

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

4

2025
Vol.39-No.4

【特集】

災害医療アップデート —支援団体の多様性を学ぼう—

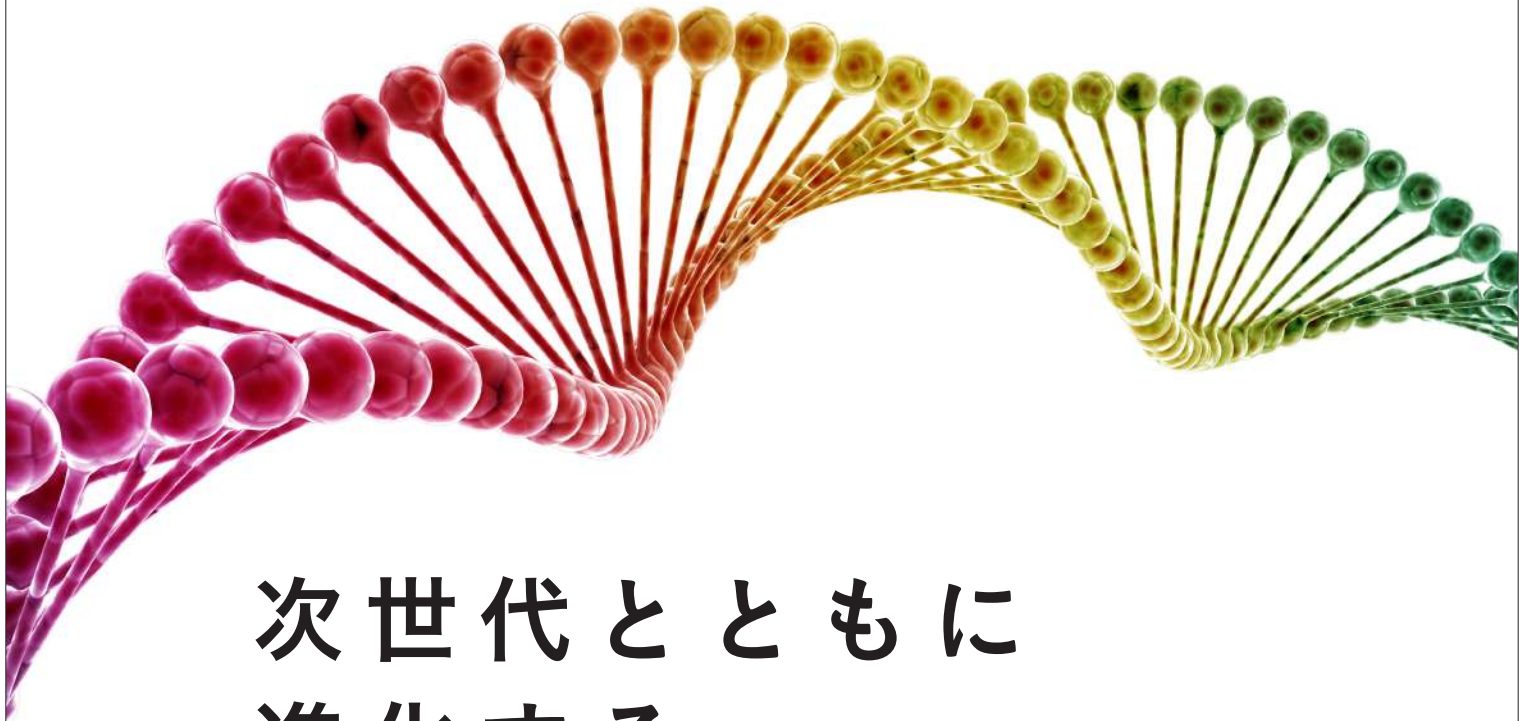
【企画】菅野 武 自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授
東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野 准教授

対談

「地域医療の文脈における災害対応」

尾島俊之 浜松医科大学医学部 健康社会医学講座 教授

菅野 武



次世代とともに 進化する、 21年目の挑戦。

現在の「月刊地域医学」は、
2025年3月号で発刊から20年となりました。
21年目を迎えた今号からは、
20年続いた山田隆司編集委員長のインタビューも形を変え、
編集委員による特集の「対談」としてリニューアルします。
進化する月刊地域医学に、乞うご期待!!

 **YouTube** 月刊地域医学チャンネル

<https://www.youtube.com/@chiiki629/video>



月刊地域医学 **note**

https://note.com/medcs_jp



月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.39—No.4(2025年)

目次

対談

- 地域医療の文脈における災害対応／尾島俊之×菅野 武 2

特集 災害医療アップデート —支援団体の多様性を学ぼう—

- エディトリアル／菅野 武 10
- DMATと災害医療コーディネーター／三村誠二 11
- 災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)と公衆衛生(保健師等)チームおよび都道府県庁と保健所等に設置される保健医療福祉調整本部／宮園将哉 17
- 災害派遣精神医療チームDPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team)／河嶌 讓 23
- JRAT(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team)の活動／船越政範 28
- JMAT(Japan Medical Association Team)について／豊田秀二 34
- JDAT(Japan Dental Alliance Team)の成り立ちと現状、そして今後への期待／太田秀人・中久木康一 39
- 日本栄養士会災害支援チームJDA-DAT
(The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team)／下浦佳之 45
- PCATの概要と展望 —プライマリ・ケアの視点から見た災害医療支援—／香田将英・原田奈穂子・他 50

活動報告

- 日米地域医療連携への取り組みと佐世保市の医療機関における外国人患者受け入れ体制に関するアンケート調査／末永勝士・中尾奈美・他 58

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138回“他診療科との連携”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 66

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(後編) 74

REPORT

- 自治医科大学「栃木県災害医学寄附講座」開講記念シンポジウム 75

報 告

- 中国ブロック福祉と医療を語る会 第8回研修会報告 76

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 山形県 地域救命救急センターの立ち上げを経験して／齊藤志穂 78
- 宮城県 気がついたら地域医療に魅了された自分がいました。／遠藤祐哉 80

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 市立奈良病院での特定ケア看護師の活動報告／村出亜矢 82

研修医日記

- 「人生の道案内人」への一步／大山裕可 84

百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～ 第2弾

- 第2回 医学生の視点で見た女川町の災害復興 —住民主体のまちづくりの取り組み—／遠藤優希・他 86

自治医大NOW

- 令和6年度 学長・学生懇談会開催 89

報告	92
お知らせ	94
求人病院紹介	101
投稿要領	109
編集後記	巻末

- 今月の表紙写真の提供:小眞瀬 明斗 先生(石川県立中央病院)

対談

地域医療の文脈における 災害対応

東日本大震災時、南三陸町公立志津川病院に勤務していた菅野武先生は、患者さんと共に被災。その後、自治医科大学同窓会支援チームの支援を受け同町の災害医療体制構築に関わり、米国 TIME 誌の「世界で最も影響力のある 100 人」に選出されました。2024 年 1 月に発生した能登半島地震においても、自治医大同窓会支援チームの立ち上げ、事務局を担当し、受援体制構築と被災地内医療機関の疲弊を防ぐ取り組みを主導しました。

その経験を経て、いま改めて「災害医療」を考える特集を企画し、巻頭の対談では、災害時の保健・医療・福祉活動の研究を手掛ける尾島俊之先生と「地域医療の文脈における災害対応」をテーマにビジョンを共有しました。



尾島俊之先生

浜松医科大学医学部 健康社会医学講座 教授

菅野 武先生

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
東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野 准教授

縁に導かれ、 公衆衛生・疫学の道へ

菅野 武 今月の『月刊地域医学』は「災害医療アップデート -支援団体の多様性を学ぼう-」を特集します。そこで今日は、災害医療の研究の第一人者である尾島俊之先生と、「地域医療の文脈にお

ける災害対応」というテーマでお話したいと思います。

本題に入る前に、先生は自治医科大学の卒業生ですので、まず、自治医大入学から今に至るまでの経緯を簡単にお聞かせいただけますか。

尾島俊之 高校生の頃の私は「農村でゆっくり暮らしたい」と思っていました。ただ、いきなり農村に行っても受け入れてもらえないだろうと思

い、自治医大に入れば医者として農村に行けるのではないかと、受験を決めました。入学当時はちょうどパソコンが普及し始めた頃で、公衆衛生学教室には最新型のものがあり、教室に入ると使わせてもらえたのですね。それで公衆衛生学教室に出入りするようになり、5・6年生の時には国家試験対策の勉強会などで使わせてもらっていました。

卒業後は、まずどんな患者さんにも対応できる力をつけたいと、名古屋掖済会病院で初期研修を受けました。当時は特に災害医療を意識していたわけではありませんが、掖済会病院は現在、災害医療の先進病院として有名になっています。そういう環境で学べたのは幸運だったと思います。その後は愛知県の国民健康保険東栄病院に勤務しました。この地域には、自治医大初代公衆衛生学教授の柳沢利喜雄先生が、前任の千葉大学公衆衛生学教授時代に農山村医学研究施設を設置して、静岡県佐久間病院、長野県立阿南病院、東栄病院の連携により広域な地域医療を展開された歴史があります。その名残りで、東栄病院に公衆衛生科という部門がありました。私は、内科医として勤務するとともに、その公衆衛生科にも所属して、東栄町の保健師さんや検査部門の方と一緒に健診システムの開発を担当しました。

その後、県から保健所勤務をしないかというお話があり、それまでの公衆衛生とのつながりが活かせると考えて、国立公衆衛生院(現 国立保健医療科学院)で1年間研修してから愛知県の設楽保健所で保健所長を務めました。この保健所は以前の勤務先である東栄町も管轄しており、共に地域の健康づくりや教育に取り組みました。義務年限中の若い時期に保健所長を経験できたことは非常に有意義でしたし、感謝しています。

義務年限終了後は自治医科大学公衆衛生学教室の柳川洋先生に呼ばれて大学に戻りました。

その後、教授となった中村好一先生の勧めで浜松医科大学の公募に応募、2006年、浜松医科大学健康社会医学講座に赴任しました。

浜松医大に着任すると、厚生労働省から今後必要となる研究テーマのアイディアを求められたので「災害時のボランティア活動が重要ではないか」と提案したところ、これが採用されて研究班が立ち上がりました。ちょうど研究開始の年、2007(平成19)年に能登半島地震が発生したことから、それを契機に本格的に災害保健医療に関する研究を始めることになりました。

災害保健医療関連の研究については後ほどお話ししますが、公衆衛生関連では「JAGES(Japan Gerontological Evaluation Study)－日本老年学的評価研究」に長年携わってきましたが、中心となっていた近藤克則先生に代わり、現在は私がJAGES機構の代表理事を務めています。また、「健康格差対策の7原則」の作成に関わり、「第3期データヘルス計画策定の手引き」作成の検討会座長を務め、この手引きの中には危機管理用語である戦略なども入れ込みました。

出版物関係では『疫学の辞典』の編集および災害疫学に関する章の執筆、『公衆衛生がみえる2024-2025』の監修、同期の國井修先生と一緒に「みんなで取り組む 災害時の保健・医療・福祉活動」を編集・執筆するなど、疫学・公衆衛生学プラス災害保健医療という視点での監修・執筆の機会も増えています。

災害医療を俯瞰でとらえる

菅野 臨床と公衆衛生のバックグラウンドを持ちながら大学で新たな方向性を模索されていた中で「災害」というテーマに出会い、現在の活動につながっているのですね。

尾島 そうですね。特にいま最も力を入れているの

は「保健医療福祉調整本部のあり方」についてです。2019(令和元)～2021(令和3)年度厚生労働科学研究「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究」で私は研究代表者を務めたのですが、この中で保健医療のみでは福祉分野の対応が抜け落ちてしまうことを指摘し「保健・医療・福祉の連携が重要」であることを示しました。その結果、大規模災害時の総合調整組織の名称が「保健医療調整本部」から「保健医療福祉調整本部」に変更されました。また、2023(令和5)～2024(令和6)年度「保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究」も行っています。これはコロナ禍で保健所の役割が注目されたことを受け、感染症や自然災害、食中毒等による健康危機における保健所の対応を検討する取り組みです。

菅野 支援形態の多様化や支援時期の幅がある中で、統合や調整の重要性が増しているということですね。

尾島 そうです。2024年10月に行われた第83回日本公衆衛生学会総会では、先の能登半島地震での地理的な困難性を伴う地域での広域避難についてのシンポジウムで、東日本大震災での福島からの広域避難によって中長期的にみえてきた示唆について発表しました。2025年には私が学会長を務める第84回日本公衆衛生学会総会が静岡で開催されます。テーマは「フェーズフリーの地域づくりと健康危機管理」で、平時からの地域づくりを進めることが、災害時のより良い対応にもつながることを訴える予定です。

菅野 BCP(事業継続計画)は平時に備えておかないと有事の際に機能しないという点でも、地域医療において重要なコンセプトだと感じます。

お話を伺うと、とても幅広い活動をされながらも、それぞれの仕事がつながる形で活動されていらっしゃる印象を受けました。

尾島 自分でも少し支離滅裂だと感じることもありますが、間違いなくそれぞれがつながっている

と思います。災害対応も広い視野で俯瞰的に捉えることが重要です。

菅野 災害の研究に取り組まれたきっかけとしては、特にどういうところに興味をもたれたのですか。

尾島 災害とボランティアの研究を始めた頃、現場に行ってみないと見えてこない課題が多いことを痛感しました。被災者はもちろん対応に尽力する人々も大変な状況に置かれている。少しでもそのお役に立ちたい。たくさんある課題の解決のお手伝いができたらいいという思いで、やってきました。

菅野 WHOの資料などを読むと、世界では難民対応が進む一方で、自然災害に関する議論は比較的少ない印象で、むしろ日本の取り組みの方が先行しているのではないかと感じます。先生は数多くの研究班を立ち上げておられますが、どのように仲間を集め、プロジェクトを進めてこられたのでしょうか。

尾島 ボランティアと災害の研究を始めたときには、国立公衆衛生院でお世話になった先生に相談したところ、適任の方を紹介いただき、一緒に研究を進めることができました。また、保健所や都道府県庁で活躍している先生方の中で、自治医大出身の先生が多く、熱心に取り組む先生方とのネットワークが自然と広がったと思っています。

変わりつつある 保健所・保健師との関係

菅野 私自身も東日本大震災で被災し、その時に強く感じたのは、平時には保健師と病院が密に連携する場面は多くないですが、災害時には被災者のスクリーニングやフォローアップで保健師がとても大きな能力を発揮するという一方で

す。先生は災害における保健所の役割についての研究もされていますが、保健所や保健師の役割について教えてください。

尾島 大きく二つの役割があります。一つは避難所や自宅を訪れ相談や支援を行うなど個々の被災者への対応。もう一つは地域全体の支援システムの構築です。このシステムに当たる典型例が先ほど述べた保健医療福祉調整本部です。保健医療福祉調整本部には、都道府県庁の保健医療福祉部局等に設置されるものと地域の保健所等に設置される「保健医療福祉調整地域本部」があります。各地の保健所は、都道府県庁の本部との連携に加え、さまざまな支援チームの指揮調整を行い効果的な支援体制を作るのと同時に、地域・集団の課題に取り組みます。公衆衛生医師や保健師は、関係者と情報交換をしつつ、避難所および在宅避難者の状況把握、情報発信を行い、疾病予防や災害関連死の防止において重要な役割を担うことになります。

菅野 阪神・淡路大震災を機にDMAT(Disaster Medical Assistance Team)が発足し、東日本大震災以降はDHEAT(Disaster Health Emergency Assistance Team)やDPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team)も設置されました。このように支援チームが多様化する一方、災害発生という非常時に受け入れや調整がスムーズにできるのかという不安があります。特に医療機関が被災した場合に、保健医療福祉調整本部とのコミュニケーションはどのように取っていただいいのでしょうか。あるいは何か備えておくべきことはありますか。

尾島 DMATは医療機関の医師を中心としたチームであり、医療機関との直接的なやりとりは主にDMATを通じて行われます。一方、保健医療福祉調整本部は行政の立場から医療機関への支援方針を決定し、全体の調整を行います。

新型コロナウイルス感染症対応では、保健所と医療機関の連携が飛躍的に強化されました。

患者の入院調整やクラスター対応などで緊密なやりとりが増え、関係性が深まったのです。この経験を活かし、災害を想定した保健所との連携体制の整備をさらに進めておくことが大切だと思います。

菅野 そうですね。先生がおっしゃるように、これまでは保健所と医療機関の連携は精神保健や母子保健など特定分野が中心でしたが、コロナ禍で供給が追いつかない状況に直面して、「コロナはまさに災害だ」という共通認識のもと、保健所の役割が注目されたと思います。コロナ禍を経て変わってきた部分は他にもありますか。

尾島 コロナ禍前の10年間で地域医療構想への保健所の関与が増え、地域医療体制の構築においても保健所が重要な役割を担うようになりました。地域の病院長や医師会との連携が進む中でコロナ禍が発生し、結果的に保健所と医療機関の関係がより強固になったと感じます。

菅野 地域やへき地で働く医療者が災害支援をどう受け止めるか、という視点から今号の特集を企画提案したのですが、お話を伺うと、地域の保健所と日頃から良好なコミュニケーションが取れていれば、受援という面で強力なパートナーになり得ると感じます。一方で、連携という面では地域格差の問題もありますね。

尾島 たしかに地域格差は大きいです。例えば、医師や保健所職員の数では「西高東低」の傾向があります。また、医師会や病院長、保健所長の考え方や方針も地域ごとに異なり、連携がスムーズな地域もあれば、意見の相違で連携が難航する地域もあります。この地域間の格差をどう埋めるかが、今後の課題です。

菅野 先生は多くの教科書を執筆されていますが、現実的には全ての医療者や保健所職員がそれを読み込むのは難しいかと思います。どのように情報を広め、メッセージを伝えていくべきでしょうか？先生の発信力は非常に強いと感じますが、私たちもまだ知らないことが多いと感じ

ています。

尾島 医療者や保健所職員には、学会や研修会を通じて情報を伝える機会が多くあります。しかし、ややもすると被災者の健康を守るためには、保健医療の専門職だけで頑張るという方向になりがちなのですね。

菅野 それは少し危ういですね。

尾島 それでは量的に全く足りないのです。支援にはNPO、NGOなどのボランティア団体、災害中間支援組織、民間企業との連携が不可欠です。また、住民一人ひとりの「自助」の意識向上も重要です。たとえば、コロナ禍では買い物に出られない患者さんへの食料配達が遅れるケースがありましたが、支援対象者が膨大な場合は公助にも限界があります。日本中、いつでもどこでも災害が起こる可能性があるので、本来3～7日くらいの食料はどこの家でも備蓄しておいた方がいいと思うのですね。「いつコロナに感染するか分からないので、食料を準備しておきましょう」といったことを、もっと発信してもよかったのではないかと思います。

菅野 確かに、国民もそうですし、医療機関もハザードに対して常に意識を持ち、ローリングストックなどの工夫や自己管理について、自身が学んで、また国民に対して教育していかなければいけないことです。

尾島 それから、住民や被災者が心配するのは健康だけではなく、生活全般であるという点も重要です。たとえば、水害で住居が損壊した場合、雨漏りやカビなどの住環境や生活費のこと、仕事の問題なども含めた中長期的な生活全般の懸念に対して、保健医療関係者が狭い意味での健康だけでなく、そういうところにもお手伝いできることがないか、考えることが大事だと思います。

デジタルとアナログ、 プラス教育で災害に備える

菅野 災害医療の知識や対応するシステムが進化する中で、医療者や保健所職員が継続的に学べるプラットフォームも必要ではないかと思っています。その取り組みについて何かお考えはありますか？

尾島 現在、情報通信技術の進展により、さまざまな情報システムが構築されています。たとえば、EMIS(Emergency Medical Information System: 広域災害・救急医療情報システム)や2024年1月の能登半島地震で本格的な活用が始まったD24H(Disaster/Digital information system for Health and well-being: 災害時保健医療福祉活動支援システム)など、保健医療関連の情報共有が進んでいます。また、内閣府や防災科学技術研究所でも分野横断的なシステムが開発されています。これらを活用することで、多分野の連携が必要な課題にも対応しやすくなるでしょう。ただし、情報システムだけでは把握できない「生の声」や組織間の調整には、顔が見える関係が不可欠です。平時から信頼関係を築いておくことで、災害時の連携がスムーズになります。

菅野 顔の見える関係は重要ですね。能登の地震では、亜急性期に被災地医療者に休んでもらうため自治医大の同窓会が交代で支援に入りましたが、支援を求める声を上げづらい人たちもいるように感じました。このような課題にはどのように対応すべきでしょうか。

尾島 オンラインの利便性は大きいですが、本音を引き出すにはやはり直接会って、一定の時間を共有することが大切です。ある短い時間で「どうですか？」と聞いても本音を言えるわけではないと思うのです。それよりもその場に一定期間いて、忙しい中でも比較的落ち着いた時にゆっくりお話を聞くというのが大事だと思います。

菅野 IT技術を活用した情報共有と、顔の見える関係を平時から築いておくことが大切ですね。

今回の企画を通して感じたのは、災害支援が多様化する一方で、若い医師たちが学ぶ機会が十分に整っていないのではないかということです。たとえば、D24Hのようなシステムは理解できても、災害対応の大枠や相談先については知らないことが多いと思います。こうした内容を医学教育や卒後教育でももっと多く取り上げるべきではないでしょうか。

尾島 おっしゃるとおりです。2022(令和4)年度の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂で「健康危機管理」という項目が新たに加わりました。この動きを受け、日本災害医学会や日本公衆衛生学会、全国衛生学公衆衛生学教育協議会などが合同で、学部生向けの健康危機管理教育体制の確立に取り組んでいます。先日もワークショップが開かれ、浜松医大の取り組みを紹介しました。

災害対応を学部教育に組み込むことは今後ますます重要になります。ただし、全ての大学に経験豊富な講師がいるわけではありません。そのため、DMATの先生方や他大学の専門家を非常勤講師として招く、あるいは教育素材を作成して共有する方法を模索しています。また、卒後教育ではより高度で実践的な内容をどのように教えるかが課題だと感じています。

菅野 看護教育ではすでに進んでいる部分もあると聞いています。

尾島 看護分野では「災害看護」を独立した科目として設ける大学も多く、体系的にも教えられています。とはいえ、やはり学部教育だけでは実践

的な内容が十分でない場合もあり、さらなる教育が必要です。現在、健康危機緊急時対応の研修にも関わり、現場の公衆衛生医師や保健師と協力しながら実践的な教育を進めています。

菅野 すでに取り組みが進んでいると伺って心強く思いましたし、指針やガイドラインが整備されると、さらに多くの大学や教育機関で展開されるのではないかと思います。

最後に、若い先生方や読者に向けて、メッセージをお願いします。

尾島 まず、災害は日本中いつでもどこで起きてもおかしくありません。いま災害医療に興味がないという人でも、自分自身や家族、職場が被災したり、知り合いやその医療機関などが被災して支援が必要になったりするときが訪れると思います。日頃から関心を持ち、情報収集をして備えておいていただきたいと思います。また、最近では住民主体の「地域医療を守る会」が各地で立ち上がり、地域全体で医療を守り育てようという動きが広がっています。保健医療とは直接関わりのない分野でのボランティアやNPO、地元有志などの住民組織が、さまざまな活動を通して日常的に地域を支えています。そういった動きにも目を向けて、日頃から連携できる関係を築いておくことで、地域医療や災害対応を向上させることができるのではないかと思います。

菅野 いろいろなお話をお聞きできて、私にとっても学びの多い時間でした。これからも卒業生や、日本の地域医療、災害医療に関わっていただければと思います。

尾島先生、今日はありがとうございました。



尾島俊之(おじま としゆき)先生 プロフィール

1987年自治医科大学卒業, 同年4月愛知県衛生部技師として保健所で研修. 同年5月名古屋掖済会病院にて初期研修, 1989年東栄町国民健康保険東栄病院勤務, 自治医大公衆衛生学教室研究員(1995年に論文博士を取得して修了), 1991年国立公衆衛生院専門課程, 1992年愛知県設楽保健所長, 1995年自治医大公衆衛生学助手, 2000年自治医大助教授, 2002年University of California, Los Angeles, School of Public Health(翌年修了, Master of Public Health取得), 2006年浜松医科大学医学部健康社会医学講座に教授として着任.

●尾島俊之先生のインタビューを見る

<https://www.youtube.com/watch?v=rbPWwf01BMo>



特集 災害医療アップデート — 支援団体の多様性を学ぼう —

企画：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
東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野 准教授 菅野 武

特集

●エディトリアル

●DMATと災害医療コーディネーター

●災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)と 公衆衛生(保健師等)チームおよび都道府県庁と保健所等に設置 される保健医療福祉調整本部

●災害派遣精神医療チームDPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team)

●JRAT(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team)の活動

●JMAT(Japan Medical Association Team)について

●JDAT(Japan Dental Alliance Team)の成り立ちと現状, そして今後への期待

●日本栄養士会災害支援チーム JDA-DAT (The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team)

●PCATの概要と展望 —プライマリ・ケアの視点から見た災害医療支援—

エディトリアル

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

東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野 准教授 菅野 武

1995年(平成7年)阪神・淡路大震災時の、災害急性期における防ぎえる死(Preventable Death)への反省から、日本の災害医療体制は大きく動き始めた。10年後となる2005年(平成17年)に日本DMAT(Disaster Medical Assistance Team)が発足した。その後、東日本大震災や多くの災害を経て、厚生労働省が派遣調整などを所掌するDMATの他にも、さまざまな職能団体が独自の支援チームを確立しつつある。いずれの団体もDMATを一つのモデルとしながらも、教育体系や団体同士の連携についてはいまだ試行錯誤の段階だと思う。今回の特集では、代表的な団体の関係者に成り立ち、背景となる組織、教育体制、活動の実際、連携の在り方、今後への期待など述べていただき、阪神・淡路大震災から30年となる2025年現在の日本の災害医療を俯瞰する。

対談では自治医科大学卒業生で災害と公衆衛生を軸に活躍される浜松医科大学 尾島俊之教授と地域医療の文脈における災害対応をテーマに総論的な災害医療領域の現在地を示していただいた。三村誠二先生は中心的な役割を果たすDMATの20年の歩みと基本的な行動指針を示された。宮園将哉先生には保健所と行政が軸となり、医療と生活を守る支援を目指すDHEAT(Disaster Health Emergency Assistance Team)の役割と展望について自治体職員と支援者の分担イメージ図も含めて説明いただいた。河寫讓先生にはDPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team)の活動、特に被災地域内に広く起こり得るメンタルヘルス上の危機に対応するPFA(Psychological First Aid)も言及いただいた。船越政範先生にはフレイル低減を目指した災害リハビリテーションJRAT(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team)の可能性を、豊田秀二先生には日本医師会のJMAT(Japan Medical Association Team)としてご活動いただいた経験を踏まえて被災地に地域医療を取り戻すための視点を示していただいた。「食べる」を支える取り組みとして太田秀人先生と中久木康一先生には歯科医師の活躍として災害時の口腔ケアを支援するJDAT(Japan Dental Alliance Team)、下浦佳之先生には栄養士チームJDA-DAT(Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team)の取り組みについて教えていただいた。香田将英先生たちには、日本プライマリ・ケア連合学会のPCAT(Primary Care Assistance Team)という災害支援者育成の方向性と研修導入についての取り組みを述べていただいた。

地域医療の中で災害が起きたら、目の前で展開される医療の全ては災害医療となり、「誰か」がやってくれるものではない。さまざまなエキスパートの情報を得つつも、地域医療に関わる全ての方が自分の暮らす地域と生活を守るために、種々の団体や支援と協働して取り組むきっかけに、本特集がなることを期待する。

●編集委員の菅野 武先生からのメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=p0QX9Pgl7II>



DMATと災害医療コーディネーター

国立病院機構本部DMAT事務局 次長 三村誠二

抄録

DMATは2005年に設立された災害派遣医療チームである。災害医療の基本概念であるCSCATTTに則り活動し、まず指揮調整体制を確立し、診療、物資、搬送などの支援を行う。支援内容は急性期の救命医療の提供から、被災地の施設・支援者支援に広がっている。被災地において有効な調整業務を行うために、災害医療コーディネーター制度があり、行政や支援チームと連携して活動する。さまざまな災害時の支援チームが有効に活動できるよう、災害時の体制構築が重要である。

災害医療とCSCATTT

まず現在の災害医療の基本であるCSCATTTの概念の説明をする。

災害時支援活動の原則は、Medical Management (Command & Control:指揮・連携, Safety:安全管理, Communication:情報共有, Assessment:現状分析と課題・活動方針決定=CSCA), Medical Support (Triage:トリアージ, Treatment:診療, Transportation:搬送=TTT)となり、最優先は調整部門(CSCA)の構築である(図1)。

災害は需要と供給のバランスの崩れで説明される。過剰な需要(ニーズ=患者、ライフライン、物資など)と供給(治療、搬送、物資)とのマッチングが必要であり、それらは経時的に変化していく。CSCAを成り立たせるため、都道府県庁には保健医療福祉調整本部、各地域に地域保健医療福祉調整本部が設置され、各種調整が行われる。図2に広域災害時のDMAT指揮系統例を示す。

災害時の医療支援は、災害時に新規発生した

傷病者だけでなく、入院患者、施設入所者などをケアしていた各施設、現地の支援者を支援することが重要と考えられる。そのために本部において災害派遣医療チームDMAT(Disaster Medical Assistance Team)を含めたさまざまな活動隊、支援チームを調整する必要がある。図3に災害医療支援の概念図を示す。

DMATの設立と資格

DMATは「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されているが、現状では急性期だけでなく亜急性期から復興期、保健、福祉分野まで含めた広範囲な支援を行っている。DMATは医師、看護師、業務調整員(医師・看護師以外の医療職および事務職員)で構成される。日本DMAT隊員になるためには、日本DMAT隊員養成研修を受講し試験に合格する必要がある。合格すると厚生労働省で隊員登録され、隊員証が発行される。

近代の災害対応の流れをみると、近代災害医



害現場で医療を行うための仕組みづくりが重要であると認識された。災害拠点病院の整備や日本集団災害医学会の創設、そして2004年新潟県中越地震を経て、日本DMATが2005年4月に発足した。

DMATには一般隊員とは別に「統括DMAT」という資格があり、これは都道府県に推薦されたDMAT医師が統括DMAT研修を終了すると任命される。本部などで本部長、リーダーを行うための資格で、EMIS(Emergency Medical

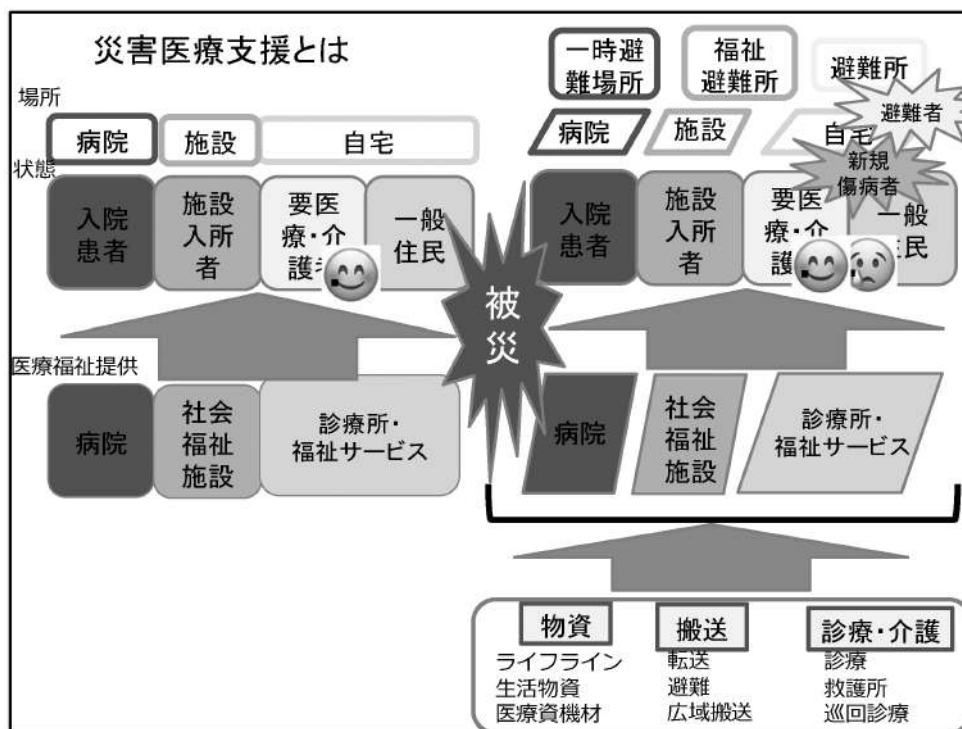


図3 災害医療支援概念図

Information System: 広域災害救急医療情報システム, DMAT・救護班の登録・管理=リソース, 病院被災状況・傷病者数=ニーズを管理するためのWEBシステム)でも特別な権限が付与される。またDMATロジスティックチーム隊員という資格もあり, DMATインストラクターがDMATロジスティックチーム養成研修を受講終了すると隊員として登録される。現場で診療, 医療搬送などを行う一般のDMATとは異なり, 各本部で指揮調整を行う隊員である。ロジスティックチーム隊員を含むDMATは, 運用上ロジスティックチームとして活動することになる。

災害医療コーディネーター

災害医療コーディネーターは, 「災害時に都道府県, 保健所, 市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう, 保健医療調整本部や保健所, 市町村における保健医療活動の調整等を担う本部(保健医療調整本部等)において, 被災地の保健医療ニーズの把握, 保健医療活動チームの派遣調整への助言・支援を行

うことを目的として都道府県により任命された者」と定義される。都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター, 保健所・市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される者を地域災害医療コーディネーターと呼ぶ。災害医療コーディネーターの業務をまとめると以下の通りである。

①災害医療体制の確立

保健医療福祉調整本部の設置と運営
関係機関の情報集約, 共有

②保健医療福祉チームの登録, 調整

③災害医療活動の実施

病院支援
福祉施設支援
被災地域支援

災害医療コーディネーターの役割は, 被災地における本部での調整業務の支援であり, 被災地外からの支援チーム, 特に指揮調整チームとの連携, 支援が重要な業務となる。また平時においては, 災害対応計画の策定, 研修や訓練の実施, 各関係機関との連携構築などが求められる。

