

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

2  
2025  
Vol.39-No.2

【特集】

# 医師の働き方改革後の世界

企画 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

●インタビュー

「診療所の外で、地域の中で、  
町と人とつながりたい」

大平祐己 真鶴町国民健康保険診療所 管理者 兼 診療所長

会員向け



# JADECOM 生涯教育 e-Learning

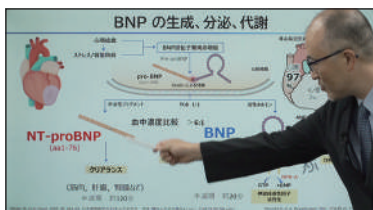
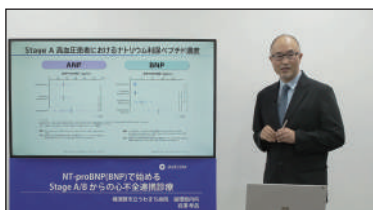
## 会員向けのContents



生涯教育センター長  
富永 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。



## NT-proBNP (BNP)で始める Stage A/Bからの心不全連携診療(前編)

1月1日配信 ▶

### 岩澤孝昌先生

横須賀市立うわまち病院 循環器内科部長 兼 集中治療部部长

岩澤先生は、自治医科大学を卒業後、へき地病院での勤務を経て、2001年より国立横須賀病院(現 横須賀市立うわまち病院)の循環器内科に勤務。現在循環器内科および集中治療室の部長を兼任しています。

ここでは「NT-proBNPが125pg/mLを超えた明らか心不全兆候のない患者をどうするか」をテーマに講義しています。

前編ではStage A/Bの患者において、NT-proBNPがどのような数値で変動しているか、NT-proBNPがどのような形での利用が推奨されているかをレクチャーしています。

日本心不全学会で2023年に決められたBNP/NT-proBNPを用いた心不全診断や循環器専門医への紹介基準のカットオフ値を示し、解説。

NT-proBNP値が高いStage A/Bの患者は、心血管疾患リスクや死亡リスクが高いこと、Stage AではNT-proBNP値の変動は血圧変動に関係し、Stage BではNT-proBNP値と左室肥大LVHの有無がイベントリスクに関係すると述べています。

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/>



JADECOM

◎お問い合わせ

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

# 月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.39—No.2(2025年)

## 目次

### インタビュー

- 診療所の外で、地域の中で、町の人とつながりたい／大平祐己 2

### 特集 医師の働き方改革後の世界

- エディトリアル／宮本朋幸 12
- 医師の働き方改革により三位一体改革が実現に近づいたか？／藤川 葵 13
- 働き方改革が病院経営にどのような影響を与えたか？／沼田裕一 19
- 働き方改革はタスクシフト・シェアで解決するか？／藤内美保 25
- 医療の未来をつくる持続可能な働き方 - 現場での有効な働き方改革とその実例 -／大西友美子 30
- 働き方改革におけるC水準は医師の研修に必要なか？／神山 潤 36
- 宿日直許可の取得を経て医師の働き方改革実現へ - 山間へき地小規模病院の立場から -／黒木嘉人 42

### 症例

- 常駐医師不在の離島における終末期医療／栗林 完・永井慎昌・他 48

### 活動報告

- へき地診療所におけるオンライン診療(D to P with N)の実践と課題, 展望  
- 診療報酬改定(令和6年6月からの診療報酬改定で新設された看護師等遠隔診療補助加算)を受けて -  
／中嶋 裕・上田貴志・他 52

### 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136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!④  
- “ストレス管理”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 58

### REPORT

- 第16回 JADECOM学術大会 66

### ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑬／林 貴菜 101

### 全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 鹿児島県 地域医療を支える暮らし／吉嶺光太郎 104
- 大分県 地域での思いや学び／浦勇慶一 108

### JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 久米島のご紹介／富田みゆき 112

### 研修医日記

- 厳しい冬の青森で日々奮闘中／平井建太郎 114

### 自治医大NOW

- 令和6年度都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議が開催 116

- お知らせ .....118
- 求人病院紹介 .....126
- 投稿要領 .....134
- 編集後記 .....巻末

# INTERVIEW

真鶴町国民健康保険診療所 管理者兼診療所長  
大平祐己先生



## 診療所の外で、地域の中で、 町の人とつながりたい

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

### 卒業生の義務年限で、被災前の女川町に赴任

山田隆司(聞き手) 今日我真鶴町国民健康保険診療所の大平祐己先生にお話を伺います。私が大平先生に最初に会ったのは女川町立病院(現 女川町地域医療センター)で、震災前でしたよね。今日はまず先生が自治医科大学を卒業してここに至るまでの略歴をお話いただけますか。

大平祐己 私は福島県の出身ですが、仙台の高校に通っていました。当時は出身高校の存在する都道府県しか選択できなかったの、宮城県から自治医大を受けて入学しました。

2006年に卒業して、国立病院機構仙台医療センターで初期研修を受け、登米市の病院の内科に2年間勤務しました。当時の宮城県は専門

が何であれ内科や外科といったメジャーな科で義務年限を行う流れがありました。そこで上部、下部内視鏡も一緒に学ぶことができました。

5年目になって、次の異動先を選択する際に、それまで派遣先にはなかった女川町立病院が新たに派遣先として上がり、自分は地元が海に近かったこともあって親和性を感じ、女川に希望を出して行くことになりました。

山田 震災前ですが、女川町から協会が病院の運営を依頼されて私が関わっていました。指定管理に向けて齋藤充先生に赴任してもらったのですが、先生が赴任されたのはその頃ですか。

大平 私が赴任したのはちょうど齋藤先生と同じタ

イミングでした。

山田 そうでしたか。それまでにいた先生方がおおむね移動されてしまったという状況の時でしたね。女川に赴任して、どんな印象でしたか？

大平 当時はまだ病院だったので入院病床もありましたが、外来で患者さんに接する機会が多く、訪問診療も初めて経験しました。自分の性格として面と向かって人と話すのはあまり得意ではないので、学生時代には外来は苦手なのではないかと思っていたのですが、やっているうちに「そうでもないな」と気づきました。患者さんとの触れ合いや、診察を継続していく中で、その患者さんの生活の様子、それまでの人生の様子というものが少しずつ分かってくる楽しさ、面白さを感じるようになったのが、女川の時代です。

山田 町唯一の病院でもあり、町民には気さくな漁師さんも多く、町民と近い病院でしたよね。

大平 そうですね。

山田 そうしているうちに、3月11日を迎えたわけですね。

大平 実はその日は女川にいなかったのです。当時、家族は都内に住んでいて、私はいわゆる単身赴任で、週末、東京に帰るといった生活でした。その日は偶然にも私用があり、休みを取って都内に帰っていました。そういう意味では、家族に

命を助けられたように感じる部分がありました。一方で、病院が大変なことになっているだろうという時に、自分がいることができなかったということで、申し訳なさも強く感じました。女川の被災の状況は翌日にならないと分らず、とても心配でした。

山田 気仙沼の火災や、仙台港の様子などは報道されていたけれど、女川のことは翌日も映像がほとんど出てきませんでしたよね。女川原発もあるし、酷いことになっているのではないかと私も絶望的な気持ちになりました。震災翌日に支援物資をかき集めてヘリコプターに載せて飛びましたが、女川上空は自衛隊の統制下にあり着陸できず、2回ぐらい旋回して白石まで戻りました。白石に支援物資を置いて私は東京に戻り、その後DMATで入った宮崎国久先生たちがその支援物資を月曜日(14日)に運んでくれました。

当時吉新通康理事長たち幹部が海外出張中で、月曜日に折茂賢一郎先生に連絡して災害対策本部を協会の本部に立ち上げ、どういった支援体制を組むかを相談して、火曜日にまたヘリで女川に向かいました。その時、先生も一緒でしたよね？

大平 はい。その後も何回かヘリに乗せていただいて、女川に通いました。

## 女川で決めた家庭医の道

山田 そうすることで、先生は齋藤先生の片腕として、その後被災地の医療に従事したのですね。

大平 2年目の終わりに異動の話も出たのですが、

もう少し続けたいと考え、結局4年間いました。

山田 4年間ということは、震災後に3年ということで、一番大変な時ですね。避難所も結構長かつ

たし、その後町外にできた稲井バイパスの仮設住宅にも行きましたか？

大平 はい、その巡回診療もしていました。

山田 その間のことで、一番思い出に残っているのはどういうことですか。

大平 最終的に自分が家庭医になることを決めたのがそこだったのかなと思います。それまで自分は何科に進むのかについてあまりはっきりしたビジョンがなく、自分の中でモヤモヤした感じでした。同期には臓器専門に進むことを固めている人も多い中で、「自分は何をしたいのか？」というのがはっきりしない時期が長くあったのです。女川で、患者さん像ができてくる面白さを感じるようになって、女川町立病院が地域医療振興協会の指定管理となった時に、キーワードとして「地域医療」、「家庭医療」が出てきて、「自分がやりたかったのはこの家庭医療なのだ！」とヒットするものがありました。自分の進む道が女川に行ってはっきり分かったというところが、自分の中では一番大きいです。

山田 被災地医療というのは、究極のへき地医療のようなところがあって、人も、モノも、電力もふんだんにあった地域なのに、一挙に瓦解して何もなくなってしまった。避難所の体育館ではインフルエンザが流行ったり、何もない状態でケアしなければならなかったりで、昨日までの状況と、今日、明日が全く変わってしまうようなそんな日々の連続でした。でも先生や齋藤先生を中心に、大勢の卒業生も駆けつけてくれて、町立病院をベースにして一定の医療サービスが継続できたというのはダイナミックだったし、これがまさに地域医療だと私も感じました。

大平 そうですね。カルテがないので、薬を出すのも患者さんの記憶、患者さんの言葉から「この薬にしよう」という感じでしたね。

山田 「血圧の薬を3種類か4種類飲んでた」と言われても、「あるものしか出せないから、これを飲んでみて」みたいな。何もなくなって、非常にプリミティブな状況で、どういう人たちがどう困っているのか、何ができるのか、その中でどういったサービスを提供していくのかと、日々非常に考えさせられました。自分の医師人生の中でも、それまで体験したことのなかった時間でした。先生はそこで卒業してからの5～8年目という多感な時期を過ごされて、それが先生の総合診療、家庭医への道を確かなものにしたというのは、皮肉な運命だったのかもしれないね。

大平 あの時は、住民の方も最初は、「助かってよかった」という気持ちだったと思いますが、避難生活が長期化してくると、いろいろな辛さが少しずつ表面に出てきました。

山田 私も継続して診療に行っていますが、しばらく患者さんに身内のことは聞けなかった。でも先月行った時、80歳過ぎの糖尿病のおじいさんが、「先生、俺は女房も娘2人も震災で亡くして、はじめはどうしたらいいか分からなかったよ」というのを、13年経って話してくれた。年月が経ってようやく振り返る余裕ができたのですよね。

大平 それは先生が継続的に診察に行っているからということがあると思います。

山田 そうでしょうね。そういう意味で、女川では自分たちもそれなりの苦労はしたけれど、東京で診療しているのとは違う手応えがあって、「少しは役に立っているんだ」と思えた。「期待に応えるようにもっと勉強しなければいけない」と感じましたよね。

大平 普段の何気ない診察も、より充実したものにしたいという、そういう思いはありました。

## 自らの病氣療養

山田 それで、先生は女川での4年間の後はどうされたのですか。

大平 女川にいる時に、JADECOM家庭医療専門研修プログラム「地域医療のススメ」に入ったのですが、診療所研修はまとめてできたけれど、プログラムを修了するためには病院勤務が必要だったので、東京北医療センターの総合診療科に勤務することにしました。ところが、その時の健康診断で血液の病気が見つかり、4月に東京北に異動して数日ぐらいで入院することになりました。途中何回か退院したものの半年ぐらい入院治療をして、その後外来に通いながら翌年の3月に一応復職したのですが、検査上での再発が分かり6月に再入院しました。

山田 一度お見舞いに伺ったことがありましたよね。その時先生は、楽譜を見ていましたよね。あれは何をしていたのですか。

大平 和声という、和音の組み立てや進み方の理論的な勉強です。今思うとどうして突然そんなことをし出したのだらうという感じですが、自分は最終的には医者になりましたが、実は高校の時に音楽の道に進もうかと思った時期もあって、その勉強を取り残しているところに、少しひっかかっていたのでしょうかね。なので、その大きな休みの時期に、それを思い立って、手を着けたという感じです。

山田 先生は電子オルガンの高校生の全国コンクールで金賞を取られたのですよね。では医者にな

るか、音楽家になるか、決めかねていた時もあったのですね。

大平 一瞬、音大に行こうとも考えたのですが、その先の明確なビジョンが自分で見えていなかったもので、親に見破られたようで「医者になっても音楽はできるでしょう」と言われました(笑)。

山田 そういう気持ちがあったので、治療の際にはそれを糧にされていたのでしょうか。化学療法は厳しかったですか？

大平 そうですね、やはり化学療法後は当然熱が出るし、1回は敗血症にもなったことがあり、血圧が測れないということで、さすがに死が近づいたような気がしたこともありました。ただ、身体的な辛さは職業柄予測がつかいましたが、自分としては30代半ばで家族もいるという時に、長期間、家族はもちろんですが、社会にも貢献していない自分という、その辛さのほうが大きかった気がします。

山田 医者としても働き盛りでバリバリできる時期に、ベッドの上で過ごさなければいけない、その自分のふがいなさみたいところに苦しめられたのですね。

大平 はい。療養が長期化すると苛立ちを主治医にぶつけることもあり、あとで謝ったりしました。患者さんの気持ちが少し分かった気がします。途中3ヵ月ぐらい復職しましたが、トータルで3年半ぐらい休みました。

山田 それは本当に大変でしたね。

## 診療所医療を選択



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

**山田** 治療を終えて復職して、残りのプログラムに戻ったのですか。

**大平** はい。東京北医療センターの総合診療科に1年いた後小児科を3ヵ月やって、義務の研修はそこで終わりました。残りの選択部分を台東区立台東病院でリハビリの研修を3ヵ月して「地域医療のススメ」が修了し、そのまま台東病院に就職しました。

**山田** それで縁あって再び先生と同じ場所で仕事をさせてもらうことができました。台東病院は家庭的な病院なので、都内にあっても地域の病院という感じで、家庭医志向の先生にとっては勤めやすい病院だったのではないかと思います。

**大平** そうですね。東京ではありますが、病棟もケアミックスで、療養やリハビリもあり、急性期もあり、外来もやって、患者さんと近い関係がありました。台東病院には4年勤務しましたが、つながりのようなものを感じられて、充実していました。

**山田** ありがとうございます。その延長線上で、私が以前から関わっていた真鶴診療所の支援に行ってもらったりして、管理者が交代する時に、手を挙げてくれたのですよね。どうして真鶴に行きたいと思ったのですか？

**大平** 地域に密着した台東病院の仕事というのは、それはそれで充実していたのですが、病院から外に出る機会があまりなかったのですね。そもそも自分が家庭医がいいなと思ったのは、日々の外来診療や訪問診療だったので、もっと外に出ていきたいと思い、病院より診療所のほうが自分には合っているのではないかと感じていました。

とはいえ、自宅は東京で家族もいますので、首都圏で、比較的動きやすいところで、かつ診療所がいいと思っていたところ、たまたま支援として行った真鶴の管理者が空くということで、声をかけていただき「そこならやるのではないか」と思いました。

## 音楽が社会的処方

山田 真鶴に赴任してどのくらいになりますか？

大平 今、3年目です。

山田 早いものですね。これから先生が力を入れた  
いと思っていることがあったら、教えてください。

大平 仕事とプライベートを分けたいと思っていたので、これまでは、医者という立場にありながら演奏する機会をあまり作らなかったのですが、診療所を直に感じてもらうためには、もう少し自分を出さないといけないかなと考え、思いついたのが、自分の得意である音楽の演奏でした。「町の保健室」という町民参加型の健康教室を定期的に情報センターで開催していますが、その時にピアノを弾いたのです。そうしたところ思いもかけず好評で、「今度はいつやりますか？」と言われてちょっと調子に乗り(笑)、地域の中の音楽好きな人を巻き込みたいと思って、「町の保健室」のボランティアスタッフと一緒にセッションをするようになりました。そこからまた波及して、知人が新しく開店したお店で開催されたワインを片手にスパイス料理を提供する会で演奏する機会に恵まれました。そこに来た人や一緒に来ている子どもと触れ合うことができ、充実した時間が得られました。

山田 素晴らしいですね。地域の中に出て行って町の人とつながろうという先生の気持ちが、今の活動になったのです。

大平 「社会的処方」という言葉がありますが、医者という立場でありながら、医者の仕事ではないところで、患者さんにつながる事ができたのはよかったなと思っています。

山田 先生のピアノ演奏は、他の人には真似できない社会的処方だと思います。例えば、独居で塞ぎがちなおじいさんに抗うつ剤を処方する代わりに、「来週ここでワイン飲みながらイベントをやるから来てね」と言ってそのおじいさんを招く。そして「先生、本当にピアノ上手だな」と言ってくれたとしたら、どんな薬物よりも効果的ですよ。

大平 最初の頃は、私もピアノは付録のつもりで、健康講話のようなことを話していたのですが、来てくれた人は「演奏がよかった」と言うので、最近は諦めて健康の話はあまりしなくなりました(笑)。

町の中の全ての人が何かしらでつながっているのが理想だと思っていて、それは何でもいいのだけど、その中の1つとして、医者としての仕事以外のところで関与できるのは、自分にとって嬉しいことだと思います。

山田 真鶴診療所は町の唯一の医療機関でありながら病院ではないし、小田原や熱海に近いこともあって、町の中で医療サービスを受けることを諦めていた人がこれまでは多かったと思います。先生のお話を聞いていて、真鶴診療所がこの町になくはならない医療機関に育つように思いました。ぜひバリバリやってほしいと思います。6千人の町民を支えるためにはまだまだ充実させないといけないと思うので、今は医師2人だけど、3～4人体制にして、在宅も充実できれば、さらに地域に貢献できると思います。

大平 入院施設がないので、近隣の医療機関に頼る部分は今後もありますが、まずは相談してくれるような、そういう拠りどころになりたいと考

えています。

山田 入院は近隣の医療機関にお願いすることで、診療所で提供する医療の役割がはっきりして、むしろ良いのではないかという気がします。その代わり幅広く、子どもや妊婦さんからお年寄りまで、まずは真鶴診療所に来てくれるという関係を築き上げることが大事ですね。

大平 そのためには、そこに長くいることかなと考えていて……。

山田 長くいればいるほど手応えが違います。3年

とか5年はがむしゃらにやるばかりだけど、それを過ぎてくると、やめられないし、やめたくないし、面白い。まだ今は信頼関係を作りつつある状態だと思うけど、これを10年続けたら全然違うと思います。地域医療の醍醐味はそこにあると私は思う。先生は、期せずして、まんまとはまってくれた(笑)。

大平 自分から(笑)。

山田 これからが楽しみです。

## 若い人が学ぶ場に

山田 今後の先生の抱負は？

大平 真鶴は地域医療を学ぶフィールドとしては最適だと思うのです。また専攻医や学びに来てくれる人がいることで施設としてもより活性化すると思います。なので、若い人を教育できる施設になっていけば、われわれにとっても、地域の住民にとっても、研修を受ける方にとっても、みんなが良い方向にいくのかなと思います。

山田 神奈川県はへき地があまりなく、自治医大の義務年限で真鶴診療所に派遣される人も続くと思うので、来た人たちに「こんなに地域医療は面白い」というのを見せてあげてほしい。先生が町民の前で楽しそうにピアノを弾いているのを見たら、みんなびっくりすると思う。町の人たちがそれで救われるのを実際に見たとしたら、「何だ？この先生は」と思い、「自分も大平先生のようにになりたい」と思うのではないのでしょうか。自分はピアノは弾けないけど、下手でもいいからセッションに加わりたくとかね。ぜひ

先生の得意技で、チームに取り込んでほしいと思います。

大平 良いアイデアをもらった気がします。彼らはそれぞれ専門として志すものが異なると思うので、みんなが地域医療、家庭医療に進むわけではないけれど、少なくともその1年で、「真鶴で自分はこれをやったんだ」というのを残して行ってほしいと思います。

山田 ぜひ仲間を増やして行ってください。自治医大卒業生は1年間は真鶴にいて研修してくれるわけだから、その1年が誇らしい履歴となるようにフォローしてあげられるといいですね。

大平 確かにそうですね。ありがとうございます。

山田 今日先生と震災の時のことも振り返って話ができ、いろいろなことを思い出しました。

最後に、今は被災した能登で頑張っている人たちもいますので、被災地を含めて、厳しいところで頑張っている若い人たちにエールをお願いします。

大平 その時々には大変とか、辛いといった思いを抱くと思いますが、後で振り返ると良い思い出として残ると思いますし、一見無駄と思えるようなキャリアだとしても、それが積み重なった上で現在があると思うので、ぜひ今の状況を楽しんでもらいたいと思います。

山田 そうですね、自分が楽しくやっている時よ

りも、「厳しい」、「逃れたい」、「何のためにやっているんだろう」と思っている時こそ、むしろ、実はいろいろなヒントなり、自分の成長の糧になることが多いと思います。先生はぜひ、それを伝えていってください。

大平先生、今日はありがとうございました。

#### 大平祐己(おおひら ゆうき)先生 プロフィール

2006年自治医科大学医学部卒業。国立病院機構仙台医療センターなどで初期研修後、女川町立病院(現 女川町地域医療センター)に赴任。2011年東日本大震災で被災し、復興支援に尽力する。東京北医療センターに着任後、病氣療養を経て、台東区立台東病院に勤務。2021年真鶴町国民健康保険診療所に赴任し、現在に至る。



●大平祐己先生のインタビューを見る

<https://www.youtube.com/watch?v=zt-Xa7tK7YI>



## 投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

# 医師の働き方改革後の世界

企画：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 宮本朋幸

## 特集

- 
- エディトリアル

---

  - 医師の働き方改革により三位一体改革が実現に近づいたか？

---

  - 働き方改革が病院経営にどのような影響を与えたか？

---

  - 働き方改革はタスクシフト・シェアで解決するか？

---

  - 医療の未来をつくる持続可能な働き方  
－現場での有効な働き方改革とその実例－

---

  - 働き方改革におけるC水準は医師の研修に必要か？

---

  - 宿日直許可の取得を経て医師の働き方改革実現へ  
－山間へき地小規模病院の立場から－
-

# エディトリアル

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 宮本朋幸

数年前から各医療機関で準備が進められてきた働き方改革が、実際に施行された時にどのような取り組みがなされ、そしてどのような問題が上がったかを総括してみたいと思い、この企画を立てた。

まずは、厚生労働省で本政策に関わった藤川葵先生に、「働き方改革」の目指すものと、それが本当に目標達成に向かっているのかを述べていただいた。医療施設の最適配置の実現と連携、医師・医療従事者の働き方改革、実効性のある医師偏在対策という三位一体改革の一角である働き方改革が進むこととなった。三位一体から「一体的に推進」という言葉に変わったが、2040年を目指す改革は変わらない。

次に、医師の働き方改革が病院経営にどのような影響を与えているかの執筆を、2024年開始の提言がされるずっと前から医師の働き方を見直してきた横須賀市立うわまち病院管理者の沼田裕一先生にお願いした。さまざまな取り組みをし、医療者の働きやすさを実現しながらも、人件費の増大はあったとしている。これからも技術を取り入れ更なる改革を目指している。

働き方改革には、タスクシェアの推奨がされているが、その担い手として期待されている診療看護師(NP)、特定行為看護師(NDC)の現状を藤内美保先生にお願いした。まだまだ、数が少ないNP、NDCだが、それぞれの活躍が述べられている。また、米国の現状を踏まえ、今後、日本での各職種を目指すべき道も示された。

ワークライフバランスの改善が、働き方改革の一つの目標と考え、大西友美子先生に、医療業界のみならず数多くの企業のワークライフバランスのコンサルタントを行ってきた経験を述べていただいた。持続可能な医療への提言をいただいている。

さて、アメリカのレジデントシステムは週80時間のシフトで研修を行う。それは日本のC水準である。このC水準の日本での必要性和、これからどう生かしていくかを東京ベイ・浦安市川医療センター管理者の神山潤先生にお願いした。アウトカムを測るにはまだ時間が足りないとしつつ、研修を行う医師のバーンアウトについても言及している。

最後に、「地域全体で取り組んだ医師の働き方改革」ともいえる事例を、国民健康保険飛騨市民病院管理者の黒木嘉人先生にお願いした。不要不急の時間外受診を避けるように地域住民に啓発し、病院勤務医の時間外業務が減り、日当直許可が取れ、病院事業の継続ができたという。地域医療は医療施設だけでなく、地域住民と一緒に作っていくという好事例である。

勤務時間の上限が、かなり抑えられた働き方改革のアウトカムは、まだまだ評価ができないであろう。しかし、本特集での事例報告や問題提起は今後われわれが取り組むべき方向性を示してくれていると思う。

●編集委員の宮本朋幸先生からのメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=9XUUFT7ihus>



# 医師の働き方改革により 三位一体改革が実現に近づいたか？

聖路加国際病院一般内科 藤川 葵

## 抄録

2024年4月に医師の働き方改革関連制度が全面施行された。医師の働き方改革では、医師の長時間労働是正と健康確保を目指す改革が進められ、また、タスク・シフト/シェアの推進が医療従事者全体の働き方に変化をもたらしている。また、2024年には医師偏在対策や新たな地域医療構想に関する国での議論の進展があり、持続可能な医療提供体制の構築に向けた具体的な改革案が示された。これら改革の実効性を高めるためには、引き続き、国と地域の連携が不可欠である。

## はじめに

85歳以上の人口割合が増加し、生産年齢人口が減少の一途を辿るわが国において、国民の命と健康を守り、人々の幸福を実現するためには、厚生労働行政のさらなる推進が望まれている。特に、2040年に向けて85歳以上の人口は引き続き増加が見込まれており、医療と介護の双方のニーズを持つ国民が一層増えることが推測されている。そのような状況下で、厚生労働省は2040年のわが国の医療提供体制を見据えた改革として、わが国の医療政策における医療施設の最適配置の実現と連携、医師・医療従事者の働き方改革、実効性のある医師偏在対策という、かつて「三位一体改革」と呼ばれていた改革を押し進めてきた。現在は、これらの改革を「一体的に推進する」という文言に直され、厚生労働省の公表資料からは三位一体という文字は姿を消したものの、これらの改革はそれぞれ個別の課題を抱えながらも、相互に補完し合う関係にある(図1)<sup>1)</sup>。改革の一つである医師の働き方改

革は、2024年4月に医師の働き方改革関連制度が全面施行となり、医療現場における重要な課題として取り上げられ、その施策が全国で展開されている。しかし、この改革が医療従事者全体の働き方改革にどのように影響し、地域医療や医師の偏在問題、さらには地域医療構想の実現に寄与しているのかについては議論の余地がある。本稿では、医師の働き方改革を軸に、医療従事者全体の勤務環境の変化、医師の偏在対策の最新の話、地域医療構想の進展について論じる。

## 医師の働き方改革による 医療従事者全体の働き方の変化

医師の働き方改革関連制度は、厚生労働省が実施してきた「医師の働き方改革に関する検討会」や「医師の働き方改革の推進に関する検討会」での議論を経て、勤務医の長時間労働是正と長時間労働医師の健康確保を目指し、診療に従事する医師に対して一般の労働者とは異なる

## 2040年の医療提供体制を見据えた改革

### I. 医療施設の最適配置の実現と連携 (地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進  
総合的な医療提供体制改革を実施

### II. 医師・医療従事者の働き方改革 (医師の時間外労働に対する 上限規制：2024年度～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

### III. 実効性のある医師偏在対策 (偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

図1 2040年の医療提供体制を見据えた改革

(文献1)より引用)

## 特集

時間外・休日労働の上限規制を労働基準法に、また長時間労働医師に対する面接指導と勤務間インターバルを医療法にそれぞれ定め、ついに2024年4月に全面施行された。医師の働き方改革を端的に言い表すならば、従来の労働安全衛生法による枠組みを基盤に、医師が健康に働き続けられる環境を充実させていくことであると筆者は考えている。また、この法律の施行により、医師本人の健康だけでなく、患者・国民に対して提供される医療の質・安全の確保にもつながると考えられている。

さて、医師の働き方改革を単に医師一人当たりの業務量を減らすことであると捉えてしまうと、医師の総数を増やすことが医師の働き方改革の解決策であるという結論に行き着いてしまいがちだが、一医療機関で医師の技能レベルを考慮した人材を確保する難しさと医師への人件費等の課題により、現実的な解決策とは成り得ない。まずは、個々の医師がどんな業務を担い、取り組みを講じれば効率を上げることができる業務を明らかにするプロセスを経る必要がある。厚生労働省では、2023年に「医師の働き方改革を医療機関全体の働き方改革へつなげるた

めの医療機関における意見交換会実施マニュアル」を公表しており、意見交換会を実施して医師の働き方改革を組織全体の取り組みとして推進していく必要性を提唱している<sup>2)</sup>。また、こうした組織の活動を支援する組織として、各都道府県には社会保険労務士等の専任アドバイザーから医療機関が無料で支援を得られる医療勤務環境改善支援センターが設置されている<sup>3)</sup>。

このような状況において、医療機関における医師の働き方改革に関連するさまざまな取り組みは、すでに医療従事者全体の働き方にも影響を及ぼしている。取り組みでよく知られているのは、医師から他職種への業務の移管・協働(タスク・シフト/シェア)の実施である。タスク・シフト/シェアは、全ての医療専門職がそれぞれの専門性を生かし、パフォーマンスを最大化、効率化することである。決して、医師から他職種へタスクを押し付けることではない。このため、タスク・シフト/シェアの推進には、他職種の余力の有無が重要となることから、医療機関では相互理解を深める勉強会等を経てタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体化を検討すべきである。

2021年9月に厚生労働省医政局から発出された通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」(タスク・シフト通知)は、法令改正を必要とせずに医師から他の職種へのタスク・シフト/シェアを促進可能な業務を明記した文書であり、現在も多職種協働を進めるための重要な情報を提供している<sup>4)</sup>。実はこの通知が発出された頃、タスク・シフト/シェアにかかる初期投資と医師の労働時間短縮について懐疑的な声が聞かれていた。このため、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(研究代表者:荒井耕氏)の「タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究」において、タスク・シフトによる医師の労働時間短縮効果と医療機関の経営上の影響について分析が行われた<sup>5)</sup>。インタビュー調査やアンケート調査の結果、タスク・シフト通知に明記されている業務のうちタスク・シフト/シェアが進みにくい19種類の業務が特定されたほか、この19業務における費用対効果分析の結果、初期投資が大きい業務も明らかになっている。

現場の医師にとって特にタスク・シフト/シェア推進への期待が高い業務が、2015年より開始となった看護師の特定行為研修修了者が担う業務である。診療の補助のうち、行為・判断の難易度がともに相対的に高い、法令で定める38行為が特定行為に当たる。2024年9月の時点で、特定行為研修修了看護師(特定看護師)は11,441名である<sup>6)</sup>。しかし、長時間労働の勤務医が務める医療機関で、医師のタスク・シフト/シェアの担い手として特定看護師が効果的に活動するためには、未だ修了者が十分存在していないという声が多い。このため、一般社団法人日本外科学会では、長時間労働の傾向にある外科医の業務負担を軽減するためにも、外科医の特定行為研修の認識を深め、外科系の特定看護師数を増加させる取り組みとして、2024年11月に「外科医のための看護師の特定行為研修修了者活用ガイド」を制作・発行した<sup>7)</sup>。筆者も制作の一部に関与し、特定看護師が医療現場で活躍している医療機関のインタビュー調査を担っ

た。インタビューを通じて感じたことは、すでに特定看護師が活躍している医療機関では共に働く医師の特定行為に関する認知度が高いということだ。一般的な院内広報に加え、特定看護師のオリジナルユニフォームの着用、特定行為の日の設定等、特定行為の指示者である医師の認知をあらゆる工夫を凝らして高め続けることは、特定看護師の活躍のためには不可欠だと思う。

一方、タスク・シフト/シェアを実施するに当たって法令が改正された業務は、「医師の働き方改革をすすめるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」での議論を経て、各職種の資格法が国として安全に質の高い医療を提供するに当たっての保証制度であることを踏まえ、原則として各資格法の資格の定義とそれに付随する行為の範囲内の業務であることと、教育カリキュラムや卒後研修などによって安全性を担保できることのどちらも満たす業務とされた。例えば、臨床検査技師が消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為、診療放射線技師が造影剤を使用した検査やRI検査のために、静脈路を確保する行為、臨床工学技士が手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為や術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為等である<sup>8)</sup>。

新たに業務範囲に追加された行為を行う際には、既資格取得者は厚生労働大臣が指定する研修を受講する必要がある。日本臨床衛生検査技師会の調査によれば、これらの研修(実技講習を含む)の2024年8月末までの修了者数は、それぞれ診療放射線技師が25,517名、臨床検査技師が25,186名、臨床工学技士が17,478名とのものであった。年々、研修受講修了者は増加しているが、各職種に新たに業務範囲に追加された行為を実際の医療現場で実践するには各医療機関における関係者の理解促進が不可欠であり、また実施マニュアルの整備等、医療の質と安全を保つための取り組みも重要である。例えば、日本診療放射線技師会は業務拡大に伴うリスクを低減し、安全にタスク・シフト/シェアの推進

することを目的に、日本医学放射線学会と日本放射線科専門医会・医会と共同編集のもと、「放射線科医から診療放射線技師へのタスク・シフト/シェアのためのガイドライン集」を発行している<sup>9)</sup>。

以上のように、医師の働き方改革関連制度の施行により、タスク・シフト/シェアを皮切りに各医療関係職種の仕事方に徐々に変化が生じている。しかし、人口減少社会においては医師のタスク・シフト/シェアの担い手確保が難しく、人から人への業務移管が困難であるとする声も少なくない。将来的には、業務を標準化し、人から物(ロボット)へのタスク・シフトやICTシステムを活用したタスクの自動化を考慮していく必要があるだろう。医療機関においては、タスク・シフト/シェアの検討の中で、属人化されている業務の抽出・改善や、さらなる業務標準化に向けた改善策についても議論が行われることが期待される。管理者を中心にさまざまな取り組みを通じて既存業務の見直しを図り、医師の業務効率を上げていく仕組みが必要だ。

## 医師偏在対策の議論の進捗

2008年度以降、地域枠等を中心に、臨時的に医学部定員を増員することで、全国レベルで医師数は毎年3,500~4,000人程度増加している<sup>10)</sup>。しかし、医師の総数が増加したところで、地域住民に求められる医療に対する医師不足の解消には至らず、長年の課題となっている。医師不足に関する地域の課題は、地域偏在と診療科偏在の両側面で考える必要がある。また、医師の長時間労働改善と働き方改革の推進が特に求められるのは、近年の医師の総数増加に反して医師数が明確な増加に転じていない外科である(図2)。特に、日本消化器外科学会では2024年に「国民の皆様へ」と題した声明文を公表し、消化器外科医の減少について危機感を呈するとともに、学術集会等を通じて国民の関心も高めていく活動が開始されている<sup>11)</sup>。

医師の偏在に関する諸課題に対して、厚生労働省は各都道府県の地域医療支援センターや医師確保計画の整備を進めてきたが、医療現場に

おける医師の不足感の解消には至っていないという現状を鑑み、2024年より「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」を実施し、同検討会での議論を踏まえ、2024年12月18日に医師偏在対策に関するとりまとめが公表された<sup>12)</sup>。

このとりまとめでは、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するために、医師養成過程での取り組み、経済的インセンティブ、規制的手法を組み合わせる総合的な対策を講じると述べられている。医師偏在対策のこれまでの取り組みとしては、地域枠の設定や専門研修の上限数の設定など、若手医師を中心とした偏在対策が進められてきたが、中堅・シニア世代の医師の地域偏在は依然として課題であることが触れられており、診療所医師の高齢化が進行することにより、2040年には診療所がない市区町村が増加する見込みであることも指摘されている。このため、医師偏在の是正に向けた基本的な考え方として、医師偏在対策を総合的に実施し、全ての世代の医師にアプローチすること、また、へき地保健医療対策を超えた取り組みを行い、地域の実情に応じた医療提供体制を確保することが求められるとしている。具体的な取り組みとしては、医師確保計画の実効性を確保するための重点医師偏在対策支援区域(仮称)の設定や、医師偏在是正プラン(仮称)の策定が挙げられ、地域の医療機関の支え合いの仕組みとして、医師少数区域での勤務経験を求める管理者要件の拡大や、新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請の実効性を確保する仕組みが提案されている。さらに、医師への経済的インセンティブの提供や、医師確保につながる全国的なマッチング機能の支援、医師のリカレント教育の推進等、国が主体となって取り組む方策も述べられており、これらの対策を通じて、医師偏在の是正を図り、持続可能な医療提供体制を構築することに期待を寄せたい。

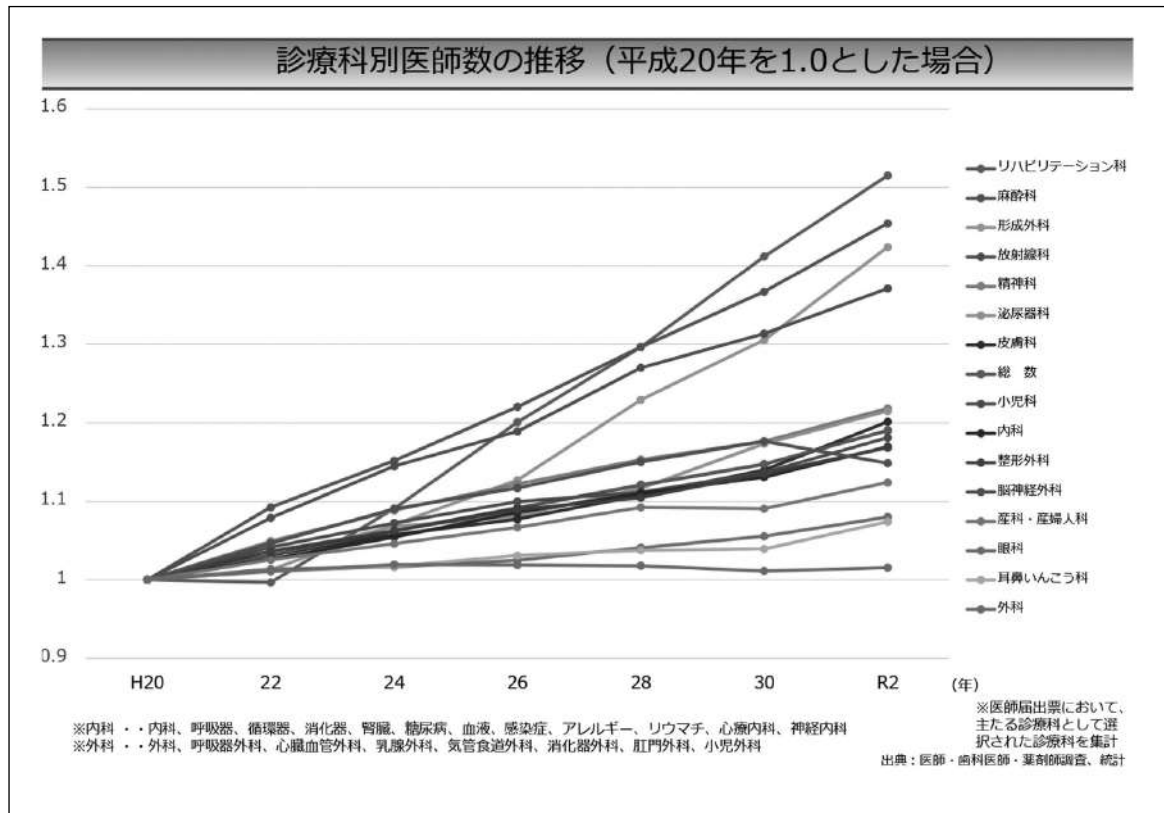


図2 診療科別医師数の推移

〔文献 10〕より引用

## 新たな地域医療構想に関する議論の進捗

地域医療構想は、高齢化社会の進展に伴う医療・介護の複合ニーズの増大に対応し、地域ごとに適切な医療提供体制を構築することを目的とし、各都道府県で二次医療圏を基本とする「構想区域」を設定し、各区域での病床数の適正化と医療資源の効率的配分を目指し、都道府県ごとに策定されるものである。特に、2040年に向けた在宅医療や高齢者救急の需要が増加することが見込まれ、これらに対応するための体制整備も急務となっている。

一方、医師の働き方改革の推進に当たっては、大学病院等からの派遣医師が夜間・休日の救急告示病院における救急搬送患者対応をしているという状況は、医師の過重労働にもつながるとの指摘があり、こうした救急対応を行う医療機関を集約し、大学病院等の医師の労働負荷を減らすべきであるという声により一層強まってい

る。また、人口減少による患者数の著減や医師の働き方改革の制度施行に伴い、専門診療科の廃止や大学病院等からの派遣医師数が削減された医療機関の所在する地域では、専門科診療や救急医療の提供体制の維持のために、議論が活発化している都道府県も一部存在する。

こうした現状を踏まえ、厚生労働省では2024年より「新たな地域医療構想等に関する検討会」を開催し、地域医療構想の推進に向けた議論が行われてきた。同年12月18日に公表されたとりまとめは、2040年頃の医療需要や医療提供体制の課題に対応するための新たな地域医療構想を示している<sup>13)</sup>。

このとりまとめでは、まず、2040年の医療需要については、85歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有する場合が多く、85歳以上人口の増加に伴い、2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療の需要は62%増加することが見込まれると述べた上で、入院医療については、病床利

用率が低下傾向にあり、病院の医業利益率が低下していると指摘している。また、2040年に向けて半数以上の構想区域において手術件数の減少が見込まれるとも指摘している。これを踏まえ、現行の地域医療構想の評価と課題については、病床機能の分化・連携が進展した一方で、外来医療や在宅医療の議論が不足している点を挙げている。また、必要病床数と基準病床数の関係が不明瞭であることも課題として挙げられている。その上で、新たな地域医療構想の方向性としては、高齢者救急や在宅医療の需要増加に対応し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築することが重要であるとされた。具体的な施策としては、医療機関機能報告制度の創設や地域医療介護総合確保基金の活用拡大、都道府県知事の権限強化などが挙げられている。このほか、地域の医療提供体制全体の中での精神医療の位置づけについても一部触れられている点は特筆すべきである。この新たな地域医療構想は、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を目指し、法律改正やガイドラインの策定を通じて推進される予定である。

しかし、各地域での課題を解決するためには、各都道府県での地域医療構想会議等を通じて、地域の医療提供体制全体を見直し、効率的かつ効果的な医療資源の活用のために自治体が積極的に取り組む必要があるのは従前と変化はない。

## まとめ

医師の働き方改革の制度施行を契機に、多職種協働や医療資源の効率的利用に関する機運は高まり、2024年には医師偏在対策や新たな地域医療構想に関する議論も前進した。しかし、国での取り組みが地域まで浸透するには都道府県とその地域に属する医療機関の協力が不可欠である。地域医療の未来を築くために、医療従事者全体が協力し、互いに働き方改革を意識して医療現場で具体的な行動を起こしつつ、引き続

