

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

6

2025
Vol.39-No.6

【特集】

地域における多様な支援事例 超高齢社会を迎えて

[企画] 杉田義博 日光市民病院 管理者

対談

「個・孤の時代に難民とならないために」

沢村香苗

日本総合研究所 創発戦略センター シニアスペシャリスト

山田隆司

地域医療振興協会 地域医療研究所長



公益社団法人

地域医療振興協会

Japan Association for Development of Community Medicine

東京都台東区

会員向け

JADECOM 生涯教育 e-Learning



会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 真一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。

「私の地域医療」

後編 5月1日配信 ▶

「第17回へき地・地域医療学会」(2024年6月29日開催)において、高久賞候補演題として発表された13名の先生方の「私の地域医療」。3回にわたってe-Learningのコンテンツとして配信しています。今回はその後編になります。それぞれの先生の義務年限中の地域での医療活動や業績をぜひご視聴ください。

福井県嶺南地域で学んだ 地域医療の魅力

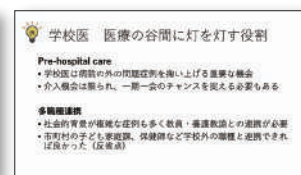
田邊陽邦先生(福井県 38期)
おおい町保健・医療・福祉総合施設



優秀賞

医療の谷間での学校医 ー 1人の内科医としてできることー

新妻郁未先生(宮城県 38期)
公立黒川病院



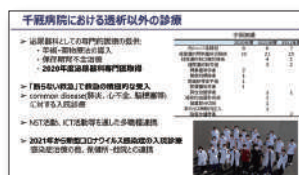
大阪府で求められた 地域医療の実践について

道味久弥先生(大阪府 39期)
大阪急性期・総合医療センター



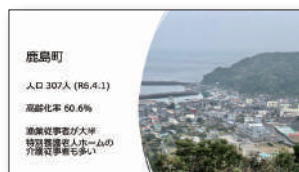
コロナ禍における 地域の透析医療を守る

田村大地先生(岩手県 37期)
岩手県立大船渡病院



甕島で5年間を過ごして 定まった私の使命

松元良宏先生(鹿児島県 39期)
鹿児島大学病院



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



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会

生涯教育センター

担当: 佐藤 TEL: 03-5212-9152(代)

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.39—No.6(2025年)

目次

対談

- 個・孤の時代に難民とならないために／沢村香苗×山田隆司 2

特集 地域における多様な支援事例 超高齢社会を迎えて

- エディトリアル／杉田義博 12
- 総論 令和の日本が直面する高齢者問題とこれから／沢村香苗 13
- プライマリ・ケアおよび公衆衛生(またはパブリックヘルス)から見た高齢者問題／西岡大輔 20
- 社会福祉士の専門性と期待されている役割／原 健治 25
- 急性期病院における支援事例
- －「身寄りのない方の支援」の支援を通し急性期病院の役割を考える－／福田朋子 31
- 地域病院における支援事例
- －複雑かつ複合的な課題を抱える親子に対するチーム支援の1例－／赤間弘治 37
- 在宅医療における支援事例 －在宅医療の場で高齢者問題と向き合う－／上原周悟 42

原著 第35回 地域保健医療に関する研究助成賞報告論文

- 当院における心臓大血管手術後、非監視下在宅心臓リハビリテーションの効果の検討／
田島 泰・千葉公太・他 48

研究レポート

- 蝦夷地(北海道)初の病院「箱館医学所」の創業地について考える －医学史の視点から－／水関 清 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140回 “パニック値”の報告後の対応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 64

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑩／牧田幸三 73

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 岩手県 地域医療と共に歩んだ2年間の記録 －西和賀町での日々を振り返って－／石亀慎也 76

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- NDCとの協働を通じて見えたもの／野原翔太 80

研修医日記

- 専攻医生活の振り返り／河野香美 82

百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～ 第2弾

- 第4回 宮城県女川町出島での住民座談会にファシリテーターとして参加して／吉川 紫・他 84

自治医大NOW

- 医師国家試験結果／自治医科大学入学式挙行／自治医科大学大学院修了式挙行／
自治医科大学大学院入学式・大学院医学研究科研究奨励賞授与式挙行／病児保育DXワークショップ開催 86

お知らせ 90

求人病院紹介 97

投稿要領 106

編集後記 巻末

対談

個・孤の時代に 難民とならないために



沢村香苗

日本総合研究所 創発戦略センター
シニアスペシャリスト

山田隆司

地域医療振興協会 地域医療研究所長

身寄りのない高齢者の問題

山田隆司 今回は、日本総研の沢村香苗さんにお話を伺います。沢村さんの「老後ひとり難民」という書籍は私も拝読しましたが、身寄りのないおひとりさま高齢者が増える中、都市部においても深刻な状況に陥るケースが増えています。今後どうしていったらよいのか。今日は沢村さんと一緒に考えていきたいと思います。

沢村香苗 ありがとうございます。

問題になっていることのひとつひとつは、普通にあることなのです。身寄りのない人が入院することになった時、着替えは誰が取りにいくの

か、医療費はどうするのか、あるいは亡くなったら誰が手続きを行うのか、等々、それをどうするかという話はこれまであまりされてこなかったのですね。「群盲象を撫でる」ということわざを私はよく使うのですが、多くの盲人が象の異なる部分に触れて、その触れた部分の情報のみで、「これはヤギみたいなものだな」とか、「うちわみたいだな」と語るのですが、全体は見えていないのです。「身寄りのない高齢者の問題」というふうに言われていますが、その定義もはっきりしていません。

私は2017年に、厚生労働省からの依頼で身元保証事業者の調査を行いました。その前年に、身元保証人を引き受けるサービスを提供してい

た民間業者の経営破綻があったことから、国が身元保証事業者についての調査に乗り出し、日本総研がその調査を引き受けたというわけです。当時は「医療機関や介護施設が保証人を求めなければよいのではないか」ととらえる人たちも多かったと思います。

実態を調査するために私たちは身元保証事業者に直接話を聞きに行きましたが、病院や介護施設と違って事業者の公的なリストもなく、流通している事業者リストを入手して、インタビューを重ねました。実際に話を聞くと、保証人を医療機関や介護施設が求めなければ解決するというだけでは全くなく、老後にはいろいろな面倒なことがあるけれど、身寄りのない高齢者の場合、それをやる人がいない。今後はそういう高齢者が増えるのだということが分かりました。病院が保証人を求めなかったとしてもその「困り事」自体は残っているわけです。

身寄りのない高齢者の 困り事を誰が引き受けるのか

沢村 身寄りのない高齢者の困り事は、賃貸住宅に入れない、入院できない、銀行でお金を一緒に下ろしに行ってくれる人がいない、救急車と一緒に乗ってくれる人がいない、亡くなるまでは特に問題なく過ごしていた人でも火葬の段階で困る、遺骨の引き取り手もない、などさまざまです。

生活全般のことなので、縦割りの行政に「担当部署」といえるようなところはなく、それぞれ一部分のみを扱っていて、実は同じ人がたくさんさんの困り事があるのに誰も全体をみていないということに気づきました。いろいろな省庁を回り、「この問題は大きな問題だと思います」という話をして、ようやく厚生労働省が受ける形

になりました。

生活の中での意思決定には、実行する必要があります。それを一体誰が手伝うのか。また、日常生活を成り立たせるのはささいな、専門的でない用事が多く、専門職や事業者が全部埋めるのは難しいというのが正直なところですよ。

独り暮らしの高齢者が病気や介護の必要性のために住む場所を変わらなければいけない、治療が終わっても今までとまったく同じ状態で自宅に戻れるわけでもないということが起こります。介護や在宅医療などのコーディネートをして初めて家で暮らすことができます。「退院支援のために自宅に行ったらネズミが走り回っていたから何とかしなければ」などという話も聞きます。ソーシャルワーカーもケアマネジャーも、いわゆるシャドーワークで支援し最期まで看取っていることがあるのです。そういった現状を現場は分かっているのに、みんなで共有する場がないので、私たちがその整理をしてきたわけですね。

昨年は自治体に「引き取り手のないご遺体はどうしていますか？」という調査をしました。その他、ケアマネさんや介護施設は、どのくらいシャドーワークのようなことをやっているのか、といった実態把握をしました。そしてやっと「ではこれからどうするか」という話ができるようになってきたところです。

隙間は誰の仕事なのか

山田 病院では患者さんが病気や怪我をして入院し、治療後にリハビリを行い、退院の際にはその後の生活に導くための支援もしますが、いわゆるそういった退院支援だけでは事が済まないような事例がとても多いです。先日も、退院前に自宅を訪ねたらゴミ屋敷の状態で、治療を終

えて身体機能は戻っているから通院してもらうこともできるのだけど、「ここでどう生活できるのか」という話になりました。そして問題なのはやはり「このゴミ屋敷の問題を解決するのは誰の仕事なのか」ということです。地域包括ケア会議を開いていろいろな職種で話し合っ「私はこういうことができます」ということはあっても、実はそれぞれの隙間のほうが多いのですね。介護保険を申請してサービスを受けられることになり、ヘルパーも来てくれるようになるけれど、基本的な問題は解決していないという状況だと思います。

沢村 そうですね。構造として、誰か引き受ける人が出てくると、全部がそこに集中してしまいがちという流れがあるため、ケアマネのシャドーワークは本当に大変だと私はいつも思っています。身元保証事業者は費用が高いとか、悪徳だという扱われ方をしますが、それは、「今開いている大きな傷にとりあえず貼った絆創膏の質や貼り方が悪い」と言っているわけで、でもそれはしかたなく貼っているのだから、傷の側をどうするのかという話をしないといけないのです。つまり金銭管理や死後事務はやり手がいないのですから、それをどうするのかという議論が必要ですよ。誰が、どこでするのかというのを決めないと、みんなが手を出さないで終わってしまいます。昨年の調査の報告書では、入退院支援加算の基準にある、連携する保険医療機関等との面会の中で医療側が扱ってもいいのではないか、などいくつか提案はしています。

もう1つ難しいのは、従来の福祉の考え方は、その人に障害がある、判断能力が低下しているなどで支援を必要としているという前提がありましたが、この話というのは、家族がいないだけで、お金もあるし、頭もはっきりしているし、という人もかなり含まれていて、「身寄りがない、頼れる人がいないということに対して、公的支援が必要なのか？」という課題があります。

小さなコミュニティで機能する

山田 沢村さんのその調査では、個別の事例をそれぞれあたるのですか？

沢村 はじめは事例収集をしていたのですが、個別の事例は比較しにくいので、そこから大体構造を把握し、最近の調査ではいくつかの想定事例を提示して、できるか・できないかを自治体などに聞くという手法を取るもののほうが多いですね。

山田 なるほど。病院では退院させるという時になって「この人、誰も身寄りがないのか?」、「この状態で今までどうやっていたのだろう?」ということがあり、結局、関わらざるを得なくなる。これが急性期の病院であれば、すぐに退院させられて本当に難民になってしまうわけですね。でも、われわれの施設は退院支援も一つ重要な機能なので、訪問調査などをして、「階段がこんなに急なのはどうしたらいいか?」、住宅環境に合わせて「リハビリはここまでやろう」と個々のケースにあたることになります。それはやはり一筋縄ではいきません。

沢村 これまでは医療行為に関する意思決定ばかりが取り沙汰されてきましたが、病院というのは治療だけをする場ではないですし、帰るための家の維持もしなければならぬので大変ですね。誰もやってくれる人がいない場合、いろいろな手続きや雑務などをどうするのか、介護保険では補えない部分をどう埋めるのかということですよ。

山田 私は岐阜県の山間部の人口2千人程の地域でたった一つの診療所に20年近くいたのですが、はじめはよく分からなかったけれど、5年、10年経つてくると、同じ人、同じ家族、その親戚が繰り返し受診するので、この人とこの人は兄弟だとか、相談する時はこの人に話をすればいい

いんだとか、その人の生活やいろいろな背景が分かってくる。そうすると比較的医療以外のその後の対応が導きやすいのです。また、コミュニティの中で、例えばあの家では障害をもった子供を閉じ込めているなどと伝え聞いていて、ある時、往診に呼ばれたら、本当に座敷牢のようなところに住まわされていたということもありました。20年もいると地域の中のことは大体分かってくるのです。そうすると、地域の中の解決策も自ずと見えてきたりしました。

一方で東京だとふんだんにリソースがあるので、いろいろな疾患についてそれぞれ専門医にかかっている、東大病院や聖路加病院にも長くお世話になっているという患者さんがいます。ところが怪我や疾病の治療後に通院できなくなると突然突き放されてしまう人がいかに多いことか。

沢村 今のお話のように、人口が10万人くらいの地域では、長年その地域や住民を知っている行政の職員がいたり、病院と自治体、福祉などがお互いにいわゆる「顔の見える関係」なので、ある程度リスクを取った支援もできるのだと思います。一番怖いのは東京ですね。全く分からない。今後はタワーマンションに住む高齢者も多くなるとは思いますが、タワマンというのは自分のフロアに行くのにも鍵が必要だから、お一人になって孤独死しても誰も分からないですよ。それで私は最近、個別の「個」と孤独の「孤」で、『個・孤の時代の高齢期』ということを考えています。

山田 東京でも下町では町会の集まりがあり、80代の人が多いのですが、地域の中で役割を持っていて皆元気です。町会ごとに鳶頭(かしら)もいて、ちょっとした行事にも顔を出します。お祭りや年末夜警、地域のゴミ拾いなど町会という小さな単位のコミュニティが今でもそれなりに機能しているのです。医者も10年、20年、地元で暮らしているかかりつけ医もいます。だから

そういったコミュニティの輪の中に医療関係者や介護事業者が入って、それぞれのコミュニティの一員になり、長く付き合えるサービス事業者になっていくとよいのではないかと思います。

沢村 私もサラリーマンなので、家の近所の人と仲良くできているかという、そうではないのですが、先生がおっしゃるように、もうそこにしか解がないという気がします。民間のサービスをたくさん利用できるようなればいいのではないかという意見もありますが、そんな人手はありません。だって「急に入院したけれど、家の雨戸が閉まっているか、見てきてほしい」と言われて見て回るのは大変なことですよ。それならば近所の人同士でできることのほうが多いと思います。「もう地域にしか資源が残っていない」というのは、多くの人が言っているのです。ではそれをどうやっていくか、具体的に考えなければいけないのだと思います。

柔軟に対応する アメーバ支援が必要

山田 沢村さんのように警鐘を鳴らさないと、現状ではみんな深刻さを認識していないし、他人事だと思っている。誰でももれなく老化して衰えるわけだから、この問題は一部の人の特別な問題ではなく、いつかは自分にも降りかかる切実な問題なのです。だから今何らかの策を講じるために知恵を使う必要があると思います。

沢村 自分の情報や契約などを整理して、動いてくれそうな人にあらかじめ依頼をする、お願いしようかとぼんやり思っている相手に明確にお願いする、エンディングノートを書いてその存在を伝える、といったことが必要だと思います。私たちの調査では9割の人が終活に向けて備え

たいと回答していますが、実際に実行している人は1割にも満たないのです。何をしたいかわからないし、面倒くさい。でもやろうと思わないと進まないで、できること、分かることから始めようという普及啓発や動機づけをしなければなりません。最初に市町村で調査を始めた時に、「数が多いわけではなくて、すごく大変なんです」というお話がありました。現場からすると、1が10になる大変さというのではなくて、1が2になったただですごく大変という種類の課題なのだろうと思います。

山田 われわれ病院の側からすると、職員の中にも「自分の領域だけやればいい」と紋切り型のサービス提供になりがちな人もいますが、隙間をもたせないように、例えばプライベートの時間に食い込むかもしれないけれど、「帰りにあそこのおばあちゃんの家へ寄って薬を届けてきます」と言えるような心意気があると、実はそれだけでかなり救われる人たちがいます。サービスの提供者が、コストと労力だけを考えてしまうと、効率的に、求められることだけをやることになりかねません。われわれのように慢性期から終末期を担う医療関係者というのは、沢村さんのおっしゃるアメーバ支援ではありませんが、自分の領域を越えて、柔軟に隙間に対応できる態度が必要だと感じます。

沢村 領域を超えてやる人がいたら、全部その人に役割がいつてしまうということではなく、先生としては、少しずつみんながそれをやれるようにしておきたいということですか？

山田 そうです。そうです。シャドーワークを分かち合うとでも言うのでしょうか。

沢村 現実にはそうやって対応していくしかないのでしょうね。現場の人の話を聞くと、気持ちでやっていたらいいなと思うことが多いです。

これからが大変なのではないかと思っていて、私が2017年にこの問題に取り組み始めた頃は、マスコミも「???」という感じでしたが、ここ

2, 3年報道も増え、皆さんが身近に感じるようになって顕在化してきたように思います。どんどん深刻になってきているから、悠長な話ではないと思っています。

かかりつけの家庭医が キーパーソンになる

山田 東京の今の病院を開院して17年目になるので、一般外来で継続して15年、16年診てきた患者さんもいます。当時70代だった人も90近くになっているわけで、脳卒中で深刻な障害が残ったり、癌で終末期を迎え通院することも困難になる人も出てきています。通院できなくなったら「他を当たってください」というのは崖から突き落とすようなもので、そんな際に「訪問看護や訪問診療も検討できますよ」とお話しするとご本人やご家族は本当に安心してくれます。長年お付き合いして培った信頼関係があるからこそ、ご本人やご家族の意に沿った終末期のサポートができると思っています。そのためにはやはり継続性といったものが大事なのだと思います。

専門的な治療が受けられるということはもちろん重要ですが、高齢者にとってはむしろ何でも相談できるかかりつけ医を持つことのほうがより重要だと思います。

沢村 日本の医療のフリーアクセスはいいなと思うときもあるのですが、身寄りのない高齢者の課題の解決にはその人とずっと接点をもって様子を知っている「誰か」が必要で、それを「誰にするか」というときに、実際の事例でも、「かかりつけ医の奥さまにもお世話になっています」というものがありました。それが「かかりつけ医制度」と言われているものかどうかは別として、かかりつけにしている先生というのは、とても

重要な接点になり得ると思っています。

山田 私としてはやはりかかりつけの医師がキーパーソンになるのではないかと考えていて、その医師がジェネラルに、幅広く総合的に診ることができ、ある程度医療の質を保ち、必要な時には専門医に紹介する。そういう人や地域に指向性を持った医師、我々は総合診療医あるいは家庭医と呼んでいます。そういう医師をたくさん育てて、地域ごとに、そこに住む人を守ってくれる医師を持つべきだと思います。

自治医科大学の卒業生の多くは長く離島や山間へき地の医療を担当していて、そういった地域は高齢化の先進地でもあって、孤立する高齢者も珍しくありません。医療資源や人材も限られますが、一方でそんな地域だからこそ先進的な地域包括ケアや、コミュニティを巻き込んだヘルスプロモーション活動などを展開している好事例が珍しくないのです。そういうところの成功事例を集めれば、今後の手本になるように思います。

私も東京に来てから、行政や医療関係者が高齢者の孤立化を問題視してないことはおかしいと感じ、もどかしさがありました。なので、今回警鐘を鳴らす沢村さんの書籍に出会って大変心強く思いました。

沢村 へき地のようなところでは、「この先生しかいない」ということで、医師がそれに応えようとするというのは分かるのですが、自治医大の卒業生のように地域医療が好きな方というのは、患者さんやコミュニティとそういうふうに関わることが好きなのですか？

山田 そうですね。専門医というのは、病気に対する専門性や特殊な技術を求めていると成り立ちませんが、一方で、家庭医、総合診療医というのは、患者さんが喜んでくれるために一生懸命にやるのが一番のやりがいで、そこで達成できた充実感というのはひとしおだと私は実感しています。つまり専門医と地域の家庭医で

は方向性が違うのです。だからこそ、この困難な時代に、人間味あふれる、人に寄り添うことに価値観を持つような医療人材をもっともっと育成しないと、そこが鍵ではないかと思います。

沢村 そうですね。今、いろいろな方を思い出していたのですが、皆さん、仕事以上にそういうことが好きで、本業の医療ソーシャルワーカーも大変なのに副業で成年後見人をしていらっしゃる方もいました。

山田 例えば訪問看護でも、訪問看護以上のことをやっている人たちはいます。また被災地のボランティアや国際貢献に携わっている人のように、困っている人たちを助けることに充実感を感じる人たちが一定の割合でいるわけですから、そういう資質のある人たちがこういったサービスの分野でより多く活躍できるようになるといいと思います。

沢村 病気になって入院したときなど、それを良いきっかけにして、退院後に人に頼ったり、支援を受け入れる、そういう場にできればいいと思いますが、病院によっては何だかよく分からない人につないで終わる、ということを知ったこともあります。現場として早く退院させなければいけないというのが現実的なものかもしれません。病院に全部押しつけられたら荷が重いということもあると思うので、先生に台東病院の良い事例を提供していただければ、真似したいという病院も多いのではないかと思います。

身仕舞いをどうしていくか

沢村 医療が進歩して、命だけはとても長くなって、みんながそれを背負いきれてないというのが元々の問題ではないかと思っています。介護保険も「自立支援」という名目で始まったわけですが、結局は自立できなくなり亡くなる、という

ところに誰も手当てできていなかったことを、
今、突きつけられている感じがします。

山田 一般の人も健康だけを追い求めず、老化や寿命に対する知識やわきまをある程度は持たないといけませんよね。介護を受ける立場になった際に突然絶望に苛まれないように、要介護の状態をある程度予想したり、あるいはそういった状況での余生の折り合い方など、いろいろ学んで覚悟しておかないといけないと思います。

沢村 健康寿命の延伸とありますが、それで一生いけるわけではないですからね。

今、京都大学の倫理学の児玉聡先生という、医療倫理などを研究していらっしゃる先生と一緒に、「身仕舞い」をどうやってしていくかを考えようという研究を始めました。実態把握や、「現状はこうです」の説明はできるのですが、「では、どうしたらいいのか」というところで、行き詰まってしまうものですから。

山田 そうだと思います。穏やかに老化を受け入れる、あるいは終末期を受け入れる。自分が、具合が悪くなったことを了解していくというようなことを育まないといけないのではないかと、私も自身が70歳になったので、そういうことを考えます。旅立つときは、それなりにひっそりと淋しく、という覚悟のようなものが大事では

ないかと思います。

でも沢村さんの本を読むと、亡くなってからも問題が山積みなのですね。

沢村 亡くなった後の問題も本当にたくさんありますよ。

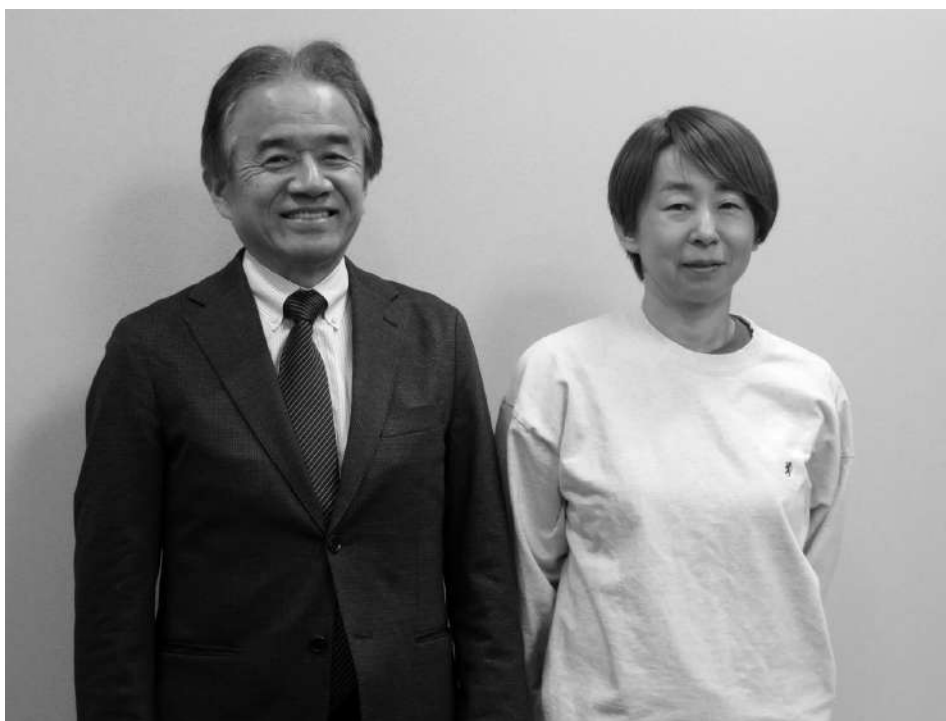
山田 そういうことは実際にはあるけれど、誰もあえて言わないですよね。悲惨な事例はあまり知られていない気がします。

沢村 私たちが持っているものも、昔だったら家業などを通じて多分次の世代に受け継がれていったと思うのですが、今は私から受け継ぐものなんて何もないというのが現状で、ゴミでしかないから、それをきれいにしなければいけないということです。そういうことも含めて、これから嫌なことを言っていけないといけないですね。

山田 そういったことを沢村さんが明らかにしてくれたわけで、もっともっとアピールしてほしいし、その上で、より質の良い、限られたリソースの中でみんなが安心できる選択肢をつくっていきたいと思います。

ということで、いろいろ考えさせられるお話でした。

沢村さん、今日はお忙しい中、ありがとうございました。

**沢村香苗(さわむら かなえ)さん プロフィール**

1999年東京大学文学部行動文化学科心理学専攻卒業, 2004年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻博士課程単位取得済み退学. 2004~2006年国立精神・神経センター武蔵病院リサーチレジデント, 精神科病院の医療の質向上に関する調査研究に従事, 民間病院精神科での認知行動療法を中心とした臨床業務を経験. 2006~2014年医療経済研究機構研究部研究員(2009年より主任研究員), 介護保険施設における個別サービスに関する調査, 将来の長期ケア施設の利用意向に関する高齢者の意識調査, 単身要介護高齢者に対するケアマネジャーの在宅継続支援に関する研究等を実施.

2014年12月, 株式会社日本総合研究所創発戦略センターに着任, ギャップシニア・コンソーシアム(2014~2018年)活動において, 高齢者の心理に注目したマーケティング手法開発に関与. CONNECTED SENIOIRSコンソーシアム(2019~2020年)活動において, 情報機器を活用した高齢者の心理データの蓄積手法を開発. 2021年より, 「おひとりさま高齢者」の自律的生活支援研究会SOLO Lab(SOcial connectivities for LOcal well-being Laboratory, ソロラボ)の活動を開始する.

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

特集 地域における多様な支援事例 超高齢社会を迎えて

企画：日光市民病院 管理者 杉田義博

●エディトリアル

●総論 令和の日本が直面する高齢者問題とこれから

●プライマリ・ケアおよび公衆衛生(またはパブリックヘルス)から見た高齢者問題

●社会福祉士の専門性と期待されている役割

●急性期病院における支援事例

－「身寄りのない方の支援」の支援を通し急性期病院の役割を考える－

●地域病院における支援事例

－複雑かつ複合的な課題を抱える親子に対するチーム支援の1例－

●在宅医療における支援事例

－在宅医療の場で高齢者問題と向き合う－

エディトリアル

日光市民病院 管理者 杉田義博

今回の特集は「地域における多様な支援事例 超高齢社会を迎えて」とした。日本が世界に先駆けて超高齢社会を迎え、私たちが働く地域、特にへき地は過疎化とともに超高齢化、少子化が進んでいる。今特集では各地で起こっている医療・介護の現場が直面する問題を例示するとともに、より望ましい問題解決を導くための理論と制度を理解することを目的とした。

総論は日本総合研究所創発戦略センターシニアスペシャリストの沢村香苗先生に身寄りのない高齢者の問題について幅広く解説していただいた。誰もが身寄りのない高齢者になり得るわけで、決して他人事ではない。参考文献として沢村先生が手掛けられた多くの調査が紹介してある。ぜひ目を通すことをお勧めする。

次いでプライマリ・ケア医でもある京都大学の西岡大輔先生にプライマリ・ケアと公衆衛生から見た高齢者問題を、歴史的な観点と生活習慣病モデルから社会環境モデルへ、SDH(Social Determinants of Health)の視点を持つ必要性、社会的処方の問題点まで、専門職自らが価値観を変えていく必要性について論じていただいた。

医療と介護の領域において高齢者を含むさまざまな問題に取り組むとき、多くの場合そのフロンランナーとなるのは社会福祉士である。社会福祉士の歴史的経緯と業務を行う際のフレームワーク、そして今後期待される役割を台東区立台東病院の原健治MSWにまとめていただいた。

後半はJADECOCの施設において経験したさまざまな支援事例を取り上げた。最初は急性期病院として多くの救急患者を受け入れる横須賀市立総合医療センター(旧横須賀市立うわまち病院)の福田朋子MSWに急性期病院で遭遇しやすい身寄りのない高齢者に対処した事例を、次いで地域の病院である公立黒川病院の赤間弘治MSWにアルコール依存症とヤングケアラーという、最近クローズアップされることの多い事例を紹介していただいた。最後に同じく公立黒川病院で在宅医療に携わっていた上原周悟先生に、在宅医療の場で高齢者に向き合う中で多くの専門家が連携した事例を通して、地域でセーフティネットを構築する必要性についても解説していただいた。

都市部であっても地域・へき地であっても超高齢社会の問題点から逃れることはできない。本特集が読者の臨床、また地域を取り巻く問題の理解につながれば幸いである。

●編集委員の杉田義博先生からのメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=7VttioOqVOg>



総論

令和の日本が直面する高齢者問題とこれから

日本総合研究所 創発戦略センター シニアスペシャリスト 沢村香苗

抄録

日本における高齢単身世帯の増加は、医療・福祉制度に新たな課題を突き付けている。身寄りのないことにより、入院や介護、死後の事務手続きが困難になる事例が増えている。本稿では、問題の共通理解をすることや、その解消に向けた支援のあり方を検討する。

「身寄りなし問題」への注目

私たちは、少子化、高齢化、単身化といった大きな変化について、もう長い間見聞きしていて、もはや当然の成り行きのように感じている人も多いかもしれない。ただ、それが個人の生活に実際にどのような変化をもたらすかについては、明確なイメージはなかったのではないだろうか。

ここ数年で、これからの社会においてどのような問題が生じるのかについての解像度はかなり上がってきたようである。例えば、「高齢者『孤独死』年6.8万人 警察庁データで初めて推計」(2024年5月14日、日本経済新聞、他同様報道多数)、「引き取り手のない遺体 全国で4万2千人と推計 厚労省調査」(2025年3月27日、朝日新聞、他同様報道多数)といったように、一人で死を迎えること、また死後にも引き取り手がなく行き場が無くなることが報道されている。

また、「増える単身世帯 どうする? 高齢期の住まい」(2024年4月21日、NHK日曜討論)、「身寄りない高齢者『銀行に同行』『救急車に同乗』…自治体の対応は」(2024年5月7日、朝日新聞)のように、生前にも多くの困り事があることが

見えつつある。

「群盲象を評す」というインドの諺があるが、身寄りのない高齢者の困難はこれまでその諺のように「住まいに入居できない」「入院できない」「死後に引き取り手がない」、あるいは「困窮者の話」「富裕層の話」「独身の話」といった形で、断片的に語られてきた。最近になり、これらは高齢期に周囲に頼ることが難しい際に、誰にでも起こりうる困難という共通点を持っていることがぼんやりとではあるが見えてきており、「身寄りのない高齢者」の問題として扱われるようになってきている。それでも、例えば身寄りがない＝独身と、短絡的にとらえられてしまうことがあり、どのような言葉をもってしても適切に言い表すことは難しい。誰もが知っているのに、共有や理解が難しく、手立てが講じられにくい類いの問題である。本稿では、いくつかの視点や調査結果をもとに身寄りなし問題について解説し、皆で解決にあたるような土台を作ることを目指したい。

特集

高齢者問題＝ 老後の面倒を見る人がいない

1. 身元保証事業(高齢者等終身サポート事業)との出会い

筆者がこの「身寄りのない高齢者の問題」に出会ったのは2017年のことである。2016年に日本ライフ協会という大手の身元保証事業者が倒産し、契約者が預託していた金銭も返還されないという大きな消費者被害が発生した。消費者委員会が実態調査を行ったところ、身元保証事業という新しい事業が興っているが、監督官庁もなく、実態把握が行われていないことが分かった。そこで、身元保証事業利用のきっかけとなりがちな入院・入所・入居を所管する立場にある厚生労働省と国土交通省に対し、実態把握と消費者への適切な情報提供を求めて「身元保証等高齢者サポート事業に関する消費者問題についての建議」(2017年1月31日)が出されることとなった。筆者らは身元保証事業者の実態把握を担当し、直接彼らの話を聞く機会を得た。当時の厚生労働省の対応は、「身元保証人等がいないことのみを理由に患者の入院を拒否することは医師法に抵触する」「入院・入所希望者に身元保証人等がいないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しない」ことを示した通知¹⁾²⁾を出すにとどまったが、身元保証事業者の語る、高齢者や高齢者にサービスを提供する医療施設・介護施設の現状からすると、通知では何も変わらないだろうと強く感じた。身元保証人を求める慣習のために入院・入所ができない、だから身元保証人を求めないようにすれば問題が解決するという限局的な話ではなく、「老後の面倒を見る人がいない高齢者がおり、今後そのような人が増えていく」という非常に大きな課題であることが分かったからである。

