

総合診療・家庭医療に役立つ

6
2020
Vol.34-No.6

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

オレタチの地域医療Ⅰ —楽しみとその流儀—

【企画】菅波祐太 揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長・診療所長

●インタビュー

「このコロナ禍を 新しい医療の形のステップに。」

木下順二 公益社団法人地域医療振興協会 常務理事
東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者

公益社団法人
MED 地域医療振興協会
Japan Association for Development of Community Medicine

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.34-No.6(2020年)

目次

インタビュー

- このコロナ禍を新しい医療の形のステップに。／木下順二 2

特集 オレタチの地域医療 I -楽しみとその流儀-

- エディトリアル／菅波祐太 12
●老健こそ家庭医の醍醐味！／横田修一 13
●地域医療，総合診療，家庭医療って何だろう？／菅波祐太 18
●義務年限終了後の地域医療 -地域医療振興協会の職員として地元に戻る-／西脇健太郎 24
●キャリアを捨てて，へき地医療へ／岡裕也 29
●信念で進む，まちの地域医療／島崎亮司 34
●若手診療所医師にできること，無限大／児玉崇志 38

症例

- Yersinia enterocolitica*(腸炎エルシニア)による菌血症と診断した乳児例／武井陽・多湖孟祐・ほか 44

Look Think Act みんなの健康を，みんなで守る

- 地域における減塩活動の現状と今後の展開／嶋田雅子・川畑輝子・ほか 48

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80回“未滅菌の医療機器の使用”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 54

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部単純X線画像／伊藤大輔 61

世界の医療情報

- どういう人がアルツハイマー病になり易いのか？／高久史磨 65

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 難聴を理解する -難聴は認知症の最大危険因子- 67

離島交換日記

- 新しい診療所が完成しました！／賣豆紀晶洋 68

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師活動から得たこと／加藤祐子 70

研修医日記

- 沖縄・久米島での地域医療／上原周悟 72

自治医大NOW

- 自治医科大学入学式挙行／第114回医師国家試験の結果について 75

- お知らせ 78
求人病院紹介 84
投稿要領 86
編集後記 巻末

INTERVIEW

公益社団法人地域医療振興協会 常務理事
東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者
木下順二 先生



このコロナ禍を 新しい医療の形のステップに。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

趣味のお陰？で自治医大に入学

山田隆司(聞き手) 今日は4月14日火曜日です。新型コロナウイルス感染拡大の厳しい状況の中ですが、地域医療振興協会の常務理事として、また現在は協会本部の新型コロナウイルス感染症対策本部長などいろいろな役割を担っていただいている木下順二先生のお話を伺うことになりました。よろしくをお願いします。

まず、先生が自治医科大学を卒業して今に至るまでの経歴を紹介していただけますか。

木下順二 私は昭和39年生まれで自治医科大学には昭和58年入学で12期になります。同期ではこのインタビュー記事に大分県姫島診療所の三浦源太先生、女川町地域医療センターの齋藤充先生、名田庄診療所の中村伸一先生が登場しています

が、その他にも協会内外で長く地域で活躍している先生が多くいらっしゃいます。われわれの学年は、東北新幹線が昭和57年6月に開通して、自治医大キャンパスの横を走り始めた直後に入学試験があったのです。そのためか英語の二次試験の論文のタイトルがことであろうに「東北新幹線」でした。そのおかげか12期は鉄ちゃん(鉄道ファン)が多く鉄道同好会の部員が10名以上いて、国鉄全線完乗したのも私を含めて4人だったか居ました(笑)。鉄ちゃんなので基本的にローカル線など田舎に行くことが大好きで移動を苦にしない。へき地医療と親和性が高いと思いますが、一箇所に長く居ることはあまり得意では無いようです。

私は医者になることを強く希望していたわけではありませんでした。高校3年に上がるときにパソコンのプログラミングを覚えたことから病みつきになり、夏にはゲームのプログラムコンテストに応募しようと思ってパソコンショップの展示機を使わせていただき一所懸命作っていました。そんなわけでコンピュータの世界に身を投じようかと思っていたのですが、学費のわからない大学ということに魅力があって、自治医大を受けたところ、先述の入試のいたずらで合格したため、成り行き任せな感じで入学しました。

在学中は心療内科や眼科などにも興味がありましたし、細かな領域の診察は割と好きでしたので、自治医大を卒業して平成元年から静岡県立総合病院で2年間初期研修をした際には眼科

が一番長く、合計3ヵ月半ぐらい研修しました。耳鼻科も回りましたので、今でも診療所に眼や耳の病気の人が来ても「診てもいいんだ」という気持ちで対応できます。3年目からは焼津市立総合病院という地域中核の600床の病院で、3年間内科系のローテーションの研修をしました。6年目からは地域に行くことが分かっていたから、最後の1年は9ヵ月消化器、2ヵ月循環器をまわり、内視鏡関係の手技については上部、下部、ERCPを単独でできるところまで仕込んでいただきました。

そして私が医師5年目になるころに国立湊病院の委譲の話が出て、吉新通康理事長が副院長として赴任し、平成5年度から静岡県立自治医大卒業生は大体2ヵ月交代で湊病院に派遣されました。

共立湊病院のこと

山田 委譲の前の国立病院時代ですね。

木下 そうです。私は5年目の後期研修の予定を1ヵ月早く切り上げて、平成6年3月に国立湊病院に赴任しました。すぐにも委譲という話だったのですが、実際には3年半かかりました。当時は小池宏明先生が副院長で、私も含め内科医は4人、その6月に小池先生と交代して小田和弘先生が赴任されました。

山田 国立病院委譲の第1号ですが、3年半もかかったのですね。その間先生は国家公務員だったわけですね。

木下 そうです、厚生技官です。赤字病院ということで予算がおらず設備更新がされていない。一番びっくりしたのは、内視鏡の光源が暗くて胃の中を見ても胃の壁がうっすらと見えるだけ(笑)。細菌培養用のインキュベーターは昭和36

年くらいに製造されたもので、木製のキャビネットで骨董品のようなものでした。医療機器の代用品をホームセンターで探してくるような状況でした(笑)。

山田 (笑)。

共立湊病院が始まったのは何年ですか。

木下 平成9年10月1日です。土地、建物は国から無償譲渡を受け、県の補助で医療機器を整備してスタートしました。

山田 国立病院から共立病院に変わったことで変化はありましたか。

木下 以前が酷かったようで、先述のように医療設備は古かったし、「あの病院は救急車じゃないと診てくれない」ということで、病院の目の前にある民宿が救急車を呼んで「病院に搬送をお願いします」と言ったという逸話もあったようです。わ

れわれが入ってからは救急車をしっかり受け入れるようにして入院を増やしました。残留する職員も力を合わせて改善に取り組み、さらに共立になった時には耳鼻科と眼科を設置し、手術件数も増え、人も増やしました。

山田 協会が運営し、自治医大の地域医療学が応援してくれて、静岡県卒業者主体となって、三位一体で地域医療に取り組んだ感じでしたね。活気なかった病院が一挙に地域医療を担う病院となりましたよね。その後いろいろあり共立湊病院は運営を終了することになりましたが、終了したのはいつでしたか。

木下 平成23年3月です。

山田 結局協会が14年間運営したのですね。終了する際の顛末は先生が個人のブログで詳細に書かれていましたが、結局はどういうことだったのでしょうか。

木下 結局は地元の自治体との関係構築がうまくいかなかったというところに尽きると思っています。

山田 地方の公立病院を運営していると、病床数に応じて地方交付税が自治体に交付されるという、地域医療を維持していくための税的措置があるわけですが、基本的にはそれは自治体を経由して病院に投資されるのが一般的だとわれわれは考えています。ところが、当時共立湊病院は非常に経営指標が改善され黒字で運営していたので、自治体側はそれまでの部分的な財政支援を中止し、収益分も返還しろという方針に突然転換したのですよね。国立病院から共立になって、何とかみんなが身を粉にして頑張った結果の黒字だったと思うのですが。

先生は、その中であって、地元新聞などが明らかに事実とは違うことを報道するのに対して、先述のブログで、起こったことを淡々と記録し

て報告し、それとある人物から訴訟まで起こされたのですね。

木下 自分が立ち上げに関わった案件でかつての仲間が謂れなき非難を浴びせられていることに対抗すべくブログに書いたところ、名誉棄損で民事に加え刑事告訴もされ警察や検察での取り調べも受けました。もちろん当初はショックを受けましたが、色々な方々の支援もいただき、裁判に勝つために報道や公文書などで証拠を集めて逐一ブログで報告していきました。公開された情報を丹念に収集し時系列でまとめると色々なことが分かるのだとよく理解できました。相手にとっては藪蛇だったのではないのでしょうか。行政が非公開にしていた文書に対して、裁判所から文書提出命令を出していただくなど真相究明を進めていくうちに、原告の「請求の放棄」という大変稀な形で唐突に裁判は終結してしまいました。

山田 なるほど、そんな経緯だったんですね。協会としても、指定管理で国立病院委譲のモデルのような病院を終了するという事は非常に厳しい決断でした。最終的には理事会の決議で指定管理契約を更新しないと決定したわけですね。そのことを理事長が湊病院の職員に説明に行かれた際に私も同行したのですが、途中の峠で理事長が「やっぱり契約しよう。これから理事たちに電話をして承諾を得て契約しよう」と言い出したのですね。「先生、今日は公印を持ってきてないです」と言って思い留まらせましたが(笑)、結局そのまま病院に向かいました。5時の鐘を待って、職員の皆さんに「申し訳ない。皆さんを守りきれなかった」ということを理事長が話されたのですが、職員の雇用を守る責任というのを肌で感じ、あのときの光景は忘れられません。

研修に関わる

山田 共立湊病院が終了した時には、先生はもういらっしゃらなかったのですか。

木下 湊病院に5年少し勤務した平成11年6月に西伊豆町の田子診療所の立ち上げの話があり、義務年限をずっと病院で過ごしてきたので、自治医大の卒業生たるものとして診療所をやってみようという思いがあって、そちらに行きました。

山田 初代所長でしたね。

木下 はい。医師11年目でそれなりに自信があって行ったのに、最初は患者さんが全然来ませんでした。

山田 田子診療所には何年いたのですか。

木下 5年くらいですね。

山田 途中から患者さんが増えてすごかったですよね。先生は1人で診察も検査も往診もして。

木下 人口が多かったので忙しかったですね。今、いわずさ診療所の所長をされている川崎祝先生にも週1.5日手伝っていただき、ピークのときには外来は1日100人以上、訪問診療も多い月は100件くらいまわっていました。

山田 田子診療所の後はどこへ行ったのですか。

木下 日光市民病院です。小池先生が日光市民病院へ行かれて、声をかけていただきました。病院長はいつも病院にいないでもよいけれど、管理者は病院にいないといけない。でも小池先生はあちこち動きたいということで、日光市民病院に赴任したら「来月から管理者をやしてほしい」と言われました(笑)。日光には平成16年4月から5年2ヵ月いました。

平成21年6月に伊東市民病院に異動しました。当時、多くの後期研修医が一斉に辞めてしまうという事件があったりしたので、医局の医師室ではなく研修センターに入り込んで、空いている机を借りて、若い人たちと一緒に過ごすようにしていました。また平成22年1月から上河津

診療所の立ち上げにも関わり週1回診療をしました。平成23年春、ちょうど東日本大震災の頃に本部の研修センターの大きな組織替えがあり、研修センターの仕事をするようになりました。

山田 その頃から先生が研修委員会に深く関わるようになったのでしたね。

木下 はい。初期研修委員長は井上陽介先生、私が後期研修委員長ということで新しい研修センターの体制になりました。平成23年10月からしばらく伊東と上河津診療所と東京ベイ・浦安市川医療センターの3施設かけもちをしたあと、平成24年2月から東京ベイの副管理者をつとめています。

山田 協会の教育基幹病院、特に東京ベイや東京北医療センターには、多くの研修医が集まってくれるようになりましたが、一方で地域の病院には人が集まらない。協会内の連携の中で、多くの研修医が医師不足に悩むような地域の施設でも研修できる仕組みづくりを先生には早いうちから取り組んでいただきました。

当初は、東京ベイの専攻医も地域に出ることに抵抗があったのではないかと思います。「自分は東京ベイの研修に憧れてきただけで、地域医療には興味ありません」と言われて、がっかりしたこともありました。でも地域の支援をしなから研修することを多くの専攻医たちに体験してもらうようになって、「あとで振り返ると地域の病院の経験が自分の財産だ」と言ってくれる人たちが徐々に増えてきましたね。

今、新しい専門医制度になって、医師の地域偏在を解消できるようなプログラムが時代の要請にもなっていますが、われわれは先んじてそういう取り組みをしてきたわけです。ですからわれわれ協会が早くから地域研修としてやってきたことを、さらに進化させて特長付けられる

と良いと思います。研修委員長としてはいかがですか。

木下 そうですね。循環型研修については新専門医制度の中でコンセプトが広く受け入れられつつあると思います。一方で、並行研修、3年目から専門領域でその研修をさせたいという考え

も専門科の方ではまだまだ根強いです。そして3年の専門研修が終わった後、ライフステージの問題もあって、そこから地域に定着して働くという人は多くはなく、やはり大きな課題だと思っています。

新型コロナウイルス感染拡大に対応して

山田 先生には東京ベイ・浦安市川医療センターの副管理者、そして今お話を伺った研修担当理事、そして現状では、新型コロナウイルス感染症対策の本部長もお願いしています。今の状況について、先生の率直なご意見をお願いします。

木下 病院では専門家や若手の先生方が最前線で頑張ってくださいています。自分に課せられているのは、各施設の情報をつないで人の知恵を集めていくことだと思っています。地域ごとに流行の度合いも医療資源も大きく違います。日本の中で一番医療リソースが整っている東京で、今感染拡大が進んでいます。そこで起きている問題と、これから医療リソースが元々少ない、医療環境が脆弱な地方で感染が広がったときに、東京と同じ対応をすることは他の都市では難しいだろうと危惧しています。

だから、そうならないでほしいと思いますが、社会的な施策がものをいうところであろうかと思うので、先行して流行した地の医療機関としてできることは、できるだけ先を読んで、人的資源を使った、あるいは施設や組織の規模を使った物資調達を行い、いろいろな施設とノウハウや警告を共有して、知恵を集める。協会という大きな組織を、大きな知的生命体として機能させることが重要だと思っています。

昨年協会ではMicrosoft Teamsを導入しました

が、技術的な課題がありまだ全組織的に展開することができていませんでした。この新型コロナウイルスの感染が始まってから、それをとりあえず全施設の幹部職員での利用を開始していただきました。すでに先行して利用していたいる施設においては、この緊急事態宣言が出る頃から活発に活用されるようになりました。例えば東京ベイでは感染曝露の機会を減らすために、ナースの新人教育はほとんど遠隔で行っています。本部事務局もテレワークの導入がかなり早く進みました。今後は地方の病院や診療所も巻き込んで、全社的な情報共有の仕組みを整えていくことが急務だと思っています。

山田 東日本大震災の時には被災した女川町地域医療センターを支援するために、当時導入したMOSSの掲示板で情報を周知し、そこに集まる情報を整理して支援チームを組みました。あの時は本当にMOSSの有用性を実感しましたが、今回の新型コロナウイルス感染症に関しては、自院内でも集まって会議をするのが憚られるため、Teamsを使って自分の机で画面に向かえば会議が始められるというのは、非常に画期的だと思います。

今回さらにオンライン診療も認められることになりましたが、先生はオンライン診療についての研究にも参加されていますよね。

木下 山口県支部長の前田昌範先生が中心になって、

海外の先進事例の調査と山口県内の4カ所ぐらいで実証実験を科研費の研究で進めていますが、それに参加させていただいています。この春の診療報酬改定で、へき地に関してはオンライン診療の条件が緩和されてやりやすくなったと思っていた矢先に、この新型コロナのことで初診でも可能になり、オンライン診療を拡大する上では非常に大きなチャンスだと思っています。

オンライン診療でキーになるのは電子処方箋と遠隔服薬指導だと思いますが、電子処方箋はまだ普及していない状態です。オンライン診療ができるようになったことも大きいですが、むしろ電子処方箋やこの4月から認められたオンライン服薬指導を使って、他地域の保険薬局で調剤を受け薬を届けてもらう仕組みがきちんと構築できると、へき地・離島の診療所にとってはより低い負荷で診療が継続できるのではないかと思います。この騒ぎが落ち着いたなら、そういったことにも取り組んでいきたいですね。

山田 われわれも想像しなかったようなこの感染症の蔓延で、日本の医療システム、病院機能をどのように変えていくかということが、今問われています。現在コロナ感染症の重症者や中等症者を円滑に治療にもっていくために、医療機関同士がネットワークを組んで役割分担をしていくことが求められています。これをきっかけに、これを乗り越えて、正しく国民のための、国民のニーズに沿った医療システムに転換していかなくてはならないと思っています。

木下 今回の一連のことでプライマリ・ケアの現場は大きく変貌する可能性があると思っています。新型コロナウイルス感染症の対策として、初診からの電話診察が認められ、患者さんの受診回数を減らすために3ヵ月処方などもされています。感染が終息した時に、患者さんの受療行動が元に戻るかというと私は懐疑的です。先日神津島へ診療支援に行き面識のない患者さんを相



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

手に電話診察をしたのですが、患者さんの満足度は意外と高そうだなと思いました。電話のほうか医者に対して言いやすいところもあるし、足を運ばなくていいし、薬もあとで届くし、これで満足度が上がると戻すのは大変なのではないかと思っています。

山田 そうですね。私も「先生がわざわざ電話してくれた」と喜ばれたりしました。重要なのは、患者さんにとって良いシステムに変えていくことだと思います。

今東京という医療資源が豊富なところで感染が拡大し、救急車が40件受け入れを断られたという状況が起きています。たとえ資源が豊富であっても連携と適切な役割分担が機能しないと、たらい回しになってしまう。救急体制については東京ルールをつくってうまく機能していたにもかかわらず、新型コロナ感染症で、十年程前に逆戻りしてしまった。改めて二次医療圏単位で協議し、役割分担を促す必要があるのではないかと思います。

木下 そうですね。日本は民間の医療機関が多いので公立と同じ土俵に並べて、患者の受け入れを要請することには難しさがあると思います。一方軽症者への対応も課題です。東京都と比較す

ると千葉県は財政面や施策面でも不利な点があり、浦安市川の圏域では自宅での入院待機が100人を超えている状態です。ホテルでの待機の話も遅れています。

山田 地域医療構想調整会議では多くの病院が集まって会議をしました。あの時にもう少し協議の枠組みができていれば良かったと思うのですが、形骸的になってしまって病院が主体となった協議が進まなかったことを残念に思います。行政主導であったり、医師会主導であったりすると、解決しなければならない現状の問題が十分に認識されていなかったりする。病院の管理者としては、自分の病院は守りたい、院内感染を防ぎたい、崩壊させないように事業継続したいと考えています。ですから病院の管理者同士

がお互いに譲り合ってリスクを減らしながら事業継続できるように協議し、役割分担をする仕組みが必要だと思うのですね。

私のいる区では、唯一の基幹病院で院内感染が発生し、早くに機能停止してしまったので新型コロナウイルス感染症の診療体制については今もかなり厳しい状況です。残った3病院だけでは対応が困難で、広く二次医療圏の助けを借りた仕組みを作るのが急務となっています。医師会や行政からは、とにかく区としての体制作りをと要請されるのですが、そんな厳しい中でもそれぞれの能力に見合った体制作り、役割分担を検討しなくてはならないと感じています。自施設が崩壊してしまっただけでは元も子もないですからね。

地域医療を支えていくために

木下 今、やるせない気分になっているのは、自分を含め誰もがこの感染症で急に健康を損ねたり命を落とす可能性さえあるということです。戦時中であれば当たり前だったのだろうと思うし、アフリカなどエイズが蔓延した国では、知人の急な訃報に接するというのは日常茶飯事ではありますが、われわれは幸いこれまでそういうことに合わずにきました。それが今、世界レベルで起こっているわけです。それぞれの立場で最善を尽くしていかないといけないと思っています。

山田 おっしゃるとおりでまずはそれぞれの命を大切に、それを最優先にしないとイケないですね。震災もみんなの力を合わせることで乗り越えてきたのだから、今回のコロナ感染症も、みんなで頑張っ乗り越えていきたいですね。

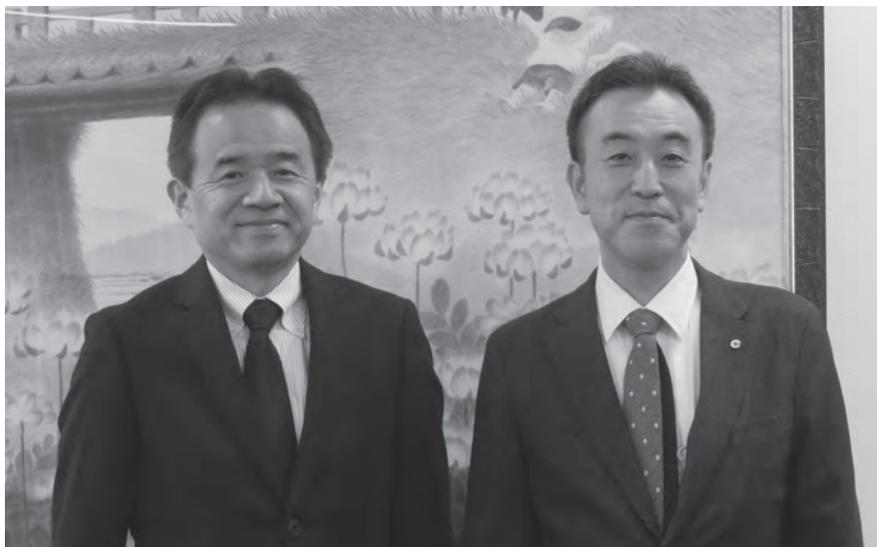
最後になりましたが、今も地域で頑張っている後輩に一言、メッセージをお願いします。

木下 自分の経験からして、地域医療はとても楽しいです。ただ、しんどいときもあります。だから休み休みやるということが大事で、長く続けるためにも、またシステムとしても重要だと思っています。地域医療を長く支えていくために、いろいろな人が力をあわせて、サポートしていく仕組みをしっかりと提供していくのが、協会の役割だと思っているので、私としても現場で一生懸命やっている人の手助けができるように頑張っていきたいと思います。皆さんも頑張ってください!!

山田 木下先生、今日は新型コロナ禍の大変な状況の中、ありがとうございました。

木下順二先生プロフィール

1989年自治医科大学医学部卒業。静岡県立総合病院で初期研修、焼津市立総合病院で後期研修後、国立湊病院、共立湊病院に勤務。1999年田子診療所所長に就任。2004年より日光市民病院管理者を務めたのち、2009年より市立伊東市民病院に勤務し、2010年1月より上河津診療所兼務となる。2012年2月東京ベイ・浦安市川医療センターの副管理者に着任、2018年公益社団法人地域医療振興協会 常務理事に就任し現在に至る。



オレタチの地域医療 I

—楽しみとその流儀—

企画：揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長・診療所長 菅波祐太

特集

●エディトリアル

●老健こそ家庭医の醍醐味!