き各地域での医療従事者の確保や患者数等の特色に応じた医療機能の集約や機能分化に対する議論が前進することを望む。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省:第75回社会保障審議会医療部会 資料1. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000661885.pdf>(accessed 2024 Dec 17)
- 2) 厚生労働省:いきいき働く医療機関サポートWeb. 医師の働き方改革を医療機関全体の働き方改革へつなげるための医療機関における意見交換会実施マニュアル. <https://iryoin-kinmukankyou.mhlw.go.jp/files/Attachment/491/> 医療機関における意見交換会実施マニュアル(2023).pdf(accessed 2024 Dec 17)
- 3) 厚生労働省:いきいき働く医療機関サポートWeb. 勤務環境改善支援センター. <https://iryoin-kinmukankyou.mhlw.go.jp/outline/work-improvement-support-center> (accessed 2024 Dec 17)
- 4) 厚生労働省:現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について[通知]. <https://iryoin-kinmukankyou.mhlw.go.jp/files/Attachment/493/> 現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフトシェアの推進について(通知).pdf(accessed 2024 Dec 17)
- 5) 厚生労働科学研究成果データベース:タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/167416>(accessed 2024 Dec 17)
- 6) 厚生労働省:特定行為に係る看護師の研修制度:研修を修了した看護師について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001314103.pdf>(accessed 2024 Dec 17)
- 7) 一般社団法人日本外科学会:外科医のための看護師の特定行為研修者活用ガイド. <https://jpsoc.or.jp/uploads/files/aboutus/npguide2024.pdf>(accessed 2024 Dec 17)
- 8) 厚生労働省:臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令等の公布について[通知]. <https://iryoin-kinmukankyou.mhlw.go.jp/files/Attachment/222/> 臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令等の公布について(民政発0709第7号).pdf(accessed 2024 Dec 17)
- 9) 日本医学放射線学会/日本放射線科専門医会・医会/日本診療放射線技師会共同編集:放射線科医から診療放射線技師へのタスク・シフト/シェアのためのガイドライン集. [https://www.jart.jp/docs/ガイドライン\\_20240304\\_JARTJRSJCR.pdf](https://www.jart.jp/docs/ガイドライン_20240304_JARTJRSJCR.pdf)(accessed 2024 Dec 17)
- 10) 厚生労働省:第1回医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001198911.pdf>(accessed 2024 Dec 17)
- 11) 一般社団法人日本消化器外科学会:国民の皆様へ 地域における消化器外科の診療体制維持のために必要な待遇改善(インセンティブの導入など)についてご理解と後押しをお願いします. [https://www.jsgr.or.jp/modules/transformation/index.php?content\\_id=1](https://www.jsgr.or.jp/modules/transformation/index.php?content_id=1) (accessed 2024 Dec 17)
- 12) 厚生労働省:医師偏在対策に関するとりまとめ. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357308.pdf>(accessed 2025 Jan 7)
- 13) 厚生労働省:新たな地域医療構想に関するとりまとめ. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>(accessed 2025 Jan 7)

# 働き方改革が病院経営に どのような影響を与えたか？

横須賀市立うわまち病院 管理者 沼田裕一

## 抄録

本稿は、一億総活躍社会を目指した働き方改革が医療界、特に病院経営に与えた影響について報告する。タスクシフト/シェア、ICT・DXといった改革は不十分ながら医師の労働時間短縮に寄与したが、人件費上昇や地域医療体制への悪影響も生じた。働き方改革は端緒に就いたばかりであり、合理化・効率化と最近の生成AIなど新しいテクノロジーの活用を通じ、医療の質を維持しつつ医療従事者の健康を守る新しい医療提供体制の構築が求められる。

## はじめに

安倍晋三元内閣総理大臣は2016年 第195回国会における所信表明演説で、「一億総活躍社会」を創ると述べ、誰もが活躍できる社会を構築することを強調した。また、「働き方改革」を一億総活躍社会の実現に向けた、最大のチャレンジとした。働き方改革は、日本社会が直面する少子高齢化、育児・介護との両立、生産性向上を解決する政策として推進された。

一億総活躍社会の理念は「一人が無理をするよりも、多くの方がバランスよく働ける社会」を目指している。医療業界は特に課題が山積しており、長時間労働や労働環境の改善が求められている。医師の働き方改革は端緒に就いたばかりであるため、本稿では医師の働き方改革に右往左往しながら取り組んだ経過を報告する。

## 働き方改革のはじまり

2017年3月28日、「働き方改革」の実現を目的

とする「働き方改革実現会議」が設置され、政府主導で具体的な実行計画が策定された。

さらに、2019年3月までにとりまとめを行うべく岩村正彦東京大学大学院教授を座長とする「医師の働き方改革に関する検討会」が設置され、2017年8月2日に第1回が開催された。検討会は、「働き方改革実行計画」において「医師は時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には改正法施行日の5年後を目途に規制を適用し、医療界参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的なあり方を検討し、結論を得る」とした。

## 働き方改革との関わり

筆者の働き方改革との関わりは比較的早く、2016年から2017年にかけて神奈川県病院協会、続いて横須賀市医師会の役員の間で、「地域医療構想の次の課題は働き方改革」という言葉を耳

にするようになり、重要な課題として情報を集めた。

2018年6月29日には働き方改革関連法が成立し、2018年7月6日に公布され、2019年4月1日から順次施行されること、長時間労働の是正や、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等が定められていることを確認した。年次有給休暇の取得義務化など多くの法案が一般企業とともに運用開始されたが、予定通り医師の時間外労働の上限規制のみが一般企業に送れること5年と運用猶予がなされた。

## 働き方改革による医療界の混乱

一方、医療界特に病院においては医師の労働時間の長さが問題となり、医師の働き方改革は理解されないままに、有名病院への労働基準局の立ち入り調査と違反の摘発などが行われた。つまり医療界は、働き方改革以前の労働関係法規にさえ適合できておらず、痛烈に批判された。医療界は、応召義務遵守について混乱していた。応召義務は医師の矜持にかかわる問題であるが、必ずしも医師の応召義務遵守が独りよがりだった訳ではない。患者も同じ認識であっただろう。この問題の解決は少し後になる。

「医師の働き方改革に関する検討会」は、2018年2月に「医師の働き方改革に関する検討会の中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の2つを報告した。後者の緊急的な取組で以下の6つの具体的な方策を提示した。

- #1 医師の労働時間の把握と管理
- #2 36協定等の自己点検
- #3 労働安全衛生法の衛生委員会等の設置と活用
- #4 タスク・シフティングを推進すること
- #5 女性医師等のキャリア形成のため短時間勤務等柔軟な働き方の推進
- #6 勤務時間外に非緊急患者の病状説明等をしていない、当直明けの勤務負担緩和等

この提示で、厚生労働省の具体的方策を見て

「医師の働き方改革に関する検討会」に対して、2018年7月、日本医師会は「医師の働き方検討会議」を発足させ、医療界の意見を集約し、労働関連法令の見直しや柔軟な制度設計を目指し「医師の働き方改革に関する意見書」をまとめた。

まず、医師の働き方における3つの特殊性である(1)多岐にわたる業務、(2)地域や医療機関の多様性、(3)医療の質と量の維持(制約の多い環境下)を掲げ、5つの提言をした。1. 健康管理の徹底、2. 自己研鑽と労働の区分、3. 宿日直の見直し、4. 院外オンコール待機、5. 長時間労働是正(勤務間インターバル他)である。さらに、女性医師支援を訴え、課題として、1. 柔軟な制度設計が必要、2. 第三者機関の設置を通じた制度の実効性確保、3. 長時間労働是正を段階的に進める必要性を提案した。

## 筆者と働き方改革の関わり-2

当時の医療界は働き方改革の積極的推進派、医師は専門職であり、応召義務はどうする等の抵抗派、当事者なのに傍観者など3つに分かれていた。外から見れば、医師としての責務は重要だが医師の健康問題は看過できないということである。筆者は当時、医師の健康を守り、現状の医師の責務を守ることは矛盾するかもしれないが、法には従わざるを得ないという姿勢だった。

この認識を変える事象が2つあった。1つは、全国医師会勤務医部会連絡協議会の「医師は労働者か？応召義務と時間外労働の狭間で」というシンポジウムであった。シンポジストの厚生労働省労働基準局労働条件政策課医療労働企画官・医制局医療経営支援課医療勤務環境改善推進室長 安里賀奈子氏は「超少子高齢社会への変化に合わせて、医療界にも変化が求められている。縦割りから連携へ、長時間労働・長時間残業で家庭・地域と切り離された働き方を変え、希望に添って多様な生き方を選択できる社会へ。変わらなければ、地域が、社会が、保てない時代になる。変わらなければ辞めていく。変わらなければ集まらない。つまり病院が保て

なくなる」と(病院の)危機を訴えた。このシンポジウムでは、応召義務を守るべしと医の倫理や、専門職としての特殊性を主張する医師、司法改革による弁護士の不満を働き方改革の医師になぞらえて、働き方改革に抗すべしと講演された老弁護士、そのほか女性医師の活躍についての話もあった。しかし、少子化の影響は大きく、もう働き方改革を推進する以外に生き残る術はないと感じた。応召義務や地域医療の議論に時間を割くより、粛々と法律に従わなければ、時代に取り残されると感じた。

もう1つは、日本医師会が労働関連法令の見直しや柔軟な制度設計を目指した「医師の働き方改革に関する意見書」が強い反論や修正案を出す予想していたが、厚生労働省の「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」を支持し、強く反対しなかったことである。

## 医師の時間外労働規制について (医師の応召義務について)

2018年6月29日に働き方改革関連法案が施行されても、適用延期とはいえ医師の時間外労働規制に対し疑問を呈する医師さえいて、医療界の混乱は目を覆うばかりであった。これに対し、さらなる時間外労働上限規制適用延長策として第10回 医師の働き方改革に関する検討会(2018年9月19日)では、働き方改革の医師の時間外労働規制A, B, C水準案を示した。医療現場の実情に配慮しつつ段階的な適用を可能にし、最終的に一般の労働者と同等の労働時間規制を目指した。混乱しながらもこのA, B, C水準の設定という段階的な適用案は功を奏し、ようやく多くの病院はこの目標に向けて行動を始めた。これは時間外労働の総量に対する基準であるため、関連する宿日直許可の取得の有無、自己研鑽と時間外労働の区別などが議論された。また、応召義務について、応召義務は国と医師の間の契約であって、医師と患者間の契約ではないという見解が厚生労働省から出されて、国は医師や病院を応召義務違反では訴えないと言う説明がなされた。いったん応召義務と時間外労働の

問題には解決がはかられたかのように見えた。

しかし、これは厚生労働省の応召義務という概念に対する解釈であって、医師たちの矜持とは異なる問題である。この応召義務の解釈が日本の地域医療に与える影響については、今後を注視する必要がある。いずれにせよ、確かにこの後「応召義務と時間外労働の問題」は静かになった。

## 当院の働き方改革の取り組み

当時、働き方改革は労働時間を短くすることのみが目標になっていた。しかし、働き方改革は、どの個人も社会参加でき、活躍でき、社会が繁栄するためであり、これを実現するためには合理化や効率化と生産性の向上が重要であった。

ここでは、当院における今般の働き方改革において、1.働き方改革以前に病院の合理化・効率化のために行い、働き方改革に有用であったこと、2.働き方改革での新たな取り組み、の2つを挙げる。

### 1. 当院における働き方改革(2019年4月)以前の取り組み

- ① 当番医制, 複数主治医制の導入(2003年頃より)  
救急総合診療部: 2003年当番医制導入  
小児医療センター: 2008年複数主治医制導入, その他の科も一部導入
- ② 救急外来従事医師に交代制勤務を導入(2011年7月)
- ③ 看護師, 薬剤師, 診療放射線技師, 臨床検査技師のシフト勤務化
- ④ 当直医師, 当直看護師長および当直事務職員の当直明け勤務の解消(2018年2月)
- ⑤ 2016年「女性活躍推進プロジェクト」管理者と多職種職員で構成, 月1回定例  
(1) 職種別短時間正職員制度の導入  
2009年4月(医師), 2011年9月(看護師), 2018年8月(薬剤師, 言語聴覚士), 2018年10月(全職種)施行  
(2) うわまち病院版プレミアム・フライデー制度(2017年4月から)

- (3)「育児休業者漸次復職プラン」は、育児休業からの復職に際し、子育てと仕事の両立を精神面や制度面から支援し、各職種に漸次復職プランを作成
- ⑥ パートナースHIP・ナーシング・システム(PNS)の導入(2015年度)  
2015年度 NICU, GCU, 小児病棟導入, 2017年度 ICUへ導入
- ⑦ 2003年24時間365日受け入れ可能な院内保育所, 病児・病後児保育, 学童保育
- ⑧ iPadを医師に貸与し, 最新の医学情報にアクセス.
- ⑨ これまで20年以上行ってきた当院の職員によるTQM, Qcサークル活動(業務改善運動): 医療のように極めて複雑多岐にわたる業務を完遂するためには, 各部署の業務改善や目標設定を自律的に行う能力が必要と考え, 20年来TQM & Qcサークル活動(業務改善運動)を強く推進してきた. TQM & Qcサークル活動においては2004年日本科学技術連盟で研修を受けて以来, 20年間で品質の管理と改善を中心に延2,046人, 346チームが346テーマに挑戦し業務改善の成果を生み出した. 1テーマで1,000万円以上のoutcomeも稀ではなかった. 対外的にも2009年QCサークル全国大会で初受賞以来, 受賞実績は感動賞: 17回, 金賞: 1回(※2019年9月国際QCサークル大会), 優良賞: 5回, 計27回受賞. しかもTOYOTAなどの大企業のQcサークル活動と業務改善を競って発表してきた.
- ⑩ クリティカルパスの隆盛 適用率60%越え

## 2. 当院で働き方改革に伴い新たに行ったこと

働き方改革を実践するにあたり, 病院内の組織, システムの構築・整理を行った. 2009年4月に発足した「医師, 看護職, その他医療従事者勤務環境改善委員会」を改組して, 産業界のほか多職種からなる委員を充実させ「働き方改革推進委員会」を発足させた. 実際には, 難しい時間外労働時間の短縮に頭を悩ませながら, 厚生労働省が2018年2月の「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」で示した6つの具体

的な方策に従い病院内のシステムの構築・整理を行った.

### ① 労働時間の把握と管理

職員の勤務時間を正確に把握し, 過剰労働を防ぐためのシステムとして, タイムカードによる時間管理を行い, 懸案の時間外と自己研鑽の区別に関しては聖路加国際病院の前例を研究し, 事前申請と事後承認による時間外労働と自己研鑽を申請制による管理を行った. また宿日直の許可においては, 繁忙な勤務時間と仮眠などの取れる宿日直などを区別して宿日直許可を得ることができた.

### ② 36協定の適正な運用や自己点検を行った.

③ 労働安全衛生法に基づき(労働安全)衛生委員会を設置し, 職員の健康管理体制を強化した.

### ④ タスクシェア・タスクシフティングの推進

厚生労働省の看護師・助産師, 薬剤師, 診療放射線技師, 臨床検査技師, 臨床工学士, 医師事務作業補助者の現行制度上実施可能な業務の推進を通じて, 医師の負担軽減を図ったがとても有効であった. 認定看護師や特定行為研修を修了した看護師は診療において確かに医師とタスクシェア・タスクシフトが一部進み医師の仕事を減らすことができた.

⑤ チーム医療推進委員会を作り, 現在多職種による22チームがチーム医療を推進している.

### ⑥ 柔軟な勤務体制の導入

当院では, 女性医師のキャリア形成や働き方改革を支援するため, 女性活躍推進委員会を作り, 短時間正職員制度や育児休業者の復職プランを導入し, チーム制の導入を進め, できる限り多くの職員に働きやすい環境を整備した. この結果, 当院で勤務中に出産した女性医師は出産後に皆復帰している. 当院の看護師をはじめ女性の育休取得率は2020年以来常に100%で, 男性の育休取得率も2022年11%, 2021年36%, 2022年50%, 2023年58%と増加を続けている.

### ⑦ 時間外労働の上限規制への対応

さらに時間外労働の上限規制におけるB, C水準取得では, 昨今の研修医や専攻医に敬遠される可能性があり, いずれにせよ5年後にはA水準が必須となることから, 当院はA水準の取

得に取り組んだ。これには当院事務方の労務管理の知識が活躍した。本年8月に厚生労働省のトップマネジメント研修で働き方改革の好事例として講演の依頼が届き、当院の高野事務次長が講演した。以下に当院の取り組みを示す。

- (1) 時間外勤務・自己研鑽の管理  
(勤怠実績入力, 所属長実態把握, 部下とのコミュニケーションが必要)
- (2) 兼業(地域支援, 行政機関等からの招聘対応)の管理(申請・許可制)
- (3) 病院全体で「A水準」を維持するための取組
  - ・ 上限時間超過の可能性のある医師への面談継続, 代替休暇の取得推進
  - ・ 交代制勤務の範囲拡大
  - ・ 医師事務作業補助者の増員
- ⑧. DX, digital 化の更なる推進
  - (1) Microsoft 365の教育・活用, Teamsによる会議, 業務効率化
  - (2) PocketChart(電カル向けモバイルソリューション), AmiVoice, CLINICS(オンライン診療)の活用
  - (3) 勤怠管理システム(1分単位), 人事給与クラウドシステム
  - (4) AIの活用:会議, 委員会, 事務作業の時間短縮  
Digital化を通してDX達成を目指し, Microsoft 365の教育に力を入れた。多くの職員がMicrosoft 365を道具として使いこなし, 地域医療振興協会の2024年Microsoft365活用コンテストで1人が最優秀賞を受賞した。さらに優秀賞3人のうち当院の2人が優秀賞を受賞し, 当院の新digital化の順調さが際立ち, 特に教育の重要性を感じた。

## 働き方改革が病院経営にどのような影響を与えたか?

一億総活躍社会から働き方改革, 働き方改革関連法案, 時間外労働の規制適用延長から, 時間外労働の上限規制(A, B, C水準)の選択まで一挙に進んできた。そして働き方改革が病院経営に与えた直接の影響は, 医療機関の労働関連法案の理解が進み, 労働関連法を遵守し, そ

の結果医療職の労働時間が短くなったことである。働き方改革が病院経営に与えた影響をまとめると,

1. 医師の労働時間短縮
  2. 医療スタッフの需要増加:労働時間短縮を補うため
  3. 医療業務の効率化:ICT, ロボット, AIなどのテクノロジーの導入, 発達
  4. チーム医療, タスクシフト/シェアの推進
  5. 夜勤やオンコール体制の見直し, シフト制や当直体制の見直し
  6. 地域医療提供体制への影響:代診能力の低下
  7. 医療従事者の健康増進
  8. 医療サービスの質への影響:緊急対応や診療制限
  9. 患者との関係の変化
- などである。

これらについて働き方改革の影響を検討すると, 確かにタスクシフトやシフト化, 診療業務の効率化, 例えばICTなどのテクノロジーの導入などの働き方改革で医師の労働時間は短縮した。しかし医療スタッフの需要は増加し, 人員不足の部署や人件費が増加した。また地域医療供給が不足しているという報告もある。現状では多くの医療機関で医師の労働時間の短縮を補うほどの合理化・効率化には到達していない。医療従事者の健康増進は期待されるが, 結果の評価には時間がかかる。同じく患者との関係の変化も生じていると思われるが, いずれの問題もZ世代などとのgeneration gap, 少子化そのもの, コロナ禍, そのほか等の影響が複雑に絡み, 働き方改革のみの影響を評価するのは難しい。

同じく評価が難しいが, 働き方改革の影響として注意すべき点をあげる。それは「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」で推奨された, タスクシフトである。医師の現実的な労働時間の短縮にはタスクシフトはとても有効であるが, 技術や知識が移動するため, 人員の増加を伴う傾向がある。タスクシフトは, 今後少子化などの人手不足でタスクシフト先の職員減少に遭遇する可能性がある。大規模施設は可能で

あろうが、規模によっては合理化や効率化を伴いながら業務を吟味したタスクシェアを進める方が低リスクと感じている。

日本医師会は、2024年8月20日から9月2日にかけて、「医師の働き方改革と地域医療への影響に関する調査」を実施し、1. 救急医療体制をはじめとする医療提供体制の縮小、2. 派遣医師の引き揚げ、3. 救急搬送の受け入れ困難など地域医療提供体制への悪影響を報告している。さらに2024年4月時点での都道府県からの報告でも同様の悪影響が報告されている。

患者との関係も、小児科の夜の緊急受診は既に低下しており、時間外の説明も減ったが、まだまだ月の時間外勤務60時間超えの医師も皆無ではなく、労働時間の偏りが残っている。

## 最後に

現状では医療従事者の健康や豊かな時間の回復などと引き換えに、医療従事者の人件費の増や地域医療提供体制への悪影響というような負の部分強調される。しかし、忘れてはならないことは、まだ働き方改革は端緒に就いたばかりだということである。私たちは結果に嘆くべき時ではなく、働き方改革とその根本にある一億総活躍社会の実現に向け、活躍という言葉に恥じない社会を作っていくプロセスにあることを知るべきである。労働時間短縮に比較して少し遅れているが、合理化や効率化や新しいテクノロジーの進歩を得て、医療の質を落とさず職員の健康維持を両立させる新しいモデルを実現せねばならない。最近の生成AIの進歩、digital機器使用のリテラシーの向上を見ると、自然科学分野の進化のみならず人文科学的な分野の発展も貪欲に取り入れ、合理的、効率のかつ質の高い医療提供体制を目指せるだろう。

多忙で情報に遅れ、浦島太郎(ガラパゴス化?)になってしまった医療界からの脱却である。今後もこの改革を続けて、地域医療の輝か

しい未来の礎を作りたいと考える。

## 参考資料

- 1) 安倍内閣総理大臣、第195回国会所信表明演説、2016年。https://www.kantei.go.jp/jp/98\_abe/statement2/201601/20160122siseihoyomei.html(accessed 2025 Jan 3)
- 2) 厚生労働省:働き方改革実現会議、2017年3月28日。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322.html(accessed 2025 Jan 3)
- 3) 厚生労働省:医師の働き方改革に関する検討会(第1回)議事録、2017年8月2日。https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000176215.html(accessed 2025 Jan 3)
- 4) 厚生労働省:医師の働き方改革の方向性について(概要)、医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和元年度 第1回 資料3、2018年。https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000508723.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 5) 厚生労働省:働き方改革関連法等施行日一覧。https://jsite.mhlw.go.jp/chiba-roudoukyoku/content/contents/000598057.pdf?utm\_source=chatgpt.com(accessed 2025 Jan 3)
- 6) 医師の働き方改革に関する検討会:医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組。https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000456412.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 7) 聖路加における医師の働き方改革-2016年以降の状況-。https://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/files/Attachment/289/聖路加における医師の働き方改革%20-2016年以降の状況-%20(聖路加国際大学・聖路加国際病院学長・院長福井次矢).pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 8) 日本医師会 医師の働き方検討会議:医師の働き方改革に関する意見書。https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000331104.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 9) 平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書、73ページ。https://www.med.or.jp/dl-med/kinmu/kb30.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 10) 医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究について、令和元年7月18日 第67回社会保障審議会医療部会 資料2-3。https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000529089.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 11) 厚生労働省:「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の実施状況、2018年7月9日。https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000331103.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 12) 厚生労働省:医師の働き方改革について、令和5年度第2回医療政策研修会 第1回地域医療構想アドバイザー会議 資料5。https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001146152.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 13) 医療と介護を取り巻く現状と課題等(参考資料)、中医協 総-2 参考 28 12 14、2019年。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167844.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 14) 公益社団法人日本医師会:医師の働き方改革と地域医療への影響に関する日本医師会調査結果(制度開始後調査) 令和6年10月23日。https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20241023\_2.pdf(accessed 2025 Jan 3)
- 15) Gem Med:2024年4月時点での都道府県からの報告。https://gemmed.ghc-j.com/?p=59784(accessed 2025 Jan 3)
- 16) 現行制度上実施可能な業務の推進について、第6回 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会 資料3、令和2年2月19日。https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000597166.pdf(accessed 2025 Jan 3)

# 働き方改革は タスクシフト・シェアで解決するか？

大分県立看護科学大学 看護アセスメント学研究室・NP研究室(兼任) 教授 藤内美保

## 抄録

医師の働き方改革は、時間外労働の上限規制により、患者の命と直結する問題をはらんでおり、その重要性や課題が議論されている。この解決策の1つとして、医師と他職種へのタスクシフト・シェアがある。他職種の中で、医師と綿密に連携をとりながら活動をしている診療看護師や特定行為研修を修了した看護師の活動に期待が寄せられている。本稿では、主に看護職の視点から、医師とのタスクシフト・シェアについて述べさせていただく。

## はじめに

働き方改革関連法は、2019年4月から順次施行されているが、特に医師の働き方改革に関してその重要性や課題が議論されている<sup>1)2)</sup>。この改革で、時間外労働の上限規制が設けられたが、医師は応召義務があることや、地域医療が立ち行かなくなるという懸念から、5年間の猶予を設けて2024年4月からのスタートとなった。しかし、この4年間はコロナ禍で医師や看護師などの医療従事者は、患者対応に明け暮れたことは周知の事実である。また日常的にも医師は主治医制であること、当直業務や当直業務明けも引き続き診療し、昼夜問わず長時間の労働を強いられている。また、診療行為に加えて教育・研究といった自己研鑽のための時間を確保する必要性もあり、患者の命に対する責任感、最新医療を追求する使命感の中で、ややもすると自己の健康を二の次にした生活をしている多くの医師の姿を見てきた。特に地方の医療現場においては、医師の偏在化、高齢化、若手医師の不

足などの状況で、救急搬送や夜間診療などの対応により、過剰な業務が慢性化し、離職の引き金につながることもある。このような状況は、医師だけではなく、看護師や薬剤師、他の医療従事者にも言えることである。すべての医療従事者が、「患者の利益」のために、各々の専門職の役割を最大限に果たしつつ、ワークライフバランスや自分の健康を考え、持続可能な医療体制を整備することが重要なことであると考えられる。

本編では、医師の働き方改革の重要性を十分認識した上で、医師を取り巻く他の医療従事者として、主に看護職の視点からタスクシフト・シェアについて述べさせていただく。

## タスクシフト・シェアに期待されている診療看護師、特定行為研修を修了した看護師

医師の働き方改革において、診療看護師や特定行為に係る看護師の研修制度における研修修了者(以下、特定看護師)がその解決策の1つと

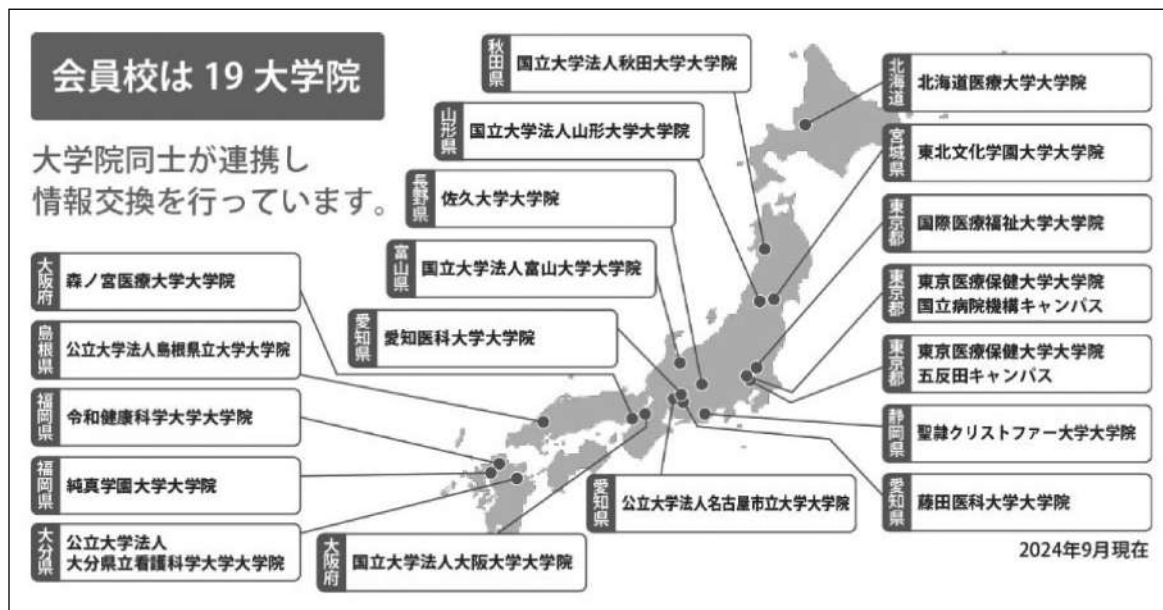


図1 一般社団法人日本NP教育大学院協議会加盟校  
〔一般社団法人日本NP教育大学院協議会ホームページより引用〕

して期待が寄せられ、タスクシフト・シェアの効果を示している論文も多数存在する<sup>3~6)</sup>。

そこでまず、診療看護師と特定看護師についての経緯や背景を含めて説明する。

診療看護師は、筆者が勤務する大分県立看護科学大学(以下、本学)において、2008年に日本で初めて大学院修士課程でNurse Practitionerの教育(以下NP教育)を開始したことによる<sup>7,8)</sup>。本学がNP教育を開始した理由の1つは、医療資源が十分ではない、へき地や無医地区などで生活する方々に、医師や他の医療従事者と連携しながら、医学的な知識・技術をもち、かつ療養生活を支える看護の視点をもち、タイムリーに対応ができる看護職が必要と考えたからである。5年間以上の看護職経験を有することをNP教育の受験要件とし、実習を含む教育の多くは医師による指導である。教育内容の中で3P、つまりPhysical Assessment, Pharmacology, Pathophysiologyの科目を強化し、体系的な医学教育に力をいれるため大学院教育としている。現在、全国で19大学院がNP教育の課程審査を経て、日本NP教育大学院協議会に加盟し、診療看護師のための教育を行っている<sup>9)</sup>(図1)。各大学院でNP教育を修了し、当協議会が実施する資格認定試験に合格した者に対して、診療看護師の

称号を付与しており、2024年4月現在で、872人が登録され全国で活動している<sup>9)</sup>。

本学がNP教育を開始した当時は、救急車のたらい回し、医療崩壊と連日のように報じられていた。これが追い風になり2009年から厚生労働省がチーム医療の推進に関する検討会を設置し、議論を重ねて、最終的に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、2015年10月から施行となった。この制度の趣旨は、在宅医療等の推進のため、在宅医療等を支える看護師を計画的に養成することが目的である。2024年9月現在で、特定行為研修修了者は1万人を超え<sup>10)</sup>、多くの医療機関などで特定看護師が活動している(図2)。

前述した診療看護師は、NP教育の中で特定行為研修の教育要件も組み入れているため、一定の特定行為ができる資格をもっている。

## 診療看護師、特定看護師の活動とタスクシフト・シェアの実際

診療看護師や特定看護師の活動について、いくつか例を挙げる。

まず、筆者が実際に200床以下の地域中核病院で活動する診療看護師に同行し観察した事例

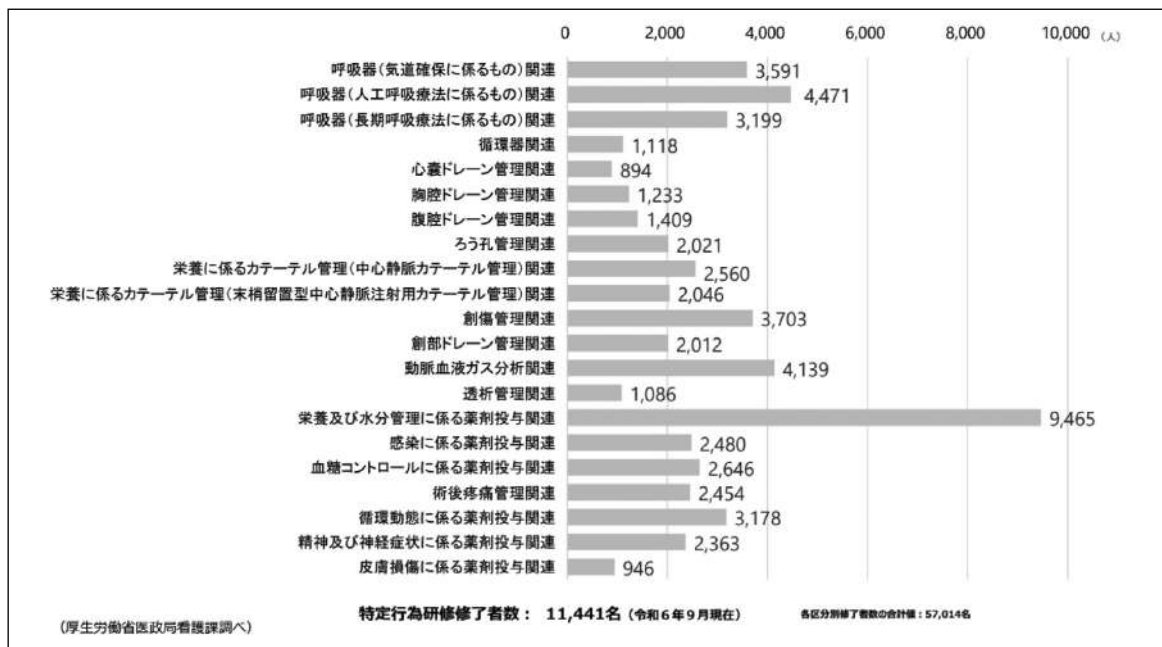


図2 特定行為区分別の特定行為研修を修了した看護師数

〔厚生労働省ホームページより引用〕

を紹介する。診療看護師は、早朝より、指導医から依頼があった気がかりな患者やカルテのデータ等から気になる患者に対して、全身のフィジカルアセスメント、必要な対応の判断、患者への説明や特定行為を含む処置など、組織横断的な活動をしていた。看護部やその他の部署とも積極的に連携し、処置をする場合は病棟看護師と同行し、看護師に対して、患者の状態や判断、方針なども説明し教育的に関わっていた。その対応中に、外来診療していた指導医から、午前中に急遽退院を希望する患者・家族に退院指導の依頼があった。退院指導の場面は実に丁寧で、現在の患者の病態、薬物療法の注意点をカルテの画像や検査データを見せながら細かく説明し、療養生活についても本人や家族の理解を確認しながら説明しており、患者・家族は何度もうなずき笑顔で退院する様子が印象的であった。このような活動により、医師が外来診療や検査・手術などが終わった夕方、病棟に来た時は、多くのことが診療看護師によって実施されていた。看護師長は、夕方から医師が指示を出して看護師が実施するということが減り、看護師の超過勤務が減少したこと、患者にとって素早いタイムリーな対応、些細なことで

も気軽に相談できることで安心感につながっていると語っていた。

これを裏付ける真田らの研究(中間報告)<sup>11)</sup>では、「特定行為看護師の配置前後では、医師の指示回数、及び医師による夜間帯(19時以降)の指示回数、及び病棟看護師の月平均残業時間が配置後は有意に減少した」ことを明らかにしている。

また、医師との協働の事例集<sup>12)</sup>に、特定看護師が配置されていることで、診療所医師は、「担当主治医が不在時に、胃瘻交換等の急な対応を求められても、修了者が主導で行い、別の医師が確認することで、迅速かつ安全に在宅患者に医療の提供が可能」なこと、また地方病院医師は、「実践的な判断力に長けた修了者が患者の状態を評価し、看護師に助言するため、医師が看護師に呼ばれる回数が減少」といった事例等が多数報告されている。

## 海外のNurse Practitionerの活動

米国ではすでに60年以上も前からNurse Practitionerの教育が開始され、国家資格として制度化され医療を支える重要な役割を担ってい

る。米国以外にも、カナダ、英国、フランス、オーストラリア、韓国、台湾などのさまざまな国で活動している。American Association of Nurse Practitioner (AANP)<sup>13)</sup>によれば、現在米国では385,000人以上のNurse Practitionerが活動している。米国は1965年にロレッタ・フォード氏とヘンリ・シルバー医師により、小児のNurse Practitionerの教育プログラムが開始された。この教育の開始理由は、やはり医師不足、医師の偏在があり、過疎地域のプライマリ・ケア領域の医師たちの負担が大きかったという背景からである<sup>14)</sup>。

米国のNurse Practitionerの業務は、アセスメント、臨床検査の指示、実施、診断、投薬および非薬物療法の処方を含む治療の開始、管理、ケアの調整、カウンセリング、患者・家族・コミュニティへの教育などがあるとしており、病院、診療所などほぼ全ての医療現場で診療を行っている<sup>13)</sup>。また、簡単なタスクについては医師が行うよりもPhysician AssistantとNurse Practitionerが役割を果たすことで費用対効果が高いとの報告もある<sup>15)</sup>。

筆者も米国のNurse Practitionerの視察や研修のため3度現地を訪問したが、出会った医師は皆、「私たちの診療はNurse Practitionerがいなければ成り立たない」「Nurse Practitionerの存在は欠かせない」と述べており、米国の医療において、Nurse Practitionerは、なくてはならない存在であると実感した。

## 他職種による タスクシフト・シェアの課題と展望

課題の1つとして、診療看護師数や特定看護師数は増加しているものの、まだその数は圧倒的に少ない。絶対数が少ない上に在宅医療に関わる者は限られており、在宅医療を支えていく人材の確保は重要課題である。木澤<sup>16)</sup>は、特定看護師の就業状況は病院が最も多く、在宅医療分野の配置促進が大きな課題であるとし、その理由は、職員数に余裕がないため研修受講により他の職員の業務負担となること、受講者は業

務と研修の両立の困難さや受講費などの負担があると指摘している。また、診療看護師や特定看護師の認知や理解が進まないことも人材不足の一要因である。診療報酬の拡大や何らかのインセンティブ等も含めて検討する余地があると考えられる。大分県では、タスクシフトへの支援のために、診療看護師や特定看護師を養成する場合の研修受講料と代替看護師の人件費を県が補助する制度を設け、働き方改革に意欲的に取り組む医療機関を支援している。

2点目は、看護師不足の現状の中で、医師と看護師のタスクシフト・シェアすることの課題がある。つまり、看護師が看護の役割を十分に果たせるのか、看護の質を落とすことなく医師とのタスクシフト・シェアが可能か、安全に実施できるか、責任を負えるのかをしっかりと検討する必要がある。

また、医師と看護師のタスクシフト・シェアが進む中で、看護師と看護補助者とのタスクシフト・シェアも行われている。しかし、看護補助者と看護師の業務が法令上明確にされていないこと、看護補助者が療養上の世話を中心に患者ケアを直接的に行っているにも関わらず、教育や研修の機会が少ないことは課題である。患者に対しても、看護補助者に対しても、安全で快適な患者の療養生活となるためには、看護補助者への教育は不可欠である。

3点目は、医師と他職種がタスクシフト・シェアをする場合、される場合に、各資格法や制度において、実施する行為が業務範囲か否かの理解が不可欠である。特に特定行為に関しては、21区分38特定行為があるが、特定看護師は認定されている特定行為が個別に異なるため、誰がどの特定行為が可能かを周知することが必要である。診療看護師や特定看護師が、安全に実施できるシステムで、組織全体に周知徹底することが求められる。また、特定行為ができるから実施するのではなく、患者にとって本当にその行為が今、必要かという適切な判断力や倫理的判断力が求められていると考える。

タスクシフト・シェアを進める中で、教育の保証、法や制度の理解と普及、安全確保のため

の環境整備, 責任の所在の明確化, 倫理観の醸成なども同時に進めていく必要がある。

上記のような課題もあるが, 診療看護師や特定看護師は, たしかに医師の働き方改革に向けて, 医師の業務負担軽減につながる1つの解決策になり得ると思われる。しかし, 活動のプロセスとして, 医師の負担軽減に寄与することもあるが, 診療看護師や特定看護師の活動の目的は, あくまでも患者の利益, 患者・家族のQOLの向上に寄与することである。その目的のために, 医師や薬剤師, 臨床工学技士などの多職種と有効なコミュニケーションをとり, 効率的・効果的に連携・協働し, 各々の専門職の役割を尊重して最大限の能力を果たし, チームとしての問題解決力を高め, より良い医療提供を実践することが重要であると考えられる。

#### 参考文献

- 1) 大澤秀一: 地域病院における医師の働き方改革の実践. 日医雑誌 2024; 152(11): 1255-1258.
- 2) 横手幸太郎, 橋本岳, 田中栄, 他: 座談会 医師の働き方改革 - 日本の医療を維持可能なものにするために -. 日医雑誌 2024; 152(11): 1217-1226.
- 3) 上田貴威, 川崎貴秀, 猪股雅史, 他: 待ったなしの働き方改革への対応・対策 大分県のアンケート調査からみた外科勤務医が希望する「働き方改革」への対策. 日本外科学会雑誌 2022; 123(1): 101-103.
- 4) 時任美穂, 内野滋彦, 菅野一枝, 他: 特定看護師および診療看護師によるタスクシフトの現状と医師の勤務時間に及ぼす効果. 病院 2023; 82(12): 1092-1097.
- 5) 宮下郁子, 吉田守美子, 東野恒作: 診療看護師(JNP)導入による働き方改革への効果 救急外来診療と看護師特定行為研修指導への効果. 医療 2024; 78(2): 102-105.
- 6) 藤沢麻美, 津田文秀: 診療看護師(Nurse Practitioner)が実施する特定行為に関する看護師の意識調査. 東北文化学園大学看護学科紀要 2021; 10(1): 1-8.
- 7) 草間朋子: アメリカにおけるナースプラクティショナー制度と日本への導入の可能性. 病院 2008; 67(4): 312-316.
- 8) 藤内美保, 桜井礼子, 高野政子, 他: 大学院修士課程におけるナースプラクティショナー養成教育 大分県立看護科学大学の取り組み. 看護展望 2008; 33(4): 25-31.
- 9) 日本NP教育大学院協議会: <https://www.jonpf.jp/graduateschool/memberschool> (accessed 2024 Oct 12)
- 10) 厚生労働省: 特定行為区分別の特定行為研修を修了した看護師数. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001314103.pdf> <https://www.jonpf.jp/graduateschool/memberschool> (accessed 2024 Oct 12)
- 11) 厚生労働省: 特定行為研修修了者配置による医師及び看護師の業務への影響. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000709444.pdf> (accessed 2024 Oct 12)
- 12) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング: 令和4年度厚生労働省補助事業 看護師の特定行為研修の修了者に関する医師との協働の事例集(修了者の配置・活動を推進する医師に向けた参考事例) 令和5年3月. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_33053.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33053.html) (accessed 2024 Oct 12)
- 13) American Association of Nurse Practitioner: <https://www.aanp.org/about/about-the-american-association-of-nurse-practitioners-aanp> (accessed 2024 Oct 12)
- 14) Berg JA: The perils of not knowing the history of the nurse practitioner role. J Am Assoc Nurse Pract 2020; 32(9): 602-609.
- 15) Wang H, English M, Chakma S, et al: The roles of physician associates and advanced nurse practitioners in the National Health Service in the UK: a scoping review and narrative synthesis. Review Hum Resour Health 2022; 20(1): 69.
- 16) 木澤見代: 地域において人々の生活を支えるこれからのチーム医療 看護師の視点から他職種協働のあり方を検討する. 日本病院会雑誌 2023; 12: 68-74.

