

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

3

2025
Vol.39-No.3

【特集】

離島・へき地における遠隔医療(続編)

[企画] 原田昌範 山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長

●インタビュー

「研究・人材育成・地域医療で社会貢献を推進する 自治医科大学の取り組み」

永井良三 自治医科大学 学長



会員向け



JADECOM 生涯教育 e-Learning

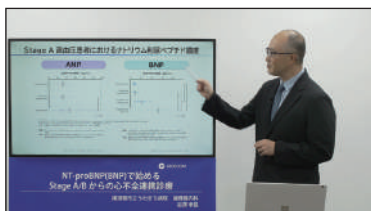
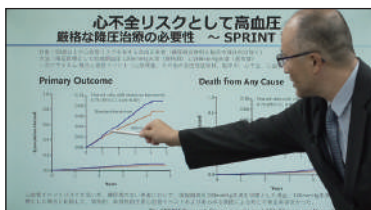
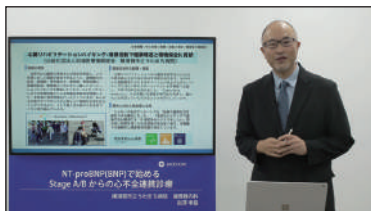
会員向けのContents



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(後編)

2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。

後編ではNT-proBNP値が高いStage A/Bの患者に、どのような介入をしていくと、患者の予後に影響を与えることができるのかを講義しています。

SPRINTスタディで収縮期血圧を120mmHg未満(厳格群)と140 mmHg未満(通常群)にコントロールした結果を比較し、厳格な降圧治療により心不全発症リスクを減らすことができると解説。またガイドラインにおいてもStage A/Bの患者の高血圧治療が推奨されていると述べています。

そして、血圧のコントロールによりNT-proBNP値が正常値になったStage B 50代男性とStage A 70代女性の症例を提示しています。

心不全パンデミックと闘う地域医療ネットワークとして、うわまち病院循環器内科では、集中治療室・救急救命センターの全例に心臓リハビリテーションを行い、退院後は包括的心不全センターに登録し、かかりつけ医とともにフォローしていると紹介しています。

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



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.3(2025年)

目次

インタビュー

- 研究・人材育成・地域医療で社会貢献を推進する自治医科大学の取り組み／永井良三 2

特集 離島・へき地における遠隔医療(続編)

- エディトリアル／木下順二 12
- 離島・へき地の遠隔医療 - 総論編 - /原田昌範 13
- 国内外の離島・へき地における遠隔医療の紹介／西村謙祐 18
- 離島・へき地の遠隔医療 実践編“D to P with N”- 鳥羽市におけるオンライン診療 - /小泉圭吾 25
- オンライン診療(D to P with N)の実践と振り返り
- 3つの事例を通して考えたこと - /上田貴志・中嶋 裕 32
- 離島・へき地を遠隔医療でどう支えるか - 実践編 “D to D” - /森川大樹・藤谷茂樹 37
- 離島・へき地の遠隔医療の普及に向けて - 手引きの作成にあたり - /古城隆雄 45

活動報告

- へき地診療所が地域と連携して行う包括的性教育の取り組み／嶋田雅子・大平祐己 50

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137回“チェックリスト”の使用に関わる事例発生を未然防止する!
- 事例の発生要因から考える未然防止対策 - /石川雅彦 58

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- NT-proBNP(BNP)で始めるStageA/Bからの心不全連携診療 前編 66

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑭ /牧田幸三 67

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 熊本県 地域医療の旅すがら、一筆啓上 /井上大暉 70
- 北海道 北海道での地域医療活動とこれから /増田寛也 76

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 卒後の臨床研修と診療所研修 /能登雄太郎 78

研修医日記

- 総合診療医を目指して /木原沙也加 80

百聞一見 ~地域の先輩を訪ねて~ 第2弾

- 第1回 地域医療と災害復興:女川の医療と町の再生を通して学ぶ /才津旭弘・菅野 武 82

お知らせ86

求人病院紹介91

投稿要領 100

編集後記 巻末

- 今月の表紙写真の提供:自治医科大学

INTERVIEW

自治医科大学 学長
永井良三先生



研究・人材育成・地域医療で 社会貢献を推進する 自治医科大学の取り組み

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

質の高い研究活動を通じて社会に貢献する

山田隆司(聞き手) 今日自治医科大学に永井良三学長をお訪ねしました。1月号のインタビューでは大石利雄理事長に「自治医大のこれまで、現状、これから」について伺いましたが、今回は永井学長にご登場いただき、自治医大の今後の具体的な取り組みについて伺っていきたくと思います。

永井良三 自治医科大学は2022年に創立50周年を迎えました。人口減少が進む中、へき地の拡大は止まらず、国力も低下しています。そこで本学では改めて次の50年に想いを馳せ、教育、研究、診療、社会貢献を推進するために「自治医科大学将来ビジョン2060」を策定しました。長期目

標は、「変化し続ける未来の地球、社会や地域を見据え、医療と科学技術の進歩を担い、多様な場や人をつなぎ、広く地域の発展に貢献できる医療人を養成する」を掲げました。これを達成するための柱として、大学および大学院、附属病院・附属さいたま医療センター、地域医療学センターの3つを位置づけ、それぞれの連携の下、未来に向けた持続可能な地域医療への貢献に向け、人材育成、地域医療、社会貢献を推進するとしています。

また、短中期目標として、「質の高い研究活動を通じて社会に貢献する」も掲げました。自治医大の使命は、地域で働く医師や看護師を養成

するだけではありません。臨床教育だけでなく、研究も大学に課せられた重要な使命です。新しい医学の知識を作り、医療の現場に普及させるためには、社会の了解の下に研究を進める必要があります。

具体的には、今後10年間の本学の研究戦略として、次の3つの柱、1)独自性が高く、強みのある先端研究、2)地域医療研究、3)両者をつなぐ医療IT/AI研究、を考えています。

本学の独自性が高く、強みのある研究としては遺伝子治療があります。AMED(日本医療研究開発機構)との共同研究やAADC(芳香族アミノ酸脱炭酸酵素)を用いた遺伝子治療、強力なゲノム編集ツールなど最先端の研究が進んでいます。またピッグセンターの整備によってブタ研究・異種移植にも取り組んでいます。医工連携としては、黒尾誠教授が「リンによる老化」という独自研究から「リン除去カラム」を発明しました。創薬も進めています。こういった研究についてはもはや研究費だけでは追いつかないので、大学を挙げた事業として展開するよう提案しています。

次に、今お話ししたような独自性が高く、強みのある先端研究はもちろん重要ですが、それは他大学にもできることです。他大学にはない本学独自の強みはやはり「地域医療研究」です。自治医大卒業生は以前から全国でフィールド研究を行っていますね。

山田 そうですね。私も義務年限で岐阜県の旧久瀬村に赴任しているときに、地域の仲間たちとプライマリ・ケア領域の研究をしていました。卒業生のネットワークでいろいろな分野の地域医

療研究ができると思います。

永井 その通りです。30年以上前から卒業生を中心に始まったJMSコホート研究、JMSコホートII研究をはじめとして、現在多くの全国横断的なフィールド研究が取り組まれています。これは全国に卒業生を輩出し卒業生のネットワークが確立している、自治医大ならではの研究といえます。

加えて今後ますます重要になるのが、医療IT/AIです。自治医大では2017年にデータサイエンスセンターを学長直属部門として設置し、医療情報研究を進めてきました。これまでに全国の基幹病院の電子カルテデータを統合するCLIDAS研究や自治体のレセプト・DPC等の医療情報を縦断的なデータセットとして地域医療を面で分析する研究を主導してきました。

これらの学内固有の強みのある研究(ラボ研究)、全国横断的な研究(フィールド・地域社会)、情報学・情報基盤(IT/AI)という、臨床医学研究の3つのベクトルが有機的に連携することで掛け算のように展開すると思います。

これらの研究を推進するために運営体制の改革も提案しています。事業費を獲得できたら「自治医科大学医療イノベーション機構」を設立し、講座・研究室を超えて運営する体制を確立します。イノベーション創生プラットホームとして、「分子病態治療イノベーション」(先端医療技術開発)、「医療AI・データベースサイエンス」(医療IT/AI開発)、「地域医療イノベーション」(地域医療研究)の3センターを組織しようと計画しています(図)。

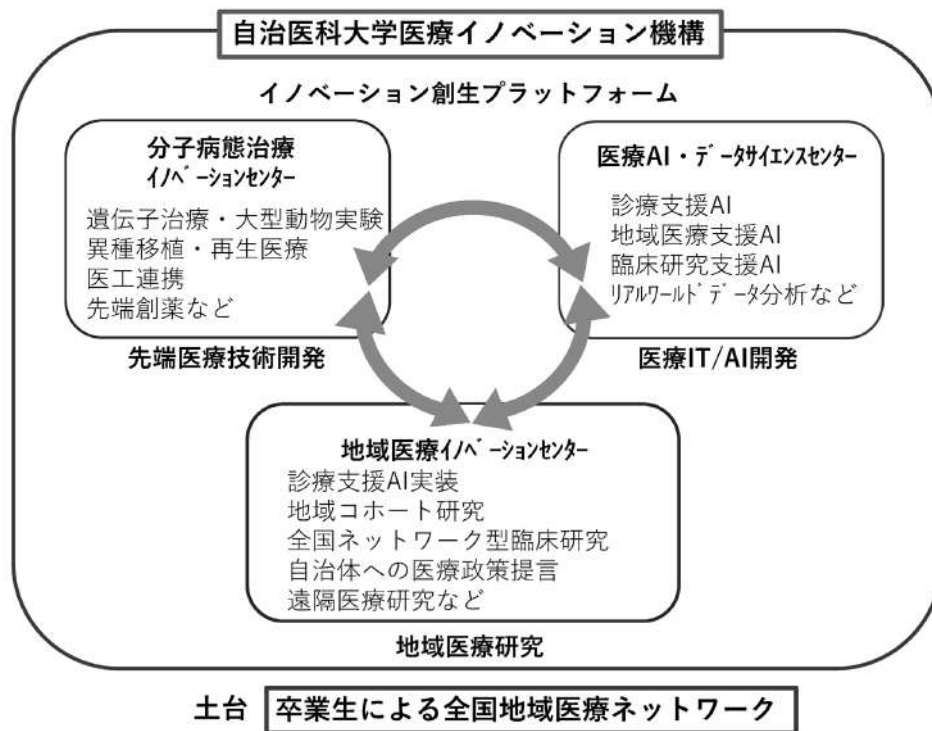


図 自治医科大学医療イノベーション機構

他大学にはない卒業生による全国地域医療ネットワーク

永井 これらは「将来ビジョン2060」を実現させていくための具体的な提案です。前回、「月刊地域医学」のインタビューを受けたのは2022年春でしたから、新型コロナウイルス感染症が落ち着き始め、開学50周年をこれから迎えるという時だったと思います。当時はコロナ対策に終始するような状況でしたので、今お話したような構想を考えつつ、なかなか改革に取りかかれませんでした。コロナが収束すると今度は「医師の働き方改革」への取り組みがあり、それも一段落したので、満を持して自ら舵をとって改革に着手しようと考えています。

山田 コロナ禍もそうですし、その前から進められていた地域医療構想もあって、いろいろなことが混乱したこの数年だったと思います。

永井 政府の地域医療構想で示された病床の再編・合理化は平時を想定したもので、パンデミックのような想定外のことが起こると対応できないことが明らかになりました。しかしコロナ禍において地域の前面で重要な役割を果たしたのは、それまで再編の対象とされていた公的・公立病院でした。

山田 コロナ禍では各都道府県でコントロールタワーの役割を果たしている卒業生の活躍が目立

ちましたよね。昨年の能登半島地震の際にも卒業生のネットワークで支援活動が行われました。自治医大が卒業生を輩出して40年以上が経過して、そのネットワークは確立されてきたと思っています。先生のお話にあったように、卒業生のネットワークでさまざまな地域医療研究ができれば社会実装ができる、卒業生が赴任している自治体にも貢献できると思います。

永井 その通りです。地域医療研究には医療政策の研究も含まれます。これまでこの分野は地域医療学センターを中心に行っていましたが、今後は大学全体で対応する必要があります。全国レベルでの先進的な地域医療研究・モデルの提言を行うことによって地域医療構想の推進に資することができると思います。

山田 実際の地域医療の課題に対して、より具体的

な回答が出せるような研究が必要ですよ。

永井 こうした研究でアウトカムを出すことによって、外部資金の確保、企業との共同研究、知財確保、スタートアップ設立、経営改革につながると思います。

山田 地域に長くいる卒業生も多く、全国レベルでデータが集まることで面白い研究ができると思います。

永井 地域医療振興協会の木下順二先生の協力で、現在、へき地診療所用のクラウド型電子カルテを開発しています。これできれば地域医療のデータを集積できます。自治医大の研究の基盤はやはり地域医療研究です。他には類がないですから。

山田 私としても、聞いてるだけでドキドキしますね。

人材の育成

永井 さて、研究の話はさておき、大学にとっての本来の役割は教育です。先ほどの話にもありましたが、今、地域医療構想として、地域医療が大きな変革の時を迎えており、地域における本学卒業生が果たす役割も再調整する必要性が生じていると思います。これまでのリベラルアーツ教育、地域医療教育、スキル教育、実践的な診療参加型臨床実習教育などにSTEAM教育、アントレプレナーシップ教育、本学の強みを生かした医療経済、保健医療等の行政教育なども行っていきます。また本学に相応しい学生を確保するために入試制度についても検討を重ねています。

山田 自治医大は初めの頃には、奨学金制度のこともあって既存の枠組みにとらわれない気概ある学生たちが集まってきたと思うのですが、他大学に地域枠ができ、同じような奨学金制度でも地域枠の方が比較的自由度があるため、そちらに受験生が流れてしまっている気がします。自治医大は50年の歴史があって、へき地・地域医療に一定の役割を担ってきたという長所があるだけに、そこをもっと際立たせられないものかと思います。高校生が、自治医大の存在を知り、各県で卒業生が頑張っている姿を見て、ああいう医者になりたいと思い自治医大を目指す。そういう循環ができればいいと思います。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

県によっては入試のガイダンスに卒業生が関わったり、あるいは高校生の地域医療体験実習を卒業生が企画したりといった話も聞きますが、自治医大の入試に卒業生がもう少し関わりその姿を見せることで、気概のある学生に集まってほしいと思います。

永井 長年懸案だった推薦入試制度の導入も決まりました。私が学生を見ていて「この学生に入学してもらってよかった」と感じるの、必ずしも受験校で優秀な成績だった学生ではなく、高校の成績がよく、クラブ活動でリーダー的な役割を担っていたような学生だったりするのですね。学力試験はもちろん重要ですが、そればかりではないと思います。ですから推薦入試にはとても期待しています。卒業生からの情報もとても役に立つと思います。

山田 もう一つ、卒前教育についても伺いたいのですが、新たに臨床実習など重点化すべきことが提案されているようですね。

永井 医学教育モデル・コア・カリキュラムも少し変わって、まず一つは診療参加型臨床実習で経験

を積み、医療チームの一員として患者を診ることが出来るスチューデントドクター制度です。もう一つは医師としての心構えや態度も評価するようになりました。これは以前から重要性が指摘されていましたが、明確に点数をつけていたわけではありません。でもこれからはきちんと評価します。医学教育は他の領域よりも国際標準化が進んでいるので、そうしないと海外から日本の医学教育が認められません。地域社会のリーダーになっていくためにも、そういった振る舞いが求められていると思います。これらが2025年度の入学生から対象となります。

山田 自治医大はへき地の医療を担う人材を育成する大学としてスタートしたわけですが、今やへき地だけでなく、日本全体の課題に取り組むことが求められていると感じます。

永井 へき地医療はへき地だけのことではありません。近年は都会でも深刻な問題が多いという指摘があります。コロナ禍の際に都会で診療してもらえない人が大勢いました。へき地というのは医療に恵まれず、医療をしっかりと受けられない地域のことです。それが以前より広がっています。人口減少の中でへき地は拡大していますし、人口の多い都会でも医療の谷間ができています。

山田 確かに。私は現在東京の台東区の病院にいますが、近所の誰とも付き合いのないような老夫婦や独居世帯が本当に多く、そういうところのSOSは汲み取れない気がします。先生が言われるように、へき地はむしろ都会の中に広がっていると思います。

永井 本学の学生には、そうした課題にしっかり取り組む心構えを学んでほしいと思います。

地域で求められる医師

山田 今、先生のお話にあったように、へき地医療の問題はへき地に限った問題ではなくなっています。そこで求められるのは専門性の高い医師より、総合的に診られる医師だと思います。総合的に診られる能力を持った上で、専門分野の資格を取ることが望ましいと思うのですが、今の専門医制度は必ずしもそういう形になっていません。自治医大の卒業生はまず地域を経験するので、期せずして総合診療的な勉強をし、それから領域別の専門医になっている例が多く、本来求められている形のように思います。

永井 そうですね。若い医師がすぐに領域別の専門医になりたいというのは、居場所探しのようなところがあります。米国では専門医制度が成り立つシステムがしっかりできています。日本の場合には、強い領域を持ちつつ広く診療できる医師を増やす必要があります。

山田 今はそういう医師が足りないわけです。

永井 この傾向は最近のことではないかと思えます。我々の若い時代はそういう教育ではありませんでした。大学が臓器別の診療科になったのは90年代終わりからです。それまでの内科医は専門を持ちつつも、幅広く診ることを教えられました。かつてのナンバー内科は何が専門なのか分からないという批判があって、今のような臓器別の診療科になったのです。日本は専門医を増やす必要がありましたが、とはいえ何らかの強い領域を持ちつつ、総合的に診療するという姿勢は特に内科系の医師の基本だと思います。

あまり知られていませんが、日本の専門医制度は欧米とは似て非なるものなのです。欧米の専門医は最後まで専門医として働くのですが、日本ではある領域の専門医になってもリタイアまでその専門のみで働き続ける医師は少なく、ある程度の年齢になったら地域で総合的な診療をします。世代によって担う役が変わるのです。それは先述のように医療制度が全く異なるからです。それをもっと広く知っていただきたいと思えます。

山田 先生が言われたように、日本では、ある程度の年齢になったらかかりつけ医のような医師を目指すといったキャリア形成があるわけですが、今後はそういう人たちにもやはり総合診療医のような研修をきちんと受けていただく形にしたほうが良いように私は思います。自由開業医制という既存の医療制度の中で新しい専門医制度が始まったわけですが、移行措置を含めたその辺りの整理がまだできていないと私は思っています。

永井 総合医と言っても、自治医大の卒業生のように地域で活躍する総合医、アメリカの家庭医、またホスピタリストと呼ばれる病院の総合診療専門医など多彩な面があります。その中で地域の診療所で働くときにはどのような形が望まれるか、かかりつけ医をどう位置づけるか議論が始まりました。厚労省はこれから少しずつ制度を整理していこうとしていますので、卒業生の期待する形について、意見を述べる必要があると思えます。

基本は総合的に診ること

山田 いろいろお話を伺ってきましたが、最後にこれから地域に出ていく自治医大の卒業生にエールをお願いします。

永井 焦らずに地に足をつけて、現実を見ながら医療の道を歩んでください。大事なのは生涯勉強することです。固定した理屈にとらわれずに、現実をしっかり見て、勉強して、考えを訂正して、そしてまた経験を重ねていく。一生この連

続だと思えます。また、今後のキャリア形成の上で、専門医を目指す方は、日本と欧米の専門医は異なることを知っておいてほしいと思います。何らかの専門を持つのは大いに奨励されますが、基本は総合的に診るということだと思います。そう考えると勉強することは尽きません。ぜひ頑張ってください。

山田 永井学長、ありがとうございました。

永井良三(ながい りょうぞう)先生 プロフィール

1974年東京大学医学部卒業。同大学医学部附属病院第三内科助教授、群馬大学医学部第二内科教授などを経て、1999年東京大学大学院医学系研究科内科学専攻循環器内科教授、2003年東京大学医学部附属病院病院長、2009年同病院トランスレーショナルリサーチセンター長を歴任。2012年4月より自治医科大学学長に就任し現在に至る。2019年より宮内庁皇室医務主管を兼務。

**●永井良三先生のインタビューを見る**

<https://www.youtube.com/watch?v=V4wOm6e1Qlg>



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

離島・へき地における 遠隔医療(続編)

企画：山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長 原田昌範

特集

-
- エディトリアル

 - 離島・へき地の遠隔医療 -総論編-

 - 国内外の離島・へき地における遠隔医療の紹介

 - 離島・へき地の遠隔医療 実践編 “D to P with N”
-鳥羽市におけるオンライン診療-

 - オンライン診療(D to P with N)の実践と振り返り
-3つの事例を通して考えたこと-

 - 離島・へき地を遠隔医療でどう支えるか
-実践編 “D to D”-

 - 離島・へき地の遠隔医療の普及に向けて
-手引きの作成にあたり-
-

エディトリアル

地域医療振興協会 常務理事 木下順二

離島・へき地における遠隔医療の特集の第3弾となる。この間の経緯は原田昌範論文の総論編で詳細に報告されているが、数年の間に追い風となる施策が多数実施され、離島・へき地でオンライン診療を実施することへの制度的な足かせは劇的に解消してきた。離島・へき地医療の提供側が遠隔医療の展開・活用戦略を立て、実現していくフェーズに入ったといえる。原田医師を中心とする研究班の報告や、それに伴う人的ネットワークの拡大が、この変化に大きく貢献してきたのは間違いないだろう。

原田論文では、総論としてこれまでの経緯のまとめに加え、郵便局を活用したオンライン診療の実証事業、今後の展望などについて論じられている。高齢者など情報通信機器の利用に困難がある患者さんにもオンライン診療のメリットを届ける手段として、コミュニティ内に固定的な拠点を設置することは非常に効果的と考えられる。

西村謙祐論文では、山口県内での実証についての報告、国内での好事例の紹介、各国での現状について包括的に解説されている。各国の医療制度は大きく異なるものの、遠隔医療活用の方略には共通して活用できることも多く、多彩なヒントがあると感じられる。

小泉圭吾論文では、「バーチャル鳥羽離島病院構想」として、複数の医師が複数の離島を対象に対面診療とオンライン診療を最大限に活用し、面として離島医療を支える実践について実例を交えて報告している。医療MaaS(Mobility as a Service)車両の導入や、閉院した診療所を活用した「オンライン診察室」の設置も非常に興味深い。国内で最も先進的で体系的な取り組みではないだろうか。大いに参考にしたい。

上田貴志論文では、看護師として自施設で実施したD to P with N(Doctor to Patient with Nurse)のオンライン診療3事例についての振り返りを通して、オンライン診療において看護師の果たす役割が大きいこと、オンライン診療の限界、事前準備の重要性などを示している。

森川大樹論文では遠隔医療デバイスTeladoc™を活用した地域病院と大学病院の間でのD to D(Doctor to Doctor)およびD to NP(Doctor to Nurse Practitioner)での専門的医療支援の実証について報告し、その有用性と課題について述べている。私自身も20年以上前からアメリカ合衆国オレゴン州やペンシルバニア州フィラデルフィア市のThomas Jefferson University Hospital等で活用されている場面を何度か目にしてきた。導入維持費用のほか、コンサルトを受ける側が無理なく・持続性を担保した形で体制を構築できるかが課題である。

古城隆雄論文では近日発刊予定の「へき地におけるオンライン診療の手引き」について紹介するとともに、オンライン診療を開始するにあたっての具体的なアドバイスが提示されている。発刊が楽しみである。

離島・へき地の遠隔医療

— 総論編 —

山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長 原田昌範

抄録

2018年に導入されたオンライン診療は、当初規制が多く活用が進まなかったが、コロナ禍で大幅に規制が緩和され、少しずつ離島・へき地で実装され始めた。人口減少、医師の偏在等、多くの課題を抱え資源が限られる離島・へき地でも「地域包括ケア」を充実させるには、郵便局を活用した試みなど、遠隔医療の新しい可能性を探り、地域住民や行政と対話しながら、多職種で適切に組み合わせていくことが重要である。

はじめに

「月刊地域医学」でこのテーマで特集させていただくのは2020年12月号¹⁾、2022年12月号²⁾に続き3回目(統編)である。本稿は、コロナ禍を含め、これまでの離島・へき地における遠隔医療についての取り組みを振り返り、これからを考える総論編である。

新型コロナウイルス感染症のパンデミックで「遠隔医療」は一変した。感染しない、させない新たな診療形態である「オンライン診療」は、あっという間に広く国民の知るところとなった。実際、山口県では、陽性者へのオンライン診療はもちろん、陽性になった医師が、療養先の宿泊療養施設から離島の定期外来をオンライン診療で対応した実例もあり、コロナ流行前からは想像できない変化である。

オンライン診療を含む「遠隔医療」は、もともと移動距離や時間等の物理的な医療アクセスを改善する目的で、離島・へき地を中心に期待され、多くの実証等も行われてきたが、さまざまな規制の中で実際には活用は進まなかった¹⁾。し

かし、コロナ禍で時限的、特例的にオンライン診療の規制が大幅に緩和され利用しやすい状況になった。令和4年、オンライン診療に加えてオンライン服薬指導も恒久的に「初診から」、「2次医療圏を超えて」、利用可能となり、全国の離島・へき地に医療を届ける手段が増えた²⁾。

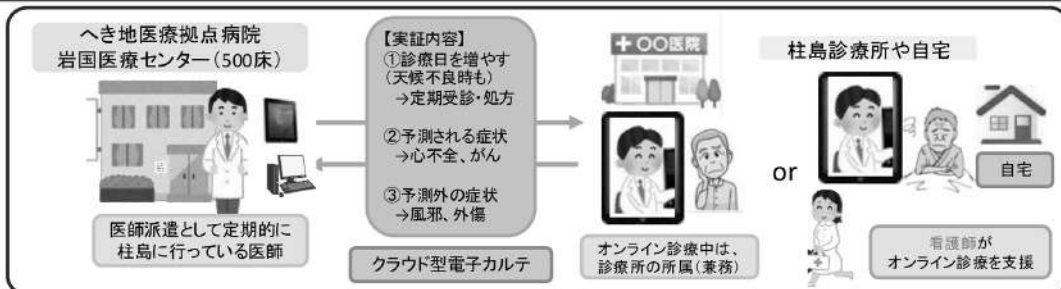
一方、オンライン診療の不適切な使用も散見されるようになり、厚労省は「安全性・信頼性」を重視し、厚生労働科学研究費補助金事業の結果も踏まえ、2022年6月にまず離島・へき地から「看護師等遠隔診療補助加算」を新設し、患者のそばに看護師がいる場合のオンライン診療を推進した(図1)。また、2023年5月18日厚労省は事務連絡「へき地等において特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」を発出し、へき地の公民館や郵便局でオンライン診療が活用できるようになり、2024年1月16日事務連絡を一部修正し、学校や医療MaaS(Mobility as a Service)等でのオンライン診療も一定の条件下で認め、さらに活用できる場面が増えた。

今月の特集は、コロナ禍、厚生労働行政推進

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。

・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚生省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

厚生労働行政推進調査事業費「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築についての研究」研究班作成

図1 「看護師等遠隔診療補助加算」の新設に活用された会議資料(研究班作成)

調査事業に中心的に関わった研究班メンバーを中心に、これまでの続編として、離島・へき地における遠隔医療の取り組みについて振り返り、へき地の遠隔医療のこれからについて考える。

へき地医療支援センターの取り組みから見えてきたこと

医療資源が限られる離島・へき地における医療アクセスを改善する目的で、当へき地医療支援センター(SCRUM:Support Center for RUrAl Medicine)は、ICTの活用つまり医療DXに積極的に取り組んできた³⁾。2013年には離島・へき地の巡回診療先にシンクライアント方式による電子カルテを導入し、2015年には山口大学工学部と連携し、離島診療所にクラウド型電子カルテ「オープンドルフィン(経産省開発)」を導入し、当院と共有した。その後、民間のクラウド型電子カルテに切り替え、2024年度、自治医科大学

卒業医師の派遣先へき地診療所は、すべてクラウド型電子カルテに置き換わり、へき地医療拠点病院等と情報を共有しやすくなり、オンライン診療も活用できる状況が整った。

2017年からへき地医療機関に勤務する総合診療プログラムの専攻医とオンラインで結び、遠隔カンファレンスやレクチャーなどを定期的で開催し、へき地医療の質の向上だけでなく、専攻医が孤立しにくいような環境も整備してきた⁴⁾。これも遠隔医療である。

2018年、新しい診療形態として保険収載されたオンライン診療は、制約が多くへき地医療の現場に沿うものでなかったため、現状や課題を整理するため「山口県へき地遠隔医療推進協議会」を設置した。離島・へき地に勤務する医療従事者、県や市町村、大学関係者、有識者、民間事業者等が県内外から集まり協議を重ねた。

2019年9月、上記の協議会の活動が評価され、「地域医療基盤開発推進研究事業(厚生労働

行政推進調査事業補助金」の分担研究(事務局: SCRUM)として、厚生労働省から「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」をさせていただく機会を得た⁵⁾。研究目的は、オンライン診療の導入を積極的に推進している諸外国において、オンライン診療の実施状況等を調査し、我が国のへき地医療に資するオンライン診療のあり方を検討し、国内の離島・へき地の現状を踏まえ、モデルとなるような導入事例を示すこととした。2021年、主任研究として「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築についての研究(課題番号: 21IA2007)」に引き継いだ⁶⁾。事務局を山口県立総合医療センターから地域医療振興協会地域医療研究所に移して、研究体制を拡充・強化した。次の研究目的は、山口県の実証を継続・拡張し、全国の有効な事例を集積・整理し、モデル事例がどうすれば全国のへき地で安全性・信頼性を担保して活用できるのかを明らかにし、へき地医療の確保につながるオンライン服薬指導や電子処方箋、遠隔医療健康相談の活用についても実証を行うとした。詳細は厚労省に提出した報告書や本特集の別の著者の論文をご参照いただきたい。

