

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

11
2024
Vol.38-No.11

【特集】

Well-beingを考える

[企画] 北村 聖 地域医療振興協会 顧問

●インタビュー

「自治医大卒業生の
キャリア形成のために」

佐藤新平 大分市医師会立アルメイダ病院婦人科 部長

JADECOM 生涯教育 e-Learning

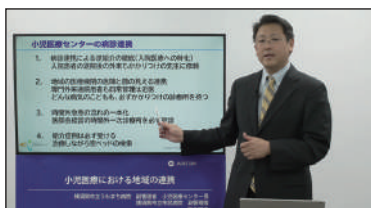
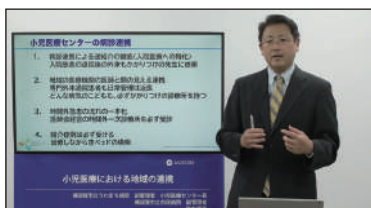
会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



小児医療における地域の連携

9月1日配信 ▶

宮本朋幸先生

横須賀市立うわまち病院副管理者・小児医療センター長
横須賀市立市民病院副管理者

宮本朋幸先生は、筑波大学を卒業後、茨城県内の地域病院で勤務した後、小児循環器の専門医として神奈川県立こども医療センターで勤務。2004年横須賀市立うわまち病院に赴任し、小児医療センターを立ち上げ、現在に至っています。ここでは、こうした経歴をもつ先生が、どのように小児医療をすすめてきたかレクチャーしています。

小児医療センターは、救命救急センター、地域小児科センター・地域周産期母子医療センターほか、さまざまな機関の関連施設となっています。年間入院者数は約1,100人、紹介率100%、逆紹介率は350%が現状です。小児医療センターの歩み、病診連携の方法、紹介率・逆紹介率の推移を解説し、基幹病院にとって地域連携が鍵であると述べています。

また小児科医は子どもの総合医であり、小児医療一般に加え、各専門領域のBasic skillが必要であると述べています。

次に小児在宅医療について、重症児が在宅診療を利用して、自宅で家族とともに過ごすためにどのようなことを行っているかを解説。

そして、成人期への移行期医療において、地域医療小児センターのある2次施設は、かかりつけ医と3次施設への橋渡しが役割であり、院内では小児科がゲートキーパーを担っており、総合診療医との連携でさらにより診療が可能になっていると提言しています。



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

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.11(2024年)

目次

インタビュー

- 自治医大卒業生のキャリア形成のために／佐藤新平 2

特集 Well-beingを考える

- エディトリアル／北村 聖 12
- 総論／飯島勝矢 13
- 地域医療とWell-being -27年の離島での体験を踏まえて-／白石吉彦 20
- 高齢者のWell-being／斎藤 民 26
- 終末期医療とWell-being／間宮敬子 31
- 災害医療とWell-being／中橋 毅 36
- 医療者のWell-being／鋪野紀好 42

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133回“ノンテクニカルスキル”に関わる事例発生を未然防止する!①
-“状況認識”に関わる事例の発生要因から考える未然防止対策-／石川雅彦 52

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 小児医療における地域の連携 60

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑪／林 貴菜 61

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 佐賀県 持続可能な離島医療／荻野祐也 64
- 高知県 持続可能な地域医療を目指して ～この4年を振り返って思うこと～／二宮はるか 67
- 広島県 地域が医者育ててくれる!?
～足りない人、お金、設備で求められている医療ってなんだろうを考える～／新井 勲 70

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 救急認定看護師の特定ケアとその活動報告／大熊尚人 74

研修医日記

- ススメ奈良 専攻医一年生の奮闘／辻本藍子 76

自治医大NOW

- 医学部オープンキャンパスを開催 78

- お知らせ 80
- 求人病院紹介 86
- 投稿要領 94
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

大分市医師会立 アルメイダ病院 婦人科部長
佐藤新平先生



自治医大卒業生の キャリア形成のために

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

産婦人科医を目指して

山田隆司(聞き手) 今日は、大分県の大分市医師会立アルメイダ病院に佐藤新平先生のお話を伺いに訪問しました。佐藤先生はお父さんの影響も受けて、自治医大二世ということで活躍されていますが、昨年から「月刊地域医学」の編集委員も務めていただいています。

まず、先生の経歴を簡単にご紹介ください。

佐藤新平 私は2007年に自治医科大学を30期で卒業し、大分県立病院で2年間の初期研修をしました。大分県の卒業生は全員、初期研修先は県立病院です。その後3年目に自治医大に戻り後期研修をしました。というのは、それまで大分県では後期研修は義務年限外扱いであった(後期

研修を取得すると、義務年限がその分延長されていた)のですが、翌年から義務年限内扱いに変わる(後期研修を取得しても、大分県の認めた研修病院であれば義務年限は延長されない)ことが決まっていました。そのため、その年の後期研修枠が空くことになったのですね。たまたま後期研修枠が空いたことと、私自身が専攻科を産婦人科と内科とで悩んでいたことが重なりました。自治医大の卒業生は内科や小児科を選択される卒業生が多いのですが、産婦人科医である父(佐藤充弘先生、2期)を見ていたり、大分県の卒業生には北條充雄先生(9期)、室康治先生(12期)、軸丸三枝子先生(17期)という産

婦人科の先生がいらしたので、自分も産婦人科を視野に入れ、産婦人科の後期研修を選択しました。その当時は、後期研修を経験してみて産婦人科への志を継続できなさそうであれば、産婦人科を諦め内科に変更する気持ちでした。

山田 それまで後期研修は義務年限の中に数えられなかったのですか。

佐藤 はい。当時そういう県は多かったと思います。

山田 そうなのですか。岐阜県は初期研修後の7年のうちに後期研修を2年取ることができましたよ。

佐藤 それはとても恵まれた県だと思います。未だに後期研修は義務年限外扱いであったり、1年しか認められていないというところもあるようです。

そういうことで、3年目に自治医大産婦人科で1年間の後期研修を行いました。当時の自治医大産婦人科には、2期生で父の同級生であった松原茂樹先生(東京2期)が産科教授で、大口昭英先生(富山10期)、高見澤聡先生(東京12期)、嵯峨泰先生(秋田16期)、桑田知之先生(宮城19期)、高村一紘先生(宮崎28期)、益子尚子先生(栃木30期)がいらして、そのほかにも多くの自治医大卒業生が自治医大産婦人科関連病院や大学院などにいらしていました。そこで後期研修を受けたことで、自分も同じように産婦人科医を目指したいと強く思うようになりました。また当時、大分県中津市の中津市民病院産婦人科では、医師派遣を担っていた九州大学からの医局員の引き上げで地域周産期診療が危ぶまれる状況になっていました。そこで引き上げられてしまった中津市民病院の産科診療を再開させるために、大分県、大分大学産婦人科、大分県産婦人科医会が連携して、医師派遣を調整しよう

という流れになっていました。そういう背景もあって、私は4年目から大分大学の先生と一緒に、中津市民病院で一度閉じた産科診療を再開するお手伝いをするようになりました。

山田 では4年目は産婦人科専攻医のような位置付けだったのですか。

佐藤 はい。ところが、産婦人科の診療はできましたが、一度産婦人科の常勤がいなくなってしまった時期があったため研修施設とは認定されず、研修期間にはなっていませんでした。

山田 そこには何年いたのですか？

佐藤 6年目までの3年間です。

山田 その3年間は義務年限としてはカウントされたのですか。

佐藤 はい。

山田 産婦人科の医師は何人いたのですか。

佐藤 最初は科長と私の2人でお産を再開し、その後大分大学からの派遣が徐々に増えて最終的には4人体制でした。

山田 では、研修歴にはならなかったもののお産の経験は積めたのですか。

佐藤 そういう面白い経験ができたという意味ではよかったのかなという思いと、それが研修期間として認定されていればもっとスムーズに産婦人科専門医の資格を取れたのにという残念な思いがありました。

山田 7年目は？

佐藤 中津市民病院の産婦人科はある程度落ち着いたもので、そろそろへき地に行きなさいということで、7年目で姫島村診療所に赴任しました。

山田 姫島では、産婦人科的な診療はなかったのですか。

佐藤 なかったですね。かつては島でお産をしていたようですが、今は34～35週近くになると島を

出て一時本土で暮らすという形です。

山田 姫島には何年いたのですか。

佐藤 7年目が姫島村診療所で、8年目が佐伯市因尾診療所という、山間部の診療所に行きました。というのは、姫島診療所は三浦源太先生(12期)が所長をされていて地域医療を学ぶ教育環境がとても充実していて、姫島で地域医療を学びたいと希望する卒業生が多いので、私がずっと居続けるわけにはいかなかったのですね。そして8年目はいよいよ一人診療所へ行き、9～10年目にまた中津市民病院の産婦人科に戻りました。

山田 義務年限の最後にまた産婦人科に戻って、その時は産婦人科の研修歴はついたのですか。

佐藤 はい。そこで産婦人科専門医につながった形になります。

義務年限終了後は、大分大学の産婦人科に入局しました。実は自治医大の後期研修では広汎

子宮全摘術をしっかりと学ばずに過ごしてしまいましたが、大分大学に手術がすごく上手な先生がいらしゃったので、その先生の手術を学びたいと思いました。そこで3年間研修し、その後はまた中津市民病院、そして済生会日田病院へ1年行って、この6月からアルメイダ病院に来ました。

山田 それは大分大学の医局人事ですか？

佐藤 そうです。済生会日田病院は、常勤婦人科医のご退職と久留米大学からの婦人科医の常勤派遣が難しかったようです。婦人科診療を継続させるために、大分大学から派遣されるようになりました。アルメイダ病院も産婦人科がなくなったところを再度立ち上げるということで赴任しました。あちこち立ち上げては異動、立ち上げては異動という感じですが、最初の1人として行くので、自分のやり方でやってみることができ、自分には合っているのかなと思います。

義務内に専門医を取れるようにしたい

山田 先生は義務年限内を、半分は産婦人科、半分は地域医療という感じで、いいバランスで義務をこなして、その後地元の大学に入局して産婦人科医として頑張っておられるわけですが、以前から自治医大卒業生の専門医研修の動態や研修病院の問題などに関心を持って取り組んでいますよね。どうしてそういうことに関心をもたれたのですか？

佐藤 中津市民病院に4～6年目の3年間勤めて、実はそこが認定施設ではなかったため専門医が取れないと分かった時にどうしようかと考え、

翌年の姫島へ行った後にシフトチェンジして内科を狙うのもいいかなと思ったのですね。7年目以降の義務年限で、再び産婦人科医として勤務できるかどうかはその時は分からなかったのです。自治医大の卒業生は、当時の内科認定医が取れましたよね。

山田 高久史磨先生のご尽力もあって自治医大卒業生のための特別ルールができていたように記憶しています。

佐藤 そうです。それで自治医大に依頼したのです。そうしたら、3年目に産婦人科の後期研修をし

たから駄目だと言われました。

山田 ダブルボードは取れないと。

佐藤 当時の内科学会の規定に確かにそう記載されていたのですが、それでもう諦めるしかないとは思っていたのですが、モヤモヤしていました。今では新専門医制度になってプログラムがしっかりしたので、自治医大卒業生がなানাあで取れる資格はなくなったと思っています。

山田 自治医大の卒業生は認められた研修として受けていなくても、義務年限で地域の病院を経験することで臨床経験は十分ありましたよね。

佐藤 即戦力というか、現場力みたいなものは地域で確実に身に付いていると思います。なので、自分が義務年限内に何の資格も取れないかもしれないということで非常にモヤモヤしました。希望する診療科の専門研修を大分では受けられないということで義務年限を抜けられた先輩もいましたし、キャリアについてモヤモヤしている卒業生は多いはずなのに、誰も変えようとしていない。相談窓口も県しかないけれど県の担当もすぐ変わる。専門医制度のことをちゃんと知っている人がうまくコーディネートして話し合いの場を作ることができれば、今後の義務年限中のキャリアプランを確認できたり、義務年限をやめてしまうという選択肢も少なくなるのではないかと考えました。そういった気持ちをぶつけたのが「月刊地域医学」への論文投稿だったのです。

山田 「月刊地域医学」への論文投稿数は、先生が最多ですからね。

佐藤 「月刊地域医学」以外は載せてくれないだろうとも思いました(笑)。それで地域医療振興協会ともつながることができました。

山田 われわれは一桁期世代ですが、自分のキャリア形成を考える際に、義務年限の9年間は見通



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

しが立たない。では同期や先輩と話し合う場があったかということ、同期はむしろ競争相手のようになってしまったところがありました。だから、多くの都道府県で先生のように、仲間内で協議して前に進めようという動きが、この何十年、ほぼ起こらなかったようにも思います。

佐藤 大きいのは、地域枠制度ができて、地域枠は新しいから「これはおかしいじゃないか」と言えばそれが通ってしまうところがある。自治医大と地域枠は似たような制度だと思っている、また中には同じだと思っている若い先生もいらっしゃるのではないかと思います。「地域枠では専門医が取れるのに、どうして自治医大は取れないのか?」とってしまうと思うのですね。

自治医大の義務年限というのはとても良い制度だと思うし、専門医は概ね3年の研修で取れるわけなので、うまく調整すれば9年間の中で取ることもできるのではないかと思います。しかし話し合う場すらないと、お互いにモヤモヤして牽制し合って仲が悪くなって、という良くない流れになってしまうと感じていました。

山田 新専門医制度になったことが先生の活動に拍車をかけたわけですね。

佐藤 そう思います。新専門医制度になってから、いまだ大分県では義務年限内で専門医を取った卒業生がいないのですよね。やはり自治医大卒

業生にとって、専門医資格が取りづらくなっている状況はあると思います。

まずは、大分県から仕組みを改善

山田 先生は早くからそういう問題に注目して、専門医制度の診療科による違いや、県によって扱いが異なる実態を、アンケート調査によって把握してこれたと思います。最近では、自治医大や地域枠のために、プログラム制ではなくカリキュラム制も認められる流れも出てきたし、そういう意味では義務年限とキャリア形成というのが、さらに複雑な状況になってきたように思います。それについては今後どういう方向に進めたいと考えていますか。

佐藤 まず、大分県の中での問題を解決したいと思っています。新専門医制度になってから専門医を取れた人が大分県にはいないということは、今お話ししましたが、私がそうであったようにやはりモヤモヤしている人がいると思うのですね。幸いなことに、大分県人会会長の長松宜哉先生(2期)が義務年限内の先生方の教育やキャリア形成に対して前向きな考え方で、県人会として調整してくださっています。長松先生がおっしゃっているのは後期研修を3年にすること。これは可能だと思うのですね。というのは、育休や産休などで義務年限が10~11年と増えている先生もかなりいらっしゃいます。なので、後期研修を3年にしても大分県のためになっているならいいのではないかと、という考え

方もできると思うのです。こうした考えを大分県人会で共有し、顧問指導委員の増永義則先生(9期)、別府幹庸先生(15期)、卒後指導委員の塩穴真一先生(28期)が、義務年限内の卒業生と一緒に、大分県庁との交渉に臨んでくださっています。

これまで50年近く変わらなかった制度なので、そろそろ変えていく流れを作りたい。卒業後のことは自治医大が取り扱える問題ではなく、県の管轄だと聞いたことがあります。都道府県は前例主義のところがあるから、大分県が変われれば他の県も徐々に変えていけるのではないかと思います。実際に地域枠では変わっているところもあるので、自治医大も誰かが言い出さないと！地域枠のキャリアは、まず専門医を取ってそれから地域に出るというプログラムになっていて、自治医大とは全く違う。なぜそれが自治医大にはできないのかというところを突き詰めていくべきフェーズに入っているのではないかと考えています。

ただ、義務年限の明けた卒業生が義務年限内のことに対して関心がないというのもあるように感じるのですね。義務年限明けの先生が介入してくれないと、若い先生たちだけで県と交渉するのは難しい気がします。

山田 自治医大卒業生が、これまでの仕組みを改善してこれなかったわけですが、新専門医制度になってさらに課題がふくらんで、それを乗り越えるだけの組織力が今のわれわれにはできていない。本学には地域医療推進課もあり義務年限9年間の卒業生の就業継続の問題や研究支援などに取り組んではいるものの、なかなか専門

医制度に立ち向かえる戦略にはなっていないと思います。

佐藤 地域医療振興協会の寄附講座ができたことで、大学の中から卒業生のキャリア支援をする部門ができたというのは、大きく変わるチャンスではないかと期待している卒業生もかなり多いのではないかと思います。

自治医大卒業生として声をあげるために

山田 私も義務年限でへき地に赴任した際に、先輩が日本プライマリ・ケア学会を勧めてくれたおかげで入会して学会活動を行うようになりました。その後、学会の役員になったことで三学会の合併に関わったり、その後の専門医制度についても関わるようになりました。ただ、自治医大卒業生として主張するというのは学会や専門医機構の中ではやはりマイノリティで、先生たちがモヤモヤ感をもっているところを、直接改善する力にはなってこれず、それは本当に私の力不足というか、怠慢だと感じています。先生がいろいろな情報を収集し、まずは大分県の状況を改善したいとおっしゃるのは心強いと思いました。先生のように、専門医制度に関して自分なりにモヤモヤしたことを感じて改善したいと思う人たちが集まれば、自治医大の立場を主張できるどころか、専門医制度全体について提案できるようになると思います。

私は今も専門医機構で総合診療の委員を務めています。「専門医制度はこうあるべき」という本質的なことを議論する時間は少なく、地域偏

在を是正するために定員制限をする、あるいはプログラム制だけでなくカリキュラム制を導入するなどルールを定めるような各論的な議論が主体で少し残念なところがあります。総合診療に関しては関係する学会や団体の利害調整の様相といった感も拭えません。そういう中で、自治医大の卒業生が地域偏在の最たる現場を担ってきた立場から、こうあるべきだということを組織的に提言できるといいと思うのですね。

佐藤 そうですね。自治医大の先生が声を大きくすれば変わることもたくさんあると思っています。卒業生のキャリアについては、私が言い始めたわけではなく、これまでに吉新通康先生(栃木1期)や 箕輪良行 先生(東京2期)が取り組まれ、変えてきたこともたくさんあります。だから、誰かが言わないと自治医大発で変わらないと思います。

山田 そうですね、箕輪先生が中心となって地域医療振興協会が大学と協力して、卒業生の初期臨床研修の課題などに取り組んでいましたね。県によって事情が異なる初期研修制度の改善を目

的に活動されていたと思います。

佐藤 今の若い先生たちは地域枠と自分たちの比較だけをしていて、先輩たちがそういう苦勞をしてこられた背景のようなものを知らないと思い

ます。自分がこの活動をしていくことで、先輩方も大変苦勞をされながら環境をよくしようと頑張ってきたのだということを知っていただくきっかけになるのかなと思っています。

横のつながりで議論、共有を

山田 では、それを発展させるために、次のステップとして何をしますか。

佐藤 他の県でも同じようにやりたいと思っている人が絶対にいるはずだと思うので、コミュニティを作っていって、それが大学にもつながり、そこからまた県を変えていくことにつながればいいなと思ったりしています。

山田 例えば山口県などは卒業生として組織だった取り組みをしている急先鋒だと思うんですね。そのやり方がそのままほかの県にも通用するとは思えないけれど、そういう参考事例があるのだから、その経緯や現状を共有して、同じテーブルで議論ができるといいのではないかと思います。せっかく支部長会議などの横断的な会議もあるわけだから、そういう議論を活発にしていこうというところから、地道に続けることが大事でしょうね。

佐藤 今この議論から逃げてしまうと、各県の実情を受験生が受け取れば……

山田 「義務の9年間で専門医も取れず卒業生が悩んでいる」という大学を受験生は選んでくれない。

佐藤 と思います。卒後キャリアの中の1つとして専門医資格については、前向きの調整をしない

と自治医大を受験する人が減っていく状況になってしまうと思います。地域医療を担っていくための次の世代の人材が自治医大に入ってくるようにするためにも、キャリア支援を見直さないといけないと思っています。

山田 いつまでも県の行政を対立軸と捉えているのでは進歩がないので、この状況の中で、自分たちがどういうふうに専門研修と義務消化をバランスよくやっていくか、着実に一歩前に進めないといけないですね。

佐藤 はい。よりよい地域医療にするために、専門医を取ることが役に立つという着眼点で、うまく話を進められるといいと思います。

山田 先生はこれまで、「月刊地域医学」に論文投稿することで自分の活動を示してきたわけですが、編集委員になったことで卒業生として協会と関わりを持ったのだから、協会のネットワークをうまく活用して何らかの横展開ができるといいのではないかと思います。いろいろな場を設けたり、例えば専門医制度に特化した枠組みを作ってもいいかもしれない。そして、大学には既に卒業生に関する非常に豊富なデータがあるのだから、大学と協調するのもとても面白いことができると思います。

佐藤 そうなんです。大学では実は卒業生のデータを集積していて、有用なデータベースができていると思っていたので、学問的な興味としてもぜひそれを共有していただけたらと思います。

山田 毎年発行される卒業生名簿から卒業生の現状把握ができますし、それを経年的に見ていくだけでも一定の動向が分かるのだから、自治医大が集積しているデータを活用できれば地域医療に関する重要な研究の1つになりますよね。

先生一人が細々と頑張っているということに知らないように、共感する人たちは多いと思うし、県ごとにかなり問題意識を持っているところも多いと思うので、もう少し協議したり、情報共有する場ができるといいと思います。

佐藤 地域医療振興協会には、卒業生が絆をつなぎ合っていく会をご支援いただいています。地域医療振興協会大分県支部長の別府先生からご提案いただき、卒業生がつながる会をいくつも設けさせていただいていますので、本当にありがたいと思っています。

山田 そういった幅広い活動をしてもらっているから、われわれにとっても協会の活動のヒントになっています。ただ、悠長なことを言っても結果が出せないと非常に残念なので、何とか応援したいと思うし、どういうふうにしたら具体的に前進できるかということも考えていきたいと思っています。

卒業生の相談窓口

山田 最後に、9年間の義務の中で先生のようにモヤモヤしている卒業生も多いと思うので、そういった後輩たちに対してエールをお願いします。

佐藤 自分のキャリアが思い通りにならないこともあると思うのですが、一方で、地域医療の魅力、素晴らしさに気づかれているからこそ悩まれているのではないかと思います。キャリアについては一人で解決できる問題ではないので、自治医大の卒業生の中で話を聞いてくれそうな人に相談するといいと思います。また分からないこ

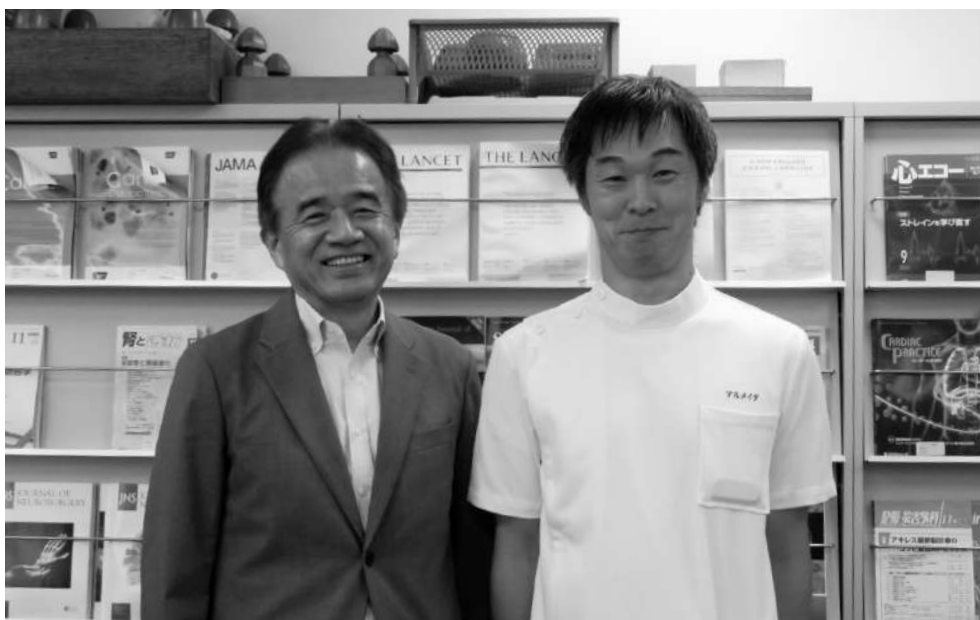
とがあるということであれば、私の持っている情報の中でアドバイスできる部分もあるかと思っていますし、少なくとも一人で悩みを抱え込むよりは話すことで新しい方向が見えてくることもあると思うので、ご連絡をいただければと思います。

山田 先生が卒業生の専門医制度に関する相談窓口のようになってくれればとてもありがたいですね。

佐藤先生、今日はありがとうございました。

佐藤新平(さとう しんぺい)先生 プロフィール

2007年自治医科大学卒業. 大分県立病院で初期研修後, 自治医大産婦人科にて後期研修. 2010年から中津市民病院産婦人科に赴任し, 2013年に姫島村国民健康保険診療所に着任. 2014年佐伯市国民健康保険因尾診療所にて一人診療所医師として勤務し, 2015年中津市民病院に戻り, 義務年限を終了. 大分大学産婦人科, 中津市民病院, 大分県済生会日田病院勤務を経て, 2024年大分市医師会立アルメイダ病院に着任し, 現在に至る.