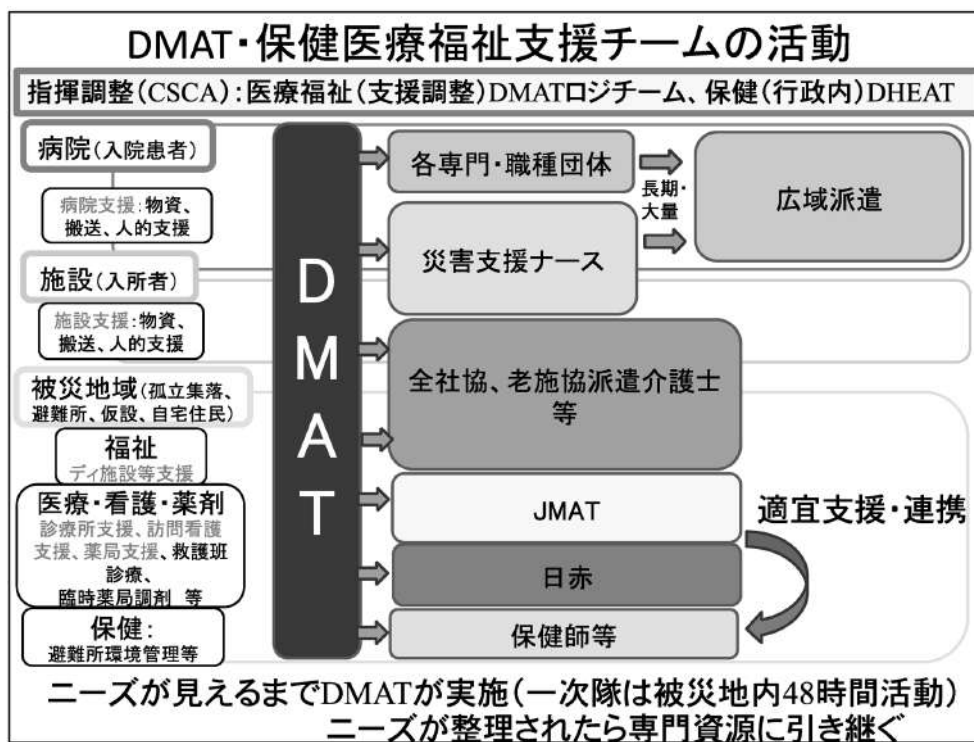


図4 DMAT・保健医療福祉支援チームの活動

る。令和3年の段階で、47都道府県で約1,900名が任命されている。

行政機関は平時の体制のままでは、災害時の柔軟かつ迅速な決断が必要な対応になじまない。そのような組織の弱点を埋めるために災害対策本部を設置する。災害医療コーディネーターは、医療者として行政の本部に入り、行政の災害対策本部を補完し、ボトムアップを基調とした組織の再構築を行う役割がある。そのため、先述の統括DMATは災害医療コーディネーター資格を併せ持ち、本部運営に参画することが望まれる。

現在の災害時支援活動と指揮調整体制

先述したように、災害時の指揮調整体制の構築は非常に重要で、被災都道府県内の保健医療福祉調整本部(名称は各都道府県で異なる)が、各地域には地域の保健医療福祉調整本部が設置され調整業務にあたる。災害急性期、DMATはDMAT調整本部を都道府県庁災害対策本部内に設置、各被災地域にDMAT活動拠点本部を災

害拠点病院などに設置し、指揮調整にあたる。DMAT活動拠点本部の設置数は当初は最大7ヵ所程度で、多すぎると調整が困難となるが、少ないと管轄範囲が広範囲となるため、亜急性期以降は、徐々に通常の医療圏に調整範囲を移行し、活動拠点本部も保健医療福祉調整本部としてさまざまな調整業務にあたり、その設置場所は医療圏を管轄する保健所などに設置される。地域の保健医療福祉の復興体制はDMATから地域の保健所、医師会など地元資源に引き継がれていくことになる。

現在の災害時支援は、新規に発生した傷病者対応から、地域住民の健康を支えていた各施設、現地の支援者を支援する活動に移行しており、活動期間も地域の支援者支援の継続やハンドオーバーしていく期間も支援活動期間と考えられている。

保健医療福祉のチームも数多く存在しているが、本部支援業務はDMATおよびDHEAT(災害時健康危機管理支援チーム:Disaster Health Emergency Assistance Team)が行い、医療、福祉、保健の各分野の専門チームに引き継いでいく流れになる(図4)。

表 DMAT が活動した主な災害

新潟県中越沖地震(2007年)	DMAT初の大規模派遣で、40チームが活動
岩手・宮城内陸地震(2008年)	被災2県に派遣、36チームが活動
東日本大震災(2011年)	被災4県に派遣、383チームが活動
平成26年御嶽山噴火(2014年)	長野県に派遣、27チームが活動
常総水害(平成27年9月関東・東北豪雨 2015年)	茨城県に派遣、125チームが活動
熊本地震(2016年)	熊本県に派遣、508チームが活動
西日本豪雨災害(平成30年7月豪雨 2018年)	被災3県に派遣、119チームが活動
胆振東部地震(平成30年北海道胆振東部地震 2018年)	北海道に派遣、67チームが活動
令和元年台風15号(2019年)	千葉県に派遣、103チームが活動
令和元年台風19号(2019年)	被災6県に派遣、206チームが活動
令和2年7月豪雨(2020年)	熊本県に派遣、80チームが活動
令和6年能登半島地震(2024年)	石川県に派遣、1139チームが活動(写真1)



写真1 能登半島地震において活動拠点本部で活動する DMAT

DMATが活動した主な災害

DMATが活動した主な自然災害は表の通りである。

他にも豪雨災害や局地災害でDMATが派遣された事例もある。これらの活動を通して、当初の「救命医療の提供」から「災害医療体制の確立・被災医療機関の支援」へと活動内容が変化している。また、2020年以降は新型コロナウイルス感染症にも対応しており、DMAT活動要領にも

感染症に関する記載が追加されている¹⁾。具体的には「感染症患者の入院・搬送に係わる支援」、「感染制御と業務継続、両面の支援」、「介護施設等におけるクラスター対応」が盛り込まれた。感染症による医療の逼迫、医療の崩壊を来した状態は「災害」そのものと言える(図5)。

まとめ

DMATが発足し2025年で20年となる。その間にDMATが派遣されなかった年はない。近年では豪雨災害の増加、世界情勢の緊迫など、災害医療の出番は残念ながら増えることはあっても

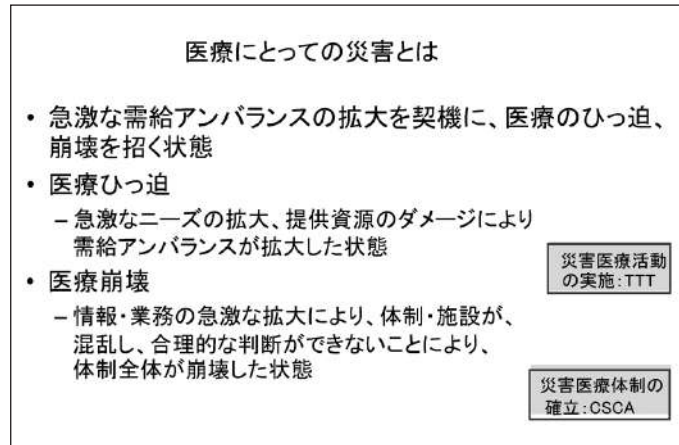


図5 医療ひっ迫と医療崩壊

減ることはなさそうだ。DMATが実災害で得た情報・経験は速やかに研修に反映するように努めている。DMAT研修の内容は、一支援チームの研修内容から、災害医療のフレームと言えるような内容に進化した。DMATを目指す医療者のみならず、多くの関係者に災害医療のベースとして学んでいただきたいと考えている。ま

たDMAT以外にも多くの災害時支援チームがあり、それぞれの専門でそれらのチームを目指していただければと思うが、災害医療に興味のある方々はぜひDMATの扉をノックしてほしい。

参考文献

- 1) 厚生労働省: 日本DMAT活動要領, 2022. 一部改正.

災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)と 公衆衛生(保健師等)チームおよび都道府県庁と 保健所等に設置される保健医療福祉調整本部

大阪府岸和田保健所 所長 宮園将哉

抄録

阪神・淡路大震災以降、災害時には医療救護活動だけではなく、保健師を中心とした公衆衛生分野の被災者支援活動も行われるようになってきた。しかし、東日本大震災で被災地自治体が被災によって十分に機能できなかったことを受けて公衆衛生分野への支援が注目されるようになり、保健医療福祉調整本部と災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)の制度が創設された。

保健医療福祉調整本部は被災地の保健医療福祉分野の支援活動全体を調整する機能を持ち、DHEATはその機能を支援するチームとして都道府県庁や保健所、市町村の本部機能の支援に当たることとされている。近年では、DHEAT先遣隊の設置や情報連携ツールの導入など、さらなる体制整備が進んでいるが、引き続き自治体間の連携や、医療・保健・福祉分野間の連携強化、人材育成など、さらに取り組むべき課題も残されている。

公衆衛生分野における被災者 支援活動:阪神・淡路大震災以降

わが国における大規模自然災害の被災者支援活動において、保健医療分野については医療救護活動が中心に考えられてきた中で、1995年(平成7年)に発生した阪神・淡路大震災を契機として、避難所などにおける公衆衛生・保健分野の被災者支援も進められるようになった。

公衆衛生分野の被災者支援活動については都道府県や市町村の保健師が中心となって行われることとされてきた中で、特にこの時は関東大震災以来の大都市直下型の地震で多数の被災者が発生したため、兵庫県や神戸市など地元の自治体職員の保健師だけでは十分な対応ができなかったことから、近隣の他府県市からも保健師等専門職の応援チームが被災地に派遣され、避難所等において被災者支援に当たった。

主に保健師によって編成された保健活動チームは、避難所に加えて自宅や仮設住宅を訪問して感染症や生活習慣病の予防と保健指導を行うとともに、精神科医療チームや臨床心理士職と協働したところの健康相談、歯科医療チームと協働した食事摂取や嚥下に関する相談、栄養士職と連携した炊き出しや弁当の栄養指導、リハビリ職と連携した要介護者の支援等、さまざまな支援を行うこととなり、以降の大規模自然災害における公衆衛生・保健分野の支援活動の基本形がつくられることとなった。

被災地の保健医療行政機関に対する 支援活動:東日本大震災以降

阪神・淡路大震災以降、全国各地で地震や洪水などの自然災害が発生するたびに、その被災地に対して保健師等による保健活動の応援支援

特集

表1 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）のあゆみ

時期	体制整備の進捗状況
平成23年3月	東日本大震災が発生。その後DHEAT構想が始まる。
平成26年1月	全国衛生部長会が「災害時保健医療活動標準化検討委員会」を設置
平成28年4月	熊本地震が発生。保健活動チームの一部がDHEAT類似の応援派遣を先行的に実施。
平成28年	厚生労働省による人材育成（DHEAT研修）が開始（国立保健医療科学院・日本公衆衛生協会）
平成29年7月	厚生労働省が「大規模災害時の保健医療活動の体制整備について」の通知を発出
平成30年3月	厚生労働省が「災害時健康危機管理支援チーム活動要領について」「災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）活動要領」の通知を発出
平成30年7月	西日本豪雨災害が発生（DHEAT制度化後初めて岡山県・広島県・愛媛県で活動）
令和元年8月	佐賀豪雨災害が発生（佐賀県でDHEATが活動）
令和2年7月	熊本豪雨災害が発生（コロナ禍中に熊本県でDHEATが活動）
令和4年3月	DHEAT活動要領が一部改正（統括DHEAT・全国DHEAT協議会・DHEAT事務局の設置等）
令和5年3月	DHEAT活動要領が一部改正（地方ブロックDHEAT協議会の設置・保健情報システムの運用等）
令和6年1月	能登半島地震が発生（石川県でDHEATが活動・制度開始後初めての本格的な運用）
令和6年10月	DHEAT活動要領が一部改正（DHEAT先遣隊派遣事業の実施）

表2 災害時健康危機管理支援チーム活動要領（令和6年10月一部改正）

1 災害時健康危機管理支援チームの概要 (1) 活動理念 (2) 本要領の位置づけ (3) 本要領における用語の定義	4 発災後における対応 (1) DHEATの派遣に関する調整 (2) 派遣先の決定及び要請の実施 (3) 派遣元都道府県等及び派遣先都道府県の対応 (4) DHEATから派遣元都道府県等への報告等 (5) DHEATの活動の引き継ぎ (6) DHEATの活動の終結
2 DHEATの活動の枠組み (1) DHEAT活動の基本 (2) DHEATの構成 (3) 国及び都道府県等の役割 (4) 統括DHEAT、DHEAT事務局、全国DHEAT協議会及び地方ブロックDHEAT協議会の役割	5 DHEAT先遣隊の派遣調整
3 平時における対応 (1) 研修・訓練の実施 (2) DHEATの派遣に関する調整の事前準備	6 システム・参考資料等 (1) 災害保健情報システム (2) DHEATに関する参考資料 7 費用と補償

が行われてきたが、2011年（平成23年）に発生した東日本大震災では、津波による広範囲かつ大規模な被災によって、災害対策の司令塔となるべき被災地の自治体庁舎の被災等で行政機能が停止する事態も発生した。

この経験に基づき、公衆衛生分野の関係者の間で災害対策には避難所等における被災者支援だけでなく、保健医療分野における被災地自治体の行政機能を支援する仕組みをつくる機運が高まり、2014年（平成26年）から全国衛生部長会の「災害時保健医療活動標準化検討委員会」において「災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team: DHEAT）」の創設に向けた検討が開始された。

その後、2016年（平成28年）から厚生労働省、国立保健医療科学院、日本公衆衛生協会、全国

保健所長会等関係機関や関係団体の連携により、制度化に先行して「災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）」の養成研修が開始されたが、同年4月に発生した熊本地震の被災地支援活動に関する検証の中で、被災地自治体における保健医療分野の指揮調整機能等に関する課題が改めて指摘された。

これらを踏まえ、2017年（平成29年）7月に厚生労働省が「大規模災害時の保健医療活動の体制整備について」の通知を発出し、その中では災害時には被災都道府県庁に「保健医療福祉調整本部」を設置することや、保健所が地域の保健医療分野の支援活動の指揮調整を行うこと、そのために保健所等職員の支援チーム（DHEAT）による指揮調整等の体制整備を進めることなどが示された。また、2018年（平成30年）3月に厚生

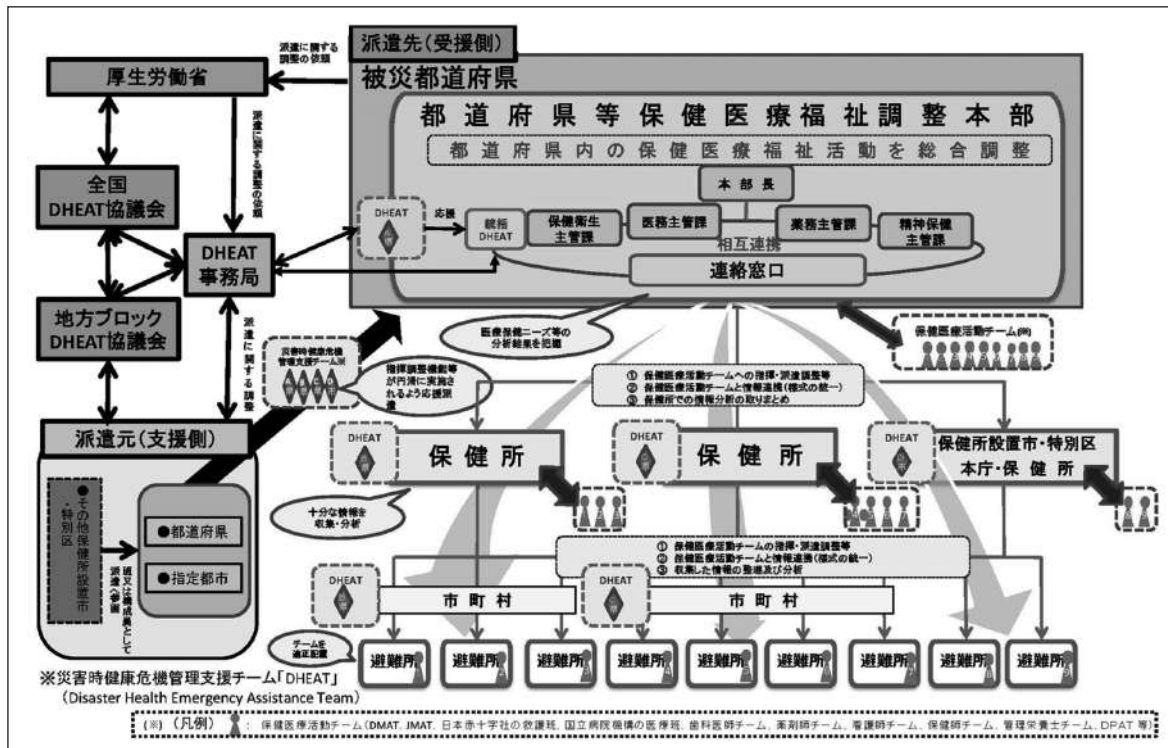


図1 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）の活動の枠組み

〔文献6〕より引用〕

労働省が「災害時健康危機管理支援チーム活動要領について」の通知を発出し、これに基づいて「災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）」が正式に制度化されることとなった(表1, 2)。

保健医療福祉調整本部と災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)

2024年(令和6年)7月に厚生労働省が発出した「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について」によると、大規模災害が発生した際に、被災都道府県は都道府県の災害対策本部の下に保健医療福祉分野の災害対策に関する総合調整を行うための「保健医療福祉調整本部」を設置することとされており、この調整本部については、災害時健康危機管理支援チーム(以下、DHEATという)や保健師等チームなどの保健医療活動チームの派遣調整、保健医療福祉活動の情報の連携、整理、分析等、総合調整を行うこととされている(図1)。

調整本部の構成員としては、被災都道府県の医務、保健衛生、薬務、精神保健、民生等、保健医療福祉分野の主管課をはじめ、保健所職員、

災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター等の関係者が参画して相互に連携するとともに、さまざまな保健医療活動チームや関係機関との連絡・連携窓口を設置することとされている。

また、調整本部における保健医療福祉活動の総合調整を円滑に行うために、被災地外の都道府県に対して人的支援を求めることが望ましいとされ、これに当たる支援人材としてDHEATが想定されている。令和6年10月に改正された「災害時健康危機管理支援チーム活動要領」によると、DHEATは災害が発生した際に被災地外の都道府県等の職員が被災地に派遣され、保健医療福祉調整本部や保健所の指揮調整機能を支援するとともに、保健所の指揮のもとで所管する市町村の保健医療活動の指揮調整機能を支援するとされている。

DHEATは地方公務員の身分を持つ都道府県や政令指定都市等の職員によって構成され、専門的な研修・訓練を受けた医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、臨床検査技師、管理栄養士、精神保健福祉士、環境衛生監視員、食品衛生監視員等の専門職と業務調整員によって1

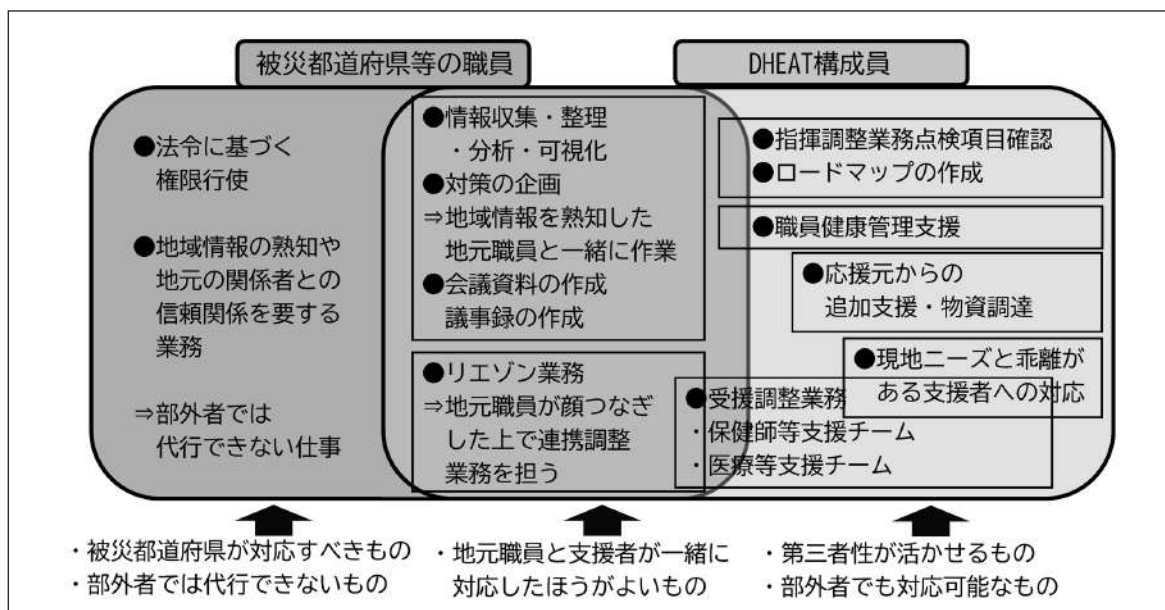


図2 被災都道府県等の職員とDHEAT構成員との役割分担のイメージ

〔文献9〕より引用編集〕

班あたり5名程度で編成されることとし、被災地においては各職種の特性を活かしつつも職種の枠にとらわれず協働することが求められている(図2)。

また、被災地自治体の保健医療福祉調整本部や保健所の職員は、通常業務の延長線上にある法令に基づく権限行使に加え、地域情報を熟知していることから地元関係者との信頼関係を要する業務を主に担う一方で、DHEATはそれ以外の業務や第三者性を活かした業務を担うなど、それぞれの特性を活かした業務を担うことが求められている。

DHEAT等の制度化以降における実践活動と運用体制の見直し

平成30年から制度化されたDHEATは、同年7月に発生した西日本豪雨の被災地となった岡山県、広島県、愛媛県に初めて派遣されて被災自治体に対する支援活動が行われ、以降も令和元年には佐賀県、令和2年には熊本県で発生した豪雨災害において各県にDHEATが派遣され支援活動を行ってきた(筆者は平成30年7月の西日本豪雨において大阪府DHEATとして倉敷市保健所の支援に参加)。

その後、令和6年1月に発生した能登半島地

震において、DHEATによる大規模な支援活動が初めて行われ、石川県庁や能登北部保健所、能登中部保健所に対する支援に加え、甚大な被害があった輪島市、珠洲市、能登町、穴水町の市町における保健医療活動に関する指揮調整機能の支援が実施された。また、今回は被災地外で多数の避難者を受け入れた金沢以南の保健所やそれら地域における調整本部、および15次避難所などにもDHEATが派遣されて保健医療活動に関する指揮調整機能の支援が行われた(図3, 4)(筆者は石川県庁と能登北部保健所の指示のもとで大阪府DHEATとして穴水町の支援に参加)。

DHEAT制度化以降もDHEAT活動要領は毎年のように改正されて運用体制の見直しが行われており、例えば当初「保健医療調整本部」とされていた名称については、福祉分野との連携も想定して「保健医療福祉調整本部」という名称に変更されるとともに、各都道府県において保健医療福祉調整本部の機能強化や被災地保健所との連携強化を目的とした、統括DHEATを任命することなどが定められた。

また、DHEATの派遣調整等災害時の支援業務を補助するため、一般財団法人日本公衆衛生協会にDHEAT事務局が設置されるとともに、DHEATの運用や連携体制を協議する場として

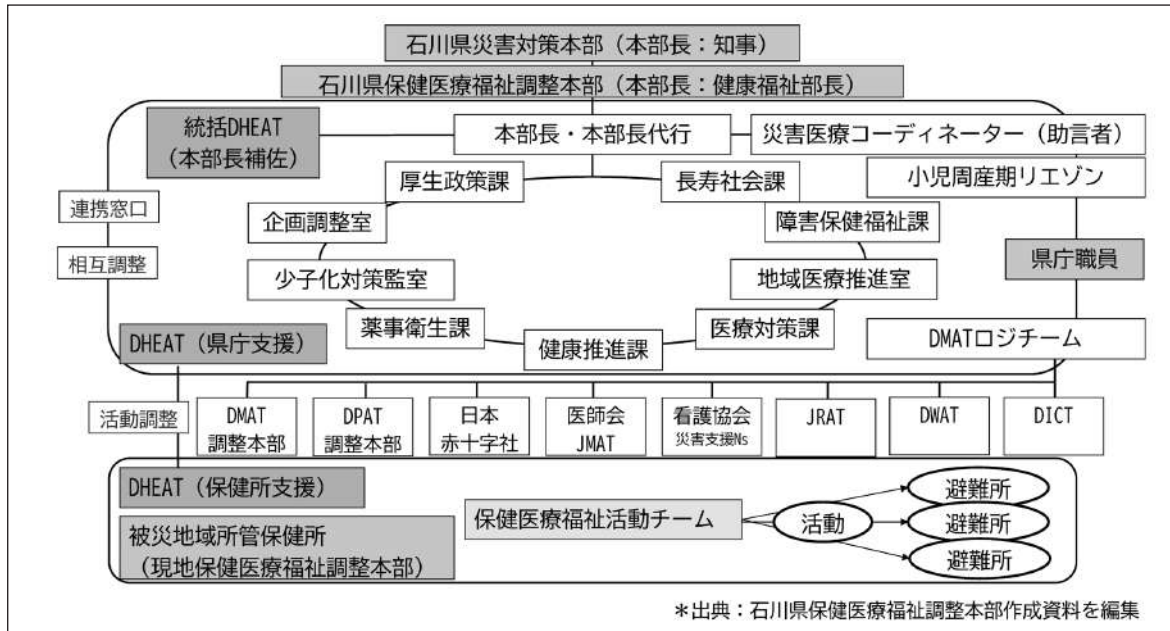


図3 石川県保健医療福祉調整本部組織図

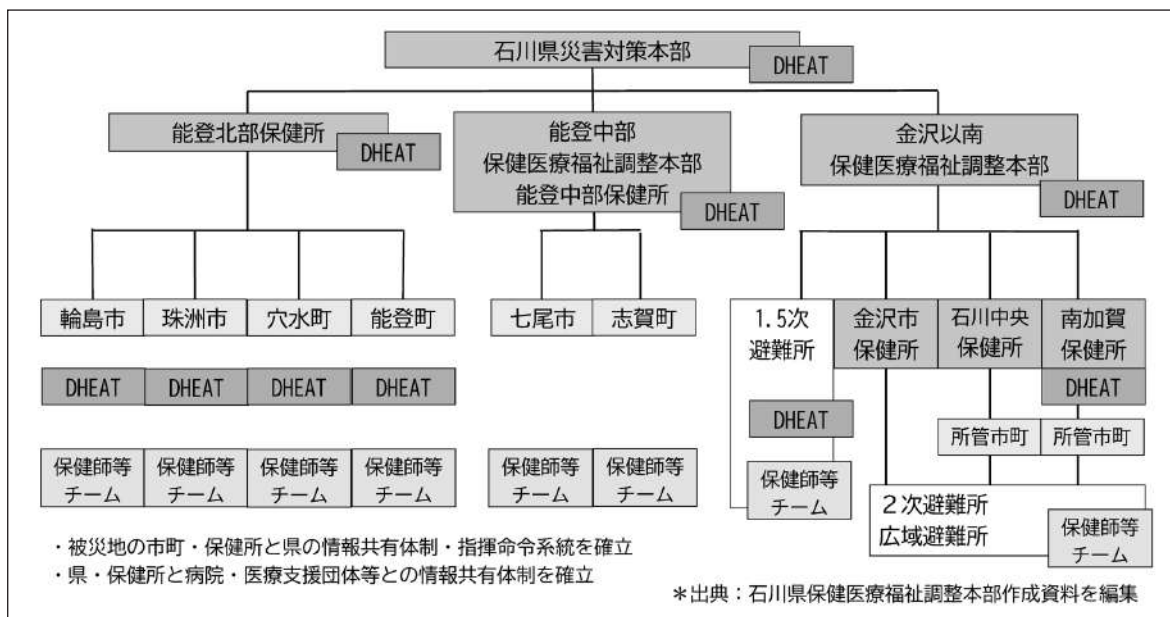


図4 石川県保健医療福祉調整本部（県庁・保健所・DHEAT）

の全国DHEAT協議会や、全国を6ブロックに分けた地方ブロックDHEAT協議会が設置された。一方で、情報連携のICTツールとして、災害時保健医療福祉活動情報支援システム（通称D24H: Disaster/ Digital information system for Health and well being）や保健所現状報告システム（通称くものいと）などのシステムが導入され、被災地支援活動の迅速化・効率化の取り組みも進められている。

さらに、今回の能登半島地震の経験を踏まえ、被災地支援経験のあるDHEATを発災後早期に被災地へ派遣して、状況の把握と急性期の保健医療福祉行政の調整機能を支援するための「DHEAT先遣隊」の設置が進められるとともに、地方ブロック内での迅速かつ効率的なDHEAT応援体制や候補となる人員の確保、その活動内容の標準化や研修・訓練などについても新たな取り組みが始まっている。

DHEATや公衆衛生・保健医療福祉行政分野の災害時支援活動に関する課題

保健医療分野の災害対策については、特に医療分野について災害拠点病院やDMAT (Disaster Medical Assistance Team)を中心とした体制整備が都道府県および二次医療圏単位で進められるとともに、保健分野についても保健所やDHEATを中心とした体制整備が進められてきた。しかし、自治体組織の内部においては、災害対策は防災・危機管理部局の業務であり保健衛生部局が主体的に進める必要はないと考える自治体も見られる一方で、防災・危機管理部局から見ると保健衛生分野の災害対策は専門性が高いため保健衛生部局が主体的に体制整備を進めてほしいという考えもある。

近年では特に災害を経験した自治体を中心に、保健衛生分野の災害対策は保健衛生部局が詳細な体制整備についてより主体的に取り組む流れが定着しつつあることから、今後は全国の都道府県だけではなく市町村を含むすべての自治体においても、保健衛生部局が災害対策やそのための体制整備に主体的に取り組むことが求められている。

一方で、従来は発災直後の急性期における医療活動が中心に考えられてきた保健医療分野の災害時支援活動については、近年は亜急性期から慢性期の医療提供体制や、保健分野や福祉分野との連携を含めた被災地の保健医療福祉分野全体のサービス提供体制の復旧・復興も重要視されるようになってきたことから、医療、保健、福祉の各分野間の支援活動のスムーズな連携や移行を行うための体制整備が求められている。

さらに、医療分野についてはDMATやJMAT (Japan Medical Association Team)、日赤救護班などさまざまな医療活動の支援チームが、保健分野については公衆衛生(保健師等)チームなどが、これまで発生した災害の被災地におい

て支援活動を行ってきた実績があるが、福祉分野については近年DWAT (Disaster Welfare Assistance Team) やDCAT (Disaster Care Assistance Team) (災害派遣福祉チーム)の制度がつくられたばかりであり、今後対応体制の整備や人材育成の取り組みが求められている。

その他にも、災害が発生するたびにさまざまな課題が浮かび上がり、それに対する取り組みが進むことでこれまで災害対策のアップデートが進んできたが、今後も新たな課題とそれに対する取り組みが進むことから、引き続き知識や技術のアップデートを続けていくことが重要であると考えている。

参考資料

- 1) 兵庫県西宮保健所:阪神・淡路大震災における西宮保健所の活動。平成7年3月。
- 2) 大阪府:阪神・淡路大震災の記録。平成9年1月。
- 3) 大阪府健康医療部地域保健感染症課:東日本大震災における公衆衛生活動報告書。平成24年4月。
- 4) 大阪府健康医療部健康医療総務課:熊本地震における公衆衛生活動報告書。平成29年4月。
- 5) 厚生労働省健康局健康課長通知:大規模災害時の保健医療活動の体制整備について。平成29年7月5日(令和4年7月22日改正)。
- 6) 厚生労働省健康局健康課長通知:災害時健康危機管理支援チーム活動要領について。平成30年3月20日(令和6年10月24日改正)。
- 7) 平成28年度厚生労働科学研究「広域大規模災害時における地域保健支援・受援体制構築に関する研究」研究班:総括・分担研究報告書。平成29年3月。
- 8) 平成30年度地域保健総合推進事業「広域災害時における健康危機管理支援活動の体制整備と実践力養成事業」事業班:事業報告書。平成31年3月。
- 9) 令和4年度厚生労働科学研究「実践を踏まえた災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)の質の向上、構成員、受援者の技能維持に向けた研究」研究班:DHEAT活動ハンドブック(第2版)。令和5年3月。
- 10) Sphere Association スフィアハンドブック:人道憲章と人道支援における最低基準(日本語版第4版)。2019年10月。
- 11) 國井修, 他:災害時の公衆衛生。南山堂, 2012年7月。
- 12) 金谷泰宏, 鶴和美穂:大規模災害時の公衆衛生活動と被災地支援の到達点。公衆衛生 2016; 80(9): 636-642。
- 13) 田上豊資:都道府県における災害時の公衆衛生支援体制づくりの現状と課題。公衆衛生 2016; 80(9): 643-647。
- 14) 中里栄介:熊本地震における公衆衛生活動。公衆衛生 2016; 80(9): 689-693。
- 15) 尾島俊之:保健医療福祉調整本部。公衆衛生 2023; 87(7): 623-630。
- 16) 服部希世子:DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)の活動と今後の展望。公衆衛生 2023; 87(7): 650-658。

災害派遣精神医療チームDPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team)

DPAT事務局 次長／半蔵門のびすこどもクリニック 副院長 河嶋 譲

抄録

東日本大震災を契機にDPATの設立に至り、現在10年を経て、実災害での経験を踏まえ、体制整備が進んでいる。

災害時における精神保健医療活動において、さまざまな支援組織と連携を行うことは必須である。今後も、研修を重ね、支援に関わる多くの組織との合同訓練・研修等を積極的に行い、平時から顔の見える関係を構築していくことで、DPATの体制整備の拡充を図っていきたいと考えている。

DPATの設立の経緯

2011年3月11日に発災した東北地方太平洋沖地震(以下、東日本大震災)では、精神科医を中心とした精神医療チームである「こころのケアチーム」が精神科医療および精神保健活動の支援を行った。岩手県、宮城県、福島県および仙台市から厚生労働省に対して、災害対策基本法に基づくこころのケアチームの派遣斡旋の要請があり、全国の都道府県等と派遣の調整を行い、2012年3月までに延べ3,504人(57チーム)が被災地に派遣された。この57チーム以外にも、大学、医療機関、医師会等が主体となり、さらに多くのこころのケアチームが被災地で活動した。

東日本大震災での精神保健医療支援において最も大きな課題の一つに、急性期支援の必要性が挙げられる。致命的な被害を受けた精神科医療機関が孤立し、機能停止した精神科病院からの患者搬送をはじめ、人員・物資等の支援に困難が生じた。また、急性期に精神科医療機関、避難所等における精神保健医療に関するニーズを把握することが難しく、効率的な活動の組み

立てに困難が生じた。

もう一つ、阪神・淡路大震災でも学んだことではあるが、東日本大震災においても、指揮命令系統の確立ができていなかったことが大きな課題として挙げられた。こころのケアチームを効率的にコーディネートすることが難しく、情報が分散したため、被災県全体での、こころのケアチームの活動状況を把握することが難しい状況となった。震災後1ヵ月未満の1班1日あたりの平均相談対応延人数を集計したところ、班によっては1日に80人近い相談を受けていた一方で、1日数人の相談にとどまっていた班を認めた。さらには、他機関にとって連携をする際の窓口が分からず、災害対策本部、災害医療本部等との連携が効果的に行われなかった。これらの問題から、こころのケアチームにおいても統括者の必要性は重要課題であるとの結論に至った。

3つ目の課題としては平時の準備の必要性が挙げられる。平時から、全国の行政機関と医療機関が密な連携がとれているケースはまれだと思われるが、災害時には、平時に輪をかけて意

特集

[illegible]

〔文献2〕より引用〕

な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームがDPATである」(図1).

