュアルが発行されている<sup>3)</sup>。全部で6業種(表1)が作成されており、事業場における対策は業種や作業態様に特有のリスクや配慮が必要となることが多いこと、大企業と異なり専任のスタッフがいるわけではないため全部を精読する読者は少数派と考えられること、等より、まず重要な対策ポイントについて各巻末の対策チェックリストを確認して、その結果「改善の

余地あり(△)」、「できていない(×)」となった項目について、マニュアルの対応する部分で解説や事例を確認し、さらに改善できないか検討するという構成になっていることが特徴である。

なお、どの業種・業態でも事務所があることから、オフィス業務用マニュアルの内容は必要に応じてそれ以外のマニュアルにも記載されるため主な業態のものでほぼ足りる構成である。

## 感染症予防対策の上で 産業医に期待される主な役割

産業医は健康診断結果に基づく措置や保健指導、職場巡視や健康教育・衛生教育および衛生委員会での議事等を通じて、疾病の予防対策(悪化防止を含む)に尽力する立場であり、感染症の発見や治療を期待されている訳ではない点は、日常的に治療者として活動している嘱託産業医としては注意しておく点であろうと思われる。そのため、感染者が発生していない時こそ、行うべきこと・行えることが多数あるということに留意する必要がある。

例えば、感染者が増えているフェーズでは外出を自粛することが多いが、同時に運動不足が顕著になると血糖値や尿酸値の悪化や脂質異常症の顕在化、あるいは将来のフレイルに陥るリスク増加など負の局面も顕著になる場合があるため、このような事態を起こさないような情報提供も必要となることがある。また従業員寮で感染者が出た場合の対応や、更衣室や食事場所や喫煙場所での感染防止対策、感染者が職場復帰する際の差別防止や軽度の咳などが残る場合の周囲の不安除去、ワクチン接種に不安を覚え

表1 日本産業衛生学会編「新型コロナウイルス感染予防・対策マニュアル」がある6つの業種・業態およびその例示

- |  |
|--|
| 1. オフィス業務：すべての業種の事務所、コールセンターなど。            |
| 2. 製造業：工場など製造現場。                           |
| 3. 建設業：建設・工事など。                            |
| 4. 接客業務(対面サービス)：小売店、飲食店、ホテル、金融機関、理美容店、塾など。 |
| 5. 運輸業(旅客輸送)：鉄道、バス、ハイヤー・タクシーなど。            |
| 6. 運送・配送サービス業：運送・配送サービス、宅配業務など。            |

〔文献3〕より引用



る従業員への正しい情報提供、接客業務等に不安を覚える従業員への情報提供に際しての注意点を事業者に教えるなど、事業場で唯一の医療・保健の専門家として頼られる場面も極めて多い。さらに、テレワークによるデメリットとして、コミュニケーション不足やハラスメント潜在化等からくるメンタルヘルス面の課題、作業環境が自宅で未整備な場合もあるため腰痛や肩凝り等の予防、といった問題もある。

産業医は、衛生管理者や人事総務担当者と連携しながら、事業場における産業保健の専門家として積極的に関与することが期待される。前述の「職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド」<sup>2)</sup>では、その主な役割を(表2)のように示している。この内容は将来起こり得る未知のウイルス感染症パンデミックにも流用できる内容となっている。なお産業医の出務頻度や時間などの条件および保健師等の在籍有無で対応可能な範囲が変わってくることに留意する必要がある。

## 職場におけるCOVID-19 予防対策のポイント

COVID-19に対して、従業員の「安全確保」の観点と「事業の安定的継続」の観点から、事業者が従業員の協力を得て職場環境を衛生的に維持することが必要であり、その際には産業医が選任されていれば産業医の意見を参考にして事業者が施策を決定することで、医学的に妥当で経営的にも有効な対策になる、という労使からの負託に産業医が答えなければならない。

しかし、日常的に治療行為を行っている嘱託産業医が、COVID-19の「個人レベルでの感染予防」「感染者の職場復帰」「コロナ禍での基礎疾患悪化防止教育」「テレワークでの注意点」など産業保健全般に深い知識を有している訳ではないことを考慮すると、まずは表1にある6つの業種・業態およびその例示に含まれている職場であれば、「新型コロナウイルス感染予防・対策マニュアル」<sup>3)</sup>を紹介し、該当業種のチェックリ

ストを用いて現状確認と対策の手がかりをつかむことから勧めてみると良いだろう。もし表1に含まれていない業態もしくは混在して判断しにくい場合は、やや幅広くなるが厚生労働省作成の「職場における新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するためのチェックリスト」<sup>4)</sup>などを利用して、職場における対策実施状況の確認に役立てることができる。

事業者が産業医の意見を聞いて行うことが望まれる施策としては、①テレワークやオンライン会議や時差出勤、体調不良時に安心して休める環境の構築など職場の勤務制度対策、②職場の妥当なルール設定(食事場所や更衣室や休憩室や喫煙場所でのルール、体調不良時の申告、濃厚接触者の選定等、検査陰性の体調不良者の職場復帰など)、③個人の日常的な感染予防対策(マスク装着や手洗いや3密回避)、④職場の環境対策(特に換気や対人距離などの飛沫対策)、⑤従業員への情報提供やワクチン接種機会提供および日常健康管理や健康増進活動の推奨、などが考えられるので、以下に例示してみる。

### 1. 勤務に関する職場の制度対策

① 中小企業では、都市部の三次産業を除けば在宅勤務(テレワーク)の導入率が低い傾向がある。しかし、感染拡大時にはテレワークを積極的に活用することで、出勤者数の削減による感染機会の低減を行うことが望ましい。職場での対人距離の確保にもつながる。現在は全国どこでもネットワーク環境が整備されてきている。テレワークは自宅だけでなく事業場内の会議室からでもできるので、まずはオンライン会議から始めてみることをアドバイスしても良い。

② ハイリスク者(重症化のリスク因子を持つ者、注意が必要な基礎疾患を持つ者)については、できるだけテレワークあるいは時差出勤等を認めて人混みの中を通勤させたくないという考えもある。そうなれば、ハイリスク者の特定は産業医に一任される可能性が高い。

③ 特に中小企業の場合、休むと皆に迷惑を掛けると思って体調不良なのに黙って出勤してしまう危険性がある。これはクラスター発生リス

表2 産業医や保健師等（産業保健専門職）に期待される主な役割と活動例

- (1) 感染予防対策や健康管理に関する事業所内体制の構築に関する事業者への助言
  - 事業所所轄保健所や地域医療機関との関係も踏まえた、感染予防対策の基本方針や行動指針の策定および見直し、感染予防対策の体制構築や運用に関する助言および支援を行う。
  - 在宅勤務等における感染予防対策ならびに日常的な健康管理体制等について助言を行う。
- (2) 医学情報の収集と職場への情報提供
  - 政府、国内外の各機関等からの新型コロナウイルス感染症に関する信頼できる最新情報を収集し、事業者および従業員に提供する。
  - 新型コロナウイルス以外の季節性疾患の予防についても留意し、並行して予防対策を行うことができるか検討する。（インフルエンザ、ノロウイルス、感冒、花粉症、熱中症、食中毒など）
- (3) 感染予防対策の緩和や強化の過程において、医学的妥当性等の検討と助言
  - 対策の強化や緩和の過程において、ウイルスの特性を踏まえた医学的有効性と実行可能性を検討し、危機管理に適切に対応できるための助言等を行う。
- (4) ワクチンを含む感染予防対策および衛生管理方法に関する教育・訓練の検討と助言
  - マスク着用、手洗い等の感染予防に関して、どのレベルの行動を従業員に求めるかという妥当性を検討し、定期的に教育または確認等を実施する。
  - ワクチンの有効性に関する信頼できる情報の提供と教育を行うとともに、職域接種の実施可能性や方法等を検討し助言する。
  - 食事場所や喫煙場所での行動制限が必要な場合は、定期的に教育または確認等を実施する。
- (5) 持続的な感染予防対策の策定や健康管理に関する検討や見直しと助言
  - 事業継続を支援する観点で検討する。
  - 職場巡視なども踏まえて、職場全体および必要に応じて個別職場ごとに、業務に伴う感染リスクを考慮した具体的な感染予防対策への助言等を行う。
  - 事業所における入口対策については、事業所内クラスターの発生防止が目的であり、地域の感染状況などを確認し、目的に対する実効性等について、医療面の専門家として助言等を行う。
  - 従業員個人への行き過ぎた行動制限は職場の健康増進活動の推進を阻害するため、適正な行動制限に留めるよう常に緩和と強化を検討し、助言等を行う。
  - 生活習慣病などの予防のため、運動や体重管理等が滞らないよう従業員への健康教育も行う。
- (6) 従業員の健康状態にあわせた配慮の検討と実施
  - 基礎疾患の有無や感染ハイリスクとされる従業員を把握し、事前に必要な配慮を検討しておく。
  - 要治療者が医療機関受診を忌避して治療開始機会を逃すとか、治療中の者が自己中断して悪化することのないよう、職場全体に対して情報提供を行い、要治療者本人に指導や受診勧奨を行うとともに、管理監督者や衛生管理者も含めて、疾病管理への指導・助言を行う。
  - 在宅勤務における健康管理、作業管理、作業環境管理について、従業員に対して情報提供を行うとともに、Web ミーティングを行う管理監督者には部下の表情や顔色観察なども行うよう要請し、産業保健職との情報交換を促す。時々出勤させる機会がある場合は、業務進捗だけでなくメンバーの健康状態をはじめ、表情などにも注意を払うよう管理監督者などに指導・助言を行う。
- (7) 事業所に感染者（疑い例含む）や濃厚接触者が出た場合の対応
  - 感染者（疑い例含む）あるいは濃厚接触者の健康観察などの手法や内容について、衛生管理者や当該者の管理監督者などに助言する等、感染者等の健康管理について支援する。
  - 二次感染防止、濃厚接触者の特定や健康状態報告等に関する助言等を行う。
  - 必要に応じて所轄保健所や地域医療機関との連絡調整を行う。
  - 罹患後症状のある従業員については、職場復帰の方法や就業上の措置の要否を判断する。
- (8) 従業員のメンタルヘルスや差別防止への配慮
  - 感染後の従業員あるいは濃厚接触者となった従業員への不適切な対応や差別を防ぎ、接客等を行わなければならない従業員等への不安やストレスの軽減に関する助言・調整等を行う。
  - 在宅勤務導入に伴うハラスメントの潜在化や新たなハラスメントの発生を考慮して、管理監督者へのハラスメント教育等も考慮する。
  - 従業員同士の苛立ちが不適切な対応を生まないよう、ストレス緩和対策についても助言等を行う。

〔文献2〕より引用

クになり、かえって操業リスクになってしまうため、体調不良時には「安心して申告でき安心して休める環境」を職場で構築するアドバイスも望まれる。

## 2. 職場の妥当なルール設定

① 人混みを避け、他人との距離を保つ方法で感染予防を行うこと(フィジカルディスタンス)は、職場においても重要な対策である。事務所等では座席の配置も工夫の余地がある。

② 仕事の緊張から解放される食事場所や更衣室や休憩室や喫煙場所などは、マスクを外したまま会話を行って感染リスクが高まることもある<sup>9)</sup>。食事場所では黙食を推奨し、合間で会話をする場合は都度マスク着用の徹底を要請し、対人距離が十分取れるよう同時に入室できる人数の制限を行うと良い。他者からの飛沫を防ぐためにパーティション設置なども必要に応じて行う。使用人数が限定的な喫煙場所は屋外移設ないし閉鎖が望ましい。

③ 発熱や体調不良時には決して出勤せず医療機関等で公費検査を受けるか、もしくは自分で行う自費検査で感染の有無を確認・報告させるようにする。そして陽性者には受診、あるいは都道府県の健康フォローアップセンターへの登録を指示する。なお、国が承認した抗原定性検査キットは【体外診断用医薬品】または【第1類医薬品】と表示されており、これ以外の「研究用」などは健康フォローアップセンターでの登録等には使えないこと<sup>9)</sup>、自分で行う検査の場合は偽陰性の確率が高まることを事業者および従業員に周知しておくが良い。

④ 現時点ではクラスター等の発生を除き保健所は事業場への関与は行わないことが多いため、感染拡大防止のため事業場で自主的に濃厚接触者を選定して積極的な感染防止対策の実施を行って良い。濃厚接触者の特定や対応は「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領」<sup>7)</sup>を参考にすると良い。

⑤ 感染者の職場復帰については療養解除基準が国から示されている<sup>9)</sup>ので、それを参考にすると良い。罹患後症状が残る場合は主治医に相談

になるが、産業医に相談がくる場合も考えられる。

⑥ 自主的な抗原定性検査でCOVID-19陰性だったが発熱などがある場合では、インフルエンザや別の感染症、あるいは抗原定性検査が偽陰性だった場合、なども考えられる。そのため、検査が陰性であっても、解熱剤などを服用していない状態で症状消失後24時間経過といったタイミングまでは自宅療養したほうが良いと考えられる<sup>9)</sup>。

## 3. 個人の日常的な感染予防対策

① 国民全員が取り組んでいることなので改めて何かを追加するのではなく、間違った方法や偏った対応を是正する取り組みで良い。

② 基本的な感染防止策である「3つの密」を避ける行動を継続し、できる限り「ゼロ密」を目指すための行動が大切である<sup>1)</sup>。

③ ワクチン接種が進んでいる状況でも飛沫による感染が蔓延する状況を考慮すると、ゼロ密にならない限り不織布マスク装着が推奨される。

④ 変異株になって飛沫感染が主体となり接触感染のリスクは低いとされているが、一般的な感染対策として手指衛生を推奨する。手指衛生の基本は水道水と石鹸による手洗いで、コロナウイルスは脂質エンベロープを持つのでアルコール消毒液も有効である。行い過ぎると手荒れの原因になるので保湿対策なども考えておくが良い。

⑤ 感染拡大初期は石鹸製剤やアルコール製剤が市場から枯渇したため代替製品による消毒もやむなしだったが、次亜塩素酸ナトリウムは皮膚や粘膜に付着させないことが条件で、次亜塩素酸水は非常に不安定で有効塩素濃度の維持が条件、など大きな課題がある<sup>10)</sup>。

## 4. 職場の環境対策

① 背の高いパーティションは気流を妨げるため気流方向と平行に設置するようにし、どうしても気流を阻害してしまうのであれば発話時マスク装着としてパーティションの除去も検討する。普段から確実にマスクをしているのであれば、前方方向にはあまり飛沫は飛ばないため、

咳エチケットを守って一定の換気があればパーティションの必要性は高くないことがある。

② 推奨される換気方法としては、(1)窓の開放による方法、(2)機械換気(空調設備・送風機等)による方法、の2つに大別される<sup>11)</sup>。乾燥により飛沫が長い間空間中に浮遊するという報告があるため、適切な湿度(40%以上)の維持に留意する。

③ 換気不良の指標の一つとして、コロナ禍以前から機械換気の場合は事務所衛生基準規則第5条第2項により二酸化炭素濃度を1,000ppm以下に保つことが求められていた。日本産業衛生学会産業衛生技術部会が無償で提供している換気シミュレーター<sup>12)</sup>は、この指標を利用し推定式を用いて、必要換気量を満たしているか評価することができる。

④ 粗悪で不正確な二酸化炭素測定器が市場に出てきたため、経済産業省が「二酸化炭素濃度測定器の選定等に関するガイドライン」<sup>13)</sup>を策定し公表した。

⑤ 機械換気がなく、窓を十分に開けられない場合は、窓からの換気と併せて可搬式の空気清浄機を併用することが示された。ただし適した条件は厳しく設定されている<sup>11)</sup>ので注意が必要である。また空気清浄機は二酸化炭素濃度には影響しない。

⑥ 接触感染予防のため複数人の手が触れる職場共用備品や机やドアノブなどの消毒<sup>14)</sup>は、現在では手洗いや手指消毒が容易にできる状況のため、あまり頻繁に行う必要はないと考えられる<sup>2)</sup>。

⑦ これまで、消毒剤の有効かつ安全な空間噴霧方法について、科学的に確認が行われた例はなく、現時点では「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」(薬機法)に基づいて品質・有効性・安全性が確認され、「空間噴霧用の消毒剤」として承認が得られた医薬品・医薬部外品もない<sup>14)</sup>。

## 5. 従業員への情報提供, その他

① COVID-19やワクチンに関する情報はネット社会ということもあり膨大になっているが、不正確で偏った情報も多い。学会や行政からの

正確な情報を産業医が紹介することは期待されるが、従業員の情報リテラシーが十分にあることが前提である。

② 長期におよぶコロナ禍で、体重増加や運動不足による影響、他者との交流が減ることによるメンタルヘルスへの影響、リモートワークによる影響、通勤負荷の減少による影響、などさまざまな関与が考えられ、事業場立地や従業員特性によっても差が出てくる場所である。これらの分析や考察は事業場と従業員を把握している産業医がもっとも詳しいと思われる。原因分析から対策検討して実行まで関与できるのは面白いものである。

③ テレワークでは自宅が実務場所になる場合が多くなるが、椅子や机や照明および周辺環境などが少なくとも8時間就業する環境になっていないことがある。この場合には、腰痛や肩凝りの訴え、あるいは作業能率の低下などでメンタル面の不調を疑われて産業医に相談があるかもしれない。面談もパソコンやスマホでWEBによるオンライン面談になる可能性がある。この際に本人の了解が得られれば、机周囲の状況を映して見せてもらうと作業場所の観察ができて、作業環境管理上のアドバイスができる可能性がある。また事業者は自宅等でテレワークを行う際の作業環境整備<sup>15)</sup>について従業員に教育することが求められているため、産業医から事業者へのアドバイスも求められる可能性が高い。

④ 「新型コロナウイルス感染症流行下における熱中症対応の手引き(第2版)」<sup>16)</sup>によれば、マスクの着用は口腔温や鼓膜温に影響せず、深部体温にも影響がみられないこと、成人ボランティアによる運動負荷の実験でもマスク着用有無と深部体温上昇は有意差が無いこと等から、マスクの着用は生理的自覚温度に影響を及ぼすことはあっても、マスク着用自体が体温に影響することはないと考えられている。しかし、生理的自覚温度の上昇や口周囲の皮膚温上昇などは息苦しさの自覚などにつながる可能性もあるので、マスクを外せる環境では積極的にマスクを外すよう、暑熱環境での作業や夏季の屋外での作業に従事する者に情報提供することが望ましい。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省. 感染拡大防止へのご協力をお願いいたします! <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kansentaisaku.html> (accessed 2023 Jan 15)
- 2) 日本産業衛生学会, 日本渡航医学会. 職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド. <https://www.sanei.or.jp/files/topics/covid/COVID-19guide221227koukai.pdf> (accessed 2023 Jan 15)
- 3) 日本産業衛生学会. 「職場における新型コロナウイルス感染症対策のための業種・業態別マニュアル」の公開. [https://www.sanei.or.jp/topics/covid19/individual.html?entry\\_id=115](https://www.sanei.or.jp/topics/covid19/individual.html?entry_id=115) (accessed 2023 Jan 15)
- 4) 厚生労働省. 職場における新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するためのチェックリスト. <https://www.mhlw.go.jp/content/000805575.pdf> (accessed 2023 Jan 15)
- 5) 内閣官房 新型コロナウイルス感染症対策推進室. 感染リスクが高まる「5つの場面」. [https://corona.go.jp/proposal/pdf/5scenes\\_poster\\_20201211.pdf](https://corona.go.jp/proposal/pdf/5scenes_poster_20201211.pdf) (accessed 2023 Jan 15)
- 6) 消費者庁. 新型コロナウイルスの抗原定性検査キットは国が承認した「体外診断用医薬品」を選んでください! [https://www.caa.go.jp/notice/assets/representation\\_cms209\\_220909\\_01.pdf](https://www.caa.go.jp/notice/assets/representation_cms209_220909_01.pdf) (accessed 2023 Jan 15)
- 7) 国立感染症研究所 実地疫学研究センター. 新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領. <https://www.niid.go.jp/niid/images/cfeir/covid19/COVID19-02-211129.pdf> (accessed 2023 Jan 15)
- 8) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. 新型コロナウイルス感染症の患者に対する療養期間等の見直しについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/000987473.pdf> (accessed 2023 Jan 15)
- 9) 日本医学会連合. 日本医学会連合 COVID-19 expert opinion 第3版(2021年8月18日版). [https://www.jmsf.or.jp/news/page\\_266.html](https://www.jmsf.or.jp/news/page_266.html) (accessed 2023 Jan 15)
- 10) 経済産業省. 「次亜塩素酸水」を使ってモノのウイルス対策をする場合の使用方法. <https://www.meti.go.jp/press/2020/06/20200626013/20200626013-4.pdf> (accessed 2023 Jan 15)
- 11) 厚生労働省. 冬場における「換気の悪い密閉空間」を改善するための換気の方法. <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000698848.pdf> (accessed 2023 Jan 15)
- 12) 日本産業衛生学会 産業衛生技術部会. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 対策用 換気シミュレーター. [https://plaza.umin.ac.jp/jsoh-ohe/covid\\_simulator/covid\\_simulator.html](https://plaza.umin.ac.jp/jsoh-ohe/covid_simulator/covid_simulator.html) (accessed 2023 Jan 15)
- 13) 経済産業省. 二酸化炭素濃度測定器の選定等に関するガイドライン. <https://www.meti.go.jp/covid-19/guideline.pdf> (accessed 2023 Jan 15)
- 14) 厚生労働省. 新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html) (accessed 2023 Jan 15)
- 15) 厚生労働省. 自宅等でテレワークを行う際の作業環境整備. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_01603.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_01603.html) (accessed 2023 Jan 15)
- 16) 日本救急医学会 新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた熱中症診療に関するワーキンググループ. 新型コロナウイルス感染症流行下における熱中症対応の手引き(第2版). <https://www.jaam.jp/info/2022/files/20220715.pdf> (accessed 2023 Jan 15)

# 中小企業における産業医活動の実際

OHサポート株式会社 代表/産業医 今井鉄平

## POINT

- ① 中小企業においては各種リソース(ヒト・モノ・カネ・情報など)が不足しがちである
- ② 事業場側の担当者に十分な知識・経験がないケースが多く、産業医側からの働きかけが重要となる
- ③ 産業医活動の時間・費用面の制約がかかることが少なくなく、効率的な運用が求められる
- ④ 産業看護職・中小企業支援組織など、多職種で連携しながら取り組みを進めることが望まれる

## 特集

### はじめに

中小企業においては各種リソース(ヒト・モノ・カネ・情報など)が不足しがちであることがよく言われている。実際に著者が中小企業の嘱託産業医業務を経験する中で、専任の担当者(衛生管理者等)がいない、担当者の時間が捻出できない、十分な予算が確保できないという話はよく聞く。また、従業員数が少ないこともあり、日頃はあまり問題が発生することはなく、産業保健の優先度は決して高くはないのが実情である。また、十分な知識と経験を有する担当者は少なく、「何をどう進めたらよいのか分からない」という声もよく聞くところである。このような中、中小企業で産業保健活動を進めていくのに、産業医側からの働きかけが大企業以上に重要となると言える。

