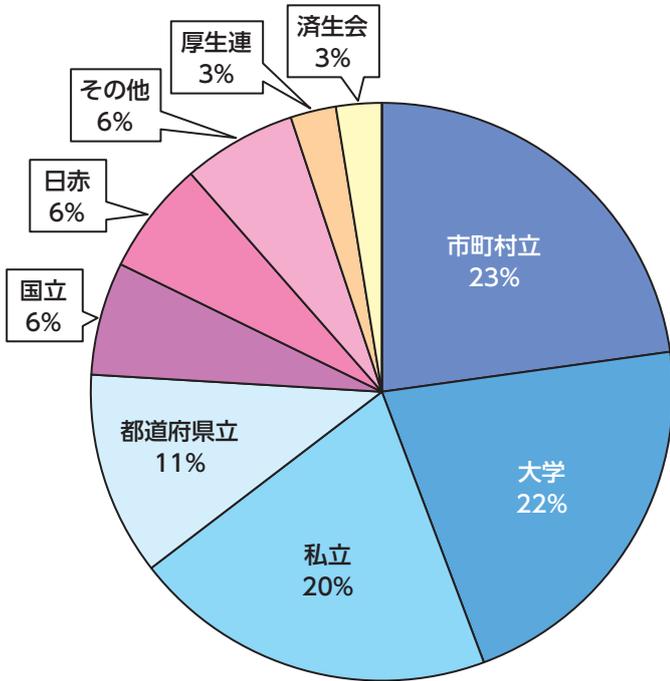
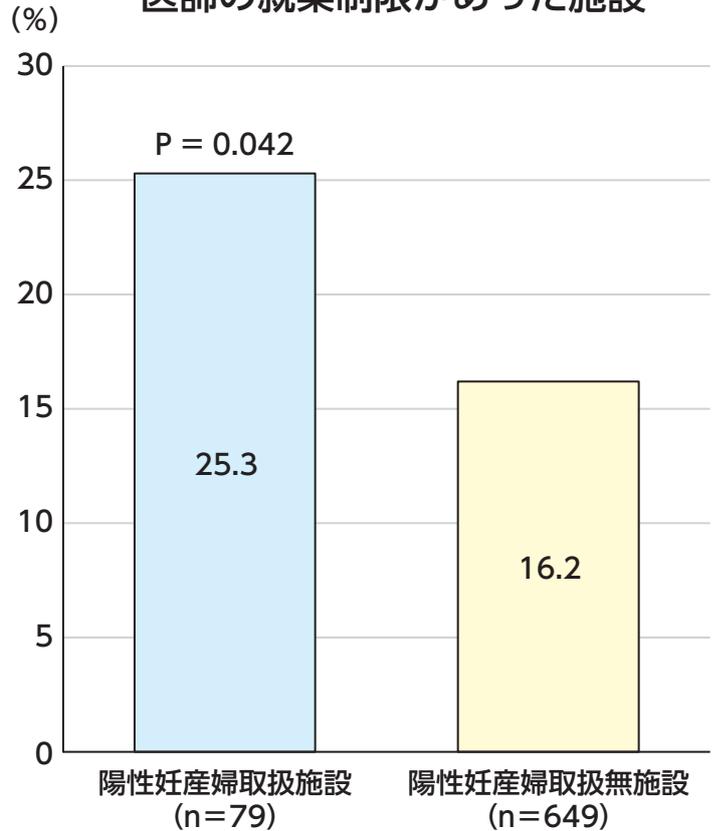


新型コロナ陽性妊産婦を管理した施設  
(n=79)



医師の就業制限があった施設



令和2年度産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査 (n = 748 施設 令和2年6月実施)

## 新型コロナウイルス感染症と妊産婦と勤務医師

勤務医委員会委員長 関口 敦子  
勤務医部会常務理事 中井 章人

令和2年の6月までに、全国で約10%の分娩取扱い施設が新型コロナウイルス陽性妊産婦の管理を行っていた。管理を行っていたのは、公立・公的病院のみならず大学や私立病院など様々な運営母体の施設であった。また、全体の16.7%の施設で医師が新型コロナウイルス感染症に関連し就業制限を受け、陽性妊産婦を管理した施設で25.3%とその頻度は高く、陽性者管理を行わなかった施設でも16.2%で就業制限が行われていた。この結果は、陽性者の取扱いの有無にかかわらず、より一層の感染防御が必要になることを示唆している(上図)。

また、PCR検査の感度はおよそ70%で、分娩直前にユニバーサル・スクリーニングを行ったとしても、全ての陽性者を除外できるわけではない。濃厚接触になると健康被害のみならず、14日間の就業制限措置がとられ、一般診療の継続にも大きな支障がでる。職場内で人と対面する際は、患者、

職員にかかわらずマスク着用と目の保護を実施することが勧められる。

### 目次

- 新型コロナウイルス感染症と妊産婦と勤務医師 …… 1～5
- 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の感染拡大を受けて大阪の周産期医療の現場から …… 6
- 長崎県における COVID-19 陽性妊婦への対応～長崎大学病院での対策～ …… 7
- 秋田の産婦人科医療、新型コロナウイルス感染症 …… 8
- 東京下町の産院と新型コロナウイルス感染症 …… 9
- 新型コロナウイルス感染拡大下における Web 学会と働き方改革 …… 10～11
- オンラインでのより良い「双方向」コミュニケーションのために～Web 学会時代の受け手の立場より～ …… 12
- 編集後記 …… 12

## 1. 新型コロナウイルス感染と妊産婦の位置付け

### 1) 感染症法による指定

厚生労働省では、令和2年1月28日、令和3年2月6日までの期限付きで新型コロナウイルス感染症を指定感染症と定めた。感染症法では感染症は一類から五類、新型インフルエンザ等感染症、新感染症、指定感染症の8区分に分類され、区分ごとの措置が設けられている。

指定感染症となった新型コロナウイルス感染症は、新型インフルエンザ等対策特別措置法が修正準用されるため、二類感染症相当と位置付けられる。現状では新型インフルエンザ等とほぼ同様に、一類から三類に対して行える自宅療養や入院勧告など必要に応じた措置が行われている。いずれ感染症の特性が確定すれば、感染症法に定めるいずれかの分類に落とし込まれることになる。

### 2) 妊産婦のハイリスクとしての位置付けと取扱い

妊婦は、高齢者や基礎疾患を有する者と同様、重症化のリスク因子にあげられる。厳密には「重症化のリスク因子かは知見が揃っていないが要注意な基礎疾患」に分類され、妊婦が感染した場合は、軽症であっても自宅や宿泊施設等での療養が認められていない。

この解釈について、若干の疑義がある。令和2年6月19日の厚生労働省からの都道府県等に向けた事務連絡「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000641692.pdf>)では、「妊婦が新型コロナウイルス感染症と診断された場合には、原則として入院の対象となるが、新型コロナウイルス感染症を診断した医師及びかかりつけ産科医が妊婦の状態を十分に確認した結果、宿泊療養又は自宅療養が可能であると判断される場合には、宿泊療養又は自宅療養とすることができる。」とされているのに対し、8月7日の事務連絡「『新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について』に関するQ&Aについて(その8)」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000657889.pdf>)の中で、軽症者のうち高齢者や基礎疾患がある者とならび妊娠している者は宿泊施設や自宅での療養の除外対象として明確に示されている。6月19日の事務連絡(<https://www.mhlw.go.jp/content/000641692.pdf>)には、文末に「今後、必要な改訂を行う予定であることを申し添える。」とされているが、現時点で、明確な改訂の通知はなく、多くの自治体で妊婦は入院扱いになっている。

