

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

8

2019
Vol.33-No.8

【特集】

学校とともに 地域の子どもたちを支える

【企画】野村 悠 川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長

●インタビュー

「島の医療のやりがい、
島の生活の楽しさを感じて」

亀崎 真 小笠原村診療所 管理者

「島での4年間の経験を
これからも活かしていきたい」

山下 匠 前 母島診療所 管理者

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.33—No.8(2019年)

目次

インタビュー

- 島の医療のやりがい、島の生活の楽しさを感じて／亀崎 真 2
- 島での4年間の経験をこれからも活かしていきたい／山下 匠 8

特集 学校とともに地域の子どもたちを支える

- エディトリアル／野村 悠 16
- 総論
- 学校医・園医とは／土肥直樹 17
- 学校医の押さえておくべき健診／今野友貴 20
- 学校保健委員会を通して子どもの健康を守る／渡邊 幸 25
- 各論:地域での取り組み
- 永源寺地域での取り組み - 医師として、地域住民の一人として -／花戸貴司 31
- 奇跡がくれた宝物 - いのちの授業 -／小沢 浩 35
- 学校医・園医から見えた地域の子どもたちのメンタルヘルス - 乳幼児精神保健の視点で -／澤田由紀子 40
- 「性」を通して生きる力を育むために／岩室紳也 45
- 喫煙防止教育 - 地域保健の礎となる学校教育の視点で -／土井たかし 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70回“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデントの未然防止！
- 事例の発生要因から考える未然防止対策 -／石川雅彦 58

ちょっと画像でCoffee Break

- X線クイズ／伊藤大輔 66

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 拡張現実を用いた新しいナビゲータ(TVN)の開発 69

離島交換日記

- 隠岐の夏、祭りの夏／福田聡司 70

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 市立奈良病院の脳神経外科における特定ケア看護師の働き方／吉田奈津美 72

研修医日記

- ネコからの贈り物／濱近草平 74

自治医大NOW

- 理事会・評議員会開催／スチューデントドクター認定証授与式ならびに
BSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式挙行 76

報告 理事会・総会レポート 80

第32回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定 91

報告 あま市民病院 指定管理を祝う会 93

お知らせ 94

求人病院紹介 100

投稿要領 102

編集後記 巻末

小笠原村診療所 管理者
亀崎 真先生



島の医療の やりがい、島の生活の楽しさを 感じて

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

父島との出会い

山田隆司(聞き手) 今日父島にある小笠原村診療所を訪ねました。いつになく海が荒れていましたが、長時間の航海を経て、なんとか無事に着きました。

地域医療振興協会と小笠原地域とは以前からさまざまな形で関係を持たせていただいていたのですが、一昨年、亀崎先生からお申し越しをいただいて、小笠原村診療所と台東病院、そして急性期を預かる広尾病院との間で、入院患者さんの帰島に向けての調整のお話がありました。先生とはそれ以来、お付き合いさせていただいています。

今回小笠原村を訪ねる機会があり、先生にインタビューさせていただくことにしました。先生がここで仕事をされるようになったきっかけ、今後に向けた島の医療の展望などを伺えたらと思います。まずは先生の経歴を紹介していただけますか。

亀崎 真 私は九州の熊本県出身で、熊本大学を平成9年に卒業後、熊本大学の外科の医局に入局し

ました。外科の研修で熊大の外科の関連病院などを回っている最中に、先輩から、同門の中だけで勉強するより、例えば東京のほうに行って勉強することも考えたかどうかとアドバイスをもらって、都立駒込病院の外科の後期研修に行きました。医師4年目です。そこで3年間、外科の後期研修をしました。そのときに都立病院の関連の縁で、都立墨東病院の救命センターに研修の一環でまわっていた時期があり、シニアレジデントが終わったタイミングで、都立墨東病院の救命センターに就職しました。

墨東病院の救命センターは都内でも規模が大きい方で、完全独立型の救命センターという全国でも特殊な形でした。後方病棟も持っていて、救命センターの中で初期対応から根本治療まで完結するというタイプで、仕事も面白かったのと、私は一応外科医というサブスペシャルで仕事をさせてもらうことができたので、外科の救急領域や外傷外科など、ほかではできないような仕事をさせてもらって、結局12年間、墨東病

院の救命センターにいました。

そのままそこにいる選択肢もあったのですが、一つは、都心の救急をやっている中で、医療の中で地域医療というのがとても重要だと思ったこと。例えばがんの末期の状態で救急を受診してしまう患者さんがいたり、いろいろな社会的背景の中で救急を受診してお困りになっている患者さんも多かったです。それが地域医療によってカバーできる部分もあるということを実感しました。それを感じていつか救急から地域医療のほうにシフトしていくのではないかと、自分の中でイメージがありました。

それからもう一つ、この小笠原とのご縁は、私の妻が元看護師で、墨東病院のERで看護師をしていたのですが、結婚してすぐのころ「へき地医療をやりたい」と言って、ここに単身で看護師として働くことになったのです。

山田 先生ではなく奥様が先に単身でですか？すごいなあ。

亀崎 やりたいと思ったらやってしまうタイプなの

ですね。ちょうどここが国保施設として新設して新たに募集をしているタイミングでした。最初は1年だけならということで彼女がここで働き始めて、結局1年半いました。

その1年半の間に、私は代診で1回、あとは夏休みを利用して、3回小笠原に来ました。それまで小笠原がどういうところかほとんど知らなかったのですが、妻が働いたこととその3回の訪問でよく知るようになりました。彼女は1年半ここで働いた後はまた墨田区に戻って、私も墨東病院の救命センターで勤務を続けていたわけですが、その後、時々小笠原村の医療課の係長から連絡があり、「ドクターの欠員が出るのだけど、先生、どう？」というような話を頂きました。私自身、いつか地域医療にシフトしようかと考えていましたし、地域医療の一つとしてへき地医療は重要なことではないかと考え、平成27年から勤務しています。

山田 なるほど、そういう縁だったのですね。

島の医療の難しさ

山田 先生は志もあってここに来られたわけですが、着任されてどうでしたか。

亀崎 ある程度この特殊性は認識していたのですが、やはり心配だったのは、全科を診なければいけない、そして簡単には他に紹介できないということで、来て一番苦労したのはやはりその部分でした。

山田 全科を診ることと、適切に紹介をすること。

亀崎 そうですね。救急で働いていたとはいえ、眼科や耳鼻科、皮膚科のようなマイナー科の患者さんを診る機会は少なかったの、自分の知識不足、経験不足を痛感しました。

山田 先生が着任されたときは上に所長の先生がいらっしゃったのですね。

亀崎 はい。田中靖士先生がいらっしゃいました。

山田 田中先生は主に内科系だったのですか。

亀崎 いえ、実は田中先生も外科だったのです。なので、広尾病院にコンサルトしたり、自分の知っている専門の先生に相談したり、つてを利用しながら、患者さんもここが特殊だということはお存じなので、「すぐに分からないので専門の先生に確認してお返事します」とストレートにお話ししてやっていました。

山田 こういった中規模離島では、先生のような救



聞き手: 地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

命センターでやってこられた経歴の人が一番心強いという気がしていたのですが。

亀崎 私もその点では、具合の悪い方が受診される場合は心配なかったのですが、圧倒的にコモンディジーズの患者さんが多く、日々苦勞したところですね。

山田 なるほど、軽症で、コモンな問題のほうが、実際の頻度は多いわけですからね。

亀崎 はい。ですから医師として19年目くらいでここに来て、改めて勉強したことはすごくたくさんありました。

山田 それから先生にとってストレスだったのは、簡単に紹介できないということでしたが、ここでは紹介のハードルは高いのでしょうかね。

亀崎 高いですね。「内地の先生に診てもらいましょう」というひと言は簡単には言えない。船もすぐにはないですし、24時間かけて行くことになるし、また戻ってくるのに時間がかかる。交通費も高ければ、滞在費もかかるし、患者さんはその間仕事を休まなければいけないので、よほどの状況でないと「行きましょう」とは言えないですね。

山田 その判断は悩ましいですね。紹介のタイミングが遅れることで重篤な疾患の対応が手遅れになるということもあり得るし、逆に大事をとって行ってみて「なんでもなかった」ということもあるというわけですね。

亀崎 はい。

山田 先生のように救急で経験を積まれた医師でも悩むことがあるのに、自治医大卒業者が若くして赴任すると、よけいストレスではないかと思います。

亀崎 もちろんストレスは多いと思いますが、これまで自治医大卒業の先生たちと一緒に仕事をすることはそう多くはありませんでしたが、やはり大学時代からの時間の過ごし方が、ほかの大学卒業の先生たちとは違う。将来自分に課せられている使命、役割というのを分かっている、それに備えてということで、やはり裏打ちされているものがあると実感しました。

山田 ありがとうございます。

島の医療・島の生活

山田 小笠原のような離島医療というのは、自分の守備範囲を超える、あるいは守備範囲外のことに対応せざるを得ないということが現実に起こるわけで、「自分の対応が十分でなかったために患者さんが不利益を被ったのではないか」といった思いも起こりがちだと思うのですが、先生は

実際にこの5年間医療をされて、そういった思いには捉われなかったですか。

亀崎 島の人口は多くはないのですが、やることがけっこう多いですね。若い世代も多いですし、子どもさんも多いので、日々バタバタ仕事をしている感じになってしまって、ケアが十分では

なかった、カバーが十分ではなかったと感じて悔やんだことはたくさんあります。

山田 そこが離島医療の厳しさではないかと思いますが、一方でここでのやりがい、医師としての生活の充実感、達成感といったものはいかがですか。

亀崎 ここに来て、いろいろ勉強させてもらったことは先ほどお話ししましたが、本当に全てを診ますし、簡単に内地に行って診てもらわねいけないので、本気で取り組まなければなりません。そうやって勉強する中で、診られる疾患や領域が圧倒的に幅広くなってきている実感があります。そういう意味では、高度医療を担当しているとイメージされている以前働いていた救命センターの4年よりも、ここでの4年間の方が、密度は濃いのではないかと感じています。その点でやりがいがあると感じています。

山田 島という限られた環境、限られた人たちの中で、4年、5年やっていると閉塞感のようなものはありませんか。

亀崎 狭いコミュニティならではのやりづらさがあります。患者さんといっても、普段の日常生活でも付き合いのある人たちが多くので距離感をどんなふうに保つかとか、考えることもありますが、今のところは呑み込んでいけてるぐらい

の感じではありますね。

家庭の話になりますが、うちは子どもたちがまだ小さいので、自然の中で過ごしているのを間近で見られることなど、プライベートでは非常によい部分もとても多いと思っています。

山田 トータルな生活、人生ということからすると、先生にとって島の生活も悪くないということですね。ストレスが多いながらも、仕事面でこういった地域ならではの楽しいことはどんなことですか。

亀崎 やはり患者さんの結果がよかったり、あるいは患者さんのニーズに応えられたりすると、本当に感謝していただけるのが、身近に、実感としてあります。業務の内容やQOLということでは、救命センター時代は時間が不規則で、昼も夜もよく分からないような仕事をしていましたが、今は、急患対応も夜中に及ぶのは多くはないので夜中の仕事はごく少いです。それからこの島は、みんなお昼休みに家に帰るという文化なので、私も昼食は家に帰って食べますし、夜も仕事が残っていても、いったん夕食を食べに家に帰り子どもたちと一緒に食べて、それからまた自分の残業をやったりと、フレキシブルにできますので、そういう部分もいいかなと思っています。

島だからこそ学べること

山田 一方で、こういう島の医療に携わろうというのは若い人たちにとってかなりハードルが高いと思うのですが、そういう人たちに先生から伝えられる価値は、いかがでしょうか。

亀崎 簡潔にまとめるのは難しいのですが……。実はここに来年度から新しい先生が赴任されるのですね。後期研修を終えたばかりの若い先生で

す。その先生は、お父さんが都内で開業されていて本当に昔ながらの町医者という感じで、地域の方が最初に受診する診療所だということですね。その先生としては、自分も何でも診られる、対応できる地域の医者としてやっていきたいということで、総合診療の研修をされたし、自分の経験の1つとして、島の医療をやってみよう

と考えたということです。

山田 それは素晴らしいですね。私は今、総合診療の研修制度にも関わっているのですが、自分の持論として、総合診療をトレーニングするための絶好の場所はへき地・離島だとずっと言い続けているのです。先生のお話にあったように、何でも診なければいけない、あるいは安易に紹介できない環境で自分がある程度判断せざるをえない。そういう総合診療医、あるいは臨床医のプロフェッショナルリズムという根幹の部分は、こういった環境がトレーニングするのに一番いいと私は思っています。

とはいえ、厳しい環境でもあり、うまく継続できないケースもあると思うのですが、ここはそういう意味では、重症例に対応できる先生のような指導医がいらっしゃるので、トレーニングにはとてもいい環境だと思います。

亀崎 そうですね。小笠原は、これまでは自分たちがどうやっていくか、医師をどうやって確保するかということに精一杯だったところがありますが、今後は広尾病院が、総合診療専門医のコースの協力病院になりましたので、再来年くらいから専攻医の先生が半年ぐらいのスパンでここに来ることになると思います。そういう先生たちにとって、いい研修ができるように、本腰を入れて考えていかなければいけないと思っています。

山田 それは有難いお話ですね。若い人たちが真剣に仕事ができ、研修でき、さらには豊かな生活ができるということを伝えていけるようにしたいですね。われわれも側面からサポートしたいと思います。

亀崎 協会と連携できて、いろいろ支援していただいて本当に心強いです。

原点に立ち返ろう

山田 先生ご自身の今後の展望はいかがですか。

亀崎 私としてはここでの仕事はやりがいがあるので、ある程度長く続けていくのもいいのではないかと考えています。子どもたちがここで小学生、中学生と大きくなっていくのもいいなと思います。そうはいつでも親の健康問題もありますし、見えない要素もあるのですが、ですからライフプランは、あまり厳密に決めていないという感じです。

山田 先生がここに赴任されたのも縁あってという感じでしたし、またここを離れることになったとしてもチームの一員として付き合いただけるのではないのでしょうか。

安心して老いていける仕組みを小笠原に作っていくのは、一筋縄ではないと実感しています。

が、でも現地の人だけでなく、関係者みんなで考えれば徐々にいい方向にいくのではないかと考えています。

亀崎 よろしく申し上げます。

山田 最後に、今、地域で頑張っている若い人たちに向けて、メッセージをお願いします。

亀崎 若い先生方に、私が思うメッセージは「原点に立ち返るのが大事なのではないか」ということです。地域でやっていらっしゃる先生は、いつも患者さんのそばにいて、患者さんの生活を実感しながら診療に携わっていると思うのですが、患者さんが笑顔になることが一番大事だと思います。先生方が今の道を志された最初のところにそれがあると思うのです。いろいろ大変なこともあると思うし、いろいろなストレスを日々

感じて辛くなることもあると思いますが、最初のところのモチベーションを忘れずに、そして患者さんに喜んでいただいたことをまた力に変えて、自身も楽しんで、そしてスキルアップして、

頑張ってもらいたいと思います。私も頑張りますので、皆さんも頑張ってください。

山田 亀崎先生、ありがとうございました。



前母島診療所 管理者
山下 匠先生



島での4年間の 経験をこれからも活かしていきたい

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

東京都の卒業生として

山田隆司(聞き手) 母島診療所の山下先生のお話を伺います。この診療所はおそらく義務年限内で赴任する場所で東京から最も時間のかかるところではないかと思いますが、先生が義務の中で得た経験を今後どのようににつなげていこうと考えていらっしゃるか、お話を伺えたらと思います。

私も15年くらい前にここに代診に来たことが2度ほどありますが、私にとっては後輩の支援に行った中でも特に思い出深く、環境の素晴らしい夢のような島という印象があります。

それでは、先生の自己紹介をかねて、ここに至るまでのお話を伺えますか。

山下 匠 私は東京都の34期で、卒業が2011年3月です。米国に卒業旅行に行っていて、向こうで東日本大震災の状況を耳にしたというタイミングでした。

2年間の初期研修は東京都立広尾病院でしま

した。広尾病院は東京都の島嶼地区の緊急搬送の第一次選択病院ということもあり、ヘリコプターや小笠原では飛行艇で、緊急搬送の添乗の機会が他の病院の初期研修医よりも多く、また島から受診する患者さんとお会いする機会もあったので、そういった交流も、今、ここで働いていることにつながられたかなと思っています。東京都は3年目も研修なので、そのまま広尾病院で内視鏡を1ヵ月と透析を2ヵ月、その後9ヵ月間は都立墨東病院の小児科でお世話になりました。4年目からへき地の派遣で、4年目が新島村の国保式根島診療所で1年間働きました。式根島は島民500人強の島です。翌年は島民300人前後の利島村の国保診療所へ行きました。その後1年は墨東病院の小児科・新生児科で後期研修をした後、2017年度から今の母島診療所に来て、間もなく丸2年になります。

小笠原村の医療

山田 ここは島民400人くらいですか？

山下 現在460人くらいです。人口は増えているのですが、土地がない関係で500人を超えるのが難しく、大体450～500人の間で行き来しているようです。

山田 自治医大の卒業生が派遣されるへき地・離島は人口がどんどん減っているところが多く、そういう中では珍しいですね。

山下 そうですね。小笠原は出生も増える方向で、母島も増えてはみせんが維持しているという意味では特殊なのだと思います。移住してくる方がほかの離島に比べて多いですね。最近是好んで移住してパートナーを見つけて、お子さんが生まれて、永住してというパターンが、30～40歳より若い世代の方々とより顕著な印象があります。

山田 先生は小児科の研修をされて、ここでも小児を診る機会はあったのですか。

山下 はい。式根島は高齢化率44%くらいですが、母島は高齢化率が20%を切るので、小児科医としてのスキルでお子さんに対応することができました。診療だけでなく、乳幼児健診もそうですし、小児科から離れますが妊婦健診の機会も多かったのでも機会ではあったかなと思います。

山田 父島は近くにあるものの、絶海の孤島のようなこの島に赴任されて、先生が卒業後、まだ8年目、9年目という段階で厳しいと感じたのはどういうところですか。

山下 今先生がおっしゃられた通り、「絶海の」というところがキーワードになってくると思います。新島と式根島も2島1村で、父島と母島も2島1村です。でも式根島と新島の距離は4kmで1日3便の船の往復があります。ここは父島と50km離れていて、1日1便というか、結果的に0.5便という感じなので、いわゆる日常診療ではコ

メディカルの方との連携が難しかったり、保健・福祉の面では例えば保健師さんに訪問をお願いしたい高齢の方や精神疾患の方がいても、なかなかお願いしにくいのが現状です。村としても考慮はしてくれていて、本来母島に保健師さん一人は常駐配置なのですが、今は欠員で、自分自身が訪問に行かざるを得ない状況です。保健師さんがまた配置になれば連携を取りながらできることもあるとは思っているのですが。

山田 福祉関係の介護サービス事業者はあるのですか。

山下 民間業者がデイサービスをやっていてショートステイも一応受け入れることにはなっているのですが、人員の関係でなかなか受け入れが難しい状況ですね。

山田 リソースが少ない中で「自分はこれが専門です」と言っても始まらないので、医師も訪問をしたりリハビリの指導をしたり、場合によっては栄養指導をする場面が当然ありますよね。

山下 そうですね。自分も例えば栄養学や理学療法をしっかり勉強したわけではないのですが、聞きかじりやインターネットで調べたりしながら、2年間しのいできたという部分はあります。

山田 インターネットやいろいろなリソースを頼りにして、地域に役立つことを勉強しようという態度が、こういうところでは養われるように思います。

山下 そうですね。自分自身のスキルアップという意味で、医者としての仕事だけではなくて、看護職の仕事、例えばエンゼルケアを手伝ったり、あるいは調剤もしますし、リハビリや栄養指導もそれぞれの職種の方のアドバイスを聞いて実践してみたり、お互いの連携をより実感しながらできたというところは、今後、大きな病院で働くことになったとしても活かせるかなと思っています。研修に来てくれた後輩の先生には話

します。

山田 そういうことは、たぶんこういう小規模離島のようなところでこそ学べるというか、大きな病院ではなかなか学びにくいことだと思います。

山下 良い面も悪い面も、医療の結果が全て自分に返ってくるわけです。そういう意味では、勉強になる反面結構つらい経験もありました。自分自身の中で「これはちょっと危ない」と思ったこともありました。結果的にはいろいろな人に相談しながら乗り切れましたが、



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

離れている島だからこそ必要なサポート

山田 1人でへき地に赴任している卒業生はみんな同じような経験があると思います。隔絶された離島ではなおさらだと思います。ですから定期的なテレビ会議や、定期的な研修のための出張、あるいは指導医がサイトビジットで訪れるといったさまざまな面でのサポートが大事なのではないかと思います。これから母島を担当する卒業生、あるいは10年先に母島を担当する先生たちのために、こんなサポート体制が必要ではないかということがあればぜひ教えてもらえませんか。

山下 月1回、東京都と各島をつないだWeb会議は、今までも行っていました。主に緊急搬送の症例の振り返りなどをするのですが、終わったあとに島に赴任している自治医大卒業生だけで勉強会をしたり、相談事などを話す場になっていました。それはとてもよかったと思います。また、島はコミュニティが狭く、それは非常によいのですが、会う人会う人、みんなが知っている人なので、一方で立場上、なかなか自分のことは話づらいこともあり、こうやってどなたかが来てくださる機会があるといいですね。今回先

生とお話しできてとても有難かったです。だから、今後は自分も何かの機会があれば、島に行って話を聞いて、「今どうなの？」と話せるようにしたいと思います。

山田 自治医大卒業生は等しくそんな経験をするわけだから、屋根瓦的に後輩医師に対して代診やサイトビジットで訪問する仕組みができるといいかも知れませんね。Web会議でも顔は見えませんが、やはり微妙な感覚は伝わりにくい。やはり直に会ってコミュニケーションを取れるようにするというのは大事だと、今お話を聞いていました。

離島やへき地はコミュニティが狭いので大変なことも多いですが、一方で一生懸命やることでみんなが信頼してくれる。誠意をもって患者にアプローチすることがいかに大事かということが身にしみて分かる環境だと思います。患者さんや地域が医師に期待する責任性やプロフェッショナリズムは自らの誠意や頑張りで乗り越えられる、体得できると思うのですね。これは必ずしもへき地の医師や総合医だけでなくすべての臨床医にとって必要なことなので、学

生や若い先生には、こういった地域を一度は経験してほしいですね。

山下 いろいろな場所を経験するのはプラスにはな

るでしょうし、家庭医のプログラムだけでなく、一人診療所を1ヵ月でも経験するのは、絶対マイナスにはならないと思います。

今後の展望

山田 先生は4月には島を出られるのですね。これで義務年限の9年が終わるということですか。先生は小児科に進まれるのですよね。

山下 今年8年目が終わります。来年が9年目で東京は後期研修が合計3年なので、最後の1年は後期研修で墨東病院に勤務させていただきます。来年1年の後期研修の後、もう1年墨東病院に残してもらえるので、その時に小児科専門医の受験ができると思います。

山田 離島にいた4年間は遠回りだったとは思いますが、それでも先生は義務年限の次の10年目に小児科の専門医が取れるということですね。

しかし今回の総合診療専門医でさえなかなか義務年限内で取るといった形にはなりにくいのですね。個人的には、少し乱暴な言い方かもしれませんが、総合診療についてはこういう地域での勤務を一定期間経験したら修了証をあげてもいいと思うくらいです。こういうへき地・離島での勤務がいかに臨床医にとって大切かというのを、もっと伝えなくてはいけないと私は思っています。

先生はなんとかいろいろなことを乗り越えながら、いわゆる義務年限の中でへき地勤務をこれで終わられるわけですが、ここを終えて、あるいは墨東病院での研修を経て、将来どんなことをしたいと考えていますか。

山下 小児科の領域に進むと、では「サブスペシャリティをどうするの?」というのが常套句として誰からも出てきます。やはり小児の消化器、小児

神経、小児アレルギー等々ある中で、島にいと、発達障害のお子さんもいて小児神経領域は非常に興味深く思っていたのですが、その領域だけに進むということにも疑問があります。また私の妻が福島の浪江町の出身で、日本小児科学会の震災後支援で公立相馬総合病院の先生にお会いする機会もあって、その辺の地域でも小児科医の需要はあるだろうというお話を聞きました。ご縁があればそちらのほうで総合診療医的に働ける場があれば、というのも1つの選択肢かなと思っています。

山田 それは素晴らしい。

山下 やはり小笠原の島の4年間を無駄にするのがもったいないということもありますので。

山田 専門分化的なサブスペシャリティも大事なことだと思いますが、地域小児診療とか、総合小児診療といった、何かそういう総合的なサブスペシャリティを先生に確立してほしいと思います。

山下 どういう形でそれが実現できるかを模索してみるのが、この4、5年ぐらいの課題かと思っています。

山田 先生が小児科を志向されながら、お子さんだけではなく家族を含めて診ようという志向こそが、本来の総合医だと思うのですね。さらにはへき地や離島、被災地のような地域の抱える問題まで視野を広げて、そういったところを支えてほしいと思います。

山下 そうですね。たぶん自分と同学年の小児科を専門に研修している先生たちの中には、すでに

小児科専門医を取って新生児診療をしたり，小児アレルギーを診たり，専門領域で大学病院に行ったりしていますが，自分はその先生たちほど小児科のスキルはまだありませんが，逆に，例えば乳幼児健診や予防接種，あるいはちょっとしたお母さんの相談に乗るスキルは長けた部分があると思います。

山田 絶対ありますよ！

地域で困難を乗り越えてやってきた経験は卒業生の財産だと思います。自治医大卒業生，あるいはわれわれ地域医療振興協会は，全国の困っ

ている地域の医療を担っているのです，みんなで力を合わせたらもっとよくできるのではないかな。そういう話を卒業生同士でできるような時代になってきたと思います。自治医大の卒業生やわれわれ協会がそういった財産を積み上げて，これからやらなければいけない仕事はまだあると思うのですね。先生にもこの小規模離島で得た経験を小児科診療の中でぜひ活かしてさらに大きく飛躍してほしいと思います。

山下 ありがとうございます。

山田 山下先生，今日はありがとうございました。



INTERVIEW

訪問後記

東京都の離島 小笠原の父島・母島を訪問して

16年ぶりの再訪でした。先に訪れた母島では、夜の会食を「漁徳」という民宿でお願いしたのですが、そこのお母さんが私を見るなり「あー山田先生！」と言ってくれました。16年前の代診時のことが一気に蘇ってきました。離島医療ならではの温かいふれあいが、長い時間を経ても変わらなかったことに私自身報われた気持ちになりました。医師にとってはとても厳しい離島医療ですが、一方で島の人たちに見守られ、救われてもいるのだと実感した訪問でした。



小笠原の風景



小笠原村診療所



母島診療所

16年前の代診時の
思い出が……

「漁徳」のご夫婦と

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
chiiki-igaku@jadecom.or.jp

学校とともに 地域の子どもたちを支える

企画：川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長 野村 悠

特集

●エディトリアル

総論

- 学校医・園医とは
 - 学校医の押さえておくべき健診
 - 学校保健委員会を通して子どもの健康を守る
-

各論：地域での取り組み

- 永源寺地域での取り組み －医師として、地域住民の一人として－
 - 奇跡がくれた宝物 －いのちの授業－
 - 学校医・園医から見た地域の子どもたちのメンタルヘルス
－乳幼児精神保健の視点で－
 - 「性」を通して生きる力を育むために
 - 喫煙防止教育 －地域保健の礎となる学校教育の視点で－
-

エディトリアル

川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長 野村 悠

医療機関が少ない地域の診療所では、小児科医かどうにかかわらず地域で生活する子どもたちと接する場面は必ずあり、地元の学校医や園医を務めることもその一つである。しかし、われわれは診療所勤務前の初期研修や後期研修で学校医・園医の役割を学ぶことがあっただろうか？記憶の限りでは、学校医・園医と言えば『学生時代の地域実習での見学』もしくは『子どもの時に受けた健診の経験』、つまり医師になる前の体験によるイメージしか残っていないように思う。

診療所長としてどのように学校保健に関わるべきか認識できないまま、養護教諭や学校長、生徒の保護者など大人たちに接していた記憶を今では少し苦々しく感じている。

今回の特集では、非小児科医が診療所で学校医・園医を務める際に、どのような役割を期待され何をすればよいのかイメージできるような内容にした。

まずは総論として、学校医・園医の役割を俯瞰していただき、代表的な業務である健診についての解説および学校保健委員会について一般論を述べていただいた。続いて各論では、学校医・園医として必須の仕事ではないが、地域に携わる医師の視点から生まれる、『地元の子どもたちの成長を見守り支援する取り組み』について実践者から体験談やメッセージをいただいた。

総論の中では土肥直樹先生に学校医・園医の役割を法的な位置づけなどから俯瞰的に論じていただき、今野友貴先生からは健診内容の法的変遷および現在の健診項目とその対応について詳述いただいた。渡邊 幸先生には学校保健委員会の位置づけを分かりやすくご説明いただくとともに、久米島での取り組みをご紹介いただいた。

各論は各医師の手柄が何え興味深い。花戸貴司先生は「医師として」と「人として」の両軸から地域の子どもたちの成長過程を見守っておられる。小沢 浩先生は『いのちの授業』に取り組み、子どもたちがいのちに向き合うきっかけを作っておられる。澤田由紀子先生には子どもたちのメンタルヘルスについてプライマリ・ケア医にも介入の余地があることを教えていただいた。岩室紳也先生は性教育を通してその根底にある問題に目を向ける必要性を訴えられた。土井たかし先生からは京都府下における体験参加型喫煙防止教育について詳細にご紹介いただいた。

総論では学校医・園医の役割を俯瞰的かつ具体的に示されており、特にこれから学校保健に関わり始める先生方にはとても分かりやすい入門書のような内容になった。初めの一步としてぜひご参照いただきたい。

各論からは、取り組みの切り口が別々であるにもかかわらず『子どもたちを育む』『周囲の大人たちを成長させる』『社会問題に目を向ける』という共通の思いが感じられ、各々の取り組みは全て地域づくりなのだと思感させられる。