弊社は中小企業への産業保健サービス普及促

進を目的に2018年に設立、産業看護職7名(うち常勤3名)とともに、現時点で150社を超える中小企業にサービスを提供している。また、顧客企業の約1/3が産業医選任義務のない小規模事業場となっている。これまでの経験を踏まえて、中小企業における産業医活動の実際につき紹介したい。

### 中小企業における産業医活動の工夫

前述の費用と時間の問題から、あまり頻回に産業医が事業場を定期訪問することはできない。また、普段はあまり問題が起きない事業場も多い。このため、弊社では隔月・1回1時間の産業医訪問を基本とするなど、企業側にとって負担がなるべく少ないものになっている。ただし、サービス品質の確保や事業場側との情報連携のために、産業看護職が毎月・1.5時間ほど、訪問

やビデオ面談で関わりを持つようにしており、担当者等からの各種相談に応じるようにしている。

前述の、担当者が何をどう進めたらよいか分からないという問題に対しては、初回訪問時などに先方の現状や課題を丁寧にヒアリングし、今後実施すべきこと(例:衛生委員会の設置、ストレスチェック実施体制の検討)を示すようにしている。最終的には図1にあるような産業医業務を全うできる体制構築を目指すものの、最初から全てのことができる訳ではないので、次回までに実施すべきことを話し合い、議事録を作成・共有し、訪問時に進捗を確認するようにしている。順調に進むことの方が珍しく、先方の進捗がなくても焦らず、着実に進めていく姿勢が重要となる。

普段は問題が少ないものの、メンタルヘルス不調者への対応など、急に産業保健のニーズが発生することがある。このような場面でタイムリーに職場の支援ができると、事業場側に産業医の役割や必要性を実感してもらえることにつながるものが少なくない。このような場面を逃さないよう、日頃から事業場とのオープンなチャンネルを設置しておくことが重要となる。具体的には、産業看護職が窓口となり、メールや

電話等により事業場の担当者から随時相談ができるようにしている。たとえ些細なこと、調べればすぐ分かるようなことであっても、事業場との関係性づくりのためには丁寧に一つ一つに対応していくことが大事と考えている。

看護職と連携し、タイムリーな復職支援を行った事例を紹介する。地方都市の郊外に位置するX社に産業医が偶数月、産業看護職が奇数月に定期訪問をしている。産業医訪問を終えた直後に、事業場担当者から、メンタルヘルス不調にて長期休業をしていた従業員から復職希望が出されたという連絡がメールで入った。同社にとってあまり復職支援の経験はなく、今後の流れを簡単に担当者に説明した上で、まずは看護職によるオンライン面談(対象:担当者・従業員)を予定してもらった。担当者との面談の中では、これまでの経過・職場での様子など必要な情報を得ることに加え、復職支援の詳細につき説明を行った。その上で、本人とのインタビュー面談を実施、これまでの経過・困りごと・現在の状態など必要な情報を得ることに加え、復職に向けて必要な準備内容(例:就労に合わせた生活リズム、通勤練習、体力づくり、外出練習、作業の練習)を本人に伝えた。復職準備の実施状況を職場経由で定期的に報告してもらい、準



図1 産業医業務のイメージ



備が整ったと判断できたタイミングで産業医によるオンライン面談を実施、復職判定を行い、復職に際しての留意事項を職場にフィードバックした。復職後は、職場側からも産業医意見を踏まえた十分な配慮が得られており、問題なく就労が継続できている。その後、休職に至る前に、問題を抱えたケースの相談が徐々に担当者からあがってくるようになった。職場の困りごとにタイムリーに対応できたことで、職場でも産業医と連携するメリット等を理解してもらえたものと考えている。

## 産業保健活動の普及促進のために

全国に中小規模事業者は約380万者(全体の事業者数の約99.7%)あり、うち産業医選任義務のある中規模事業者だけでも55万者ある。それに対して日本医師会認定産業医の総数は約10万人に過ぎず、うち実際に産業医としての活動実績があるのは4割程度と推計されていることから、産業保健専門職のリソースが大きく不足していることは否めない。産業保健活動の普及のためには、1人の産業医が多くの中企業に対応することが求められる。また、事業場側もどこに相談すれば産業医にアクセスできるかわからない(担当者のリテラシーの問題が大きい)ことが多く、事業場と産業医のマッチングの問題があることも否めない。

前者の課題に関して、産業医が1人で対応できる事業場数には限りがあり、またアクセスの不便な場所にある事業場訪問の場合、移動時間も考慮する必要がある。弊社では、複数の産業看護職と連携して取り組むことで、産業医が1社にかける時間を低減し(本当に必要なことだけに特化でき)、1人の産業医が多くの中企業に対応できるようにしている。また、アクセスが不便な場所にある事業場でも、同方面の事業所を複数集めて同日に訪問することで、アクセスの問題もクリアできている。

後者の課題に関して、中小企業にとって身近な相談相手(社会保険労務士、労働衛生機関、商工会議所等)にまず産業医のことを知っても

らうことが重要であると感じている。そうすることで、産業保健の問題で困りごとが生じた中小企業を紹介してもらえる可能性がある。なお、どこにニーズが生じるかも分からないので、なるべく多くの機関とのネットワークを持つておくことが重要であろう。弊社の場合、自社ホームページ等を通じて企業から直接相談がくることは稀で、ほとんどが前述の社会保険労務士等の個人・組織を通じての紹介である。そのような困りごとの一つ一つに丁寧に対応していくことで、個人や組織との信頼関係が強化され、さらにネットワークの拡大にも寄与することが少なくない。

## 小規模事業場における産業医活動

中小企業の中でも、特に労働者50人未満の小規模事業場では、産業保健サービスが十分に行き届いておらず、例えば何らかのメンタルヘルス対策を行っている事業場は5~6割程度にとどまるなど、企業規模による健康格差を生じていることが課題となっている。また、前述の事業場数と産業医数のギャップは特に小規模企業においてより顕著で、公的な支援機関である地域産業保健センターの数も決して十分と言えない。加えて、選任義務がないことから、産業医のことを認知している小規模事業者は極めて少数であることが予想され、産業保健に対するニーズが顕在化していない市場において、どのように産業保健サービスを普及させていくのかも大きな課題の一つとなっている。

小規模事業場において産業医選任義務がないことはメリットになる面もある。事業場に対する法的要求事項は、①定期健康診断の事後措置、②長時間労働者への面接指導の2点に限定されるため、提供する基本サービスを限定しやすい。また、定期訪問の必要がないために、事業場の所在地に関係なく遠隔対応で全てのサービスを完結できる。中小企業の中にも広範囲に小規模事業場が点在する形態は少なくないが、基本サービスを絞り、遠隔サービスを基本とすることで、サービス提供者の負担を増やすことなく

一括管理を行いやすくなる。

さらに、産業医が実施すべきことが少なくなる分、看護職の裁量を大きくすることが可能となる。弊社では、小規模事業場に対するアドバイス等も含めて看護職がより多くの役割を担っており、産業医単体のサービスと比べて提供者側のキャパシティが比較的大きいものとなっている。このため、小規模事業場からサービス提供の依頼があれば、企業規模・所在地を問わず積極的に対応を行うようにしている。

一方で、産業医選任義務がないことはデメリットでもある。中でも、経営者が産業保健サービスの必要性を感じていない、そもそも産業医の存在を知らないということは、サービス普及の大きな障壁になっている。このような潜在的な市場であっても、メンタルヘルス不調者の発生時など、産業保健のニーズが生じた小規模事業場は確実に存在する。これらと産業保健サービスをマッチングするために、小規模事業場の身近なネットワークを活用することの重要性がさらに増すものと感じている(図2)。

ネットワークの活用の際して、事業場や仲介者(支援組織等)のニーズや状況に合わせて柔軟に対応していくことも大事である。弊社が関わっているだけでも、次の4つのパターンがある。

① 社会保険労務士等からニーズを抱えた小規模事業場を紹介いただき、弊社と事業場で直接産業医契約を締結する。

② 労働衛生機関等が間に入り、定期健康診断の付加サービス(主に健診事後措置等)として弊社を活用してもらう。

③ EAP機関等が間に入り、ストレスチェックの付加サービス(主に実施者契約や高ストレス者面談等)としてスポット的に活用してもらう。

④ 社会保険労務士等が間に入り、直接・間接的に同社労士の顧問企業に対してメンタルヘルス不調者対応等に関する助言を行う。

社会保険労務士と連携し、その顧客企業に直接・間接的に支援を行っている事例(上記④に該当)につき紹介する。中小企業の健康経営に関心のある社会保険労務士のY事務所と産業医顧問契約を締結し、Y事務所やその顧客企業に産業看護職が窓口となり必要時に助言等を行うようになった。Y事務所の勧めで健康経営に熱心に取り組むようになった小規模事業場のZ社からの依頼で、既存契約の範疇で産業看護職による従業員の保健指導・経営者への相談対応などを行うようになった。次第に対応の頻度が増えてくるようになり、Y事務所・Z社と協議の上、Z社と直接契約の下でサービス内容を拡大

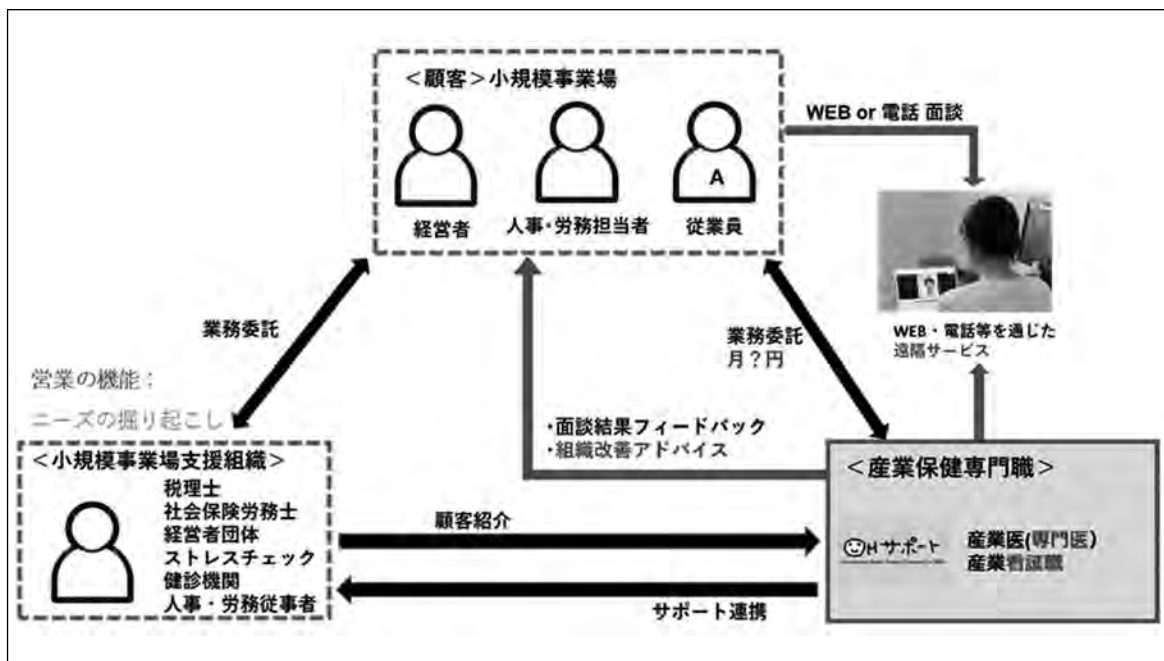


図2 小規模事業場向け産業保健サービスのイメージ

して対応していくこととなった。その後、健康診断事後措置・健康セミナー・ストレスチェック対応など、定期的に同社との関わりを持つようになった。社会保険労務士を介して、産業保健サービスのイメージを経営者に持ってもらえ、産業保健の潜在的なニーズにも気づいてもらえたものと考えている。

## 産業保健サービス普及促進のための活動

産業保健サービスの普及促進のためには、①小規模事業場における産業医の認知度向上、および②産業保健サービス提供者のキャパシティ拡大が重要であると考えている。これらにつながる取り組みとして、著者が関わっている活動をいくつか紹介する。

### 1. 健康経営アドバイザー制度

東京商工会議所等が中心となり、健康経営アドバイザーの認定制度を運営しているが、アドバイザーの教育等に産業医の立場で関わっている。保険会社職員・社会保険労務士・中小企業診断士など、中小企業の身近な相談相手が健康経営について学び、アドバイザーとしての資格認定を受け、それらの顧客である中小企業に健康経営の実践を指南していくという流れができあがっている。アドバイザーは定期的に資格更新が求められる、そのためのテキストや講習も定期的にアップグレードされていく。テキスト執筆・資格認定講習などに著者は関わっており、中小企業の身近なネットワークの強化、およびそれらを通じた産業保健の認知度向上につながる重要な取り組みと位置付けている。

<URL> <https://www.tokyo-cci.or.jp/kenkoikei-club/03/>

### 2. 小さな会社のためのこころの健康づくりお役立ちツール

北里大学の研究班において、厚生労働省の研究補助金を活用し、小規模事業所向けに5つのメンタルヘルス対策ツール集を作成し、2022年

9月より研究班のホームページ上で公開している。職場のメンタルヘルス対策の具体的なイメージを経営者・総務担当者・管理監督者・従業員のそれぞれが持ち、必要な知識や手法を自ら学ぶことができるようにすること等を目的に、次の5つの対策ツールを作成した。ツール集を活用することで、活気のある職場づくりやこころの健康づくりに役立てることが期待できる。

①(経営者向け)職場と健康に関する現状把握のためのチェックリスト

②(経営者向け)研修プログラム - 多忙な経営者が学びやすい短時間プログラム -

③(従業員向け)LINEをつかった従業員のこころの健康づくりのためのプログラム

④ いきいきとした職場づくり - 従業員が話し合い働きやすい職場をつくる -

⑤ メンタルヘルス不調者が発生した時の対応事例集

<URL> [https://www.med.kitasato-u.ac.jp/lab/publichealth/u\\_tool/](https://www.med.kitasato-u.ac.jp/lab/publichealth/u_tool/)

### 3. 企業向け新型コロナ対策情報の配信活動

2020年4月から、小規模事業場の経営者・総務人事担当者向けに、新型コロナウイルス対策情報を定期配信するプロジェクトを運営している。業務上の感染リスクが高い職種での感染対策など、十分な検討が必要な企業分野の課題につき、5名の産業医有志で検討の上、配信する情報を作成している。配信は2022年9月までに計72回を数えることになった。情報の配信にあたっては、それまで個人的にネットワークを構築してきた社労士・税理士・労働衛生機関・商工会議所・生命保険会社・EAP機関・業界団体・中小企業家同友会(経営者団体)等の中小企業との関わりが深い団体・個人に協力を依頼した。日本全体が未曾有の危機にあり、小規模事業場を支援するという一つの目的のために、さまざまな団体の方々が快く協力してくれた。このような活動も、中小企業やその身近なネットワークに対する啓発の他、我々とこれらとのネットワークをより強いものにする非常に良いチャンスであったと考えている。

<URL> <https://www.tokyo-cci.or.jp/kenkokeiei-club/covid-19/>

#### 4. 日本プライマリ・ケア連合学会における普及啓発活動

産業保健サービスの担い手を増やすための一つの方法として、産業医活動に関心を持つプライマリ・ケア医を増やすということも重要であると考えている。日本プライマリ・ケア連合学会の予防医療・健康増進・産業保健委員会、産業保健チームにおいて、会員向けに普及啓発活動を行っている。学会の公式イベント(セミナー

等)を通じた啓発の他、定期的に無料の事例検討会(オンライン形式)を行っている。産業保健に関する基礎的な内容を中心に、初学者でも参加しやすいものとなっている。興味を持たれた方は、下記ホームページ上から参加申し込みをされたい。

<URL> <https://www.sangyouhokenwg.com/>

#### 参考文献

- 1) 中小企業庁:2017年版中小企業白書・小規模企業白書.
- 2) 今井鉄平:小規模企業への支援, 特有の課題とは?. へるすあっぷ 2021;9月号:40-41.

# 産業医活動と包括ケア

東通地域医療センター 管理者 川原田 恒

## POINT

- ① 包括ケアの対象者は事業所職員も含めて全住民
- ② 包括ケア活動の裏付けとなる施設のミッションをつくる
- ③ 嘱託産業医の契約は個人でなく施設で行う
- ④ 契約時が包括ケアとの接点のチャンス
- ⑤ 地域の感染対策に事業所も巻き込む

## 特集

### はじめに

当会の会員あるいは読者の皆様は産業医の資格者が大変多いと思われるが、コロナ禍で事業所内でのコロナ対応へのアドバイスを求められることもあったのではないだろうか？しかし、地域全体のコロナ感染対策で何か事業所に働きかけをした、あるいは包括ケア(後述参照)への参加などの相談をされたことはあるだろうか？

産業医活動は法律(労働安全衛生規則第14条)に規定された作業管理など9つで、コロナ対応への相談は第14条の6(上記以外の労働者の健康管理)、または第14条の7(健康教育、健康相談、労働者の健康の保持増進のための措置)に該当すると思われるが、地域全体の感染対策における事業所への働きかけや包括ケアとの関わりは、どんなに労働安全衛生法(安衛法)を探してもないはずである。そのような中で当センターでは包括ケアの一環でヘルスプロモーション(ヘルプロ)活動として「リレーマラソン

大会」を企画し、事業所に参加を働きかけ、東通村のコロナ感染対策でコロナワクチンの職域接種を事業所と行政、診療所が協力して行うなど、「産業医活動と包括ケア」を実践してきたのでその経緯や具体的な活動内容を紹介する。

### 前提

まず、ヘルプロ事業や新型コロナ感染対策がどうして包括ケアなのか、産業医活動と包括ケアの接点の根拠や工夫は何なのか、を紹介したい。

#### 1. 包括ケアと地域医療教育はセンターの2大事業

当センターは東通村の複合施設(保健福祉センター、有床診療所、老健)を地域医療振興協会(協会)が管理委託するために1999年に設立された。その管理運営計画において「包括ケア、プライマリ・ケア」と「地域医療教育」を2大事業と位置づけている。

## 2. 包括ケアの定義

その包括ケアの元になったのが、青森県が全国に先駆けて1999年に定義した包括ケアである。これは介護保険制度を基本とし高齢者に重きをおいた厚生労働省の“地域包括ケアシステム”(2015年)とは違い、地域の全住民を対象として、ヘルプロなど保健事業までも包含するものである(表1)。

手前みそになるが、私が1990年代に赴任していた国保百石病院(現国保おいらせ病院、八戸市に隣接)で、自治医科大学の先輩方(岩手県の佐藤元美先生、高知県の吉井和也先生)にならない包括的な医療を展開していた時に、県の健康福祉部の目に留まりこの包括ケアの定義づくりに参画した。青森県が県内全域で保健・医療・福祉包括ケアの構築を目指していた時で、自治体から「包括ケアって何ですか?」と問われ、県が共通認識としてまず包括ケアを定義し「青森県包括ケア指針」(1999年3月)としたもので、プライマリ・ケアの5原則のひとつ「包括性」に近いのが特徴である。従って、当センター設立時の包括ケアは青森県の包括ケアの定義を指すものでこれを基本としていたが、当初は村の保健事業が国保の被保険者を主な対象として会社員へ目を向けていないことに疑問を持っていた。

## 3. ミッションは活動の裏付け

2016年協会主催の第10回へき地・地域医療学会(大会長:市立奈良病院管理者 西尾博至先生)において、テーマ「ビジョン、ミッション、バリュー」はとても刺激になり、当センターも2018年に職員でワークショップを行い、村の振

表1 包括ケアの定義(1999年3月, 青森県包括ケア指針)

地域の全ての住民を対象とし、生涯にわたり健康で安心した生活がおくられるよう、**健康づくりや生きがい活動**、地域の助け合い活動、及び保健・医療・福祉のサービスを必要な時に、一体的に提供するために、サービス提供に関わる機関が連携をはかるものである。

興計画、協会の目指すもの、地域医療の理念などを基本にミッションを作成(表2)し、その中で「健康づくりを率先して行う」、「地域が活性化するアイデアを持ち実行する」が活動の裏付けとなった。

## 4. 産業医としての契約時がチャンス

普通に契約すると、前述の安衛法を基本とした産業医活動となりどうしても地域の包括ケアとの接点は見出せない。そこで事業所からの“お願い”で嘱託産業医として契約する時か、契約更新時がチャンスで、事業所に対しては必ず村の包括ケアへの参加・協力という項目を入れるようにしている。

## 5. 契約は個人でなく、施設で

私の主な職場は有床の東通村診療所で、常勤は専攻医も含めて3人、さらに研修医が常時2~3人である。病棟、外来、当直、訪問診療などをチームで互いに協力しながら行っている。総合医の特徴である「多様性」ということから外来がメインということではなく、訪問診療も予防接種も学校健診も全て同じ姿勢で取り組んでいる。産業保健も同じで、さらに私が勤務時間に事業所に出向く時は、他のスタッフが外来などを支えるということから、嘱託産業医契約の名目は個人でも当センターとして受けている。そのことがこれまで述べてきたミッションなどと連動する大事なことだと思っている。個人だけの契約だと地域全体の中での産業保健という視点は得られにくく、ましてや行政などとの連携もしにくい。

表2 東通地域医療センターのミッション(2018年5月11日)

1. 良い職場環境づくり
2. 医療・福祉・健康のシステムを継続
3. **健康づくりを率先して行う**
4. 人材育成を継続して行う
5. **地域が活性化するアイデアを持ち実行する**

## 嘱託産業医契約の事業所の特徴

### 1. 村の産業構造

人口約6,000人の村の主産業は水産業と建設業であるが、全国的な沿岸漁業の不振で、水産業は年々漁獲量が減少している。建設業も原発建設の停滞で従業員は高齢化・減少傾向である。次いで原発関連の電気・ガス供給業、農業が続く。従業員数(2015年)にすると漁業約700人、建設業約500人、原発関連は約300人、農業約250人で、政府の原発推進の方向転換で原発関連の従業員はここ1、2年増加傾向で、今後も一次産業は衰退し二次・三次産業の比重が増すことが予想される。

### 2. 7ヵ所の事業所の特徴

現在、村内の7つの事業所と契約しているが(表3)、役場と地元の建設業を除く5つは本社が東京や仙台にある原発関連や鉱業関連の事業所(進出事業所)である。地元企業で従業員が50人以上は他1社だけ(原発関連の卸売業)で大部分は10人以下で、当然、地域医療マインドを持つ自治医大卒業産業医としては外部の進出事業所より地元の小規模事業所の産業保健に貢献したいと、かつて小規模事業所が数社で産業医を雇う助成金を活用し数年間、診療所保健師と協力し活動した時期もあった(国の産業保健センター設立を機に中止)。

