

総合診療・家庭医療に役立つ

10
2022
Vol.36-No.10

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

第15回へき地・地域医療学会 繋がる記憶、広がる学び ～震災・コロナを越えて～

● インタビュー

「日本専門医機構 新理事長に聞く」

渡辺 毅 東京北医療センター 介護老人保健施設さくらの杜 施設長／日本専門医機構 理事長

会員向け



JADECOM 生涯教育e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 真一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



「公衆衛生としてのワクチンと検診 子宮頸がん予防の教訓から」

[前編・後編]

9月1日、10月1日配信 ▶



今野 良先生

自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 教授

今野先生は自治医科大学卒業後、東北大学で産婦人科の学位を取得、臨床研修の後、さいたま医療センターに着任し、2008年より教授を務めています。臨床の産婦人科医でありながら、ワクチンと検診という公衆衛生の大きなテーマを取り組んでいます。

前編では日本の子宮頸癌ワクチン接種率が世界的にみて最低レベルであることを示し、日本の公衆衛生行政の遅れについて説明、特に医療医学のメディアリテラシーがないことを強調しています。また、有害事象と副反応の定義について解説しました。

後編ではワクチンに関する誤解を解くメディアコミュニケーションへの対応について、デンマークの例等を挙げて説明しています。そして、WHOの推奨しているセルフケアを紹介。まとめとして、公衆衛生行政の科学、インフラ、レジストリ整備の重要性を述べ、12項目について提言しています。

疾病的早期発見、重症化を防ぐために、公衆衛生の力は非常に重要であると話を結びました。



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



JADECOM

◎お問い合わせ 公益社団法人地域医療振興協会 生涯教育センター 担当:佐々木 TEL: 03-5212-9152(代)

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE Vol.36-No.10(2022年)

目次

インタビュー

- 日本専門医機構 新理事長に聞く／渡辺 茂 2

特集 第15回へき地・地域医療学会

●会長兼理事長講演／吉新通康	13
●大会長講演：原発を抱えた村の総合医として歩んで／川原田 恒	15
●招聘講演：新型コロナこれまでとこれから／尾身 茂	19
●メインシンポジウム：繋がる記憶、広がる学び～震災・コロナを越えて～／吉田 徹・鈴木孝徳・日下勝博・岡崎仁昭	23
●シンポジウム：今、地域医療学を考える／大本直樹・伊関友伸・松田晋哉・山田隆司	33
●シンポジウム：地域医療を担う“人”をいかに育成するか～先人達の実践から～／志賀 隆・四方 哲・中川貴史	46
●一般演題	55
●高久賞 候補演題：私の地域医療	66
●医学生セッション：Meet the Experts～離島から海外まで・ゆりかごから墓場まで～／望月崇絃・加藤一朗	74
●救急領域におけるPOCUSを学ぼう／本多英喜	77
●JADECOM-PBRN発足からの振り返りと今後の展望：Quality Improvementを中心に／望月崇絃・西村正大	80
●オンライン企画：地域医療に貢献できる遠隔医療とは／山崎温詞・日下勝博・原田昌範	85
●オンライン企画：医師から発信するワークライフバランス向上への取り組み／山本さやか・叶城倫子・佐藤裕人	91
●オンライン企画：地域で役立つ！病状説明のハートとスキル／天野雅之	98
●オンデマンド企画：東日本大震災から11年～震災を越えて～／安部 宏・菅野 武・石黒保直・石川鎮清・古屋 聰 ／鼎談：齋藤 充・山田隆司・折茂賢一郎	103

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108回 “抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)の過剰投与”に関する事例発生を未然防止する！
－事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策－／石川雅彦 114

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 子宮頸がんの予防 HPVワクチン 後編 123

離島交換日記

- 「修羅場」の経験／池上雄亮 124

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師は在宅医の役割をほぼできます／島崎亮司 126

研修医日記

- ペースゆっくり研修／須藤侑紀 128

書評

- 「自治医大をもうひとつ創る」／藤谷茂樹 131

自治医大NOW

- 第16回自治医科大学医学部広報フォーラム開催 132

お知らせ 134

求人病院紹介 141

投稿要領 144

編集後記 卷末

表紙の写真：「第15回 へき地・地域医療学会 北海道・東北地方へき地写真コンテスト」

いいね最多取得賞「至仏から望む東北・北海道の最高峰『燧ヶ岳』」 塩井義裕先生撮影

INTERVIEW

東京北医療センター
介護老人保健施設さくらの杜 施設長
日本専門医機構 理事長
渡辺 毅先生



日本専門医機構 新理事長に聞く

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

長年、学会認定医制度に関わった経験から

山田隆司（聞き手） 今日は東京北医療センター介護老人保健施設さくらの杜に施設長の渡辺毅先生をお訪ねしました。

先生はこの度、日本専門医機構の新理事長に就任されたので、これから展望や、特に自治医科大学の卒業生にとって関心が高い総合診療医の育成についてなど、その辺りも含めて、伺えればと思います。

まずは先生のご経歴を簡単に紹介していただけますか。

渡辺 毅 私は1974年に東京大学医学部を卒業し、東大病院で1年半、茨城県立中央病院で2年研修をした後、東大の当時の第一内科の代謝の研究

グループに入局しました。ところが入局後すぐにボスが他の病院に移られたので、少し生化学的な勉強をしようと考え、京都大学医化学教室の早石修先生のところで1年半ぐらい研究生活を送り、東大に帰って、その後米国に留学しました。

1986年に東大第一内科に戻り、病棟と外来をやりながら清水孝雄先生の生化学教室にも出入りしていました。そうしているうちに黒川清先生が第一内科教授に着任され、黒川先生から第一内科の助教授の話をいただき、内科学教室の助教授が臨床・教育をできないのはまずいと思い、自身での実験は卒業して、臨床と教育に専

念をしました。その過程で、認定内科医、総合内科専門医、腎臓専門医、糖尿病専門医の資格を取得しました。その後、日本内科学会の認定医制度審議会の委員に入ることになり、1997年に福島県立医科大第三内科の教授として赴任してからも、審議会の仕事を続け、審議会長も2期務めました。

そのご縁で、2008年に日本専門医制評価・認定機構ができた際に理事となりました。当時、日本の専門医制度は各学会が独自の基準で設置し、質は高いものが多いのですが、標準化されず、国民には理解できにくい欠点もありました。2011～2013年に高久史麿先生が座長を務められ、厚労省「専門医の在り方に関する検討会」が17回にわたり開催されました。その報告書を受けて、専門医養成、認定を統一的に行う第三者機関として2014年に日本専門医機構が発足

し、私も理事となりました。地域医療に悪影響を及ぼす懸念から研修開始が延期され2018年4月から19の基本領域でのプログラムを認定、専攻医募集が開始され、2021年に最初の専攻医が認定試験によって認定専門医として誕生しました。

高久委員会の基本理念の一つは、基本領域とサブスペシャルティ領域(サブ領域)の2段階制です。そのため第3期理事会でサブ領域検討委員会が設けられ、私が委員長に就任しました。サブ領域専門医研修は、2021年4月の開始を目指して準備をしていましたが、医道審議会での1年差し止めと新型コロナウイルス感染の拡大により計2年間延長されました。本年、日本専門医機構に認定された27領域のうち、基本領域と連動(併行)研修が認められた15のサブ領域で制度が開始されました。

これからの展望

山田 先生はこの6月の理事会で日本専門医機構第5期理事長に就任されたわけですが、今後どのようなことを考えていらっしゃいますか。

渡辺 これまでに、2018年に始まった新専門医制度の基本領域とサブ領域の基本的な枠組みはほぼできて、方向性が示せました。第5期は、第三者機関として安定運営するための過渡期と考えています。のために残された課題、問題を明らかにして解決にもっていきたいと思っています。

今、解決しなければいけない問題の1つと思っているのは、専攻医や国民に対してのアントリーチ、広い意味での広報が一方通行であることです。また、今やヨーロッパでは医師の6

割が女性で、日本でも4割近くが女性です。ですから女性の子育て支援等々、女性医師の視点を取り入れていきたいと思っています。そういう意味では今回、新理事25人のうち17人が新任、また女性が7人なので、新しい考え方を進めていけるチャンスかなと思っているところです。

山田 なるほど。先生はこれまで内科学会の認定医制度審議会会長、日本専門医制評価・認定機構理事を歴任され、日本専門医機構になってからはサブスペシャルティ領域検討委員会委員長として新専門医制度構築に向けてご苦労を重ねてこられたわけですね。

渡辺 内科学会認定医制度審議会では、内科のジェ

ネラリスト養成を目指す専門医制度構築という学会内での仕事が主眼でした。日本専門医機構の仕事では、その経験は活かせた面はあると思いますが、学会以外のステークホルダーの意向も尊重せざるを得ないこともあります。挫折の連続でした。特にサブ領域検討委員会の委員長の4年間は大変でした。まず、24領域の運動研修を

予定したサブ領域研修細則を作成し医道審専門研修部会に提出しましたがさし戻されました。その後、医道審議会にこの問題に関して設置されたワーキンググループの報告書が公表され、第4期の委員長の時にそれに対応することでと糸余曲折の末、今年度サブ領域の新制度が開始されました。

総合診療専門医の課題

渡辺 先生は当初から総合診療専門医検討委員会の委員を務められていましたが、今回も委員に入っていただいていますね。

山田 はい。今回引き続き委員を務めさせていただきます。

自治医大卒業生や総合医を志しているものにとっては、19番目の基本領域に総合診療科が認められたことは大変ありがたいことでした。そもそも旧日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が2010年に統合して日本プライマリ・ケア連合学会になった目的は、総合医・家庭医を国民に知つてもらい、日本医学会にも一つの専門領域として認めてもらうことでした。

渡辺 総合診療専門医については特有な課題があると思っています。現在、総合診療科は新しい領域であり、19領域の中で唯一学会が主導ではなく、日本専門医機構の中に総合診療専門医検討委員会を作つて、研修プログラム作成や専門医認定試験などを行っています。これは総合診療科についてはいくつもの学会・団体が関連しているためにそういう形になっていますが、やは

り情報の管理などいろいろな意味で不都合があります。

山田 もともと関連する学会が足並みを揃えるという意図で旧3学会は連合したのですが、そのきっかけとなったのは日本医師会の生涯教育への協力を求められたことでした。当時日本医師会生涯教育制度ワーキンググループの委員長を福井次矢先生が務めていらしたのですが、医師会の総合的な生涯教育制度に関して3学会に協力してほしい、方向性を何とか協調してやっていこうと言われました。日本老年医学会や日本臨床内科医会、日本小児科学会の方々も集まって、意見交換をした時期もありました。その後3学会は連合を果たし、日本医学会にも正式加入が認められました。そういう経緯があることから医師会の生涯教育と総合診療医の研修をうまく融合させたいと私は思っています。地域で活躍されている現役の先生方には新たに試験を受けなくてもgrandfather clauseのような形で認定し、新しい制度が不利益をもたらさないようにしたいと個人的には考えています。

渡辺 総合診療専門医の医師像は、地域医療や家庭

医療を目指す医師、病院で総合診療を担う医師などを代表する学会、団体があり、1つにまとめるのは難しいとは思いますが、総合診療に関わる学会・団体が、独自の立場を主張するだけでなく、1つの協議会を作って、1つの専門医制度を動かしていくのが望ましいのではないかと思います。

山田 1つの協議会のような形を作る際に、医師会が中心になってくれれば良いのではないかと私は思っています。医師会がもう少し総合診療に直に関わるようになった方がスムーズに進むような気がします。

渡辺 その際の問題は、これまで長い間地域で診療してきた先生方をどのように取り込むかだと思います。新制度の整備指針にある原則から、

総合診療専門医だけ特別にこれまでの実績のみで専門医として認めるということは難しいと思います。試験制度や更新制度の新専門医制度における基準は遵守する必要があります。すなわち、総合診療専門医の質の均一性とレベルの担保が必要だと思います。

山田 総合診療専門医に関しては、大事なのは更新制度だと思うのですね。最初は間口を広くして、更新するときに厳しくする。5年経つと臨床現場でも常識が大きく変わっていく部分があります。例えば高血圧や糖尿病などといった日常的な疾患についても逐次ブラッシュアップしていく必要がある。更新制度でそういった患者さんに直接関わる部分に関して厳しくすることで徐々に質は担保されていくと思います。

総合内科専門医と総合診療専門医

渡辺 もう1つ大切な方向性として、今回、内科専門医と総合診療専門医のダブルボードが正式に承認されました。今後他のジェネラルな領域の専門医が、ダブルボードで総合診療専門医を取ることができるように広げていくのかも課題です。例えばメスを置いた外科医などの例があります。外科医は内科医よりもむしろ全身管理は上手ですから、患者さんの全体を診ることができます。

一方、日本内科学会の総合内科専門医という位置付けがあります。内科は、そもそも1990年代に大学のナンバー内科の多くが臓器別内科になり、サブの集合体が内科だという概念が流布されました。ところが地域の中小病院では、内

科医は内科の全部を診なければならない。総合内科専門医は、循環器や呼吸器、消化器のようなサブ領域専門医と同じような位置付けて、内科のジェネラリストというスペシャリストです。大学の内科は前述のように臓器別に再編されました。内科医個人の集合としてのキャリアパスを見ると、大体40～50歳前後で地元に帰ってジェネラリストになっていくのです。大学病院では少数の人を除いては40歳を過ぎて勤務する医師が少ないことは、統計でも出ています。すなわち、大学のサブ領域部門に勤務した平均的な個人のキャリアパスは40～50歳で地方の病院で勤務したり、地元に帰って開業することが多いのです。そこで、内科医はジェネラルな内



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

科を習練しなければいけないと考え方が近年普及して、今では総合内科的な講座を持つ大学が多数となっています。また、総合内科専門医数も40,000人近くまで増加しています。

山田 それは私も大賛成です。内科が「総合内科」的な部分に力を入れるのは良い流れだと思います。

す。総合内科専門医が、病院総合医の主体になってくるのはもっともだと思います。一方で、地域の診療所で外来診療をしたり訪問診療をやっているような、いわゆる家庭医のような医師は、内科だけではなく整形外科や皮膚科の一般的なスキルも必要なですね。欧米でも医療の進歩に伴って専門分化が進み、旧来型のGPのありようが変わってきた中で、GPを母体とした組織が変革を求められ、新しい研修制度が生まれ、今、1つの専門領域として成り立っているという国が多いです。ですから、日本でもいわゆる診療所で、基本的に病棟患者を持たない医師を今後どのように育てていくかというのは、日本医師会のかかりつけ医と直結する課題であり、やはり早めに議論をする必要があると思うのですね。そこは総合診療専門医の根本となる部分だと思います。

総合診療専門医の医師像

渡辺 私は「総合診療医」という、今議論している概念を今一度整理しないといけないと思っています。日本の場合は、国土が狭いし割と都市化していますから、地方でも都市であれば、さまざまな診療科が隣接しており、総合診療的に診なければいけない医師が、どのくらい必要で、どういう役割を果たすのかが問題です。例えば、都市部では小児科が隣にあれば子どもは小児科に行ってしまい、総合診療で必須の小児科の素養が発揮される余地は少ない可能性があります。しかし、都市部でも高齢化が進んで、高齢者の絶対数は地方より膨大となりますので、在

宅医療、訪問診療をしてくれる総合診療医・家庭医は非常に大事な機能です。しかし、病院の総合診療ってなんだろう？と考えると、病院には外科も小児科もあるので、病院の内科は基本的には総合診療専門医ではなく総合内科専門医でいいのかもしれないという考え方もあります。

私は内科医を40年以上やっているわけですが、今、訪問診療をやれと言われたら、ちょっと戸惑ってしまいます。これから少子高齢化社会を考えると、病院、診療所になかなか行けない老人の訪問診療を全ての総合内科専門医が

担うことは困難かと思います。

そういう意味で、総合診療専門医の専攻医数が伸び悩んでいる現状で、もっと増えてもらうにはその概念を整理しないと、若い人がそこを目指そうと思いにくいかと思います。まだ歴史がなくて先輩の医師像が見えないこともありますが、これは時間をかけて歴史を作るしかないと思います。

また病棟でいえば、例えば地域包括ケア病棟などが働き場となると、社会的な意味が明確化されると思います。

山田 そうですね。私は今、下町で診療をしていますが、例えば隣に小児科、あるいは病院の小児科があれば小児は一切診なくていいかというと、案外そうでもなくて、医師会の先生たちの中にはマルチにできる先生がいて、家族がみんなかかることができる、家族丸ごと診ることで地域から感謝されているという先生もいらっしゃいます。

渡辺 それが家庭医ですよね。

山田 そうです。総合診療専門医は、プライマリ・ケアを担当するということで、できるだけ幅広く診られれば診られるほど質が上がる。だから、「私は○○の専門を持っています」と言うのではなくて、「ちょっとした怪我の処置ぐらいはできます」とか、「ついでに神経痛や湿疹ぐらいは一緒に診ます」というのは都市部であっても……。

渡辺 これからは都市部でこそそういう機能が重要ですからね。だから総合診療専門医は一応制度

的な骨格、試験制度など、いろいろ形はできたと思うので、そこのコンセプトをもう少し整理して、総合内科専門医ではできないところは何だろう？というところをまとめていかないといけないと思います。

個人的には、病棟を診るのであれば、地域と結びついた包括ケアや緩和ケア病棟など、ジェネラルでかつ特定の疾患ではない患者さんを診る。地域では訪問診療や在宅医療を担うのが総合診療専門医、というイメージがあり、今、どのくらいの人が志望するかは別として、日本の高齢化は、今でも世界トップですが、さらに進んでいったときの需要が大きいと思います。私自身、基礎医学をやっていた時間が長いですが、病院で臨床もやり、今はここ介護老人保健施設で高齢者のリハビリや褥瘡を診たりしています。これが医師の仕事の最後の典型ではないでしょうか(笑)。

山田 本当ですね。キャリア形成としてはひとつの流れとして、典型的なのかもしれませんね。

渡辺 また、私は基礎医学的な研究に懸けた時間が比較的長いのですが、その経験は、経験則だけに頼るのではなく、病気のメカニズムなどを理解する意味で無駄ではなかったと思っています。

山田 逆に自治医大の卒業生は、最初から地域に行かされて、どちらかというと理屈抜きでニーズに合わせて付け焼き刃でやってきたわけですが(笑)。

ニーズに応える姿勢を早い時期に身に付ける

渡辺 自治医大は、自治体が資金を援助して卒業後に地域へ行ってもらうことを目的にして作った大学だからしかたがないと思うのですが、自治医大の卒業生は皆さん優秀なので、地域だけでもやるというのは、日本全体の資源として、その資質も含め人間としての資源としてもったいない気もしますが。

山田 9年間で地域を経験するわけですが、やはり現場では医師として物足りなさを感じたり、医学生あるいは研修医の時期に接したいろいろな専門分野に進みたいという卒業生が多いと思います。9年間が終わった後は基礎医学に行く人もいれば、超専門医を目指す人、海外留学をする人、新たに開業する人など百人百様ですね。それはほかの大学の卒業生とそう変わらないと思います。

渡辺 若い時の最初の9年間が縛られてしまうのもったいないなという気がするのですが、無駄ではないということですね。

山田 若いときに「自分はこの専門性をもつ」ということ以前に、まずニーズに応えるということに慣れると、どこへ行ってもその場その場で対応しようという能力が身に付きます。ですから、案外、若い時にリソースが限られたところで経験を積むことが役に立っていると実感しています。地域で患者さんに身近に接して、人を助けるという医師の本来のプロフェッショナリズムを早い時期に身をもって習得できるのはむしろ良かったと思っています。

総合診療の研修プログラムの中でも、リソースの少ないところに行かなくてはならないことは大きなマイナスと捉えられるがちなのですが、義務で無理やりというのではなく、地域研修が臨床医の職業訓練としてプラスに位置付けられ

るようになるのが望みです。

渡辺 自治医大は開設してどのくらいになりますか？

山田 今年、創立50周年です。

渡辺 50年になるのですね。医学部地域枠も同じような育成の枠組みであり、同じ問題を抱えていると思います。自治医大は50年の歴史があるけれど、地域枠はせいぜい十数年の歴史ですよね。今後、地域枠の学生が求める方向についても考え、才能を發揮していただくようなことも、専門医制度を介して考えていかなければいけないと思っています。

日本全体が高齢化して、医療過疎地だけの問題ではなく、高齢化社会の地域医療を目指す医師としての概念を、地域枠学生も含めて、整理すべきかと思います。

山田 高久委員会の報告で、総合診療のキーワードとして「地域を診る医師」ということがあったのは、非常に得ていると私自身は思っています。自治医大卒業生にとってはとても励ました。

先生のお話を聞くつもりが、自分の考えばかり話してしまった気がしますが……最後に、今も地域で頑張っている自治医大卒業生に向けてエールの言葉をいただければと思います。

渡辺 先ほど山田先生もおっしゃっていましたが、地域のニーズに応えて頑張っていることが、将来必ず役に立つと思います。将来的には、基礎医学、臨床研究、教育者になる、それから地域医療で頑張る、あるいは病院で頑張るにしても、とにかく一番大事なことは、求められたニーズに精いっぱい応えることだと思います。時に「もう嫌だなあ」と思っても頑張り抜いていただければ、絶対に将来に結びつくと思います。

山田 心強いお言葉をありがとうございます。

渡辺先生、今日はありがとうございました。

渡辺 毅(わたなべ つよし)先生プロフィール

1974年東京大学医学部卒業。東大附属病院、茨城県立中央病院、京都大学附属病院での勤務を経て、米国ミシガン州立大学に留学。帰国後東大第一内科助教授、福島県立医科大学教授を務め、2015年福島労災病院院長に着任。2020年東京北医療センター総合診療科顧問、2021年介護老人保健施設さくらの杜 施設長となり現在に至る。日本内科学会名誉会員、日本腎臓学会名誉会員、日本専門医機構理事長。



投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください.

あて先

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

第15回へき地・地域医療学会 繋がる記憶、広がる学び ～震災・コロナを越えて～

特集

- 会長兼理事長講演
- 大会長講演：原発を抱えた村の総合医として歩んで
- 招聘講演：新型コロナ これまでとこれから
- メインシンポジウム：繋がる記憶、広がる学び～震災・コロナを越えて～
- シンポジウム：今、地域医療学を考える
- シンポジウム：地域医療を担う“人”をいかに育成するか～先人達の実践から～
- 一般演題
- 高久賞 候補演題：私の地域医療
- 医学生セッション：Meet the Experts～離島から海外まで・ゆりかごから墓場まで～
- 救急領域におけるPOCUSを学ぼう
- JADECOM-PBRN発足からの振り返りと今後の展望：
Quality Improvementを中心に
- オンライン企画：地域医療に貢献できる遠隔医療とは
- オンライン企画：医師から発信するワークライフバランス向上への取り組み
- オンライン企画：地域で役立つ！病状説明のハートとスキル
- オンデマンド企画：東日本大震災から11年～震災を越えて～

第15回 へき地・地域医療学会

2022年6月25日(土)・26日(日)
海運ビルとオンラインのハイブリッド開催

6月25日、26日の2日間、公益社団法人地域医療振興協会主催「第15回 へき地・地域医療学会」が開催された。

昨年は、コロナ禍の影響で、オンラインのみでの開催であったが、本年は、東京都千代田区平河町にある海運ビルの会場に参加者が会する通常の形式と、オンラインによるハイブリッド開催となった。

本学会の主幹は北海道・東北地方支部。地域医療の「広がる学び」を体験できる多くの講演・シンポジウム・セッションが行われたので報告する。

特集



会長兼理事長講演

繋がる記憶, 広がる学び ～震災・コロナを越えて～

地域医療振興協会 会長兼理事長 吉新通康

皆さん、こんにちは。

地域医療振興協会会长の高久史磨先生が3月にご逝去され、当面、私が会長を兼任します。自治医科大学永井良三学長には特別顧問に就いていただきましたことになりました。

協会は現在、83施設を運営するほか、研修や派遣を担うJADECOMアカデミーセンターの運営など、いろいろな機能が拡大しています。正職員数は令和4年4月現在9,289名、うち医師は約1,200名、看護師が約4,700人です。医師の役割をサポートする特定ケア看護師や診療看護師の育成にも取り組んでおり、今後へき地医療では大きな力を発揮すると考えています。その他、看護学校や地域医療研究所の運営、へき地・離島画像支援センター、沖縄地域医療支援センターなど連携支援も行っています。数年先には医療系大学の運営を目指し、定款の変更も完了しました。広報にも力を入れ、自治医科大学・地域医療振興協会共同で、東京駅・羽田空港にサイネージ広告を展開しています。

第15回のへき地・地域医療学会のテーマは「繋がる記憶、広がる学び～震災・コロナを越えて～」です。協会が全社的な対応をした特別な経験として、東日本大震災と新型コロナのパンデミックの2つが挙げられます。

東日本大震災においては、協会は宮城県女川町を中心に活動しました。女川町立病院は2011年4月から指定管理を行う予定でした。その矢先の3月11日に震災が起こったのです。宮城県には協会の運営施設である公立黒川病院がありましたが、ガソリン不足で出動できませんでした。仙台空港には協会が購入し引渡し直前の

ビーチクラフト機がありましたが、被災し廃棄になりました。

震災後3日目に、宮崎国久先生が現地に入り協会の支援が始まりました。

協会本部に災害対策本部を設置。まずは被害状況、関係情報を収集。すぐさま法人の即応体制を検討し、現地までのヘリやバスなどの交通手段、支援の名簿、物資の確保、効果的な支援計画、スケジュールの準備など、指揮命令系統と業務の担当が出来上りました。医師は3ヵ月間、交代で新木場からヘリで搬送。看護師やコミュニケーションカルスタッフは週に数回、大型バスで現地へ赴きました。330人、延べ2,300名の支援が行われました。

このような大規模災害の発生時においては、限られた医療スタッフや医薬品等を最大限に活用し、可能な限り多数の傷病者の治療を行い多くの人命を救う。そのためには緊急度と重症度に応じて優先順位を決定し、患者の搬送・治療を行うことが重要となります。

一方、コロナ禍では、各施設に発熱外来、PCR検査・診断、濃厚接触者対策、治療、クラスター対策、行政との協議、ワクチン接種など、多くの業務が自治体から期待されました。最初にダイヤモンドプリンセス号の患者さんを日光市民病院が受け入れ、自治医大と連携して乗り切りました。初期の頃から東京北医療センターには外来PCRセンターを設置し、重症患者の受け入れにも対応しました。

コロナ禍で、われわれの法人として一番役に



特集

特集

立ったのは、リモート会議などを活用し、先行施設や会議などの情報を共有したことです。「正しく対応しているか、何が足りていて、何が不足しているか」。事務局が毎週各施設の患者数や病床稼働率、物資の状況などを集計して、各施設の医師、看護師、事務職に情報共有されました。施設間のデータを共有することで、みんなが熟練し経験値を上げて専門家になっていきました。

東日本大震災では一部の施設のみが関わったわけですが、コロナ禍では協会の全施設が関わ

ることになったため、2020年は資金繰りに大変苦慮することになりました。協会全体で収入が2割減、3割減ということがどれだけ深刻かということを、今回経験させていただきました。

仲間が共同して働くととてもないエネルギーになります。震災もコロナも協会みんなで乗り切りました。今、協会は医療系大学設立で、新たな地域医療の扉を開けようとしています。次の地域医療のステージに登れるよう、よろしくお願いします。

大会長講演

座長 六ヶ所村医療センター 管理者 松岡史彦

原発を抱えた村の総合医として歩んで

北海道・東北支部長／東通地域医療センター 管理者 川原田 恒

施設開設の経緯

青森県は原子力関連施設が下北半島に集中し複数設置されている(図1)。北から大間原子力発電所、むつ市の中間貯蔵施設、東通原子力発電所、六ヶ所村再処理施設がある。原子力災害拠点病院は青森県立中央病院、八戸市民病院があり、高度被ばく医療支援センターとして弘前大学、いずれの医療機関も原子力関連施設からは100km以上離れている。

私のいる東通村は面積300km²、29の集落が点在し、人口約6,000人で高齢化率は36%(2021年2月)である。青森県内のほとんどの村の高齢化率は40%を超えており、東通村は原発関係の職員がいるため若干引き下げられていると思う。複合施設「野花菖蒲の里」には保健福祉センター、診療所、老人保健施設が入っており、裏手の森の中には医師住宅群がある。原発までの

距離は11km、役場は徒歩10分の所にある。近隣にこども園、小学校、中学校があり、半径500m圏内に行政、教育機関、医療機関がある。この近さがコロナのワクチン接種に役立った。



地域医療振興協会が東通村と関わるきっかけは原発と関係している。1995年、原発交付金を有効利用するために東通村は新総合開発振興計画を立案し、中心地整備の一環として保健福祉センター、診療所、高齢者施設をつくることを決定した。当時、私は八戸市の隣百石町の国保百石病院で総合診療に携わっていた。1996年に東通村から私のところへ相談があった。概要を見て、とても一人ではできないと考え、自治医科大学地域医学教室に相談した。大学から「こ

特集



図1 原子力関連施設と医療機関

時期	主な出来事など	用語	医療機関など
JCO以前		緊急時医療	施設規定なし
1999年	JCO事故 茨城県東海村 ウラン臨界事故 3名が高度被ばく		国立水戸病院 放射線医学研究所 東大救急部 東大医学研究所
2001年	「緊急被ばく医療のあり方について」	被ばく医療	
2004年	被ばく医療施設規定		初期医療機関(外来) 二次医療機関(入院) 三次医療機関(高度)
2011年	東日本大震災 福島原発事故		オフサイトジャパンサイト
2015年	原子力規制庁 原子力防災対策指針	原子力災害医療	協力機関 原子力災害拠点病院 高度被ばく医療センター ²

図2 緊急時医療、被ばく医療、原子力災害医療

ういう話は協会に」と勧められ、協会に行ったところ、吉新通康理事長から「やろう!」と大歓迎してもらえた。1998年に施設運営を協会が受託し、包括ケア、地域医療教育に取り組む運営マニュアルを作り、2000年に開設となった。

被ばく医療

その後、2003年3月に県の担当者から「被ばく医療の初期医療機関になってもらいたい」という依頼があった。私には被ばく医療の知識も経験もなかったし、包括ケアをやるために職員を採用しているので職員に説明ができない。何よりも被ばく事故は恐怖でしかなかった。一度は断ったが、「緊急被ばく医療のあり方」という報告書と出会って、考えが変わり、2003年12月に初期被ばく医療機関に認定された。この報告書では、命の視点を最重要視して、包括的かつ一元的な緊急被ばく医療のあり方と具体的な対策を呈示していた。包括的という言葉は総合医に親和性が高いと思う。

それまでは放射線被ばくに関する用語にはなじみがなく、避難計画などに関しても知らない言葉ばかりであった。頼りになる専門家、先輩、同僚がいない。関係者の異動で担当者(役人)が変わる。達成感や報酬などの得られるものがない。そういう実感であった。1999年に3名の高度被ばくを起こしたJCOのウラン臨界事故があり、このころまでは被ばくはタブー視されていた。その後、この事故を受けて被ばくを隠すのではなく、最優先されるべきは人命救助であるという視点から前述の報告書が出されたと聞

剿染み度・味わい	食事分類	メニュー
お馴染み	一汁三菜定食	高血圧症、糖尿病、脂質異常症 整形内科
お馴染み	日替わり定食	訪問診療 健診 産業保健 予防注射
好物	お好み料理	小外科処置 内視鏡検査 エコー検査
大好物	てんこ盛り	包括ケア 研修医・医学生教育、写真見せ
特別料理	ハレの日の食事	その土地の祭り
馴染みがない	非常食	被ばく医療

図3 総合医にとって美味しい食事の喻え

く。その後、医療機関のネットワークが必要とのことから、救急医療にならい初期医療機関、二次医療機関、三次医療機関が設定された。

東日本大震災の福島第一原発の事故では、初期医療機関5つのうち3つは避難地域になり、福島県立医科大学の救急医は「二次医療機関に設定されていたが、ほとんど認識がなく、訓練もしていなかったので、なかなか対処ができないかった」と述べていた。この事故を受けて、新たに発足した原子力規制庁は、被ばく医療を原子力災害医療として災害の一つに位置付けた。対応する医療機関も協力機関、原子力災害拠点病院、高度被ばく医療センターとなった(図2)。

総合医として、被ばく医療にどのように対処していったらよいだろうか。さまざまな医療を食事に喻えたら、総合医にとって美味しい食事(図3)の中では、被ばく医療は非常食で、できれば食べたくない、馴染みのない食事である。当初は知識の習得のために講演会、研修会、フォーラムに参加した。診療所では「傷病者への対応マニュアル」を作成し、年1回被ばく医療訓練をしている。実際に訓練をすると、たくさんの人手がいることが分かる。救急室を事務の方に養生してもらう。医師が防護服を着る。いずれも非常に手間がかかる作業である。では、総合医として何ができるか。現場職員の健康障害に起因する被ばく事故を避けることはできるのではないか。具体例として、原発職域でインフルエンザが流行しないように、職場に出かけ予防接種を実施したりしている。

福島の原発事故以降は、原発を抱えた村とし

て、当事者目線を持って、被ばく医療検討会やワーキンググループをつくり、どうしたら避難できるか、避難できない場合には老健や診療所の入所者・入院患者がいるので誰が残るのか、そういったことを考えるようになった。さらに、被ばく医療は事故の時だけではないと考え、日常の対応として産業保健に力を入れたり、健康啓発、研修医を原発に連れて行って教育するなどを、このころから実施している。産業保健にも電子カルテを活用し、患者背景(既往歴)などを記録している。

コロナワクチン職域接種

このような日常活動が2021年のコロナワクチン職域接種につながった。これまでも東通村のインフルエンザ流行は電力関係から始まっていた。東北電力は仙台に本社があり、東京電力は東京に本社がある。家族と離れて単身赴任していたり、社員として本社との行き来があつたりして、外からインフルエンザが入り込みやすい状況になっている。人流の多い企業の方にコロナに感染しないように、ワクチンの職域接種をしっかりやってもらう必要があるだろうと、私と健康福祉課とで協議していた。当時は国が主体で職域接種を行うことになっていたので、各企業を集めて聞き取り調査をしてみた。大きな企業体でも600人ほどの規模で、職域接種の基準の1,000人には届かない。また、企業側で医療者の確保、ワクチンの管理は全くできないという状況だった。

村の総務課、原子力対策課、健康福祉課、診療所の私が集まって検討会を開催し、職域接種も行政が行うこととし、自治体側で1,000人分のワクチンを確保した。全国的にワクチンの確保に各自治体が苦労していた時期である。6月末の第2回検討会で細かい部分を詰めて、7月7日に企業側から接種希望者リストを出してもらい、14日から一般の方と同時に職域接種を開始した。企業に依頼したことは希望者リストの作成、接種会場の手伝い(会場内の誘導、駐車場の自動車の誘導)、医療従事者の提供、看護師がいる企業では事前に予診票の記入と確認を

行って、当日は問診なしで予診・接種とスムーズな流れができた。行政・医療・企業と三位一体となった活動だった。

医療者として一番注意したのは接種後のアナフィラキシーである。P-mSHELL(Patient, Management, Software, Hardware, Environment, Liveware(当事者), Liveware(当事者以外)]モデルを活用して、ヒューマンエラーの防止に努めた(図4)。

電子カルテも役に立った。一般の高齢者300人を調べてみたら97%にIDがあり、受診歴がある人は75%だった。受診歴のない方でも多くは過去のインフルエンザ予防接種の記録がカルテに入っていた。今回のワクチン接種をタグ付けし、血圧が高い人は「コロナ高血圧」のタグをつけて、その多くが現在治療中である。電子カルテを導入した時のテーマは「住民、行政、医療・保健・介護関係者にとって価値のある電子カルテ」で、それに沿った活動になっていると思う。

企業からは嬉しい感想をもらった。中でも40代男性から「村民の方に『職域の方か?』と聞かれて申しわけない気持ちになったが『皆で接種しないと予防にならないから、会社の人も早くやったほうがいい』と言っていただいた。ありがとうございました」というコメントをいただいた。結果として、2回接種終了は村民80%以上、企業職員90%以上と非常に高い接種率となった。

2021年のコロナ感染者は村民5人、企業など13人で、クラスターはなく、ワクチンの効果が発揮されたと思う。コロナの感染対策会議を2020年3月に立ち上げ、多いときは月に2回開催して情報提供をしていた。さらに企業とも連絡を取り合い、患者発生に関してすぐに企業に連絡、企業から発生したら私のところへすぐに連絡が入る体制を取っていた。ワクチン接種では広い施設であったこともよかったです。健康福祉課の頑張り、研修医の存在に助けられた。

研修医

年間20人以上の研修医が来ている。半数は首都圏から、京都府・奈良県からも来てくれてい

特集

分類	内 容	対 応
P 患者	アレルギーの有無 既往歴など	問診票 電カルで確認
m 管理	安全管理 会場の設定、人員配置など	勉強会で啓発 事前に話し合い
S ソフトウェア	手順書やマニュアル、規則など	事前に準備 会場に貼る
H ハードウェア	医療機器、設備、施設の構造 (監視カメラ)	事前配備
E 環境	椅子の配置、表情が見えるよう	シミュレーション 2列体制
L 当事者 (監視者)	インシデントに関与した本人 知識、経験、心理・技術問題	監視前にアナフィラキシーの勉強会に参加
L 当事者以外	当事者以外のチーム、同僚など	シミュレーション

図4 ヒューマンエラーの観点でアナフィラキシーに対応

る。コロナ禍で研修基幹病院では研修の量、質、メンタルに変化が起きたと思う。患者の減少で症例が少なくなり、飲食や外出に関してストレスがあり疲弊している研修医もいた。当院でようやく普通の診療ができる、休日の気晴らしもできたようだ。

特集

総合医を目指して

私が総合医を目指した経緯を述べたい。

1989年、市浦村国保診療所勤務。当時は外科志望だったが、義務年限内の2回目の診療所勤務では、ほとんどが内科と整形外科の患者で、外科は役に立たないことを知らされた。嫌々ながら赴任したが、患者さんたちは穏やかで良いところだと思ったりもした。着任して間もなく、相内川で5歳児の溺水事故があった。夕方、診療所に連絡があり、スタッフ全員で出かけた。その場で心肺蘇生を試み、救急車から酸素を供給してもらい、挿管・胸骨圧迫して心拍再開し、後方病院に送った。心拍再開して周りを見たら大勢の村人が集まっていて、初めてコミュニティを実感した瞬間であった。

1990年1月、第1回総合医学術集会が埼玉で

開催された。高知県や岩手県の先生が非常に面白い発表をしていて、衝撃を受け、「これが総合医なのか」と目から鱗が落ちる思いがした。

総合医の定義「単に医療の枠内における活動を行うだけの医師を指すのではなく、保健・医療・福祉を包括して実践指導し、行政との調整もできる医師」というものには本当に勇気づけられた。

現在、総合医として活動拠点「文殊の森」をつくりている。「三人寄れば文殊の知恵」からとったが、協会の「医療人、住民、行政が三位一体となって」ということも関係している。ここを拠点に地域医療教育、健康活動、文化活動などをやっている。この学会で市立奈良病院の西尾博至先生が「ミッション、ビジョン、バリュー」の話をされたことをきっかけにこのような活動を目指した次第である。主たる活動としては、施設外周の遊歩道を利用した「文殊の森リレーマラソン」、子どもたちに生で弦楽器を聞かせたいということで自治医大オーケストラの有志に来てもらっての「文殊の森音楽会」がある。さらに月に1回「文殊の森通信」を発行している。

招聘講演

座長 東通地域医療センター 管理者 川原田 恒

新型コロナ これまでとこれから

公益社団法人結核予防会(JATA) 理事長 尾身 茂

我が国の対策の特徴

パンデミックの対応戦略は、世界的にみるとA封じ込め(Containment), B感染抑制(Suppression), C被害抑制(Mitigation)の3つの大きな方向が世の中にある。基本的に中国はAを選び、スウェーデンはCを冒頭からやった。日本の場合は当初から感染者数を一定程度抑制して死亡者数をなるべく減らすBの戦略をとってきた。つまりAとCの間で試行錯誤を繰り返してきたということだ。今は全世界的にCの方にいっており、日本も徐々にCに向かっている。

日本においてはクラスターがひとつのキーワードになった。ほとんどの感染症においては1人の感染者が他の人に感染させる割合は平均している。ところが新型コロナウイルスは感染した5人のうち他の人に二次感染をさせるのは1人だけである。この1人がたまたま人の集う場所に行ってクラスター感染が発生、そしてクラスターの連鎖が起きることがこの病気の特徴である。したがって一人ひとりの感染を追っても効率が悪いので、クラスターをどう対処するかが今回の目玉だった。

日本も他国同様に前向き(Prospective)の接触者調査を行った。これは濃厚接触者が何か症状を起こすかを調べていく方法だが、効率が非常に悪く感染レベルが上がるととてもできない。そこでさかのぼり(Retrospective)接触者調査を行った。これは感染者の過去の行動を調査して共通の行動要素を見つけるもので、おそらく世界でも日本と2,3の国しかやっていない。この方法をとることでどうしたら感染がしやすいかが分かって「3密」という概念が

出てきた。今ではその「3密」がWHOなどでも認められ、「3Cs」として訳されて世界に普及している。

最初の頃はクラスター対策が非常に有効で、日本の場合は他国に比べて流行の立ち上がりが非常にゆるやかだった。また、日本は過去のSARSやMARSで台湾や韓国、シンガポールに比べあまり痛い目に合わず、さらに新型コロナウイルス感染症発生当初に政権交代が何度も起き記憶が持続しなかった。つまり今回の新型コロナウイルス感染症は日本においてはハンディキャップを背負って始まった戦いだった。PCR検査も、当初から韓国やシンガポールは現在の日本の検査数ぐらい可能だった。それで日本は後ろ向きの検査を行った。感染レベルが低い時にはこれはかなり有効であったが、感染レベルがあがってしまうととても無理ということでやらない。やらなくなると感染が広がるということで、重点措置と緊急事態宣言を何度も繰り返して行ってきたのが日本の特徴である。

日本の検査キャパシティは当初から少なかつたし、検査数をもっと充実させなくてはならないのは事実。しかしもう一方で、日本の検査数は絶対数では明らかに少ないが、端的に見れば1人の死亡者数を見つけるために行った検査数については、感染レベルを考慮すると他国とはほぼ同等であることは知っておくべきだと思う。

検査については、一方では全員検査すべき、もう一方ではキャパシティの限界を考え戦略的な検査をやる必要がある、と国論が2分した。



特集

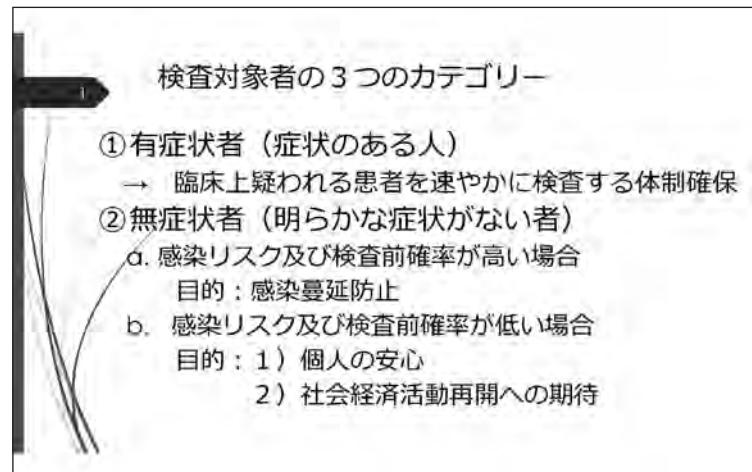


図1 検査対象者の3つのカテゴリー

そこで2020年7月、専門家会議ではかなりの議論を経て検査対象者の3つのカテゴリー分けを提言した(図1)。有症状者は議論の余地はなく、むしろ議論が分かれたのは無症状者をどう扱うかということだった。我々は無症状者をa(感染リスクおよび検査前確率が高い場合)とb(感染リスクおよび検査前確率が低い場合)の2つのカテゴリーに分けた。検査費用について、aは濃厚接触者や夜の街で働く方などが該当し感染拡大防止に一定程度効果があることが分かっているため公費、bは個人の安全と社会経済を動かす目的で直接的に感染防止には結び付かないでの自費、という敷居を設けた。ただ、これは2年前のことであり、だんだん検査キャパシティが増えているので、なるべくbも公費でやればよいのではという考えを私は持っている。

重要なデータ

新型コロナウイルス感染症に関するデータは数多くあるが、今回は重要なものだけお見せる。まずは検査キャパシティのデータである(図2)。最初の頃はゼロだったが、国が厚生労働省を中心に短期間に努力してくれたと思うし、高く評価したい。検査を増やすには、民間企業、自治体、保健所、医療機関、医師会との関係や、クオリティコントロールの問題などがあり、簡単ではない。一方、ワクチン接種も日本は遅れて始まったが、当時の首相を中心に絶対に早くキャッチアップするという強い意志で

やったので今や日本のワクチン接種率はほぼ世界で1位である。このようにワクチンと同じく検査に関しても政府の中でしっかりと担当大臣を決めてもらえていたら、もう少し早くできたのではないか。これは次回のパンデミックに備えるひとつの教訓だと思う。

各国のワクチン接種率の推移と死亡者数を表したデータを見ると、2回接種、3回接種のワクチン接種率はどの国もさほど差はない。ただ、当初かなり強いコントロールを行っていたオーストラリアやニュージーランド、台湾はほとんど死亡者がいなかった。それに比べ日本は柔軟な方法をとっていたため、第1波、第2波と死亡者が出ている。ところが、オーストラリアは最近になってマスクもなし、何もしないというように社会を変えたら、死者が急増。社会経済活動を急激に変えたニュージーランドや韓国も然りである。かつて優等生だった台湾や香港も死者が急激に増えている。ワクチンの接種率はほぼ一緒であるのにもかかわらず、なぜこのようなことが今起きているのか。他国を見たとき、日本では一体これから何が懸念されるのであろうか。

私は今の日本の状況を「感染が安定化してしまっている」と捉えている。ゼロになることはなく、一部の人で感染が維持されていることは間違いない。現在、検査数が少なくなっているのはキャパシティが低いのではなく、若い人が検査をしないことによると思う。その中で時々

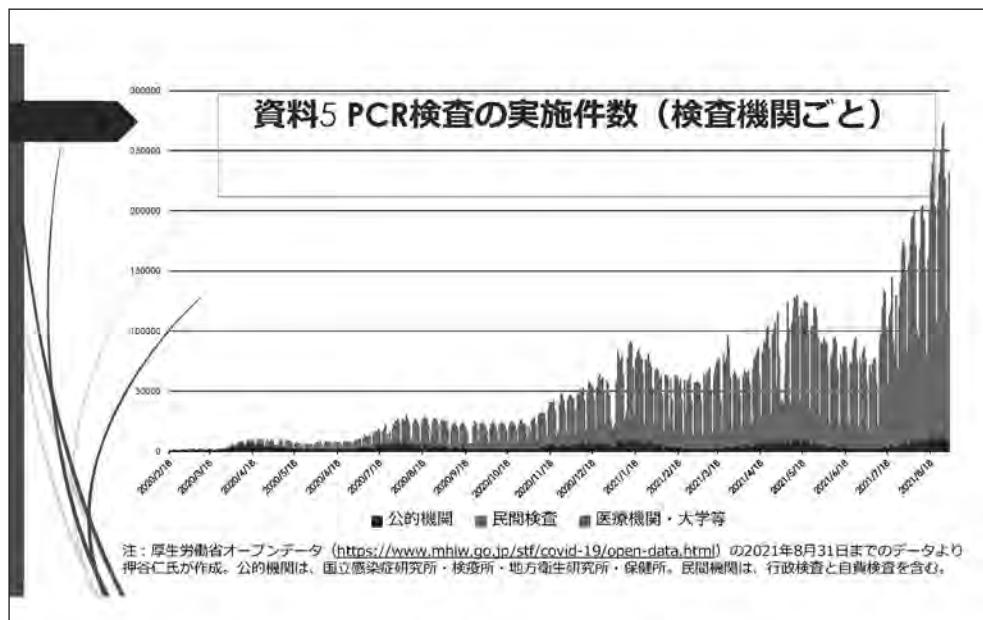


図2 PCR検査の実施件数

高齢者施設のクラスターなどが起きている。社会経済をまわして、徐々に感染者数が下がり普通のインフルエンザのようになっていく、誰もがそういう期待を抱いていると思うが、リアリティを忘れるは失敗する。

日本の特徴と今後の方向性

忘れてはいけないリアリティを挙げる。まず、6月は人の動きが最も少ない時であるが、梅雨が明け、夏休みやお盆がくると人流や接触が増加する、これが1つの要素。2つ目の要素はBA.5という感染力の強い新たな亜種。そして、日本の対策の進め方であろう。

日本が人口10万人当たりの死亡率が比較的低い理由のひとつに、市民の反応を踏まえながら濃厚接触者の隔離期間や重点措置など国が微調整を行ってきたことがあると思う。ポイントは人の流れであり、接触が増えてくると必ず感染が広がることは間違いない。実は今、ヨーロッパや韓国、台湾で死者の増加が起きているのは、解放をドラスティックにやってしまった結果である。日本の場合には夏休みの人の流れ、BA.5という要素があり、それに加えて行動の解放を急速に全部やってしまうと他国と同じことになる。

今は致死率が低いから行動を解放してもいいのではないかという意見がある。ここまでは、感染者数が多いから致死率が低いということを理解しておいた方がいい。感染者が増えてしまうと致死率が低くても絶対数は増える。残念ながら第7波のようなことが起きたとする。多くの高齢者は3回ワクチンを打っているから死者はそれほど出ないのではないかという声もある。しかし、介護施設にいるのは体が元々脆弱な高齢者である。この人たちが感染すると、たとえコロナウイルスによる肺炎は起こさなくても、感染自体で重篤な状態になってしまう。そう考えると、高齢者施設をどうやって守るかが勝負になる。

緊急事態宣言に関しては、少し遅れたこともあった。これは国と自治体の役割分担がはっきりしていなかったことがあったと思う。かなり早くに策を打った時には感染の山は低くなっていることを考えると、国の判断の時期は非常に重要である。

行動変容の決定要因に関する分析例のデータでは、日本人のひとつの特徴にマスコミの情報効果による行動変容が挙げられる(図3)。マスコミで感染者数と死者数が公表されるが、緊急事態宣言が出る前からすでに効果をあらわ

