

総合診療・家庭医療に役立つ

12

2019
Vol.33-No.12

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

地域で診る 更年期症候群

企画 伊藤雄二

地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長
市立恵那病院 副管理者・産婦人科部長

●インタビュー

「持続可能な地域医療を目指して」

上田祐樹

西浅井地区診療所 管理者
にしあざい診療所 所長

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.33—No.12(2019年)

目次

インタビュー

- 持続可能な地域医療を目指して／上田祐樹 2

特集 地域で診る更年期症候群

- エディトリアル／伊藤雄二 10
●女性のライフステージにおける更年期，周閉経期の意義／城向 賢 11
●更年期障害の病態と治療(ホルモン補充療法を中心に)／篠原康一 16
●ホルモン補充療法と脂質代謝／若槻明彦 23
●漢方治療とその留意点／大澤 稔 29
●補完代替医療とその留意点(エクオールを中心に)／安井敏之・松浦幸恵 35

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74回“判断の誤り”に関わるアクシデント事例を未然に防止する！
—“プロフェッショナルとしての判断”と未然防止対策—／石川雅彦 42

ちょっと画像でCoffee Break

- X線クイズ／伊藤大輔 49

REPORT

- 第13回 JADECOCOM 学術大会 52

離島交換日記

- 地域研修 ～隠岐島前の現状～／福田聡司 94

JADECOCOM-NDC 研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 横須賀市立うわまち病院における特定ケア看護師の存在意義／畑 貴美子 96

研修医日記

- トンネルを抜けると，そこにはお好み焼きがあった。／高橋史彦 100

自治医大NOW

- 「第10回自治医科大学顧問指導・学外卒後指導委員会合同会議」を開催／
「地域フォーラム2019」開催／第18回自治医科大学シンポジウム開催 103

- お知らせ 110
求人病院紹介 116
投稿要領 119
総目次 121
編集後記 巻末

INTERVIEW

西浅井地区診療所 管理者
にしあざい診療所 所長
上田祐樹先生



持続可能な地域医療を 目指して

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

初めて赴任した一人診療所に、再び戻って

山田隆司(聞き手) 今日滋賀県のにしあざい診療所に上田祐樹先生をお訪ねしました。ここはこの春に移転オープンしたばかりで、開所式には私も参加させていただきました。

まず、大学を卒業してからの先生の経歴を簡単にお話いただけますか。

上田祐樹 私は滋賀県の大津市出身で、平成14年に自治医科大学を卒業しました。卒業後2年間、大津赤十字病院で内科系の初期研修をして、卒業後3年目から4年間、甲賀市の信楽中央病院へ赴任しました。信楽中央病院は当時50床のいわゆる総合診療の病院で、外来や入院、さらに在宅も経験しました。

その4年間で終わったあとに長浜市西浅井町

の永原診療所という一人診療所に赴任しました。卒業後7年目でした。滋賀県の一番南から一番北に来たという感じですね。そこで義務年限が3年残っていたので3年の予定でしたが、後任がいなかったということもあってもう1年いることになり、合計4年、永原診療所にいました。

山田 そこで義務が終了してその後はどうしたのですか。

上田 以前は消化器の内視鏡に興味があって、それで頑張っていればいいという気持ちがあったのですが、永原診療所で地域医療に従事して、外来や在宅、看取りを通して地域をみるということに魅力を感じました。しかし、自分がこのままここにいることが本当に地域にとっていいの

かというのを考えたときに、もう少し自分のレベルが上がったほうが地域に貢献できるのではないかと思いました。最後の年にはある程度慣れてきたので、確かにやりやすくなりましたが、自分のレベルがこの地域の医療レベルになるという危機感があり、もう一度学び直したほうがいいと思いました。そこで自治医大総合診療部に帰ることにしました。そこでは地域医療とは全く別世界で、いわゆる病院総合診療に携わることになりました。

山田 そうでしたね。そのころ、附属病院の中に総合診療部を作ったのでしたね。

上田 はい。本当に重症で他院では対応できないような患者さんの診療にあたりしました。

山田 他の診療科では受け取ってくれないような症例とか……。

上田 そういう患者さんもおられました。地域で診ていて、重症化した患者さんを病院へ送った後の診療を理解することができたので、非常に勉強になりました。その総合診療部門に3年間いました。

山田 最初から3年間と決めていたのですか。

上田 決めていたわけではないのですが、自分はや

はり地域医療がしたかったということがあって、ちょうど3年経ったときに以前にいた西浅井町の診療所が、今後の医療体制を見直すという前提で地域医療振興協会の指定管理になるという話を聞いて、自分にとって地域に戻るタイミングかなと。この地域で地域医療を経験して魅力を感じるようになったという思いもあり、ここで力を出していけたらと思いました。

山田 医師不足の滋賀県にとってもウェルカムだったわけですね。

上田 滋賀県の方にも喜んでいただいて「よく帰ってきた」と言っていただきました。

山田 当時滋賀県は医師不足が深刻で、協会のふくしあの中村泰之先生が乾いた雑巾を絞るようにして時間を作って診療支援をしていましたね。その中村先生から話を聞いて先生にお会いすることになり、協会がこの指定管理をする際に先生に初代所長をお願いしたのですね。

塩津診療所も一緒に指定管理になったのでしたね。

上田 はい。そうです。この西浅井の永原診療所と塩津診療所、それから菅浦出張診療所の3つセットで指定管理での運営を始めました。

管理者の立場になって

山田 以前にここにいたときと、管理者として赴任されている今では、違ったことはありますか。

上田 違いはかなり大きいと思います。診療自体は別段変わっていませんが、環境だけでなく、いろいろ考えることが変わりました。義務年限内の決まった期間、または県からの派遣で赴任しているときは、この何年かを頑張ればいかなというものが少しあって、診療所の運営についても10年先、20年先を見ることはなかったよう

に思います。でも指定管理での運営後は、この地域の医療をどうするか考えるということも一つの任務となりました。

山田 なるほど。地域医療のあり方を提案していくという、腰の据わった取り組みができるようになった訳ですね。かつては公務員であり何事も役所にお伺いをたてる必要があったわけですが、指定管理になったことで、先生は診療所長であると同時に事業管理者であり、経営に対しても

一定の責任を負わなければならない立場になったわけですよね。それについてはいかがですか。

上田 確かに今は指定管理者としての責任を強く感じます。一方で、こうしたいという思いがあれば自分の判断で突き進めるという強みもあるかなと思っています。

実は、私が義務で赴任していた間に西浅井町は市町合併を経験しました。初めは西浅井町の診療所だったので、役場が診療所の目の前で距離的にも近く、町長さんや役所の方と直にコミュニケーションを取ることができて、とても動きやすい環境にありました。ところが平成22年に長浜市に吸収合併されて、西浅井の中心であった場所が長浜市の中心からは最も遠いという状況になりました。市と緊密にコミュニケーションを取ることが難しく、課題が山積する中、かなりストレスな状況でした。

山田 平成の大合併のときに、自治医大の卒業生の多くは吸収合併される側の診療所等に在籍していて、先生がおっしゃるように、新しい市政の中では発言力も乏しく、保健事業にしろ、福祉事業にしろ、地域医療を実践していく上でそれまでのような行政と一体となった展開が難しくなり、ストレスを感じた卒業生は多いと思いま

す。長浜市は湖北地域のかなり広域的な合併だったということもありますよね。

上田 市の立場も理解はできるのですが、その地域に根ざして何かをしたいという際には、行政の規模が大きすぎるとやはり動きにくいところがあるのかなと思います。

山田 確かにそうですね。今は指定管理になったことで運営に対する協議ができる枠組みができて、先ほど先生がおっしゃったように、一方で責任は大きくなったかもしれないけれど、一方では、協会という地域医療の専門的な集団として自治体に対して一定の発言力があるのではないかと思います。

上田 それはとても大きいです。以前いたときには私が市長さんとお会いする機会はほとんどなく、自分の考えを伝えられる機会もほとんどありませんでしたが、今はお話しする機会も増え、市長さんに顔を覚えてもらえるようになりました。こうしたらよいのでは？という提案も、行政組織の中で進めていくとなると一つひとつ時間がかかりますが、今はパートナーとして行政に提示して、行政が乗ってくれば進めていけるという非常に動きやすい環境になっていると思っています。

全ては地域、住民のため

山田 協会が長浜市と指定管理をさせていただく話をした時点で、永原診療所と塩津診療所を統合して西浅井地区の新しい体制を進めていこうという設計図がありました。協会がバックアップしたとはいえ、それを推し進めるのは苦難があったのではないですか。

上田 当初住民にとっては「統廃合」というイメージで、2カ所あるのが1つになって我慢しなくて

はならないと感じてしまう部分もあったかと思っています。でも、私としては、まとまることによって自分たちの力をより発揮でき地域に役立てると思っていました。それでも地域から反対の声が出るということは、こちらの考え方や情報が地域の人たちにきちんと伝わっていないのが原因であろうと思いました。そこで住民や有志の集まりの場で、診療所の現状や、どういう仕事

に取り組んでいるか、10年後にこの地域はどんなふうになっているか、全国的に医療界では今どういうことが問題になっているのかということをお伝えしました。知らないまま地域が放置されると手遅れになるということ、危機感を持って分かってもらうのが大事だと思いました。

山田 やはり今あるリソースをうまく使って、質を低下させずに医療サービスを継続させる。統合はそのための一つの便法だと思うのです。これまでは2カ所あったのでどちらも歩いて行けたのに、今度からは片方の住民は車やバスで行かなければいけないという面は致し方ないと思うのです。ただ、そこを先生方が住民説明会などでしっかり説明されて、地域の人たちも納得してくれたのではないのでしょうか。

上田 診療所が2つあるというのは、西浅井の人口が今よりも多かった昭和40～60年頃の状況に合った体制だと思います。当時は若い人も多く、予防注射や健診、町の保健事業などに対応する診療所が近くにあるということが大事だったのだと思います。でも今は、地域人口が減る一方で高齢者の割合は増加する中、在宅患者さんも増えて、町内で2カ所の1人診療所を別々に運営していく体制では対応しきれず、今回「にしあざい診療所」に統合という形になりました。でも20年後、30年後もこれでいけるかというところではないと思います。さらに先を予測しながら、次の手を考えていかなければならないと思っています。

山田 そうですね。ますます高齢化する日本では、都市部も含めて、医療の提供のあり方は、その地域のニーズにマッチした形にしていかなければならない。それは当事者にとっても苦しいことだし、サービスを受ける側にとっても、場合によってはサービス低下になることもあると思う。限られたリソースなので、それは避けられ



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

ないと思うのです。

他の地域でもそういった取り組みが必要なのですが、実はできていないところも多い。

上田 社会的にはそういうところが多いと思うのですが、誰がどのタイミングで気付いて実行するかということですね。たまたま私は以前ここで診療していたという流れで話が進みましたが、全く知らない地域では無理だと思います。

山田 そうですね。ここでは住民の方も先生を知っていましたからね。

上田 義務年限が終わった後に続けて指定管理を受けたとしても、やっぱりそれはうまくいかなかったと思っています。やはり一度自治医大に戻り、そこからいろいろな地域へ行かせてもらい、その地域の現状や取り組みなどを見ることができたのが良かったと思います。西浅井でも何かしなく取り残されていく可能性があると感じることができたと思います。私にとって初めて地域医療の魅力を感じさせてくれた地域なので、ここで頑張れたと思います。まだ新しい体制でスタートして半年ですが、これからの5年、10年の中で結果的に「この時に決断してよかった」と言ってもらえればベストだと考えています。

ここでの学びを他の地域に発信する

山田 そういう意味では、先生がここで培ったことを他の地域でも活かしてもらいたいですね。地域によって状況は千差万別だけど、ここで得たことをまた他の地域で有効に活用する。そういった知恵を集めることは、地域医療を守る法人として重要でしょうね。

上田 市の職員だけでやっているのと、発信するといっても限られた範囲内だけで終わってしまいますが、協会は全国組織なので、他の診療所の先生たちと交流する場もあれば、発表する場もあるので、発信できる場に恵まれていると思っています。他の地域に私たちの情報を知ってもらえると同時に、ここが発信できる施設であるということは、働いている職員にとってもモチベーションのアップにつながると考えています。へき地というとマイナスイメージで捉えられやすいですが、西浅井は先進的に取り組んでいるということが分かると、地域の自信につながり良い効果があると思います。

それから発信していくことももちろん重要なのですが、こういう地域に若い先生、地域に興味のある先生に来ていただければ、診察室で何でも診るというだけが総合診療ではなく、地域全体を診ることの楽しみ、やりがいも分かってもらえるのではないかと考えています。

山田 そうですね。今総合診療医というと、何でも診られるとか的確な診断ができるということが注目されていますが、個人をみる、家族をみるだけでなく、地域をみるといった視点が重要です。地域全体に関わりそれを自分の課題として受け止め、乗り越えていく。それには責任も伴うし、つらく苦しい部分も多いけれど、一方でやり甲斐もあり、豊かで楽しい。こんなに手応えのある仕事は他の何にも代え難いと思うのですね。

上田 はい、地域を良いほうに変えていけるお手伝いできて、最終的に結果が出せれば、すごくありがたい話かなと思っています。

私が自治医大に入ったのも、自分としては大学病院などで研究するのは向かないなと高校生の時から思っていたからでした。どちらかという地域で人と接することのほうに興味があったので、今の仕事は自分に合っているなと思っています。

山田 最初から？

上田 勉強するのがあまり好きではないので(笑)。実際にこの地域でこういう機会に自分の意見を反映し実現できたというのは、いい環境に置かせてもらったと感じています。なので、私はへき地・地域に行くことに対してあまりネガティブに考えなくてもいいのではないかという気持ちがあって、いろいろ経験することはどう生きていくにしても、何かの糧になると。私はここに赴任して1回大学に帰らせてもらって、いろいろ見て、その中でやはりここでやるのが自分に合っているということも発見できました。だから一つの経験としてプラスに考えてやっていけば、いろいろ楽しいことが隠れていると思うのですね。

山田 本当にそう思います。「義務」ということでネガティブに捉えられがちですが、地域で一人の医師として、ていねいに地域の皆さんに伝えていく。そんな経験が人間形成、臨床医としての成長につながるのだと思っています。若くて熱い、あまり自分の思考が固まってしまううちに、そういった地域でいろいろな荒波にもまれるというその体験がとても重要なことで、それを逃げないでうまく乗り越えられれば、どんな臨床医、専門医になったとしても、いい医師になるのではないかなと思います。自治医大の評価が

高いのはそんな成長を果たした卒業生が多いからだと思います。

上田 そう思います。私は今42歳になり、今から新天地でやれと言われるとそれは結構大変だと思います。でも、若いうちであればもちろん失敗もしますが、真面目にやっていたら、地域ではある程度許容される部分もありますし、地域の

診療所には長くいる看護師さんやスタッフがいてサポートしてくれるので、自分も成長していけると思います。また、そこを住民さんが見てくれていて、診療所の医師は「こんな人なんだ。」というところも伝わると、コミュニケーションが取りやすくなり、地域の信用にもつながっていくと思っています。

地域医療を共有できる仲間を増やす

山田 これからここでどんなことを目指していますか。

上田 この地域の診療所再編は一つのミッションでしたが、ただ、最終目標は再編することではなく、へき地・地域医療を持続可能にしていくシステムを構築することだと思っています。

私が西浅井に関わったのは計9年になりますが、この後さらに10年、20年続けていけるかというところは分からないわけです。そんな中で、私でなければできない地域医療では持続できないと思うのです。なので、教育できる場を作るのが大事だと思います。そのために、若い先生の短期の研修などを受け入れていきたい。もう一つは広域の医療連携です。西浅井の近隣地域では、開業医の先生方の高齢化や閉院される医院も見られています。他の地域の医療状況も厳しくなることが予想される中、広域の診察連携の体制に協力できるよう取り組まなければならないと思っています。

山田 そうですね。私も岐阜県の旧久瀬村に20年近くいましたが、協会の指定管理になってから吉村学先生が来てくれて学生教育のフィールドとなり、今は3代目の若い先生たちが受け継いでくれています。

自分だけでやっていると独りよがりになりがちで、先生が言われたように自分以外の人でも

やっていける、あるいはチームでつながるといような持続可能性のある医療にしていく必要がありますね。

ここに若い先生がたくさん来てくれて、地域医療の楽しさや豊さを一緒に感じてほしいですね。患者さんに信頼されることの喜びというのは代えがたいものがあるし、信頼を得た患者さんのヒストリーを後輩の医師と共有できるのは、すごく大事だと自分の経験からも思います。

最後になりましたが、後輩の若い先生方へのメッセージをお願いします。

上田 地域でやるのはすごく楽しいのですが、何より地域の幸に貢献できるのが一番いいところかなと思っています。地域でも病気を診るということはもちろん大事ですが、人を見る、そして地域をみる、さらに地域の将来をみていく。それを自分だけではなくいろいろな人と一緒に見るということがとても大事です。それを学べるのは地域の現場しかありません。地域の幸に貢献できる楽しさを、ぜひ地域医療に携わることで知ってほしいと思います。もちろん地域医療にも厳しい部分はありますが、それでも必ず自分の何かの糧になると思って、ぜひ来ていただけると嬉しいです。

山田 上田先生、今日はありがとうございました。

上田祐樹先生プロフィール

滋賀県大津市出身。2002年自治医科大学卒業。大津赤十字病院、甲賀市立信楽中央病院を経て、長浜市永原診療所に赴任。2012年より自治医科大学地域医療学センター総合診療部門・附属病院総合診療内科に勤務。2015年、西浅井地区診療所(永原診療所・塩津診療所・菅浦出張診療所)管理者、永原診療所所長として着任。現在は西浅井地区診療所(にしあざい診療所・塩津出張診療所・菅浦出張診療所)管理者、にしあざい診療所所長として勤める。



地域で診る更年期症候群

企画：地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長
市立恵那病院 副管理者・産婦人科部長 伊藤雄二

特集

●エディトリアル

●女性のライフステージにおける更年期，周閉経期の意義

●更年期障害の病態と治療(ホルモン補充療法を中心に)

●ホルモン補充療法と脂質代謝

●漢方治療とその留意点

●補完代替医療とその留意点(エクオールを中心に)

エディトリアル

公益社団法人地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長
市立恵那病院 副管理者・産婦人科部長 伊藤雄二

女性のライフステージにおいて、閉経周辺期は女性としての体調の変化のみならず、家族の問題を含めた社会的な環境も大きく変化する時期である。更年期における身体・心理・社会的ケアとその後の閉経後に向けたケア等、地域の総合診療医として関わるべき問題も多いと思われる。本来、女性のライフステージにおけるさまざまな健康問題はプライマリ・ケアの一環として捉えられる問題であり、決して産婦人科医療の範疇にとどまる問題ではない。しかしながら、女性の更年期、閉経周辺期の問題にかかりつけ医として継続的に関わりたいと考えている総合診療医でも、それを実践するための研修等の機会も少なく、どうしても敬遠しがちとなる場合も多いのではないだろうか。今回は女性の健康問題として重要なテーマである更年期症候群の概念、そしてそこに関わる総合診療医として知っておくべき知識、実際の治療における選択肢、治療のメリット、デメリットと留意点、治療の根拠や長期予後等について、さまざまな立場の先生方から執筆いただいた。

具体的には、総合診療医として積極的に更年期の診療を実践している城向 賢先生から、更年期女性の身体・心理・社会的変化と健康な更年期を過ごすための総合的な関わりについて、総合診療医ならではの視点から継続的なケアを含めた内容について執筆いただいた。また篠原康一先生、若槻明彦先生、安井敏之先生には更年期症候群の治療において中心的な役割を果たすホルモン補充療法の実際とその脂質代謝への影響、さらには補完代替医療の理論と実践について、女性診療および更年期診療のエキスパートとしての立場から、理論的かつ実践的な内容を、総合診療医にも参考となるように具体的に分かりやすく執筆いただいた。さらに大澤 稔先生には本誌10月号(Vol.33 No.10)の特集「地域での漢方治療のススメ」における執筆内容を踏まえ、特に更年期に多いとされるメンタルの変調と漢方治療における留意点を中心に執筆いただいた。

これまでも、さまざまな視点から地域において総合診療医が関わるウィメンズヘルスケアについて特集を企画してきたが、今回は特に地域医療を担う総合診療医にとってより身近な問題である更年期について特集を企画した。この特集が地域におけるウィメンズヘルスケアの充実の一助となることはもちろんのこと、総合診療医が更年期の健康問題や更年期症候群をはじめとしたウィメンズヘルスに実際に関わり、地域での実践につながっていくためのきっかけとなるだけでなく、すでに実践されている先生方の診療の幅が広がることを切に願っている。

女性のライフステージにおける 更年期, 周閉経期の意義

菊川市立総合病院産婦人科 医長
静岡家庭医療養成プログラム 城向 賢

POINT

- ① BPSモデルを意識してアプローチを行う
- ② 女性自身が更年期とうまく向き合い、付き合っていけることを意識する
- ③ 「健康的な更年期(Health Menopause)」を送れるように包括的なサポートを行う
- ④ 継続的なケアにより更年期から老年期へのスムーズな移行ができるように意識する