進出事業所は村内と隣接のむつ市に寮を持ち、大部分の従業員は寮生活で通勤はバスなど

でドアツードアとなり歩行は少ない、休日は車で買い物に行き、さらに村内にスポーツクラブや施設が乏しいため仙台や東京からの通勤者は体重増加が課題である。

### 3. 感染対策の重要性、インフルエンザの出張予防接種

データとして精査したことはないが、診療所でインフルエンザシーズンの初期患者は進出事業所の社員が多い印象がある。本社への出張が多く、単身赴任者は週末に仙台や東京の自宅に帰るなど地元住民に比べると格段に移動が多く、いわゆる“ウイルスの運び屋”となっている可能性はある。新型コロナウイルス感染症では、当診療所で最初の陽性者が週末に自宅に帰宅し感染した進出事業所の従業員であったことから、地域の感染対策として進出事業所への感染予防対策は重要と考えている。

また産業医であると同時に、村の安全を担当する医師としてインフルエンザ感染の体調不良者が原発で人的事故を起こすことがないようにとの配慮と集団免疫の観点から、従業員や関連社員が多いA電力とC電力には診療所から医師、保健師、事務職員が会社に出向いてインフルエンザの集団予防接種を実施してきた。

### 4. 進出事業所は地元との共栄を掲げる

両電力会社ともに原子力発電所運営・建設を目指しているが、以前からの原発への反発に加えて、福島第一原発事故でさらに逆風に見舞わ

表3 嘱託産業医契約の事業所

| 事業所                        | 業種           | 社員数   | 本社  |
|----------------------------|--------------|-------|-----|
| A電力東通原子力発電所                | 電気・ガス業       | 約270人 | 仙台市 |
| B発電工業東通支所                  | 発電電設備の運転保守など | 約120人 | 仙台市 |
| C電力ホールディングス<br>東通原子力発電所建設所 | 電気・ガス業       | 約100人 | 東京都 |
| D役場                        | 地方公務         | 約100人 | 東通村 |
| E建設                        | 建設業          | 約50人  | 東通村 |
| Fセメント青森工場                  | ガラス土石製品業     | 約60人  | 東京都 |
| G鉱業尻屋鉱業所                   | 鉱業           | 約50人  | 東京都 |



れ、地元の理解を得るために地元との共栄を旗印に掲げ、住民との交流や祭りなどの行事への参加・協賛には積極的である。他の進出事業所も同様にヘルプロ活動などへの参加協力は得やすい環境である。

## 文殊の森主催リレーマラソン

コロナ禍前の2018年と2019年に行ったのが当センター周囲をリレーでつなぐ文殊の森主催「ひとみの里リレーマラソン」である。これは地域のヘルプロ事業で産業医活動、さらには地域医療教育におけるCOPC(Community Oriented Primary Care, 地域志向型プライマリ・ケア)も考慮したものである。なお、「文殊の森」とは当センター周囲の美しい森のことで、健康活動などを行う組織名(表4)でもあり、東通地域医療センター主催というよりやわらかい感じで「文殊の森音楽祭」(2019年開催)などと使用している。

### 1. きっかけは地域診断とポートフォリオ

以前から指摘されていた村民の運動不足と進出事業所の従業員の体重増加への対応がきっかけだった。村の国保運営協議会に参加した時の平成28年度の国保データヘルスでメタボ該当者が20.4%(男性28.0%, 女性13.3%)と県平均の

表4 文殊の森

診療所周囲の美しい森で「三人寄れば文殊の知恵」の文殊菩薩に由来、地域医療振興協会の理念「医療人、住民、行政が三位一体となって」と三大霊場の一つである当地の恐山を開いた慈覚大師円仁が留学した唐で巡礼した五台山の本尊が文殊菩薩であることなどにちなみ、2010年に医師住宅群が完成したのを機に、研修医や村の子どもたちが勉学に励むことも願って命名、ここを拠点にセンターとして以下の活動を、村の計画など共通認識に基づき行っている。

- ① 地域医療教育
- ② 健康活動
- ③ 文化活動
- ④ 人材育成(奨学金)
- ⑤ 文殊の森の広報

16.9%より高く、運動習慣(1回30分以上の運動)のない人も80.7%(県平均65.2%)と高く、さらに20歳時からの10kg以上の体重増加者割合が46.3%(県平均33.6%)といずれも憂慮すべきデータであった。そして転勤者の体重増加は先ほど記述した通りである。

また、当診療所には協会の配慮で数年前から家庭医療専門医・総合診療専門医の専攻医が6ヵ月～1年間派遣されているが、彼らのポートフォリオのテーマでヘルプロは基幹病院ではなかなか経験できないことから当村で支援したいという思いもあった。

### 2. 計画、多事業連携

COPCにならない先ほどの国保データヘルスなどの地域診断から、優先順位、問題評価、介入計画などを事前検討し誰でも参加しやすいリレーマラソンに決定。介入計画では村の健康増進計画や国保データヘルス事業、産業保健、体育協会などとの多事業連携とした。

複合施設の周囲には1周約800mの歩道が整備されていて、これを1チームで1人1周し合計13周、約10kmをリレーでつなぐものである(写真1)。チーム募集は私が産業医になっている事業所だけでなく小規模事業所や、役場・公共機関や団体などに行ったが、従業員の家族の子どもたちの参加もあった。

### 3. 実施

コロナ禍前の2年間、2回しか実施できなかったが各回10チームほど、約120人が参加し盛況であった。実施の2週間程前から、リレーコースを友人同士でジョギングする姿も見られ



写真1 複合施設の周囲をリレーでつなぐ



写真2 ゴールでのパフォーマンス

短期間ながら運動習慣につながる雰囲気であった。当日は選手の家族や友人、さらにはセンター近くに住む子どもたちも駆けつけ、ちょっとしたお祭りであった。チームの全員がゴールした後は、特設のゴールポスト前で全員がパフォーマンスし記念写真(写真2)を撮り、その写真から優秀ゴール賞を選び、表彰式が大いに盛り上がった。参加した会社や選手からはコロナ禍でも「今年はいりマラソンないのですか?」との問い合わせが結構あって、主催者としては手応えを感じ来年度はぜひ再開したいと思っている。

## コロナワクチンの職域接種

3年にも及ぶコロナ禍で、ワクチン接種率の低迷、行動制限の解除や感染力の強いオミクロン株の影響で当村でも2022年は前年と比較にならないほど患者が増加しているが、2021年のデルタ株が流行し始めた頃は、初めてのワクチン接種で国民はもちろん自治体、医療機関さらには企業までもが混乱していた。その時に産業保健と行政、診療所が連携し職域接種を自治体が支援したので紹介したい。

### 1. 村の新型コロナウイルス感染対策

青森県で最初のコロナ感染者が判明したのが2020年3月23日で、マスコミで大々的に取り上げられ県民にも衝撃を与えた。それを受けて村では村長を本部長とする新型コロナウイルス感染対策本部(各課課長、診療所)を立ち上げ、同年3月26日に第1回対策会議を開催。以後2~3ヵ月に1回程度開催で、私が主に医療面から情報提供

を行い、感染状況や各課の対応を共有してきた。そしてこれは他の自治体ではあまりないことだと思われるが、本部に働きかけて人流の多い進出事業所との情報交換も不定期に開催し、クラスター発生時はリモート会議を行い事例の共有・対応を行ってきた。

### 2. 村の新型コロナワクチン接種体制

実施主体は東通村(健康福祉課担当+各課から応援)で、診療所から医師・看護師・保健師・事務を派遣する体制で、接種会場はワクチンの保管・管理や副反応への対応など考慮し健康福祉センターの1ヵ所のみ。2021年5月に高齢者福祉施設入所者、医療・保健・介護従事者などから接種開始した。

特徴は予診で電子カルテ(クラウド型)を活用しアナフィラキシー既往のチェック、また新規の高血圧者の洗い出し(タグ付け)をしていることと、アナフィラキシーショックにはヒューマンエラー分析のPmSHELLモデルでソフト、ハード面などの準備していることである(今まで1例もないが)。

### 3. 職域接種の経緯

2021年は東京オリンピックの開催もあり、政府はワクチン接種を加速させるために同年4月から大規模接種会場を準備し、5月には1,000人以上の大企業の職域接種を決定し6月から本格的に始まった。これを受けて当村でも人流の多い進出事業所の職域接種への対応を検討することとし、以下の流れで県内初(唯一)の自治体が職域接種を行うことになった。

1) 6月9日:診療所で第1回検討会開催。各事業所からの聞き取りで、最も多い事業所でも関連会社含めて対象者は700人で、しかもワクチン管理や医療者の確保は無理とのこと。また、人流の多い進出事業所の感染対策が重要との認識を共有した。→これを受けて、健康福祉課で一般住民と事業所の社員同時ワクチン接種準備開始(ワクチン確保、接種人数調整等)

2) 6月21日:村長が村独自で職域接種を行うことを決定

3) 6月28日:第2回検討会で村, 事業所の役割分担を協議

4) 7月7日:事業所から接種者リストを提出してもらう

5) 7月14日:一般, 職域同時接種開始. 職域接種者専用の受付には事業所から看護師等を, 駐車場の車誘導にも事業所から人員を派遣していただき, 準備期間は短かったが日頃からの連携が功を奏しトラブルなく接種が行われた.

#### 4. 結果, 反響

当時は自治体にとってワクチン確保や接種場所の確保など大変な時期で, 住民も早く接種したいとの要望が強かったが, 同時接種時のアンケート(表5)では住民からも, 事業所の方からも大変好評であった.

住民の接種率も各事業所職員の接種率もほぼ90%に達した. その結果かどうかは不明だが2021年の村のコロナ感染者は20名に満たない少なさであった.

表5 2021年7月17日, 接種会場でのアンケートから(自由記載)

|          |  |
|----------|--|
| 一般住民     | 「受付から問診, 接種までの導線がしっかりしていたし, スタッフの連携も対応も良かった」<br>「流れがスムーズで早く終わった」<br>「待機場所が暑くて, 熱中症が不安」<br>→その後, 冷風機, サーキュレーターなどで対応 |
| 職域の20代男性 | 「働いている場所で接種できるのは便利だし, 集団感染も回避できる. 東通村の対応に感謝しています」  |
| 職域の40代男性 | 「村民の方に『職域の人か?』と聞かれて申し訳ない気持ちになったが, 『皆でやらないと予防にならないから, 会社の人も早くやった方がいい』と言っただけ, ありがとうございます」                            |

## おわりに

かつての縦割り(労働省と厚生省)のためなのか, 産業保健には行政(保健師も)が関わりを持つようとしてこなかったと感じている. 健診ひとつとっても, 会社の一般健診は事業所・産業医の担当で, 特定健診は行政が担当し自治体が会社員の健康状況を把握するシステムはない. しかし, 一次産業が衰退する中で, 確実に健診者の構成では会社員が増加しているのが現状で, 地域診断の基礎として国保データヘルスだけでは不十分なのは誰もが気になっているのではないだろうか?

また, 新型コロナウイルスは「国保の人」「社保の人」を区別することなく襲い, 特に進出事業所が多い当村ではコロナワクチン接種を受ける場所を住民票のあるところで区別することが, 感染対策で不都合なことであった.

今回, 当センターの2大事業の一つである包括ケアをキーワードとして地域における産業医活動を紹介させていただいたが, 総合医としてこれまで励みになった自治医科大学初代学長 中尾喜久先生の言葉で締めくくりたい.

自治医科大学創立50周年事業 特設サイト<sup>1)</sup>から歴代学長の言葉

「地域, 地域の色々な特性によく合った医療のカタチが望ましい」

「そういうところの医療の姿を考えると, いわゆる全人的で包括的な医療を実践できるような素養を持ったお医者さんがいることが望ましい」

#### 参考資料

- 1) 自治医科大学創立50周年特設サイト. <https://www.jichi.ac.jp/50h/> (accessed 2022 Dec 28)

# 自治医科大学卒業医師を対象にした 『義務年限内の専門医資格取得』 についてのアンケート調査

佐藤新平<sup>1)</sup>

【諸言】新専門医制度により、自治医科大学卒業医師は義務年限内に取得できる専門医資格が制限されている可能性がある。義務年限内の専門医資格取得についての、自治医科大学卒業医師の世代間で考え方の違いを調査した。

【方法】全国の自治医科大学卒業医師を対象に、義務年限内の専門医資格取得に対する賛否と理由についてWeb調査を行った。

【結果】4,421名の対象者のうち701名(回収率 15.9%)から回答を得られ、第一世代(1~10期)、第二世代(11~20期)、第三世代(21~30期)、第四世代(31~40期)、第五世代(41~43期)に区分し、評価した。

【考察】義務年限内の専門医資格取得について世代間で考え方に違いがありそうだと考えられた。考え方の違いを認識したうえで、自治医科大学卒業医師の間で義務年限内の専門医資格取得に対し話し合いをする機会や場所が、地域医療の内発的動機付けの強化として必要だと考えた。

KEY WORD 自治医科大学, 自治医科大学卒業医師, 義務年限, 専門医, 新専門医制度

## I. 緒言

2017年4月から新専門医制度での専門研修プログラムが開始となり、2021年度から新専門医制度での専門医が誕生している。新専門医制度により自治医科大学卒業医師が約9年間の義務年限内に取得できる専門医資格が制限されている可能性があることを報告した<sup>1)2)</sup>。

2015年から自治医科大学卒業医師の専門研修プログラムの登録状況についての調査<sup>1)2)3)</sup>を開始し、義務年限内の専門医資格取得について、自治医科大学卒業医師の世代間で考え方に違いがあるのではないかと仮説を立てた。

今回、地域医療振興協会の支援を得て行った、全国の自治医科大学卒業医師に対するのWeb

アンケート調査(2021年1月に施行)の結果を報告する。

## II. 方法

2020年6月地域医療振興協会都道府県支部長会議で承認後、2020年12月、地域医療振興協会事務局から支部長に連絡し、支部長を通じて全国の自治医科大学卒業医師にインターネットでのアンケート調査(Google Form)への協力を依頼した。アンケート調査では、

- 1) 回答者の属性(都道府県, 卒業期, 性別, 専門医資格の有無)
- 2) 義務年限内の専門医資格取得に対する賛否と理由

1) 中津市立中津市民病院 産婦人科

(著者連絡先: 〒871-8511 大分県中津市大字下池永173 中津市立中津市民病院 産婦人科, 自治医科大学2007年卒業)

原稿受付2022年10月24日/掲載承認2022年12月15日

3) 各都道府県での、義務年限内に取得可能な専門医資格、義務年限内の医師からの専門医取得についての相談回数

4) 新専門医制度の情報源

5) 自由意見

などについて、質問した。

今回の活動については、中津市立中津市民病院倫理審査委員会に申請し承認された（承認番号：NMH2020028、承認日：2020年10月16日）。

### Ⅲ. 結果

4,421名の対象者（2020年9月25日時点での1期～43期、故人74人を除く）のうち701名（回収率15.9%）の回答を得られた。回答者は1期（昭和53年卒）～43期（令和2年卒）で、第一世代（1～10期：昭和53年～昭和62年卒）、第二世代（11～20期：昭和63年～平成9年卒）、第三世代（21～30期：平成10年～平成19年卒）、第四世代（31～40期：平成20年～平成29年卒）、第五世代（41～43期：平成30年～令和2年卒）に区分した。表1に、回答者の属性を示す。図1に、義務年限内の専門医資格取得に対しての賛否と理由（複数回答可）を示す。図2に、各都道府県での、義務年限内に取得可能な専門医資

格数についての回答を示す。図3に、義務年限内の医師からの専門医取得についての相談回数を示す。表2に、情報源（複数回答）を示す。表3に、各世代の自由意見の記載数（全180人）、記載が最も長かった意見を示す。180人の自由意見に対して行ったテキストマイニングの、表4に抽出語（上位40単語）、図4に共起ネットワーク図、図5に対応分析を示す。

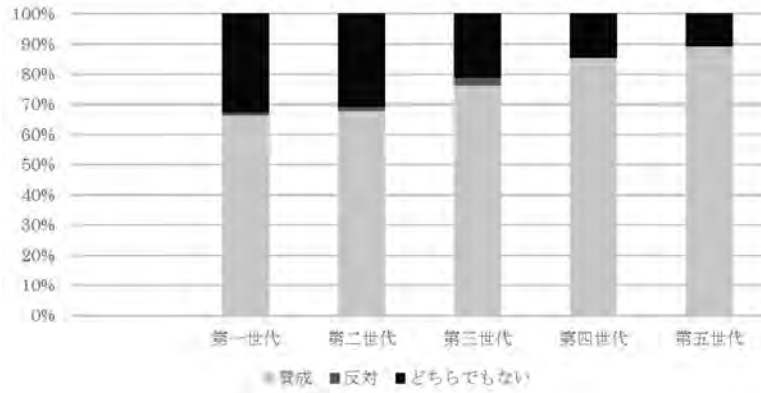
### Ⅳ. 考察

今回の調査結果から、義務年限内の専門医資格取得について、自治医科大学卒業医師の世代間で考え方に違いがありそうだと考えられた。図1（全体）から、世代が上がるごとに義務年限内の専門医資格取得について賛成の意見の割合が増えていた。地域医療振興協会都道府県支部長に対してのWebアンケート調査でも、西暦2000年以後の卒業医師のほうが義務年限内の専門医資格取得に対して賛成と回答する傾向にあった<sup>4)</sup>。回答理由の最多は、「義務年限中、義務年限修了後に専門医資格が役立つから」で、「地域医療の向上につながるから」「専門医が必要な時代になっているから」と続く。「義務年限中、義務年限修了後に専門医資格が役立つから」「専

表1 回答者の属性

| 全体                                | 701人 | 性別                | 専門医資格             | 修学資金返納<br>(見込を含む) |
|-----------------------------------|------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 第一世代<br>(1～10期：<br>昭和53年～昭和62年卒)  | 101人 | 男性 96人<br>女性 5人   | あり 84人<br>なし 17人  | あり 1人<br>なし 100人  |
| 第二世代<br>(11～20期：<br>昭和63年～平成9年卒)  | 149人 | 男性 140人<br>女性 9人  | あり 125人<br>なし 24人 | あり 2人<br>なし 147人  |
| 第三世代<br>(21～30期：<br>平成10年～平成19年卒) | 165人 | 男性 140人<br>女性 25人 | あり 151人<br>なし 14人 | あり 5人<br>なし 160人  |
| 第四世代<br>(31～40期：<br>平成20年～平成29年卒) | 230人 | 男性 171人<br>女性 59人 | あり 139人<br>なし 91人 | あり 6人<br>なし 224人  |
| 第五世代<br>(41～43期：<br>平成30年～令和2年卒)  | 56人  | 男性 35人<br>女性 21人  | あり 4人<br>なし 52人   | あり 1人<br>なし 55人   |

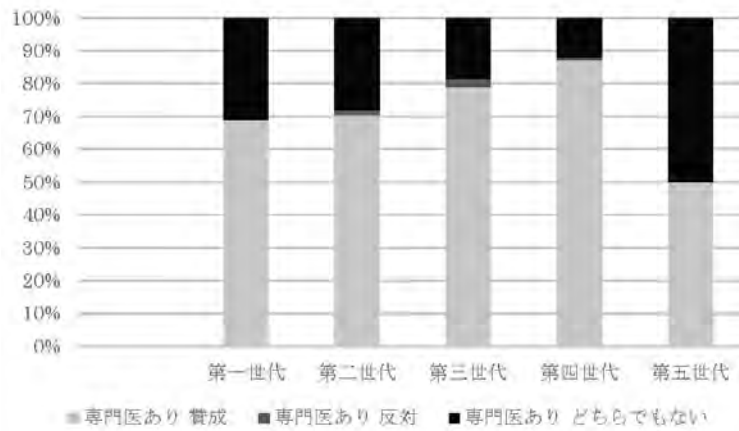
全体



【選択理由 (複数選択可) 上位5つ】

|                               | 合計  | 第一世代 | 第二世代 | 第三世代 | 第四世代 | 第五世代 |
|-------------------------------|-----|------|------|------|------|------|
| 義務年限中、義務年限終了後に<br>専門医資格が役立つから | 394 | 44   | 75   | 98   | 144  | 33   |
| 地域医療の向上につながるから                | 387 | 45   | 67   | 92   | 152  | 31   |
| 専門医が必要な時代になっているから             | 323 | 50   | 66   | 73   | 100  | 34   |
| 他大学卒業医師が取得しているから              | 153 | 17   | 34   | 36   | 55   | 11   |
| 希望する診療科以外のことも<br>学習しないといけないから | 56  | 10   | 12   | 15   | 14   | 5    |

専門医資格あり



専門医資格なし

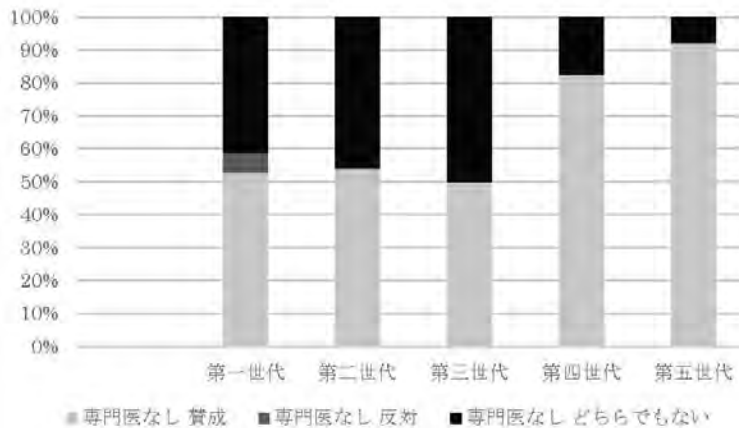


図1 義務年限内での専門医資格取得に対する賛否 (賛成 / 反対 / どちらでもない)