特集

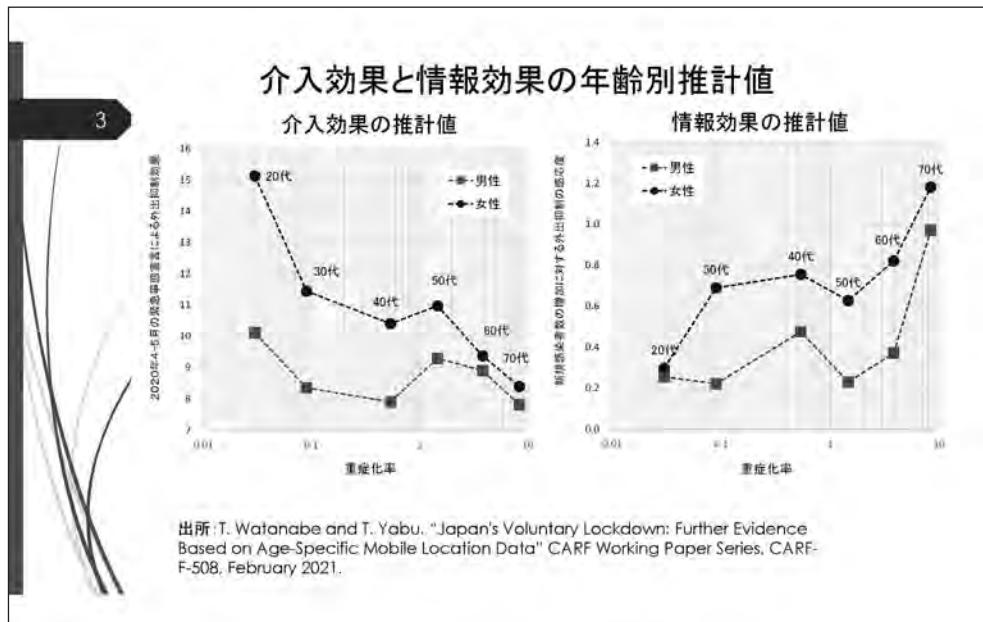


図3 介入効果と情報効果の年齢別推計値

し、行動変容が始まっている。これを年齢や男女で比べると、緊急事態宣言に代表される介入効果は若い人に現れている。それに対し高齢者は、病気になると危ないことが分かっているから、介入よりも情報を先取りして動いていることが分かる。逆に情報効果は若い人にはあまりない。また、男女別でみると女性の方がより慎重であることが分かる。

今、若い女性がかなり感染しており、一部のデータでは女性の方が感染者数の多い県もある。はっきりしたエビデンスではないが、私は、女性では非正規で働く人が多く、そうした人は小さい会社も多いためなかなかリモートワークでなく出社せざるを得ないことに起因することもあるのではと考えている。言ってみれば社会全体、経済の動きが感染のジェンダーにも影響する、という興味深いことも考えられる。

OECD諸国の人10万人あたりの感染者数・死者数をみると、現時点では日本は人口10万人当たりの新規感染者数は下から2番目、死者数は一番下と、OECDの中では世界1位のところまできている。2009年の新型インフルエンザ流行の時にも同じことが起きており、人口10万