2014年(平成26年)8月の広島県豪雨での活動を皮切りに、2025年(令和7年)1月現在まで、DPATは計20都道府県においてさまざまな活動をしてきた。その中でも、DPATにとって4回目の実働となった2016年(平成28年)熊本地震は、全国へのDPAT派遣要請および被災した精神科病院からの患者搬送の2点においては、制度創設以来初の活動となり、派遣自治体および派遣隊数は42都道府県、延べ1,242隊となった。

そこで、厚生労働省ではDMAT(Disaster Medical Assistance Team)の名称や活動要領を参考に、名称を災害派遣精神医療チーム(DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team)とし、定義を以下のように定め、2013年(平成25年)4月1日に厚生労働省からDPAT活動要領¹⁾が発出された。「自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような災害の場合には、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援が必要である。このような活動を行うために都道府県によって組織される、専門的

に321名、県外36病院に274名)の患者を搬送することができた。東日本大震災の教訓は生かされ、被災した精神科病院内や搬送中の死亡事例が一人もいなかった。

メンタルヘルスの問題としては、発災4日目ごろから、避難所での緊急対応事例が多発し、保健師と情報共有の上、避難所活動を開始した。具体的な事例としては、自殺企図、妄想状態による他害行為等で入院事例が数例、避難所、介護施設での認知症の周辺症状への対応等、精神科救急医療の領域が主だった。発災約1週間後からは、当初に比べ、急性ストレス反応(不眠、不安、抑うつ症状の増悪)への対応が多くなり、徐々に地域精神保健活動へシフトしていった。また、疲弊状態にあった行政職員への支援者支援や被災した精神科病院の診療補助等の復旧支援も行った。6月からは九州・沖縄DPATによる支援活動、7月からは熊本DPATによる支援活動に集約し、10月下旬に活動を終了した。それ以降は、開設された「熊本こころのケアセンター」による支援活動に引き継いでいった。

反省すべきは、急性期からの指揮命令系統・組織連携が不十分だったことである。活動拠点本部を立ち上げることができたとはいえ、DMAT側の用いている救急医療の用語等について、精神科医療に特化している多くのDPATにとっては認識不足であり、精神科医療者が当たり前のように用いている精神保健福祉法に基づいた入院形態や移送等の知識をDMATは有していないといった課題も挙げられた。災害時にその溝を埋めるためには、平時からの多組織との連携・訓練等の準備がいかに大切であるかが再認識された。

その後も毎年のように起きる豪雨災害や地震災害等に対して活動を続けている。また、2020年(令和2年)2月1日、厚生労働省医政局地域医療計画課が、武漢からのチャーター便帰国者である千葉県および埼玉県に宿泊者に対して、「診療、健康管理、こころのケア等」の活動に向けて、DPATの派遣を依頼したことをはじめとして、イギリス船籍のクルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号内の乗客対応や、新型コロナウイルス

感染症によるクラスターが生じた精神科病院での活動など、いわゆる災害対応だけではなく、新興感染症流行下においても多組織と連携し、さまざまな活動を求められてきている現状がある。

令和6年能登半島地震は、DPAT設立後3回目の全国派遣要請となり、延べ944隊が活動した。石川県外DPATの派遣は2月12日で終了し、以降は石川県DPATが活動を継続した。4月1日からは能登地区を中心とした活動に縮小し、5月26日に活動を終えた。元日の災害であったが、発災直後から被災県との連携をとることができた。ライフラインの切断、雪道、アクセス不良もあり、“自己完結”が行える体制が必要であることを改めて認識した。

DPATと多組織間連携

前述のように、熊本地震を経て、DPATでは急性期からの指揮命令系統が不十分であるという反省をし、DPAT先遣隊研修や統括者研修において、指揮命令系統の重要性を強化するとともに、活動要領上も、「DPAT先遣隊とは、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において活動できる隊のことである」²⁾と明記を変えた。しかしもう一つの課題である、組織間連携の不十分さの問題は、いまだ取り組んでいく必要がある。

災害時は、全ての被災者が辛い想いをされ、不安を抱え、メンタルヘルスに影響が及ぶ。そしてそれは支援者にとっても同じことである。その方が専門的な精神科医療支援を必要としているのか、もしくは孤独や不安を誰かに聞いてもらうことで楽になれるのかの見極めをすることが、限りある医療資源しかない災害時にはとても大切なことである。

災害時のメンタルヘルスケアは、精神保健・心理社会的支援の階層(図2)に示されるように、衣食住等生きていく上で必要な基本的ニーズに対する支援が得られ、安心・安全感が保障されることが基盤となる。その上で、地域コミュニティおよび家庭の支援が得られることは、被

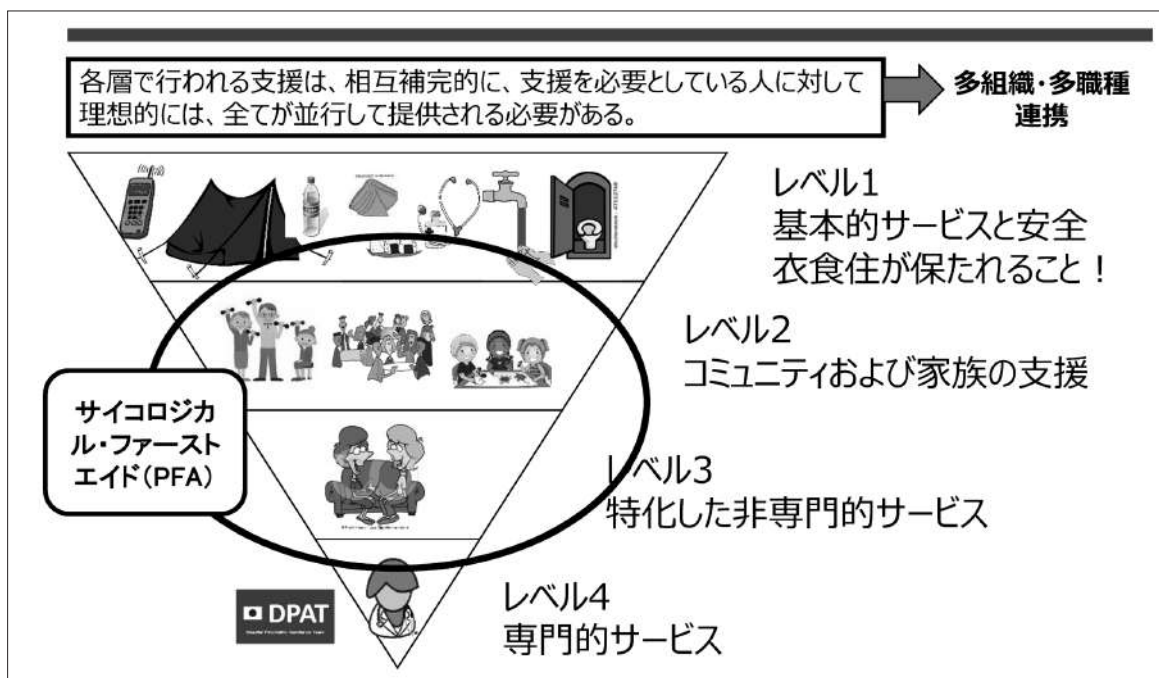


図2 災害時の精神保健・心理社会的支援階層

サイコロジカル・ファーストエイド(PFA):災害などの深刻な危機的出来事に見舞われた人(被災者)に対して行う心理的・社会的支援

〔緊急時・災害時における精神保健・心理社会的支援に関する JASC ガイドライン (JASC, 2007) を元に改変〕

特集

災者が自分の力を用いて災害によって生じたストレス反応からの回復を促す支援となる。ピラミッド各層で行われる支援活動は相互に補完し合いながら、支援を必要としている人に提供される必要がある³⁾。人々のメンタルヘルスの問題に対して、いかに生活における安心・安全感、そして社会的ネットワークとのつながりがあること、そしてニーズに対応した支援が受けられることが大切であるかが示されている。

これまでの災害においても組織間連携が行われてきており、平成28年熊本地震においては、J-SPEED(Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters - Japan version:災害時診療概況報告システム)が初めて本格的に運用され、緊急のメンタルヘルスケアニーズとしてDMATと連携し、少なくとも4件の自殺企図が覚知されDPATが即日介入支援を行うことができた。2018年(平成30年)9月6日に発生した北海道胆振東部地震では、保健所健康相談班が避難所を巡回し、こころのトリアージを行い、DHEAT(Disaster Health Emergency Assistance Team)を通して日赤こころのケア調

整班、もしくは北海道庁のDPAT調整本部と連携をとって、医療ニーズをDPATにつなげるという体制を構築した。

2021年(令和3年)熱海市伊豆山地区土砂災害においては、熱海市役所からDPAT調整本部に、遺体安置所で遺体・遺品洗浄を行っていた熱海市役所職員へのメンタルヘルスケア対応について依頼があり、熱海市からDMORT(Disaster Mortuary Operational Response Team:災害死亡者家族支援チーム)に対応を依頼され、精神医療対応が必要な場合はDPATにつなぐ体制を立ち上げた。令和6年能登半島地震でも、超急性期にはご遺体が多く発見され、遺族支援についてDMAT等からメンタルヘルスケア対応依頼があり、遺体安置所等で活動しているDMORTと連携し、活動をサポートするとともに、精神医療が必要な方はDPATにつなぐ体制を構築する事ができた。

さらに、令和6年能登半島地震では、支援者支援において、DOHAT(Disaster Occupational Health Assistant Team:災害産業保健支援チーム)が医療支援者と石川県内の行政職員の健康

管理をモニタリングして適切な個別支援や集団に対して災害特有の勤務環境の状況を把握し、就業上の配慮などを行う体制を築き、緊急性のあるケースにおいてDPATと連携を行った。

このように災害時における精神保健医療活動において、さまざまな支援組織と連携を行うことは必須である。今後も、DPAT研修を重ね、図2の各階層の支援に関わる多くの組織との合同訓練・研修等を積極的に行い、平時から顔の見える関係を構築していくことで、DPATの体

制整備の拡充を図っていきたいと考えている。

参考文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局:災害派遣精神医療チーム(DPAT) 活動要領. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164413.html> (accessed 2025 Feb 3)
- 2) DPAT事務局:災害派遣精神医療チーム(DPAT) 活動要領. https://www.dpat.jp/images/dpat_documents/2.pdf (accessed 2025 Feb 3)
- 3) Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン ジュネーブ:IASC. https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/contents/pdf/mental_info_iasc.pdf (accessed 2025 Feb 3)

JRAT (Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team) の活動

栃木県立リハビリテーションセンター リハビリテーション科・医療局長
JRAT広報委員会 委員長

船越政範

抄録

JRAT(日本災害リハビリテーション支援チーム)は、リハビリテーション医学・医療の視点から、災害リハビリテーションによる生活支援等を行うことで、生活不活発病や災害関連死等を防ぎ、被災者・要配慮者などの早期自立生活の再建を行う。日本災害リハビリテーション支援協会は、JRATの組織的展開を目的として、2013年7月26日に13のリハビリテーション関連団体が参画し結成、2020年4月1日に、一般社団法人化した団体である。

特集

はじめに

JRAT(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team:日本災害リハビリテーション支援チーム)は、災害時において、被災者・要配慮者などへ、リハビリテーション医学・医療の視点から、関連専門職が組織的に、継続した災害リハビリテーションによる生活支援等を行うことで、生活不活発病や災害関連死等を防ぎ、被災者・要配慮者などの早期自立生活の再建、復興に資する活動全般を行う。一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会は、JRATの組織的展開を目的としてリハビリテーション関連団体が参画して設立した災害医療支援団体である。

成り立ち

日本災害リハビリテーション支援協会の原点は、東日本大震災時(2011年3月11日)の東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体

(2011年4月13日設立)の組織的支援活動にある。当時の支援関連の10団体は、日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会(現在の回復期リハビリテーション病棟協会)、全国老人デイ・ケア連絡協議会(現在の全国デイ・ケア協会)、全国訪問リハビリテーション研究会(現在の日本訪問リハビリテーション協会)、全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会／全国地域リハビリテーション研究会、日本介護支援専門員協会であった。その後の大規模災害に備えて呼びかけを行い、日本義肢装具士協会、日本義肢装具学会、日本リハビリテーション工学会の3団体が加盟し、日本介護支援専門員協会が賛助会員となり、2013年7月26日に13のリハビリテーション関連団体(この時に全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会／全国地域リハビリテーション研究会を2つの別々の団体として登録)が参画して、「大規模災害リ

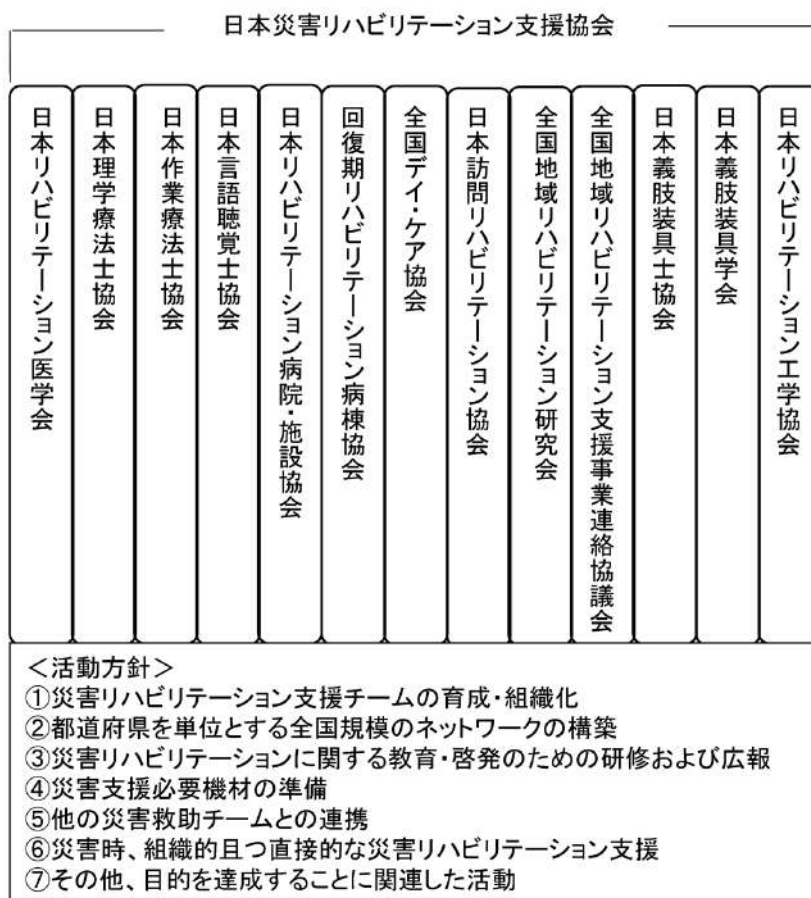


図1 日本災害リハビリテーション支援協会の構成団体と活動方針
〔JRATパンフレット¹⁾を基に作成〕

ハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)」として結成した。2020年4月1日には、一般社団法人化と「一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会」への名称変更を行っている(英語名称の変更はなし)。

背景となる組織

日本災害リハビリテーション支援協会の正会員である13団体(図1)の代表で構成する社員総会の下、各加盟団体および賛助会員からの代表者および理事・オブザーバーで構成された運営会議を定期開催している。JRATの活動方針(図1)の下、常設委員会として研修企画委員会、広報委員会、組織強化委員会と特別委員会として福祉用具委員会、効率化(DX)推進委員会などが人材育成・体制強化・質の向上に向けて活動している。都道府県単位でのJRATの組

織として“地域JRAT”を設立(2024年6月14日に47都道府県に設立)し、平時には災害リハビリテーションチームの育成、関係各機関・団体との連携強化および地域住民への教育・啓発、防災・減災活動を実施するとともに、発災時には組織的かつ直接的支援(支援チーム編成・支援活動等)を行う。また、全国を6ブロックに分け、定期的なブロック会議や研修会などを開催し、近隣の地域JRAT同士の情報交換も行っている。

教育体制

JRATの災害リハビリテーション支援活動に従事するJRAT隊の隊員は、JRATを構成している13団体のいずれかの会員である必要がある。発災時に地域JRATで緊急的に募集されるE-スタッフ(Emergency Assistance Staff)以外は、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴

表1 JRATのスタッフの名称と登録

略称	名称	職場の施設 長の推薦	地域 JRAT 代表の推薦	事前研修 ・登録	地域 JRAT 参加
R-スタッフ	Rapid Response Team Staff (初動対応チームスタッフ)	必要	必要	必要	必要
D-スタッフ	Disaster Assistance Staff (災害支援スタッフ)		必要	必要	必要
L-スタッフ	Logistics Staff (ロジスティックススタッフ)		必要	必要	必要
E-スタッフ	Emergency Assistance Staff (災害支援緊急スタッフ)				必要

〔JRAT ホームページ²⁾を基に作成〕

覚士をはじめとしたリハビリテーション関連職種がJRATの開催する研修を受け、R-スタッフ〔Rapid Response Team (RRT) Staff〕・D-スタッフ (Disaster Assistance Staff)・L-スタッフ (Logistics Staff)としてJRATに登録している。また、発災時に緊急的に募集されるE-スタッフ (災害支援緊急スタッフ)は、リハビリテーション支援活動の前に、事前に自己研修を行い、地域JRATに支援活動の登録を行う。

各スタッフの役割について記載する。R-スタッフ (初動対応チームスタッフ)は、災害規模に応じて、被災地の地域JRATのみで初動対応が不十分になる恐れがある場合などに、被災地の地域JRAT代表 (災害対策本部長)がJRAT代表に派遣を依頼する。JRAT代表が全国のR-スタッフに出動依頼 (指示)を行い、R-スタッフの所属の病院・施設からの出張等という形で当初は派遣され、R-スタッフによるRRTとして、被災地の地域JRATの災害対策本部長の統括・指示の下で活動する。発災直後から、被災地の地域JRATの災害対策本部の立ち上げやその他の初動対応を行い、被災地のJRAT活動が円滑に開始できるように必要な支援をする。D-スタッフ (災害支援スタッフ)は、被災地の地域JRATの災害対策本部長の指示の下、避難所などでの支援活動を行う。L-スタッフ (ロジスティックススタッフ)は、被災地の地域JRATの災害対策本部やJRATの中央対策本部において被災地の地域JRATの災害対策本部長およびJRATの中央対

策本部長の指揮下で、各本部の活動を行う。また、R-スタッフがRRTとして派遣を予定している場合でも、災害救助法の適応となった場合には、ロジスティックスや災害支援を行う、L-スタッフ、E-スタッフやD-スタッフとして派遣を継続して支援活動を行う。

各スタッフの名称と登録方法について表1にまとめた。R-スタッフは、研修受講申し込みの段階で、職場の病院長・施設長等 (RRTとして活動する場合)には、所属病院・施設からの出張等のためと、地域JRAT代表の推薦が必要で、JRATによるe-ラーニング (5時間)とオンライン演習 (3時間)を受ける。D-スタッフとL-スタッフは、登録の段階で、地域JRAT代表の推薦が必要で、JRATによるe-ラーニング (90分)と規程の演習 (講習会)を受ける必要がある。D-スタッフの登録に必要な講習会は、BHELP (地域保健・福祉の災害対応標準化トレーニングコース)とPFA (サイコロジカルファーストエイド)、L-スタッフに必要な講習会は、大規模災害リハビリテーション支援チーム本部運営ゲーム: REHUG〔リハビリテーション (Rehabilitation), 本部 (Honbu), 運営 (Unei), ゲーム (Game)〕、もしくは、REHUGファシリテーター養成研修である。ただし、R-スタッフ、日本DMAT隊員、JIMTEF災害医療研修アドバンスコース修了者は、L-スタッフの登録に規程の演習は不要で、3日以上の実活動経験者は、D-スタッフとL-スタッフともに、規程の演習は必要としていない。

表2 リハビリテーショントリアージ

識別色	優先順位 (レベル)	歩行・立ち上がり・食事・排泄	JRAT 隊の対応
白色		完全自立	介入の必要性低
緑色	レベル1	1つ以上修正自立	予防的介入や指導が必要
黄色	レベル2	1つ以上介助から見守り(介助者あり)	支援者に対するリハビリテーション指導が必要
赤色	レベル3	1つ以上介助から見守り(介助者なし)	JRAT 隊による個別介入を検討
黒色	レベル4	常時重度介助・避難所の食事摂取困難・入院治療が必要	病院・施設・福祉避難所への搬送を検討

〔災害リハビリテーション標準テキスト第2版³⁾79頁を基に作成〕

活動の実際

発災後、自動準備基準(DMAT待機基準に準じる)に応じて、JRAT事務局では情報収集を開始、JRAT中央対策本部(通常は東京本部)を開設する。被災都道府県の地域JRATは情報収集・集約を開始し、ロジスティックス機能を発揮するために、速やかに被災都道府県の地域JRATの災害対策本部を立ち上げる。この段階で、災害規模に応じて、立ち上げの支援も含めて、前述の初動対応チームであるRRTが要請・派遣される。被災都道府県の災害対策本部(保健医療福祉調整本部)に地域JRATからも参画し、都道府県の要請に基づき、避難所へ速やかに支援チームを派遣するためのチーム編成・派遣調整を行う。被災都道府県の災害対策本部が県外からのJRAT隊の派遣を要請した場合は、ブロック単位もしくは全国規模で支援チームを募集し、チーム編成・派遣調整を行う。なお派遣のためのロジスティックス機能は、JRAT中央災害対策本部がそれを担う。

1. 実際の活動

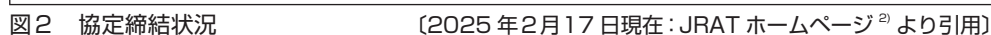
支援チームの実際の活動を、フェーズに分けて記載する。

第1期(被災混乱期)には、リハビリテーション対象者の状況把握、現地リハビリテーションニーズなどの速やかな情報収集・発信などが主な活動であり、支援チームの派遣準備が主体と

なる。

第2期(応急修復期)になると、要配慮者が安心・安全に活動的な避難所生活が続けられるように、JRATによるリハビリテーション支援活動は本格化する。避難所の環境評価・整備を行い、避難所の住環境を冷・暖房および適切な換気(感染対策・衛生管理等)に十分配慮しながら評価し、転倒・転落および孤立を防止する観点を含めて、動きやすい住環境のアドバイスをを行う。応急的環境整備を行うために、避難所支援物資の適切な選定の助言を行い、段ボールベッドなどの設置については積極的に参加する。避難者に対しては、リハビリテーショントリアージ(表2)を行い、主な生活機能である歩行・立ち上がり・食事・排泄について評価をチームで行い、ランクに基づき、支援・助言する。その際に、JRAT隊は現地で活動する保健師やJMAT等の医師・看護師から情報収集を行い、JRAT隊の医師(リハビリテーション医)は被災者の心身機能の診察と評価〔慢性疾患の状況、新たな外傷や合併症併発(深部静脈血栓症含む)〕を行う。必要な福祉用具(リハビリテーション医療資材等)などについても提案し、迅速に供給される方法の支援も行う。

第3期(復旧期)には、避難所の集約化が始まるとともに、二次避難所・福祉避難所への移行、応急仮設住宅への入居も始まる。応急修復期でのリハビリテーション支援活動の継続による生活不活発病予防を避難所で継続するとともに、



第4期(復興期)には、健康支援としての、地域に根付いたリハビリテーション(現地の医療・介護サービス)へ引き継ぎを完了させるが、重要なことは、可能な限り速やかに引き継ぐことである。

実際の派遣実績に関して記載する。2011年の東日本大震災時には、リハビリテーション関連10団体が災害リハビリテーション支援チームと協業して被災地に派遣する初めての試みであり、実際の活動は、発災から2ヵ月が経とうとしていた5月6日から148日間、派遣延べ人数

連携の在り方

災害医療支援の組織には被災者の救命救急等を担うDMAT(Disaster Medical Assistance Team:災害派遣医療チーム), その後を受けて主に避難所等における救護を担うJMAT(Japan Medical Association Team:日本医師会チーム), 保健行政のDHEAT(Disaster Health Emergency Assistance Team:災害時健康危機管理支援チーム), DWAT(Disaster Welfare Assistance Team:災害派遣福祉チーム), DPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team:災害派遣精神医療チーム)やその他専門職等支援団体があり, 互いに連携して支援を展開している。さまざまな団体の被災地における動きはフェーズによって異なり, 撤退の時期も団体によって異なるが, JRATは災害リハビリテーションによる支援を行うことから, 被災混乱期・応急修復期・復旧期・復興期と各フェーズにおいて, 時期に応じてリハビリテーション支援内容を変えながら継続的な活動を行う。リハビリテーション関連13団体のリハビリテーションに関するさまざまな職種がJRAT隊を構成していることから, リハビリテーション医学・医療を基にした災害リハビリテーション支援の力を発揮して, 各フェーズに応じたさまざまな団体との連携を今後もより深めていくために, JRATとしての組織の能力を高めていく必要がある。

今後への期待

中央防災会議にて防災基本計画の見直しが行われ, 2024年6月28日防災基本計画の改正が公表された(内閣府)。その中に日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)が明記された。これはJRATが本格的に国によって認知されたことを示すものであり, 今後, 災害救助法等関連法の中に明記されるなど, 法的に明確な裏付けをもった組織となっていくことが期待される。一方で地域JRATとしては, 各都道府県行政との協定締結が大切であり, JRATとしても積極的に推進しているが, 2025年2月17日現在で, 協定締結は21県(図2)に留まるため, さらなる各都道府県行政との協定締結が望まれる。地域JRATの活動の場は, 今後も広がり, 各都道府県において, 地域防災計画や医療計画「災害医療」等に地域JRATの明記が実現していくように, JRATとしてもなお一層の努力・展開を行っていく予定である。

参考文献

- 1) JRATパンフレット. https://www.jrat.jp/images/PDF/pdf_pamphlet.pdf(accessed 2025 Feb 24)
- 2) JRATホームページ. <https://www.jrat.jp/>(accessed 2025 Feb 24)
- 3) 一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会: 災害リハビリテーション標準テキスト第2版, 医歯薬出版株式会社, 2023.7.
- 4) 令和6年能登半島地震災害リハビリテーション支援報告書, 2024.11.

JMAT (Japan Medical Association Team) について

山口県災害医療コーディネーター・神徳会三田尻病院 病院長 豊田秀二

抄録

JMATは東日本大震災への長期にわたる災害医療支援を始まりとし、令和6年能登半島地震に至るまで多くの災害に対して支援を行う日本医師会の団体として成長してきた。しかし、日赤救護班やDMAT等の「老舗」災害医療チームや他の「新興」支援チームとの連携・協働はまだ成熟するに至っていない。災害医療コーディネーションの下、関わる種々の団体にJMATについて理解を深めていただき、今後の災害医療での連携・協働に役立てていただきたい。

特集

はじめに

JMATの最初の活動は2011年(平成23年)3月11日に発生した東日本大震災においてである。発災時にはJMATとしてはまだ正式に隊員養成や登録等はされていない段階であった。東日本大震災に遡ること1年前の2010年(平成22年)3月の日医「救急災害医療対策委員会」報告書内でJMATの創設を提言された。東日本大震災発災時はJMATへの参加者への研修の検討や骨子のとりまとめの段階であり、正式なチーム編成には至っていなかった。発災後の3月15日に各都道府県医師会に対してJMAT派遣要請を行い、次いで3月17日に厚生労働省より日本医師会に対し、被災地への医療従事者の派遣要請がなされた。その後、日本医師会や各都道府県医師会において研修等がなされ、現在に至るまで種々の災害に対して派遣され、災害医療においてなくてはならない団体のひとつになってきた。

JMATとは

JMAT(日本医師会災害医療チーム:Japan Medical Association Team)は被災者の生命および健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療や地域包括ケアシステムの再生・復興を支援することを目的としている¹⁾。

JMATは災害発生後に被災地の都道府県医師会の要請により日本医師会からの依頼により各都道府県医師会が医療機関(クリニック・病院など)や郡市医師会(クリニックや病院組織を超えた混成チームなどを組む場合)を単位として編成を行う。JMATの構成要員は医師・看護師・業務調整員(事務職、薬剤師、放射線技師、検査技師、リハビリなどで構成)の計4名を基本型とする(人数等には柔軟性あり)。JMATへ参加される医師は日本医師会員の資格の有無は問われていない。医師としてのプロフェッショナル・オートノミーに基づく使命感をよりどころとし、JMATとしての活動は医師会活動であることを認識していただくことを求めている。医師以外の職種の隊員についてはそれぞれの職種

の使命感に基づいての参加を求めている¹⁾。

なお、東日本大震災の際にはJMAT IIの運用がなされた。JMAT IIはJMAT派遣修了後において医師等の不足や住民の医療アクセス困難が深刻な地域であり、通常の地域医療活動に支援が必要な場合に被災地の都道府県医師会よりの要請により派遣される²⁾(東日本大震災以後は令和6年能登半島地震までJMAT IIの運用はされていない)。

JMATが担う支援内容¹⁾

1. 医療支援と健康管理

救護所での医療支援や、医療機関での医療継続支援、避難所での健康管理、避難所以外での避難をされている方々への巡回による健康管理、医療支援の手薄な地域の把握と対応、福祉施設・介護施設等への医療支援、行政や学校関係者などへの健康管理など。

2. 公衆衛生支援

避難所等での公衆衛生支援・管理、避難所での要援護者の把握と対策、感染対策・制御、衣食住環境の把握と改善、その他。

3. 被災地医師会支援

先遣JMAT・統括JMATによる被災地医師会災害対策本部の支援・情報収集。支援には本部運営支援を含み、情報収集には支援地域の医療ニーズの把握と分析を含む。

4. 被災地行政支援

被災地医師会とともに統括JMATにより被災地の災害医療コーディネーションの支援、被災地の保健所等との連携。

5. 被災地での検死・検案支援(可能な場合のみ)

警察医会との密な連携による活動。

6. 現地の情報収集・把握、および日本医師会・都道府県医師会・JMAT関係者への情報の発信

後から支援に来るチームのために多岐にわた

る情報をとりまとめ分析し、情報共有のための発信を行う。

7. コーディネート機能

災害医療の経験や知識の深いチームにおいてはDMAT等からのコーディネーション機能の引き継ぎを行う。まだコーディネーション機能が確立されていない場合は組織的な確立を行うことを求められる。

8. その他、被災地のニーズに合わせての支援

さまざまなニーズがフェーズにより変化する。そのため支援内容も変化を求められる。最終的には被災地の医師会・医療機関へ機能を引き継ぐ。

JMATの種類について(図)^{1),6)}

1. 被災地JMAT

被災地内の医師会による組織的な活動として医療救護活動に初期から従事するJMAT。被災地となる都道府県医師会を単位として編成される。

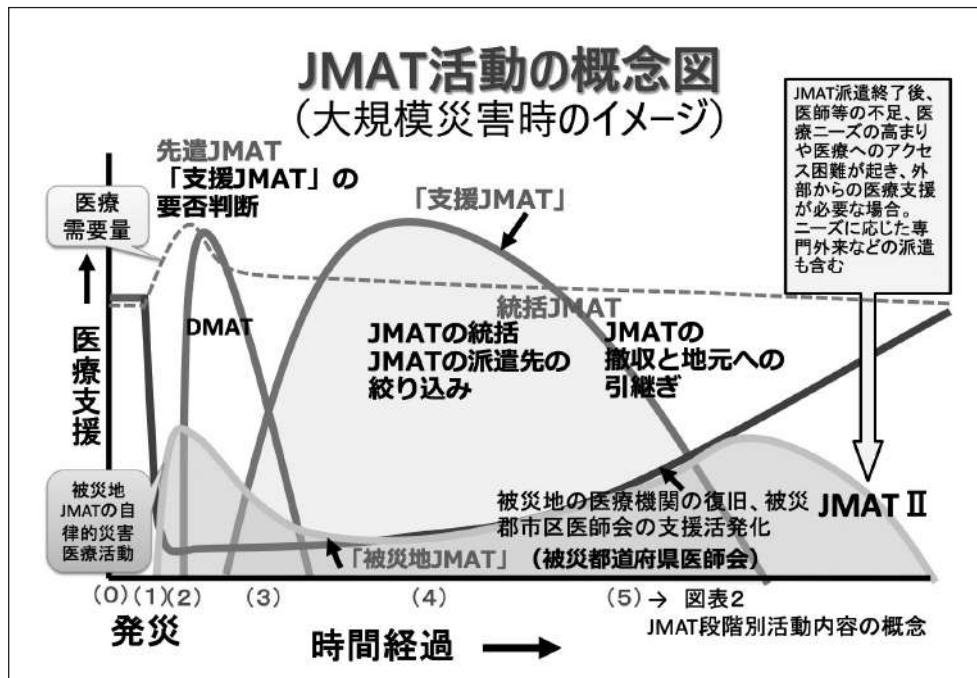
2. 支援JMAT

被災地外の医師会による組織活動として被災地に派遣されるJMAT。派遣元となる都道府県医師会を単位として編成される。

3. 重装JMAT

令和6年能登半島地震への医療救護活動を行うにあたり新たに支援JMAT内に設けられたカテゴリー。能登半島北部のようなインフラの復旧が整っていない地域で衣食住・移動・安全管理に自立できる事を条件とした支援JMAT。被災地へ宿泊施設以外に泊まりがけで支援経験を有するDMAT隊員等で構成されたチームが推奨とされた。