はじめに

人生100年時代と言われて久しいが、女性において更年期はその人生の中間に当たる時期であり、身体・心理・社会的にさまざまなイベントと重なりやすい時期である。成熟期から更年期を経て、老年期とライフステージが移行する中で、健康的に更年期を過ごすことが、その後の健康的な老年期を過ごす重要な鍵となるであろう。そして、われわれは地域の総合診療医としてどのように更年期の女性と関わり続けていけばよいのだろうか。

更年期における 身体・心理・社会的変化

更年期は40歳代～50歳代後半にかけての時期であり、生物学的には卵巣機能の不可逆的な変化により起こると説明される。

卵巣機能の低下により、月経の停止、Hot flushや陰乾燥感などの身体的変化をもたらす。北米ではHot flushや陰乾燥感は、更年期女性の50～82%に見られ¹⁾、更年期の典型的な症状である。一方、日本人においては肩こり、易疲労感、腰痛について、Hot flushが更年期の症状として上位にあがる²⁾。

心理的には、情緒不安定、イライラ、抑うつ気分、不安感、不眠が出現する。これらの症状は、

エストロゲン低下という内分泌学的変化だけでなく、月経の停止、乳房の萎縮などの女性らしさの喪失感、体力の低下や老いの自覚が関与する。

また、その社会的背景として、本人や家族の就業形態の変化、夫婦間の問題、子どもの自立、家族や友人の病気や死別などの人間関係の喪失、親の介護など、さまざまな要因が関与していることを理解しておく。

これらは独立しているものではなく、複合的に影響し合っているため、包括的に評価することが望ましい³⁾。そのためにはBPSモデル(後述)を意識しながら、心理・社会的な側面にも意識して耳を傾ける必要がある。

BPSモデルを用いたアプローチ(図1)

BPSモデル(Bio-Psycho-Social model)は1977年にEngelにより提唱されたモデルであり、疾患は単一の病因によるものではなく、生物・心理・社会の要因からなるシステムとして捉えようとするモデルである⁴⁾。このモデルを適応することにより、更年期におけるさまざまな症状は、内分泌学的変化という生物学的要因のみならず、心理・社会的要因が複雑に関与することで成り立つ疾患ということが理解できる。疾患(disease)だけでなく病い(illness)としての体験

を共有し、その問題を共に解決していくという共通の理解基盤を見いだしていくことが重要である。

健康的な更年期 (Health Menopause)

女性が迎える理想的な更年期とはどのようなものだろうか。欧州閉経学会(EMAS)の声明には、健康的な更年期(Health Menopause)として次のように記されている⁵⁾。

「女性が**身体的、心理的、社会機能的に満足**でき、**疾患や機能障害を受け入れ、女性自身が適応し、自己管理できる能力を特徴とする卵巣機能の喪失に続く状態**」

よって、われわれが女性に健康的な更年期を過ごしてもらうためには、BPSモデルを用いて身体的、心理的、社会的にアプローチしつつ、**女性自身が更年期とうまく向き合い、付き合い合えるように包括的にサポートしていく**ことが必要である。あくまで主体は女性自身であり、自身が問題点に気づき、抱えている症状や置かれている環境を理解すること、そしてそれらにうまく対処できることが重要である。それをサポートするのがわれわれの役目と考える。

女性に健康的な更年期を提供するために、具

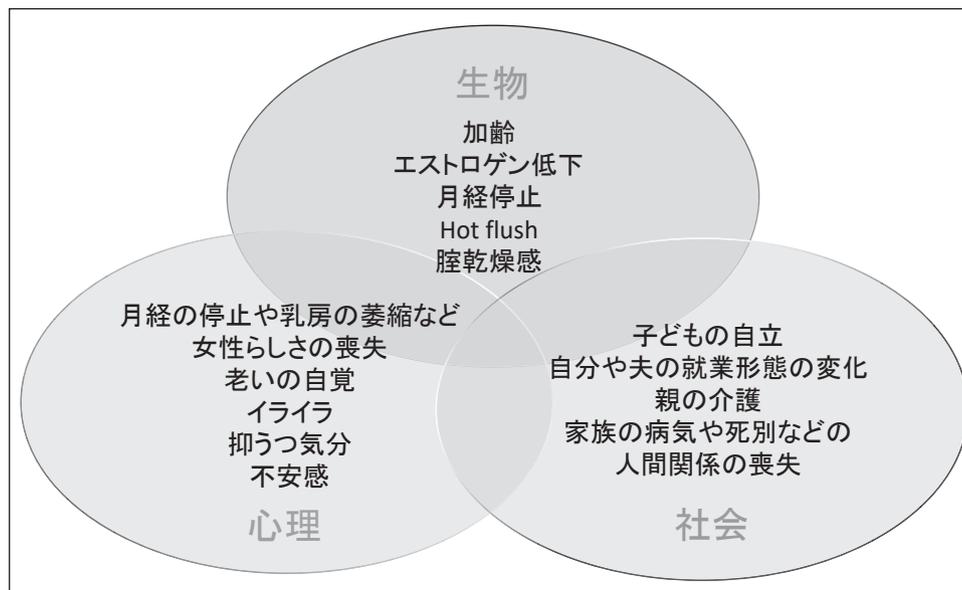


図1 BPSモデルを用いた更年期へのアプローチ

表1 健康的な更年期を提供するために必要とされるスキル

表1 健康的な更年期を提供するために必要とされるスキル	
更年期・女性医療関連	更年期症状とその鑑別疾患の知識 ホルモン療法・非ホルモン療法のベネフィットとリスクの理解 不正性器出血への対応 女性の性機能障害のケア 腔症状、尿失禁や骨盤臓器脱のケア 妊娠や避妊への精通 性的指向・性自認のケア
ヘルスマンテナンス	ガイドラインに従った子宮頸がん検診 ガイドラインに従った乳がん検診 乳がんの既往や家族歴がある場合のケア その他のリスクに応じたエビデンスに基づくがん検診 骨粗鬆症の適切なスクリーニングと治療 適切な生活習慣(禁煙、適切な飲酒、食事、運動)のマネジメント
生活習慣病	適切なスクリーニングとマネジメント 併存疾患の知識 HDP ^{*1} やGDM ^{*2} など閉経後にも影響を与える周産期合併症の知識
その他	メンタルヘルスへの対応 筋骨格系疾患への対応

*1 HDP: Hypertensive Disorders of Pregnancy (妊娠高血圧症候群)

[文献5), 6) を参考に作成]

*2 GDM: Gestational Diabetes Mellitus (妊娠糖尿病)

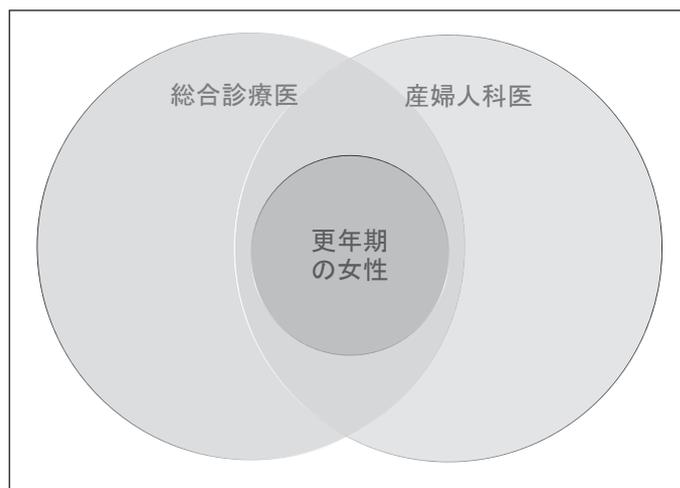


図2 更年期における総合診療医と産婦人科医

[文献5)より改変引用]

体的には表1にあげたようなスキルが必要とされる。更年期の症状に対する治療を重要視してしまいがちだが、ヘルスマンテナンス、禁煙、体重コントロール、健康的な食事や運動、併存疾患へのケアなども忘れてはいけない。

ただし、これらは地域の総合診療医一人が提供すべきものではなく、あくまでその医師の診療スタイルや周囲の環境、地域の医療資源に

よって、産婦人科医らと協同して提供すべきものだと考えられている(図2)⁵⁾。

そして、更年期から老年期へと移行するにつれて、徐々に総合診療医が担う部分が大きくなっていくことが考えられる。更年期から継続的に関わることで、スムーズに老年期のケアへ移行でき、総合診療医の強みがさらに発揮される。

表2 二質問法¹²⁾

1	この1ヵ月間、気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになったりすることがよくありましたか？
2	この1ヵ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめる感じがよくありましたか？

陽性：どちらかが「はい」の場合、陰性：どちらも「いいえ」の場合

[文献12)より引用]

総合診療医の関わり

実際にわれわれ総合診療医が更年期の女性とうまく関わるには、主訴や疾患に限らず、該当する年代の女性は必ず更年期を経験するということを常に念頭に置いて診療をすることである。治療を求めて病院を受診するのは更年期の女性のうち、20～30%しかいないと考えられている^{7)~9)}。更年期の女性は困る症状があっても、誰にも相談できず我慢したり、サプリメントを飲んで耐えていたりすることは意外に多い。

更年期の問題を抱える女性の多くは、受診をしていないのである。プライマリ・ケアを担う総合診療医には、ぜひ、彼女らに手を差し伸べる存在であってほしい。

日常の診療、例えば高血圧や花粉症の受診時、インフルエンザワクチンの接種時、また子どもや親の付き添いの時でも、「何かお困りのことはありませんか」という言葉一つを掛けてみる。その一言からきっかけが生まれることはしばしば経験する。そして、更年期に関連しそうなキーワードが引き出せれば、一般的な更年期の症状の有無や月経の変化などを詳しく聞いていく。

また、更年期の症状を心配して受診した方には、その心配の裏にある解釈モデル、真の受診理由を確認する。そのためには「かきかえ(か:感情, き:期待, か:解釈, え:影響)」を確認するのが良い。解釈モデルが、更年期の症状を良くしてもらいたいのか、今後の症状の経過を聞きたいのか、更年期の症状以外の疾患が心配なのか、などを確認することで、その後の対応が変わってくる。

そして、解釈モデルを意識しつつ、前述のBPSモデルを用いて身体的な側面だけでなく、

心理・社会的な側面にも耳を傾ける。

心理的な評価をする際の気を付けておきたい点は、うつ病を見逃さないことである。閉経移行期から閉経まではうつ病発症のリスクが高いことが分かっており、特にうつ病と月経前症候群の既往はうつ病発症のリスク因子として重要であり、問診で必ず確認しておきたい¹⁰⁾。

プライマリ・ケアにおける成人のうつ病のスクリーニングには、二質問法(表2)を用いることが推奨されている¹¹⁾。なお、海外のメタアナリシスでは、成人におけるうつ病に対する二質問法の感度は0.95、特異度は0.65と報告されている。二質問法で陰性の場合にはうつ病の可能性は低いと考えられるが、陽性の場合にはうつ病かどうかの鑑別が必要になる。うつ病の診断については成書に譲る。

一方、身体的な留意点としては、甲状腺疾患を見逃さないことである。更年期は甲状腺疾患発症の好発年齢であり、閉経後女性の2.4%が臨床的に問題となる甲状腺機能異常を有し、23.2%が潜在性甲状腺機能異常を有するとされる¹³⁾。よって、甲状腺疾患が疑われる場合や治療がうまくいかない時は甲状腺機能を確認する。

継続的ケア

鳴本は、女性医学は「女性を取り巻く文化的、社会的、心理的因子も健康に影響を与えるという生物心理社会モデルを通して女性の健康を捉え、それぞれのライフステージにおける文脈に合わせた包括的なケアをしていくこと」と定義している¹⁴⁾。この定義には、学問体系における横断的視点と対比して、女性の一生という時間軸の中での継続的ケアといった縦断的視点が含まれる。

まれると強調している。

女性にとって身体・心理・社会的にさまざまなイベントと重なりやすい時期である更年期を一つのきっかけとして、われわれ総合診療医が手を差し伸べ、そこから継続的なケアができることで、地域の女性はより健康に生活でき、更年期から老年期へとスムーズに移行することができるだろう。

文献

- 1) American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 141: Management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2014; 123(1): 202-216.
- 2) 日本産科婦人科学会. 生殖内分泌委員会報告:更年期障害に関する一般女性へのアンケート報告. *日産婦誌* 1997;49(7):433-439.
- 3) 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会:産婦人科ガイドライン-婦人科外来編2017. 日本産科婦人科学会, 2017.
- 4) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129-136.
- 5) Stute P, et al: A model of care for healthy menopause and ageing: EMAS position statement. *Maturitas* 2016; 92: 1-6.
- 6) H Foreman, et al: Update: A Review of Women's Health Fellowships, Their Role in Interdisciplinary Health Care, and the Need for Accreditation. *J Womens Health (Larchmt)* 2015; 24(5): 336-340.
- 7) Randolph JF Jr, et al: The relationship of longitudinal change in reproductive hormones and vasomotor symptoms during the menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90(11): 6106-6112.
- 8) Soules MR, et al: Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril* 2001; 76(5): 874-878.
- 9) Kronenberg F: Hot flashes: epidemiology and physiology. *Ann N Y Acad Sci* 1990; 592: 52-86.
- 10) Clayton AH, et al: Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12(1): PCC.08r00747.
- 11) Thibault JM, et al: Efficient identification of adults with depression and dementia. *Am Fam Physician* 2004; 70(6): 1101-1110.
- 12) 鈴木竜世, 他:職域のうつ病発見及び介入における質問紙法の有用性検討:Two- question case-finding instrumentとBeck Depression Inventory を用いて. *精神医学* 2003;45:699-708.
- 13) Schindler AE, et al: Thyroid function and postmenopause. *Gynecol Endocrinol* 2003; 17(1): 79-85.
- 14) 鳴本敬一郎:GDM既往女性の生涯にわたるヘルスケア:家庭医の役割. *糖尿病と妊娠* 2015;15(1):65-69.

更年期障害の病態と治療 (ホルモン補充療法を中心に)

愛知医科大学産婦人科講座 特任教授 篠原康一

POINT

- ① 更年期障害の主な原因は卵巣機能の低下であるが、女性自身にとってもさまざまな節目を迎える時期でもあり、身体的・精神的・心理的な要因や社会環境の変化が影響して、多種多様な精神症状を出現させる
- ② 更年期障害の鑑別診断としては甲状腺や循環器などの内科疾患、整形外科疾患、脳神経外科疾患、耳鼻科疾患、あるいはうつ病などの精神科疾患と類似した症状を示すことがある
- ③ 何らかの理由で子宮摘出を受け、子宮がすでに存在しない女性にはエストロゲン単独療法で良いが、子宮を有する女性には、子宮内膜がんの発生を予防する目的で、エストロゲン・黄体ホルモン併用療法を行うことが必要である
- ④ 一般に副作用が少ないと考えられている漢方治療でも、甘草含有処方による偽性アルドステロン症や小柴胡湯による間質性肺炎などが知られており、補完代替療法においても有害事象には常に注意を払う必要がある
- ⑤ 婦人科的診察のできる専門の医師や、乳がん検診施行の確認など協力体制のものと管理が望ましい

はじめに

更年期障害の主な原因は卵巣機能の低下であり、さまざまな身体的・精神的変化を引き起こす。一方で更年期は、女性自身にとってもさまざまな節目を迎える時期でもあり、年齢に伴う身体的・精神的・心理的な要因や社会環境の変化が影響して、多種多様な精神症状を出現させ

るため、身体的症状のみならず、社会的背景も診断・治療において重要である。

閉経を境に女性の心血管疾患有病率が上昇することはよく知られており、その主な原因はエストロゲン低下による糖・脂質代謝異常であると推定されている。中高年女性では悪性新生物よりも、心血管疾患の死亡率が高いことが知られている。

病 態

更年期とは、女性の加齢に伴う生殖期から非生殖期への移行期であり、わが国では「閉経前後5年の合計10年間」とされる。

更年期が始まる時期には個人差がある。平均閉経年齢は 49.5 ± 3.5 歳、中央値は50.54歳と報告されている(最近報告されたJapan Nurse's Health Studyでは閉経年齢の中央値は52.1歳であった)ため、更年期の始まりは45歳ぐらいからが目安といえる。

更年期の症状の頻度で最も多いのは、肩こり・疲れやすさ・頭痛・のぼせなどだが、更年期障害に最も特徴的な症状は、ホットフラッシュや発汗など、女性ホルモン不足のために起きる症状である。

1. のぼせ、発汗

「のぼせ」「ほてり」「発汗」は、多くの更年期女性が経験する女性ホルモンの低下と最も関連が深い症状である。通常上半身あるいは顔面において、「(下から)血がのぼるような感じ」「カーッと熱くなる」といったような症状で、このような症状は、昼夜を問わず認められる。

2. 冷え

更年期女性のみならず、「手足の先が冷える」「いつも身体の芯から冷たい」などの症状を訴える。身体の他の部分はまったく冷たさを感じないような室温において、身体の特定の部位のみが特に冷たく感ずる。

3. イライラ・不安

精神症状の代表的なものに、「イライラ感」「不安感」「不眠」などがあり、これらは更年期障害の症状として捉えられる。「のぼせ」「発汗」など血管運動神経症状とともに「イライラ感」「眠れない」といった精神神経症状を認める場合は、ホルモン補充療法が有効な場合もあるが、精神神経症状が強い場合には、「不安神経症」「睡眠障害(不眠症)」の鑑別が必要であり、婦人科のみならず心療内科や精神神経科での加療を必要とする場合もある。

4. 手足のしびれ、こわばり

「手や足のしびれ」「朝起きた時の手のこわばり」といった症状を閉経前後から訴える更年期女性は少なくない。これらの症状は、「のぼせ」「ほてり」「発汗」などの血管運動神経症状ほどではないが、女性ホルモンの低下と何らかの関連性がある症状と考えられる。

5. 抑うつ気分、意欲の低下

卵巣からの女性ホルモンの分泌が低下し、さまざまな身体的・精神的変化を引き起こす。一方で更年期は、女性自身にとってもまた周囲の者にとってもさまざまな節目を迎える時期でもあり、精神・心理的な要因や社会・文化的な環境因子などが複合的に強く影響することで、更年期女性には多種多様な精神症状を出現させることにもつながる。このような精神神経症状の中で、「抑うつ的な気分」や「物事に対する意欲の低下」といった症状は、更年期障害の症状と捉えても問題ない。

診 断

更年期障害は、月経がまれにしか来なくなる年齢で、のぼせ・ほてりなどの症状が出るのが特徴的であり、診断はそれほど難しくないが、エストラジオールや卵胞刺激ホルモンの血中濃度は閉経の約2年後まで大きく変動するため、この時期の測定は必ずしも有用ではないこともあり、参考にとどめる。

鑑別診断としては甲状腺や循環器などの内科疾患、整形外科疾患、脳神経外科疾患、耳鼻科疾患、あるいはうつ病などの精神科疾患と類似した症状を示すことがあり、これらを除外するために複数の診療科の受診が必要になることもある。

治療方針

ホルモン補充療法(HRT:Hormone Replacement Therapy)は更年期症状の改善のみならず、エストロゲン欠乏に伴う骨塩量低下や脂質異常

などを改善し、閉経後女性のQOLの向上に有用である。

HRTの禁忌でない症例には3～6ヵ月間施行してみる。またHRTの薬剤選択にあたっては、薬剤の特徴を十分理解した上で、年齢やHRTの目的および合併症を考慮して投与薬剤、投与量、投与方法を決める。

特に以下のことを考慮する必要がある。

何らかの理由で子宮摘出を受け、子宮がすでに存在しない女性：エストロゲン単独療法を用いる。

子宮を有する女性には、子宮内膜がんの発生を予防する目的で、エストロゲン・黄体ホルモン併用療法を行う。

【処方例1】

子宮を有する場合

- ① ジュリナ® 0.5mg 1回2錠
デュファストン® 5mg 1回1錠
1日1回 夕食後28日分

子宮を有さない場合

- ② ジュリナ® 0.5mg 1回2錠
1日1回 夕食後28日分

【処方例2】

子宮を有する場合

- ③ プレマリン® 0.625mg 1回1錠
デュファストン® 5mg 1回1錠
1日1回 夕食後28日分

子宮を有さない場合

- ④ プレマリン® 0.625mg 1回1錠
1日1回 夕食後28日分

【処方例3】

子宮を有する場合

- ⑤ エストラナー® テープ(0.72mg)
2日に1枚 皮膚に貼付
デュファストン® 5mg 1回1錠 28日分

子宮を有さない場合

- ⑥ エストラナー® テープ(0.72mg)
2日に1枚 皮膚に貼付

【処方例4】

子宮を有する場合

- ⑦ メノエイド® コンビパッチ
1週に2枚 皮膚に貼付

【処方例5】

子宮を有する場合

- ⑧ ウェールナラ® 配合錠
1回1錠 (更年期障害には適応なし)

HRTと心血管系疾患の予防効果

HRTは観察研究では、心血管疾患に対して予防効果があると信じられていたが、WHI (Women's Health Initiative) 試験によって否定された。しかし、その後のWHIサブ解析によって、HRTを開始する時期が心血管疾患発症に影響を及ぼすというタイミング仮説が提唱された。