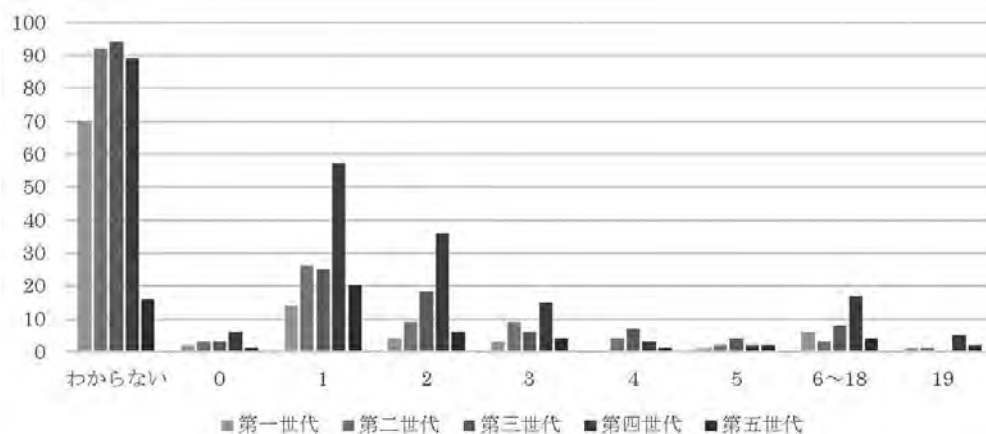


図2 各都道府県での、義務年限内に取得可能な専門医資格数の回答

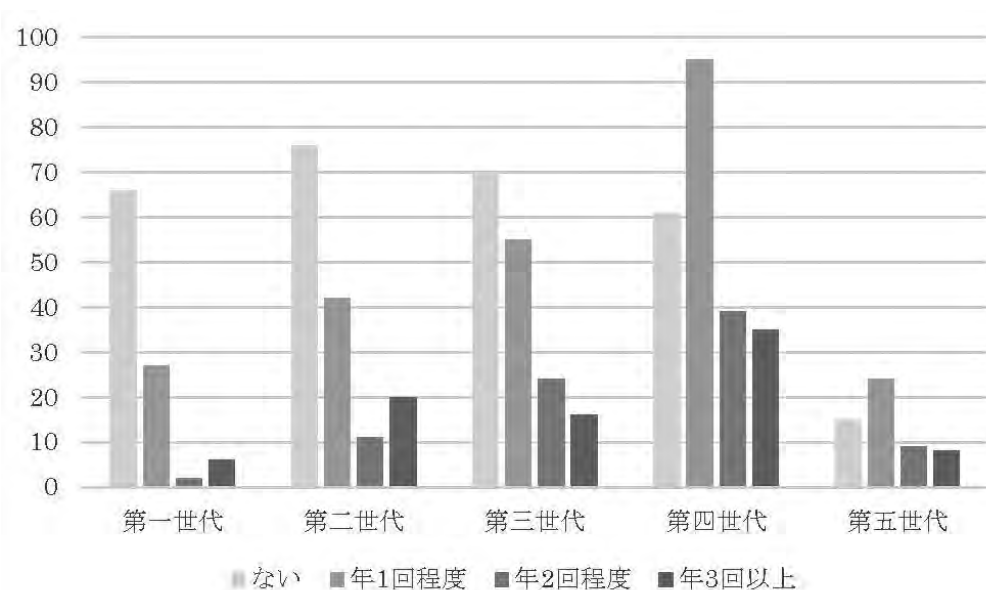


図3 義務年限内の医師からの専門医取得についての相談回数

表2 情報源 (複数選択可)

|                                   | 合計  | 第一世代 | 第二世代 | 第三世代 | 第四世代 | 第五世代 |
|-----------------------------------|-----|------|------|------|------|------|
| 各診療科の学会ホームページ                     | 286 | 47   | 52   | 74   | 95   | 18   |
| 日本専門医機構のホームページ                    | 208 | 17   | 37   | 49   | 82   | 23   |
| 自治医科大学卒業医師<br>(先輩・同級生・後輩：義務年限内含む) | 177 | 13   | 23   | 37   | 76   | 28   |
| 勤務先病院                             | 159 | 9    | 23   | 51   | 57   | 19   |
| 自治医科大学                            | 124 | 16   | 14   | 33   | 46   | 15   |
| 各都道府県の大学医局                        | 113 | 10   | 17   | 26   | 50   | 10   |
| 各都道府県の自治医科大学卒業医師<br>の担当部署         | 68  | 5    | 6    | 12   | 33   | 12   |
| 地域医療振興協会                          | 23  | 6    | 6    | 7    | 4    | 0    |



表3 自由意見の記載数, 各世代で記載が最も長かった意見

|      |        |   |
|------|--------|---|
| 第一世代 | 33人 記載 | <p>自治医大が創立して約半世紀が経とうとする今日、このようなアンケートをしなければならない現状を思い、悲しい気持ちで一杯です。義務年限があるために、義務年限終了時に他大学卒業生が取得できる専門医の資格を取得できないのは、個人の能力ではなく制度に問題があると思われます（卒業時点で自治医大の国家試験合格率は高いのですから）、以下の2点を提案させて頂きたいと思います。（1）総合診療や地域医療などの専門医取得にあたり僻地勤務の実務経験を単位数に加点をする。（2）自治体の首長に僻地医療の専門性向上について大学や総務省・文部省から理解・協力を仰ぎ義務年限内の取得を可能にする。</p>  |
| 第二世代 | 48人 記載 | <p>自治の難しいところは出身県で扱いが異なる事、さらに専門医制度はまだ選考科で求められる要件が異なる事です。あまりに大先輩達は、すでに専門医は不要と思っている人もいますので、中堅の医師達を中心となって、後輩のために、専門医プログラムと義務を並行してやれるようにする必要があります。とりえず〇〇では小児科だけですが、私がたまたま〇〇医大でプログラム責任者なので、現在県内で義務中の小児科希望医師3人をプログラムに登録して義務と並行して上手くやっています。県の派遣先の理解、プログラムを持つ基幹病院の理解、両方が必要で、双方が上手くやっている事、よりコミュニケーションを取って派遣先を決める事が大事なのではないでしょうか。自治医大からの情報のみならず、全ての県で、自分の県の状況を理解している人が、19科の専門医を取得する道筋をそれぞれ後輩に教示できるよう、準備が必要ですね。優秀な自治医大の後輩が義務後も同県に残りたいと思ってもらえるよう、努力が必要です。余裕が出来たら、小児科以外についても県内の状況を調査しようと思っていた矢先のアンケートでした。ありがとうございました。（〇〇：県名が記載されており、修正した）</p> |
| 第三世代 | 37人 記載 | <p>専門医はあって当然ですが、テストに合格するだけの話であり、知識と技術が身についた専門医はより一部の医師だけなのだと思います。僕の時代は内科をしなからでも、週1回の整形研修でカウントされましたが、今はそういう時代ではないのでしょうか。だから、試験には受かりましたが、経歴値はおおましく専門医として承認できる医師ではありませんでした。ただ、目標がないとモチベーションを保つのは大変でした。紙の上での資格であっても、それを義務年限内に取れるようであれば（少なくとも、取るための準備を進められれば）、医師になって最初の9年は、本来とても重要ですが、なんとなく過ぎて行ってしまいうのでしょうか。発表が形になり、多くの方に伝えたいことが伝わることを期待しています。</p>   |
| 第四世代 | 48人 記載 | <p>自分が卒業するころは、専門分野をゆっくり決められるメリットもあるとは考えましたが、縛りが強くなってそうも言ってもらえないような状況になり、大変だなと思います。残念ながらこれが借金して医師になった者の宿命ですが、説明責任は果たすべきじゃないかな、とも考えます。自分はさして向上心があるわけではないので、そこまで苦痛ではないですし、そこそこいい人生を歩めているんじゃないかと考えていますのでいいですけど、自分の1学年上の先輩は苦しんでいたし、後輩のそんな姿もみました。高校卒業そこそこの子供に、そこまで先の未来を見通すのはなかなかむずかしいと感じます。</p>   |
| 第五世代 | 14人 記載 | <p>知り合いがお金を返して自分の専門に行くことを決めました。その子は地域医療をやりたくて自治を第一志望にして入った子です。しかし勉強、研修を重ねて自分は内科より外科がやりたいと思ったそうです。地域医療をやりながら外科専門医が取れないか色々相談したみたいですが、県の取り決めて義務内中は専門医取得はおろか、外科として働くことはできないと言われたそうです。今専門医は早く取る風潮になっており、あまりにぎつい縛りはこのような事態を招きかねません。また自治体と地域仲との派遣先や選択できる科、専門医の取得に関してもかなりの差があります。この子は本当にわがままなのでしょうか。たしかに僻地に人は少ないのですが、特に外科系は若いうちでないと技術の習得が難しいと上から言われます。身につけた技術はなくなりはいませんが、一度専門医を優先(将来内科派遣は頭の片隅において研究日でも週一や休日に内科として働いたり)してから僻地派遣は悪いのでしょうか。私たち世代から下は外科やマイナーの希望もかなり増えているように感じますし、お金を返す余裕がある人も増えています。何か少しでも改善してくればなとおもいます。</p>               |

表4 抽出語 (上位 40 単語)

| 抽出順位 | 抽出語  | 抽出回数 | 抽出順位 | 抽出語   | 抽出回数 |
|------|------|------|------|-------|------|
| 1    | 専門医  | 228  | 21   | 自分    | 25   |
| 2    | 取得   | 122  | 22   | 考える   | 23   |
| 3    | 思う   | 110  | 23   | 取る    | 23   |
| 4    | 義務   | 107  | 24   | 大学    | 23   |
| 5    | 年限   | 65   | 25   | 内科    | 22   |
| 6    | 地域   | 57   | 26   | 僻地    | 19   |
| 7    | 県    | 47   | 27   | 感じる   | 18   |
| 8    | 自治医大 | 45   | 28   | 状況    | 16   |
| 9    | 医師   | 42   | 29   | 人     | 16   |
| 10   | 資格   | 41   | 30   | 派遣    | 15   |
| 11   | 診療   | 39   | 31   | アンケート | 14   |
| 12   | 医療   | 38   | 32   | 外科    | 14   |
| 13   | 制度   | 34   | 33   | 現在    | 14   |
| 14   | 必要   | 34   | 34   | 後輩    | 14   |
| 15   | 研修   | 33   | 35   | 病院    | 14   |
| 16   | 卒業生  | 33   | 36   | キャリア  | 13   |
| 17   | 専門   | 29   | 37   | プログラム | 13   |
| 18   | 総合   | 28   | 38   | 希望    | 13   |
| 19   | 勤務   | 27   | 39   | 経験    | 13   |
| 20   | 取れる  | 26   | 40   | 出来る   | 13   |

門医が必要な時代になっているから」という回答は、「医師は基本領域のいずれか1つの専門医を取得することが基本」「基本的に第三者機関が認定する専門医を広告可能とする」という厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会<sup>9)</sup>の結果のような、新専門医制度や専門医資格に関する変化が影響しているのかもしれない。「地域医療の向上につながるから」は、標準的な医療を提供できる専門医の育成が日本の医療の向上に寄与するという日本専門医機構の専門医の定義や基本理念<sup>9)</sup>が、自治医科大学卒業医師にも徐々に受け入れられ、地域医療においても専門医資格を有した医師による診療ができれば望ましいと考えているのではないかと思われた。ただし、専門医資格を保持している第五世代(4名, 表1)では、義務年限内の専門医資格取得について「賛成」の割合が減少していた(図1, 専門医資格あり)。「どちらでもない」を選択した2名の理由について紹介する。1名は、1) 地域医療の向上につながるから、3) 義務年限中、

義務年限終了後に専門医資格が役立つから、6) 他大学卒業医師が取得しているから、7) 義務年限修了と両立できないから、を選択していた。もう1名は、1) 地域医療の向上につながるからを選択し、自由記載に『特定の診療科の研修を行い、特定の分野に強くなることは、総合診療を行う上で間違いなく武器になると思います。また、特定の診療科に特化して研修したほうが、Problem list に対して Assessment し Plan を立てる力が間違いなくつくと思います。一方で、地域医療といっても様々ですが、一般にへき地医療では内科の知識・技術を求められることは、程度の差はあれど、事実だと思います。そのため、義務年限内に自分の専攻する診療科の研修を行うことは当人にとって、あるいは地域にとって有益であると考えると同時に、とにかく専門医取得を声高に叫び、他大学卒業生と同じタイミングでの専門医取得を要求するのは大学の理念に反するとは思いますが、他大学にくらべて2～3年取得が遅れる、というのが妥協点ではな

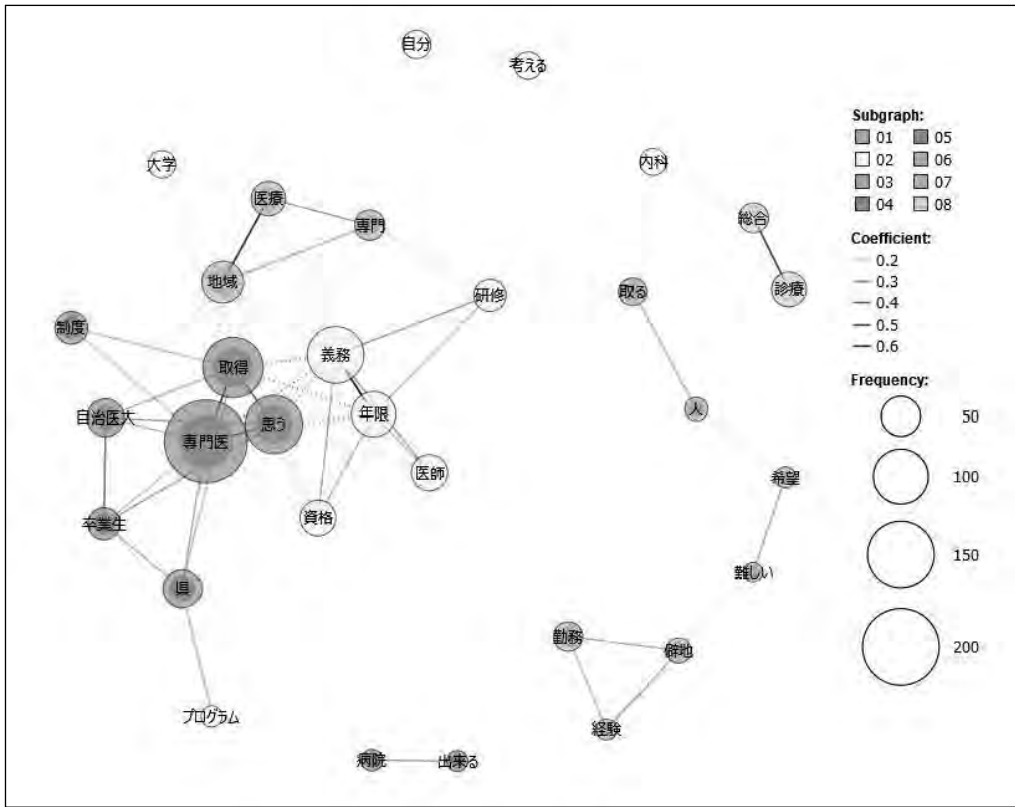


図4 共起ネットワーク図

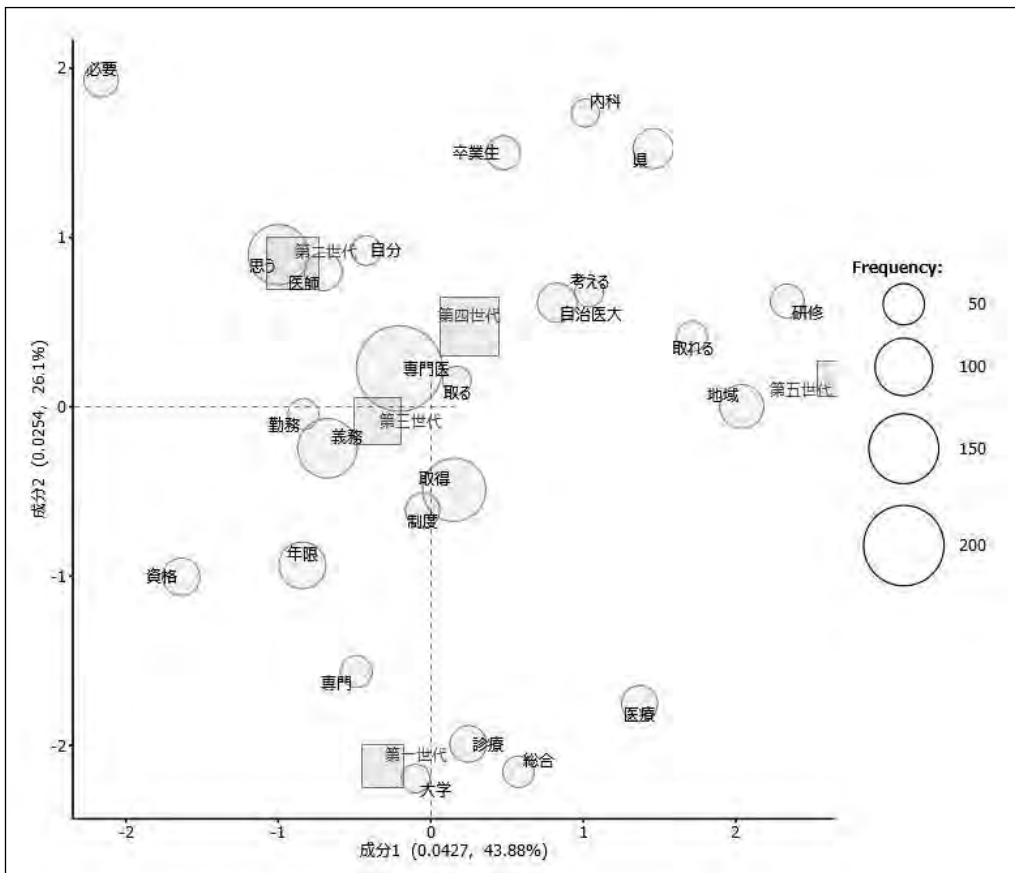


図5 対応分析

いかと思います。』と記載されていた。

図2から、自治医科大学卒業医師の多くが、義務年限内に取得可能な専門医資格数を認識していないことが分かった。各都道府県で義務年限中の派遣先の調整や後期研修取得の状況が異なり、年毎に義務年限内の派遣可能な医師数の変動もあり、専門研修プログラムのある施設に派遣されるかどうか、必要症例を経験できるのかが分かりにくいのではないかと考える。図3から、専門医資格についての相談回数については、「ない」もしくは「年1回程度」が多かった。表2から、多くの回答者が各診療科や日本専門医機構のホームページを参考にしていた。以上のことから、専門研修プログラムについての、自治医科大学卒業医師専用の情報収集や広報が、各県毎、各年度毎で必要だと思われた。

次に、自由意見について考察する。表3に、各世代の自由意見の記載数（全180人）、記載が最も長かった意見を例として記載した。後述するテキストマイニングでは単語数を抽出して分析するため、記載が長い（単語数が多い）意見を参考として記載した。自由意見には、自治医科大学卒業医師としての悩みや後輩に向けての想い、提案などが記載されていた。質的データに対する内容分析のなかで、テキストマイニングというコンピュータによってデータの中から自動的に言葉を取り出す探索的な分析法がある<sup>7)</sup>。共起ネットワークは、出現パターンの似通った単語（共起）を線で結び、お互いに強く結びついている部分ごとにグループ分け（サブグラフ）する手法である<sup>7)</sup>。対応分析は各群の特徴を示す単語を抽出する手法で、各群の特徴のある語はそれぞれの群の方向にプロットされ、特徴のない語は原点(0, 0)の付近にプロットされる<sup>7)</sup>。テキストマイニングにはソフトウェア KH Coder 3 を利用した<sup>7)</sup>。KH Coder 3 の単語の抽出、共起ネットワーク、対応分析に関してはデフォルトとし、どのような文章にもあらわれることが多い一般的な語を省く設定とした。総抽出語数は10,373語（396文）であった。共起ネットワーク図（図4）を見ていくと、「専門医」「取得」に「自治医大」「卒業生」「県」「制

度」が、サブグラフとして共起されている。「専門医」「取得」には、「自治医大」「卒業生」「県」「（専門医）制度」が関係していると読み取ることができる。対応分析（図5）では、第一世代では「大学」「総合」「診療」という単語が検出され、（自治医科）（他）「大学」との連携、「総合」医や「総合」診療科の必要性、へき地医療・地域医療での「診療」に関する内容が記載されていた。第二世代、第三世代、第四世代は原点(0, 0)に近接しており、記載された意見が比較的近いと思われた。第五世代では「地域」「研修」という単語が検出され、「地域」医療や専門「研修」のことが記載されていた。自由記載部分のテキストマイニングからも、世代毎に考え方の違いがあることがうかがえた。

自治医科大学卒業医師における義務年限終了後のキャリアパスに、ロールモデルの存在が影響している可能性が示されている<sup>8)</sup>。自治医科大学卒業医師と地域枠出身医師や一般医師とを比較し、医師国家試験合格率、医師不足地域での就業義務の遵守率、人口密度の低い地域での就業が高いこと、その要因として地域医療への志を同じくする同級生や先輩後輩の存在が報告されている<sup>9)</sup>。自治医科大学第1期卒業生（昭和53年卒）を対象とした調査で、「同窓生」「全寮制」「教員」「修学資金貸与」といった自治医科大学に特徴的な教育システムにより、金銭的な拘束による地域医療への従事（外的動機付け）だけではなく、地域医療を自らに適した「天職」と感ずる内発的動機付けが醸し出されたことが自治医科大学第1期卒業生の成功の大きな要因だと報告された<sup>10)</sup>。ただし、第1期卒業生（昭和53年卒）と第44期卒業生（令和3年卒）を比較した調査では、「義務年限の設定」（外発的動機付け）に関して評価に差があることが示された<sup>11)</sup>。このような重大な意識の変化に対して、先輩との交流や実習等によるモチベーションのエンハンシング、へき地における医療の実践を通じて醸成される内発的動機付けの強化が図られるような、都道府県や自治医科大学、地域医療振興協会からの支援が学生や卒業医師に必要なと報告された<sup>11)</sup>。

今回の検討で、義務年限内の専門医資格取得について、自治医科大学卒業医師の世代間で考え方に違いがありそうだと思われた。考え方の違いを認識したうえで、義務年限内の専門医資格取得に対して自治医科大学卒業医師はどのように向き合っていく必要があるのか話し合いをする機会や場所が、義務年限内の卒業医師にとっての内発的動機付けの強化として必要だと考えた。

## V. 謝 辞

アンケート調査にご協力いただいた自治医科大学卒業医師、地域医療振興協会、大分県支部長 別府幹庸先生、都道府県支部長の先生方、事務局に深謝致します。

## VI. 研究資金

第4回「医燈会：プロジェクト助成制度」からの資金を活用して、本活動を行っている。

## 文献

- 1) 佐藤新平, 仲摩恵美: 2016年自治医科大学卒業医師の専門研修プログラムの登録状況についてのアンケート調査. 月刊地域医学 2020; 34: 838-842.
- 2) 佐藤新平, 守田和正: 2017年自治医科大学卒業医師における新専門医制度での専門研修プログラムの登録状況についてのアンケート調査. 月刊地域医学 2021; 35: 1152-1157.
- 3) 佐藤新平, 別府幹庸, 安藤将太, 他: 自治医科大学卒業医師の専門医資格に対する考え方-自治医科大学卒業医師(大分県)に対するアンケート調査-. 月刊地域医学 2018; 32: 400-404.
- 4) 佐藤新平: 地域医療振興協会都道府県支部長を対象にした自治医科大学卒業医師の『義務年限内の専門医資格取得』についてのアンケート調査. 月刊地域医学 2021; 35: 558-563.
- 5) 厚生労働省. 医師専門医制度ホームページ. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/rinsyo/index\\_00011.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00011.html) (accessed 2022 Oct 14)
- 6) 一般社団法人日本専門医機構. <https://jmsb.or.jp/> (accessed 2022 Oct 14)
- 7) 樋口耕一: 内容分析から計量テキスト分析へ-継承と発展を目指して. 樋口耕一 編. 社会調査のための計量テキスト分析. 京都, 株式会社ナカニシヤ出版, 2021, 1-43.
- 8) 廣瀬英生, 後藤忠雄, 小谷和彦: 岐阜県出身自治医科大学卒業医師における義務年限終了後のキャリアパスに関連する要因の検討. 自治医科大学紀要 2022; 44: 22-25.
- 9) Masatoshi Matsumoto, Yasushi Matsuyama, Saori Kashima, et al: Educational policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study. Human Resources for Health 2021; 19: 1-14.
- 10) 吉新通康: 医療に恵まれないへき地等における医療の確保および向上と住民福祉の増進を図るために設立された自治医科大学の成果とその要因の検討 -入学後49年経過後の第1期卒業生を対象とした調査研究-. 月刊地域医学 2021; 35: 660-675.
- 11) 吉新通康: 自治医科大学卒業生の意識の変化に関する調査分析 -へき地医療に関する大学教育や自治医科大学の特徴的制度に関する第1期卒業生と第44期卒業生の意識調査の比較検討-. 月刊地域医学 2021; 35: 865-874.