# 医療の未来をつくる持続可能な働き方 —現場での有効な働き方改革とその実例—

株式会社ワーク・ライフバランス ワーク・ライフバランスコンサルタント 大西友美子

## 抄録

「働き方改革」という言葉を聞くと、長時間労働の削減・効率化というイメージを持つ方も多いただろう。もちろん、それも働き方改革を語る上で重要な要素であるが、これまで3,000社以上の働き方改革を民間企業・行政等でコンサルティングを行ってきた弊社が最も大事にしていることは、「時間の使い方を変える」ということだ。同じことを言ってるのではと思われるかもしれないが、医療の質を高めるため、自分たちが働きたい・持続可能な働き方(サステナブル)な職場にするために、使うべき時間に時間を割き、使うべきではない時間を減らしていくというとてもシンプルな考え方である。

ここでは、なぜゲームチェンジしなくてはならないのか、医療業界の課題、そして具体的にどのように働き方改革を行うと良いのか、その事例について紹介したい。

2017年に民間企業で働き方改革関連法が施行され、5年の猶予が与えられた建設・運輸・そして医療以外の民間企業は5年間で働き方改革もかなり浸透してきたと言える。2024年、石破茂新総理が所信表明の中にも「働き方改革を強力に推し進める」という方向性を出している。かつての「夜討ち朝駆け」が勝つための手法であり、「24時間戦えますか」型の働き方をしてきた人たちにとっては、「ゆるい働き方」であり、そんなことをしていると、業界や社会が衰退する不安に駆られる方もいらっしゃるかもしれない。実は働き方改革は世界では国家戦略として、人口構造の変化と共に働き方に関する政策転換を行うことで、とくに国の経済発展や労働生産性を高める方向に向かっている。

## 日本の人口構造と働き方

1998年、ハーバード大学のデービット・ブルームは「人口構造と経済発展には強い相関があり、人口構造の変化に応じて働き方を転換する必要がある」と提唱した。人口構造には「人口ボーナス期」と「人口オーナス期」があり、ボーナス期は生産年齢人口が多く、高齢者が少ないため経済発展がしやすい、一方オーナス期は高齢者が増え社会保障の維持が困難になる時期である。日本では1960年代から1990年代半ばまで

が人口ボーナス期で、急速な経済成長を遂げたが、1990年代半ば以降はオーナス期に移行した。この移行により、労働力人口の減少とともに、働き方の転換が必須となってきている。

ボーナス期には、男性が長時間労働で大量生産を担う仕組みが有利とされた。一方、オーナス期では、短時間で生産性を上げる働き方や、多様性を活かした知的労働が重要になる。特に、日本では女性の労働参加が十分に進まず、少子高齢化が加速した。このため、長時間労働の見直しと、多様な人材が活躍できる環境整備が求

められている。

人口ボーナス期の成功体験に固執する組織は衰退する危険がある。トップと職員が協力して、付加価値を生む新しい働き方への転換を進めることが、生き残るための鍵である。

## 医療業界の課題

人口ボーナス期型の世界線に取り残された業界の1つである医療業界の過酷な働き方をなんとかしなければと考え、2018年より民間企業で生み出した利益の一部を使い、CSR(Corporate Social Responsibility)の一環で、持ち出しでコンサルティングを提供してきた。それでも現場からは「働き方改革をすることで、患者が亡くなったらどうするんだ。あなたたちに責任が取れるのか」「医療の質が落ちる」という声も出た。しかし、本来医師がやらなくていい仕事まで行っていたり、目の前の書類仕事、学会の準備等が忙しく長時間労働が恒常化した職場は、コミュニケーション不足や連携不足が起こっていたり、育成の時間が十分に取れていない等の状態が多く、多くの病院で起こっている。むしろ働き方改革はそれらの本来必要な時間を割けるようにするための、つまり「医療の質を上げる」ために行うものだ。現状、総務省の調査によると1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合が最も多いのが「医師」である<sup>1)</sup>。厚生労働省の2019年の調査<sup>2)</sup>によると、「病院・常勤勤務医」の場合、男性医師の41%、女性医師の28%は1週間の労働時間が60時間を超えている。同調査の診療科別統計では、全診療科の労働時間の平均値は56時間22分/週である。全体として一般労働者の法定労働時間を超える労働が常態化していることが分かる。それによって大きな2つの問題が発生している。

1つ目は長時間労働による恒常的な睡眠不足によって集中力が低下するということだ。慶應義塾大学 島津明人教授によると「人間の脳が集中力を発揮できるのは起きてから13時間」とされている。13時間以上経過すると酒気帯び運転程度の集中力、さらに15時間経つと酒酔い運転

程度の集中力となる。集中力が低下した状態で勤務に当たるということは、医療安全が担保できない可能性が高くなる。ペンシルベニア大学の研究<sup>3)</sup>によると、6時間睡眠を2週間続けると2日間徹夜したのと同程度まで集中力が低下し、かつ慢性的な睡眠不足を自覚できないと言われている。一時的な睡眠不足だけではなく、慢性的な睡眠不足は医療安全を脅かし、ミスなどのリスクにつながる。

さらに、長時間労働や睡眠不足によって医療従事者自身の精神的な健康を阻害するということが2つ目の大きな問題点だ。勤務医31%が自殺や死について時々、または頻繁に考えると回答している(図1)。

公益財団法人 Well-being for Planet Earth代表理事の予防医学研究者である石川善樹氏によると「睡眠は序盤・中盤・終盤で機能が違う。心の疲労は6時間以降の最後の1時間で回復する」と言われている。つまり、慢性的に睡眠時間が6時間未満である場合、心の疲労が回復できず、蓄積する。それにより、困難等につづかたときにもしなやかに回復し、乗り越える(精神回復)力でもあるレジリエンスが低下してしまう。MR(メンタル・レスキュー)協会理事長同シニアインストラクター 元・陸上自衛隊衛生学校心理教官 下園壮太氏によると、「疲労が蓄積すると、同じストレスがかかったとしても、2倍以上にショックが大きく感じ、回復にも2倍時間がかかる。さらに蓄積疲労が溜まると3倍以上にショックが大きく感じ、回復にも3倍時間がかかり、その間に次のショックが重なりやすくなる。」とされている。この状態になると通常の状態には戻れなくなり、「いなくなりたい」「死にたい」と感じてしまう。医療の現場は過酷で、日々強い口調で何かを言われたり、治療がうまくいかずに考え込む時間もあるという。その中でしっかりとした回復が十分に取れずに重なると、「自分は医師に向いていないのではないか」「存在価値がないのではないか」と感じてしまう。こうした状態の中、医局などの組織全体で慢性的に睡眠不足が起こっている。そうすると、上司側が攻撃的になるという傾向が生じる。

勤務医の31%が「自殺や死について、時々または頻繁に考える」と回答

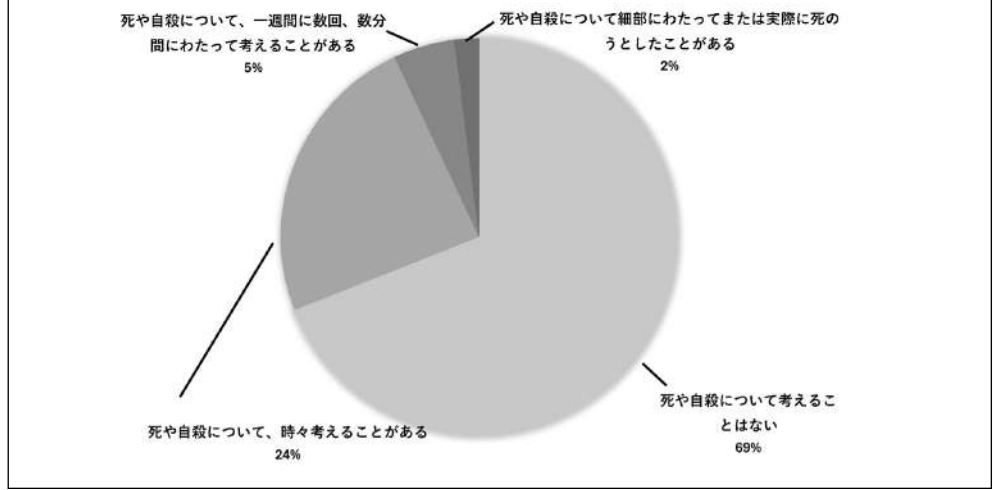


図1 医師の働き方（日本の現状）

「睡眠不足の上司ほど部下に侮辱的な言葉を使う」という傾向にあるという記事がウォールストリートジャーナルで発表された<sup>4)</sup>。

睡眠不足が起こると怒りの発生源である脳の扁桃体が活性化する。さらに感情をコントロールするはずの前頭前野の機能が低下するために、「これは言うてはいけない」という判断が甘くなり、感情のままに部下や同僚に攻撃的な言葉を発してしまう。睡眠不足により、感情的に怒りやすくなった人とレジリエンスが低下した人が同じ職場にいるので、負のスパイラルに陥る。こういった状態が多く現場では発生しているのである。実際に2022年、甲南医療センターでたった26歳の若さで自ら命を絶った専攻医は100日以上連続勤務や月間200時間を超える勤務が実態としてあった、として過労死認定を受けている。人の命を救うはずの医師が労働環境によって自身の健康と命を奪われてしまう、このような矛盾があっていいものだろうか。私たちは「医師の過労死家族会」という団体のサポートも行っているが、ご家族の苦しみははかりしれないもので、「優しい医者になりたいと目指したはずなのにどうしてだろうか」「なぜ気づいてやれなかったのだろうか」と深い悲しみと心の傷を負ってしまう現状を目の当たりにしている。家族だけではなく同僚や後輩も同じである。

「自分も他人事ではない、明日は我が身だ」「この先輩に憧れて、同じ医局を目指したが、いつも気丈で優しく振舞ってくれていた先輩が実はこんなに悩みを抱えていたなんて知らなかった。自分は医師としてやっていけるのだろうか」このような声を若手医師から聞く。

目の前の患者の命を救うことはもちろん大切である。でもそれによって医師の健康や命が奪われてしまうと、未来の患者の命は救うことができない。未来の患者の命も、そして今の同じ職場の医療従事者の命を守るのも皆さんの責務なのだ。命より大切な仕事はない。だからこそ、今一度立ち止まって働き方を見直し、医師一人ひとりも、そして組織も持続可能な働き方に改革していく必要があるのだ。つまり働き方改革は「法律が変わったから」「世の中がそういう雰囲気だから」「個人のわがまま」といったものではない、やるやらないの話ではなく、もはややらなくては個人も組織も存続できない危機的状況の中でいかに組織が一枚岩となってやるかなのである。

働き方改革の取り組みと事例

働き方改革を進めていく上でのポイントは以下の3つである。

### 1. なぜ働き方改革が必要か全員が腹落ちし、進めること

上記のような必要性が理解できていない状態で始めるとやらされ感だけが募る。トップから現場も含めて真に理解をした上で、始めるためにしっかりと情報を共有し、目的を理解する。

### 2. 問題を机上に挙げられる場を定期的に持つこと

将来の忙しさ解消のために、問題を話す機会を作る。「きっと相手(他部署・他科や職種)がこう思うだろう」という思い込みを捨て、職場単位で話せる場を持つ。

### 3. 心理的安全性高く、意見を出し合い、働き方を変えていく決断をすること

医師だけで働き方を変えることは困難。協力が欠かせないコメディカルとフラットに心理的安全性高く議論できる場を持ち、双方の働き方を変える決断をしなくては、働き方改革は進まない。

具体的には、まずは病院全体もしくは医局全体等でなぜ働き方改革が必要なのかを全員で情報量を揃えた上で、取り組みをスタートする。

ワーキンググループなどではなく、職場単位で取り組むことが大切である。なぜなら、ワーキンググループで議論し、解決策を決めたとしても、各職場(医局等)に展開した際に反対が出る可能性が高く、アクションにつながるのに時間を要してしまう。最も大事なことは「自己決定理論」にあるように、自分で決定したもののこそ、施策等にも愛着が湧き、成果についても感じやすくなる。良かれと思って病院全体で時間をかけて議論しても、結果的に現場の医療従事者とその効果を実感する可能性はかなり低くなる。この職場単位で仕事を振り返り、仕事のやり方を変えるための場を「カエル会議<sup>®</sup>」と呼んでいる。

カエル会議では、まずチームのありたい姿を議論する。働き方改革だからといって必ずしも「休みが取れるように」や「長時間労働の削減」をテーマにする必要はない。私たちがコンサルティングをする際には一切そのような言葉を使



写真 カエル会議の様子  
(ワークショップを実施した徳島大学医学部形成外科、脳神経外科の提供写真)

わないようにしている。どういうチームであれば、働き続けたい、最高のチームだと思えるかを議論する。

議論の方法としては、KJ法のように、付箋にそれぞれが要素を書き出し、共有して共通要素をつなぎ合わせる。この時にキャッチフレーズのようなものにしすぎると「なんのために働き方改革をしているのか」が分からなくなることがあるため、できるだけ具体的な言葉で、長くてもかまわないので上がった意見をできる限り拾う。(ステップ0)

ありたい姿が決まったら、現在の働き方を確認する。ここではありたい姿を実現する上で「増やしたい時間」「減らしたい時間」を洗い出す。(ステップ1)

多くの医局で出てくる意見としては「増やしたい時間」には患者と接する時間や論文を書く時間、減らしたい時間にはカンファレンスの時間やカルテに入力する時間等である。なぜ時間がとれないのか、あるいはなぜ時間がかかりすぎているのかの要因を洗い出す。(ステップ2)

そして、その解決策について、職場全体でアイデアを出し合うのが「カエル会議」である。(ステップ3)

カエル会議で出てくるアイデアはすぐ自分たちでできることから、病院全体に協力してもらわないといけないものや、そもそも制度が変わらないと難しいものもある。優先順位を整理し(図2, 3)、実現可能性が高く、効果も高い解決策から実行する。(ステップ4)

実際に実行してみて、どうだったかを2週間



徹底や、関連病棟でポスター掲示し周知したことでオン・オフがはっきりし、当番へ電話をかけやすくなったと、大きく前進した。

2.「週1回の回診の時間が長い」という課題については、電子カルテで全患者をプレゼンテーションし、専門領域は簡潔に、共通する領域はディスカッションする時間をとるという区分けをし、強弱をつけた。また、主科の患者全員と、一部共観患者に対し行っていた病棟ラウンドは、1週間の緊急入院と重症患者のみに絞ることにし、これにより、年間300時間の時間短縮になると推計されている。

3.「休日の業務を減らしたい」という課題については、当直は宿直であり、当直明けも勤務が必要だったが、夜勤化に変更し、明けは帰宅できるようになった。患者ごとに指導医が変わっており、週末の診察は専攻医が担うことが多かったが、グループ制を導入、週末出勤が分散できるようになった。

メンバーへのアンケートでは、夜勤化にして良かった(82%)、仕事量が変わらない・減った(70%)、相談しやすくなった(80%)、週末の負担が減った(60%)という結果が得られている。

今まで、変えられなかったこと、個人ごとに気になっていた点を、カエル会議をきっかけに小児科の課題として机上にあげ、議論することができ、グループ制導入や多様な働き方を推進するなど、さらなる改善につながる基盤が築かれたと考える。このような議論や改善ができる場では、普段の業務においても疑問に感じたことや意見が違ってても言いやすい環境が生まれる、つまり心理的安全性が高い職場になるため、若手が質問しやすく早めに疑問を解消したり、

医局全体として問題を早期に解決しやすくなるため、職員の満足度が高まり、離職率の低下にもつながる。

## 持続可能な医療を目指して

こうした働き方改革は、単なる「効率化」や「労働時間の削減」ではない。本来使うべき時間を確保し、成長のための時間や、情報を共有し、チーム全体で質の高い医療を提供していく体制を作るものである。「昔からこうやっている」「そういうものだ」で思考停止せず慣習を見直すタイミングに来ている。また、数字を合わせるために、宿日直許可や自己研鑽という名の隠れ残業でお茶を濁すことでミス発生等のリスクを高め、医療従事者の心身の健康を阻害するのではなく、本質的に体質を変えていく決断を今すぐしていただきたいと思う。それが日本の医療の未来を作り、患者の命も医療従事者の命も守っていく持続可能な社会を作る方法だと考えている。

### 参考文献

- 1) 総務省統計局:平成24年就業構造基本調査。
- 2) 厚生労働省:第9回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 医師の勤務実態について。2020。
- 3) Van Dongen HPA, Maislin G, Mullington JM, et al: The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep* 2003; 26(2): 117-126.
- 4) WSJ VIDEO <https://www.wsj.com/video/is-your-boss-the-worst-here-why/5F626C59-72B5-4C1D-981C-954766EF302F> (accessed 2024 Dec 9)

# 働き方改革におけるC水準は 医師の研修に必要なか？

東京ベイ・浦安市川医療センター 管理者 神山 潤

## 抄録

医師の働き方改革には、チーム医療の推進や医療の効率化、国民の意識改革が不可欠であり、医療の質を維持しながら医師の職業的責任を全うすることが求められている。本稿では文献の考察の後、東京ベイ・浦安市川医療センター（以下、当院）での働き方改革の取り組みと現状を紹介したが、C水準が医師の研修に十分、との結論には至らなかった。またC水準が医師の研修に必要なかどうかについては、タスクシェアが米国ほど普及していない現在の日本では、時間外勤務の上限を段階的に減少させる中で、プログラム卒業生が関わった患者のアウトカムに基づく検証が必要と考えた。さらに、当院では休職者率が増加していた。長時間労働に加えて、仕事の質や満足度が休職要因の一つであるバーンアウトに影響を与える、との指摘を共有しておく。

## 特集

### はじめに

医師の働き方改革の目的は、医師が健康的に働ける環境を整え、医療の質と安全を確保し、持続可能な医療提供体制を維持すること<sup>1)</sup>で、その目的達成のために勤務医の時間外労働や勤務時間インターバル<sup>2)</sup>に関する規制が設けられた。労働時間制限により十分な睡眠を確保することが医師のパフォーマンスにも大きく影響するとの立場<sup>3)</sup>に立った対応だ。A水準では年間960時間（毎月80時間、4週として週20時間の超過勤務、すなわち週当たり60時間の勤務）、B・連携B・C水準では年間1,860時間の時間外労働が認められている。なおB・連携B水準は2035年度末で終了予定だ。本稿では、関連文献を紹介後、東京ベイ・浦安市川医療センター（以下、当院）での働き方改革の取り組みと現状を紹介した上で、C水準について私見を述べる。

### 世界および日本の医師の働き方改革

欧州労働時間指令は1998年以来、労働時間を週48時間に制限し、24時間以内に最低11時間の休息を取ることが求めている。2014年の論文では、イギリスは48時間勤務への準拠に近づいているものの、スペイン、アイルランド、ギリシャ、フランスは週当たり48時間以上労働している一方、デンマークは37時間、ノルウェーは45時間、スウェーデン、フィンランド、ドイツ、オランダは48時間の週当たり労働時間制度をサービス提供や若手医師の教育・訓練に悪影響を及ぼすことなく実現させている<sup>4)</sup>。どのようにすれば週当たり48時間以下の労働時間で医療の質が保たれるのだろうか？ スウェーデンでは「医師がさえも手術の予定が入っている日に子どもが病気になった場合には、別の医師に執刀してもらうことができる。どうしても医師の都合がつかない時は、手術自体がキャンセルされることもあ

る』<sup>9)</sup>という。一方ChatGPTによる日本人の理想の医師像は赤ひげ(山本周五郎の小説に登場する架空の江戸時代の医師)で、人々の健康を第一に考え、自己犠牲の精神を持ちながら貧しい人々を助ける医師として描かれている。赤ひげは医師も一労働者という視点からは程遠い。さらに2024年版厚生労働白書<sup>6)</sup>によると、勤務間インターバル制度の導入を計画または検討していない企業は依然として80%を超えている。医師の労働環境改善を進めるに際し、医療へのアクセス、医師患者関係、死生観<sup>5)</sup>に加え、日本全体の「働き方」に対する意識改革も含めたさまざまな要素の検討が必須だ。

北米とオーストラリアは欧州労働時間指令の基準を大きく超え、週80時間勤務を「安全」と見なしている<sup>4)</sup>。米国では2003年にC水準とほぼ同等の週80時間の労働時間制限等を導入、2011年には勤務時間と勤務時間の間に休息期間を義務付け、初年度研修医に対しては連続勤務時間を16時間以内に制限した。なお週80時間労働では、非労働時間が週88時間となる。米国睡眠財団が推奨する成人の睡眠時間の許容範囲6~10時間<sup>7)</sup>を基にすると、労働と睡眠以外の時間は週18~46時間、1日あたり2.5~6.5時間になる。米国の研修医は2003年から20年以上この条件で研修を受けており、この労働時間が不適切とは断定しにくい。

Jenaら<sup>8),9)</sup>は米国での研修医期間中に2003年の労働時間改革を経験した1年目および2年目内科医師と、経験していない1年目および2年目内科医師とで、患者アウトカム指標として30日死亡率、30日再入院率、入院費用を取り上げ、研修中に改革を受けなかった上級内科医(10年目の内科医)を対照群として検討、医師が研修中に労働時間改革を受けたことは、各指標に統計的に有意な差異をもたらさないことを報告した。ただし、本邦においても週80時間の労働制限が研修に必要な十分な時間と結論するには、日米ではタスクシェアの違い<sup>10),11)</sup>がありすぎる。なお米国で2011年に提案された標準勤務時間規定に従うグループと、勤務時間や勤務間休憩時間に関してより柔軟な規定に従うグループに分け

ての検討で、柔軟なプログラムの内科研修医は、標準プログラムの同僚に比べて教育経験に対する満足度が低かったという<sup>12)</sup>。

本邦では2019年3月13日の「第20回 医師の働き方改革に関する検討会」において医学教育の重責を担う側は、医療の質担保の観点から安易に「C水準をA水準に近づける」ことに強く難色を示した<sup>13)</sup>。この検討会を受け医療系ニュースサイトマガジンGemMed<sup>14)</sup>には、「技能獲得にはどの程度の労働時間が必要となるのか」という検証・検討を行い、逐次見直していくことになるもの、「どのように検証すればよいのか」というノウハウすら存在しないため、まず「検証手法」を検討するところから始める必要がある、とのコメントが掲載された。またそもそも1,860時間という設定もその根拠は10%を超える勤務医の時間外労働時間が1,860時間を超えている実態があること、とされているが、何故10%の医師を基準としたかの説明はない<sup>15)</sup>。さらに働き方改革の結果、研修医の自己研鑽時間が短縮される可能性<sup>16)</sup>、医療の安全性や研修教育に対する悪影響<sup>17)</sup>、地方や外科分野で深刻な医師不足を引き起こす可能性<sup>18)</sup>等の危惧が指摘されている。

## 患者アウトカム指標

公益財団法人日本医療機能評価機構は患者アウトカム評価指標として、死亡率、再入院率、患者満足度、生活の質、合併症の発生率、入院期間等を挙げている<sup>19)</sup>。なお入院期間は当然併存症の有無、全身状態等の影響も受ける。入院期間(在院日数)の解釈には注意を要する<sup>19)</sup>。西崎と桑原は「新生物<腫瘍>」を取り上げ、患者1人当たりの平均単価は上昇しているが、患者の5年生存率も上昇している点を指摘、患者アウトカム向上と診療単価上昇との関連性を指摘している<sup>20)</sup>。無論診療単価は患者アウトカムだけでなく、医療機関の経営コスト<sup>21)</sup>、入院期間<sup>22)</sup>、医療資源の需給状況、保険制度の変化など、多くの要因によって影響される。診療単価の解釈も単純にはいかない。

表1 時間外勤務時間の上限を超えた医師数の2019年度と2023年度の比較

年度	年間時間外勤務時間数 960時間超えの人数	研修医 (C水準該当)	診療科	専攻医 (C水準該当)	スタッフ・フェロー (B水準該当)	その他の医師 (A水準該当)
2019	41 (範囲:963-2277時間)	6	総合内科	16	3	-
			外科	3 [内1名C水準逸脱 (1934時間)]	3 [内1名C水準逸脱 (2277時間)]	-
			救急集中治療科集中治療部門	0	4	-
			その他科医師	-	-	6
2023	27 (範囲:964-1970時間)	0	総合内科	15 [内1名C水準逸脱 (1970時間)]	1	-
			外科	3	0	-
			救急集中治療科集中治療部門	0	3	-
			その他科医師	-	-	5

## 当院における 医師の働き方改革対応とその影響

### 1. 現状

当院は年間1万台以上の救急車搬送を受け入れている救命救急センター(2023年9月指定)を擁する344床の急性期病院だ。夜間・休日の初療は救急集中治療科救急外来部門が担当し、外科系はオンコール、内科系入院は総合内科が受け入れ、重症患者は救急集中治療科集中治療部門がサポートしている。救急集中治療科救急外来部門は開院当初から交代制勤務を導入しており、働き方改革に伴う変更は必要なかった。総合内科、救急集中治療科集中治療部門、外科ではB水準(フェローとスタッフ)とC水準(研修医と専攻医)が許可された。2012年から診療看護師を導入、現在8名が勤務している。医師事務作業補助体制は25:1を算定、救命救急士は現在常勤4名、非常勤2名が勤務している。2020年度以降、打刻の徹底や自己研鑽の明文化、総合内科を中心に勤務内容を改善している。なお当院の週当たりの所定労働時間は38.75時間だ。

超過勤務が月100時間を超える際には産業医面談が必須となっているが、総合内科ローテーション中の研修医、および総合内科、外科の専攻医全員に産業医面談を受けてもらっている。労働時間や休日取得の情報を含む産業医面談結果に関わる書類の報告をもって上長へのfeedbackとしている。また勤務簿には総務課で勤務間インターバルの情報などを記載、産業医面談対象外医師については上長に勤務簿の確認

を求め、労働安全衛生委員会では超過勤務に関わる報告を行っている。

### 2. 働き方改革準備の影響

2023年度から本格化した医師の働き方改革の影響を確認するため、時間外勤務時間の上限を超えた医師数、患者アウトカム、メンタルヘルス不調が主な要因での休職者数について、それ以前との比較を試みた。なお本稿は原著論文ではなく、あくまで原稿依頼から締め切りまでの限定された期間内に入手できた資料に基づく限定的な検討の報告に過ぎない。

まず時間外勤務時間の上限を超えた医師数の把握だが、時間的制約から2019年度と2023年度の比較しか行えなかった(表1)。2019年4月1日時点と2023年4月1日時点の常勤医師数はそれぞれ178名、191名。年間960時間、1,860時間の残業制限を超えていた医師の割合は2019年度が23.0%、1.1%、2023年度は14.1%、0.5%であった。両年度での年間時間外勤務時間が960時間を越えていた医師数は $\chi^2$ 乗検定で有意差を認めた( $p < 0.05$ )。2022年7月に本邦医師11,466人を対象に行われた調査<sup>23)</sup>によると、全体の20.4%が年間960時間の残業制限を超えているが、当院の2023年度の数値14.1%はそれを下回っている。同じ調査<sup>23)</sup>では長時間労働に関連している要因として、専門研修を受けていることが示されたが、当院における専攻医中心の長時間労働(表1)は、この結果と矛盾しない。なお2024年度9月までの半年に、当院で時間外勤務時間が1,860時間の半分(930時間)を越えている医師は

いなかったが、960時間の半分(480時間)を越えている医師は18名確認している。

患者アウトカム指標では、平均在院日数、診療単価(入院および外来)、患者満足度を検討した。また15歳以上入院患者入院時平均年齢、さらに休職医師数の各年度4月1日時点での総常勤医師数に対する割合も検討した。

当院全体の平均在院日数、診療単価(入院および外来)、15歳以上入院患者入院時平均年齢、休職医師の各年度4月1日時点での総常勤医師数に対する割合については、対照期間を2016年から2019年、検討期間を2020年から2023年とし、差分の差検定を行った。その結果当院全体の平均在院日数は検討期間で対照期間よりも有意( $p<0.001$ )に延長、診療単価は入院外来とも検討期間で対照期間よりも有意( $p<0.001$ )に増加、15歳以上入院患者の入院時平均年齢は検討期間と対照期間で有意な差異は認めず、検討期間の休職者率は対照期間よりも有意( $p<0.001$ )に増加した。なお2024年度9月までの半年に、メンタルヘルス不調が主な要因での休職者は4名確認している。

当院全体の平均在院日数は検討期間で対照期間よりも有意に延長していたので、DPCデータ分析システムEVEで得た総合内科および外科のDPC名称のうち上位5位に入り、2016~2023年度に欠落データのない両科各2つのDPC名称データについて、当院データと全国データと比較した。その結果4DPC疾患[総合内科の「腎臓または尿路の感染症 手術なし 副傷病なし」、「誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし」、外科の「虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等」、「鼠経ヘルニア(15歳以上)ヘルニア手術 鼠経ヘルニア等」]の2016年度から2023年度の当院の平均在院日数の平均はいずれも全国平均よりも短かった。

患者満足度(入院および外来)は2019年度以降のデータしか得られなかったため、2019年から2022年までのデータをもとに回帰モデルを作成し、2023年の予測値の信頼区間内に2023年の実測値が収まっているか否かを検討した。その結果入院も外来も2023年度の患者満足度の実測

値は、回帰二次式モデルの95%信頼区間内に含まれ、2019年から2022年の推移から予測される範囲内に収まり、大きな変化が見られなかったことが示唆された。なお解析可能な職員満足度データはなかったが、外科ローテーション中の研修医から2024年度になり当直がなくなり物足りない、との声が上がリ、2024年度10月から外科ローテーション中の研修医にも月4回のオンコールを担ってもらっている。

## 今回の解析結果を踏まえたC水準

当院の研修医の中には、ほとんど時間外勤務がない診療科もあり、2023年度にC水準を超過した研修医はいなかった。働き方改革が始まった後、当院では平均在院日数が伸び、診療単価が上昇し、休職者率も増加したものの、入院患者の年齢や患者満足度には大きな変化は見られなかった。患者アウトカム指標の解釈は単純ではなく<sup>19)~22)</sup>、また長期的なアウトカムに関する指標の検討<sup>19)</sup>は行えていない。さらに、2020~2022年はコロナ禍の真っ只中であったことも考慮する必要がある。したがって今回の結果を、すべて年間時間外勤務が960時間を超えていた医師数の減少にのみ起因させることはできないが、患者アウトカムの明らかな低下がなかった可能性は考えられる。仮にすべての項目が改善または変化なしであった場合、C水準が専攻医の研修に十分であると判断することもできたかもしれないが、今回の結果ではそのように結論するには躊躇があった。なお、C水準の必要性については、今後、1,860時間を段階的に減少させる中で患者アウトカムを評価し、最終的な結論を出さざるを得ないと考えている。

## メンタルヘルス要因の休職者率増加

メンタルヘルス要因の休職者の背景にはうつ病、焦燥感、ストレス、身体的な健康問題、さらにはバーンアウトが潜む。Nishimuraら<sup>24)</sup>は個々の仕事の質や満足度が日本の研修医のバーンアウトにも関連することを指摘してい

る。当院でのメンタルヘルス不調が主な要因での休職者率増加の背景には新型コロナウイルス感染症対応における医療者への負担増<sup>25)</sup>、2023年9月の救命救急センター指定で患者の重症度の高まり等さまざまな要因を考えなければならない。さらに働き方改革は患者ケアと時間外労働時間管理の狭間で悩む指導医(スタッフ、フェロー)の精神的負担も増している。一方で当直が無くてつまらないという研修医からの意見もあった。労働時間の短縮が、学びたいという研修医/専攻医のやる気を低下させて離職率を増加させた可能性は否定できない。今後は、研修医/専攻医が離職する原因に、労働の負荷だけではなく、「やりがい」「やる気」の低下や、「学ぶ機会の損失」という働き方改革の負の側面が関与している可能性も念頭に入れて、休職者率増加が当院固有の現象なのか否か等を調査し、要因分析を行い、適切に対応することが重要だ。なお本邦研修医で労働時間とバーンアウトとの関連性を見出していない報告もある<sup>24)</sup>が、バーンアウト対策として労働時間減をself-careワークショップと併用することの重要性<sup>26)</sup>、さらにストレス管理トレーニング、マインドフルネスプログラム、レジリエンス構築活動などがバーンアウト対策として有効と指摘する総説もある<sup>27)</sup>。Jena<sup>9)</sup>は医師のバーンアウトが増加する中で、①研修中の医師の労働時間短縮や、電子カルテ導入や保険問題解決などの改革が必要であること、②チーム医療や安全システムの進展が医師の技術差を緩和する可能性があること、③研修医の勤務時間の見直しは未解決の課題で検証に値する、と指摘している。

## 政策提言

本邦のC水準が研修医にとって必要な時間数であるか否かについては、1,860時間を漸減する中でプログラム卒業生が関わった患者アウトカムを指標に結論を待つしかない。また現在のB水準目標の妥当性も未検証だ。そこで当院を例に2035年度以降の新たなB水準目標想定を試みた。当院で2023年度に年間時間外労働時間960

時間を超えたB水準該当者の年間時間外労働時間の平均は1,146時間で、標準偏差は140時間であった。平均に1.5倍の標準偏差を加えると年間の時間外労働時間は1,356時間になる。週当たりの所定労働時間38.75時間を年間46.5週として加えると年間の総労働時間は3,158時間だ。今後医療DXの推進<sup>28)</sup>などで5%の労働時間削減が達成できると想定、3,158時間の5%減に当たる3,000時間を年間総労働時間とすると、年間時間外労働時間は1,198時間となる。そこで2035年度以降の新たなB水準目標として現在目標とされている960時間によって年間1,200時間(年間46.5週換算で週当たり25.8時間)を提案する。諸氏のご意見を待ちたい。

## おわりに

医師の働き方改革は、医師の人件費を抑制する意義がある一方で、医療の質を低下させてはならない。医師は労働者であることを意識し、チーム医療や医療の効率化、国民の意識改革を同時に進めることが重要である。本稿ではC水準が医師の研修に十分、との結論には至らなかった。日本においてはタスクシェアが米国ほど普及していない<sup>9),10)</sup>ため、C水準の必要性についても、1,860時間を段階的に減少させながらプログラム卒業生が関わった患者アウトカムを評価しなければならない。なお当院では休職者の増加が新たな課題として浮上しており、労働時間の上限規制だけでなく、仕事の質や満足度<sup>23)</sup>についての配慮も重要と認識した。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省:医師の働き方改革. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001129457.pdf> (accessed 2024 Sep 26)
- 2) 厚生労働省勤務時間インターバル制度について <https://www.mhlw.go.jp/content/11201250/000939799.pdf> (accessed 2024 Sep 26)
- 3) Wada H, Basner M, Cordoza M, et al: Objective alertness, rather than sleep duration, is associated with burnout and depression: A national survey of Japanese physicians. *J Sleep Res* 2024; e14304.
- 4) Temple J. Resident duty hours around the globe: where are we now?. *BMC Med Educ* 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S8.
- 5) 翁百合, ベールエリック・ヘーグベリ, 宮川絢子:スウェーデンはなぜロ

- クダウンしなかったのか。NIRAオピニオンペーパー 2020;No.52: 2020.08.31. <https://nira.or.jp/paper/opinion-paper/2020/52.html> (accessed 2024 Oct 30)
- 6) 厚生労働省:令和6年版厚生労働白書. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/23/dl/zentaipdf>(accessed 2024 Sep 26)
  - 7) Hirshkowitz M, Whitton K, Albert SM, et al: National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health* 2015; 1(1): 40-43.
  - 8) Jena AB, Farid M, Blumenthal D, et al: Association of residency work hour reform with long term quality and costs of care of US physicians: observational study. *BMJ* 2019; 366: 14134.
  - 9) Jena AB: Is an 80-Hour Workweek Enough to Train a Doctor? *Harvard Business Review* 2019 July 12 <https://hbr.org/2019/07/is-an-80-hour-workweek-enough-to-train-a-doctor> (accessed 2024 Sept 26)
  - 10) Nakahara S, Nagao T, Nishi R, et al: Task-shift Model in Pre-hospital Care and Standardized Nationwide Data Collection in Japan: Improved Outcomes for Out-of-hospital Cardiac Arrest Patients. *JMA J* 2021; 4(1): 8-16.
  - 11) Das S, Grant L, Fernandes G: Task shifting healthcare services in the post-COVID world: A scoping review. *PLOS Glob Public Health* 2023; 3(12): e0001712.
  - 12) Desai SV, Asch DA, Bellini LM, et al: Education Outcomes in a Duty-Hour Flexibility Trial in Internal Medicine. *N Engl J Med* 2018; 378(16): 1494-1508.
  - 13) 厚生労働省:第20回医師の働き方改革に関する検討会議事録. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000526063.pdf> (accessed 2024 Oct 25)
  - 14) GemMed:研修医等の労働上限特例(C水準). 根拠に基づき見直すか, A水準(960時間)目指すわけではない—医師働き方改革検討会(2)2019 <https://gemmed.ghc-j.com/?p=25360>(accessed 2024 Oct 20)
  - 15) 植山直人:勤務医の労働と働き方改革]. *医療福祉政策研究* 2020; 3: 49-59.
  - 16) 西崎祐史:研修医の働き方改革⑥—研修医の労働時間と自己研鑽時間の関連性. *週刊日本医事新報* 2022; 5123: 58.
  - 17) Nagasaki K, Kobayashi H: The effects of resident work hours on well-being, performance, and education: A review from a Japanese perspective. *J Gen Fam Med* 2023; 24(6): 323-331.
  - 18) Numata Y, Matsumoto M: Labor shortage of physicians in rural areas and surgical specialties caused by Work Style Reform Policies of the Japanese government: a quantitative simulation analysis. *J Rural Med* 2024; 19(3): 166-173.
  - 19) 公益財団法人日本医療機能評価機構:厚生労働省補助事業, 医療の質向上のための体制整備事業, 医療の質指標基本ガイド ~質指標の適切な設定と計測~(案)2022年3月14日版. <https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2022/03/b956f5a7438d2ca71a7234287239b6d0.pdf>(accessed 2024 Nov 15)
  - 20) 西崎寿美, 桑原進:医療の質の変化を反映した価格の把握手法に関する研究. *経済分析* 2023; 207: 220-249.
  - 21) 下村欣也, 久保亮一:病院経営におけるコスト構造の定量分析—国立病院機構の黒字病院と赤字病院とのグループ間比較—. *日本医療・病院管理学会誌* 2011; 48(3): 5-12.
  - 22) Patel S, Alshami A, Douedi S, et al: Improving Hospital Length of Stay: Results of a Retrospective Cohort Study. *Healthcare (Basel)* 2021; 9(6): 762.
  - 23) Koike S, Wada H, Ohde S, et al: Working hours of full-time hospital physicians in Japan: a cross-sectional nationwide survey. *BMC Public Health* 2024; 24(1): 164.
  - 24) Nishimura Y, Miyoshi T, Obika M, et al: Factors related to burnout in resident physicians in Japan. *Int J Med Educ* 2019; 10: 129-135.
  - 25) 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): e006348.
  - 26) 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.
  - 27) Eskander J, Rajaguru PP, Greenberg PB: Evaluating Wellness Interventions for Resident Physicians: A Systematic Review. *J Grad Med Educ* 2021; 13(1): 58-69.
  - 28) Yamashiro T, Kumamaru KK, Kido A, et al: Work-style reform and use of information and communication technology among diagnostic radiologists in Japan: results of the 2018 JRS/JCR joint survey. *Jpn J Radiol* 2020; 38(7): 636-642.