●地域医療，総合診療，家庭医療って何だろう？

●義務年限終了後の地域医療 —地域医療振興協会の職員として地元に戻る—

●キャリアを捨てて，へき地医療へ

●信念で進む，まちの地域医療

●若手診療所医師にできること，無限大

エディトリアル

揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長・診療所長 菅波祐太

地域医療の実践に悩みはつきモノだ。このまま目の前の仕事だけやっているといいのか。このままだと取り残されてしまうのではないか。他の専門医より劣っているのではないか。「identity crisis」という言葉がちらつき始める……。

しかし、もうそんなこと言っちゃってしょうがないじゃないか。目の前の仕事は患者やスタッフや地域に必要とされている仕事だ。それで十分じゃないか。そこにこそ「identity」がある。地域医療を続けていくと、そんなことがだんだん分かってくる。

本特集は、「だんだん分かってきた」若手から中堅世代の地域医療の記録である。まだまだ熟達にはほど遠い。しかし、前を向き、ちょっと胸を張って楽しみながら地域医療を実践する。そのための自分なりの流儀も生み出しつつある。そんなオレたち……。

例によって論文を一つずつ紹介したい。横田修一論文では「老健こそ家庭医の醍醐味！」と題して、老人保健施設における家庭医の実践を紹介していただいた。高齢者のケアを軸に、マネジメントと教育を組み合わせるいかに地域包括ケアを展開しているか、垣間見ることができる。現場重視の実直な姿勢が胸に響く。続いて、小生の担当した論文では「地域医療、総合診療、家庭医療って何だろう？」と題し、それらの定義について自由に持論を展開させていただいた。日本プライマリ・ケア連合学会の勧めるポートフォリオの形式での実践報告も試みた。ご覧いただければ幸いである。西脇健太郎論文では「義務年限終了後の地域医療」と題し、執筆者唯一の自治医科大学卒業生として、地域全体にアプローチする地域医療の実際をご紹介いただいた。文面からは、あふれる躍動感がうかがえる。岡裕也論文では「キャリアを捨てて、へき地医療へ」と題し、泌尿器科医からへき地医療へとキャリアチェンジした医師の心の内がありありと語られている。「目の前の患者さんを日々誠実にみていくしかない」という言葉は、まさに金言である。島崎亮司論文では、「信念で進む、まちの地域医療」と題して、都市部の診療所に赴任して数々の壁を乗り越えてきた経験をご紹介いただいた。信念に基づいていけばidentity crisisは生じないというメッセージは、まっすぐで、熱い。児玉崇志論文では、「若手診療所医師にできること、無限大」と題して、30代の終末期患者さんとの感動の物語をご紹介いただいた。涙なしに読み進めることはできない。さらに、診療所の医師にこそできることがあるという言葉は、総合診療医を目指す若い世代に勇気を与えるに違いない。

本稿を記す4月半ば。すでに世の中は新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い変化が進んでいる。家時間をいかに楽しむか、リラックスするかが、とても大事になっている。さらにはオンライン飲み会まで出現、普及し始めている。地域医療の一端を担う読者の皆様が、本誌を片手に、お茶やコーヒー、あるいはお酒を飲んでほっこりして、また明日の地域医療に少しだけ前向きになれる、そんな効果を期待したい。

老健こそ家庭医の醍醐味！

揖斐郡北西部地域医療センター 管理者・センター長 横田修一

POINT

- ① 老健医師の仕事として、利用者の慢性期や急性期疾患の対応に加えて、ポリファーマシー問題、食支援、看取りを積極的に行っている
- ② 老健こそが多職種連携の実践の場である。国際生活機能分類(ICF)やR4システムを積極的に活用している
- ③ 施設のミッションやビジョンをスタッフと共有している。特にへき地ならではの人材育成(IPE)に力を入れている

はじめに

医療資源の乏しい地域で働きたい……漠然とした思いを持ち、親の反対を押し切り仕事を退職して医学部に入学したものの、大学の教育は臓器別、専門性を追求する授業が多く、将来の進路を迷っていた。ある日、「珍しい講義があるよ」と参加すると、地域医療振興協会(以下、協会)で指導医をしていた名郷直樹先生が教壇に立っていた、「僕は地域で活躍できる医師を育てるプログラムをやっているんだ。興味があればぜひ……」、講義が終わるとすぐに先生の元を訪ねて、見学に行くこととなった。それから15年の月日が流れた。

東京北社会保険病院(現 東京北医療センター)の初期研修医から、地域医療のススメ(家庭医育成専攻医プログラム)を経て、2015年から現在の揖斐郡北西部地域医療センターで勤務して

いる。初志貫徹といえは聞こえはよいかもしれないが、今の自分は当初志した医師像と少し似ているかもしれない。しかし、「自分の専門性は何か?」と問われると、端的な言葉で説明することは難しい。だが私はとにかく、家庭医が地域において欠くことのできない存在であるということは主張できる。今回、このような誌面をいただいたことに感謝し、自分なりの思いや地域での働き方を記載してみることにする。

私の所属する揖斐郡北西部地域医療センター(山びこの郷)は、診療所、介護老人保健施設(老健)、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所からなる複合施設である。現在は介護老人保健施設の施設長という立場で診療に関わっている。実はこの老健という施設が、総合診療医にとって活躍の場になるのではないかと考えている。

特集

介護老人保健施設(老健)ってどんなところ？

全国老人保健施設協会(全老健)によれば、老健は「利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供すること。リハビリテーション施設として、体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など生活機能の向上を目的に、集中的なりハビリテーションを行い、早期の在宅復帰に努めること」となっている。併せて「在宅復帰後の在宅生活が継続できる支援を継続すること」も述べられている。やや堅苦しい表現となったが、私は地域における老健の役割として、在宅復帰と在宅支援、看取り、福祉系施設への橋渡しを通じて地域包括ケアに貢献することと考えている。協会には現在18の老健施設がある。山びこの郷と同じように診療所を併設しているもの、病院に併設されているもの、そして老健単独の施設といったさまざまな形態、立地も東京などの大都市から山びこの郷がある過疎地域まで多岐にわたっている。

老健医師としての仕事

施設における医師としての仕事は、高齢者に多く見られる高血圧症や糖尿病といった生活習慣病の慢性的な管理に加えて、肺炎や尿路感染症、蜂窩織炎等の感染症、心不全増悪といった急性期疾患にも柔軟に対応し、急性期病院への入院を可能な限り防止している。これは高齢者の急性期病院への入院が環境の変化につながり、廃用症候群の進行につながるリスクが高いという背景から、可能な限り急性期の治療を日常生活の中で完結することを意識している。

老健では上記の慢性疾患管理に加えて、胃瘻、気管切開、膀胱瘻といったチューブ類の管理、インフルエンザ、ノロウイルス、疥癬等の感染対策、嚥下性肺炎やサルコペニア予防を目的とした食支援、褥瘡・スキンケア、転倒・転落、ポリファーマシーといった問題にも取り組んでいるが、このうちいくつかを紹介する。

1. ポリファーマシーへの取り組み

「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」によれば、ポリファーマシーの定義は5剤以上の薬剤を服用していることと定義している。これは5剤を超える薬剤の服用により転倒や有害事象の発生件数が有意に増加するとの報告に基づいている。山びこの郷では、新規入所者の約7割が医療機関からの入所であるが、多くの薬剤を処方されている。こうした利用者に対して、入所時に薬剤師、看護師、療法士、介護士とともに薬物の要否について検討をし、可能な限りの減薬を行っている。特に対象となるのが睡眠導入剤や抗精神病薬、血糖降下薬、鎮痛薬、抗血小板薬および抗凝固薬であり、減薬を行う上で、入所後にどのような点に留意して観察をしていくか、あるいは代替えのケアにあたるかについての検討を行っている。

2. 食支援の取り組み

嚥下性肺炎による入院後の利用者の多くが体重減少や低栄養の状態になっており、栄養士とともに食形態やカロリー摂取についての検討を行っている。入所時には口腔内の観察を行い、義歯の不具合、咬合不良など必要であれば歯科医師や衛生士との連携を図っている。経口摂取や食事形態への思いが強い利用者に対しては、嚥下内視鏡検査を行い、利用者やスタッフと嚥下の状態を共有しながら、食事提供について検討する。実際の食事においては食事介助や姿勢の確認など多職種が関わって利用者の食支援にあたっている。また一昨年より多職種からなる食支援チームを立ち上げ、定期的なミーラウンドとカンファレンスも行っている。

3. 終末期ケアの取り組み

山びこの郷では入所者の平均年齢が女性で約90歳、男性で約85歳と高齢化しており、いわゆる老衰による看取りを年間10~15件程度経験している。ご本人や家族の了承を得て、必要最低限の水分補給などを行いながら穏やかな最期の時間を過ごしていただいている。老健らしさといえば、自宅や思い出の場所への外出支援を行

うことや、希望があれば直前にご自宅に退所され、自宅での看取りを支援することもある。

多職種連携

老健施設で働くことの面白さ、醍醐味は多職種連携にあるといえる。先にも挙げたが老健の大きなミッションとして、利用者の在宅復帰がある。図1は山びこの郷入所から在宅復帰に至るまでの大まかな流れを示している。多職種での取り組みは入所前から始まっている。支援相談員の調査書を基に、ケアマネージャーは暫定ケアプランを作成し、各職種が自分たちのケアについての検討を行う。筆者も医師としてどのようなポイントに注目し、検査の頻度や多職種に依頼したいこと(例えば、心不全の入所者であれば通常1ヵ月に1回の体重測定を毎週行うなど)を提案し、それを持ち寄って入所判定会議を行う。入所前後にご自宅を訪問し、入所中の居室環境の設定やリハビリについての具体的なプランを検討し、実際に入所2週間で多職種による施設カンファレンスを行い、具体的なケ

アについての修正を行っている。以降3ヵ月を目途として多職種カンファレンスを繰り返しながら、支援方法を検討している。そして退所が近づくと居宅のケアマネージャーや家族を巻き込んでの居宅訪問や家族カンファレンスを実施していく。こうした流れの中で、よりどころとしている内容を紹介する。

1. 介護という世界での仲間(多職種スタッフ)との出会い

現在の施設に就任する前は協会の中でも基幹病院や地域の急性期病院での勤務がほとんどであり、当初は老健施設でどのように利用者のケアに当たればよいのか、非常に悩んだ。そこで介護の世界を知るためと思い、介護支援専門員(ケアマネージャー)の資格を取得した。その学習過程で、利用者の潜在的な能力を開発していくこと、そしてどのような状態になっても目標を設定し、ケアに当たっていくことの重要性を学んだ。これまでは、患者の症状や検査データなどを基に、診断、治療という流れを問題志向型システム(POS:Problem - Oriented System)

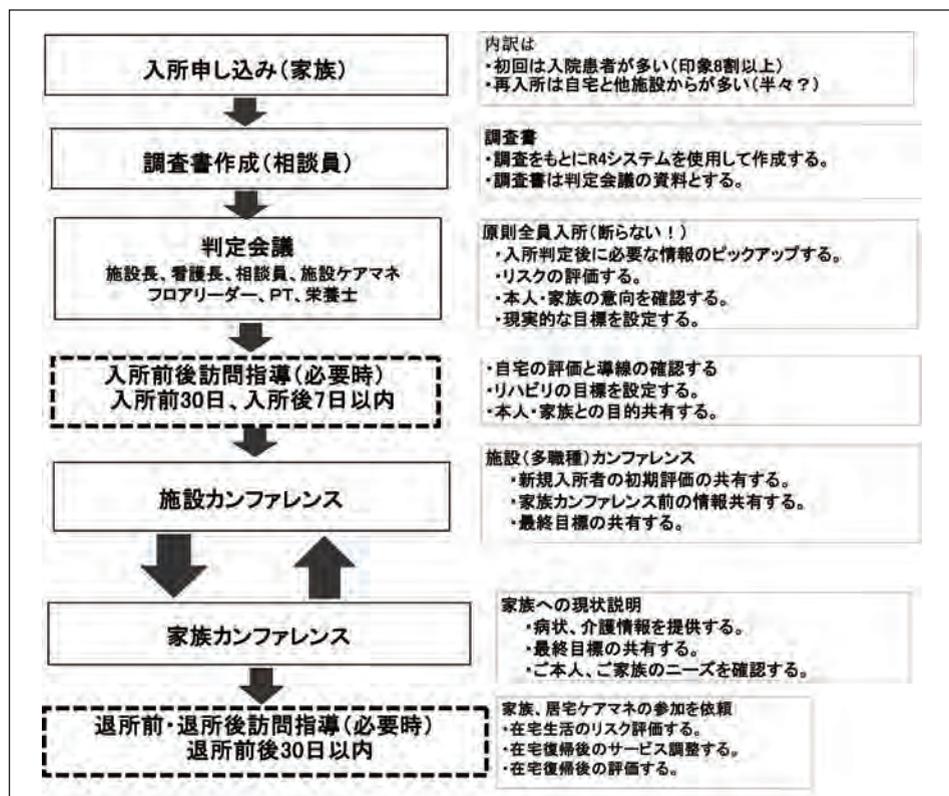


図1 山びこの郷、入所申し込みから退所までの流れ

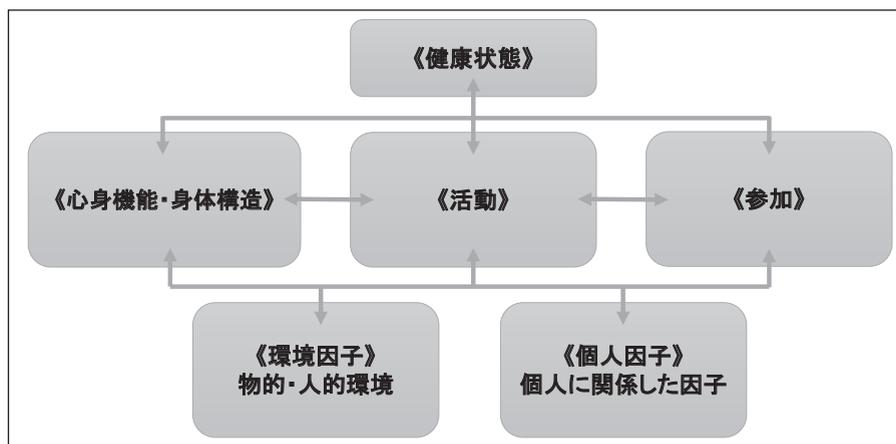


図2 国際生活機能分類(ICF)

で考えてきたが、特に入院が必要となる虚弱高齢者においては、廃用や認知機能の低下といった解決困難な課題に直面し、悩むこともあった。しかし、自身の頭を目標志向型ケア(GOS:Goal Oriented System, 学術的な用語ではないが、私はこのように表現している)で考えることによって、ケアマネージャーや多職種と協働して、利用者本人がどのような生活をおくりたいのかということをも最優先して、その実現のためのツールとして医療を活用することができればよいという気づきを得ると同時に、協働する職種(仲間)への敬意を持って協働するということを学ぶことができた。

2. ICFとR4システム

図2は私たちが多職種で利用者をケアする際に重要なツールである国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, disability and Health)を示す。利用者をケアするにあたり医師である私や看護職は、主に健康問題や心身機能・構造といった内容を重点的に見ることとなる。対して介護職やリハ職は活動や参加といった部分を、ケアマネージャーや支援相談員は参加や環境・個人因子といった部分を重点的に見ており、各職種がそれぞれの情報を提供することで、利用者を一元的にとらえて、目標設定が可能となる。先に紹介した利用者の入所から在宅復帰までの過程において、ICFをベースに全老健が開発したR4システムを用いて

利用者のケアを行っている。

成長と学習の視点

図3は山びこの郷の理念やビジョンを示している。ビジョンについては平成28年度より当時の管理・監督職と考えたものである。この中で今回は特に「成長と学習の視点」について述べたい。特に強調したいことは、「全職種において若手を育成できる教育・学習体制を備えている」という考え方である。少子高齢化が進み、老年人口が増え、生産年齢人口が減少する傾向は、地方において特に加速しており、私の勤務する揖斐川町においても例外ではない。さらに冬季には降雪もある山間へき地とくれば、人材確保は容易ではない。しかし、ここ数年不思議なことに若手人材の採用に成功している。そこには長年にわたり各職種で実習生を受け入れ、その後採用、多職種が関わって育成してきた背景がある。若い人材に「ここで働きたい!」と思ってもらえる取り組みを以下に紹介する。

1. 地元高校の現場体験事業

地元の県立高校には福祉コースがあるものの、施設との交流はなく、卒業生のうち医療介護系に就職あるいは進学する人は数名とのことであった。そこで同じく人口減少の対策を検討していた町の福祉課や政策課、教育委員会とも協働して、4年前から「地域医療講座」として、

【ミッション(理念)】
質の高いケアとサービス、心のこもった地域包括ケアを提供し、地域のニーズに応え、地域社会に貢献します。

【ビジョン】

- 患者・利用者の視点
 - ・一人一人に合わせた個別ケアを提供できる。
 - ・予防から看取りまで継続的なケアを提供できる。
 - ・住民、行政と共に、「安心して暮らせる地域づくり」に取り組むことができる。
- 経済効率の視点
 - ・収益向上と経費削減を常に心がけ、安定した経営ができる。
 - ・揖斐郡内外から利用申し込みが絶えない状態を維持できる。
- 業務改善の視点
 - ・利用者や患者が安心して安全に施設を利用できる。
 - ・職員にとって働きやすく、やりがいを感じられる職場である。
- 学習と成長の視点
 - ・あらゆる利用者、患者を引き受けられることができる態度、技術、知識を備えている。
 - ・全職種において、若手を育成できる教育・学習体制を備えている。

図3 山びこの郷のミッションとビジョン

地元高校生が施設で現場体験をできる機会を設定した。さらに2年前からは、「高校生ワークショップ」と称して高校2年生と、医療介護の大学や専門学校の学生が交流し、将来の姿を思い描ける場を作っている。生徒に具体的な目標を持ってもらいたい高校側と、学生集めをしたい大学専門学校側とのニーズがマッチし、年々盛り上がりを見せている。先日、高校の先生から今年は16名の生徒が医療・介護系に就職や進学が決定したとの連絡をいただいた。また山びこの郷にも初年度に医療講座に参加した高校生が専門学校を経て、当施設に就職することとなった。

2. IPEとIPW

医療や介護の現場ではチーム医療や多職種連携ということが重視されているが、山びこの郷では専門職種間教育(IPE:Interprofessional Education)に力を入れてきた。具体的には実習に来ている学生が半日程度を利用して、利用者のケアについて検討し、現職とディスカッションをするもの、長期休暇を利用して学生が

集まって2泊3日程度の合宿生活を送って地域住民との交流を持つといったイベント形式、また日頃の実習の中で担当となった学生同士が協力をするなどさまざまな場面で展開している。こうした取り組みは、過去に学生として施設で研修後に就職した職員が中心となって企画を担当しており、彼らは日頃の業務の中で自然と専門職種間連携(IPW:Interprofessional work)を実践していくことになる。

まとめ

以上、簡単ではあるが老健で働くということについてまとめてみた。今回の原稿を書く中で、私が多くの仲間たちに支えられているということに気づき、改めて感謝をしたい。と同時に、家庭医として、利用者のケアを通じて地域包括ケアに貢献していくことができればと考えるに至った。また家庭医療指導医として今後の専攻医の研修の中で、老健施設での診療を経験できる機会を積極的に提供し、同じフィールドで活躍できる仲間を増やしていきたいと思う。

地域医療, 総合診療, 家庭医療って何だろう？

揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長・診療所長 菅波祐太

POINT

- ① 私は、地域医療をする医師であり、総合診療医であり、診療所で働く家庭医である
- ② 地域医療とは、各地域で生活する人間の“時間の流れ”を良好にしようとする医療活動である
- ③ 総合診療とは「総合的に考えて、こうしましょう」という診療を提供することである
- ④ 家庭医療は、岡田唯男先生の定義を参照すべし

特集

はじめに

2019年度はたくさんの出会いに恵まれた。結果、地域医療、総合診療、家庭医療に対する考えを深めることができた。本稿では、数々の言葉との出会いとともに、最近考えていること、経験したことを紹介したい。

地域医療, 総合診療, 家庭医療の 関連イメージ

これら3つの言葉の関連イメージを図1に示す。単純である。最も広い概念が地域医療。その次に総合診療。最も狭い概念が家庭医療である。地域医療には全ての医師が従事している。医師は総合診療医と非総合診療医に分かれる。

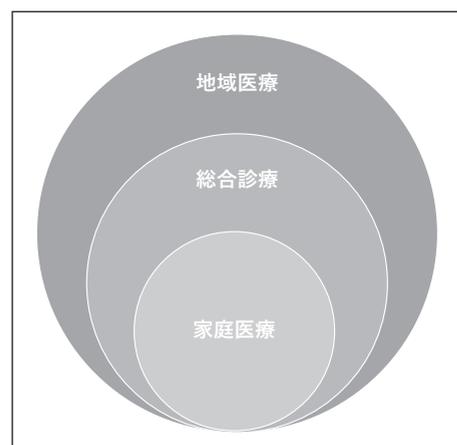


図1 地域医療, 総合診療, 家庭医療の関連イメージ

総合診療医は、家庭医(診療所家庭医, 病院家庭医, 在宅医など)と非家庭医(病院総合診療医)に分かれている。自分を何医と呼べばいいのか



写真 Reeve先生と筆者
(WONCA APR Conference 2019)

よく分からない時期が続いたが、今は分かる。私は、地域医療をする医師であり、総合診療医であり、診療所で働く家庭医である。

地域医療って何だろう？

私はこれまで、よく分からなかった。ある人が診療所にやってきて、医者などの専門職に会って話して、家に帰る。この動きがなぜ生まれるのか。何を求めて受診しているのか。地域医療とは何なのか。2020年4月現在、約9年の地域医療の実践を経て、私は次のように考えるに至った。

地域医療とは、各地域で生活する人間の“時間の流れ”を良好にしようとする医療活動である。その活動においては、その地域のネットワークが利用される。なお、専門職が関わらないことにより、流れを邪魔しない選択をすることも含まれる。

死亡率を下げるとか、合併症を減らすとか、疾患が治癒する、といったことはいったん目指されるべきではあるが、結果である。その先にどうなるかは誰にも分からない。また、慢性疾患や悪性疾患では、治癒というゴールを目指せないことも多い。私たちは、患者や家族の文脈(時間の流れ)に乗っかり、できる限りの科学的根拠も参照し、専門家としての判断を提供する。「(ひとまず)こうしましょう」そこに、時間の流



図2 病める人のイメージ [文献1]より作成

表1

なぜ薬を飲むのか？
以下の中でじっくりくる選択肢を上位3つ選んでください。
① 長生きするため
② 入院しないため
③ 寝たきりにならないため
④ 病気を治すため
⑤ つらい症状を抑えるため
⑥ 今の暮らしを続けるため
⑦ それが習慣だから
⑧ 医者に飲めと言われるから
⑨ 家族に飲めと言われるから
⑩ 飲まないとなんとなく不安だから

れが生まれる。そのことがまずは大事なのではないか。

こう考えるに至るようになったのは、Joanne Reeve先生(写真)や日野原重明先生の言葉、そして自身や家族の病体験によるところが大きい。

2019年5月に拝聴した生協浮間診療所の藤沼康樹先生のレクチャー。そこで出会ったのが、Reeve先生の図(図2)だ。私にこの図の真意を汲み取ることはできているかは分からないが、病める人が船に乗って、川の流れの中にあることが描かれているのが分かる。Reeve先生は、病んだ人を絶え間なく流れる日常生活の川の流れ(Flow of daily life)の中で漂流している状態というイメージを表現したという¹⁾。私自身の経験も踏まえ、この図を見て私が思ったのは、「流れていた流れ」を滞らせる要因となるのが「病気」で、その流れを良くするのが「医療の役割」なのではないかということであった。

衝撃を受けた私は、ある地域のサロンで住民対象のアンケート調査を行ってみた。対象は当診療所をかかりつけとする高齢者14名。その日の講演テーマが「ポリファーマシー」であったことから「なぜ薬を飲むのか？」という質問を切り口とし、表1の内容を聞いてみた。結果、50%の人が「今の暮らしを続けるため」という選択肢をその理由の第1位と回答した。Reeve先生の

考えとは少し異なるかもしれないが、地域医療に従事して9年。「Flow of daily life」が流れることが大事、という感触を得ることができた。

あわせて、日野原重明先生の「命とは、人間の持っている時間のことです²⁾」という言葉との出会いも衝撃だった。私たち医師が、暗黙のうちにとらわれている「医師は命を守るべき」という感覚。これを「時間を守る」という感覚とすげかえる。こう考えると治療をするのは「時間を守る」ためと考えられる。「時間が長い」に越したことはないが、それが無理でも「時間の質」を良くすることができる。逆に、治療が「悪い時間」をつくることには自覚的であらねばならない。ただし、良いか悪いかは個人の解釈次第。まずは、日常に時間が流れることを手伝うのが私たちの仕事ということか。

総合診療って何だろう？

これもずっとよく分からなかった。この界限にはさまざまな言葉があり、考えるとさらによく分からなくなるということを繰り返していた。自治医科大学地域医療学講座初代教授の五十嵐正紘先生は、ジェネラリストのプリンシプルとして「長く身近にいて、全てに関わる」ことを挙げている³⁾。この考えにはもちろん大賛成だが、では日常的に何をするのか？というところは不明瞭であった。紆余曲折を経て、現在は、次のように考えるに至った。

総合診療とは、担当の患者・家族・多職種と方針を決めていく際に、さまざまなことを考慮した上で、「総合的に考えて、こうしましょう」という診療を提供すること。そして、腕の見せどころは、大事な局面において「自然に方針が生まれる」関係性を持つことができるか、である。

端緒となったのは、2018年7月。こちらも藤沼康樹先生のレクチャーがきっかけであった。そこで、日本の総合診療医が扱うべき問題として「未分化な健康問題」「多疾患併存」「複雑困難

事例」「下降期慢性疾患」が挙げられることを教えていただいた。この説は、とても腑に落ちるものであった。「総合診療の得意とする健康問題は、上記4つの健康問題である」と考えれば、私の日常診療は確かに総合診療だと思えることができた。胸を張って診療に臨むことができる気がした。しかしそれでも「総合」って何だろう？という疑問は消えなかった。次に出会ったのが、Reeve先生の論文(文献4)である。ここに、ジェネラリストのコア・タスクは、「whole person clinical decision making」であることが明示されている⁴⁾。日本語で言えば、「全人的臨床決断」と言えよう。思えば、日常診療には「決断」する場面があふれている。その一つ一つで、いちいち迷っている。この人はこういう人だから、とか、この人の家族はこんなことを考えているから、こうしましょうとか。逆にこう思っているだろうけど、こうしましょうとか、そんなふうにあれやこれや考えている。分からないときは、分からないと言ってしまい、どうするのが良いか、一緒にあれやこれや考える。その“あれやこれや”が“全人的”ということか。一人ひとりの患者にいちいち訪れる人生の分かれ道。そのいちいちで、全人的な、総合的な判断をしていく。そのためには、総合的に考える方法を身につけている必要がある。それが、EBMや臨床倫理やBPSモデルやICF(International Classification of Functioning, disability and Health:国際生活機能分類)であろう。そして、もっと大事なことは人生の分かれ道の判断を委ねていい、あるいは一緒に考えてもらおうと思える関係性がそこにあることである。そのために日々の診療の全てがあるとってよいと思う。

家庭医療って何だろう？

これに関しては、すでに日本語で質の高い家庭医の定義が存在する。亀田ファミリークリニック館山の岡田唯男先生によるものだ⁵⁾。この定義をもって、さらに具体的に、診療所家庭医がどんな仕事をしているのかが伝わればと思う。

家庭医/GPとは、主としてプライマリ・ケアを担うが一部セカンダリ・ケア (secondary care) も担う医師であり、その特徴は定義された集団 (年齢, 性別, 文化的背景を問わないコミュニティや家族) との既存の関係性を前提にして、長期にわたって、その文脈の中で、受診のしやすさを強みとして、そこに生じる大半の健康問題に自ら、時に他職種、他分野と協力して、幅広く、さまざまな病態、病気に責任を持って対応する専門医である。

さらに、以下の全ての実現をもって家庭医と呼べる、としている。興味のある方は、ぜひ文献5を参照されたい。

主としてコモンプロブレム、コモンディジーズの大半の診療を自己完結させる。
主として、プライマリ・ケア機能を担う。
主として、家庭医療学/ジェネラリズムを行動規範の基盤とする。

私のポートフォリオ

私は、診療所の家庭医として、家庭医療、総合診療、地域医療を実践する医師、ということになる。そんな私はどのような地域医療を実践しているのか。2019年に経験した事例をプライマリ・ケア連合学会のポートフォリオ様式にまとめたので、それをご笑覧いただければと思う。

事例紹介

表題：一期一会で到達する“whole person clinical decision making”

1. 実践した具体的内容

ある金曜日の朝8時過ぎ。診療開始直前の時間帯である。一本の電話がかかった。「母が動けない状態にある。血圧が80/50mmHgだった。往診してほしい」事務職員から報告を受けた私は、地区外、かつ全くの初診患者からの依頼であったことに少々驚いたが、「何か事情があるはず」と考え、二つ返事で往診を引き受けた。全

