

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

4
2024
Vol.38-No.4

【特集】

地域医療における ヘルスプロモーションと質改善 — 地域医療の新たな挑戦 —

【企画】 中村正和 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長

●インタビュー

「社会とのつながりを 処方する場所として」

守本陽一

兵庫県豊岡健康福祉事務所 豊岡保健所
一般社団法人ケアと暮らしの編集社 代表理事

「月刊地域医学」は、現在の形にリニューアルして 20 年目に入りました。
昨年からは新しい編集委員が加わり、ますます誌面の充実を図っています。
今号から、YouTube に「月刊地域医学チャンネル」を設けて、
内容の一部や企画者のコメントなどを動画で紹介する
新たな試みをスタートさせました。
URL(QR コード)から、ぜひご覧ください。

編集委員長のコメント

 **YouTube** https://www.youtube.com/watch?v=PWV-E_fHrC4



月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.4(2024年)

目次

インタビュー

- 社会とのつながりを処方する場所として／守本陽一 2

特集 地域医療におけるヘルスプロモーションと質改善 —地域医療の新たな挑戦—

- エディトリアル／中村正和 12
- 医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動 —日本HPH ネットワークの活動／舟越光彦 13
- 地域医療振興協会施設におけるヘルスプロモーション活動の実例／宇田英典 19
- 地域ヘルスプロモーション病院の意義と実例／梅屋崇・西原敏順・他 27
- プライマリ・ケアの現場からエビデンスを創出する —PBRN設立とこれまでの歩み—／望月崇紘 33
- プライマリ・ケアの診療の質の改善を目指したQI活動／西村正大 39
- 患者の人生に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング
—社会実装のためのチームビルディング—／三浦稚郁子 45

活動報告

- へき地診療所でリハビリテーション外来を始めてみました
—プライマリ・ケアにおけるリハビリテーションの効果と展望—／中嶋 裕・林 瑞恵・他 54

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126回“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止する！
—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—／石川雅彦 60

REPORT

- 第18回 東京都病院学会 70

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 福井県 地域住民と接し感じた「病気でなく、人を診よ」ということ
～大火勢の炎を絶やさずに～／鈴木崇仁 74
- 石川県 まだ医者3年目ですが、私が86代目所長です
～いきなり主治医？そしてひとりっきりの離島医療～／山元浩平 78

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- NDCにかける期待／山田隆司 84

研修医日記

- 「地域医療のススメ」“奈良”での学び／山下真稔 86

報告	90
お知らせ	92
求人病院紹介	99
投稿要領	106
編集後記	巻末

INTERVIEW

兵庫県豊岡健康福祉事務所 豊岡保健所
一般社団法人ケアと暮らしの編集社 代表理事
守本陽一先生



社会とのつながりを 処方する場所として

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

学生時代から地域で活動

山田隆司(聞き手) 今日は守本陽一先生のお話を伺います。先生はまだ学生の頃から地域医療に興味を持ち、地域で活動されていたということを、当地域医療振興協会の中村正和先生から伺っていました。ですので今回は先生が卒業されて、実際に地域で活躍している姿をぜひ「月刊地域医学」の読者の皆さんに紹介したいと思い、兵庫県豊岡市の『だいかい文庫』を訪問しました。先生には昨年から「月刊地域医学」の編集委員会にも参加していただいています。今日は先生の地域における活動や、今後目指していくところなどをお聞きしたいと思います。

まずはご経歴を簡単にお話いただけますか。

守本陽一 私は兵庫県北部の養父市の八鹿出身で、地元の公立高校から自治医科大学に進みました。41期生です。もちろん医療に関心はありましたが、もともと文系科目の方が関心が強く、地域社会とか社会の構造というものに関心があり、そのちょうど合流地点が地域医療なのかなと思います。

山田 先生は医療と地域に興味があって、自治医大を選ばれたということですか。

守本 自治医大はたまたま受かったからなのですが(笑)、医者になるということについては、外科や救急に何となく憧れがあったという感じです。医学部に行かなかったとしたら、多分社会

学や政治経済などの勉強をしたと思います。

自治医大のときに、いろいろな出会いがありました。いろいろな私のモヤモヤを聞いて、やりたいことを応援してくれる大人の皆さんがいらっしゃって、思いと医療との狭間の部分で、公衆衛生を学んだり、地域医療を実践されている先生を紹介していただいたりして、地域活動のようなものに少しずつチャレンジできたというところがあります。

山田 先生が学生時代に今のような地域活動を始めたと思ったきっかけは、どんなことだったのですか。

守本 自治医大の一般的な夏季実習は、地域医療実習といっても病院の中を見るのが多かったのですが、低学年では何をやっているのかよく分からず、少し違和感があったのですね。でも救急系のICLSなどのシミュレーション教育には関心があり、インストラクター資格などを取得したのですが、そこには医学教育のエッセンスが詰め込まれていると思いました。それで自分で実習をしようと考えて、実際に地域を見てみることにしました。その時に協会の中村先生にお世話になったのですが、それを地元の養父市と豊岡市でやっているときに、自分は地元を全然知らないことに気づきました。地元って大した場所ではない、何もないと思っていたのが、地域診断というスキームを通して見たときに「こんなすごいところがあるんだ！」と思いました。すぐそこに映画館があるのですが、その映画館は1回潰れたのに、町みんなの力で復活したのですね。地域の中にそういう面白い人や頑張っている人が大勢いて、その中で医師という専門性を活かしている人もいるんだろうなと思い始めました。

また地域診断のときに手伝っていただいた東

京大学の孫大輔先生が、東大の近くの谷根千というエリアで、地域のいろいろなプレーヤーの方と一緒に地域活動をされていて、それがすごく面白かったのですね。地域だからできないことがたくさんあって、それをできるようにしていかなければいけない。もちろんそれも大事ではあるけれど、地域の人たちと一緒に何か新しいものを作ったり、ポジティブな活動をやっていくということも、一つの地域医療の形としてあるのだということを、孫先生の活動から知りました。「こういう形があるんだ」と思ったのがきっかけだったと思っています。

山田 そういうことに学生時代に気付いたというのは素晴らしいですね。学生時代は高学年になればなるほど、覚えなければいけない臨床医学の勉強や、実習、試験などさまざまなハードルがあって、それを乗り越えていくだけで精いっぱいになってしまう人が多いですね。自治医大はへき地医療や地域医療を担っている目的を持った大学なだけに、先生は本当に望ましい学生時代を過ごしたのではないかと思います。

守本 そうですね。1年生の地域医療の授業にも名田庄診療所の中村伸一先生などがいらしてお話を聴いて感動はしたのですが、自分自身に現場感がないことに腑に落ちなさのようなものを感じたのですね。自分は机上で考えるより体験してみないと分からないたちなので、それで、医者や医学生という立場で2泊3日で関わるのではなく、この街で地域診断をやり、その後、小さな屋台をひいて街を歩きコーヒーやお茶をふるまいながら気軽に健康の話をするYATAI CAFE(モバイル屋台de健康カフェin豊岡)をやったり、いろいろやりました。そういう中で自分は医学生である前に一市民であり、一地域に暮らす人間であるということを知りました。

とはいえ医学生という、その肩書をなくすことはできないので、一市民として、医学や医療というもので貢献しようということにつながっていった気がします。

山田 先生の話聞いていて、自治医大の学生教育のヒントになるのではないかと思います。学生時代に一番大事なことに触れて、大切な気付きを得る。たとえその後どういったキャリア形成をするにしても、卒業生が全国にいて、地域と近しく親和性のある大学だからこそ、学生時代にそれを十分活用できたら、もっと面白い教育になるのではないかと思います。最近は医学部に限らず、学生さんが地域に根差している

ような活動をされていたり、あるいは福祉などの分野でも学生さんが地域でさまざまなボランティアをしたりということがありますよね。

守本 私の場合、それが東京の谷根千やこの豊岡、養父という兵庫県の但馬地域だったわけですが、いろいろな先生方に出会って、アクションするときに手伝っていただいたり、フィールドを提供していただいたり、ノウハウを提供していただきました。やってみて失敗してもそこで気付くわけですね。そういう体験の1つひとつが学びに、そして成長や知恵につながったという気がします。

『だいかい文庫』を立ち上げる

山田 先生は学生時代から、地域医療や地域自体に興味を持って活動されたわけですが、卒業してからの初期研修はどこだったのですか。

守本 初期研修は公立豊岡病院です。

山田 初期研修が終わって3年目はどこへ行かれたのですか。

守本 3年目は公立豊岡病院出石医療センターに派遣されました。ここから車で20～30分の50床くらいの病院です。但馬地域は地域医療構想がしっかりできているので、その規模の病院には救急車は1日1～2件しか来ない感じです。医者4人で50床の入院患者を診つつ外来や訪問診療、在宅の看取りなどをして、その経験がすごく豊かだったと感じています。

山田 地域の包括ケアを担う病院なのですね。そこには何年間いたのですか？

守本 2年間です。その後、5年目と今は6年目ですが、県の豊岡保健所に赴任しています。

山田 この『だいかい文庫』はいつ立ち上げたのですか。

守本 出石医療センターにいた時です。

山田 学生の時は屋台を引いていましたよね。屋台カフェは今はどうしているのですか。

守本 医者3年目の時にコロナ禍が始まって、屋台を引いて歩ける環境ではなくなったのですね。とはいえさらにつがりの重要性みたいなものを感じるようになりました。地域づくりをしている人の話を聞くと、やらなくてはならないと思ってやっていたことはコロナでなくなったけれど、楽しくやっていたコミュニティは工夫をしても続いているということでした。例えば屋内でやっていた体操は外で距離を取りながら



「だいかい文庫」にて

やったり、必要なつながりは感染対策をしながらやっていたということで、図書館という形式なら時間を守ってやれるのではないかと考え、屋台に変えてここをやってみようと考えました。

山田 この仕組みはどのようになっているのですか。

守本 お店の左半分の棚は一棚2千円で貸し出して、棚を借りた人が人に読んでほしいと思う自分の本を持ち寄って並べています。右半分の棚に置いている本は私が選んで揃えたものを販売しています。中央のテーブルは座って本を読んだりおしゃべりしたりできるようにしてい

て、コーヒーなども飲みます。

山田 どういう人たちが棚を借りたり、集まっているのですか。

守本 地域診断をやって屋台もやってというのが大学4年生くらいからなので、『だいかい文庫』を開くという時も協力してくれた人は多かったです。また本のある場所ができるということで、本が好きな人に口コミでも広がりましたし、クラウドファンディングもやって、それを記者さんが新聞記事にしてくれたり、その記者さんがまた棚を借りてくれたりもしています。

山田 長くいろいろな地域活動をやってきたことが大きなつながりになったのですね。

一般社団法人ケアと暮らしの編集社は、寄付型の非営利法人です。共に活動や理念を広げていく仲間として、ケアくらメイト(月額寄付会員)を募集しています。月500円から参画でき、活動内容のメールマガジンが届きます。

ご賛同いただける方は、以下のURLよりお申し込みいただけると嬉しいです。

<https://syncable.biz/associate/carekura/donate?recurring=true>



「つながり」を処方する

山田 保健所へはどうして行かれることになったのですか。

守本 以前から私の活動を知っていた保健所の所長が誘ってくれたのですが、『だいかい文庫』は、不登校の子が来てくれてそれをきっかけに進学できたり、うつ病で仕事を辞めてしまった人がここをきっかけに復職できたりなど、良い場として使われ始めています。とはいえここ1ヵ所だけではなく、面的にどうやって広げていくのかと考えていた最中に、所長が「保健所なら地域全体に広げていけるから一緒にやらないか」と声をかけてくれたのです。それで県にも掛け合って保健所に赴任できることになりました。

それ以前に、隣の養父市に京都大学の近藤向己先生がアドバイザーとして入られ、近藤先生は社会的処方という、薬ではなくつながりを処方していこうという考え方を研究されているのですが、近藤先生が市長と話をされた時に、「養父市でやるのなら、隣の豊岡市に同じ考

え方をしている守本先生がいるから、一緒にやろう」と言ってくださり、養父市の「社会的処方事業」にも参加させていただくことになりました。管内の市長の医療福祉政策であれば、保健所の本来の業務ということで、豊岡保健所の仕事のひとつとして活動させていただいています。

山田 薬の処方で解決できることは限られているし、介護サービスといっても型枠にはまったものしか提供できず、個々の利用者さんのそれぞれの思いや感性、尊厳はなかなか守れない場合が多いと感じています。医者として病気を持った高齢者や障害を持った方などに関わることが多いので、そういう厳しい状況の人を少しでも救ってあげたいと思っはいるものの限界があり、そういったところに先生がされているような社会的処方といったアプローチができるといいのではないかと感じていました。今日ここを訪問して、これぞまさに社会的処方を実践している地域の拠点だと思いました。

社会構造の問題にアクションしたい

山田 今、先生は、いわゆる臨床はあまりしていないのですか。

守本 週1回、県立丹波医療センターで外来診療をしています。

山田 そこで、診断したり治療したりをしているのですね。

守本 そうです。ここから軸足を臨床のほうに戻し

ていくのか、公衆衛生のほうにいくのか。そろそろ岐路だと思っています。

山田 先生がここで学生時代から続けてこれだけのことを実現させているのをみても明らかなように、同じ地域に関わり続けるということが大事だし、寄り添う時間が長くなるほど相手からも信頼される。私は診療所の医師だった期間が長



聞き手：地域医療研究所長・『月刊地域医学』編集長 山田隆司

く、家庭医として継続的に患者さん、家族、地域に関わり、長くそこにい続けることで得られる醍醐味を実感していたので、今でもそちらに気持ちが惹かれます。しかし一方でいろいろな人と関わって、いろいろなフィールドを経験するというのも非常に重要で、先生がこれからどういう展開をしていくのか、関心があります。

守本 そうですね。こういう場であったり、臨床もそうですが、1対1の関係性を重視しながら、現場の人の声を聞いたり、患者さんを診たり、そういう経験を大事にしていきたい。でもそれぞれの人が苦しんでいたり、孤独な状況になっていたり、病気があることで社会的に大変な状況になっていたりすることは、その人の責任ではなく、社会構造の問題だと私は思うので、社会構造を変えるためのアクションもしていきたいと思っています。

山田 なるほど。たまたま出会う個別的な関係性を大事にして、その背景にある社会のあり方のようなものを、変えていきたいということですね。

守本 はい。社会的処方というのはつながりを処方

しようということです。例えば孤独、孤立という課題の背景はあるけれど、では孤独、孤立の窓口を設ければよいかというそういう問題でもなく、やはり単身世帯や独居の高齢者が増えたり、地域のコミュニティがなくなっているから、つながりを持つ場がなくなっているわけです。ではそれを代替するものはなんなのだろう。家族の構成が変わったときに、では今の家族構成で良いのか。家族と友だちの中間的なコミュニティのようなものができれば、もしかしたら単身世帯でも一定のつながりは保てるのかもしれない。その1つの形がこの『だいかい文庫』という場所だと思うのです。そういうトライ＆エラーをやりつつ、構造の問題にチャレンジしていけたらいいなと思っています。

山田 そういう問題を抱えている地域が日本にはたくさんあって、そういう地域医療の課題に取り組むというミッションを持っているのが自治医大だと思うのです。先生は学生時代からそのど真ん中の課題にぶち当たって、それを真正面に受け止めて、自治医大に求められた仕事として、豊岡という地で一つの良いモデルを実現できてきたのではないかと思います。

一方でいろいろな地域でさまざまな課題に直面して、もがき苦しんでいる卒業生は全国に大勢いて、それぞれいろいろな価値観や能力で皆頑張っているけれど、なかなか結実しないことも多いのが現実です。ですからここでの経験をみんなで共有し、さらに磨きをかける、あるいは共に展開していけば、あっという間に成果が5倍、10倍になるのではないかと感じました。

地域医療を学ぶフィールドの一つに

山田 ところで最初にお話したように、先生の経験を学生教育にもフィードバックしてほしいと思っているのですが、

守本 いろいろやりたいことはたくさんあるのですが、その中の夢みたいなの1つとしては、ここに学生さんが2ヵ月来る。そういうことをやりたいですね。学生さんは結構来てくれるのですが、1日とか1泊2日です。ここに2ヵ月くらいいて、診察室ではない相談を受けて、それを課題に何か地域でやろうとトライ&エラーする。そんな超実践型のコミュニティベースの実習がしたいですね。

山田 それは先輩のいなかったわれわれの時代にはできませんでしたが、今の学生にはさせることができるのですよね。例えば1人の学生がここに6年間を通じて来れば、段階的に地域医療を学んでいくための実習のフィールドになるのではないかと思います。地域医療はいくら大学で講義をしても学生に伝わらないし、学生自身も自分の成長が分からない。講義を聴いたことでどれだけ自分の視野が広がって、医者としての価値観が養われたかというのは実感できないと思うのですね。実際にここに来て、地域社会での取り組みを肌で感じて、自分も同じように貢献したいとか、あんなふうに活躍したいと、学生さんにぜひ思わせてほしいですね。

守本 そこはチャレンジしないといけないなと思っ

ています。

山田 医者としての一番コアな部分、医師としてのプロフェッショナルリズムを涵養するために地域の力を活用していくことが重要だと思います。われわれが関与している地域医療の問題も地域医療に限った問題というより、医療の本質的な課題を含んでいると思うのですね。地域医療から学んだことを医学教育や医療制度の改革につなげていく、それをもっと強くアピールしたいし、自治医大という枠組みでそういう発言をする必要があるのではないかと思います。

守本 そうですね。そう思います。

山田 これまで多くの卒業生がへき地医療や過疎地の問題に一定の実績を残せてきたと思っています。これからはそれを礎に、卒業生がつながってさらに質の高い地域医療を幅広く展開できるようにしたいですね。そのために同窓会、自治医大、そして協会を活用すればさらにパワーアップできる気がしています。先生にはこの地でもっともっと活躍してほしいけれど、同時に自治医大や協会といった枠組みとも同調して、志が共有できる仲間として協力していただけると有難いです。

守本 一緒にやれることは、ぜひ一緒にやりたいですね。

山田 卒業生として、ぜひ力を貸してください。

枠を決めずにチャレンジしよう

山田 最後に、今も地域でいろいろなストレスに苛まれながら頑張っている後輩がいると思いますので、そういう人たちにエールをお願いします。

守本 地域や患者さんに対して向き合っていたら、最終的に地域の課題に向き合うことになると思います。向き合った先に地域の課題があったときに、「これは自分の問題ではない」と思わず、少し暇だなとか、少し余裕があるなと思ったときに、「この患者さんがこういうふうに来たということは、もしかしたら地域でこういう課題があるかもしれない」と考えてみてもらえる

と嬉しいです。地域の保健師さんや地域の住民さんと一緒にチャレンジすることがあると、それがまた医師としても一市民としてもとても良い経験になるのではないかと思いますし、その結果、地域が良い方向性に変化することがあるのではないかと思います。自分の中の枠を決めずにいろいろチャレンジできると楽しいと思います。

山田 守本先生、今日はありがとうございました。

守本 こちらこそありがとうございました。

守本陽一(もりもと よういち)先生 プロフィール

2018年自治医科大学卒業。公立豊岡病院で初期研修後、公立豊岡病院出石医療センターに勤務。総合診療医として働いたかわら、2020年「一般社団法人ケアと暮らしの編集社」を設立し、「だいかい文庫」を開設。2022年より豊岡健康福祉事務所 豊岡保健所に勤務し、現在に至る。



●守本陽一先生からメッセージです

<https://www.youtube.com/watch?v=xx18DWHp6jo>



第37回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。

1. 研究対象分野

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

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2024年9月1日～2025年8月31日

4. 研究助成賞

総額200万円とし、受賞者数や提出された研究計画に応じて分配を行う。

※費消できなかった助成金については返却を要するものとする。

5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書(下記URLよりダウンロード)に必要事項を記載し、下記事務局に提出すること。

参照先：地域医療振興協会ホームページの最新情報/ニュース欄

URL：<https://www.jadecom.or.jp/recruitment/detail.html?pageid=1080>



6. 応募締切日

2024年6月30日(日)(当日消印有効)

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の発表時期

2024年9月上旬に決定し、受賞者に通知する。

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場合は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

●問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 研究所事務部

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

研究者を支援いたします

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

<支援内容>

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

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

ヘルスプロモーション研究センター

E-mail:health-promotion@jadecom.jp

地域医療における ヘルスプロモーションと質改善 —地域医療の新たな挑戦—

企画：地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動 —日本HPHネットワークの活動—

●地域医療振興協会施設におけるヘルスプロモーション活動の実際

●地域ヘルスプロモーション病院の意義と実際

●プライマリ・ケアの現場からエビデンスを創出する —PBRN設立とこれまでの歩み—

●プライマリ・ケアの診療の質の改善を目指したQI活動

●患者の人生に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング —社会実装のためのチームビルディング—

エディトリアル

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

急速に進む少子高齢化の中で、地域包括ケアシステムの推進は社会の大きな課題である。その推進には、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体となった提供が基本となる。また、医療費をはじめとする社会保障費が急増し、医療の持続可能性が懸念され、限られた医療資源を効率的に活用し一定のアウトカムを生み出す医療への転換が求められている。このような社会状況の中、地域医療を担う医療施設が行政等の関係機関と連携・協働して、ヘルスプロモーション活動や医療の質改善に取り組む意義は大きい。

本特集は、地域医療の新たな挑戦として、ヘルスプロモーション活動と医療の質改善の2本立てで構成した。ヘルスプロモーション活動については、日本HPHネットワークの代表である舟越光彦先生に同ネットワークの活動を解説していただいた。経済的困窮患者のアセスメントと社会的処方、そのツールも含めて現場で実用できる。次に、宇田英典先生から、地域医療振興協会が運営する80を超える医療施設や介護施設におけるヘルスプロモーション活動の実態と具体的な活動事例を紹介いただいた。当協会内ではすでに事例の共有が図られているが、他の施設にも有用であろう。梅屋崇先生には、管理者を務めるあま市民病院の具体的活動をご紹介いただいた。同院は開設当初から病院の経営方針の一つに地域ヘルスプロモーション病院としての活動を位置づけ、委員会や診療チームに加えて、目的をもって編成された自発的なチームが病院内の活動のほか、自治体をはじめ地域の関係団体と連携した活動を展開している。病院がこうした活動に取り組む意義や課題が深く考察されており、地域ヘルスプロモーション病院の社会実装を検討する上で貴重な論文である。

医療の質改善については、わが国で取り組みが大幅に遅れているプライマリ・ケアにおける診療の質をテーマとした。望月崇紘先生から、プライマリ・ケア現場に根ざした臨床研究を行うPractice Based Research Network(PBRN)の歩みと、現在の研究と成果について解説いただいた。PBRNは、地域医療振興協会の約40の診療所のうち、研究に関心のある施設管理者が参集して立ち上げられた組織である。西村正大先生からは、診療の質の改善を目指したQI(Quality Improvement)活動について、基礎的解説や国内外の現状、現在取り組んでいる研究活動と成果、社会実装に向けた課題と提言について述べていただいた。三浦稚都子先生には、プライマリ・ケアの場で多職種の診療チームによるアドバンス・ケア・プランニングの実装化を目的とした4回シリーズの実践的な研修の内容とその評価を紹介いただいた。研修を重ねる中でチームビルディングが進み、チームを構成する個人も成長していることがうかがえ、大変興味深い。

そもそも医療は何のためにあるのかという根源的問いに、「医療は患者の幸福実現を目標としている」と明確な解を示したのは、東京大学の会田薫子先生である(会田薫子, 2019, 筑摩書房)。本稿で取り上げたヘルスプロモーション活動や医療の質改善活動も、患者の幸福実現を目指している。今後、医療の持続可能性を担保しつつ、患者をはじめ、地域住民や働く人の人生物語に寄り添って、質の高い地域包括ケアの提供体制が整備されることを願いたい。

●編集委員のメンバー中村正和医師からのコメントです

<https://www.youtube.com/watch?v=lsVmNpJavRc>



医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動 —日本HPHネットワークの活動—

公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院予防医学科 科長 舟越光彦

抄録

国際HPHネットワークは、1988年にWHO欧州事務局が開始したヘルスプロモーションを推進するための医療機関等のネットワークである。日本HPHネットワーク(J-HPH)は、患者・職員・地域住民の健康水準の向上をめざし、公正な社会づくりに貢献することを目的として2015年に結成された。

J-HPHでは、国際HPHネットワークが開発した評価基準を活用しヘルスプロモーションに関する質の改善を進めている。また、特に重視する健康格差への対策として、経済的に困窮した患者への支援ツールの開発、公正さに注目した医療の質の向上、脆弱な立場にいる外国人やLGBTQなどへの健康支援に取り組んできた。さらに、気候温暖化対策として、温暖化による健康被害の予防に加え、事業者として温暖化ガス排出削減も取り組んでいる。

2024年11月6日～8日に、広島国際会議場で「健康の公正性を目指して～医療機関と介護事業所の貢献～」をテーマに第30回 国際HPHカンファレンスを開催することになった。多くの皆さんの参加を期待したい。

はじめに

世界保健機関(WHO)は1986年に第1回ヘルスプロモーションに関する国際会議で「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」を採択した¹⁾。WHOはヘルスプロモーション政策を推進するにあたり、医療機関の役割も重要であると考えていた。しかし、医療機関は一義的には治療を中心に担う機関であり、ヘルスプロモーションも実践する機関へと方向転換を求めるのは容易ではなかった。そこで、ヘルスプロモーションを実践する医療機関のモデル事業として1988年にWHO欧州事務局が開始したのが国際HPHネットワーク(International Network of Health Promoting Hospitals and Health

Services)である。現在では、世界で500余りの施設が加入する国際ネットワークに成長している。現在、WHOの直接的な関与はなくなっているが、緊密な連携をとりながらドイツのハンブルグに事務局を置いて機関運営が行われている。

日本では、歴史的にも農村での全住民を対象にした健康管理や地域住民の健康づくり活動など優れたヘルスプロモーションの実践が各地の医療機関で取り組まれてきた²⁾。こうした実践を積み重ねてきた医療機関を中心に、2015年に日本HPHネットワーク(以下、J-HPH)が、国際HPHネットワークの日本支部として結成された。現在、121の施設(病院、診療所、研究所)が加入しており、台湾に次いで2番目に大きな国・地域ネットワークとなっている。

特集

表1 2020年版HPH基準の5基準

基準1：HPHへの組織的取り組みの表明
基準2：サービスのアクセスへの保障
基準3：住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進
基準4：健康的な職場、健康的な環境づくり
基準5：より広い社会におけるヘルスプロモーション

HPHの定義

HPHの定義と行動指針は、WHO用語集によると以下のように記載されている³⁾。すなわち、「HPHは、そのガバナンスモデル、構造、プロセス、文化を、患者、スタッフ、住民の健康利益を最適化し、持続可能な社会をサポートするために方向転換を行う。HPHの組織開発戦略には、地域社会やその他の環境における患者、職員、住民グループの健康アウトカムの改善に向けて、ガバナンス、政策、職場能力、構造、文化、関係を方向転換することが含まれる。優先順位の高い健康と公正性の問題、小児や青年、高齢者、精神疾患を持つ人々、移住者など特定の患者集団の利益、喫煙、栄養、身体活動、飲酒などの予防と促進のテーマ、環境の持続可能性など、質の向上の理念とツールに基づいた戦略と基準が行動の指針として用いられる。」

つまり、病院等に関わる患者、スタッフ、住民の健康水準を高めるというセッティングアプローチを採用し、関心の高い健康課題は、健康の公正性、ライフスタイル、環境問題などである。そして、こうした課題の推進のために次に述べる独自の評価基準とツールを開発している。

ヘルスプロモーションの質を改善する —2020年版HPH基準を活用して—

ヘルスプロモーションに関しても、質の評価を行い継続的な改善が求められる。国際HPHネットワークでは、ヘルスサービスにおけるヘルスプロモーション活動の評価基準を作り「2020年版HPH基準(以下、HPH基準)」として発

行している⁴⁾。

1. HPH基準の内容

2020年版HPH基準は5つの「基準」で構成されている。そして、基準の下位に18個の「副基準」と85個の「基準の説明」がある(表1)。

基準1は、ヘルスプロモーションを進めるための組織のマネジメントに関する事項である。基準2は、患者のサービスへのアクセスに関する事項である。基準3は、患者中心のヘルスケアを実現するための事項である。基準4は、健康的な職場づくりに関する事項である。最後に、基準5は、地域の公衆衛生データの収集や気候温暖化対策などの新しいヘルスプロモーションに関する課題の事項である。

基準の評価に関しては、半定量的な評価基準が示されており、施設内の内部評価とともに、外部との比較も可能となっている。この基準を活用することで、広範なヘルスプロモーション課題に関して現時点の到達状況を把握し、PDCAサイクルで継続的な改善が可能となった。

2. HPH基準を用いたJ-HPHの加盟施設の自己評価

J-HPHでも、毎年、加盟事業所に対して本基準を活用した自己評価を求めている。図1は、「十分に実施できている」と自己評価した施設の割合を基準ごとに示したものである。その結果、実施率が低いのは基準5で、具体的には、気候温暖化対策、地域の公衆衛生データの把握が取り組んでいる施設が少ないという結果であった。さらに、全体的にヘルスプロモーション活



図1 2020年版 HPH 基準の調査結果

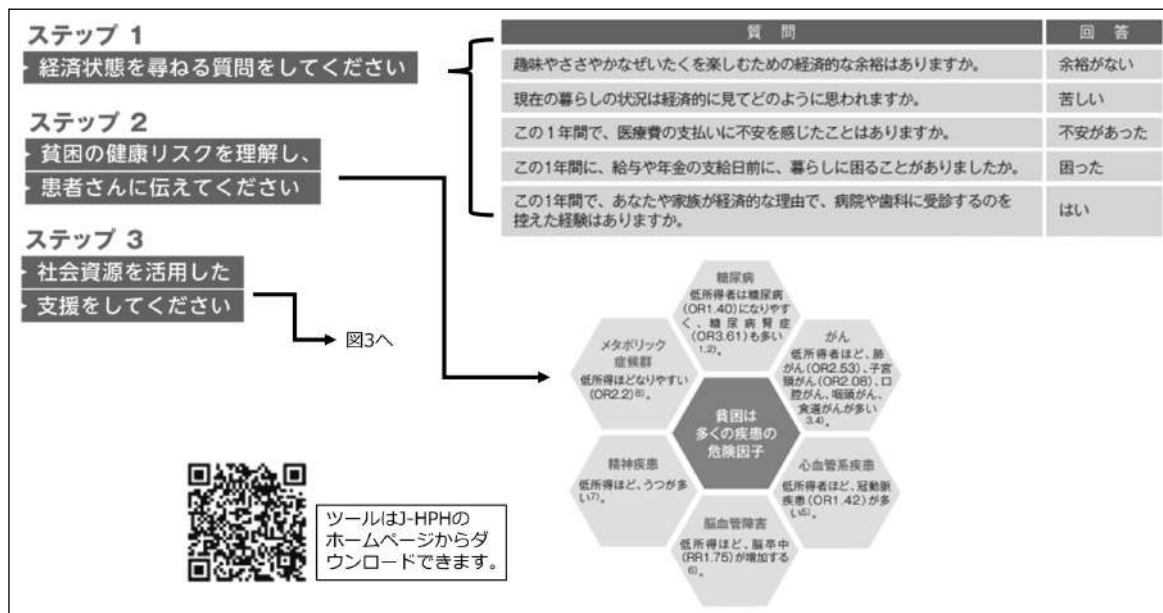


図2 医療・介護スタッフのための経済的支援ツールの構成

動の量的把握が十分に実施されていない状況であることが判明した。臨床分野での医療の質評価は、抗菌剤の投与や、医療事故の発生状況など量的把握も進んでいるが、それとの対比ではヘルスプロモーション分野に遅れがある状況と言える。HPH基準を活用し、改善を図っていきたい。

ヘルスプロモーション活動の具体例

J-HPHでは、健康格差への対策として、経済的に困窮した患者への支援ツールの開発、公正性の視点での医療の質の評価の試み、社会の中で置き去りにされやすい外国人やLGBTQなどのマイノリティへの健康支援などに取り組んで

きた。その内容について紹介する。

1. 「医療・介護スタッフのための経済的支援ツール」の開発と普及

経済的に困窮して医療費の支払いも困難な患者を診察した場面では、医師は経済的支援の意義と必要性を感じても具体的な支援につなぐことができない場合が少なくないと考えられる。海外ではそうした課題を克服するために、多くの医師が利用しやすい支援ツールが開発されている。