妊婦の自宅療養等について、医学的な観点からその安全性や重症化リスクに関して明確なデータはない。したがって、これらの可否を判断する基準がなく、結果、各自治体においても判断を躊躇していることが現状といえる。実際、感染症法に規定されるこれらの縛りを、国として改定することはハードルが高く、自治体ごとに判断を任せると進むことが想定されるが、責任の所在や自宅療養中の健康管理は誰がどのように行うかなど解決すべき課題が残される。

## 2. 妊娠中の労働者に対する措置

令和2年5月7日、厚生労働省労働基準局と雇用環境・均等局では「『妊娠中及び出産後の女性労働者が保健指導又は健康診査に基づく指導事項を守ることができるようにするために事業主が講ずべき措置に関する指針』の一部改正について」局長通知をだしている(<https://www.mhlw.go.jp/content/11909000/000630602.pdf>)。

通知では、新型コロナウイルス感染症に不安を持つ妊婦に対し、母性健康管理指導事項連絡カードを用い措置を行うよう促し、特記事項記入欄への記入を「新型コロナウイルス感染症の感染のおそれの低い作業への転換又は出勤の制限(在宅勤務・休業)の措置を講じること。」と例示している。これらは令和2年5月7日から令和3年1月31日までの暫定措置とされていたが、令和4年1月31日までの延長が決まっている。会員の先生方においては、是非、有効に利用していただきたい。

## 3. 陽性妊産婦の特徴(表1、2)

妊産婦の新型コロナウイルス感染について、東京都の速報値と神奈川県データでは、陽性者における妊婦の割合は、人口当たりの妊婦の割合に比較し50～60%と低い(表1)。

表1 妊婦の陽性者数と陽性者に占める割合

	東京都速報値, 神奈川県データ	
	東京都 (4月-10月)	神奈川県 (2月-9月)
調査機関	30,556	6,896
累積陽性者数	97	23
妊婦の陽性者数	0.31%	0.33%
陽性者のうち妊婦の占める割合 (人口に占める妊婦の割合)*	(0.62%)	(0.54%)

\*出生数×40週/52週人口

しかし、これらは必ずしも妊婦が感染しづらいことを示すものではなく、妊娠中の多くの女性が一般に比較し、より慎重な行動変容を行った結果と推察される。

本会医療安全部会が実施した新型コロナウイルス実態調査(期間:2020年1月から6月、対象:分娩取扱い医療機関2,185施設、回答率:65%)では、妊婦の感染は2nd trimester(43.1%)に多く、感染経路の56.9%が家庭内となっていた。

症状では無症状、軽症者が80.5%を占め、重症者は流行地からの渡航者で入国直後に発症し死亡に至った1名であった。この時点で、人工呼吸器を用いるような重症例は国内発生者では認めていない。また、陽性管理中に分娩に至った12例はいずれも帝王切開分娩で、新生児感染は報告されていない(表2)。

## 4. 勤務医師への影響

勤務医委員会では例年行っている「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査」の中で、今年度は新型コロナウイルス感染拡大による令和2年2月か

ら6月までの勤務状況への影響について検討した。アンケートは全国の分娩取扱い病院（1,001施設）を対象に行われ、748施設から有効回答を得た（74.7%）（表紙図、表3～5）。

### 1) 陽性妊産婦取扱いと出勤制限（表3）

有効回答を得た分娩取扱い病院のうち79施設（10.6%）で、新型コロナウイルス陽性妊産婦を管理していた。陽性妊産婦は、公立・公的病院のみならず大学や私立病院など様々な運営母体の施設で管理され、大学附属病院と都道府県立病院で患者数が多い傾向であった。また、機能別の分類では、総合周産期母子医療センターの23.5%で陽性妊産婦の取扱いがあり、地域周産期母子医療センターでは11.5%、指定のない病院では7.0%になっていた。

同期間に、就業制限を受けた医師のいた施設は125施設（16.7%）で、医師数は常勤176人（3.2%）、非常勤

101人（4.7%）となっていた。さらにこれらを陽性妊産婦の取扱いの有無で分類すると、陽性妊産婦を取扱った施設で25.3%とその頻度は高く、取扱いのなかった施設でも16.2%に就業制限を受けた医師が認められた（表紙図）。

これらは令和2年6月の時点のもので、その後、第3波での陽性者数の増加に伴い、陽性妊産婦の取扱いに対応した施設や就業制限を受けた医師は、さらに増加していることが推察され、陽性妊産婦を取扱う施設はもとより、取扱いの有無にかかわらずより一層の感染防御が求められる結果となっていた。

### 2) 医師派遣への影響など（表4、5）

新型コロナウイルス感染拡大は、医師派遣（外勤）にも影響している。自院から他院への派遣が中止になった施設は86施設（11.5%）で、他院から自院への派遣が中止になっ

表2 2020年1月から6月までの妊婦陽性者の特徴（総数72例）

感染時期	陽性者数 (%)	症状	陽性者数 (%)
初期（妊娠14週未満）	15 (20.8%)	無症状	14 (19.4%)
中期（14 - 27週）	31 (43.1%)	軽症	44 (61.1%)
後期（28週以降）	21 (29.2%)	中等症	13 (18.1%)
分娩後	5 (6.9%)	重症・死亡	1 (1.4%)
感染経路	陽性者数 (%)	治療	陽性者数 (%)
家庭内	41 (56.9%)	ECMO	0
市中感染	8 (11.1%)	人工呼吸器	1 (1.4%)
感染地域への渡航・滞在	4 (5.6%)	酸素投与	10 (13.9%)
職場内	3 (4.2%)	予後等	陽性者数 (%)
院内	3 (4.2%)	陽性者で分娩に至った例	12 (16.7%)
不明	13 (18.1%)	新生児感染	0

日本産婦人科医学会医療安全部会調査：[https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/09/study202009\\_details-1.pdf](https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/09/study202009_details-1.pdf)