く情報のない状態であったが、心電計とポータブルエコー、点滴セット等を持ち、外来を別の医師に任せ、直ちに患者宅へ向かった。患者宅につくと息子嫁から「実は子宮頸癌で大学病院にかかっているのですが……」と切り出された。これは単純に病院へ搬送すればよい問題ではないことを察し、早速診察に向かった。患者は70歳代女性、前夜から立ち上がれなくなったとのことであった。また、意識清明、収縮期血圧は触診で50mmHg程度、脈拍144回/分、体温37.8度、呼吸32回、SpO₂ 98%であった。ショックであることが分かり、患者に「病院に行くというのはどうでしょうか?」と尋ねたところ「病院に行かないといけませんか?」と逆に尋ねられた。患者の家にいたいという胸の内を察し、「そんなことはないですよ。家で治療できた方がいいですね?」と再び尋ねたところ「できればねえ」と答えられた。その後、患者の診察と検査、家族〔長男と長女(主介護者)〕への病歴聴取をすすめた。その結果、2年前から子宮頸癌であること、子宮穿孔のリスクが高い状態とのこと、best supportive careの方針となっていたこと、潰瘍性大腸炎で市民病院にも通院中であることが分かった。検査の結果、心原性ショックの可能性は否定的であった。内診も行ったところ、膣から排便がある状態にあることが分かった。また、ルートを確保し急速輸液をスタートした。ここまでの段階で「子宮頸癌末期、子宮直腸瘻、敗血性ショック」と診断した。同時並行で家族図の記載を依頼し、以下のような家族の状況が分かった(図3)。ベッドサイドには家族写真がたくさん飾られ、患者が家族を大事にしてきたことを察することができた。この時点で家族の表情は不安に満ちており、かつ患者の状態は緊急性の高い状態と考えられたため、即座に別室で家族カンファレンスを開催した。そこには患者の夫のケアマネジャー(連絡するとすぐにやってきてくれた)にも参加してもらった。私からは、情報がない中で不確定ではあるが、上記の診断で非常に厳しい状態にあり、がん疾患のillness trajectoryの図を用いて、数日以内の命である可能性が高いことを説明した。

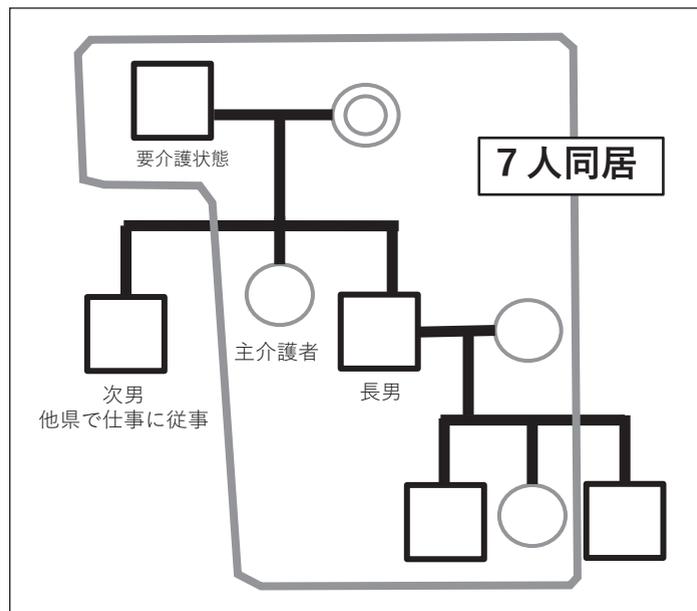


図3 家族図

一方で、病院に行くことで大きくその予後が変わらない旨を伝え、どちらの選択肢もアリだが、もし家で過ごすことにするならば土日、夜間を含めて支援することを伝えた。すると、長男からは「先生が私の立場であったらどうしますか？」と質問があった。ドキッとした。「私も悩むが、家でみることを選択すると思う。協力し合える家族が傍にいること、ご本人が家で過ごすことを多分望んでいること、要介護状態のご主人とも一緒にいさせたいことが理由である」ということを伝えた。その結果「もう少し家族内で考えたい」とのことであった。続いて、患者のもと(カンファと同時並行で看護師に排泄ケアを依頼し、看護師から患者の思いを引き出してもらっていた)に行き、看護師からは患者自身の家で過ごしたいという気持ちを伝えられた。患者からは私に「あと2週間で次男と孫が家に帰ってくる。それまでもつかしら？」と質問を受けた。さらにドキッとしたが、「正直言って分かりません。でも、そうなるようにやってみましょう」と声をかけた。その頃には血圧70/50mmHg、脈拍120回/分程度になっていた。家を去る間際、長男から「先生に診てもらえて本当に良かったです」との言葉をいただいた。その1時間後、家族からは「家でみたい」と電話があった。大学病院の医師に電話報告をして、

午後から再度訪問した。すぐに訪問看護を導入し、毎日の1Lの細胞外液の点滴、排泄や整容の介助を行うこととした。また、心配になった時には救急車を呼ばず、訪問看護もしくは当院に連絡をすること、土日の間に会いたい人を呼んで会っておくことをすすめた。患者からは「私は先生たちにみてもらえればそれで十分よ」という言葉をいただいた。土日の間は、若干状態が上向きとなり、多くの家族・親戚に会い、月曜日の昼に息を引き取った。最終的に、「先生に診ていただけて本当に良かった。」と家族からお言葉をいただき、4日間の関わりを終えた。

2. プライマリ・ケア機能に関する考察

私は、同じ地域で働き9年目になる。その間に培った家庭医療の技法、自施設のチームワーク、地域のネットワーク、そして自身の人生経験を発揮することができたと感じられる事例であった。極めて未分化・不確実な状況で依頼を引き受け、婦人科、救急、緩和ケア、在宅ケア等、多領域にまたがった包括的な問題に対して、臨床推論、患者中心の医療の方法、家族志向のケア、臨床倫理、プロフェッショナルリズム等を能動的に活用し、初回往診の60分間という短時間で効率的に、患者・家族と関係を構築し、方針を探ることができた。Reeveは卓越したジェネラリ

ストによるケアのコア・タスクとして「whole person clinical decision making」を挙げている⁴⁾が、本症例では限られた時間、限られた情報の中、まさに“一期一会”の関わりの中でそれができたと言えるかもしれない。一方、哲学者の宮野は著書⁶⁾の中で、自身の緩和ケアを任せる病院を選ぶ際に患者としての意思を尊重されて「決める」のに苦労した経験をもとに、「決断する」ことに対して以下のような考察をしている。「それは、複数の選択肢を比べて合理的に決定したのではなく、たまたまの『出会い』をもとに『ここにしよう』という気持ちが自然に湧いてきた結果でした。私が選び、決めたという能動的な行為というよりも、その病院の先生や看護師さんの雰囲気が身体になじみ、腑に落ちて、『じゃあお願いします』という言葉がほとんど考えなしに出てきました。」本事例において、私やスタッフのプライマリ・ケア従事者としての立ち振る舞いによって、

彼女と家族の自然な歩みを促すことができたのだとすれば、それはとても価値のあることかもしれない。たまたま出会った患者に「この医師に任せよう」とごく自然に思ってもらえるよう、引き続き修練を重ねたい。

参考文献

- 1) Christopher Dowrick: Person-centred Primary Care: Searching for the Self. Routledge. 2017.
- 2) 日野原重明: 十歳のきみへ 九十五歳の私から. 富山房インターナショナル. 2006.
- 3) 五十嵐正紘, 他: あらためてジェネラルを師に学ぶ. 月刊地域医学 2008;22:1126-1135.
- 4) Reeve J: Primary care redesign for person-centred care: delivering an international generalist revolution. Aust J Prim Health 2018 Aug 13. doi: 10.1071/PY18019.
- 5) 岡田唯男: 家庭医とはどんな医者か. 診療所からー学術的考察を中心に. 中山書店. 2019. p12-15. (名郷直樹 編集: スーパー総合医 総合診療医の果たす役割)
- 6) 宮野真生子, 磯野真穂: 急に具合が悪くなる. 晶文社: 2019. p50.

義務年限終了後の地域医療 —地域医療振興協会の職員として地元に戻る—

揖斐川町谷汲中央診療所 管理者・診療所長 西脇健太郎

POINT

- ① 自治医科大学の義務年限終了後、出身県に戻り、地域医療振興協会の施設で勤務する医師の日常をまとめた
- ② 診療所の外での業務は地域医療の大切な要素である

特集

はじめに

この企画は、2019年11月、地域医療振興協会の研修医向けに、揖斐川町で行われたシンポジウム「オレたちの地域医療 ～楽しみとその流儀～」での発表に基づくものである。若手の先生方に向けて、旅館の宴会場でざっくばらんに、地域医療のことをお話するという企画であり、かなりくだけた切り口で展開したものを本誌に掲載するにあたり、活字化したものである。

地域医療との出会い

1995年、自治医科大学に入学してから、何度も地域医療の現場を見学させていただいた。入学当初は同級生3名と岩手県陸前高田市へ。また毎年夏休みに卒業生の勤務する診療所での実習があり、県内各地の診療所を見学した。大学5年生のとき、出身県に戻っての実習があった。その時お世話になったのが、揖斐郡北西部地域

医療センター。地元からほど近いところに地域医療の先進的なモデルがあることを知り、義務年限明けのことも思い描くようになった。

地域医療振興協会に籍を置いた経緯

初期研修を終え、卒後3年目は岐阜県郡上市高鷲町に派遣された。当初は、大学の医局に籍があったこともあり、できるだけ早く医局の人事で病院の医療に戻ることを考えていた。2年の任期と聞いて派遣されたが、次第に地域医療の面白さに気づき、期間を延長しているうちに、結果、義務年限内は高鷲診療所にずっと勤務することとなり、義務明けも地域での仕事の継続を希望するようになった。ただ、卒後5年目に諸事情あり、義務明けに地元へ戻る方向で仕事を考えるようになった。

郡上市で勤務した際、市内複数の施設の医師がお互いに支えながら勤務する形態に自分自身が相当助けられた。義務明けもそんな体制の中

で働けたらと考えた。幸い、地域医療振興協会（以下、協会）は、地元から近い揖斐川町で複数の施設を運営していたこと、学生時代に揖斐郡北西部地域医療センターでモデルとなる現場で実習させていただいたことのご縁もあり、義務明けと同時に協会への就職となった。

協会に籍を置いての最初の2年間は滋賀県米原市に勤務、2015年、久瀬の隣に位置する揖斐川町谷汲中央診療所への派遣が決まった。

新規指定管理の診療所

私が着任するタイミングで、谷汲中央診療所は、協会の指定管理となった。引き継ぎがなかなかうまくできず、当時の準備室の事務担当者や久瀬や春日の診療所の皆さんに助けをもらい、何とか開設にこぎつけた。周りの助けがなければ間違いなく自分は潰れていた。その一方、私自身初めての経験であった新規の指定管理の診療所ということで、チャレンジすることも多くある大変やりがいのある内容であった。いまだに試行錯誤は続いている。

1. 谷汲での診療

現在、谷汲中央診療所は、常勤医1名、常勤看護師2名、非常勤看護師1名、非常勤事務職員2名で運営している(写真1)。

外来患者数は31.1人/日(2020年2月)、在宅看取りは年8件(2019年3月～2020年2月)であった。比較的年齢の高い方の受診が多い。午前中は通常の外来診療、月、木、金曜日は夕方の診療もある。これ以外の時間は、訪問診療や、診



写真1 揖斐川町谷汲中央診療所の全職員

療以外の業務を行っている。

2. 診療所の外の業務

地域の診療所の医師として、診療所の外での業務を依頼されることは案外多い。住民の方のちょっとした集まりで、健康に関する話をしてほしいというものから、行政から何かしらの委員を委嘱されたり、内容はさまざまである。

谷汲に勤務してから依頼されたものを挙げると、介護認定審査会委員、障害者自立支援審査会委員、障害者自立支援協議会委員、揖斐郡特別支援教育フォーラム実行委員長、教育支援委員会など。また、学校医の仕事のボリュームも大きい。現在、たにぐみ幼稚園、谷汲小学校、中学校の学校医、県立揖斐特別支援学校の学校医、医療的ケア指導医、産業医も担当している。加えて、岐阜県の医療的ケア運営協議会にも参加させていただいている(写真2)。

郡医師会も2018年度から理事として会議等に出席している。実は大して経験もないにもかかわらず、「医師」の肩書を理由にいきなり委員長等とりまとめ役を頼まれることがよくあり、そのたびに面食らっている。会議の場では、そこそそ落ち着いて話せるように慣れているように見えるが、事前に担当者と綿密な打ち合わせをしたり、一定の事前学習をしないととても務まらない。

3. 学校医の仕事

学校医の職務は学校保健安全法施行規則第22条に規定されている。学校保健計画および学校安全計画の立案に参与、学校の環境衛生の維持



写真2 揖斐特別支援学校の校長先生、養護教諭の先生と

の指導，健康相談，保健指導，健康診断などを行わねばならない。学校の先生がお困りの際にはすぐに相談に乗ることで先生方の不安を解消することと児童生徒の健康で安全な学校生活を守ることが重要である。

学校医の仕事そのものは義務年限内から関わっているため，比較的慣れてはいるものの，谷汲に着任してから初めて依頼を受けたのが，特別支援教育との関わりである。診療所から車で5分のところに，揖斐支援学校があり，前任の先生の仕事を引き継ぐ形となった。現在，学校医，医療的ケア児の指導医，産業医を兼務している。主な業務内容としては，通常の小中学校の校医としての仕事に加えて，毎月校内を巡回，教員の先生方，看護師の方とともに医療的ケア児の対応を検討していること，産業医として教職員の先生方の面談も月1回程度行っている。岐阜県の医療的ケア児の協議会の委員にも引っぱり出され，年数回，医療的ケアの普及のための活動を行っている。

特別支援教育との接点は学校の外へも広まった。揖斐には，特別支援教育フォーラムが継続して開催されており，前任の吉村学先生(現 宮崎大学医学部教授)から実行委員長のバトンを渡され，イベントの企画にも携わっている。年1回ではあるが，外部の講師をお招きして講演会を行っている。ここ2年ほどは揖斐川町教育支援委員会(児童一人ひとりのニーズに応じた就学の間を総合的に判断する委員会)の委員長としての業務もある。特別支援教育の関係者の皆さんと日常的に顔を合わせるようになっている。

4. 医師会の仕事

2018年から揖斐郡医師会の理事として毎月の理事会に出席させていただいている。医療機関ごとへの業務分掌についての調整や，町内外の会議等に出席している。理事会は月1回開催される。揖斐川町は医師会員間の交流が盛んで，互いに連携しあって地域を守ろうという意識が非常に高い。多職種連携も極めて重要な課題としてとらえ，定期的なワークショップ等も開催されている。協会が山間部から町への在宅医療



写真3 座談会

を展開していることについても，医師会として支えてくださっており，最近はAdvanced Care Planningをテーマとした地域での座談会に医師会長はじめ理事の先生方にご出席いただき，ご指導いただいたことは大変ありがたいことであった(写真3)。

5. 地域との距離感

義務年限内は診療所の敷地内に住んでいたが，義務明けからはずっと通勤している。現在，自宅と診療所は車で20分ほどの距離にある。幸い積雪も少ないため，天候でアクセスが困難になることはほぼない。時間外の対応は複数医師の当番制で対応しているが，距離的にも時間的にも苦にならず対応することができる。

住み込みでの勤務は確かに住民との距離間も近い。義務年限内にそのような体験をすることは大切である。一方，今のように比較的近い距離の通勤であれば，それほど自宅から離れた地域に関わっているわけでもなく，地域のイベントに顔を出すことも可能である。診療所の属する自治会の新年会は毎年出席させていただき，地域住民との懇親を深めている。また，揖斐川町は私の通っていた高校の学区内になる。高校の同級生との仕事でつながることもあったり，校医をしている学校の校長先生には中学時代教えていただいたことも。医師会には高校の先輩が多く所属されていて，親近感を感じて働いている。それゆえ，地域を大切にしたいという想いも強い。

揖斐川町は人口減に転じてすでに30年以上が経過しており，人材の流出も目立ってきた。少



写真4 揖斐ジモト大学

しても若い世代が地域に戻って安心して働いてもらえるように、昨年夏、職場体験実習の機会を「揖斐ジモト大学」として企画を立ち上げた。少人数だが、高校生の受け入れを開始した。普段お世話になっている調剤薬局の先生(写真4)やグループホームにもご協力いただきながら、地域医療にはさまざまな職種が関わり、連携しながら地域を支えていることの大切さを伝えるようにしている。この春、嬉しい知らせが入った。ジモト大学の企画がきっかけとなり、保健師を目指した高校生の方が無事に進学を決められたとのこと。少しずつだが若い世代が地域に戻りたいと思える活動を続けていきたいと思う。

診療所でどこまでやるか？

診療所に勤務する医師としてある程度標準的な疾患への対応は求められるが、診療所ごとに守備範囲が少しずつであるが異なるように思う。公共交通機関の整備の状況によっては後方病院へのアクセスが悪く、専門医に紹介することが不可能な場合もある。また、通常なら後方病院に紹介すべき事例でも、患者が希望しない、交通手段がないといった理由で、診療所の可能な範囲での対応となることもある。後方病院にたまたま必要な科がなく、診療所の立地条件に

よっては自分のところで対応せねばならないということもある。前任の医師が得意としていた分野が必ずしも自分ができるとは限らず、無理してやるか紹介せねばならないか迷うこともある。後方病院の専門外来が、曜日によっては開設されていないこともよくあり、同じ疾患を診ていても日によって提供する医療の方針も変わってくる。医師としての固定の専門領域を持たず医療に従事していることに加えて、地域や患者の事情により、対応せねばならないことが、場合によっては日ごとに変化するわけである。時と場合によって対応が異なることは人によっては、大きなストレスであるかもしれないが、逆に地域医療の面白いところであるとも考えている。大した専門性がない自分は、診療所に長く勤務する中で、どこまで自分の守備範囲でやるかを考える際、自分の専門性で考えるより、診療所の機能としてできることを行うということを中心とするようになってきた。自分の仕事を固定化しないこと、自分の仕事が置かれた環境で規定されるような感覚で働くことは地域医療で大切かもしれない。一方このことについては、私のような医師の場合、何をやっても中途半端だという厳しいご指摘もあると思う。

苦手分野の克服

趣味で楽器を弾くのだが、手先は極めて不器用で外科的手技は苦手である。研修医時代も大変苦労した。

一方、診療所にいけば、さすがに開腹するような手術に関わるようなことはないだろうし、特殊な検査もないだろうが、せめてプライマリ・ケア領域の創傷治療はきちんとせねばと思っていた。苦手分野を克服しないと地域で働けないだろうと。

21世紀に入った頃から、湿潤療法や褥瘡のラップ療法が普及していることは、インターネットを通じてよく知っていた。学生時代、そういった取り組みをされている先生と、趣味がきっかけで接点があったことから、へき地派遣となってすぐの段階で研修の機会を作った。当

時の診療所の上司やスタッフに湿潤療法の重要性を説明し、ひと通りの被覆材をそろえて診療を開始した。被覆材をそろえるだけのことで、投資額としては極めて低額であったが、湿潤療法を行うことができた。のこぎりで足を切った、動物やダニに咬まれた、熱傷といった診療所によく来る外傷は問題なく対応できるようになった。地域への湿潤療法の普及活動も行った。

私は地域で働いてから長くなったが、現在も定期的に研修の時間が確保できるようにしている。計画さえきちんと立てれば、希望する学習の機会が確保できる。複数の医師がグループで働いていること、協会という大きな組織であるから成し得ることの一つだと思う。

次の世代の地域医療を担う若い先生方へ。デジタルネイティブ黎明期の医師から

ちょうどこの原稿を書いている2020年4月現在、新型コロナウイルスのこともあり、リモートワークが推奨される時期となっていた。

さまざまな会合が中止、家族や職員と会うこと以外の機会は激減、多くの打ち合わせがオンラインで開催されている。

協会も、Office 365, Teamsが利用できるように環境を整えられており、リモートワークの実現と業務の効率化が図られている。オンライン診療の普及については、これからではあるが、多施設での打ち合わせがネットワークを介してスマートに行えるようになったのは大変ありがたい。

私は、1976年生まれで、世間一般では、デジタルネイティブ世代の黎明期ということになっているらしい。10歳ごろから通っていた公立の小学校でパソコンに接する機会があった。高校時代は、部活の友人が多く工学部に進学していることもあり、パソコンの基礎知識を沢山教えてもらった。大学進学後が、インターネットが普及し始めた頃。その時期までにひと通りのパソコンの操作は習得したつもりではある。現時点では、さすがに先端についていくことは困難で、今はごくごく普通のことのできる程度ではあるが、工作上、役に立っている。揖斐の協会の全施設にネットワーク化した電子カルテを導入したり、事務職員が日常業務をしやすいようにパソコンまわりの設定をお手伝いしたり。そんなことも診療所の管理者として案外大切な仕事だと思う。

そろそろ私より20歳ほど若い世代、俗にネオ・デジタルネイティブと呼ばれる皆さんが現場で働き始める。生まれたころには、Microsoft Windowsも普及していたという世代である。地域医療は、そういった若い世代が得意とするコミュニケーション手法の活用が進むことで、変わるのではないか。コロナの騒ぎでオンライン診療も推進される方向にある。“Face To Face”な地域医療の本質はICT(Information and Communication Technology)によって変わるわけではないが、ICTの活用がより良い形で相乗効果を生んでくれるのなら地域医療が発展するのではないかと感じている。そんな現場に若い世代の皆さんの力が必要です。ぜひ地域医療の世界へ飛び込んでみませんか。

キャリアを捨てて、へき地医療へ

揖斐川町春日診療所 管理者・診療所長 岡 裕也

POINT

- ① 楽しみや流儀を語ることはできないので、専門医と家庭医を共に経験した医者として今まで感じてきたことを述べたい
- ② Identity crisisは誰にでもある。しかし、医者という職業を生きるという覚悟を持って、目の前の患者さんを日々誠実に診ていくしかないのであろう。それは都会でも田舎でも、専門医でも総合医でも同じである

はじめに

私は30年近く泌尿器科専門医として病院勤務医をやってきた人間であり、地域医療を始めてまだ6年目である。読者の多くが地域医療に関しては私以上のキャリアがあり、皆さんのお役に立てる原稿が書ける自信はないので、今まで自分が専門医としてどう過ごし、どう感じていたか、そして実際のへき地医療の現場に来てどのように働きながら、どう感じているか¹⁾を述べてみたい。そういう変わった医者人生もあるのかという気持ちで気楽に読んでいただければ幸いである。

初期研修そして専門医へ

私は1986年に四国にある愛媛大学を卒業して、奈良県の天理よろづ相談所(天理病院)のレ

ジデント医として今でいう初期研修を受けた。当時は医学部卒業と同時にほとんどの学生は専門を決め、大学の各専門科の医局に入局するのが当たり前の時代であった。学生時代は本学の軟庭部に所属してテニスばかりしてほとんど勉強せず、何となく外科系に行こうかとは思っていたが、いきなり専門を決めるには疑問もあった。そこで当時としては珍しい総合診療科を母体とした天理病院のレジデント(初期研修)を受けて、何とか合格することができた。

天理病院のレジデント制度は今から約45年前の1975年に発足したユニークな制度である。その背景には天理病院の創設の理念が関係していると聞く。天理病院は宗教法人である天理教の病院であり、そのホームページには「人が病む時、それは単に身体だけが病んでいるのではありません。人には心があり、家族があり、社会の中でさまざまな役割を担っています。そのた

特集

め、身体だけでなく人そのものに目を向け、その心や暮らしにも思いを届かせる必要があります。わが国で、そんな当たり前のことに目が向けられるようになったのは、ようやく近年のこと。今では、高度な医療の追求と同時に“全人医療”や“終末期医療”など、人間らしく生き、人間らしく生を終えられる医療を求める人が増え始めています。」と書かれている。

天理病院での初期研修は非常に厳しかった。病院内のレジデント宿舎に住み込み、24時間オンコールで文字通りのレジデント医であった。レジデントの間で“地獄の朝カン”と呼ばれていた毎朝7時からの容赦のない厳しいモーニングカンファレンスに始まり、日中は総合診療科病棟であるレジデント病棟を中心に病院中を走り回り、夕方の講義や勉強会のあとは総合病棟や医局で夜中まで仕事をする毎日であった。月に数回ある救急当直の時はほとんど眠れず、それでも翌日は今の時代と違って当然夜遅くまでの通常勤務である。当時は医者として働き出した後の5月に医師国家試験の発表があったのだが、あれだけ合格したいと思っていた国試に受かったときに全く喜ばず、この生活があと2年続くと思うと憂うつな気持ちになったことを思い出す。ただ、今にして思えばこの時に当時の総合診療科部長であった恩師の今中孝信先生や厳しい先輩たちに叩き込まれた「病気だけでなく病人そのものに向かい合う全人医療」がその後の医者人生に大きく影響したのであろう。

天理レジデントを終了した後は、天理病院の時に出会った京都大学泌尿器科の前教授であった吉田修先生の主宰する京都大学泌尿器科医局に入局した。ちなみに吉田先生は、日野原重明先生やウイリアム・オスラー先生の崇拝者で医学教育にも造詣が深く、大学医局に属さず天理でレジデントをしてたという当時としては異端であった私を暖かく迎えご指導してくださった恩師の一人である。吉田先生は、その後平成16年度からの新医師臨床研修制度の導入に尽力された先生でもある。

入局後は大学院の4年間を除けば、京都市立病院、京大病院、天理病院、神戸中央市民病院

といういわゆる大規模病院で泌尿器科医としてのキャリアを積み上げてもらうことができた。専門は泌尿器悪性腫瘍で前立腺癌や腎臓癌や膀胱癌を中心に約5,000例の手術を行ってきた。当時は外科手術が開腹手術から腹腔鏡手術へと大きく移行する時期でもあり、奈良県で初めての腹腔鏡技術認定医を取得し、最後の10年程は部長としてある程度は専門医としての役割を果たせたのではないかという思いはある。

専門医療への疑問

ただ、その中でそれまでの専門医としてやってきた自分の医療に疑問を持つようになってきた²⁾のも事実である。一つは、このまま極端に専門分化された医療を続けていっていいのかということである。過度な専門医志向は機能的な医師不足を招いて医者はより多忙になる、という意見もある。大規模病院の専門外来では毎日何十人もの患者さんを診るため、1人あたりに割く時間が十分ないのでゆっくり話も聞かず検査中心で必要最小限の説明をする。一部の人は入院となり、手術や治療をする。手術件数が多ければ、患者さんの疑問にゆっくり時間を取って答えながら説明することもできず、インフォームド・コンセントとは名ばかりでこちらの標準治療に一方的に同意を得る。治療が終われば、平均在院日数を気にしながら早期に退院を勧める。天理病院で全人医療を学んだ人間として、その中でもできるだけ自分なりに誠実に対応してきたつもりではあるが、そういう流れ作業的な医療に違和感を感じることも多かった。