WHI研究で閉経後から10年未満、10～19年、20年以上経過した女性にHRTを行うと、冠動脈疾患のリスクは、各群において有意差は見られていないが、リスクは閉経後年数と共に増加し、それぞれ0.76, 1.10, 1.28になる¹⁾。HRT開始時年齢別に解析した結果、50～59歳でエストロゲン・黄体ホルモン併用療法(EPT: Combined Estrogen-Progestogen Therapy)開始すると、冠動脈疾患発生リスクハザード比(HR: Hazard Ratio)は1.34(0.82-2.19)であるのに対し、エストロゲン単独療法(ET: Estrogen Therapy)ではHR 0.60(0.35-1.04)であり、特に心筋梗塞のリスクはHR 0.55(0.31-1.00)と予防効果がみられたが、この効果は60歳以上の使用で消失する¹⁾。乳がんおよび冠動脈疾患を含めた主な疾患のリスクとベネフィットを総合的に評価したglobal indexを50～59歳、60～69歳、70～79歳と比較してみると、EPTでは年齢間で有意な差はなかったが、ETではそれぞれ、0.55, 0.95, 1.24と開始時年齢が若いほどベネフィットが大きかった²⁾。

2016年に国際閉経学会(IMS: The International Menopause Society)は、グローバルコンセンサスとして、60歳未満または閉経後10年未満の女性において、ETは心血管疾患を減少する可能性

を有するが、EPTについては心血管疾患を増加させないと報告している³⁾。また、最新のコクランレビューによると、閉経後10年未満に開始したHRTは冠動脈疾患(心血管疾患による死亡と非致死性心筋梗塞による複合判定)の発生リスクを有意に減少させることが明らかになった[RR 0.52(0.29-0.96)]。しかし、10年未満に開始したHRTは脳卒中の発生リスクは増加させないものの、静脈血栓塞栓症(VTE:Venous thrombosis)のリスクは増加する。

一方、閉経後10年以上経過してから開始したHRTは、冠動脈疾患発生の予防効果は消失し、さらに脳卒中とVTEのリスクを有意に増加させる³⁾ことを熟知すべきである。

心血管系の有害事象を減らすためにHRTは有用であり、そのタイミングに関しては、開始時期を考慮すべきである。

HRTと糖代謝異常に対する予防効果

インスリン抵抗性は、糖尿病患者と・非糖尿病患者両方において心血管疾患の強力な独立した危険因子であり、血圧の上昇、脂質異常症、血管炎症、内皮機能障害、交感神経の活性化にリンクしている⁴⁾(図1)。

インスリン抵抗性は閉経期に飛躍的に増加すると考えられており、閉経後の女性の間での心

血管疾患リスクの急激な増加の重要な要因である⁵⁾。

HRTで経口結合型エストロゲン(CEE: Conjugated Equine Estrogen) + 酢酸メドロキシプロゲステロン(MPA: Medroxyprogesterone Acetate)で治療を受けた閉経後女性で、2型糖尿病発生率が低いことが次の2つの米国のRCTで報告されている。

HERS study^{6),7)}では、冠動脈疾患を有する閉経後女性2,029例での、EPTまたはプラセボを投与した結果、4年の観察期間中の糖尿病の発症率はEPT群では6.2%、プラセボ群で9.5%[HR 0.65, (0.48-0.89)]であった。

WHIのEPT試験⁸⁾では、15,641例に対して無作為化、二重盲検で、1日投与量CEE 0.625mg/MPA 2.5mgとプラセボとの間で、5.6年間投与の効果と比較している。空腹時血糖、インスリン、およびリポタンパク質を測定し、糖尿病発症の有無は、インスリン治療または経口血糖降下薬治療の自己申告による集計であるが、1年後と3年後で評価している。結果は糖尿病の累積罹患率がHRT群で3.5%、プラセボ群4.2%とHRT群で有意に低かった[HR 0.79, (0.67-0.93)](図2)。

HRT 1年後の空腹時血糖値、インスリンの変化はHOMA-IR(インスリン抵抗性指数)の有意な減少として認められた。体格に関係なく、

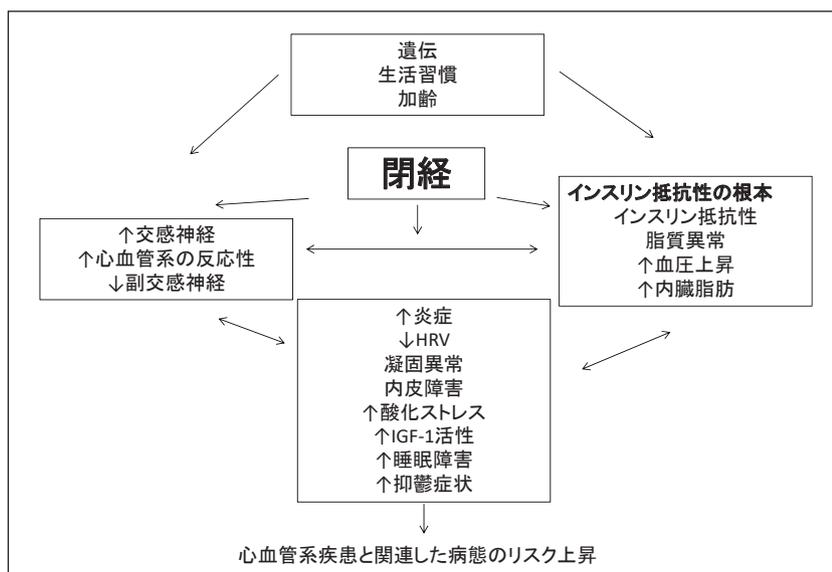


図1 閉経と心血管系疾患との関連

[文献5)より、著者改変]

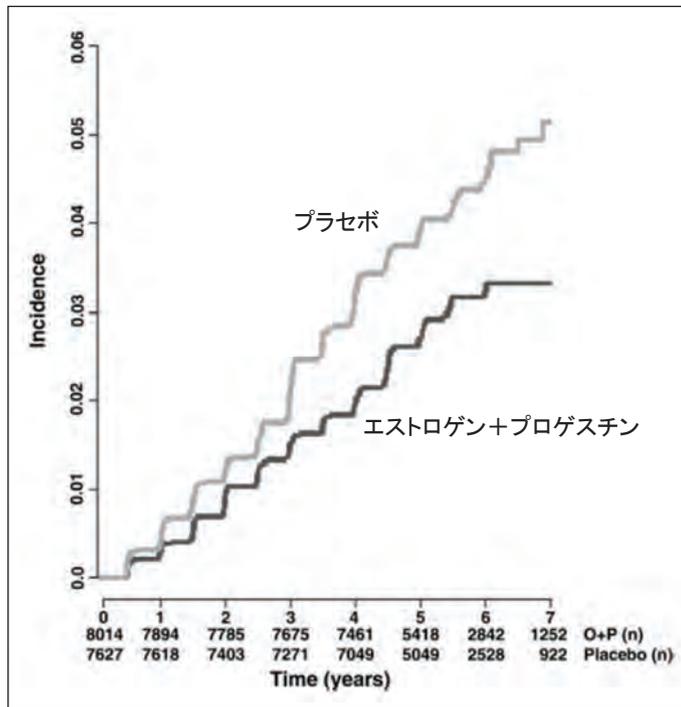


図2 糖尿病の頻度
 エストロゲン+プロゲステロン[O+P] vs プラセボ[placebo]
 ハザード比(95% 信頼区間):0.79(0.67-0.93)
 Diabetologia 2004; 47: 1175-1187

EPTはHOMA-IRの低下を通して糖尿病発症が抑制されると結論している。

糖尿病女性はメタボリック症候群を合併していることが多く、肥満、脂質異常症、高血圧、動脈硬化などを伴う糖尿病女性のHRTでは、血栓症、脳卒中や心血管系疾患の高率な発症が危惧されるため、コントロール不良な糖尿病へのHRTは慎重投与である。またコントロール不良の糖尿病がある症例では、糖尿病の治療を目的とした適応はない。

コントロール不良な糖尿病患者へのHRTは糖代謝を悪化させる可能性がある。糖尿病患者に対しHRTが必要と判断された場合、コントロールの状態なども含め、まず糖尿病専門医にコンサルトすべきである。

HRTと脂質代謝異常に対する予防効果

更年期症状がある場合にはHRTが適応となるので、HRTの禁忌でない症例には生活習慣の改善に加え、HRTの脂質代謝改善効果に期待して

3～6ヵ月間施行してもよい。その後、再度脂質検査を行い、管理目標値に到達していれば、生活習慣の改善とHRT投与を継続するが、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2018年版⁹⁾」の管理目標値に到達していなければ、HRTにスタチンやフィbrate系薬などを追加する。以下にHRTガイドライン2017¹⁰⁾の要点を抜粋するが、経口・経皮・エストロゲンの種類や用量に注意が必要である。

経口E₂(エストラジオール)を8週間投与した試験によると、E₂ 0.5mgでは変化がないが、E₂ 1.0mgでLDL-C(LDLコレステロール)を有意に低下させることが報告されている¹¹⁾。

経口CEEは初回肝通過効果により、肝でのTG(トリグリセライド)産生を増加させるが¹²⁾、経皮と経口E₂は初回肝通過効果が少ないことからTGは変化させない¹¹⁾もしくは低下する¹³⁾。

経皮E₂はLDL粒子のlag timeを延長させ、抗酸化作用を有することが示されている¹⁴⁾。一方、経口CEE 0.625mgの場合、TG上昇に伴うLDLの小粒子化のため、エストロゲンの抗酸化作用

が相殺されるが、CEEを0.3125mgに減量するとLDLの小粒子化はなく、LDL粒子のlag timeを延長させることが示されている¹³⁾。また、最近の研究によると、経口CEEは血中の活性酸素を上昇させるが、経皮E₂では低下することも分かっている¹⁵⁾。

経口CEEは、TGを上昇させるため、LDLが活性酸素に酸化されやすい小型粒子に変化させる。一方、経皮E₂はTGを変化させないか、もしくは低下させることから活性酸素に酸化されにくい大型のLDL粒子を産生し¹⁶⁾、粥状硬化の進展を抑制する可能性がある。また、経口CEEでは血中の小型LDLの分布を増加させるが、経口と経皮E₂では変化させないことも報告されている¹⁴⁾。

代替療法

更年期障害に対する漢方治療・補完代替療法に関しては、漢方処方があり、「当帰芍薬散」「加味逍遙散」「桂枝茯苓丸」などを中心に用いる。漢方薬は現在保険診療において投与可能である。また、婦人にみられる特有の生理現象に関連して起こる精神神経症状を基調とするさまざまな症状を指す「血の道症」は更年期障害を含んだ疾患概念であり、「血の道症」の適応をもつ処方も更年期障害に対して原則として使用可能である。

冷え症状は、必ずしも女性ホルモンの低下が原因ではないため、治療薬としては、いわゆる西洋薬にはあまり有効なものはなく、漢方薬が主体となる。

また、一般に副作用が少ないと考えられている漢方治療でも甘草含有処方による偽アルドステロン症や小柴胡湯による間質性肺炎などが知られており、補完代替療法においても有害事象には常に注意を払う必要がある。

専門医へのコンサルトや患者説明のポイント

「イライラ感」「眠れない」といった精神神経症状を認める場合は、ホルモン補充療法が有効な

場合もあるが、精神神経症状が強い場合には、「不安神経症」「睡眠障害(不眠症)」の鑑別が必要であり、婦人科のみならず心療内科や精神神経科での加療を必要とする場合もある。

また「手や足のしびれ」「朝起きた時の手のこわばり」といった症状が、慢性関節リウマチでも「手のこわばり」という症状が認められることが知られており、症状が重篤な場合や悪化していく場合は、慢性関節リウマチを含めた膠原病の精査を忘れぬよう注意が必要である。

甲状腺機能低下による易疲労感や冷え、不整脈や三半規管の異常によるめまいや、整形外科疾患による手足のしびれ、あるいは希死念慮を伴ううつ病などを除外するために迅速な対応が必要なケースもあり複数の診療科の受診が必要になることもある。

周閉経期の女性に対するHRTは、脂質異常や骨粗鬆症に対する効果もあり、メリットが大きいため、ごく小さなリスクを過大に評価しすぎないことが重要と考える。

何らかの理由で子宮摘出を受け、子宮がすでに存在しない女性にはエストロゲン単独療法で良いが、子宮を有する女性には、子宮内膜がんの発生を予防する目的で、エストロゲン・黄体ホルモン併用療法を行うことが必要である。また婦人科的な疾患のないことを確認した上での処方が必要であるため、婦人科的診察のできる専門の医師や、乳がん検診施行の確認など協力体制のものと管理が望ましい。

おわりに

更年期症状管理では、脂質検査に加え、心血管疾患の家族歴や喫煙の有無などを問診し、糖代謝、血圧、腎機能の検査を施行することが重要である。

周閉経期の女性では脂質異常が見られても、糖代謝異常など他のリスク因子がない場合は積極的治療の必要はなく、経過観察でよいことが多い。しかしエストロゲンの低下とともに、脂質異常は徐々に顕性化してくるので、数ヵ月後に再検査するのも考慮する。また前項に述べた

ように糖代謝異常の出現などに注意を要する。

HRTに関して、現在日本で使用できる使用頻度の高いホルモン剤は、E剤は3種類以上、P剤で3種類以上あり、これに子宮を有さない患者に対するE剤のみの場合を加味すると最低でも12種類以上の処方パターンがあることになる。それぞれの組み合わせに、独特の“切れ味”がある。それぞれの薬剤の特色や、患者側の特性を理解し、ベストな選択のためにも産婦人科医と協力して治療にあたりたい。

文献

- 1) Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, et al: Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007; 297: 1465-1477.
- 2) Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, et al: Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* 2013; 310: 1353-1368.
- 3) de Villiers TJ, Hall JE, Pinkerton JV, et al: Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric* 2016; 19: 313-315.
- 4) Gohlke-Barwolf C: Coronary artery disease-is menopause a risk factor? *Basic Res Cardiol* 2000; 95: 177-183.
- 5) Innes KE, Selfe TK, Taylor AG: Menopause, the metabolic syndrome, and mind-body therapies. *Menopause* 2008; 15(5): 1005-1013.
- 6) Samaras K, Hayward CS, Sullivan D, et al: Effects of postmenopausal hormone replacement therapy on central abdominal fat, glycemic control, lipid metabolism, and vascular factors in type 2 diabetes: a prospective study. *Diabetes Care* 1999; 22: 1401-1407.
- 7) Kanaya A, Herrington D, Vittinghoff E, et al: Glycemic effects of postmenopausal hormone therapy: The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. *Ann Intern Med* 2003; 138: 1-9.
- 8) Margolis KL, Bonds DE, Rodabough RJ, et al: Women's Health Initiative Investigators; Women's Health Initiative Investigators. Effect of oestrogen plus progestin on the incidence of diabetes in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative Hormone Trial. *Diabetologia* 2004; 47: 1175-1187.
- 9) 女性の動脈硬化性疾患発症予防のための管理指針2018年版. 日本女性医学学会, 2018.
- 10) ホルモン補充療法ガイドライン2017年度版.
- 11) Terauchi M, Honjo H, Mizunuma H, et al: Effects of oral estradiol and levonorgestrel on cardiovascular risk markers in postmenopausal women. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 1647-1656.
- 12) Wakatsuki A, Okatani Y, Ikenoue N, et al: Effect of lower dose of oral conjugated equine estrogen on size and oxidative susceptibility of low-density lipoprotein particles in postmenopausal women. *Circulation* 2003; 108: 808-813.
- 13) Fletcher CD, Farish E, Dagen MM, et al: Short-term changes in lipoprotein and apoproteins during cyclical oestrogen-progestogen replacement therapy. *Maturitas* 1991; 14: 33-42.
- 14) Sack MN, Rader DJ, Cannon RO 3rd: Oestrogen and inhibition of oxidation of low-density lipoproteins in postmenopausal women. *Lancet* 1994; 343: 269-270.
- 15) Nii S, Shinohara K, Matsushita H, et al: Hepatic effects of estrogen on plasma distribution of small dense low-density lipoprotein and free radical production in postmenopausal women. *J Atheroscler Thromb* 2016; 23: 810-818.
- 16) Wakatsuki A, Okatani Y, Ikenoue N, et al: Different effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estrogen replacement therapy on size and oxidative susceptibility of low-density lipoprotein particles in postmenopausal women. *Circulation* 2002; 106: 1771-1776.

ホルモン補充療法と脂質代謝

愛知医科大学産婦人科学講座 教授 若槻明彦

POINT

- ① 閉経後のエストロゲン低下は小型LDL粒子を増加させる
- ② HRTは閉経後早期に開始，あるいは比較的長期間継続することで冠動脈疾患リスクを低下させる
- ③ 経口エストロゲンは炎症を活性化させ，中性脂肪上昇によりLDLを小粒子化させる．経皮エストロゲンは逆に炎症には抑制的に作用し，中性脂肪を低下してLDLを大型化させる
- ④ MPAはエストロゲンの血管内皮機能改善効果とHDLコレステロール上昇作用に相殺するが，天然型黄体ホルモンにはこの悪影響がない
- ⑤ 高LDL血症があり，更年期障害を伴う場合，HRTの脂質代謝改善効果に期待しても良い

特集

はじめに

心筋梗塞や脳卒中などの心血管疾患(CVD: Cardiovascular Disease)の発症頻度は，男女いづれも加齢とともに上昇するが，女性の場合は閉経年齢である50歳以後に急増し，男性の頻度に近づく．発症頻度は男性が女性よりも高率だが，虚血性心疾患における冠動脈ステント留置後の総死亡および心臓死は女性が高率との報告もある．また，Circulatory Risk in Communities Studyによると，総虚血性心疾患および非致死

性心筋梗塞の発症にはLDLコレステロール(LDL-C)の蓄積が男女ともに関与することが証明されている¹⁾．女性の場合，閉経が脂質代謝に大きく影響することが分かっており，エストロゲン低下がLDL-Cを上昇させ，CVDの発症リスクを上昇させるといわれている．

エストロゲンには脂質代謝や血管内皮機能の改善効果など多くの抗動脈硬化作用があるため，米国ではCVDの発症予防目的で多くの閉経後女性がホルモン補充療法(HRT: Hormone Replacement Therapy)を使用していた．しか

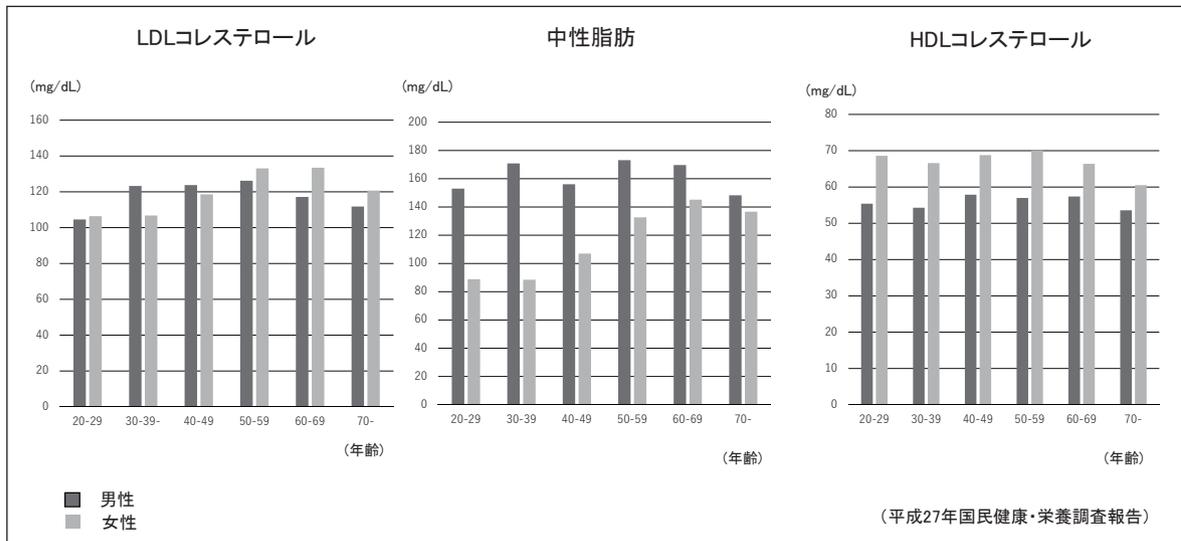


図1 男女別の脂質濃度の経年的推移

し、2002年に報告されたWomen's Health Initiative(WHI)により、HRTはCVDリスクを上昇させると報告され、HRTに否定的になった時期があった²⁾。しかし、その後多くの研究がなされ、HRTの開始時期や使用期間、エストロゲンの種類や投与経路、黄体ホルモンの種類などでCVDリスクに大きな差異のあることも判明してきた。

本稿では、男女における脂質濃度の経年的変化や女性の冠動脈疾患リスク因子の特徴、閉経後脂質代謝特性、さらには管理方法として、CVDリスク軽減のためのHRTやスタチンのエビデンス、さらにはHRTとスタチンの併用効果などについて概説する。

脂質濃度の経年的変化

平成27年国民健康・栄養調査報告によると、LDL-Cは男性では特徴的な変化はないが、女性の場合、平均閉経年齢である50歳頃から上昇して男性より高値となる。中性脂肪(TG)は基本的に男性が高値で推移するが、女性では50歳頃から急激に上昇する推移を示す。HDLコレステロール(HDL-C)は女性が高値で推移するが、男女ともに大きな経年的変化はない(図1)。このように女性の場合、閉経を過ぎると脂質代謝に乱れを生じ脂質異常症の頻度が急増する。これ