表3 新型コロナウイルス陽性妊産婦取扱いと出勤制限

	自院で取扱ったPCR陽性妊産婦数			出勤制限医師数			
	なし (%)	あり (%)	人数	なし (%)	あり (%)	常勤	非常勤
施設運営母体による分類							
大学	80 (78.4)	17 (16.7)	74	66 (64.7)	31 (30.4)	58	14
国立	35 (87.5)	5 (12.5)	6	34 (85.0)	6 (15.0)	13	7
都道府県立	46 (83.6)	9 (16.4)	46	51 (92.7)	3 (5.5)	7	0
市町村立	125 (85.0)	18 (12.2)	25	121 (82.3)	21 (14.3)	27	16
厚生連	33 (94.3)	2 (5.7)	2	32 (91.4)	3 (8.6)	3	10
済生会	19 (86.4)	2 (9.1)	3	17 (77.3)	5 (22.7)	5	1
社保	6 (100.0)	0 (0.0)	0	6 (100.0)	0 (0.0)	0	0
日赤	30 (83.3)	5 (13.9)	15	27 (75.0)	8 (22.2)	14	3
私立	172 (88.7)	16 (8.2)	36	159 (82.0)	26 (13.4)	24	34
その他	103 (92.8)	5 (4.5)	9	86 (77.5)	22 (19.8)	25	16
周産期母子医療センターによる分類							
総合	74 (75.5)	23 (23.5)	119	74 (75.5)	22 (22.4)	50	16
地域	201 (85.9)	27 (11.5)	50	182 (77.8)	45 (19.2)	70	21
一般	374 (89.9)	29 (7.0)	47	343 (82.5)	58 (13.9)	56	64
全施設	649 (86.8)	79 (10.6)	216	599 (80.1)	125 (16.7)	176	101

(%) は全施設における頻度

た施設は146施設(19.5%)であった(表4)。医師派遣は個人の収入確保の目的もある一方で、地域医療を支える仕組みでもある。こうした状況が長引けば、地域医療体制確保にも少なからず影響が出る可能性があるかと推察された。

また、新型コロナウイルス感染収束後もWEB会議やWEB学会の継続を望む声が30%以上に認められた(表5)。

### 5. 診療実績への影響(表6)

医会では、令和2年6月に政府、行政に窮状を訴える目的で、緊急に診療実態への影響に関する調査を行っている(新型コロナウイルス感染の拡大による診療実態への影響に関する調査 期間:6月19日~6月30日、回収施設数(率):2,402/5,161施設;46.5%)。

全施設の診療実績は前年と比較し、3月より減少がはじまり4月に大きく減少し(患者数-13%,収入実績-7%)、減少は外来診療(患者数・医療収入-15%)で著明であった。4月の診療実績は、分娩取扱い施設(患者数-12%,医療収入-8%)に比較し、婦人科診療所(患者数-16%,医療収入-19%)で著明に減少し、婦人科診療の減少が主たる要因と推察された。

診療実績は第3波において、さらに悪化している可能性がある。また、各施設では様々な感染予防策を講じており相応の支出が見込まれることから、収支においてはさらなる影響

があると推察された。

### 6. スタンダードプリコーションの勧め(表7)

新型コロナウイルスPCR検査の感度はおよそ70%で、ユニバーサル・スクリーニングを行ったとしても、全ての陽性者を除外できるわけではなく、スタンダード・プリコーションが重要になる。

濃厚接触になると14日間の就業制限措置がとられ、一般診療の継続にも大きな支障がでるため、職場内で人と対面する際は、患者、職員にかかわらずマスク着用と目の保護を実施することが勧められる(表7)。

就業制限措置は施設運営に大きな影響を及ぼし、医療供給体制をも揺るがしかねない。感染拡大地域ではないとしても、対岸の火事と思わず、全ての施設で、是非、実践していただきたい。

### 結語

未だ厄災の終息は視えず、新しい日常に沿った医療体制構築が求められている。産婦人科診療を必要としている全ての人のために、コロナの陰で見え隠れする「医師の働き方改革」を踏まえて、皆が力を合わせ持続可能な医療体制を確立しなければならない。勤務医部会では全力でこの課題に取り組み、解決の一助になればと願っている。

表4 感染拡大と医師派遣

	自院から他院の派遣中止		他院から自院の派遣中止	
	あり(%)	なし(%)	あり(%)	なし(%)
施設運営母体による分類				
大学	36 (35.3)	64 (62.7)	15 (14.7)	83 (81.4)
国立	4 (10.0)	31 (77.5)	9 (22.5)	28 (70.0)
都道府県立	2 (3.6)	52 (94.5)	11 (20.0)	44 (80.0)
市町村立	8 (5.4)	129 (87.8)	25 (17.0)	120 (81.6)
厚生連	2 (5.7)	33 (94.3)	5 (14.3)	30 (85.7)
済生会	1 (4.5)	20 (90.9)	7 (31.8)	15 (68.2)
社保	1 (16.7)	5 (83.3)	1 (16.7)	5 (83.3)
日赤	4 (11.1)	31 (86.1)	5 (13.9)	29 (80.6)
私立	13 (6.7)	160 (82.5)	46 (23.7)	142 (73.2)
その他	15 (13.5)	90 (81.1)	22 (19.8)	85 (76.6)
周産期母子医療センターによる分類				
総合	21 (21.4)	75 (76.5)	25 (25.5)	71 (72.4)
地域	26 (11.1)	196 (83.8)	42 (17.9)	186 (79.5)
一般	39 (9.4)	344 (82.7)	79 (19.0)	324 (77.9)
全施設	86 (11.5)	615 (82.2)	146 (19.5)	581 (77.7)

(%)は全施設における頻度

表5 新型コロナウイルス感染収束後も継続が望まれる対策

	件数	(%)
遠隔医療	152	(9.7)
WEB会議	477	(30.4)
WEB学会	583	(37.2)
WEB講義	355	(22.7)

(n=1,567)

表6 患者数・収入実績の前年同月比

	患者数 対2019年比 (%)			収入実績 対2019年比 (%)		
	2月	3月	4月	2月	3月	4月
全施設						
外来	100.1	95.2	85.0	100.7	95.9	84.8
入院	101.5	95.9	92.1	103.5	98.3	94.0
入外合計	100.4	95.3	86.6	103.1	97.9	92.8
分娩取扱施設(入外合計)	99.7	95.9	87.5	102.5	98.6	92.1
総合 外来	96.0	97.2	82.3	102.9	103.6	85.0
入院	99.9	95.6	91.0	101.6	102.4	94.6
地域 外来	97.6	96.1	83.5	99.1	99.8	86.3
入院	103.9	98.1	91.3	104.3	101.3	96.9
一般 外来	98.4	93.7	83.2	103.1	99.2	83.5
入院	97.8	92.6	89.6	102.0	94.7	92.0
診療所 外来	101.3	96.9	90.0	100.5	98.3	91.0
入院	99.0	97.5	100.2	101.1	100.2	100.2
婦人科診療所(合計)	102.2	94.8	83.6	101.1	92.7	81.2
ARTあり	102.2	94.3	79.0	104.9	98.8	85.7
ARTなし	102.3	94.9	84.8	100.1	90.8	79.5

総合：総合周産期母子医療センター、地域：地域周産期母子医療センター、一般：周産期母子医療センターの指定がない施設

新型コロナウイルス感染の拡大による診療実態への影響に関する調査

表7 濃厚接触の判断基準

リスク分類と PPE 医療者 マスク(注1) / 目(注2) / ガウン(注3) / 手袋	患者マスクあり	患者マスクなし
なし / なし / なし / なし	中	高
なし / あり / あり / あり	中	高
あり / なし / あり / あり	低	中
あり / あり / なし / あり	低	低(注4) (注5)
あり / あり / あり / なし	低	低(注4) (注5)
あり / あり / あり / あり	低	低(注5)