また専門医はどうしても自分の専門領域に関心が集中し、「病気を診て病人を診ず」になりがちで、過剰医療にもなる傾向がある。最近、日本の泌尿器科領域では前立腺癌等を中心に、ダ・ヴィンチという手術支援ロボットの導入が大流行で、ここ10年でアメリカに追いつけ追い越せの勢いで急激に購入台数が増加している。大きな病院は自分たちの病院のステータスを保つために競って何億円というダ・ヴィンチを導入し、採算を取るために手術しなくてもいいような前

立腺癌の患者さんにまで手術を勧めることもある。また、日本では最近悪性腫瘍に対する分子標的薬治療が花盛りである。私も京都大学大学院時代に、現在行われている腎細胞癌に対する分子標的薬の基礎となるMAPキナーゼ(MAPK)という細胞内シグナル伝達物質の研究³⁾をしていた。分子標的薬は確かに画期的な薬物治療であるが、全ての症例に効果がある薬剤ではない。しかし今の日本では全ての症例に適応があるかのように使用しており、余命幾ばくもないような患者さんの寿命を1週間伸ばすために毎週何百万円もの薬剤を使うのは日本だけであろう。

もう一つは、がん専門医として治療の限界を感じることも多かったことである。今の日本人の多くはマスメディア等の情報に踊らされているが、高度先進医療も夢の治療ではない。ひと昔前であるがThe New England Journal of Medicineの当時の名物編集長の有名な論文⁴⁾に、「医療によって良くなる病気が11%、医療によって悪くなる病気が9%、残りの80%は医療によって変わらない。」という記述がある。真偽のほどはさておき、専門医は治療することが目的であり使命である。治らないことはある意味負けである。手術して治って喜んで貰えることも多いが、がんの治療ではどんなに頑張っても治らなくて無力さを痛感することも多い。そんな時、大規模病院では最後まで看取することはできないことが多く転院や退院してもらわなければならない。

また、私は以前から外科医は50歳ころにピークを持っていくのが理想ではないかと考えていた。年をとって体力が落ち、目も悪くなって自分の納得の行く手術ができなくなっても肩書にしがみついて手術をするのは周りに迷惑で惨めであり、ある程度年齢がいけば後進に道を譲って退くか教育に専念するのが理想ではないかと考えていた。

へき地医療への転向

それまではがむしゃらにやってきたが、50歳を過ぎてからいろいろと考えるようになり、以前から漠然と考えていたへき地医療や海外医療

をやってみようかなと思うようになってきた。52歳の時に夏休みを利用して、ネットで検索して見つけた地域医療振興協会(以下、協会)という組織の揖斐川町久瀬診療所に見学に行った。当時は吉村学先生がいて、田舎の診療所とはどんな雰囲気かどんな仕事をやっているのかを数日間見せてもらった。久瀬診療所は当時から外部の実習生や見学者が多く訪れており慣れていたとはいえ、50歳を過ぎた医者が突然見学に来て変に思ったことだろうが、看護師の高橋真知子さんや渡辺美恵子さんらに暖かく接してもらえたことを懐かしく思い出す。初めは医局の教授や先輩同僚たちに反対されたが、最終的には理解してもらえ泌尿器科を離れることになった。

今まで泌尿器科のことしかやって来なかった専門バカがいきなりへき地に行き内科や総合診療を始めるのは無理だろうと思っていたが、幸い協会の再研修プログラム⁵⁾を受けることができ三重県立志摩病院で1年間勉強させてもらった。三重県立志摩病院では救急外来を中心に主に内科的な勉強をさせてもらったが、たまたま小児科に昔の知り合いがいて小児科も少しだけかじらせてもらった。右も左も分からぬまま再研修をさせてもらったが、内科の知識も昔と大きく変わっていた。総合診療をするにも内科の知識が中心であると思い、内科の専門医試験も受けてみたが見事に落ちた。志摩は魚が美味しくのんびりさせてもらったが、長く病院で働く気もなく現場で学んだほうがいいのではないかと考えていた矢先に久瀬診療所の菅波祐太先生から揖斐への誘いのメールを貰った。当時は春日診療所の前の管理者が辞め、また谷汲中央診療所が新たに協会の指定管理を受けることになったため、どちらかで働かないかということで春日診療所に赴任する⁶⁾ことになった。

春日診療所は2001年から協会の指定管理を受けるようになった診療所であり、古賀義規先生の跡を継いだ前任の太田浩先生がほぼ一人で診療所運営をやっておられた。当時の春日診療所の診療は午前中毎日外来で、週に2日は4時から6時までの夕方診療を行っていた。週に1日は午後から美東出張診療所に出張診療し、あと

は訪問診療を行っていた。

診療所に赴任して

実際に来てみて、今まで30年以上医者をやってきたとはいえ知らないことだらけで予想以上に大変であった。初めは行ってみれば何とかかなるだろうと思っていたが、今にして思えば浅はかでもう少し再研修の期間が長いほうが良かった気がする。

診療所というところでの外来も訪問診療というものも初めての経験であった。内科の知識も30年前とは大きく異なっていたし、内科以外にも整形外科や皮膚科の疾患も多く、初めのうちは戸惑うことばかりだった。午前中は20人弱の外来患者さんだったが、何とか薬や検査を出してそれをこなすのがやっとの毎日であった。恥ずかしい話だが、ここへ来て爪にも水虫ができることを知ったし、バネ指というものも初めてみた。今まで知らなかったことが分かるというのは楽しいことでもあるが、毎日診察が終わってから遅くまで復習する日々が続いた。当初はせっかく田舎に行くのだから畑を耕し野菜でも作ろうかと思っていたが、それどころではなかった。

また、診る疾患の多様性だけではなく、専門医の時とは異なる医療のやり方にも戸惑った。専門医の時とはとにかく正確な診断をして治療することが絶対的な使命であった。もちろん患者さんの年齢や希望は考慮するが、あくまで“治す”ことが原則である。ところが、ここでは「先生に診てもらって、ここでできることをやって貰えればそれで十分です」と言われることも多い。そう言われると有り難く思うと同時に、逆に責任を感じて一所懸命に診ようという気になる。ただ一方で、患者さんにとって本当にここで診れる医療だけで十分なのかと悩むこともある。春日診療所では以前から胃内視鏡検査を行っており、私もここへ来てから経験のなかった胃カメラ検査を始めている。膀胱内視鏡検査なら十分な自信はあるが、果たして胃内視鏡検査で些細な早期の病変まで診断できているだろうかと不安な時もある。胸部レントゲンで肺に結節影が疑われた時に、「病院に行ってまで検査

や診断をしてもらわなくても結構です」という患者さんに、「まだ元気なのだから診断だけしてもらいましょう」と言って病院にCT検査を依頼したり、「コロッと逝けたらそれが一番ですから」と治療を渋っている重度の大動脈弁狭窄症の患者さんに、「コロッと楽に逝けるかどうかはその時にならないと判らないので」と説得してTAVIを勧めたりすることもある。どうしても専門医の時のように検査や治療優先のクセが抜けず過剰医療になってしまいがちであるが、それでも結果的には喜んでもらえることもある。そのあたりのバランスが難しいが、年齢だけではなく患者さんや家族の本当の思いに添って病人を診るしかないであろう。

「看取りは精神面や家族との対応も含んだ究極の総合診療である」という人もいる。専門医の時は患者さんが亡くなると虚しさだけが残っていたが、高齢の患者さんが家族に見守られながら自分の家で最期を迎える。そこには悲しみや虚しさより、温もりや満足があることも多い。しかし、そういう安らかな看取りがある一方、癌治療を専門にやってきた人間としては、進行がんで完治の見込みはない患者さんでも、もう少し積極的な治療を勧めたほうがいいのかと悩むこともある。69歳男性のAさんは、若い頃に東京へ行き大手の建設会社で長年働いていた。独身であり東京で自由気ままに生きてきたが、胆管がんとなり徐々に悪化してきたため故郷である揖斐川町の実家に戻ってきた。しばらくこの地域のがん拠点病院であるB病院に通院していたが、何もできないと言われ看取り目的で紹介されてきた。41歳女性のCさんは、スキルス胃がんが見つかりB病院で手術したが1年後に再発してイレウスとなり、がん性腹膜炎と診断された。子どもさんも小さく、本人や家族も何とかして生き続けたいと願っていたがB病院では緩和ケアしかないと二次化学療法や積極的な治療は受けずに在宅医療を受けることになった。いずれの症例も治癒は無理でもQOLを維持しながらもう少し積極的な治療を受けられるのではないかと考えたが、B病院の理解を得ることはできず二人とも亡くなった。ご家族に

は家で看取ることができたと感謝はされたが、そんな時に本当にこれで良かったのだろうかと思うこともある。

おわりに

ここに来て5年が過ぎたが、確かにここには都会の病院にはないような患者さんや家族との何となく温かみのある交流がある気がする。しかし、まだまだ試行錯誤の毎日である。初めはのんびりやろうと思っていたが、思い描いていたように心穏やかに楽しく働いているわけではない。まだ今の私には地域医療の楽しみや流儀を語ることはできない。

医者なら誰にでもidentity crisisはある。専門医も家庭医も皆、日々悩みながら医者という職業を生きているのであろう。むしろ悩まない医者の方がおかしいのではないかと思う。しかし、その日一日、目の前に来る患者さんにできるだけ誠意を持って接し、その人の思いを汲み取り、その人や家族に満足してもらえる医療を提供していくように努力するしかないのではないだろうか。

私の尊敬する天理レジデントの先輩で、心臓血管外科の名医である上田裕一先生⁷⁾は、高校3年で医学部に行こうか工学部に行こうか悩んでいた時に担任の先生から、「人の役に立つ目的ではなくて、自分がまっとうな人生を歩みたけれ

ば医師の道を選べば良い」というある高名な医師の言葉を教えられ医学部に進んだそうである。今の日本の医療は倫理的な面でも医療経済的な面でもかなりの困難に直面しており、患者さんの価値観や世の中の医療に対する考え方も変わりつつある大きな変革期かもしれない。しかし、そんな中でも医者としてやるべきことは、都会でも田舎でも、専門医でも総合医でも同じであろう。私も専門医と家庭医という両方の現場を経験できたことを生かして、今の医療の問題を見つめながらも少しやってみたいと思う。

参考文献

- 1) 山田隆司, 岡裕也: 専門キャリアを捨て、人をまるごと診る医療を志して. 月刊地域医学 2019;33(3):186-192.
- 2) 成相通子, 岡裕也: 「今の医療に疑問」キャリアを捨てへき地域医療へ Vol.2. 地域医療振興協会の再研修プログラム. M3 医療維新. <https://www.m3.com/> (accessed 2017 Mar 25)
- 3) Oka H, Chatani Y, Hoshino R, et al: Constitutive activation of mitogen-activated protein (MAP) kinases in human renal cell carcinoma. Cancer Res 1995; 55: 4182-4187.
- 4) Ingelfinger FJ: Health: a matter of statistics or feeling? N Engl J Med 1977; 296: 448-449.
- 5) 成相通子, 山田隆司: 「もう一度聴診器を」第二の人生にへき地域医療 Vol.1. 地域医療振興協会の医師再研修プログラム. M3 医療維新. <https://www.m3.com/> (accessed 2016 Apr 1)
- 6) 成相通子, 岡裕也: 高齢化率52%, 限界集落で診療所長 Vol.3. 地域医療振興協会の再研修プログラム. M3 医療維新. <https://www.m3.com/> (accessed 2017 Mar 25)
- 7) 上田裕一: 日々基本訓練. ルーベをつけて飯を食う. 刺繍道具. ティッシュペーパーを使って運針, 縫合訓練. 仲田和正 編. 外科手術に上達する法-トッパナイフたちの鍛錬法. 東京, シービーアール. 2009, p97-146.

信念で進む, まちの地域医療

シティ・タワー診療所 管理者・診療所長 島崎亮司

POINT

- ① やりたい医療をするためには壁がある
- ② 壁を乗り越えて強くなる。何度も壁が出てきてもくじけない
- ③ 人としての在り方がしっかり維持されていればidentity crisisは生じないのでは

特集

はじめに

ここ数年, 学生や研修医から「キャリア」について問われることがある。彼らの中では本テーマにあるように「identity crisis」という言葉も出現しているようである。しかし, 私はそれを感じたことがほとんどない。それは私はやりたい医療, 医師としてこう在りたい, という医療が今までできているからである。おそらく皆, 医学部に入る前には「こういう医師になりたい」と思って受験勉強を頑張り見事合格したと思われる。その時の思いを持ち続け, その方法がどんな方法であれ, 今現在, そしてこれからも実現できればidentity crisisは生じないのではないか, と思われる。自分自身の心に偽りがなく, 他の専門医との優劣という尺度で物事を図るのではなく, 医師としての在り方を貫き通していれば不安に感じることはなく, 逆に自信をもって医師として生きていけるのではないかと思わ

れる。

そもそも仕事とは何か? 私自身の話をしよう。私は山間へき地の農村部に育ち, 医師は何でも診るもの, そして何でも相談でき, 患者や家族に寄り添うものだと思っていた。高校生になった私は人と関わる仕事がやりたく文系を選択したかったが, 極端に文系科目が苦手だったため理系に進むこととなった。そして高校2年の時, 山崎章郎氏の「病院で死ぬということ」を読み, 人に寄り添う医療をやりたいと心から願い, 医学部を目指した。そして今は岐阜という土地で自分がやりたかった医療ができている。現在は在宅医療が主な仕事となっている。今の仕事スタイルは医師になった時には全く想像もしていなかった。ただし, 今の仕事の中には自分が大切にしていること, やりたいと思っていたコアになる部分があるため, 毎日楽しく仕事ができている。もちろんそれができるようになるためにはさまざまな苦勞があった。

壁 1 : 岐阜に赴任

1. 立ちはだかる壁

私は尊敬する吉村学先生(現 宮崎大学医学部 総合診療・地域医療学教授)に教えを乞うため 7年前に岐阜に赴任した。その時には下記のような壁が存在した。

(1) 財政難

当時のシティ・タワー診療所は外来患者が1日10名を超えることがほとんどなく、在宅患者も10名足らずであった。医師は私1人、看護師と事務員が各々1名という最小限の人員しかない診療所であった。経営状況は大幅な赤字であり、診療所自体の継続が危ぶまれていた。このため新たな医療機器の購入や人員を増やすという手段をとることができず、今あるもので診療を行っていくしかない環境であった。

(2) 都市部という医療環境

当院がある岐阜市は人口40万人を超える岐阜県の県都である。特に当院は岐阜駅直結のビルの中にあり、山間へき地に比べ対象となる人口は多い場所にある。しかし、都市部であるがゆえに、近隣に多くの診療所、病院が存在する。このためへき地に比べ病院受診も負担が少なく済むため、「糖尿病は〇〇病院、膝痛は△△病院、皮膚疾患は□□クリニック、そして高血圧は当院」というように多くの医療機関を受診する専門医志向の患者が多く存在した。この環境の中で「総合診療として全ての診療科に対応します」と謳っても、「糖尿病は〇〇病院先生が主治医だから」と返答されることが多かった。また当時から岐阜市には在宅医療を専門とするクリニックも存在していた。このため在宅医療を実施する、といっても知名度が低い状態であった。

2. 壁に立ち向かう

(1) 精神的な支え

しかし、ここで私たちの目指す医療は何か？を考えた。その原点は高校生の時思い描いた(そして今も心のよりどころにする)人に寄り添う医療を展開することだった。では具体的に人に寄り添う医療とは何か？と考えた時、当時時々



写真1 我が師吉村先生の言葉

振り返り学習を支援してくれた吉村医師が語った言葉がそれを明らかにしてくれた。

「医療的対応だけ行うのは三流の家庭医。一流の家庭医は患者・家族の希望を叶えようと医療、介護、福祉、家族・地域の全ての力をもって取り組む医師である」(写真1)

(2) 行ったこと

スマートな診療を目指すのではなく、敢えて田舎くさい方法を行った。外来診療や訪問診療では手書きで患者さんにメッセージを書いた。メッセージには医療的な内容以外にお誕生日おめでとう、〇〇の趣味いいですね、など人々との対話を重視した内容を記載した。毎月診療所だよりを発行し、「今月のしまちゃん先生」のコーナーで自分自身をさらけ出すことで患者さんとの距離を縮めた。地域のニーズがあればどんな要件でも対応する、というスタイルで診療を行った。行き場のないがん末期患者さんや医療的ケアの多い神経難病の患者さん、社会的困難事例、在宅輸血患者等、さまざまな地域のニーズを迅速に対応すること、かつ、お節介なまでに寄り添うことを続けた。

これらの姿勢が評価されたためか、診療所の患者数も増え、まずは経営の危機は脱することができ、診療を続けることができた。特に近隣の医療機関からは、当初無名であったが徐々にシティ・タワー診療所の名前を知ってもらうことができた。

壁2:新たな試練

1. 新たな壁の登場

診療所経営が軌道に乗り始めた3年目、新たな壁が立ち上がった。

(1) 吉村医師の勇退

師匠である吉村医師が宮崎大学の教授として勇退されることとなった。吉村医師の勇退は私の心の支えという面でも、診療の人的な面でも大きな痛手であった。前者では毎週振り返りを行い、自分の行っていることを承認している存在がいたからこそ伸び伸びと診療ができていた。後者では当時約70名の在宅患者数があった。在宅医療では24時間365日の対応を行うため、勇退後はその対応を私がほぼ一人で行うこととなり、体力的にも試練となった。

(2) 小児在宅医療

小児在宅医療については、未知の世界であり、かつその責任の重さが計り知れなかった。特に私自身小児科研修を行ったことがなく、小児の採血すらできない状況で人工呼吸器や気管切開を行っている重度の子どもを診ることはできない、と考えていた。しかし、地域にはこういったニーズもあり、行政、病院、そして患者家族から地域で子どもを診てくれる医師が必要であると説明された。

2. 2つ目の壁への挑戦

これら新たな壁に対して取り組んだ(正確に言うところでは取り組まざるを得なかった)。その時の精神的な支えが以下の2つの考えであった。1つ目は「やりたいことをやり通したら、いつかこの医療をやりたいとってくれる医師が来るのでは」、という信念であった。こちらから医師を探すのではなく、楽しそうなことをやっていれば、皆がやりたいと思えるようなことをやっていれば必ずとやりたいという医師が現れるのではないかと考えた。そしてその時が来るまで倒れないようにさまざまな工夫を行った。

2つ目は原点である「人と地域に寄り添う医療」であった。小児在宅医療という未知の分野ではあったが、行政、地域からの支援、そして

患者家族のニーズがあることなどを考えた時、非小児科専門医ではあるが、非小児科専門医として、在宅医療の専門医として、総合診療のスキルを持った医師として対応することとした。そのためにさまざまな研修会に参加し知識を深めたり、小児在宅医療に関わる職種との交流を深めた。

(1) 人的不足に対する取り組み

「診療所システムの再構築」と「自分自身の体力面の向上」を行った。診療所システムの再構築では、より効率的に仕事ができるために、電子カルテの仕様を変更したり、往診車をより快適な車にすることで車内での作業効率の向上を図った。電子カルテの仕様変更では、在宅医療に特化した仕様をメーカーとともに構築し、短時間で正確にカルテ記載・算定ができるようにした。往診車については、小回りの利く軽自動車でありながら空間を広く、かつカーナビ付きで、車内でお茶やコーヒーを飲みながらカルテ記載ができるような装備の車に変更した。これにより今まで往診後に診療録を記載し、処方箋を発行するという作業環境から、診療所に戻るところには処方箋の発行が終了し、カルテ記載が終了している作業環境になり、時間的に短縮ができた。また診療報酬の算定漏れも少なくなり大幅に収益が増える形となった。初期投資としては費用が掛かったが、費用対効果はあった。

自分自身の体力面の向上では、ランニングを始めた。体力面の向上は自分自身の体力を向上させるだけでなく、2つの副産物が生まれた。1つ目は体力づくり自体がメンタル面を強化させることとなった。当初1km走るのが精いっぱいであったが徐々に長距離を走れるようになるにつれ自信が付き、4年後にはフルマラソンを走れるようになった。この過程において、体力づくりを行うための時間の確保や計画性が仕事を行う上で共通性があり、より仕事を効率よく運営するためには、と考えながら走ることでメンタル面がどんどん強化されていった。2つ目の副産物はランニング仲間が増え、地域の各職種との連携が深まることであった。月刊診療所だよりの今月のしまちゃん先生コーナーで



写真2 小児在宅医療における多職種連携会議(患児を囲んで)

ランニングの紹介を行ったら地域のあらゆる職種から「私も走っている」という声を聞くことができた。そしてそのランニング仲間と一緒にイベントに参加したり、懇親会を行うことで地域の輪が広まることとなった。

(2) 小児在宅医療

小児在宅医療を開始するにあたって、さまざまな研修会に参加し知識の向上を図った。その過程で小児科医、行政、療育施設のスタッフとの交流が生まれた(写真2)。小児在宅医療では難病、染色体異常等の普段出会うことのない病気や、人工呼吸器装着、気管切開、経管栄養等の医療的ケアが多く存在する子どもたちに出会う。その中で小児科医ほど知識がない総合診療医が、どのようなことを行うのか、どのような役割が期待されているかを各職種から教えてもらった。例えば、地域の連携の軸になること、病院や行政との交渉の窓口になることなど、どちらかという小児科の病気の知識より、小児在宅医療をとりまく社会制度を理解し、そのつなぎの役割を行うことが期待されていることであると実感した。まさにこの仕事は総合診療医の近接性、協調性、継続性といったコア・コンピテンシーを活かした仕事であり、その自覚をもって取り組むことができた。

こういった取り組みにより、それぞれ成果が生まれてきた。人的不足に対しては、6年目から常勤医が加わり、8年目には常勤医師3名体

制になった。小児在宅医療においては、2020年3月の時点で30名を超える小児患者を受け持つまでになった。小児在宅医療を勉強したい、という研修医も現れるようになった。

壁3: 終わりなき旅

上記の壁を乗り越え、診療所の規模も徐々に大きくなっていった。それに伴い、診療所の質の維持、体制の維持という課題が浮上してきた。また多くの事業所とも連携を行うための手段としてのICT技術の活用や、地域で増え続ける高齢者住宅の対応等、社会の変化に合わせた柔軟な対応も求められている。

これらを乗り越えるためにももう一度原点である「人と地域に寄り添う医療」という思考に戻り、対策を練っていききたいと思う。壁には終わりではなく、その壁を壁と思わず乗り越え、自分を成長させるためのやらなければならない宿題と思って今後も対応していきたいと思う。

まとめ

とりとめのない文章になってしまった。「はじめに」にも書いたが、私自身研修医の頃は、在宅医療、特に小児在宅医療に関わるとは夢にも思っていなかった。それが今では大変やりがいのある仕事と感じており、毎日楽しく仕事させてもらっている。おそらくこれからも壁がどんどん出現してくるであろう。しかし総合診療医として、それ以前に医師として働く一人の「人としての在り方」をしっかり持っていればidentityについて悩むことはないのではないと思われる。かなり精神的な文章となってしまったが、今後の医師としての「楽しみ方」を探す方法として参考にさせていただければ幸いである。

若手診療所医師にできること, 無限大

シティ・タワー診療所 児玉崇志

POINT

- ① 目の前の患者さんや家族の幸せに貢献することが、根幹をなす仕事のやりがいである
- ② 若手診療所家庭医として、多方面での「つなぎ役」となることに挑戦していきたい

特集

地域医療振興協会と 地域医療のススメに育ててもらった

まず、簡単に自己紹介をさせていただきたい。広島県出身、新潟大学医学部に進学した。学生時代はどの臓器にも興味は持てず、実習で患者さんが幸せそうに見えた外科を考えていたが、手術室の雰囲気は苦手なで決心がつかず悩んでいた。そんな中、地域実習で湯沢町保健医療センター(新潟県)を訪れたことがきっかけで、“家庭医”の存在を知った。温かい雰囲気笑顔が絶えず、患者さんの多種多様なニーズに応える姿に、ピンときた。“家庭医”になりたい。卒業後、井上陽介センター長の勧めで東京北医療センターに入った。初期研修後、地域医療のススメに入り、東京北医療センター、湯沢町保健医療センター、東京ベイ・浦安市川医療センター、オレゴン健康科学大学、市立恵那病院、台東区立台東病院、外部研修で隠岐島前病院まで全国

(とオレゴン州)を渡り歩いた。修了後は、初期研修で1ヵ月お世話になったシティ・タワー診療所に就職の希望を出し、昨年4月から在宅フェローとして赴任し、初期研修時代からの夢だった診療所勤務が始まった。



Nさんと、家族の物語

痛みの中で対面

1人の終末期在宅患者さんを通して今の仕事を伝えたい。

30代後半女性、Nさん、膀胱癌末期

診療所に赴任して3ヵ月経ったある日、病院でのカンファレンス後に病室を訪ねた。Nさんは「こんな格好ですみません」と胸と膝をベッドにつけて横になっており、悶絶していた。腹水が1日1Lという早さで貯まり、穿刺量が多いほど抜いた後の痛みが強くなるという。3.5L穿

刺後の痛みには麻薬の効果も限定的と主治医から申し送られた。夫は、「先生にお任せするしかないのでは」と覚悟を決めた表情であった。

Nさんは元看護師で、会社員の夫、中学生、高校生の2人の息子の4人暮らしだった。喫煙や生活習慣を含めて何一つリスクはなかったが、半年前に「進行膀胱癌」という信じられない病名を告げられた。

「最期まで(この時点で1ヵ月程度)、この痛みを繰り返すのか?」「この痛みをなんとかしたい」そんな思いの中、訪問診療が始まった。

Nさんの楽しみ

初回訪問の日、「痛みより病院食がおいしくないのが苦痛でした」と、夫が作ったオムライスを食べすぎて痛みが出た話を笑顔でしてくれた。腹腔穿刺を行ったが、穿刺は控えめにとどめた。(それでも穿刺後にいくらか痛みが出現した。)2人の息子たちはそれぞれ、部屋の端から気配を消して眺めていた。麻薬と、食欲不振に対するステロイド内服を開始した。