●佐藤新平先生のインタビューを見る

<https://www.youtube.com/watch?v=y1dANR6OGZM&t=19s>



Well-beingを考える

企画：地域医療振興協会 顧問 北村 聖

●エディトリアル

●総論

●地域医療とWell-being –27年の離島での体験を踏まえて–

●高齢者のWell-being

●終末期医療とWell-being

●災害医療とWell-being

●医療者のWell-being

エディトリアル

地域医療振興協会 顧問 北村 聖

Well-beingを正々堂々と特集のテーマに取り上げた。Well-beingは健康と同義語であるとの解釈もあり、医学雑誌のテーマに「健康」を取り上げるのはまさしく王道であり、堂々とした態度である。そこで、再度、読者諸兄に問いたい、健康とは何か？ Well-beingとは何か？

Well-beingが最初に登場したのは、1946年の世界保健機関(WHO)憲章である。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

この文章は健康の定義であり、Well-beingは「健康」とも「良好な状態」とも訳されている。さらに、意識的には「満ち足りた状態」とか「幸福」「福祉」などの訳語もある。今、流行りのSDGsの目標3では“Good Health and Well-being”は「すべての人に健康と福祉を」と訳されている。昨今では、医学・医療・福祉の領域を飛び出して、Well-beingは社会学、経済学、心理学などの世界や政治でも広く使われ、健康の概念を拡大し、「人として喜びを持って生きていく」といった哲学的な領域まで拡大しているように見える。

一方、WHOの健康の定義に、スピリチュアルに良好な状態を加えようとする動きがあった。霊的な健康と訳するのが一般的であるが、個人的には、気合とするのが好きであった。結局は改定にはつながらなかったものの、我が国においてはspiritualの意味も包含しWell-beingのもつ主観的要素を強調して「生きがい」と捉える向きもある。

特集を組む際に患者・家族に加え、医師・看護師・介護者を含めた医療人のWell-beingも考えてみたいと思った。さらに、哲学とは対極にある「科学的根拠に基づく医療」の中でのWell-beingも考えたいと思った。すなわち、比較対照試験のOutcomeを単に血圧が下がったかどうかではなく、Well-beingに良好な転帰をもたらしたかで評価してほしいと思った。結局、後者は実現しなかったものの、Well-beingはおそらく科学としての医学・医療と人間の生きざまを考える哲学とを結びつける魔法の言葉になると信じている。

●編集委員のメンバー北村聖先生からのメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=gm8mVukLZdE>



総論

東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授 飯島勝矢

抄録

Well-beingとは、well(よい)とbeing(状態)からなる言葉である。健康と同じように日常生活の一要素であり、社会的、経済的、環境的な状況によって決定され、個人と社会の両方がよい状態であることを示している。人生100年時代とも言われる中で、わが国は国民が健康な生活と長寿を享受できる健康長寿社会の実現が急務となってきた。避けられない老いの過程を通して、確実に健康寿命の延伸を実現していくことも重要であるが、同時にWell-being向上にも大きく配慮する必要がある、いわゆる「幸福長寿」の実現も目指したい。人生100年時代のWell-being重視の健康長寿・幸福長寿の実現に向けて、「総合知」による多様なコミュニティ像に向けてのリデザインを推し進める時期に来ている。

はじめに： 健康長寿と幸福長寿の両立を目指す

わが国は、2020年には100歳以上の高齢者が8万人を超え、さらに2025年には高齢化率が30%を超えることが予想されている。「人生100年時代」と言われる昨今、平均寿命が伸びる一方で、長生きに伴う不安(健康・こころ・経済・孤立の側面から生じる不安)が浮き彫りになってきている。認知症やフレイルなど老化に伴う身体的・精神的な変化、老後経済の不安、老老世帯・独居高齢者の増加、地域社会のつながり希薄化、社会保障制度の持続可能性への懸念など、さまざまな課題が挙げられる。また、新型コロナウイルス感染症流行がもたらした水面下の地域社会課題の露呈も考慮せざるを得ず、軽視はできない。

そのような背景の中で、国策である健康長寿

という言葉をもっと幅広く理解し、深化させていく必要がある。すなわち、健康長寿に「幸福長寿」という考え方をもっと盛り込み、しかも中心に置くべきである。言い換えれば、健康長寿を目標に置いたわが国の今までの全ての取り組みが、参加住民に対して「幸福・生きがい(健康長寿、幸福長寿、幸齢社会)」につながっていたのか、ひいては、国民にとっての日々の充実や満足度、国民にとっての新たな価値創造、国民にとっての新たなつながりや強化につながっていたのか、この部分をしっかりと足元を見直すべき時が来ている。すなわち、従来の健康維持というイメージにWell-beingという考えをしっかりと重ね合わせ、もっと前面に押し出して重視すべきである。具体的なイメージとして、「気軽に地域で集うことができ、その仲間たちと同じ時間を共有し、時間が経つのを忘れるくらい打ち込むことができ、またそのメンバーと

特集

一緒に集いたくなる」, そのような原点かつ当たり前の環境が, この少子高齢化による時代の変化とコロナ禍という独特の問題で, 身近に実現できなくなってきた。

Well-beingとは

そこで, 国民一人ひとりが支える側, 支えられる側として多様な生きがいや幸福感を実感できる地域社会を構築したい。 “Well-being” は, well(よい)とbeing(状態)からなる言葉である。世界保健機関(WHO)では, このWell-beingのことを「個人や社会のよい状態, 健康と同じように日常生活の一要素であり, 社会的, 経済的, 環境的な状況によって決定される(翻訳)」と紹介している。さらに健康とは, “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.(健康とは, 病気ではないとか, 弱っていないということではなく, 肉体的にも, 精神的にも, そして社会的にも, すべてが満たされた状態にあること)”と示している。そして, 2030年をターゲットに17の目標達成を実現しようとするSDGs(Sustainable Development Goals)があり, その中の3番目の目標として “Good Health and Well-Being(すべての人に健康と福祉を)”が存在する。Well-beingは, このSDGsの次なるGlobal Goalとして “Post-SDGs”とも呼ばれ, 大きく注目をされている。

さらに, 日本語には「生きがい」という言葉も存在する。どんな人もまさに生きがいを持った人生を送りたいわけだが, この生きがいという言葉は, 言い換えれば「生きる張り合い, 生きていてよかったと思えるようなこと, 生きる価値や意味を与えるもの, 生きていることに対しての充実感や達成感, 満足感といった自分自身に見出せる肯定的な感情」等と定義されている。特に, 生きがいを感じることでできる最たるものが, 地域貢献活動を通して地域の担い手側(支え手側)になっている時であろう。

Well-beingに関する研究の動向: 科学的・多面的な見える化へ

日本政府は, 2021年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021(骨太の方針)」で, 政府の各種の基本計画にWell-beingに関するKPI(Key Performance Indicator: 重要業績評価指標)を設定することになっている。よって, 各分野・各場面において国民のWell-beingを定期的に測定し, 掲げているゴール(目標)と照らし合わせて次なるステップに踏み出しやすくするという流れが期待されており, 各省庁も今後推進していくであろう。

また, 内閣府は2019年度から13分野(家計と資産, 仕事と生活, 健康状態, あなた自身の教育水準・教育環境, 社会とのつながり, 子育てのしやすさ, 介護のしやすさ・されやすさ等)で国民の生活満足度(Well-being)を調べる「満足度・生活の質に関する調査」を行っている。回答者の基本属性や仕事, 家庭の状況等も考慮しながら, 主観・客観の両面からWell-beingを多角的に調査している。最新の情報としては, 「満足度・生活の質に関する調査報告書2024～我が国のWell-beingの動向～(概要)」が掲載されている¹⁾。結果の概要として, 生活満足度は, 5.89と調査開始以来で最高水準となり, 1年間での上昇幅も最大となった。また, 男性では39歳以下, 女性では40～64歳の層において生活満足度上昇が顕著であった。特に男性については, 39歳以下の層で多くの分野(家計と資産, 仕事と生活とのワークライフバランス, 健康状態, 子育てのしやすさ, 生活の楽しさ・面白さ等)の項目において満足度が大きく上昇していた。また, 女性では, 全ての年齢階層で「家計と資産」という項目で生活満足度が上昇していた。具体的に, これらの中でも, 生活満足度を判断する上で重視している事項としては, 「家計と資産」「健康状態」「生活の楽しさ・面白さ」はいずれの年齢層でも重視されている。そして, 「健康状態」「生活の楽しさ・面白さ」は重視している人の割合に対して高評価している人の割合も高いが, 一方で, 「家計と資産」に関しては, 重視している人

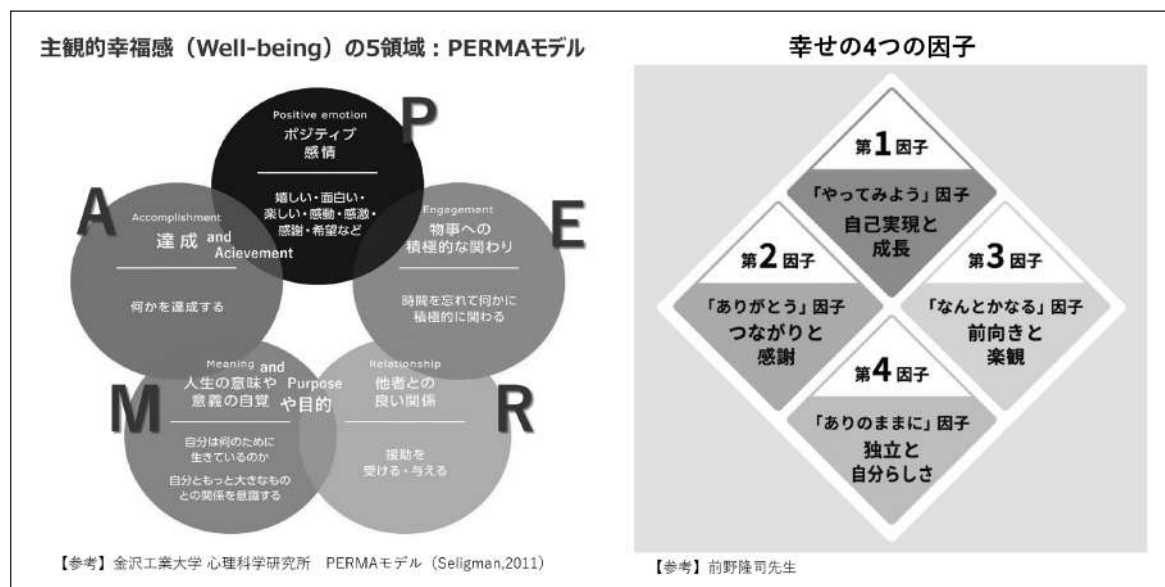


図1 Well-beingに関する多様な考え方

の割合に対して生活満足度を低評価している人の割合が比較的高くなっている結果であった。

個人の主観的Well-beingに関して、海外(例: GALLUP社)では以下のように分別している²⁾。
①Career Well-being(仕事に納得感を持っていて、日々の仕事を楽しんでいるか)、②Social Well-being(生活の中で、他者と深い関わりや愛情を持つことができていくか)、③Financial Well-being(支出や収入をうまく管理することにより、経済的に満足ができていくか)、④Physical well-being(心と体が健康で、自分がしたいと思ったことをする十分なエネルギーがあるか)、⑤Community Well-being(地域とつながっていると感じられている)等である。また、Well-beingを「科学的に、多面的に、幸福度を見える化」しようと、さまざまなチャレンジが進んでいる。1つの例が、幸福度診断Well-Being Circleである³⁾。

ここで、個人においても、地域社会においても、どうすればWell-beingを向上できるのか。多くの研究者が検討しているが、分かりやすいものに以下がある。米国の心理学者マーティン・セリグマン博士らは、Well-beingでいられるためのモデル「PERMA」を提唱している(図1左)⁴⁾。PERMAとは、①Positive Emotion(ポジティブな感情)、②Engagement(何かへの没頭)、③

Relationships(他者との関係性)、④Meaning(生きる意味)、⑤Accomplishment(達成)の5つを満たしていることが重要であると唱えている。そして、これらの要素を踏まえ、自分にとっての幸せが、自分自身で実感できていること(主観的)、その実感が続いていること(持続的)、一人ひとりそれぞれ異なる姿があり、さまざまな共通の要素が影響し合っていること(多様性・多面性)などの3つの特徴も必要であるとしている。

また、前野隆司先生(慶應義塾大学教授)による研究では、幸せには4つの因子「やってみよう」「ありがとう」「なんとなかなる」「ありのままに」があり、次の4つの因子(①やってみよう因子(自己実現と成長: やりがいや強み、目標を持ち、主体性が高い人は幸せ)、②ありがとう因子(つながりと感謝: つながりや感謝、利他性や思いやりを持つことが幸せ)、③なんとなかなる因子(前向きと楽観: 前向きかつ楽観的で、なんとなかなるというポジティブな人は幸せ。チャレンジ精神が大事)、④ありのままに因子(独立と自分らしさ: 自分と他者を比べ過ぎず、しっかりと自分らしさを持っている人は幸せ)を少しでも高めていくことが幸せにつながると唱えている(図1右)⁵⁾。

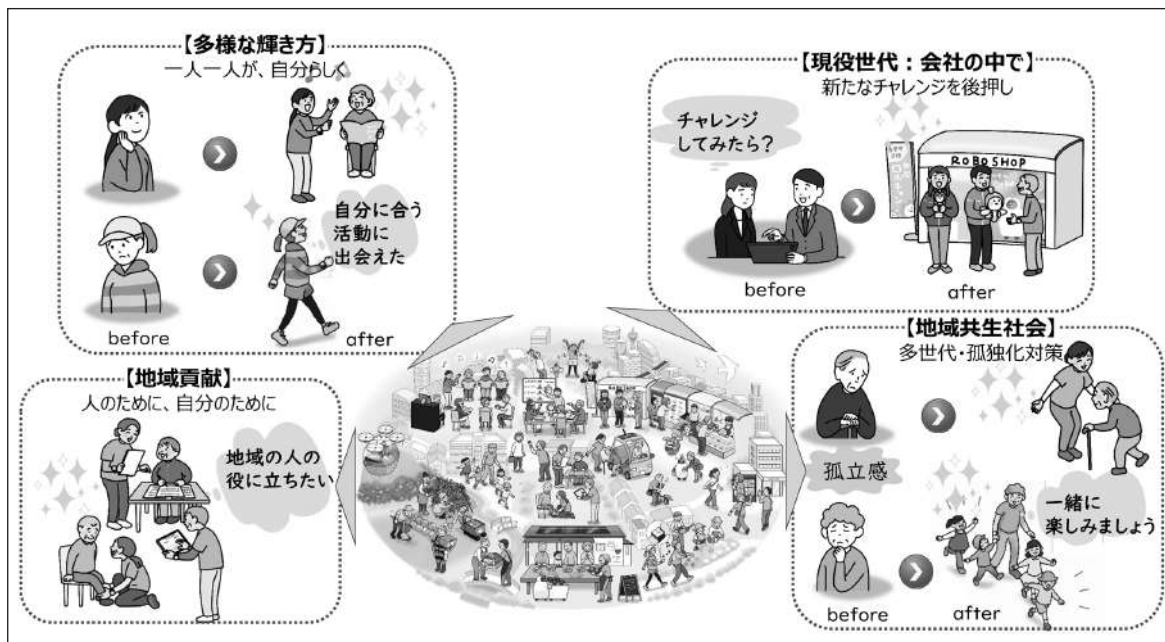


図2 Well-being 向上を軸とする幸福長寿と幸福長寿の両立

高齢社会における Well-being向上への挑戦

筆者は高齢社会総合研究(ジェロントロジー)を推し進めている(図2)。人生100年時代といわれる中で、心身機能を維持しながらいつまでも自立した日常生活を過ごしたい。これは全ての国民の願いであろう。しかし、そこには物理的な身体のみ健康だけではなく、生きがいも含めたWell-beingも充実している必要がある。この直近15年間くらいを見ても、平均寿命と健康寿命の差(男女平均:約10年)はあまり短縮できておらず、政府からの骨太の方針でも2040年までに健康寿命を3歳以上延ばすというビジョンが掲げられ、健康寿命延伸プラン(厚労省)も2019年に出ている。これら国家戦略としての取り組みにも注力しながらも、同時に「新たな自助・互助の地域づくりを介した健康長寿と幸福長寿の両立」を目指したい。そのために、住民一人ひとりの行動変容も期待されるが、それと並行して、住民が住んでいる地域コミュニティの新たなあり方も重要となる。そして、今までの国の大きな指標である国内総生産(GDP: Gross Domestic Product)では捉えきれていない部分である「国内総充実(GDW: Gross Domestic

Well-being)」も底上げしたい。さらには、国民一人ひとりのバイタルデータの数値化だけではなく、個々のWell-beingを一緒に見える化・定量化をして、本人へのポジティブ・フィードバックが実現でき個人最適化を目指せるようなテクノロジー技術開発も期待される。

今後の生涯現役社会における社会参加、社会貢献、就業のあり方、自己実現とは、どのようなものなのか。暦年齢で高齢者になる前から、そして退職前の早い段階から自らのライフデザインを考え、昔ながらの良い意味での地域交流だけで留まるのではなく、さまざまな(多様な)交流が広がる形で、自分の希望に合った貢献活動や就業、そして時間の過ごし方ができることが望ましい。それがちょっとした障害や機能低下があったからといって、その希望のスタイルが急速に萎縮することがないようにもしたい。そこには個々人のさらなる前向きな考え方・価値観の転換(マインドリセット)に加え、それを上手く加速できるような環境側(新たな地域コミュニティ像も含む)の変革も必須であり、ある意味では個人と環境は対なのである。

新たな地域コミュニティの将来像として、「高齢住民も自分たちのまちを守る・創る」という原点の考えを軸にしながらも、ICTデジタル化



図3 住民主体フレイルサポーター活動 ～全国展開システム～

が基盤となるSociety 5.0を見据え、持続可能な次世代型まちづくりを構築し、長生きを喜べる長寿社会の実現を目指していかなければならない。だからこそ、今改めて健康長寿と幸福長寿の両方を実現できる地域コミュニティの再構築（リデザイン）を模索する時期にも来ている。

地域住民主体で自分達のまちを守る・創る～フレイルサポーター達の挑戦～

フレイル概念は国民にとって非常に身近な存在であり、切実感を持つ方々も多い。だからこそ、フレイル予防の啓発活動は、国民自身の気づきと住民同士の互助意識を呼び起こしやすい。筆者は「フレイルサポーター」と呼ばれる住民ボランティアのシステムを構築し、各地域で新しい自助・互助のスタイルを目指し活躍してもらっている^{9)~8)}(図3)。学術的エビデンスからのフレイルチェック活動を中心に、単なる質問や計測の支援だけでなく、また従来の健康診断や人間ドックのような疾患探しではなく、同世代同士でワイワイ楽しみながら自己評価し、お互いに高め合っていける。そこには、上から目線での指導というスタイルではなく、「共に感じ合う（共感）」という世界観が参加住民への新し

い意識変容を生むのである(図4)。このフレイルチェック活動の担い手であるフレイルサポーターは全国共通の養成研修を受講し、同じユニフォーム(黄緑色シャツ)を着用し、フレイルトレーナー(専門職)と行政担当からの後方支援(伴走役)を受けながら、地域貢献活動に入る。全国展開中であるが、どんな異なる地域でも同じことを学び、同じ目標を持ち、同じ価値観で活動しているために、地域を超えて仲間意識が生まれ、交流も起こりやすい(図5)。これは究極のポピュレーションアプローチの1つの形であろう。言い換えれば、住民ボランティア・専門職・行政の三者の間での協調活動であり、お互いに尊重し合い、特に個人の自己責任を強要するものでもなく、自然体で住民主体活動が自由かつアクティブに進めることができる雰囲気づくりを目指している。

最後に

筆者も有識者として作成に関わった「高齢社会対策大綱」の最新版が2024年9月に公表された⁹⁾。持続可能な経済社会を構築していくため、生涯を通じて多様な活躍ができるように、いくつもの目指すべき方向性が示されている。高齢



図4 住民による、住民のためのフレイル予防活動 ～お互いに気づき合い、一緒に高め合っていく～



図5 全国フレイルサポーター ～全国で同じ気持ち 同じ方向を向く 地域を超えて仲間～

期の雇用の質の向上など希望に応じて働き続けられる環境整備，リスクリングの拡充，地域における多様な活躍の機会の充実，地域社会の活力を支えるプラットフォームの構築を目指したい。さらに，世代間の理解の促進の観点から全世代が加齢に関する理解を深めていくとともに，高齢社会や地域社会を支えるための多様な学びの機会の充実を図りたい。また，一人ひとりの身体機能・認知機能の変化に配慮した環境

整備が求められている。

人生100年時代とも言われる中で，わが国は国民が健康な生活と長寿を享受できる健康長寿社会の実現が急務となってきた。避けられない老いの過程を通して，確実に健康寿命の延伸を実現していくことも重要であるが，同時にWell-being向上にも大きく配慮する必要がある，いわゆる「幸福長寿」の実現も目指したい。さらに，身体機能の維持を中心とした自立機能の維

持だけではなく、高齢者の経済活動・地域活動への積極的な参画を促すことによって、日々の充実感を感じ、生きがいを持ち、そして自分自身に合った納得のいく高齢期の過ごし方を続けられるような多様なコミュニティの姿も構築していきたいものである。まさに、産官学民協働による、人生100年時代のWell-being重視の健康長寿・幸福長寿の実現に向けて、わが国も「総合知」による多様なコミュニティ像に向けてのリデザインを推し進める時期に来ている。

参考文献

- 1) 内閣府.「満足度・生活の質に関する調査報告書2024 ～我が国のWell-beingの動向～(概要)」<https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/manzoku/pdf/summary24.pdf>(accessed 2024 Sep 15)
- 2) TOM RATH AND JIM HARTER: "The Five Essential Elements of Well-Being". GALLUP(参照 2023-03-07)前野隆司, 前野マドカ. "社会とウェルビーイング". ウェルビーイング. 日経文庫, 2022, Kindle版, p36-37.
- 3) 一般社団法人Well-Being Design. 幸福度診断Well-Being Circle <https://www.well-being-design.jp/measurement/measurement1/>(accessed 2024 Sep 15)
- 4) 前野隆司, 前野マドカ: "ウェルビーイングの研究". ウェルビーイング. 日経文庫, 2022, kindle版, p51-53.
- 5) 前野隆司, 前野マドカ: "ウェルビーイングの研究". ウェルビーイング. 日経文庫, 2022, Kindle版, p56-59.
- 6) 飯島勝矢: 特集 COVID-19と老年医学, COVID-19による高齢者の生活不活発を基盤とするフレイル化・健康二次被害ーポストコロナ社会を見据えた新たな地域像とはー. Geriatric Medicine 2021; 59(5): 431-436.
- 7) 飯島勝矢: 地域におけるフレイルサポーターの役割. Geriatric Medicine 2022; 60(6): 499-503.
- 8) 飯島勝矢: 福祉・医療の現場から 再考: 住民活力による健康長寿・幸福長寿のまちづくりー高齢者の生活不活発を基盤とする健康二次被害(コロナ・フレイル)からの脱却ー. 地域ケアリング 2023; 25(4): 76-79.
- 9) 内閣府.「高齢社会対策大綱」(令和6年9月13日閣議決定) https://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/pdf/p_honbun_r06.pdf(accessed 2024 Sep 15)

地域医療とWell-being —27年の離島での体験を踏まえて—

島根大学医学部附属病院 総合診療医センター センター長 白石吉彦

抄録

地域医療におけるWell-beingは、地域全体の健康と幸福を指し、住民一人ひとりの身体的・精神的健康、社会的つながり、環境整備、経済的安定、教育啓発が重要である。医療提供者自身のWell-beingも重要であり、長時間労働やバーンアウトに対する対策が必要である。さらに、医療機関としても継続的な医療提供が求められ、地域全体の持続可能な幸福を考え、地域住民や他職種と連携した包括的なアプローチが必要である。

特集

はじめに

Well-beingは「幸福」や「福祉」「健康」「よいあり方」といった訳語が使われる¹⁾。1948年のWHO（世界保健機関）憲章における健康の定義に由来した思想である。「健康とは、たんに病気や虚弱でないというだけでなく、身体的、精神的、そして社会的に完全に良好で全てが満たされた状態」と定義づけられた中の「満たされた状態」「個人や社会の良い状態」がWell-beingということになる。

一方で地域医療について語る場合に、論点があいまいになったり、議論がすれちがったりすることがある。それは「地域医療」という言葉の持つ多面性による。四方は地域医療の意味を以下の4つのパターンに分類している²⁾。

- ① へき地医療（過疎地での医療）
- ② ある特定の地域における医療（身近な医療）
- ③ 大学病院や高次医療機関ではない医療（どこかその辺の医療）
- ④ 機能的な役割

さらに「病院の中で実践する医療は、プライマリ・ケアであり、病院の外で果たす役割が、地域医療である。地域の一部として貢献する医療の在り方が地域医療である」と書かれている。外洋離島の44床の小病院で地域社会と向き合いながら27年勤務する筆者にも非常に腑に落ちる捉え方である。となると「地域医療とWell-being」を考える場合、佐久総合病院の清水茂文の「地域医療は医療の一部ではなく、地域の一部である」³⁾といった文脈からの、地域で果たす役割としての地域医療として捉えたい。

地域医療におけるWell-beingとは、究極的には地域社会全体の健康と幸福を指すと考える。そのためには、まず地域住民一人ひとりのWell-beingを考える必要がある。そこでは以下の要素が重要と考える。

1. **身体的健康**：地域住民が身体的に健康であることを促進するための医療サービスの提供、予防医療、急性期治療、慢性疾患の管理が含まれる。

2. **精神的健康**:メンタルヘルスの支援やカウンセリングサービスの提供、ストレス管理や精神疾患の早期発見と治療、支援が重要である。

3. **社会的つながり**:地域住民間の強いつながりや支援ネットワークの構築、孤立を防ぎ、コミュニティの一体感を高めることが求められる。

4. **環境の整備**:健康に良い影響を与える環境の整備、清潔な水、空気、住環境の確保、運動やリラクゼーションができる場所の提供が含まれる。

5. **経済的安定**:住民が経済的に安定していること、医療費の負担が軽減され、必要な医療サービスが受けられることが重要である。

6. **教育と啓発**:健康に関する教育や啓発活動の実施、住民が健康に関する知識を持ち、自らの健康を管理できるようにすることが求められる。

地域住民のWell-beingを実現するためには、医療機関のみでできるわけではないことは自明で、自治体、コミュニティ団体、住民が協力し、包括的なアプローチを取ることが必要である。これにより、地域全体の健康と幸福が向上し、住みやすい環境が作られる。核家族化、人口減少社会の中で社会的孤立も大きな問題となっている。社会的孤立が要介護、認知症、全死亡に相関があることは示されており⁴⁾、特に男性高齢者の対面での社会的な関わりなどの対策が必要である。

現在、超高齢化社会を迎えた日本では、75歳以上の高齢者では64.7%が多疾患併存のマルチモビディティ状態と言われる⁵⁾。さらに生物学的側面のみではなく、Bio-Psycho-Socialモデルとして多面的にアセスメントや介入を行う必要があるケースが増えており、介護職を含む他職種との連携は必須で、地域を巻き込んだ取り組みが必要とされている。今までとは違う役割を要求される中で、医療提供側のWell-beingを考え

る必要がある。

医療者個人としてのWell-being

まずは医師のWell-beingを考える。米国のShanafeltらにより「医師のWell-beingの決定要因」として7つの要因が提唱された⁶⁾(図)。

- ・仕事の意義(meaning in work)
- ・仕事量と要求度(workload and job demands)
- ・自主性と柔軟性(control and flexibility)
- ・仕事の効率とリソース(efficiency and resources)
- ・組織文化と価値観(organizational culture and values)
- ・サポートとコミュニティ(social support and community at work)
- ・ワークライフインテグレーション(work-life integration)

この7つの要因はそれぞれ独立したものではなく、お互いに重なったり影響しあったりするとされる。この7つの要因が最適化すれば、愛着心や仕事から活力を得られるといった、よいエンゲージメント、Well-beingとなる。逆にバランスが悪い、あるいは何かが足りない状態になるとバーンアウトするリスクが大きくなる状態となる。この状況は、医師という業務の性質上、洋の東西を問わず、共通していると考えられる。医師の中でも特にレジデント(研修医、専攻医)、女性医師がリスクの高い集団とされており、注意が必要である⁷⁾。牧石は7つの要素ごとに取り組むべき内容を列挙している⁸⁾。簡単に一部紹介すると、レジデントの興味や能力と業務内容をmatchさせる、仕事量を把握し過重労働を防ぐ、適切な水準の報酬、主治医のチーム制やタスクシフト、休暇やフレックスなど働き方に柔軟に対応するなどである。

これらの中でも、特に日本の医師の働き方の中で最も大きな問題と考えられるのが、常態化している長時間労働である。厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会の報告書⁹⁾では、冒頭で我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況に

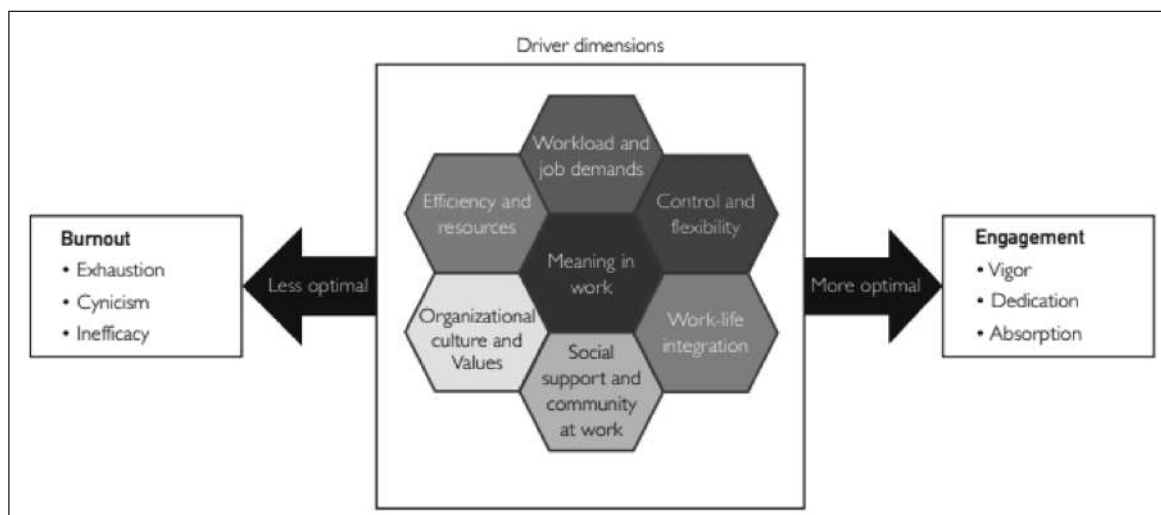


図 「医師の Well-being の決定要因」として7つの要因

あるという現状認識を共有することが必要、と述べられており長時間労働による弊害は論を待たない。一般企業で2019年から始まった働き方改革に、遅れること5年、2024年から医療機関でも医師の働き方改革が始まった。改革の効果については、まだ一定の評価は得られていないが、医師の労働時間が制限され、ある程度長時間労働は是正される方向にある。これにより、医師の過労や健康リスクの低減が期待されているが、同時に医療提供体制の調整が必要となり、特に地方や過疎地域での医師不足が顕著となっている。始まったばかりの医師の働き方改革は、医師の健康と働きやすさを向上させ、医療の質にも良い影響を与えようと考えられるため、今後も課題の解決に向けた取り組みが重要だと考える。

長時間労働以外の問題については、例えば仕事の意義を感じられるかどうかは、視座の問題が大きく関わる。患者を相手にした臨床医としての立場だけではなく、自分の所属する診療科全体のこと、あるいは所属する医療機関の理念や設立趣旨の理解とともに地域における役割などに思いが馳せられるかどうかによって捉え方は大きく変わる。また、その他の自主性と柔軟性、仕事の効率と組織文化などはマネジメントのノウハウ、そして実践が必要である。VUCA(変動性、不確実性、複雑性、あいまい性)の時代に必要なのは、心理的安全性に考慮した組織づ