そこで、J-HPHでも、全日本民主医療機関連合会ソーシャルワーカー委員会(以下、民医連SW委員会)の協力を得て、経済的に困窮した患者への支援のために「医療・介護スタッフのた

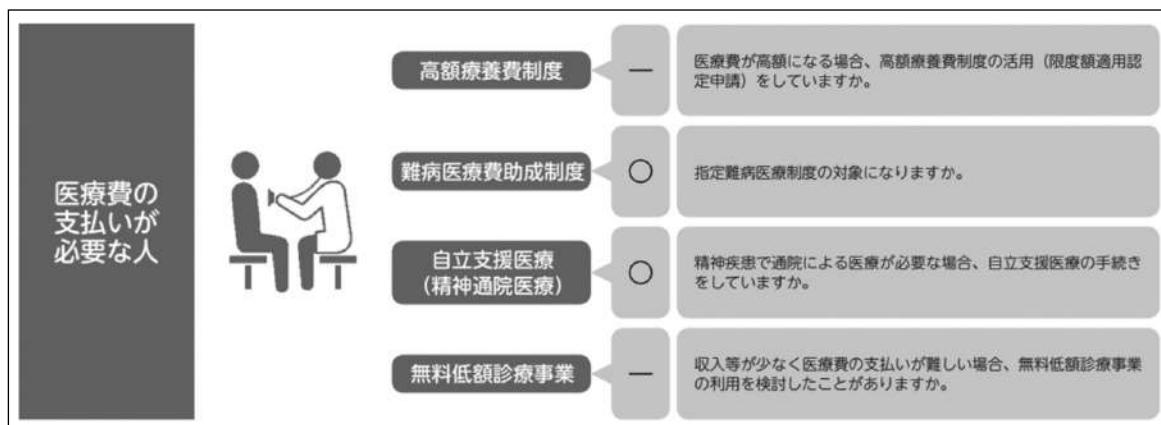


図3 利用可能な社会資源の一例（ステップ3）

めの経済的支援ツール（以下、経済的支援ツール）」を開発した⁵⁾。

(1) 経済的支援ツールの内容

経済的支援ツールは、3つのステップから構成されている（図2）。

ステップ1では、患者の経済状態を問診する。患者の経済状態を評価する質問として診療場面で利用しやすい項目を例示しており、この中から選択するようにしている。

ステップ2では、糖尿病、精神疾患などの疾患に関して経済的な困窮が原因であることを示すエビデンスを紹介し説明する。

ステップ3では、現場で活用できる社会資源を紹介する。

つまり、「質問する」「情報を提供する」「支援につなげる」という3つのプロセスで、経済的な支援ができるように構成されている。

一例として、医療費の支払いが必要な人を対象にした場合を紹介する（図3）。高額療養費制度、難病医療費助成制度、自立支援医療（精神通院医療）、無料低額診療事業が活用しうる制度となる。この中で、無料低額診療事業に該当するかは、「収入等が少なく医療費の支払いが難しい場合、無料低額診療事業の利用を検討したことがありますか？」と質問する。ついで、無料低額診療事業の制度の内容と適応基準について情報を提供する。その上で、「無料低額診療事業を実施している医療機関を知りたい場合は、お住まいの自治体や社会福祉協議会にお問い合わせください」と伝え、診療場面で支援につな

げるようにする。

(2) 症例事例集

経済的支援ツールの理解を深めるために民医連SW委員会が作成したのが学習用の事例集である。事例の紹介と解答から構成され、13の事例の演習を通してツールで紹介した社会保障制度を深く理解できるように作成されている。

ツールと事例集は、J-HPHのホームページから無料で入手できるようにしているので活用いただきたい。

2. 公正さに注目した医療の質の向上

健康の社会的決定要因（以下、SDH）に関心を持つ医師が、健康格差の解消のために個々の患者への支援をすることは重要である。しかし、それに加えて組織である病院が健康格差に取り組むことも多くの患者の支援には不可欠である。

米国では、健康関連の社会的ニーズ（health related social needs: HRSN）の中で、特に健康との関連が強いとされる食糧不安、住居の不安定、交通手段の欠如、光熱費の支払い不能、対人暴力に関して米国の病院の4分の1がスクリーニングのための質問調査を実施している⁶⁾。そして、2023年からは、メディケアおよびメディケイド・サービスセンター（Center for Medicare and Medicaid Services: CMS）は、患者の入院時に上記の5つのHRSNのスクリーニングを受けた成人患者の割合と、これらのニーズに対してスクリーニング検査で陽性となった割合を報告する

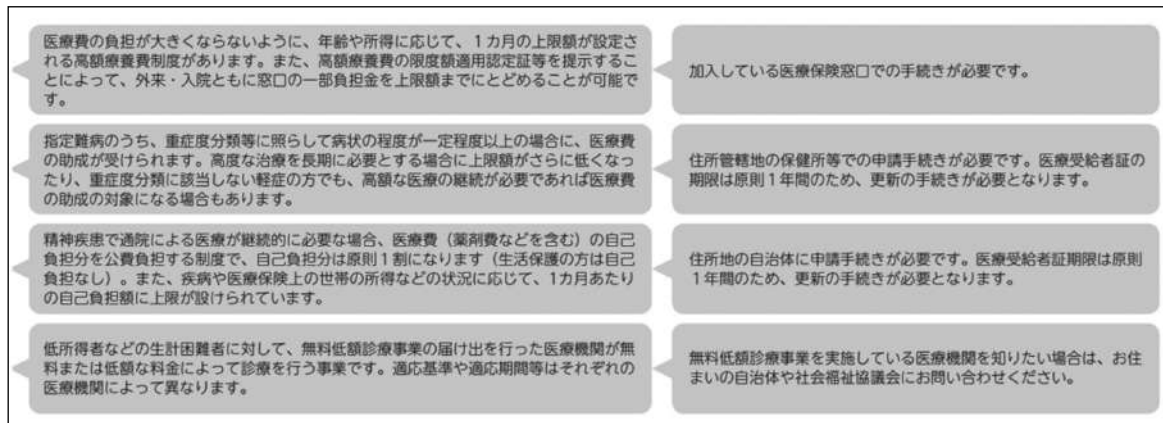


図3 続き

ことを求めるようにしている⁹⁾。このように、米国ではメディケアとメディケイドという公的保険者が患者のSDHに関する情報を測定し、病院における公正な医療を広げようとしているわけである。

J-HPHに加盟する病院でも、医療の公正性の評価を試みる施設も生まれている。一例を紹介すると、千鳥橋病院では入院患者には経済状態の質問をし、課題を持つ患者への支援を行っている。具体的には、入院時に「医療費の支払いに困っていますか」との質問に答えてもらう。この質問に、「困っている」と回答した患者に対しては、入院中に医療ソーシャルワーカーが面接し社会資源を活用した支援を行うようにしている。同時に、質問の実施頻度、困窮状態の該当率、支援の実施率を測定している。このことで、支援が必要とされる患者に対して、どの程度、支援を提供できているかを把握できる。そして、必要な支援の実施率を高める組織的な努力が、医療の質の公正さを客観的に高める方法だと考えている。加えて、最近では「孤立状況」も評価している。入院時に、「病気の時に相談できる人がいない」と答えた患者には、退院時に、地域の健康づくりサークルを紹介し孤立予防につなげることを開始した。

3. 新しいヘルスプロモーションの課題

新しいヘルスプロモーションの課題として取り組んできたのが、気候温暖化対策とLGBTQ、外国人への支援である。いずれの課題も、社会

的弱者に健康格差の被害が生じやすい。例えば、気候温暖化の場合、高齢者の熱中症は独居者に多い。経済的に困窮していると節約のためにクーラーの電源をつけずに熱中症を発症する者も少なくない。一方、医療業界は日本の温暖化ガス排出の4.6%を占めており、事業者としても温暖化対策は社会的責務とされている⁸⁾。J-HPHでも、加盟事業所が気候温暖化対策に取り組み始めた。治療者としての立場から、熱中症を発症しやすい高齢者の予防策を推進。事業者としての立場から、施設の再生可能エネルギーへの転換、LED照明への交換、節電等を進め、その効果をCO₂排出量(推計)算出により評価する試みを開始。そして、社会的な視点から、最大の温暖化ガス排出源である石炭火力発電所の閉鎖を求めるアドボカシー活動への参加も広がりつつある。今後、人類の存続に関わるヘルスプロモーションの課題として重視して取り組むことにしている。

第30回 国際HPHカンファレンス

2024年11月6日～8日に、広島国際会議場で第30回 国際HPHカンファレンスを開催することになった。テーマは、「健康の公正性を目指して～医療機関と介護事業所の貢献～」である。健康格差、パンデミック、気候温暖化、多発する自然災害、急速な高齢化、そして、戦争といった危機に直面している時代に、公正な社会の実現のために医療機関としてどのように貢献でき

るのかを議論する。また、超高齢化社会での日本の経験と、被爆地広島で開催で平和のメッセージを伝えることも重視している。国内外の一流の研究者・実践者の講演を聞き、交流できる好機である。多くの皆さんの参加を期待したい。

まとめ

J-HPHは、公正な社会の実現に貢献するため、ヘルスサービスで活用できる経済的支援ツールの開発、公正な質の測定の試み、マネジメント基準の普及を進めてきた。そして、カンファレンスなどの企画を通して、好事例の交流と普及を図ってきた。こうした実践を国内でさらに普及することも目的として、今年11月に第30回 国際HPHカンファレンスを開催する。カンファレンスを契機に、日本の医療界の中で公正な視点

での医療実践と研究が進み健康格差の少ない公正な社会づくりに貢献できるようにしていきたい。

参考文献

- 1) 島内憲夫:WHOヘルスプロモーションに関するオタワ憲章(1986年). 民医連医療 2021; 588: 44-45.
- 2) 若月俊一:村で病気とたたかう. 東京, 岩波書店, 2002.
- 3) WHO: Health Promotion Glossary of Terms 2021. 2021.
- 4) 日本HPHネットワーク. 2020年版HPH基準. <https://www.hphnet.jp/study-data/15517/> (accessed 2024 Jan 10)
- 5) 日本HPHネットワーク. 医療・介護スタッフのための経済的支援ツール. <https://www.hphnet.jp/study-data/5185/> (accessed 2024 Jan 10)
- 6) Sandhu S, Liu M, Wadhwa RK: Hospitals and Health Equity - Translating Measurement into Action. N Engl J Med 2022; 387: 2395-2397.
- 7) Keisuke Nansaia Jacob Fry, Arunima Malik, Wataru Takayanagi, Naoki Kondo. Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. Resources, Conservation & Recycling 2019;152 (2020):1-10.

地域医療振興協会施設における ヘルスプロモーション活動の実際

地域医療振興協会公衆衛生委員会 委員長 宇田英典

抄録

少子高齢社会の中で地域包括ケアシステムの推進や、就労者の健康増進を図る健康経営の普及はこれからの社会における重要な課題である。地域医療振興協会(協会)の各施設においては地域医療の担い手として、これらの課題に対しても重要な役割を果たしている。協会公衆衛生委員会では、協会施設におけるこのような活動の実態を把握し、今後の取り組みについて検討することを目的として2022年～2023年にアンケート調査を行った。調査内容は、患者・利用者、地域住民、職員といった3つの対象者に対するヘルスプロモーション活動とした。全施設から魅力的な活動が報告されたが、本稿ではそれらの中からいくつかの活動事例を抜粋して紹介する。

少子高齢社会における 医療機関の機能

我が国は未曾有の少子高齢社会の渦中にある。令和5年4月に公表された日本の将来推計人口によると、我が国の総人口12,615万人(2020年現在)は今後長期の人口減少過程に入るとされ、2045年の10,880万人を経て、2056年には1億人を割り込むことが推計されている¹⁾。

一方、65歳以上人口は2020年現在の3,603万人から、第二次ベビーブーム世代が65歳以上人口に入る2043年に3,953万人でピークを迎えた後は減少に転じ、2070年には3,367万人となると推計される。現在は急速に進む高齢社会の途上にある²⁾。

協会は、「医療に困っている地域を支援する」ことを目指して、現在、北海道から沖縄まで26の病院、56の複合施設・診療所の他、看護専門学校2の84の施設を運営している(2023年12月

31日現在)。協会が運営する施設は、過疎・高齢化が進む地域に設置されている場合が少なくない。

このような状況の中、厚生労働省においては、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進することとしている。協会では地域医療を医療従事者、住民と行政が三位一体になって、限られた医療資源を有効活用しながら、継続的に包括的な医療を計画・実践・評価するプロセスであるとしている。協会のミッションである地域医療は、国が進める「地域包括ケア」と方向性を共有する³⁾。

また、少子高齢化は就労者の減少といった課題も併存する。就労世代の活力向上や健康寿命の延伸等を目指すことが、我が国の社会基盤を支え発展させていくためには不可欠となる⁴⁾。医療機関においても、医療を支える従事者の活力

表1 ヘルスプロモーション活動に関する調査

目的：協会施設におけるヘルスプロモーション活動の実態を把握し、地域医療の質の向上につながる今後の取組を検討する上での基礎資料を得ること

対象：協会が運営する25病院・48診療所・18介護老人保健施設（老健）
※複合施設は、診療所と老健に分けて、それぞれ回答を依頼した

方法：記名式Web調査（Microsoft Forms：設問数13問）

内容：① 活動内容（患者、地域、職員の3対象別の選択肢・複数回答）
② 活動拡充の意欲（0=全くない～10=とてもあるの10段階スケール）
③ 拡充の促進要因・阻害要因（自由記載）

期間：病院：2022年4-5月，診療所・老健：2023年2-3月

解析：回答内容を量的に分析，自由記載内容を質的に分析

※本調査では、ヘルスプロモーション活動を「病気や障がいの有無に関わらず、すべての人が自分らしく充実した生活を送れるように、さまざまな方法を組み合わせて自らの健康をコントロールし、改善できるようにする取組」と広く定義した。

表2 ヘルスプロモーション活動の実施状況

	病院(n=25)	診療所 (n=48)	老健 (n=18)
活動の対象	実施施設数 (割合)	実施施設数 (割合)	実施施設数 (割合)
全対象	25 (100.0)	48 (100.0)	18 (100.0)
患者・利用者	24 (96.0)	41 (84.5)	17 (94.4)
地域	24 (96.0)	40 (83.3)	18 (100.0)
職員	25 (100.0)	35 (72.9)	17 (94.4)

向上や生産性の向上等を通じた組織の活性化が業績向上や組織としての価値向上へつながると期待される⁹⁾。患者や家族に対する質の高い医療の提供はもとより、医療従事者の健康増進、さらには地域の健康水準の向上といった役割を果たすことが求められる。食生活の改善，運動機会の確保，健診・検診等の活用，感染症予防，メンタルヘルス不調者への対応，受動喫煙対策等，職場においても予防や早期診断・早期治療に関する取り組みを進める必要がある。

地域医療振興協会の施設における さまざまなヘルスプロモーション活動

このような観点から，これまで協会の公衆

衛生委員会においては「地域医療と公衆衛生の協働」をテーマとして活動を行っているが，2022年から2023年にかけて，協会の全施設を対象にヘルスプロモーション活動の実態調査を行った⁹⁾⁷⁾。

2022年4月～5月に25病院を，2023年2月～3月に48診療所，18介護老人保健施設（老健）を対象としてアンケート調査を行った。調査結果をもとに，その後さらにインタビュー調査で詳細を確認した。調査内容は，患者・利用者，地域住民，職員といった3つの対象者に対するヘルスプロモーション活動とした。その他，活動の拡充に対する意欲・重要性・自信（10段階スケール），促進要因・阻害要因（自由記載）についても調査を行ったが（表1），本稿ではそれら



トーチ(米寿)祝

(旧暦8月8日)

入院中コロナ禍で、お祝いを一時諦めていた家族でしたが、看護師らが協力を申し出て実現。

次男

「入院以来、いつも無表情な父が笑ったり泣いたりしている姿を見て、とても感激した。」

次男嫁

「じいちゃんがケーキをばうりと食べるなど、今までにない笑顔で喜んでくれた。」

看護師は「かぎやで風」でお祝いの席に花を添えました。

写真1 公立久米島病院：地域の文化・風習を取り入れた看護

の調査結果の中から特徴的な活動事例を抜粋して記載する。

調査に対しては、病院、診療所、老健施設、全ての施設から回答が得られた(回答率100%)。全ての施設がさまざまなヘルスプロモーション活動に取り組んでいることが示された(表2)。調査では、ヘルスプロモーション活動を「病気や障がいの有無に関わらず、すべての人が自分らしく充実した生活を送れるように、さまざまな方法を組み合わせて自らの健康をコントロールし、改善できるようにする取組」と広く定義して行ったため、さまざまな活動例が回答された。

患者・利用者を対象とした活動としては、入退院相談、新型コロナウイルス感染予防、リハビリテーションの充実、健康教室、待合室を使った情報提供といった活動内容があげられていた。地域住民を対象とした活動としては、健康診査、自治体や保健所と連携した各種講座、イベント、新型コロナウイルス対策があげられていた。職員向けの活動としては、新型コロナウイルス対策、メンタルヘルス対策、保育所への支援、予防接種の補助、職員食の提供等の回答が寄せられた。それらの回答のうち了解が得られた事例を2022年および2023年の「JADECOM

学術大会」で発表してもらった⁶⁾⁷⁾。いずれの発表事例も、地域特性を生かしたものや多職種連携の成果が見えるもの等、JADECOM施設の強みを活かした魅力的な活動事例であった。

患者・利用者を対象としたヘルスプロモーション活動の例

1. 公立久米島病院の活動例

公立久米島病院では、看護師の県外出身者が3分の2に上るといった実情を踏まえ、看護業務や各種研修の中に島の文化・風習を取り入れ、県外出身の看護師に島の理解を深めてもらう取り組みがなされている(写真1)。

新入職者向け研修としての島の自然・歴史・風習や行政等の講話、院内行事の春のモズク採り、伝統的な小型漁船「サバニ」を駆使した夏のハーリー大会、三線や沖縄舞踊サークルへの看護部からの参加勧奨等、県外出身の看護師にとって、地域の文化・歴史、地域住民の価値観や習慣等を踏まえた看護の提供ができるような試みといえる。

2. 東京ベイ・浦安市川医療センターの活動例

東京ベイ・浦安市川医療センターで行われて



写真2 東京ベイ・浦安市川医療センター：オンライン母親学級
オンラインでの顔の見える出産前教育



写真3 あま市民病院：地域におけるフレイル予防教室の展開

いるオンライン母親学級を紹介する。新型コロナウイルス感染症がきっかけとなって、オンラインを活用した出産前教育が2022年2月から実施された。2020年3月までは、月1回対面による出産前教育が行われていたが、病院全体で感染症対策に取り組む一環として対面による集団指導の中止だけでなく、面会制限や家族の立ち会い分娩が中止されることになった。

日常生活上でのさまざまな不安、分娩時に一人で出産に臨むことに対する不安・ストレス等を有する妊婦に対し、助産師の立場から何らかの方法で出産前教育の場を提供できないかとの問題提起から始まった。オンラインを活用した母親学級は妊婦の安全を確保しながら、安定して出産前教育の場を提供できるメリットがある(写真2)。

また、外来で行う対面での個別指導には時間的制約もあり、月10組と対象者を制限せざるを

得なかったが、オンラインを導入することにより人数制限の必要がなくなるといった効果も得られた。事業実施にあたっては、東京ベイのオンライン環境が充実していたこともあるが、助産師の熱意と工夫が上述の母子保健活動につながった例といえる。

地域住民を対象とした ヘルスプロモーション活動の例

1. あま市民病院の活動例

あま市と連携・協働して行われているあま市民病院のフレイル予防の取り組み事例を紹介する。フレイル予防は進展する高齢社会の中で、地域包括ケアの重要な対策の一つである。本活動は、地域住民を対象としたフレイル予防教室、フレイル外来立ち上げ、地域の連携強化の3つを基本戦略として、市内にある高齢者サロンや



写真4 台東病院：地域の小・中学校における防煙教育

老人クラブの場を活用して行われた(写真3)。

フレイル予防教室では、協会のマニュアルを使いながらフレイルの定義や運動・栄養改善による予防方法を伝えた。運動に関しては、歩行や立ち上がり等の体力評価を行った後、参加者のレベルに応じて実際に体を動かしてもらった。その際、理学療法士等が見守りや声かけを行い、転倒や過負荷とならないこと、またゲーム等を交えて楽しい内容とすること等に配慮している。

院内でのフレイル外来の運営に加えて、行政や地域住民との連携強化を多職種(医師2名、理学療法士5名、管理栄養士1名、薬剤師1名、診療放射線技師1名)で担っている。座学と実習を交えながら、地域との連携の下で展開されている事例である。

2. 台東区立台東病院の活動例

台東病院で行ってきた多職種連携による禁煙推進プロジェクトについて紹介する。台東区立台東病院は2009年に開設した病院で、予防に対する意識も高く開設した翌年10月から禁煙外来を設置している。

また、院内で住民向け健康教室「街かど健康教室」を多職種が交代で毎月開催し、禁煙に関する教室も開催したり、台東区と共催で嚟家

さんに健康教室の前座をお願いしたり、工夫を凝らした健康教室を実施している。

さらに喫煙予防対策として台東区と協働で、希望のあった小・中学校からの依頼に応じて保健師と医師がそれぞれの特徴を生かした禁煙教室にも取り組んでいる(写真4)。禁煙外来の場において病院に来院するハイリスクな人たちにアプローチするハイリスクストラテジーに加えて、台東区全体を対象としたポピュレーションストラテジーを交えながら効果的な禁煙対策を進めている素晴らしい取り組み事例といえる。

3. 十勝いけだ地域医療センターの活動例

十勝いけだ地域医療センターで実施した夏祭りの開催事例について紹介する。過疎・高齢化が進む中で、地域住民や地域の関係機関との連携強化は、健康づくりはもとより災害対策を進めるといった多角的観点からも重要である。本事例は、医療機関が町と協働して行ったユニークな取り組みである。

開催にあたっては、予防に関心を持ち健診・受診を促せる内容、誰もが参加しやすい雰囲気づくり等の工夫がなされた。イベントでは、講演会、看護師体験、健康相談、救急車体験等を組み込み、町内の飲食店等の食事の提供、障害者施設の作品の販売も行った(写真5)。



白衣を着て看護師体験！

将来看護師さんになりたい！
というお子さんもいました。

写真5 十勝いけだ地域医療センター：地域住民・商店街・自治体と協働での夏祭りの開催

陳列棚や通路に1日の食塩摂取量の目標量と実際の食塩を、
「栄養成分表示のみかた」「カップ麺との組み合わせ例」の情報を表示



調味料・即席スープの
減塩商品に立体型POPを表示



POPはすべて町民の手作り

写真6 真鶴町国民健康保険診療所：地域のドラッグストアと連携した減塩の取り組み

講演会終了後のアンケート調査は総じて好評であり、今後希望するテーマとして「認知症について」「食生活について」「糖尿病について」等が挙げられていた。また運動不足を感じている人が大半を占め、今後の生活を変えてみたいという人も多かった。

十勝いけだ地域医療センターが健康づくりの

発信に積極的な役割を担っている貴重な事例といえる。

4. 真鶴町国民健康保険診療所の活動例

地域のドラッグストアとの連携による減塩を目指した真鶴町国民健康保険診療所の食環境整備事業について紹介する。虚血性心疾患の死亡

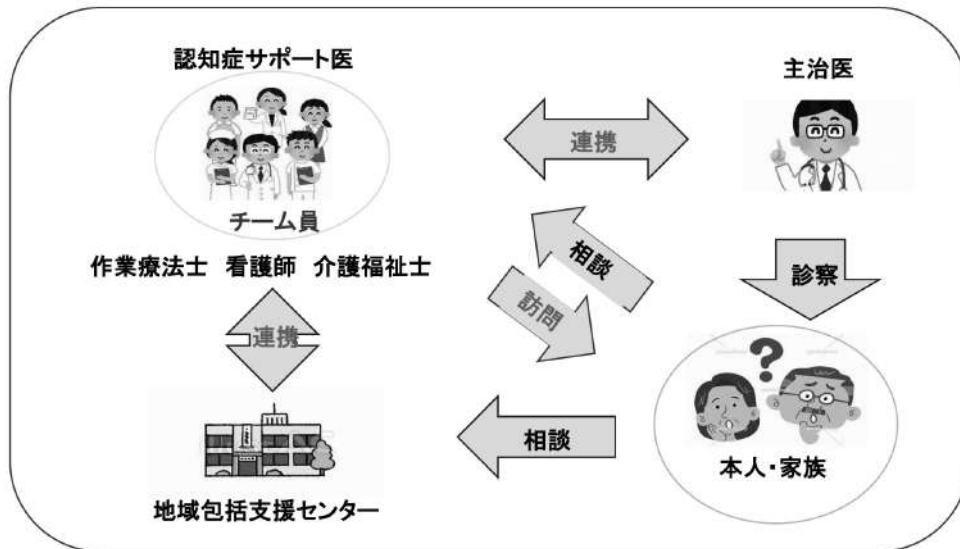


図1 揖斐郡北西部地域医療センター山びこの郷：認知症初期集中支援事業

率が高く、食塩摂取量が多いといった健康課題を踏まえた取り組み事例である。

「えいようみてみよう」をコンセプトにPOP表示による情報提供を行った。①カップ麺・袋麺の全商品にエネルギー・食塩相当量を表示。②食塩が1食、またはスープを半分残すと3g以下になる商品にマークを表示。③陳列棚に食塩摂取量の目標量を実際の食塩と合わせて表示。④調味料・即席スープの減塩商品に立体型POPを表示。これらのPOPデザインは全て町民メンバーが作成した(写真6)。

また、店頭で減塩商品の試食会を開催し周知を図った。この事例は、診療所が地域の企業と連携して減塩対策に取り組んだヘルスプロモーション活動の事例の一つである。

5. 揖斐郡北西部地域医療センター 山びこの郷の活動例

「住み慣れた地域で暮らし続けるために」をコンセプトとした、山びこの郷における認知症初期集中支援事業について紹介する。

チームメンバーは、診療所医師である認知症サポート医3名、認知症地域支援推進員を兼務し訪問診療に携わっている看護師1名、施設リハビリ・訪問リハビリを行っている作業療法士1名、施設ケアに従事している介護福祉士1名の6名である(図1)。

チームの活動は認知症または疑いのある方の自宅を訪問し、診断のための受診を勧めたり、介護サービスの紹介、本人・家族への教育的支援、生活環境の改善に向けた支援を行ったりしている。取り組みの特徴として、訪問診療を施設内で行っているため速やかな受診につながれること、地域包括支援センターの職員も一緒に訪問することで介護保険の申請がその場でできること、医療・福祉職の訪問で専門性を生かしたアセスメントが行えること等があげられる。さらに、今後、情報交換会や認知症サポーター養成講座を開催し啓発に努め、地域住民の認知症に対する理解を深めていくことにしている。

職員を対象としたヘルスプロモーション活動の例

あま市民病院で行われている、職員の健康増進に対する取り組み事例を紹介する。あま市民病院では、職員健康増進プロジェクトの有志によるメンバー(診療放射線技師1名、理学療法士2名、管理栄養士1名)が中心となって、職員に対して運動や食事、コミュニケーションを通じた健康面へのサポートを行っている(写真7)。

啓発活動として睡眠や運動を促すポスターを作成したり、パソコンのスクリーンセー



写真7 あま市民病院：職員の健康増進に対する取り組み

バーに掲示したりしている。運動に関しては、COVID-19流行下でも人との距離が保てるバドミントンを行ったり、特に看護師をはじめ女性職員から要望の多かったヨガを行ったりした。参加者からの反応も良く、いろいろな職種、年齢の人とのコミュニケーションの場としても有効だった。

食事の面では、認知症サポートチームの協力を得て、認知症予防の食材を使った食事を提供した。看護部長の手作りで、見た目、味、栄養面も素晴らしく、お昼には行列ができるほどであった。職場におけるヘルスプロモーション活動の好事例である。

文献

- 1) 日本の将来推計人口、令和5年推計、国立社会保障・人口問題研究所。 https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_ReportALL.pdf (accessed 2023 Dec 14)
- 2) 総務省統計局。 <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html> (accessed 2023 Dec 14)
- 3) 地域包括ケア、厚生労働省URL。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (accessed 2023 Dec 14)
- 4) 健康経営の推進について、令和4年6月、経済産業省ヘルスケア産業課。 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/kenkoikeiei_gaiyo.pdf (accessed 2023 Dec 14)
- 5) 中村正和：特集 病院や診療所におけるヘルスプロモーション活動 エディトリアル。月刊地域医学 2019; 33(4): 276.
- 6) 宇田英典、川畑輝子：JADECOR施設におけるヘルスプロモーション活動の推進に向けて。月刊地域医学 2023; 37(1): 96-108.
- 7) 宇田英典、川畑輝子：JADECOR施設におけるヘルスプロモーション活動の推進に向けて ～Part 2～。月刊地域医学 2024; 38(2): 196-199.