人当たりの死者は日本が圧倒的に少なかつた。日本にとって新型コロナウイルス感染症の場合は先に述べたようにハンディキャップを背負った戦いではあるが、国の微調整、医療関係者や保健所の献身的な努力、そしてやはり国民の健康意識が反映されていると思う。

~~~~~

講演後に、質疑応答があった。フロアからは「検証会議の中で最終的に日本版CDCをつくる」という話が出ているが、本当に価値があるのか」「ワクチンの優先順位で、高齢者施設の職員や入所者を第一に守るべきではなかったのかと今も引っかかっているが、このあたりは何か議論が出たか」「今後感染症対策の中での保健所は地域の司令塔としてどのようにあるべきか」という質問が寄せられ、尾身先生からは他国のCDCの形態の説明と日本版CDCの在り方の提言、高齢者施設におけるワクチン接種と施設への介入について、地方自治の現状と葛藤についてなどの話がなされた。

## メインシンポジウム

# 繋がる記憶, 広がる学び ～震災・コロナを越えて～

座長：東通地域医療センター 管理者 川原田 恒

北海道立羽幌病院 病院長 阿部昌彦

**川原田 恒(座長)** 11年前にわれわれは未曾有の東日本大震災を経験した。その混乱の中で、地域医療振興協会の会員・職員、そして自治医科大学の卒業生が地域住民の安心、安全のために全力で対応したことはまだ記憶に新しい。そのような中、今度はコロナのパンデミックに襲われたのである。この2つの経験から、私たちは多くのことを学べるのではないかと考え、今学会のテーマとした。

## 震災の記憶と学び

岩手県立中部病院 病院長 吉田 徹

本シンポジウムの最初の演者として、東日本大震災の急性期の振り返りと、震災での課題がどのように検討されて現時点でのようになっているかを報告するとともに、今回のコロナ感染の蔓延に対してその経験がどのように活かされたかを、岩手県の経験をもとに発表する。

東日本大震災は、マグニチュード9の本震が起こったあと、約40分の間に関東大震災レベルの余震が3回あり甚大な被害を受けた。図1は沿岸に立地している岩手県の県立病院のリストである。

山田病院、大槌病院、高田病院の機能が全壊した。海拔・距離共に近い病院が被害を受けており久慈病院は、現在の立地条件でも危険な位置にある。

高田病院は、5階の建物の3階まで浸水して、それ以下の病院構造は全て破壊され、入院患者15名、職員9名の命が奪われた。大槌病院は3階建ての2階まで浸水し、3階にはがれきが直撃するという状況になったが、職員が迅速に入院患者(53名)の避難を行って、死者は出なかった。

私が震災時に勤務していた釜石病院は、直接の津波被害は受けなかったが、耐震構造の補強工事直前の被災で、約9割の病床が使えない状況になっ



た。当時、釜石病院には、1期生の遠藤秀彦先生はじめ5名の自治医大卒業生が勤務していた。釜石病院は、施設老朽化に伴う耐震不備との診断を受けており倒壊の危険性があるため、直ちに立ち上げられた災害対策本部の指示の元に入院患者すべてを院外に誘導し、45分間で院外への避難が終了し入院患者に被害はなかった。岩手県は9つの医療圏に20の県立病院が配置されており、定期的な人事異動、研修会、学会の開催によって、日常的に強固なネットワークが形成されている。県の災害対策本部との連絡が取れないという状況であったため、被災翌日からこのネットワークを駆使して、沿岸地域から内陸に患者を搬送した。これは肋骨支援・搬送と呼ばれ、その形式は全国的にも高い評価を受けている。

特集



図1 太平洋沿岸部の県立病院

釜石には避難所が20以上設置され、医師、看護師、薬剤師等の巡回チームに臨床心理士が同行した。被災者だけでなく、被災を受けた病院職員も臨床心理士の面談を受け、これは現在も継続している。

震災後に課題としてあげられたことを、図2に示した。

震災時に遮断された沿岸の交通網については、昨年12月に八戸・仙台間の復興道路が全線開通し、津波被害を受けないルートに建設された。既存の内陸高速道路とも繋がり、内陸とのアクセスは格段に改善し、日常的に行われている沿岸への診療応援に福音をもたらしている。

一方、時間地図の短縮は今後の医療集約化を考える上で大きな要素になっている。

被災した3病院の再編も完了した。大槌病院は震災から5年2カ月で高台に移転、山田病院はその4カ月後、高田病院は震災から約7年を要したが50床の規模で完成した。

情報ネットワークに関しては、震災後に20の県立病院の全ての電子カルテ化が完了し、20の県立病院の診療情報のバックアップと共有が2019年に実現した。これによって、県立病院を受診した患者さんの検査データと画像、退院サマリー等の書類が時系列で参照できるようになった。これは災害時を想定したバックアップと共有であったが、今回のコロナ症例への対応でも非常に有用なツールとして活躍している。一方、震災後に沿岸の4地域に、2018年には内陸にも、医療情報ネットワークが構築された。地域によってはこの有効利用に関して温度差のあるところもあるが、地域包括ケアの推進に非常に重要なツールなので、病院、医療、介護、福祉に関わる多くのスタッフで共有して、全国的に広めていくことが今後の課題と言える。

続いて、コロナ禍への対応についても報告したい。

岩手県は、図3のように感染症病棟、結核病棟を持つ病院が配置されており、この他にコロナ協力医療施設が33、総計770床のベッドが確保されている。

### 震災後に課題としてあげられた事

- ✓ 情報伝達手段の整備
- ✓ インフラ確保：電気・水・ガス
- ✓ 病院建設：立地条件・建築構造（耐震・免震）
- ✓ 診療データのバックアップ
- ✓ スタッフ・地域住民の教育

図2 震災後に課題としてあげられた事

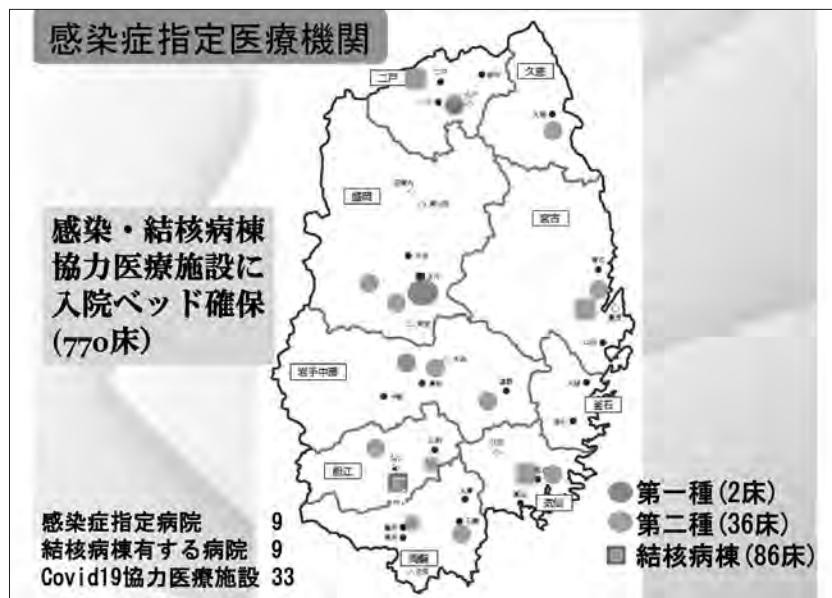


図3 感染症指定医療機関

入院等搬送調整班を、岩手医大の災害医学講座の教授をトップとして、県立病院の救急スタッフ、透析、妊産婦、小児、精神、各領域の医師、保健所の職員で組織して、入院調整困難症例に介入し、専門医からのアドバイスを受け、ECMO適応の選定を行った。宿泊療養施設は盛岡に3、沿岸に1を確保し、沿岸南部で多発時には高田病院(50床)をCOVID-19病院へ転換した。県立病院の感染病棟の入院状況を共有するデータベースも作成し、どの病院で何人が入院しているかをリアルタイムでチェックできるシステムとした。

今後の課題としては、被災地域の交通網・各種ハード整備に伴う患者の受療行動の変化に合わせた新しい医療圏等の構築の検討が必要と思われる。また、県立病院の情報ネットワークは実現したが、その他の病院とのネットワークを構築するためには、電子カルテの標準化が必須で、プラットフォームの早急な確立が期待される。

そしてコロナ禍においても県立病院間の連携力が発揮されたと思っているが、今後、さらに連携を進めていくうえで、各職種の繋がり、人の繋がりが一番大きいことを再認識した。

## 特集

### COVID-19診療の地域連携から学ぶ

南房総市立富山国保病院 病院長 鈴木孝徳

南房総市立富山国保病院は自然環境の良い山間部に、今から三十数年前に新築された。当時は医師が1人しかいない時期もあったが、現在は常勤医3名、看護師24名、病棟機能は地域包括ケア病床が47床で、感染病床が4床ある。

当院が属している安房医療圏は、千葉県の房

総半島の南部で、人口は12万人、高齢化率は40%で、年々人口減少の一途にある。千葉県民600万人のうち安房はその2%，東京に近い千葉県北部に



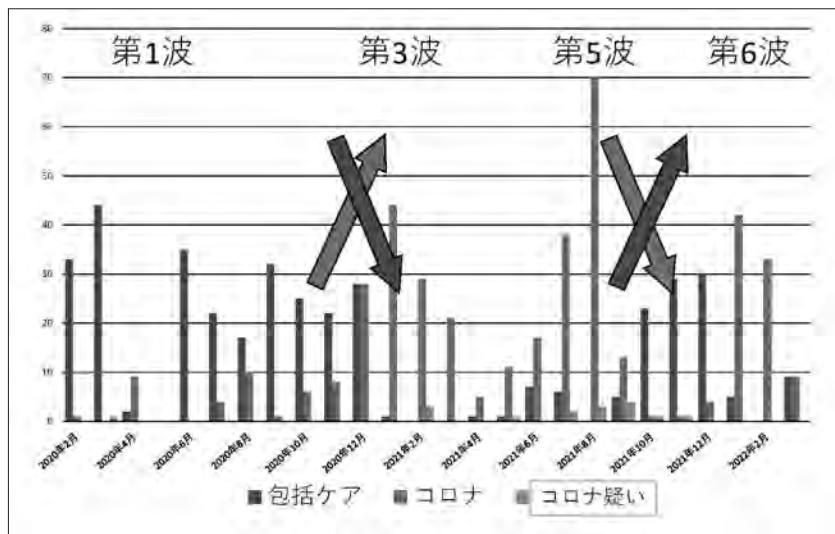


図1 新規入院患者数(月別) (2020年3月～2022年3月)

人口が集中しており、コロナ患者も人口に比例して、当地区では1%，北部に約7割の患者が確認された。

このような地域にあって、人口減少、患者減少、経営難であった当院は、地域医療構想を受けて、急性期、慢性期の病床をどうするかということを模索し、安房地域医療センターと地域医療連携推進法人を設立して、地域包括ケア病床47床に転換し、2019年5月に再スタートした。

その1年後、2020年3月に首都圏でコロナ患者が急増したのである。3月30日に安房保健所、市町村長、安房医師会でこれから医療の提供体制を話し合う会議が開催された。そこで地域での役割分担が決まり、軽症はまず当院が、重症は亀田総合病院が担当。当院には感染症病床は4床しかなかったため、一般患者を退院させてコロナ専用病院にする。安房医師会が全面的に協力して転院は引き受けた。救急医療については安房地域医療センターを中心になって診る。鴨川市立国保病院と国保鋸南病院も協力する。以上の方針のもと、南房総市長が「公立病院の使命である」と表明し、当地域での医療提供体制の枠組みが決定した。

そして2020年4月、千葉県でコロナ患者が急増したため、4月6日、コロナ病棟開設を決定。一般入院患者全員の退院調整をして、4月7日、亀田総合病院の感染症専門医と看護師の指導の

もと、一般病棟をコロナ病棟に転換するためのゾーニング、感染対策をした。社会にはまだコロナへの偏見のようなものがあったため、南房総市長が地域住民説明会を開いて、コロナ受け入れ病院になる了解を得た。そして4月8日、午前中に全ての患者が退院して、コロナ専用病棟24床を開設し、午後から軽症者の受け入れを開始した。

当時はコロナというものの自体がよく分かっていなかったため、全職員が試行錯誤しながら患者に対応した。看護師が最前線に立ち、そのお陰で病棟の運営ができたと思っている。

月別の新規入院患者数を図1に示した。

6月以降はコロナと一般入院の両立を目指して、コロナが増えてきたら一般を減らし、コロナが減ってきたら一般を始めるといった調整をしながら病棟運営を行った。

2021年8月の第5波では自宅療養患者が急激に増えた。保健所が健康観察をする中で、具合が悪い、発熱が続いているがらない、酸素が低下してきた、ご飯が食べられない、あるいは非常に不安が強いという患者の紹介を受け、コロナ外来を開設し、約50人が受診した。一般外来、発熱外来、コロナ外来の3つの入口と動線、時間帯を分けて対応するようにした。レムデシビルや抗体治療薬が適応になるような患者についても保健所からの紹介を受けて治療にあたった。

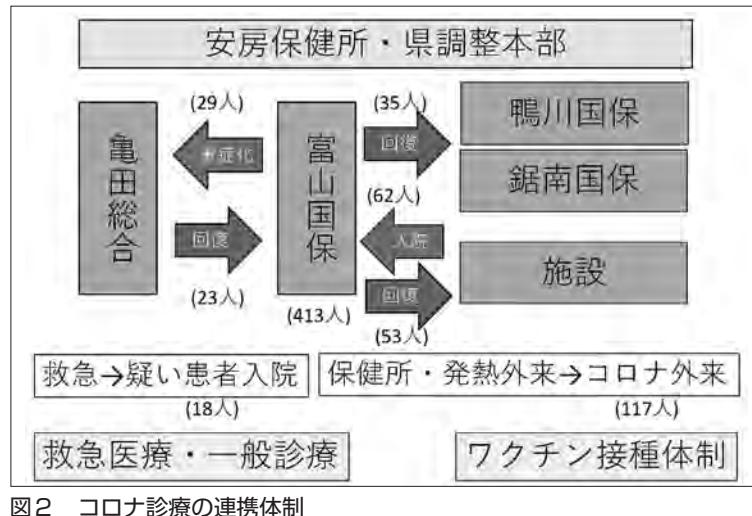


図2 コロナ診療の連携体制

入院患者は80代、90代の介護が必要な方が多く、基礎疾患や合併症、心不全、腎不全、糖尿病の悪化に対する一般的な治療を並行して行う必要がある例が多かった。在院日数は大体6～10日であり、これは当院で隔離期間が過ぎたあと、早いタイミングで回復期施設に受け入れてもらえたことが大きい。それによって病棟の回転率も早く、多くの患者さんを診ることにつながったと思っている。

図2は、コロナ診療の連携体制である。

2020年4月から2022年3月までの2年間で、当院への入院患者413人のうち、重症化して亀田総合病院に転院29人、亀田総合病院で軽症化して当院へ転院23人、当院で治療を終え回復期病院への転院35人、介護施設からの入院62人、介護施設への退院53人であった。このような病院間の連携ができていたことによって、当院が安心してコロナ患者を受け入れられたと言えよう。ワクチン接種についても、行政と医師会が頻繁にワクチン会議を開いて、地域の接種体制を構築した。また安房地域では、10年前からAI

ネット(安房いすみ地域連携ネットワーク)という感染対策合同カンファレンスが亀田総合病院の主催で年4回行われており、各病院から医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師が参加していた。こういった日頃からの連携が感染対策や医療連携に多大な貢献をしていると思う。

今、人口の減少する地方で、持続可能な地域医療を提供するためにはどう対応していくかということが課題になっている。当院にとってもコロナと一般診療との両立、診療報酬改定への対応、あるいは医師の働き方改革といった問題の中で、再編・連携、そして非常時の対応も含め、地域でまた検討していく必要があるのではないかと考えている。

医療体制の地域での合意形成が行われたことで、役割分担と連携ができた。そして医療資源が少ない中での連携が地域の資源を生かすことに繋がるということを、今回のコロナ診療で学んだ。この経験をまた今後の地域医療に生かしていきたいと考えている。

## 特集

## 在宅でのコロナ患者治療から学ぶ

社会医療法人関愛会 江別訪問診療所 所長 日下勝博

私は札幌市に隣接する江別市で、在宅診療専門の診療所を経営している。その中で、昨年から新型コロナウイルスの感染者・患者の往診、電話診察に対応したので報告する。

私は北海道出身で平成14年に自治医科大学を卒業後は札幌に戻り、札幌医科大学の総合診療医学講座に入局して道内の医療機関を回ったあと、3年前に開設した訪問診療専門クリニックで仕事をしている。訪問範囲は、江別、厚別、当別、南幌、新篠津など札幌近郊の在宅医療過疎地を対象として、個人宅で重症患者を中心に月に320人の患者を診療している。スタッフは、常勤医師4名、非常勤医師2名、札幌医大から後期研修医2名、看護師16名の体制である。

そんな中、保健所からの依頼で新型コロナウイルス感染者への往診を行うことになった。通常の在宅医療とは異なった準備、医療材料、生活資材などロジスティクスの確立や保健所、基幹病院、地域医療機関との緊密な連携が重要であった。またそうしたプロジェクトを推進するためには緊急時のリーダーとしての総合医が必要で、それが自治医大卒業生の役割ではないかと改めて感じる機会となった。その実際について紹介する。

第4波で患者数が急増した際に、札幌、石狩

管内で入院できない人が多くなり、保健所から往診依頼があった。通常であれば訪問診療は16km圏内を対象にすることになっているが、毎日30km以上、高速道路を利用して石狩地域の往診も行った。

患者の発生を保健所が把握し、病態が悪化して診察が必要になると当診療所に連絡が来て電話診察や往診をし、薬は処方箋を薬局に送ってそこから届けるという形をとった。

江別市保健所から石狩への往診の依頼が最初にあったのが、2021年5月。保健所にDMAT事務局から医師が派遣され、その医師を司令塔として、防護服、酸素濃縮器など医療材料の供給は保健所からの支援があり、当院を拠点としたスムーズな緊急往診体制が確立できた。軽症・中等症Ⅰは電話診察を主体として対症療法で経過観察とし、中等症Ⅱ( $\text{SpO}_2 \leq 93\%$ )は往診して、酸素投与、デカドロン6mg投与、必要に応じて抗菌薬・補液・抗凝固薬を投与した。入院までの間隔が主な役割で、ほとんどが数日のフォローで、順次、病棟が空き次第入院してもらった。往診のデータは図1の通りである。

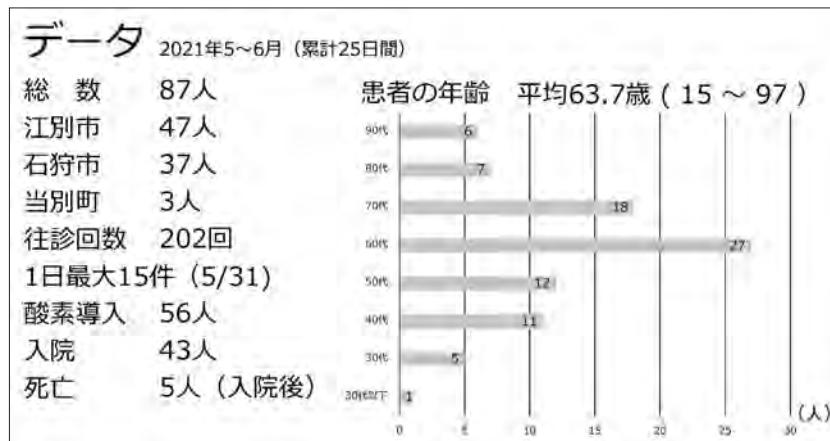


図1 往診データ

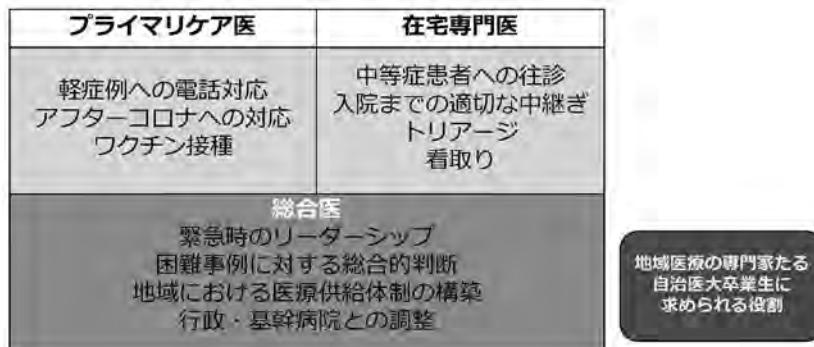


図2 求められる役割の違い

オミクロン株変異後の最近の動向としては、軽症患者の割合が激増したため、往診の要請は激減し、ほとんどが電話診察となった。さらに患者増で当院だけでは電話診察が間に合わず、医師会と協力して対応マニュアルを作成、配布し、対応可能な医療機関を増やすことに成功した。

在宅におけるコロナ診療の問題として、介護力不足(老人世帯)、生活物資の不足、過酷な環境(酷暑、ゴミ屋敷)、一般的なクリニックにはハードルが高い(感染リスク、人的・物的コストの問題)、かかりつけ医が機能しない(施設の問題)などが挙げられ、往診は決してベストな選択とは言えないと考えている。時によりシビアな決断、トリアージが求められるだろう。

今回のコロナ診療の経験から地域における総合医の役割が重要であることを改めて感じた。つまり、コロナ診療に携わるプライマリ・ケア医にはいくつか役割があって、一般的のクリニックの役割は軽症例の電話対応やワクチン接種など、在宅専門医の役割は中等症患者への往診、入院までの適切な中継ぎ、トリアージ、看取りなど。そしてどちらのセッティングであっても良いが、地域の総合医が、緊急時にリーダーシップをとって、困難事例に対する総合的判断、地域における医療供給体制の構築、行政・基幹病院との調整を行う必要がある。それはまさに地域の専門家であるわれわれ自治医大卒業生の役割なのではないかと考えている(図2)。

## 特集

## 自治医科大学における学生教育

自治医科大学 医学教育センター センター長 岡崎仁昭

今日は自治医科大学のカリキュラムの概要、特に特徴である生命科学(水平統合)とFree course-student doctor制度、新しい評価法(multi-media adapted CBT)、メディア教育(Moodle)、医師国家試験のCBT化について紹介する。

自治医大の特徴的なカリキュラムが卒業生の動向に影響しているのか、ということが重要だと考え、地域枠および自治医大出身医師の進路に関するコホート研究を、広島大学の松本正俊

先生と自治医大の松山泰先生が中心になって実施し、最近パブリッシュされたデータがあるのでまず紹介したい。

卒後1~5年で地域枠および自治医大の医師2,454名とそれ以外の医師をコホートデータとする、アウトカムの1つは医師国家試験の合格率であるが、自治医大は10年連続1位を取っているが、地域枠の学生も全体



- ・導入教育を初めとした段階的な人間教育を導入した。
- ・協働学習を導入し、学びやすいカリキュラム編成とした。
- ・臨床実習は80週(最大84週)、BSLのみ74週(最大78週)まで延長した。
- ・コモンディジーズを診る機会と実践的な実習のため院外実習を拡充した。
- ・フリーコーススチュードントドクターなどの選択科目を充実した。
- ・地域医療学を全学的に体系化し、地域医療教育を充実させた。
- ・アウトカム基盤型教育としてBSLの到達目標を明示し、総合判定試験およびPost-CC OSCEを卒業要件として導入した。
- ・教務委員会のカリキュラム部会、カリキュラム評価部会、BSL連絡協議会、医学教育センターのカリキュラム連絡協議会などを定期的に開催し、カリキュラム改善のPDCAサイクルを実施。

図1 カリキュラムの構成

と比べるとよい結果だった。義務の遵守率の推移であるが、卒後の勤務地を見ると卒後1年目、2年目は地域枠の卒業生と自治医大の卒業生に大差はないが、卒後3～5年目になると自治医大卒業生は圧倒的にへき地に勤務している確率が高い。この研究結果から医師国家試験合格率、卒後5年時点での義務遵守率、いずれの指標に関しても自治医大はトップであった。このようなスタディは今後も継続していくので、地域枠との差別化を含めて自治医大としては頑張っていきたいと考えている。

自治医大の新規臨床教育システムの改善で非常に大きかったのは、文部科学省(2012年～2016年度)の「基礎・臨床を両輪としたグローバルな医師養成推進委員会」によって、「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」について自治医大が採択されたことである。

医学教育センターは、専任教員3名(教授、学内教授、准教授各1名)、兼任教員13名、事務職員3名という陣営で、教務委員会と連携をとり、学習支援部会、医学部FD部会、医学生とのカリキュラム連絡協議会、横断的な科目の責任講座、試験評価部門などの役割を担っている。

自治医大のカリキュラムでは、1年次の最初に物理、化学、生物を水平的に統合した生命科学という科目を置いて、医学分野のコアとなる内容を段階的に繰り返し学べるように設定している。演習の半数以上は臨床の教諭が担当し、

実習はコアなものに特化している。他大学の医学部では4年の夏休みか4年終了時に共用試験を実施しているが、自治医大では3年生の最後に実施し、4年、5年、6年の夏休みまで約80週の臨床実習ができるようにしている。臨床実習は都道府県拠点病院を含めて全科ローテーションである。

総合判定試験は5年、6年だけでなく4年生にも課している。これも自治医大の特徴だと思う。そしてさらに特徴的なのはFree course-student doctor制度である。5年と6年において、共通の総合判定試験を行っているが、5年次の総合判定試験で国家試験に合格できるレベルの成績上位者10名ほどを対象に、6年生の6月から11月の間、各科の授業と卒業試験を免除して、基礎/臨床、学内外、国内外を問わず希望する実習や研究をする機会を与えるというものである。図1に自治医大のカリキュラム構成をまとめた。

次に、10年以上前から導入してきた評価法、multi-media adapted CBTについて紹介する。紙ベースではなくコンピュータによって音声や動画を用いて、実地臨床に則した試験を課すというので、例えば聴診所見や徒手筋力テスト、また内視鏡の写真を見せて病変部位を問うなど、新しい評価法を4年次の総合判定試験で実施している。これは実習をしていれば簡単だが、座学では難しい試験と言える。総合判定試験の結果は学生に対して、解答、解説を必ずフィードバックし、徹底的にブラッシュアップしている。

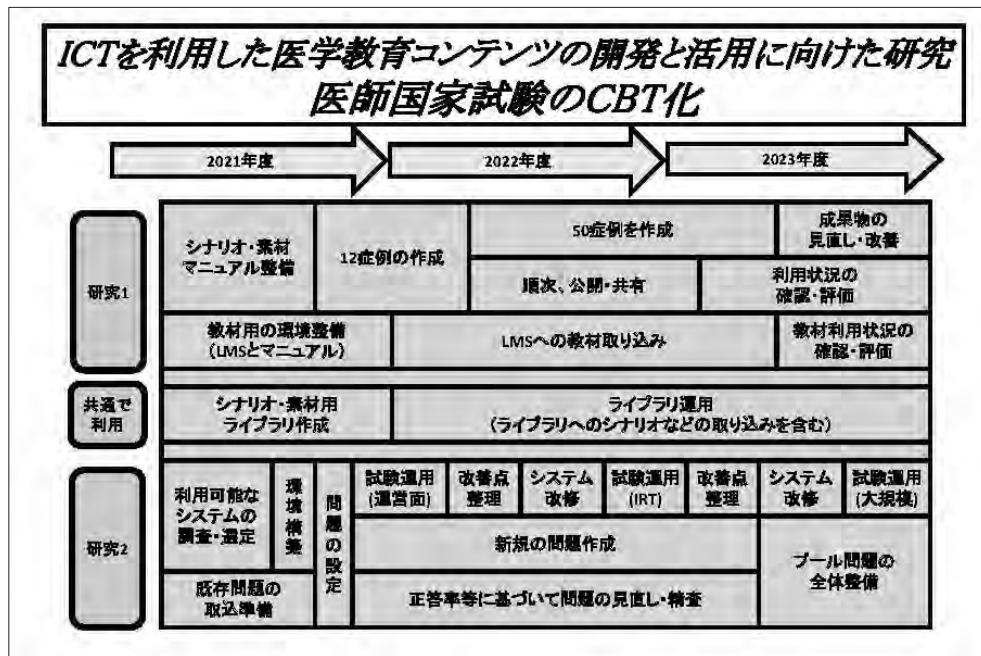


図2 ICTを利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究  
医師国家試験のCBT化

自治医大の医師国家試験合格率が10年連続第1位というのは、こういった全学的な取り組みの成果であることを強調したいと思う。また、実際の学生教育だけではなく、全寮制であることを活かし1年次からグループで協働して学ぶ「協勉」を推進していること、学生生活支援センターが学生の悩み相談を受けて支援していること、なども大きいと考えている。

次に自治医大のメディア教育について紹介したい。自治医大では文部科学省の助成金や厚生労働省科研費の申請が通っていたので本格的にMoodleの運用を始めていた。Moodleはオーストラリアで開発されたラーニングマネージメントシステムの一種で、非常に使い勝手がよく、資料の掲載、小テスト、計算、アンケート、レポートなど、さまざまな機能がある。自治医大ではコロナ禍拡大への対策として学生を全員出身県に戻した後、授業・実習をMoodleによるオンデマンド形式で実施する方針とした。eラーニング用の教材などすでにあり、実習もマルチメディアと組み合わせた教材を用いることで、仮想臨床実習として体験・学習が可能である。学習支援については自己学習用教材をMoodleにアップして対面補講の代替とした。

オンデマンド授業の拡大により、前年度と比べて利用ログが大幅に増加した。現在もハイブリッドで使用が進められている。

Moodleでは学生に課題を与え、提出された解答に対して、解説やときには励ましのコメントなどを加えて必ず一人ひとりの学生にフィードバックした。このフィードバックが非常に大事だと考えている。

最後に、医師国家試験のCBT化について簡単に説明する。今回のコロナ感染症で、医療系の国家試験、一堂に会する大規模試験の危険性が問われた。一方、現状の医師国家試験の問題点として下記が指摘される。

- ・医師国家試験問題が開示され、開示した問題は使えないということで、問題が使い捨てになっていて、質の高い問題が揃えられない。
- ・そのため、毎年問題の難易度が変わり、それを調整するために必須問題以外は合格率を90%前後にする相対評価が導入されている。そのために毎年約10%の受験生が不合格となるために競争試験になってしまっている。
- ・マークシート方式の紙ベースであるため、臨床推論を問う問題の作成が困難である。音声、動画などをを使った問題が出題できないなどの

制限がある。

そこで、われわれは医師国家試験のCBT化を提案し、すでに昨年トライアル試験を実施している。(図2)

結びとして、NHK連続テレビ小説カムカムエヴリバディ 伴虚無藏の名言「日々鍛錬し、いつ来るともわからぬ機会に備えよ」という言葉で、私の話を締めたいと思う。

## ディスカッション

**阿部昌彦(座長)** 最後に一人ひとりから、震災、コロナを経験されて、フロアの参加者にメッセージをお願いしたい。

**吉田** 震災の経験から、医療情報ネットワークの統合が進んでいるが、医療、介護、福祉の多職種の繋がりができていないとネットワークが機能しないので、そこを意識しながらやってほしい。

**鈴木** 今回、コロナでは、私たちは小さな、非力な病院ではあるが、いろいろな方々の協力を得て、地域の課題に取り組むことができたと思う。これからも地域医療でいろいろな状況が出てくると思うので、地域の皆さんと一緒に今回の経験を活かすことができたらと思っている。

**阿部** コロナでは、特に保健所の活躍があった。けれども保健所と医療との連携というのは、なかなか難しかった時期もあるかと思うが、なにかメッセージがあるか。

**鈴木** 安房地域では、安房保健所が地域のコロナ患者の発生動向や地域の状況をよく把握し、クラスター対策についても、医療機関に対して的確な要請をしてくれた。地域全体を保健所が守るという働きをしっかりとしてくれて、保健所と医療の連携がうまくいったと思っている。

**日下** コロナに限らず、これから人口が減少して高齢化が進んでいく地域社会の中で、病院の入院機能だけでは対応が難しくなってくるので、「在宅医療」というのはひとつの新たなツールなのではないかと改めて考えている。

**岡崎** メディア授業に関して最も大事なことは、優秀なコンテンツをつくることではなく、学生、受講生に対するフィードバックで、いかに効率的にフィードバックするか、これに尽きると思っている。教育に、ショートカットはなく、通年の努力が必要であるということを強調したい。

## シンポジウム

## 今、地域医療学を考える

座長：地域医療振興協会 地域医療研究所長 山田隆司  
六ヶ所村医療センター 管理者 松岡史彦

**山田隆司（座長）** 本日のシンポジウムに「今、地域医療学を考える」というテーマを掲げたのは、これまで多くの自治医科大学卒業生がいろいろな現場で経験をし、地域の総合医として育ってきた中で、地域医療に関する叡智を、「地域医療学」という学問として集大成できなかっただけと考えた故である。もちろんそれはまだ夢のような話ではあるが、この学会をひとつきっかけとできたらと考えている。

本シンポジウムは、秋田県大館市立扇田病院が現在困難な状況の渦中にいるということを受け、課題の解決に向けてみんなで議論することを主眼とした。最初に扇田病院院長の大本直樹先生からその実態を伝えていただき、続くシンポジストの城西大学 伊関友伸先生、産業医科大学 松田晋哉先生からは研究者の立場でこの事例について分析して考察をしていただく。そして最後に私の方から、地域医療振興協会がこれまで関わった同じような地域の困難事例を例に挙げながら、協会の活動について紹介したい。

## 特集

## 扇田病院問題から人口減少社会の地域医療を考える

大館市立扇田病院 院長 大本直樹

現在、秋田県大館市の医療が大きな地域問題になっている。大館市立扇田病院を今後どうするかを市の中で議論している状況であり、その当事者として私も非常に苦労しているところなので、この問題を皆さんに提示して意見を聞きたいと思う。

扇田病院は明治40年創立の歴史の古い病院である。私が院長になった約20年前は150床、産婦人科が看板で年間600件ぐらいの分娩数があり、当時の比内町にとっての唯一の医療機関だった。2005年、いわゆる平成の大合併により大館市と比内町、田代町の1市2町が大館市に吸収される形で合併した。大館市内には大館市立総合病院という中核病院があったため、人口8万人の自治体に市立病院が2つある状態になり、将来に向けた検討課題とされた。合併の翌年に新臨床研修制度が始まり、当院の医師が

次々に大学に引き揚げられた結果、看板の産婦人科も廃止となった。そこで高齢者を中心に据えた「総合診療」を新たな看板とし、一般病棟150床の一部42床を療養病棟に転換し、ケアミックスに移行することで生き残りを懸けてきた。2019年、厚生労働省から再編統合再検討要請病院にリストアップされたことを機に地域包括ケア病床40床を導入し、急性期から回復期に機能を変更した。

大館市とその医療の現状について説明する。大館市は、秋田、青森、岩手3県が接する地にあり、人口7.1万人、高齢化率は約40%，市の周辺部では高齢化率が50%を超え、公共交通機関のない地域も存在する。2040年の推計人口では



総人口は約20%減少するが、後期高齢者は1%しか減らず、それを支える生産年齢が39%も減少すると予想されている。医療需要は既に減少傾向にあり、2040年には20%減少する。しかし高齢者が減らないため、介護需要は同水準にとどまる予測である。

日本の医師数は、医学部の定員増などで全国的には右肩上がりに増えているが、医療資源の乏しい地域ほど医師数の増加が鈍い。診療科の偏在も非常に深刻で、秋田県内では高度医療は秋田市周辺に一極集中している。

現在の大館市の病床数を見ると、急性期は過剰で、慢性期と回復期に関しては国の必要設計よりも少なくなっている。2024年には大館市立総合病院に地域救急救命センターが開設し、現在0床の高度急性期機能が補われる予定である。

扇田病院の地域別の外来患者と入院患者のうち、旧比内町の患者は外来で5割、入院が4割で、むしろ旧大館市の患者が多い。つまり、もともとは比内町立扇田病院だったが、現在では比内地域に限局した病院ではなくなっているということである。病床利用率は80~97%と高く、高齢化の進む地域において入院需要はこれからも十分見込まれる。

経営状態については、資金不足比率が27.4%と非常に高い数字になっており、これをもって病院の維持が困難だと市当局から指摘を受けている。大館市は病院事業を連結決算としており、市からの資金は主に市立総合病院側に投入されている。現在は両病院連結での資金不足は発生していない状況であり、扇田病院単独での資金不足は問題にならないという説明を受けていた。しかし、この度の無床診療所案を説明する根拠として、突如として単独での資金不足が切り離されたのである。

総合病院との連携状況であるが、年間100件以上の転院を総合病院から受け入れており、在宅医療は右上がりに増え、在宅看取りにも対応している。

当院は2019年9月に厚生労働省が公表した424病院にリストアップされたが、同年12月に市長は「扇田病院は地域に愛された病院なので無く

さない」と存続を明言した。ところが2020年1月に大館市病院事業戦略会議が設置されると様相が変わってきた。

当院としては地域医療における役割の大きさを説明。築38年を経過した建物の劣化が進んでいるため52床の病院新築を提案したが、先述の通りの資金不足状況で経営改善の方策がない状況で新病院を建てるのは無理だという委員が大勢を占め、最終的に無床診療所化案が議会に提出された。それを受け住民サイドからは「扇田病院を守る会」が結成され、1万6千筆を超える無床化撤回を求める署名が集まり市議会に提出された。現在は2万1千筆を超えている。

住民への説明会も比内地区と大館地区で計7回開催された。大館市立総合病院は弘前大学の関連病院であり、院長も管理者も青森県出身者なのだが、ある女性が「あなたたちはここで死なないでほしい？ 私たちはここで死ぬの。重いものを残して青森に帰らないでほしい」と言った。その言葉が今も私の心に刺さっている。

病院を新築した場合、扇田病院の資金不足比率は10年後に91%になる。それをもって市当局は「扇田病院は日本一経営の悪い病院です」と、住民説明会で説明した。経営問題ばかりがクローズアップされて、市民目線が入っていないことを私は痛感した。これまで「両病院の総和として最善を目指すことが重要であり、それぞれの病院の良い悪いの問題ではない」と連結決算の理由を説明してきたのに、この問題が浮き彫りになると扇田病院の赤字が切り離され一人歩きし始めたわけである。

市当局の無床化に対する説明は、以下の通りである。

- ・2040年の総人口は7万人から5万人に減少が予想され、市立病院を2つ維持するのは難しい。
- ・総合病院の病床利用率は70%程度であり、常に100床以上の空床があるので、扇田病院の入院患者の受け入れは可能である。
- ・扇田病院の療養病棟患者の約50%は介護施設での療養が可能であり、医療と介護の連携で解決が可能である。

・扇田病院が診療所化した場合、入院が必要になった患者を受け入れる病床を確保する。

市はこのように説明しているが全て机上の話であり、現場レベルでの具体的な話し合いは行われていない。総合病院の医師やスタッフを増やす見込みも計画もなく、働き方改革への備えもできていないと感じる。

日本では現在ほとんどの人が病院で看取られる状況だが、実際には自宅、あるいはずっと診てもらった医師のもとで最期をと希望する人が

多い。当院は市内唯一の在宅療養支援病院であり、在宅看取りに対応している唯一の病院もある。

生活の基礎を成す3要素は「医・職・住」とも言われるようになってきた。扇田病院が生き残ることで、比内地区が病院を中心とした「小さな拠点」となり、人口が減っても住民が幸せに暮らせる未来が創れないものかと考えている。

## 総務省のへき地医療政策の現状

城西大学経営学部マネジメント総合学科 教授 伊関友伸

今日は、総務省のへき地医療政策はどのように変わっているか、というテーマで話をしたい。

総務省は、平成19年に「公立病院改革ガイドライン」を策定した。当時、自治体病院は要らないというニュアンスが強かったが、今は、へき地における自治体病院の役割を理解し期待している。実際に全国に857ある公立病院のうち65.3%は人口10万人以下の自治体に立地、30.2%は人口3万人未満の自治体に立地している。つまり自治体病院の多くは地方の中小病院を中心になるわけである。しかし地方自治体病院の経営は非常に厳しく、医業収支比率は76.9%で、50床未満の病院では66%である。そのためへき地の自治体病院の経営を支えるために、総務省は不採算地区病院に普通・特別交付税を措置しており、各自治体は措置された普通・特別交付税に、一般財源を合わせて各自治体病院に繰り入れが行われている。

特に、不採算地区病院の特別交付税の単価は年々上昇している。2008年に総務省は、「公立病院に関する財政措置のあり方検討会」を設置し、私も委員となった。当時は、医師不足問題が深刻で、新医師臨床研修制度によって各大学が派遣する医師を引き揚げたため自治体病院が次々崩壊していた。そのため、会議では、地域医療を守るために必要な財政支援を行うべきだとい

う議論が多く出された。同年11月に出された報告書には、地域医療確保の観点から、過疎地における医療、産科・小児科・救急医療に関する財政措置は、充実の方向で対処すべきだといった意見が盛り込まれた。平成20年には、不採算地区病院の特別交付税措置の要件が緩和され、現行の不採算地区病院は100床未満かつ市町村内唯一の一般病院であったのが、改正案では、1つの自治体が運営する複数の自治体病院でも措置の対象になったほか、病床数が150床未満に拡大されている。第1種、第2種の二段階で財政措置が行われた。財政措置は、年々増額されている。2020年には、不採算地区にある500床未満の中核の病院についても財政措置が拡大された。それによって例えば260床ぐらいの稼働病床で、第1種不採算地区であれば、9,300万円ぐらいの財政措置がされる(図1)。

さらに、2021年は新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていない地方の中小規模の病院の収益が悪化したことに基づき、不採算地区の特別交付税を大幅に増額した。30パーセント増額されて自治体に入っているが、そのことを知らない自治体も多く、「病院は赤字だ」と捉えられてしまう。だから病院の方できちん



特集

## 特集

と勉強することが必要だと思う。

また自治体病院だけでなく、不採算地区に立地する公的病院や社会医療法人に対して自治体が助成した額に対しても特別交付税措置が行われている。

さらに過疎債がある。過疎地に立地した自治体病院は、病院建物・医療機器の整備に過疎債を充当可能である。過疎対策事業債というが充当率は50%で、7割は地方交付税で財政措置ができる、市町村は残り3割負担する。例えば35床の病院を過疎債で建設した場合の返済額は、30年分割とすれば年2,366万円、病院負担は年1,316万円である(図2,3)。

こういった不採算地区への特別交付税等の財政措置を知らずに繰り出し金を削減したり、無床化を進めるような自治体も多い。

最後になるが、医療には、雇用、産業、経済波及効果といった産業の視点もあり、率先して削るべきものではない。地方の自治体病院については都市と地方の税の格差を埋める再分配機能を有しており、税の再分配なく、独立採算でへき地で病院・医療機関が運営することは難しい。

### 不採算地区中核病院の特別交付税算定イメージ

【第1種】 1,549千円 × 調整後病床数

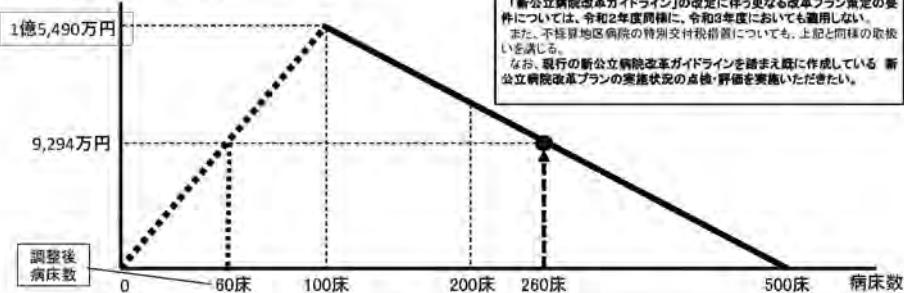
【第2種】 1,033千円 × 調整後病床数

補正後許可病床数「100 - (許可病床数 - 100) × 1/4」と稼働病床数とを比較して低い病床数で算定

※第1種 最寄りの一般病院までの移動距離が15km以上となる位置に所在する一般病院  
第2種 直近の国勢調査に基づく当該病院の半径5km以内の人口が3万人未満(3万人以上10万人未満の場合、半倍を適用)

#### (参考) イメージ図(第1種)

許可病床数280床(補正後許可病床数:80床)  
稼働病床数200床の場合



| 通用要件                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 規模                                                                                                                                                                            | 許可病床数100床以上500床未満                                                                                      |
| 機能                                                                                                                                                                            | 次の①及び②を満たすこと<br>① 都道府県の医療計画において、二次救急医療機関<br>又は三次救急医療機関として位置づけられていること<br>② べき地医療拠点病院又は災害拠点病院の指定を受けていること |
| 「新公立病院改革ガイドライン」の改定に伴う更なる改革プラン策定の要件については、令和2年度同様に、令和3年度においても適用しない。<br>また、不採算地区病院の特別交付税措置についても、上記と同様の取扱いを講じる。<br>なお、現行の新公立病院改革ガイドラインを踏まえ既に作成している新公立病院改革プランの実施状況の点検・評価を実施いただきたい。 |                                                                                                        |

図1 不採算地区中核病院の特別交付税算定イメージ

### 病院建設費のシミュレーション

- 35床全室個室(差額ベッド代取らず)
- 1床5000万円(消費税込み、敷地整備費込み、土地代別、目標は4000万円を目指す)
- 建設費17億5000万円(目標であれば14億円)
- 医療機器、備品3.5億円
- 合計整備費約21億円(全て起債:過疎債50%、企業債50%)
- 過疎債は工事を2年に分けて分割支出
- 過疎債約10.5億円(交付税措置率70%)、企業債約10.5億円(交付税措置率25%)

図2 病院建設費のシミュレーション

### 交付税措置を除いた実負担

- 過疎債分(町実負担30%分)約3.15億円
- (30年分割とすれば年1,050万円返済)-一般会計で返済
- 企業債分(町と病院が75%分を折半)約7.9億円(30年分割とすれば年2,633万円返済)
- 自治体負担約3.95億円(年1316万円)-病院会計に繰り出し
- 病院負担が約3.95億円(年1316万円)-病院が病院会計で返済(病院収益で返済)
- 自治体負担合計約7.1億円(過疎債分約3.15億円、企業債分約3.95億円)
- 自治体は30年分割とすれば年2,366万円(うち過疎債年1,050万円:一般会計で返済、企業債年1,316万円:町負担分として病院会計に繰り出し)を返済
- 病院負担約3.95億円(30年分割とすれば年1,316万円返済)

図3 交付税措置を除いた実負担

地域の健康を支え、地域の崩壊を食い止め、地域の雇用を支える。そして地域づくりの中心となる。そこに地方の医療機関の存在意義があ

ると思うので、扇田病院にはぜひ頑張っていただきたいたいと思っている。

## 地域医療学の基盤としての地区診断

産業医科大学医学部公衆衛生学 教授 松田晋哉

今日は経営戦略策定の前提となる地区診断について話をしたい。

地域のこれからニーズは公開データを用いることで推測できる。日本のように成熟した社会で医療ニーズを決めるのは人口の変化である。人口構造の変化を分析し、その変化は医療・介護提供体制にどんな影響をもたらすか。そしてその対策として何が考えられるか。私の所属する産業医科大学公衆衛生学教室では、AJAPA(地域別人口変化分析ツール)とNewCarestというソフトを開発した。そのソフトを用いて、病床機能報告やDPCの公開データ等を組み合わせて、先ほどの扇田病院の大本直樹先生の発表にあった大館・鹿角医療圏の地区診断を行った。

大館・鹿角医療圏の人口推計の結果は、なかなか衝撃的で2040年には90歳以上の女性人口が一番多くなる(図1)。

85歳以上の単身の女性が今の倍増えるわけで、そうなったとき、退院時に必要な機能は何かを考えなければいけない。つまり医療と介護の両方で



ある。そして傷病別患者数の推移から、多くの病気を持っていることが分かる(図2)。

そういうところで必要な医療者は総合診療医、特定看護師であろう。Newcarestを使って介護サービスの提供量を推計すると、介護サービスの必要量が2040年まで増加する。特に入所系サービスの需要増加が大きく、2040年にピークを迎え、以後減少する(図3)。

ということは、これから新しい介護施設は非常に作りにくいというわけである。介護施設を作っても多分すぐに需要が下がってしまうだろ

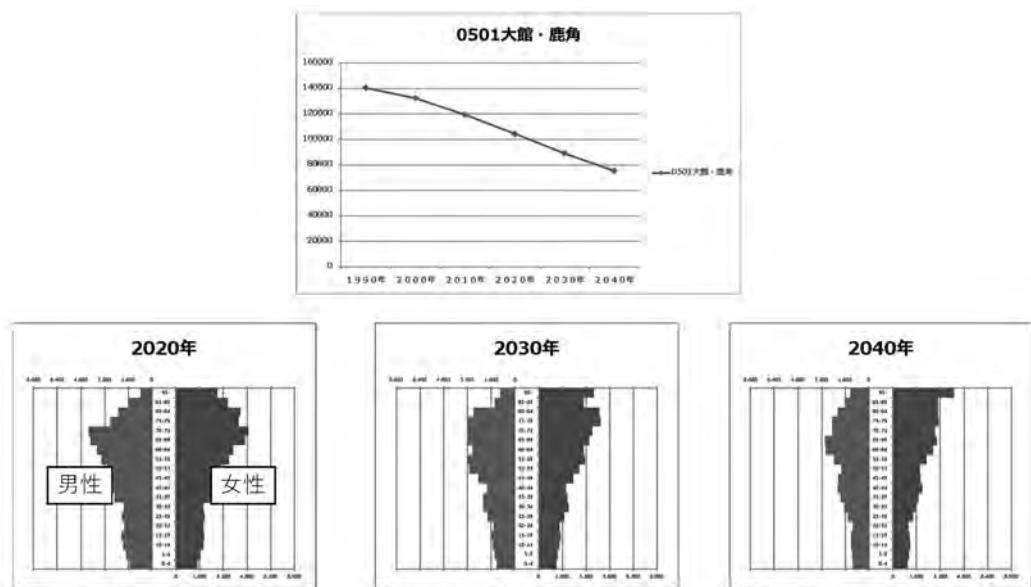


図1 人口推計の結果(大館・鹿角医療圏)

## 特集

## 特集

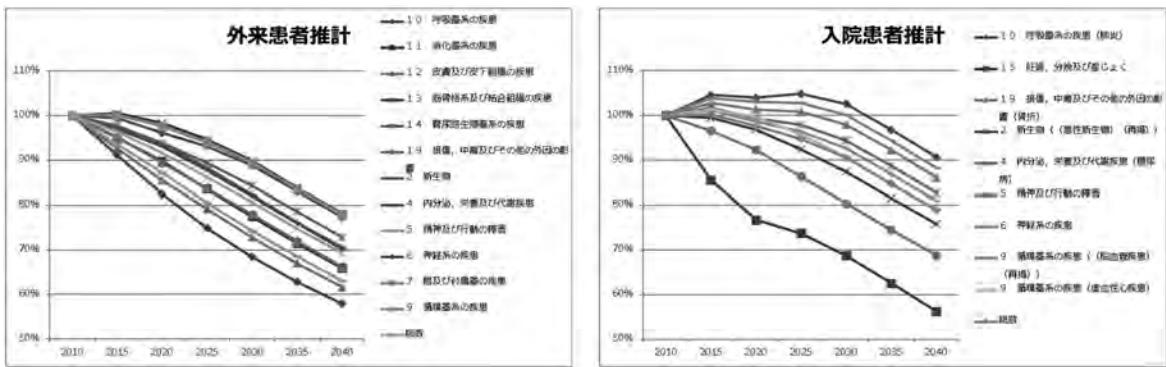


図2 傷病別患者数の推移(大館・鹿角医療圏)

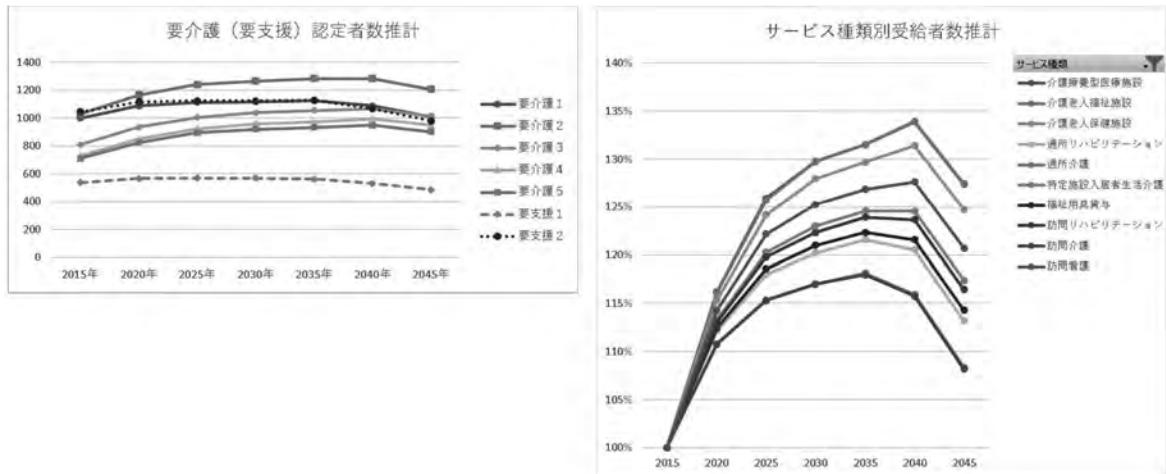


図3 Newcarestを使って介護サービスの提供量を推計(大館市)

| 二次医療圏        | 初再診料 | 一般病棟<br>入院基本<br>料等 | 療養病棟<br>入院基本<br>料 | 有床診療<br>所入院基<br>本料 | ハビリ<br>テーション病棟入<br>院料 | 回復期リ<br>ハビリテー<br>ーション指<br>導料 | 地域包括<br>ケア入院<br>医療管理<br>料 | 退院時リ<br>ハビリテー<br>ーション指<br>導料 | 退院前訪<br>問指導料 | 柱診等  | 在宅患者<br>訪問診療<br>料等 | 在医総管<br>等 | 施医裁管<br>等 | 訪問看護<br>指示料 |
|--------------|------|--------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------|------|--------------------|-----------|-----------|-------------|
| 0501大館・鹿角    | 77.7 | 87.7               | 103.0             |                    |                       | 80.8                         |                           |                              |              | 7.1  | 15.6               | 3.7       | 1.5       | 20.0        |
| 0502北秋田      | 55.6 |                    |                   |                    |                       |                              |                           |                              |              | 21.8 | 12.5               |           |           | 66.4        |
| 0503能代・山本    | 82.0 | 116.5              | 98.6              | 91.2               |                       | 76.0                         | 132.9                     | 226.5                        | 40.0         | 33.8 | 8.4                | 18.8      | 50.4      |             |
| 0504秋田周辺     | 99.0 | 101.1              | 96.9              | 105.5              | 48.3                  | 77.8                         | 69.6                      | 13.5                         | 50.9         | 51.9 | 36.9               | 40.2      | 53.4      |             |
| 0505由利本荘・にかほ | 70.6 | 99.7               |                   | 38.7               |                       | 218.5                        | 31.3                      |                              |              | 59.7 | 40.2               | 12.2      | 2.2       | 47.6        |
| 0506大仙・仙北    | 68.9 | 78.5               | 71.6              | 47.4               |                       |                              | 29.1                      |                              |              | 38.0 | 45.3               | 24.1      | 16.4      | 23.7        |
| 0507横手       | 97.7 | 115.9              |                   | 96.4               |                       | 245.7                        | 54.0                      |                              |              | 78.3 | 65.0               | 38.1      | 39.1      | 53.8        |
| 0508湯沢・雄勝    | 53.7 | 64.2               |                   | 95.2               |                       |                              | 23.3                      |                              |              | 45.0 | 43.8               | 20.3      | 15.6      | 22.1        |

図4 秋田県の医療圏別SCR(令和元(2019)年度診療分)

う。東北の北の地方の特徴として、実は療養病床が他の地域に比べて少ないということがある。では代わりに介護施設を増やせるか?というと、先述の年齢分布を見ても介護保険料がそれほど払えるとは言い難い。例えば施設での療養は介護保険を全額使ってしまうが、在宅ケアの場合はその半分程度である。今、日本で一番人口当たりの介護施設が多いのが北海道のある自治体で、その自治体では高齢者の多くが介護

施設に入っていると思うが、その結果その自治体の介護保険料は全国で最も高いものになっている。そういう意味では、介護施設を増やすかというのは、その地域がどのくらい介護保険を払える人口がいるかを考えなければいけない。

図4は、秋田県の医療圏別SCRである。

SCRはレセプト数を性・年齢調整したスコア(実測値/期待値)であり、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると性・年齢調整

(大館・鹿角医療圏)

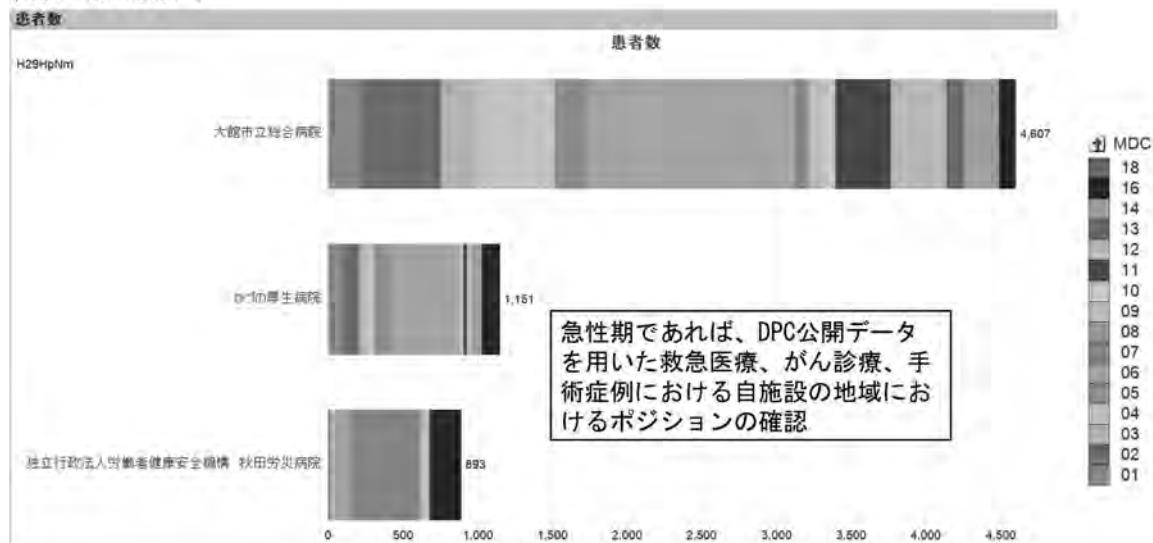


図5 データによる機能の確認が求められる(1)

(大館・鹿角医療圏)

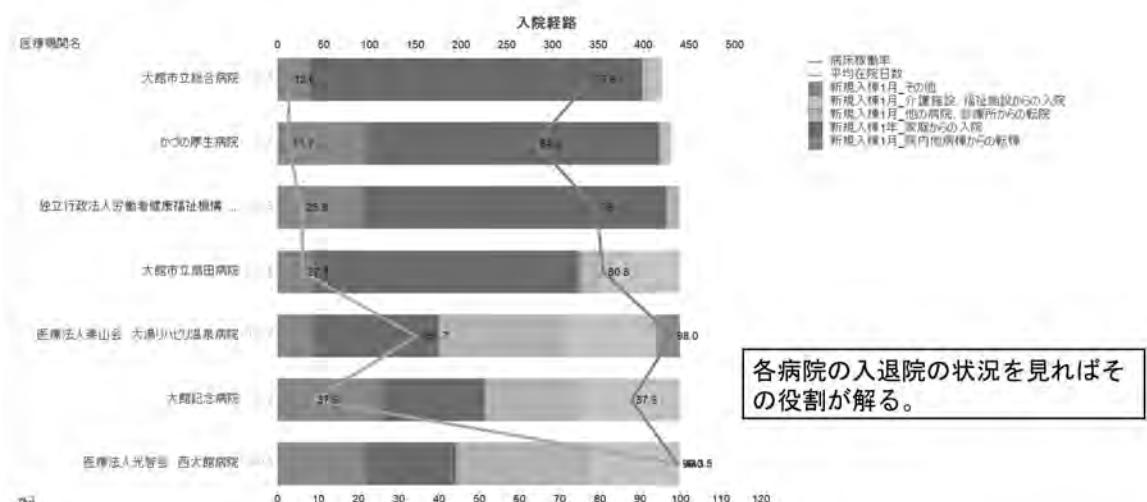


図6 データによる機能の確認が求められる(2)

後の人口規模に対して当該医療提供が多い、100を下回ると少ないことを意味する。外来診療、一般病棟は大館は全国よりも少なく、かろうじて療養病床は多いが、最も深刻なのは訪問診療がほとんどされていないということである。

DPC公開データから救急医療、がん診療、手術症例における自施設の地域におけるポジションを確認すると、急性期入院の中心は大館市立総合病院が担っている(図5)。

また総合病院は、患者の8割が家庭から入院して1割が院内の他病棟からの転棟。扇田病院

は、大体7割が家庭から入院、2割が福祉施設からの入院である(図6)。この機能は非常に重要なである。では退院後どこに行っているかといふと、総合病院の場合はほぼ家庭に帰るが、扇田病院の場合は家庭に帰る人が他病棟も含めて7~8割。そして死亡退院の数が多いことが特徴である(図7)。高齢者の多い地域にとって、最期にどこで亡くなるかというのはとても重要なことだと思う。

以上をまとめると、地域の特徴は次の通りである。

(大館・鹿角医療圏)

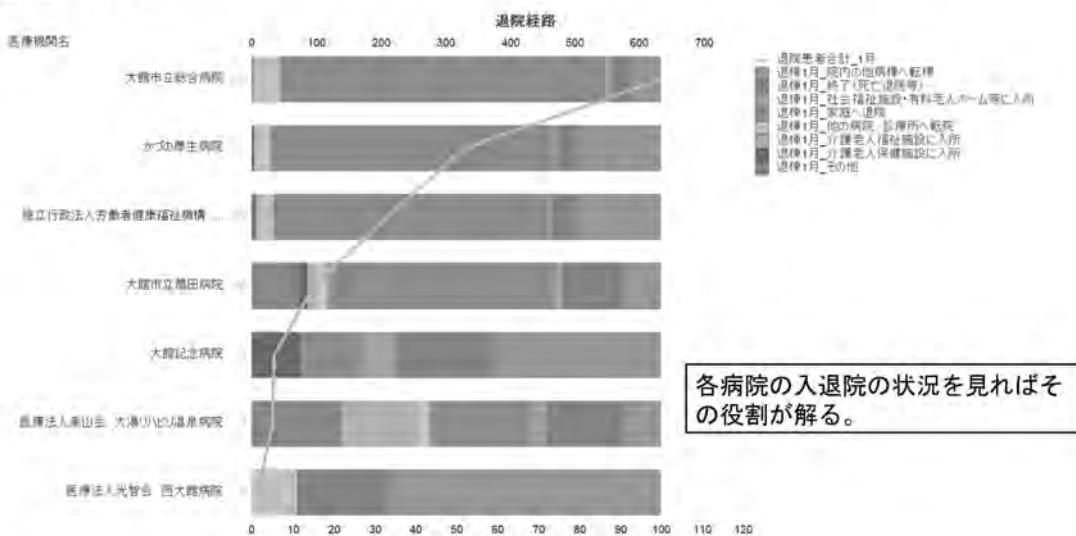


図7 データによる機能の確認が求められる(3)

- ・1990年以降人口が減少、入院需要・外来需要ともに1990年以降低下している。
- ・入院需要は肺炎、心不全、骨折、脳血管障害で2030年くらいまで現状維持。
- ・慢性期の医療・介護サービスを必要とする後期高齢者の絶対数が増加する。
- ・SCRでみると療養病棟の入院が全国平均、介護サービスの必要量が2040年まで増加する。特に入所系サービスの需要増加が大きく、2040年にピーク、以後減少。
- ・急性期入院の中心は大館市立総合病院、大館市立扇田病院、大湯リハビリ温泉病院、大館記念病院、西大館病院が急性期後の医療(介護)を支えている。
- 上記から、今後、高齢化に伴いその需要がさらに拡大する医療・介護・生活の複合ニーズにどのように対応するか?という課題は、次のようになる。
  - ・療養病床を維持することは可能か?
  - ・慢性期から発生する急性期への対応(肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再梗塞...)は?
  - ・増加する介護ニーズにどのように対応するの

か?

- ・在宅ケアは増やせるのか? それとも施設ケアを今以上に拡大するのか?

データ分析に基づいて、今後の扇田病院の方向性について考えてみた。

大館・鹿角医療圏は今後医療介護に複合ニーズを持った慢性期の高齢者が増加する。しかも、その慢性期の患者からの肺炎、骨折、心不全、尿路感染症といった急性期イベントが増加する。こうした急性期イベントの患者を受け入れるのは、地域包括ケア病棟や療養病床の役割で、現在、扇田病院が果たしている役割である。また、こうした医療機関で必要なのは総合診療医、つまり自治医大卒業の医師の果たす役割は大きい。

施設介護の需要が急増するが、人口構造を考えると施設を増やすことは介護保険財政の点から難しい。また、診療所機能が落ちていることと地理的条件を考慮すると在宅医療を十分量確保することは困難であり、既存のポストアキュートを担う病院機能の活用を考えることが現実的である、というのが私見である。

## 今、地域医療学を考える

地域医療振興協会 副理事長・地域医療研究所 所長 / 台東区立台東病院 管理者 山田隆司

地域医療振興協会は、「全国のへき地を中心とした地域保健医療の調査研究及び地域医学の知識の啓蒙と普及を行うとともに、地域保健医療の確保と質の向上等住民福祉の増進を図り、もって、地域の振興に寄与すること」を事業の目的としている。そして、「住民、行政、医療人が三位一体となって、地域の資源を最大限に活用し、保健、医療、福祉の包括的なサービスを、継続的に、計画・実践・評価するプロセス」を地域医療の定義として活動してきた。現在の運営施設は85を数え、幾つかの都市部の基幹病院を除いては、地域の中で存在が危ぶまれた病院や、包括ケア施設、へき地の診療所など、事業継続がかなり困難な事例も多くあった。中でも自治体から依頼されて引き受けた事例については、指定管理者制度によって行政と一体となって運営をすることでさまざまな観察を培ってきたと思う。

とはいえる、扇田病院のように、頑張っても行政側に歩み寄ってもらえない、あるいは行政の長が変わったことで方針が変わってしまったという例も経験している。そのため地域医療は、パートナーとしての行政機関、地方自治体との

関係性が非常に重要なところかと思っている。指定管理者制度において運営事業者は自治体との間で提供すべき医療等のサービスについて、あらかじめ合意し契約を結ぶことになる。事業者はその後契約に基づき運営することになるわけで、契約期間中の事業責任は契約の範囲内で事業者側が負うことになる。そのため、協会は事業を請け負う際に地域住民のコンセンサスを代表する行政とのやり合わせを最も重視している(図1)。扇田病院の大本直樹院長の立場というのは公務員であるため、行政組織の一員であり市長の部下であるが、指定管理者制度の元では行政と対等に協議するカウンターパートとして存在できると私は思っている。

協会の指定管理第1号の六合温泉医療センター(群馬県)は、周辺に民家もない山間地に、診療所、老健、温泉施設の複合施設を新設し、当時村民に大変喜ばれた。その後近隣の長野原町に西吾妻福祉病院が開設され同じく協会の指定管理施設となつたが、六合村については中之



## 特集

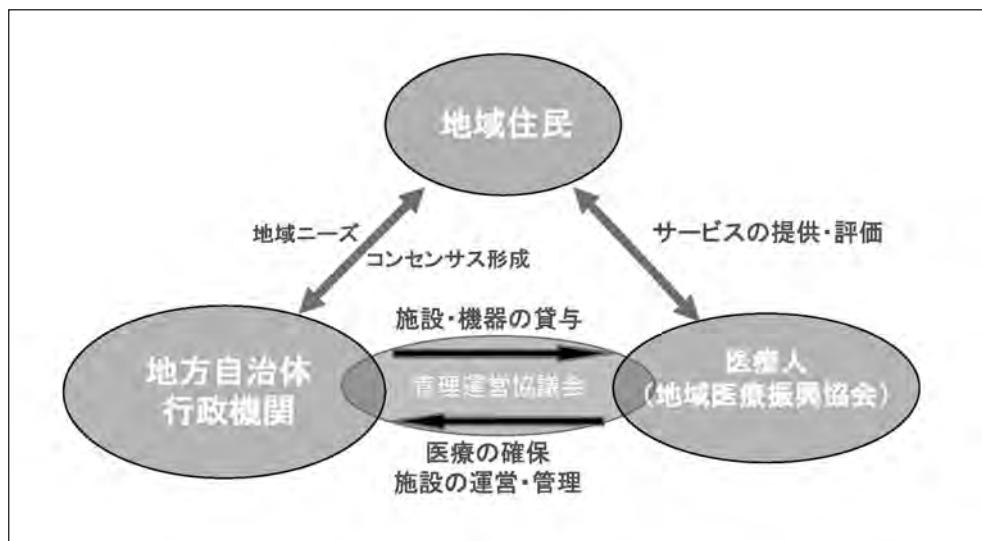


図1 指定管理制度



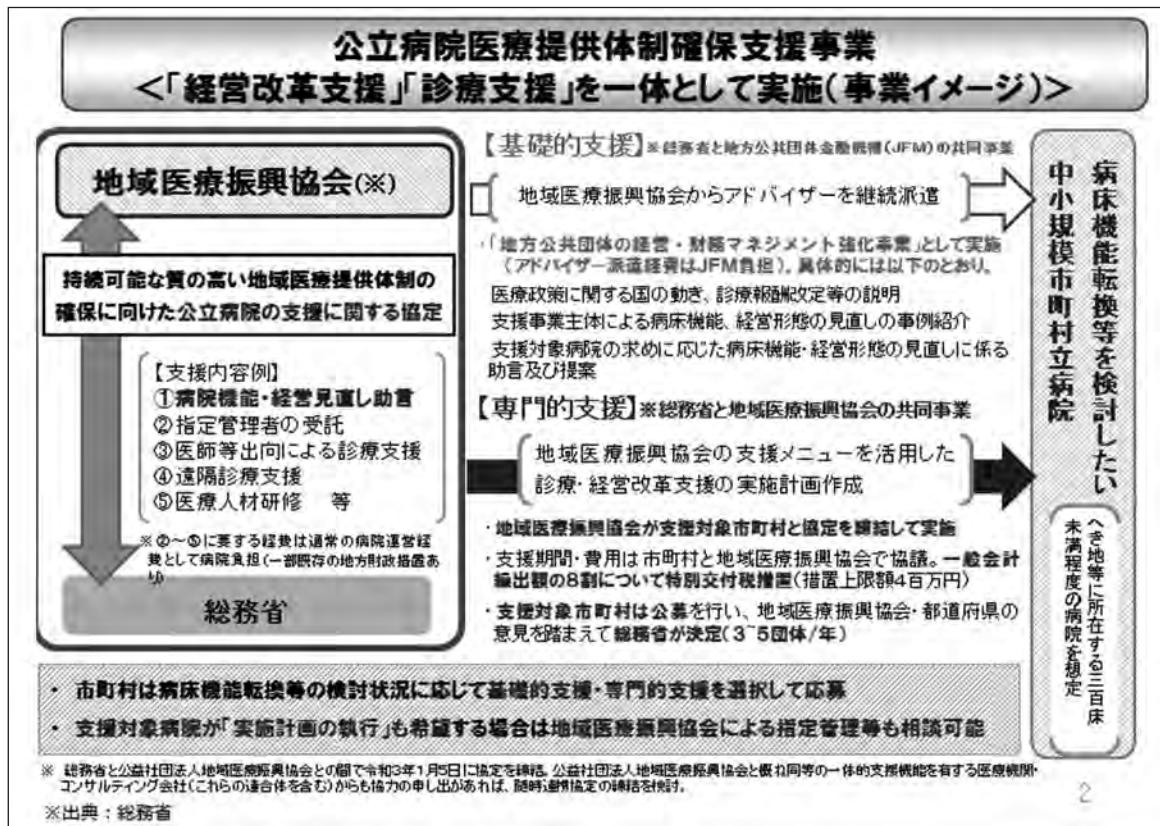
図2 移転後の機能連携

条町と合併となり、人口減少に伴って患者数、老人保健施設入所者が減少、施設が老朽化も進み、令和3年度老人保健施設を廃止することを決定。診療所のみ移転・建て替えが決定している。

次に、中山温泉医療センター(石川県)の事例を紹介する。旧国立中山温泉病院で、国立病院再編成により平成15年度に中山町に経営移譲され、同時に、地域医療振興協会が町から指定管理者として指定される。その後隣接する加賀市と中山町が平成17年10月に合併。吸収合併ではなく、対等合併であり、当初市立2病院体制で運営されてきたが、平成20年度以降、公立病院改革プランの策定が始まり、市は平成23年度において、両病院の統合を決断。加賀市医療センターとして加賀温泉駅前に300床を整備、中山温泉医療センターは診療所化する方針となった。この流れに私たちも抗えず、中山温泉医療センターは、中山温泉ぬくもり診療所となり、有床診19床のほか、訪問看護ステーションと児童発達支援センターを併設し、医療的ケア児にも対応、当協会が指定管理者の指定を受け、現在も運営を継続している。

最後は、最近の事例であるが、岐阜県揖斐川町である。ここは私も関わっており、山間の旧久瀬村に老健プラス診療所ということでスタートした。もともと人口が少なかった上に人口減少がさらに加速して、縮小、あるいは廃院も含めて検討を進めていたが、たまたま中核病院が町外に移転することになり、病院の建物の委譲を受けて、山間部にあった老健を町の中心部に移設する方針となった。町内の病院機能がなくなってしまうことで、新施設には負担も増えるが、着任している医師たちは町部の在宅医療にすでに取り組んでおり、実績を積み上げている。山間部の診療所群は今後は常設の診療所ではなく、出張診療所や巡回診療所として展開していく必要があると考えている。新病院の方は人口の多い隣接する自治体に移転するが、それによって病院機能が充実し、新施設との機能分化・連携が進むことを期待している(図2)。