1) 高(リスク)：1日1回発熱・呼吸器症状を電話メールで確認+14日就業制限

2) 中(リスク)：1日1回発熱・呼吸器症状を電話メールで確認+14日就業制限

3) 低(リスク)：自分で発熱・呼吸器症状を管理者に報告+就業制限なし

(注1) サージカルマスクでよい。検体採取などのエアロゾル大量発生時以外はN95等を求めている

(注2) ゴーグルまたはフェイスシールドでよい。

(注3) 長袖ガウンまたは上半身を覆うエプロンでもよい(その際は衣服は半そでで手洗いは上腕まで)

(注4) 体位変換など広範囲の身体的接触があった場合は中リスクと判断する

(注5) は鼻腔からの検体採取などエアロゾル大量発生の場合の中リスクと判断する(N95または同等のマスクが必要)

厚生労働省：医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応について(令和2年4月7日)

国立感染症研究所感染症疫学センター：疫学調査実施要領における濃厚接触者の定義変更等に関するQ&A(令和2年4月22日)より作成

日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会ホームページより

# 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の感染拡大を受けて 大阪の周産期医療の現場から

大阪母子医療センター産科、勤務医委員会委員 石井 桂介

新型コロナウイルス感染症の第3波以降には、大阪府の直近1週間あたりの新規陽性者数が前週比1.96倍（2021年1月11日現在）と感染が拡大し、重症病床、軽症・中等症病床など医療体制が極めて逼迫しているとされ、2021年1月14日から2回目の緊急事態宣言が出されました。周産期医療の現場においても新型コロナウイルス感染症にまつわ



図1 OGCS（産婦人科診療相互援助システム）のポスター  
大阪府下の産婦人科施設に配布している

る様々な問題が発生しています。有効な対策が確立していない新型コロナウイルス感染症に関する問題が発生した際に、当該施設の関係者のみで対策をとっていくことには相当なストレスがあるのではないかと思います。しかし、昨年からの新型コロナ禍という事態において、大阪府ではOGCS（産婦人科診療相互援助システム、図1）のネットワークが連携の場として有効に働いていると実感しました。

OGCSは、1987年に立ち上がった大阪府における産婦人科の搬送に関するネットワークであり、行政主導ではなく産婦人科医師の連携による自主的な取り組みです。総合周産期母子医療センター6施設を中心にして、地域周産期母子医療センターも参加して、母体搬送のコーディネートに限らず学術活動等の様々な活動を行ってきました。定期的に各施設代表としての運営委員が集合し（最近ではweb会議を利用）、様々な問題を共有し対策を議論しています。2020年冬から春にかけて、いずれは大阪でも新型コロナウイルス感染者が増加するであろうということで、コロナ禍に対するOGCSでの対応を協議する機会が持たれるようになりました。第1波とそれに伴う緊急事態宣言が発令された頃には、マスク等の医療資材の不足の問題、里帰り分娩の妊婦の取り扱い、コロナ陽性妊婦の分娩管理の方法等を初めとして、立ち会い分娩や入院患者への家族面会の話まで、多くの情報を共有することができました。5月にはいわゆる大阪モデルによって、(1) 感染経路が不明な新規感染者数が10人未満、(2) PCR検査件数に対する感染者数の割合を示す「陽性率」が7%未満、(3) 重症患者の病床使用率が60%未満の3つの条件が7日連続で満たされたため、万博記念公園の太陽の塔（吹田市）のライトアップが緑になりました（図2）。しかし、その後もコロナ禍は収束することはありませんでした。ある施設のスタッフに新型コロナ陽性の方が発生したために診療や分娩を制限せざるを得なくなったケースでは、複数のOGCS加盟病院が妊婦の無条件受け入れを申し出て、なんとか事態を乗り切ることができました。

重症患者の増加を鑑み、大阪府は大阪急性期・総合医療セ

ンター敷地内に大阪コロナ重症センターを整備し、2020年12月より運用が開始されました（図3）。全国から看護スタッフの応援派遣を受けて、なんとか運用を開始出来たようです。同センターは周産期母子医療センターを持ち、特に重症母体疾患を取り扱うことができる大阪府下では重要な施設の1つです。筆者の勤務する大阪母子医療センターでは母体の重症疾患は管理することができないため、普段より大変頼りにしてい

るセンターです。しかし、重症の新型コロナウイルス感染症患者の増加に伴って、救命救急センターやICUではその対応に追われているようです。同センター産婦人科の竹村昌彦主任部長によると、重症妊産婦の受け入れが必ずしもスムーズに行かなくなり苦労しているとのこと。そのような厳しい環境のなかでも、出来る限りの周産期医療の提供を維持していただいて、感謝を申し上げたいところです。

大阪母子医療センターは、こども病院型の施設で、様々な疾患の胎児、新生児、小児、妊産婦の診療を専門としています。しかし、大阪府下の新型コロナウイルス感染症患者の増加とそれに伴う病床の逼迫を受けて、PICUでも成人の新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを始めています。また、周産期部門でも新型コロナウイルス感染（疑い症例含む）や濃厚接触者に該当する妊産婦を受け入れており、微力ながらこの未曾有の事態への対応に協力しています。病棟や分娩室、NICUでの患者の取り扱いに関しまして、試行錯誤を繰り返しながらなんとか乗り切っているというのが実状です。しかし、このような事態を経験し共有することは、将来の周産期医療体制を考えるという観点から有意義であろうと思っています。



図2 万博記念公園の太陽の塔

2020年5月、大阪モデルによる(1) 感染経路が不明な新規感染者数が10人未満、(2) PCR検査件数に対する感染者数の割合を示す「陽性率」が7%未満、(3) 重症患者の病床使用率が60%未満という3条件が7日連続で満たされたため、万博記念公園の太陽の塔（吹田市）のライトアップが緑に変更された



図3 大阪コロナ重症センター

大阪急性期・総合医療センター敷地内に大阪コロナ重症センターが整備された

# 長崎県における COVID-19 陽性妊婦への対応 ～長崎大学病院での対策～

長崎大学産婦人科、勤務医委員会委員 長谷川 ゆり

長崎県には2つの総合周産期母子医療センター（長崎大学病院、長崎医療センター）と2つの地域周産期母子医療センター（長崎みなとメディカルセンター、佐世保市総合医療センター）があります。このうち感染症指定病院であるのは長崎大学病院と2つの地域周産期母子医療センターの合計3病院です。

日本国内で初めて新型コロナウイルス（COVID-19）陽性者が2020年1月15日に確認されたことを受け、感染制御教育センターの泉川教授と当科の三浦教授が対応について初めて話し合いを行いました。長崎大学病院では3月上旬に産婦人科、感染制御教育センター、小児科、麻酔科、手術部、産科病棟と第1回目（合同会議）を行い、今後の検査体制や感染妊婦への対応について検討しました。国内初の感染者が確認されてから2カ月後、3月14日に長崎県内で初めてのCOVID-19陽性者が確認されました。4月2日、県内の各周産期母子医療センターの責任者と長崎県産婦人科医会の会長が集まり、今後の対応について検討を行いました。主に里帰り妊婦の対応とCOVID-19陽性疑い症例および濃厚接触者の妊婦の扱いについて検討しました。4月13日には「長崎県における妊婦の新型コロナウイルス感染症における診療体制」（図1）および「新型コロナウイルス感染症・検査体制スキーム」を作成し、県内の全ての産婦人科施設へ配布しました。