地域ヘルスプロモーション病院の 意義と実際

あま市民病院

梅屋 崇 西原敏順 大橋大輔 石川直矢 奈田昇吾 中野美香 熊崎由佳

抄録

あま市民病院は、地域ヘルスプロモーション病院になることを経営方針のひとつにしている。委員会、診療チームに加えてプロジェクトという自発的なチームを構成し、多職種連携でヘルスプロモーションに取り組んでいる。医療の質の向上、地域連携の推進、住民や職員の健康増進に加えて、医療人育成の意義を見出している。財務的貢献、診療業務とのバランス、成果の測定が課題としてあり、さらなる取り組みを必要とする。

序文

これまで病院は、疾病に罹患した患者を治療することによって患者の健康を追求するという、いわゆる後手の役割であった。ヘルスプロモーション(以下、HP)によって健康が維持された場合、病院で治療する疾病は未然に防がれることが期待される。病院が行うHP活動は、未病の時期から病院との接点を持つことで、「未来の顧客を創出する」という積極的な解釈と、疾病の発生を減らし、「将来の顧客を減らす」という消極的な解釈がある。病院の収入の大半は手術・処置を含んだ外来と入院の診療報酬である。人間ドック等の健診や検診、予防接種等の保健活動からの診療報酬外の収益の割合は多くの病院で限定的である。しかし、人口減少に転じた本邦においては地域の健康問題を抽出し、予防の観点から早期に介入する必要性が高まっている。そこで、病院が地域の健康のためにHP活動を展開するためには、その収益構造に作用する仕組みが望まれる。

一方で、病院には多くの医療専門職(以下、医

療人)がいる。今日の医療人がキャリアを過ごす場は病院に限らない。介護サービス業や行政で職を得るものもあれば、起業してフリーランスとして働く方法もある。病院が医療人の働く場として魅力を持つには、キャリア形成の場つまり学びの場でなければならない。それも、卒後初期の基礎的な修練の場だけではなく、職業人としての長いキャリアを通じて学びを提供することが求められる。これまでの医療人の学びの場は、学術機関であることや高度な医療を提供し豊富な症例があることが良いとされてきた。しかし、地域医療構想や新型コロナウイルス感染症の全国的流行を見れば明らかなように、ワンストップの医療を提供することができる病院は皆無であり、自院の役割を明確化して病院間連携による医療を提供することが一般的になった。病院における急性期医療の前後、つまり入院する前や退院した後について併せて学ぶことができれば、医療人にとって魅力的な職場となる。在宅での医療・看護・介護・リハビリテーションが後者であるとする、HP活動は前者のひとつの選択肢なのではないかと考える。

特集

本稿では、あま市民病院におけるHP活動の沿革を述べ、その活動主体別に活動の場と期待される成果を報告する。その後に病院が行うHP活動の意義と課題について考察する。

病院における HP活動の意義と活動主体

HPの定義は他稿に譲ることとする。中村は、病院がHPに取り組む意義として、

- ① 組織的な取り組み(システム介入)の強化
- ② 医療の質の向上
- ③ 患者のQOLの改善(重症化・合併症予防)
- ④ 職員の健康保持
- ⑤ 地域連携の強化
- ⑥ 地域の健康指標の改善と医療費の削減を挙げている¹⁾。

本稿では、HP活動を活動主体と活動対象で分類した。病院によっては、健康管理センター等の健診などのHPを本業とする部門を常設しているが、当院は該当しないため取り上げなかった。外来や栄養指導などの個々の診療の場を除外すると、各種委員会、呼吸ケアや感染対策などの診療チーム、目的別のプロジェクトチームがHPの活動主体と考えられた。活動の対象は、患者とするもの、地域とするもの、職員を対象とするものに分類した²⁾。併せて、中村の6項目における期待される成果を検討した。

あま市民病院におけるHP活動の沿革

1. 病院の背景とHP

あま市民病院は愛知県あま市が設置する公立病院である。前身は公立尾陽病院であり、1947年から地域に貢献している。現在の病床数は、一般病床90床、地域包括ケア病床45床、回復期リハビリテーション病床45床の計180床である。2007年から始まった公立病院経営改革の文脈の中で、2017年に指定管理者制度を導入することを決定し、2019年から公益社団法人地域医療振興協会(以下、協会)を指定管理者として公設民営の経営を行っている。

指定管理者制度は、公立病院の民営化の手法のひとつである。公営で困難であった医療者確保や収支の均衡が期待され、さまざまな変革や挑戦に取り組むことができる。職員を確保し、多くの場合で事業を拡大しなければ継続できない。そのためには、旧体制から新体制に移行する職員を少しでも多くし、新たに加わる職員と一体となって事業に向かう組織の舵取りを求められる。持てる資源を評価し、最大限に活用することが必須であり、自院がおかれた環境を共有し、新しい体制になることで生まれる長所を示し、組織としての理念やビジョンを共有することが求められる。あま市民病院の場合は、新体制における長所として協会が法人内のヘルスプロモーション研究センターで取り組んでいる地域のHP活動があった。台東区立台東病院は、介護教室、認知症カフェ、フレイル予防事業、禁煙推進事業を通じて地域全体で疾病の予防や疾病や障害に対する正しい理解、地域内での互助・共助を推進する活動を行っており³⁾、これからの公立病院が地域に求められる役割を担うために先進的な取り組みであった。

2. 地域ヘルスプロモーション病院

2019年に指定管理者制度を導入するにあたって、2018年11月と2019年2月に全職員を対象とした職員ワークショップ「あまカフェ」を行った。第1回には、病院職員38人、協会職員10人、新規採用予定の職員9人と次年度以降に病院に勤務する予定の職員を中心として合計57人が参加した。病院の外部環境および内部環境を解説した上で、2015年に新病院を建設した際に行われた市民アンケート結果と医師会、消防組合、後方病院などから聴取した病院への期待を報告し共有した。ワールドカフェ方式で、「あま市民病院に求められている役割はなにか?」と、「あま市民病院に求められている役割を果たすために起こるべき変化はなにか?」をテーマとして議論した。

あまカフェでの意見を新病院運営委員会で報告し、理念、ビジョンを刷新した。「あま市民の健康と安心を守るために、地域包括ケアシステ

表1 PJと活動方針

プロジェクト名	活動方針
① 医療者育成促進 PJ	教育研修委員会に合併
② 幸福に生きるオピニオン作りと発信について	⑪と合併
③ 健診・検診について	健診委員会に合併
④ 売店・食堂の充実について	
⑤ 広報について	広報委員会と PJ と両立
⑥ 多職種連携について	医療情報管理委員会へ依頼
⑦ 職員が楽しめる職場作りについて	福利厚生委員会に合併
⑧ 院内コンサートについて	⑩に合併
⑨ 災害について	防災委員会と合併
⑩ レクリエーションについて	認知症サポートチームに合流
⑪ 健康づくりについて あま市民病院を中心とした地域住民の健康づくり	③と合併

ムにおける連携につとめ、安全で質の保たれた医療を継続します」を理念とし、「市民と連携機関に信頼され、健康と安心を提供する病院」をビジョンとした。併せて、3つの経営の軸のひとつとして地域ヘルスプロモーション病院となることを決めた。

3. Open Space Technologyによるプロジェクトの発足

第2回あまカフェには、病院職員29人、協会職員16人、新規採用予定の職員13人と合計58人が参加した。第1回の振り返りの後に新しい理念とビジョンを発表し、意見交換を行った。その後、Open Space Technology(以下、OST)^{注 i}を用いてプロジェクト(以下、PJ)を募集した。11のPJ(表1)が誕生したが、活動が委員会と重複しているものもあり、委員会として活動していくか、PJを継続するかを各々検討した。後に加わった認知症に関するPJを加えて、8つのPJチームが活動することになった。

注 i OSTは、勇者である発起人が全員の前で議論するテーマを提案する。勇気や責任感を必要とする。各人は、蝶としてPJや議論に参加しない自由があり、自身が学ぶことができると感じるものにだけ蜂として参加すればよいという自主性の高い手法である⁷⁾。ボトムアップのアプローチであり、トップダウンによる「やらされ感」を小さくすることを目的にこの手法を用いた。

活動主体別に見たHP活動

HP活動を活動主体と対象、活動の場、期待される成果で分類し、加えて代表的な実績を示す(表2)。

1. 委員会における活動

地域に開けた病院であるために地域を対象として年1回病院祭りを開催している。患者サービス委員会が開催を決定し、別途実行委員会が構成され、プログラムは院内外のさまざまな部門やチームが連携し、住民の有志や地元球団などの企業にも協力を得て開催している。

2. 診療チームにおける活動

(1) 地域感染管理活動

感染対策チーム(Infection control team: ICT)を中心として、院内にいる患者や職員から地域の医療介護福祉機関や専門学校などの医療者教育機関へ対象を広げて感染管理の普及に努めている。具体的な活動として、2019年に地域の医療介護福祉機関を対象とした公開の感染地域連携講座を5回開催した。新型インフルエンザ対策として市のワクチン住民接種のシミュレーション研修を行い、市職員50名にインフルエンザワクチンを接種した。2020年から、病院職員に対して行っているワクチンで予防できる疾患

表2 あま市民病院におけるHP活動

	活動主体	活動対象	活動の場	期待される成果	活動実績
病院祭り	委員会	地域	院内	①⑤⑥	2019年,2023年度開催
ICT	診療	患者,地域,職員	院内外	①②③④⑤⑥	地域感染管理活動(ワクチン接種,教育指導活動)
ワクチンチーム	診療	地域,職員	院内外	①②③④⑤⑥	新型コロナワクチン住民および医療者接種事業
ACPチーム	診療	患者,地域	院内外	①②③⑤⑥	市民公開講座
RSTチーム	診療	患者,地域	院外	①②③⑤⑥	市民公開講座
糖尿病チーム/PJ	診療+PJ	患者,地域	院内外	①②③⑤⑥	市民公開講座,糖尿病教室,糖尿病性腎症予防など
DST/PJオレンジ	診療+PJ	患者,地域	院内外	①②③⑤⑥	市民公開講座
フレイル予防PJ	PJ	地域	院外	①②③⑤⑥	市のフレイル予防教室の企画と参加
職員健康増進PJ	PJ	職員	院内	①④⑥	健康啓発,イベント開催
ヘルプロPJ	PJ	地域	院外	①⑤⑥	秋の健康収穫祭などのイベント開催

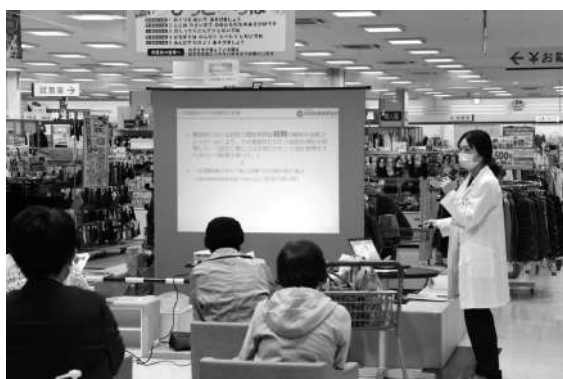


写真1 商業施設で行う糖尿病教室

に対する予防接種を市の病児保育スタッフや管轄消防組合の職員に広げた。院外COVID-19対策として、高齢者施設巡視サポートや医師会と連携したメール相談サポートに加えて、専門学校において感染対策指導講座を開催した。2022年度から公開の感染管理実践者研修を開催し、地域の老人福祉施設や歯科医院などの医療者を対象に実務研修を提供している。

(2) 糖尿病支援チーム/PJ

糖尿病支援チームの活動をより活発化する目的でPJ活動も行っている。患者と地域の住民を対象として、糖尿病教室や糖尿病性腎症予防を行うことで、糖尿病の合併症である腎症が透析療法に移行することを予防し、長期間における生活の質(QOL)を改善し、さらには医療費を削減することを目指している。例年世界糖尿病デーである11月14日に併せて糖尿病教室を開催しており、2019年は院内で市民公開講座として、COVID-19が流行した2020年はオンラインで開催した。2021年からは院外に出向き、スーパーマー

ケットの催事場で開催した(写真1)。海部歯科医師会や市の保健師を講師に招き、地域連携の実践にも貢献した。市民への情報発信および啓発に向けた活動として、地元新聞とケーブルテレビで発信された。市民と他地区の血糖値比較や歯周病アンケート調査も行い、病院と歯科医師会の情報収集の場にもなった。会場を提供していただいた商業施設の代表からも好意的な意見を頂き地域の企業との連携のひとつとなった。

(3) 新型コロナワクチン住民接種事業

2021年度新型コロナワクチン住民接種において、自治体と医師会、歯科医師会、薬剤師会と病院が連携してオンライン協議会を設置して企画運営に協力した。病院ではワクチンチームが活動主体であった。地域を対象とした事業であり、国が示した2021年7月30日までに7割の高齢者にワクチンを接種する目標に対して、県や全国に先立って達成した⁹⁾。住民は、被接種者やボランティアとして参加した。

3. PJによる活動

(1) フレイルPJ

地域住民を対象として栄養面・体力・社会面からフレイル予防に取り組んでいる、サロンなどの高齢者が集う場でフレイル予防教室を行政と連携して開催し、リハビリテーション療法士が講師として運動療法を指導している⁹⁾。計画から参画することで年度を追って発展しており、指導者育成を行い普及に努めている。住民にとっては、参加者としてだけでなく指導者としても参加する場となっている。今後は、成果を評価

することが課題である。

(2) 職員の健康増進PJ

職員の身体・精神機能だけでなく、業務パフォーマンスの向上を目的として活動している。具体的には、BMI(Body Mass Index)・血圧・平均睡眠時間を定期的に観察、サークル活動の推進、日常生活の中での運動量(エクササイズ数)等を掲示、職員食堂メニューのカロリー・炭水化物量・塩分量等表示、腰痛予防として患者様の移乗方法の指導や時間外労働時間適正把握などを行った。加えて、「職員の健康を守る!!」を目標として、ヨガやバドミントン等の運動や職種間の交流など、ストレス発散のため活動を行った⁹⁾。

(3) ヘルプロPJによる地元企業との連携事業

2022年、隣の津島市にある商業施設で、地域住民を対象とした「あま市民病院 秋の健康収穫祭」を開催した。協会のヘルスプロモーション研究センター、海部歯科医師会と津島保健所の保健師の協力を得て健康講話を行った。加えて、名古屋市バスケットボールチームであるファイティング・イーグルス名古屋と連携してバスケットボールを利用した健康体操指導を行った(写真2)。2023年には、隣の清須市の商業施設で行い、例年地元企業、自治体との連携関係が構築されてきた。



写真2 地元球団と連携して行う健康教室

対する期待は限られていたが、事例としては職員の健康増進PJが主体となって活動している。

⑤地域連携の強化では、複数のHP活動を通じて、市や保健所などの行政や医師会、歯科医師会との連携が促進された。加えて、地域を対象にする活動では、地元の商業施設や球団とも連携した活動が生まれている。この連携は年々密になっており、HPだけでなく、災害対策における連携へと発展した。また、フレイル予防教室やワクチン事業などでは、貴重な住民参加の場であった。⑥地域の健康指標の改善と医療費の削減は、全ての地域医療を担う全ての病院が最終的に目指すべきものと言える。フレイルPJでは、参加者の健康指標の改善を評価する仕組みに取り組んでいる。期間限定であるが、ワクチンチームの新型コロナワクチン接種率の向上は、健康指標における成果と呼べる。

考察

1. 病院が行うHP活動の意義について

当院の全てのHP活動は、中村の6つの意義の中の複数において期待がある(表2)。①組織的な取り組み(システム介入)の強化については、全ての活動主体が多職種協働のチームであった。②医療の質の向上、③患者のQOLの改善(重症化・合併症予防)については、本来業務の要素があり、診療チームから発展して行った活動が多かった。糖尿病支援チーム/PJは糖尿病診療に重点において医療の質の向上と患者の重症化予防の活動をしており、フレイルPJは運動療法の開発に取り組んだ。これらの活動は日々の診療の向上にも活用されている。④職員の健康保持に

2. HP活動に期待するもう一つの意義

HP活動には上記の6つに加えて、「医療人の学び」の意義を期待する。多くの医療者は知識やスキルを得たり、治療の効果を確認したり、患者から感謝されたりすることで自身の成長や医療への貢献を確認することによって学ぶ。時には、好ましくない結果から学ぶ。しかし、冒頭述べたように、長い医療人のキャリアの中で活躍するフィールドを病院内に固定してしまうことは、学びの場を限定することになりかねない。院外で、患者ではない住民を対象としたHP活動ができることは、医療人に新しい学びの場を提供する。

3. HP活動の課題

(1) 財務的貢献

HP活動を病院の中心業務のひとつとするためには、「住民が健康になることで医療機関が報われるしくみ」が必要である。1つは、診療報酬に予防を取り入れることである。診療報酬では、疾病を有する個人に対しての栄養や運動などの生活習慣へ指導や介入は治療の一環と評価されており、未病の個人に対する予防活動に対する評価はされない。例えば住民登録制を導入し、その健康指標の達成度に報酬を設けることができるかもしれない。自治体と連携して健康指標の改善を達成することで報酬を得る手法も検討される。もう1つは、健診や検診だけでなくその他のHP活動が収益性を持ち、診療報酬外の収益に貢献することである。保健事業の委託という手法も想定される。

(2) 評価のための達成目標と指標

HP活動を推進する中で、活動と成果を評価するための達成目標と指標の必要性が確認された。しかし、現状はアンケート等の定性的評価に留まっており、達成を定量できるようになることが望まれる。加えて、中村の⑥地域の健康指標の改善と医療費の削減は医療におけるアウトカム指標(Key Goal Indicator: KGI)であり、短期間で達成されるものではないことが多い。まずは短期間に成果を示すアウトプット指標Key Performance Indicator (KPI)を開発し、間接的にでもKGIに結び付ける必要がある。

(3) 診療業務とのバランス

診療業務とのバランスも課題である。委員会、診療チーム、PJのいずれのHP活動も業務の一環としている。つまり、活動時間が増加することは、通常の診療業務の時間が減少する。とりわけ、週末にHP活動を業務として扱う場合に、勤務日を調整する必要がある。HP活動に参加したいが、

勤務日数が調整において部門管理者や同僚の理解を得ることにハードルがあると聴く。全ての職員が行うわけでもない点も影響している。好ましいのは、HP活動の財務的貢献と業務としての妥当性を示すことであろう。現状では、事業としての収益性が乏しく、地域貢献や研修の期待割合が大きい。

結論

あま市民病院は、「健康」を理念やビジョンに組み込み、地域ヘルスプロモーション病院になるべく運営している。病院が行うHP活動は、多職種連携チームが活躍の場であり、地域連携も促進する。貴重な住民参加の場でもある。財務的貢献や活動の管理における課題においてさらなる取り組みが必要であるが、診療の枠を越えた医療者の学びと健全な職場への貢献を期待している。

参考文献

- 1) 中村正和:Health Promoting Hospital (HPH)としての取組み。2018。台東区立台東病院・老人保健施設千東地域連携の会。2月26日
- 2) 川畑輝子:病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査結果報告。月刊地域医学 2023; 37(1): 96-98.
- 3) 山田隆司:台東区立台東病院・老人保健施設千東のこれから。2018。台東区立台東病院・老人保健施設千東地域連携の会。2月26日。
- 4) 梅屋崇、荒井耕:新型コロナワクチン住民接種に有効であった診療圏連携BSCの1事例。日本医療マネジメント学会雑誌 2023; 24(1): 39-44.
- 5) 大橋大輔、奈田昇吾:地域住民へのフレイル予防の取組。月刊地域医学 2023; 37(1): 102-103.
- 6) 大橋大輔、石川直矢:職員への健康増進に対する取り組み。月刊地域医学 2023; 37(1): 107.
- 7) 香取一昭、大川恒:OST(オープン・スペース・テクノロジー)実践ガイド:人と組織の「アイデア実行力」を高める。東京、英治出版、2018。

プライマリ・ケアの現場からエビデンスを創出する —PBRN設立とこれまでの歩み—

君津市国保小櫃診療所管理者・JADECOM-PBRN代表 望月崇紘

抄録

この稿を読み始めたあなた、地域医療×研究に興味があるだろうか。でも、忙しくて地域医療をやりながら研究と両立するのは難しいと感じてないだろうか？

筆者も若手時代臨床医として日々の診療をするだけで精いっぱいだった。指導医からは「良い医師になるには研究もしなければいけない」とよく言われたが、忙しさを理由に研究を含む学術活動を極力遠ざけていた。そして研究を始めようと一歩を踏み出す後輩たちに妬みすら感じるときもあった。「良い医師は研究も」という指導医の言葉がずっと頭の片隅に引っかかっていて、ちょっとでも研究に関わる方法はないかと考えていた。

きっと同じような悩みを持ちながら地域医療をされている方も多いのではないかと思います。PBRNはそんな悩みを解決する一つの方法である。本稿ではPBRNとは何かを説明し、我々のJADECOM-PBRNの活動について紹介する。

PBRN概説

1. PBRNとは

PBRNとはPractice Based Research Networkの略で、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臨床研究のために組んだネットワークのこと(図1)。単施設による研究では症例数が少なくなってしまうが、多施設で行うことにより症例数が大きくなり、よりインパクトのある研究をすることができる。また、単施設だとその施設や地域による特性が大きく影響してしまうが、多施設でのデータを統合することで一般化しやすい研究とすることができる。ネットワーク化することにより症例数が増えて多様性が生まれる一方で、研究にかける労力を分担することもできる。

2. Practice basedの研究

(1) 地域全体を対象とした研究

図2は医学教育の現状を語る際によく用いられる。1,000人の人口がいたときに、何らかの症状を持つ人が862人、医療機関に相談する人が307人である。その中で救急外来を訪れる人は10人、入院する人はわずか7人、大学病院に受診する人もわずか6人である。全体の1,000人から比べるととても小さな枠になってくる。ところが、日本のみならず世界の多くにおいて医学教育は大学病院や高度専門医療機関で行われている。そして、研究についても同じことがいえる。多くの研究は大学病院や高度専門医療機関で行われるのが現状だ。

しかし、地域医療ではこの小さな枠の中ではなく、症状のない人も含めた1,000人全体を対象にすることになる。大学や高度医療機関など

特集



図1 PBRN とは

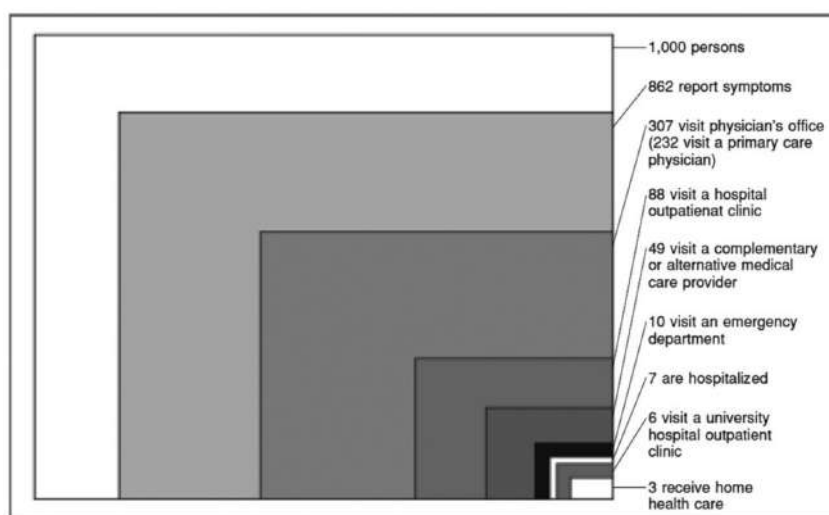


Fig. 1 Monthly prevalence estimates of symptoms and health care utilization in Japanese population
Each box does not necessarily represent a subgroup of the larger box, i.e., some values are overlapping.
The values are based on 1,000 persons.

The Ecology of Medical Care in Japan Revisited.
Takahashi O, Ohde S.
Value Health. 2014 Nov;17(7):A434. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.11
Epub 2014 Oct 26. No abstract available.

図2 一般人口 1,000 人あたりの医療機関利用状況

の特殊な環境ではなく、ありふれた臨床現場や地域社会を題材にする全体を見通した研究がPBRNでは行われる。

(2) 橋渡し研究

PBRNによる研究を説明するときに橋渡し研究(Translational Research)という概念が用いられることがある(図3)。

分子や組織での研究成果を動物に応用する: Translation to natural animal modelsする研究をT0.5研究と呼ぶ(そこまでを合わせてT0研究と呼ぶこともある)。次に、動物から正常な人体に応用する: Translation to humansする研究を

T1研究、さらに患者へと応用する: Translation to patientsする研究をT2研究と呼ぶ。一般的に研究というところのT0.5からT2までの研究を思い浮かべることが多いと思う。しかし、PBRNが扱う研究はその先である。どんなに良い検査方法や治療方法ができて、それを実際に使うのは現場の医療者たちだ。T2研究で患者に応用した知見を一般実臨床に応用する、あるいは橋渡しできているかを検証する: Translation to practiceする研究がT3研究となる。さらに、実臨床に行きわたった結果、地域全体、国全体で死亡率や経済的視点にどう影響しているかを検

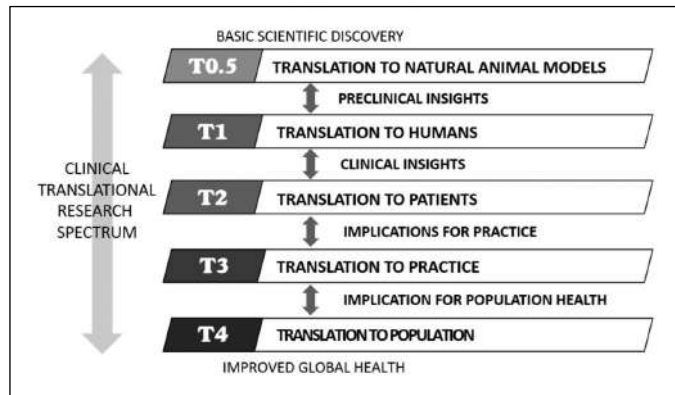


図3 橋渡し研究

証する：Translation to populationする研究がT4研究となる。

例えば、慢性心不全患者に β 遮断薬を使用すると予後が伸びるということを証明するまでがT2研究となる。しかし、臨床医がそのエビデンスを知り、実際に処方するかどうかはまた別になる。どの程度現場の医師が処方しているのか、処方行動に移していないとなると何が障壁になっているかなどを検証するのがT3研究となる。そして、その結果地域や国全体でどれくらい心不全による入院を減らしたり、医療費を削減できたりしているかを検証するのがT4研究になる。

また、大腸がん検診における便潜血検査を例にしてみると、わずかな血液でも検出することができるようして、精度の高い便潜血検査キットを開発するまでがT2研究である。しかし、どんなに優秀な検査キットを開発してもそれが使われなければ意味がない。どうやったらこのキットを使用して幅広い市民にスクリーニングを行えるかを考えるのがT3研究である。そしてその結果地域全体、国全体として大腸がんによる死亡を減らすことができるかなどを検証するのがT4研究となる。

一般的な研究は、高機能病院で専門科が行い、疾患が単純な方を対象に行われていることが多い。したがってDisease(≠Illness)、臓器、数値を対象とした研究が多い。そんな研究を元にしたエビデンスやガイドラインは必ずしも地域医療の現場では役立たないことがある。CKDガイドラインでeGFRが基準値になったら専門科

紹介と言われても、地域ごとに専門科へのアクセスが異なる。認知症初診患者に画像評価しようにも患者背景や地域の事情に大きく左右される。研究機関内の限られた世界ではなく、リアルワールドの現状を映し出すのがPBRNによる研究といえる。

3. PBRNの歴史

PBRNは1960年代にオランダ、カナダ、イギリスで生まれ、1970年代からアメリカでも出現し、家庭医療が一つの専門分野として確立するとともに急速に発達していった。初期のPBRNでは、よくみる症状や疾患(頭痛、胸痛、糖尿病手根管症候群など)についてのプライマリ・ケアの現場での遭遇頻度や診療実態をみる研究が主に行われていた(T3研究)。2000年以降、大規模な電子カルテ情報を統合したビッグデータを利用して、地域や国家レベルの医療経済や医療システムをみる研究など(T4研究)が増えてきている。

PBRNはアメリカの公的機関であるAHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)で登録が行われている。5施設以上、15人以上の医療者がいることが登録要件となっていて、現在は世界で200以上のPBRNが形成されている。

4. PBRN参加者のメリット

PBRNには大小さまざまな規模があるが、それぞれにおいて参加する医療者たちの研究への関わり方が若干変わってくる。



図4 JADECOM-PBRN

(1) 小さなPBRN

数施設から数十施設までの規模の小さなPBRNでは、現場の医療者から生じたクリニカルクエスチョンを研究するBottom-up型研究が中心となる。規模が小さいゆえに参加者個々の意見をくみ取りやすく、より研究に深く関わっている実感を得ることができる。また、PBRN内の会議や勉強会により、参加者同士が顔の見える関係を築いたり、最新知識を共に得る機会を持つことができたりする(後述のJADECOM-PBRNはこちらに該当する)。

(2) 大きなPBRN

複数のPBRNが連携して巨大なネットワークを構築したり、多国籍にわたる国際共同研究をしたりするPBRNなどが最近増えている。規模が大きいため現場の医療者ではなく、専門の臨床研究者、統計家が研究立案・遂行をするTop-down型研究が中心となる。米国では数億円規模の多額の助成金で行われる研究も珍しくなく、研究成果が大きなインパクトとなり医療政策へと反映されるケースもある。現場の医療者としては、研究を直接指揮することは少ないが、自分自身が研究のために割く手間は小さく、最小限の労力で研究に関わっている実感を得られる。

5. ヘルスプロモーション、質改善にPBRN

ここまでPBRNの特徴を述べてきたが、PBRNが本特集である『地域医療におけるヘルスプロモーションと質改善』に取り組むにあたり大変親和性が高いということが容易にお分かりいただけると思う。PBRNでは今健康な人も含めた全てを現場に近いところで研究対象とするため、リアルなヘルスプロモーション活動を実践・描出することができる。また、複数のプ

イマリ・ケア医療機関を比較しながら行う質改善活動(39頁「プライマリ・ケアの診療の質の改善を目指したQI活動」参照)についてもPBRNが恰好の場となる。

JADECOM-PBRN

1. JADECOM-PBRN発足

地域医療振興協会(JADECOM)では医療施設運営事業、医師派遣・診療支援事業、医師研修事業を3本柱の事業として、基幹型臨床教育病院や地域中核病院に加え、約50施設ほどの地域診療所を運営している。しかしこれまで多施設が連携した臨床研究は行われてきていなかった。公益社団法人として、地域医療を促進していく組織として、地域の現場から臨床研究データを発信していく責務がある。2018年6月、我々は多施設が連携して臨床研究をするネットワークとしてJADECOM-PBRNを発足させた(図4)。

2. オレゴン健康科学大学家庭医療学科との交流

JADECOMは米国でも有名な家庭医研修プログラムを有するオレゴン健康科学大学(OHSU)と20年来の相互交流をしている。その交流をさらに発展させるため2017年JADECOM寄付講座を開設、山下大輔医師が担当教授として就任した。その寄付講座のもと、年単位でのフェロー留学プログラムが開始され、筆者である望月が初代OHSU研究フェローとして渡米、PBRN運営について学びJADECOM-PBRN設立に至った。そして、その後もフェロー留学プログラムは継続しており、2019～2021年西村正大医師、2022～2023年佐々木航医師、2023年から井上博人医師が留学している。

JADECOM-PBRN運営体制

全国のJADECOM診療所職員：多様な研究フィールド

現フェロー・ポストフェロー：研究責任者、PBRN運営責任者

地域医療研究所事務員：事務手続き、IT関連業務

研究アドバイザー：



ヘルスプロモーション研究センター
センター長 中村 正和 先生



OHSU DFM
教授 山下大輔先生

- ・ JADECOM-PBRN Meeting：毎月第2火曜日オンライン会議を開催。研究計画はもちろん、新型コロナ情報や医事算定変更など診療所ネットワークとして情報交換。
- ・ JADECOM-PBRN Convocation：年1回Face to Faceの全体集会。研究成果の報告。
- ・ Site Visit：PBRNコアメンバーが現地施設を訪問し御用聞き。

図5 JADECOM-PBRN 運営体制

3. 運営体制

現・元OHSU研究フェローを中心にPBRNを運営し、筆頭研究者としてそれぞれ研究指揮している。そして、ヘルスプロモーション研究センター中村正和センター長、OHSU山下大輔先生、OHSU家庭医療学科の研究者らが研究アドバイザーとして、地域医療研究所事務員が研究補助者として、研究活動を支援してくれている(図5)。

上記コアメンバーらがJADECOM診療所職員を招いて毎月オンライン会議を開催し、研究のブレインストーミング、進捗相談を実施、年1回対面での全体会議で活動報告を行っている。また、コアメンバーが各診療所に現地訪問を行い、研究のみならず診療所同士の困りごとを共有してネットワーク強化に努めている。

地域医療の最前線で診療をしている方々にとって研究へのモチベーションはそれぞれ異なってくる。JADECOM-PBRNでは、研究フィールドの提供から研究会議参加、研究指揮まで、現場の医療者の方々それぞれのニーズや希望に合わせて研究に関与してもらっている。

4. 主な研究活動

JADECOM-PBRN発足時のアンケートで参加する医師から研究テーマの投票を行い、1位がACP(Advance Care Planning)について、2位

がベンゾジアゼピン乱用についてであり、それらを中心に研究活動を始めている。

(1) ACP実装研究

プライマリ・ケア外来においていかにACPを実践するかの実装研究を行っている。これまで英語論文出版(JGFM)、書籍発行(サイオ出版)、医療教育動画出演(ケアネットTV)をしている。

Mochizuki T, Yamashita D, Miura C, Nakamura M, Izumi SS: Feasibility and acceptability of advance care planning facilitated by nonphysician clinicians in Japanese primary care:

Implementation pilot study. J Gen Fam Med 2022; 24(1): 30-37. doi: 10.1002/jgf2.586. PMID: 36605916; PMCID: PMC9808147.



望月崇紘:いつ誰がどうやって 地域で実践するためのアドバンスケアプランニング. サイオ出版, 2021.



望月崇紘:Dr.もっちーのアドバンス・ケア・プランニング実践術. Care NeTV, 2023.



(2) 診療の質改善活動

電子カルテネットワーク(JCHIN)を構築し、それをもとにしてベンゾジアゼピン処方減薬、糖尿病診療の質改善、ポリファーマシー改善などの活動を行っている。

(3) へき地医師経験調査

へき地医療機関において継続的に医師が働き続けるための要因を探索する研究を実施している。

(4) 学術活動支援

JADECOM総合診療専門研修プログラム「地域医療のススメ」の専攻医への学術活動支援を行っている。

西村医師執筆の論文が月刊地域医学, BMC Primary Careに掲載。

西村正大, 西岡大輔, 伊藤友里, 他: 地域診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に関する質改善活動のための診療監査とコーチングの効果. 月刊地域医学 2024; 38(2): 158-163.

Nishimura M, Teo AR, Mochizuki T, Fujiwara N, Nakamura M, Yamashita D. Feasibility and perceptions of a benzodiazepine deprescribing quality improvement initiative for primary care providers in Japan. BMC Prim Care 2024;25(1):35.



5. 今後

地域医療の現場を世界に発信しようとJADECOM-PBRN発足から5年, **地域医療×研究**という形ができつつある。今後はさらに仲間を増やして活動の幅を広げ, 地域医療研究のトップランナーになれるよう頑張っていきたい。地域医療をやりながら研究に関わることに興味ある方, JADECOM-PBRNのホームページからぜひ連絡いただきたい。

JADECOM-PBRN ホームページ



プライマリ・ケアの 診療の質の改善を目指したQI活動

地域医療研究所/奈良市立都祁診療所 管理者兼所長 西村正大

抄録

医療の質改善 (Quality Improvement: QI) とは, “健康に資する専門医療を持続可能な対価で患者と社会が公平に享受できるように, 体系的に改善し標準化しようとする枠組み” である. 米国では政策や社会的土壌を背景に, 近年, プライマリ・ケア領域のQI活動が発展している. 本邦のQI活動は病院を中心に行われており, プライマリ・ケア領域の取り組みは少ない. 我々は, Practice Based Research Network (PBRN) と電子カルテのデータ収集体制 JADECOR Community Health Information Network (JCHIN) を基盤としたQIの実装を試みている. 今後, 国, 組織, 個人レベルで取り組むべき活動だと考える.