2. 老後の面倒とは何か

では、老後の面倒とはいったい何なのか。老後の面倒という言葉はよく使われるのに、それが何を指すのかについてはあまり語られてこなかった。先に述べた調査で、身元保証事業に関

する消費者生活センターに寄せられた高齢者の相談を分析した際に印象深かったのは「〇百万円で老後の面倒を丸ごと見てくれるらしいが、信用していいか」といった言葉だった。それが、実際にサービスを利用した時には、「思ったような支援をしてもらえない」「いちいちお金がかかるが詐欺ではないか」といった話になる。依頼する時点では何を頼みたいかは明確でなく、具体的に頼みごとをする段になり、自分の期待と異なっていることに不満や不信を感じる流れが見て取れた。

総務省が実施した「身元保証等高齢者サポート事業における消費者保護の推進に関する調査」(令和5年8月)では、事業者の数や規模など貴重なデータが発表されているが、中でも「身元保証等高齢者サポート事業において提供されるサービスの例」として紹介されているものが興味深い。死後事務サービスひとつとっても、遺体の引き取りや火葬だけでなく、費用精算、行政機関での手続き、ライフラインの停止、残置物の処理といったさまざまな手続きが列挙されている。生前についても同様であり、日常生活を送り、必要に応じて入院・入所し、人生を全うするにあたっていかに多くの用事をこなさねばならないのかが分かる。

3. 老後の面倒はなぜ面倒なのか

図1は、高齢期に起こることを模式図にしたものである。自立した生活を送っている時期から、死に至るまでに、私たちは何らかの変化(心身の機能低下や環境の変化)を経験する。生活の質を保ち、死後の尊厳を保つためには、心身の機能が十分でない中で、例えば生活支援サービスを使うか、どのような医療を受けるか、どのような場所に住み替えるか、死後の手続きはどうするか、といった、これまでの人生で解いたことのないような、重大な問いに次々と答えなければならない。これは高齢期の大きな矛盾といえ、だからこそこれまで身近な人がその問いに代わりに答えたり、答えることを助けてりしてきた。

今の高齢者の生活状況では、身近な人が自然



図1 高齢期から死後にかけて私たちが直面すること

〔出所：ホワイトペーパー「個・孤の時代の高齢期」日本総合研究所 2022年11月
(https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/221027_SOLO_Whitepaper2022.pdf)〕

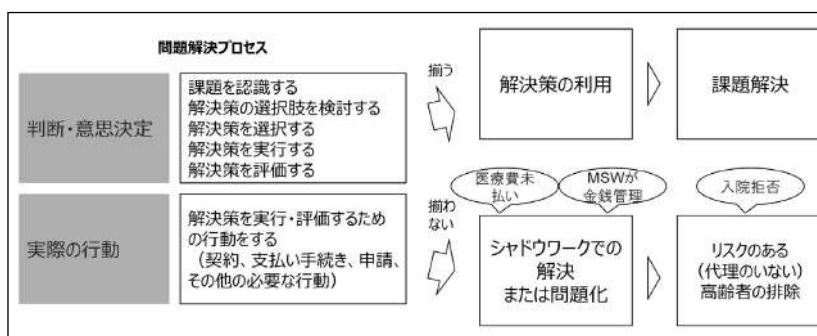


図2 問題解決のプロセス

に課題を察知し手を差し伸べることは簡単ではない。さらに、選択肢が多様化していることにより、選択の負荷は増している。元気な間は、多くの選択肢から選べることは、その人の望む生活を実現するために望ましいことといえるが、心身の状態が良くない時、またその選択が深刻なもの(医療や死後のことなど)に関連している時には、負荷が高すぎることもある。そのため、状況に応じた選択ができないまま生活環境が悪化してしまったり、死後に問題が残ってしまったりするなど、自分の尊厳が保てないことがある。また、周囲の人の支援負荷が高まったり、サービスの利用料が未払いになるなど、周囲にも損害が生じることがある。

4. 生活に必要な問題解決の難しさ

私たちの生活は、医療や介護や住居といった大きなことから、日々の食事や整容といった小さなことまで、さまざまな問題解決の繰り返しである。問題解決のプロセスは(図2)に示す通りで、まず課題を認識し、解決策を検討して選

択し、実行することが必要である。解決策の実行には、契約や支払い手続きやその他必要な行動が伴う。

医療機関への緊急搬送や医療に関する意思決定の際に困ることをきっかけに身寄りのない人の課題が顕在化することが多かったため、判断・意思決定に注目されがちだが、医療行為はもともと医療従事者によって実行されると決まっているという特殊性がある。それ以外の、私たちの生活を構成するさまざまな用事のほとんどは、誰が行うかは決められておらず、意思決定や判断だけでは問題が解決しない。そのために、誰かがやむなく代わりに実行するか、そういった人がいない場合は問題が解決しないことになりがちである。認知機能が低下すると、課題の認識そのものができなくなることもあり、その場合の問題解決は支援する人にとっても非常に困難となる。

5. 何に注目して今後のための議論をするか

身寄りのない高齢者の課題については、例

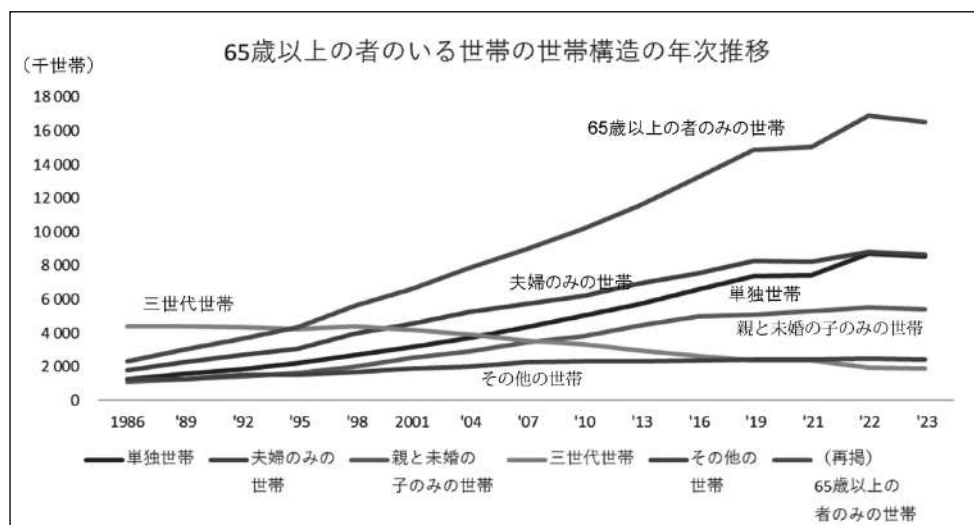


図3 今の高齢者の世帯の状況 (2023(令和5)年 国民生活基礎調査より日本総研作成)

えば「支援する親族がいないために、ケアマネジャーが業務外(無報酬)の支援をしなければならない」「やむなく、訪問介護のスタッフが金銭管理をしなければならない」といったことが取り上げられることがある(いわゆるシャドウワーク、アンペイドワーク)。また、「高齢者等終身サポート事業は契約が複雑で高額であり、高齢者が安全に利用できない」といった消費者問題として取り上げられたり、「身寄りのない高齢者を丸抱えで支援する施設や個人がいるが、密室化しており権利侵害があっても分からない」という、丸抱えと利益相反の問題として取り上げられることもある。それぞれはもちろん重大なことだが、その根本には、先に挙げた、生前から死後にかけての各種の意思決定・判断と実行を支援する人がいないことがある。シャドウワーク、高齢者等終身サポート事業の複雑さ、丸抱えというのは、その問題に取り急ぎ対処する時に生じていることだという認識がなければ、単にもぐらたたきをしている状況に陥ってしまう。

「身寄りのない高齢者」とはだれか

日曜の夕方のアニメ番組では、三世代同居の家族の日常が描かれている。しかし、図3で示す通り、今や高齢者は高齢者のみの世帯で暮ら

していることが多数である。さらに、2024年4月に発表された世帯数の将来推計では、単身世帯の増加だけでなく、単身世帯に占める未婚者の割合が高いことが注目された³⁾。現在の単身高齢者の多くは、配偶者と死別しており、何かあれば子に頼れる人も多い。しかし、今後の単身高齢者は、最も近い頼れる親族がきょうだいや甥・姪、あるいはそういった親族がいないという場合も多くなると考えられる。

また、単身世帯に注目されがちだが、実際には高齢者夫婦世帯、あるいはそこに支援が必要な子がいる世帯などでは、普段から補い合って生活をしているため、1人が体調を崩すなどすると、その人だけでなく家族の全員が困難な状況に陥ることがある。運転できる人が入院して買い物に行けなくなってしまうとか、妻の遺骨を自宅保管していた夫が亡くなり、夫は自治体が火葬し遺骨を合祀したものの、妻の遺骨は行き場がなくなってしまう、といったこともある。「身寄りがない」「おひとりさま」といった言葉を使うたびに、複数人世帯でも同じ問題があることが伝わらなくなってしまうことに、いつも忸怩たる思いがある。

また、親族がいたとしても、連絡が取りにくいという問題がある。携帯電話の普及によって、個人間の連絡の取りやすさは飛躍的に向上した一方で、第三者が代わりに親族に連絡すること

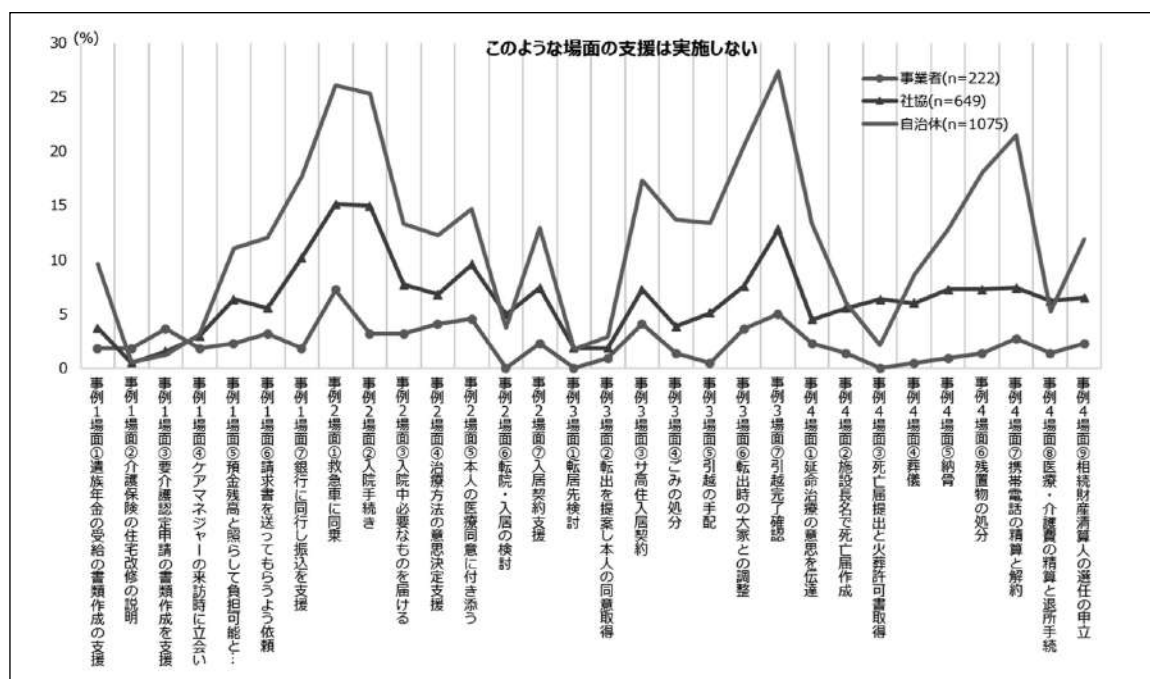


図4 実態把握調査からみえた「現状の守備範囲」

〔「身寄りのない高齢者の生活上の多様なニーズ・諸課題等の実態把握調査」日本総合研究所（2023年3月）〕

は非常に難しくなっている。例えば、路上で倒れて緊急搬送されたり、自宅で死亡して発見された時は、一刻も早く身寄り（親族）に連絡を取る必要がある。かつては自宅に親族の連絡先を書いた電話帳があったり、戸籍で住所が分かれば電話番号を調べることができた。今はそのいずれも難しく、個人のスマートフォンを開けたとしても、その中からすぐに、支援をしてくれる人を見つけることは難しいだろう。ある女性は毎日SNSで娘と連絡する関係だったのに、急死した際に娘の電話番号が分からなかったために自治体が火葬したことが、早すぎたとしてトラブルになったこともあるし、一方で親族の調査と連絡に時間を要し、自治体が長期間火葬を行わなかったことが不祥事として報道されることもある。

身寄りのない高齢者の課題は、「隙間の課題」と言われてきた。公的な制度や事業、例えば生活保護制度や成年後見制度や日常生活自立支援事業では、親族ほどではないものの、ある程度生前から死後の伴走支援が受けられる。しかしその対象は、経済的に困窮しているとか、判断能力が低下している人に限られている。そのい

ずれにも該当しない人については、支援の隙間に落ちてしまうことがある。ただ、これまで述べてきたような課題は、お金があっても、判断能力があっても生じることで、もはや隙間の課題とは言えない。

つまり、高齢期に頼れる身寄りがなくて困る可能性は、誰にでもある、ということだ。

行政の守備範囲

「いざとなれば行政がなんとかしてくれる」という期待を持つ住民は多い。筆者らは、さまざまな種類の支援を含む場面を、自治体・社会福祉協議会・民間事業者（高齢者等終身サポート事業者や居住支援法人等）に提示し、支援が可能かどうかを尋ねる調査を行った⁴⁾。

自治体が「このような場面の支援は実施しない」と回答した割合を見てみると、契約をしている民間事業者に比べて、多くの場面の支援が自治体には難しいことが分かる（図4）。

本人の備えの難しさ

行う判断の個別性の高さや、第三者が支援者を探索することの困難さを鑑みると、本人が事前に備えをしておくことは大きな助けになると考えられる。2つの市において、一般住民を対象に行った調査⁹⁾では、9割の住民(50~84歳)が「自分の病気や要介護、死亡時に、周囲の人が手続きできるように備えたい」という意向を持っていた。だが、具体的に誰かに頼めている人は1割程度にとどまった。例えば延命治療に関する考えを医師に伝えることについて、具体的に頼めていた人は7.4%だった。多くは、「依頼はまだだが頼む相手は決めている」あるいは「頼む人がいない・決めていない」という回答だった。備えることの難しさについては、「まだ先でいいと思う」「何をすればいいかわからない」「やることが多い」ことが挙げられており、9割の「備えたい」という動機を、実際の行動に結びつけるためには、いつ、何をすればいいかわらかにすることや、頼む相手がいない場合の手段を用意することなどが必要だと分かる。

国や自治体の動き

身寄りのない高齢者の生前・死後の課題については、分野が多岐にわたるため、所管が明確でなく、国や自治体での対応が遅れてきた。昨今、政治的な関心が集まったり、自治体では困りごとが顕在化してきたことから、いくつかの取り組みが始まっている。

成年後見制度の柔軟な活用(スポット利用)を推進する上で、日常的な意思決定支援や金銭管理の担い手の確保が課題となっており、厚生労働省は2022年から「持続可能な権利擁護支援モデル事業」を実施している。2024年からは身寄りのない高齢者等の生活上の課題に向き合い、安心して歳を重ねることができる社会をつくる、という目的を加え、新たに1. 包括的な相談・調整窓口の整備、2. 総合的な支援パッケージを提供する取り組みの類型を設けている。1は住民の相談を受けて、支援のコーディネート

をし、履行確認を行う窓口の整備を行うもので、2は日常生活支援や入院・入所時の身元保証的支援、死後事務支援を社会福祉協議会等が提供するものである。

自治体の独自事業としては、身寄りがなく資産が少ない高齢者を対象に、葬儀・納骨について、低額で生前契約を受ける協力葬儀社の情報を提供したり、死亡届出人の確保をする横須賀市の「エンディングプラン・サポート事業」がよく知られている。横須賀市は、心身機能の低下や死によって本人が自ら情報を伝えることができない際に、緊急連絡先やエンディングノートの保管場所・預け先といった、支援に必要な情報を伝達する「終活情報登録伝達事業」も行っており、これらの事業を参考に、独自事業を始める自治体が増えている。それ以外にも、静岡県静岡市による高齢者等終身サポート事業者の認証事業や、愛知県岡崎市での、地域の事業者との協定によって必要なサービスを揃えるなどの意欲的な取り組みがあり、今後注目される。

今後に向けて

「身寄りのない高齢者」には誰もがなりうることで、高齢期に必要な意思決定・判断や手続きにはどのようなものがあるか、ということについては、かなり共通理解が持てるようになってきた。今後はどのように解決するかという議論に移らねばならない。よく言われるのは、ケアマネジャーであれ、高齢者等終身サポート事業者であれ、家族であれ、誰か引き受けそうな人が現れると、他のプレイヤーが解決済みとして手を引いてしまう(ある支援者は、「あとはよろしく連携」と表現していた)ということだ。1人の生前死後を支えることは、単一の支援者では負担が重すぎるし、密室化のリスクもある。誰かが継続的に個人の情報を把握し、意思決定・判断を支援することは理想的だが、支援もすべて1つの主体が行うのではなく、できるだけ多くの人が関われるような体制づくりが求められる。

人口規模や地域性(個人同士のつながりの様子や、選択肢の多寡など)に応じ、誰が何をどのような場で議論するのが適切なのかは異なりうる。筆者らは2024年度にいくつかの事例を収集し、手順書を仮に提示した⁶⁾。報告書をご参照いただくとともに、もし、よい事例があれば、ご共有いただけたら幸いである。

参考文献

- 1) 身元保証人等がいけないことのみを理由に医療機関において入院を拒否することについて。厚生労働省医政局通知 平成30年4月27日。
- 2) 市町村や地域包括支援センターにおける身元保証等高齢者サポート事業に関する相談への対応について。厚生労働省厚生労働省老健局高齢者支援課・振興課通知 平成30年8月30日。
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所:日本の世帯数の将来推計(全国推計).(令和6(2024)年推計)<https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp>(accessed 2025 Apr 5)
- 4) 日本総合研究所. 身寄りのない高齢者の生活上の多様なニーズ・諸課題等の実態把握調査(2024年3月)<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=107744>(accessed 2025 Apr 5)
- 5) 日本総合研究所. 人口減少・単身化社会における生活の質(QOL)と死の質(QODD)の担保に関する調査研究事業(2023年3月)<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=105801>(accessed 2025 Apr 5)
- 6) 日本総合研究所. 介護職員等における身寄りのない高齢者等に対する支援の実態に対する調査研究事業(2025年3月) https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/2504_mhlwkrouken_report_133.pdf(accessed 2025 Apr 5)

プライマリ・ケアおよび公衆衛生 (またはパブリックヘルス)から見た高齢者問題

京都大学大学院医学研究科社会的インパクト評価学講座 特定准教授
南丹市国民健康保険美山林健センター診療所 所長

西岡大輔

抄録

日本社会は世界に類を見ない速さで超高齢化が進行し、高齢者の多面的な健康課題が顕在化している。本稿では、病因論の変遷をふまえて健康の社会的決定要因(SDH)を再考し、プライマリ・ケアにおける社会的処方の意義と効果的に実施されうる要件を検討する。加えて、医療者の価値規範の転換と、ウェルビーイングやポジティブヘルスといった概念に基づいた新たな健康観の必要性を提示し、特に地域における高齢者支援においてプライマリ・ケアに求められる機能や役割を提言する。

特集

はじめに:超高齢社会の中での プライマリ・ケア

日本をはじめ、国際社会は超高齢社会を迎えつつあり、高齢者が健康に暮らすために多面的な支援が求められている。日本では、総人口のうち65歳以上が約29%を占め(2024年時点)、世界でも類を見ない速さで高齢化が進行している。特に75歳以上の後期高齢者の増加が顕著で、医療・介護の需要は年々高まっている。独居高齢者や高齢者のみの世帯も増加傾向にあり、疾病や障害だけでなく、生活支援・社会的つながりの確保が地域の課題となっている。要介護認定者数は約700万人を超え、そのうちの多くが慢性疾患や認知症を背景とする複雑な健康問題を抱えている。また、都市部では高齢者の孤立、地方部では医療資源・交通手段の不足といった、地域特性による健康格差も明らかになっている。このような超高齢社会において、複合的な問題を抱える高齢者の多面的な支援が求められる。例えば、多疾患併存(マルチモビディティ)

へのケア、下降期慢性疾患へのケア、生活機能の低下に伴う要支援・要介護状態への支援、他にも地域社会における孤立への対応などが求められている。プライマリ・ケア医はその役割上、このような複合的な困難を抱える高齢者の診療を第一線で担うため、地域社会のハブとして医療・介護・福祉を横断するような多面的な支援を提供できる連携体制の構築が重要となる¹⁾。そのように人々の多面的なニーズに応えるプライマリ・ケアに必要な要件として本稿では、健康に影響を及ぼす社会的要因と、その対応を目指す社会的処方の概念の変遷を整理し、社会的処方が効果的に実践されうる要件を提示することを目的とする。

Social Determinants of Health (健康の社会的決定要因／社会的健康 規定因子)の概念

現代における、人々の多義的な健康を支える方法を検討するために、まずは社会が培ってき

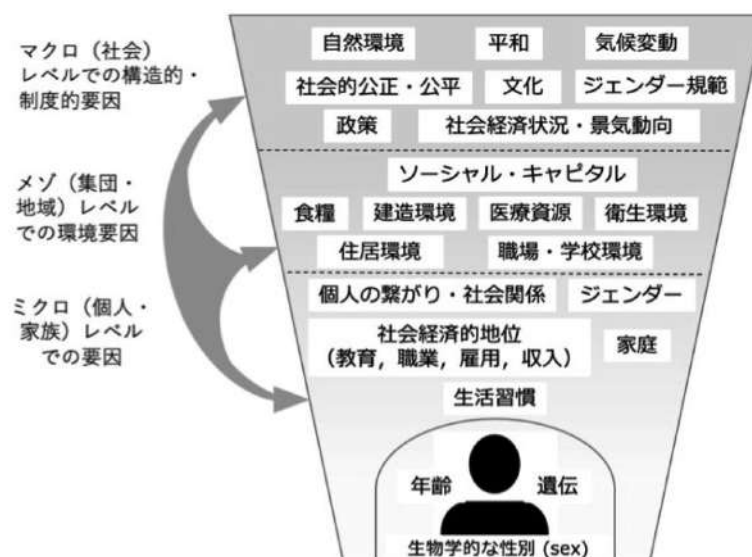


図 健康に影響を及ぼす多重レベルの要因と社会的要因
(Social Determinants of Health: SDH) (文献4)より引用

た病因論の変遷を振り返っておきたい^注。かつて古代の時代には、疾病の原因は神罰・呪詛と考えられ、疾病を鎮めるためにその時代に生きる人々は「祈り、祀る」ことで対応していた。やがて文明が発展するにつれ、病因論は変化していく。産業革命以降の社会においては、資本家階級の人々よりも労働者階級の人々の方が感染症に罹患したり、死亡したりすることが観察されるようになった。当時の病因論として主流であったのがミアズマ(瘴気)説である。死体や汚物に触れた汚染された空気・悪臭が疾病の原因になると報告され、疾病を鎮めるために下水道の整備などが推進された。その後19世紀末、コッホやパスツールによる細菌の発見を契機に、人々の暮らしを苦しめていた感染症は、特定の病原体に由来していたことが明らかとなった。その発見により、「細菌説」に基づく感染症対策が進展した。社会は抗生物質やワクチンの開発を推進し、手洗いはじめとする個人衛生を増進することで感染症へと対応していった。

社会における感染症の制御技術が向上したこと、先進国を中心に人々の栄養状態が改善した

注:詳細は立川昭二による「病気の社会史 文明に探る病因(岩波現代文庫)」などに詳しい。関心のある読者はぜひ手に取っていただきたい。

こと、周産期・乳幼児の死亡率が減少したことなどを背景に、人々の疾病構造には大きなパラダイムシフトが生じた。それが高血圧、糖尿病、心血管疾患などに代表される非感染性疾患(Non-Communicable Diseases: NCDs)の台頭であり、その制御を目指した多因子病因論あるいは生活習慣病モデルの考え方が普及した。人々の疾病の背景にはその人の多因子に及ぶ生活習慣が関与していることが定量的に実証されるようになり、1日あたりの歩数や座位時間といった身体活動、睡眠時間、塩分摂取量や飲酒や喫煙および嗜好品の摂取頻度などが重要であることは、健康づくりに必須の知識として社会全体で共有され、日本国内では生活習慣病と名付けられるほどであった。この時代には「健康は自己責任」という観点も強まり、行動変容を促す健康教育が主流となった。これらの生活習慣の改善を通じた非感染性疾患の制御は現在もお疫学研究の重要なテーマでありつづけている。

しかし2000年代以降、この生活習慣病モデルの限界が指摘されるようになる。生活習慣病モデルによる支援としての個人の行動変容を促す健康教育は、健康行動が改善できる人だけに効果があり、健康行動の改善が難しい人では恩恵を得られにくい。その結果、生活習慣病モデル

による集団全体を対象とした行動変容を促すポピュレーションアプローチは健康の格差を生じうるという指摘が生まれた²⁾。その結果、個人の健康行動は、本人の意志だけでなく、生活環境や社会的背景の影響を大きく受けるという視点から健康の社会的決定要因／社会的健康規定因子(Social Determinants of Health: SDH)が注目されるようになった。例えば、職業によっては日常的な運動が困難である場合があり、あるいは安全に外出できる地域環境がないことで身体活動が制限されることもあることは想像に難くない。このように人の健康や健康につながる生活習慣は、社会生活における環境の影響を受けるため、その制御が重要だという考え方、「健康の社会環境モデル」が提唱されるようになった。SDHには人々の所得や就労状況、教育歴、家庭や職場のジェンダーの規範、人や地域とのつながりといったさまざまな要因が含まれている^{3,4)}(図)。

特に近年は、SDHの重要な側面の一つに「つながり」が把握されるようになった。人との「つながり」が乏しい状態である社会的孤立はSDHの重要な側面の一つとして知られ、注目されるようになった。Holt-Lunstadらは、観察研究のメタアナリシスの結果、社会的孤立と喫煙は人々の死亡率に同程度関連していると報告し⁵⁾、Liらは、ハエの孤立状態が睡眠時間の減少や過食につながることを報告しているが、この行動をもたらす原因が脳のニューロンに存在していることを示すなど、孤立が健康にどのように影響するかを生理学的に解明する試みもみられている⁶⁾。国内でも、斉藤らが行った12,000人規模の高齢者追跡研究において、人との交流が週1回未満の高齢者では要介護認定リスクが高まり、月1回未満では死亡率も上昇することが明らかとなっている⁷⁾。こうした知見を受け、政策的にも「人とのつながり」を重視した健康づくりが推進されつつある。

医療現場における社会環境モデルの応用:社会的処方

私たちはこの生活習慣病モデルによる健康づ

くりを進めた時代に生まれ、社会環境モデルによる健康づくりを進めようとしている変化の時代を生きていることになる。これらの病因論の変化は、私たち医療従事者の健康づくりの考え方のアップデートをも要求している。現代においては、医療の役割も大きな変化を見せている。かつては人々が1つの疾病に罹患しそれによって亡くなることが普遍的であった社会で、がん罹患した人はがんで死亡し、心血管疾患を発症した人が急逝することは珍しくなかった。そのため、かつての医療の役割は人々の生命を救い、疾病を治癒させることで、人々の療養・人生を豊かにすることに重きが置かれた。しかし、医療技術の向上などに伴い現代社会は、人が多疾患併存状態となることが当たり前の社会で、さらには療養しながら子育てや介護、就労といった多面的な生活の役割を併せて担うことも求められる社会となった。そのため医療機関では、人々に最善の治療を提供しつつ、その人の生活や療養環境を考慮した治療やケアを選択することが求められるようになり、それが診療報酬にも反映される社会へと変化をとげている。在宅医療はその典型的な例である。また、がん診療拠点病院を中心に、がん患者の療養と就労を両立することを目指した療養・就労両立支援が重要であるという共通認識も形成されている。これらのように人々の療養環境の充実を目指した制度設計は随所に見られており、在宅医療や療養・就労両立支援指導料をはじめ、多数の療養環境の整備を中心に据えた医療の役割が診療報酬制度に位置付けられるようになっていく。このような医療や社会保障におけるケアの変遷に関して、猪飼は、医療によるケアが生活モデルへと重点が移動していると指摘している⁸⁾。

このように社会の健康づくりや疾病制御のモデルや制度設計が変遷している現代において、先述のように社会的孤立が健康に及ぼす影響が大きいことが紹介され、その知見が普及していくにつれ医療機関においても患者の社会的孤立などの人とのつながりを把握して対応することの重要性が提唱されるようになった。しか

し、患者の社会的孤立といった複雑な課題の解決は従来の医療の範囲を超えており、医療以外の組織や専門職との連携が不可欠であることも認識されている。そのため、世界保健機関も、社会的孤立を含むSDHへ対応するために、多様な機関や専門職同士の連携を深めて人々が生活する環境を整えることを推奨し³⁾、そのような医療とさまざまな機関や専門職との連携を通じた、住民の社会的孤立に対応するような取り組みが世界各地に一般的になりつつある。欧米では、patient navigation, case management, social prescribing, care coordination, cultural mediator, gatekeeper programなど、さまざまな取り組みが報告されており、一部は社会的孤立への効果が検証されている⁹⁾。

日本で上記の文脈で注目されてきた概念に社会的処方がある。社会的処方とは、英国で提唱された上記のsocial prescribingの日本語直訳に端を発し、2016年ごろから社会的処方に関する言説が学術的に提唱されはじめた。同時期に、英国をはじめとする国際的なsocial prescribingの動向がレビューされ、日本での実施可能性に関して検討を加え報告された¹⁰⁾。のちに西岡らは社会的処方を「医療機関等を起点として、健康問題を引き起こしたり治療の妨げとなる可能性のある社会的課題を抱える患者に対して、その社会的課題を解決し得る非医療的なケアを提供する組織や地域活動へとつなぐケアの機会を患者とともにつくる活動」と定義し、紹介した⁹⁾。

医療専門職に求められる健康観・疾病観の転換

とはいえ、医療の本分は医学に基づいた医療の提供であり、先述のように、社会的孤立を含むSDHへ対応は医療の範囲を超えている。併せて、日本での社会的処方の実践可能性には、多くの懸念も挙げられている。医療従事者は専門職になる課程で、対人援助の基礎を学ばない。例えば、特に医学部のコア・カリキュラムにおいては、社会福祉における対人援助の教育において核とされる「自己覚知」や「利用者理解」とい

う用語を学ぶことがほばないことは、本稿の読者の方々も実感できるだろう。社会的処方が念頭に置いているのは、客観的な課題の解決ではなく、本人のニーズの充足を通じた支援である。医学の観点から生じる客観的なニーズをもとに人々の課題を指摘し、改善を促すような医学モデルに慣れ親しんだ、生活モデルによる援助に精通していない医療従事者による社会的処方は個別性を重視しない、権威的な支援(指導)になりかねない。その結果、人々への不適切な支援へとつながりうる懸念が挙げられている¹¹⁾。

これらの懸念を低減できる機会も創出されてきている。日本の医学教育では、平成28年よりSDHが医学部のコア・カリキュラムに明記されるようになった。これにより、医学教育においてSDHの概念を知る医学生が増えることが期待された。さらに令和4年の改訂では、SDHの概念を知った上で、多職種協働や社会に対する発信など、医療の社会における位置付けを認識したアクションが到達目標として求められるようになった。実際に令和6年度の医師国家試験にもSDHに関する出題があったことも記憶に新しい。医学教育の変遷は、より効果的な社会環境モデルに基づく健康づくりの普及につながることを期待される。

しかし、新たな担い手の養成には時間を要するため、現在の医療を担っている人材や医療システムにおける専門職の価値規範の転換も重要である。Kiddらは、医療専門職が患者の疾病を生物学的異常として捉えることで、患者の暮らしや経験に関する解釈資源に乏しいことを指摘し、これを医療専門職による患者に対する疾病中心的な解釈的不正義と称した¹²⁾。医療専門職が患者の暮らしや経験、語りを理解する資源の補填がその解決には重要である。つまり患者の生活状況や暮らしのニーズを理解できるような健康観・疾病観への変革が必要であり、その方法としてウェルビーイングやポジティブヘルスの概念が応用できるだろう。これらの概念は患者を「治す対象」ではなく、「その人らしく生きる存在」として捉える視点に基づいているものである。ウェルビーイングとは、単なる疾病の有

無を問うものではなく、人が「身体的・精神的・社会的に良好な状態にあること」を意味する概念である。ポジティブヘルスはHuberらによって提唱された健康観で、「変化に適応し、自らの人生を主体的に管理できる能力」として健康を再定義した概念である。ポジティブ・ヘルスでは、健康を6つの側面(身体的機能、精神的機能、日常機能、社会的参加、生活の意味、生活の質)から捉え、本人の主観的価値観や回復力に注目するものである¹³⁾。Reeveは患者を、疾病を抱えてもそれに適応できる“Creative Capacityのある存在=Creative Self”と捉えることを提唱している¹⁴⁾。これを藤沼は、患者は「創意工夫する主体である」と表現している¹⁵⁾。ソーシャルワークのストレングスモデルに学べば、患者個人の「できる」に注目することも有用だろう。例えば、私たちの医療機関に訪れている患者は数多くの障壁を乗り越えた能力のある人だと見方を変えることができるだろう¹⁶⁾。

このように現代の医療やケアの変遷に伴って生じているさまざまな概念に触れ、患者が疾病を抱えながらも健やかに暮らすことが可能となる因子(健康因)となる資源に注目できれば、医療専門職の解釈資源が補われる。それにより、高齢者の複合的な健康問題への対応や社会的処方が効果的になることが期待される。

まとめ

現代社会は、社会人口構造の変化により、高齢者を中心に医療ニーズが増加し、疾病の発生頻度の分布や、疾病構造が大きく変わった社会である。その中で病因論や健康観・疾病観が大きく変化し、健康づくりの考え方が変遷しており、市民だけでなく医療従事者にもその価値規範の変化に対応することが求められている。そのような中で複合的な困難を抱える高齢者や、多疾患併存状態にある患者の診療を第一線で担うプライマリ・ケア医は特に、その役割上、例えば社会的処方のように地域社会のハブとして医療・介護・福祉を横断するような支援を提供できる連携体制の構築が求められる。そのため

には、SDHの概念を理解するとともに、患者の病いの経験、語りを理解するための解釈資源を獲得し、患者のニーズを理解できる医療専門職の養成が必須である。

参考文献

- 葛西龍樹:地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題. 医療経済研究 2014; 26(1): 3-26.
- 福田吉治:ポピュレーションアプローチは健康格差を拡大させる? vulnerable population approach の提言. 日本衛生学雑誌 2008; 63(4): 735-738.
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health: World Health Organization; 2008. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (accessed 2025 Apr 30)
- 日本プライマリ・ケア連合学会:日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針 第二版:一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会; 2022. <https://www.primary-care.or.jp/sdh/fulltext-pdf/> (accessed 2025 Apr 30)
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB: Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS medicine 2010; 7(7): e1000316.
- Li W, Wang Z, Syed S, et al: Chronic social isolation signals starvation and reduces sleep in Drosophila. Nature 2021; 597(7875): 239-244.
- 斉藤雅茂, 近藤克則, 尾島俊之, 他:健康指標との関連からみた高齢者の社会的孤立基準の検討 10年間のAGESコホートより. 日本公衆衛生雑誌 2015; 62(3): 95-105.
- 猪飼周平:地域包括ケアの社会理論への課題:健康概念の転換期におけるヘルスケア政策. 社会政策 2011; 2(3): 21-38.
- 西岡大輔, 近藤尚己:社会的処方の事例と効果に関する文献レビュー 日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性と課題. 医療と社会 2020; 29(4): 527-544.
- 西岡大輔, 近藤尚己:医療機関における患者の社会的リスクへの対応:social prescribingの動向を参考にした課題整理. 医療経済研究 2018; 30(1): 5-19.
- 西岡大輔:「社会的処方」は医療と福祉の架け橋となるか. 社会福祉研究 2022; 145: 2-9.
- Kidd IJ, Carel H: Pathocentric epistemic injustice and conceptions of health. 2019 In Benjamin R. Sherman & Stacey Goguen, Overcoming Epistemic Injustice: Social and Psychological Perspectives. London: Rowman & Littlefield International. pp. 153-168.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al: Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ open 2016; 6(1): e010091.
- Reeve J: Medical generalism, now!: reclaiming the knowledge work of modern practice: CRC Press. 2023.
- 藤沼康樹:「卓越したジェネラリスト診療」入門:複雑困難な時代を生き抜く臨床医のメソッド. 医学書院, 2024.
- Nishioka D: Reconsidering the Levesque framework: a social work perspective for healthcare professionals. BJGP Open 2022; 6(3): BJGPO.2022.0055.