4月初旬の段階では長崎ではまだ発症者も少なく、それほど混乱していなかったように思いますが、4月20日に長崎に寄港しているコスタ・アトランチカという客船の乗組員にCOVID-19陽性が確認され大混乱となりました。診療実務者会議（医局長を中心とした会議）が院内で行われ病院長から対応について説明がありました。感染制御教育センターや熱研内科などの尽力により1名の死亡者も出さず収束できました。

クルーズ船の乗組員は長崎県の感染者数には入っていないため、第1波の長崎県内での感染者は1日あたり多くて3名程度でした。患者が少ないうちに対応することの重要性、第2波、第3波が必ず来ることを想定し、準備を進めました。大学病院はPCR検査態勢がかなり充実しており、4月24

日からは救急外来を受診し、入院する患者全員へLAMP法を用いたスクリーニング検査が開始されました（現在は抗原検査とPCR検査を併用）。同時期にCOVID-19陽性者に対する手術の際のPPEについて感染制御教育センターと協力し、産婦人科が主体となってマニュアルを作成しました。5月1日には感染患者に対応する際のPPEの着脱法について全医局員でシミュレーションを行いました（図2）。

2020年7月、第2波がやってきました。このときは感染指定病院でのクラスターも発生し、危機感が募りました。妊婦の感染者が初めて確認されたのもこの第2波の間でした。幸い、分娩には至らず、陰性を確認し退院しました。8月下旬になると第2波も落ち着き、病院も平穏を取り戻した様子が見えました。気を緩めることなく、9月には感染制御教育センターと検査部の教授に講演を依頼し、COVID-19の特性、PCR検査の必要性や長崎県における検査体制についてハイブリッド形式で長崎県の全学会員に対して学術集会を開催しました。長崎県産婦人科医会とも協力し、全開業医に対してオンラインでも説明会を行いました。

その後、11月までは他県と比べて陽性者が増えることもありませんでしたが、12月に入り、第3波もやや遅れて長崎へやってきました。現在は他県と変わりなく第3波の中にいます。長崎市、佐世保市のフェーズは4に上がり、壱岐や五島のような離島でも感染者が複数名確認され、脆弱な医療を圧迫しています。県からは1月20日から2月7日まで独自の緊急事態宣言が発出されました。感染者が増えると濃厚接触者も増え、妊婦の発生も増えています。既に完成したマニュアルがあるため落ち着いた対応ができていると思いますが、それでも緊張感のある日々を送っています。現在、大学病院では感染症の専門医は中等症や重症患者へ対応するため、私たち産婦人科も通常業務に加え、COVID-19陽性者の入院の可否に関するトリアージ外来に人員協力を行っています。

この原稿を書いている時にはこんな状況ですが、勤務医ニュースが皆様のお手元に届くときには少し落ち着いていることを祈りつつ、自分が課せられた役割を淡々とこなす日々です。

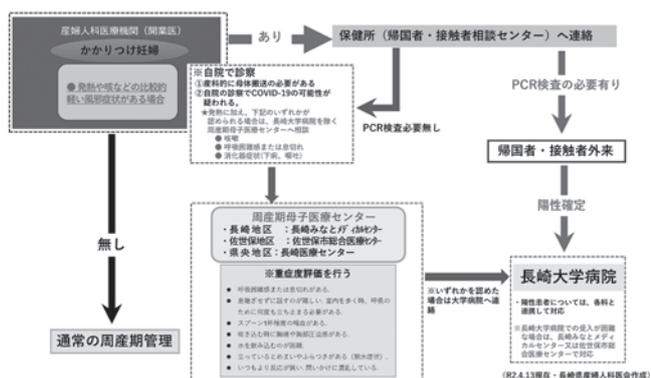


図1 長崎県における妊婦の新型コロナウイルス感染症における診療体制



図2 医局でのPPE着脱トレーニング風景

# 秋田の産婦人科医療、新型コロナウイルス感染症

秋田大学医学部附属病院、勤務医委員会委員 富樫 嘉津恵

全国累計患者数：330,544人、東京都：85,470人、秋田県：208人（2021年1月17日現在、NHK調べ）。秋田県は現時点では新型コロナウイルス感染症の少ない県です。つい近日に県内初の医療機関クラスターが分娩取り扱い施設で発生し、診療停止（外来診療・手術停止）に伴う近隣病院への分娩紹介や転院が発生しています。それでも県全体の感染者数は累計で200人を超えたばかりであり、COVID-19感染妊産婦の発生もごく限られ、分娩周囲でのPCR陽性者は現時点までには未発生です。

そのような当県ですが、いつ感染拡大が起こっても対応できるように準備を重ねています。県全体で今後の感染拡大状況に対応するため、医会・学会で協議し、2020年5月下旬には県内の医療圏を集約（8から5）して妊婦を取り扱うこと、主担当の医療機関や感染妊産婦の取り扱い指針、を決めました。2020年4月に「なるべく里帰り分娩は控えて」との指針が学会本部より発表され、分娩数の減少も危惧されました。2020年10月より県内で分娩予定の妊婦を対象に、希望する妊婦へスクリーニングPCR検査を開始していますが、県内での感染状況が落ち着いていたこともあってか、検査実施数は少数にとどまっています。里帰り分娩の県全体での実数集計や検討はこれからです。

当院産婦人科病棟でも緊急時に備え、独立換気個室に陰圧設備のLDR（写真1）を配備しました。その他、入院中の面会は原則禁止し、立ち合い分娩も見合わせています。関係各所と連携して感染妊婦の緊急帝王切開シミュレーションも

行いました。当科に限らず、全身麻酔症例に術前スクリーニングPCRを実施しておりますが、これによる陽性症例はまだありません。緊急手術時には抗原検査で対応可能です。

学生実習は感染状況へ配慮して、自宅待機・オンライン授業/実習と、病棟実習が断続的に切り替えられながら継続しています。この一年でオンライン授業が互いに上達したように感じます。春から大学生協食堂は席を減らし（写真2）、座席指定で利用することになりました。例年は対面で飲食を交え実施していた医局説明会及び懇親会も、オンラインで医局紹介動画を作成して学生に提供する形になりました。

感染拡大による再度の緊急事態宣言により、現在もダヴィンチ新規術式の開始に際してのプロクター選定・来院の調整や、県外会場での講習会・資格試験の参加条件など、当県にあっても様々な制約があります。そのような中でも可能な限り間隔をあけて、飲食はせずWEB会議を併用し、研修会・勉強会が開催されました。県内各医療機関をつないだ遠隔テレビ会議では、重症妊産婦管理やコロナ状況での診療の工夫などのテーマで定期的な情報共有を図っています。また、10月にはオンデマンド動画の視聴によるWEB学術集会（第61回日本卵子学会学術講演会）を開催し、多数参加をいただきました。