医療の質改善

1950年代に産業界で生まれ発展した“業務における質改善”という領域が医療に応用されたものが“医療の質改善: Quality Improvement (QI) of Healthcare”と呼ばれる領域である. 医療の質は「個人や集団に対する医療サービスが, 望ましい健康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い」¹⁾とされ, 医療の質改善は「医療ケアのばらつきを減らしアウトカムを改善するために, 体系的にプロセスと構造を標準化しようとする枠組み」²⁾と定義されている.

QIの対象

1. STEEEP

2001年にInstitute of Medicineの報告書で紹介されたもので, Safe(安全であること), Timeliness(タイムリーであること), Effective

(効果的であること), Efficient(効率的であること), Equity(公平であること), Patient-centeredness(患者中心であること)の6領域(STEEEP)である¹⁾. 一見, 当たり前のスローガンのように思えるが, 現場経験が長い医療者ほど, そして, 真摯な医療者ほど「無駄な業務を見つけ減らすことの難しさ」「真に患者中心であることとは何か」など, 一つ一つの言葉の重さに気づくであろう.

2. Triple ⇒ Quadruple ⇒ Quintuple Aim (図1)

商売に長けていた近江商人の経営方針を表すものとして, 「三方良し: 良い商売とは, 売り手よし, 買い手よし, 世間よしの三つが全て満足の行く商売である」という言葉がある³⁾が, これと同じ概念を, 米国のQIの権威であるBerwickが2008年にTriple Aim⁴⁾(①集団の健康アウトカム ②患者個人の経験 ③医療コスト)という言葉で表現している. しかしながら, これらを現場

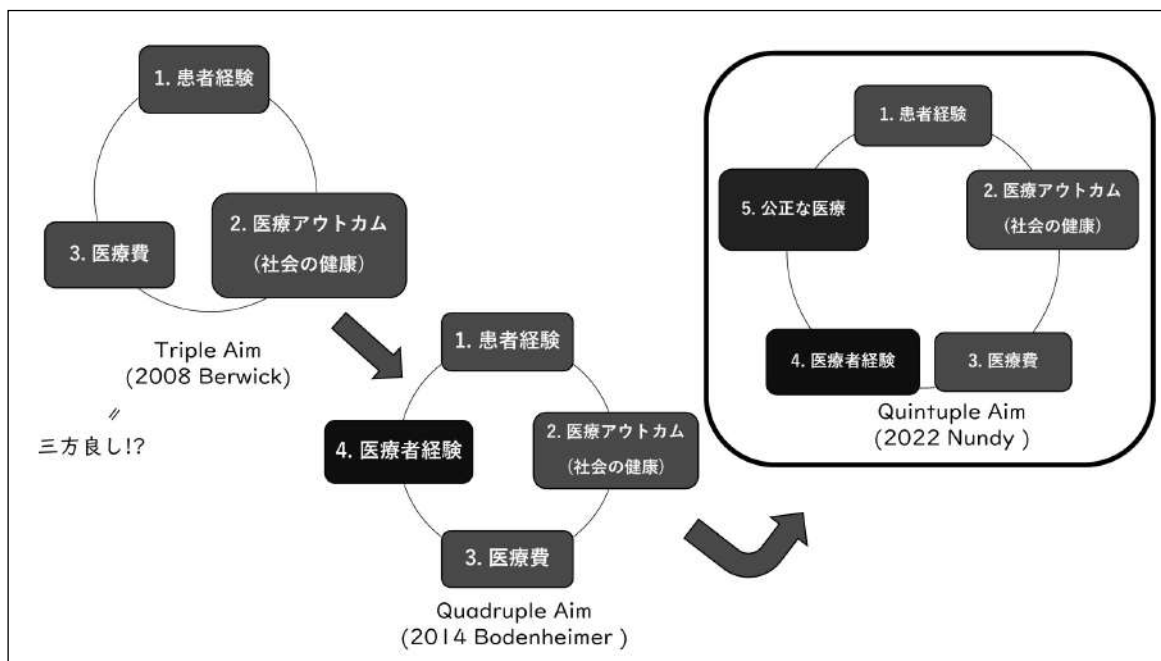


図1 Triple / Quadruple / Quintuple Aim

に求めすぎた結果、医療者の燃え尽き症候群が問題となってきた⁵⁾。それを受けて、2014年、第4の改善対象領域として④医療者の満足度を追加することが提唱された(Quadruple Aim)⁶⁾。さらに、近年の格差社会の文脈から、2022年には第5の領域として⑤公正医療の提供の追加が提唱されている(Quintuple Aim)⁷⁾。これらの領域は、トレードオフの関係になることもあり(例：患者満足度のために待ち時間を減らすためには回転率を上げなければならないが、職員の疲弊を防ぐためには職員を増やさなければならず、最終的に医療費が上がってしまう)、現実的に全てを満足させることは至難の技である。それでも、これらの要素を“バランスよく改善させる”ことが持続可能で質の高い医療の提供のためのコツであるというメッセージが込められている。

3. Donabedian model⁸⁾

Donabedianは、評価対象を構造指標、プロセス指標、アウトカム指標の3ステップで分類した。構造指標の例は、病床数、医師数、委員会専任者数などで、診療報酬制度でもしばしば採用されている。プロセス指標の例は、かかりつ

け患者の喫煙率、糖尿病患者に対する眼底スクリーニング実施率など、中間アウトカムのようなものである。アウトカム指標は、患者満足度、死亡率、QOLなど、患者の健康に直結する指標である。上のステップになるほど重要で真に目標とすべき指標と言えるが、測定が難しくなる(実行可能性が低い)。一方、構造指標は、収集しやすい(実行可能性が高い)ものの、真のアウトカムと関連しているかどうかが不明なまま用いられていることも多い。なお、日本をはじめ世界的に多くの国が、今でも主に構造指標を医療制度の中で使用していると言われている。後述のように、一部の欧米ではプロセス指標が収集される体制が構築されており、日本はそれを追いかけているような段階と言える。

QIの手法

前述の定義に基づくと、QIにはさまざまな活動が包括される。例えば、医師を対象とした勉強会、患者への受診勧奨、人員増員ですら、広い意味でQI活動に含まれる⁹⁾。TQM(Total Quality Management)¹⁰⁾などは、企業が用いる組織的ぐるみのQIパッケージである。これらを

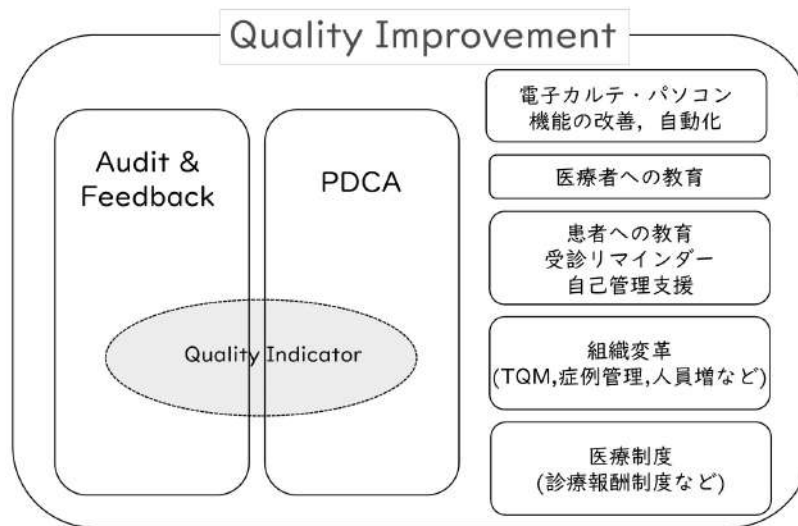


図2 Quality Improvement と Quality Indicator の関係
〔文献 9〕を参考に筆者作成〕

広義のQIとすると、狭義のQIはPDCAサイクルとAudit & Feedback(診療監査とフィードバック)¹¹⁾といえるかもしれない。PDCA(PDSAともいう)サイクルとはPlan(計画)、Do(実行)、Check(評価)/Study(学習)、Act(改善)を何度も繰り返し行う過程で継続的な改善を積み重ねるという考え¹²⁾で、Audit & Feedback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シンプルな手法である¹³⁾。いずれも個人や小グループでも実行可能なので、QIの手法として始めやすい。Audit & FeedbackやPDCAのCheckのために収集する測定項目のことをQuality Indicatorという。このQuality IndicatorがQIと略されることもあり、まるでQI=Quality Indicator=指標を測定/公表すること、というイメージを持たれることがある。あくまでも、Quality Improvementが上位の概念で、その手法であるAudit & FeedbackやPDCAを行うためにQuality Indicatorを測定しているという理解が重要だと私は考えている(図2)。

プライマリ・ケアとQI

組織的に計画的に行うことが前提のQIは、やはり人と予算に余力のある病院の方が取り組みやすく、医療におけるQIは日米を問わず病院で

先行している。しかし近年、世界的にはプライマリ・ケアにおけるQIが注目されてきている。Organization for Economic Co-operation and Development(OECD)は、加盟国の医療の質改善を目的としたHealth Care Quality Indicator(HCQI)プロジェクトの中で、急性期医療とともに、一次予防、慢性期医療、終末期医療もQIの対象領域であることを示している¹⁴⁾。このHCQIは、各国の医療のパフォーマンスを国ごとに分かりやすく比較したサイトを公表している¹⁵⁾。

米国の現状

米国では1950年代より長らく病院を中心としたQI活動が行われてきた。1990年代、研究機関であるAHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)¹⁶⁾、質指標の作成機関であるNQF(National Quality Forum¹⁷⁾)、教育機関であるIHI(Institute for Healthcare Improvement)¹⁸⁾という第三者機関が設立され、医療費の抑制という政治的目的も伴い、国を挙げた体制が構築された。例えば、2009年のHITECH法(Health Information Technology for Economic and Clinical Health)は、医療情報の抽出が効率的に可能な電子カルテの導入にあたって医師や医療機関を対象にした高額なインセンティブ制度(医師4～6万ドル、医療機関200～630万ドル

表1 米国でプライマリ・ケアにおけるQIが日本より先行している理由

要因	その理由
市場化された医療	医療費の高騰が著しく、抑制の動機付けが強い。 試行錯誤・イノベーションが生まれ易い土壌。
激しい格差社会	公正を求める声、動機が強い。
合理的思考	QIは論理性、科学的思考との親和性が強い。
IT社会	西海岸を中心とした世界的IT産業の牽引でいち早くIT社会への転換に成功。
人口構成	移民による人口流入が続いており、今のところ高齢化率は低い。IT化を実装しやすい社会。
政治的リーダーシップ (法整備、政治、予算)	2000年代にQIが進展する法律が順調に整備された。 元々、学術(教育、研究)や投資への予算配分が大い。
確立した家庭医療	英国、カナダで発達した家庭医療の影響を受け、国内である程度のプライマリ・ケアの地位が確立し、＝学術的基盤が整っている。

相当)¹⁹⁾で、後のQI環境に大きく貢献した。2010年のAffordable Care Actは、日本の報道では無保険者の削減に焦点が当てられていたが、実は、質評価と改善システムによる医療費の削減という政策が多く含まれていた²⁰⁾。2017年にはQuality Payment Program²¹⁾というQI制度が始まり、日常医療の一部としてQI活動が行われる段階に至っている。例えば、OHSU(Oregon Health and Science University)の診療所では、血圧のコントロール率、再入院率、患者満足度などが、施設単位、医師単位で定期的に測定・公開されている。また、診療所の中に看護師などのQI専任担当者がいて、チームでQIに取り組む文化が根付いている。米国のプライマリ・ケアでQIが日本より先行している理由として、市場化された医療、激しい格差社会、合理的思考、IT社会、人口構成、政治的リーダーシップ、確立した家庭医療を挙げる(表1)。

日本の現状

日本の医療は世界でトップクラスだというイメージがあるかもしれない。確かに国民の平均寿命(OECD48カ国中第1位)²²⁾や、回避可能な原因による死亡率(同45カ国中第2位)²³⁾など、いくつかの指標において優れている点がある。

しかしながら、例えば、CTおよびMRIの保有台数は人口比で世界で群を抜いて高い(同40カ国中第1位)²²⁾、医師への受診回数が先進国の中では突出して多い(同39カ国中第2位)²²⁾、「医師が診療に十分時間を割いた」と回答した患者の割合も少ない(同19カ国中第19位)²²⁾など、生産性に関しての課題が多い。OECDの報告書では、日本のシステムレベルでの医療の評価活動はOECD諸国と比べて非常に少なく、データそのものが存在しないことが課題に挙げられている²³⁾。日本病院会は2010年に「医療の質の評価・公表等推進事業(現在は“日本病院会QIプロジェクト”として継続)」²⁴⁾、厚生労働省は2019年に「医療の質向上のための体制整備事業」²⁵⁾をそれぞれ開始しており、日本でも医療のQI活動が注目されつつある。しかし、プライマリ・ケア領域には及んでいない。青木らは、課題として共通指標の欠如、第三者評価制度の欠如、教育機会の不足、電子カルテの普及率と質評価における利便性の問題を挙げている²⁶⁾。

JADECOM-PBRN × JCHIN = プライマリ・ケアQI

Oregon Community Health Information Network(OCHIN)²⁷⁾は、電子カルテデータから

大量のデータを効率よく収集しQI活動と臨床研究に活かすというビジネスモデルで2010年代に急成長した米国Oregon州のベンチャー企業である。我々はOCHINを参考にJADECOM Community Health Information Network (JCHIN)という名前のプロジェクトを2020年に開始した。参加に同意したJADECOM-PBRN診療所のレセプトデータを、匿名化を担保した状態で定期的に収集し、診療指標を見える化し、現場にフィードバックするというシステム構築を目指している。現時点で、①ベンゾジアゼピン系薬剤関連指標、②糖尿病関連指標、③ポリファーマシー関連指標を採用している。見える化にあたっては、汎用ソフトを活用し、活動の低コスト化と自動化を試みている。

前述のように、米国におけるQIではその有効性や導入にあたっての学びを学術的に評価し一般化する試みも盛んに行われている。2002年に設立されたOregon Rural Practice Research Network (ORPRN)は、369の診療所を結ぶ大規模なオレゴン州の診療所研究ネットワークで、多数のQIの実装研究が行われている²⁸⁾。ORPRNをモデルとして、JADECOMではPBRN診療所とJCHINデータを用いたQI実装研究にチャレンジしている。1つ目は、ベンゾジアゼピン系薬剤のQI活動を題材としてプライマリ・ケアにおけるQI活動の実行可能性と教育介入の内容別(診療監査のみ、診療監査とコーチング)の効果を調べた研究である。9ヵ月間の介入の前後で、診療監査によるベンゾジアゼピン系薬剤の使用に減少が認められた(薬剤の使用患者割合: -0.62%, $p=0.06$, 診療所患者数ごとの薬剤の平均使用量: -0.32錠, $p=0.03$)²⁹⁾。コーチングによる指標減少には有意差は認められなかったものの、介入後に参加医師に行ったインタビューの質的分析によると、良いデザインとチーム活動は課題だが、QI活動、特にコーチングは、地域の診療所医師にとって学術的な興味深さがあり実装可能な活動であるという前向きな意見が得られた³⁰⁾。それを受けて、現在では2つ目の実装研究として糖尿病関連指標($HbA1c>9.0\%$, 血圧, $LDL\text{-}Cho>140\text{mmHg}$, 喫煙率)のQI活動

を実施している。

課題と提言

第一の課題はデータ抽出体制の構築である。日本の診療所の電子カルテデータの抽出機能は未発達で、また、メーカー間の抽出過程に多様性が大きく、多くの煩雑な手作業が必要なことから実装のハードルは高い。第二の課題は外部QIチームの持続可能性である。研究ベースで行う期間は一定の時間と予算を割くことができるが、業務としての継続が現実的かどうかは課題だ。第三の課題は一般化の問題である。小規模事業者が大半を占め、かつ、さまざまなステークホルダーが確立している日本のプライマリ・ケアにおけるQI文化の受け入れと定着には、欧米とは異なる独自の仕組みや試行錯誤が必要だろう。

これらに対し3つの提言をしたい。1つ目は国のイニシアチブである。経済的インセンティブは繊細な問題であり、実際、導入されている欧米では必ずしも評判は良くない³¹⁾。国のビジョン、臨床医と電子カルテメーカーとの対話、生涯学習と学術活動をベースにした普及が有効だと私は考える。2つ目は組織レベルでの取り組みである。JADECOMのような医療法人や地区医師会がQI委員会を設置し、一定の診療所群に対して外部から診療所QIをサポートする体制が望ましい。3つ目は医療者の姿勢である。制度上閉鎖的になりやすい日本の診療所医療の弱点を自覚し、自身の診療の質に真摯に向き合う態度を常に保ちたい。QIという概念を通じ、地域医療における診療の質が改善していくことを願っている。

参考文献

- 1) Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington(DC), National Academies Press(US), 2001.
- 2) Does improving quality save money? A review of the evidence of which improvements to quality reduce costs to

- health service providers. London, Health Foundation, 2009.
- 3) <https://www.itochu.co.jp/ja/about/history/oumi.html> (accessed 2024 Jan 30)
 - 4) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J: The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27(3): 759-769.
 - 5) <https://www.ahrq.gov/prevention/clinician/ahrq-works/burnout/index.html> (accessed 2024 Jan 30)
 - 6) Bodenheimer T, Sinsky C: From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014; 12(6): 573-576.
 - 7) Nundy S, Cooper LA, Mate KS: The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA* 2022; 327(6): 521-522.
 - 8) Gregory B, Kaprielian VS, Velazquez MS: "The Evolution of Quality and Safety in Health care". Patient safety ed.duhs.duke.edu. Retrieved 2016-11-21.
 - 9) Hughes RG: Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Table 1, [Taxonomy of Quality Improvement Strategies With Examples of Substrategies]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2682/table/ch44.t1/> (accessed 2024 Jan 30)
 - 10) 日本医療・病院管理学会ホームページ. <https://www.jsha.gr.jp/> (accessed 2024 Jan 30)
 - 11) Burgess R(ed): New Principles of Best Practice in Clinical Audit. 2nd ed Radcliffe Publishing Limited, 2011.
 - 12) Lemire S, Christie CA, Inkelas M: The methods and tools of improvement science. In C. A. Christie, M. Inkelas & S. Lemire (Eds.), *Improvement Science in Evaluation: Methods and Uses. New Directions for Evaluation*, 153, 23-33, 2017.
 - 13) Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al: Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13(6): CD000259.
 - 14) 公益財団法人日本医療機能評価機構医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～第一版.
 - 15) <https://www.oecd.org/health/health-care-quality-outcomes-indicators.htm> (accessed 2024 Jan 30)
 - 16) <https://www.ahrq.gov/> (accessed 2024 Jan 30)
 - 17) <https://www.qualityforum.org/Home.aspx> (accessed 2024 Jan 30)
 - 18) <https://www.ihl.org/> (accessed 2024 Jan 30)
 - 19) 八山幸司:米国における医療ITと関連分野における取り組みの現状、医療ITの技術と市場 2014, 1-22.
 - 20) Reineck LA, Kahn JM: Quality measurement in the Affordable Care Act: a reaffirmed commitment to value in healthcare. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187(10): 1038-1039.
 - 21) <https://blog.eclinicalworks.com/macra/mips-whats-new-for-2019> (accessed 2024 Jan 30)
 - 22) OECD: Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023.
 - 23) OECD: OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards. 2015.
 - 24) <https://www.hospital.or.jp/qipro/qiproject/> (accessed 2024 Jan 30)
 - 25) Japan Council for Quality Health Care Website. <https://jcqhc.or.jp/> (accessed 2024 Jan 30)
 - 26) 青木拓也, 田口空一郎:プライマリ・ケア施設の第三者評価:諸外国の現状と我が国への示唆, 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2018; 41(4): 179-183.
 - 27) <https://ochin.org/> (accessed 2024 Jan 30)
 - 28) <https://www.ohsu.edu/oregon-rural-practice-based-research-network> (accessed 2024 Jan 30)
 - 29) 西村正大, 西岡大輔, 伊藤ゆり, 他:地域診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に関する質改善活動のための診療監査とコーチングの効果. 月刊地域医学 2024; 38(2): 158-163.
 - 30) Nishimura M, Teo AR, Mochizuki T, et al: Feasibility and perceptions of a benzodiazepine deprescribing quality improvement initiative for primary care providers in Japan. *BMC Primary Care* 2024; 25: 35.
 - 31) Martin B, Jones J, Miller M, et al: Health Care Professionals' Perceptions of Pay-for-Performance in Practice: A Qualitative Meta-synthesis. *Inquiry* 2020; 57: 46958020917491.

患者の人生に寄り添う アドバンス・ケア・プランニング —社会実装のためのチームビルディング—

地域医療振興協会 地域看護介護部 次長 三浦稚郁子

抄録

地域の診療所や小・中規模病院のプライマリ・ケア外来では、患者の人生に寄り添う Advance Care Planning: ACP相談を実施することは重要であるが、個人の意識や取り組みだけでは困難であり、組織的に多職種で取り組むことが必要である。そこで、医師、看護師、作業療法士、管理栄養士などの多職種で研修チームを編成し、継続してACP相談が実施できるACP相談チームを養成することを目的に研修を開始した。本研修は、単に知識を得るだけの研修ではなく、実践と振り返りによる学びを繰り返しながら、研修を通してチームビルディングを行うことにより、チーム全体で継続してACP相談ができることを目指したものである。

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング(ACP: Advance Care Planning)、厚労省は「人生会議」として、その普及・啓発活動に取り組んでいる。地域医療振興協会(以下、当協会)は、2024年1月現在、病院や介護老人保健施設、診療所など85施設を運営しているが、多くは高齢化が進む医療過疎地域にあり、地域住民は独居高齢者も多く、もしものときのために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み¹⁾である「人生会議」を普及することは急務である。そこで、当協会の地域の診療所やプライマリ・ケア外来をもつ病院、施設などが継続してACP相談が実施できるようにすることを目的に、当協会のJADECOM-PBRN(Practice Based Research Network)の代表である望月崇紘医師と当協会の地域看護介護部が協働して、

看護師、作業療法士、管理栄養士など10名前後で、企画・協力員を構成し、2020年よりACP相談員を養成するための研修を開始した。本研修は、単に座学により知識を獲得するだけの研修ではなく、実践と振り返りによる学びを繰り返しながら、企画・協力員がチームやチームメンバーの状況を評価して適切にサポートすることにより、患者の人生に寄り添うACP相談が実施できるよう多職種チームを養成することを目的としている。そのため、研修を通してチームビルディングを行うことが重要なポイントである。本研修は2020年から開始し、現在1期生12チーム、2期生12チームが卒業しているので、その取り組みについて紹介する。

患者の人生に寄り添うACP相談

患者の人生に寄り添うACP相談とは、「終末期における治療やケアの相談にとどまるのではな

表1 職種別参加人数

職種	1期生 人数	2期生 人数	職種	1期生 人数	2期生 人数
医師	18	15	ソーシャルワーカー	2	
看護師	61	51	ケアマネージャー	3	3
介護福祉士	5	8	社会福祉士	4	3
介護士	2	2	栄養士		5
薬剤師	3	8	准看護師	2	
理学療法士	5	7	事務職	7	11
作業療法士	3	5			

く、その話し合いを通じて、患者や家族との信頼関係を構築し、患者や家族の価値観に寄り添いながら、医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送れるよう、専門的な支援をするプロセスである」。

研修を開催する前に、地域の診療所やプライマリ・ケア外来でなぜACP相談を実施するのかについて検討し、当協会の目指すACP相談について、上記のように定義した。厚労省が推進する「人生会議」では、前述したように、「もしものときのために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み」としている。その他さまざまな学会や団体が定義を示しているが、それらも考慮しながら、地域の診療所やプライマリ・ケア外来では、単にどのような最期を迎えたいか、どんなケアを受けたいかを共有するだけではなく、患者の人生や価値観に寄り添いながら、最期までその人らしく生きるために、医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送ることができるように、専門的な支援をすべきと考えて、このような定義とした。

研修の内容

研修名、研修目的、対象者、応募要件と、実施方法は以下のようにした。

- 1) 研修名: ACP相談チーム養成研修
- 2) 研修目的: 地域の特性や施設の実態を踏まえて、地域に必要なACPを普及させるための施設内チームの養成を行う

3) 対象者: 地域医療振興協会に所属する診療所および小・中規模病院のプライマリ・ケア診療等に関わる職員

4) 応募要件: 施設内で多職種チームを編成して参加すること(多職種とは、医師、看護職、リハ職、介護職、ケアワーカー、事務職など、施設に所属する多職種)

5) 実施方法: Microsoft Teamsによる4回のオンライン研修

研修名を「ACP相談チーム養成研修」とし、応募要件に多職種チームの編成を入れたのは、診療所や小・中規模病院でACPを普及させていくためには、個人の意識や取り組みだけでは困難であり、組織的に多職種で取り組むことが重要であると考えたからである。実施方法をオンライン研修としたのは、新型コロナウイルス感染症(COVID-19: COroNaVirus Infectious Disease, emerged in 2019)が猛威を振るっている時期の開催であり、集合することが困難であったからである。研修回数を4回としたのは、1回目にACPに対する理解を深めるとともに、ACP相談のシミュレーショントレーニングを実施し、その体験をもとに研修後に実践をしてみる。2回目、3回目は取り組み結果を発表しながら意見交換を行い、多方面からサポート受けながら、自分たちの施設に合ったACP相談システムを作り上げていく方法としたからである。

そして、4回目研修では、全チームがこれまでの取り組み内容を発表し、研修後も継続するよう定着化を図った。

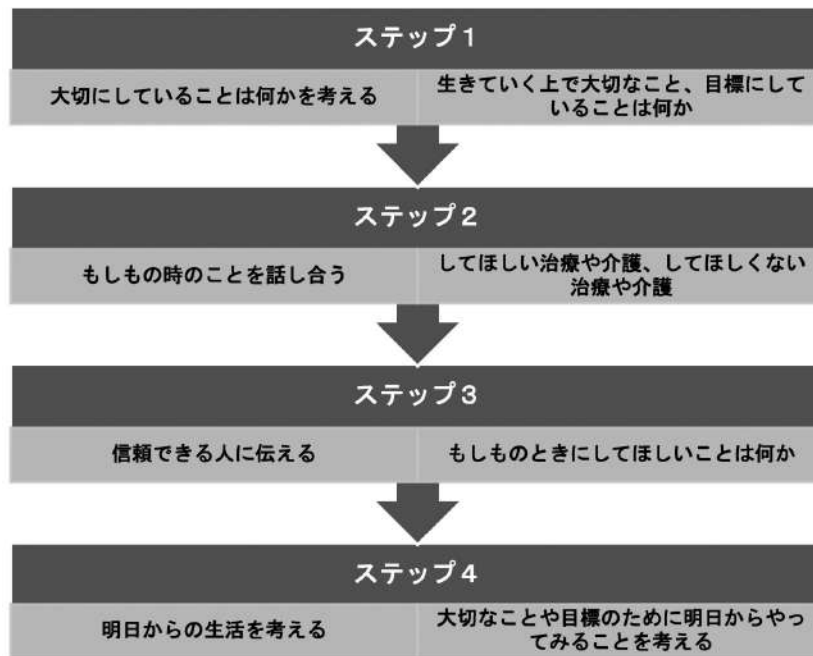


図1 ACP リレーシート4つのステップ

研修の実際

ACP相談チーム養成研修に対して、予想以上の反響があり、1期生は単独診療所や、老健複合施設、病院などの12施設115名、2期生も同様に、16施設118名が参加した。職種の詳細は表1に示す通りである。

1. 1回目研修の実際

ACPに関する理解を深めるための座学を行い、実際に実施している4施設が実施方法などを紹介した。その後、模擬相談会のシミュレーショントレーニングとして、チーム内で役割分担し、ロールプレイを実施した(資料1)。

<ロールプレイの実際>

チームごとに参加者全員が患者役を行えるように役割交代することとした。あらかじめ簡単な患者設定を提示するとともに、チームで独自に設定してもよいとした。また、講義を聞いただけでは、ACP相談を展開するのは難しいと考えJADECOM-PBRN代表である望月医師が地域の診療所でACP相談を導入するために、コメディカルスタッフによるACP相談が可能かどうかという研究を行った際に作成した「ACPリレーシート」に沿って実施することとした。

資料1 1回目研修の内容

目的: ACPに関する理解を深めるとともに、必要性を認識し、自分たちの地域で普及させたいという動機付けを行う。 ACPに関する知識や認識の向上 実践に役立つ情報の共有 チームビルディング チーム間の交流
内容 ①本研修会の目的の説明 ②講義: ACPとは何か、なぜ必要か ③やってみようACP相談 チーム内でシミュレーショントレーニング ④4施設の取組み紹介 ⑤チームに分かれて話し合い 自施設の地域の特徴に合わせたACPの在り方や導入方法を考える どんな患者さんに実施すべきか どういう方法で実施すべきか チーム内の情報共有はどのようにするか 定期的な話し合いなどはどうするか など 次回の研修会までに何例か実践してみる。 ※施設ごとに相談担当者を決め、支援していく。 研修前個人アンケート

ACPリレーシートは、4つのステップで患者の思いを確認していく仕組みになっている(図1)。ステップ1で「大切にしていることは

資料2

問1	ACPは重要である。
問2	ACPの実施に自信がある。
問3	自分により結果をもたらすと思う。
問4	所属施設により結果をもたらすと思う。
問5	患者さんにより結果をもたらすと思う。
問6	地域により結果をもたらすと思う。
問7	目的はチーム内共有できていると思う。
問8	目的共有のために自分は適切に行動していると思う。
問9	情報共有・伝達には満足している。
問10	情報共有・伝達に自分は適切に行動している。
問11	チーム内の意見交換や話し合いは自由に行えていると思う。
問12	自分の意見は、尊重されていると思う。
問13	メンバーの意見は、尊重されていると思う。
問14	チームの活動に貢献していると思う。
問15	意思決定プロセスには満足している。
問16	目的達成のために協働して活動していると思う。

何か」を考えてもらい、ステップ2で「もしもの時のことを話し合い」、ステップ3でその内容を「信頼できる人に伝えましょう」と話す。最後のステップ4は、一緒に「明日からの生活を考え」医療者としてできる支援を行うというものであり、このステップ4は、他にはあまり見られない内容であるが、地域の診療所やプライマリ・ケア外来が患者の人生に寄り添うACP相談をするためには必要な内容である。また、医師以外の医療従事者が、このようなACP相談をすることには困難感もあると考え、リレーシートのガイドも作成した。

模擬相談を体験した後、自施設の地域の特徴に合わせたACPの在り方や導入方法をグループで検討し、次の研修会までに何例か実践してみることにした。

また、1回目研修参加前に、個人の評価として、ACPに関する期待、チーム活動に対する評価、ACPやチーム活動における自己効力感など、独自に作成した16項目を10点(10点:非常にそう思う)で評価してもらい、研修中期、後期にも同様に実施した(資料2)。

資料3 2回目研修の内容

目的：各施設のACP相談の方法を確認し、問題点の把握、改善策の検討を行ない、本実施ができるようにする。
ACP相談の方法の共有
改善策の検討

内容

※研修会までに、各チームの実施方法や状況などについて、所定のフォーマットに沿った報告書を作成し、公開する。
①施設の取り組み紹介
②4～5チームでグループを作り、グループワーク
参加施設が立てた計画の概要の説明と
実施状況の報告後、課題や問題などの意見交換
③各チームで話し合い
実施方法などに対する解決策の検討
④全体会で計画の修正案などの発表
※各チームで次の研修会までにACP相談を実施してみる。

2. 2回目研修の実際

2回目研修は、1回目研修の約2ヵ月後に実施した。

2回目研修の目的は、各施設のACP相談の方法を確認し、問題点の把握、改善策の検討を行い、本実施ができるようにすることであり、グループに分かれて意見交換し、計画の修正を行