社会福祉士の専門性と期待されている役割

台東区立台東病院 社会福祉士 原 健治

抄録

社会福祉士は、「社会福祉士及び介護福祉士法」に位置付けられた国家資格であり、専門的知識および技術を用いて、福祉に関する相談に応じ、関係者との連絡および調整を行う福祉の専門職である。

社会福祉士は、福祉関係法令や医療・障害サービスの基本料および加算等で規定されており、2024年度の改定時には、介護老人保健施設において、介護報酬で初めて規定された。

本稿では、社会福祉士誕生の歴史に触れ、超高齢社会における社会福祉士の専門性と期待されている役割について紹介する。

はじめに

社会福祉士は所属する機関や団体によって、さまざまな呼称がある。病院や介護老人保健施設(以下、老健)等の保健医療分野では「医療ソーシャルワーカー(MSW)」, 児童分野では「ファミリーソーシャルワーカー(FSW)」や「スクールソーシャルワーカー(SSW)」, 地域包括支援センターや社会福祉協議会等の地域分野では「コミュニティソーシャルワーカー(CSW)」等の呼称があるが、いずれも現行法では国家資格としては位置付けられておらず、職域を示すものである。

また、所属する機関や団体によって部署名や職名が異なる。職能団体も、社会福祉士を加入要件とする団体として「日本社会福祉士会」と「日本医療ソーシャルワーカー協会」の2つがあり、社会福祉士を加入要件としない「日本ソーシャルワーカー協会」もある。

さらに、いわゆる相談業務を担当する職員が、必ずしも社会福祉士ではない。これは、社会福

祉士は、1987年に制定された国家資格で歴史が浅いことに加え、医師や弁護士のように「業務独占」の資格でなく、「名称独占」の資格ということも要因している。

このように他の職種から見ると分かりにくい「社会福祉士」について、国家資格化された経緯に触れ、専門性の紹介と、期待されている役割について概説したい。

国家資格「社会福祉士」誕生の歴史

社会福祉士は、ソーシャルワーカーと呼称されることが多い。社会福祉士は、ソーシャルワークを行う専門職なので、その呼称は概ね正しい。

この「ソーシャルワーク」という言葉は、19世紀末から20世紀初頭にかけて欧米で生まれた概念であり、日本では、明治から大正にかけて社会事業や社会改良運動という言葉に始まる。昭和初期には聖ルカ病院(現 聖路加国際病院)、済生会芝病院(現 済生会中央病院)に医療ソーシャルワーカーの前身ともいえる医療社会事業家が

特集

配置されている。この時代からの歴史や偉人達について触れると本稿に収めることは難しくなるため、「社会福祉士」誕生の歴史を日本の法制度に基づいて説明していきたい。

皆さんは福祉八法という言葉を目にしたことがあるだろうか。冒頭で、社会福祉士は福祉の専門職であると述べた。その言葉通り、社会福祉士は福祉の法律に明記されている。現行法では、①生活保護法、②児童福祉法、③身体障害者福祉法、④知的障害者福祉法、⑤老人福祉法、⑥母子及び父子並びに寡婦福祉法(母子福祉法)、⑦社会福祉法、⑧高齢者の医療の確保に関する法律(高齢者医療確保法)が福祉八法である。

この福祉八法で、相談に応じるものとして社会福祉主事が明記され、②、③、④、⑦では社会福祉士も明記されている。社会福祉主事については後に説明するが、この社会福祉主事が「相談業務を担当する者が必ずしも社会福祉士ではない」ことに由縁している。

福祉八法の始まりは、第二次世界大戦終戦の1945年に遡る。GHQ統治下の日本で、福祉三法(旧生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法)が制定されたのが始まりである。このとき貧困に関する相談業務を担う者として社会福祉主事が規定された。

後に知的障害者福祉(当時は精神薄弱者)、老人福祉、母子福祉等が加わり、福祉六法となる。各法に基づき、社会福祉主事は、社会福祉施設で働く職員にも任用資格として適用されていく。

なお、社会福祉主事は、必ずしも社会福祉学を専攻しなくても良く、大学等で教養科目を3科目履修して卒業すれば、任用資格として福祉の相談職に就ける。戦後、各福祉法に基づき社会福祉施設が立て続けに設置される中、多くの人材を確保するためのやむを得ない措置であったともいえる。

1980年代に入ると、需要が高まる高齢者福祉が急務とされ、老人保健法、社会福祉医療事業団法が加わり福祉八法が制定される。質の高い福祉人材が必要となり、1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定されることになった。

社会福祉士の誕生である。

専門職という観点から考えると、社会福祉主事が社会福祉士の前身というには無理があると思うが、法の歴史から考察すると、日本では法に社会福祉主事が規定されることから始まり、高齢化という社会背景から社会福祉士が誕生した経緯がある。

そして昨今、社会福祉士は偉大なる先輩方の弛まぬ努力により、医療・介護・障害・児童・司法・地域等あらゆる分野で活躍できるようになった。法令や報酬にも規定されるようになったことで、名称独占でありながら、実質的な業務独占状態に近づきつつあり、社会福祉士は、専門職として広く認知されるようになってきた。

社会福祉士の専門性

専門職であるならば、学術的根拠に基づいた「知識」と「技術」が必要であり、そして応分な価値(倫理綱領・行動基準)を持ち合わせていなければならない。

社会福祉士も例外ではないが、他の職種から見ると、福祉の専門職の「専門性」が見えづらいと思う。本稿では、できるかぎり他の職種でもご理解いただけるよう、社会福祉士の専門性について紹介する。

1. 社会福祉士の「思考の器」

社会福祉士はソーシャルワークを行う専門家である。どの領域のソーシャルワークでも役立つ基礎的なものとして「エコロジカル・システム・モデル」というものがある。

何故、生態学やシステム論なのか。冒頭で「ソーシャルワーク」という言葉は、19世紀末から20世紀初頭にかけて欧米で生まれた概念とお伝えした。社会福祉が「慈善」から科学的根拠のある「専門家」へ昇華する当時からシステム論は提唱され、偉人たちによりさらに発展してきた歴史があるためである。

また、ソーシャルワーカー倫理綱領の前文において「社会システムおよび自然的・地理的環境と人々の生活が相互に関連していることに着

目する。」と記載されている。

こういった背景から、ソーシャルワークにおける介入の焦点は「人」と「環境」の相互作用にあるとされた。エコロジカル・システム・モデルは、社会福祉士が理論に基づいて相互作用に介入するための思考の器のようなものであり、もっとも基礎的な知識ともいえる。

2. エコロジカル・システム・モデル

このモデルは、生態学の視点をソーシャルワークに取り入れたものである。例えば、「元々、元気だった高齢の患者Aさんがいて、入院して歩けなくなった。朝早くから深夜まで仕事をしている息子と小学生の孫との3人暮らしで家族の介護力は乏しい。では、自宅に帰るために介護保険サービスを入れよう。リハビリのサービスを入れるのはどうか」という提案があったとする。

このモデルに基づいたソーシャルワークの視点は、サービス導入の議論の前に、家族療法に基づき「人」「家」「地域」等を、図1の通り生物体システムとして捉えることから始める¹⁾。

そして、病気や怪我によるAさんの生物としての変化(図1のC 生体システム)が、家族にどのような影響(図1のD 集団システム)を与えるのか。家族においても、職場、学校、地域(図1のE 機構システム)にどのような変化を与えるのか、さらにシステム間の交互作用により何が起きるか等、アセスメントをしていく。

息子さんは、朝早くから深夜まで仕事をしているため、Aさんは、家事や孫の食事を作る役割を果たしていたとしよう。

そのAさんが歩けなくなってしまったとなると、息子さんの仕事や孫の学業に影響する。事は、介護サービスの導入だけでなく、息子さんの働き方に影響して家計を圧迫するかもしれない。学業に影響するとなると、子ども家庭支援センターやスクールソーシャルワーカーに介入を求めることになるかもしれない。Aさんへの介護サービスも単に歩行訓練等ではなく、家事や調理訓練等を主にしなければならないかもしれない。

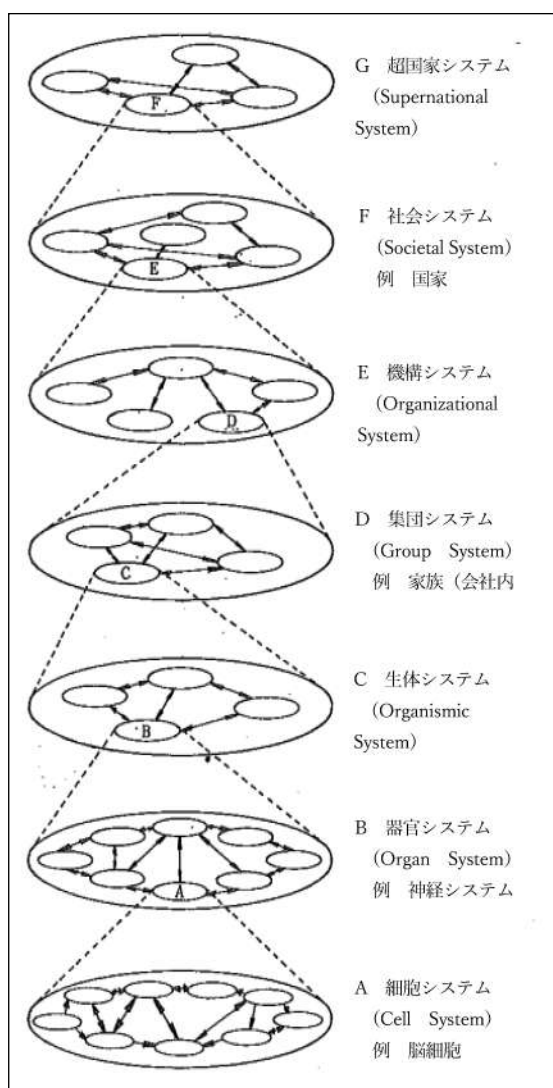


図1 生物体システムの7つのレベル

〔文献1〕より引用

分かりやすくするため極端な例で示したが、社会福祉士の「思考の器」として、エコロジカル・システム・モデルが備わっていないと、精度の高いアセスメントはできない。

特に回復期・生活期においては、社会福祉士が妥当性の高いアセスメントをしていなければ、他の職種の支援計画にも影響する。福祉に関する相談に応じるだけでなく、関係者との連絡および調整も担う専門職として、学術的根拠に基づいた精度の高いアセスメントが求められる。

3. 傾聴技法とマッピング技法

多くの社会福祉士がアセスメントツールとし

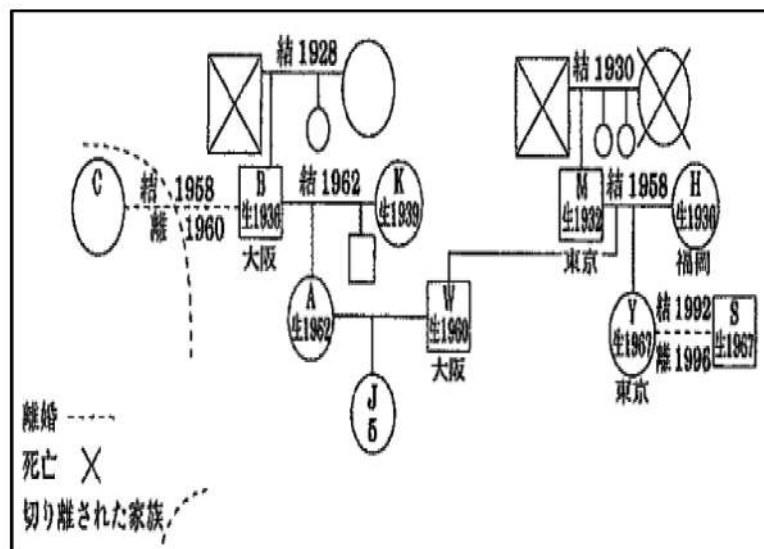


図2 ジノグラム

〔文献2〕より引用〕

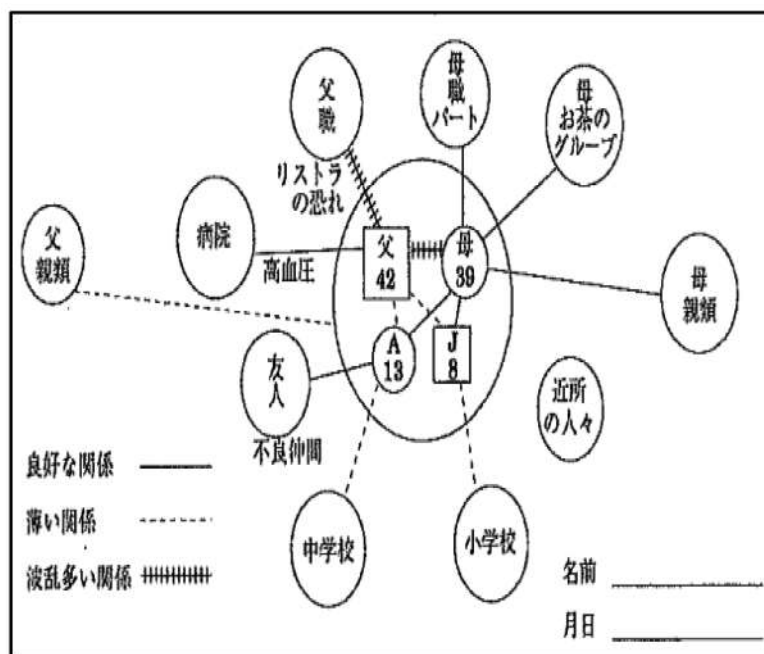


図3 エコマップ

〔文献2〕より引用〕

てジノグラムやエコマップ、タイムラインを使用している。ジノグラム(図2)は数世代にわたる家族構成を示すもの、エコマップ(図3)は「個人または家族と家族が関係するさまざまなシステムとの関係の質を示す図表」である²⁾。

当然ながら、ジノグラムやエコマップ、タイムラインを作成するには、面接などの場面での聴き取りが必要になる。その聴き取りをするためにコミュニケーション技術を要する。

確実に聞き取りをするのであれば様式を作成

して、項目立てしたものを機械的に聴けばいいのでは、と思われるかもしれない。しかし、それでは患者と家族、患者とケアマネジャーなどの関係性や、患者や家族の想いまでは視ることができないし、信頼関係もできない。

また、アセスメントは仮説と立証を繰り返して精度を高めていくものである。「初めまして」から姿勢、声、整髪、服装、歩き方、臭い等からアセスメントは始まっており、電話や面接の最中も仮説と立証を繰り返しながら、コミュニ

ケーションを展開していく。

そこで、対面での面接が最良となる。面接の場面において、皆さんは「傾聴」という言葉を耳にしたことがあるかと思う。「傾聴」には、主に3種あり「反響的傾聴」「積極的傾聴」「付加的傾聴」がある。社会福祉士は、この傾聴を目的や場面に応じて使い分け、信頼関係を醸成することを第一義の目的として、聴き取りを行っている。

例えば、先ほどの例であげた患者Aさんや息子さんに、面接の冒頭で「困ったことはありますか?」「子育ては大丈夫ですか?」のような質問は避ける。

「今後の手続き等は息子さんで良いですか?」⇒「電話がつながりやすい時間帯はありますか? (ここで息子さんの仕事の状況を伺う)」⇒「お仕事大変ですね。お子さんの食事の準備や学校のこと等もあるのに、なおの事ではないですか」等、傾聴技法を意図的に組み合わせてコミュニケーションを取りながら聴き取りをしていく。

また、聴き取りのためだけでなく、患者さんの動機づけを促したり、カンファレンスの場面では、患者さんと家族とのシステム間の交互作用の促進(家族関係への介入)を図ったりする。時には、患者さんと病院や介護施設との葛藤を解決するためフレーミングを図ることもある。

4. 介入方法・技術

社会福祉士は、アセスメントを基に、「人」と「環境」との相互作用に焦点を当て、介入計画を立てる。この介入計画を立てるときに、介入方法を選択している。

分かりやすくするための安易な表現になるが、すぐに生活保護の申請や虐待等で行政機関への報告等を要する「危機介入アプローチ」、患者さんと課題を明確にして、課題を解決するため短期かつ計画的に援助を行う「課題中心アプローチ」、患者さんの否定的な感情や考え方を、現実的・肯定的な認識力に変えていく「認知再構成技法」、一人の患者さんを支援するため関係機関に働きかけ、患者さんの自尊心や自己

効力感を増進させる「エンパワメント」等がある(※介入方法・技術については、文献により名称が若干異なる)。

社会福祉士は、エコロジカル・システム・モデルという「思考の器」を備えている。傾聴技法とマッピング技法をもって患者さんと信頼関係を構築しつつ、アセスメントに必要な情報を得る。そして、エビデンスを持った精度の高いアセスメントと介入方法・技法で支援をしている。

今後の社会福祉士の役割と期待

令和3年度、地域共生社会の実現に向けて、社会福祉法が改正された。社会福祉法は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定めている法律である。

社会福祉法第106条の4項には、市区町村における重層的支援体制整備事業が規定され、介護・障害・児童・生活困窮の包括的相談支援体制が求められるようになった。

この法改正にあたっては、有識者で構成される専門委員会等から、社会福祉士に求められる役割についての報告書がいくつか提出されており、各報告書には、以下の文書が記されている。

- ①「社会福祉士については、複合的な課題を抱える者の支援においてその知識・技能を発揮することが期待される」³⁾
- ②「社会福祉士は、地域共生社会の実現に向けて、ソーシャルワークの機能を発揮し、制度横断的な課題への対応や必要な社会資源の開発、地域住民の活動支援や関係者との連絡調整などの役割を担っていくことが期待される」⁴⁾
- ③「現任社会福祉士の育成には、就労先の事業所(雇用者)が社会福祉士の自己研鑽の意義を理解し、スーパービジョンへの理解が重要」⁴⁾
- ④「特定の実践分野で必要とされる詳細な知識及び地域共生社会の実現に向けて求められるより高度な知識や技術等は、資格取得後のソーシャルワーク実践及び職場での研修や職能団体が取り組んでいる認定社会福祉士制度などを通して、継続して学ぶことが望まれる」⁵⁾

この報告書等の文書から、重層的支援体制整備事業のひとつである包括的相談支援に、社会福祉士が期待されていることが分かると思う。

「社会福祉士及び介護福祉士法」制定から30年が立ち、社会福祉士は社会福祉八法に規定される任用要件の枠を超え、保健医療分野、司法分野、学校教育分野等、その職域を拡大してきた。2011年以降は、認定社会福祉士制度とスーパーバイザー登録制度が始まり、より高度な知識や技術が求められるようになってきた。

そして、社会福祉法改正に伴い、市区町村には、属性や世代を問わない相談支援の体制整備が求められるようになり、そこに社会福祉士が期待されている。既に、地域包括支援センターでは、高齢者という枠組みを超えて、障害、児童分野との横の連携に取り組む動きが出てきている。

従前より、児童福祉分野の社会福祉士は、ジノグラムやエコマップを活用した3世代以上にわたる家族アセスメントに力を入れてきた。多方面・多世代が関与している児童を支援するため、家族システムに介入し、長期(10年以上)にわたり支援していかなければならないファミリーソーシャルワーカーにとっては、必然だった。

今後、少子高齢化が加速すると推測されている。病院、老健、診療所等の医療ソーシャルワーカーは、高齢者への支援であっても、短期入院のようなスポット的な関わりであっても、多方面・多世代にわたる精度の高いアセスメントを基に、適切な技術で介入する力が求められて

いる。

社会福祉士は、施設基準や加算要件を満たすだけの存在ではなく、制度の枠組みを超えて横断的に関与できる支援体制を構築し、包括的相談支援体制の主翼となることが期待されている。

参考文献（本稿の記載にあたっては、以下の文献を参照した）

- ・坂本いずみ、茨木尚子、竹端寛、二本泉、市川ヴィヴェカ:脱『いい子』のソーシャルワークー反抑圧的な実践と理論ー。現代書館、2021。
- ・平山尚、平山佳須美、黒木保博、宮岡京子:社会福祉実践の新潮流ーエコロジカル・システム・アプローチー。ミネルヴァ書房、1998。
- ・遊佐安一郎:家族療法入門ーシステムアプローチの理論と実際ー。星和書店、1984。
- ・Carel B. Germain, Alex Gitterman著、田中法穂子、小寺全世、橋本由紀子 翻訳:ソーシャルワーク実践と生活モデル(上)。ふくろう出版、2008。

引用文献・資料

- 1) 遊佐安一郎:家族療法入門ーシステムアプローチの理論と実際ー。星和書店、1984。
- 2) 平山尚、平山佳須美、黒木保博、宮岡京子:社会福祉実践の新潮流ーエコロジカル・システム・アプローチー。ミネルヴァ書房、1998。
- 3) 厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム:誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現ー新たな時代に対応した福祉の提供ビジョンー。平成27年9月17日。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihoukufukushibu-Kikakuka/bijon.pdf> (accessed 2025 Mar 1)
- 4) 社会保障審議会福祉部会 福祉人材確保専門委員会:ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について。平成30年3月27日。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf> (accessed 2025 Mar 1)
- 5) 社会福祉士国家試験の在り方に関する検討会:社会福祉士国家試験の今後の在り方についてー『地域共生社会』の実現を推進するソーシャルワーク専門職の拡充に向けてー。令和4年1月17日。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000881634.pdf> (accessed 2025 Mar 1)

急性期病院における支援事例 ー「身寄りのない方の支援」の支援を通し 急性期病院の役割を考えるー

横須賀市立総合医療センター 総合患者支援センター 主任MSW 福田朋子

抄録

急性期病院では日々多くの救急患者が搬送され、時には身寄りのない患者も入院する。認知機能やADLが低下すると、入院生活や医療の方針、退院先について意思決定する人が不在であるが故の支援の困難さが発生する。今回は事例を通し院内でのルールや関係機関との連携、成年後見制度の活用とMSWとしての倫理を考慮した退院調整について、また急性期病院だけでなく地域全体の医療機関・施設で役割を担っていくことの必要性について述べていく。

特集

はじめに

医療現場は、「キーパーソン」「保証人」「身元引受人」といった名称で本人を支援する存在を求めている。基本的にそれらは家族が担い、医療の同意・所持品貴重品の管理・日常品の管理や持参・退院に向けたサービスの契約や入所契約、代理意思決定などの役割を果たしている。患者本人の判断力が低下し入院をきっかけにADLも低下してくると、それらの支援を行う人がいない状態、いわゆる「身寄りがいない方」だと入院が長期化するといった問題が起きてくる。地域で何とか生活していても、入院をきっかけに潜在化していた問題が顕著に現れてくることになる。今回、2つの事例を通し身寄りがいない方の支援について考えていきたい。

事例1 紹介

74歳男性。自宅のトイレ内で便器と壁の間に

挟まれているところを隣人が発見し救急要請し、肺炎・COVID-19感染症・急性腎障害・高度脱水・横紋筋融解症にて感染症フロアに入院となった。GCSE2V1M4、右臀部・左臀部・頸部に褥瘡があり、右臀部は黒色壊死していた。既往歴は脳梗塞・糖尿病であった。

付き添いは民生委員だが、普段の関わりはなく家族関係も不明とのことだった。入院前はバスを利用し外出できていた。持参品は現金やカード類・保険証類・自宅の鍵で、貴重品の持ち帰りも戸惑っている様子にて、病棟で一時的に貴重品を医事課金庫へ預ける対応をした。

入院後、COVID-19合併の多発性脳梗塞の診断となった。喀痰量も多く、入院8日目に胃管挿入となり経管栄養を開始している。臀部褥瘡は切開、デブリードマンを行い9×6cmの大きさ、10cmの深さであることが分かった。その後食事に関しては、入院1ヵ月後には徐々に食上げしミキサー食3食を経口摂取可能となり胃管を抜去できたが、しばらくすると本人より「ま

ずい、食えねえ」と食事を拒否したり吐き出すようになり、再度胃管挿入している。胃管再挿入同日に自己抜去を行ったため、上肢行動制限も行うことになる。右上下肢不全麻痺があり立ち上がりは軽介助、入院1ヵ月頃には手すりにつかまり軽介助にて短距離歩行ができていたが、指示は入らず、リハビリ・ケアに拒否がみられ、体動も活発にて効果的な褥瘡の除圧が難しく、ADL面は全介助の状態であった。

入院2ヵ月後、多職種カンファレンスを行い、今後の生活で行動制限を継続することは、本人の年齢や生活の質、尊厳を考慮すると検討の余地があり、行動制限をなくし施設で生活することを目標として胃瘻造設の方針となった。途中、胃瘻造設のための検査にて直腸穿孔が見つかりIVH管理となるが、最終的に胃瘻造設を行い両上肢の行動制限が解除できた。入院4ヵ月目で褥瘡処置・胃瘻からの栄養継続が可能な有料老人ホームへ入居している。

事例1 MSW介入経過

ソーシャルワーカー(以下MSW)は病棟からの連絡を受け、入院4日目に間接的介入を開始した。地域包括支援センターに介入歴を確認すると、以前介護保険の申請立ち合いを行ったが以降関わりなく、妻子はいないとの情報であった。市地域福祉課に相談するも、市としては家族や親族がいない可能性はあるが、後見制度利用のための調査を行うかは、急性期治療を脱し本人の意識や認識の状況を確認する必要があるため時期をおいて再度相談が必要との見解となり、時期尚早との判断であった。その後、感染症フロアから一般床に転入、MSWは直接介入を開始し本人面談を行いながら介護保険の代行申請を行った。本人は名前や出身地は話せるようになるが、家族や仕事、お金のことは話の辻褄が合わなくなる状態であった。入院時の所持品は、財布にキャッシュカードや診察券、マイナンバーカード、保険証がきれいに整理され自立した生活をしていたことが推測された。褥瘡処置などの医療処置や経管栄養であること、ADL全介助という状況を踏まえると自宅退院は

難しく、また経済的管理やサービス導入のための契約など成年後見制度の利用は必要と判断した。入院3週間頃に再度、市の地域福祉課に連絡し成年後見制度を視野に入れた介入を依頼した。その後、市の地区担当者が来院し、本人と面談し平易な言葉で市の介入や第三者による支援について本人に説明し同意を得て、成年後見制度利用の意志を確認した。面談の結果、成年後見制度市町村申し立てに向け戸籍調査を行う方針になった。並行し当院では後見制度用診断書を主治医が作成、MSWが本人情報シートを作成し市に提出している。

成年後見制度申し立ての方針となったため、市にて貴重品の緊急管理が可能になり当院にて預かっていた貴重品を市に引き渡すことができた。その後、入院45日目に地域福祉課にて自宅訪問が行われ、生活状況を把握することができた。自宅内は物であふれ、通帳は見当たらなかったが家の中のいたるところに銀行の暗証番号のメモがあったとのこと。市により銀行の残高が確認され、本人の経済状況が把握でき、経済的にも医療処置を継続できる有料老人ホームへ入居が可能という判断になった。MSWにて具体的に有料老人ホームに入居相談を行い、胃瘻造設後のタイミングに合わせ、入院4ヵ月で有料老人ホームへ入居となった。有料老人ホーム入居のころには要介護度5という認定と、後見人候補者が決まっている状態であった。

MSWは長期的な方針を市地域福祉課と検討し、将来はソーシャルワーク機能が働く特別養護老人ホームへの入居が望ましいとする方針となり、退院時にMSWより特別養護老人ホームへの入居申し込みを郵送にて数件行い、今後の調整を市に引き継いでいる。

当院退院後は有料老人ホームを経て数ヵ月後に特別養護老人ホームへ入居し、後見人も付いているという報告を受けている。

事例2 紹介

77歳男性。自宅にて3日前に転倒し体動困難が続き、1階に住む大家に助けを求め、大家に

より救急要請。GCSE4V4M6で会話可能だが、脱水・横紋筋融解症にて連休初日に入院となった。独居で入院時は大家の付き添いなく、保険証も携帯電話の持参なく大家の連絡先も分からない状況であった。本人は県外に妻がいると話す。入院後右不全麻痺が分かり、本人は「今回の入院から」というがMRIでは陈旧性脳梗塞であり、話の辻褄が度々合わない状況であった。HDS-R13点、MMSE15点、リハビリでは平行棒内中等度以上の介助を要し、排泄はオムツ交換であった。

事例2 MSW介入経過

MSWは入院3日目にスクリーニングシートより介入が必要と判断し、本人と面談を行った。生活状況を聞き取ろうとするも「大家に聞いて、お願いしてあるから。妻は内縁で県外に行っている」と大家の連絡先を問うも「電話すれば分かるから」との返答で、何を聞いても「大家に」と、話の理解ができていないのではという印象を受けた。市地域福祉課に連絡し介入歴の確認や今後について問い合わせをすると、入院前日大家から電話相談があり救急要請を勧めたとのこと。問い合わせ当日も大家が市に相談に行っていたが、市は病院から連絡を待つよう伝え大家の連絡先も聞かずに対応を終えていた。市は当院から大家へ手紙を出したらどうかとのアドバイスに留まり、結局MSWから大家に手紙を出すことにした。大家へ病院に連絡がほしい旨を記載した手紙を郵送し連絡を待つしかなかった。手紙を郵送し9日後、大家が突然来院し「病院から呼び出しがあったので、悩んだけど来ました。救急車を呼んでいいのか分からず、市役所や消防署などに相談をしていた。本人は元々新聞配達員、自宅内はごみで溢れている。内縁の妻は分からないが時々女の人が来ていた。家賃は58,000円で滞納はない。家が散らかり、食べ物も腐るので自分の家内と掃除をしているが自宅で生活はできないと思う。本当は本人がいないところに入りたくはない。こういう時は病院で何とかしてくれるんですよね」と訴えに近い説明があった。まずは本人の家族状況を把握