厚労省の研究とは別に、2020年度から3年間、山口県の実証事業にも関わった。内視鏡専門医が不在のへき地医療機関で行われる内視鏡検査(上部消化管、嚥下等)を、内視鏡専門医が5G通信を活用しリアルタイムで指導する「D to P with D」(Doctor to Patient with Doctor)の形式でオンライン診療支援を実証した。「D to P with D[遠方の専門医(D)から患者(P)への専門的診療をプライマリ・ケア医(D)がそばで診療をサポート]]は、へき地に暮らす患者の専門診療へのアクセスの改善が期待できる。1～2年目はへき地の病院で実証し、3年目は市町村のスマートシティ事業とリンクし、へき地診療所に展開し、2023年、実装し、現在も活用されている。また、当院の総合診療プログラムの専攻医が初めてひとりで離島の巡回診療を担当したケースやひとり常勤医として離島に派遣されたケースにも、本土から指導医がオンライン診療システ

ムを利用し、遠隔で専攻医の離島診療をサポートしている。より安全であり、患者も専攻医も指導医も安心できる「D to P with D」の形と考える。2024年厚労省は「D to P with D」の形式についての遠隔診療支援についての整理を始めており、難病やてんかん同様、診療報酬の算定につながることを期待している。

その他、国土交通省のスマートアイランド事業(柳井市平郡島: 2022年度実証)など、国、県、市町が離島・へき地をフィールドに遠隔医療について実証や実装する際、積極的にサポートし、県内各地で遠隔医療に取り組むエリアが拡大している(本特集: 西村謙祐氏参照, 18頁)。

離島・へき地の郵便局を活用する

最近の話題は、郵便局を活用した遠隔医療である。郵便局は全国に2万局以上あり、離島・へき地にも多く存在する。離島・へき地にも郵便を届けるため、民営化前より局数を減らさないことが、民営化の条件だと伺った。しかし、人口減少に伴い利用者が減り、これまで提供していたサービスだけでは、経営的にも厳しくなり、行政と連携し、自治体窓口業務の一部を郵便局で提供し始めている局もある。

2023年5月18日厚労省は事務連絡(前述)を發出し、へき地の郵便局内でオンライン診療が利用できるようになり、同年総務省は石川県七尾市内の郵便局を活用しオンライン診療を実証した(郵便局等の公的地域基盤連携推進事業)。翌2024年度、同事業の初の離島事例の実証先として山口県柳井市平郡島に決まった。

柳井市平郡島は瀬戸内海に位置し、人口約200人、高齢化率77%の離島である。2020年までは県から常勤医が派遣されていたが、人口減少に伴い非常勤体制(4日→2日/週)へと移行した。現在は、周東総合病院(へき地医療拠点病院)のへき地医療支援センターから毎週1泊2日で医師が派遣され、船が欠航した際には、島在住の看護師のサポートで「D to P with N」(Doctor to Patient with Nurse)形式のオンライン診療を実施できるようになった。診療日数の減少に伴い、

郵便局でのオンライン診療にかかる補助金の活用について

へき地医療拠点病院運営事業

1 事業内容

へき地医療拠点病院運営事業は、へき地診療所への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保することを目的とする。

医療活動費の対象経費として、備品費や借料・損料等も計上が可能であり、郵便局のブースにかかる初期投資費用等についても、当該補助金が活用可能。

2 体制図の例

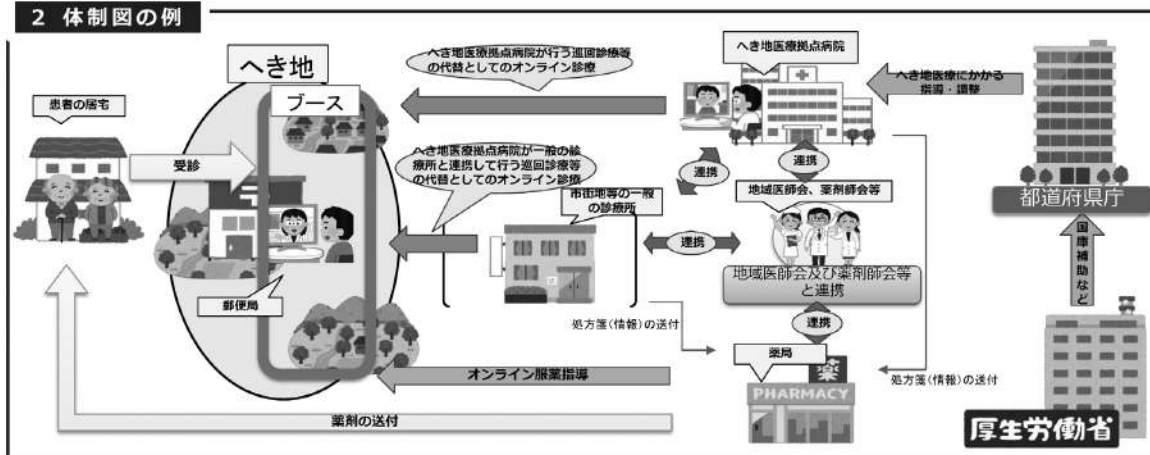


図2 郵便局でのオンライン診療にかかる補助金の活用について

特集

島に薬剤師がいなかったため看護師が薬剤の分包作業などを担い、本来の業務が制約されるといったことや、院内処方のみでは、不良在庫が増えたり、処方できる薬に制限があったり、一包化にも対応できる看護師を確保しにくい等のさまざまな課題が生じていた。2024年度、これらの課題を解決するために、郵便局の空きスペースを活用したオンライン診療やオンライン服薬指導の実証事業(郵便局等の公的地域基盤連携推進事業:総務省)が実施された。郵便局は地域住民にとって馴染みのある場所であり、郵便局員による機器の操作サポートが可能で、支払いや配達を扱う点も期待された。2024年12月にこの実証は終了し、次年度は自治体で予算化し実装が予定されている。

また、補助金(へき地医療拠点病院運営事業)を活用し、郵便局におけるオンライン診療を全国で初めて実装した地域もある。周南市和田地区は、中山間地域に位置し、人口約1,000人だが、数年前に民間の医院が閉院し、無医地区となった。周南市が令和6年7月、郵便局内の空きスペースを利用し「周南市和田巡回診療所」を週1

日開設した。郵便局から約30分の距離にある周南市国民健康保険鹿野診療所の医師が月2回は対面診療で、それ以外の週はオンライン診療で支援している。市街地まで行くハードルのある高齢者にとっては、徒歩圏内で診療を受けることができ、自宅に薬を届けてもらえる点も好評である。また同補助金は一定の条件を満たせば導入コストだけでなく、ランニングコストも薬剤の配送代も補助対象となった(図2)。

離島・へき地の遠隔医療のこれから

遠隔医療はもともと移動距離や時間等の物理的な医療アクセスを改善する目的で、離島・へき地に期待されてきた。2018年、オンライン診療という名称と、その指針と診療報酬とともに新たな時代に突入した。当初、規制だらけで利用しづらく期待外れだったが、遠隔医療に期待する離島・へき地の医療従事者、行政、地域住民の声、そしてコロナ禍という国難により、この5年間で大幅に規制が緩和され、実証だけでなく、多くの離島・へき地で実装され始めた。

三重県鳥羽市の「バーチャル鳥羽離島病院構想」の取り組み(本特集:小泉圭吾氏参照, 25頁)や離島の医師同士で離島代診をし合う佐賀県唐津市のシステムなど, 全国の離島・へき地で遠隔医療が実装され, 少しずつ社会課題が解決され始めており, 2018年の頃を思うと隔世の感があり感慨深い。

人口減少が進むこれからの離島・へき地にはどんな遠隔医療が求められるだろうか。へき地医療を担う病院も診療所も医療従事者の確保が一層厳しくなり, その中で持続的な医療や地域包括ケアを確保することが求められる。そのような状況で, 遠隔医療を含む「医療DX」を組み合わせないという選択肢は厳しい。逆に, 遠隔医療を活用することで, これまで離島・へき地の診療所では関わりの少なかった職種(歯科医, 薬剤師, 栄養士, リハビリスタッフなど)と連携し, 離島・へき地に医療やケアを届ける可能性が生まれる。オンライン診療に使用するデバイスの開発, 中山間地域で実装され始めた医療MaaSの船バージョン, 能登の震災で活躍したスターリンク[®]などの衛星通信, ドローンを利用した薬剤配送, マイナンバーカードを活用したPHR(Personal Health Record)や全国医療情報プラットフォームの連携などにも期待が寄せられている。

これからの時代, オンライン診療は離島・へき地に医療を届けるツールのひとつとしてさらに重要となるが, 遠隔医療の発展自体は目的ではない。ちょうど2025年を迎えたが, 住み慣れた離島・へき地で自分らしく最期まで安心して暮らし続けるため, つまり地域包括ケアの充実のための手段のひとつに過ぎない。厚労省の実証で島民にオンライン診療について説明した際, これによりさらに診療日が減らされるのかという疑念を抱かれた。医師を撤退するためのオンライン診療では, 地域住民が納得しない。引き算のための遠隔診療ではなく, すでに医療資源が限られている地域でもあり, 住民が納得する割合でまず足し算で対面診療に遠隔診療を

組み合わせて始めていくことが重要である。「普段から良好な医師患者関係を保ち, スタッフをはじめ関係者との普段からの顔の見える関係と情報共有がなければ, オンライン診療を導入してもうまくいかない」と, 米国視察の際に現地の医師から大切なメッセージをいただいた。人口減少の中, どうやって将来にわたり医療を確保し続けるのか, 地域住民, 行政, 医療従事者がこの間について住民啓発も含め, 「対話」を重ねていくことが大切である。このたび公益社団法人地域医療振興協会の支援を受け作成した「へき地におけるオンライン診療の手引き」もぜひ活用してほしい(本特集:古城隆雄氏参照, 45頁)。

2024年1月, 能登の離島・へき地に大災害が起こった。人口減少などによる社会課題が, 災害によって予測よりかなり早まったという声も聞こえる。現在, 仮設住宅や医師不足地域に医療やケアを届けるために, 遠隔医療を組み合わせる活動支援も始まっている。コロナ禍でも経験したが, 有事に備え, 平時からの準備が必要である。

参考資料

- 1) 原田昌範:離島・へき地における遠隔医療の現状と期待. 月刊地域医学 2020; 34(12): 979-1011.
- 2) 原田昌範:離島・へき地における遠隔医療の未来を語る. 月刊地域医学 2022; 36(12): 1059-1099.
- 3) 原田昌範:これからのへき地医療支援 -面で守るふるさとの医療-. 月刊地域医学 2019; 33(7): 553-558.
- 4) 原田昌範:長州総合診療プログラム -へき地は医師をステキにする-. 月刊地域医学 2019; 33(2): 26-30.
- 5) 原田昌範:へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究 (H30-医療-指定-018:原田班)
令和元年度(2019年度)の研究報告書https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/193011/201922037A_upload/201922037A0004.pdf
令和2年度(2020年度)の研究報告書https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022011A-buntan1.pdf (accessed 2025 Feb 1)
- 6) 原田昌範:海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築についての研究(課題番号: 21IA2007)
令和3年度(2021年度)の研究報告書<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/158816>
令和4年度(2022年度)の研究報告書<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/164870>
令和5年度(2023年度)の研究報告書<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/170722>(accessed 2025 Feb 1)

●編集委員の原田昌範先生からのメッセージ

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



国内外の離島・へき地における 遠隔医療の紹介

岩国市立本郷診療所 所長 西村謙祐

抄録

筆者が参加した厚生労働科学研究による離島・へき地におけるオンライン診療の実証研究の成果の一部を報告した。山口県内の離島・へき地8ヵ所でD to P with Nを基軸としたオンライン診療の実証を行った。離島・へき地において看護師が患者側で補助することの利点等、オンライン診療の有効性と留意事項について検討した。また、海外や国内へき地の遠隔医療の調査も紹介し、今後のへき地におけるオンライン診療の活用や普及について検討した。

特集

はじめに

筆者は、厚生労働行政推進調査事業補助金「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」¹⁾(2019年11月～2021年3月)、「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」²⁾(2011年4月～2024年3月予定)に研究協力者として参加していた。研究目的は、へき地の医療確保、地域包括ケア推進のためのオンライン診療の有効性、留意点、活用方法等を厚労省に提言すること、へき地に有効かつ適切なオンライン診療を普及することであった。本稿では、その研究成果から山口県内のオンライン診療実証の紹介、国内の好事例、諸外国の遠隔医療の状況について紹介する。誌面の都合上、詳細な紹介は難しく、興味がある方は、Web上に公開されている研究報告書^{1,2)}をぜひご覧いただきたい。

山口県内のオンライン診療の実証

1. 実証の計画と実績

2020年3月から2024年3月の約4年間で山口県内へき地8ヵ所(図1)でオンライン診療を実証した。主な対象となる高齢者のITリテラシーや難聴の問題もあり、看護師が患者の側で補助を行うD to P with N(Doctor to Patient with Nurse)を基軸とした。医療確保と地域包括ケア推進を目的に、基本的にかかりつけ患者を対象として、各地域の実情に合わせて実証を計画した。

当時、国内のへき地における活用事例は少なく、2020年1月にへき地におけるオンライン診療の先進事例であるWinding Waters Community Health Center(アメリカ オレゴン州ワロワ郡エンタープライズ)を視察した。そこで実施されていた訪問看護師や薬剤師の補助下で実施されるオンライン診療(図2)を見本に山口県内で実証を開始した。

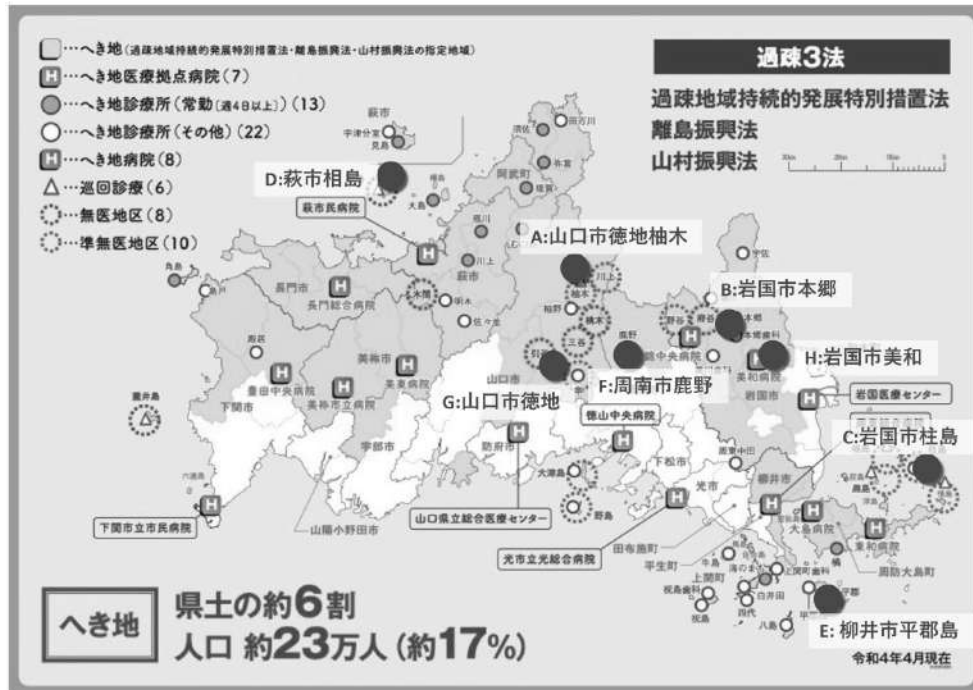


図1 山口県内の実証地域



図2 Winding Waters Community Health CenterのVirtual Visit(オンライン診療)の様子

2. With Nの有効性

実証結果からD to P with Nのオンライン診療のへき地における有用性を報告した。看護師等が患者側で補助することで、難聴や認知機能低下のある患者との会話、ビデオ通話デバイスの操作の問題が解決できた。その他にも、患者や医師の安心感、事前の情報収集(問診やバイタル測定)が可能である、普段を知る患者では変化に気づきやすいこと、身体診察が可能(痛いところに直接触れる、皮膚を肉眼で観察等)、

場のコントロール(時間配分やトリアージ等)が可能である等のメリットがあった。また、対面診療への切り替えや搬送が必要な際の調整の補助も期待できる。一方、留意点としては、看護師ごとに診療に関わる知識や技術、通信機器と取り扱う能力、患者情報の把握状況に差異があることを意識しなければならない。

相島の巡回診療を代替した事例では、平時、巡回診療の調整に関わるケアマネージャーがオンライン診療を補助した。非医療者が補助す

表1 地域の特性とオンライン診療の実績 (2020年3月～2024年3月)

	A: 柚木 (山口市) 2020.3~2021.3	B: 本郷 (岩国市) 2020.3~2023.3	C: 柱島 (岩国市) 2020.3~2024.3	D: 相島 (萩市) 2020.3~2024.3	E: 平郡島 (柳井市) 2022.4~2023.3	F: 鹿野 (周南市)	G: 徳地 (山口市) 2023.4~2024.3	H: 美和 (岩国市) 2023.7	
地域の特性 (離島の定期船)	山間部	山間部	離島 (4便/日,60分)	離島 (3便/日,40分)	離島 (2便/日,60分)	山間部	山間部	山間部	
人口・人口密度・ 高齢化率 (令和5年3月)	150人 1.6人/km ² 65%	700人 17.3人/km ² 64%	100人 32.1人/km ² 81%	110人 88.0人/km ² 71%	240人 14.5人/km ² 80%	2400人 13.2人/km ² 52%	5100人 17.6人/km ² 55%	3400人 26.8人/km ² 49%	
医療人材 (補助者)	地域内在住の 医療従事者なし	常勤看護師2名 (地域内居住)	島内在住の 医療従事者なし	島内在住の 医療従事者なし	常勤看護師1名 (島内居住)	常勤医師1名 看護師3名	常勤医師1名 常勤看護師5名	常勤医師3名	
医療提供	巡回診療 (週1回)	公立診療所 (医師常勤)	公立診療所 医師派遣:月2回	巡回診療 (週1回)	公立診療所 医師派遣:週3回	公立診療所 (医師常勤)	公立診療所 (医師常勤) 巡回診療提供	公立病院 (常勤医師3名)	
オンライン診療の 活用状況	・医師不在時 (診療時間外)	1.医師不在時(診 療時間外) 2.訪問診療の代替 3.代診(模擬)	・定期診療として	・医師不在時 (荒天により渡 航不可)	・医師不在時 (診療時間外、荒天 により渡航不可、 COVID19病欠等)	※研究期間終 了以降にオン ライン診療開 始。	・巡回診療の 代替(隔週)	・医師派遣先に 急遽医師派遣困 難となった時	
所在 (医師/患者)	派遣元病院 /自宅	1.通隔地/自宅等 2.診療所/自宅 3.他病院/診療所	派遣元病院 /診療所	派遣元病院 /公民館	派遣元病院 /診療所for自宅		診療所 /医療MaaS	派遣元病院 /派遣先診療所	
実施件数	2件	47件	135件	48件	37件		13件	7件	
内容	定期診療	0件	39件	135件	48件	32件		13件	7件
	臨時診療	2件	8件	0件	0件	5件		0件	0件
補助者	看護師	1件(訪問看護) (臨時1件)	47件 (臨時8件)	133件		37件 (臨時5件)		13件	7件
	その他	家族: 1件(臨時1件)		事務員:2件 ※荒天でNs渡航不可	ケアマネ:48件				

る場合でも、円滑なオンライン診療を提供可能であった。

我々の報告が評価されたこともあり、令和6年度診療報酬改定で、へき地診療所およびへき地医療拠点病院においては、適切な研修を修了した医師がD to P with Nのオンライン診療を実施する際に「看護師等遠隔診療補助加算」が算定可能となった。

3. 地域特性とオンライン診療の形式

地域の地理的な特徴、医療提供体制、人材資源によって、必要とされるオンライン診療、また提供可能なオンライン診療の状況が異なる。表1では地域の特性とオンライン診療の実績を一覧にした。

(1) 新規症状への対応

診療の内容が、慢性疾患の定期診療か、新規症状に対する臨時診療に分けて集計した。新規症状に対する臨時的オンライン診療は、より慎重な対応が求められるが、看護師からの事前情報により、オンライン診療による対応可否のトリアージも可能であり、看護師の補助下に安全に実施することができていた。本郷と平郡島では地域に常駐する診療所看護師が対応していた。柚木の1件は訪問看護師が、もう1件は家

族が補助していた。

(2) 離島における荒天時

相島で年間4～5回程度、平郡島では実証期間に1日のみ、荒天時に医師渡航不可となり、オンライン診療を実施した。相島の事例では、ケアマネージャーがオンライン診療の補助を行った。荒天時の渡航不可は予想可能のため、前日までに予定患者がオンラインで対応可能か確認すること、普段からのMedical Care Station[®]による情報共有や、定期的に関係者間でオンライン会議を行う等の工夫がされている。

(3) その他

徳地では、診療所が運用する医療MaaS (Mobility as a Service)を活用したオンライン診療を巡回診療先で実施している。さらに診療看護師が非常勤として所属しており、オンライン診療の補助を行っている。診療看護師が事前に、より詳細な病歴聴取や身体診察ができることで、オンライン診療の時間が短縮され円滑な運用が可能であった。

4. 現在の状況

研究期間終了後、2024年4月から現在(2024年12月)まで、山口県内ではオンライン診療の活用が継続され、さらに地域が拡大している。



図3 Teladoc HEALTH®を使用したオンライン診療

岩国市立本郷診療所では、常勤医師が急遽、出勤が難しくなり、自宅や他医療機関からオンライン診療を実施したことが合計5日間あった。また、診療所の常勤医師の急病を想定した代診を、オンライン診療で行う模擬診療を行った。代診元は、普段から全県へき地の代診業務を行っている山口県立総合医療センターであり、今後、全県的にオンライン診療による代診ができる体制を構築することが検討されている。

山口市徳地診療所では、在宅療養中患者の予定外診療に対して、みなし訪問看護によるD to P with Nのオンライン診療が実施されている。

5. クラウド型電子カルテ

院外から診療情報にアクセスできること、他医療機関と診療情報の共有ができることで、オンライン診療の活用の幅が大きく広がる。山口県内のへき地診療所の多くでは、クラウド型

電子カルテとして、WEMEX社のきりんカルテ®を導入している。きりんカルテ®は導入費と維持費ともに無料であるメリットもある。

6. 遠隔医療システム

当初Zoomの無料版のビデオ会議システムを主に使用していた。現在、数カ所でTeladoc HEALTH®の遠隔医療システムを使用している。低い通信速度でも比較的安定した音声と映像を通信可能である。本郷が使用するViewpoint®(図3)はタブレットのアプリであり、外部機器との接続や、医師側では2画面を同時に見ることができる。高倍率の光学ズームが可能な据え置き型のMini®は平郡島等で使用されている。心エコーを遠隔で専門医が指導する等のTeladoc HEALTH®を用いたD to P with Dの実証も本郷、平郡で実証した。

国内の遠隔医療の紹介

1. 国内へき地の好事例の調査

日本国内の医療過疎地域におけるオンライン診療の実態を把握し、共通する促進要因や課題を抽出するとともに、地域ごとの特性に焦点を当てて分析を行った。2023年度実施した調査結果について紹介する。

2. 地域ごとのオンライン診療の運営特性

岩手県北上市では、豪雪地帯特有の医療アクセスの課題に対応するため、医療MaaSを活用し、看護師が診療を補助する形態が採用された。岩手県一関市では、同市の在宅療養を支援する診療所が、広大な地域に住む多くの患者へ定期的に訪問診療を行うため、月1回の訪問とオンライン診療を組み合わせている。

熊本県水俣市では、地元企業が開発した遠隔聴診システムを導入し、病院看護師の補助下で実施されるD to P with Nのオンライン診療が実施されていた。地元企業と連携することで、地域経済の活性化にもつなげる試みであった。

石川県七尾市では、全国で初めて郵便局に設けられたブースでオンライン診療が実施された。厚労省医政局通知の「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所開設について」に基づき、総務省による実証実験であった。診療費の請求・会計は郵便振込で行われた。

三重県鳥羽市では、独自の離島地域のネットワーク化したオンライン診療事業が運営されている。2023年度、デジタル田園都市国家構想交付金として医療MaaSが導入された。

兵庫県養父市では、冬季の積雪に対する医療アクセスの確保を目的に、高齢化率7割を超える地区の集会所を活用し、企業との協力でオンライン診療の実証実験が行われた。

各オンライン診療事業の事例から、へき地におけるオンライン診療の活用拡大について、最も注目すべき促進因子は、オンライン診療の実施場所に関する規制が緩和されたことであった。過去5年間、国内へき地をモニタリングしてきたが、2023年度の1年間で急激に事例数が

拡大している。一方で、導入・維持費用、オンライン診療を支援する人材についての問題は課題として残っている。調査からは、各省庁が公募する交付金の活用が鍵と言える。また、タスクシェアが可能な病院看護師を配置するなど工夫が見られた。

3. 遠隔医療における多職種連携

大分県中津市では、在宅療養をする進行がん患者を支援するため、特定行為研修を修了した看護師の補助下で、病院の緩和ケア医がD to P with Nのオンライン診療を行っていた。

和歌山県北山村では、同村の診療所は以前から、和歌山県立医科大学との協定連携のもと、D to D、D to P with Dの遠隔医療が実施されてきた。その基盤のもと、診療所外来に通院する慢性腎臓病のハイリスク患者へ、管理栄養士からオンラインで栄養指導が実施され、生活改善に寄与する取り組みが行われた。

へき地においては、これらの専門職も不足している。今後も、言語聴覚士による嚥下訓練や、歯科衛生士による口腔ケアなどの専門的技術が、遠隔医療によりへき地住民の健康増進につながることを期待される。

海外の遠隔医療の紹介

1. 海外視察

国内のオンライン診療の活用推進に向けて有益な情報収集のため、海外の遠隔医療の状況や好事例の調査を、現地視察に加え、メール、Web調査により行った。各国の医療提供状況や制度、地理的、経済的、文化的なさまざまな背景に合わせて遠隔医療が発達していた。COVID-19パンデミック時に規制緩和と利用促進が行われ遠隔医療の利用件数が急増した。その後は緩やかに減少傾向だが、パンデミック前に比較すると、程度の差があるが、遠隔医療の活用が拡大している国が多かった。

2. アメリカ

アメリカはCOVID-19パンデミック以前より

遠隔医療の導入を推進していた。オレゴン州ワロワ郡のへき地エンタープライズで実施される地理的・経済的な医療アクセス不良の改善を目的としたオンライン診療(図2)を視察した³⁾。パンデミック下では、民間保険、公的保険ともに一時的な規制緩和が行われ、遠隔医療の実施割合が著増した。一部、行動・精神障害を対象とした遠隔医療等は恒久的な規制緩和とされた。

退役軍人患者を対象とした調査では、プライマリ・ケアやメンタルヘルスのオンライン診療の利用率は、パンデミック前は農村部のほうが高かったが、パンデミック後は都市部の方が高くなっていった。その傾向は特にメンタルヘルスで顕著であった。このような農村部と都市部のデジタルデバイドの原因として、農村部で高齢者利用が多いことや医療インフラの不足が問題とされている。

3. オーストラリア

オーストラリアにおいて、全病院の75%以上が地方やへき地に位置し、これら地域では専門医が不足する傾向にある。このため、オンライン診療はへき地に住む患者の専門医へのアクセス向上や移動費削減を目的に、パンデミック以前から公的保険の給付対象として、MMM分類でへき地度が高い地域等の条件下で実施されていた。2019年11月にはGPによるプライマリ・ケアのオンライン診療が、さらにへき地度の高い地域等の条件下で可能となった。COVID-19パンデミックにより2020年3月以降、一時的措置として地理的条件等の制約が撤廃され、すべての国民が対象となった。この一時的措置は2022年に恒久化された。

オーストラリアでは、医師以外にも、診療看護師、助産師、看護師、メンタルヘルスの専門家等、さまざまな職種がオンラインサービスを提供可能である。また、オンライン診療を提供する医療者と、患者側で支援する医療者の双方に、職種ごとに定められた医療費が公的保険で支払われる。

4. ヨーロッパ(イギリス, フランス)

イギリスでは2019年にNational Health Service(NHS)が発表した長期計画で、デジタルツールとオンラインツールによるプライマリ・ケアの整備が掲げられていた。もともと、GPの負担低減と、患者の待ち時間削減を目的にオンライン診療の普及が進められていた。2020年3月にNHSは、不必要な対面診察の最小化のため全ての患者がトリアージを受け適切な診療形態が選択される「トータルトリアージ」を掲げた。政府はオンライン診療への移行を勧告したが、パンデミック中、音声のみの通話での診療が多く、パンデミック後は対面診療に戻る動きがあった。地方での遠隔医療として、緩和ケア、がん手術後のフォローアップ目的に専門医や看護師と患者をつなぐバーチャルNHSクリニックの導入等の動きがある。

フランスでは2010年にオンライン診療が許可され、公的保険償還の要件に、プライマリ・ケア医や主治医からの紹介、12ヵ月に1回の対面診療等があったが、COVID-19パンデミックで制限緩和された。2022年にオンライン診療の対象が長期・慢性疾患や医療が行き届きにくい患者から全患者に拡大された。2024年3月時点で、医療アクセスの悪い地域や高齢者向けへの利用促進のため、血圧計、パルスオキシメーター、体温計、聴診器等を備えたオンライン診療ブースが薬局や保険センターに5,000台以上設置されている。薬局の場合、薬剤師が支援し、処方までがスムーズである。患者を支援する薬剤師や看護師は、報酬を請求できる。2022年1月から患者が医療予約、検査結果、処方箋などを管理するオンライン上の医療の個人スペース「My Health Space」が導入されている。

5. アジア(中国, インド, シンガポール)

中国では「インターネット+医療」政策のもと、オンライン診療とインターネット病院が普及し始めていたが、COVID-19パンデミックで利用が急増した。オンライン医療プラットフォームを提供する民間企業が多く、その中では、診療予約から薬の配送までをノンストップで対応で

きる。また、住宅地にネット端末や血圧計を備えたりリモート診療所を設置することや、ITリテラシーの低い人々向けに遠隔医療利用の窓口も設置されている。パンデミックを契機にオンライン診療が普及したとされている一方、中国の農村部においては遠隔医療の利用率が極めて低いことが報告されている。

インドでは、農村部の医療インフラ不足やCOVID-19による医療逼迫を受け、オンラインによる診療と薬局が推進された。2020年3月に制定された「Telemedicine Practice Guidelines」により、遠隔医療に関わる診療や処方、診療のツール等の詳細なルールが明確化された。オンライン診療サービスを提供する民間企業も多く、オンライン診療サービスは急成長し、特に若年層の利用が多い。もともと、医療インフラの整わない地域の医療アクセスを改善しているという背景もあり、MediBuddyのように、提供する医療プラットフォームが地方を含めた全国をカバーし、3,000万人のユーザーを抱えるまで成長した例もある。

シンガポールでは、デジタルヘルスが国策として推進され、2015年に遠隔医療ガイドラインが制定され、2017年以降、公的病院でオンライン診療を段階的に提供している。COVID-19パンデミック時に、公立病院などが低所得高齢者向けにスマートフォン配布や支援を行い、社会的孤立の解消と医療アクセス改善に取り組んでいた。

今後の普及に向けて

へき地においてD to P with Nのオンライン診療の有用性が認められつつある一方で、その普及にあたり、適切で安全な運用を心掛けなければならない。

アメリカオレゴン州のへき地エンタープライズを視察した際に現地の医師が、オンライン診療を実施する上で、チーム医療や普段からの連携の重要性を強調していた。へき地においてオンライン診療の補助者の役割が大きいことが多い。対面でないことによるコミュニケーションエラーの防止や、取得しきれない情報を補うために、オンライン診療に関わるスタッフや患者との普段からの関係性が重要である。また、オンライン診療を含め、遠隔医療が単独でへき地医療を充実させるわけではない。まずは地域の既存の医療体制を充実させ、対面診療を基本としつつ、医療が届きにくい部分を、その地域に適した遠隔医療で補うことで、地域医療を充実させることを意識する必要があると考える。

参考文献

- 1) 原田昌範:へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究(厚生労働行政推進調査事業費). https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022011A-buntan1.pdf(accessed 2024 Dec 28)
- 2) 原田昌範:海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究, 厚生労働行政推進調査事業費(厚生労働行政推進調査事業費). <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/170722>(accessed 2024 Dec 28)
- 3) 西村謙祐:諸外国における遠隔医療. 月刊地域医学 2020; 34(12): 991-996.