われわれ地域医療振興協会が指定管理者制度によって地域医療を守ってきた実績が評価され、この度総務省の公立病院医療提供体制確保支援事業に指名を受け、コンサルタント事業を行うことになった(図3)。



## 特集

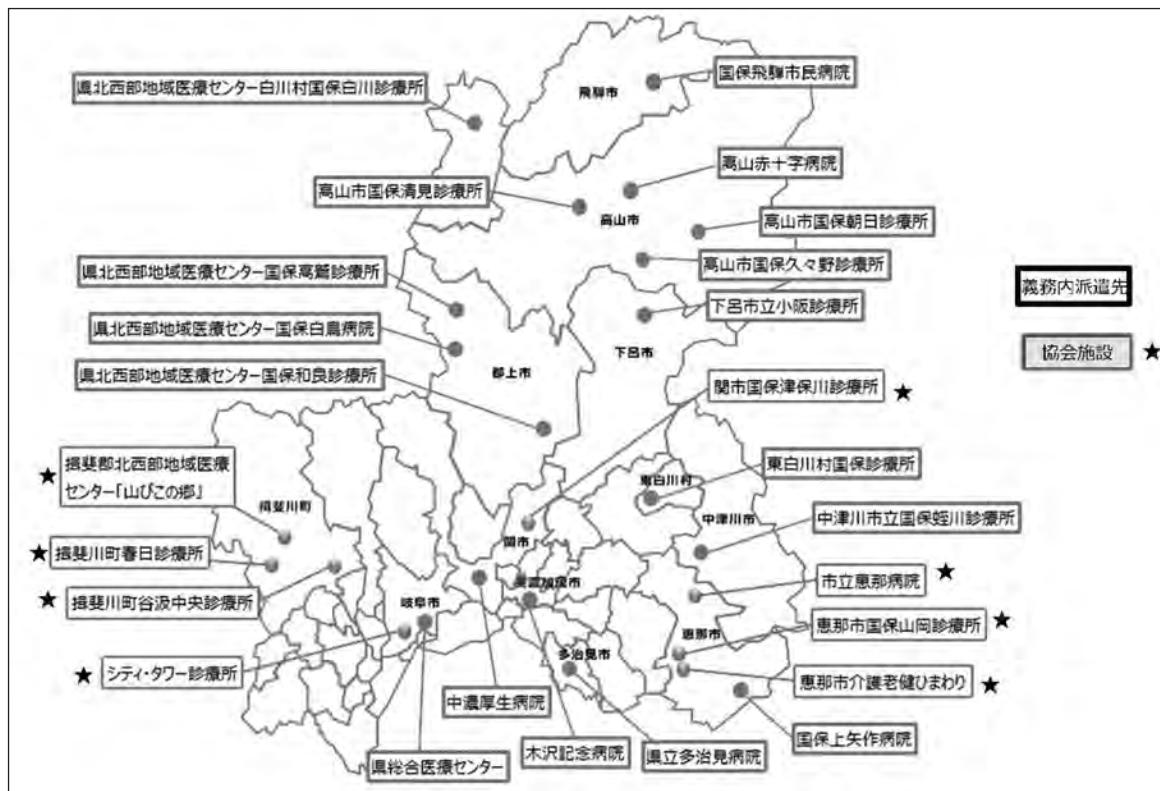


図4は私の出身の岐阜県の地図であるが、★印がわれわれ地域医療振興協会運営の施設、それ以外は卒業生が義務年限内および義務後に担当している施設である。岐阜県内の非常に多くの地域でこれだけ卒業生が活躍していることを思うと、この力をもっと結集してネットワークを構築し、効率的な組織運営ができれば、もっと多くの地域を救うことができるのではないかと思う。

現在、私が管理者を務める台東区立台東病院は、厚生労働省が統廃合を含め再編の検討を求めた424病院の対象とされた。東京であって近隣に類似の施設が多くあるのは当然ではあるが、がん、心臓、脳血管疾患などの診療実績が少ないということで対象施設として公表されることとなった。

そういうことも踏まえ、当院の基本方針を改めて以下のように明確に訴え、調整会議の場でも理解をいただいた。

#### ①地域包括ケア拠点としての役割

- 在宅療養支援病院としての機能強化
- 在宅サービス支援の充実

#### ②地域包括ケアを支える人材の育成

- 総合診療医研修基幹施設
- 多職種連携教育(IPE)
- 特定ケア看護師
- 薬剤師レジデント

#### ③地域ヘルスプロモーション病院活動

認知症ケア・フレイル予防・禁煙・生活習慣改善など

都市部で事業継続していくためには施設の機能を内外に明確にする必要があると実感している。その掲げたミッションに従って仕事をする。それに見合った人材を集め、育成し、サービスの質を向上していくことが非常に重要だと考えている。地域貢献を通して地域で必要な施設となれるよう成長していくことがわれわれの事業目的だと認識している。

協会はこれまで地域医療の提供に尽力してきたが、今後は教育や研究体制も整備していくかなくてはならないと考えている。研究の分野では日常的な臨床活動をベースにした研究ネットワーク「JADECOM PBRN(Practice Based Research Network)」や、主に診療所の電子カルテデータを共有して診療指標を標準化・見える化する取り組みである「J-CHIN(JADECOM Community Health Information Network) clinics」などが組織化されており、その一環として「プライマリ・ケア・チームが日常業務の中で実践可能な人生会議の方法論開発のためのアクションリサーチ」、「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」などが現在進められている。

### ディスカッション

松岡史彦(座長) 現実の地域医療はダイナミックに変わっているプロセスであり、その中で困難な状況に直面しているのが、最初の発表者の大本先生であり、山田先生が今まで経験してきたことだと思う。扇田病院についても、住民が必要としている病院であることは論理で考えれば分かることだが、それが現実化していかないのは何故かということ、それについて皆さんに考えを聞きたい。

大本 何故そうならないのか、この問題の当事者になってみて思うのは、やはりトップの考え方というのが非常に強いものがあるということである。一番の責任者が「こうしよう」といったん表明すると、それを修正するのは非常に難しいと実感している。簡単に撤回すると不信感を持たれる可能性があるからである。私自身の反省としては、やはり無床化案というのを提出される前に私自身がもっと勉強して、

もっと食い下がるべきだったと思っている。

**伊関** データに基づいた議論が重要だと思ってる。政策を決めるのは選挙という過程であり、そこでの議論が1つの結論になるかと思うので、人間の理性を信じて、データをひたすら提示していくのが研究者の役割だと考え、自分の分析をきちんとしていきたいと思っている。

**松田** 非常に難しい問題だと思うが、日本の医療がやはり大学の医学部を中心となっているためで、しかも大学の医学部というのは研究と臨床が一体化して、専門医を養成している。マーケットが変わってきているのに、大学がそれについていってないという印象がある。社会が成熟して、1人の人が持っている健康

問題も多様化して総合的に診るというニーズが高まっているにもかかわらず、日本の大学のほとんどが個別の教育しかしない。そうではない教育をしているのは自治医大だけだと思う。これから団塊の世代の人たちが75歳以上になると、ますます総合診療の需要が大きくなる。しかも1年間に160万人が亡くなる状況になる。そこで絶対に必要なのは総合医である。

**山田** 今、松田先生が言われたように、自治医大卒業生がもっとパワフルになって、しっかりやれるような、いろいろな戦術、戦略を持つべきだろうと思っている。その一つが研究であり、研修であると思う。

## 特集

# 地域医療を担う“人”をいかに育成するか ～先人達の実践から～

座長：弘前大学大学院医学研究科 平野貴大  
北海道立江差病院 総合診療内科医長 杉原伸明

平野貴大(座長) シンポジウム「地域医療を担う“人”をいかに育成するか」では、規模の異なる医療機関での実践について、100床以上の大きな病院として志賀隆先生、地域の100床以下の中規模病院として四方哲先生、そして診療所として中川貴史先生に発表していただく。

## 忙しいけどチームが育つ方法ってあるの？

国際医療福祉大学医学部救急医学 主任教授 志賀 隆

特集

私は、今、600床の大学病院で救急医として働いている。救急というのは、時間がない中で多くの患者を診てその人をどう生かすかという現場であり、その場で教えることはかなり難しい。だから、どれだけチームの中でエキスペリエンスとの振り返りを大切にして、思考過程を明らかにしているかが医師の成長につながると思っている。救急も地域医療もどういう形でチームをつくっていくかを考えると、例えばスポーツではクロスカントリースキーはリレー形式もあるが滑っている時は一人で個人要素が強い。テニスの団体戦もプレーは個人である。野球はチームだが、割と頻繁にタイムが入って試合が止まることもある。それに対して例えば手術室はサッカーのような感じで、こちらの都合に関係なくどんどん患者が来てしまう。地域病院の午後の新患もこれに当たると思う。自分たちがどんな形のチームとして戦っているかを振り返る必要がある。

今の時代は、地域医療でも救急でもICTが重要で、どうやって組織力を高めていくかというのはわれわれもSlack(Searchable Log of All Conversation and Knowledge)というコミュニ

ケーションツールを使っているが、チームルーティンをしていくことが重要である。またチームにはボスがいるが、ボスだけでは不完全なので、中間管理職のリーダーがボスと補い合ってやつていかないとチームとしてうまくいかないだろう。

どこの現場でも、モチベーションを高めていくことが必要で、その人の実際に見えている価値観や表現形の下にある大きな価値観は何なのかを、ボス側やリーダー側は常に掘り下げていかなければいけない。図1は、教育心理学者のジョン・ケラーが1983年に提唱したARCSモデルであるが、学習者のモチベーション向上・維持のため、指導者が取るべき行動を注意喚起、関連性、自信、満足感の4つの側面で捉えて提示している。

眼科を目指している医師に高血圧について教える時には、「多くの高齢者には眼科疾患と高血圧があるから、次の高血圧の患者さんは眼科のあなたにピッタリだ！」と言って診察させる。



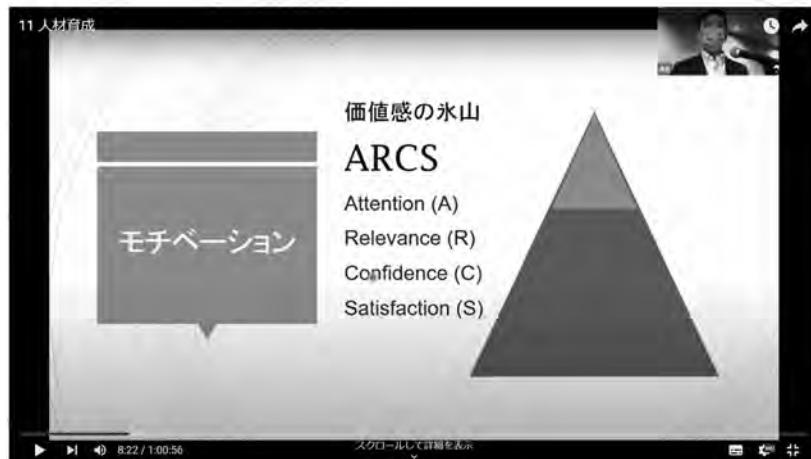


図1 学習者のモチベーション

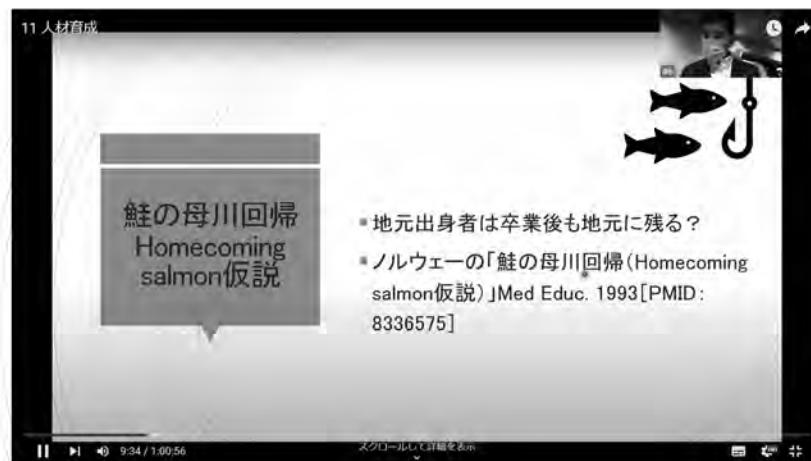


図2 鮭の母川回帰

特集

それでうまくいったら「君は高血圧を診るのも才能がある！」と自信を持たせれば「今日は志賀先生と働いてよかった」「志賀先生とまた働きたい」と満足感につながる。ARCSモデルを使うのである。

とはいって、実際に医師が来なかつたら意味がないわけで、ではどうしたら良いか。ホンダは、排気量ではBMWやハーレーダビッドソンには勝てないから、排気量も小さくて価格も安いところを狙った。そうしたところ今やホンダは世界を席巻して世界もそちらを目指しているわけである。同様にわれわれは地域に人を集めるために、大病院と同じことをやるのではなく、軸を変えて、「地域のここがおもしろい」というのを見せないといけないと思っている。

そこでやはり大事なのは、ノルウェーで言わ

れている「鮭の母川回帰(Homecoming salmon仮説)」、つまり地域枠である(図2)。

それは医師に限らない。私は診療看護師(NP)の活用が重要ではないかと思っている。地域にいる看護師は非常に有用なので、地域の病院で費用と時間を支援して、2年間NPの学校に行ってもらえば、その人たちがホームカミングする可能性は極めて高い。当院の救急にはNPが5人いるが、実はNPが増えると医者も増える。だから、このホームカミング仮説とNPの活用は大事なのではないかと思っている。

現在宮崎大学地域医療・総合診療医学教授の吉村学先生は、かつてJADECOMの研修センターで研修医を育成していたが、過去の講演で「揖斐で100名実習すると1名残る」と話している。100対1の法則なのだから、10人ぐらい地

域や病院に来て入職しなくても焦ってはいけない。99名では駄目で100名になって初めて1名が残ってくれる。そういう人たちを相手にわれわれはやっているわけで、個人のモチベー

ション、個人の価値観、チームをどうやってつくるか。そして、ホームカミング、NPの活用というものが医師を集めることで大切ではないかと思っている。

## ビジョンと戦略からはじまる地域医療人材の育成

京都府山城北保健所 所長 四方 哲

私は自治医科大学の卒業生で、2012年に三重県立一志病院に赴任した。一志病院は、三重県津市の西側の白山町にあり、46床の最小の県立病院であった。常勤医が全て総合診療医であることが特徴と言えるだろう。

私が一志病院に赴任して最初に実行したのはブレークスルー思考を用いてボトムアップで病院のビジョンを作成したことである。それが「安心してこの地域で生活し続けられる医療を提供し、全国の医療過疎を解決する病院のモデルになります」である。それを達成するために6つの戦略と、戦略それぞれに対して3つの目標を毎年設定した。「夢プロジェクト」という名称で目標づくりをし、医者だけではなくて全職員で「地域医療」や「プライマリ・ケア」などの言葉について、共通認識を持てるようにした(図1)。

地域医療の一番本質的なことは、地域包括ケアシステムの中の歯車としてどう病院が関わるかということ、「顔の見える会」という地域の保健・医療・福祉の多職種連携、住民参加型の会を発足して、活動を行った。

夢プロジェクトの戦略について簡単に説明する。

人材育成については、初期診療、手術、救急、検査を総合診療医が中心になって担い、学生や初期研修医、専攻医に教えることを土台としたほか、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤、訪問栄養指導、訪問リハに力を入れた。卒前の医学生実習や卒後の研修実習、看護学生実習を積極的



図1 私たちのビジョン



図2 地域医療人材の育成(医師・看護師・薬剤師)

**地域の現場からエビデンスを発信**

**リサーチマインドを持った総合診療医の育成**

**研究やろう会**

- 月1回の戦略会議(リーダーは看護師)
- 講習会(研究デザイン、解析方法)
- 発表の予演会、論文作成の指導
- ホームページ・Facebook・院内掲示
- 看護師: 実践→研究会
- コメディカル: 取組→研究会
- 医師: EBMスタイル抄読会→査読付論文

**どこでも経験するありふれた疾患について 教科書やガイドラインの記述を塗り替える エビデンスを地域の現場から発信しよう!**

**RESEARCH ARTICLE** Effectiveness of monthly and bimonthly follow-up of patients with well-controlled type 2 diabetes: a propensity score matched cohort study **Open Access**

Toshiaki Ueda<sup>1</sup>\*, Shiroki Ichikawa<sup>2</sup>, Miki Sekimoto<sup>2</sup>, Satoru Ueda<sup>1</sup> and Yosuke Takemoto<sup>1</sup>

**津市レセプトデータを用いたPropensity解析 『糖尿病患者の通院間隔はアウトカムに影響しない』 BMC Endocr Disord. 2019**

**Background** On average patients in Japan with type 2 diabetes mellitus have a clinic consultation every month. We hypothesized that patients with well-controlled diabetes mellitus visit clinics more frequently than those with poorly controlled diabetes.

**Objectives** To evaluate the effectiveness of monthly and bimonthly follow-up of patients with well-controlled type 2 diabetes mellitus.

**Design** Propensity score matched cohort study.

**Setting** A single center in Japan.

**Subjects** Patients with type 2 diabetes mellitus who visited clinics in the city of Tsuru, Japan.

**Interventions** Monthly or bimonthly follow-up.

**Outcomes and Measures** Clinic consultation rate, hospitalization rate, and all-cause mortality.

**Results** There were 11,310 patients with type 2 diabetes mellitus in the city of Tsuru. The clinic consultation rate was 6.6% in 2011 [1]. With regard to diabetic care, the city of Tsuru has been considered to be one of the best in Japan. According to the Japanese National Health Insurance Statistics, the clinic consultation rate of patients with type 2 diabetes mellitus in Japan is approximately 40% higher than that in the city of Tsuru. The clinic consultation rate of patients with type 2 diabetes mellitus in the city of Tsuru was 6.6% in 2011 [1].

**Conclusion** The results of this study suggest that monthly and bimonthly follow-up of patients with well-controlled type 2 diabetes mellitus is effective.

**BMC**

|     | 2012      | 2013 | 2014   | 2015 | 2016    | 2017    | 2018    |
|-----|-----------|------|--------|------|---------|---------|---------|
| 論文  | 英語<br>0   | 0    | 3      | 3    | 3       | 5       | 1       |
|     | 日本語<br>2  | 12   | 7      | 11   | 2       | 8       | 5       |
| 学会  | 口演<br>1   | 0    | 4(海外1) | 3    | 6       | 8(海外1)  | 3       |
|     | ポスター<br>0 | 5    | 7(海外2) | 6    | 17(海外4) | 10(海外2) | 11(海外2) |
| 研究会 | 口演<br>1   | 3    | 6      | 12   | 4       | 5       | 14      |

図3 地域の現場からエビデンスを発信

に受け入れたが、私がこだわったのはIPE(多職種連携教育)である(図2)。また、海外の医学部の教員を招聘し海外からの研修も受け入れた。

総合診療医の看護師版、三重県プライマリ・ケアエキスパートナース制度を作った。これはオリジナルであるが、特定行為看護師制度と時期的に重なって非常に注目を浴びた。特定行為

看護師制度と大きく違うところは、自分の病院に勤務しながら学べることである。その認証と更新をシステムとして確立した。

人材育成とオーバーラップしているところとして、「地域で研究をする」ということがある。「私たちは素晴らしいことをしているのだから、それを世界に発信する義務がある」ということで、「研究やろう会」に取り組んだ(図3)。また

継続的な医療提供のためには、経営の健全化が必須であるため、経常収支黒字を維持した。

地域医療に貢献する医師を確保する誘い文句としては「一緒に世界最先端の地域医療をやろう」である。自然が豊かだというような陳腐なことは決して言わなかった。医師確保のキーワードとしては「教育と研究」で、地域医療のキーワードは「誇りと意欲」である。

私が人材育成に力を入れた理由は、地域貢献の手段、病院の生存戦略としての方略のひとつ

であり目的ではない。だから返ってこないブームランを投げ続けることで、見返りを要求しない覚悟が必要だと思っている。

人材育成には、ロールモデルとなる教育者、全職員による全職員のための教育が必要であると考えている。方法論の専門家、カリスマ、幕の内弁当のようなローテーション研修、ポートフォリオ作成のための研修、資格取得を目的とする研修は不要だと私は考えている。

## カリキュラム開発とロールモデリングの両輪で質の高い教育体制を目指す

北海道家庭医学センター 常務理事・栄町ファミリークリニック 院長 中川貴史

北海道家庭医学センターは、図1に示した関連施設があり、私はこれまで寿都から札幌で勤務してきた。医師数は59名、うち家庭医療専門医26名、家庭医療指導医も26名、フェロー7名、専攻医26名、PC認定医1名、女性医師13名である。ミッションとして、良質な家庭医療の実践、良質な家庭医の養成、地域の家庭医療の発展への貢献の3つを掲げている。

現在私のいる栄町ファミリークリニックは都市部門の診療所で、医師が8名、外来数は1日60~80人、訪問診療は月200人である。現在の施設に移る前は寿都町という過疎化が進んでい

る漁師町の町立診療所にいた。北海道立病院から町立診療所に移管され、われわれのグループにオファーがあって私が赴任し、入院、救急、訪問診療にも対応した。

北海道家庭医学センターは教育に非常に力を入れていて、教育学習支援センターでは、医学生への関わり、初期研修医への関わり、そして専門研修コースとして、家庭医療専門研修/総合診療専門研修、フェローシップ、再研修



図1 北海道家庭医療センターグループ

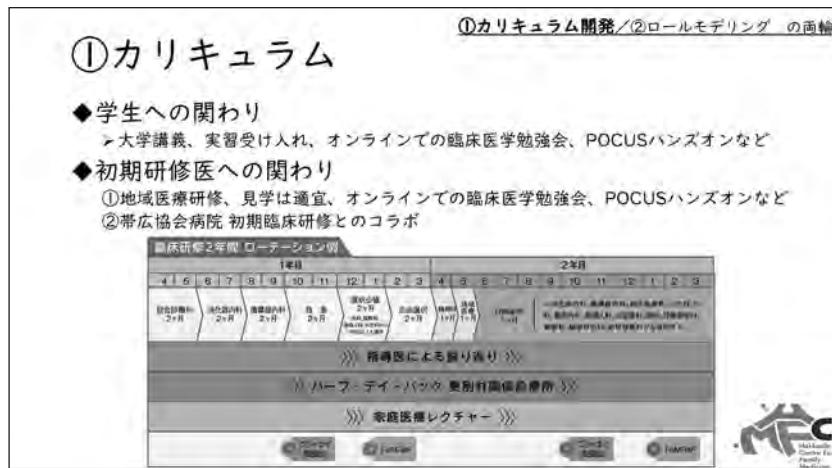


図2 カリキュラム

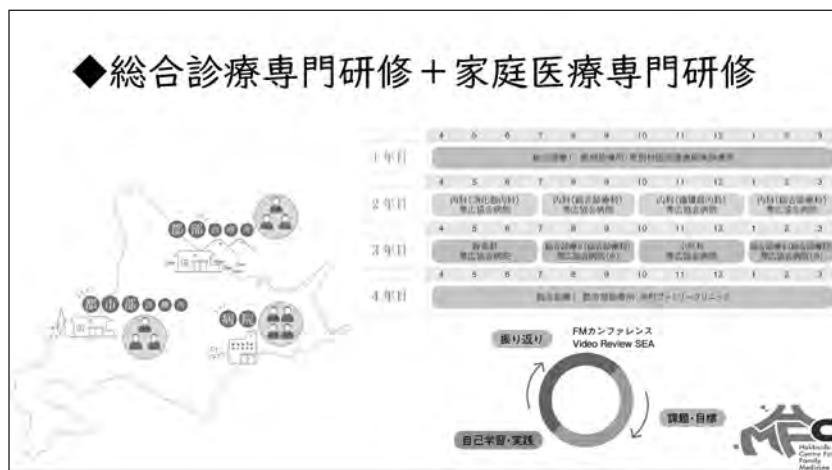


図3 総合診療専門研修+家庭医療専門研修

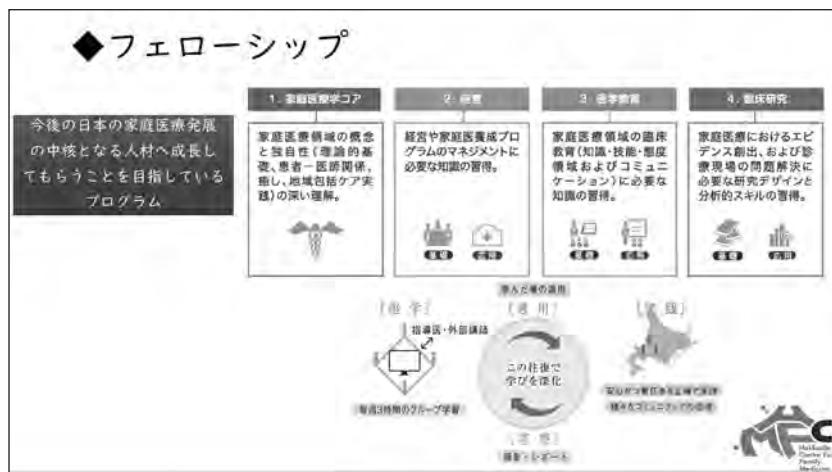


図4 フェローシップ

など、複数のカリキュラム開発を行っている（図2,3,4）。

家庭医療専門研修/総合診療専門研修、いわゆる専攻医研修は4年間で、最初の1年は地域の

診療所、次の2年は病院、最後の1年は都市部の診療所で診療にあたる形になっている。フェローシップは2年間同じ地域で勉強する。診療のみならず、医学教育や臨床研究など、日本の

家庭医療の中核となる人材に成長してもらうことを目指すプログラムである。

このように、カリキュラム開発を行い、良質な研修を提供してきたが、一方、私は人材育成の中でもう一つの重要な視点はロールモデリングだと考えている。

指導者自身が患者ケアを楽しんでいる姿、複雑で困難な患者ケアを率先して行っている姿、地域の多くのステイクホルダーと共に地域課題の解決に向け取り組んでいる姿、時々飲みニケーションも込みでプライベートも充実している姿、そういったところを後輩たちは見ていると思っている。

忘れてはいけないのは、ポジティブな面を最大限に伝えること。失敗や越えられない壁が指導医にも存在していること。辛いとき、悲しいとき、悔しいときもある。それを乗り越えるために自分なりの工夫をしていること。それは本を読んで勉強することであったり仲間を頼って助けを求める事であり、家族と一緒に遊んで気をまぎらわせたりといったことで、そういうことを指導者が後輩たちにメッセージとして伝えることが大事である。

そして、将来の夢を語り合う。こんな医師になりたい。地域を健康にしたい。SDHを抱えた患者、集団に届けたい。そういった後輩たちの言葉に十分耳を傾け、励まし、共に悩む。そして、「あなたがいることで多くの患者さんたちが安心してくれている」と自分なりの言葉でメッ

セージを伝える。

地域医療は移植性が低く、生活習慣、文化、などコンテキストが違う。A町でできたことがB市でできるとは限らない。教育も同様で、違う人格・能力の人間に同じことができるはずもなく、する必要もない。100人いれば、100通りのやり方があると思う。

私は卒後4年目で寿都町に赴任した。とても大変で、右も左も分からず、医療はもちろん、人生経験も乏しい私が、はじめは同期と、その後からは後輩と共に地域を守ることに精いっぱいだった。仲間、同志として後輩たちと接してきた中で、人材医育成について意識するようになっていった。

カリキュラムは大切であるが、ロールモデルとしての指導医自身の振る舞いはさらに重要だと思う。家庭医療専門医として、私は本当に凡人で特別なものがあるわけではないが、こういう人間でも一生懸命、みんなと同じ方向を向いていくということが大事なのではないか。共に学び合うという気持ちが大切だと思っている。

そうするうち、やがて地域に残ってくれる後輩が現れ、継続性が担保されていくのではないか。12年いた寿都診療所に今や私は全くタッチしていないが、豊かな教育、診療を続けてくれている後輩がいる。後輩にバトンを渡して、次世代が地域を守り続けていくことで循環型の地域医療システムが確立できると考えている。

## ディスカッション

**平野貴大(座長)** まず私から皆さんに質問するが、人材育成をするにあたって、どういったニーズ、誰のニーズを意識しているか教えてほしい。

**志賀** 私は千葉県で働いており、千葉県北部の救急医療を良くしたいという地域のためであり、それと両立する形で本人の夢を叶えて

らいたいと思っている。

**四方** 病院の生存戦略のための人材育成と個人的には考えている。

**中川** 本人の希望と夢、それから最近学生には話をしているが、医師の育成には税金が投入されているが、それは国や地域の強い期待があるからで、優遇されてきた分、自分のやり

たいことだけでなく、地域のニーズ、国のニーズも考えなければいけないと、また医療法人にとっての雇用という面も大事なことかなと思う。

**平野** 1つは地域としてのニーズ、2つ目は自身の医療機関の経営に必要な人材、3つ目は人材育成をされる医師の希望、という大きく3つの視点があるのではないかと思った。

**杉原伸明(座長)** どのように戦ってこられたのか。どんな課題が主にあったかについて知りたい。

**志賀** 少ないリソースだけで対応するのは大変なので、JADECOMとジョイントカンファをしたり、コロナでオンラインが盛んになっているので、大学の感染症の先生と地域の先生を結んだり、「整形内科」を謳っている地域の先生に診断を学んだり、オンラインを使って、教師を全国に求めている。

ただ中には少し難しい専攻医もいて、1分1秒たりと残業したくない、本業よりもバイトを優先したいという人もいて、親と子みたいな感じの世代ギャップがある中で、自分の固定した価値観を捨てて、逆に若者に教えてもらうというのを意識している。

**中川** 10人いたら10人、100人いたら100人の指導医のカラーがあるわけだが、指導医がみんなロールモデルになれるかというとそうでない部分もある。家庭医療学センターは今、十いくつの拠点があるが、そこに多少のデコボコがあるという気がしており、Faculty Development、指導医教育をしっかりして、後輩たちに熱意を伝えていく。そういうシステムが大事だと思う。

**四方** 私が他の2人の先生と違うところは、学習者の夢や希望という視点ではなく、学習者の頭の中にはないものをインプットできることが教育の本質ではないかと考えているということが1点。それから日本プライマリ・ケア連合学会の専攻医のプログラムはローテーション研修で、さまざまな診療科をローテーションするカリキュラムになっているが、学生時代にローテーションし、初期研修でまた

ローテーションし、専攻医研修でまたローテーションしている。まるで幕の内弁当のおかずを食べるような研修は、地域の病院としては迷惑なところもあり、地域医療教育に関しては変えるべき課題ではないかと以前から考えている。

**杉原** 四方先生は、地域のニーズに応えられるような医師の育成を考えて体制を整えていると思うが、一方で、その担保と同時に研修医本人のミスマッチでぶつかった際にはどう解決されてきたのか、教えてほしい。

**四方** かつては自分も早く専門医を取りたい、指導医を取りたいという考え方があったが、その考え方自体が総合診療医には向いていない。自分の専門性はさておいてというところにアイデンティティを持つのが総合診療だと思えば、資格を早く取る必要はないと思えるはずで、研修してからどこかへ行くのではなく、行ってから研修するというのが正しい順番ではないかと思っている。

**中川** 四方先生のお考えはなるほどと思う。自分も4年目に寿都に行って、分からぬことがたくさんあり内視鏡もできなかったので、診療所を1ヵ月留守にして内視鏡の勉強にいった経験がある。ただ一方で、1つの地域でという形になると、多様化する若い人たちのニーズに対してその地域でどこまで対応できるかというのがある。専攻医時代にはまだ自分の目標が定まっていない人も多いと思うので、どこに行っても恥ずかしくない知識を身につけてあげたいと思い、当法人では研修を運用している。

**杉原** 組織の維持と人材育成はキーなのではないかという気がするが、四方先生の方針であっても、中川先生の方針であっても、人が来てくれればその組織としては生存できるが、そうではないときもあるのが難しいところなのかなと感じた。

**フロア** 四方先生の話に幕の内弁当のようなローテーション研修は不要とあったが、そこをどうしたら変えていけるか、何をしていけばいいかというところを、皆さんに提案して

## 特集

いただきたい。

**中川** いろいろなニーズがあると思うので、選択肢を設けて選べるようにするというのが1つかもしれない。ただ、専攻医の自由意志だけでは真の総合診療医の魅力が薄れていく可能性があるので、ある程度カリキュラムはあっていいのではないかと思う。そこから仮に逸脱するときがあっても、最終的に行き着くところが立派な地域を守る医師になればいいのではないかと思う。

**四方** そもそも家庭医療専門医である、総合診療専門医であるということは、住民にとってはどうでもいいことで、病院にあってもその資格があるかないかで、大きく違うとは思っていない。そのため専攻医のローテーション形式の研修は地域の病院としては迷惑なものと感じている。

それから病院としては、幕の内弁当を出すのではなく「うちは親子丼しかやっていない」、「うちは塩ラーメン一本でやっている」というように、「うちで訪問診療をやったら日本一になれる」というような特性を出すことで、他の病院と同じような研修に力を入れる必要

はないと思っている。

**志賀** 四方先生のお話には私もかなり同意するが、しかし、実際に若者が来るためには、自分がアンラーニングして、レジデントレベルに合わせジェネレーションギャップを埋めないといけないとも思っている。四方先生の施設のように一村一品、塩ラーメン1発！でフェローレベルの人を求めるならいいけれど、レジデントを受け入れるとなるとジェネレーションギャップに対応する必要があると思う。どのレベルのラーナーを獲得したいから、一村一品なのか、ジェネレーションギャップに対応するかというのを、自分たちで選ぶということなのだと思う。ただ一村一品の塩ラーメンが売れている分にはいいけれど、売れなくなったら悲惨なので、われわれは常に良いラーメンを作らなければいけないと、改めて思った。

**平野** 今日は素晴らしい発表を聞くことができ、また最後の議論は大変刺激的なものだった。今回は教育を提供する側の視点だったが、今後、教育を受ける側としてどうあるべきかという議論もぜひ実現したいと思った。

## 一般演題

座長：国民健康保険葛巻病院 名誉院長 遠藤秀彦  
福島県立医科大学会津医療センター総合内科学講座 特任教授 鈴木啓二

# 地域医療における超音波検査を用いた初期診療 ～虫垂疾患の2症例～

金 素子

市立大森病院

腹部超音波検査が鑑別診断に役立った虫垂疾患2例を経験したので報告する。

**症例1** 50歳代女性。心窓部不快感を主訴に当院を受診。特記すべき家族歴、既往歴はなし。採血データ上も異常所見はなし。腹部超音波検査では腹部臓器に異常なし。右下腹部に8×3cm大の囊胞性病変を認めた。虫垂と盲腸との連続性があり、内部は無エコーで、不正壁肥厚は認めず。その性状と位置関係から虫垂粘液腫を鑑別の上位に挙げた(図)。腹部造影CT検査では、虫垂の腫大、内部の液貯留、粘液の貯留が疑われた。CT所見でも悪性所見を疑うものは認めず、超音波検査の結果と合わせて、虫垂粘液腫と診断した。虫垂摘出施行後、腹部不快感は消失している。病理所見で一部軽度異型を伴う粘液産生円柱上皮の低乳頭状、平坦状増幅を認めた。

**考察：**虫垂粘液腫は良性であっても腹膜偽粘液腫の原因になることから早期発見が重要である。超音波所見に関しては内部が無エコーを呈する場合と、ムチンポールを形成する場合があるが、粘液の濃度性状で異なる。良性悪性に関しては、不整壁肥厚が大きな意味を持ち、不整壁肥厚のものは悪性病変が多いとされている。本例では均一に薄い壁を呈しており、超音波所見では良性を示しており、文献と一致して診断に寄与できたと考える。

**症例2** 10歳代女児、既往に特記なし。10日前より、嘔吐・発熱症状があり、それを主訴に当院を受診。採血データでは炎症所見の上昇を認める。腹部超音波所見はB-mode画像の造影画



特集

## 腹部超音波所見



のう胞性病変、内部は無エコー、不正壁肥厚なし  
→ 虫垂粘液腫疑い

症例1 腹部超音波所見

像で右後腹部に8cm大の膿瘍を認める。上行結腸に沿うようにその背面に8×7cmの膿瘍がみられ、虫垂体部から尾側にかけて内部が不均一で構造が不透明になっており、虫垂根部から連続する後腹膜膿瘍と診断。腹部造影CTも同様に、上行結腸背側、後腹膜に広がる8×6×5cm大の膿瘍を認める。膿瘍の下端に虫垂を疑う管腔構造を認めることから腫瘍形成性虫垂炎を疑った。小児緊急オペに対応できる他施設に転院となった。

**考察:**小児虫垂炎においては2017年の小児救

急医学会から、一次評価にスコアリングシステムを使用し、腹部CT検査施行率を下げ、小児被曝量を減らし、腹部超音波所見の画像検査を第一選択にすることで、診断の遅れの防止に有用であると提唱されている。超音波所見に関しては、虫垂最大径6mm以上、虫垂壁2mm以上、ドプラで虫垂壁の血流増加等が挙げられる。今回の所見ではこのような典型的な所見はなく、すでに腫瘍形成をしていたので、虫垂炎後の膿瘍であると診断できた。

## 当院における急性胆囊炎に対する経乳頭的胆囊ドレナージの有用性

安次嶺 拓馬<sup>1)</sup> 藤原純一<sup>2)</sup>

1) 北秋田市民病院 2) 由利組合総合病院

当院にて急性胆囊炎に対する非観血的アプローチである経乳頭的胆囊ドレナージ(ETGBD)を行った症例を検討し報告する。

急性胆囊炎の治療方針は重症度と全身状態を評価して決められる。対象は2019年7月から2022年3月までに当院で治療を要した胆石性急性胆囊炎44例のうち、ETGBDを行った6例を検討した。6例とも中等症に該当した。Physical status(PS)とチャールソン併存疾患指數(CCI)はいずれも高めであり、抗血栓薬服用は5例であった。手技成功は6例中5例であり、そのいずれの症例も再燃なく良好に経過し、6例全てにおいて、手技関連の合併症はみられなかった。

**症例** (症例1) 74歳女性。CTで胆囊内に気腫所見があり急性胆囊炎の中等症と診断した。心房細動に対してDOAC服用があったためETGBDを行った。(症例2) 91歳女性。白血球が20,000/ $\mu$ Lと高度炎症反応を呈する急性胆囊炎と診断し、PTGBAを行ったが再燃した。不穏が強くドレーン留置が難しく、経乳頭的にドレーン留置した。(症例3) 89歳男性。脳梗塞で入院中に急性胆囊炎を発症した。72時間以上の発熱持続が見られ、中等症と判定した。抗血栓薬服用を要しており、ETGBDを施行した。(症

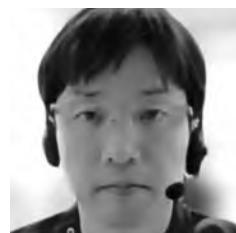
例4) 80歳女性。背景に心房細動があり、出血性梗塞と心筋梗塞合併で入院した。高度炎症反応を呈する中等症の急性胆囊炎と診断した。抗血栓薬の継続を要しておりETGBD

を行った。(症例5) 84歳男性。抗血栓薬2剤服用中に急性胆囊炎を発症し、72時間以上持続するため中等症と判定した。ETGBDを試みたが、胆囊管に結石がみられ手技不成功であった。保存的治療で改善が得られた。(症例6) 91歳女性。急性胆囊炎を発症し、72時間以上持続するため中等症と判定した。抗血小板薬を服薬しておりETGBDを施行した。

**まとめ** 手技成功率と臨床奏効率は83.3%で、いずれも偶発症や再燃なく経過した。

ETGBDは経皮であるPTGBDに比べて手技は難しいが、治療効果や有害事象は同等、再発率は有意に良い成績が示されている。

ETGBDの適応は、抗血栓薬服用の他にもいくつかある。スタッフや設備の充実が求められる手技であるため地域医療での実施は難しい要素も大きい。しかし高齢化が進むにつれて適応となる症例を経験する機会もえてくると想定



安次嶺 拓馬

される。本治療の有用性を認識しておくことで、より良い治療の選択が可能になると考えられる。

|               | 症例①   | 症例②   | 症例③   | 症例④   | 症例⑤   | 症例⑥   |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 年齢・性          | 74歳女性 | 91歳女性 | 89歳男性 | 80歳女性 | 84歳男性 | 91歳女性 |
| 重症度           | 中等症   | 中等症   | 中等症   | 中等症   | 中等症   | 中等症   |
| PS            | 3     | 4     | 3     | 4     | 4     | 3     |
| CCI           | 4     | 2     | 3     | 3     | 3     | 3     |
| 抗血栓薬<br>服薬有無  | あり    | なし    | あり    | あり    | あり    | あり    |
| 手技的<br>成功/失敗  | 成功    | 成功    | 成功    | 成功    | 失敗    | 成功    |
| 臨床的<br>成功/失敗  | 成功    | 成功    | 成功    | 成功    | 失敗    | 成功    |
| 手技時間<br>(min) | 41    | 45    | 45    | 30    | 50    | 60    |
| 手技関連<br>合併症   | なし    | なし    | なし    | なし    | なし    | なし    |

経乳頭的胆囊ドレナージを施行した6症例

## 名称力オス禍の総合医～高久先生の思いを引き継いで～

嶋本純也  
国保一本松病院

特集

総合診療医、家庭医、プライマリ・ケア医と名称はカオスのように混同しているが、高久史磨先生が座長を務められた「専門医の在り方に関する検討会2012年」で総合診療医という名前が決まった。しかし、その後ある会社のインタビューで「これからの地域包括ケアの中心を担うのは総合診療医である。そこで必要になるのは「診療」だけではなく、学校保健や健康教育なども地域において医師の仕事になるはず。だから「総合診療医」ではなくて「総合医」が適切なのかもしれない」とおっしゃっていた。

私が自治医科大学に入学するときのパンフレットに、「総合医を育成する」という文言があった。その「総合医」という言葉にひかれて、私は入学させていただいた。今ポリシーからは削除されているが、現在も自治医科大学には「総合診療医」という言葉が継承されている。

同様の論議は米国の方でもあり、米国の家庭医雑誌で家庭医(FP)と総合診療医(GP)の比較がされている。家庭医の方が研修、トレーニン

グが確立され、人数も多いが、総合診療医、ポスピタリストというのは高齢の男性に多く、海外からの学生に多いといわれている。

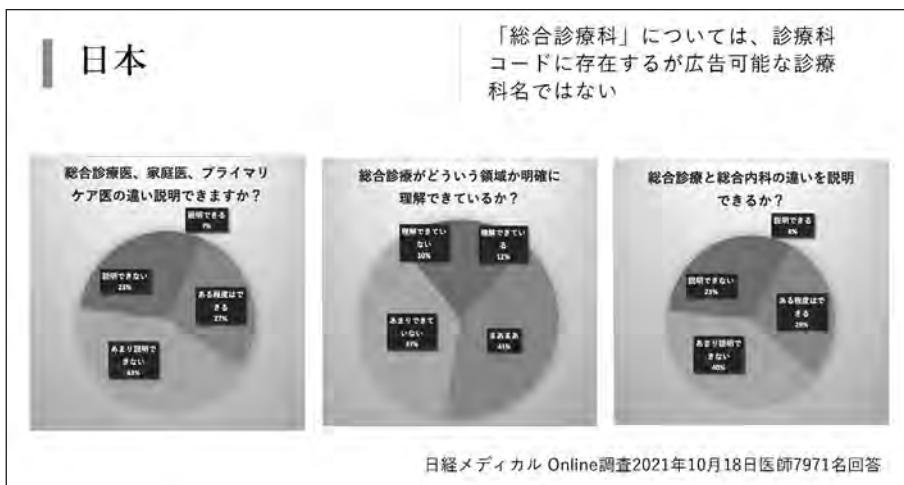


ヨーロッパを中心としたWONCA(世界家庭医学会)の定義には、Family Medicine/General Practiceのことについて書いてあるが、2つの区別はしていない。しかし患者ケアの質と費用対効果について総合医として医師をみていると書いてある。そのほかTexas Medical InstituteではFPとGPの比較をしており、GPの方はマイナーな縫合も含めて緊急の対応もできるとうたっている。

一方日本では、「総合診療科」が広告可能な診療科名ではないことから、若手の医師からすると障壁になっているのではないか。日経メイカルの調査では総合診療医、家庭医、プライマリ・ケア医の違いが説明できないという人が半

分以上、総合診療のイメージがクリアにできるかでは78%の方ができるといふのが現状だ。実際に総合診療科を希望する人、一番新しい専門医機構の採用数をみると、2.6%とごくわずかである。

高久先生の思いを継いで、地域医療の中で「診療」だけではなく地域を診る総合医を目指し、これから地域医療を担う人に総合診療をすすめていきたい。



日本におけるアンケート調査

## 特集

### 地域医療や保健指導の経験を医療者教育に生かす —社会医学教育実践の振り返り—

田鎖愛理

岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座

**背景** 医療の貧困を憂えた創始者により明治40年に創設された岩手医科大学は、現在に至るまで地域医療に密着した私立医科大学として歩み続けている。演者は生糸の岩手県民で、自治医科大学卒業後、岩手県で義務年限内に地域精神医療や産業医活動を行い、義務終了後は岩手医科大学で社会医学を中心とした教育を行っている。

**目的** 自治医科大学卒業生としての地域医療や保健指導の経験が、地域医療に密着した岩手医科大学での教育活動にどのように生かされているか自験例をもとに検証し、地域での義務年限の経験を医療者教育に生かすための資料とする。

**方法** 演者が着任した2016年度以降の教育活動内容を経時的に精査した。「岩手医科大学の学生個人情報の取扱要領」に従い、個人が特定さ

れないよう倫理的配慮を行った。

**結果** 2016年着任以降、3年前期「疫学・環境医学」の実習担当となり、たばこ対策・アルコール健康障害対策・労働衛生・自殺対策などの重要課題を、保健医療などの現場を交えて網羅的に学修できるように工夫している。2017年度以降、講義の担当が大幅に増え、医師国家試験合格率低迷を受けて対策が急務となり、試験改革や学修支援活動に参画した。2019年には3年後期で履修していた「予防医学」の学修効果を高めるべく、5年の地域医療実習直前に履修するよう、医学教育学講座と共同してカリキュラム変更を行った。また、2020年に学生の要望を受け5年後期～6年前期の高次臨床実習「公衆衛生学」を

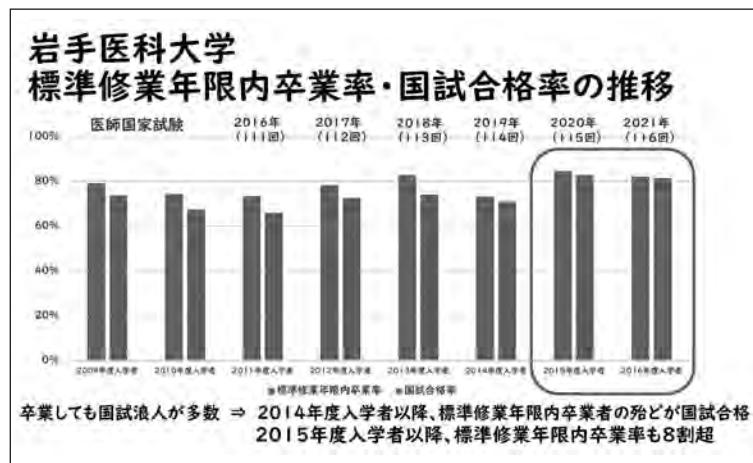


開講した。近年、医師国家試験合格率は改善傾向にある。

**考察** 義務年限の経験が臨場感のある実習に生かされ、学修効果を高めるためのカリキュラム改変にも繋がった。コロナ禍で保健医療現場

に触れる機会の大幅な減少があり、より臨場感のある実習を模索中である。

**結語** 地域医療や保健指導の経験は、医療者教育を行う上で、特に社会医学領域では大きな強みとなる。



岩手医科大学 標準修業年限内卒業率・国試合格率の推移

## 特集

### 認知症の糖尿病患者にGLP-1受容体作動薬を導入した一例

武田卓也

公立置賜総合病院

**症例** 89歳女性。以前から糖尿病に対して内服薬を処方されていたが、認知症のため内服できておらず、約半年前から通院も自己判断で中断となっていた。長女と2人暮らしであったが日中は一人で生活しており、服薬管理については本人に任せていた。

X年5月2日に近医を受診し、血糖コントロール不良のため、当院紹介、入院となった。ADLは自立、IADLは低下していた。食事は朝、昼は簡易的なもので、夕食は長女が調理していた。また間食もしていた。身体所見で肥満はなく、両足にしびれ、振動覚の低下を認めた。血液尿検査では血糖278,HbA1c14.2%と高血糖を認め、eGFR 41.3、尿中アルブミン2135.5mg/gと糖尿病性腎症は第3期であった。腹部エコーで脾腫瘍性病変は指摘されなかった。眼科所見では両糖尿病性網膜症が見られ、神経伝導検査では軽度の神経障害を認めた。

**入院後経過** インスリン強化療法を行い、血糖値は改善した。また隨時血中Cペプチド9.3ng/dLとインスリン分泌能の著明な低下は認めなかつた。認知機能の低下、家族の負担の面から持続的な内服治療は難しいと考えられたため、週1回の注射製剤である持続性GLP-1受容体作動薬であるデュラグルチドを導入した。

デュラグルチド導入後漸次インスリンを減量し、中止としていたが、年齢、認知機能を考慮すると、概ね良好な血糖推移を得ることができた(図)。



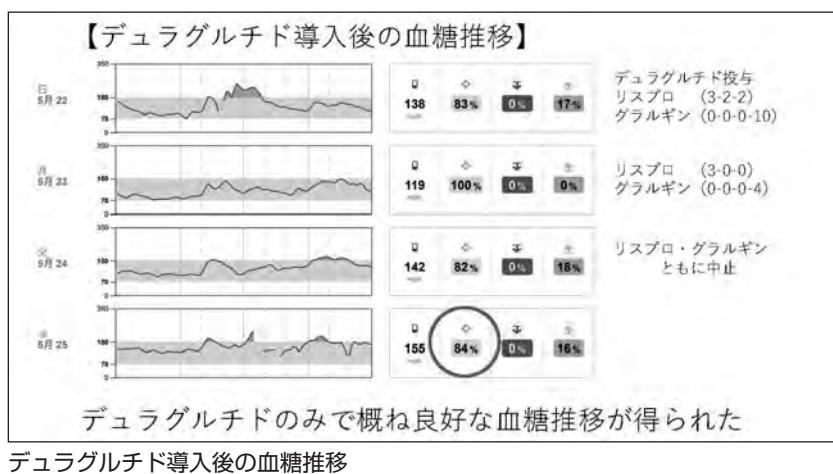
**考察** 糖尿病と高齢化、認知症の関連について考察する。わが国では高齢化が進んでおり、私が勤務する山形県では高齢化率は30%以上となっている。認知症、糖尿病患者はともに加齢

に伴い増加する。そして、糖尿病患者は糖尿病でない患者に比べ1.5倍も認知症になりやすく、認知症患者はセルフケアの低下から血糖管理に困難が生じやすいと考えられている。

山形県では高齢者の属する世帯の割合は50%以上になっているが、3世代同居世帯の割合が高いため、一人暮らし世帯の割合は全国と比べ10%ほど低くなっている。しかし一人暮らし世帯は増加傾向にあり、また同居世帯であっても日中は一人で過ごす方が多い。これらにより、本症例のように血糖コントロールに難渋する高齢患者がこれからも増加すると予想される。

本症例では高齢、認知機能低下、サポートの不足から、頻回の服薬はアドヒアラランスの観点から好ましくなく、また腎機能低下があること、インスリン分泌能が保たれていることを踏まえて、週1回のデュラグルチドを導入した。

**結語** 特にへき地・地域医療においては、服薬管理に悩まされる高齢患者が多く、単身世帯も増加もあり、満足なサポートが期待できない症例も多い。デュラグルチドはその簡便さから、施設入所者や、訪問看護を受けている在宅の方でも、使用しやすいものと言える。



## 南会津地方における肺炎球菌の血清型と薬剤感受性の推移

小野貴志<sup>1)</sup> 渡部真裕<sup>2)</sup> 橋本浩一<sup>2)</sup> 細矢光亮<sup>2)</sup>

1)福島県立南会津病院 小児科 2)福島県立医科大学 小児科学講座

**背景** 肺炎球菌は、主に小児や高齢者において、急性肺炎や急性中耳炎、髄膜炎などの感染症を引き起こす原因菌の一つである。肺炎球菌が有する莢膜は、90種類以上の血清型に分類される。13価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV13)の定期接種に伴い、小児および成人においてワクチン含有株が有意に減少することが多くの研究で明らかにされている。米国では、2021年6月に20価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV20)が18歳以上の成人において認可された。今後、本邦においてもPCV20が認可される可能性がある。

**目的** 少子高齢化が進んだ南会津地方におい

ても肺炎球菌の血清型および薬剤感受性の変化を調査し、明らかにすることで、今後の肺炎球菌ワクチン政策に有用な知見になると考えられる。

**対象** 2012年4月から2013年3月、2014年の1年間、2016年の1年間の3シーズン期間に、南会津病院の細菌培養検査で検出された肺炎球菌全検体(281株)を対象とした。

**方法** 検体の採取と同定・保存を行い、ゲノムDNA抽出、マルチプレックスPCR法でDNA



小野貴志

増幅、電気泳動で血清型判定を行い、最終的に莢膜膨化試験により血清型の確認をした。また、被験者の臨床情報と薬剤感受性試験のデータを集計し、関連性を検討した。

**結果** 患者背景は1～4歳が最も多く(142検体)、15歳以上は少数(45検体)だった。検体の種類については上咽頭ぬぐいが大多数を占め(233検体)、喀痰からの検出は少数(45検体)で、全て15歳以上からの検出であった。

検出年別の血清型の推移では、小児ではPCV13含有血清型が有意に減少し、PCV13非含有血清型の増加を認めた。また全ワクチン非含有血清型においても有意に増加していた。2012年度で最も検出が多かった血清型は6Cであったが、非ワクチン含有血清型に分類される。2016年には血清型35Bが最も多く、次いで15Aが多いという結果になった。成人では全ワクチン非含有血清型においてのみ有意に増加していた。2012年度はワクチン含有株の血清型3が最多で、2016年は35Bが最多であった。

続いて、検出年別の薬剤感受性の推移だが、小児では、2014年にペニシリン(PCG)とメロペネム(MEPN)耐性において有意な減少を認めた。成人では2016年にPCG耐性において有意な減少を認めた。

以上の結果より検出数が多かった血清型の薬剤耐性の割合を調べると、成人では変化がなかったが、小児では2016年に多数検出した血清

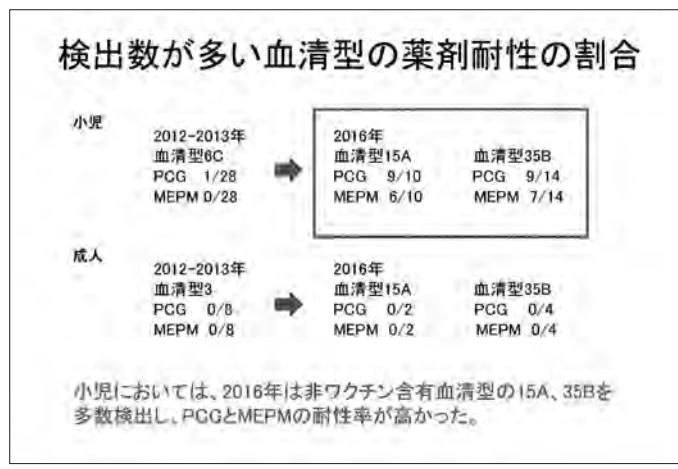
型15Aと35Bは、PCGとMEPMの耐性率が高かつた。

**考察** 2010年～2017年日本での侵襲性肺炎球菌感染症(IPD)の全国調査では、PCV13含有血清型の検出率は減少しており、PCG耐性株も減少を認めた。非ワクチン含有株の9つの血清型では遺伝子型PCG耐性が出現したが、血清型15A、35Bでは出現しなかった。2018年における乳幼児の肺炎球菌血清型の研究では、PCV13含有血清型の検出率は低く、検出率が高い血清型として35Bと15Aが上げられた。2015年～2017年の日本のIPDと非IPDの全国調査では、PCV13含有血清型の検出率は低く、分離株で15Aが最多で、次いで35Bの順であった。薬剤耐性に関しては非IPD株で有意に高く、血清型15Aと35Bは多剤耐性傾向であった。

以上のことからPCV20には、PCV13含有血清型以外に、7種(8,10A,11A,12F,15B,22F,33F)が追加されているが、血清型15Aと35Bは含まれておらず、IPDでこれらの血清型の増加が懸念される。

**結論** 南会津地方ではPCV13の定期接種導入後に、小児においてPCV13含有血清型が有意に減少していた。2016年には小児において多剤耐性の血清型15A、35Bを多数検出しており、これらの血清はPCV20でもカバーしていないため、多剤耐性の血清型15Aと35Bの拡散の動向に留意する必要がある。

## 特集



## 地域におけるC型肝炎撲滅への取り組み

山崎一美<sup>1)</sup> 田中敏己<sup>2)</sup> 神田 聰<sup>3)</sup> 八坂貴宏<sup>4)</sup> 白濱 敏<sup>3)</sup>

1) 国立病院機構長崎医療センター 2) 小値賀町国民健康保険診療所 3) 上五島病院 4) 対馬病院

WHOは2030年までに肝炎ウイルスを撲滅するよう各国に協力を求めている。

Razaviが各国のHCV撲滅の達成予測をしているが、米国を含む多くの国は2030年までに達成できないと予測されている中、日本は、2027年には達成できると予測している。

C型肝炎の撲滅は、地域と専門医療機関が協力しなければ達成できない目標である。われわれの取り組みについて紹介する。対象地域は、長崎県五島列島小値賀島。人口は2,300人弱で医療機関は1カ所。健診受診率は、良い方で、肝がんの死亡率は全国と比べて高い地域である。これはC型、B型肝炎の罹患率が高いということによる。

**方法** 小値賀島での肝炎ウイルススクリーニング体制だが、小値賀町健康管理センターが主幹になり、小値賀診療所、上五島病院(HCV抗体測定)とで連携体制をとった。患者の負担はなく、上五島病院が負担した。1990年から地域・職域健診でHCV抗体を導入し、診療所の初診患者も無料で検査している。1990年からは診療所で肝炎外来を開始している。

**結果** 住民健診の受診状況だが、1990年の人口は4,651人、今までにスクリーニングを受けたのは5,634人で、ほぼ全住民を調査したとみなされる。スクリーニング後HCV RNA陽性を確

認した患者は、現在まで80名。

1990年の人口に対する罹患率としては1.7%とかなり高い。C型肝炎患者80名(男性50.0%)で、1920年代出生者が最も多く、次に1930年代である。

1990年時点の年齢はそれぞれ60歳代と50歳代、現在の年齢ではそれぞれ90歳代と80歳代になる。80名の抗ウイルス治療の導入例は11例(13.8%)、このうちIFN-baseは4例(30歳代1例、60歳代3例)で、持続的にウイルスが消えた症例は2例である。IFN-free治療は7例で、全例でウイルスが消失した。年齢は70歳代1例、80歳代4例と高齢者に治療を行えた。

全例の転帰だが、転居10例、死亡したのは52例である。このうち他病死65%、肝関連死35%あった。現在生存している9例は、全例ウイルスが駆除されている。最後の治療患者が最終内服をした2020年6月19日、この日が撲滅の日になった。その後の健診ではHCV抗体陽性者感染は0例で、新規患者は認めていない。

我が国のHCV撲滅達成のために、まず小地区単位での取り組みから始めた。実現可能な小さな地区から取り組むことで日本全体の目標が達成されると考えている。



山崎一美

### 小値賀町・住民健診の受診状況

・人口(国勢調査) 1990年 4,651人・  
(2020年 2,288人)

・地域健診・職域健診全受診者  
1990年- 5,634人-

ほぼ全住民を調査

※ 受診者が、人口を超えているのは、  
転入者が含まれているため。

小値賀町の住民検診の受診状況

# 地域包括ケアの時代におけるICT(地域医療介護情報連携ネットワーク)活用による『繋がる多職種連携』

加藤久和<sup>1)</sup> 小林土巳宏<sup>2)</sup>

1) 医療法人豊生会加藤クリニック 院長 2) オフィス ページーオー 代表

宇陀市は奈良県の北西部の山間地にある過疎地で、人口は28,000人余り、高齢化率は42.5%、後期高齢化率も22%である。救急医療は宇陀市立病院では対応しきれず近隣の病院との連携で補っている。ただ高齢者も多いため、がんの末期をはじめ在宅医療の需要は結構ある。宇陀市では平成24年より宇陀市立病院の機能の明確化と、在宅医療、多職種連携の取り組みを開始し、平成27年、市直営の「宇陀市医療介護あんしんセンター」をつくり、さまざまな地域包括ケアの推進の取り組みを行ってきた。

平成27年まで奈良県は多職種連携のためのICTのアンケート調査や全国のICTの調査を行い、平成28年そのモデル地区を公募し、宇陀地区が採択され、「宇陀けあネット」と命名、協議会でシステム構築をし、平成31年度より本格稼働に至っている。

「宇陀けあネット」を分かりやすくいうと、医療・看護・介護等の情報を一元化した双方向性の随時更新されるデータベースで、連携のために個人のページの中で関係者が情報交換や意見交換ができる「コミュニケーションボード」というシステムを持っている連携ツールであるということ。現在参加住民は7,242名(対象地域の全

人口の約23%が参加)、参加事業所や施設は87カ所(約70%)と非常に多くの参加者を得ている。1ヶ月のログイン数は2,000回程、特にコミュニケーションボードへのアクセス数は月間5,000回程あり、「宇陀けあネット」はこの宇陀の地域における多職種連携では欠かすことのできない連携ツールになっている。

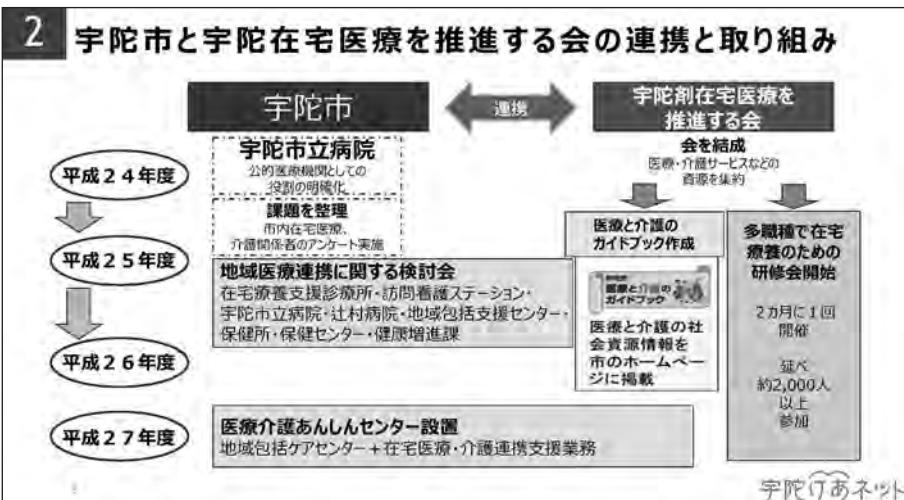
「宇陀けあネット」のメリットを考えると、医療者にとっては今までの患者(住民)の経過が分かるので初診でも対応しやすく、かかりつけ医にとってはいつでも紹介状を書いている状態になり、「救急」がつながる。介護関係者にとっては、苦手な医療関係者との連絡、連携が進むようになる。参加住民にとってはどこに受診しても状態を分かってくれるので安心して受診でき、今までの経過の説明がうまくできなくても医療の継続性が保たれるということになる。

宇陀市立病院が連携に積極的に参加、入院患者や外来患者の情報を在宅チームに出すようになり、連携の質が一気に向上し病院の立ち位置も変化した。ICTを活用するメリットを一言で



加藤久和

## 特集



宇陀市と宇陀在宅医療を推進する会の連携と取り組み

いうと「距離が縮まる」ということ、同職種間、異職種間の距離が縮まり、行政との距離も縮まり、病院や施設と住民との距離も縮まる。これが一番大きい。

「宇陀けあネット」の立ち上げを振り返ってみると、各職種にとって本当に必要な情報はどんな内容かを15の職種に別れて4カ月をかけて徹底的に検討した。これが「仲間意識」を生み、ICTを作る「共通の目的意識」ができ、この事業

のすべての出発点になった。

ICTを今後うまく活用するために必要なことは、連携すべき社会資源同士に顔の見える関係性ができていること、医療・看護・介護・行政がフラットな立場で協議、対応できること、初期では各職種に旗振り役がいること、最終目的である「地域の人々を支えていく」「地域包括ケアを推進する」という目的意識がぶれないことなどであろう。

## 高齢化率40%超の三戸町における救急の現状

斎藤佳菜子 葛西智徳 村上祐介 松岡保史 藤原慈明 三木祐澄  
三戸中央病院

**背景** 三戸町は青森県の南東に位置し、人口は現在約9,300人、高齢化率は41.7%で、少子高齢化が進んでいる町と言える。

**目的** 当院への救急搬送症例について検討する。

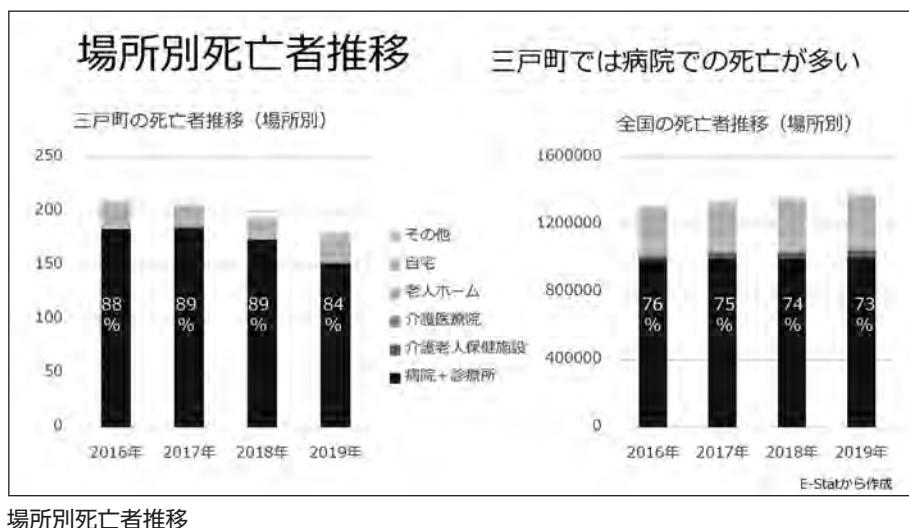
**結果** 三戸町のある八戸地域医療圏は人口31万人。当院から車で40分の所に高次医療機関である八戸市立病院、八戸赤十字病院があり、専門医療が必要な症例はこれらに搬送することが多い。町別の搬送数では、田子分署、三戸消防署症例の半分が当院受け入れとなっており、令和元年が249例、2年が283例、3年が330例と徐々に上昇傾向にあり、応需率は90%と変化はなかった。年齢別搬送割合は、65歳以上の割合

が増加し、常に80%を超えており、全国の65.3%と比べても多い傾向にあった。

当院への搬送症例の疾患割合だが、65歳以上は循環器疾患、呼吸器疾患、外傷が多く、64歳以下は外傷、中毒・外因が多い傾向であった。またCPA症例の搬送が多く、令和元年から3年間に889例の搬送があり、そのうち32件CPA症例であった。それは全体の4%であるが全国平均の2.2%に比べて上回っている。特に老衰の心肺停止で運ばれてくる症例が多い。場所別死者の推移に関して、全国では



斎藤佳菜子



病院、診療所で亡くなる方は73~76%であるが、三戸町では84~89%である。

**考察** 地域全体での看取り体制構築が課題だと思われる。現状、CPA搬送が多く、救急車応需率が90%となっているため、看取り場所を病

院以外に分散すれば、さらなる当院で受け入れが可能になると思われる。

**結語** 当病院の搬送割合は高齢者が多く、CPAで運ばれる老衰の方が多いが、地域連携で看取る体制作りが必要と思われる。

## 口コモティブシンドローム患者の臨床的特徴： システムティックレビュー

小林孝臣