し家族を探したい旨を大家に説明し、そこで保険証・携帯電話・小遣いの持参をお願いした。本人には大家が自宅に入る同意を得て、同意書の作成も行った。介護保険はMSWにて代行申請を行う。その後何度か本人と話す中で、「6人兄弟の5番目で母親のお金を使い込み、長い間兄妹とは連絡を取っていない」と何とか聞き取ることができた。後日大家が来院し、携帯電話と現金、銀行のキャッシュカードを持参した。大家によると、何回か本人に頼まれ銀行から現金を下ろしたことがあるが、本人が入院しキャッシュカードを自分が持っていたら後からトラブルになっても困るので病院で預かってほしいとの訴えであった。保険証・携帯電話等も含め、預かり証を作成し病院金庫で預かることになった。

その後、大家に持参してもらった携帯電話から本人の同意を得て登録されていた「内縁の妻」の番号を確認し、MSWから「内縁の妻」に電話をした。するとその女性は「知人なので関係ない」との反応であった。しかし、翌日女性からMSW宛に電話があり、「お金を取りに本人宅に行く。本人と話がしたい。電話を代わってほしい」と発言があり、結果として内縁の妻ではないことを確認することとなった。同時に本人の経済面を擁護する必要性も発生した。女性と連絡が取れたことで、身寄りのない状態の可能性が高いことが分かり、再度市地域福祉課に連絡を行った。市へは「親族不明で判断力の低下があり、年金はあるも預貯金は不明、ADLは要介護レベルにて自宅退院は困難な状況」と伝え、介入を依頼し、本人面談の方針となった。数日後市職員が来院し、本人面談を行い、やはり親族の連絡先は分からなかったため、市の職員が後日自宅訪問をすること、お金の管理・今後の療養についても支援していくことを平易な表現で本人に了承を得て当日の面談終了となり、後見制度申し立てに向け、親族調査の方針になった。大家が持参し当院にて預かっていた保険証やキャッシュカードは同日市が緊急預かりを行い、預貯金確認の方向となった。市の自宅訪問の方針となり介入も進み、当院にて成年後見申

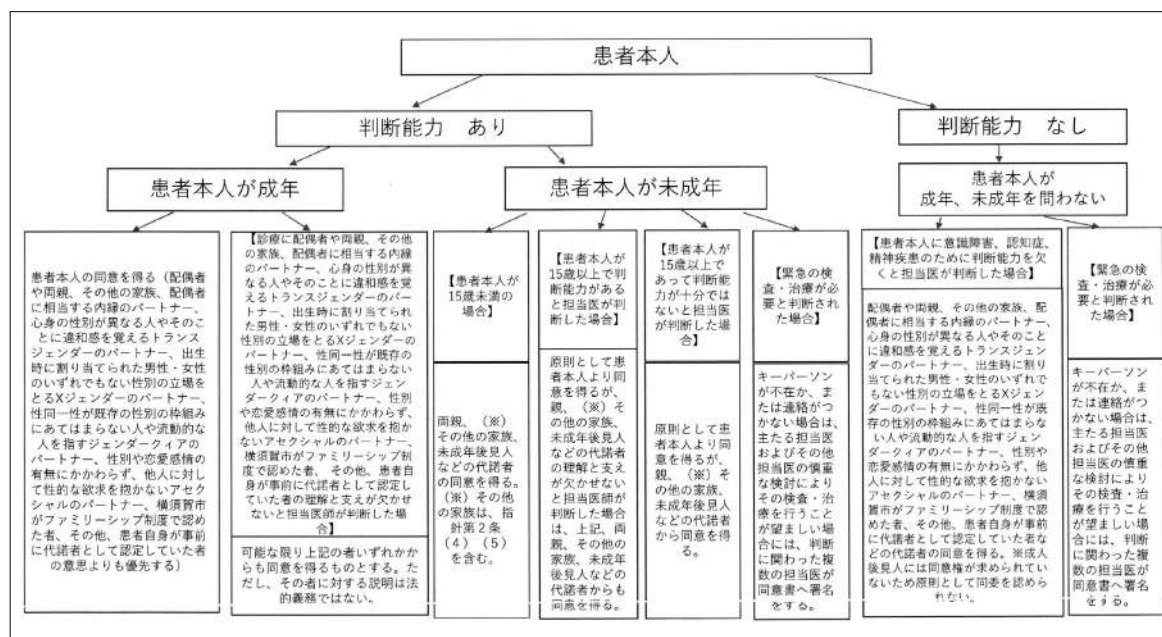


図1 患者およびその家族などに説明を行う際の同意署名等に関する指針フローチャート

し立てのための診断書も作成を行い、市の介入が確定した入院約30日後に転院を打診し転院先が見つかり、入院40日後に市役所職員の付き添いで2次医療機関への転院となった。転院後は介護保険認定結果をみながらロングショートステイを利用し、特別養護老人ホームへの入居を目指す地域福祉課より報告が来ている。

当院について

当院は神奈川県南東部の三浦半島に位置し、人口約37万人、高齢化率32%の中核市である。病床数450床、3次救急の受け入れと回復期リハビリテーション病床を有するケアミックスの医療機関である。横須賀市の高齢者単身世帯割合は15.1%であり全国平均の12.1%に比べ高くなっている。

当院では、「患者およびその家族などに説明を行う際の同意署名等に関する指針フローチャート」を作成し、患者本人の判断能力が低下している時の説明・同意について定めている(図1)。本人の判断能力が無くキーパーソンが不在の場合、緊急の検査や処置については主たる担当医およびその他担当医の複数の判断によって、判断し同意書へ署名を行うことになっている。そ

の他、緊急ではない医療の同意に関することや倫理的問題が発生する時は、臨床倫理コンサルテーションチームの介入を依頼し、多職種で検討を行う流れになっている。

臨床倫理コンサルテーションチーム

臨床倫理コンサルテーションチームの構成メンバーは医師、看護師、薬剤師、リハビリ療法士、管理栄養士、MSWとなっている。チームの代表はチーム所属の看護師長でチームカンファレンス開催時は代表者が関係職員の出席を求める。

設置目的は大きく2つあり、1つ目は癌の病名告知や倫理的問題を含む治療選択などで苦慮する医療者をサポートする。もう1つは、チームメンバー各々の専門領域で得られた情報などを提供・集約することで、患者の意思や身体的状態に応じて最も適した方針の決定を支援することである。カンファレンスではJonsen臨床倫理4分割表を用い、医学的適応→患者の意向→周囲の状況→QOLの順に検討していく。カンファレンスを行うことによって、医療者が一人で悩まず、複数で、多職種で、定型的な分析方法を使って関係者が納得できるような方針を立

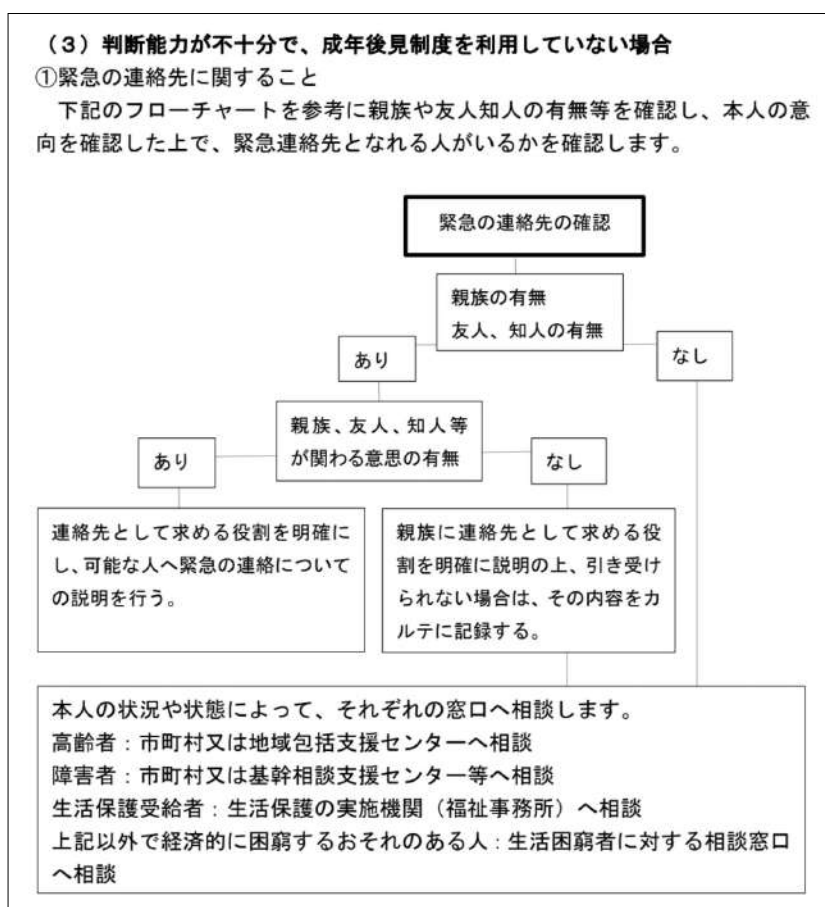


図2 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン

てる場が提供される。

身寄りがない人の入院及び医療に関わる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン

平成30年に厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業が策定した「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」によると(図2)、判断力が不十分で成年後見制度を利用していない場合、入院前にケアマネジャーや任意後見制度、身元保証等高齢者サポートサービスを利用していない場合は、市町村や地域包括支援センターに相談しながら、新たに本人をサポートするチーム作りが必要になるとされている。また、医療に関わる意思決定が困難な場合に求められることとして、医療・ケアチームや倫理委員会の活用

とされ、倫理カンファレンスの実施とそれを文章に残すことが求められている。

事例を通し難しさを感じる事

身寄りのない方が入院されると、日用品の管理、入院時に持参された貴重品の管理、医療の同意などについて、関わるスタッフが戸惑うこともあるが、これらについては本人に不利益が生じないよう概ね院内で流れができています。

私たちMSWは、退院後の方針を含めた退院先の検討や調整を行う期間が長期化すること、また本人の求める支援が分からないということに対し支援の難しさを感じることもある。行政の介入依頼や後見申し立てについては、本人の生活の場や退院先を確保するには経済的管理や保証人は必須であり、本人の権利を擁護する点においても必要な支援となっている。この点に

関しては悩む余地はない。ただ、身寄りのない方だと「本人にとって最良の選択は何か」ということを想像する根拠、患者の歴史が把握できず、意思の確認もできない状況で退院先を設定しなければならないという状況に葛藤を感じることもある。ソーシャルワーカーの倫理要綱には「意思決定が困難なクライアントに対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する」とされている。私たちにできることは「最善の方法を用いて」支援していくことである。行政や関係機関と連携し、後見制度等を活用しながら支援していくことなのだろう。本人と多職種、他機関との関わりの中でシステムの変容が行われ、退院後の選択肢が導かれていく部分もあるが、MSWの判断や選択が患者の今後の生活に大きく影響することもある。そのような選択肢に対し、本当に良いのだろうかと自問することの繰り返しである。私たちMSWは地域で暮らす生活者である患者がその人らしく生活するため最善の選択肢を日々探している。

おわりに

今回の2つの事例は年金があり、入院費用や施設費用を含め金銭管理を行うには成年後見制度の利用が必要であった。身寄りがないと成年後見制度の申し立ては市町村が行うことになり、まずは親族調査から始まり、後見人の申し立てまで1～2ヵ月、決定まで3～5ヵ月の日数を要することになる。診療報酬の改定により退院支援看護師やMSWの早期介入が進んでい

るが、身寄りがなく本人のお金を動かすことができないと、転院を含め受け入れ先が見つからない状況になる。行政の介入が決まり、後見申し立ての方針が決定すると後見人が付いていない段階でも、転院や施設の受け入れが可能となってくる。入院期間の短縮化により全ての課題を急性期病院で解決することは難しく、地域の中で患者を支えられるよう医療機関同士の連携や施設との連携、行政との連携が求められている。

急性期病院では、患者の状況をいち早く収集し、アセスメントを行い、介入を開始し、そして次の機関へ引き継いでいくことが重要な役割と考えている。地域全体で役割分担ができるようなシステムができていくことを期待し、一助となるよう努力していきたい。

倫理的配慮

本事例の執筆にあたり、個人情報に配慮し院内倫理委員会にて確認を行っている。

参考資料

- 1) 横須賀市立総合医療センター:患者およびその家族などに説明と同意を行う際の同意書署名等に関する指針フローチャート。
- 2) 厚生労働省. 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>(accessed 2025 Mar 10)
- 3) 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会. 医療ソーシャルワーカー倫理要綱. https://www.jaswhs.or.jp/images/NewsPDF/NewsPDF_SxJkPTQeWAZKhP1L_1.pdf(accessed 2025 Mar 10)

地域病院における支援事例 ー複雑かつ複合的な課題を抱える親子に対する チーム支援の1例ー

公立黒川病院 医療社会事業課長補佐 赤間弘治

抄録

1. 複雑かつ複合的な課題を有するケースの場合、優先順位を決めて支援を開始する必要がある。
2. 多機関連携を必要とする場合、必要十分な協議の上、相互に役割を分担する必要がある。
3. 複雑な課題を整理する場合、聴覚的な情報に偏らず、視覚的な情報も活用することで、共通認識化を促進する効果が期待できる。
4. 自機関で治療困難な症例について、専門機関へのリファーを適切に判断することが求められる。

はじめに

地域の中核病院には、さまざまな課題を抱えた患者が来院し、入院に至ることが多い。その中には、昨今の社会的な混乱を反映するようなケースも含まれる。本事例も、複数の課題を抱えるケースの1例である。一般的に、医療機関では支援対象を患者とし、その家族は介護者としての立場で見られることが多い。しかし、患者の疾患によって同居する子どもが何らかの介護を担い、学校を欠席している場合、支援の対象者は患者だけでなく家族にも広がる。そのような状況において、医療従事者に求められるのは、患者と家族を包括的に支援する視点を持つことが求められる。本事例では、アルコール依存症とヤングケアラーに対する理解が求められるため、まずその定義を整理し、具体的な事例と今後の課題を述べる。

アルコール依存症は、『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き』（2014年）において、アルコール使用障害として定義され、依存の背景には精

神的ストレスが関与することが多いと言われている。厚生労働省『令和2年患者調査 傷病分類別年次推移表』によると、日本におけるアルコール依存症者は52,000人と報告されている。アルコール依存症は「否認の病気」とも呼ばれ、当事者が自ら依存症であることを認めようとしない傾向があるとされている。

ヤングケアラーは、こども家庭庁によると、「本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子ども・若者のこと」を指し、心身の成長に影響を与える可能性がある。厚生労働省と文部科学省の共同調査（2020年12月～2021年1月実施）によると、中学2年生の5.7%（約17人に1人）、全日制高校2年生の4.1%（約24人に1人）が「世話をしている家族がいる」と回答しており、その実態把握が今後の課題とされている。

公立黒川病院の紹介

公立黒川病院（以後、当院）は、宮城県の北西

特集

部に位置し、1947(昭和22)年11月に宮城県農業会によって開設された。その後、1956(昭和31)年3月、黒川郡の4町村(大和町、大郷町、富谷町、大衡村)によって一部事務組合病院として運営が開始された。1997(平成9)年4月には、施設の老朽化に伴い現在の場所に新築・移転された。その後、医師確保の問題や経営面の悪化を理由に、2005(平成17)年4月から地域医療振興協会に管理委託され、黒川医療圏における2次医療機関としての役割を果たしている。現在の病床数は、170床(一般病棟55床、地域包括ケア病棟55床、回復期リハビリテーション病棟60床)。診療科は、内科・外科・整形外科など10科を備え、救急告示病院やへき地医療拠点病院、研修指定病院としての役割も担っている。年間の救急車受け入れ台数は約400台程度である。

事例

1. 基本情報

Aは40代半ばの女性であり、中学生の長男Cと二人暮らしをしている。Aには2回の結婚歴があり、それぞれの夫との間に一人ずつ子どもがいる。現在はシングルマザーとして、2回目の夫との間に生まれたCと暮らしている。1回目の夫との間に生まれた長女Bはすでに社会人となり、一人暮らしをしている。

2. 受診から退院までの経過

(1) 受診に至った経緯

Aは慢性的にめまいの症状を抱えており、過去に当院を受診したことがあったが、直近では他院に通院していた。しかし、当院に搬送される約1週間前から症状が悪化し、体動困難となったため、自ら救急車を要請した。救急隊到着時にはめまいの症状はやや軽減していたものの、食事を摂っていなかったこともあり歩行困難な状態であった。そのため、ストレッチャーに乗せられ、当院に搬送された。

(2) 診察から入院決定

外来診察で問診各種検査が実施され、Aは過去にアルコール依存症を指摘され精神科紹介歴

があった。今回の採血でビタミンB₁欠乏が確認され、A自身も「具合が悪くなるまで酒を飲んでいた」と申告した。MRI検査は閉所恐怖症により拒否し、CT検査が行われた。また、診察中の頻繁な水分要求から水中毒の可能性も考慮された。身体所見では、筋力低下と栄養失調によるふらつきが示唆され、めまい、ウェルニッケ脳症疑い、アルコール依存症、高血圧などの診断で入院治療が開始された。

(3) 介入依頼

主治医はAおよびBに入院説明後、医療ソーシャルワーカー(以下MSW)に対し、Aのアルコール依存症、それに伴う金銭問題、不登校のCに関する情報を提供し、介入を依頼した。この時点で、Cにはすでに児童相談所と子育て支援課が介入していることが確認された。

(4) 入院後、主治医とBの面談

入院13日目、主治医はBにAの経過を説明し、精神科への転院が望ましいがAが拒否しており、措置入院の適応には該当しないことを伝え、対応に難渋していると伝えた。Aのアルコール依存症や金銭問題は継続しているが、行政機関との連携もあり、一度退院して精神科受診や生活の立て直しを図ることが提案された。BはAの入院後、Cの生活が規則的になったことや過去1年間のAの飲酒による嘔吐や失禁の後始末をCが担っていたことを語り、CにとってAが「害を与える存在」となっていると述べた。Cは高校受験を控え、Aが退院すると以前の状態に戻る可能性が高く、CはBに対し「二人で暮らせないか」と何度も相談しているものの、BもCの希望である「二人での生活」を受け入れるべきか悩んでいる状況だった。このため、単に日常生活動作(以後ADL)が改善しただけで退院を決めるのは適切ではないと判断し、院内外の関係者と協議し今後の方針を決定することになった。なお、Aの退院希望については、リハビリ継続や血液検査の結果が安定することを条件とし、スタッフ間で統一した対応を取ることをBに伝えた。

(5) 院内スタッフミーティング

入院14日目、治療の安定を受け、主治医を中心に病棟看護師やリハビリスタッフが集まり、

患者支援に関する情報整理が行われた。

入院の約3ヵ月前に、AとCの口論の際、仲裁しようとしたBがAに首を絞められそうになり、Cも巻き込まれたため、Bが警察に通報した。その後、警察から児童相談所に連絡が入り、介入が始まった。Aは仕事を辞め、生計はBの収入に依存し、Aの両親は他市在住でBとCを心配していた。Aは離床意欲が低く、歩行回復には入院継続が必要であり、無職で住民税非課税世帯であることも確認された。一方、Aの生活の見通し、Bの負担、Cの不登校や引きこもりなど多くの課題が残るため、MSW、児童相談所、子育て支援課の保健師らと合同カンファレンスを開催し、今後の方針を協議することとなった。

(6) 初回介入

合同カンファレンスを翌日に控えた入院18日目、MSWは病室で初めてAと面会した。挨拶を交わし、翌日のカンファレンスについて不安な点がないか尋ねたが、Aは「特に心配はない」と返答した。

(7) 合同カンファレンス

主治医、病棟看護師、リハビリスタッフ、MSW、児童相談所の職員、子育て支援課の保健師が集まり、合同カンファレンスを実施した。この中で、A自身が当院から直接精神科へ転院することを拒否しているため、一度自宅に退院してから精神科を受診する方針が確認された。また、AのADLや全身状態は改善傾向にあるものの、児童保護の観点から、AとCが二人きりで過ごす時間が長くなることで、Cが再びAの介護を担わざるを得なくなる状況を回避する必要があると判断された。そのため、AのADLがさらに回復するまでの間、入院を継続する必要があることについて、主治医から説明することで合意した。さらに、Cが希望する場合には、A、B、Cに加え、Aの両親や当院スタッフが参加する話し合いの場を設け、退院日や精神科受診のスケジュールを調整していくことが確認され、カンファレンスは終了した。

(8) AとMSWの面接

合同カンファレンスの翌日、Aと面接を行い、アルコール依存症に対するA自身の認識やCの

生活状況について尋ねた。Aはもともと多量の飲酒をしていなかったが、仕事や家族の悩みから頻繁に飲酒するようになり、酩酊時にCが対応していたことをほとんど記憶していなかった。Aは「母親としてBやCのために時間を使いたいので、早く自宅に帰りたい」と強く希望し、早期の退院を望んだ。これを受け、MSWからアルコール専門治療機関について説明し、今後の治療の流れを案内した。さらに、MSWが治療機関と連絡を取り、相談を進めてもよいか確認したところ、Aは了承した。

(9) 本人・家族を交えた合同カンファレンス

入院41日目に合同カンファレンスが実施され、Aの病状やリハビリの進捗状況が説明された。アルコール専門治療機関と連携し、通常の外来予約では受診までに2ヵ月以上かかることが共有された。また、医療機関からの紹介により外来受診だけでなく転院も可能であると説明したが、Aは直接の転院を拒否し、「一度自宅に戻りたい」と強く主張した。一方、Bは直接転院を希望したが、Aが納得しやすい形として、転院日が決まり次第、Bの仕事の休みに合わせて数日自宅で過ごし、その後週明けに入院する方法を提案し、Aの了承を得た。

(10) 合同カンファレンス後のAの心境変化

前日の合同カンファレンスでAは「退院後にアルコール専門治療機関に入院する」と述べていたが、翌日になると「転院を拒否したらどうなるのか」と主治医に質問した。主治医は、入院は本人の意思に基づく任意入院であり、内科的治療やリハビリはほぼ終了していることを説明した。しかし、Cの生活にも影響を及ぼす問題であり、Cに不利益が生じる選択を安易に許容できないと伝えた。また、Aは児童相談所の介入に疑問を呈したが、主治医は当時Aの意思疎通が困難な状況だったため関係機関と情報共有が必要だったと説明した。Aは断酒のためではなく「一度自宅に帰るための手段」として入院を受け入れている様子がうかがえた。その後、主治医はBにAの考えを説明し、BはAからの頻繁な着信やLINEのメッセージに困惑し、Cとともに

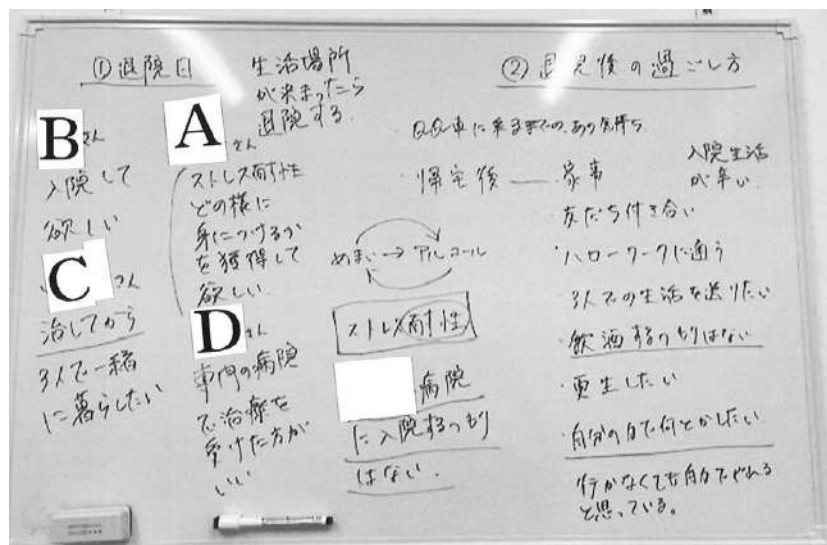


図1 視覚的手法による支援方針の共有
—合同カンファレンスにおけるホワイトボード活用の実例—

に「Aの入院拒否は受け入れられない」と強く決意した。Aはその後「アルコール専門治療機関には行かない」「お酒を飲みたいとは思っていない」と主張し、「親としてできることが入院だけだったとしても、私は入院したくない」と明確に拒否の意志を示した。

(11) アルコール専門治療機関への入院に向けた院内での動き

Aは依然として入院の意思を固められず、院内スタッフも対応に悩んでいた。そこで、MSWはアルコール専門治療機関のソーシャルワーカー(以下PSW)に相談し、治療プログラムの詳細をAに直接説明する機会を設けられるか確認した。その結果、PSWが来院し説明することが可能となったが、Aは「入院を迫られるなら会いたくない」と拒否した。MSWは、訪問の目的があくまでも治療プログラムの説明であり、強制的な入院勧告ではないことを繰り返し伝えた。その結果、Aは渋々ながらも面会に応じることとなり、MSWはPSWの来院を正式に依頼し、日程調整を行った。

(12) 家族を交えた2回目の合同カンファレンス

入院56日目、A、B、C、Aの母、Aの従姉妹D、当院スタッフが参加し、2回目の合同カンファレンスを実施された。BやC、Aの母、Dから、Aにアルコール専門治療機関への入院を強く勧めたが、Aは頑なに拒否し、議論は平行線をた

どった。この状況を受け、MSWはホワイトボードを活用し、図1に示すように参加者の意見を可視化したが、期待された結果には至らず、最終的にAは入院を拒否し、BやCと同居せず、一人暮らしを選択した。Aは退院後、準備が整い次第、一人暮らしを開始する方針となった。しかし、合同カンファレンス終了後、Aが「アルコール専門治療機関に行くと言って、そのまま逃げようかな」と主治医に発言したため、無断離院のリスクが高まっていると判断され、院内での監視体制を強化する方針が確認された。

(13) カンファレンス終了後のMSWとAの面接

合同カンファレンスの翌日、MSWはAと面接を行った。Aは「個室であればアルコール専門治療機関への入院を希望する」と述べ、周囲に気を遣うことに疲れを感じていることを明かした。しかし、多床室から個室へ移動する形の入院は受け入れられないと主張した。この点については、後日PSWが来院する際に直接質問するようAに促した。

(14) 無断離院

その日の午後Aは無断離院し、自宅に戻った後、車で外出した。Bは警察に連絡し、捜索が開始された。その後、AからBに「病院での入院生活に飽きたが、アルコール専門治療機関への入院は前向きに考える」と連絡が入った。Aの無断離院により形式上は退院扱いとなるが、児

童保護の観点から院内で対応を協議することになった。

緊急対策会議では、自殺企図の有無により対応を分ける方針が確認された。自殺企図がある場合は保健所を通じて措置入院を依頼し、ない場合は病棟への再入院を検討することとした。万が一、自殺が発生した場合は当院で対応することも確認された。MSWはAの自宅周辺を搜索したが発見できず、後に警察が隣町でAを車内にいる状態で発見し、保護した。AはBと共に当院へ来院し、外来待合室でMSWと面接を行った。その結果、BとCはAと今晚一緒に過ごすことは困難と判断し、Aは実家で週末を過ごすこととなった。2泊3日後に再入院を希望する場合は月曜日に来院し、希望しない場合は退院手続きを進めることを伝え、話を終えた。

(15) 再入院

Aは自身の意思で月曜日に再来院し、入院となった。週末に一人で考えた結果、アルコール専門治療機関への入院を希望する意向を示した。

(16) PSWとAの面談

入院61日目には、アルコール専門治療機関のPSWが来院し、Aと面談を実施した。治療プログラムの詳細や、入院期間中は外出や自宅への外泊を経て退院を迎える流れについて説明が行われた。

(17) 退院

入院65日目、Aは母と共に自宅へ退院した。夕方にBが帰宅するまで、Aの母が付き添い、Cと二人きりになるのを避ける対応がとられた。Bが帰宅後、AはB・Cと家族としての時間を過ごした。

今後の課題

本事例を通じて、アルコール依存症患者およびヤングケアラーを支援する際の課題が明らかになった。今後、以下の点に重点を置いた取り組みが求められる。

1. 早期介入の重要性

アルコール依存症の進行を防ぐためには、早

期発見と適切な介入が不可欠である。特に、精神科医療との連携を強化し、地域の医療機関と協力する体制の構築が必要である。

2. ヤングケアラー支援の拡充

Cのようなヤングケアラーに対して、学校や福祉機関との連携を強化し、心理的サポートや学習支援を充実させることが求められる。

3. 多職種連携の強化

医療機関、福祉機関、教育機関が密接に連携し、包括的な支援体制を確立することが重要である。特に、ソーシャルワーカーや精神保健福祉士の役割を強化し、支援の質を向上させる必要がある。

4. 社会的認知の向上

アルコール依存症やヤングケアラーに対する社会的理解を深めるため、啓発活動を推進し、支援の必要性を広く周知することが重要である。

これらの課題に取り組むことで、同様のケースへの支援の質を向上させ、より包括的な支援が可能となることが期待される。

倫理的配慮

本事例の執筆にあたり、Aに対して趣旨を説明し、個人情報特定されないよう十分に配慮することを伝えた上で、口頭および書面にて同意を得た。

参考文献

- 1) 依存症対策全国センター「日本人の飲酒傾向」.<https://www.ncasa-japan.jp/understand/alcoholism/japanese> (accessed 2025 Feb 23)
- 2) 厚生労働省e-ヘルスネット「女性の飲酒と健康」.<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/a-04-003.html> (accessed 2025 Feb 26)
- 3) 谷益美: まとまる! 決まる! 動き出す ホホワイトボード仕事術. 株式会社すばる舎, 2019.
- 4) ヤングケアラーのこと | ヤングケアラーを知っていますか? | ヤングケアラー特設サイト. <https://kodomoshien.cfa.go.jp/young-carer/about/> (accessed 2025 Feb 23)

在宅医療における支援事例

—在宅医療の場で高齢者問題と向き合う—

君津市国保松丘診療所 所長(前 公立黒川病院 総合診療科・在宅医療研修室) 上原周悟

抄録

超高齢社会において、高齢者の生活や介護、福祉という場ではさまざまな支援が必要である。医療においても同様であり、その場所や場面に応じて多様な支援がなされることがある。ことさら在宅医療という場においては、その医療資源や社会資源の限界を認識し、折り合いをつけながら患者や家族を含めた多職種と協働していく場でもある。我々医療者はどう支援していけばよいのか。在宅医療という視点から見た超高齢化社会を振り返ってみる。

はじめに

今回、超高齢社会における多様な支援事例をテーマとした企画の中で、在宅医療における支援事例を紹介する機会を頂いた。この原稿が発刊される頃、私は地域医療振興協会が新たに指定管理者となった君津市国保松丘・笹診療所(千葉県)に赴任しているが、2020年7月から2025年3月までのおよそ5年間は宮城県の公立黒川病院(以下、当院)にて在宅医療に多く関わっていた。当院は、病床170床のケアミックス病院であるとともに、黒川地域(大和町・大衡村・大郷町・富谷市)の唯一の公的医療機関である。地域の人口は約10万人と県内で4番目に多く、その面積も県内で7番目の広さを有する。都市部の医療機関からは遠く、山間部の地域もあり、入院施設を備える当院がこの地域の在宅医療で果たす役割はとても大きなものであった。そのため、複雑困難な健康問題を扱う機会も多く、多様な支援を要した事例に接することも度々あった。

そのような複雑な問題に遭遇した場合、多く

はその医療機関の内部において、諸問題の解決へ道筋を検討していくケースがほとんどであろう。つまり、外来受診や救急搬送、あるいは患者が入院した際に多職種間でさまざまな問題を検討し、悩み、より現実的な解決策を見つけていくという作業を行うことになると思う。

訪問診療をはじめとした在宅医療の現場においても同様のプロセスを辿っていくことは多くある。徐々に通院困難となってきた高齢者が何とか外来受診をしている姿を見て、医療機関側が訪問診療に促していくこともあるだろう。さまざまな疾患あるいは癌の終末期として入院している方が、なるべく自宅で過ごす時間を大切にしたいとの思いから、訪問診療を導入あるいは併用しながら診療やケアを続けていくケースも多くあると思う。

つまり、何が言いたいのかというと、何らかの手段で医療機関とつながっていることが重要であり、そうでない場合には必要な支援を受けてもらうことが困難になるケースが多いということだ。