資料4

問1	ACPを実施する目的は、地域の特性や所属施設の特徴などを踏まえて、明確になっている。
問2	目的は、チーム内で十分に共有できていると思う。
問3	どのような対象に実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問4	どのような方法で実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問5	誰が実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問6	チームメンバーの役割分担は明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問7	チーム内の情報共有の方法が明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問8	チームメンバーは、常にACP相談の対象者を選定する意識をもっている。
問9	患者選定は、どのメンバーも問題なくできている。
問10	選定した対象者に、どのメンバーもスムーズにACP相談についてアプローチできている。
問11	対象者に適切なACP相談会を設定することができている。
問12	ACP相談会を設定したら、問題なく実施できている。
問13	実施したACPの内容は、チーム内で共有できている。
問14	チームで定期的な会議を実施している。
問15	会議の際に、問題点や改善点などを話しあうことができ、計画に反映することができている。

い、次の研修会までに計画に沿ってACP相談を実施してみることにした(資料3)。

3. 3回目研修の実際

3回目研修は、2回目研修から約3ヵ月後に実施した。2回目研修とほぼ同様の内容でグループに分かれて実施したが、今回の目的は、実際に実施してみたACP相談の結果を踏まえて、地域に必要なACPを普及させるため課題の明確化を行い、解決策の検討を行うことであり、これにより、本格的にACP相談に取り組むこととした。また、個人の研修中期評価を実施し、さらにチームビルディングの状況を評価するために、独自に作成した15項目のチーム評価を行った(資料4)。

チームビルディングに重要なことは、ACP相談の実施前にチームで共有すべきこととして、「チームの目標・目的の設定と共有・メンバーの役割の明確化」などが重要であり、ACP相談を実施する際には、「チームメンバーの動機付けや実践力」などが重要となる。また、継続するために重要なことは、「多様な価値観をもつメンバー間の意思疎通」であり、この3つの視点から15項目の質問を作成し、それぞれ10点(10点:非常にそう思う)で評価を実施した。

その結果をもとに、チームの状況を分析し、

資料5 4回目研修の内容

目的:	施設ごとの取り組み内容を確定し、定着化を図る 定着化にむけた課題の明確化/改善策の検討
内容	※研修会までにチームメンバー全員でチーム評価を行う。 内容: 会議数、ACP実施件数 チームビルディングの状況などの数値評価 研修会までに、研修中後期の個人アンケートの実施 全チームが以下の内容で発表を行う。 1. ACP相談を実施する目的 2. 実施方法 いつ、誰が、どこで、どのようにするか 院内外への周知はどのようにしたか 3. ACP相談の実施結果 印象に残った事例の紹介 その他: 医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送れるような専門的な支援など 4. チームビルディングについて チーム会議の開催 チームメンバーの動機づけ方法 チームメンバーの満足度 などの振り返り 5. 今後の目標と、ACP相談の継続に対する決意表明
チーム評価	研修後期個人アンケート

必要なチームには、個別にサポートを行った。

4. 4回目研修の実際

4回目研修では、施設ごとの取り組み内容を確定し、定着化を図ることを目的として、5つの項目を盛り込んだ発表を全チームが行った。

表2 ロールプレイ実施後の感想

患者の立場に立ってみて、質問のあり方について考えた	・患者の立場にたったとき、聞かれても答えられないことがあると感じた ・何も考えていない人がいきなり質問されても返答に困る内容があると感じたので、選択肢を決山出すとよいと思った
医療者としての癖を改めて感じた	・健康であることを押し付ける話し方を自分はしていた ・患者からの質問に無理に答えを出そうとしてしまったが、答を出すのではなく、一緒に考える機会にするとよいと思った ・自分の持っていきたい方向に誘導しがちであり、思い通りの答えが返ってこなくても、あせらずに相手の思いをくみ取りながら話せるようにしたい ・繰り返すことにより、スムーズにできるようになると感じた
自分の言葉で話したり、相手の思いを柔軟に聞いたりすることの難しさを感じた	・ACP リレーシートに合わせて話すことばかり考えると、普段通りに会話できないため、ステップを頭に入れておいて、自然な流れで聞くことができるようにするとよいと思った ・シートにこだわると自分の言葉で言うのが難しかった ・ステップ1から順に聞くことで、2や3につながっていくと感じた。 ・ロールプレイをやってみて、切り出し方が難しいと感じたため、ロールプレイをやってよかったと思った。 ・ステップ通りに進もうと思っても、思うような答が返ってこないことがあるので、柔軟に対応できるようにしたいと思った
話す技術だけではなく、関係性を作ることの大切さを感じた	・内容によっては、相手の表情を観察するだけではなく、こちらの表情も大切だと思った。(不安そうな顔で話すと相手も不安に思う) ・不安にさせない言葉選びが大切だと思った ・信頼関係を作ってから話すことが大事だと改めて感じた ・普段の相手の背景を知った上で話すことが大切だと感じた

また、チーム評価と研修後期の個人アンケートも実施した(資料5)。

研修の評価

本研修は、座学で知識を得るだけの研修ではなく、実践する方法をシミュレーショントレーニングで学び、チームで実践計画を立てて役割分担しながら実践し、そのプロセスを振り返りながらチームビルディングを行い、最終的にチームで継続して実施できることを目指している。そこで、今回の研修方法から成果を振り返ってみたい。

1. ACP相談のシミュレーショントレーニング：ロールプレイ

ロールプレイでは、指定した患者像で実施したチームやあらかじめ患者像を設定したチームなどがあったが、1期生も2期生も非常に盛り上がり実施でき、終わったあとの参加者からの感想や意見では、表2のような内容があった。

ACP相談そのものは、相手によって対応が異なるので、1度のロールプレイではすぐに実践できるわけではないが、本番前にこのようなロールプレイを実施しておくことは、その後の実践に役立つと考える。

2. 実践を振り返り、意見交換から課題を見出すグループワーク

2回目、3回目のグループワークの際には、協力員がファシリテーターとして参加し、非常に活発な意見交換を行うことができた。意見交換後は、各チームで施設やチームとしての方向性を再確認したり、実施方法の改善策を検討したりする時間を持つことにより、次の実践につなげることができた。

3. これまでの実践を振り返り、活動を定着化するための発表会

4回目の研修会は、これまでの取り組みの集大成として活動報告書を作成し、グループに分かれずに全体で発表会を行った。活動報告の内

資料6

資料⑤	チーム評価の変化	1期生		2期生		全体	
		1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目
問1	ACPを実施する目的は、地域の特性や所属施設の特徴などを踏まえて、明確になっている	7.4	8.3	5.8	7.7	6.6	8.0
問2	目的は、チーム内で十分に共有できていると思う	7.3	7.8	6.1	7.3	6.7	7.6
問3	どのような対象に実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている	6.0	7.1	6.0	5.8	6.0	6.5
問4	どのような方法で実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.8	7.2	5.6	5.8	5.7	6.5
問5	誰が実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.8	6.7	5.4	5.8	5.6	6.2
問6	チームメンバーの役割分担は明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.7	6.9	4.7	5.0	5.2	6.0
問7	チーム内の情報共有の方法が明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.8	6.7	5.3	5.7	5.6	6.2
問8	チームメンバーは、常にACP相談の対象者を選定する意識を持っている。	6.2	7.5	6.6	6.8	6.4	7.2
問9	患者選定は、どのメンバーも問題なくできている。	5.3	6.7	4.7	5.9	5.0	6.3
問10	選定した対象者に、どのメンバーもスムーズにACP相談についてアプローチできている。	4.5	5.9	4.5	5.4	4.5	5.7
問11	対象者に適切なACP相談会を設定することができている。	4.9	5.9	4.8	5.7	4.8	5.8
問12	ACP相談会を設定したら、問題なく実施できている。	5.2	6.9	4.9	5.5	5.0	6.2
問13	実施したACPの内容は、チーム内で共有できている	5.9	7.0	6.3	6.6	6.1	6.8
問14	チームで定期的な会議を実施している	5.9	6.7	7.0	7.9	6.4	7.3
問15	会議の際に、問題点や改善点などを話しあうことができ、計画に反映することができている。	6.3	7.0	5.7	6.8	6.0	6.9

容には、印象に残った事例や、医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送ることができるように専門的な支援を実施した事例など、必ず1事例あげることとした。

印象に残った事例では、思うように身体を動かせない高齢男性が、自暴自棄になって自傷行為を行っていたが、ACP相談を行いその人の想いに寄り添った対応をしていくうちに穏やかに過ごすようになり、食事摂取やリハビリなどを積極的に行うようになったという事例や、統合失調症の患者にACP相談をする必要があると考えたが、症状を悪化させてしまうのではないかと不安があったため、安心して話せるような良好な関係を構築してから、精神的に落ち着いているときに行ったところ、症状が悪化することなく実施することができたという事例などがあった。

1期生、2期生ともに、発表会で研修中の実

践を振り返り、他者から意見をもらったり、他チームの状況を共有したりすることにより、これからもACP相談を実施していくという施設としての決意表明ができた。

4. チームビルディングの変化

1期生、2期生の1回目、2回目のチーム評価の平均を比較すると、どの項目も評価は上昇している(資料6)。

5. 個人の変化

個人の変化でも、1期生、2期生ともに、研修後期になるにつれ、すべての項目で評価は上昇している(資料7)。チーム評価も個人評価もチーム別に分析すると、また別の視点で見ることにはできるが、本研修で目的としていた、実践と振り返りによる学びを繰り返すことで、チームビルディングを行い、チームメンバー個人の

資料7

資料⑦ 個人評価の変化		1期生			2期生			全体		
		前期	中期	後期	前期	中期	後期	前期	中期	後期
問1	ACPは重要である。	8.8	8.9	9.3	8.7	8.3	8.6	8.8	8.6	8.9
問2	ACPの実施に自信がある。	3.9	5.0	5.5	4.4	4.7	5.5	4.2	4.8	5.5
問3	自分により結果をもたらすと思う。	7.4	7.4	7.6	7.6	7.2	7.4	7.5	7.3	7.5
問4	所属施設により結果をもたらすと思う。	8.2	8.2	8.6	8.4	8.0	8.2	8.3	8.1	8.4
問5	患者さんにより結果をもたらすと思う。	8.3	8.4	8.8	8.4	7.9	8.2	8.3	8.1	8.5
問6	地域により結果をもたらすと思う。	8.1	8.2	8.7	8.3	8.0	8.1	8.2	8.1	8.4
問7	目的はチーム内共有できていると思う。	5.5	6.8	7.3	6.7	6.9	7.0	6.1	6.8	7.1
問8	目的共有のために自分は適切に行動していると思う。	4.4	5.5	6.0	5.7	5.7	5.8	5.1	5.6	5.9
問9	情報共有・伝達には満足している。	5.0	6.2	6.9	6.4	6.5	6.4	5.7	6.3	6.6
問10	情報共有・伝達に自分は適切に行動している。	4.6	5.6	6.0	5.7	5.9	5.9	5.2	5.7	6.0
問11	チーム内の意見交換や話し合いは自由に行えていると思う。	5.3	6.8	7.2	6.9	7.0	7.1	6.1	6.9	7.1
問12	自分の意見は、尊重されていると思う。	5.6	7.0	7.2	7.0	7.1	7.4	6.3	7.0	7.3
問13	メンバーの意見は、尊重されていると思う。	5.9	7.3	7.7	7.4	7.4	7.7	6.6	7.4	7.7
問14	チームの活動に貢献していると思う。	4.7	5.6	5.9	5.7	5.7	5.8	5.2	5.7	5.9
問15	意思決定プロセスには満足している。	5.4	6.9	7.0	6.7	6.7	6.9	6.1	6.8	7.0
問16	目的達成のために協働して活動していると思う。	5.7	6.9	7.1	7.2	6.8	6.9	6.5	6.9	7.0

自己効力感や実践力を上げることができたと感じる。

おわりに

2020年の初頭からCOVID-19が発生し、集合研修は困難であったが、幸いにも当協会ではオンライン研修の環境が整っていたため、果たして効果的に実施できるのかという不安はあったが、オンラインで研修を開始した。しかし、当協会の施設は日本全国のへき地に多くあり、移動に掛かる時間や経費を考えると、集合して実施する研修よりもオンライン研修の方が参加しやすかったのかもしれないという、弱みが強みになったためか、予想外の研修希望者があり、研修の最後まで多くのチームメンバーが継続して参加することができた。また、4回の研修後にも、継続してACP相談を実施してもらうこと

を目的として、当協会が年1回開催している学術大会で研修後の実施報告会も開催したが、そこではさらにバージョンアップした実施報告を聞くことができた。やはり、研修終了後にも継続して実施するためには、ある一定期間は、何らかのつながりを持ち、サポートしていく必要があると感じている。

最後に、本研修には、当協会のJADECOM-PBRNのメンバーと、JADECOM-PBRN代表の望月医師が実施した研究に参加した施設の看護師、また本研修に興味を持ってくれた看護師等が企画・協力員として参加しており、このようなメンバーの企画力と多大なるサポートにより成り立っており、感謝を申し上げたい。

参考文献

1) 厚生労働省:「人生会議」してみませんか。 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html(accessed 2024 Jan 31)



地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク **地域医療・公衆衛生ねっと**

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

https://www.jadecom.jp/overview/koshu_eisei.html/

登録数 約1600人
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ

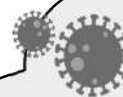


✉ health-promotion@jadecom.jp

★ こんなことができます ★

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

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



**新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！**

【メールで届く情報】

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

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

へき地診療所でリハビリテーション外来を始めてみました —プライマリ・ケアにおけるリハビリテーションの効果と展望—

中嶋 裕^{1), 2)} 林 瑞恵^{1), 3)} 山下麻衣子¹⁾ 中山法子¹⁾

抄録

へき地診療所におけるPT外来を開始したので、その経緯や実際について報告をした。診療所機能としてPT外来があることで、“患者にとって相談にのってもらえる場所がある”“医師・看護師もPTへ相談しやすい環境がある”。内科医が身近にリハビリを感じることができ、その効果、実力を思い知った。痛みの軽減だけではなく、生活の改善また患者自身が病の捉え方に変化があることを感じた。こういった活動が他の地域での活動に参考になるところがあれば幸いだ。

KEY WORD へき地医療、プライマリ・ケア、リハビリテーション、多職種連携

I. はじめに

公益社団法人地域医療振興会とくち地域医療センター(山口市徳地診療所)は、山口市徳地(旧徳地町)にある。地域の人口はおよそ5,000名で、高齢化率は50%を超える。2021年から地域唯一の医療機関として診療を開始した。徳地診療所は内科を標榜し、プライマリ・ケア、家庭医療を提供する施設である。診療所では2023年4月から理学療法士(Physical Therapist(以下、PT)外来を開始した。外来開設に至った経緯、また開設後のPT外来の実際をPT・医師・看護師の視点で述べる(写真1)。へき地プライマリ・ケアにおけるPT活動の参考になることを期待する。

II. PT 外来以前の診療所での 医師の困りごと

診療所の受診患者の多くは高齢者で、高血圧や糖尿病、高脂血症など慢性的な管理・治療が必要な疾患に加えて、腰痛や膝の痛みなどの訴えも多かった。診療所に常勤として勤務する著者は、プライマリ・ケアを中心に診療を行っており、関節注射やトリガーポイント注射などを行うものの、基本的な対処は消炎鎮痛剤の処方、手術適応がある患者の整形外科への紹介であった。できることはしているつもりだったが、もう一つしっくりこないところもあった。

また開設時よりNP(Nurse Practitioner; 診療看護師)外来を行っており¹⁾、へき地・地域のプライマリ・ケアにおいては医師以外のいろいろな職種が診療に主体的に関与することで、患者の生活により根ざしたアプローチができ、患者アウトカムが改善すると考えている²⁾。

1) 山口市徳地診療所, 2) 山口県立総合医療センター へき地医療支援部, 3) 山口県立大学大学院健康福祉学研究科 博士後期課程
(筆頭著者連絡先: 〒747-0231 山口県山口市徳地堀1561-1 山口市徳地診療所)



写真1 著者ら（向かって左から看護師 山下，医師 中嶋，PT 林）

Ⅲ. PT外来の経緯

2023年4月より非常勤医師の転勤により診察室が一つ空くことになった。診療所スタッフから知り合いの理学療法士が、地元大学で大学院に通学中で、へき地での勤務経験があり、研究テーマがプライマリ・ケアにおける理学療法ということを知った。管理者である著者は、NP外来のようにPT外来を行うことを思いついた。

1. PT外来に対する医師の思い

本人と面談をして、PTの経歴や研究テーマを伺った。医師としては率直に「(NP外来のように)内科医では拾えていない患者のニーズを拾ってほしい」と伝えた。具体的なりハビリテーション(以下、リハビリ)はイメージできないものの、腰が痛い、膝が痛いという(内科ではクスリと湿布のような)訴えにワンパターンではない手立てがあるように思えた。また、訪問リハビリの経験も十分にあると聞いて、診療所を目指す、訪問リハビリ・訪問看護ステーションを立ち上げきっかけになるとも考えた。

2. PT外来に対するPTの思い

担当PT林は、1988年に理学療法士免許取得

し、山口県内の病院に就職した。以後35年間、さまざまな病期の病院や教育機関、行政の介護予防事業のリハビリ業務に携わり今日に至る。以前、他の中山間地域で訪問リハビリを行っていたが、その時に住民から「リハビリなんて必要ない!! 何も困っていない」と言われた。その言葉はとても印象深く、心に残った。その地域の住民は、実際に身体の不自由さをさまざまな工夫で補って活動し、「体が不自由であっても自分でできることは自分で行う」というリハビリのお手本のような生活が繰り返されていた。このような生活を送ることができる背景には、過疎地域の家屋構造や立地、住民同士の密な人間関係もあると思った。そういった地域に、リハビリは本当に不要なのだろうか?、受け入れてもらえるにはどうしたらよいか?という問いの解決のために、過疎地域においてリハビリの普及は必要だと考えた。そのような思いを持ち、大学院に進学した。ちょうど、知り合いからへき地診療所でPT外来をしてみないか?と言葉をかけられた。研究テーマにも沿っており、話を受けた。

3. 看護師がPT外来開始前で思ったこと

診療所には、リハビリの器具はなく、歩行訓練するスペースも狭く、手すりや歩行器もなかった。麻痺や筋力低下の患者に週1回というペースは少ないように思った。週1回、診察室で行うリハビリの対象者はどのような患者だろうか? 管理者からPT外来をすると提案があった時、正直に言うイメージがつかなかったが、診療所の看護師としてリハビリ導入に向けた関わりは必要だと思った。

Ⅳ. PT外来の実際運用

PT外来は、金曜日午前中を利用して、30分1名で予約制、初診は内科外来からの紹介を原則とした。再診と初診の組み合わせとなる。コスト面は、リハビリの施設基準は当診療所では満たせず、診療報酬は“再診料”と“徒手療法の手技による消炎・鎮痛”となる。実際の流れは、



写真2 リハビリの実際

患者は看護師のバイタルチェック・体調の確認を受けた後、PTからリハビリを受ける(写真2)。リハビリ終了後、PTは患者同席の上で医師へ報告をする。医師はPTと患者と一緒に治療方針を確認して、リハビリ・診察を終了する。

2023年10月からはPT外来を拡大し、午後は訪問リハビリを行っている。およそ30分1名の予約枠は埋まり、訪問リハビリも2件始まった。施設基準を満たせず、十分な診療報酬は得られていないが、患者満足度は高く、リピーターが多い。

PT外来を受診する患者は、“患者が評判を聞いて希望してリハビリを受けたいという患者”“内科外来からPT外来へ紹介する患者”である。前者は、一度内科外来を受診してもらい、意向を確認し診察した上でPT外来の予約をとる。後者は、医師がリハビリが必要だと感じた患者であった。紹介する医師は、当初あまり具体的なリハビリ目的を意識していなかった。「リハビリが必要だと感じる」という医師の感覚を考察すると、以下の2点に集約される。1つ目はリハビリ目的、具体的には、主病名に限らず関節可動域が縮小し、筋の萎縮等で運動器の痛みや違和感などを抱え、徐々にADL低下が起これそうだと予測した患者である。本人の意向を聞き取りながら、ADL維持・向上を目指し運動を指導してもらうことを期待した。もう1つはフレ

イル対策、フレイルになりそうな生活習慣の患者やすでにフレイル状態にあるが、寝たきりにはなりたくないなど、本人が意欲をもっている患者に対し、栄養指導を行いながら、リハビリにも介入してもらうことだった。

1. 医師からみたPT外来の効果

即時的な効果として運動器を含め、身体障害者の申請などに必要な関節可動域の計測を任せられるのは、大変助かっている。また、PTの身体的なアセスメントや適切な声かけは、内科的な対処では通院が途切れがちになる患者の継続的なケアの提供に寄与している。

簡単に3つほど事例を挙げる。1例目は、糖尿病で通院中の高齢女性である。腰痛に対して、本人の希望でリハビリに毎週通っている。だんだんと背筋が伸びてきて、本人から仕事時の腰痛が減ったと聞き取れた。以前は少し内科的治療に対して受け身である印象を受けていたが、だんだんと自分自身の健康課題について“よしやろう!”というように主体的に捉える力が増したと感じた。

2例目は、腰部脊柱管狭窄症の手術を諦めていた高齢の女性を、リハビリで評価してもらった。身体的な機能を再評価してもらうことを本人と共有した後、“もう少し生きるなら、もう一度手術にチャレンジしてみたい。手術ができるかどうか、医療機関を紹介してほしい”と申し出があった。PT外来は身体機能評価など数回で終了したが、客観的に機能評価をしたことで、本人の意向が変化したことを医師として目の当たりにした。

3例目は、専門医受診拒否の高齢男性である。脳血管疾患などが想定される軽度麻痺が出現し、緊急処置が必要な状態が伺えたが、医師だけの説明では頑なに専門医療機関への紹介受診を拒否した。それでも患者はリハビリには通院し続け、身体的な評価と合わせてリハビリを行いながら、改めてPTからも専門医への受診を促してもらい、本人の納得感が得られ専門医を受診することになった。その後、紹介先から慢性硬膜下血腫の増大で緊急手術となったと報告

を受けた。

こういった患者の言動の変化や反応を目にし、PT外来の効果について考えた。まずPTのアセスメントによって患者が自身の運動器の状態に気づく、自己認識が変容し、PTの傾聴や身体に触れることでさらに患者の心が開かれる。患者個々の動機づけにつながり、行動変化を起こしていると考察した。医師は、そのプロセスを意識し、その効果に期待できるので、医師は患者に安心してPT外来を紹介することができる。

2. PT自身が感じるPT外来の気づき

PTの視点で、患者の身体の不具合に対して適切なアドバイスをを行い、運動などリハビリを実施してもらい、問題の解決につなげたいと思っている。そのために工夫していることは、丁寧にアセスメントを行い、問題点を絞り込み、患者の生活に合わせて適切な対処を行う。身体機能面だけではなく、患者目線で会話をを行い、その中から隠れた問題点を見つけようとする。また、相談内容に対して、それぞれの患者のライフスタイルに即した運動方法や他の解決方法を指導・提案している。

3. 看護師からみたPT外来の気づき

PT外来以前は、外来でのリハビリのイメージが湧かなかった。始まってみれば、腰が痛い、足がしびれる、膝が痛くて歩きにくい、肩が挙がりにくい等、身近な症状に対しての疼痛緩和や生活動作の指導など、需要はたくさんあると感じた。リハビリを受けた患者からは、“体に触れると気持ちいい”という言葉聞いた。また患者は、リラックスして医師の外来では話さないような世間話もよくしている。毎週通ってくる患者の生き活きとした表情から、リハビリをととても楽しみにしているという様子も伺えた。単に機能訓練のみではなく、リラックス効果や家庭での悩みを表出する場にもなっているように思える。

膝や股関節、腰などの痛みで整形外科での手術を勧められている患者も、年齢層が上がる程、

手術への不安が強く、躊躇されていた例もいくつかあった。手術の侵襲や高齢世帯での術後の生活への不安が大きいことが推測されたが、そういった患者に対し、これまで医師の診察では、注射や痛み止めが処方されるのみだった。PTがリハビリを丁寧に行うことで、変形や痛みが完全に治るわけではないが、その関わりによって、疼痛が軽減し、もう少し長生きしてみようという目標や希望を見出されているようにも思える。

V. PT外来の課題

1. 医師の視点から

実施当初は、レントゲン撮影とその読影を求められることが多かった。診療所スタッフのセッティングと内科医のレントゲン撮影・読影では限界もあり、求められるレントゲン画像や判断が十分に出せなかったことは、申し訳なく感じた。またPT外来以前に医師は、PTと一緒に勤務したことがなかったため、治療目標の共有やお互いの雰囲気や掴むのは少し時間がかかったように思う。こちらもPTへの具体的な指示の出し方に迷いがあり、結果的に“腰痛”や“膝の痛み”の評価およびリハビリの実施などの漠然とした紹介になっていたため、一から身体評価を要することは苦勞したと推測する。

2. PTの視点から

診療所での外来リハビリも開始当初は需要が少なく、それは予想通りであった。医師や看護師からの患者紹介で細々と始まったリハビリも、徐々に定着し、リハビリに来る患者の口コミもあり、予約枠も埋まるようになった。

3. 看護師の視点から

PT外来は、一枠30分と医師の診察時間よりも長く、リハビリ中の会話から、家族関係や生活上の問題にも気づきやすい。現在の診療所では、患者の問題に気づいてもカンファレンスのような情報共有の場も時間もないため、限られた時間の中で、PTの気づきを医師や他のスタッ

フとも共有していくことが必要と感じている。

ことが必要と考える。

Ⅵ. PT外来の今後の展望

1. 医師の視点

地域だからしょうがないと諦めていた人，“危ないから本人が思うように運動はさせられない”と家族やケアスタッフから言われていた人が，PT外来で指導の下にリハビリを行い，継続していくことでADLを向上させている現実を目の当たりにした．そういった姿を見ると，PT外来は患者にとって自分らしく生活を送ることができる手がかりをつかむ場となっていると感じる．その活動を持続・発展させ診療所が担う地域の訪問診療などの在宅医療にもリハビリの視点を加え，PT・看護・医師の連携を地域にも展開していきたい。

2. PTの視点

まずは訪問リハビリを軌道にのせることを目指したい．住民の高齢化と交通手段の乏しさのため，地域住民が診療所へ通院することには限界がある．このような地域だからこそリハビリが必要な方に対し，リハビリ専門職が積極的にご自宅へ出向いていくことが必要と考える．また，併せて介護予防にも力を入れていきたい．住民の健康問題が重度化する前に対処できれば，住民の健康寿命の延伸につながり，最期まで「ありたい自分」を実現できる．そのためにも，診療所内の連携はもちろんのこと，地域全体での医療・福祉・介護の連携を強化し，人的ネットワークを密にし早期に問題を拾い上げていく

3. 看護師の視点から

4月から始まったリハビリも軌道にのってきた．リハビリが特定の患者ばかりでなく，支援の必要な患者に幅広く届いてほしい．そのために看護師は外来で気づく転倒リスクが高い患者をPT外来へ相談したり，看護師ができる介入をPTからアドバイスをもらうなど双方の連携を図ることに努めたい。

Ⅶ. まとめ

へき地診療所でPT外来を開始し，その経緯や実際について報告をした．診療所機能としてPT外来があることは，“患者にとって相談に乗ってもらえる場所がある”“医師・看護師もPT相談しやすい環境がある”などの利点がある．内科医が身近にリハビリを感じることで，その効果・実力を思い知った．痛みの軽減だけではなく，生活の改善また患者自身の捉え方に変化があることを感じた．こういった活動が他の地域での活動に参考になるところがあれば幸いである。

参考文献

- 1) 中嶋裕，中山法子，村田千尋：へき地診療所におけるナース・プラクティショナー外来の報告と考察．月刊地域医学 2022；36(3)：240-243.
- 2) 週刊医学界新聞（看護号）第3511号より．https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2023/3511_03 (accessed 2023 Nov 23)

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126回

“診療情報提供書の使用”に関わる 事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

本連載における前月号¹⁾では、「“アレルギー情報の伝達の不備”に関わる事例発生を未然防止する」をテーマとして、発生している事例の紹介、および発生要因と未然防止対策について検討した。その際、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)の事例検索²⁾にて、キーワード「アレルギー情報」「診療情報提供書」で検索された事例についても取り上げて、インシデント・アクシデント事例を発生要因から検討している。

診療情報の提供については、「診療情報の提供等に関する指針」(厚生労働省)³⁾(以下、本指針)には、「10 他の医療従事者からの求めによる診療情報の提供」として、「医療従事者は、患者の診療のため必要がある場合には、患者の同意を得て、その患者を診療した又は現に診療している他の医療従事者に対して、診療情報の提供を求めることができる。診療情報の提供の求めを受けた医療従事者は、患者の同意を確認した上で、診療情報を提供するものとする」ということが挙げられ、さらに、「12 診療情報の提供に関する規程の整備」として、「医療機関の管理者は、診療記録の開示手続等を定めた診療情報の提供に関する規程を整備し、苦情処理体制も含めて、院

内掲示を行うなど、患者に対しての周知徹底を図らなければならない」ということも挙げられている。

診療情報提供書は、主に、本指針に記載のある「患者を診療した又は現に診療している他の医療従事者に対して、診療情報の提供を求める」際、あるいは求められた際の提供時に使用され、各医療機関では、様式を定めて使用されていると思われる。患者の診療に際しては、当該病院のみならず、紹介元・紹介先など地域の他施設との連携が欠かせない。その際、患者の診療に関わる情報共有を図るために、“診療情報提供書の使用”は望ましいが、適切な内容の記載・確認・提供・活用などが実施されなければ、インシデント・アクシデント事例の発生につながる可能性に注目することを指摘したい。

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

そこで、本稿では、「なぜ、複数のプロフェッ

ショナルが関与しているにもかかわらず，“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止することができなかったのか？」という疑問に加えて、「なぜ、患者の診療に関わる情報共有のための診療情報提供書が使用されているにもかかわらず、適切な情報共有・確認・活用などが実施されていないことに、事例発生に至る前に気づき、改善されなかったのか？」と、疑問を深め、施設間の連携、および“診療情報提供書の使用”の状況に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生の未然防止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。

“診療情報提供書の使用” に関わる事例

本事業の事例検索²⁾では、2023年12月下旬現在、キーワード“診療情報提供書”で210件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。また、キーワード“診療情報提供書”“ルール”で34件、“診療情報提供書”“確認不足”で11件、“診療情報提供書”“記載がなかった”で5件、“診療情報提供書”“統一”で5件、“診療情報提供書”“記載していなかった”で4件、“診療情報提供書”“記載されていない”で3件、“診療情報提供書”“連携不足”で2件、“診療情報提供書”“記載漏れ”で1件、“診療情報提供書”“様式”で1件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本稿では、“診療情報提供書の使用”に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“診療情報提供書”“ルール”で検索された34件、“診療

情報提供書”“確認不足”で検索された11件、“診療情報提供書”“記載がなかった”で検索された5件、“診療情報提供書”“統一”で検索された5件、“診療情報提供書”“記載していなかった”で検索された4件、“診療情報提供書”“記載されていない”で検索された3件、“診療情報提供書”“連携不足”で検索された2件、“診療情報提供書”“記載漏れ”で検索された1件、“診療情報提供書”“様式”で検索された1件の医療事故やヒヤリ・ハット事例に注目し、これらの合計66件の事例を検討した。この中で、事例の発生・経過に“診療情報提供書の使用”が関連していない31件を対象外とし、さらに重複事例1件を除いた34件を対象として検討を実施した。

事例の分類としては、「他施設から提供された診療情報提供書」に関連した事例が23件、「自施設が提供した診療情報提供書」に関連した事例が11件であった(表)。

「他施設から提供された診療情報提供書」に関連した事例としては、「診療情報提供書に記載はあったが、具体的内容が不足していた(具体的内容が記載されていなかった): 6件」「診療情報提供書に記載があり、確認したが、気づかなかった: 6件」「診療情報提供書に記載があり、確認したが、その後、誤った対応を実施した: 4件」「診療情報提供書に記載はあったが、確認しなかった: 2件」「診療情報提供書の提供が遅れた: 2件」「診療情報提供書の記載に誤りがあったが、気づかなかった: 1件」「診療情報提供書が提供されなかった: 1件」「診療情報提供書の取り込み時の間違いがあった: 1件」などが検索された。

また、「自施設が提供した診療情報提供書」に関連した事例としては、「診療情報提供書に重要な情報を記載していなかった: 6件」「診療情報提供書が一部の診療科のものしか、送られていなかった(関与した複数の診療科、全ての情報が伝達されなかった): 1件」「診療情報提供書に記載したが、具体的内容が不足していた(具体的内容を記載していなかった): 1件」「診療情報提供書に記載したが、患者への説明が不十分であった: 1件」「診療情報提供書に誤った情報を