頻回の穿刺が必要な状況に、腹腔ドレナージチューブを留置し、間欠的に廃液する方法を提案した。すぐに注文し、2回目の訪問で留置した。苦しくなったらいつでも廃液できるように、夫に廃液手技を指導した。3回目、Nさんから「いつでも抜ける安心感がすごい!」という言葉もらった。室内歩行は十分できて、車で外出をできることを生かして、あちこち外食を楽しむことができた。毎回の訪問は、「〇〇の小籠包が美味しかった」「北海道からウニが届いた」とNさんのグルメレポートから始まり、私も毎回楽しみだった。待ち受ける現実がうそのように穏やかな時間が流れ、関わる医療スタッフ皆が癒されていた。

チームのそれぞれの役割

私「ほかにやりたいことはないですか?旅行に行く方もいますよ」

Nさん「え、良いんですか……行きたい!」

行くならとにかく早くとのお勧めをさせてもらうと、4日後には出発となった。人気の秘境温泉宿が奇跡的に家族4人で予約できたそうだ。出発前日に、Nさんが気にしていたチューブからの脇漏れを縫合するために往診した。帰宅後には「イワナの活き造り、口がピクピクをしてました」と、いつものグルメレポートに加え、「階段を必死で登っているような温泉に入れました」と嬉しそうに話していた。この頃には、夫はNさんの体調に合わせてベストな廃液量を絶妙に計算し、頓服の麻薬との組み合わせで痛みは過去になくコントロールできていた。夫は「腹水なららせてください」と、胸を張った。訪問看護とは現場と電話、ICTツールを用いた密な連携で、私たちは訪問前にほぼ状況を把握できていた。Nさんを支えるチームの成熟を感じた。

夫からの電話、思いがけない言葉

訪問診療が開始して1ヵ月経ったある晩、夫から電話連絡が入った。「今朝から食事が摂れず、どうしようもなくだるいと言っている」前日の採血結果でNa(ナトリウム)が118mEq/Lと低値だった。とっさに考えた。

原因は低Na血症か癌自体の進行だろう。土曜日の20時。ほとんどの薬局は閉まっている。ただでさえ点滴類の少ない調剤薬局で、Naの補正に必要な10%食塩水を常備している薬局が見つかるとは考えにくい。次の言葉を出すまでかなり躊躇した。正しくないことは分かっている。しかし、今はこれ以外にない。この人なら、きっと大丈夫だ。

「……家に塩はありますか?」考えられる治療法を説明した後、夫から帰ってきた言葉は思いもよらなかった。「それがお医者さんだと思います」

こみ上げるものがあった。これが、私たちチームが1ヵ月かけて出した結論だった。その後、何が行われたかは読者のご想像にお任せしたい。夜間の往診の末、点滴が行われた。県外に出ていた私の代わりに、島崎亮司先生が行ってくださった。すべてを汲んで、指示通り処置を

してくださった。翌朝、だるさが取れて、嘘のように食事が取れるようになった。

4日後、急激にだるさが強まり、2時間後にNさんは息を引き取った。予定訪問の直前の突然の最期だった。夫と私は抱き合い、家族、訪問看護師、チームみんなで涙を流した。

2週間後、夫が診療所を訪ねて来てくださった。「入院していたらこんな時間はなかったと思います。本当に良い時間を過ごさせてもらいました」「私は昔、お医者さんを目指して諦めたんです。父と兄は、在宅医をしていて内情を知っているのもあり、在宅医にはあまり期待していませんでした。でも、カンファレンスで先生を見た時、この人に任せたい、って思いました」実年齢よりさらに若く見られがちな私には珍しい反応であり、素直に嬉しかった。「児玉先生、わたしも看取ってくださいね。腹水は自分で出すので(笑)」その目には悲しみはなく、夫にしかできない役割を成し遂げた達成感を感じた。

その後、診療所にNa補正用の10%NaClが常備された。

自分自身の振り返り

Nさんの物語を読んで、感じたことはさまざまかもしれない。私が大切にすることは、「患者さんのかけがえのない時間のために、手段を選



写真1 診療所メンバー集合写真
マスクをはずした瞬間にパチリ！組織力で撮影した1枚。

ばない」ことであった。患者さんが終末期でも、慢性期でも、老若男女問わずである。患者さん、家族から任された信頼関係の中で、やり切る。臨床医として根幹をなすやりがいは、担当した患者さんや家族の幸せに貢献できたと感じることである。



若手診療所家庭医として、「つなぎ役」になる

1年間診療所で働いて、Nさんの例以外にもそれまでの6年間には感じる事のなかったやりがいがたくさんあった。今後も成長は必要だが、自分が6年間準備してきたことは間違っていなかったと実感できた。その一方で、“個人の力量で患者さん、地域に提供できることの限界”を今までより強く感じるようになった。組織としていかに良いものを提供できるかという視点に広がってきた。そんな中で見えてきた自分の役割が、「つなぎ役」である。

1. シティ・タワー診療所における組織改革－職種、世代間のつなぎ役－

シティ・タワー診療所はこの3月から組織改革に乗り出した。“SHIN café”^{*1}という名前で、2週に1回、業務内で1時間、ワールド・カフェ形式^{*2}の話し合いを行う。まだスタートしたばかりだが、所長の島崎先生と3ヵ月かけて打ち

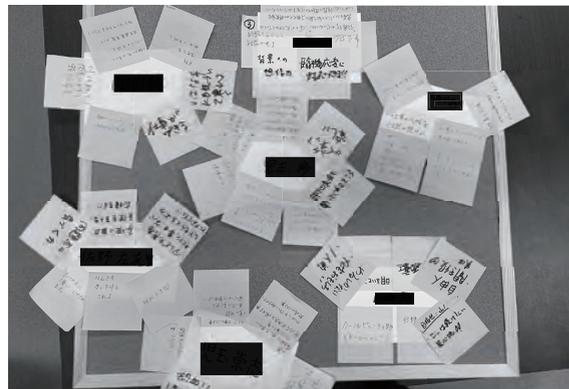


写真2 “SHIN café”の中で作ったネームカード
その人の良いところ・ライフでの役割・仕事の目標を話し、お互いに書いた。それぞれの個性、思いをまとめて、組織の目標を練り上げる段階へ進んでいく。

図 Google spreadsheetを用いた訪問予定管理(ある2日間) 毎月改訂を続けている

合わせをしてきた。第1回は3人1組となり互いの良いところを褒めあって書き出した。第2回は家庭・プライベートの役割、仕事で成し遂げたいことを語り合ってもらった。ここまでは島崎先生はあえて参加せず、私がファシリテーターを行っている。

前項(島崎論文, 448~451頁)で紹介があったように、シティ・タワー診療所は島崎先生をトップとした精鋭チームで短期間にV字回復した輝かしい過去をもち、今なお上昇気流にのった診療所である。しかし、問題がないわけではない。3年前は1人だった医師数が昨年度は3人(今年度は4人)となり、在宅患者は常に200人前後、昨年からは200人規模の新しい高齢者複合施設の嘱託医・在宅医を引き受けた。今までエース級の個人の能力に支えられてきたが、在宅ニーズに応えるため半日の訪問件数が10件を超えることは珍しくなくなり、嬉しい悲鳴が本物の悲鳴になりつつあった。業務の複雑化・細分化が進み、スタッフ全体を考えるゆとりがなくなり部分最適化が進んでいた。

第一の対策として紙ベースだった予定表を電子化するとともに、曜日ごとに各医師の上限枠を設定し、バランスをとった(図)。日ごとの訪問数の波を減らすことに成功したが、安易な局所解に陥りがちな文化は簡単には変わらなかった。おそらく、回復期にシティ・タワー診療所

の原動力であったはずの“何を目指して仕事をしているのか”“どんな共通の目標を持つのか”を忘れつつあるように感じた。心強いことに、島崎先生も「このままではまずい。新しい組織を作り直したい」と、同じ思いをもってくださっていた。

こんな時、他施設によい見本があるのが地域医療振興協会の強みである。初期研修から医師3年目までを過ごした東京北医療センターは昨年、“ロールキャベツ系ワクワク総診³³”を掲げて専攻医マッチ数全国トップタイを成し遂げた。実際、専攻医の目は輝きを増して見える。e-Learningで公開されていた岡田悟先生の「組織改革」のレクチャーを見て、診療風景の見学、専攻医の生の声を聞かせてもらった。推薦図書であったピーター・M・センゲ「学習する組織」を読んだ。(島崎先生は3日で読んだが、私は1ヵ月もかかった。)

そんな中での改革スタートだ。

「もっと仲間の考えを聞きたい。」診療所内にそんな声が出ていることは素直に嬉しい。少人数で思いを言葉にする。その中で職種・年代にかかわらず、自由に意見を出せる文化を。そんな願いは案外叶えられつつあるように感じる。

これからは私より若い世代が診療所の原動力になる時が来るだろう。事実、新人事務員の入職で私は最年少ではなくなり、今年も地域医療

のススメ専攻医が来てくれる。職種、世代を超えての「つなぎ役」が今やりがいと感じていることである。

- ※1 「新」「進化」「診療所」の3つの意味 + 「ワールド・カフェ」を合わせて作られた。時短勤務の看護師が考えてくれた。
- ※2 グループ討論の方法の一つ。あるテーマに沿って少人数で対話を行い、一定時間でメンバーを入れ替えて繰り返す。
- ※3 一見和やかな雰囲気「草食系」だが、実際は中身の詰まった診療・教育を実践する「肉食系」の総合診療科である、同科の共有ビジョン。

2. 岐阜診療所間のつなぎ役

現在、岐阜県内には揖斐川町に5つの診療所群、岐阜市にシティ・タワー診療所、関市の津保川診療所と7つの診療所があり、シティ・タワー診療所は3つの圏域の中間に位置する。私は週1回木曜日の午前久瀬診療所、午後坂内診療所と揖斐川町の2つの診療所で主に外来診療を行っている。都市部にいながら山間へき地の地域医療に関われる、医師1年目からお世話になっている横田修一先生(菅波祐太先生は木曜不在)から助言を得られる、良いリフレッシュになるなど、私個人にとって良いことを挙げるときりがない。他方、それぞれの診療所にもメリットはありそうだ。システムに改善が必要な時に、「シティではどうやっているの?」「久瀬では?」とすぐに質問されるものである。例えば、COVID-19の対策で発熱患者の隔離に先に着手したのは久瀬診療所であり、その後、訪問診療時のフェイスシールド装着を導入したのはシティ・タワー診療所だった。ほんの些細な情報でも、それぞれの現場にいないと分からないことは多くある。島崎先生、横田先生は私の初期研修時代の指導医であり、おそらく私にはあれこれ聞きやすいだろう。私を通して、直接では伝わりにくい価値観のすり合わせが行わ

れ、2つの診療所の連携がより密になっていけば嬉しい。いや、考えすぎかもしれないが。

3. 地域医療のススメ専攻医—指導医のつなぎ役

地域医療のススメ卒業生として、こんな役割をしないとな……で終わろうとしていたら、原稿の締め切り間際に、副プログラム責任者の菅波先生からオファーがあった。「専攻医-指導医連携担当大臣」という役割だそうだ。「大臣」の部分が面白くてニヤニヤしてしまったが、名刺にするとカッコ良さそうだ。それはさておき、専攻医4年目の皆さんから指名していただいたとなれば、これは嬉しいことだ。チーフ・レジデントの上原周悟先生とともに、専攻医、指導医の声を拾い上げてつなぎたい。

後半はまだ成し遂げていない未来の話ばかりになった。実際、私はまだ岐阜に来て1年だし、何も成し遂げていない。ただ、10年後もこうして明るい未来を描けると思うし、家庭医・総合診療医にはそれだけの面白さがある。

「診療所で働きたいけど、周囲から『若いうちは病院がいい』と言われるしな……」そんな葛藤を持つ研修医・専攻医にとって、本当になりたい自分に近づききっかけとなれば幸いである。

私はもともと視野が狭かったり、空気を読むのが下手だったりする自覚があり、全体が広く見えている、バランス感覚がある人に憧れを持っていた。思えば、家庭医を目指したきっかけも、そういう先輩医師らの背中を見てきたからだ。自ら「つなぎ役」を意識してみることで、さまざまな立場の意見を聞くことになり自分が“憧れていた人々”に一歩でも近づけるなら、それは自分の人生で貴重な財産になると考えている。

Yersinia enterocolitica (腸炎エルシニア) による菌血症と診断した乳児例

武井 陽¹⁾ 多湖孟祐¹⁾ 家村綾子¹⁾ 天野沙織¹⁾
 玉貫啓太¹⁾ 岸野 愛¹⁾ 安西有紀¹⁾ 神山 潤¹⁾
 織田錬太郎²⁾ 畠井芳穂¹⁾ 小野 真¹⁾

【要旨】 *Yersinia enterocolitica*は小児の胃腸炎起因菌の1～3%とされるグラム陰性桿菌である。しかしながら、細菌培養検査の通常培地では検出されにくいため、実際の頻度はより高い可能性がある。まれではあるが腸炎症状だけではなく重篤な全身症状を呈したり、腸重積のような特殊な合併症を呈する場合がある。

今回、10ヵ月女児が発熱、嘔吐、下痢と炎症反応高値を主訴に紹介受診した。便培養検査・血液培養検査の両方から*Yersinia enterocolitica*が検出され、エルシニア菌血症と確定診断し、14日間の抗菌薬治療を実施した。本症例では脱水や低血糖を示唆する所見がないにもかかわらず全身状態が不良であったことが、各種培養検査を提出して診断に至る契機となった。エルシニア菌血症と確定診断された症例は非常にまれであり、乳児の発熱において適切な身体所見の評価と培養検査の重要性を再認識した症例のため報告する。

KEY WORD 乳児, *Yersinia enterocolitica* (腸炎エルシニア), 菌血症, 腸炎

I. 緒 言

エルシニア感染症は、通常*Yersinia enterocolitica* (腸炎エルシニア, 以下*Y. ent*)と*Yersinia pseudotuberculosis* (仮性結核菌)による感染症を指す¹⁾。

*Y. ent*感染症の方が一般的に多く、細菌性胃腸炎の重要な原因菌である²⁾。典型的な症状として、一般的な胃腸炎と同様に発熱と下痢を認める。まれではあるが腸炎症状だけではなく重篤な全身症状を呈したり、腸重積のような特殊な合併症を呈したという報告も認められる³⁾。1歳未満の乳児では菌血症に至る症例もあり注意が必要である。

今回、便培養検査・血液培養検査の両方から

*Y. ent*が検出され、エルシニア菌血症と確定診断し得た10ヵ月女児の症例を経験した。

II. 症 例

症例:10ヵ月, 女児

主訴:発熱, 嘔吐, 下痢, 炎症反応高値

既往歴:急性中耳炎(生後5ヵ月より3回)

陰部・口腔内カンジダ症(生後9ヵ月)

家族歴:特記事項なし

周産期歴:在胎38週0日, 出生体重2,728g, 帝王切開で出生

予防接種:肺炎球菌3回, Hib3回, B型肝炎3回, 四種混合3回, BCG1回, ロタウイルス3回

1) 東京ベイ・浦安市川医療センター 小児科, 2) 東京ベイ・浦安市川医療センター 感染症内科
 (筆頭著者連絡先: 〒279-0001 千葉県浦安市当代島3-4-32 東京ベイ・浦安市川医療センター 小児科, 東京医科大学2010年卒業)

原稿受付 2020年2月20日 / 掲載承認 2020年4月3日

表 入院時血液検査所見

〈血算〉		〈血液生化学〉	
WBC	225 ×10 ³ /μL (好中球 61.5%, リンパ球 28.0%)	Alb	3.9 g/dL
RBC	440 ×10 ⁴ /μL	BUN	4.2 mg/dL
Hb	12.1 g/dL	Cre	0.20 mg/dL
Plt	21.0 ×10 ⁴ /μL	AST	70 IU/L
		ALT	104 IU/L
		LDH	286 IU/L
〈血液ガス・静脈血〉		CK	32 IU/L
pH	7.381	Na	132 mEq/L
pCO ₂	30.8 mmHg	K	4.1 mEq/L
HCO ₃ ⁻	17.9 mmol/L	Cl	102 mEq/L
BE	-6.1 mmol/L	Glu	133 mg/dL
		CRP	7.16 mg/dL

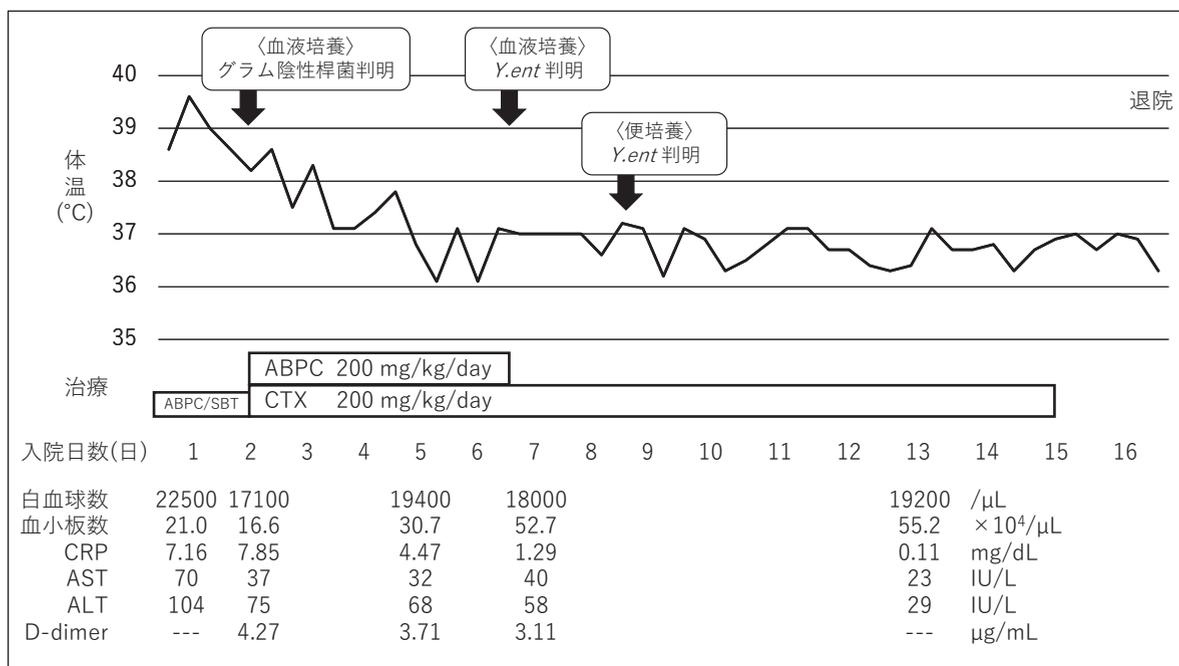


図 入院後経過

現病歴: 当院受診の2日前から40°Cの発熱を認め、近医Aを受診し、セフジトレン-ピボキシルを処方された。当院受診の前日より下痢が出現し、近医Bを受診して咽頭発赤を指摘され、急性咽頭炎として経過観察となった。受診同日になり嘔吐を一度認めたため、近医Bを再診した。血液検査で炎症反応高値(白血球数19,500/ μ L, CRP 6.01mg/dL)を認め、当院へ紹介となった。

初診時現症: 体温39.6°C, 心拍数174回/分, 呼吸数40回/分, SpO₂ 100%. 意識清明, 活気あ

るも不機嫌。頭頸部: 顔色良好, 口唇発赤あり。口腔内: 咽頭発赤あり。胸部: 含気良好, 呼吸音清, 左右差なし, 努力様呼吸なし。腹部: 平坦・軟, 腸蠕動音は正常範囲で聴取可, 明らかな腫瘤触知せず。四肢: 末梢冷感なし。皮膚: 発疹なし。鼓膜: 右鼓膜で一部発赤あり, 液体貯留なし。初診時検査所見: 血液検査(表)で炎症反応上昇と軽度肝機能障害, 代謝性アシドーシスを認めた。一般検尿と胸部単純エックス線では異常を認めなかった。

入院後経過(図): 当科初診時に哺乳不良, 不機

嫌と全身状態不良を認め、増悪傾向であると考えられた。細菌感染症の可能性を考慮し、入院のうへ各種培養検査(血液、尿、便、咽頭)を提出して、抗菌薬治療の方針とした。咽頭と鼓膜の発赤を認めていたことから、抗菌薬はアンピシリン/スルバクタム(ABPC/SBT)150mg/kg/dayを選択した。入院後から全身状態は改善してゆき解熱傾向に転じていたが、入院2日目に血液培養検査でグラム陰性桿菌が陽性との報告あり、菌血症と診断して抗菌薬をアンピシリン(ABPC)200mg/kg/day + セフォタキシム(CTX)200mg/kg/dayに変更した。同日、血液検査も再検し、白血球数17,100/ μ L, CRP 7.85mg/dLと炎症反応は横ばいで経過しており、血液生化学検査では新たな異常値の出現を認めなかった。血液凝固系検査では、APTT 27.9秒, PT 13.5秒, D-dimer 4.26 μ g/mLと軽度のD-dimer上昇を認めた。

その後は緩やかに解熱傾向を呈し、全身状態は変わらず落ち着いて経過し、入院4日目に解熱を確認した。同日に耳鼻科へ受診して耳垢除去のうへ鼓膜所見を確認したところ両側ともに発赤は認めなかったことから、急性化膿性中耳炎は否定的と考えた。入院5日目の血液検査では、白血球数19,400/ μ L, CRP 4.47mg/dLと炎症反応上昇の改善、肝逸脱酵素上昇とD-dimer上昇も改善を確認した。入院6日目に、入院時の血液培養検査で*Y. ent*が同定された。薬剤感受性試験の結果を踏まえて、抗菌薬をCTX 200mg/kg/dayの単剤投与に変更した。また入院時に提出していた便培養検査をSS寒天培地に変更し、検査を継続した。

入院7日目に再び嘔吐を認め、腹部膨満も伴っていたために絶飲食として輸液を再開した。腹部単純エックス線と腹部超音波検査では閉塞性イレウスを疑わせる所見は認めなかったものの、腸管浮腫が認められ、腸炎による嘔吐と考えた。嘔吐は持続しなかったため経口摂取量を徐々に増やしていったが、全身状態は良好に維持され経過した。入院8日目に便培養検査からも*Y. ent*が同定されたため、同菌による腸炎・菌血症と確定診断した。抗菌薬に関しては、

入院時より投与していたABPC/SBTとCTXとともに感受性ありと判定されたため、経静脈的に合計14日間投与する方針とした。

入院時から下痢が持続していたものの徐々に軽快し、入院10日目より便性は普段通りとなった。入院13日目に血液検査でCRP陰性化を確認し、入院15日目に抗菌薬投与を終了した。その後も発熱や症状の再燃なく経過したため、入院17日目に退院とした。

退院後経過:繰り返す中耳炎と陰部・口腔内カンジダ症の既往があったため、免疫機能のスクリーニング検査(好中球貪食能, 好中球殺菌能, 補体, IgGサブクラス, 特異抗体)を実施したが、明らかな異常は認めなかった。

Ⅲ. 考 察

*Y. ent*は腸内細菌科に属するグラム陰性桿菌で、小児の胃腸炎起因菌の1~3%とされる。しかしながら細菌培養検査の通常培地では検出されにくいいため、実際の頻度はより高い可能性がある⁴⁾。本症例でも病初期から*Y. ent*を疑っていたわけではなく、血液培養検査の結果を受けて便培養の培地を追加変更したため、便培養からも*Y. ent*を同定することができた。抗菌薬投与後の便培養検査では*Y. ent*は陰性であり、治療開始前に培養検査を提出し、適切に評価することの重要性を再認識した。

*Y. ent*感染の臨床症状は、胃腸炎のほかにも年齢や基礎疾患により多岐にわたる。5歳未満の年少児では発熱、下痢、腹痛といった胃腸炎症状が多く、下痢は2週間以上続くこともある。腸重積のような特殊な合併症や、まれに壊死性腸炎の原因となることも報告されている^{1),4)}。年長児では腹痛が右下腹部に局限して腸間膜リンパ節炎、回腸末端炎といった虫垂炎との鑑別が必要な疾患の原因にもなる。その他、咽頭炎、髄膜炎、骨髄炎をはじめ、さまざまな腸管外症状も知られている¹⁾。本症例でも初診時に発熱、嘔吐、下痢のほかにも口唇と咽頭発赤も認めており、多彩な症状を呈していた。

1歳未満の乳児や、免疫抑制状態、鉄過剰症

のような背景がある場合には、菌血症となる症例があり注意が必要である¹⁾。本症例では反復する中耳炎と陰部・口腔内カンジダ症の既往があったため、退院後に免疫学的なスクリーニング検査を行ったものの異常所見は認められず、基礎疾患の存在は否定的だった。

*Y. ent*腸炎の治療において抗菌薬の投与は必須ではないが、新生児、免疫機能不全(疑い)患者、敗血症の症例などでは、抗菌薬の経静脈投与が必要となる¹⁾。*Y. ent*は β -ラクタマーゼ活性を持つ点を考慮する必要があるものの、実際にどの抗菌薬を投与するかの指標となる感受性試験の報告は本邦ではみられない。米国では第3世代セファロスポリンの経静脈投与が推奨されており¹⁾、この点は特に乳児期早期の児については標準的な診療方針でカバーされているため治療が遅れる例は少ないと考えられるが、全症例で便培養検査を提出しているわけではなく、診断に至っていない例も少なからず存在する可能性がある。

本症例のようにエルシニア菌血症と確定診断まで可能であった症例は非常に珍しく、基礎疾患のない小児例の報告もまれである。その理由の一つとして、*Y. ent*感染症の臨床症状が上述のように発熱、下痢、腹痛といった胃腸炎症状のみであれば、その他のウイルス性胃腸炎との鑑別が初期の臨床症状では困難であるからと考えられる。かつ、幼児期以降の症例であれば特別な治療は要さずに対症療法で軽快することが多いため、便培養検査まで評価される症例がそもそも少ないという点も診断に至る症例が少ない理由と考えられる。

本症例のポイントは、患児が生後10ヵ月の乳

児(1歳未満)であったことと、経口摂取不良・全身状態不良であったことと考える。胃腸炎であれば脱水や低血糖に伴って全身状態の増悪を認めることはあるが、本症例では著明な脱水や低血糖を認めなかったにもかかわらず、全身状態不良が目立っていた。この経験から、発熱・胃腸炎症状の乳児が受診した際には血算、CRPに加えて血糖や脱水の程度も評価して、炎症反応高値の症例や低血糖、脱水を認めないにもかかわらず全身状態不良な症例は、抗菌薬を開始する前に高次医療機関での精査を検討すべきであると考えられる。最初から*Y. ent*を疑って特殊培地での細菌培養検査を提出することは困難であり、またそれが可能な医療機関も限られるが、本症例のように胃腸炎症状のほかに口唇・咽頭発赤といった腸管外症状を合併する場合には、*Y. ent*感染症の可能性も考慮すべきである。

乳児の発熱において適切な身体所見の評価と培養検査の重要性を再認識した症例であった。

参考文献

- 1) American Academy of Pediatrics: *Yersinia enterocolitica* and *Yersinia pseudotuberculosis* infections. In: Kimberlin DW, editor. Red Book 2018-2021: Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st ed. Itasca IL, American Academy of Pediatrics, 2018, p891-894.
- 2) 林谷秀樹:エルシニア症. 小児科臨床 2012;65(増刊号):1337-1341.
- 3) 坂田宏:小児における*Yersinia enterocolitica*感染症の臨床的・細菌学的検討. 日本化学療法学会雑誌 2002;50:805-808.
- 4) 北見葉々恵, 木内善太郎, 楊國昌:多彩な臨床症状を呈した小児*Yersinia enterocolitica*腸炎の4例. 杏林医会誌 2018;49:101-106.