くり¹⁰⁾、リーダーシップ論¹¹⁾やアウトカム評価を踏まえたPDCAサイクルのフレームワークの実践である。今までは、一般的に医師の世界で学ばないことであるが、よりよい仕事環境を作るためには、今後組織のトップ、リーダーのみならず、全ての医療者にとって必須な知識となる。

自分にとっては自分自身の健康と地域の住民に支えられた部分が圧倒的に大きいですね。医師3年目が人生最高体重でした。夜遅くまで医局に残ってそれからの深夜のラーメン、飲み会。あのままだと危なかったですね。医師4年目にトライアスリートの先輩医師と出会って、トライアスロンを始めました。20歳代後半から40歳代後半まできちんと運動して節制、体形維持できたのは自分にとっての大きな資産です。忙しくなったら練習時間が取れなくなり、練習不足でレースに出るのは体に悪いと認識し、現在は犬と一緒に軽めのジョグだけになっています。

島暮らしでコミュニティが小さい分、子どもの関係や趣味のつながりから、いろいろな面で島の人々と仲間になれたのは大きな財産です。特に子育て真っ最中のころに、何組もの子守りさんたちが、支えてくれたことは島で長く続けられた一番の大きな要因だと思います。

斜字は筆者の経験(以下同)

医療機関として組織のWell-being

ここでは特にへき地の医療機関としてのWell-beingを論ずる。そもそも未曾有の人口減少社会で、その最先端となるのが、へき地・離島である。都市部に先んじてさまざまな問題が明らかになっている。筆者の居住する島根県では、看護師、介護士の慢性的な不足はもちろん、令和6年の今年度、県職員である学校教員ですら30名弱の欠員となっている。さらに島根県の自治体の過半数が人口1万人を切っており、そこでは対象人口的に100床規模の病院は運営が困難である。100床の病院であれば、経営的には医師を20名雇うことは可能であり、さまざまな診療科の医師をそろえることもできる。しかし、人口が6,000人となり、仮に50床前後の病院となると医師数は通常4～5名となる。在宅医療はもちろん、高齢者の運動器をはじめとする多疾患の疾病に対応する必要がある。また子どもがゼロになるわけではなく、当然のように小児への対応も必須である。つまり運動器疾患の初療、継続療養に対応ができ、小児を診る内科系総合診療医による複数制が必然となる。加えてへき地の医療機関では、内視鏡や超音波診断装置を使いこなすことは住民にとって有益で、医師にとってはやりがいにつながる。医療の質の担保のために、それぞれの地域に応じて、適切な頻度の臓器別専門医による非常勤診療は必要であることはいうまでもない。

へき地の医療機関では、癌、非癌を問わず終末期医療の提供も大切な役割となる。そこで重要なのは、患者自身が自分の治療、生活を選ぶ、ということだと考えている。高次医療機関で最後まで積極的治療を受けるのか、地元の医療機関でできる医療を受けるのか、在宅療養や施設入所を選ぶのか、という選択肢がある。入院と在宅を敷居低く行き来でき、さまざまなことを配慮しながら、患者の意思を最大限に尊重しつつ、自由に選択してもらえるような医療を提供することが、へき地の医療機関として大切なことである。

そして、へき地の医療で最も重要なことは、

そこで医療が継続して提供されることである。100点満点の医療提供は素晴らしいことではあるが、そのこと以上に継続性が大切で、極論をいえば60点で良いので、安定して医療が提供されることの方が重要と考える。残りの40点は置かれている状況によって近隣の医療機関や高次医療機関との役割分担でまかなうことが継続性につながる。医療は文化であり、一度壊れてしまった医療に関する文化はそう簡単には元に戻らない。一度流れが変わった住民の受療行動が変化するには、安定した医療提供体制をもってしても5年以上かかる。一方で、へき地の医療機関に赴任した医療者にとって、5年という期間は非常に長く、結局は何も変えられないままに任地を去ることが多い。すなわち医師をはじめとする医療者の確保、そして彼らに自己実現・社会貢献してもらうことが最も重要なカギとなるが、そのためには医療機関のリーダーの素養、努力が要求される。人材確保、広報、財務など多くの業務がある中で、いいチームをつくる、情報の透明性を保つ、決断し、そして実行していくというリーダーシップを発揮するための教育が大切となる。

さらに重要なことは、地域が縮小していく中で、何をどういう形で残していくのかを議論し、いくなれば医療機関自身のACP(Advance Care Planning)、さらにつきつめれば地域自体のACPを考えていかねばならない。主体である住民が自分事としてとらえ、医療機関、行政とともに考え、行動していく必要がある。特に、本当の意味での将来を担う地元の中学生や高校生がそのことに対して、どう考えるのか、といったことも重要になる。中学生や高校生が地元の医療機関で職場体験や医療スタッフと交流することは一つのきっかけとなるので、ぜひとも推奨したい。

小さな島のため、良くも悪くも患者さんの退院後の生活も見えてしまいます。島に来てすぐの頃に、病気を治して退院させるだけでは、医療者の自己満足だということを痛烈に感じるがありました。そこで在宅を支えてくれる役

場や介護系の事業所を回って提案し、ケース検討会を始めました。介護保険の始まる3年前のことです。小さな島なので、全体で全員のケースの共有をできます。制度としての追い風もあり、27年続いているこのおせっかいな井戸端会議がこの島の医療福祉をシームレスにつないでくれています。

離島に赴任してきた医師一人に負担がかからないように周りにある診療所をサテライト化して、病院と診療所勤務を相互交流し、一体運営する形にしました。地域医療支援ブロック制として、島根県もバックアップしてくれ、現在も有効に運用されています。

藤沢病院の佐藤元美先生の実践からヒントを得て、初期研修医の1ヵ月の地域研修報告会に院内スタッフだけではなく、毎回さまざまな団体を呼び意見交換をしていました。月ごとに議員さんや社会福祉協議会、婦人会、老人会、民生委員などに来てもらい、外から来た医師がこの地域をどう感じたのか、医師がどう育っていくのかを理解してもらい、診察室ではなかなか聞けない医療に対する認識や要望などについても議論していました。残念ながらコロナ禍以降、中断していますが、こういう地域との関わりは重要だと思っています。

地域としてのWell-being

医療のみではなく、地域として考えた場合に、例えば、非医療の立場から公益社団法人土木学会から「Beyondコロナの日本創生と土木のビッグピクチャー【提言】人々のWell-beingと持続可能な社会に向けて」としてまとめられている。その中では、安心して快適に暮らし続けられるためには「安全」「医療」「雇用」「教育」「福祉」が最低限の必要なサービスになるとまとめられている¹²⁾。そして安心して暮らす状態、そのため社会から提供される基本的な条件として下記が記されている。

安全: 日本中どこでも、災害などで突然生命・財産を失うことがない。

医療: 住んでいる場所によらず、最新の医療が受けられる。

雇用: 仕事に就き基本的な生活を支える所得が得られる。

教育: 生まれ育った場所によらず、なりたいた自分になるための教育が受けられる。

福祉: 子育てに困ることのない支援を得られる。

さらに安心して暮らすことに加えて、さらにより満たされた状態として考えるなら、「快適な環境の中で暮らし続ける」ことも大切なこととし、「自然」「文化」「地域」「産業」「包摂」の5つの分野から考察されている。

こうした中で持続可能な社会で誰もが、どこでも安心して、快適に暮らし続けることができる社会が達成できる。医療だけで実現するものでもなく、また個人が受け手の立場だけで達成できるものでもない。日本が直面している少子高齢化、生産年齢人口の激減、へき地に点在する小集落型の社会では、交通網や医療以外の社会のインフラも含めて総合的に検討していくことが必要である。

ピーター・ドラッカーの著書「マネジメント」に有名な3人の石切職人の話が出てくる。ただ単純労働として石を切る石工、職人として石を切る石工、将来の孫の代の幸せのための教会の土台を作るための仕事をする石工である、それぞれにとってやりがい、満足度は圧倒的に違う。自分事として、現在の社会の問題に参画できるかどうかは個人のWell-beingに大きく影響する。

日本で幸福学研究の第一人者といわれる慶應義塾大学の前野によると、幸せには4つの因子「やってみよう」「ありがとう」「なんとかなる」「ありのままに」があり、この4つの因子を少しでも高めていくことが幸せにつながるという。

① やってみよう因子: 自己実現と成長

やりがいや強み、目標を持ち、主体性が高い人は幸せ。

② ありがとう因子: つながりと感謝

つながりや感謝、利他性や思いやりを持つことが幸せ。

③ なんとかなる因子: 前向きと楽観

前向きかつ楽観的で、なんとかなるというポジティブな人は幸せ。チャレンジ精神が大事。

④ ありのままに因子:独立と自分らしさ

自分と他者を比べ過ぎず、しっかりとした自分らしさを持っている人は幸せ。

住民も医療者も、組織としても地域としても本当の幸福を意識しながら、いいチームを作り、自分事として現在の日本、あるいは世界の置かれている状況にコミットしていける社会になることで地域医療のWell-beingを達成できると考える。

豊かな自然に恵まれた隠岐の島前(どうぜん)地区でも、人口は減り、医療介護人材の確保はままならない。それでも、生徒数の減少から分校化が検討されていた島前高校では、島留学、地域共創科の設立、教育魅力化プロジェクトなどを武器にV字回復を果たした。町村としても、今まさに、社会課題へのさまざまなチャレンジが行われており、課題への解決の真っ最中である。

おわりに

医学教育モデル・コア・カリキュラム(2022/11/18改訂版)でもプロフェッショナルリズムや社会における医療の役割の理解などが加えられている。プロフェッショナルリズムとして信頼(誠実さ、省察)、思いやり(思いやり、他者理解と自己理解、品格・礼儀)、教養、生命倫理(臨床倫理)があげられている。また社会における医療の役割の理解といった、より高い視点での見方が基本的な資質・能力として求められている。

モノの豊かさを目指していた高度成長期を過ぎ、現在は少子高齢化が進んでいる。現在、日本が最先端を走っているが、今後欧米、そしてアジア、その後はアフリカも同じような道を歩む可能性が高い。地球規模での環境問題や貧困・格差の問題、いつまで経っても収まらない争いなど、経済的豊かさだけを求めても解決

策、そして幸福は得られない。今、日本の果たすべきチャレンジは世界の中で大きな意味を持つ。待っていて誰かがWell-beingな状態を提供してくれるわけではない。地域医療という観点では、医師自らが積極的に院内外他職種との連携、そして医学の枠を超えたマネジメント理論の学習、習得、実践といったことが必要なステージに入ってきている。多くの問題に対して、その場に身を置き、人とのつながりの中で、考え、仲間と一緒に実践していくというのは課題へのチャレンジであり、未来へつなぐためのミッションであり、その過程自身が本当の意味での「豊かさ」だと考えている。

～遊ぶように仕事をして、
仕事をするように遊びたい～

参考文献

- 1) 前野隆司, 前野マドカ: ウェルビーイング. 株式会社日経BP, 2022.
- 2) 四方哲: 地域医療学のブレイクスルー. 中外医学社, 2021.
- 3) 清水茂文: 地域医療は医療の一部ではなく、地域の一部である. ドクターズマガジン137号, 2011.
- 4) 齊藤雅茂, 近藤克則, 尾島俊之, 他: 健康指標との関連からみた高齢者の社会的孤立基準の検討 10年間のAGESコホートより. 日本公衆衛生雑誌 2015; 62(3): 95-105.
- 5) Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, et al: Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. Prev Chronic Dis 2019; 16: E11.
- 6) Shanafelt TD, Noseworthy JH: Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clin Proc 2017; 92(1): 129-146.
- 7) Claudia Zimmermann, et al: Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: gender stratified systematic review and meta-analysis. BMJ 2024; 21: 386.
- 8) 牧石徹也: 研修医や専攻医のバーンアウト予防. 総合診療 2024; 34(6): 643-648.
- 9) 厚生労働省: 医師の働き方改革に関する検討会, 医師の働き方改革に関する検討会 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf>. (accessed 2024 Sep 30)
- 10) エイミー・C・エドモンドソン著, 野津智子 翻訳: 恐れのない組織ー「心理的安全性」が学習・イノベーション・成長をもたらす. 英治出版, 2021.
- 11) Sanjay Saint, Vineet Chopra著, 和足孝之 翻訳: 医療者のためのリーダーシップ30の極意. カイ書林, 2022.
- 12) 公益社団法人土木学会: Beyondコロナの日本創生と土木のビッグピクチャー. 土木学会, 2023.

高齢者のWell-being

国立長寿医療研究センター 老年社会科学研究部 部長 斎藤 民

抄録

本稿では、主に社会老年学の領域で行われた高齢者のWell-being研究に触れ、わが国における高齢者のWell-being向上に向けた今日的課題をいくつか紹介する。社会老年学では、Well-beingとして主に主観的幸福感が取り上げられ、測定尺度や関連要因に関する研究が行われてきた。今後、高齢者の主観的幸福感を高める上で、孤立・孤独の予防が重要である。また高齢者の場合、主観的幸福感と身体的健康が必ずしも一致しないことに留意すべきである。最後に今後も増加し続ける認知症の人や家族の主観的幸福感を考えることがますます重要といえる。

特集

はじめに

わが国の高齢化率は2024年現在29.2%¹⁾、超高齢社会(高齢化率21%以上)となって久しい。高齢者のWell-being向上は、今や国民全体のWell-being向上につながるといっても過言ではない。本稿では、主に社会老年学の領域で行われてきたWell-being研究に触れた上で、わが国における高齢者のWell-being向上をはかるための今日的課題についていくつか紹介したい。

高齢者のWell-being

1. 社会老年学におけるWell-beingとは？

社会老年学の領域では、高齢者のWell-beingは中核をなすテーマのひとつであり、すでに1960年代には研究が盛んに行われている。Well-beingの定義は研究領域によって非常に多様である。例えば世界保健機関(WHO)による健康の定義には「身体的にも精神的にも社会的にも

Well-beingであること」とあり²⁾、ここでのWell-beingは「良好な状態」を示すといえるだろう。社会老年学の領域(中でも特に老年心理学や老年社会学の領域)では、Well-beingとは主に主観的幸福感(Subjective Well-being:SWB)を指している。以下では、SWBの研究概況を紹介する。

2. SWBの諸側面

SWBに限っても、それが何により構成されるどのような概念であるのかについて、多くの捉え方と研究潮流がある。例えば古谷野³⁾は、SWBの側面と既存尺度との対応を時間(長期／短期)と性質(認知／感情)の2軸から整理している。この2軸からみれば、人生全般に対する満足度は長期的で認知的なものであり、肯定的あるいは否定的気分は短期的で感情的な側面に属するといえることができる。別の分類方法としては、Vander Weeleら⁴⁾は、喜び等の快感情や痛みの欠如を表す快楽的(Hedonic)側面、人生やその各側面に対する認知的な満足を示す評価

的(Evaluative)側面, 生きがいや自己実現を示す安寧的(Eudaimonic)側面の3分類で捉えることが多いとしている。

3. SWBの測定尺度

SWBを測定する尺度は多様であり, 測定対象を見ても, 例えば一般成人に広く測定する尺度と同時に高齢者に特化した尺度もある。前者において, 例えばSWBの中でも肯定的気分を測定する尺度として, WHO-5精神的健康状態表という5項目からなる尺度がある。この尺度については, 高齢者向け日本語版も検証されている⁵⁾。また近年は社会のWell-beingに対する関心が高まっており, 内閣府「満足度・生活の質における調査」では生活満足度や領域別の満足度が測定されている⁶⁾。ただし, 内閣府の調査項目はいずれも1項目によって測定しているため, 簡便ではあるが, 測定誤差が生じやすいという欠点もある。

一方, 高齢者に特化したSWB尺度としては, 人生満足度尺度⁷⁾やPhiladelphia Geriatric Center (PGC)モラールスケール⁸⁾が古くから知られ, 日本語版も検証されている。前者はサクセスフルエイジングを明らかにするために開発された, Well-beingに対する一般的な気持ちを尋ねる多次元尺度であり, 日々の活動により得られる喜びや, 人生を有意味に感じられること, 目標を達成できたという気持ち, 肯定的な自己イメージ, 気分により構成される。後者は, 心理的動揺, 老いに対する態度, 孤独感・不満足といった, やはり多次元尺度である。前者と比較して, 後者は加齢に伴う否定的状況に向き合う項目がより多いという特徴がある⁹⁾。またこれらはいずれも, 欧米圏を中心に開発された尺度のため, 日本ないしアジア圏の文化的背景を十分には考慮できていないという批判もある。例えばアジア人の集団主義傾向を考慮したSWBの尺度として, 協調的幸福感尺度(Interdependent Happiness Scale)という日本発の尺度もある¹⁰⁾。高齢者における研究蓄積はこれからであり, 成果が期待される場所である。

4. SWBの関連要因

George¹¹⁾は, 高齢者のSWBの関連要因について包括的なレビューを実施し, 社会経済状況, 健康(とりわけ健康度自己評価), 配偶者や友人とのつながり等の社会関係その他が指摘されている。ただし, 社会老年学におけるこれらの研究の限界として, ほとんどが横断的研究の知見に基づくため, 因果関係が不明確である点を指摘している。近年, 無作為化比較試験を用いた介入研究や, 縦断的データから, ある要因がその後のSWBと関連するのかを検証するような研究も増加しており, 更なる研究蓄積が望まれる。

他方, Kobayashiら¹²⁾は, 縦断的研究により, 子どもとの同居と幸福感との関連の世代(コホート)差・年齢差を検証した。その結果, より古い世代の女性高齢者では子どもとの同居が幸福感に関連しているものの, より近年のコホートほど, 子どもとの同居との関連は少なく, むしろ友人や知人との関係がよりSWBに影響するようになっている, としている。これはSWBの関連要因が, その人の生きた時代や価値観によっても異なることを示唆している。

高齢者のSWB実現のために

1. 孤立・孤独の予防と社会的処方

近年, 高齢期の社会的孤立や孤独感に関する研究関心が高まっている。その背景には独居者や未婚者の急増, 孤独死, 身寄りなし高齢者が社会問題化していること等が挙げられる。

社会的孤立とは家族や友人等の親しい他者との交流が著しく欠如した状態である¹³⁾。一方孤独感とは, 親しい人との交流における本人の願望と実際の乖離から生じる抑うつ的感情である¹⁴⁾。孤立と孤独感は相互に関連するが, 異なる概念である。家族に囲まれて生活していても孤独感を感じる人はおり, その反対もしかりである。またしばしば独居イコール孤立と捉えられることがあるが, 独居でも親族や友人との交流を持つ高齢者は多く, 彼らは孤立状態とはいえない。内閣府の「令和5年度孤立・孤独の実態把握に関する全国調査」¹⁵⁾によれば, 高齢者の

特徴として、孤独感を抱える割合は低いことが分かる。一方で、内閣府「第9回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」¹⁶⁾によれば、日本の高齢者で「親しい友人がいない」と回答した割合は約3割であり、アメリカやドイツ等、他の4ヵ国と比較して2倍以上高い。

孤立と孤独感はいずれもSWBを損なう可能性が示されている¹⁷⁾。その対処として、例えば、近年医療職や介護職の間では、「社会的処方」というイギリス発祥の概念が良く知られるようになってきた。社会的処方とは、かかりつけ医(イギリスではGeneral Practitionerと呼ばれる家庭医)が、投薬などの医学的治療を超えて、患者の健康課題の背景にある社会的課題の解決に向け、地域での活動参加等、地域資源との関わりを推奨するものである。エビデンスにはまだ課題があるとされてはいるが、さまざまな国で広がりを見せている^{18),19)}。

孤立状態が完全な自由意思により選択された結果とすれば、必ずしも否定すべきことではないが、貧困や抑うつなどの背景要因が孤立を生じさせるという知見²⁰⁾を踏まえると、それは孤立高齢者の一般像とはいえない。医療専門職をはじめ、地域の誰もが、こうした望まない孤立・孤独の悪影響を認識し、孤立の軽減を目指すことが、超高齢社会のSWB向上に重要といえる。

2. 高齢者における身体的健康・疾患とSWB

疾患や生活機能障害、心身の不調も一般的にはSWBと密接に関わる。特に後期高齢者には、そうした困難を抱える人が多いことから、重度化予防や適切なケアはSWB向上に向けて重要といえる。ところが、しばしば指摘されるのが、例えば障がいの逆説(Disability paradox)といって、身体上の障がいや不健康があるにも関わらず、SWBを高く保持できる、というものである²¹⁾。その理由として2点考えられる。1点目には、高齢者における障がいや不健康への適応が挙げられる。選択的最適化補償理論(Selective optimization with compensation theory)では、高齢者は心身機能や社会関係の喪失に対し、ライフスタイルを最適化することにより、SWBを

高く維持しうることが指摘されている²²⁾。2点目には、残りの人生において高齢者が何を重視するか、ということである。例えば、認知症ケアで重視する点に関する意識調査では、医師は、特に早期の段階では認知機能低下の予防を重視するが、患者は認知機能低下の予防以上に本人や家族の生活の質を重視する可能性が示されている²³⁾。生活の質の重視は、高齢者を診る医療者にとってはすでに自明かもしれないが、高齢者のSWBを考える時、改めてこうした医療者と患者の視点の相違については、留意すべき点と考えられる。

他方、SWBと身体的健康との因果関係についても、一言だけ触れたい。主に社会学や心理学の領域では、SWBは目的変数として扱われることが一般的であるが、公衆衛生や疫学の領域では、SWBが高いほど、その後の身体機能低下や障がい発生のリスクを軽減できる可能性がある、という研究もみられる²⁴⁾。SWBと身体的健康には双方向性があると考えられるが、現時点では因果関係の結論は出ていない。

3. 認知症の人のSWB向上を目指して

世界的な高齢化の進捗に伴い、認知症の人と介護する家族の人数が増加する。わが国では、2040年には認知症の人は約584.2万人、その手前の軽度認知障害の人は約612.8万人と、高齢人口の約3分の1が何らかの認知機能低下の影響を受けると言われる²⁵⁾。認知症は、症状の進行とともにSWBの要因となる社会関係や生活機能に支障をもたらすため、認知症の人のSWBはそうでない高齢者と比較して低い恐れがある。そのため認知症の人のSWBを考えることは高齢者のWell-being向上に向けて重要といえる。わが国では、「共生社会の実現を推進する認知症基本法」²⁶⁾が2024年より施行され、認知症の人や家族の社会参加や幸福の実現がますます重視されつつある。ところが認知症の人のSWBとその関連要因に関する研究蓄積は、国内外を問わず十分には行われていない。その理由として、調査対象者を得ることが難しいこと、また、認知機能の低下した人のSWB測定が可能なのか、という

課題もある²⁷⁾。

SWBの諸概念のうち、肯定的(あるいは否定的)気分については、認知症の人の生活の質(Quality of Life)を測定する尺度の一部として測定されていることもある(DEMQOL尺度²⁸⁾など)。また肯定的気分をアウトカムとするポジティブ心理学の介入研究も増加している。今後は、SWBの他側面についての尺度検討や、地域在住認知症高齢者のSWBの現状を明らかにするような疫学研究、また生活状況も含む包括的な関連要因を明らかにするような研究が望まれる。

他方、近年の研究では、心拍変動(Heart Rate Variability)から感情を予測する研究も見られ始めている²⁹⁾。認知症の人を対象とする研究は知る限りほとんどみられないが、今後は本人への質問紙評価、観察測定に加え、こうした生理指標による評価が発展することにより、臨床場面や生活場面など多様な状況において、認知症高齢者の肯定的気分を尊重した支援につなげることが期待される。

おわりに

以上、ごく表面的であるが、主に社会老年学領域におけるSWB研究と今日的課題について紹介した。Well-being研究は、社会老年学領域におけるSWBに限っても、その分類や測定方法は多様で、体系的整理が求められる。しかし、知る限りわが国では、その理論的背景や測定方法、関連要因を体系的に整理・解説した教科書のようなものは見当たらない。今後社会におけるWell-beingへの関心がますます高まることが予想される中、多くの人々がWell-beingを正しく理解し、実践に活用するための基盤構築が求められる。また医療面においても、社会的処方や高齢患者、認知症の人のSWBといった新たな観点が求められる状況にあるが、その実現に向けて、特に臨床場面でも簡易にアセスメントできる指標の開発が重要ではないだろうか。

参考文献

- 1) 総務省統計局. 1. 高齢者の人口. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topil321.html>. (accessed 2024 Sep 6)
- 2) World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 1946. <https://iris.who.int/handle/10665/268688>. (accessed 2024 Sep 6)
- 3) 古谷野亘: 老後の幸福感和サクセスフルエイジング. 柴田博, 芳賀博, 長田久雄, 古谷野亘編著. 老年学入門: 学際的アプローチ(老年学ライブラリー). 東京, 川島書店, 1993, 211-218.
- 4) VanderWeele TJ, Trudel-Fitzgerald C, Allin P, et al: Current recommendations on the selection of measures for well-being. *Preventive Medicine*. (Online ahead of print)
- 5) 岩佐一, 稲垣宏樹, 吉田祐子, 他: 地域在住高齢者における日本語版「WHO-5精神的健康状態表」(WHO-5-J)の標準化. *老年社会科学* 2014; 36(3): 330-339.
- 6) 内閣府生活統括官(経済社会システム担当). 満足度・生活の質に関する調査報告書 2023: 我が国のWell-Beingの動向. <https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/manzoku/pdf/report07.pdf>. (accessed 2024 Sep 6)
- 7) Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS: The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* 1961; 16: 134-143.
- 8) Lawton MP: The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology* 1975; 30(1): 85-89.
- 9) 工藤禎子: 高齢者のWell-Beingに関する指標とその活用. *日本地域看護学会誌* 2019; 22(1): 59-64.
- 10) Hitokoto H, Uchida Y: Interdependent happiness: theoretical importance and measurement validity. *J Happiness Stud* 2015; 16: 211-223.
- 11) George LK: Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010; 65B(3): 331-339.
- 12) Kobayashi E, Liang J, Sugawara I, et al: Associations between social networks and life satisfaction among older Japanese: Does birth cohort make a difference? *Psychol Aging* 2015; 30(4): 952-966.
- 13) Lubben J, Blozik E, Gillmann G, et al: Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist* 2006; 46(4): 503-513.
- 14) McWhirter BT: Loneliness: A review of current literature, with implications for counseling and research. *J Counseling Development* 1990; 68(4): 417-422.
- 15) 内閣府. 孤独・孤立の実態把握に関する全国調査(令和5年実施). https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/zenkokuchousa/r5.html. (accessed 2024 Sep 6)
- 16) 内閣府. 第9回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査(全体版). https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r02/zentai/pdf_index.html. (accessed 2024 Sep 6)
- 17) Saito T, Kai I, Takizawa A: Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55(3): 539-547.
- 18) 内閣府. 令和元年版高齢社会白書(全体版)(PDF版). https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/01pdf_index.html. (accessed 2024 Sep 6)
- 19) 西岡大輔, 近藤尚己: 社会的処方の事例と効果に関する文献レビュー: 日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性と課題. *医療と社会* 2020; 29: 527-544.
- 20) Kino S, Stickley A, Arakawa Y, et al: Social isolation, loneliness, and their correlates in older Japanese adults. *Psychogeriatrics* 2023; 23(3): 475-486.
- 21) van Loon AM, Depla MFIA, Hertogh CMPM, et al: The Disability Paradox? Trajectories of Well-Being in Older

- Adults With Functional Decline. *J Aging Health* 2023; 35(1-2): 125-137.
- 22) Freund AM, Baltes PB: Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82(4): 642-662.
- 23) Maki Y, Ohashi W, Hattori H, et al: Discrepancies in persons with dementia, family members, and physician perspectives of dementia treatment: a descriptive study. *Psychogeriatrics* 2021; 21(4): 596-604.
- 24) Steptoe A, Fancourt D: Leading a meaningful life at older ages and its relationship with social engagement, prosperity, health, biology, and time use. *Proc Natl Acad Sci USA* 2019; 116(4): 1207-1212.
- 25) 厚生労働省. 認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計. <https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf> (accessed 2024 Sep 6)
- 26) 厚生労働省. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf> (accessed 2024 Sep 6)
- 27) 村山洋史: 認知症者や要介護者本人を対象とした研究の必要性和そのボトルネック. *老年社会科学* 2023; 45(1): 45-50.
- 28) Smith S, Lamping D, Banerjee S, et al: Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technol Assess* 2005; 9(10): 1-93.
- 29) Chen YC, Hsiao CC, Zheng WD, et al: Artificial neural networks-based classification of emotions using wristband heart rate monitor data. *Medicine (Baltimore)* 2019; 98(33): e16863.