人々の健康維持と疫病予防を目的とし、  
健康生活を守り増進させるネットワークです

へき地の  
健康づくり

健康  
危機管理

疫学

保健  
福祉  
行政

ヘルス  
プロモーション

市民協働



地域医療・  
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

## 地域医療・公衆衛生ねっと

地域医療振興協会では公益事業の一環として、地域医療と公衆衛生従事者の交流を促進し、両分野の連携を深めるためのメール配信サービス「地域医療・公衆衛生ねっと」を運用しています。

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

[https://www.jadecom.jp/overview/koshu\\_eisei.html/](https://www.jadecom.jp/overview/koshu_eisei.html/)

登録数 約1600人  
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

### ★ こんなことができます ★

- 1 国内外の最新情報の入手と発信
- 2 会員相互の情報・意見交換、交流
- 3 日常業務や研究に関する相互支援
- 4 好事例や教材の共有
- 5 研修会や学会等に関する情報交換

皆様からの積極的な投稿・情報発信も大歓迎！！  
仲間づくり、意見交換の場としてぜひご活用ください

新型コロナウイルス  
関連の情報も  
入手できます！

### 【メールで届く情報】

- 国内の官公庁、研究機関、学会等が公表する統計資料や新着情報等
- WHOなどの国際機関や海外の健康情報 など

### 地域医療・公衆衛生ねっと事務局

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 ヘルスプロモーション研究センター  
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階  
TEL 03-5212-9152 E-Mail health-promotion@jadecom.jp

## 第113回

“口頭指示の認識の違い”に関わる  
事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

## はじめに

医療機関において報告されているインシデント・アクシデント事例として、口頭指示に関わるものがある。医療機関の規模にもよるが、医療の提供には、多職種、および複数の職員が関与している場合があり、職種のみならず、職種経験年数や部署配属年数もさまざまであるため、患者に安全で良質な医療を提供するためには、関連する職員間での正確な情報伝達・情報共有が欠かせない。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における「医療安全情報」<sup>1)</sup>では、口頭指示に関連した内容として、「No.27: 口頭指示による薬剤量間違い(2009年2月)」「No.84: 誤った処方の不十分な確認(2013年11月)」「No.102: 口頭指示の解釈間違い(2015年5月)」などが公表され、繰り返し注意喚起が行われている。「No.27: 口頭指示による薬剤量間違い(2009年2月)」では、「口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例」ということが挙げられ、「No.102: 口頭指示の解釈間違い(2015年5月)」では、「口頭指示や依頼をした際、意図した内容が受け手に伝わらず、間違っただけ解釈した事例」ということが挙げられて、注意喚起が行われている。

自施設では、“口頭指示の認識の違い”に関わるインシデント・アクシデント事例は発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、事例発生を未然防止する対策や、現状評価は十分だろうか。“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」という“なぜ”を深めることが欠かせない。

併せて、「なぜ、“口頭指示の認識の違い”に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されているにもかかわらず、自施設における口頭指示に関わる事例発生を未然防止対策が改善されていなかったのか?」という疑問を明らかにすることも重要である。ここでは、事前に発生する可能性のあるリスクが想定されていたか、それに基づいた防止対策が検討されていたか、などの視点で、自施設の傾向と課題に向き合うことが求められる。

本連載でもこれまでに、“口頭指示の認識の違い”に関わる内容として、「口頭指示・伝達による誤薬に関わるエラー(第5回)」「口頭指示・情報伝達の“解釈間違い”に関わるアクシデント(第25回)」「職種間の“情報伝達のエラー”に関連したアクシデント(第55回)」「異なる解釈」の可能性に気づくトレーニング実施の意義(第67回)」「口頭指示の“解釈間違い”に関わるアクシデント事



例の未然防止(第84回)」などのテーマで、口頭指示や解釈間違いに関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策について、具体的事例から検討している。

そこで、本稿では、前記の「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか？」「なぜ、“口頭指示の認識の違い”に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されているにもかかわらず、自施設における口頭指示に関わる事例発生 of 未然防止対策が改善されていなかったのか？」などの疑問に着目し、“口頭指示の認識の違い”に焦点を当てて、口頭指示に関わるリスクの予測と事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントは「医療事故」、インシデントは「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。なお、本事業の資料から抽出した事例の表記は、一部改変して記載する。

## “口頭指示の認識の違い”に関わる事例

本事業の事例検索<sup>2)</sup>では、2022年8月中旬現在、キーワード「口頭指示」で1,669件、「口頭指示」「間違い」で594件、「口頭指示」「間違い」「理解」で57件、「口頭指示」「間違い」「認識」で48件、「口頭指示」「間違い」「解釈」で6件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

キーワード「口頭指示」「間違い」「認識」で検索された48件中、当事者に医師が含まれる事例は15件であり、この15件を対象として、“口頭指示の認識の違い”の発生要因に関して、報告書の記載内容を検討すると、「口頭指示の時に、具体

的な表現をしなかった：7件」「(口頭指示の)認識の違い：7件」「口頭指示を受けた時に、メモを使用しなかった(視覚的な確認ができなかった)：6件」「(口頭指示の)不適切な確認：3件」などが認められ(重複あり)、さらに、「口頭指示の時に、具体的な表現をしなかった：7件」の内訳としては、「薬剤の単位の省略：2件」「薬剤名の省略：3件」「薬剤の使用目的の省略：2件」などが認められた(図1)。

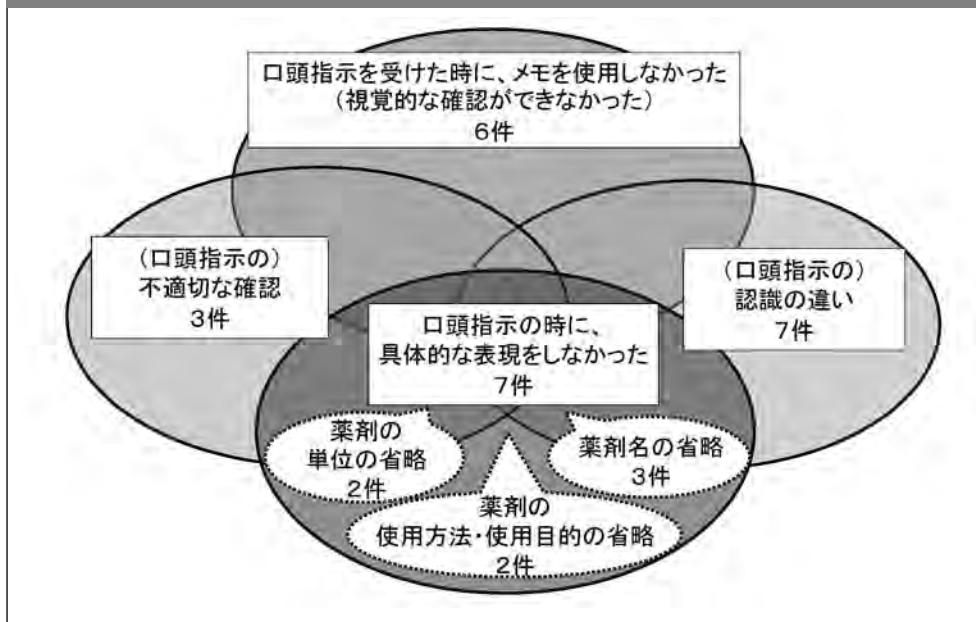
“口頭指示の認識の違い”に関わる事例として、事例検索<sup>2)</sup>にて検索された事例や、本事業の「医療安全情報(No.98)」<sup>3)</sup>に掲載されている事例としては、

「低カリウム血症の患者(20歳代、男性)の治療のため、上級医は『補液に塩化カリウム0.5A(10mL)追加』と口頭指示をした。看護師は、塩化カリウム製剤(20mL、プレフィルドシリンジ製剤)からシリンジに10mL吸い取り、そのシリンジを研修医に渡した。研修医は、塩化カリウム製剤の投与は初めてであったため、不安になり、上級医に『緩徐に静注でいいですよ』と確認した。上級医より『やっておいて』との回答があったため、研修医は患者の静脈ラインから、塩化カリウム液10mLを緩徐に投与することを開始した。

口頭指示が不十分であった(指示内容の把握、復唱・確認)。看護師は、プレフィルドシリンジ製剤の設計の意図を十分に把握していなかった。研修医は、塩化カリウム液は急速静注してはいけないことを把握していたが、緩徐に投与すれば問題ないと認識していた(希釈が必要であると認識していなかった)。研修医は、上級医に確認しているが、両者の連携が取れていなかった<sup>2),3)</sup>

「下顎歯肉癌の術後の患者(70歳代、男性)が不穏状態のため、看護師が研修医に電話をしたところ、研修医は指導医に連絡し、『向精神薬(以下、薬剤A)2ミリ』との口頭指示を受けた。研修医は、指示された『2ミリ』を常用量である『2mL=10mg』と認識し、薬剤Aを10mg、静脈注射した。直後に心肺停止を来し、喉頭浮腫による挿管困難のため、気道確保に20分を要した。患者は循環不全、全脳虚血、および肺炎・多臓

図1 事例検索にて、キーワード「口頭指示」「間違い」「認識」で検索され、当事者に医師が含まれる事例15件の発生要因(重複あり)



[日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成]

器不全にて死亡した。

研修医が指導医に連絡した際、指導医が『2mg』のつもりで『2ミリ』と伝えたが、研修医は『2mL=10mg』と理解し、2mLを投与した<sup>2)</sup>

「絞扼性イレウスの術後の患者(80歳代、女性)に嘔気が出現し、看護師Aが主治医に連絡すると、『生食100mL+鎮痙剤(以下、薬剤Z)3筒を30分かけていってください』との口頭指示があった。『3筒ですか?』と確認すると、『はい』との返答あり、看護師Aは、『生食100mL+薬剤Z 3筒を30分かけていくのですね』と復唱し、近くにあったメモに記載した。病棟予備薬より、薬剤Zを取り出し、看護師Bとダブルチェック後に、200mL/hで開始した。実施済伝票を薬剤科に降ろしたが、実施済みのため、薬剤部のチェックは実施されなかった。

翌日、看護師Cが薬剤科にて、薬剤Zを3筒使用することがあるのかを確認したところ、薬剤師は、『まれであり、よく半筒と3筒を間違えて投与したということがある』という返事をした。看護師Aは、この話を看護師Cから聞いた。看護師Aは、口頭指示を受けた際に3筒だと思ったが、自信がなくなり、電話で主治医に当日の指示内容を確認すると、『半筒』との返答があり、

『1/2Aですか』と尋ねると『はい』との返答があったことで、過剰投与に気づいた。

電話での口頭指示で、聞き間違いが起こった。口頭指示箋を使用しなかった。口頭指示のため、聞き直して確認したが、半筒と3筒を間違えるリスクが高いことを認識していなかった。薬剤科に確認することを思いつかなかった<sup>2)</sup>などがある。

これら“口頭指示の認識の違い”に関わる事例は、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性や、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼を揺るがす可能性が想定され、事例の発生を回避、あるいは影響を最小にするシステムの整備が急がれる。

### 具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生の未然防止対策として、口頭指示に関わるルールの整備、事例情報の共有とリスクアセスメントの実施、および職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思

われる。しかし、現状では、“口頭指示の認識の違い”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設の防止対策の現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索<sup>2)</sup>にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「患者間違いで輸血療法を実施.口頭指示による認識の違い?」

#### 【事故の内容】

- ・ 医師 X・医師 Y の担当の患者に対して、「患者 A:血液型 B 型の赤血球製剤 (以下、製剤) 2 単位」「患者 B:血液型 O 型の製剤 4 単位」の輸血療法施行の指示があった。
- ・ 看護師が輸血部に製剤を受け取りに行き、スタッフステーション内で医師が製剤到着の確認をした。
- ・ 医師 Y は、患者 A の B 型の製剤 2 単位をスタッフステーション内で実施確認し、患者 A に開始・終了した。
- ・ 医師 Y は、患者 B の O 型の製剤 2 単位をスタッフステーション内で実施確認し、患者 B に開始・終了した。
- ・ 患者 B は 4 単位施行の指示にて、看護師が次の製剤を輸血部に取りに行き、患者 B の担当看護師が医師 Y に、患者 B の輸血療法の追加依頼の電話連絡をした。
- ・ 患者 B の担当看護師は、トレイに患者 B の O 型の製剤 2 単位と輸血台紙 (クロスマッチ伝票) を用意し、来棟した医師 Y に手渡した。
- ・ 医師 Y に、患者 B の担当看護師が、「輸血セットが足りませんか?」と尋ねたところ、「はい」と返事をしたため、新しい輸血セットを 1 つ、医師 Y に渡し、その場を離れた。
- ・ 医師 Y は、スタッフステーション内で実施確認し、患者 A の部屋に行き、O 型の製剤 2 単位を接続した。
- ・ 患者 A は人工呼吸器管理中で、医師 Y は血液型の口頭での確認を、製剤の接続時に行わなかった。
- ・ 患者 B の担当看護師がスタッフステーションに戻ると、医師 Y に手渡した製剤がなく、医師 Y もスタッフステーションにいなかったため製剤を接続してくれたかと思い、患者 B の部屋を訪室したが、製剤は接続されていなかった。
- ・ 患者 B の担当看護師は、医師 Y が他のことをして自分が先に患者 B の部屋を尋ねたのではないかと思い、他の患者の対応のためスタッフステーションを離れた。
- ・ 患者 B の担当看護師がスタッフステーションに戻ると医師 Y がいたので、患者 B に追加の 2 単位の製剤が接続されていないことを伝えた。
- ・ 医師 Y、患者 B の担当看護師、患者 A の担当看護師の 3 名が、同時に患者間違いで輸血療法が行われたことに気づき、急いで患者 A の部屋を訪室して、医師 Y が輸血療法のラインのクレンメを止めた (接続から 3 分後)。
- ・ バイタルサインなどを確認し、観察を行ったが、患者の状態に変化はなかった。
- ・ 医師 X が、患者 A の姉に電話で、「異型輸血があったこと、B 型の患者 A に対して O 型の製剤を接続したこと、量的には少量で患者 A の状態には変わりがないこと」を伝えた。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変)

本事例の背景要因としては、「当日は医師 Y の担当患者 3 件と担当以外の患者 1 件の輸血療法の施行が予定されていた。当該病棟では 3 件の予定で、患者 A:赤血球製剤(以下、製剤) 2 単位

(担当の患者)、患者 B:製剤 4 単位(担当の患者)、患者 C:新鮮凍結血漿 2 単位(担当以外の患者)であり、もう 1 件は、患者 D:製剤 2 単位(担当の患者-他病棟)であった。「医師 Y は、輸血療法の施行は、患者 A に製剤 4 単位、患者 B に製剤 4 単位のつもりでいたが、看護師は患者 A に製剤 2 単位、患者 B に製剤 4 単位の施行と理解していた」「医師 Y は、2 年目の研修医で、当日は 1 人で 4 件の輸血療法の施行を担当していた」「チャートには施行日の輸血療法実施の指示入力できなかった」「当該病棟では、指示入力をしていないで、日頃から口頭指示での輸血療法を実施することが習慣化していた」「他の病棟を含め、4 件の輸血療法の施行を当日に予定しており、患者の認識が混乱していた状況があった」「輸血療法の実施確認を、スタッフステーションで行っていた」「スタッフステーション内で 3 点(患者確認、製剤、実施者)のバーコードが確認できる状況にあった」「医師 Y は、ベッドサイドで患者氏名、血液型の確認を行っていなかった」「医師 Y は、施行直前にベッドサイドでの実施確認を行っていなかった」「患者 B の担当看護師は、医師 Y に追加の製剤を渡した時、すでに最初の 2 単位の輸血療法が行われているので輸血セットは必要なかったが、医師 Y が、何か欲しそうにしている感じがして、『輸血セットが足りませんか?』と声をかけた」「医師 Y は、患者 B の担当看護師から新しい輸血セットをもらっていたので、最初の 2 単位が終了して輸血セットが取り外されていた患者 A に、容易に追加の 2 単位の製剤を接続することができた」「スタッフステーション内で実施入力ができるバーコードがそろっている状況にあった」「実施者のバーコードが紙シールタイプで作成されており、紛失・損傷などが著しく、確認業務に支障を来す状況にあった」などが挙げられている。

また、本事例の報告書には、「院内の輸血マニュアルに記載されている手順」として、「患者のベッドサイドで氏名、血液型を本人から聴取し確認する。PDA を用いて輸血療法の開始前に実施入力をする。医師は、輸血療法を開始して 5 分間は、輸血療法実施後の臨床症状を枕元で

監視する」ということも挙げられていた。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、事例発生の未然防止対策を検討する。

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、医師Yは、患者Aに輸血療法を実施する際に、患者AのB型の製剤をスタッフステーション内で実施確認したのか?」「なぜ、医師Yは、患者Bに輸血療法を実施する際に、患者BのO型の製剤をスタッフステーション内で実施確認したのか?」「なぜ、医師Yは、スタッフステーション内で実施確認したにもかかわらず、B型の患者Aに、患者BのO型の製剤2単位を接続したのか?」「なぜ、患者Bの担当看護師は、患者Bの追加の輸血療法の実施(輸血セットは既に接続されている)にもかかわらず、医師Yに『輸血セットが足りませんか?』と尋ねて新しい輸血セットを1つ渡したのか?」「なぜ、医師Yと患者Bの担当看護師は、双方の認識の違いに気づくことができなかったのか?」「なぜ、輸血療法の実施時に、ベッドサイドで患者確認が実施されなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「当該病棟では、指示入力をしていないで、日頃から口頭指示での輸血療法を実施することが習慣化していた」「輸血療法の実施確認を、スタッフステーションで行っていた」などに注目することが重要である。

ここでは、“口頭指示の認識間違い”だけでなく、マニュアル・ルールの不備や、マニュアル・ルールの遵守状況の評価という視点も含めて、「なぜ、当該病棟では、指示入力をしていないで、日頃から口頭指示での輸血療法を実施することが習慣化していた状況を把握・問題視していなかったのか?」「なぜ、輸血マニュアルに『患者のベッドサイドで氏名、血液型を本人から聴取し

確認する。PDAを用いて輸血療法の開始前に実施入力をする』と決められていたにもかかわらず、遵守されていない現状を把握して、改善されていなかったのか?」などの疑問を検討する必要がある。

また、本事例の背景要因に挙げられている「医師Yは、輸血療法の施行は、患者Aに製剤4単位、患者Bに製剤4単位のつもりでいたが、看護師は患者Aに製剤2単位、患者Bに製剤4単位の施行と理解していた」にも、注目したい。

ここでは、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、事例発生に至る前に、『医師Yと看護師の認識が違っていること』に誰も気づかなかったのか?」という疑問を深めて、事例発生の根本原因、および施設の課題を明らかにすることが望まれる。

“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止するため、本事業における事例検索<sup>2)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「口頭指示の認識の違い」に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)(図2)を作成した。ここでは、ヒューマンファクターのみならず、システム要因・環境要因の視点でも、事例の発生要因を“見える化”する取り組みを実施した。なお、ヒューマンファクターについては、口頭指示の「伝え手側の要因」、および「受け手側の要因」にも注目して、検索された事例の具体的な内容も含めて記載した。この機会に、自施設オリジナルの「口頭指示の認識の違い」に関わる事例の発生要因の“見える化”に取り組むことを勧めたい。

「口頭指示の認識の違い」に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)(図2)を実施するにあたり、今回、焦点を当てている“口頭指示の認識の違い”に関わる事例の発生要因を検討する際のポイントとして、伝え手側と受け手側、それぞれの要因を意識することが重要であることを指摘したい。また、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例の発生要因を検討する際には、伝え手・受け手双方に関わる要因に加えて、口頭指示の特徴である「口頭指示を受けた時に、メモを使用しなかった(視覚的な確認ができな

かった)」ことによるリスク発生の可能性も考慮したい(図1)。

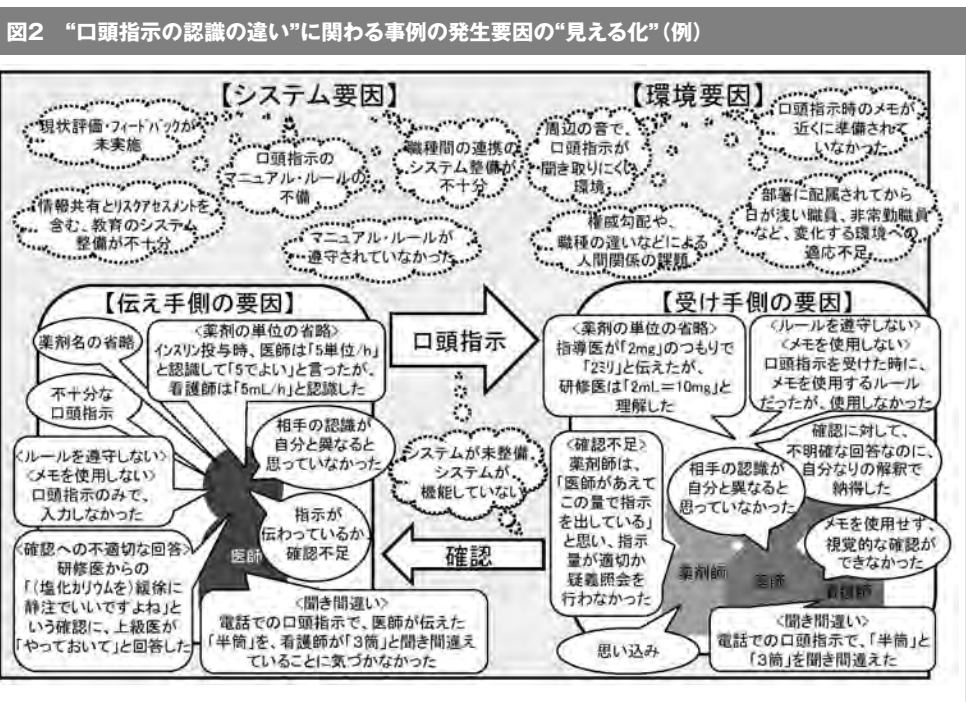
本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例の発生要因としては、「確認不足」「思い込み」「知識不足」「ルールを遵守しない」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因などの関連性を含めて広い視野で検討することが望まれる。