離島・へき地の遠隔医療 実践編 “D to P with N”

—鳥羽市におけるオンライン診療—

鳥羽市立神島診療所 所長 小泉圭吾

抄録

へき地・離島では、人口減少と超高齢化、さらに保健・医療・福祉・介護に関わる従事者の確保や医療サービスへのアクセス制約といった課題を抱えている。三重県鳥羽市ではクラウド型電子カルテやオンライン診療、医療MaaSを導入し、少人数の医療関係者でも持続可能となる柔軟な医療提供体制の構築を進めている。D to P with Nで行うオンライン診療は必要不可欠な手段となっており、へき地・離島における看護師の役割は重要度を増している。

バーチャル鳥羽離島病院構想

三重県鳥羽市は三重県の東側にあり、行政区域は半島部と4つの有人離島(坂手島、答志島、菅島、神島)から構成されている。総人口は16,433人、そのうち離島総人口は2,634人(令和6年11月末)¹⁾であり、離島においてはこの20年で約40%もの人口減少を来している。鳥羽市には二次医療を担う病院はなく、市内には数カ所の開業医と、半島部に4カ所、離島に4カ所、計8カ所の市立へき地診療所を有している。半島部の1カ所の診療所は地域医療振興協会に指定管理していただいているが、残り3カ所は大学病院から日替わりで医師の派遣を受けており、離島の診療所にはそれぞれに1名の医師が常勤している。

しかし、従前から続くこの医療提供体制には徐々に綻びが見えていた。人口減少に起因する患者数減少とそれに伴う支出超過は年々悪化しており、仕事量の減少と硬直化した体制は意欲の低下を来し、慢性的な医療者不足に対しては綱渡り的な人事が繰り返されていた。今後もこ

の問題が解決する可能性は低く、将来にわたって継続的に医療を提供するためには診療所の体制そのものを変えていく必要性に迫られていた。そこで鳥羽市では、医療関係者と担当課職員による「鳥羽の医療を考える会」を平成29年に発足させ、細々ではあるが議論を重ねていた。その結果、少人数の医療関係者でも維持可能な、鳥羽全体を「面」で支える工夫が必要であるとの結論に達した。具体的には、①場所を選ばず患者情報へアクセスできるクラウド型電子カルテを全診療所に整備し、②現場に医師がいない場合にも医療を提供できるようにオンライン診療を導入し、③少数の医師が相互に複数の診療所を兼務するグループ診療体制への移行を目指すこととなった。

また、医療関係者が少ないにもかかわらず、各診療所間にはあまり連携はなく、離島全体を皆で支えるという意識が希薄であった。そこで、まず現場で働く医師、看護師、事務員、行政職員、保健師、ケアマネージャーなど医療に関わる関係者を巻き込み、「TRIMet(Toba Rural area & Island Medical team)」(トライメット)という

特集

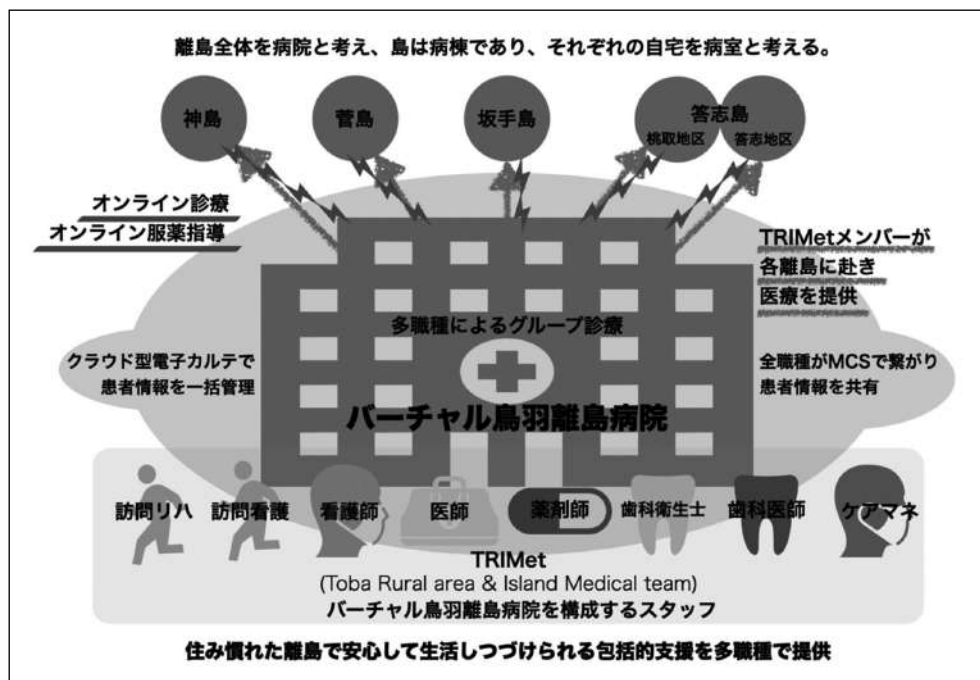


図1 バーチャル鳥羽離島病院構想

特集

チームを形成し、ワンチームで鳥羽の医療を支えていくという意識の醸成を図った。

クラウド型電子カルテで全へき地診療所の情報共通化を図り、デジタルコミュニケーションツールにより患者情報を共有し多職種連携を行うことで、皆が一つの病院で働いているかのような関係性を得られるのではないかと考えた。このICTを活用したグループ診療+多職種連携の仕組みを「バーチャル鳥羽離島病院構想」と名付け、鳥羽市のへき地・離島全体を「面」で支える概念とした(図1)。

この取り組みは、国土交通省の令和2年度スマートアイランド推進実証調査の採択を受け²⁾、セコム医療システム社の協力のもとクラウド型電子カルテ(セコムOWEL)およびオンライン診療システム(セコムVitalook)の運用が開始され、デジタルコミュニケーションツール(MCS:メデイカルケアステーション)の導入も行った。

離島に医師が不在となる時間帯でも適切な医療の提供を可能とすることで、少人数の医師でも支えられる体制を構築することができた。また、多職種によるつながりを円滑にすることで患者情報の共有が容易となり、医療-介護-福祉の連携はもちろん、本土側薬剤師のオンライン

服薬指導や、歯科医師や救急隊との連携も可能となった。

実証調査において有用性を認めたため³⁾、鳥羽市では実証調査後も半島部3ヵ所と4離島の計7ヵ所のへき地診療所で引き続き同システムを導入し、“面で支える”体制を維持している。

オンライン診療の実際

オンライン診療は令和2年11月から開始し、令和6年12月末までで鳥羽市全体では延べ700例以上を数える。

オンライン診療は全例、看護師が患者を支援しながら行う「D to P with N (Doctor to Patient with Nurse)」であり、デジタルデバイスの操作に不慣れな高齢者でも問題なく行うことができている。オンライン診療で使用する遠隔聴診器や外部高精細カメラも実用に耐えられる性能となり、エコー機器との接続も可能となるなど、オンライン診療の質は対面診療と比較しても遜色ない程度となった。

現在、鳥羽市立診療所に所属する医師および従事する三重大学医学部附属病院の医師は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に

基づくオンライン診療の研修とともに、へき地における患者が看護師等といる場合のオンライン診療の研修を受講している。また、すべての市立診療所は、オンライン診療対応の医療機関として地方厚生局に届出を行っている。

離島におけるオンライン診療の実例

オンライン診療は基本的に医師が離島にいない時に行う。つまり、診療時間内であれば悪天候による欠航時や、感染症に罹患するなど医師が離島に行けない時である。また、夜間や休日は医師が離島にいないため、診察の依頼があった場合は必然的にオンライン診療での対応となる。

1. 診療所におけるD to P with N

医師は本土側の診療所や他離島の診療所、もしくは医師の自宅からオンライン診療を行う(保険医療機関外からオンライン診療を行う場合は事前に届出が必要)。患者は診療所に来院し、診察室で看護師の支援を受けながらタブレット端末を通して診察を受ける。医師がカルテに記載した処方内容や会計情報は離島診療所と共有され、遠隔で医師の確認のもと看護師が調剤を行う。患者は薬剤を受け取り、窓口で会計を済ませ帰宅する。

筆者が勤務する神島において、悪天候により船が欠航した場合にはオンライン診療になることは十分に受け入れられており、“普通“のこととなっている。

実例の提示

80代男性。高血圧、糖尿病、脂質異常症で定期通院中。定期内服が無くなったため受診。悪天候による欠航のため医師は本土側の診療所からオンライン診療を行った。前回の採血結果も伝え、定期処方を行った。

80代女性。難聴あり。高血圧、脂質異常症、慢性心不全にて定期通院中。医師は新型コロナウイルス感染により自宅からオンライン診療を

行った。前回受診時より軽度の息切れと体重増加を認めたため、利尿薬を増量し数日後の受診を指示した。

40代男性。高血圧で通院中。島の行事で右前腕に火傷を負ったとのことで休日に看護師から連絡あり。患者には診療所まで来てもらい、医師自宅からオンライン診療を行った。医療用外部高精細カメラを使用して患部の創を詳細に確認。熱傷処置と抗菌薬の処方を行い、翌日の受診を指示した。

欠航や急病で医師が離島に渡れない場合、オンライン診療導入前は、薬剤を処方するには翌日以降まで診察を待ってもらわざるを得なかった。現在は診察を延期させる必要がないため定期薬を切らさずに済み、加えて患者がいつもと違う症状を訴えても看護師の協力により十分に対応可能である。

2. 患者宅におけるD to P with N

診療時間内や夜間休日に診察依頼があり、診療所まで来られない場合は看護師がオンライン診療機器セットを持って患者宅を訪れる。医師は診療時間内であれば他診療所から、夜間休日であれば医師自宅から対応することが多い。診察にて離島で対応可能と判断した場合は投薬等を看護師に指示をする。救急搬送が必要と判断した場合は、漁船の手配や後方病院への連絡を行う。

実例の提示

40代女性。特に既往はなかったが、日中より下腹部の痛みが出現し増悪してきたため19時ごろに電話連絡があった。看護師が患者宅を訪れオンライン診療を開始したところ、患者は苦悶状でベッドにうずくまっている状態であった。看護師に腹壁を触れてもらおうと、痛みが強く腹壁が全体的に硬いとのことであったため、腹膜炎疑いで漁船での搬送を指示した。

⇒ 卵巣出血にて緊急手術。

70代女性。家族で地下室にて餅つきをしていたところ、意識を失ったと電話連絡があった。看護師が患者宅に向かい、オンライン診療を開始。家族からの聴取で締め切ってガスコンロを使用していたことが判明し、意識障害とSpO₂の低下も見られたため一酸化炭素中毒を疑い酸素投与を指示した。家族も頭痛と嘔気を訴えていたため漁船で全員の搬送を指示した。
⇒ 一酸化炭素中毒にて入院。

50代男性。朝から咽頭痛、発熱が出現。COVID-19抗原定性検査キットにて陽性であったとの電話連絡があった。看護師が患者宅を訪れオンライン診療を開始。検査キットの陽性を画像で確認し、バイタルサインが安定していることを確認し自宅での療養を指示。内服薬を処方し経過観察とした。

医師不在時に急患が発生した場合、以前は医師が離島に到着するまで少なくとも1時間以上もしくは翌日まで待つか、電話のみの曖昧な情報で搬送を指示するしかない状況であった。しかし現在はオンライン診療によって、医師の移動にかかる時間的・身体的負担を減らし、かつ判断に至るまでの時間を縮めることで患者と家族の不安を大いに軽減することが可能となった。また、患者の状態をより正確に把握し適切な対応指示が可能となったため、搬送すべきかの判断を行う際の不安も軽減した。

へき地の課題に対するさらなる取り組み

へき地・離島では高齢化と若年層の流出により、互助の主役である壮年層が著しく減少し、高齢者を支えることが困難になっている。その互助の中でも大きな役割を占めているのは「移動の支援」である。以前であれば診療所を受診する際には、近所の人や親族に連れてきてもらうことが可能であったが、壮年層が少なくなった地域ではそれが難しくなっている。私たちが思うよりも短い距離の移動が困難になってきて

おり、住み慣れた場所で十分な診療機会を得られなくなりつつある。

1. 答志島の取り組み

鳥羽市答志島の西側(桃取地区)には島内唯一の桃取診療所があり、東側(答志地区)の島民は車で15分ほどかけて診療所に通っている。公共交通機関はなく、家族もしくは市が委託した地元町内会が送迎を担っているが、負担が大きく継続は難しい状況である。

この課題を解決する一案として、鳥羽市では令和4年度国土交通省スマートアイランド推進実証調査にて、慢性疾患で症状が安定している患者に対してオンライン診療とオンライン服薬指導を提供し、ワンストップで診療を完結させることができる「オンライン診療室」の設置を試みた⁴⁾(図2)。

オンライン診療室の場は、答志地区の閉院した民間診療所跡地を活用している。清潔な場所であり、患者のプライバシーは十分に保つことができている。医師も薬剤師もオンライン診療室にはおらず遠隔で対応し、現場には看護師がいるのみである。

診療の流れとしては、

- ① 患者は前回対面受診時に予約を取り、予約時間にオンライン診療室を訪れる。
 - ② D to P with Nの形式で鳥羽市の看護師が診療支援をしながら、桃取診療所の医師からオンライン診療を受ける。
 - ③ その後、別室に移り、本土側の薬局薬剤師からオンライン服薬指導を受ける。
 - ④ 患者はオンライン診療室で会計を済ませ、当日もしくは翌日には自宅に薬剤が届く。
- という形である。

医師、看護師、薬剤師はMCS(メディカルケアステーション)を用いて、患者ごとにグループを作成し患者情報や診療の進捗状況を共有する。医師は診察後に、診察内容や院外処方箋のスクリーンショットをMCSにアップし、薬剤師はその情報を確認しながら調剤とオンライン服薬指導を行う。

これにより、答志地区の患者は徒歩でも受診

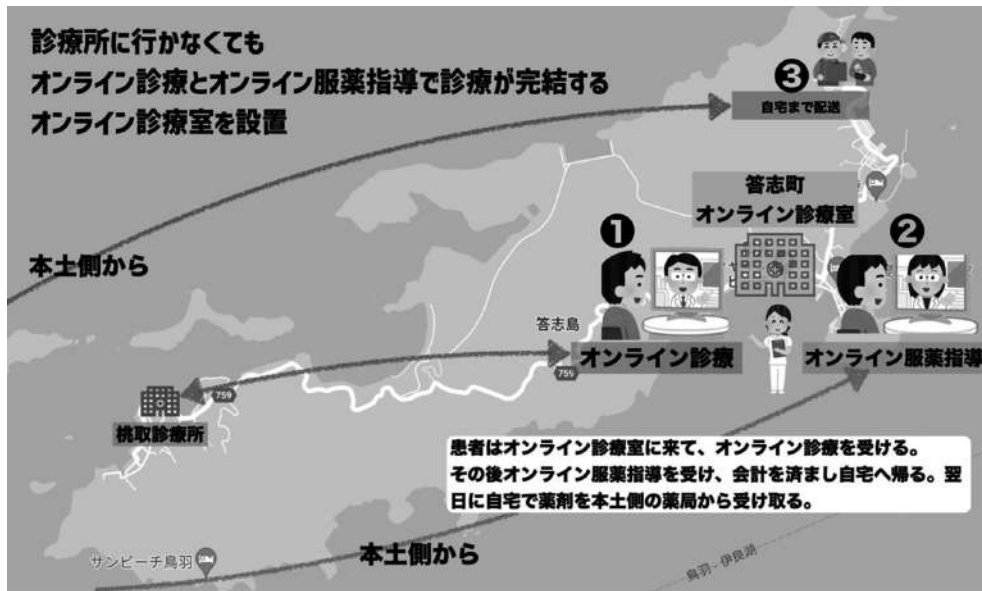


図2 オンライン診療室

可能となり、かつ島外に出ることなく診療が完結するため移動の負担が大きく軽減された。

現在は巡回診療として保健所に届出を行い、週に1~2回、1回あたり3~5人程度の慢性疾患患者に継続的に実施している。D to P with Nであるためオンライン診療における患者の負担は全くなく、患者の受け入れや満足感も高い⁵⁾。

2. 鳥羽市の半島部の取り組み

鳥羽市の半島部には約1,000人が暮らしている漁村集落が3ヵ所あり、集落ごとにへき地診療所を設置している。常勤医師を確保できず、大学病院から医師の派遣を受けているため診療時間は短く、かつ公共交通機関も使いづらいため患者数も非常に少ない状況である。また、3つの施設の維持管理に多くの経費がかかっており、将来的に維持していくには財政的に厳しい

状況でもある。そこで、これらの課題を解決するために、オンライン診療と医療MaaS(Mobility as a Service)を組み合わせることによって、離島医師群で半島部の診療所も一部カバーし、患者の診療機会を拡充するとともに、将来的に診療所を1つに集約しても継続的に医療を届けられる方法を、地理的条件を勘案しながら検討した。その結果、対面診療の確保のための患者の送迎と、オンライン診療、その両方の機能を医療MaaSに持たせることはできないかと考えた。これであれば、移動手段がない患者でも送迎により診療所に来ることが可能であり、症状の落ち着いている患者や、移動が難しい患者にはオンライン診療を提供することで負担を減らすことが可能である。

この取り組みは令和5年度から内閣府デジタル田園都市国家構想交付金の採択を受け、



図3 医療 MaaS

MONET Technologies社協力のもと運用を開始した。車両はハイエースを利用し、車両の運転と維持管理は地元タクシー会社に委託している(図3)。

車内のレイアウトを工夫することによって、診療所での診察が必要な患者や、対面診療を望む患者に対して1回あたり最大5名まで診療所への送迎が可能である。

一方、症状が比較的安定している患者に対しては、公民館や漁協施設前にMaaS車両を停車させ、車内でオンライン診療を提供する。さらに移動が難しい患者の場合は、自宅近くにMaaS車両を停車させ車内でオンライン診療を行うか、看護師が患者自宅までオンライン診療機器を持ち込み診療を行っている。

D to P with Nの可能性

鳥羽市で行われているオンライン診療はすべてD to P with Nであり、常に患者のそばに看護師がいる体制である。オンラインでの診察の際、視診は外部医療用高精細カメラ、聴診は遠隔聴

診器、打診や触診はエコー画像の共有もしくは看護師に触れてもらうことで代替しているが、これらはすべて現場の看護師がデバイスの操作等を行っており、D to P with Nの場合における看護師の役割は患者の支援だけではない。

看護師は、同じ場にはないと把握できない患者の雰囲気(「いつもと違う」など)を医師に伝え、直接診察手技を行い、医師と所見を共有する。

通常の対面診療の場面において、看護師は補助的な役割が多く、直接診察に関わることは少ない。しかし、D to P with Nでのオンライン診療では、看護師は主体的に診察に関わり、医師と所見を共有しながら対等な関係性でディスカッションを行う協働作業となる。患者のことを深く理解し、細部にまで気づける看護師の能力を、より診察に取り入れることができるため医師にとって非常に有益である。

へき地看護師の負担が大きくなるように考慮すべきではあるが、診察に主体的に関わることによって、看護師に“やりがい”を生み出す可能性が期待される。実際にオンライン診療の

回数を重ねる中で、今までよりも看護師からの積極的な提言が多くなったと感じている。

高齢化と人口減少が著しいへき地・離島において、広大な範囲に点在する少数の患者を診ていくためには、今のところオンライン診療の活用以外に方法が見当たらない。D to P with Nの体制であれば質の保たれたオンライン診療を行うことができるが、患者や地域のことをよく知る良質な看護師の存在を欠かすことはできない。

今年度から三重県では、三重県プライマリ・ケアセンター協力のもと、藤田医科大学の診療看護師を講師に迎え、へき地でオンライン診療に携わる看護師を対象とした「へき地ジェネラルナース研修」を開始し、へき地医療を担う看護師のブラッシュアップを図っている。看護師からの評価も高く、来年度からも引き続き定期的に研修を開催する予定である。

おわりに

対面診療に優るものはなく、できうる限り対

面診療の場を提供する努力をしていくべきではある。しかし、人口減少と高齢化により社会構造の変化を来したへき地・離島において、継続的に医療を提供していくためには、人的、物的医療資源の効率的な配分も考えなくてはならない。技術的、制度的にもオンライン診療を組み込める環境は整備されつつあり、住民に十分な診療機会を提供できる柔軟な医療体制構築のためには“対面对オンライン”の二元論を超えて、ベストミックスを図る努力が必要だろう。

参考文献

- 1) 鳥羽市地区別人口・高齢者数<http://www.city.toba.mie.jp/kikaku/toukei/21tukibetuzinkou/kako.html> (accessed 2025 Jan 5)
- 2) スマートアイランド推進実証調査結果概要https://www.mlit.go.jp/smartisland/pdf/7_island.pdf (accessed 2025 Jan 5)
- 3) 令和2年度 スマートアイランド推進実証調査業務報告書(鳥羽市)
- 4) スマートアイランド推進実証調査結果概要https://www.mlit.go.jp/smartisland/pdf/22_island.pdf (accessed 2025 Jan 5)
- 5) 令和4年度 スマートアイランド推進実証調査業務報告書(鳥羽市)

オンライン診療(D to P with N)の実践と振り返り — 3つの事例を通して考えたこと —

山口市徳地診療所 上田貴志

山口市徳地診療所 所長・山口県立総合医療センター へき地医療支援部 中嶋 裕

抄録

へき地・離島では、人口減少と超高齢化、さらに保健・医療・福祉・介護に関わる従事者の確保や医療サービスへのアクセス制約といった課題を抱えている。三重県鳥羽市ではクラウド型電子カルテやオンライン診療、医療MaaSを導入し、少人数の医療関係者でも持続可能となる柔軟な医療提供体制の構築を進めている。D to P with Nで行うオンライン診療は必要不可欠な手段となっており、へき地・離島における看護師の役割は重要度を増している。

特集

はじめに

山口県山口市徳地(旧 徳地町)は、2024年12月時点人口約4,500人で、高齢化率は50%を超えている。徳地地域の常勤医が在籍する医療機関は、自身が在籍している山口市徳地診療所(以下、診療所)だけである。診療所では、通院に困難がある住民に対して、1人でも多くの方に医療をとどけることができるように医療MaaS(Mobility as a Service)を利用した無医地区への巡回診療¹⁾やオンライン診療D to P with N(Doctor to Patient with Nurse, 患者が看護師等という場合のオンライン診療)²⁾(以下、オンライン診療)に取り組んでいる。今回は事例を提示し現在の課題や今後の展開について考察する。

オンライン診療の事例

＜事例1＞施設での訪問診療をオンライン診療へ移行した例

診療所では、近隣のサービス付き高齢者住宅

へ訪問診療に週1回程度行っていた。慢性疾患に罹患し定期的な診察や処方が必要だが、身体的や精神的に来院が難しくなり、訪問診療の希望があった患者である。その中で比較的病状が落ち着いており、自身で意思表示ができる患者を対象にオンライン診療が導入された。担当医師は、オンライン診療を導入する患者を選定し、患者と家族、施設への説明もした。オンライン診療で対応する人数は3～4名である。看護師が施設に滞在する時間は、準備と片づけを含めておよそ60分である。

○診療所のオンライン診療の流れ

施設には診療所から2名の看護師で訪問している。それぞれの役割は図1で示す。オンライン診療を現地で担当する診療所看護師(以下、オンライン看護師)をリーダーとし、もう1名は補助的役割を担う(以下、サポート看護師)。サポート看護師が主に通信機器の立ち上げを行う。オンライン看護師は、患者から現在困っていること、医師へ伝えておきたいことなどを聴取し、バイタルサイン測定、フィジカルアセスメント

図1 施設オンライン診療での看護師の役割分担

フェーズ	オンライン看護師(リーダー)	サポート看護師(補佐)	施設看護師
診療前準備		部屋の準備 通信端末の設置 通信状態の確認	
	バイタルサイン測定 問診・触診・患者ニーズの確認		
	施設看護師から情報収集 医師への伝達内容のすり合わせ クラウド型電子カルテへ情報入力	次の患者の準備 バイタルサイン測定	オンライン看護師との打ち合わせ
	診療所へ連絡		
オンライン診療	オンライン診療 診療補助	オンライン診療中に指示のあった検査や処置の準備	オンライン診療 医師との情報交換
オンライン診療後	オンライン診療後、患者・施設看護師との診療内容の相互確認		患者・オンライン看護師と共に診療内容の確認
		指示のあった処置・検査の遂行	

を行って状態を確認する。オンライン看護師は、オンライン診療の前に伝えたいことが適切に伝わるように整理し、記録としてクラウド型の電子カルテへ入力することで医師と情報共有する。オンライン診療には施設看護師も同席するが、オンライン看護師は施設看護師からも状況を聞き、医師へ報告したいことなどもあわせて整理する。患者・オンライン看護師・施設看護師の準備が整ったら、オンライン看護師は診療所にいる医師に携帯のショートメッセージを活用し合図を送る。診療所にいる医師から、医師のタイミングで通信機器にアクセスし現場とつなげる。患者、施設看護師、オンライン看護師は、オンライン診療の画面に全員が入るようにしている。これは診療所医師からの指示で、現地で話をする可能性があるメンバーは最初から1画面に入る方が現場の状況が掴みやすく、情報も掴みやすいとのことであった。診療は、まず医師から患者への挨拶と声かけから始まる。次に患者から医師へ話してもらった時間をとっている。自発的に返事ができる患者の話は、医師も相槌を交えながら患者の訴えに耳を傾けている。オンライン看護師は、医師と対話している患者の様子を観察する。その際に、聞こえてないかな?と思うことや理解できてないかな?という表情を感じたときには、患者に対して耳元

で伝えたり、かみ砕いて伝え直したりすることで診療支援を行っている。また、事前に聞き取った話が伝えきれていないと判断した際は、患者に了解を取った上で補足する。最後に医師は、施設看護師にも声をかけ、伝えたいことが伝えきれたと患者、施設看護師から確認がとれた時点で診療終了となる。診療中に出た採血や検体検査採取、創処置の指示などはサポート看護師が行う。診療終了し帰院後、オンライン看護師とサポート看護師は、オンライン診療全体の振り返りを行い、役割分担の確認や改善点を抽出し、患者についてのフォローなど確認している。なお看護師2名の訪問は、動きの確認と課題の抽出を行うため、今後は看護師1名と事務スタッフ1名もしくは看護師1名での施設への訪問を計画している。