終末期医療とWell-being

信州大学医学部附属病院 信州がんセンター緩和部門 教授 間宮敬子

抄録

世界保健機関(WHO)は健康を言い換える言葉として、初めてWell-beingという言葉を使用した。以来70年以上にわたってWell-beingという言葉が使用され、徐々に概念が変化している。一方、終末期医療は終末期の患者に対して行う医療であり、病状が不可逆的かつ進行性で、近い将来の死が不可避となった状態の患者に対する医療である。終末期の多くの患者は全人的苦痛を持っているが、その全人的苦痛を改善し、患者の意思決定をサポートすることが患者のWell-beingに貢献すると考える。

はじめに

Well-beingは、1948年に採択された世界保健機関(WHO: World Health Organization)憲章に「健康(Well-being)とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう」と定義され、健康を言い換える言葉として登場した¹⁾。以来70年以上にわたって医学用語としてWell-beingという言葉が使用され、徐々に変化してきた。最近では、身体的に良い状態であること、精神的に平穏であること、社会的に満足でき、人として喜びをもって生きていくことができるなど、伝統的な健康の定義と比較してもっと広い、どちらかといえば患者の主観によって示される概念になっている。

一方、緩和ケアでは終末期の患者を診ることがしばしばあるが、大井は、「緩和ケアにおけるWell-beingとは、患者自身に生きる意味を見出させ、トータルペイン(全人的苦痛)をコント

ロールし、患者からその人らしさを引き出し、死に至るまで自分らしく過ごすことができるように、援助された状態と言える」としている²⁾。

ここでは緩和ケアを含む、終末期医療におけるWell-beingをこれまでの報告を紐解きながら考える。

終末期・終末期医療

終末期とは、日本老年医学会の定義では、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」となっている³⁾。また、全日本病院協会の終末期医療に関するガイドライン策定委員会の終末期の定義は、以下の3つの条件を満たす場合とされている。すなわち、

1. 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること
2. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得す

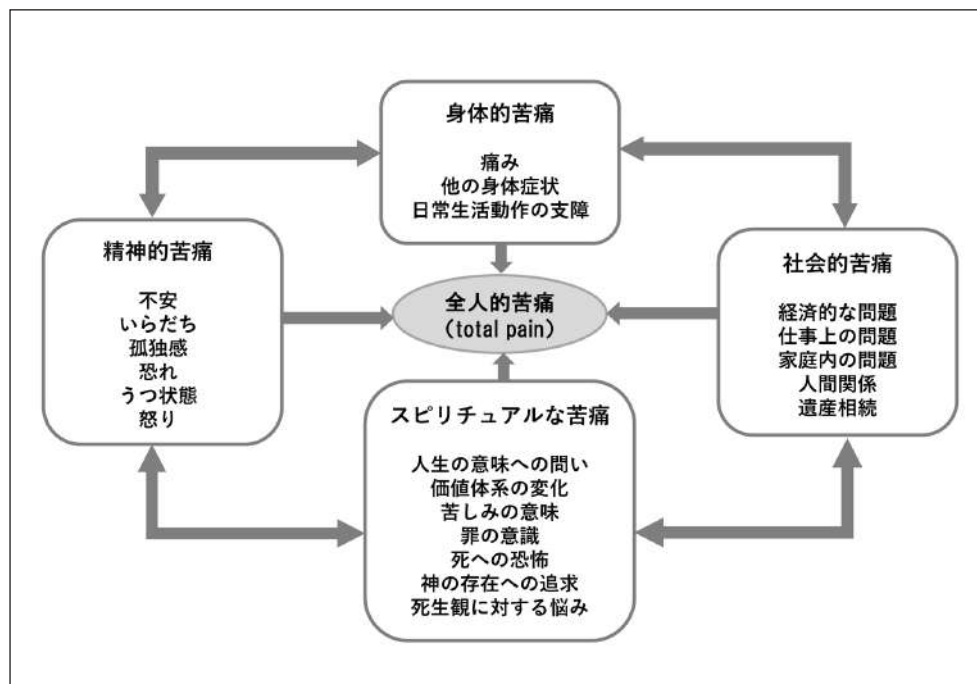


図1 全人的苦痛の構造
〔Saunders C: Living with dying. Radiography 1983; 49(580): 79-83. より抜粋し作図〕

ること

3. 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えることである⁴⁾。不可逆的な状態から死亡までの期間は、疾病によって年単位で進行するものから突然死まで幅広く異なる。そのため、現在は死亡前の期間で終末期を定義していない。このような終末期の患者に対して行う医療を終末期医療という。

全人的苦痛(図)

人は健康が脅かされたり、迫りくる死や人生の終わりを感じたりするとき、苦痛を感じる。また、苦痛を緩和するためにケアを受ける権利を持っている⁵⁾。苦痛は生活の質(QOL: Quality of life)を障害し、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな自己を脅かす有害な因子に対する個々人の認識である。

イギリスのシシリー・ソンドースは、人が感じる苦しみの捉え方として全人的苦痛という概念を提唱した⁶⁾。終末期の患者は身体的苦痛だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな苦

痛を持っている。それが互いに影響しあい、その患者の苦痛を形成している。それゆえ、終末期の患者を診るときは、一つの苦痛に注目することなく、常に全人的な視点で診ることが必要であり、全人的苦痛を緩和することがWell-beingにつながる。以下、全人的苦痛とWell-beingについて解説する。

1. 身体的苦痛とPhysical Well-being

治療が困難な疾病の治療過程から終末期においてはさまざまな症状が出現する。特に終末期には、痛み、食欲低下、睡眠障害、倦怠感、体力低下、呼吸困難などの頻度が上昇し、日常生活動作に支障を来す⁷⁾。身体的苦痛は他の苦痛を増強することがしばしばあるので注意が必要である。われわれ医療者は終末期においても、身体的苦痛が患者にとって強い苦痛にならないように、症状緩和を行っていく必要があり、これが患者のPhysical Well-beingにつながっていく。

2. 精神的苦痛とMental Well-being

がん患者を例にとると、進行がん患者の12～60%で精神的苦痛が生じると言われている⁸⁾。精

神的苦痛が生じると適応障害、抑うつ、不安、いらだち、孤独感、怒り、せん妄などの症状が出現する。これには進行した病気、痛みなどの身体症状、癒えていない喪失感、別離の経験、絶望、少なくとも1人の愛する人からの支えがないこと、人間関係、病気や治療に関する話し合いが十分でないことなどが影響を与えている⁸⁾。精神的苦痛に対しては、心理療法、薬物療法、運動療法、代替療法などの集学的治療を行うことでMental Well-beingを目指していく。

3. 社会的苦痛とSocial Well-being

患者は治療が困難な疾病に罹患すると、仕事の継続が困難になったり、経済的な困窮、家族関係のこじれ、希望する療養の場所が選択できない状況、人間関係、遺産相続の問題に直面するなどが原因で社会的苦痛を経験することになる。2004年Keyes & ShapiroはSocial Well-beingを「他者、近隣、地域との関係の質に関する個人の自己評価」と定義している⁹⁾。終末期患者がSocial Well-beingが満たされていると評価することは難しいが、許容できる範囲で、社会的苦痛がなくSocial Well-beingが満たされている状況をつくることが目標となる。

4. スピリチュアルペイン(実存的問題)とSpiritual Well-being

スピリチュアルペインは、定義することが困難であるが、価値体系の変化、苦しみの意味、罪の意識、死への恐怖、神の存在への追求、死生観に対する悩み、スピリチュアルな存在、崇高な力、物質的なものでない人生に大切なものがあるという信念、人生の意味や目的への問いなどがあると言われている。これらのスピリチュアルペインに対しての介入は、チャプレンなどの宗教家を中心にじっくり話を聞くなどの方法で苦しみを和らげる。

Spiritual Well-beingに関する臨床研究では、同種造血幹細胞移植患者でSpiritual Well-beingが高い患者はQOL全体が良好であることが示唆されている¹⁰⁾。また、Spiritual Well-beingは終末期の絶望感を緩和する働きがあるという研究

結果もある¹¹⁾。

家族の苦痛とWell-being

家族は「第二の患者」と位置付けられ、患者と同じように全人的苦痛を持っていると言われていた。ゆえに、患者だけでなく、家族のQOLの向上を目的としたケアも必要になる。同居家族だけでなく、親戚、パートナー、友人など、患者に無償でケアを提供している人をinformal caregiverと言うが、これらの人もケアの対象となる¹²⁾。

苦痛の評価は、患者と同様に全人的苦痛の視点で包括的アセスメントを行う。身体的苦痛では、介護による身体的負担に加え、家族自身の持病の管理が疎かになる場合もある。身体的疲労、倦怠感、睡眠障害、持病の悪化、食欲低下、頭痛、動悸、息苦しさなどの症状が出現する。精神的苦痛では、不安、焦燥や抑うつなどの他、孤独感、患者や医療者とのコミュニケーションの悩みを抱える場合が多い。社会的苦痛では家族が介護のために休職や転職、退職を余儀なくされる場合もあるが、経済的な困窮は患者・家族のQOLの低下に加え、死後の強い悲嘆のリスクにもなる¹³⁾。また、療養環境の問題、子どもや親などの家庭内の問題も考慮に入れる必要がある。スピリチュアルな苦痛(実存的苦痛)としては、患者の死への恐怖、患者と家族の役割の変化、人生の目的や生きがいなどがある¹²⁾。これらの家族の全人的苦痛に対して、介入し症状緩和を行うことが患者自身のWell-beingにもつながっていく。

また、終末期には死別前から家族が患者の喪失を予期し、悲しみに襲われる予期悲嘆を呈することがある。死後の不安を支持的に傾聴し、心残りのないように援助していくことを伝える。家族の不十分な死の受容や予測より早い患者の死は死別後の強い悲嘆のリスクとなるため、注意が必要である。

回復が期待できない疾患の親を持つ子どもに対してのケアも大切になってくる。これらの子どもに対しては、周囲の大人が病状を隠したり、

子どもへのケアを疎かにすると、子どもは疎外感や無力感を感じ、幼い子どもは親に生じる変化が自分のせいだと混乱することも少なくない。子どもの年齢や発達段階に応じてオープンに病気について話し合えるように援助する¹²⁾。

意思決定支援・ACP(Advance Care Planning)とWell-being

患者の今後の治療方針や療養場所を患者の意向やニーズを考慮してサポートするプロセスが意思決定支援である。患者の価値観や希望を反映した選択ができるよう、十分な情報提供と対話が必要である。終末期になってから意思決定を行うのは困難であるので、患者が比較的元気な時から、患者やその家族と医療者が話し合っておくことが大切である。この話し合いのプロセスがACPである。

ACPは生命の危機がある疾患に直面している患者・家族のQOLを向上する有力な手段である。1995年EmanuelらはACPのプロセスを概念化し¹⁴⁾、その後、欧米を中心にそれぞれの国で再定義された。2017年Rietjensらが欧州緩和医療学会の白書として報告した最近の定義は「ACPは意思決定能力を有する人が、自身の価値観に基づき、重篤な疾患の経過の意味と結果を反映し、将来の治療とケアの目標と希望を明らかにし、家族や医療従事者とともに話し合うことである。ACPは、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな領域にわたる個人の懸念に対処することである。代理意思決定者を同定し、いかなる希望も記録し定期的に見直すことが推奨され、ある時点で意思決定能力が失われた場合はこの希望が考慮され得る」とされている¹⁵⁾。

ACPを行うと患者の自己コントロール感が高まり¹⁶⁾、死亡場所との関連では病院死が減少し¹⁷⁾、代理決定者と医師のコミュニケーションが改善し¹⁸⁾、より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する¹⁹⁾という報告がある。適切にACPが行われると、患者の意思が明確になるので、終末期においても、また患者の意思決

定能力の有無にかかわらず、患者と家族のWell-beingは向上する。

おわりに

ここまで、終末期医療におけるWell-beingについて述べてきた。終末期医療の対象は、病状が不可逆的かつ進行性で近い将来の死が不可避となった患者である。これらの患者のWell-beingを実現するために、われわれ医療者は、患者に生きる意味を見出させ、全人的苦痛をコントロールし、その人らしさを引き出し、死に至るまでその人らしく過ごすことができるように援助していく。患者にとって強い苦痛がなく、ACPで話し合った希望どおりの療養先や治療方針のもとで、精神的に安定し、環境に適応し、生きがいのある日々を最期まで送れることが終末期医療のWell-beingであろう。終末期患者のWell-beingは患者・家族や終末期医療に携わる医療者の最終的な目標であり、われわれは患者のWell-beingを達成するために日々努力していく必要がある。

参考文献

- 1) CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (accessed 2024 Sep 16)
- 2) 大井賢一: Well-being. 緩和医療学 2004; 6(3): 262-263.
- 3) 日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. 日老医誌 2012; 49: 381-384.
- 4) 終末期の定義: 終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～ p3. 平成28年11月 公益社団法人全日本病院協会. https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf (accessed 2024 Sep 16)
- 5) Radbruch L, de Lima L, Lohmann D, et al: The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. Palliat Med 2013; 27(2): 101-102.
- 6) Saunders C: Care of the dying-1. The problem of euthanasia. Nurs Times 1976; 72: 1003-1005.
- 7) Hugel H, Ellershaw JE, Cook L, et al: The prevalence, key causes and management of insomnia in palliative care patients. J Pain Symptom Manage 2004; 27(4): 316-321.
- 8) Cherny NI, Coyle N, Foley KM: Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. J Palliat Care 1994; 10(2): 57-70.

- 9) Keyes CLM, Shapiro AD: Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In Brim OG, Ryff CD, Kessler RC (Eds.), How healthy are we?: A national study of well-being at midlife. The University of Chicago Press, 2004, pp350-372.
- 10) 大槻久美: 同種造血幹細胞移植患者のQOLとSpiritual Well-beingの関連. 日本がん看護学会誌 2005; 19(2): 81-86.
- 11) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W: Effect of spiritual Well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003; 361(9369): 1603-1607.
- 12) 倉田明子: 家族へのケアと遺族へのケア: 専門家をめざす人のための緩和医療学 改訂第3版. 2024. 南江堂, p400~407.
- 13) Alam S, Hannon B, Zimmermann C: Palliative Care for Family Caregivers. J Clin Oncol 2020; 38(9): 926-936.
- 14) Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, et al: Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. J Am Geriatr Soc 1995; 43(4): 440-406.
- 15) Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al: Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol 2017; 18(9): e543-e551.
- 16) Morrison RS, Chichin E, Carter J, et al: The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home. J Am Geriatr Soc 2005; 53(2): 290-294.
- 17) Degenholtz HB, Rhee Y, Arnold RM: Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place. Ann Intern Med 2004; 141(2): 113-117.
- 18) Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, et al: Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. J Am Geriatr Soc 2007; 55(2): 189-194.
- 19) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 2010; 340: c1345.

災害医療とWell-being

金沢医科大学 能登北部地域医療研究所 所長 中橋 毅

抄録

令和6年元旦に能登半島地震が発生し、能登地域では一般住民のみならず医療・介護従事者も身体的にも精神的にも限界状態に追い込まれた。被災により急激な医療需要の増加と突然の医療提供体制の機能不全が発生したが、可能な限り医療需要を減らす一方で、全国から多くの医療支援が投入され急性期を乗り越えることができた。しかし、医療供給が需要に追いつかない場合には、命の選別ともいえるトリアージを強いられる。社会的に最も幸福な選択として治療を他人に譲る行動もみられたことから、身体的Well-being、精神・心理的Well-beingに加えて社会的Well-beingも災害時には非常に重要な要素と考えられた。

特集

はじめに

最初に令和6年初頭に発生した能登半島地震にあたり、全国の医療関係者の皆様、そして全国の方々から多大な心温まるご支援を受けたことに心から感謝を申し上げます。そして今回の寄稿では、能登半島地震後の地域医療の記録を残すとともに経験した症例をもとにWell-beingについて考えていきたいと思う。

被災した穴水総合病院

石川県穴水町は能登北部に位置する人口約8,000人、高齢化率50%の町であり、町の中心部は穴水湾に面したほぼ海拔0mの地帯にある。ここに私の勤務する公立穴水総合病院も位置している。穴水総合病院は急性期病床100床を有し、2次救急を担当する地域の中核病院であり、平時は1日2～3台の救急車を受け入れているが、重症の傷病者は七尾や金沢方面の高次医療

機関に転送することも多い。穴水町の医療機関はこの総合病院と数軒の診療所があるだけで、ほかに老健、特養、障がい者施設がそれぞれ1軒と2ヵ所の訪問看護ステーション、そして数軒のグループホームなどがある。この穴水町を2024年元旦に大地震が襲った。能登半島地震は、2024年1月1日16時10分、能登半島の珠洲市内で発生した内陸地殻内地震で、規模はM7.6、内陸部で発生する地震としては日本でも稀な大きさの地震であった。震源から約42kmはなれた穴水町でも震度6強の揺れが観測され、中心部の商店街付近にも多大な被害が発生した。

地震発生時、穴水総合病院には約90名の入院患者がいたが、建物の被害は最小限で院外への避難の必要はなかった。断水し、固定電話が不通となりエレベーターも停止したが、停電は免れたため、照明、暖房、電子カルテなどは維持することができた。被災後すぐに傷病者が訪れ、その後に津波警報が大津波警報に切り替わりと続々と一般住民も病院に避難してきた。5mを



令和6年元旦の穴水大宮



倒壊した鐘撞堂と穴水総合病院

超える大津波の予想であったため最上階の5階に避難することとなり、入院患者、住民、職員らが5階に集中し混雑する中で、多くの傷病者の対応も行われた。津波警報が解除されたあとも住民は近隣の避難所に移動せず、照明と暖房のある院内にとどまった。このため病院職員は医療機関としての業務に加えて、救援物資の管理・配布、院内環境整備などの避難所運営業務も担わざるを得なかった。

発災から72時間においては、病院は入院患者の維持と救急患者への対応に集中し、地域医師会は避難所を巡回して薬を持たずに避難した避難者への医薬品配布や体調不良者の対応などにあたった。病院では高度な治療が困難であった

ため、中等症以上の傷病者は非被災地域の医療機関に地元の救急隊により搬送となり、入院となるのは停電で在宅酸素や吸痰が不能となった症例などであったが、すぐに満床となった。

発災から2日後にDMAT第1陣が到着し、救急外来の支援が始まるとともに地域の透析患者全例を透析可能医療機関へ搬送する作業に着手した。当院に通院する透析患者は約50名であったが、全員自衛隊によって金沢市内の医療機関へ搬送となっている。地域全体が断水したため検査機器なども使えず、厨房機能も停止した。また職員も不足していたため救急対応も十分にできない状況になり、多くの傷病者は救急隊やDMATにより非被災地域の後方支援病院への転

送となった。地震による悪路と冬の悪天候により転送には片道4時間ほどを要し、日没後の帰路では損傷した道路によりパンクする車両も複数発生した。このため可能な限り夜間の傷病者は院内待機として日中の搬送をするように心がけた。

平時は釣り合っている医療需要量と医療供給量だが、被災時は需要が著しく増大し供給が減少するため需要の軽減と供給の拡大が必要となる。需要の軽減のために、入院患者を非被災地域の医療機関に転送する病床ダウンサイジングや救急患者の高次後方医療機関への搬送が実施されたほか、新たな救急患者の発生抑制を目的に医師や保健師が避難所などを巡回し健康問題に取り組む地域のヘルスプロモーションが行われた。ヘルスプロモーションの主な内容は、健康相談に加えて服薬などの日常治療継続支援、COVID-19、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染予防対策、エコノミー症候群予防、フレイル対策などである。実際に複数の避難所や高齢者施設でCOVID-19のクラスターが発生し、DICT(Disaster Infection Control Team: 災害時感染制御支援チーム)によるラウンドや保健師による指導が行われたほか、病院有志による医療チームがエコーを携えて巡回し、車中泊避難者を中心に深部静脈血栓症のスクリーニングと啓発活動を行った。また、保健師チームは避難所や自宅避難者を訪問し、健康管理上の問題のチェックや要医療者の抽出などを行った。一方、医療供給の拡大は、多くの医療支援チームの現地投入という形で行われ、DMATのほかにJMAT, DPAT, 災害支援ナース, KISA2隊, 日赤チーム, DICT, JRAT, 薬剤師会, 派遣保健師, DHEATなど、あらゆる職種のチームが日本全国から手を差し伸べてくれた。さらに、ダウンサイジングに協力していただいた多くの後方支援病院は予定手術を延期するなどまでして病床を確保していただいたと聞いている。

発災から1ヵ月ほどの間の病院の主な業務は入院患者の維持と救急外来の対応であったが、出勤困難な職員もみられ、看護師、薬剤師、検査技師等の欠員に外部から支援を受けて何とか

業務の維持ができた状態であった。職員の半分以上は院内や避難所で生活し、支援物資による食生活、排泄・入浴・睡眠などにおける生活環境の制限などが重なり、中には精神的・身体的に限界に近いものもいた。さらに院内の清掃業者が撤退したことにより院内環境整備業務が職員の多大な負荷となり、本来の医療業務の遂行能力が限界に達したため、病床ダウンサイジングが進められ、1月末には入院患者は30名ほどとなった。

DMATを中心とした医療支援は、地域の中核病院の機能を支援することと、この地域全体の医療を支援することの2つの側面がある。DMATによる病院支援は1月末ではほぼ終了したが、地域全体の医療とヘルスプロモーションはDHEAT(Disaster Health Emergency Assistance Team: 災害時健康危機管理支援チーム)を中心とした穴水町保健医療介護連携会議へと引き継がれることとなった。そして、インフラの復旧とともに病院機能は徐々に回復し、4月頃には、透析、手術、内視鏡検査、一般外来などの再開に漕ぎ着けることができた。また、7月には一時閉鎖していた病棟の再開や附属診療所の再開も可能となった。しかし、病院機能の回復が得られると今度は離職希望者が現れるようになった。病院業務を苦にしたものではなく、家族の今後の生活のために転居するという理由が主なものであった。以上が能登半島地震における穴水病院の経過である。

生活習慣病のコントロール

さて、被災後に懸念される事態は災害関連死であるが、そのためには生活習慣病のコントロールも重要となる。筆者は可能な範囲で地域の生活習慣病の動態を調査した。対象は穴水総合病院の検査室が回復した2024年2～3月(被災後)のデータがあり、かつ同一症例で2023年の2～3月(冬季)と2023年の7～8月(夏季)のデータがそろっているもので、約60症例(平均年齢約75歳)について糖尿病や高血圧のコントロール状況について冬季・夏季と被災後の比較

を行った。

糖尿病については被災後の治療中断、食生活の乱れなどがみられたためにコントロール悪化が予想されたが、HbA1cの平均値で比較すると冬季7.56%、夏季6.98%、被災後7.36%と夏季に低下し、被災後は前年の同時期に比べてやや低下している傾向がみられた。この傾向は女性や若年層、HbA1cの高い症例に顕著にみられた。そして栄養状態の指標である血清アルブミン値を見てみると、冬季4.24g/dL、夏季3.96g/dL、被災後4.02g/dLと夏季に低下し、被災後も前年の同時期よりも低下がみられた。そして、アルブミン値の低下は女性と高齢者で顕著であった。被災後の糖尿病管理状況は全体では大きく悪化することはなかったが、避難生活の中で栄養障害が進行している可能性が考えられる。とりわけ女性と高齢者において被災後の栄養管理が重要となることが示唆される。

高血圧については、外来血圧の平均は冬季143/80mmHg、夏季134/73mmHg、被災後138/79mmHgであり、夏季と被災後に血圧低下がみられ、ほとんどが被災者である外来患者において被災後に血圧が上昇する傾向はみられなかった。一方、1日塩分摂取量は冬季9.43g/日、夏季8.86g/日、被災後9.80g/日と被災後に上昇がみられている。また、被災前から家庭血圧を記録していた症例は23例であったが、そのうち5例は被災後に家庭血圧の測定を中断していた。

以上を考察すると、被災後は個々にコントロール不良例が散見されるものの全体では糖尿病や高血圧の大きな悪化はみられなかった。このことは被災直後から治療薬の供給が継続できたことが大きな要因となっていると考えられる。しかし、被災後は栄養障害や塩分摂取過多などがみられ、生活習慣病管理にまだまだ課題のあるところと考えられた。さらに、家庭血圧記録中断が散見されることから被災後は治療へのアドヒアランス低下が発生しているものと予想された。身近に地震により健康被害を被っている事例を目の当たりにしている症例では自身の健康を後回しにする傾向があり、被災後は避

難者一人ひとりが自身の健康管理に十分な注意を払うよう啓発していく必要も考えられた。

事例紹介

次に被災後の医療活動の中で経験した事例をいくつか簡単に紹介し、Well-beingについて考えてみたい。

自宅で介護者と暮らし続けたいAさん

被災前から在宅医療を受けていたAさんは将来気管切開や人工呼吸器、胃瘻による栄養管理が必要となる可能性があるが、いずれも希望せず最後まで自宅で暮らしたいとの意思表示をされている方である。痰が多いため自宅に吸痰機を備えているが、被災後の停電で使用不能となり、介護者がシリンジを利用して痰を取り除いて急場をしのぎ、病院に入院を希望することはなかった。その後、介護者がCOVID-19に罹患しAさんも罹患した。入院加療も検討されたが、本人の意思により自宅でできる範囲の治療ということになった。入院するとCOVID-19のため面会制限もあるが、自宅で介護者と生活できることが何より重要なことのようにであった。

グループホーム職員のBさん

グループホーム職員であるBさんは、グループホーム全体で避難所の大部屋に移動し生活することとなったが、ここでCOVID-19のクラスターが発生した。一部は入院となったが、多くは避難所のゾーニングに従って大部屋に留まって保存的治療を受けた。Bさんは感染していない様子であったが、「皆さんのお世話をするのが私の使命です」とゾーニングのエリアにとどまり感染者のケアを続けた。

ダウンサイジングの転院に躊躇したCさん

入院患者であるCさんは、病院のダウンサイジングのため転院の提案を受けた。「病院の機能を維持するために金沢方面の病院に転院していただけないでしょうか」という内容である。「ここで治療を続けることはできないでしょうか」

とのCさんの質問に対して現状を丁寧に説明すると「自分が協力することで他の人の治療ができるなら」と理解していただくことができた。しかし、「いつ転院ですか、どこの病院ですか」の質問に対しては、「転院日は当日まで分かりません、行き先も金沢方面ですが県外になる可能性もあります」と答えるしかなく、「それならもう少し考えさせてください」という結果になってしまった。しかし、この後もCさんとお話を重ねているうちに転院に同意していただくことができた。ダウンサイジングの同意を得る作業は非常に困難なものであったが、普段から患者と近い関係にあり、地域の特性や考え方を理解した医師や看護師がいればこそ成し得たものと考ええる。

施設で看取られたDさん

施設入所者のDさんは施設で発熱し、経口摂取量も減少していると病院に連絡があった。施設に往診に行くと呼吸状態も悪く肺炎を発症している様子であったため、入院による精査加療を提案したところ、「今は病院も手いっぱい、患者を遠方の病院に移していると聞いている。また、遠方の病院に入院となれば面会も難しく、何かあった時にすぐに家族が駆けつけるのも難しい。だったら私よりも他の人をひとりでも多く助けてほしいと思います。もう入院はいいし、何かあっても構わないからこの施設にずっと居させてほしいです」というのが本人と家族の総意であった。この意思を尊重し施設での加療を行ったが、そのまま施設で永眠された。

避難所にいながら車中泊を続けるEさん

避難所で生活しているEさんは、避難所近くで車中泊をしているという情報があったため深部静脈血栓症のスクリーニングチームの診察を受けた。チームはエコーを携行し深部静脈血栓の有無を確認するとともに、エコノミー症候群予防の啓発活動を行いながら巡回している有志のチームである。避難所にいながら車中泊をしている理由についてEさんは、「自分はいびきがひどく、避難所で周囲の方の安眠に迷惑がかか

らと思うので車内で寝ています」と答えている。

せん妄を発症したFさん

高齢男性のFさんは自宅避難が限界となったため、障害を持つ2人の孫を連れて徒歩で病院を受診した。来院時には倦怠感と胸部不快を訴えていたため救急外来での対応となったが、特に重篤な疾患は認めなかった。帰る場所がないため、そのまま院内での避難生活となるも、夜間の独語や院内の廊下をさまようなどの不穏症状がみられ、せん妄と考えられた。親族の付き添いによりせん妄の改善が得られたが、その後は親族とともに金沢市内の1.5次避難所へ移動となった。

支援者支援が必要なGさん

病院職員のGさんは断水の続く自宅に親と暮らしているが、余震があると震えて呼吸が荒くなってしまう。また、仕事中も家に残してきた親の心配や将来の漠然とした不安で仕事に集中することができない様子である。DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team: 災害派遣精神医療チーム)は避難所を巡回し、情緒障害や不眠の悪化などに対応しているが、医療従事者も被災者でありメンタルケア・メンタルサポートを必要とする職員もいる。Gさんもその一人と考えられ、外部からの精神科医にコンサルテーションを行ってもらった。また、医療従事者の中には自発的にコンサルテーションを受けることに抵抗をもつケースも多いことから、スマホを介して個別に匿名でコンサルテーションを受けることができるQRコードを院内に掲示して対応した。