佐賀大学医学部 整形外科

**背景** 口コモティブシンドローム(以下、口コモ)は運動器の低下を示唆する状態であり、地域・僻地・離島でも頻繁に直面する問題である。口コモの評価方法として、口コモ25は痛み・ADL・不安などを25個の質問項目にまとめた最も有名な質問紙票である。本研究の目的は、口コモ25で評価される口コモ患者の臨床的特徴を調査することである。

**方法** PubMedとGoogle Scholarを用いて調査した。口コモ患者の臨床的特徴を調査した原著論文を対象とした。統計学的にはReview Managerを用いて解析した。

**結果** 27論文中の13,281人(口コモ3,385人、非

口コモ9,896人)が対象となった。メタ解析の結果、口コモと関連する因子は、高齢、女性、高BMI、骨粗しょう症、うつ病、腰痛、膝痛、上肢痛、アライメント不良、身体評価(握力、背筋力低下、片足起立時間、歩行速度)の成績不良であった(図)。

**結語** 口コモ患者の臨床的特徴を明らかにした。口コモ25での口コモ評価困難例において、臨床的特長からおおまかに口コモ度を推測し、それに応じた対策を実践する必要がある。



### 結果まとめ

| 臨床的特徴           | 研究数 | Statistical heterogeneity |          | Effects model | Pooled OR or MD | 95% CI         | p value  |
|-----------------|-----|---------------------------|----------|---------------|-----------------|----------------|----------|
|                 |     | I <sup>2</sup> (%)        | p value  |               |                 |                |          |
| 年齢              | 25  | 63                        | <0.00001 | Random        | 4.71            | 3.97, 5.44     | <0.00001 |
| 女性              | 22  | 46                        | 0.009    | Fixed         | 1.54            | 1.38, 1.71     | <0.00001 |
| BMI             | 21  | 36                        | 0.05     | Fixed         | 0.78            | 0.57, 0.99     | <0.00001 |
| 口コモ25           | 7   | 95                        | <0.0001  | Random        | 25.17           | 20.95, 29.40   | <0.00001 |
| SMI             | 4   | 18                        | 0.30     | Fixed         | -0.08           | -0.18, 0.002   | 0.11     |
| 骨粗鬆症            | 3   | 47                        | 0.15     | Fixed         | 1.68            | 1.32, 2.13     | <0.0001  |
| 糖尿病             | 2   | 37                        | 0.21     | Fixed         | 1.32            | 0.95, 1.84     | 0.10     |
| うつ病             | 3   | 0                         | 0.57     | Fixed         | 3.14            | 1.81, 5.44     | <0.0001  |
| 腰痛              | 2   | 84                        | 0.01     | Random        | 4.52            | 1.71, 11.94    | 0.002    |
| 膝痛              | 2   | 58                        | 0.12     | Fixed         | 2.16            | 1.68, 2.64     | <0.00001 |
| 上肢痛             | 2   | 0                         | 0.86     | Fixed         | 2.60            | 1.48, 4.57     | 0.0009   |
| LL              | 2   | 0                         | 0.54     | Fixed         | -7.91           | -10.08, -5.74  | <0.00001 |
| SIA             | 2   | 45                        | 0.18     | Fixed         | 2.70            | 1.76, 3.65     | <0.00001 |
| 握力              | 7   | 62                        | 0.01     | Random        | -4.04           | -5.25, -2.83   | <0.00001 |
| 背筋力             | 5   | 93                        | <0.00001 | Random        | -19.36          | -23.25, -15.47 | <0.00001 |
| Maximum stride  | 2   | 40                        | 0.19     | Fixed         | -19.36          | -23.25, -15.47 | <0.00001 |
| Timed up-and-go | 6   | 83                        | <0.0001  | Random        | 1.20            | 0.81, 1.60     | <0.0001  |
| 片脚起立時間          | 6   | 79                        | 0.0002   | Random        | -18.05          | -22.28, -13.83 | <0.0001  |
| 歩行速度            | 2   | 0                         | 1.00     | Fixed         | -0.20           | -0.22, -0.18   | <0.00001 |

図 結果まとめ

# 私の地域医療

座長：公立置賜総合病院総合診療科 診療部長 高橋 潤  
日光市民病院 管理者 杉田義博

地域医療振興協会では2006年より義務年限を終了する自治医科大学卒業生に対して、それまでの貢献を称えるとともに、引き続きへき地・地域医療に貢献していただくよう願いを込めてへき地医療功労者の表彰を行っている。今回は9名をへき地医療功労者として表彰、それぞれがこれまでのへき地・地域医療に対する取り組みを5分間のビデオ動画にまとめ発表した。その中で最も優秀な発表者に高久賞が授与された。

## 高久賞受賞

### へき地での活動を通して

小竹町立病院 日野有美香(福岡県37期)

## 特集

義務年限中の思い出はたくさんあるが、その中の一つである「平成29年7月の九州北部豪雨における東峰村立診療所での災害医療活動」について報告する。福岡県東峰村は、人口約1,800人の福岡県で最小の自治体であり、高齢化率は約45%，主な基幹産業は陶器や農業である。私が医師4年目に勤務していた東峰村立診療所は常勤医師1名、看護師1名の体制で、被災前の1日外来患者数は5名程度、病態の安定している患者のフォローアップをメインに診療していた。

平成29年7月、気象庁観測史上最大規模となる豪雨が東峰村を襲い、土石流による家屋流出、道路寸断、断水、停電、通信不能など甚大な被害が発生した。村内唯一の医療機関である東峰村立診療所は、処方や避難所の巡回など、多岐にわたる医療支援を行った。幸いなことに、当診療所は建物被害が少なく、被災2日後には電気が復旧し、3日目以降は電子カルテや検体検査、X線撮影装置も使用可能となった。

今回は災害発生から10日間の診療所の診療録をレビューし、甘木・朝倉消防本部に聞き取り

調査を実施し、診療所での医療活動を報告する。受診患者数は被災当日では1名のみだったが、10日目にピークの45名に達し、大半が初診患者であった。病状管理が困難な症例は医師会や地域の保健師と患者情報を共有し、早急にドクターへリや救急車で村外の医療機関に搬送とした。受診患者は76%が65歳以上、休日・時間外の対応も行った。内服薬の流出や定期薬の処方切れのため受診する患者が大半を占めたが、1回あたりの処方日数を制限し、在庫切れが生じないよう配慮した。処方薬品の内訳としては、内服薬では循環器系や内分泌代謝系の薬、外用剤では湿布が多かった。

水害により集落の家屋周辺が水没し、移動さえも困難であったため、受診患者は漸増傾向だった。近隣医療機関の機能低下や交通アクセス遮断のため、村外の医療機関に通院中の患者が当診療所を受診した。自分の病歴や内服薬の名称を明確に把握していない患者も存在し、患



者情報の共有や平常時の患者教育の重要性が示唆された。災害の時期や種類により頻用される医薬品は異なるため、薬剤の需要状況を把握し、具体的な供給支援を要請するべきである。被災者の医療ニーズを的確に把握し、「連携が効いたチーム医療」を行う必要があると感じた。

今回の豪雨災害では、メディアで大きく取り上げられた地区に支援が集中し、診療所がある地区では比較的被害が少なかったため、支援の申し出がほとんどなかった。そして診療所への支援が遅れたため、診療所職員の疲労や精神的負担がピークを迎える、被災後11日目から休診せざるを得ない状況になった。このことから、被災地全体の医療ニーズの把握と状況に応じた支援の分配の必要性、被災地の医療従事者も被災者であるという認識を持つことの重要性を感じた。

私自身、被災後2週間は診療所のソファを寝床に泊まり込み、救援物資が到着するまでは村の人が育てたトマトやキュウリをそのまま食べて過ごした。赴任後わずか3ヵ月で経験した豪雨災害では私自身も被災したが、地域住民と共に経験することで距離も絆も深まったと思う。被災から2年が経ち、他の自治体へ異動となつたが、今でも村行事に参加するなどの交流が続いている。ライフラインが滞っている中の診療所の対応、避難所の巡回診療、かかりつけ患者の自宅訪問、夜間のオンコール対応など

の医療活動に対し福岡県医師会より感謝状をいただきた。

へき地にいても日々の診療の中には貴重な症例や研究の題材となる発見がたくさんあった。脳卒中や心筋梗塞の発症や死亡を追跡調査する住民ベースの多地域共同のJMSコホート研究に携わり、日々の診療での内服指導や運動・食事に対する意識づけの重要性を学んだ。また、厚生労働省の感染症動向調査のデータ解析をもとに、「小児の感染の疫学」をテーマとした英語論文を執筆し、今後学位取得に向けて頑張っていきたいと思う。学校医や産業医の活動を通して、「生理の貧困」という女子高校生を対象とした生理に対する知識の啓発や生理用品の配布などに携わる機会を得ることができ、女性医師として自治体の事業・研究に参加した。

地域医療の中では、診療所や病院の中にとどまらず、往診や家屋調査、学校医としての仕事など、現場に赴く仕事も経験した。患者さんを取り巻く環境やバックグラウンドを含めて問題解決にあたり、地域の相談役として一人ひとりの患者とじっくりと向き合うことができるのが地域医療の醍醐味だと感じた。義務年限の9年間は楽しいことばかりではなかったが、それ以上にへき地でしかできない経験がたくさんあり、自分の医師人生においてかけがえのない貴重な時間であったと感じている。

## 特集

**高久賞候補演題**

## 東京都島嶼における遠隔診療体制 —Telestrokeと眼科遠隔診療システム—

富山県立中央病院 脳神経外科 水田亮佑(東京都37期)

東京都島嶼地域では悪いアクセス、少ない人員の中で医師が専門診療から救急症例まで幅広い診療を行っている。今回、東京都島嶼地域の遠隔診療体制における2つの取り組みを紹介する。

1つ目は、Telestroke体制改善の取り組みについてである。東京都島嶼地域では以前より脳卒中ホットラインを通じたTelestroke体制をとっておりrt-PA静注療法後に搬送するDrip & Ship法を実施している。しかし島嶼では少ない人員で不慣れな総合医が神経診察検査を行わなくてはならず、時間を要してしまう。

そこで2019年より時間短縮を目標に取り組みを実施した。まず、手順の定型化として診療プロトコル、クリニカルパスを作成し、少ない人員での役割分担を明瞭化した。また、採血項目を必要最小限とした。教育体制としてはオンライン勉強会やrt-PA適正使用講習会の履行、月1度の救急艇搬送症例検討会で具体的症例についてフィードバックを行った。取り組み前後の比較では、来院からrt-PA投与までの時間が平均107分から平均78分と短縮した。

続いてSmart Eye Camera(SEC)を用いた眼科遠隔診療システムの構築についてである。東

京都島嶼では眼科巡回診療以外では総合医が眼科診療を行う。細隙灯顕微鏡等で診察を行い、診断・治療・内地紹介を判断するが、専門性の高さから判断に悩むことが多い。また内地紹介は患者の経済的・時間的負担が大きく、さらにコロナ禍ではコロナ感染リスクも問題となる。



現状改善のため2020年以降東京都島嶼9島にSECを導入、島嶼医師がSECを用いて前眼部を撮影し、チャット機能を通じて眼科医師にコンサルトを行った。その結果、島内での早期診断、治療完結が可能となった。ポータブル性があり日常外来や訪問診療先で気軽に使用でき、フィードバック性により動画保存での再確認、医師間の共有が可能なことからも、SECはへき地医療との親和性が非常に高く、離島のみならず多くのへき地で活用できると考えられる。

へき地医療では医療格差が重大な課題のひとつである。遠隔診療システムを有効に用いることで、へき地の医療格差の是正の一助になると見える。

## ドクタープール制度が地域医療を守ることに繋がるか？

山形県立中央病院 消化器内科 佐藤裕人(山形県37期)

山形県は義務年限内の3年目以上の女性医師数が2023年にピークを迎える。しかし、県では地域派遣時に妊娠した際の対応が決まっていなかった。

この状況を踏まえ2018年に産休などに対する意識調査を行うと、産休を取りやすい雰囲気や

サポート体制などの環境整備が求められていることが分かった。そこで2019年に山形県人会サポートシステム検討委員会が発足した。これは地



域派遣中に出産、育児、病気などで長期休職が必要になった際のサポート体制を検討し県へ提案、制度設立を目的とするもので、誰もが気兼ねなく必要な休みをとれるシステムづくりを目指とした。

他県での対応の調査を踏まえ山形県の問題点を整理すると、サポート体制がない、派遣先の医師数が少ない、へき地中核病院のマンパワー不足の3点が考えられた。そこで地域医療に穴をあけず休みを取れるようドクターパール制度を提案。これは、基幹病院への派遣をパール枠とし、へき地派遣医師に長期休暇が必要になった際にパール枠の医師がサポートのため派遣されるもので、県人会総会で承認され2019年秋に山形県に要望書を提出した。そして2年を経て今年度から制度が始動し、私が最初の1人としてパール枠を担うこととなり、育休を取る医師

のサポートを行っている。

本制度には、複数人サポートが必要になったらどうするか、あらかじめ中核病院へ派遣したらよいのでは、派遣元の病院の診療が疎かになるのではないか、など多くの課題がある。しかし生まれたばかりであり、さまざまな課題をみつけ試行錯誤しながら、卒業生と県が手を取り合って育てていく制度と考える。そして、私の使命は地域で働く医師の相談窓口となり、ドクターパール制度への理解を求め、有事の際に勤務の調整を行っていくこと、さらにこの制度を未来へと繋げていくことだと考えている。

ドクターパール制度は地域で働く医師のプライベートを守り、全力で地域医療に集中できるようにした。そして有事の際に地域医療の継続性を守るという意味で大きく山形県に貢献できたと考える。

## 私の地域医療と内視鏡診療

大津赤十字病院 岡 勇樹(滋賀県37期)

特集

現在、滋賀県において義務年限中の医師が派遣されている医療機関は9カ所あり、全てで消化管内視鏡検査が施行されている。私は県内4カ所で検査に携わったが、義務年限中に経験した内視鏡的知見について発表する。

近年新しい経口抗凝固薬としてDirect Oral Anticoagulants(DOAC)が登場した。DOACによる抗凝固療法はワルファリンと比べ脳梗塞予防効果は同等かそれ以上とされる一方、DOAC内服患者における消化管出血に関しては十分な検討がなされていない。そこで、顕血便陽性を認め下部消化管内視鏡検査を施行した150例の診療記録を後方視的に検討、内視鏡的に出血源を同定し止血処置に成功した23症例を分類、検討した。結果、血管性病変から出血した患者全てでDOAC内服があり、またDOAC内服患者における出血は肝湾曲部から下行結腸に有意に多いことが分かった。この結果を踏まえ観察を続けると同様の傾向であることから、DOAC内服患者において血管性病変からの微細な出血が多

いことは明らかである。

このほか、微小膵癌の特徴についての検討、微小な早期胃がんを発見する注意点、PEG造設後に合併症治療に難渋した症例、止血に難渋したクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群や、腸管T細胞性リンパ腫、慢性活動性EBウイルス感染症など、特殊な病態の症例も経験できた。滋賀県初のSFTSも経験し内視鏡所見も検討した。いずれも一例一例詳細に観察し診断、治療に至った症例である。



義務年限内の医師は医療機関によって経験できる症例が限られ、基幹病院での内視鏡医に比較し経験症例が少ないともあるだろう。だが経験した症例を丁寧に検討し積み重ねることで新たな知見も得られる。内視鏡は私にとって大切なコミュニケーションツールのひとつ。地域で苦労した場面もあったが、丁寧な内視鏡検査を通じて信頼関係の構築に繋がった。不快感の

少ない検査や処置は医師・患者関係において重要で、検査の継続性の獲得においても有用である。

今後も一例一例の検査を大切にそれぞれの患者と向き合う姿勢を大切にしていく。

## 鹿児島県南大隅町佐多地区における一人診療所勤務から学んだ地域医療の魅力

瀬戸内町へき地診療所 上村英里(鹿児島県31期)

私は4人の出産を経て3回のへき地勤務を経験した。そのうち2013年から2年間、一人診療所勤務をした南大隅町佐多郡・大泊へき地出張診療所での経験をお話します。

南大隅町は少子高齢化が進んでおり、赴任した2013年時点の高齢化率は44%であった。医療・介護の関係機関は、地域が広いものの規模がそれぞれ小さいので顔の見える関係があり「相談しやすい環境であること」が強みだった。佐多地区での医療において困ったのは、認知症患者やADL低下等による受診困難例が増加していくことやキーパーソンとの連絡が分かりづらいことやターミナル症例、在宅看取り、検死依頼件数が増加していたことだった。主に高齢症例での困り事が多かったが、小児や若い世代への啓発活動は十分に行えなかったのが反省点である。

そうした佐多地区の医療において工夫していたことを挙げる。認知症患者に対しては地域の認知症初期集中支援チームと連携し、専門医療機関への受診等が難しかったり拒否していたりする患者に対して、チームのスタッフがお宅や地域に直接赴いて支援に繋げた。また、病気の管理を医者任せという方が多かったため、より自分事として捉えてもらう手段として日々の食事に着目して、診療所での集団指導や個別の訪

問栄養指導事業を開始した。各施設、各個人でできることは限られていたが、多職種で連携し行政や地域住民もうまく巻き込むこと、一人ひとりの実力向上を常に目指すことで不可能は可能になると学んだ。

佐多は立地としては非常に不便だったが、食べ物が美味しい、家族の好き嫌いがなくなったのは有難かった。また、子育てにおいては都市部では保育園探しに苦戦したのとは対照的に保育園にすんなり入ることができたし、子供の体調不良時には近所の方々が子供を預かってくださったお陰で夫婦共働きでも仕事を続けることができた。地域に住まい、さまざまな地域行事に参加させていただくことで、診療所では見られない活発な患者の姿を見ることができたのも密かな楽しみのひとつであった。

復職前には鹿児島県の女性医師復職研修を利用して安心して復職でき、鹿児島県や地域住民の方々、家族の理解と協力があってこそ、私は義務年限を無事に全うすることができた。義務年限中に関わってくださった皆様には、本当に感謝している。この場をお借りして深く感謝申し上げる。



## 地域診断の手法を用いた山間へき地医療戦略の一例

日光市民病院 内科 菅谷 涼(栃木県37期)

卒後にさまざまな規模の病院を経験する中で、私は地域の医療ニーズには住民の声だけでなく医療者が専門的視点で探索すべきものもあると学びました。そのためにリサーチマインドは欠かせない能力の一つであると感じ、磨いてきました。

医師8年目に栃木県日光市の栗山診療所(無床、医師1人、対象人口680人)に赴任しました。前職からの引継ぎで、訪問診療は0件であり、理由は独居が多いために住民が訪問診療を希望する前に市街地へ去ってしまうからと伺いました。また、この地域には訪問看護事業もないとのことでした。私は本当にこの地域に訪問診療のニーズがないのか確かめる必要があると考えました。

栗山診療所を管轄する日光市担当課長に尋ねたところ、「栗山地域のことは何も知らない」とのことでした。そこで、日光市で過去に実施していた意識調査から栗山地域住民のデータを抜粋した再集計を依頼したところ、認知症で余命宣告がされた状態でも自宅で過ごしたいという希望者の割合は全国と同等であることが分かりました。診療所独自のアンケートでは、往診・訪問診療に対する満足度が低く、できるだけ長く栗山地域で暮らしたい住民が多いことが分かりました。住民が遠慮しているだけで訪問診療に

対するニーズは存在すると考えました。日光市担当課長と複数回対話し、「長く健康でいるための予防医療」と「要介護でも自宅で過ごすための訪問事



業の充実」の2つを重点的に取り組むべき課題に据えました。予防医療では、日々の生活習慣病指導に時間を割き、健診事業の利用者増加にも注力しました。住民の健康リテラシー向上を目指し、市と共同で健康教室を開催しました。訪問診療では、後方病院からの相談に終末期の訪問診療が可能であると伝えるなど病診連携強化を目指しました。また、市主催の多職種連携部会に参加し、顔見知りになったケアマネージャーの紹介で栗山地域に訪問可能な訪問看護ステーションを見つけました。

これらの活動の中で日光市担当課長との関係も深まり、今後双方に顔が変わっても長期的な戦略が続けられるようにと、栗山地域の医療における日光市と栗山診療所の連携戦略を提言として作成し、日光市へ提出しました。たった一年の赴任期間ではありましたが、客観的データに基づくニーズ探索への前向きな姿勢が行政との信頼関係構築に寄与したと考えます。

## 白川村と過ごした義務年限 ～縦の連携 横の連携 卒業生が紡ぐsustainability～

県北西部地域医療センター国保白鳥病院 黒川大祐(岐阜県36期)

国保白鳥病院は岐阜県北西部地域の複数の診療所・医療圏を超えて連携して支えるセンターの中核病院となり、私は卒後3年目に連携施設である白川村診療所へ週に2回診療支援を行うこととなった。白川村診療所は20年以上自治医科大学卒業生医師一人赴任のもと、特に在宅医療に積極的に取り組み、高い地域看取り率が維

持されてきた。

1年後に診療所長を引き継いでから私が意識したのは、先輩医師が支えていた地域医療を維持することであった。訪問看護サービスや休日夜間帯ではなく、ヘルパーもい



ない状況ではあったが、センターからの支援、同居家族のサポートや村内介護施設の協力で在宅療養・看取りを実現した。また、赴任医師が変わってからも引き続き頼ってもらえる診療所を目指し、日々の業務以外でも介護職員とのワークショップ、養護教諭と協力した授業、保健師と協力した住民対象の講演会を行うなど、村内各部署との連携を維持・強化するよう努めた。

義務年限中には白川村の小中学生を中心に百日咳が流行する事例も経験した。検査設備が整っていない環境での診療であったが、学校行政や保健師などとの日々の連携を活かし、スムーズな対応を行うことができた。

これらを通じて家庭医療専門医のコンピテン

シーにも含まれているEBM、多職種連携、地域志向ケアといった理論が実践と結びつくことを実感、地域医療の重要性を再認識した。

白川村では前赴任医師との縦の連携、指導の下、先輩卒業生の築き上げた医療体制を維持・強化し、赴任医師が変わっても継続した医療体制が供給可能であることを示せた。また、私の次の赴任医師に対しても診療医支援を通じて同様にサポート・引継ぎを行い持続可能な医療体制の構築ができている。白鳥病院の医師らと義務年限中の現地派遣医師が協力して診療以外の業務にも積極的に対応にあたる診療支援をセンター内で行う横の連携も構築されている。今後もセンターの一員として自身を育ててくれた地域医療に少しでも貢献したい。

## 地域に笑顔をつくる

直島町立診療所 池上雄亮(奈良県37期)

これまで4つの診療所で勤務して地域医療を実践してきたが、奈良県の天川村の診療所では、初めての一人医師の診療所で多くの経験ができた。ガイドラインやUpToDate<sup>®</sup>などで標準的な治療を学びつつ、より専門性が高いことは原著論文を読んで勉強した。勉強を進めていくと世の中には分かっていないことが多く、それは研究のタネになることを知った。そしてよき指導者に恵まれ、診療所で臨床研究をデザインし、へき地で行った研究結果を国際学会で発表、論文を執筆するなど貴重な経験ができた。こうしたことを通じ患者の抱える課題や病気をより深く理解できると分かったが、一方で一人ひとりの患者に幸せな時間を提供し、笑顔をつくる術はガイドラインや論文には書かれておらず、自分で考えなければならない。それを本気で考えるのが地域医療を担う者の役割ではないかと思うようになった。

また、地域で働いているからこそチームマネジメントの重要性に気づかされた。私は香川県に異動後、香川大学大学院地域マネジメント研究科で2年間経営や公共政策について学んだ。

人事や採用について得た知識は診療所の看護スタッフ採用試験に活用した。診療所内でどのような面接を行うのかなどをスタッフと何度もミーティングし“そもそも診療所とは”という議論を行った。それまで診療所には理念やビジョンがなかったが、スタッフと根本的に大事にしていることを集め、暗黙知を言語化し形式知として残せた。新しい人材を迎える際でも、組織の良き文化を次世代に継承できると実感した。



本年度から香川県直島町に勤務している。直島の診療所は人口減少を背景に収入も減り経営が難しいが、島にとって必要不可欠なものである。現在、どのような経営・運営が望ましいかをスタッフにヒアリングしており、今後運営に関するミーティングを実施予定である。地域の診療所を守ることは地域の人々の笑顔を守ることに繋がる。どのようにしていけばよいかは自分たちで考え、答えを見つけていかなければならぬ。

## “地域の患者と向き合う”ことが地球の誰かを救うかもしれない

広島市立広島市民病院 岡崎悠治(広島県37期)

私は安芸太田病院で勤務した4年間で経験した症例のうち、論文3編がケースレポート、4編がクリニカルイメージとして掲載された。これが私の地域医療での実績である。

実践した地域医療は患者としっかり向き合うことだった。つまり患者の声にしっかり耳を傾けること、かかりつけ医として長く寄り添うことである。これらは、へき地という環境だからこそ実践できた部分が大きい。また、ケースレポートを書くために必要なことは、臨床的な疑問を多く持つことに加え、その疑問を調べ、解決し、世界のサイエンスに届けようという情熱を持つことだ。患者に向かい、患者の声に耳を傾けるからこそ疑問が生まれ、長く寄り添うからこそ情熱が生まれる。

具体的なエピソードを2つお話しする。まず、急性発症の嗄声を相談され、何度も耳鼻科を受診するも未診断のままだったかかりつけ患者の例である。1ヵ月間嗄声に苦しみ、何度も相談され、何か原因があると信じ初診時のCTを見返してみると披裂軟骨脱臼があった。悩んでいた患者の訴えを解決しなければという思いから調べ、答えにたどり着いた。《耳を傾ける》

2つ目は、週単位に進行する認知機能の低下を起こした症例である。高次医療機関で治療を行ったものの介護依存度の高い認知機能低下からは回復しなかったが、私の病院に転院後、根気強くリハビリを続けたことで発症1年後には認知機能が回復した。《長く寄り添う》

これらの論文は他の論文にも引用されていることから、世界のサイエンスにも寄与できていると言える。都会の大病院ではなく、地域の病院だからこそ一人ひとりの患者に向かい、じっくり観察することでケースレポートが書けた。へき地医療のアウトプットは遠く離れた世界の誰かを救うことに繋がり、地域医療の実践の新しい形であるといえる。

私の地域医療とは地域の患者と向き合うことで、患者の声を世界に届けることだった。地域にいながらも世界のサイエンスに貢献できる、そうした形を今後も続けていこうと思っている。



特集

# Meet the Experts

## ～離島から海外まで・ゆりかごから墓場まで～

座長：台東区立台東病院総合診療科／  
JADECOM家庭医療・総合診療後期研修プログラム「地域医療のススメ」副ディレクター 玉井杏奈

学生対象企画として開催された医学生セッションは、オンラインでの参加者と会場での参加者、先生方によるインタラクティブなスタイルで行われた。前半と後半に分けられ、前半は地域医療・総合診療の分野で活躍される2人の先生による講演、後半ではブレイクアウツセッションが行われた。コロナ禍で地域医療実習の機会が多く失われている昨今において、医学生にとっては地域医療についてのイメージを持てる貴重なセッションとなった。

### 地域ときどき〇〇

君津市国保小櫃診療所 管理者・所長 望月崇紘

### 特集

私は大学卒業後、初期研修中に訪問診療専門クリニックで研修する機会があり、そこで地域医療・家庭医療に興味を持ち、医師3年目から地域医療振興協会に所属している。医師人生においては主に地域医療・家庭医療が大体6割、救急3割、研究1割ぐらいであろう。

私が進路を選択したころは、どちらかというと地域医療・家庭医療は“出世ベースに敗れた人がいく、あるいは最先端医学から少し遠いいた場所”というイメージがあった。しかしそうでもないということをお話したい。

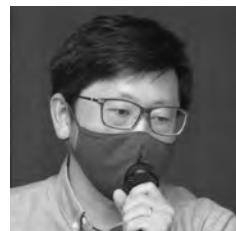
私は現在地域診療所に勤めて訪問診療も発熱外来もやるし、子どもから大人まで診療する。おじいちゃん・おばあちゃんとお茶を飲みながらどっぷり地域医療をしていると見せかけて、次の週は国際学会で発表したり、海外の人と交流したりしている。これは、地域医療振興協会が、オレゴン健康科学大学の家庭医療学科と20年来の友好関係があり、今まで延べ100人以上の指導医・研修医・学生の交流をしてきていることによる。2017年から寄附講座を地域医療振興協会が設け、フェロー制度が導入されて年単位で留学をする制度が開始となり、私はその制

度で2年間米国に行った。研究で学ぶことも多かったが、やはり現地で生活をすると人生観が変わるものもあり、貴重な経験であった。医学の皆さんも今後そうしたことも視野に入れていただけたらと思う。

私の留学中のミッションはPBRN(Practice Based Research Network)という、プライマリ・ケアを中心とした外来診療を実践する医療者たちで研究のために組んだネットワークシステムを学び、地域医療振興協会に導入することだった。今は、アドバンス・ケア・プランニングをいかに地域医療・家庭医療の現場で導入していくかの研究を行っている。

今後、地域医療・家庭医療を選択した先にこんな楽しみ方もあるということで、次に挙げる私自身の「地域ときどき〇〇」という医師ライフをひとつの参考にしていただきたい。

「地域ときどき研究」…現在、週4日臨床、週1日研究を行う。アドバンス・ケア・プランニング研究の関連で本を書かせてもらったり、



PBRNのネットワークを組む上での電子カルテ情報統合の研究を行ったりしている。

「地域ときどき海外」…田舎の診療所で地域医療の最前線にいながら、最先端の人たちとの交流を並行して行う。国際学会に行き、オレゴン健康科学大学から来る専攻医の受け入れも行う。

「地域ときどき教育」…一指導医として地域医療・家庭医療を目指す専攻医の教育や、救急の初期研修医の研修指導をしている。

「地域ときどき田舎暮らし」…診療所の横の医師住宅に住みつつ、バーベキューや花火をしたり、子供たちをサイクリングに連れて行ったり、オープンカーに乗ったり、田舎生活を楽しんでいる。

「地域ときどき都会」…診療所は千葉県にあるので永田町の協会本部へ約1時間で来られる。

働き方の選択肢はたくさんあり、選び方によっては田舎と都会暮らしとを両立することも十分可能。

地域医療では、住民相手にアドバンス・ケア・プランニングの啓発の講演、訪問診療、予防接種、発熱外来、健康診断、学校医をやったり、役所の会議に出たりもする。終日建物の中で仕事をするスタイルではなく、外に出て仕事ができるのも地域医療の魅力のひとつである。

医学生の皆さんは、今までの人生はどちらかというと敷かれているレールの選択をし、そのレールに乗って進む生活をしてきていると思う。しかし、医師免許を取ってある程度専門性を身につけた後は特にレールは存在せず、自分で道を選択していくことになる。地域医療・家庭医療を選んだその先にもいろいろな道が待っている。

## この島が大好きだから、この島で生まれる赤ちゃんから看取りまでかかわりたい

隠岐広域連合立隠岐病院 副院長・診療部長・地域連携部長 加藤一朗

私は自治医科大学を卒業して初期研修を終えた後に、隠岐病院にまず内科医として赴任した。その後診療所に赴任してプライマリ・ケアを行ったが、この間にシミュレーション教育をしたりカンボジアにNGOの勉強に行ったりもした。

その後、隠岐病院から産婦人科医が不在となり、島の妊婦が本土に行って出産をしなくてはいけない事態となった。産婦人科医になったのは、隠岐病院の助産師として働いていた妻から「あなたが産婦人科医にならないと離婚するわよ」と言われたのがきっかけでもある。それ以外の理由としては、JICAの国際緊急援助隊の訓練を受けた時に当時のJICA理事長の緒方貞子さんに「日本で使えない医者はどこへ行っても使えない」と言われたことが挙げられる。

現在のスケジュールは、主に外来は月曜と木曜に産婦人科、水曜に総合診療科、空いている時に透析やリハビリを担当し、他にも巡回診療

や訪問診療を行う。隣の島に産婦人科の外来診療に行ったり、しまね総合診療センターで医学生や先生方に総合診療の楽しさを話したりもする。



離島なのでどうしても本土への救急搬送があり、必要があればドクターヘリや防災ヘリ、自衛隊の航空ジェットを利用する。これまでに経験した症例を3つ紹介する。

まず、交通事故にあって救急車で運ばれてきたケース。当院での開腹手術は血液不足のために断念し、輸血をしながら本土の病院に搬送することになった。その時に天候が悪くストックしていた血液が尽きてしまい、最終手段として私の血液400ccを輸血しながら本土へ運んだことがあった。

2つめの症例は冬場の12月。天候が悪い日に、中国船が座礁して複数の傷病者がいると連絡が

## 特集

海上保安庁からあり、現場に行って傷病者をトリアージして本土に送る経験をした。この時で一番困ったのは中国の方たちに日本語が通じなかつたことで、その後、またこういうことがあつた時のために中国語の勉強を始めた。

3つめは心窓部痛で救急を受診した37歳初産婦の症例。24週だったため本土に緊急搬送の予定が、台風が隠岐の島を直撃、一晩当院で管理をして翌日ドクターへりで本土に送り緊急帝王切開となつた。赤ちゃんは316gで当時心配していたが、このお子さんは無事に小学校に入学、昨年地元の新聞の一面に大々的に載つた。

シミュレーション教育はライフワークのひとつである。手技を勉強する研修会でもあるが、それだけでなくチーム医療やノンテクニカルスキルも学べる有意義なコースである。また、学んだことを人に伝えるインストラクターとして参加することが大変勉強になる。

全国の離島に周産期のアンケートを送り、まとめて発表したことわざがあった。このアンケート

を通して全国の離島の産婦人科医や助産師たちと横の繋がりが生まれ、隠岐の島でへき地・離島周産期フォーラムを開催することができた。

さらに病院前の周産期の救護に関するアンケートを全消防本部に送って結果を集計した。約半分の消防本部では病院に着くまでの分娩治療を経験していたという結果を受け、隠岐の島ではBLSO(周産期の基本的な手技を学ぶコース)を開催している。

「コウノドリ」という産婦人科医のマンガの第17巻はまるごと1冊離島医療編であるが、実際に隠岐病院に取材に来ていただき、当時の病院の状況をそのまま描いてもらっている。この講演のタイトル「この島が大好きだから、この島で生まれる赤ちゃんから看取りまでかかわりたい」は、作者に話し、そのままマンガに掲載してもらった言葉である。普段、臨床で迷つたら私はこのマンガを読んでこれが自分の信念だと再確認している。

ではの懇親会的な雰囲気で、医学生たちは質問の他にもどのような考え方や悩みを持っているかを積極的に話し、それに対して講師が自分の体験談を踏まえつつアドバイスを行つた。

# 救急領域におけるPOCUSを学ぼう

座長：六ヶ所村医療センター 副センター長 船越 樹  
弘前大学大学院医学研究科 平野貴大

**船越 樹(座長)** 本セミナーでは、聴診器に代わり身体診察の延長として活用されるに至っているエコーについて、そのPOCUSを含めて、基本的だからこそ学ぶ機会がなかなかないエコーの取り扱い方から、知っていると役に立つ使い方までデモンストレーションを通して学んでいただく。

## へき地・地域医療に従事しながら上達する救急超音波と「POCUS」

横須賀市立うわまち病院 副病院長・救命救急センター長 本多英喜

Point of careとはベッドサイドで結果が分かる、あるいはその場で判断できる情報を得ることで、超音波に限っていうとPOCUS(Point of care Ultrasound)になる。ACEP(American College of Emergency Physicians)では、2001年に救急超音波に特化したガイドラインを策定し、医学的緊急事態、蘇生、処置の場で、救急超音波を医師が実施することの有用性を示した。ACEPでは5つの原則、1. 緊急蘇生に直接関連するもの、2. 緊急画像診断のためのもの、3. 症状や徵候にアプローチする目的で実施、4. 手技のガイドとしての使用、5. 治療やモニタリングのための使用策であるとしている。そして13の領域について、それぞれ20~50の経験すべき症例を定め、初期臨床研修中に150~300の症例を経験し、指導医からのチェックを受けるようになっている。

私は自治医科大学の卒業生だが、振り返ると、へき地勤務の際にそのほとんどの症例を経験した。へき地・地域医療をやっていれば、Point of careなど簡単に実習できることを伝えたい。私たちの病院には、救急科専門領域のプログラムがあるが、救急医を養成する中で、特に超音波の勉強というよりも、診療していく中でエ

コーを使って学ぶと考えてもらっている。

救急領域では、普段やっているエコーと比べると、診断補助、手技の補助、モニタリングという3つの役割がある。救急の現場・ドクターカーでは診断に、ER・初診室では診断、処置・治療に、ICUではモニタリング、処置・治療にPOCUSとして使う場面が想定され、普及してきている。実際には「理学所見」と「エコー所見」の二刀流でやっている。視診、聴診、打診、触診をした上で、超音波診をやるということが大事である。

トレーニングにはいろいろなコースがあるが、個人的には私自身が地域で学んできた経験から、地域医療の中で焦らず1症例ずつ対処していくべきできると思っている。

広い海で、海上に出ている身体所見は氷山の一角で、身体の中の奥深いところをみるのが超音波ということで、超音波の基本の話をしたいと思う。

救急の場合は、重症度、緊急度をまず見た目で、最初の1分で判断する。バイタルサインの異常、意識の異常で初期評価するということ。



特集

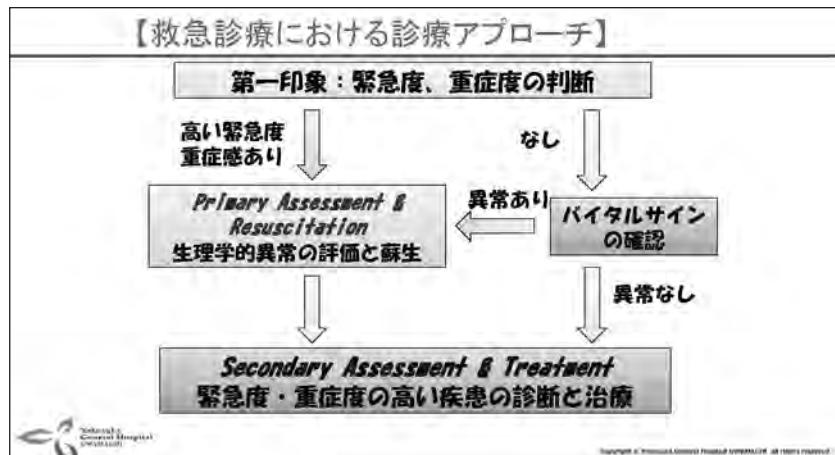


図1 救急診療における診療アプローチ

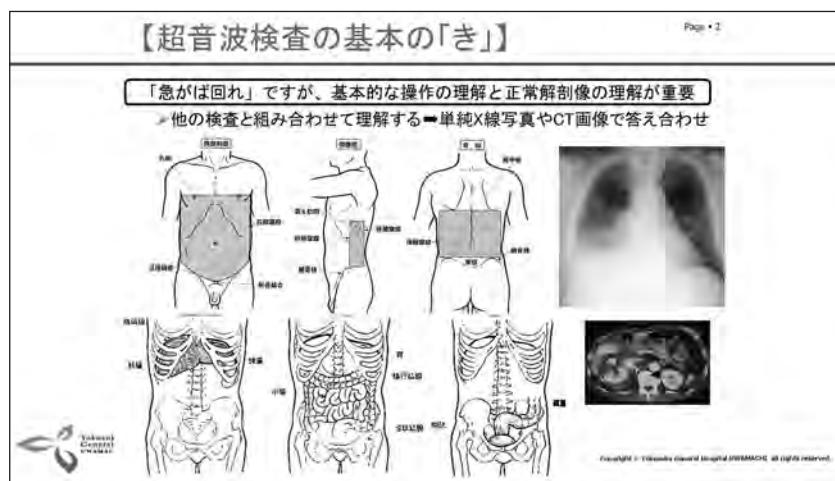


図2 超音波検査の基本の「き」

蘇生, ABCの評価, 病歴聴取, 身体診察, そして仕上げに超音波を使うのが本来正しいやり方だと思っている。蘇生が必要かどうかの判断, ショックの状況というPoint of careがだいたい5分以内である(研修医は超音波に10分くらいかかっているがそれでは身体の評価ができるも, 処置が進まない). 血液ガス, 採血, 単純X線, CT, MRIの検査結果が判明するまでの時間を考えると, 超音波のメリットはとても大きい(図1).

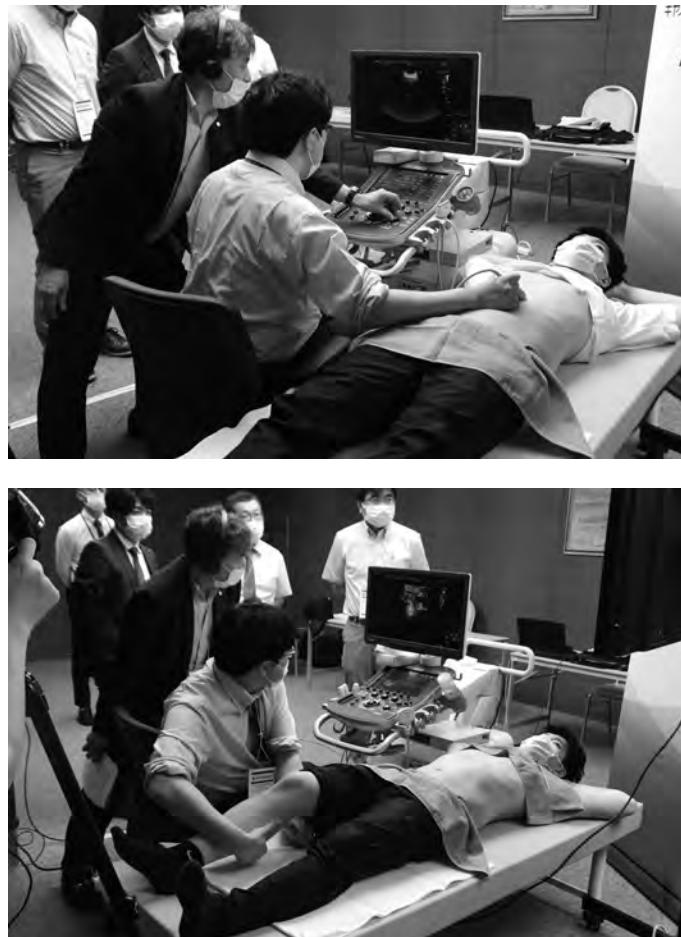
救急診療でのPoint of careでは、「ABCDEアプローチ」をどうやってやっていくか, 緊急度を考えたとき残された時間が重要である。ABCDEアプローチは生命の危機的状態に陥らせないためだが, 気動の確保, 肺エコー, 心エコーなどいろいろなところでエコーが使われている。新しい機器では経頭蓋エコー, 脳の血流も

評価できる。ABCDEすべてに超音波が使えることは, 非常に大きな強みである。

救急の場では, まずは五感を使って, 風色が悪いとか, 呼吸の状態などの異常を診る。そうした中で超音波をうまく使いながら10分以内に終えることが大事になる。

最近「日本ポイントオブケア超音波学会」ができた。日本に超音波診療を普及させようというもので, 7月に学会があるので, 興味のある方は是非参加してほしい。

超音波検査機器の取り扱いについて, 基本的な機械の操作と正常解剖像の理解が重要である。まず, エコーはまっすぐに進むので探触子は垂直に当てる。皮膚に密着させるが患者が痛がらないようにする。エコー画像はリアルタイムなので, 目が酔わないように, 最初はあまり動かさない。空間認識を頭で思い描いて, デリ



実際のハンズオンセミナーの様子

## 特集

ケートにゆっくりとアクセルを踏むように微妙に動かす。画像の理解として、アーチファクトが形成される理由を知ることも大切である。画像の描出が難しいとき、患者の体型のせいにせず、手技の技量の問題として反省すべきである。

また、モニター画像はコンピューターの解析画面なので、実は画面に映っていない超音波の情報としては映っている。そして後でX線やCTで見なおしておくことが大事である(図2)。

ハンズオンセミナーではFAST, RUSH, 肺エコーを行った。

- ・FAST(Focused Assessment with Sonography for Trauma) 外傷初期診療においてショックの原因検査を目的とした迅速簡易検査法。1, 2分で行う。

- ・RUSH(Rapid ultrasound in Shock) ポンプ(心機能), タンク(循環血流量), パイプ(血管)のショックの原因をエコーで調べる(後で画像を確認)。
- ・肺エコー A-line, Lung sliding, B-line, Lung point, Lungpulse アーチファクトを読影

# JADECOM-PBRN発足からの振り返りと 今後の展望：Quality Improvementを中心に

座長：JADECOM-PBRN代表/ 君津市国保小櫃診療所管理者 望月崇紘

JADECOM-PBRN代表／君津市国保小櫃診療所管理者 望月崇紘

## PBRNとは何か

PBRN(Practice Based Research Network)とはプライマリ・ケアを中心とした外来診療を実践する医療者たちで研究のために組んだネットワークである。一つの診療所では研究対象数が非常に少ないが、ネットワークを組むことによって、強いインパクトのある研究ができる。また、地域医療の現場から研究をするということに大きな意義がある。

## 特集

PBRNの研究の存在価値、有用性を説明する時に「橋渡し研究」(図1)がよく使われる。T3研究(基礎研究で有効性があるとされたものを、実臨床の現場で検証)とT4研究(T3研究が集団に効果を与えていたかを検証)になるが、実臨床に応用して集団に対してインパクトを与えることができているのか、そこを見るのである。

歴史的には1960年代に生まれ、家庭医療が専門医として確立するとともに発達してきた。初

期はプライマリ・ケアの現場でよく診る疾患や症状の頻度、診療実態をみるT3研究が多かったが、最近は複数のPBRNが連携して、電子カルテ情報を見合したビッグデータを用いた集団でのT4研究、疾患だけではなく医療システムなどの研究が増えてきている。



初期のPBRN研究の有名なもの一つとして、「Diabetes care by primary care physicians in Minnesota and Wisconsin (1994年)」があるが、糖尿病の診療実態を示した研究である。このころすでに血糖値は下げた方がいいというエビデンスはあったが、実臨床の現場でどれくらい実践されているか実態を明らかにした。血糖値が高い、低いの良し悪しが問題なのではない。何故エビデンスが実臨床で活かされていないのかを考えるきっかけに利用された。

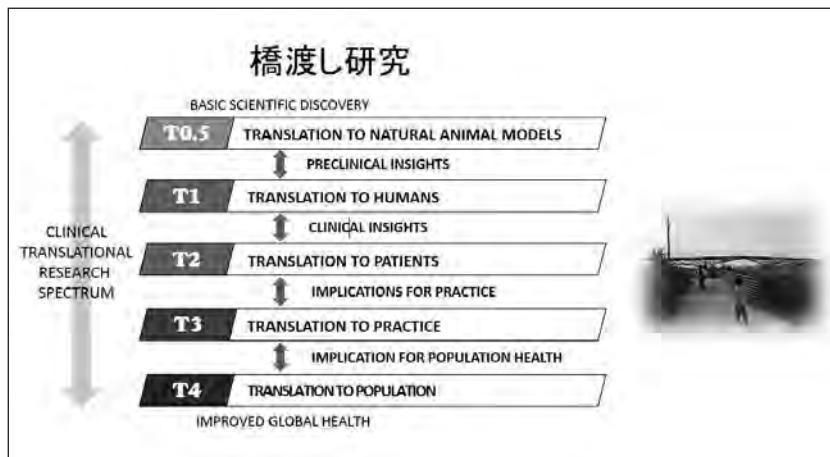


図1 橋渡し研究



図2 JADCOM-PBRN活動報告

専門家が高機能病院で行った研究は、Disease(illnessではない)、臓器、数値を対象とした研究が多く、そうして示されたエビデンスやガイドラインはそのまま適応できていないことが多い。例えばCKDのガイドラインでクレアチニン値がいくつになったら腎臓内科医に紹介しましょうと書いてあるが、実際は自分で診ている先生が多いと思われる。PBRNは何故実践されていないのかといったところを、地域医療の現場のデータで研究していくことになる。

その一つとして私は今、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について研究をしている。ACPは患者、家族にとてもいい影響を与えるというエビデンスはかなり多くそろっているが、やはり実臨床の現場でうまく実践できていない。PBRNを利用して、いかに広めていくかというところを今、研究している。

このPBRNはアメリカのAHRQ(公的機関)に登録され、日本の中では先駆的な存在になっている。

皆さん臨床でかなり忙しいとは思うが、ぜひ、この研究に関わってほしい。それぞれのモバーションによって、電子カルテの提出のみ、アンケートに参加、論文作成・発表など自由に関わり方を選ぶことができる。少しの労力で臨

床研究に関わり、新しい知識を得、日々の診療の質を上げることができると期待している。

#### JADCOM-PBRN活動報告

2017年に私が渡米しOHSUでPBRNを学んで勉強会を開始、2018年に発足宣言し、そこから研究活動の幅を広げてきている。(図2)

私は主にACPの研究をし、西村正大先生、藤原直樹先生を中心に電子カルテ情報を統合したうえで、診療の質改善活動をいかに実践していくかの研究も行っている。研究に参加している診療所も徐々に増えている。

研究費の獲得、国際学会での発表など、少しずつ活動の幅を広げている。先日の日本プライマリ・ケア学会では西村先生は賞を獲得した。これからは専門の研究員を確保し、研究費をかけて、プライマリ・ケアの評価、改善に向けて研究を行っていきたい。

短期計画は現実的なところから始めたい。まずはネットワークの強化を図る、この4年間コロナ禍でほとんどオンラインでの打ち合わせだが、少しずつ診療所を現地訪問している。われわれの研究時間の確保や、リサーチアシスタンツを確保し、外部へのアピールも行っていきたい。

## 特集

米国ではPhDのリサーチャーが活動の中心になっているところもあり、それに習って、専門の人を雇用できる実績を作り、活動の幅を広げていきたい。J-chinについても、業務と一体化して診療の改善につなげていく。研究論文、国際学会発表も継続していく組織にするのが、

中期計画である。

長期的には地域医療振興協会の中核組織となつたうえで、地域医療研究を志す医師のリクルートに貢献していきたい。日本の地域医療研究の拠点、QI活動の拠点になって、OHSUとも国際共同研究をやっていけたらと思っている。

地域医療研究所／奈良市立都祁診療所 管理者 西村正大

### プライマリ・ケアと医療の質改善 (Quality Improvement : QI)

一般的に日本の医療は世界基準で良いとされているが、果たして何をもって“良い”と言えばいいのであろうか。例えば、日本の医療は“量”が重視されていると指摘されることがある。CTの保有台数は世界でも群を抜いているし、患者の医師への受診回数は先進諸国の中では飛び抜けが多い。しかしながら、医療の高度専門化、高齢化、情報化から、ますます個別化された医療が重視されており、また、医療費が年々日本の財政を圧迫している中、現代医療においては、“量”から“質”への転換がキーワードだと言える。また、学術的にも研究で明らかになった知見と臨床現場で行われている現実の間には想像以上のギャップ(Chasm:深い溝)があることが明らかになってきており、それを繋げるための分野がQIだと言われている。

OECDが2014年に発表したレポートでは、制度レベルでの日本全体の医療の質の測定と評価体制は、OECD諸国と比べて非常に弱いことが指摘されている。

さらにプライマリ・ケアの領域において、オープンアクセス、自由開業制という制度が質の点でどのような機能をしているのかというのは議論されるべきだと思う。さらに、プライマリ・ケア領域の専門医制度が未熟で、今の総合診療専門医のシェア率はわずか2.6%である。

提供者である医師の質が確保されていない中で、評価を受けずに密室で(日本の大半の診療所はソロ・プラクティスである。)診療を行って

いるというのが実態で、まさに日本の診療所医療はブラックボックスであると言える。

次に何を持って医療の質と言うのか。2001年のInstitute of Medicineという団体が定義したこの言葉がよく用いられる。

「個人や集団に対する医療サービスが、望ましい環境上の結果をもたらす可能性を高め、かつ、現在の専門的知識と一致している度合。」

つまり、今の標準医療に近いかどうかということである。大事なコンセプトとして、STEEPという言葉も有名だ。Safety(安全性)、Timeliness(タイムリーさ)、Effectiveness(効果)、Equity(平等性)、Efficiency(効率性)、Patient-centeredness(患者中心性)これらが考慮されているものを改善しようということが、とても大事なことだ。医療の質の改善というのは、

「患者経験と、健康アウトカムをよくするために、システムと戦略を用いて臨床や組織が変化しようとする過程で生じる試み。」と定義されている。

ここが面白いところだが、日本人は丁寧で、几帳面という資質をもっているので、こういうことは得意であると思っている。だが、それをシステムにしたり、人と共有したりが苦手である。それが得意なのが欧米人で、彼らは改善の仕方を非常にロジカルに表現して、導入することに長けている。今回お話ししているQIという



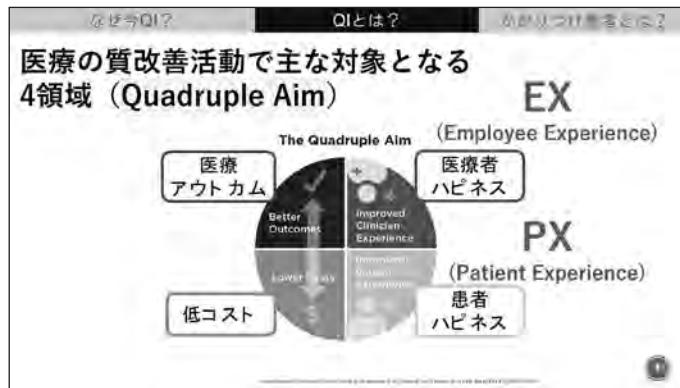


図1 医療の質改善活動で主な対象となる4領域

のは欧米の文脈で生まれた、言語化、システム化された方法論である。

QIのアプローチにはいろいろある。例えば、Clinical Audit(診療監査)というのは、定期的にデータをチェックし、現場にフィードバックするだけで、現場の行動が変わるという手法である。これは導入しやすく、かつ効果も期待できるアプローチの一つなので、JADECOM-PBRNに参加の皆さんには既に2年前から実施させていただいている。

フローチャートを作ってみたり、ランチャートというデータを使うことで質の指標の改善を見る化したりという方法もある。

次に医療の質改善活動で主な対象となる4領域、「医療アウトカム」「低コスト」「医療者ハピネス」「患者ハピネス」の考え方方が非常に重要である。実際は医療アウトカムが主な活動対象となることが多いが、それは低コストで、かつ、患者も医療者もハッピーでなければいけないということだ。(図1)

### 米国におけるQIの現状

私が2019~2022年にOHSU家庭医療学講座にリサーチフェローとして赴任した際に見学した米国の診療所のQI活動を紹介したい。例えばOHSUの山下大輔先生の診療所では、毎年、診療所全体の血圧のコントロール率、A1cのコントロール不良率、患者満足度のスコア、診療所かかりつけで予期せぬ入院をした人のスコア、同じく救急依頼を利用した率、これらをきちんと追いかけている。そして、その結果が評価さ

れ、実際にホームページで公開されたり、診療所に支払われる診療報酬が変わったりしている。日本のわれわれの診療所では、全くこういうことをやっていない。かかりつけ患者のだれだれが入院したという話を聞いても、そうかとすっと流れてしまうだけで、自分たちのマネジメントに問題があったのではないかと考えたり、どうしたらそれを予防できたのかと考える動機付けがない。これを、数値化して見える化しようということである。

米国では約70年前にQIという概念が病院を中心に形成され、改善活動が始まっていたようだ。約30年前にAHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)、NQF(National Quality Forum)、IHI(Institute for Healthcare Improvement)などという大規模な質改善に関する公的な組織が成立した。そこが大規模な予算を取得して、研究が行われて一定のエビデンスを出してきた。それを受け、政治が動き、約10年前にAffordable Care Act(通称オバマケア)とか、HITEC法に膨大な予算が投じられ、最終的にプライマリ・ケアにもおりてきた。大事なのはこの時代に医療の質を測定して、改善するというのが国策として方向づけられたということである。

### 日本におけるQIの現状

一方日本は、病院でのQI活動が始まったのが約30年前。最近ようやく国の制度が整いつつあり、2017年に「医療の質向上のための体制整備事業」が始まった。今後、少しづつ日本でもQI

## 特集



図2 JPIQ研究

という言葉が広がっていくことが予想されるが、それでもまだこれは全て病院対象の議論ばかりである。診療所、プライマリ・ケアの言葉が全く出てこないのが残念である。

以上のように、“プライマリ・ケアにおけるQI”という領域では日米では約30年の遅れがあると言わざるを得ないが、われわれJADECOM-PBRNではできることから少しずつというコンセプトで、2020年から地域診療所のデータ収集活動、QI活動に取り組んでいる。J-CHIN(JADECOM Community Health Information Network)と名付けたこの電子カルテの情報収集システムは、現時点でJADECOM診療所15施設から定期的にレセプトデータと検査データを収集し、見える化してフィードバックを行っている。そして私がそのデータを用い、またPBRNの枠組みを用いて研究を行った。1つ目のテーマはベンゾジアゼピン系薬剤の適正使用に関する研究で、現在は、糖尿病患者のQIをテーマに科研費研究として実施中である(図2)。

### 診療所の「かかりつけ患者」を考える

最後にQI活動を進めるうえで、避けて通れない「かかりつけ患者の定義」についてみんなで考えたいと思う。例えば糖尿病患者のQIをする際には、分母が必要だ。どんな人のA1cの改善率なのかという定義が必要である。ヨーロッパではかかりつけ患者登録制度が一般的で、それに

よってシンプルに定義されている。OHSUでは1年以内に受診歴がある患者という定義がある。しかし日本では日本医師会が「かかりつけ医は患者の自由な意思によって選択される」と定義しているので、(正確に言うと、かかりつけ患者とかかりつけ医はイコールではないが)QI活動を目指す者にとっては、大きな障壁となっている。われわれは独自にベストなプラクティスを求めて「かかりつけ患者」を定義することから始めたい。

### miniワークショップ

くあなたが考える「測定可能なかかりつけ患者とは？」～Mentimeterによるライブアンケート～

- ・他に定期的に通うところのない地域住民
- ・年間通院2回以上
- ・たくさん受診する人
- ・月1回受診で、再診回数3回以上
- ・風邪でかかったことがある人
- ・主治医意見書を書いている人
- ・年間レセプト3枚以上の人