本年の秋田においては雪害も大きく、繰り返す寒波の影響も心配されます。今後の感染拡大に備えるとともに、1日も早い感染収束を心より願っております。



写真1  
病棟に配備された陰圧LDR



写真2 1席ずつ配置された大学生協食堂の様子

# 東京下町の産院と新型コロナウイルス感染症

葛飾赤十字産院副院長、勤務医部会常務理事 鈴木 俊治

現在、東京都葛飾区の地域周産期母子医療センターに勤務しています。入院病棟が産科およびNICUしかないことから新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）への対応は不可能で、2020年は家庭内感染した妊婦さんが4人いましたが、すべて保健所を通して指定施設をお願いした次第です。この原稿を書いているのは第3波に対する緊急事態宣言が発出された直後ですが、当然ながら院内の集会はすべて中止となり、月1回赤十字本社（港区）で開催される医療安全対策会議などもWebとなりました。医局の談話スペースはアクリル板で区画され（写真1）、ディスタンスをとるために大型テレビの直前で食事をとらなければならない医局員がかわいそうに感じることがあります。

ダイヤモンドプリンセス号でクラスターが発生した頃は「人の移動が少ない下町までコロナの波は届かないのでは？」という揶揄もありましたが、甘すぎた期待は間もなく崩壊しました。

はじめてコロナを身近に感じたのは、非常に真面目な（と、誰もが信じている）看護スタッフが第1波で罹患した時です。「彼女が感染したくらいだから、誰が何時罹っても不思議ではない」という意識が共有され、スタンダード・プリコーションの重要性を感じたものでした。区保健所の指導のもと、濃厚接触者と判断された2人を2週間休業とし、勤務シフトが重なっていた医師・看護スタッフと、彼女が分娩・授乳介助した産婦・新生児全員のPCR検査を行いました。すでに退院されていた母子に対しては採取キットを持参して各家庭を廻り、他の家族も含めて検査し、翌日結果（全員陰性）を電話で伝えたのが昨日のこのことです。彼女の症状は味覚障害だけでしたが、当時は約2週間の入院を余儀なくされ、その間ランドリー室も使えないことからアマゾンで着替えを取り寄せなければならなかった話などを後で聞きました。

当院では、入口2箇所にサーモグラフィーカメラを設置していますが（写真2）、寒い朝は32℃くらいに表示されてしまい信頼性が乏しくなります。スタッフはマスクおよびア

イガードもしくはメガネ着用とし、消毒用アルコールをホルダー携帯しています。また、混雑する土曜日は外来の付き添いを不可とし、英仏語が通じない外国籍の妊産婦さんにはポケットークを使用するか、もしくは、平日にご主人と出直してもらっています。入院中の面会は、同居している家族1人に限って1日15分以内とし、立ち合い分娩は、やはり同居者に限って分娩室内のみでOKとしました。産科適応で緊急入院した妊婦さんが発熱していた時などは、迅速抗原検査とSpO<sub>2</sub>測定を行い、念のため個室管理することで対応しています。幸いにしてスタッフに2人目の罹患者はでていません。

第2波の頃から散見されるのが、急に帰国できなくなったり、育児支援者を自国から呼び寄せることが不可となったりした外国籍の妊婦さんです。査証も収入も途絶えた合併症妊婦さんたち（もちろんコロナ禍でなくてもいらっしゃると思いますが）が入院した場合は、「早期に分娩にすると新生児の医療費が高額になってしまうが、逆に妊娠週数をのばせば入院助産対象から外れてしまう」など、助成額について区と調整しながら管理方針を決めました。支援者のいない妊婦さんに対しては、宿泊型産後ケアをフルに活用しながら、やはり区と連携して育児支援を継続しています。

また、当院は助産院連携施設でもありますが、第1波の時は、立ち合い分娩を求めて助産院への転院を希望され、妊娠末期になってから当院を訪れる妊婦さんが増えました。助産院で分娩するには、妊娠初期から助産師さんと十分にコミュニケーションをとって信頼関係を築き、一緒にバースプランを考えることなどが重要なのですが、このような妊婦さんには、分娩経過が不良になった時にコミュニケーション・エラーが露呈する 경우가少なからずありました。

以上のように、スタンダード・プリコーションのもと、何とか通常に近い周産期管理を継続していますが、前述したように、コロナは誰が何時感染しても不思議ではない状況になっています。できればゼロ・コロナ、すくなくともアフター・コロナになる日まで、みなさん何とか生き延びましょう！

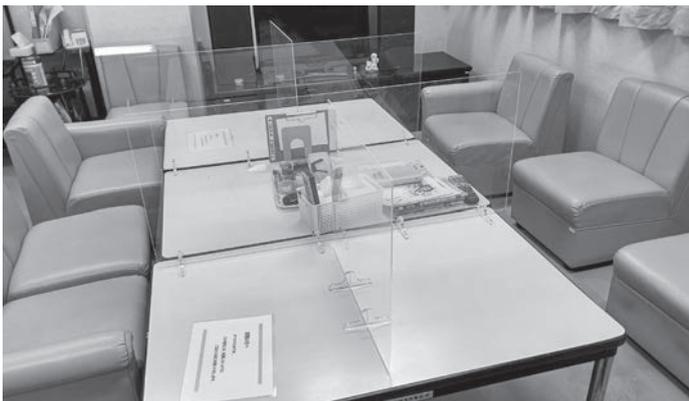


写真1 アクリル板で仕切られた医局談話スペース



写真2 病院の入り口に設置されたサーモグラフィーカメラ

# 新型コロナウイルス感染拡大下における Web 学会と働き方改革

勤務医委員会副委員長 卜部 諭

令和2年4月7日に内閣官房より新型コロナウイルス感染症拡大のため、初めての新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言が発令された。その後、一旦感染拡大は収束してきたように思われたが、再び、今回2回目の新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言が発令された。

厚生労働省は以前から、働き方改革の一環として、テレワークの実施を推奨してきた。奇しくも、この緊急事態宣言を受け、3密を避けるため、我々はテレワークを実施せざるを得なくなり、昨年4月に開催を予定されていた日本産科婦人科学会をはじめ、今では、ほぼすべての学会が Web 開催となった。

振り返ってみて、昨年1月の勤務医委員会会議では厚生労働省が推進する医師の働き方改革に、産婦人科はどのように対応すればよいのかについて、多くの議論を行った。それが、昨年2月の大型クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス」内の集団感染を契機に、新型コロナウイルス感染が全国に拡大し、4月7日に緊急事態宣言が出され、多くの行動制限が国民に課せられた。特に、感染拡大のクラスターとなる大人数での集会、会合はほぼ開催できなくなった。第72回日本産科婦人科学会学術集会もこれにあたるため、結果的に Web 開催となった。私自身、常日頃学術集会は、テレワークによる会議などでは到底対応できない重要な医師育成のポイントの一つだと考えている。そこで、今回の新型コロナウイルス感染の拡大により、選択せざるを得なかった Web 学会開催について、働き方改革とのからみで、少し考えてみたいと思う。また、今回実施した勤務医部会アンケートでは、新型コロナウイルス感染収束後も継続が望まれる項目を追加調査したが、新型コロナウイルス感染収束後も Web 会議や Web 学会の継続を望む声が30%以上に認められた(表1)。