実際、DMAT隊員であり、JMAT活動にも参加をしていただいている医師・看護師・業務調整員は多数いる。



図

4. 統括JMAT

災害発生後、被災地の医師会を支援しながら情報の把握・評価を行って日本医師会に報告・発信を行い、現地におけるJMAT活動を統括するJMAT。

5. 先遣JMAT

統括JMATのうち、災害発生直後に出勤し、JMAT派遣の必要性や被災地での災害医療ニーズ等の情報を把握・評価・整理し、必要な支援内容等を日本医師会に発信する事を求められたJMAT。

JMATが支援した災害

平成23年の東日本大震災への支援から始まり、平成28年熊本地震、平成30年7月豪雨災害のみならず、多くの地域災害やCOVID-19での医療活動を経て、令和6年能登半島地震への支援まで多数の災害での被災地の支援に派遣された。以下に代表的な災害支援について述べる。

1. 東日本大震災(2011年3月11日発災)

JMATとして平成23年3月15日より7月15日

まで1,398隊(岩手461隊、宮城645隊、福島275隊、茨城12隊)。

JMAT IIとして平成23年7月16日より平成28年3月21日まで1,365隊(岩手1,110隊、宮城108隊、福島147隊)³⁾。

2. 平成28年熊本地震(2016年4月14日発災)

4月15日から7月16日まで568隊が活動(4月24日が最大で78隊が活動)⁴⁾。

3. 平成30年7月豪雨災害(2018年7月上旬発災)

7月13日から9月4日まで岡山県で163隊(うち127隊は岡山県医師会派遣)、広島県で86隊(全て広島県医師会派遣)、愛媛県で2隊(全て愛媛県医師会派遣)⁵⁾。

4. 令和6年能登半島地震(2024年1月1日発災)

1月5日から5月31日まで計1097隊⁷⁾。

以上の4つの災害以外にも多くの災害で各都道府県医師会によりJMATの仕組みを通じた災害医療体制を構築され支援を行われている。また、COVID-19ではJMATの仕組みを通じて在宅医療や臨時医療施設等の運営をされた都道府

県が知られている。

JMATの特徴

日本最大のNGOである日本医師会を母体とする組織である。DMATが病院組織(災害拠点病院、DMAT指定病院)を中心とし、医師の多くが救急医である(もちろん救急医以外の医師の参加が妨げられているわけではないが)のに対して、JMATの医師は病院勤務医もいるが多数の開業医の方々が参加していただいていることが特徴である。そのため災害医療展開時の視点が自然と地域医療に沿っていることとなる。

このことは日本医師会の災害医療の最終目標である、「被災地に地域医療を取り戻す」につながるようになっていく。東日本大震災のときのJMAT IIの運用はまさにここにあると思われる。

また、医師・看護師以外に多種多様の職種の方々がJMATには関わっており、多様かつ広範囲な医師会の組織的な活動を象徴している。そのためJMATの「A」はDMATやDPATのような「Assistance」ではなく「Association」となっている²⁾。

以上のことよりJMATが得意とするフェーズは亜急性期から慢性期(回復期)とも言える。しかしながら、被災地内では地域の医師やその他の職種の方々により災害急性期より自然発生的に医師会活動としての災害支援が開始されるものであり、日本医師会では「被災地JMAT」と位置付け、その活動の支援を行う体制にある。

また、「先遣JMAT」は「支援JMAT」の活動が円滑に進められるように急性期に被災地入りし、さまざまな情報を取得整理し、支援JMATに求められるニーズを浮き彫りにする。このようにJMATには急性期の災害医療でも活動を求められている。

JMATの立ち位置(他団体との連携)

平成23年の東日本大震災の際には他の救護班と同様に災害亜急性期から慢性期での活動がメ

インであったが、その後、各都道府県医師会にてJMATが正式に編成されるに至り、地域災害では比較的早期に投入されることも多くなった。さらに平成28年の熊本地震では超急性期より派遣された。その際にはDMAT以外にもJMATや日赤救護班のみならず多数の救護班が一斉に参加したため混乱を生じたのも事実であり、災害医療コーディネーターの重要性と保健医療福祉調整本部の設置の重要性が叫ばれた。

JMAT要綱³⁾にも明記されているとおり、災害医療支援は災害医療コーディネーション下で行うことが重要である。JMATはフェーズによっては最大の組織となることがある。そのため支援JMATとして前線で災害医療活動をしていると、他の組織の活動が見えにくくなる可能性が有る。横並びの多くの他の組織が協働していることも意識する必要性が重要だと考える。と同時に、他団体との連携が見える立場にいる被災地の医師会の本部やJMAT調整本部などでは支援JMATへの「他組織との協働」の意識付けを常々ミーティング等で行う必要があると考える。

その上で「被災地に地域医療を取り戻す」ために被災地域の医師会およびクリニックや病院などの医療機関の再興への支援を得意とする団体であることを自覚して災害医療活動をするべきとも言える。

JMATの教育

日本医師会では「JMAT研修 基本編」「統括JMAT研修」「ロジスティクス研修」の3つの研修を行い、JMATに参加する医師への教育を行っている。また、各都道府県医師会においても同様の研修会を開催しており、日本医師会による修了証の発行が行われている。また日本医師会による修了証の発行のない都道府県医師会による独自の研修会や訓練等が開催される場合もある。

また、JMATとしては各都道府県医師会から郡市医師会レベルでのJMAT隊員の事前登録を推奨しているが、実災害発生時には事前登録

がなされていない方の参加を妨げていない。また派遣されるJMATについては研修を受けていることが推奨されるが、研修を受けていない隊員の参加を妨げるものでもなく、多くの医療人の参加を求めていることもJMATの特徴と言える。このことは医師のみならずJMATに参加される看護師をはじめ他の多職種の隊員にも適用されるものである。

最後に(今後への期待を含めて)

現在、近い将来起こると思われる南海トラフ地震のほか、地震災害では首都直下型地震や日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震などや火山噴火災害では富士山噴火、地球温暖化による毎年のように経験している気象災害と日本は災害が多発する国であることは周知のことと思う。

ここまでJMATでは多くのチームが支援の経験を積んできた。JMAT活動は医師会活動のひとつであると位置付けられているので、さらに多くの医師(その他医療に携わる多くの職域の方々を含め)の参加を期待したい。しかしながら、災害医療の基本的な知識を持って被災地に臨むのと持たずしてとでは、やはり被災地での結果は異なると思われる。できれば各都道府県医師会や日本医師会で開催されるJMAT災害医療研修会に多くの医師が参加をしていただけることも望む。

また東日本大震災以後、多くの災害を経験し、災害医療では多くの医療支援団体が生まれ、既存の団体とともに発災後迅速に出動するようになってきた。歴史あり経験も深い団体もあれば、まだ歴史の浅く経験があまりないために組織的にはまだまだ脆弱な団体もみられる。JMATはそのような団体の中でも大きな組織であるがゆえ、今後コーディネーション機能をさらにグレードアップし、他団体との連携をしっかりと行えるようになる必要性を強く感じている。

また、被災地支援を行うに「情報の迅速な共

有」の下に多種多様な組織間の「協働」が求められるため、多くのデジタルツールが使用されるようになってきた。しかしながら各組織が使用しているデジタルツールが多種多様であるため、迅速な情報の共有が困難な局面も経験してきた。今後は災害医療においてもDX(デジタル・トランスフォーメーション)が行われ、JMATをはじめ多くの災害医療での支援団体がよりよい協働を行えることを望む。来年度に大きく改定されるEMIS(Emergency Medical Information System: 広域災害救急医療情報システム)に大きな期待を寄せるとともにJMATはその使用に対しての教育および習熟に努力をさらに積み重ねる必要があると考える。また医療のみならず災害支援に携わる他業種との連携も容易にするシステムの構築を望むところである。

最後にJMATの最終目標は「被災地に地域医療を取り戻す」であるが、いち早く地域医療を取り戻すことが、被災地の住民の平常な生活をいち早く取り戻すことにつながると考えており、他の災害支援を行われている諸団体との相互理解と連携をさらに強めて行く必要があると考えている。

参考文献

- 1) 日本医師会:JMAT要綱. <https://www.med.or.jp/doctor/report/saigai/jmatyokou20180901.pdf> (accessed 2025 Jan 25)
- 2) 石井正三:平成23年度JMATに関する災害医療研修会 JMAT総論. p8-17. https://www.med.or.jp/dl-med/eq201103/jmat/jmat_20120310.pdf (accessed 2025 Jan 25)
- 3) 日本医師会:東日本大震災におけるJMAT活動について. 平成28年(2016年)4月12日. <https://www.med.or.jp/dl-med/eq201103/jmat/jmatandjmat220160321.pdf> (accessed 2025 Jan 25)
- 4) 日本医師会:平成28年熊本地震 日本医師会災害医療チームJMATについて:平成28年9月21日. <https://www.med.or.jp/dl-med/eq201604/jmat/kumamotojmat20160727.pdf> (accessed 2025 Jan 25)
- 5) 日本医師会:平成30年7月豪雨災害対策 平成30年9月7日. https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180905_3.pdf (accessed 2025 Jan 27)
- 6) 日本医師会:令和元年台風19号被害への対応について 令和元年10月16日. https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20191016_1.pdf (accessed 2025 Jan 25)
- 7) 日本医師会:令和6年能登半島地震に対する日本医師会の対応等について 令和6年6月5日定例記者会見, 松本吉郎会長. <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011752.html> (accessed 2025 Jan 27)

JDAT (Japan Dental Alliance Team) の 成り立ちと現状, そして今後の期待

福岡県歯科医師会 災害歯科医療コーディネーター 太田秀人

東北大学大学院歯学研究科 災害・環境歯学研究センター 特任講師
日本災害歯科保健医療連絡協議会 ワーキンググループ委員

中久木康一

抄録

JDAT (Japan Dental Alliance Team: 日本災害歯科支援チーム) は, 日本災害歯科保健医療連絡協議会 (以下, 連絡協議会) により2022年3月に創設された。その目的は, 災害発生後おおむね72時間以降に地域歯科保健医療専門職が行う応急歯科診療や避難所等における公衆衛生活動 (口腔衛生を中心) を支援し, 被災者の健康を守り地域歯科医療の復旧を支援すること等である。本稿では創設に至るまでの先人たちの地道な活動と, 長い協議期間を経て誕生したJDATの実働と協働, そして未来への希望をお伝えする。

成り立ち - 繋ぐ -

災害時の歯科支援の契機となったのは, 阪神・淡路大震災 (1995年) である。当時における災害時の歯科の役割は, (1) 日本航空123便墜落事故 (1985年) での犠牲者の方々への「歯科所見からの身元確認への協力」と (2) 北海道南西沖地震 (1993年) での「応急歯科診療」が知られており, 兵庫県歯科医師会と大学などが協力し活動した。その後, 1999年に米山らの「介護施設での専門的口腔ケアの実施により, 入所者の肺炎発症リスクが約40%減少」との報告¹⁾を機に, この震災における「関連死の24%を肺炎が占めた」という報告に対する足立らの検証²⁾により, 災害時の誤嚥性肺炎の発生要因に口腔の衛生状態が関与していることが考えられ, (3) 誤嚥性肺炎による関連死を予防する口腔ケアを中心とした「歯科保健活動」も, 災害時の歯科の新たな役割となった (図1)。その体制作りは都道府県歯科医師会を中心に進み, それらは新潟県中越地震

(2004年)の際に個別に申し送られ, 避難所や仮設住宅等において行政などと連携した中長期的な地域歯科保健医療支援活動が行われた。その後, 厚生労働省から日本歯科医師会 (以下, 日歯) が依頼を受け, 長期間かつ複数の県にまたがる広域・複合災害に初めて組織的に人的派遣を行った東日本大震災 (2011年) で, 「歯科支援の標準化」と「都道府県を超えた体制作り」という課題が顕在化したことが, JDAT (Japan Dental Alliance Team: 日本災害歯科支援チーム) 設立への契機となった。その後の平成28年熊本地震 (2016年) では, 全国統一された歯科口腔保健アセスメント票を初運用し, 九州地区連合歯科医師会災害時相互応援規則に基づき, 九州地方と山口県の歯科医師会, 歯科衛生士会や大学などから迅速かつ継続的に人的派遣がなされ, 被災自治体と災害医療対策本部の指揮下における多職種連携により, 災害時要配慮者へのフレイル予防対策や食支援などの口腔機能支援が行われた³⁾。その後も平成29年九州北部豪雨 (2017年) や

特集

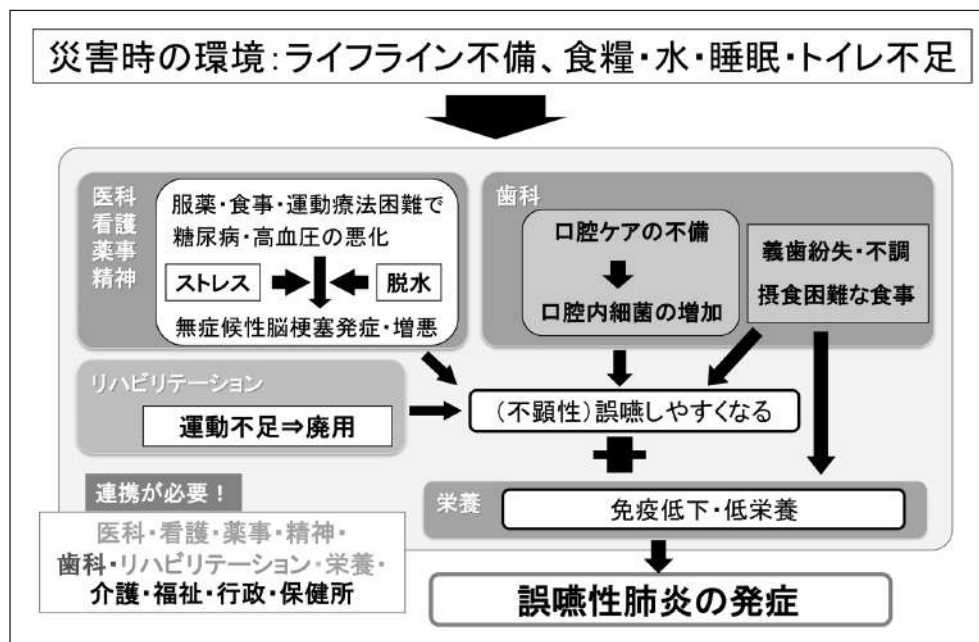


図1 災害時における誤嚥性肺炎の発生要因

〔足立良平, 岸本裕充, 門井謙典: 大規模災害における気道感染予防の重要性. 日本口腔感染症学会雑誌 2012; 19(1): 2-10. より改変〕

〔中久木康一: 災害時の歯科保健医療活動. 災害歯科保健医療 標準テキスト 第2版 第3章 -1. 医歯薬出版, 2024, p83. より改変〕

平成30年7月豪雨, 平成30年北海道胆振東部地震(2018年)などを経て協議を重ね, 現在では保健医療福祉調整本部の指揮調整下で多職種連携を行い活動する。

背景となる組織 - Alliance -

平時から摂食嚥下障害者へのリハビリテーションや食支援においては多職種連携でのアプローチが重要であると言われる一方で, 歯科と保健医療関係者との連携の問題点も指摘されており, 災害時に生じる問題に対しても多職種で連携する体制作りが必要とされてきた⁴⁾。そこで, JDATの「A」は創設に関わった関係者の思いを込め, 連絡協議会(2015年設置)とその基幹事務局をつとめる日歯だけではなく, 日本歯科衛生士会, 日本歯科技工士会, 大学, 行政歯科職, 企業等からなる「Alliance(=連携, 提携)」である(図2)。

教育体制 - 地域へ, 次世代へ -

東日本大震災で顕在化した課題から, 日歯での講義を中心とした災害歯科コーディネーター研修会(2012~2017年度)が始まった。その後, 日歯が連絡協議会の基幹事務局として厚生労働省補助金事業の災害歯科保健医療体制研修会(2018~2023年度)と災害歯科保健医療アドバンス研修会(2020~2023年度)を開催し, 関係省庁やJMATなどからの講師による講義と実災害を想定した机上演習は, コロナ禍でもオンライン形式にて行われた。そしてJDAT創設後の2024年度からは, (1) JDAT基礎研修会:「災害歯科保健医療標準テキスト第2版」をもとにしたeラーニング, (2) JDAT標準研修会:eラーニングでの事前研修とオンライン形式の演習, (3) JDATアドバンス研修会:集合形式の講義と机上演習, の三部構成となった。また開催形式は, 従来の中央開催に加え, JDAT標準研修会では各都道府県などでの地域開催も始まった。JDAT創設以前にも, 熊本地震での教訓をもとに九州地区連合歯科医師会の研究費事業として

参画団体名	役割
(公社)日本歯科医師会	・全体の統括 ・厚生労働省など他組織との連絡調整・情報共有などの事務局機能
都道府県歯科医師会	被災時:被災状況の把握と報告、受援体制の構築 非被災時:応援、出務体制の構築
日本歯科医学会	専門的分野の人員および後方支援
(一社)日本私立歯科大学協会 国立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議 (一社)全国医学部付属病院歯科口腔外科科長会議 日本病院歯科口腔外科協議会	・急性期の緊急患者受け入れ、急性期および中長期の人員派遣 ・専門的分野の人員および後方支援 ・医療チームの一員としての同時発出
(公社)日本歯科衛生士会	歯科衛生士・歯科保健の支援
(公社)日本歯科技工士会	歯科技工士・歯科技工の支援
全国行政歯科技術職連絡会	被災自治体歯科職の後方支援
(一社)日本歯科商工協会	支援物資の提供、管理

図2 日本災害歯科保健医療連絡協議会の構成団体

* オブザーバー：内閣府，厚生労働省，防衛省，日本医師会ほか

〔森谷俊樹：災害歯科支援チームの実現に向けて ～関係機関・団体における連携の重要性～，災害歯科保健医療 標準テキスト 第2版 第1章 -2. 医歯薬出版，2024，p24. より改編〕

「災害口腔医学研修会」を九州地方の各県で開催した事例がある。これらの演習は災害時の多職種連携を想定した内容で、歯科以外の職種が参加して開催した事例もあり、着実に「地域での人材育成と顔の見える関係づくり」の裾野は広がっている。その他にも九州地方では、災害歯科支援経験者や各大学のJDATなどが講師となり、講義や演習などが行われている。対象者は歯科学学生(長崎大学・九州大学・九州歯科大学・福岡歯科大学)や研修歯科医(長崎大学病院・九州大学病院)である。内容はJDAT研修を参考にしつつ各々の卒前教育・卒後臨床研修カリキュラムを勘案し、トリアージを含む事例もある。現場を知る者の言葉は、医療を志す若者の使命感に火をつける。次世代の育成も、平時にJDATが果たすべき重要な役割の一つである。

活動の実際 - 地域保健の観点で -

JDATとしては、令和6年能登半島地震(2024年)が初めての対応となり、石川県内外から派遣されたJDATは、県や自治体、保健所等に配置された保健医療福祉調整本部の指揮調整下で活動を行った。県外のJDATは主に避難所や高齢者施設などを巡回して応急歯科治療や口腔ケ

アなど行い、県内のJDATは主に金沢市に開設された15次避難所での活動に従事したほか、珠洲市において他県の歯科医師会から貸与された歯科診療車を仮設歯科診療所として定点に設置して診療を担当した。県外のJDATの派遣は3月20日、石川県内のJDATによる活動は4月27日で終了した。

またJDAT創設前の災害時においても、以下の活動が行われてきた。

1. 歯科専門職の目から集団・迅速アセスメント

近年では、発災数日後から「災害時には口内の細菌が増加」「誤嚥性肺炎の予防には口腔ケアが重要」などと報道されるようになった。たしかに「最適な条件下では、虫歯菌は約40分、歯周病菌は約70分で分裂し、虫歯菌は約24時間で約1,000億倍になる」といわれ、「時間との戦い」である。この条件の一つは、虫歯菌には「お菓子やジュースなどの『糖類』」であり、歯周病菌には「歯ぐきから滲む『出血』」である。残念ながら、災害時の避難所等ではこの「最適な条件下」になり得る。その要因は、①環境:断水や洗面所の環境不良、②物資:避難所等の備蓄・支援物資の不足、③行動:断水下ではうがいに貴重な水は使えない、④食事:食事や支援物資に糖類が

多い、などである。そこでJDATは、歯科口腔保健アセスメント票を用いて歯科専門職の目からこれらの要因も含めて集団・迅速アセスメントを行い、その全体評価と地域診断をもって多職種と連携しつつ、必要とされる支援計画を立案・遂行する³⁾。

2. 地域全体の歯科保健医療提供体制を俯瞰

誤嚥性肺炎の発症リスクが高いとされる災害時要配慮者のうち、特に透析や酸素吸入中の患者、高齢者、障害者などの避難行動要支援者は避難所以外にも在宅や高齢者施設・福祉避難所などに多く存在し、肺炎発症時には死亡率が高いとの報告⁵⁾もあり、災害時にも地域保健という観点から活動する。

3. 地域全体を巡回して多様な歯科ニーズに対応

歯科医療の対象は「今、歯科的に問題がある人」だが、大規模災害時の亜急性期以降の避難所における歯科受診希望者は、平常時の歯科受診率と大差がなく「避難者の1～2%」と推計⁵⁾されている。そこで、その他の歯科受診まではしない方々や特に問題がない方々にも、避難所等を巡回して声かけなどを行い、歯科保健の対象である「今は問題がないが、災害により問題が出てくる可能性が高い人」の状況なども確認する。

4. 歯科訪問診療器材を駆使

停電・断水下においても、ヘッドライトと充電式の切削器具などがあれば、応急歯科診療は可能である。また避難所等で既成の人工の歯と歯ぐきを組み合わせた「プレハブ義歯」を作れば、「義歯紛失と支給される食事の画一的な食形態による咀嚼困難→低栄養→誤嚥性肺炎発症」という負の連鎖を断ち切ることも可能である。咀嚼機能の回復は消化吸収を促し、薬剤の効果にも影響する。災害時に限られた薬剤しかない被災者には、「食べられる口」の機能回復は重要である。

5. 口内の乾燥との戦い

災害時には水分摂取不足やストレスにより唾

液が減少して口腔粘膜が脆弱化し、口内炎を訴える人多発する。また口内細菌からの蛋白質分解酵素で傷ついた舌粘膜表面からは呼吸器感染症のウイルス等が侵入するため、災害時の口腔ケアでは、保湿剤の塗布や唾液腺マッサージと舌・口の体操による唾液分泌促進と粘膜保護、そしてペットボトルキャップ1杯分の水でのうがい、など特有の工夫を行う。

連携の在り方－食べられる口を守り、誤嚥性肺炎を防ぐ－

筆者は、何の知識も経験もなく東日本大震災で初めて宮城県南三陸町に派遣された際、被災した現地歯科関係者が貸与された巡回歯科診療車やイスラエルから寄贈された仮設診療所の歯科で懸命に診療を続ける姿を目にして、自分の無力さを感じた。

だが「日頃の備えと連携」という教訓は、後に活かされることになる。

1. まず歯科としての備えと連携から

福岡県歯科医師会は、2014年に福岡県との「災害時の歯科医療救護活動に関する協定書」締結の際に、「県が認めた場合には県外での活動も可能」との条項を含めた。そして2016年に「九州地区連合歯科医師会災害時相互応援規則」が締結された直後に、熊本地震が起こった。熊本県からの要請に対して歯科では主に九州地方で対応することとなり、南阿蘇地区には福岡県歯科医師会とその協力要請を受けた福岡県歯科衛生士会と福岡県内三大学から迅速にアセスメントチームが派遣された。その後も1週間交代で福岡歯科大学、九州大学、九州歯科大学の順に大学チームが継続的に派遣され、その専門性を生かして摂食嚥下機能障害を伴う高齢者などの災害時要配慮者が多い介護施設を主に担当した。また同様に1週間交代で福岡県・大分県・宮崎県の歯科医師会と歯科衛生士会がチームを派遣し、コーディネート役や避難所での応急歯科診療と歯科保健活動を担当する体制を構築した³⁾。翌年の九州北部豪雨災害での自県内対応での経

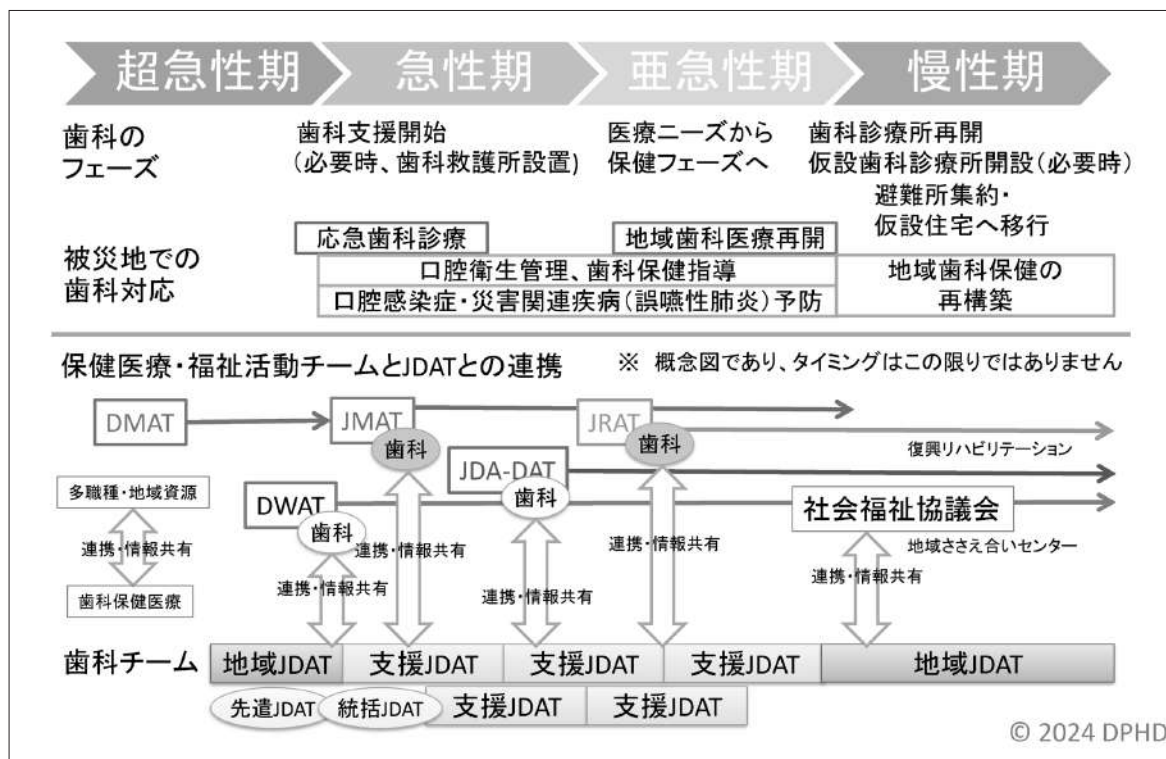


図3 災害フェーズごとにおける JDAT の活動概要

験と教訓もふまえて、2020年には福岡県歯科衛生士会、福岡県歯科技工士会および福岡県内三大学との「災害時の歯科医療支援活動に関する協定書」を締結し、各大学でJDATを編成していたため、令和6年能登半島地震においても迅速に人員を派遣し、JDAT福岡として活動した。

2. 発災初期から災害フェーズに応じて連携（図3）

発災初期に人が集まる避難所等ではインフルエンザなどの呼吸器感染症やノロウイルスなどの消化器感染症が蔓延する場合があります。JMATなどの医療チームがその対応にあたる。だが過去の震災において発災後に肺炎が急増したとの報告⁶⁾もあり、その多くは誤嚥性肺炎である可能性を考慮して、感染症対応が優先される状況下でも保健師チームなどと連携し、ポスター貼付による啓発や歯ブラシ配布などの歯科保健活動は可能である。

3. 誤嚥性肺炎を予防する多職種連携

災害時の誤嚥性肺炎は、食料・水・睡眠やト

イレの問題などの環境の変化にさまざまな要因が重複して発症する（図1）。それらは、①服薬・食事・運動が困難となり基礎疾患が増悪、②運動不足による全身、特に頸部筋群の廃用、などによる（不顕性）誤嚥、③口腔ケアの不備による口腔内細菌の増加や義歯紛失・不調や摂食困難な食事など、④低栄養や免疫低下、などである。そこでその予防には、DHEATや保健師チームはもちろん、①はJMATやDPATなど、②はJRATやDWATなど、③はJDAT、④はJDA-DATなどの多職種連携が必要である²⁾。（JDAT以外の略称の説明は文末に記載した。）

4. 災害時にも「食べる」がキーワード

JDATはJRATやJDA-DATなどと同じ災害時要配慮者を支援対象とする場合があるため、お互いのアセスメント情報などを共有して「食べる」連携が可能である。これまでに①JRATと協働した災害時ミールラウンドと摂食嚥下評価・指導、②JDA-DATとの災害時NST（栄養サポートチーム）に参画し、とろみ剤や糖尿病食への対応、などの報告³⁾がある。

今後への期待 - 使命を胸に -

山積する課題は、未来への扉でもある。今後は、①人材育成:JDAT基礎研修会のe-ラーニングのオンデマンド化やJDAT標準研修会の地域開催を推進する必要がある。②受援体制作り:JDATとして、市町村単位ごと、保健所単位ごと、都道府県ごとに実際の被災時を想定し、各々での派遣者数の充足度などの検証を自治体も含めて協議する必要がある。③マネジメント体制作り:都道府県ごとの災害歯科保健医療連絡協議会の設置を推進し、平時から自治体や保健所なども含めた定期的協議を行うべきである。またJDATのロジスティクス(都道府県JDAT事務局など)研修を開催し、まず都道府県ごと、さらに相互間の連携体制を作る必要がある。④多職種連携での災害支援を想定した教育体系作り:日本災害医学会の「災害時『食べる』連携委員会」では、『食べる』に関する多職種で連携した災害支援を行う研修会(D-EATs)が開催されつつある。⑤データの共有と個人情報の管理:コロナ禍を経て加速したDX化に追随した体制整備が急務である。

JDATはまだ創設から間もない組織である。だが、幾多の先人たちの地道な活動と智慧、そして「地域住民を守る」という使命感を繋ぎ、創設された組織でもある。ぜひ、この機会に存在を知っていただき、必要時には声をかけ合い、

連携したい。そしてそれらを通じて、平時にも災害時にも、地域住民の口腔を含む健康管理に貢献していきたいと強く思う。

災害医療に関する略称

DHEAT(Disaster Health Emergency Assistance Team:災害時健康危機管理支援チーム)
JMAT(Japan Medical Association Team:日本医師会災害医療チーム)
DPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team:災害派遣精神医療チーム)
JRAT(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team:日本災害リハビリテーション支援協会)
DWAT(Disaster Welfare Assistance Team:災害派遣福祉チーム)
JDA-DAT(Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team:日本栄養士会災害支援チーム)
D-EATs(Disaster Eating Assistance Team Seminar:災害時「食べる」連携研修会)

参考文献

- 1) Yoneyama T, Yoshida M, Sasaki H, et al: Oral care and pneumonia. Lancet 1999; 354(9177): 515.
- 2) 足立了平, 岸本裕充, 門井謙典:大規模災害における気道感染予防の重要性. 日本口腔感染症学会雑誌 2012; 19(1): 2-10.
- 3) 太田秀人, 中久木康一, 浦田健二, 他:熊本地震後の南阿蘇地区において口腔機能支援を通じて多職種と連携した「食べる」支援活動の報告. 日本災害食学会誌 2019; 6(2): 69-76.
- 4) 中久木康一:災害時の歯科保健医療救護における栄養士との連携に向けた検討. 日本災害食学会誌 2014; 1(1): 49-52.
- 5) 坪井明人:大規模災害時の歯科医療支援. 日補綴会誌 Ann Jpn Prosthodont 2015;Soc 7: 117-122.
- 6) 大東久佳, 鈴木基:東日本大震災後に気仙沼市内で発生した肺炎アウトブレイクの実態調査. 大和証券ヘルス財団研究業績集 2013; 36: 173-177.