<事例2>在宅での訪問診療をオンライン診療へ移行した例

患者は50代女性、肢体不自由にて車いす生活を送っている。日常会話などのコミュニケーション可能で、訪問診療は患者宅にて実施されていた。オンライン診療の導入にあたり、医師から説明を受けた患者は、在宅ワークで日常的にオンライン会議などを行っており、通信機器を用いてのコミュニケーションについて「普段

からしているから気にはならないよ」と抵抗感を持っていなかった。基本的な流れは事例1と同様である。患者宅には事務スタッフ1名を含めた3名体制で訪問している。これは事例1で示した役割分担、特にサポート看護師の役割を事務スタッフにも担ってもらうためである。

通信端末は、患者と看護師が同じ画面に入るよう患者居室にあるパソコンラックを利用し設置している。患者宅は山間部の谷間にあり、通信が不安定な地域であった。オンライン診療は可能であったが、並行して情報入力し共有するためのクラウド型電子カルテの接続が不安定で入力できなかったため、オンライン診療内で口頭での補足や事後記録で対応した。

＜事例3＞医師が通常診療中に緊急で訪問が必要になった1例

対象は、患者90代男性と家族(娘)であり、患者はがん療養中に入退院を繰り返していた。家族は別居だが、主介護者で当日自宅に訪問していた。

○電話受信・出勤

家族から診療所へ慌てた様子で連絡があった。診療所看護師が電話対応し、家族から「患者がトイレの後、転倒し動けない。どうしたらよいか?」という内容を受け取った。患者は意識があり、会話などは倒れる前と変化がない様子だった。看護師は、家族から聞き取った情報を医師へ報告した。医師は外来診療中で、すぐに往診対応することができない状態であった。医師は看護師に「通信機器を携帯し訪問看護として患者宅に向くこと」「患者の状態をアセスメントし報告すること」「必要な場合にオンライン診療ができるよう準備すること」と指示した。

○現地活動

看護師は患者宅に到着し、家族から「排便困難と便意が続いており、ポータブルトイレを使用したり、トイレに歩いて行ったりを朝から繰り返していた。4回目のトイレ歩行で転倒した」と聞き取った。現場へ案内され赴くと、患者はトイレ前で横たわっていた。患者は声掛け

に反応良く、倒れた時の状況などもすぐに説明できた。看護師は、その場でバイタルサインを測定し、フィジカルアセスメントを行った。患者の血圧は70/mmHg台であったが、意識は清明な状態で転倒した経緯も話すことができた。看護師は、頭部・頸部・体幹・骨盤・四肢等に明らかな外傷所見や痛みの訴えがなかったことから移動可能と判断した。看護師は家族に毛布を借り、担架代わりにして家族と協力して患者を寝室ベッドに移送した。寝室ベッドでも再度フィジカルアセスメントを行い、評価後にクラウド型電子カルテへ、得た情報や現地状況を入力した。入力後、現地で看護師は患者と家族に「現在の状況を医師へ送信したこと」「医師からの指示があればオンライン診療へ移行すること」を説明した。そういった声掛けは、現地で活動する看護師として、医師と看護師のやりとりを患者・家族に伝えるのみよりも、オンライン診療で医師の顔が見えた方が、より患者と家族が安心できると考えたからである。看護師は、電話で追加報告をしながら、可能であればオンライン診療してもらうよう医師に提案し、現地で不安がっている家族の様子も伝えた。診療所にいる医師は看護師にオンライン診療を実施する指示をし、準備していた通信端末へアクセスした。通信端末はベッド上にいる患者の目線に合う高さの台に設置し、患者と家族、看護師が一緒に画面内に入れるような位置設定とした。看護師は患者と家族が同席している状態で入力している以外の細かな情報を追加で伝えるとともに、医師からの説明が理解しやすいようにそばで支援した。血圧低値と排便困難の訴えに対し、医師から点滴の必要性を患者・家族に説明された。患者・家族ともに納得されたため、看護師は点滴の施行指示を受け実施した。さらに「状態改善がみられたあとに可能ならば便処置を行いましょう」と説明があり、患者・家族ともに納得され笑顔で安心した様子が見られた。

事例を振り返っての考察

＜事例1＞施設の訪問診療をオンライン診療へ移行した例(図2)

看護師としてオンライン診療に携わった当初は、「医師に直接診て聴いてもらいたい」「なぜ医師が来ないのか」など抵抗があると考えていた。しかし、想定していたよりも患者や家族、施設職員の受け入れはよかった。これは、オンライン診療を行うことの説明の際に「医師は画面越しになりますがよろしいですか?」と問いかけた際に「看護師さんに居てもらえているので大丈夫ですよ」という言葉から、看護師が患者の傍で診療支援を行うことで抵抗感の軽減につながったと考えた。

また、施設看護師との関わりの変化もあった。施設で報告事項や困ったことなどが生じた場合、診療所に問い合わせがある。オンライン診療以前は、「医師に伝えてほしい」「医師の判断を仰ぎたい」という内容がほとんどであった。しかし、オンライン診療の導入後は、「○○なことがあったがどう思うか?」など施設看護師は診療所看護師に意見を求めるように変化した。オンライン診療導入後は、医師が不在の状況で、施設看護師と診療所看護師がディスカッションする機会が増えた。そのことから、施設看護師と診療所看護師の連携も強化しているように感じている。振り返るとオンライン診療以前の診療所看護師は、「訪問診療の介助としての付き添い」だった。しかし、オンライン診療で診療所看護師は、現地で主体的に看護活動を行い、患者や施設看護師からのあらゆる相談に対し傾聴しディスカッションする。オンライン診療は、看護師同士で話し合いやすい雰囲気やディスカッションしやすいきっかけ作りになり、協働する効果を生んでいる。

＜事例2＞在宅の訪問診療をオンライン診療へ移行した例

機器のトラブルやオンラインへの接続不良の対応は、オンライン診療の当初からあった。実際トラブルにより、通常の診療よりも倍以上の



図2 施設でのオンライン診療(右から著者、患者、施設看護師)

時間がかかる状況もあった。オンライン看護師は、状況を説明した上で、申し訳ない気持ちを伝えた。患者から「時間はかかっても、診療所に行くことが大変だから来てもらえるのはとても助かる。やっぱり看護師さんがそばで触ってくれ、話を聞いてくれたりするから安心して受けられるよ」と言葉がけがあった。現地でトラブルが発生してもきちんと説明すること、慌てずに対応することの大切さを実感し、対応できたことで自信につながった。その後、起こったトラブルに関して診療所内で分析しQ&Aや事前の準備リストなどを作成し、改善を続けている。

＜事例3＞医師が通常診療中に緊急で訪問が必要になった1例

緊急で医師が動けず往診ができない状況であったが、オンライン診療があることで現場の状況がより伝わりやすく、患者や家族へ安心感が与えられたと感じた。看護師が通信端末を持参し、オンライン診療と看護技術を組み合わせることで、看護がより深みを増し患者や患者家族に安心感を届けられると実感した。

私は、緊急でオンライン診療の現場活動を行ったことで、診療所内で行う看護が、医師の診療支援・補助に注力しがちになっていたことに気がついた。現場で活動する看護師は、最初に接触する医療者として、目の前の事象に対応しなければならない。行った報告や判断が、本当に患者や患者家族にとって最適だっただろう

か、もっといい方法があったのではないかなど悩む場面も多い。オンライン診療を実践する看護師の事例も少なく、手探りで進めている状況にある。ただ、私にとってオンライン診療の現場は、看護師としてこれまで以上に「看護」を意識できるフィールドである。

オンライン診療(D to P with N)で意識していること

最後にオンライン診療を経験しながら、それを担う診療所の看護師間で現在確認していることを示す。

1. 医師がいないことの不利益を患者に与えない

医師が直接診ない・触れないことにより、患者が不安感を持つ可能性がある。看護師が現地で感じたものが大半の情報になる。伝わりにくい現場の空気感や患者から出る感覚をいかに画面越しの医師へ伝えられるかで患者満足度が変化することを意識する。

2. オンラインは限界がある

オンラインでは、画面の見えにくさ、音の聞こえにくさ、医療者側の空気感の伝わりにくさがあり、対面と同等のコミュニケーションとは言えない。現地で活動する看護師は、日頃の診療よりも患者を意識的に観察し、医師の言いたいことが伝わっていないかな?と感じた時は、患者に伝わりやすい方法で伝えていく。診療所看護師は、日頃の医師と患者の関係性を把握している。オンライン診療でも日頃の医師と患者の関係性を保つ役割を担っている。

3. 事前準備が大切である

オンライン診療では、機器の通信チェック、看護師による聞き取りやクラウド型電子カルテを用いた情報共有など、診療全体の時間が通常の訪問診療よりかかってしまう。チェックリストの作成などを行って、出発前に事前準備を徹

底し改善している。

4. 現場の主体は看護師であること

看護師としての強みである「医師には言いにくいことが言える医療者」としての存在を最大限生かせるように、世間話を含め一歩踏み込んだコミュニケーションや目線を合わせる・タッチングなど基本的な看護技術を駆使して診療にあたる。

まとめ

オンライン診療を看護師として現地で実践した。想像以上に患者の受け入れはよいが、現地で活動してみると改めて看護師の果たさなければならない役割を実感した。またオンライン診療によって、これまで届きにくかった患者に医療を届けることができ、医療の効率化や看護職の職務範囲が広がっていると感じる。看護師の現地での実践が今後のへき地、地域医療の活動に寄与できることを感じ、看護師としてさらなる資質向上が不可欠であるとも考える。試行錯誤で進め日々改善の途中ではあるが、実践の事例と取り組みが他の地域で活動する看護師や医療機関の参考になり、より良いへき地医療の展開の一助になれば幸せである。

参考文献

- 1) 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.
- 2) 中嶋裕, 上田貴志, 高橋史: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-. 月刊地域医学 2025; 2: 190-195.
- 3) D to P with N(患者が看護師等という場合のオンライン診療): 厚労省HP オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会第3回 資料4. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000495283.pdf>(accessed 2025 Jan 1)
- 4) 令和6年版高齢社会白書(全体版)第1章高齢化の状況(第1節1):内閣府HP. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html(accessed 2025 Jan 1)

離島・へき地を遠隔医療でどう支えるか

— 実践編“D to D” —

聖マリアンナ医科大学救急医学 助教 森川大樹
同 教授 藤谷茂樹

抄録

日本の離島やへき地医療は、医師不足や高齢化という重大な課題に直面している。このような地域における医療格差を是正するため、聖マリアンナ医科大学救急医学と公益社団法人地域医療振興協会は、遠隔医療支援システムを活用したプロジェクトを試験的に実施した。本稿では、“D-D with P”という支援モデルを中心に、伊東市民病院および三重県立志摩病院で行われた取り組みを紹介する。その成果や課題を詳細に解説し、今後の遠隔医療の展望についても議論する。

はじめに

離島やへき地では、専門医が不足し、医療従事者の負担が大きい¹⁾。そこで現在普及しつつある遠隔医療の活用により、遠隔で専門医と連携することで、迅速かつ適切な診断・治療が可能となり、地域医療の質の向上が実現できる。今回聖マリアンナ医科大学病院救急医学は、地域医療振興協会(JADECOM)と共同で、これらの課題を解決するため、2024年4月から6月にかけてモバイルデバイスを用いた遠隔医療支援システムを地域市中病院で試行した。本試行は、地域における医療リソースの不足を補うことを目的とし、医師不足や専門診療科不在の地域で、遠隔からの専門的医療支援を実現することを目指した。本稿では、その取り組みを“D-D with P”と“D-NP”のモデルに基づいて紹介し、成果および課題を検討する。

背景と目的

1. D to Dを必要とする離島・へき地の現状

以下の問題点が指摘されている。

(1) 専門医の地域的偏在

日本や多くの国では、専門医が都市部に集中しており、地方や過疎地域では専門医の不足が深刻な問題となっている。このため、専門的な治療を必要とする患者が適切な医療を受けられない状況が発生しており、D to D(Doctor to Doctor)の遠隔医療を通じて、遠隔地の医療従事者が専門医と協力する必要性が高まっている。

(2) 医療従事者の不足

医師や看護師などの医療従事者が不足しているため、特に地方の医療機関では、複数の診療科にまたがる問題に対応するためのリソースが限られている。D to Dの遠隔医療を利用することで、専門的なアドバイスや診断が遠隔で受けられ、医師の負担を軽減することができる。

(3) 急増する高齢化社会

高齢化が進む中で、慢性疾患や複雑な医療を必要とする患者が増加している。高齢者が多い地域では、医療機関が過疎化していることもあり、専門的な意見をもらえるD to Dの遠隔医療は、患者のケアの質を向上させる手段として重要である。

(4) 災害や緊急時の医療リソースの不足

自然災害やパンデミック(例:COVID-19)のような緊急事態が発生した際、高度医療機関が一時的に過負荷となることがある。このような状況下で、D to Dの遠隔医療を活用することで、患者の分配ができ、さらにリモートで専門医のサポートを受けることができ、効率的に医療資源を分散させることが可能となる。

2. 遠隔医療の発展・普及

以下の現状により、遠隔医療は、より広範な地域で高品質な医療を提供するために不可欠なツールとなりつつある。

(1) 医療技術の進化とデータの活用

診断技術や治療法が進化する中で、医療データの共有が重要となっている。D to Dの遠隔医療を通じて、医療従事者が患者の検査結果や画像診断(CT, MRIなど)を正確にしかもリアルタイムで共有し、正確な判断を下すことができる。

(2) 医療の質の向上

高度な医療知識や経験が必要な場面では、地域の医療従事者が他の施設の専門医と協力することで、より質の高い診療が可能となる。特に珍しい疾患や難治性の病気について、D to Dの遠隔医療が重要である。

(3) 医療のデジタル化推進

日本でも「デジタル庁」の設立や医療情報の電子化が進む中で、D to Dの遠隔医療はより現実的になりつつある。特に、クラウド型電子カルテや診療支援ツールの導入が進むことで、医師間での迅速な情報交換が可能となり、患者への適切な対応が行いやすくなる。

3. 離島・へき地医療へのD to Dの取り組み

医師のリソース不足を補い、地域医療における支援体制を補強するため、普及する遠隔医療が注目されている。本試行では、特に医師間(D-D with P)および診療看護師との連携(D-NP)を通じて、地域の市中病院が抱える課題への対応を行った。この取り組みの一環として、JADECOCOMに事務局を設置し、遠隔医療の円滑な運営を図った。次に、実際にJADECOCOMと聖マリアンナ医科大学救急医学で取り組んだ遠隔支援システムについて述べる。

4. 用語解説

(1) D-D with P (Doctor-to-Doctor with Patient)

患者のそばにいる医師(例:かかりつけ医)が、もう一人の医師(専門医)と協力しながら診療や診断を進める方式である。

例えば、地域の病院の医師が、都市部にいる専門医とビデオ通話をつないで患者の診療にあたるようなケースがある。

(2) D-NP (Doctor-to-Nurse Practitioner)

NPが患者の診療やケアを行いながら、必要に応じて医師に連絡し、診断や治療の方針を仰ぐ形式である。

例えば、地域に常駐するNPが、患者の診察後に医師にリモートで報告・相談しながら治療を進めるケースがある。

遠隔支援システムの概要

1. モデルの概要

2024年4月から6月にかけて、JADECOCOM内部に事務局を設置して、聖マリアンナ医科大学病院救急医学が遠隔支援型、JADECOCOMの静岡県伊東市民病院と三重県立志摩病院が被支援型となり、定期支援とオンデマンド型支援の形式で遠隔医療を行った。支援は平日日勤帯に行われ、定時の相談は11時から、11時30分からと各病院で連日設定され、必要案件が生じた際のオンデマンド支援体制も構築された。各案件において10~30分の対応時間が設定された。



図1 Teladoc™

2. 被支援病院概要

(1) 伊東市民病院

伊豆半島の伊東市に所在する、HCU 14床、一般病棟194床、回復期リハビリテーション病棟42床の病床数250床の二次救急病院・災害拠点病院となる。2024年現在、伊東市の人口は64,473人である。年間救急車受け入れ数は3,500台となる。救急患者数は年間6,500件となる。

(2) 三重県立志摩病院

三重県志摩市に所在する唯一の基幹病院となる。2020年現在、志摩市の人口は46,057人であり、医療圏の人口は約7万人となる。急性期150床、精神科病床100床がある。年間救急車受け入れ数は2,018台で、年間救急患者数は約5,485件となる。

3. 使用機器と通信手段

モニターデバイスとしてTeladoc™(図1)を使用した。

Teladoc™では、専門医の少ない医療機関と遠隔地の専門医をオンラインでつなげる、リモート操作可能なリアルタイム遠隔医療が可能となる。遠隔地にいる医師主導で操作を可能とし、ズームおよび回転が可能な高解像度カメラを搭載している。

このデバイスは、以下の特徴を有する²⁾。

(1) 高解像度カメラを介してリアルタイムの電子カルテ共有

地域医師が症例に関連する検査結果や画像を

支援側医師と即座に共有可能となる。

(2) ウェアラブルカメラ

患者ベッドサイドの状況を遠隔地に伝送し、詳細な診療支援が実現可能となる。

(3) オンデマンド対応

緊急時に迅速なコンサルテーションが可能となる。

必要に応じて専門医へのコンサルトをTeladoc™へ招待をすることで一部の専門性の必要な症例の支援も可能となった。

4. 支援対象者

支援側は救急専門医、集中治療専門医、総合内科専門医、外科専門医、感染症専門医の専門医が行い、被支援側は10年目以下の医師(多くは地域研修で地域病院を研修している)、Nurse Practitioner(診療看護師)、特定行為看護師が行った。

5. 事務局

JADECOCOMに事務局を設置した。常に事務局がスケジュール管理を行った。Microsoft Teamsを使用してスケジュール管理を行った(図2)。オンデマンドのサポートも事務局が介在し、速やかに時間調整を行うようにした。それぞれの医療機関より相談者は事務局がスケジュール管理をしている定時の相談を専門医に行い、オンデマンド時もMicrosoft Teamsを介して相談者が直接専門医に連絡をすることもあ

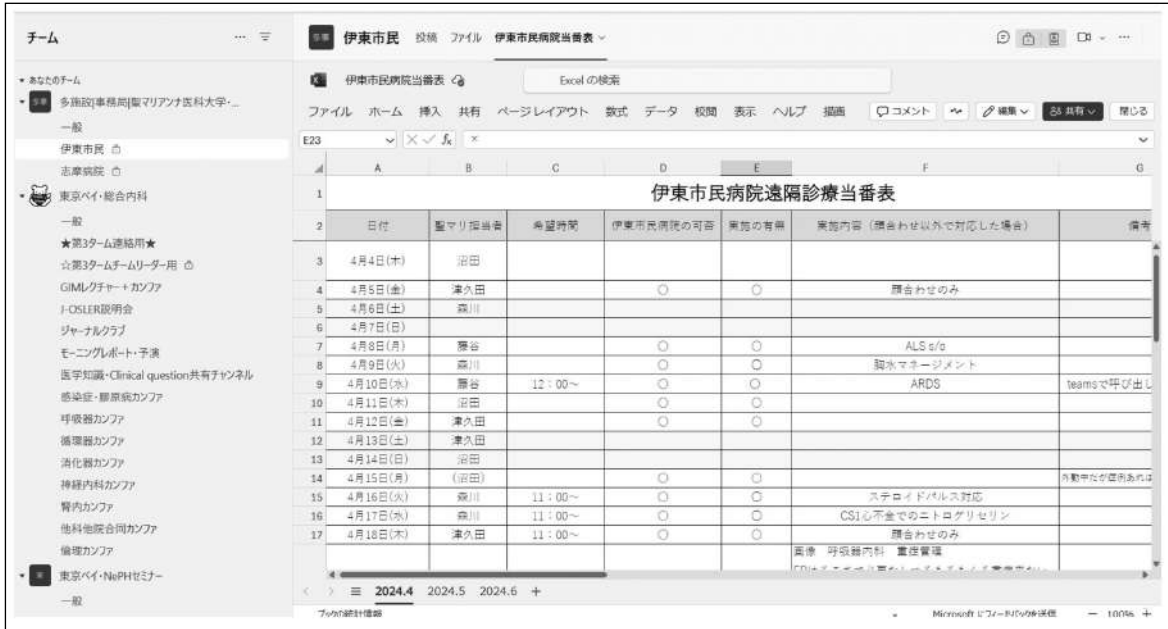


図2 Microsoft Teams でのスケジュール管理

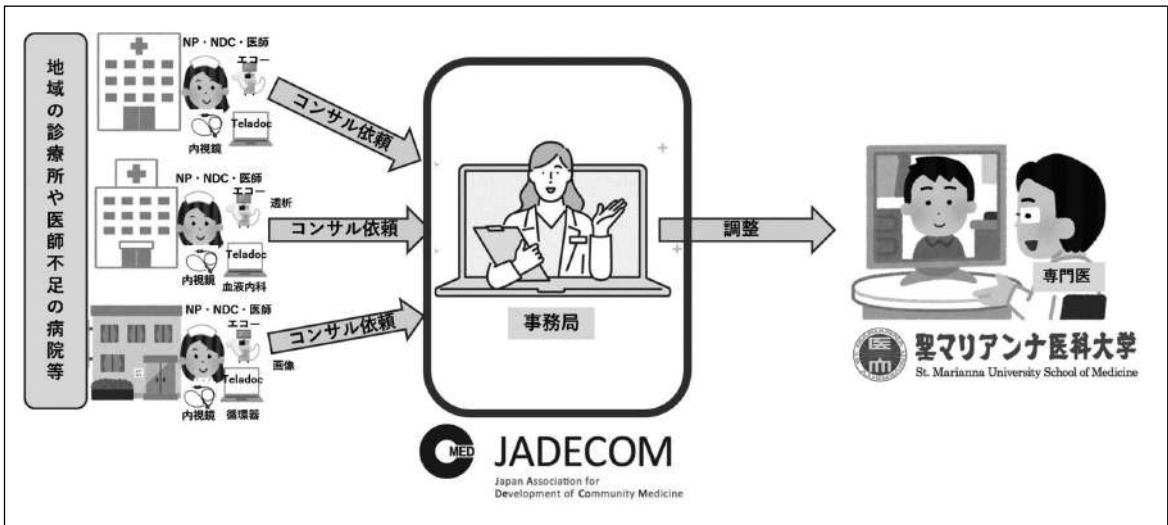


図3 事務局を介在したコンサルシステム

るが、事務局が間に介在して相談者と専門医をつなぐシステムを設定した(図3)。

実証内容

以下、具体的なコンサルト内容を提示する。

1. 伊東市民病院-聖マリアンナ医科大学病院での実証例

2月に救急搬送された72歳男性の慢性硬膜下血腫の症例に対してコンサルトあり、治療方針について相談があった。支援側からは聖マリ

アンナ医科大学病院から専門医2名が対応し、被支援側からは伊東市民病院の特定ケア看護師が対応した。支援側からはTeladoc™を介して被支援側の操作する電子カルテが閲覧可能となり、電子カルテ内容およびレントゲンおよびCT画像を共有し、治療方針についてアドバイスが実施された(図4)。

2. 三重県立志摩病院-聖マリアンナ医科大学病院での実証例

85歳男性の主訴呼吸困難で救急搬送された膿胸症例についてのコンサルトあり、治療方針に

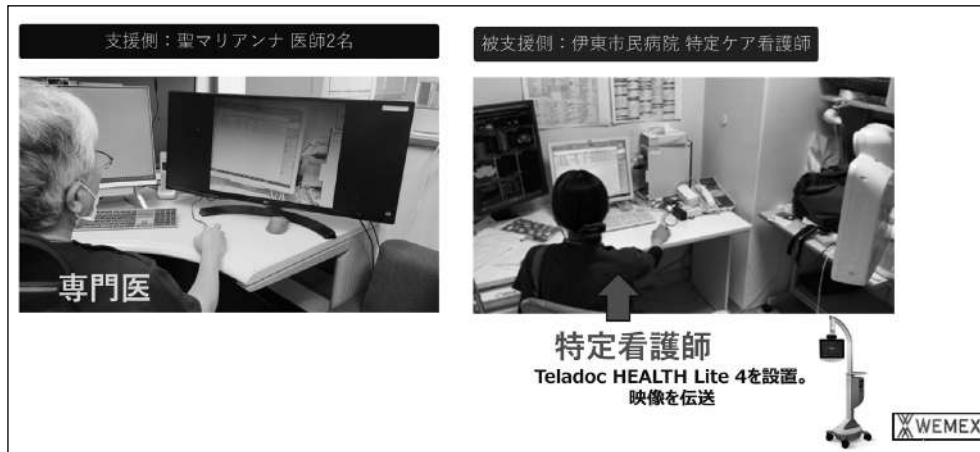


図4 伊東市民病院 - 聖マリアンナ医科大学病院での実証例



図5 三重県立志摩病院 - 聖マリアンナ医科大学病院での実証例

ついて相談がされた。支援側からは聖マリアンナ医科大学病院の専門医2名が対応し、被支援側からは卒後3年目医師および特定ケア看護師が対応した。被支援側から電子カルテ内容、CT、レントゲン画像を共有された。3年目医師がウェアラブルカメラを装着し、ベッドサイドに行き、胸腔ドレーン刺入部の画像で皮膚の発赤や腫脹の視覚的な感染徴候についての情報も支援側と共有されている。ドレーン管理を含めた治療方針に関するアドバイスが実施された(図5)。

3. 伊東市民病院への支援内容

具体的支援内容としては、ALS疑いの診断、胸水のマネジメント、ARDSのマネジメント、ステロイドパルスの適応、整形外科術後の血糖管理、重症肺炎の診断、コロナ後の器質化肺炎のマネジメント、徐脈に対するペース

メーカー以外の対応について相談があった。総じて、常勤医不在の呼吸器内科の内容に関して、重症患者対応に関して、画像読影に関するものが主だった支援内容であった。

4. 三重県立志摩病院への支援内容

具体的支援内容としては、間質性肺炎の診断、入院患者の発熱、丹毒の治療方針、肝嚢胞感染の治療期間、意識障害、ショック症例のマネジメント、オーバードース症例のマネジメント、腹水の診断、心室細動でのCPA蘇生後症例の対応について相談があった。重症患者対応に関して、画像読影に関するものが主だった支援内容であった。

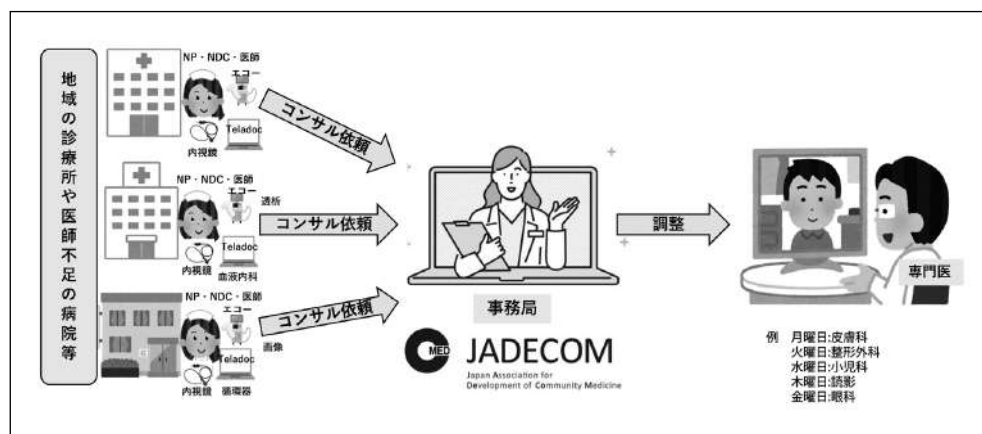


図6 今後の遠隔診療の展望

考察

1. 結果のまとめ

(1) 地域医療における遠隔支援の有効性

遠隔医療支援の試行により、地域市中病院において専門医の不在が患者ケアの質に及ぼす影響を軽減できた。また、現場の若手医師や特定看護師が専門医と直接対話しながら症例の判断を仰げることで、診療の質と安全性が向上した。

(2) 事務局の役割

遠隔医療支援の運用において、事務局の適切なスケジュール管理が支援の円滑化に貢献したことは重要なポイントである。これらのスケジュール管理を医師が行うことは業務上の負担になり、事務局の介在により業務負担を軽減することができ、通常業務の間に遠隔支援が効果的に組み込まれた。

(3) 地域でのニーズとモバイルデバイスの発展

支援を通じて、地域医療における専門診療科や画像診断能力へのニーズが非常に高いことが明らかになった。また、モバイルデバイスの発展により、ウェアラブルデバイスや電子カルテの画像を遠隔で評価できることが、現地での診療効率を高める要因となった。

2. 課題

(1) 人的リソースの制約

支援側医師が通常業務の合間に遠隔支援を行うため、救急対応など予期せぬ事態が発生した際には支援時間に遅延が生じるケースもあっ

た。被支援側の必要な時に必要な支援を行うことを可能にするためにも、支援側医師の遠隔支援対応時間をプロテクトする必要があった。また、夜勤対応が困難であることから、夜間の緊急事例における支援の必要性が再確認され、夜間対応を含めた24時間体制の導入が必要である。プロテクトタイムおよび夜間のニーズの拡充のためには、人的リソースの拡充が求められ、そのためには被支援側病院の拡大と、支援側病院の人的資源の拡大、支援側病院幹部の理解、公的な経済的サポートが必要とされる。

(2) 専門性の限界

支援側医師の専門性により対応が難しい症例もあり、今後はさらなる専門分野の支援体制の強化が求められる。支援側の多数の科にわたる専門医の確保が求められる。曜日ごとに専門医を配置する計画もその一助となる。

遠隔診療の展望

1. 今後の遠隔診療の展望例

遠隔医療支援のさらなる発展に向け、専門医を曜日ごとに配置し、定期的なコンサルタントを確保する体制の構築を検討している(図6)。例えば、月曜日は皮膚科、火曜日は整形外科、水曜日は小児科などといった専属医師による支援が可能となれば、地域医療現場での専門的なサポートが充実することが期待される。加えて、医師不足地域においても、特定看護師や診療看護師が現場で専門医の指導を仰ぎながら診療を



図7 遠隔指導でのデブリードマン

行う体制が整備され、より広範囲での医療支援が可能になると考えられる。

2. 外科的処置の遠隔医療での実践

外科的処置についてもD to Dでの遠隔医療を活用できる。聖マリアンナ医科大学病院のICU内のフルニエ壊疽症例に対して、外科指導医が遠隔指導を行い、被支援側医師でデブリードマンを施行するD to Dでの遠隔医療を実践した。

症例は重度肥満の50代の男性。受診時のCT検査で左大腿から鼠径部にガスを伴いフルニエ壊疽と診断した。診断後直ちに救急外来で鼠径部の切開を行い、抗生剤をメロペネム、バンコマイシン、クリンダマイシンにエスカレーションした上で、集中治療室に入室となった。入院翌日に代謝性アシドーシスの改善が得られず、創部を追加でデブリードマンすることとなった。その際に壊死性筋膜炎の治療経験豊富な指導医からのアドバイスを享受するために遠隔画像モニタリングを使用し、創部を供覧し追加デブリードマンのプランについて新幹線で移動中の指導医より遠隔指導を得ることができた(図7)。また入院6日目には、デブリードマンのドレッシング方法についても重度な肥満から創部が密閉してしまい十分な創部コントロールが困難であり、創部管理について2回目の遠隔

指導を得られた。

外科的処置についても遠隔指導により適切な処置・治療を遅滞なく行うことができ、これらを発展すれば、D to Dによる遠隔医療により、遠隔施設間での指導による外科的処置も可能となる。

3. D to Dによる遠隔診療の可能性

(1) 専門的な医療のアクセス向上

医療現場では、地域や病院によって専門医が不足している場合がある。D to Dの遠隔医療を活用することで、専門医がいない地域の医療従事者が他の病院の専門医と連携し、診断や治療のアドバイスを得ることができる。

(2) 迅速な診断と治療

遠隔医療により、患者が診療を受ける際に、迅速に必要な専門的な意見や情報を得ることができる。これにより、早期の診断や適切な治療が可能となり、患者の予後が改善する可能性がある。

(3) 医師間の情報共有

遠隔医療を利用することで、医師同士が患者の情報をリアルタイムで共有でき、複数の専門家の意見を取り入れることができる。これにより、より正確な診断と治療方針の決定が行えるようになる。

(4) リソースの効率的な利用

限られたリソースや医師の数を効果的に活用するために、D to Dの遠隔医療は重要である。特に、医師が物理的に離れた場所にいる場合でも、専門的な知識を提供することで、医療サービスを効率的に提供できる。

(5) 医療従事者の負担軽減

遠隔でアドバイスを受けることで、医師が自己判断で行う必要のあるケースが減少し、誤診を防ぐことができる。また、医師が過度に負担を感じることなく、患者に対して最適な治療を提供しやすくなる。

(6) 災害時や緊急時の対応

自然災害や感染症の拡大など、医療資源が限られている状況でも、遠隔医療は有効である。D to Dの遠隔医療により、緊急の治療が必要な患者に対して、専門的な助言を迅速に提供できる。

結語

今回の試行により、遠隔医療支援が地域医療において有用であり、今後の発展においても重要な役割を果たす可能性が確認された。専門医と現地医療スタッフの連携により、患者の迅速かつ適切な診療が可能となり、地域住民への医療サービスの質向上が期待される。遠隔医療システムのさらなる普及と発展に向けて、各地域のニーズに合わせた支援体制の構築を目指していくことが重要である。

参考文献

- 1) Ministry of Health, Labour and Welfare. Regional Medical Resources Data. 2024. Available from: <https://www.mhlw.go.jp> (accessed 2024 Dec 15)
- 2) WEMEX Inc. Teladoc™ Product Overview and Applications. Tokyo: WEMEX Inc.; 2023.