診療所時代に『子どもは社会の宝である』と実感した。読者が社会の一員として子どもたちを支え育み、その結果大人も成長し、地域の課題にも目を向け、全世代みんなで地域を作っていく、その一助となれば幸いである。

総論 学校医・園医とは

相模原市国民健康保険内郷診療所 所長 土肥直樹

POINT

- ① 学校医・園医は子どもたちのアドボケーター(代弁者)として学校現場、家庭、地域社会を結びつける社会的役割を期待されている¹⁾
- ② 養護教諭、保育士、学校歯科医、学校薬剤師など多専門職種との連携が大切である
- ③ 学校医・園医は積極的に学校と園に出かけよう
- ④ どんな相談にも応じる姿勢と、子どもたちを全人的にみるための生涯学習が必須である
- ⑤ 学校や園の教職員の健康管理、健康相談にも関わろう

特集

はじめに

学校医は1898年の勅令「公立学校に学校医を置くこと」に始まる日本独自の制度であり、その後1958年に制定、公布された学校保健法(2009年4月1日より学校保健安全法)の中で学校医の学校教育現場における保健教育、保健管理、安全管理上の役割が規定されている。健診業務は保健管理の一部であり、ほかにも学校保健関係者と連携しての健康相談、環境管理、保健指導、保健学習、保健組織活動などの業務がある。学校における児童生徒等および職員の保健管理ならびに安全管理を定めた法としては、学校保健安全法のほかに、学校教育法、健康増進法、感染症の予防および感染症の患者に対する医療

に関する法律などの関係法令がある。

園医はゼロ歳児から就学前の子どもたちの発育と発達を医学的見地からサポートし、児の健やかな園生活を見守る役割がある。主な職務は健診(入園時、定期、臨時、乳児は随時)、疾病予防と早期発見、健康教育、事故予防と救急処置の対策、園児の就園停止・解除・休園の勧告などで、保育士、園、家庭との連携が必須となる。園医の職務については東京都医師会乳幼児保健委員会による「園医のためのリファレンス」(2019年5月更新)<https://www.tokyo.med.or.jp/download/2017/2701eni.reference.a4.pdf>²⁾が簡潔明瞭にまとまっており、一読をお勧めしたい。

本稿では、養護教諭、保育士など現場の多専門職との関わり、学校、園と診療所との関わり、

学校、教育委員会、保護者などで運営される学校保健委員会における役割を中心に、学校医・園医の役割を概説する。

養護教諭・保育士など多専門職との関わり

看護師や薬剤師など多専門職との連携がなければ医療が成り立たないように、学校や保育園、幼稚園においても多専門職との連携は重要である。多専門職との連携がなければ、子どもたちを全人的にみることはできない。

学校では、学校教育法が規定する養護教諭、栄養教諭、学校給食法が規定する学校栄養職員、学校教育法施行規則が規定するスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、学校保健安全法が規定する学校医、学校歯科医、学校薬剤師など、たくさんの専門職が配置され、機能している。生活習慣や性に関する問題、喫煙、飲酒、薬物の問題、いじめや不登校など心の問題など、子どもたちを取り巻く問題に取り組むためには、多専門職が連携してアプローチすることが大切であり、多専門職から学ぶことは多い。

多専門職との連携で大切なことは、どんな相談にも応じる姿勢と多職種を尊重すること、子どもたちを全人的にみるための生涯学習に医師自らが取り組むことである。学校保健に関する最新のデータベースは公益財団法人日本学校保健会のポータルサイト<https://www.gakkohoken.jp/>³⁾が充実しており、ぜひ活用されたい。

学校・園と診療所との関わり

学校医・園医は、診療所においては子どもたちと保護者、学校関係者のかかりつけ医として機能しているケースが多い。常日頃からの信頼関係や専門医療機関とのネットワークが学校医・園医の職務に役立つことは多い。学校医・園医としての経験が診療所の診療に役立つこともある。

筆者は以前、人生の最終段階における医療の

あり方や意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニング、命の尊厳について悩みを深めていた時期があった。学校医を務めていた学校の定期健診の際に養護教諭に悩みを打ち明けたところ、養護教諭もまた子どもたちとの関わりの中で命の尊厳を伝える難しさに悩みを持っておられることが分かり、生命倫理をテーマにした勉強会を毎月診療所で開催することになった。養護教諭やスクールカウンセラーなど地域の多専門職が毎回5～6人集まり、副読本を用いた毎月の勉強会は5年あまり続いた。この勉強会はとても貴重な経験で、ここで学んだことは日常診療に大いに役立ち、何よりも学校現場への理解を深めることができた。当時の人脈は今も役立っている。

学校保健委員会における役割

学校保健委員会とは、子どもたちが生涯を通して健康で安全な生活を送ることができる力を身につけるため、学校における児童生徒の健康の問題を協議し、健康づくりを推進する組織である。学校保健委員会は学校と家庭、地域社会を結ぶものとしても重要である。

学校医は子どもたちのアドボケーター(代弁者)として学校と家庭、地域社会を結びつけ、コーディネートする社会的役割を期待されており¹⁾、学校保健委員会においても果たすべき役割は大きい。医学的な見地に立ちながら多専門職の連携を図り、家庭、地域社会とのつながりを深めるのも学校医の役割である。(詳しくは、本誌621～626頁参照)

おわりに

学校とともに地域の子どもたちを支えるためには、学校医・園医は多専門職種と連携して子どもと保護者を見守ることが大切である。学校はひとつの社会であり、居心地の良い子どももいれば、そうでない子どももいる。だからこそ、アドボケーター(代弁者)の役割は重要である。同じ子どもでも、患者として来院するとき、学

校にいるとき、家庭にいるとき、様子や表情が全く違うことがある。しかし、どれもその子どもの真の姿であり、子どもと保護者に寄り添い、自立支援、意思決定支援につなげていく必要がある。

筆者の地域では民生委員との連携を重視している。毎年春と秋に民生委員とお茶会を開催して地域の諸問題を共有するようにしている。民生委員は児童委員であり、地域の子どもたちや家庭が抱える問題をよく知っている。

学校医・園医であれば、積極的に学校・園に出かけることが必要であろう。年に2回の定期

健診だけでは、子どもたちの学校での様子は見えてこないし、多専門職との連携も深まらないであろう。また学校医・園医は、学校・園の教職員の健康管理、健康相談にも関わることができれば理想的と思われる。

文献・参考Webサイト

- 1) 岩田祥吾, 谷村聡, 岡空輝夫, ほか: 学校医は学校へ行こう! 医歯薬出版, 2006.
- 2) 園医のためのリファレンス <https://www.tokyo.med.or.jp/download/2017/2701eni.reference.a4.pdf>
- 3) 公益財団法人日本学校保健会のポータルサイト <https://www.gakkohoken.jp/>

総論

学校医の押さえておくべき健診

女川町地域医療センター 小児科 今野友貴

POINT

- ① 学校健診の内容は時代により変遷している
- ② 学校健診の主な目的は専門的診断ではなく、学校生活を送るにあたり支障がある疾病をスクリーニングし健康状態を把握することと、学校における健康課題を明らかにし健康教育に役立てることである
- ③ 学校医は健診診察を行うだけでなく、適切な管理指導や学校や専門機関との密な連携を通して児童生徒の安全で充実した学校生活への支援を行う役割を担っている

はじめに

現在の学校健康診断(以下、学校健診)は平成21年より施行された学校保健安全法に基づき行われているが、その歴史は古く、明治11年に健康保持を目的として導入された西洋体操の効果判定のための「活力検査」が基となっている。昭和33年に学校保健法が制定され、児童生徒と職員各人の健康状態の評価を主目的とした学校健診に移行すると、感染症対策や歯対策など、その内容は時代に合わせて変遷してきた。

最近では、平成26年4月30日に「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令」が公布され、平成28年4月1日より施行された。この改正のポイントは、①座高・寄生虫卵の有無の検査が必須項目から削除されたこと、②新たに四

肢の状態が必須項目として追加されたこと、③保健調査の実施時期を「小学校入学時および必要と認めるとき」から「小学校、中学校、高等学校および高等専門学校においては全学年において、幼稚園および大学においては必要と認めるとき」に変更されたこと、④就学時健康診断において予防接種の欄にHib感染症および肺炎球菌感染症が追加されたこと、等である。さらに、平成27年1月21日の改正では、学校において予防すべき感染症に、中東呼吸器症候群と特定鳥インフルエンザが追加され、就学時健康診断の予防接種の欄に水痘が追加された。

学校健診の役割

平成24年度～25年度に文部科学省において設置された「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」の中で取りまとめられた意見書によると、学校健診の役割は大きく2つある。第一に、家庭における健康観察を踏まえ、学校生活を送るにあたり支障がある疾病をスクリーニングし健康状態を把握すること、第二に、学校における健康課題を明らかにし健康教育に役立てることである。つまり、学校健診では細かい専門的診断は求められず、異常の有無や医療の必要性の判断を行うものと捉えることが適当であるとされている¹⁾。この点を踏まえ、以下に学校健診の項目とその対応について述べる。

学校健診の項目とその対応

1. 保健調査

保健調査は、学校健診が効率的かつ的確に行われることをねらいとしているが、同時に、情報提供を通して保護者の健康意識を高めることにもつながる。学校では日常の健康観察だけでなく保健調査票や学校生活管理指導表で子どもの健康状態を把握し、疾病や課題があれば事前に学校医等と相談するなどの準備が重要である²⁾。学校医は、学校健診の補助資料として保健調査票を活用し、結核についての問診事項や耳鼻科・眼科・運動器疾患の自覚症状についても見逃さないように留意する。

2. 身長、体重、栄養状態

身長、体重は、学校健診の中で最も基本的な項目であるが、一度の測定値だけでなく継続的な変化を考慮して判定することが重要である。思春期の急激な身長発育は男児では平均10歳過ぎから、女児は8歳過ぎから始まり、これにやや遅れて体重の急激な増加が起こるが、いずれも個人差が大きい。成長曲線の活用により適正な成長の確認を行うだけでなく、成人になったときに極端な低身長になる可能性がある児童生徒や、病気が原因の高身長や肥満、やせの早期

発見に努める。また、小児の成長は遺伝的素因と環境因子(栄養、身体活動、疾病など)の影響を受け、さらに環境因子は社会情勢や家族との関係、経済状況などによっても変化するため、児童生徒の成長や栄養状態を評価することは、その置かれている環境が適切であるか否かの指標にもなる³⁾。

栄養状態の判定は、肥満度、貧血の有無、皮膚の状態、四肢の発育状態に着目して行う。肥満度は $\{(\text{実測体重} - \text{標準体重}) / \text{標準体重}\} \times 100$ で算出され、5歳以上18歳未満で-20%超から+20%未満が正常、+20%以上+30%未満を軽度肥満、+30%以上+50%未満を中等度肥満、+50%以上を高度肥満、-20%以下をやせ、-30%以下を高度のやせ、と判定する。肥満度が増加傾向にもかかわらず身長成長曲線が下向きの場合や、極端な低身長を伴う肥満では医療機関の受診を勧める⁴⁾。また、顔色不良や眼瞼結膜が白い、爪の腓薄化などより貧血が疑われる場合、虐待を疑わせるような皮膚所見(たばこによる熱傷痕、新旧混在した外傷痕など)がある場合も医療機関受診が必要である。

3. 運動器検診

従来、運動器については「脊柱の疾病・異常」「胸郭の異常」「骨・関節の異常、四肢の状態」の3項目が明記されていたが、脊柱側弯症や胸郭変形以外の運動器疾患については十分なチェックがされてこなかった。平成28年度より導入された運動器検診では、まず家庭での観察で側弯の有無、腰の曲げ伸ばしによる痛みの有無、上肢・下肢の動作時の痛みや可動域制限の有無、片足立ちやしゃがみこみ動作に関して事前調査を行い、これをもとに学校医が診察し、学業を行うのに支障があるような疾病や異常が疑われる場合は整形外科医による二次検診の対象とする。具体的には、①歩行障害の訴えがある場合、あるいは歩行障害を認めた場合、②動作時痛がある場合、③可動域に左右差がある場合、④圧痛がある場合、⑤1週間、運動やストレッチを指導しても改善しない場合、等である。運動器問診票の項目と関連する疾病については表に示

表 運動器問診票と予想される疾病

運動器問診票	予想される主な疾病
背骨が曲がっている	脊柱側弯症
腰を曲げたりそらしたりすると痛みがある	脊椎分離症
腕や脚を動かすと痛みがある 腕や脚に動きが悪いところがある	(上肢) 野球肘, 野球肩 (下肢) オスグッド病
片脚立ちが5秒以上できない しゃがみこみができない	ペルテス病, 大腿骨頭すべり症, 先天性股関節脱臼

〔文献4〕より作成

した。

運動器検診を行う目的は主に、運動器疾患の早期発見、過剰な運動負荷による障害の早期発見、そしていわゆる身体の硬い子の早期発見と指導である。外遊びをせずパソコンやゲーム時間が多い、姿勢の悪い児童生徒も増加しており、こうした子どもたちにストレッチを指導し、けがや骨折を予防し、将来のロコモティブシンドローム予防を行うことが運動器検診の重要な意義の1つである⁵⁾。

4. 視力、目の疾病および異常

学校で視力検査を実施し、その結果と保健調査票を活用し眼科学校医が診察を行う。視力の測定は「教室での見え方」が基準で1.0が見えればA、0.7が見えればB、0.3が見えればC、0.3が見えなければDと判定し、A以外は受診勧奨とする。視力障害のほかにも、眼位の異常、外眼部疾患(感染症、アレルギー性結膜炎、コンタクトレンズ眼障害)、色覚異常にも注意を要する⁶⁾。色覚検査に関しては平成15年度より必須項目から削除されていたが、平成26年4月30日、学校保健安全法施行規則の一部改正に伴う局長通知(26文科ス第96号)が出され、児童生徒等が色覚異常を知らずに学校生活や進学・就職時に不利益を被ることの無いよう保護者等に周知し、希望者には検査を行うことが求められている。

5. 聴力、耳鼻咽喉頭疾患

耳鼻咽喉科健診は、疾患の発見だけでなく、

知識や技術の習得を促すために必要な諸感覚の発達の程度をチェックするという意味で重要であり、特に言語発達や精神発達、ひいては社会性、社会習慣なども考慮に入れながら健診を進めることが重要である。聴力検査は、オーディオメータを用い1,000Hz 30dB、ついで4,000Hz 25dBの音を聞かせ、両方あるいは片方いずれでも聴取できない者を選び出す。検査の結果、難聴が疑われた場合は耳鼻咽喉科学校医の指示の下に再検査を行う。難聴以外の耳鼻咽喉頭疾患としては滲出性中耳炎、慢性中耳炎、慢性鼻炎(アレルギー性鼻炎の疑いのあるものは保健調査票と合わせて判断)、鼻中隔彎曲症、副鼻腔炎、アデノイドの疑い(保健調査票によるいびき、口呼吸等の訴え等も合わせて判断)、扁桃肥大(Ⅲ度またはそれに近い大きさで、構音や呼吸および嚥下に障害のあるもの)、音声異常や言語異常〔言語発達遅延、構音障害、リズム障害(吃音)など〕が挙げられる⁷⁾。

6. 結核

結核の集団感染を予防し学校教育を円滑に実施するため、結核の児童生徒への感染防止と、感染者および発病者の早期発見・早期治療が重要である。学校健診においては、問診票等を用いて①本人の結核罹患歴、②本人の予防接種歴、③家族等の結核罹患歴、④高まん延国での居住歴、⑤自覚症状、健康状態(特に2週間以上の長引く咳や痰)、⑥BCG接種歴、について確認する。本人の結核罹患歴がある場合、治療終了

後約2年間の経過観察中は保健所の管理下にあるため、学校での結核検診における精密検査の対象とする必要性はないが、何らかの理由で管理から外れている場合は、保健所に連絡を取るよう指導する。また、咳・痰などの再発を疑う症状が出現した場合には、早期に医療機関を受診するよう指導する。本人の予防接種歴がある場合、また家族等の結核罹患歴がある場合も上記同様の対応とする。6ヵ月以上の高まん延国での居住歴のある児童生徒等は入学時または転入時の1回、精密検査の対象とする。2週間以上長引く咳や痰の症状があつて、その原因として結核が否定できない場合には、なるべく速やかに医療機関を受診するよう指導する。平成24年度以降に就学する児童は、BCGの直接接種が導入された後に出生している者であるため、未接種児であっても精密検査の対象とする必要性はないが、学校内で感染性の患者が発生した時に迅速な対応を必要とする場合があり、事前に情報を得ておく必要がある⁸⁾。

7. 心臓

学校心臓検診の目的は、心疾患の発見や早期診断、心臓突然死の予防だけでなく、心疾患を持つ児童生徒に日常生活の適切な指導を行い、生涯を通じてできるだけ健康な生活を送ることができるように援助することである⁹⁾。ただし一次検診はあくまでスクリーニングであり、心疾患を可能な限りもれなく発見することと、心疾患のある児童生徒が適正に管理されているか確認することが目的となる。一次検診では心臓検診調査票、学校医診察、安静時心電図(小中高各1年生全員対象)が行われ、その結果、精密検査が必要となった児童生徒に2次以降の精密検査が実施される。現在では、先天性心疾患のほとんどが小学校入学前に発見され治療・管理されるようになってきた。その一方で、不整脈など心疾患術後の問題を抱える児童生徒も増加傾向にあり、心臓検診調査票を用いて先天性心疾患や川崎病既往のある児童生徒の正確で詳細な病歴把握をしておくことが、日常生活管理の上で重要である。その際は、循環器疾患に関

連の深い自覚症状や、近親者の若年期突然死の有無についての情報も非常に重要である。学校医による診察は胸郭変形や手術創の有無、気になる心雑音や心音などを中心に総合的に行う。心房中隔欠損などの先天性心疾患が検診で発見されることもあり、無害性心雑音と有意な心雑音との鑑別、トータルケアとしての児童生徒の健康状態を把握することに努める。心疾患があるにもかかわらず転居などでフォローアップが行われていない場合も要精密検査とし医療機関への受診を勧める。安静時心電図検査は地域差があるが、致死性不整脈や心筋疾患の正しいスクリーニングのため12誘導心電図が望ましく、また小学校4年生でも行うことが望ましい¹⁰⁾。心電図所見の判定は、小児の心電図読影に慣れた医師が行い、自動解析の場合でもQT延長やWPW症候群の見逃しを防ぐため医師による再読影が必要である。

8. 尿

学校検尿の目的は、腎疾患の早期発見・早期治療である。学校検尿で発見され、治療を必要とする疾患の多くは慢性腎炎で、中でもIgA腎症の頻度が多い。海外に比して日本では慢性腎炎による腎不全患者が少ないことは、学校検尿による早期発見・早期治療の成果と考えられる¹¹⁾。一次検尿では尿蛋白1+以上かつ／または尿潜血1+以上を異常とし、二次検尿でも同様の所見である場合、精密検診へ進む。年長児では体位性蛋白尿が多いため、必ず早朝尿を取るようになさせ、女子では月経血が混じらないように日程を考慮する。なお、一次・二次検尿ともに、尿蛋白3+の場合は緊急受診の対象となる。精密検診は慢性腎不全に進行する可能性のある腎炎患者の抽出と、軽微な尿所見のみの子どもの適切な管理基準の決定を目的とし、暫定診断のもと管理指導表が作成されフォローアップされる。

おわりに

健康診断結果による受療勧奨や事後措置が法律で義務化されているのは学校健診のみである。学校健診の事後措置は、必要に応じて専門的検査や予防処置、経過観察等を指示することに留まらず、学校生活管理指導表などに基づいた生活規正、環境衛生などの保健管理、集団・個別の保健指導など、多岐にわたる¹²⁾。学校医は、学校健診を通して児童生徒の健康状態を把握し、その安全で充実した学校生活の実現のために保護者、学校、各関連機関と連携して支援することが求められている。

参考文献

- 1) 今後の健康診断の在り方等に関する検討会:今後の健康診断の在り方等に関する意見。平成25年12月。 http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/sports/013/toushin/1343304.htm (accessed 2019 Jun 3)
- 2) 加藤則子:保健調査と2016年度改正点。小児科診療 2016;61:1443-1447.
- 3) 原光彦:身長・体重測定, 栄養状態の検査。小児科診療 2016;61:1448-1454.
- 4) 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課・監:児童生徒等の健康診断マニュアル 平成27年度改訂。日本学校保健会。2015。p20-25.
- 5) 荒井貞男:内科校医が行う運動器検診と事後措置。日本医師会雑誌 2017;146:1157-1161.
- 6) 柏井真理子:眼科健診で問題とされる異常と事後措置。日本医師会雑誌 2017;146:1168-1172.
- 7) 日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会・編:耳鼻咽喉科健康診断マニュアル。2016.
- 8) 文部科学省:学校における結核対策マニュアル。2012.
- 9) 日本小児循環器学会・編:学校心臓検診実践マニュアルQ&A 突然死の可能性のある疾患の早期発見のために。2018.
- 10) 公益財団法人 日本学校保健会:学校心臓検診の実践 スクリーニングから管理まで -平成24年度改訂-実践マニュアル。2013.
- 11) 日本小児腎臓病学会・編:小児の検尿マニュアル 学校検尿・3歳児検尿にかかわるすべてのひとのために。2015.
- 12) 藤本保:内科健診で問題とされる異常と事後措置。日本医師会雑誌 2017;146:1151-1155.

総論 学校保健委員会を通して 子どもの健康を守る

公立久米島病院 小児科 渡邊 幸

POINT

- ① 学校保健委員会は学校・医療・地域の重要な結び目
- ② 学校医は積極的に学校に出向いて、日頃から学校や地域の健康課題を共有しよう
- ③ 子どもの健康課題対策に地域の力を借りられるよう、地域学校保健委員会を活用しよう

学校保健委員会とは

学校保健委員会は、昭和33年に学校保健法の施行に伴い文部省より各学校に設置が指示されました。その後しばらくはあまり普及せず、平成20年に「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策」として、学校保健委員会の設置の促進、運営の強化が提言され、設置率は上昇してきました。

平成29年度の学校保健委員会設置率をみると、全国47都道府県のうち41都道府県で小中高における学校保健委員会の設置率が95%以上となっています。一方で高知県では6割(小学:53.4%, 中学:61.3%, 高校:58.1%), 山梨県で7割(小学:72.5%, 中学:47.6%, 高校:92.3%), と設置率が極端に低い県もあります。

国は地域格差の是正を図るため、先進的な取り組みを進めている地域の実践事例を記載した

啓発資料を作成したり、研修会を実施するなどの方策を行い、設置の推進と質の向上に取り組んでいます。

学校保健委員会の位置付け

近年子どもの健康課題は、肥満・生活習慣病、アレルギーからいじめ・不登校などのメンタルヘルス、運動習慣の二極化、スマホ・ゲーム依存など多岐に渡ります。個人や家庭では解決できない場合が多く、「子どもの心身の健康増進」のために家庭・地域と学校、医療が連携して取り組むことは大変重要です。

図1は日本医師会学校保健委員会による「児童生徒等の健康支援の仕組み」の概略図です¹⁾。図の中では、大きく医療と教育の2本の柱(縦方向)を、都道府県から家庭レベルまでの連携システム(横方向)により、情報を共有したり問題を提起できる構図となっています。その中で

特集



学校保健委員会の持ち方

1. 開催回数

学校保健委員会マニュアル²⁾では毎学期1～2回、つまり年5～6回の開催が推奨されています。児童生徒の心身の問題が深刻化していきながら、それらの問題解決をしていくためにはこのくらいの回数は必要だと思われますが、多忙を極める学校業務の中で学校保健委員会にここまでエネルギーをさける学校は多くないようです。平成28年度のアンケート調査³⁾を見ると、小中高全体で「年3回以上」開催している学校は1～2割です。そして半分以上の学校が「年1回」の開催となっており、学校保健委員会が学

校や地域ごとに大きく差があることがここにも見て取れます。

2. 組織構成

学校保健委員会の構成員は校長、関係教職員を始め保護者や学校医などの専門職、児童生徒など地域の実情に応じて決められています(図2)。しかし固定的、画一的に捉えるのではなく、学校が直面している健康課題の解決のために役立つ機能的な組織となるよう、その年度の方針に即して弾力的なものにすることが大切とされています⁴⁾。

積極的に健康づくりの主体である児童生徒や保護者を構成メンバーに加えることが進められていますが、児童生徒を構成員としている学校は3割程度で、保護者が構成員となっている学校も7割にとどまっています。

3. 会の形式

会議室や図書室等で会議形式にて行う場合が多いですが、講演会や体験型の勉強会形式にしたり、児童生徒を入れてグループワーク形式で行ったりすると会が活性化するという結果が出ています。先の調査では5割の学校が「課題や進め方がマンネリ化している」という課題を挙げており、このような会の形式にも工夫が必要であると思われます。

4. 開催時間

開催時間の設定は重要で、会の目的に沿って

より多くの構成員が参加できるように工夫がされなければいけません。それがないと必要な構成員が参加できず、会の意義が乏しくなる要因となります。多くは「午後の授業時間」または「放課後」に開催されるようですが、学校医がなかなか参加できないという場合には、学校医が参加できる日程や時間帯で調整してもらえよう、養護教諭と事前に相談しておくことも有効でしょう。

学校保健委員会と学校医の役割

1. 健康課題を見つける

学校保健委員会で議題となる健康課題には主に以下のようなものが挙げられます。

- ・生活リズム・生活習慣病
- ・歯と口の健康
- ・流行性疾患の予防・対応
- ・メンタルヘルス
- ・アレルギー関連
- ・体力向上
- ・性について

(1) 事前に課題を取り上げて提示する

学校医が日頃から養護教諭等と連携を取り、その学校における健康課題について話題にした問題と共有できている場合には、議題をより具体的かつ専門的な観点から取り上げることができます。

(2) 学校保健委員会の中で課題を抽出する

複数回学校保健委員会が開催されている場

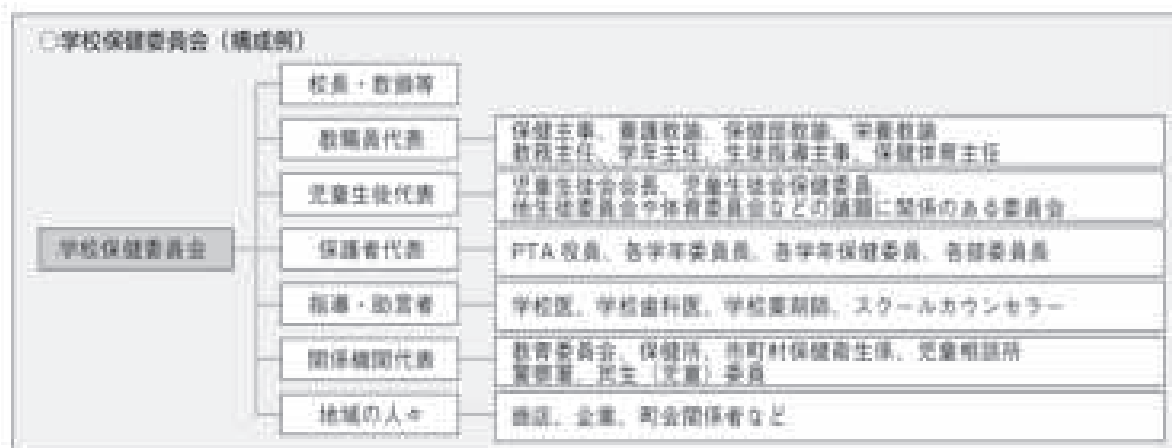


図2 学校保健委員会



図3 地域学校保健委員会

合には、初回の時に健康課題を抽出することもできます。養護教諭等が内科健診の結果や児童生徒の生活状況の実態等を提示し、教職や保護者、専門職などそれぞれの立場から意見を出し合って、学校で取り組んでいくべき課題を決定します。

2. 健康課題解決に向けた取り組みへの支援

健康課題解決のためのさまざまな方法がありますが、学校医は専門的な立場からその支援を行うことができます。例えば、喫煙の害に関する保護者への講演会や、生活習慣病予防についての児童生徒に対する健康授業、アレルギーに関する職員への勉強会などが挙げられます。近年では多様化する子供の健康問題に対して、専門医を派遣する事業も展開されており、精神科や産婦人科の医師による健康相談や啓発活動が行われている自治体もあります¹⁾。

3. 取り組みの結果と評価

学校保健委員会が複数回行われている場合には、後半の会の中で取り組みの結果や次年度に残る課題などについての話し合いがなされることと思います。また実際には課題は複数年にわたって取り組んでいくことになるため、行ったことの評価を反映させ、年々取り組みの質を向上させていくことが大切です。学校医はそのような視点を持って、委員会の中で積極的に意見を述べるのが求められます。

地域学校保健委員会

地域学校保健委員会というものをご存知でしょうか。これは一定地域内(主に中学校区を想定)の幼稚園、小・中・高校、特殊教育学校の各学校保健委員会が連携して、地域の子どもの健康問題の解決や健康づくりの推進に関

して協議を行うために設置されるものです。

その地域の学校保健に関する情報や問題を収集して分析したり、関係機関との連携強化を行うことを目的としています。また、各学校の学校保健委員会の活動を知ることで互いに活性化したり、多くの関係機関との連携が拡大することなどが期待されます。

参加するのは、各学校の学校保健委員会の構成員に加えて、教育委員会の担当者、保健所の担当者、町内会長、婦人会・青年会・老人会、商工会や地域内の関係団体の代表者など多岐にわたります(図3⁴⁾)。

活動内容としては、各学校で情報を共有して地域の子どもの健康問題を把握するとともに、講演会や研修により会員の資質向上や地域の啓発活動を行い、活動の様子を広報してさらに地域に発信していきます。さらに、行政機関も参加するため地域活動への援助や、地域保健活動の推進を図ることができます。

学校医はの中で専門的立場からのアドバイスを行ったり、研修や講演会の講師を担ったりします。地域の子どもの健康課題について、地域の中心的役割を担う人々に直接伝えることができ、地域の方々に子どもの心身の健康を守るためのさまざまな取り組みに協力してもらうことができる、非常に貴重な機会になります。