日本栄養士会災害支援チーム JDA-DAT (The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team)

公益社団法人日本栄養士会 専務理事/JDA-DAT総括 下浦佳之

抄録

頻発する災害に備え、管理栄養士・栄養士は適切な栄養支援で被災者の健康を守る役割を担う。日本栄養士会災害支援チーム(JDA-DAT)は、2012年の設立以降、災害現場での栄養支援を展開。最新の能登半島地震では特殊栄養食品ステーションやマッチングシステムを活用し、効果的な支援を実現した。平時から地域密着型の栄養ケア体制を整え、多職種連携を図ることで、誰一人取り残さない災害支援を目指している。

はじめに

頻発する災害に備えて、管理栄養士・栄養士である栄養と食の専門職として、平時から何ができるのか、何をすべきかを考えておく必要がある。災害発生時に迅速に栄養と食生活の支援活動を実施し、適切な栄養管理を図ることで、災害関連死を防ぎ、被災者の健康と生活の質を保つことが我々の大きなミッションである。

公益社団法人日本栄養士会の概要

公益社団法人日本栄養士会(以下、当会)は、管理栄養士・栄養士約5万人が会員となり、活動している職能団体である。管理栄養士・栄養士の活動を支え、国内外の栄養課題の解決に向け、国の「誰一人取り残さない栄養政策」のもと、栄養士法によって養成された栄養と食事の専門職である管理栄養士・栄養士が使命と責務を自覚し、常にその機能を発揮することで、その時々健康・栄養課題の解決を目指している。日本栄養士会災害支援チーム(The Japan Dietetic

Association-Disaster Assistance Team: JDA-DAT)は当会の事業の一つとしての食生活自律支援事業の中に位置付けられ、平時から災害時における国民の食生活・栄養に対する支援の実践を行うものとして活動している。

日本栄養士会災害支援チーム(JDA-DAT)とは

JDA-DATは、国内外で大規模な自然災害(地震、台風など)が発生した場合、迅速に被災地の避難所、施設、自宅、仮設住宅等において、医療・福祉・行政栄養部門と協力して、緊急時に必要な栄養補給物資の支援など、状況に応じて栄養・食事支援活動を行う専門的なトレーニングを受けた栄養支援チームである。

2011年3月11日に発生した東日本大震災の教訓を得て、2012年に発足したのがJDA-DATである。東日本大震災の際、当会には、栄養に関する支援活動ができる専門的なトレーニングを受けた栄養支援チームというようなものはなく、ましてや災害時における栄養と食に関する

特集

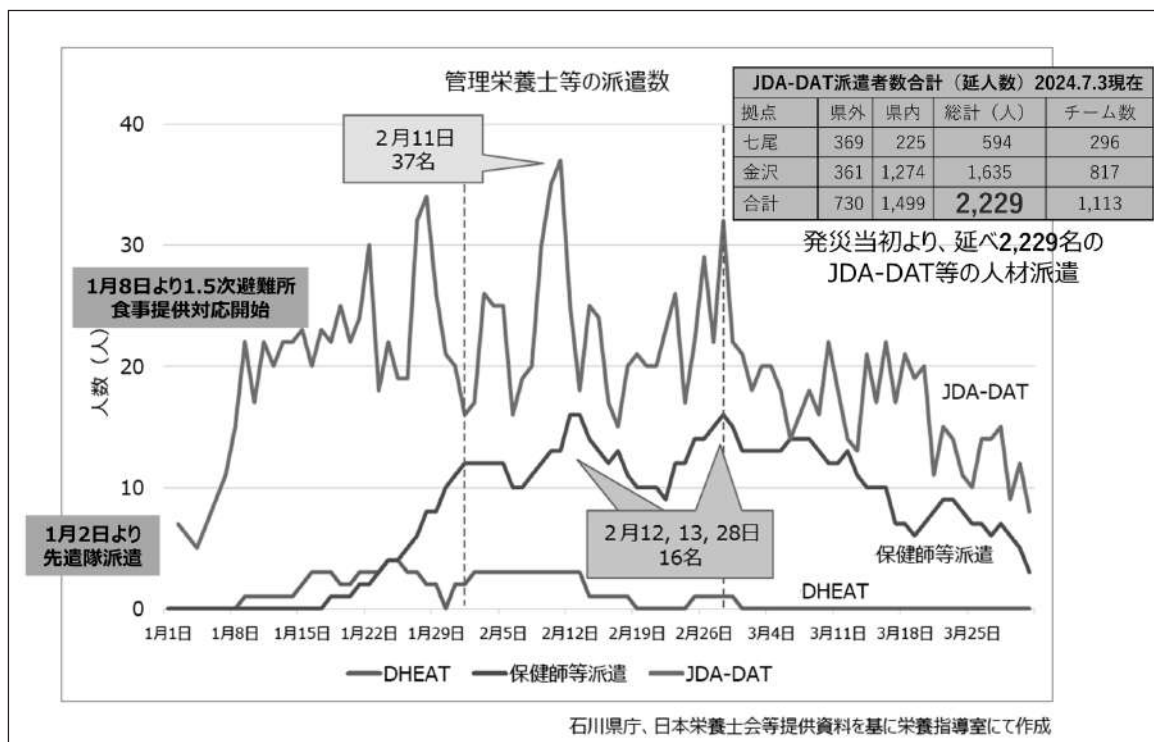


図1 令和6年能登半島地震での管理栄養士等の派遣者数

十分な知識やスキルを持たないまま、管理栄養士・栄養士の災害支援ボランティアという位置づけで支援活動を行ったため、さまざまな課題が生じた。この反省や教訓から、国内で頻繁に発生する災害に対し、栄養と食事に関する被災地支援のスキームと体制の構築および平時における防災体制の総合的な整備活動による、誰一人取り残さない災害支援システムの構築を目指したものである。JDA-DATも発足後13年が経過し、その間、全国でJDA-DATリーダーおよびスタッフが育成され、2024年12月31日現在、合計5,565人のメンバーがJDA-DATに登録されており、平時から災害時に備えて日々自己研鑽、研修・訓練等を行っている。

日本栄養士会災害支援チーム (JDA-DAT)の活動

東日本大震災以降、地震や台風・線状降水帯発生等による豪雨水害、新型コロナウイルス対応等、さまざまな地域で多くの災害等が発生し、災害規模に応じてJDA-DATを被災地に派遣し支援活動を行ってきた。直近では令和6年能登

半島地震においては発災直後の1月2日より先遣隊を派遣し、延べ2,229名(2024年7月3日現在、図1)の人材を被災地に送り込み、現在も被災地の石川県栄養士会JDA-DAT等が支援を継続している。

災害発生時において、当初は災害派遣医療チーム(Disaster Medical Assistance Team: DMAT)等の医療救護班への帯同や避難所を巡回しての栄養相談が中心であったが、これまでの経験より、後方支援・エビデンスチームの創設、特殊栄養食品ステーションの設置、自然災害や新興・再興感染症等が発生した有事において、専門性を生かし、必要な時に人的・物的支援ができるように、ICTを利用して、JDA-DATはもとより、都道府県栄養士会や認定栄養ケア・ステーションの管理栄養士等と自治体の人材ニーズをマッチングさせるシステムとしてのDiMS(Dietitian Matching System)の活用、初動対応のためのアクションカードの作成、また、日本国内だけでなく世界中においても多くの災害等が発生していることより、国際貢献の一つとして、これまでの日本での災害経験を生かし、栄養と食に関して支援できるよう国際栄

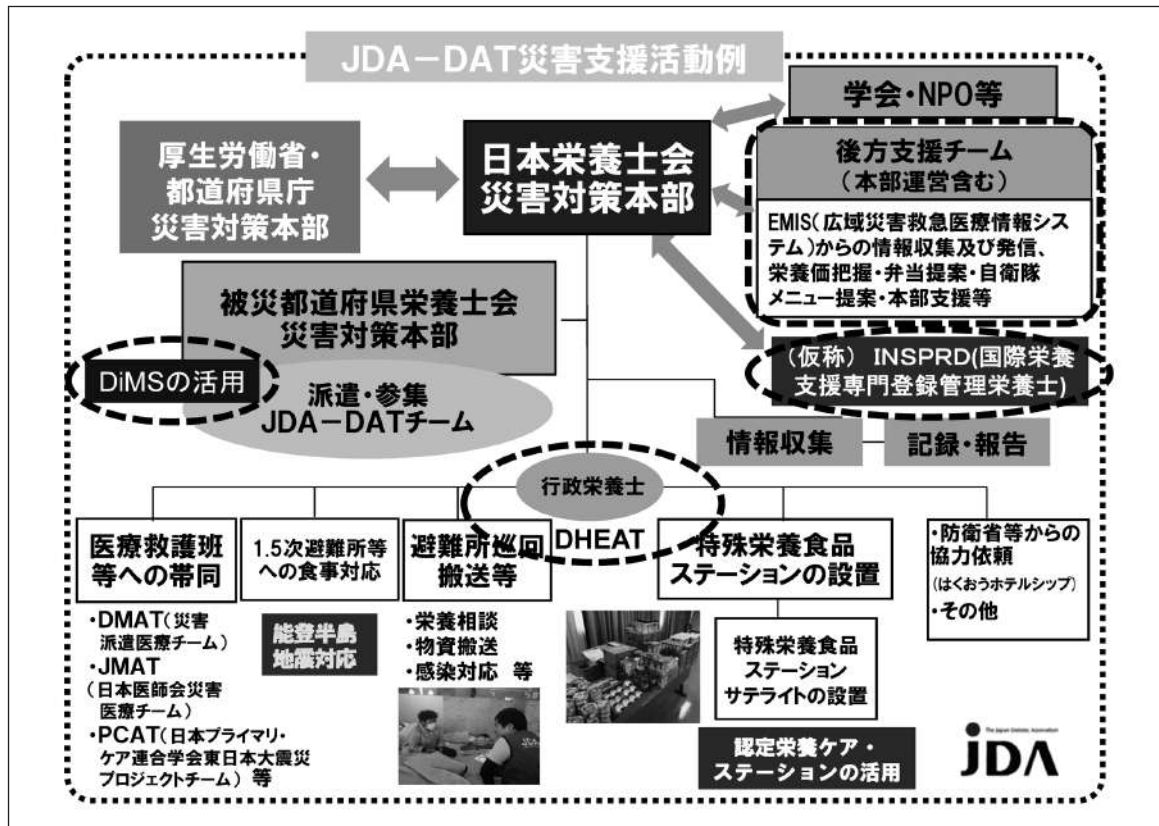


図2 日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）の災害支援活動例 [公益社団法人日本栄養士会 JDA-DAT 作成]

養支援専門登録管理栄養士（仮称International Nutrition Support Professional Registered Dietitian: INSPRD）を新たに創設する等、災害現場での被災自治体との連携をはじめ、厚生労働省、防衛省等の関連組織、多団体・多職種との連携等さまざまな取り組みを行ってきた（図2）。

また、平時からは、JDA-DATメンバーの育成を図り、前述したアクションカードやDiMSを用いての参集訓練（図3）、自治体・地域等による防災訓練への積極参加、防災に関する講演・研修会等への参画、DMATや公益財団法人国際医療技術財団（Japan International Medical Technology Foundation: JIMTEF）等の他団体との専門職としての取り組みも積極的に行い、多職種連携を進めているところである。

地域保健医療における 栄養と食生活支援について ー栄養ケア・ステーションの役割ー

日々、地域保健医療の確保と質の向上に向け

て取り組みが推進される中、災害時においてはその地域での脆弱な部分の課題がより顕在化すると考えられる。その地域の課題、特に栄養と食に関する課題を平時から把握しているのが栄養ケア・ステーションであると思っている。栄養ケア・ステーションとは、管理栄養士・栄養士が地域住民の日常生活の場で栄養ケアを実施、提供するための仕組みである。当会では栄養ケアを提供する地域密着型の拠点として栄養ケア・ステーション（図4）を創案し、2018年（平成30年）から認定制度を開始し、より専門性を高めた「機能強化型認定栄養ケア・ステーション」も追加された。現在、全国47都道府県、市区町村で展開し、545拠点、登録管理栄養士・栄養士数5,205名（2024年4月1日現在）で活動を行っている。

今回、能登半島地震において初めての試みとして、認定栄養ケア・ステーションを現地災害拠点および特殊栄養食品ステーション（災害時において要配慮者等が必要とする特殊な栄養食品を調達・管理・搬送する物資集積・搬送拠



図3 DiMS (Dietitian Matching System) の研修・訓練風景

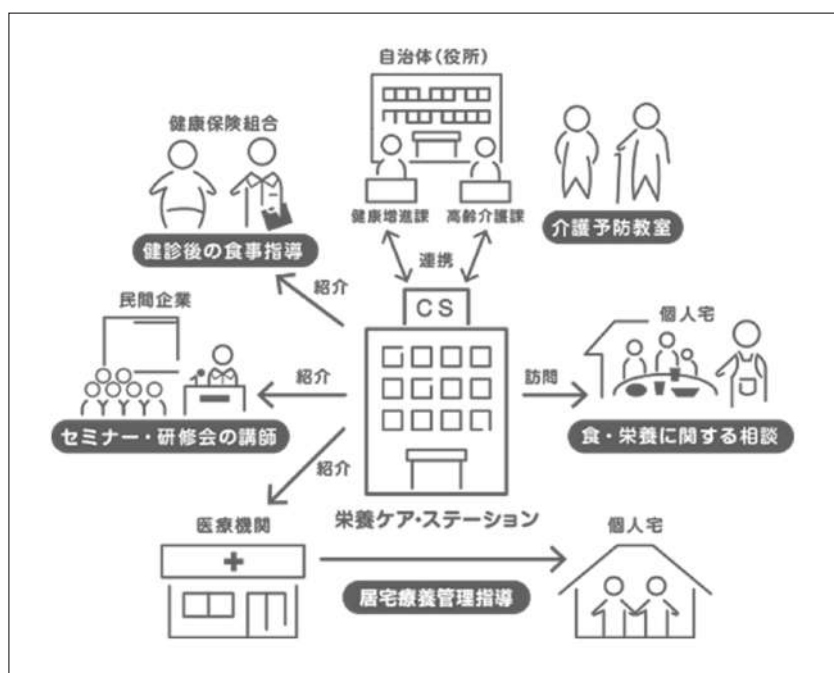


図4 栄養ケア・ステーションとは

〔公益社団法人日本栄養士会〕

点)として指定し、当会と当該認定栄養ケア・ステーション間で業務委託契約を結んだ。これまでは被災県栄養士会に依頼し、地域のボランティアとして災害支援の際に生じるさまざまな事項について対応をお願いしていたケースがあったが、災害発生により、いかに平時から行ってきた栄養ケアの提供を継続して実施するかが、被災者の健康維持を図る上で必要な対応

として、表1の項目について業務として委託し、モデルケースとして取り組んだ。

まさに、認定栄養ケア・ステーションは地域の人々に寄り添って成り立っている事業であり、地域の住民や団体、行政とは平時から大きなつながりを持っている。そのつながりこそが、災害時の地域特有の課題対応に役立つのである。

表1 認定栄養ケア・ステーションの特殊栄養食品ステーション等に係る委託契約
第1条の委託業務は以下の各号を満たすものとする。

1. 特殊栄養食品ステーションの設置
2. 地域の避難所等への救援物資等搬送
3. 宿舎・駐車場・倉庫等の確保協力
4. 支援者への指示・伝達等
5. 当会の災害対策本部および石川県栄養士会との情報共有と派遣調整
6. 所管する地域の行政および自治会組織等との連携
7. その他、災害支援に関する活動サポート

これによって認定栄養ケア・ステーションとして地域住民に対しての栄養ケアの提供が可能となり、JDA-DAT等の当面の支援終了後においても、被災者の栄養管理等で行政や医療福祉等とのさらなる緊密な連携が図れるなど、長期化する被災者支援に向けても大きなメリットが考えられる。

今後の取り組みについて

これまで述べてきたように、頻発する災害支援においては、医療、保健、福祉等の各領域にいる管理栄養士・栄養士が被災自治体と連携した栄養・食生活支援を行っている。「経済財政運営と改革の基本方針2024」(令和6年6月21日閣議決定)では、防災・減災および国土強靱化の推進における災害派遣医療チームとしてJDA-DATも加わり、防災基本計画(令和6年6月28日中央防災会議決定)では、管理栄養士等による避難所における被災者の栄養・食支援について必要な措置を講じるよう努めることが具体的に明記され、責務と共に災害支援を担う人材育成が重要となった。今後ともJDA-DATへの期待が高まり、担うべき業務もより複雑・困難になりつつある中、さまざまな訓練・研修を通じ、資質の向上を図り、災害時における住民等の

ニーズに応えられるよう研鑽に努めることが喫緊の課題である。

おわりに

SDGs(持続可能な開発目標)では、誰一人取り残さない持続可能な社会の実現に向け、世界を変えるための17の目標が示されている。その中には栄養という言葉が入っていないのはお気づきだろうか。入っていないのは、全ての項目の下支えを行っているのが栄養であるからだと考える。とはいえ、災害時において栄養だけでは成り立たず、最後の17番目の項目であるパートナーシップで目標を達成する。つまり、異なる専門的知見や技術を持ち寄り、多職種・多組織連携で問題を解決するということが重要である。現状では国内外で、いつ、どこで、どのような状況で発生するか分からない自然災害等において、まだまだ数多くの課題が残されている。それらを一朝一夕に解決することは容易ではないが、管理栄養士・栄養士としてできることを見定め、多少なりとも状況を改善していくことは可能である。さらなる平時・災害時の体制の構築を目指し、多職種との連携を図り、さまざまな取り組みを実践し、JDA-DATとしてもさらなる災害支援等を強化すべきと考える。

PCATの概要と展望

ープライマリ・ケアの視点から見た災害医療支援ー

日本プライマリ・ケア連合学会 災害医療システム委員会

香田将英, 原田奈穂子, 鈴木 諭, 安藤崇之, 伊藤竜彦,
井上淑恵, 江川 孝, 小幡 篤, 加古まゆみ, 鷺坂彰吾,
隅田英憲, 高橋 晶, 井垣 敦, 大橋博樹

抄録

日本プライマリ・ケア連合学会は、東日本大震災を契機に活動支援組織を発足し、2023年にはPCAT (Primary Care Assistance Team) として正式に組織化した。急性期後の亜急性期から慢性期における長期支援を特徴とし、①継続性を重視した底上げ型支援、②多職種による包括的支援、そして③将来の災害に向けた学術的支援を活動方針としている。本稿ではPCATの概要と展望について概説する。

PCATの成り立ちと 背景となる組織構造

日本プライマリ・ケア連合学会 (Japan Primary Care Association: JPCA) は、2010年に3学会 (日本プライマリ・ケア学会, 日本家庭医療学会, 日本総合診療医学会) の合併により誕生した。その翌年、2011年3月の東日本大震災を契機に災害支援活動を開始した。

2011年3月11日の東日本大震災発生直後、広範囲に甚大な被害が生じたことから「プライマリ・ケア提供者として何か支援できないか」という議論が交わされた。3月13日には学会内に「東日本大震災支援プロジェクト対策本部」が立ち上げられ、「Primary Care for All Team (すべての人にプライマリ・ケアを提供するチーム)」, 略してPCATと命名された組織が発足した。3月17日から医療関係者の現地派遣を開始した。PCATはボランティアの医師や看護師, 薬剤師, 社会福祉士など多職種で構成され、発

足当初から急性期後の亜急性期から慢性期における長期支援を目的として活動を開始した。

PCATは発足当初より、以下の3つの活動方針を掲げて活動を展開した。

1. 継続性・恒久性・地元人材/文化の尊重を重視した底上げ型の医療・保健支援
2. 災害の影響を受けた人々/地域の多様なニーズに対応するための多職種を巻き込んだ包括的な医療・保健支援
3. 将来必ず起こるであろう未来の災害へ向けて行う学術型の医療・保健支援

プライマリ・ケア提供者が災害時に果たす役割は少なからず存在する。大規模災害の超急性期・急性期には救命救急が優先されるが、その後数日から数週間を経て、高齢者や慢性疾患患者、障がい者など社会的弱者を中心に健康問題が表面化し始める。PCATの支援チームは、従来型の急性期中心の救護活動では見落とされがちな、災害後の生活の困難さに着目し、避難所、在宅、福祉施設、そして仮設住宅での生活支援

に取り組んだ。

JPCAという学術団体が母体であることもPCATの特徴である。学会はプライマリ・ケアの次の5つの基本理念を掲げている。

- Accessibility (近接性)
- Comprehensiveness (包括性)
- Coordination (協調性)
- Continuity (継続性)
- Accountability (責任性)

これらの理念(ACCCA)は災害時の支援活動にも生かされた。東日本大震災ではJPCAは延べ678名の学会員らを動員し、気仙沼・石巻で4年半活動した。これらの支援は従来の救急医療チームでは対応しきれない慢性期の医療ニーズを埋める役割を果たし、高齢者の生活支援や慢性疾患管理、メンタルヘルスケアなどプライマリ・ケアならではの領域で貢献した¹⁾。

災害医療システム委員会の役割とPCATとの関連

JPCA内では、東日本大震災後の経験を踏まえ、組織的な災害対応の整備が進められた。2013年度には「プライマリ・ケア災害研修委員会」が発足し、PCATの経験を体系化した研修や今後の災害に備えた方策が検討された。

一方、2016年4月の熊本地震を受け、災害支援チーム「PCAT2016」が立ち上がり、延べ38名が4月から8月までの約4ヵ月間にわたって活動を行った。同年、委員会は「災害医療システム委員会」と改称された。一時的には会員に対しての災害医療に関する教育と啓発や、開業医が多い特性を踏まえて、自身の地域で災害が起こった際の受援力の向上に注力する方針が取られたものの、2019年度に派遣型支援の検討に再転換した。こうして、災害医療システム委員会はPCATを学会の正式な災害支援組織と位置づけ、平時から隊員を登録・訓練し、災害時に即応できる体制を整備することになった。

2022年度にはPCATの本格的な組織化案が学会理事会で承認され、翌2023年度にはPCAT (Primary Care Assistance Team)として、災

害支援活動に関する規則および細則の策定が完了した。現在、災害医療システム委員会は平時からの体制整備や人材育成、他機関との連携体制づくりを担い、大規模災害が発生した際にはPCATの派遣調整や現地との連絡調整を行う役割が期待されている²⁾。

災害医療システム委員会の活動は主に4つの階層で構成される(図1)。

1. 本部機能(最上層)

- ・意思決定機関として理事長、担当副理事長、学会事務局、委員会委員により運営
- ・他の災害支援機関(DMAT, DPAT, DHEAT等)との連携体制の構築
- ・過去の災害支援プロジェクトの検証と知見の集約による改善

2. PCATリエゾン(上層)

- ・県庁保健医療福祉調整本部におけるリエゾン活動の担い手育成
- ・リエゾン研修の内容整備と実施準備
- ・多機関連携における調整役としての機能強化

3. PCAT一般隊員(中層)

- ・公的医療機関以外の小規模医療・福祉関連機関への支援体制構築
- ・導入研修を通じた人材育成
- ・現場での実践的支援活動の担い手としての育成

4. 全体の災害対応能力向上(基盤層)

- ・Off-the-job Training研修コンテンツの継続的な提供と更新
- ・学術大会やセミナーにおける災害医療教育セッションの充実
- ・防災・減災、BCP (Business Continuity Plan)を含めた地域の災害対応能力向上

これらの取り組みにより、プライマリ・ケアの視点を活かした包括的な災害医療支援および全体の対応能力向上の実現を目指している。

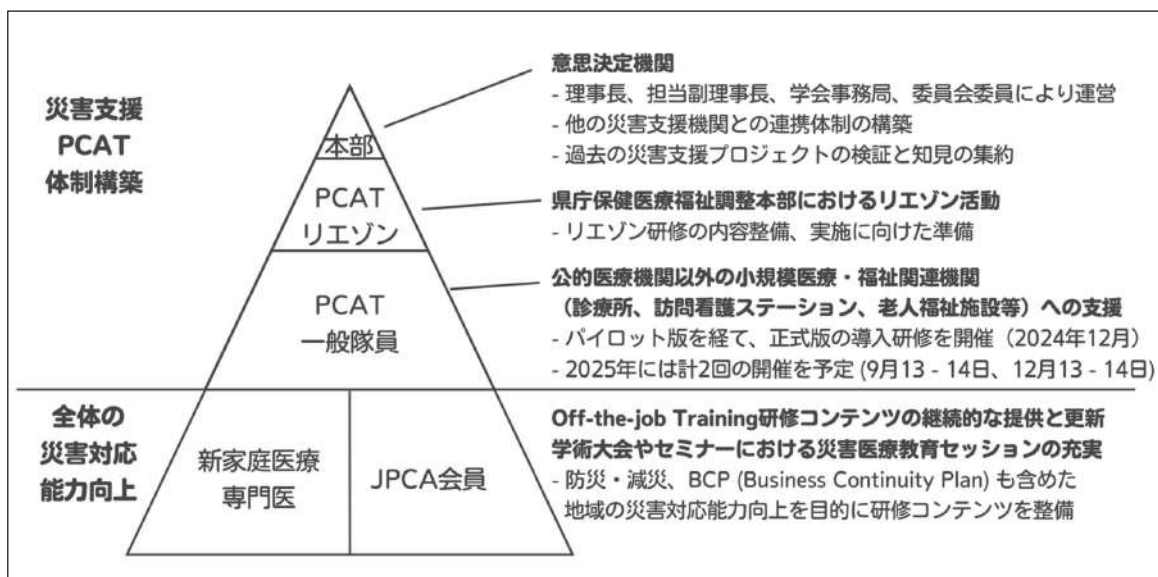


図1 災害医療システム委員会の活動概要

表 PCAT 導入研修のスケジュール

1日目	2日目
1. 開会あいさつ 2. 研修ブリーフィング 3. PCAT 活動指針 4. 災害関連法規 5. 災害時の保健医療福祉体制 6. PCAT の組織運営、指示命令系統 7. ワーク1「準備から実働まで」 8. DMAT の仕組みと役割 9. DPAT の仕組みと役割 10. 災害薬事 11. 災害時のメンタルヘルスと支援 12. ワーク2「こころのケアの実践」	13. PCAT 内の情報共有 14. 災害時の診療記録 15. DWAT の仕組みと役割 16. 日赤救護班の仕組みと役割 17. ワーク3「過去の反省から学ぶ」 18. 今後の派遣体制について 19. 隊員登録証配布 20. 閉会あいさつ

PCATの教育・研修体制

PCAT一般隊員養成に関しては、2回のパイロット版を経て2024年12月に第1回の正式な導入研修が実施された²⁾。この導入研修には医師、看護師、薬剤師、管理栄養士など多様な職種の25名が、公募による選考のもと受講した。

本研修では、災害時にPCATの一員として活動するために必要な基本知識と行動規範を学ぶことを目的としている。研修は2日間にわたって行われる。表は代表的なスケジュールである。

PCAT活動の理念や指示命令系統、災害関

連法規、災害薬事などの基礎を学ぶとともに、実際の災害現場でどのように活動を開始するかをイメージするワークを実施している。また、DMAT(Disaster Medical Assistance Team:災害派遣医療チーム)・DPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team:災害派遣精神医療チーム)・DWAT(Disaster Welfare Assistance Team:災害派遣福祉チーム)や日本赤十字社救護班(以下、日赤救護班)の役割を理解しながら、PCATの役割や他支援組織と協働するためのポイントを整理している。メンタルヘルスケアについては、精神保健および心理社

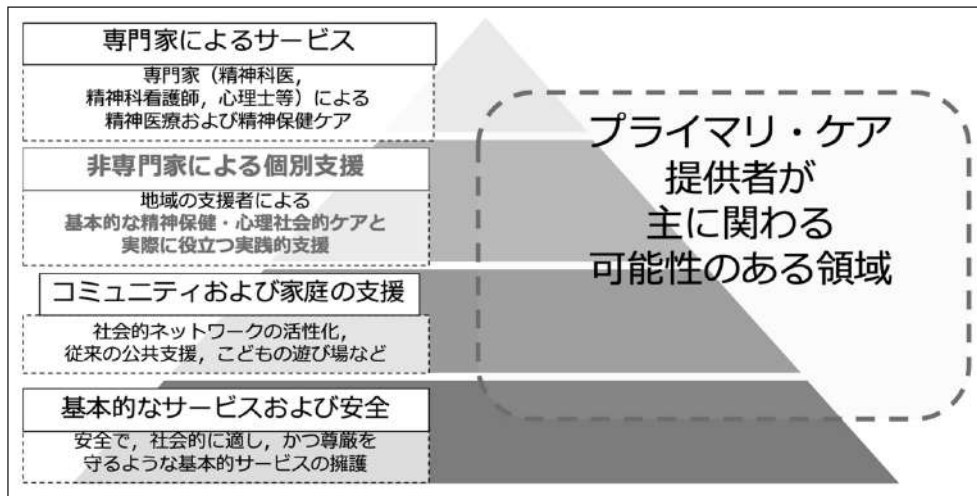


図2 精神保健および心理社会的支援の介入ピラミッド

〔図は文献 4) より引用〕

会的支援の介入ピラミッド(Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS)の介入ピラミッド³⁾についても取り上げ、心理社会的な支援を含めた包括的・重層的な支援が心の安定に役に立つことを説明している(図2)。

「過去の反省から学ぶ」のワークでは、人道支援の国際標準であるスフィア基準を用いた演習も取り入れている⁵⁾。これらは、「傷つけない支援(Do No Harm)」の実現や、人道憲章・行動規範に照らした支援活動を行うための指針を学ぶ上で、必須の項目と位置づけている。また、支援者自身の心身のケア(支援者支援)にも着目し、災害現場でのストレスマネジメントや燃え尽き症候群(バーンアウト)予防についても学ぶ機会を設けている。

今後は、導入研修を継続して開催し、一般隊員の増員を進めていく方針である。また、災害発生時に即応できるスキルと経験を組織的かつ持続的に維持するため、PCAT登録者の認定・更新には3年ごとの技能維持研修が義務づけられており、整備を進めている。さらに、県庁保健医療福祉調整本部におけるリエゾン活動の担い手育成のための研修も整備・実施する予定である。

実際の災害時における活動事例

1. 東日本大震災(2011年)の活動

PCATは発災直後から4年半にわたり災害の

影響を受けた地域で多岐にわたる支援活動を展開した。初期段階では、避難所で診療を続けていた現場の開業医を支援する形で、PCATの医師たちが交代で避難所診療を行った。PCATは発熱や脱水症、軽度の外傷の処置等の一般的な医療だけでなく、持病の悪化防止や薬剤管理など日常診療の延長線上のケアを提供した。

宮城県気仙沼市では在宅療養者への訪問診療支援を通じて、在宅避難者への安否確認と医療提供を行った。石巻市では行政と連携し、障がいや持病のある人を受け入れる福祉避難所の立ち上げと運営を支援した。

発災から数ヵ月後には仮設住宅に移り住んだ住民のケアも課題となった。PCATは「健康カフェ」と称する取り組みを仮設団地で実施し、保健師や管理栄養士と協働して住民の健康相談や交流の場を提供した。また、避難所での寝具などへのダニ発生に対応するため「ダニバスターズ」と呼ばれるチームを組成し、感染管理の専門家と協力して公衆衛生的な対策にもあたった。加えて、産科医や助産師を中心に妊産婦支援チームも組織され、震災2週間後から「東北すくすくプロジェクト」として産前産後ケアを開始した¹⁾。

2. 熊本地震(2016年)の活動

発災当初より熊本県益城町からJPCAに派遣要請があり、PCATは2回目の大規模派遣を

行った。まずは避難所の過密状態を改善するために避難所対策チームに加わり、スフィア基準に基づいた環境改善に取り組んだ。また、町が主催する福祉避難所調整会議の立ち上げをすべく、避難所のアセスメントを行いまとめた情報で行政の担当者と共に対策を行った⁹⁾。

3. 能登半島地震・奥能登豪雨災害(2024年)の活動

2024年1月1日に発生した能登半島地震を契機に、石川県から派遣要請を受け、地域の医療ニーズに応えるための支援活動を開始した。特に被害の大きかった輪島を中心とし、「地域医療資源を傷つけない支援」をミッションとして掲げた。支援先としては、石川県医師会能登北部支部の災害医療担当として、輪島市保健医療調整本部に関わるごちゃまるクリニックを主な活動拠点とした。本クリニックは輪島市における、在宅診療や訪問看護の一翼を担っており、地域の医療提供体制の維持のために不可欠な存在である。なお、開始当時はPCATの導入研修準備が整っていなかったため、PCATとしてではなく、JPCAの支援プロジェクトとして組成し活動を展開した。

2月5日から7月1日までの期間に、延べ22名の医師を派遣し、外来診療、訪問診療、在宅医療支援を実施した。また、ごちゃまるクリニックが発災前から特定非営利活動法人じっくらあんと連携して行っていた地域の子どもへの支援活動について、地震や豪雨による影響で一時中断していた活動を早期に再開するため、学校訪問型事業や保健室カフェ、出張保健室など、地域活動の多角的な再立ち上げをサポートした。じっくらあとは地域の子どもたちの居場所づくりや学習支援、こころのケアなどを行う地域に根ざした支援団体である⁷⁾。

9月の奥能登豪雨被害では、ごちゃまるクリニックが床上浸水被害を受け、外来機能の一時停止が余儀なくされた。また、同クリニックは地震発生以降、輪島市保健医療調整本部において医療連携の中心を担うなど、地域の災害医療体制の要でもあった。そのため、本学会として

地域医療の継続性を確保する観点から、9月25日から12月9日までの期間に支援を実施した。具体的には、8名の派遣者による清掃支援と、10名の医師による診療支援を行った。加えて、9月中には、1m以上の浸水を受けた外来の事務的機能の早期回復を目指し、インターネット環境の再構築や事務機能の新規設置も行った。

また、ごちゃまるクリニックが担う24時間体制の往診および訪問看護について、金曜日から月曜日までの週末業務を代行することで、小浦院長・副院長の週末の休息を確保し、中長期的な地域医療・プライマリ・ケア提供体制の継続を支援した。また、この支援活動においては、国際的な人道支援の標準であるスフィア基準を評価軸として取り入れ、災害の影響を受けた人々の尊厳と権利を守る「傷つけない支援」を実践した。この取り組みは支援プロジェクト責任者がスフィア基準の公認トレーナーでもあるため、派遣前研修での包含、受益者からの定期的フィードバックの仕組みの構築、支援プロジェクト完了後の必須基準に基づいた相互評価を行った⁸⁾。

他の災害支援団体との連携の在り方

PCATは2024年12月に正式な隊員の登録がなされたばかりであり、今後の災害支援活動において、他の既存支援団体との円滑な連携が不可欠である。特に、急性期から慢性期へと移行する過程で、災害時のプライマリ・ケア支援の継続をどのように行うかが、PCATの最大の課題となる。

DMATやJMAT(Japan Medical Association Team: 日本医師会災害医療チーム)、DPAT、DWATなど、各支援団体は特定の医療分野や支援対象に特化している。PCATはその間をつなぐ存在として、多職種連携のもとにプライマリ・ケアを提供する役割を担う。特に亜急性期から慢性期にかけて、他の支援組織の活動を補完する形で連携を進めることが求められる。具体的には、公的医療機関以外の小規模医療・福祉関連機関(診療所、訪問看護ステーション、老人

福祉施設等)への支援を想定している。

プライマリ・ケアを基盤とした亜急性期から慢性期の支援を担う新たな災害医療チームとして、多職種連携を活かしながら、地域医療・福祉の継続的な支援を目指している。連携強化の具体策としては、平時の合同訓練・ワークショップ開催、情報共有プラットフォームの構築(災害現場のニーズや活動状況をリアルタイムで共有する仕組み)、相互派遣研修(PCAT隊員がDMAT研修に参加する、逆にDMAT隊員がPCAT研修で地域ケアを学ぶ)などが考えられる。今後は、既存支援団体と連携を深め、クラスターアプローチの概念を取り入れながら、災害の影響を受けた人々の生活全体を包括的に支える体制を構築することを目指している。

プライマリ・ケアの視点からの課題と展望

災害時におけるプライマリ・ケアの重要性は認識されつつあるが、現状には課題が多い。第一に、制度面の問題が挙げられる。PCATは非営利の学会が運営する登録者制度であるため、長期間の活動資金が課題である。東日本大震災では寄付金・助成金で運営できたが、恒常的な予算措置がなければ、同規模の活動を継続することは困難である。あるいは、自治体との事前協定などを結ぶことで災害救助法の適用を目指すなどの取り組みも必要である。

次に、組織の持続可能性の確保が求められる。JPCAはPCAT登録者制度を開始し、平時から登録・研修を行い、迅速な派遣を可能とする体制を整えつつある。今後は全国のブロックごとにPCATを配置し、災害発生時に即応できる仕組みを構築することが目標となる。各地域のプライマリ・ケア従事者同士が連携することは必須だが、災害時の保健医療福祉の連携強化という国のビジョンも踏まえ、他組織の訓練等への参加を通じて顔の見える関係を築くことで、「地域包括ケアの延長としての災害支援」を実現することが重要である。

また、JPCA会員全体を対象に、地域コミュニティの強靱化への積極的関与が求められる。プライマリ・ケア従事者は地域住民との信頼関係を基盤とし、防災・減災の視点から平時の啓発活動をプライマリ・ケアに含めることで、減災の実現につなげることができる。また、地域住民を巻き込んだ防災訓練に、プライマリ・ケア従事者自身が参加し、避難所運営のシミュレーションや応急手当講習等で関わることで、住民自身が健康を守る力を養うことに貢献することが求められる。

災害医療における視点は、急性期の救命から長期的な生活支援へと広がりを見せている。PCATは発足当初から掲げた3つの方針(①継続性を重視した底上げ型支援、②多職種による包括的支援、③そして将来の災害に向けた学術的支援)に基づき、着実に体制を整備している。「いつでも、どんなことでも、ずっと身近に」というプライマリ・ケアの理念のもと、PCATは災害の影響を受けた人々の住まいの再建を包括的に支える新たな災害支援の形を目指している。

参考文献

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2015, vol.38, 特別号.
- 2) 日本プライマリ・ケア連合学会. 災害支援活動組織「PCAT」第1回導入研修を開催～多様な職種から25名が参加、スフィア基準を用いたケースワークも実施～日本プライマリ・ケア連合学会. 日本プライマリ・ケア連合学会. 2025. <https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=1124> (accessed 2025 Feb 5)
- 3) Inter-Agency Standing Committee: 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン. 2007.
- 4) 日本プライマリ・ケア連合学会 基本研修ハンドブック第3版. 南山堂. 2021.
- 5) Sphere Association: スフィアハンドブック 人道憲章と人道支援に関する最低基準(2018年発行 第4版). スイス. ジュネーブ. https://jqan.info/wpJQ/wpcontent/uploads/2019/10/spherehandbook2018_jpn_web.pdf (accessed 2025 Feb 5)
- 6) 日本プライマリ・ケア連合学会: PCAT2016活動報告. 2016.
- 7) 日本プライマリ・ケア連合学会: 令和6年能登半島地震における日本プライマリ・ケア連合学会災害支援プロジェクト活動報告書. 2024.
- 8) 日本プライマリ・ケア連合学会: 令和6年9月奥能登豪雨における日本プライマリ・ケア連合学会災害支援プロジェクト活動報告書. 2024.