はエストロゲン低下に起因することがすでに証明されている。

女性の冠動脈疾患リスク因子の特徴

Japanese Acute Coronary Syndrome Studyによれば、急性心筋梗塞の動脈硬化リスク因子である高血圧、家族歴、高コレステロール血症、肥満のオッズ比に男女差はないが、喫煙は男性の4.00に対し女性は8.22、糖尿病も男性の2.90に対し女性は6.12と高値を示すことが報告されている。また、10年間での冠動脈疾患の死亡率を検討したNIPPON DATA 80の冠動脈疾患のリスク評価チャートによれば、男性の場合、血圧、喫煙、総コレステロール(TC)、年齢、血糖すべての危険因子が一様に死亡率の上昇と関連するが、女性では年齢と血糖が特に関与することが示されている³⁾。さらに、同研究において、女性の喫煙者は非喫煙者に比較し、脳卒中リスクが約4倍高いことも示されている。また、Japan Public Health Center-based Prospective Study Cohort 1でも喫煙は有意に冠動脈疾患のリスクを上昇させ、禁煙でそのリスクは2年以内に急激に低下することが報告されている。

このように女性では、冠動脈疾患のリスク因子のなかでも特に加齢、糖尿病、喫煙が高リスクと考えられる。

閉経後脂質代謝特性

閉経前は閉経後に比較し、脂質異常症の頻度は低く、CVD発症頻度も低い。従って、閉経前で高LDL-C血症を認める場合には、家族性高コレステロール血症(FH: Familial Hypercholesterolaemia)や家族性複合型高脂血症(FCHL: Familial Combined Hyperlipidemia)などの原発性高脂血症や、甲状腺機能低下症および原発性胆汁性肝硬変など自己免疫疾患の存在を疑う必要がある。

一方、自然閉経女性や若年でも手術などで外科的に閉経した女性では、エストロゲン濃度の低下により血中LDL-CとLDLアポ蛋白B濃度が高値を示すことが示されている。LDLアポ蛋白BはLDL 1粒子に1分子存在するので、LDLアポ蛋白B濃度は血中のLDL粒子数を推測できるといわれており、年齢に関係なく、低エストロゲン環境になると血中LDL粒子数が増加すると考えられる⁴⁾。LDL粒子数増加の要因として、エストロゲン濃度の低下に伴い、肝のLDL受容体が減少するため、LDLの肝内への取り込みが低下し、血中にLDL粒子が停滞することが明らかにされている。またLDLの律速酵素であるリポ蛋白リパーゼ活性がエストロゲン濃度の低下により亢進することも報告されている。

また、TGも低エストロゲン環境で高値を示す⁴⁾。高TG血症は、より動脈硬化に促進的な小型のLDL粒子(small dense LDL)と関係することが注目されている。small dense LDLが動脈硬化の進行に際して超悪玉である理由として、肝のLDL受容体との親和性に乏しいため肝に取り込まれにくく血中にLDLが停滞しやすいことや、血管壁内で酸化変性されやすくなるため、マクロファージに取り込まれやすいことなどが挙げられる。さらに酸化LDLは、動脈硬化の発症と密接に関連する血管内皮機能を傷害することも最近報告されており、閉経後の高TG血症にsmall dense LDLが多く合併することも明らかにされている⁵⁾。

このようにエストロゲン濃度の低下は血中LDL粒子数を増加させるとともに、TG上昇が

small dense LDLを産生させ、閉経後のCVDリスク上昇の要因になっている可能性がある。

脂質異常症の管理

1. 管理区分と脂質管理目標値

脂質異常症の診断基準を満たした場合、吹田スコアによる冠動脈疾患発症予測モデルを用いたリスク評価や危険因子のカウントによる簡易版のリスク評価を行い、リスク区分別管理目標値に従い、管理を行う。1次予防の場合のLDL-Cの目標値は、低リスク群、中リスク群、高リスク群で各々160mg/dL未満、140mg/dL未満、120mg/dL未満で、non HDL-Cは190mg/dL未満、170mg/dL未満、150mg/dL未満に設定されている。なお、冠動脈疾患の既往がある2次予防の場合にはLDL-Cは100mg/dL未満、non HDL-Cは130mg/dL未満とさらに厳しく設定されている。TGとHDL-Cはカテゴリーに関係なく、それぞれ150mg/dL未満、40mg/dL以上である⁶⁾。

2. 脂質異常症の治療

閉経後女性の脂質検査で脂質異常症が判明した場合、CVDの家族歴や喫煙の有無などを問診し、糖代謝、血圧、腎機能の検査を施行する必要がある。併せて更年期症状についてもスクリーニングすることが重要である。

(1) 生活習慣の改善

女性に関して長期予後を見たChicago Heart Association Detection Project in IndustryではTCや血圧は低く、非喫煙の集団は、中年女性であっても危険因子のある集団に比較し、虚血性心疾患の発症リスクや総死亡は有意に低いことが示されている。日本動脈硬化学会の「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年度版」では生活習慣の改善として、禁煙、食事管理、体重管理、身体活動・運動、飲酒の5項目について記載されている⁶⁾。

(2) HRT

1990年代はHRTとCVDリスクに関する多くの観察試験が行われ、HRTはCVDリスクを低

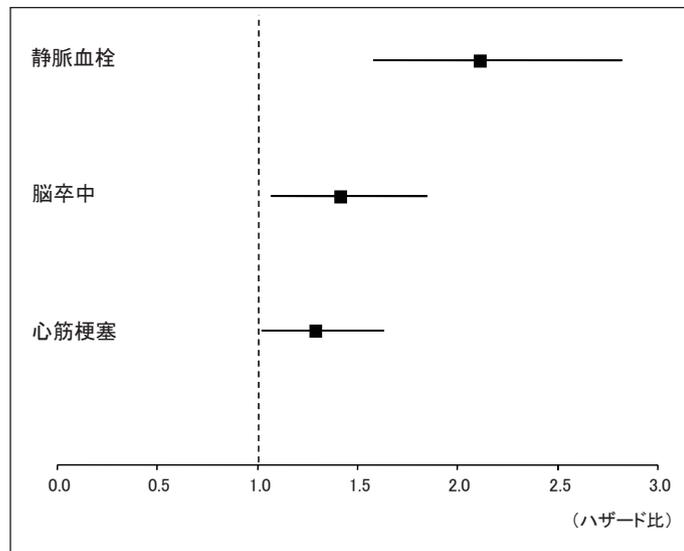


図2 Women's Health Initiative の試験解析結果
〔文献2〕より改変

下させると考えられていた。このため、米国において複数の学会を中心にCVD発症予防の目的で閉経後のHRTが推奨されていたため、米国では閉経後女性の30~40%がHRTを使用していた。一方、本邦のHRT使用率は閉経後女性の数%しかなかったため、米国の方針を参考としてHRTを推奨する方向性であった。しかし、健康な閉経後女性を対象とし、RCTで行われたWHI試験が2002年に報告され、結合型エストロゲン(CEE:Conjugated Equine Estrogen)と酢酸メドロキシプロゲステロン(MPA: Medroxyprogesterone Acetate)の連続併用投与で心筋梗塞を29%、脳卒中を41%上昇させるこれまでとは逆の結果となり、多くの閉経後女性がHRTの中止を余儀なくされることになった(図2)²⁾。しかし、その後の多くの研究で、HRTの開始時期、エストロゲンの種類や量、黄体ホルモンの種類の差異でCVDリスクには大きな違いがあることが分かってきた。

(a) HRTの投与時期・期間

CVDリスクはHRTを開始する年齢や閉経後年数とともに上昇することが報告されており、逆にHRTを閉経後早期に開始するとリスクはむしろ低下する傾向にある⁷⁾。WHIの結果はHRT開始年齢が60歳を超えていたことに問題があった可能性が指摘されている。またHRT使用期間

に関しては、WHI以後にFDAから「エストロゲン単独やエストロゲン+黄体ホルモン療法は個々の女性のリスクを勘案しながら、最少量で最短期間投与するべきである。」と勧告されていた。これはおそらく5年間以上で乳がんリスクが有意に上昇するため最短期間は5年以内と考えられるが、冠動脈疾患リスクをみると、5年まではそのリスクは軽度上昇するが、それ以後に低下することが分かっている。

(b) エストロゲンの投与経路

CEEはLDL-Cを低下し、HDL-Cを上昇させる脂質代謝改善作用を有するが、TGも増加させる。このTG増加はLDLを小型のLDL粒子に変化させる⁸⁾とともに、small dense LDLの血中分布も上昇させる⁹⁾。一方、経皮エストロゲンは経口CEEの場合とは異なり、LDL-CやHDL-Cには影響しないが、初回の肝通過効果がないため逆にTGは低下し、LDL粒子は大型化し、small dense LDLの血中分布には影響しない^{8),9)}。このため、経皮エストロゲンの場合、エストロゲン自身の抗酸化作用が発揮され、血管壁内では活性酸素に酸化されにくく、粥状硬化への進展に抑制的に作用する。

動脈硬化の発症、進展には血管炎症が密接に関与する。急性冠症候群の発症機序としてはまず、血管プラーク内の炎症が活発になり、さら

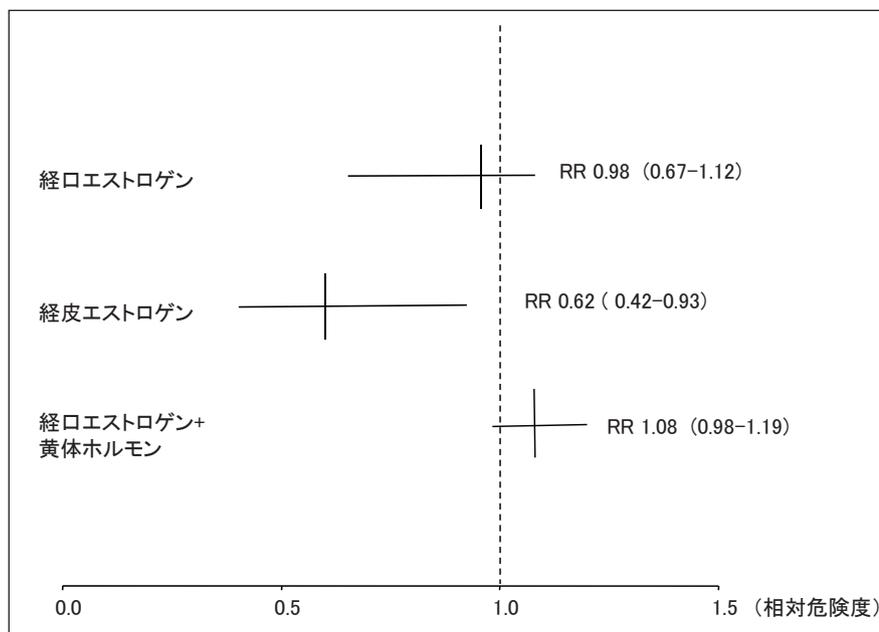


図3 エストロゲン投与ルートの違いによる心筋梗塞のリスク [文献10]より改変]

に蛋白分解酵素のmatrix metalloproteinase (MMP)が活性化され、プラークの線維性被膜が脆弱化し、最終的に破綻する。破綻後は血管内に血栓が急速に充満するため、急性症状を呈する。CEEは高感度CRPや血清アミロイド蛋白A, interleukin-6などの急性血管炎症マーカーを上昇し、MMPを上昇、MMPに抑制的に作用するtissue inhibitor of MMP (TIMP)を低下させることが報告されている。一方、経皮エストロゲンでは血管炎症マーカーやMMPの上昇はなく、TIMPはむしろ低下することから、炎症に抑制的に作用し、プラークを安定化させる可能性が考えられる。

実際に欧州で行われた臨床試験では、経皮エストロゲンで心筋梗塞リスクが有意に40%減少したとの報告もある(図3)¹⁰⁾。

(c) 黄体ホルモン

子宮を有する女性には子宮内膜過形成を予防するためにエストロゲンに黄体ホルモンを併用する必要がある。WHIで使用されたMPAを併用すると、エストロゲンで上昇したHDL-Cや血管内皮機能はMPAの併用量と用量依存的に低下する¹¹⁾。このHDL-Cに対するMPAの悪影響は合成型黄体ホルモンのテストステロン作用によ

るもので、男性ホルモン作用のない天然型黄体ホルモンにはHDL-Cや内皮機能への悪影響は少なく、エストロゲンの好影響が温存されることも示されている。

(d) スタチン

Management of Elevated Cholesterol in the Primary Prevention Group of Adult Japanese (MEGA) Studyの結果より¹²⁾、脂質異常症を合併した本邦女性へのスタチン介入の効果は証明されているが、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版」⁶⁾で推奨されているように、生活習慣の改善を優先させ、リスク区分や脂質管理目標値を参考に薬物療法の開始を決定すべきである。50歳前後の閉経後女性の場合、血管運動神経症状などの更年期症状を訴えることが多い。日本女性医学学会の「女性の動脈硬化性疾患発症予防のための管理指針 2018年度版」によれば、脂質異常症があり更年期症状がない症例の場合、生活習慣の改善を6ヵ月程度行い、再度脂質検査を施行し、ガイドラインの管理目標値に到達しておれば、生活習慣の改善を維持させるが、到達していなければ、スタチンを投与する。更年期症状がある場合にはHRTが適応となるので、HRTの禁忌でない症例には生活習慣

の改善に加え、HRTの脂質代謝改善効果に期待してHRTを3～6ヵ月間施行してもよい。その後、再度脂質検査を行い、管理目標値に到達していれば、生活習慣の改善とHRT投与を継続するが、到達していなければ、HRTにスタチンを追加する¹³⁾。HRTとスタチンの併用投与は、各々の単独投与よりもLDL-C低下率は大きく、small LDLも低下させることで併用効果は証明されている。

おわりに

閉経後のエストロゲン濃度の低下は更年期障害をはじめ、骨粗鬆症からの骨折やCVDの発症頻度を上昇させる。CVDのリスク因子の1つである脂質異常症の頻度も閉経後に急増する。HRTは更年期障害に極めて効果的で、骨量も増加させて骨折予防にも効果的であることは多数のエビデンスから証明されている。また、HRTはそれ以外にも脂質や血管内皮機能を改善させて動脈硬化に抑制的に作用する。以前、HRTはWHI試験で否定されたが、その後の多くの臨床研究でHRTの抗動脈硬化作用が確認され、現在は見直されつつある。日本女性医学学会では「女性のための動脈硬化性疾患発症予防のための管理指針 2013年度版」を改定し、2018年度版を策定した。本管理指針は脂質異常症の病因・病態は男女間で異なるという理由から、女性に焦点を当てるとともに、HRTの使用方法も明記されている点の特徴である⁴⁾。今後、本管理指針が普及し、女性の脂質異常症に対する適切な脂質管理が行われることを期待したい。

参考文献

- 1) Imano H, Noda H, Kitamura A, et al: Low-density lipoprotein cholesterol and risk of coronary heart disease among Japanese men and women: The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Prev Med* 2011; 52: 381-386.
- 2) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators: Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-333.
- 3) NIPPON DATA 80 Research Group: Risk assessment chart for death from cardiovascular disease based on a 19-year follow-up study of a Japanese representative population. *Circ J* 2006; 70: 1249-1255.
- 4) Ikenoue N, Wakatsuki A, Okatani Y: Small low-density lipoprotein particles in women with natural or surgically induced menopause. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 566-570.
- 5) Wakatsuki A, Ikenoue N, Shinohara K, et al: Small low-density lipoprotein particles and endothelium-dependent vasodilation in postmenopausal women. *Atherosclerosis* 2004; 177: 329-336.
- 6) 日本動脈硬化学会編: 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版. 日本動脈硬化学会, 2017.
- 7) Hsia J, Langer RD, Manson JE, et al: Women's Health Initiative Investigators. Conjugated equine estrogens and coronary heart disease: the Women's Health Initiative. *Arch Intern Med* 2006; 166: 357-365.
- 8) Wakatsuki A, Okatani Y, Ikenoue N, et al: Different effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estrogen replacement therapy on size and oxidative susceptibility of low-density lipoprotein particles in postmenopausal women. *Circulation* 2002; 106: 1771-1776.
- 9) Nii S, Shinohara K, Matsushita H, et al: Hepatic Effects of Estrogen on Plasma Distribution of Small Dense Low-Density Lipoprotein and Free Radical Production in Postmenopausal Women. *J Atheroscler Thromb* 2016; 23: 810-818.
- 10) Løkkegaard E, Andreasen AH, Jacobsen RK, et al: Hormone therapy and risk of myocardial infarction: a national register study. *Eur Heart J* 2008; 29: 2660-2668.
- 11) Wakatsuki A, Okatani Y, Ikenoue N, et al: Effect of medroxyprogesterone acetate on endothelium-dependent vasodilation in postmenopausal women receiving estrogen. *Circulation* 2001; 104: 1773-1778.
- 12) Nakamura H, Arakawa K, Itakura H, et al: Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomized controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1155-1163.
- 13) 女性の動脈硬化性疾患発症予防のための管理指針 2018年度版. 日本女性医学学会, 2018.
- 14) Wakatsuki A, Okatani Y, Ikenoue N: Effects of combination therapy with estrogen plus simvastatin on lipoprotein metabolism in postmenopausal women with type IIa hypercholesterolemia. *Atherosclerosis* 2000; 150: 103-111.

漢方治療とその留意点

東北大学病院 産婦人科・漢方内科 助教 大澤 稔

POINT

- ① 更年期症候群には女性ホルモン補充療法が有効・無効の症状があり、前者はおおむね“ホットフラッシュ”に限定される
- ② 女性ホルモン補充療法が無効の症状でも漢方治療が有効であることは多く、両者をバランス良く併用すると良い(統合医療)
- ③ 更年期症候群におけるメンタルの変調の内、最頻症状は“うつうつ(抑うつ)”であり、問診でのチェックは必須である
- ④ 漢方薬の導入時に西洋薬による既治療がある場合、まずは西洋薬を中止せずに漢方薬を上乗せし、症状改善を見計って西洋薬を減量する
- ⑤ 漢方薬にも特徴的な副作用が存在するが、患者に予め初期徴候を情報提供し適切な管理をすることで不安払拭が可能である

特集

はじめに

本誌10月号(Vol.33 No.10 834頁)において「特集 地域での漢方治療のススメ『産婦人科領域 - 更年期障害を中心に - 』」のタイトルで、その一部「冷えのぼせ(ホットフラッシュを含む)・肩凝り・不眠(症)・のどの詰まり」について解説した。今回は前回解説できなかった更年期に比較的多い“メンタルの変調”の治療法ならびに漢方治療全般の留意点について、地域のプライマリ・ケア医が持つときっと得をする知識について述

べてみたい。

更年期診療に不可欠なのは “統合医療”的考え方

更年期症候群の一つひとつの症状を更年期症状と呼び、特に辛いものを更年期障害と呼ぶ。この更年期症状には狭義のものと広義のもの2つが存在する。狭義の更年期症状とはエストロゲン低下が直接原因となっているものを指し、通常女性ホルモン補充療法(ERT/HRT:

Estrogen Replacement Therapy/Hormone Replacement Therapy;以下、HRTと略)が推奨される。一方、広義の更年期症状は心理・社会的背景が原因となるものを含み、HRTが必ずしも有効とは限らない。それではHRTまたは漢方治療が勧められるのはおのおのどのような場合であろうか。筆者は以下のように提案する。

1. HRTを優先する場合

① ホットフラッシュが主症状にある場合¹⁾

ホットフラッシュは「冷えのぼせ」のうち「急な上半身のほてり、発汗などが起こる状態」を指す。この症状に対する効果はHRT>漢方である。

② ①の場合で、かつ、骨粗鬆症・骨量減少症や脂質異常症、腔乾燥などがある場合

ホットフラッシュが無い場合はこれらの疾患・症状は西洋薬でも対応可能であるため、必ずしもHRTが優先されるとは限らない。

2. 漢方治療を優先する場合

③ エストロゲン依存性腫瘍(乳がん、子宮内膜がんなど)を既往とする場合

④ 静脈血栓塞栓症を既往とする場合

以上はHRTの絶対・相対禁忌を指す。

⑤ (概ね)ホットフラッシュ以外の症状が主症状である場合

特に⑤に関して、日本人の更年期症状で最も多いとされる「肩凝り」には漢方薬がはるかに有効である。そのため実臨床では③④が無いことを前提にHRTと漢方薬を併用する場面も多い。なお肩凝りに対する漢方治療の提案は10月号で既報としているので参照されたい。そしてこのように西洋薬と漢方薬を同時処方できるのも日本の医療保険制度の特長となっていることも申し添える。

留意点① 更年期症候群の治療はHRTが得意とする症状はHRTで、それ以外の症状について漢方薬と併用すると良い(統合医療の実践)。

更年期症候群には、前回解説できなかったメンタルの変調も非常に多く、本稿ではこれらを中心に解説を加える。その多くは精神科や心療内科の専門医でなくとも大きく的を外さない地域のプライマリ・ケア医のための処方として実践していただきたい。