被災後のWell-beingを考える

被災後は医療・介護従事者、避難者を問わず全員が身体的、精神・心理的に多大なストレスを受ける。そのため身体的、精神・心理的に良好な状態を維持するための作業は大変重要となる。さらに被災後経験した多くの事例で、家族との関係を重視したり、他人のために自己犠

性を申し出る場面が多くみられたことを考えると社会的にも良好な状態を維持することもまた重要であると感じる。すなわち、身体的Well-being, 精神・心理的Well-being, 社会的Well-beingの3つの要素がそろって初めてWell-beingが達成されるのではないだろうか。

災害時のように、医療需要に供給が追いつかない状況では、全員を救うことが困難であるため順位付けをして対応せざるを得ない。すなわちトリアージであるが、被災者自らがトリアージの優先順位を低く申告し他人を優先させる場面がしばしばみられる。自己犠牲というと美しく聞こえるが、穏やかな命の選別である。被災時には医療介護従事者がこのような場面に直面することになるだろう。本人の真の希望が個人のWell-beingではなく社会全体のWell-beingである場合も多く、このような場面に接した医療人は、その是非について後々悩み続けることもあるかもしれない。

今回の能登半島地震には日本全国の数えきれない医療機関から支援があり、何とか乗り切る

ことができた。これには本当に感謝しかないところである。ただ、能登北部の人口は10~15万人ほどである。南海トラフ地震など予想されている巨大地震の被災地域の人口は数百万人になることを考えると日本全国の医療機関の総力を結集しても医療供給が追いつかない事態も起こり得る。その場合には命の選別の場面も予想される。トリアージタグをつけるような身体的要素からの判断ではなく、本人や関係者の意思も含めた判断が求められることになるだろう。そのためには国民一人ひとりに非常時の意思決定に関するACP(Advance Care Planning)のような作業も必要になるのかもしれない。また他方でその現場に係わる医療従事者にも何らかの意思決定支援のトレーニングが必要になるかもしれない。震災を経験し、あらためてWell-beingを考えてみると、医療人としては身体的Well-beingに焦点を当てがちであるが、精神・心理的Well-beingも非常に重要であり、社会的Well-beingはさらに重要であることを強く認識させられた。

医療者のWell-being

千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学 特任准教授 鋪野紀好

抄録

近年、我が国でも医療者のWell-beingに対する関心が高まっている。医療者は患者の健康を守り質の高い医療を提供するために重要な役割を果たしているが、その過重な労働環境が医師自身の心身の健康を脅かすことは少なくない。本稿では、医師のWell-beingの概念とその重要性について述べるとともに、医師のバーンアウトの要因とその対処方法について詳述する。特に、2024年4月から始まった医師の働き方改革という新たな局面を踏まえ、Well-beingの向上に向けた具体的な対策とシステムレベルでの取り組みを紹介する。

特集

はじめに

近年、医療者のWell-beingに対する関心が高まっている。医療者は患者の健康を守り質の高い医療を提供するために重要な役割を果たしているが、その過重な労働環境が医師自身の心身の健康を脅かすことは少なくない。本稿では、医師のWell-beingとは何か、近年社会的問題として顕在化している医師のバーンアウトの要因とその対処方法について、医師の働き方改革という新たな局面を踏まえて説明する。

近年注目される医師のWell-being

上述の通り、近年医師のWell-beingに対する考えが日本や諸外国で高まっており、その理由は多岐にわたる¹⁾。まず、医師のWell-beingは医療の質と患者安全に直接影響するため、ストレスや過労状態の医師が医療過誤や診断エラー等を引き起こすリスクを軽減することが重要視されている²⁾。また、長時間労働や夜勤、過度の責

任感が医師の心身に大きな負担をかけている現状が認識され、その改善が求められるようになってきている³⁾。特にCOVID-19によるパンデミックの影響で、医師の労働負荷が増大し、その健康状態に注目が集まりその問題が顕在化した⁴⁾。

さらに、精神的健康の問題、特にうつ病やバーンアウトが医師の間で増加していることが報告されており、これらが医師自身の生活の質(QOL)や仕事のパフォーマンスに大きな影響を与えるため、精神的健康のケアが重要視されている⁵⁾。特に、これからの医療を担うべき若手医療者の自殺に関する報道は、社会的にも大きな問題提起を投げかけた。これは医師には常に質の高い医療を患者に提供することが社会的に求められており、その責務からくるプレッシャーが精神的な負担となることがあり、このような社会的期待に応えるためにも、医師のWell-beingが重視されるようになっていく。

また、医師のWell-beingに関する研究が進み、健康な医師が患者ケアにおいてより良い成果を上げることがエビデンスとして示されている。

表1 医師の Well-being 運動の各フェーズの特徴

フェーズ	苦痛の時代	Well-being 1.0	Well-being 2.0
認識状態	認識の欠如	認識	行動
患者への医師の苦痛の影響に対する無関心	患者への医師の苦痛と Well-being の影響を認識	患者に影響を与える前に苦痛を防ぐシステム介入	患者に影響を与える前に苦痛を防ぐシステム介入
プロフェッショナル文化	完璧主義の文化	Well-being の文化	脆弱性と自己慈悲の文化
プロフェッショナルの象徴	神のような資質を持つ医師	ヒーローのような資質を持つ医師	人間的な資質を持つ医師
訓練の心構え	通過儀礼	コンピテンシーベースの枠組み	臨床能力の開発と包括的な医師ケアに焦点を当てた組織環境
組織の心構え	組織のニーズに焦点	患者のニーズに焦点	人々（患者と医師の両方）のニーズに焦点
医師-管理者の関係	相互無視	対立的：医師が管理者を問題の原因とし、管理者が医師を非難する	解決策を創出するための医師-管理者のパートナーシップ
セルフケア	個人的なレジリエンス	Well-being を推進するためのインフラとリーダーシップ	
苦痛に対する個人の非難（個人的な弱さ）	苦痛の原因がシステム要因であることの認識と個人的解決策の推進	ヒューマンファクター工学を通じてシステム問題に対処し、苦痛を引き起こす組織文化の特性を進化させる	
医師-管理者の関係	相互無視	対立的：医師が管理者を問題の原因とし、管理者が医師を非難する	解決策を創出するための医師-管理者のパートナーシップ
医師の心構え	仕事に制限なし	個人生活とプロフェッショナル生活のバランス	個人生活とプロフェッショナル生活の統合（境界と健康的な制限を含む）
管理者の心構え	医師の苦痛を無視	ゼロサムゲーム問題	ノンゼロサムゲーム問題
支払者および規制者の心構え	規制および管理決定が医師に与える影響への無関心	規制および管理決定が医師に与える影響の認識	医師のニーズに基づいて影響を受けた規制および管理決定
同僚への態度	孤立	連携	コミュニティ（共有体験、相互サポート、互いのケア）
個人の苦痛に対するアプローチ	無視/無関心	治療	苦痛の予防とプロフェッショナルな充実感の促進
技術的な貢献に対するアプローチ	該当なし/低い関連性	医師が最適でない電子カルテ技術を最適化するためのヒントとコツを教える	チームベースの文書化と注文入力の新しいモデルを開発 ベンダーからより良い電子カルテ製品を求める 電子カルテおよび規制機関と協力して低価値の文書化要件を制限する 効率/仕事の負担を評価するための電子カルテ測定を追跡し、積極的に対処する
奨学金と研究の焦点	個々の精神的健康診断（例：うつ病）に焦点を当てた稀な記述的研究、主に研修医に限定	医学生、研修医、現役医師における問題とその結果の記述	苦痛を軽減するための個別介入の限定的なテスト
医師の Well-being に関するリソース配分の心構え	無知	投資利益率	医師の Well-being は必要なコストセンター

〔文献 1〕を筆者が翻訳

これらのエビデンスをもとに、政策や職場環境の改善に反映されている。日本を含む多くの国で、医師の働き方改革や Well-being を支援するための政策や制度が導入されている。例えば、日本では労働基準法の改正により、2024年4月から医師の労働時間が制限されるようになった。WHOや他の国際的な医療機関でも、医療従事者の Well-being を重視する方針を打ち出し

ており、各国でも同様の取り組みが進められている⁹⁾。

Physician Well-being 2.0の概念

医師の Well-being とは何かを考える際に、これまでの Well-being のフェーズの変遷を述べる必要がある。医師の Well-being に関する活動は、

表2 医師の Well-being の3つの時代における職業的特徴と心構え

苦痛の時代	Well-being 1.0	Well-being 2.0
神のような資質：医師は完璧であるべきとされ、神のような資質が求められた。	ヒーローのような資質：医師はヒーローのような資質が求められた。	人間的な資質：医師は人間的な資質を持つことが求められる。
完璧主義：ミスが許されず、完璧なパフォーマンスが期待された。	ウェルネス：健康とウェルネスが重要視されるようになった。	脆弱性と成長マインドセット：脆弱性を認め、成長するためのマインドセットが重要視される。
仕事に制限なし：長時間労働や過重労働が当たり前で、仕事に制限がなかった。	仕事と生活のバランス：仕事と個人生活のバランスが取れるよう努められた。	仕事と生活の統合：仕事と個人生活の統合が重視され、健康的な境界が設定される。
セルフケア：医師自身がセルフケアを怠る傾向があった。	レジリエンス：ストレスに対するレジリエンス（回復力）が重視されるようになった。	自己慈悲：自己への思いやりが推奨される。
孤立：医師は孤立し、サポートを受けにくい環境にあった。	連携：医師間の連携が強化された。	コミュニティ：医師間のコミュニティが形成され、相互サポートが強化される。
パフォーマンス：仕事のパフォーマンスのみが重視された。	フラストレーション：依然としてフラストレーションを感じる状況が多く存在した。	意味と目的：医師の仕事に対する意味と目的が重視される。

〔文献 1〕を筆者が翻訳

「苦痛の時代(Era of Distress)」から Well-being 1.0(Physician Well-being 1.0)、そして Well-being 2.0(Physician Well-being 2.0)へと変化を示している(表1)¹⁾。

1. 苦痛の時代(Era of Distress)

「苦痛の時代」は、主に2005年以前を指し、医師の苦痛やバーンアウトに対する認識が欠如していた時期を指す。この時期、医師の精神的健康に関する研究は限られており、特に臨床研修医に限定されていた。また、医師の苦痛に対する組織的な対応もなく、医師自身の心身の健康が軽視されていた。労働環境の厳しさや長時間労働が当たり前とされ、医師の健康に対する配慮の欠如がみられた。

2. Well-being 1.0(Physicians Well-being 1.0)

「Well-being 1.0」は、2005年から始まり現在に至るまでのフェーズであり、医師の Well-being に対する認識が高まった時期である。この時期には、医学生や臨床研修医、医師の苦痛とその影響に関する研究が増加し、個々の精神的健康

診断に焦点を当てた記述的研究が報告された。組織は、医師の苦痛を「ゼロサムゲーム」の問題として捉え、個別の介入を通じて医師のストレスを軽減しようとする動きがとなった。しかしながら、医師と管理者の関係は対立的であり、問題の責任を互いに押し付け合う状況が生じてしまった。

3. Well-being 2.0(Physicians Well-being 2.0)

「Well-being 2.0」は、医師の Well-being 運動の次のフェーズであり、システムレベルの介入を通じて職業的苦痛の根本原因に対処することにフォーカスしている(表2)。このフェーズの特徴を以下に挙げる。

(1) システムレベルの介入

苦痛を軽減し、医師の Well-being を促進するためのシステムレベルの介入が厳格にテストされる。これには、効率的な実務環境の整備や、人間工学に基づく業務設計が含まれる。

(2) 組織全体のサポート

組織内に Well-being リーダー(例: Chief Wellness Officer)が設置され、医師の Well-

表3 医師の Well-being の 3 つの時代における組織の特徴と心構え

苦痛の時代	Well-being 1.0	Well-being 2.0
認識の欠如：医師の苦痛に対する組織的な認識が不足していた。	認識：医師の苦痛や Well-being の重要性が認識され始めた。	行動：医師の Well-being を向上させるための具体的な行動が重視されるようになった。
組織のニーズに焦点：組織全体のニーズを優先し、医師個人のニーズは無視されがちだった。	患者のニーズに焦点：患者のニーズを優先し、医療サービスの質を向上させる努力が行われた。	人々のニーズに焦点：組織の全員（医師、スタッフ、患者）のニーズを包括的に考慮するようになった。
硬直した環境：柔軟性のない厳格な職場環境が支配的であった。	選択肢の提供：医師に対して一定の選択肢が提供され、働き方の柔軟性が増した。	柔軟性：柔軟な職場環境が整備され、働き方の選択肢が広がった。
個人重視：個々の医師に過度に依存し、チームとしての連携が不足していた。	チーム重視：チームとしての連携が強化され、協体制度が構築された。	システム重視：個人ではなくシステム全体での改善が重視されるようになった。
苦痛を無視：医師の苦痛やストレスに対する対策が講じられなかった。	苦痛の治療：医師の苦痛に対する治療や対策が講じられるようになった。	苦痛の予防とプロフェッショナルな充実感の育成：医師の苦痛を予防し、プロフェッショナルな充実感を育む取り組みが進められた。
無制限の自律性：医師に対する制限やガイドラインが少なく、自己管理に任されていた。	飴と鞭：報酬や罰則を通じて医師の行動を管理する手法が取られた。	整合された自律性：医師の自律性が組織の目標と整合されるようになった。
無関心：医師の健康や Well-being に対する無関心が一般的であった。	個人の非難：問題の原因を個々の医師に帰する風潮があった。	共有責任：医師と管理者が共に責任を共有し、協力して問題解決にあたる。
経済的影響の無知：医師の苦痛が組織の経済的パフォーマンスに与える影響を理解していなかった。	投資利益率：医師の Well-being への投資が経済的利益をもたらすとの視点が広がった。	投資価値：医師の Well-being への投資が組織全体の価値を高めると認識されるようになった。
独立した機能：医師と管理者が独立して機能し、協力やコミュニケーションが欠如していた。	対立的関係：医師と管理者の間に対立関係が生じ、協力が難航した。	医師と管理者の協力：医師と管理者が協力し、共同で解決策を模索する関係が構築された。

〔文献 1〕を筆者が翻訳

beingを推進するための政策やプログラムが実行されている。Well-beingが組織の中核戦略として認識され、持続可能な健康的な労働環境が構築された。著者が所属する米国内科学会（American College of Physicians: ACP）では、Physicians Well-being Championというトレーニングコースが組み込まれている。全世界にあるACP各支部に“Physicians Well-being Champion”を排出するための代表者養成が行われている。著者もこの継続的なトレーニングコースを受講し、医師のWell-beingを保つための原理原則、評価、マネジメントなどを修得した。

(3) 医師-管理者のパートナーシップ

医師と管理者が協力して解決策を創出するパートナーシップ関係が形成される。共通の目標に向けて協力し合い、システム全体の改善を目指す。

(4) プロフェッショナルな文化の変革

“完璧主義”や“ヒーロー”といった人物像から、人間的な資質を持つ医師へのシフトをすすめるものである。医師は健康的な境界と制限を設け、自己慈悲とレジリエンスを育む文化が醸成される。かつての日本はまさにこの医師に対する“偶像”とも呼ぶべき人物像が求められ、その結果、医師のバーンアウトを引き起こしてい

た可能性もあるだろう。

(5) リソース配分の再評価

医師のWell-beingが投資価値として認識され、リソースが適切に配分される必要がある。これにより、医師の健康が組織全体の成功と直結することにつながる。

(6) コミュニティの形成

同僚間の連携が強化され、共有体験や相互サポートを重視するコミュニティが形成される。そうすることで医師が孤立せず、互いにケアし合う文化が育まれる。

(7) 技術的貢献の最適化

医師が使用する電子カルテシステムの最適化が進められ、効率的な文書化と注文入力の新しいモデルが開発される。ベンダーからより良い電子カルテ製品を求め、低価値の文書化要件を制限するための協力も進められる。

Well-being 2.0は、医師の健康を組織全体の成功に不可欠な要素として捉え、システム全体での改善を目指す新たなアプローチであることが、これまでの概念との大きな違いである(表3)。これにより、医師のWell-beingが向上し、患者に対する質の高いケアが実現されることを期待されている。

医師のバーンアウトの疫学

医師のバーンアウトの有病率は研究によって異なるものの、概ね30~50%程度との報告が多い^{7,9)}。この数値は、医療従事者の約半数がバーンアウトのリスクにさらされていることを示しており、深刻な問題として認識されている。特に、General Practitioner(家庭医・総合医)、外科系の医師、女性医師、そして研修医はバーンアウトの有病率が高いとされている。これらのグループは、過重労働や感情的負担、職場環境の問題などから特に影響を受けやすい。

日本においても、医師のバーンアウトは重要な課題である。日本人医師を対象とした研究では、バーンアウトの有病率は20~50%程度との報告が多く見られる^{4,9)~12)}。これは、日本の医療

現場における労働環境の厳しさや、医師に対する高い社会的期待が影響しているのかもしれない。

このように、医師のバーンアウトは国際的にも共通した問題であり、医療の質を維持するためには早急な対応が求められている。バーンアウトの予防と対策には、個々の医師の努力だけでなく、組織全体での支援体制の強化が不可欠である。

医師のバーンアウトの要因

医師のバーンアウトは、過度なストレスや疲労により心身ともに消耗し、職務遂行が困難になる状態を指す(図1)^{13,14)}。この問題は医師個人だけでなく、医療システム全体に深刻な影響を与えるため、その要因を理解し、適切な対処が必要となる(図2)¹⁵⁾。以下に、医師のバーンアウトの主要な要因について述べる。

1. 過重労働と長時間労働

医師は長時間労働や夜勤を繰り返すことが多く、これが慢性的な疲労を引き起こす。適切な休息を取る時間がないため、身体的および精神的な回復が難しくなり、バーンアウトのリスクが高まる。

2. 感情的負担

医師は日常的に患者の生命に関わる重要な決定を下さなければならず、その感情的な負担は非常に大きい。特に、重症患者や終末期医療に関わる場面では、感情的なストレスがピークに達することが多く、これが蓄積されるとバーンアウトにつながる。

3. 職場環境の問題

職場内の人間関係が悪化していたり、サポート体制が不十分だったりすることも、バーンアウトの大きな要因となる。ハラスメントやいじめ、孤立感などがストレスを増大させ、医師の精神的な健康を蝕むことがある。

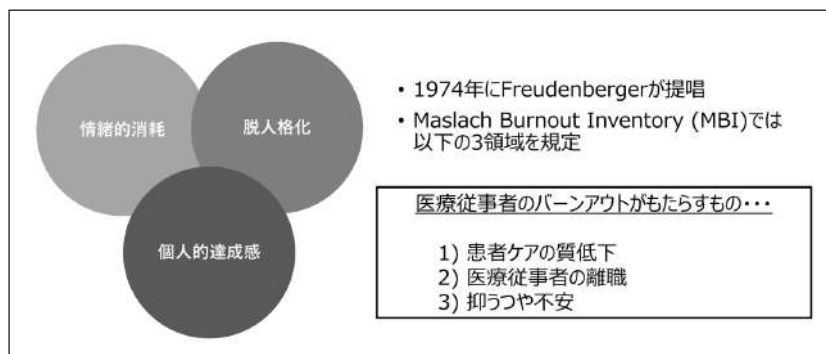


図1 バーンアウトの定義

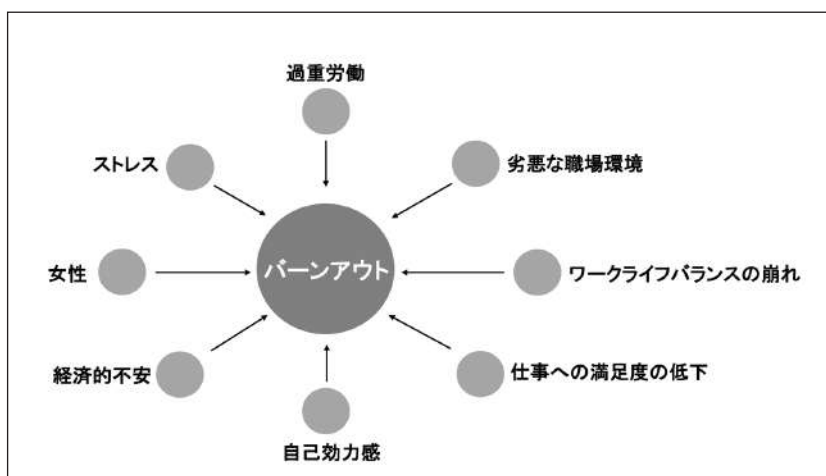


図2 医師のバーンアウトのリスク

4. 高い責任感とプレッシャー

医師は患者の健康と命に直接関わるため、高い責任感を常に感じている。このプレッシャーが過度になると、精神的な疲労感が増し、バーンアウトを引き起こしやすくなる。

5. 制度的な問題

医療システムや制度が医師に過剰な負担を強いる場合がある。例えば、過剰な書類業務や非効率な電子カルテシステムの使用が、医師の業務負担を増大させ、ストレスを引き起こす。これは時に米国ではより顕在化した問題となっている。

6. 個人的な要因

個々の医師の性格や生活状況も、バーンアウトに影響を与えることがある。完璧主義や過度の自己犠牲精神を持つ医師は、ストレスを抱え込みやすく、バーンアウトのリスクが高くなる。

また、家庭の問題や経済的な不安も影響を及ぼすことがある。

7. 社会的サポートの不足

医師がストレスを抱えたときに、相談できる相手やサポートを提供するシステムが不足していることも問題である。メンタルヘルスの専門家やカウンセリングサービスが利用できない環境では、医師が孤立し、バーンアウトのリスクが高まる。

また、参考として、COVID-19パンデミックにおける医師のバーンアウトのリスクを下記にまとめる(表4)¹⁶⁾。これはポストコロナ時代であっても、なお継続して顕在化しているリスクであると考えられる。

表4 COVID-19 パンデミックにおける医師のバーンアウトのリスク

COVID-19 パンデミックで出現したリスク要因	
感染の懸念	COVID-19 患者の直接診療、自身の感染、職場同僚の感染 家族等へ感染させてしまう懸念、自己隔離の経験 個人防護具（PPE）の不足 職場に距離の保てる休憩スペースがない
ハラスメント	患者や患者家族からの暴力やハラスメント
スティグマ	COVID-19 診療に関わることへのコミュニティからのスティグマ
機会の喪失	十分なトレーニングを受けられない（レジデント、フェロー）
診療形態	オンライン診療、非常勤（パートタイム）勤務
以前から指摘されコロナ禍でも報告されたリスク要因	
職場環境	長時間労働、仕事量の増大 職場のコミュニケーション不足、リーダーシップ不在 職場内での不十分な相互サポート
個人の属性	女性、シングル（パートナー不在） レジデント、フェロー
精神疾患	既存の精神問題
金銭面	家計（給与）問題
仕事の満足度	仕事への不満足

医師のバーンアウトに対して 個人でできること

医師のバーンアウトを防ぐためには、個人レベルでの取り組みが重要となる。以下に、自己管理やコーチングを含めた具体的な対策を述べる^{16)~18)}。

1. 自己認識とセルフケア

(1) ストレスの認識

自分がどの程度ストレスを感じているのかを定期的に評価することが必要である。日記をつけたり、ストレスチェックリストを利用したりして、ストレスレベルを把握するのが望ましい。

(2) 休息の確保

適切な休息を取る。定期的な休暇を計画し、週末には仕事から離れる時間を設けるようにする。

(3) 運動と栄養

定期的な運動とバランスの取れた食事は、心身の健康を保つために不可欠である。毎日のルーチンに運動を組み込み、栄養価の高い食事を摂取する。

(4) リラクゼーション

マインドフルネスや瞑想、深呼吸などのリラクゼーション技法を取り入れ、リラックスする時間を持つことがバーンアウトの予防に役立つ。

2. コミュニケーションとサポート

(1) 同僚との連携

同僚とのコミュニケーションを強化し、サポートし合う環境作りをする。仕事上の悩みやストレスを共有することで、孤立感を減少させることができる。

(2) メンタルヘルスサポート

必要に応じてカウンセラーやメンタルヘルスの専門家に相談することも有効である。定期的なカウンセリングセッションは、ストレス管理に役立つ。

(3) 家族や友人との時間

家族や友人との交流を大切にし、仕事から離れてリフレッシュする時間を持つ。強いサポートネットワークは、精神的な健康を支える。

ACP日本支部のHPで公開準備中

Mini-Z2.0日本語版

・米国内科学会主導で開発された10個の質問からなる医師のwell-beingを測定する指標。
・ACP日本支部のPWCによって第2版の日本語版が作成された。
・質問2が単問でMBI-HSSのEE（情緒的消耗感）と相関があることが示された。
・質問が医師の職務に沿っていること、質問数が少ないことから、回答率の向上が期待できる。

問2. あなた自身の“バーンアウト”の定義に基づき、次の内最も当てはまるもの一つを選んでください

(5) 仕事楽しい。これまでバーンアウトの症状を感じたことはない。

(4) ストレスを感じる。常に活力に満ちているわけではないが、バーンアウトの症状を感じたことはない。

(3) バーンアウトし始めていて、バーンアウトの症状が一つ以上ある
(例：情緒的消耗感)。

(2) バーンアウトの症状が常にある。仕事上のストレスについて考えることが多い。

(1) 完全にバーンアウトしたと感じる。何かしらの助けが必要かもしれない状態にいる。

図3 Mini-Z 2.0 日本語版

3. プロフェッショナルなサポートとコーチングの活用

プロフェッショナルなコーチと協力して、自分の目標や課題を明確にし、それに対する具体的なアクションプランを立てることができる。また、コーチングは、自己成長やキャリアの発展に役立つ。以下に、コーチングの基本的な活用方法を示す。

(1) 目標設定

コーチと共に具体的で達成可能な目標を設定し、その進捗を定期的に評価する。

(2) 時間管理

効果的な時間管理のスキルを学び、仕事と個人生活のバランスを取る方法を身に付ける。

(3) ストレス管理

ストレス管理のテクニックやリラクゼーション法をコーチから学び、実践する。

(4) 自己効力感の向上

コーチングを通じて自己効力感を高め、自分の能力に自信を持つことができるようになる。

また、著者が所属する米国内科学会のPhysicians Well-being Championのトレーニングコースでは、バーンアウトへの対策としてコーチングを用いた技法の修得が活用されている。

4. プロフェッショナルな開発とトレーニング

(1) 継続的な教育とトレーニング

定期的に新しい知識やスキルを学ぶことで、

プロフェッショナルな成長を続け、バーンアウトのリスクを減らすことができる。

(2) キャリアプランニング

自分のキャリア目標を明確にし、それに向けた計画を立てることで、長期的なモチベーションを維持することができる。

5. 自己慈悲とレジリエンスの育成

(1) 自己慈悲の実践

自分自身に優しく接し、失敗や困難に対しても自己批判を減らすことが重要である。自己慈悲は、ストレス耐性を高める効果もある。

(2) レジリエンスの強化

困難に対する回復力（レジリエンス）を高めるために、ポジティブな思考や問題解決スキルを育てることが必要である。これは、逆境に直面しても前向きに対応できる能力を養うことができる。レジリエンスが高いことはバーンアウトの予防につながることが示されている¹⁰⁾。

また、バーンアウトを評価するためのツールにはさまざまなものがあるが、簡易的に用いることができる尺度として、Mini-Z 2.0日本語版がある(図3)。こちらは無料で使用できると、単一質問でバーンアウトをスクリーニングできることに強みがある¹⁹⁾。

おわりに

医師のWell-beingは、医療の質を維持し、患者に最高のケアを提供するために不可欠である。Well-being 2.0の概念は、医師の心身の健康を保つために、システム全体での改善を目指す新たなアプローチを提唱している。このアプローチでは、個人の努力だけでなく、組織全体のサポート、システムレベルの介入、そして医師と管理者の協力が重要である。

医師自身も、セルフケアやストレス管理、メンタルヘルスのサポートを積極的に活用し、自分の健康を守る努力を続けることが求められる。また、コーチングを活用することで、自己認識を高め、プロフェッショナルな成長を遂げることができる。これにより、バーンアウトのリスクを減少させ、長期にわたって高いモチベーションとパフォーマンスを維持することが可能となる。

今後も、医師のWell-beingを向上させるための取り組みを続けることで、医療現場の環境を改善し、医師が安心して働ける環境を整えることが重要である。医師のWell-beingが向上することは、最終的には患者のケアの質を高めることにつながる。この連携と努力を通じて、より健全で持続可能な医療システムを構築することが期待される。