しかし、残念ながらこの地域学校保健委員会はまだまだ普及されておらず、平成26年度に地域学校保健委員会を開催していた小中学校は全国でわずか12%でした³⁾。開催しない理由は「学校保健委員会を行っているので必要性がなかった」「小規模校なので必要なかった」などが多く、本来の地域学校保健委員会の目的や効果が理解されていないため、もっと学校医からも地域学校保健委員会について発信していく必要があるかもしれません。

活動例:学校保健委員会を通して 地域の健康づくりを進める

最後に、久米島町で学校保健委員会を通して小児肥満対策に取り組んだ例を紹介させていただきます。

久米島町は人口約7,500人の沖縄県で5番目に大きな島です。豊かな自然と綺麗な海に囲まれた島ですが、成人の肥満・生活習慣病者が多く、小児肥満傾向児が全国の2.5倍と高いことなどが問題となっています。

平成21年より役場福祉課の取り組みで小学5年生から高校生までのほぼ全児童生徒に毎年子ども健診(身体測定、体組成、腹囲・血圧、血液検査)が始まり、平成24年より学校・福祉・医療で連携して子どもの健康づくりに取り組むための「久米島こども健康プロジェクト」が立ち上がりました。健診結果と並行して生活アンケート調査を行い、健康授業、健康講話、健康相談も積極的に行いました。

久米島には小学校が6校、中学校が2校、高校が1校ありますが、全ての学校で学校保健委員会は年2～3回、地域学校保健委員会も適時開催されていたため、活動を進めるにあたり非常に大きな役割を果たしました。

学校保健委員会では、各学校における肥満傾向児の出現率や、検査異常者、小児メタボリックシンドロームの割合を県や他の地域のデータと並べて視覚的に示すとともに、小児肥満・生活習慣病についての講話も適時行い、まずは学校職員や保護者に問題意識を持ってもらうようにしました。また学校ごとに課題と対策案を具体化し、運動習慣／生活リズム／朝食などのうち、どの点からアプローチを進めるかなどについても話し合いました。具体的には、「徒歩登校を推進する」「朝の縄跳びタイムの推進」「給食おかわりのルール決め」「食育を重点的に進める」などが取り組み案となっていました。

第2回目の学校保健委員会は健康授業を保護者も一緒に受けてもらったり、保護者向けの健康講話にしたりと保護者に直接問題意識を持ってもらう、参加型の機会を作るよう工夫しまし

た。そして第3回学校保健委員会では、年間を通した取り組みの評価や問題点、次年度に向けて課題提示などを行いました。

また、数年ごとに活動の経過をまとめて各地区の地域学校保健委員会で報告しました。子どもの肥満・生活習慣病リスク・生活リズムの現状等について伝え、子どもの肥満の問題点などについての講話も行いました。久米島では祖父母や地域の高齢者の方々が子育てに協力してくれる良い雰囲気が残っているものの、高齢者ほど子どもに対して「沢山食べ」させ、「子どもは少しくらい太っている方がいい」と考える傾向があり、外来でもこの点が大きな要因となっている子どもをよく見かけます。地域学校保健委員会を行った後、「孫にいつもお菓子あげてたけど、いかんかったね」「子どもが太ってるのはだめなんだ」などの感想があり、自分たちの地区の子どもたちの健康状態を示されることで、より自分事として問題意識を持ってもらえるように思いました。

今後の課題としては、徒歩登校推進のためのスクールゾーンの整備や、放課後子ども教室の充実など行政や地域の協力を得て子どもたちの健康を推進できる環境整備を進めていくことです。また、久米島では学校保健委員会に児童や生徒を参加させることが全くないため、開催時間等を工夫して積極的に児童生徒を参加させて、自ら考えて取り組ませるような活動をもっと増やしていく必要があると感じています。

小児肥満は地域差があり、大都市よりも地方都市、さらにへき地にいくほど小児肥満の割合が高いことが分かっています。肥満の背景には車社会による絶対的な運動量不足、共働き家庭が多く夜型生活になりやすい、少子化や遊びの変化などがあり、個人の力のみで解決するのはなかなか困難です。学校保健委員会は小児肥満への地域の問題意識を高め、学校・家庭・医療を中心とした地域全体での小児肥満対策づくりの良いきっかけになるでしょう。

まとめ

学校保健委員会は、地域の子どもの健康課題に包括的にアプローチしていく土台となるとても貴重な場です。近年のさまざまな子どもの心身の問題は個人の力だけで解決できないことが多く、学校保健委員会や地域学校保健委員会を有効活用し、学校や地域全体で課題解決に取り組んでいくことが求められています。

学校医の先生方の中には、多忙な中時間を調整して参加したのに会の中身が「薄かった」「毎回同じ」などがっかりされた経験がある方もいるかもしれません。前述のとおり、学校や地域ごとに学校保健委員会の持ち方や質に差が生じている現状があり、ぜひそのような場合は担当

の養護教諭または保健主事とコミュニケーションを図り、活性化につなげてもらえたらと思います。

学校保健委員会・地域学校保健委員会を通して地域の子どもたちを取り囲む生活環境がより良いものになっていくことを願います。

参考資料

- 1) 平成28年3月「学校保健委員会答申」日本医師会学校保健委員会作成。
- 2) 平成12年2月「学校保健委員会マニュアル」公益財団法人日本学校保健会。
- 3) 平成27年度「学校保健委員会に関する調査」報告書。公益財団法人日本学校保健会。
- 4) 平成22年3月「保健主事のための実務ハンドブック」文部科学省。

各論：地域での取り組み 永源寺地域での取り組み —医師として、地域住民の一人として—

東近江市永源寺診療所 所長 花戸貴司

POINT

- ① 学童期の発達には、社会性の獲得、自我の形成があることを理解する
- ② 学校医として子どもたちと関わるためには、学校長や養護教諭との連絡・調整が必要である
- ③ あなたも職業人として以外にも、一人の大人としてできることがある

はじめに

私が平成12年に当診療所に赴任して今年で20年目になる。以前、私が診察をした子らが自分の子を予防接種などに連れてくると、「大人になったなあ」と笑って声をかけながら診察が始まる。そんな関係性が今でも続いていることがとても嬉しい。

私自身、小児科医として充実感を感じるときは、大きく二つあると思っている。一つは、病気になった児が、病を克服し元気になった時。そしてもう一つは、かかりつけなどで普段診ている児の診療所以外での様子を知った時である。特に、児が成長していく様子を保護者の方や学校の先生と共有することは嬉しく、また微笑ましくも感じる。

今回、「学校とともに地域の子どもたちを支える」が本特集のテーマであるが、地域の中で子どもが育つとはどのようなことだろうか？ 市井

の子育てや発達の書籍には、身体、運動あるいは言語の各発達段階でのチェックポイントならびに保護者をはじめとする大人の対応を記してあるものが多い。しかし、そのほとんどが乳幼児期から小学校入学までの段階のことであり、学童期の発達に関することは多くはない。というのも、学童期は一人一人の「発達」というよりも性格の個人差が大きく現れてくる時期であると同時に、周囲の環境によって大きく変化するため、一律にまとめることが困難である。しかし、子どもに関わる上で、この時期の子の発達を理解することが、重要であることは間違いない。学童期は、生活面での発達、特に社会性が大きく変化するとともに、自我が形成される時期である。この時期に大切なことは、自ら学んだ知識や子ども同士の交流などで積み上げた体験をもとに、「手本となる大人」のようにふるまう感性を培う、あるいは「周囲の大人」を参考にしながら善悪の判断をするといった態度を育成

特集

させること、そして、そのような心の発達を礎にして自己と他者の関係性の中で自身の立場、役割、居場所を見出すようになることである。つまり、乳幼児期のように月齢を重ねるだけで自然に獲得していく発達と違い、学童期は、周囲との関係性の中で成長する方向性を自らが見出す時期なのである。また、それは両親や兄弟といった家族だけを参考にするのではなく、地域社会の中にいる身近な大人や高齢者、障がいを抱えた人たちといった家族以外の人々との共生体験、あるいは「人のために行動する」「任された役割を果たす」といった経済的指標のみではない多様な価値観を心の拠りどころとする行動を経験し学ぶことである。言わずもがなであるが、決して実体験のないネットだけでの交流や情報だけで身につくようなものではない。

つまり、地域での子育ては手本となる大人の姿を子どもに見せることそのものであると私は考えている。それは職業人としての姿であるかもしれないし、地域住民である一個人としての姿であるかもしれない。今回、私が述べる「永源寺地域での取り組み - 医師として、地域住民の一人として - 」というタイトルにはこのような思いが込められていることを念頭に読んでいただければ幸いである。

永源寺地域での活動

私が学校医をしている東近江市立山上小学校では、通常の内科健診以外に各学年1時間ずつ授業の時間をいただいている。これは「いのちの授業」と題して、内科健診が行われる時期に花戸が各学年に応じた内容を話すものである。1, 2年生の低学年には聴診器を10本ほど持参し、お互いの胸の音を聴いてもらう。すると「おー、ドクドクいってる」「聞こえた!」などと言いながら、子どもたちは楽しそうに聴診器を触り続ける。そして私からは「君たちの心臓は、君たちが生まれた時から……ではなく、君たちが生まれる前、お母さんのお腹の中にいる時から今まで一度も止まったことのない心臓なんだ。もし、止まってしまうと、二度ととりかえ



写真1 互いの心臓の音を聴く低学年の児童



写真2 中学生の児童には生活習慣の話

すことのできない一人に一つしかない大切な心臓なんだ。」などという話をして、命の存在、大切さというものを感じてもらっている(写真1)。

3, 4年生には、タバコの話、スマホなどメディアとの接触、睡眠の話など、生活習慣の話を行っている。特にタバコの話は、家庭でタバコを吸っている大人たちに禁煙を勧めるよう子どもたちに話をしている(写真2)。

高学年には、AEDを使った心肺蘇生法の話をしている。ここでは正しいBLS(Basic Life Support)についての指導というよりは、AEDの存在を知ってもらうこと、そして胸骨圧迫の方法を指導することを通して、君たちにも救える命があるということを話している。そして、「困っている人を見かけたら、知らないふりをせずに近くにいる大人と一緒に自分たちにもできることがあることを考えよう」といったメッセージを届けている(写真3)。

これ以外にも、6年生にはがん教育、医師という職業を伝えるキャリア教育の授業の時間をいただいている。このような私が行う授業の時



写真3 AEDを使った心肺蘇生の授業



写真5 チームドクターをしている少年野球チーム



写真4 絵本のよみかたり(撮影:國森康弘氏)

間は、年度当初から学校の年間計画に組み込んでもらっている。多くの学校の年間計画は前年度の1月ごろまでに決定されることが多いので、それまでに学校長、養護教諭らと話し合っ

て日程調整をしておくことが必要である。また、医師の立場としてではなく地域住民の立場として、週1回、小学校の朝読書の時間に絵本の読みかたりボランティアにも参加している。毎週この日だけは朝の診療開始時間を30分遅くしているが、特に困ったことはない(写真4)。

これ以外にも少年野球チーム「永源寺リトルスターズ」のチームドクターも(写真5)。

また、当地域は積雪量の多い地域であるが、冬は診療所の駐車場だけではなく、子どもたちのためにと思い、通学路も除雪する。しかし、子どもは雪があるところにはすぐ入りたくなるもので、せっかく除雪をしてあっても、雪遊びに夢中である(写真6)。

これ以外にも、子ども会、子育てボランティア活動など、学校のみならず地域の中で子どもたちと関わる機会を積極的に増やすように心が



写真6 除雪をしても子どもたちは雪遊びをしながら登校

けている。このように、現場に出て子どもたちと関われることを、自分自身が楽しんでいるように思う。

支援が必要だった女性のこと

一人の女性を紹介する。

症例:23歳、女性(Sさん)

主訴:微熱が続く。

小学生の頃からコミュニケーションが難しく発達支援を受けていたが、高校、短期大学を卒業した。しかし、卒業後も就職はできず、近くのコンビニでアルバイトをすることになった。就職活動も継続しているが、自分にあったところがなかなか見当たらず、焦りもある様子。コンビニは機械的な作業が多く、人と対話をする必

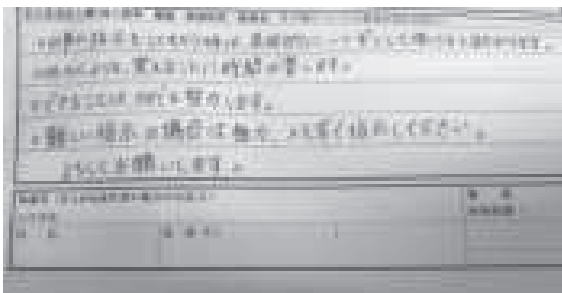


写真7 自分の特性、苦手なところも履歴書に書いてくれた

要がないので自分に合っていると思う一方、勤務を頼まれると断りづらいこともあり、つい長い長時間勤務となっているとのこと。

最近、不眠や肩こりが辛く、そして微熱も続くため診療所を受診した。診察室で話を聞いていると、「夜も寝られない」「やる気が起こらない」「仕事の能率が悪く、自己嫌悪となり死にたいと思ったこともある(でも、今はない)」……。しばし外来でSさんの話をじっくり聴くことにした。その後、幼い頃からSさんに関わっている発達支援センターに連絡を取ると、社会人となった今も関わっているとのこと。今は市役所とともに就労支援にも関わっているが、Sさん自身が就労の目標設定を能力以上のことを希望しているため、世の中で「働くこと」がとても難しいと感じられる様子も伺った。私は、Sさんが学校を卒業してから一時関わりが薄れていたが、再び以前と同じように支援する人がつながることができた。診察後、Sさんに病状を伝え「心療内科などに行くか、私のところに通うか、どうする？」と尋ねると、「ここの外来に通います」と。結果、小学校時代と同じように発達支援センターとともにSさんに関わることになった。

その後は、コンビニのアルバイトを制限するなどアドバイスし、Sさんの症状は落ち着くようになった。そして1年後、ふとしたことからSさんは当診療所で働くことになった。専門職でもなく、人と接するのが苦手な性格なので、主に裏方での仕事を任せている。診療所で働くことが決まった時、近所のおばちゃんがとても喜んでくれ、「挨拶だけはちゃんとするのよ」と教えてもらったと、嬉しそうに話してくれた。

働き始めてからも看護師から「Sさん、お願いしま〜す」って声をかけられると、はにかみながら小走りに動いてくれている。誰の目にも働くことがとても楽しそうだ。

実は就職時の履歴書に自分の特性のこともきちんと書いてくれていたので、診療所のスタッフとも共有している(写真7)。

おわりに

人が育つ過程の中で

- ・自らの個性や適性を知り、自分にあった役割・居場所を見つける。
- ・ストレスに直面した時、相談できる人が近くにいる。

といったことが必要となる場面がある。Sさんの場合、上記のようなことが他の人よりも獲得が少し遅かったかもしれないが、地域の多くの人のおかげで着実に成長しているように感じた。

私は、人が自立するということは、より多くの依存先を見つけていくことだと思っている。それは子どもが大人になる過程だけではなく、我々大人が高齢になり介護が必要になる時にも必要な作業かもしれない。我々大人が、地域の子どもたちと関わりその成長を見届けること。それは、子どもが健やかに成長するのと同様に、我々大人も豊かに老いていくことにほかならないことだと思う。そのような積み重ねが人そして地域コミュニティの財産となり、将来、我々が年を取っても安心して暮らし続けられる地域になるのだらうと信じている。

読者の皆さんにも、いろいろな立場で地域でできることがあるはずである。本稿で紹介したことの中に、なにか一つでも参考になることがあれば幸いである。

参考文献

- 1) ご飯が食べられなくなったらどうしますか 永源寺の地域まるごとケア。文 花戸貴司、写真 國森康弘、農山漁村文化協会、2015。
- 2) 國森康弘:いのちつづ「みとりびと」第1集(全4巻)、第2集(全4巻)。農山漁村文化協会。
- 3) 花戸貴司:最期も笑顔で。朝日新聞出版、2018。

各論：地域での取り組み 奇跡がくれた宝物 —いのちの授業—

島田療育センターはちおうじ 所長 小沢 浩

POINT

- ① いじめ、自殺、虐待が止まらない
- ② 自分が生まれたときのことを調べてもらい、「いのち」に向き合ってみた
- ③ 「障害」という個性を知り、「いのち」に向き合ってみた
- ④ 「幸せのかたち」はすべての人が作れる
- ⑤ 「いのちの授業」を行い、地域の子どもたちを支えよう

プロローグ

「いのち」ってどこにある？
あたまかな？ しんぞうかな？ からだかな？

「いのち」ってだれのもの？
ほくのもの？ わたしのもの？

はじめに

新聞やテレビでは連日、いじめや自殺のことが報道されている。虐待は増加の一途をたどっている。なぜ、人はこんなに安易に「いのち」を傷つけてしまうのだろうか。子どもたちは、「いのち」に向き合ったことがあるのだろうか。

私は、子どもたちと「いのち」について語り合いたいと思った。そのため、「いのちの授業」を行っている。その取り組みを紹介したい¹⁾。

いのちの授業の方法

「いのちの授業」をどのように進めたらいいのか。私は、以前から「いのちの授業」を行い「いのち」の大切さを伝える活動をしている当時東北大学小児科(現 あおぞら診療所ほっこり仙台院長)の田中総一郎先生に相談し、「いのちの授業」の方法を次のようにした。

1. 自分が生まれたときのことを家族1名からインタビューする。
2. インタビューの内容を作文にまとめる。
3. 「いのちの授業」で作文を紹介する。
4. 障害児の紹介および体験をして障害について考える。
5. 授業の感想を書く。
6. 授業終了後、作文を家族に渡す。

特集

作文の紹介

初めての「いのちの授業」は、私の母校である、伊豆市天城中学校で行った。

子どもたちは、インタビューしたことにより、自分が知らなかった一面を知ることができ、驚きを隠せなかったことが作文から見てとれた。

その作文を紹介する。

●上の姉が「妹がほしい」とのお願い事で兄とは14歳、姉とは11歳離れて、無事女の子として生まれてきました。夏休み中だったのでずっと私から離れずに、私の様子を育児日記として記録に残してくれました。何時に起きて何時にどのくらいの量のミルクを飲んだのか、何時に寝たとか細かく書いてありました。

母から聞いた話の中で笑ってしまったことがありました。母が私のおしめを変えているときに、私は母の手の中にうんちをしてしまったらしいのですが、兄がそれを見て、「おしめを取って開放されて気持ち良かったんだよね。うんちはきたくないから大丈夫だよ」とあわてている母を横目に、私の顔をなでてくれていたそうです。私が笑えばみんなが笑う、私が泣けばみんなが抱っこしてくれる。そんな楽しく幸せな毎日だったそうです。(1年女子)

●出産は、すごい痛いものでしたが、ぼくが産まれてきた時には喜びに変わり本当に嬉しくて涙が出たそうです。そんなふうに使われて生まれてきてぼくは、本当に幸せだなと思いました。そう使われて生まれてきたぼくは、何事にもくじけずに心をつよくして勉強をがんばってしゅうしょくし親に恩がえししたいです。親をほこりに思い生きていきたいです。(1年男子)

●・お母さんは感動して分娩台の上で大泣きしてしまった。

・お父さんは「お母さんは入院するから家に帰ってお待ちください」と看護師さんに言われたので家に帰り、ねむれないのでコーヒをのみながらわたしの名前を考えてくれた。

(2年女子)

●お母さんにその話を聞いていた時に涙をうかべていたのを見て、とてもぼくを大切にしてく

れたんだなと思いました。

お母さんはよく怒るから苦手なんだけど、そんなお母さんが大好きです。(1年男子)

●お母さんはぼくについてのことをたくさん話してくれました。長男できょうだいの中で一番最初に産まれたから、よっぽどうれしかったといっていました。

ひごろぼくは、そんなお母さんの経験を何にも知らず「ババア」とか「早くしろよ」とかたくさんの悪口を毎日いっているから、たまにはお母さんに対しての言葉づかいやたいどなどをしっかりして、少しでも産んでくれたお母さんのためにも何かやってあげたいなと思いました。(2年男子)

●私が生まれてすぐ、父はへその緒を切る時に「これ切ったら痛くない？大丈夫？」ととても心配しながら切ったそうです。わたしが顔を真っ赤にして産まれてきた時も、父は「なんで赤いの？大丈夫？これって血なの？タオルもってこようか？」と大丈夫と言っているのにずっとオドオドしてたみたいです。

とてもういういしいなあとと思いました。(3年女子)

●2人目の赤ちゃんを望んでいたお母さんは病気で医者さんに無理だと言われていました。東京の病院に通いやつと授かった赤ちゃんが紗矢香です。出産までもトラブルの連続でした。妊娠10ヵ月の時に腎炎になり、高熱で入院。お腹の子は大丈夫か不安で、どうかお腹の子は助けて下さいと祈り続けました。出産のときには、破水してしまい、無事に生まれるか本当に心配しました。いろいろなことを乗り越えての出産だったので、本当に無事に生まれてくれてありがたうと心の底から感謝しました。

産婦人科の先生が、妊娠して無事出産するのがあたり前のように思われがちだが、無事に生まれてくるというのは、それは奇跡なんだと話してくださいました。だから、あなたたちが生きているということは、たくさんの奇跡が与えてくれたかけがえのない宝物なのです。その尊い命を大切にしてください。(3年女子)

授業で伝えたメッセージ

インタビューを紹介した後、私は次のメッセージを生徒に紹介した。

- ・発展途上国では妊娠や出産が原因で毎日1,000人以上の母親の命が失われている。
- ・アメリカでは、10代の少女の6人に1人が妊娠している。(2012年1月7日「世界一受けた授業」より)
- ・「産まれてくれてありがとう」ここにいるみんなの家族の思いである。
- ・「生んでくれて、育ててくれてありがとう」ここにいるみんなの思いである。
- ・命は自分だけのものではない。
- ・みんな、愛される存在である。

障害とは？

作文を読むと、「元気でよかった」「五体満足でよかった」という感想が多かった。

そこで、私は、あるエピソードを紹介した。

6本のろうそく

A君は、脳性麻痺の男の子。生まれたときに、新生児仮死で脳に酸素が十分送られなかったことによって寝たきりの状態になった。でも、よくまわりのことを分かっている絵本が好きで物語や人の笑い声でよく笑ってくれる。

A君のお父さんは救急隊員。私が小児病院で当直をしていたときに、よく救急車で子どもたちを連れてきてくれた。救急隊として仕事で来たときは、いつも「先生、夜中まで大変だね!」「そっちこそ、ご苦労さま」などとよく話していた、子どもたちを守るいわば仲間であった。

ある日のことであった、「なんか、俺、やる気が出ない、変なんだ!!」と言い出した。心配なのでお母さんは病院に連れて行った。そこで診察した医者は、「うつ病ですね」と一言。納得いかないまま、自宅に帰った。

しかし、その夜、痙攣発作を起こし、救急車で集中治療室に運ばれた。そして、そのまま人

工呼吸器管理になった。診断はウイルス感染による急性脳症であった。そんな状態であることを、A君の友人のママたちが教えてくれた。

しばらくしてA君のお母さんが「先生、話があるの」と私のところにやってきた。うつむいて憔悴しきった表情であった。

私は一番奥の診察室にお母さんとA君を連れて行った。「なんで私ばかりこんな不幸な目に合わなきゃなんないのよ!」ボタンとドアが閉まると同時に、お母さんはそう叫んで泣き崩れた。泣き声だけが部屋に響く。かけてあげる言葉が私には何も浮かばない。時間だけが過ぎていく。

その時であった。ふとみるとA君が笑っていた。私はその笑顔に救われた。

「A君が笑っているね」その一言だけ私は発した。

「そうね、Aが笑っている。Aに笑われている。私が頑張らなきゃ。」そう言ってお母さんは涙をふいた。以来お母さんは泣かなかった。涙を見せなかった。

1年の月日が過ぎ、お父さんは亡くなった。葬式のときA君は島田療育センターに緊急一時入所をした。葬儀が終わるとお母さんはすぐにA君を迎えに来た。病棟のスタッフは「大変だからまだ預かるわよ」と言ったが、お母さんは「いや、大丈夫です」と言って、すぐに連れて帰った。私はそのやりとりを病棟で何も言わずに聞いていた。私にはお母さんの気持ちが分かる気がした。お母さんにとって、あの時はA君が必要だったのである。

私がお母さんに話を伝えたいと外来でお願いしたときに、その時だけお母さんは泣いた。「いきなり何を言ってるのよ、先生」って。

それから泣きながら教えてくれた。

「実は私、Aが生まれた時、一緒に死のうと思ったの。そしたらお父さんが、『俺がお前たちを幸せにする。一生守ってやるから、絶対におまえたちを死なせない』って言ってくれた。だから生きていこうと思った。そのお父さんは死んじゃったけど、まさかAに助けられるとはね。Aは一家の大黒柱よ」

子どもたちには力がある。素晴らしい力がある。癒やしてくれる力がある。包み込んでくれる力がある。それをどう伝えたらいいのか。私は考え続けている。

後日、お母さんは写真を送ってきてくれた。6歳の誕生日のものであった。ケーキ上の6本のろうそく。その一つ一つが今までのことを物語る。そのすべてを包みこむようにA君は笑っていた。

「幸せのかたち」とは？

「この子は私である」

「あの子も私である」

島田療育園初代園長 小林提樹の言葉である。

障害という個性をもっている人たちと私たちと何が違うのだろうか。何も違わない。分け隔てているのは、私たち自身である。そのことをこの言葉は教えてくれている。

「幸せ」とは何だろう。勉強ができて、いい大学に入って、いい会社に入り、高学歴と言われるようになれば「幸せ」なのだろうか。そんなことはない。仕事につまずいて引きこもってしまったり自ら大切ないのちを絶ってしまったりする人もいる。

では、金持ちが「幸せ」だろうか。そんなことはない。生活に必要なお金はないと困るが、お金がありすぎるとかえってそのお金が原因で不幸になる人はいっぱいいる。

私の外来には「障害」といわれる個性をもった子どもたちとその家族が多くやってくる。子どもを中心として本当にうらやましいと思う、ほのぼのとした家族もいっぱいいる。

そこで改めて「幸せ」について考える。

「人はみな平等」多くの人はそう言う。でも、私がどんなに頑張っても、陸上の100m走でオリンピック選手になることはできないだろう。才能や環境はそれぞれである。だから人は平等ではない。でも、自分のおかれた環境の中で、感謝の気持ちを持ち、「ありがとう」を伝え、その中から「幸せのかたち」を築いていくことはで

きる。

学歴やお金は、「幸せのかたち」を築くための道具として必要なのである。いい道具を得ることが「幸せ」ではない。どう使いこなすかが大切なのである。そして、すべての人が「幸せのかたち」を作ることにはできる。だから、「人はみな平等」なのだと思う。

私たちはその「幸せ」の形を作っていくお手伝いをさせていただき、そこから私たちも幸せを分けてもらっているのだと思う。

授業の感想文

授業の一部を紹介した。その後、生徒に授業の感想文を書いてもらった。その感想文を紹介する。

●本当は、最初めんどくさいと思う気持ちで行きました。でも、話を聞いたら、めんどくさがっていてはいられないということが分かりました。なぜ、そういう気持ちになったかと言うと、障害をもった赤ちゃんの動画を見たからです。世の中には、こんなに苦勞している子がいるんだと改めて思いました。

●「いのちの授業」をしてくださり、ありがとうございました。お母さんに自分が生まれたときの話を聞いたとき、わたしは生まれてきて良かったと思いました。

「もしかしたら生まれてきていなかったかもしれない、生まれてきてくれてありがとう」と言われたときは、涙が出そうでした。

今は、反抗してばかりだけど、いつか「生んでくれて、育ててくれてありがとう」って言いたいと思っています。

●今回の授業を受けて、障害を持つ人も、私たちとあまり変わらないということがよく分かりました。同じ人なんだから、同じように接していけばいいんだということが改めてよく分かりました。私の妹は、軽いけど障害をもっていて、ふつうの子より少し遅れているため、他の中学校に行っています。昔何度か妹が少し遅れていることで他の人にかかわれたことがあって、

私はとても悔しかったです。なので、今回の授業を受けて、改めて障害があってもなくてもあまり変わらないということを知ることができて、うれしかったです。

授業の中で、他の人たちが生まれたときの話を聞いて、生まれてくるために、お母さんが本当に頑張ってくれたおかげで、生まれてこれたんだなあと思いました。生んでくれたお母さんのためにも一生懸命生きなきゃいけないんだと思いました。

終わりに

言語聴覚士と看護師を目指す新1年生に質問したところ、脳性麻痺、重症心身障害児、てんかん、超重症児、医療的ケアの5つの用語について、「聞いたことがない」と回答した人は脳性麻痺43.24%、重症心身障害児72.97%、てんかん27.03%、超重症児93.24%、医療的ケア68.92%であった²⁾。

自分が生まれたときのことを知ること。「障害」という個性を理解してもらうこと。この2つの事柄を通して、「いのち」に向き合ってみた。

今、さまざまな「いのちの授業」の取り組みが行われてきている。学校とともに地域の子ども

たちを支えるためには、医療スタッフなどが、授業などを通して、地域に出ていくことが必要である。人とのつながりに、本来は壁などない。見えない壁を作っているのは、我々自身である。

壁を取り去ろう。

そしてつながろう。

子どもたちのために。

エピローグ

「いのち」ってどこにある？

すべてにある。ほくにも、わたしにも、とりにも、むしにも、はなにも……。

「いのち」ってだれのもの？

みんなのもの。

おかあさん、おとうさん、おじいちゃん、おばあちゃん、ともだち、せんせい、ほくをそだててくれたみんなのもの。

引用文献

- 1) 小沢浩: 奇跡がくれた宝物ーいのちの授業ー。クリエイツかもがわ、京都、2014.
- 2) 杉浦信子, 小沢浩: 看護師・言語聴覚士をめざす学生の発達・療育に関する理解度調査. 日本小児科学会雑誌 2018;122(2):476.