よく考えると我々医師は日頃の勤務以外に学会、会議などで、多くの時間的束縛を受けている。これらの時間の束縛は当たり前的事として受け入れられており、厚生労働省の推進する働き方改革に対する対応についても、論議の対象とはなっていなかったと思う。今回のアンケート結果も踏まえて、Web 学会の一般的なメリット、デメリットと、学会が Web 開催になって変化したことについて検討した。

表1 新型コロナウイルス感染収束後も継続が望まれる項目

	件数	(%)
遠隔医療	152	(9.7)
WEB 会議	477	(30.4)
WEB 学会	583	(37.2)
WEB 講義	355	(22.7)
(n=1,567)		

## 1) Web 会議のメリット、デメリット

まず、一般的な社会における Web 会議導入にあたって、そのメリット、デメリットを Web のアンケート結果などを中心に検討してみた(表2)。

すべてが我々産婦人科医に当てはまるとは限らないが、「交通費と移動時間が削減できる」は会議にも大きなメリットの

一つと思われる。また、「遠隔地にいるメンバーとのコミュニケーションが向上する」事も東京を中心とした会議が多いので、地方の委員にとっては、時間的余裕ができ参加しやすくなるを考える。「様々な働き方が実現する」に関しても、緊急手術が入った時参加できなかったのが少しでも参加できたり、子育て中の医師の参加にも大変メリットがあると思う。

近年の医学会では専門医制度の導入により、学会講演を受講し、学会が指定する必須項目のポイントを獲得する必要がある。今までは会場に赴かなければならなかったが、Web 会議の導入で、限られた時間帯だけでなく、いつでも空いた時間に受講することが可能となる。特に女性医師の占める割合の多い産婦人科においては、Web 学会や会議は産休や子育て中の医師のキャリアアップ継続のためにはいいツールになるのではないだろうか。また、同時に緊急帝王切開など、緊急対応の多い、多くの産婦人科医にとっても、学会講演の受講が受けやすくなる。

表2 Web 会議システムが持つメリット

- 交通費と移動時間が削減できる
- 発言がオフィスの会議よりもしやすい、緊張やストレスが少ない
- 低コストで運用できる
- 会議資料の準備が容易にできる
- 様々な働き方が実現する
- 意思決定のスピードが上がる
- 遠隔地にいるメンバーとのコミュニケーションが向上する

## 2) Web 会議システムが持つデメリット(表3)

「通信状況や機器の調子の影響を受けやすい、音声や映像の不具合」は Web 会議ではよく起こるが、Web 開催の学会では事前に準備しているものを聞くことが主になるので、あまり問題にはならないと考える。しかし、Web 会議の一番の問題点は「お互いの細かな表情や雰囲気を感じ取りにくい」「反応がわかりづらい」「コミュニケーションの不足」などが大きな問題だと思われる。特に Web 開催の学会においては、自分の発表を行った場合、ほとんどが事前収録なので、会場での臨場感がなく、参加者の表情や態度から雰囲気を読み取ることもできず、同時に本番発表の緊張感も得られず、本当の意味での学会発表の経験を若手医師は難しいと考えられる。

表3 Web 会議システムが持つデメリット

- 通信状況や機器の調子の影響を受けやすい、音声や映像の不具合
- 話すタイミングが難しい、大人数の会議には向いていない
- お互いの細かな表情や雰囲気を感じ取りにくい
- 反応がわかりづらい
- コミュニケーションの不足

## 3) Web 会議で困っていること(表4)

あるアンケートによると、Web 会議で困っている事として、表4のような結果が得られている。多くは Web 会議のデメリットと同じではあるが、「背景や顔映りが気になる」

と言うのは多くの人が思っている事ではないだろうか。また、「Web会議ツールを使いこなせない」という件も若い人たちには問題にならないだろうが、年輩の世代には大きな問題点の一つである。

これら Web 会議のデメリットの対応としては、準備が大切となる。Web 会議を進める中で発生する弊害や問題点を見てみると、「会話」や「コミュニケーション」に関わることが多いようで、会議をスムーズに進めるためには、リモート会議ならではの配慮や準備が大切となる。既に多くの方が Web 会議を経験し、その対策を行っていると思うが、初めてあるいは初心者の方のために有効な方法を述べたいと思う。

表4 Web 会議で困っていること

- ・音声や映像の不具合
- ・話すタイミングが難しい
- ・反応がわかりづらい、伝わりにくい
- ・背景や顔映りが気になる
- ・Web会議ツールを使いこなせない

### 1) Web 会議が始まる前に議題、資料などを全員に送る

会議を行う目的と、会議で検討する議題は必ず事前に参加者と共有し、会議に使う資料の事前配布も大切です。配布した資料が、会議前に目を通しておいてほしいものなのか、会議の際に画面共有機能を使って使用するものなのかをはっきりさせることも大切となる。

### 2) 司会進行役は少し早めに入室する

Web 会議に参加するためのアドレスがわからなくなったり、Web 会議の時間を忘れてしまったりする人もいますので、司会進行役は、会議が始まる前に参加者へリマインダーを送る。また、Web 会議の参加者が会議開始時刻に参加するとは限らないので、会議が始まる5分ほど前には接続し、参加者を迎えると会議のスタートがスムーズになる。はじめての人がいる場合など、相手を不安にさせない配慮が必要となる。

### 3) Web 会議の目的やゴール、会議のルールを明確にする

対面の会議同様、目的やゴールを明確にしておくことが重要で、加えて Web 会議を滞りなく進めるために以下のようなルールを決めておくことも会議をスムーズに行える手段の1つだと考える。

- 人の意見はきちんと聴き、話の腰を折ったり途中で遮らない
  - 発言しないときはマイクをミュートにする
  - 疑問点や不明点がある時はそのままにせず、必ず質問をする
- Web 会議のデメリットに、「話すタイミングが難しい」事があるので、進行役は時には発言の少ない参加者に意見を求め、発言しやすい環境を作ることも必要。

## 学会が Web 開催になって変化したこと

令和2(2020)年4月に東京で予定されていた第72回日本産科婦人科学会学術講演会をはじめに、昨年は多くの学会が Web 開催になった。第72回日本産科婦人科学会学術講演会では Web 配信でほぼすべてのセッションを視聴でき、また、専門医研修出席証明(30点)および日本専門医機構学術集会参加単位(3単位)が取得でき、日本専門医機構共通講習である医療安全講習会・感染対策講習会および領域講習の単位取得も可能となった。今まで、忙しくて参加できなかった多くの会員が参加することができ、単位の取得も

できた。特に会場に行かなくても多くのセッションを視聴できたことは今までにない学会となったのではないだろうか。

その後のほとんどの学会も Web 開催になり、同様に今まで以上の参加が見られた。表5にまとめたように、Web 会議に参加して多くのメリットを受けることができたと思う。

一方、現地開催に参加できなかったデメリットとして、学会での on time による臨場感が味わえない、たまたま参加した講演が大変良かったなどの喜びは得られなかった。