参考文献

- Shanafelt TD: Physician Well-being 2.0: Where Are We and Where Are We Going? Mayo Clin Proc 2021; 96(10): 2682-2693.
- West CP, Tan AD, Habermann TM, et al: Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA 2009; 302(12): 1294-1300.
- Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, et al: Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. J Grad Med Educ 2017; 9(3): 294-301.
- Nishizaki Y, Nagasaki K, Shikino K, et al: Relationship between COVID-19 care and burnout among postgraduate clinical residents in Japan: a nationwide cross-sectional study. BMJ Open 2023; 13(1): e066348.
- Weight CJ, Sellon JL, Lessard-Anderson CR, et al: Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. Mayo Clin Proc 2013; 88(12): 1435-1442.
- Promoting well-being. World Health Organization. <https://www.who.int/activities/promoting-well-being> (accessed 2024 Jun 27)
- Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al: Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. JAMA 2018; 320(11): 1131-1150.
- Karuna C, Palmer V, Scott A, et al: Prevalence of burnout among GPs: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2022; 72(718): e316-e324.
- Tanaka E, Nishimura Y, Kuriyama A, et al: Utility of PERMA-profiler in association with burnout of internists amid COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Asian J Psychiatr 2023; 87: 103689.
- Kuriyama A, Shikino K, Moriya M, et al: Burnout, depression, anxiety, and insomnia of internists and primary care physicians during the COVID-19 pandemic in Japan: A cross-sectional survey. Asian J Psychiatr 2022; 68: 102956.
- Nonaka S, Makiishi T, Nishimura Y, et al: Prevalence of Burnout among Internal Medicine and Primary Care Physicians before and during the COVID-19 Pandemic in Japan. Intern Med 2022; 61(5): 647-651.
- Nagasaki K, Shikino K, Nishimura Y, et al: Translation, Cultural Adaptation, and Validation of the Mini-Z 2.0 Survey among Japanese Physicians and Residents. Intern Med 2021; 60(15): 2405-2411.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP: Maslach Burnout Inventory. Third Edition. 1996, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981; 2:99-113; <https://nam.edu/valid-reliable-survey-instrumentsmeasure-burnout-well-work-related-dimensions/> (accessed 2024 Sep 26)
- Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, et al: Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open 2020; 3(8): e2013761.
- Shikino K, Kuriyama A, Sadohara M, et al: Work-related stress and coping methods of internists and primary care physicians during the COVID-19 pandemic in Japan: A mixed-method study. J Gen Fam Med 2022; 23(5): 327-335.
- Shikino K, Ando A, Okamoto Y, et al: Protecting the primary care physicians' well-being. J Gen Fam Med 2023; 24(6): 359-360.
- Ishizuka K, Shikino K, Kuriyama A, et al: A proposal for coping strategies on burnout among Japanese resident physicians. J Gen Fam Med 2023; 25(1): 83-84.
- Mini-Z 2.0日本語版. ACP日本支部. <https://www.acpjapan.org/wp-content/uploads/2023/07/pwc.pdf>(accessed 2024 Jun 27)

『公衆衛生だより』をご存知ですか？

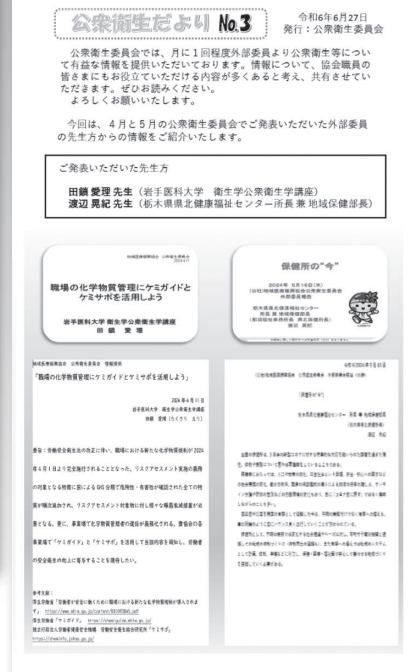
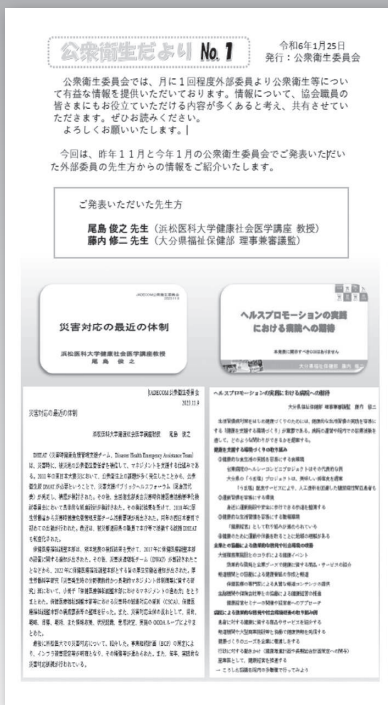
複雑多様化する健康課題や新興感染症等、新たな課題に対応し、地域包括ケアを実現・推進するには、地域医療と公衆衛生が一体となって取り組むことがますます重要になっています。

そこで、当協会の公衆衛生委員会では、委員の先生方よりいただいた有益な情報を『公衆衛生だより』として外部公開しております。

皆さま、ぜひ当協会ホームページ(下記URLまたはQRコード)にてご覧ください。

<https://www.jadecom.or.jp/library/document.html>

「その他教材」→「公衆衛生委員会活動」参照



● 問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 公衆衛生委員会事務局

〒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

第133回

“ノンテクニカルスキル”に関わる事例発生を未然防止する！①

—“状況認識”に関わる事例の発生要因から考える未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

臨床現場における医療安全管理を実施する際に、“ノンテクニカルスキル”が検討課題になることがある。Flin¹⁾らは、“ノンテクニカルスキル”を「テクニカルスキルを補完し、安全、かつ効率的なタスクの遂行に貢献する認知的、社会的、および個人的な資源としてのスキル」と定義し、そのスキルとして、「状況認識(situation awareness)」「意思決定(decision-making)」「コミュニケーション(communication)」「チームワーク(teamwork)」「リーダーシップ(leadership)」「ストレス管理(managing stress)」「疲労への対処(coping with fatigue)」の7項目を提唱している。

本連載では、“ノンテクニカルスキル”に関して、これまで、「コミュニケーション」「チームワーク」「疲労への対処」については、関連する内容をテーマとして挙げ、具体的事例から事例発生の未然防止対策について検討してきた。

このうち、「コミュニケーション」関連では、「口頭指示・情報伝達の“解釈間違い”」に関わるアクシデント(第25回)「職種間の“情報伝達のエラー”」に関連したインシデント(第55回)「“異なる解釈”の可能性に気づくトレーニング実施の意義(第67回)」「口頭指示の“解釈間違い”」に関わるアクシデント事例の未然防止(第84回)」「“情

報共有”で研修医に関わる事例発生を未然防止する(第99回)」「“情報共有不足”に関わる事例発生を未然防止する(第112回)」「“口頭指示の認識に違い”に関わる事例発生を未然防止する(第113回)」「“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止する(第123回)」「“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(第125回)」などをテーマとして検討した。

また、「チームワーク」関連では、「“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”」に関わるアクシデント(第90回)「“連携不足”に関わる事例発生を未然防止する(第95回)」「“ダブルチェック”に関わる事例発生を未然防止する(118回)」「“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止する(第130回)」などをテーマとして検討した。

さらに、「疲労への対処」関連では、「“医師の疲労管理”」に関わる事例発生の現状把握と課題を検討する(第128回)」というテーマで検討した。

今回、残りの“ノンテクニカルスキル”である、「状況認識」「意思決定」「リーダーシップ」「ストレス管理」の4項目に関して、4回に分けて、これらに関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策を検討することにする。本稿では、第1回として、「医療者の状況認識」(以下、“状況認識”)に関わる事例について検討する。

臨床現場で発生しているインシデント・アク

シデント事例において、その発生要因のひとつとして、“状況認識”の関与はどうなっているだろうか。臨床のさまざまな場面における“状況認識”が適切に実施されなかったことが要因となって、インシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。

特に、医療やケアを実施する際の“状況認識”が、その後の患者の転帰に大きく影響する可能性、および不可逆的な影響を与える可能性が想定されることを考慮すると、これらに関連したインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止する取り組みは喫緊の課題である。

自施設では、“状況認識”に関わる事例が発生していないだろうか。自施設でこれまでに、“状況認識”に関わる事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を想定した取り組みは十分だろうか。ぜひ、この機会に、自施設の現状評価と、事例発生 of 未然防止対策に取り組むことを勧めたい。

そこで、本稿では、“状況認識”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“状況認識”に関わる事例発生が防止されないのか？」という疑問を深める。併せて、事例の発生要因と発生状況から、事例発生 of 未然防止対策を検討したい。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントは「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、日本医療機能評価機構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。

“状況認識”に関わる事例

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業（以下、本事業）における事例検索²⁾では、2024年8月上旬現在、キーワード“状況認識”で7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、“状況認識”に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“状況認識”で検索された7件の事例のうち、患者の“状況認識”に関連した2件の事例を除いた5件を対象として検討を実施した。

“状況認識”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、

「前縦隔腫瘍の患者(80歳代、女性)に対する胸腺全摘術を、呼吸器外科の医師がロボット支援下で実施。切除した胸腺を体外に摘出することを試みたが、心臓が大きく、体格的に胸郭が非常に狭く、摘出に難渋した。手術の助手は標本を体外に摘出するためのバッグに胸腺を入れようとして、ロボットのアームの先端が心臓に向いている事や、視野から消えていることに気づかなかった。ロボットを操作している術者もアームの方向を見失っていたが、アームの先端が心臓の方に向いていることに気づき、アームの先端もモニタ映像から消失していたため、危険と判断してアームを抜去した。その後、心膜の損傷と、そこからの出血を認め、即座に圧迫止血したが、心臓も圧迫され、血圧が低下した。このため、心臓血管外科に応援を依頼し、開胸での止血操作の方針とした。緊急開胸し、心臓血管外科の医師が心膜を切開し、心嚢内に血液貯留を少量認めたが、既に止血していたため、閉胸して手術を終了した。術後、不整脈が頻発し、心電図上で洞不全所見を認め、ペースメーカーを留置した。

操作への集中に伴って、モニタ上での見える範囲が狭まり、状況認識が阻害された。手術担当予定の医師が新型コロナウイルス感染症に罹患したため、急遽、術者・助手が変更となった。助手はロボット支援下の縦隔腫瘍の助手をするのは久しぶりであり、前回の事例で経験した、標本を体外に適切に摘出する方法を知らなかった」

「原発性胆汁性胆管炎による末期肝不全の患者(50歳代、女性)に対して、生体肝移植術を実施した。腹腔内の癒着と組織脆弱性、易出血性が通常よりも強く、肝門部操作で既に6,000mL以上の出血を認めた。肝門部操作終了時に、再

度、タイムアウトを施行(この時点での出血量7,261mL)。モニタでは、バイタルサインは安定していることを確認したが、右肝静脈周囲の剥離の際、下大静脈血管壁を電気メスで損傷し、損傷部の縫合止血を試み、圧迫を続けたが、約20分後に心停止となった。直ちに胸骨圧迫を施行して心拍は再開したが、循環動態が不安定で、心臓血管外科に応援を依頼し、PCPS(経皮的心肺補助装置)を挿入した。止血操作を続行するが止血されず、視野確保のため肝全摘を施行して止血を図った。全身状態から肝移植術の続行は不可能と判断し、ガーゼパッキングを実施して閉腹し、手術を終了した。患者は、術後1日目に死亡した。

腹水穿刺や、感染の繰り返しで腹腔内の癒着が進行し、さらに原発性胆汁性胆管炎の炎症により、予測を超えた血管壁の弾性線維の破壊があったと考えられる(患者要因)。腹腔内の癒着、血管の脆弱性は術前に評価することは困難で、予測できなかった(医療者要因)。肝門部操作で組織脆弱性は認識していたため、肝静脈周囲の剥離は詳細に検討する必要があった(技術要因)。出血量増加の時点で再度、タイムアウトを施行したが、状況認識(血液検査の結果、輸血量、昇圧剤の量、門脈圧)の共有、進行中の計画の評価、懸念事項の伝達、業務量の調整などについて、具体的な評価基準がなく、計画変更について検討できなかった(チーム要因)などがある。

このように、臨床現場においては、“状況認識”が適切に実施されないことによって、インシデント・アクシデント事例の発生を未然防止することができない可能性が想定される。また、これらの“状況認識”に関わる事例では、医療者側のヒューマンファクターや環境要因、システム要因の影響が関与している可能性も考えられる。

“状況認識”が適切に実施されない状況で、さらにプロフェッショナルとしての責務・役割を認識した対応ができていない場合には、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性や、その結果として、医療機関、およびプロフェッショナルで

ある職員への信頼をも揺るがすことになる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を整備することが急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関では、“状況認識”に関わるインシデント・アクシデント事例発生 of 未然防止対策として、各種マニュアルの整備や、職員への教育などさまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では“状況認識”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、自施設における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で、同じく、本事業の第57回報告書³⁾にも掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“状況認識”に関わるインシデント・アクシデント事例の課題を明らかにし、事例発生 of 未然防止対策を検討する。

事例「手術時の状況認識の共有は？ 予定した手術の実施を失念」

【事故の内容】

- ・患者(60歳代、女性)は、検診で右肺の肺尖部の異常影を指摘され、CT検査で肺癌が疑われた。
- ・検査・治療目的で紹介され、受診した。
- ・呼吸器内科での精査にて肺腺癌と診断され、外科で手術を実施することになった。
- ・右下葉に結節状で、非常に淡い陰影があり、肺癌も否定できないため、呼吸器内科から外科に対して、術中に触知可能であれば部分切除も検討してほしいという依頼があった。
- ・右上葉の肺癌、および右下葉の結節(肺癌疑い)に対して手術を実施した。
- ・予定術式は、胸腔鏡下右上葉切除、右下葉部分切除、縦隔リンパ節郭清であった。
- ・看護師、および麻酔科医は、予定術式や、診療録にも記載があるため、右下葉の結節に関しては、術中に確認し、可能であれば部分切除する方針であることは理解していた。
- ・タイムアウトの時点で、術者は、予定術式は胸腔鏡下右上葉切除、ということのみ発言し、右下葉部分切除については発言しなかった。
- ・手術終了後、家族に右上葉切除について説明した際に、「右下葉の結節はどうでしたか？」と患者の夫より質問あり、右下葉の結節に対して、開胸して確認するというプロセスを失念していたことに気づいた。

〔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、「手術開始時のタイムアウトの時点で、術者は右上葉切除ということのみ発言し、右下葉部分切除を同時に行うということの発言を忘れていたことが問題であった」「麻酔科医、看護師は、右下葉部分切除を行う予定であることは認識していたが、術中に右下葉部分切除が中止になったのは、触知不能であったなどの理由があったからだ」と納得し、既に中止されたものと認識していた」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、未然防止対策を検討する。

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、タイムアウトの時点で、術者は、予定術式は胸腔鏡下右上葉切除ということのみ発言し、右下葉部分切除については発言しなかったのか？」「なぜ、手術の終了までに、右下葉部分切除の実施を忘れていることに、当該手術に関連した術者の医師、麻酔科医、および看護師が気づかなかったのか？」「なぜ、患者の夫に言われるまで、右下葉の結節に対して開胸して確認するというプロセスを失念していたことに気づかなかったのか？」「なぜ、看護師および、麻酔科医は、予定術式や、診療録にも記載があるため、右下葉の結節に関しては、術中に確認し、可能であれば部分切除する方針であることは理解していたにもかかわらず、予定された手術が実施されていないことを術者に確認しなかったのか？」などの疑問が浮かぶ。

本事例では、手術に関わる多職種のチームのメンバー間の役割分担が不明確であることや、手術におけるメンバーの“状況認識”が異なっていた可能性、および適切な情報共有を可能にするシステムが整備されていなかった可能性が想

定される。このように、本稿では“状況認識”に焦点を当てて、発生要因と発生状況を検討したが、自施設で取り組む際には、自施設における課題を考慮した視点で検討することを勧めたい。

本事例、および前記の事例なども参考にして、“なぜ”を深めて“状況認識”に関わる事例の発生要因を明らかにするためには、「思い込み」「コミュニケーション不足」「情報共有不足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討することが望まれる。

“状況認識”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“状況認識”に関わる事例発生の有無と発生状況の現状把握が未実施、2)把握した現状を分析し、“状況認識”が適切に実施されているか否かの現状評価・フィードバックが未実施、3)現状評価の結果を踏まえた“状況認識”を適切に実施するためのシステム整備・見直しが未実施、4)“状況認識”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントが未実施、5)適切な“状況認識”を実施する意義と責務を職員が再認識できる機会の提供が未実施、6)具体的な事例を活用して、“状況認識”を適切に実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画が未実施、などが考えられる。

“状況認識”に関わる事例の発生要因から検討する未然防止対策

本事例の改善策としては、「術者と麻酔科医、看護師の間に認識を共有できていなかったことが問題であり、今後は今まで以上に術中にコミュニケーションをとりながら、状況認識などを共有していく」ということが挙げられていた。

“状況認識”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)自施設における“状況認識”に関わる事例発生の有無と発生状況の現状把握の実施、2)把

握した現状を分析し、“状況認識”が適切に実施されているか否かの現状評価・フィードバックの実施，3)現状評価の結果を踏まえた“状況認識”を適切に実施するためのシステム整備・見直しの実施，4)“状況認識”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や，情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施，5)適切な“状況認識”を実施する意義と責務を職員が再認識できる機会の提供の実施，6)具体的な事例を活用して，“状況認識”を適切に実施するための職員間の連携や，情報共有について議論する職員教育の企画の実施，などが考えられる。

1)の「自施設における“状況認識”に関わる事例発生の有無と発生状況の現状把握の実施」では，自施設における“状況認識”に関わる事例発生の有無の確認が求められる。インシデントレポートの内容を検討し，事例が発生している場合には，発生要因と発生状況を詳細に把握することを検討したい。“状況認識”の欠如の状況としては，「知らなかった，気づかなかった」「自分は伝えたつもりだった」「うっかり見落とした」「確認したつもりだった」「相手も同様に理解していると思い込んでいた」などが考えられる(図)。インシデントレポートの内容の検討結果から，“状況認識”に関わる事例発生のプロセスを明らかにして，自施設の課題を認識することが急がれる。

2)の「把握した現状を分析し，“状況認識”が適切に実施されているか否かの現状評価・フィードバックの実施」では，“状況認識”が適切に実施されていない事例があった場合には，「なぜ，“状況認識”が適切に実施されていないのか？」「なぜ，“状況認識”が適切に実施されていないことに，誰も気づかなかったのか？」「なぜ，“状況認識”が適切に実施されていない状況が，事例発生の前に認識され，改善されていなかったのか？」などの疑問に対して検討することが望まれる。もしも，今後，同じような状況になった場合に，“状況認識”が適切に実施されない可能性が想定されるのであるのであれば，そこに

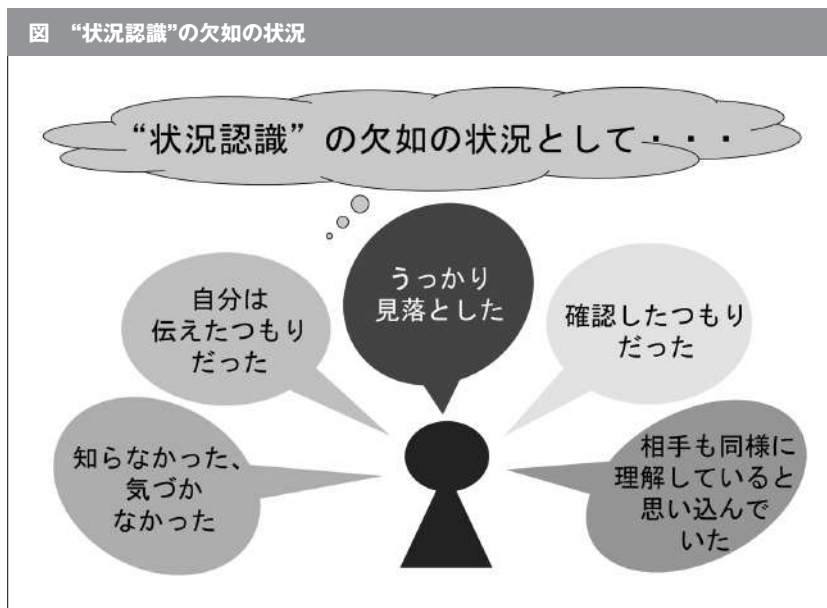
焦点を当てて，再発防止の視点で詳細に検討することを勧めたい。そして，検討した結果をタイムリーに職員にフィードバックすることが期待される。

3)の「現状評価の結果を踏まえた“状況認識”を適切に実施するためのシステム整備・見直しの実施」では，2)の「把握した現状を分析し，“状況認識”が適切に実施されているか否かの現状評価・フィードバックの実施」で得られた結果を活用することができる。“状況認識”を適切に実施するためには，どのようなシステムを整備する必要があるのか，を検討し，既に，“状況認識”を適切に実施するシステムがあるのであれば，必要に応じて，見直しを実施することを検討したい。

4)の「“状況認識”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や，情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加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を提供することが必要である。ここでは，手術や検査，診療やケアなどを実施している際に，“状況認識”が適切に実施されないことが，結果として患者にどのような影響を及ぼしているのかということ，職員個々が認識できるようリスクアセスメントを実施することが望まれる。

5)の「適切な“状況認識”を実施する意義と責務を職員が再認識できる機会の提供の実施」では，多職種の参加により，“状況認識”を適切に実施することの意義と責務を，プロフェッショナルとして再認識できる機会を提供したい。その上で，全体を俯瞰して，“ノンテクニカルスキル”である“状況認識”を適切に実施することを目指したい。職員個々が，プロフェッショナルとして，“状況認識”を適切に実施するためには，どうしたらよいのか，コミュニケーションや，業務環境の改善の視点からも検討することが望まれる。

6)の「具体的な事例を活用して，“状況認識”を適切に実施するための職員間の連携や，情報共有について議論する職員教育の企画の実施」



では、ルール・マニュアルのみに頼らない職種間の連携や、チームとしての自覚なども含めて検討する機会としたい。特に、患者の急変や、想定外のできごとなど、状況が刻々と、あるいは急激に変化する際に、“状況認識”を適切に実施するために、「どのような職種間の連携が望ましいのか」「どのように職種間で情報共有したらよいのか」などを議論する職員教育を企画したい。

その際には、自施設、あるいは他施設で発生した具体的な事例を活用して、自施設の現状の課題を踏まえた議論が実施できるような企画が望まれる。“状況認識”を適切に実施することが、プロフェッショナルの責務として求められていることを職員個々が自覚できるような企画を検討することを期待したい。

前記の事例の改善策としては、「ロボット支援下の手術中に、モニタ映像からアームが見えなくなることは非常に危険な状態であり、まず、手術に関わる職員がそのことを認識し、声を掛け合うことの重要性を再認識する。縦隔腫瘍の手術において、体外へ標本を摘出する際の実施方法を診療科内で共有する」「技術要因としては、バックアッププランの設定を行う。具体的には、治療が進行できないと判断する基準や、再度、タイムアウトを実施するタイミングの基

準(出血量、手術時間の延長時など)、および治療計画の変更基準を作成する。チーム要因としては、高難度・高侵襲の手術や、症例数が少ない手術においては、特に、当該診療科だけではなく、手術に関連する全部署と合同で検討会を実施し、術中は、バックアッププランに基づいて、途中協議が実施できる体制を整える。組織要因としては、高難度新規医療技術には該当しないが難易度が高いと考えられる技術を提供する場合には、報告や申請をするという病院の体制整備を検討し、各検討会の連携により、病院のバックアップ体制を強化する」などが挙げられている。

今後、自施設における“状況認識”に関わる事例発生時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したい。

“状況認識”に関わる事例発生時の未然防止と今後の展望

本稿では、“状況認識”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“状況認識”に関わる事例発生が防止されないのか？」という疑問を深め、事例の

表 適切な“状況認識”実施のためのチェックリスト(例)	
<input type="checkbox"/>	“状況認識”を適切に実施しなかった場合の患者への影響を検討し、適切に実施するためのルール・マニュアルを作成している
<input type="checkbox"/>	上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施している
<input type="checkbox"/>	“状況認識”が適切に実施されなかった事例を検討し、事例発生防止策を策定している
<input type="checkbox"/>	上記の防止策を実施し、防止策実施後の評価を実施している
<input type="checkbox"/>	どのような場合に“状況認識”が適切に実施されにくいのか、認識している
<input type="checkbox"/>	“状況認識”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に“状況認識”が実施できるようなトレーニングを実施している
<input type="checkbox"/>	“状況認識”が適切に実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、多職種で事例発生未然防止策を検討し、実施している

発生要因と発生状況から、事例発生の未然防止対策を検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、自施設における“状況認識”に関わる事例発生の現状評価が未実施、および“状況認識”を適切に実施するためのシステム整備・見直しが未実施などで、リスクの発生を回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性に目を向けたい。これまで、自施設で類似事例が発生していない場合でも、他施設で発生した事例も含めて、“状況認識”に関わる事例が、どのような状況で、どのような発生要因で発生しているのか、検討することが望まれる。

“状況認識”は、“意思決定”“リーダーシップ”、“コミュニケーション”“チームワーク”“疲労への対処”“ストレス管理”など、他の“ノンテクニカルスキル”と密接な関連があることが想定され、“状況認識”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止には、“状況認識”以外の“ノンテクニカルスキル”も念頭においた取り組みが必要と考える。

ここでは、「適切な“状況認識”実施のためのチェックリスト(例)」を作成した(表)。内容としては、「“状況認識”を適切に実施されなかった場合の患者への影響を検討し、適切に実施するためのルール・マニュアルを作成している」「上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施

している」「“状況認識”が適切に実施されなかった事例を検討し、事例発生の防止策を策定している」「上記の防止策を実施し、防止策実施後の評価を実施している」「どのような場合に“状況認識”が適切に実施されにくいのか、認識している」「“状況認識”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に“状況認識”が実施できるようなトレーニングを実施している」「“状況認識”が適切に実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、多職種で事例発生の未然防止策を検討し、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の作成を検討することを勧めたい。

“状況認識”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、“状況認識”を適切に実施するための取り組みはもとより、“状況認識”が適切に実施されにくい状況でも、プロフェッショナルとして、全体を俯瞰して、タイムリーな対応を実施できるルール・マニュアルの整備を期待したい。さらに、これらのルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施して、もし、これらが遵守されていない状況があれば、その根本原因を検討し、確実に遵守される対応の検討が急がれる。自施設で取り決めたルール・マニュアルを遵守することも、職員個々の業務であることを、改めて認識できるような機会を必要に応じて設けることにより、臨床現場のさまざま

な状況における“状況認識”を、適切に実施することが望まれる。

“状況認識”という，“ノンテクニカルスキル”を獲得するための、シミュレーションなどを活用したトレーニングなどを企画・実施して、トレーニング実施後の評価を含めたシステム構築を検討したい⁴⁾。職員個々が，“状況認識”を適切に実施することの意義と責務を再認識し、個々の能力を結集し、リスクの発生を回避することが期待される。

参考文献

- 1) Flin R, O'Connor P, Crichton M: Safety at the Sharp End. A Guide to Non-Technical Skills. Boca Raton, FL, CRC Press, 2008, pp 1-16.
- 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 Aug 23)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第57回報告書. 分析テーマ 術式間違いに関連した事例 https://www.med-safe.jp/pdf/report_57.pdf (accessed 2024 Aug 23)
- 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1回 “ノンテクニカルスキル”をアップする-状況認識，意思決定が迅速である．臨床外科 2016；71(4)：490-495.