各論：地域での取り組み 学校医・園医から見た地域の 子どもたちのメンタルヘルス ー乳幼児精神保健の視点でー

四万十町役場健康福祉課 医監 澤田由紀子

POINT

- ① 子どもの心を理解するためには心を探る
- ② 間主観性的な関わりを心がけて
- ③ 心のすれ違いが起こっている親子がよい関係を取り戻すには、子どもが赤ちゃんに戻る事が大切、そのためには「甘え」が必要

特集

はじめに

今回の執筆にあたり、はじめに私の背景について述べてい

子どものころから人間の心に興味があり、進路を決めた。心理に進むのか医師になるのか、悩んだ中で医師という職業を選んだ。

自治医科大学在学中に乳幼児精神保健と出会い、講演に何度も足を運んだ。5年生の時に東京乳幼児精神保健学会地域大会があり、終了後地元高知に当時の乳幼児精神保健分野での第一人者元ジュネーブ大学教授 Bertrand Cramer先生が来られ、通訳としてお手伝いをした。心に向き合っているCramer先生はすぐに私の心に入ってきて、翌年の卒業旅行はスイスのCramer先生のご自宅に泊りに行った。言葉の壁があっても、一度しか会っていない先生のお家は居心地の良さがあつた。後にこれが間主観性の世界だと知った。

間主観性とは「心の響きあい」と言われている。人間と人間が向き合うとその間には心が動く。動いた心がpositiveであればいい関係が生まれるが、negativeな感情となると人間関係はうまくいかない。私たち医療従事者と患者との間に起こる関係も間主観性と捉えることができる。患者と医師の間にいい心の響きあいがあれば信頼を得ることができるということになる。

心の面白さを知った私は、医師になって2年目、研修医の身でありながら1週間休みをもらって、世界乳幼児精神保健学会に参加するためフィンランドに行った。これが乳幼児精神保健の分野にどっぷり足を踏み込む大きな一歩となった。その後、日本乳幼児精神保健学会 FOUR WINDSの立ち上げに関わり、現在幹事として関わっている。

平成15年に今の地域に赴任し、学校医・園医として子どもたちを見守っている。すでに母親になった子どももいる。小さな地域で学校医・

園医でいるということは子どもの成長を見ることができ楽しみである。地域に出る前は、地域の子どもたちは元気いっぱい悩みもなく天真爛漫に生きていると考えていたが、実は子どもたちは閉鎖的で変化のない社会の中で生きており、そこに住んでいる大人はまだまだ古い日本の考えの中で生きていることが分かり、さまざまな親子に関わってきた。

関係性障害とは

学校医・園医をしていると気になる子どもの相談を受けることも多い。そういう場合は「関係性障害」の概念をどこか頭の片隅に置いておかななくてはならない。「関係性障害」とは、「心と心のすれ違い」のことだ。赤ちゃんが生まれて成長するのと並行して、親は親として成長していく。同時に親と子の関係性も育っていく。この関係性の育ちがうまくいかなかった場合を関係性障害という。そして、子どもの問題行動や発達障害様症状の中に多くの関係性障害が含まれていると考えられている。相談を受けた時には、まずは親子の心のすれ違いがないのかどうかを考えてみるのが大切になる。すれ違いが分かると親は子どもの行動の意味が分かり、子どもを受け入れることができるようになる。すれ違いが大きいほど治療には時間がかかるが、この治療に私たちは日本の子育て文化である「甘え子育て」を使っている。関係性を作り直すためには甘え直しが大切になる。甘えとは「抱っこ・おんぶ・一緒に入浴・一緒に寝る・一緒に遊ぶなど」昔から日本にある子育て文化である。

早期の関係性障害は、周囲の気づきによって把握され、難しくない介入で改善されるが、子どもの言動に対する親の考えがnegativeになってしまい、周囲の介入によっても改善されず、最終的には「子どもをかわいと思えない」と話したり、子どもの自然な行動が親を脅かす行動（例えば、子どもが泣くと母親を責めている気がする）に変わってくる。このような場合は問主観的な関わりのできる専門医療機関での治療が必要となってくる。これらの関わりが将来の

虐待予防となると考えられている。

現在4園、4小学校、3中学校、1高校の学校医・園医をしている中で、どこにでもありそうで、一般医でも治療可能である症例を示す。

症例1 小学4年生女児A

学校の先生から、不登校傾向にある子どものことで相談があった。今まで何の心配もないA。ここ1週間学校に行けていない。小学1年生の弟がいる。成育歴や家族の中の問題を探るが見当たらない。

Aと話をした時に出た言葉が「頑張らんといかんと思うけど、頑張れんがよ」ゆっくり話を聞いているうちに「弟は宿題をただで褒められていいこと」と。

弟は手のかかる子、家で宿題をただで褒められていたが、Aはしっかりしており宿題も自主的に終わらせていたためそれが当たり前になっていた。学校のさまざまな活動も積極的にでき、リーダー的存在であった。大人から見ると問題のないいい子であったA、しかしAは、「大人は自分に何も声をかけてくれない、自分の頑張りが足りないのだ」と捉え、頑張って頑張って疲れてしまったのだ。親と教師に説明し、たくさん認めてあげること、またAには「疲れたらちょっと休憩していいよ」と話をした。

数日後Aは元気に学校に行けるようになった。

Aは頑張り屋さんのいい子。大好きな母親に褒められたくて認められたくて頑張っていたのだが、親も教師も「当たり前」と捉えていたところに小さな心のすれ違いが起こっていた。親と教師もすれ違いを理解し、関わり方を変えることができ、Aも元の自分の姿に戻ることができた。

症例2 4歳女児B

両親、1歳の弟の4人家族。弟の外来診察後母親が「最近Bの食事の量がすごく減っており心配」と相談してきた。保育園の先生に相談したところ医療機関で相談するようと言われたと

のこと。成育歴、家族の中にも問題は見当たらない。

おしゃべりなBに「どうしてご飯食べないの?」と聞くと「だってみんなが私のことを重たいっていうの。いっぱい抱っこしてもらいたから体重が増えないようにご飯を食べないようにしたの」その言葉に母親が「もう4歳と思って、つい重たいと言ってしまっていました。まだまだ甘えたい4歳なんですよ」と答えた。その後Bはみんなにいっぱい抱っこしてもらい食事の量も戻った。

Bはお母さんが大好き、お母さんに抱っこしてもらえないことは大変なこと。抱っこしてもらうためにどうしたらいいのか? 4歳の女の子が考えた結果が「食べない」ということだった。小さな心のすれ違いが起こってしまったのだ。そばで聞いていた看護師が「母親の抱っこは食べることよりも大切と思う子どもの心を知って涙が出ます」と話してくれた。

症例3 5歳男児C

関係性障害の講演を保育園で行った後、母親から相談があった。

「4歳の時に離婚後実家に帰ってきた。児が1歳半健診時、落ち着きがないとのことで療育センターを紹介され、その後『精神発達遅滞、1歳半の遅れ』と診断をされていた。毎月療育センターでの診察やりハビリに通っていたが、母親は子どもに遅れがあるとは思えない、診断が間違っているのではないか、今日話を聞いて関係性障害ではないか」ということだった。

母親はCが1歳半ごろ離婚の話があり、精神的にも不安定だった。その時にCに発達の遅れがあると言われてショックで落ち込んでいた。その後離婚の話も進み実家に帰ってきた。月1回の療育センターへの通院は続けていたが、さまざまなテストを行うが、家庭でできていることも全くできないために帰宅の車の中で毎回泣いていた。家に帰って同じことをするとできるCに対して腹が立ち叩いてしまうこともあった。

療育センターの医師からは「小学校は特別支援学級となるでしょうから診断書は書きます」とはっきり言われていたとのこと。

母親はCが療育センターに通院していることを話したくなかったため、保育所に話していなかった。母親と一緒に園長に話をした。園での様子は全く気になることはないとのことであった。「園で全く気にならない子どもが特別支援学級に進級することはない」「子どもはお母さんの心を映す鏡のようなもの。お母さんが泣きたくなるところと一緒にいった子どもが落ち着いて集中して課題に取り組めるはずはない」と説明をし、通院をやめるように勧めた。

その後通院をやめており、Cも家庭でも保育園でも問題なく過ごしていた。Cが年長になった時に療育センターから「Cが小学校に進学する時に診断書が必要でしょうから一度来てください。」と電話があり、母親も心配になり来院。検査の結果、医師から「自然治癒した」と言われ信じられなかった。現在Cは中学3年生となっており、母親も再婚し兄弟ができ、学校生活も全く問題なく生活をしている。

1歳半健診時母親は離婚問題で精神的に不安定であった。その不安定な心をCは感じ取って落ち着きのない行動をとっていたのだろう。その後離婚に至り母親は落ち着き、Cも安定した母親の心に触れ、行動も落ち着いてきたと考えられる。しかし、医師から毎回「遅れがある」と言われ泣きながら通っている母親の姿を見ると療育センター通院時には毎回混乱した母親の心に触れ、Cの心も混乱させられたと考えられる。母親にとって目の前にいるかわいいはずのCが自分を苦しめる存在になっていたのだ。子どもは「大好きなお母さんが見る自分はお母さんを苦しめる存在になっているのだ」と感じていたのだろう。通院をやめることでお母さんの心は落ち着き、目の前のCがかわいく思え心のすれ違いが改善され、Cは元気いっぱいの子に戻れたのだと考える。

症例4 小学3年生男児D

両親、D、妹(5歳)、弟(2歳)の5人家族。

父親は警察官のため、転勤が多く近くに子育てを助けてくれる身内はいなかった。Dは元気いっぱいの子だった。東日本大震災後、父親は被災地に1週間派遣され、母親は余震や放射能のことが心配で毎日不安の中で生活していた。一日中テレビを見ており、「余震があった」と聞くと「お父さんは大丈夫だろうか?」と口にしていた。

数日後Dがお寺のお守りを盗んで見つかりお寺から連絡があった。またお店から小さな髪飾りを盗んで見つかり連絡があった。母親は父親が不在の中どうしたらいいのか分からず担任に相談をし、学校医への相談を勧められた。

Dは親思いの優しい子。父親が不在の中、父親の心配をして暗い顔になっている母親を何とか元気にさせようと父親にあげるためにお守りを盗んでしまった。小学3年生の男の子がお守りが本当に欲しいと思うはずはなく、すべては大好きなお母さんのためだった。髪飾りもお母さんの笑顔を見たかったから盗んだとのこと。しかし、その行動は父親不在で不安になっている母親を苦しめる行動にしか母親には考えられなかった。お母さん思いの心優しいDの行動であることを母親に説明すると、母親もDの心に気が付き、Dを泣きながら抱きしめ「ありがとう」と言った。盗むことはよくないこととはきちんと説明した。すぐに父親も帰ってきたため、母親にも笑顔が戻りDはいつもの元気いっぱいのやさしい子に戻ることができた。

症例5 中学2年生女子E

母親が学校カウンセラーに勧められて外来受診、Eの行動が気になるとのこと。少し前から寝る前に布団の上で飛んだり跳ねたり電気を消したりつけたり30分くらいしている、気に入らないことがあると壁を叩いたり、戸を蹴ったりする、シャンプーの詰め替え用ボトルを1本全

部、またトイレットペーパーを1巻全部1回で使う等々異常な行動が続いており、心配だとのこと。母親は診察室に入った瞬間に大粒の涙を流した。話を聞いていると心の問題ではなく精神科への紹介が必要だと考えていた。翌日Eと話をした。話をするとEはかわいい普通の女の子だと分かり、親子の関係性の問題と考えて母親から幼少期からの話を聞いた。Eは幼少期からのんびり屋さんで何をするにも時間がかかった。「このままでは特別支援学級になりますよ」保育園の先生がそう言ったとは思えないが、母親の記憶の中ではそう言われたと話した。母親は「甘えさせずに厳しく育てよう」と決め子育てをしてきたとのこと。ここに親子の心のすれ違いがあることが分かり、「甘え直し」を提案した。

徐々にEは甘えを母親に出してきた。一緒に寝る、一緒にお風呂に入り身体を洗ってもらう、宿題をする時には母親に横に座ってもらう、中学2年生とは思えないような甘えの行動に母親は戸惑いながらも受け入れてくれた。その後前述の異常行動は徐々に減り、甘えも自然になくなった。

その後Eは専門学校に進学、就職、結婚、現在は4児の母として育児に奮闘している。結婚式にはなぜか親族席に座らせてもらい素敵な花嫁姿を見ることができた。

Eはのんびり屋さんの甘えん坊。保育園の時の保育士の言葉で母親はのんびり屋さんのEが「ダメな子」と言われたと感じ、甘えたいEの気持ちを一切受け入れずに育ててきた。ここに心のすれ違いが生じていたことになる。甘え直しが必要と考え提案したところ、Eは見事に甘えたかった幼児に戻り満たされていなかった心を埋めていった。心が満たされると甘えの行動は自然に消え、元気な元の姿に戻ることができた。

おわりに

「子どもの行動には意味がある，子どもの心を探るのは推理小説のよう」乳幼児精神保健の分野に足を踏み入れた時に教えられた言葉である。子どもが何か気になる行動を見せた時，その行動だけを見るのではなく，子どもと養育者，特に母親との関係がどうであるかを詳細に観察する必要がある。そしてどうして子どもがこういう行動をとるのか推理していくことが大切だ。そのためには子どもの日常に常に接している保育士や教師から見た親子の関係性の情報が大切になってくる。また困っている親子を支援するためには話しやすい関係づくりも大切である。

「甘え子育て」は昔から日本にある子育て文化だが，時代の流れとともに忘れられてきている。

私たちは素敵な文化をもう一度取り戻さなくてはならないと考えている。

「心の響きあう関係」つまり話しやすい関係作りも大切である。また親が安心して，安定した心で子どもの「甘え」を受け止められるよう，治療者が支えることが必要となる。

参考文献

- 1) Cramer B(小此木啓吾，福崎裕子 訳)：ママと赤ちゃんの心理療法。朝日新聞社，1994.
- 2) Stern DN(馬場禮子，他 訳)：親－乳幼児心理療法。岩崎学術出版社，2000.
- 3) 丸田俊彦：間主観的感性。岩崎学術出版社，2002.
- 4) 渡辺久子：乳幼児精神医学から乳幼児精神保健へ。乳幼児：ダイナミックな世界と発達。安田生命社会事業団，1995，p1-22.
- 5) 澤田敬：あまえ子育てのすすめ。童話館出版，2012.

各論：地域での取り組み 「性」を通して生きる力を育むために

ヘルスプロモーション推進センター 代表・厚木市立病院泌尿器科 岩室紳也

POINT

- ① Information・Education・Communicationのセットが重要
- ② 子どもたちが直面している生きづらさの根源
- ③ 表面的なトラブルの根底にあるものに着目
- ④ 昔の思春期と今の思春期は全く異なる
- ⑤ 性教育を子どもたちと、子どもたちがつながる手段に

臨床医と公衆衛生医の視点の違い

筆者が30年以上前に泌尿器科医の経験をもとに性教育を始めた頃は正しい知識を伝えていればそれなりに学校で受け入れられ、年間100校ほどで講演するまでになりました。しかし、気が付けば初期の頃に話していた内容と、現在話している内容は大きく変わっていました。

よく「性教育で何を伝えるべきか」と聞かれるのですが、こう質問してくる方は、性感染症、二次性徴、コンドームといった具体的なテーマに関する答えを求め、生徒たちがトラブルを回避するためにどのような情報を伝えるべきかを知りたがります。しかし、公衆衛生に長く関わっていて、そもそもコンドームが使える人と使えない人の違いを含め、思春期の若者が抱えているもっと本質的なところに焦点を当てる必要があることに気づかされていました。

健康教育で大事なIEC

性教育の前に、健康教育で大事な視点を再確認してください。IEC、すなわちInformation(情報)をどれほど正確にEducation(教育)しても、増えるのは知識だけです。その知識を活かすには、Communicationを通した課題の実感、感動や経験の共有、さらには仲間からのプレッシャーがなければLife Skill(生きる力)は発揮できません。筆者は現在ほぼ標準体重を保っていますが、14年前は現在より12キロ太っていたメタボ状態でした。もちろんやせる努力をしていますが、現実には右肩上がりで体重が増え続けていました。その状況を一変してくれたのが久しぶりに会った保健師さんとの会話でした。

「先生、なんだか顔、変わりました？」と暗に醜くなったと言わんばかりでした。もちろんカ

特集

チンときた私はそれから半年で12キロ減量することに成功したのですが、ここで改めてCommunicationの必要性を感じました。もちろん家内も注意もしてくれ、食事にも気を付けてくれていましたが、自分のことを動かすには至らなかったのも事実です。

ポピュレーションアプローチの誤解

公衆衛生をしっかり学ぶまで筆者は、ハイリスクアプローチは高いリスクを背負った人へのアプローチで、ポピュレーションアプローチは集団全体への啓発活動だと誤解していました。ジェフリー・ローズはポピュレーションアプローチを集団、社会全体に蔓延するリスクへのアプローチと定義しています。学校での性教育もポピュレーションアプローチの手法の一つではありますが、どのようなリスクに焦点を当てたアプローチ(性教育)が求められているのかをきちんと整理しておかなければ、結果的にピント外れの啓発活動になりかねません。

学校は望まない妊娠や性感染症といった性のトラブルに巻き込まれる生徒さんに対してどのようにアプローチをすればいいか悩んでいます。保健室では養護教諭が個別に相談や指導に当たり、知識不足、家庭問題といった背景に思いを寄せ、できる範囲でのアドバイスを行っています。近年、進学校では卒業生たちが性犯罪の加害者になるといった現実を受け、「なぜ、あのようないい子が犯罪者に」と理解に苦しみつつ、何とかしなければという思いで講演依頼が舞い込んでいます。ぜひその時は、同じようなリスクにさらされていても、同じような境遇にあってもトラブルを回避できている子たちと回避できない子たちの違いを学校の先生たちと一緒に考えてください(図1)。

教科書が求める「自己実現」と「self-actualization」の違い

学校との連携を考えている方は、最新の教科書を入手し、その内容を把握しておいてくださ

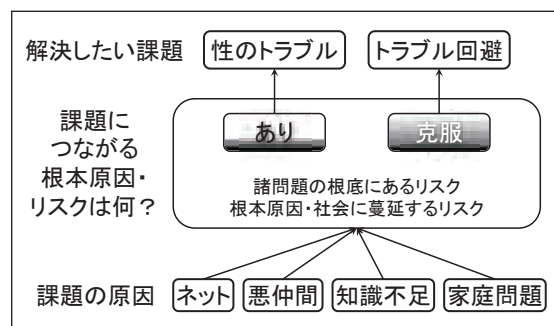


図1 トラブルを回避できる人、できない人

表1 自己実現は、心の健康につながる¹⁾

「～になりたい」「～してみたい」など、自分なりの目標をかかげてそれに近づこうとすることや、それを達成することを自己実現と言います。人間には、自分自身を高め、持っている力を最大限に発揮したいという高次の欲求があり、それが自己実現の原動力となっています。

考えてみよう：自分の目標は何だろう。いま、それを目指して何をしているだろうか。また、どの段階にいるのだろうか。

表2 Characteristics of self-actualizers²⁾の筆者訳

1. 正確に現実を知覚し、未知や曖昧さを好む
2. 自然・環境・他人を受け入れる受容性がある
3. 行動が自発的かつ自然体で気取りや作為がない
4. 普遍的かつ社会的な課題が興味の中心にある
5. 孤独を好みプライバシーへの欲求が強い
6. 物理的・社会的に外部の環境から独立している
7. 認識が絶えず新鮮でさまざまなことに感動する
8. 神秘的な体験に価値を感じる
9. 人類全体に対して役に立ちたいと考えている
10. 少数の人間との深い結びつきを重視する
11. 民主的な性格で他者への偏見が薄い
12. 手段と目的が明確に区別でき、目的を重視する
13. 哲学的で悪意のないユーモアセンスを持つ
14. 健康的な子供に近い創造性と独創性を持つ
15. 特定の文化に組み込まれることに抵抗する

い。高校の保健体育の教科書に書かれている内容です(表1)。マズローの「欲求の5段階説」はあまりにも有名ですが、英語表記は「Maslow's hierarchy of needs」です。心理学の分野での

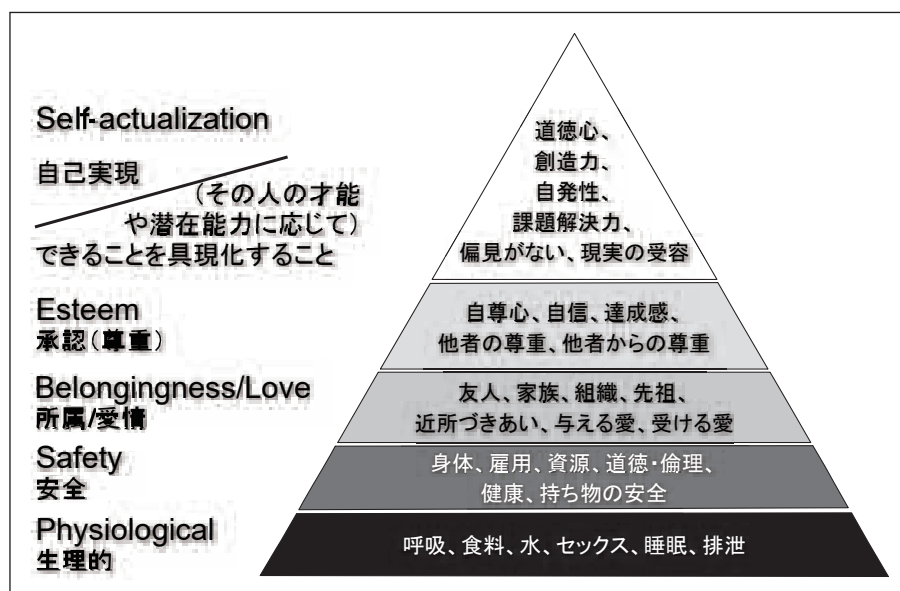


図2 Maslow's hierarchy of needs

needsの解釈はともかく、教科書に記載された内容を読むと、人間には相当高次の欲求があるかのようなプレッシャーを感じざるを得ません。一方でCharacteristics of self-actualizers, すなわち自己実現と訳されているself-actualizationを果たした人たちに共通する15の特徴(表2)を読むと、教科書に書かれている自己実現とは異なる印象を持ててしまいます。

改めてマズローの欲求の5段階説の5つの階層とその要素を示します(図2)。生理的なことや安全上のことは必要とも欲求とも理解できますが、所属や承認は欲求というより必要とすることと思われます。また、self-actualizationの要素からも、「自己実現」というより「(その人の才能や潜在能力に応じて)できることを具現化すること」と理解した方が分かりやすいと思われます。また、このself-actualizationも欲求というより必要とすることではないでしょうか。このように考えるに至ったのは、若者たちの現実に接し、あまりにも大人たちの常識や理解を超えた状況があることを目の当たりにしたからです。

若者の性の状況と知識の実際

大人たちは中学生、高校生を相手にする際に、自分自身の経験をベースにこの年齢ならこれぐ

らいは知っているだろうという前提で、「正しい知識が大事」「自分を大切にしよう」「生きる力を育もう」ときれいなスローガンを並べます。

一方で若者たちの性体験率が低下している要因として、男たちがアダルトビデオを含めたバーチャルな情報が真実かのように誤解し、とてもできないとセックスを拒否するようになり、学校現場での性のトラブルも実際に激減しています。そのため、学校現場は性に関する指導は不要とさえ考えるようになっていきます。

では中高生たちの実情、知識と行動の実際はどのようなになっているのでしょうか(表3)。もちろん全員に当てはまるわけではありませんが、

表3 若者の性の実態

1. 友達と性の話をしない
2. 包茎、マスターベーションを知らない
3. 床、ベッドにこすりつけるマスターベーションをしている(男子)
4. 妊娠すると月経が止まることを知らない(女子)
5. 高校生でもコンドームを知らない、見たことがない
6. アダルトビデオを大人がする普通のセックスと思っている
7. アダルトビデオのようなセックスができないから2次元でいいと考えている

このような生徒が一定数いることを知った上で、事前アンケートを行ったり、学校とどのような性教育が求められているのかを入念に調整する必要があります。

若者の声に耳を傾けたい

大学でこころと性に関する2時間の講義の後、自由記載のレポートの提出を求めところ、次のように自分の性体験を振り返ったり、日常の中での生きづらさに関する記述(表4)が驚くほど多く提出されました。

表4 若者たちの生きづらさ

自分に自信がない
 自分が傷つくことが怖い
 自分は愛されたいが、愛されていないと思う
 人が自分を好きになるはずがないと思う
 失敗を避ける
 不安の塊
 人と比べてしまう
 自分が嫌い
 人見知り、コミュ障と決めつける
 どう見られているかが気になる
 相手に、周囲に合わせる
 人間関係が面倒
 友達が少ないわけではない
 SNSが居場所
 家に、家族に依存
 家にしか居場所がない
 相談するのが苦手
 無関心
 必要とされたい
 認められたい
 嫌われたくない
 相手の反応がすべて
 答え、正解を探す
 全か、無かの発想
 聞く耳を持ってない
 すぐ、全否定と受け止める
 自分の弱さを見せない、見せられない
 寂しさより楽を取る
 LINEでは盛り上がるが一緒だと話が弾まない
 必要とされていることをセックスで確認

失恋するぐらいなら2次元で満足
 気づかいばかりのSNS
 目立たないようにする
 考えることを放棄する

●私にとって、セックスをしたいと思うのは、行為そのものに快楽などの魅力を見出しているためというよりも、「自分が誰かに必要とされている」という自分への需要を確かめ、承認欲求を満たしたいがためのようです。

●私は付き合ってもいない人とセックスをしたことがあります。それも一人や二人ではありません。快楽を得たいがためと思っていましたが、岩室さんの話を聞いて、居場所を求めていたのだと初めて分かりました。女性としての存在価値がそこにはあるような気がして、必要とされていると感じてしまったりして、そうなくなりました。今はそういうことはしていません。勉強やバイトで忙しいからだと思っていましたが、自分の居場所を学校やバイトで見出だせなかったのだと、今日分かりました。

さまざまな問題の根底にあること

思春期のみならず、近年問題になっている「こころ」「性」「薬物」³⁾「インターネット」の各トラブルは実は根底のところで課題を抱えている人たちに共通する社会に蔓延するリスクがあることが分かります(図3)。

多くの人は思春期に、自然な成り行きに任せ、体や心の変化を通して、悩み、ストレスを抱え、時にはトラブルに巻き込まれながら、他者とそれらのことを共有しつつ成長していきます。しかし、現代社会では保護者は子どもたちがトラブルに巻き込まれないように、それこそ他者との関係性を避ける方向で子どもたちを導いてはいないでしょうか。

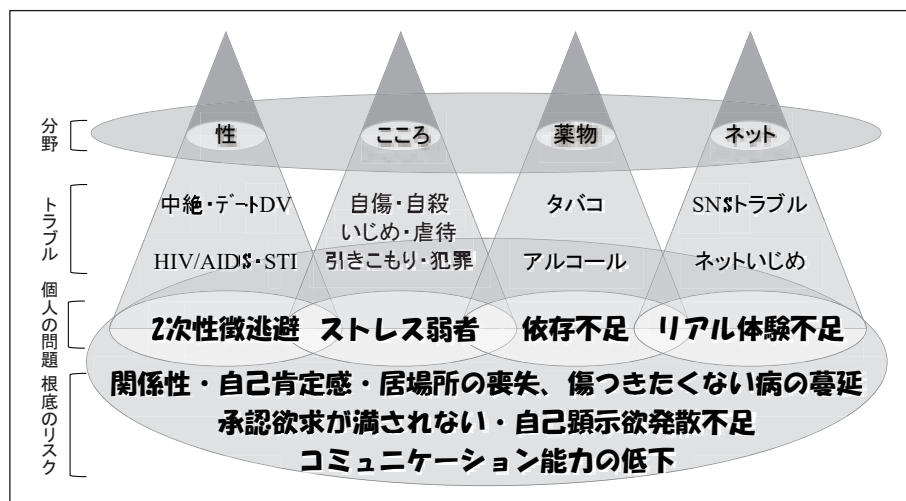


図3 問題の根底にあるリスク

求められている性教育とは

筆者が行っている性教育の目的が何かを問われた時は「性を共通の話題にした仲間づくり、仲間とのコミュニケーションの輪を広げてもらうこと」と伝えています。学校の教師も生徒のコミュニケーション能力の低下に気づいており、学校医、外部講師が同じ問題意識を持つことで協働の意識が育つと思われます。

アダルトビデオだけではなく、性情報が氾濫しているインターネット、今やNHKのドラマでも取り上げられるボーイズラブ(男同士の恋愛)を取り上げた漫画等々、若者たちが接しようとするばさばさ性情報に接することが可能となっています。その一方で、それらの情報に接しないまま思春期を通り越し、社会人になってから痴漢といった性犯罪に手を染める人が後を絶ちません。「痴漢は依存症です」という帯で注目を集めた「男が痴漢になる理由」⁴⁾の著者の斉藤氏は、「痴漢の多くは良き家庭人である」とも言っています。すなわち、家でも、学校でも、職場でもいい子で通してきた結果、自分自身の達成感が低いため、痴漢で成功体験を得ると逮捕されるまでやめられなくなる依存症だとのこと。

アダルトビデオの痴漢シーンも、その後の被

害者と加害者(痴漢)との一見合意の上でのセックス場面はつくりものということ。小児性愛、ロリコンの映像をネットに投稿することは犯罪だということ。自分の裸の写真をパートナーに送ると拡散されて回収不能になること。このようなトラブルの実際について伝えることの必要性を否定するつもりはありません。しかし、そもそも犯罪に手を染める人と染めない人、性のトラブルに巻き込まれる人と巻き込まれない人の違いが何かを考える必要があります。友人、仲間とこのような話ができる人は、その仲間たちから情報を得るだけでなく、仲間たちからそのことの善悪も学ぶことができます。ぜひ性教育を、性という題材を通して人と人がつながり、悩み、そして高め合う関係性の再構築を目指すための手段ととらえた性教育を展開していただければ幸いです。

文献

- 1) 和唐正勝、他：最新高等保健体育 改訂版。大修館書店、東京、2019、p48.
- 2) Abraham H Maslow: Motivation and Personality (2nd Edition). 1970, p149-180.
- 3) 岩室紳也、他：つながりから考える薬物依存症。大修館書店、東京、2018.
- 4) 斉藤章佳：男が痴漢になる理由。イースト・プレス、2017.