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。



第38回「地域保健医療に関する研究」募集

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

1. 研究対象分野

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

2. 研究テーマ

上記「1」の範囲内で研究者が設定

3. 研究期間

2025年9月1日～2026年8月31日

4. 研究助成賞

総額200万円（支給対象者が複数となった場合、提出いただいた研究計画に応じて分配）

※費消できなかった助成金は、返還を要するものとする。

5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書（下記URLまたはQRコードよりダウンロード）に必要な事項を記載し、下記の問い合わせ先に提出すること。

URL：<https://x.gd/eiy2y>



6. 応募締切日

2025年6月30日（月）※当日消印有効

7. 選考方法

当協会理事長が、選考委員会（2025年8月開催予定）に諮って決定する。

なお、選考された者を助成賞として表彰し、上記「4」の支給対象とする。

8. 応募者への選考結果通知

助成賞受賞の有無にかかわらず、全ての応募者へ選考結果を通知する。

9. 研究成果の発表

（1）研究期間終了後30日以内に、研究費に係る会計報告書を提出すること。

（2）研究期間終了後1年以内に、研究成果を原著論文として『月刊地域医学』に投稿すること。

10. 研究成果の発表

長年研究活動に従事した専門家による支援を受けることができます。

下記の問い合わせ先までご連絡ください。

<支援内容>

（1）研究申込書の記載方法，研究内容，研究計画に関する助言

（2）研究助成決定後の研究活動への助言

（3）研究実施後の学術論文の作成，学会発表への助言

●問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 研究所事務部

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

日米地域医療連携への取り組みと 佐世保市の医療機関における 外国人患者受け入れ体制に関するアンケート調査

Efforts for Japan-U.S. Regional Medical Cooperation and Questionnaire Survey on the
Acceptance System of Foreign Patients in Medical Institutions in Sasebo City

末永勝士¹⁾ 中尾奈美¹⁾ 片山典子¹⁾ 津口敦子¹⁾

サルタニ カイサル¹⁾ サリビア ケルミット¹⁾ エルスワース キャロル¹⁾

Katsushi Suenaga M.D.¹⁾, Nami Nakao¹⁾, Noriko Katayama R.N.¹⁾, Atsuko Tsuguchi¹⁾,
Kaiser O Sultani O.D.¹⁾, Kermit C Salivia M.D.¹⁾, Carol M Ellsworth N.P.¹⁾

【目的】当院の日米地域医療連携への取り組みを紹介する。また、在留外国人および外国人渡航者が多い当該地域における、日本の医療機関の外国人患者受け入れ体制の現状を把握し、体制改善のための参考にする。

【方法】当該地域の各医療機関の事務職員を含む医療従事者を対象に外国人患者受け入れ体制の現状に関するアンケート調査を実施した。

【結果】50名(計8施設)の対象者のうち42名(回収率84%)から回答を得られた。外国人患者への対応頻度は、「月1回の患者対応」が最多だった。外国人患者を受け入れる際の問題点は、「異なる言語によるコミュニケーションの問題」が多かった。外国人患者の受け入れ体制整備は、「通訳体制」が多かったが、5割未満だった。

【結論】日本の医療機関において、言語の壁等の課題を認識しているものの、外国人患者受け入れ体制整備が進んでいないことが、外国人患者の受診が少ないことの要因の一つであると思われる。

【Introduction】We introduce our clinic's efforts for Japan-U.S. regional medical cooperation. In addition, the current situation on the system to accept foreign patients in Japanese medical institutions in the region, where there are many foreign residents and foreign travelers, will be identified and used as a reference for improving the system.

【Methods】We conducted a questionnaire survey regarding the current situation on the system to accept foreign patients among medical workers including administrative workers in each medical institution in the region.

【Results】We obtained responses from 42 (84% response rate) out of 50 subjects (8 facilities in total). As for the frequency to deal with foreign patients, "once a month" was the most responses. Concerning issues in accepting foreign patients, "communication issue due to different languages" was the most common. Regarding preparations for the system to accept foreign patients, "interpretation system" was the most common, but it was less than 50% of the respondents who answered this question.

【Conclusion】Although Japanese medical institutions are aware of the language barrier and other issues, the lack of progress in improvement for the system to accept foreign patients is thought to be one of the factors for the low number of visits by foreign patients.

KEY WORD グローバル化, 米国陸海空軍基地, 医療システム, 言語の壁, 日本人フェローシッププログラム

Key words Globalization U.S. Army, Navy, and Air Force Bases Medical system
Language barrier Japanese fellowship program

1) 佐世保米軍診療所
(筆頭著者連絡先: 〒857-0056 長崎県佐世保市平瀬町無番地 佐世保米軍診療所)
原稿受付2025年1月17日/掲載承認2025年2月6日

I. はじめに

近年、日本国内における在留外国人数は358万8,956人(2024年6月時点)、訪日外国人渡航者数は年間2,506万6,350人(2023年)と増加傾向である^{1,2)}。そのため、外国人が日本国内の医療機関を受診する機会が増加している。特に、都市部や主要観光都市のみならず、へき地や離島においても在留外国人や外国人渡航者の数が増えており、外国人患者の診療が必要になる機会も度々見受けられるようになってきている。このような現状から日本の医療機関のグローバル化、外国人患者の受け入れ体制の整備が必要になっている³⁾。

また、日本各地に米国陸海空軍基地があり、一部の基地には部隊の軍人およびその家族の健康を守るために病院や診療所が併設されている。しかし、それらの施設で提供できる医療行為には限界があり、各地域の日本の医療機関での医療を要することがしばしばある。その際に、日本と米国の医療システムおよびガイドラインの違いや言語の壁などの障害に対処しながら、患者へ適切な医療を提供するために、日本人医師卒後医学教育プログラムが考案され、一般的には日本人フェローシッププログラムと呼称されている。日本人フェローの主な業務としては、アメリカ人医師の指導のもと診療を行ったり、重症患者を日本の医療機関へ搬送する際の仲介をしたりしている。これまで、横須賀基地、沖縄基地、横田基地、三沢基地、岩国基地の病院や診療所ですでに日本人フェローシッププログラムが開始されている⁵⁾。2024年4月から著者が佐世保基地での日本人フェローシッププログラムの立ち上げに参加することとなったので、当診療所での日米地域医療連携の改善のための取り組みおよび佐世保市の日本医療機関における外国人患者受け入れ体制に関するアンケート調査を報告する。

II. 佐世保米軍診療所について

長崎県佐世保市は長崎県北部に位置し、人口

は23万118人(2024年12月時点)であり、県内では長崎市に次いで2番目に大きな都市である⁴⁾。米国海軍佐世保基地は佐世保市の中心地であり、佐世保米軍診療所はその基地内に併設されている。米軍基地内の病院・診療所は軍人以外の基地関係者も利用可能であるものの、基本的に米国外へ派遣される軍人および家族のための医療施設である。軍人および家族は米国外へ派遣される前に健康診断を受け、基本的に健康である人のみ派遣されることとなっている。そのため、佐世保米軍診療所には家庭医のみが配属されており、また限られた検査設備や薬剤しかないため、基本的な医療行為だけ提供可能である。対応可能な検査設備は、血液検査(血算、一般的な生化学のみ)、尿検査、心電図、超音波検査、単純レントゲン検査のみで、薬剤に関しても内服薬および外用薬のみである。したがって、専門的な精査および治療を要する患者に関しては近隣の日本医療機関へ紹介する必要がある。日米地域医療連携が極めて重要となっている。

III. 佐世保市大規模災害訓練への参加(写真1)

2024年9月に、佐世保市での大規模災害発生を想定し、各防災関係機関の実効性ある対応力の確認、各機関相互の連携強化を目的とした、大規模災害訓練に参加した。中でも、当診療所は、負傷者救護訓練において、佐世保市医師会および佐世保市各医療機関、海上自衛隊佐世保衛生隊、佐世保市保健福祉部、佐世保市消防局と連携しながら、各災害現場から救出された負傷者のトリアージ、その後の救護所での応急処置および医療施設への搬送等を実施した。佐世保市には在日外国人も多く、大規模災害時には日本人のみならず、多くの外国人も被災者になり、現場では日本人および外国人が混在した形となり、言語の問題から大きな混乱が生じる可能性がある。そのため、定期的に共同訓練に参加することで、一連の負傷者救護のフローチャートを日米各医療機関で共通認識し、相互理解することが重要であると思われる。



写真1 佐世保市大規模災害訓練

IV. 日本の医療機関での 医療英会話セミナー(写真2)

日本の医療機関で外国人患者を受け入れる際に、医療スタッフの負担や診療上のトラブル発生の原因として言語の問題が大きく関与しており、受け入れを制限する要因の一つとなっている。当診療所は佐世保市の4ヵ所の地域医療支援病院、2ヵ所の産婦人科病院、2ヵ所の歯科医院と地域医療連携を行っている。外国人患者が日本の医療機関を定期受診する際には通常患者個人で契約した通訳者や日本語を話せる家族や知人と一緒に受診することが多いため、あまり大きな問題にならない。しかし、救急患者発生時には、緊急で通訳者を確保することは難しく、日本語を話すことができない患者一人で受診せざるを得ないことがある。その場合は、通訳者が来院するまでポケット等のAI通訳機器やMELON等のオンライン通訳を使用しながら診療することが多く、診療に長時間を要したり、医療スタッフの心理的負担が増加したりしている。

そこで、一般的な医療英会話を学習し、また



写真2 医療英会話セミナー
(9月：偽創傷の作成)

米国の医療システムや文化を理解し、日常の外国人患者への診療に役立てていただくことを目的として、毎月1回当診療所医療スタッフが地域医療支援病院を訪問し、医療英会話セミナーを開催している。現在、複数の医療機関や看護学校から医師、コメディカル、学生が参加している。今年度の内容は表1の通りで、幅広い医療テーマで行い、多職種の理解を深めることにも役立っている。

V. 日本の医療機関の研修医を 対象にした1日研修受け入れ

当診療所では週2日、日本の医療機関の研修医1名を対象に、家庭医や眼科の診療、理学療法等、各部門で研修の受け入れを行っている。診療を通して、医療英会話の習得だけでなく、問診や身体診察の仕方を含む米国の医療システム等に対する理解を深めることを目的としている。また、研修を通して、定期的に外国人患者

表1 日本の医療機関での医療英会話セミナーの内容

4月	略語および頭字語	9月	偽創傷（銃創、刺創等）の作成
5月	避妊医療	10月	歯科疾患
6月	小児健診	11月	眼科疾患
7月	軍事医療（止血方法等）	12月	急性腹症、問診項目
8月	理学療法（膝関節の評価）	1月	精神疾患



写真3 第1回佐世保合同医療学術集会

への診療を経験することにより、救急外来等の日常診療で外国人患者が受診した場合の心理的負担を軽減することが可能である。

Ⅵ. 第1回佐世保合同医療学術集会 (写真3)

2024年9月に日米地域医療連携の強化を目的に、当診療所主催による第1回佐世保合同医療学術集会を米国海軍佐世保基地内で開催した。米国海軍から60名、日本側から佐世保市内外の病院や診療所、海上自衛隊、陸上自衛隊、保健所、消防局等、計12施設(内2施設が長崎県外)から75名、また医師だけでなく、看護師、薬剤師、医療事務職員等、多職種が参加した。学術集会の内容としては、口頭およびポスター発表に加え、米国海軍戦艦内の医療施設見学や軍事医療の実演、医療英会話セミナーなども行った。日米の医療従事者同士が交流する機会を設けることで、他言語でコミュニケーションを取ることにへの抵抗感を減らし、また互いの医療システムの違い等を理解することへの一助になったと思われる。

Ⅶ. 外国人患者受け入れ体制の現状に関する事前アンケート調査

第1回佐世保合同医療学術集会開催に際し、佐世保市内の各地域医療連携機関の医療従事者および医療事務職員の計50名(計8施設)を対象

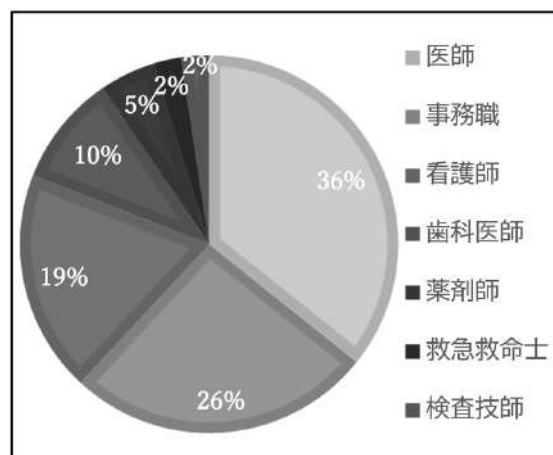


図1 回答者の職種

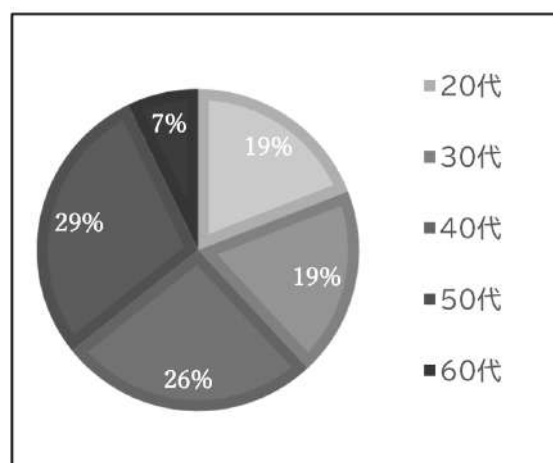


図2 回答者の年齢層

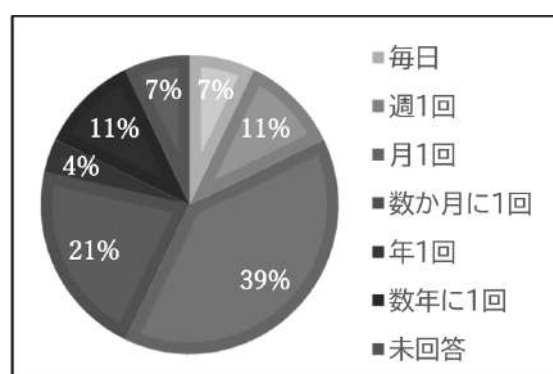


図3 回答者の患者対応の頻度

に外国人患者受け入れ体制の現状に関する事前アンケート調査を実施した。42名回収(回収率84%)した。回答者の属性として、職種は医師(15名)、事務職(11名)、看護師(8名)、歯科医師(4名)、薬剤師(2名)、救急救命士(1名)、検査技師(1名)だった(図1)。また、年齢層は、20代(8名)、30代(8名)、40代(11名)、50代(12名)、60

表2 「Q 2. 外国人患者を受け入れる際に困難や不安、問題点を感じていますか？」に対する選択項目（複数選択可）（回答者 42 名）

a	異なる言語によるコミュニケーションの問題
b	貴院での通訳確保の問題
c	医療機関受診（事前予約、時間外や直接専門診療科受診等）の際の医療文化の違い
d	必要な検査・治療拒否等の診療内容に関する問題
e	宗教
f	医療保険および支払い
g	診療に要する時間
h	入院時の安全管理の問題
i	外国人に対応する他機関（保健所や役所）との連携

代（3名）だった（図2）。

「Q1. 貴院で外国人患者を自ら診療や手続き等の対応を経験したことがありますか？」という質問に対し、「対応経験あり」の回答は42名中28名（67%）だった。「対応経験あり」の内、「月1回の患者対応」が11名（39%）で最多だった。次いで、「数ヵ月に1回の患者対応」が6名（21%）で多かった（図3）。

「Q2. 外国人患者を受け入れる際に困難や不安、問題点を感じていますか？」という質問に対し、「困難や不安、問題点を感じている」と回答した人は37名（88%）だった。選択項目（表2）としては、「異なる言語によるコミュニケーションの問題」が36名（86%）と圧倒的に多かった。次いで、「医療保険および支払い」が18名（43%）、「貴院での通訳確保の問題」が17名（40%）と多かった（図4）。

「Q3. 貴院での外国人患者の受け入れ体制整備はありますか？」という質問に対し、「受け入れ体制整備あり」と回答した人は28名（67%）だった。選択項目（表3）としては、「通訳体制」が19名（45%）と多かった。次いで、「医療費の設定（貴院の裁量での価格設定）および医療費概算の提示方法」が12名（29%）、「院内文書の多言語化」が12名（29%）、「外国人患者受け入れ医療コーディネーター/担当者・担当部署の配置」が11名（26%）だった。「診療および看護に関するマニュアルの整備」が5名（12%）、「外国人患者対応に関する各部署での研修」が0名（0%）と少なかった（図5）。

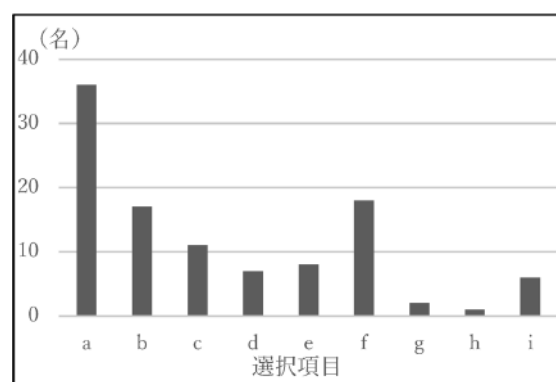


図4 Q2の質問に対する選択項目の回答結果（回答者 42 名）

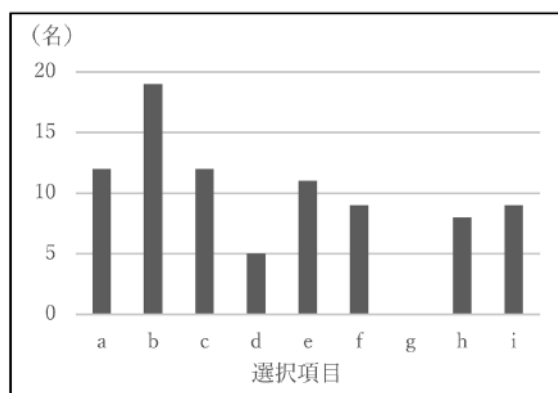
VIII. 考 察

今回のアンケート調査を行い、佐世保市のように在留外国人および外国人渡航者が多い地域においても、日本の医療機関の医療従事者で、外国人患者に対応する頻度が月1回以下と回答する人が88%（42名中37名）を占めており、外国人患者が日本の医療機関を受診する機会が少ないことが明らかとなった。他言語でのコミュニケーションの問題や通訳確保の問題など診療上の言語の壁が外国人患者を受け入れる際の障害の主な要因になっていることに加え、医療保険システムの違いによる診療費の支払いの問題も懸念事項になっていると考えられる。

厚生労働省は、自院における外国人患者の受診状況の把握、および受け入れ体制の現状と課題の抽出を行った後に、外国人患者受け入れ体制整備を進めることを推奨している。主な項目

表3 「Q 3. 貴院での外国人患者の受け入れ体制整備はありますか？」に対する選択項目
(複数選択可) (回答者 42 名)

a	医療費の設定（貴院の裁量での価格設定）および医療費概算の提示方法
b	通訳体制
c	院内文書の多言語化
d	診療および看護に関するマニュアルの整備
e	外国人患者受け入れ医療コーディネーター/担当者・担当部署の配置
f	院内環境の整備（掲示物の多言語化，宗教上の配慮，食事内容の配慮等）
g	外国人患者対応に関する各部署での研修
h	院外の医療機関・関係機関との連携
i	ホームページ等での情報提供（外国人受け入れ体制等）

図5 Q3の質問に対する選択項目の回答結果
(回答者 42 名)

としては「医療費の設定(貴院の裁量での価格設定)および医療費概算の提示方法」,「通訳体制」,「院内文書の多言語化」,「診療および看護に関するマニュアルの整備」,「外国人患者受け入れ医療コーディネーター/担当者・担当部署の配置」,「院内環境の整備(掲示物の多言語化, 宗教上の配慮, 食事内容の配慮等)」,「外国人患者対応に関する各部署での研修」,「院外の医療機関・関係機関との連携」,「ホームページ等での情報提供(外国人受け入れ体制等)」が挙げられている³⁾。

外国人患者の受け入れ体制整備に関して, 佐世保市内の医療機関の各医療従事者の認識上, 通訳体制整備は5割未満であり, 院内文書等の多言語化や外国人患者受け入れ担当者の配置に関しても3割未満と低かった。多言語でのコミュニケーション問題が懸念事項として最多となっているが, 各部署で対策ができていない,

もしくは対策を講じているとしても医療従事者に認識されていない可能性が高いことが考えられる。また, 外国人患者に対する診療や看護に関するマニュアル整備や研修は基本的に行われていないと思われる。

IX. 今後の課題と展望

現在, 日本の医療機関の外国人患者受け入れ体制整備が進まないことが, 受診する外国人患者が少ないことの一つの要因となっている。そのため, 外国人患者を診療する機会が増加せず, 外国人患者受け入れ体制整備も改善しないままになっている。したがって, 今後の課題として, 外国人患者数は少ないものの, まずは日本の医療機関の受け入れ体制を改善することが重要であると考えられる。それにより, 将来, 外国人外来患者数の増加が期待できる。加えて, 定期的に外国人患者を診療することで, 医療従事者もコミュニケーションの取り方に慣れ, 心理的および身体的負担が軽減し, さらなる受け入れ体制改善につながると思われる。

このような課題改善のため, 医療英会話セミナーをより多くの医療機関の医療従事者へ周知し, 参加を促したり, 1日研修受け入れを研修医のみではなくさまざまな診療科の医師が参加できるようにしたりすることで, 定期的かつ継続的に, 医療システムおよび文化の違いや他言語でのコミュニケーションを学ぶ機会を提供し, また外国人患者に対する診療上生じうる障

害および心理的負担を軽減していきたいと考えている。また、毎年佐世保合同医療学術集会を佐世保市のみでなく、米軍基地に馴染みがない九州圏全体、最終的には全国の医療機関に周知し、日本の各医療機関同士の外国人患者に対する受け入れ体制改善のための情報交換の場を提供していくことで、より多くの日本の医療機関のグローバル化に貢献していきたい。

参考文献

- 1) 出入国在留管理庁. “令和6年6月末現在における在留外国人人数について, 令和6年10月.” https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00047.html (accessed 2025 Jan 15)
- 2) 日本政府観光局. “年別訪日外客数, 出国日本人数の推移 (1964年 - 2023年), 令和6年8月.” https://www.jnto.go.jp/statistics/data/_files/20240821_1530-6.pdf (accessed 2025 Jan 15)
- 3) 厚生労働省. “外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル (第4.0版), 令和3年3月.” https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230_00003.html (accessed 2025 Jan 15)
- 4) 佐世保市. “統計情報, 推計人口, 令和6年12月.” <https://www.city.sasebo.lg.jp/kikaku/seisak/tokejoho/index.html> (accessed 2025 Jan 15)
- 5) 駐留軍等労働者労務管理機構 (エルモ). “エルモの概要.” <https://www.lmo.go.jp/outline/index.html> (accessed 2025 Jan 15)

投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

第138回

“他診療科との連携”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、“他診療科との連携”に関わる事例を認めることがある。特に、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないことが発生要因となって、患者に必要な診療やケアが実施されず、さまざまな影響を及ぼす可能性が想定される。

本連載では、これまでに、“他診療科との連携”に関わる内容としては、「職種間の“情報伝達のエラー”に関連したアクシデント(第55回)」「リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデント(第90回)」「“情報共有不足”に関わる事例発生を未然防止する(第112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、“他診療科との連携”の関与はどうなっているだろうか。臨床のさまざまな場面において、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないことが要因となって、インシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。

“他診療科との連携”をタイムリーに実施して

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、“他診療科との連携”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、“他診療科との連携”に関わる事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を想定した取り組みは十分だろうか。ぜひ、この機会に、自施設の現状評価と、事例発生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、“他診療科との連携”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないのか?」「なぜ、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか?」などの疑問を深める。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。

“他診療科との連携”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“医師”“他診療科”“連携”で50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、“他診療科との連携”に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“医師”“他診療科”“連携”で検索された50件の事例を対象として、検討を実施した。

“他診療科との連携”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、

「抗血小板剤（以下、薬剤A）を内服している、脳梗塞を発症して5ヵ月後の患者（80歳代、女性）に対して、経尿道的膀胱腫瘍摘出術が実施された。患者は、翌日の起床時に左片麻痺を発症し、中大脳動脈領域に広範囲な脳梗塞の発症が判明した。術前の薬剤Aの休薬については、手術の3ヵ月前に患者が泌尿器科に受診の際に、術前検査の担当医が脳神経内科に依頼書を提出し、患者に脳神経内科の受診を説明したが、患者は脳神経内科を受診していなかった。依頼書に脳神経内科の医師を指定していなかったため、脳神経内科側も依頼書の出ている患者の未受診に気づかなかった。その後、患者が泌尿器科に受診の際に、担当医は検査結果を確認したが、患者が脳神経内科に未受診であること、および脳神経内科から薬剤Aの休薬の見解がないことに気づかず、院内基準に従って、薬剤Aの術前2週間前からの休薬を患者に説明し、患者はその指示に従った。薬剤Aの休薬と脳梗塞発症の因果関係は不明である。

脳神経内科に依頼書を提出した医師と外来の担当医が異なり、薬剤Aの休薬の可否について、脳神経内科から連絡がないことに担当医は気づかなかった。外来の通院患者に関しては、医師を指定していない依頼書は、患者自身が受診し

なければ見落とされる仕組みであった。他診療科から外来の予約はとれず、患者自身が外来受付に行き、予約を取る仕組みであった」

「腭頭部癌の患者（50歳代、女性）に亜全胃温存腭頭十二指腸切除と、門脈合併切除を実施した。門脈再建後に血流が確保できず、急遽、心臓血管外科医に応援を依頼し、再度、門脈を再建した。門脈遮断後、血流再開までに時間を要し、脂肪組織などから滲出性の出血を認め、止血困難になった。術中にDICを発症し、閉腹後はICUで治療するも、術後3日目に死亡した。

外科カンファレンスで根治的切除が可能と判断したが、心臓血管外科など、他診療科への相談が不十分であった。術前に他領域の専門家の意見を聴き、取り入れることで、より安全な手術体制を整えることができる可能性がある。術前に心臓血管外科などの専門領域の診療科への相談や、情報共有、協力体制の構築などの高難易度の手術例への対応が不足していた」

「原発性肺癌疑いの患者（60歳代、男性）に、脳のMRI検査を実施した。内科医Bが画像確認の際、頭頂葉の5mm大の病変に気づかず、遠隔転移なしと判断し、呼吸器外科に手術依頼をする方針とした。内科医Bは翌週より長期不在となるため、同じグループの医師に外科カンファレンスでの症例提示を依頼し、その後、手術の方針が決定した。MRIの読影報告書は、内科医Bが不在中に届き、内科医Bは読影報告書の確認を失念した。患者は呼吸器外科で手術が実施され、経過良好であったが、呼吸器外科外来で経過観察中に上肢の痺れを訴え、MRI検査が実施され、頭頂葉に浮腫を伴う脳転移が判明した。過去の画像の確認で、上記の見逃しが判明した。内科医Bは、通常は、読影報告書の到着日に自分の読影所見と照らし合わせていたが、不在中に読影報告書が到着したため実施できなかった。後日、読影報告書を確認する必要性があったが、確認を失念した」などがある。

このように、臨床現場においては、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないことによって、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“他診療科との連携”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。

“他診療科との連携”をタイムリーに実施していない状況で、さらにプロフェッショナルとしての責務・役割を認識した対応ができていない場合には、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性や、その結果として、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性が想定されるため、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステムを整備することが急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関では、“他診療科との連携”に関わる事例発生の未然防止対策として、各種ルール・マニュアルの整備、合同カンファレンスの開催、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“他診療科との連携”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、“他診療科との連携”に関わるインシデント・アクシデント事例の課題を明らかにし、事例発生の未然防止対策を検討する。

事例「“他診療科との連携”をタイムリーに実施していない。疾患の治療のタイミングを逃した？」

【事故の内容】

- ・他院で上行結腸癌と診断された患者（70歳代、男性）が、2年7ヵ月前、血液内科を受診し、多発性骨髄腫と診断された。
- ・外科に紹介したところ、上行結腸癌はあるも、CT検査では明らかな浸潤やリンパ節・多臓器転移所見は認められず、多発性骨髄腫の治療を先行するよう返信が来た。
- ・血液内科の医師は、患者と相談し、化学療法を開始した。
- ・8日前、血液内科の主治医が変更になった。
- ・多発性骨髄腫は長期間安定した状態のため、上行結腸癌

について、外科、消化器内科に紹介した。

- ・CT検査で上行結腸の壁肥厚と周囲のリンパ節腫大（リンパ節転移疑い）、肝臓に腫瘍が多発（肝転移疑い）、左右の肺上葉に結節（肺転移疑い）を認めた。
- ・患者・家族に、血液内科医師、および消化器内科医師から、多発性骨髄腫の治療を優先していたため、上行結腸癌の治療を一時中断したことを説明し、外科手術を勧めた。
- ・外科で、結腸右半切除術を施行し、術後経過は良好であった。
- ・腫瘍内科で、肝転移に対する治療のためにCVポートが留置され、化学療法が実施された。

〔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、「多発性骨髄腫の治療が長期に及んだため、上行結腸癌の治療について、外科に相談するタイミングを逃した」「一般的には、患者の病変は、転移を来しうる浸潤癌であり、大きな合併症がなく、手術が可能な状態であれば、病変発見後、数ヵ月以内には外科手術を行うことが多い」「今回は、外科医と血液内科主治医の間で、そのような認識の共有がなされなかった」「多発性骨髄腫の治療は、完全寛解に到達する割合は高くなく、高齢の患者で1～2割程度であり、治療に急を要する疾患ではなく、進行性の腎機能障害や高カルシウム血症などの急激に悪化する合併症がなければ治療を行わず、上行結腸癌の手術を優先させる選択肢もある」「血液内科では、多発性骨髄腫であっても相対的に手術の必要性が高ければ手術を優先するという判断がされることもあり、また、化学療法中であっても手術を絶対的禁忌にはしていない」「患者は、他院より紹介された時点では、腎機能障害を認め、手術のリスクは高いと判断し、多発性骨髄腫の治療を優先した」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、未然防止対策を検討する。