地域における減塩活動の現状と今後の展開

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 嶋田雅子 川畑輝子 村中峯子 中村正和

はじめに

日本の高血圧患者は、2017年の推計数で約4,300万人とされ、日本人のおよそ3人に1人にあたる。そのうち約3,100万人が管理不良(140/90 mmHg以上)とされている¹⁾。高血圧は脳心血管病の最大の危険因子であり、日本人の死亡に関わるリスク要因として喫煙について2番目に重要な要因²⁾であることから、生活習慣病予防や介護予防において高血圧対策は優先度が高い。

食塩摂取量は高血圧に密接に関係しており、高血圧の予防や治療に減塩が重要であることはよく知られている³⁾。高血圧患者の食塩摂取量の目標は1日6g未満とされている。また、原則健康人を対象とした2020年4月改定の日本人の食事摂取基準(2020年版)では、1日の食塩摂取量の目標量が成人男性7.5g未満、成人女性6.5g未満に引き下げられた⁴⁾。日本人の食塩摂取量はこの10年間で有意に減少しているが、2018年国民健康・栄養調査では男性11.0g、女性9.3gであり⁵⁾、目標値との乖離がある。高食塩食は日本人の特徴的な課題であり、今後、高齢化により高血圧者の増加が見込まれる中、高血圧患者だけでなく、国民全体の食塩摂取量を減らすことが必要である。

本稿では、地域ぐるみで減塩に取り組んでいる自治体の活動事例を紹介し、地域の減塩活動を進めるポイントをヘルスプロモーションの観点から整理し、地域医療関係者が、今後減塩活

動に取り組む際に参考となる情報を提供することを目的とする。

地域における減塩活動の現状

減塩活動などの生活習慣病対策は、ハイリスク者個人に対するハイリスクアプローチと、集団全体に働きかけるポピュレーションアプローチの組み合わせによる働きかけが重要である⁶⁾。減塩活動においても、高血圧患者だけでなく、対象集団全体の食塩摂取量を低減するポピュレーションアプローチは必要不可欠である。また、減塩活動を進めるにあたって、保健指導や情報提供などの教育的アプローチに加えて、個人の行動変容を支援する環境整備の重要性が指摘されている⁷⁾。表1に、地域ぐるみで減塩活動に取り組んでいる市町村の活動事例を、教育的アプローチと食環境整備に整理して示すとともに、その特徴や得られた成果をまとめた。食環境には、食物へのアクセスと情報へのアクセスの2つの側面があり、両者の統合が重要とされる⁸⁾。食物へのアクセスと情報へのアクセスの両方の一体的な整備により、提供された情報を活用して、より健康的な食物の選択につながる。または、健康的な食物へのアクセスが改善されることで選択しやすくなり、結果として情報も獲得される。本稿では、食物へのアクセス面の整備を食環境整備として扱うこととした。

まず広島県呉市では、医師会が主体となって

表1 地域における減塩活動の事例

	広島県呉市 ⁹⁾	岐阜県下呂市 ¹¹⁾	茨城県筑西市 ¹³⁻¹⁵⁾ (旧協和町)	山口県周防大島町 ¹⁶⁾	福井県美浜町 ¹⁷⁻¹⁸⁾
人口/高齢化率(2019.1.1)	224,922人/34.7%	32,576人/38.7%	105,063人/29.8% (1985年16,721人)	16,320人/53.1%	9,579人/36.2%
協働体制	産官学民	産官民	産官学民	産官学民	産官学民
食塩摂取量の実態把握	医師会の医療機関や特定健診で、随時尿による推定食塩摂取量測定	特定健診、若者(15歳〜)健診で随時尿による推定食塩摂取量測定 ・保育園児を対象に簡易の尿中塩分測定	・全世帯対象のみそ汁食塩濃度調査 ・循環器検診時に抽出した対象者に食事調査、24時間蓄尿による測定	大学等の協力を得て、地区住民、小中学校で食塩摂取、生活調査を実施	・簡易式自記式質問紙調査や生活習慣アンケート調査 ・日々の活動や訪問で得られた生活実態の分析
教育的アプローチ	個別	医療機関から家庭血圧測定を推進 ¹⁰⁾	検診結果をふまえた健康教室開催による減塩指導	—	必要に応じて、個別相談や訪問等による健康支援
	グループ	教育委員会、行政、学校関係者が連携した、保育園、小中学生とその保護者への減塩教育	・健康副読本を作成し、小中学校で減塩授業の実施 ・小売店、飲食店関係者への教育活動	・減塩レシピ作成 ・組織活動を通じた情報発信、講演会や料理教室などの活動促進	・保育園・小中学校、住民組織の事業を活用した、住民組織による教室開催 ・飲食店組合などサポーター企業による健康教室の開催
食環境整備	集団	・タウン情報誌を活用した情報発信 ・学会等と共催したイベント「減塩サミット」開催による社会への啓発活動	メディアや町の健康イベント、小中学校、食品協会を通じたキャンペーン活動	・減塩推進の日・月間の制定 ・町内企業や団体と連携した全体的キャンペーン活動	・健康づくり協議会を母体に、ワーキング部会や健康づくり推進員と共に展開 ・メディアを活用したキャンペーン活動
	特徴	・減塩食を提供する飲食店の認証 ・地元企業が開発した減塩食品販売。宅配や小売店で減塩弁当販売 ・小学校で減塩給食を実施	・減塩推進協力店を認定し、小売店で減塩食品を販売、外食店でスマートミール ¹²⁾ の認証の減塩メニューを提供 ・「健康増進推進事業所」認定	食品協会と連携し、協力店による減塩メニューの提供	・減塩弁当の販売 ・飲食店での減塩食提供 ・減塩食品の販売、取扱い商品の拡充、減塩コーナー設置、通常商品の減塩化 ・給食に減塩メニュー導入
成果	医師会が主体となって地域の関係機関等を巻き込み、教育だけでなく、食環境整備を重視した活動を展開	保健指導の強化と合わせて、減塩教育と食環境整備による活動を展開。食環境整備は、学会が推奨している減塩食品や認定制度を活用	循環器検診の実施と検診後の保健指導の徹底と合わせて、多様なアプローチによる地域ぐるみの減塩教育キャンペーンを展開	多彩な産官学民と協働し、住民参加型のキャンペーン活動を主体に減塩活動の輪を拡大	モデル地区を設定し、地区ごとの主体性を引き出しながら、住民主体の減塩・減量運動を展開
成果	・40歳以上の市民の13%が推定食塩摂取量検査を実施 ・医療機関受診の食塩摂取量減少、血圧の改善	・減塩食品の取扱枚数増加 ・5年間で、高血圧者の割合が減少 ・高血圧受療率や脳血管疾患受療率が改善傾向	・食塩摂取量および尿中食塩排泄量の低下や血圧値の低下傾向 ・脳卒中発症率の低下および予後の改善	・減塩運動の認知度、活動の機運の向上 ・町民がいつでも尿中食塩摂取量を測定できる新たな健診事業化	・モデル地区の拡大、自主化への移行 ・5年間で健診受診率が向上 ・生活習慣関連の国保医療費が減少

地域の関係機関等を巻き込み、教育だけでなく、食環境整備を重視した減塩活動を実施しているのが特徴である。具体的には、医師会主導のもと、行政や学会、飲食店、企業等と協力して、減塩食を提供する飲食店の認証、地元企業との減塩食品や弁当の開発・販売などに取り組んだ。その結果、市内のレストランや宅配、小売店で手軽に美味しい減塩食を入手できる環境整備につながった。また、地域のタウン情報誌を活用した広報等も積極的に行い、減塩食を提供する認定店の紹介や医師からの健康情報を発信した。これらの活動は「減塩サミットin呉2012」の開催につながり、減塩を広く社会に啓発するとともに、小学校での減塩給食など、子どもの頃からの減塩教育に発展した⁹⁾。その後、内科に限らず市内の医療機関で随時尿から推定食塩摂取量を測定する実施体制の整備など、市民が医療機関や健診で自分自身の食塩摂取量を知ることができる体制整備を行い、高血圧患者の治療や地域住民の減塩への意識づけを行っている¹⁰⁾。

岐阜県下呂市は、国保特定健診を受診した高血圧者への二次検査(眼底検査、心電図、頸部エコー)と保健指導の実施に加えて、子どもから高齢者までの減塩教育と食環境整備に官民一体で取り組んでいる¹¹⁾。下呂市の食環境整備は、学会が推奨している減塩食品や認定制度を活用して展開していることに特徴がある。小売店や外食店など減塩推進協力店を認定し、日本高血圧学会減塩委員会の減塩食品リストに登録された食品(以下、JSH減塩食品)の取り扱いを要請するとともに、減塩推進週間を制定して広報し増やすことで、市民が日常生活の中で減塩を意識する機会を増やしている。小売店では食品メーカー協力のもと取り扱い数が増加、外食店ではJSH減塩食品を使用し、「健康な食事・食環境」認証制度¹²⁾によりスマートミールの認証を受けた食事が提供されている。5年間の取り組みで国保特定健診受診者における高血圧者の割合が減少したほか、高血圧受療率と脳血管疾患受療率が改善する傾向が見られている¹¹⁾。ここでいう受療率とは、国保の1年間のレセプトデータをもとに、当該の病気で外来受診または

入院した人が被保険者全体に占める割合を算出したものである。

茨城県筑西市(旧協和町)は、1981年から脳卒中半減対策事業を開始し、循環器検診の実施と検診結果をふまえた事後指導の徹底と合わせて、多様なアプローチによる地域ぐるみの減塩教育キャンペーンを展開しているのが特徴である。具体的には、メディアを通じた広報や町の事業を介した啓発のほか、小中学生を対象とした減塩教育や食品協会と連携した減塩メニューの提供などを展開している。協和町では、これらのキャンペーン活動の成果は、食事調査や尿検査を用いて食塩摂取量の推移を把握するとともに、脳卒中の発生率を評価している^{13)~15)}。

山口県大島郡周防大島町の特徴は、多彩な産官学民と協働し、住民参加型のキャンペーン活動を主体として減塩活動を展開していることである。年1回開催される町のイベントを通じて、各組織の活動成果を町全体で共有し機運の向上を図り、全町的な減塩活動の推進につなげている。町では大学や専門機関の協力を得て地区住民や小中学生の食事調査を実施しており、町のデータを示すことで住民組織が確信をもって活動に参加している。町民がいつでも尿中食塩摂取量を測定できる新たな健診を事業化し、保健事業の枠を超えた産官学民の協働の輪が広がっている¹⁶⁾。

福井県三方郡美浜町の特徴は、住民が共に支えあいながら、健やかでぬくもりのある町を目指しており、その実現の一助として、地区ごとの主体性を引き出しながら取り組みを展開していることにある¹⁷⁾。地域診断の結果や日頃の保健活動から、食塩の過剰摂取が課題であると考え、地区ごとに食事調査結果や健診受診状況を取りまとめ、各地区の役員等に提供した。次に、3つのモデル地区を設定して、地区の住民とそれぞれの地区で取り組める活動を話し合い、住民が主体的に減塩活動に取り組んだ。その後、モデル地区での成果を他の地区に紹介し、年間5~6ずつ取り組む地区を増やし、全町的な活動に広げた。また、肥満も課題であったことから減塩のほか、減量にも取り組むこと

とし、親しみやすい取り組みとなるよう「げんげん運動(減塩・減量運動)」と名付けられた。食塩含有量の高い「へしこ(鯖の塩蔵品)」が町の特産品であるが、その食文化を否定することなく、地域に根付いた食文化を活かした減塩活動を実施した。この活動に地域の企業と福井大学が協働し¹⁸⁾、減塩へしこの開発につながるなど、地域の活性化につなげていることも特徴である。これらの活動の結果、特定健診や国保医療費における高血圧の割合が減少するなどの成果につながった¹⁷⁾。

以上の本稿で紹介した内容は、各自治体から報告されている文献等を参照したものである。限定された情報ではあるが、地域ぐるみの減塩活動の好事例として参考になる。

事例で共通していたことは、ポピュレーションアプローチとして、教育的なキャンペーンなどの健康教育活動と食環境整備を組み合わせた多様な取り組みを行っていることである。これらの取り組みには、多機関の協力・連携が必要であり、いずれの事例も保健事業の枠を超えて、産官民、そして取り組みによっては大学等の教育・研究機関が協働する体制が整えられていた。

また、食塩摂取状況の実態把握を行い、食塩摂取量が見える化し、減塩への意欲や行動の改善につなげていたことも共通していた。呉市では、内科に限らずどの医療機関でも食塩摂取量の検査ができる体制を整備した。ハイリスク者に医療者がすぐにアプローチできる点で参考になる。下呂市や周防大島町では子どもを含めた実態把握が行われており、若い世代からの減塩教育に役立っている。美浜町ではその結果を地区ごとにフィードバックすることで、住民の意識を高めていた。実態把握の調査は手間がかかるが、その結果は住民にとって自分たちの客観性のあるデータとなり、課題の共有や解決にむけた主体的な取り組みを促す上で有用と考えられる。また、実態把握は活動を客観的に評価する上でも有用である。下呂市や美浜町では、活動の評価として、集団としての食塩摂取量の変化を調べるほか、血圧、高血圧患者の割合や高

血圧症の医療費の変化も分析している。客観的なデータで活動の成果を可視化することは、活動の推進・継続の観点からも重要である。

食塩摂取源を特定した減塩活動

食塩摂取量の実態の可視化に加えて、どのような食べ方が高食塩摂取につながっているか、食塩の摂取源を特定し、そのデータを用いることでさらに効果的な減塩活動が展開できると考えられる。

INTERMAP研究では、1人4回の24時間思い出し法による食事調査を実施し、国別に食塩摂取の主な摂取源を分析した結果を報告している¹⁹⁾。その結果、塩、味噌といった調味料と、魚、肉、乳製品、野菜の加工品やパン、穀類から摂取する食塩の割合は、日本と米国は約半々であったが、中国は約9割を調味料から、イギリスは約7割を加工食品から摂取しており、国によって食塩のとり方に違いがあることが明らかになっている(図1)。このことは、食塩摂取量を効果的に減らすには、イギリスでは摂取源の多い加工食品、中国では調味料、日本や米国ではその両方にアプローチすることが効果的な減塩につながることを示している。実際に、イギリスでは、特に食塩摂取の寄与率が高いパンの食塩含有量を10年間で20%減少させることにより、24時間蓄尿による研究では、食塩摂取量が7年間で15%(1.4g/日)減少、血圧および、虚血性心疾患死亡率40%、脳卒中死亡率が42%減少した²⁰⁾。一方、中国と同様に、調味料から食塩を多く摂取しているベトナムでは、家庭で調理や食卓で加える塩を減らすことや減塩食品を選択することを、マスメディアや学校、地区活動、個別の家庭訪問など地域のあらゆる場で啓発し、地域全体の食塩摂取量が減少した²¹⁾。

日本では、INTERMAP研究¹⁹⁾やAsakuraらの研究²²⁾によって、醤油や味噌などの調味料や魚介・加工品から摂取している割合が高いとされている。筆者らが神奈川県真鶴町で実施した食事調査でも、調味料から約50%、魚類や肉類な

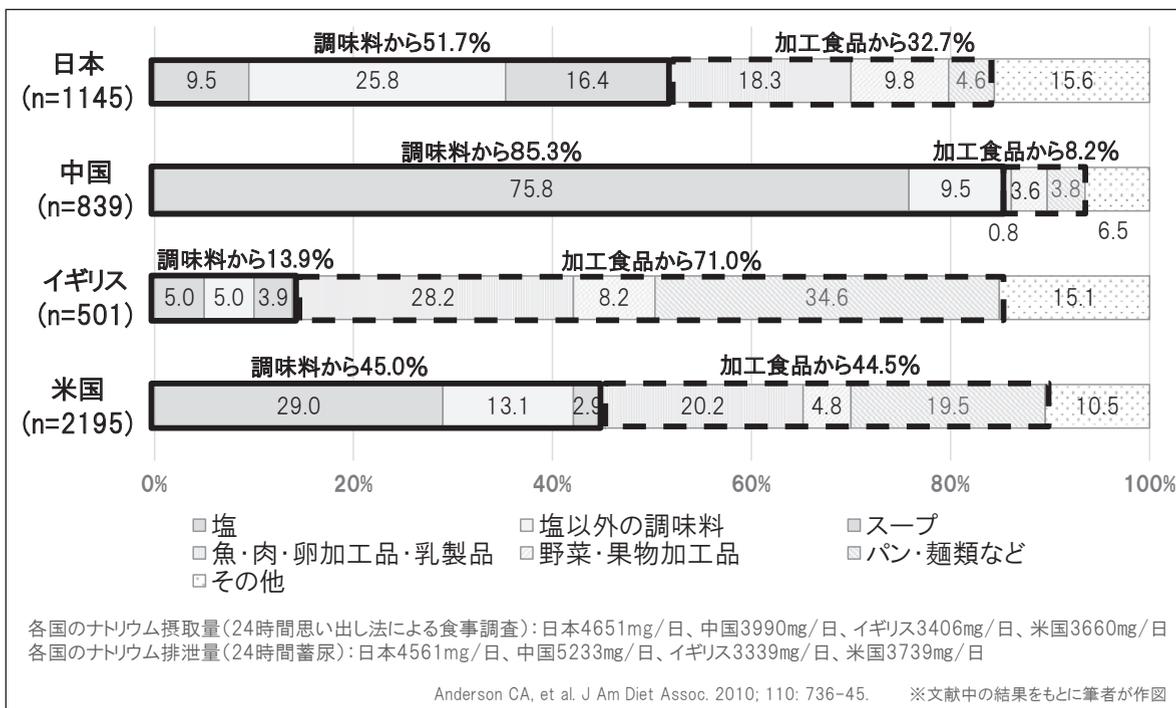


図1 日本、中国、イギリス、米国における主なナトリウム摂取源

どの加工食品や惣菜・市販弁当・外食から約40%の食塩を摂取していた²³⁾。近年、減塩醤油など加工食品においても減塩を謳う商品が増えている。中食や外食で提供される食品や料理中の減塩を進める食環境整備はポピュレーションアプローチとして重要である。

新潟県では2009年から段階的に県民運動として減塩に取り組んでおり、2013年には県、市町村、大学が協働してデータ分析ワーキングを立ち上げ、食塩の過剰摂取の要因分析を行い、それにつながる県民の食べ方を明らかにした。その結果、みそ汁の杯数よりも、おにぎりやカップめん等といった主食同士を組み合わせた食事や、カレーや丼ものなどの単品料理の回数などが食塩摂取量と関連していることが明らかとなった^{24), 25)}。食塩過剰摂取に至る調味料や加工食品などの食べ方を具体的に分析することにより、ターゲットと必要な対策を具体化させることができ、市町村や関係機関、健診機関、食品企業等が連携して対策を推進する体制が整備された。地域の減塩環境が充実してきたことにより、県民の食塩摂取量は減少傾向にある²⁵⁾。

県レベルで食塩摂取源を特定する分析は、静

岡県でも実施されており、新潟県と同様に食事調査や県内の管理栄養士らのヒアリングをもとに、科学的検証を行った食塩チェックリスト(お塩のとりかたチェック票)を作成している。作成したお塩のとりかたチェック票はイベントや関係団体の活動、給食施設の研修、特定保健指導、医療機関での栄養指導やイベント等で統一媒体として活用されている²⁶⁾。

今後の展開

当センターが関わった真鶴町の食事調査では、食塩をとりすぎないように気をつけている人は女性で約80~90%に上ったが、随時尿からの推定食塩摂取量は調査対象者全員が目標量を超えていた²³⁾。日本食はもともと食塩量の多い食事であることに加えて、自分自身ではコントロールできない加工食品や総菜・弁当などの中食の利用が増えていることから、個人の努力だけでは限界があり、より健康な食事にアクセスしやすい食環境整備を行うことが重要である。地域社会全体で減塩を実現するには、行政だけ

でなく、医療機関や教育、企業など多機関が連携・協働することが必要であり、医療従事者も地域全体に目を向けて環境整備の視点をもつことが大切である。

国民病ともいえる高血圧症の対策として、減塩の取り組みは地域医療の関連からも重要である。地域の医療機関においても、来院する患者だけでなく、地域全体の健康課題を理解し地域医療を展開することが求められており、高血圧対策はその一つの重要なテーマである。地域の実態を知り、地域全体で減塩に取り組むやすい環境を整備するために、医療機関として、また医師会として、行政や他機関と連携して取り組むことが求められる。

参考文献

- 1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会:高血圧治療ガイドライン2019. 東京:特定非営利活動法人日本高血圧学会; 2019.
- 2) 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.
- 3) 日本高血圧学会減塩委員会:減塩のすべて -理論から実践まで-. 南江堂. 2019.
- 4) 「日本人の食事摂取基準」策定検討会:日本人の食事摂取基準(2020年版)「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書 令和元年12月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf>. (accessed 2020 Apr 12)
- 5) 厚生労働省:平成30年国民健康・栄養調査結果の概要.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000584138.pdf>. (accessed 2020 Apr 12)
- 6) 三浦克之:ポピュレーションアプローチによる国民レベルでの減塩戦略. *日本医事新報*. (4755): 2015:18-24.
- 7) 健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料 平成24年7月
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf (accessed 2020 Apr 12)
- 8) 健康づくりのための食環境整備に関する検討会報告書 平成16年3月
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/dl/s1202-4a.pdf>. (accessed 2020 Apr 12)
- 9) 日下美穂:減塩は子供から -広島県呉市における食育の試み. *日本医事新報*. 2015;4755:25-29.
- 10) 日下美穂:減塩環境を活用して高血圧を治療する. *血圧*2017;24(6):406-410.
- 11) 森本千恵:下呂市の取組み -"まちぐるみ"で取り組む食環境整備-. *健康教育学会誌*2020;28(1):50-56.
- 12) 「健康な食事・食環境」推進事業事務局:「健康な食事・食環境」認証制度. <http://smar.tmeal.jp/>(accessed 2020 Apr 8)
- 13) 横田紀美子:減塩を中心とする高血圧の地域対策とその効果. *日循協誌* 1995;30:132-137.
- 14) 横田紀美子, 原田美知子, 若林洋子:地域ぐるみの減塩教育キャンペーンの実際とその評価. *日本公衆衛生学会誌*. 2006;53(8):543-553.
- 15) 山岸良匡, 横田紀美子, 磯博康:減塩キャンペーンとは? 肥満と糖尿病. 2010;9(6):873-875.
- 16) 行田美穂:オール周防大島で取り組む「ちょび塩(減塩)」活動. *保健師ジャーナル*2019;75(9):766-772
- 17) 山本英子:美浜町における「げんげん運動」の取り組み. *保健師ジャーナル*2020;72(2):134-139.
- 18) 公益社団法人日本看護協会. 保健師のためのポピュレーションアプローチ必携; 平成30年3月. p48-49.
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/hokenshido/2018/wakaru_dekiru_population_approach.pdf. (accessed 2020 Apr 12)
- 19) Anderson CA, et al: Dietary sources of sodium in China, Japan, the United Kingdom, and the United States, women and men aged 40 to 59 years: the INTERMAP study. *J Am Diet Assoc* 2010; 110: 736-745.
- 20) He FJ, et al: Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. *Journal of Human Hypertension* 2014; 28:345-352.
- 21) Do, HT, et al: Effectiveness of a Communication for Behavioral Impact(COMBI) Intervention to Reduce Salt Intake in a Vietnamese Province Based on Estimations From Spot Urine Samples. *Journal of Clinical Hypertension* 2016; 18(11): 1135-1142.
- 22) Asakura K, et al: Sodium sources in the Japanese diet: difference between generations and sexes. *Public Health Nutr* 2016; 19(11): 2011-2023.
- 23) 嶋田雅子, 川畑輝子, 野藤悠, 他:真鶴町における特定健診受診者を対象にした食生活実態調査. *月刊地域医学*2018;32(8): 696-722.
- 24) 鈴木一恵, 磯部澄枝, 波田野智穂, 他:新潟県における減塩対策「にいがた減塩ルネサンス運動」の取組状況と今後の課題. *日循予防誌* 2016;51:31-40.
- 25) 村山伸子:自治体・企業等と協働した地域レベルでの減塩戦略 -「にいがた減塩ルネサンス運動」-. *月刊地域医学*2016;30(3):195-199.
- 26) 赤堀摩弥, 藤浪正子, 川田典子, 他:静岡県における減塩推進活動 -「お塩のとりかたチェック票」の開発と活用-. *栄養学雑誌* 2018;76(2):34-43.