### 最後に

今日は、プライマリ・ケアにおけるQIのご紹介と共に、現場の先生の貴重な意見をいただくことができた。これからもJADECOM-PBRNを基盤とし、日本のプライマリ・ケアにおけるQI活動を開拓していきたいと思う。まだ未参加の方は、ぜひご参加をお待ちしております！

## オンライン企画

# 地域医療に貢献できる遠隔医療とは

座長：社会医療法人関愛会江別訪問診療所 所長／北海道へき地医療支援センター センター長 日下勝博  
由利組合総合病院 消化器内科 科長 藤原純一

## 離島における遠隔医療の実際～佐賀県唐津市の取り組み～

唐津市馬渡島診療所 所長 山崎温詞

私は卒後5年目の医師で、離島勤務2年目である。専門は産婦人科であるが、離島診療所では内科・外科・小児科と幅広い分野で働いている。

まだらしま  
馬渡島は唐津市の日本海側にあり、港から船で30分、人口約300人、唐津市の離島の中では一番遠いところに位置している。馬渡島診療所は1階に診療所、2階には医師住宅が併設されている。

2021年5月の出来事を紹介する。祝日で私が島を不在にしていたときに、診療所の看護師から急患の連絡が入り電話で対応した。患者は80歳代の女性、ろれつが回っていないこと、脳梗塞の既往があるので、再発を疑い本土の病院に搬送を依頼した。翌日は診療日のため、私は最終便で島に戻った。その夜、80歳代の男性が発熱したと連絡が入り往診した。肺気腫の既往がある患者で、バイタルサインは血圧・脈とともに正常だが、SpO<sub>2</sub>が84%、身体所見から肺炎を疑い、入院加療が望ましいと判断。搬送手続きを行おうとしていたところへ看護師から連絡が入り、昼に搬送した脳梗塞疑いの女性がPCR検査でコロナ陽性だったと告げられた。肺炎疑いの男性は抗原検査で陽性の判定。そこから感染者の報告が相次ぎ、県庁や市役所、保健所の関係者と協議し、全島民のPCR検査を実施した。人口300人の島内で15人が陽性で、人口10万人当たり換算で5,000人という驚異的な数字となっ

た。

図の枠で囲んでいる患者は私が島で過ごすきっかけとなった症例である。朝8時、PCR検査の準備中に、70歳代男性が窒息したと連絡が入った。救急バッグ、モニター、吸引のセットを持って患者宅に向かった。口唇チアノーゼ、末梢チアノーゼが著明で、SpO<sub>2</sub>が20台のため、挿管して呼吸管理が必要と判断。しかし、食物残渣があって挿管は断念し、吸引と酸素投与を行いつつ、船で本土に搬送。搬送先の病院でPCR検査陽性と判明した。私自身はメガネとサージカルマスクのみだったため濃厚接触者となり、2週間の自宅隔離となった。



たまたま妻が島に来ていなかったので、感染リスクにさらされずによかったと安堵すると同時に、自分が感染していたらと不安がよぎった。さらに自宅隔離期間中の診療体制がどうなるか、日中は代診の医師に来てもらえるだろうが、夜間の急患対応をどうしたらいいか、看護師は島内在住と島外からの通勤の2名で、島内在住の看護師は感染が確認された状況だった。夜間の急患には自分が出ざるを得ないかもしれない、かなり不安を覚えた。さらに食料は2日分しかなかった。結果として、私自身は感染しておらず、診療体制は県や市と協議して土日を含めて代診医に来てもらえることになった。夜間

特集

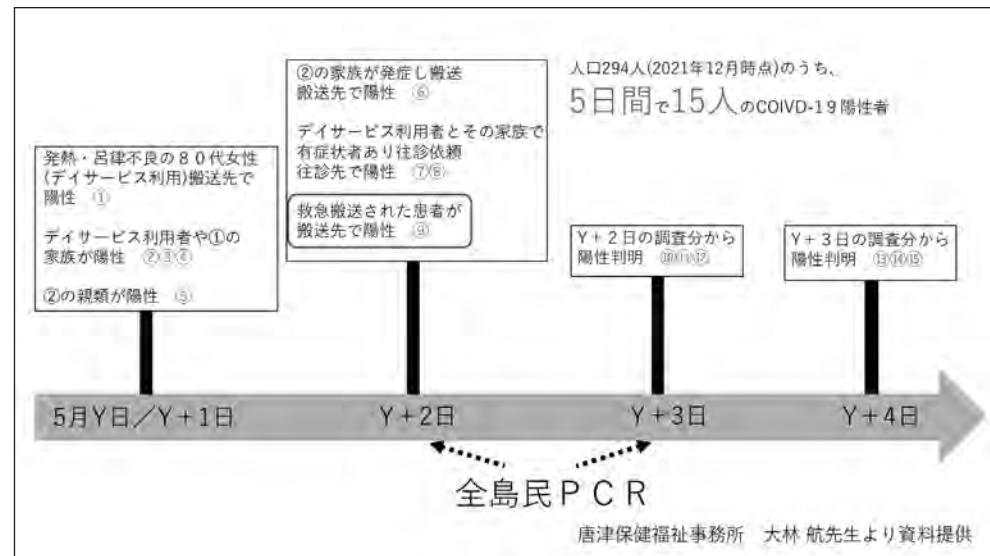


図 馬渡島での症例

の急患は隔離中の2週間では発生しなかった。食料は自宅療養者キット(ダンボール6箱分)が送られてきて事なきを得た。

今回のテーマである遠隔医療(オンライン診療)が運用されていたら、日中であればD(Doctor) to P(Patient) with N(Nurse)として対応できたと考える。スマートフォンを利用して訪問診療などにも対応できたのではないか。さらに代診医も毎日でなくてもよかったですかもしれないと思う。テレビ電話などを使えば、顔を確認することもできるので、安心感を持ってもらえるだろう。医師としての私も夜間の急患発生時にどうしたらよいかという不安感も払拭されていたと考える。

現在の唐津市は、市役所にメインサーバーを置き、市民病院と6つの離島を同一の電子カルテで運用している。このシステムは、私が勤務している馬渡島で急患が発生し、その時私が島にいない、連絡も取れないという時には、他の離島の医師や市民病院の医師がカルテを確認して、病態の推測ができるなど非常に役に立っている。

離島は今後、人口が減少し、医師の常駐が難しくなることが考えられる。自治体としては市民病院を軸として、遠隔医療や巡回診療等による診療体制を構築していくことである。

## 新型コロナウイルス感染者に対する電話診察 当院の事例報告

社会医療法人関愛会江別訪問診療所 所長 日下勝博

私は自治医科大学を卒業後、札幌医科大学総合診療医学講座に入局後、北海道内のへき地に勤務し、3年前に札幌市の隣の江別市にて訪問診療専門の診療所を開院した。

診療所は私を含めて常勤医が4人、月に330

人の患者の訪問診療している。江別市と周辺の町村部で在宅医療を重点的に行っている医療機関はないので、在宅医療の過



疎地に展開している状況である。当院で対象にしているのは江別保健所の管轄区域(図)で、江別市と4町村が含まれる。人口は約20万人(うち、江別市は12万人)であるが、区域は広く、南北に80kmにも及ぶ。外来でコロナ患者を診るところは江別市に病院2ヵ所、診療所1ヵ所があるだけで、コロナ第6波では対応しきれなくなった。さらに1月、2月は平年の2倍にもなる降雪で、体調が悪い人は医療機関に行くことができない状況になり、電話診療が不可避となつた。

電話診療の流れは、まず、コロナの患者は保健所に登録される。われわれは保健所から診療依頼の連絡が入った患者に対応する。ほとんどが当院受診歴のない患者である。状態が悪い患者は病院が対応し、当院で対応したのは軽症例のみ。通信手段は電話である。事前調整はなく、朝依頼を受けて、電話で患者に連絡をとり、数日分の薬剤を処方、ほぼ1回の診察で終了した。診察内容は、症状、経過について聞き取り、精神状態を簡単に評価、飲食が可能であるか、呼吸苦の有無などを声の調子も含めて判断していた。軽症者には鎮咳薬や解熱鎮痛薬などの対症療法の薬剤を1週間分処方、抗ウイルス薬は適応のある患者に適宜処方した。当時は初診での電話診療は限定的に認められていたが、初診での処方はリスクを考えるとやれることは限られ

ていた。処方箋は市内の調剤薬局に送って、薬局から患者宅に薬を配達する。薬剤師が患者宅でドア越しに電話などで来訪を告げ、薬はドアノブに掛けておく。

最初に電話診療に対応したのは当院であった。COVID-19の診療を専門にしているわけでもなく、電話診療も初めてだったが、必要に迫られて始めてみた。徐々にやり方も分かってきて、それを基に医師会と相談しながら電話診療のマニュアルを作成し、開業医などに配布し、できるだけかかりつけ医で対応してもらうようにした。

1~4月の新規陽性患者の9%は医療的介入を必要とした。1月の時点では電話診療はなかなかできておらず、自宅療養だが薬がないので入院という患者が5%いた。2月以降は患者数も増えたが電話診療も増えて、外来対応も増えた。入院率は1月に比べて大きく減り、軽症例の自宅療養のサポートが、不要な入院の抑制につながったと考えている。

電話診療ではやれることは限られているが、コロナの軽症例の初期対応に限定することでリスクを回避できた。信用問題もあって電話口で「本当に医者なのか?」と聞かれたこともある。保健所を間に挟むことで信用を担保していたので、コロナ以外に敷衍することは難しいと思うが、電話でこの程度はできる。

## 特集



図 電話診察対象地域

## へき地の医療をどうやって確保するのか～遠隔医療の可能性～

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター センター長 原田昌範

山口県は全国で4番目に高齢化率が高く、人口減少は待ったなしの状況、医師の偏在もあり、今後は偏在がさらに拡大することが予測されている。本州最多となる21の有人離島(いずれも人口千人未満)を持ち、常勤医がいた離島も人口減少により非常勤化が進んでいる。医療資源が限られた離島・へき地において「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」という地域包括ケアシステムを、どのように達成していくのかが大きな課題になっている。

遠隔医療の実証事業は、国・県・市町村と連携した取り組みをしている。激変していくへき地の医療ニーズへの対応はICTの活用が不可欠になる。医師がいなくても医療が届くためのD to P, D to P with N. へき地に専門医がいなくても相談できるようなD to D. このようなことを模索してきた。

2018年にオンライン診療が制度化されたが、へき地診療に利用するには規制が多く、課題もあった。巡回診療や医師派遣のケースを山口県の医療政策課を通じて厚生労働省に照会する形をとりながら、トライアンドエラーで進めてきた。コロナの前年には「山口県でへき地のオンライン診療の実証事業をやってみないか」と話をいただき科研費の研究チームを立ち上げた。

2020年1月に、米国オレゴン州に視察に赴いた。ポートランドからレンタカーで7~8時間行ったところでは、都市部の専門医とつないで脳梗塞の治療を行う取り組みが行われていた。そのほか、静岡県くらいの面積のところに7,000人が居住しているところを守っている女性医師はオンラインで診療を行っていた。薬剤師やナースプラクティショナー(NP)が患者宅に赴いて、バイタルを取って医師に報告する。スマートフォンのアプリZoomでつないで診療してい

た。コロナ禍以前から、各種デバイスをフル活用していることが印象的で、日本にどのように導入するか考えさせられた。



同年2月、オーストラリア、ブリスベンから飛行機で1時間のところのエメラルドに視察に行った。へき地の病院にはどこでも“Tele Health Room”がある。まず“Tele Health Room”でオンライン診療をしてから実際に行くという段取りになっていて、経済的な裏付けにもなっていた。オーストラリアはへき地を7段階に層別化し、MM4以上であれば州政府がオンライン診療の支援をしている。また、“Australian College of Rural & Remote Medicine”で、教育もセットで行われていたことが印象的である。

このような海外での取り組みを参考にして、2021年4月から日本でも初診からオンライン診療がOKとなった。

海外の好事例を山口県に持ってくるのが厚生労働省の実証事業であるので、山口県のへき地離島の4つのフィールドで11の場合分けを行い、D to P with Nの法的な規制のあるところを少し乗り越えられないかと実証を進めている。欠航や大雪などの天候不良時にもオンライン診療によって顔見知りの医師と話ができるたり、医療機関までの経済的な負担の軽減につながったり、コロナ対策では感染防止になったり、怪我の傷のフォローを頻繁に行えたり、といったことにも取り組んだ。課題の点は高齢で難聴の方が多いことで、with Nの看護師が同席する点が非常に大きなメリットになった。導入やランニングコストの問題やへき地ならではのネットワーク環境の問題など、課題も見えてきた。

山口県の実証事業として、5Gを使ってへき地

| 各国比較表           |                                                                                           |                                                              |                                                             |                                                              |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                 | 米国(オレゴン)                                                                                  | 英国                                                           | 豪州(クイーンズランド)                                                | 日本                                                           |
| 医療費償還           | 主に民間保険について記載                                                                              | NHS                                                          | Medicareについて記載                                              | 社会保険                                                         |
| オンライン診療の「初診」の可否 | 「初診」可<br>基本的に、初診と再診に差がない                                                                  | 「初診」可<br>基本的に、初診と再診に差がない                                     | 【専門医】「初診」可<br>【GP】「初診」不可                                    | 【指針】「初診」不可<br>【保険診療】「初診」不可(各例外あり)                            |
| 対面診療の必要性        | なし                                                                                        | なし                                                           | 【専門医】なし<br>【GP】直前12月に3回                                     | 【保険診療】直前3月<br>毎月連続して                                         |
| オンライン診療の条件      | ・双方向性ビデオカンファレンスであること<br>・患者所在が医師免許が発行された州内<br>・Medicareの場合:患者の所在に条件あり(自宅は不可、医師不足地域であること等) | ・自宅・職場から30~40分圏内で登録したGP<br>・問診、トリアージ後に施行                     | ・患者所在がMM4(専門医)6(GP)以上、最短の医療通路との距離が15km以上、介護施設など             | 【保険診療】規定の「管理料」算定の患者                                          |
| COVID19による措置    | ・時限的規制緩和(一般ビデオ電話ソフトの使用・州間での相互診療)<br>・オンライン診療等の報酬増加<br>・Medicareの場合:患者所在の制限解除              | ・NHSがGPIにオンライン診療に切替を要請<br>・ビデオ会議システム利用権の無償提供などオンライン診療導入を更に促進 | ・時限的規制緩和(患者所在の条件解除)<br>・電話診療が可能<br>・【GP】必要な対面診療が直前12月に1回へ緩和 | ・「初診」可<br>・電話診療可<br>・処方日数制限あり<br>・「管理料」算定不可の患者対応可<br>・診療報酬増加 |
| 備考              | 契約する保険により主治医が制限される(医師患者関係)                                                                | AIや医療スタッフのトリアージで対象患者が選別                                      | D(専門医) to P with D (GP)/N が主な形式                             | フリーアクセス                                                      |

**POINT**

- ◆ いずれの国においても、一定の要件のもと、フォローアップが可能な環境(GPや地理的要件等)で実施されている。
- ◆ 各国で時限的措置を実施。(ただし、米国においても、慣久化については現時点では結論が得られていない。) 31

図 各国の比較表

の医療支援ができないかと、昨年度から内視鏡の専門医によるリアルタイムの助言・指導を行うことにも取り組んでいる。

コロナ関連では、宿泊療養施設の患者・看護師と県庁にいる私とでオンラインでつないだり、へき地にいる医師が都市部の支援をオンラインで行ったりということもあった。山口県は本年1月に米軍基地からの陽性者の急増があり、これまで在宅療養を行っていなかったので、急に患者が増えたときにすぐに対応できなかった。このとき、へき地の自治医大卒業医師がYCOCC(Yamaguchi COVID19 Online Clinical Connect)というへき地から街中の在宅医療を支援するスキームを作ってくれた。これまでの実証事業の経験が活かされた例だと思う。

地域医療振興協会との協同プロジェクトで「とくち地域医療センター」ができた。ここを第一段階として、県と市町村だけではできない取り組みを推進していきたいと思う。人口が減っ

ても住む人がゼロになるわけではないので、そこにどうやって医療を届けるのか。巡回診療車や巡回診療船とオンライン診療、クラウド型電子カルテを組み合わせた新しい形の巡回診療が必要とされると考える。

山口県で2018年から取り組んでいたへき地の遠隔医療の取り組みの推進協議会を、山口県の頭文字をとって全国的な推進協議会にしていきたい。今年の秋くらいに第1回目の協議会を開催したいと思っており、興味のある方はご参加いただきたい。

安全性と信頼性が担保された遠隔医療を実現するためには、良好な医師患者関係が前提となる。初診時にどのような工夫が必要なのか、多職種との連携も鍵になると思う。総合診療と各科専門医との組み合わせ、最先端と最前線との組み合わせ、対面とオンラインとの組み合わせというように、多様な工夫が必要であると考える。

## 特集

## ディスカッション

藤原純一（座長） 遠隔医療の導入で良かった点、問題点、課題などを教えてほしい。

山崎 良かった点は患者さんの顔を見ながら話ができる。声だけでは分かりにくい部分を見たり、指示したりできる。問題点は、現時点では完全にオンライン診療とは言えず、健康相談にとどまっている部分が多いこと。

日下 普段は訪問診療をしていて、診療先には訪問看護も入っていることが多い、看護師の情報を参考に意思決定をすることは多い。D to P with Nの形がしつくりくる。へき地の高齢者がハードをそろえるのは難しいが、看護師が持参してその場で展開すれば問題ないだろう。

原田 良かった点は、遠隔医療に若い医師と一緒に取り組めたこと。コロナ禍で最初は厳しい状況だったが、この2年間で初診からオンライン診療がOKになった。この分野が大きく変わることを目の当たりにして、いい経験になった。遠隔医療は感染症だけでなく、災害にも強いと考える。問題点は、へき地が今以上に取り残されるおそれがあること。電波の問題、費用面で自治体がなかなかハードの整備ができないことがネックになっている。

藤原 全国的な普及への道すじ、地域から県全体・全国レベルへ普及させるために必要なこと、重要と思われることは何か。

山崎 デバイスをいかに使いこなせるか、使い慣れている人から教えてもらえる体制も必要だと思う。あとは電波が届きにくいへき地の整備が必要。

日下 現場で実施する処置などが重要だ。診察自体はかなり型が出来上がっているが、関節注射や簡単な処置をNPができるようにしたら、オンラインのメリットが大きく上がる。医薬品を患者に届ける仕組みをスムーズにすれば普及が高まると考える。

原田 研究班でも協議会でも、オンライン診療は手段、ツールであって、ゴールではないと

いう点を重視している。地域包括ケアシステムを充実させるためのツールに過ぎない、過度な期待はしないというのが、まず大前提だ。オレゴンの視察で最も印象的だったのは、普段からカンファレンスをしたり、コミュニケーションをとっていることだった。それを使っている多職種の連携、信頼がベースにあってこそ、ツールが生きる。もう一つは、日本の中でも密かにやっているところは結構あるので、その好事例を集約して、広げていくネットワークをつくることが非常に大事だと思う。

藤原 チャットからの質問で、離島の一人診療所の医師が病気になった場合、医薬品があるのに、法的には自分に処方できないが、遠隔で支援機構などの医師がオンラインで離島の医師を診療して、現地の診療所で合法的に処方することはできないだろうか？また、診療所は調剤薬局ではないが、医薬品の受け渡しはできるか？

原田 基本的にはできるようになったと私は理解している。この4月からは二次医療圏の制限が撤廃され、かつ、2021年4月以降は初診からオンライン診療もできるようになった。初診の場合は診療前相談をして、オンライン診療が必要という確認をすればよい。ドクター同士でやる場合は、大きな問題にはならないと思う。オンライン処方でも、薬を入れる前に画像で確認をして、院内処方を詰めて渡すことができる。診療報酬をどちらでとるかを、事前に決めておく必要がある。

藤原 チャットから、オンライン診療学など学生教育の予定はあるのか？

原田 自治医科大学の医学教育センターが科研費で取り組んでいる。岡崎先生や松山先生を中心に今回のコロナ禍でオンラインを使った診断学・医学教育等に取り組んでいると聞いている。

## オンライン企画

# 医師から発信する ワークライフバランス向上への取り組み

座長：自治医科大学 地域医療学センター総合診療部門 助教 白石裕子  
岩手県立胆沢病院ペインクリニック科 科長 加藤幸恵

## J-PASS 自治医科大学卒業生の就業継続支援の取り組み

自治医科大学 臨床検査医学 助教 山本さやか

### J-PASSについて

J-PASS(Jichi Post graduate self-Affirmation Support System)は、自治医科大学卒業生のワークライフバランス支援の取り組みのことで、活動の最も重要な目的は意識改革である。自分自身をポジティブに捉えて進んでいってほしいとの思いからself-affirmation(自己肯定感)という言葉を入れている。J-PASSには、大学では卒後指導部、卒後指導委員会のもと女性医師支援担当が配置されている。地域では顧問指導委員、学外卒後指導委員、女性医師支援ブロック担当の先生方に協力いただいている。各都道府県の

主管課と連携しており、大学側の窓口は地域医療推進課である(図1)。

J-PASSの具体的な活動内容を紹介する。在学生と卒業生をつなぐ「卒後ワークライフバランスについて考える会」は、医学部学生に対する卒業生医師の講演会とその後の小グループでの意見交換を行う会である。これまで学生寮大ラウンジで開催していたが、コロナ禍以降はZoomを利用して開催している。第4回までは女子学生のみを対象に、第5回以



特集

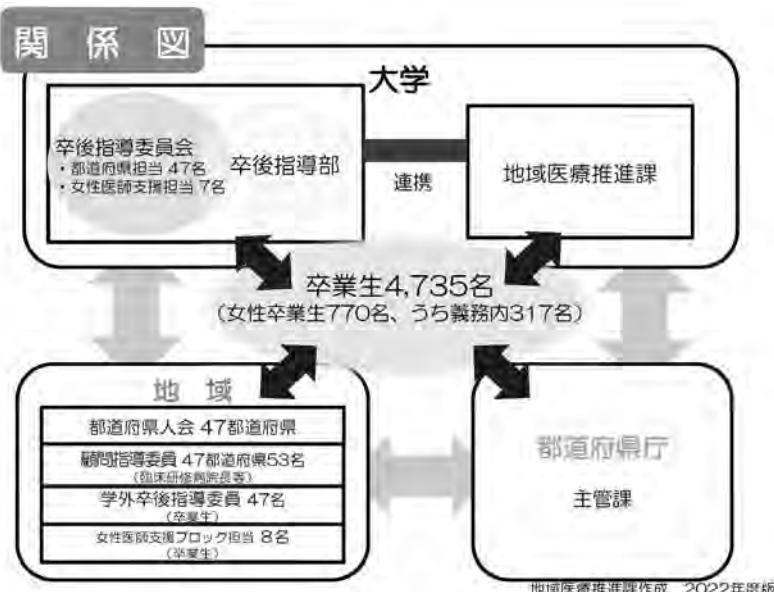


図1 関係図

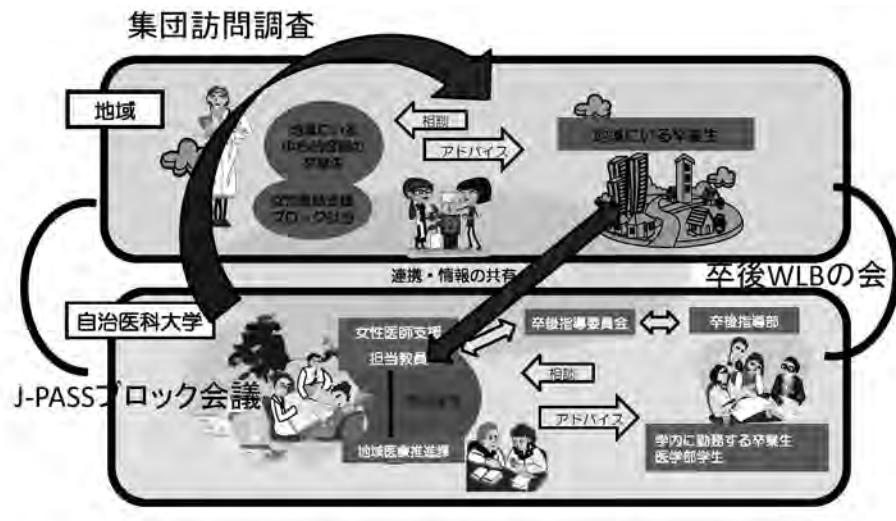


図2 卒業生医師の地域におけるサポートフロー図(J-PASS)

降は個別に男子学生にも声を掛け、第10回以降は全学生を対象とした。第11回(2021年)の参加者は男子学生が女子学生を上回り、卒業後の働き方について関心が高まっていると感じる。

「J-PASSブロック会議」は、地域で中心的な役割を果たす卒業生との意見交換会である。卒後指導委員会では地域で活躍する卒業生8名に女性医師支援ブロック担当を委嘱している。地域における現状の共有、および今後のワークライフバランス向上のための企画・立案を目的に、年に一度ブロック担当者と大学関係者が一堂に会している(2020年以降はZoom開催)。

集団訪問調査では、都道府県単位の卒業生の集まりに大学関係者が参加し、勤務や生活についての聞き取り調査をしている。ブロック担当の卒業生のほか、各都道府県内の卒業生および大学とのネットワークを強化し、相談しやすい環境をつくる目的で実施している(コロナ禍以降は未実施)。

J-PASSのサポート体制を図2に示す。下の段が自治医大、上の段が地域の2階建てで、ブロック担当はその地域の卒業生に対する相談・アドバイスの窓口となっている。

J-PASSで行ったアンケートの実施等の調査研究の結果を一部紹介する。①2015年に在学中の女子学生を対象としたアンケートでは、義務年

限内に結婚・出産を希望した者が7割、希望する在学中の支援プログラムとしては卒業生女性医師との懇談会、支援制度やキャリアアップについての情報提供が8割を占めた。②義務年限終了後の女性医師を対象とした卒業生の就業継続支援に関するアンケートでは、8割以上が常勤勤務を継続しており、好きだからという前向きな理由で診療科を選択していた。自己満足度に関するVASスケールでは平均8割を超える高い数値を示した。③義務年限遂行にあたり生活の満足度に関する要因の分析では、上司などの良き相談相手の存在が高い満足度と関連していた。これらのニーズ分析等を踏まえて、学生対象の講演会でも、女性のみならず、育児休暇を取得した卒業生男性医師や、義務年限終了後に地域でマネジメント的立場にある卒業生に講演いただいている。

### 私自身のワークライフバランス

私が第一子、第二子出産の復帰後のライフの割合がそれほど増えなかったのは、義実家に同居という十分なライフのサポートが得られていたからだ。出産後の職場復帰にあたってはライフのサポートが得られること、ワークの負荷が大き過ぎないことが重要だろう。義務年限終了後は自治医大に勤務となり実家からのサポート

が得られなくなったため、育児時間2時間を利用して、実質6時間勤務を行った。子どもの成長に伴い、ライフの割合が減ると考えたため8時間勤務となつたが、中学受験のための通塾のサポート、長距離通学のためのサポートが増え、ライフの割合が減らない状況になっている。現在は長距離通学の子のために朝6時台の送迎、塾からの帰宅が22時ごろで自分の睡眠時間が削られており、子どもが成長したからといって当直や時間外などの長時間勤務が可能になるとは限らないと実感している。

個人的なワークライフバランス向上の取り組みでは、ワークの部分を増やしたい場合は、一つは円グラフの円を大きくするようにキャパシティを拡大する方法、もう一つはワーク部分の密度を濃くする方法があると思う。今のところ密度を濃くする方向でワークの部分を増やしたいと考え、総合内科専門医のほかに臨床検査専門医の資格を取得、それから甲状腺超音波診断とFNACのスキルを習得した。専門医試験は中学受験と同じ年にチャレンジし、自分なりに頑張ったと自己肯定している。

## 『岩手JOYサポートプロジェクト』のこれまでと、これから ～岩手県医療局による医師の妊娠・子育て支援の取り組み～

岩手県立磐井病院麻酔科 科長 叶城倫子

特集

### 岩手県の医療

岩手県の広大な県土は9つの医療圏に分割されている。県立病院の数は全国1位、20病院6診療所を岩手県医療局が管轄しているが、慢性的な医師不足と県央部への医師偏在が大きな課題となっている。県立病院が県内の病床数の3割を占め、地域によっては県立病院が医療の要となっている状況である。自治医科大学卒業生の義務年限後の県への定着率が非常に高く、卒業生の多くが県立病院の要職についており、非常に心強い。

### 私のワークライフバランス

私は診療所に勤務している卒後6年目に結婚し、2012年に長女を、2014年に次女を出産した。長女出産の際に育休を取得したので義務終了が卒後10年目にずれ込んだ。また、この年に麻酔科専門医を取得した。

仕事と出産・育児を両立できた理由としては、義務終盤での妊娠・出産で、義務年限自体への影響が少なかったこと、引っ越しをしなくてよかったことがある。実家に頼ることができたこと、県職員としての充実した福利厚生にも

支えてもらえた。まわりの理解もあり、使えるものを全部使って、無理をし過ぎたと思うことがなかったので、仕事を辞めるという選択肢は今に至るまでない。2018年に三女を出産、2020年に診療科長を拝命した。

両立のための条件は人それぞれと思うが、私にとっては実家のサポートを受けられることが第一条件だった。親の生活環境を崩さないために私が市内に残るという選択をした。さらに福利厚生の充実を考えると、私にとっては現在の県立磐井病院で働き続けることが、唯一で最良の選択肢だと思っている。とはいって、約300床の地域中核病院なので、外科系の診療科も限られ、麻酔科医としての経験という意味では制限はある。最寄りの大学まで片道100kmあるので、入局や学位取得を考えることは現在も難しい。専門医は当時の基準では取得できたが、現在の専門医機構の制度では当院だけの勤務では取れなくなった。

自分の人生で自分で選んだことなので、腹を



| 種類         | 内容                                                     | 取得期間                                         |
|------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 保育時間（特別休暇） | 1日2時間以内、有給<br>*義務年限への影響なし                              | 1才6ヶ月になるまで                                   |
| 育児時間（部分休業） | 1日2.5時間以内、無給<br>*義務年限への影響なし                            | 小学校3年生の年度末まで<br>(医師・歯科医師に限り)                 |
| 育児短時間勤務制度  | 週19時間35分～24時間35分までの間で<br>希望に応じ設定<br>*働いた時間分のみ義務年限にカウント | 小学校3年生の年度末まで<br>→小学校6年生の年度末まで<br>(2022年～、同上) |

図1 育児に関する『短時間勤務』制度

くくる、覚悟をすることは大事だと思う。選べなかつたことも多いが、子育てと仕事を両立してきたことに非常に満足している。やり方次第で、仕事も育児もできるので、どちらかを諦める人が減るといいなと考えるようになった。

#### JOYサポートプロジェクト

岩手県には県知事との懇談会という、県立病院に勤務する医師が、現場での問題を直接県知事にプレゼンテーションする機会がある。2013年に県立中央病院の梅邑明子先生が、育児短時間勤務制度が使いにくいので自由度を増やしてほしいと要望し、すぐに実現したという経緯があった。それを踏まえて2015年に院内から推薦を受けて、周囲の女性医師の状況なども含めながら、育児中の医師の支援が離職防止や医師不満解消につながるという話をした。その場で知事から「やりましょう」と言っていただき、あっという間に制度が立ち上がった。私がプレゼンテーションで使用した『ママドクター』という言葉をそのまま使って、離職者の再就職支援という形での育児短時間勤務利用を前提とした正規雇用を行う制度も作っていただいた。

図1に示したように、育児に関する短時間勤務は3種類あり、3つ目の育児短時間勤務制度の自由度を増やしたのは前述のとおりだが、さらに子どもが小学校6年生の年度末まで、使用できるように延長していただいた。

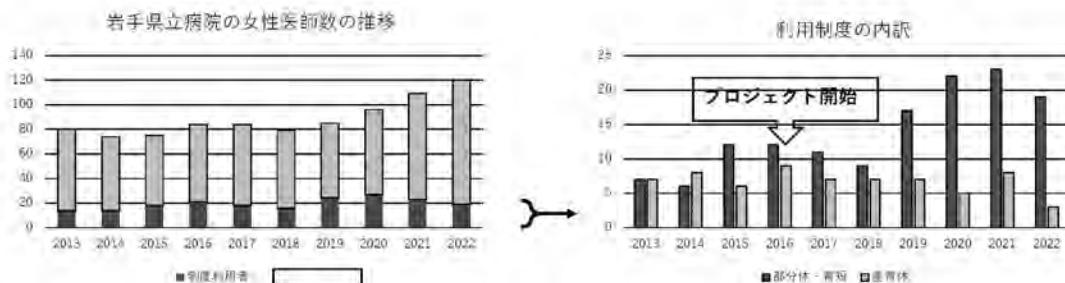
私は、復職当初は保育時間、現在は部分休業とフレックスタイムを合わせて使い働いてい

る。2020年からは、診療科の夜間当番も入り、その日は部分休業を取り消すという形の運用で、状況に合わせて利用する制度を変えることで、無理なく働き続けることができた。さらにプロジェクトの内容としては他にも育休中の支援、就学後の支援、介護に関する支援、病児保育の開始、育児短時間勤務制度の6年生までの延長など、現場の意見を定期的に汲み上げて反映させることで年々充実したものに変わってきた。更衣室や当直室などを各病院で女性医師専用に改裝・新設して、快適な環境を整えていただいている。一番助かったのは搾乳をトイレではなく清潔な環境でできたことだ。

プロジェクト周知のため広報活動も展開し、今年度は男性医師の育児参加についても呼び掛けている。

図2に示すようにプロジェクトを開始してから、2018年以降、特に部分休業や育児短時間勤務制度の利用者が顕著に増加した。産休・育休を取る人数に関しては横ばいなので、復職後にそういった制度を利用する人が増えてきている。このプロジェクトを始めて、県内各地で利用が進み、出産・育児による離職を防止し、県外からの誘致にも寄与し、女性医師の新規採用、離職防止につながって、医師数増加に貢献できたのではないかと考えている。

一定の成果が得られたプロジェクトであるが、仕事や子育ての考え方や風潮は常に変化している。今年から、各施設から代表者を選出してプロジェクトチームを発足し、現場の声をダ



- 2018年度以降、部分休・育短利用者が顕著に増加
- 2022年度は部分休業・育短を19名が利用、女性医師総数は120名まで増加

図2 岩手県立病院の女性医師数の変遷

イレクトに還元できる体制を構築した。医師の働き方改革も本格化する中で、県全体で足並みをそろえて進めていきたいと思う。現場の意見

を抽出して継続的に努力をすることによって、時代のニーズに合わせてプロジェクトを育てていければよいと考えている。

## プール枠設立により山形の地域医療を向上できるか？

山形県立中央病院 消化器内科 佐藤裕人

### プール枠設立まで

「来年度妊娠する予定で○○病院に行きたい」このように人事会議の場で発言した医師がいた。妊娠はとてもプライベートなことであり、あえてパブリックな場で言うことではないと考える。不妊を心配する夫婦は3組に1組、検査や治療を受けた夫婦は5組に1組と言われている。妊娠することを理由に派遣先の融通をきかせてもらうことは、われわれが想像できないようなプレッシャーだったと思う。そんな状況で、健全な子育ができるのだろうか。

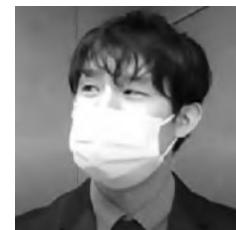
図1は山形県の義務年限内の3年目以降の女性医師数の推移で、2020年から増え、2023年にピークを迎える。この状況にもかかわらず、山形県では地域派遣時に妊娠した際の対応が特に決まっておらず、直ちに対応を考える必要がある。

2018年に山形県人会医師・医学生に対して産

### 休などに対する意識調査

を行い、合計60名と多くの人の協力が得られた。「産休の際に勤務のサポートをしたいか？」という質問には、8割がサポートに対して前向きな回答であった。女性に対する質問「産休を取る際の心配事は何か？」には、回答者全員が勤務への影響を心配していた。地域医療機関では医師数が少ないため、1人当たりの負担が大きいことが原因と考える。「安心して産休を取りるために必要なことは？」には、全員が産休を取りやすい雰囲気、そしてサポート体制、制度と回答していた。

この意識調査を受けて、2019年に山形県人会サポートシステム検討委員会が発足した。地域派遣中に出産・育児・病気などで長期休職が必要になった際のサポート体制を検討、県へ提案



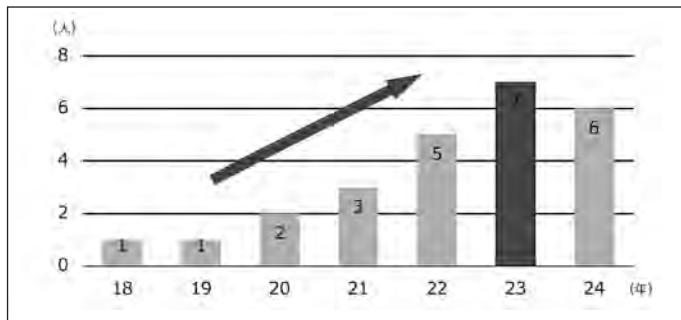


図1 義務年限内の女性医師(3年目以上)

し、サポート体制設立を目的とするもので、全ての人が気兼ねなく、必要な休みを取れるシステムづくりを目標とした。

まずは他県の状況調査を行うこととした。状況調査では15県の協力が得られた。結果は、①地域派遣先の決定方法では、完全に県に人事権があるという県がほとんどであった。山形県では県から派遣枠の提示があり、その後、人事会議を行うことで決定しているため、ある程度キャリアや家庭環境などを踏まえて、融通をきかせることが可能である。②妊娠予定者に対する対応では、約半数の県では複数の医師がいる医療機関に派遣されていたが、残りの半数は想定されておらず、議論もされていないのが現状だった。山形県では以前確認した際には、柔軟に対応するとの回答だったが、実際は何も決められていないと思われる。③地域派遣時に妊娠が判明した際の対応では、派遣先の病院に委ねられることが多いという結果であった。それ以外には中核病院の医師が派遣される、育児と両立しやすい場所に異動するという県もあった。

山形県の問題点は、サポート体制がないことは既述のとおりで、有事の際に突然誰かの負担が増えることになる。図2は派遣先一覧でカッコ内が派遣人数と常勤医の数である。ほぼ全ての医療機関が4人以下で1人あたりの負担が大きく、ここから1人抜けた場合は病院が回らなくなる可能性がある。また、へき地中核病院のマンパワー不足も顕著である。

そこで地域医療に穴を開けず、かつ必要な全ての人が気兼ねなく休みを取れるように、ドクタープール制度を提案した。これは県立中央病

院などの基幹病院への派遣をプール枠として、へき地に派遣された医師に長期休暇が必要になった際に、プール枠の医師が派遣される仕組みで、県人会総会で内容を説明して承認を得て、2019年秋に要望書を県に提出した。

要望の内容は、ドクタープール枠の設立、出産・育児・病気などで医師確保が必要になった際に、プール枠の医師が派遣されるというものである。プール枠を担当する医師は卒後8~9年目のベテラン医師で、山形県立中央病院などの中核病院に派遣されることが望ましいとした。ドクタープール枠として派遣された際の義務年限の扱いについては、中核病院に派遣されている際も、サポートのためへき地に派遣される際も、義務年限に含まれるように要望した。

### ドクタープール制度の発足

要望から2年の時を経て、2022年度からドクタープール制度が発足した。私が最初の1人として、プール枠を担うことになった。新設されたドクタープール枠はほぼ要望どおりで、山形県立中央病院勤務で、週1~2回のへき地勤務を条件に義務年限に含まれる扱いとされた。2022年度は、山形県立新庄病院から週に1回、戸沢村中央診療所に外勤していた医師が育休を取得したので、私が代診を行っている。

本制度には多くの課題がある。プール枠を担う医師のワークライフバランスも継続する上で重要と考える。また、公平性の担保も必要だ。事情を知らないほかの医療機関にとって、あの病院だけ手厚いという印象になるかもしれない。働き方改革や子育て支援のマインドが浸透

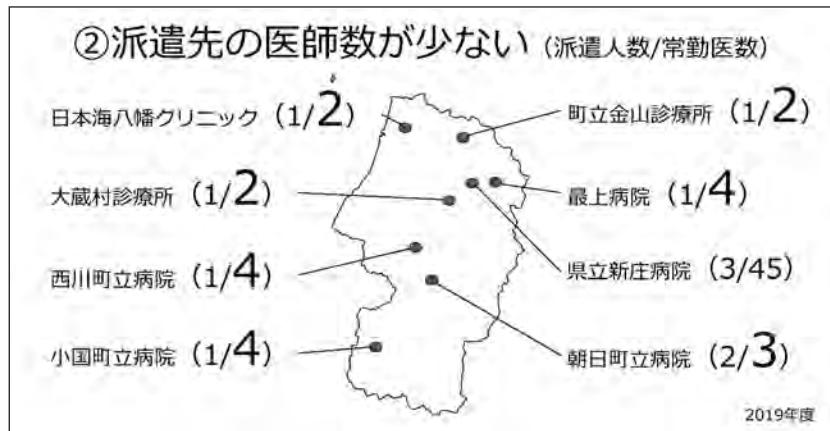


図2 派遣先の医師数が少ない

するほかないのかもしれない。本制度は、県人会内で子育て支援を含むワークライフバランスについて考えるきっかけとして大きな意味を持つ。本制度は生まれたばかりの制度で、課題を

見つけ、試行錯誤しながら卒業生と県とが手を取り合って育てていくものと考えている。最終的には、県人会全体で支援する体制づくりを目指していきたい。

## 特集

## 地域で役立つ！ 病状説明のハートとスキル

南奈良総合医療センター 総合診療科 医長・教育研修センター 副センター長 天野雅之

### はじめに

皆さんは『病状説明』が得意だろうか。研修医時代の私は病状説明が苦手だった。何をどう伝えたらいいか分からなかった。上達の秘訣を上級医に尋ねても、「リスクを説明し、専門用語を避け、一生懸命伝えればいいよ」と言われ、「先輩の背中を見て盗み、センスを磨こう」と言わられるばかりで途方に暮れていた。専攻医になつても、複数人での意思決定の難しさや、後輩への教育の仕方など、病状説明のことで日々悩んでいた。

そんなある日、ビジネススクールで「意思決定理論」に出会った。さらに、家庭医療学の研修の中で「患者-医師関係」を学んだ。この「家庭医療学×経営学」の経験で一気に視界が開けた。これらの学びを応用することで、病状説明の内容を言語化した。型(フレームワーク)をつくり、全体像を“見える化”した。いまも継続的に改良を重ねているが、本セッションでは「病状説明を体系的に捉える」というテーマで、『病状説明の全体像が見え、フレームワークの基本的な使い方を理解できる』を目指して解説したい。

### 病状説明とは

まず、病状説明を『未来のあり方を協力してつくりあげるプロセス』と定義する<sup>1)</sup>。病状説明の構造を2つの部分に分けると「説明前の準備から説明中にかけて、説明担当者が頭の中で考えている部分」と「説明担当者と説明の受け手が情報のやり取りを通じて意思決定を行う部分」に分けることができる。今回は時間の都合上、前者に関しては「準備」に絞って解説する。準備

の部分で使用するフレームワークは「CUP」だ。後者は病状説明の「実践」と言えるだろう。実践の部分で使用するフレームワークは「SOUP」だ。『CUPを準備し、SOUPを注ぎ入れる』という構造になっている。



こののち、「準備・実践」の各々のコツと、「CUP・SOUP」の各々のフレームワークの使い方を解説する。なお、説明の都合上、先に「実践」を説明し、その後に「準備」の説明を行う。

### 実践における3つのコツ

#### 1.「解釈」をそろえる

同じ事象を見ていても、その解釈は人によって違う。例えば、「液体が半分入ったコップ」という事実に対し、解釈としては「水がある、ビールだったらよかった、半分しかない、半分ある」などさまざまであろう。意思決定を始める前に、自分の解釈と相手の解釈を合わせる必要がある。

#### 2.「過去」と「未来」を分ける

説明時点までに判明している「過去」と、不確実性の中で意思決定していく「未来」とに分けよう。過去を共有し、未来は共創するものだ。例えば「腹痛を主訴に受診し、虫垂炎が判明したケース」を例に考えてみよう。診察の結果、虫垂炎であると判明したという事実は、相手と共有し解釈をそろえておくべき内容だ。そして、未来に関する「保存的加療をするか手術加療をするか」という点は、この共通の理解のもとで



| 「意思決定表」を使いこなす |             |              |              |
|---------------|-------------|--------------|--------------|
|               | 評価軸1<br>治療効 | 評価軸2<br>体の負担 | 評価軸3<br>経済負担 |
| 選択肢1 手術       | 80%         | 大きい          | 大きい          |
| 選択肢2 保存加療     | 65%         | 小さい          | 少ない          |

「優先したい評価軸」を決めれば選択肢が決まる

図1 「意思決定表」を使いこなす

意思決定していくべき内容だ。ここを明確に分けることで、“伝わる病状説明”となる。

### 3.「意思決定表」を使いこなす

意思決定表とは横軸に「現実的な選択肢」、縦軸に「その選択肢を吟味するための評価の視点」を並べたものだ(図1)。意思決定表を作成することで、「なぜその選択肢を選んだのか」という判断のプロセスが“見える化”され、判断プロセスを相手と共有することができる。

虫垂炎の例で考えてみよう。現実的な選択肢は「保存的加療」と「手術」があり、それを比較するための評価の軸は「治療効果」と「体への負担(侵襲度)」とする。治療効果という評価軸で2つの選択肢を比較すると、例えば手術は80%、保存的加療は65%の効果があり、侵襲度のような数値化できないものは定性的な評価を書き込む。これを患者と共有すると、例えば「経済的な面も心配だ」という意見が出てくるかもしれない。その場合、3つ目の評価軸「経済負担」を書き加えて各選択肢を評価する。表が完成したら、チームとして「どの評価軸を優先するか」を話し合いで決定すれば、選択肢が自動的に決定される。

### 実践で使用できるフレームワーク:SOUP

実際に病状説明が始まったら、4つのステップを意識するとよい。現状を共有し(Share)、未来について提案し(Offer)、相手の考えを引き出しつつ対話で意見を合わせ(Unite)、具体的な計画を立てる(Plan)。この4つのステップの頭文字“SOUP”である。(図2)。

#### 1. Share



図2 説明の実践

現状、すなわち「過去」のことを相手と「共有」するためのステップである。このステップでは、3つのPを意識するとスムーズだ。

- ① People 自己紹介と同席者の確認をする。
- ② Point 相手・同席者の理解度や不安を確認する。
- ③ Problem 現時点の問題点を共有し、解釈をそろえる。

#### 2. Offer

現状共有ができたら、治療の選択肢と、医師の推奨、そしてその判断理由を伝えよう。この際、意思決定表を見せながら行うと効率的だ。

#### 3. Unite

こちらの提案に対して、相手の意見を聞こう。意思決定表を充実化させ、その表をもとに一緒に選択肢を吟味し、意思決定を行おう。

#### 4. Plan

決定した選択肢の遂行計画を細かく共有する。ここではReviewとTaskの2つの項目を意識するとよい。Reviewでは全体像を振り返り総括を行う。Taskでは、説明後に各々が行うべきto doリストを共有する。

腹痛を主訴に受診した若年男性の虫垂炎を用いて、SOUPの各ステップとその具体的な声掛けの例を振り返りたい。

#### <Share>

- ・ People  
「総合診療科の天野です。(同席者がいれば)ご本人とのご関係は…?」
- ・ Point  
「同席者がいれば)本日のことは、ご本人から

聞いていらっしゃいますか？」

「今から結果の説明をさせていただきますが、特に心配なこと・ご不安なことはありますか？」

・Problem

「○○さんは本日お腹が痛くて受診されました。検査の結果、いわゆる盲腸だと分かりました。(画像を見てもらいながら)盲腸は専門用語で虫垂と言いますが、これは身体の右下にあるので、お腹の痛みは盲腸のせいだと考えます。ここまででご質問はありますか？」

<Offer>

「一般的な虫垂炎の治療法は手術か、薬で治すかです。外科医に相談したところ○○さんの場合は手術が良いだろうと助言がありました。身体への負担はあるのですが、治療の効果は手術のほうが高いと考えています。最終的には○○さんと外科医との話し合いで決まることですが、私たちとしては今から入院していただきて手術を受けていただくのがお勧めです。もしよければ、外科医の診察を手配させていただきたいのですが、○○さんのお気持ちはいかがでしょうか？」

<Unite>

相手の意見を聞き、一緒に選択肢を吟味する。手術が怖いと思う人もいる。意思決定表の治療効果の数値を見て15%の差を大きいと思う人もいれば、差が15%だけと思う人もいる。侵襲が大きいことに不安を持つ人もいる。丁寧に相手の思いを聞き、意思決定表のどの評価軸を優先していくのかを話し合い、意思決定を行う(今回は手術を前提に外科受診する方針に決めたとする)

<Plan>

・Review「○○さんは、お腹の右下が痛くて受診されました。検査の結果、虫垂炎だと分かりました。入院していただき、手術を念頭に外科の受診を調整します」

・Task 「このあと具体的なお話が外科医からあります。それまでは横になってお待ちください。待ち時間の間に輸血の同意書の記入をお願いします」

### 準備における3つのコツ

#### 1.「共創」を意識する

よい体験とは『環境、提供する側、提供を受ける側』の調和が必要不可欠だ。よい体験を共に創り上げる姿勢が必要になる。これが「共創」だ。例えば「高級フレンチを食べに来た状況」で考えてみる。「最高のBGM(環境)」「素晴らしい接客と料理(提供する側)」「その店に行くことを心待ちにしてきた(提供を受ける側)」という条件がそろえば、最高の体験となるだろう。良い病状説明も同様に、3つの要素の共創が必要だ。

#### 2.「論理」と「感情」を分ける

前述の3つの因子を病状説明に当てはめると「説明環境」「説明を行う側」「説明を受ける側」となる。準備に際しては、それぞれの要素に対し『論理』と『感情』を明確に分ける必要がある。

「説明環境」は、論理に相当する「時間」と感情に相当する「空間」に分けて考える。空間については、「説明相手が心地よく過ごせる条件」を考えていく。

「説明を行う側・説明を受ける側」は同時に扱うとよい。論理の部分は、「何を、誰が、誰に、どのように説明するか」に相当し、後述の「5S」というフレームワークで準備する。感情の部分は「各自の気分」であり、機嫌や心の余裕度合いを把握しておく。相手の感情が高ぶっている時には論理的な対話はできない。感情が安定していない時は、まず感情に対処する必要がある。

#### 3. ヘルスリテラシー

ヘルスリテラシーとは「健康に関する情報を集め、理解し、意思決定に使える能力」のことである。患者に生じた健康問題に、患者自身が対処するには、患者自身がヘルスリテラシーを発揮する必要がある。しかし、一般人である患者のヘルスリテラシーには限界がある。そこで、医療従事者がヘルスリテラシーを発揮し、患者のヘルスリテラシーレベルで対処できる状態まで健康問題をかみ砕いて提示できれば、患者も無理なく対処できる。病状説明においても、相手のヘルスリテラシーを意識した準備が必要だ。



図3 CUP分析

### 準備で使用できるフレームワーク:CUP

3つの要素の調和が大切であることを前述した。このそれぞれの頭文字を並べると、Circumstance(環境), U: You(説明の提供者), Partner(説明の受け手)となる。CUPのそれぞれの要素に対して論理と感情に分けて分析をする(図3)。その分析に基づき、戦略と戦術を立てる。

#### 1. Circumstance(環境)

「時間」の調整について、まずは事態の緊急度を評価し、いつ説明を行わなければならないかを見積もる。次に、準備と説明にかかる時間を見積もり、自分の時間を確保する。そして、相手の時間を確保していただけるよう調整を必要とする。

「空間」の調整について、まずは空間に関する制約を評価し、対面でできるのか、電話でないとだめなのか等を見積もる。次に、相手が心地よく過ごせる環境を整え、一緒に意思決定できるように配慮する。

#### 2. U: You(説明の提供者), Partner(説明の受け手)

この2つは同時に考える。まず「感情」についての詳細は割愛するが、論理的な話し合いを行うためには自分自身と相手の両者の感情を落ち着かせることが重要だ。そして「論理」については、Sから始まる5つの項目「Structure, Schedule, Stakeholder, Stance, Skill」を準備することで、「何を、誰が、誰に、どのように」というロジカルな部分が整理される。

##### ① Structure

情報共有すべきことと(過去)と、意思決定すべきこと(未来)に分けて、目の前の事態を把握する。意思決定すべきことのうち、「相手と話し

### Schedule: 目的&ゴール/今回の説明目標

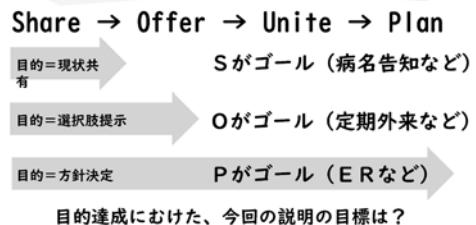


図4 Schedule: 目的&amp;ゴール/今回の説明目標

合って決めるべきこと、これが決まれば他のことが自動的に決まっていくカギとなる情報」を見つけ出す。これをIssueと呼び、Issueに関して意思決定表を作成する。

##### ② Schedule

全体の段取りを考え、いまからの病状説明で達成したいことを明確にする。それに応じて、今回の説明がSOUPのどの段階まで進めば終了となるかを意識しておく(図4)。

##### ③ Stakeholder

自分側(U)と相手側(P)に関して、今回の診療に関わる全ての人をリストアップする。

##### ④ Stance

想定される説明相手の「説明の聞き方・決断の仕方」に関して、それぞれ「一人で行うか、誰かと一緒にがよいか、誰かにしてもらうのがよいのか」を把握しておく。

##### ⑤ Skill

相手のヘルスリテラシーを把握する。職業(医療職かどうか)や脳/精神疾患などから平時のリテラシーは推測できるが、「怒り・悲しみ」などその時点の心理状態によっても大きく影響を受ける。その都度、相手のスキルリテラシーの把握に努めよう。

これらの分析に応じて、「誰が、誰に、何を、どのように」説明するかという戦略を立案し、「何分使うか、具体的な内容はどうするか」などより細かな戦術を検討していく。例えば、「腹痛を主訴に来院した若年男性の虫垂炎のケース」を例に5Sを用いて準備をしてみる。まず、Structureでは、情報共有すべき「過去」は「造影CTで虫垂腫大があり、腹痛の原因と考えられ

る」である。意思決定すべき「未来」は「治療方法、治療場所、抗菌薬の種類をどうするか」などがある。この3つの意思決定事項に関して、治療場所は治療内容に付随して決まり、抗菌薬選択は患者と話し合って決めることでもない。治療方法を決めれば、それ以外のことが決まる。よって、治療方法をIssueとして「手術か、保存的加療か」という選択肢で意思決定表を作成するとよい。次にScheduleでは、全体の段取りのなかでいま検討すべきことは「外科受診するかどうか」であることを把握し、その場で意思決定する必要があるため「SOUP」の全てのステップを終える必要がある。Stakeholderは自分自身、上級医、看護師、外科医、本人、家族が挙がり、上述の意思決定を行うためには「自分自身が、本人に説明する」という構図を作ればもっとも効率的に説明できるだろう。想定説明相手である本人は、自分で説明を聞き、自分で意思決定をしたい人で、一般的な若年男性と判明した。そうすると、「自分自身が本人に説明し、外科受

診の有無について意思決定を目的として説明を行う」という戦略が立つ。

## まとめ

いかがだっただろうか。熟達した指導医が頭の中で考えていることをあえて言語化すると、大方、上記のような流れになろうかと思う。プレイヤーとして実践するのみならず、後輩の指導にも便利である。本セッションや書籍を見ながら、振り返っていただけるとより理解が深まると思われる。本稿が少しでも皆様の臨床のお役に立つことができれば幸いである。

## 引用文献

- 1) 天野雅之:病状説明 ケースで学ぶハートとスキル, 医学書院.  
2020.

## オンデマンド企画

# 東日本大震災から11年～震災を越えて～

座長：日光市民病院 管理者 杉田義博

**杉田義博(座長)** 第15回へき地・地域医療学会オンデマンド企画「東日本大震災から11年～震災を越えて～」は、本学会のテーマである「繋がる記憶、広がる学び～震災・コロナを越えて～」を受け、地域医療振興協会(以下、JADECOM)会員、自治医科大学卒業生が震災直後から現在に至るまで取り組んできた医療活動や支援について、さまざまな角度から語っていただくとともにその記録を映像として後世に残したいという実行委員会の思いから生まれた。

5人の先生に震災から現在に至るまでについて発表していただき、続いてJADECOMが全力をあげて取り組んだ女川町への支援について中心となった3人の先生方による鼎談を提供する。

## 東日本大震災から11年～震災を越えて～

南相馬市立総合病院産婦人科 副診療部長 安部 宏

震災当時の南相馬市立総合病院は病床数230床で、常勤医師は13人、産婦人科医は私1人だった。病院は原発からは23km地点に位置し、地震、津波による病院の混乱はほぼ1日半で収束した。患者搬入に備え、廊下、手術室、会議室と次々にマットレスを並べて収容した。

震災発生後の原子力発電所の経過・避難についてだが、3月11日19:03に原子力緊急事態が宣言され、半径3kmに避難指示が発令された。翌12日に10kmに拡大され、15:36福島第一原発1号機が水素爆発を起こし、半径20kmに避難指示が拡大された。3月14日11:01に3号機が水素爆発し、3月15日、20～30km圏内14万人対象に屋内退避指示が出され、市民のほとんどが避難した。当院の職員も残る者と避難する者に分かれ、残った職員で入院患者を管理した。13日に13km地点の小高病院より患者搬送・受け入れを行ったが病室が不足し、病院会議室を使用した。外の放射線量を知るすべはなく、屋

内にいながらも目に見えない放射能に怯えていた。

屋内退避指示が出された30km圏内は支援物資や医療資源は搬入されず、物資枯渇・孤立状態となる一方であった。この状況の中に足を踏み入れ、物資・資材を搬入してくれたのは自衛隊のみだった。食料や水は底をつき、入院患者も職員もおにぎりと水のみでしのいだ。3月19日に入院患者に対し区域内退去命令が下され、自衛隊の援助で20日朝に完了した。現在の避難指示状況だが、帰還困難区域は放射線量が高いため、11年間手付かずの状態である。

へき地医療・地域医療の魅力・良さは一言でいえば患者との距離が近いことだ。地域の一員として生活しながら、日々の診療を行う。結びつきが強くなること・向き合う姿勢が近くなることが特徴だと感じる。責任は重くなるが、そ



特集

の分はねかえりが大きくなり、やりがいを感じられる。

震災から10年経ち、福島中央テレビが作成・放送した特集「福島to2021-あれからと、これからと→」では震災後1年で産婦人科の診療を再開してから9年間故郷の産科医療を守ってきた姿や想いを、「伝えたい・ふくしまの未来～震災・原発事故から10年～」では2011年3月14日の福島第一原発3号機爆発直後に担当した出産の様子とその時に生まれた赤ちゃんの10年の成長を取り上げていただいたが、その映像を観たときに私は「星を動かすことができた」のではないかと思った。「星を動かす」とは漫画『ブラックジャック』に由来する。手塚治虫は作品の中で人の一生を“星”に例えた。星は動かず、人の一生も変えることはできない。しかし医者や看護師はその星を動かす、つまり遠い昔であればケガや病