離島・へき地の遠隔医療の普及に向けて — 手引きの作成にあたり —

東海大学健康学部健康マネジメント学科 准教授 古城隆雄

抄録

医療関係者、自治体職員向けに、へき地におけるオンライン診療を導入する際の手順を整理した手引きを作成(2025年3月発刊予定)している。作成中の手引きの目的、構成を説明した後、具体的にオンライン診療を組み合わせる主な6パターンを紹介し、オンライン診療を準備するにあたって準備しておくこと、オンライン診療体験会の必要性について説明した。

へき地を取り巻く環境と オンライン診療の必要性

厚生労働省のへき地医療体制構築に係る指針¹⁾によれば、都道府県が策定する医療計画上のへき地とは無医地区等の地域であり、へき地医療対策が必要な地域である。厚生労働省が行っている無医地区等調査(令和4年度)によれば²⁾、全国には無医地区等は1,105地区あり、229,507人が暮らしている。そのうち300人未満の地区が81%存在し、高齢化率は50%に達している。

厚生労働省のへき地診療所の調査によれば³⁾、週5日以上開院しているへき地診療所は45.9%に留まり、週3日未満の割合は39.2%、1日平均外来人数は16.6人、10人未満の割合は43.5%であった。患者数が多くない無医地区等では、毎日開院することは経営的にも、医師のキャリア上の観点からも困難な実態が見えてくる。

将来的に、人口減少が加速し、高齢化率が上昇することは確実である。へき地に居住する少数の高齢者が、住み慣れた地域で長く居住するためには、医療へのアクセスをいかに確保する

かが重要となる。その際、大きな障壁となるのは、移動手段と移動時間の問題である。医療関係者側のへき地診療所、巡回診療先、患者宅への移動時間はもちろんであるが、患者側からみても、通院にかかる移動手段の確保は大きな課題であり、高齢患者の身体状況を考慮すれば移動時間による負担も相当なものである。著者らが行った調査では、オンライン診療の取り入れ方によって回答は異なるが、都道府県担当者の約34~56%が将来的にへき地においてオンライン診療を取り入れる必要があると回答している⁴⁾。

対面診療の方がオンライン診療と比較して診療上必要な情報量や、患者とのコミュニケーション上優れている点が多々あり、オンライン診療の機器操作についても高齢患者ほど抵抗感が強いことは承知している。しかし、新型コロナウイルス感染症以降、少しずつ広まってきたオンライン診療の経験からみると、さまざまな障害もあるが、利用患者の満足度も高く、以前であれば診療の機会が失われていた場面、すぐには診察してもらえなかった場面、薬をもらえ

なかった場面において、オンライン診療を組み合わせることですぐに診察してもらえたり、薬をもらえるようになったりと良い点も確認されてきている。

今後のへき地医療を取り巻く厳しい環境を鑑みれば、「継続的な医療をいかに確保していくか」という共通の目標の下、医療関係者、自治体、住民、オンライン診療システム事業者など幅広い関係者が、各地域で対面診療に加えてオンライン診療をどのように取り入れていくのがよいかについて模索していくことが大切である。

どこから始めたらいいか分からない、他の地域ではどのように取り入れているのか、どんな工夫をしているのか知りたい方も多くいらっしゃるだろう。本稿で紹介するのは、そうした方々を勇気づけ、少しでも支えとなることを願って、2025年3月刊行を目指して作成している「へき地におけるオンライン診療の手引き」である。一般的なオンライン診療の手引きや事例集は、厚生労働省がホームページに公開している⁵⁾。

「へき地におけるオンライン診療の手引き」の目的と構成

手引きの目的は、医療機関、薬局、行政等関係機関が連携して、オンライン診療を導入する際の手順を整理することであり、主な読者は医師や看護師の医療関係者と、へき地医療をさまざまな形で支援している市町村、都道府県の担当者を想定している。

本手引きは、山口県立総合医療センターへき地医療支援センターが、公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所の助成を受けて作成するものであり、厚生労働科学研究費補助金事業「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」(2021～2023年度)(研究代表者:原田昌範)の研究成果、研究事業を通じて培った経験、人脈、開始した事業等を土台としている。著者は、ありがたいことに長年山口県のへき地医療に携わらせていただき、2024年4～9月ま

では実際に山口県立総合医療センターへき地医療支援センターに所属し、現在も医療政策アドバイザーとして関わりながら、本手引きの編集を担当させていただいている。

手引きは、主に7章で構成する予定であるが、最終原稿では章立てを変更する可能性があることに留意いただきたい。第1章は「手引きの目的と活用方法」であり、オンライン診療等に関わる用語の整理や、へき地医療を取り巻く環境、対面診療に加えてオンライン診療を組み入れていく必要性とパターンについて説明している。第2章は「オンライン診療を始めるにあたって、準備しておくこと」であり、導入までの手順9項目について説明している。第3章は「へき地におけるオンライン診療の事例紹介」で、山口県・三重県の事例を中心に、大きく6つのパターンに分け、第2章の9項目に沿って紹介している。第4章は「これから期待される診療の使い方」として、まだ事例としては紹介できないが、今後期待される活用方法について概観する。第5章は「関連通知、ガイドライン」で、オンライン診療等に関わる情報、指針、ガイドライン、補助金等を紹介する。第6章は巻末資料で、事例でも用いられている患者への説明資料を掲載する。第7章の「Q&A」では、紹介した事例において寄せられることの多い質問について、Q&A方式で回答を記す予定である。

へき地におけるオンライン診療を組み合わせる主な6パターン

へき地において、対面診療に加えオンライン診療を組み合わせる場面を6つに分類している(図1)。①～③は、へき地医療拠点病院の3事業である医師派遣、代診医派遣、巡回診療について、対面診療を基本としつつオンライン診療を一部の診療日に組み入れる方法である。なお、この3事業はへき地医療拠点病院だけでなく、へき地診療所、民間診療所、民間病院も行う形で広がってきている。

具体的に各パターンについて説明すると、第1のパターンは、へき地医療拠点病院やへき地

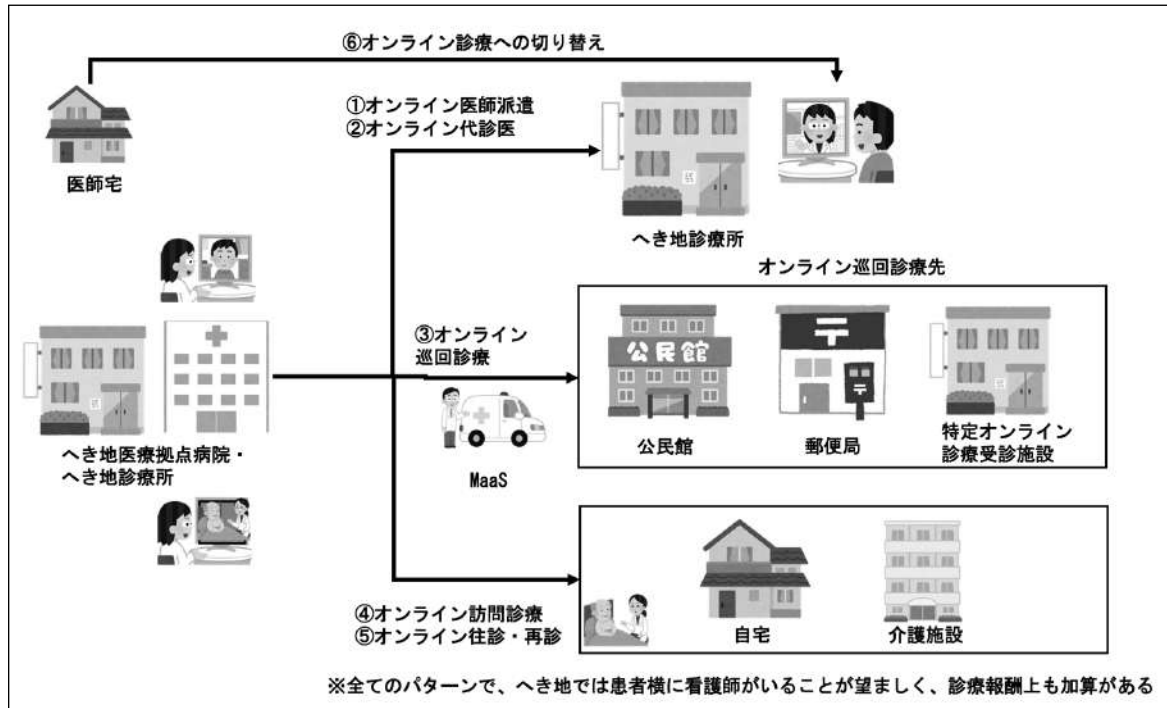


図1 へき地におけるオンライン診療を組み合わせる主な利用パターン

診療所(以下、へき地医療拠点病院等)からへき地診療所へ定期的に医師派遣を行っている場合に、一部の診療日だけをオンラインに切り替える「オンライン医師派遣」である。へき地医療拠点病院においても医師は潤沢には存在しないことが多く、一部の診療日だけでもオンライン診療に切り替えることができれば派遣元の負担は軽減され、何より患者自身の医療継続に役立つ。第2は、代診医派遣をオンラインに切り替える「オンライン代診医派遣」である。研修日や学会出張に伴う代診医派遣は計画することが可能だが、突発的な医師の傷病に伴うものは、対応することが困難であることも多い。そうした時に、オンライン診療による代診医派遣ができると良い。第3は、へき地医療拠点病院等が行っている公民館等の公共施設での巡回診療に、オンライン診療を一部取り入れる方法である。へき地医療拠点病院等と巡回診療先の施設を結び、医師はへき地医療拠点病院等から巡回診療先に来訪した患者にオンライン診療を行う。巡回診療先の施設は、従来の公民館から広がりを見せている。山口県では、郵便局での巡回診療を開始し、三重県では閉鎖されている民間診療

所も使用している。また、医療MaaS(Medical Mobility as a Service)で巡回診療先に赴き、医療MaaSの中で診療を行ったり、へき地医療拠点病院等から医療MaaSの患者へオンライン診療を提供することも始めている。

第4のオンライン診療は、在宅医療の一貫として行われている訪問診療の一部をオンラインに切り替える「オンライン訪問診療」である。さらに第5番目として、へき地診療所が閉院している時間帯である夜間帯、休診日でのオンラインによる対応(往診・再診)がある。先述したように、へき地診療所で5日以上開院しているのは約46%で、半数以上の診療所では、電話等再診によって、休日や夜間帯への診療ニーズに対応していると思われる。オンラインで医師の顔を見ながら診察を受けられることは、患者の何よりの安心につながると考えられ、へき地における医療へのアクセスの機会とともに質の向上に大きく貢献する。最後の第6番目は、新型コロナウイルス感染症を契機としてニーズが高まった、医師宅からへき地診療所の患者へのオンライン診療である。複数のへき地診療所を兼務している医師は今後多くなるであろう

1. オンライン診療の取り入れ方と対象患者の検討
2. オンライン診療に関わる設備の準備
3. 医師の研修と医療機関の届出
4. 患者への説明と同意
5. 診療報酬、患者負担、負担金の授受
6. 処方薬の受け渡し、配送について
7. 補助金の活用
8. オンライン診療の運営管理者（コーディネーター）の準備
9. デモンストレーション（実証）の実施

図2 オンライン診療を始めるにあたって準備しておくこと9項目

し、都市部からへき地診療所に勤務する医師も増加すると思われる。医師自身に感染症疑いがある場合や、悪天候等によって交通事情により現地に行くことが困難な場合がある。その場合に、医師宅からオンライン診療を提供できることは、医療への継続だけでなく、へき地診療所の勤務医師採用にあたっても条件緩和につながり、へき地を支える人材の底上げ、広がりにも寄与すると期待される。

その他、オンライン専門医受診（へき地診療所の医師が横にいて、遠方の専門医から診療を受ける）、オンライン遠隔医療支援（へき地診療所の医師が行う検査、診断等について、へき地医療拠点病院の専門医がリアルタイムに支援）がある。今回の手引きでは取り入れ方のパターンとしての紹介にとどめ、事例紹介は次回の版に掲載予定である。

へき地におけるオンライン診療を始めるにあたって準備しておくこと9項目

手引きでは、へき地でオンライン診療を始めるにあたって準備しておくこと9項目を説明している（図2）。第1は、オンライン診療の取り入れ方と具体的な対象者患者を想定することである。第2は、オンライン診療に関わる設備の準備である。オンライン診療に特化した専用のシステムを利用する方法、汎用サービスを利用する方法、両者の併用がある。第3は、医師の研修と医療機関の届出で、これらは必ず行う必要がある。第4は患者への説明と同意である。

へき地診療所等の多くの通院患者は後期高齢者であり、オンライン診療そのものに対して不安感が持つ方が多いと思われる。事前に説明することはもちろんであるが、分かりやすい説明資料があると円滑なコミュニケーションに役立つ。第5は診療報酬、患者負担、負担金の授受である。これは、医療機関、自治体、都道府県、薬局に関係する話なので、事前に関係者で合意しておくことが必要である。第6は処方薬の受け渡し、配送についてである。院外処方をしていけば問題はないが、院内処方をしている多くのへき地診療所では、オンライン服薬指導・配送も視野に入れて検討する必要がある。なお、今回紹介している手引きの姉妹編として、「へき地等におけるオンライン服薬指導等の導入の手引き（仮）」も、山口県薬務課から発刊予定であり、本手引きと連携して作成している。第7は補助金の活用で、全国で使用できる補助金や山口県、三重県独自の補助金について紹介している。第8はオンライン診療の運営管理者（コーディネーター）の準備である。へき地においてオンライン診療を実施する際には、地域や医療機関によって必要となる関係者が多岐にわたることから、全体を運営管理する者（コーディネーター）を置くことを推奨している。主な関係者の一覧と、コーディネーターの必要性、役割について説明する予定である。第9は、デモンストレーション（実証）の実施である。現実にはさまざまなトラブルが生じ、予定通りにはいかない。そのため、患者の協力を得ながら、デモンストレーション（実証）を一定期間行い、本番で滞りなく進められるよう準備することが大切で

ある。手引きでは、デモンストレーションの進め方について紹介している。

オンライン診療体験会

なお、デモンストレーションと同じではあるが、できれば小規模でもよいのでオンライン診療の体験会を開くこともよい。体験会の重要な目的は、住民の方に実際に体験していただくことでオンライン診療に対する不安感を和らげ、有用性に目を向けてもらうことである。高齢者の方は、機器の操作に不安を覚えたり、医師とコミュニケーションが取れないことなど、さまざまな心配を抱えている。しかし、実際に体験してみると、話しやすかった、機器の操作も手伝ってもらえて安心、対応も親切、自宅で診療が受けられるなど高評価を得られることが多い。

また、体験会というイベントを通じて、医療関係者(医師、看護師、薬剤師等)、市町村、都道府県、オンライン診療機器を提供する事業者の相互交流が生まれ「顔が見える関係」ができることも重要である。実際、山口県周南市で開いたオンライン診療模擬体験会では、関係者が一堂に会し、その後のオンライン診療導入での大きな一歩になった。詳しい内容は「オンライン診療模擬体験会の実施」に関する厚生科研の報告書をご覧ください⁶⁾。ほかにも体験会などを実施したレポートを雑誌やホームページなどで報告されているので、収集されるとよいと思う。

まとめ

現在、山口県立総合医療センターへき地医療支援部が中心となり作成している「へき地におけるオンライン診療の手引き」(2025年3月頃に

発刊予定)について紹介した。著者が関わってきた経験に基づけば、多くの関係者は次のような感想をお持ちではないだろうか。「オンライン診療は必要だと思うが、医師や看護師、そして何より患者自身はあまり望んでいないのではないか」「将来的に必要なことは理解できるが、どこから手を付けたらよいか分からない」「一人の医師、看護師、自治体職員である私では手に負えない」「自治体職員では、何もできない。都道府県や医療機関がしてくれないと」などなど。

そのお気持ちは、多くの関係者の率直な想いであると同時に、現状や将来に対する漠然とした問題意識、不安感、危機意識があるからこそだと察する。本手引きが、少しでも関係者の方々の支えになることを期待している。初版では、まだまだ不十分な点があると思われる。全国の関係者にご一読いただき、多くの方々から改良すべき点についてご指摘を賜り、より有用な手引きへと改良していきたい。

参考文献

- 1) 厚生労働省:へき地医療体制構築に係る指針(令和5年3月31日)<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001110475.pdf> (accessed 2024 Aug 23)
- 2) 厚生労働省:無医地区等調査(令和4年度調査)へき地医療の現況について(令和5年4月1日)<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16b/R5.html>https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20900.html(accessed 2024 Aug 23)
- 3) 厚生労働省:へき地医療の現況について(令和5年4月1日)https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20900.html(accessed 2024 Aug 23)
- 4) 古城隆雄:離島・へき地のオンライン診療ニーズに関する調査. 月刊地域医学 2022; 36: 1072-1074.
- 5) 厚生労働省:オンライン診療の利用手順を示した手引書 https://www.mhlw.go.jp/stf/index_0024_00004.html(accessed 2025 Jan 6)
- 6) 古城隆雄, 神田初恵, 福谷直, 他:オンライン診療模擬体験会の実施. 厚生労働行政推進事業費補助金「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」(代表:原田昌範).

へき地診療所が地域と連携して行う 包括的性教育の取り組み

嶋田雅子¹⁾ 大平祐己²⁾

I. はじめに

まなづる
真鶴町国民健康保険診療所(以下、診療所という)は、2013年8月より公益社団法人地域医療振興協会が神奈川県真鶴町より指定管理を受け管理運営を行っている無床診療所である。2020年4月より訪問看護ステーション真鶴、看護小規模多機能型居宅介護ナーシングホーム真鶴を開設し、医療・介護サービスの充実を図る一方で、2021年4月からは、町民の健康づくりの拠点として、「町の保健室」と称する町民参加型の予防医療活動を開始した。この「町の保健室」は健康をキーワードに、町民や関係団体と連携して「相談・学び・安心・交流・連携・育成」の場をつくり、「社会的つながり」で町が元気になることをめざしている。筆者は2021年8月よりこの町の保健室の企画・運営に関わっている。

当診療所が所在する真鶴町は、神奈川県南西部に位置し、面積は7km²で県内でも2番目に小さい港町である。2024年10月1日現在の人口は6,596人、高齢化率は45.6%と、人口減少、少子高齢化が著しいが、「美の基準」という“真鶴らしさ”を守り育てるまちづくり条例による美しい生活風景があり、交通の便も比較的良いことから、近年は若い世帯の移住者が増えている。

町内には町のコミュニティ施設の運営支援や地域づくり事業等を行う活動団体、一般社団法人 真鶴未来塾(愛称:まちこ)(以下、活動団体という)がある¹⁾。活動団体のメンバーは幼児や小

学生の子どもをもつ子育て世代が中心であり、自主活動として、日頃より子どものための地域の居場所づくりにも積極的に取り組んでいる。

「町の保健室」ではこの活動団体と医師のお話会などを共催してきたが、2023年度の活動計画を打ち合わせする中で、団体の代表より「性教育」を学びたいとの要望があがった。ちょうど2023年度から全国の小学校、中学校、高等学校、特別支援学校で、子どもたちを性犯罪・性暴力の当事者にしないための「いのちの安全教育」の導入が始まるタイミングでもあった²⁾。

性教育は診療所としてこれまで馴染みのないテーマであったが、プライマリ・ケア(家庭医療)は包括的性教育と親和性が高く³⁾、共著である医師の家庭医の専門領域を活かしつつ、診療所としての活動の幅が広がること、医師自身も10代の子を持つ親として関心が高かったことから、地域コミュニティとの接点を増やす良い機会として包括的性教育に取り組むこととなった。

本稿では、地域で実践してきた包括的性教育の活動概要を紹介するとともに、地域での性教育に診療所医師が関わる意義について考察する。

II. 地域における包括的性教育の実践

2022年12月～2023年8月までに地域住民を対象として、シリーズで3回のワークショップを開催した。初回打ち合わせ時に、活動団体メン

1) 公益社団法人地域医療振興協会、2) 真鶴町国民健康保険診療所
(筆頭著者連絡先: 〒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)

原稿受付2024年11月26日/掲載承認2024年12月19日

表1 性教育ワークショップのテーマと参加状況

回数	実施日	テーマ	構成と主な内容	対象	参加者
第1回	2022年 12月 (60分)	シリーズで学び合う 今どきの性教育	・講話 包括的性教育とは ・グループでの対話 どうやって産まれるかと聞かれたら	一般住民	18名 うち女性89% うち40代以下78% うち小学生以下の親72%
第2回	2023年 3月 (90分)	多様性を知り、 自分をより大事にする	・講話 性の多様性、自己肯定感 ・グループでの対話 こどもがアダルトサイトをみていたら	一般住民	16名 うち女性81% うち40代以下69% うち小学生以下の親63%
第3回	2023年 8月 (60分)	知りたい・守りたい・ こころとからだの性	・講話 プライベートゾーン ・ワーク(プライベートゾーン塗り絵)	小・中学生	15名 内訳: 1~4年生10名 5~6年生5名

「性教育」と「セクシュアリティ教育(包括的性教育)」との違い

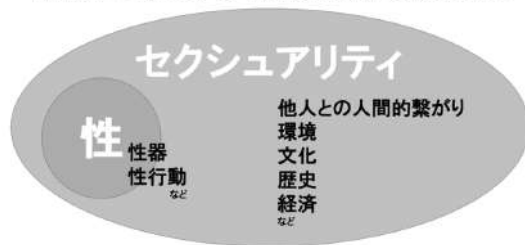


図1 包括的性教育の概念図

「学校で性教育だけでは不十分だと感じている」「自宅でも性教育をしたいがどのようにしたらよいか分からない」「コミュニティ施設に来る子どもに、愛情を求めてかスキンシップを求めたがる子がいて、自分を大事にすることを伝えたい」などの悩みや要望を聞いた。

近年、性を取り巻く社会問題の解決策として「包括的性教育(Comprehensive sex education)⁹⁾」が注目されている。包括的性教育とは、性を性器や性行動に関するだけでなく、人権教育を基盤に他人との人間的なつながりや、その背景にある環境、文化、歴史、経済といったものまで幅広い内容を体系的に学ぶ教育である(図1)。当初、活動メンバーは包括的性教育という言葉が初めて聞く者が多かったが、包括的性教育が人権教育を基盤としており、自らを大切にすることで他者も大切に思うことができるという点で目的が合致した。開催方法は筆者自身も学んでいく姿勢を持ちたいこと、活動団体メンバーを含む町民に自分事として捉えてもらうこと、それぞれに話したい気持ちはあっても

そのような機会がないことをふまえて、参加者同士で対話するワークショップ形式とした。包括的性教育の内容は多岐にわたることから、シリーズで開催することとし、参加者には毎回、講話内容の理解度等を確認するアンケートを実施した。

今回の性教育ワークショップの開催にあたって、各学校の校長と養護教諭に学内で実施している性教育のヒアリングや、子どもを通じて案内チラシを配付していただく協力を得た。アンケートの結果は活動メンバーとのふりかえりや次回のテーマ決めに用いたほか、学校関係者とも共有した。

ワークショップ全3回のテーマと参加状況を表1に示す。ワークショップの開催場所はいずれも活動団体が管理運営を行っているコミュニティ施設で行った。1回目、2回目は一般住民を対象に実施し、3回目は子どもを対象として実施した。一般住民の参加者は、小学生以下の子どもをもつ40歳以下の母親が多かった。3回目の子どもは夏休み期間でもあり、小学校高学年から中学生を主な対象としていたが、親と一緒に参加した低学年が多かった。真鶴町内にある各1校の小中学校の養護教諭も毎回住民の方と一緒に参加し、1回目は真鶴町教育委員会の教育長も参加した。

1. 第1回ワークショップの実施内容

第1回目は包括的性教育の概略について説明を行った。広い概念であること、親世代はこの



写真1 自由な意見交換の様子

ような系統だった性教育を受けていないため、子どもに対する性教育に抵抗があるのは当然であること、子どもには科学的な説明や、性教育に限らず日頃から何でも話し合える親子関係を意識するとよいことを伝えた。後半は、参加者同士で幼児向け性教育の絵本を読んで感想を述べ合い、「赤ちゃんがどうやって産まれるのかと子どもに聞かれたらどう答えるか」をお題に意見を交わしてもらった(写真1)。

参加後のアンケートでは、参加者同士で話し合えたことが良かったとの意見が多数あり、印象に残ったこととして、「早い時期から教えること」「科学的に説明するとよいこと」「(性教育が)人権に関わる話であること」などが多く記載されていた。

2. 第2回ワークショップの実施内容

2023年3月に2回目を実施した。1回目の参加者が約半数いた。2回目は学童期の子をもつ親をメインターゲットとして、第二性徴期は個人差が大きく、必要以上に不安視しなくていいこと、子どもの自尊感情は成長につれて低下傾向を示すため、周囲の促しが重要であること、性に対する好奇心は自然であり、アダルトサイトの閲覧も十分あり得ることで見守る姿勢が大事だと伝えた。後半はグループに分かれて「子どもがアダルトサイトを見ていたらどうするか」をお題に参加者同士で対話を行った。今回は1回目のアンケート結果をふまえて、少数数のグループで対話する時間を長くとした。

参加後のアンケートでは、「自己肯定感を育むこと、まず自分を大切に思うこと」「アダルトサイトや精通のことなど、正しい知識を前もって



写真2 新生児人形を抱く子どもたち

伝えること」「オープンな親子関係をつくること」が印象に残ったという記述が多かった。20代独身男性の参加者が自身の体験を話した時に、男児をもつ親が興味深く聞き入っていた様子が特に印象的であった。