再び立ち上げられるようになるために —訪問診療でつなげる—

ある事例に遭遇した。70代の女性で、糖尿病と統合失調症を患っていた。夫と2人暮らしであり、他に家族はいない。かかりつけは都市部にある総合病院であり、精神科と糖尿病代謝科を併診していた。統合失調症に関しては、過去に陽性症状が強かったために入院歴もあったが、近年症状は落ち着いていたようだ。糖尿病はインスリン注射と血糖降下薬の内服が必要であり、3～4ヵ月ごとに受診していたが、徐々に通院拒否となっていたとのことであった。その後、高度肥満が進行して歩行困難となったことで、70歳時には自室から出ることもできなくなった。夫が代理受診をしていたが、その状況が長期に持続していたことで、当時の主治医から訪問診療を勧められた。夫も高齢となっていたために役場の保健師へ相談に行ったことで、初めて行政が関わることとなった。

保健師やケアマネジャー・理学療法士が集合住宅2階の自宅へ訪問することになったが、3年以上自室から出ていなかったためか、他者への警戒感が強く、サービス介入が困難に思われた。患者は昼夜全裸で過ごしており、排泄は自室の防水シートで行っていた。高度肥満のために立ち上がりは困難であり、膝行にて移動している状況であった。

直ちにケア会議が開催され、地域包括支援センターや保健師、居宅介護支援事業所のほか、当院地域連携室の医療ソーシャルワーカーも参加し今後のケア方針について協議したところ、当院からの訪問診療開始による介入が夫に提案された。夫も介護疲労や通院の負担が強かったこともあり、その提案に了承され、訪問診療が開始となった。訪問看護や訪問リハビリテーションによる同時介入は、患者の拒否感が強いために実施が困難と予想され、まずは訪問診療継続により他者や医療機関との信頼関係構築を最優先とする方針とした。

初回訪問時にはやはり医師や看護師への警戒感が強く、自室への入室もはばかれる状況だったが、2週間ごとの定期訪問を繰り返すうちに徐々に警戒感が軽減され、血液検査を行うことも可能になった。HbA1cが11.6%と高値であることに加えて腫瘍マーカーも高値であり、何らかの腫瘍の存在も否定はできなかったが、高度肥満のためにポータブルでの腹部超音波検査も実施困難であった。夫やケアマネジャーとも今後の治療やケア・介護方針を再確認し、内服薬・インスリン調整による血糖コントロールをメインとした訪問診療を継続しつつ、トイレ排泄や将来的な病院受診を目指し、訪問リハビリテーションを導入することになった。

当初は訪問する理学療法士のことも警戒していたが、粘り強く距離感を少しずつ縮めてくれたことで、介入への拒否もなくなり、順当にリハビリテーションを継続することができた。リハビリテーション開始6ヵ月後には起立可能となり、体重や腹囲も徐々に減少し、ポータブルトイレでの排泄も検討できるようになった。血糖も内服調整で落ち着いてきており、HbA1cも6%台にまで改善してきた。その間、精神状態の悪化もなく経過していた。

がんを併発 —患者の価値観にどこまで踏み込んでいくべきか—

依然、腫瘍マーカーは高値のままであり、精査ができていない状況が続いていたが、リハビリテーション実施中に理学療法士が右乳房のしこりに気づいた。そこで在宅での乳腺エコーを実施したところ、乳癌を強く疑わせる所見を認めた。夫ともその結果を共有したが、「入院での検査や手術、抗がん剤治療での通院は難しいでしょう」と夫の意見もあり、これ以上の精査や治療は消極的であった。当院外科医師とも相談したところ、ホルモン療法が実施可能な可能性もあるので何とか受診での生検組織診断ができないか、とのことであった。その旨を患者本人と夫に伝えたところ、入院せずに受診で対応可能であれば受診することを本人もご希望され

特集

た。幸い、訪問リハビリスタッフからは、何とか大人4人で支えれば、階段移動や車椅子・介護タクシー等での移動や受診は可能かもしれないとの評価であったので、ケアマネージャーや外科医師、訪問リハビリスタッフ、外来看護師と協議して受診の手筈を整えた。

ケアマネージャーの呼びかけで役場職員の移動介助の協力を得ることができ、予定していた受診日に乳房コア針生検と造影CT検査を実施することができた。その結果、他臓器への転移はないものの、対側である左乳房にも癌を認め、ホルモン療法が有効な両側乳癌の診断を得ることができた。後日、乳腺専門医から代理意思決定者である夫へ検査結果の説明や治療の選択肢等について説明があった。入院治療や外来通院が困難である理由から、手術や放射線・化学療法を夫はやはり希望されず、在宅でのホルモン療法の方針が確定した。また、私だけではなく外科医師による定期訪問診療での乳房フォローアップも行うこととなった。今後は病状の進行あれば、在宅緩和ケアに移行する予定である。

ここで悩ましかったのが、在宅医療という場においてどこまで患者の価値観や希望に対して寄り添い、さらに踏み込んでいくかといった問題であった。このケースが外来通院している患者の場合であれば、診断や治療につなげることに何ら違和感を感じないだろうが、既に医療的ケアの限界を認識しており、その強い希望も持たない患者や家族に対して、医療側がどこまで介入していくべきかというジレンマが生じる。在宅医療の場において、「我々は患者の快適な生活の場に踏み込んでいる部外者である」という認識を自然と持っている在宅医であれば、医療を過剰に押し付けること自体が結果的に患者の利益に結びつかないことを経験している。そのため、新たな医療や介護介入を提案するには、そのメリット・デメリットを伝えて十分に何度も話し合っ合意形成していく必要がある。

通院困難と通院の質

上の例は、通院困難となってからさらなる健

康問題を抱えてしまった患者に対して、行政と医療機関が連携して支援したケースである。高齢者は多くの健康問題を抱えているため、しばしば上記のような通院困難に陥ることがある。そのような方が在宅医療の対象となることが多いが、ひと口に通院困難と言ってもその様相はさまざまである。寝たきりや廃用、疼痛といった身体的な要因は多いと思うが、今回のように心理社会的な要素を含んでいるケースもあるだろう。認知症症状の進行による医療介護介入を拒否するケースも比較的多く遭遇する。また、交通手段の確保が困難な場合もあるだろう。離島・へき地での居住や風雪等の気象条件による物理的な問題があるケースもあると思うが、通院介助に必要な家族の協力が得られない、あるいは家族がいないといったケースも増えていると思う。いわゆる独居者や「おひとりさま」といった高齢者については、その存在自体を把握することも困難なケースがある。冒頭で述べた、“何らかの手段で医療機関とつながっている”のであれば支援しやすいだろうが、そうでなければ行政での対応のみとなってしまう、セーフティネットが十分でないケースもあるかと思う。

井出ら¹⁾は、中山間地に住まう高齢者の通院困難性の地理情報学的分析の中で、「通院介助は単なる病院・診療所への送迎に終わるものではなく、被介護者の病状・療養について主治医と相談する良い機会ともなっており、「特に家人による通院介助は、患者・家族と病院・診療所をつなぐ手段として社会的・制度的にも担保される必要がある」と述べている。この“通院の質”という視点はとても重要であると考える。高齢者への医療的支援に関しては、疾病の予防や治療だけではなく、いわゆるACP(Advance Care Planning)への取り組みを通じた患者の将来に対する意思決定支援も含まれることがほとんどであるからだ。そのプロセスの中には当然患者家族も加わることが一般的であり、入退院に関わる場面では多く登場することはあっても、普段の外来診療の場では高齢患者のみの場面に遭遇することもあると思う。その観点から見ると、

家族関与の少ない高齢者のみの受診の場合、その通院の質は低下していると言わざるを得ず、その質の担保と高齢者への支援を向上させるために、在宅医療を導入するという選択肢も場合によってはあってもいいと考える。

どのようにセーフティネット機能を構築していくか

今回の事例においては、患者と医療機関とのつながりがあり、さらに患者家族から行政へ相談したといったプロセスがあったため、問題点が比較的早期に顕在化され、多職種で問題解決に向けた取り組みを迅速に実施できたと思う。

2025年を迎えた今日、孤独死や老々介護、8050問題といった高齢者支援に関わるさまざまな問題が取り沙汰されている中、どのようにして地域のセーフティネット機能を構築・強化していくかが課題となっている。2018年には全国社会福祉協議会から「地域におけるセーフティネット機能の強化のために」という提言²⁾がなされている。その提言の中では、「支援を必要とする者の把握と情報共有についての課題」にも触れている。「支援を必要とする人の把握と、支援を担う関係者間での情報共有が重要」ではあるとしつつ、「個人情報保護との両立が課題」として指摘されているとのことだ。つまり、「地方自治体の個人情報保護条例や、住民自身が自らの情報を「知られたくない」という思い、専門職等に課せられた守秘義務等」の要因により、支援に必要な個人情報の共有が困難となっているため、法制面での整備や体制構築が不可欠であると述べている。さらに、その地域における支援ネットワークをどの機関が中心となって構築していくか、といった側面にも触れている。

在宅医療の現場では、まさにその情報共有や事例共有が課題となっており、セーフティネットとまではいかななくても、多職種や異なる事業所間で事例や問題を相談ができるネットワークが必要とされている。当院では、診療圏である富谷市において、「医療・介護・福祉に携わる多職種が垣根のない連携を目指し、地域住民に寄

り添い同じ目線で考え話し合う」ことを旨とした「とみや南部健康福祉ネットワーク・笑結び」に参加している(図)。そのネットワーク内でも一人暮らし高齢者支援についての事例紹介やグループワークが実施され、多くの関係者がこのような高齢者支援問題に頭を抱えている実情がうかがえた。実際に取り組んだ事例について対応を共有することや、同様のケースが起こった際の相談先を確認し合うことで、非公式ながらも地域におけるさまざまな健康問題に対する支援ネットワークの機能を有していると思うが、やはり個人情報の共有というような強力な支援ネットワークとはならないため、どの機関がイニシアチブを取っていくかも含めて課題が残っている。

知的障害者や医療的ケア児にまつわる高齢医療

近年、在宅医療いわゆる訪問診療を行う医療機関が増加しているが、プライマリ・ケアや総合診療医の領域と同様、在宅医療で扱う疾患や健康問題は幅広く多様である。今後はさらに多様化すると思われるが、懸念していることの一つに、知的障害者の高齢医療がある。

2000年代初頭において、知的障害者の地域移行が全国的に話題となった。宮城県においても、2002年に県立の知的障害者入所施設である船形コロニー(現 宮城県船形の郷)の解体宣言を当時の浅野史郎知事が行ったことでさまざまな議論が起こった。当院は船形の郷から最も近い医療機関でもあったため、知的障害者の地域移行問題とは長く触れることが多かったが、解体宣言から23年を経て、施設入所者や地域移行された方々の高齢化問題が顕著になりつつある。そのような方々は親族と疎遠になっているケースがとても多く、成年後見人等も踏まえて幅広く療養方針について検討する必要がある。

また、医療的ケア児の成人移行期医療支援の課題もある。我が国は新生児医療の目覚ましい発展のため、多くの新生児の救命に成功している。その一方で、経管栄養や気管切開、喀痰吸

令和5年度 第2回

とみや南部健康福祉ネットワーク 笑結び（えんむすび）

第11回 地域連携の会 開催のご案内

とみや南部健康福祉ネットワーク笑結び地域連携の会は、安心して住み続けることができる地域づくりを目的に、医療・介護・福祉に携わる多職種が垣根のない連携を目指し、地域住民に寄り添い同じ目線で考え話し合う会として活動しております。

さて、今年度2回目となります。地域連携の会を開催いたします。1回目に引き続き、第2弾として1人暮らし高齢者支援の『困りごと』について学ぶことを目的といたしました。

ご多忙中とは存じますが、意見交換などによる気軽な交流の機会として多くの皆さまのご参加をお待ちしております。

記

テーマ：『おひとりさま』を支えよう パートⅡ

～みんなで繋がろう よりよい支援をおこなうために～

日時：2024年2月21日（水） 18：30～20：00

開催方法：ZOOMによるオンライン開催

対象：富谷市内で医療・介護・福祉に関わる方

内容：1. 一人暮らし高齢者支援についてのグループワーク
2. みやぎ医療福祉情報ネットワーク（MMWIN）についての講話



図 とみや南部健康福祉ネットワーク・笑結び

引といった医療的なケアを要する子どもは年々増えている。そのため、その介護や看護に多くの時間と労力を費やす保護者も増えている状況である。しかし、その保護者も年々高齢化していく現実がある。そのような中で、それまでの小児医療から成人医療への移行が必要とされるケースや、在宅医療を継続することの限界から施設入所等を検討するケースが今後も増えることは十分予想される。これまでとは異なり、今後は都市部だけではなく地域においても、より多くの専門的なケアや介護福祉サービスが必要になると思われ、在宅医療に従事する方々も幅広い対応を求められることになるだろう。

持続可能な在宅医療のために

超高齢社会というワードには非常に多くの意味や解釈・物語が付随している。単に人口動態や地域偏在等で高齢者医療を論ずるだけでは限界があるだろう。どういった方が高齢化していくのか、それに伴い周囲のどういった方々も高

齢化していくのか、といった問題も同時に扱わなければならない。それは当然我々医療従事者の高齢化も含まれている。在宅医療が推進され、結果的に地域や患者が満足できる結果につながるになれば幸いだが、在宅医療推進に内包される諸問題への事前の対応が行われずに、ただ地域移行や在宅移行のみが先行されてしまうことになれば、もともと脆弱な医療・社会資源しか持たない地域においては、その在宅医療そのものが崩壊する危険性もあるだろう。そうならないよう、医療機関のみならず、行政を交えた介護福祉分野との幅広い連携は必要であり、患者や地域の住民も参加したより広く活発な議論が行われることを期待したいと思う。

参考文献

- 井出政芳, 他:中山間地に住まう高齢者の通院困難性の地理情報学的分析. 日本農村医学会雑誌 2012; 61(4): 582-601.
- 全国社会福祉協議会政策委員会 セーフティネット対策等に関する検討会:地域におけるセーフティネット機能の強化のために ～「住まい」と「日常生活支援」の一体的提供による安心の実現を～【提言】. 2018, 6-11. https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/teigen/pdf/20181221_safetynet.pdf(accessed 2025 Apr 5)

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

当院における心臓大血管手術後、 非監視下在宅心臓リハビリテーションの効果の検討

Efficacy of Home-based Cardiac Rehabilitation after Cardiovascular Surgery:
a Single Center Study

田島 泰^{1),3)} 千葉公太²⁾ 豊島ゆりえ²⁾ 松井裕人²⁾ 新井大輝^{1),3)} 佐野太一^{1),3)}
玉井宏一^{1),3)} 井上宜充²⁾ 山口敦司³⁾ 安達晃一^{1),3)}

Yasushi Tashima MD, PhD^{1),3)}, Kota Chiba BS²⁾, Yurie Toyoshima BS²⁾, Hiroto Matsui BS²⁾,
Arai Hiroki MD^{1),3)}, Taichi Sano MD^{1),3)}, Koichi Tamai MD^{1),3)}, Atsushi Yamaguchi MD, PhD³⁾,
Yoshimitsu Inoue BS²⁾, Koichi Adachi MD^{1),3)}

【背景】心臓血管手術後の運動療法はADLを改善させ、生命予後を改善させると報告されているが、退院後に病院や施設で監視下運動療法を継続していくことは困難である。

【方法】今回我々は当院で施行した開心術92例のうち術後CPXをもとに運動処方を行い、非監視下運動療法を継続した44症例を検討した。そのうち退院後、運動時間が90分/週以上の症例をActive group(31例)とし、90分/週末未満の症例をNon-Active group(13例)として術後成績および運動耐用能の変化を比較検討した。

【結果】術前因子に関して両群間で有意差を認めなかった。術式、手術時間、術後合併症、術後在院日数も同様に有意差を認めなかった。運動耐用能に関しては術後2週間以内のEarly termのCPXでは両群で有意差を認めなかったが、術後3～6ヵ月後のLate termではActive groupで有意にPeak VO₂、AT VO₂などが改善していた(P=0.006, P=0.004)。

【考察、結論】心臓手術後の非監視下運動療法は90分/週以上の運動を継続することにより術後運動耐用能がより改善する可能性が示唆された。

【Background】Cardiac rehabilitation after cardiac surgery has been reported to improve ADL and improve life expectancy. However, it is difficult to continue supervised exercise therapy in hospitals and facilities after discharge.

【Methods】We examined 44 of the 92 cardiovascular surgeries performed at our hospital in which exercise therapy was prescribed based on postoperative CPX outcomes and home-based cardiac rehabilitation was continued after discharged. They were divided into the Active group (31 patients) who had exercised for 90 minutes/week or more after discharged, and the Non-Active group (13 patients) who had exercised for less than 90 minutes/week. Postoperative outcomes, and exercise capacities in early (2-4 weeks postoperatively) and late term (3-6 months postoperatively) was compared between groups, respectively.

【Results】There was no significant difference between groups in preoperative factors, surgical procedures, operative time, postoperative complications, or postoperative hospital stays. There was no significant difference in exercise capacity between groups in the early term, but in the late term, peak VO₂ and AT VO₂ were significantly improved in the Active group (P=0.006, P=0.004).

【Discussion and Conclusion】It was suggested that the home-based cardiac rehabilitation after cardiovascular surgery may improve postoperative exercise capacity by continuing exercise for more than 90 minutes/week.

KEY WORD 運動耐用能, 非監視下運動療法, MICS, 身体活動能

Key words exercise capacity, home-based cardiac rehabilitation, minimally invasive cardiac surgery, physical activity

1) 横須賀市立うなまち病院(現 横須賀市立総合医療センター) 心臓血管外科 2) 横須賀市立うなまち病院(現 横須賀市立総合医療センター) リハビリテーション科 3) 自治医科大学附属さいたま医療センター 心臓血管外科
(筆頭著者連絡先: 〒239-8567 神奈川県横須賀市神明町1-8 横須賀市立総合医療センター 心臓血管外科)

原稿受付2024年12月26日/掲載承認2025年4月11日

I. 背景

心臓血管手術後の運動療法はADLを改善させ、特に冠動脈バイパス術後ではグラフト開存率を上昇させ、心筋梗塞の再発率を減少させ、生命予後を改善させると報告されている^{1)~3)}。また日本循環器学会の提唱する「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2021年改訂版)」では心臓手術後、退院後も継続して生涯運動療法を継続することを推奨しているが⁴⁾、現状ではリハビリ施設や理学療法士の不足などにより、心臓手術後全ての患者が退院後も病院や施設でリハビリを継続していくことは困難である。特にへき地医療においては、頻繁に病院に通院することは高齢者の負担となる。

非監視下在宅心臓リハビリテーションの効果は病院や施設で実施する監視下心臓リハビリテーションの効果と比較して劣らないという報告があるが^{5),6)}、心臓手術後の患者に退院後、非監視下で在宅心臓リハビリテーションを行い、その効果を詳細に検討した報告は少ない²⁾。今回我々は当院で施行する心臓血管手術後、退院前に心肺運動負荷試験(Cardiopulmonary Exercise Testing: CPX)を行い、患者の病態に応じた個々の在宅運動プログラムを処方し、退院後外来で、心機能、運動機能などを評価し、非監視下在宅運動療法の効果を検討した。

また、低侵襲心臓手術(Minimally Invasive Cardiac Surgery: MICS)は術後疼痛を軽減し、在院日数を減少させ、術後社会復帰を早めるという報告があり、本邦ではMICSを行う施設が近年増加傾向である⁷⁾。しかし、MICSにおいて術後運動耐用能を詳細に調査した報告はほとんどない。今回我々はサブ解析として、非監視下在宅リハビリテーションを実施した症例群で従来の胸骨正中切開と比較してMICSにおける術後運動耐用能の変化も同様に調査した。

II. 対象および方法

2020年12月から2021年12月までに当院心臓血管外科で施行した開心術92例のうち、術後2～

4週間後にCPXを施行し、退院前に運動処方を行った症例は56例であった。術後CPXを行う除外基準としては、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2021年改訂版)」に記載されているNYHAⅢ度以上の心不全症状、コントロール不良な不整脈または重症高血圧などの絶対禁忌および相対禁忌に従った⁴⁾。さらに入院中の6分間歩行(6MWD)で200m以下の症例やエルゴメーター使用困難例、同意が得られなかった症例などは除外した。術後3～6ヵ月後のフォローアップのCPXが上記理由などで施行できなかった症例も除外し、最終的に44例の症例を検討した(図1)。そのうち退院後、運動時間が90分/週以上の症例をActive group(31例)とし、90分/週未満の症例をNon-Active group(13例)として術後成績および運動耐用能の変化を比較検討した。さらに、サブ解析として弁膜症手術および冠動脈手術を行った34症例に対して小開胸手術を行ったMICS group(20例)と胸骨正中切開を行ったConventional group(14例)も同様に比較検討した。本研究は前向き観察研究であり、当院の倫理審査委員会で承認され、オプトアウト手続きも同審査委員会で認められた。

術前因子は性別、年齢、Body Mass Index(BMI)、並存疾患および経胸壁心臓超音波検査所見(左室拡張末期径:LVDd、左室収縮末期径:LVDs、左室収縮機能:EF、右室右房圧格差:TRPG、中等度以上の弁膜症)とし、手術因子は術式、手術時間、人工心肺時間、大動脈遮断時間とした。術後因子は術後合併症、術後挿管期間、ICU滞在日数、在院日数、退院前CPXデータおよび退院後3～6ヵ月のCPXデータとし、術後の手術成績および運動耐用能の変化を2群間で比較検討した。貧血は術前ヘモグロビン(Hb)が男性で13g/dL未満、女性で12g/dL未満と定義された。また、慢性腎不全(CKD)は、術前推定糸球体濾過率(eGFR)が60mL/min/1.73m²未満と定義された。

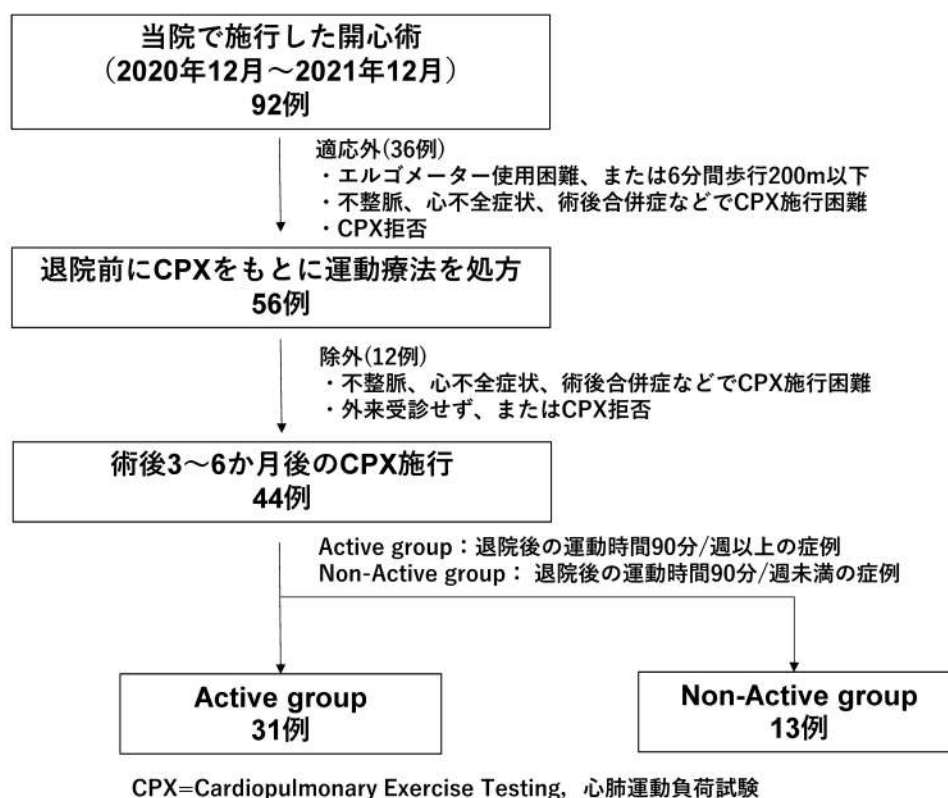


図 1

1. 低侵襲心臓手術 (Minimally Invasive Cardiac Surgery: MICS)

全ての手術において人工心肺を確立するためには上行大動脈、大腿動脈、または鎖骨下動脈を送血路とし、上大静脈、下大静脈、または大腿静脈を脱血路とした。冷却血液の心筋保護液は20～30分ごとに大動脈基部、冠動脈入口部または冠静脈洞から注入された。MICSは約8cm程度の皮膚切開をおき、弁膜症手術の場合は右第3または第4肋間小開胸、CABGの場合は左第5肋間小開胸のアプローチとした。MICSの除外基準としては片肺換気ができない症例、BMI>30以上の高度肥満症例、弁膜症に冠動脈バイパス術や大血管手術を併施する複合手術症例、高度低左心機能症例(EF<40%)、上行大動脈拡大または性状不良症例などであり、最終的に術者の裁量で適応は判断された。

2. 心肺運動負荷試験 (Cardiopulmonary Exercise Testing: CPX)

CPXは、自転車エルゴメーター(STB3400、日

本光電工業)を使用し、10wattで2分間のウォーミングアップを行い、1分ごとに5～10watt負荷を増大させた。CPX中には仕事率(WR)が測定された。呼気ガス分析機器はMINATO社製AE-310Sを使用し、嫌気性代謝閾値(AT)、AT時の酸素摂取量(AT VO₂)や代謝当量(AT METs)、最高酸素摂取量(peak VO₂)、peak VO₂/HR、二酸化炭素排出量(VCO₂)に対する換気当量(VE)の傾きで求められるVE vs. VCO₂ slope、minimum VE/VCO₂が測定された。またモニター心電図(STS-2100、日本光電工業)にてCPX中の心拍数を計測し、ATレベルでの心拍数(AT HR)を記録した。CPX終了時には10wattで2分間程度のクールダウンを行った。

3. 非監視下心臓リハビリテーションプログラム

CPXは術後2～4週間(Early term)で施行され、その測定値をもとに運動処方を行い、退院後3～6ヵ月後(Late term)にフォローアップのCPXを行った。同時に6MWDも測定された。運動処方に関して、強度はATレベルまたはpeak

表1 術前因子

	合計 (n=44)	Active (n = 31)	Non-Active (n = 13)	P value
年齢	72.5 (59-78.3)	73 (64-78.5)	66 (57-73)	0.297
BMI(kg/m ²)	22.5 (20.4-24.3)	22.2 (20.1-24.4)	23.5 (22-24.1)	0.194
女性	11 (25%)	8 (25.8%)	3 (23.1%)	> 0.99
緊急手術	5 (11%)	2 (6.5%)	3 (23.1%)	0.144
術前並存疾患				
低アルブミン血症 (< 3.5g/dL)	3 (6.7%)	3 (9.7%)	0 (0%)	0.544
貧血	17 (37.8%)	12 (38.7%)	5 (38.5%)	> 0.99
高血圧	28 (62.2%)	20 (64.5%)	8 (61.5%)	> 0.99
糖尿病	8 (17.8%)	5 (%)	3 (%)	0.676
慢性腎不全 (eGFR <60ml/min/1.73m ²)	23 (51.1%)	17 (54.8%)	6 (46.2%)	0.744
高脂血症	21 (46.7%)	14 (45.2%)	7 (53.8%)	0.744
心房細動	9 (20%)	7 (22.6%)	2 (15.4%)	0.703
虚血性心疾患	15 (33.3%)	10 (32.3%)	5 (38.5%)	0.737
陳旧性脳梗塞	1 (2.2%)	0 (0%)	1 (7.7%)	0.295
術前心臓超音波検査				
左室収縮機能 (%)	66.5 (58.8-70.3)	67 (61.5-71)	64 (58-67)	0.285
左室拡張末期径 (mm)	47.5 (41.8-54.3)	50 (41.5-53.5)	47 (43-55)	0.807
左室収縮末期径 (mm)	30 (26-34.8)	30 (26-35)	30 (27-34)	0.857
右室右房圧格差 (mmHg)	21.6 (18.8-27)	20.3 (18.7-28)	22 (19.8-26.5)	0.947
大動脈弁狭窄症 (中等度以上)	10 (22.2%)	7 (22.6%)	3 (23.1%)	> 0.99
大動脈弁閉鎖不全症 (中等度以上)	7 (15.6%)	6 (19.4%)	1 (7.7%)	0.654
僧帽弁狭窄症 (中等度以上)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
僧帽弁閉鎖不全症 (中等度以上)	13 (28.9%)	11 (35.5%)	2 (15.4%)	0.282

VO₂の40～60%の心拍数、自覚的運動強度(Borg指数)12～13のレベルとし、時間は30分以上、頻度は3～5回/週以上の歩行運動とした。退院後は月に1回外来でリハビリの進捗や運動時間に関してフォローアップした。

4. 統計解析

連続変数は中央値(25-75の四分位範囲)で表され、Mann-Whitney U検定を使用して2群間で比較された。カテゴリー変数は頻度(%)で表され、カイ二乗検定またはフィッシャーの正確率検定を使用して評価された。全ての統計分析は、EZR(自治医科大学附属さいたま医療センター)を使用して解析された。P値<0.05は統計的に有意であると考えられた。

Ⅲ. 結 果

術前因子は表1に示した。年齢は全体で中央値72.5(59-78.3)歳、性別は女性11例(25%)、BMI 22.5(20.4-24.3)kg/m²であり、Active groupと

Non-Active groupの両群間で有意差を認めなかった。また、並存疾患に関して有意差を認めず、術前経胸壁心エコー所見では、EF, LVDd, LVDs, TRPG, 中等度以上の弁膜症に関しても同様に両群で有意差を認めなかった。

術式に関しては全体で弁膜症手術23例(52%)、単独冠動脈バイパス術12例(27%)、単独大血管手術8例(18%)、その他1例(2%)であり、両群で有意差を認めなかった。手術時間280(225-300)分、人工心肺時間136(111-168)分、大動脈遮断時間98.5(86.5-133)分であり、両群で有意差を認めなかった(表2)。また、術中輸血量、術後合併症に関しても両群で有意差を認めなかった。術後挿管期間1(0-1)日、ICU滞在日数5(4-6.3)日、術後在院日数13(10.1-18)日であり、こちらも同様に有意差を認めなかった。

全体的な運動耐用力に関しては術後2～4週間後(Early term)のCPXでは6MWD 380(340-420)m, AT VO₂ 9.3(7-10.2)mL/min/kg, Peak VO₂ 12.1(9.5-15.1)mL/min/kg, minimum VE/VCO₂ 44(40-51)mL/mLであり、退院後3～6ヵ月後(Late

表2 手術因子

	合計 (n=44)	Active (n = 31)	Non-Active (n = 13)	P value
弁膜症手術				
大動脈弁置換術	13 (28.9%)	9 (29%)	4 (30.8%)	> 0.99
僧帽弁形成術	10 (22.2%)	8 (25.8%)	2 (15.4%)	0.697
三尖弁輪縫縮術	7 (15.6%)	5 (16.1%)	2 (15.4%)	> 0.99
冠動脈バイパス術	14 (31.1%)	10 (32.3%)	4 (30.8%)	> 0.99
メイズ手術	3 (6.7%)	2 (6.5%)	1 (7.7%)	> 0.99
心房中隔欠損閉鎖術	1 (2.2%)	1 (3.2%)	0 (0%)	> 0.99
MICS (低侵襲心臓手術)	20 (45.5%)	14 (45.2%)	6 (46.2%)	> 0.99
大血管手術				
上行大動脈置換術	6 (13.3%)	3 (9.7%)	3 (23.1%)	0.339
弓部大動脈置換術	2 (4.4%)	1 (3.2%)	1 (7.7%)	0.508
大動脈基部置換術	1 (2.2%)	1 (3.2%)	0 (0%)	> 0.99
下行大動脈置換術	1 (2.2%)	1 (3.2%)	0 (0%)	> 0.99
手術時間 (分)	280 (225-300)	280 (232-300)	270 (220-300)	0.863
人工心肺時間 (分)	136 (111-168)	136 (112-166)	133 (107-165)	0.652
大動脈遮断時間 (分)	98.5 (86.5-133)	108 (89-132)	93 (78-137)	0.502
術中赤血球輸血量 (単位)	0 (0-2)	0 (0-3.5)	0 (0-0)	0.204
術後合併症				
脳梗塞	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
肺炎	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
縦隔炎	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
腸管虚血	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
術後維持透析	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
再開胸止血	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
CHDF (持続血液濾過透析)	2 (4.4%)	1 (3.2%)	1 (7.7%)	0.508
一過性心房細動	7 (15.6%)	6 (22.2%)	1 (10%)	0.741
術後挿管期間 (日)	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (1-3)	0.118
ICU滞在日数 (日)	5 (4-6.3)	6 (4-6.5)	5 (4-6)	0.548
術後在院日数 (日)	13 (10.1-18)	12 (10-17.5)	14 (11-19)	0.333

term)のCPXでは6MWD 450(400-510)m, AT VO₂ 11(9.2-12.8)mL/min/kg, Peak VO₂ 15.1(10.6-17.2)mL/min/kg, minimum VE/VCO₂ 37.8(32.8-41.9)mL/mLであり, それぞれ有意に改善を認めた(P=0.001, P=0.004, P=0.045, P<0.001)(表3A). また両群で比較したところ, Early termでは6MWD, AT VO₂, Peak VO₂, minimum VE/VCO₂両群とも有意差を認めなかったが, Late termでは運動耐用能の指標であるAT VO₂とPeak VO₂がNon-Active groupと比較して, Active groupで有意に改善していることが分かった(P=0.006, P=0.004)(表3B). Early termでは有意差のなかった運動耐用能がLate termではActive groupで有意に改善していることから, 心臓手術後の非監視下運動療法は90分/週以上の運動を継続することにより術後運動耐用能がより改善

する可能性が示唆された.