気などで命を落としていたような人たちを救い、その人の一生を変えることが仕事であり、そこに存在意義があると説いた。そう、これが私たちの仕事であり、目の前の命に真摯に向き合い取り組むのだ。すべての人に、へき地・地域医療の魅力を伝えたい。

私の学生時代は硬式テニスに没頭した6年間で、学業成績は常に下位の方だった。しかし、それでいいのだと認めてくれた先生がいる。それが高久史磨先生だった。高久先生は卒業式の後に私を学長室に招き、なんと学長賞を授与してくださった。今の私があるのは先生方や仲間たちがいたからだ。

震災後に福島県の被災地医療に携われた多くの方々の11年の支えに対し感謝申し上げるとともに、これからも努力を続け、地域医療に邁進していきたい。

## 大規模災害からのレジリエンス 何を伝え、残せるか

東北大学病院 総合地域医療教育支援部 菅野 武

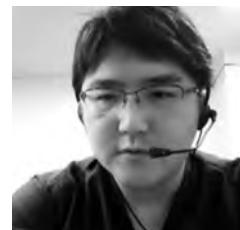
私は南三陸町志津川病院で被災した。南三陸町では町や病院ぐるみで大きな防災訓練が年2回行われ、入院患者は3階、4階のみで、マニュアルでも3階以上に避難となっていた。しかし発災直後、看護部長と話し合いマニュアルにはこだわらず最上階の5階の会議室に避難させようと決め、患者を運んでいる中で津波が到来、その日の入院患者とスタッフの3分の2が亡くなっている。

第1波が引いた後に4階から救出した数名を加えて5階で150名以上の避難者と翌日まで過ごしたが患者に寄り添うことしかできず、2日目に外部から救援が来るまでに7名が亡くなった。酸素、医療資機材、電源、備蓄水、食料などが逃げる先になかったのが致命的だった。現在、台風被害や川の氾濫などで垂直避難の推奨も多いが、特に高齢者施設や病院などでは避難先にそれらを準備することで救える命が増える

可能性がある。

2日目の午後から自衛隊の救助ヘリによる患者搬送を行った。医療支援が途切れると亡くなってしまうギリギリの方を優先し、各フライトにスタッフ1名を同乗させ申し送りを行った。全ての患者と住民の搬送を終え、私も3日目の午前中に最終フライトで救出してもらった。

救出後、家族との再会を経て南三陸町に戻った。医療機関が全壊流出した状況で地元の医療者としてできることは交通整理だと考え、医療統括本部というマネジメント部署を立ち上げ、急性期の医療活動を展開した。もともと、私たちは地域医療における臨床医として、限られた医療リソースで町を支えるため医療・行政・福祉で協力し合いネットワークを作っていた。医



療統括本部と仲間たちを基点として、住民が安心感を持てる継続的な医療を災害急性期にも提供できたのではないかと思う。これは普段の熱意、人間関係が実を結んだもので、地域医療は災害医療の備えそのものである。自ら生きる地域で災害が起きた場合は、そこで展開する医療の全てが災害医療であることを知りたい。また、大規模災害ではフェーズを意識し必要なニーズを見つけ、地域の持つヒューマンリソースを活かし、諦めないで挑むことが重要である。

被災以後10年以上、被災地域発の医学研究をはじめ、自分に何が残せるのかを常に自問自答してきた。また、米TIME誌の「2011年世界で最も影響力のある100人」に選出されたことで、いのちの授業をさせていただく機会も増えた。2年間のカナダ留学を経てからは、コンダクター型災害保健医療人材の養成プログラムにも関

わっている。これまで縦で一部の職種に行われてきた専門的な研修や災害関連の教育を横で繋いでいろいろなフェーズ、現場で活躍できる人材を育てようというプロジェクトだ。

組織・集団として知る・備えることが大きな防災力の調整に関わると思うが、トップダウンで進んだり、役割を与えられたり、ルール付けすることは促進因子になる一方で、規模が大きいほどスイッチが入りにくく、集団の属性、認知・正常性バイアスが阻害する因子だと感じている。一方で個人として自助・共助・支援を受け止める受援力の醸成も大切な課題だ。まず自分の命を守る、助からないと次の命を救うことはできないという原則を子供から高齢者まで大切にし、その次に何ができるかを自分のフィールドで考えることが大事である。困難を乗り越える力の本質はレジリエンス(Resilience)つまり柔軟性と可塑性にある。

## 特集

### 震災時の病院対応の振り返りとその後 ～岩手県立釜石病院の場合～

岩手県立江刺病院 副院長・外科長・臨床検査科長 石黒保直

震災当時、筆者は岩手県沿岸南部の県立釜石病院(以下、当院)に勤務していた。当院は津波の直接的被害はなかったが、揺れによる建物の損傷があり、272床のうち耐震補強工事前の建物の246床が使用できなくなった。増築棟の個室26室に2名ずつ収容して52床確保し、さらに中央処置室やリハビリ室を病床化した。病床数は減ったが最低限の入院診療の継続と救急外来を中心とした外来診療を維持した。しかし、すでに入院していた患者の多くは内陸の病院に転送せざるをえず、この一時しのぎの対応はしばらく続いた。

災害と言えばDMATというのはだいぶ定着したように思われるが、最近の被災地病院支援では、「籠城」「病院避難」という言葉を用いる。「籠城」は被災後も入院など診療を維持することで、

病院の建物にダメージがなくライフラインや医療資源供給の目処が立っている状況で可能である。「病院避難」は建物や機材のダメージが著しいなど、医療の継続が困難となったときに、入院患者やスタッフ共々病院を捨てて避難することである。この場合は患者移送手段の確保が必要となる。こうした行動に対しての言葉の用い方は当時は明確になっていなかったように思われ、結果的に当院は籠城しつつ病院避難を実施したことになる。

患者移送手段のひとつとしてのヘリ搬送については、全国から集まったヘリが活用されたが、当時ドクターヘリは一般的でなく病院スタッフ



が同乗する必要があった。正当な理由のもとで発災直後に活用していたが、県の災害対策本部が調整に乗り出したあとは、依頼したヘリが来ないこともあった。複数の県からの救急隊が釜石にも支援にきていたが、新規の患者も含めて内陸に搬送する必要がある当院の事情を知り、陸路での転院搬送を手伝ってくれた。

入院患者の転送先としての内陸の病院は、釜石の隣の遠野（県立遠野病院）、さらに内陸の花巻・北上（県立中部病院）がある。遠野病院へは、発災数日後にスタッフが直接出向いて釜石の状況を伝え支援をいただいた。中部病院からは独自の判断でスタッフが状況を見に来てくれ、入院患者の転院搬送の支援・調整役をやっててくれた。このように県立病院同士が物理的な横の繋がりで助け合う状況はいつしか肋骨搬送システムと呼ばれるようになった。が、誤解のないように記載すると、内陸への転送を明確に実施していたのは県内でも釜石医療圏だけであった。この協力体制は、県の災害対策本部の指示ではなく病院間の相談で確立されたものである。

未曾有の災害ではあるものの、県の災害対策本部のヘリ搬送の件に加え、支援で釜石にきていたDMATのちぐはぐな行動はあり、外部のDMATが「釜石・大槌には医療ニーズはゼロ」と県の災害対策本部に報告しているのを何度も聞いたのもその一例である。当時のDMATは、最重症だが助かる可能性がある、つまりトリアージタグで赤のつく傷病者を探しに来ていたため、赤タグがないイコール医療ニーズゼロとなったのだろう。が、被災地で医療ニーズゼロというのはありえないし、赤タグの傷病者だけ

が医療ニーズではないので、家族や自分の家のことわからぬのに病院で懸命に働くスタッフに聞かせたいセリフではなかった。（追記：当時、花巻空港に設置された傷病者の広域搬送を担当する部門の指揮をとっていたのは、筆者がDMATの資格を取得した隊員養成講習の中心人物であり面識もあった。のちに学会で再会したときに、「もっと沿岸にDMAT隊を派遣すべきであった」と述懐とともに謝罪をいただいた。）

災害時には、急な医療ニーズの増加があるので、サービスの供給を拡大して提供する必要がある。このように一時的に確保する、病床も含めた病院機能をサージ・キャパシティという。当院は使用可能病床の激減によりだいぶ制限をうけたが、病室・病床を可能な限り確保した。もともとの能力には及ばずとも、縮小したキャパシティーを最大限発揮しようとした好例と思われる。それは、地域医療を守るという使命感に基づいている。

震災から10年以上経過し、当院には筆者も含め当時のDMATチームはほとんどいなくなり、語り部たるスタッフも多くはなくなった。震災は越えるものかどうかということもあるが、DMATの在り方の変化や当時の行動を示す言葉ができ、そして一般化したのは進化といえるかもしれない。いまだに国主催の大規模災害訓練に参加することがあるが、その中で感じる今後の課題は、震災未経験の若いスタッフに、幸か不幸か経験者の我々が震災時のリアルな思考・行動を伝えていくことだと感じている。一方で、医療を取り巻く環境は10年前と大きく変わっており、その変化を受容し今後に備えることも重要である。

## 自治医科大学医学部同窓会 東日本大震災支援プロジェクト

自治医科大学情報センター 教授 石川鎮清

東日本震災後、同窓会支援プロジェクトが発足した。震災発生の翌3月12日、当時卒後指導部長であった尾身茂先生(東京1期)より卒業生へ被災地への診療支援の協力を求めるメールマガジンが配信された。3月13日に白石吉彦先生(徳島15期)、14日に古屋聰先生(山梨10期)が来学され、3月15日被災地に向けて出発、藤沢町民病院を拠点とし自己完結型ボランティアをテーマとして支援を開始した。その後、県立釜石病院、藤沢町民病院に現地の本部を置き、K-WAVE(気仙沼)、米谷病院、ベイサイドアリーナ(南三陸町)、津山診療所、豊里病院を支援対象とした活動が行われた。

同窓会支援プロジェクトでは1)継続性、2)自立型、3)地域という視点、を3つの原則とした。継続性とは「責任を持って地域を守るために、短期ではなく、継続して支援を提供する必要がある」ことである。自立型については「食料、寝袋、防寒具など物質面だけではなく、精神面でも自立すること。例えば、話しかけるのも相手に負担がかかることに留意する必要がある」と確認した。地域という視点については「医療支援を通して、被災した地域住民の健康を守るために支援活動を行う。また、被災地域で活動している地域のリーダーの指示を仰ぎつつ行動する」とした。移動手段については第1陣、第2陣では地域医療振興協会が所有しているヘリコプター、第3陣からは車、GWからは新幹線での移動となった。

支援スケジュールは、第7陣までは6~7人を目途とし、主に釜石に2人、登米・南三陸に4~5人を派遣した。第8陣以降(5月6日~)は3~4人、第26陣以降(9月9日~)は2人を派遣。また、第8陣~第27陣では臨床心理士チームも釜石、登米・南三陸に入って活動した。同窓会支援プロジェクトの活動は9月30日に終

了、支援者の内訳は合計110人延べ117人であった。臨床心理士においては活動を開始した当初は勝手もわからず、精神科医師を中心とした心のケアを担うボランティアとの関係も微妙だったようである。しかし地道な活動が少しずつ認められ、南三陸では“カフェあづまーれ”を運営。臨床心理士が寄り添うようにコーヒーなどを提供し自然に話し相手になることで、住民も次第に心を開くようになっていった。

自治医科大学は今年50年の節目を迎える。都道府県人会からなる縦糸と全国47都道府県の同級生からなる横糸でのネットワークが構築されている。初めて支援チームとして派遣されても同級生もしくは県人会などで必ず共通の知人がいることで親近感があり、また出身地が違ったとしても地域医療を支える活動してきた同じ志を感じるため、県や卒業年度を越え、一体感を持って支援活動ができたと思われる。

災害医療は地域医療との関係性を考えざるを得ない。地域医療は時間をかけて地域の医療や保健・福祉の課題に取り組むが、災害医療ではその時間軸が狭められる。しかし、目の前の課題解決のために周囲との関係性の中で最善策を見出すことは共通している。その際重要なのがコミュニケーション力、コーディネーター力、診療技術である。

現在でも震災、豪雨、新型コロナウイルスなどの困難が降りかかっている。自治医大卒業生は、どの現場においても最善を尽くす努力を惜しまず、周囲の状況を踏まえて協働できる資質を備え、縦糸と横糸のネットワークを生かし支援し合えると信じている。



特集

## 気仙沼に繋りを続けて

山梨市立牧丘病院 古屋 聰

まず急性期の支援「東日本大震災支援プロジェクト」を振り返る。このプロジェクトの特徴のひとつが、とともに自治医科大学の卒業生が展開している地域への支援で、地域の状況をはじめ元来の医療過疎地における地域小病院や診療所のニーズ増大と支援の必要性が想像できたところにあった。そして自治医大卒業生がいろいろな地域、行政を含むあらゆるポストに展開していたことで基礎情報を共有しやすく、現地の生きた情報を集めるのに非常に有利だった。プロジェクトではロジスティックスやネット活用の重要性を感じた。この急性期支援の中で見えた大事なことは、地域医療で培った「全ての力」を使いつくし費やすことが必要であり、またそれが可能であったという特徴だ。現地では実際の診療、避難所での保健活動などの中に他職種や多職種、他部署、行政や他団体との協働や調整が必要である。これら全てにおいて、私たちが卒業後いろいろな地域で学んできたことを力として反映できた。もしかして「谷間に灯をともす」ことができたかもしれない。

また、私は在宅被災者や施設の中の要医療高齢者、褥瘡患者などを訪問でカバーしていた気仙沼巡回療養支援隊(JRS)の中の特別活動「気仙沼口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート活動」をサポート。摂食嚥下や食支援に特化したグループを組織し、全国からそこを得意とする多くの仲間を呼び寄せて活動してもらった。活動は1年集中的に行い、その後は現地とのリソースを盛り上げる形で現在も続いている。JRSは半年で支援活動を終えたが、気仙沼口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポートは現在も気仙沼・南三陸の現地の勉強会となって続いている。気仙沼のほとんどの病院や施設を訪問しながら活動してきた結果、食支援を通じてこれまで在宅ケアなど比較的リソー

スも足りず盛んではなかつたところに多職種連携を推進することにいくばくかは貢献できたと思う。

私はこういう食支援活動を、2012年から仮設住宅、2015年から災害公営住宅でも行っている。仮設住宅や災害公営住宅において、待ち受けるリスクは孤立、フレイルやサルコペニアの進行、疾病や外傷、あるいは精神的問題など含め死が近くなってしまうことであり、すべてが不幸せである。そこで、2018年から現地の栄養士や歯科衛生士などの仲間と栄養パトロールという仕組みで高齢者住宅の訪問を始め、昨年には第10回健康寿命をのばそう！アワード／介護予防・高齢者生活支援分野で優良賞をいただいた。

東日本大震災から11年、気仙沼で学んだ大切なことは、直接会うこと、ゆっくり話を聞くこと、いろいろなことに繋げ継続することだった。私はこれを当初の急性期支援から食支援、また慢性期の栄養パトロールに繋げる中で継続してきた。近年ではソーシャルキャピタルを豊かにすることが減災や健康状態をよくすることに繋がるということがエビデンスをもって語られている。

しかし、東日本大震災で私たちが体験し、「繋がり」を大切に活動してきたことに、2020年からのコロナ禍が圧倒的ブレーキをかけた。フレイルの進行を生じさせ、社会的分断が進んでいるなか、現在の「医療の谷間」はどこにあるのか。これはこれから私の活動が示唆していくと思う。

私たちは平時でも災害時でも社会的弱者を守れる仕組みが地域包括ケアだと取り組んできた。コロナ対応や災害対応、これらは全て地域包括ケアへの道である。



## 鼎談

# 東日本大震災被災地 女川への 地域医療振興協会による支援を振り返って

座長 日光市民病院 管理者 杉田義博  
 出席者 女川町地域医療センター 管理者 斎藤 充  
 地域医療振興協会 副理事長 山田隆司  
 おりも総合クリニック 院長 折茂賢一郎

## 被災した女川町立病院

斎藤 充 震災前、女川町立病院は慢性的な医師不足から赤字が続き、経営不振が続いていました。東日本大震災の1年前、女川町立病院の院長、副院長がそろって退職し、病院存続の危機、地域医療崩壊の危機が迫っていました。地域医療振興協会に医師派遣依頼があり、私が女川に行くことになりました。

経営改善を含めた病院のあり方について、女川町と協議を重ね、病院の有床診療所化や、老健施設の増床、在宅医療に力を入れることなどを計画し、2011年4月から地域医療振興協会による指定管理が始まろうとしていたその矢先に起きたのが東日本大震災でした。

2011年3月11日午後2時46分、かつて経験したことのない、立っていられないほどの激しい揺れが続きました。女川町立病院は海拔16mの高台にあり、町の防災計画では避難所の1つに指定されており、ここなら安全と考えた町民が大勢院内や病院駐車場に避難して

きました。地震から約40分後に津波が押し寄せ、町はあっという間に濁流に呑まれ、駐車場に避難していた人たちはただ呆然とそれを眺めていました。

津波は安全と思っていた病院にも迫り、ついには駐車場を超えて、病院の1階天井近くまで到達しました。私は病棟の様子を確認するために3階にいましたが、1階にいた職員は濁流に呑まれてしまいました。もうだめかと思った瞬間、天井まであと30cmというところで水位が止まり、その後の引き波に持つて行かれないよう、手の届くものにつかまって必死にこらえていたそうです。幸い、1階にいた職員は皆無事でした。

1階の外来、検査機器、カルテ、薬局、厨房はすべて水に浸かり、大きな打撃を受けました。防災マニュアルは地震対応であって津波対応ではなく、1階にあった衛星電話も流失し、通信手段がなくなり、外部に女川の状況を伝えることができなくなりました。



## 特集

直後は病院内で水に溺れた人の救命処置や、低体温の人の看護、院内・院外で亡くなられた人の収容を行いました。夕方に病院近くの壊れた家で、梁とサッシに足がはさまり動けなくなっている人がいるとの情報があり、職員数名で救出に向かいました。

入院患者30名、老健施設入所者40名、避難して来た人約500名、職員約100名、合わせて約700名が病院で一夜を明かしました。水道も電気も使えず、暖房もなくなりました。津波で体が濡れている人もいて、3階、4階の病棟の廊下で体を寄せ合って暖を取っていました。

津波が引いたあとの町は瓦礫の山で、3月11日の夜に雪が降ったため、翌朝あたりはうっすらと白くなっていました。12日朝に町の体育館に重傷の外傷患者がいるとの情報があり、瓦礫を超えて救助に向かいました。途中の役場庁舎も3階部分まで冠水し、機能をすべて失っていました。十数人がかりで患者を担架で病院に収容し、懐中電灯の明かりを当てて応急処置をし、状況確認のために病院まで降りてきていた自衛隊のヘリコプターに搬送してもらいました。1日に数回、自衛隊のヘリが降りてきて、透析を要する患者や、臨月の妊婦など順次石巻に搬送しました。

職員は患者をケアする立場にありながら自らも被災者でありました。自分の家族はどうしているのか、家はどうなっているのか、まったく分からぬ状況でした。何度も続く余震とラジオから聞こえる津波被害の情報がわれわれの不安をさらに強くしていきました。町の診療所や薬局はすべて流されてしまい、女川では唯一の医療機関となりました。「着の身着のまま逃げて、薬がない」と、12日には多くの人が病院に来るようになりました。職員は自らを奮い立たせて、病院と老健施設の間の2階の渡り廊下にあるホール、センターアトリウムを救護所として診療を開始しました。支援物資が届くまでの間、水没した薬局から使えそうな薬を拾い集め、使用するしかありませんでした。血圧計と聴診器のみで1回分

の薬、1日分の薬を渡しながら、とにかく安心させることしかできませんでした。

自衛隊による瓦礫撤去により3月13日夜には車が使えるようになり、4月からの指定管理に向けた打合せのためにちょうど3月11日に女川に来ていた協会職員数名に、県内の同じ協会施設である公立黒川病院に行ってもらい、女川の状態を伝えることができました。3月14日にDMATとして仙台に来ていた宮崎国久先生が女川に来てくれ、15日には山田隆司先生がヘリコプターで医薬品を含めたたくさん支援物資や衛星電話を持って、女川に来てくれました。不眠不休で働き、心身の限界が来ていた私にとって2人はまさしく救世主のようでした。宮崎先生、山田先生に会った時にはしばらく涙が止まりませんでした。

3月16日からは、医師だけではなく、看護師、コメディカル、事務スタッフによる医療チームが定期的に派遣されるようになりました。震災前の1日平均外来患者数は100名程度でしたが、センターアトリウムでの診療には毎日300人程度が受診し、さながら野戦病院のようでした。協会からの支援のおかげで、避難所・集会場への巡回診療、健康相談も行われるようになりました。改めて支援に来ていただいた地域医療振興協会の職員、そして自治医科大学の卒業生に感謝を申し上げます。

### 震災直後の協会

**杉田義博(座長)** 齋藤先生の発表を受けて、山田先生、折茂先生を含めディスカッションしたいと思います。まず、最初に女川に飛び込んだ山田先生から、当時の状況についてお話しください。

**山田隆司** 齋藤先生の話にもありましたが、当時女川町立病院は存続の危機にあり、震災前から齋藤先生が院長として赴任し、4月1日から協会の指定管理が始まることになっていました。その矢先にあの震災が起こったのです。私は当時東京にいましたが、ニュースで気仙沼の火災、石巻の津波、仙台のガスタンク爆発といった報道があるなか、女川につい

ての報道が全くなく、震災直後から病院に電話をしたり斎藤先生の携帯電話を鳴らしたりしたもののが一切通じませんでした。特に斎藤先生の携帯が繋がらないことで、私は絶望的な思いを抱きました。

当協会のセスナ購入の件で関係のあった東邦航空に連絡したところヘリがまわせるというので、支援物資を集めヘリで女川に向かったのが3月12日。ところが自衛隊の管制下に置かれていて、着陸はおろか、物資を降ろすこともできませんでした。途中の白石藏王の町へ降りてそこに物資を置き、いったん東京に戻ることになりました。その後ちょうどDMATで仙台に入っていた宮崎国久先生と連絡が取れ、宮崎先生らが3月14日に白石に置いた物資を引き継いで女川に入ることができました。当時、吉新通康理事長のほか幹部が米国に視察に出かけていたため、折茂先生と相談して、海運ビルの協会本部に災害対策本部を立ち上げようということになりました。

#### 災害対策本部の設置と女川への支援開始

**杉田** 災害対策本部が設置され、折茂先生が対策本部長に就き指揮を取ったということですが、その時はどんな状況でしたか。

**折茂賢一郎** 山田先生のお話のように、女川に関する報道が全くなく、理事長は不在で山田先生はヘリで飛んだが降りられず……情報が集まらない中、当協会本部にいた人たちと暫定的に対策本部を立ち上げたという感じです。協会には全国に多くの施設があり、幸いにも元気な施設がまだたくさんあったので、なんとか対応していくことになりました。そうしていたところ、山田先生が再度15日にヘリで飛んで女川に降りることができ、女川の状況が伝わってきたということだったと思います。

**山田** 15日火曜日に女川に入り斎藤先生と会うことができ、大体の状況が把握できました。そこで東京に戻って折茂先生たちと相談をし、組織的にチーム編成を組んで支援の仕組みをつくっていこうということ

で、JADECOM職員が利用するポータルサイトであるMOSS (Microsoft Office SharePoint Server)を通じて協会内に支援を呼びかけました。そうしたら医師だけではなくて多職種から相当手が上がったのですね。

**折茂** MOSSがあんなに活躍するとは予想もしていませんでしたが、いろいろな情報がMOSSを通して全国の施設から入ってきました。ヘリだけでは難しいので並行して大型バスを利用して、ヘリと陸路の2つの方法で支援に入ることになりました。東京では16日か17日くらいからバスが入り、医療だけでなく介護も必要だということで、ケアマネや介護職も含め、比較的早く支援の体制ができました。

**山田** 一時に100人が必要なわけではなく、8人とか10人のチームが1週間交代ぐらいで、チームが重なりつつ線状につながって支援に入るという形でした。

**折茂** 尾身茂先生から電話が入り「自治医大も参加したい」というお話をあり、ヘリで自治医大校庭に降りて、卒業生をピックアップして、支援に入ったこともあります。

#### その時、現地の状況は

**折茂** 初当、私は協会本部の対策本部で調整していましたが「現場を見ないと駄目なのではないか」と考え、16日に初めて女川に入りました。行ってみたら電気も通じず斎藤先生たちは、朝、日が出てから沈むまでが活動という感じで夜が長いのです。水道も止まっているのでトイレも使えず、病院裏のマンホールの蓋を外しその上にポータブルトイレの便座を載せ、周囲をブルーシートで囲って簡易トイレとしていました。夜は活動ができないから医局や病院内で少し何かあるものをいただいて、じっとしているという状況でしたね。行ってみてはじめてわかる状況で、またいろいろ支援について考える部分も変わりました。

**山田** 町立病院の1階は被災しましたが、病院建物が外から見てもしっかり残ったということが、町民にとって非常に大きな心の支えになったと思います。そこに住民が助けを求

## 特集

めて集まってきた。職員の中には家族を亡くされた人、わが家が流されてしまった人も多くいたにもかかわらず、歯を食いしばって病院としての機能を継続させたというのは、町民にとっては本当にありがたかったと思います。

それに協会から支援に行った人たちが合流して支え続けた。町全体が大きく被災したにもかかわらず、奇跡的にあの場所で病院機能が維持できたというのは、本当にすごかったと、今思い返しても思います。

齋藤 個人的なことですが、宮崎先生と山田先生が来てくれなければ、3月15日ぐらいに自分は駄目になっていたと思います。そのぐらい限界だったのですね。家族の安否も分からぬ状態でしたが、山田先生が衛星電話を持ってきてくれて、3月15日に家族と話すことができた。あれで生き返りました。その後17~19日の3日間、休みをもらって磐梯に帰ることができました。そのお陰で、そのあとまた女川に戻って医療を続けようという力が回復しました。支援に来てくれた先生の中には精神科の先生もいて、職員全員にカウンセリングをしてくれました。職員も誰にも話せない辛い思いを精神科の先生に聞いてもらえて頑張れたということがありました。職員は3月14日くらいから交代で家に帰れるようになります。それで家の状況や家族の安否が分かり、職員もまた病院に戻ってきて仕事を続けることができたのだと思います。その頃、支援に来てくれた協会の事務スタッフが、近くの石切り場で井戸水を汲んでお風呂を沸かしているところを見つけて、職員をピストン輸送で運んでくれ、1週間に1回ずつお風呂に入れるようになりました。あれは画期的でした。

### さまざまな支援の形

折茂 今回のような広範囲の被害の際には、支援はどこがどうするのかというのがなかなか難しいと思います。しかし協会は女川に一点集中できた。それがまたよかったですかなと思います。

齋藤 私が3月17日から3日間休みをもらつて、19日に女川に戻ってきた時に、自衛隊や鳥取、石川、鹿児島の支援チームが女川町に入ってきていて、3月19日から町立病院で2日に1回、災害医療調整会議を開き、今、町の中でどんなところが足りなくて、どういう支援が必要とされているのか。われわれがどこを役割分担していったらいいのかということを話し合うミーティングが始まりました。その調整会議のお膳立てをしてくれたのが山田先生と折茂先生でした。先生方がそういうレールを敷いてくれたので、他の団体や行政との連携がスムーズにできたと、今振り返って思います。

山田 自衛隊の動きというのは非常に参考になりましたね。ああいったわけの分からない状態、とにかく今日と明日と明後日の状態がぜんぜん違うような時、そのままにしておくと、多分助かる人が限られてきてしまう。自衛隊のように毎日きちんと戦略を立てれば、そこにあるリソースをうまく使えるのだということを、身をもって学びました。

杉田 JADECOMが女川の病院支援を行う中で、地域全体へと支援が広がっていった、ということでしょうか。

山田 庁舎、といっても学校の中でしたが、そこに全体の対策本部が置かれて、毎朝ミーティングをやっていました。町長が陣頭指揮にあたって各地から来たチームが入りました。その会議にも私や病院のスタッフが参加しました。

### 支援から生まれた多職種のネットワーク

杉田 JADECOMからは実に24次にわたる支援隊が派遣され、多くのコメディカルスタッフが支援に参加しましたが、いかがでしたか。

齋藤 震災前は全部院外処方でしたが、薬局がなくなってしまいましたから、院内で診療をして薬を出すのに、協会から薬剤師の方に来てもらったのはとてもありがたかったです。リハビリの方たちも避難所を回ってリハ支援をしてくれました。避難所では動きたがらな

いので深部静脈血栓症や、特に高齢の方はいろいろな合併症を起こしやすいのですね。和式トイレを洋式のように使えるようにしてくれたり、シルバーカーなど移動するときに必要なものも流されてしまったので、そういうものも提供して避難所で指導してくれたり、本当に助かりました。

**山田** 多職種の人たちが女川支援でつながったというのも大きかったです。例えば栄養士さんたちの交流なども活発になって、そういう意味では協会の多職種のネットワークが強くなったと思います。

**杉田** 協会としても大きな意味があったということですね。

#### 女川町の復興、そしてさらなる先を見据えて

**斎藤** この11年を振り返ると、女川は壊滅的な状況になってわれわれも町民を支えたいという思いで頑張りましたが、頑張っているのはわれわれだけでなく、町民も行政もみんな頑張っているんですよね。この人たちを何とか健康面で支えなければいけないという思いと一緒に頑張ってきたという、11年だったと思っています。

**山田** 市街地の被災率では群を抜いて高い、激甚な被害を受けたにもかかわらず、当時の町長、今の町長を含め、町民中心で商工会やボランティアも参加して、みんなが知恵を集めてプランニングをして、新しい町づくりを進めてきた。そういう地域で、町民の医療を支える、健康を守るという形でスクラムが組めたのはありがたかったと思います。とはいえ

**杉田** オンデマンド企画「東日本大震災から11年～震災を越えて～」では、震災、またそれに引き続きコロナ禍に対処して来た先生方から話を聞いた。これからもさまざまな危機はあるかと思うが、今回の学会の中で、地域の力

人口は6割に減少し道のりは簡単ではないと思いますが、これからも安心して住める町、魅力ある、豊かな地域になるお手伝いをできたら楽しいのではないかと思っています。

女川は以前から花火大会やお祭りなど、にぎやかなイベントも多かったので、そういうものも復活するといいですね。

**斎藤** 今年ようやく「おながわみなと祭り」が復活しましたよ！

ただ、今度はコロナの問題が女川にも影響していて、女川町は人口が減ってしまったので交流人口を増やすことに力を入れていましたが、コロナになって人の交流に制限をかけなければならなくなりました。また震災以降、避難所、仮設住宅、公営住宅でのコミュニティを大切にしようと、保健師さんたちが頑張っていましたが、コロナの外出制限で、住民が地域の集まりに出ていけない日々が続いています。震災直後に仮設住宅で起きたフレイルの問題などがまたコロナ禍で起こっています。早くコロナが落ち着いて、われわれがまた地域包括ケアにも力を入れて、活気のある町にしていければと思っています。

**折茂** 今の女川は駅前も、町の風景も、気持ちがいいですよね。数年前に行った時に、「あの女川がこんなにきれいになって……」と感じました。これからの10年後がまた楽しみです。

**杉田** 3人の先生方からさまざまなお話を聞きして、改めてJADECOMが行ってきた女川への支援について振り返ることができました。先生方、ありがとうございました。

や卒業生のネットワークを実感することができ、それががあれば、また次の危機も乗り越えられるのではないかと、明るい希望を抱くことができた。

## 特集

## 第108回

# “抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)の過剰投与”に関する事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

### はじめに

抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)に関しては、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)の「医療安全情報」<sup>1)</sup>において、「No.2:抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(2007年1月)」、および「No.45:抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)(2010年8月)」で、休薬期間が必要な薬剤であることが挙げられている。さらに、「No.167:抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第3報)(2020年10月)」が公表され、繰り返しの注意喚起がなされている。

本事業の報告書<sup>2)</sup>では、第3回報告書、第7回報告書で「共有すべき医療事故情報」として、第27回報告書では、「個別のテーマの検討状況」として、および第21回報告書、第41回報告書<sup>3)</sup>では、「再発・類似事例の発生状況」として、抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)に関連する内容が掲載されている。さらに、第61回報告書<sup>4)</sup>(以下、本報告書)では、「再発・類似事例の分析」として、「抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(医療安全情報No.2、第2報No.45)」というテーマで検討した内容が挙げられている。

また、医薬品医療機器総合機構からは、「PMDA

医療安全情報」<sup>5)</sup>として、「No.6:抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)について(2008年10月)」、および「No.49:抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)について(その2)(2016年11月)」などが公表され、さらに、厚生労働省からは、「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)防止のための取扱いについて(注意喚起)(平成20年10月20日)」<sup>6)</sup>が公表されている。

抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)は、薬物療法による治療目的で使用される薬剤であるが、過剰投与により、骨髄抑制などが発生する可能性もあり、事例発生を回避するための対策の充実が急がれる。医師や、看護師・薬剤師などのプロフェッショナルが業務を実施する際に、「確認不足」や「説明不足」などが発生する可能性は、患者・家族にとって、“想定外”であるということが考えられ、事例の発生を未然に防止することは喫緊の課題である。

本稿では、「抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)」について検討するが、以下では、「抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)」を「メトトレキサート製剤」と記載し、文章を展開する。また、メトトレキサート製剤は、抗リウマチ剤として、あるいは悪性腫瘍の治療を目的として使用されるが、本稿では、抗リウマチ剤としてのメトトレキサート製剤の過剰投与に焦点をあてて検討する。

表 事故の程度と治療の程度

| 事故の程度               | 件数 | 治療の程度 | 件数 |
|---------------------|----|-------|----|
| 死亡                  | 1  | 濃厚な治療 | 3  |
| 障害残存の可能性がある<br>(高い) | 0  | 軽微な治療 | 1  |
| 障害残存の可能性がある<br>(低い) | 3  |       |    |
| 障害残存の可能性なし          | 1  |       |    |
| 障害なし                | 0  |       |    |
| 合 計                 | 5  |       |    |

※「医療の実施あり」の4件の内訳を示す。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第61回報告書より)

自施設では，“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関するインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。類似事例が発生していない場合でも、事例の発生を未然に防止する対策や、現状評価は十分だろうか。“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関する事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関する事例の発生を未然防止できなかったのか？」という“なぜ”を深めることができ欠かせない。明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、関与する医師や、看護師・薬剤師などのプロフェッショナルが“連携力”を發揮し、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関する事例の発生を回避できるシステムの整備に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、「なぜ、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関する事例の発生を未然防止できなかったのか？」という疑問に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

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

## “メトトレキサート製剤の過剰投与”に関する事例

本報告書によると、第41回報告書<sup>3)</sup>の分析対象期間後の2015年4月以降に報告された再発・類似事例は5件であることが挙げられている。この5件中、「事故の程度」では、「死亡: 1件」「障害残存の可能性がある(高い): 0件」「障害残存の可能性がある(低い): 3件」「障害残存の可能性なし: 1件」「障害なし: 0件」であり、「治療の程度」は、「医療の実施あり」の4件中、「濃厚な治療: 3件」「軽微な治療: 1件」ということが挙げられている(表)。

また、本報告書には、「抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制」の報告件数について、「2015年(4月～12月): 1件」「2016年: 1件」「2017年: 2件」「2018年: 0件」「2019年: 0件」「2020年(1月～3月): 1件」ということが挙げられており、本事業の「医療安全情報」<sup>1)</sup>による注意喚起は、2007年、2010年(第2報)、2020年(第3報)に公表され、繰り返しの注意喚起がなされている。

本事業の事例検索<sup>7)</sup>では、2022年2月初旬現在、キーワード“メトトレキサート”で34件、“メトトレキサート”“過剰”で7件、“メトトレキサート”“疑義照会”で6件、“メトトレキサート”“骨髄抑制”で4件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関する事例として、事例検索<sup>7)</sup>にて検索された事例や、

第41回報告書<sup>3)</sup>、および本報告書などに掲載されている事例としては、「関節リウマチで膠原病内科に通院中の患者(70歳代、女性)が、帶状疱疹にて入院となった。看護師は、持参薬報告をするため患者から内服薬を回収し、電子カルテの持参薬報告に入力した。薬袋に『○○(メトトレキサート製剤、以下、薬剤Y) 2mg、1日2回、朝食後(2錠)・夕食後(2錠)、木曜日服用』と記載され、4日分処方されていたが、『木曜日服用』を見落とし、『1日2回、朝・夕食後』のみを入力した。持参薬報告は15時までは病棟に配置された薬剤師が確認し、電子カルテに報告をするが、15時を過ぎていたので看護師が実施した。主治医は『木曜日服用』が未入力という間違いに気づかず、持参薬報告を確認し、指示を行った。患者は自分で薬剤シートから薬が出せないため、看護師の配薬とし、病棟の配薬車に内服薬のセットをダブルチェックで行っていたが、連日服用には疑問を持たなかつた。入院当日の金曜日の夕から月曜日の朝まで看護師が配薬し、患者は服用した(総量24mg、入院前日を含むと32mg)。患者は『木曜日服用』の薬であることを理解していたが、看護師が配薬するので飲まなければならないと思っていた。病棟に配置された薬剤師が、月曜日に持参薬報告を確認するために患者の病室を訪問した際、患者は薬剤Yを連日服用していることを薬剤師に伝え、過剰投与が判明した。

入院の時間が15時で、看護師は医師の勤務時間内に持参薬報告を確認してもらい、内服薬の指示を受けたかった。薬剤師による持参薬報告は15時までというシステムのため薬剤師に連絡できなかった(実際は15時を過ぎても病棟に配置された薬剤師に電話連絡をすれば持参薬報告の依頼ができた)。看護師は、薬剤Yが週1回服用する薬ということを知らなかった。自院の医師が処方した内服薬は、電子カルテで用法・用量を確認できるが実施しなかった」<sup>4), 7)</sup>などがある。

他に、患者側の要因が関与している可能性がある事例としては、「関節リウマチの患者(70歳代、女性)に対して、

7ヵ月前よりメトトレキサート製剤(以下、薬剤Z)を週6mgから7mg(日曜: 2mgを2錠、2回で服用、月曜: 2mgを1.5錠、1回で服用)に增量した。しかし、患者は薬剤Zを飲まないと動けないと思い、自己判断で、過去の飲み残し分を約5ヵ月間、連日服用していた(おそらく2mg/日)。5ヵ月後以降は食事もとれない状態となり、出血傾向を認めたため緊急入院した。薬剤Zの過量服薬による骨髓抑制で、血小板減少・貧血・出血を來したものと考えられ、感染症・DICの合併も疑われた。輸血などの治療を実施したが、患者は死亡した。

患者は長期間、薬剤Zを服用し、投与量が変わる都度、医師が説明しており、服用方法は理解していたと考えられる。保険薬局から主治医に疑義照会はなかった。入院後に患者に確認した際に、自己判断で医師の指示とは異なる方法での服用が判明した。約2ヵ月前に、医師には伝えていないが歯肉出血があったことも判明し、その時点でもう少し注意をしていたら、過量服薬に気づいた可能性もあった」<sup>3), 7)</sup>などがある。

医療者側の要因はもちろんのこと、患者側の要因(患者の認識、服用状況など)の確認なども併せてリスクアセスメントを実施することが望まれる。これら“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例は、連日投与の処方による過剰投与が想起されなければ、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性が想定され、事例の発生を回避するシステムの整備が急がれる。

## 具体的な事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例発生の未然防止対策として、処方を確認するシステムや、薬剤師からの疑義照会、および職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設の防止対策の現

状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索<sup>7)</sup>にて検索され、本報告書にも掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関する事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

**事例「メトトレキサート製剤を連日投与で処方(過剰投与)。医師・看護師・薬剤師の見落とし?」**

**【事故の内容】**

- ・患者(80歳代、女性)は、関節リウマチで他院に通院中で、メトトレキサート製剤(以下、薬剤A)を服用していた。
- ・今回、洞不全症候群にて当院に入院し、入院後、薬剤Aは休薬していた。
- ・入院6日目、ペースメーカー埋め込み術が施行され、術後3日目に他のメトトレキサート製剤(以下、薬剤B)が開始となった。
- ・薬剤Bは、2日分処方され、C薬剤師が調剤し、D薬剤師が監査を実施した。
- ・D薬剤師は、薬剤Bが連日投与で処方されていることを医師に疑義照会したが、「退院が近いので、こちらで調整するのでそのまま出してほしい」という回答のため、2日分を払い出した。
- ・D薬剤師は、医師が電話対応時に忙しい様子であったため、それ以上の確認をしなかった。
- ・このやり取りは看護師に伝わっておらず、患者は2日間、連日で薬剤Bを服用した。
- ・その後、長期入院による筋力低下を心配した家族が早期退院を希望し、患者は退院した。
- ・退院時処方では、薬剤Bは30日分、処方(連日投与で処方)された。
- ・E薬剤師が、この処方に気づき、医師へ疑義照会を行い、処方は4日分に変更になった。
- ・退院時処方を調剤したF薬剤師は、投与日数は確認したが、週1回の服用の指示がないことに気づかず、調剤した。
- ・監査したE薬剤師は、疑義照会を行った薬剤師で、処方が4日分に変更になっていることを確認し、監査後に払い出した。
- ・E薬剤師は、医師の指示に、「何曜日に服用か」のコメントはなかったが、入院前から服用している薬剤のため、患者は間違えないだろうと思い込み、確認をしなかった。
- ・患者は入院中の2日分と退院後の4日分の計6日間、連続して薬剤Bを服用し、その後、汎血球減少、口内炎、感染症にて入院し、治療が実施された。
- ・その後、患者の診療は、主として血液内科が担当し、循環器内科、リウマチ内科、薬剤部、医療安全管理室合同のチームを立ち上げ、連日カンファレンスを行い、治療方針を検討した。
- ・患者の状態は徐々に改善した。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索され、第61回報告書にも掲載されている事例、一部改変)

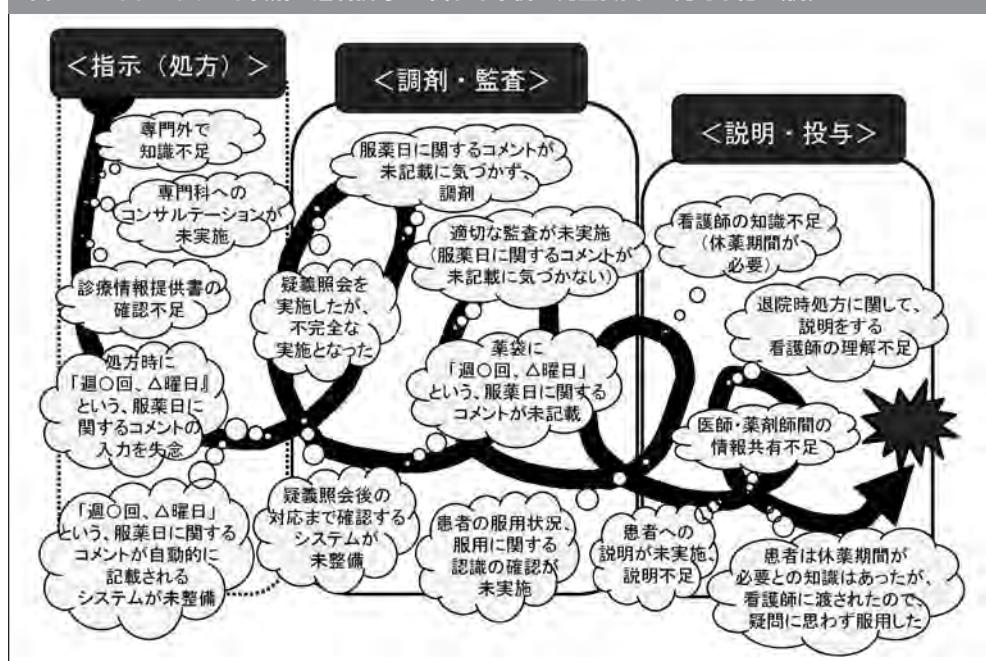
本事例の背景要因としては、「患者は関節リウマチでメトトレキサート製剤(薬剤A)を服用していたが、今回は循環器内科に入院しており、医師・看護師は、関節リウマチ・メトトレキサート製剤に関して知識不足があった」「薬剤師は疑義照会をしているが、効果的に機能していなかった。医師から、『そのまま出してほしい』との回答を受け、処方内容を修正していなかった」「医師と薬剤師のやり取りが看護師に伝わっていないため、連日の投与となっていたり、コミュニケーション不足があつた」とあります。

シヨン不足があった」「退院時処方にについて、30日分を4日分に変更した際、疑義照会で処方日数は変更されたが、週1回の服用・服用の曜日などのコメントは追加されていなかった」「退院時処方を患者に渡した看護師は、メトトレキサート製剤(薬剤B)のことは知っていたが、副作用の怖さまで理解しておらず、説明の技術不足もあった」「疑義照会後、最終確認が曖昧であった」「患者はこれまでも抗リウマチ剤を服用していたが、薬剤Aから薬剤Bに変更になったことの指導が行われていなかった。退院日が急に決まったことなどで、病棟に配置された薬剤師からの指導ができなかった」「疑義照会後に再処方しているので、大丈夫だろうと思った」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、循環器内科で関節リウマチ・メトトレキサート製剤に関して知識不足がある医師が、メトトレキサート製剤(薬剤B)の指示を出したのか?」「なぜ、監査した薬剤師が、メトトレキサート製剤(薬剤B)が連日投与で処方されていることを医師に疑義照会したにもかかわらず、過剰投与が防止できなかったのか?」「なぜ、監査した薬剤師からの疑義照会に、『退院が近いので、こちらで調整するのでそのまま出してほしい』と回答した医師は、看護師にそのことを伝えなかつたのか?」「なぜ、医師は、退院時処方でメトトレキサート製剤(薬剤B)を30日分、処方(連日投与で処方)したのか?」「なぜ、退院時処方を調剤した薬剤師は、投与日数のみを確認し、週1回の服用の指示がないことに気づかず、調剤を行つたのか?」「なぜ、監査・疑義照会を行つた薬剤師は、処方が4日分に変更になっていることを確認して払い出しを実施したのか?」などの疑問が浮かぶ。

図1 “メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)



[日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第61回報告書、および事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成]

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「薬剤師は疑義照会をしているが、効果的に機能していなかった。医師から、『そのまま出してほしい』との回答を受け、処方内容を修正していなかった」「退院時処方について、30日分を4日分に変更した際、疑義照会で処方日数は変更されたが、週1回の服用・服用の曜日などのコメントは追加されていなかった」「疑義照会後、最終確認が曖昧であった」「疑義照会後に再処方しているので、大丈夫だろうと思った」など、疑義照会に関わる要因が多いことに注目することが重要である。

ここでは、さらに、「なぜ、医師・看護師・薬剤師など、複数のプロフェッショナルが関与していたにもかかわらず、メトトレキサート製剤(薬剤B)が連日投与で処方(過剰投与)されていることに誰も気づかなかつたのか?」「なぜ、薬剤師から医師への疑義照会の内容が、看護師にも伝わっていなかったのか?」「なぜ、メトトレキサート製剤(薬剤B)のことは知っていたが、副作用の怖さまで理解しておらず、説明の技術不足もあった看護師が、患者に退院時処方を渡して

説明する業務を担当したのか?」など、多職種間の連携に関わる内容についても疑問を深め、事例発生の根本原因を明らかにすることが望まれる。

“メトトレキサート製剤の過剰投与”の事例発生を未然に防止するため、本報告書、および事例検索<sup>7)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」(図1)を作成した。ここでは、薬剤投与に関する「指示(処方)」「調剤・監査」「説明・投与」というそれぞれのプロセスで、どのような発生要因が考えられるか、ということを複数の発生要因の関連も併せて検討することを提案したい。特に、「調剤・監査」のプロセスでは、自施設内だけでなく、保険薬局の薬剤師との情報共有不足や、連携不足の影響によるリスクについても“見える化”を検討することが望まれる。

自施設では、“メトトレキサート製剤の過剰投与”がチェックできるシステムは整備されているだろうか。システムが整備されている場合でも、運用が適切か否か、および現状評価が実施されているか否かなどを含めて、課題が明確にされ

ているだろうか。このように発生要因を“見える化”することによって、関与する多職種間の情報共有や、連携による事例発生の未然防止について検討することを提案したい。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生要因としては、「知識不足」「思い込み」「失念」「確認不足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因などの関連性を含めて広い視野で検討することが望まれる。

“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における類似事例発生の可能性のリスクアセスメントが未実施、2)服薬日に関するコメントの記載忘れを防止するシステムが未整備、3)疑義照会の適切な実施のためのルールが未整備(疑義照会後の適切な対応の確認を含む)、4)保険薬局を含む多職種間の情報共有と連携のシステムの見直しが未実施、5)患者の認識の確認、および患者への説明のルールが未整備、6)多職種参加のリスクアセスメントを含む職員教育が未実施、などが考えられる。

### “メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策

本事例の改善策としては、「医療安全対策委員会、リスクマネージャー会議にて審議し、今後は当該科の医師や、看護師・薬剤師を交え、多職種にてRCAを行う予定である」「疑義照会をしたら、必要なコメントを入れる」「メトトレキサート製剤の服薬日を確認し、服薬日に関するコメントを薬袋に表示する」「疑義照会をしたら曖昧にせず、必ず修正する」「ハイリスクの薬剤に対しては、『そのまま出してほしい』などの曖昧な回答を受けつけないことを徹底する」「看護師は、患者者がメトトレキサート製剤の説明を理解できないときは、指導方法を検討・相談する」などが挙げられていた。

“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における類似事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施、2)服薬日に関するコメントの記載忘れを防止するシステムの整備、3)疑義照会の適切な実施のためのルールの整備(疑義照会後の適切な対応の確認を含む)、4)保険薬局を含む多職種間の情報共有と連携のシステムの見直しの実施、5)患者の認識の確認、および患者への説明のルールの整備、6)多職種参加のリスクアセスメントを含む職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「知識不足」「思い込み」「失念」「確認不足」などを防止すること、および患者に及ぼす可能性のある不可逆的な影響の重大性を再認識する機会の提供により、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生に至る前に、プロフェッショナルへの期待に応えて、早期に“メトトレキサート製剤の過剰投与”に気づき、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「自施設における類似事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施」では、自施設における“メトトレキサート製剤の過剰投与”的防止対策を検討し、必要に応じて、見直しを実施することが求められる。現状の対策の見直しをする際には、これまで自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例なども参考にして、類似事例発生の可能性を多職種でリスクアセスメントすることが望まれる。

2)の「服薬日に関するコメントの記載忘れを防止するシステムの整備」では、既に、服薬日に関するコメントが、薬袋に自動的に記載されるシステムなどを導入している場合には、「入力忘れ」などが発生する可能性も想定し、これらのリスクの発生を鑑みたシステムの整備を検討したい。

3)の「疑義照会の適切な実施のためのルールの整備(疑義照会後の適切な対応の確認を含む)」では、疑義照会の実施の有無はもちろんのこと、

適切な疑義照会が実施されているか否かの確認が求められる。疑義照会の実施にあたっては、実施後に適切な対応が実施されたか否か、および“メトトレキサート製剤の過剰投与”が防止されたか否かという結果に基づく評価が重要となる。この点に注目し、疑義照会の現状評価を実施することが急がれる。ここでは、院内だけでなく、院外処方に関わる保険薬局との連携も含めて検討したい<sup>8)</sup>。

4)の「保険薬局を含む多職種間の情報共有と連携のシステムの見直しの実施」では、他施設で発生している事例などを参考にして、自施設における“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例発生の可能性を検討することが欠かせない。ここでは、保険薬局を含む多職種間の情報共有と連携が、問題なく実施されているか否かの現状評価を実施し、必要に応じてシステムの見直しを実施することが望まれる。

5)の「患者の認識の確認、および患者への説明のルールの整備」では、前記の事例に挙げられていた、「看護師が配薬するので飲まなければならないと思っていた」「患者は薬剤Z(メトトレキサート製剤)を飲まないと動けないと想い、自己判断で、過去の飲み残し分を約5ヵ月間、連日服用していた」などから考えると、患者側の要因(患者の認識、服用状況など)を考慮した対策の検討が求められる。患者の認識を確認するには、服用状況の確認はもとより、残薬の確認を実施することも検討したい。さらに、薬袋への注意書きの記載や、メトトレキサート製剤を渡す際の具体的な説明など、「誰が、どのタイミングで、どのように実施」するのか、ルールを明確にすることが必要であり、その実施状況の現状評価も併せてルールの整備が望まれる。