# 宿日直許可の取得を経て医師の働き方改革実現へ —山間へき地小規模病院の立場から—

国民健康保険飛騨市民病院 管理者兼病院長 黒木嘉人

## 抄録

2017年12月の労働基準監督署の立入検査により宿日直が許可されず、遑って時間外手当の支給が命じられた。宿日直をすべて時間外労働扱いとしながら診療を継続することは多額の人件費支出を要し、小規模病院としては経営に大きな影響を与えるため、時間外受診を控えるよう地域住民への理解を求めた。2019年4月から新たに着任した労働基準監督署長と担当官に地域医療の危機的状態への理解を得た。宿日直担当医師を増員し、時間外診療が減った等の実績を報告し、2019年9月に宿日直許可を得た。さらに初期研修医と常勤医の増加により、主治医チーム制を導入して時間外勤務が減少し、医師の働き方改革が実現した。

## 特集

### はじめに

2024年4月から医師の働き方改革が法令として施行されることとなり、地域医療の現場においてさまざまな影響が懸念されている。その中で医師の時間外勤務を遵守するためには、宿日直許可の有無が大きな要因となっている。現在は医師の働き方改革が実効性のあるものとなるように厚生労働省としては、労働基準監督署に対しては、宿日直許可申請に関する相談があった場合には、医療機関の実情を踏まえて、寄り添いながら丁寧な対応をするよう指示をし、安心して相談できるように努めており、困った際には、医療勤務環境改善支援センターも活用することが可能と、大変支持的な方針となっている<sup>1)</sup>。

本稿ではそういった支援が得られる以前の時期に、当院が「宿日直許可取得」に取り組んで、医師の働き方改革実現に向けた努力を行った経緯について報告する。

### 飛騨市民病院の概要

飛騨市は岐阜県最北部にあって富山県との県境に位置し、人口約21,000人で、山林が92%を占めるへき地である。かつて神岡町は、東洋一の鉱山として栄えた町で、街のあちこちには当時の栄華を極めた名残がある。現在は鉱山の地下空間を利用した世界最先端の宇宙科学研究施設(カミオカンデ、2世代目のスーパーカミオカンデ、3世代目でさらに大型のハイパーカミオカンデが建設中、重力波研究施設KAGRA)がある。当院のある神岡町の人口は約7,100人で高齢化率が47%を超えている。

1943年に産業組合立高原診療所が誕生し、その後いくつかの変遷を経て1949年に国民健康保険神岡町病院に、そして2004年には国民健康保険飛騨市民病院(99床)となった。2021年2月には地域包括ケア病床を増床した81床〔一般病床54床(うち地域包括ケア病床20床)、医療療養型病床27床〕にダウンサイジングしている。2024

年10月時点で常勤医は7名。外来診療科は17科あり、常勤医の担当は内科，外科，小児科，総合診療科，緩和ケアで，その他に循環器内科，呼吸器内科，腎臓内科，糖尿病内科，整形外科，脳神経外科，婦人科，耳鼻咽喉科，眼科，皮膚科，泌尿器科，心臓血管外科は富山大学および富山市内の西能病院からの非常勤医師が担当している。二次救急指定病院を告示しており，当院は救急・急性期から慢性期，保健，在宅医療までオールインワンの地域包括医療・ケアを実践し，地域に無くてはならない病院である。

## 労働基準監督署の立入検査

2017年12月に突然，労働基準監督署の立入検査があり，宿日直は許可しないとの是正勧告を受けた。神岡町病院時代には宿日直許可はおりていたものの，それは認められず，2017年9月に遡及して宿日直時間帯の時間外勤務の割増賃金を支払うようにと指導された。当時は，厚生労働省として全国統一の明確な判断基準も確立されておらず，各地区の担当官の判断に委ねられていたのが実情であった。その翌2018年になって3ヵ月分の時間外診療の実績を提出し，再度申請をした。しかし労働局の上層部までの稟議により，最終的にやはり宿日直は認可できないとの回答であった。

立入検査がなされた時点で当院の常勤医師は4名であり，1人あたり月8回程度の宿日直をしていた。看護師への時間外手当も合算すると，61名に対して2017年9月から12月の3ヵ月分の追加の割増賃金だけでも1,321万円を支払い，その後も毎月400万円程度の負担が増え，病院経営に大きな影響を与える事態となった。時間外勤務抑制のために，やむなく病院長を含めた管理職が多く宿日直を行い，病院長は最高で月11回も行った。

## 救急医療存続の危機に

このような状況下で二次救急指定医療機関として24時間365日の救急患者受入態勢を継続

することは，一方で多大なる時間外手当が発生し病院経営を大きく圧迫することになる。最悪で経営破綻にもつながりかねないことが危惧され，それだけでなく救急医療の中止や縮小は地域住民の生命をも犠牲にする可能性があった。

当院の医療圏は飛騨市神岡町と高山市の一部（上宝町，奥飛騨温泉郷）を含めた約11,000人を対象人口としており，当院以外の二次三次の救急医療期間へは高山市と富山市へいずれも車で1時間を要する地域であり，当院は広大な飛騨北部のへき地の救急医療体制を守る使命がある。

以下に時間外勤務改革へのプロセスについて述べる。

## 住民への 時間外受診抑制への啓発活動

医師の働き方改革と救急医療の存続には大きなジレンマとなった。まずは地域住民へ現状を知っていただくために，住民代表の集まる集会等を通して病院のおかれた状況について各町内へ周知していただく活動を行った。地域住民の皆さんには，医師も「労働者」であり時間外勤務時間は制限されているので，できる限り時間内に受診していただくことをお願いした。さらには医師からの病状説明なども時間内にしていただくようお願いした。

また当院には地域住民の支援団体「飛騨市民病院を守る会」(会員数約500名)がある。その広報誌などを通して周知活動を行っていただいた。これらの啓発活動により住民の皆さんから理解が得られ，患者さんからは休日や時間外に受診を控える意識が浸透していった。実際に患者さんからは，平日の時間内になるまで受診を待っていましたとの声も聞かれるようになった。時間外受診患者数は2019年以降には新型コロナウイルス感染症の影響も一時的にあったものの，以前より減少した(図1)。

## 宿日直の医師確保

医師1人当たり宿直勤務は週1回，日直勤務

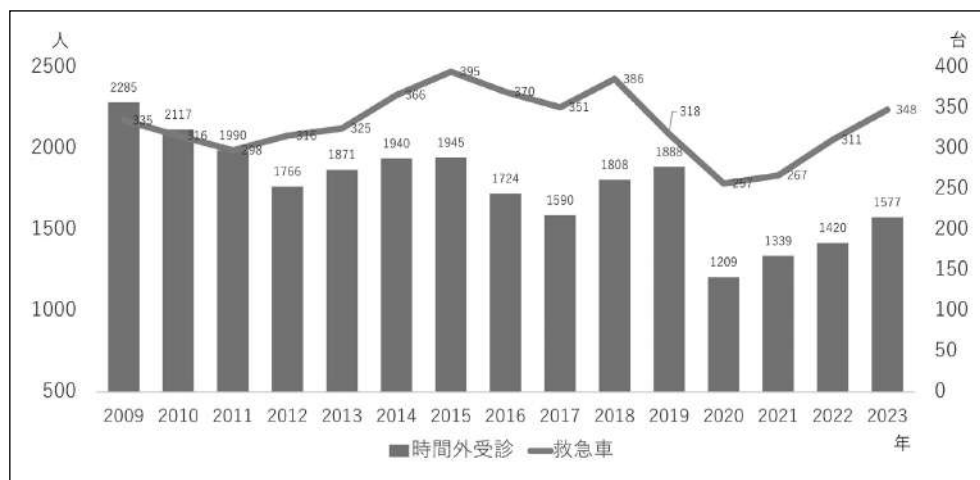


図1 時間外受診患者数と救急車

は月1回までが限度とされるため、宿日直勤務に従事する医師数の確保が必要である。2018年度から地元出身の医師が常勤医として就職したため常勤医師が4人から5人に増えた。小児科医であるが、内科医、外科医の常勤医師がバックアップすることで全科宿日直勤務を受けた。そして宿日直勤務の非常勤医師の増員に努めた。2018年までは富山大学内科と外科の医局から6コマの派遣であったが、近隣で普段から外科医同士で友好関係にあった高山赤十字病院外科部長に実情を説明して、2019年より宿日直に高山赤十字病院外科医の派遣協力を得ることができた。さらに当院に勤務経験のある高山市の国保診療所医師にも協力を得て12コマに増やすことができた。

### 労働基準監督署への再交渉から宿日直許可へ

2017年の労働基準監督署の立入検査後に宿日直許可の再申請を行うも受諾されなかったが、折しも2019年度になり労働基準監督署長と担当官が交代となった。新たに赴任された署長と担当官に、地域医療存続の危機的状態である現状について飛騨市長および病院長から説明理解を得ることができた。

そこで改めて労働基準監督署の指示に従い時間外診療の実績を詳細なデータとしてまとめた。毎日の時間外における受診患者数の実績や、

診療に要した時間を医師、看護師ともに詳細に記録した。宿日直のシフト表や、宿直室がゆっくり休養できる環境であるなど必要書類をまとめた。結果、休日時間外には診療に費やす時間がわずかであり、とりわけ深夜帯には受診患者数は非常に少ない実態を報告した。これらの報告を受けて2019年9月からようやく宿日直許可を得ることができた。これがこれから先の医師の働き方改革への最も大きな要因となった。

### 教育研修推進による医師確保

医師の働き方改革には、とにかく医師の数を確保することが肝要である。しかしながら、大学医局へ派遣を要請しても当院のような小規模病院に派遣を得ることは困難な状況である。2005年には12名いた常勤医は新医師臨床研修制度の影響で減少し、ついには2013年度には3名となった。そこで医師確保のために医師を自分たちで育てる方針を打ち出し、教育研修事業として「神通川プロジェクト」を2012年より開始した。「神通川プロジェクト」は学生・研修医・指導医などの人材は富山県から、資金(地域医療確保事業費補助金)は岐阜県からと、県を超えたコラボレーションによる事業である。当初は富山県との人的交流であったが現在では、岐阜県、富山県、愛知県と拡大している。

まず富山大学の医学生を2024年度までに171名(うち3ヵ月長期実習生4名)、岐阜大学の医

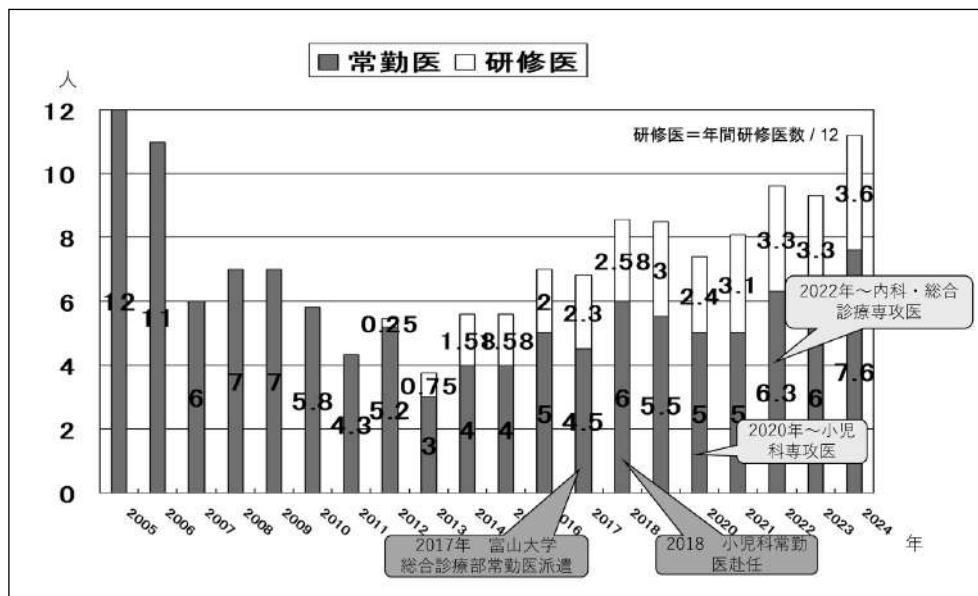


図2 医師不足からのV字回復

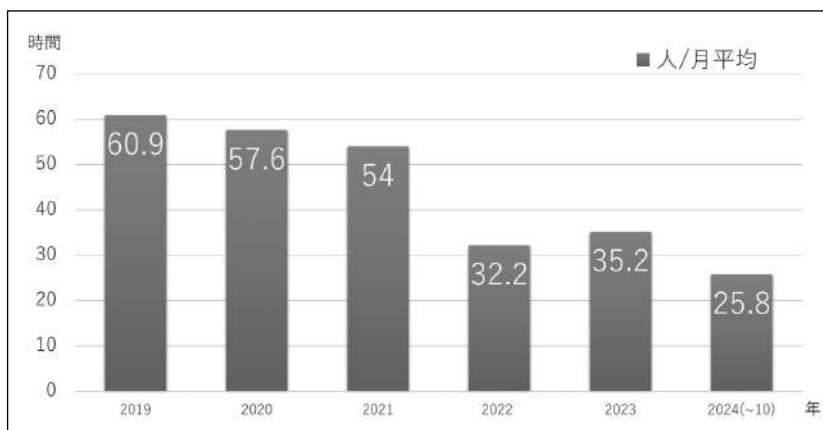


図3 医師の時間外勤務時間月平均

学生30名を受けた。そして初期研修の地域医療研修受け入れを積極的に進めて、2024年度には10施設から年間のべ43名の受け入れをするようになった。常勤医も2017年度からは富山大学総合診療科からの派遣、2018年度には地元出身の小児科医の赴任、2020年度からは小児科医の専攻医、2022年度には内科および総合診療の専攻医も受け入れるようになった。研修医が年間を通して3～4名程度いるために、常勤医数とあわせて医師が10名程度確保されたことになり、最低3名だった医師から10年かけ「V字回復の逆転劇」となった<sup>2)-5)</sup>(図2)。

## 主治医チーム制へ

このように、医師が増えたことで2022年度から病棟主治医チーム制とした。これまでは土日休日でも各主治医が病棟患者の回診をしていたが、入院患者を毎朝のカンファレンスにて全員で情報共有して、土日休日、夜間時間外は宿日直医もしくはオンコール医師が病棟回診や急変時対応や、看取りも行うこととしたため、わざわざ申し送りをしなくとも休暇が取りやすくなった。時間外勤務時間は2019年度の月別平均値が60.9時間であったが、2024年度(10月時点)は25.8時間まで短縮した(図3)。年次休暇も年7回は最低確保している。

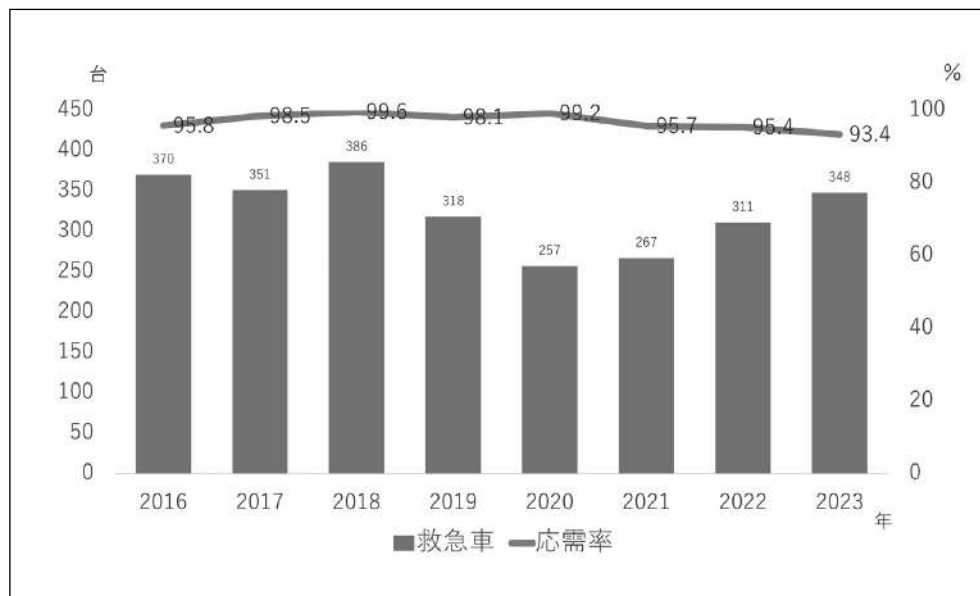


図4 救急車受入件数・応需率

## 救急医療の存続

多くの初期研修医を確保できたことで、初期研修医が救急ホットラインを持ちながら救急の初期対応を行い、また高次医療機関への転院搬送にも救急車に同乗するなど、初期研修医の活躍が大きな戦力となった。二次救急指定病院として救急車の受け入れは年間約320台、救急車の応需率は95～99%と「原則、断らない救急」を維持することができた(図4)。

## まとめ

宿日直許可までの経緯には、住民の協力、近隣の医療機関の協力が大きな要因であった。さ

らに教育研修、人材育成が医師確保につながり、医師の働き方改革が実現できた。

## 参考文献

- 1) 厚労省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001292653.pdf>(accessed 2024 Dec 2)
- 2) 黒木嘉人:臨床研修 新たな地平を拓く-飛騨市民病院内の研修医劇的増加につながった神通川プロジェクトの成果. 地域医療 2017; 55(2): 160-164.
- 3) 黒木嘉人:国保直診新時代への挑戦-存続可能な地域医療への挑戦. 地域医療 2019; 57(1): 26-29.
- 4) 黒木嘉人:地域に必要な病院総合医とは 研修医, 多職種, 住民とともに歩む小規模病院の取り組み. 病院 2020; 79(8): 590-594.
- 5) 黒木嘉人:初期研修医が年間40名集まる県北部へき地病院-神通川プロジェクトと里山ナース-. 月刊地域医学 2023; 37(6): 606-611.

# J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました!

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

## ● J-STAGEとは

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

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

## ● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

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

J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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

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

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。

ぜひ、ご活用ください。



# 常駐医師不在の離島における終末期医療

栗林 完<sup>1)</sup> 永井慎昌<sup>1)</sup> 平田悠哉<sup>1)</sup> 奥田依里<sup>1)</sup> 里園秀之<sup>1)</sup>

鹿児島県鹿児島郡十島村は、有人7島，無人5島からなる人口674人(2024年8月時点)の村である。常駐医師は不在であり，終末期医療に際して医療資源，介護力，制度の面で問題が生じる。島で経験した看取りを通して離島における終末期医療の課題を考察する。島民の希望に沿った最期を迎えるためには，行政・医師・診療所の連携が不可欠である。また遠隔死亡診断の普及により終末期医療の選択肢が広がらう。

KEY WORD 遠隔死亡診断，離島医療，看取り，遠隔医療

## I. 背景

日本の高齢化率は28.8%(2020年時点)であり，世界一の高齢社会になっている。高齢化が進む日本において，幸福な最期を迎えるために終末期医療の体制構築が急務である。治る見込みがない病気となった場合，最期を迎える場所として病院，介護療養型医療施設，老人ホームよりも自宅を希望する人が多い<sup>1)</sup>。しかし，実際の自宅死亡率は17.4%に留まっており<sup>2)</sup>，希望に沿った最期を迎えることは難しい。

離島においては，医療資源，介護力，制度の面で住民の希望に沿った終末期医療を行うことがさらに困難である。今回は，常駐医師不在の離島で看取りを経験したので，終末期医療の体制構築における課題に関して考察する。

## II. 概要

### 1. 生活状況

鹿児島県鹿児島郡十島村は，7つの有人島(口之島，中之島，諏訪之瀬島，平島，悪石島，小宝島，宝島)および5つの無人島からなる人口674人(2024年8月時点)の村である。交通手段としては，週2便の村営フェリーのみだったが，2023年10月より鹿児島空港と諏訪之瀬島を週3回結ぶセスナ便が就航した。しかしながら，定員数(3名)や重量制限を考慮すると，村営フェリーが依然として移動手段の中心となっている。

### 2. 医療提供体制

有人島には各島診療所に看護師が常駐している。2024年8月より各島2名体制となった。北から数えて4島には鹿児島赤十字病院から月2回の巡回診療を行っている。残りの3島に関し

1) 鹿児島赤十字病院総合診療科  
(筆頭著者連絡先：〒891-0133 鹿児島県鹿児島市平川町2545 鹿児島赤十字病院総合診療科)

原稿受付2024年10月2日/掲載承認2024年12月9日

◆目次	1)目的 2)看取りに至るまでの対応について 3)予後把握後の対応 4)支援ネットワークの構築 5)住民への普及啓発・情報提供 6)その他
◆様式	様式1：これからの過ごし方と看取りにおける確認事項 様式2：同意書 様式3：十島村における終末期ケア医療に関する説明と同意
◆付録	付録1：看取りにおける各職員の対応および事務手続きの流れ 付録2：死亡診断書および死体検案書の添付のない死亡届の提出処理について 付録3：※改定につき消去 付録4：申述書 付録5：看取り事務マニュアル作成・運用に関する関係機関などの協議 付録6：運用に関する協議・看取りマニュアル改定の主な内容

図1 十島村における看取り事務マニュアル

ては鹿児島赤十字病院および鹿児島県立大島病院から月2～3回の巡回診療が行われている。2024年7月より中之島にのみ月の半分、医師が駐在するようになったが、各島への常駐医師派遣は実現していない。

診療所に配置されている検査機器は心電図計、ベッドサイドモニター、簡易尿検査、迅速血糖測定器のみである。急患発生時にはスマートフォンアプリのJoin(アルム社)を用いた遠隔診療を行っている。島内に入院施設がないため、入院を要する患者は必然的に島外への搬送が必要となる。搬送手段は定期船フェリーとしま2、高速観光船ななしま2、海上保安庁巡視船、各種ヘリコプター(救急医療用、自衛隊、県防災、海上保安庁)がある。重症度、緊急度、天候を加味して搬送手段を決定する。

### 3. 終末期医療体制

終末期の定義は、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、の3つの要素が揃う場合とされている<sup>9)</sup>。常駐医師不在のため、輸血、血液製剤の使用や緊急の

腹水・胸水穿刺は行えないなど島内での終末期医療にはさまざまな障壁が生じる。島民の希望に沿った終末期を迎えるために、2013年に行政主導で看取りに関する事務マニュアルが作成された。島民が終末期と判断され島での療養を希望された場合のフローチャートや死後の対応に関して記載されている(図1)。村内には火葬場がないため、遺体は島外への搬送を要し、搬送までの間はドライアイスを用いて島内で安置される。

## Ⅲ. 症例

60歳代男性。X-2年に他院で行った腹部超音波検査で右腎腫瘍を指摘され、精査により右腎癌と診断された。同年に県本土A病院でロボット支援下右腎部分切除術を行ったが、術後半年の検査で再発を指摘された。再発に対して県本土B病院で化学療法を行っていたが、離島からの通院であるため従来通りの治療が困難だった。X年Y-6月の検査で腹壁転移、肺転移、下大静脈内腫瘍栓、多発骨転移を指摘された。骨転移に伴う右股関節痛があり、同月よりトラマドールが開始された。疼痛増大のためX年Y-3月よりオキシコドンが導入された。X年Y-4月に疼痛増悪のためB病院に入院した。島との往復が苦痛と

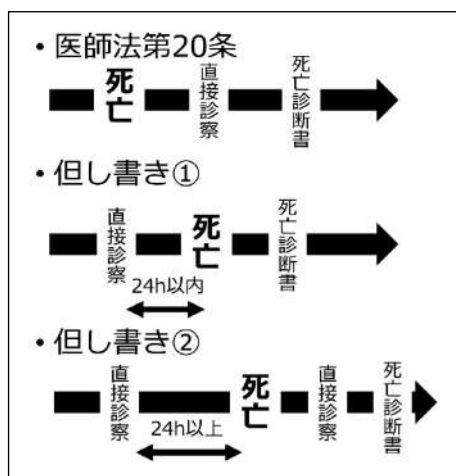


図2 医師法第20条に基づく死亡確認

なっており、今後は緩和ケア対応が行える県本土施設に拠点を移すことを考慮していた。一方で体力が残っているうちに島に戻りたいという希望があり、一時帰島に備え環境調整を行う必要があった。X年Y-3月に本人、家族、役場、巡回診療医師の話し合いの上、島内での急変時は心肺蘇生やヘリコプターによる搬送を行わないことへの書面同意を得た。また歩行機能低下に対するシニアカー導入も視野に介護保険の申請も行った。X年Y-2月に本人、診療所スタッフ、巡回診療医師、県本土病院の医師、役場を含めた多職種カンファレンスを行い、一時帰島の方針となった。X年Y-1月に化学療法のためB病院へ入院し、同月自宅退院した。X年Y月に呼吸苦が出現し、体動が困難となり、同月永眠された。死亡確認および死亡診断書作成は在島していた巡回診療所医師により行われた。

#### IV. 考 察

本症例を通じて、医療資源に乏しい離島での看取りにおける課題を考察する。中尾<sup>9)</sup>らは常駐医師不在の離島での在宅看取りに必要な要因として①家族の介護力が十分にあること、②巡回医師が常に遠隔診療可能であること、③疼痛のコントロールが可能であること、④死亡時の診断、⑤訪問看護が24時間対応可能であること、の5つを挙げている。これらの要因を参考に本症例での看取り体制に関して述べる。

本症例は高齢者の2人暮らしであり、親族も島内や県本土にいないため介護力が乏しい状況だった。そのため帰島時は診療所看護師による1日2回の訪問、内服管理、入浴支援を行った。看護師2人体制であり訪問が24時間継続できる体制となっていた。また従来のビデオモニターを用いた遠隔診療システムに加え、2022年度からはJoinを導入し、常に医師による遠隔診療を可能にしていた。Lunneyら<sup>9)</sup>による病状経過の予測において、悪性腫瘍の患者は最期の数ヶ月で急速に身体機能が低下するとされている。離島から通院ができなくなってから、自宅環境整備を始めても間に合わない可能性があり、早期から行政、診療所、B病院の連携を図っていた。疼痛に対するオキシコドン<sup>10)</sup>は診療所看護師による服薬管理を行っていたが、内服困難となった場合に備えて経皮オピオイド製剤への切り替えも検討すべきであった。点滴麻薬製剤の使用は常駐医師不在の離島においては今後の課題となる。

本症例は医師が在島していたため、死亡診断に関して大きな問題は生じなかった。十島村においては医師不在時の対応に関して考慮しておく必要がある。医師法第20条では、医師が自ら診察をしないで死亡診断書を作成することが禁止されている。しかしながら、十島村では医師が島内にいないケースが大半であり、死亡診断書の作成に不都合が生じる。但し書きとして、医師が死亡に立ち会っておらず、生前の診察後24時間経過した場合であっても、死亡後改めて診察を行い、生前に診療していた傷病に関連する死亡と判断できる場合には死亡診断書を交付できるとされている(図2)。そのため条件を満たせば、十島村でも死亡診断書作成は可能である。また2017年に厚生労働省より発表された「情報通信機器(ICT)を用いた死亡診断等ガイドライン」により一定の条件(図3)を満たせば法医学の研修を受けた看護師が診断に必要な情報を報告すれば、医師が直接対面せずに死亡診断を行えるようになった<sup>9)</sup>。同制度により、死亡後の長時間保存・長距離搬送が必須でなくなった。看護師による死亡診断が承認されている国はイ

- ①医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること
- ②終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師と十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
- ③医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること
- ④法学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三徴候の確認を含め医師とあらかじめ決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
- ⑤看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等の ICT を活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

図3 ICTを用いた死亡診断の要件

ギリス、カナダ、スウェーデンである<sup>7)</sup>。十島村では、2024年9月時点で1名のみが研修を受講済みである。

一方で普及には多くの課題が残されている。Sugiyamaら<sup>8)</sup>は日本で初めての遠隔死亡診断の報告を行ったが、①事故や殺人の可能性を遠隔で除外しなければならない、②直接の死亡診断の際と、同程度の情報を画像共有により用意しなければならない、③遠隔死亡診断に必要な研修コースを修了するために時間と費用がかかる、④住民への自治体や医療機関による遠隔医療に関する十分な説明が必要なこと、を問題点としている。また為永ら<sup>9)</sup>が行った調査によれば、通常医師が直接行くとされている死亡診断の責任が重いこと、医師による直接の死亡確認がないことを家族が受け入れない可能性があることが普及を妨げる課題とされている。医療関係者のみならず一般市民への周知を継続し、制度の普及につなげる必要がある。今後の制度普及に伴い住民たちの看取りに際した選択肢が広がる可能性がある。

提供できる医療資源に限りがある離島で終末期を過ごす患者・家族には常に不安が伴う。前述した離島で看取りを行うための要素に加えて、住民の思いに耳を傾け、寄り添うことがより良い終末期医療の提供には不可欠である。技術の発展に伴い、人工知能や遠隔医療が導入されたとしても、変わらない姿勢である。

## V. 結語

常駐医師不在の離島において島民の希望に沿った看取り対応を行うには、関係機関同士の連携が不可欠であり、遠隔死亡診断の普及により看取りに際した選択肢が広がる可能性がある。

## VI. 倫理的配慮およびCOI

論文発表に際して本症例の家族に了承を得た。発表に際した報告すべきCOI発生はない。

### 参考文献

- 1) 内閣府：令和5年度高齢者の住宅と生活環境に関する調査結果（全体版）。
- 2) 厚生労働省：人口動態調査（令和3年度）。
- 3) 厚生労働省：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～。
- 4) 中尾祐樹，永井慎昌，柳和寿，他：常駐医師不在の小規模離島での行政機関と連携した終末期医療。日本プライマリ・ケア連合学会誌 2018；41(2)：78-81。
- 5) Lunney JR, Lynn J, Hogan C: Profiles of older medicare decedents. J Am Geriatr Soc 2002; 50(6): 1108-1112.
- 6) 厚生労働省（2017）：情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン。https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20170921\_2.pdf. (accessed 2024 Aug 16)
- 7) 柳井圭子：看護師の役割拡大に向けて「情報機器通信（ICT）を利用した死亡診断の補助」の看護ケア。日本看護倫理学会誌 2020；12(1)：20-29。
- 8) Sugiyama K, Yanaka S, Yasuda T, et al: Remote Death Certification Using Telemedicine in Japan. Intern Med 2022; 61(8): 1291-1294.
- 9) 為永義憲，蒔田寛子，藤井徹：ICTを用いた遠隔からの医師の死亡診断に関する訪問看護師の認識。日本看護科学会誌 2020；40：244-251。

# へき地診療所におけるオンライン診療 (D to P with N) の実践と課題, 展望 — 診療報酬改定(令和6年6月からの診療報酬改定で新設 された看護師等遠隔診療補助加算)を受けて —

中嶋 裕<sup>1),2)</sup> 上田貴志<sup>1)</sup> 高橋 史<sup>1)</sup>

KEY WORD へき地医療, オンライン診療, 看護師等遠隔診療補助加算, D to P with N

## I. はじめに

山口市徳地(旧徳地町)は人口およそ5,000名, 高齢化率は50%を超える。山口市徳地診療所は地域で唯一の常勤医のいる診療所である。徳地診療所では, 2021年開設当初からNP外来<sup>1)</sup>, 2023年4月からPT外来<sup>2)</sup>, 2023年10月から無医地区への医療MaaS<sup>3,4)</sup>の導入など限られた医療資源を有効活用し, さらにより良い医療, 看護を地域に届けたいという思いで, できることに少しずつ取り組んできた。

2024年6月の診療報酬改定において, へき地診療所等が実施する遠隔診療(以下, オンライン診療)「D to P with N」の加算が新設された。これは, へき地医療において, 患者が看護師等といる場合のオンライン診療(D to P with N)が有効であることを踏まえ実現したもので, へき地診療所およびへき地医療拠点病院において, 適切な研修を修了した医師が, オンライン診療を実施し, なおかつ患者の側に看護師等がいる体制を確保している場合に, 情報通信機器を用いた場合の再診料および外来診療料に看護師等遠隔診療補助加算を算定できる。

当診療所では, オンライン診療に2024年6月以前から取り組んできていたこともあり, 診療

報酬改定のタイミングから看護師等遠隔補助加算を算定したオンライン診療を実践している。今回は, 実践した事例を示しながら実際の運用方法, 効果と課題を医師・看護師の視点で述べる。そして, 本報告がへき地におけるオンライン診療を実践するための参考になり, プライマリ・ケア活動の充実につながっていくことを期待する。

## II. オンライン診療以前の現状

### 1. 外来診療時間内の急変対応

訪問診療で対応している患者の症状が悪くなり, 診療時間内(以下, 外来中)に看護師や家族から電話相談があるようなシチュエーションである。当診療所は外来診療を医師一人でやっていることが多く, 外来中には自宅の容体変化に往診対応ができなかった。また電話では, 状況把握が難しく, 治療方針を判断できる情報が得られないことが多かった。現場医師は, 電話での意思決定支援を難しいと感じていた。

### 2. 安定している訪問診療

病状が安定しており, コミュニケーションを良好に取ることができる患者やその傍らにっ

1) 山口市徳地診療所, 2) 山口県立総合医療センター へき地医療支援部  
(筆頭著者連絡先: 〒747-0231 山口県山口市徳地堀1561-1 山口市徳地診療所)

原稿受付2024年9月26日/掲載承認2024年12月9日

表1 オンライン診療の場合分け

	Case1	Case2-1	Case2-2
時間	外来診療時間	訪問診療時間	
対象患者	定期的に訪問診療を行っている		
対象患者の場所	自宅		施設
緊急度	中	低	低
状況	療養継続に迷う	定期受診	
現地メンバー	患者+家族	患者	患者+施設スタッフ
診療所メンバー	看護師1名	看護師1名+事務1名	看護師2名

かりとした介護者がいて日常の様子など容易に聴取できる患者において、通院の苦勞が大きいという要因だけで訪問診療しているシチュエーションである。

### Ⅲ. オンライン診療の場合分け(表1)

オンライン診療を前述した2つのシチュエーションに対して実施した。1つは、外来中の急変対応で、看護師がまず患者の自宅に駆けつけて状況を把握し、外来診療の合間に医師から現地にオンラインでつなぐ場合である。もう1つは、状態が安定している訪問診療を行っている患者で、通常の訪問診療として設定している時間に看護師と事務が現地に赴き、診療所にいる医師がオンラインでつなぐ場合である。

### Ⅳ. オンライン診療への懸念

#### 1. 全体の視点から

診療所では、先行して医療 MaaS を用いたオンライン診療を行っており、設定された環境下でのオンライン診療の経験をしていた<sup>3,4)</sup>。今回のオンライン診療は、設備が医療 MaaS のように設定されていない自宅や施設といった状況下で看護師が主体となり、現地で問診、フィジカルアセスメントを行う。これまではこのような設定で医師は、オンライン診療を組み合わせることで、そのまま経過を見る、医師が緊急往診する、すぐに診療所や他の病院に搬送するといった判断ができるかは不明だった。また、安

定した状態の患者への訪問診療をオンライン診療に切り替えた場合は減収になり、運営上のインパクトが大きいかもしいろと考えていた。

#### 2. 看護師の視点から

現場で活動する看護師は、オンライン診療（D to P with N）に、不安を抱いていた。1つ目は、患者や介護者がオンラインでの診療に抵抗感を抱くのではないかと、ということである。オンライン診療を利用する対象のほとんどが高齢者であり、インターネットやスマートフォンなどの普及率が高まったとはいえ、オンライン診療へのなじみは薄いと考えた。診療には高度なコミュニケーションが必要だが、画面越しの映像や音声に対して患者は抵抗を感じ、一定割合で患者や家族から拒絶されると予測した。2つ目は「伝える」ことの難しさである。オンライン診療であっても、医師が直接診ないことにより、患者に不利益を与えてはいけない。自分たち診療所の看護師にその能力があるかと不安を感じていた。3つ目は、機械トラブルへの対応である。当地は、山間部のために電波環境がよくない地域もあり、屋内に入ると携帯電話の通話もままならない場所も存在する。また慣れない高度な IT 機器は、さまざまなトラブルが発生する可能性がある。トラブルが発生した場合に現場にいる看護師は、対応できるかという不安があった。

## V. 看護師等遠隔診療補助加算への準備

### 1. オンライン研修の受講

厚生労働省の「へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修」「へき地における患者が看護師という場合のオンライン診療」を受講した。なお、講師は山口県立総合医療センター へき地医療支援センター、公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 原田昌範医師であった。

### 2. 厚生局への加算申請を届出

修了証を添付して、必要な書類を事務の方から厚生局に提出した。

## VI. システム概要

我々が利用するオンラインシステムについてその仕様を述べる。日本では Wemex 社が取扱いを行っている、Teladoc HEALTH View Point<sup>®</sup> を利用している。ホスト側は Windows, iOS で動作可能で、アプリをダウンロードすればよい。当診療所では診察室にある業務用ノートパソコン (Windows) で利用している。Teladoc HEALTH View Point<sup>®</sup> は、Windows Surface<sup>®</sup> を基盤にしているので実際には持ち運びが可能だ。通信は、診療所で契約した docomo データ通信モバイルルーターを利用している。

## VII. 看護師等遠隔診療補助加算を用いたオンライン診療の実際

看護師等遠隔診療補助加算を算定したオンライン診療を、開始して3ヵ月（令和6年6月～8月）のべ14件行った。年齢層は11件が70歳以上の高齢者で、シチュエーションは1件が緊急オンライン診療、残りの13件が定期訪問診療の代替であった。定期訪問診療の代替となるシチュエーションでは、3件が自宅、残り10件が施設だった。

## VIII. オンライン診療(D to P with N)の実際

### 1. 緊急オンライン診療

#### (1) 医師の視点と考え

緊急オンライン診療は、外来中の急変だった。90歳代の女性、定期的に訪問診療を行っている方だった。当日は発熱があり、グッタリしているが、どうしたらよいか分からない、という家族から電話相談であった。電話では状況や家族、本人の意向がはっきりせず、医師は医療的判断ができるまでの状況把握ができなかった。そのため、医師は外来中の看護シフトを確認し、看護師1名にオンライン診療デバイスを持参して患者宅へ訪問するよう指示した。患者宅に到着した看護師は、測定したバイタルサインと現地で聞き取った状況を電子カルテに入力した。電子カルテはクラウド型電子カルテのため、診療所にいる医師は、現地で看護師が入力した記録や状況が診療室で確認できた。現地の状況をカルテで確認した医師は、入院が望ましいと考えたものの、患者が超高齢であることを配慮すると希望に応じ自宅療養の可能性も検討した。医師は、患者宅にいる看護師へ電話でオンライン診療ができる状態にすることを指示して、診療所にいる医師のタイミングで外来診療を中断し、患者宅とオンラインでつないだ。

#### (2) 現地看護師の視点と考え

現地で活動した看護師は、患者と家族、医師の間に入り、まず家族と本人の心配を医師に伝えた。医師は、オンライン越しに患者と家族へ、現在の状況から入院適応があることを説明し、“無理せずに病院に行きましょうね”と伝えた。家族は、医師から直接説明があったことで、「先生に言われて安心して入院しようと思いました」という発言をした。現場看護師は、そういった言葉から当初は不安を抱いていた患者と家族が、オンライン診療により安心できた様子に変化したことを感じた。医師は家族へ、すぐに救急要請するように具体的に伝えた。家族は、オンライン診療終了後、自宅へ救急車を要請した。現地の看護師は、救急車に収容されるまで付き



写真1 Case2-1 (安定した患者の自宅から)

写真2 Case2- 2 (安定した患者の施設から)  
※白衣は、研修生が見学のため現地同行

添い，患者の状態を観察し声かけを行い，そのサポートをした。

## 2. 定期訪問診療の代替

### (1) 自宅でのオンライン診療

患者宅の1名は，50代女性（写真1）。家族と同居しているが，肢体不自由のため通院や移動には介護が必要な状態である。自宅からインターネットを用いて在宅勤務をしており，ITを日常的に利用している。患者は，オンライン診療について医師からの説明を受け，興味を示し，“看護師さんが来るなら安心できる”とのことでオンライン診療に同意された。オンライン診療での不自由はなく，定期薬の調整も順調にできている。

### (2) 施設でのオンライン診療

患者は，サービス付き高齢者住宅入居中で介護度が低く（写真2），患者の希望や施設また家族の都合などのため通院が困難との理由で，訪問診療を受けていた。当診療所は，訪問診療のために毎週施設へ訪問をしていた。当診療所の訪問診療が可能な時間は，午前と午後の外来診療の間の1時間30分である。そのため医師は施設に滞在する時間も限られ，1回の訪問で診察する人数を調整していた。病状が不安定な場合や急変の時は，往診対応することを約束した上で，月4回の施設に訪問していたものを，月2回を医師の訪問による対面診察，月1回をオンライン診療，月1回を予備日として特別なことがなければ訪問しないように変更した。オ

ンライン診療を行う前，施設に出向いた診療所看護師はバイタルサイン測定と問診を行う。患者がオンライン診療を受ける時には，診療所看護師，施設看護師が同席する。対面診療でも聞き返されるような難聴の方は，オンライン診療でも医師の質問に聞き返すことはあるが，それ以上の困難さは感じない。医師は，看護師の状況やバイタルサインの報告では不足している部分をオンラインで直接患者や施設看護師に確認したり，必要に応じて診療所看護師に再度所見の確認や問診の追加をするよう指示する。現地では，施設看護師と診療所看護師が患者の診療と一緒に同席することで，診療をそれぞれの看護師が共有する。このことによって施設から医師への問い合わせは，少なくなっている印象を受ける。処方内容や療養の方針の確認などは，カルテ情報を確認しながら看護師同士のコミュニケーションを取ることで解決できているからだと考える。比較的安定している介護度の低い患者へオンライン診療を行うことで，対面で診察する対象患者が減った。そのため1回に診察する患者の数を制限しなくても，訪問診療として設定している時間内に訪問診療ができるようになった。また，月1回は訪問せずに済むようになったため，訪問診療の時間と同時刻に開催されていた地域ケア会議へ参加できるようになった。

## IX. オンライン診療について活動する看護師からの実感

高齢者や介護者の抵抗感は聞かれず、患者はオンライン診療を驚くほどに自然に受け入れていた。使用するデバイスの性能の良さもあると思うが、画面の前に座った患者は自然に画面越しの医師と会話できていた。しかし、オンライン診療では、医師と患者の話し出すタイミングが重なったり、医師の話す内容が端的になりすぎて患者に伝わっていないと感じる場合は発生している。患者が医師に対して“はい”と返事をして、オンライン診療が終了して確認すると、“あまりよく分からなかった”と看護師に聞き直す場面があったことから、看護師は患者が医師の言葉や診療の内容が理解できていない状況が発生し得ると感じた。看護師は、それを察知して患者や医師へそれぞれ合図を送り、話し始めるタイミングを調整し、必要な発言を要約し、伝え直す。オンライン診療でこのような状況が生まれるのは、対面診察において医師は、そういった患者の様子を察知し、言い直し、間合いをとっているが、オンライン診療ではそういった間合いを感じとりにくい場面があるからだ考える。現地で対応する看護師は、そういったオンラインの特徴を理解して、現地で看護師の理解と技術を高め続けていく必要があることを痛感している。

機器トラブルへの対応に関しては、電波状態の不良による電子カルテの不具合や機器のバッテリー不足の問題などがあったが、チェックリストを作成し、技術的な分からないことはベンダーに電話で確認するなど対応を繰り返した。ある程度現場で対処できるようになってきて、診療に大きな支障は起こっていない。普段からの準備の大切さも分かり、徐々に機器の使用も慣れてきた。現在使用している通信機器では、山間部の一部の住居では電波が届かずクラウド型電子カルテにアクセスができないため、訪問診療の時には事前に過去のカルテ情報をプリントアウトして対応している。今後そういった場所でもオンライン診療をする場合には、通信環

境を確保する必要があるが、診療所では衛星通信(Starlink<sup>®</sup>)の導入も検討している。

## X. オンライン診療への看護師の関与と期待するところ—医師の視点から—

令和6年6月の診療報酬改定に際し、訪問診療をオンライン診療へ移行することで、減収になると想定していた。当初、訪問診療に関わる診療報酬(およそ5,000点)がオンライン診療(再診) + 看護師等遠隔診療補助加算(およそ500点)しか算定できず減収になることは想定していたが、へき地医療におけるオンライン診療と看護師(with N)の効果や課題を検討していきたいと考え、あえて取り組んでいた。しかし、“情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価”が今回の診療報酬改定では追加されていたことに診療報酬請求の時に気がついた(およそ2,500点)。対面の訪問診療ほどの点数ではないが、オンライン再診料と補助加算に比べるとかなり高く評価されている。そして、定期的に訪問診療している患者が急変した時に、今まで外来診療中では対応できていなかったが、オンライン診療を導入したことで、そのような時でも対応できるようになり、訪問診療の質と安心の向上につながっている。実際に今回提示したような事例で訪問診療をオンライン診療への切り替えたことにより、診療所全体の収益は減収していない。

加えて安定した状況の訪問診療をオンライン診療に切り替えることで、医師の移動時間を削減でき時間的余裕が生まれ、これまで医師が勤務時間外に対応していた介護保険主治医意見書などをその時間で作成できるようになった。また、確保できた時間に医師は診療所にいるため、新たに急患の受け入れ要請が来た場合も対応できるようになり、医師1人のことが多いへき地診療所における医師の働き方改革にも貢献している。

オンライン診療の副次的な効果ではあるが、医師がその場にはいないおかげで、医師には言いにくい患者の訴えや施設の困りごとでも看護師がしっかりと聞き取ることができるようになった

と感じる。また患者宅のオンライン診療には、現地で活動する看護師と共に事務スタッフも同行させている。目的の一つは、オンライン診療に関する通信機器の取扱いができる職種を増やすことだが、患者宅で患者と事務スタッフが話す機会が増え、診療に関わる事務スタッフの積極性も高まっていると感じる。

## Ⅺ. オンライン診療で看護師の役割と効果—看護師の視点から—

オンライン診療は、対面診療を主としてきた患者にとって少なからず抵抗感があるものと考えていた。しかし、予想以上に患者また家族の受け入れがよかった点は意外だった。これは、わざわざ診療所に足を運ばなくてもよいという移動負担の軽減に加え、看護師が患者の側で診療の補助することや直接患者に触れる看護を実践することで肯定的な感情が生まれたと考える。患者から「やっぱり看護師さんがそばで触ってくれたり、話を聞いてくれたりするから安心して受けられるよ」と話を聞いたことから、そのように考えた。

看護師にとって診療所内で行う看護とは違い、これまで培ってきたフィジカルアセスメントだけでなく、より実践的なコミュニケーション、タッチングなどの看護スキルを現地で責任をもって実践していかなければならず、これで良かったのだろうかと悩む場面も多い。それを払拭するために医師とのコミュニケーションをとり、オンライン診療を行う度に振り返りを行っている。オンライン診療を通じて現地で看護師は、主体となって活動しなければならないが、そのために看護の実践を改めて意識でき、

さらに高度実践ができる看護を目指すモチベーションになっている。今後は安定した患者だけでなく、夜間・休日などで緊急を要する患者に対象が拡大されることが予測されるが、常に向上心を忘れることなく、オンライン診療を受けられる患者によりよい医療が届けられるよう努力していく必要がある。

## Ⅻ. まとめ

令和6年6月からの診療報酬改定で新設された看護師等遠隔診療補助加算を用いたオンライン診療をへき地診療所で実践している。3ヵ月と限られた中での活動ではあるが、その導入に関して方法と結果、そして課題とこれからの展望について報告をした。少しでも今困っていること、そしていろいろな手段で人の手が届くこと、困りごとが解決するへき地であってほしいと考え、これからもへき地医療に関わっていきたいと考える。

### 参考文献

- 1) 中嶋裕，中山法子，村田千尋：へき地診療所におけるナース・プラクティショナー外来の報告と考察。月刊地域医学 2022；36：240-243.
- 2) 中嶋裕，林瑞恵，山下麻衣子，他：へき地診療所でリハビリテーション外来を始めてみました—プライマリ・ケアにおけるリハビリテーションの効果と展望—。月刊地域医学 2024；38：384-398.
- 3) 山口県徳地地域における医療 MaaS を活用したリアルタイム遠隔医療システム：ITvision オンライン。https://www.innervision.co.jp/sp/itvision\_online/telemedicine/telemedicine2024\_05 (accessed 2024 Sep 23)
- 4) 中嶋裕，中山法子：地域医療の未来：山口市徳地診療所の巡回診療と医療 MaaS 活用。月刊新医療 2024；8：70-73.
- 5) オンライン診療研修実施概要—厚生労働省。https://telemed-training.jp/entry (accessed 2024 Sep 23)

## 第136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！④

—“ストレス管理”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。Flin<sup>1)</sup>らは、“ノンテクニカルスキル”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て、具体的事例から事例発生 of 未然防止対策について検討してきた。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 of 未然防止対策を検討することにする。本稿では、第4回として、「医療者のストレス管理」(以下、“ストレス管理”)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、“ストレス管理”の関与はどうか。医療者は、さまざまなストレス要因の存在が想定される業務環境で、どのように“ストレス管理”を適切に実施しているのだろうか。このような臨床のさまざまな場面において、“ストレス管理”を適切に実施していない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、ケアを実施する際に、医師や、看護師などの“ストレス管理”を適切に実施していない場合には、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、“ストレス管理”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、“ストレス管理”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、臨床現場の医師や、看護師などの“ストレス管理”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“ストレス管理”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。

## “ストレス管理”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<sup>2)</sup>では、2024年8月上旬現在、キーワード“医師”“ストレス”“事故”で45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、“ストレス管理”に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“医師”“ストレス”“事故”で検索された45件の事例のうち、患者・家族の“ストレス”に関連した42件の事例を除いた3件を対象として検討を実施した。