MICS vs. Conventional group

術前因子は表4Aに示した. MICS groupの年齢の中央値は74(64-79)歳, 性別は女性6例(30%), BMI 22.3(29.9-24.3)kg/m²であり, Conventional groupと比較して有意差を認めなかった. また, 並存疾患に関しても有意差を認めなかった. 術前経胸壁心エコー所見では, LVDd, LVDs, TRPG, 中等度以上の弁膜症に関して両群で有意差を認めなかったが, EFはConventional groupで有意に低かった[58(43-66)% vs. 64(62-67)%, P=0.02].

術式に関しては両群で有意差を認めなかった(表4B). 人工心肺時間, 大動脈遮断時間は両群で有意差を認めなかったが, 手術時間はMICS groupで有意に短かった[300(248-341)分

表3A CPX 結果 (all cohorts)

術後CPX結果 (n = 44)	Early term	Late term	Fold changes Late/Early	P value
6分間歩行 (m)	380 (340-420)	450 (400-510)	1.23 (1.05-1.36)	0.001
AT VO ₂ (ml/min/kg)	9.3 (7-10.2)	11 (9.2-12.8)	1.3 (1.06-1.54)	0.004
AT HR (bpm)	95 (87-100)	98 (92-104)	1.03 (0.94-1.13)	0.199
AT METS	2.7 (2-2.9)	3.1 (2.6-3.7)	1.3 (1.06-1.54)	0.004
Peak VO ₂ (ml/min/kg)	12.1 (9.5-15.1)	15.1 (10.6-17.2)	1.25 (1.04-1.57)	0.045
Peak METS	3.5 (2.7-4.3)	4.3 (3-4.9)	1.25 (1.04-1.57)	0.045
Peak WR	61 (43-78)	76 (52-98.5)	1.28 (1.13-1.53)	0.021
minimum VE/VCO ₂ (ml/ml)	44 (40-51)	37.8 (32.8-41.9)	0.86 (0.78-0.93)	<0.001
Peak VO ₂ /HR (ml/bpm)	7.3 (6.5-8.6)	7.6 (5.9-9.1)	1.24 (0.97-1.54)	0.129

表3B CPX 結果

	Active (n = 31)	Non-Active (n = 13)	P value
Early term			
6分間歩行 (m)	385 (325-420)	380 (375-418)	0.702
AT VO ₂ (ml/min/kg)	9.4 (6.8-10.47)	8.9 (7.5-9.6)	0.597
AT HR (bpm)	94 (88-100)	97 (86-103)	0.721
AT METS	2.7 (1.9-3)	2.5 (2.1-2.7)	0.597
Peak VO ₂ (ml/min/kg)	12.2 (9.4-14.9)	11.1 (9.6-15.1)	0.916
Peak METS	3.5 (2.7-4.3)	4.3 (3-4.9)	0.916
Peak WR	63 (42-78)	52 (44-61)	0.321
minimum VE/VCO ₂ (ml/ml)	44 (40-52)	43 (40-50)	0.721
Peak VO ₂ /HR (ml/bpm)	5.9 (5-8.7)	6.5 (5.2-9.7)	0.916
Late term			
6分間歩行 (m)	450 (415-507)	470 (390-553)	0.818
AT VO ₂ (ml/min/kg)	12 (9.9-13.3)	9.2 (6.8-10.7)	0.006
AT HR (bpm)	98 (90-104)	99 (94-106)	0.369
AT METS	3.4 (2.8-3.8)	2.6 (1.9-3.1)	0.006
Peak VO ₂ (ml/min/kg)	16 (14.2-20.5)	10.9 (8.5-13.8)	0.004
Peak METS	4.6 (4.1-5.8)	3.1 (2.4-3.9)	0.004
Peak WR	78 (65-102)	62 (49-87)	0.114
minimum VE/VCO ₂ (ml/ml)	38 (33-42)	37 (33-43)	0.9
Peak VO ₂ /HR (ml/bpm)	8.6 (6.5-9.7)	5.9 (4.2-7.3)	0.01

vs. 260(208-290)分, P=0.043]. また, 術中輸血量, 術後合併症に関しては両群で有意差を認めなかった. 術後挿管期間, ICU滞在日数は両群で有意差を認めなかったが, 術後在院日数はMICS groupで有意に短かった[13.5(11.3-22.8)日 vs. 11(9-14.8)日, P=0.033].

術後運動耐用量に関してはEarly termでは6MWD, AT HR, minimum VE/VCO₂では両群で有意差を認めなかったが, AT VO₂, Peak VO₂はMICS groupで有意に高かった (P=0.002, P=0.003) (表5). Late termのCPXでは6MWD, AT VO₂, Peak VO₂, AT HR, minimum VE/VCO₂はそれぞれ両群で有意差を認めなかった.

MICS groupでは術後早期のCPXで運動耐用量の改善を認め, Late termでは差を認めないことから, MICS groupで術後身体機能が早期に回復することが示唆された.

IV. 考 察

心臓大血管手術後の運動療法に関しては, 運動耐容能, 心機能やQOLの改善や再入院率低下およびそれに伴う医療費の軽減など, さまざまな面での有効性が報告されており, 欧米のガイドラインでも強く推奨されている^{8),9)}. また, 心臓手術術後の心臓リハビリテーションによる予

表 4A 術前因子

	Conventional (n = 14)	MICS (n = 20)	P value
年齢	73 (62-78)	74 (64-79)	0.7
BMI(kg/m ²)	23.1 (22.2-25.7)	22.3 (19.9-24.3)	0.221
女性	3 (21.4%)	6 (30%)	0.704
緊急手術	0 (0%)	1 (5%)	> 0.99
術前並存疾患			
低アルブミン血症 (< 3.5g/dL)	1 (7.1%)	2 (10%)	> 0.99
貧血	6 (42.9%)	9 (45%)	> 0.99
高血圧	9 (64.3%)	13 (65%)	> 0.99
糖尿病	3 (21.4%)	4 (20%)	> 0.99
慢性腎不全 (eGFR <60ml/min/1.73m ²)	9 (64.3%)	8 (40%)	0.296
高脂血症	9 (64.3%)	9 (45%)	0.315
心房細動	3 (21.4%)	5 (25%)	> 0.99
虚血性心疾患	7 (50%)	6 (30%)	0.296
陳旧性脳梗塞	0 (0%)	1 (5%)	> 0.99
術前心臓超音波検査			
左室収縮機能 (%)	58 (43-66)	64 (62-67)	0.02
左室拡張末期径 (mm)	52.5 (44.8-58.3)	47.5 (43.5-52)	0.201
左室収縮末期径 (mm)	36 (29.3-43)	30 (26.8-31.3)	0.065
右室右房圧格差 (mmHg)	25.7 (19.3-32.6)	22 (19.8-28.8)	0.912
大動脈弁狭窄症 (中等度以上)	3 (21.4%)	5 (25%)	> 0.99
大動脈弁閉鎖不全症 (中等度以上)	2 (14.3%)	2 (10%)	> 0.99
僧帽弁狭窄症 (中等度以上)	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
僧帽弁閉鎖不全症 (中等度以上)	4 (28.6%)	9 (45%)	0.477

表 4B 手術因子

	Conventional (n = 14)	MICS (n = 20)	P value
手術手技			
大動脈弁置換術	5 (35.7%)	5 (25%)	0.704
僧帽弁形成術	2 (14.3%)	8 (40%)	0.141
三尖弁輪縫縮術	2 (14.3%)	5 (25%)	0.672
冠動脈バイパス術	8 (57.1%)	6 (30%)	0.163
メイズ手術	0 (0%)	2 (10%)	0.501
心房中隔欠損閉鎖術	1 (7.1%)	0 (0%)	0.412
手術時間 (分)	300 (248-341)	260 (208-290)	0.043
人工心肺時間 (分)	109 (101-129)	153 (114-163)	0.156
大動脈遮断時間 (分)	90 (76-106)	120 (94-135)	0.123
術中赤血球輸血量 (単位)	0 (0-4)	0 (0-0.5)	0.261
術後合併症			
脳梗塞	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
肺炎	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
縦隔炎	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
腸管虚血	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
術後維持透析	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
再開胸止血	0 (0%)	0 (0%)	> 0.99
CHDF (持続血液濾過透析)	1 (7.1%)	1 (5%)	> 0.99
一過性心房細動	3 (23.1%)	2 (10%)	0.466
術後挿管期間 (日)	1 (0-1)	1 (0-1)	0.875
ICU滞在日数 (日)	5 (4-6)	5 (4-6)	0.789
術後在院日数 (日)	13.5 (11.3-22.8)	11 (9-14.8)	0.033

表5 CPX 結果

	Conventional (n = 14)	MICS (n = 20)	P value
Early term			
6分間歩行 (m)	395 (375-438)	385 (360-424)	0.667
AT VO2 (ml/min/kg)	7.3 (6.5-9.4)	10.2 (9.4-11.9)	0.002
AT HR (bpm)	96 (89-102)	93 (88-100)	0.756
AT METS	2.1 (1.9-2.7)	2.9 (2.7-3.4)	0.002
Peak VO2 (ml/min/kg)	9.6 (7.6-12.6)	13.5 (12.1-19.1)	0.003
Peak METS	2.7 (2.2-3.6)	3.9 (3.4-5.4)	0.003
Peak WR	60 (42-74)	62 (49-87)	0.5
minimum VE/VCO2 (ml/ml)	48 (40-53)	43 (39-44)	0.117
Peak VO2/HR (ml/bpm)	5.6 (4.4-7.1)	8.7 (5.5-9.7)	0.009
Late term			
6分間歩行 (m)	450 (415-490)	470 (450-595)	0.348
AT VO2 (ml/min/kg)	12.3 (8.7-13.1)	10.5 (9.2-12.2)	0.662
AT HR (bpm)	96 (93-99)	100 (93-112)	0.462
AT METS	3.5 (2.5-3.7)	3 (2.6-3.5)	0.662
Peak VO2 (ml/min/kg)	16.1 (11.1-17.8)	14.4 (10.4-16.3)	0.302
Peak METS	4.6 (3.2-5.8)	4.1 (3-4.7)	0.302
Peak WR	78 (63-102)	72 (46-80)	0.188
minimum VE/VCO2 (ml/ml)	38 (32-43)	37 (34-41)	0.921
Peak VO2/HR (ml/bpm)	7.6 (6.6-9.4)	6.9 (5-8.6)	0.19
Non-Active	3 (21.4%)	6 (30%)	0.704

後に関する研究として、前向き観察研究15件のメタアナリシスにおいて、心臓リハビリテーション施行群で総死亡率が有意に低かったと報告されている¹⁾。特にCABG術後においては、心臓リハビリテーション群では、不参加群に比べ、血管イベント、総入院、心疾患による再入院、冠動脈イベントが有意に少なかったという報告もあり、退院後の心臓リハビリテーションの継続は大変重要であることが示唆される²⁾。しかし、本邦ではリハビリ施設や理学療法士の不足などのため、心臓大血管手術後の監視下心臓リハビリテーションは広く普及しておらず、非監視下心臓リハビリテーションに関しても報告は少ない。心臓手術後ではないが、虚血性心疾患または心不全を対象としたメタアナリシスでは自宅で運動療法を行う非監視下心臓リハビリテーションと病院などで行う監視下心臓リハビリテーションを比較したところ、遠隔死亡、運動耐用能、QOLに関して、2群間に差はなかったという報告もあり¹⁰⁾、へき地医療では特に通院時間などの障壁がある監視下心臓リハビリテーションよりも非監視下心臓リハビリテ

ーションの検討が遠隔期心臓リハビリテーションを継続していく上で重要かもしれない。

本研究では心臓大血管手術後、退院前にCPXを施行し、非監視下心臓リハビリテーションのために運動処方を行った44症例を検討した。Active groupとNon-Active group両群で術前因子、術式、手術時間、術後合併症、在院日数では有意差を認めなかったが、Active groupにおいてLate termで運動耐用能が有意に改善していることが分かった。コホート全体ではEarly termと比較して、Late termで有意に運動耐用能は改善しており、その中でもActive groupで有意に運動耐用能の改善率が高かったことを考えると、非監視下心臓リハビリテーションの有用性が示唆された。また、非監視下心臓リハビリテーションを行う場合、少なくとも1週間に90分以上の運動療法が運動耐用能を改善させるために必要である可能性が示唆された。さらにサブ解析ではMICS groupはConventional groupと比較して術後在院日数は有意に短く、Early termでの運動耐用能は有意に良好であることが分かった。Late termの運動耐用能は両群で有意

差を認めなかったことからMICSは術後早期に身体機能が回復する可能性が示唆された。しかしながら術前の心臓超音波検査でConventional groupで有意にEF低下を認めており(P=0.02), MICS手術を選択する上で, 選択的バイアスを含んでいた可能性を考慮する必要がある。今後, 症例数を増やして心機能などの術前因子に統計学的調整を行い, 再調査する必要がある。

本研究のlimitationとしては単施設研究であり, 症例数も少ないことである。また, CPXを施行することができ, さらにLate termでフォローアップのCPXも施行している比較的コンプライアンスの高い症例を対象としているため, 限定された症例群での検討である。今後の課題としてはエルゴメーターを使用できない高齢者や心不全症状などが強く, 6MWDが200m以下でCPXを行うことができない症例などはCPXをもとにした運動処方できないため, Borg指数などをもとに個別に術後の運動療法を考えていく必要がある。しかしながら, 本邦で心臓大血管手術後の非監視下心臓リハビリテーションの効果を検討した報告は少なく, 本研究は病院施設への通院困難な心臓大血管術後の患者が非監視下心臓リハビリテーションを継続的に行うための予備調査であり, 新しい知見の礎となる可能性がある。今後さらに症例数を増やし検討していく必要がある。

V. 結 論

今回我々は心臓大血管手術後, 非監視下心臓リハビリテーションのために運動処方を行った44症例の術後成績およびEarly termまたはLate termの運動耐用能を検討した。退院後, 1週間に90分以上の運動療法を継続した症例はLate

termで有意にPeak VO_2 , AT VO_2 などが改善したことが判明し, 術後運動耐用能改善に関して非監視下心臓リハビリテーションの有用性が示唆された。

参考文献

- 1) Blokzijl F, Dieperink W, Keus F, et al: Cardiac rehabilitation for patients having cardiac surgery: a systematic review. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2018; 59(6): 817-829.
- 2) Origuchi H, Itoh H, Momomura SI, et al: Active Participation in Outpatient Cardiac Rehabilitation Is Associated With Better Prognosis After Coronary Artery Bypass Graft Surgery - J-REHAB CABG Study. *Circ J* 2020; 84(3): 427-435.
- 3) Tashima Y, Toyoshima Y, Chiba K, et al: Physical activities and surgical outcomes in elderly patients with acute type A aortic dissection. *J Card Surg* 2021; 36(8): 2754-2764.
- 4) Makita S, Yasu T, Akashi YJ, et al: JCS/JACR 2021 Guideline on Rehabilitation in Patients With Cardiovascular Disease. *Circ J* 2022; 87(1): 155-235.
- 5) Smith KM, Arthur HM, McKelvie RS, et al: Differences in sustainability of exercise and health-related quality of life outcomes following home or hospital-based cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004; 11(4): 313-319.
- 6) Jolly K, Taylor RS, Lip GY, et al: A randomized trial of the addition of home-based exercise to specialist heart failure nurse care: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with Congestive Heart Failure (BRUM-CHF) study. *Eur J Heart Fail* 2009; 11(2): 205-213.
- 7) Iribarne A, Easterwood R, Russo MJ, et al: Comparative effectiveness of minimally invasive versus traditional sternotomy mitral valve surgery in elderly patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2012; 143(4 Suppl): S86-S90.
- 8) Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, et al: 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58(24): e123-e210.
- 9) Butchart EG, Gohlke-Barwolf C, Antunes MJ, et al: Recommendations for the management of patients after heart valve surgery. *Eur Heart J* 2005; 26(22): 2463-2471.
- 10) Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, et al: Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6(6): CD007130.

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>

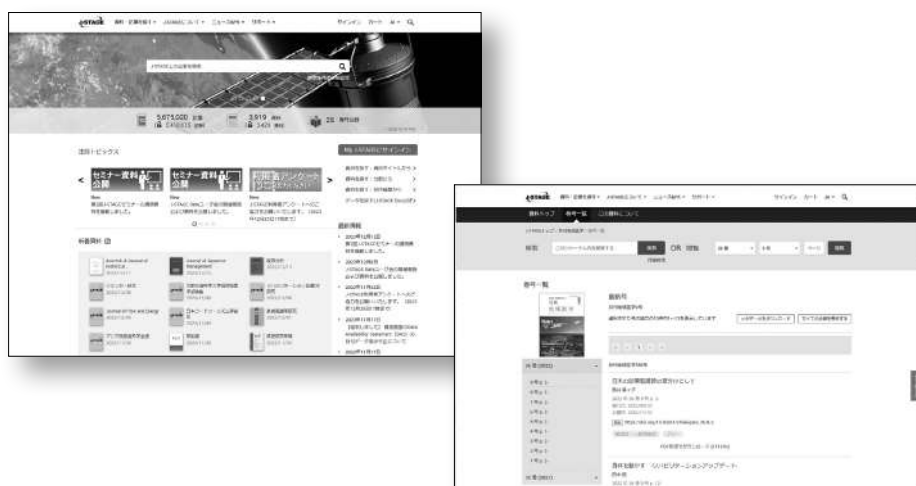
J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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。



蝦夷地(北海道)初の病院「箱館医学所」の創業地 について考えるー医学史の視点からー

Estimated Location of the Founding of Hakodate Medical School (Hakodate Igakusho),
the First Hospital in Ezo (Hokkaido) District
- Perspectives on the History of Medicine -

水関 清¹⁾

Kiyoshi MIZUSEKI¹⁾

KEY WORDS Hakodate Igakusho, Ezo (Hokkaido) District

I. はじめに

人の暮らしの成立について考える時、その基幹的要素としての衣・食・住があり、それを取り巻く生態学的要素としての家庭・地域・社会があげられる。これらの要素を地域の中に置いて考えると、行政・医療・金融・商業など、サービス提供機構によって支えられていることが容易に理解できる。

一方で本来、人の居住と上記の要素や機構とは密接不可分なものであるが、居住地での(までの)交通が不便、という社会的要因によって、これら二つはさまざまに修飾され、需要に見合わないサービス体制に甘んじることも経験されてきた。

筆者は、自治医科大学卒業医師に求められる「へき地」医療の場として、離島診療所勤務を命じられたことがある。本土から船で30分の所にある、周囲12km、面積3.4km²、人口約2,000人の島であった。着任早々に驚いたのは、救急車が来ないこと、そもそも救急車が走れるほどの路幅を持った道路がないこと、夜間に急病人が出た場合、本土への救急搬送機能が全く整備されていないことであり、そして診療所自体も、島の

給食施設を転用した仮設のものであった。

島に住んでみると、本土からの船の最終便が着く21時以降、本土への始発便が出発する6時30分まで、医師は自分一人であることに慄然とした。そのようにして過ごす心細い夜には、境遇に導かれるようにして医療者の役割について考えた。

「手あて」という言葉がある。病気やケガに苦しむ人を見て、まずはその痛苦の原因となる箇所を手をあてることから派生したもので、その究極の目的となる「癒やし」はこの行為から出発するはずであるが、診療所新設前夜の離島に赴任した駆け出し医師の場合には、多彩な要求が、さまざまな形で寄せられ、しばしば困惑した。義務年限を終える頃になって、これらの要求を、5つの類型(「医療者」「科学者」「学者」「援助者」「魔術師」)にまとめて、地域医療誌に発表した¹⁾。

冒頭で触れた窮状のうち、自治体の理解をいただいて、本診療所の建設や医療機器の整備などに成果を上げたが、他の懸案は在任した8年間では解決できなかったことが、今なお苦渋とともに思い出される。

1) 函館市医師会 (Hakodate Medical Association, Center for Health Check)
(著者連絡先: 〒040-0081 北海道函館市田家町5-16 函館市医師会健診検査センター)

原稿受付2025年2月7日/掲載承認2025年4月15日

Ⅱ.「箱館医学所」が構想された時代的背景

前述の体験から筆者の場合、人の暮らしにとって重要な制度的サービスとしての医療提供を考える時、真っ先に想起されるのは、医療サービスが展開される「場」である。そうした「場」の確保は、時計の針が幕末開港期にまで巻き戻した時、「人」と「医療提供の場」との原初的環境の中で、よりいっそう明確になると考える。

江戸幕府が堅持していた「鎖国」体制は、1853（嘉永6）年のペリーの浦賀来航を機に見直され、翌1854（嘉永7/安政元）年のペリー再来航と日米和親条約締結の結果、下田と箱館が開港した。さらに、1858（安政5）年には、日米修好通商条約が締結され、箱館と下田以外に横浜・長崎・神戸・新潟の4港が追加され、貿易も開始された。

以上のような幕府による対外施策の転換の中で、函館山の山麓の狭隘地に展開する箱館（明治に改元後は函館）の街では、その狭隘地への人口密集ゆえに、横浜のようにまとまった外国人居留地の整備が困難だったため、日本人と外国人が雑居形式で住まいを近接させた結果、住民と外国人医師とが身近に接するという、独特な環境を現出させた。

その結果箱館では、日本人医師の漢方診療に飽き足らない住民が、箱館奉行所に、外国人医師による施療の願いを出した。奉行所は、外国人医師の患家への往診は禁じたものの、施療を許可したため、住居近くで外国人医師を実見した住民からの願いが連続した。その受け皿となったのがロシア人医師アルブレヒトで、ロシア側は「箱館ロシア病院」の建設のために、奉行所との交渉を求めた。

このような情勢の中にあった箱館で、民生の安定策のひとつとして、箱館奉行 竹内保徳と奉行所医師 栗本鋤雲と民間人医師らとの協力のもとで「医学所兼病院」が構想された。実際に、「自国民の医療は、自国民の手で」を合言葉に創設されたのが「箱館医学所」である。

Ⅲ.「箱館医学所」の創設

栗本は、その著書「匏庵遺稿」の後編の冒頭に、「箱館叢記」という項を設けて、「医学所兼病院」建設迄の詳細を以下のように書き残している²⁾。

「病院の建設は萬延元年の冬に在りしと雖も、其之を目論見しは安政六年にして、市中の醫師が協議の上、予及び鹽田順庵を町學校に延て醫書を講ぜしめ、金を衆醫に醸して之が酬と為し、積て百圓に満るを待て官に請願し一區の地を借りて小堂を築き、山之上町娼妓の黴毒療治を引き受け、傍ら他の貧民の救薬施療せんと謀りしなり。」

当初は、竹内の箱館奉行在任期間の満了前の建築を予定していたが、1860（万延元）年冬の上棟式後の暴風雪のために倒壊してしまった。栗本はこの苦境を、「山ノ上町妓樓の積立金二千兩余あるを借り受け、娼妓療治代をもって引き去り償却する」ことで賄う、という離れ業を編み出して、建物の再築にかかわる資金を捻出することでしのぎ、1861（文久元）6月には竣工し、「箱館医学所」（以下、医学所）と名付けられた。

この蝦夷地（北海道）初の病院は、明治維新にともなって勃発した戊辰戦争の最終盤の舞台となった函館戦争の時期には、高松凌雲という主宰者を得て、のちの赤十字精神に沿った医療を展開した場として、歴史にその名を刻んだ。さらに北海道開拓使のもとで「官立函館病院」となっただけでなく、北海道全体の医療を賄う拠点としての場になる一方で、1872（明治5）年には、お雇い外国人医師による北海道初の医学校も併設された。

Ⅳ.「箱館医学所」の建設地

このように、幕末開港期にその淵源を持ち、地域住民に対する医療をはじめ、戊辰戦争期にはのちの赤十字精神につながる博愛医療を行ったという豊かな歴史を湛える医学所であるが、幕末当時の絵図^{3,4)}にその表記があるものの、「箱館叢記」には、その建設地は明示されていない。建設当時と現在との照合が可能な地図は残され

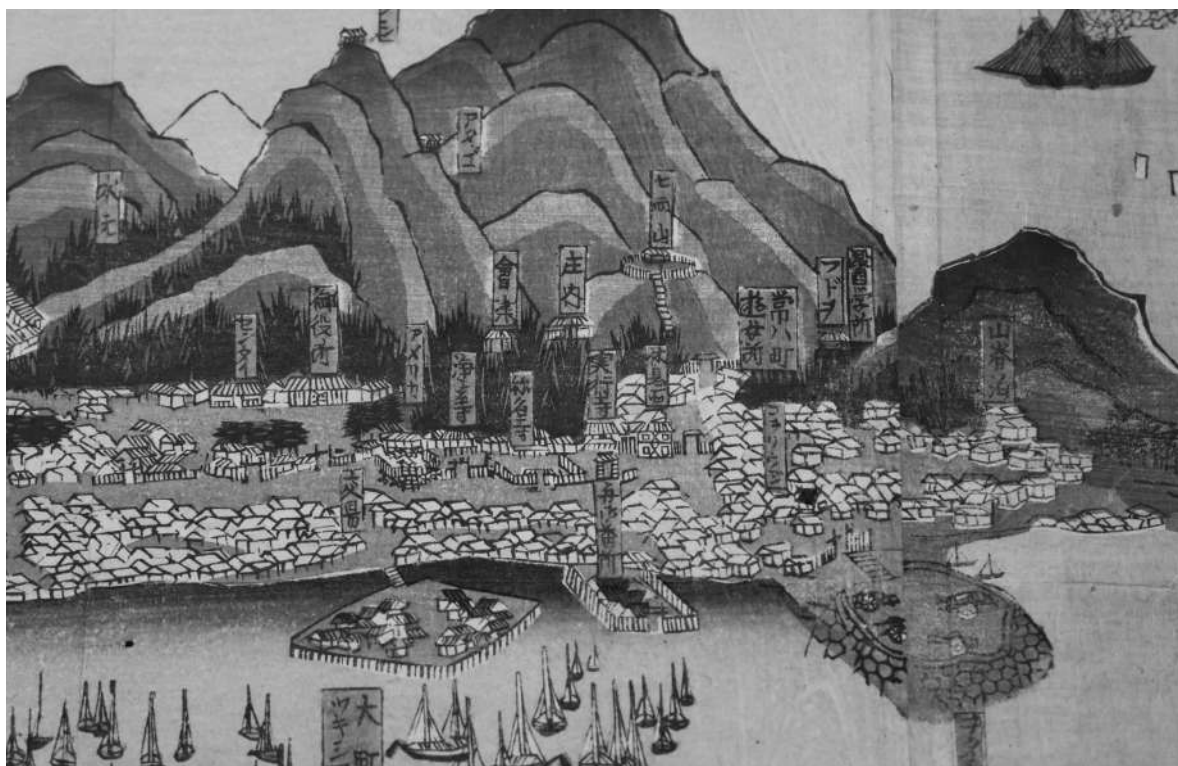


図1 「箱館真景 慶応四年」
図の中央やや右に「医学所」、図の左端に「御役所」の文字がみえる。

ていないことに加えて、箱館の街で度重なった大火への根本的対策として、明治時代に北海道開拓使が行った大規模な街区改正の結果、現在の街並との比較検証が困難という事情も重なり、いまだに定説がない。

函館市史によれば、明治時代以降に100戸以上が被害を受けた大火の回数は19回を数え、特に1868(明治元)年から1879(明治12)年までの10年間に6回の大火が起こり、医学所は、1871(明治4)年の「切見世火事」で消失した。さらに、1878(明治11)年と1879(明治12)年の連年の大火によって、幕末期から諸外国との交易によって発展してきた、開港場としての景観のほとんどが失われた。

以上のような状況を念頭において、まず、箱館の街並を描きとめた、医学所建設当時の古地図や絵図を手がかりにして、推定作業を始めた。

現存する最古の絵図「官許箱館全図 万延元年」³⁾には、山之上遊郭に隣接して、1本通りを隔てた位置に「医学問所」と記された一角がある。さらに、1868(慶応4)年刊行の「箱館真景」⁴⁾

には、「常ハ町遊女所」にならんで「医学所」の文字がはっきりと見える。箱館奉行所・浄玄寺・称名寺・実行寺、そして三層の赤い大建築であった異人揚屋に隣接する大門を備えた山之上遊郭の姿も、万延元年当時と変わりはない(図1)。

これら、残された絵図や古地図は貴重なものだが、現今の地図と照合するために必須となる縮尺が付され、道路や地番ごとの境界が明瞭な地図の存在は知られておらず、現在は失われている施設の位置を現在の地図の中に蘇らせることは困難である。

次善の策を考えたい。

V. イギリス人宣教師との借地契約記録に基づく「箱館医学所」建設地の推定

開港期を迎えて外国人の渡来が増えた箱館では、外国人による土地所有は認められておらず、民間からの借地を、非公式に官有地と見做すという、苦肉の策をとることで、その居住地や公的施設のための敷地提供という要請をまかなった。この状況は、明治維新後も続き、1873(明治

6)年2月にはキリスト教禁制の高札が撤去され、宣教師たちの来訪が相次いだ。

このように窮屈な、外国人への土地提供体制の中で、消失した医学所跡地の存在は魅力的だったはずである。外国人に対して、開拓使が借地を許した事案のなかに、医学所の跡地を利用した記録がないかについて調査したところ、イギリス人宣教師デニングと開拓使との間で結ばれた契約書⁵⁾の存在が明らかとなった。あわせて宣教師側の記録を探ったところ、1874(明治7)年に函館に転任してきた、イギリス聖公会の宣教師ウォルター・デニングが、「切見世火事」によって消失した「医学問所(後の箱館病院)」跡地を、明治維新後に発足した行政機関である北海道開拓使から借り受けて洋館を建てたことが、複数の資料によって確認できた^{5)~7)}。

「函館市史資料編」に記載されている開拓使とデニングの間で締結された「地所貸渡証書」⁵⁾によれば、借地契約をしたのは坂町83番、84番、85番地で、面積は655.99坪との記載がある(図2)。また、1876(明治9)年の「開拓使函館編第14区図(函館支廳租税掛の押印あり)」⁸⁾と照合させると、この借地は、東は坂町通り、南は中新町通りと接する角地にあり、さらにその周縁地をはさんで、西側では神明横町通りと、北側では天神町通りと接することが分かった(図3上)。振り返って、さきの「官許箱館絵図 万延元年」⁹⁾に描かれた「医学問所」(医学所)敷地が接する通りの名称を、この「開拓使函館編第14区図」と対比させると、以下のことが分かる。まず、西側の神明横町通りと北側の天神町通りは、両者で一致している。一方、南側の下新町通りは名を変えて中新町通りとなり、そのさらに南側に並行する上新町通りは名前を変えずに存続している。「官許箱館全図 万延元年」では医学所の東側にあって、山之上遊郭の門の方向に伸びる通りには特段の名称がないが、「開拓使函館編第14区図」では、坂町通りと名づけられている。これら二つの絵図と区図を比較対照する限りでは、医学所周圍の道路に大きな変更はなく、これら相互の位置関係は、概ね保たれていることから、ひとまずこのデニングによる借地を、医学所の

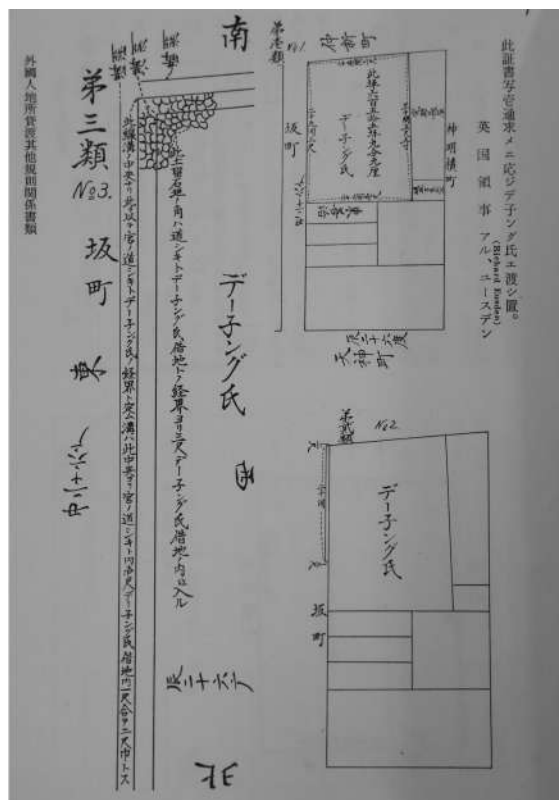


図2 開拓使とデニングの間で締結された「地所貸渡証書」
坂町(通り)に面した一角を、デー子ング(デニング)氏に貸渡すことが明記されている。英国領事アル・ユースデンの添え書きも見え。