6)の「多職種参加のリスクアセスメントを含む職員教育の実施」では、可能であれば、保険薬局の薬剤師も含めた企画を検討したい。ここでは、他施設で発生した具体的な事例などを活用して、自施設の現状を踏まえて発生するリスクの可能性について、さまざまな視点から気づきを得る機会とすることが期待される。

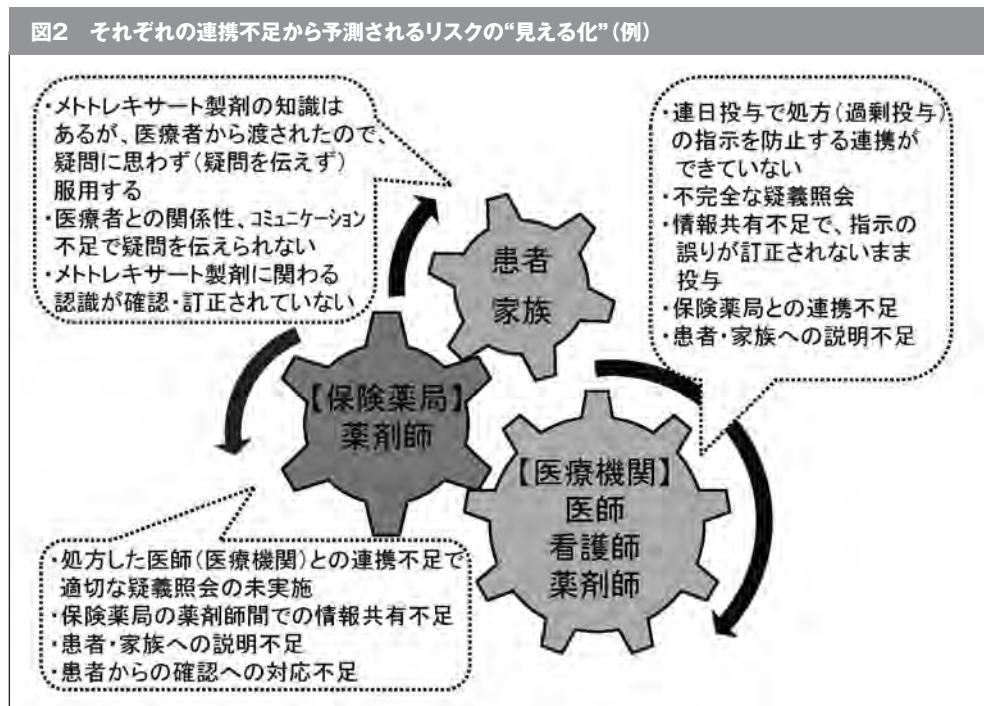
前記の事例における改善策としては、「看護師

の日勤帯(平日)の持参薬報告は、病棟に配置された薬剤師に依頼する。看護師が持参薬を確認する場合には、用法・用量などを指差し・声出しをして確認する。メトトレキサート製剤に関する知識を各個人が身につける。看護師長会議、看護推進担当者会議で注意喚起を行う。PMDA医療安全情報(No.49 2016年11月)<sup>5)</sup>を再度、配布して注意喚起を行う。主治医は持参薬報告の内容を十分確認し、指示を行う。診療部運営会議で持参薬報告の確認について注意喚起を行う」「本症例は、患者が自己判断で、医師の指示とは異なった方法で服用したことにより発生した偶発的な事故と判断された。全ての症例に、担当医と担当薬剤師(保険薬局を含む)による残薬の確認とコンプライアンス・アドヒアランスの確認を行っている。しかし、コミュニケーションが完璧であるとは限らないため、引き続き、完璧を目指して努力を継続する」などが挙げられていた。今後、自施設における“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生を未然に防止する対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

### “メトトレキサート製剤の過剰投与” に関わる事例発生の 未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生を未然防止できなかつたのか?」という疑問に焦点を当て、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、適切なルールやシステムが未整備であること、ルールが遵守されていないこと、および多職種間の情報共有や連携が不十分であることなどにより、“メトトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生を未然防止できずに、患者への不可逆的な影響が発生する可能性に



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第61回報告書、および事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成)

目を向けていた。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、事例の発生要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

“メトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例の発生を未然防止するためには、「どこで、どのようなリスクが発生する可能性があるのか」を“見える化”した上で取り組むことが望まれる。事例発生を未然に防止するためには、事例の発生を“想定内”にして、“想定内”的事例発生に対して具体的な未然防止対策を検討することで、適切に対応することを期待したい。

本報告書、および事例検索<sup>7)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「それぞれの連携不足から予測されるリスクの“見える化”(例)」を作成した(図2)。ここでは、「医療機関の医師・看護師・薬剤師」「保険薬局の薬剤師」「患者・家族」間の連携不足や情報共有不足が、リスクとなりうることを再認識することを提案したい。

“メトレキサート製剤の過剰投与”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、自施設における事例発生の防止対策の現状評価が急がれる。そして、ヒューマンファクターと

しての患者側の要因も含めて、システム要因・環境要因など、さまざまの影響を考慮したリスクアセスメントの実施が望まれる。この機会に自施設における防止対策のシステムがこれらの要因に対応しているか否か、および適切に運用されているか否かなどを検討することを提案したい<sup>9)</sup>。

併せて、具体的な事例に関する情報共有とリスクアセスメント、および多職種間の連携で事例の発生を未然防止できる可能性に気づき、多職種間の連携を促す職員教育の実施が望まれる。“メトレキサート製剤の過剰投与”的事例発生を職員個々、および患者のヒューマンファクターとしてとらえるだけでなく、関与する多職種が、プロフェッショナルとしての個人の責任の自覚はもちろんのこと、リスクの発生を回避するために組織としての“連携力”を發揮することが期待される。

#### 参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 <https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2022 Feb 10)

- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書.  
<https://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>  
(accessed 2022 Feb 10)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第41回報告書.  
[https://www.med-safe.jp/pdf/report\\_41.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/report_41.pdf) (accessed 2022 Feb 10)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第61回報告書.  
[https://www.med-safe.jp/pdf/report\\_61.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/report_61.pdf) (accessed 2022 Feb 10)
- 5) 医薬品医療機器総合機構 PMDA医療安全情報. <https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0001.html>  
(accessed 2022 Feb 10)
- 6) 厚生労働省：抗リウマチ剤メトレキサート製剤の誤投与  
（過剰投与）防止のための取扱いについて（注意喚起）.  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/081020-1.pdf> (accessed 2022 Feb 10)
- 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.  
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>  
(accessed 2022 Feb 10)
- 8) 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97回 “院外処方における疑義照会” に関わる事例発生を未然防止する. 月刊地域医学 2021;35(1):1076-1083.
- 9) 石川雅彦：組織内“医療安全ネットワーク”の強化！ 薬剤に関わる医療安全管理 薬剤投与プロセスの特徴と疑義照会のシステム化看護管理 2013;23(5):340-344.



## 今野 良先生の 「子宮頸がんの予防 HPVワクチン 後編」 (8月1日配信)

前回に引き続き、自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科教授の今野 良先生から子宮頸がんの予防について解説していただきます。

日本におけるHPVワクチンのCIN3(高度異形成・上皮内がん)に対するデータを紹介します。日本対がん協会の20~29歳癌検診受診者34,281人を対象として解析しました。3,770人(11.0%)が1回以上ワクチン接種をしており、生検病理診断の結果CIN3+への有効性は91%でした(図1)。

海外でのCIN3およびCIN2(中等度異形成)に対する有効性は、英国(スコットランド)での後方視的集団研究で20歳の子宮頸がん検診では接種群に比べCIN3+の89%低下が認められました。北欧諸国における14年間にわたる16~23歳を対象にランダム化二重盲検プラセボコントロール試験では4価ワクチン接種後のCIN2+の発生症例はなく、12年間以上の100%有効性が確認されました。スウェーデンの10~30歳における4価ワクチンの浸潤子宮頸がん予防の有効性は63%で、接種年齢別では17歳以上では53%、17歳以下では88%と、若年接種ほど有効性が高いことが確認されました。英国における2価ワクチン導入から10年以上経過後のナショナルレジストリ

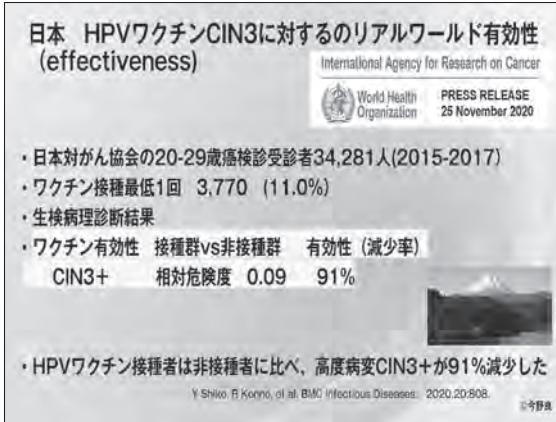


図1 日本におけるHPVワクチンの有効性

データでの有効性評価では1995年9月以降生まれの女性の子宮頸がんをほぼ排除することに成功したと結論づけています。

HPVワクチンには2価、4価、9価があります(図2)。2価・4価ワクチンは定期接種に指定されています。4価ワクチンに含まれる6型、11型はコンジローマの予防効果があり、日本では男性の任意接種が認められています。9価ワクチンは子宮頸がんのほか、肛門がん、中咽頭がんなどに有効とされ、男女とも任意接種です。女性だけでなく男性への接種は男性のがん予防だけでなく、集団免疫効果を迅速に発揮させるためにも有効とされています。

子宮頸がんに対するHPVワクチンの予防は80~90%とされ、HPV16/18型感染予防はほぼ100%です。効果の持続は最低でも12年以上、おそらく生涯持続するでしょう。

子宮頸がん予防のHPVワクチンは、将来はジェンダーニュートラルに接種が進み、関連の疾患予防ができることが望ましいと考えます。地域における個別の医療を進めるだけでなく、HPVワクチンのような集団的な公衆衛生の推進についても思いを馳せていただければと思います。

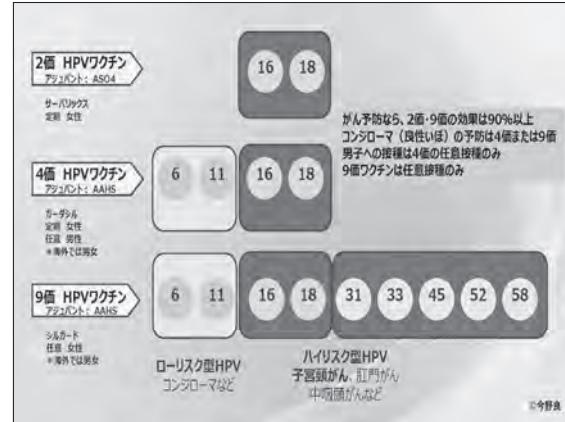


図2 HPVワクチンの種類

\*今野先生のレクチャーの詳細は、8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/>



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人 地域医療振興協会 生涯教育センター

TEL: 03-5212-9152(代)



## 「修羅場」の経験



直島町立診療所 所長  
池上雄亮

開学以来続く自治医大卒業生の共通項の一つとして全寮制の生活が挙げられますね。同じ釜の飯を食っているかのように、自分と同じ大学の卒業生については、濱平先生のおっしゃる通り、会話の受け答えから共通点を感じているのだと思います。

濱平先生は、診療所でとても良い経験をされているのですね。旦那様の存在も良い刺激になっているようで、切磋琢磨して地域を支えられているのが分かりました。また、「ついつい診療時間が長くなる」というのを伺うと濱平先生が患者さんのよき相談相手になっている様子が目に浮かびます。私も診察室では、よく雑談をします。診察室で患者さんが笑顔になるように努力しています。患者さんにとって病を抱えることは決して幸せなことではありません。私たち医療者は、病を抱える患者さんに、楽しくて幸せな時間を提供できる職種の一つだと思います。これは他のサービス業にはない医療サービスの強みですね。

義務期間で得られたものとしては、多くの診療所で「修羅場を経験したこと」ではないでしょうか。つまり、自分のキャリア形成(もしくはキャリア自律)に影響を与える経験がたくさんできたと言い換てもよいと思います。私は義務期間内に、直島町を含めて4カ所(うち1カ所は兼務)の診療所に勤務することができました。修羅場の経験を振り返ると悩んだことが多いですね。例えば経験したことのないような臨床的に難しい病気・病態に遭遇した、重症患者を少ない医療資源で安定させ高次医療機関に搬送した、患者さんとその家族のトラブルに巻き込まれた、役場職員や医療介護スタッフとの連携が上手くできなかった、その他この誌面にはどうしても書けないような事件!?などがありました。これらの経験は人、もの、情報、お金のマネジメント(=経営学)を学んでみたいと思ったきっかけになっています。病院から一人診療所に転勤し、「修羅場の経験」がなければ、大学院(経営学修士課程)に進学しようとは思いませんでした。

地域をどうマネジメントするかという視点で、直島について考えると、これからも修羅場はたくさんあります。直島には全国の自治体同様に独居高齢者の問題があります。90歳代の女性で、独居の方がいます。家族は遠方に住んでおり、そちらに移住するように求められていますが、本人は頑なに拒否されています。訪問診療をしていますが、最近体調の変化や不安を訴えることが多くなってきました。しかし、本人は死ぬまで島にいるというところは譲らないようです。この「島で死ぬ」という覚悟を、



新型コロナワクチン集団接種会場、診療所、役場スタッフ約20名で取り組みました。円滑なワクチン接種ができました。

周囲が理解し、同じ覚悟を持たなければ、このおばあちゃんは「身勝手なおばあちゃん」の烙印を押されてしまうように思います。家族や周囲の介護・医療職にとっての「都合の良い解釈」を押し付けることのないように、誰かがこのおばあちゃんの良き理解者にならないといけません。おばあちゃんの代弁者になることで、いろいろな人の板挟みになり、厄介なことになりそうだなど予想ができます。それでもそれが自分の経験したことのない、正に「修羅場」であれば、私は喜んで修羅場に向かうように心がけています。今は代弁者となり、家族と話すことが多いです。最近は「修羅場を感知する嗅覚」がよくなったり、予め危険を察知する感覚が鋭くなっています。地域に育ててもらえるのは有難いことなので、初心を忘れずにいたいものです。

青い空、白い雲、今日も直島は診療日和です。



夏休み期間、子供が直島に遊びに来ました。子育ては「修羅場」の連続です。特にコロナ禍での急病の時には、夫婦の勤務調整、親の支援要請や病児保育など大変です。





# 特定ケア看護師は在宅医の役割を ほぼできます

シティ・タワー診療所 管理者・診療所長 島崎亮司

## はじめに

私は在宅医として10年以上勤務しております。その中で当院にも特定ケア看護師が研修に来ましたが、その能力の高さに驚くとともに、在宅医の役割ってもしかしたら特定ケア看護師がほぼ担える、という確信に変わったので今回ご報告します。

## 決める=全人的臨床判断

在宅医としての役割として「決める」ということがあります。決める内容としては、①治療法を決める(例:がん末期患者においての鎮痛薬の選択、小児在宅患者における気管切開の選択)、②療養場所を決める(例:誤嚥性肺炎患者が入院か自宅療養かの選択、がん末期患者が自宅療養かホスピスかの選択)などがあります。これらを決めるには、医学的情報だけではなく、その人の価値観や生き方、家族の思いやこれまでの療養状況、地域資源や周囲の療養環境などまさにその人に関わる全てを考えることが必要となります。これを全人的臨床判断(Whole person decision making)と言います。100%の正解はない中で、皆のより高い納得感が醸し出されることが、在宅医療を行う上で必要となります。

## 決めるための壁

ただしこの決める、ということは容易ではありません。それを困難とする壁が3つあります。1つ目は患者・家族の要因です。患者さん自体の病態の難しさや、本人家族の治療への強い思いや医療に対する強いこだわりなどキャラク

ターに起因する要素が時に大きな壁として立ちはだかります。2つ目は医療者側の要因です。医師・看護師の経験が乏しく治療に対する判断ができない場合もあります。関わるスタッフ間で治療法に対する意見の不一致がある場合もあります(例:がん患者のせん妄が悪化したケースに対して、ある人は入院したほうがいいと思う一方、別のスタッフは自宅がいいと考える)。このときにはどちらの意見も間違っていない分、しっかり議論されずモヤモヤしながらケアが継続される、ということがあります。3つ目は医療システムの要因です。在宅医療は保険医療制度と介護保険制度、障害者総合支援法などの仕組みによって成立します。患者さんが希望しても仕組み上できること、社会資源がなくてできること、そしてお金のことが壁として立ちはだかることがあります。

## 壁を乗り越える技

しかし熟練の在宅医はこれらの壁を乗り越える技を3つ持っています。1つ目は医療的な技術。アセスメント能力とともに、医療用麻薬の持続皮下注射など駆使する医療技術が発達しています。以前に比べ麻薬の種類も増え、PCAポンプや血液ガス測定器、ポータブルエコーなど在宅で使えるデバイスも増えています。2つ目は本人や家族の思いを引き出す能力です。在宅医療では自宅という場のアドバンテージを活かし、その人の価値観や思い、家族の願いを引き出しやすい環境が整っています。また医療者側には支援者としてのあり方が整っており、患者

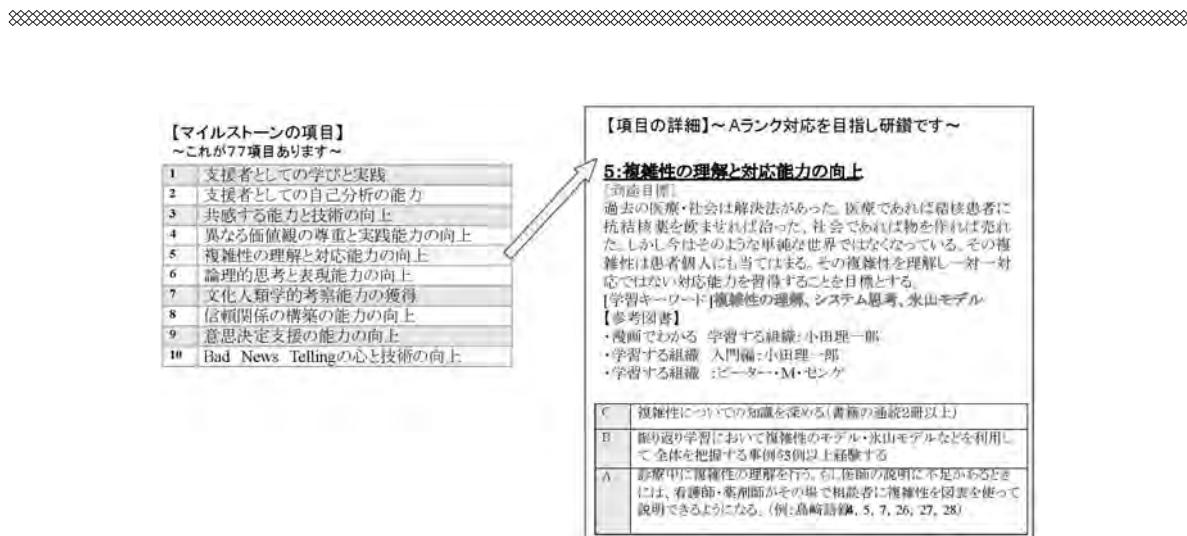


図1 シティタワー診療所 看護師・薬剤師マイルストーン

中心の医療の方法などを理解し応用できる能力があります。3つ目は多職種をつなぐ能力です。前述のように意見、価値観が異なるケースもあります。そのようなときこそ医療倫理、価値観コミュニケーションなどの技法を活用することで、お互いの価値観をぶつけ合い、その患者家族にとってより納得感の高い結論は何かを相談できると思います。

## 特定ケア看護師のidentityとマイルストーン

これまで決めること、その壁とそれを乗り越える技を紹介しました。読者の皆様もお分かりだと思いますが、これらを担える能力を特定ケア看護師が十分持っていると私は考えております。特定ケア看護師は、医療的なアセスメント能力にだけ、エコーの活用や動脈血ガス分析もできます。本人や家族の思いを引き出すコミュニケーション能力も持ち合わせています。多職種をつなげる連携・交渉能力を持っています。特定ケア看護師がこれら能力を発揮することで、在宅医療ではみな納得感が高く、満足度が高い生活が送れると思います。この過程を特定ケア看護師がみることで、特定ケア看護師のidentityの向上につながるのでは、と考えております。地域における特定ケア看護師の役割はPICCカテーテルを挿入した、気胸の処置をした、という分かりやすい指標ではありません。患者

満足度に寄与する関わりという分かりにくい指標でありますが、特定ケア看護師としての達成感は高いと思います。

この分かりにくい役割・指標を分かりやすく、という思いから当院では看護師の役割指標として77のマイルストーンを作成しました。「医療者としてのあり方」「チーム医療の実践」「思い出が残る在宅医療」「成長発達を促す小児在宅医療」「またかかりたいと思う外来診療」の5つの軸にそれぞれ小項目を挙げました。その小項目の到達レベルとしてCランクからAランクの能力を提示しております(図1)。特定ケア看護師は77のマイルストーンでほぼAランクの対応ができると思います。もしくは地域に出てこれらのマイルストーンを積み上げていくことができる職種だと思います。これらのマイルストーンが積み上げられると特定ケア看護師としての地域での役割と自己成長が明確になるのでは、と思っております。

## おわりに

地域における特定ケア看護師の可能性について述べさせていただきました。在宅医の役割はほぼ特定ケア看護師が担えると本当に思っております。能力の高い特定ケア看護師が地域でその能力を遺憾なく発揮してもらえる日を心待ちしております。

## 地域医療型後期研修

2022.8.12

### ペースゆっくり研修

はじめまして、東京北医療センター総合診療科所属の「地域医療のススメ」専攻医3年目の須藤侑紀と申します。私は大阪府摂津市生まれで、大阪といえど田舎な場所で、バスは1時間1,2本しかないような陸の孤島で育ち、小学生の頃は通学路で見つけたカマキリを肩に乗せて帰宅するような生き物大好きっ子でした。石川県の金沢医科大学を卒業し、総合診療科があり教育熱心な研修先を探した結果、初期から東京北医療センターへ入職しました。



地域医療のススメ

須藤侑紀

#### プロフィール

2018年3月 金沢医科大学卒業  
2018年4月～2020年3月 東京北医療センター 初期研修  
2020年4月～ 「地域医療のススメ」専攻医  
東京北医療センター所属  
2021年3月～2022年3月 産休・育休  
2022年4月～ 「地域医療のススメ」専攻医 復帰

医師になってからというもの、自分自身は医師に向いているのかと悩む日々の連続でした。医療の現場では検査の必要性・診断・治療方法、いろいろなところを医師は判断しなければならない。しかし、うーん…とすぐ悩んでしまってぱっと判断を出せずに時間がかかる。今思えば昔から優柔不断でマイペース、他人の行動を見てようやく動き始める子供で主体性がなかったので、頑張りどころでした。正直、自分が正しい選択をできているかどうか、こんなにも不安になつて悩むことになるとは思いもしていませんでした。そんな私でも人から褒められていたのは共感力でした。話を聞いて受け止めることが得意で、時々話を聞いてもらえたことに満足されながら帰つていいく患者さんを見て、こんな私にも需要はあると感じる時がありました。元々総合診療科に興味がありましたが、この長所も生かせるはずと夢見て、家庭医を目指して総合診療科での研修を決意しました。

とはいえる、総合診療科は子供から大人まで救急も集中治療も対応できるように、一定の技能を求められますし、家庭医療も大切な分野でとにかく学ぶことが多い。なおかつ、毎回同じことを繰り返して習得していく訳ではなく、多様な疾患を診ながら全体の診療技能を上げていく必要のある総合診療科は学びが定着しにくい科です。

この道を選んだ時は私に務まるか不安でしたし、今も全く不安がないわけではありません。でも、2020年4月から始まった総合診療科の後期研修では、こんな私でも少しづつ自分で判断できることも増え、少しづつ自信も持てるようになり、成長を感じることができました。知識豊富な指導医から丁寧に教えてもらい、一緒に悩み助けてくれる同期たちと共に乗り越えてきました。そんな中で妊娠が発覚し2021年度は産休・育休で丸々休み、2022年4月末から復帰しましたが、失った診療の感覚を取り戻すべく奮闘しています。同期は今や医師として先輩なので、たくさん頼れる存在になりましたね(笑)。まだまだひよっこなので、これから医師としても母としても一生懸命やりぬこうと思う今日この頃です。



救急科の先生方と初期研修医と、仕事の合間にパシャリ!  
スイッチON-OFFの利いた現場で楽しく研修しています。

今は東京北医療センターの救急科で研修していますが、元々苦手だったので悩み奮闘しながら学びの日々を送っています。指導医の先生方は皆さん優しく丁寧に教えてくださって本当にありがとうございます。7月現在はCOVID-19が蔓延しているので、普段の救急と様相が違いますが、経験症例から1つ1つ学ばせてもらっています。

このように子育てに寄り道していく、他人と比べると亀さんベースの研修ですし、今後は子供を連れて地域研修に行くのでいろいろ大変そうで焦る気持ちもありますが、今はゆっくりでも着実に前に進めればいいかなと思えるようになりました。苦手な急性期バリバリを克服しつつ、自分の長所を伸ばしながら研修を続けたいです。継続は力なり、と信じて…! これからも宜しくお願いします!



1歳の娘は絵本がマイブーム。  
次から次へと持ってきてキリがなく、家が本で散らかるのが悩みです(^^)

3月24日にご逝去された  
高久史麿先生の追悼書籍が刊行されました

〔追悼〕

FUMIMARO TAKAKU

# 高久史麿先生

「人の出会いは運命」

高久史麿先生と  
出会えた運命に  
感謝して



眞理大授章受章

天皇陛下即位式出席

地域医療振興協会の会長として



寄稿 高久史麿先生を偲んで

- 医学、医療界での幅広い交流
- 東京大学第三内科
- 自治医科大学創成期、そして学長時代
- 自治医科大学卒業生
- いつもサポートしてくれた方々、親しい友人
- 地域医療を担う組織の中で、共に過ごした日々

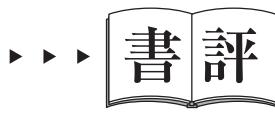
全126名が寄稿

高久先生の  
掲載・執筆記事

月刊地域医学から

- インタビュー・座談会
- 世界の医療情報

発 行: 地域医療振興協会  
発起人: 吉新通康  
制 作: メディカルサイエンス社  
仕 様: A5判 416頁



## Book Review



# 自治医大を もうひとつ創る

●蓬輪良行 編著

●株式会社サービスアール 四六判 2022年発行 ●3,300円(税込み)

自治医科大学創立50周年記念と時を同じくして，“自治医大をもうひとつ創る”が自治医大卒業生（東京都2期生）である蓬輪良行先生が編著で刊行された。この書を手に取り、対象を一体誰にしているのだろうか、一見突拍子もないタイトルであり、自治医大をもうひとつ創るとは、完全な夢物語であり、信ぴょう性があるのだろうかという懐疑心もあった。しかし、読み進めると、自治医大がどのような経緯で立ち上げられたか、自治医大が半世紀にも及ぶ間、どのような理念で卒業生を輩出し、地域に貢献してきたかがストーリー性を含ませながら描出されており、創生期の自治医大の設立の背景が詳細に記述されている。そして、先人による初志貫徹した強固な決意のもと自治医大の基盤が築き上げられてきたか片鱗を垣間見ることができる。

島根県出身の13期生である私が自治医大に入学したときには、既に7期生まで卒業されており、“自治医大をもうひとつ創る”という構想が本当に当初あったのだということを初めて知ることになった。

莫大な国費を用いて医師の育成をしているが、未だに地域への医師不足は解決されておらず、新専門医制度でも大きな問題となっている。このような中で、自治医大が果たした功績は大きく、編著者である蓬輪良行先生は“自治医大が成功している”という判断の元、その成功の秘訣がどこにあるかを導き出すのに以下の4部構成から解き明かしている。編著者は、事前に綿密な調査や聞き取りをされており、最後のセクションである“もうひとつの自治医大を創るという夢”に導けるように構成されている。

1. 歴代学長インタビュー
2. 8名の卒業生へのインタビュー
3. 成功要因の分析
4. もうひとつの自治医大を創るという夢

### 1. 歴代学長インタビュー

構成は、初代学長である中尾喜久先生の想起インタビュー形式、次にご逝去された二代目学長の高久史磨先生からの自治医大設立の趣旨や背景について、今まで明かされることのなかった裏事情が、蓬輪先生の絶妙なインタビューで引き出されている。私たち自治医大卒業生でさえ知らなかったことが、50周年記念

を一区切りとして引き継がれることはまさに奇跡のことではないかと感じている。地域医療に資するためには自治大臣の肝いりで設立され、どのような卒業生を育成していくのか、そのためには、臨床の重要性を理解している一流の新進気鋭の教授を大抜擢したと記されている。

自治医大の卒業生が立ち上げた公益社団法人地域医療振興協会も、偉大な故学長を会長に迎え、自治医大建学の精神を継承し、地域に根差した医療を開拓している。働き方改革で、中央に医師が集まる方向性に向かう中で、地域枠構想が期待した効果を示せていない現状において、成功事例のある自治医大をもうひとつ創るという夢物語は、多くの国民の理解が得られれば可能な範囲にあるのではないかと思わせてしまう。

### 2.8名の卒業生へのインタビュー

地域医療の現場で活躍をされている卒業生へのインタビューでは、どのような経緯で現在の立ち位置にいるのか、そして、地域医療で何を学んできたのか、地域医療を現場で学べたことのメリットはどのようなものがあったのかが記載されている。そして、本のタイトルにある“自治医大をもうひとつ創る”という夢において、新型コロナウイルス感染症対策分科会会长としてコロナ禍で大貢献をされている尾身茂先生（自治医大1期生）が学長になるという想定で8名の方々からコメントをいただいている。コメント内容は、ぜひご自身で確認をしていただければと思う。

故高久先生はこの書を手に取ることなくご逝去されたが、中尾先生から引き継がれた自治医大の建学の精神がこの書によって、後進に引き継いでいかれることを悟っていたかのように克明にインタビューに答えられており、まさに遺産を私たちに授けてくださったのではないだろうかと思わせてしまう。今を生きるわれわれが、良医を育成するために何か忘れているものがないのか、その何かが50年が経過した自治医大が成し遂げてきたことをその証として、一般論として地域を守るために必要な戦略が示唆されており、われわれに問題点を投げかけている。医療者のみでなく、一般の方々にも、ぜひ手に取っていただきたい。

聖マリアンナ医科大学 救急医学教授  
藤谷茂樹



## 第16回自治医科大学医学部広報フォーラムが開催されました .....

7月2日(土)オンラインで第16回自治医科大学医学部広報フォーラムが開催されました。

本学医学部では、より充実した広報活動の実施と志願者の数・質の向上を図ることを目的として、平成17年度より各都道府県からご推薦いただいた卒業生を「医学部学外広報委員」として委嘱し、本学の広報活動の一翼を担っていただいております(令和4年7月現在の委嘱者は48名)。

今回のフォーラムでは、20名の学外広報委員の先生方、大学からは永井良三学長、野田泰子入試検討委員長、福嶋敬宜医学部広報委員長をはじめ医学部広報委員および広報戦略委員の先生方、各地の大学説明会などにご支援いただく卒後指導部、卒後指導委員会および都道府県担当の先生方が、webにてご参加くださいました。

永井学長からご挨拶をいただいた後、福嶋医学部広報委員長から本フォーラムの趣旨説明があり、続いて野田入試検討委員長から令和4年度入試結果と令和5年度入試の概要について、福嶋医学部広報委員長から令和4年度入試広報活動の結果と令和5年度入試に向けた広報活動の概要について、大槻マミ太郎副学長から医学部における新型コロナウイルス感染症対策についての報告および説明がなされました。その後、広報活動について活発な意見交換が行われ、大槻副学長のご挨拶で閉会となりました。

**報告  
各種お知らせ  
求人**

研修会

## 令和4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に、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を開催しています。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。

令和4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（<https://www.zcssz.or.jp/>）をご覧ください。

10月 健康学習研修会、リハビリテーション研修会、災害保健研修会

11月 スタッフ育成・管理担当者研修会

※新型コロナウイルス感染拡大状況により、中止またはオンラインで開催する場合があります。

### 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、地域住民の方々や地域社会において、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（<https://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](mailto:fdc@jichi.ac.jp) URL <https://www.zcssz.or.jp/>

募集

## 福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

### 特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

### 募集地域

福島12市町村

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

### 各種支援制度

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

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

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

### 問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

TEL 03-6328-0242 E-mail asumi.shiota.c3t@cas.go.jp

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

# •••お知らせ

募集

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

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

### 問い合わせ・連絡先

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

募集

## 自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

### 問い合わせ・連絡先

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

募集

## 栃木県 公衆衛生医師募集

栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。

コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築などさまざまな社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待ったなしで求められています。

このような中、栃木県では、公衆衛生の理念を持ち、管理技術や地域分析・介入手法を学ぶ意欲があり、保健所や本庁などの行政機関に身を置いて地域の施策を支える公衆衛生医師への期待が高まっています。

現在、栃木県庁では常勤の公衆衛生医師が保健所5カ所に5人、本庁に2人の7人体制ですが、体制の強化充実を図るため、計画的な医師の採用と育成を予定しています。

これまでの経験が活躍へと結びつきやすいように、いずれの年代の入職でもモデルとなるキャリアパスやジョブローテーションを用意いたします。また、国での研修受講や、県内大学と連携し作成された社会医学系専門医プログラムを適用した履修も考慮されます。

問い合わせ、相談、見学など歓迎します、随時受け付けております。

募集の詳細については県ホームページをご参照ください。

<https://www.pref.tochigilg.jp/e01/work/shikaku/iryou/1273123952513.html>

「栃木県 公衆衛生医師」でご検索ください。

募集数 公衆衛生医師 若干名

勤務先 保健所(5カ所)、県庁

### 問い合わせ・連絡先

〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20

栃木県保健福祉部医療政策課 早川貴裕(とちぎ地域医療支援センター専任医師)

TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131 E-mail hayakawat03@preftochigilg.jp

募集

## 鹿児島県くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

あなたも自然豊かなかごしまで働いてみませんか。

鹿児島県では、保健所や県庁で勤務いただける公衆衛生医師を募集しています。

専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。

採用はご希望に合わせて随時行っております。

業務内容や給与・休暇等の諸制度など、お気軽にお問い合わせください。

県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お申し付けください。

詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。



募集数 公衆衛生医師 7名

勤務先 保健所(13カ所)、県庁

### 問い合わせ・連絡先

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

くらし保健福祉部保健医療福祉課 上園正一

TEL 099-286-2656 FAX 099-288-5550 E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

# ・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

## 地域医療振興協会 入会のご案内

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

**問い合わせ先** 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

生涯教育  
センター

## 生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

地域医療振興協会生涯教育センターでは、2017年度から協会会員向けの生涯教育e-Learningを開始しています。自治医科大学で行われている教育・研究・最新治療の内容を解りやすくお伝えし生涯教育の材料にし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にしています。

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

# ● ● ● 会員の皆さんへ

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)

準会員(変更無し)…10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…10,000円

### 2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員、法人・個人賛助会員…なし

### 3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。

自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

## 住所が変更になったときは

---

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

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

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

## 連絡先・書類送付先

---

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

E-mail [info@jadecom.or.jp](mailto:info@jadecom.or.jp) URL <https://www.jadecom.or.jp/>

# あなたの一步で、 救われる地域がある。

医療資源は都市部に集中し、山間・離島などの地域には日常的な診療を担う医師にも恵まれないところが未だに数多くあるのが現状です。地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、その支援実績は年々増えていますがすべての地域からの要望に応えることはできません。



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

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

E-mail: [hekichi@jadecom.jp](mailto:hekichi@jadecom.jp) TEL:03-5210-2921

---

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

# ●●・求人病院紹介

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

## 北海道

### 本別町国民健康保険病院

#### ●内科または外科 1名



診療科目：内科、外科、整形外科、眼科、  
小児科、泌尿器科、脳神経外科、皮膚科、精神科  
病床数：60床（一般、うち地域包括ケア病床管理料算定10床）  
職員数：107名（パート含む。うち常勤医師4名、非常勤医師1.9人）  
所在地：〒089-3306 北海道中川郡本別町西美里別6-8  
連絡先：事務長 松本

TEL 0156-22-2025 FAX 0156-22-2752  
E-mail hp.jimt@town.honbetsu.hokkaido.jp

特記事項：本別町は道東十勝地方の東北部に位置する人口約6,500人の自然豊かな町です。当院は、一般外来はもとより人工透析や町民ドックを実施しています。  
本別町と一緒に地域住民の暮らしの安心を支えてみませんか。  
<http://www.honbetsu-kokuho-hp.jp/>

受付 2021.10.25



### 北海道立緑ヶ丘病院

#### ●精神科 1名

診療科目：精神科、児童・思春期精神科

病床数：168床（稼働病床77床）

職員数：101名（うち常勤医師5名）

所在地：〒080-0334 音更町線が丘1

連絡先：北海道道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109

E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立緑ヶ丘病院がある音更町は、北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり、とかち帯広空港から約1時間の距離にあります。

当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。

地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。

病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。

受付 2022.6.16



### 北海道立羽幌病院

#### ●総合診療科 1名

診療科目：内科、外科、小児科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、精神科、リハビリテーション科

病床数：120床（稼働病床45床）

職員数：67名（うち常勤医師5名）

所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110

連絡先：北海道道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109

E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立羽幌病院は、北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し、天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い、総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。

地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。

視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院长は自治医大卒です。）

受付 2022.6.16

### ※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します

対象：北海道内外の①医師または医学生、②薬剤師または薬学生

対象病院：募集状況に応じて5つの道立病院と調整

#### お問い合わせ先

北海道道立病院局人材確保対策室（佐藤）

TEL 011-231-4111（内線25-853）

E-mail satou.renichi@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード（北海道道立病院局ホームページ）をご参照ください。



# ●●・求人病院紹介

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

## 兵庫県

### 養父市国民健康保険出身診療所

●内科（診療所 所長）1名

診療科目：内科、外科、整形外科、小児科、麻酔科

病床数：0床

職員数：4名（うち常勤医師1名）

所在地：〒667-1112 兵庫県養父市出身223-2

連絡先：養父市健康福祉部保険医療課 吉谷

TEL 079-662-3165 FAX 079-662-2601

E-mail kokuho@city.yabu.lg.jp

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

[https://www.city.yabu.hyogo.jp/soshiki/kenkofukushi/hoken\\_ryo/1\\_1/1317.html](https://www.city.yabu.hyogo.jp/soshiki/kenkofukushi/hoken_ryo/1_1/1317.html)

受付 2022.7.6

## 熊本県

### 上天草市立上天草総合病院

●内科、外科、整形外科 若干名



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

病床数：195床

職員数：360名（うち常勤医師13名）

所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

連絡先：上天草市立上天草病院 事務部長 須崎

TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546

E-mail t.sasaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

特記事項：上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、ほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれている自然豊かな地域です。

当院は、「信頼される地域医療」を基本理念としており、看護学校、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター等を併設し、上天草地域包括ケアの中心的な役割を担っています。

現在、地域の医療ニーズに応えるため、急性期、回復期、慢性期の医療を行っていますが、医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。何卒よろしくお願ひします。

<http://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2022.2.2

## 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○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

地域医療にかかる公的医療機関の求人紹介です。(都部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒 102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

# 投 稿 要 領

2021年9月改訂

## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者.

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

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

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

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

## 6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

2)原稿は抄録、図表・図表の説明、文献を含めて14,500

字(掲載時8ページ)以内とする。1ページは約1,800字に相当。図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)の

もので約380字に相当。

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

4)原稿の表記：原則として日本語とする。句読点として全角の「、カンマ」「、ピリオド」を用いる。薬品は原則として商品名ではなく一般名とする。日本語化していない外国語、人名、地名、薬品名は原語のまま用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する。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)。原著以外の論文にも抄録、キーワードを添えることが望ましい。

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

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

## 6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

- て、本文とは別に番号順にまとめる。
- ④他の論文等から引用する場合は、当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する。
- 7)文献：必要最小限にとどめること。本文中に引用順に肩付き番号をつけ、本文の最後に引用順に記載する。
- 雑誌の場合  
著者名(3名までとし、ほかは“他”、“et al”と記す)：  
タイトル、雑誌名 年；巻：始頁－終頁。
- 書籍の場合  
著者名(3名までとし、ほかは“他”、“et al”と記す)：  
章名、編集者名、書名、地名、出版社名、年、始頁－終頁。
- ウェブサイトの場合  
著者名、当該ページのタイトル(引用符付き)、サイト名称(任意)、発行日(任意)、URL、アクセス日付(丸かっこ)。

#### 文献表記例

##### 【雑誌】

- 1) 山脇博士、二神生爾、坂本長逸、他：日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討。潰瘍 2016; 43 : 121-125.
- 2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastroduodenal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

##### 【書籍】

- 3) 高橋三郎、大野裕監訳：DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル。東京、医学書院、2014。
- 4) Jameson LJ, Fauci AS, Kasper DL, et al: Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition. McGraw-Hill, 2018.

##### 【ウェブサイト】

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

#### 8. 原稿の保存形式と必要書類について

- 1)本文の保存形式：作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する。  
画像の保存形式：JPEGかBMP形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。これらの画像等を組み込んで作成した図は、各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける。
- 2)必要書類：掲載希望コーナー、著者名と所属、連絡先(住所、電話番号、FAX番号、Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋、および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書。

#### 9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

- 1)Eメールの件名は「投稿・○○○○(著者名)」と表記する。
- 2)原稿と必要書類は添付ファイルで送るか、容量が大きい場合には大容量データサーバを使う。

#### 10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

##### 【著作権】

- 1)論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権、翻案権等、28条 二次的著作物の利用に関する原著作者の権利を含む)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。

#### 11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

- 1)掲載料金は無料とする。
- 2)原著論文については本誌と別刷30部を進呈。それ以上は別途実費が発生する。
- 3)原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

#### 12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

#### 13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



## 「月刊地域医学」編集委員

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

(50音順、2022.4.1現在)

## 編集後記

そろそろ秋の訪れですが、いまだ残暑の気配もある今日この頃です。

今月号の本誌には、地域医療の実践に関わる検討について、さまざまな内容が網羅されています。

特集は、「第15回 へき地・地域医療学会」で、本誌のボリュームも増加され、学会の詳細な内容が掲載されています。

本学会のテーマである「繋がる記憶、広がる学び～震災・コロナを越えて～」に沿って、講演、シンポジウム、一般演題、セッションなどで、さまざまな内容が取り上げられています。また、オンライン・オンデマンド企画など、多様な形式で実施されました。現在、話題にもなっており、課題も少なくない「へき地・地域医療」の実践に関わること、および過去から現在までの「へき地・地域医療」の変遷などにつきまして、具体的、かつ詳細に検討された内容が、本誌に展開されています。

「離島交換日記」では、地域医療の実践とキャリア形成につきまして、執筆者の先生の状況が記載されています。

さまざまな困難を伴うこともある地域医療の実践においては、常に前向きにチャレンジしていくこと、ファイティングポーズをとっていることが大切である、そのような印象を受けました。

石川雅彦



月刊地域医学 第36巻第10号(通巻432号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日／2022年10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

# 地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

*Mission for Tomorrow*



9784909117649



1923047006004

ISBN978-4-909117-64-9  
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）