“ストレス管理”に関わる事例として、事例検索<sup>2)</sup>にて検索された事例としては、

「病棟の看護師長(以下、師長A)が、当該患者(50歳代、男性)を含む新型コロナウイルス感染症のワクチン(以下、ワクチン)接種予定の患者6名を、接種予定者の一覧表(以下、一覧表)から選定し、予診票の準備を行った。この際、当該患者を含む5名は市発行の接種券一体型予診票(以下、市発行予診票)がなかったが、療育指導室から家族に電話し、口頭での同意を得て、接種券なしの予診票に必要事項を記入した。接種当日、師長Aが予定患者6名の予診票を主治医に提出し、サインと許可を得た後に、他の看護師と一緒に接種し、師長Aは一覧表の患者名に接種済の目印を記載したが、当該患者のみ目印の記載を失念した。翌日、師長Aは前日に接種した6名分の予診票を医事課の担当者に提出した後に、当該患者の家族が郵送した市発行予

診票が療育指導室に届き、療育指導室長が当該患者のファイルに入れた。その後、次の接種予定の患者5名を師長Aが一覧表から選定した際に、当該患者の名前に実施済の目印がなかったため、接種予定者に選定し、当該患者ファイルから予診票を取り出して記載内容を確認した。接種当日、師長Aが接種予定者5名の予診票を主治医に提出し、サインと許可を得た後、師長Aが他の看護師と一緒に接種し、翌日、師長Aは前日に接種した5名分の予診票を医事担当者に提出した際に、医事課の担当者が当該患者の予診票が2枚提出されていたことに気づき、師長Aと療育指導室長に確認し、当該患者にワクチン接種後、再接種したことが判明した。

ワクチン接種患者の予診票管理の不備、ワクチン接種者の履歴管理の不備、および療育指導室、師長A、医師、医事課における連携不足があった。院内で設定したワクチンの接種期日が短期間で、市発行予診票が、接種日までに間に合わない患者がいたこと、病棟の職員が新型コロナウイルスに感染したことでの業務調整や、年末・年始の業務の準備があり、師長Aは多重課題をかかえてストレス状態にあった」

「左腎難治性結石の患者(40歳代、男性)に対し、経尿道的尿路結石破碎術と経皮的腎結石破碎術を実施した。術後、発熱を認めたが、腎盂腎炎として抗菌薬による治療で軽快するも、術後4日後の午後、腎瘻カテーテル周囲より便の漏出があると、看護師が当直医師に報告した。

CT検査で、左腎瘻造設時の下行結腸損傷が疑われ、外科の当直医師に診察依頼をした。その後、緊急で開腹ドレナージ、人工肛門造設術を実施した。経皮的腎結石破碎術を実施した術者にはストレスがあった」

などがある。

このように、臨床現場においては、“ストレス管理”を適切に実施していないことによって、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“ストレス管理”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

が考えられる。

“ストレス管理”を適切に実施していない状況で、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、“ストレス管理”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として、各種ルール・マニュアルの整備や、業務調整の実施、ストレスを緩和するための方策の実施、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“ストレス管理”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<sup>2)</sup>にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“ストレス管理”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、事例発生の未然防止対策を検討する。

事例「もやもやした気分(ストレス状態?)のまま  
日常業務を実施。画像所見の見落とし?」

### 【事故の内容】

- ・慢性呼吸不全の患者(20歳代,女性)は,肺移植の手術を受け,術後1ヵ月経過した。
- ・リハビリテーションも進み,退院に向けて,免疫抑制薬などの調整を行っていた。
- ・数日前に誤嚥し,その後咳が出現したため,呼吸器外科の医師は,肺炎の有無を確認するためにエックス線検査を実施した。
- ・この際に,肺野の浸潤影の有無を確認したのみで,中等度の肺虚脱があったにもかかわらず,その所見を見落としした。
- ・当直医に上記経過を申し送っていたため,当直医がエックス線検査の画像を確認すると,直ちに気胸の所見があることに気づいた。

・CT検査を実施し,その結果を踏まえて胸腔ドレナージを実施した。  
・この経過中に,呼吸状態の悪化やバイタルサインの変化は認めなかった。  
〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索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、「他の患者の治療方針に関して、当該医師は、外来の主治医と意見が合わず、もやもやした気分のまま日常業務を行っていた」「その状況下で、当該医師による、エックス線検査の画像所見の見落としがあった」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、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、呼吸器外科の医師は、肺野の浸潤影の有無を確認したのみで、中等度の肺虚脱があったにもかかわらず、その所見を見落とししたのか?」「なぜ、当該医師は、他の患者の治療方針に関して外来の主治医と意見が合わず、もやもやした気分のままで、その状況を改善することなく、日常業務を行っていたのか?」などの疑問が浮かぶ。

本事例では、当該医師と、他の医師の人間関係がストレスとなって、そのストレスが十分解消されることがないままに、日常業務に影響を及ぼした可能性が想定される。

さらに注目すべきことは、本事例の背景要因にある、「その状況下で、当該医師による、エックス線検査の画像所見の見落としがあった」ということである。

これに対しては、「なぜ、その状況下では、エックス線検査の画像所見の見落としなどのインシデント・アクシデントが発生するかもしれない、ということを想定し、事例発生前に、他の患者の治療方針に関して外来の主治医と意見が合わず、もやもやした気分であるという状況を改善するための取り組みを実施しなかったのか?」

という疑問が浮かぶ。

もしも、このような、ストレスが業務に影響する、あるいはインシデント・アクシデントの発生に関与する可能性が想定されるのであれば、未然防止対策として、日常業務において、職員個々のパフォーマンスを、通常通りに発揮できるような“ストレス管理”を適切に実施する取り組みを検討したい。このように、本稿では“ストレス管理”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“ストレス管理”に関わる事例の発生要因を明らかにするためには、「確認不足」「コミュニケーション不足」「思い込み」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。

“ストレス管理”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“ストレス管理”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、“ストレス管理”を適切に実施し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、“ストレス管理”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)“ストレス管理”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、確認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)“ストレス管理”を適切に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、“ストレス管理”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。

### “ストレス管理”に関わる事例の発生要因から検討する未然防止策

本事例の改善策としては、「ストレスを抱えた

ままで、診察をしない。エックス線検査の画像所見の見落としがないように、丁寧に画像を読影する」ということが挙げられていた。

“ストレス管理”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“ストレス管理”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、“ストレス管理”を適切に実施し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、“ストレス管理”を適切に実施するためのシステム整備・見直しの実施、4)“ストレス管理”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、確認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)“ストレス管理”を適切に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、“ストレス管理”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“ストレス管理”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“ストレス管理”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。これらの検討結果から、“ストレス管理”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、“ストレス管理”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックが未実施」では、“ストレス管理”を適切に実施していない事例があった場合には、「なぜ、“ストレス管理”を適切に実施していないのか?」「なぜ、“ストレス管理”を適切に実施していないことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、“ストレス管理”を適切に実施していない状況が、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、“ストレス管理”を適切に実施していない可能性が想定されるのであれば、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。その上で、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、“ストレス管理”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、“ストレス管理”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックが未実施」で得られた結果を活用することができる。適切な“ストレス管理”を実施するためには、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、“ストレス管理”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、見直しの実施を検討したい。

4)の「“ストレス管理”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、確認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望ましい。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、“ストレス管理”を適切に実施していないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのか、職員個々が認識できるようなリスクアセスメントを実施することが望まれる。

5)の「“ストレス管理”を適切に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、“ストレス管理”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“ストレス管理”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、“ストレス管理”を適切に実施するためには、どうしたらよいか、コミュニケーションや、業務環境の改善の視点、および組織としての介入の必要性の有無という視点からも検討することが期待される。

6)の「具体的な事例を活用して、“ストレス管理”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、患者の治療経過に直結する状況判断や意思決定の実施の際には、職員個々が通常のパフォーマンスを発揮できることが求められる。インシデント・アクシデントの発生を未然防止するという観点からも、そのような、“ストレス管理”を適切に実施して、職員個々にとって理想的な状況を保持するための方策を検討する必要性を指摘したい。

ここでは、“ストレス管理”を適切に実施するために、「どのような職員間の連携が望ましいのか」「どのように職員間で情報共有したらよいか」「職員個々で対処が可能なことなのか」「組織的な管理が必要なことなのか」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求められる。ここでは、“ストレス管理”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、「医師、看護師、療育指導室、医事課、薬剤部で、ワクチン接種予定者、および接種終了者の情報共有を実施する。また、情報管理として、院内共有フォルダを利用し、ワクチン接種該当者、接種希望の有無、接種券・予診票の有無、および接種履歴などが確認できる一覧表を作成し、各職種が、担当する業務の実施前後に確認する。市発行予診票と接種券なしの予診票の取扱いの見直しとして、市発行予診票と接種券がない場合には、接種を実施しないことにする」これまで、主に第一術者(指導的術者)が経皮的腎結石破碎術を担当し、第二術者が経尿道的尿路結石破碎術を担当しているが、第二術者に見やすいように、透

視画像の画面、経尿道的尿路結石破碎術の画面、および超音波検査画像の画面を第一術者の背側にセッティングしており、これが第一術者のストレスにもなっている。本来は同一モニタで、全ての映像が見えるのがよいが、少なくとも人間工学的に考慮すれば、経皮的に腎瘻を造設する際には、全モニタが第一術者の前方に配置された方がリスクは少ないと考えられる。手術室の職員、および麻酔科医や臨床工学技士とも相談し、モニタを含めた手術台周囲の機器の配置の変更を考慮したい」などが挙げられている。

今後、自施設における“ストレス管理”に関わる事例発生を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。

### “ストレス管理”に関わる事例発生 の未然防止と今後の展望

本稿では、“ストレス管理”に関わる事例に焦点を当て、「なぜ、“ストレス管理”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、事例の発生要因と発生状況から、事例発生を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“ストレス管理”に関わる事例発生を現状評価が未実施、および“ストレス管理”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、“ストレス管理”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。

特に、前記の事例や、本事例のように、職員個々のストレスの発生に、職員間の人間関係や、業務実施の際における関連書類の管理、および医療機器・モニタの管理などが関与している可能性が想定される場合には、短期間で状況を改善することは必ずしも容易ではないと考えられ

る。それぞれの状況の改善にむけて、個々の職員はもとより、組織としても状況の改善に向けた取り組みをサポートすることも検討したい。さらに、“ストレス管理”に関連して、特に、「医師の疲労管理」にも着目して、現状把握を実施し、課題を明らかにすることにより、改善の取り組みを実施することを検討したい<sup>3)</sup>。

“ストレス管理”は、“状況認識”、“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”など、他の“ノンテクニカルスキル”の項目と、密接な関連があることが想定され、“ストレス管理”に関わるインシデント・アクシデント事例発生を未然防止には、“ストレス管理”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、「“ストレス管理”を適切に実施するためのチェックリスト(例)」を作成した(表)。内容としては、「“ストレス管理”を適切に実施していない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」「“ストレス管理”を適切に実施していない事例を検討し、事例発生を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行っている」「どのような場合に、“ストレス管理”が適切に実施されにくいのか認識している」「“ストレス管理”に影響することが想定される業務環境の改善に向けた取り組みを実施している」「“ストレス管理”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に実施するためのトレーニングを行っている」「“ストレス管理”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、事例発生を未然防止策を検討し、適切に実施できるようにしている」などを挙げた。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。

“ストレス管理”に関わる事例発生を未然防止における今後の展望としては、“ストレス管理”を適切に実施する取り組みはもとより、“ストレス管理”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

<input type="checkbox"/>	“ストレス管理”を適切に実施していない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"/>	“ストレス管理”を適切に実施していない事例を検討し、事例発生の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行っている
<input type="checkbox"/>	どのような場合に、“ストレス管理”が適切に実施されにくいのか認識している
<input type="checkbox"/>	“ストレス管理”に影響することが想定される業務環境の改善に向けた取り組みを実施している
<input type="checkbox"/>	“ストレス管理”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に実施するためのトレーニングを行っている
<input type="checkbox"/>	“ストレス管理”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、事例発生の未然防止策を検討し、適切に実施できるようにしている

整備、および業務環境の改善・整備の取り組みを期待したい。

さらに、これらのルール・マニュアルの遵守状況や、業務環境の改善状況の評価を実施して、もし、ルール・マニュアルが遵守されていない状況や、業務環境の改善が見込めないという状況があれば、それらの根本原因を検討し、確実にルール・マニュアルが遵守される対応を実施し、少しでも業務環境が改善される工夫を行うことが望まれる。

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て、職員個々が快適に業務を実施できる環境を改善することにより、臨床現場のさまざまな状況における“ストレス管理”の適切な実施を継続することを期待したい。

チームの全メンバーの疲労への対処や、“ストレス管理”に定期的に着目し、連続する業務への対応や、勤務交代および休息の取り方などのルールの策定に加えて、これらを妨げるシステム要因・環境要因や、ヒューマンファクターなどにも適切に対応するシステム整備の見直しを検討し<sup>4)</sup>、さらに心理的安全性にも配慮した業務環境を構築することを勧めたい<sup>5)</sup>。

職員個々が、“ストレス管理”を適切に実施することの意義と責務を再認識し、職員個々の能力を結集し、組織の“医療安全力”を発揮して、リスクの発生を回避することが期待される。

### “ノンテクニカルスキル”に関わる事例発生の未然防止の取り組み

本連載では、Flin<sup>1)</sup>らの提唱する7項目の“ノンテクニカルスキル”，すなわち、「状況認識」「意思決定」「コミュニケーション」「チームワーク」「リーダーシップ」「疲労への対処」「ストレス管理」のなかで、「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（第133回～第136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した。

本事業の事例検索<sup>2)</sup>で検索された事例を検討すると、これらの7項目の“ノンテクニカルスキル”は、それぞれが密接に関連していることが想定される。このため、プロフェッショナルとして、良質で安全な医療を提供するためには、専門的知識・技術などのテクニカルスキルを磨くことはもちろんのこと、全ての“ノンテクニカルス

キル”に関心を持つことを勧めたい。自施設における現状評価の結果を鑑みて、必要に応じて、課題の解決に直結する“ノンテクニカルスキル”を獲得する取り組みを継続して実施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) 石川雅彦: Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”,“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 . 月 刊 地 域 医 学 2024;38(6):630-638.
- 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4回 “ノンテクニカルスキル”をアップする 自身やチームの疲労管理・ストレス管理を実施している. 臨床外科 2016;71(7):888-891.
- 5) 石川雅彦: Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”,“心理的安全性”に関わる事例発生を未然防止する.月刊地域医学 2024;38(9):962-970.

# 第16回 JADEC.COM学術大会

大会テーマ：ウェルビーイングと地域医療 つながり、支え合い、共創する

会期：2024年10月12日(土)～13日(日)

主催：公益社団法人地域医療振興協会

2024年10月12日～13日、第16回 JADEC.COM学術大会が開催された。今回は東ブロックが主幹となり、東海病院管理者の宮崎勝先生が大会長を務めた。

メインテーマに「ウェルビーイングと地域医療 つながり、支え合い、共創する」を掲げ、「ウェルビーイング」という視点から、地域医療の現状と課題を多角的に議論し、これからの地域医療が目指すべき方向性を模索した。1日目はメインシンポジウムと8つのセッション、2日目は職種別研究会が行われた。JADEC.COM各施設から2日間でオンライン参加も合わせ、のべ1,500人を超える参加者があり、JADEC.COMとのエンゲージメントを高め、互いに縦横のつながりを深めることによって、「つながり、支え合い、共創する」という概念を具現化した2日間となった。

- 理事長挨拶
- 大会長挨拶
- メインシンポジウム  
「ウェルビーイングと地域医療 ～つながり、支え合い、共創する～」
- チーム医療セッション 「多職種連携に必要な対人関係スキル、どうすればうまく対処できる？  
～患者も医療者もウェルビーイングになるために～」
- NP・NDC研修センター/NDC部門 「特定ケア看護師の挑戦  
～ウェルビーイングと地域医療 つながり、支え合い、共創する～」
- 公衆衛生委員会 「JADEC.COM施設におけるヘルスプロモーション活動の展開  
～患者・利用者、地域、職員、全てのウェルビーイングのために～」
- SOC(Security Operation Center)  
「医療従事者が身につけるべき『デジタルリテラシー』と『デジタルツール活用法』」
- 芳珠記念病院支援プロジェクト  
能登半島地震看護支援を通して学んだこと これから起こる災害に備えること
- JADEC.COM-PBRN 「JADEC.COM-PBRN Annual Convocation  
～はじめよう、プライマリケア研究の小さな一歩～」
- NP・NDC研修センター/NP部門 「NPプレゼンツ:ナースとコメディカルのための  
明日から活かせる臨床推論・フィジカルアセスメント」
- 病院管理研究会 「サイバーインシデント発生時の緊急時対応訓練」

## ● 編集委員メッセージ

地域看護介護部 大海佳子部長

[https://www.youtube.com/watch?v=E\\_w4PvIV-Qc](https://www.youtube.com/watch?v=E_w4PvIV-Qc)



薬剤部会 森 玄先生

<https://www.youtube.com/watch?v=K1YSCyBWJwI>



## 理事長挨拶

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

地域医療振興協会は今年38年目を迎えました。現在全国29の都道府県で85施設を運営しており、来年はまた1病院と2診療所が増える予定です。病院は26、そのうち7病院が基幹型臨床研修病院で、この基幹病院を中核として基幹病院、地域の中核病院、診療所の三段構えでネットワークを組んで地域医療を広くやってきました。ところがコロナ禍があり、このネットワークが少し弱くなってしまったと感じています。ネットワークがあれば1つの病院ではできないことも、人材の交流や研修、情報共有をいくことで大きな力になりますので、今後も施設のネットワークを強化していきたいと思えます。

国が示しているへき地における医療の体系では、へき地診療の中核となるへき地医療拠点病院は全国で341施設ありますが、その多くは大きな病院で専門医療の役割も負っているため、へき地医療支援機構やへき地診療所などが支援・連携しながらへき地医療を支えています。協会も都道府県と共同でそのシステムの一部をお手伝いしています。また、協会は総務省と公立病院の支援に関する協定を結び、人口減少が激しく経営が成り立たないような地域の病院の改善事業に取り組んでいます。現在4つの自治体のお手伝いをしているところですが、周辺には協会の施設もあり、新しいネットワークにつながるのではないかと考えています。

協会の職員は2024年4月現在、9,563名、医師は1,299名、看護職は4,170名です。2023年の帝国データバンクの「全国企業あれこれランキング」によると、医療業の中で売上は上位に位置していました。これまで21年間、収支はほぼ同じという状況で推移してきたところ、最近の3年間で利益を増やすことができましたが、今回の改

定以後大きく利益が減少し、公益事業のための内部留保をかなり使ってしまうという事態になりました。前回の総会で承認された医療大学の設立や看護学校の大学化も、資金的なことを考慮し一時凍結しました。今後、各施設の成績の良いところはさらに伸ばし、良くないところは改善をはかり、経営面についても職員一人ひとりに考えてもらい、組織全体で良い成績を残して、いろいろな事業を展開できるように資金を確保していけるようにしたいと思います。

令和5年4月から自治医科大学医学教育センターに「医療人キャリア教育開発部門」という協会の寄附講座を設置しました。病院の統廃合やへき地での勤務の長期化があると、統廃合された病院の技師などのコメディカルが全く新たな業務を担当したり、これまでの機能が不要になってしまうことがあります。そこで再研修などを行った上で新しい職場や施設で能力を発揮してもらう総合コメディカルのような再研修を前提とした職種ができないか、提案を行っています。寄附講座は5年間で、まだ始まったばかりですが、地域の医療の標準化とタスクシフト・タスクシェアにつながる成果を期待しています。

日本の地域医療の確保と質の向上が協会の目的ですが、そのためには人材の確保と育成が重要です。総合医、NDCやNPの養成、また先述の総合コメディカルといった分野を開発できればと思います。そのために多くの拠点をもち、1人でも多くの仲間を増やし、適切な利益を確保して、しっかり前に進めるように、みんなで頑張っていきましょう。



# 大会長挨拶

村立東海病院 管理者 宮崎 勝

私が地域医療振興協会で働くようになって、今年でちょうど20年目です。そういう節目の年に、JADECUM学術大会の大会長という大役を務めることができ、大変光栄に思っています。

今回の学術大会のテーマは「ウェルビーイングと地域医療 つながり、支え合い、共創する」です。ウェルビーイングという言葉は、1946年に設立されたWHO世界保健機関の憲章の中で初めて登場し、その後いろいろな場で取り上げられてきました。

近年のさまざまな出来事、全世界を混乱に陥れた新型コロナウイルス感染症、地震などの自然災害、インフレ物価高などの経済的な問題、そしてさまざまな政治的な問題などで、人々の心がささくれだったり、人と人との関係が希薄になってきているのではないかと強く感じる場合があります。そういった状況の中、改めてウェルビーイングの重要性が注目されているのではないかと思います。

JADECUMでも着目しているSDGsでは目標の3番目に「すべての人に健康と福祉を」という言葉が出てきます。私たちがウェルビーイングを日本語に置き換えるとき、よく「健康」「福祉」「幸福」という3つの言葉が用いられます。医療関係でウェルビーイングについて考えるときは、このうち「健康」または「福祉」というワードと結びつくことが多いと思います。しかし私は、より「幸福」という言葉に強い結びつきを感じます。人々がウェルビーイング、すなわち良い状態にあるためには、幸福を感じていることが重

要だと思います。そしてまず個人のウェルビーイング、一人ひとりが良い状態であることが重要ではないでしょうか。

心を整えるということ  
でマインドフルネスという考え方があります。自分の内面に意識を集中し、呼吸を整え、深く瞑想します。会場の皆さんも少し背筋を伸ばして、軽く目を閉じて自分の内面に意識を集中してみてください。鼻から深く息を吸って、細くゆっくり息を吐きます。これを繰り返すことで、自分の心が整うのを感じられると思います。自分の状態が整ったら次は自分の周りにいる人、まず家族、そして友人、同僚、職場などの組織を良い状態にして、さらにもっと広い対象、患者さんや利用者さん、そして地域住民、また連携する行政の方、私たちを取り巻く広い多くの人々を良い状態にすることができれば、素晴らしいことだと思います。

ウェルビーイングは主に3つ、身体的、精神的、社会的ウェルビーイングに分けられます。この3つのうちのどれか1つが欠けても良い状態とは言えません。私たちは地域医療に関わる中で、身体的、精神的、そして社会的に良い状態かどうかを考えます。そう考えるとウェルビーイングと地域医療、この2つはとても親和性の高いものではないでしょうか？

さあ、それでは「第16回 JADECUM学術大会」の開幕です！



## メインシンポジウム

## ウェルビーイングと地域医療 ～つながり，支え合い，共創する～

座長：村立東海病院 管理者 宮崎 勝

東京ベイ・浦安市川医療センター 管理者 神山 潤

メインシンポジウムには、JADECUMの6施設から6名の演者が登壇し、それぞれの施設で実践している活動が、いかに患者や利用者、そして働く自分たちにとってのウェルビーイングにつながるかを述べた。

### 介護老人保健施設が取り組む ウェルビーイングへの挑戦

介護老人保健施設市川ゆうゆう  
管理者兼施設長 医師 伊藤慎介

当施設の理念は「地域の絆を大切にしながら、ご利用者お一人お一人の人生・願い・想いをしっかりと受け止め、その人らしさを尊重したケアやリハビリテーション、医療を提供します」であるが、これは言葉を変えると、「地域包括ケアを通じて、利用者のウェルビーイングを実現する」ということである。そして利用者・職員・地域の夢を叶えることがウェルビーイングの実現につながると考えている。



### 利用者・ご家族の夢を叶える

老健施設の一番の目標は、在宅療養の支援であり、「家に帰りたい」、あるいは「長く家で暮らしたい・支えたい」という利用者やご家族の思いを実現することだ。その実現に向けて取り組むことが大事である。終末期ケアが必要な場面では、できる限り個別の希望を叶えられるようにしたい。ご家族の「どうしてもウイスキーを飲ませてあげたい」という希望に対し、ガーゼにウイスキーをしめらせて匂いを嗅いでいただいた。

選択の自由も大切だ。かき氷のシロップを複数用意した際に、利用者同士が、「私はイチゴにしたの」「私はメロンにしたのよ」と、ニコニコ話し合っている姿を見て、選択肢を提供することの重要性を再認識した。デイケアでは、施設の食事とは別に冷凍食品を数種類用意し、食育も兼ねて利用者に電子レンジで温めることから行っている。

### 職員の夢を叶える

職員の夢を叶えるためには、時間を捻出することが大切である。医療職や介護職の人気の低迷、他業種に人材が流出しているため、人手不足となっている。解決策として、業務の標準化とICTの活用が重要である。当施設では、赤外線カメラで利用者の転倒などを自動的に検知する見守りシステムを導入している。

個々の職員の裁量を生かす仕組み、利用者の特別な要望に応じて柔軟な対応ができるといったホテルのコンシェルジュのような形が理想である。そもそも病気や障害の発症は公平ではないので、「全員に公平なサービスが提供できないから、サービスの提供を躊躇する」ということがない文化を目指している。

「自分の祖父はマクドナルドのハンバーガーが大好きだ」という職員が「おやつにぜひ提供したい」というので、デリバリーの企画を実施し、利用者にとっても喜ばれた。障害者支援に関心の

ある職員が、障害者雇用を促進したいということで、軽度知的障害者の特別支援学校の実習などの連携をすすめ最終的には採用に至り、また、身体障害を持つ医療従事者の採用に向けて調整している。私にもデジタル技術を活用したいという夢があり、テレビゲーム、タブレット、スマートフォンを導入して、職員と利用者が共に学び、楽しむ機会を提供したい。

職員が夢を叶え、利用者のウェルビーイングが向上して、共に成長して、喜びを分かち合う環境の実現。とても大切である。

### 地域の夢を叶える

地域の夢を叶えるために、ケアマネージャー個々の得意・不得意を考慮した上で、支える仕組みをつくっていかれたらと思っている。老健として、地域の中での駆け込み寺としての役割、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 認知症の周辺症状) へのケアの充実、緊急ショートステイの提供、認知症患者を抱える家族への支援など、包括的に対応していきたい。また、介護だけではなく、医療的ケアを支える仕組みも、地域の中の老健としては必要だと考えている。

利用者・職員・地域の「夢を叶える」ための挑戦こそが、私たち全体のウェルビーイングにつながる。

### 「地域ときどき〇〇」

君津市国保小櫃診療所  
管理者兼所長 医師 望月崇紘

私は東京生まれ、神奈川県育ちの都会出身、大学は千葉なので自治医科大学出身ではないが、地域医療7割、救急2割、研究1割という医師人生を送っている。



地域医療、特に診療所勤務という点、いわゆる先端医学からの脱落で、その割に忙しいと

いったイメージを持つ人もいると思うが、私自身は、訪問診療でおじいちゃん、おばあちゃんとお茶をしていた次の週には、国際学会で世界の研究者の前で発表したりディスカッションしたりといったことをやっている。

地域医療振興協会はオレゴン健康科学大学 (OHSU: Oregon Health & Science University) の家庭医療学科と長年の友好関係がある。OHSUは全米でも有名な家庭医レジデントプログラムを有し、協会はこれまでOHSUとの間で延べ100人以上の指導医、研修医、学生の交換留学をしてきたが、さらに、2017年から、1～2年単位で留学して学んだ知見を地域医療振興協会に還元する研究フェロー制度を設置した。すでに4人目がフェローとして渡米していて、ポストフェローは帰国後も週1日研究や本部業務に携わり、地域医療の最前線にしながら並行して研究活動や海外交流を行っている。

私はフェローとして、地域医療振興協会内にPBRN (Practice Based Research Network) を立ち上げるのがミッションであった。PBRNはプライマリ・ケアを中心とした外来診療をする医療者たちで研究のために組んだネットワークで、診療所個々で研究をすると研究規模が小さくなってしまいが、ネットワークを組むことによってインパクトの大きな研究ができる。またPractice Basedというところが重要で、地域の現場に即したデータや地域医療の魅力を発信できる。

今、私は訪問診療や発熱外来、予防接種、健診、禁煙外来なども行っており、地域医療にどっぷりつかりながら、前述のように研究をしたり、論文を書いたり、本を書いたり、学会で発表したり、海外との交流を行っている。それだけでなく「地域医療のススメ」の指導医として教育に携わったり、多職種の中でACPの研究・普及・実践にも取り組んでいる。また診療所委員会の委員長として、自分の診療所だけでなく、診療所全体のネットワークを通じて管理・運営の仕事もしている。プライベートでは、診療所の隣の医師住宅でバーベキューをしたり、花火をし

たり、サイクリングをしたり、オープンカーを乗り回したりというような生活をしている。

やる気があれば地域医療にプラスαで何でもできる、JADECUMにはそういうことをさせてくれる土壤がある。ぜひ、今後も仲間を増やしていきたいと思う。

## 当院地域包括ケア病棟における

### これまでの取り組みと地域における今後

村立東海病院 理学療法士 須田良平

当院の包括ケア病棟は平成27年に開設し、昨年で8年が経過した。当病棟の昨年度の実績は、平均提供単位数最小値2,133、最大値2,599単位、在宅復帰率最小値72.0%、最大値は96.3%、在院日数の平均は35.4日であった。在宅復帰に向けてのこれまでの取り組みとして、病棟職員との歩行練習、病棟廊下に歩行距離の掲示、病棟での積極的なリハビリテーションの実施、集団レクなどを実施した。



昨年度のリハビリ対象者のうち75%は介護保険の該当者であり、介護保険サービスにつなげ、切れ目のない支援を心掛けてきた。一方で介護保険非該当者に対しては、退院後の生活に関して、介護予防という視点が不足していたという反省があった。

そこで、中長期的な目線での介護予防のフレイル対策として、我々にできることは何か、新たな取り組みを検討した。地域高齢者のうち10%はフレイルの段階にあり、約40%はプレフレイルにあると言われている。年代別にみると、60代で2.8%、70代になると2倍の5.9%、80代になると3倍の18.8%と増加する。フレイルのリスクとして、転倒、骨折、生活習慣病、ADL障害、QOLの低下、認知症への高リスクがある。海外の文献には、フレイル該当項目が多いほど施設入所率が高まり、将来の死亡率が高まるというデータがある。フレイルの対策として大事なものは、栄養(食・口腔機能)、身体活動(運動・

社会活動など)、そして一番大事なものは人とのつながりである。友人や家族と接する時間を増やす。余暇活動や社会活動に積極的な参加が重要で、これらをできるだけ早期から行うことが大事である。

当院のリハビリスタッフに対して、普段の患者指導においてのフレイル対策についての意識調査を行ったところ、身体的フレイルに対する意識は高いものの、精神的、社会的フレイルに対する意識が低いという結果であった。そこで、厚生労働省が作成した「健康づくりのための身体活動運動ガイド2023」、健康長寿研究所による「1日平均の身体活動からわかる予防基準一覧(中之条研究)」や「東海村支えあい資源マップ」(地域住民が行っている体操教室やサークル活動が一覧に掲載されている)を紹介し、フレイル対策への意識づけを行った。入院患者に対しては、先述の健康長寿研究所の予防基準一覧を病棟の廊下に掲示したほか、活動量チェック表を策定し、万歩計やスマホを用いて歩数を計測、記載し、運動の見える化を行った。地域住民に対しては、今後ポスターや広報誌を通じてフレイル対策を啓発していく予定である。

今後、これらの取り組みが当地域における社会保障費の削減と、健康寿命の延伸に寄与し、地域住民のウェルビーイングとならんことを期待している。

## 石岡第一病院の取り組み

### ～訪問リハビリとウェルビーイング～

石岡第一病院 作業療法士 桐原和也

茨城県は慢性的な医師不足と急速な高齢化が進んでいる地域である。当院のある石岡市も同様に医療従事者が足りないところでもあり、当院の訪問リハビリの人員も十分とは言えない。そのような中で当院の訪問リハビリでは、日常生活能力を改善させ、生活上の支障を軽減することを目的としたリハビリを提供している。主



に介護保険該当者を対象に実施し、入院リハビリを経て退院する際に在宅での生活を維持できるよう、フォローアップとして訪問リハビリを利用する方が多い。その際に作成するリハビリテーション計画書の目標設定は、本人の希望を尊重するよう「何か困っていること、大変なことはありますか?」「リハビリをしてこんなふうになりたい、こんな事ができるようになりたいという希望はありますか?」といった質問を通して、具体的な内容となるようにしている。

では、実際のケースを紹介する。ケースは60代女性、右肩関節偽痛風、腰部脊柱管狭窄症で入院し、尿路感染、腎盂腎炎、敗血症も発症した方である。入院時はベッド上安静だったが、退院時には病棟内T字杖歩行レベルとなっている。退院するにあたり、「右肩を上げられるようにしたい」「日常生活や家事でできるところは自分でもしたい」「通所サービスは年齢的にまだ早いと思う」といった話から訪問リハビリ導入に至った。

本人と決めた合意目標としては、1つ目が着替えや靴下の着脱を自分で行えるようにする、2つ目が畑に行って野菜を収穫し調理に挑戦したい、という目標になった。実行度、満足度を確認したところ、着替えに関しては実行度が10点中5点、満足度が10点中3点、調理に関しては実行度が10点中4点、満足度が10点中1点という結果になった。

訪問リハビリで、3ヵ月間、肩関節の可動域向上のための自主トレーニングの指導やリッチャーやソックスエイドを使用した更衣動作練習をしたところ、着替えや靴下の着脱は自立し実行度が10点、満足度が8点と点数の上昇がみられた。屋外歩行に関しては、歩行補助具の選定や目標を決めながら実施した。

調理に関しては、右肩が上がりづらいため電子レンジの位置を低い位置に変更する、トンゲの使用を提案するなど実施した。また、キッチンが高く肩に負担がかかるため、低い台での包丁操作を提案した。野菜の収穫は、屈む練習や腰に負担がかからないような指導を行い、畑に

行って野菜を収穫し調理に挑戦したいという目標に対し、実行度が6点、満足度は8点と、顕著な上昇がみられた。

3ヵ月目くらいからは、自分でできることも増え社会生活の維持は可能と考え、訪問リハビリ終了となった。その後の確認でも、在宅での生活が維持されている様子がかがえた。

今回の場合、伴走者のような役割で生活の工夫や経験をするという新たな方法を共に考え実施し、福祉用具の活用や道具の工夫という視点で生活の困り事を軽減したことで、本人の思い描いていた生活に近づくことができ、それはウェルビーイングな状態と言えるのではないかと考えた。

まだまだ地域に浸透していない当院の訪問リハビリだが、訪問リハビリが機能訓練だけでなく活動や環境を評価し、利用者の方にとって意味や価値のある活動を援助できるということ、利用者や地域の方に知ってもらうことが今後の課題であると考えている。

## 久米島における精神科訪問看護

公立久米島病院 看護師 折戸雅恵

公立久米島病院は2000年に開院したが、その際に精神科は開設されなかった。島民からの要望により、翌年、心療内科の診療を開始した。2012年から地域医療振興協会の指定管理が始まり、2019年、訪問看護「つむぎ」が開設。2021年より精神科訪問看護を開始している。久米島病院には精神科入院病床はない。精神科医は常勤しておらず、週1日、本島精神科領域から、医師が来島し外来が開設される。また当院には、精神科医療機関に勤務経験のある看護師もいない。



久米島病院に赴任時に、私は以下の3つの課題を抱えていた。①精神科看護経験がなく、「どう行動すべきか」という悩み。②症状悪化時の本島病院への搬送対応。③退院後の患者生活支援への病院看護師の関わりが希薄。

1つ目の課題解決策として、沖縄県立看護大学大学院に進学し、本島の精神看護専門看護師から実践に活用できるコンサルテーションを得た。また県立看護大学の精神保健看護研究会に訪問看護師チームで参加し、実践経験の少ない私たちが、実践者となつたり、自分たちができることを見いだせる機会をもった。

2つ目の課題の患者搬送については、保健所や精神看護専門家に相談しながら、精神症状悪化時の対応フローチャートを作成した。

3つ目の課題である患者への生活支援について、当時、久米島では精神科医師が常勤していないため、病院を受診せず、地域から警察介入で本島病院に入院している現状があり、退院後の生活支援も十分ではなかった。当院が訪問看護「つむぎ」を開設したことで、本島の医療機関から「つむぎ」に継続看護依頼の相談が入るようになった。

しかし、訪問看護師チームにはさまざまな思いがあった。多くの看護師は、久米島において、精神科訪問看護が必要とされている、という意見であった。とはいえ「受けたくない気持ちがある」という正直な声もあった。後ろ向きな気持ちの具体的な意見は、精神科看護経験のない中での不安であった。そこで、後ろ向きな気持ちに対して、看護師2名体制での訪問。異常の判断は、本人のクライシスプランを参考にし、電話連絡はワンクッション置く対応とする、など具体的な対応策を決めた。そして、精神科訪問看護を受け入れる方向性にまとめ、訪問看護開始から2年後の2021年に開始となった。

第1号の対象者は、繰り返し精神科病院への入院歴のある壮年期の男性。「前回退院後、速やかに不調になったエピソードから、久米島の精神科訪問看護につなげて、支援の継続性を維持したい」という本島病院の依頼を受け、開始となった。カルテレビューによると、患者からは、「訪問看護師に相談することで、精神的安定が得られるようになった」という発言があり、実際に再入院なく、島での生活を継続されている。「クライシスプランの作成から、現状の認識がはっきりできるようになった」という発言もあった。クライシスプラン

は、本島精神科病院入院中に作成されたもので、その継続活用を通して、患者自身で病識の深まりを得ることができている。また患者は、「訪問看護師と話をしているときは、幻聴は聞こえない」と言う。数少ないコミュニケーションのできる相手として訪問看護師の存在が、幻聴を遠ざける役割となっている。そして患者が目標を訪問看護師と共有することで一歩を踏み出す力になっていると感じている。

現在、訪問看護利用患者32名のうち、精神科訪問看護患者は6名、全体の約19%まで増えた。久米島で精神科訪問看護が開始できたことにより、精神疾患を持つ島民が安心して暮らせる環境の一助になっていると考えている。今後の課題は、アルコール使用障害患者の支援である。島内外の支援者がつながり、支え合い、島民がアルコールとうまく向き合い、島民の生活のしやすさに貢献できるよう、取り組んでいけたらと考えている。

## 急性期病院での緩和ケアについて

東京ベイ・浦安市川医療センター 副センター長  
兼内科系診療部 統括部長 医師 平岡栄治

ウェルビーイングというのは一言でいうと「幸せだなあ〜」と感じられることと考える。当院は病気の治療や救命を目指す急性期病院であるため、患者にはいろいろなチューブやモニターラインがついていて、ベッドサイドのモニターが常にチカチカし、頻繁にモニター音が聞こえる、ウェルビーイングからは程遠い環境である。そういう中で、患者のウェルビーイングのために、①緩和ケア、②ホスピスケア、③身体拘束を減らす、という3つの取り組みを行っている。



## 緩和ケア

緩和ケアは、QOLの改善を目的にしたケアで、①ペインコントロール、②コミュニケーション(ケアのゴール設定、アドバンス・ケア・プランニング、協働意思決定、コンフリクトマネジメント

など), ③ケアのコーディネーションの包括的ケアである。救命の可能性にかかわらず, 助かる人も助からない人も, がんの人もがんではない人も, 診断がついている人も診断がつく前の人も, それから救急室でも, ICUでも, 一般病棟でも, 外来でも, 全ての患者さんをペインから解放しQOLを改善することが重要である。例えば救急室では, 高度のペインを訴える患者に対し確定診断がつく前から緊急に麻薬などによる緩和ケアを行うこともある。一般病棟でも, 「眠れない」という患者で「腹痛で眠れません」といった身体的ペイン, 「もし会社から解雇されたら生活はどうなるのか考えると眠れない」といった社会的ペイン, 「イライラして動悸がして眠れない」といった精神的ペイン, 「病気で家族に迷惑をかけている。自分の生きている意味を考えると眠れない」といったスピリチュアルペインの4つのペインを考えトータルペインマネジメントを多職種で行う。

次にケアのゴール設定のコミュニケーションであるが, 目の前の患者さんがどういう状態ならウェルビーイングで, どういう状態ならウェルビーイングでないかについて対話するということである。中でも, 生活情報・大切なこと, 気がかり, いかなるときも受けたくない医療, 許容できない状態(こうなったら死んだ方がまし), 代理意思決定者をきちんと聞く必要がある。そのためにACP(Advance Care Planning)ナースを育成しており, 特に高リスク手術前などには, 主治医からコンサルを受けてACPナースが患者さん, 家族の話を傾聴し, その内容をもとに主治医が協働意思決定に利用している。

### ホスピスケア

当院では年間300人ぐらいが亡くなられる。Good Death Inventory, 死の質を改善するために, 急性期病院でもホスピスケアは重要だと考え緩

和ケア委員会を中心に全病棟で取り組んでいる。

急性期病院で経験するのは, 救命はできたがChronic Critical Illness状態, 人生の最終段階で近々死亡されると推測される患者さんがこのまま最期を迎えていいのか?ということである。そこで, 緩和に役立つことは行う。緩和に役立たないことはしない。苦痛にしかならないことはしない。効果があるかもしれないが苦痛が上回るならない, という緩和ケアのみ(CMO: Comfort Measures Only)ということを選択肢として整えている。例えば, 亡くなる前のラインやモニターがたとえ患者がそれにより苦痛を感じていても必要か?ということである。患者さんの家族に, 予後が悪いということ, もう間もなく亡くなられるということを説明したあと, タイミングを見計らって, 「こういう選択肢があります」と, ホスピスケアについてパンフレットを用いて説明している。

### 身体拘束を減らす

急性期病棟では身体拘束をされている人が多い。認知症ケア委員会でも取り組んでいるが, 一般病棟やICUでも抑制カンファレンスを毎日行い, 1日のうち何時間かでも抑制を中止できないか, 検討している。結果として2018年と比べ, ICUでは抑制率が50%から30%に, 一般病棟では21%から12%に減っている。一方, 身体拘束が減ると転倒, 転落による外傷などの重大事象が増えているかということ, 実際には1万人あたりの件数は65から48に減っている。

急性期病院でのウェルビーイングとして, 緩和ケア, ホスピスケア, 身体拘束を減らす, ということについて述べたが, 緩和委員会, 意思決定支援チーム, 臨床ケア委員会で, 多職種みんなで取り組んでいるところである。

## 多職種連携に必要な対人関係スキル、 どうすればうまく対処できる？ ～患者も医療者もウェルビーイングになるために～

企画責任者：地域看護介護部 次長 三浦稚郁子

チーム医療セッションでは、医療現場におけるコンフリクトや対人関係、コミュニケーションについて発表が行われた。演題発表を通じて参加者自身がそれぞれ振り返りを行い、チーム全体が合意した上で患者を中心とした目標に向かっていくことの重要性、そのための理想となるコミュニケーションのあり方を再確認できるセッションとなった。

### 多職種連携の鍵はウィン・ウィン・アプローチ ～面会時間の拡大について～

村立東海病院 事務部医事課 小坂部成生

面会時間の拡大の取り組みにおいて、多職種間におけるコンフリクトやコミュニケーションギャップをどう解決し円滑な連携を実現したか発表する。

入院患者家族の面会は事前予約制で平日の午後のみ行っていたが、コロナウイルス感染症患者や発熱外来の患者数の減少に伴い、土日の午後も面会できるようにしてほしいという要望が多く寄せられた。しかし、感染対策や医療現場の運営上、面会時間の拡大には多職種の意見を調整する必要があり、ICT(Infection Control Team)、看護部病棟、事務部が関わり連携を取った。

職種ごとのコンフリクトの早期解決となったポイントを挙げる。まずICTではアンケート方式による書面でのアプローチを入院病棟や事務部にも試み、各部署の問題点を明文化して抽出した。そしてそれをもとに各部署の面会拡大において壁になっているものを整理し、意見の相違を集約して問題点を明確化した。これにより各部署で持っている現状の問題、拡大した際のメリットも抽出できた。患者サービス向上だけでなく、感染予防対策による業務負担軽減をも目的にしたことが実現へのスピードを速めた

といえる。

結果、ICTはICT会議を開催し、大部屋での感染対策を検討した。看護部病棟では、大部屋での面会が可能ならば回数や時間を増やすことが可能であるとし、カーテンを閉める措置を講じた。事務部では面会手続きを簡素化、時間の短縮をはかった。さらに、時間が集中していた面会予約の外線対応時間を看護部病棟が広げてくれ、業務の一部が重なることが減った。