更年期症候群におけるメンタルの変調

更年期症候群におけるメンタルの変調について患者や学生に尋ねると、「イライラする(苛立ち)?」という回答が多い。この点について筆者は自身の担当する更年期関連外来を2013年7月～12月の間に受診した「軽度」のメンタルの変調を訴える患者について、うつうつ(抑うつ)・イライラ(苛立ち)・ドキドキ(不安)の3軸の症状を基本に後方視的な頻度調査²⁾を行った。結果は頻度順に

1位 うつうつ(抑うつ)

2位 ドキドキ(不安)

3位 イライラ(苛立ち)

であった(図1)。この結果は筆者の長年の感覚と合致しており、更年期患者のメンタルの変調として、まずは「抑うつ」の有無に留意しないといけないことを示している。

そして地域医療においてこれらのメンタルの変調は、その患者数の多さからよほどの重症でない限り、プライマリ・ケア医が担うべきと考えている。そのためベンゾジアゼピンやSSRI、SNRIといった内服薬が出しにくい場面にぜひ漢方薬を使用していただきたい。

1. うつうつ(抑うつ)の漢方薬(図2)

漢方の抗うつ薬として用いることのできる代表薬に桂枝加竜骨牡蛎湯がある。本剤は広く抑うつ気分^{けいしかりゅうこつぼれいとう}に用いることができる。さらに抑うつ気分に加え「喉の詰まり感」や「息がしにくい」「飲み込みにくい」などの「梅核気^{ばいかくき}」症状が出ているようであれば半夏厚朴湯^{はんげこうぼくとう}も有効である。半夏厚朴湯には不安症(不安神経症)の効能があるが、気分症(抑うつ気分)にも効果があるため、

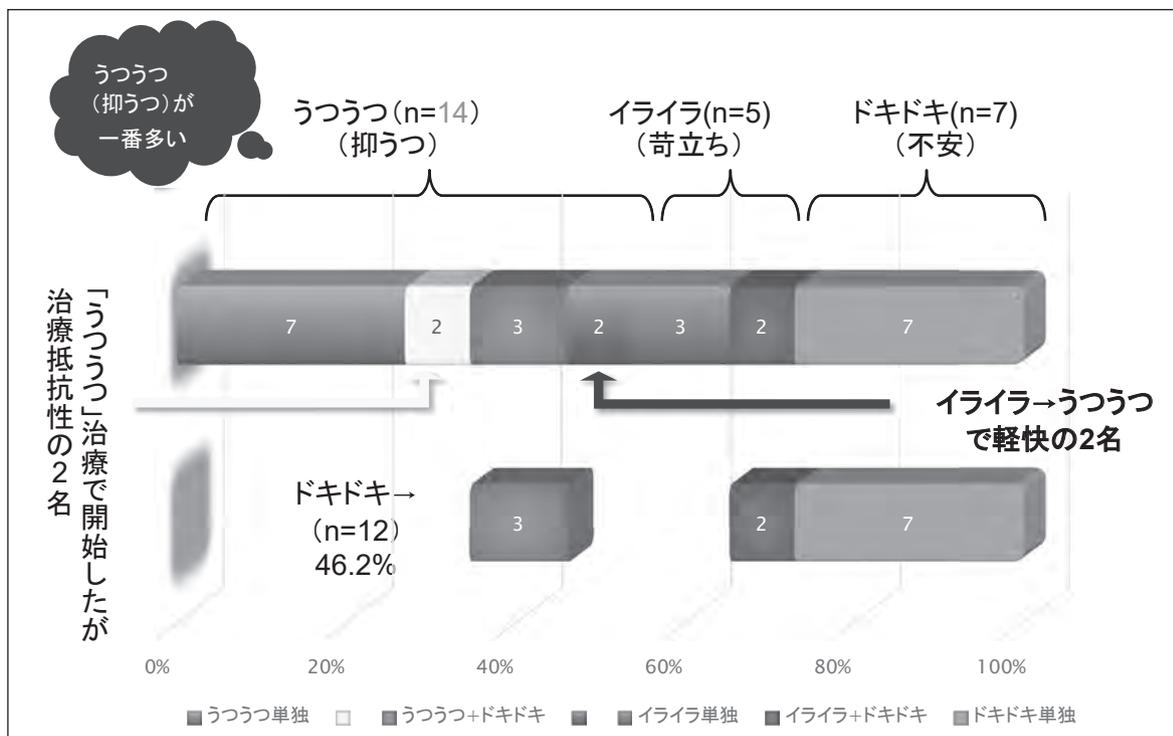


図1 更年期関連外来患者におけるメンタルの変調の分布 問診から(n=26)

◆うつうつ(イライラではない)していて、
外来に入ってくるときから、元気がない

出典: 金匱要略

桂枝加竜骨牡蛎湯

・牡蠣剤

※更に気分が塞(ふさ)いで、のどが苦しくなることがよくあります
梅核気(ばいかくき)といえます

→

出典: 金匱要略

半夏厚朴湯

・甘草(は)不舎

図2 “うつうつ”している(抑うつ)

筆者はもっぱら不安症を併発した気分症に桂枝加竜骨牡蛎湯の代わりに用いることも多い。

加えてうつうつ(抑うつ)患者，すなわち気分症患者の特徴の一つに「悪夢を見る」があることを覚えていただきたい。この問診は更年期症候群を疑う患者では必要不可欠であり、「悪夢を見る」ことが聴取されれば本剤(=桂枝加竜骨牡蛎湯または半夏厚朴湯)の使用目標となる。さら

に効果判定にも使用することができるのでその点も重要である。

2. イライラ(苛立ち)の漢方薬(図3)

イライラ(苛立ち)の漢方薬はたくさん存在するため前回同様フローチャート(Alternative Pathway)で解説する。冷えのぼせ(ホットフラッシュを含む)がある場合，その症状が強い

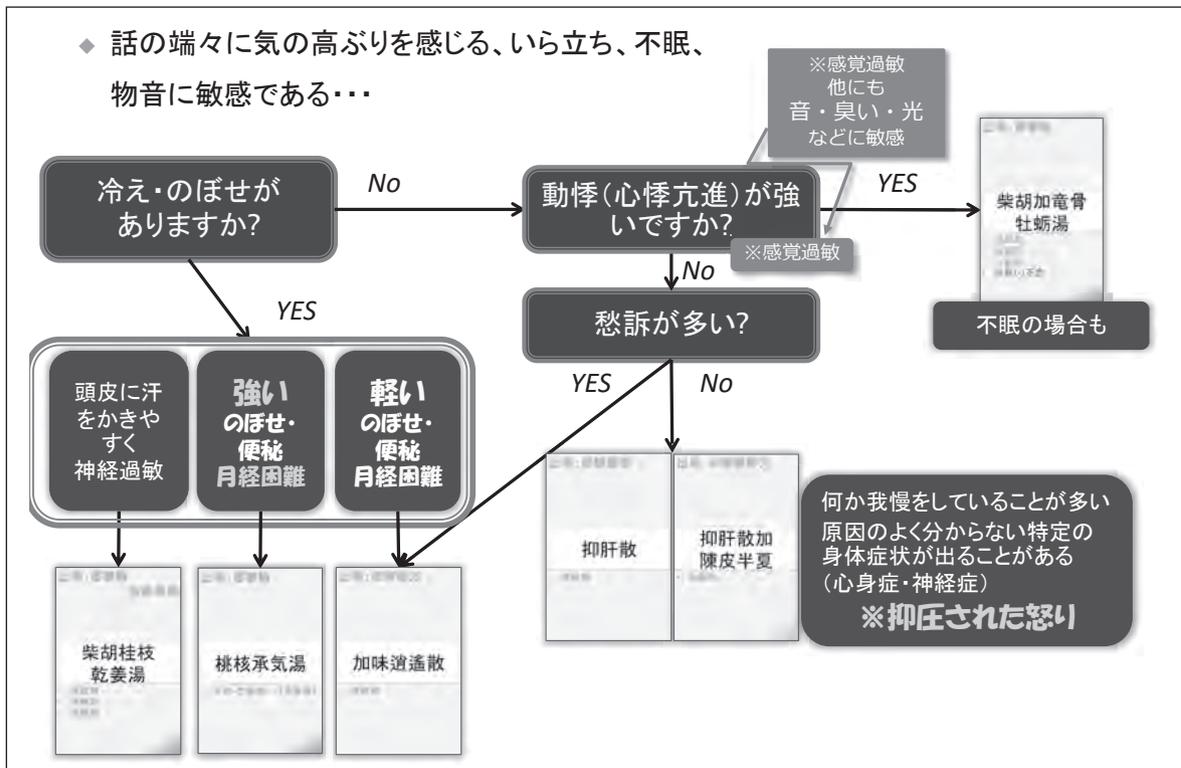


図3 “イライラ”している(苛立ち)

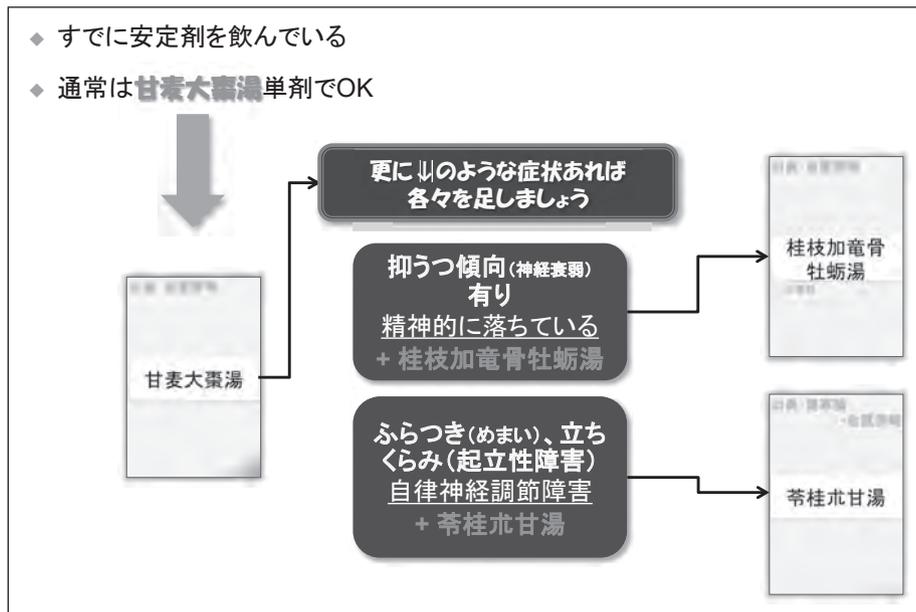


図4 急に“ドキドキ”する(不安)

場合と軽い場合でそれぞれ桃核承気湯、加味逍遙散を推奨している。この両者は便秘の側面から分類すると鑑別しやすい。桃核承気湯は事によっては1週間以上排便のない場合に、加味逍遙散は2～3日に1回程度は排便がある場合と考慮していただきたい。ちなみに「便秘症です

か?」の問診に対して「いいえ」と回答する患者の中に、既に前医で下剤が処方されている場合があるので、初診時のお薬手帳のチェックは必須と考えていただきたい。また柴胡桂枝乾姜湯は便秘と言うよりはむしろ軟便な場合に使用すると良い。

一方、冷えのぼせの有無は問わず、動悸(心悸亢進)が随伴症状であれば柴胡加竜骨牡蛎湯を用いる。なおここで言う動悸とは“感覚過敏症状”の一つであり、他にも照明の光が眩しい、臭いが気になる、生活音が気になる……等も本剤を選ぶ目標となる。その動悸に代表される感覚過敏症状の有無を問わずに用いることのできるのが抑肝散よくかんざん、ないしは抑肝散加陳皮半夏よくかんざん かちん びはんげである。後者は陳皮、半夏(=胃腸薬)入りの抑肝散という見方もできるが、“ドキドキ(不安)”にも若干有効であるため、苛立ちに不安症を合併している場合にも使用できる。

3. ドキドキ(不安)の漢方薬(図4)

漢方の抗不安薬として用いることのできる代表薬に甘麦大棗湯かんぼうたいそうとうがある。西洋医学的にも不安症と気分症は高率に合併することが知られる。その点は漢方医学的にも同じであり、本剤けいと桂枝加竜骨牡蛎湯しかりゅうこつぼれいとうの併用処方もよく行われる。

また不安症では自律神経調節障害(起立性低血圧)を併発しやすいことも知られているため、自律神経調節障害によく処方される苓桂朮甘湯りょうけいじつかんとうと本剤との併用処方もよく行われる。

留意点② 更年期症候群におけるメンタルの変調は頻度順で“うつうつ(抑うつ)”が最多であり、プライマリ・ケアではこの“うつうつ(抑うつ)”の有無のチェックが重要である。

漢方薬の導入の仕方について

更年期症候群に対する既治療が西洋薬でなされている場合、どのように漢方薬を導入するか、の質問をよく受ける。西洋薬で改善がなされていないとは言え、全く効いていない訳では無いため、筆者としてはまず……

1. 西洋薬の処方に漢方薬を上乗せする
2. 症状改善が認められたら西洋薬を徐々に減量していく

ことにしている。西洋薬を完全オフにしてしまうと不安と新たな漢方薬が効くか分からない不安とをこの方法で拭拭することができるのである。

留意点③ 漢方薬の導入を決定した場合、既治療の西洋薬があればそれを直ぐには中止せず漢方薬を上乗せ併用する。その後、症状改善を見はからって西洋薬を徐々に減量していくのが良い。

漢方薬処方時の管理について

通常管理のインターバルは2週間後に再来を予定し、その時点で何らかの改善があれば継続処方、何も効果が現れない場合は薬の変更を行い、再度2週間後に効果判定を行うと良い。その意味で漢方薬は「直ぐには効かない」「長く飲まない」と効果がないなどと一般的に言われているのは誤解である。正確には
×「直ぐには効かない」→○「2週間以内に何らかの反応は認められる」
×「長く飲まない」と効果がない→○「2週間後に何らかの症状改善を確認できた段階で継続処方に移行し、更なる改善を目指す」
となる。

留意点④ 漢方薬の治療管理は2週間を基本とし、2週間後の効果の出方で変更または継続を決めるのが良い。2週間後に何も効果がない場合はそれ以降も効果は期待できない。

副作用について³⁾

漢方薬にも副作用は存在するが、重症となるものは必ずしも多くはない。前回登場した漢方薬についても併せて留意したいものを掲げる。あらかじめ患者に伝えておくことで安心を担保することができる。

1. 偽アルドステロン症

症状: 血圧上昇, 浮腫

可能性のある漢方薬: 甘草含有漢方薬全般(エキス剤の7割以上に含有)

低カリウムを主体とする病態であり、西洋薬ではスピロノラクトン以外の利尿薬や、各種下

剤，ステロイドの併用でさらに低カリウム血症が悪化することが知られている。更年期以降では何かしらの西洋薬を常用していることも多く，併用薬に注意が必要である。ここでもお薬手帳のチェックが大変重要ということになる。

なお，最近の報告に甘草そのものではなく個々の体質に由来する可能性が指摘され，近い将来治療の個別化の可能性も出てきている⁴⁾。

2. 間質性肺炎

症状: 空咳

可能性のある漢方薬: 黄芩含有漢方薬→半夏瀉心湯，大柴胡湯ほか

3. 特発性腸間膜静脈硬化症

症状: (主に右が多いとされる) 下腹部痛

可能性のある漢方薬: 山梔子含有漢方薬→加味逍遙散，加味帰脾湯ほか

4. 胃腸障害

症状: 胃もたれ・食欲不振

可能性のある漢方薬: 地黄，麻黄含有漢方薬→十全大補湯，牛車腎気丸，当帰飲子ほか

5. 附子製剤による症状

症状: 動悸・のぼせ・舌のしびれ・悪心

可能性のある漢方薬: 附子含有漢方薬→牛車腎

気丸，桂枝加朮附湯，附子末ほか

留意点⑤ 漢方薬にも重症にはならずとも副作用は存在し，その初期徴候について知っておく必要がある。

最後に

更年期症候群は日常ありふれた疾病であり，自身も含め地域医療におけるプライマリ・ケア医の役割は非常に大きいと考えている。特にHRTと漢方治療の位置付けについてはその症状の出方によりバランス良く併用する方法をお勧めする。そして更年期症候群に多いメンタルの変調では“うつうつ(抑うつ)”が最頻であることに留意し，ベンゾジアゼピン，SSRI，SNRI等が奏効しない，あるいは副作用で困る場合などに漢方薬の出番が増えることを期待している。

参考文献

- 1) ホルモン補充療法ガイドライン 2017年度版.
- 2) 大澤稔:産婦人科漢方研究のあゆみ 2015;32:58-62.
- 3) 高山真, 他:高齢者によく使われる漢方の副作用について. Geriatric Medicine 2018;56:553-555.
- 4) Takahashi K, et al: Identification of glycyrrhizin metabolites in humans and of a potential biomarker of liquorice-induced pseudoaldosteronism: a multi-centre cross-sectional study. Arch Toxicol 2019; 93(11): 3111-3119.

補完代替医療とその留意点 (エクオールを中心に)

徳島大学大学院医歯薬学研究部 生殖・更年期医療学分野 教授 安井敏之
徳島大学大学院医歯薬学研究部 生殖・更年期医療学分野 松浦幸恵

POINT

- ① 本邦では補完代替医療の中でサプリメントの使用が多い
- ② 大豆イソフラボンの代謝物であるエクオールはホットフラッシュの改善に効果がある
- ③ 更年期障害治療の導入やホルモン補充療法中止後の次のステップとしてエクオールを考える

補完代替医療の種類

補完代替医療(CAM:Complementary and Alternative Medicine)とは、現代西洋医学領域において、科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称と定義され¹⁾、アロマセラピー、ビタミン療法、食事療法、精神・心理療法、温泉療法、中国医学、インド医学、薬効食品・健康食品などが含まれる。最近、これらのCAMについて、その作用機序や有効性が科学的に証明されてきている。本邦においては使用するCAMの種類として、サプリメント、マッサージ、リフレクソロジー、アロマセラピーが多く、特にサプリメントの占める割合が高い²⁾。CAMについての考え方には性差が存在し、大学生を対象に行われた研究では、男性はエビデンスのあ

るCAMに興味をもち使用し、相手にも勧める。一方、女性はさまざまなCAMに興味をもち使用するが、相手に勧めるのはエビデンスのあるCAMであったことが報告されている³⁾。

更年期症状に対してCAMを使用している割合は、海外からの報告によると33.5~82.5%と非常に幅広い⁴⁾。国際閉経学会は、更年期症状に対する管理方針の中で、中等度から高度の症状にはホルモン補充療法(HRT:Hormone Replacement Therapy)とともに、ホルモン剤以外の治療として選択的セロトニン再取り込み阻害剤/セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤、クロニジン、ガバペンチン、催眠療法、認知行動療法を挙げている⁵⁾。最近、更年期症状に対するCAMに関してエビデンスがレビューされ、表1にこれらの内容をまとめた⁶⁾。

特集

表1 更年期障害に対するCAMの種類とエビデンス

Mind body practice	Hypnosis (催眠療法)	推奨されている
	Cognitive behavioral therapy (認知行動療法)	推奨されているが限定的
	Biofeedback and relaxation training	ほてりの頻度の改善について臨床的には有意義ではない
	Mindfulness-based stress reduction	睡眠の質や更年期に関連したQOLの改善には臨床的に有意義であるが、ほてりの改善については臨床的に有意義ではない
	Yoga (ヨガ)	精神的症状には効果があり安全である
Natural products	Aromatherapy (アロマテラピー)	単独ではエビデンスに乏しいが、他のCAMをプラスするとい
	Black Cohosh (ブラック・コホッシュ)	単独での効果ははっきりせず、副作用に注意が必要である。
	Wild Yam	エビデンスが一致しておらず、長期的な安全性もはっきりしない。
	Dong Quai (当帰)	単独での効果ははっきりしておらず、安全面もはっきりしていない。
	Maca (マカ)	エビデンスに乏しく、安全面での情報が不足している
	Pollen extract (花粉エキス)	効果は臨床的に有意義とは言えない
	Evening Primrose oil (月見草オイル)	十分なエビデンスがない
	Phytoestrogen	エビデンスに乏しいが、ゲニステインについてはさらなる検討が推奨される
	Vitamin E	十分なエビデンスがない
	Whole system alternative medicine approach	Traditional Chinese medicine
Reflexology (リフレクソロジー)		エビデンスが不十分で一致した見解が得られていない
Acupuncture (鍼灸)		効果が一致していない
Homeopathy (ホメオパシー)		エビデンスが十分でない

[文献6]より改変引用)

これによると、催眠療法や認知行動療法については推奨されているが、ほとんどのCAMはエビデンスに乏しく今後エビデンスの蓄積が必要とされている。

一方、本邦では前述したようにサプリメントの使用が多い。更年期女性の血管運動神経症状に対するサプリメントの有効性について多くの検討がなされているが、その代表的なものは植物エストロゲンとして知られる大豆イソフラボンであり、メタ解析によってホットフラッシュの頻度を低下させることが示されている。しかし、高用量・長期間の大豆イソフラボン投与(150mg/日、5年間)によって子宮内膜増殖症の発症の増加がみられたことから、食品からの摂取に上乘せする安全な大豆イソフラボンの摂取量はアグリコン(非配糖体)換算で30mg/日までとされている。なお、これまでの研究の大半はこれ以上の摂取量で行われてきたことから結果の解釈には注意が必要である。最近、低用量大豆イソフラボン(25mg/日)、大豆イソフラ