跡地と考えることは妥当と思われる。なお、このデニングが建てた洋館は、1879(明治12)年の大火によって焼失したことが知られている⁶⁾。

Ⅵ. 地図の歴年比較による「清国領事館」建設地の推定

もうひとつの手がかりは、「清国領事館」である。1859(安政6)年の大開港後、それまで出島でのオランダ人によって独占されていた清国への俵物〔煎海鼠(いりこ)・干鮑 鱧鰯(ふかひれ)〕輸出は自由貿易化され、商社人 成記号は、1867(慶応3)年に箱館初の清国人商社を開設し、イギリス商人の傘下となって活動した。そして、1892(明治25)に、「医学問所」(医学所)跡地に、「清国領事館」が建設されたと伝えられている⁹⁾。

明治25年の「函館地所明細図 天」¹⁰⁾には、この清国領事館が明記されており、住所は「船見町40」となっている(図3下)。ただし、この地

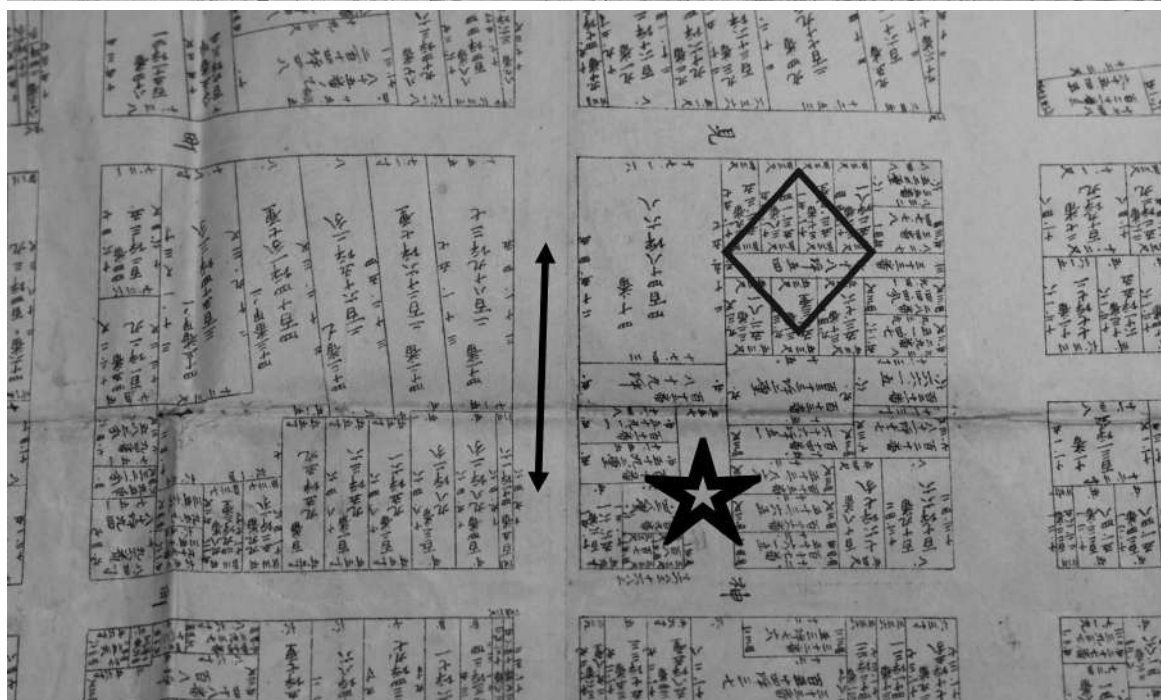


図3 「明治9年開拓使函館編第14区図」(上)と同区域を表示する「明治25年函館地所明細図天」(下)との対比

上図(明治9年)の右方にみえるデニングの借地(○)部分に接していた坂町(通り)が、下図(明治25年)では宅地化されている。詳しく見ていくと、上図のデニングの借地(○)に相当する、下図の部分(◇)に接していた坂町(通り)は、「船見町40」に呑み込まれており、(☆)で示す部分のみが残された形になっている。また、坂町(通り)に並行して新たな通り(↑↓)が設けられている。

図が出る前の1879(明治12)年にはデニングの洋館が焼失し、その後の1881(明治14)年には、大

規模な町名の改廃が行われた結果、デニングの借地も「船見町」へと名を変えている。さらに、

1876(明治9)年当時存在した坂町通りのうち、西方向に伸びて仲新町通りに接続する部分が、1895(明治25)年の地図では廃されて宅地になったことによって、もともと坂町通りの東側にあった宅地の一角とあわせた地に、清国領事館が建設されている。「船見町40」に隣接する、旧デニングの借地部分(図3上の○, および図3下の◇)は、「坂町83番, 84番, 85番地」から町名が変わった上に細分化されて、船見町28~39(うち33は、道路敷地)となっている。したがって、清国領事館の建設地を「船見町40」とした上で、「箱館医学所旧址」と附記した見解⁹⁾には疑問が残る。むしろ、清国領事館は、大規模な街区改正と町名の改廃等の結果、デニングの借地の隣接地で、坂町通りの一部を編入した土地に建設されたと考えられ、医学所跡地に建設されたとするこれまでの説は否定的であることが明らかとなった。

医学所建設にとりかかった万延元年から、デニングが借地契約を交わした明治7年をはさんで、開拓使函館による函館小区図が編まれた明治9年までは存続していた坂町通りが、明治12年の街区改正と明治14年の町名改廃によって、明治25年の段階で、その一部が宅地化されて消失(図3下)、そこに清国領事館が建設された。それに加えて、元の坂町通り周辺までもが船見町と呼ばれるようになったために、以上のような医学所跡地についての混同が起こったと考えられる。新たに船見町とまとめられた町域には、デニングが借りた医学所跡地と清国領事館建設

地双方が、呑みこまれてしまっているのである。

Ⅶ. まとめ

時代や居住地にかかわらず、医療は、人の暮らしを支える基幹的サービスのひとつである。幕末開港期の箱館の街で、そのサービスを実践する場としての「箱館医学所」建設地は、長く明らかでなかったが、筆者は、のちに建設地が他の用途に転用された記録に加えて、建設地周囲の道路の変遷を、当時の地図で歴年的に比較し、照合することで、建設地を明らかにすることができた。あわせて、離島診療所勤務時代の経験から、地域医療を展開する「場」としての、診療施設建設地にも着目することの有効性についても附記した。

参考文献

- 1) 水関清, 阿部吉弘, 赤木重典, 他: 花を咲かせて, 若い医師に地域医療への目を. 地域医療誌 1995; 33: 291-311.
- 2) 栗本勲雲: 箱館叢記. 日本史籍協会編. 匏庵遺稿. 東京, 東京大学出版会, 1975, pp355-370.
- 3) 官許箱館絵図 万延元年. 函館市中央図書館蔵.
- 4) 箱館真景 慶応四年. 函館市中央図書館蔵.
- 5) 外国人地所貸渡其他規則関係書類. 函館市編. 函館市史資料編 第一巻. 1974, pp922-924.
- 6) イギリス聖公会の宣教師の函館上陸. はこだてと外国人居留地キリスト教編. はこだて外国人居留地研究会, 2011.
- 7) 函館とイギリスの関係年表. はこだてと外国人居留地イギリス編. はこだて外国人居留地研究会, 2010.
- 8) 開拓使函館第14区図. 函館中央図書館蔵.
- 9) 箱館医学所旧址. 函館の史蹟と名勝. 函館市編, 1927, pp4-5.
- 10) 明治25年函館地所明細図 天. 函館中央図書館蔵.

第140回 “パニック値”の報告後の対応に関わる 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、“パニック値”に関わる事例を認めることがある。“パニック値”が医師に報告されない場合には、患者にタイムリーな治療が実施されない可能性が想定されるが、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していないことが発生要因となって、患者にさまざまな影響を及ぼす可能性も想定される。

医療機関の臨床検査部門において、検査結果で“パニック値”を認めた場合、医師に報告するシステムが存在している施設も多いと思われる。“パニック値”が医師に報告されない状況に関しては、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業（以下、本事業）の「医療安全情報」でも、「No.111：パニック値の緊急連絡の遅れ（2016年2月）」が公表され、注意喚起が実施されている¹⁾。

また、本事業の第42回報告書²⁾でも、「個別のテーマの検討状況」において、「パニック値の緊急連絡に関連した事例」がテーマとして挙げられており、報告された6件について検討している。この6件の内訳は、「パニック値として臨床検査部から連絡がなされなかった：5件」「パニック値として臨床検査部から連絡はなされた

が主治医に伝わらなかった：1件」であり、全件、パニック値の情報が医師に連絡されなかった事例で、医師が“パニック値”の情報を受け取っていない状況について検討されている。さらに、日本医療安全調査機構からは、「医療事故の再発防止に向けた提言」として、「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」が公表され、その内容として、「『医師のパニック値への対応』について、『いつ』、『誰が』、『どのように』、確認するのかを組織として検討することが望まれる」ということが挙げられている³⁾。

本連載では、これまでに、“パニック値”に関わる内容としては、「パニック値発生時の緊急連絡に関わるアクシデント（第30回）」⁴⁾「パニック値の“緊急連絡の遅れ”に関わるアクシデント（第71回）」⁵⁾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、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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。

“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していない状況で、患者に医療や

ケアを開始・継続した場合、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、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”の報告後の対応に着目し、“パニック値”が医師に報告された後に、「患者に必要な対応が実施されたか否か」「患者にどのような対応が実施されたのか」「その対応は適切であったか否か」ということに焦点を当て、「なぜ、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していないのか？」「なぜ、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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？」という疑問を深める。併せて、事例の発生要因と発生状況から、事例発生の未然防止対策を検討したい。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントは「医療事故」、インシデントは「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。なお、本事業の資料から抽出した事例の表記は、一部改変して記載する。

“パニック値”の報告後の 対応に関わる事例

本事業の事例検索⁹⁾では、2024年8月中旬現在、

キーワード“パニック値”で93件、“パニック値”“報告”“治療”で55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、“パニック値”の報告後の対応に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“パニック値”“報告”“治療”で検索された55件の事例を対象として、検討を実施した。

“パニック値”の報告後の対応に関わる事例として、本事業の事例検索⁹⁾にて検索された事例としては、

「患者(70歳代、女性)は、甲状腺機能低下症で糖尿病・内分泌内科に通院中で、同科で抗凝固剤のコントロールを行っていた(大動脈弁狭窄症・閉鎖不全症にて9年前に弁置換術を実施)。エックス線検査で肺炎像があり、呼吸器内科を受診し、誤嚥性肺炎と診断された。血液検査で、INRが5.38と延長し、検査科からもパニック値という報告が同科の医師Aにあった。医師Aはワーファリンを減量し、患者を帰宅させたが、後日、患者は大量咯血で救急搬送された。搬送時のINRは5.0で延長したままであった。気管挿管し、人工呼吸器管理になった。

原因不明のINRの大幅な延長に対し、医師Aは自診療科の上級医や循環器科の専門医に相談するなどの対応を行わず、自身の判断でワーファリン投与量のコントロールを行った。抗凝固剤使用中の患者の原因不明のINR延長や、パニック値の報告時の対応に関する取り決めがなかった」

「耳鼻咽喉科のめまい外来に通院中の患者(60歳代、男性)が、下痢と歩行困難にて血液検査と補液を実施し、翌日、消化器内科を受診することになった。検査室から血清カリウム値が1.9mEq/Lでパニック値であるという報告を耳鼻咽喉科の医師が受けたが、追加治療はせず、患者を帰宅させた。翌日、消化器内科を受診し、カリウム補正のため、緊急入院となった。

当該施設内には、パニック値が判明した際の対応に関する診療体制があったが、耳鼻咽喉科の医師はその体制の存在を知らなかった。看護師は、その体制の存在を知っていたが、体制の内容を十分把握できておらず、医師が判断するものと思っていた」

などがある。

このように、臨床現場においては、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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“パニック値”の報告後の対応に関わる事例では、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。

“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”の報告後の対応に関わる事例発生 of 未然防止対策として、各種ルール・マニュアルの整備、各部門間・部署内での協働、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、“パニック値”の報告後の対応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[®]にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“パニック値”の報告後の対応に関わるインシデント・アクシデント事例の課題を明らかにし、事例発生 of 未然防止対策を検討する。

事例「“パニック値”が医師に報告されたが、結果を誤認、適切な対応の未実施」

【事故の内容】

・患者(60歳代、女性)は網膜剥離のため、手術目的で眼科に

緊急入院となった。

- ・外来担当医師のオーダーにて、術前の血液検査、エックス線検査を行った。
- ・中央検査部の臨床検査技師は、検査オーダーを行った医師に、血小板数が1,000/ μ Lであることを電話にて報告した。
- ・病棟主治医(以下、主治医)は、看護師から血液検査結果として血小板数の報告を受け、診療録で結果を確認したが、血小板が10,000/ μ Lであると誤認した。
- ・主治医が、患者のかかりつけ医に電話で相談すると、「膠原病にて加療中で、血小板減少を認めている。血小板数が10,000/ μ L台になったこともあり、出血量少量であれば可能であろう」との返答であった。
- ・主治医は、念のために、かかりつけ医に診療情報提供書の郵送を依頼した。
- ・主治医は術者と相談し、術前に血小板輸血(10単位)を実施した。
- ・入院翌日、右眼の白内障手術と硝子体切除術を実施した。
- ・術後は、意識状態に変化なく、身体所見の変化やADL上の変化は認めなかった。
- ・術後4日目に頭痛を訴えたが、術後出血で高眼圧であったため、その症状と判断し、降圧の点眼治療と内服治療を開始した。
- ・患者は、鎮痛剤を1日1回内服し、頭痛の増強はなく、経過観察していた。
- ・術後6日目、かかりつけ医からの診療情報提供書が到着し、内容を確認すると、血小板数を含めた血液検査結果が入院時のものと明らかに異なっていることに気づいた。
- ・再度、入院時の血液検査結果を確認し、血小板数が1,000/ μ Lであったことに気づいた。
- ・軽度の頭痛以外に症状の訴えはなかったため、翌日に再検査を予定した。
- ・術後7日目、血小板数は1,000/ μ L、Hbは6.4g/dLと低下を認め、緊急で血液内科に相談した。
- ・骨髄検査、CT検査が実施され、脳出血(右海馬出血)が判明した。
- ・症状は頭痛、および健忘症状があるが、麻痺症状の出現はなかった。
- ・脳神経外科に相談し、保存的療法にて経過観察となった。
- ・今後は、特発性血小板減少性紫斑病の疑いで膠原病内科に転科し、治療を行うことになった。

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

本事例の背景要因としては、「主治医は、入院時の血液検査結果で、診療録で血小板数の確認をしたが、注意して見ていなかった」「中央検査部の臨床検査技師からのパニック値の報告が、血液検査のオーダーを出した医師に連絡されていたが、これに対応した確認システムがなかったことが今回のアクシデントの一因であると考ええる」「主治医も、血液検査をオーダーした医師も、中央検査部の臨床検査技師からパニック値の報告があったことは把握していなかった」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、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、中央検査部の臨床検査技師が、検査オーダーを行った医師に、血小板数が $1,000/\mu\text{L}$ (パニック値)であることを電話にて報告したにもかかわらず、検査オーダーを行った医師はこれに対応を実施していなかったのか？」「なぜ、中央検査部の臨床検査技師が、検査オーダーを行った医師に、血小板数が $1,000/\mu\text{L}$ (パニック値)であることを電話にて報告したにもかかわらず、検査オーダーを行った医師は主治医にこの結果を報告していなかったのか？」「なぜ、主治医は、看護師から血液検査結果として血小板数の報告を受け、診療録で結果を確認した際に、血小板が $10,000/\mu\text{L}$ であると誤認したのか？」「なぜ、主治医は、入院時の血液検査結果で、診療録で血小板数の確認をした際に、注意して見ていなかったのか？」「なぜ、主治医は、看護師から血液検査結果として血小板数の報告を受け、診療録で結果を確認した際に、血小板が $10,000/\mu\text{L}$ であると誤認したことに、他の誰も気づかなかったのか？」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、「中央検査部の臨床検査技師からのパニック値の報告が、血液検査のオーダーを出した医師に連絡されていたが、これに対応した確認システムがなかったことが今回のアクシデントの一因である」と考える」ということに目を向ける必要がある。ここでは、「なぜ、中央検査部の臨床検査技師からのパニック値の報告が、血液検査のオーダーを出した医師に連絡されていたにもかかわらず、これに対応した確認システムがなかったのか？」「なぜ、中央検査部の臨床検査技師からのパニック値の報告が、血液検査のオーダーを出した医師に連絡されていたにもかかわらず、これに対応した確認システムがなかったのか？」

た医師に連絡されていたにもかかわらず、これに対応した確認システムがないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか？」と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、「主治医も、血液検査をオーダーした医師も、中央検査部の臨床検査技師からパニック値の報告があったことは把握していなかった」ということである。これに対しては、「なぜ、中央検査部の臨床検査技師からのパニック値の報告が、血液検査のオーダーを出した医師に連絡されていたにもかかわらず、主治医も血液検査をオーダーした医師も、中央検査部の臨床検査技師からパニック値の報告があったことを把握していなかったのか？」「なぜ、主治医、または血液検査をオーダーした医師は、中央検査部の臨床検査技師からパニック値の報告があったことを把握できるようなシステムが、事例発生前に構築されていなかったのか？」など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、中央検査部の臨床検査技師が、血液検査のオーダーを出した医師に“パニック値”を報告していても、そのことが認識されず、血小板数が異常値であることの臨床的な意味を鑑みた対応(他診療科への相談など)が検討されずに手術を実施した可能性が想定される。また、当該診療科内において、中央検査部の臨床検査技師から医師に報告された、“パニック値”に関わる情報共有を含めた、患者への適切な対応を実施するシステムが未整備であった可能性も想定される。医師個々が、プロフェッショナルとして期待される対応が実施できるようなシステムの整備が急がれる。

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、“パニック値”の報告後の対応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、「認識不足」「コミュニケーション不足」「情報共有不足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討することが望まれる。

“パニック値”の報告後の対応に関わるインシ

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、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するためのシステム整備・見直しが未実施、4)“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が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)“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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。

“パニック値”の報告後の対応に関わる事例の発生要因から検討する未然防止対策

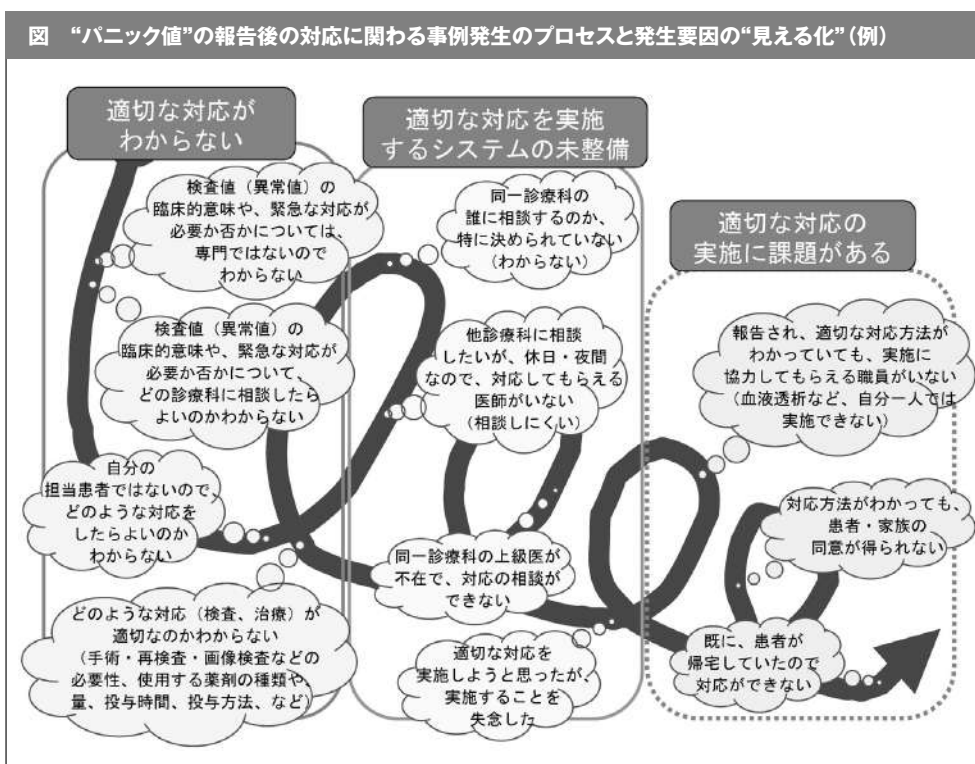
本事例の改善策としては、「入院にて手術を実施する際に、検査結果で異常所見を確認した際には、院内の診療科に診療依頼を行い、連携して治療を行う」「検査結果を確認したことを電子カルテ、もしくは書類上に記録として残す」「職員全員に、検査結果の理解や、異常値が判明した際における、しかるべき対応に関して、最新の情報を得て行動するように促す」などが挙げられていた。

“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”が医師に報告された後

に、適切な対応を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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するためのシステム整備・見直しの実施、4)“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が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)“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”の報告後の対応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、自施設における、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”の報告後の対応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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していない事例の発生が確認された場合には、「なぜ、“パニック値”が医師に報告されたにもかかわらず、適切な対応を実施していないのか?」「なぜ、“パニック値”が医師に報告されたにもかかわらず、適切な対応を実施していないことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、“パニック値”が医師に報告されたにもかかわらず、適切な対応を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



[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55件の事例の記載内容を参考に作成]

ることが望まれる。

“パニック値”の報告後の対応に関わる事例の発生を未然防止するため、本事業における事例検索⁹⁾にて検索された事例の中で、本稿で分析対象とした55件の事例の記載内容を参考にして、「“パニック値”の報告後の対応に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例) (図)を作成した。この際、「適切な対応が分からない」「適切な対応を実施するシステムの未整備」「適切な対応の実施に課題がある」というプロセスで、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、“パニック値”が医師に報告された後の適切な対応に向けて、具体的な方策を検討し、その結果を関連の職員にフィードバックすることが期待される。

3)の「現状評価の結果を踏まえた、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するためのシステム整備・見直しの実施」では、2)の「把握した現状を分析し、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施して

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。“パニック値”が医師に報告された後の適切な対応を実施するためには、どのようなシステムを整備する必要があるのか、を検討し、既に、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するシステムがある場合には、必要に応じて、見直しの実施を検討したい。

4)の「“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施されないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのかを、職員個々が認識できるようなリスクアセスメントを実施することが望まれる。

リスクアセスメントの実施に際しては、医師はもとより、外来・病棟勤務の看護師や、臨床検

査技師にも参加を促して、それぞれの立場で、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施されないことのリスクを共有し、適切な対応が実施できるような方策の検討が望まれる。

5)の「“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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することが求められる。全体を俯瞰して、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するためには、どうしたらよいのか、どのようなシステムが必要なのか、などを職種間や、部署間のコミュニケーションの改善、認識不足の改善、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など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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、合併症の発生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、および夜間、休日などにおいて、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するために、「どのような仕組みの整備が望ましいのか」「どのように職種間で情報共有したらよいのか」「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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施することが、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、「抗凝固剤使用中の患者における、トラブル発生時の対応方法を取り決めた。取り決めた内容を医師全員に周知するとともに、いつでも、電子カルテで閲覧できるようにした」「パニック値に対応する診療体制について、あらためて周知する。パニック値の連絡を受けたときは、医療者複数で情報共有し、治療方針を確認する」などが挙げられている。

今後、自施設において、“パニック値”の報告後の対応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。

“パニック値”の報告後の対応に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、“パニック値”の報告後の対応に着目し、“パニック値”が医師に報告された後に、「患者に必要な対応が実施されたか否か」「患者にどのような対応が実施されたのか」「その対応は適切であったか否か」ということに焦点を当てて、「なぜ、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していないのか?」「なぜ、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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?」という疑問を深め、併せて、事例の発生要因と発生状況から、事例発生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、“パニック値”の報告後の対応に関わる事例発生の現状評価が未実施、および“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するためのシ

表 “パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するためのチェックリスト(例)	
☐	“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していない場合の患者への影響を検討し、適切な対応を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
☐	“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していない事例を検討し、事例発生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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施されにくいのか認識している
☐	“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施されにくい状況を想定し、適切な対応を実施するためのトレーニングを行っている
☐	“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生防止対策を検討し、適切な対応を実施できるようにしている

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、“パニック値”の報告後の対応に関わる事例が、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、「“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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、「“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していない場合の患者への影響を検討し、適切な対応を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」「“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施していない事例を検討し、事例発生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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施されにくいのか認識している」「“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施されにくい状況を想定し、適切な対応を実施するためのトレーニングを行っている」「“パニック値”が医師に報

告された後に、適切な対応が実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生防止対策を検討し、適切な対応を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。

“パニック値”の報告後の対応に関わる事例発生防止における今後の展望としては、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施するための取り組みはもとより、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が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、パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応が実施できるルール・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、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を実施することが望まれる。

今後は、“パニック値”の判明後、「臨床検査技

師がどのような対応を実施したのか」「報告を受けた医師がどのような対応を実施したのか」などのモニタリングの実施を検討し、さらに、臨床検査技師が医師に“パニック値”の報告後、どのような対応が実施されたのか、まで多職種で検討する(振り返る)機会を設けて、明らかになった課題を情報共有することを勧めたい⁷⁾。職員が、“パニック値”が医師に報告された後に、適切な対応を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 医療安全情報. No.111 パニック値の緊急連絡の遅れ. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_111.pdf (accessed 2025 Feb 26)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第42回報告書. https://www.med-safe.jp/pdf/report_42.pdf (accessed 2025 Feb 26)
- 3) 日本医療安全調査機構 医療事故の再発防止に向けた提言 第20号. 血液検査パニック値に係る死亡事例の分析. <https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/teigen20.pdf> (accessed 2025 Feb 26)
- 4) 石川雅彦: Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み” 第30回 パニック値発生時の緊急連絡に関わるアクシデント. 月刊地域医学 2016; 30(4): 294-298.
- 5) 石川雅彦: Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み” 第71回 パニック値の“緊急連絡の遅れ”に関わるアクシデント. 月刊地域医学 2019; 33(9): 742-747.
- 6) 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 2025 Feb 26)
- 7) 石川雅彦: 今月の特集2 パニック値報告 私はこう考える. パニック値の報告にかかわるアクシデント事例からみる再発防止策. 臨床検査 2020; (11): 1318-1323.



岩手県出身 41期の石亀慎也と申します。このたび、このような場で自身の経験を共有する機会をいただけたこと、心より感謝申し上げます。このエッセイを読んで、「若手だからこそできる地域医療がある。やってみると意外と楽しいし、自分も地域も育つ」ということが、伝わることを願っています。

私が勤務していた西和賀町は、岩手県と秋田県の県境に位置する、人口約5,000人の小さな町です。高齢化率は52%を超えていますが、「いのちに格差があってはならない」という深澤晟雄 元村長の理念に基づき、かつては全国で初めて乳児死亡率ゼロを達成したという、歴史ある地域でもあります。

私はこの地域包括ケア病床を含む40床規模の病院で内科医長として、2年間にわたり貴重な経験を積まさせていただきました。医師6年目という若さでこの地に戻ったとき、かつて初期研修で地域医療を学んだこの病院に再び立てたことに、どこか懐かしさと覚悟を同時に抱いたことを覚えています。着任初年度の集合写真には、深澤村長の銅像を囲む医局員の姿があります（私は一番左に写っています）(写真1)。

診療の現場では、患者さんやご家族が徐々にご自身の人生や地域の歴史を語ってくださるようになりました。その語りに耳を傾ける中で、医療とは単なる診断や治療だけでなく、「関係性の構築」にこそ本質があることを実感していきました。少しでもこの地域を盛り上げるために、自身の地域医療での取り組みを3つの視点でまとめてみたいと思います。



院内から広がる挑戦

病院の取り組みとして最初に着手したのは、ポータブルエコーの導入でした。POCUS(Point of Care Ultrasound)の有用性は言うまでもありませんが、それを単なる診療のツールにとどめず、教育の機会とすることを目指しました。

限られた医療資源の中でこそ、学びや実践が密接に結びついていきました。研修医だけでなく、看護スタッフの間にも自然と学びの熱が広がっていき、その取り組みは他地域へも波及しました。やがて排泄エコーの導入を、訪問看護ステーションとコミュニティヘルス研究機構とともに進めるまでに発展しました(写真2は外部講師を務めさせていただいた時の集合写真です)。私が異動した後も、こうした文化が根づくように働きかけることが、今後の大きな課題だと感じています。



写真2 住田町での排泄エコー勉強会の様子

地域との接点から見たこと

周辺の医療介護施設では、ポリファーマシー対策や施設看取りの支援に関わらせていただきました。特に施設看取りの取り組みは初めての経験に戸惑いながらも、家族から「慣れた生活の場で最期を迎えられてよかった」と感謝の言葉をいただいた時、医療者として確かな手応えを感じました。その経験を次に生かすために介護スタッフへアンケート調査を実施し、その結果を用いて振り返り支援を行いました。「もっと病院でできることはなかったのか、点滴などされないのは可哀想」「家族は施設看取りを説得されていたのではないかという疑念があった」と情報共有の至らなさを自覚できました。一方で、「病院では難しい、普段着での最期を迎えられることは、本人・家族にとって幸せなお看取りかもしれないと思った。ずっと抱えていたモヤモヤから解放された。救われた気持ちです」という発言があり、涙する介護職員もいたようでした。終末期の利用者へのケアに対する不安、息を引き取る場面に立ち会うことへの不安、家族対応への不安、成す術がないまま最期を迎えさせてしまうことへの罪悪感や無力感が介護職員のストレスとなっていたことが分かりました。

この経験は、医療・介護の現場で働くすべての人々のウェルビーイングやエンパワーメントについて、私自身が深く考えるきっかけとなりました。

広域医療圏とのつながり

毎週、基幹病院へ診療応援にも赴きました。救急外来での診療枠を自ら希望し、さらに研修医教育の場として、日当直症例の振り返り時間を毎週1時間だけ設けました。振り返りは希望者のみの対応としたため誰も来てくれない日もありましたが、粘り強く続けた結果、1年間で130件以上の症例相談を受け、自身の学びや省察に大きくつながりました。

そのニーズを反映し、朝の勉強会やPOCUSレクチャーも企画しました。非常勤という立場ではありましたが、「できるだけ即座に応える」ことを信条に、1年間継続できたのは、研修医の皆さんの前向きな姿勢と、受け入れてくださった臨床研修委員会の先生方や総務課の皆様の援助のおかげであったと思います。

「医師として」だけではない関わり

診療以外にも、地域との関係はとても深まりました。睡眠教室、フットケアイベント、早朝の山菜採り、農業まつりでの餅まき、特養の夏祭り、高校生との「魅力発見ラボ」など、さまざまな場面で住民の皆さんと交流しました。

さらに病院職員の親睦団体「くるみの会」の会長に就任し、コロナ禍で途絶えていた行事を復活させることにも尽力しました。人との関わりが深くなると、時に「しんどいな」と感じることも正直あります。それでもなお、人と人との関係性の中で得た経験は、他に代えがたい財



写真3 朝活はみんなでわらび採り

産だと強く感じるようになっていきました。

思い出深いイベントは、わらび採りに出かけた朝4時過ぎの一コマです(写真3、私は一番右)。アク抜きをしてから診療に戻るのですが、患者さんたちも同様の活動をしてから受診をしていると思うと…この地域の暮らしを実感できた瞬間でした。

終わりに

地域医療とは、単なる医療行為の提供にとどまりません。そこに暮らす人々の文化や歴史に寄り添い、共に歩む営みであることを、私はこの2年間で改めて学びました。

そして気づいたのは、教育の奥深さ。時にしんどくて、報われないこともあるけれど、「学びが実を結んだ」と感じる瞬間や、学習者から

の「ありがとう」という一言が、何よりの原動力になるのだということです。また、周りで見守って下さっていた先生方のおかげで私も生き活きと活動できました。この場をお借りして本当に感謝申し上げます。

この2年間の実践の末、総合診療専門医を取得することができました。もしこの経験が少しでも誰かの励みになったなら、それほど嬉しいことはありません。医療現場に少しでも若手の勢いやハッピー・ワクワク感を届けられたとしたら幸いです。これからも「教えあう・学びあう」姿勢を大切に、地域医療の可能性を探り続けていきたいと思います。

最後に若手の皆さんには、ぜひ問いかけたいと思います。あなたは、どんな地域医療をつくりたいですか？

石亀慎也(いしがめ しんや)先生 プロフィール

2018年自治医科大学卒業。岩手県立中部病院で初期研修、同病院で総合診療の後期研修を開始。2021年に橋本市民病院へ異動があり、2022年度にチーフレジデントを務めた。2023年度より町立西和賀さわうち病院に異動後、総合診療専門医を無事に取得。とうほくHANDs修了。現在はJPCA専門医部会若手医師支援部門に所属し、キャリアに悩む若手医師や自治医大を含む地域枠の先生の支援に力を入れています！