今回の多職種連携においてアンケート方式は良かった。ただし、メールでの依頼ではなくTeamsでの運用であれば、最初から関係者が内容を確認・把握でき、よりスピーディーな対応ができたと考える。

### 家族とのコンフリクトを回避できた

#### 多職種での関わり

～死亡退院された患者の長男への対応を通して～

東京ベイ・浦安市川医療センター 患者相談室  
看護師長 池澤亜矢

インシデントを発端とした家族からの訴えに対し多職種で取り組み、コンフリクトを回避できた事例を報告する。

当センターに入院中の人生終末期の女性患者(77歳)がうつ伏せで前額部を床に付けた状態で発見され、その後、心肺停止が確認された。コー

ドに従い心肺蘇生は実施せずキーパーソンの夫へ連絡、説明し死亡確認を行った。この時に初めて長男の存在が分かった。警察に連絡し、死亡時画像診断でも転落による損傷や死因になる外的要因はなしと判断された。2日後に長男の要望で担当医師、当該病棟師長より病状と当日の経緯を説明したが、その後「再度説明をしてほしい」「時系列の経過と再発防止策の説明を書面でほしい」「カルテ開示をしたい」という訴えが寄せられた。

明らかに不信感を抱いていると思われる長男への対応に向け、多職種で話し合いを重ねた。まず関係者の意識統一が必要と考え、説明に向けて目標を共通認識した。その上で正確な情報の確認、医療安全も関わる病棟での振り返りを行い、改善策などを考えた。さらに書面内容の確認や想定されるQ&Aなどを検討、入念なシミュレーションを経て臨んだ結果、長男から納得した旨の言葉をいただき、カルテ開示はされなかった。

今回の事例を通し、コンフリクトの対応は患者家族の気持ちになって言葉にしていけない思いを考えた対応が大切である、誠意をもって丁寧に分かりやすく伝えることで患者家族に理解してもらえ、病院としての見解を統一し共有することで自信をもって対応できる、多職種で集まって話し合うことで多様な意見が出て気付けなかったことに気付ける、十分な準備が実際に対応する職員の精神的負担を軽減できることを学んだ。この学びを活かし、患者家族との信頼関係の構築ができるよう病院全体の患者対応のスキル向上に努めていきたい。

### 病状が不安定な超高齢患者

#### ～退院支援におけるコンフリクト事例～

石岡第一病院 入退院支援室 専従看護師  
鈴木裕子

入退院支援室へ対応相談があった、98歳女性患者の退院調整で在宅酸素導入にまつわる看護師内のコンフリクトの報告をする。

まず情報を整理した。日勤を主に務める看護

師Aは「酸素投与で患者の『苦しい』という訴えが何度も改善しており、在宅酸素が必要」、夜勤が多い担当看護師Bは「酸素投与の十分な評価ができておらず、酸素を外してみることを提案したが看護師Aに難色を示され、それ以上の提案ができなくなった」、退院支援看護師Cは「本来なら高齢者の終末期に対する家族の希望を含めた退院調整が必要。しかし、直接患者に対応している病棟看護師の意見を一蹴する介入方法は良くない」という主張だった。

ここで、在宅酸素の導入にフォーカスが集中していることが見えてきた。病状が不安定な患者に対し安楽な生活を送ってほしいという思いは共通だが、その手段として在宅酸素導入が必須と考える看護師と必ずしも必須ではないと考える看護師で意見の相違が生じ、立場の違いや遠慮もあって十分な話し合いに発展できておらず、コンフリクトが生じていると考えた。

そこで「チームカンファレンスの組み立て」を検討した。病棟師長のファシリテートのもとカンファレンスを実施すると、主治医の見解も踏まえそれぞれの意見を十分に出し合い看護でできることを見出せ、看護師Aへの「説得」効果に加え「協働」へ発展できた。

ただ、この事例では退院支援看護師Cの懸念事項『終末期に対する療養方針の相談』に関して回避対処となった。「老衰」と判断された超高齢患者を取り巻く医療課題を背景に持つ同様のケースは少なくない。困難事例が増える中、異なる立場だからこそ見いだせるそれぞれの視点を共有し、各患者・家族にとっての「最善」は何かという問題の本質について、適切なタイミングで話し合える環境づくりが課題である。

#### 人材育成に必要なアサーティブコミュニケーションとは

介護老人保健施設市川ゆうゆう 介護長  
治部拓也

アサーティブコミュニケーションは、自分と相手を尊重しながら自分の意見や要望を的確に伝えるコミュニケーション手法のことを指す。

身に付くことで業務指導の効果向上、人間関係の悪化防止、コミュニケーションの質の向上、生産性の向上などが見込め、働きやすく働き甲斐がある職場づくりにつながることを期待できる。

人の自己表現は大きく3タイプに分けられる。1つめはアグレッシブタイプで、攻撃的な自己表現をする。2つめはノンアサーティブタイプで、自ら主張することなく受け身に徹する。3つめはアサーティブタイプで、相手の気持ちや立場を尊重し主張を受け入れながらも、自分自身の意見・気持ち・主張を正確に伝えることができる。

続いて4段階に分けて自分の気持ちを伝えるアサーティブコミュニケーションのスキル「DESC法」について述べる。これはDescribe, Explain, Specify, Chooseの頭文字からなる言葉で、Describeは解決すべき課題に対し客観的に

現状や相手の行動を描写し事実のみを伝えること。Explainは客観的事実に基づき自分の主観的な気持ちや意見を述べること。Specifyは相手に解決策を提案したり求める行動を依頼したりすること。Chooseは選択肢や代替案を提示することである。

人が自分の性格を変えるのは簡単ではないが、行動は改めることができる。アサーティブコミュニケーションのスキルを磨いて、普段何気なく行っているコミュニケーションの取り方を改めれば円滑な意思疎通ができるようになる。現在、職員の心身の健康維持は介護施設にとって大きな課題である。アサーティブコミュニケーションを活用して働きやすさや働き甲斐を向上させ、ひいてはエンゲージメントの高い組織、2040年問題を乗り越えられる施設になれば良いと考える。

NP・NDC研修センター /NDC 部門

## 特定ケア看護師の挑戦 ～ウェルビーイングと地域医療 つながり、支え合い、共創する～

企画責任者：NP・NDC研修センター 次長 鈴木靖子

NDC研修センターでは、現在1期生から8期生までの総勢61名の特定行為研修修了者(JADECUMでは特定ケア看護師・NDCと表現)が現場で活躍しており、今年度は9期生が研修中である。本セッションではNDCの現状について現場から発表いただき、より多くのNDC誕生のきっかけとなるよう企画した。

### 地域医療の活性化に向けた遠隔診療の取り組みと今後の展望

NP/NDC研修センター センター長・聖マリアンナ  
医科大学救命救急センター長 藤谷茂樹

日本の高齢化時代に対し、厚生労働省は2025年に向けて10万人の特定行為研修修了者を想定していたが、現在やっと1万人を超えた。当初は、訪問看護・介護、地域医療支援のため立ち上げられたが、働き方改革ですり替えられ、タスクシフト、タスクシェアの人員が必要となり、

急激に育成が進んでいる。JADECUMはタスクシフト・シェアの今後の課題である「意識」(管理者のマネジメント研修、医師全体に対する説明会、全職種の意識改革に関する取り組み)については既に成功しており、「技術」についてもクリアしている。

NDCは、医師と一緒に働きながら現場での研修を行うことで、ケアに即した働き方をしていく。地域ではNDCがNPとほぼ同じ業務を担っており、21区分38行為全てを行うことができる

だけでなく、入院退院、検査・薬剤などの代行オーダーも行っている。特定行為研修修了者でここまでできるプログラムは国内では他にない。

また、特定行為研修修了者配置による医師の労働時間への影響をみると、実際医師の年間平均勤務時間が有意に短縮しているというデータも出ている。

こうした中で、NDC研修センターでは「いつでも、どこでも、限られた資源の中で、自ら考え行動する看護師」、「“診る”と“看る”というこの2つの言葉を両立させる看護師」を育成していこうと考えており、独自教材によるe-Learningを受講し、週に一度オンラインで医師から指導してもらえる質の高い研修を提供している。現在61名の修了者と6名の研修生がいるため、横の連携が取れるよう、卒後2年間は月1回の研修を行うなど、研修修了後も手厚いフォローを受けることができる。

現在は、NDCの活用として伊東市民病院と三重県立志摩病院でNDCと医師による遠隔診療プロジェクトを行っている。遠隔医療システム(Teladoc)を使用することで、NDCや医師が困ったときに大学病院からリアルタイムで患者の様子を確認しコンサルに応じることができるため、地域の医師不足等にも対応可能であると考えられる。

今後は司令塔を作り、地域にいるNDCがコンサル依頼をした際に、司令塔が必要な専門医に振っていく仕組みを整え、活性化を図っていきたい。

## 看護師の特定行為研修の意義と一人目の壁

### NP・NDC研修センター 鈴木靖子

特定行為研修とは、「看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図る」ための研修制度である。2040年問題に向け、個別に熟練した看護師のみでは足りず、看護職のジェネラルな力が必要と言われている。特定行為研修は、ま

さにこの力を向上させる学びが得られる研修であり、全ての看護職が対象の研修である。指定研修機関も426となり、今年9月には修了者が1万人を超えた。

NDC研修センターが目指す特定ケア看護師は「自立的に判断し、行動ができる。“看る”と“診る”の力を発揮できる。チーム医療の強化で、職種間の隙間を埋める。医師につなぐべきか、急ぐのか等の初期判断ができる。医師の言葉を含めて指示を理解し、遠隔診療の対応ができる看護師」である。

実際の症例で研修修了後の変化を見ると、症状出現時の思考過程では看護をしながら鑑別疾患をアセスメントし、医師へタイムリーに報告。必要と判断した検査実施、鑑別診断を含むアセスメントを行い、次に必要な検査や抗菌薬の提案にまで至っている。このように特定行為研修でかなう効果は多岐にわたり、より安全で質の高い医療・看護の提供が可能となる。

現在JADECOMでは20施設で45名の特定ケア看護師が活躍している。今後は病院に限らず普及させたいが、まずは全ての病院から一人目を誕生させたい。

特定行為研修修了者は今後急激に増加することが予想される一方で、学びを十分に活かした活動がされていないのも課題である。そのために「特定行為研修修了看護師の組織的配置・活用ガイド」<sup>1)</sup>を活用して、特定ケア看護師を支援、育成してほしい。

ジェネラルな質の高い特定ケア看護師を目指して、「一人目の壁」を乗り越えていただきたい。

参考URL 1) <https://www.n.chiba-u.jp/iperc/research/guide.html>

## 特定行為研修修了看護師の活動の基盤づくりと高齢者看護の質向上

～病院・施設管理者としての立場から～

### 台東区立台東病院・台東区立介護老人保健施設

#### 千束 看護・介護統括部長 中野博美

当院では2016年より特定ケア看護師の養成を開始し、活動の基盤を整備し、現在4名が活動中である。

NDCを養成する主な目的は2点ある。1点目は高齢者の看護・ケアの質向上である。急性期では、受け入れる高齢者の医療依存度が高く、看護師には病状変化への対応と在宅への移行が求められている。このことから、NDCが看護の視点に加え、医学的視点から患者の全体像を把握することで、ケアの幅を広げたいと考えた。2点目は医師の負担軽減である。慢性期病院では医師の配置が少ないため、一人ひとりの医師の負担が非常に大きい。NDCがスタッフや患者家族に看護や医学的根拠に基づいた説明をし、理解や協力を得ることで、急変・緊急時の支援や、日常診療の適切な対応に効果的であると考えた。

当院では、「看護が好き」「学ぶことや新しい経験を楽しむことができる」をポイントに研修受講者を選出した。研修開始時は、研修・教育過程のイメージができず、育成上の課題やサポートの仕方に悩み、研修生との対話を重ねた。

研修終了後は、院内での活動基盤の整備に取り組んだ。NDCは各部署で説明を行い、勉強会を開催した。看護管理者は、職員、患者・家族、地域の医療機関への周知を図った。そして「特定ケア看護師育成委員会」を設置し、NDCの活動をサポートした。

NDC導入による主な効果を2点紹介する。1点目は医療ニーズの高い高齢患者の受け入れが可能となったことである。限られた看護人員配置の中、人工呼吸器が必要な患者を早期に受け入れ、病棟の看護師が処置やケアを行えるようになった。2点目は、在宅療養中の高齢者のレスパイト入院を開始したことである。家族や介護関係者にとって「休息」の機会を設けることで、地域医療、地域連携が強化している。

また、これまでの活動の評価として、病院および老健全スタッフを対象としたアンケート調査を実施したので、その評価を今後の参考にしていきたい。

最後に、当院では看護大学院教育により「看護」の視点を通じた活動・実践スキルを養うため、2022年より千葉大学大学院への進学を支援

している。将来的には、NDCの夜勤帯配置や看護管理者への起用による組織化を図りたいと考えている。

## 特定行為研修修了生の現状と今後の課題

有田市民病院 看護部長 御前有美

当院は1市3町から構成される有田医療圏の中核病院として総合的な医療を担っている。当医療圏内には、高齢化率70%を越す山間部地域があり、平成30年にこの地域をサポートする目的で訪問看護のサテライトを開設した。

当院の訪問看護師は「在宅患者が安心して生活を送る支援の一助となり、有田医療圏での在宅医療に貢献したい」と、特定行為研修受講を志願した。管理者側も医師の仕事をサポートできる特定行為研修修了者が必要と考え、思いが一致した。

こうして、平成29年4月開校の和歌山県立医科大学看護キャリア開発センターの第1期生に2名が応募した。受講区分は夜間の突然の気管カニューレ交換にも対応できる「長期呼吸療法に係るもの」と、病態変化時の早期アセスメント介入および脱水症状の改善に係わりたいと「栄養及び水分管理に係る薬剤投与に関連」であった。平成30年9月に2名は無事研修を修了した。

平成31年4月には「特定行為管理委員会」が院内に発足した。

また、1期修了生の声を受け、研修受講者増加に向けて勉強会と説明会を行った。説明会は継続して行われており、その年度の研修修了者が担当し、受講動機や実際の研修内容などを紹介している。また管理職側からは特定行為研修修了者の必要性や研修に臨む姿勢などを、期待を込めて話している。

現在12名が修了し(内4名が退職)、1～4区分取得している修了生が8名在籍している。当院からは、まだNDC研修生を輩出できていないが、今年度は2名がプレコースを受講中である。全区分の履修を終えるNDC修了生への期待は大きく、さらなる医師との協働の架け橋になると思っている。

当院はこれからも地域医療に根付いた病院として、今後も特定行為研修修了生を増加させ、地域医療に貢献していきたいと考えている。

## キャリアアップと特定ケア看護師

### 飯塚市立病院 津川直也

臨床経験が10年を経過し、キャリアアップを考え認定看護管理者として看護管理業務に就いた。しかし、臨床から離れるほどストレスが増大したため、臨床のスペシャリストになる決意をした。

キャリア選択に大きく関与した出来事が2点ある。1点目は夜勤中の脳外科入院患者の痙攣発作である。手元に抗痙攣薬があるのに、医師の指示がないため投与できない。とてももどかしく、これが特定行為研修の受講を考えるきっかけになった。2点目は産科が撤退した地区の妊産婦が、出産予定日前に自宅から離れ、分娩予定の病院近辺で待機しなければならないと知ったことである。この点は地域医療を考えるきっかけにもなった。

臨床のスペシャリストを目指す上で、当初は診療看護師(NP)を目指そうと考えていた。しかし、自宅から通える範囲に診療看護師教育課程がある大学院がなく、家庭の事情等も踏まえた結果諦めるしかなかった。そんな中、以前知り合いにNDCにならないかというお誘いをいただいたことを思いだした。改めてNDCについて調べてみると、自身が目指している看護師像に近いと思いNDCになろうと決めた。

当時勤務していた病院は大規模病院であったため、医師を含め職員数が多かった。そのような環境では特定行為研修を受講してもアセスメントで終わり、手技の実践は難しいと考え、飯塚市立病院への転職を決意した。「NDCを目指

しての転職」と採用面接で伝え、2020年から飯塚市立病院での勤務を開始した。実は飯塚市立病院では以前からNDCの活用を検討していた経緯もあり、転職3年目だったが、2022年度にはNDC研修を受講させてもらえることになった。

NDC研修は、e-Learning学習と週1回のオンライン研修は自施設で働きながら受講することができるので、仕事と家庭を両立しながら受講することができた。特にこのオンライン研修は、講師から臨床推論について直接指導していただけるので、e-Learning学習の理解が深まった。さらに関東での病院実習では、総合診療科や集中治療部で毎日医師から濃厚な直接指導を受けることができたので本当に勉強になった。振り返ってみると特定行為実践だけでなく、医師の臨床推論を学ぶことができ、とても効果的な研修内容であった。

1年のNDC研修を修了し、自施設に戻って卒後臨床研修を開始したが、NDCの認知度が非常に低く、まずは周知活動に取り組んだ。そして職員と積極的にコミュニケーションを図った結果、さまざまな連絡や業務依頼を受けるようになり、現在は内科入院患者の入院管理を実践している。

今後は研鑽を重ね、より自立した入院管理の実践を目指していく。タスクシフトとしては外来診療、外科系病棟の手術管理を含めた入院患者管理、施設巡回、訪問診療、病院救急車での搬送業務に同乗などを考えている。

NDC研修は比較的短期間で受講しやすい研修である。そのためさまざまな事情がある看護師にとっても、非常に魅力的な選択肢であり、大きな可能性を秘めている。NDCを目指す人が1人でも増えてくれると嬉しく思う。

## JADECUM施設におけるヘルスプロモーション活動の展開 ～患者・利用者, 地域, 職員, 全てのウェルビーイングのために～

企画責任者：公衆衛生委員会 委員長 宇田英典

ウェルビーイングの状態を維持するために、病気を治すだけでなく予防する、悪化させないようにする、あるいは現状を維持するように働きかけることはヘルスプロモーション活動のひとつである。プロフェッショナルとして意識を持って活動している4施設から発表があった。

### 高齢期における健康と栄養に対する意識調査 ～フレイル予防啓発活動からみえてきたこと～ 六ヶ所村地域家庭医療センター

管理栄養士 坂本悦子  
作業療法士 小林伸二

今回、利用者とその家族に対して、栄養に対する関心と現状を明らかにし、ヘルスリテラシーを向上させるための介入方法を検討することとした。

対象者は通所ケアサービス利用者とその家族で、アンケートと食品群セルフチェックを行った。アンケートは、利用者に対しては聞き取り形式で54名、家族には47名に配布して27名から回答を得た。

「フレイルという言葉を知っているか」については、知っている・ある程度知っている・聞いたことがあるという人が3～4割程度。

「利用者の体型の認識」については、利用者自身も家族も適正体重に誤った認識をしていることが分かった。

「自分にちょうどよい1食の量」については、食事のバランスや量が分かっている人が半数以上であったにもかかわらず、栄養バランスの良い食事は1日1回以上またはそれ以下の利用者は4割、家族で6割であり、バランスの良い食事がとれていない状況が分かる。

「健康のために栄養や食事に気をつけているか」という質問については、いつも気をつけている、ときどき気をつけているが多数を占めた。

栄養情報について、フレイルの説明と予防の情報の裏面に食生活チェックシートを付けて利用者に配布している。4つの食品群の目安量(年齢ごと)を記し、体重評価表も作成している。BMIを計算して説明し、家族にも見てもらえるように配布している。

栄養に対しての関心は非常に高いが、バランスの良い食事の理解と食行動については矛盾している部分がある。栄養の認識と食行動を明らかにする必要がある。フレイルの認知度が低く、生活習慣病予防からフレイル予防へのギアチェンジが行われていないことが分かった。

これから利用者を支える家族を巻き込んだ教育は、フレイル予防のための重要なポイントになる。通所利用者は個人の疾患に合わせてフレイルの情報提供を行う絶好の機会となる。リハビリテーションも交え、今後もフレイル予防事業を見直しながら、より良いものにして地域に貢献できればと思う。

### 西吾妻福祉病院におけるヘルスプロモーション活動 －初動負荷トレーニングの利用－

西吾妻福祉病院 理学療法士 湯本脩介

初動負荷トレーニングとは、ワールドウィング鳥取 小山裕史氏により開発された“疲れない筋トレ”で、野球選手を中心に多くのスポーツ選手が取り入れている。群馬県では、当院と高崎健康福祉大学のみを設置され、誰でもトレーニングができるのは当院のみである。

筋の収縮形態は伸張性、短縮性、等尺性に分かれるが、運動開始の各収縮には必ず反対方向の引き戻す力が働くので、これが負荷となり運動のスムーズさを阻害し、怪我の元になると言われている。これらの収縮運動時に機器の特性であるかわし動作(医学的には回旋動作)を加えることで、過度な負荷を取り除き関節運動をスムーズに無駄なく動かすことができるようになる。

当院には肩甲骨と鎖骨の可動域を広げるトレーニング、股関節のトレーニング2種類の4台の機器が設置されている。

長野原町には健康増進施設がなく、町から地域住民への健康運動増進と介護予防のため、病院で初動負荷トレーニング機器設置を検討してほしいと依頼が来た。

導入にあたって4つの課題(特殊性、コスト、設置場所、人的資源)が出た。実際に医師と理学療法士で鳥取の本部に出向き見学・体験を試みた。体験の結果、関節が柔らかくなり、疲労感が軽減することを体感した。コストに見合う運用ができるか不透明であったが、町からの依頼であるため、病院組合で費用負担し、健康増進・介護予防を目的として設置することになった。設置場所については、通常業務と並行してトレーニングを行うためにもリハビリテーション室の横に設置した。人的資源については、ワールドウィングの規定で導入施設のリハビリスタッフ全員が指導資格を取得する必要があるため、スタッフの業務内容を鑑みて資格取得研修の予定を立てた。

利用者の年代は60歳代が多く、利用登録は団体を含めて250名ほど。利用分布は五輪強化指定選手・プロ野球選手などから医療対応終了後の患者・機能障害等後遺症の方、一般利用者(子どもから高齢者)まで幅広い。

初動負荷トレーニング設置による効果として次の3つがあげられる。

① 世代を超え、異分野の交流が生まれ、普段接することのない方から刺激をもらい、気付きを得るといった社会のつながりを再認識した。想定

外の交流の場となっている。

② リハビリ終了後の受け皿となり、機能改善が進んで生活が楽になったという声も聞かれる。健診後の運動指導が必要になった方が利用し、後の検査結果が良好になる効果もある。

③ 健常者が利用することで病院の認知が進み、何かあった時の受診ハードルが下がるという効果があった。

今後の展望は、指導資格取得者を増員する、他のワールドウィング施設を見学して充実を図る、病院設置のフィットネス施設(医療法42条)の経営について検討する、地域・異世代交流の場の象徴となる、健康増進・介護予防・医療対応後の受け皿としての機能強化を図りたい。専門職として疾患予防もできることを発信していきたい。

## 医療的ケア児と地域をつなぐ

### ～小児在宅と診療所薬剤師の関わり～

シティ・タワー診療所 薬剤師 坂 啓子

当院の小児患者の内訳は、半数が先天性疾患、次いで非進行性脳障害、進行性中枢神経疾患、小児がん、呼吸器疾患、その他の患者で、現在約60名がいる。小児患者に限って述べると、14カ所の薬局に薬剤や医療物品を依頼している。18カ所の訪問看護ステーションで食支援やリハビリを依頼している。

医療的ケア児を分類すると次の4つのパターンに分けられる。①重症心身障害児(54%)は寝たきり・知的障害があり、複雑なケアが必要。②機能はほぼ正常な患児(28%)は歩いたり話したりでき、医療的ケアはシンプル。③知的・発達障害(9%)の方ではデバイスの自己抜去のリスクが高いこと、歩けるが多動で危険な行動をとることがある。④肢体不自由(9%)の方は知的機能は良好で、個人個人でさまざまな特性がある。

医療的ケア児をとりまく法律も令和3年に成立し、社会全体で医療的ケア児を支える方向性がすでに示されている。医療・福祉・教育・保健が連携して、子どもたちが安全に楽しく地域

で過ごせるように支援していく仕組みがつくられている。成人在宅医療と比較して小児特有のものとして、複雑で稀な疾患が多いということ、年単位の関わりになることが多く10年、20年と関わることもあること、ケアマネージャーのような地域連携のコーディネーターがいないこと、社会的支援をこれから受ける場合が多いこと、成長に合わせて薬やデバイスの変更が必要となること、薬の適応外処方や多剤併用が多いこともあげられる。

薬剤師の視点から見ると、抗てんかん薬や漢方薬、睡眠薬、浣腸、医療用栄養剤、疾患に応じた薬剤があり、さらに風邪をひいたら風邪薬が上乘せされる。小児適応のある薬が少ないので適応外処方が多い。成長ホルモンなどの特殊な薬も多い。小児特有の吸収や分布、代謝があるため、服用回数が多くなる。成長に合わせた薬剤の見直し、用量調節も必要。経管管理が多いので、薬の粉碎調剤も多い。

診療所薬剤師は珍しい存在だ。現在は診療所内と訪問診療の同行と半々くらいで業務を行っている。訪問先では患児の家族と話をし「困りごとはないですか?」と尋ねている。また、退院カンファレンスに参加し、地域の病院と連携している。診療所の中ではICTを利用して、他職種と情報共有をしたり、薬剤師として情報発信したり、小児科専門医でない医師に処方提案している。また、デバイスや物品にも関わり、導入場面や相談対応において活動し、地域との橋渡しもしている。「つながる、支えあう、共創する」をスローガンとして、障害のある子ども親も家族も丸ごと支える地域医療を目指して活動している。

### 体験学習:サマースクール

「君もレントゲン博士だ!」

#### 市立奈良病院 放射線室 参与 小西佳之

当院で開催したサマースクールについて報告する。対象は奈良市内の中学生とその保護者。主旨は、①医療施設で行われている放射線診断や透視下血管内治療等を体験する、②体験によ

り自分や家族が病院で受けている検査や治療の理解を深める、③将来医療従事者を目指す学生や保護者への支援となる、④夏休み自由研究課題の選択肢となる、である。方法は、機材を用いた体験型学習で、グループごとに放射線専門医がコーディネーターとして指導、CT・MRI検査では放射線技師や看護師が講習と実験を指導、エコー・血管内治療は放射線専門医が直接指導した。安全については、安全管理責任者を置き、研修中の体調不良に関しては当院が責任をもって対応するとした。

具体的に知ってもらいたいことは、放射線の発見とその利用がもたらす恩恵、放射線部で用いられている医療機器の種類と特徴、放射線・高磁場・超音波を利用した検査で分かること、画像解析装置を使った3D画像の作成方法、カテーテルを使って行われる非侵襲的な血管内治療の方法、放射線部門の医療従事者の仕事、である。

一般撮影では箱の中のものをX線透視で探る実験を、CT操作室ではCTの動きと撮ったデータから作成された画像を見た。MRI検査室では金属製のものが高磁場でどのように引き寄せられるのかを体験した。3D画像作成では、富士フィルムメディカルから提供してもらったサンプルデータと作成機器を使って画像作成を行った。エコーの実験では実際にプローブを持ってコンニャクの中の異物を探ってみた。透視下血管内治療の体験では、血管に見立てたチューブ内のカテーテルに空気を送り、バルーンを膨らませて周囲の血管を広げる実験をした。また、動脈瘤に見立てた血管内に塞栓コイルを挿入する、体幹の血管モデルを使って鼠径部から冠動脈までカテーテルを挿入する操作を体験した。

終了後のアンケートから、少なくとも8名が何らかの形で関心を持っての参加だった。「説明はよく分かりましたか?」「体験は面白かったですか?」は15名全員が「はい」の回答だった。好評であったと評価でき、啓発活動の必要性を感じる。しかし、実施に至るまでの広報活動と事前準備には多くの時間と労力が必要で、当日は

施設の理解と医療スタッフの協力があってこそ  
の実施であった。今回の報告は2018年実施分で、  
翌2019年に実施した以降はコロナ禍で実施でき  
ていないが、次年度開催に向けて検討してい  
きたい。

今回のサマースクールで地域の中学生と家族

に放射線検査・血管内治療への関心や興味を深  
めていただくと同時に、医療への理解を深め、  
興味から生まれる可能性を信じ、医療の世界に  
進んでいただき、いつか共に働けることを願っ  
ている。地道な取り組みが、将来必ず花咲き実  
を結ぶと信じている。

SOC (Security Operation Center)

## 医療従事者が身につけるべき 「デジタルリテラシー」と「デジタルツール活用法」

企画責任者：市立奈良病院診療情報管理室 課長 桑田成規

近年、デジタル技術の急速な進展に伴い、医療分野においてもデータの効果的な活用が不可欠となっ  
ている。本セミナーでは医療DXの実現に向けた実践的知識とスキルの取得を目指した。ここでは、  
林健司氏の発表を紹介する。

JADECOMのIT環境の現在地と、  
セキュリティの話

システム調達戦略室 兼

セキュリティオペレーション室・

あま市民病院情報システム係長 林 健司

蒸気機関の発明が第1次産業革命、第2次は  
電力とエンジンの普及、第3次はインターネット  
による情報革命であった。現在はドローンや  
自動運転が利用される第4次産業革命、ある  
いはデジタルツイン(高度仮想空間)やロボット  
(協働ロボット)が登場した第5次産業革命の時  
代と言われる。仮想空間は医療技術の分野でも  
利用が始まっている。

人工知能AI技術の進化は、2006年のディープ  
ラーニングに端を発し、2017年のトランス  
フォーマーモデルは自然言語解析に革命をもた  
らした。2022年にはChatGPT(Generative Pre-  
trained Transformer)が登場し、従来の適切な  
キーワードを選んで行うインデックス検索から  
機械と会話をするようなマルチモーダル・セ  
マンティック検索(キーワードを知らなくても

検索ができる)へと検索機能が進歩した。

現在、ChatGPTには無料版GPT-3.5と有料版  
GPT-4がある。GPT-3.5は2021年9月までの学習  
データによるもの、GPT-4はプラグインを用い  
ることでインターネットの情報をリアルタイム  
で活用させることができる。地域医療振興協会  
で利用可能なMicrosoft365に含まれるCopilot in  
Edgeは検索エンジンと連携し常に最新のデー  
タを活用できる生成AIである。JADECOMのラ  
イセンス契約では商用データ保護機能が付い  
ているため、有料版ChatGPT-4と同等機能の生成  
AIであるCopilotを無料かつ安全に使用できる。

Microsoft Power Platformなどのローコード  
開発ツールを使用すれば、プログラミング言語  
を使用することなくアプリケーションを作成す  
ることができる。また、RPA(Robotic Process  
Automation)というソフトウェアロボットを  
使ってパソコン上の業務を自動化・実行す  
ることができ、ルーチンワークを自動化する  
ことで業務の省力化が図れる。

地域医療振興協会の現在のIT環境は、最先端

とまでは言わないが、他の医療機関に比べ相当に進んでおり、その活用によって大きく生産性を高められることを認識しておく必要がある。

IT活用と同時にセキュリティに対する認識も重要である。

例えば、電子メールの情報漏洩リスクについては、郵便はがきと同等と考えるとよい。はがきは投函後、何人もの郵便局員の手を経て配達される。その間、表面に記された情報は読み取ることができる。同じように電子メールの送受信も複数のネットワークを経て行われるが、その間に読み取られる可能性がある。添付ファイルにパスワードを掛けても無駄である。漏洩してはいけない個人情報などは電子メールで送信しないことが重要だ。

公衆Wi-Fiにおいても盲点が存在する。公衆Wi-Fiの基地局の近くに設定もパスワードも同じWi-Fiを設置して通信経路を乗っ取ってしまう「悪魔の双子攻撃」がある。アクセスする側からは全く見分けがつかないので防ぎようがない。リスクを避けるには公衆Wi-Fiにアクセスしないことだ。パスワードが要求される暗号化された公衆Wi-Fiは安全だ、という前提は捨てなければならない。

また、特定のサイトにアクセスするときの本人確認には多要素認証が多く使われる。本人であることを確認する手段として顔認証や指紋認証などがあるが、多要素認証は個人のスマート

フォンにショートメッセージでパスコード(ワンタイムパスワード)を送信し、それを使うことで個人認証が行われる。顔や指紋による認証には専用読み取り機が必要となるが、スマートフォンを利用した多要素認証は現時点で最もリーズナブルなものである。多要素認証が利用可能なWEBサービスであれば、積極的に多要素認証をアクティブにしていくべきだ。

Microsoft365サービスをスマートフォンで利用することは非常に便利ではあるが、セキュリティリスクについても認識しておくべきだ。特にAndroidの場合はGoogle Pixel以外の機種はセキュリティリスクが高いことを知っておくべきだ。セキュリティに不具合があるとGoogleが発表した場合、スマートフォンメーカーからパッチプログラムが配信される。しかし、Google発表後からプログラムのコーディングが始まるので、配信は発表後3週間以上経ってからとなる。一方、Google Pixelは不具合発表の時点でパッチも配信される仕組みだ。そのため多くのスマートフォンはパッチ配信までの間は危険にさらされる可能性があることを知っておくべきだ。

テクノロジーの活用はとても重要であるが、同時にセキュリティに関するリテラシーを高め、安全に便利に活用することを心掛けていきたい。

## 能登半島地震看護支援を通して学んだこと これから起こる災害に備えること

座長：日光市民病院 管理者 杉田義博  
地域看護介護部 次長 中嶋浩実

冒頭、座長の杉田義博先生から、支援プロジェクトの概要について説明があり、その後、支援に入った看護師が「能登半島地震看護師派遣を通して学んだこと これから起こる災害に備えること」という内容で、それぞれの活動の実際を報告した。それを受けて、芳珠記念病院 看護局長から受け入れ病院側の視点から報告があった。本稿ではその内容を簡単に紹介する。

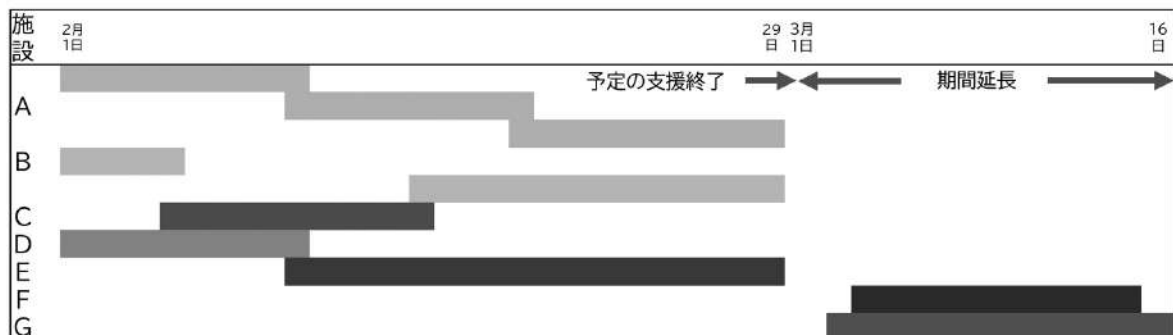
### 令和6年能登半島地震 芳珠記念病院 —JADECOM看護支援プロジェクト— 地域医療振興協会理事・日光市民病院管理者 杉田義博

令和6年1月1日16時10分、能登半島地震が発生した。マグニチュード7.6、最大震度7で、死者・行方不明者など、多くの方が被災された。

この災害についてはJADECOM施設からDMATやJMATなどのチームの一員として多くの職員が支援に駆けつけたが、JADECOMが独自に後方受け入れ病院の支援を行ったことをぜひ記録として残したいと考え、今回、本セッションを企画した。

能登半島地震においては地震の直後から能登半島のほとんどの病院の機能が喪失したことを受け、石川県内の病院で被災地からの患者を受け入れることになり、加賀地域にある芳珠記念

病院では1月5日から被災した患者や要介護者を受け入れる後方支援を決定した。患者を受け入れるに当たりより多くの看護師が必要となることが想定されたため、JADECOMは塚原太郎顧問と中嶋浩実次長の調整のもと、2月1日から、芳珠記念病院に対して不足分の看護師支援を開始した。3月16日までの45日間、7施設から10人の看護師が、延べ118日間、時期をずらして空白が起ころぬように調整し(図1)、切れ目のない支援を行った。大規模病院だけでなく、災害派遣支援の経験が少ない中小病院や複合施設、診療所といった小規模施設からの派遣が多かったことが今回の特徴であり、支援の経験を通して多くの学びを得たプロジェクトであった(図2)。支援に協力してくださったJADECOMの各施設、また万全の体制で受け入れていただいた仲井理事長、大西看護局長、阿部事務局長



時期をずらし、空白を作らぬよう、引き継ぎを支援看護師で完結し、病棟スタッフの負担を減らせた

図1 支援スケジュール(2月1日～3月16日、延べ118日/10人)

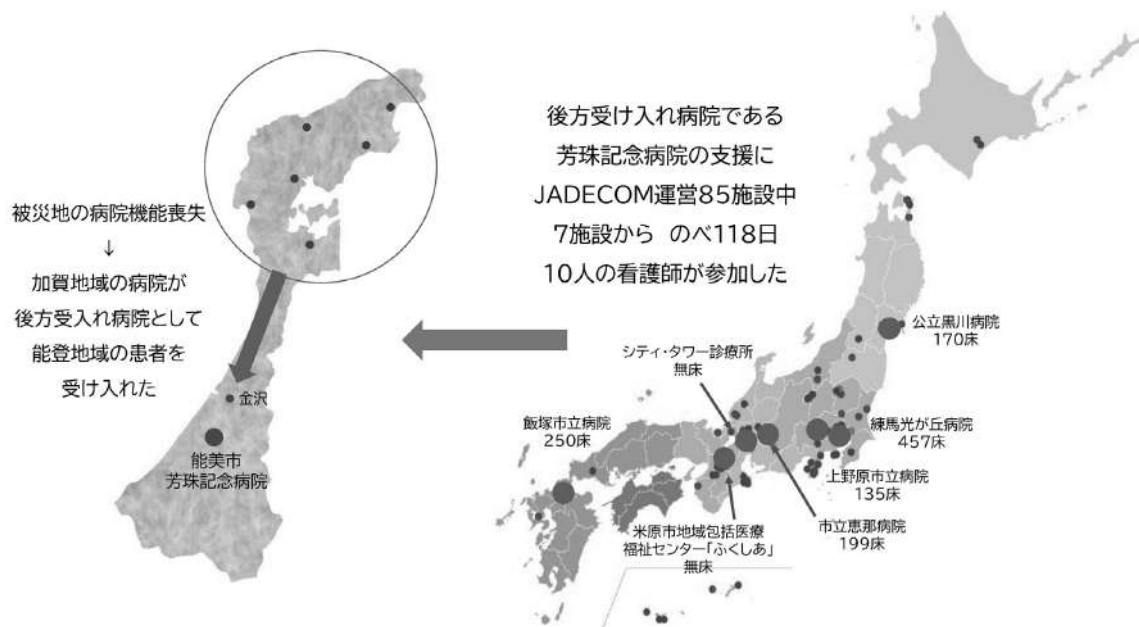


図2 7施設の看護師が支援に参加した

はじめ芳珠記念病院の皆様に変更して感謝申し上げます。

**能登半島地震看護師派遣を通して学んだこと  
これから起こる災害に備えること**

**公立黒川病院 看護師 佐々木駿輔**

私が派遣支援に行ったきっかけは、令和5年11月にクリニカルリーダーⅡ、Ⅲ研修に参加し、協会内で人材が不足しているところに支援に行くことの意義を感じることができ、派遣支援に興味を持ったからである。東日本大震災時の恩返しという気持ちもあった。妻からの反対もあったが、短期間であることで理解が得られた。やはり何かを行おうとするときに家族の理解が大事だと実感した。

派遣支援に行ってみて学んだことがいくつかある。まず、派遣支援者としての動きなど、自分の前の派遣支援者が派遣中に申し送りをしてくれたので、すぐに業務に取り組むことができたことだ。次に、分からないことはすぐに現地のスタッフに聞くなどコミュニケーションを積極的に図っていく必要があるということだ。こ

れは派遣支援を行う側、受ける側相互に働きかける必要があると思った。自分は学生時代の実習以外に他の病院に出たことがなかったため、今回の支援から大きな刺激を受け、勤務体制など学びがあったと同時に、自病院の良さにも気づくことができた。

今回の反省点としては、慣れない環境であったのに、あまり体調管理に気をつけていなかったこと。また、地震発生時の対応などについて確認できていなかった。そのため、もしや発災があった際には対応できなかった可能性があった。総じて危機管理能力が不足していたと今は痛感している。

**飯塚市立病院 特定ケア看護師 津川直也**

2024年3月4日～3月15日まで芳珠記念病院に派遣され、集中治療室に配属された。基本的に一人の病棟看護師と行動を共にして、病棟看護業務と一緒に、あるいは代行で実践した。手が空いたら受け持ち以外の患者であっても不穩患者の対応や、洗髪・手浴・足浴などの保清ケアなど病棟内を横断的に活動した。

今回の支援活動が終わって、改めて普段の特

定ケア看護師としての自分の活動を振り返ると、医師と協働して適切に入院管理しなければならないと意識するあまり、医学的視点にやや偏りすぎていたことに気づいた。本来、特定ケア看護師とは、「医学的視点と看護的視点の両方で患者を全人的にとらえて医療・看護を提供する看護師」と定義されている。今回の支援活動を通じて、もっと看護的視点を意識して、患者を全人的に理解し、適切な医療と看護の両方が提供できるようにしよう、と意識するに至った。

また今回の支援を通して、災害支援には急性期の支援に加えて亜急性期から慢性期にかけての継続的な支援がとても重要だと感じた。地震をはじめ災害はいつでもどこでも発生し得るもの、と捉える必要がある。自施設や周辺地域が被災した際のシミュレーションや事業継続計画の充実を図り、災害に備えることが重要だと思う。

今回のような看護師による災害時の支援活動は、支援先に貢献できるだけでなく、自分の知見を増やすことにもなる。今後も積極的に支援活動に関わっていきたいと考えている。

#### 上野原市立病院 守屋結菜

1月下旬に能登半島地震の災害派遣の打診があった際、当時看護師として2年目だった私は不安もあったが、少しでも役に立ちたいと思い、災害支援に行くことを決めた。事前準備として、病棟業務の再確認や人工呼吸器の取り扱いなどを学習した。支援に行くにあたって心がけたことは、地域医療振興協会の教育目標である「いつでも、どこでも、限られた資源の中で、自ら考え行動する看護師」である。

派遣を通して学んだことは、分かること、分からないことの意味表示の大切さ。そして、平時も災害時も看護の基本は変わらないので、ニーズと優先度を考えて行動することが大切だということである。

今回の経験を通して、病院の災害対策の備えの重要性を私なりに考えた。そこで当院では、病棟のアクションカードを作成中で、今後アク

ションカードを使用して訓練を実施していく予定である。所属部署である手術室では、手術中に震度5強の地震が起きたことを想定したシミュレーション訓練を、医師、看護師、放射線技師とともに行った。災害時にどんな手術ができるのか、病院としてリストアップする必要性も感じている。

今回の派遣で、他院で働く、知るという経験が大きな学びになった。また、いつでも、どこでも、限られた資源の中で自ら考え行動することの大切さを知った。今後、いつ起こるか分からない災害に対して一歩ずつ対策の強化を行っていきたいと思っている。

#### 上野原市立病院 陣野真希

派遣支援にあたって、事前準備として、まず派遣先の環境や位置、災害規模などの情報収集を行った。特に交通状況や経路を検討しておくことで、被害を受けた現場の負担を軽減することもできる。同時に周辺地域の一部や交通状況を日頃から確認し、避難経路や行動を踏まえた検討をしておくことが重要だと思った。

派遣先で感じたこととして、ハード面では、全ての病室が直線の廊下に面しており、全体を見渡せ、安否確認や、避難の誘導がスムーズに行えたということ。システムとしては、近隣の医療施設と電子カルテを統一していく構想があり、それが実現すれば災害時の連携体制強化、地域全体での円滑な役割分担につながるのではないかと感じた。