表 “診療情報提供書の使用”に関わる事例の分類			
事 例 の 分 類			件 数
他施設から提供された診療情報提供書	診療情報提供書に記載はあったが、具体的な内容が不足していた（具体的な内容が記載されていなかった）	6	23
	診療情報提供書に記載があり、確認したが、気づかなかった	6	
	診療情報提供書に記載があり、確認したが、その後、誤った対応を実施した	4	
	診療情報提供書に記載はあったが、確認しなかった	2	
	診療情報提供書の写し物が壊れた	2	
	診療情報提供書の記載に誤りがあったが、気づかなかった	1	
	診療情報提供書が写し取られなかった	1	
	診療情報提供書の取り込み時の間違いがあった	1	
自家施設が提出した診療情報提供書	診療情報提供書に必要な情報を記載していなかった	6	11
	診療情報提供書が一部の診療科のものしか、送られていなかった（関与した複数の診療科、全ての情報が必要であった）	1	
	診療情報提供書に記載したが、具体的な内容が不足していた（具体的な内容を記載していなかった）	1	
	診療情報提供書に記載したが、患者への説明が不十分であった	1	
	診療情報提供書に誤った情報を記載した	1	
	診療情報提供書の渡し間違いがあった（他の患者の診療情報提供書を渡した）	1	
合 計			34

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された34件の事例を基に作成〕

記載した：1件」「診療情報提供書の渡し間違いがあった（他の患者の診療情報提供書を渡した）：1件」などが検索された。

“診療情報提供書の使用”に関わる事例として、事例検索²⁾にて検索された事例としては、

「患者(80歳代、女性)は、悪性リンパ腫の診断で血液内科に入院した。患者は、5ヵ月前から抗癌剤による治療を開始しているが、発熱と腰背部痛の増強があり、MRI検査で腰椎圧迫骨折を認め、整形外科を受診し、抗生物質製剤の投与などで経過観察していた。症状改善なく、MRI検査で化膿性脊椎炎の所見を認め、病巣搔爬・脊椎前方固定術が施行され、病巣部の抗酸菌検査(塗抹検査)とLAMP法による結核菌群核酸検出検査で陽性にて、呼吸器内科にコンサルテーションの上、4ヵ月前より抗結核薬の4剤併用療法を開始し、3ヵ月前に他施設に転院した。退院後、患者は今月、血液内科、整形外科を受診していた。保健所から、患者の治療が計画的に進んでいるか否かの確認の問い合わせがあり、受診歴を確認したところ、本来、4剤のうち2剤は2ヵ月前に中止されるはずであった

が、今月の受診時にも継続処方されていることが判明した。

血液内科、整形外科、呼吸器内科が関与している患者であった。血液内科から呼吸器内科に結核治療についてのコンサルテーションが実施されたが、投薬のアドバイスを受けたのみで、呼吸器内科の受診歴はなかった。呼吸器内科の診療情報提供書には結核に関する今後の治療計画が記載されていたが、呼吸器内科の診療情報提供書は転院先に持参されていなかった。転院に際し、医療連携センターが関わったが、呼吸器内科の受診歴がないため、呼吸器内科の関与が把握できず、書類持参が抜け落ちた。血液内科や整形外科の診療情報提供書には、現在内服中の薬剤が記載されているのみであり、呼吸器内科の関与の記載はなかった。患者の診療録には、転院先に「FAXした」「転院時に持参するもの：診療情報提供書」と記載していたが、どの診療科の何の書類かは記載していなかったため、何の書類が取り扱われているのかが不明であった。病棟ではさまざまなカンファレンスを実施しているが、転院が決定した患者に関しては、

特段の問題がなければカンファレンスを実施していなかった。退院後は、血液内科や整形外科への再診予定が決められていたが、呼吸器内科はアドバイスという立場であったため、再診を予定していなかった。抗結核薬の処方是一般的な投与量・期間が決まっているが、システムで中止されるという仕組みがなかった」

「患者(80歳代、男性)は、入院中に便潜血検査が陽性であることを指摘されていたが、紹介元である通院中の病院への診療情報提供書には、この結果は記載されず、1年経過した段階で転移を伴う大腸癌が発見された。

便潜血検査が他の検査より遅れて報告されたが、意識的にその結果を確認しなかった。診療情報提供書に記載する内容の確認不足があった」などがある。

これら“診療情報提供書の使用”に関わる事例では、地域の他施設との連携を図るために使用されている診療情報提供書の記載の不備や、確認不足などにより、適切な情報共有ができていない可能性が想定される。患者の安全や診療の継続を可能にするための診療情報提供書に関連して、インシデント・アクシデント事例が発生した場合には、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性、および医療機関や職員への信頼を揺るがす可能性が想定されるため、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステムの整備が急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止対策として、診療情報提供書の様式・記載方法に関わるマニュアルの整備、受領した診療情報提供書の内容確認のルールを整備など、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、“診療情報提供書の使用”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²⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“診療情報提供書の使用”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「胆嚢癌の傷病名の見落とし。診療情報提供書の記載内容の確認不足？」

【事故の内容】

- ・患者(80歳代、男性)は、糖尿病、心房細動にてA医師(内分泌内科)の外来に定期的に受診していた。
- ・6年前、冠動脈狭窄にて、B病院で経皮的冠動脈ステント留置術(以下、ステント留置術)を受けた。
- ・1年前、不安定狭心症にて、B病院に入院し、再度、ステント留置術を受け、退院した。
- ・C医師(循環器内科、非常勤医師)は、B病院から郵送された診療情報提供書を受け取った。
- ・傷病名には、不安定狭心症、ステント留置術後、持続性心房細動、糖尿病と記載されており、退院後はB病院には通院せず、今後、C医師に治療を依頼することが記載されていた。
- ・C医師は患者の診察を行い、B病院の担当医宛てに、今後はC医師が受け持つ旨の報告書を送付した。
- ・翌月から2ヵ月の間に、B病院から2回目の診療情報提供書とCT検査の画像、およびCT検査報告書がC医師に届けられた。
- ・C医師は、2回目の診療情報提供書をチェックした。
- ・2回目の診療情報提供書には、傷病名として、不安定狭心症、ステント留置術後、慢性心房細動、糖尿病に加えて、胆嚢癌が記載されていた。
- ・CT検査報告書にも、胆嚢癌と記載されていた。
- ・C医師は、この診療情報提供書の内容は、1回目の診療情報提供書の内容と変わらないと思い、十分な読み取りをせずに、胆嚢に病変があることを認識したが、癌とは認識しなかった。
- ・C医師は、自分は循環器疾患を診ればよく、胆嚢病変は患者を長く診てきたA医師が診ると考えた。
- ・他科への診察依頼の際は、通常、診察依頼書を書くが、内科の診療録は共通のため、内科医間では赤字で依頼内容を記載することになっていたが、C医師はA医師に依頼文は記載しなかった(当該病院では電子カルテは導入していない)。
- ・内科医間の伝達の手続きは、非常勤医師のC医師には伝えられていなかった。
- ・患者には腹部症状や、胆嚢癌の遠隔転移による症状は認めなかった。
- ・今年になり、患者は心不全にてB病院に入院した。
- ・B病院からC医師宛てに、胆嚢癌の治療経過に関する診療情報提供の依頼が届いた。
- ・この時点で、前年にB病院から胆嚢癌の連絡があったことが判明し、胆嚢癌の治療が、約1年間、施行されていなかったことが判明した。
- ・C医師は、胆嚢癌は未治療との返事を送付した。
- ・患者は心疾患の治療経過は良好で、B病院を退院した。
- ・その後、B病院で、胆嚢摘出術、肝床部切除術、肝外胆管切除術、および腹膜播種に対して、横行結腸部分切除術、十二指腸部分切除術、S状結腸切除術が施行され、経過良好にて退院した。
- ・2ヵ月後、患者は、B病院の外来受診のため、待合室

で待機中に急変し、死亡した。

〔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た事例、一部改変〕

本事例の背景要因としては、「C医師の診療情報提供書の内容確認が不十分であった」「『内科医間での診療依頼は、赤字で内科の診療録に依頼内容を記載する』という伝達の手続きを非常勤医師に伝える仕組みがなかった(C医師はA医師が胆嚢癌を診ると考えたが伝わらなかった)」[B病院からの診療情報提供書が2回に分かれたことにより、2回目はCT検査の画像の送付状と考え、診療情報提供書を熟読しない可能性が大きくなった]「2回目の診療情報提供書では、胆嚢癌が傷病名の1番目に書かれていなかった」「CT検査報告書が、患者がB病院を退院した2日後に作成された」「退院前に報告書が作成されていれば、B病院の担当医も、1回目の診療情報提供書の傷病名に胆嚢癌を記載し、C医師も熟読した可能性が大きく、退院時に患者や家族にも胆嚢癌の説明がなされた可能性が大きい」「CT検査を実施したB病院では、胆嚢癌について、患者に直接、説明していなかった」「胸部CT検査の撮影範囲が腹部までおよび、偶然発見された胆嚢癌であり、患者に腹部症状や胆嚢癌による症状がなく、循環器内科医も注意が払いにくかった」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、事例発生のもたらした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、心疾患で入院していた他施設からの紹介状に記載されていた胆嚢癌の傷病名を見落とし、胆嚢癌の治療が、約1年間、施行されなかったのか?」「なぜ、2回目に提供された診療情報提供書に胆嚢癌と記載されていたにもかかわらず、関与した医師、看護師は気づかなかったのか?」「なぜ、C医師は、2回目の診療情報提供書の内容

は、1回目の診療情報提供書の内容と変わりが無いと思い、十分な読み取りをせずに、胆嚢に病変があることを認識したが、癌とは認識しなかったのか?」「なぜ、診療情報提供書には、B病院には通院せず、今後、C医師に治療を依頼することが記載されていたにもかかわらず、C医師は、自分は循環器疾患を診ればよく、胆嚢病変は患者を長く診てきたA医師が診ると考えたのか?」「なぜ、他科への診察依頼の際は、通常、診察依頼書を書くが、内科の診療録は共通のため、内科医間では赤字で依頼内容を記載するという、内科医間の伝達の手続きが、非常勤医師であるC医師に伝えられていなかったのか?」「なぜ、複数の専門職が関与しているにもかかわらず、他施設からの診療情報提供書に記載されていた胆嚢癌の傷病名の見落としに、約1年間、気づくことができなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「C医師の診療情報提供書の内容確認が不十分であった」「B病院からの診療情報提供書が2回に分かれたことにより、2回目はCT検査の画像の送付状と考え、診療情報提供書を熟読しない可能性が大きくなった」にも注目したい。ここには、“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生のもたらした課題が示唆されている。自施設では類似の状況が発生していないだろうか。

また、本事例では、B病院からの診療情報提供書が、時間をあけて2回、提供されたこと、診療情報提供書の記載内容の確認不足があったこと、およびCT検査を行ったB病院では、胆嚢癌について、患者に直接、説明していなかったこと、などの要因により、リスクを回避することができなかった可能性が想定される。併せて、「『内科医間での診療依頼は、赤字で内科の診療録に依頼内容を記載する』という伝達の手続きを非常勤医師に伝える仕組みがなかった(C医師はA医師が胆嚢癌を診ると考えたが伝わらなかった)」という自施設内の連携や、情報共有の不備があった可能性も想定される。

ここでは、さらに、「なぜ、C医師は、患者の診療

図1 “診療情報提供書の使用”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)

【自施設】

地域の他施設

地域の他施設

地域の他施設

地域の他施設

新型コロナウイルス感染症で自宅から緊急入院となったため、かかりつけ医から診療情報提供書の送付がなく、併存症などの診療情報を十分に得にくい状況であった

当院からの診療情報提供書には、アレルギー情報の記載欄がなく、アレルギーに関わる薬剤の記載はなかった

他施設へ郵送した診療情報提供書に、抜歯を依頼する部位を間違えて記載し、他施設では、そのまま実施された

研修医が、診療情報提供書を確認した際に抜歯部位を誤認、診療情報提供書の内容を確認する際のダブルチェックが機能しなかった

生検前に、他施設処方2種類の抗凝固薬の休薬について、医師から他施設宛ての診療情報提供書の作成を依頼された。デカルラクは、「1週間前から休薬可能か」と記載し、患者への説明用紙には1種類の薬剤しか記載せず、患者に手渡した

診療情報提供書が2回に分かれて送られてきて、胆嚢癌の傷病名は1回目には記載されていなかったため、見落とした

診療情報提供書が2回に分かれて送られてきて、胆嚢癌の傷病名は1回目には記載されていなかった

診療情報提供書、看護サマリーのどちらにもインスリンに関する記載をなかった

消化器内科での内視鏡検査報告書と病理組織診断報告書には進行胃癌と記載されていたが、検査を依頼した内分泌代謝内科では胃癌との認識はないまま関連クリニック宛ての診療情報提供書を作成した

入院7日後に診療所の医師から診療情報提供書が送られ、重要な情報が抜け落ちた状況での入院であった

呼吸器内科の診療情報提供書には結核に関する今後の治療計画が記載されていたが、呼吸器内科の診療情報提供書は転院先へ持参されていなかった

情報提供を含む職員教育が未実施、などが考えられる。

“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生要因の“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、「外来を担当する非常勤医師宛ての外部からの診療情報提供書は、院長、あるいは副院長がダブルチェックすることにした」ということが挙げられていた。

“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設の診療情報提供書の使用状況の現状評価の実施、2)提供された診療情報提供書受領後の確認と情報共有のルールの整備、およびルールの見直しの実施、3)他施設に提供する診療情報提供書の記載内容の統一と確認のルールの整備、4)提供する診療情報提供書に記載する重要な情報を患者・家族に説明するルールの整備、5)多職種の参加による診療情報提供書受領後や、提供時のリスクアセスメントの実施、6)地域で連携している他施設との情報共有・協議の実施、7)“診療情報提供書の使用”に関わる事例の発生状況などの情報提供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「確認不足」「思い込み」「知識不足」「ルールの不遵守」などを防止すること、および患者に及ぼす可能性がある不可逆的な影響の重大性を再認識し、“診療情報提供書の使用”に関わる事例の発生に至る前に、多職種によるリスク予測を踏まえたルールの整備や、職員教育の実施などにより、想定したリスクを排除できるシステムを整備することなどで、事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「自施設の診療情報提供書の使用状況の現状評価の実施」では、はじめに、自施設から他施設に提供する診療情報提供書の記載内容、および提出前の記載内容の確認の状況の現状評

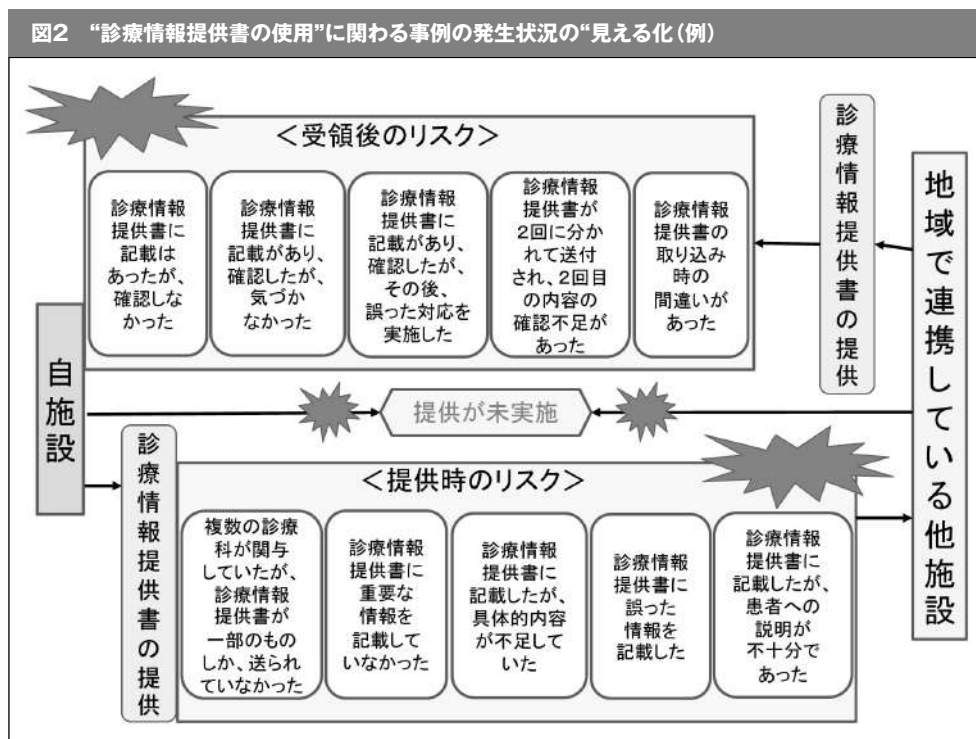
価が必要である。ここでは、情報提供に至るプロセスの中で、誰が、どのタイミングで、どのように、どのような記載内容を確認するのかということが明確にされているか、重要な情報が適切に記載されているか、などを確認するシステムの整備が望まれる。

2)の「提供された診療情報提供書受領後の確認と情報共有のルールの整備、およびルールの見直しの実施」では、他施設から提供された診療情報提供書の院内における対応状況の現状評価が求められる。診療情報提供書受領後の取り扱いに関するルールの整備状況を確認することが望まれる。

3)の「他施設に提供する診療情報提供書の記載内容の統一と確認のルールの整備」では、1)の「自施設の診療情報提供書の使用状況の現状評価の実施」で得られた結果に基づき、自施設における課題の明確化が急がれる。これまでに、自施設では“診療情報提供書の使用”に関わる事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を含めたリスクアセスメントの実施を勧めたい。現在、記載内容の統一と確認のルールが整備されている場合は、自施設で報告されているインシデントレポートの結果を参考に、必要に応じてルールの見直しを実施することも検討したい。

4)の「提供する診療情報提供書に記載する重要な情報を患者・家族に説明するルールの整備」では、本稿でも紹介した事例を参考に、患者・家族への情報提供も含めたルールを整備することが期待される。ここでは、どのような情報を患者・家族に説明するのか、ということを自施設内で基準を作成することを検討したい。また、患者・家族への情報提供を実施した場合は、その情報も診療情報提供書に記載することが望まれる。

5)の「多職種の参加による診療情報提供書受領後や、提供時のリスクアセスメントの実施」では、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も含めて具体的な情報提供の実施を勧めたい。多職種の参加によるリスクアセスメントを実施する際には、自施設における



〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された34件の事例の記載内容を参考に作成〕

診療情報提供書受領後、および自施設が診療情報提供書を提供する場合の2つの視点で検討することが望まれる。ここでは、多職種が参加することにより、さまざまな状況におけるリスク発生の可能性に気づくこと、および情報を共有することが期待される。

6)の「地域で連携している他施設との情報共有・協議の実施」では、施設間の連携と情報共有における“診療情報提供書の使用”に関わるリスクの共有が重要となる。その上で、使用する診療情報提供書の様式の統一や、記載を必須とする重要事項、および患者・家族に重要な情報の説明の実施状況の記載など、診療情報提供書の内容に関する協議を実施して、基本ルールを取り決めておくことも検討したい。

7)の「診療情報提供書の使用」に関わる事例の発生状況などの情報提供を含む職員教育の実施」では、診療情報提供書に関与した職員だけでなく、全職員への情報提供の機会としても検討することを勧めたい。ここでは、自施設内で発生した事例に加えて、自施設から他施設へ提供された診療情報提供書に関わる事例についても情報提供することが重要となる。

“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止するためには、地域他施設との連携が望まれる。この他施設との連携には、患者・家族への情報提供も含まれることを改めて確認したい。併せて、診療情報提供書の記載内容に誤りがないこと、重要な情報の記載が欠落していないこと、および適切なタイミングで提供される必要があることなど、職員個々が認識することが、事例発生の未然防止対策の第一歩となることなどを職員間で情報共有する機会にすることを期待したい。

“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因への対応はもちろんのこと、事例の発生状況を“見える化”することが重要になる。そこで、本事業における事例検索²⁾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、「診療情報提供書の使用」に関わる事例の発生状況の“見える化”(例)(図2)を作成した。

ここでは、“診療情報提供書の使用”に関わる事例の中でも、自ら変えられる可能性に注目して、自施設における課題を意識して検討することを勧めたい。診療情報提供書については、自

施設、他施設どちらからも提供が未実施ということが事例発生リスクを高める可能性がある。しかし、診療情報提供書が提供されていても、事例発生に至る可能性がある。自施設では、これらの発生状況は確認されていないだろうか。今まで発生していない場合でも、今後、発生する可能性はないだろうか。この機会に、自施設の現状を照らし合わせて、課題の明確化と事例発生の未然防止対策の検討を期待したい。

前記の事例における改善策としては、「誰が見ても分かるように、診療録には何科の何の書類を送信した・準備する、など、具体的に記載する。特に複数の診療科が関与している場合には責任の所在があいまいになり、重要情報が抜け落ちやすいため、多職種によるカンファレンスなどで患者情報を共有する。医療連携センターと病棟看護師が協力し、退院時の診療情報提供書の受け渡しを厳重に行うため、チェックリストなどを作成してシステム化する」「検査結果の報告が未着の場合には、結果を必ず確認する。追加検査が必要な検査結果は、必ず診療情報提供書にも記載する。患者への説明時にも、追加検査が必要な旨を必ず伝えておく」などが挙げられていた。

今後、自施設における“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

“診療情報提供書の使用”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、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、“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止することができなかったのか？」という疑問に加えて、「なぜ、患者の診療に関わる情報共有のための診療情報提供書が使用されているにもかかわらず、適切な情報共有・確認・活用などが実施されていないことに、事例発生に至る前に気づき、改

善されなかったのか？」と、疑問を深め、施設間の連携、および“診療情報提供書の使用”の状況に焦点を当て、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生の未然防止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。しかし、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、ルールの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施であること、ルールの見直し・修正が未実施であること、多職種間でのリスクアセスメントが未実施であること、および地域で連携している他施設との情報共有や、協議が未実施であることなどにより、“診療情報提供書の使用”に関わる事例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、および医療機関への信頼を揺るがす可能性にも目を向けて検討することを勧めたい。地域で連携している他施設と協議する場を設けて、使用する診療情報提供書の様式を統一する、重要な情報を必須項目として共有する、など事例発生のリスクを回避するための対策を検討することを期待したい。

事例発生の未然防止対策の一つの例として、「“診療情報提供書の使用”に関わる事例の発生防止チェックリスト(例)」（図3）を作成した。

チェック項目としては、「患者の紹介や転院時に、診療情報提供書が提供されなかった場合の問い合わせ、確認のマニュアルを整備・周知している（誰が、いつ、どのように連絡するのか、など）」「提供された診療情報提供書の確認のマニュアルを整備・周知している（誰が、いつ、どのように確認するのか、不足情報の確認、遅れて提供された場合や、複数回に分かれて提供された場合など）」「提供された診療情報提供書に記載されている内容の情報共有、記録に関わるマニュアルを整備・周知している」「診療情報提供書の記載内容について、必須の情報を明確にしておき、適切に記載されているかということを確認するマニュアルを整備・周知している（誰が、いつ、どのように確認するのか、など）」「診療情報提供書の提供前の確認に関わるマニュアルを整備・周知している（誰が、いつ、どのように確

図3 “診療情報提供書の使用”に関わる事例の発生防止チェックリスト(例)

☐	患者の紹介や転院時に、診療情報提供書が提供されなかった場合の問い合わせ、確認のマニュアルを整備・周知している (誰が、いつ、どのように連絡するのか、など)
☐	提供された診療情報提供書の確認のマニュアルを整備・周知している (誰が、いつ、どのように確認するのか、不足情報の確認、遅れて提供された場合や、複数回に分かれて提供された場合など)
☐	提供された診療情報提供書に記載されている内容の情報共有、記録に関わるマニュアルを整備・周知している
☐	診療情報提供書の記載内容について、必須の情報を明確にしており、適切に記載されているかということを確認するマニュアルを整備・周知している (誰が、いつ、どのように確認するのか、など)
☐	診療情報提供書の提供前の確認に関わるマニュアルを整備・周知している (誰が、いつ、どのように確認するのか、複数の診療科が関連する場合の対応など)
☐	患者や、他施設に提供する診療情報提供書に記載されている内容のうち、重要な情報については、患者・家族にも説明している
☐	地域で連携している他施設と、診療情報提供書に記載すべき重要な情報や、様式について情報共有を実施している

認するのか、複数の診療科が関連する場合の対応など)」「患者や、他施設に提供する診療情報提供書に記載されている内容のうち、重要な情報については、患者・家族にも説明している」「地域で連携している他施設と、診療情報提供書に記載すべき重要な情報や、様式について情報共有を実施している」などを挙げた。この機会に、自施設オリジナルのチェックリストを作成して、事例発生時の未然防止対策に活用することを提案したい。

“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生時の未然防止における今後の展望としては、自施設内にとどまらず、他施設も関連する可能性がある状況を鑑みて、患者への重大な影響が発生する可能性に目を向けた取り組みが期待される。この機会に、自施設内だけの検討に加えて、地域の他施設とも連携して、情報共有についても検討することを勧めたい。また、施設内でも、施設全体で、診療科間、部署・部門間の連携・協働がスムーズに実施できる環境整備の見直しの検討⁴⁾、および記載すべき情報の標準化に関連して、更新された最新情報の共有に焦点を当てた検討を実施することも勧めたい⁵⁾。

さらに“診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクターとして捉えるだけでなく、多職種がプロフェッショナルとしての責務を自覚することはもちろんのこと、リスクの発生を回避するために、必要に応じて、見直し・修正を含むシステムの整備と適切な運用・評価の実施が期待される。

参考文献

- 1) 石川雅彦：“アレルギー情報の伝達の不備”に関わる事例発生を未然防止する。月刊地域医学 2024；38(3)：192-201.
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索。
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>
(accessed 2024 Feb 9)
- 3) 診療情報の提供等に関する指針（厚生労働省）。<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/s0623-15m.html> (accessed 2024 Feb 9)
- 4) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第11回 他診療科・他部門と適切な連携・協働を実施している。臨床外科 2017；72(2)：212-215.
- 5) 石川雅彦：具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント 第9回 情報管理・診療記録にかかわるトラブルをどう防ぐか。臨床外科 2015；70(13)：1524-1528.

第18回 東京都病院学会

主催 一般社団法人東京都病院協会

2024年2月25日、アルカディア市ヶ谷において第18回東京都病院学会が開催された。「自己犠牲に頼らないチームとシステムで築く献身的医療 働き方改革を見据えて」を主題に、学会長を務めたのは東京北医療センター管理者の宮崎国久先生。今回の学会はSDGsの実践のために、紙のプログラムや抄録を廃止し、QRコードでアクセスするという初の試みを実施した。本誌では、メイン会場の講演の中から簡単に紹介する。

小雨混じりの寒い朝、満場となった第一会場では、冒頭、学会長の宮崎国久先生の挨拶より始まり、続いて東京都病院協会会長の猪口正孝先生、来賓の東京都保健医療局の成田友代技監、東京都医師会の尾崎治夫先生の挨拶が行われた。そののち東京都病院協会名誉会長の河北博文先生による基調講演から始まり、猪口正孝先生の協会長講演に続いて、特別講演には尾身茂先生が登場した。

●特別講演

特別講演の座長は宮崎国久学会長。尾身先生は自治医科大学1期生で、7期生の宮崎先生にとって「1期生は神のような存在だった」との紹介に、会場は笑いに包まれた。

尾身先生の講演は「新型コロナこれまで、これ

から」と題し、新型コロナウイルス感染症対策分科会の会長を務めた立場から、日本のコロナ対応を評価し今後の見通しについて述べた。

冒頭、尾身先生は2020年2月の状況として2枚

の写真を紹介した。1枚目は韓国の疾病対策庁・緊急対策本部。広いスペースにPCが並び、その前に揃いのビブスを着けた人たちが座り、壁面の巨大モニターを通してリモート会議をしている。2枚目は日本。雑然とした会議室に十数名の人々がいて、ノートPCのまわりに紙の資料が散らばっている。

韓国の感染対策本部は2015年のMERSの流行後に設置されたというが、日本においても2009



尾身茂先生



年の新型インフルエンザの後に検証が行われ、提言書が提出されている。そこには、PCR検査、保健所の機能、医療体制、リスクコミュニケーションのあり方、国と専門家のあるべき姿等々、今回課題になったテーマが含まれていたが、日本は残念ながらそれに対する準備をしてこなかった。そんな明らかに準備不足というハンディキャップを背負いながら、今回のコロナを乗り越えることができたのは、まさしく現場の力であると尾身先生は強調した。

周知の通り日本は中国やヨーロッパとは異なり、当初からクラスター対策をとった。例えば5人が感染してもそのうち4人は2次感染させない。2次感染させるのは1人のスーパースプレッダーであり、その1人が三密状態になるとクラスター感染を起こす。そういう仮説をたてて対策したわけだが、日本のその仮説はやがて世界の知見となった。しかしそれでも感染者数が増えてくると、医療従事者、保健所の対応が難しくなったため、緊急事態宣言や重点措置などを講じたのである。感染の状況や医療の逼迫によって、対策を変えたのが日本の1つの特徴であった。いわゆるハンマー&ダンスである。そして専門家会議が緊急事態宣言や重点措置を国に提案した一番の理由は医療の崩壊を防ぎたいという気持ちだった、と尾身先生は話す。

日本の新型コロナ対応は成功したと言えると思う。日本は欧米のようなオーバーシュートは回避でき、また人口当たりの死亡者数は欧米諸国の数分の一に抑えられた。そしてGDPの落ち込みは欧米並みにとどまった。

専門家会議ではコロナ禍の3年半の間、状況を分析し、どんな対策をとったらよいか、どんな行動をとったら感染のリスクが下げられるかという、100以上の提案を行ってきた。その検証をきちんと行う必要がある。ところが岸田内閣で検証は行われたが、残念なことにわずか1～2ヵ月で終了してしまった。

しかしパンデミックは今後も必ず起こる。このようなパンデミックに際して、感染抑制と社会経済への影響をどう両立させるのか。個人の自由と公共の福祉をどこまで守るのか。その本

質的な議論を平時からしておくことが重要で、戦略とビジョンをもって考える必要がある。

「パンデミックは、気候変動問題や生物多様性の損失を始めとした多くの環境問題と密接に関連している。環境破壊によって世界では野生動物が減り、人間がコントロールする家畜動物が増えている。これによって自然界に存在していたウイルスや細菌などと人間が接触する機会が増えているのである。だから自然災害やパンデミックは必ず起こる。それに対してどういう対応を考えていくのか、医療者だけでなく社会全体で、国民のニーズのためにメッセージしていかなければいけない」と尾身先生は述べた。

●学会長講演

宮崎国久先生の学会長講演は、「自己犠牲に頼らないチームとシステムで築く献身的医療」と題して行われた。講演の冒頭で宮崎先生は今回の学会のテーマについて「医療



宮崎国久先生

というのは職業であるが貢献のもとにある。そのためいわゆる滅私奉公といわれる働き方が礼賛される風潮があり、当人もそれをよしとしてきた傾向があった。特に医療資源が乏しい地域ではその傾向が強い。ところが4月から『医師の働き方改革』が始まり、これは医者が労働者になったということがポイントである。これまで医者は専門職だと思われていたところがあるが、それは自己研鑽という部分があるからである。そういう考え方を根本的に変えなくてはならない。この改革は医師の働き方を変えるだけでなく、医療全体のあり方を変える可能性がある。そして継続した質の高い医療を全ての地域で展開できるような人材とシステムを作っていくきっかけになればいいと思う」と述べた。

宮崎先生は長崎県島原市の出身で、自治医大を昭和59年に卒業し長崎県の離島に6年間勤務した。上五島病院にいるときに普賢岳の噴火が

起り、その時に全国から支援を受けたことが自分の中で災害が切り離せないきっかけとなっていると言う。

宮崎先生が勤務する東京北医療センターは、へき地や地域の医療を使命としている地域医療振興協会の運営する病院で、東京都北区にあり主に北区を含めた医療圏の急性期医療を担い、地域に根差した医療を実践し、その人の人生を豊かにできる医療人を育成することを理念としている。

今回のテーマについて考えると、へき地診療(特に離島)の問題は集約化ができないということが指摘できる。たとえ数百人の人口であっても一次医療を行う診療所が必要で、多くの診療所は医療人材に限られているが、通常の診療時間外も対応せざるを得ない。すなわち24時間オンコール状態である。しかしそれを果たして長く続けることができるのだろうか？