各論：地域での取り組み 喫煙防止教育 —地域保健の礎となる学校教育の視点で—

NPO京都禁煙推進研究会・医療法人久仁会 どうクリニック 院長 土井たかし

POINT

- ① 喫煙防止教育は、ヘルスリテラシーを育む教材として適している
- ② 知識を伝えるだけでなく、自分事として考える授業を提供することを目指す
- ③ 地域に必ずある学校での健康教育は、生徒を通して地域に伝播していくことで、地域保健活動の礎となる
- ④ 思春期にありがちな反抗的な気分を持った生徒がいることも意識する
- ⑤ 喫煙の害などの知識としての外的動機づけのみならず、自らが喫煙を選択しないという内的動機づけを促すことは、将来、喫煙開始を選択しない可能性を高める

はじめに

喫煙防止教育については、教育指導要綱においてもその必要性がうたわれ、全国各地でさまざまな工夫で、多くの教育職、医療職が行い、授業前後での効果的な取り組みが実施・検証されてきた。短期的な授業の効果が示される一方で、長期的な視点として、喫煙可能である年代に成長した際に、「学校教育により」喫煙を選択しないことを高めたという報告はない。教育職・医療職のたゆまぬ努力が有りながら、このような現状があるのは、決して、個々の取り組みが劣っている訳ではなく、日本でのタバコ問題に関する行政の仕組み、法的位置づけを基にした社会的容認などのために、身近に喫煙する成人

がいる生徒たちに伝える難しさが一番に上げられる。また、生活指導という枠にとらわれ、望ましい教育効果について教育職と医療職が共有できなかったことも一因かもしれない。

NPO京都禁煙推進研究会と京都府立医科大学地域保健医療疫学が共同して、2001年(平成13年)からタバコフリーキャラバンと称し、小学校・中学校・高等学校で体験参加型の喫煙防止授業に取り組んできた¹⁾。これまでの報告^{2), 3)}に加え、授業を受講した生徒たちの感想の分析や学校関係者との振り返りからの考察も交えて紹介する。

喫煙防止教育の必要性

「Smoking is a pediatric disease (喫煙は小児科の病気である)」と言われ、喫煙習慣が未成年世代から開始されることは広く知られている(図1)⁴⁾。米国での30歳代の喫煙者の調査では、18歳までに80%が喫煙を開始していた⁵⁾。また、日本赤十字社和歌山医療センター、池上達義氏の調査では、現在の喫煙者のうち18歳までに50%、20歳までに90%、25歳までに98%の人が喫煙開始していた。以上のことから、喫煙習慣を付けないためには、未成年の間に、吸わないことを意志決定し行動できることが重要だと考えられる。また、中学生を対象とした調査⁶⁾では、「タバコは20歳になってから」「タバコを吸うと肺がんになります」と言われたら、「むしろ吸いたくなる」と答えた中学生が各々5.7%、1.8%、「何とも思わない」という30%、11.4%、その他の64.3%、86.8%が「吸わないでおこうと思う」という結果であった。思春期に見られがちな「ダメ」と言われたら「やりたい」、「待て」と言われたら「待てない」生徒は一定数いて、そのような彼らの試し喫煙などをきっかけに「何とも思わない」層に拡がるのが現状であると考えられる。将来のさらなる喫煙率の低下のためには、思春期特有の気質を持った生徒も含めて、吸わない選択をするような授業が求められている。

喫煙防止教育に関するエビデンス

喫煙防止のための教育は重要であり、世界中でさまざまな取り組みをされてきたものの、小中高校での喫煙防止教育の成果を数年から10年後に確認する難しさなどもあり、現在でも、エビデンスのある特定のプログラムは存在しない⁷⁾。教育の成果がいかなる形で発揮されるかの判断が難しいことに加え、喫煙開始や継続には、マスメディアだけでなく、実生活においても社会的環境の影響が大きいことが言われている⁸⁾。地域の祭などの際に、地域のリーダーが未成年者の飲酒や喫煙を容認するようなケースが以前は見られており、日常生活の中で、家族、上級生、

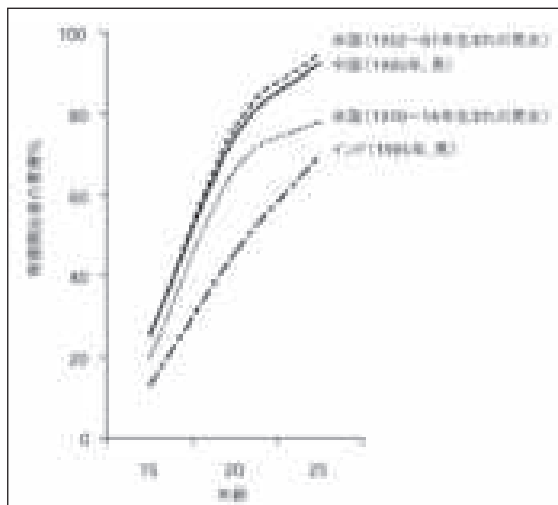


図1 若年期から始まる喫煙

(<http://www.health-net.or.jp/tobacco/sekaiginkou/Chapter1.html>)

地域の年配者など周囲の関係者の喫煙が、個人の日常に与える影響は大きい。

しかし、エビデンスがないとは言え、教育が無用なわけではない。個々の教育プログラムの有効性を見るだけでなく、地域全体を包括的に見て評価することが求められている⁹⁾。世界保健機関(WHO)が制定し日本も批准している国際条約、タバコ規制枠組み条約(FCTC)¹⁰⁾の第12条においても、受動喫煙の危険性を含めた喫煙防止教育の必要性がうたわれている。つまり、教育はただ単に、対象生徒が吸わないようにするという意義を越えて、メディアキャンペーン、タバコの値上げ、パッケージの警告表示の強化(写真など画像の描写)なども視野に入れた、包括的対策の一部となっている^{7), 8)}。

また、確実に有効なプログラムは明らかになっていないものの、効果がないプログラムの特徴は明らかにされている。

- ① 危機感に訴える(特に脅し教育や説教を伴うもの)
- ② 突発的で調整されていない
- ③ 学校教員の関わりがなく、外部の講演者や資源に頼っている
- ④ 教員の訓練や支援の供給がない

以上の4つである⁷⁾。つまり、とにかくやればよいということで、医療関係者が学校に出向きタバコの害(喫煙者は何倍肺がんになりやすい

など)を羅列した講義をして、その後にフォローをしない形であれば意味を持たない、ということである。

体験参加型喫煙防止教育について

1. 授業提供の体制

2001年に京都府下の保健所と大学、NPOの協力によって実施された「クイズを解きながらタバコについて学ぼう」という中学校の授業が原型である¹⁾。その後、大学との共同により実施校が増加し、京都府医師会の事業化、京都市教育委員会の事業化に加え、近隣の府県からの依頼もあり、2015年度には13,000人を超える生徒・学生に授業を提供した。しかし、その後、学校現場での喫煙生徒に関する指導件数の減少や授業時間の確保の難しさから、授業件数は減少している現状がある。スタッフは、NPO会員を中心とした医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会に所属する専門職をはじめ、地域の保健所、保健センターの職員のほか、実習やサークル活動の一環として参加する大学生、地域の健康リーダーなど複数で担当し、特に生徒の年齢に近い大学生の参加は、ピア教育の視点からも効果が高いと考えている。教材費や交通費などの費用は、京都府、京都市教育委員会、京都府医師会などが分け合い拠出されている。なお、授業の予定はNPOのホームページ(<http://www.tobacco-free.jp/>)のカレンダーにて公開しており、学校の許可が得られれば見学可能である。

2. 講義の内容

授業は基本的には2時限(90~110分)を使い、スライドを用いた講義とプリントワークを含めたワークショップを組み合わせた形態を取っている。講義の担当者は、特定の職種に偏らず、学生も含めたメンバーでのリレートークの形を取っている。話し手が変わることで、聴講する学生たちの集中力を持続させる効果がある、と事後アンケートでも評価を受けている。ボランティアで参加する大学生に対しては、ボランティア証明書や参加回数に応じた参加認定書を

表1 若年者の特徴を理解

若年者	だから若年者にはどうするか
今を生きている	遠い将来のことは、あえて話さない 今の息切れ、今の肌荒れなどを中心に
社会に対しての 反動的気分	専門家だからと上からものを言わない 「未成年だから」「法律・規則」は絶対
エネルギーに 満ち溢れている	暗い真面目な雰囲気にはついていけない。 元気で明るく、が原則
目から情報を 受け入れる傾向	字を減らしてイラストなどで勝負する 目が見えているので資料真剣に選ぶ
友人関係が 非常に大事	1人だけ?に集中してしゃべっても虚しい 関する集話や友達関係を押さえておく

発行するなど、学生活動としての意義を見出せる形を提供している。話し方としては、専門家として上から目線での伝達になることなく、生徒自身が内容を覚えるより、「自分はどうする?!!」ということを考える授業を目指している(表1)。学校としては、基本教科や健康教育以外にも、携帯電話使用、SNSの使い方や人権教育など多くの課外教育が必要であり、タバコに関する授業を2時限確保することは困難なケースもあるが、喫煙問題に限らず、ヘルスリテラシー教育の一端も担っており、継続する学校も少なくない。

レクチャーパートは概ね以下の8パートからなっている。

- ① 売り方を知る: 若年層をターゲットにしたマーケティング
- ② 世界と日本の違い: パッケージや販売方法、法律について
- ③ タバコに含まれているもの: 食べることを禁じられている物質が含まれる
- ④ 依存症の仕組み: なぜ大人は吸っているのかを理解する
- ⑤ 身体への影響: 今の息切れ肌荒れ、目に見える口腔の変化を中心に
- ⑥ 受動喫煙: 吸わない人にも関係ある問題である
- ⑦ 卒煙のコツ: 止めて欲しい人が身近にいるからこそ吸わなくても知る必要あり
- ⑧ 社会的環境: なぜ売っているのか

最近、使用者が増えている加熱式タバコについては、タバコであることには変わらないこと

を含めて、最新の情報として伝える必要がある。また、吸わないことが前提の生徒に対し、⑦を伝えるのは、授業を受けたことで身近な喫煙者へ禁煙を促す声をかける生徒が多い一方、伝え方次第では、逆に大人から叱責されるケースが散見され、止め方のコツも併せて伝えてもらうためである。

3. 体験参加型ワークショップの内容

体験参加型のワークショップは、レクチャーパート⑦と⑧の間に行い、「タバコふしぎ発見クイズ」、「君はタバコマンになんていう?」(図2)のワークシート2枚を持って、AからDまでの各コーナー(表2)を回る。クイズの広義の中で伝えた内容に加え、コーナーに掲示されたポスターで回答が分かるようにし、クイズ用紙は手元に残し、もう一方は提出する。クイズのみ回収しないのは、最後に答え合わせをして、生徒自身の振り返りの機会を作ることと、家庭に持ち帰り、両親など大人との会話の話題提供にってもらうことを目的するためである。生徒たちの発想は実に豊かで自由であり、授業を提供している者にとっても楽しい点であり、一部を紹介する。

「止める気にさせる言葉」では、「卒煙して長生きして、私の子どもの面倒を見てほしいので、卒煙を応援するよ」、「川柳」では「その一本 泥沼への 第一歩」と切実な句があれば、「なぞかけ」では、「タバコとかけて陸上選手ととく そのころはびょうき(病気・秒 気)になります」などウィットに富んだ作品にも頻繁に出会える。文字表現が苦手でもイラストで素晴らしい作品を作成する生徒も少なくない。

各コーナーに設置する教材、伝えたい内容、スタッフを表2にまとめた。参加する生徒数や開催場所などは、学校側と相談の上、臨機応変に対応する。

4. 「なぜタバコを売っているか」に如何に答えるか

最終のレクチャーパートである「⑧ タバコの社会的環境」を伝えることは、小学校高学年以上では必須と考えている。この点を省くと授業後の感想で「では、なぜ売っているの」「それなら売らなければいいのに」という記述が散見される。よって、この部分を省くことは、だめなことを表面的にしか伝えない建前論を伝えられたと受け取られ、大人の欺瞞と感じ、却って、

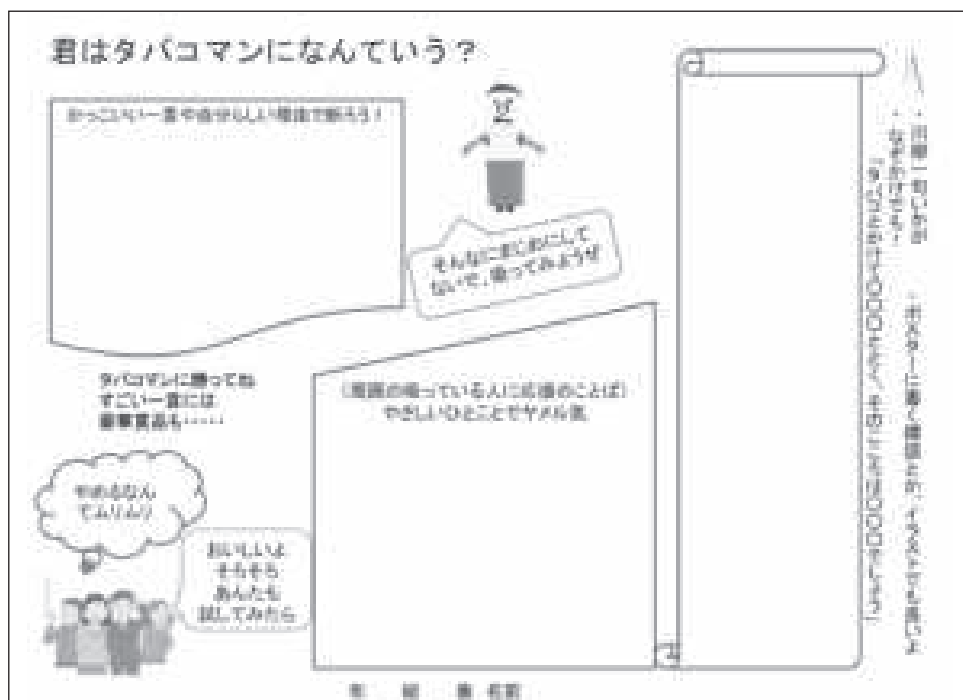


図2 ワークシートプリント

表2 体験参加型コーナーの内容

ブース	テーマ	展示物と体験用品	伝えたい事	主な担当
A	身体への影響	ターム紙 口腔模型 飼料に関するタバコター 肺気腫模型 気管支拡張薬吸入器	・どんなものが身体に入るとか 知る ・肺、口腔、血管のタバコによる 変化を知る	医師 歯科医師 保健師 看護師 学校医員
B	ニコチン依存 中毒	禁煙グッズや資料 中毒薬いんぶんパネル 軽いタバコの仕組み 煙草一箱の成分表示表	・ニコチンが脳を変えて仕組みを 知る ・止められる、脱却する、脱却する 大切を知る ・自分の呼吸を評価する	保健師 看護師 医師 医学生 看護学生
C	世界を知る 社会について 考える	外国のタバコ 外国のポスター 外国のCM 煙草のタバコ煙を考える タバコ山脈	・他国との伝え方の違いを知る ・日本の現状を考える ・喫煙の影響を知る ・人に伝える方法を考える	医学生 看護学生 学校医員 専門医
D	タバコ由緒考	タバコの歴史を学ぶ	・タバコにまつられているものを知る ・なぜこのような物を使っているか を考える	医学生 看護学生 学校医員 専門医

教育効果を弱める可能性がある。「若い細胞ほどタバコの影響が大きいから、20歳までは吸ってはいけない」という文言も同じような取られ方をする可能性がある。

そして、タバコ生産・販売に関わっている保護者の方もあり、タバコ問題をそれらに携わる「人」や「会社」の問題、という伝え方はしてはならない。つまり、タバコ販売の仕組みが明治時代の専売制度に始まり、生産者や販売者がそれを生活の糧にする以上、「明日から売らないようにする」などの急激な変化は難しいことや、このような経済的な課題がタバコ問題の解決を難しくしていることも併せて伝える。また、世界的に見てもその点が問題であり、FCTC第17条では、タバコ産業に関わっている農家や小売業者へ転作・転業支援を国が行うように記している。しかし、この点が国会で議論に上がったり、マスメディアが取り上げたりすることがないことも、タバコの社会的環境として我が国の特徴である。この点は授業で伝える必要はないが、授業に携わる者としては知っておくべき内容である。

タバコの社会的認容の現状についても言及すべきで、最近ではタバコのみならず、アルコール、携帯ゲームなども若年層をターゲットに、マス

メディアを通じた巧妙なマーケティングを展開しており、そのような環境に自分たちがいることに気付いてもらうことで、リテラシー向上にも役立ち、広く社会へ出ていく準備にもなり、学校側の授業に対する肯定的な受け取りになり、授業の継続に寄与していると考えている。

5. 授業の方向性や考え方

喫煙防止教育の標的行動を、知識の強化や現在の喫煙防止とせず、「生涯を通じて吸わない」という「意思決定」とすることは、真の意味での「生涯教育としての健康教育」と言える。「タバコが身体に悪い」と分かりながら「吸ってしまう」「吸い続ける」ように、理性で理解しても、その意図通りに行動しない理由を研究する「行動経済学」の視点が注目されている。行動経済学では、人の意思決定の過程には2つの機能、「システム1」(直感、感情に基づく早い思考)と、「システム2」(合理的、論理的思考に基づく遅い思考)が関与するとされている¹¹⁾。私たち医療者が健康改善のために行う取り組みは、知識の伝達など理性に訴えかけるシステム2で行ってきた。例えば、肥満の改善のためには肥満のリスクを訴えることが大切で、それによってさまざまな病気を引き起こすことを、患者が理解でき

れば食事や運動の生活習慣が変わる、という前提に立って、説明、指導、教育をしてきたということである。一方で、不適切な生活習慣に直結する嗜好品を販売する民間企業の広告戦略は、考えさせる間を与えず、直感的なシステム1に基づいて設計・企画されており、医療関係者が理性に働きかけるだけでは、生活習慣病の改善を目指すのは難しい。

喫煙防止教育においても、ただ単に、知識の強化を目指すだけでなく、喫煙する家族や友人を思う気持ちや健康を気遣う気持ちの大切さに気づき、感情的、直感的に喫煙しないことの重要性が認知されことは重要であり、加えて論理的に知識が強化されることで、将来にわたっての意思決定に影響を及ぼす可能性がある。

因みに、当方のタバコフリーキャラバンでは、授業での最後の動画で、オーストラリアの口唇がん患者が訴える禁煙無料電話相談のCMを提示している。口唇がん治療で、口唇周辺の皮膚が変形してしまった人が、皆には私のようになって欲しくないという優しい気持ちで「止めるのは大変だけど止めないともっと大変になるよ」と語りかけるのを見てもらい、見た目で判断するのではなく、物事の本質に気付く大切さを実感してもらっている。

6. 既に喫煙している生徒への対応

最後に、既に喫煙している生徒への対応等について記す。喫煙防止授業である故に「吸っていない生徒に吸わせない」教育をすることが前提であるが、現実にはさまざまな理由から喫煙する生徒がいて、授業を受けることで、最も悩み、惑うのが彼らである。学校現場での卒煙支援に理解のある学校で、NPO保健師が授業後も積極的に関与し、喫煙生徒の卒煙を支援したケースがあった。禁煙補助薬は使用せず、一般的なカウンセリング等のみで約3割の生徒が卒煙に至っている。因みに、生活指導等により学校には「喫煙生徒はいない」という建前があり、学校での卒煙支援は「喫煙生徒がいる」ことを公式に認めることになる、という理由から、学校内で卒煙支援をすることに対して拒否的な反応

があることが多い。しかし、現実には卒煙できないまま進学し、喫煙継続のみならず、他の薬物に手を出しているケースもあり、学校の現場での卒煙支援はこのような観点からも、今後とも課題であると言える。

授業を行った学校において、卒煙支援が成功することで、生徒の進路や生活などが好転した例もある。授業後、生徒2名(1人で喫煙しているケースは少なく、グループで対応する方が功を奏するケースが多い)で卒煙に挑戦し、養護教諭とNPO保健師の協力により卒煙に至り、諦めていた勉学に取り組み、無事進学し、その後看護学校を経て、看護職に就いた生徒がいる。生徒が喫煙に至るのは、友人関係、家庭環境などさまざまな要因が関係しており、彼らに吸わせてしまう個人の環境や社会の存在にも視線を向ける必要がある。卒煙支援で関わる場を設けることで彼らに居場所ができ、卒煙できたことが自信となり、将来への希望や挑戦に目を向けることは希ではない。生徒たちを社会へ送り出すことも学校の役目だとすれば、「喫煙させられた」生徒たちへの卒煙支援は学校の役割とも言えると考えている。

おわりに

喫煙防止教育以外にも、最近では、がん、薬物乱用防止、アルコール、性感染症など、多岐にわたる健康教育が求められ、外部講師が関わるべき内容が多くなっている。一方で、我が国におけるリスク要因別の関連死亡者数で最大の死亡原因になっているものが喫煙である(図3)¹²⁾ことを念頭に置けば、学校における健康教育として欠かざるべきものである。学校は、地域には必ずあり、学校を起点としてさまざまな情報発信が可能であり、貴重な社会資源であるとも言える。地域の医療に携わっている方々が、地域全体を見据えた活動として、そして、地域の子どもたちが自分らしい選択を行い、持続可能な地域の構築、活気につながるような成長の一端を担っていただければ、望外の極みである。

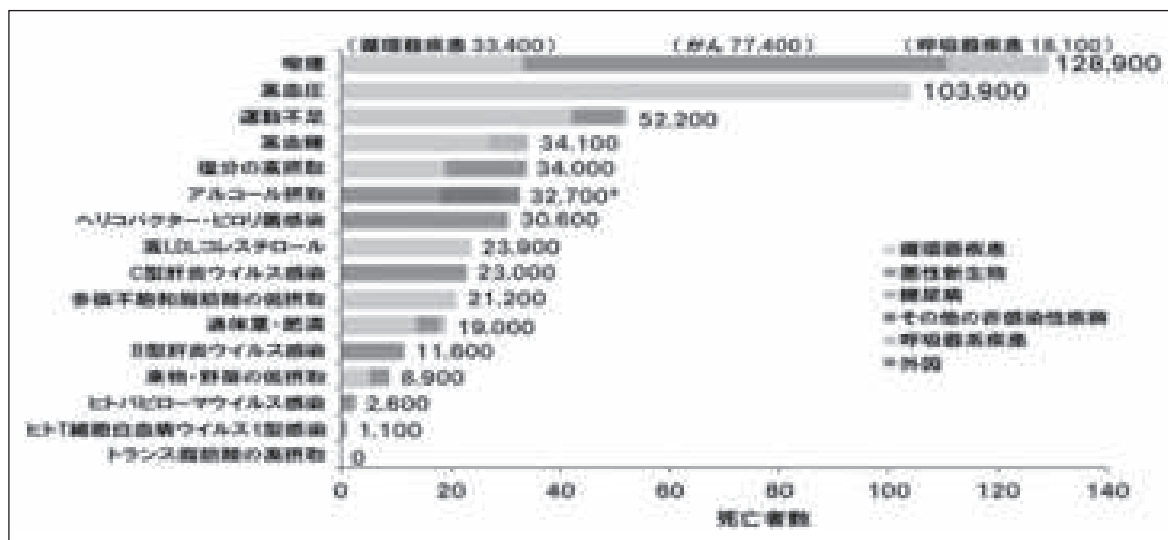


図3 リスク要因別関連死亡者数

(文献12)より改変

文献

- 1) 大倉和子: 思春期防煙教室から地域たばこ対策へ. 月刊地域保健 2002;33(5):34-36.
- 2) 繁田正子, 松井大輔, 渡邊功, 他: タバコフリー教育ーより広く・より楽しく・より科学的にー. 小児科臨床 2011;64(9):1929-1938.
- 3) 土井たかし: 喫煙防止教育ー何をどのように伝えるかー. 大阪府学校歯科医師会誌 2016;20:5-12.
- 4) Chinese Academy of Preventive Medicine. 1997. Smoking in China: 1996 National Prevalence Survey of Smoking Pattern. Beijing. Science and Technology Press: Gupta, P.C., 1996. "Survey of Sociodemographic Characteristics of Tobacco Use Among 99,598 Individuals in Bombay, India. Using Handheld Computers". Tobacco Control 5,114-20. And U.S. Surgeon General Reports, 1989 and 1994.
- 5) Giovino GA, Henningfield JE, Tomar SI, et al: Epidemiology of tobacco use and dependence. Epidemiologic Rev 1995; 17: 48-65.
- 6) 淡路圏域における未成年喫煙防止のための小・中・高校等の児童・生徒および学校の喫煙状況調査報告書. http://web.nosmokeworld.com/school/sokuhou_html.shtml
- 7) International Union for Health Promotion and Education: Health Promotion in Schools. The Evidence of Health Promotion Effectiveness, 2nd edition. Jouve Composition Paris, 2000.
- 8) 神田秀幸, 尾崎米厚, 谷畑健生: 未成年者を対象として喫煙対策の世界的動向ーCochrane Database of Systematic Reviewsにおける文献考察ー. 保健医療科学 2005;54:278-283. (<http://www.niph.go.jp/journal/data/54-4/200554040003.pdf>)
- 9) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon Generals Report. CDC, 2000.
- 10) たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/who/ftc.html>
- 11) Stanovich KE, West RF: Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate?, Behavioral and Brain Sciences 2000; 23(5): 645-665.
- 12) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. Plos Med 2012; 9(1): e1001160.