また「身体拘束を行わない」という意識付けがスタッフにあり、それは発災という特殊な状況での避難誘導についても、精神の安定を図り、安全な避難援助に有効であると思った。多職種連携や、患者家族との信頼関係も見取ることができ、そういった信頼関係は発災時においても不安を軽減することにつながると感じた。

支援受け入れ体制として、支援看護師に対してどんな業務を依頼するか、どんな動きをしてもらうかなど、細部に渡って考えられていたため、われわれはオリエンテーションの後スムー

令和6年1月1日 地震発生	災害フェーズ		医療問題
	超急性期	発生から2～3日後	外傷、クラッシュ症候群
	急性期	発生から1週間後	
			衛生問題による感染症悪化
	亜急性期	発生から2～3週間	深部静脈血栓症、たこつぼ心筋症
令和6年2月1日～10日	慢性期	発生から数ヶ月～数年	慢性疾患増悪、 ストレスによる精神疾患増加
	平穏期	復興後	

図3 発災からの災害フェーズと医療問題

ズに業務に取り掛かることができた。そこで余裕が生まれ、プラスアルファの役割を探すこともできた。支援を受け入れる施設が、平素から災害発生、支援を踏まえた対応をしておくことで、実際に災害が起こった際に、派遣を受け入れる側、派遣に赴く側、双方に大きなメリットがあると思った。

さらに、地域医療振興協会の他施設のスタッフとも一日の情報を共有、検討することで、派遣業務内容の充実を図ることができた。他施設との交流、顔の見える関係が、円滑な支援につながったのではないかと考えている。

#### 練馬光が丘病院 看護師 菅谷恭子

今回支援に行った芳珠記念病院は、輪島市や珠洲市といった被害が大きかった地域から150kmほど離れた場所にあり、院内に一部、地割れや亀裂が生じている場所もあったが、交通や電気、ガス、水道、通信、宿泊施設などのインフラは全く問題なく使用でき、快適に生活できた。私は2月1日からの10日間、混合病棟に派遣された。

今回の派遣支援は地震発生時から1ヵ月後であり、災害フェーズとしては亜急性期から慢性期の時期になる。フェーズによる医療問題は図3のように言われているが、実際に、病状は落ち

着いているが自宅に帰れずストレスを感じていたり、家族が面会に来たときに、家族みんなで涙している場面もあった。

今回の支援を通して、日頃から一住民として災害物資を備えること、医療者として災害時のシミュレーションをすることの大切さを感じた。

災害医療の目的は、防ぎうる災害死をなくすことで、これは病院の中で、防ぎうる死を予防するRapid Response System(RRS)と似ている考えだと思う。どちらも、対象者の異常に気づき、適切な治療をする。そのために知識や技術を身につける、コミュニケーションを取る、システムを構築する、といったことが必要で、医療者としての日常的な基本スキルを身に付けていくことが大切だと実感した。

#### 公立黒川病院 及川富士子

私はもともと災害支援、ボランティアの活動に興味があり、今回支援の要請を受けて、家族、特に高校2年生の娘からの「やったほうがいいよ」という後押しで支援に入った。支援準備として、石川県の災害情報、復興状況、地域環境などから情報を得たほか、先陣で行った当院の支援者より情報提供があり、予測された看護技術のチェックや、災害時看護について、事前学習を行うことができた。

支援を終えて学んだこととして、支援者を受け入れる側の組織づくりが重要であると感じたことである。今回大変ウェルカムな環境であり、支援者が分からない看護技術は学べるように時間調整して教育する体制があった。支援者ができること、できないことを適宜確認した上で業務の指示があり、不安は少なかった。現場の安全対策を考慮しながら、支援者を受け入れることができる組織風土があってのものだと思う。

具体的には、日勤帯はタイムスケジュールによって業務内容が明確化されていた。ベッドサイドに患者情報、禁忌事項などの掲示があり、スタッフ間で統一したケアができた。朝のミーティングや申し送りで情報共有し、一日の流れを予測した上で都度確認しながら業務ができた。情報共有、安全、管理、業務の効率化を考慮したスケジュール構成であったと思う。

支援に行く側としては、自分ができ、できないことを伝えることが重要で、業務の分業化が明確になり、現場の即戦力、安全対策につなげることができると思う。また、派遣先の特徴に合わせた疾患の知識や看護技術のチェックといった自己学習が必要だと思った。できることを見つける、気付くことも大事である。

今回の派遣業務は、貴重な体験になり達成感につながった。今後、いつでも派遣支援活動に協力できるよう、自己研鑽に取り組みながら後輩の育成に役立てていきたい。

#### シティ・タワー診療所 診療看護師 広田遼一

震災から約2ヵ月が経過し、現地スタッフのバーンアウトが心配されるという時期に、できるだけ休んでもらえるようにしたいと考え、普段診療看護師として働いている私は一般看護師として支援に入った。

診療看護師として支援に入ったわけではないため、実際の業務は一般的な看護業務がメインであったが、現地のスタッフからは「簡単な業務ばかりで申し訳ない。医師が近くにいる感じで安心。病態などを教えてもらえて良い刺激になった」という言葉をいただいた。

業務を行った感想としては、手を当てるだけで分かる循環動態、マッサージで解消した便秘・腰痛、手を握って話を聞くだけで落ち着く不穏など、特別な道具がなくてもできるケアがあるということに改めて感じた。

今回の支援を通して災害支援は、特別な活動ではないと思った。それは今回の受け入れ側の方のしっかりした体制によるものでもあり、また派遣する側である協会本部が活動を整えてくれたことにもよると思う。

二次避難者がCPA(心肺機能停止)で搬送されてきた場にも遭遇したが、そういった方の予防もできる体制を、病院だけでなく地域や在宅への支援も含めて、システムとして作ってほしいと思った。

#### 後方支援病院としての振り返りと今後の課題 (つながり、支え合い、共創する)

##### 芳珠記念病院 看護局長 大西真奈美

このたびは、JADECOM本部、関連施設から、たくさんの支援をいただいたことを改めて感謝したい。

芳珠記念病院のある能美市は能登半島先端の珠洲市から約170km。通常は車で2時間半ほどの位置にある。全国から緊急車両が能登に集まったが、道路の被害と雪の影響もあり、搬送に時間を要した。陸路では6時間以上かけての搬送、空路では天候をみながらの搬送となった。発災当時、当院には日直医師と管理部長を含む73名がおり、職員自身の安全確保と入院患者の確認、透析中の患者の緊急離脱準備に対応した。院内にいた患者数は209名、透析患者は16名だった。その後、登院した副院長を中心に対策本部を設置し、院内のライフラインおよび建物の損傷を確認した上で医療提供体制を決定した。

1月5日から被災患者の受け入れを開始した。特に透析患者は早急に移動が開始されたが、避難所開設がまだだったため入院での対応から始めた。1月7日、近隣の公的病院が、航空搬送拠点臨時医療施設となり、本格的に空路での搬送が始まり、院長、連携室が中心となって対

応した。

公的病院や大学病院では予定手術等を延期し受け入れを行っていたが、すぐに満床になることは目に見えており、後方の病院や施設のベッドコントロールが重要になると考えられた。そこで当院は、後方支援としてオーバーベッドでの運用ができないか検討を開始した。

当院の理事長とJADECOCOM本部との間で調整が進められ、1月23日に視察と打ち合わせがあり、準備が始まった。準備期間1週間というスピードで2月からのシフトを組んでいただいた。JADECOCOMの中嶋次長からは「自分たちでやれる看護師を送るが、ただ安全に生活させたい」という言葉があった。

病院全体の被災者受け入れ状況であるが、32名の入院患者の受け入れがあり、70歳以上が93%、受け入れ数が一番多かったのはやはり1月で24名。入院期間は平均37日で、在籍数としては2月が一番多く平均14名が入院していた。

今回は、2つの病棟で受け入れをしたが、増床に対応したA病棟の実績を見ると、16床を20床で稼働するという事で、安全を第一に考えた。稼働率121.3%、1日平均在棟入院患者数19.4人、2月中は増床した20床を有効に使えたと思う。インシデント報告についてはレベル1の報告にとどまっておらず、増床しても、大きなアクシデントは起こさず稼働でき、支援に入っていた皆さんのお陰だと思っている。

先日、能登北部の病院看護管理者と話をする機会があったが、「医療従事者の支援で嬉しかったこと」として3点が挙げられた。1つ目は、仕事を選ばないこと。2つ目が現状のケアの評

価をしないこと。そして、指示がなくても気付いたことをやってくれる、ということだった。JADECOCOMからの10名の皆さんも、同様な姿勢だったと私は思っている。

今回の経験で考えたのは、私たちは一番欲しいマンパワーの状況を把握できず、自分たちが動いており、それぞれの場所で何が決まって、どう動いているかを全体に発信することが弱かったように思う。有事に動ける準備、役職ではなく役割として本部機能を発揮させることのできる準備が必要かと思った。そして有事の際には、コミュニケーション能力あつての専門能力だと実感したので、「自分しかできないこと」ではなく、「自分でもできること」を見つけて動ける人材を育てていきたいと思っている。

今回、支援する側もされる側も、多くの学びがあった。皆さんの支援によって、「何かできた!」という肯定感を持つことができた。それは大きな財産だと思っている。



セッションの最後に芳珠記念病院 仲井培雄理事長が挨拶に立ち、「コロナで辛かった時期がやっと明け、明るいお正月を迎えたときの震災……本当に辛かった。そんな時にJADECOCOMの人たちが来てくださった。それが本当に嬉しくて救われた」と感謝の気持ちを伝えた。

2011年に、JADECOCOMも辛い苦しい時を過ごした。その時、全国からの多くの支援に支えられた。今後も必ず、災害は起こるだろう。今回の経験がきっと次につながる。今回のセッションを聴講して、強くそう確信した。

# JADECOM-PBRN Annual Convocation

## ～はじめよう、プライマリケア研究の小さな一歩～

企画責任者：君津市国保小櫃診療所 管理者 望月崇紘

JADECOM-PBRN Annual Convocationは今回で4回を数えた。本セッションでは診療所グループでできあがったJADECOM-PBRNのリソースを、さらに協会のさまざまな職種に使ってもらいたいとの趣旨で、ワークショップ形式で「観察研究」を学ぶ機会とした。全体の進行を西村正大Dr.が務め、望月崇紘Dr.がJADECOM-PBRNの簡単な紹介、弘田義人Dr.が観察研究をレクチャー。その後グループワークで観察研究のPECO作成にチャレンジした。

### JADECOM-PBRNとは

まず、望月Dr.からJADECOM-PBRNの主な活動が紹介された(図1)。

この1年間では、西村Dr.のQuality Improvement実践研究に関する論文が“月刊地域医学”と“BMC Primary Care”に掲載。海外学会でも、望月Dr.がサンフランシスコのNAPCRG(北米家庭医療研究学会)で発表。西村Dr.と藤原直樹Dr.がWONCA(世界家庭医療学会)で発表した。国内では第15回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会で、望月Dr.と佐々木航Dr.が発表した。その他、セミナーや講演会で講演をしたり、月刊地域医学で活動紹介をしたり、さまざまな学術活動を

行ってきた。JADECOM-PBRNのホームページも開設した。「今後は医師だけではなく、地域医療をやりながら少し研究にも興味がある多職種の方にも、ぜひ積極的にPBRNに参加していただきたい」と望月Dr.は述べた。

### 観察研究のすすめ

続いて弘田Dr.による「観察研究のすすめ」と題したレクチャー。

観察研究は診療で出会うそのままの患者を対象としているため、一般化の可能性が高いことが長所で、短所としては交絡が生じている可能性があるため比較の妥当性が低いことが指摘で

## JADECOM-PBRNの主な活動

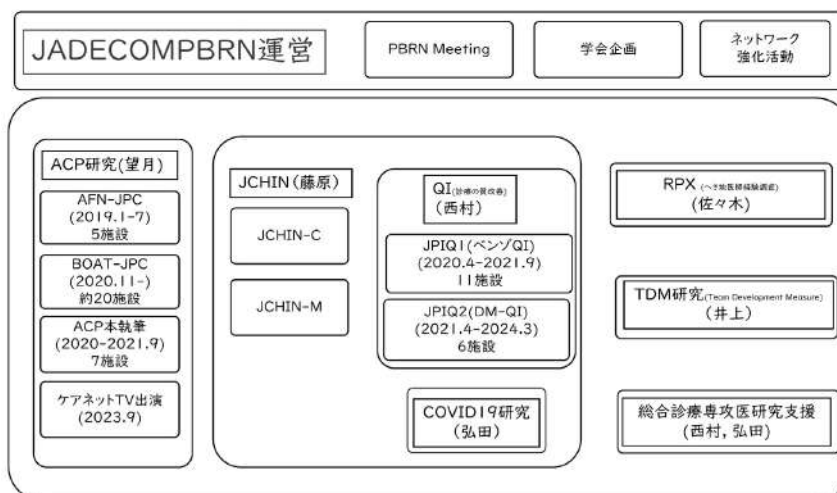



図1

スズメの


**研究支援**

since 2021



JADECOR residency

S2以上の希望する専攻医に対して、1-2ヶ月毎、約60分のWeb面談で、目標設定、指導医マッチング、研究テーマの相談、実践、発表などを無料で手取り足取りサポート!



JADECOR-PBRN

Clinical QuestionからResearch Questionへ	(3-6ヶ月)
研究計画書作成	(3ヶ月)
JADECOR IRB提出	(1ヶ月)
介入、データ収集	(3ヶ月)
解析	(3ヶ月)
学会発表	(3-6ヶ月)
(論文チャレンジ)	(??)

図2

きる。ランダム化比較試験は1粒で1回、限られた人々にかなりおいしいが研究のハードルは高い。一方で、観察研究は1粒で100回おいしく研究のハードルが低いというのが特徴である。

研究方法には、仮説主導とデータ主導があり、仮説主導は予想したことが正しいか、データを新たに収集して、見たいものを見に行く研究であるが、短所は捏造の元になることがあり、長所はバイアスが小さい。一方、データ主導というのは仮説生成型と言われ、既にあるデータから、何かないかを探しに行く研究である。短所としては小さな変化が統計的に有意になってしまうので、偶然の関係を大発見としかねないところがあるが、自由度が大きいのが長所である。

そして、観察研究を行うには、まず日々のクリニカルクエスチョンを具体的にリサーチクエスチョンにすることが大事である。リサーチクエスチョンに構造化することで、何が足りないか、おかしいかが分かり、自分自身の頭が整理される。他の人に見せ、相談する際のコミュニケーションが円滑になる。そして構造化する際には、PECO(介入試験ではPICO)を用いる。PECOというのは、P:対象患者(Patients, Participants), E:曝露(Exposure), C:比較対照(Comparison), O:アウトカム(Outcome)のことである。

### グループワーク

『観察研究のPECOをつくってみよう』

参加者は2つのグループに分かれ、下記の段取りで作業を行った。

1. アイスブレイク。簡単な自己紹介。思い出に残るアニメ1つ紹介。
2. 司会進行役、発表役、書記役、タイムキーパーを決める。
3. 最近疑問に思っていること、興味を持っている事柄(クリニカルクエスチョン)を1人1枚以上ポストイットに書き出す。
4. グループで話し合い、最も興味のあるクリニカルクエスチョンを選び、PECOの形に構造化する。

本ワークショップでは、看護師から「PFM(Patient Flow Management)」のテーマ、理学療法士から「膝の術後の機能回復」のテーマが提案され、観察研究の題材としてブレインストーミングが行われた。

### まとめ

「今回の参加者が医師だけでなく看護職やリハビリ職など多職種にわたっていたことから、それぞれの専門職の視点があり、これまでに取り上げられなかった診療現場での切実な問題に気づくこともできた。ここだけで終わらせるのではなく、われわれがサポート体制を提供するので、ぜひJADECOR-PBRNに参加してほしい」(図2)。西村Dr.がそう参加者に呼びかけ、今回のJADECOR-PBRN Annual Convocationは終了した。

## NPプレゼンツ：ナースとコメディカルのための 明日から活かせる臨床推論・フィジカルアセスメント

企画責任者：NP・NDC研修センター 課長 筑井菜々子

本セッションは2名の演者による症例報告を、NPが通常のカンファレンスで、医師やコメディカルと患者に関してディスカッションしているようなイメージで行った。ここではその内容を抜粋して紹介する。

### 外科における診療看護師

胃癌術後の上部消化管出血で出血点がはっきり分からず繰り返し病状説明が必要となった1例

練馬光が丘病院(GIM-NP2期生) 石嶺真博

私が勤務している練馬光が丘病院の外科は、医師10名、研修医1～2名、NPの私が働いており、2チーム制で20～30人の患者をチームで診ている。朝8時のカンファレンスから始まり、医師はオペ、外来、救急に向かい、夕方5時の回診まで休む間もない状況である。私はNPとして医師不在の病棟で、点滴、採血、検査のオーダーなどにあたっている。そんな中で、患者へのタイムリーな病状説明が治療に対する不安軽減につながった症例を報告する。

症例は77歳、女性。主訴は吐血。早期胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除を施行し、術後10日目に軽快退院した。退院14日後に、繰り返すコーヒー様の嘔吐を主訴に救急搬送された。腹部造影CTと上部消化管内視鏡では、明らかな活動性出血、露出血管や吻合部の狭窄などは認めなかった。ADLは自立。キーパーソンは夫だが、患者が入院中はショートステイを利用している状況。

筑井:私達NPは救急外来から関わることも多い。大事なのは何故病院に来たのかである。吐血に対し、まずどう鑑別したのか？

この方はコーヒー様残渣が特徴。胃から十二指腸にかけていったん胃酸でヘモグロビンが酸化されて、黒いコーヒー様の嘔吐になるので、いわゆる長期消化管出血の典型的な例なのかなと思った。

来院時の身体所見は、バイタルサインは目立ったようなものがなく、全身状態も良好で、眼瞼

点状出血もなかった。術後の消化管内出血もなし。

筑井:最初にバイタルサインを見たジェネラルな感じはどうだったか？

急ぐべきかの判断はジェネラルが大事だと思っているが、その時は緊急性はないと感じた。

筑井:担当患者の普段のバイタルサインは覚えておくと、変化にすぐ気づける。

入院時の検査所見は、腹部造影CTでは、明らかな血管外漏出は指摘できず、上部消化管内視鏡を行ったが、明らかな活動性出血や露出血管、吻合部の狭窄などは特に認められなかった。出血点の同定、止血もできずで、翌日内視鏡で再検予定で胃管留置し絶飲食となった。

その後、7日目まで出血の再燃はなく、特に吐血もなかったため胃管抜去し、飲水を開始したが、翌日に再度吐血をした。そのときHb 10g/dLだったのが7.1g/dLまで再度下がって、RBC 4単位輸血するような状況になってしまった。

筑井:これはまずいと思うだろうが、患者にどんな症状を聞くか？  
貧血が進むと息苦しさ起きるのではないかな。

筑井:息苦しさと、ふらつきが起きているのではないかななどの予測も必要。

翌日の検査所見では、腹部造影CTで明らかな血管外漏出は指摘できず、脾動脈の口径不正が拡大し、周囲の血腫増大。脾動脈仮性瘤の疑いがあった。内視鏡は胃の観察が不十分、明らかな活動性出血、露出血管はなかった。放射線科にコンサルトし、脾動脈瘤に対して緊急で

IVRで止血をすることになった。脾動脈瘤は内動脈瘤の中で60%と最も多く、門脈圧が増悪リスクであるが、今回の症例は手術の影響によるものと思われる。

筑井:CT画像で黒いところは造影剤が流れていないところだが、真っ黒になったらどうするのか？

壊死した臓器が腹腔内にあると感染や組織が損傷炎症を起してしまうので、手術で切除する選択になる。

筑井:脾摘をした患者に、NPとしてアドバイスは？

脾臓は免疫の最大の臓器なので、免疫力が下がる。脾臓摘出者にはワクチン接種、特に肺炎球菌接種のコンサルトを行う。

その後は再出血なく経過し、段階的に経口摂取を行い第33病日に軽快退院となった。

## NPとしての介入

禁飲食や胃管留置の期間が長く続くことで不安を表出することが多くあった。回診時の医師からの説明では、時間も限られ理解、納得を得ることが困難で、回診後に私が医学的な解剖学的知識を用いて丁寧に病状説明を行った。患者からは「分かりました」と言っていただいた。経口摂取開始後は、食事内容についての不安が強かったため、病棟担当栄養師と連携し退院後の食事指導を行った。

NPが医学、解剖学的な知識を持ち、病態を理解した上でアセスメントを行い、患者にタイムリーに病状説明を行うことで不安軽減につながる関わりができたと考える。

解剖学は難しいが、興味を持ってほしい(特に外科病棟の方)。実際解剖が分かると、分かりやすい説明ができるようになる。また出血急性期は典型的な貧血症状は出ないなど貧血の知識があると、アセスメントの武器になる部分もある。加えて出血後は、止血確認後に食事開始となる。出血源が分からなければ、絶食が長期化するので、PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル)を入れる選択を早めに医師に提案できたらと思う。

## プライマリケア領域の診療看護師

### 心エコー研究と心不全増悪した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター  
(GIM-NP 3期生) 森林貢也

地域研修で行った岐阜県揖斐川町は、面積が80万km<sup>2</sup>、人口は2万人弱で、高齢化率39%、森林の面積が90%以上ある。久瀬診療所と老人保健施設「山びこの郷」で研修を行った。診療所では、外来・訪問診療に同行した。山びこの郷では、健康管理、病状を医師に変わって説明し、利用者の意思決定の支援、内服・外用薬の調整、看護サービス(病気が絡んできたときのケアの方法を病態も含めて改善の支援)をした。

現在、心不全患者の管理を遠隔診療と心エコーを用いて行い、NPが介入することで、医師の負担軽減、タスクシェアを研究している。その中で経験した一症例を報告する。

症例は96歳、女性。現在老健に入所中。入所3ヵ月目で、入退所を繰り返している。もともと認知症があり、日常生活自立度はⅢa。ADLはおおむね自立しているが、一部分介助が必要。経過は、第1病日から咽頭痛、咳嗽、37.4℃の発熱があり、COVID-19・インフルエンザ検査は陰性、感冒としてデキストロメトルファン内服を開始した。第2病日では発熱が続いていて、サチュレーション(SpO<sub>2</sub>)が下がってきた。喘鳴聴取し、活気がなく、ほとんどベッドの上で過ごしているところに介入した。

既往歴はもともと慢性心不全で、慢性頻脈性心房細動があり、甲状腺機能低下症、慢性腎不全がある。慢性心不全、頻脈性の心房細動に対して内服薬を10種類飲んでいる。

筑井:薬をたくさん飲んでいて、どれもキードラッグだと思うが、心不全に関わる薬は？

フロセミドと、トルバプタンか。

筑井:96歳であり心臓もよくないだろうが、それはどの薬か？

ビソプロロールフマル酸塩、アミオダロン、イバブラジンである。

筑井:そして慢性心房細動で抗凝固薬も量はかなり少ないようだが飲んでる。甲状腺機能低下もあり、かつ腎不全もある。こういう方には毎日遭遇する。この方96歳でこの薬を全部飲んでいたのか？

飲んでいた。ここは老健だったが、薬剤師さんが週2日来て、ポリファーマシーをなくし、薬剤を極力削除していた。

バイタルサインとしては、体温36.5℃、脈拍42回/分、血圧142/87mmHg、呼吸数20回/分、SpO<sub>2</sub>94%であった。意識レベルは清明で、頸静脈の怒張を認めた。胸部では、心尖部Levine II度の収縮期雑音、wheezesを聴取していた。両側下腿に圧痕性浮腫を認めていた。末梢は温かいような状態。

筑井:Levine II度はどういうものか？

心臓聴診をするときLevine分類があり、6段階に分かれ、6にいくほど雑音を聴取する。このLevine II度は、聴診器を当てて、注意深く聞いたときに聴取するようなレベル。

もともと頻脈性心房細動があった。脈拍42回/分が結構気になった。徐脈頻脈の既往がもともとあったが、ペースメーカーを留置せず、内服で加療をしていた。

筑井:徐脈に対してはペースメーカーであるが、入れてなかったということで、何か問診で聞きたいことは？

失神歴か。

筑井:もともと心房細動があって、不整脈の徐脈42回/分があったということで、意識は鮮明だったのか？

意識はしっかりして、意思の疎通もとれた。

血液検査結果でCre 1.62mg/dLで、もともとのベースラインが1.0mg/dLぐらいのところだったので、やはり上昇している印象があった。

筑井:私たちは採血のデータを見たときに、必ずその前後を比較する。内服薬でフロセミドを服用しているので、ナトリウム上昇、カリウム下降がないか。BUNとクレアチニン両方も上がっていて、食事が摂れてないなら脱水所見はどうか。このデータだけでもいろいろなことが想像できる。

胸部レントゲン所見では心胸郭比は大体70%、拡大している。両側のCP-angleはちょっと鈍化していて、胸水の貯留を認める。パタフライシャドウが右で陽性。

筑井:胸水が溜まると、血管陰影まで水っぽくなり、上の方が白くなる。それはパタフライシャドウといって心不全の所見の一つになる。

心胸郭比は、胸郭に対しての心臓の大きさをいうが、心房細動の方はもう絶対的に心房が大きい。または座位のときと立位では違うので、条件はどうかとも見ながらアセスメントする。

SpO<sub>2</sub>低下していたので、レントゲンは座位で撮影。エアーは認められなかった。病院であればすぐにCTを行えるが、老健でできる検査は限られ、レントゲンのみであとはエコーや代替できるもので検査をしていく。

心電図は脈拍30回/分程度でかなりのびている。

筑井:完全にP波が出てない、洞結節が欠落している。こういう心電図を見ると、歩いていたら失神するのではないかなと思う。ずっとこんな波形だったのか？

経時的な心電図は分かっていない。

筑井:これはマニュアルどおりにとったものだと思うが、長い心電図をとるとよい。それだけでいろいろな情報が手に入る。

心エコー検査では、三尖弁逆流があり、心大動脈弁逆流閉鎖不全を認めていた。

実際にこの研究で貸し出しをしていたエコーではAIの計測で、左室の収縮機能が37%。下大静脈径を確認したが13.2mmで、大きく拡張、虚脱はしていない印象だった。

## NPとしての介入

急性心不全に対してフロセミドの静注を行い、洞性徐脈に対してはビソプロロール、イバブラジン、アミオダロンを中止し、まずは正常化を図った。過活動性せん妄も起きていたが、本人に声掛けをして、落ち着いて過ごしてもらうようにした。

急性心不全は3つの軸で考えると言われ、まずは**原疾患**をさぐり、緊急性があるものから除外していく。今回の症例では、おそらく不整脈が原因だったと思う。**増悪因子**は、最初に発熱があり感冒だったと考えられ、食事摂取量や活動量が低下した。**循環動態**に関しては、心不全の考え方で、右室不全だったら食欲不振、左室不全だったら低血圧、低心拍出症状がないかと、全体の身体所見で確認していく。

フィジカルアセスメントは、状況や症状を言葉に落とし込む。実際にどう治療に反映していくか、その一つにNohria-Stevenson分類があり、初期の治療を当てはめて検討していく。

この症例は、利尿薬、抗不整脈薬を調整し、1週間後ぐらいに自宅退所することができた。

心不全では所見がどのパラメータか、3つの軸を意識して介入をしていく。身体所見から心不全の病態・原因を推測する。一番大事だと思

うのは、やはりチームとして、ケアスタッフ全員で、どうケアしていくのか共有するところかと思った。

病院管理研究会

## サイバーインシデント発生時の緊急時対応訓練

企画責任者：横須賀市立うわまち病院 管理者 沼田裕一

このセッションでは次の3つを目的として机上の緊急時訓練が行われた。

- ①サイバーインシデント発生時(おそれ含む)における各種対応のポイントの習得・深掘り。
- ②サイバーインシデント発生時対応マニュアルの習熟・実効性検証。
- ③診療録管理体制加算1の施設基準に定められた訓練の実施。

### サイバーインシデント発生時の緊急時対応訓練

MS&ADインターリスク総研株式会社  
リスクマネジメント第三部 危機管理・  
サイバーリスクグループ  
マネジャー上席コンサルタント 五十嵐大  
リスクマネジメント第四部 社会保障・  
医療福祉グループ上席コンサルタント 岡田拓巳

### サイバーインシデント対応について(講義)

最初に五十嵐大氏よりサイバーインシデントとその対応に関しての講義があった。

情報セキュリティインシデント(以下、インシデント)は、外部からの攻撃(外部要因)、内部の人的要因(内部要因)、偶発的な事象、意図的な事象の4つの軸で分類され、①外部業者等のミス、②職員のミス、③内部不正、④外部からの攻撃に分けて考えることができる。従来多くみられた情報漏洩インシデントは③のパターン、近年増加しているサイバー攻撃は④のパターンである。令和6年度診療報酬改定では診療録管理体制加算の見直しが行われ、サイバー攻撃等への対策が評価されるようになった。

インシデントの特徴として、発生要因はさまざまであり、発生時に何が起きるか予測がつか

ない。予防に傾注した対策だけでは被害を回避することは不可能である。原因として、情報システムの妨害、機器の物理的損壊、情報漏洩、情報改ざんが挙げられ、何が起きているのか、次に何が起これるのかはすぐには分からない。

サイバーセキュリティリスクは多くのリスク(人的、経済、技術、法的、経営、国家など)との接点があり、インシデントの収束に向けた対応には高度な専門技術と経営判断による適切な緊急時対応を行う必要がある。

インシデント発生時の緊急時対応のポイントを対応手順ごとに挙げる。

**Step 1: インシデントの認知。**何が起きているか情報を整理し、決裁者に報告する。

**Step 2: 初動対応。**端末をネットワークから隔離。証拠の保全を図る。

**Step 3: 調査。**原因や被害を調べるため、フォレンジック調査を実施する。専門業者に依頼する必要がある。

**Step 4: 報告・公表。**警察・監督官庁へ報告。顧客・被害者に謝罪。プレスリリース・ウェブサイトで公表。

**Step 5: 再発防止。**脆弱性の除去、セキュリティ体制の見直しなど。一次措置ではなく根本的な見直しを行う。同時にモニタリングと被害

者へのアナウンスを継続する。

### サイバーインシデントの緊急時対応訓練

続いて岡田拓巳氏の進行により緊急時対応訓練が行われた。施設ごとにグループとなって討議した。

設問1の状況を以下に記す。

=====

午前8時30分ごろ

1. 病棟師長からシステム担当に「電子カルテが使えない」と連絡があった。
2. ほぼ同時刻、給食事業者から「当社のサーバーがウイルスに感染した可能性がある」との連絡を受けた。

午前10時30分ごろ

1. システム担当が電子カルテを確認したが利用不可であった。
2. システム担当が電子カルテサーバーに直接ログインし、確認したところ、英語の「ランサムノート（身代金要求文書）」が確認された。
3. 複数の職員から、端末が利用できないとの報告が上がってきた。
4. 施設内にマルウェア感染が広がっている可能性から、システム担当の指示により、施設内の全ての機器をネットワークから切り離れた。

午前11時30分ごろ

1. 被害状況や電子カルテの復旧用途は不明である。
2. 管理者、病院長等の経営陣は参集済み。職員は通常シフトで出勤している。
3. 外来、救急、手術等の診療業務は「システムトラブルのため一時停止（患者待機）」で各部署は対応している。

=====

この状況に対して次の設問が出された。

1. 緊急対策本部の設置について、以下を討議してください。
  - ① 対策本部設置の要否
  - ② (設置する場合)対策本部招集メンバー
2. 現在の情報から、以下を討議してください。
  - ① 実施すべき対応事項とその優先順位
  - ② 継続すべき重要業務とその継続方法

設問1の討議を踏まえ設問2の状況が以下のように提示された。

=====

正午ごろ

1. 各診療業務は事前に決めていた対応方針に則り、継続あるいは中止している。(自施設の初動対応マニュアルの手順どおり対応していると想定)

2. 以下の状況が判明した。

■ 院内にあるサーバー／端末のうち、半数程度が利用不可。(ランサムウェア感染が疑われる。出勤した職員が端末を起動したことで感染拡大したと思われる。)

■ 電子カルテシステムへのベンダーから、システムやネットワークへつながっていたバックアップまでランサムウェアに感染しており、バックアップからのリカバリーができないと連絡あり。

■ ネットワークに接続された主要システム(電子カルテ、オーダーリング、医事会計、患者支援等)や部門システムは使用不可。復旧の用途は不明。

3. 関係各方面には「サイバー攻撃を受けた可能性がある」旨を連絡済み。
4. 厚生労働省から初動対応支援チーム(一般社団法人ソフトウェア協会より)派遣の連絡あり。

=====

この状況に対して次の設問が出された。

1. 設問1で決定した事業継続方針について、変更が必要か検討してください。必要の場合は変更案を挙げてください。
2. 復旧すべき事業の優先順位、復旧に向けて実施すべき事項・指示事項を挙げてください。

今回の訓練で取り上げた状況は過去の事例を応用したものである。討議の結果発表では「人命を第一に考え、入院と透析、救急医療は継続。外来・手術は中止する」という発表があった。その際「医療継続する患者については紙カルテに切り替えて対応する」とあったが、紙カルテによる診療経験のある年代の医師はともかく、若手医師はすぐに対応ができるか。また、診療情報をバックアップデータから紙に印刷する場合、システム部門に印刷依頼が来るが、インシデント発生時は大量の印刷依頼が殺到すると考えられ、処理に時間がかかると予想される。また、ここでは院内の体制整備に目が向けられたが、同時に対外的な対応も考える必要がある。

多くの問題が同時に起きることを考え、優先順位を付けることも必要だ。今回のような机上訓練だけでなく、実際に院内を動いてみる実動

訓練も必要である。紙カルテに移行するのはすぐに可能なのか、転院可能な患者がいた場合には診療情報提供書はすぐに用意できるのか、検査などのオーダーリングの伝票はすぐに使えるのか、復旧が長引く場合は紙カルテでの外来診療になることもあるが受付からカルテ出しはできるか、診察後の医事会計は紙カルテベースです

ぐに行えるか……多くの問題点が出てくる。

訓練では常に最悪の事態を想定し、対応策についても深掘りしていく姿勢が求められる。岡田氏からは今回のシナリオ以外に5つのシナリオが紹介され、各施設で後日訓練に役立ててほしいとのコメントが寄せられた。

# あなたの一步で、 救われる地域がある。

医療資源は都市部に集中し、山間・離島などの地域には  
日常的な診療を担う医師にも恵まれないところが  
未だに数多くあるのが現状です。

地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、  
その支援実績は年々増えていますが  
すべての地域からの要望に応えることはできません。



期間(年単位、月単位、日単位、緊急支援)や役割(総合医、専門科、当直など)、  
方法(就業、定期支援、一時支援)など、地域の支援には様々なかたちがあります。

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

**公益社団法人地域医療振興協会** 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

**担当/事務局 医療人材部**

**E-mail: [hekichi@jadecom.jp](mailto:hekichi@jadecom.jp)**

**TEL:03-5210-2921**

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

## ちょっと画像でCoffee Break

# よろずX線画像診断⑬

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症 例：70代，男性

主 訴：心窩部痛

現病歴：呼吸不全，認知機能低下の入院精査中，右上腹部～心窩部痛が出現



図1 腹部単純X線 臥位(1時間前に造影CT施行)

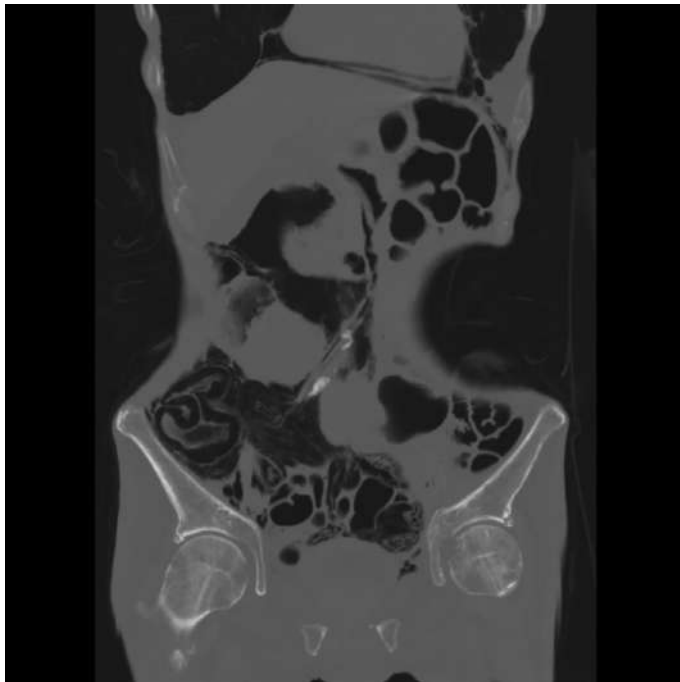
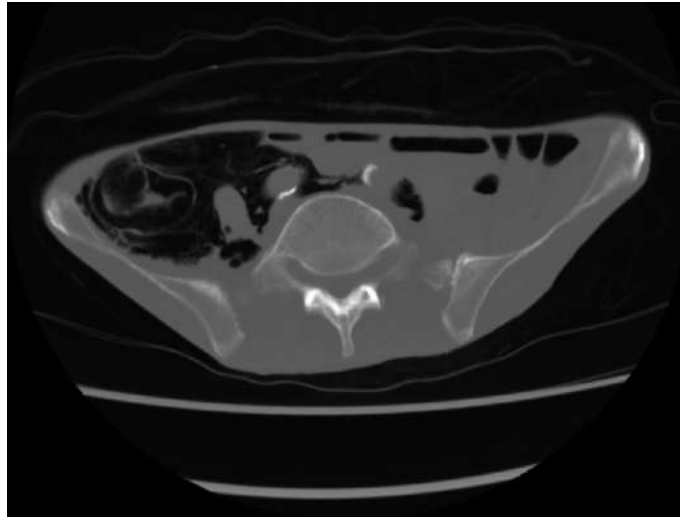


図2 腹部単純CT 軸位断(上), 冠状断(下)

### 所見

#### 腹部単純X線 臥位

右側腹部～骨盤部を主体に広範に透亮域を認める。通常の小腸ガスや結腸ガスとは異なり、壁に囲まれたような数珠状、線状の透亮像である。腸管気腫症を疑う像である。

両側の大腰筋の筋腹に沿った線状の透亮域が観察される。右腎盂に排泄過程の造影剤が残留、右腎周囲腔と思われる領域には泡沫状のガス像

が観察され、腎の輪郭が顕在化している。右側優位の広範な後腹膜気腫の所見である。

左右の横隔膜上に線状の透亮域があり、縦隔裂孔を介した後腹膜気腫の広がりによる縦隔気腫 continuous diaphragm sign と思われる。

#### 腹部単純CT

上行結腸、右側の回腸を主座とし、粘膜下に広範な気腫が生じている。漿膜下層や間膜内、

間膜間にも広く気腫がみられ、後腹膜に気腫が広がる。

病変部消化管の層構造は保たれており、消化管内腔の異常な拡張はみられない。良性の腸管気腫症よりに考える所見である。

門脈内ガスは観察されない（非呈示）。

鼠径部や縦隔にも気腫が広がっている。

## 診断

### 良性腸管気腫症とそれに伴う後腹膜気腫

軽度の腹痛、心窩部痛の精査で広範な腸管気腫症、後腹膜気腫が見つかった症例である。

腸管気腫／壁内ガスは腸管内圧の上昇と壁の脆弱性の複合により生じると考えられている。漏出したガスが広がると広範な後腹膜気腫や腹腔内遊離ガスとなることがある。

腸管気腫症は閉塞性肺疾患や膠原病、薬剤性（ステロイド、抗癌剤、 $\alpha$  グルコシダーゼ阻害

剤）、内視鏡術後などに起因する良性の病態が多く、無症状や腹部違和感程度の症状で発見されることがしばしばある。

一部腸管虚血による腸管壊死に随伴する致命的な気腫もある。一般的には臨床像から良性か否かの判断は可能と思われるが、画像診断上は、「腸管壁の層構造が保たれていること、腸管壁の増強効果が保たれていること、病的な腸管内腔の拡張がないこと、気腫の壁が厚いこと」が良性寄りに考える所見として知られている。

腸管気腫はCTで多量の管腔外ガスとして知覚されるため、ともすれば消化管穿孔による free air と誤認されることがしばしばある。ウインドウレベル／幅を調整しガスの局在を確認し、腸管壁内や後腹膜腔内のガスが確認できれば、腸管気腫を鑑別に含めることができると思われる。



## 地域医療が支える暮らし

鹿児島県立大島病院 総合診療科 吉嶺光太郎

### 自己紹介

初めまして、皆さま、こんにちは。鹿児島41期卒の吉嶺光太郎と申します。2018年に自治医科大学を卒業し今年度で卒後7年目を迎えました。現在、奄美大島の鹿児島県立大島病院の総合診療科に所属しながら、月に2回、十島村の巡回診療を担当しております。これまで鹿児島県立北薩病院や、南大隅町立郡へき地出張診療所などで地域医療に従事してきました。

私生活では、初期研修1年目に結婚し、現在3歳の長女と1歳の次女との4人家族です。今年度は長女が幼稚園に通い始めたこともあり、運動会や授業参観など子ども中心の生活に移行しつつあります。出勤前に長女と他愛のない話をしながら登園バスを待つ時間が、私の日常のささやかな楽しみになっています。



### 鹿児島県の地域医療事情

鹿児島県は南北約600kmに及び、薩摩半島、大隅半島からなる県本土のほか、種子島、屋久島、奄美大島をはじめとする28の有人離島を有しています。義務年限内の自治医大卒業生は主に県内の県立病院や鹿児島赤十字病院、各市町村立の診療所に勤務をしており、北は伊佐市の県立北薩病院、南は奄美大島にある瀬戸内町へき地診療所にて地域医療に貢献しています。

### 初めてのへき地勤務—南大隅町での生活

卒後4～5年目の私は、南大隅町立郡へき地出張診療所を拠点に、大泊へき地出張診療所も兼任する形で勤務しました。南大隅町は大隅半島の南端に位置する、人口約6,000人の町です。大隅半島の中心地である鹿屋市から車で1時間半ほどの距離にあり、本土最南端の佐多岬を有するほか、錦江湾越しに薩摩富士と称される開聞岳を望む風光明媚な地です。高齢化率50%を超える鹿児島県内でも特に高齢化の進んだ町のひとつであり、両診療所のある佐多地区には小中学校がわずか1校ずつしかありませんでした。

南大隅町で初めての1人診療所勤務に不安と緊張でいっぱいだった私ですが、引越してからわずか1週間後、妻が里帰り出産のために実家へ戻ったため、たった一人で新生活をスタートすることになりました。不安に満ちた、医師としてまだまだ未熟者の私を、地域の方々は温かく迎え入れてくださいました。魚や野菜を差し入れて頂いたり、地域で歓迎会を開催していただ



妻と長女と散歩中，南大隅町立郡へき地出張診療所の前で

いたり，診療所勤務ならではの貴重な経験をさせていただきました。やがて長女が無事に誕生し，半年近く続いた一人暮らしを終えて家族3人での新しい日々が始まりました。娘を連れて散歩に出かけると，出会う方々が笑顔で声をかけてくれ，まるで町中が我が子を見守ってくれているような温かさを感じました。海辺や今では使われていない小中学校の広いグラウンドで娘と遊んでいる時も，地域の方々が足を止めて話しかけてくれることがしばしばありました。南大隅町での日々は，医師としての経験を積むだけでなく，地域の一員として，人との絆を深く実感できるかけがえのないものとなりました。初めてのへき地勤務で緊張や不安も多くなりましたが，診療所スタッフや地域住民の暖かいサポートもありあっという間に2年間の任期を終えました。

## 十島村への巡回診療

私が現在巡回診療で訪れる十島村は，屋久島と奄美大島の間に位置する，7つの有人島と5つの無人島からなる村です。日本最後の秘境とも称されるこの南北約160kmに及ぶ村には，2024年8月時点で669人の住民が暮らしていま