ボン的一种ダイゼインの腸内細菌分解産物であるS体エクオール、ブタ胎盤抽出物、ブドウ種子ポリフェノールなどによりホットフラッシュを含む更年期症状が改善することが報告されている⁷⁾。

大豆イソフラボン

1. 大豆イソフラボン摂取とエストロゲン濃度

豆腐、納豆、味噌汁、豆乳、きな粉など大豆イソフラボンの摂取頻度が増えるほど尿中イソフラボン濃度は高くなる。さらに、大豆イソフラボンの摂取がエストロゲン濃度に影響するかどうかを明らかにするために、尿中イソフラボン濃度と尿中エストラジオール濃度との関連を検討した。その結果、図1のように、尿中イソフラボンレベルによって尿中エストラジオール濃度は統計学的には段階的に有意な増加傾向が存在することを認めた。しかし、これらの値は1.0~1.4ng/mg creatinineであり、HRTを受け

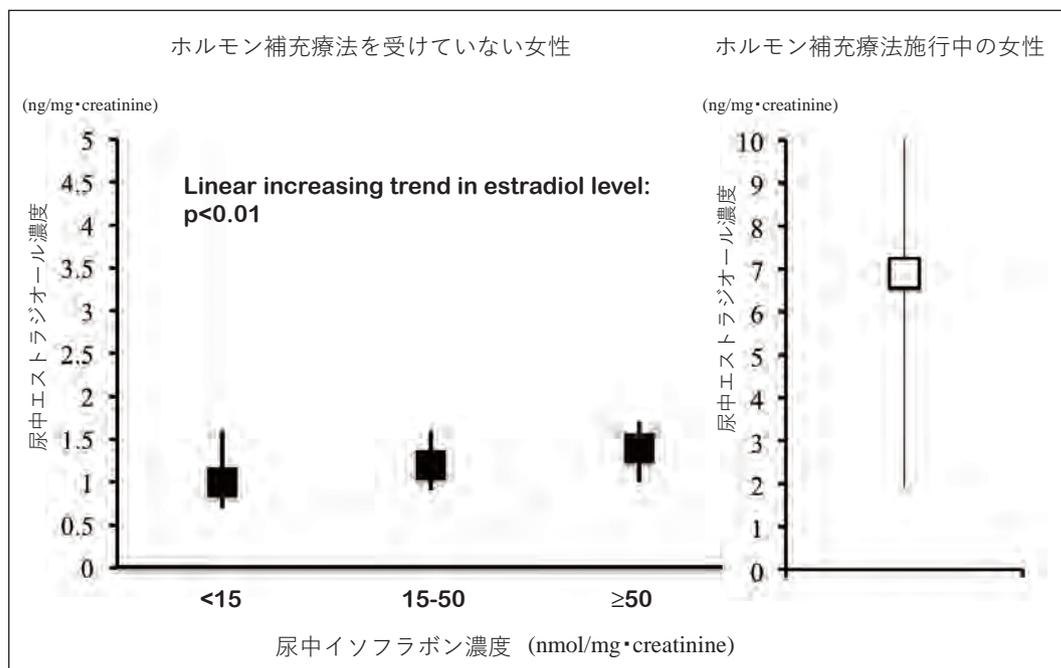


図1 尿中イソフラボン濃度と尿中エストロゲン濃度 [文献8]を一部改変]

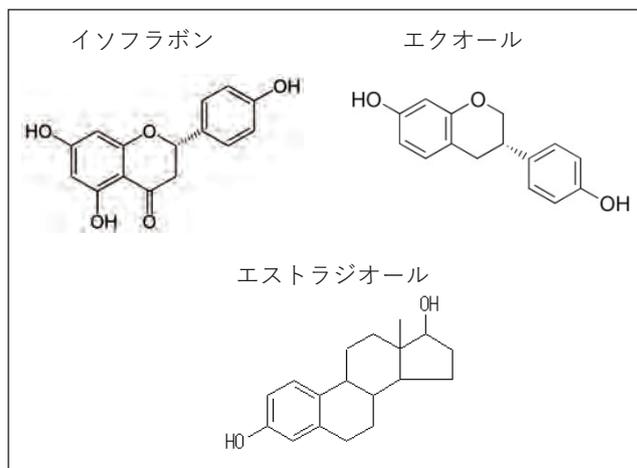


図2 イソフラボン，エクオール，エストラジオールの構造式

ている女性の尿中エストラジオール濃度(6.9ng/mg creatinine)と比較すると(図1右)，わずかな増加であった⁸⁾。

2. 大豆イソフラボンとエクオール

大豆イソフラボンには，ダイゼイン，ゲニステイン，グリシテインの3種類があり，ダイゼインが腸内細菌によって代謝されエクオールが産生される。エクオールは図2のようにエストロゲンと類似した化学構造を持っており，エストロゲンの1/1,000~1/100のエストロゲン様作用を有している。エクオールには光学異性体と

してS体とR体が存在し，ヒトの血液や尿で検出されるS体エクオールは，エストロゲン受容体のうち骨や血管などに分布するβ受容体への親和性が高く，エストロゲン作用を発揮する。主に生殖器に分布するα受容体への親和性は低いことから，S体エクオールは生殖器への影響が少ないと考えられる。

3. エクオール産生者と非産生者による違い

食品として摂取された大豆イソフラボンからエクオールは産生されるが，産生できる女性とできない女性が存在する。本邦女性の約半分は

表2 エクオールの効果のまとめ

症状		効果	報告者、報告年
更年期症状	ホットフラッシュ	回数の減少	Aso T et al, 2012
	首・肩のこり	こりの程度の改善	
骨	骨代謝	骨吸収マーカーの抑制	Tousen Y et al. 2011
	骨密度	骨密度低下の抑制	
糖代謝		HbA1cの低下	
脂質代謝		LDL-Cの低下	Usui T et al. 2013
血管機能		Cardio-ankle vascular index (CAVI)の低下	
皮膚		シワ面積率、シワの最大深さの改善	Oyama A et al. 2012

体内でエクオールを産生できるが、残り半分の女性は産生できないことが知られており、個人差が存在する。なお、豆腐、納豆、みそ汁、豆乳など大豆食品を摂取する習慣が多いほどエクオールの産生が高いことが報告されている⁹⁾。

これまで下記のように、エクオール産生者と非産生者では生体内での作用に差がみられることが報告されている。

- ① 更年期症状が強い女性では、エクオールの尿中排泄量が少ないことからエクオールの産生が少ない可能性がある¹⁰⁾。
- ② エクオールを産生している女性はエクオール非産生者に比べて、イソフラボン投与(12ヵ月後)による大腿骨の骨密度の減少が有意に少ない¹¹⁾。
- ③ エクオールを産生している女性はエクオール非産生者に比べて、イソフラボン投与(12ヵ月後)による全身の体脂肪の増加が少ない¹¹⁾。
- ④ エクオールを産生している2型糖尿病の閉経後女性はエクオール非産生者に比べて、フラボノイドとイソフラボン投与12ヵ月後の拡張期血圧や脈波伝播速度が有意に低い¹²⁾。
- ⑤ エクオールを産生している男性(心血管疾患の既往のない健常日本人)は非産生者に比較して、冠動脈の石灰化リスクが低い¹³⁾。

⑥ 平均69.2歳のエクオール産生者(60例)と非産生者(92例)におけるTouch panel-type Dementia Assessment Score(TDAS)およびMild Cognitive Impairment(MCI)スクリーニングテストの結果を比較すると、エクオール非産生者では、年齢に比べて記憶力が低下した軽度認知障害のリスクが高い¹⁴⁾。

⑦ 70歳以上の高齢男女1,177例を対象にしたケースコントロール研究によると、エクオールを産生している女性はエクオール非産生者に比べて、身体障害を起こしたり死亡する割合が低い¹⁵⁾。

4. エクオール投与による効果

2014年より、大豆イソフラボンの代謝物で大豆イソフラボン関連物質の中で強いエストロゲン活性を持ち、抗酸化作用などを有するエクオールを含有したサプリメントが利用可能となった。エクオール非産生者において有効なサプリメントとなりうる可能性がある。表2にエクオールの効果をまとめた。

(1) 更年期症状

閉経後10年未満の更年期症状を有するエクオール非産生者(160例)を対象とした研究によると、エクオール(10mg/日)投与群(77例)はプ

ラセボ投与群(83例)に比較して、投与12週後のホットフラッシュの回数の有意な減少ならびに首や肩こりの程度に有意な改善効果を認められた¹⁶⁾。

更年期になると、ヘバーデン結節、ブシャー結節など手指の関節に疼痛がみられることがある。平瀬らによると、これらの患者の96%にエクオールが産生できておらず、関節の変形がなければ、エクオール(10mg/日)投与によって疼痛緩和に効果がみられたことが報告されている¹⁷⁾。

(2) 骨代謝

閉経後5年未満のエクオール非産生者(93例)において、エクオール(10mg/日)摂取によって、12ヵ月後に骨吸収マーカーである尿中デオキシピリジノリン濃度の有意な抑制(エクオール投与群 23.94% vs プラセボ群 2.87%)ならびに全身骨密度の低下の有意な抑制がみられた¹⁸⁾。

(3) 脂質代謝

エクオール非産生者49例(平均年齢58.9歳、BMI 25以上)を対象にした検討で、エクオール(10mg/日)の12週間摂取群ではLDLコレステロールは112mg/dLが104mg/dLと減少し、プラセボ群と比較して有意な低下がみられた。なおHDL-Cや中性脂肪には有意な変化がみられない¹⁹⁾。

(4) 血管機能

エクオール非産生者49例を対象にした検討で、エクオール(10mg/日)の12週間摂取群はプラセボ群と比較し、血管機能であるCAVI(Cardio-ankle Vascular Index)値に有意な低下がみられた。なお、血圧には有意な差がみられない¹⁹⁾。

(5) 糖代謝

エクオール非産生者49例を対象にした検討で、エクオール(10mg/日)の12週間摂取群でHbA1cが6.0%から5.8%へと低下し、プラセボ群と比較して有意な変化がみられた。なお、空腹時血糖には有意な変化がみられない¹⁹⁾。

(6) 皮膚

閉経後5年未満のエクオール非産生者101例に対して、エクオール10mgの12週間摂取群では目尻のシワ面積率の増加が有意に抑制され、

エクオール30mgの12週間摂取群では目尻のシワ面積率の増加の抑制とともにシワの最大深さの有意な改善がみられた²⁰⁾。

5. エクオール投与における注意点と有害事象

エクオールは食品の範疇にあり、安全性は高いと考えられるが、注意すべき点もある。エクオールは大豆アレルギーの女性には禁忌であり、妊婦や褥婦ではその投与を避けなければならない。これまで、エクオール投与による大きく問題となる有害事象は報告されていない。疫学研究によって豆腐などの伝統大豆食品の摂取は、乳がん、前立腺がん、子宮内膜癌のリスクを低下させる可能性が報告されたが²¹⁾、科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドラインによると、「乳癌発症リスクを減少させるためにサプリメントを服用することは勧められるか」という問いに十分な根拠はないことが記載されている²²⁾。エストロゲン依存性ヒト乳癌細胞株を用いたエクオールの影響を検討した研究結果から、生理的範囲内では乳癌増殖を促進しないことが報告されているが²³⁾、増殖抑制もしておらず、今後もエビデンスの蓄積が必要である。子宮内膜癌術後や乳癌術後患者への投与の可能性も考えられるが、慎重に考える必要がある。

6. エクオールとホルモン補充療法

ほてりや寝汗を我慢しているとドミノ倒し現象によって精神神経症状の発症に影響することはよく知られているが、更年期障害を我慢し放置しておく心臓血管疾患や骨粗鬆症の発症にも関与する可能性が報告されている²⁴⁾²⁵⁾。したがって、程度が強い更年期障害には何らかの対応が必要と考えられる。HRTを受けるほどではないと思っている女性にとって、症状がひどくなる前にエクオールを考慮することができる。エクオールは食品の範疇にあることからその使用においては敷居も低く、患者は手軽に試すことができる。なお、HRTの禁忌や慎重投与にあたるからエクオールを考えるという考えには注意が必要である。

エクオールとHRTの使い分けについて考えると、

- 1) 更年期障害でホルモン治療をためらっている女性に治療の導入として使用
- 2) HRTや漢方を使用している女性に併用
- 3) HRTをそろそろ終了したいと考えている女性に次のステップとして使用

などを考えることができる。しかし、今後これらについてエビデンスの蓄積が必要である。さらに、エクオール産生者と非産生者における選択も今後の課題である。

終わりに

閉経以降の女性は低い女性ホルモンレベルの状態度過ごすわけであり、人生100年時代を考えるとこの期間は長い。元気で健康な閉経後の生活を送るためにも、個人個人にあった補完代替医療を探し、適切に使うことが求められる。

文献

- 1) 日本産科婦人科学会:産科婦人科用語集・用語解説集. 2018, p340.
- 2) 鈴木信孝:補完代替医療の展望. 全日本鍼灸学会雑誌 2006;56: 693-702.
- 3) Takata T, et al: Gender differences in attitudes regarding complementary and alternative medicine among health care profession students in Japan. JJCAM 2014; 11: 81-88.
- 4) Buhling KJ, et al: The use of complementary and alternative medicine by women transitioning through menopause in Germany: Results of a survey of women aged 45-60 years. Complementary Therapies in Medicine 2014; 22: 94-98.
- 5) Jane FM, et al: A practitioner's toolkit for managing the menopause. Climacteric 2014; 17: 564-579.
- 6) Johnson A, et al: Complementary and alternative medicine for menopause. Journal of Evidence-based Integrative Medicine 2019; 24: 1-14.
- 7) 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会:CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか? 産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2017, p276-278.
- 8) Yasui T, et al: The association of urinary estrogen levels with urinary isoflavone levels: Difference between premenopausal women and postmenopausal women. Maturitas 2019; 121: 41-47.
- 9) Ideno Y, et al: Optimal cut-off value for equal-producing status in women: The Japan Nurses' Health Study urinary isoflavone concentration survey. PLOS ONE, 2018.
- 10) 内山成人, 他:日本人女性における大豆イソフラボン及びエクオールと更年期症状の関係に関する調査研究. 日本女性医学学会雑誌 2007;15:28-37.
- 11) Wu J, et al: Possible role of equal status in the effects of isoflavone on bone and fat mass in postmenopausal Japanese women: a double-blind, randomized, controlled trial. Menopause 2007; 14: 866-874.
- 12) Curtis PJ, et al: Vascular function and atherosclerosis progression after 1 y of flavonoid intake in statin-treated postmenopausal women with type 2 diabetes: a double-blind randomized controlled trial. Am J Clin Nutr 2013; 97: 936-942.
- 13) Ahuja V, et al: Significant inverse association of equal-producer status with coronary artery calcification but not dietary isoflavones in healthy Japanese men. Br J Nutr 2017; 117: 260-266.
- 14) Igase M, et al: Cross-sectional study of equal producer status and cognitive impairment in older adults. Geriatr Gerontol Int 2017; 17: 2103-2108.
- 15) Hozawa A, et al: Relationship between serum isoflavone levels and disability-free survival among community-dwelling elderly individuals: Nested case-control study of the Tsurugaya project. Journal of Gerontology 2013; 68: 465-472.
- 16) Aso T, et al: A natural S-equal supplement alleviates hot flashes and other menopausal symptoms in equal nonproducing postmenopausal Japanese women. J Womens Health 2012; 21: 92-100.
- 17) 平瀬雄一:女性疾患としての手の痛み. 日本女性医学学会雑誌 2018;25:307-311.
- 18) Tousen Y, et al: Natural S-equal decreases bone resorption in postmenopausal, non-equal-producing Japanese women: a pilot randomized, placebo-controlled trial. Menopause 2011; 18: 563-574.
- 19) Usui T, et al: Effects of natural S-equal supplements on overweight or obesity and metabolic syndrome in the Japanese, based on sex and equal status. Clin Endocrinol 2013; 78: 365-372.
- 20) Oyama A, et al: The effects of natural S-equal supplementation on skin aging in postmenopausal women: a pilot randomized placebo-controlled trial. Menopause 2012; 19: 202-210.
- 21) Kushi LH, et al: American cancer society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. CA Cancer J Clin 2012; 62: 30-67.
- 22) 日本乳癌学会:学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 疫学・診断編 2013年度版. 金原出版, 2013, p23-25.
- 23) Onoda A, et al: Effects of S-equal and natural S-equal supplement (SE5-OH) on the growth of MCF-7 in vivo and as tumors implanted into ovariectomized athymic mice. Food Chem Toxicol 2011; 49: 2279-2284.
- 24) Herber-Gast G, et al: Hot flashes and night sweats are associated with coronary heart disease risk in midlife: a longitudinal study. BJOG 2015; 122(11): 1560-1567.
- 25) Crandall CJ et al: Associations of menopausal vasomotor symptoms with fracture incidence. J Clin Endocrinol Metab 2015; 100: 524-534.

訂正

「月刊地域医学」Vol.33 No.11 特集「チームSTEPPS」の誌面の一部に訂正があります。

該当箇所	正	誤
912(24)頁 POINT⑤	チームトレーニングによって、患者安全のみならず、 <u>チームとしてのパフォーマンス</u> も向上し、働きやすい職場となる。	チームトレーニングによって、患者安全のみならず、 <u>チームとのパフォーマンス</u> も向上し、働きやすい職場となる。
913(25)頁 右段最終行目	米国医療研究品質局	アメリカ医療研究品質局
914(26)頁 左段2～3行目	CRM(Crew Resource Management)	顧客関係管理(CRM:Crew Resource Management)
914(26)頁 左段10～12行目	チームSTEPPSとは「Team Strategies and Tools <u>to</u> Enhance Performance and Patient Safety」	チームSTEPPSとは「Team Strategies and Tools Enhance Performance and Patient Safety」
915(27)頁 右段8～9行目	その際に、④誰かがリーダーシップを発揮して限られた資源を効果的に活用する(リーダーシップ)、⑤	その際に、誰かがリーダーシップを発揮して限られた資源を効果的に活用する、④

第74回

“判断の誤り”に関わるアクシデント事例を
未然に防止する！

—“プロフェッショナルとしての判断”と未然防止対策—

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長 石川雅彦

はじめに

医療機関におけるインシデント・アクシデント事例の発生要因の一つとして“判断の誤り”が挙げられることは少なくない。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）、平成27年年報¹⁾によると、参加登録医療機関からの医療事故報告9,672件中、発生要因としての“判断を誤った”は、964件(10.0%)であり、事例情報報告参加医療機関から報告されたヒヤリ・ハット事例79,361件中、発生要因としての“判断を誤った”は、6,433件(8.1%)であった。10.0%あるいは8.1%という割合は、一見少ないように思われるかもしれないが、ヒヤリ・ハット事例では、6,433件の報告があり、患者への影響を考慮すると、防止対策の見直し、新たな取り組みが急がれる。

これらの結果を耳にすると、患者・家族はもちろんのこと、医療者も「なぜ、さまざまなプロフェッショナルがチームとして連携して業務を行っている医療機関において、“判断の誤り”が発生するのか？」「なぜ、“判断の誤り”が発生した場合でも、インシデント・アクシデント事例の発生につながらない対応が実施できなかったのか？」などの疑問を持つことが想定される。

自施設では、“判断の誤り”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、

防止対策や現状評価は十分だろうか。“判断の誤り”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然に防止するためには、「どのような状況で“判断の誤り”が発生しているのか？」「“判断の誤り”を誘発する要件にはどのようなものがあるのか？」「“プロフェッショナルとしての判断”とは？」など、発生要因について考えを深めることが重要である。併せて、関与する医師、看護師などの医療職だけでなく、非医療職も含めたさまざまな職種がチームとして個々の専門性を発揮し、エラー発生を未然に防止するシステム整備の検討が望まれる。この機会に改めて未然防止の取り組みを検討する機会としていただきたい。

そこで、本稿では、薬剤や検査・処置、医療機器、療養上の世話などという事例の内容ではなく、発生要因に焦点をあて、“判断の誤り”に関わるインシデント・アクシデント事例発生のプロセスを“見える化”することで、これらの未然防止対策について検討したい。

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、アクシデントを「医療事故」、インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

“判断の誤り”に関わるアクシデント

本事業の事例検索²⁾では、2019年10月上旬現在、キーワード“判断を誤った”で17,890件、“判断の誤り”では56件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

キーワードとして発生要因を新たに加えると、“判断を誤った”“ルールの不備”で1,342件、“判断を誤った”“思い込み”で1,291件、“判断を誤った”“確認不足”で542件、および“判断を誤った”“知識不足”では347件の事例が検索されている(表1)。

また、キーワードとして職種に焦点を当てると、“判断を誤った”“看護師”で15,370件、“判断を誤った”“医師”で9,762件、“判断を誤った”“薬剤師”で1,265件、“判断を誤った”“診療放射線技師”で353件、および“判断を誤った”“理学療法士”では325件の事例が検索されている(表2)。