それでは東京ではどうかというと、東京都には10万床のベッドがあるがコロナ禍では「波」のたびに救急の逼迫が起こっていた。東京都内の病院でもそれぞれの病院だけで対応していることが多いが、複数の病院群でリアルタイムで病床、救急の状況を共有し平均して負荷をかければ全体として収容能力は増える。へき地医療ではそれをスモールスケールでやり、東京では全体にまで広げることでもあるのではないだろうか。

同時に医療を受ける側の意識変容も必要になってくる。患者さんの中には救急車で運ばなくてもよいと思われる人もいることや、今、ACPが言われるようになってきているが、その正しい普及が望まれる。地方においては医療を提供する立場への理解を促すことも時間外の負担を減らすことにつながる。

タスクシフトも重要で、医師業務をNPやNDCに代行していく(NPやNDCはいろいろできる看護師ではない)。同時に、今の業務を、必ずやらなくてはならないことと、やったほうがよいことのどちらかに落とし込むという業務の棚卸しも必須である。

「大切なのは大きなスケールメリットで縦割りではない役割分担とタスクシフトを流動的に

行っていくことで、それを実行していくためには多くの人が共有する問題を認識し情報共有することから始まるのかもしれない」と宮崎先生は強調した。

最後に宮崎先生は、東京北医療センターにおいてSDGsの一環として取り組んでいる「LET'S SETSUDEN!」キャンペーンとペーパーレス化と屋上緑化について紹介して話を結んだ。

●学会長企画

学会長企画「コロナ後の病院の在り方を考える」には、宮崎先生を座長に4人のシンポジストが登壇した。

「ポストコロナ:墨東の挑戦」では都立墨東病院院長の足立健介先生がコロナ禍で「墨田区モデル」と言われた地域医療機関との連携について紹介した。そしてポストコロナを見据えて行ってきた、①手術室改革と手術部開設、②医療DXの推進による働き方改革、③人材育成センター創設と多職種協働による組織学習は、学会テーマである「自己犠牲に頼らないチームとシステム」の構築に合致する、と述べた。

「コロナへの対応とこれから ~その時、へき地で何が起こったか~」では奥多摩病院院長の井上大輔先生が、東京都でもへき地があり、そういう場所ならではの感染に対する「警戒感」について説明し、そのような中で当初から発熱外来を行い、地域を束ねる医師会や保健所、圏内の病院の協力のもとでコロナに対応した状況について話した。

奥多摩病院と同じ西多摩地区に立地する大久野病院理事長の進藤晃先生は「コロナ後の病院の在り方を考える 回復期・慢性期病院」と題し、患者1人に対する職員数の少ない慢性期病院での対応の厳しさや、高齢化社会における転院や退院後の問題など、環境整備の必要性について言及した。

地域医療振興協会の運営施設である練馬光が丘病院管理者の光定誠先生は「コロナ、新病院移転を経て可塑性の高い総合救急診療チームを構築」と題して発表した。コロナ禍の功罪として、

初期からのコロナ患者の受け入れ、そんな中でのクラスターの発生、産科運営の中止や小児科の縮小による再立ち上げの苦労などを「罪」の部分としてあげた。一方「功」としてリモートの進歩、総合救急診療チームの活躍などをあげた。コロナ禍の中、新病院移転を果たし、総合救急診療チームは医師40名というプールとなって必要に応じて可塑的に運用することを目指している、と光定先生は話した。

続くパネルディスカッションでは、座長の宮崎先生が投げる質問にそれぞれが裏話も交えて本音で答え、フロアからも具体的な質問が寄せられ、熱い討論が繰り広げられた。

●地域医療振興協会からの参加者

この他にも、地域医療振興協会から多くの人たちが参加した。

急性期医療委員会企画「診療看護師(NP)および救急救命士との医療機関での協働」では、筑井葉々子さん(JADECOMアカデミーNP・NDC研修センター診療看護師(NP))と島田淳平さん(練馬光が丘病院救急救命士)が講師を務めた。

一般演題では、東京北医療センターから佐野伸さん、小原美和子さん、池田敦さん、西森友則さん、金井信恭さん、三浦理歩さん、台東区立台東病院から原田昭子さん、細川信康さん、中野博美さん、野本潤矢さん、山寄真理さん、木村記子さん、古木晴美さん、山部めぐみさんが、それぞれの職種のテーマで発表を行った。

地域医療振興協会は医療で困っている地域を支援することを使命としているが、そのためには人材の確保・育成が必須であるとともに、チームで対応することが求められる。「働き方改革」を実現しながら、チームでへき地の支援をする。そのヒントになった1日だったように思う。





地域住民と接し感じた「病気でなく、人を診よ」 ということ ～^{おおがせ}大火勢の炎を絶やさずに～

おい町保健医療福祉総合施設 鈴木崇仁

こんにちは。福井38期の鈴木崇仁と申します。2024年3月で無事、義務年限の任務を全うすることができました。私もこの9年間で診療所、地域市中病院での勤務を経験し、最後は2022年、福井県大飯郡おい町にある有床診療所「おい町保健医療福祉総合施設」で2年間勤務しました。当院は自治医大卒の3名の医師が在籍し、主に高齢者の入院管理を行いながら、日々の外来診療や訪問診療にあたっています。

福井県は中央に走るいくつかの峠を境に嶺北と嶺南地域に分けられます。長雨や冬の絶え間ないドカ雪により、嶺南北間を手根管のように走る高速道路、一般道路が寸断されることもあり、愛知県経由で嶺北の自宅に帰ったこともあります。福井県の急性期病院は嶺北部に偏在しているのが現状です。嶺南のさらに南西部に位置するおい町は急性冠症候群等の緊急疾患をはじめ、専門的精査治療を要する症例は県境を跨いで京都府の舞鶴市内に搬送することも多々あります。

若狭おいのスーパー大火勢

おい町は、福井県の南西部に位置し、町域の9割を山林が占め、若狭湾のリアス式海岸に面する、人口約8,000人（高齢化率32.3%）の町です。

毎年夏には「若狭おいのスーパー大火勢」が開催されます。もともと大火勢はおい町各地で行われていたおよそ300年の伝統がある五穀豊穡、火災鎮護を祈願した火祭りですが、現在

のスーパー大火勢においては重さ1t超、高さ20mの葉型の大松明が姿を現し、町全体の一大イベントとして盛大に行われています。燃え盛る大松明を、若者を中心とした50人以上の町民が頭の「ヤッサー」の声に合わせて廻します。その旋風により闇夜に火の勢いは増して火の粉が舞い、幻想的な炎が一人ひとりの瞳を優しく焼き付け、場内からは「ヤッサー」の、ときの声が上がります。徐々に大松明が燃え尽きてくると場内は静まり始め、大火勢のはぜる音に浸ります。やがて一発の打ち上げ花火が放たれ、今度は上空で火花が弾け散ります。これを皮切りにクライマックスの打ち上げ花火が炸裂し、伝統的な日本古来の燃え盛る炎色から、闇間を照らすド派手な色彩に一転します。私は今年も家族とともにこのイベントに参加し、心に残響轟く中、帰宅の途に就きました。

自宅での終末期管理の経験

全国的に少子高齢化や子ども世代の都市部流出は介護需要の増加とともに介護供給の減少をもたらしています。病院での看取りが一般化し、家族の自宅往生への受容や経験は減少、最近では医療側の働き方改革意識や老々介護等のさまざまな要因で、おい町においても在宅での看取り件数は多くはありません。厚生労働省の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、末期がんや心臓病、認知症等のさまざまな最終段階の状況はあるが、全体的には7割弱が「自宅」で最期を迎えることを希望し、終末期を住み慣れた自宅で家族と自分ら



大火勢の様様

しく過ごしたいという気持ちをもつ人は多いようです。近年では医療者間ではアドバンス・ケア・プランニングが浸透し、入院時にはわれわれ医師と患者・家族間で話し合い、確認する機会が増えました。しかし、こうしたきっかけがないと、人生の最終段階について話し合わないことは、一親等にも満たない、核家族化の影響も少なからずあり、多忙な日常の中で高齢者の看取りがある程度、恣意的な判断にゆだねられているからかもしれません。

70歳代の肺癌患者を在宅診療しました。刻々と状態が悪化していく中でも曇りない表情で「早く死にたいんや」「薬も点滴もいらん」「おかあさん(妻)に世話になって、ここ(家)にいる」と話し、他をゆるがせない態度の一方で、われわれ医療側は「本人に対してもっとできるサポートはないか」というもどかしい気持ちがあり、妻も「自宅で過ごせるのか」「子どもとは別居しており、二人で家にいて、夜間急変したらどうしよう」という拭いきれない不安がありました。「早く死にたい」と口癖のように言っていた、その真意は定かではありませんが、何か身体的精神的苦痛があったわけではなく、自宅のベランダに置かれたパイプ椅子に腰を下ろしては、最期まで大好きなタバコを普段通り、たしなんでいました。ご臨終となるまで「ほんまに何もしなくていい」と一貫した姿勢に、自身の最期への受容と家族や慣れ親しんだ家への愛情や信頼を感じました。

同じく70歳代の食道癌患者、食道穿孔を伴

い、経口摂取が十分できない状況でしたが、点滴に縛られ、病院で過ごすことを嫌い、どうしても自宅に帰りたいと、当院に紹介となりました。初回の外来の際も一番の印象は妻の憂い顔でした。実はこの半年ほど前に、自動車免許更新のための認知機能テストをパスできなかったことに患者本人が納得できず、私の外来に妻と相談に来たことがありました。その後、食道癌と診断され、抗癌治療も認知機能低下により断念せざるを得ない状況でした。この人はなぜ、自宅での生活を強く希望するのか。訪問診療で患者宅を訪ねたとき、リビングの窓から外をみると、ダマスク系のバラ庭園が広がっており、華やかで甘い香りが広がっていました。患者が花壇やガーデンアーチをデザインし、妻とともにバラを丁寧に育ててきたそうです。認知症という病名がついても、本人の希望や言動には診察室では把握できない想いや、われわれには読めない空気があることを実感しました。認知機能テストの結果を受容できなかった本人が、数ヵ月後には自身の最期を落ち着いて過ごしている姿をみると、周囲の人間が不安や焦りを感じても、本人の中では「何か他のことをする」ではなく、まさに「自分らしく」、最期は「自宅でいつものように過ごす」ことを噛みしめることで、案外時間がゆっくり流れているのかもしれない。



バラの花

「病気でなく、人を診よ」ということ

私自身、大学受験対策の頃から「病気でなく、人を診よ」というphraseを何度も見聞きしてきましたが、卒後急性期病院の臨床現場では、病気を診れずして人を診れるのか、どうしてもこのnot, but構文に違和感が拭いきれませんでした。終末期管理においては、患者一人ひと

りの最期の気持ちや過ごし方について考える余裕もあまりなく、「病気（もしくは老衰）だから仕方がない」と、患者人生の終焉をルーティンワーク化していたことは正直否認できません。最期までいつもの場所で、これまで生活を共にしてきた人の近くで過ごしたいという気持ちの強さは人によってさまざま、それは社会との直接的なつながりが薄くなっていく中で生じる孤独感、肉体的に弱りながらも五感を通した日常への愛着、そして見守ってくれる家族への思いにもよるかもしれません。介護者側も、それを支える実行力や継続力はさまざまだと思います。大学卒業後の地域勤務を通じて、患者やその家族とじっくり向き合う機会をいただき、時には意見がすれ違う場面もありましたが、意思を持たない臓器相手ではなく、思考する人との双方向性を強く意識したことはいい経験となりました。

地域医療の現場には型通りにマニュアル化できない部分も多く、今やどんどんと人工知能に置き換わり、効率化を目指す社会においても、この領域はまだまだわれわれ地域医療の担い手が大火勢の炎を絶やさず、自分自身で経験を積みながら謙虚に展開していくべきだと感じました。

鈴木崇仁(すずき たかひと)先生 プロフィール

2015年自治医科大学卒業。福井県立病院初期・後期研修、5年間を県内の地域の市中病院、診療所で勤務。2024年4月からは済生会宇都宮病院循環器内科スタッフ。

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

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。



まだ医者3年目ですが、私が86代目所長です ～いきなり主治医？そしてひとりっきりの離島医療～

市立輪島病院内科 山元浩平

自己紹介

こんにちは。自治医科大学44期卒で石川県の山元浩平と申します。大学時代は『やまげん』などと呼ばれており、サッカー部に所属しておりました。現在は医師3年目です。卒業後は石川県立中央病院で初期研修を2年間行い、3年目は内科として能登にある市立輪島病院に半年間勤務し、残りの半年は輪島市の有人島である舳倉島^{へぐらじま}の診療所の所長として勤務する予定でした。

自分は外科志望で将来は呼吸器外科医になりたいと思っています。石川県では3～5年目内科、6,7年目志望科、8,9年目内科として働くことになっています。外科志望の場合、他の人と比べ専門医への道は遠いですが少しずつでも目標に向かって頑張っていきたいと思っています。

市立輪島病院にて

輪島市は人口2.7万人、能登半島に位置し、輪島塗、朝市通り、千枚田などの観光地があり、漁が盛んな活気ある町です。市立輪島病院は病床数175床で二次救急医療機関となっています。石川県の長細い地形上、輪島市内で生じた救急要請は基本的には輪島病院へ搬送されます。

研修医を終了したばかりの自分が4月3日から再診外来（午前中）で20～30人近くの患者さんの診察を行うことになり、時間内に診察をすることに必死だったので、何をしたのか覚えていない状態で外来が終わったのを覚えています。

当院では主治医制のため1～20人の入院患者さんを1人で診ます。最初は研修医では担いきれないような重い責任感に押しつぶされそうになっていました。患者さんの命を預かるということは、これほど重圧なのだと改めて感じました。夜間だろうと休日だろうといつでも電話がかかってくるので、携帯が近くないと不安になるようになりました。少しでも離れたところに置いておくと、着信がないかすぐに確認してしまう癖ができました。まるで片思いの相手と連絡をとっている時のようです。

外科を志望しているため、内科業務の合間や夜間の緊急時に助手として手術に入らせてもらっていました。手術は外科へのモチベーションを保つのに欠かせない刺激であり、楽しい時間でした。外科の先生にはとても感謝しています。

輪島は新鮮な海鮮が多く、ご飯がとても美味しいところです。仕事終わりや休日などはよく飲みに出かけていました。多い時は週の半分以上飲みに行くこともあり、その結果として体重が増えました…。

印象深い患者さん

一番印象に残っている患者さんは、医者になって初めて自分でお看取りさせていただいた骨髄異形成症候群の80代男性の方です。前医で診断されBSC（Best Supportive Care）の方針となり、ご自宅のある輪島で経過をみるようになりました。病態は悪化していきましたが、本人とご家族からできるだけ自宅にいたいと希望が



参加させて頂いた輪島大祭（8月）

ありました。ご家族も熱心な方で、何度も話し合い緩和ケアを行いつつ、体の調子が良い時は自宅に戻り、悪くなれば入院する方針とし、何度か入退院を繰り返していました。徐々に病態が悪くなり貧血は日単位で進行するようになり、呼吸苦症状も強くなったため最後は入院され、病院でご家族の前でご逝去されました。お看取りをした際、ご家族は涙を流されながら「先生ありがとう、無理をきいてもらった、ありがとう」と何度も感謝の言葉をかけてくださいました。まだ医者3年目ですがこれほど感謝された経験はなく、驚き、そして同時にやりがいも感じました。医師の仕事は患者の病気を治すことだけだと思っていたのですが、ご家族と共に患者の最期を看取することも大切な使命だと強く感じました。

舢倉島について

舢倉島は輪島市の北方約48km先にあるディズニーランドよりも少し大きい程度の小さな島です。海女漁、釣り、バードウォッチングが有名な島で、春から秋にかけては観光客が多く訪れます。

昔は島民が200人近くいたそうですが、現在夏場は80人程度で冬になるにつれて人口は減っていき冬場は10人程度になります。島民は輪島市と舢倉島の両方に家をもっており、夏場に海女漁でサザエやアワビを採りに島に来るため人口

が変動します。高齢化も進んでおり平均年齢は60歳を超えています。分校や保育所も以前はありましたが現在は使っていません。もちろん冬は自分が最年少です。

交通手段としては1日1往復の定期船があり1時間半かかります。船に慣れていない人はほとんどが船酔いして、島に着く頃には顔が真っ青になります。船酔いがひどい方は、もれなく自分の患者さんになります。風と波の影響に左右され就航率は低く年間平均50%もなく2日に1回船が出るか出ないかです。冬場は特に天候が不安定であり就航率20%以下で、2週間以上船が来ないこともあります。

離島生活

食事に関してはスーパーマーケット、コンビニ、飲食店もないので基本自炊になります。食料は輪島にある商店に注文して船に乗せてもらい運んでもらいます。もちろん船が出なければ食料は届きません。なので、食料を備蓄しておかないと大変です。特に冬は船が2週間～1ヵ月来ないこともあるので、食料が少なくなっていくとひやひやします。白ご飯だけで数日耐えた先輩の話も聞きました。しかし楽しみもあります。舢倉島でとれる海鮮はどれも新鮮で絶品です。石川県は全体的に海鮮が美味しいと思いますが、舢倉島の海鮮は別格です。夏はサザエ、アワビ、冬は蟹、タラ、ブリ、岩のりなどをいた

できます。自分は冬場だったので、とれたてのタラの刺身、鍋、生のだだめ（だだめ：能登の方言で白子）が忘れられません。今まで食べていたタラ、白子は何だったんだ…と思うほど感動しました。岩のりも島民の方と一緒に採りに行きました。寒い中海岸の岩から宝石を採るかのように必死にむしりまくりです。とても貴重な経験でした。ですがハンバーガーなどのジャンクフードがとても恋しくなるのも事実です。

現金を使える場所は漁協にある自動販売機のみです。冬は売り切れてほとんどないですが…。

診療所にはプロパンガスの大きなボンベが4本（1本つないで3本は予備）あり、なくなれば連絡し船で届けてもらいます。もちろん自分で外して船まで持っていき、診療所まで運びます。使用中にガスが切れると、使えなくなるので自分で予備のボンベに交換しに行かなければなりません。最悪なのがシャワー中です。ガスが切れると水を浴びることになり、さらに寒い中ボンベ交換をしに外に出なければなりません。自分は雪が降る中、ずぶ濡れパンツ1枚でボンベ交換したこともあります。

交通に関しては信号もなく、車も診療所にある軽自動車（救急車）が1台あるだけで島民は基本徒歩か三輪車で移動しています。ほんとに優雅です。

離島といえば虫が多いです。蚊、蜂、ゴキブリ、ムカデが大量にいます。特に舂倉島の蚊は強力で、薄いジーパンであれば服の上から刺されます。島に着いたとたん、ズボンに数十匹蚊がとまることも。しかも虫除けスプレーがほとんど効かないので厚着するか、あきらめるしかないです。

ネット上に『舂倉島診療日誌』というブログがあります。そこには歴代の先生方の日記もありますので、気になる方はぜひご覧ください。

舂倉診療所について

例年石川県では3年目に輪島病院と舂倉診療所を半年間ずつ、自治医大の同期と交代で勤務



舂倉診療所兼自宅

します。自分の同期は4～9月に、自分は10～3月に舂倉診療所で勤務となりました。

舂倉診療所は自治医大卒、石川県1期の先生が所長として就任してから現在まで引き継がれていて、自分が86代目所長です。この診療所は自治医大の歴史と言っても過言ではないと思います。そこに自分の名前を刻むのは誇らしいと思うと同時に大きな重圧も感じました。

診療所の1階が診察室、2階が自分の居住スペースとなります。診療所のスタッフは自分1人のみで看護師、薬剤師、事務、技師さんはいません。なので、受付から薬の処方、検査などは全て1人でしなければいけません。診療所でできる検査は血液ガス分析、心電図、超音波検査、レントゲンです。採血に関しては船が出る日のみ行うことができ、自分で採血し遠心分離をかけ処理し、船に検体を乗せ輪島病院に送ります。血液検体の処理など普段することがなく新鮮です。またレントゲンに関しても自分で撮影し、自分で画像処理を行います（現在は機械で撮影、データ化していますが、昔の先生は暗室で現像をしていました）。

薬や医療器具の管理もしなければいけないので定期的に在庫や期限のチェックを行い、必要なのは輪島病院に連絡して船に乗せて送ってもらいます。

普段の診療は平日8時半～17時まで行っています。予約はなく患者さんは好きなタイミングで来られます。患者さんも少ないので雑談しながらゆっくり診察できます。これも地域医療の楽しさの1つだと思います。時間を気にせず話せるので、患者さんとの距離も縮まります。中にはその日とれた魚や貝を持ってきてくださる方もいます。冬の島民が少ない期間は1週間で患者さんが0人のこともよくあります。さすがに患者さんが来ない時は寂しくなります。患者さんが来ない時は教科書を読んだり、自分で購入した内視鏡手術トレーニングで鶴を折ったりしていました。

夜間や休日でも診療が必要であれば診療所へ来てもらったり、家まで往診に行きます。搬送が必要な場合はヘリまたは漁船で搬送します。

「あれ？ Dr. コトーよりも濃い離島診療しているかも」と思うこともあります。

島民との交流

診療所には携帯電話があります。その携帯番号は島民全員が知っているため何かあれば連絡がすぐきます。もちろん診療の相談もあるのでですが一番多いのが「魚とれたし、とりにこんか？ ご飯あるか？ たくさん作ったし、とりにこんか？ ご飯食べにくるか？」など差し入れやご飯の招待が多いです。ほんとうにありがたく、島民の方は診療所の先生をすごく気にかけてくれます。島民の家に呼ばれ一緒にご飯を食べ、お酒を飲みながら話します。島でたった1人の医者として島民の皆さんを支える一方で、自分も島民の皆さんに支えられていました。生活と医療が一体となった環境であり、これ以上の地域医療はないと感じました。

休日

離島できるのは夏場は祭り（輪島大祭）、冬場は年末年始のみで基本的にそれ以外は島にいないければなりません。外食、買い物もできず、娯楽施設などありません。自分は釣りが趣味で



釣り上げた 70 cmの真鯛

よく釣りをしていました。島民の方はほとんどが漁師さんなので魚の話をするとう話がはずみます。本当にいい環境で、診療所から5分歩いたところで、ヒラマサ、フクラギ、真鯛、黒鯛、石鯛、スズキ、アジ、メバル、アオリイカなどたくさん釣り上げることができました。自分は漁協の生け簀をお借りして、魚を泳がせていました。食べたい時に取りに行く感じです。

震災

2024年1月1日に能登半島地震が起きました。自分は舢倉診療所勤務中でしたが年末年始のため1月28日に離島しており、たまたま県外にいたため直接被災しませんでした。急いで1月2日に金沢まで戻りましたが陸路が分断されており、すぐには輪島に向かうことができませんでした。1月4日に陸路がなんとか開通し、車で輪島病院まで向かいました。普段は2時間あれば着きますが、8時間以上かかりました。金沢から輪島に向かう最中壊れた道や倒壊した家が多くありました。輪島に無事着きましたが、以前の輪島の面影はなく、建物は多くが倒壊しており道も隆起しぼろぼろでした。自分の輪島にある4階建ての住居もぐちゃぐちゃで傾いており、缶も転がってしまうほどでした。まるで映画の世界に入ってしまったような感覚でした。

地震発生時に舢倉島には3名の住人がいました。全く連絡がとれず不安に思っていました。県からの情報で無事が確認でき、ヘリで救助されると聞きました。ヘリで救助後に島民からすぐに電話がありました。直接無事だという



輪島にある自分の宿舍

言葉を聞くことができ大変嬉しく思いました。

島にも津波が来たそうで発電所に波がかぶり、電気も水も使えない状態とのことでした。また定期船も出航の目途が立たず、島民も0人であるため自分は舳倉島には戻らず輪島病院で勤務することになりました。

輪島病院は電気は通っていましたが、断水した状態であり、できる検査も限られており普段の診療はできず、救急対応のみで、きちんとした入院管理もできませんでした。緊急性が高い

患者や入院管理の必要な患者は金沢方面に搬送するしかありませんでした。その中で各地からDMAT, JMATなど多くの援助があり感謝しかありません。援助に来てくださった先生の中には自治医大出身の先生も多くおり心強く、改めて自治医大のつながりの強さを感じました。

石川県、能登地方が復興するために、医療の方面から少しでも支えていけるように頑張っていきます。

山元浩平(やまもと こうへい)先生 プロフィール

2021年自治医科大学卒業。石川県立中央病院で初期研修後、3年目から市立輪島病院に勤務し、後半は舳倉島診療所の所長として勤務していたが、能登半島地震発災のため、現在は市立輪島病院に勤務。

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました！

J-STAGEにて「月刊地域医学」のバックナンバーが閲覧できるようになりました。

● J-STAGEとは

「科学技術情報発信・流通総合システム」(J-STAGE)は、国立研究開発法人科学技術振興機構(JST)が運営する電子ジャーナルプラットフォームです。J-STAGEは、日本から発表される科学技術(人文科学・社会科学を含む)情報の迅速な流通と国際情報発信力の強化、オープンアクセスの推進を目指し、学協会や研究機関等における科学技術刊行物の発行を支援しています。

現在J-STAGEでは、国内の1,500を超える発行機関が、3,000誌以上のジャーナルや会議録等の刊行物を、低コストかつスピーディーに公開しています。

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

<https://www.jstage.jst.go.jp/browse/chiikiigaku/list/-char/ja>

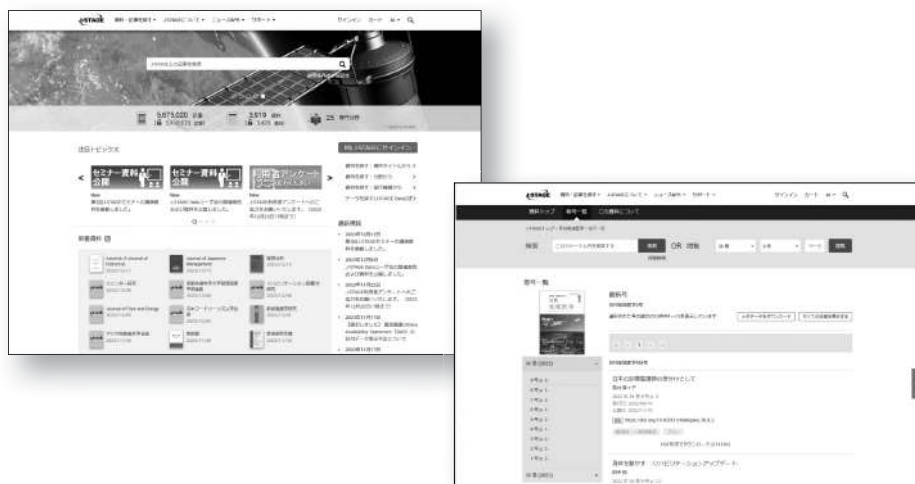
J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

左側に表示されている巻数・号数から、号を選びクリックしてください。原稿タイトルが表示されますので、ご覧になりたいタイトルをクリックいただくと誌面を閲覧できます。

検索のところでキーワードをいれていただくか、閲覧のところに巻数、号数、ページ数を入れていただきましても、ご希望の誌面が閲覧できます。

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。

ぜひ、ご活用ください。



NDCにかける期待

JADECOM-NDC研修センター 統括責任者 山田隆司

これまで

地域医療振興協会(協会)でNDC(Nurse Designated Care: 特定ケア看護師)育成が始まって8年目になります。国が特定行為に関わる看護師の研修制度を創設して以来、初年度より手探りのなか研修が立ち上がりました。

協会は地域医療の確保とサービスの質向上を使命とする公益法人ですが、それに向けて貢献が期待されるとしてNP(Nurse Practitioner: 診療看護師)やNDC育成には大きな期待を寄せていました。アメリカやイギリスなど欧米諸国の過疎地域では、以前より総合医/家庭医の片腕としてNPが活躍しており、医師が不足している状況で欠かせない職種として認められています。

そういった背景からNDCについては当初より医師の一定の分野を技術的にサポートするだけでなく、限られた状況の中で自らが思考し判断できる能力が持てるよう、臨床推論の学習を重視し、21区分、38特定行為全てを履修するプログラムが作られました。プログラム作成および実際の指導体制の構築にあたってはNDC研修センター長である藤谷茂樹先生(聖マリアンナ医科大学救急医学教授)の強いリーダーシップのもとに実現したものです。研修開始当初は協会の教育機関病院であり、これまで研修医、専攻医育成に実績のある東京ベイ・浦安市川医療センターの指導医層を中心に実習指導をお願いし、教材作成についても多大な協力をいただきました。

国の制度では研修期間は1年間とされていま

すが、われわれのプログラムはあえて2年間とし、2年目は主に派遣元病院施設に戻り、それぞれの施設でのNDCとしての役割を見極めながら、施設内でしっかりと認知され、一定の役割を果たせるよう研修が進められました(表)。この際に統括的な指導者である診療看護師 筑井葉々子さんがNDC研修生ほぼ全ての研修元施設を訪問し、施設ごとに実際に研修生と一緒に becoming 診療部や他職種間の業務の隙間を埋めるような調整をしていただきました。彼女の丁寧で地道な尽力がなかったら、このNDC研修が各施設にとって意味あるものとならなかったばかりか、研修が単なる資格取りの研修に留まり、NDCそのものが看護部と診療部の間で新人類のような扱いとなってしまうたかもしれないことは想像に難くありません。

現在

現在2年目の研修には協会内のへき地診療所などでの2週間程度の実地研修が含まれるようになり、派遣元にとって役立つだけでなく、広く医療資源が少ない地域で活躍できるよう工夫されてきました。

NDC研修に関わる個人負担は免除されている代わりに、研修修了後必要とされる地域を一定期間支援することが求められていますが、すでに多くのNDC研修修了生が医師不足が深刻なへき地や離島診療所、あるいは地域の小規模病院で支援の実績を上げています(写真)。

ここ数年間は全国的に医療機関ではコロナ対

表 NDC 研修スケジュール（2年間）

1 年目	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
学習 過程	共通科目				区分別科目							
	Web学習 ディスカッション		実習		Web学習 ディスカッション			実習				
	自施設		研修施設		自施設			研修施設 + 自施設				
2 年目	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
学習 過程	臨床研修：早朝Web学習（毎月1回1時間 症例共有）＋診療所研修2週間											
	自施設（指導医について自施設での活動基盤の構築）											



NDC 1 期生 進士勇介（左）と那国町診療所にて
当時の金城元氣所長と（2019 年 6 月～8 月）

応に終始する事態となりましたが、そんな中でも修了生は各派遣元施設でコロナ対応の最前線で活躍していたことが一昨年の研修報告会で発表されていました。誰もが未経験で資材や人材が不十分な中、医師のみならず看護師も限られた知見を元に自ら思考し、判断する対応が求められました。そんな厳しい状況下でもNDC修了生が役立ったと感じています。

また今回の能登半島地震において協会は後方で被災地患者さんたちを受け入れている病院に看護師派遣を行っています。そこでもNDC修了生が率先して活躍しています。

協会NDC修了生は医療資源が不足する地域、状況に応じて、看護師の業務である診療の補助や療養のお世話という枠を超え、まさに地域ニーズに応える実践者として活躍していると

これから

協会は全国の過疎地域、医師不足地域、医療提供がままならない地域から多くの期待が寄せられています。現代の医療は数多くの専門職によって支えられていますが、全ての領域にわたって、それぞれ業務が限定された専門職を全国くまなく配置することは困難です。人材が不足する地域では各専門職が総合的に幅広く対応するばかりでなく、それぞれの職種を超えた業務を担うことが求められます。地域ニーズに合わせて、限られた専門職が柔軟に対応する能力が求められており、そういった状況にシなやかに対応できる人材育成が必要とされているのです。そのためには地域ニーズに合わせた幅広い知識や技術の習得ばかりでなく、そんな学習を好んで行おうとする態度、さらには限られた状況でも困難に立ち向かおうとする姿勢が求められています。

現在協会ではNP育成も開始され、NDC研修と合わせて、地域ニーズに幅広く貢献できる総合的な看護職の育成を目指しています。今後はNDC研修やNP研修が一部の特別なものではなく、全ての看護師の現任研修やあるいは学生教育とつながり、地域での医療サービスの質向上に発展的に寄与してくれることを願っています。

地域医療型後期研修

2024. 2. 15

「地域医療のススメ」“奈良”での学び

はじめまして。市立奈良病院所属でJADECOM総合診療プログラム「地域医療のススメ」“奈良”専攻医2年目の山下真穂と申します。私は奈良県で生まれ育ち、大学も奈良県で過ごしました。初期臨床研修時の診療所研修で総合診療科および家庭医療に興味を持ち、お世話になった同診療所院長の勧めもあって当プログラムで後期研修させていただくことになりました。