十島村立悪石島へき地診療所の外観

す。十島村へは村営フェリー「としま2」を利用し，南部3島（悪石島，小宝島，宝島）へは奄美大島から3～5時間，鹿児島市内からは11～13時間をかけて向かいます。奄美大島からの船便のスケジュールが合わない際には鹿児島市発着のフェリーに乗船しますが，その際は2日がかりの大移動となります（飛行機で奄美→鹿児島市→各島へ，片道800kmを移動します）。

十島村の有人島にはそれぞれ村立診療所が設置されており，基本的に看護師が常駐し島民の健康を支えています。北部の4島（口之島，中之島，諏訪之瀬島，平島）は鹿児島赤十字病院の医師が巡回診療を担当し，南部3島（悪石島，小宝島，宝島）は私が所属する県立大島病院と赤十字病院の医師が協力して各島月2回程程度の巡回診療を行っています。

島内では採血は島外への検査委託が必要であり，レントゲンやエコーといった検査装置もないため，救急対応時には身体診察と問診から得られる限られた情報で判断を迫られます。急患発生時には，船舶搬送かドクターヘリによる搬送か，難しい判断をしなければなりません。十島村の特徴として山海留学生を受け入れており，親元を離れて暮らす小中学生が各島の小中学校に在籍しています。親元を離れて暮らす子どもたちの健康相談や精神的なケアの相談を受けることもあり，医療以外の側面で地域住民の生活を支えることも大事な業務の一つとなっています。

まだ巡回診療が始まって1年も経ちません



悪石島にフェリーとしま2が接岸する様子，荷役は島民の方々が  
行っています

が、医師の常駐しない離島において島民が住み慣れた島での暮らしを続けていくために、巡回診療でどのようなサポートが行えるか、限られた環境でどのように対応するかなど、今までとは違った視点で日々勉強させていただいています。

## 印象に残った症例

へき地勤務の中でも特に忘れられない経験となったのは、郡へき地出張診療所にかかりつけであった80歳代の女性の方のサポートを家族、診療所スタッフと共に行ったことです。その方は定期的に診療所を受診されている方で、一人暮らしをしながら地区唯一の商店を切り盛りされていました。ある日の深夜、庭に出没したイノシシに驚いて自宅内で尻もちをつくような形で転倒され、腰の痛みが続いたため診療所を受診されました。腰椎レントゲンを撮像し明らかな圧迫骨折を認めたため高次医療機関へと紹介し、しばらく入院加療の方針となりました。数ヶ月にわたる入院を経て、本人の希望もあり自宅退院されました。退院後は商店の仕事に復帰し一人暮らしをされておりましたが、長期入院に伴うADL低下とそれに伴う認知機能低下が次第に目立つようになり、会計管理や商品発注と

いった細かい作業が次第に難しくなってきました。また診療所の定期受診日程の把握も難しくなり、診療所へも頻繁に足を運ぶようになりました。近隣市町村に長男夫婦が暮らされていることもあり、町外へ引っ越して同居生活を始めることも検討されましたが、本人が住み慣れた家での生活を続けながら、商店も続けていくことを希望されたため、家族と連携をとりながら体調管理や内服状況の確認、残薬調整を行いました。また商店の仕事は地域の方のサポートを得て、接客対応など本人に無理のない業務を担当されておりました。

私が診療所を離れる最後の年、100年以上続いたその商店は閉店しました。閉店後しばらくは寂しそうでしたが、自宅近くを飼い猫と散歩をしたり、玄関先の掃除をしながら道行く人とおしゃべりをしたりとご本人は穏やかで充実した日々を過ごされていました。私が診療所勤務を終え、南大隅町から引越しをする日もわざわざ見送りに来てくださいました。2年ほどしか関わることはできませんでしたが、患者さんの大きな人生の転機に立ち会い、医師として患者の人生に寄り添うかけがえのない経験となりました。

## 最後に

わずか数年ほどですが地域医療に携わる中で改めて実感したことは、医療が地域におけるインフラとしてどれほど重要な役割を果たしているかということです。医師の働き方改革や医師の偏在といった課題は今後ますます深刻化していき、特にへき地における医療供給体制はさらに困難を極めることが予測されます。そういった状況の中で、地域住民の生活に寄り添い、その暮らしを支えることが自治医大卒業生の使命

だと感じています。

義務年限も残り少なくなり、これからのライフプランを考えなければならない時期となりました。自身の専門診療科を含め、まだ具体的な方向性は定まっていませんが、「地域医療に携わりながら人々の生活に寄り添う仕事をした」という思いが、自分の中で大きな指針となりつつあります。これからも自分が医師として何を成すべきかを問い続けながら、地域医療の現場で努力を重ねていく所存です。

### 吉嶺光太郎(よしみね こうたろう)先生 プロフィール

2018年自治医科大学卒業。鹿児島県立大島病院で初期研修後、鹿児島県立北薩病院、南大隅町立郡へき地出張診療所/大泊へき地出張診療所に勤務。現在は鹿児島県立大島病院総合診療科に勤務し、月に2回十島村南部3島の巡回診療に従事。



## 地域での思いや学び

日田市立東溪診療所 所長 浦勇慶一

### 自己紹介

初めまして。自治医科大学大分県41期卒の浦勇慶一と申します。このたびはご縁があり、本記事を作成させていただくこととなりました。私は現在医師7年目で、内科医として勤務しています。義務年限も後半に入り、義務明けのことも考えないといけないのかもしれませんが。今回のテーマは「私の地域医療」ということですが、いざ言葉にするのはとても難しいです。そのため自治医大を卒業してからの日々を振り返りながら、その時々気持ちを記録していきたいと思います。最後までお読みいただければ幸いです。

### 初期臨床研修

自治医大を卒業後、1年目、2年目は大分県立病院で勤務しました。大分県の卒業生は全員、大分県立病院で2年間の初期臨床研修を行います。大分県の三次医療機関の1つで診療科が揃っており、非常に幅広い研修が可能です。私は地域での業務を想定して、内科12ヵ月、小児科4ヵ月と多めに選択しました。内科系、外科系問わず熱心な指導医の先生方や同期に恵まれ、充実した研修を行うことができました。

### 地域勤務のはじまり、北へ

初期臨床研修を終えた後、3年目、4年目は国東市民病院で勤務しました。国東市民病院は、大分県の空の玄関である大分空港まで約



2 kmと非常に近い立地です。2020年4月からの派遣でしたが、人事内示のあった2019年12月時点では「学会などへの移動が便利だな。旅行にも行けたらいいな」と考えていました。国東市民病院は地域中核病院であり、二次医療機関としての診療を学びました。肺炎や心不全などのありふれた疾患以外に、若年者の心肺停止、急性冠症候群や脳卒中などの初期対応も経験しました。別府市や大分市の先生方に、助言や支援をいただきました。COVID-19の流行期と重なった影響で、慣れない発熱外来での診察や、本来は対応できるはずの症例が満床のために応需できないという悔しい経験もありました。今振り返ってみても、何が正解だったのかは全く分かりませんが、自治医大の先輩や病院の上司に本当に多くのことを助けていただいたと思います。

印象的だったのは、結核患者の診療です。都道府県別の結核罹患率（人口10万人対）で、大分県は大阪府に次いで全国2位（2022年、大阪府12.7、大分県10.8）です。先輩から事前に伺ってはいましたが、実際に診療するとは思っていませんでした。主訴が微熱、食欲低下、慢性咳嗽といった教科書でみるような症例のほか、意識障害患者のCT検査で粟粒結核を疑う所見あり専門医療機関に紹介、後日結核性髄膜炎の診断となった症例などがありました。心肺停止症例の中にも肺結核を疑う画像所見を呈するものもあり、医療者の感染対策を考える上でも学びの多い日々でした。

## 専門研修

5年目、6年目は専門研修として、大分県立病院で勤務しました。学生の頃から血液内科が好きだったのと、研修医のときに大変お世話になったこともあり、血液内科を選択しました。新患は他院からの紹介がほとんどで、血液疾患一般と併せて希少な疾患や病態について学びました。若年者やADLの保たれている高齢者が血液悪性腫瘍を寛解、またはうまく付き合っているように診療を行うことができ、その点においてやりがいを感じていたのだと思います。ただ病状の制御が困難な症例も決して少なくなく、地域と同様に看取る日もありました。また専門病院であれば当然かもしれませんが、外来日の固定があり、1日あたりの患者数も多く、地域のようにゆっくり時間をかけて外来を行うことや、「よく分からないけれどいろいろな意味で数日経過をみたい」患者の入院が難しくなりました。日直や当直での救急診療では、「基本的に紹介することはなく、いろいろな疾患が紹介されてくる」医療機関での対応を学ぶことができました。

適応、という言葉をよく聞くようになり、また私自身も使わざるをえなくなり、その違和感が徐々に小さくなることに一抹の寂しさのようなものを覚える日々でした。

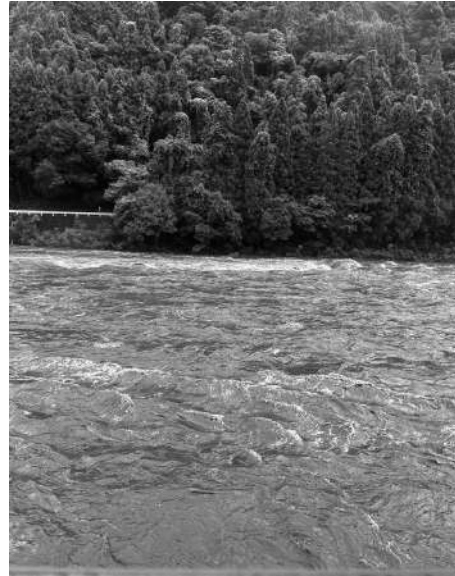
## 西へ、そして

2024年4月より、日田市立東溪診療所で勤務しております。日田市といえば、漫画やアニメで人気の「進撃の巨人」の作者である諫山創さんの出身地です。日田駅前では登場キャラクターの銅像やパネルが設置され、ミュージアムでの展示もあります。そのおかげか、休日には国内のみならず国外からの観光客で賑わっています。そんな日田市ですが大分県の北西部にあり、福岡県、熊本県の境に位置しています。別府、湯布院と並ぶ豊後三大温泉地の1つである天ヶ瀬温泉があり、天ヶ瀬地区が東溪診療所の主な医療圏となっております。非常に自然豊かな場所ですが国道があり、車で20~30分ほどで日田の市街地に到着します。交通アクセスとしてはそこまで悪くなく、運転ができる若年者は日田中心部の医療機関に通院している状況です。そのため基本的には、日田中心部へ受診ができない患者が当診療所を受診します。

日田市立東溪診療所は、大分県内の「知事が指定するべき地等の指定公立病院等」にあたります。継続的な医師確保が困難となり日田市と大分県との協議の結果、2024年4月より自治医大卒業医師の派遣が開始されました。自治医大卒業医師が勤務するのは初めてで、また一人診療所ということもあり、派遣が決定したときは非常に驚きました。卒業生が義務年限内に勤務する地域とは医療圏が全く異なるため、入院が必要な患者、重症患者をどこに相談すれば良いのか？、分からないことばかりの状態でした。そのため赴任後、今後お世話になる可能性がきわめて高い救急指定病院にご挨拶に伺いました。大変温かく迎えてくださり、ありがたかったです。医師会の先生方に挨拶する機会にも恵まれ、心構えなどをご指導いただきました。日田市立上津江診療所では、当診療所と同様に長きにわたって地域医療を実践されており、所長から助言や激励をいただきました。また救急隊の方からも、赴任後早期に天ヶ瀬の救急体制や、県境ゆえのドクターヘリの要請先（久留米大学か、大分大学か）などについてお話を伺え



玖珠川増水前



玖珠川増水後

ました。また当診療所への依頼もあり、アナフィラキシーが疑われる患者の処置目的の受け入れなど調整を行いました。診療所に勤務している看護師は日田市の職員ですが、日田市に公立病院はないため、基本的に入職後の病院勤務歴はありません。講習を受ける機会も決して多くないため、事務職員も含めたBLSのトレーニングを実施し、蘇生行為が必要となった際に少しでも落ち着いて対応できるようにしました。希望者がICLS研修なども受けられるように、来年度以降で調整をしています。また日田は大規模な水害を過去に何度か経験しており、死亡者が出たこともあります。診療所の裏には玖珠川が流れており、大雨の際には診療所に近いところまで水位が上昇するため、赴任後に避難指示（警戒レベル4）が発令された際には診療を停止して、市の担当部署と連携を取りながら災害に備えました。災害時の対応については、マニュアル作成や各職員の業務内容の共有も含めて、4月より協議を進めています。

診療所の業務として、外来診療以外では訪問診療、往診、出張診療、予防接種、学校健康診断などがあります。訪問診療では診療所以上に検査が限られた中、患者や家族の意向をできるだけ尊重しながら、少しでも防ぎうる入院をさせないようにしたいと考えています。同じような疾患や状態でも、症例ごとに対応が異なる場



訪問診療にて

合もあり、学びの多い領域であると感じています。学校健康診断は、近隣の小学校や中学校の校医としての業務です。初めての経験で、診察以外にも心電図の判読があります。成人と同様に判断して良いか悩む所見について、自治医大の小児科の先輩に助言をいただき、専門医への紹介へつなげることもありました。地域の一人診療所でも、自治医大のつながりはとても心強いと感じました。また今年8月の地域医療研修会（夏休みの都道府県での研修）で、当診療所で自治医大や大分大学の学生実習を受け入れました。その後、5年生の地域医療院外BSL（CBL）の受け入れも行いました。当診療所での医学生の実習受け入れは、初めてのことでした。どの学生も非常に勉強熱心で、「地域で



学生実習 エコーの説明

どう考えて働いているか」ということを知ってもらえるようにお話ししました。

この文章が出ている頃、おそらく2025年度の人事が判明しており、東溪診療所の未来もある程度予想できていることだと思います。私の赴

任自体が突然の決定であったため、そもそも自治医大生の派遣が継続するのさえ全く分かりません。ただどのような形になっても地域住民が不利益を受けないよう、日々の診療を充実させていきたいと思います。

私は、病気を治すのは患者自身であり、その手助けをしているのが薬や手術であると考えています。それでは、AIやロボットでなく医師として何ができるのか？という疑問が出てきます。学生の頃にも、同じような内容の授業があったような気がします。私は、患者にとって家族や友人とは異なる距離感を持ちながら、一定の価値観や思いを共有できる「関係者」でありたいです。まだ少ない期間ですが、地域での勤務を通して、そのようなことを考えるようになりました。

浦勇慶一(うらいさみ けいいち)先生 プロフィール

2018年自治医科大学卒業。大分県立病院、国東市民病院を経て、2024年4月より日田市立東溪診療所で勤務している。

## 久米島のご紹介

公立久米島病院 富田みゆき

初めまして、公立久米島病院8期生特定ケア看護師 富田みゆきです。

久米島にもJADECOMの系列病院があることをご存じの方は多いと思いますが、どのような島か知っていらっしゃる方は少ないのではないのでしょうか？久米島は沖縄本島那覇市の西方約100kmの東シナ海に位置し、プロペラ機でおよそ30分、フェリーだと隣の渡名喜島を経由して3時間半です。久米島本島および奥武島・オーハ島の有人離島、鳥島・硫黄島などの無人島から構成されています。久米島本島は東京都大田区より少し大きいくらいで、1時間もあれば車で一周できてしまいます。

主な観光地は「はての浜」「イーフビーチ」があり、琉球諸島の中で最も美しい島を意味する「球美の島」と琉球王朝時代に呼ばれていたことから、その言葉にふさわしい神秘的な風景がたくさんあります（カラー写真を載せられないのが残念です。ぜひ、実際に見に来ていただきたいです）。

生活面では、島にはコンビニエンスストアが2軒、ドラッグストアが1軒、スーパーマーケットが1軒あるので、離島の中では比較的生活しやすい環境です。ただ、久米島には本屋や映画館がなく、歯医者や美容院も非常に予約が取りづらいため、気分転換もかねて沖縄本島へ行くことがよくあります。移住した当初は「わざわざ飛行機に乗るの?!」と驚きましたが、4年目となった今は、飛行機が電車のような非常に身近な移動手段となりました。

沖縄といえば、方言が有名ですが、久米島の高齢者もうちなーぐちを日常的に使っている方

が多く、まったく会話が成り立たないことがよくあるため、島出身の看護助手さんに通訳として助けていただいています。「しーばい(トイレ)」「アチビー(米飯と全粥の間のお米の状態)」「とーとー(よし、よし)」「あがー(痛い)」など、標準語とは一切関連性がないため、日々外国語を勉強しているような感覚になります。

### 久米島病院の特徴

そんな久米島にある唯一の病院が公立久米島病院です。

病床数40床、病棟は1つだけなので、生後間もない新生児から100歳を超える高齢者までが1つの「病棟」に入院して、救急外来では1次、2次、3次救急のすべてに対応しています。看護師は人員や勤務状況によって、勤務する配置場所が日によって変わることもあるため、さまざまな能力が求められるという特徴があります。また、久米島病院で働いている看護師の90%近くは沖縄県外からの移住者で、多くは3年周期で離島します。他施設からの支援看護師も1～3ヵ月単位であるため、看護師が目まぐるしく入れ替わるということも特徴です。

### 久米島病院のNDC

そんな久米島病院で、今年度6月から臨床研修を週1日から開始しました。人員の関係で、同期からはかなり遅れたスタートとなりましたが、研修を受けられるようになったときは、勤務表作成と格闘してくださった看護部長、師長



当院のヘリポート，さとうきび畑，青い海を望む

さんたちに感謝しました。

いざスタート！と張り切ったものの，どのように臨床研修を進めればいいのか，さっそく行き詰まりました。自分も周囲も「NDCってなんだ？」状態だったためです。院内への周知不足，自分の準備不足を痛感しました。指導医である院長とNDCとしてやりたいこと，やってみたいこと，なりたいこと，NDCがいることでどういったことが期待できるのか，生産性や速さを求めるにはどうしたらいいか，などを話し合い，自分として考えるNDCについて看護部，診療部へプレゼンテーションを行い，「NDC」という単語を知ってもらうことから始めました。

徐々に院内にNDCという単語が浸透していき，臨床研修も週1日から週2～3日へ増えていました。指導医である院長から，病棟患者の病態や治療などについてレクチャーを受けることができるようになりました。病棟だけでなく，発熱外来や外来での問診も担当させていただきました。

11月からは，未熟で無知な自分が患者さんの受け持ちを始めました。患者さんに不利益があ

ってはならないと不安がつきまといましたが，指導医や支援医のご指導を受けながら，患者さんの笑顔のために何とか必死に頑張っています。

12月には，NDC主催の勉強会を行いました。前述した当院の特徴である，看護師の入れ替わりが激しいというところは，せっかくの知識や経験が途切れてしまい継続した教育が難しいという問題点がありました。これをNDCが中心となって解決したいと思い，院内全体を巻き込んで始めました。始めたばかりでこれからどうなるか分かりませんが，うまくいかなかったらまた考えて始めればいいのかと思います。

久米島病院のNDCは他の病院とは少し毛色が違うかもしれませんが，NDCとしていいと思ったことはやってみたらいい，と言って支えてくださる院長，看護部長，病棟師長，看護スタッフの支援のもと，久米島病院が求めるNDCを探したいと思います。

多大なる支援のおかげで研修を行えていることに感謝しながら，「久米島病院にNDCがいてよかった」と言われるようになりたいと思います。

## 地域医療型後期研修

2024.12.8

### 厳しい冬の青森で日々奮闘中

東京北医療センター総合診療科 後期研修医 2年目の平井建太郎と申します。埼玉医科大学を卒業し、東京慈恵会医科大学本院で初期研修を2年間終えた後、地域医療振興協会東京北医療センター総合診療科プログラム「地域医療のススメ」の専攻医となりました。大学病院での初期研修で各科をローテーションさせていただいた中で患者一人ひとりの独自の背景やマルチプロブレムへの対応が不足していると感じ、全人的に患者をみることができる総合診療科に魅力を感じ選択しました。いきなり面接の志望理由のようになってしまいましたが、この記事を見ていて何者か分からない人も多いと思うので、まずは自己紹介させていただきました。日々の仕事は忙しく悩むことも多いですが、患者を最初から最後までみることができる総合診療科にはやりがいを感じております。

この記事を書いている2024年12月8日現在、青森県の東通村診療所で働いております。青森弁が聞き取れず苦勞しましたが、3ヵ月目にしてようやくふんわりと分かるようになってきました。現在毎日雪が降り積もり、一面真っ白な世界で覆われていて、地球温暖化をまるで感じさせない程です。なんと今年は診療所の周りで熊も2回出現したようで、東京生まれ東京育ちの私は恐怖に慄いております。東京ではほとんど運転をしておらずペーパードライバーだったのですが、長距離移動の際は車が必須なので、さすがに運転にも慣れてきました。東通村診療所がある下北のエリアでは人口5万人の都市むつや、本州最北端の地の大間があります。研修医と共に大間にマグロを食べに行ったり、海沿いに連なる奇岩の仏ヶ浦に観光しに行ったりと下北観光を満喫しております。

東通村は高校以降の教育機関がなく他の地域に行く必要があることや農漁業、林業の衰退により人口全体は減少傾向です。東通村から北東に行った尻屋崎という海沿いの地域へは、乗客数の低下



地域医療のススメ

平井建太郎

#### プロフィール

2021年3月 埼玉医科大学医学部 卒業  
2021年4月 東京慈恵会医科大学病院 初期研修  
2023年4月 東京北医療センター「地域医療のススメ」

からバスが廃止されてしまいました。尻屋崎に住む持病のある高齢者の方は診療所へ行く交通手段がなくなってしまったため訪問診療が必要だったり、また厳しい冬の寒さを越えるために老人保健施設へ入所する必要がある等、東通村周辺の地域ならではの工夫が必要であり、驚きました。

また東通村診療所の周辺には大きい病院はむつ総合病院しかなく、その他の病院に行くとなると八戸市や青森市の方になるので2時間程度は掛かってしまいます。重症でも時間を掛けて移動するのは患者にとってリスクを伴うため、診療所でみれる範囲でみてほしいという患者もいました。しかし、基幹病院のように多くの種類の抗生剤が無かったり、人工呼吸器管理ができなかったりと限られた資源の中でやりくりしなければならず(離島等ではさらに資源が限られてくるとは思います)、そういった部分に地域診療独特の難しさを感じました。このような状況でまさに患者中心の医療を提供できるかどうか総合診療科としては腕の見せどころではないかと考え日々の診療に勤しんでおります。

地域で学んだことを基幹病院へ戻った時に活かせるように、関わっている先生方、看護師、理学療法士や介護士、事務員、全ての方に感謝を忘れず、日々全力で目の前の仕事をこなしていきたいです。記事を読んでくださり、ありがとうございます。



研修医との大間観光の様子

## 令和6年度都道府県自治医科大学医学部

### 入試事務担当者会議が開催されました .....

令和6年度都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議が、11月6日(水)10時から記念棟12階会議室において開催されました。

全都道府県の入試事務担当者が一堂に会する本会議では、永井良三学長からの挨拶に続き、武藤弘行入試検討委員長から令和7年度入学試験の概要、留意事項および広報活動などについての説明、次に長浜秀樹学事課長から入学試験に関わる具体的な事務などについての説明を行いました。その後、藤本茂教務委員長および伊藤真人学生委員長から、在学生の関連事項について、小坂仁卒後指導委員長および山本英紀卒後指導部長から、卒業生の関連事項について説明があり、大槻マミ太郎副学長の挨拶で閉会となりました。

また、午後には、卒業生および在学生について、各都道府県担当と卒後指導委員会、学生生活支援センターおよび医学教育センターによる個別協議が行われました。

報告  
各種お知らせ  
求人



公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所 ヘルスプロモーション研究センター主催  
**フレイル予防オンラインセミナー**  
**「医療の場におけるフレイル対策－マルチモビディティ患者における  
フレイル予防と管理」開催のお知らせ**

2025年2月26日(水)16:00～17:30、フレイル予防オンラインセミナーを開催します。テーマは「医療の場におけるフレイル対策－マルチモビディティ患者におけるフレイル予防と管理」です。受講は無料です。

2019年度「地域の力でフレイルを先送り住民主体のフレイル予防の実践」、2022年度「フレイル予防の新たな地域展開を目指して」、2023年度「医療の場におけるフレイル予防－超高齢社会に求められる医療機関の役割」に続く、フレイル予防セミナーの第4弾です。

本セミナーは、人口の高齢化や疾病構造の変化により増加している、マルチモビディティを有する患者におけるフレイル問題を取り上げ、その対応の実際について学ぶことを目的としています。奮ってのご参加をお待ちしています(事前申し込み必要)。

- 開催日時：**2025年2月26日(水)16:00～17:30
- 開催方法：**Zoomによるオンライン開催 後日アーカイブ配信予定
- 参加費：**無料 要事前申込(締切2月20日)
- 申込方法：**Web申し込み：https://forms.office.com/r/Ki4s3QPgBV
- 対象：**地域医療振興協会職員、地域医療振興協会会員、自治医科大学卒業生、関連自治体と管轄保健所職員など、フレイル予防に関心のある方ならどなたでも参加可



**テーマ：**医療の場におけるフレイル対策－マルチモビディティ患者におけるフレイル予防と管理

**プログラム**

- 座長** 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター 中村正和  
地域医療振興協会都祁診療所 管理者 西村正大
- 話題提供** マルチモビディティとフレイルの関連に関する文献的考察  
地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター 中村正和  
マルチモビディティを有する高齢患者の診療に役立つエビデンスを紹介することを目的に、頻度の高い糖尿病などをとりあげ、マルチモビディティとフレイル、ポリファーマシーの相互の関連性や予後への影響について文献的考察を行い、最近の知見を紹介する。
- 講演** プライマリ・ケア診療所におけるフレイル患者への対応の実際  
地域医療振興協会 都祁診療所 管理者 西村正大  
プライマリ・ケア診療所に受診する高齢な患者さんの多くはフレイルな状態にある。一般の診療所の日常診療において、いかにフレイルを意識し実践するかについて具体例を示しながら紹介する。
- 講演** マルチモビディティを有する循環器フレイル患者への対応の実際  
東京都健康長寿医療センター循環器内科部長 石川讓治先生  
フレイル・サルコペニアのリスクが高い心不全患者に対して、要介護状態を先送りし患者の生活の質の低下を防ぐために、病院において多職種が連携して取り組んでいるフレイル・サルコペニア対策の実際を紹介する。

**質疑とまとめ**

これまでのフレイル予防セミナーの内容は、ヘルスプロモーション研究センターホームページの活動レポからご覧いただくことができます。



**問い合わせ**

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター  
E-mail health-promotion@jadecom.jp TEL 075-353-5051 (担当：阪本)

## 第20回 若手医師のための家庭医療学冬期セミナー 開催

“若手医師のための家庭医療学冬期セミナー(通称：冬セミ)”は、若手医師による若手医師のためのセミナーとして始まり、家庭医療、総合診療、プライマリケアに関わる多くの方々にご参加いただいております。

この冬セミは、若手医師が家庭医療学を中心とした知識や技術を習得し、同世代の絆を深め、総合診療の未来を創ることを目指しております。

今年度は病院総合診療医学会との合同開催です。家庭医と病院総合診療医が共に学び交流する場として、ますますの進化を目指します。

今回で20回目を迎える冬セミですが、テーマを以下のように掲げました。

『繋がる二重らせん、発現する未来へ』

第20回という数字とかけた二重らせんに例えて、総合診療医という同じDNAをもつ家庭医と病院総合診療医の切っても切れない関係を表現しました。共に進化し、新しい未来を創りたいという願いを込めました。

今年度の冬セミも、さまざまな年次や環境にある同志と結びつき共に学ぶかけがえのない機会とできるよう、魅力的なプログラムを準備してまいります。

皆さまのご参加をスタッフ一同、心よりお待ちしております。

**目的：**総合的な医療を目指す専攻医以上の医師が家庭医療・総合診療・プライマリ・ケアについて知識やスキルを習得し、仲間と交流と結束を深めることを目指しております。

**内容：**全体講演、特別企画、ワークショップ、キャリア支援などを予定。セミナーの趣旨にしたがって、参加した皆さまそれぞれに素晴らしい学びと出会いがあるよう企画しております。

**ホームページ：**

**Facebookページ：**<https://www.facebook.com/wakate.pc.seminar>

**Instagramページ：**[https://www.instagram.com/fuyu\\_semi?utm\\_source=ig\\_web\\_button\\_share\\_sheet&igsh=ZDNIZDc0MzIxNw==](https://www.instagram.com/fuyu_semi?utm_source=ig_web_button_share_sheet&igsh=ZDNIZDc0MzIxNw==)

**日時：**令和7年2月23日(日)～24日(月祝)

2月22日(土)、23日(日)第30回日本病院総合診療医学会学術総会

2月23日(日)、24日(月祝)第20回若手医師のための家庭医療学冬期セミナー

2月23日(日)JSHGM+JPCA合同懇親会

(日程調整中) JSHGM+JPCA合同企画

▼オンデマンド配信期間：令和7年2月23日(日)～4月14日(月)(予定)

**開催形式：**現地開催に加え、オンデマンド配信も行います。全体講演のみL配信を予定しております。

**場所：**広島国際会議場(〒730-0811 広島県広島市中区中島町1-5)

**対象：**総合的な医療を目指す専攻医(後期研修医)、若手医師および初期研修医

オンデマンド：上記および総合診療/家庭医療に関心のある医師

全体講演：上記に加えて、学生・医師以外の医療介護福祉職・他職種など

**登録参加料：**現在調整中です。また詳細決定しましたらお知らせします。

**一般参加受付期間(予定)：**2024年12月13日(金)～2025年1月14日(火)を予定しております。開始の際は改めて告知いたします。

第20回冬セミ代表 公立浜坂病院総合診療科 水杉真理子



## 自治医科大学 「栃木県災害医学寄附講座」開講記念シンポジウム開催

2024年11月1日自治医科大学に「栃木県災害医学寄附講座」が開講しました。全国に毎年卒業生を輩出している自治医大の特殊性は、災害医学に強くマッチするものだと感じています。

つきましてはその開講記念として、2025年2月10日にシンポジウムを自治医大で開催いたします。できるだけ多くの自治医大卒業医師にもシンポジウムを聴講していただきたいという想いからweb配信も同時に行う準備をしています。

ぜひ多くの皆様にご参加いただきたくご案内いたします。

**日 時** 2025年2月10日(月) 9:30～12:30  
**会 場** 自治医科大学 地域医療情報センター 中講堂  
**シンポジウム**

### 基調講演1

「産学官で取り組む岩手県医療的ケア児災害対策の現状」

赤坂真奈美 (岩手医科大学 小児科学講座教授)

座長：松村福広 (自治医科大学 栃木県災害医学寄附講座特任教授)

### 基調講演2

「地域医療で取り組む医療機関の事業継続計画 (BCP)」

富尾 淳 (国立保健医療科学院 健康危機管理研究部部長)

座長：米川 力 (自治医科大学 救急医学講座教授)

### 施策紹介

「栃木県における災害医療施策及び保健医療福祉の連携体制について」

塚田三夫 (栃木県医療福祉部参事兼県西健康福祉センター所長 栃木県統括 DHEAT)

### パネルディスカッション

テーマ：「今そこにある危機 (地震・雷・火事・病)

～栃木県で起こりうる災害と医療対応を考える～

司会：間藤 卓 (自治医科大学 救急医学講座教授)

松村福広 (自治医科大学 栃木県災害医学寄附講座特任教授)

パネリスト：

赤坂真奈美 (岩手医科大学 小児科学講座教授)

富尾 淳 (国立保健医療科学院 健康危機管理研究部部長)

三村誠二 (日本 DMAT 事務局次長)

和氣晃司 (獨協医科大学 救急・集中治療医学講座教授)

塚田三夫 (栃木県医療福祉部参事兼県西健康福祉センター所長 栃木県統括 DHEAT)

米川 力 (自治医科大学 救急医学講座教授)

自治医科大学 栃木県災害医学寄附講座特任教授 松村福広

## 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型肝炎を治療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

### 「消化器外科&救急ダブルボード取得コース」のご案内

消化器外科と救急/外傷外科の両方に関心があり、外傷や緊急手術の技術を磨きつつ、消化器外科の幅広い症例を経験したいとお考えではありませんか？ そんなニーズに応えるため、自治医大消化器一般移植外科と救急部がコラボレーションして「消化器外科&救急ダブルボード取得コース」を開設しました。各受講者の目標に合わせた研修プログラムで、キャリア形成を強力にサポートします。この貴重な機会を通じ、消化器外科と救急医療の両方で成長し、豊かなキャリアを築きませんか。皆様のご応募をお待ちしています！

#### コースの特徴

- ・外科系救急医として：外傷や緊急手術において確かな手術技術を習得可能
- ・消化器外科医として：救急外科を含む幅広い症例に対応する専門性を深めることが可能(消化器外科専門医の他、技術認定医、高度技能医などの取得も相談可能)
- ・将来のキャリア：両方の領域の実績を持つことで、多様なキャリア選択が可能

#### 募集要項

- ・募集人数：2名/年
- ・応募資格：救急科専門医または外科専門医取得者(取得見込み者含む)、自治医科大学卒業生以外も可
- ・年齢：40歳以下(相談可)
- ・研修期間：未定(勤務条件は個別対応)

勤務開始時期や給与、自治医大周辺のエデュケーション事情、研修後の進路などの個別相談も可能です。

#### 問い合わせ・連絡先

消化器一般移植外科：伊藤 誉(福井25期) 96003hi@jichi.ac.jp  
救命救急センター：伊澤 祥光(栃木19期) yizawa@jichi.ac.jp

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、附属病院乳腺科(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致します.

**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 nodal64@omiya.jichi.ac.jp

事務局

## 地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトいただくか、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ことがしばしばありました。

共同研究の萌芽、相互交流の促進等を通じて自治医科大学全体の発展のために少しでも貢献できれば幸いであると考え、今回自治医科大学の教員のみならず、職員、学生にも提供させていただくことにしました。自治医大図書館のホームページのビデオオンデマンドサービスから視聴できますので、どうぞ、ご活用ください。

生涯教育センター センター長 富永眞一

# ●●●会員の皆さまへ

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)

準会員……………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](https://www.jadecom.or.jp/members/shibu_henkou.html))に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

## 連絡先・書類送付先

---

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

E-mail [info@jadecom.or.jp](mailto:info@jadecom.or.jp) URL <https://www.jadecom.or.jp/>

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関心をお持ちの方は、北海道東京事務所の職員（北海道職員）が医師の皆様の御希望を踏まえながら丁寧にサポートいたします。まずはお気軽にお問い合わせください。  
 皆様が目指す医療・暮らしがきっと「北海道」にあります。  
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>

## 北海道 医師募集



☆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戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

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

E-mail jin\_takeuchi@town.fukaura.lg.jp

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

当診療所は、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まいります。

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



## 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の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



## 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：組合事務局総務係長 吾孫子

TEL 0229-66-2760 FAX 0229-66-2781

E-mail kumiai-of@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



## 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



兵庫県

公立豊岡病院組合立豊岡病院  
出石医療センター



●総合診療科 幹部 1名・一般医師  
若干名

診療科目：内科，外科，整形外科，皮膚科，リハビリテーション科，放射線科

病床数：55床（一般33床，地域包括ケア22床）  
職員数：82名（うち常勤医師3名，非常勤医師2名）  
所在地：〒668-0263 兵庫県豊岡市出石町福住1300

連絡先：事務長 田口  
TEL 0796-52-2555 FAX 0796-52-3811  
E-mail kanri.izushi@toyookahp-kumiai.or.jp

特記事項：当医療センターは、豊岡市出石町・但東町を主な診療圏域（対象人口約13,000人）としています。主にプライマリ・ケアを提供する病院として急性・慢性疾患の診察・時間外対応，市民健診の二次健診，人間ドック，福祉施設の嘱託医・企業の嘱託産業医活動，豊岡市出石町地域の在宅訪問診療など，地域に密着した医療を展開しています。地域医療にご興味のある方はお気軽にお問い合わせください。  
<https://www.toyookahp-kumiai.or.jp/izushi/>



受付 2024.9.17

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：事務部参事 布袋  
TEL 0739-43-6200 FAX 0739-43-7891  
E-mail j\_hotel@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限内医師含む）。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くだ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ってくださる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たい仲間を求めています。  
<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023.11.15

徳島県

国民健康保険勝浦病院



●内科・外科・整形外科 各1名

診療科目：内科，外科，整形外科，小児科，リハビリテーション科  
病床数：50床

職員数：70名（うち常勤医師4名，非常勤医師9名）  
所在地：〒771-4306 徳島県勝浦郡勝浦町大字棚野字鴻畑13-2  
連絡先：事務局長 笠木  
TEL 0885-42-2555 FAX 0885-42-3343  
E-mail byouin@town.katsuura.itokushima.jp

特記事項：勝浦町は徳島県の南東部に位置し，徳島市から南西約20kmと通勤可能な距離にある美しい風景と緑豊かな自然に恵まれた気候温暖なまちです。

当院は，徳島県中心部の高度医療機関とへき地を結ぶへき地医療拠点病院として位置づけられており，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おりますが，医師不足が深刻な問題となっています。地域医療に興味のある方はぜひご連絡お待ちしております。

<https://www.town.katsuura.lg.jp/hospital/tiikiiryout.html>

受付 2024.10.3

## 長崎県

### 長崎県内離島・へき地の公的医療機関



#### ●内科、外科、小児科ほか

※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 2024.12.23

## 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。

何卒よろしく申し上げます。

<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>

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-yuuichi@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カ所), 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>



千葉県

公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 若干名  
**勤務先:** 県立保健所 (13カ所), 本庁  
**連絡先:** 健康福祉部健康福祉政策課人事班 市原  
 〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1  
 TEL 043-223-2605 FAX 043-222-9023  
 E-mail kfj@mz.pref.chiba.lg.jp

**PR事項:** 千葉県では県内13カ所の保健所(健康福祉センター)や県庁に勤務し、公衆衛生の第一線に立って活躍いただく、公衆衛生医師を募集しています。  
 保健所では主に、他職種の職員と連携しながら、健康危機管理体制の確保、疾病対策、食品・環境衛生、精神保健対策、医療安全の確保、健康づくりの推進、地域医療調整、地域保健、福祉等の業務に、携わっていただきます。  
 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、地域医療における医療機能の強化、連携等を行っていく公衆衛生医師の重要性が、改めて認識されたところです。  
 保健所等での勤務経験の有無や専門分野は問いません。現役の公衆衛生医師による業務説明や職場見学も随時受け付けております。  
 ぜひお気軽にお問い合わせください。ご応募お待ちしております。  
 ※募集の詳細はホームページをご覧ください。



大阪府

健康医療部 行政医師募集

**募集数:** 行政医師 若干名  
**勤務先:** 大阪府庁, 大阪府保健所, 大阪府こころの健康総合センター(精神保健福祉センター) など  
**連絡先:** 大阪府庁 健康医療部 健康医療総務課 人事グループ 松岡  
 〒540-3570 大阪市中央区大手前2-1-22  
 TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263  
 E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

**PR事項:** 公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけではなく、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。府民の健康という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>



奈良県

福祉医療部総務課 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 若干名  
**勤務先:** 奈良県内保健所 (3カ所), 奈良県精神保健福祉センター, 奈良県本庁  
**連絡先:** 奈良県福祉医療部医療政策局 本木  
 〒630-8501 奈良県奈良市登大路町30  
 TEL 0742-22-1101(内線3112) FAX 0742-22-2725  
 E-mail motoki-takanori@office.pref.nara.lg.jp

**PR事項:** 奈良県には、利便性の高い鉄道交通網、充実した子育て支援策、有名な社寺、歴史ある街並み、豊かな自然があります。ご家族も、安全・安心・快適に暮らせる地域です。最も遠い勤務地間でも電車で1時間30分程度で移動できるため、転勤があっても転居の必要がありません。  
 公衆衛生に関心を持っている方をお待ちしています。保健所等の体験勤務もご案内していますので、気軽にお問い合わせください。臨床専門医の維持をしながら、社会医学系専門医などの公衆衛生医としてのキャリアアップをされている先輩もいます。  
 本庁では、医療政策、疾病対策・健康づくり、健康危機管理体制などの企画・調整・立案・実施に従事します。保健所では、感染症、精神保健、難病、小児慢性特定疾患、医療監視、健康危機管理の企画・調整・立案・実施に従事します。  
<https://www.pref.nara.jp/67367.htm>



## 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おいたは、健康寿命も日本一です！令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！

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

## 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>



## 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カ所)、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カ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。

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

### 支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度, 第〇回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨: 議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論: 議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他: 講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。  
文字量目安: 約950字で1/2ページ分, 1,900字で1ページ分となります。

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 下平

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

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

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

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

## 6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬, B製薬, C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

1) 原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

### 5) 必要記載事項

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

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

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

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

### 6) 図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

④他の論文等から引用する場合は、当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する。

7) 文献：必要最小限にとどめること。本文中に引用順に肩付き番号をつけ、本文の最後に引用順に記載する。  
雑誌の場合

著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) :  
タイトル. 雑誌名 年; 巻: 始頁-終頁.

書籍の場合

著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) :  
章名, 編集者名. 書名. 地名, 出版社名, 年, 始頁-終頁.

ウェブサイトの場合

著者名. 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸かっこ).

#### 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: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

##### 【書籍】

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

##### 【ウェブサイト】

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

#### 8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

#### 9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

#### 10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

##### 【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)は、公益社団法人地域医療振興協会に帰属する。
- 2) 当該協会は、当該論文等の全部または一部を、当協会ホームページ、当協会が認めたネットワーク媒体、その他の媒体において任意の言語で掲載、出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合、必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

##### 【転載・二次的利用について】

当該論文の転載・二次的利用については、「月刊地域医学」編集委員会事務局あてに申請し、編集委員会により諾否を決定する。

#### 11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

- 1) 掲載料金は無料とする。
- 2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈。それ以上は別途実費が発生する。
- 3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

#### 12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail [chiiki-igaku@jadecom.jp](mailto: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](mailto: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



## 謝 辞

「月刊地域医学」では2024年1月～12月の期間、投稿論文の査読に関しまして、編集委員以外に下記の先生方にご協力をいただきました。  
ここに感謝の意を表します。

新井悠介 先生(自治医科大学)

森田光哉 先生(自治医科大学)

### 「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。今年度もあと2ヵ月ですね。おかげさまで今月号も充実した内容になりました。

巻頭インタビューは、真鶴町国民健康保険診療所の大平祐己先生です。自治医科大学を卒業し、女川町に派遣された際に東日本大震災を経験し、進むべき道が「家庭医療」に固まり、ご自身の病気と戦いながら「家庭医療専門医」を取得、真鶴で地域住民とともに次世代を育てる取り組みに感銘を受けました。私自身も女川町の災害支援を通じて、現地からいただいた大切なメッセージに、今も支えられています。

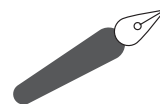
今月の特集のテーマは「医師の働き方改革後の世界」です。他の業界に5年遅れで2024年4月にスタートした「医療界の働き方改革」を時間の使い方を変え、時代に合った新しい文化を創るきっかけに前向きに捉えることができるのか。組織が試されていますね。

さて、今月の「私の地域医療」は、鹿児島県の吉嶺光太郎先生と大分県の浦勇慶一先生。同期2人のへき地でのエピソードは心温まります。離島でNDCの存在意義を開拓する富田みゆきさん、青森弁と大雪と戦いながら総合診療医を目指す平建太郎先生を応援しています。

今月号の「症例:常駐医師不在の離島における終末期医療」と徳地診療所からの「活動報告:へき地のオンライン診療」は必読です。

今年度の残り2ヵ月、ラストスパート！

原田昌範



月刊|地域|医学| 第39巻第2号(通巻460号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2025年2月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

# 地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

*Mission for Tomorrow*



9784909117953



1923047006004

ISBN978-4-909117-95-3  
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)