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、長期に及んだ多発性骨髄腫の治療中に、外科

における上行結腸癌の治療を検討していなかったのか？」なぜ、血液内科では、多発性骨髄腫であっても相対的に手術の必要性が高ければ手術を優先するという判断をする場合があるにもかかわらず、血液内科と外科で、手術の必要性についての検討が実施されなかったのか？」なぜ、血液内科では、化学療法中であっても手術を絶対的禁忌にはしていないにもかかわらず、外科と血液内科で、手術の必要性についての検討が実施されなかったのか？」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている、「一般的には、患者の病変は、転移を来しうる浸潤癌であり、大きな合併症がなく手術が可能な状態であれば、病変発見後、数ヵ月以内には外科手術を行うことが多い」「今回は、外科医と血液内科主治医の間でそのような認識の共有がなされなかった」ということに目を向ける必要がある。ここでは、「なぜ、患者の病変は、転移を来しうる浸潤癌であり、大きな合併症がなく手術が可能な状態であれば、病変発見後、数ヵ月以内には外科手術を行うことが多いという治療に関する認識が、外科医と血液内科主治医の間で、共有されなかったのか？」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、「多発性骨髄腫の治療は、完全寛解に到達する割合は高くなく、高齢の患者で1～2割程度であり、治療に急を要する疾患ではなく、進行性の腎機能障害や高カルシウム血症などの急激に悪化する合併症がなければ治療を行わず、上行結腸癌の手術を優先させる選択肢もある」ということである。これに対しては、「なぜ、多発性骨髄腫は、治療に急を要する疾患ではなく、進行性の腎機能障害や高カルシウム血症などの急激に悪化する合併症がなければ治療を行わず、上行結腸癌の手術を優先させる選択肢もあるにもかかわらず、血液内科と外科で、手術の必要性についての検討が実施されなかったのか？」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、血液内科と外科で、複数の疾患を持つ患者の治療の優先順位

を決定する検討の場を設けていなかった可能性が想定される。それぞれの疾患の重篤度や今後の病態などについては、それぞれの診療科の医師が、他の診療科の専門領域のことは十分認識できるとは限らないため、“他診療科との連携”をタイムリーに実施して、適切な治療を開始・継続できるシステム整備が急がれる。

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、“他診療科との連携”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、「確認不足」「コミュニケーション不足」「ルールの不遵守」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。

“他診療科との連携”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生要因としては、1)自施設における、“他診療科との連携”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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施しているか否かの現状評価・フィードバックが未実施、3)現状評価の結果を踏まえた、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するためのシステム整備・見直しが未実施、4)“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントが未実施、5)“他診療科との連携”をタイムリーに実施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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画が未実施、などが考えられる。

“他診療科との連携”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、「診療科ごとに専門

化が進んでいるため、医師同士のやりとりであってもお互いの専門分野を理解することが難しくなっている。そのため、治療に関して他診療科も関与する患者については、双方の医師が同席したカンファレンスが必要である。本事例のような多発性骨髄腫と上行結腸癌が存在する患者の場合は、外来の症例であっても、カンサーボードで他診療科の意見を聞きながら、病院としての治療方針を決定する「他診療科への紹介は文書で行われているが、その場合、本事例のように、『急ぐ必要はない』『落ち着いたら』などといった曖昧な表現を使用すると、双方の認識のずれが生じ、真意が伝わらない可能性がある。曖昧な表現は避け、できる限り具体的な事実の記載を心がけ、場合によっては顔を合わせてコミュニケーションをとる必要がある」「電子カルテの欠点として、診療録の記載が増えると初診時の記録が確認しづらくなることがある。重要な情報を失念しないために、経過要約に必要な情報を記載し、情報を共有する必要がある」などが挙げられていた。

“他診療科との連携”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、“他診療科との連携”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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施、3)現状評価の結果を踏まえた、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するためのシステム整備・見直しの実施、4)“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施、5)“他診療科との連携”をタイムリーに実施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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画の実施、などが考えられる。

1)の「自施設における、“他診療科との連携”

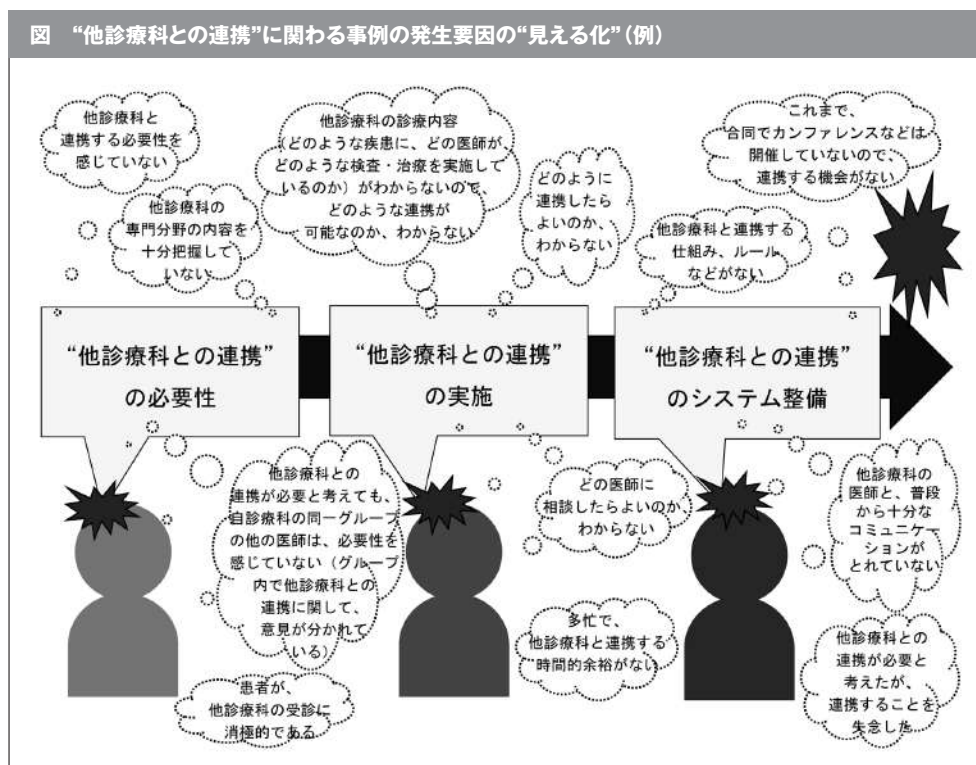
に関わる事例発生の有無と発生状況の現状把握の実施」では、自施設における、“他診療科との連携”に関わる事例発生の有無の確認が求められる。インシデントレポートの内容を検討し、事例が発生している場合には、発生要因と発生状況を詳細に把握することを検討したい。これらの検討結果から、“他診療科との連携”に関わる事例発生のプロセスを明らかにして、自施設における、“他診療科との連携”に関わる課題を認識することが急がれる。

2)の「把握した現状を分析し、“他診療科との連携”をタイムリーに実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」では、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していない事例の発生が確認された場合には、「なぜ、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないのか?」「なぜ、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していない状況が、事例発生の前に認識され、改善されていなかったのか?」などの疑問に対して検討することが望まれる。

“他診療科との連携”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50件の事例の記載内容を参考にして、「“他診療科との連携”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」「(図)」を作成した。

この際、「“他診療科との連携”の必要性」「“他診療科との連携”の実施」「“他診療科との連携”のシステム整備」という視点で発生要因の“見える化”に取り組んだ。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、“他診療科との連携”のタイムリーな実施に向けて、具体的な方策を検討し、その結果を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”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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するためのシス



[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50件の事例の記載内容を参考に作成]

「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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」で得られた結果を活用することができる。“他診療科との連携”をタイムリーに実施するためには、どのようなシステムを整備する必要があるのか、を検討し、既に、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するシステムがある場合は、必要に応じて、見直しの実施を検討したい。

4)の「“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施」では、自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例も含めて具体的な情報を提供することを検討したい。ここでは、臨床現場で、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのかを、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「“他診療科との連携”をタイムリーに実施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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施することの意義と責務を、プロフェッショナルとして再認識できる機会を提供したい。その上で、全体を俯瞰して、“他診療科との連携”をタイムリーに実施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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するためには、どうしたらよいのか、どのようなシステムが必要なのか、など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、および情報共有や業務環境の改善の視点からも検討することが望まれる。

6)の「具体的な事例を活用して、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画の実施」では、ルール・マニュアル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、術中の出血な

どによる全身状態の悪化など、状況が刻々と、あるいは急激に変化する際に、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するために、「どのような診療科との連携が望ましいのか」「どのような職種間で情報共有したらよいのか」「あらかじめ実施しておくことはどのようなことなのか」などを議論する職員教育を企画したい。

その際には、自施設、あるいは他施設で発生した具体的な事例を活用して、自施設の現状の課題を踏まえた議論が実施できるような企画が望まれる。患者に良質で安全な医療を提供するために、“他診療科との連携”をタイムリーに実施することが、プロフェッショナルの責務として求められていることを職員個々が自覚できるような企画を検討することを期待したい。

前記の事例の改善策としては、「医師を指定しないで他診療科への依頼書を作成するときは、患者に、その診療科の受付へ行って予約を取るように説明する。依頼元は予約が取れたことを確認する。術前の休薬は、休薬によるリスクがあることを理解し、このような薬を内服中の患者に対しては、手術までに再度、診察日を設けて、休薬予定の薬を処方している診療科に受診していることなどを確認する。抗血小板剤、抗凝固剤を休薬する場合は、休薬によるリスクについて、休薬する前に患者に説明する」「脾臓癌に限らず、一般的な術式ではあるが難易度の高い手術は複数存在する。症例にかかわらず、術前に手術適応を診療科全体で評価する。合併症発生の危険性の高い症例や、予測しない事態が起こる可能性のある症例については積極的に他領域の専門医に相談して意見を求める。他診療科の医師と協力体制を構築する。一診療科としては、カンファレンスでの症例提示を含めて術前検討をしていたが、他診療科の医師とも協議し、違う視点からの意見を積極的に取り入れることで、より一層、安全な手術を行うことができると思われた」「当然ではあるが、不在中に読影報告書が届いた場合には、遅れてでも読影報告書の内容を十分に確認する。また、他診療科などと連携して行う診療では、検査担当科、治療担当科など、それぞれが必要な検査項目の結

果を確認する必要がある、偏見のない視点での評価が必要と思われ、それを行うことで複数のチェック機構が作れると思う。今後はその点にも細心の注意を払っていく。さらに、当院のシステムにおいて、通知機能はあるが、実際に読影報告書を見たか否かを第三者が確認することはできないため、そのような機能も含め、改善を検討中である」などが挙げられている。

今後、自施設において、“他診療科との連携”に関わる事例発生の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にして、自施設の現状と課題に対応したい。

“他診療科との連携”に 関わる事例発生の 未然防止と今後の展望

本稿では、“他診療科との連携”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないのか?」「なぜ、“他診療科との連携”をタイムリーに実施していないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか?」などの疑問を深め、併せて、事例の発生要因と発生状況から、事例発生の未然防止対策を検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、自施設における“他診療科との連携”に関わる事例発生の現状評価が未実施、および“他診療科との連携”をタイムリーに実施するためのシステム整備・見直しが未実施などで、リスクの発生を回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性に目を向けたい。これまで、自施設で類似事例が発生していない場合でも、他施設で発生した事例も含めて、“他診療科との連携”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、ということを検討することが望まれる。

ここでは、「“他診療科との連携”をタイムリーに実施するためのチェックリスト(例)」を作成した(表)。内容としては、「“他診療科との連携”をタイムリーに実施していない場合の患者への

表 “他診療科との連携”をタイムリーに実施するためのチェックリスト(例)

☐	“他診療科との連携”をタイムリーに実施していない場合の患者への影響を検討し、タイムリーに実施するためのルール・マニュアルを作成している
☐	上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施している
☐	“他診療科との連携”をタイムリーに実施していない事例を検討し、事例発生の防止策を策定している
☐	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、“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくいのか認識している
☐	“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況を想定し、タイムリーに実施するためのトレーニングを行っている
☐	“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生の未然防止対策を検討し、タイムリーに実施できるようにしている

影響を検討し、タイムリーに実施するためのルール・マニュアルを作成している」「上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施している」「他診療科との連携”をタイムリーに実施していない事例を検討し、事例発生の防止策を策定している」「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、“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくいのか認識している」「他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況を想定し、タイムリーに実施するためのトレーニングを行っている」「他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生の未然防止対策を検討し、タイムリーに実施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。

“他診療科との連携”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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施するための取り組みはもとより、“他診療科との連携”がタイムリーに実施されにくい状況でも、プロフェッショナルとして、全体を俯瞰して、“他診療科との連携”がタイムリーに実施できるルール・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、“他診療科との連携”をタイムリーに実施することが望まれる。

術中、術後に想定外の状況が発生した場合に、他診療科にタイムリーに連絡が実施され、協力が得られることが望ましいが、他診療科や、他部門と連携・協働することは、場合によって依頼する側と依頼される側の双方がさまざまな負担を感じる可能性もあるため²⁾、“他診療科との連携”の実施に関わるインシデント・アクシデント事例が発生する前に、診療科間で十分な協議をしておくことを勧めたい。職員個々が、“他診療科との連携”をタイムリーに実施することの意義と責務を再認識し、個々の能力を結集して、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11回
トラブル発生を未然防止する基盤を整える 他診療科・他部門
と適切な連携・協働を実施している。臨床外科 2017；72(2)：
212-215。

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 後編」 (2月1日配信)

今回は、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NT-proBNP値が高いStage A/Bの患者にどのような介入をしたら予後が改善できるかについて解説していただきました。

SPRINT試験では心不全リスクとしての高血圧に対する厳格な降圧治療の必要性が検討されました。降圧目標として収縮期血圧120mmHg未満(厳格群)と140mmHg未満(通常群)に分けて比較しました。心血管イベントリスクが高いが糖尿病のない患者において、厳格群は通常群と比較して致死性、非致死性の主要心血管イベントおよび総死亡の発生率が低いことが分かりました。厳格な血圧管理により急性心不全の発生率と死亡率を下げるという結果も出ています。厳格な血圧管理はNT-proBNP値にも影響を及ぼします。ベースライン時NT-proBNP $\geq$ 125pg/mLからの1年間の変化では、厳格群では通常群に比べてNT-proBNPが減少した患者が多いという結果です。

51試験のメタ解析で心血管イベント発生率を年齢別に検討したところ、全ての年齢で厳格群は通常群よりも予後が良いことが分かりました。

高血圧治療ガイドライン2019では、積極的適応がない患者には、ACE阻害薬、ARB、Ca拮抗薬、利尿

薬を組み合わせることで治療を進めることになっています。現在、Stage Aの患者については、ヨーロッパのガイドラインでは最適な血圧コントロールを行い、BNP高値にもしっかりと介入することが推奨されています。日本のガイドラインでもStage A/Bの患者にしっかりと介入することが推奨されています。

うわまち病院循環器内科では、救急搬送された心不全患者に対して多職種によるハートチームで初期治療を行い、心臓リハビリテーションを実施します。退院時には包括的心不全センターに全患者が登録され、かかりつけ医と一緒にフォローしていく体制がとられています(図1)。NT-proBNP値が125pg/mL以上となれば、その都度かかりつけ医と連携を取りながら診療を進めていきます。現在、BNP外来を実施して、BNP 35pg/mL(NT-proBNP 125pg/mL)以上であれば、BNP上昇の原因を精査し治療方針を検討した上で、かかりつけ医に逆紹介しつつ、適切な診療連携を計画しています。外来診療では、多職種による服薬や生活の指導も同時に実施しています(図2)。

院外活動として、心臓リハビリハイキングを行っています。すでに20年間にわたり年に2回ずつ実施しています。

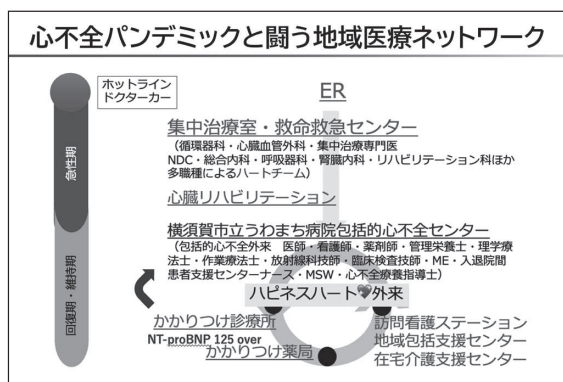


図1

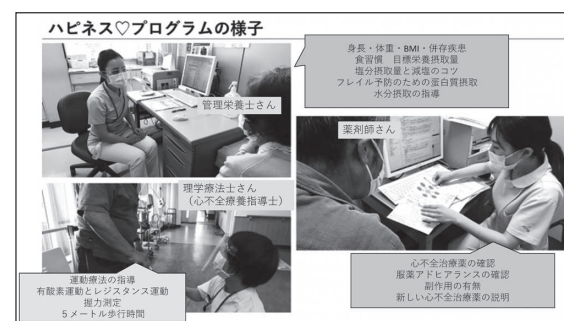


図2

* 岩澤先生のレクチャーの詳細は、2月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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



自治医科大学「栃木県災害医学寄附講座」 開講記念シンポジウム

栃木県と自治医科大学は、日本全国において地震をはじめとして、さまざまな災害が頻回に発生している現状に鑑み、栃木県、北関東、首都圏で発生し得る広域災害や、南海トラフ巨大地震に備え、県民の命と健康を守り、安全・安心な生活を確保することを目的に2024年11月1日、自治医科大学栃木県災害医学寄附講座を設置した。特命教授には、香川県16期卒業生の松村福広氏が就任した。



松村福広先生

2月10日、自治医科大学医療情報センターにおいて、当該講座の開講を記念し、シンポジウム「災害とたたかう」が開催され、県内外から被災地での活動を経験した医師が参加した。

基調講演1では、赤坂真奈美氏(岩手医科大学小児科学講座教授)が「産学官で取り組む岩手県医療的ケア児災害対策の現状」と題し、岩手県では東日本大震災の死亡率は障がい者が約2倍であったとし、誰もが安心して地域で暮らせる体制整備に向けた取り組みを紹介した。基調講演2では、富尾淳氏(国立保健医療科学院 健康危機管理研究部部長)が、「地域で取り組む医療機関

の事業継続計画(BCP)」について解説した。続いて塚田三夫氏(栃木県医療福祉部参事 兼 県西健康福祉センター所長・栃木県統括DHEAT)は、施策紹介「栃木県における災害医療施策及び保健医療福祉の連携体制について」の中で、栃木県災害医療寄附講座に期待することとして、医療機関に対する直接支援を行うことで本県全体の災害対応力を強化したいと強調した。

パネルディスカッション「今そこにある危機(地震・雷・火事・病)～栃木県で起こりうる災害と医療対応を考える～」には、上述の3名に加え、三村誠二氏(日本DMAT事務局次長)、和氣晃司氏(獨協医科大学 救急・集中治療医学講座教授)、米川力氏(自治医科大学 救急医学講座教授)が登壇した。

座長の松村氏は冒頭、栃木県で起きた災害史(地震、台風・水害)を振り返った。和氣晃司氏は、「令和元年東日本台風」で被災した県内の病院をDMATの一員として支援した例を紹介し、入院患者を転院させる際に関係機関との調整に時間がかかったことなどを課題として上げた。

本シンポジウムには約60名が参加したが、その場に駆けつけることのできななかった全国の自治医科大学卒業生らにはWeb配信で、内容が共有された。



「栃木県災害医学寄附講座」
開講記念シンポジウムポスター



パネルディスカッション

中国ブロック福祉と医療を語る会 第8回 研修会報告

県立広島病院 歯科・口腔外科 延原 浩



I. はじめに

「中国ブロック福祉と医療を語る会」は、医療、福祉、介護、保健などさまざまな分野からの参加者が本音で語り合うことをコンセプトに毎年研修会を開催しています。今年度は2024年12月7日（土）に、公益社団法人地域医療振興協会中国地方支部の共主催により、第8回研修会を開催しましたので報告いたします。

II. 研修内容

今回のテーマは、「意思決定に役立つタイプ別アプローチ」でした。意思決定支援時に必要なコミュニケーション能力を高めるために、対象者のタイプを理解し、それぞれへのアプローチ法を学ぶのが目的です。RCC文化センターエールエール会議室に57名の参加者を迎え、本テーマについて学び、語り合いました。

1. レクチャーとグループワーク

最初に代表の竹内啓祐氏（小坂内科医院）による開会の挨拶があり、その後、司会の藤家証一氏（大和診療所）が趣旨説明を行いました。レクチャー1として、講師の丸山法子氏（リエ

ゾン地域福祉研究所）が、対象者を4つのタイプ（コントローラー、プロモーター、サポーター、アナライザー）に分ける考え方や、各々のタイプの特徴、言葉の伝え方の注意点について解説しました。また、参加者は各自でタイプ分けテストを行い、自分のタイプを確認しました。

その後、原田唯成氏（いしいケア・クリニック）の脚本、演出による劇団語る会（スタッフ8名）の寸劇がありました。寸劇には4つのタイプをそれぞれ象徴するような人物が登場しており、グループワーク1では、どの人物がどのタイプに当てはまるかをグループ内で考え、話し合いました。

レクチャー2では、対象者の認識スタイル（言葉ぐせ：48種類）の違いに合わせて、意思決定を促す言葉の伝え方を工夫する方法について解説がありました。グループワーク2では、寸劇の登場人物の中の、誰に、どのような言葉で働きかけたらよいかを話し合い、発表しました。

2. 総括

丸山氏による総括では、意思決定のコミュニケーションにおいて重要な点は、①コミュニケー



開会の辞：竹内啓祐氏



講師の丸山法子氏



脚本、演出の原田唯成氏

	強い	やや強い	やや弱く	弱く
反応速度	☐	☐	☐	☐
話す態度	☐	☐	☐	☐
話の長さ	話から重なり 入るに話すの で、短い	話の入り口が 入るに話すの で、短い	話の入り口が 入るに話すの で、短い	話を聞いてロ ジカルに話す ので、長い
声の調子	低く口調	抑揚がある	抑揚がある	抑揚がある
表情	無表情	笑顔	笑顔	笑顔
姿勢	前向き、足組 み、膝の	前向き、足組 み、膝の	前向き、足組 み、膝の	前向き、足組 み、膝の
話の主題	仕事や課題に ついて	人々や人間関係 について	人々や人間関係 について	仕事や課題に ついて
スタンス	要点を話そう とする	人に影響を与 えるように話 す	相手に応える ように話す	正確に話そう とする

タイプ別チェックリスト



劇団語る会による寸劇



グループワーク2



参加者による発表

ションは人によって違うことを認識すること、
②相手の受け止め方の傾向をよく観察すること、
③相手に合わせて伝えて、待つこと（ただし、場合によっては覚悟を持ってこちらで決めることもあり得ること）などが提示されました。

最後は、本会生え抜きのメンバーである茶川治樹氏（岩国市医療センター医師会病院）による閉会の辞で終了しました。

Ⅲ. アンケート結果

今回の参加者の中でアンケートに回答した36名のうち66.7%が初参加であり、3回目以上は11.1%でした。研修会全体の満足度は、94.4%が「とても役に立った」と回答し、残りはすべて「役に立った」と回答しました。劇団語る会による寸劇の感想として、タイプ別の特徴をとらえていて分かりやすかった、伝え方として良い方法だと思った、主催者の熱量を感じた、リアリティがあってイメージしやすかった、タイプ別の演技がとても分かりやすく学びが深まった、などの意見があり総じて好評でした。研修会全体の感想として、日々の業務に活かせる内容で大変参考になった、種々の職種の方と話ができることが楽しかった、有意義であった、新鮮であった、さらに、意思決定を促すためには相手のタイプをよく観察して知ることが大切だということ



閉会の辞：茶川治樹氏



スタッフ

とがよく分かった、などの意見がありました。次回研修会のテーマとして希望する内容については、難病と診断された人に対する支援、孤立している人に対する支援、現場で困る場面の切り抜け方、障害を持っている人への関わり方、人生会議、エンディングライフケア、アディクション障害などの記載がありました。最後に、「スタッフとして一緒に活動してみませんか？」との問いかけに対して、5名の方が希望すると回答しました。

Ⅳ. おわりに

今回の研修会は、4年ぶりに対面形式で開催した前回の第7回研修会に続いて対面形式で開催されました。テーマである「意思決定に役立つタイプ別アプローチ」に対する関心の高さや、講師のネームバリューもあり、57名の参加者を得て盛会裏に開催されたことはスタッフとして嬉しく思いました。また、今回は4つのタイプを参加者が理解しやすいように、語る会史上初となる寸劇を実施しました。担当スタッフは皆、慣れない演技に苦労しながらも、何とか無事に寸劇を遂行できたことに安堵していました。参加者は寸劇に登場した人物のタイプを考え、タイプに合わせた具体的な言葉の伝え方を考えることにより、研修内容の理解をいっそう深めることができたことが、アンケートから窺えました。

最後に、長年この会をご支援いただいている公益社団法人地域医療振興協会ならびに西日本事務局には、今回も参加者情報やアンケートの管理、資料や名札の作成など多大な支援を受けました。厚くお礼申し上げますと共に、今後ともご支援をよろしくお願いいたします。



地域救命救急センターの 立ち上げを経験して

朝日町立病院内科 医長 齊藤志穂

自己紹介

こんにちは。自治医科大学41期卒、山形県出身の齊藤志穂と申します。私は、2018年に自治医大を卒業後、山形市にある山形県立中央病院で初期研修を行いました。もともとは総合診療に興味がありましたが、急性期のスピード感が性に合っていると感じ、全身を総合的に診るという点で共通している救急科を専攻することに決めました。

初期研修修了後、医師3年目で県北の山形県立新庄病院に内科として赴任しました。その後、医師4～5年目は山形県立中央病院の救急科と集中治療部で後期研修を行い、医師6年目で再び新庄病院に赴任しました。2度目の新庄病院赴任は、その年度の10月に新病院への移転と救命救急センターの立ち上げという大きな節目を迎えるタイミングであり、自分の専門分野である救急科として勤務することになりました。本稿では、病院移転と救命救急センター立ち上げという、医師人生において最初で最後かもしれない貴重な経験をした記憶を振り返りたいと思います。

再びの新庄病院、 救急科としてできること

新庄病院は、最上二次医療圏で唯一の急性期病院（325床）で、同地域の救急医療の中核を担う医療機関です。救急要請があればほぼ全例が搬送され、年間2,500～3,000台の救急車を受け入れています。しかし、医師数は約50名と少なく、令和4年度までは救急科がありませんでした。



外傷診療の勉強会

た。そのため、全ての救急患者を各科で診療しており、各外来に大きな負担がかかっている状況でした。

地域における救急医療体制の需要の高まりを受け、2023年（令和5年）10月の新病院移転に合わせて、救命救急センターが発足することとなりました。まず、2023年1月から救急科が新設され、まずは救急科医師1名体制で救急外来がスタートし、2023年4月から私を含む2名体制となりました。救命救急センターの立ち上げに際しては、環境整備、人材確保、スタッフ教育、救急・重症系管理システムなどの整備、診療マニュアル作成など、すべきことが山積していました。ほとんどのスタッフが救急科新設に肯定的で、温かく迎え入れていただきましたが、救急科としての機能を十分に発揮するためには、何よりもまず真摯に日々の診療を行い、少しずつ信頼を得ていくことが大事であると気づきました。どんなに環境や制度を整えても、スタッフ同士の信頼関係なくしては機能しません。私



新庄病院：旧病院の救急科スタッフと

自身、当時はまだ専門医の資格を取得しておらず、救急科専攻医という未熟な立場でしたが、断らない救急、院内急変時対応、受付時間外の外来患者診療など、救急科の存在意義を見出しもらえるよう、日々の診療にあたりました。

また、定期的にスタッフ内で疑問や課題を感じた症例について振り返りを行い、その都度チームとして成長し、今後より良い診療を提供できるよう、課題抽出と解決方法の模索を行うことに努めました。振り返りの一部を紹介します。私が赴任して間もなくの4月、日勤と当直の変わり目の時間帯に、高所転落の高エネルギー外傷の救急搬送がありました。初期診療で循環に異常があり、画像検査で外傷性大動脈解離、骨盤骨折、多発肋骨骨折、気胸を認め、出血性ショックの診断となりました。新庄病院には心臓血管外科がないため、初期診療を行いつつ、三次医療機関に転院搬送することになりました。この過程で、いくつか問題点がありました。まず、日勤と当直の変わり目であったため両方の時間帯の医師と看護師がおり、人手が多いのは良かったのですが、指示系統が確立されておらず、混乱が生じてしまいました。解決策として、患者が搬送される前にブリーフィング（簡潔な情報共有）を行い、医師と看護師それぞれのリーダーと、その場にいるスタッフの役割分担を決めるようにしました。次に、血液型不明の場合の緊急輸血の手順が確立されておら



新庄病院：新病院の救急科スタッフと

ず、輸血前検査や輸血実施方法について輸血部に確認しながら行ったため、時間がかかってしまいました。解決策として、輸血部と連携して緊急輸血のマニュアルを作成し、院内で共有しました。また、鎮痛として麻薬の持続投与を行い、転院搬送のために院外へ麻薬を持ち出す必要がありましたが、持ち出した麻薬の管理方法についても明文化されていませんでした。解決策として、薬剤部と連携して院外持ち出し麻薬の管理マニュアルを作成しました。このように、1症例からでも多くの学びがあり、その都度スタッフで話し合い、診療体制をブラッシュアップしていきました。

私が新庄病院救急科に勤務したのは令和5年度の1年間だけでしたが、令和6年度以降も自治医大の義務年限内医師が派遣され、最上地域の救急医療を支えています。

貴重な経験を通して

新たな診療科の立ち上げに参加するという貴重な経験を通して、少しだけではありますが管理者や経営者の視点を持つことができるようになりました。何より、多職種連携について、言葉だけでなく身を持って実感できたことが大きな財産となりました。医師人生の早い時期に貴重な経験ができたことに感謝し、これを糧に今後も精進していきたいと思います。

齊藤志穂(さいとう しほ)先生 プロフィール

2018年に自治医科大学を卒業。山形県立中央病院で初期研修後、県立新庄病院、朝日町立病院勤務を経て、現在(2025年4月)山形県立中央病院救急科に勤務。



気がついたら 地域医療に魅了された自分がいました。

気仙沼市立病院附属本吉医院 遠藤祐哉

自治医科大学宮城県39期卒の遠藤祐哉と申します。私は現在、宮城県沿岸に位置する気仙沼市立病院附属本吉医院に勤務しております。海岸から3 kmほど内陸に位置していたこともあり、東日本大震災の津波による大きな被害を受けた病院の1つです。閉院の危機に直面した病院の再建に尽力されたスタッフとともに勤務させていただく日々は、言葉では形容しきれないものがあります。現在の医師の数は常勤医3名、東北大学メディカルメガバンク支援医師1名、自治医科大学卒業派遣医師1名、総合診療科専攻医1名の6名です。担当患者をそれぞれ担ういわゆる主治医制ではなく、全業務をチーム制で行っています。高速道路経由で当院から車で20分ほど離れたところに、気仙沼市の中核病院である気仙沼市立病院がありまして、気仙沼市立病院の地域包括ケア病棟業務も担ってい

ることから、外来業務、入院業務、訪問診療業務をそれぞれの医師が分担して担っております。地域の各機関との密な連携、在宅医療、保健活動に力を入れており、総合診療ないし家庭医としての役割を体現している病院だと思います。築き上げられてきた当院と地域のつながりを、診療を通して肌で感じる毎日であり、感銘を受けることが少なくありません。

義務年限を通して心境の変化

私はいわゆる新しい内科専門医の最初の世代でした。J-OSLERなどの新たな研修システムにCOVID-19の流行等も重なり、苦勞された先生も多いかと思われます。宮城県や研修先の病院の理解と配慮もあり、幸い内科専門医の取得に至りましたが、研修カリキュラムでの達成すべ



職員集合写真。向かって右から5番目が私。



小泉海岸の日の出。当院から車で10分。

き疾患数もあってか義務年限前半はおのずと「疾患を診る」日々であったように思います。すなわち日々の診療は、目の前の急性期にあたる患者がどの疾患に該当するかを診断し治療にあたるのが主でした。

一方で現在勤務している本吉医院もそうですが、プライマリ・ケア外来診療でのいわゆる急性期患者は全体の1割に満たないと思います。無症状の生活習慣病や健診/検診、多疾患併存患者のマネジメント、虚弱や認知症につき侵襲性のある精査加療ができない患者への医療などが診療の大部分を占めるようになり、診断をして治療するというプロセスでは限界があることを実感するようになりました。患者にとっての健康問題が、疾患ではなく、社会・経済・心理的な問題や家族のケアの問題であることが少なくないのです。これらの解決のためには、患者それぞれの考えや感情を捉えること、生活への影

響度合い、具体的な要望の把握が必要となることもあってか、自ずとADL/IADLをはじめとした日常生活の状況や職業、家族、価値観などに関する内容を聴取する機会が増すのです。日々の問診内容の変化のギャップに私自身戸惑いがある時期もありましたが、いわゆる疾患を持った病人という括りではない、「患者を診る」診療の日々になってきたように思います。プライマリ・ケアの現場にいと、疾患の治療はさることながら、目標の設定としては日常生活の維持となることが多いように感じ、頭を悩ませながらもやりがいを感じます。地域医療は面白い、という意味が少しずつ分かってきた今日この頃です。看護師さんからかかりつけの患者さんの名前を聴くと、疾患よりもその人の個性・家族・生活環境などが頭に浮かぶことが多くなってきたのはその現れかもしれません。