第80回

“未滅菌の医療機器の使用”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—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

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.19: 未滅菌の医療材料の使用(2008年6月)」¹⁾が公開され、さらに、本事業の第39回報告書²⁾では、再発・類似事例の発生状況として、「未滅菌の医療材料の使用」を取り上げて分析している。ここでは、報告された5件の事例の背景・要因を、「医療機関の滅菌が適切になされなかった事例」「市販の製品の包装のどの部分から滅菌済であるのか明確に分からなかった事例」の2つに分けて検討しており、前者では、「滅菌インジケータを見てはいるが、変色の確認が十分なされなかった」ことが挙げられ、後者では、「外装からの判別が難しかった」ことが挙げられている。また、この第39回報告書²⁾には、WHOのSurgical Safety Checklist³⁾の手術開始時のチェックリスト項目にも「滅菌のインジケータの確認」が挙げられていることが言及されている。

滅菌された医療機器の使用は、手術はもちろんのこと、検査や治療に関わる感染のリスクを未然に防止するためには重要であり、各医療機関でも、「未滅菌の医療機器の使用」に関わる事例発生を未然に防止する対策を実施していると思われる。しかし、現状では、「未滅菌の医療機器の使用」に関わるインシデント・アクシデント事例

が発生している。

本事業では、第52回報告書(以下、本報告書)⁴⁾において、再発・類似事例の分析として、「未滅菌の医療機器の使用」を取り上げて分析しており、前記の医療安全情報No.19¹⁾で医療材料として取り上げた開創用補助パッドやガーゼは、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(平成26年11月25日施行)」では医療機器の取扱いとなっているとのことであり、本報告書では「医療機器」を対象として分析を実施しているとのことであった。

自施設では“未滅菌の医療機器の使用”に関与して、患者に影響が及んだ事例が発生していないだろうか。“未滅菌の医療機器の使用”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“未滅菌の医療機器の使用”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。これまでに“未滅菌の医療機器の使用”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、医師、看護師、臨床工学技士、看護補助者、事務職員、および委託業者など、関与するさまざまな職種が連携して、自施設の特徴を踏まえた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“未滅菌の医療機器の使用”をテーマとして取り上げ、事例の発生要因から未然防止対策を検討したい。

表1 当事者・関連職種と事例の分類

当事者および 当事者以外の関連職種	合計	事例の分類	件数
看護師	5	院内で滅菌する医療機器を 滅菌していなかった事例	3
医師	3		
臨床工学技士	1		
看護助手	1	滅菌物の取り出し方を 間違えた事例	1
その他(複数の委託業務者)	1		

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業, 第52回報告書より)

表2 事例発生に気づいた時期・きっかけ
(院内で滅菌する医療機器を滅菌していなかった事例:3件)

事例	気づいた 時期	気づいた 職員	気づいたきっかけ
1	治療後	看護助手	他の滅菌物を受け取った際に、その前に準備したラジオ波穿刺プローブのインジケータの色と違ったため、ラジオ波穿刺プローブのインジケータの色が変わっていなかったことに気づいた
2	手術後	看護師	使用した器械を洗浄する際、インジケータが滅菌済を示す色に変わっていないことで気づいた
3	手術後	臨床工学技士	器械の使用後、バイオインジケータ判定を開始したところ、陽性でアラームが鳴った。真空式高圧蒸気滅菌器の作動記録を確認したところ、滅菌を行ったとされる時間に作動した記録がないことがわかった

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業, 第52回報告書より, 一部改変)

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。

“未滅菌の医療機器の使用”に関わる アクシデント

2020年3月下旬現在、本事業の事例検索⁵⁾では、キーワード“未滅菌”で42件、“未滅菌”“医療機器”で30件、“未滅菌”“医療材料”で15件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本報告書によると、分析の対象とした4件の事例の分類としては、「院内で滅菌する医療機器

を滅菌していなかった事例:3件」「滅菌物の取り出し方を間違えた事例:1件」などであり、当事者および当事者以外の関連職種では、「看護師:5」「医師:3」「臨床工学技士:1」「看護助手:1」「その他:1」などが挙げられている(表1)。

また、「院内で滅菌する医療機器を滅菌していなかった事例:3件」については、事例発生に気づいた時期は、3件とも「治療後・手術後」で、未滅菌の医療機器を使用した手術・治療が全て終了した後のことであり、気づいたきっかけは、「インジケータが滅菌済を示す色に変わっていない」(看護師, 看護助手)、「器械の使用後、バイオインジケータ判定が陽性で、真空式高圧蒸気滅菌器の作動記録を確認し、滅菌を行ったとされる時間に作動した記録がない」(臨床工学技士)などということであった(表2)。

具体的な事例の内容として、本報告書や事例

検索⁵⁾などで検索された事例としては「看護師が、心房中隔欠損根治術のため器械準備を行い、コンテナの開封時に滅菌期限を確認したが、滅菌インジケータを見落とし、未滅菌であることに気づかず使用した。手術終了後、洗浄室でインジケータの変色がなかったことに気づき、未滅菌の器材の使用が発覚した。患者には抗菌薬が投与された。タイムアウトまでに滅菌・未滅菌の確認実施、およびタイムアウト時に確認実施が決められているが、形骸化していた」^{4), 5)}「白内障手術中、眼内レンズを外回り看護師Aと外回り眼科医が確認し、外箱を開封し、アルミ包装を取り出して開封し、眼内レンズ一体化のインジェクター内装のプラスチック容器(以下、プラスチック容器)を器械台に出した。直後にAは、アルミ包装裏側のシールに『滅菌されていません。まず、不潔領域で(不潔者が)アルミ包装から内容物を取り出してください』という赤字の文言を確認し、出したプラスチック容器が未滅菌かと思い、器械出し看護師Bとこの文言を確認したが、未滅菌か滅菌済か確信できなかった。外回り眼科医とAと外回り看護師Cでアルミ包装を確認し、プラスチック容器は滅菌済と結論した。Bはプラスチック容器を開封して執刀医に内容物を渡し、執刀医は眼内レンズを挿入して手術を終了した。その後、他患者に同手術が行われ、Cはアルミ包装を開封し、プラスチック容器を開封して器械出し看護師に出した。この時、AはCと再度アルミ包装を確認したが、未滅菌か滅菌済か確信できず、看護師Dに確認すると、『アルミ包装内のプラスチック容器は未滅菌』と伝えられた。Aは、アルミ包装の開封時に切り離して捨てていた切れ端を見つけ、切れ端のシールには『警告、アルミ包装の内側は滅菌されて』と明記され、シールを切り離す前の状態に合わせると、『警告、アルミ包装の内側は滅菌されていません。まず、不潔領域で(不潔者が)アルミ包装から内容物を取り出してください』と赤字で明記されており、アルミ包装内のプラスチック容器は未滅菌と判明した。手術部内で正しい開封方法の周知が不十分であり、当該執刀医のみが使用する眼内レンズで、外回り・器械出し看護師共に、

取り扱うのが初めてだった。二重包装なのでアルミ包装の内側も滅菌済と思い込んだ。うす暗い室内での手術で、赤字の警告文のシールはアルミ包装の開封時に切り離す部分にあり、文章が切れて読み取りが困難であった」^{4), 5)}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、“未滅菌の医療機器の使用”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として、業務手順・マニュアルの作成、確認のルール作成、職員への教育などが実施されていると思われる。しかし、現状では、“未滅菌の医療機器の使用”に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されている。

ここでは、本事業の事例検索⁵⁾にて検索された事例(以下、本事例)で本報告書にも記載されている事例を基に、“未滅菌の医療機器の使用”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 「滅菌したはずなのに? 手術で“未滅菌の医療機器の使用”」

【事故の内容】

- ・3件目の心臓血管外科手術で、2件目に使用した一部の器械を使用する必要があった。
- ・看護師Aは臨床工学技士Bに、2件目で使用済の器械を中央消毒滅菌室(以下、滅菌室)に運ぶように依頼した。
- ・滅菌室では担当者が器械の第一次洗浄後、ウォッシャー・ディスインフェクターにかけた後に取り出してバックし、手術室に運んだ。
- ・看護師Aはバックされた器械とBIを高圧蒸気滅菌装置(以下、滅菌装置)に入れて扉を閉め、スタートボタンを押し、使用記録を台帳に記入した。
- ・その後、看護師Cは、滅菌装置の画面で運転完了・ドア開のランプがついていたため扉を開け、バックされた器械を取り出して手術室前のワゴンに置いた。
- ・看護師Aが「みんなで器械を出したら間に合う」と言った。
- ・通常、器械を出す作業は臨床工学技士Bが実施するが、不在にて、急遽、複数名で実施することになった。
- ・看護師C、Dが両手に鉗子を持ち、他スタッフが開封したバックから、器械を受け取った。
- ・関与したのは3名(看護師C、D、E)だが、さらに2名程度関与の可能性があった。
- ・手術は19時すぎに開始、翌日1時すぎに終了した。
- ・夜間帯手術のBIの判定は、始業時(8時30分)実施のルールにて、器械を滅菌室に運んだ。

- ・ 始業時に滅菌室の看護師が判定開始後、陽性でアラームが鳴り、異常に気づいた。
- ・ 臨床工学技士Fが滅菌装置の作動履歴を確認すると、前日は7回作動していた。
- ・ 前日の滅菌を行ったとされる時間に、滅菌装置が作動した記録が無いことが分かった。
- ・ 台帳回数と滅菌装置の作動回数は一致していたが、ボウイー・ディックテスト実施分を考慮しておらず、この時点で作動回数が台帳と合わないことが判明した。
- ・ 患者には抗菌薬が投与されており、経過観察となった。

(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、「高圧蒸気滅菌装置のスタート忘れ、滅菌完了表示見間違い、パットのインジケータ見落とし、パット開封時のCIカード見落としもしくは見間違い(ヒューマンエラー)」「高圧蒸気滅菌装置の取り出し口の安全機構未設定(未滅菌でも開く設定)」「高圧蒸気滅菌装置のドアインターロックに関する情報不足」「滅菌物取り扱いに関するスタッフの認識の違い」「3人以上で器械出しをする際の役割分担が不明確」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、高圧蒸気滅菌装置の運転完了・ドア開のランプを確認した看護師Cは、中からパットされた器械を取り出した際に、滅菌済か否かの確認を実施しなかったのか?」「なぜ、時間が切迫していたため複数の看護師が関与して器械出しの準備をする際、責任の所在を明確にしなかったのか?」「なぜ、手術終了後、翌日になるまで、未滅菌の医療機器が使用されたことに誰も気づかなかったのか?」「なぜ、高圧蒸気滅菌装置のスタート忘れが気づかれなかったのか?」「なぜ、滅菌完了表示見間違い、パットのインジケータ見落とし、パット開封時のCIカード見落としもしくは見間

違いなどのヒューマンエラーに、関与した複数の職員が気づかなかったのか?」「なぜ、高圧蒸気滅菌装置の取り出し口の安全機構未設定(未滅菌でも開く設定)に気づかなかったのか?」「なぜ、高圧蒸気滅菌装置のドアインターロックに関する情報不足の改善がなされていなかったのか?」「なぜ、滅菌物取り扱いに関するスタッフの認識の違いが、事例発生前に把握されて補うということが実施されないまま、関連する業務を担当させたのか?」などの疑問が浮かぶ。

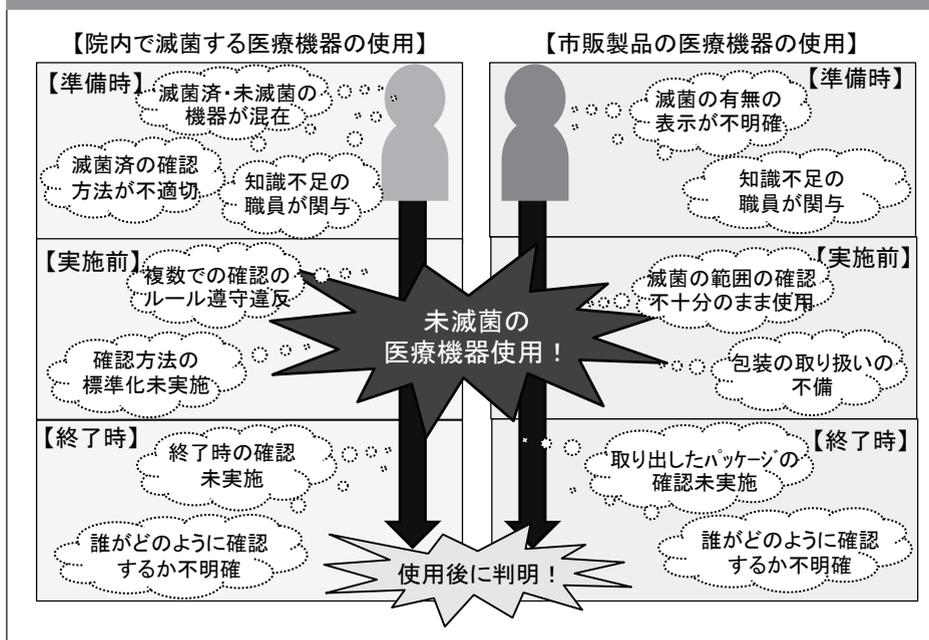
ここでは、特に「なぜ、滅菌完了表示見間違い、パットのインジケータ見落とし、パット開封時のCIカード見落としもしくは見間違いなどのヒューマンエラーに、関与した複数の職員が気づかなかったのか?」という疑問に焦点を当てたい。この“なぜ”を深めると、「なぜ、『複数での確認』が重要なのかということ、関与した複数の職員が十分に理解できていたか否か」という疑問も浮かぶ。その結果、関与した職員の知識不足や教育不足が挙げられると思われるが、「なぜ、知識不足・教育不足の職員に、エラー発生のリスクのある業務を担当させたのか?」などと、さらに分析を深めることも期待したい。

本事例および前記の事例などから考えられる“未滅菌の医療機器の使用”に関わる事例の発生状況を考えると、「滅菌済・未滅菌の状況を適切に確認」したか否かが重要なカギとなる。業務マニュアルを遵守し、適切な確認を実施できれば、事例の発生を未然に防止することが期待される。しかし、マニュアルを遵守しないことや適切な確認を実施しないことによって、“未滅菌の医療機器の使用”に関わるアクシデント事例が発生する可能性がある。

事例の発生要因を検討する際には、本事例、および前記の事例などを参考に、「院内で滅菌する医療機器の使用」「市販製品の医療機器の使用」などについて、それぞれを準備時・実施前・終了時のプロセスで、“未滅菌の医療機器の使用”に関わる事例の発生要因を“見える化”することを推奨したい(図)。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“未滅菌の医療機器の使用”に関わる

図 業務プロセスと発生要因の“見える化”



アクシデント事例の発生要因を明らかにするには、「知識不足」「確認不足」「思い込み」「見間違い」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因の関連性も含めて検討することが望まれる。

“未滅菌の医療機器の使用”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)医療機器の滅菌終了までのプロセスとリスクの“見える化”が未実施(内容が不十分)、2)滅菌済・未滅菌が混在しない保管状況が未整備、3)関与する職員への情報共有の不備と知識・周知状況の現状評価未実施、4)滅菌済確認の具体的な方法・視覚化した注意喚起が未実施、5)発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育が未実施、などが考えられる。

“未滅菌の医療機器の使用”に関わる アクシデントの未然防止対策

“未滅菌の医療機器の使用”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)医療機器の滅菌終了までのプロセスとリスクの“見える化”の実施(内容の見直し)、2)滅菌済・未滅菌が混在しない保管状況を整備、3)関与する職員への

情報共有の整備と知識・周知状況の現状評価実施、4)滅菌済確認の具体的な方法・視覚化した注意喚起の実施、5)発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策の実施により、ヒューマンファクターとしての「知識不足」「確認不足」「思い込み」「見間違い」などを防止すること、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、および患者への影響を最小にすることなどが期待される。

1)の「医療機器の滅菌終了までのプロセスとリスクの“見える化”の実施(内容の見直し)」では、準備時の滅菌装置の使用に関わる知識不足の職員の関与が考えられる。医療機器に関するプロフェッショナルの臨床工学技士ではない職員が担当することで、適切に滅菌が完了しない可能性を考慮する必要がある。本事例でも、「高圧蒸気滅菌装置のスタート忘れ、滅菌完了表示見間違い、高圧蒸気滅菌装置の取り出し口の安全機構未設定(未滅菌でも開く設定)」などの要因が挙げられている。このため、誰が担当しても適切な実施ができるよう注意書きも記載したフローを作成する際は、前記の「業務プロセスと発

生要因の“見える化”)(図)のように、滅菌終了までのプロセスと個々のプロセスで想定されるリスクを多職種で検討して“見える化”することを勧めたい。

2)の「滅菌済・未滅菌が混在しない保管状況を整備」としては、複数の職員が関与して職員間の情報共有が図られないことや、滅菌済・未滅菌の医療機器が明確に分離できる保管状況にないことが課題となる。自施設の設備・配置の課題や、必ずしも医療機器に関するプロフェッショナルではない職員などが当該業務に関与する可能性も考慮し、滅菌済・未滅菌の保管状況の見直しと明確な分離が急がれる。

3)の「関与する職員への情報共有の整備と知識・周知状況の現状評価実施」では、4)の「滅菌済確認の具体的な方法・視覚化した注意喚起の実施」も併せて検討したい。4)の「滅菌済確認の具体的な方法・視覚化した注意喚起の実施」としては、業務プロセスを見直し、滅菌済の確認をどのタイミングで、誰がどのように実施するのかを具体的にすることが必要である。また個々のプロセスで発生する可能性のあるリスクを想定した注意喚起も欠かせない。これらを整理してチェックリストやフロー図などで視覚化することも効果が期待できる。

これは、3)の「関与する職員への情報共有の整備と知識・周知状況の現状評価実施」にもつながる。さまざまな職種が複数で関与する業務については、職種による知識・経験の違いを考慮した情報共有のシステム整備が求められる。同時に、職員個々の知識・周知状況の現状評価を実施し、個別に不足を補う対応を実施することが望ましい。

5)の「発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育の実施」では、院内で滅菌する医療機器の使用事例はもちろんのこと、市販製品の医療機器の使用事例についても対応が急がれる。本事例の要因でも「滅菌物取り扱いに関するスタッフの認識の違い」|「3人以上で器械出しをする際の役割分担が不明確」などが挙げられている。前記の事例も鑑みて、特に、市販製品の医療機器の使用時の“滅菌の範囲の確認”について

は、発生するリスクも含めて取り扱いの注意喚起の実施が望まれる。ここでは、自施設あるいは他施設の具体的な事例を活用して、多職種でリスクアセスメントを実施することや、情報共有を図る職員教育の検討が期待される。

本事例の改善策としては、「高圧蒸気滅菌装置の設定変更や運用の再確認」「滅菌物の確認手順遵守」などが挙げられ、今後の課題として、「改善策をマニュアルに反映」することや、院内教育の取り組みとして、「滅菌物取り扱いは手術室内だけではなくため、他に関わる職種の教育を追加」「手術室以外の看護職に滅菌物開封時の確認を再確認」「滅菌確認のポスターを作成して注意喚起」などが挙げられていた。

本報告書には、複数の報告事例の改善策として、「滅菌工程が正常に完了しなければ手術室(清潔)側の扉が開かないよう設定を変更」「洗浄・消毒・滅菌の区別のゾーニングを徹底し、区別の異なる物品の同一エリア内での通過、および一時・長期保管ができないようにした」「視認性の良いインジケータの採用を検討」「滅菌済のインジケータの確認は複数の職員で実施」「タイムアウト時の確認項目にインジケータの変色の確認を追加」「手術材料採用の際は、品質や用途、平易な取り扱い方法だけでなく標準的なパッケージか否かも採用判断基準に追加」「新製品使用の際は、必ず業者からの取り扱い説明会を実施することを医師に依頼」などが挙げられていた。“未滅菌の医療機器の使用”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。

“未滅菌の医療機器の使用”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では“未滅菌の医療機器の使用”をテーマとして取り上げ、事例の発生要因から未然防止対策を検討した。“未滅菌の医療機器の使用”に起因する間接的な影響も含めて患者への重大な影響の発生を防止するため、自施設における現状評価を実施し、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。

“未滅菌の医療機器の使用”と併せて検討したい内容として、業務プロセスの“見える化”と各プロセスで発生する可能性のあるリスク、およびその未然防止のための注意喚起などが確認できるチェックリストなどの作成を提案したい⁶⁾。医療の現場は複雑化し、職員は多忙を極める状況であることを考慮すると、医師や看護師など単一の職種の注意・努力だけではリスクの回避が必ずしも容易ではない。そこで、医師、看護師、臨床工学技士、看護補助者、および委託業者など、関与する職員間で双方向の確認を実施することで、リスクの回避を可能にするマニュアルや確認の標準化の取り組みが望まれる。

自施設のインシデントレポートの分析に加えて、事例検索⁵⁾なども活用することで、“未滅菌の医療機器の使用”に関わるアクシデント事例の発生要因の傾向と自施設の課題を分析するには、業務のプロセスと発生状況を“見える化”し、発生する可能性のあるリスクを多職種で検討することが求められる。今後、自施設における現状評価の結果、および事例検索⁵⁾などで検索された医療事故やヒヤリ・ハット事例などで得られる他施設の情報などを参考に、患者に良質かつ適

切な医療を提供するため、関与する多職種間の連携を図ることが望まれる。さらに、さまざまな職種でも共通認識が可能な標準化されたマニュアルの整備、その遵守状況と職員教育の現状評価と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) 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.19. http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_19.pdf (accessed 2020 Mar 24)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第39回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_39.pdf (accessed 2020 Mar 24)
- 3) World Health Organization WHO Surgical Safety Checklist. <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/> (accessed 2020 Mar 24)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第52回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_52.pdf (accessed 2020 Mar 24)
- 5) 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 2020 Mar 24)
- 6) 石川雅彦: 具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント 第11回 消毒・滅菌にかかわるトラブルをどう防ぐか. 臨床外科 2016;71(2):218-222.



ちょっと画像でCoffee Break

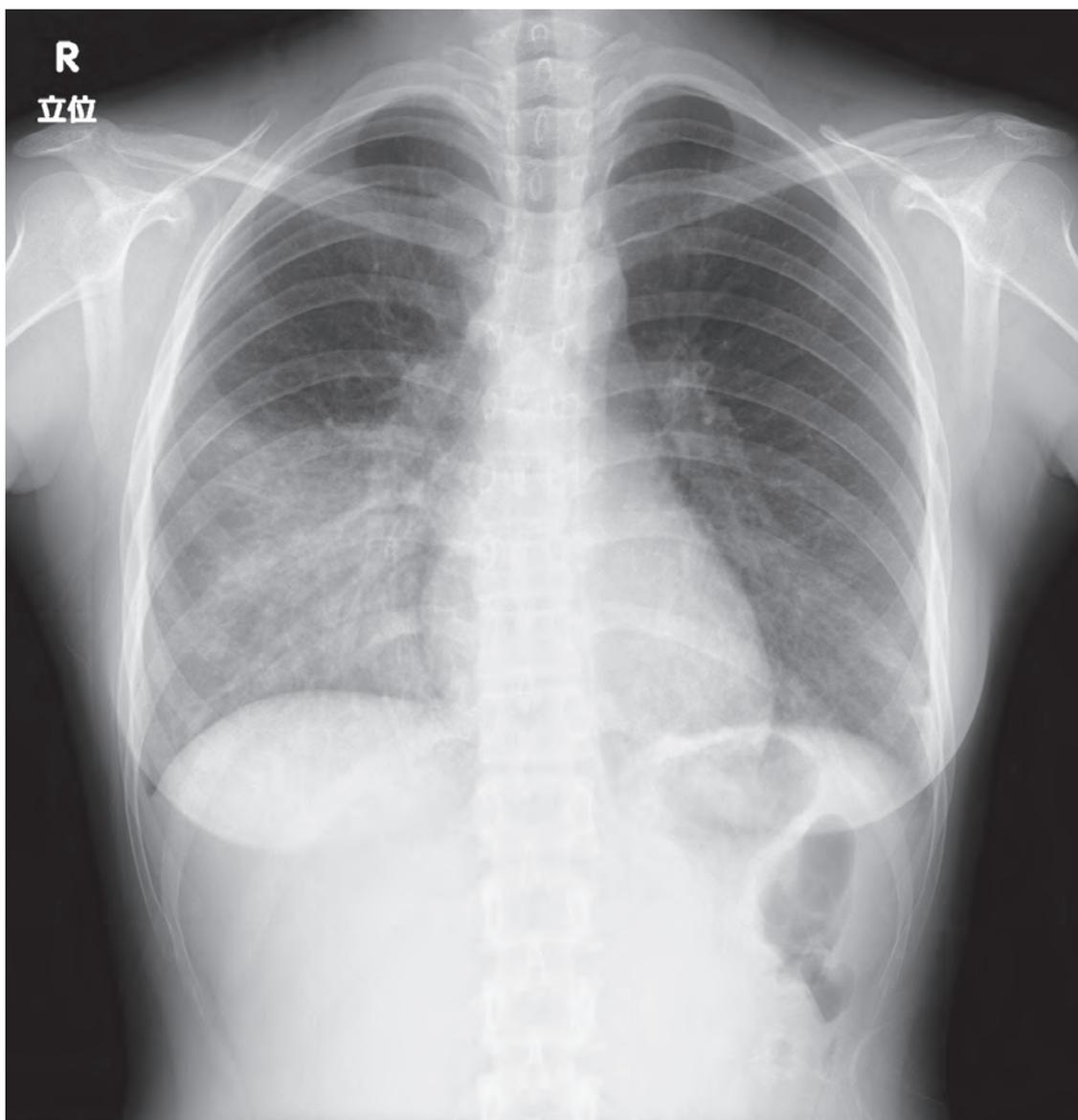
胸部単純X線画像

練馬光が丘病院放射線科 伊藤大輔

20歳代女性

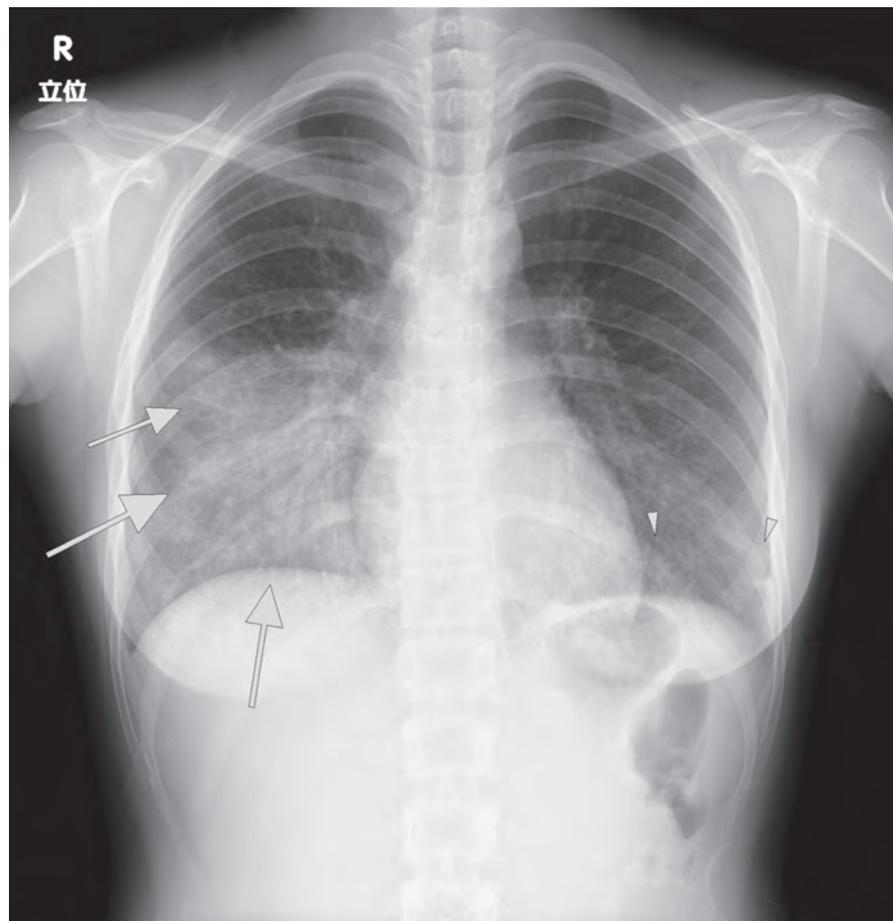
?