3. 第3回ワークショップの実施内容

2023年8月に保護者からの要望が多かった子どもを対象としたワークショップを開催した。講話はプライベートゾーンがなぜ重要か、自分の命がどうやって誕生し、引き継がれているのか、性交や射精・月経も含め科学的な説明を意識して伝えた。話の途中で、小さい穴をあけたカードを用いて精子の大きさを確かめたり、町の福祉課から借用した沐浴実習用の新生児人形を抱っこする体験をしてもらったりした(写真2)。後半はプライベートゾーンの塗り絵を行い、児童が楽しんで参加できるよう工夫をした。

参加後のアンケートでは、全員が自分や他の人のからだを大切にしようと思ったと回答したが、今日のような話をもっと知りたいと回答した児童は8名と約半数だった。感想を記入したのは低学年が多く、学年による理解や興味の差はみられなかった。プライベートゾーンに口があることを知らなかった児童が多く、最後のお絵描きが楽しかったという感想が多かった。

4. ワークショップ全体の評価

参加者に実施したアンケートでは、最初の2回を通じて初めて参加した25名のうち、包括的性教育の内容まで知っていた者は1名で、言葉自体も初めて聞いたと回答した者が15名(60%)だった。第2回目は家庭で性の話をする頻度を

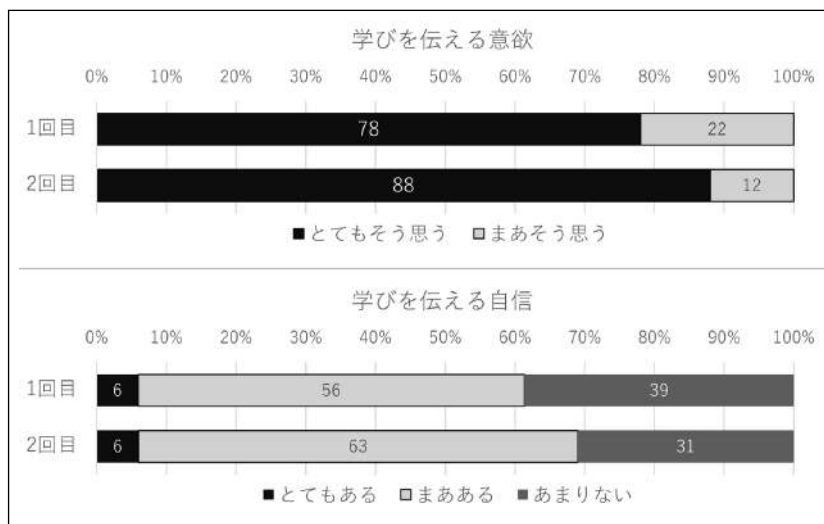


図2 ワークショップ参加後の家庭で伝える意欲と自信

尋ねたところ、小学生までの子どもがいる参加者10名中4名が「あまりない」「ほとんどない」と回答していた。1回目、2回目ともに、参加者全員が、学び合ったことを自分の子どもや周囲に伝えたいと「まあそう思う」「とてもそう思う」と回答していた。一方、学んだことを伝える自信については「とてもある」「まあある」と回答した割合は61%、69%だった(図2)。2回目の参加者は自信がある割合が1回目より高かったが、1、2回とも参加した9名中4名は「あまり自信がない」と回答しており、2回の学びでは自信が高まるとはいえなかった。

これらのワークショップの様子は月1回発行している診療所の広報誌に掲載し、地域住民へ周知した。



写真3 自分を表現する塗り絵をする児童

Ⅲ. 学校と連携した性教育

1. PTA活動との連携

2023年3月、小学5年生にPTA主催の親子ふれあい学習のイベントとして小学校で性について話をした。きっかけはPTA役員をしていた方が2回目のワークショップに参加したことだった。当日は児童35名、保護者22名が参加した。「親子でかんがえる性のおはなし～自分の体と心を知ろう」をテーマに、自分と他の人とは違うことが当たり前、自分自身を好きでいようという趣旨の講話を20分程度行い、後半はワーク

シートを用いて自分のイメージを色で表現し(写真3)、自分の良いところ・好きなどころを書いて友達や親に伝え合った。児童は積極的にワークを行い、参加した保護者や教員から好評だったと後日感想を聞いた。

2. 中学校との連携

地域で行った性教育ワークショップに毎回参加してくださった中学校の養護教諭から依頼があり、2024年2月、中学2年生に対して性教育の特別授業を行った。真鶴町には高校がなく、中学卒業と同時に子供の社会性が突然開かれて

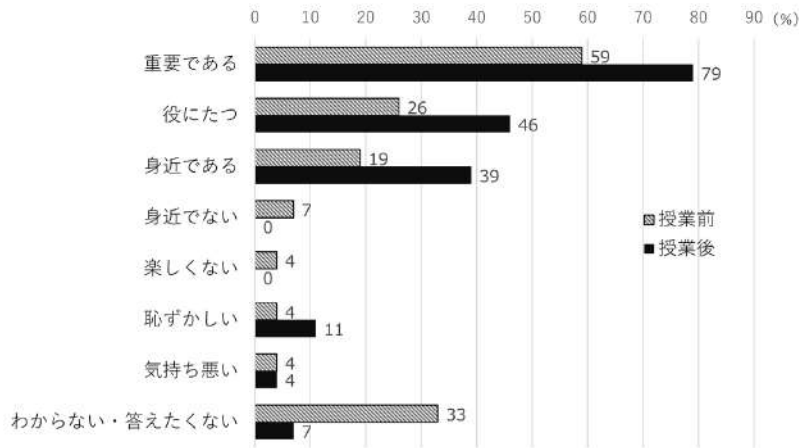


図3 中学生の授業前後における性教育の印象

しまうため、養護教諭は性教育の必要性を常日頃感じており、昨年度までは町外の外部講師を招いて実施していた。

養護教諭からは地域で子ども向けに行ったワークショップの内容をリクエストされたが、中学生向けにやや深度を深め、「性的同意」と「他人との良い人間関係を築くためのポイント」を追加した内容とした。授業の前後にアンケートを実施し、性教育のイメージや理解度等の評価した。

授業前にプライベートゾーンを知っていると回答した生徒は45%だったが、口も含めすべて知っていたと回答した割合は21%だった。性的同意については、知っている内容だったと回答した割合は25%だった。授業前後の性教育に対するイメージを図3に示す。授業前から「重要である」「役に立つ」「身近である」といったポジティブな印象の割合は多かったが、授業後はさらに増加した。授業前は「分からない」の回答割合が33%と多かったが、授業後は7%に減少した。ネガティブな印象の回答割合は授業前から少なかったが、「恥ずかしい」の割合が授業前より授業後に増加した。また、このような性教育を受けたい時期について質問したところ、中学1年生と回答した割合が32%と最も多く、次いで小学校が22%と、半数以上が授業を行った学年より早い時期に性教育を受けたいと回答していた。

3. 教育委員会との連携

2024年3月、真鶴町教育委員会教育課からの依頼で、足柄下郡学校保健会主催の「心と体の健康教育講座」で性教育の講座を行った。昨年度のテーマも性教育だったが、リモートでの講義だったため、今回は当診療所がこれまで地域で取り組んできたことを紹介するとともに、学校・家庭・地域が連携して性教育に取り組むための課題を共有するグループワークを行うこととした。

当日は真鶴町を含む3町の公立小・中学校の養護教諭9名が参加した。グループワークはKPT法と呼ばれる「できていること(Keep)」「課題(Problem)」「問題点に対する解決策等(Try)」の3要素からなるふりかえりのフレームワークを用いて進めた。グループワークでは、理科や保健体育などの授業で扱う以外にも、外部講師を招いた講演会、プールや宿泊行事前の保健学習など学内の取り組みはあるが、小中学校の連携が不十分なことと、保護者を巻き込む取り組みができていないことが共通認識された。その解決策として、保健だよりの活用や思春期教室を学校参観日に行うなど保護者の参加を促すことや、学内でも養護教諭だけでなく児童・生徒指導や人権担当など他の教員を巻き込むことなど、家庭や地域と連携するためのアイデアが活発に出された(写真4)。参加後のアンケートでは、自身の学校や地域で包括的性教育に「もっと積極的に取り組みたい」と回答した割合は



写真4 参加者全員でワークした内容を共有

56%、「少し取り組みたい」が22%、「取り組みたいが難しい」が22%だった。養護教諭自身も難しい分野と感じていた者が多かったが、「他の地域の様子を知れて良かった」「少しずつできる部分から挑戦したい」「いつも授業の内容に悩んでいたが前向きに取り組む気持ちになった」などの意見が多く聞かれた。

IV. 考 察

子どもの居場所づくりに関わっている子育て世代の活動団体メンバーから要望を受けて、地域で包括的性教育に取り組んだ。真鶴町では家庭医療を専門とする診療所の医師が講師役になった。家庭医は個人や家族はもちろんのこと、その人たちが住む地域や、地域に存在するコミュニティも踏まえてケアを行う⁹⁾。この地域志向ケアが基盤にある家庭医は性教育に非常に適した存在であるが、実践している家庭医はまだ少ないように思われる⁹⁾。包括的性教育は「性と生殖に関する健康と権利」SRHR((Sexual Reproductive Health and Rights)を基盤とした健康教育であり、若者だけでなく、生涯を通じてすべての人に必要な健康教育である⁹⁾。へき地診療所の主な患者層は高齢者で、性教育に関わる機会は少ないが、住民にとって身近な存在であるかかりつけ医が関わることで、特定の世代の問題ではなく、地域全体で考えるテーマと捉えやすかったと感じる。今回、地域での包括的性教育の実践にあたり、小学校や中学校の養護

教諭から学校における性教育の現状をヒアリングしたり、ワークショップ参加者にアンケートを実施したり、地域の課題やニーズをアセスメントしながら実践してきた。さらに、当診療所は国保直診の施設ゆえ、役場の福祉課や教育課など関係機関との連携・協力も得やすく、住民の信頼性も高く、関わりやすい環境であった。これらも活動を円滑に推進できた要因と考える。

今回の性教育で大きく3つの成果が得られた。

まずは、地域の中で「性」についてオープンに話せる場ができたことである。我々が実施した性教育は、ワークショップ形式とし、住民同士が対話する時間を重視した。性教育情報を発信するWebサイトの調査⁹⁾によると、子どもがいる保護者の83.5%が性教育に「自信がない」「あまり自信がない」と回答している。本ワークショップの参加は自信がないと回答した割合は少なかったが、2回連続して参加した者でも自信に対する回答に変化がみられなかった。足柄下郡学校保健会で養護教諭対象に実施したワークショップでも、性教育に関わりが深い養護教諭に苦手意識があることが分かった。企画や講師を務めた我々自身も当初は話しにくさを感じており、一緒に学んでいく姿勢でワークショップを実践した。地域で行ったワークショップでは、最初は緊張や戸惑いを感じている様子がみられたが、対話を進めるうちに、各家庭や地域の様子が気になることなどを積極的に発言する様子がみられ、多くの参加者がこのようなテーマを地域で話せる場ができたことが嬉しいと感想を述べていた。子どもがいない方や男性も少数参加してくださったが、我々が観察する限りでは疎外感をみせる様子はなく、地域みんなに関わるテーマとして自然に会話に加わっていたことが印象的であった。

2点目は、ワークショップに参加したPTA役員の保護者や養護教諭が各小中学校に働きかけ、学校での出前講座につながったことである。小学校ではPTA行事として性教育を扱うことに抵抗感をもつ保護者への配慮に苦労したと聞いた。中学校では、他の教職員からスライドに示

した性交や性器のイラストに対する生徒の反応を懸念する意見があがり、説明や調整に時間を要した。実際には、小学校での取り組みは児童保護者ともに好評であったし、中学校の授業でも科学的な説明に努めたこともあり、性交や性器の話に生徒が過敏に反応することはなかった。中学校では今回の授業評価に手ごたえを感じ、2024年度から2年、3年と包括的性教育を系統的に学べるように授業が計画され、当診療所の医師が引き続き担当することになった。また、これまで町役場とはイベント情報の共有や新生児人形を借りる程度の関わりであったが、中学校の養護教諭の働きかけにより、町役場の保健師もグループワークのファシリテーターと一緒に担当してくれることになっている。小学校とは直接的な関わりはないが、学内では2023年度から宿泊行事前の性教育が男児にも行われるなどの取り組みが推進されている。今回授業を実施した中学生の半数以上が学習した年齢より早く授業を受けたかったとアンケートに回答していることも踏まえ、早期からの性教育にむけた関心は地域、学校ともに高まっていると感じている。

3点目は、今回の性教育ワークショップの活動は、普段の診療で接することが少ない子育て世代と交流をもつ良い機会となり、地域の診療所が地域住民の健康づくりにアプローチする幅が広がったことである。今回の活動を通じて、真鶴町内にも性教育に関心が高い町民や専門家がいることが分かり、当診療所が地域で展開している「町の保健室」と称する町民参加型の予防

医療活動と何か一緒にできないかとの相談が増えている。

包括的性教育は範囲が広く、まだ学びが不十分な点が多い。今後は、妊娠から育児期に住民との接点が多い役場の母子担当保健師とも意見交換を行うなど、診療所が核となって多様な機関や関係者を巻き込みながら、この活動を継続し、包括的性教育を通じた地域の健康づくりに貢献していきたい。

V. 謝 辞

本活動のきっかけをつくり、共に地域における性教育の在り方を検討してくれた一般社団法人真鶴未来塾(愛称:まちこ)の運営メンバーに心よりお礼申し上げます。本活動の理解と多大な協力をいただきました真鶴町教育委員会、まなづる小学校ならびに真鶴中学校の関係者に深謝いたします。

参考文献

- 1) 一般社団法人 真鶴未来塾 (愛称:まちこ) <https://manazurumirai.jp/> (accessed 2024 Aug 31)
- 2) 文部科学省: 生命 (いのち) の安全教育教材・指導の手引き. https://www.mext.go.jp/a_menu/danjo/anzen/index2.html (accessed 2024 Aug 31)
- 3) 坂井雄貴: 家庭医が関わるジェンダー教育と性教育 (理論と実践). 月刊地域医学 2023; 37: 403-408.
- 4) ユネスコ編. 浅井春夫, 長香織, 田代美江子, 他訳: 国際セクシュアリティ教育ガイドランス (改訂版) - 科学的根拠に基づいたアプローチ. 東京, 明石書店, 2020.
- 5) 高村一紘: 包括的性教育と性の多様性 - プライマリ・ケアにおける包括的性教育のあり方 -. 月刊地域医学 2022; 36: 314-318.
- 6) 命育 医師専門家×クリエイターによる家庭でできる性教育サイト <https://meiiku.com/> (accessed 2024 Aug 31)

人々の健康維持と疫病予防を目的とし、
健康生活を守り増進させるネットワークです

へき地の
健康づくり

健康
危機管理

疫学

保健
福祉
行政

ヘルス
プロモーション

市民協働



地域医療・
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

地域医療・公衆衛生ねっと

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

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

登録数 約1600人
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！

【メールで届く情報】

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

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

第137回 “チェックリスト”の使用に関わる事例発生を 未然防止する！

—事例の発生要因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、“チェックリスト”が関連している事例を認めることがある。発生要因としては、施設内に“チェックリスト”が存在しない場合、あるいは既に存在している“チェックリスト”を使用していない場合などが想定される。“チェックリスト”が存在しない場合には、改善策として「作成して使用する」ことが検討される。これに対して、既に存在している“チェックリスト”を使用していない場合は、その根本原因を明らかにして、改善策を検討する必要がある。

本連載では、これまでに“チェックリスト”に関わる内容としては、「“ダブルチェック”に関わる事例発生を未然防止する(第118回)」「“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止する(第130回)」というテーマで、具体的事例から考える事例発生の未然防止のシステム整備について検討している。

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、“チェックリスト”の使用の関与はどのようになっているだろうか。臨床のさまざまな場面において、既に存在している“チェックリスト”を

使用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。

既に存在している“チェックリスト”を使用していない状況で、医療や、ケアを実施した場合、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、“チェックリスト”の使用に関わる事例が発生していないだろうか。自施設では、これまでに“チェックリスト”の使用に関わる事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を想定した取り組みは十分だろうか。ぜひ、この機会に、自施設における現状評価と、事例発生の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、“チェックリスト”の使用に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、既に存在している“チェックリスト”を使用していないのか?」「なぜ、既に存在している“チェックリスト”を使用していないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか?」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、事例発生の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。

“チェックリスト”の使用に関わる事例

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¹⁾では、2024年8月中旬現在、キーワード“チェックリスト”“使用しない”で17件、“チェックリスト”“未確認”で9件、“チェックリスト”“遵守”“できない”で6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、“チェックリスト”の使用に関わる事例に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“チェックリスト”“使用しない”で検索された17件、“チェックリスト”“未確認”で検索された9件、“チェックリスト”“遵守”“できない”で検索された6件の計32件を対象として、検討を実施した。

“チェックリスト”の使用に関わる事例として、本事業の事例検索¹⁾にて検索された事例としては、

「大腸癌疑いの患者(70歳代、女性)に、研修医が中心静脈(CV)カテーテルを挿入し、指導医もエックス線検査で挿入位置などを確認した。病棟で、看護師はCVカテーテルからの点滴を開始した。翌日、患者に冷汗と動悸、頻脈、喘鳴が出現し、その後、症状が悪化し、SpO₂の低下を認め、エックス線検査で右肺虚脱と、大量の胸水貯留を認めた。CT検査で、CVカテーテルの先端が縦隔内にあり、カテーテルの誤挿入が判明し、直ちに胸腔ドレーン留置と排液を実施した。

CT検査で、CVカテーテルは上大静脈外を通り、縦隔内に抜けていることが判明し、穿刺当初より血管外へ誤挿入した可能性があった。CVカテーテル挿入後に異常の早期発見が可能な体

制がなかった。過去に在職していた内科医が、当該病院以外で開催されたCVカテーテル挿入の研修を受講後、CVカテーテル挿入後の合併症を鑑み、チェックリストを試作した経緯があったが、運用に至っていなかった。当該病院の『CVカテーテル院内ガイドライン』では、研修医のCVカテーテル挿入の認定制度を設けていたが、数年前よりほぼ機能していなかった。

「右股関節脱臼にて入院中の患児(0歳代、男性)に、右母指付け根付近の静脈を穿刺してルートを確認し、輸液をしていた。朝5時、患児の入眠中に、看護師はルートの刺入部と輸液ポンプの作動を確認し、異常を認めなかった。ベッドサイドにある『輸液ポンプ使用中のチェックリスト』は使用していなかった。その後、訪室した際に、血液にて布団が汚染し、床にも血液の溜まりがあるのを発見し、ルートの接続外れが判明した。

当該病院の小児患者の輸液は、『輸液ポンプ使用中のチェックリスト』をベッドサイドに置き、2時間ごとにチェックすることになっていたが、チェックを実施していなかった。当該看護師は小児科に異動して4ヵ月で、以前の配属病棟での輸液管理方法(輸液ポンプはほとんど使用していない)と、小児科で定めている輸液管理方法の違いを認識できていなかった。

「呼吸不全で入院中の患者(50歳代、男性)の高血糖に対して、シリンジポンプでインスリンを持続投与していた。シリンジポンプの薬剤を交換することになり、看護師Aは指示書を基に交換分の薬剤を作成して注入を開始する際に、流量を2.5mL/hで実施するところを、誤って25mL/hと設定した。薬剤交換時は2名の看護師で確認することになっていたが、もう一人の看護師Bは繁忙で一緒に確認できなかった。看護師Aは看護師Bに確認してほしいと声をかけたが、看護師Bは声をかけられた記憶はなかった。しばらくして、患者の左上肢に痙攣を認め、当直医に報告した。患者と意思疎通は可能であったが、次第に意思疎通が困難となり、その後、シリンジポンプの残量アラームが鳴り、流量を25mL/hで設定していることに気づいた。

看護師Aは看護師Bに、ダブルチェックを依頼したつもりであったが、コミュニケーションエラーがあり、伝わっていなかった。病院で決められた手順の『輸液ポンプ最終確認チェックリスト』を使用する風土がなく、使用していなかった。シリンジポンプの薬剤交換時のダブルチェックの遵守状況は、職員の個人差が大きいことが分かった」などがある。

このように、臨床現場においては既に存在している“チェックリスト”を使用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状況が発生する可能性が想定される。また、これらの“チェックリスト”の使用に関わる事例では、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想定される。

既に存在している“チェックリスト”を使用していない状況に加えて、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の整備が急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関では、“チェックリスト”の使用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対策として、各種ルール・マニュアルの整備、“チェックリスト”の周知、および職員への教育などさまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では“チェックリスト”の使用に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設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¹⁾にて検索された

事例(以下、本事例)を基に、“チェックリスト”の使用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、事例発生を未然防止対策を検討する。

事例「“チェックリスト”を使用していない。薬剤の流量の設定の間違い」

【事故の内容】

- ・妊娠高血圧症候群にて入院中の患者(20歳代,女性)の血圧が安定せず,子癇の発症抑制・治療剤(以下,薬剤A)の投与を開始した。
- ・担当の助産師は,輸液ポンプを使用して,投与開始から1時間までは40mL/h,その後は10mL/hで継続投与した。
- ・その後も血圧のコントロールは不良で,緊急で帝王切開が実施された。
- ・術後,再度,薬剤Aの投与を10mL/hで継続することになった。
- ・その後,担当の助産師は,薬剤Aの投与が終了することに気づき,薬剤を追加したが,この時に流量を10mL/hと設定すべきところ,100mL/hと設定した。
- ・約15分後に,患者が呼吸苦などを訴えた。
- ・他の助産師の指摘により,流量の設定が誤っていることが判明した。

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された事例,一部改変〕

本事例の背景要因としては、「輸液ポンプによる輸液の実施時に、マニュアルどおりの手順で実施していなかった」「病棟では、輸液ポンプ使用時のチェックリストがあったが、使用したり、していなかったりということがあり、病棟独自のローカルルールもあり、一貫した決まりがなかった」「薬剤Aは切迫早産に使用していたが、妊娠高血圧症候群に使用するのは今回が初めてであった」「おそらく、流量を予定量の100mLと勘違いしたことが推測されるが、本人の記憶に残っていないため、原因は判明していない」「流量の設定時のマニュアルはあるが、投与終了後、継続して投与する(更新する)際のマニュアルがなく、更新時の手技が統一されていなかった」「輸液ポンプの操作については、『輸液の更新時は、電源をOFFにして最初から設定し直すか、一時停止にして予定量を変更するか、のどちらでもよい。病院の運用で決めてもらえばよい』との業者の見解だが、院内では操作方法が統一されていなかった」「今回、輸液ポンプを一時停止にして更新していれば、事例発生を防止できた可能性はあった」「輸液ポンプ使用時のチェックリス

トは、看護部のマニュアル、および医療安全対策マニュアルに掲載されているが、今回の事例発生を契機に、各病棟で、このチェックリストの使用方法が異なり、マニュアルどおりに使用していないことが確認された「事例が発生した病棟では、切迫流・早産治療剤以外には輸液ポンプ使用時のチェックリストを使用しておらず、今回の薬剤Aには使用していなかった」「輸液ポンプ使用時のチェックリストを使用していれば、設定時に、前の勤務者の設定量を確認し、間違いに気づけた可能性があった」「指示された薬剤を正確に投与するという輸液ポンプの目的と、ハイリスク薬についての認識が不足していたことが推測された」「現在、輸液ポンプ使用時のチェックリストの使用を再周知するとともに、看護師全員の輸液ポンプ使用時のチェックリストの使用状況を調査中である」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、輸液ポンプによる輸液の実施時に、マニュアルどおりの手順で実施していなかったのか?」「なぜ、流量の設定時のマニュアルはあるが、投与終了後、継続して投与する(更新する)際のマニュアルがなく、更新時の手技が統一されていなかったのか?」「なぜ、輸液ポンプの操作について、院内では操作方法が統一されていなかったことが、事例発生前に把握され、対応が実施されていなかったのか?」「なぜ、指示された薬剤を正確に投与するという輸液ポンプの目的と、ハイリスク薬についての認識が不足していたことが推測されるような職員が、輸液ポンプを使用する業務を実施していたのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている、

「病棟では、輸液ポンプ使用時のチェックリストがあったが、使用したり、使用していなかったりということがあり、病棟独自のローカルルールもあり、一貫した決まりがなかった」ということに目を向ける必要がある。ここでは、「なぜ、病棟では、輸液ポンプ使用時のチェックリストを、使用したり、使用していなかったりということがあり、病棟独自のローカルルールもあり、一貫した決まりがないことが、事例発生前に把握され、対応が実施されていなかったのか?」と疑問を深める必要がある。

さらに注目すべきことは、本事例の背景要因に挙げられている、「輸液ポンプ使用時のチェックリストは、看護部のマニュアル、および医療安全対策マニュアルに掲載されているが、今回の事例発生を契機に、各病棟で、このチェックリストの使用方法が異なり、マニュアルどおり使用していないことが確認された」ということである。

これに対しては、「なぜ、輸液ポンプ使用時のチェックリストは、看護部のマニュアル、および医療安全対策マニュアルに掲載されているにもかかわらず、各病棟で、このチェックリストの使用方法が異なり、マニュアルどおり使用していないことが、事例発生前に把握され、対応が実施されていなかったのか?」と疑問を深める必要がある。

これらのことから、本事例では、院内で作成し、関連のマニュアルなどにも掲載されている輸液ポンプ使用時の“チェックリスト”を、業務で正しく使用しているか否かの評価が実施されていなかったこと、その評価結果のフィードバックが不十分であったこと、および当該病棟では輸液ポンプ使用時の“チェックリスト”を使用していない場合や、使用しているとしても限定的であったこと、などの可能性が想定される。各部門・部署で策定されたルール・マニュアルの内容の齟齬や一貫性の有無、整理などを検討するためには、施設内のルール・マニュアルの一括管理が求められる²⁾。

ほかに注目すべきことは、本事例の背景要因に挙げられている、「現在、輸液ポンプ使用時のチェックリストの使用を再周知するとともに、

看護師全員の輸液ポンプ使用時のチェックリストの使用状況を調査中である」ということである。ここでは、「なぜ、輸液ポンプ使用時のチェックリストの使用を再周知する必要があること（周知が不十分であること）が、事例発生前に把握され、対応が実施されていなかったのか？」という疑問を深める必要がある。本事例では、業務に必要とされている輸液ポンプ使用時の“チェックリスト”が、輸液ポンプを使用する業務を担う職員に、十分に周知されていなかった可能性が想定される。

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“チェックリスト”の使用に関わるインシデント・アクシデント事例の発生要因を明らかにするためには、「思い込み」「コミュニケーション不足」「ルールの不遵守」「教育不足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討することが望まれる。

“チェックリスト”の使用に関わるインシデント・アクシデント事例に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における、“チェックリスト”の使用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、“チェックリスト”を使用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、“チェックリスト”を使用するためのシステム整備・見直しが未実施、4)“チェックリスト”が使用されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントが未実施、5)“チェックリスト”を使用することの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、“チェックリスト”を使用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。

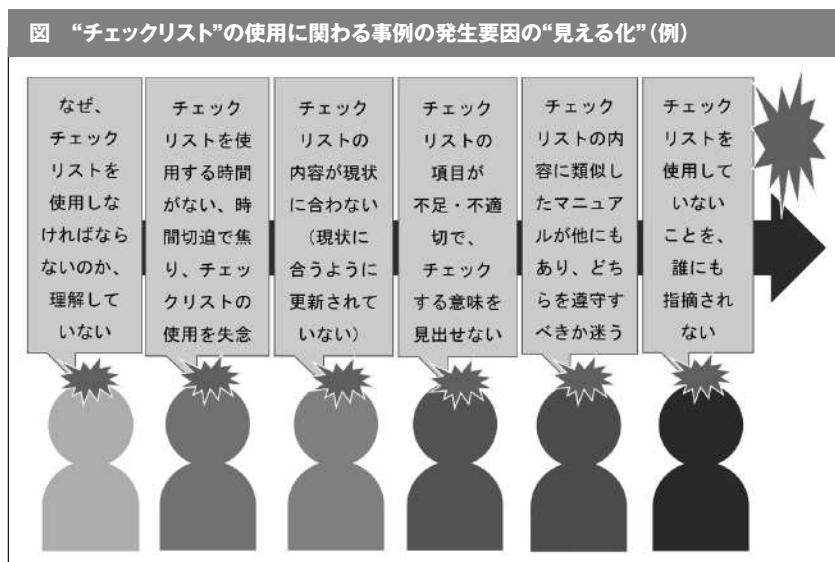
“チェックリスト”の使用に関わる 事例の発生要因から検討する 未然防止対策

本事例の改善策としては、「輸液ポンプの使用時にはチェックリストを必ず使用する」「輸液の更新時は、指示内容を診療録、または処方箋で確認する」「輸液の更新時の手順を遵守する」「輸液ポンプの使用に関する講習会を定期的実施する」などが挙げられていた。

“チェックリスト”の使用に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における、“チェックリスト”の使用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、“チェックリスト”を使用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、“チェックリスト”を使用するためのシステム整備・見直しの実施、4)“チェックリスト”が使用されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施、5)“チェックリスト”を使用することの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、“チェックリスト”を使用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、“チェックリストの使用”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、“チェックリスト”の使用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、“チェックリスト”の使用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、“チェックリスト”を使用しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」では、“チェックリスト”を使用