“口頭指示の認識の違い”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生状況の把握と事例分析が未実施、2)口頭指示に関わるルールの遵守状況の現状評価とフィードバックが未実施、3)伝え手側・受け手側双方の視点も含めたリスクアセスメントが未実施、4)リスクアセスメントの結果を踏まえたマニュアル・ルールの見直しが未実施、5)全職員の関心を高める具体的事例の情報共有を含めた職員教育が未実施、6)多職種による口頭指示に関わるリスクの共有と、事例発生の未然防止の可能性に気づくトレーニングが未実施、などが考えられる。

### “口頭指示の認識の違い”に関わる事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策

本事例の改善策としては、「輸血療法の指示は指示簿に記入して行う」「口頭指示を日常化しない」「できるだけ、担当者が輸血療法を実施するように調整を行う」「担当患者以外の患者への輸血療法の実施時には、患者の情報収集とともに、複数(医師と看護師)でベッドサイドにて患者の確認を行い、実施できるように調整を行う」「適正輸血療法委員会と協働で対応策を検討する」などが挙げられていた。

“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生状況の把握と事例分析の実施、2)口頭指示に関わるルールの遵守状況の現状評価とフィードバックの実施、3)伝え手側・受け手側双方の視点も含めたリスクアセスメントの実施、4)リスクアセスメントの結果を踏まえたマニュアル・



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成)

ルールの見直しの実施, 5)全職員の関心を高める具体的事例の情報共有を含めた職員教育の実施, 6)多職種による口頭指示に関わるリスクの共有と, 事例発生の未然防止の可能性に気づくトレーニングの実施, などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで, ヒューマンファクターとしての「確認不足」「思い込み」「知識不足」「ルールを遵守しない」などを防止すること, および患者・家族に及ぼす可能性のある不可逆的な影響の重大性を再認識する機会や, 事例発生の未然防止の可能性に気づく機会の提供により, “口頭指示の認識の違い”に関わる事例の発生に至る前に, リスクの予測, ルールの整備, そしてルールを遵守することなどにより, 想定したリスクを回避できるシステムを整備することで, 事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「自施設における“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生状況の把握と事例分析の実施」では, 自施設で報告されているインシデントレポートの傾向を分析することが求められる。事例の概要を把握して, 特に発生要因に焦点を当てて, “口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生の有無を確認することや, どのような状況で発生しているのかということを検討し, 他に影響している発生要因などを“見える化”することで自施設の課題を明らかにすることが望まれる。

2)の「口頭指示に関わるルールの遵守状況の現状評価とフィードバックの実施」では, 自施設における防止対策の評価実施の有無が問われる。本稿で紹介している事例を含めて, 本事業の事例検索<sup>2)</sup>にて検索された事例では, 口頭指示を実施する時のルールが整備されているにもかかわらず, そのルールが遵守されていないことが事例の発生要因の一つであることが想定される事例を認めた。このことから, 事例発生の防止対策として, 口頭指示実施時のルールを整備するだけでは, 事例発生の回避には至らない可能性が想定される。防止対策として整備したルールの遵守状況の定期的な評価と, その評価結果を全職員にフィードバックすることまでを含め

たルールの整備, および必要に応じてルールの再検討を実施することが期待される。

3)の「伝え手側・受け手側双方の視点も含めたリスクアセスメントの実施」では, “口頭指示の認識の違い”の発生を防止するために, 双方向のコミュニケーションに目を向ける必要がある。本稿で紹介している事例を含めて, 本事業の事例検索<sup>2)</sup>にて検索された“口頭指示の認識の違い”に関わる事例では, 「伝えつつも」「聞いたつもり」「〇〇と思った」「確認したつもり」など, 目的意識をもった双方向のコミュニケーションが成立していない状況が想定される事例を認めており, 留意が必要である。

4)の「リスクアセスメントの結果を踏まえたマニュアル・ルールの見直しの実施」では, 3)の「伝え手側・受け手側双方の視点も含めたリスクアセスメントの実施」の結果に基づいて, 必要に応じてマニュアル・ルールの見直しを実施することが望まれる。ここでは, 自施設の口頭指示に関わるマニュアル・ルールが, リスク発生を“想定内”にできているか否か, 改めて確認したい。

5)の「全職員の関心を高める具体的事例の情報共有を含めた職員教育の実施」では, 職員個々が関心を持って“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生の未然防止を可能にする取り組みが求められる。そのためには, 自施設で発生している事例だけでなく, 他施設で発生している事例も含めた具体的事例の情報共有を期待したい。

6)の「多職種による口頭指示に関わるリスクの共有と, 事例発生の未然防止の可能性に気づくトレーニングの実施」では, ささまざまな状況を想定した実践的なトレーニングの企画が欠かせない。ここでは, 具体的な事例を活用して, 「どのような事例が発生しているのか」「なぜ, 事例発生を防止できなかったのか」「もし, 〇〇していたら」などと, 多職種で検討することで, 事例発生の未然防止の可能性を認識すること, および多職種の連携の意義などについても気づきを得る機会を提供することが望まれる。

前記の事例における改善策としては, 「研修医が初めて処置を行う場合には, 上級医について

もらう。指示内容を十分に把握し、復唱確認を徹底する。注意喚起レターを発出する。新人オリエンテーションの時には、研修医などに危険薬についての研修を実施する]「コミュニケーション技能の意識共有を目的に、院内研修を全職員対象に施行中。安全管理研修の中で、リスクの高い向精神薬使用の基本について院内周知に努める。診療部長会、リスクマネージャー会議、および院内医療安全研修で周知予定]「医師・看護師共に、半筒と3筒が聞き間違いを起こしやすいことを認識する。医師は、口頭指示の時に、半筒という言葉を使用しない。1/2Aや、0.5Aなどの表現で指示を出す。看護師も同様に、復唱する時は分かりやすい言葉で聞き直す。指示内容に疑問を感じた時は、他の勤務者や薬剤師に相談する」などが挙げられていた。

今後、自施設における“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

### “口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」「なぜ、“口頭指示の認識の違い”に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されているにもかかわらず、自施設における口頭指示に関わる事例発生を未然防止対策が改善されていなかったのか?」などの疑問に着目し、“口頭指示の認識の違い”に焦点を当てて、口頭指示に関わるリスクの予測と事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、マニュアル・ルールの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施であること、および多職種間でのリスクアセスメントが

実施されていないことなどにより、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止できていない状況はないだろうか。改めて、患者への不可逆的な影響が発生する可能性、および医療機関への信頼を揺るがす状況が発生する可能性を指摘したい。

“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止するために、明らかになった発生要因への対応を実施することに加えて、事例発生プロセスを“見える化”することを提案したい。ここでは、本事業における事例検索<sup>2)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生プロセスの“見える化”(例)」（図3）を作成した。

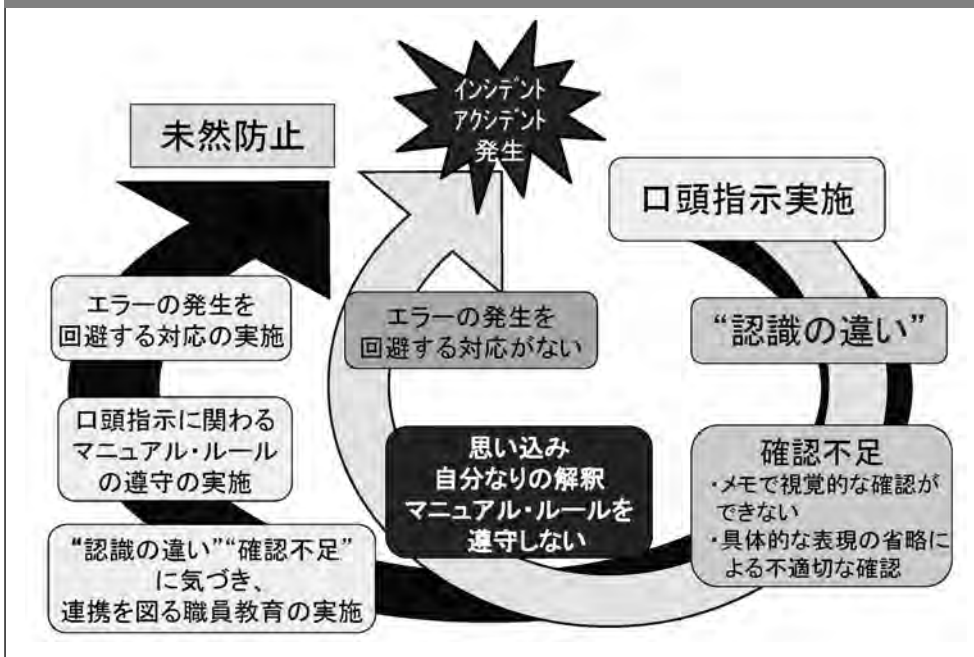
「口頭指示実施」がされた際に、「(伝え手側と受け手側の)“認識の違い”」が発生する可能性がある。その後、「確認不足」として、「メモで視覚的な確認ができない」という確認の未実施や、「具体的な表現の省略による不適切な確認」などが発生する可能性もある。こうした状況で、「思い込み」「自分なりの解釈」「マニュアル・ルールを遵守しない」ということが発生し、「エラーの発生を回避する対応がない」場合に、インシデント・アクシデント事例の発生に至ることが想定される。

これに対して、「(伝え手側と受け手側の)“認識の違い”」や「確認不足」が発生した場合でも、「“認識の違い”“確認不足”に気づき、連携を図る職員教育の実施」や「口頭指示に関わるマニュアル・ルールの遵守の実施」がされており、「エラーの発生を回避する対応の実施」がされている場合には、インシデント・アクシデント事例の発生が未然防止される可能性が想定される。なお、ルールの遵守の状況を検討する際には、ルールの遵守が困難な状況を想定した工夫や対応も検討したい<sup>4)</sup>。

“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止における今後の展望としては、自施設における事例発生を防止対策の現状評価が欠かせない。職員個々が自施設における現状を認識すること、問題意識を共有すること、および多職種の連携により事例発生を未然防止するという



図3 “口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”(例)



[日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成]

思いを共有することが望まれる。プロフェッショナルである医療者が連携を図り、ルールを整備することで、患者・家族に影響を及ぼす事例発生を未然防止できる可能性に気づくことが期待される。

情報共有不足や連携不足、ルールの不備、あるいはルールを遵守しない、などにより、リスク発生を回避できずに事例発生に至る可能性を再認識する職員教育の機会の提供が求められる。併せて、“口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクターとしてとらえるだけでなく、プロフェッショナルに求められている責務を果たすべく、多職種間の

連携を図り、組織の“医療安全力”を高める取り組みを実施することが期待される。

#### 参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 <https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2022 Aug 30)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2022 Aug 30)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.98. カリウム製剤の投与方法間違い. [https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe\\_98.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_98.pdf) (accessed 2022 Aug 30)
- 4) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第9回トラブル発生を未然防止する基盤を整える チェックリストなどを活用し、ルール・マニュアルを遵守している。臨床外科 2016；71(13)：1554-1557.

# 第36回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人 地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。  
優秀な研究テーマには、研究助成賞最大200万円を授与します。

## 研究助成賞

### 1. 研究対象分野

へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与する臨床医学的ならびに社会医学的研究とする。

### 2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

### 3. 研究期間

2023年7月1日～2024年6月30日

### 4. 研究助成賞

総額200万円とし、受賞者数や提出された研究計画に応じて分配を行う。

※費消できなかった助成金については返却を要するものとする。

### 5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書に必要事項を記載し、下記事務局に提出すること。

### 6. 応募締切日

2023年4月30日(日)(当日消印有効)

### 7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

### 8. 研究者の決定時期

2023年6月

### 9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場合は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

## 研究奨励賞

「月刊地域医学」において2022年度に発表された論文の中から3編を選考し、研究奨励賞として10万円を授与します。

### ●問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 研究所事務部

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

### 研究者を支援いたします

長年研究活動に従事した専門家らによる、研究活動への支援を得ることができます。

<支援内容>

- ・研究申請書の記載方法・研究内容・研究計画に関する助言
- ・研究助成決定後の研究活動への助言
- ・研究実施後の学術論文の作成、学会発表への助言
- ・その他研究事業全般に対する質問への対応

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所  
ヘルスプロモーション研究センター  
E-mail:health-promotion@jadecom.jp

# 自治医科大学医学部37期生 地域医療事例研究会 ～Okurairi case discovery (OCD)～

日光市民病院 内科 菅谷 涼 (栃木37期)

## I. はじめに

2022年11月12日に東京マリオットホテルにて「自治医科大学医学部37期生 地域医療事例研究会～Okurairi case discovery (OCD)～」を開催しました。

## II. 内 容

本企画のコンセプトは、「全国の地域医療の現場で、未だ報告されていない価値ある事例(お蔵入りケース)を掘り起こし、地域医療に携わる医師の多様な役割やキャリアを再発見すること」として準備してきました。

当日は現地とオンラインのハイブリッド方式

で開催され、現地29名、オンライン29名の58名にご参加いただきました。発表者は名田屋辰規先生(山梨37期)、岡崎悠治先生(広島37期)、大塚寛朗先生(長崎37期)、新安弘佳先生(大阪37期)、日野有美香先生



菅谷 涼

(福岡37期)の5名に講演いただきました。地域医療と後輩教育にける熱い思いや実直に臨床と向き合う姿勢もあれば、離島での奮闘、行政という道、災害医療での活躍など幅広い分野の発表となり、盛況のうちに終わることができました。



※撮影時のみマスクを外しております。

### Ⅲ. 経緯

本企画の開催のきっかけとなったのは、2022年6月25日・26日で開催された「第15回へき地・地域医療学会」でした。高久賞候補演題の発表で久しぶりに集まった37期卒の同期と「他の皆の9年間も聞いてみたい」と話題になったのがきっかけでした。当日の発表と参加者との意見交換で、自治医科大学医学部の卒後9年間を通じて得られる多様な価値観を再確認することができました。本企画を通じて、卒後9年目という節目には、それぞれの卒業生がそれぞれに価値あるメッセージを持っていることが実感できました。新型コロナウイルス感染症の流行により、これまで多くの交流が制限されてきました。研究会の結びに富永眞一先生からいただいたお言葉の通り、その渦中においても、自治医科

大学の【横のつながり】は重要であると確信した研究会でした。

### Ⅳ. さいごに

本研究会の開催にあたりまして、企画の主旨を深く理解して支援して下さった公益社団法人地域医療振興協会の幹部の方々ならびに事務局の方々には大変お世話になりました。また、当日の座長を務めていただいた杉田義博先生と開催を支えて下さった栃木県支部長の久保田敬也先生に、この場を借りて感謝申し上げます。

義務年限を明けてからも、自治医科大学の名に恥じぬよう日々精進を続けて参りたいと思います。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

## 投稿論文募集

「月刊地域医学」では原著論文(研究), 症例, 活動報告等の  
投稿論文を募集しています。  
掲載されました論文の中から年間3編を選考し,  
研究奨励賞として10万円を授与しています。

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

〒102-0093  
東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階  
公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局  
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515  
E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

## ちょっと画像でCoffee Break

# 胸部X線画像クイズ

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症 例：50代女性

主 訴：呼吸困難。2月前より乾性咳嗽が出現した。

徐々に呼吸困難が出現し、現在は平地歩行が困難となっている。

既往歴，家族歴：特記すべきものなし

生活歴：喫煙なし，事務職

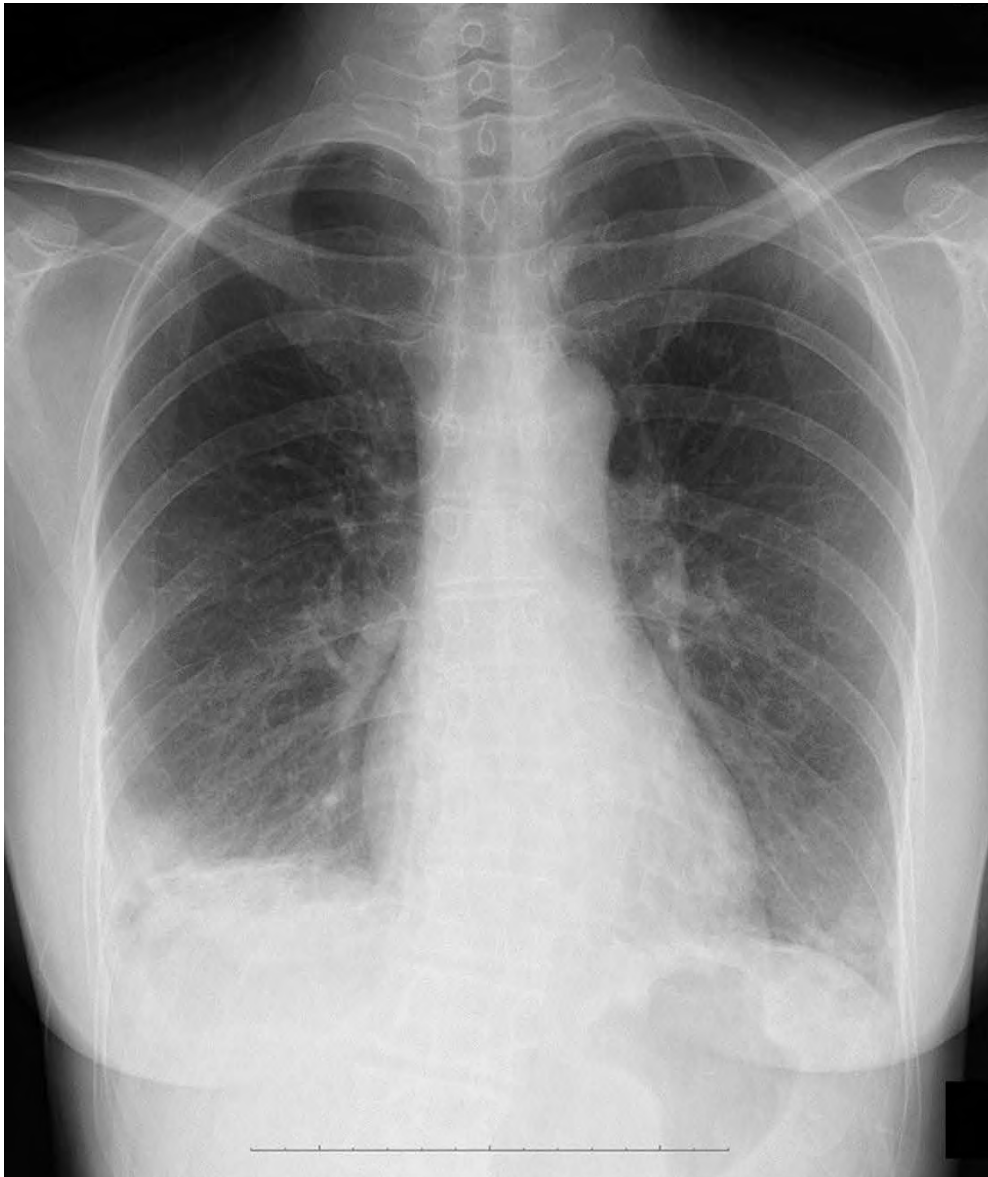


図1 胸部単純X線撮影：A→P

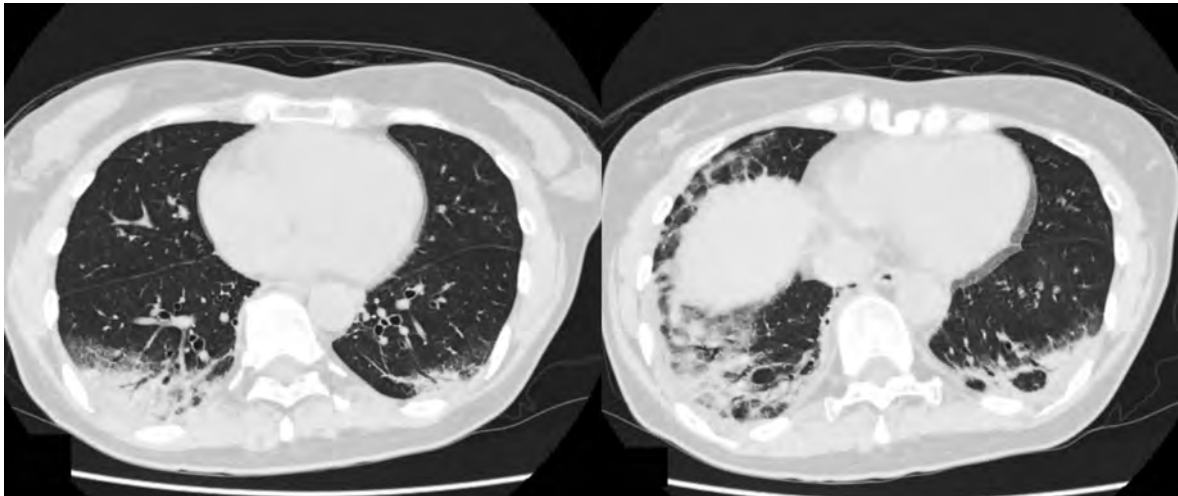


図2 胸部単純CT

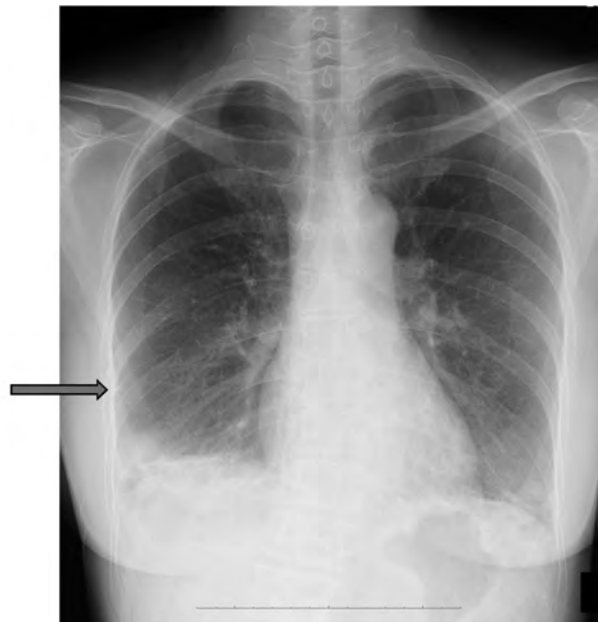


図3 矢印:小葉間裂 (図1を縮小して表示)