2週間前より39°Cの発熱，インフルエンザ陰性．咳嗽，低酸素血症あり
抗生剤治療でも改善なく当院に紹介受診となった．胸部単純X線立位
正面像を示す．所見は？



X線

所見



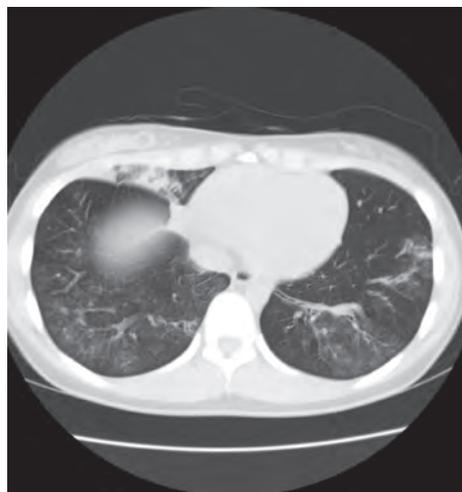
X線

右中下肺野主体に陰影あり。
胸部単純X線では右中下肺野に気管支透亮像を伴うような陰影を認める(矢印)。左下肺野にも陰影が散見される(矢頭)。
胸部単純CTでは右肺中葉に気管支透亮像を

伴うような浸潤影があり、容積減少を伴う。
右肺下葉，左肺下葉では気道散布性陰影が存在する。気管支壁肥厚もみられる。
入院時検査でマイコプラズマ肺炎の診断となり、抗生剤治療にて軽快退院となった。



CT



CT

マイコプラズマ肺炎

マイコプラズマ(*Mycoplasma pneumoniae*)は150~350 μ mとウイルスに近い大きさの細菌である。通常の細菌と異なり細胞壁を持たないため、線毛を有する気道上皮への親和性が高く、終末細気管支までの気管支炎、細胞性細気管支炎および気道周囲の肺胞領域の炎症所見が特徴である¹⁾。以上が教科書的な記載であるが、この文章で画像がイメージできるという方はなかなかいらっしゃらないのではないかと思う。

マイコプラズマ肺炎については比較的まとまったCT画像診断の報告が多く、放射線科医にとって“論文にしやすい”疾患の一つなのであろう。とはいえ実臨床で遭遇する画像としては、非特異的な肺炎所見であるとしかいいようがないことも多い。

経験的に申し上げますと、胸部単純X線では“比較的若年者であるにもかかわらず浸潤影が目立つ”ことが多い。このような場合にはマイコプラズマ肺炎を鑑別に考慮してもいいように考える。胸部CTでは浸潤影のある領域で容積減少

を来しているのが比較的特徴的な所見であるように思われる。また、気管支壁肥厚と細気管支炎所見も存在することが多い。

COVID-19肺炎について

現在COVID-19感染症が猛威を振るっている状況であるが、画像の知見が集積されるうちに、COVID-19肺炎のCT所見が比較的特徴的な像を呈することが明らかになりつつある。

日本医学放射線学会のホームページにて、COVID-19肺炎のCT所見についての論文が公開されている。ご興味のある方は、画像だけでいいので一読いただけたらと思う。

http://www.radiology.jp/jrs_about/committee_info/20200403_01.html

文献

- 1) 胸部のCT 第4版. メディカルサイエンスインターナショナル, 2018.

まとめ

若年者の割に浸潤影が目立つ肺炎所見・・・マイコプラズマ肺炎も鑑別に考慮

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長



どういふ人が

アルツハイマー病になり易いのか？

私自身のことを書いて恐縮であるが、私は東京大学を辞めて1990年から国立病院医療センター（現 国立国際医療研究センター）病院長・総長、自治医科大学学長を務めたが、その間、自分の専門とする血液学の方は極めて怠け者になり、もっぱらインターネット上で“Health Day”，“Medical News Today”の医療記事を読み、興味を持った記事はコピーしておいた。

これらの記事の90%以上はそのまま私の本棚に重ねてあったが、最近になって今まで貯めた上述の記事の一部を何らかの形で書き残したいと考えるようになった。投稿する雑誌に「月刊地域医学」を考えたのは多くの自治医大卒業生が目を通してることが理由であるが、一方でこの雑誌は「地域医療」に関する記事が全体を占めているので、「世界の医療情報」はいささか場違いの記事ではないかとも考えた。しかし山田隆司編集長の強いお勧めもあり、この雑誌に投稿することにした。

今回はアルツハイマー病に関する論文をいくつか紹介したい。

最初は、米国のVanderbilt University Medical Center 精神行動科学教室のSepi Shokouhi 准教授が所属大学のCenter Newsに報告し、2019年7月17日のHealth Dayで紹介された「女性の方がアルツハイマー病になり易い理由の手がかり」(Clues to why Women Higher Odds for Alzheimer's)という記事である。

これまで私は女性の方が長命だからアルツハイマー病になり易いのだろうと単純に考えていた。ところがShokouhi氏は、PETスキャンを使って正常人と軽度の認識障害(mild cognitive impairment)の患者の脳内のタウ蛋白がどのように広がって動くかを調べたところ、タウ蛋白の広がりネットワークが男性と女性とで異なっており、女性の方が男性よりも脳の各部をつなぐ部分(bridging region)の数が多く、結果としてアルツハイマー病が起り易くなっていると報告している。アルツハイマー病の発症にはβアミロイドとタウ蛋白の両方の蓄積が関与しており、最近ではタウ蛋白の方がより重要な役割を演じているのではないとも言われているが、この記事はそれを裏付けている

とも言えよう。なお、βアミロイド蛋白とタウ蛋白の両方に対してワクチン療法を同時に行った方がアルツハイマー病に有効なことも報告されている。

次に紹介する記事は、身長の高い男性は低い男性よりもアルツハイマー病になりにくいという、私が予想もしなかった報告である。これは今年の2月19日発行のMedical News Todayで紹介されたデンマークのUniversity of CopenhagenのTerese Sara Høj Jørgensen 准教授らによる研究で、the journal eLifeに報告されている。対象者は1939年から1959年に生まれた666,333人のデンマークの男性である。彼らは1957年から1984年まで徴兵のための検査を受け、2016年までの健康状態が記録されている。その結果666,333人中10,599人が認知症を発症している。この追跡調査の結果、身長と認知症の発症との間に関係があり、1933年生まれの人々の平均身長は175センチであり、それより6センチ高い人は認知症になる危険が10%低いと結論している。対象者の教育レベル、知能指数等との関係を調整しても、結果はあまり変わらなかった。また、兄弟と比較しても同様な結果が得られたが、双生児の場合は身長による認知症の相違が同じようにみられたものの、やや不明確になったとのことである。なお、身長と認知症との関係は遺伝的な相違によるものではなく、幼少時における環境の相違によって起こったのではないかと推察している。

連載の第1回では、まずアルツハイマー病に関する記事を紹介した。高齢化社会を迎えてアルツハイマー病が社会的な問題になっていること、そして私自身の問題になるのではないかと現在恐れていることも執筆の理由である。

参考 WEB サイト

- 1) <https://www.webmd.com/alzheimers/news/20190717/clues-to-why-women-have-higher-odds-for-alzheimers>
- 2) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012597/>

飯野ゆき子先生の 「難聴を理解する – 難聴は認知症の最大の危険因子 –」 (4月1日配信)

飯野ゆき子先生は東北大学卒業後、ロンドン医科大学留学を経て、帝京大学教授、自治医科大学附属大宮医療センター教授、自治医科大学主任教授を務め、現在は東京北医療センターで耳鼻科と難聴・中耳手術センター科長として診療に携わりつつ臨床研究を続けています。ここでは難聴・手術で改善する中耳炎について、また好酸球性中耳炎について解説していただきます。

2017年7月の国際アルツハイマー病会議においてLancet国際委員会が認知症の35%は潜在的に修正可能であり、中年以降の難聴(9%)は高血圧(2%)、肥満(1%)などに比べてリスク因子が高いと指摘されました(図1)。難聴により音の刺激や脳に伝えられる情報が少ない状態になると、脳の萎縮・神経細胞の弱まりが進むこと、難聴のためのコミュニケーション障害から社会的孤立に陥ることが認知症発症に大きく影響します。

難聴には伝音難聴(原因:外耳道疾患, 各種の中耳炎, 中耳奇形, 耳硬化症, 外傷性耳小骨難聴)と感音難聴(原因:先天性難聴, ウイルス性難聴, 突発性難聴, 外リンパ瘻, 加齢性難聴, 騒音性難聴, 薬物性難聴, 聴神経難聴, メニエール氏病, 基礎疾患に合併するもの, 中枢性難聴)の2つ、さらに両者が合併した混合性難聴があります。このうち手術で改善する中耳炎は滲出性

中耳炎, 慢性中耳炎, 真珠腫性中耳炎の3つです。慢性穿孔性中耳炎では鼓膜形成術を行います。全身的負担が少ないので、日帰りの外来手術が可能です。真珠腫性中耳炎は鼓室形成術の適応となります。聴力の改善により、患者さんの性格も明るく積極的になり、耳だれが出なくなり補聴器がつけやすくなるなど、良い評価が得られています。

飯野先生は「好酸球性中耳炎の病態と治療に関する研究」にも取り組んでいます。好酸球性中耳炎は中耳貯留液に多数の好酸球を認め、中耳粘膜に好酸球浸潤を伴う慢性炎症を認める中耳炎と定義され、その診断基準は図2に示すとおりです。重症度スコアリングは、①中耳粘膜肥厚の程度、②中耳貯留液・耳漏の量、③鼓室内ステロイド投与回数、④副腎皮質ステロイド全身投与頻度、⑤抗菌薬全身投与頻度の5項目から算定します。重症度スコアに影響を与える因子を検討した結果、BMIと喘息罹病期間に相関することが分かりました。ステロイドとロイコトリエン受容体拮抗薬、感染があれば抗菌薬で管理します。中耳貯留液中のバイオマーカー(IgE, IL-5)が高値のため今後は分子標的薬治療が進むと思われます。

認知症を予防するためには難聴は放置しないことが重要です。聞こえについて、補聴器については耳鼻咽喉科にご相談ください。

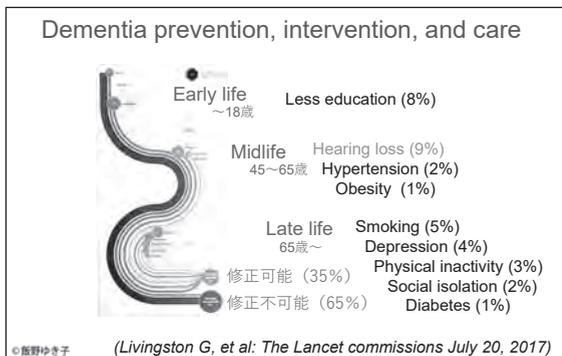


図1 認知症発症の危険因子

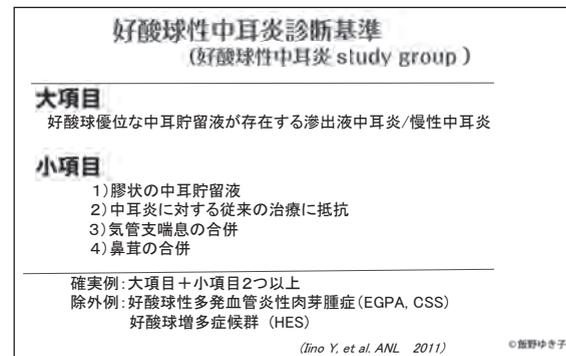


図2 好酸球性中耳炎の診断基準

* 飯野先生のレクチャーの詳細は、4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/>





新しい診療所が
完成しました！



柳井市立平郡診療所 管理者
賣豆紀晶洋

中田先生こんにちは。利尻島に移られて2ヵ月が経ちますが、新天地での生活はいかがでしょう？ 私は離島生活にも多少慣れ、トマトやキュウリなどの家庭菜園を楽しんでいます。収穫が待ち遠しいです。

平郡島では3月から4月にかけて春の訪れを告げるヒジキ漁が解禁となりました。ヒジキは秋のサツマイモ、冬のみかんと並ぶ平郡島の特産品です。この時期はウエットスーツ



道路にヒジキを干している様子

を着た島の元気なおじいちゃん、おばあちゃんたちが腰のあたりまで海に浸かり、ヒジキを採っている姿をよく見かけます。採られたヒジキはその日のうちに道端に広げて乾燥させます。丸一日乾燥させた後、ていねいにごみを取り除き平郡ヒジキとして出荷されます。道端いっぱいに広げられたヒジキはまるで黒い絨毯のようで、この時期ならではの風物詩となっています。ヒジキ漁がひと段落すると漁に夢中になっていたおじいちゃん、おばあちゃんたちが「腰が痛い」「肩が痛い」「膝が痛い」と言って診療所に押し寄せてきて、こちらで診療所ならではの風物詩となっています。皆さんあまり無理しすぎなければいいなとただただ願うばかりです。

さて、去る3月13日に新しい平郡診療所が完成しました。旧診療所はわれわれ自治医科大学卒業医師が派遣されるよりもずっと昔から使われていました。2階建ての建物で50年以上の歴史があります。以前は2階部分を医師住宅として使われていたこともありましたが、建物の老朽化に伴い、新たに診療所を建設し、旧診療所は閉鎖することとなりました。島民の中には旧診療所で働いたことのある方もおられ、その方から当時の話を聞くと改めて診療所は島民にとって重要な施設であったことが実感できました。旧診療所は坂の中腹にあり段差が多く、手すりは設置されていましたが廊下も狭いなど、バリアフル(バリアフリーの

対義語)な施設でした。新診療所はこれらの悩みが解消され土足のまま利用することができるため、足腰が悪く杖やシルバーカーを使用している高齢者にも利用しやすい施設となっています。また船着き場の



新診療所外観

そばに建設されたことにより、本土へ患者を搬送する際に要する時間をわずかに短縮することができます。さらに島で唯一のデイサービスと隣接して建設されたため、利用者の急患対応が容易となり、介護との連携を図りやすくなりました。

当初は関係者や平郡島民にお越しいただき開所式を行う予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の流行により止む無く中止となりました。さみしい門出となりましたが、新診療所も旧診療所以上に島民から愛され必要とされる施設になればいいなと思いながら日々診療に励んでいます。4月3日より診療を開始し、おかげさまで患者さんからは以前よりも利用しやすいと好評いただいています。



診察室



待合室

まだまだ新型コロナウイルス感染症が大流行していますが、一日も早く感染が終息に向かうことを願っています。中田先生も体調に気を付けて頑張ってください。





特定ケア看護師活動から得たこと

東京医療保健大学大学院 看護学研究科 高度実践看護コース M1 加藤祐子

私は、JADECOM-NDC研修センターでの研修を2018年度に修了し、翌2019年度は国立国際医療研究センター病院で1年間の臨床研修を行いました。そして、2020年4月から診療看護師を目指し、大学院に進学しています。そんな私がNDCへ応募したきっかけを少しお話しさせていただきます。誰しもが看護師歴を重ねていくと、今後どうなりたいのだろうかという自身のキャリアプランについて悩むことがあるかと思います。私自身も、経験を重ねた分、できることも増え、困ることも少なくなり、身につけた知識、技術、経験で一通りの業務は行えるようになりました。しかし、自分は成長しているのだろうか、今後どのようなキャリアを築きたいのだろうかという悩みも増えていきました。そして、看護師歴を重ねても私には苦手なことがありました。それは重症患者さんのご家族から「今日はどうですか?」「これからどうなりそうですか?」と質問されることです。ご家族にとっては、常にそばにいる私たち看護師は話しかけやすい存在だと思いますし、そうでありたいと思っています。しかし、医師と方針や現状の評価の共有が不十分であったり、医学的な知識が乏しく、自信を持って説明することができずにもどかしい思いを何度もしてきました。また、患者さんの異変に気付いても、その異変を適切にアセスメント、言語化し医師に伝えることができず、「気づいていたのに……」と後悔することもありました。圧倒的に医学的知識が足りないと感じるようになったものの自己学習だけでは解決できず、悶々とする日々が過ぎていました。その頃には仕事

が楽しくなく、看護師という仕事に誇りを持つこともできずにいました。この先も長く働くためには、もっと知識や技術を習得して、楽しく、誇りを持って働きたいと考えようになったときに、上司からJADECOM-NDCを薦めていただいたのです。この出会いが私の看護師人生の大きな大きな転機になりました。その時の私には「患者さんのために」とか、「病院のために」「地域のために」という気持ちはあまりなかったのですが、自分が習得した知識や技術は患者さんやスタッフに貢献してこそ価値があるものですから、患者さんやスタッフ、病院の役に立ちたいという思いは根本にあったと思います。

病院としては21区分38行為の特定行為研修を修了した看護師を迎え入れるのは初めての試みであり、患者さんのみならず、看護師、医師、コメディカルスタッフ、誰もが、「特定ケア看護師って何をする人なの?」といった状態でした。本音を言うと、私自身も「特定ケア看護師って何だろう?」と思っていましたし、一体何をしたらいいのだろう、何ができるのだろうと不安がいっぱいの中、臨床研修がスタートしました。

臨床研修の1年間は診療科の医師に指導を受け、初期研修医とほぼ同等の役割をさせていただきました。病棟看護師として勤務していると、毎日受け持つ患者さんが変わり、患者さんが転棟した場合にはその後の患者さんの様子を知ることが難しいものです。しかし、特定ケア看護師として働いていた期間は、患者さんが来院された時から退院まで、その後の外来まで担当することができました。それまでの看護師として

の判断や医療行為実践から特定ケア看護師としての判断や医療行為実践へと変わり、自身が担う責任や求められる能力、役割の大きさに対し、役割が拡大した分、責任も大きくなり、自分が選択した治療に対する反応はどうだろうか、自分が行った医療行為は安全だっただろうかと不安で仕方がなくなることも多々ありました。そして、この不安をぬぐうためには、継続して学び、知識、技術をしっかり身につけること、それしかないのだということも実感しました。知識や技術を習得し、根拠をもって患者さんに関わることで不安は小さくすることができます。そうはいっても、その努力はとても大変なことです。しかし、受け持ちの患者さんが回復した時、ありがとうと言ってもらった時、ご家族の喜ぶ顔を見た時、その回復を医療チームで共有した時の達成感は何とも言えないものがあります。コツコツとまじめに誠実に取り組んできた努力は、必ず自分を救い、他者の幸福に貢献することができますと信じ、挫けそうになりながらも、自分を鼓舞しながら取り組んできました。

とにかく必死に走り抜けた臨床研修の1年間でしたが、特定ケア看護師ならではの役割とは、特定ケア看護師だからできることは何だろうかという問いに対する明確な答えは見つかりませんでした。特定ケア看護師を目指した当時は、タイムリーな介入をして患者さんにも看護師にも医師にもメリットをもたらす、チーム医療のキーパーソンになる、看護教育に尽力する、など多くの目標を掲げていました。今も同じ気持ちですが、臨床研修の1年間は恥ずかしながら自分のことで精いっぱいこれらことに全力を注ぐことができませんでした。しかし、必ず特定ケア看護師はこれらの役割を發揮することができますと信じています。そして、特定ケア看護師の役割を型にはめるのではなく、柔軟な発想で活動し、可能性を拡大していきたいと考えています。

微力ではありましたが、病棟看護師やコメディカルと医師との橋渡し役を担い、看護師や

コメディカルの細やかな気付きや情報、疑問を医師と共有することで患者さんの治療を考え直すことができたり、医師の手が空かない時には医師のかわりにドレーンを抜去したり、人工呼吸器の設定を変更したりすることができました。このように活動していくことで、特定ケア看護師という存在が定着していくことを実感し、日々の一つ一つの経験が自信となり、やりがいが増えていくことで看護という職業に誇りを持つことができました。また、客観的に看護師の役割をみることができ、看護の力の大きさを改めて知ることができたことも誇りを持てた要因の一つです。さらに、医師とともに行動することで、今まで知ることができなかった医師の思考過程や患者さんへの思いも知ることができました。医師は患者さんの病気しかみていない！なんて思っていた過去の自分がとても恥ずかしくなるくらい、医師は患者さんを全人的に捉え、治療を考えていました。役割が違うのですから、患者さんを捉える視点が看護師と異なっているのは当然で、看護師の看る、医師の診る、たくさんの「みる」が合わさることで患者さんによりよい医療を提供することにつながり、これこそが専門性を發揮したチーム医療の力なのだと思います。

臨床研修では多くの方々の支援に恵まれ、これまでの経験や知識の枠を超えた学びや発見にあふれた非常に充実した研修期間を過ごすことができました。この場をお借りして深く御礼申し上げます。徐々に特定ケア看護師に興味を持ってくださる看護師スタッフから声をかけてもらう機会も増え、そのたび「とにかく楽しいですよ！」とお伝えしてきました。特定ケア看護師に興味を持っていただけるようになったのは、活動の成果の一つだと思っています。特定ケア看護師の役割を最大限に發揮するためには仲間が必要です。「楽しく、誇りを持って長く働く」ためのキャリアプランの一つとして、特定ケア看護師に興味を持っていただけると幸いです。

地域医療型後期研修

2020. 4. 29

沖縄・久米島での地域医療

公立久米島病院内科の上原周悟と申します。本年度で家庭医療専門医プログラム「地域医療のススメ」専攻医4年目となります。今回は、勤務2年目となりました。沖縄県久米島町にあります公立久米島病院での研修をご報告いたします。



プロフィール

- 2015年～ 宮城県総合病院にて初期臨床研修
- 2017年～ みちのく総合診療医学センター
家庭医療専攻医
- 2018年～ 地域医療のススメ家庭医療専攻医
女川町地域医療センター／横須賀
うわまち病院
- 2019年～ 公立久米島病院

久米島は沖縄本島的那覇市から西に100kmの距離にあります。沖縄諸島の一番西に存在することから、季節・天候も久米島から最初に始まり、また沖縄県で最初に雪が観測された島でもあり、県内では最も寒い地域と言われています。人口は8,000人弱ですが、沖縄県では5番目に大きい島で、冬には東北楽天イーグルスがキャンプに訪れ、ダイビングでも有名です。クルマエビの養殖量も全国有数であり、今の時期はモズク漁が盛んです。診療所は当院以外に1つありますが、入院施設は当院(40床)のみであり、あらゆる疾患や外傷を罹患した患者様が受診されます。医師は内科医5名と小児科医1名が常勤し、非常設科として整形外科・産婦人科・眼科・耳鼻科・泌尿器科・循環器内科・神経内科・腎臓内科があり、それぞれの頻度で沖縄本島から支援に来ていただいております。

久米島町は高齢化率が26.5%を占め、超高齢の患者様も少なくありません。しかし、実年齢に比して10歳ほど若いオジィ・オバァがたくさんいらっしゃり、そのパワーに圧倒されます。しかし、そんな元気なお年寄りも、疾病のためにADLが低下し、元の生活に戻れない事例となることも多いです。島に1つしかない入院医療機関としては、その方たちがまた体調を崩して再入院とならないように、退院前の環境調整や退院支援に特に力を入れております。訪問家屋調査やケア会議を行って退院後の自宅療養生活の準備をし、また退院後に訪問診療や訪問看護を継続することで、急性期から維持期までの医療やケアに関わります。その過程では、家族を交えたカンファレンスはほぼ全例必須であり、家庭医療専攻医としては、その分野

のスキルや考え方、コミュニケーションの取り方についてかなり鍛えられる臨床現場でもあります。

また、糖尿病をはじめとした生活習慣病を抱える方はたくさんおられ、さらに脳卒中後遺症に悩む方たちも多くいらっしゃいます。そこで、2019年5月より、脳卒中後遺症である痙縮に対する治療 ポツリヌス(ポトックス®)療法を開始しました。医師・理学療法士・病棟看護師によりポトックスチームを結成し、月に2～3名の患者様を入院リハビリも兼ねて治療を行っております。治療後は関節可動域の改善や歩行速度の上昇、姿勢の改善や疼痛軽減といった効果を認めております。

公立久米島病院は、外来・救急・入院・訪問診療と幅広く診療を行うとともに、診療所と高度医療機関との中間の機能を持ちます。重症者を高次医療機関へドクターヘリ搬送する際には、重症度評価はもちろんのことですが、高齢者を取りまく環境や天候も考慮しなければならず、そのファジーさが生み出す臨床現場は、まさ



沖縄の行事、ハーリーに病院代表として参加



初期研修医の先生と訪問診療へ行く途中



研修医にもポトックス治療を教えます

にへき地・地域医療の醍醐味と言えます。しかしながら、応援の非常設科医師にも相談できる環境にあり、ドクターヘリ搬送を快く受けてくれる病院も多くありますので、安心して研修を行うことができます。また、全国からほぼ毎月、初期研修医が地域医療研修で訪れますので、後期研修専攻医にとっても、医学教育や研修指導を実践できる環境にあります。家庭医療のみならず、広く内科一般の研修先になり得ると思いますので、ぜひ公立久米島病院へ多くの方にお越しいただき、ともに地域医療を語り合うことができればと願っております。