事例検索²⁾で検索された“判断を誤った”に関わる具体的な事例としては、「胸水ドレナージのために、患者に胸腔ドレーンを留置した際、研修医と看護師だけで、経験のある職員の確認を受けずに、ウォーターシール部に蒸留水が入っていないことに気づかないまま実施し、気胸を発症した。看護師は、胸腔ドレーン挿入の手順書を確認していなかった。上級医は、当該部署には胸腔ドレーン挿入の経験のある看護師が多いため、挿入後の管理は大丈夫と思い、終了するまで付き添っていなかった」出血性ショックにて、医師が全身状態管理のために患者に膀胱留置カテーテルを挿入し、カテーテル先端が膀胱内に適切に留置されたことを確認せずにバルーンを拡張し、血尿が生じた。医師は膀胱留置カテーテル実施の経験はあるが、男性への留置と女性への留置の手技に変わりはないと考えており、カテーテルへの尿の流出が見られないことに疑問を持たなかった」左下腿切断術後のリハビリテーション目的で入院した車いす使用の患者に体重測定を実施する際、看護師が、「立つことはできますか?」と聞き、患者が「(立つことが)できると思うよ」と答えたため、患者に立位を促し、患者が右足を体重計にのせたとこ

表1 “判断の誤り”に関わる事例(発生要因)

	発生要因	件数
“判断を誤った” 17,890件	“ルールの不備”	1,342
	“思い込み”	1,291
	“確認不足”	542
	“知識不足”	347
	“連携不足”	75
	“コミュニケーションエラー”	29
	“教育不足”	11

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、事例検索より、2019年10月上旬現在)

表2 “判断の誤り”に関わる事例(職種)

	職種	件数
“判断を誤った” 17,890件	“看護師”	15,370
	“医師”	9,762
	“薬剤師”	1,265
	“診療放射線技師”	353
	“理学療法士”	325
	“臨床工学技士”	244
	“臨床検査技師”	95
	“作業療法士”	79
	“事務職員”	25

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、事例検索より、2019年10月上旬現在)

ろ、バランスを崩して倒れ、左下肢の切断面を打撲し、創部の出血・離開により再縫合が実施された。看護師は患者の情報を把握していなかった。患者の『(立つことが)できると思うよ』という言葉で判断した。患者は50歳代であるため『若いから大丈夫だろう』と思い込んだ」脱水と全身脱力感で入院した80歳代男性。認知症と急な入院による不穏状態のため、転落防止対策として体幹抑制を実施していた。日中、家族から『抑制帯が背中に当たると痛いようだ』との訴えがあり、日勤の看護師は日中の状態(不穏状態がない、ベッドで臥床)から、転落の危険性はないと判断し、抑制帯を解除した。深夜2時すぎ、ベッドサイドの床に仰臥位になっている患者を発見した(右肩甲骨烏口突起骨折と診断された)。当該部署では、抑制の開始や解除をスタッフ個々が判断していた」などがある。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“判断の誤り”に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策として、マニュアル・ルールの整備や周知、ダブルチェックの徹底、職員への教育など、さまざまな取り組みを実施されていると思われる。しかし、現状では、“判断の誤り”に関わるさまざまなインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索²⁾で検索された事例(以下、本事例)を基に、「救急外来で“判断の誤り”？」に関連したアクシデント事例の発生要因と事例発生を未然に防止するための対策について検討する。

事例「救急外来で“判断の誤り”？ 帰宅後に死亡」

【事故の内容】

- ・患者(20歳代男性、発達障害あり)が、週末(金曜日)の夕方に、腹痛にて救急搬入された。
- ・シニアレジデントの医師が担当した。
- ・患者は、のた打ち回るような腹部の痛みあり、意思の疎通に手間取った。
- ・嘔吐を繰り返しており、その内容が暗赤色であることを医療者は確認していた。
- ・血液検査では異常所見を認めなかった。
- ・痛みが波のように変化するため、CT判断までに約2時間を要した。
- ・CT所見で明らかなニボーを確認できず、担当したシニアレジデントの医師は帰宅してもよいと判断した。
- ・家族からの「よくお腹をこわす」「いつものような痛み方」という情報が、帰宅してもよいという判断を誘発させた。
- ・「何かあれば再診するよう」家族に伝え、患者は22:00ごろ帰宅した。
- ・週明けに放射線読影室より、指示医の研修医に「絞扼性イレウスの疑い」の緊急電話が来た。
- ・シニアレジデントの医師が家族へ電話をすると、「帰宅後に死亡した」ことを知らされた

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変)

本事例の背景要因としては、「シニアレジデントとレジデントのみの判断で患者の帰宅を決定した(消化器外科当直への相談ができない)」「イレウスを疑ったときの画像診断の指示方法(単純CTでなく造影CT)が明確でない」「発達障害者

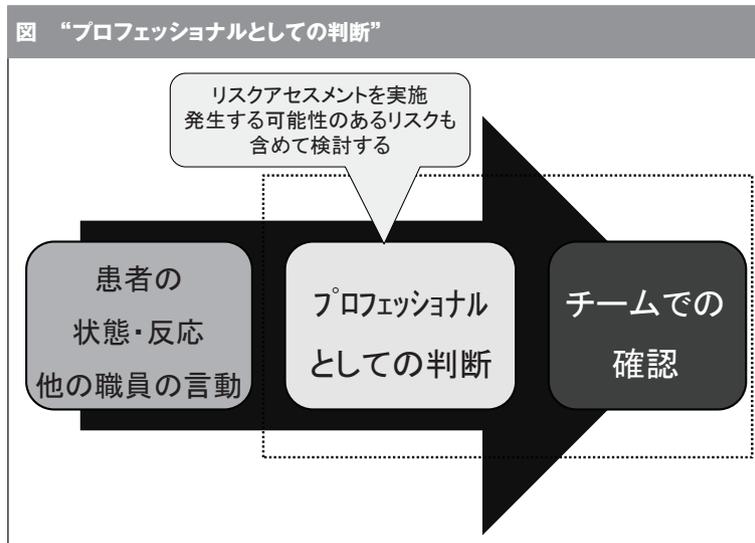
に対する痛みの判断方法の不備」「鎮痛剤の使い方が不明確」「所見が分かった後の家族への電話連絡方法の不備」などが挙げられていた。

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て検討すると、「なぜ、担当したシニアレジデントの医師は、患者にのた打ち回るような腹部の痛みがあり、患者との意思の疎通が十分にできない状況であったにもかかわらず、専門の医師に相談するなどの対応を実施せず、帰宅してもよいという判断をしたのか?」「なぜ、家族からの『よくお腹をこわす』『いつものような痛み方』という情報が、帰宅してもよいという判断を誘発したのか?」「なぜ、担当したシニアレジデントの医師は、『何かあれば再診するよう』家族に伝えることで、適切な対応が可能と判断したのか?」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、“判断の誤り”に関わるインシデント・アクシデント事例発生のプロセスの“見える化”が重要である。事例発生のプロセスの“見える化”をするために、「なぜ、担当したシニアレジデントの医師は、患者にのた打ち回るような腹部の痛みがあり、患者との意思の疎通が十分にできない状況であるにもかかわらず、専門の医師に相談するなどの対応を実施せず、帰宅してもよいと判断したのか?」という疑問に注目したい。

本事例では、「患者にのた打ち回るような腹部の痛みがある」「患者は20歳代の発達障害のある男性で意思の疎通が困難である」という事実が確認されている。「血液検査では異常所見を認めなかった」「CT所見で明らかなニボーを確認できなかった」ことに加えて、家族からの「よくお腹をこわす」「いつものような痛み方」という情報や、患者との十分な意思の疎通が困難であったことなどの影響を受けて、担当したシニアレ



ジデントの医師は、帰宅してもよいという判断を行ったことが想定される。

ここでは“プロフェッショナルとしての判断”が適切に実施されていたのか否かということに焦点をあててみる。“プロフェッショナルとしての判断”のプロセスを“見える化”すると、「患者の状態・反応、他の職員の言動」などの事実に基づき、“プロフェッショナルとしての判断”，および“(多職種による)チームでの確認”など、さまざまな対応が含まれていることが考えられる(図)。“プロフェッショナルとしての判断”を適切に実施するためには、把握した事実に基づきリスクアセスメントの実施が必須となり、今後、発生する可能性のあるリスク(病態・症状、発見・治療が遅れた場合の影響)を含めて総合的に望ましい対応を判断することが求められる。

本事例では、「痛みが波のように変化していた」「嘔吐を繰り返しており、その内容が暗赤色であった」などの情報を踏まえて、“プロフェッショナルとしての判断”を行うために、リスクアセスメントの実施と発生する可能性のあるリスクを含めた判断を実施することが期待される。併せて、「『何かあれば再診するよう』家族に伝えた」ことについても、「帰宅後に死亡した」という事実と、医師が家族に連絡をして判明したことなどを考え合わせると、家族への『何かあれば再診するよう』という説明についても、“プロフェッショナルとしての判断”が適切に実施され

ていたか否かということに焦点をあてて、検討することが求められる。

“判断の誤り”によるインシデント・アクシデント事例発生の根本原因としては、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「確認未実施」「思い込み」、および「患者・家族の反応のみで対応」などだけではなく、1) “プロフェッショナルとしての判断”の認識が共有されていない、2) “判断の誤り”による事例発生の有無の現状評価とフィードバック未実施、3) “判断の誤り”を誘発する要因について理解を深める職員教育の未実施、4) 現状評価の結果を踏まえた未然防止対策の見直しの未実施、などが考えられる。

1) の「“プロフェッショナルとしての判断”の認識が共有されていない」では、“プロフェッショナルとしての判断”のプロセスの“見える化”が欠かせない。自施設で発生している“判断の誤り”によるインシデント・アクシデント事例において、“プロフェッショナルとしての判断”についての認識の誤りが影響していないだろうか。

ここでは、2) の「“判断の誤り”による事例発生の有無の現状評価とフィードバック未実施」とも併せて検討することが望ましい。前記の事例でも、「看護師が患者の『立つことが』できると思うよ』という言葉で判断した」ということがあったが、患者の「〇〇できる」という発言のみで、患者にまかせたことによるアクシデント発生の事例などでは、“プロフェッショナルとして

の判断”は実施されたか否かという視点からの検討が必要である。

3)の「判断の誤り」を誘発する要因について理解を深める職員教育の未実施」では、患者の「○○できる」という発言や、家族の「いつものような…」などの情報が、「プロフェッショナルとしての判断」の未実施に影響する可能性について、職員が認識することができる機会が提供されているか否か、自施設の現状を振り返りたい。

4)の「現状評価の結果を踏まえた未然防止対策の見直しの未実施」では、「判断の誤り」という事例の発生要因について、「どのような判断」の「どのような誤り」なのか、「事例発生の根本原因」などについて、分析結果に基づく未然防止対策の見直しが十分ではない可能性に気づくことができているか否かを確認していただきたい。

“判断の誤り”に関わる アクシデントの未然防止対策

本事例の改善策には、「院内初期診療体制の抜本的な見直し対策のための組織委員会を設置」「研修医単独の診療の禁止」「レジデントの救急部待機と研修医指導体制整備」「当直体制から当直明けの就業体制の見直しによる救急診療の専念体制の確保」などが挙げられていた。

“判断の誤り”に関わるアクシデント事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった根本原因に対応して、1)“プロフェッショナルとしての判断”の認識の共有、2)“判断の誤り”による事例発生の有無の現状評価とフィードバック実施、3)“判断の誤り”を誘発する要因について理解を深める職員教育の実施、4)現状評価の結果を踏まえた未然防止対策の見直しの実施、などの未然防止対策が考えられる。これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「確認未実施」「思い込み」、および「患者・家族の反応のみで対応」などを防止することや、アクシデントに至る前に“プロフェッショナルとしての判断”の未実施に気づくことで、事例発生を未然に防止することが期待される。

2)の「判断の誤り」による事例発生の有無の現状評価とフィードバック実施」では、そもそも、「プロフェッショナルとしての判断」が実施されているか否かについても検証することが必要である。自施設で報告されている“判断の誤り”によるインシデント・アクシデント事例を分析し、患者の「○○できる」、あるいは「大丈夫」などという発言のみで、「プロフェッショナルとしての判断」が実施されていない事例がないかという確認が重要となる。もし、「プロフェッショナルとしての判断」の未実施の事例が確認された場合は、「判断の誤り」による事例とはわけて分析することが望ましい。

さらに、1)の「“プロフェッショナルとしての判断”の認識の共有」と、3)の「判断の誤り」を誘発する要因について理解を深める職員教育の実施」との関連も検討したい。「プロフェッショナルとしての判断」には専門的知識に基づくリスクアセスメントの実施が求められるが、どのようなプロセスがあるのか、どのような対応が必要か、などということについて、具体的事例を活用して多職種で討議し、認識を共有する職員教育の実施が急がれる。特に、「判断の誤り」を誘発する要因については、ヒューマンファクターにとどまらず、「マニュアルを確認しない」「他の人に確認しない」などのマニュアルを遵守しないことなども含めて、多職種で具体的事例を検討することも効果が期待できる。

これらの取り組みの結果が、4)の「現状評価の結果を踏まえた未然防止対策の見直しの実施」につながる。事例の発生要因を“判断の誤り”として検討する際に、そもそも“判断の誤り”や“プロフェッショナルとしての判断”などの言葉の認識が職員個々で異なる場合には、「同じ言葉で意味が違う」という状況が発生している可能性があるが、この状況に気づくことは必ずしも容易ではない。そのため、自施設における“判断の誤り”による事例の分析結果や、認識の共有をフィードバックした上で、未然防止対策を見直すことが求められる。

“判断の誤り”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“判断の誤り”に関わるアクシデントに焦点をあて、具体的事例を活用して、事例の発生要因と事例発生の未然防止対策について検討した。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、適切な確認ができないことで、リスクを回避できずに患者への重大な影響の発生を防止するため、関与した職員への影響も考慮して、エラー発生の要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

そこで、自施設のインシデントレポートを「事例の内容」ではなく、“判断の誤り”などのように、発生要因に焦点を当て、インシデント・アクシデント事例を分析することを提案したい。本事業の事例検索²⁾など、他施設で発生している事例などと比較検討することで、類似事例に気づき、“プロフェッショナルとしての判断”が実施されない状況、その誘因など、自施設にも共通する課題を明確にすることが望まれる。

この機会に改めて、「プロフェッショナルとし

ての判断」とは?」について、多職種で話し合う機会を設けることを推奨したい。職員間の共通認識が得られていないこと、フィードバックによる情報共有がなされていないことが、“判断の誤り”の誘因の一つである可能性も考えられる。

“判断の誤り”に関わる事例の未然防止における今後の展望としては、“プロフェッショナルとしての判断”が適切に実施できないことで事例が発生した場合の、患者への不可逆的な影響、事例の当事者となった職員へのさまざまな影響、および専門職である医療機関の職員に対する信頼喪失などの影響も大きいことを考慮すると、自施設の課題に対応した多職種の連携を発揮したシステム整備などの未然防止対策の検討が期待される。

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 平成27年年報. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2015.pdf (accessed 2019 Oct 11)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2019 Oct 11)

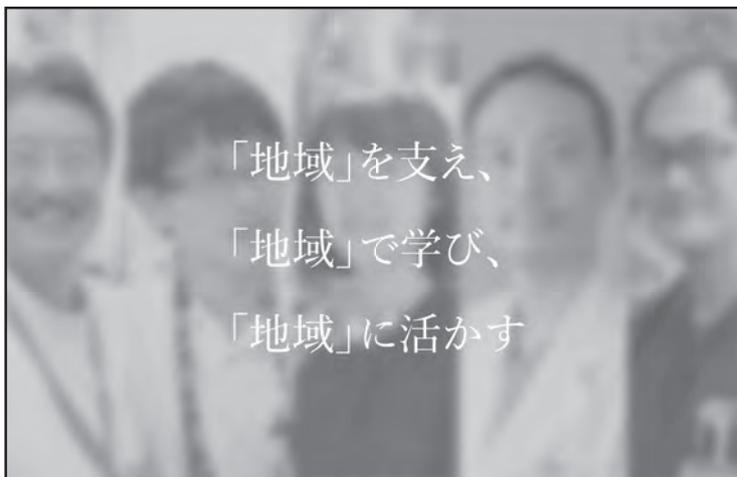


JADECOCOMアカデミー サイト開設のお知らせ

令和元年8月に医師向けサイト「JADECOCOMアカデミー」を地域医療振興協会ホームページ内に開設しました。

「地域を支え、地域で学び、地域に活かす」の言葉のもと、診療、研究、教育が一体となって活動するJADECOCOMアカデミー。当協会が誇る各指導医のインタビューを始め、全国各地で活躍する先生方のキャリアストーリーも紹介しております。今後も掲載コンテンツの充実を図り、医師向けのサイトとして情報を発信してまいります。

是非ご覧ください。



<https://jadecom-special.jp>

JADECOCOM アカデミー



お問い合わせ

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15F
公益社団法人 地域医療振興協会 研究所事務部
TEL : 03-5212-9152 担当：須藤

ちょっと画像でCoffee Break

X線クイズ

練馬光が丘病院放射線科 科長 伊藤大輔

80代女性，嘔吐あり

?

既往歴：子宮頸癌に対する放射線治療後，20年前に膀胱瘻，直腸瘻，
膣瘻に対する人口肛門ストマ造設した。

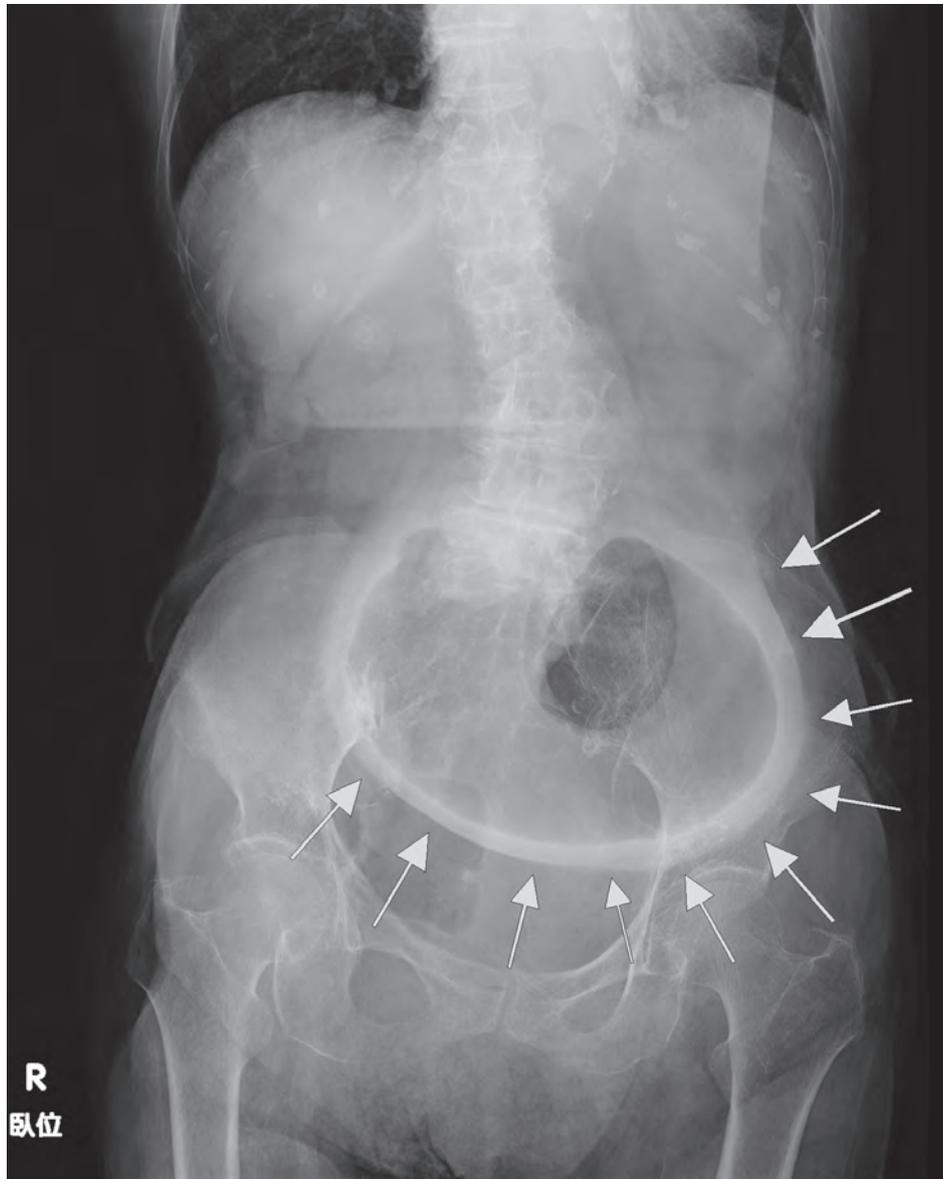
診察所見：ストマ周囲に膨隆あり，圧痛あり

腹部単純X線を示す。所見は？



R
臥位

XP



胃泡陰影を含んだ腫瘤の下腹部への脱出あり

所見

下腹部には左側優位に腫瘤状構造を認める。矢印の部位では空気との軟部濃度とが接していることによる辺縁を呈しているため、体表面で突出している可能性が高い。触知された腫瘤に合致すると思われる。腫瘤内部には胃泡陰影が連続している。ストマ開口部に一致していることから、胃の脱出を伴った傍ストマ孔ヘルニアが疑われる。