また、私の病院では初期研修医を学会に連れていき、産婦人科の面白さに直接触れ、教えることを行ってきたが、今年はその機会を失った。以前、私はある国際学会で仲の良かったアメリカ人の研究者に、「学会の発表ばかり聞いていてもだめだ。その時に会った研究者と直接話をし、今行っている研究についての討論あるいは、これから何が重要かを、学会の会場で討論することが重要だよ。今行っている発表はもう済んだことなのだから」と言われたことを思い出した。遠く海外の学会に行く理由とはこういうことなのかと思うが、このような経験はできない。また、医療機器などの展示で実物を見る機会も失った。

しかし、Web 開催で今まで参加できなかった学会に手軽に参加できた功績は大きなものだと思う。それは、働き方改革にもつながっている。新型コロナウイルス感染が収束した後、Web 開催と現地開催が同時に行えるようになれば問題は、すべて解決できることだと考える。

表5 学会が Web 開催になって変化したこと

- ・学会参加のための移動時間、交通費、宿泊費などの削減
- ・学会参加に時間的拘束が軽減した
- ・同時開催の講演を聞き逃さなくてすむようになった
- ・自分の選択で、希望の時間に講演を聞く事が可能になった
- ・自宅、仕事の合間でも学会に参加できるようになった

日本産科婦人科学会学術集会の年度別参加者数

	2018年	2019年	2020年 (Web開催)
参加者数	7,931名	9,073名	12,102名

## 最後に

これからの医師には、専門医制度のため、学会が主催する講演会に出席し、学会指定の必須課目を受講し、ポイントを獲得する必要がある。今までは会場に赴かなければならなかったが、Web 会議の導入で、空いた時間に受講することが可能となり、その参加も楽になった。特に女性医師の占める割合の多い産婦人科においては、Web 学会、会議は子育て中の医師のキャリアアップ継続のためのいいツールになると思われる。そして、隠れた時間外労働である学会参加、会議参加における働き方改革にもつながる。

今では当たり前となった電子カルテではあるが、導入当初は外来診察が遅れる、入力に時間がかかる、PCのキャパシティ不足による反応速度の遅さなど問題が多くあったが、今では、パスの適応、どの場所でもカルテ内容を確認できるなど、我々の日常業務の簡略化と効率化に欠かせないツールとなった。この Web 会議もまだ始まったばかりであるが、電子カルテのようにいずれは我々の働き方改革に役立つ、貴重なツールになると考える。

# オンラインでのより良い「双方向」コミュニケーションのために ～ Web 学会時代の受け手の立場より～

勤務医委員会委員 杉田 洋祐

コロナ禍の中で、様々な形で発信された魅力的なコンテンツを受け取ることができるようになったことは、大きなメリットであると思います。一方でディスカッションや懇親会のような双方向のコミュニケーションとなると、どうしてもオンラインでは壁を感じてしまい「実際に会えれば」という想いを募らせている方も多いのではないのでしょうか。

私は昨年、学会・医会共催の学生・研修医リクルートイベントである「産婦人科サマースクール ONLINE」の企画に中心となって関わらせていただきました。参加者はもちろん産婦人科医同士も初対面が多い中さまざまな工夫にトライし、約 300 名の参加者・スタッフからフィードバックを得ることができました。皆様も既に様々な工夫をされていることかと存じますが、どうしても壁を感じてしまうという方のため、仕事から飲み会まですぐに使える Web 会議システムでの工夫を紹介させていただきます。

## ①部屋分け機能（ブレイクアウトルーム等）の活用

Web 会議システムの多くは小部屋を複数作る機能が有り、メインルームと自由に入退室ができます。全体での会話と、2～6名程度までのグループ分けを組み合わせることで慣れない人の発言も引き出しやすくなります。

## ②自己紹介背景の作成

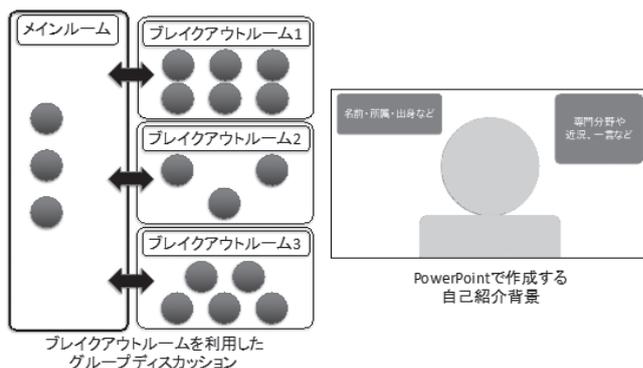
PowerPoint などで自己紹介背景を簡単に作成することができます。白地のスライドに色付きテキストボックスを配置し画像ファイルとして保存、その画像をシステムの背景とし

て設定します。各自が自由に書き込んでから参加することで、お互いの背景やスタンスを把握しコミュニケーションのスタート地点を進めておくことができます。

## ③ギャラリービューと BGM

オンラインでのコミュニケーションに壁を感じる理由の一つに相手の反応がわかりにくいことが挙げられます。各自がギャラリービューにするよう呼びかけることでお互いの顔を見ると共に、自分の顔も見られていることを意識し反応が豊かになります。また、会の目的によっては画面共有と同様の手順で BGM をかけておくことも雰囲気改善させる良い手段になります。

オンラインでのコミュニケーションを上手に活用して、皆様や周囲の方々がストレスから少しでも解放されることを願っております。



# 編集後記

2020年4月、初回の新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言から、間もなく1年が経過しようとしています。当時は恐ろしい感染症であると連日報道され、病態や治療法も未解明であったため、とにかく皆が恐れていました。国内で感染者が急激に増加して、かつ物資の不足も重なり、当時、勤務先の病院では、混乱の中で突貫工事のように体制を整えていたことを思い出します。

さて、今年に入って首都圏や大阪近郊の都道府県等を対象に2度目の緊急事態宣言が発出されました。初回の緊急事態宣言の時期と比較すると、新型コロナウイルス感染症に対する知識も広まり、また各方面の体制も少しずつ整備されたように思います。厚生労働省の資料によれば、重症入院症例が死亡する割合は2020年6月5日以前に19.4%であったのに対し、6月6日以降では10.1%に半減しています。今回の勤務医ニュースでは、各施設での新型コロナウイルス感染症による影響や、対応などをご紹介いただきました。皆さんが大変苦労されて体制を整えられたことがわかります。そのような努力が死亡率の低下にも寄与していることと思います。

今後はワクチン接種も展開されます。2月14日、ファイザー社の新型コロナウイルス感染症ワクチン「コミナティ筋注」が医薬品医療機器等法に基づいて特例承認されました。発症予防効果は約95%と報告されており、感染拡大防止への効果について大いに期待しています。今後もこのように前進を積み重ね、そして新型コロナウイルス感染症を克服し、活気ある日常生活がまた取り戻されることを切に願います。

(幹事・林 昌子)

(令和2年度)

勤務医委員会		勤務医部会	
委員長	関口 敦子	副会長	平原 史樹
副委員長	卜部 諭	常務理事	中井 章人
委員	石井 桂介	//	鈴木 俊治
//	奥田 美加	理事	中野眞佐男
//	杉田 洋祐	//	矢本 希夫
//	田中 智子	副幹事長	戸澤 晃子
//	富樫嘉津恵	幹事	百村 麻衣
//	長谷川ゆり	//	林 昌子