〔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32件の事例の記載内容を参考に作成〕

していない事例の発生が確認された場合には、「なぜ、「チェックリスト」を使用していないのか?」「なぜ、「チェックリスト」を使用していないことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、「チェックリスト」を使用していない状況が、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。

“チェックリスト”の使用に関わる事例発生を未然防止するため、本事業における事例検索¹⁾にて検索された事例の中で、本稿で分析対象とした32件の事例の記載内容を参考にして、「“チェックリスト”の使用に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)〔図〕」を作成した。これらの要因に思い当たることがあれば、“なぜ”と疑問を深め、患者に良質で安全な医療を提供するためにも、“チェックリスト”の使用を励行するという視点で、具体的な方策を検討し、その結果を関連の職員にフィードバックすることが期待される。自施設でこのような取り組みを実施する際には、自施設における課題を考慮した視点での“見える化”の実施を検討することを勧めたい。

3)の「現状評価の結果を踏まえた、“チェックリスト”を使用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、“チェックリスト”を使用しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」で得られた結果

を活用することができる。“チェックリスト”の使用が遵守されるためには、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“チェックリスト”を使用するシステムがあるのであれば、必要に応じて、見直しを実施することを検討したい。

4)の「“チェックリスト”が使用されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施」では、自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例も含めて具体的な情報を提供することが必要である。ここでは、手術・検査・診療や、ケアなどを実施している際に、“チェックリスト”を使用していないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのかということ、職員個々が認識できるようリスクアセスメントを実施することが望まれる。

5)の「“チェックリスト”を使用することの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、“チェックリスト”を使用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。全体を俯瞰して、“チェックリスト”を使用するための工夫を検討したい。職員個々が、プロフェッショナルとして、“チェックリスト”を使用するためにはどうしたらよいのか、を職種

間のコミュニケーションの改善や、ルール・マニュアルの遵守、および業務環境の改善の視点からも検討することが望まれる。

6)の「具体的な事例を活用して、“チェックリスト”を使用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・マニュアルだけに頼らない職種間の連携や、チームとしての自覚なども含めて検討する機会としたい。特に、患者の急変や想定外のできごとなど、状況が刻々と、あるいは急激に変化する際に、「チェックリスト」を使用するために、どのような職種間の連携が望ましいのか」「どのように職種間で情報共有したらよいのか」などを議論する職員教育を企画したい。

その際には、自施設、あるいは他施設で発生した具体的な事例を活用して、自施設の現状の課題を踏まえた議論が実施できるような企画が望まれる。患者に良質で安全な医療を提供するために、“チェックリスト”を使用することが、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、「CVカテーテル挿入のチェックリストを用いて、CVカテーテル挿入前後の観察の際に、医師・看護師・診療放射線技師が協働して異常の早期発見に努める。研修医によるCVカテーテルの実技は、『CVカテーテル院内ガイドライン』の修正と周知が完了した後で再開する」「決められた手順どおり、最低でも2時間ごとに訪室し、患者を観察する。この際には、点滴ルートの刺入部からルート全体、接続部、ベッド周囲の環境などの確認を行うことを再度、病棟内で周知し、定期的の実施できているか否かを評価する。部署を異動して配属された職員などが、チェックリストに記載された内容を実施するにあたって、理解不足や認識不足があったため、部署を異動して配属された職員には、これらの知識を確認する」「『輸液ポンプ最終確認チェックリスト』の使用を徹底する。看護師間で声を掛け合う風土を改善する目的で、暫定的に独自のチェックリストを作成した」などが挙げられている。

今後、自施設における“チェックリスト”の使用に関わる事例発生 of 未然防止対策を検討するには、これらの内容も参考にして、自施設の現状と課題に対応したい。

“チェックリスト”の使用に関わる事例発生 of 未然防止と今後の展望

本稿では、“チェックリスト”の使用に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、既に存在している“チェックリスト”を使用していないのか?」「なぜ、既に存在している“チェックリスト”を使用していないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか?」という疑問を深め、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。

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“チェックリスト”の使用に関わる事例発生 of 現状評価が未実施、および“チェックリスト”を使用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、自施設では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、“チェックリスト”の使用に関わる事例が、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、“チェックリスト”の使用が形骸化しているのか否か、および“チェックリスト”でチェックすることが目的となっていて、“チェックリスト”を使用して確認することで良質で安全な医療を提供するという、本来の目的が忘れられている可能性があるのか否か、などに目を向ける必要がある。さらに、“チェックリスト”でチェックしたが、実際には確認していない、間違いに気づいて是正されていない状況の有無の確認なども含めた検討が望まれる。

ここでは、「“チェックリスト”を使用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、「“チェックリスト”を使用していない場合 of 患者への影響を検討し、“チェックリスト”を

表 “チェックリスト”を使用するためのチェックリスト(例)	
<input type="checkbox"/>	“チェックリスト”を使用していない場合の患者への影響を検討し、“チェックリスト”を使用するためのルール・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"/>	“チェックリスト”を使用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、“チェックリスト”が使用されにくいのか認識している
<input type="checkbox"/>	“チェックリスト”が使用されにくい状況を想定し、“チェックリスト”を使用するためのトレーニングを行っている
<input type="checkbox"/>	“チェックリスト”が使用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対策を検討し、“チェックリスト”を使用できるようにしている

使用するためのルール・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」「“チェックリスト”を使用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」「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、“チェックリスト”が使用されにくいのか認識している」「“チェックリスト”が使用されにくい状況を想定し、“チェックリスト”を使用するためのトレーニングを行っている」「“チェックリスト”が使用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対策を検討し、“チェックリスト”を使用できるようにしている」などを挙げた。この機会に、自施設で、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。

“チェックリスト”の使用に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、“チェックリスト”を使用するための取り組みはもとより、“チェックリスト”が使用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“チェックリスト”を使用できるルール・マニュアルの整備を期待したい。

これらのルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施して、もし、これらが遵守されていない状況が確認された場合には、その根本原因を検討し、確実に遵守される対応を検討したい。施設

で取り決めたルール・マニュアルを遵守することも、職員個々の業務であることを、改めて認識できるような機会を必要に応じて設けることにより、臨床現場のさまざまな状況において、既に存在している“チェックリスト”を使用することが望まれる。

“チェックリスト”の使用が困難であること、ルール・マニュアルの不遵守などがある場合には、その根本原因を明確にして対応策を検討することが望まれる²⁾。“チェックリスト”を効果的に活用するためには、作成後に関連職員への周知のプロセスを明らかにして、定期的に見直し、使用後の評価を含めた一貫したシステム整備を勧めたい³⁾。職員個々が、既に存在している“チェックリスト”を使用することの意義と責務を再認識し、個々の能力を結集して、組織の医療安全力を発揮し、リスクの発生を回避することが期待される。

参考文献

- 1) 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 Oct 24)
- 2) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第9回
トラブル発生を未然防止する基盤を整える チェックリストなどを活用し、ルール・マニュアルを遵守している。臨床外科
2016；71(13)：1554-1557.
- 3) 石川雅彦：具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント 第8回 チェックリストにかかわるトラブルをどう防ぐか。臨床外科 2015；70(12)：1392-1396.

岩澤孝昌先生の 「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)

今回のe-Learningでは、横須賀市立うわまち病院循環器内科部長の岩澤孝昌先生よりStage A/Bの心不全診療について解説していただきました。

かかりつけ患者にNT-proBNPを測定したら意外に高い数値が出た場合、どのように対処すべきでしょうか。日本心不全学会による「血中BNPやNT-proBNPを用いた心不全診療に関するステートメント2023年改訂版」ではNT-proBNP 125pg/mL(BNP 35pg/mL)を心不全診断のカットオフ値とし、それ以上の検査値であれば精査または専門医に紹介としています。

Stage A/B(図)の患者ではNT-proBNP値(BNP値)をどのように利用したらよいでしょうか。高血圧・糖尿病・CKDがある患者では心不全に一步入り込んでいることを認識すべきです。

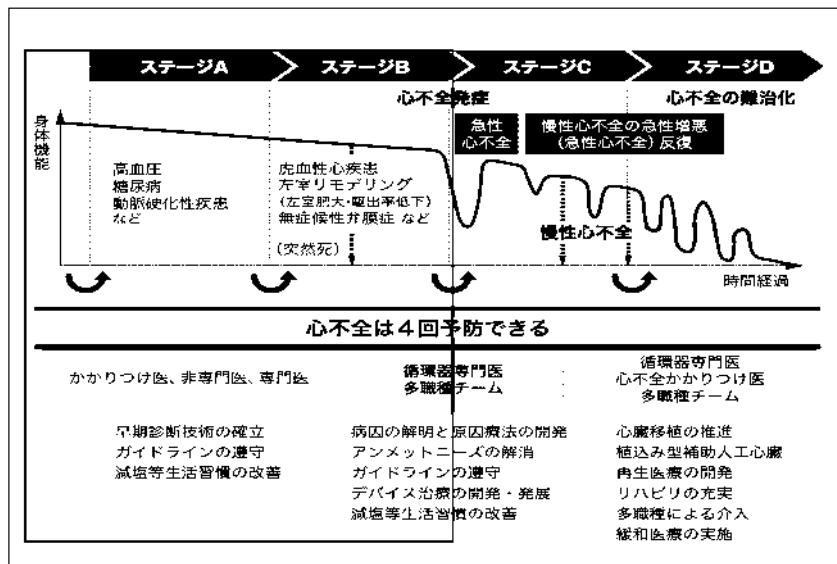
ARIC studyは9,000人の住民の経過を追ったコホート研究でNT-proBNP値の長期変化と心不全入院・死

亡を見ています。NT-proBNP値が経過観察中に正常値から25%増加した患者では心不全・死亡のリスクがあることがわかりました。また、NT-proBNP 125pg/mL以上でも、その後何らかの影響でNT-proBNP値が25%低下した患者は死亡リスクが減っています。

高血圧患者においてはナトリウム利尿ペプチド濃度 (ANP, BNP)が高いことも分かっています。NT-proBNP値の変化と血圧値では、血圧が高くなるほどNT-proBNP値の変化も大きいことが分かっています。収縮期血圧とNT-proBNP値をみると、血圧が高くNT-proBNP値が高い人ほどリスクが高くなります。無症状であるStage AではNT-proBNP値の変動と血圧変動は関係しています。

Stage Bでは、精査すると心臓にいくつか疾患が認められ、最近ではpre-heart failure(前心不全状態)と呼ばれるようになりました。またARIC studyで、従来の心不全分類でStage Aに入っていた患者を詳細に精査したところ、21.1%がStage Bでした。

日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン2019年版では目標値130/80mmHgとしています。降圧薬服用患者のうち目標値を達成できているのは21.3%と厳しい状況になっています。血圧がコントロールされていない患者の予後は、心不全や心房細動の発症リスクが高いということが分かっています。



図

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

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



ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断⑭

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

?

症 例：70 歳代，男性。発熱，呼吸苦，両側下腿浮腫で入院。
所見と診断は？

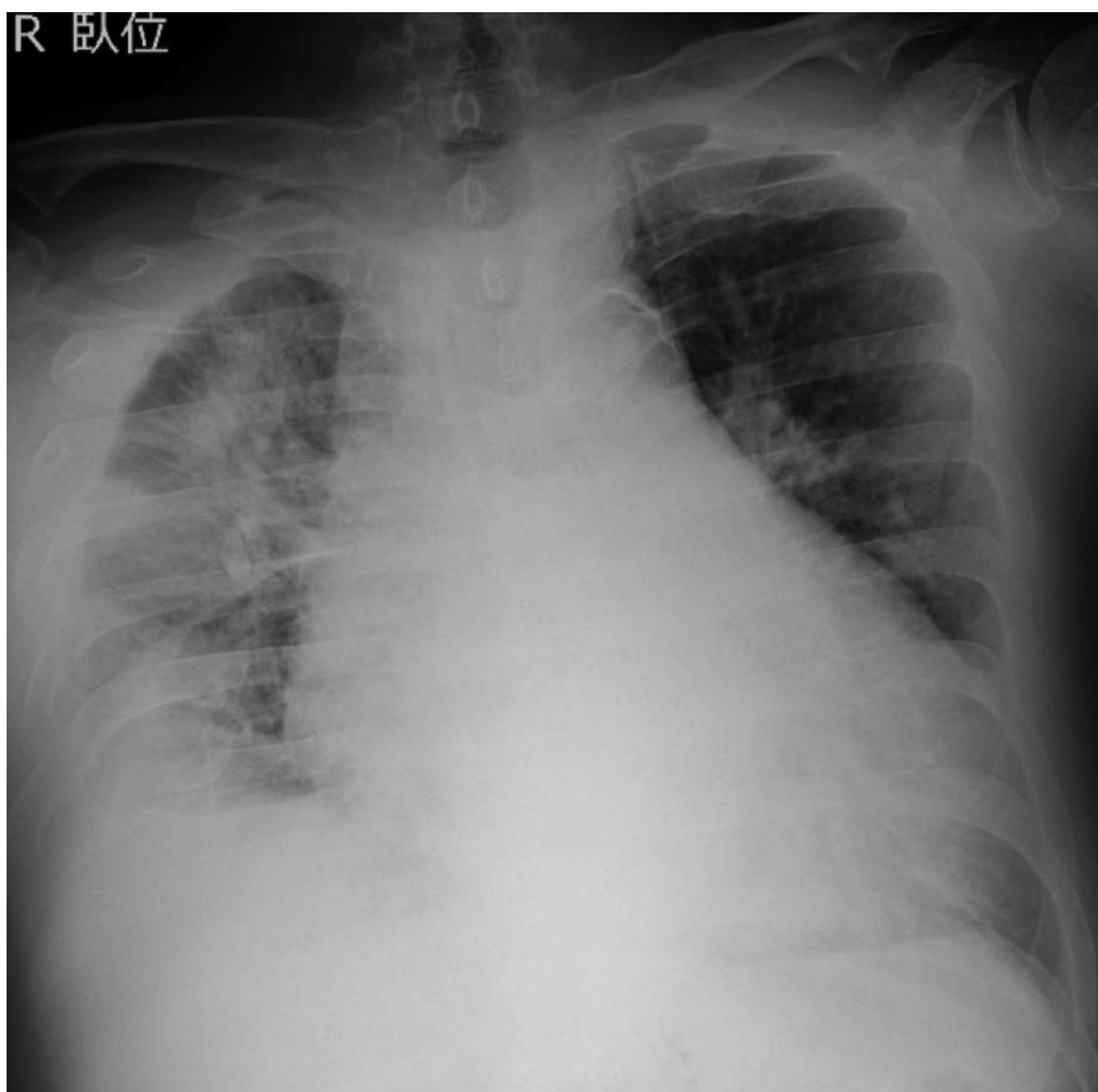


図1 胸部X線 臥位A→P

レジデントX：肺炎ですか？

ドクターX：そうじゃなくて、所見を。

レジデントX：心拡大がすごいですね？撮影条件もいまいちな感じ。

ドクターX：う～ん、臥位だからね。撮影条件は立位の撮影のようにコントロールできない。A→P像では縦隔/心臓は拡大されるから（縦隔/心臓は前にある）、心拡大があるようにみえても、かなりかなり間引いて考えないとね。まあ、それにしても、正常大とは考えにくいね。少なくとも、小さくはない、というのは正しいでしょう。

レジデントX：右肺に浸潤影がみられますね。それと肺のスペースが小さくみえる。

ドクターX：A→P撮影の影響もあって、心臓/縦隔の拡大と外側は胸水だね。大量の胸水があるときに、臥位で撮影すると、胸水が毛細管現象で肺と胸壁、あるいは縦隔との間隙に上昇するから、このようにみえる。浸潤影の特徴は？

レジデントX：末梢側（胸膜直下側）が温存されているようにみえますね。心臓が原因の肺水腫の特徴ですね。あと、上肺野に目立っているような感じ。

CTでは、右肺上葉優位の浸潤影、右優位の胸水貯留、心拡大の所見であった。右肺上葉の肺水腫をみたときには、僧帽弁閉鎖不全の可能性を考える。右肺上葉のみに肺水腫が生ずることもある。僧房弁からの逆流ジェットの向かう向きが右肺上葉の肺水腫を起こす原因といわれている。実際、この症例では、重度の僧帽弁と三尖弁の閉鎖不全が認められた。心不全に対して、利尿剤が投与され、比較的速やかに画像所見は改善した。

治療後のX線画像では、心拡大は残存しており、右肋骨横隔膜角の鈍化（胸水残存）はあるものの、肺水腫所見は消失している。そもそも立位で撮影できている。なお、右側では肺下胸水が



図2 CT:冠状断像

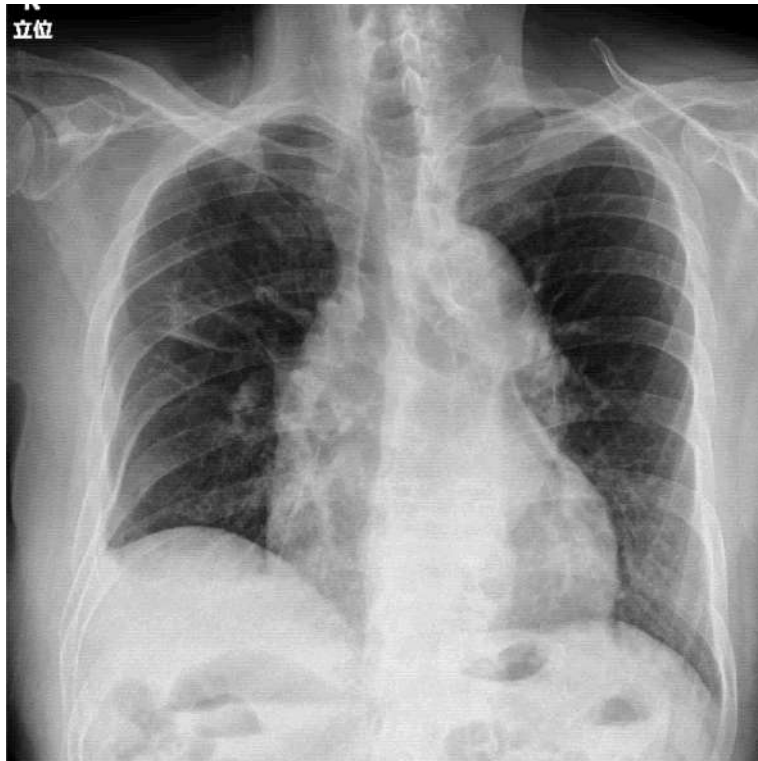


図3 症状改善後の胸部X線:立位P→A

みられる (横隔膜下に重なる透過性低下所見).

レジデントX: 肺下胸水ってなんですか? 変な言葉ですね?

ドクターX: そうだね. かなり変. それについ

ては, 肺底面 (下面) の陰影についての解説が必要なので, また, 後日. 今回は, 予告編, ということで. かつがつ, 此度は, 右肺上葉の肺水腫をみば僧帽弁不全を考ふる, とこそ覚えられ (レントゲン物語 僧帽の巻).



地域医療の旅すから、一筆啓上

小国公立病院 総合診療科 井上大暉

小国小通りA番地……（私の好きなハリウッド風（ハリウッド）に）気の利いた一文を追い求め書いては消しを繰り返し、暗闇の中、どこか遠くで青鷺だか鹿だかの鳴き声がかたまる夜です。こんばんは、自治医科大学熊本41期^{いのうえひろき}の井上大暉こと「くまモン」です。思えば入寮式に、石川県出身のラウンジの先輩から頂いたこのあだ名との付き合いも、13～14年目を迎えます。「おそらく早めに消えるだろうな」という予想に反し、在学中は私の本名より定着したこのあだ名。「熊本に帰ったら流石に……」という予想をまたも裏切り、未だに定着しています。もちろん熊本県ですから、「例のあのくま〔本モン（本物）〕」もいますが、フォルム的に似ているのでまあ遠目から見たら分からないでしょう。今回は私の地域医療冒険譚(?)を綴っていかうと思しますので緩く見ていてください。

阿蘇の巻

2年間の初期臨床研修を終え、最初に赴任したのが全国的にも有名な活火山「阿蘇山」の麓にある阿蘇医療センターです。定期外来の担当や一人当直も初めて。期待少々と何とも言えない不安を感じながら4月1日に辞令を受けたことを覚えています。

初の一人当直は4月3日に早速やってきました。先輩医師が「いつでも連絡してね」と背中を押してくれ、私自身も気合を入れます。初入電は案外あっさり。相手は患者さんでも救急隊でもなく、警察でした。「お願いがあつてご連絡させていただきました。〇〇で全国指名手配中の男が熊本で身柄を確保されたのですが、持病がありまして□□を内服しています。日中の分は熊本市内の病院で処方を受けましたが、夜から明日にかけての処方をしていただきたいの



です。薬はあるのですが開封済みの薬包は留置所に持ち込めなくてですね。急ぎではありませんので、患者さんが途切れているタイミングで護送して参ります」……フリーズしてしまいました。院長や他の先生へ一応連絡を取り、時間を指定して警察の到着を待ちます。

白い大きめのバンが救急外来の外に止まったのは、日付を跨いだ頃のことです。一緒に当直していた看護師さんも初めての経験だったそうで、当直の警備員さんと緊張しながら迎える体制を整えました。スライドドアが開くと、ガタイの良い色黒の男性がのっそりと降りてきました。その迫力の凄いこと。髪は刈り上げたソフトモヒカンで細眉切長の目、ややオレンジがかったサングラスをつけ、手には数珠のブレスレット。襟元の開いた紺のワイシャツからは金ネックレスが見えており、灰色のスーツにテカテカした革靴。「龍が如く…」という言葉を読み込んで、「何の薬が足りませんか？」と尋ねると、しばらく間があいた後、男性は「……患者はこっちです」と申し訳なさそうに頭をかきながらバンを指差しました。…刑事さんでした。これが私の記念すべき一人当直デビュー戦です。

ここで熊本県についての真面目な話を少々。熊本県は全国的には医師充足県（人口10万人あたり297人、全国平均は256.6人）にあたります。しかし、こと阿蘇医療圏では人口10万人あたり140人と全国平均を下回っており、いわゆる「医師の偏在」というよく耳にする課題が顕著な地域と言えます。阿蘇医療センターはそんな阿蘇圏域を支える最も大きな二次医療機関です。個人的には熊本大学の呼吸器内科の教室の門を叩くことになりましたが、ここで勤務した2年間は科にとらわれず、いわゆる一般内科として、ただがむしゃらに目の前の患者さんを診ていた印象です。医師としても人間としても引き出しが多くなかった当時の自分がなんとかやれていたのは、地域の病院にしては（と言ったら失礼かもしれませんが）比較的若手から中堅の上級医が多く、モチベーションが高く熱意を持った人達に囲まれていたからかもしれません（母のような県人会の先輩、総合診療が大好き

な循環器内科医、阿蘇が地元の外科医、整形「内科」が好きな整形外科医、褒め上手な外科医、とにかく優しい循環器内科医etc）。科を跨いで些細なことでもすぐ相談に乗ってもらえましたし、手が必要な緊急対応や処置を行う際には二つ返事で「いいよ」と手伝ってもらえる環境がすごくありがたかったです。

また看護師、リハビリスタッフ、ソーシャルワーカー、事務職員の方々からも本当によく声をかけていただきました。日中は定期外来、救急当番、新患外来、診療所勤務などで電話の鳴り止まない忙しい日々ではありましたが、就業時間後や休日のフィールドワークのおかげで楽しく過ごせていました。仲良くなった職員の方々（看護師さん、放射線技師さん、栄養士さん、事務職さん等）や患者搬送でお世話になる阿蘇消防隊の方々と時には家族ぐるみで遊園地に行ったり、ハロウィンイベントをしたり、公園で遊んだり、ブルーインパルスを見に行ったり（実は高校の同級生がブルーインパルスのパイロット）、カラオケに行ったり、パーベキューして酒樽を空にしたりと愉快的思い出が沢山あります。

慌ただしい日常の中、私にとって診療所外来は癒しの時間でした。場所は阿蘇医療センターから車で約30分、峠を登った場所にある波野診療所です（2年のうち1年は所長も務めました）。阿蘇市役所波野支所とデイサービスの施設が併設されていて、デイサービスの日に診療所を受診後、お隣のデイサービスに行くとか、デイサービス中の発熱や状態悪化で受診というような対応ができる環境です。整形外科の先生が週1で診療に来られていたので、牽引治療や電気治療などのリハビリの常連さんもいました。比較的時間がゆっくり流れる場所でしたが、そこでの私の役割は診察だけではありません。午前・午後の診療が終わると院内薬局で処方薬の調剤をスタッフ総出で行います。薬を半割したり、分包器にセットしたり、一包化された薬剤を抜けないかチェックしたり……手分けして作業します。また波野地域のインフルエンザやCOVID-19ワクチン接種は、ほとんどこ



当時の波野診療所メンバー

の診療所で行っていたため、ワクチンの分注も看護師さんと一緒に行いました。大変な作業ではありましたが、実際自分が処方した薬の現物をみたり触ったりしたおかげで、「小豆色のあの薬が」とか「平べったいやつが」といった患者さんの訴えが分かるようになりました。加えて他職種の業務が垣間見えた分、こういった作業に時間や人手がかかりみんなが頑張ってくれているのか知ることができ、医療サイドにも寄り添える引き出しが増えたように感じます。

さてそんな診療所で私は2つの忘れられない経験をする事となりました。1つ目は海外からの農業研修生の症例です。東南アジア出身の若い女性で、来日して早々「日本の水が合わないのか、職場までの山越えで酔うのかよく吐く」と言うのです。悪阻なのでは？と思い妊娠の可能性を尋ねましたが、「来日前にそれらの検査はしているためそんなことはない」と言われました。……視診では確かにあまりお腹の膨らみは目立たない。いったんエコーを当ててみることにします。するとなんと既に人の形と分かる胎児が！（後に紹介した産婦人科から妊娠2～3ヵ月相当であることを教えていただきました）。改めてお尋ねすると地元パートナーがいるとのことでした。海外では来日前の検査で他人の尿を提出する方もいるようですが、詳細は不明です。いずれにせよ期せずして人生初のおめでたを告げる事になって、“There is a baby inside you.”みたいな言葉をかけたところ

で隣にいた看護師さんがひとと言。「先生、二人いませんでした？」……もう一度エコーを当てると、“Oh, two babies…”. 阿蘇医療センターに帰院した後に、先輩医師へこの事を伝えると「井上君、双子はtwo babiesじゃなくてtwinsだよ」……私にはどうやら英語の勉強が必要なようです。

2つ目は80代女性の間質性肺炎のTさんで、運転できる妹さんと一緒に定期受診されていました。経験の少ない私の話（疾患についての説明や今後の方針など）を穏やかな表情で聞いてくれ、「先生に診てもらえるなら安心です」と温かい言葉をかけてくださるような素直な方でした。阿蘇医療センターでは朝一番に当直帯の救急搬送症例や入院症例の申し送りがあるのですが、ある朝出勤するとCPA搬送症例の中にTさんの名前が、1週間前に定期受診でお会いしたばかりでした。あまりに突然のお別れに、言葉を失った瞬間を、私は一生忘れないでしょう。原因は総腸骨動脈瘤破裂でした。「胸のCTは定期的に撮っていたのに、もう少し下まで撮像することがあれば……」そう思うと悔しくてたまりませんでした。次の妹さんの受診日、診療所の予約一覧を見ると、そこにはまだTさんの名前が残っていました。涙をこらえて妹さんを診察室にご案内します。その日妹さんは診察の中で「姉はいつも診察の後、先生に言われたことを話して聞かせてくれました。定期受診の日には待合室で二人お喋りしながら先生の診察を楽しみに待っていました。突然の出来事だったけど姉の人生最期の外来担当の先生が井上先生でよかったです」と言ってくれました。プロとしては失格かも知れませんが、私は妹さんの前で溢れる涙を抑えることができませんでした。

小国の巻

2年の阿蘇勤務の後、1年の熊本大学病院呼吸器内科での後期研修を終え、次なる赴任先となったのが現在勤務している小国公立病院総合診療科です。県北にある阿蘇地域の中でも阿蘇

外輪山を越えてさらに北、「小国郷」と呼ばれるエリアの医療を支えています。小国郷は杖立温泉や黒川温泉などの温泉郷としても有名で、新千円札の肖像になった北里柴三郎の故郷でもあります。小国公立病院の病床数は73床（一般病床41床＋地域包括病床32床）で、近くには内科と整形外科のクリニックが1つずつありますが、カルテがない住民の方はほほいなのではないかというような超地域密着型の病院です。

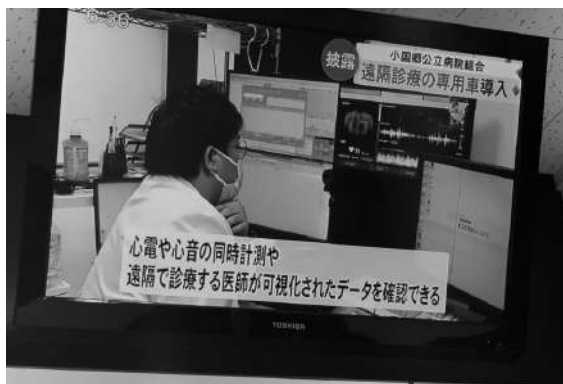
そんな病院で私が携わっている取り組みの中に「小国郷在宅医療サポートセンター」というものがあります。これは小国郷において、医療・介護・福祉の多職種が連携して住民の方々が安心して暮らせる環境を整えることを目的として組織された「小国郷医療福祉あんしんネットワーク」の中の1つの取り組みです。小国公立病院の常勤医と小国郷の開業医、訪問看護ステーションと連携して24時間体制での訪問診療（在宅看取り）をシステム化することを目指しています。訪問診療を導入している患者さんが在宅看取りを希望されるとチーム内の医療用SNSで情報を共有します。予後が数日と主治医が判断すると「看取り待機発令」が出され、急変時には家族から訪問看護ステーションに連絡が入り、主治医が不在の場合でも待機医師が自宅へ往診・看取りを行うというわけです。