## 所見

### 胸部単純X線撮影

両肺底部を主体に浸潤影が観察される。小葉間裂は通常よりも下方に偏位し、右横隔膜は挙上している。病変による肺の縮みを反映している可能性がある。

上肺野では異常影ははっきりしない。

右肋骨横隔膜角は鈍化。肺野病変による不明瞭化や胸水貯留が疑われる。

### 胸部単純CT

両肺下葉の背側を主体に、非区域性的浸潤影/すりガラス影が分布している。内部に気管支

拡張像が確認される。単純X線撮影で想定された通り、病変部の肺の容積減少が強い印象であった。

経過や画像所見から亜急性/急性経過の間質性肺炎が疑われた。症状の進行の早さや、症状が強い印象から、皮膚筋炎関連の亜急性間質性肺炎の除外が特に必要と考えられた。

詳細な診察の結果、ゴットロン丘疹、機械工の手、手掌紅斑、爪周囲紅斑などが認められ、追加の血液検査にて抗MDA5抗体陽性と判明した。

## 診 断

### 皮膚筋炎関連間質性肺炎（抗 MDA5 抗体陽性）

抗 MDA5 抗体は皮膚筋炎特異的自己抗体の一つである。CADM (clinically amyopathic dermatomyositis) は皮膚症状のみで、筋症状の乏しい皮膚筋炎のサブタイプとされる。抗 MDA5 抗体は CADM 患者に特異的な抗体として知られている。

通常の皮膚筋炎患者に比し、抗 MDA5 抗体陽性患者は急速進行性、治療抵抗性の間質性肺炎発症率が高く予後の悪い一群として知られている。

抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎関連の間質性肺炎は下葉胸膜下を主体とする非区域性の浸潤影を呈し、病変部の肺容積減少が目立ち、気管支拡張像を伴うとされている。病変の分布が COVID-19 による肺炎像に類似するという点も昨今の状況下では念頭に置く必要がある。

臨床経過の早い下葉優位の非区域性分布を示す肺炎を見たときは、膠原病を鑑別に挙げ、皮膚や筋所見などの身体所見を詳細に確認することが重要と思われた。





## 施設内感染の制御



瀬戸内町へき地診療所  
濱平秀代

前回の池上先生のお話、現代だからこそそのエピソードでとても驚きました。その後、その患者さんは無事だったのか、家族は無事に合流できたのか、気になります。

私がこの原稿を執筆しているのは、ちょうどCOVID-19の第8波が全盛期を迎えている頃になります。私たちが嘱託医をしている特別養護老人ホームでも、COVID-19感染者がちらほら出ており、日々対応に追われています。2022年夏頃にあった第7波のときはクラスターが発生し、入所者や職員の9割以上が感染し残念ながら亡くなる方も複数人いました。この時の教訓をもとに、今回の施設内感染の制御はさまざまな点で大幅に改善策を講じております。偶然にも、夫がインフェクションコントロールドクターの資格を今年度取得したこともあり、適宜相談しつつ対応にあたりました。

同ホームは、もともと部屋に扉がなく入所者同士はカーテンでしか区切ることができませんでした。第7波では施設内だけで対応しようとした結果、陽性者と未発症者の部屋は分けたものの同一フロアにカーテンで仕切りを作り、そこを通過してスタッフが行き来する設営となっていました。その結果、複数の部屋で同時多発的に陽性者が発生し1週間程度で職員含め数十名へと増えていきました。特に看護師がほぼ全員感染し、たった1人で50名ほどの入所者を5日間ほど看護する事態となりました(施設から増員を周辺機関に要請するも難しかったようです)。夫とともに臨時回診を組み、ゾーニングをやり直し陽性者の診察にあたりましたが、亡くなった方はいずれも気づいたときにはすでに呼吸不全に至りショックバイタルを来しており、搬送しても救命は厳しい状態でした。ご家族には病状説明を行い納得いただけたとはいえ、多数感染が引き起こす「重篤な人手不足」は死亡率も上げてしまうことを突き付けられた経験となりました。

11月末から再び、町内の陽性者が増え始めたため、その頃から施設内職員と適宜話し合いを持ち、第8波に向けて準備を早めにしておくこととしました。入所者・職員の環境整備、手洗い・消毒・ガウンテクニックの再教育を進め、職員全員に心の準備をしてもらっていた大晦日、第8波初めての陽性者が施設内で発生しました。すぐに隔離を指示し、準備してもらっていた通りの同室者管理、職員の分割(陽性者を同日みる人を完全に分ける)を

## FROM 奄美大島 (鹿児島県)



この部屋は以前は別の用途で使用しています。この部屋は以前は別の用途で使用していたため、今回隔離室として活用しています。



この部屋は以前は別の用途で使用しています。この部屋は以前は別の用途で使用していたため、今回隔離室として活用しています。

進めてもらったところ、年末年始の陽性者は数人で抑えることができました。ゾーニングもカーテンではなく、初めから各部屋から扉でつながる屋外にて陽性者のいる部屋以外の屋内には防護服で入らない対策をとりました(写真2, 3)。今回も別々の部屋から陽性者は発生しましたが、いずれも1~2名ずつのみであり感染対策を再度学んでいただきゾーニングも改良した成果が出ていると実感しました。

私が医師になる前は、感染対策って正直ICT(感染対策チーム)のいうことに従って動けばいいのかなと考えていました。ここまでCOVID-19が社会に影響を与えている今、業務のメジャーな位置としてしっかりと感染対策を学び直し、日々実践できればと改めて思いました。今年はCOVID-19とインフルエンザの同時感染者も出ており、まだまだ油断できない状況ですが、気を引き締めていきたいと思います。

それでは今回はこの辺で。お読みいただきありがとうございました。



## JADECOM全ての施設に NDCの力を届けたい！

地域医療振興協会NP・NDC研修センター 鈴木靖子

看護師の特定行為研修制度施行と共にスタートしたNDC研修センターも、7期生の修了を目前にしております。JADECOM内には17施設に37名の特定ケア看護師(Nursing Designated Care: NDC)が活躍しており、さらに5名の仲間が増えることとなります。今回7期生では、新たな2つの施設にもNDCが誕生する予定です。

働き方改革でも診療報酬改定でも、検討の場では『特定行為』という言葉が高頻度で登場するようになりました。また育成機関である指定研修機関連絡会は、厚生労働省の後押しを受け、法人化へと舵を切ったところです。今後、間違いなく拡大していく事業です。多くの医療および福祉に係る場で、特定行為研修修了者の活躍が期待されています。

全国で約5,000名の特定行為研修修了者が誕生していますが、上手く活動できているのはまだまだ半数だと聞きます。研修を修了しても、過去1年間に一度も特定行為に携わったことがないと答える修了者も3割に上るというデータもあるそうです。

思えばNDCも、最初は文字通り「海のものとも山のものとも分からない」まま、手探り状態でした。1期生2期生では、当研修センターの指導診療看護師である筑井菜々子が、研修修了前後に、もしくは臨床研修中にNDC修了生の所属施設に赴き、実働しながらその施設でのニーズやNDC活用の可能性を一緒に探り、手本を見せて、修了生本人と共にNDCの働き方を構築していきました。NDCとして働く上でのマインドも示してくれました。これは修了生本人にとって

も、受け入れる所属施設にとっても、大きな『経験』となりました。これがNDCの成功要因だったと思っています。手探り状態の中でもこの『経験』が得られたのは、とても幸運なことでした。どこの指定研修機関でも、修了者の所属施設でも、この『経験』は必要であるのに対応が難しい部分です。またどこの指定研修機関でも同じように教育できているかという点、そのレベルや質はさまざまです。NDC研修に携わってきた者として、当研修センターの教育の質の高さ、これは私の自慢です！研修生を送り出してください施設からも「期待以上の教育」、そして本人の努力の賜ですが「期待以上の仕上がり」と言ってもらえます。指導者筑井を育ててくれたのも、JADECOMの地域医療です。NDC研修では、地域の医療、福祉に熱い先生方やスタッフの皆さまから、多くのチャンスをいただき、多くのことをご教授いただきました。JADECOMだからこそできたこと、正にJADECOMが育てた人財たちです。ぜひこのJADECOMの人財を、JADECOM全ての施設に『経験』していただきたいと思います。そしてJADECOMの力を確認していただきたいと思います。

今ではNDCの活躍は所属施設のみならず、多くの方に認めていただけるようになりました。活動する施設で「無くてはならない存在」と評価していただいたり、医師派遣がままならない時には、その代わりとしてNDCを要請していただいたりするようにもなりました。100%上手く活躍できているとは言えないかもしれませんが、それぞれのNDCたちが成長しつつ、活動範



圏を開拓してくれています。特定行為を必要とせずすみ病態の管理やタイムリーな介入で、どれだけの予期せぬ急変を減らし多くの患者さんやご家族を救えたか、医師・看護師をはじめとする多くの医療スタッフの負担やジレンマに対応してきたか、何より医療安全の向上も然り、医療および福祉の質の向上と充実に大きな貢献をしてくれていると思います。

JADECOMでは「医療という安心を、全ての地域の方々にお届けしたい」という信念の下、地域医療に携わっています。多忙な医師を待たなければならない患者さんを目の前にする看護師のジレンマ、これがNDC研修受講動機の上位です。医師の代わりにはなれなくても、看護師としての経験や視点が診療プロセスに加えられ…NDCだからこそその役割がある、少しでも患者さんを待たせずに苦痛や不安に対応したい、「看る」と「診る」を併せ持つ看護の可能性、このマインドと力を全ての地域の皆さまに届けたいと思います。

とはいえ、今NDCの活動を『経験』していただけているのは、NDCの育成を決断してくださった施設、実習や研修でお世話になった施設に限られています。次の候補者の育成を、または派遣の要請をと考えていただけるのも、まだまだ数少ないNDCの活動を『経験』してくださっている施設に留まっている現状があります。今は派遣の要請をいただかない限り、実際にNDCの活動を『経験』していただくことはできません。しかし派遣には費用がかかります。この費用の価値があるということをご理解いただかないと、

その『経験』に辿り着くことができません。本当にもったいないことだと思います。

今年度は久しぶりに開催されたJADECOM学術大会のシンポジウム『特定ケア看護師の挑戦』で、診療所や老健、地域の病院、麻酔科でのNDCの活動報告を行いました。「分かりやすかった」「イメージが湧いた」「より興味が持てた」等の感想をいただきましたが、どのくらいの情報が伝わったのでしょうか。「百聞は一見に如かず」。ひと月を単位としてNDCを送り実際の活動を『経験』していただく、「お試しNDC」という企画を考えているところです。派遣の要請や派遣費用のご負担なく、まずはNDCの活動を『経験』していただければと思います。

それには予算の獲得、対応できるNDCの調整が必要です。まだまだNDCが潤沢とは言えません。所属施設で必要とご判断、育成していただいている状況では、そこからNDCを出してくださいとお願いできる段階には至っておりません。また全てのNDCが対応できるかということ、そこにも豊富な『経験』が必要です。課題はありますが、きっと実現させたいと考えております。

特定ケア看護師の挑戦は、まだ始まったばかり！これからの地域医療の未来のために、一人でも多くの看護職がNDCを目指しJADECOMの人財となり、一人でも多くの患者さんや利用者さん、そしてご家族の方々へ、NDCの力を届けられたらと思います。そのためにまずはJADECOM全ての施設に、NDCの活動を『経験』してほしい、心からそう願っています。

## 地域医療型後期研修

2023. 1. 13

### マイペースに一歩一歩

はじめまして。福住美早樹と申します。現在、市立奈良病院総合診療科に所属しており、「地域医療のススメ奈良」専攻医1年目です。私は奈良県奈良市出身で、中学校・高校は京都まで通っていましたが、大学は奈良県立医科大学に進みました。初期研修2年間是通过した小学校よりも実家から近い、市立奈良病院で研修を受けました。



奈良の好きなところは大阪へも京都へも出かけやすいところです。最近、知ったのですが海遊館やUSJへも電車で1時間程度しかかかりません。さらに交通の便が良いにもかかわらず家賃が安いので(27年間実家暮らしですが)、奈良の美味しいものは大仏プリンとみむろの最中です。みむろの最中は手土産で持っていくと必ず喜ばれます。今、担当している患者さんも「みむろの最中が食べたいよ」と言っていました。

#### プロフィール

2020年3月 奈良県立医科大学卒業

2020年4月～2022年3月  
市立奈良病院 初期研修

2022年4月～  
「地域医療のススメ」専攻医 市立奈良病院所属

今、この日記を書いているのは2023年1月上旬なので、2023年の抱負を僭越ながら述べさせていただこうと思います。目標は2つあります。まずは早寝早起きと睡眠時間7時間以上の確保です。続いては物事を先延ばしにしないことです。今年もよろしくお願いいたします。

2022年について振り返ると、医師3年目、目の前のことでもいいっばいの日々でした。専攻医1年目になって、研修医の頃と比べて自分の裁量権が非常に広がりました。一方で、自身の知識不足、思慮不足、判断力の遅さに愕然とし、指導医の視野の広さ、知識量、着眼点の違いに打ちのめされる毎日でした。4月の自分に比べると少しは成長できたかなと思いますが、まだまだ医師3年目と自己紹介するのもおこがましいような気持ちになります。特に困ったのが、焦りやすい性格と感情がすぐに顔や態度に表れてしまうところで



「地域医療のススメ奈良」の同期です。  
困ったときにはいつも助けてもらっています。  
人に恵まれた良い環境で過ごしています。

した。焦ると頭が真っ白になってしまい、どんどん悪循環に陥りました。特に、迅速に病歴聴取・検査・診断を行うことが求められる救急外来が苦手でした。市立奈良病院では専攻医1年目の10月から院内にER当直医は自分だけというひとり立ちを迎えます。それまでは院内に頼れる指導医がいると考えるだけで精神的に楽でしたが、10月以降は当直が来るたびに不安でいっぱいになり、つらかったです。それでもバックアップ体制がきちんと整えられており、総合診療科全体の連絡網で相談することができるので、今は徐々に慣れてきました。2022年は私個人としては初期研修の時から慣れ親しんだ環境で過ごすことができ、同期にも恵まれましたので、自分の中で無理をしすぎることなく頑張ることができました。2023年は医師4年目、専攻医2年目へとステップアップします。自分の無知・無力に打ちひしがれていても仕方がないので、今できることから少しずつ自分なりのペースで、人と比べることなく取り組んでいけたらいいなと思っています。今年は慣れ親しんだ市立奈良病院以外の病院でも研修をする機会をいただく予定なので、今から緊張しています。一方で自分の成長を自分で楽しんで過ごしていきたいと思っています。今後ともご指導ご鞭撻のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

## 『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか?

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ(URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>)にアクセスいただき申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail [chiiki-igaku@jadecom.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.jp)

URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告  
各種お知らせ  
求人



## 公益社団法人地域医療振興協会主催 第16回へき地・地域医療学会開催のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では2023年6月24日(土)、6月25日(日)の両日、第16回へき地・地域医療学会を下記のとおり開催します。

詳細は順次、本誌や協会HPにて発信してまいります。皆様ふるってご参加ください。お待ちしております。

**開催日程** 2023年6月24日(土)、25日(日)

**開催方法** 会場(海運ビル：東京都千代田区平河町)とオンラインのハイブリッド形式

**参加費** 無料

**対象** 会員、医師、専攻医、臨床研修医、医学生、地域医療に関心のある方

**開催テーマ** 「医療の谷間に灯をともして50年～おもろいやん、地域医療～」

今回の学会では、自治医科大学が「医療の谷間に灯をともす」をスローガンに開学し50年を迎えたのを機に、へき地医療の今までを振り返り、これからのへき地・地域医療に新たな灯りとともせることを願って開催いたします。今回の担当は近畿ブロックということで、関西ならではの“おもろさ”を盛り込む味付けで皆様をお迎えしたいと思います。おもろいは関西のノリというだけでなく、interestingな企画になるように努めてまいります。新型コロナ感染もおそらく5類化しているかと期待していますが、なるべくたくさんの方々に参加いただけるようにハイブリッド形式で開催予定です。

きっとこの学会でこれからの地域医療の新しい景色を感じていただけると期待しています。

**主 幹** 地域医療振興協会近畿地方支部

大会長 武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)

**問い合わせ**

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 へき地・地域医療学会担当

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 Email hekichi@jadecom.jp

## 募集

# 福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

福島県では、東日本大震災から10年が経過し、復興が本格化しており、特に震災・原発事故の影響が大きかった12市町村では、住民の暮らしを守るための医師が求められています。移住・開業等に係る支援制度も充実していますので、同地域での開業・勤務に関心のある皆様からのご連絡をお待ちしております。

## 特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

## 募集地域

福島12市町村

(田村市、南相馬市、川俣町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村)

## 各種支援制度

国および福島県では、12市町村に移住し勤務医として働いていただける方、開業される方々向けにさまざまな補助金や助成金、各種優遇策等をご用意しております。

例：警戒区域等医療施設再開(開設)支援事業、設備投資等支援補助金、産業復興雇用支援助成金、県税課税免除、復興特区支援利子補給金、地域総合整備資金貸付制度など。

※該当地域で開業・勤務をご検討いただける方は、下記までお問い合わせください。疑問の内容に合わせて、窓口等をご紹介します。

## 問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

TEL 03-6328-0242 E-mail [asumi.shiota.c3t@cas.go.jp](mailto:asumi.shiota.c3t@cas.go.jp)

## 研修・入局

# 自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

埼玉県は人口比産婦人科医師数が日本一少ない県でありながら、人口密集地区の性質上、当センターでは多数の症例を経験することができます。これから産婦人科専門医を取得したい方、後期研修したい方、研究したい方、興味ある方、どなたでもお気軽にご連絡ください。腹腔鏡技術認定医、超音波専門医、周産期専門医、婦人科腫瘍専門医等々サブスペシャリティ資格取得の指導や、学位の指導まで幅広く行います。

まずは、お気軽にご連絡ください。

## 連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

TEL 048-647-2111 E-mail [kuwata@jichi.ac.jp](mailto:kuwata@jichi.ac.jp)

募集

神戸大学大学院医学研究科 地域医療支援学部門  
兵庫県立丹波医療センター 内科スタッフ募集

当部門は兵庫県立丹波医療センターおよび隣接する丹波市立ミルネ診療所、公立豊岡病院を主としたフィールドとして、地域医療および総合診療の診療、研究、教育に従事しています。総合診療の実践・再研修(急性期・集中治療、慢性期、緩和、在宅すべてに対応可)、専門医取得(総合診療、新家庭医療、病院総合診療、内科)、学生や研修医・専攻医教育、地域医療での研究の実践等に興味のある方など、お気軽にご連絡ください。個人のニーズに応じたことを重点的に行えます。

問い合わせ・連絡先

神戸大学大学院医学研究科 医学教育学分野 地域医療支援学部門 特命教授  
兵庫県立丹波医療センター 地域医療教育センター長 見坂恒明(兵庫2000年卒)  
TEL 0795-88-5200 E-mail smile.kenzaka@jichi.ac.jp

募集

自治医科大学医学部  
感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

誠心誠意治療を行っていても患者を救えないことが多々あります。当教室ではC型慢性肝炎に対する治療で多くの方が健康を取り戻したように、B型肝炎を治癒に導くべく研究に取り組んでいます。

基礎医学と固く考えずに、興味のある方は気軽にご連絡ください。学位取得、後期研修、スタッフ、どのような形式でもお受けいたします。研究経験のない場合でも、こちらで懇切丁寧に指導いたします。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門  
教授 村田一素(三重1988年卒)  
E-mail kmurata@jichi.ac.jp TEL 0285-58-7404 FAX 0285-44-1557

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター  
総合診療科へのお誘い

さいたま市は、利便性がかなり良く、少し移動すれば緑も多くあり、生活しやすい環境です。子息の教育にも向いています。

内科専門医、総合診療専門医、老年科専門医、感染症専門医の資格を取得できるプログラムがあります。当センターは100万都市に唯一の大学病院ということもあり、まれな・診断の難しい症例が多く受診し、総合診療科が基本的に初期マネジメントを担当します。症例報告や研究も多数行っています。

後期研修としての1年間でもよし、義務明け後に内科レベルを全体的に向上させるもよし、資格取得目的に数年間在籍するもよし、子どもを都内の学校に進学させたく人生プランを練るでもよし、です。

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科  
教授 菅原 斉(北海道1985年卒)  
連絡先：福地貴彦(准教授・埼玉2000年卒) E-mail chicco@jichi.ac.jp

# ・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

## 地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトいただくか、下記担当へお問い合わせください。

**問い合わせ先** 〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-4 海運ビル 4階  
公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部  
TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924  
E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

生涯教育  
センター

## 生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

地域医療振興協会生涯教育センターでは、2017年度から協会会員向けの生涯教育e-Learningを開始しています。自治医科大学で行われている教育・研究・最新治療の内容を解りやすくお伝えし生涯教育の材料にさせていただくとともに、自治医科大学の現状をより深く知っていただくことも目的としています。

自治医科大学の教職員や学生の方々からは大変興味があるとの連絡をいただいています。実は私の在職中も大学内の他の部署でどのような研究・診療が行われているのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知るといことがしばしばありました。

共同研究の萌芽、相互交流の促進等を通じて自治医科大学全体の発展のために少しでも貢献できれば幸いであると考え、今回自治医科大学の教員のみならず、職員、学生にも提供させていただくことにしました。自治医大図書館のホームページのビデオオンデマンドサービスから視聴できますので、どうぞ、ご活用ください。

生涯教育センター センター長 富永眞一

# ●●●会員の皆さまへ

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

- 正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)
- 準会員(変更無し)……………10,000円
- 法人賛助会員(変更無し)…50,000円
- 個人賛助会員(変更無し)…10,000円

### 2. 入会金について(変更無し)

- 正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)
- 準会員, 法人・個人賛助会員…なし

### 3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

- ・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会
- ・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083  
名義:公益社団法人地域医療振興協会

## 住所が変更になったときは

---

ご転勤などによりご勤務先またはご自宅住所が変更となった場合は、「月刊地域医学」の送付先を変更させていただきますので、新しいご住所をご連絡ください。

地域医療振興協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単に手続きいただけますので、是非ご活用ください。