遠藤祐哉(えんどう ゆうや)先生 プロフィール

2016年自治医科大学卒業、仙台医療センターで初期研修後、登米市立登米市民病院、涌谷町国民医療福祉センター、2024年4月より気仙沼市立病院附属本吉医院勤務。

市立奈良病院での 特定ケア看護師の活動報告

市立奈良病院 村出亜矢

はじめに

皆さん、初めまして。私は市立奈良病院で特定ケア看護師として勤務しています。

市立奈良病院は、歴史と文化を誇る奈良市の中核的医療機関として、質の高い効率的な医療を提供するとともに、地域の皆さんが安心して、笑顔があふれる病院を目指しています。そして当院では、JADECOM-NDC研修センターで「特定行為にかかる看護師研修」を修了した3名の特定ケア看護師が在籍しています。私は8期生として研修を受け、現在は診療支援室に在籍し自施設にて卒後研修中です。

特定ケア看護師を目指した動機

私は看護学校卒業後、整形外科・泌尿器科、ICU・CCUなどの急性期病棟で勤務をしてきました。特定ケア看護師の制度ができた時に、院内で特定ケア看護師について講演があり医師と

看護師との懸け橋となる存在だと説明がありました。それまでは患者の状態変化が起きた際に、医師に報告をしたくても手術中や外来中などで連絡がつかないことがあり、何もできず時間だけが経過するという経験を何度も繰り返していたため、この研修を受ければ少しでも患者の役に立てるのではないかと思ったことが始まりでした。実際、医師と連絡が取れなかった時に、特定ケア看護師に相談し、介入してもらい安心できたことがありました。私も治療方針を理解した上で医師と看護師の懸け橋となれるよう、患者の病態を把握し相談にのれる看護師になりたいと強く思うようになりました。

日常業務

2024年4月から2025年3月までの1年間は卒後研修として、各診療科をローテーションでまわっています。主な研修の内容は、指導医が担当している患者と一緒に受け持ち、入院時から



市立奈良病院外観



ICU でエコー研修中

身体診察や病歴聴取を実践しています。画像の見方、抗菌薬の選択、退院を見据えた治療方針の立案などアドバイスをもらいながら学習を継続しています。治療の効果判定の際も、指導医と振り返りを行い、副作用は出ていないか、この治療法でよかったのか、他の方法はなかったのか、見落としはないか、ディスカッションを行っています。また、指導医だけでなくチームの医師とも連携しながら、病棟の看護師をはじめ理学療法士・作業療法士・言語療法士・管理栄養士などのコメディカルとも協力し日々の情報収集を行っています。

活動の効果

特定ケア看護師として研修を行っていく中で、医師のみで行われているカンファレンスや勉強会に参加させていただく機会が多くありました。看護師としては見えていなかった医師が何を考え治療方針を決定し、薬剤を投与しているのかなど少しずつ理解ができるようになってきました。薬剤の投与についても、多数ある種類の中からどの薬剤を選ぶのか、副作用の出現率などを考え、患者に適切な治療が行えるように科内カンファレンスでも相談を繰り返しながら行っていました。薬剤の副作用については病

棟スタッフやコメディカルなどからも情報を収集しカンファレンスで発言することができるようになりました。

また、月1回卒後研修指導医に振り返りを行ってもらうことで、できたこと・できなかったことが明確となり次の課題を抽出することができました。課題に対して向き合う中で、一人の患者を診るためには多職種との連携が必要であることが実感できました。常に患者のそばにいる病棟看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、管理栄養士、薬剤師などが持っている情報を統合し医師に伝えることで治療方針が変わる場面も多数ありました。また医師の指示が出ても、患者の何に役立つのか理解できなければ後回しになることもあります。そんな時に、私が声をかけ、なぜ指示が出たのかを伝えることで「指示の意味が理解できました。すぐにやります」と言ってもらうこともありました。

今後の課題

各診療科をローテーションで研修する中で、特定ケア看護師のできること、できないことについての医師・病棟看護師の理解の程度には差を認めました。3名の特定ケア看護師がいる診療科ではある程度理解されており活躍をしています。しかし、その他の診療科では末梢留置型中心静脈カテーテル（PICC）挿入の特定行為は理解されていても、その他の特定行為は理解されていないことが多いのが現状です。特定の手技を行うだけではなく臨床推論を行い、患者を医師と共に診る（看る）ということを広めていく必要があると考えています。また医師・看護師だけでなく、コメディカルとも情報を共有しながら、少しでも早く患者の異変を察知できるように特定ケア看護師がひとつのチームとして組織横断的に活動できる可能性を模索していきたいです。

2025. 2. 13

「人生の道案内人」への一步

こんにちは、東京北医療センター総合診療科「地域医療のススメ」所属の専攻医 1 年目の大山裕可と申します。2 年間の初期研修でお世話になった東京北医療センターで、新たに総合診療科の専攻医としてスタートを切らせていただき、早くも 1 年が経過しようとしています。当院の総合診療科で 6 ヶ月間、小児科での 3 ヶ月間の研修が終わり、現在は救急科で研修中です。専攻医として働く中での想いについて、拙い文章になりますが述べさせていただこうと思います。



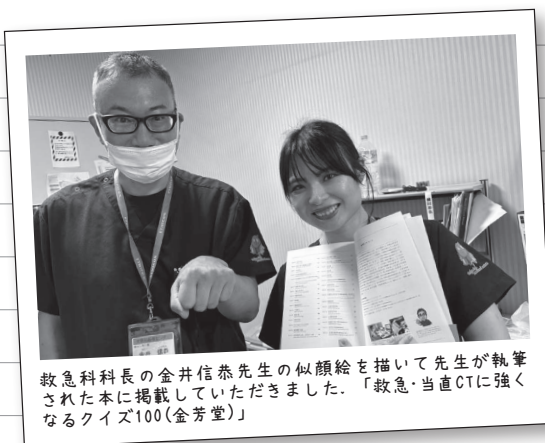
地域医療のススメ

大山裕可

プロフィール

2016 年 3 月 豊島岡女子学園高等学校卒業
2022 年 3 月 東京女子医科大学卒業
2022 年 4 月～2024 年 3 月
東京北医療センター初期研修医
2024 年 4 月～東京北医療センター
「地域医療のススメ」総合診療科専攻医

私は人々の健康的な生活を基盤から支えられる、いわば「人生の道案内人」のような医師になりたいと思い、体や病気だけでなく、その



救急科科長の金井信恭先生の似顔絵を描いて先生が執筆された本に掲載していただきました。「救急・当直 CT に強くなるクイズ 100 (金芳堂)」

人自身の生活や人生を丸ごと診る総合診療科を志しました。

金銭問題、介護、孤独など、生活背景を基盤として種々の健康問題を生じることが多くあります。この 1 年間を通して、さまざまな生活背景を持つ患者さんと接する中で、病気を診る上でその人の生活背景を知ることの大切さを改めて考えさせられました。現在問題となっている疾患や病態を解決するだけでなく、その人の生活に生じている根本的な問題点に介入することで、健康被害を未然に予防できると実感しました。その反面、その人の人生経験によっては、独自の価値観や健康観念を形成していることがあり、医療者・患者間ですれ違いが生じることもありました。考え方のすれ違いで治療がうまくいかないように感じた時には、その人自身のこ



入院患者さんに似顔絵セラピーを行い、患者さんのこれまでの人生や生活に思いを馳せるきっかけになりました

れまでの経験や普段の生活に立ち
返り、何故そのような思考に至った
のかを考えることで、すれ違いによ
る溝を埋め、治療を進めることがで
きました。医療知識や技術において
も日々の診療で勉強させていただく
ことばかりですが、このように経験が
ないことへの想像力の欠如を痛感す
ると共に、今後も診療の中でさまざ
まな生活背景や価値観に触れ、自ら

の視野を広げていきたいと思いました。

生活における問題点に介入する際、病院で行える医療のみで解決できないことも多くあり、地域の非医療機関や職種の方々に助言や協力を仰ぐこともありました。例えば、認知機能低下とアルコール依存症があり、身寄りがなく日常生活が破綻しているような症例では、医療機関への通院につなげることも困難です。加えて、若年の場合は介護サービスが利用できず、現状の社会制度や資源でもカバーしきれないところがあり、もどかしさを覚えることもありました。このような症例では、医療機関が最後の受け皿になることがあり、医療機関だけでなく、さまざまな方面から手を差し伸べておくことが大切だと感じました。一度に全てを解決できないことも往々にしてあると思います。しかし、次にまた不和が生じた時に、崩れ落ちないようにするための網を張り巡らせておくことは大切です。介護保険などの社会制度や資源について知らないことも多く、周囲の人々や地域の協力を得ることの重要性を再認識しました。

生き生きとした人生を送るためには健康が大切であり、また、健康でいるためには日常生活に潜む社会的問題や心理的問題をコントロールする必要があります。健康と生活は切り離せないものであり、人全体を丸ごと診るという難しさに直面する

こともあります。私の目指す医師像を
体現するような環境で学べることを大
変有り難く感じています。今後もさまざ
まな経験や知識を積み上げることで診
療の選択肢や価値観の視野を広げ、自分
自身が成長できるよう精進していきたく
と思います。



東京北医療センター総合診療科の広報活動を担当してる「キャベツ隊」のメンバー、WEB説明会の時の記念撮影です



百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～ 第2弾



第2回



医学生視点で見た女川町の災害復興 ー住民主体のまちづくりの取り組みー

遠藤優希¹⁾ 才津旭弘²⁾ 菅野 武^{2),3)}

1) 自治医科大学医学部医学科5年

2) 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

3) 東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野



東日本大震災が起きた2011年当時、私は小学2年生でした。物資や電気を入手することで精いっぱいだったことや荒れた自宅の様子など、被災時の記憶は鮮明に残っています。しかし、私にとっての復興とは、行政により進められ、いつの間にか日常に戻っていたという、やや曖昧な認識でした。

そんな中、宮城県女川町を訪問する機会をいただきました。女川町は行政まかせにせず、町民が主体となって町の再建に関わり復興を成し遂げた地域です。今回の女川町地域医療センターや復興遺構での研修を通じて、震災発生から復興までの歩みを詳しく知ることができました。本稿では、その中でも特に印象深かった町の復興に関わった医療以外の方々のお話をご紹介します。



女川町観光協会 阿部真紀子さんからの町案内の様子

1. 女川町観光協会 阿部真紀子さん

「還暦以上は口出さず」これは震災当時還暦以上であった町民の方々の意見だそうです。非常に衝撃的でした。実際に復興の話し合いは若者が中心となって進められ「海が見えなくなれば女川ではなくなる」という町民の声を反映し、他地域で計画されたような巨大防波堤を建設せずに土地全体を嵩上げすることで防波堤機能を持たせる町づくりが実現しました。このように復興が完了する数十年先を想定し、その時

に町で生きる世代のための町づくりを進める、という理念が今の女川町を形作っているのだと感じました。この理念は復興後も根付き、地域の若者が行事を企画し、収益は街への再投資に利用する形で町の運営に積極的に関わり続けているそうです。

2. 外部支援団体 一般社団法人ワカツク代表理事 渡邊一馬さん

事前学習として視聴した映画「サンマとカタル」では、復興に向け女川町民が自ら一丸となり、祭りを成功させる姿がありました。こうした当事者意識の高さはどこから生まれるのか。渡邊さんによれば、町民一人一人に求められる役割の多さだと教えていただきました。6千人規模の地域であるからこそ町民が果たす役



ワカツク 渡邊一馬さんを囲んで



女川町高台からみた女川港

割は多岐にわたり、各々が活躍する場があり、普段から町民同士で連携を取る機会が多いことが当事者意識の向上や結束力の強さにつながっているそうです。

また町民同士の結束力の強さと町民の意見を尊重する柔軟なリーダーシップについて伺いました。町長は復興に向けた話し合いで町民一人一人の「こういう設備が欲しい」「日の出が見えるといい」といった意見に傾聴しつつ、震災前からの地域課題である人口減少などを解決できる町づくりを実現しました。町民が町長に直接意見を言える風通しの良さも結束力に関係していると感じました。

3. 今回の実習で学んだこと

医療者以外の方のお話を伺うことで、災害復興の町づくりのために必要なことは何か、そして自分にできることは何かを多面的に考える良い機会となりました。

「女川は流されたのではない。新しい女川に生まれ変わるんだ。」という当時女川に住む小

学五年生の詩で奮い立たと話す町民の方々は多く、「自分の子ども世代がふるさととして思い出す時に、女川町が美しいものになるように」という思いを語ってくださった方もいました。女川町の復興は町民の高い当事者意識、町民同士の強固な結束、町民の意見を取り入れつつ地域課題を解決するリーダー、さらに外部支援者との柔軟な連携によって成し遂げられたと学びました。そして、災害復興において主体は地域住民であり、医療は社会インフラの一つに過ぎないことを実感しました。将来、自分が地域医療に臨む際は、医師としてだけでなく住民の一員として、町に対する当事者意識を持ちたいです。地域住民と信頼関係を築き、共に協力しながら町の課題の解決法を模索することで、発災時にも医療が社会インフラとして機能する災害に強い町づくりに貢献できると考えました。

この度の実習でお世話になった皆様に心より感謝申し上げます。



Profile

遠藤優希(自治医科大学50期・宮城県出身)

出身高校：宮城県仙台二華高等学校

部活・趣味：オーケストラ部

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

E-mail: hekichi@jadecom.jp

TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が 今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

自治医大

JICHI MEDICAL UNIVERSITY

now
2025.4

令和6年度 学長・学生懇談会が開催されました

令和6年12月19日（木），記念棟12階会議室において総合判定試験を終えた医学部6学年を対象に，本年度3回目となる学長・学生懇談会が学生生活支援センター主催により開催されました。会には6年生135名と永井良三学長，大槻マミ太郎副学長をはじめ勉強会室担当教員や学生生活支援センター員の先生方にご出席いただきました。

当日は，永井学長，大槻副学長のご挨拶に続き，岡崎仁昭医学教育センター顧問から医師国家試験に向けて激励のお言葉をいただきました。その後，短時間ではありますがグループで和やかに歓談し，盛会のうちに散会となりました。医学部6年間を振り返りながらの意見交換と，国家試験や卒後に向けた激励の良い機会となりました。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告
各種お知らせ
求人

報告

横須賀市立総合医療センター 開院

2002年の開院以来、横須賀市の医療を支えてきた横須賀市立うわまち病院が、久里浜地区に新築移転し、2025年3月1日、「横須賀市立総合医療センター(Yokosuka General Medical Center)」として新たな一歩を踏み出した。

同院は診療連携、機能特化と研修・教育、へき地支援を目的に、臨床研修、救急、心臓脳血管、消化器病、小児医療、総合診療等のセンターを有し、周産期医療にも積極的に取り組んできた。

総合医療センターは、病床を450床に増床。標榜診療科はこれまでなかった血液内科、糖尿病・内分泌・代謝内科、アレルギー科、リウマチ科、歯科、歯科口腔外科の6科を加え34科とした。また、TAVIや血管造影検査・血管内治療と外科手術を同じ部屋で組み合わせることができるハイブリッド手術室、FUS、TrueBeam、PET-CTなど複数の高度医療機器を導入した。さらに三浦半島で初めてとなる屋上ヘリポートも設置し、災害拠点病院を目指す。

開院に先立ち、2月22日、開院式典と内覧会が举行された。開式の辞で、土地克明横須賀市長は「うわまち病院の移転は8年前に市長に就任してからの一番大きな課題だった。これからは横須賀市のみならず三浦半島全体の住民に寄り添い、健康と幸せを守っていききたい」と述べた。

総合医療センターの沼田裕一管理者は、「これまで優しい心、深い知識、高い技術をもとに医療を推進し、透明性と説明責任、特化と連携を基本的な病院方針として、病院運営をしてきた。新病院開院にあたり時代にフォーカスし、高品質で付加価値の高い医療を推進することを新たな病院方針として追加した。今後、高齢化に伴う骨折、心肺疾患、認知症、脳卒中などが著しく増加すると思われるが、これにも対応するため、病院の新しい診療スタイルを確立する。引き続き地域住民に信頼され、愛される病院を目指していきたい」と抱負を語った。

うわまち病院の跡地には、医療・看護系大学の設置が検討されている。



テープカット



沼田裕一管理者

第18回 地域医療貢献奨励賞 表彰式開催

2025年3月1日(土), 第18回地域医療貢献奨励賞の表彰式が, 東京都千代田区 都市センターホテルで執り行われた。本賞は, 一般財団法人 住友生命福祉文化財団が自治医科大学の後援を得て, 地域における医療の確保と向上および住民の健康福祉の増進に寄与・貢献している医師を表彰し, 今後の一層の活躍を期待するために顕彰するものである。

本年度は6名の医師が受賞した。

第18回 地域医療貢献奨励賞受賞者(順不同, 敬称略)

吉田 徹(岩手県) 岩手県立中部病院 院長
 佐藤俊浩(山形県) 最上町立最上病院 院長
 塚田次郎(新潟県) 医療法人社団 塚田こども医院 理事長
 垣田秀治(京都府) 国保京丹波町病院 院長
 木谷光博(島根県) 医療法人カタクリ会理事長 兼
 医療法人カタクリ会よしか病院 院長
 三浦源太(大分県) 姫島村国民健康保険診療所 所長



自治医大の卒業生である吉田先生, 塚田先生, 垣田先生, 三浦先生から「受賞の言葉」をいただいたので, 紹介する。

吉田 徹先生

この度は第18回地域医療貢献奨励賞を賜り, 大変光栄に思っております。私は自治医大7期生として1984年に卒業後, 出身県の岩手に戻り, 41年間県職員として勤務させていただきました。これまで一緒に仕事させていただいたスタッフや, 私を支えてくれた家族とともにこの賞をいただいたと思っています。今回の受賞を励みとして, これからも岩手の地域医療に貢献できる医師であり続けたいと考えております。

塚田次郎先生

この度, 第18回地域医療貢献奨励賞をいただくことになり, 大変嬉しく思っています。

私は学生時代に, 自らの子育てのために共同保育園を設立し, 運営していました。その経験から, 育児支援として「病児保育」はとても重要と考えていました。2001年に「わたぼうし病児保育室」を併設し, 24年ほどが過ぎました。現在, 年間4,000人以上を預かり, 全国でトップクラスの実績を誇っています。

今後とも病児保育とともに, この地域での小児医療をさらに充実させるよう努力を重ねてまいります。

垣田秀治先生

この度は第18回地域医療貢献奨励賞の受賞, 大変光栄に思います。私の医師人生のほとんどを, 地元住民のかかりつけ医としてこの病院で過ごしてきました。それを評価していただいたこと, 大変うれしく思うとともに, 今後でもいい形で後進たちにこの病院を引き継いでいけるよう引き続き頑張りたい, と思っています。

三浦源太先生

この度大変名誉ある地域医療貢献奨励賞を自治医大大分県人会関係者4人目として賜りました。私の通算27年間に及ぶ離島診療と地域包括医療ケアの成果が評価されたことを大変嬉しく思うと同時に, これまでの37名に及ぶ自治医大卒業生医師が姫島村勤務で紡いできた素晴らしい実績の評価であると誇らしく思っています。診療所スタッフ, 姫島村住民ともこの喜びを分かち合いたいと思っています。

学会会告

公益社団法人地域医療振興協会主催

第18回 へき地・地域医療学会開催のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では2025年6月28日(土)、6月29日(日)の両日、第18回へき地・地域医療学会を下記のとおり開催します。

今回の学会では「地域医療の未来をひらく ～みんなが総合診療フロンティアデザイナー～」をテーマに、ハイブリッド形式で開催予定です。多くの皆さまのご参加をお待ちしております。

詳細は順次、本誌や特設ホームページ(4月15日公開予定)にて発信してまいります。

開催日程 2025年6月28日(土)、29日(日)

開催方法 会場(海運ビル：東京都千代田区平河町)とオンラインのハイブリッド形式

参加費 無料(意見交換会参加は会費有り)

対象 会員、医師、専攻医、臨床研修医、医学生、地域医療に関心のある方

開催テーマ 「地域医療の未来をひらく ～みんなが総合診療フロンティアデザイナー～」

主 幹 地域医療振興協会 中国・四国地方支部

大 会 長 白石裕子(中国地方支部長・自治医科大学)

実行委員長 杉山圭三(四国地方支部長・愛媛県立中央病院)

副 委 員 長 原田昌範(山口県支部長・山口県立総合医療センター)

大会長挨拶

2025年は乙巳(きのとみ)で努力が実を結び変革する年です。少子高齢化、不景気、紛争、コロナ禍など激動の時代に、よりよい社会、生きやすさとそのサステナビリティを模索する中、第18回大会は、「地域医療の未来をひらく～みんなが総合診療フロンティアデザイナー～」をテーマとしました。地域医療論、災害関連、働き方改革とワークライフバランスといったトピックスと、これらを活用した未来構想など、魅力的なプログラムを企画しハイブリッド開催します。これまでの地域医療をふりかえりつつ、私たちみんなが総合診療の実践者であることを実感し、未来について語り合える場となることを願っております。初めての方も是非♪ご自宅から1時間でも参加してみただければと思います。

第18回へき地・地域医療学会 大会長 白石裕子(島根県17期)

プログラム概要

- ・大会長講演 大会長 白石裕子(自治医科大学地域医療学センター総合診療部門 助教)
- ・招聘講演 前川恭子先生(萩市国民健康保険むつみ診療所 所長)
- ・メインシンポジウム
- ・高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)候補演題発表
- ・企画プログラム
 - ・羅生門的地域医療 べき論(ジレンマ)からの解放 ～文化人類学の視点から～(鳥取・徳島)
 - ・未来の地域医療(広島・山口)
 - ・地域医療と災害医療の親和性 ～きたる南海トラフに備えて～(岡山・高知)
 - ・最先端のワークライフバランスと働き方改革(島根・香川)
 - ・地域で活躍する総合診療医の教育、キャリア形成を考える(愛媛)
- ・一般演題
- ・表彰式・交流会

参加申し込み・募集関係

- ・学会参加申し込み：4月21日(月)より特設ホームページで参加受付開始予定です。
- ・高久賞動画募集：義務年限中の地域での医療活動などを演題とした高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)動画を募集します。対象者には3月中旬に郵送でご案内します。ご応募お待ちしております。

一般演題募集

皆さまの日々の地域医療活動に関わる幅広い演題を募集します。

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

応募資格 6月28日(土)17:20～18:20の時間に現地会場での発表が可能な方。

演題名 日本語全角50字以内、英語は半角100字以内

抄録本文 日本語は全角800字以内、英語は半角1600字以内

プログラム開催日時

ポスター貼付時間 6月28日(土)12:00～13:00

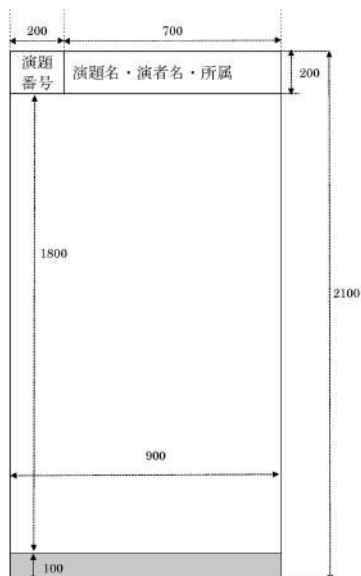
ポスター掲示時間 6月28日(土)13:00～6月29日(日)13:00

ポスター発表時間 6月28日(土)17:20～18:20

発表形式 示説発表(1演題につき発表5分、質疑応答3分の予定)

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

※会場での現地開催です。発表者は現地に参集して、発表してください。



現地会場 海運ビル2階 ホワイエでの発表。

応募方法 応募フォームURL: <https://forms.office.com/r/JjZyLfY66r>
演題発表者は、別途本学会への参加申し込みが必要です。
参加受付は4月21日に開始予定です。



募集締切 2025年5月20日(火)17時

採否連絡 2025年5月27日(火)17時までに通知します。

お申し込み・お問い合わせ先

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

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

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

「消化器外科&救急ダブルボード取得コース」のご案内

消化器外科と救急/外傷外科の両方に関心があり、外傷や緊急手術の技術を磨きつつ、消化器外科の幅広い症例を経験したいとお考えではありませんか？ そんなニーズに応えるため、自治医大消化器一般移植外科と救急部がコラボレーションして「消化器外科&救急ダブルボード取得コース」を開設しました。各受講者の目標に合わせた研修プログラムで、キャリア形成を強力にサポートします。この貴重な機会を通じ、消化器外科と救急医療の両方で成長し、豊かなキャリアを築きませんか。皆様のご応募をお待ちしています！

コースの特徴

- ・外科系救急医として：外傷や緊急手術において確かな手術技術を習得可能
- ・消化器外科医として：救急外科を含む幅広い症例に対応する専門性を深めることが可能
(消化器外科専門医の他、技術認定医、高度技能医などの取得も相談可能)
- ・将来のキャリア：両方の領域の実績を持つことで、多様なキャリア選択が可能

募集要項

- ・募集人数：2名/年
- ・応募資格：救急科専門医または外科専門医取得者(取得見込み者含む)、自治医科大学卒業生以外も可
- ・年齢：40歳以下(相談可)
- ・研修期間：未定(勤務条件は個別対応)

勤務開始時期や給与、自治医大周辺のエdukashion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

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育 センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

自治医科大学の教職員や学生の方々からは大変興味があるとの連絡をいただいています。実は私の在職中も大学内の他の部署でどのような研究・診療が行われてるのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知るといことがしばしばありました。

共同研究の萌芽、相互交流の促進等を通じて自治医科大学全体の発展のために少しでも貢献できれば幸いであると考え、今回自治医科大学の教員のみならず、職員、学生にも提供させていただくことにしました。自治医大図書館のホームページのビデオオンデマンドサービスから視聴できますので、どうぞ、ご活用ください。

生涯教育センター センター長 富永眞一

会費のご案内

1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)

準会員……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。

自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

ご転勤などによりご勤務先またはご自宅住所が変更となった場合は、「月刊地域医学」の送付先を変更させていただきますので、新しいご住所をご連絡ください。

地域医療振興協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単に手続きいただけますので、是非ご活用ください。

また、所属支部の変更を希望される方は、当協会ホームページ(https://www.jadecom.or.jp/members/shibu_henkou.html)に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

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

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興味をお持ちの方は、北海道東京事務所の職員（北海道職員）が医師の皆様の御希望を踏まえながら丁寧にサポートいたします。まずはお気軽にお問い合わせください。
 皆様が目指す医療・暮らし方がきっと「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、とかち帯広空港から約1時間の距離にあります。

当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。

地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。

病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。

受付 2022.6.16



北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

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

病床数：91床
 職員数：72名（うち常勤医師8名）
 所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110

連絡先：北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立羽幌病院は、北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し、天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。

当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い、総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。

地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。

視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院長は自治医大卒です。）

受付 2022.6.16



※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します

対象：北海道内外の①医師または医学生、②薬剤師または薬学生

対象病院：募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先

北海道道立病院局 総務課 人材確保対策室 熊谷
 TEL 011-231-4111（内線25-853）
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード（北海道道立病院局ホームページ）をご参照ください。



青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名

診療科目：総合診療科（院内標榜）

病床数：無床

職員数：19名（うち常勤医師2名，非常勤医師3名）

所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字戸字家野上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おります。

地域医療に意欲的な方をお待ちしております。お気軽にお問い合わせください。

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

受付 2023.7.24



宮城県

加美郡保健医療福祉行政事務組合 公立加美病院

●内科 2名

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

病床数：一般病床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



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（一般病床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：在宅医療に熱意ある医師，消化管内視鏡検査を特技とする医師を募集しています。

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



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

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

大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪精神医療センター



●総合診療医 4名（常勤・非常勤を 問わず，応援医師でも応相談）

診療科目：精神科，児童思春期精神科，総合診療科（院内標榜）

病床数：473床

職員数：45名（うち常勤医師28名，非常勤医師17名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事グループサブリーダー 徳重

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

E-mail tokushiges@opho.jp

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

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

受付 2023.8.9

和歌山県

公益財団法人白浜医療福祉財団 白浜はまゆう病院



●一般内科または総合診療科・ 消化器内科・乳腺外科 各1名

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

病床数：258床

職員数：390名（うち常勤医師18名，非常勤医師32名）

所在地：〒649-2211 和歌山県西牟婁郡白浜町1447

連絡先：事務部参事 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していく仲間を求めています。
<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023.11.15

長崎県

長崎県内離島・ へき地の公的医療機関



●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

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/tiikiiryou.html>

受付 2024.10.3

熊本県

上天草市上天草総合病院



●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。何卒よろしく願います。

<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 大阪府中央区大手前2-1-22
TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

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

私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康というのちを守るといった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.lg.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健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！

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

熊本県

健康福祉部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 4名

勤務先：本庁、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等

連絡先：熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

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

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

PR事項：熊本県では、県民の生命や健康を守るために県庁や保健所に勤務していただく公衆衛生医師を募集しています。公衆衛生医師の業務は、がん・糖尿病などの生活習慣病の予防はもちろんですが、医療提供体制の確保、感染症や災害への対応など多岐にわたります。近年は超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築が重要な課題となっています。他にも、県の精神保健福祉センターでは精神保健福祉に関する知識の普及、調査研究、相談や指導を行うための医師を、児童相談所では児童の健康および心身の発達に関して助言や指導を行う医師を求めています。専門分野や経験年数は問いません。これまで培った医師としてのキャリアを行政で活かしてみませんか。ご興味のある方、ぜひお問合せください。保健所見学等も歓迎いたします。
<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>



福岡県

保健医療介護部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 6名

勤務先：保健福祉環境事務所等(9カ所)、福岡県庁

連絡先：福岡県保健医療介護部保健医療介護総務課 総務係 山田

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

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

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

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

鹿児島県

保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 7名

勤務先：保健所(県内13カ所)、県庁

連絡先：鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課 主幹 西

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

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

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

PR事項：鹿児島県では、県内13カ所の保健所等で勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。本県は、温暖な気候、屋久島、奄美大島・徳之島等世界自然遺産を有する豊かな自然、豊富な温泉資源、安心・安全な食などが魅力であり、マリンスポーツ等の健康づくりにも適し、ワークライフバランスを実現できます。採用は、ご希望に応じ随時行っており、業務内容の紹介や保健所での見学も受け付けていますので、県ホームページをご覧ください。詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshuu/hokendoc2.html>



各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：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で内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身*)とする。(※必要な場合のみ)

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

- ④他の論文等から引用する場合は、当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する。

7) 文献：必要最小限にとどめること。本文中に引用順に肩付き番号をつけ、本文の最後に引用順に記載する。
雑誌の場合

著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) :
タイトル, 雑誌名 年 ; 巻 : 始頁 - 終頁.

書籍の場合

著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) :
章名, 編集者名, 書名, 地名, 出版社名, 年, 始頁 - 終頁.

ウェブサイトの場合

著者名, 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸かっこ).

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

論文受付後の制作実務を担当。投稿受付後は下記編集室より著者に、受付日、受付番号をE-mailにて連絡。投稿後2週間経過後、受付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



月刊地域医学掲載の内容に関する訂正のお知らせとお詫び

「月刊地域医学」編集委員会事務局

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り誠にありがとうございます。ます。

さて、令和4年11月に発行した月刊地域医学(2022.11Vol.36-No.11)の誌面において、記載内容に誤りがございました。下記のとおり訂正し、お詫び申し上げます。

謹白

記

巻頭のインタビューにおいて、「小竹町立病院を地域医療振興協会が指定管理者となって運営する」旨の記載がありますが、事実誤認がありましたので、以下のとおり訂正します。

誤(P.951(7))	正
この度、小竹町立病院は地域医療振興協会が指定管理者となって運営することが決まりました。働き方改革や人員の充実も含めて改善できるように、われわれも協力したいと思います。どこまでしっかりした支援体制ができるかはこれからの問題ですが、多くの卒業生、あるいは飯塚市立病院のスタッフたちと交流をすることで、病院の体制も整えていけるのではないかと思います。	現在地域医療振興協会は、小竹町立病院の経営等について相談に乗っていますが、働き方改革や人員の充実も含めて改善できるように、われわれも協力したいと思います。

誤(P.953(9))	正
小竹町立病院は、協会の指定管理になりますが、先生が今後小竹町で継続されるにしてもされないにしても、ぜひ卒業生として、いろいろな意味で関わってもらえるとありがたいと思います。	先生が今後小竹町で継続されるにしてもされないにしても、ぜひ卒業生として、いろいろな意味で関わってもらえるとありがたいと思います。

以上

「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(地域医療研究所)
	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(横須賀市立総合医療センター 副管理者)
	宮本朋幸(横須賀市立総合医療センター 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, 2025.4現在)

編集後記

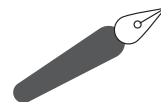
いつも読んでいただきありがとうございます。今回の表紙は自治医科大学卒業生（石川県42期）の小眞頼明斗先生が能登半島地震の前に撮影された舩倉島の風景です。真っすぐな道と太陽が、災害から地域がよみがえる先を示しているような素敵な写真ですね。

巻頭の対談は特集「災害医療アップデート－支援団体の多様性を学ぼう－」に合わせ、尾島俊之先生から地域医療の文脈における災害医療についてお話を伺いました。

「私の地域医療」では、山形県の齊藤志穂先生、そして宮城県の遠藤祐哉先生がそれぞれの学び、ご苦労、変化を記されています。素晴らしい出会いに恵まれてご活躍されている様子を誇らしく思います。特定ケア看護師として多職種連携に取り組む村出亜矢さん、病院医療の外側にある生活に目を向けられた研修医の大山裕可先生の記事もそれぞれに熱意を感じました。地域の先輩を医学生が事前学習し尋ねる百聞一見シリーズ第2弾の2回目では、女川町の復興を支援者から聞き、生活を支える医療者としての視点を持つことができました。

編集委員会では毎号楽しい企画を編集委員が持ち寄って白熱した打ち合わせをしています。新しい年度も多くの読者の役に立つ、また興味を引く話題を提供できるよう努めてまいります。皆さまと一緒に成長できる雑誌になれるよう、今後ともご支援よろしく願いいたします。

菅野 武



月刊地域医学 第39巻第4号(通巻462号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日／2025年4月10日

発行所／公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元／株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えると、

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



ISBN978-4-909117-97-7
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）