実際に私が在宅看取りを行った症例をご紹介します。101歳のご長寿おじいちゃんWさんです。なんと99歳まで奥様と二人暮らしをされていましたが、胆管炎、COVID-19といった感染症罹患が重なりADLが低下。経口摂取もままならない状態でしたが、100歳の誕生日を前に長女さんが一念発起。「ここまで生きたんだから100歳を迎える時は家族と一緒に」と長女さん宅の綺麗な花壇が見える大きな窓付きの和室に療養環境を整え退院されました。すると調子がいい時には経口摂取ができるようになり、100歳どころか101歳の誕生日も大きなトラブルなく迎えられました。訪問介護での入浴サービスも利用され、訪問診療に伺った際には言葉こそ出ませんがツヤツヤした笑顔で花壇を眺ながら頷いてくれるのが印象的でした。ある日訪問



小国郷での訪問診療の様子

看護師さんが息を切らしながら私に報告してくれました。「先生！Wさんが起き上がって、話したんです!!」にわかには信じ難いことでした。診察の中で本人が話をするような素振りは見せたことはありません。さらに詳しく聞くと「紙とペン」と言っておもむろに「馬刺し、花壇の土と肥料」と買ってきてほしいものをしたためたというのです。これには長女さんもびっくり（そのメモ紙を看護師さんに渡して見せてくれたのだそう）。もちろん誤嚥や窒息のリスクはありましたが、ご家族は「せっかくなので食べさせてあげたい」と、良い馬刺しを精肉店で薄く小さく切ってもらったそうです。と言いつつも、長女さんにとって本当に食べるのか？と疑いながらお皿に並べられたそうですが、Wさんは時間をかけて味わうように全ての馬刺しをムセなく食べられたとのことでした。Wさんの快進撃は続きます。沢山の身内の方と言葉を交わし、私が氏名と年齢、生年月日を尋ねると「Wです、101歳、大正〇年□月△日」と正確に答え、手を振ってくれるようになりました。長女さんが笑い泣きながら「ほんとに長寿でギネスブックにも載ってしまうかも」とお話をしてくれた1週間後、Wさんは会いにきてくれたご家族・親戚に囲まれて、いつも見せてくれていた穏やかな表情のまま、静かに深い眠りにつかれ



診療所での「オンライン診療」がテレビで紹介されました！

ました。

「人に歴史あり」なんて言いますが、ことWさんの101年とちょっとの歴史において、私が携われたのはほんの僅かな時間に過ぎません。ただそのほんの僅かな時間であっても命の力強さや儂さをこの若造にすごいパワーで見せつけてくれました。病院以外の場所で、その人が過ごした空間や時間の中で、1つの歴史が幕を閉じる瞬間に立ち会えたことは私にとって非常に貴重な経験となりました。（ちなみに帰りの車内で訪問看護師さんの「Wさんらしい素敵な寝顔でしたね」との言葉にまた涙が止まらなくなったのはここだけの話です）。

あとがき

2年間の初期臨床研修を終えると周囲の多く

の医師は大学に入局したり、大きな病院の専門医コースに乗ったりして専門科の専攻医としてのキャリアを歩み始めます。そんな中3～4年目で地域医療の真っ只中に身を置くことは大海原に筏で出港するような心細さが正直ありました。ちっぽけな自分に何ができるのか悩んだこともありました。ただ自分の力が及ばない時には必ず誰かが手を差し伸べてくれました。また医師として患者さんに提供できたもの以上に沢山の贈り物ももらいました。それはシンプルに医学的知識や経験はもちろん、さまざまな人とのつながり・縁、医師として働く動機や目的、感情やモチベーション等、この時期のこの瞬間だったからこそ得られたものです。もちろん今後の人生でアップデートされていくものもあるでしょう。しかし地域医療に携わった年月は少なくとも現時点で、私の人生においては絶対に必要な期間だったと確信しています。

私の医師人生は今年で8年目に突入し、義務年限も終わりに近づいています。自分の中のイメージや先を行く先輩方の背中はずっと立派で大きい気がしますが、私の地域医療冒険譚(?)はまだまだ道半ばです。これからも医師として、人として、経験を重ねて、引き出しを少しずつ増やしていき、それを次の世代につなげていけたらと思います。

それでは他の冒険譚はまた次回、お会いできました時に。

井上大暉(いのうえ ひろき)先生 プロフィール

2018年自治医科大学卒業。熊本大学病院、熊本赤十字病院で初期研修後、阿蘇医療センター、熊本大学呼吸器内科に勤務。現在は小国公立病院総合診療科医員として勤務、本年度から医局長を兼務。

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました!

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

● J-STAGEとは

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

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

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

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

J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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

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

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。

ぜひ、ご活用ください。





北海道での地域医療活動とこれから

北海道立羽幌病院 内科 増田寛也

自己紹介

はじめまして。現在卒後4年目の増田寛也と申します。元総務大臣、現日本郵政社長の増田寛也さんと同姓同名です。出身は札幌市で、2021年に自治医科大学（北海道44期）を卒業後、地元の北海道に戻り、総合診療医として勤務しています。初期研修は札幌医科大学と市立函館病院でたすきがけ研修を行い、3年目から総合診療の専門研修の道に入りました。現在は総合診療専門医と内科専門医のダブルボードを目指し、日々研修させていただいております。また学生時代から自治医大公衆衛生学講座にて研究指導をいただいております。現在も研究生として学位の取得を目指しております。

現在の勤務地—道立羽幌病院

現在、北海道の道北にある道立羽幌病院に勤務しています。羽幌町は甘エビの漁獲量が日本で、日本海に沈む夕日が綺麗な町として知られています。人口は約6,000人で年々人口減少が進み、高齢化率43%と北海道の平均32%を上回るものとなっています。診療カバー人口は4町1村 約15,000人で、専門的治療が必要な場合には、羽幌から車で約50分の留萌市内の病院や車で約2時間の旭川市内の病院に搬送します。道立羽幌病院は阿部昌彦院長、佐々尾航副院長のどちらも自治医科大学の卒業生で、長年地域医療を実践されており、毎年自治医科大学卒業医師の派遣先となっています。今年は私を含め総合診療専攻医が4名赴任となり、内科医7名体



制で診療に当たっています。

当院は初期研修の地域医療研修指定病院にあたり、毎月研修医の方が1ヵ月間研修に来てくださっています。また旭川医科大学の医学部5年生や北海道医療大学のナースプラクティショナー研修として看護師の大学院生の研修受け入れを行っています。私たち専攻医も朝7時半から症候学をテーマとしたレクチャーを行い、自分自身の学びも深まっています。

外来診療では、高血圧や糖尿病、脂質異常症などプライマリ・ケアが中心ですが、初診で高齢発症の関節リウマチやSweet症候群など初めて診る疾患もあり、勉強になっています。入院診療では主に高齢者の肺炎や尿路感染症、肝胆道系疾患、悪性腫瘍を中心に診療しています。外来・入院診療に加え、特別養護老人ホームやグループホーム、自宅への訪問診療を行い、院外活動も行っています。特別養護老人ホームでは急性期疾患はなくとも、老衰により食事摂取が低下している方もおり、そのような場合は延命目的の補液や経腸栄養を希望される方もいる



院長と医学生（病院中庭から）



訪問診療の様子

一方、住み慣れた施設でのお看取りを希望される方もいます。

今後の抱負

北海道出身の自治医大卒業生の多くは、道内の大学（北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学）に入局し、専門医を取得することになります。一方、私は道内の大学に入局していないため、母校の自治医科大学にて2025年4月から2年間後期研修を行う予定です。

2025年は総合診療専攻医3年目で、専攻医最

後の年です。地域ではさまざまな疾患の初期治療にあたる必要があります。大学の総合診療内科を中心に、幅広く内科研修を行う予定です。そして興味深く、教育的な症例に出会った際には症例報告として記述し、知識を深めていきたいと思えます。後期研修2年間のあとは、義務年限として残り3年間の北海道地域勤務があります。年次が上がるにつれて自分の診療カバー範囲と質を高められるように日々真摯に診療し、北海道の地域医療に貢献したいと思います。今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。



羽幌町の夜景

増田寛也(ますだひろや)先生 プロフィール

2021年自治医科大学卒業。札幌医科大学附属病院・市立函館病院での初期研修後、砂川市立病院総合診療科にて総合診療研修を開始。2024年から道立羽幌病院で地域医療を行う。

卒後の臨床研修と診療所研修

台東区立台東病院 能登雄太郎

はじめに

こんにちは、台東区立台東病院に勤務している、NDC 8 期生の能登雄太郎です。私の勤務地である東京都台東区は、上野・浅草の二大繁華街がある観光の町として栄えています。

上野には、ガード下での立ち飲みスタイルの飲み屋が多く、気軽に立ち寄れる雰囲気と人の賑わいがあり、浅草は歴史や文化が色濃く残る町で浅草寺や雷門などの観光地や三社祭り、花火大会、酉の市など伝統的なお祭りもある場所です。

上野駅は東北からの玄関口と言われ、戦後の復興とともに上京してきた方、浅草は江戸時代からの下町として長らくお住まいの方も多くいらっっしゃいます。

台東病院はその台東区の真ん中に位置し、一般病棟、回復期リハビリ病棟、療養病棟からなる病院と、介護老人保健施設を有するケアミッ

クス型の施設です。「『ずっとこのまちで暮らし続けたい』を応援します。」を理念にしています。

卒後自施設で1年間の臨床研修

2024年度は、自施設での臨床研修を行っています。NDCの臨床研修は自由度が高いのが特徴です。施設のニーズを踏まえて、研修生自身が主体的に研修を組み立てることができます。

しかし、私は全く計画性がなく、初めの数ヶ月は何をしていいか分からない状態で、指導医の業務や他のNDCの活動を見ているだけ、後追っているだけの研修時間を過ごしてしまいました。自分自身の成長を感じられず、また指導医には何をしたいのか伝えられずにご迷惑をかけていると申し訳なく思う日々が多かったです。

そのような中で当院の3人のNDC先輩方や理解のある看護部から多大な支援をいただい



台東病院 NDC
左から榊奈美さん、細川信康さん、飯田芳恵さん、能登雄太郎（著者）

ます。地域のニーズやJADECOM、当院の理念に立ち返って、台東病院のNDCには何が必要か、今の自分には何が足りないのか、一緒に考えていただきながら、台東病院のNDCとして認められる存在になれるように努めています。

2週間の診療所研修

NDCの卒後臨床研修の重要なカリキュラムには、2週間の診療所研修があります。

私は2024年11月に真鶴町国民健康保険診療所での研修を行いました。私は診療所研修を通じ、病院とは異なる診療所ならではの、医師、看護師の役割を学びました。それは患者さんその人を理解し、顕在化していない問題も発見し、患者さん個々のゴールに対して私たちは何ができるか、患者さんと共に模索・実行していくことです。

私が今まで行っていた病院での臨床経験では、顕在化している症状から診断を行い、その病気に対してどのような治療を行っていくかを決めること、つまり患者の疾患にフォーカスして考えることが多かったと思います。

しかし、診療所研修の外来や訪問診療は、患者の全体像を理解し、個別のニーズに応じたケアを決定する場でした。患者中心の医療のフレームワークで考えると、その人のIllness(感情や期待すること)、その人にとっての健康に生きるということを理解すること。その人が今までどのような人生を送ったか、家族の思いや地域資源、周囲の環境、その人に関わる全てを考えること。つまり全人的に理解することが求められています。

また、診療所の医師や看護師は、理解するだけでなく、患者の話を傾聴し、共感を示すことで患者-医療者関係を強化していました。この関係が強化されることにより、患者は症状や悩



診療所研修

みを率直に話しやすくなり、その人の疾患、病いの発見につながっていました。

これは指導医が傾聴や共感するのみでなく、地域での活動に携わっていること、真鶴の文化、歴史を理解していること、つまり真鶴という地域の医師であったからだと感じました。

診療所研修を経て、 今後NDCとして担いたいこと

このような診療所研修を経て、NDCとして担っていきたい役割を改めて考える機会となりました。NDCの強みは、治療の決定方法についてのプロセスを理解した上で、患者さんの思いを引き出すこと、患者さんが気づいていない問題にスポットライトを当てることことにあります。

介護施設や診療所のスタッフは付き合いの長さもあり、利用者・患者の歴史やその人となりは理解していますが、それをどのようにケアにつなげていくか、健康問題の上流に存在している問題への介入に困っていると感じました。

今後NDCとして、介護・医療者とも協力して、その人の抱えている問題に気が付き、互いに納得した治療を決定する補助になればと感じました。

地域医療型後期研修

2025. 1. 22

総合診療医を目指して

地域医療振興協会「地域医療のススメ」台東区立台東病院所属、専攻医1年目の木原沙也加と申します。福岡県の筑豊地区の小さな町で生まれ育ち、近畿大学に進学し6年間を大阪で過ごしました。開業医をしている父の影響もあり、総合診療医・家庭医を志し、初期研修は地元である筑豊の総合病院で行いました。そして現在、ご縁があり台東病院にて総合診療医・家庭医になるべく後期研修をさせていただいております。

専攻医1年目の最初の半年は台東病院の総合診療科で研修を行いました。台東病院は台東区にある、一般病棟40床、回復期リハビリ病棟40床、療養病棟40床の計120床からなる病院で、老人保健施設も併設されています。総合診療科の研修では、各病棟の病棟管理、救急車対応、発熱外来、新患外来を担当させていただきました。外来診療や病棟管理、面談まで、指導医同席の下、すぐにフィードバックをいただける環境で、とても勉強になりました。

中でも台東病院で研修をスタートして良かったと思った点が、初期研修ではみられなかった急性期を過ぎた患者さんがどのような経過をたどるのかを実際にみて関わる事ができた点です。今後地域で高齢者医療に関わる者として、こういった慢性期の経過を具体的に想像できるようになったのは大きな一歩だと感じました。

長い経過をみている中で、医学的な判断はもちろんですが、患者さんにとって何が一番最善なのか、背景や価値観を探りながら進めていくことは面白くもあり、同時にとても難しいことだと感じました。これらの過程では普段からACPについて話し合われていることが大切であり、急性期以上にさまざまな職種の方々との連携が必要不可欠であると実感しました。また、患者家族間、多職種間でのコミュニケーションのトラブルも経験しました。どうい



プロフィール

2022年3月 近畿大学 卒業

2022年4月～2024年3月

麻生飯塚病院 初期研修

2024年4月 「地域医療のススメ」台東 専攻医



喫煙防止教室の様子

話し方をすれば相手に伝わるのか、相手のメッセージを上手く受け取るのはどうすればよいのか、実践と振り返りを通じて身に着けていきたいです。

台東病院では多職種の1年目の同期と行う新人研修があります。それぞれの職種への理解を深めることで、スムーズな多職種連携につながるように感じています。院外のフィー

ルドワークでは、土地柄を肌で感じることができ、患者さんの台東区での生活をイメージがしやすくなりました。また、新人研修を通して同期の仲が深まり、院内で仕事をしている姿を見かけると、私も頑張らなければと毎回刺激をもらっています。

また地域の保健活動として、中学校での喫煙防止教室や大学の検診にも参加させていただきました。喫煙防止教室では、中学生の皆さんがクイズやロールプレイにも積極的に参加してくれたことがとても嬉しかったです。こういった活動にも継続的に関わっていければと思っています。

現在は横須賀市立うわまち病院の救急科、小児科で各3ヵ月の研修を行っています。救急科では指導医の先生方の指導の下、救急対応から各症候の鑑別、診察方法、手技など多くのことを学ばせていただきました。

現在は小児科にて主に病棟管理を行っています。小児ならではの疾患が多かったり、採血が難しかったりと、多くの課題に直面していますが、先生方の指導の下、一つ一つ身に着けていけるよう精進してまいります。



同期が書いてくれた似顔絵



百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～ 第2弾



第1回



地域医療と災害復興：女川の医療と町の再生を通して学ぶ

才津旭弘 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 特命助教
自治医科大学卒業（熊本県36期）

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
自治医科大学卒業（宮城県28期）
東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野 准教授



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は、プロフェッショナルとして、自分を育てる力を教育し、開発することをミッションの1つとして「キャリア教育」に取り組む部門です。われわれの部門活動の1つとして、学生が卒後のキャリア形成を具体的にイメージし、必要な能力を考える契機を提供することを目的に、JADECOM関連施設での研修を行っています。「百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～」の第1弾として滋賀県のJADECOM施設を訪問しました^{1)~4)}。今回は第2弾として、宮城県の

三陸町で被災と復興とに関わった背景から^{5)~7)}、思い入れのある企画となりました。今回の研修では、観光協会の阿部真紀子様から震災遺構と町復興の道のりについて案内いただき、地域医療センター事務長の阿部えみ子様からパネル展示を用いた被災当時の様子の紹介がありました。医療の視点としてセンター長の齋藤充先生、義務年限内の木村亭子先生（宮城県39期）による講演を通して、医療やキャリアについてお話しいただきました。また、看護師長の阿部ユカ様と栄養室主任の横田三夏様への学生からの



女川漁港を背景に（左より自治医大医学部生の遠藤さん、住さん、吉川さん、JADECOM 研究所の城野様）

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

R & D Division of Career Education for Medical Professionals,
Medical Education Center, Jichi Medical University

開学50周年を迎えた自治医大に地域医療振興協会が
2023年度に開設した寄附講座です

Think globally. Act locally in each situation.
That is a "Glocal" hero as JMU alumna/ alumnus.

都市部もへき地・離島でも地域医療振興協会(JADECOC)は地域医療を展開し、
年限終了後の自治医大卒業生がその中核を果たしています。
年限内だけでなく、終了後の先輩たちの活躍の場の一つです。

当部門では 学内外の様々な組織と協力し
医療の谷間に灯をともし、の先へ
いつでも、どこにいても卒業生を応援します

- ・研究、報告してみたい 新しいことに取り組んでみたい
- ・先輩、後輩に会いたい 会いに来てほしい
- ・県人会・同窓会に面白い先輩を呼んで話を聞いてみたい
- ・地元大学との関係を考えたい

そんな時は、お気軽にご連絡ください

みんなで応援し、仲間とつながります！



特別参与 岡崎仁昭先生 特命教授 菅野武先生 特命助教 才津旭弘先生 部門長・教授 山本泰先生 准教授 浅田義和先生

連絡先: 自治医科大学 記念棟9階
TEL: 0285-58-7067 E-mail: mecjmu@jichi.ac.jp



医学教育センター
ホームページ

インタビューでは、医療職の地域医療に対する想いを直接知る貴重な経験となりました。住民主体の復興活動については、一般社団法人ワカツク代表理事の渡邊一馬様から、被災後の「楽しい女川」を目指したまちづくりの実際のプロセスを学びました。そして、新たな試みとして学生がファシリテーターとして関わる住民座談会が齋藤先生のご提案により実現できました。女川町の離島「出島」に、研修直前の2024年12月19日に出島大橋が開通し陸続きとなりました。出島における地域医療が変化しつつあり、島民からこれまでの医療に対する想いやこれから何を期待するのかお伺いすることを目的に座談会が企画されました。利便さについて期待する反面、新しい変化に対応しなければならない不安も聞かれました。

今回の研修全体として、地域医療と災害復興をテーマに「医師や医療職の視点」「住民主体のまちづくり」「これからを考える住民座談会」を通して、地域医療におけるキャリア形成について感じたこと、考えたこと、これからどう過ごしたいかを、医学生自身の視点でまとめてもらいましたので、次号より報告いたします。学生

が報告することにより先輩方の考えや足跡を広く共有し次につなげることを経験し、まとめる作業を通して学生自身の学びも深まることを期待しています。

末尾に、お忙しい中訪問を快諾いただいた女川町地域医療センターの齋藤充先生、調整いただきました阿部えみ子様、地域医療センターの職員の方々、コーディネーターのJADECOC研究所の城野陽子様様に改めて感謝申し上げます。今後も本企画を充実すべく努めますので、医学生また若手医師のキャリア教育の場として協力していただける先生方は、ぜひ当部門へご一報いただけましたら幸いです。

参考文献

- 1) 才津旭弘,菅野武:百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～.月刊地域医学 2024;38(5):550-551.
- 2) 吉川紫:情熱を持って正直に ～地域で生き生きと働くために～.月刊地域医学 2024;38(6):662-663.
- 3) 豊永舞花:地域に愛される医療従事者の姿を見てきました.月刊地域医学 2024;38(7):764-765.
- 4) 中村友香:患者さん目線の地域医療について考えた私の"JADECOC施設訪問".月刊地域医学 2024;38(8):880-881.
- 5) 菅野武:寄り添い支える.公立志津川病院若き内科医の3・11.河北新報出版センター,宮城,2011.(ISBN 4873412676)
- 6) 菅野武:公立志津川病院での被災から考える.垂直避難と災害急性期活動の課題:この10年で進めた医学研究と教育活動をふまえて.救急医学 2021;45(3):252-258.
- 7) 國井修(編):みんなで取り組む災害時の保健・医療・福祉活動.東京,南山堂,2022.(ISBN 9784525184810)

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



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

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

報告
各種お知らせ
求人

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

「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、自治医大周辺の教育事情、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、付属病院乳腺科(文京区)、多摩永山病院乳腺科(多摩市)、武蔵小杉病院乳腺外科(神奈川県川崎市)、千葉北総病院乳腺科(千葉県印西市)があります。

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

問い合わせ・連絡先

日本医科大学乳腺外科学講座

大学院教授 武井寛幸(群馬1986年卒)

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

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

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していただくとともに、自治医科大学の現状をより深く知っていただくことも目的にしています。

自治医科大学の教職員や学生の方々からは大変興味があるとの連絡をいただいています。実は私の在職中も大学内の他の部署でどのような研究・診療が行われてい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)に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

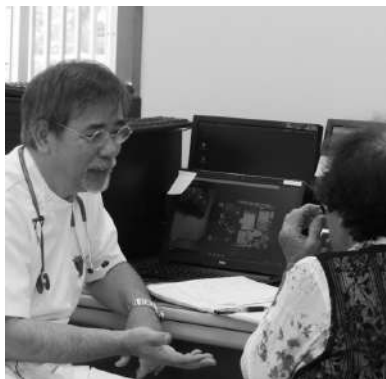
TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

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

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
すべての地域からの要望に応えることはできません。



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

E-mail: hekichi@jadecom.jp

TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

連絡先：〒100-0014 東京都千代田区永田町2丁目17-17 永田町
 ほかいどうスクエア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



宮城県

涌谷町国民健康保険病院

●内科（総合診療科，消化器内科）2名

診療科目：内科（総合診療科），整形外科，眼科，泌尿器科，皮膚科，神経内科，耳鼻咽喉科
 病床数：99床（一般病棟60床，療養病床39床）
 職員数：161名（うち常勤医師7名）
 所在地：〒987-0121 宮城県遠田郡涌谷町涌谷字中江南278
 連絡先：涌谷町町民医療福祉センター総務管理課 課長補佐 戸澤
 TEL 0229-25-3118 FAX 0229-43-5715
 E-mail gr-kanri@town.wakuya.miyagi.jp
 特記事項：在宅医療に熟意ある医師，消化管内視鏡検査を特技とする医師を募集中です。医療福祉センター全体では故山口昇先生のご指導のもと，地域包括ケアは保健医療福祉を一体化して進めてきました。介護予防には大きな成果が出ています。また，町内福祉施設では要介護度の軽症化の実績をあげてきました。2024年4月からは子育て支援課を含め，また包括ケアの特徴を生かして，重層的支援事業にも取り組んでいます。前沢政次事業管理者兼院長が27年ぶりに当院に復帰し，病棟は2023年4月からダウンサイジングし，現在は一般病室34ベッド，地域包括ケア病室26ベッド，療養病床39ベッドで運営し，収支が大幅に改善しています。学生に対する地域医療介護実習（6週間など），研修医に対する地域医療研修（1～2ヵ月），総合診療専攻医に対する研修（6ヵ月）にも力を入れています。わくや総合診療専門医養成プログラムも開始しています。
<https://www.town.wakuya.miyagi.jp/kenko/kenko/hospital/index.html> 受付 2025.1.17



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），療養病床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



山梨県

都留市立病院

●整形外科，総合診療科，内科，脳神経内科，リハビリテーション科 若干名（常勤，非常勤は応相談）

診療科目：内科，外科，呼吸器外科，整形外科，脳神経外科，消化器外科，形成外科，小児科，産婦人科，眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科，泌尿器科，リハビリテーション科
 病床数：137床（一般127床，地域包括ケア10床）
 職員数：199名（うち常勤医師15名）
 所在地：〒402-0056 山梨県都留市つる5丁目1-55
 連絡先：事務局長 清水
 TEL 0554-45-1811 FAX 0554-45-2467
 E-mail soumukikaku@city.tsuru.lg.jp
 特記事項：当院は，リニア実験線見学センターのある都留市に位置し，山間地域において二次救急までの地域医療を担っております。当市には診療所が極端に少ないことから，日々大勢の外来患者が来院し，急激な高齢化を背景に回復期や慢性期の患者も増えてきております。近年は「身近で小規模多機能な病院」を掲げて回復期やリハビリテーション，在宅医療も担える体制も整えてきているところですが，在宅診療を担う総合診療科や整形外科，脳神経内科，リハビリテーション科の医師不足に直面しており，地域住民に十分な医療が提供できない状況にあります。地域医療を共に支えてくださる医師の方，ぜひ，お気軽にお問い合わせください。
<https://www.city.tsuru.yamanashi.jp/byoin/> 受付 2025.1.14



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

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_hotei@hamayu-hp.or.jp

特記事項：当院は和歌山県の南，南紀白浜に建つ公益財団法人のケアミックス総合病院です。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

求人病院紹介

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ていく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.lg.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下さい。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。

何卒よろしくお願ひします。

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

受付 2024.2.1

熊本県

球磨郡公立多良木病院企業団

●訪問診療、消化器内科、泌尿器科
若干名



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

病床数：183床

職員数：416名（うち常勤医師23名、非常勤医師6名）

所在地：〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210

連絡先：総務課 係長 増田

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

E-mail info@taragihp.jp

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

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

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

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

受付 2024.3.5

鹿児島県

鹿児島県立北薩病院

●総合診療科・内科 若干名
(常勤・非常勤応相談)



診療科目：内科、呼吸器内科、循環器内科、脳神経内科、小児科など

病床数：運用病床60床（うち地域包括ケア病床9床、第2種感染症病床4床）

職員数：160名（うち常勤医師11名、非常勤医師13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、魅力いっぱいのおおいた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、社会のこと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. "Evanston Public Library Strategic Plan, 2000-2010: A Decade of Outreach." <http://www.epl.org/library/strategic-plan-00.html> (accessed 2005 Jun 1)

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)は、公益社団法人地域医療振興協会に帰属する。
- 2) 当該協会は、当該論文等の全部または一部を、当協会ホームページ、当協会が認めたネットワーク媒体、その他の媒体において任意の言語で掲載、出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合、必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

【転載・二次的利用について】

当該論文の転載・二次的利用については、「月刊地域医学」編集委員会事務局あてに申請し、編集委員会により諾否を決定する。

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

- 1) 掲載料金は無料とする。
- 2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈。それ以上は別途実費が発生する。
- 3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当。投稿受理後は下記編集室より著者に、受理日、受理番号をE-mailにて連絡。投稿後2週間経過後、受理番号の連絡がない場合、審査状況や原稿要領等の問い合わせは、下記編集室あて。

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	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

1年間、編集後記までご愛読いただき心より感謝申し上げます。私の編集後記の担当は今月号までとなります。おかげさまで今月号も充実した内容になりました。

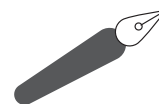
巻頭インタビューは、自治医科大学学長の永井良三先生です。1月号の大石利雄理事長のインタビューに引き続き、母校の次の50年、「自治医科大学将来ビジョン2060」について具体的な内容をご紹介いただき卒業生として心強く感じました。これからも、激変する地域社会に対応できるステキな医療人を輩出し続け、母校がさらに発展することを心より願っています。

今月号の特集のテーマは第3弾となる「離島・へき地における遠隔医療(続編)」です。遠隔医療の規制が緩和され、いよいよ社会実装が可能となり、厚生労働省の研究班のメンバーを中心に企画させていただきました。人口減少の影響で離島・へき地医療が激変する中、多くの地域住民が不安を抱えています。本企画が少しでもお役に立てば幸いです。

さて、今月の「私の地域医療」は、笑いと涙の熊本県のくまモンこと井上大暉先生、総合診療医の道を切り拓く北海道の増田寛也先生。二人の歩みは本当に心強く、将来が楽しみです。診療所研修でNDCの強みに気づいた能登雄太郎さん、下町で地域住民と向き合い総合診療医を目指す木原沙也加先生、応援しています。自治医科大学医学教育センター企画「百聞一見」の第2弾では、女川町に医学生が足を運びました。町の再生から見てくる学びは将来必ず役立つと思います。

1年間、編集後記を担当させていただき、地域の皆さんの頑張りを、皆さんより早く、これまでより解像度高く知ることができました。おかげさまで私自身の貴重な学びとなり、そして何度も勇気づけられました。本誌が、地域医療に奮闘する同志、不安を抱える患者さんを前に悩んでいる医療人に届き、これからも一人でも多くの方の支えになることを願っています。

原田昌範



月刊|地域|医学| 第39巻第3号(通巻461号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2025年3月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域をこえて、 かがやく未来へ。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



ISBN978-4-909117-96-0
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)