JADECOM 特設サイトのお知らせ

地域医療振興協会ホームページに2017年の12月に開設した「JADECOM特設サイト」。自治医大の卒業生を始めとした、地域医療に情熱をそそぐ医療者たちに取材を行い、ウェブを通じて会員へ情報をお届けしています。

開設以来、月ごとにコンテンツの追加を行い、内容も充実してまいりました。ぜひ一度ご覧ください。そして「義務明け後、地域医療から離れていたがもう一度地域医療をやってみたい」、「地域医療への情熱を思い出した」という方はぜひ協会へご一報をお願いします。地域医療振興協会はその気持ちを全力でサポートします。



571 (57)

取材にご協力いただいた先生方／2018年10月現在

高久史磨先生／笹井平先生／望月崇紘先生／崎原永作先生／並木宏文先生／深谷幸雄先生／垣花一慶先生
吉野 淨先生／小池 宏明先生／関口 忠司先生／原田 昌範先生 ほか

<https://jadecom-special.jp>

jadecom 会員／JADECOM 特設サイト



お問い合わせ

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15F
 公益社団法人 地域医療振興協会 研究所事務部
 TEL：03-5212-9152 担当：須藤

第70回

“病理診断報告書の確認忘れ”に関わる アクシデントの未然防止！

—事例の発生要因から考える未然防止対策—

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長 石川雅彦

はじめに

病理診断は、疾病の診断、治療方法の選択や治療効果の判定など、臨床上重要な役割を果たしており¹⁾、良質かつ適切な医療を提供するためのシステム整備が求められている。

病理診断については、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)において、「医療安全情報 No.71:病理診断報告書の確認忘れ(2012年10月)」が公開され、病理検査を行った際に検査結果の報告書を確認しなかったため、治療が遅れた事例が8件報告されていることが記載されている²⁾。本連載でも、第51回に「『病理診断報告書の確認忘れ』に関連したアクシデント」というテーマで事例の発生要因と未然防止対策について検討している³⁾。

本事業において、最近公開された「医療安全情報 No.150:病理診断報告書の確認忘れ—上部消化管内視鏡検査—(2019年5月)」では、前記の「医療安全情報 No.71」で取り上げられた事例の類似事例が、その後35件報告されていること、および、そのうち26件が上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の事例であったことが記載され、病理診断報告書を確認しなかったことにより治療が遅れた事例が、再度報告されていることの注意喚起がなされている⁴⁾。

タイムリーに病理診断の指示がなされ、病理診断の実施により早期に異常に気づく機会が

あったにもかかわらず、確認忘れや確認不足によって、不可逆的な状況や患者に重大な影響が発生する事態は、回避されるべき喫緊の課題である。臨床現場で、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント事例が発生することで、患者への重大な不可逆的な影響が発生する可能性、および医療機関の信頼をも揺るがしかねないことなど、直接的、および二次的な影響の発生を踏まえて、未然防止に取り組む必要がある。“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、自施設における病理診断に関わるシステム整備とその管理についての現状評価が欠かせない。過去に“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を想定し、関与する医師、看護師、臨床検査技師、事務職員などのさまざまな職種が連携して、リスクアセスメントを実施することが望まれる。

そこで、本稿では、「なぜ、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるインシデント・アクシデント事例が防止できないのか？」という疑問に焦点を当て、事例の発生要因から未然防止対策を検討したい。

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、アクシデントを「医療事故」、インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント

「病理に関連した医療事故」については、本事業の第24回報告書で、個別のテーマの検討状況として取り上げられており⁵⁾、さらに、本事業の第55回報告書(以下、本報告書)において、再発・類似事例の分析として“病理診断報告書の確認忘れ”が取り上げられ、「医療安全情報 No.71」の集計期間後の2012年9月以降に報告された再発・類似事例35件中、上部消化管内視鏡検査の生検組織診断26件を分析対象としている⁶⁾。

本報告書によると、事故の程度では、26件中、「死亡：1件」「障害残存の可能性が高い：3件」「障害残存の可能性が低い：9件」、および、治療の程度としては、「濃厚な治療：13件」「軽微な治療：3件」などが挙げられており、患者にさまざまな影響が発生していることが伺える。

また、病理検査後、病理診断報告書を確認していなかったことに気づいた時期では、「2年以上：10件」「1年～2年未満：8件」などで、最も早い事例では「2ヵ月後」、最も遅い事例では5年後に病理診断報告書を確認していなかったことに気づいていたとのことであった(表1)。

さらに、病理診断報告書を確認していなかつ

たことに気づいた発見者は、「同職種者である医師によって発見された事例：15件」であり、その他は「当事者本人が発見した事例：8件」「他職種者によって発見された事例：3件(診療情報管理士2件、看護師1件)」とのことであった(表1)。

病理診断報告書を確認していなかったことに気づいたきっかけは、「患者に症状が出現し、精査・治療を行う際に過去の検査結果を確認した：12件」が最も多く、次いで「上部消化管内視鏡検査を行った際に過去の検査結果を確認した：4件」「がん登録の際に病理診断報告書を見た：3件」「院内で検査結果の追跡調査を行った：3件」などが挙げられていた(表2)。

具体的な事例の内容としては、「大腸癌の術前検査のため消化器内科医師は上部消化管内視鏡検査を施行し、生検を行った。外科に転科後に病理診断報告書が作成され、消化器内科医師は結果を確認しなかった。外科医師は、生検が行われていたことを把握していなかった。両診療科間では病理診断報告書の確認や患者への説明について取り決めがなかった。大腸癌の手術から4年後、貧血の精査のため上部消化管内視鏡検査が行われた。その際、4年前の病理診断報告書に胃癌と記載されていることに気づいた」⁴⁾「腎代謝内科受診時に貧血を認め、上部消化管内視鏡検査を実施した。生検を実施し、結果が報告されていたが、担当医は気づかず、鉄欠乏性貧血と胃潰瘍との診断で内服治療を行った。担当医も、内視鏡検査を施行した消化器内科医師

表1 気付いた時期と発見者

気付いた時期	件数	発見者	件数
6ヵ月未満	4	同職種者	15
6ヵ月未満～1年未満	4	当事者本人	8
1年～2年未満	8	他職種者	3
2年以上	10		
合 計	26	合 計	26

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第55回報告書より)

表2 気付いたきっかけ

気付いたきっかけ	件数
患者に症状が出現し、精査・治療を行う際に過去の検査結果を確認した	12
上部消化管内視鏡検査を行った際に過去の検査結果を確認した	4
がん登録の際に病理診断報告書を見た	3
院内で検査結果の追跡調査を行った	3
外来診察時に病理診断報告書を見た	1
他科受診時に他科の医師が病理診断報告書を見た	1
詳細不明	2
合 計	26

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第55回報告書より)

も、生検結果(病理組織診検査報告書)の確認を怠った。生検の1ヵ月後に腎代謝内科担当医の退職時、後任医師には胃潰瘍で申し継がれ、後任医師も検査結果等の確認をしていなかった。7ヵ月後に通過障害が出現し、上部消化管内視鏡検査が実施され、胃癌疑いで入院となった。この時、7ヵ月前の生検結果の存在を確認し、治療開始が約7ヵ月遅れたことが判明した⁶⁾。「泌尿器科医師(主治医)が術前スクリーニング目的で消化器内科に対診依頼した。消化器内科医師(検査医)が上部消化管内視鏡検査を施行し、生検を行った。2週間後、患者が泌尿器科外来受診時に、主治医が検査結果を確認したところ病理検査結果の所見が出ていなかった。主治医は、次回受診時に生検結果の有無の確認をすべきところ、確認しなかった。検査医は、病理検査結果が報告され次第、内視鏡結果報告書に記載すべきところ記載を失念した。5ヵ月後、検査医が検査結果(十二指腸癌)確認の失念に気づき、主治医に連絡した⁶⁾」などが報告されている。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策は実施されていると思われるが、現状では、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるインシデント・アクシデントの事例発生が報告されている。

ここでは、本事業の事例検索⁷⁾に掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント事例の発生要因から事例発生を未然防止するシステム整備について検討する。

事例「病理組織診断結果の確認忘れ」

【事故の内容】

- ・患者は重症筋無力症の鑑別診断目的で神経内科に入院した。
- ・胸部CTで肝臓・膵臓精査の読影コメントあり、神経内科の主治医Aは消化器内科に診察依頼した。
- ・消化器内科の診察医Bは腹部エコー実施後、上部消化管内視鏡検査を予定した。
- ・検査医Cは上部消化管内視鏡検査を施行し、胃潰瘍の病変部に生検を実施した。
- ・検査医Cは内視鏡検査報告書を作成し、胃潰瘍と記載した。
- ・診察医Bは内視鏡検査報告書を確認し、主治医Aに返書を作成し、「病理結果も御参照ください」と入力した。
- ・主治医Aは診察医Bの返書を確認し、胃潰瘍に対して薬剤を処方した。
- ・翌日、病理組織診断報告書が作成され、配付用報告書が印刷され、翌々日に電子カルテに結果が登録され、配付用報告書は、報告書に主治医登録された消化器内科検査医C宛てに配付された。
- ・患者は重症筋無力症と胃潰瘍への投薬治療が継続され、退院となった。
- ・病理組織診断結果は、診察医B、主治医Aのいずれからも説明されなかった。
- ・患者は3ヵ月後に転倒して左肘を骨折し、筋力低下と廃用性筋萎縮を生じて神経内科に入院した。
- ・入院後、胃痛・胃もたれ(タール便1回あり)が継続し、消化器内科で上部消化管内視鏡検査が実施された。
- ・この際、検査医Dが前回の内視鏡データと比較したところ、前回の生検結果が低分化癌であった事が判明した。
- ・再度生検が行われ、転移精査で胃癌のステージ4と判明した。

(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、「実施された生検の病理組織診断報告書の確認と結果説明を行うに当たり、3者間(消化器内科診察医、消化器内科検査医、神経内科主治医)のコミュニケーション不足」「チェック体制の不備」「病理結果の患者説明の機会が作られていなかった」「電子カルテで医師が確認したとする電子認証システムが無かった」などが挙げられていた。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, 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て検討すると, 「なぜ, 患者が3ヵ月後に左肘骨折による入院をする前に, 病理組織診断結果の確認忘れに気づくことができなかったのか?」「なぜ, 主治医A, 診察医B, 検査医Cという複数の医師が関与したにもかかわらず, 病理組織診断結果の確認忘れに気づくことができなかったのか?」「なぜ, 主治医Aは診察医Bの返書を確認し, 胃潰瘍に対して薬剤を処方した際に, 診察医Bの返書に記載されていた“病理結果も御参照ください”というコメントに対応しなかったのか?」「なぜ, 全ての診断結果を確認したか, 確認もれがないかをチェックできなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

ここでは, さらに「なぜ, 翌日, 病理組織診断報告書が作成され, 配付用報告書が印刷され, 翌々日に電子カルテに結果が登録され, 配付用報告書は, 報告書に主治医登録された消化器内科検査医C宛てに配付されたにもかかわらず, 患者には病理診断結果が説明されなかったのか, 複数のプロフェッショナルの関与で確認忘れを退院前に発見できなかったのか」という疑問に焦点を当てたい。

本事例の背景要因に記載されている「実施された病理組織診断報告書の確認と結果説明を行うに当たり, 3者間(消化器内科診察医, 消化器内科検査医, 神経内科主治医)のコミュニケーション不足」「チェック体制の不備」「病理結果の患者説明の機会が作られていなかった」という要因にも注目する必要がある。

本事例のように, 病理検査のオーダー, 検査実施, 結果の説明, という一人の患者への一連のプロセスを複数の診療科の複数の医師が担当しているという状況は, 医療機関の違いはあっても想定される状況と思われる。例えば, 「コミュニケーション不足」であるが, 異なる診療科の複数の医師はもちろんのこと, 関与する多職種も含めた良好なコミュニケーションとし

て, 具体的にどのような状況を求めているのだろうか。

「チェック体制の不備」についても, 自施設における現状のどのようなチェック体制の不備があるのか, 整備されていない部分や内容の不足, あるいは個々の理解の違いがあるのか, などについて, さらに“なぜ”を深めることで, 個人の注意力のみに頼らない未然防止対策の検討が求められる。

本報告書において分析された, 病理診断報告書を確認しなかった背景・要因としては, 「病理診断報告書の確認に関するシステム」が挙げられ, 病理診断報告書の確認に関する何らかのシステムがあった場合でも, “病理診断報告書の確認忘れ”が発生していることが挙げられている。具体的には, 「病理診断報告書が作成されたことが通知されるシステムがあったが, 病理検査を依頼した医師(内視鏡検査担当医)に通知され, 内視鏡検査を依頼した医師(主治医)には通知されなかった」「報告書の文書配布担当者の変更による引継ぎの不備や手作業での注意喚起実施の忘れ」などが挙げられている。

ほかに, 本報告書における病理診断報告書を確認しなかった背景・要因としては, 「連携・情報共有(診療科内, 診療科間, 職種間)」「患者の疾病・病態」「カルテの記載」「報告書の作成時期」「確認体制・仕組み」「患者」などが挙げられている。前記の事例にもあるように, 「連携・情報共有(診療科内, 診療科間, 職種間)」については, さまざまな課題があると考えるが, 病理診断結果の確認や患者への説明について診療科間で明確な取り決めがなかったことなどに注目することが重要である。

これらの発生要因も考慮して, “なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると, “病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント事例の発生要因としては, ヒューマンファクターとしての「確認を怠る」「確認を忘れる」「思い込み」だけでなく, システム要因・環境要因としての病理診断報告書の確認に対する, 1) 診療科間・診療科内・多職種間の確認ルールが未整備(内容が不十分), 2) 確認ルール遵守状況の現状評価未実

施(遵守できないのか・しないのか?), 3) 関与する複数の医療者間の連携が不十分であることにより発生するリスクの共有が未実施, 4) 確認もれの有無をチェックできる電子的なシステム整備だけに頼らない“チーム力”を発揮した対策の未整備, 5) 診療科間・診療科内・多職種間の連携と“チーム力”発揮による成功事例を活用した職員教育の未実施, などが考えられる。

“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデントの未然防止対策

“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント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) 診療科間・診療科内・多職種間の確認ルールを整備(内容の見直し, 充実), 2) 確認ルール遵守状況の現状評価の実施(遵守できないのか・しないのかを明らかにする), 3) 関与する複数の医療者間の連携が不十分であることにより発生するリスクの共有を実施, 4) 確認もれの有無をチェックできる電子的なシステム整備だけに頼らない“チーム力”を発揮した対策の整備, 5) 診療科間・診療科内・多職種間の連携と“チーム力”発揮による成功事例を活用した職員教育の実施, などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策実施により, ヒューマンファクターとしての「確認を怠る」「確認を忘れる」「思い込み」を防止, あるいは患者に不可逆的な影響が発生する前にこれらのヒューマンファクターに気づくことで, 事例発生を未然に防止することや, 影響を最小にすることが期待される。

1) の「診療科間・診療科内・多職種間の確認ルールを整備(内容の見直し, 充実)」については, 2) の「確認ルール遵守状況の現状評価の実施(遵守できないのか・しないのかを明らかにする)」も併せて検討する。ここでは, 病理診断実施から結果確認(患者への説明)までのプロセスを“見える化”することで, 自施設の現状を把握し, 確認ルールのどこに問題があるのかを明確にすることが重要である。異なる診療科の複

数の医師や多職種の, 「誰が」「どのタイミングで」「何を」「どのように」確認をするのか, さらに“確認忘れ”をどのようにチェックするのかまで含めて具体的なルール整備が望まれる。

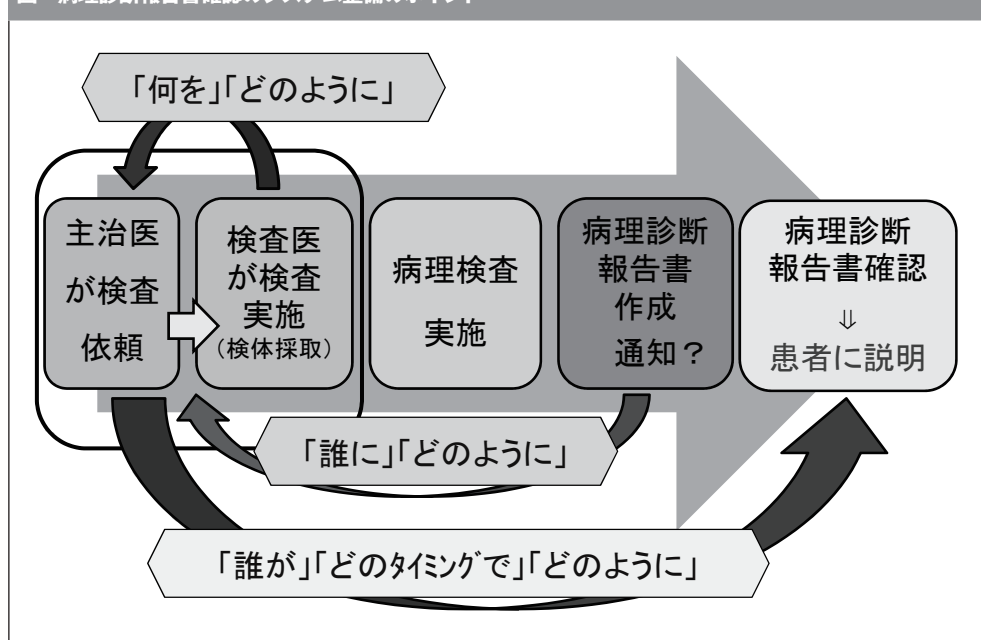
病理診断実施から結果確認(患者への説明)までのプロセスを“見える化”することについては, 病理診断報告書確認のシステム整備のポイントとして, 「検査医は主治医に“何を”“どのように”伝えるのか」「作成された病理診断報告書は, “誰に”“どのように”通知されるのか」「病理診断報告書の確認, および患者への説明は, “誰が”“どのタイミングで”“どのように”実施するのか」を明確にすることが求められる(図)。個々の職員による解釈の違いや思い込みが発生しないよう, 自施設の現状も踏まえた具体的なルールの検討が望まれる。

3) の「関与する複数の医療者間の連携が不十分であることにより発生するリスクの共有を実施」では, 本稿でも紹介している他施設で発生した事例を活用した情報提供や, 多職種の参加による具体的事例を用いたリスクアセスメントトレーニングの実施も検討したい。

4) の「確認もれの有無をチェックできる電子的なシステム整備だけに頼らない“チーム力”を発揮した対策の整備」としては, 本報告書に改善策として記載されている「未読を防止するシステムの導入」の検討も望まれる。しかし, 現状では, 電子的なシステムが整備されている状況でも事例が発生していることから, 関与する職員のヒューマンエラーの可能性を考慮し, 病理診断報告書を印刷して配布することや, 病理診断報告書が確認されているかを定期的にチェックするルール(誰が, いつ, どのように)を整備することなど, “チーム力”を発揮した複数の対策を併せて実施することも求められる。

5) の「診療科間・診療科内・多職種間の連携と“チーム力”発揮による成功事例を活用した職員教育の実施」では, 具体的な事例を活用したトレーニングを検討したい。例えば, 前記の本報告書に記載されている, 病理診断報告書を確認していなかったことに気づいた発見者における, 「他職種者によって発見された事例: 3件」

図 病理診断報告書確認のシステム整備のポイント



(表1)では、診療情報管理士が2件、看護師が1件であったという情報を提供することで、“チーム力”を発揮して成功事例(事例発生の未然防止、インシデントでとどめる、など)へ導くヒントに気づくことが期待できる。

さらに、前記の本報告書に記載されている、病理診断報告書を確認していなかったことに気づいたきっかけの「院内で検査結果の追跡調査を行った:3件」(表2)などから、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント事例の防止対策の可能性にも気づくことを期待したい。

本事例の改善策には、「患者にも内視鏡検査報告書を渡し、生検を実施した場合は結果の説明日を設定しておく」「配付された病理組織診断報告書を確認した際は、診療録に記載し、配付された報告書へ確認者のサインをする」「病理組織診断報告書の結果が確認されているかの確認システムを検討」などが報告されていた。

本報告書には、報告事例の改善策として、「病理診断報告書の確実な確認」「重大な所見の通知」「未読を防止するシステムの導入」「外来受診日の設定」「患者への説明」「情報共有」「その他」などが挙げられている。「重大な所見の通知」では、「特に重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討する」「病理検査で悪性所見

があったものについては、全例、担当科の部長へファイルを送り、主治医が適切な処置をしているかチェックする運用に変更した」などが報告されている。“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント事例の未然防止対策を自施設で検討する際には、これらの検討例も参考にしたい。

“病理診断報告書の確認忘れ”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデントをテーマとし、「なぜ、“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるインシデント・アクシデント事例が防止できないのか？」という疑問に焦点を当て、事例の発生要因から未然防止対策を検討した。“病理診断報告書の確認忘れ”に起因する患者への重大な影響の発生を防止するためにも、現状評価を実施し、リスクを回避するシステムを整備することは、喫緊の課題である。

“病理診断報告書の確認忘れ”と併せて検討したい内容として、「画像診断報告書の確認不足」が挙げられる。画像診断については、本事業において「医療安全情報 No.63: 画像診断報告書の

確認不足(2012年2月)」が公表され、さらに、「医療安全情報 No.138:画像診断報告書の確認不足(第2報)(2018年5月)」でも、繰り返しの注意喚起がなされている⁸⁾。本連載でも、第32回に「画像診断報告書の確認不足」に関わるアクシデント」というテーマで未然防止のシステム整備について検討している⁹⁾。双方の事例の発生要因、および防止対策に共通する内容も少なくないと思われるため、併せて検討することが望まれる。「病理診断報告書の確認忘れ」に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策の検討結果のうち、「画像診断報告書の確認不足」事例にも共通するもの・異なるものを考慮して活用することを検討したい。

病理診断は、疾病の診断、治療方法の選択や治療効果の判定など、臨床上重要な役割を果たしている¹⁾ことを改めて想起すると、病理診断報告書の確認は、その結果を活用して疾病の診断、治療方法の選択や治療効果の判定など、患者に良質かつ適切な医療を提供するための一つのプロセスである。病理診断報告書の確認の有無に終始せず、本来の目的が達成されるシステムが整備されているか否か、自施設の現状評価が急がれる。

“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデント事例の発生要因の傾向を分析するには、“見える化”したプロセス個々におけるリスクを多職種で検討することが欠かせない。今後、病理診断報告書の確認の結果を活用して疾病の診断、治療方法の選択や治療効果の判定など、患者に良質かつ適切な医療を提供するため、診療科内・診療科間、多職種間など、関与するさま

ざまな職種でも、共通認識が可能な標準化された確認ルールの整備とその遵守状況の現状評価、およびフィードバックを含めたシステム整備が期待される。

参考文献

- 1) 厚生労働省 平成24年度診療報酬改定説明(医科)その14「病理診断 診断に係る評価体系の見直し」https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03-14.pdf (accessed 2019 Jun 3)
- 2) 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.71. http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_71.pdf (accessed 2019 Jun 3)
- 3) 石川雅彦: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51回「病理診断報告書の確認忘れ」に関連したアクシデント. 月刊地域医学 2018;32(1):52-57.
- 4) 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.150. http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_150.pdf (accessed 2019 Jun 3)
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第24回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_24.pdf (accessed 2019 Jun 3)
- 6) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第55回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_55.pdf (accessed 2019 Jun 3)
- 7) 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. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2019 Jun 3)
- 8) 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. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2019 Jun 3)
- 9) 石川雅彦: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32回 画像診断報告書の確認不足に関わるアクシデント. 月刊地域医学 2016;30(6):476-481.



『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

『月刊地域医学』では、よりお役にたつ情報をお届けできるよう、毎月の内容についてご意見、ご感想をお寄せいただく、モニターを募集しています。

誌面の内容について感じたことやご要望、特集や連載のテーマについてのご希望など、なんでもかまいません。

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。

多くの皆さまからのご応募をお待ちしております。



ご連絡先 〒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.or.jp

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

ちょっと画像でCoffee Break

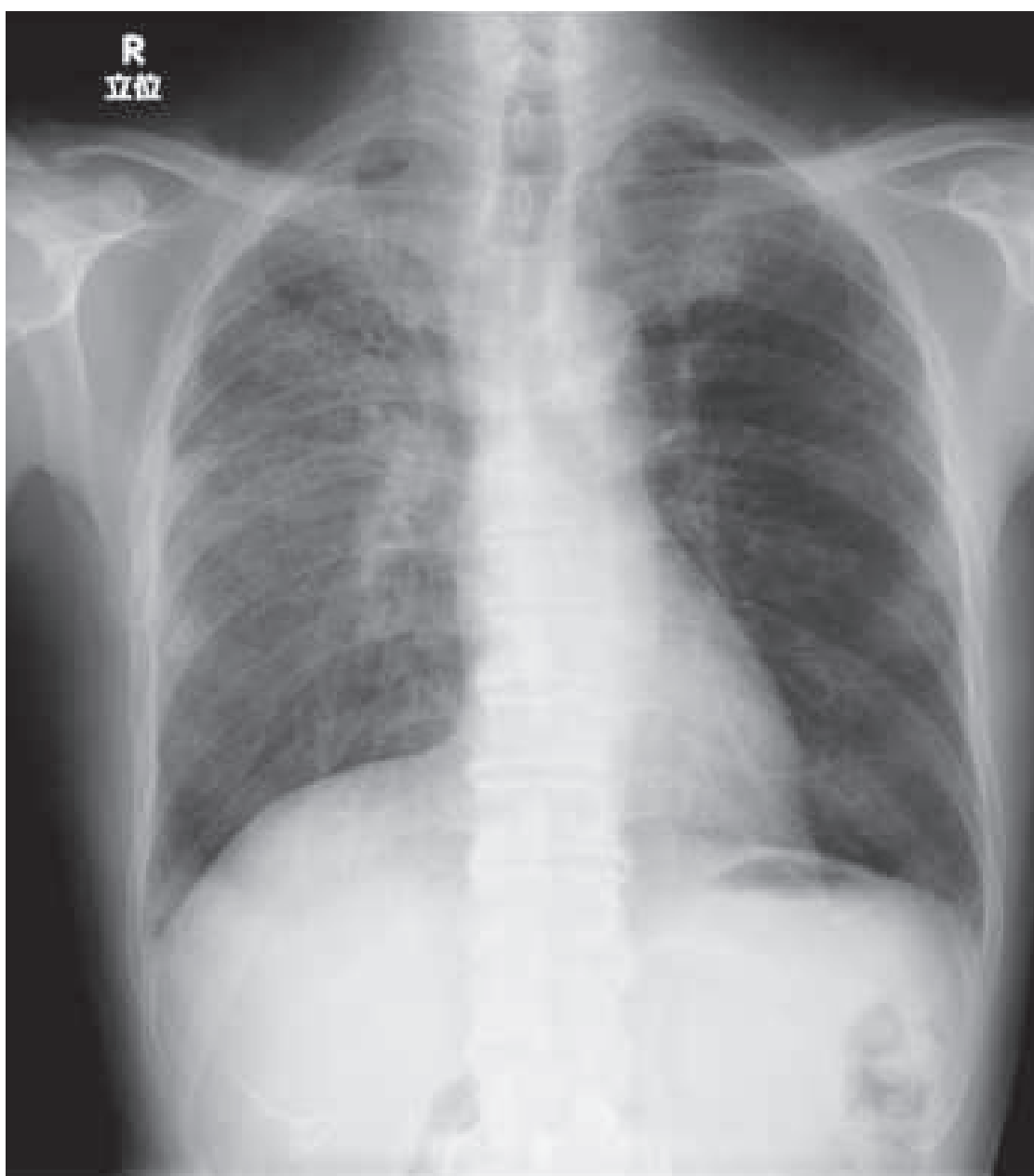
X線クイズ

練馬光が丘病院放射線科 科長 伊藤大輔

?

70代男性.

1ヵ月前より38℃の発熱. かかりつけ医にて抗生剤投与等されたが改善なく来院. 潰瘍性大腸炎の既往あり. 胸部単純X線を示す. 所見は?



XP1 来院時胸部単純X線立位正面像



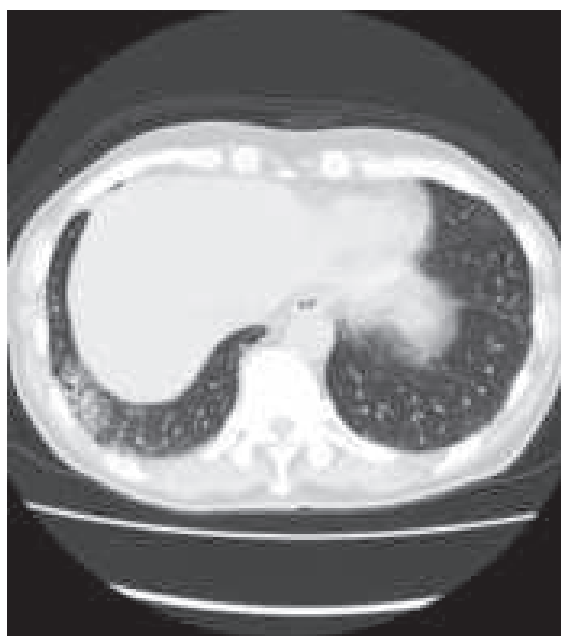
CT1



CT2



CT3



CT4

右肺優位に末梢優位に分布するすりガラス～浸潤影あり

所見:右肺には末梢優位に分布するすりガラス～浸潤影を多巣性に認める。よくみると左肺にも同様の陰影が散見される。所見としては特発性器質化肺炎(cryptogenic organizing pneumonia: COP)のパターンである。背景肺には気腫性変化

があり、気管支拡張/壁肥厚も認めている。

潰瘍性大腸炎に対するメサラジンの服用中であり、薬剤性肺障害が疑われた。

薬剤の中断とステロイド治療により、症状は改善した。また単純X線上陰影の消失も得られている。



XP2 陰影の消失を認める

<薬剤性肺障害>

薬剤性肺障害は“薬剤を投与中に起きた呼吸器系の障害の中で、薬剤との関連があるもの”と定義されている。全ての薬剤が原因となり得る疾患である。

発症時期は一般には薬剤投与開始から数週～数ヵ月のことが多い。本症例では投与から約10ヵ月の発症であった。

一般に急性発症の場合、非心原性肺水腫や急性間質性肺炎の臨床像を呈し、慢性発症では特発性器質性肺炎(cryptogenic organizing pneumonia:COP)や非特異性間質性肺炎(non-specific interstitial pneumonia)の臨床像を呈することが多い。

薬剤性肺障害は肺胞、気道、血管、胸膜など、

どの部位にも起こりうるため、画像所見は傷害された部位によって多彩である。また予後も臨床像によって大きく異なる。

本症例のようなCOPパターンを呈した薬剤性肺障害は比較的予後良好であり、断薬のみでの改善もありえる。ステロイド治療に対する反応もよいとされる。COPパターンの場合は細菌性肺炎が鑑別として重要になるため、臨床像からの判断が必要である。

診断 メサラジンによる薬剤性肺障害

参考文献

胸部のCT第4版. 村田喜代史ほか編, MEDSI.