市立奈良病院は奈良市にある350床の急性期病院です。奈良公園や東大寺が近くにあり、コロナも落ち着いてきたので最近では以前のように観光客で賑わっています。専攻医1年目は市立奈良病院の総合診療科、救急科、小児科で研修しました。指導医の先生方に病棟業務や救急対応方法を含め多くのことを基礎から教えていただき、大変有意義な時間を過ごすことができました。特に、総合診療科では毎日カンファレンスがあり、自分自身の疑問に答えていただいたり、先生方からフィードバックを受けることで多くを学びました。カンファレンス時以外にも気軽に指導医に相談することができました。また、私の学年の総合診療科専攻医は私を含めて4人であり、お互いに支え合ったり刺激を受けたりしながら楽しく過ごせました。

専攻医2年目である今現在、私は奈良市立都祁診療所で研修しています。都祁診療所には、昨年10月からお世話になっていますが、診療所研修開始に向けて専攻医2年目の4月から6月は緩和ケア(福岡県飯塚市にある飯塚病院の連携医療・緩和ケア科で研修)、7月から9月は整形疾患・皮膚疾患(市立奈良



地域医療のススメ

山下真穂

プロフィール

2020年3月 奈良県立医科大学医学部医学科卒業

2020年4月～2022年3月

奈良県西和医療センター初期研修

2022年4月～「地域医療のススメ」“奈良”専攻医



昨年11月にもかかわらず雪が降りしきる様子です。都祁地区のみ雪が降っていたようです。



都祁診療所で地域医療セミナーを開催。
研修医5名が参加してくれました。

病院で研修)について学びました。飯塚病院の連携医療・緩和ケア科では、患者および家族との面談／コミュニケーション方法について教えていただき、面談の度にフィードバックいただけたので大変勉強になりました。市立奈良病院の整形外科・皮膚科では診療所をよく出会う疾患を中心とした非専門医でも覚えておくべきことや紹介タイミング、紹介時に必要な情報等について教えていただきました。

した。これらの経験を基に、都祁診療所では外来診療や在宅医療を行っています。

奈良市都祁地区は、奈良市東部に広がる大和高原と呼ばれるエリアにある、人口約5,000人の四季が感じられる美しい山間地区です。昨年11月に都祁診療所で地域医療セミナーを開催した際には雪が積もっていたので驚きました。都祁診療所は都祁地区の唯一の診療所であり、多数の患者さんが来院します。当初はやはり不安でいっぱいでした。しかし、所長の西村正大先生をはじめ計3～4名の医師、看護師、事務の方々が勤務し、気軽に相談できるので1人で悩むことなく日々診療に臨んでいます。それだけでなく、日々の診療内容の振り返りや勉強会もあるので大変勉強になっています。診療所では予防医療(禁煙外来、健康診断、ワクチンなど)、地域活動(学校医、健康教室など)にも力を入れているので、今後はそれらを含めた診療所に求められる役割について学びたいと思っています。また、昨年12月からは市立奈良病院との病診連携をより良くするために定期的にカンファレンスも行っています。紹介方法や退院タイミング等について話し合いながら、今後もカンファレンスを継続して、より良い関係性を築いていけたらいいなと思います。



総合診療科の同期です。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)
申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告
各種お知らせ
求人

報告

第12回「日本医師会 赤ひげ大賞」表彰

第12回「日本医師会 赤ひげ大賞」(主催 日本医師会, 産経新聞社)の表彰式が3月1日東京都内で開かれた。本賞は地域の実情に応じて創意工夫をこらし、住民への熱い思いをもって地道に医療活動が続ける医師を顕彰するもの。本年度は大賞5名, 功労賞14名が選ばれ, 表彰された。

大賞受賞者(北から, 敬称略)

清水三郎 清水三郎医院 院長
 安福嘉則 関市国民健康保険洞戸診療所
 亀井克典 かなな病院在宅ケアセンター センター長
 武田以知郎 明日香村国民健康保険診療所 管理者
 北野明子 きたの小児科医院 院長

武田以知郎先生は, 自治医科大学卒業生として白石吉彦先生(第2回), 高橋昭彦先生(第4回)に次いでの受賞となった。受賞の言葉をいただいたので紹介する。

第12回「赤ひげ大賞」を受賞して 武田以知郎

この度, 第12回日本医師会赤ひげ大賞を受賞いたしました。自治医大卒業生では3人目にあたるかと思います。私より赤ひげにふさわしい先生方がたくさんおられる中で, 日頃の医師会活動やへき地医療支援の業績, ドキュメンタリー映画「明日香に生きる」などを評価いただいたものと考えています。赤ひげは地域医療の代名詞ですので, 是非これからもバトンをつないでいただける方々が誕生していただけることを期待しています。



第17回 地域医療貢献奨励賞 受賞者決定

2024年3月2日(土), 第17回地域医療貢献奨励賞の表彰式が東京都千代田区都市センターホテルで執り行われた。本賞は, 一般社団法人住友生命福祉文化財団が自治医科大学の後援を得て, 永年にわたり, 地域における医療の確保と向上および住民の健康福祉の増進に著しい寄与・貢献がある医師を顕彰するものである。本年度は6名の医師が選ばれた。

第17回 地域医療貢献奨励賞受賞者(順不同・敬称略)

武田 隆(山形県) 西川町立病院 院長

鈴木善幸(新潟県) 魚沼市医療公社魚沼市立小出病院

地域医療教育・研修センター センター長

手操忠善(滋賀県) 長浜赤十字病院

松下耕太郎(島根県) 隠岐の島町国民健康保険中村診療所 所長

隠岐の島町布施へき地診療所 所長

藤家証一(広島県) 大和診療所 所長

川本龍一(愛媛県) 愛媛大学大学院医学系研究科地域医療学講座 教授



自治医大の卒業生である武田先生, 鈴木先生, 手操先生, 藤家先生, 川本先生から「受賞の言葉」をいただいたのでご紹介する。

武田 隆先生

この度第17回地域医療貢献奨励賞を賜り, とても嬉しく思います。正直言って, 受賞の通知が届くまで, この賞のことは知りませんでしたが, 山形県の1期生の洪間先生はじめ4人の大先輩が歴代授賞されていた素晴らしい賞であることを知って感動しています。西川町立病院に赴任して32年目になります。わが町は開業医不在にて町立病院が唯一の医療機関です。これからも町民の医療の砦を守るために, 老骨に鞭打ちながら, 頑張っていきたいです。

鈴木善幸先生

この度は第17回地域医療貢献奨励賞を賜り, 大変光栄に思っています。この栄誉は, 新潟県の関係者の皆様, 地域で一緒に働いた先輩, 同僚, 後輩, そして地域の皆様, 支えてくれた家族のおかげと思っています。1986年に自治医大を卒業し, 新潟県で主に中小の県立病院で勤務しました。新潟県の医師不足は深刻であり, さらに, 地域病院に必要な総合専門医はなかなか育成されません。今回の受賞を契機に, ますます地域医療への貢献と, 地域総合診療医の育成に努めていきたいと思っています。

手操忠善先生

この度第17回地域医療貢献奨励賞の受賞, 大変光栄に思います。賞をいただけたのは長年国保直診で勤務し, その時は行政の方々と一緒に保健活動できたこと, 平成の大合併後は行政との距離は離れたが, 直診の医師が地域医師会の副会長, 会長となり医師会活動を通して再度, 県(保健所), 市の方々と一緒に活動できたこと, その旗振り役ができたことかと考えています。地域のための役立つのであればもうしばらく頑張ろうと思っています。

藤家証一先生

身に余る賞をいただき, ありがとうございます。振り返れば医師生活41年のうち, 31年間をこの診療所で過ごして来ました。ともに歩んできた地域の方々, とともに働く仲間, そして家族と喜びを分かち合いたいと思っています。

川本龍一先生

この度, 自治医科大学卒業生にとって最も栄誉ある賞を受賞し, 光栄に思います。これまで公私にわたりご指導・ご支援をいただいた多くの方々に心より感謝申し上げます。この受賞を励みに, 今後も地域での臨床, 教育, 研究に努め, 社会に貢献していきたいと考えております。



公益社団法人地域医療振興協会主催
第17回 へき地・地域医療学会開催のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では2024年 6 月29日(土), 6 月30日(日)の両日, 第17回へき地・地域医療学会
を下記のとおり開催します。

今回の学会では「豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～」をテーマに, ハイブリッド形式で開催予定
です。地域に, 患者さんに感謝しつつ, 実行委員一同この学会に取り組んでおります。多くの皆さまのご参加をお
待ちしております。

詳細は順次, 本誌や特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2024/>)にて発信してまいります。



- 開催日程** 2024年 6 月29日(土), 30日(日)
開催方法 会場(海運ビル: 東京都千代田区平河町)とオンラインのハイブリッド形式
参加費 無料
対象 会員, 医師, 専攻医, 臨床研修医, 医学生, 地域医療に関心のある方
開催テーマ 「豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～」
主 幹 地域医療振興協会 東海・北陸地方支部
大 会 長 小田和弘(伊豆今井浜病院 管理者兼病院長)
実行委員長 川合耕治(伊東市民病院 管理者)
副 委 員 長 梅屋崇(あま市民病院 管理者兼病院長)

プログラム概要

- ・大会長講演 大会長 小田和弘(伊豆今井浜病院 管理者兼病院長)
- ・招聘講演「へき地は医者ステキにする」
奥野正孝先生(元々 鳥羽市立神島診療所 所長)
- ・メインシンポジウム
シンポジスト(講演順)
中村伸一先生(おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長)
吉村 学先生(宮崎大学 医学部 地域医療・総合診療医学講座 教授)
荻尾七臣先生(自治医科大学 内科学講座 循環器内科学部門 教授)
- ・高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)候補演題発表
- ・企画プログラム(実行委員が企画中)
- ・一般演題
- ・表彰式・交流会

参加申し込み・募集関係

- ・学会参加申し込み: 4 月20日より特設ホームページで参加受付開始予定です。
- ・高久賞動画募集: 義務年限中の地域での医療活動などを演題とした高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)動画を募集します。対象者には3月中に郵送でご案内します。ご応募をお待ちしております。

一般演題募集

皆さまの日々の地域医療活動に関わる幅広い演題を募集します。

- 募集演題** 1. 地域医療に関する「研究報告」「実践報告」「症例報告」等としテーマは問わないものとする。
2. 既発表、未発表の別は問わないこととする。

応募資格 6月29日(土)17:20～18:20の時間に現地会場での発表が可能な方。

演題名 日本語全角50字以内、英語は半角100字以内

抄録本文 日本語は全角800字以内、英語は半角1600字以内

プログラム開催日時

ポスター貼付時間 6月29日(土)12:00～13:00

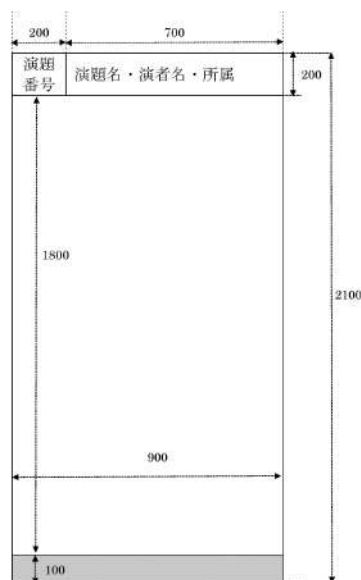
ポスター掲示時間 6月29日(土)13:00～6月30日(日)13:00

ポスター発表時間 6月29日(土)17:20～18:20

発表形式 示説発表(1演題につき発表5分、質疑応答3分の予定)

※一般演題(ポスター)は、発表会場に1演題ごとに縦2,100mm×横900mmの縦長のパネルをご用意します。当日は、座長が進行しますので、指示に従って発表を行ってください。

※会場での現地開催です。発表者は現地に参集して、発表してください。



現地会場 海運ビル2階 ホワイエでの発表。学会終了後は、ポスターのみ学会ホームページで公開する予定。

応募方法 特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2024/>)をご覧ください。

応募フォームURL <https://forms.office.com/r/if5nYiqbfw>

一般演題発表者は、別途本学会への参加申込が必要です。

参加受付は4月20日に開始予定です。



応募フォーム QR コード

募集締切 2024年5月20日(月)17:00

採否連絡 2024年5月27日(月)17:00までに通知します。

お申込み・お問い合わせ先

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

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



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

募集

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

特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

募集地域

福島12市町村

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

各種支援制度

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

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

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

問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

TEL 03-6328-0242 E-mail asumi.shiotac3t@cas.go.jp



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

研修・入局

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

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター
総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科

教授 菅原 斉(北海道1985年卒)

連絡先：福地貴彦(准教授・埼玉2000年卒) E-mail chicco@jichi.ac.jp

募集

日本医科大学 乳腺外科学講座 人材募集

日本医科大学 乳腺外科学講座(大学院)は2012年に開講され、臨床、教育、研究、社会貢献を目的に活動しています。教室員派遣施設として、付属病院乳腺科(文京区)、多摩永山病院乳腺科(多摩市)、武蔵小杉病院乳腺外科(神奈川県川崎市)、千葉北総病院乳腺科(千葉県印西市)があります。

専攻医研修、専門医取得、学位取得、スタッフ勤務などのさまざまな目的を持つ人材を広く募集しております。ぜひ、お気軽にお問い合わせください。

問い合わせ・連絡先

日本医科大学乳腺外科学講座

大学院教授 武井寛幸(群馬1986年卒)

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

E-mail takei-hiroyuki@nms.ac.jp TEL 03-3822-2131 FAX 03-3815-3040

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育 センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…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)に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

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

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

北海道医師募集

好きな北海道で、素敵な医療を！



北海道で
お待ちしております。

北海道で働きたいと思ったら！
北海道東京事務所におまかせ！！

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

ドクターズ北海道移住マガジン「Mateni」 無料配布中！
(※)詳しくは、北海道東京事務所HPをご覧ください。

北海道東京事務所行政課（担当：佐々木）※所属関係は特
※道外医師招聘を専門としている北海道職員です。 印・図
TEL：03-3581-3425（直通） 印・図
E-mail：tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp 印・図
HPアドレス： <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>



受付 2022.7.6

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：106名（うち常勤医師6名）
所在地：〒080-0334 音更町緑が丘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 久米
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
E-mail kume.akira@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立緑ヶ丘病院がある音更町は、北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり、とち帯広空港から約1時間の距離にあります。
当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。
地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。
病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。



受付 2022.6.16

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

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

病床数：120床（稼働病床45床）

職員数：73名（うち常勤医師7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 久米
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
E-mail kume.akira@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立羽幌病院は、北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し、天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。
当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い、総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。
地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。
視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院長は自治医大卒です。）



受付 2022.6.16

※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します

対象：北海道内外の①医師または医学生、②薬剤師または薬学生

対象病院：募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先

北海道道立病院局 病院経営課 人材確保対策室（東田）
TEL 011-231-4111（内線25-853）
E-mail higashida.asami@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。



北海道

夕張市立診療所

●総合診療科 1名



診療科目：内科，整形外科，リハビリテーション科，循環器内科，婦人科，耳鼻咽喉科，泌尿器科，小児科，歯科

病床数：19床

職員数：94名（うち常勤医師2名，非常勤医師2名）

所在地：〒068-0425 北海道夕張市若菜8-12

連絡先：事務課 課長 青木

TEL 0123-57-7781 FAX 0123-57-7783

E-mail husashige_aoki@houseikai.or.jp

特記事項：令和5年9月に若菜地区へ新築移転した当診療所は，夕張市内唯一の有床医療機関で保健・医療・介護の中核施設としての役割を担い，救急から在宅医療，介護サービスまで行っています。かかりつけ医としての役割のほか，市内外の医療・介護・福祉機関と連携し，市民の方々が安心して暮らしていただけるよう支えています。

また，東京医療センターからの研修医を受入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ので，ぜひご連絡をお待ちしています。

<https://www.houseikai.or.jp/yubari/>

受付 2024.2.16

宮城県

丸森町国民健康保険丸森病院

●内科 1名



診療科目：内科，外科，整形外科，歯科

病床数：90床

職員数：120名（うち常勤医師4名，非常勤医2.26名）

所在地：〒981-2152 宮城県伊具郡丸森町字鳥屋27

連絡先：事務長 大石

TEL 0224-72-2131 FAX 0224-72-2474

E-mail byoin@town.marumori.miyagi.jp

特記事項：当病院のある丸森町は宮城県の最南端に位置し，気候も比較的温暖で山の幸，川の幸に恵まれた自然豊かなところです。当病院は，町の保健・医療・福祉の中核施設としての役割を担うとともに，多様化する医療ニーズに応えられるよう，CTをはじめとする高度医療機器の整備を進めております。また，特定健診等の疾病予防事業にも積極的に取り組んでいます。地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。

<https://www.town.marumori.miyagi.jp>

受付 2023.7.31

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名



診療科目：総合診療科（院内標榜）

病床数：無床

職員数：19名（うち常勤医師3名）

所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340

E-mail jin_takeuchi@town.fukaura.lg.jp

特記事項：深浦町は，青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し，東には世界自然遺産に登録されている『白神山地』に連なっています。

当診療所は，民間医療機関等の閉院により，平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが，外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行っております。

へき地医療に関心のある先生方，短期間でも構いませんので，何卒ご協力をお願いします。なお，原則，土日祝日は休みであり，住居も完備しております。

<https://www.town.fukaura.lg.jp>

受付 2023.7.24

大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター

●総合診療医 4名（常勤・非常勤を問わず，応援医師でも応相談）



診療科目：精神科，児童思春期精神科，総合診療科（院内標榜）

病床数：473床

職員数：39名（うち常勤医師29名，非常勤医師10名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事マネージャー 下中

TEL 072-847-3261 FAX 072-840-6206

E-mail shimonakas@opho.jp

特記事項：大阪精神医療センターは総合診療医・総合内科医を募集します。当センターは，90年以上の歴史を有する大阪府の公的精神科病院です。地域の医療機関と連携を図り精神医学の高度な専門技術を提供し，日本の精神医療をリードしてきました。この度，認知症の増加や利用者の高齢化に対応するために「認知症・合併症診療部」を開設し，そこで活躍していただける総合診療医を求めています。ご関心のある方はぜひご連絡下さい。

<https://pmc.opho.jp/index.html>

受付 2023.8.9

兵庫県

豊岡市立国民健康保険 資母診療所

●総合診療医 1名 内科希望



診療科目：内科、外科、脳神経外科、形成外科

病床数：無床

職員数：6名（うち常勤医師1名、非常勤医師1名）

所在地：〒666-0345 兵庫県豊岡市但東町中山788

連絡先：豊岡市健康福祉部健康増進課 課長 宮本
TEL 0796-24-11271 FAX 0796-24-9605
E-mail kenkou@city.toyooka.lg.jp

特記事項：昭和61年に但東町立国民健康保険資母診療所として開設、豊かな自然に包まれた兵庫県北東部に位置し、近くにはのどかな美人の湯のたんたん温泉やシルク温泉、磁器や皿そばの出石があります。平成17年に合併し、豊岡市立国民健康保険資母診療所となり、市域がひろがり山陰海岸国立公園やコウノトリなど、一層自然環境に恵まれた中にあります。その中で地域の皆さんと信頼関係を深め、親しまれる診療所を目指しています。

受付 2023. 11. 7.

岡山県

岡山市久米南町組合立 国民健康保険福渡病院

●内科・外科・整形外科 若干名



診療科目：内科：糖尿病、内分泌、血液、循環器、呼吸器、消化器、内視鏡、腎臓、透析 など
整形外科、リハビリテーション科、眼科、心臓血管外科、皮膚科、心療科（精神科）

病床数：52床

職員数：69名（うち常勤医師2名、非常勤医師3.3名）

所在地：〒709-3111 岡山県岡山市北区建部町福渡1000

連絡先：事務局 事務長 杉本
TEL 086-722-05250 FAX 086-722-0038
E-mail fukuhos8@po10.oninet.ne.jp

特記事項：福渡病院は岡山県のほぼ中央部の、岡山市北区建部町地域と久米南町の人口約10,000人の地域にあります。この地域にはほかに入院施設が無く、地域医療を支える最前線の自治体病院です。外来診療（一般、専門）、透析、入院診療、訪問診療、可能な範囲の救急医療等を行い、地域を愛する病院として頑張っています。副院長、将来の院長候補となり、医療の谷間に灯をともしていく仲間を求めています。

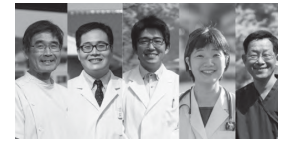
<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023年11月15日

島根県

浜田市国保診療所連合体 (弥栄診療所・波佐診療所・ あさひ診療所・大麻診療所)

●総合診療医 1名



診療科目：内科、小児科

病床数：無床

職員数：24名（うち常勤医師2名、非常勤医師2名）

所在地：〒697-1122 島根県浜田市弥栄町木都賀1530-1
(代表の弥栄診療所)

連絡先：健康医療対策課 地域医療対策係 田中
TEL 0855-25-9310 FAX 0855-23-3440
E-mail kenko@city.hamada.lg.jp

特記事項：①特色あるグループ診療：中山間地域の4つの診療所が市内の中核病院と連携しグループ診療を行っています。家庭医療専門医が在籍し、乳児から超高齢者、予防から在宅まで地域医療に総合的に携わっています。②多様な働き「場」：公衆衛生的視点から保健医療福祉政策に参画するポストもあります。また、小学生から若手医師まで年間200人以上の地域医療実習を受け入れています。ぜひ一緒に働きませんか？

<https://teiju.joho-hamada.jp/recruit/>



受付 2023. 7. 24

熊本県

上天草市立上天草総合病院

●内科・外科・整形外科 若干名



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

病床数：195床

職員数：360名（うち常勤医師14名）

所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

連絡先：事務部長 須崎
TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546
E-mail t.susaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

特記事項：上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、ほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれている自然豊かな地域です。

当院は、「信頼される地域医療」を基本理念としており、看護学校、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター等を併設し、上天草地域の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。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。

何卒よろしく願います。

<https://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2024.2.1

北海道

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 道立保健所 (26カ所)、本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 人事係 下道

〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目
TEL 011-204-5243 FAX 011-232-8368
E-mail hofuku.somu2@pref.hokkaido.lg.jp

PR事項: 北海道では、道立保健所や本庁に勤務する公衆衛生医師を募集しています。

保健所では、市町村や医療機関などと連携し、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策など、道民の健康を支える専門的業務・危機管理対策に携わります。また、本庁では、保健・医療・福祉に関する計画策定や施策立案に携わります。

採用時は、比較的規模の大きな保健所で所長のもと必要な知識・経験を培い、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長として勤務します。また、本庁で勤務することもあります。専門分野は問いません。行政機関での勤務経験も不要です。困ったときには、全道で30名を超える公衆衛生医師の先輩・仲間に相談することができます。

北海道には、雄大な自然やおいしい食、アイヌ文化をはじめとする歴史・文化、多彩な魅力に満ちた179の市町村があり、勤務するそれぞれの地域で充実した生活を送ることができます。

「WEB相談会」を随時開催しています。保健所の見学もできますので、お気軽にお問い合わせください。

<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/139782.html>



栃木県

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 保健所 (5カ所)、県庁

連絡先: 栃木県保健福祉部医療政策課

早川 (とちぎ地域医療支援センター専任医師)

〒320-8501 栃木県宇都宮市埴田1-1-20
TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131
E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

PR事項: 栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。

コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待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.tochigi.lg.jp/e01/work/shikaku/iryuu/1273123952513.html>

大阪府

健康医療部 行政医師募集

募集数: 行政医師 若干名

勤務先: 大阪府庁、大阪府保健所、大阪府こころの健康総合センター (精神保健福祉センター) など

連絡先: 大阪府庁 健康医療部 健康医療総務課 人事グループ 松岡

〒540-3570 大阪市中央区大手前2-1-22
TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項: 公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけでなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。

私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康といのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。

大阪府では、大阪府庁や保健所などに勤務する行政医師を募集しています。専門分野や行政機関での勤務経験などは問いません。業務内容や勤務場所、人材育成の体制や人事制度など、お気軽にお問い合わせください。また、府庁や保健所への訪問、見学なども随時受け付けています。詳しくは府の行政医師職員採用ガイドのページをご覧ください。

<https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/kousyueiseishi/index.html>



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 江原

〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1

TEL 097-506-2614 FAX 097-506-1732

E-mail a12000@pref.oita.lg.jp

PR事項: 日本一のおんせん県おおいたは、健康寿命も日本一です！令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。

公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。

日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。

専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！

<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12000/kousyueiseishiiboshu.html>



鹿児島県

くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 7名

勤務先: 保健所(県内13カ所)、県庁

連絡先: 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 山崎

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

TEL 099-286-2656 FAX 099-286-5550

E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

PR事項: 鹿児島県は、3つの世界遺産や和牛日本一に輝いた鹿児島県牛をはじめとする世界に誇れる食や優れた県産品の数々のほか、歴史や文化など、魅力的な資源、すなわち「宝物」を多く有しております。

このような自然豊かな県内において、ワークライフバランスを実現しながら、疾病予防や保健分野の施策に携わり、地域住民の健康を守るため、保健所や県庁で働いてみたいという熱意のある公衆衛生医師を募集しております。

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・休暇等の諸制度の紹介や県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください！

世界に誇る自然環境、暮らしやすい温暖な気候、おいしい食材に恵まれた「くらし先進県」であなたの力を発揮してみませんか。

詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。

<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshu/hokendoc2.html>



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 6名

勤務先: 本庁、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等

連絡先: 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870

E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

PR事項: 熊本県では、県民の生命や健康を守るために県庁や保健所に勤務していただく公衆衛生医師を募集しています。公衆衛生医師の業務は、がん・糖尿病などの生活習慣病の予防はもちろんですが、医療提供体制の確保、感染症や災害への対応など多岐にわたります。近年は超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築が重要な課題となっています。

他にも、県の精神保健福祉センターでは精神保健福祉に関する知識の普及、調査研究、相談や指導を行うための医師を、児童相談所では児童の健康および心身の発達に関して助言や指導を行う医師を求めています。

専門分野や経験年数は問いません。これまで培った医師としてのキャリアを行政で活かしてみませんか。

ご興味のある方、ぜひお問合せください。

保健所見学等も歓迎いたします。

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





沖縄県 宮古南静園



沖縄県 沖縄愛楽園



鹿児島県 奄美和光園



鹿児島県 星塚敬愛園



熊本県 菊池恵楓園



香川県 大島青松園



岡山県
邑久光明園



青森県 松丘保養園



宮城県 東北新生園



群馬県 栗生泉楽園



東京都 多磨全生園



静岡県 駿河療養所



岡山県 長島愛生園

医師募集

国立ハンセン病療養所

全国
13ヶ所

いま、ここにしかない
医療がある

プライマリケア主体で、勤務は概ね規則的です。
ワークライフバランスの面など
今までと違った医師としての新しい働き方を
探することができる場です。

全国13ヶ所の国立ハンセン病療養所で
あなたを待っている人たちがいます。

北は青森県から南は沖縄県宮古島まで、
全国に13施設ある国立ハンセン病療養所。
人生の大部分を療養所で過ごしてきた入所者の方々に寄り添い、
文字通り全人的医療の提供をめざす仲間と共に、働いてみませんか。

厚生労働省 医政局医療経営支援課
国立ハンセン病療養所対策室

詳細や見学希望などは、
下記ホームページや募集
パンフレットより、療養所
各施設へ直接お問い合わせ
ください。



国立ハンセン病療養所
医師募集ホームページ

国立ハンセン病療養所の医師は
特例により「兼業」が可能です。

令和5年4月から定年年齢を
段階的に引き上げております。

国家公務員として
安定した勤務が可能

大学等において研究等を
しながらの勤務が可能

ひとくらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 tel 03-5253-1111 (内線2605・4412)

各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

文字量目安: 約950字で1/2ページ分, 1,900字で1ページ分となります。

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

- ④他の論文等から引用する場合は、当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する。
- 7) 文献：必要最小限にとどめること。本文中に引用順に肩付き番号をつけ、本文の最後に引用順に記載する。
- 雑誌の場合
著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) : タイトル. 雑誌名 年; 巻: 始頁-終頁.
- 書籍の場合
著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) : 章名, 編集者名. 書名. 地名, 出版社名, 年, 始頁-終頁.
- ウェブサイトの場合
著者名, 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸っこ).

文献表記例

【雑誌】

- 1) 山脇博士, 二神生爾, 坂本長逸, 他: 日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016; 43: 121-125.
- 2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

【書籍】

- 3) 高橋三郎, 大野裕 監訳: DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.
- 4) Jameson LJ, Fauci AS, Kasper DL, et al: Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition. McGraw-Hill, 2018.

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

- 1) 本文の保存形式: 作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する.
画像の保存形式: JPEGかBMP形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。これらの画像等を組み込んで作成した図は、各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける。
- 2) 必要書類: 掲載希望コーナー、著者名と所属、連絡先(住所、電話番号、FAX番号、Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋、および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書。

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

- 1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。
- 2) 原稿と必要書類は添付ファイルで送るか、容量が大きい場合には大容量データサーバを使う。

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権、翻案権等、28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)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・二次利用について】

当該論文の転載・二次利用については、「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	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)
	菅野 武(自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授)
	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)
	佐藤新平(大分県済生会日田病院)
	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 副センター長)
	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)
	廣瀬英生(県北西部地域医療センター 国保白鳥病院)
	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)
	守本陽一(兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事)

(50音順, 2023.9.12現在)

編集後記

今月号も本当に興味深く、学びの多い記事ばかりです。今月号から「編集後記」を1年間担当させていただきます編集委員の原田昌範(自治医科大学 平成12年卒・山口23期)です。皆さんより一足先に原稿を読める喜びを味わいつつ、締め切り間近でコメントさせていただきますので、気軽に目を通していただければ幸いです。

さて、今月の「巻頭インタビュー」は、自治医科大学を卒業して7年目の守本陽一先生です。地元の強みを発見できる「地域診断」、そして「だいかい文庫」という「つながり」をもたらす社会的な処方箋。先日、NHKの全国版でも取り上げられ、注目されています。

今月号の「特集」は「地域医療におけるヘルスプロモーションと質改善」がテーマです。地域社会との向き合い方のヒントが得られます。2018年に発足したJADECOM-PBRNと2020年に開始したJCHINの組み合わせによるプライマリ・ケアQI活動。日本もやっとクラウド型電子カルテの標準化を進めることが決まり、これから確実に発展していく領域で、日本をリードする取り組みになると確信しています。

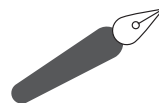
「活動報告」では、へき地診療所でNP外来に続き、PT外来という取り組み。徳地診療所の多職種連携を形にした新しい挑戦は、いつも多くの気づきをいただきます。次の〇〇外来にも期待です(笑)。

「私の地域医療」のバトンを受け取った鈴木崇仁先生(福井41期)、義務年限お疲れ様でした。山元浩平先生(石川44期)、大変なときに被災地からご報告ありがとうございます。お二人のメッセージをぜひ多くの方に受け取ってほしいです。

コロナ対策も被災地にも貢献した「特定ケア看護師(NDC)」の育成が始まって8年。NP育成も開始され、地域医療のために地域のニーズに幅広く貢献できる総合的な看護職にこれからも期待しています！

編集後記、1年間お付き合いよろしくお願いいたします。

原田昌範



月刊地域医学 第38巻第4号(通巻450号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2024年4月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co., Ltd. Printed in Japan

豊かなる地域医療 患者も地域も医療者も

第17回へき地・地域医療学会

開催日／2024年6月

29日(土)
30日(日)

会場／海運ビル(東京都千代田区平河町と
オンラインのハイブリッド開催)

伊豆、河津桜

大会長 **小田和弘**

伊豆今井浜病院 管理者兼病院長

実行委員長 **川合耕治**

伊東市民病院 管理者

副委員長 **梅屋 崇**

あま市民病院 管理者兼病院長



招聘講演

『へき地は医者をステキにする』

奥野正孝 先生

元々 鳥羽市立神島診療所 所長

メインシンポジウム



シンポジスト

中村伸一 先生

おい町国民健康保険
名田庄診療所 所長



シンポジスト

吉村 学 先生

宮崎大学医学部地域医療
総合診療医学講座 教授



シンポジスト

刈尾七臣 先生

自治医科大学内科学講座
循環器内科学部門 教授

特設ホームページ: <https://jadecom-hekichi.com/2024/>



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 へき地・地域医療学会担当
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 E-mail hekichi@jadecom.jp



9784909117854



1923047006004

ISBN978-4-909117-85-4
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)