宮本朋幸先生の 「小児医療における地域の連携」

(9月1日配信)

横須賀市立うわまち病院 副管理者・小児医療センター長・横須賀市立市民病院 副管理者の宮本朋幸先生から「小児医療における地域の連携」についてレクチャーしていただきます。

横須賀市立うわまち病院(以下、うわまち病院)の小児医療センターは、病院全病床数417床のうち小児病棟31床、NICU 6床、GCU 6床、小児科専門医10名、小児外科専門医3名、後期研修医4名で約60万人の二次医療圏を支えています。年間入院患者数は約1,100人、紹介率100%、逆紹介率350%で、小児心臓カテーテル検査・インターベンションも実施する基幹病院です。

2004年、宮本先生がうわまち病院に赴任した時は外来は1日10人以下で、横須賀市内の3病院の小児科の最下位でした。そこで輪番を3病院で担当し、外来患者を集めて1日100人を達成しました。さらに、オンオフがはっきりした勤務体系で小児科医が集まったので24時間365日体制とし、地域一番の小児科となりました。病診連携による逆紹介の徹底により退院後の外来はかかりつけ医に依頼しています。どのような病気でもかかりつけ診療所でまず診てもらい、時間外急患では医師会経営の一次診療所を受診して紹介してもらいます。紹介症例は必ず引き受け、ベッドの空きがなければ治療を進めながら空ベッドの検索をします。このようにして紹介率・逆紹介率を上げてきました。

うわまち病院の小児科医に必要なスキルを図1に示します。このように小児科医は子どもの総合医と

言ってよい存在だと思います。

地域医療振興協会には訪問診療を行っている診療所がたくさんあります。診療所の代診を行う中で、小児でも訪問診療が可能であると考えました。在宅医療は人生を家族と共に豊かに過ごすためのサポートシステムです。横須賀市立市民病院が小児在宅医療を開始した時、在宅医療は看取りを前提としているという投書が市宛てにありました。その時は、うわまち病院の患者さんたちの説明により誤解を解くことができました。

うわまち病院の小児在宅医療は、在宅医療を行っている内科診療所と連携を組んで進めていきました。病状悪化時のファーストコールは訪問看護師が在宅医と決めて、病院は在宅医からの依頼には必ず対応します。在宅管理料が必要と予想される児には、早期から在宅の方向を説明し、MSWが地域の診療所と連絡をとります。看護師チームが主治医と在宅医と話し合いながら、診療材料の取捨選択をしていきました。小児在宅診療のまとめを図2に示します。

小児医療には成人期への移行という課題があります。成長に伴い、就職、妊娠・出産、成人病、加齢に伴う変化などがありますが、日本では小児病院で対応することができません。日常診療は地域の一次診療所で診てもらい、問題が生じたら地域小児科センターを持つ二次施設で対応。必要に応じて三次施設に搬送しています。成人への移行期医療では、小児科はゲートキーパーの役割を果たし、総合診療医との連携でより良い診療が可能になると思います。

1. 小児一般(専門医レベル)

2. 各専門領域のBasic skill

例: 在胎週数28週
TOF極型までの診断と入院管理
てんかんの診断と初期治療
重症呼吸障害の呼吸器管理
心肺蘇生と蘇生後管理
脳症の管理
血液浄化
悪性腫瘍の診断
外科系疾患の手術適応の決定
眼科、耳鼻科、整形領域の診断と治療
成人領域の診療

図1 当院スタッフ小児科医に必要なもの

» 重症児が在宅診療を利用して、 自宅で家族とともに過ごすには

1. 基幹病院での早期の介入
2. 病院小児科医たちの在宅診療への理解
3. 診療材料に対する理解
4. 在宅医をバックアップする病院の体制
5. 地域小児科センターでも訪問診療を検討
6. 行政の理解とバックアップ

図2 小児在宅診療のまとめ

*宮本先生のレクチャーの詳細は、9月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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



ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断⑪

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例：60代 男性

主訴：慢性咳嗽，喀痰

既往歴：高血圧，慢性C型肝炎，高尿酸血症



図1 胸部単純X線 立位正面像

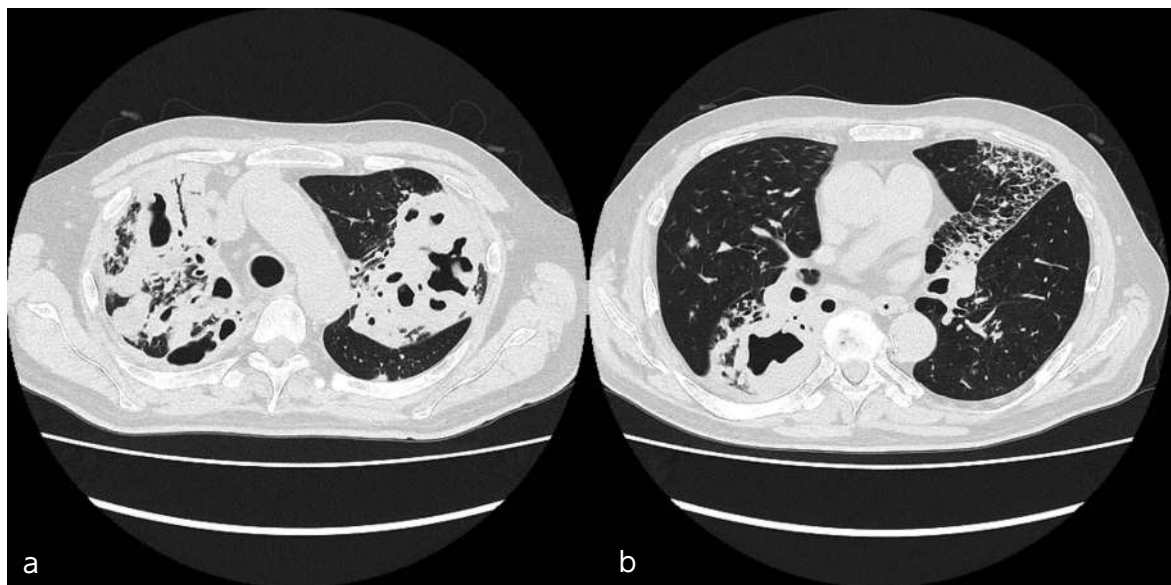


図 2a, 2b 胸部単純CT 肺野条件 軸位断



図 3 胸部単純CT 肺野条件 冠状断

所見

胸部単純 X 線写真

両側上肺野に浸潤影がみられる。内部には空洞を疑う透亮域が複数認められる。

両側肺門は挙上し、右小葉間裂にも上方偏位が生じている。

両側の中下肺野にも上肺野ほどではないが、浸潤影が散見され、一部結節影 / 小結節影を疑

う箇所を伴う。

胸部単純 CT

両肺上葉に浸潤影を認める。内部には不整な形態の壁の厚い空洞性病変が複数みられる。

そのほか両肺には小葉中心性の小結節や濃厚な斑状浸潤影が多発しており、これらの所見は特に S6 で顕著である。また、小結節は一部区

域性の分布を示している。

縦隔には小リンパ節が多発している。肝臓には小石灰化が散見され、陳旧性結核の可能性がある（非呈示）。

経過

画像所見から活動性結核が強く疑われた。

喀痰塗抹検査で Gaffky 9号、喀痰 PCR 検査で結核陽性との結果を受け、他院で結核に対する加療を開始された。

診断

活動性結核

二次結核の初期は気道散布性の病変であり、CT の画像所見としては、呼吸細気管支～肺胞管の微細分枝状影・樹枝状影で、いわゆる tree in bud として知られている。病変が呼吸細気管支以遠の極めて末梢に形成されることから、陰影が胸膜直下まで及ぶ。二次結核の病変の好発部位は S1, S2, S1+2, S6 である。これらの部位にわずかであれ tree in bud を疑わせる像がある際には、細菌学的検査に積極的に進む必要がある。

単純 X 線、CT で、結核の陰影は壊死性肉芽腫を反映して、ハイコントラストな像を呈するのが特徴とされている。この点は細菌性気管支肺炎の画像所見と異なり、結核を疑う画像上のヒントとなり得る。

病変が拡大進展すると、乾酪性肺炎が形成される。典型的には空洞形成や壊死を伴う浸潤影として描出される。慢性炎症を反映して、浸潤影内の気管支透亮像は若干の拡張を示すことが多くみられ、本例のように、肺容積の減少が生じることもある。こちらも比較的特徴的と思われる。空洞を欠くこともまれではなく、必ずしも診断は簡単ではない。診断に迷う際には周囲の tree in bud 像が、結核を疑うきっかけとなることもある。なお空洞内の液体貯留は結核には比較的まれとされており、これを見た際には細菌性の肺膿瘍など、他の疾患をより考慮する必要がある。

本症例は胸部単純 X 線写真で好発部位である上肺野優位に濃厚な浸潤影がみられ、さらに空洞が多発していた。典型的な二次結核の画像所見が、迅速な診断の一助なった一例である。



持続可能な離島医療

唐津市小川島診療所 所長 荻野祐也

自己紹介

皆さんこんにちは、佐賀県42期の荻野祐也と申します。私は平成5年に生まれ平成31年に自治医科大学を卒業しました。新元号発表に日本中が湧く中、令和の始まりとともに働き始め、今年で医師6年目となりました。現在は佐賀県唐津市の離島である小川島診療所で勤務をしています。昨年4月に同診療所へ赴任、一人診療所所長としては今年で2年目となります。だいたい島での診療や生活に慣れては来ましたが、ふとした時に突き付けられる離島診療所での責任や重圧に悪戦苦闘しております。

そもそも佐賀に離島があったの？という方もいらっしゃると思いますので、佐賀県の離島の状況や日々の診療含め雑多に書いていきますのでお付き合いください。

佐賀県の離島

佐賀県には7つの有人離島が存在し、その全てが日本海側である玄界灘に点在しています。高島、神集島、小川島、加唐島、松島、馬渡島および向島があり、そのうち常駐の診療所がある島は高島、神集島、小川島、加唐島、馬渡島の5つです。それぞれの診療所に自治医大の卒業生が派遣されてきた歴史があり、その中でも小川島は1期生の先生から派遣されており、現在42期である自分まで脈々と受け継がれています。



小川島の全景

小川島の歴史

小川島は全周4kmほどの小さな島で、現在260人程度の島民が暮らしています。イカや朝市で有名な呼子から定期船が出ており、距離は船で20分程です。元々小川島は江戸時代から捕鯨の前線基地として栄えた歴史があり、捕鯨ができなくなった後はイワシ漁、イカ漁と変遷していきました。そのため島民のほとんどが漁師さんで、海でとれた新鮮な魚介を出してくれる民宿もあります。島の方々は優しく豪快で、島外から来た自分との距離を感じさせず迎え入れてくれ、楽しく診療や生活ができています。

島の診療について

診療所にはスタッフとして看護師さん1名、医療事務さん1名が働いてくださっており、3人で外来のみの診療を行っています。必要とあれば訪問診療や往診は行いますが、入院設備は



小川島の高台にある鯨のモニュメント

ありません。また介護サービスも週に1回のデイサービスしかなく、医療福祉を行う施設は島内で診療所のみという点も小さな離島ならではの。そのため、高齢者の介護は家族がみるしかないのが現状で、それができない場合には島外の施設に入所するか、本島に娘さんや息子さんがいる場合にはそちらに移り住む方もいらっしゃいます。そういった背景があるため島にいらっしゃる高齢者はとても元気ですが、90代で一人で暮らしている方が多数おり、島の方の肉体的な強さに日々驚かされます。

印象に残っている患者

昨年のお話にはなりますが、島に赴任した際には前任の先生から引き継いだ訪問診療の患者さんが5人いらっしゃいました。その中の一人に90代の末期の心不全の方がいらっしゃり、赴任して間もない4月の初めの段階で心不全が増悪し、意識も朦朧とされ、このまま亡くなってしまうのではないかとという状態となりました。前任の先生がいた際も急性増悪を何度か起こしており、そのたびにご家族、本人とも島でこのまま看取するのか本島に搬送して入院で加療するのかについて綿密に話し合っており、本人は島で最期を迎えたいが、家族に迷惑をかけるのなら病院で亡くなってもいいと言っていました。しかし、家族は最期まで島で看取りたいという意思がはっきりしており、在宅でできる範囲で心不全の治療を行い、その時はいったん持ち直すことができました。



お盆やお正月など祝い事の席では
今でも鯨の刺身が出る

自分は在宅医療の経験もほとんどなく、ましてや心不全末期の緩和ケアに関する経験も乏しかったです。しかし、看取りの方針もそうですが、前任の先生が呼吸困難を来した際のオピオイド投与のための皮下注ポンプを取り寄せてくれており、準備を進めてくれていたことで継続した在宅医療を行うことが可能でした。結果的には4月の末に家族に見守られながら息を引き取られましたが、オピオイドのおかげで呼吸困難により苦しむこともなく、安らかに旅立っていったことをご家族からも感謝されました。

自治医科大学の特性上、義務年限中にへき地に派遣されたとしても2～3年で診療所や病院を後輩に引き渡すことがほとんどだと思います。島民の方にはこれだけ長い歴史があっても、島の先生が数年で変わることをマイナスに感じていらっしゃる方もいます。しかし、毎年各県から2～3名ずつ入学し、卒業してバトンをつないでいくことで途切れない医療を提供できてきた歴史があります。どうしても一人のスーパーマンがずっといてくれれば良いという発想になりがちですが、バトンをそれぞれでブラッシュアップしながらつなぐことで次世代ではもっといい医療を島民に提供できていくと考えています。医師人生のたったの数年かもしれませんが、自分がいたことの証が残る経験は代えがたいものがあると思います。



診療所のスタッフさんと地域研修で来ていた研修医の先生と一緒に

最後に

これからへき地の診療所に行く後輩や現在赴任されている先生方は、不安でいっぱいだと思いますし自分もそうですが、自分の代で何かを成し遂げたり、完璧な医療を提供できなくても、つなぎさえすれば次の代ではもっと優秀な

人がバトンを持ってくれるかもしれません。それぞれの医師が少なからず得意不得意はあると思いますので、肩の力を抜いてまずは目の前のことを頑張っていくことが大切だと日々痛感しております。偉そうに最後に講釈を垂れましたが、自分自身残りの義務年限を肅々と頑張っていきたいなと思います。

荻野祐也(おぎの ゆうや)先生 プロフィール

2019年自治医科大学医学部卒業。高崎総合医療センター初期臨床研修、唐津赤十字病院、佐賀大学医学部附属病院を経て、現在唐津市小川島診療所所長。



持続可能な地域医療を目指して ～この4年を振り返って思うこと～

馬路村立馬路診療所 所長 二宮はるか

皆さん、こんにちは。高知県42期生の二宮はるかと申します。

高知県と聞くと、自治医科大学卒業生の勤務地は海沿いが多いのではと思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、県内のへき地の多くが山間部に位置しており、勤務地のほとんどが山間部です。私はこの4年間、沿岸部と山間部のどちらの勤務も経験してきました。印象に残っていることを織りまぜつつ、この4年を振り返ってみたいと思います。

コロナ禍での地域医療

思い起こせば、私の地域医療デビューは3年前のコロナ禍でした。研修医1年目にCOVID-19の流行が始まり、パンデミック状態のまま研修医生活が終わり、医師3年目の大月病院での勤務が始まりました。

大月病院は数少ない海側の勤務地で、常勤医師3名体制で、外来診療から入院診療、施設や在宅への訪問診療のほか、離島（沖の島）への出張診療、予防接種などを行っています。

当時、上記の業務に加え、日々の感染対策、発熱外来、集団予防接種業務が追加業務となり、COVID-19の院内クラスターが発生した際には外来診療を中止し、救急患者受け入れ停止とした時期もありました。

そのような中、一つ一つの業務をこなすことに必死で、上級医、看護師さん、技師さん、保健師さんに助けていただきながら仕事をしていました。初めての外来、初めての1人当直、初めての訪問診療と何もかもが初めてづくしで、



病院スタッフと最後の診療日に（大月病院）

振り返ると勉強不足や判断ミスも多かったと、反省ばかりです。それでも未熟な私に診療を任せてくれた患者さんやそばで指導してくださった先生方、助けてくださったコメディカルの皆さんのおかげで充実した1年間が過ごせました。辛いことや苦しいこともあったのですが、大月病院での経験が私を鍛えてくれ、その結果今の自分があると感じています。

4年目で赴任した梶原病院では、コロナ禍から起きた悲しい出来事が印象に残っています。嘱託の特別養護老人ホームでクラスターが発生しました。当時COVID-19陽性者の入院を受け入れられなかったため、入院が必要な人は外部医療機関への入院調整を保健所へ依頼していました。

ある入居者さんは入院が望ましい状態でしたが、調整が難航し、一晩施設内で待機してもらうことになりました。県内で多数のCOVID-19陽性者が発生しており、スムーズな入院調整が難しい状況でした。その日の当直だった私が院内で待機していると施設から連絡がありました。それは、入居者さんの死亡を知らせるもの



お世話になった検査技師さん(栲原病院)

でした。

コロナ禍では医療が逼迫し、どこの地域でも十分な治療が受けられず亡くなる方が少なからずいたのではないかと思います。その時初めて当時の医療現場の現実を突きつけられました。

死亡確認のため施設へ向かう道中、コロナ禍の厳しい医療の現実を痛感し、それに対し何もできなかった自分の無力さを感じるとともに、亡くなった患者さんの家族の気持ちを考えながらどう言葉をかけようか、と悩みました。施設に到着し、死亡確認した後、家族の方に私がかけることのできた言葉は、「入院して治療をしてあげられなくてごめんなさい」でした。もっと適切な言葉があったのかもしれませんが、入院して治療をしてあげられなかったことを詫げる以外の言葉は出てきませんでした。その言葉をご家族は感情的になることなく受け入れてくださいましたが、心中は穏やかではなかったのではないかと思います。

人が亡くなるとき、がんの可能性を知らせるとき、治療が限界にきていることを伝えるとき、心肺蘇生をやめるときなど、悪い知らせ、悲しい知らせを伝えるのはとても難しいです。何度経験しても、もう少しうまく伝えられたのではないかと、と反省する日々が続いています。

1 人所長として

2023年4月より馬路村で歴代初の女性所長と

して勤務しています。無床診療所で検査や治療も限られた環境での診療は、判断に迷い、後悔し反省することも少なくありません。とはいえ、診療スタイルが自分にあっていところもあり、比較的楽しく診療ができていると思います。

村の中での唯一の医療機関、医師であるため、診療だけではなく、保健師さんや各方面よりさまざまな困った事例の相談があります。小児から高齢者、身体疾患から精神的な問題など幅広く対応する必要がある、正直、対応に悩む日々です。それでも看護師さんや保健師さんをはじめとする村に関わるいろんな人の意見を聞きながら、対応しています。

印象に残った事例として、体重増加不良の子どもの事例があります。体重がここ数年、成長曲線の-2.0SDを下回ったままである、と養護教諭より相談がありました。小児の発達について卒後ほとんど勉強してなかったので、教科書をめくったり、同級生に聞いたりしました。最終的には児の基礎疾患も考慮し、専門医への紹介としましたが、その結果、学校、村の保健師、小児科医の連携ができ、児の体重増加も得られ、必要な医療につながることができて良かったと感じています。

また、これまでの勤務地と違い、住民が何かしらの健康問題を生じた際に、他の医療機関を受診するのではなく、まず診療所を受診し、医師の意見を聞きたいと相談しに来ることが多い印象です。これは長きにわたり、住民にとって診療所が距離の近い存在であったからなのではないかと思います。それには歴代の所長（医師）の働きはもちろんですが、何よりも、住民であって、診療所スタッフでもある看護師さん、事務職員の貢献があつてのことでしょう。全てを診療所で完結することは難しいですが、これからも住民の信頼を裏切らない存在であり続けられるよう努めていきたいです。

これからの地域医療に向けて

否が応でも飛び込まねばならなかった地域医



診療所スタッフと保健師さん

療ですが、やってみると充実した時間を過ごせていると思います。一つ一つの問題に向き合うことで、いろんな角度からの視点や価値観に出会うことができ、それが自分の成長につながっています。

そんな素晴らしい地域医療を後輩に伝えていきたいですが、現場は大きな課題にも直面しています。

少ない人数で運営している地域の医療機関は、パンデミックなど不測の事態が起きると現状、通常診療を制限せざるを得ません。コロナ禍では診療制限を迫られましたが、当時オンライン診療、遠隔診療の体制が普及していれば、制限していた診療を一部緩和できたかもしれません。感染対策だけでなく、休日夜間や天候不良時などもオンライン診療は有用な可能性があり、積極的に取り入れるべきでしょう。

また日本全体で課題となっている人手不足の問題は、地域医療の現場ではより深刻です。医療スタッフの不足もありますが、それよりも介護の担い手不足は顕著です。自宅で最期まで過ごす、住み慣れた地域でできるだけ過ごすということが難しくなっています。



馬路村の風景

それに加え、高知県の中山間地域では人口減少・高齢化が著しく、従来の地域医療とは求められるものも、提供すべきものも変わってきています。全体として地域医療のあり方を考えねばならない時期に来ていると感じています。

これから私自身が地域医療を続けていくのか、別の分野に進むのか、定まっていませんが、時代に則した地域医療のあり方を考え、提供し、地域社会のリーダーであり続けることが、自治医大卒業生の使命ではないかと考えています。

現場で働き続けるのが理想ですが、そうでなくとも地域医療と何らかの関わりを持ち続けたいです。これからも出会いを大切に、さまざまな意見や想いを聞きながら、一緒に「持続可能な地域医療のカタチ」を見つけていきたいと思うこの頃です。



診療の道中で出会ったニホンカモシカ（馬路村）

二宮はるか(にのみや はるか)先生 プロフィール

2019年自治医科大学卒業。高知県 高知市病院企業団立高知医療センターで初期臨床研修。大月町国民健康保険大月病院、梶原町立国民健康保険梶原病院を経て、2023年4月より馬路村立馬路診療所所長。



地域が医者を育ててくれる!?

～足りない人、お金、設備で 求められている医療ってなんだろうを考える～

JA広島厚生連吉田総合病院 新井 勲

自己紹介

広島県43期の新井勲と言います。学生時代は合気道部とIMCに所属していました。30年の人生の中で、自治医科大学での時間はかなり濃厚でした。地域で働くにあたり、自治医大の寮生活を経験していたことは、間違いなく地域での生活における糧になったと思います。

忙しいレジデント時代

レジデントとして働いたのは広島県の県北部医療を守っている3次救急病院、広島市立北部医療センター安佐市民病院でした。年間7,000台の救急車を受け入れる超急性期病院です。救急車当番をして1回で3～4人を入院させることを週2回、途中で外来をして、検査に出て、病棟を回して、気づけば週末に突入する日々を過ごしました。上司は自治医大卒業生の原田和歌子先生や亀山和也先生。今でも自分の理想の医師ですし、一緒に働かせていただけたことは本当に幸運だったと思っています。本当にたくさんの経験をさせてもらったのは、上司に恵まれたおかげで、医者としてのベースを作っていたのだと思います。

総合診療科として働いていたからか、ACPを含めた終末期医療や社会参加困難症例への対応も経験させてもらいました。ある時は、ゴミ屋敷で過ごしていた人の家に、家族への連絡先を得るために訪問することがありました。上司である原田先生から「いい機会だからMSWさんと一緒にお家に行って、どんな状況になってい

るか見てきてごらん」と送り出していただきました。現場について、その光景に閉口したことを覚えています。家の中ではいつ頃の物なのか分からない食べかけのコンビニ弁当、床にも台所にもゴミが散乱し、家の中にはいつから捨てていないのか、ゴミが所狭しと詰まっていた。令和2年度国勢調査の結果より、65歳以上の独居老人が5人に1人まで増加した我が国において、実は数年前から認知機能低下があったが独居を続けており、徐々に生活が破綻して病院に来るパターンは今後も増加することが予想されます。この症例は、今後、自分が何回も経験するであろう社会参加困難症例の象徴のような症例だと思いました。確かに、歩けますし、ご飯も自分で食べられ、服も着替えられますが、このゴミ屋敷に退院してもどれば、生活が破綻しているため、すぐに病状が悪化して再入院するのは当然だと思いました。ADLと社会背景の十分な把握は、社会的資源が乏しい患者の予後にとっても重要であり、入院を契機として、生活環境の把握とサービス調節を行うことが重要であると実感をもって学ぶことができた一例でした。

自分に大きな影響を与えてくれた上司や同期にも出会えました。自分で頑張ることが重要で、知らないことは恥ずかしいこと、人に質問することは最終手段と勝手に思い込んでいた自分に、他大学の同期2人は、知らないことは恥ずかしいことじゃない、知らないことを調べるからと対応が遅れるくらいなら、知らないから教えてほしいと周りに聞いて早く対応する方がよっぽど重要だと教えてもらいました。また、



同期2人、上級医の先生2人、広島県出身 濱崎先生

今でも会ってバーベキューをしたり、悩みを聞いてもらえる、相談できる上司に出会えたことは、本当に貴重な財産になりました

“現場”としての地域

本当の地域医療に接したのは、いま赴任しているJA広島厚生連吉田総合病院に来てからです。そこで初めて、地域で働くことがどういうことなのか、勉強することになりました。

足りない人材、限りある医療資源、自分自身の時間と知識の限界など、足りない中で仕事をする現実を初めて経験したように思います。また、自分の提供できる医療の上限が、医療の質を左右する現実にも悩まされました。その中で、求められることを一生懸命やろうと仕事をしていますが、どうにもならないこともたくさん経験します。

地域でも難しい症例には遭遇します。首が痛い、熱が出ると言ってきた硬膜外膿瘍の中年男性、マッサージ機を使っていたら足に力が入らなくなったと言って救急搬送となった来院時に麻痺があまり目立たない硬膜外血腫、奥さんが亡くなった後から熱が続くけど検査で異常がみつからない嚥下機能検査(VF)で不顕性誤嚥と診断されたADL自立の高齢男性、肺炎治療で使った抗菌薬で急性腎障害になって一時的に全くおしっこが出なくなった高齢男性などなど。次の対応や鑑別に苦渋することもしばしばで、自分の知識が足りないせいか、予想のはるか上の病

態でびっくりさせられることがしばしばあります。分からないことで怖い思いをしながら日々を過ごしていると、自分の知識で全てを予測して対応するのは無理だから、せめてちょっとでも早く異常に気づけるように、毎日患者さんの顔を見に行こう、身体所見を取ろう、看護師さんが相談しやすいように質問するハードルは下げられるだけ下げて接しようと思おうようになりました。また、限りある医療資源をどう疲弊させないかも考えるようになりました。急性期でやっていたことが正義だと考えて、人もお金もかかる医療を地域でやろうなんて思っただけでいけなくて学びました。うまく加減して、治療内容や仕事量を管理することも地域の医者には求められます。正直、今でも課題意識があり、自分の中でやってあげたいと思うことと折り合いがつかなくて悩むことが多いですが、

構造上の課題。個人としての向き合い方

そもそも少子高齢化、都市部への人口移動は構造上の課題です。地域には、働く場所が少なく、休みに遊ぶ場所も都会に比べると少ないです。都心部に出てお金を稼ぎたい、遊びたいと思うのは当然のことだと思います。ですから、地域に若い人が少ない現実が改善するには時間がかかると思います。そうすると看護師さんが十分な数新しく補充されることも、施設の数が増えて退院先が十分に確保できることも、在宅での看取りを積極的にする訪問看護や地域のク

リニックが増えることも当面は改善しない。だからこそ、地元に残って頑張ろうと思ってくれる人は本当に貴重だし、地域で頑張っている人々を大事にしていくことは、地域の資源を守るためには大事だと思います。

構造上の課題の解決には、効果的な政策が実行されても、数十年単位の時間がかかると思います。ただ、希望はあるんじゃないかと思っています。例えば、将来的に自動運転が普及して、自動運転だけの高速道路が時速200kmくらいの速さで走行できるようになれば、市内の狭くて高いマンションや家に住むくらいなら、通勤も1時間以内だし自分で運転しないからと、庭つきの大きな家を地域に買おうなんて未来がくるんじゃないかなんて思っています。交通網の整備とそれに伴った地域の再開発（住宅、学校、商業施設など）が進んでくれたら、10年後には地域に住む方が賢い、働くためだけに市内に出るのが普通なんて未来が来てくれるんじゃないかと思ったり。技術の進歩が、地域で住むことのデメリットを少なくできれば、若い人が地域に住むことを望む未来も期待できるんじゃないかなと思ったりします。話がそれましたが、つまり地域で医者が1人、日本の少子高齢化を憂いても何にも役に立たないから、自分のできることを考えて頑張ろうと割り切ったという話です。

伝える努力。理解を求める重要性

相手に分かってもらおう努力をすること。どうして今こういう治療をしているのか、口頭で伝えて、説明したと満足してはいけないと思います。分かってもらえると自分が勘違いしているだけで、相手の理解の度合いを確認してないと、形だけのインフォームドコンセントと一緒に

ではないかと。

レジデント初めの頃は、自分の仕事をこなすので精いっぱい、正直、周りがどう理解しているかまで気を配りませんでした。ただ、地域に出てから、周りの人の力をどれくらい借りられるかも含めて自分の能力だと考えるようになってから、自分がやってほしいことをきちんと説明して周りに動いてもらう、それは資源が限られている地域だからこそ、Best resource allocation(適切な資源配分)がBest outputを得るために本当に重要だなど考えるようになりました。知識量と正確さが最も大事なものは学生まで、現場では、話やすく、相談しやすく、指示が分かりやすい、周りの力を自分の力にできる人が一番優秀なんじゃないかと最近 생각합니다。

地域が医者を育ててくれる

“地域が医者を育ててくれる”は、学生の頃、先輩医師からよく聞く言葉でした。学生の頃は、「ふーん、そうなんだ」くらいにしか理解できていなかったように思います。でも、地域に出て、少しだけ、その言葉の意味が分かるようになりました。自分1人の限界を突きつけられ、それでも容赦なく降ってくる仕事を前に、どうすればベストを尽くせるのか悩んでいけば、自然と周りと共に働ける医者が作られる。地域の環境が、“お医者様”を1人の医療従事者に戻してくれるのは、本当なんだと思います。まだまだ義務年限の途中ですが、これからも日々勉強しながら、少しでも地域で役に立つ医者として頑張れるように努力していきたいと思っています。