POINT

抗生剤投与で改善しない末梢優位の多発陰影……薬剤性肺障害も鑑別に



渡辺英寿先生の 「拡張現実を用いた新しいナビゲータ(TVN)の開発」 (6月1日配信)

渡辺英寿先生は自治医科大学脳神経外科の客員教授をしつつ、厚生労働省で労災認定の仕事をしておられます。今回は手術用ナビゲーションシステムの開発について解説していただきます。

1980年代から世界に先駆けて、渡辺先生は手術支援用のナビゲーションシステムの開発に取り組みました。CT画像をコンピュータ画面に表示することさえ苦勞した時代で、Basicでプログラムを書いていた。6本の腕木を組み合わせ、関節部分の角度を読み込んで三角関数で先端部の位置を計算し、実際の頭部の三次元の位置を組み合わせ、CT画面上にプローブがある位置をカーソルで示すというものでした。実用化するまでに15年ほどを要しました。

現在使われているナビゲータはCT、MRIの画像上にカーソルが出てきて、今どこにいるかを示してくれるものです。手術をしながら術野から目を逸らせてナビゲータ画面を見て位置を確認し、画面と術野を脳内ですり合わせてから術野に戻る必要があります。また、センサーがカバーできる範囲が狭いので、ナビゲータがずれるとトラッキングができなくなります。

その不便さを解決するために、手術画面の上にそのまま目的の三次元画像が映るようにしました。まず

患者のMRI画像を頭部のデジタルデータに置き換えます。部屋の天井に6つのカメラを取り付け、そのカメラはタブレットの6つの光学マーカを検出し、タブレットの位置を計測。プローブで患者の両耳と両目の間の3点の位置を入力、コンピュータ上のデジタルデータと位置合わせして、全方位から三次元画像がオーバーラップできるようになります。最近はスマートグラスが進歩し、画面を通して実際の画像が見えるようになりました。これによって、フリーハンドで手術を行うことができます。

臨床現場では、腫瘍の位置のほか、血管や神経の走行も表示できるので、傷つけてはいけない部分を確認しながら手術を進めることができます(図1)。また、あらかじめ腫瘍の位置を確認することで開頭デザインができます。

現在までに32例の症例で臨床的な検討を行いました。マクロ下で27例、顕微鏡下では3例、定位生検をする場合に2例使ってみました。いずれもよい成績で、多くは腫瘍に対する手術であります。

この技術は光学、物理化学の技術を手術の場へ持ち込むということで実現しています(図2)。新しい技術を観察することで、今後の発展に寄与するものと思います。

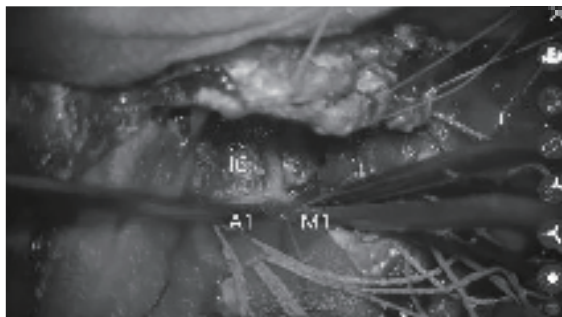


図1 血管を避けながら手術を進める

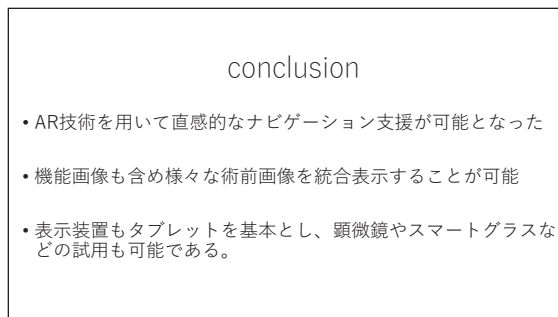


図2 ナビゲータ技術のまとめ

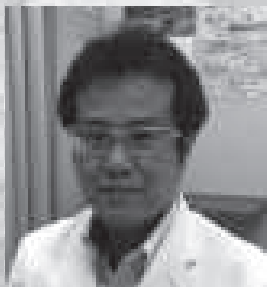
* 渡辺英寿先生のレクチャーの詳細は、6月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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/>





隠岐の夏、 祭りの夏



隠岐広域連立隠岐島前病院内科
福田聡司

長田先生お疲れ様です。沖縄の夏は賑やかそうですね。隠岐も夏は人が多くなりとてもにぎやかです。冬場の日本海は海が荒れて船が欠航することが多くなるため、隠岐では夏に帰省してくる人が多くいます。同窓会や成人式も夏に開かれます。また2年に1回大きなお祭りが開かれるため、祭りの年はさらに人が多くなります。今年はその大祭りの年なのできっと賑やかだろうなと思います。

隠岐の祭りは独特です。いわゆるお祭りと言えば、神社や路肩に出店がずらーっと並び、御神輿や神楽が出て賑やかに開かれるものと思います。隠岐では御神輿や神楽が出て、出店もほんの少し有志の皆さんが出すこともありますが、お祭りのメインは各家庭です。各家庭でとんでもない量の御馳走をそれぞれ準備して、道行く人々を招き御馳走を振る舞います。各家庭はどんな人が訪れたかということで祭りの成果を誇るというスタイルです。今でこそ慣れた風景ですが、初めてこのスタイルの祭りに参加したときはとても戸惑いました。院長、町長、副町長などいわゆる偉い人が来てくれることで「うちには誰が来た」と近所に誇ることが出来るため、本当に腕によりを掛けたごちそうの準備をしています。祭りの時期は各家庭の奥様たちが憂鬱な顔をしていることを見るときもあります。

沖縄もそうでしょうが、夏は海の事故が多いのも離島の病院で見られる特徴の1つではないでしょうか。釣り針が刺さった、ウニを踏んづけた、溺れて水を飲んだ、船が座礁して倒れたなど、軽い物から重たい物までさまざまな海の事故があります。釣り針が刺さった時はどのように対処しますか？当院ではほぼ9割はString-Yank techniqueを用いて抜き取ります。ウニを踏みつけると細かい棘が足の裏にびっしりと刺さりこんでしまいます。どのようにして対処しますか？当院では脛骨神経にブロック注射をして足底の棘をゴシゴシと取り除きます。（詳しく知りたい方は白石吉彦先生著の「離島発いますぐ使える！外来診療小ワザ離れワザ」「離島発って隠岐の外来超音波診療」を参照ください。）

毎年の隠岐の夏の風物詩は「潜り」です。町の人たちは7月半ばの潜りが解禁される日を首を長くして待ちます。潜りとは素潜りをしてサザエやアワビを採ってくる、いわゆる海女です。潜りの時期になるとサザエは本当に比喻でも何でもなく、その辺りに掃いて捨てるほどあふれかえっています。当院のベテラン看護師も看護より海女が本業ではないかというほどの名人が居て、夜勤が終わったらそのまま潜りに出て、箱いっぱい、およそ20kgものサザエやアワビを採っているすごい人がいます。皆漁業権をちゃんと買っているのです、密漁ではありません。原稿を書いている今現在6月から猛暑日が続く、今年は暑くなりそうですが、夏はとても楽しい季節の1つです。長田先生もお体に気をつけてお過ごしください。



祭りの風景
2年に1度、各地で開かれます。



特別養護老人ホームの盆踊り
雨のために施設内で開催。



キンニャモニャ祭りに参加した島前病院チーム
毎年8月に開催されます。





市立奈良病院の脳神経外科における 特定ケア看護師の働き方

市立奈良病院 特定ケア看護師 吉田奈津美

病院紹介

私の勤める市立奈良病院は病床数350、29の診療科を掲げ、救急を年間4,200件受け入れている急性期病院としての側面と、奈良県下にある複数の診療所と連携する地域密着型の側面を持つ病院として存在しています。奈良市の中でも奈良公園や世界遺産春日大社に近い観光地の中に立地していることもあり、外国人観光客が多く搬送されてくることも特徴の一つです。

所属体制

地域医療振興協会が特定行為にかかる看護師の教育機関を設立し、その1期生として私は研修を受けました。昨年4月に自施設での研修も終えてからは看護部管理室に籍をおき、脳神経外科の特定ケア看護師として脳神経センターで活動を行っています。

日常の業務

業務内容は主に脳外科とそれ以外に分かれます。

当院の脳神経外科は脳卒中ホットライン体制をとっており、24時間365日脳卒中が疑われる患者の救急受け入れを行っています。緊急手術になることも少なくなく、日々医師は外来業務と超急性期患者の対応に追われています。

私は病棟で急性期からリハビリ期の患者の内科的管理を中心に患者に関わっています。

まずは毎朝医師と今日行うべきこと、方針の打ち合わせを行ったあと、患者のもとへ訪室し、発熱していたり、何か不調を訴える患者の診察

を行い、採血などの検査が必要と判断すれば、医師へ報告しながら、検査依頼を出します。また、所見とデータをもとに考えられることと介入の提案をし、承認を得て対応します。他科へのコンサルテーションが必要な場合は依頼を出します。

医師が手術などで朝から夜まで不在であっても病棟患者の管理に関してリアルタイムで行っていると実感しています。

また、看護師をはじめリハビリスタッフ、栄養士、薬剤師、入退院支援課など多職種とも連携を図り、専門的意見を聞きながら医師の方針を伝えたり確認したりするのも私の重要な仕事と捉えています。患者の転帰について、スピーディに方向性を決めていけるだけでなく、お互いが専門的知識をもって、ディスカッションすることで知識を高めあう機会にもなっています。

特定行為そのものを行う頻度は決して多くありません。それよりも日々、患者にまつわる医学的問題を臨床推論を用いてアセスメントし、解決策を模索する活動の方が圧倒的に多く、業務の大半を占めています。1年間の特定行為実施件数総数は290件(院内認定の特定行為は除く)、1日あたり1.2件でした。その中で多数を占めた特定行為は動脈採血や気管切開チューブの交換、抗菌薬の投与、電解質の補正、脱水の補正などです。また、院内のいろいろな診療科からPICC(末梢型中心静脈カテーテル)挿入依頼を受け、習得した特定行為を実践する場面も増えてきました。

ほか、脳外科以外の院内における業務とし



脳外科での朝のカンファレンス

て、当院ではRRS(院内急変対応システム)を2018年より立ち上げており、そのメンバーとして症例に対するフィードバックや啓発活動を行っています。

活動の効果

脳外科に所属して1年、ようやく「当院の脳外科における特定ケア看護師」のスタイルが私自身にも周囲にも浸透してきたように感じています。

医師は常に多忙なため、スタッフも患者も医師へのアクセスが困難になりがちですが、私はその中継をすることができます。それによって多くの人が、タイムロスを軽減できているのではないかと思います。

また看護師としては自分の持っている知識や技術を日々の関わりの中で伝えることもできる

し、医師には聞きにくいようなことも質問してくれる後輩も増えました。

特定ケア看護師にしか味わえない視点

私は看護師として約10年ほど経験を積み、その中で「この患者は呼吸器離脱できるのではないだろうか」「もっと離床を促していけそうだが、医師は手術中で聞けそうにもないな」など日々考えることがありました。日中に医師とコミュニケーションを図れないまま1日が終わってしまい、患者に提供できるはずの医療やケアが後手にまわることをよく経験しました。また、後輩看護師からいろいろなことを相談されても煮え切らない判断しかできないこと、それだけしか自分が患者の病態などを理解できていないことにも歯がゆさを感じていたこともあり、この特定行為研修を受けて自分にできることが増えれば患者への医療の提供が、少しでもタイムリーに行えるのではないかと思います。この研修に臨みました。あれから3年半経過し、なんとか(?) 独り立ちして気付いたことは、看護師の目線で患者を見る時と、医師(ではないですが)の目線で患者を診るとき、両方の視点を使い分けている自分がいたことです。この視点の違いがあるから看護師と医師のコミュニケーションは上手く伝わらなかったり、伝えられなかったりすることも納得できました。私にしか持てないこの特殊な視点を強みに、もっとチーム医療の橋渡しができるよう励んでいきたいです。

地域医療型後期研修

2019. 6. 15

ネコからの贈り物

「地域医療のススメ」専攻医 2 年目の濱近です。市立奈良病院に勤務しています。昨年度は総合診療科で研修し、本年度 4 月、5 月は整形外科、6 月は皮膚科、7 月からは小児科をローテーションしています。

整形外科と皮膚科を回って感じたのは、どちらも基本的には専門性が高い科でありながら、患者さんの ADL に直結した症状を取り除くことが日常診療のほとんどを占めているという点では、実は総合診療と親和性が高いということでした(だからこそ選択科の中に入っているわけですが)。外科的な主訴の中に内科的疾患が潜んでいて、総合診療科に患者さんが回ること多々あり、これらの科で研修を積めたことは非常に大きな財産となりました。



プロフィール

2016年3月 岡山大学医学部卒業

2016年4月～2018年3月

公立相馬総合病院にて初期研修

2018年4月～「地域医療のススメ」専攻医

さて、話は大きく変わりますが、僕はネコを飼っています。僕の写真と一緒に写っているのが、昨年14歳で亡くなってしまいましたが、初めて我が家に来たチャー君(アメリカンショートヘア・オス)です。僕は以前違う仕事をしていましたが、その時の同僚が会社に生まれたてのチャー君を連れてきて、あまりに可愛いのでもらってしまったのが、僕とネコとの生活の始まりでした。忙しすぎて家に数日帰れない時には、会社に連れてきて一緒に働いたり(?)もしていました。

次にうちに来たのが、今も健在なミュウ助(雑種・オス・11歳)です。この子は僕が医学部再受験のため家にこもって勉強していた時、地元の友達が保護したのを引き受けました。その後、3匹目は5歳の若さで亡くしてしまったのですが、トロちゃん(雑種・メス)もやってきて、医学部時代はネコ3匹に囲まれてとても楽しい日々でした。

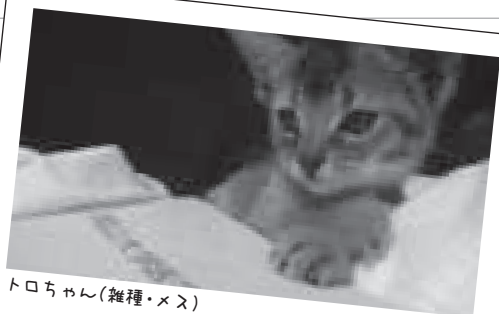
ネコを飼っていて1つ苦労するのはアパートを借りる時に極端に物件が少ないことです。フランスでは大家は部屋の借主がペットを飼うのを禁じてはいけないことになっていると聞かま

す.これから独居高齢者が増える一方の日本も,孤独なお年寄りの生活を健康的で安らかなものにするため,ペット飼育に寛容な世の中になってほしいと思います.

ネコを飼うことと医学との間に直接的な関係は見出せませんが,僕自身は,こちらの思い通りにならない動物との生活が,他者を許容する心の持ちようを教えてくださいましたと常々感じています.患者さんもこちらの思い通りには動いてくれません.でもそれが当たり前だと思えば,医療者の常識と,市井の人々の自然な感覚との溝の底が見えてきます.僕らは病気については患者さんより詳しいのですが,患者さんのコンテキストの中での病気は,



ミュー助(雑種・オス・11歳)



トロちゃん(雑種・メス)

全く異なる像を持っており,もちろん病気についての認識を考え直してもらわねばならないことは多いのですが,まずは否定せずに一旦受け止めて,お互いにとって「病気,問題がどう見えているか」をすり合わせていくことがよりよい治療の第一歩だと思います.

ネコは僕が疲れていたり,構ってやる余裕がない時でも,すり寄ってきては僕からの愛情とケアを求めます.

それに対し,「俺は疲れているんだ!」と叫んでもお互い不幸です.ネコにはネコの事情と日常感覚があり,僕への期待がある.診察室や病棟で患者さんに無茶ばかり言われた時,自宅で僕を待っているミュー助を思い出し,医療者からの愛情とケアを求めているんだな,と思い直すことで落ち着けます.患者さんとうちのネコを一緒に扱いにしているわけではないのですが,僕はネコとの出会いが今の専攻医生活に大きな贈り物をしてくれていることに日々感謝しています.



医学部時代を楽しませてくれた3匹のネコ

理事会・評議員会が開催されました……………

5月29日(水)に東京の都道府県会館において理事会および評議員会が開催されました。

14時30分から開催された理事会では、寄附行為の定めるところにより大石利雄理事長が議長に就き、理事長の挨拶ならびに永井良三学長、佐田尚宏病院長および百村伸一さいたま医療センター長からの現況報告の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 評議員の推薦

議案第2号 平成30年度学校法人自治医科大学事業報告

議案第3号 平成30年度学校法人自治医科大学決算

議案第1号では、法人職員の評議員として讃井将満氏(自治医科大学教授)が、学識経験者の評議員として簗田清次氏(前自治医科大学副学長・日本経済新聞社総務局保健センター所長)が推薦されました。

議案第2号および第3号については、原案どおり承認されました。

また、報告事項として、

1 平成30年度監査報告

2 自治医科大学医学部修学資金返還債務の一部免除について

の報告がなされました。

15時15分から開催された評議員会では、古尾谷光男評議員(全国知事会事務総長)が互選により議長に選出され、理事長の挨拶ならびに学長、病院長およびさいたま医療センター長からの現況報告の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 理事の互選

議案第2号 理事の選出

議案第3号 平成30年度学校法人自治医科大学事業報告

議案第4号 平成30年度学校法人自治医科大学決算

議案第1号では、評議員会互選の理事として古尾谷光男氏(全国知事会事務総長)が互選されました。

また、議案第2号では学識経験者の理事として大槻マミ太郎氏(自治医科大学副学長)および尾仲達史氏(自治医科大学大学院医学研究科副研究科長)が推薦されました。

議案第3号および第4号については、原案どおり承認されました。

また、報告事項として、平成30年度監査報告がなされました。



スチューデントドクター認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式が挙行されました……………

5月9日(木)、医学部教育・研究棟講堂において、スチューデントドクター認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式が厳かに挙行されました。

スチューデントドクター制度は、臨床実習の中で、医学生が「スチューデントドクター」と称して、医師を目指す医学生としての自覚、心構え、医療に携わる人間としての責任感や使命感を再認識させることと併せて、社会および患者様に対し、スチューデントドクターであれば、一定レベルの知識と技量を有していることを示すことで、その者の医療行為を大学が保証することを目的として実施するものです。

式典は、永井良三学長から共用試験に合格した4年生126名一人ひとりに対し、スチューデントドクター認定証が授与され、授与者を代表して鯉江梨央さん(愛知県)から、これから実習に臨むにあたっての宣誓がありました。

続いて、永井学長からの式辞、佐田尚宏病院長、百村伸一さいたま医療センター長、大柴幸子看護部長からは、激励のお言葉をいただきました。

今年度より、従来の「BSL学生優秀賞」に加え、卒業生の寄付金を基金とした「BSL学生最優秀賞(長坂賞)」が設置され、「BSL学生最優秀賞(長坂賞)」には、6年生丹野利紗さん(宮城県)、5年生大橋采夏さん(栃木県)の2名、「BSL学生優秀賞」には、6年生池田憲生さん(埼玉県)、大町玲雄さん(滋賀県、表彰式は実習のため欠席)、5年生奥村萌さん(群馬県)の3名が選ばれ、永井学長から賞状と副賞が授与されました。

『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しました。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/>) にアクセスして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.or.jp

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

報告
各種お知らせ
求人

令和元年度 公益社団法人地域医療振興協会総会を開催

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

令和元年 7 月 2 日

令和元年度定時総会が、6月29日12時から東京平河町の日本海運会館3階で開催された。議長は、出席会員の中から藤来靖士氏(埼玉14期)が選任された。

総会開催前に、全国支部長会議が開かれており、「自治医大と協会の協働」というテーマでワークショップがあった。その会に参加された方が、そのまま総会に出席した格好となった。総会で決議すべき議案は、「理事1名の選任」。これは、自治医大副学長の箕田清次先生が自治医大を退任され、皮膚科教授の大槻マミ太郎先生が後任の副学長に就任されたことに伴うもので、賛成多数で承認された。箕田先生には、理事として長く協会の活動に参加いただき、ご意見や助言を賜った。ここに篤く感謝申し上げる。

総会ではまた、「平成30年度事業報告」「平成30年度決算報告」の報告が原山事務局長からなされた。平成30年度決算報告では、経常収益は1,249億円、経常支出は1,243億円、当期利益は6億19百万円で、正味財産期末残高は101億81百万円であった。主な平成30年度、事業報告では、施設では、平成30年4月に恵那市介護老人保健施設ひまわり、平成30年6月に介護老人保健施設富谷の郷の運営を開始した。これで運営施設は病院24施設、診療所(附属診療所および出張診療所を含まない)42施設、介護老人保健施設18施設となった。また、へき地等への医師等派遣事業では、へき地等の協会外施設への代診実績は、3,176日となった。また、フライングドクターシステムとして、長崎の本土、島嶼間の医師搬送サービスを行ってきたが、平成30年度は、383回運航し、826名の医師を搬送した。この後、高久史磨会長等からご挨拶を頂戴し閉会した。

さて、協会の会員の多くは、自治医大の卒業生である。第1期生が卒業して40年。今、自治医大に先輩がいない県もあり、だれも残っていない学年もあるとのこと。時が過ぎ、教職員も学生も代わり、一方、出身県には100名近い卒業生が戻っている。本来の形になりつつある。しかし、母校や学生と疎遠になり、全体がバラバラになるのでは、困る。これまでの自治医大が創り上げたさまざまな仕組み、個性的な面々、伝統、組織文化……これら一切合切をまとめ、維持する「仕組み」というか土台ができていい頃だ。この7月20日、自治医大同窓会「医燈会」・白亜社と公益社団法人地域医療振興協会ではじめて情報交換会が予定されている。大学、同窓会、学友会、公益社団、公益財団、各種医療法人、社会福祉法人など、足場を固めるパーツはそろってきた。みんなの知恵の出どころだと思う。

去る5月25日に本年度定例理事会、6月29日に総会が日本海運会館において開催されました。平成30年度事業報告、決算報告が承認されました。

なお、令和元年(平成31年)度予算案は、去る3月23日の定例理事会にて承認されています。

I 令和元年度 第1回定例理事会

- 1 開催日時 令和元年5月25日(土) 12:00～13:30
- 2 会 場 日本海運会館4階会議室(千代田区平河町)
- 3 理事定数 20名
- 4 出席者数 理事18名、顧問1名、監事2名
- 5 議決事項
 - 第1号議案 令和元年度総会招集の件
 - 第2号議案 平成30年度事業報告(総会報告事項)
 - 第3号議案 平成30年度決算報告(総会報告事項)
 - 第4号議案 理事1名選任の件(総会決議事項)
 - 第5号議案 協会が運営する施設の管理者の選考の件
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

II 令和元年度 総会

- 1 開催日時 令和元年6月29日(土) 12:00～13:00
- 2 会 場 日本海運会館3階303号室(千代田区平河町)
- 3 会 員 数 1,634名
- 4 出席者数 938名(うち、書面表決者640名、表決委任者263名)
- 5 報告事項
 - 1)平成30年度事業報告について
 - 2)平成30年度決算報告について
- 6 議決事項 第1号議案 理事1名選任の件
- 7 議事概要 原案のとおり承認されました。

III 平成30年度 第4回定例理事会

- 1 開催日時 平成31年3月23日(土) 12:00～14:00
- 2 会 場 日本海運会館4階会議室(千代田区平河町)
- 3 理事定数 20名
- 4 出席者数 理事18名、顧問2名、監事2名
- 5 議決事項
 - 第1号議案 平成31年度事業計画及び予算について
 - 第2号議案 平成31年度の金融機関からの借入れについて
 - 第3号議案 副会長の選任について
 - 第4号議案 協会が運営する施設の管理者の選考について
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

公益社団法人地域医療振興協会役員名簿

令和元年7月1日現在

会長	高久 史磨	自治医科大学名誉学長，一般社団法人日本医療安全調査機構理事長， 一般社団法人日本医学教育評価機構理事長
副会長	川上 正舒	公益社団法人地域医療振興協会，練馬光が丘病院名誉院長
理事長	吉新 通康	公益社団法人地域医療振興協会
副理事長	山田 隆司	公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長， 台東区立台東病院管理者兼病院長
副理事長	沼田 裕一	公益社団法人地域医療振興協会横須賀市立うわまち病院管理者
常務理事	白崎 信二	公益社団法人地域医療振興協会西日本事務局担当常務理事， おおい町保健・医療・福祉総合施設管理者兼施設長
常務理事	外山 千也	公益社団法人地域医療振興協会
常務理事	宮崎 国久	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター管理者
常務理事	木下 順二	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター副管理者
常務理事	藤来 靖士	公益社団法人地域医療振興協会
理事	細田 瑳一	公益財団法人政策医療振興財団理事長
理事	崎原 永作	公益社団法人地域医療振興協会事務局沖縄地域医療支援センターセンター長
理事	神山 潤	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター管理者
理事	塩津 英美	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター副管理者兼センター長
理事	大槻マミ太郎	自治医科大学副学長
理事	西尾 博至	公益社団法人地域医療振興協会市立奈良病院管理者
理事	井上 陽介	公益社団法人地域医療振興協会湯沢町保健医療センター管理者
理事	梅屋 崇	公益社団法人地域医療振興協会あま市民病院管理者兼病院長
理事	原田 昌範	山口県立総合医療センターへき地医療支援部診療部長兼 へき地地域医療支援センターセンター長
理事	原山 和巳	公益社団法人地域医療振興協会事務局局長
監事	茶川 治樹	岩国市医療センター医師会病院病院長
監事	永井 慎昌	日本赤十字社鹿児島赤十字病院内科部長兼総合診療科部長兼 医療社会事業部長兼地域医療連携室長

平成30年度事業報告書

1 医学生及び卒業生のへき地医療研修活動の指導(公1-1)

医学生、コメディカル学生及び医療従事者を対象に、地域医療実習等指導施設として受け入れを行った。研修受け入れ実績は延べ日数43,811日であった。

2 へき地医療における診療活動基準の研究と確立(公1-2)

地域医療セミナーを開催した。

3 総合医の確立についての研究と研修会の開催及び総合医の養成(公1-3)

臨床研修医養成事業を行った。臨床研修医は94名、専攻医は131名であった。

海外の大学との交流を進めた。

また、ヘルスプロモーション研究センターの運営等を行った。

4 医療情報の提供 (公1-4)

遠隔画像診断支援システムの運営、医師向け生涯学習コンテンツ等の提供、ホームページによる情報提供を行った。

5 地域保健医療に関する研究会及び講習会の開催(公1-5)

PTLS(外傷初期診療講習)等の講習会等を行った。

6 へき地等に勤務する医師等の職業紹介及び派遣(公1-6)

へき地等への医師等派遣事業等を行った。へき地等の協会外施設への代診実績は、3,176日となった。

また、フライングドクターサービスとして337回運航し、826名の医師が搭乗した。

7 会報・会誌の発行(公1-7)

「月刊地域医学」を編集し、発行した。

8 へき地等に勤務する医師の確保等へき地等の医療(介護を含む)を支援する病院等の開設及び運営管理の受託(公1-8)

平成30年4月に恵那市介護老人保健施設ひまわり、平成30年6月に介護老人保健施設富谷の郷の運営を開始した。

運営施設は病院24施設、診療所(附属診療所及び出張診療所を含まない)42施設、介護老人保健施設18施設となった。

地域看護研究センター、JADECOM-NDC研修センター、地域医療安全推進センター及びシミュレーションセンターの運営を行った。

9 へき地等の医療を支援する病院等に勤務する看護師等を養成するための学校の運営事業等の養成事業(公1-9)

(1) さいたま看護専門学校

37名が入学し、31名が2年生に28名が3年生に進級した。

卒業生(5回生)を27名輩出した。

(2) 奈良市立看護専門学校

42名が入学し、34名が2年生に43名が3年生に進級した。

卒業生3期生1名、4期生32名輩出した。

へき地等の医療を支援する病院等の運営の状況

		平成30年度	平成29年度	前年比	増減数
病院	病院数	24施設	24施設	100.0%	0施設
	病床数	4,935床	4,955床	99.6%	-20床
	入院患者数(日)	3,584人/日	3,700人/日	99.6%	-116人/日
	病床利用率	73%	75%	97.3%	-2%
	外来患者数	8,687人/日	8,736人/日	99.4%	-49人/日
診療所	診療所数	42施設	42施設	100.0%	0施設
	(うち有床診療所数)	6施設	6施設	100.0%	0施設
	病床数	114床	114床	100.0%	0床
	入院患者数	68人/日	73人/日	93.2%	-5人/日
	病床利用率	60%	64%	93.8%	-4%
	外来患者数	1,698人/日	1,746人/日	97.3%	-48人/日
介護施設	施設数	18施設	16施設	112.5%	2施設
	入所定員数	1,477人	1,282人	115.2%	195人
	入所者数	1,297人/日	1,182人/日	109.7%	115人/日
	利用率	88%	92%	95.7%	-4%
通所リハビリテーション	施設数	23施設	21施設	109.5%	2施設
	通所定員数	690人	645人	107.0%	45人
	通所者数	476人/日	471人/日	101.1%	5人/日
	稼働率	69%	73%	94.5%	-4%
通所介護	施設数	3施設	3施設	100.0%	0施設
	通所定員数	80人	80人	100.0%	0人
	通所者数	50人/日	54人/日	92.6%	-4人/日
	稼働率	63%	68%	92.6%	-5%
その他の指標	居宅ケアプラン作成(月平均)	947	942	100.5%	5件/月
	訪問看護	157	146	107.5%	11人/日
	訪問リハビリ	165	122	135.2%	43人/日
	居宅療養管理指導	28	28	100.0%	0人/日

別表1 病院等の一覧

	施設名	病院	診療所	老健	開設	運営形態
1	石岡第一病院	1			平成4年7月1日	直営
2	六合温泉医療センター		1	1	平成5年9月1日	中之条町から指定管理
3	西伊豆町安良里診療所		2		平成6年1月5日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
4	揖斐郡北西部地域医療センター		3	2	平成10年4月1日	揖斐川町から指定管理
5	東通村保健福祉センター				平成11年2月1日	東通村から指定管理
6	白糠診療所		4		平成11年2月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
7	西伊豆町田子診療所		5		平成11年5月1日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
8	公立丹南病院	2			平成12年2月1日	公立丹南病院組合から指定管理
9	日光市民病院	3			平成12年4月1日	直営
10	磐梯町保健医療福祉センター		6	3	平成12年4月1日	磐梯町から指定管理
11	東通村診療所		7		平成12年4月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
12	奥日光診療所		8		平成12年5月1日	日光市から指定管理
13	市立伊東市民病院	4			平成13年3月1日	伊東市から指定管理
14	揖斐川町春日診療所		9		平成13年7月1日	揖斐川町から指定管理
15	西吾妻福祉病院	5			平成14年2月1日	西吾妻福祉病院組合から指定管理