また、所属支部の変更を希望される方は、当協会ホームページ([https://www.jadecom.or.jp/members/shibu\\_henkou.html](https://www.jadecom.or.jp/members/shibu_henkou.html))に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

## 連絡先・書類送付先

---

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階  
公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部  
TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924  
E-mail [info@jadecom.or.jp](mailto:info@jadecom.or.jp) URL <https://www.jadecom.or.jp/>

# あなたの一步で、 救われる地域がある。

医療資源は都市部に集中し、山間・離島などの地域には  
日常的な診療を担う医師にも恵まれないところが  
未だに数多くあるのが現状です。

地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、  
その支援実績は年々増えていますが  
すべての地域からの要望に応えることはできません。



期間(年単位、月単位、日単位、緊急支援)や役割(総合医、専門科、当直など)、  
方法(就業、定期支援、一時支援)など、地域の支援には様々なかたちがあります。

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

**公益社団法人地域医療振興協会** 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

**担当/事務局 医療人材部**

**E-mail: [hekichi@jadecom.jp](mailto:hekichi@jadecom.jp)**

**TEL:03-5210-2921**

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

本別町国民健康保険病院

●内科または外科 1名



診療科目：内科，外科，整形外科，眼科，小児科，泌尿器科，脳神経外科，皮膚科，精神科  
 病床数：60床（一般，うち地域包括ケア病床管理料算定10床）  
 職員数：107名（パート含む。うち常勤医師4名，非常勤医師1.9人）  
 所在地：〒089-3306 北海道中川郡本別町西美里別6-8  
 連絡先：事務長 松本  
 TEL 0156-22-2025 FAX 0156-22-2752  
 E-mail hp.jimt@town.honbetsu.hokkaido.jp  
 特記事項：本別町は道東十勝地方の东北部に位置する人口約6,500人の自然豊かな町です。当院は，一般外来はもとより人工透析や町民ドックを実施しています。本別町で一緒に地域住民の暮らしの安心を支えてみませんか。  
<http://www.honbetsu-kokuho-hp.jp/>

受付 2021.10.25

豊浦町国民健康保険病院

●内科 2名

（医師2名が令和5年3月で定年となるため，外来診療が可能な方であれば内科専門にこだわりません）



診療科目：内科・外科・小児科  
 病床数：60床  
 職員数：63名（うち常勤医師3名，非常勤医師0.6名）  
 所在地：〒049-5411 北海道虻田郡豊浦町字東雲町16-1  
 連絡先：事務長 高橋  
 TEL 0142-83-2228 FAX 0142-83-2073  
 E-mail kokuhob@town.hokkaido-toyoura.lg.jp  
 特記事項：豊浦町は北海道の道南胆振地域の西端に位置しています。噴火湾に面していて，対岸に秀峰駒ヶ岳と渡島連山，北に蝦夷富士の異名を持つ羊蹄山やニセコ連山を眺望する風光明媚な，人口約3,700人の町です。生まれ育った町で医療を受け，人生の最後を安心して迎える病院として，地域一般病床から療養型病床へ令和5年4月より転換，再スタートします。新たなスタートを応援してくださる医師を募集しています。ぜひ一度見学にいらしゃいませんか。  
<https://www.town.toyoura.hokkaido.jp>

受付 2022.10.26

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名



診療科目：精神科，児童・思春期精神科  
 病床数：168床（稼働病床77床）  
 職員数：101名（うち常勤医師5名）  
 所在地：〒080-0334 音更町緑ヶ丘1  
 連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
 E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp  
 特記事項：道立緑ヶ丘病院がある音更町は，北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり，とち帯広空港から約1時間の距離にあります。当院は，十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに，「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。病院視察の交通費は北海道で負担しますので，興味ある方はぜひご連絡ください。

受付 2022.6.16

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名



診療科目：内科，外科，小児科，整形外科，耳鼻咽喉科，眼科，産婦人科，皮膚科，泌尿器科，精神科，リハビリテーション科  
 病床数：120床（稼働病床45床）  
 職員数：67名（うち常勤医師5名）  
 所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110  
 連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
 E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp  
 特記事項：道立羽幌病院は，北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し，天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い，総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。視察の交通費は北海道で負担しますので，興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院長は自治医大卒です。）

受付 2022.6.16

※北海道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方，興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します

対象：北海道内外の①医師または医学生，②薬剤師または薬学生  
 対象病院：募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先

北海道立病院局人材確保対策室（佐藤）  
 TEL 011-231-4111（内線25-853）  
 E-mail satou.renichi@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード（北海道立病院局ホームページ）をご参照ください。



## 北海道

### 道内公的医療機関・道内保健所等

連絡先：〒100-0014 東京都千代田区永田町2丁目17-17 永田町  
ほっかいどうスクエア1階  
北海道東京事務所行政課（医師確保）  
TEL 03-3581-3425 FAX 03-3581-3695  
E-mail tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp

**特記事項**：北海道で勤務する医師を募集しています。  
北海道では、北海道で勤務することを希望する道外医師の方々をサポートするため、北海道東京事務所に道外医師の招聘を専門とする職員を配置しています。  
○北海道の公的医療機関や保健所で働きたい！  
○北海道の医療機関を視察・体験したい！  
○まずは北海道の公的医療機関等の求人情報を知りたい！など北海道で医師として働くことに関心をお持ちの方は、北海道東京事務所の職員（北海道職員）が医師の皆様のお希望を踏まえながら丁寧にサポートいたします。まずはお気軽にお問い合わせください。  
皆様が目指す医療・暮らしがきっと「北海道」にあります。  
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>

医師 北海道で地域医療に貢献したい！  
募集 北海道に移住したい！  
そんな夢や希望を叶えませんか！  
医師+北海道東京事務所=北海道移住

○北海道の地域医療視察・体験  
1日～3日程度の旅費を負担します。  
まずは視察という方にオススメ！  
○御希望を踏まえた勤務先の調整  
公的医療機関等の求人情報を把握！  
北海道職員が丁寧に対応します。

ドクターズ北海道移住「moten」 無料配布中！  
（※詳しくは、北海道東京事務所ホームページをご覧ください）  
北海道東京事務所行政課（担当：佐々木） 北海道東京事務所  
※道外医師招聘を専門としている北海道職員です。  
TEL：03-3581-3425（直通）  
E-mail：tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp  
HPアドレス： <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>



受付 2022.7.6

### 乙部町国民健康保険病院

#### ●内科・小児科 1名

診療科目：内科、小児科、外科  
病床数：62床  
職員数：47名（うち常勤医師1名）  
所在地：〒043-0103 北海道爾志郡乙部町字緑町704  
連絡先：事務長 宮本  
TEL 0139-62-2331 FAX 0139-62-3654  
E-mail y-miyamoto@town.otobe.lg.jp

**特記事項**：乙部町は函館空港から約90分の距離に位置する、風光明媚な海岸線を有する、日本海に面した町です。  
町内唯一の医療機関として、内科を中心とした町民のかかりつけ医を担っております。定期訪問診療と訪問看護も実施しており、高齢化が進む地域で町民に根差した医療を実践しています。  
人口3,300人の小さな町ですが、町民に寄り添った診療を行う院長、スタッフと共に地域医療に従事いただける常勤医師を募集しております。  
<https://www.town.otobe.lg.jp/lfsrqq000001psv.html>



受付 2022.12.21

## 兵庫県

### 養父市国民健康保険出合診療所

#### ●内科（診療所 所長）1名

診療科目：内科、外科、整形外科、小児科、麻酔科  
病床数：0床  
職員数：4名（うち常勤医師1名）  
所在地：〒667-1112 兵庫県養父市出合223-2  
連絡先：養父市健康福祉部保険医療課 吉谷  
TEL 079-662-3165 FAX 079-662-2601  
E-mail kokuho@city.yabu.lg.jp

**特記事項**：「やぶ医者」の郷、兵庫県養父市の無床診療所で、診療所の所長になっていただける後継の方を募集しております。医師1人体制で、看護師2名、事務員1名が勤務し、現在は、高齢者の慢性疾患の管理を中心とした外来、訪問診療を行っています。就業支度金貸与制度（300万円）を設けており、3年間の勤務で返還義務が免除されます。令和5年開設に向けて診療所を新築予定です。就任時期、資格取得のための支援等、ご相談に応じます。  
[https://www.city.yabu.hyogo.jp/soshiki/kenkofukushi/hoken\\_iryu/1\\_1/1317.html](https://www.city.yabu.hyogo.jp/soshiki/kenkofukushi/hoken_iryu/1_1/1317.html)

受付 2022.7.6

## 熊本県

### 上天草市立上天草総合病院

#### ●内科、外科、整形外科 若干名

診療科目：内科、精神科、代謝内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、アレルギー科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科、肛門外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、消化器外科、皮膚科、神経内科、腎臓内科、歯科、歯科口腔外科

病床数：195床  
職員数：360名（うち常勤医師13名）  
所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19  
連絡先：上天草市立上天草病院 事務部長 須崎  
TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546  
E-mail t.susaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

**特記事項**：上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、ほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれている自然豊かな地域です。  
当院は、「信頼される地域医療」を基本理念としており、看護学校、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター等を併設し、上天草地域包括ケアの中心的な役割を担っています。  
現在、地域の医療ニーズに応えるため、急性期、回復期、慢性期の医療を行っていますが、医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。何卒よろしくお願ひします。  
<http://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2022.2.2





## 栃木県

### 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 若干名  
**勤務先:** 保健所 (5カ所), 県庁  
**連絡先:** 栃木県保健福祉部医療政策課  
 早川 (とちぎ地域医療支援センター専任医師)  
 〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20  
 TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131  
 E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

**PR事項:** 栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待ったなしで求められています。このような中、栃木県では、公衆衛生の理念を持ち、管理技術や地域分析・介入手法を学ぶ意欲があり、保健所や本庁などの行政機関に身を置いて地域の施策を支える公衆衛生医師への期待が高まっています。現在、栃木県庁では常勤の公衆衛生医師が保健所5カ所に5人、本庁に2人の7人体制ですが、体制の強化充実を図るため、計画的な医師の採用と育成を予定しています。これまでの経験が活躍へと結びつきやすいように、いずれの年代の入職でもモデルとなるキャリアパスやジョブローテーションを用意いたします。また、国での研修受講や、県内大学と連携し作成された社会医学系専門プログラムを適用した履修も考慮されます。問い合わせ、相談、見学など歓迎します。随時受け付けております。募集の詳細については県ホームページをご参照ください。  
<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/work/shikaku/iryuu/1273123952513.html>

## 佐賀県

### 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 若干名  
**勤務先:** 保健福祉事務所, 精神保健福祉センター, 療育支援センター, 本庁  
**連絡先:** 佐賀県健康福祉部健康福祉政策課 古賀  
 〒840-8570 佐賀県佐賀市内1-1-59  
 TEL 0952-25-7052 FAX 0952-25-7268  
 E-mail kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp

**PR事項:** 佐賀県では、本庁や保健福祉事務所等で勤務する公衆衛生医師を募集しています。県の公衆衛生医師は、県民の健康な生活を守るため、感染症対策、生活習慣病対策、精神保健や母子保健の推進、医療提供体制の整備、食品や環境に関する生活衛生など、幅広く県の保健・医療・福祉行政に携わります。また、災害時には被災地で健康危機管理・公衆衛生学的支援を行うための派遣や、県職員の衛生管理を担う産業医をお願いする場合があります。佐賀県職員として勤務している医師の説明や、本庁、保健福祉事務所等の見学も行っておりますので、まずは下記ホームページをご覧ください。お気軽にお問い合わせください。  
<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00387287/index.html>



## 熊本県

### 健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 4名  
**勤務先:** 本庁, 保健所等  
**連絡先:** 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 政策班 内村  
 〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1  
 TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870  
 E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

**PR事項:** 熊本県では、保健所をはじめ、県庁健康福祉部などに勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。公衆衛生医師の業務は、県民の生命や健康を守るために、がん・糖尿病などの予防、疾病対策や健康づくり、感染症対策などに関する施策の立案・実行など多岐にわたります。専門分野や保健所での勤務経験や知見の有無は問いません。臨床でのキャリアを公衆衛生で活かしてみませんか。

ご興味のある方、是非お問い合わせください。保健所見学も歓迎いたします。



<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>

## 鹿児島県

### くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 7名  
**勤務先:** 保健所 (13カ所), 県庁  
**連絡先:** 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 上園  
 〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1  
 TEL 099-286-2656 FAX 099-286-5550  
 E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

**PR事項:** あなたも自然豊かなかごしまで働いてみませんか。鹿児島県では、保健所や県庁で勤務いただける公衆衛生医師を募集しています。専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。採用ご希望に合わせて随時行っております。業務内容や給与・休暇等の諸制度など、お気軽にお問い合わせください。県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お申し付けください。詳しくは県のホームページ (QRコード) をご覧ください。



## 各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

- ①各種お知らせ・報告・求人のは締め切りは毎月10日です。受け付けた情報の掲載可否は、編集委員会にて決定いたします。
- ②継続して掲載を希望する場合も、原則として毎号締切日までに掲載希望の旨をご連絡ください。  
「求人病院紹介」も継続を希望する場合は1ヵ月ごとに申し込みが必要です。掲載期間は原則として6ヵ月までです。掲載を中止する場合は速やかにご連絡ください。
- ③各コーナーの執筆要領に従って原稿を作成してください。
- ④組み上がりの原稿(ゲラ)校閲が必要な場合は、その旨をお書き添えください。
- ⑤原稿はメールまたは郵送、ファックスにてお送りください。郵送、ファックスの場合も、文字データ、写真データはできるかぎり記憶媒体(CD-ROM, DVDなど)でお送りください。

### 支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度, 第〇回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨: 議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論: 議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他: 講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。  
文字量目安: 約950字で1/2ページ分, 1,900字で1ページ分となります。

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称
2. 主催および共催団体名
3. 会の形態: 研修会・研究会・講習会・講演会・シンポジウム等
4. 趣 旨
5. 日時・場所
6. 内容: テーマおよび簡単な内容, ホームページ等があればご紹介ください。
7. 参加資格: 定員がある場合も明記してください。

8. 受講料
9. 申し込み方法: 申し込み手続きに必要な書類, 申し込み方法(通信手段)
10. 申し込み期間: 申し込み締切日は必ず明記してください。
11. 連絡先: 担当部署, 担当者氏名(肩書き), 住所, TEL, FAX, E-mailを記載してください。  
文字量目安: 約900字で1/2ページ分, 1,900字で1ページ分となります。

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名, 教室名
2. 科・教室紹介: 約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は, 苗字だけとし卒年度(○年卒: 西暦)で統一願います。
3. 連絡先: 氏名(所属・肩書き), TEL, FAX, E-mailを記載してください。

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

1. 病院名(正式名称)
2. 所在地
3. 診療科目
4. 病床数
5. 職員数(うち常勤医師数, 非常勤医師数)
6. 募集科目・人数
7. 連絡先: 氏名(所属・役職), TEL, FAX, E-mail
8. PR. 特記事項(ホームページURLなど)
9. 写真データを1点掲載することができます。

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

# 投稿要領

2021年9月改訂

## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

編集委員会で審査し、編集委員会が指名する専門家に査読を依頼して採否を決定する。

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

総説：地域医療における最近の重要なテーマについて、研究の状況やその成果等を解説し、今後の展望を論じる。

活動報告：自らが主催、または参加した活動で、その報告が読者に有益と思われるもの。

研究レポート：「原著」「症例」「活動報告」のカテゴリーに含まれないが、今後の研究をサポートしていくに値し、また多職種多地域のコホート研究などに利用できるような論文。

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

ヘルシンキ宣言および厚生労働省の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、対象者の保護には十分留意し、説明と同意などの倫理的な配慮に関する記述を必ず行うこと。また臨床研究においては、所属研究機関あるいは所属施設の倫理委員会ないしそれに準ずる機関の承認を得ること。なお、倫理委員会より承認の非該当となった場合には、その旨を記載する。

## 6. 利益相反(COI)

日本医学会COI管理ガイドラインに従って、開示すべきCOI状態がある場合には、編集委員会に対して開示し論文の最後に以下の例を参考に記載する。

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬, B製薬, C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

2)原稿は抄録、図表・図表の説明、文献を含めて14,500字(掲載時8ページ)以内とする。1ページは約1,800字に相当。図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)の

もので約380字に相当。

3)原稿の体裁：文字サイズは10.5~11ポイント。A4判白紙に(1行35字, 1ページ30行程度)で印刷する。半角ひらがな, 半角カタカナ, 機種依存文字は使用しない。表紙を第1ページとしたページ番号を明記する(文献を除く)。「表紙」「抄録・キーワード」「本文」「図表」「参考文献」ごとに改ページする。

4)原稿の表記：原則として日本語とする。句読点として全角の「,」「カンマ」「ピリオド」を用いる。薬品は原則として商品名ではなく一般名とする。日本語化していない外国語, 人名, 地名, 薬品名は原語のまま用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所て内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身\*)とする。(\*必要な場合のみ)

## 5)必要記載事項

表紙：原著・症例・活動報告等の別とタイトル, 本文原稿枚数(文献含む)と図表点数, 著者名と所属(著者が複数の場合, それぞれの所属が分かるように記載する), 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を記載する。全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記し, 全共著者の署名を添える。

抄録・キーワード：原著には抄録とキーワードを添える。原著の抄録は構造化抄録とし, 目的, 方法, 結果, 結論に分けて記載する(400字以内)。キーワードはタイトルに使用した語句は検索時に認識されるので, それ以外の語句を選択して記す(原則として日本語で5語以内)。原著以外の論文にも抄録, キーワードを添えることが望ましい。

タイトル・抄録の英文表記(希望者のみ)：タイトルと抄録は, 和文表記に英文表記を併記することができる。英文の著者名はM.D.などの称号を付け, 名を先, 姓を後ろに記載。英文抄録はIntroduction, Methods, Results, Conclusionに分けて, 記載する(250語以内)。Key words(5語以内)を添える。抄録は和文と英文で同じ内容にする。

英文抄録はnative speakerのチェックを受け, 証明書(書式自由)を添付すること。

## 6)図表

①図表は厳選し, 本文中の記載よりも図表を用いた方が明らかに理解しやすくなる場合に限り使用する。

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

④他の論文等から引用する場合は、当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する。

7) 文献：必要最小限にとどめること。本文中に引用順に肩付き番号をつけ、本文の最後に引用順に記載する。  
雑誌の場合

著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) :  
タイトル. 雑誌名 年; 巻: 始頁 - 終頁.

書籍の場合

著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) :  
章名, 編集者名. 書名. 地名, 出版社名, 年, 始頁 - 終頁.

ウェブサイトの場合

著者名. 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸かっこ).

#### 文献表記例

##### 【雑誌】

1) 山脇博士, 二神生爾, 坂本長逸, 他: 日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016; 43: 121-125.

2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

##### 【書籍】

3) 高橋三郎, 大野裕 監訳: DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.

4) Jameson LJ, Fauci AS, Kasper DL, et al: Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition. McGraw-Hill, 2018.

##### 【ウェブサイト】

5) Evanston Public Library Board of Trustees. "Evanston Public Library Strategic Plan, 2000-2010: A Decade of Outreach." <http://www.epl.org/library/strategic-plan-00.html> (accessed 2005 Jun 1)

#### 8. 原稿の保存形式と必要書類について

1) 本文の保存形式: 作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する。  
画像の保存形式: JPEGかBMP形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。これらの画像等を組み込んで作成した図は、各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける。

2) 必要書類: 掲載希望コーナー, 著者名と所属, 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋, および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書。

#### 9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

2) 原稿と必要書類は添付ファイルで送るか、容量が大きい場合には大容量データサーバを使う。

#### 10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

##### 【著作権】

1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原著者の権利を含む)は, 公益社団法人地域医療振興協会に帰属する。

2) 当該協会は, 当該論文等の全部または一部を, 当協会ホームページ, 当協会が認めたネットワーク媒体, その他の媒体において任意の言語で掲載, 出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合, 必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

##### 【転載・二次的利用について】

当該論文の転載・二次的利用については, 「月刊地域医学」編集委員会事務局あてに申請し, 編集委員会により諾否を決定する。

#### 11. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

1) 掲載料金は無料とする。

2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈。それ以上は別途実費が発生する。

3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈, 別刷は実費が発生する。

#### 12. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail [chiiki-igaku@jadecom.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.jp)

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

TEL 03 - 5212 - 9152 FAX 03 - 5211 - 0515

#### 13. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当。投稿受理後は下記編集室より著者に, 受理日, 受理番号をE-mailにて連絡。投稿後2週間経過後, 受理番号の連絡がない場合, 審査状況や原稿要領等の問い合わせは, 下記編集室あて。

E-mail [chiiki-igaku@medcs.jp](mailto:chiiki-igaku@medcs.jp)

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



## 「月刊地域医学」編集委員

---

|       |   |
|-------|---|
| 編集委員長 | 山田隆司(地域医療研究所長)                          |
| 編集委員  | 浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)                 |
|       | 朝野春美(地域看護介護部長)                          |
|       | 石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)                |
|       | 伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)                       |
|       | 北村 聖(地域医療振興協会 顧問)                       |
|       | 木下順二(地域医療振興協会 常務理事)                     |
|       | 崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)                |
|       | 菅波祐太(揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長)             |
|       | 杉田義博(日光市民病院 管理者)                        |
|       | 田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長)          |
|       | 中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)            |
|       | 野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長)             |
|       | 原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)            |
|       | 本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長)                  |
|       | 宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者) |
|       | 森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)                      |
|       | 山田誠史(市立恵那病院 副病院長)                       |

(50音順, 2022.4.1現在)

---

## 編集後記

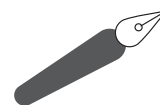
年度末の時期となっている今日この頃、日々の業務に加えて、年度内の総括はもとより、新年度に向けて、新たな取り組みを実施されておられる方も多いかと存じます。

今月号の本誌には、地域医療に関連した調査報告や、実践報告が掲載され、さまざまな視点からの見解が掲載されています。

特集は、「嘱託産業医として心得ておくべき最近のトピックス」というテーマで、嘱託産業医の役割や取り組みの実際などが展開され、嘱託産業医として業務を実施する際の多くのポイントが掲載されています。

新年度を迎えるにあたり、さらに新しい一歩を踏み出すためのエネルギーの源泉は、案外、足元にある、そのような印象を受けました。

石川雅彦



月刊地域医学 第37巻第3号(通巻437号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年3月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 URL <https://www.jadecom.or.jp>

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03-5790-9831 FAX 03-5790-9645

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

# 地域をこえて、 かがやく未来へ。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

*Mission for Tomorrow*



9784909117694



1923047006004

ISBN978-4-909117-69-4  
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）