新井 勲(にい いさお)先生 プロフィール

2020年3月自治医科大学卒業。広島県立広島病院で初期研修後、広島市立北部医療センター安佐市民病院に勤務。2023年4月JA広島厚生連吉田総合病院に着任し、現在に至る。

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。

救急認定看護師の特定ケアとその活動報告

東京北医療センター クリティカルケア認定看護師 大熊尚人

東京北医療センターについて

こんにちは、皆さん。私は東京北医療センターで勤務している、NDC 8 期生の大熊尚人です。東京北医療センターは東京都の北区に位置し、埼玉県と隣接した医療圏になります。最寄り駅は赤羽駅になります。赤羽駅周辺にも「千べろ」と呼ばれるような居酒屋や飲み屋が多数存在します。赤羽は、リーズナブルな飲食店が集まるエリアで、飲み歩きや食べ歩きに適した場所として知られています。駅近くやその周辺には、1,000円で楽しめる飲み放題や食べ放題の店が多く、特に仕事帰りのサラリーマンや学生に人気の場所です。また、東京都北区には、多くの団地が存在し、その中には高齢者が多く住んでいるエリアもあります。

東京北医療センターはそんなエリアの医療を支える地域中核病院になります。

救急認定看護師の特定行為

私はNDCになるまで、救急認定看護師として、10年間活動してまいりました。救急認定看護師は急性期の患者さんに対して専門的な看護を提供し、緊急時の対応において重要な役割を果たしています。日本看護協会は2015年に特定行為の付加研修を開始しており、認定看護師教育も現行の教育と、特定行為付加研修を組み込んだ新たな制度が行われています（現行の教育研修は2026年度で終了予定）。私が救急認定看護師の研修を行ったときは、特定行為研修が組み込まれていなかったため、特定行為研修を行うこ

とは新たな制度に移行するため、必要な研修と感じていました（看護協会は特定行為研修を行うことを必須とはしておらず、現行の救急認定看護師として活動することも認めています）。特定行為研修の希望を、看護師長、看護部長に相談した際に、JADECOPで行われている、NDC研修に参加することを勧められました。

日本における特定看護師の必要性

現在、日本では多くの医療課題に対応するために、特定看護師の必要性がますます重要になっています。

1つ目に医療ニーズの多様化と複雑化があげられます。日本の医療は高齢化社会の進行に伴い、慢性疾患や複雑な病態を抱える患者が増加しています。特定看護師は、がん治療や糖尿病管理、心不全などの特定分野において高度な知識と技術を持ち、専門的なケアを提供できます。これにより、患者の状態に応じた適切な治療が可能となり、医療の質が向上します。

2つ目に医師不足と過重労働の解消があります。日本では、医師の労働負担が大きく、特に地方や過疎地では医師の不足が深刻です。特定看護師が専門的なケアを担当することで、医師の負担を軽減し、より複雑な症例に集中できるようになります。これにより、医療現場の効率化が図られ、医師不足の解消に寄与します。

3つ目に継続的なケアの提供があります。慢性疾患や長期にわたる治療を必要とする患者には、継続的なケアが不可欠です。特定看護師は、患者の状態を長期間にわたってモニタリン



急変時対応のカンファレンスの風景

グし、必要な治療や指導を提供することで、病状の管理や改善に貢献します。これにより、患者の生活の質が向上し、入院や急変のリスクが低減します。

4つ目に医療のアクセス向上が考えられます。地方や過疎地では、医療施設へのアクセスが限られている場合があります。特定看護師が地域医療の一環として活動することで、これらの地域での医療サービスの質とアクセスが改善されます。特に、訪問看護や地域密着型のケアが求められる場面で、特定看護師の役割は重要です。

5つ目は医療チームの強化と協働です。医療は多職種協働によって成り立っています。特定看護師は医師や他の医療スタッフと連携し、チーム医療を推進します。専門的な知識を持つ特定看護師がチームに加わることで、診療の質が向上し、患者中心のケアが実現します。また、学んだことを看護師にフィードバックすることで、看護師の質の向上も考えられます。

このように、特定看護師の役割は日本の医療システムにおいて不可欠であり、医療サービスの質の向上、効率化、アクセスの改善に貢献します。特定看護師の導入と活用が進むことで、より良い医療環境が整備されることが期待されています。

救急認定看護師の取り組みとチームワーク

救急認定看護師は、単独での対応だけでなく、医師や他の医療スタッフとのチームワークが重要です。特に急性期の現場では、迅速な情報共有と連携が不可欠です。私たちは、定期的なチームミーティングやシミュレーショントレーニングを通じて、スムーズな協力体制を築いています。

また、私たちは自己研鑽にも力を入れており、最新の医療技術や治療法についての知識を常にアップデートしています。これにより、より良いケアを提供し、患者さんの状態に応じた最適な対応ができるよう努めています。

まとめ

救急認定看護師としての特定ケアは、患者さんの生命を守るために欠かせない重要な役割を果たしています。心肺蘇生、外傷対応、急性呼吸困難の管理など、さまざまな場面で専門的な知識と技術を駆使し、迅速かつ的確な対応を行っています。チームでの協力や自己研鑽を通じて、より良いケアを提供し続けることが、私たち特定ケア看護を学んだ救急認定看護師の使命です。これからも、患者さんの安全と健康を守るために、全力で取り組んでいきます。

地域医療型後期研修

2024.9.10

ススメ奈良 専攻医一年生の奮闘

はじめまして、市立奈良病院総合診療科所属「地域医療のススメ」専攻医1年目の辻本藍子と申します。まだ専攻医が始まって約半年の段階ですが、今までの研修で感じたこと、学んだことを書かせていただきます。



まず、なぜ市立奈良病院の総合診療科の専攻医になったかについてです。元々全身を診ることができる診療科に進みたいと考え、総合診療や救急、麻酔科などに興味を持っておりました。同病院で初期研修時代を過ごし、総合診療科ローテーションの際に多種多様な疾患に触れ、指導が手厚く学びが多かったのが印象的でした。同じ誤嚥性肺炎でも患者背景はさまざまであり、治療だけでなくその後の再発予防まで含めて行うべきだという大きい学びがありました。3ヵ月の地域研修も楽しく過ごすことができ、より長く患者と接することのできる総合診療科に進もうと思いました。

プロフィール

2022年3月 奈良県立医科大学 卒業

2022年4月～2022年4月

市立奈良病院 初期研修

2024年4月～市立奈良病院「地域医療のススメ」

専攻医1年目は全て市立奈良病院内での研修で3ヵ月を救急科、2ヵ月を血液内科、残りを総合診療科で研修させていただく予定です(執筆9月時点)。救急科ローテは連続3ヵ月ではなく、1ヵ月と2ヵ月に分けてローテできます。初めの1ヵ月はいつの間にか終わっていました(笑)。少し慣れた頃に2ヵ月ローテできるため、より学びが多いと思います。特に当院では9、10月頃をピークとして、奈良公園の鹿とぶつかることによる外傷、通称「鹿外傷」が多く見られます。また観光客が多いエリアのため、英語での診療を経験することもできるのは奈良特有でメリットだと思います。当直はER当番であり、救急車を受け入れ、診療し、入院または帰宅の判断をし、かつ救急初療室がパンクしないようマネジメントするのは難しいなと感じる日々ですがやりがいを感じます。10月から当直は独り立ちとなりますが、困ったら院内の助けを借りるようにします。



研修医2年目の都祁診療所実習で自宅訪問した際の写真

総合診療科病棟ローテでは、感染症や膠原病、廃用が進行した終末期、集中治療室での管理が必要な方などさまざまな患者を担当することができます。主治医として方針を決める責任感を初期研修時代より感じております。毎朝のカンファレンスで治療方針や問題点、dispositionを相談することができ、週1回程度チーム回診ができるため、方針に困っても相談しやすい環境が整っていると思います。また木曜日の午後の多職種カンファレンスでは、リハビリ状況や家庭の事情など退院に向けて話し合うことができ、退院への道筋をチームで話し合うことができます。チーム医療がうまくいき、家族との

コミュニケーションも良好だった時は、治療が奏効せずお亡くなりになった場合でも家族との関係性は良好でした。逆に家族との信頼関係を築くことができる前に亡くなってしまった場合は、急変のリスクを説明したつもりでもご理解が得られなかったこともありました。反省点が多くある半年でしたが、その反省点を次にどう活かせるかを指導医の先生と振り返ることが重要だと感じました。

血液内科は執筆時点でまだローテできていません。内科ローテ(12ヵ月以上)の中で、当院では呼吸器内科や集中治療科、循環器内科、消化器内科、血液内科などをローテすることが多いです。

専攻医になって約半年で日々診療・勉強するのに必死ですが、少しずつ慣れていくようにも感じます。同期3人と先輩方、指導医の先生方もそれぞれ個性的でとてもユニークです。今後の病棟業務、救急対応を少しでも自信を持って対応できるように、切磋琢磨しながら精進していきたいです。



ススメ春ミーティングの際に集まったチーム奈良の写真

医学部オープンキャンパスが開催されました

今年度の医学部オープンキャンパスは、7月21日(日)、8月9日(金)に2部制で開催されました。全国各地から多くの方にご参加いただき、参加者総数は1,439名でした。

大槻マミ太郎副学長による本学医学部の概要を中心とした開会の挨拶に続き、福嶋敬宜教授(病理学)、田中大介教授(文化人類学)から「教育内容と特色」について説明がありました。その後、学生の早坂健杜さん(6年)、佐藤圭祐さん(5年)から「学生生活」を紹介した後、本学卒業生の才津旭弘先生、堂福美佳先生、小佐見光樹先生が自身の体験を交えた「卒業生の体験談」を語られると、参加している方々は、真剣な表情で聞き入っている様子でした。

また、医学部における授業がどのようなものかを実際に観て、聞いて、知ってもらい、医学教育の魅力に触れていただくための模擬講義を実施しました。講師は7月21日が菅野武特命教授(医学教育センター医療人キャリア教育開発部門)、8月9日が小谷和彦教授(地域医療学センター地域医療学部門)と大澤英之准教授(臨床腫瘍部)でした。

さらに、参加者から学生生活、入試、卒業後の勤務など、さまざまな質問を在学生、教職員が受ける「個別相談コーナー」の設置、巡回バスによる医学部教育・研究棟、医学部学生寮、記念棟13階、6階メディカルシミュレーションセンター、図書館およびATLASARENA(体育関連施設)を巡る施設見学を行いました。

2024年度オープンキャンパス参加者数

区 分		参加者総数	内 訳	
			学生	保護者他
第1回 (7/21)	第1部	492	265	227
	第2部	207	114	93
第2回 (8/9)	第1部	420	261	159
	第2部	320	201	119
合計		1,439	841	598

報告
各種お知らせ
求人

研修会

令和6年度 中央研修会および現地研修会のご案内

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

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

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

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

令和6年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ(<https://www.zcssz.or.jp/>)をご覧ください。

11月 スタッフ育成・管理担当者研修会、
チーム医療充実を目指したメディカルプロフェッショナル研修会

現地研修会

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

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

問い合わせ

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局総務課研修係

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436 E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <https://www.zcssz.or.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 福地(埼玉2000年卒)
連絡先: 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

募集

自治医科大学消化器一般移植外科 内視鏡外科技術認定(大腸領域)取得コースの募集

自治医大の大腸グループは、豊富な手術症例を背景に、腹腔鏡手術の黎明期から積極的に定型化に取り組み、これまで17名の技術認定医が誕生し、各方面で活躍しています(本年度も2名合格)。これらの実績をもとに、消化器外科を専攻しておられる卒業生の先生方で、「技術認定医を取得したいけど今の環境では難しい」といった悩みを抱えている方に向けて「内視鏡外科技術認定(大腸領域)取得コース」を開設しました。皆様の積極的な応募をお待ちしています！都道府県により事情が異なると思いますので、個別に対応させていただきます。勤務開始時期や給与のこと、教育事情、研修後の進路相談も可能です。

募集人員：1名/年

応募資格：消化器外科専門医取得者(取得見込みも含む)

年齢：40歳以下(相談可)

期間：2025年4月から原則2年(大腸グループの診療に従事)

問い合わせ・連絡先

自治医科大学 消化器一般移植外科

講師：伊藤 誉(福井2002年卒)

E-mail 96003hi@jichi.ac.jp TEL 0285-58-7371 FAX 0285-44-3234

募集

自治医科大学附属病院 感染症科(自治医科大学 感染症学部門) 専攻医, スタッフ, 短期研修医等を募集

当科では, 一般的な市中感染症や医療関連感染症に加え, 移植後感染症やHIV感染症, 小児症例, 輸入感染症など多様な感染症を経験できます。コンサルト業務だけでなく, HIV感染症等は主科として入院診療も行っています。感染対策や臨床研究の経験を積むことも可能です。2025年度の専攻医, スタッフ, 短期研修(期間は応相談), 卒業生の義務年限内後期研修者を募集します。教員としての採用も可能ですので, 興味がある方はぜひ気軽にご連絡ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学 感染・免疫学講座 感染症学部門

自治医科大学附属病院 感染症科

助教 南 建輔(兵庫2008年卒)

E-mail kens37mi@jichi.ac.jp TEL 0285-35-3721 FAX 0285-35-3722

募集

自治医科大学学事課入試広報係 自治医科大学案内ダイジェストチラシの配布のお願い

自治医科大学学事課入試広報係では, 毎年, 自治医科大学案内のダイジェストチラシを作成して, 全国各地の予備校, 入学実績のある高校に配布を行い, 入試に関する周知を行い, 志願者増に向けて取り組んできました。

今回, 新しい取り組みとして, 自治医科大学の卒業生の先生方が勤務されているご施設で, このダイジェストチラシの配置(配布)に協力いただける施設を募集しています。

協力いただける先生, ご施設, また何か不明な点があれば, 下記にご連絡ください。

自治医科大学の広報活動に卒業生の皆様のご協力をよろしくお願いします。

配布期間 2024年12月～2025年3月の4ヵ月間(入試情報が含まれるため)

配布枚数 各施設100枚まで

申し込み期間 2024年10月31日(木)まで(随時延長可能)

問い合わせ・連絡先

自治医科大学 学事課 入試広報係 野原啓延

TEL 0285-58-7045(直通) 3295(内線) E-mail nohara.hironobu@jichi.ac.jp

もしくは

医学部広報委員会エリア別重点広報ワーキンググループ 野田弘志

E-mail noda164@omiya.jichi.ac.jp

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトいただくか、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
 ぽ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興味をお持ちの方は、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



☆北海道勤務をお考えの医師の方は、どうぞご連絡ください
 公的医療機関等への勤務に向け、サポートします
 ☆医師移住冊子「**Mateni** ドクター×北海道移住」無料配付中！

～連絡先～ 北海道東京事務所(担当:中村)
 TEL 03-3581-3425(直通)
 E-mail tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp



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: 105名(うち常勤医師6名)
所在地: 〒080-0334 音更町緑が丘1

連絡先: 北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@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、とがち帯広空港から約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: 91床
職員数: 72名(うち常勤医師8名)
所在地: 〒078-4197 羽幌町栄町110

連絡先: 北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@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 総務課 人材確保対策室 熊谷
 TEL 011-231-4111(内線25-853)
 E-mail hohuku.byokan1@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。



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2名，非常勤医師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』に連なっています。

当診療所は、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。

地域医療に意欲的な方をお待ちしております。お気軽にお問い合わせください。

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

受付 2023.7.24



宮城県

加美郡保健医療福祉行政事務組合 公立加美病院

●内科 2名

診療科目：内科，循環器科，糖尿病，腎内科，外科，乳腺科，耳鼻科，小児科，皮膚科

病床数：一般病棟40床（うちHCU2床），療養病棟50床

職員数：109名（うち常勤医師4名，非常勤医師4.34名）

所在地：〒981-4122 宮城県加美郡色麻町四電字杉成9

連絡先：加美病院事務次長 藤原

TEL 0229-66-2500 FAX 0229-66-2501

E-mail jimur@kamihp.jp

特記事項：【1】メリット：常勤医で当番以外は平日8:30-17:15だけの勤務（夜間，土日は大学の日当直医が対応）【2】詳細1）勤務：平日8:30-17:15，2）週1回：朝当番：8:00-8:30，夜当番：17:15-19:00大学医師の当直代行，3）年に2回日直【3】子供がいる医師勤務モデル：7:00-8:30子供を幼稚園に預ける，8:30-17:15勤務，17:15-19:00子供を幼稚園に迎えに行く

<https://kami-hospital.jp>

受付 2024.4.25



神奈川県

独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院

●内科 常勤医師（部長職）1名

診療科目：整形外科，リウマチ科，形成外科，リハビリテーション科，内科，脳神経外科，麻酔科，消化器外科，婦人科

病床数：150床

職員数：182名（うち常勤医師15名）

所在地：〒259-0396 神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6

連絡先：総務企画課 採用担当 内山・富樫

TEL 0465-63-2211 FAX 0465-62-3704

E-mail main@yugawara.jcho.go.jp

特記事項：神奈川県西部の気候温暖な小田原と熱海の間に位置する湯河原町で唯一の公的医療機関として主に東大整形外科医局の関連病院として薬物治療，外科的治療，リハビリテーションから装具的治療までを総合的な整形外科診療を中心とした医療を提供している。

整形外科では膝・股関節の変形性関節症に対する多くの手術を施行し，リウマチ科においては，関節リウマチをはじめ膠原病などを専門に治療し，最新治療の生物学的製剤を使用した薬物療法を施行していることなどから，近隣の医療機関からの紹介だけではなく，遠方からの患者も少なくない。

<https://yugawara.jcho.go.jp/>

受付 2024.5.16



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：45名（うち常勤医師28名，非常勤医師17名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事グループサブリーダー 徳重

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

E-mail tokushiges@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



和歌山県

公益財団法人白浜医療福祉財団 白浜はまゆう病院



- 一般内科または総合診療科・
消化器内科・乳腺外科 各1名

診療科目：内科、外科、整形外科、リウマチ科、小児科、脳神経内科、
リハビリテーション科、婦人科、泌尿器科、乳腺外科、皮膚
科、眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、呼吸器科、循環器科、
消化器科、麻酔科、心療内科(休診中)、アレルギー科(休診中)

病床数：258床

職員数：390名（うち常勤医師18名、非常勤医師32名）

所在地：〒649-2211 和歌山県西牟婁郡白浜町1447

連絡先：事務局 参事 布袋

TEL 0739-43-6200 FAX 0739-43-7891

E-mail j_hotei@hamayu-hp.or.jp

特記事項：当院は和歌山県の南、南紀白浜に建つ公益財団法人の総合病院
です。風光明媚な白良浜・円月島などの観光名所、温泉、世
界遺産の熊野古道もあります。羽田から70分の白浜空港が
あり、病院まで約10分です。自治医科大学卒業生が病院長で、
同大学卒業生が多く在籍しています（自治医科大学義務年
内医師含む）。しかしながら近年一般内科医・総合診療医・
消化器内科医の不足に直面しており、新たに当院で仕事を
して下さる医師を求めています。内科以外をされていた先
生でも、総合診療医として歓迎します。また、乳腺外科専門
医がソロで年間約60例の手術を行い、また指導施設でもあり
ますので、後期研修以降に術者として修練を積めます。この
紀南地域の医療を共に支えていくと共々情熱あふれる医
師を募集しています。（文責 自治医科大学29期 竹井 陽）
<https://www.hamayu-hp.or.jp/>

受付 2024. 7. 22

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、皮膚科、精神科

病床数：52床

職員数：65名（うち常勤医師2名、非常勤医師3.2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 野田

TEL 086-722-0525 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9,300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
谷間に灯をともししていく仲間を求めています。
<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023.11.15

長崎県

長崎県内離島・ へき地の公的医療機関



- 令和6年5月現在

4診療所・6病院（内科、外科ほか）

※マッチング成立状況に応じて随時変動します。

連絡先：ながさき地域医療人材支援センター 事務局 山下

TEL 095-819-7346 FAX 095-819-7379

E-mail info@ncmsc.jp

特記事項：長崎県の離島・へき地の公的医療機関に勤務していただける
医師を募集しています！

長崎県は、美しい自然環境に恵まれ観光資源も豊富です
が、地理的条件等により離島・へき地の医療に携わる常勤
医師の不足が課題です。

次のステージとして関心をお持ちでしたら、ぜひ現地見学
にお越しください。経費は当センターで負担し、専任ス
タッフが案内して医療機関とのパイプ役を務めます。お気
軽にお問い合わせください。

※個別の募集医療機関はコチラ→<https://ncmsc.jp/recruit.html>

受付 2024.5.20

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：事務局長 山川

TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546

E-mail y-yamakawa@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が、医療を担ってくださる医
師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡
、また見学にいらしていただければと思います。

何卒よろしくお願ひします。
<https://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2024.2.1

熊本県

球磨郡公立多良木病院企業団



●訪問診療，消化器内科，泌尿器科 若干名

診療科目：内科総合診療科，呼吸器科，消化器科，循環器科，小児科，外科，整形外科，脳神経外科，心臓血管外科，皮膚科，泌尿器科，産婦人科，眼科，耳鼻咽喉科，リハビリテーション科，歯科

病床数：183床

職員数：416名（うち常勤医師23名，非常勤医師6名）

所在地：〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210

連絡先：総務課 係長 増田

TEL 0966-42-2560 FAX 0966-42-6788

E-mail info@taragihp.jp

特記事項：球磨郡公立多良木病院は，熊本県南部の九州山地に囲まれた球磨盆地にあり，近くには日本三大急流の1つである球磨川が流れ，自然豊かなところに位置します。

当院は地域完結型医療を実践するへき地医療拠点病院として，附属施設の総合健診センター，介護老人保健施設，地域包括支援センター，在宅医療センター等を有しており，包括的な医療福祉提供の要として機能しています。また，へき地診療所2カ所等へ定期的に医師派遣をしており，へき地医療にも寄与しています。

「地域医療・へき地医療に貢献してみたいと思われる方」「地域密着型の医療をやりたい方」「熊本県内で条件の良いところを探している方」「自然を体感したい方」「仕事だけでなく，ゆとりを持った生活をしたい方」など，このような医師の方，ぜひ当院にて働いてみませんか。

[https:// www.taragihp.jp](https://www.taragihp.jp)

受付 2024.3.5

鹿児島県

鹿児島県立北薩病院



●総合診療科・内科 若干名 (常勤・非常勤応相談)

診療科目：内科，呼吸器内科，循環器内科，脳神経内科，小児科など
病床数：運用病床75床（うち地域包括ケア病床12床，第2種感染症病床4床）

職員数：159名（うち常勤医師12名，非常勤医師12名）

所在地：〒895-2526 鹿児島県伊佐市大口宮人502-4

連絡先：事務長 久永

TEL 0995-22-8511 FAX 0995-22-6783

E-mail hisanaga-yuichi@pref.kagoshima.lg.jp

特記事項：北薩病院では，新型コロナウイルス感染症等の新興感染症も含めた感染症に対する医療，救急医療，急性期疾患に対する良質な医療，専門医療，小児医療を提供し，災害医療にも対応できるよう医療体制の整備に努めています。

地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。

<http://hospital.pref.kagoshima.jp/hokusatsu/>

受付 2024.7.22



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ヵ所), 本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 人事係 浅野

〒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>



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 大阪府中央区大手前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はなく、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 徳丸

〒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「おおいと和牛」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/kousyueiseishiboshu.html>



福岡県

保健医療介護部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 6名

勤務先：保健福祉環境事務所等（9か所）、福岡県庁

連絡先：福岡県保健医療介護部保健医療介護総務課

総務係 山田

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

TEL 092-643-3237 FAX 092-643-3241

E-mail hosomu@pref.fukuoka.lg.jp

PR事項：福岡県では、県内9ヵ所の保健福祉環境事務所等（保健所）や県庁で勤務する公衆衛生医師を募集しています。県民一人ひとりの健康を守るのが臨床医であるのに対し、地域全体の健康を守るのが公衆衛生医師です。新型コロナウイルス感染症の発生により、都道府県や保健所の役割が大きく注目され、また、公衆衛生の重要性が改めて認識されたところです。具体的な業務としては、①がん、生活習慣病の予防などの健康づくり、②自殺やうつ病、アルコール依存症などこころの健康づくり、③感染症や食中毒の予防、薬物乱用などによる健康被害の防止、④小児、周産期、救急医療などの医療提供体制の整備や在宅医療の推進などがあります。これらの施策の企画立案や事業の推進を通じて、社会のために貢献したいという熱意にあふれる皆さんをお待ちしています。専門分野や行政機関での勤務経験は問いません。先輩医師や他職種の方々と相談しながら業務を進めることができます。福岡県では、10日以上連続休暇の年2回以上の取得を促進するなど、職員のワークライフバランスの実現にも積極的に取り組んでおり、子育て中の医師も活躍しております。県庁や各保健福祉環境事務所等（保健所）の見学を随時受け付けておりますので、まずはお気軽にお問い合わせください。

熊本県

健康福祉部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 4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>



鹿児島県

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ヵ所）、県庁

連絡先：鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課 主幹 西

〒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：鹿児島県では、県内13ヵ所の保健所等で勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。

本県は、温暖な気候、屋久島、奄美大島・徳之島等世界自然遺産を有する豊かな自然、豊富な温泉資源、安心・安全な食等が魅力であり、マリンスポーツ等の健康づくりにも適し、ワークライフバランスを実現できます。

採用は、ご希望に応じ随時行っており、業務内容の紹介や保健所での見学も受け付けていますので、県ホームページをご覧ください。

詳しくは県のホームページ（QRコード）をご覧ください。

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



自治体病院・診療所 医師募集

全国各地の
自治体病院・診療所の
求人情報を
WEBで公開!!



登録からサービスの利用まで
全て無料!

地域医療を支えていただく医師の皆様の
アクセス、ご登録を心よりお待ちしております

医師転職をサポートします

自治体病院・診療所

検索

<https://jmha-center.jp/>



公益社団法人 **全国自治体病院協議会**
自治体病院・診療所医師求人求職支援センター

〒102-8556 東京都千代田区平河町2丁目7番5号 砂防会館 本館7階
TEL:03-3261-8558(直通) FAX:03-3261-1845 E-mail:center@jmha.or.jp

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、原則として月号締切日までに掲載希望の旨をご連絡ください。
「求人病院紹介」も継続を希望する場合は1ヵ月ごとに申し込みが必要です。掲載期間は原則として6ヵ月までです。掲載を中止する場合は速やかにご連絡ください。
- ③各コーナーの執筆要領に従って原稿を作成してください。
- ④組み上がりの原稿(ゲラ)校閲が必要な場合は、その旨をお書き添えください。
- ⑤原稿はメールまたは郵送、ファックスにてお送りください。郵送、ファックスの場合も、文字データ、写真データはできるかぎり記憶媒体(CD-ROM, DVDなど)でお送りください。

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度、第○回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨：議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論：議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他：講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。
文字量目安：約950字で1/2ページ分, 1,900字で1ページ分となります。

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかか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で内容を明記する。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(丸かっこ).

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

- 1) Eメールの件名は「投稿・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	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)
	大海佳子(地域看護介護部長)
	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(大分市医師会立アルメイダ病院婦人科 部長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 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 病院長)
	本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副管理者)
	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, 2024.7現在)

編集後記

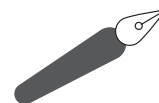
いつも編集後記も読んでいただきありがとうございます。11月号も学びの多い内容ばかりでした。

巻頭インタビューは、本誌の編集委員のひとりでもある佐藤新平先生です。自治医科大学を卒業し、離島・へき地の勤務をしながらどうキャリア形成をしていくのか。各都道府県の地域枠の卒業医師も悩むテーマだと思います。激変する地域社会のニーズに対応すべく各制度で誕生した医師が卒前・卒後に抱く悩みについて、キャリアも含めて一緒に考え、取り組む仲間が必要なんでしょうね。

そして今月の特集のテーマは「Well-beingを考える」です。最近よく耳にするようになった「Well-being」とは一体何なのか、ずっと「もやっ」としていましたが、地域医療・高齢者・終末期医療・災害医療・医療者それぞれの角度から「Well-being」を解説いただき、これまでの自身の経験と重ね合わせ、おかげさまで理解が進みました。今月号も必読・永久保存版です。

さて、今月の「私の地域医療」では、佐賀県の小川島から荻野祐也先生、高知県の地域医療の経験を語っていただいた二宮はるか先生、本当の地域医療に接した広島県の新井勲先生によるリレーでした。「研修医日記」では、総合診療研修を始めたばかりの辻本藍子先生、特定ケア看護師に挑戦している大熊尚人さん、どの記事を読んでも嬉しくなり、心強く感じ、将来が明るいです。

原田昌範



月刊地域医学 第38巻第11号(通巻457号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2024年11月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域をこえて、 かがやく未来へ。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



9784909117922



1923047006004

ISBN978-4-909117-92-2
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）