16	介護老人保健施設にっこう			4	平成14年4月1日	直営
17	横須賀市立うなまち病院	6			平成14年7月1日	横須賀市から指定管理
18	湯沢町保健医療センター	7			平成14年8月1日	湯沢町から指定管理
19	加賀地域医療支援センター		10		平成15年3月1日	加賀市から指定管理、平成27年9月30日 山中温泉医療センターの指定管理終了
20	東通村介護老人保健施設のはなしょうぶ			5	平成15年4月1日	東通村から指定管理
21	公設宮代福祉医療センター		11	6	平成15年10月1日	宮代町から指定管理
22	市立恵那病院	8			平成15年12月1日	恵那市から指定管理
23	東京北医療センター介護老人保健施設さくらの杜			7	平成16年1月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、 平成26年3月10日から直営
24	東京北医療センター	9			平成16年4月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、 平成26年3月10日から直営
25	市立奈良病院	10			平成16年12月1日	奈良市から指定管理
26	公立黒川病院	11			平成17年4月1日	黒川地域行政事務組合から指定管理
27	いなずま診療所		12		平成17年6月1日	直営
28	介護老人保健施設みはらし			8	平成18年4月1日	伊東市から指定管理
29	村立東海病院	12			平成18年5月1日	東海村から指定管理
30	地域包括ケアセンターいぶき		13	9	平成19年4月1日	米原市から指定管理
31	おおい町保健・医療・福祉総合施設		14	10	平成19年4月1日	おおい町から指定管理
32	志摩地域医療福祉センター		15	11	平成20年4月1日	志摩市から指定管理
33	飯塚市立病院	13			平成20年4月1日	飯塚市から指定管理
34	市立大村市民病院	14			平成20年4月1日	大村市から指定管理
35	奈良市立柳生診療所		16		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
36	奈良市立田原診療所		17		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
37	上野原市立病院	15			平成20年10月1日	上野原市から指定管理
38	台東区立台東病院・台東区立老人保健施設千束	16		12	平成21年4月1日	台東区から指定管理
39	山北町立山北診療所		18		平成20年12月1日	山北町から指定管理
40	東京ベイ・浦安市川医療センター	17			平成21年4月1日	直営
41	横須賀市立市民病院	18			平成22年4月1日	横須賀市から指定管理
42	上河津診療所		19		平成22年1月12日	直営
43	シティ・タワー診療所		20		平成22年3月1日	直営
44	奈良市立月ヶ瀬診療所		21		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
45	奈良市立都祁診療所		22		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
46	明日香村国民健康保険診療所		23		平成22年4月1日	明日香村から指定管理
47	伊豆今井浜病院	19			平成22年7月1日	直営
48	関市国民健康保険津保川診療所		24		平成23年4月1日	関市から指定管理
49	十勝・いけだ地域医療センター	20		13	平成23年10月1日	池田町から指定管理
50	女川町地域医療センター		25	14	平成23年10月1日	女川町から指定管理
51	与那国町診療所		26		平成23年10月1日	与那国町から指定管理
52	練馬光が丘病院	21			平成24年4月1日	直営
53	嬉恋村国民健康保険診療所		27		平成24年4月1日	嬉恋村から指定管理
54	三重県立志摩病院	22			平成24年4月1日	三重県から指定管理
55	越前町国民健康保険織田病院	23			平成24年4月1日	越前町から指定管理
56	公立久米島病院	24			平成24年4月1日	沖縄県離島医療組合から指定管理
57	伊豆下田診療所		28		平成24年5月1日	直営
58	真鶴町国民健康保険診療所		29		平成25年8月1日	真鶴町から指定管理
59	今泉記念館ゆきあかり診療所		30		平成25年10月1日	直営
60	六ヶ所村医療センター		31	15	平成26年4月1日	六ヶ所村から指定管理
61	戸田診療所		32		平成26年4月1日	沼津市から指定管理
62	西浅井地区診療所		33		平成27年4月1日	長浜市から指定管理
63	揖斐川町谷汲中央診療所		34		平成27年4月1日	揖斐川町から指定管理
64	米原市地域包括医療福祉センター		35		平成27年10月1日	米原市から指定管理
65	介護老人保健施設市川ゆうゆう			16	平成28年4月1日	市川市から経営移譲
66	鳥羽市立長岡診療所		36		平成28年4月1日	鳥羽市から指定管理
67	竹富町立黒島診療所		37		平成28年4月1日	竹富町から指定管理
68	奈良市立興東診療所		38		平成28年6月1日	奈良市から指定管理
69	日光市立小来川診療所		39		平成29年4月1日	日光市から指定管理
70	恵那市国民健康保険山岡診療所		40		平成29年4月1日	恵那市から指定管理
71	千早赤阪村国民健康保険診療所		41		平成29年4月1日	千早赤阪村から指定管理
72	国頭村立東部へき地診療所		42		平成29年4月1日	国頭村から指定管理
73	恵那市介護老人保健施設ひまわり			17	平成30年4月1日	恵那市から指定管理
74	介護老人保健施設富谷の郷			18	平成30年6月1日	直営
75	さいたま看護専門学校				平成24年4月1日	直営
	合 計	24	42	18		

貸 借 対 照 表
平成 3 1 年 3 月 3 1 日現在

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I.資産の部			
1.流 動 資 産			
現金預金	10,624,217,706	10,517,687,676	106,530,030
医業未収金	18,003,900,816	17,149,431,078	854,469,738
未収金	939,334,909	878,199,354	61,135,555
医薬品	653,240,465	602,110,663	51,129,802
診療材料	443,782,392	395,604,633	48,177,759
貯蔵品	64,119,061	77,418,900	△ 13,299,839
前払費用	88,673,106	98,403,734	△ 9,730,628
前渡金	432,000	2,052,000	△ 1,620,000
短期貸付金	371,116,165	427,897,118	△ 56,780,953
その他流動資産	86,777,112	52,768,215	34,008,897
貸倒引当金	△ 108,018,894	△ 129,619,024	21,600,130
流動資産合計	31,167,574,838	30,071,954,347	1,095,620,491
2.固 定 資 産			
特定資産			
建物	21,327,772,224	22,157,324,583	△ 829,552,359
構築物	817,989,894	924,597,431	△ 106,607,537
医療用器械備品	1,082,339,507	1,222,723,564	△ 140,384,057
その他器械備品	439,483,249	537,933,445	△ 98,450,196
車両	39,891,030	30,489,964	9,401,066
航空機	1	1	0
土地	6,617,342,123	6,616,182,510	1,159,613
リース資産	4,040,419,844	4,832,519,378	△ 792,099,534
建設仮勘定	16,694,424	0	16,694,424
電話加入権	6,402,699	6,402,699	0
ソフトウェア	287,031,758	358,468,202	△ 71,436,444
リース無形固定資産	243,082,103	106,359,947	136,722,156
その他無形固定資産	27,123,261	31,033,763	△ 3,910,502
出資金	62,000	52,000	10,000
長期貸付金	937,878,985	984,140,375	△ 46,261,390
長期前払費用	790,158,890	844,938,242	△ 54,779,352
敷金等	141,434,357	135,529,390	5,904,967
保険積立金	94,587,069	117,097,250	△ 22,510,181
特定資産合計	36,909,693,418	38,905,792,744	△ 1,996,099,326
固定資産合計	36,909,693,418	38,905,792,744	△ 1,996,099,326
資 産 合 計	68,077,268,256	68,977,747,091	△ 900,478,835

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
Ⅱ.負債の部			
1.流動負債			
買掛金	3,394,533,020	3,412,868,783	△ 18,335,763
短期借入金	14,820,000,000	11,700,000,000	3,120,000,000
1年以内返済予定長期借入金	4,027,374,761	4,791,709,756	△ 764,334,995
リース債務	1,490,524,753	1,642,240,812	△ 151,716,059
未払金	4,433,339,078	4,364,047,809	69,291,269
未払費用	314,810,469	299,122,483	15,687,986
預り金	119,522,147	120,557,138	△ 1,034,991
従業員預り金	583,553,416	547,295,560	36,257,856
未払消費税等	75,776,100	71,227,000	4,549,100
金利スワップ債務	82,196,867	106,510,017	△ 24,313,150
賞与引当金	1,988,650,453	1,920,340,101	68,310,352
その他流動負債	26,372,137	23,311,679	3,060,458
流動負債合計	31,356,653,201	28,999,231,138	2,357,422,063
2.固定負債			
長期借入金	23,343,421,138	26,269,600,899	△ 2,926,179,761
長期リース債務	2,932,990,506	3,452,032,631	△ 519,042,125
役員退職慰労引当金	84,762,500	123,012,679	△ 38,250,179
長期未払金	178,543,456	103,835,426	74,708,030
固定負債合計	26,539,717,600	29,948,481,635	△ 3,408,764,035
負債合計	57,896,370,801	58,947,712,773	△ 1,051,341,972
Ⅲ.正味財産の部			
1.指定正味財産			
地方公共団体補助金	6,117,249,167	6,569,464,663	△ 452,215,496
民間補助金	787,750	1,465,071	△ 677,321
寄付金	408,221,379	423,659,416	△ 15,438,037
指定正味財産合計	6,526,258,296	6,994,589,150	△ 468,330,854
(うち特定資産への充当額)	(6,526,258,296)	(6,994,589,150)	(△468,330,854)
2.一般正味財産	3,654,639,159	3,035,445,168	619,193,991
(うち特定資産への充当額)	(9,321,735,136)	(9,190,501,327)	(131,233,809)
正味財産合計	10,180,897,455	10,030,034,318	150,863,137
負債及び正味財産合計	68,077,268,256	68,977,747,091	△ 900,478,835

1000 1000 1000

月刊地域医学 Vol.33 No.8 2019

単位:円

科目	当年度	前年度	増減
①研究経費	346,888,088	388,775,328	△ 41,887,240
研究費	197,878,421	174,873,888	△ 23,004,533
経費	239,871,201	203,401,400	△ 36,469,801
②経費	2,196,248,689	2,018,848,378	△ 177,399,311
福利厚生費	297,478,231	284,992,382	△ 12,485,849
旅費交通費	298,548,194	318,359,465	△ 19,811,271
職員給与費	297,584,331	297,788,914	△ 204,583
通信費	232,587,441	224,521,122	△ 8,066,319
広告宣伝費	190,192,966	135,240,918	△ 54,952,048
印刷製本費	78,488,571	88,587,258	△ 10,098,687
消耗品費	190,937,969	182,390,188	△ 8,547,781
消耗品費	167,878,902	163,894,767	△ 3,984,135
会議費	130,830,357	117,585,771	△ 13,244,586
水道光熱費	2,858,328,451	2,727,389,377	△ 130,939,074
保険料	205,824,874	207,898,471	△ 2,073,597
雑費	102,748,291	62,557,183	△ 40,191,108
租税公課	264,328,133	248,978,438	△ 15,349,695
雑費	72,885,313	62,428,275	△ 10,457,038
支払福利手当料	451,588,838	444,588,347	△ 7,000,491
支払金	388,898,148	338,842,384	△ 50,055,764
支払福利金	87,368,871	112,969,668	△ 25,600,797
賞与金	67,298,425	18,125,663	△ 49,172,762
長期貸付金	71,595,167	58,598,918	△ 12,996,249
支払金	184,351,764	183,175,281	△ 1,176,483
雑費	38,990,858	28,378,171	△ 10,612,687
③経費	1,144,278,878	1,218,484,288	△ 74,205,410
支払利息	147,398,781	143,954,968	△ 3,443,813
支払利息	18,770,462	18,797,888	△ 27,426
支払利息	47,481,383	48,190,646	△ 709,263
支払利息	428,883,163	418,400,118	△ 10,483,045
その他経費	8,648,878	18,191,748	△ 9,542,870
④経費	304,824,578	282,558,717	△ 22,265,861
役員報酬	48,763,485	45,817,358	△ 2,946,127
役員報酬	678,813	708,348	△ 29,535
給与金	63,812,394	68,823,678	△ 5,011,284
賞与	1,618,839	1,670,315	△ 51,476
賞与金	1,578,218	1,221,129	△ 357,089
法定福利費	8,871,185	7,288,283	△ 1,582,902
退職金	12,734,889	832,385	△ 11,902,504
福利厚生費	3,880,878	3,848,432	△ 32,446
会議費	21,880,543	18,888,885	△ 2,991,658
雑費	37,278	135,138	△ 97,860
旅費交通費	21,181,787	21,888,822	△ 707,035
通信費	8,428,448	8,284,088	△ 144,360
什物費	7,777,508	1,818,688	△ 5,958,820
消耗品費	2,077,884	3,833,748	△ 1,755,864
雑費	68,787	8,888,888	△ 8,820,101
固定資産減価	444,888	1,733,432	△ 1,288,544
設備保全費	4,738,878	3,718,881	△ 1,019,997
設備費	1,888,348	8,887,485	△ 6,999,137
印刷製本費	6,757,878	1,418,248	△ 5,339,630
水道光熱費	1,848,878	1,238,768	△ 610,110
電気料金	18,888,888	15,812,888	△ 3,076,000
保険料	748,188	878,128	△ 129,940
租税公課	2,348,488	198,438	△ 2,150,050
支払金	6,288,888	4,428,788	△ 1,860,100
支払利息	388,881	2,888,881	△ 2,500,000
福利金	1,188,888	1,217,888	△ 29,000
福利金	88,888	88,188	△ 700
その他経費	28,888,888	21,888,888	△ 7,000,000
支払金	22,352,888	21,217,888	△ 1,135,000
雑費	238,778	288,888	△ 50,110
支払金	87,888	88,888	△ 100
設備費	1,227,278	1,187,881	△ 39,397
印刷製本費	278,881	378,788	△ 99,907
経費	38,888	30,888	△ 8,000
広告宣伝費	288,888	388,188	△ 99,300
経費	1,144,278,878	1,218,484,288	△ 74,205,410
当年度経費	878,178,473	842,177,147	△ 36,001,326

単位：円

科目	当年度	前年度	増減
正経営外増減の部			
1) 経営外収益			
固定資産売却益	1,197,832	4,874,985	△ 3,677,153
金租スワップ評価益	24,313,158	34,856,768	△ 10,543,610
その他の臨時収益	79,598,812	29,036,485	△ 50,562,327
経営外収益計	81,109,802	68,768,238	△ 12,341,564
2) 経営外費用			
固定資産売却損	7,802,875	44,806,788	△ 37,003,913
その他の臨時費用	38,525,837	38,888,553	△ 362,716
経営外費用計	46,328,712	83,695,341	△ 37,366,629
当期経営外増減額	34,781,090	△ 14,927,103	49,708,193
繰上経営外増減額(当一(欠)-前)	678,744,957	513,359,654	165,385,303
繰上経営外増減額(前)	103,000	522,000	△ 419,000
当期一般経営外増減額(当)	679,143,957	513,881,654	165,262,303
一般経営外増減額(当)	3,035,445,168	2,942,207,510	93,237,658
一般経営外増減額(前(当)-前)	1,654,639,159	1,705,445,168	△ 50,806,009
当期一般経営外増減額(当)	4,689,828,126	4,647,653,722	42,174,404
受取地方自治体補助金等	48,994,887	64,031,742	△ 15,036,855
受取民間補助金等	938,888	422,762,784	△ 421,823,896
一般経営外増減額(当)	△ 138,819,911	△ 688,862,131	549,042,220
当期経営外増減額(当)	△ 489,825,854	△ 212,068,209	△ 277,757,645
繰上経営外増減額(当)	6,954,589,759	7,256,917,325	△ 302,327,566
繰上経営外増減額(前(当)-前)	6,129,258,256	6,584,589,158	△ 455,330,902
当期経営外増減額(当)	13,083,868,015	13,841,506,483	△ 757,638,468

第32回 地域保健医療に関する 研究助成賞・奨励賞決定

地域保健医療に関する研究などの推進・奨励の一環として実施している地域保健医療研究助成事業における、研究助成賞(研究テーマを公募)が公募総数9テーマの中から、研究奨励賞が平成30年度「月刊地域医学」に発表された論文8編の中から、選考委員会審査員による選考の結果、表記のとおり決定しました。研究助成賞・奨励賞の選考理由および助言等は下記の通りです。なお、表彰式は去る6月30日(日)に開催された第13回へき地・地域医療学会にて行われました。



選考委員会：吉南通康, 川上正舒, 北村 聖, 柳川 洋, 山田隆司



研究助成賞

★賞金 52 万円*

福山祐介 先生 藤田医科大学医療科学部 特別研究員

研究テーマ「看護師が離島で働く理由に関する研究」

※ 選考委員会で審議の結果、他に受賞候補研究がなく、かつ受賞研究の研究経費積算が賞金予定額を下回ったため実費の授与とすることとしました。

研究助成賞の選考理由および助言

へき地医療の重要な問題に焦点を当てている。全例を対象としたアンケート調査であり、評価できる。アンケートの回収率を上げる工夫が必要であろう。単なる調査にとどまらず、研究成果の活用を期待したい。

地域保健医療研究助成賞研究者 福山祐介 先生

研究テーマ 「看護師が離島で働く理由に関する研究」

研究の目的・意義および概要

本研究の目的は、日本全国の離島(特に人口1,000人未満の小規模離島)の看護師を対象に、離島で働く理由を明らかにすることである。大規模な統計によって、看護師が離島で働く理由が明らかになれば、求人告知で看護師の受け入れ体制において限られた経営資源の選択と集中が可能になり、離島医療提供体制のさらなる安定化につながると考える。

2017年の日本医師会の調査によれば、過疎地域で看護師の充足状況に問題がないと回答したのは国内の2割程度であり、8割以上の医療機関が看護師不足に悩んでいる。そのため、医療提供の地域偏在の現況報告やIT整備に伴う遠隔診療など、看護師が不足している現場でより効率的に医療を行うためにどうすればよいかという研究が進んでいる。

しかし一方で、「離島に看護師がくるためには何が必要か」という問いに関する研究はほとんどされていない。上記調査でも、「過疎地域」で「採用する側の考えるアピールポイント」を調査しているが、「離島医療」とり

わけ「実際に勤務している看護師」の調査には及んでいない。先行報告でも、離島医療を経験した一部の看護師のインタビューレベルにとどまっている。

今回の調査では、離島で、勤務する看護師の隠れたニーズを明らかにし、「個人給与の上乗せという方法以外で、離島に看護師を呼び込むための施策」を検討したい。

研究計画・方法

2016年離島統計年報に基づき、人口10人以上1,000人未満の離島で勤務している看護師を対象とする。

まず、全対象者へアンケートを実施する。量的な研究を通して全体的な方向性を把握する。その後、回答の状況に応じ、個別の事例について現地で対象者に直接インタビューを実施、質的記述的な研究面からもアプローチを行う。

現地でのインタビューについてはアンケートの回収において回答の多かった項目について、さらに細かなインタビューを実施する。



研究奨励賞

★賞金 10 万円

國友耕太郎 先生 熊本県上天草市立湯島へき地診療所

受賞論文「地域在住高齢者におけるサルコペニアと慢性便秘との関連性」

(Vol.32 No.6 2018掲載)

島崎亮司 先生 シティ・タワー診療所

受賞論文「小児在宅医療における緊急対応の実態調査」

(Vol.32 No.8 2018掲載)

上田貴威 先生 大分大学医学部総合外科・地域連携学講座

受賞論文「医療改革と医学教育改革に対する地域外科勤務医の認識：外科勤務医に対するアンケート調査」

(Vol.32 No.4 2018掲載)

(研究助成賞では投稿時の所属施設)

研究奨励賞の選考理由

國友耕太郎先生の論文 サルコペニアと慢性便秘はいずれも高齢者のQOLに影響を及ぼす状態である。本研究は疫学的な手法により、両者の関連を明らかにした。この研究をさらに発展させて両者の因果関係を解明し、高齢者のQOLの向上に役立てていただきたい。

島崎亮司先生の論文 小児入院医療を24時間体制で担当する施設の集約化により、地域における小児の医療水準の向上を図るには、総合診療医と小児科医の密接な連携をとらなければならない。本研究は、在宅医療における成人と小児の相違点を明らかにして、小児医療に対する非小児科医の役割を検討したもので、地域医療の向上に資する。

上田貴威先生の論文 現場の外科医の医療の枠組みや制度についての認識の程度がよく出ている。アンケート調査をしっかりと解析してあり評価できる。調査結果を医師の研究や指導の場で活かしていただきたい。

あま市民病院 指定管理を祝う会

2019年4月1日より、愛知県あま市より指定管理を受け、公益社団法人地域医療振興協会75番目の運営施設として、あま市民病院が新たなスタートをきった。名古屋市に隣接するあま市は、2010年3月に七宝町、美和町、甚目寺町の合併により誕生し、人口8万8千人を有している。市内唯一の一般病院として、本病院はプライマリ・ケア、急性期から慢性期の入院診療、在宅療養までのシームレスな地域包括ケアを展開していく。病床数は180床、内科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科を標榜している。

6月15日(土)、「内覧会」と「あま市民病院 指定管理を祝う会」が開催された。内覧会の参加者は午後1時より、病院講堂にて施設の概要説明を聞いた後、院内を見学。各要所では職員から部屋のつくりや設備の紹介が行われた。

そしてあま市内観光の後、場所を名古屋市内のホテルに移し、「指定管理を祝う会」が開催された。

まず主催者として吉新通康理事長、高久史磨会長が挨拶にたった。引き続き梅屋崇管理者が「地域のつながりを大切に、地域の方々の生活を支えるそんな病院にしていきたい」と抱負を述べた。来賓のあま市 村上浩司市長、自治医大学 大石利雄理事長、海部医師会 下方辰幸会長からは、あたたかい祝辞と激励の言葉があり、出席した職員一同、気を引き締める思いで拝聴した。

あま市民病院が作成したプロモーションビデオの放映や、病院スタッフによる歌やダンスのパフォーマンスが披露され、和気藹々とした雰囲気の中進行し、毛利紀章副病院長の三本締めでお開きとなった。



あま市民病院外観



病院・建物概要説明会



内覧会の様子



あま市民病院 指定管理を祝う会

研修会

平成31年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、自治医科大学との密接な連携のもと、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を合わせて年間30回程度開催しています。ぜひご参加ください。

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

当研修会は、地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々が最新の医学知識と医療技術を習得することにより、地域住民が安心して生活することができることを目的に開催しています。

講師には、自治医科大学の教職員およびそれぞれの分野において活躍されている方々を招き、最新の医療情報の講義や技術の向上を図るための演習等を実施しています。

平成31年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等、詳細につきましては、当財団ホームページ (<http://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

8月 保健活動研修会

9月 口腔ケア研修会

10月 災害保健研修会、リハビリテーション研修会

11月 スタッフ育成・管理担当者研修会、がん化学療法看護研修会、看護師研修会

現地研修会

当研修会は、地方公共団体等が推進する健やかな長寿社会づくりに寄与することを目的に、地域住民の方々と地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々を対象として、保健・医療・福祉事業に関するテーマで、当該団体と当財団が共催の形をとり、全国各地で開催しています。

応募要件等、詳細につきましては、当財団ホームページ (<http://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436 FAX 0285-44-7839

E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <http://www.zcssz.or.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

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。

「月刊地域学」では、投稿論文を募集しています。

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

chiiki-igaku@jadecom.or.jp

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していただくか、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/>

JADECOM よろず相談 窓口

「JADECOMよろず相談窓口」開設のお知らせ

このたび、地域医療振興協会生涯教育センター内に、なんでも相談できる「JADECOMよろず相談窓口」を開設しました。

地域医療の現場での診療に関すること、地域における研究課題や専門医・学位取得といったことから将来の進路、職場環境や生活環境の悩み事まで相談の種類は問いません。

原則として地域医療振興協会会員を対象としていますが、地域医療に従事する医師の皆さんの様々な問題に柔軟に対応します。内容によっては協会関連病院や大学関係者等適切な方にお繋ぎさせていただきます。また学会や都道府県支部会などの際の個別相談にも応じます。まずはお気軽に窓口までご連絡ください。



連絡先 地域医療振興協会生涯教育センター「JADECOM よろず相談窓口」
富永眞一 shintomi@jadecom.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を開始しました。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。

配信を開始してから半年が経過しましたが、自治医科大学の教職員や学生の方々から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す。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。自治医科大学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。

生涯教育センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

「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/pdf/apply_magazine.pdf）にアクセスして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）

へき地・地域医療を志す医学生の方へ 「月刊地域医学」無料送付登録のご案内

公益社団法人地域医療振興協会では、「へき地を中心とした地域保健医療の確保とその質の向上」を目的として活動しており、医学雑誌として「月刊地域医学」を発行しております。へき地・地域医療に興味関心のある医学生の皆さんにご覧いただき、将来のへき地・地域医療の充実と質の向上の一助となりますようご案内申し上げます。「月刊地域医学」は原則として公益社団法人地域医療振興協会会員に配布させていただいておりますが、この度、公益活動として地域医学の啓発・普及のため将来のへき地・地域医療を担う医学生の皆さんに無料にて配布いたします。

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

登録方法 住所、氏名、大学名、学年、E-mail アドレスを下記連絡先までご通知ください。

費 用 無料（無料送付登録は医学生の方に限り、年度ごとに登録更新していただくことになります。）

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 「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.or.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/pdf/gekkanchiikiigaku/chikiigaku.pdf>

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、会員皆様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が負担いたします。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

ご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、当協会に新しいご住所をご連絡ください。

当協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単にお手続きが可能ですので、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)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 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

mail: hekichi@jadecom.or.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

市立三笠総合病院

●内科, 外科, 整形外科, 小児科
常勤医師 各1名



診療科目：内科, 循環器科, 外科, 整形外科, 小児科, 皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科, 神経科, リハビリテーション科

病床数：199床

職員数：181名（うち常勤医師9名, 非常勤医師0名）

所在地：〒068-2194 北海道三笠市宮本町489-1

連絡先：事務局総務管理課総務管理係・係長 齋藤
TEL 01267-2-3131 FAX 01267-2-2493
E-mail byouin-kanri@city.mikasa.hokkaido.jp

特記事項：市立三笠総合病院は、北海道のほぼ中央部、三方を山に囲まれ自然豊かな三笠市に位置しています。三笠市は化石や石炭を利用した観光に取り組んでおり、市全域が日本ジオパークに認定され、太古のロマンを感じることができます。三笠高校の生徒が運営する高校生レストランはにぎわいを見せ、若者の活気があふれるまちです。当院は市の基幹病院として、急性期から慢性期にわたる医療を提供しています。急性期に関しては、高度医療機器を積極的に導入し、質の高い医療サービスを提供するとともに、救急医療は365日、24時間体制で行っています。また、地域の医療ニーズに対応するため、回復期リハビリテーション病棟や24時間体制の訪問看護ステーションを開設するなど、医療サービスの向上に努めています。地域に根ざし、地域住民に信頼される病院づくりを目指している当院へのご連絡をお待ちしています。

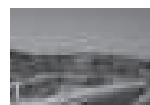
www.city.hospital-mikasa.jp/

受付 2019.3.11

佐賀県

伊万里有田共立病院

●一般内科, 呼吸器内科, 整形外科, 麻酔科, 検診科 各数名



診療科目：内科, 呼吸器内科, 循環器内科, 消化器内科, 糖尿病・代謝内科, 神経内科, 外科, 心臓血管外科, 消化器外科, 整形外科, 脳神経外科, 胸部外科, 小児科, 泌尿器科, 婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 放射線科, 救急科, 麻酔科, リウマチ科

病床数：206床

職員数：343名（うち常勤医師18名, 非常勤医師2名）

所在地：〒849-4193 佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲860

連絡先：事務長 森田
TEL 0955-46-2121 FAX 0955-46-2123
E-mail kyouritsu@imari-arita-hp.or.jp

特記事項：地域に密着し急性期医療、地域との連携、医療人の育成を行う病院です。

患者さん一人ひとりに寄り添い、ていねいな診療で地域全体の健康を守ること、社会に必要とされる病院に育てるため共に学び、共に創造していきましょう。

<http://imari-arita-hp.or.jp/>

受付 2019.2.25

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：堀江・田代

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

投 稿 要 領

2017年6月改訂

1. 投稿資格

- 1) 地域医療に携わる全ての者.
- 2) 国内外の他雑誌等に掲載されていない原稿,あるいは現在投稿中でない原稿に限る.

2. 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.

3. 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.

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.

4. 原稿規定

- 1) 原則として, パソコンで執筆する.
- 2) 原稿は要旨, 図表・図表の説明, 引用文献を含めて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(引用文献を除く). 「表紙」「要旨・キーワード」「本文」「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で内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○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).

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) 引用文献: 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

文献表記例

【雑誌】

- 1) 柴田肇, 黒瀬亮太, 都竹晃文, 他: 栃木県の周産期死亡率の観察. 月刊地域医学 1996; 10: 25-32.
- 2) Feldman R, Bacher M, Campbell N, et al: Adherencetopharmacologic management of hypertension. Can J Public Health 1998; 89: 16-18.

【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

石井威望, 他編. 新医科学体7巻. 刺激の受容と生体運動. 東京, 中山書店, 1995, p.285-314.

- 4) Schuckit MA: Alcohol and alcoholism. In: Wilson JD, Braunwald E, et al, editors. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed. New York, McGraw-Hill, 1991, p.373-379.

【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)

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).

5. 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.

6. 原稿の送付方法について

- 1) 原稿はEメールまたは郵送・宅配便で受け付ける.
- 2) メールで送付する場合の注意
 - ①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(5. 原稿の保存形式と必要書類について 2) 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.
- 3) 郵送で送付する場合の注意
原稿を, CD-ROMまたはDVDなどの1枚の記憶媒体に保存し, 必要書類と原稿のプリントアウト3部をつけて送付する.

- 4) 記憶媒体にアプリケーション名とバージョン, 著者名, 提出日時を明記する.

- 5) 原稿および記憶媒体は返却しない. また, 万一に備えてコピーを手元に保存すること.

7. 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作者の権利を含む)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.

8. 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.

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定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

- 1) E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

- 2) 郵送, 宅配便

〒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

10. 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, 審査状況や原稿規定等の問い合わせは, 下記編集室あて.

〒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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「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)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科科長)
	伊藤雄二(医療人材部総合診療産婦人科養成センター センター長)
	木下順二(東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター 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 副センター長)
	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 小児科部長)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	山田誠史(市立恵那病院 内科部長)

(50音順, 2019.4.1 現在)

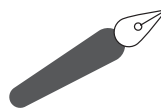
今年は日本とオーストリアの国交樹立150周年にあたります。これを記念して東京と愛知で大規模なクリムト展が開催されています。グスタフ・クリムトは19世紀末ウィーンを代表する画家です。一生独身であったにもかかわらず、子どもは少なくとも14人、孫には著名な疫学者もいます。私は海外出張の際、すきま時間を使って美術館に足を運んできました。見たい絵のテーマを決めると1時間程度でも結構楽しめます。私のテーマはルネッサンス期、とりわけ受胎告知です。その理由を話すと長くなるので別の機会に譲りますが、同じテーマの絵を画家の間で比較すると、画家の個性や技術が見えてきます。画家は自分のパートナーを聖母マリアのモデルにして描くことが多く、これも絵を観る楽しみの一つです。

さて、今月の特集は「学校とともに地域の子どもたちを支える」です。特集を読んで一番感じたのは、地域医療に従事している医師は、子どもたちを医療機関の医師や学校医の立場からだけでなく、地域住民の一人として、またボランティアとして、その成長を見守り支えていることです。医師が診療現場を越えて、生活の中で子どもたちと関わることにより、子どもたち一人ひとりへの理解を深め、心身両面から質の高い支援につながっていることが実感できます。その関りに気持ちがほっこりとして、心が和みました。

私にとって学びもありました。学校保健委員会の構成メンバーとして保護者だけでなく児童生徒が参加できること、中学校区などの地域を想定して「地域学校保健委員会」を開催できること、その中に自治会や商工会、老人会、医師会、保健所などの代表者を構成メンバーに加えることができることです。この学校保健委員会の「拡大版」は、学校と地域の関係団体が協働して、地域ぐるみで子どもたちの健康問題に取り組む際に有用な組織だと思います。

核家族化が進む中で、地域での子育ての重要性が高まっています。地域医療に従事する医師としてどのような関わりができるのか、そのヒントがこの特集から得られるのではないのでしょうか。

中村正和



月刊地域医学 第33巻第8号(通巻394号) 定価(本体 600円+税)

発行日／2019年8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します。

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