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。

NDCとの協働を通じて見えたもの

上野原市立病院 内科 野原翔太

はじめに

上野原市立病院の内科に所属している、医師6年目の野原翔太です。私は、練馬光が丘病院で初期研修医と専攻医として過ごし、本年4月より、上野原市立病院で勤務しています。初期研修以来、練馬光が丘病院でも、地域研修先であった上野原市立病院でも、NDCの皆様と働いてきました。初期研修医として働き始めた当初、NDCについては何も知らない状態でした。総合診療科ローテーション中に、NDCという働き方を知り、頼れる同僚として、ちょっと年上のお兄さん・お姉さんとして、そして、ときには良きライバルとして、お互いに刺激を与え合いながら臨床に取り組んでまいりました。本稿では、個人的な経験を踏まえて、NDCとの協働の経験を振り返っていこうと思います。

患者のケアに対する視点の共有

私自身、初期研修時代から、複数名のNDCの方々と働かせていただきました。内科医／総合診療医として働く中で、チーム内にNDCが配置されていることで多くのことを学ばせてもらいました。最も大きなことは、患者ケアの視点(看護の目線とも言い換えられるかもしれません)の実践です。

印象的な出来事があります。70歳代の膀胱ターミナルの方でしたが、腹部の重苦しい痛みと食思不振で入院されていました。オピオイドを導入し、痛みは残りつつも良くなりましたが、食事が摂れない状態が続き、患者本人も辛さを

滲ませる状態でした。ある日に、チームにいたNDCから、「本人も甘いものは好きと言っていたし、患者さんと一緒に散歩して、スタバでも飲みましょう」と提案があった。チームでスターバックスで飲みものを買って、患者さんを車椅子に寄せ、病院の裏手へ散歩に行きました。患者さんはフラベチーノをほとんど飲みきり、部屋に戻った後には、見舞いに来た娘さんに、フラベチーノを飲んだことを自慢していました。癌である自分や、食べられない自分に落ち込んでいた患者さんにも、回診で少し笑顔が増えたように見えました。

緩和ケアとしての介入も求められる中で、身体的苦痛が緩和された後に、社会的な苦痛やスピリチュアルペインが顕在化されることを経験します。今回の例のように、患者を知り、慈しみ、手を添えるような提案がカンファレンスでなされることに非常に大きな意義を感じています。

医学に傾倒していく中で、どうしても医学的な内容のみに注力してしまうことがあります。医師のチームに患者ケアの視点を提供しチーム医療を実践できるNDCがいることで、患者を“診る”だけでなく、“看る”ことを知り、実践することができそうです。

少し余談ですが、私がおむつ交換やシャワー浴、吸引について教わったのは、チームでともに働くNDCからでした。これらのことは病院内における生活の質を担保するものです。先程の話と同様に、医学的な内容は医師の職務において重要ですが、患者さんは入院期間中、病院内で生活をしています。病気を診るだけにとどま



NDC と患者さんの散歩風景

らず、患者を看る視点を持つことで、我々もより良い患者経験（患者が医療を受ける中で得る全ての体験）へ貢献できると考えています。

医師不足の状況でのNDCの役割

地域医療振興協会がNDCの育成に力を入れている理由のひとつが、この医師不足の状況での診療だと思っています。当院の整形外科は現在、常勤医1名と外勤医で、病棟、外来、手術、外傷救急を担っている状態でした。そこに内科／総合診療でのチーム医療の経験があるNDCが加わることで、状況が変わりました。高齢者の外傷が増えている中では、周術期管理や術後慢性期でも内科的なプロブレムが生じることは多々あります。その全てを整形外科医が対応するのは、人員的にも現実的ではないです。その中で、整形外科医と協働するNDCが、それらのプロブレムへの介入を検討し、コミュニケーションをつなぐことで、医師の負担軽減につながり、ひいては、患者ケアの改善につながっています。コマネジメントと近い役割ですが、これらの役割を医師のみで賄える状況にはない病院が多くあると考えます。NDCが、コマネジメントの一部を担い、必要に応じて、内科などの他の医師へもつないでいくことで、より良い

病棟マネジメントが出来上がっていくものです。

他の施設においても、多くのNDCがコマネジメントに携わっているものと思います。施設によって、また、携わる診療科によって、状況は多様なものと思います。そんなさまざまな状況においても、NDCが診療やケアに関わることで、診療の質の改善や患者ケアの改善につながっていくものだと考えます。

最後に

今回改めて、NDCと働く意義を見つめ直しました。これらの経験を通じて、私の中で最も重要視するのは、“医学”と“ケア”の橋渡しとなる存在であることです。患者に起こる問題は必ずしも医学的な解決策があるわけではなく、解決策が日常ケアの中に存在することや、解決策がなくともケアによって患者の経験価値が良くなることがあります。NDCは医師の指示に従うだけでなく、自ら主体的に患者ケアを提案し、チーム医療の一翼を担っている。これらの視点をチームにもたらし、実行する存在として、NDCの価値を感じています。今、共に働くNDCとも、目の前の患者に対してより良い医療とケアを実践できるように邁進していきたいです。

地域医療型後期研修

2025. 4. 6

専攻医生活の振り返り

皆様、初めまして。「地域医療のススメ」東京北医療センタープログラム所属、専攻医4年目の河野と申します。

本プログラムもいよいよ最終学年となり、時の流れの早さを実感しています。振り返ると、専攻医1～2年目は基幹病院での病棟管理、外来診療、当直業務と、目まぐるしい毎日でした。東京の急性期病院で求められる総合診療医とは、一般外来から救急外来、一般病棟からICU管理まで、実に幅広い役割を担うものであることを実感しました。

専攻医3年目、地域研修の行き先を考えていた頃、「もっと自分の視野を広げたい」「これまでと違う環境で経験を積みたい」と思うようになり、診療所での勤務を希望しました。ありがたいご縁があり、昨年10月から青森県の東通村診療所で働いています。



地域医療のススメ

河野香美

プロフィール

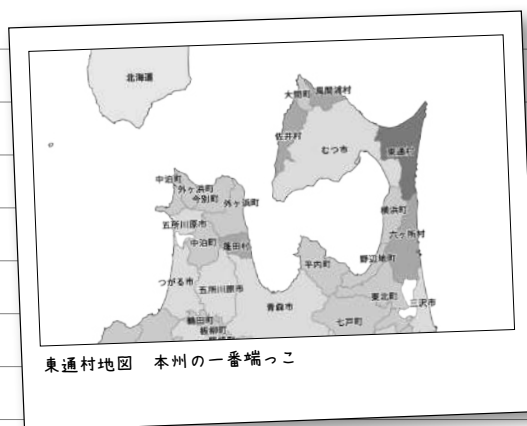
2020年4月～2022年3月

伊東市民病院初期研修プログラム

2022年4月～地域医療のススメ 東京北医療センター

東通村は青森県下

北半島の東端、本州の最北部に位置する村です。初めてGoogle Mapで場所を確認したときは、「本州の一番端っこ」と衝撃を受けたのを覚えています。



東通村地図 本州の一番端っこ

東通村診療所では、一般外来に加え、有床診療所として病棟管理も行っています。さらに、併設の老健施設や、村内の特別養護老人ホームのかかりつけ医も担っており、急性期から慢性期まで幅広い診療に対応しています。まだ研修医だった頃、ある専攻医の先生に「総診ってなんですか？」と尋ねたところ、「総診はカメレオンだ



リレーマラソン みんなで頑張りました。

よ』と言われたことがありました。診療所での勤務も半年が過ぎた今、東京以上に多彩な役割を求められる中で、その言葉の意味を深く実感しています。

さて、ここからは少しだけ Off the Jobの話。東通村では、村民の心身の健康づくりのために、年間を通してさまざまなイベントが開催されて

います。赴任して間もなく参加したリレーマラソンでは、800mを2回走ることになり、運動不足を痛感しました。その他にも、そば打ちやガレット作り体験、バードウォッチング、美術館ツアーなども行われていて、暮らしの中に楽しみがたくさんあります。

もともと、いわゆる「ペーパードライバー」だった私も、今では村内外のさまざまな場所へ出かけられるようになりました。日本三大霊場のひとつである恐山で三途の川を見たり、大間でマグロを堪能したり、温泉に癒されたり。港が近いので、地元のスーパーには見たことのない魚の切り身が並んでおり、見るだけでも楽しいです。とはいえ、まだどの魚のどの部位なのか分からず、購入には至っていません。



三途の川

自宅で過ごす時間も増えたため、時間のかかる料理にも挑戦するようになりました。最近では鶏ガラを煮込んでスープを作ったり、きりたんぽを手作りしたり。仕事だけでなく、Off the Jobでも新しい経験を重ねることができ、大変充実した日々を送っています。



百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～ 第2弾



第4回



宮城県女川町出島での住民座談会に ファシリテーターとして参加して

吉川 紫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



自治医科大学医学部5年の吉川紫と申します。地域医療研修2日目に行われた「出島住民座談会」に参加しましたので、学んだこと、感じたことをお伝えいたします。

いづしま
出島は宮城県牡鹿郡女川町に浮かぶ有人島です。かつては島内に国保診療所がありましたが、東日本大震災の影響により閉鎖となりました。震災直後で島の瓦礫にまだ手付かずの状態だった頃、全島避難から少しずつ島に戻り始めた人々が漁の準備をされていたそうです。その姿を見た女川町地域医療センターの齋藤充先生は、島の人々の生活を支えることに使命を感じ月1回の巡回診療を始められ、島の医療を支えてこられました。この度（2024年12月19日）、本土と島を結ぶ出島大橋が開通しました。これを機に私たちは出島にお住まいの方と齋藤先生との座談会に企画段階より参加し、巡回診療への思いも含めてこれまでの医療で不安に思っていたことはあるか、また橋が架かったことにより今後期待することは何なのかの2点をグループワーク形式で意見交換しました。

これまでの巡回診療については「島にいなながらも、医療を受けられ助かった」という声や「先生の顔を見ると安心した」といった声が聞かれました。齋藤先生は巡回診療という限られた時間の中でも、診療に来られた方の話をとに



出島の地図

かく「聞く」ということを心がけていらっしやったそうです。島民の方々の不安を少しでも解消したいという先生の思いがしっかり島民の方々へ伝わっているのだと感じました。一方、これまで不安だったこととして、特に夜間の急病時のことが話題に挙がりました。くも膜下出血になった方を近所の方が総出で運んだが助からなかったということもあったとも伺い、橋ができたことにより、緊急時医療への安心感は大きいと感じました。

今後については、医療、福祉、介護サービスが本土と同じように受けられることへの期待の声もありました。しかし、まだ橋ができたばかりでこれまでと違い何が可能になり、楽になるのかまだよく分からないという意見も複数出ま



出島での座談会の様子

した。また期待の声とは別に、橋の開通によって出入りする島の外の人々に対して不安を感じ、家に鍵をかけるといった防犯を意識するようになったという声も議論の中で出てきました。

橋が架かることにより、さまざまなサービスを本土の人々と同じように受けられるという点から見れば、橋の開通は大きなメリットです。しかし「島でずっと生きたい。のんびり暮らし

たい」という願いを持っている出島の方々にとって、橋の開通によってもたらされる変化はメリットだけではないことが伝わってきました。齋藤先生も島の人々が新しい環境に順応できるかどうかということを気にかけていらっしゃいました。

座談会にご参加くださった出島の方は60代から90代でしたが皆様お元気で、お友達との会話を楽しまれている姿が印象的でした。住民の方々が橋の開通によるメリットを実感しながら、出島が今後これまで以上に人々の暮らしに密着した素晴らしい場所となることで、これまで出島で紡いでこられた人々の心を大切にすることができると思います。今後も住民の方々の笑顔が増えることを願っております。

最後に、実習を行うにあたり協力してくださった全ての方々に感謝いたします。ありがとうございました。



出島座談会後の集合写真



Profile

吉川 紫(自治医科大学50期・広島県出身)

出身高校：ノートルダム清心高校

部活：クラシックバレエ同好会, 東洋医学研究会, IMC(国際医療文化研究会)

自治医科大学

JICHI MEDICAL UNIVERSITY

now
2025.6

医師国家試験の結果について……………

2月8日(土)～9日(日)の2日間にわたり実施された第119回医師国家試験に、本学からは135名が受験し、3月14日(金)に合格者の発表がありました。

その結果は、134名が合格(合格率99.3%)し、全国第2位の成績を収めました。

<第119回 医師国家試験 合格率順位上位校>

順位	学校名	合格率(%)
1	国際医療福祉大学医学部	100
2	自治医科大学	99.3
3	兵庫医科大学	99.1
4	福井大学医学部	98.4
5	順天堂大学医学部	97.9
6	横浜市立大学医学部	97.7
7	金沢大学医学部	97.6
8	浜松医科大学	97.5
9	藤田医科大学医学部	97.3
10	佐賀大学医学部	97.1
10	福島県立医科大学	97.1

自治医科大学入学式が挙行されました……………

4月4日(金)、地域医療情報研修センター大講堂において、令和7年度自治医科大学入学式が執り行われました。開催にあたっては入学生、ご来賓、入学生の父母等および学内関係者が出席しての開催となりました。

式では、永井良三学長の式辞、大石利雄理事長の挨拶に続き、総務大臣(代理:恩田馨総括審議官)、栃木県知事(代理:斎藤文隆保健福祉部次長)、日本医師会会長(代理:細川秀一常任理事)、望月泉全国自治体病院協議会会長、朝野春美栃木県看護協会会長からそれぞれご祝辞をいただきました。

今年度は、医学部123名(第54期生)、が入学し、医学部を代表して、沖縄県出身の玉城日華梨さんから、誓いの言葉が読み上げられ、式は滞りなく終了いたしました。



自治医科大学大学院修了式が挙行されました……………

3月17日(月)、永井良三学長、大槻マミ太郎副学長、尾仲達史医学研究科副研究科長、および大学院関係教職員の臨席のもと、令和6年度大学院修了式が執り行われました。

式では、永井学長から、医学研究科修士課程6名、博士課程26名、看護学研究科博士前期課程2名、看護学研究科博士後期課程2名の計36名に対し、それぞれ学位記が授与されました。

**自治医科大学大学院入学式および
大学院医学研究科研究奨励賞授与式が挙行されました……………**

4月3日(木)、永井良三学長、大槻マミ太郎副学長、尾仲達史医学研究科副研究科長、大学院関係教職員の臨席のもと、令和7年度大学院入学式が執り行われました。

式では、医学研究科修士課程4名、博士課程22名、看護学研究科博士前期課程8名、博士後期課程4名の計38名がそれぞれ永井学長から入学を許可されました。

入学生は、修士課程および博士前期課程においては、専門性を要する職業等に必要な高度な能力の修得を目指し、博士課程および博士後期課程においては、高度な研究能力とその基礎となる豊かな学識の修得を目指して、優れた研究者となるべく日夜研究に励まれます。

また、入学式に引き続き大学院医学研究科研究奨励賞授与式が行われ、永井学長より受賞者6名へ賞状および副賞が授与されました。「自治医科大学大学院医学研究科研究奨励賞」は、将来の発展が期待できる優れた着想を持つ研究の奨励助成することを目的として、平成9年度から一般財団法人自治医科大学協栄会の支援により実施しています。

《医学研究科研究奨励賞受賞者》

氏名	学年	研究課題
川村俊人	3年	同種移植とサイトメガロウイルスに関わる治療成績改善のための現状解析
劉 嘉瑩	3年	過分極で開くヒトHCNチャネルの開閉機構の解明
相澤栄俊	4年	イリノテカン誘導性腸管粘膜傷害におけるGasdermin Eの役割の解明
甲州希理	4年	SSADH欠損症の遺伝子治療開発と疾患スクリーニング検査の確立
野口光央	4年	日本独自の異種移植医療実現に向けた「ヒト-ブタハイブリッド腎臓」の作出
吉村一樹	4年	Single-cell multiome解析によるATLLの治療抵抗性の機序解明



病児保育DXワークショップ
- 誰もが利用しやすい病児保育を目指して- を開催しました……………

本学の教職員，理事，厚生労働省の所管となる方，自治体(下野市，栃木県等，こども家庭センター，ならびに医療や子育て関連部署)関係者，病児保育や子育て支援に興味関心を持つ自治体職員，医療関係者，市民の方を対象に，2月22日(土)下野市との合同で病児保育DXワークショップを開催しました。

開催目的

1. 厚生労働省・子育て世代の「医療職支援事業」に採択された。

採択された事業企画書に「自治体と地域の施設への病児保育合同説明会の開催」と記載しており，地域の医療機関や保育施設と連携を強化するための情報交換の場を提供する。

2. 病児保育の問題や課題を整理し，全国に普及可能な支援モデルの議論と情報共有の場を設ける。

3. 地域の方々が利用しやすいように，地域の病児保育の問題と小児科領域の遠隔診療に関する議論と情報共有の場を設ける。

大槻マミ太郎副学長のご挨拶で開会し，続いて石川由紀子センター長から開催概要を説明しました。本イベントには学内の職員，市内外の病児保育・保育施設・医療施設・行政から53名が参加し，講演およびワークショップを通じて，情報共有がなされました。最後に坂村哲也下野市長から，当日のイベントの感想や病児保育推進の現状と今後の育児支援の連携についてご挨拶を賜られました。

厚生労働省・子育て世代の「医療職支援事業」
医療職のキャリア促進と医療機関の働き方改革を推進する病児保育のDX活用

病児保育DX
～誰もが利用しやすい病児保育を目指して～
2025年2月22日(土) 13:00～15:30 定員60名
自治医科大学 立体駐車場棟 1階大会議室

13:00～13:05 ◆開会挨拶 大槻マミ太郎(自治医科大学 副学長)

13:05～13:10 ◆企画概要説明 石川由紀子(医師・研究者キャリア支援センター センター長)

13:10～13:25 ◆仕事と育児の両立 ～子どもが病気の時どうする？～ 中村善代子(自治医科大学附属病院 医師)

13:25～14:10 ◆地域の病児保育の現状とこれから 病児保育予約サービスの操作をやってみよう 園田正樹(株式会社グッドハート代表取締役 /東京大学医学部 産婦人科学教授)

<休憩>

14:20～15:05 ◆小児科における遠隔診療の活用 遠隔診療体験～届けていても増設診療が可能な1～ 門田行史(医師・研究者キャリア支援センター アドバイザー)

15:05～15:20 ◆質疑応答

15:20～15:30 ◆閉会挨拶

お申し込み

参加ご希望の方は右記のフォームよりお申し込みください
締切: 2025年2月14日(金)
託児室の利用も可能です(会費のみ、先着6名)
利用の際は下記までお問い合わせください

主催: 自治医科大学 医師・研究者キャリア支援センター
0285-68-7561(内線2448) E:career-support@jichi.ac.jp

会場: 下野市

参加者数

女性	38
男性	15
合計	53

学内・学外別参加者数

学内	21
学外	32
合計	53

参加者職種

自治医科大学職員・関係者	22
市外医療機関・病児関係	16
市内幼稚園・保育園	7
市役所関係	2
団体職員	1
民間企業	3
個人	2
合計	53

680(88)

月刊地域医学 Vol.39 No.6 2025

報告
各種お知らせ
求人

・・・お知らせ

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(<https://jadecom-hekichi.com/2025/>)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)とオンラインと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てくださいと思います。

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 (時間は現時点での予定であり、変更する場合があります)

6月28日(土)

12:00～13:00	学生セッション「学生が斬る! 地域医療」
13:30～14:10	大会長講演「総合診療のやさしい未来図 ～地域で、暮らしとともにある医療を～」 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)
14:10～15:40	高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)候補演題発表
14:20～15:40	<鳥取県・徳島県企画> 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～
15:50～17:10	<広島県・山口県企画> 未来の地域医療 ～ダウンサイジングに灯をともし～ <岡山県・高知県企画> 地域医療と災害医療の親和性 ～きたる南海トラフ地震に備えて～
17:20～18:20	<島根県・香川県企画> ワークライフバランス今昔 そして、未来 一般演題発表
18:30～18:45	理事長講演
18:45～20:45	表彰式・交流会

6月29日(日)

- 9:00～10:00 <愛媛県企画> 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
10:10～11:10 招聘講演「井の中の蛙, 大海を知り, また井にカエル」
前川恭子先生(萩市国民健康保険むつみ診療所 所長)
11:10～12:40 メインシンポジウム
「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～」
座長
杉山圭三(愛媛県立中央病院 総合診療科部長)
原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長)
シンポジスト
山下大輔先生(オレゴン健康科学大学家庭医療学講座 地域医療振興協会寄附
講座担当教授)
長嶺由衣子先生(東京科学大学 公衆衛生学分野 非常勤講師)
花戸貴司先生(東近江市永源寺診療所 所長)

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

学会参加申し込み：下記特設ホームページからお申し込みください
特設ホームページURL：<https://jadecom-hekichi.com/2025/>



・・・お知らせ

研修会

令和7年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、栃木県が発行元として発行する「地域医療等振興自治宝くじ」の収益金を主な財源として、自治医科大学との密接な連携のもとに、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を開催しています。

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

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

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

令和7年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ (<https://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

- 6月 診療放射線技師研修会、薬剤師研修会、栄養管理研修会、臨床検査技師研修会
- 7月 健康企画・評価研修会
- 8月 保健活動研修会、看護師特定行為研修修了者スキルアップ研修会
- 9月 健康学習研修会
- 10月 口腔ケア研修会、災害保健研修会、リハビリテーション研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会、災害薬事研修会

現地研修会

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

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

問い合わせ

(公財)地域社会振興財団 事務局総務課研修係

住所 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436

E-mail (中央研修会) chuokenshu@zcssz.or.jp (現地研修会) genchi@zcssz.or.jp

URL <https://www.zcssz.or.jp/>



アーカイブ

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 アーカイブのお知らせ

令和7年2月10日(月)に開催されました栃木県災害医学寄附講座の開講記念シンポジウムの様子をアーカイブで配信することとなりましたのでお知らせいたします。

開催日は月曜日でしたので現地に來ることが難しかった方々も多かったと思います。

このたびその時の模様を録画し皆様にご覧になっていただける準備が整いました。アーカイブの期限は設けておりませんので、下記URLよりアクセスいただき、必要事項をご記入の上、ご視聴いただきますようお願い申し上げます。

自治医科大学 栃木県災害医学寄附講座 松村福広

配信開始日：2025年4月1日(火)

URL：<https://www.jichi.ac.jp/emerg/20250210symposium.html>

必要事項を入力いただきますと、折り返し動画URLを記載した自動返信メールが届きます。

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 福地貴彦(埼玉2000年卒)

E-mail chicco@jichi.ac.jp

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター リウマチ膠原病科 スタッフ募集

さいたま地域で働きたい先生を若干名募集します。3年間で、外来では約100例の関節リウマチ、入院では約100例の膠原病疾患を経験でき、専門医取得に十分な症例数です。

2024年実績

外来：初診324人、他科コンサルト102人(内訳：関節リウマチ73人、そのうち新規発症30人)。

入院：延べ110人。新規発症リウマチ膠原病疾患41人(内訳：血管炎症候群15人、皮膚筋炎8人、全身性エリテマトーデス5人、など)。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター リウマチ膠原病科 教授 長嶋孝夫

TEL 048-647-2111 FAX 048-648-5166 E-mail naga4ma@jichi.ac.jp

・・・お知らせ

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

自治医科大学 「消化器外科&救急ダブルボード取得コース」のご案内

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

コースの特徴

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

募集要項

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

勤務開始時期や給与、自治医大周辺の教育事情、研修後の進路などの個別相談も可能です。

問い合わせ・連絡先

消化器一般移植外科：伊藤 誉(福井25期) 96003hi@jichi.ac.jp
救命救急センター：伊澤 祥光(栃木19期) yizawa@jichi.ac.jp

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育 センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

・・・会員の皆さまへ

会費のご案内

1. 年会費について

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

準会員……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員、法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

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

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

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

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

北海道 医師募集



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

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



受付 2022.7.6

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名

診療科目：精神科、児童・思春期精神科
 病床数：168床（稼働病床77床）
 職員数：105名（うち常勤医師6名）
 所在地：〒080-0334 音更町緑が丘1

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

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

受付 2022.6.16



北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

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

病床数：91床
 職員数：72名（うち常勤医師8名）
 所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110
 連絡先：北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

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

受付 2022.6.16



※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道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：北海道が負担します

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。



・・・求人病院紹介

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名

診療科目：総合診療科（院内標榜）

病床数：無床

職員数：19名（うち常勤医師2名、非常勤医師3名）

所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

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

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

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



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



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中です。

医療福祉センター全体では故山口昇先生のご指導のもと、地域包括ケアは保健医療福祉を一体化して進めてきました。介護予防には大きな成果が出ています。また、町内福祉施設では要介護度の軽症化の実績をあげてきました。2024年4月からは子育て支援課を含め、また包括ケアの特徴を生かして、重層的支援事業にも取り組んでいます。

前沢政次事業管理者兼院長が27年ぶりに当院に復帰し、病棟は2023年4月からダウンサイジングし、現在は一般病室34ベッド、地域包括ケア病室26ベッド、療養病床39ベッドで運営し、収支が大幅に改善しています。

学生に対する地域医療介護実習(6週間など)、研修医に対する地域医療研修(1～2ヵ月)、総合診療専攻医に対する研修(6ヵ月)にも力を入れています。わくや総合診療専門医養成プログラムも開始しています。

<https://www.town.wakuya.miyagi.jp/kenko/kenko/hospital/index.html>

受付 2025.1.17



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：79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く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

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

岡山県

岡山市久米南町組合立 国民健康保険福渡病院



●内科・外科・整形外科 若干名

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

病床数：52床

職員数：65名（うち常勤医師2名，非常勤医師3.2名）

所在地：〒709-3111 岡山県岡山市北区建部町福渡1000

連絡先：事務局 事務長 野田

TEL 086-722-0525 FAX 086-722-0038

E-mail fukuhos8@po10.oninet.ne.jp

特記事項：福渡病院は岡山県のほぼ中央部の，岡山市北区建部町地域と久米南町の人口約9,300人の地域にあります。この地域にはほかに入院施設が無く，地域医療を支える最前線の自治体病院です。外来診療（一般，専門），透析，入院診療，訪問診療，可能な範囲の救急医療等を行い，地域を愛する病院として頑張っています。副院長，将来の院長候補となり，医療の谷間に灯をともしていく仲間を求めています。

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

受付 2023.11.15

長崎県

長崎県内離島・ へき地の公的医療機関



●内科，外科，小児科ほか

※マッチング成立状況に応じて随時変動します。

連絡先：ながさき地域医療人材支援センター 事務局 山下

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

E-mail info@ncmsc.jp

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

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

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

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



受付 2024.12.23

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 笠木

TEL 0885-42-2555 FAX 0885-42-3343

E-mail byouin@town.katsuura.l-tokushima.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

上天草市立上天草総合病院



●内科・外科・整形外科 若干名

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

病床数：195床

職員数：360名（うち常勤医師14名）

所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

連絡先：事務長 山川

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

E-mail y-yamakawa@cityhosp-kamiamakusa.jp

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

当院は，「信頼される地域医療」を基本理念としており，看護学校，介護老人保健施設，訪問看護ステーション，居宅介護支援センター等を併設し，上天草地域の地域包括ケアの中心的な役割を担っています。

現在，地域の医療ニーズに応えるため，急性期，回復期，慢性期の医療を行っていますが，医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡，また見学にいらしていただければと思います。

何卒よろしくお願い致します。

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

受付 2024.2.1

熊本県

球磨郡公立多良木病院企業団

●訪問診療，消化器内科，循環器内科，
呼吸器内科 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 jinji@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实践するへき地医療拠点病院として，
附属施設の総合健診センター，介護老人保健施設，地域包括支
援センター，在宅医療センター等を有しており，包括的な医
療福祉提供の要として機能しています。また，へき地診療所
2カ所等へ定期的に医師派遣をしており，へき地医療にも寄
与しています。

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

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

受付 2024.3.5

鹿児島県

鹿児島県立北薩病院

●総合診療科・内科 若干名
（常勤・非常勤応相談）



診療科目：内科，呼吸器内科，循環器内科，脳神経内科，小児科など

病床数：運用病床60床（うち地域包括ケア病床9床，第2種感染症病床4
床）

職員数：160名（うち常勤医師11名，非常勤医師13名）

所在地：〒895-2526 鹿児島県伊佐市大口宮人502-4

連絡先：事務長 久永

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

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

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

地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。

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



受付 2024.7.22

・・・公衆衛生医師募集

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

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>



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 魚住

〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-22
TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項: 公衆衛生の分野には、感染症対策だけではなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。

私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康というのちを守るという大きな責任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>



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 若干名

勤務先: 本庁、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等

連絡先: 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

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

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

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

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



福岡県

保健医療介護部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 6名

勤務先: 保健福祉環境事務所等(9カ所)、福岡県庁

連絡先: 福岡県保健医療介護部保健医療介護総務課総務係 山田

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

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

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

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

鹿児島県

保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 7名

勤務先: 保健所(県内13カ所)、県庁

連絡先: 鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課 主幹 西

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

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

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

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

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



自治体病院・診療所 医師募集

全国各地の
自治体病院・診療所の
求人情報を
WEBで公開!!



登録からサービスの利用まで
全て無料!

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

医師転職をサポートします

自治体病院・診療所

検索



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



公益社団法人 **全国自治体病院協議会**

自治体病院・診療所医師求人求職支援センター

〒102-8556 東京都千代田区平河町2丁目7番5号 砂防会館 本館7階

TEL:03-3261-8558(直通) FAX:03-3261-1845 E-mail:center@jmha.or.jp

各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 下平

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

投 稿 要 領

2021年9月改訂

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

1) 本文の保存形式：作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する。
画像の保存形式：JPEGかBMP形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。これらの画像等を組み込んで作成した図は、各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける。

2) 必要書類：掲載希望コーナー、著者名と所属、連絡先(住所、電話番号、FAX番号、Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋、および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書。

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原著作者の権利を含む)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」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 へき地医療研究センター アドバイザー)
	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 へき地医療支援センター長)
	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(一般社団法人 ケアと暮らしの編集社)

(50音順, 2025.4現在)

編集後記

今月の編集後記は、廣瀬英生が担当します。

対談「個・孤の時代に難民とならないために」では、個別の問題に取り組む方はいても、その人全体の問題に触れる方がなかなかいないということを考えさせられました。それに引き続く特集記事では、令和の日本が直面する高齢者問題と今後について、多くの衝撃的なデータが挙げられました。その中には、引き取り手がない遺体が年間約4万人もいるという数字も含まれています。現在も身寄りがなく治療や最期の意思決定に迷う場合もあり、今後はさらに大きな問題となっていく可能性があります。われわれが直面している前人未到の超高齢化社会に対応するため、社会福祉士の役割が再確認されています。

水関清先生が函館の地域医療の歴史について貴重な投稿を寄せてくださいました。やはり地域ごとにいろいろな歴史があるのですね。

「Let's Try! 医療安全」のコーナーでは、パニック値のことが取り上げられました。本稿ではパニック値が出た場合の速やかな報告体制の構築とともに医師の迅速な対応の重要性について述べられています。

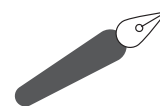
「私の地域医療」では、西和賀町が取り上げられており、伝統に基づきつつもPOCUSやポリファーマシー対策など新しい視点での地域医療の取り組みが紹介されました。地域医療の聖地とされる沢内村も一度は訪れたいものです。

「特定ケア看護師の挑戦」では、NDCの役割について具体的な経験をもとに記述されていました。医師不足の中で新たな可能性が見えてきました。

「研修医日記」では、東通村診療所での経験を通じて実践力を持つ総合診療医に成長した姿がうかがえました。

「百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～」では、女川町^{いづしま}の出島についての報告がありました。橋が架かるなどの交通網の変化が地域医療に与える影響が大きく印象に残る事例でした。

廣瀬英生



月刊地域医学 第39巻第6号(通巻464号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2025年6月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル 3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

第18回 へき地・地域医療学会

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～

開催日 / 2025年 **6月28日(土) 29日(日)**

会場 / 海運ビルとオンラインとのハイブリッド開催
(東京都千代田区平河町)

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

実行委員長 **杉山圭三**

愛媛県立中央病院 総合診療科部長

副実行委員長 **原田昌範**

山口県立総合医療センター
へき地医療支援センター センター長

招聘講演

『井の中の蛙、大海を知り、
また井にカエル』

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

シンポジスト

山下大輔 先生

オレゴン健康科学大学家庭医療学講座
地域医療振興協会寄附講座担当教授

シンポジスト

長嶺由衣子 先生

東京科学大学
公衆衛生学分野 非常勤講師

シンポジスト

花戸貴司 先生

東近江市永源寺診療所 所長

<https://jadecom-hekichi.com/2025/>



JADECOM

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

島根県 津和野



9784909117991



1923047006004

ISBN978-4-909117-99-1
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)