胃管留置後(このためヘルニア嚢は縮小している)のCTでは胃(矢印)の左下腹部での脱出を認める。ストマ開口部(矢頭)は左上方に圧排さ

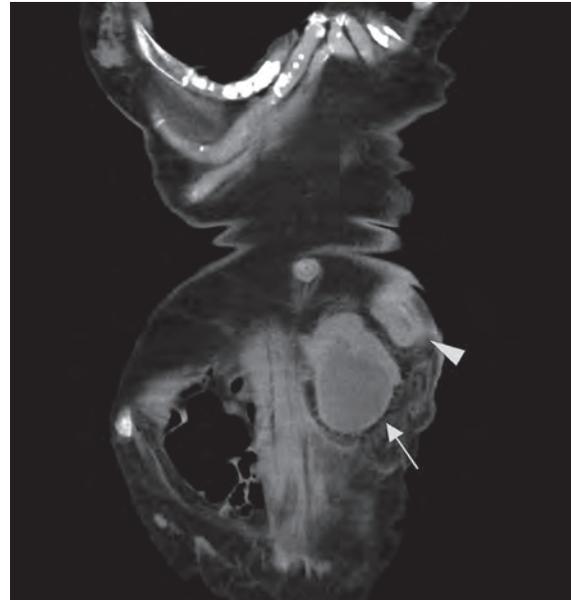
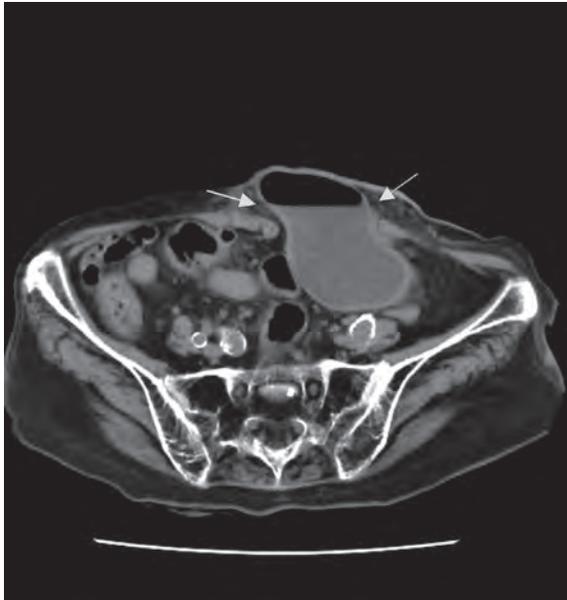
れている。病変の全体像の把握は単純X線の方が容易である。

高齢のため外科手術は行わず、用手還納と胃管による減圧の後保存的加療にて退院となった。

診断:傍ストマ孔ヘルニア

傍ストマ孔ヘルニア

傍ストマ孔ヘルニアの発生頻度は全ストマの5~36%であり、比較的頻度の高い合併症である。ストマ合併症全体の40~50%を占める。双孔結腸ストマで頻度が高い。



傍ストマ孔ヘルニアを生じるリスクとしては慢性咳嗽、肥満、低栄養、術後感染、加齢性変化などがあがる。症状のある場合、ストマの使用の妨げになる場合、嵌頓のある場合などは手術適応が考慮される¹⁾。

今回は高齢であることと、用手還納が可能であったことから手術は施行されなかった。

本症例はストマ孔近傍の膨隆が視診所見で見られており、単純X線にて胃の脱出があると判断できる症例であった。状況からは胃の脱出を

来した傍ストマ孔ヘルニアと診断でき、腹部単純X線が診断に有用であった症例であると思われる。

まとめ:ストマ開口部に一致した空気濃度……傍ストマ孔ヘルニアの可能性

引用文献

- 1) 渥美陽介, 他:傍ストマヘルニアに対し腹腔鏡下根治術を施行した1例. 日外科系連会誌 2013;38(4):927-931.

第13回 JADECOSM学術大会

主催：公益社団法人 地域医療振興協会

2019年9月14日(土)、15日(日)の2日間、公益社団法人地域医療振興協会「第13回 JADECOSM学術大会」が、横須賀において、よこすか芸術劇場、メルキュールホテル、セントラルホテルを会場に開催された。今年のテーマは「地域における働き方改革—Decent work for all— 多職種連携をとおして」。幹事施設はうわまちブロックとなる横須賀市立うわまち病院、横須賀市立市民病院、伊東市民病院、伊豆今井浜病院、市立大村市民病院、飯塚市立病院と、伊東市介護老人保健施設みはらし、山北町立山北診療所、真鶴町国民健康保険保健診療所、西伊豆町安良里診療所、西伊豆町田子診療所、いなざ診療所、上河津診療所、伊豆下田診療所、戸田診療所の計15施設が務めた。基調講演、メインシンポジウムをはじめ28のセッションが行われ、2日間でのべ1,453名が参加した。日々の活動の報告を行うとともに、活発な議論が繰り広げられ、充実した学術大会となった。

ここでは大会長開会の辞、横須賀市長来賓挨拶、理事長挨拶、基調講演、メインシンポジウムと、コメディカルセッション、JADECOSM-NDC研修センター、診療所経営、病院管理研究会、ヘルスプロモーション研究センター、病院・診療所看護研究発表、リハビリテーション部会、薬剤師部会、栄養部会、老健研究発表会、事務職研究会、放射線部会のセッションを紹介する。



開会の辞 大会長挨拶

横須賀市立市民病院 管理者 久保 章

皆さん、こんにちは。遠路はるばる横須賀の地へ出向いていただき、ありがとうございます。第13回 JADECUM学術大会は、大会初の現地開催となりました。横須賀市にもご後援いただき、本日は上地克明市長にもご臨席を賜っております。

本大会テーマは「地域医療における働き方改革 -Decent work for all-多職種連携をとおして」としました。医療機関における働き方改革について活発な討論ができればと考えております。

一昨年10月に地域医療構想が作成され、昨年4月から第7次医療計画が進んでおり、地域における各医療機関の再編・機能分化がさらに進

められています。今年3月、厚労省の地域医療構想におけるワーキンググループにおいて、地域医療構想、医師の需給・偏在対策、医療機関における働き方改革を

三位一体として、同時並行的に推進することが重要であるとの見解が示されました。このように働き方改革は、地域医療構想に強く影響を受け、さらなる検討が必要になると思われませんが、本大会での成果がその点に言及できることを願っております。



来賓挨拶 横須賀市長挨拶

横須賀市長 上地克明

皆さん、ようこそ横須賀へ。心から歓迎申し上げます。この素晴らしい時期にこの地で、第13回 JADECUM学術大会が開催されますことを心からお祝いいたします。横須賀市にはJADECUMが運営する2つの病院があり、医療の中核として市民の健康のために活躍していただいております。この場を借りて感謝を申し上げます。

1865年、横須賀では江戸幕府によって軍艦の建造が始まりました。明治に入ってそれが引き継がれ、日本の近代化は横須賀から始まったと言われております。江戸時代まで日本に

は休日がありませんでしたが、この会場の近くにあった横須賀造船所で、時計による労働時間の管理や週休が始まったと言われております。つまり働

き方改革というのは、この横須賀の地から始まったのではないのでしょうか。その意味で本大会のテーマが「働き方改革」ということに、めぐり合わせを感じております。皆さんには、この働き方改革を通じて新しい流れを作っていただきたいと思っております。



理事長挨拶

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

皆さん、こんにちは。

今回の第13回 JADECOM学術大会は、学術大会初の現地開催です。この横須賀の地でよこすか芸術劇場をメイン会場に今日、明日の2日間、開催します。

横須賀市には地域医療振興協会が運営する2施設があり、そのうちの1つである横須賀市立うわまち病院が施設の老朽化もあり建て替えが懸案事項となっていました。上地市長自ら決断され、昨年12月に久里浜に新築移転することが決定し、2025年度に新病院が誕生することになりました。これは協会にとって非常に嬉しいニュースです。

さて、地域医療振興協会は1,600名の医師を会員とする組織であり、運営施設は26都道府県で現在75施設。昨年は岐阜県の介護老人保健施設ひまわり、宮城県富谷市の介護老人保健施設富谷の郷、北海道へき地支援センターを開設し、本年4月には愛知県あま市の地域包括ケアの拠点となるあま市民病院の指定管理を開始しました。また本年4月現在で職員9,033人、うち医師

1,161名、看護職4,108名という一回り大きな組織になりました。運営施設間では相互に支援を行う代診システムや研修システムが機能しており、昨年は協会内の相互支援が23,000日、協会外支援が数千日を数えました。研修医や若い医師が全国の運営施設に派遣され、実際の臨床の場で研修を行うのも協会の特徴です。

来年東京で開催される東京オリンピック・パラリンピック2020では、組織委員会からの要請を受け、カヌー・スラローム競技会場の救護所、またオリンピックの開会からパラリンピックの閉会まで毎日24時間、国際ブロードキャストセンター(IBC)・メインプレスセンター(MPC)の救護所を担当します。皆さんの協力をよろしくお願いします。

協会は今後次なるステップを考えるべき時期にきています。職員の皆さん、これからも一緒に頑張っていきましょう。



Decent work for all ～持続可能な地域医療のために～

北里大学医学部 公衆衛生学主任教授 堤 明純

働き方改革実行計画が2017年3月に働き方改革実現会議で決定された(表1)。同一労働同一賃金、賃金の引き上げと生産性の向上、時間外労働の規制、柔軟な働き方がしやすい環境、女性や若者の人材育成、高齢者の就業促進などさまざまな項目が含まれている。この背景にあるものは少子高齢化である。2019年を挟み約10年間で日本の人口は約450万人減少すると予測されており、内訳をみると高齢者が約250万人増えている一方で労働者が約550万人減っていく。この労働人口の減少が働き方改革のひとつのドライバーの形であり、女性や高齢者たちのさらなる活用、外国人労働者の受け入れという目標が見えてくる。そして人口構造の変化に伴う高齢化や多種社会こそ、われわれ医療者が支えるための指標になってくる。

他方で働き方改革の推進には働いている側の健康問題の流れがある。精神障害等の労災認定は過去20年に約10倍請求が増加し、国もいろいろ

な施策を行っており、2006年には労働安全衛生法が改正され、2014年には過労死等防止対策法ができた。しかし実際は過労死や過労自殺などの事象はなかなか終息をみない。これが長時間労働等に対する働き方改革の行動計画として入っている。



医師の労働時間についてはいくつか資料があるが、どれを見ても日本の医師は長く働いていることが分かる。医師の働き方改革に関連する検討会で出た資料では、週60時間以上仕事をしている医師の割合は約40%である。週60時間というのは時間外労働80時間で、いわゆる過労死ラインを超えている。日本の一般労働者の60時間以上働いている人の割合は実は8%位で、働き方改革法案では目標としてその割合を平均5%にしようと掲げていることから考えても、医師の労働時間がかなり長いことが分かる。

表1 働い方改革実行計画(平成28年3月28日働き方改革実現会議決定)

1. 働く人の視点に立った働き方改革の意義	
2. 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善	7. 病気の治療と仕事の両立
3. 賃金引上げと労働生産性向上	8. 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労
4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正	9. 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援
5. 柔軟な働き方がしやすい環境整備	10. 誰にでもチャンスのある教育環境の整備
6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備	11. 高齢者の就業促進
	12. 外国人材の受け入れ
13. 10年先の未来を見据えたロードマップ	

未発表データを含む前向き研究 (n=528,908) での 累積メタ分析

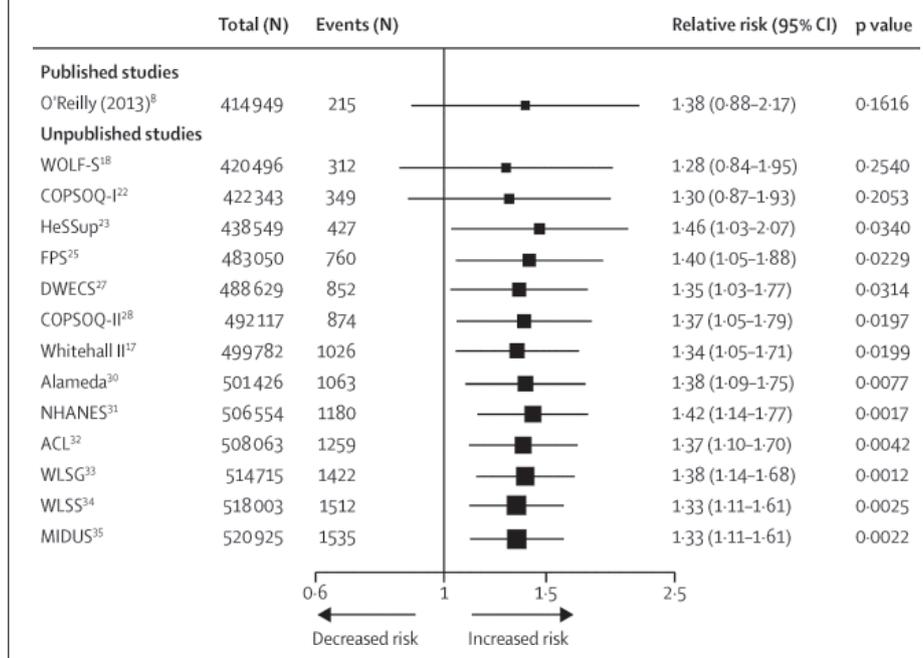


図1 長時間労働と脳血管疾患

Kivimaki et al.Lancet. 2015; 386: 1739-46

働き方改革法案の中では残業時間の規制を目指し、労働基準法の改正が行われた。一般則として時間外労働は1ヵ月45時間まで、1年間では360時間までとしている。例外として2ヵ月まで月100時間未満、年にして720時間未満までの上限が定められた。ところが医師については直ちに従則するには非常に困難であるため5年間の猶予が出た。5年後に基本的な診療従事勤務医に対しては月に100時間、地域医療を確保するための暫定的な特例水準として年間1,860時間をかけることになっている。

ここで医学的、科学的根拠に関連する話をする。ヨーロッパの研究では、週55時間以上の労働をしている労働者は、週40時間未満の労働者に比べて約1.3倍脳血管疾患を発症しやすいと示した(図1)。それを日本に当てはめて集団寄与危険割合を計算すると、医師の発症する脳血管障害の10%は長時間労働で説明ができる。また、同様に心血管疾患における集団寄与危険割合を計算すると6~7%になるので、これらを合計

すると、長時間労働をなくすことにより医師の循環器疾患の20%弱が発症しなくなることになり、これは予防のしがいのある数字と言える。また、うつ病に関しても同じようにうつ状態に入る医師の17%は長時間労働がなければ防げると推計される。長時間労働が健康障害になることは医学的メカニズムを含めて説明されつつある。長時間労働者は脂質系、代謝系のリスクが上がる。血糖値の高い人や脂質代謝異常症の人の割合が増え、将来的に心房細動を発症することも確認されているし、深部静脈血栓、血が固まりやすくなることも分かっている。

医師が生涯のうちにうつ病に罹患する割合を示したデータでは男性医師は12.8%、女性医師は19.5%という数字が上がっており、これは一般の生涯罹患率の範囲内にあるのだが、注目すべきは自殺率が一般人口より高いことである。われわれは医療従事者でそれなりにリテラシーを持っている集団であるにもかかわらず、うつ病を管理できていない事実を示している。

アメリカで行われたレジデントを対象とした研究では、1ヵ月以内に組み込まれた長時間労働の勤務のシフトが1回増えると、自動車事故やニアミス事故、居眠り運転に関する事故のリスクが9%増加すると推計された。これはシフトの負荷のひとつを説明している。アメリカでは以前、レジデントの医療事故の検証過程で過酷な労働時間が表面化し、超過シフトの回数が増えると診療ミスや有害事象が起こるということが次々と明らかになった。そこでレジデントに関して時間外勤務に関する制限が行われ、2003年には週の労働時間が80時間までとなり、勤務間の10時間のインターバルも導入された。2009年には1年目のレジデントに関しては連続する労働時間は16時間、2・3年目は24時間までと時間規制が始まった。その前後での検証では、労働時間の規制後には仕事に対する意欲の低下を示すバーンアウトの指標が向上したと確認されている。一方で労働時間の減少に伴うカンファレンスの出席回数や研修プログラムに対する満足度の低下がこの段階では報告された。さらにその後、年月を経た時点でこの施策に対する検証が行われ、外科のレジデントにおいては勤務時間制限でバーンアウトや患者のアウトカムの指標はあまり変わらなかったというデータが出た。その結果労働時間の規制が変わり、1年生の連続労働時間の規制を24時間まで延ばしている。また、内科医では教育や患者ケアに関わる時間差が認められなかったとことを受け、今の規制を少し緩めていく流れが示唆されている。アメリカは自分たちが取り組んでいるレギュレーションにエビデンスを作り、それに基づいて合理的な制度を作ろうとしているが、この姿勢はわれわれが勉強になるところである。

医療は公共財だという考え方がある。例えばアメリカでは、将来必要となる科の医師を過不足なく供給するため、研修医となる人数を各科にどう割り当てるかをコントロールしている。また、診療科の偏在をなくすためには自由に診療科を選べることにメスを入れるべきではとい

う意見がある。日本の人口10万に対する医師数は単純にOECDの医師数より少なく、都道府県間の医師数の差がかなりある。われわれのフィールドでは、都心部と地方での差もよく認識されているだろう。診療科の医師数の推移を示しているグラフでは、1994年から外科や産科・産婦人科が増えておらず、診療科の偏在が見取れる。つまり他科に比べて外科と産科・産婦人科が選択されていない。日本外科学会が行ったアンケート調査では、外科医志望者減少の理由として“労働時間が長い”が72%、“時間外勤務が多い”が72%挙がっており、このこと自体が医療全体に関わってくる可能性がある。

医療従事者は日本の就業人口でも比較的多い。最新の国勢調査では就業人口の3番目を占める医療・福祉は2000年頃から275万人増加して現在約702万人だ。全就業人口の約12%を占めているが、2025年には例えば介護職員が253万人必要になると推計されているにもかかわらず、供給の見込みは多く見積もっても215万人で約38万人の不足が見込まれている。また訪問看護師は現在3万人だが、2025年には15万人が必要というデータも出ており、医師だけではなく医療従事者全体のマンパワー不足が懸念されている。

こうした状況で私たちが地域医療を適切に持続していけるかが大きなアジェンダになっている。このために何らかの対策を立てていかなければならない(図2)。少しリストアップしてみたが、業務としてはタスクシフトがよく出てくると思う。最近はこのタスクシフトの考え方を病院の中だけでは完結せずに、医療機関の外ともシフト・シェアしようという考え方も出てきた。グループ診療がそれに含まれるが、地域医療が最も得意とするところかもしれない。それから患者の家族の説明を時間内に行うなど、患者や家族の理解を得ていくことが必要になってくるだろう。患者のリテラシーが上がると医療の無駄や医療期間が減る可能性がある。場合によっては医療にどれだけ経済的なインセンティブが必要なかを理解してもらうことになるか

業務*	----- -----	制度
タスクシェアリング	フィジシャンアシスタント	病院機能の集約
タスクシフティング	特定看護師	医師数のコントロール (専門・地域)
グループ診療 複数主治医制	柔軟な勤務体制 多様な診療体制 復職支援・保育支援 女性医師 高齢医師	応召義務
患者家族説明	勤務間インターバル	
宿日直・研鑽 e-ラーニング	医療機関以外の資源の 活用(社会的処方)	
兼業		
* (制度改革、財政支援等) 医療機関のみで完結できるものとは限らない		

図2 地域医療を適切に持続していくための方策

もしれない。医療機関だけでできない話もあるし、応召義務といったことも広い意味で議論されていくかもしれない。さらに必要とあれば地域医療振興協会やこうした学会が住民のいろいろな理解を得て国にももの申すことが出てくるのかもしれない。

制度を変えるにしろ、業務を変えるにしろ、医療者が主体的な関わりを持ち、次世代の地域医療を持続可能なものにするために考えていく必要がある。日本救急医学会が最近出したリクルートのポスターに「人を救うには、まず自分が健康でなければならない」というコピーがあるが、これは趣旨がよく分かる。若者の動向には気をつけるべきで、彼らが医療に対してそっぽを向くような働き方の現場を作っていくと本当に困ったことになるかもしれない。私たちが

病んだらどれだけの患者を救えなくなるのか。安定したパフォーマンスを発揮するため環境を整えていくのはプロとしての心構えだ。ワークライフバランスを考え、人間的でやりがいのある仕事を考える。私たちが当たり前と思っている考えを変えることが文化を変える時である。

「Decent work」は1999年にILOが出した概念で、働きがいのある人間らしい仕事を意味する。先に地域医療確保のための特例水準について述べたが、あの時間枠はかなり無理をしていることであり、医療従事者の健康と患者安全のリスクを危うくする可能性のある基準だという認識をする必要がある。地域医療に従事している当事者であるわれわれが何らかのモデルを出していくのは非常に意義がある。

多職種の視点から見た働き方改革

座長：横須賀市立うわまち病院 管理者 沼田裕一
横須賀市立市民病院 管理者 久保章

医師の働き方改革について

横須賀市立うわまち病院 管理者
沼田裕一

働き方改革の基本となる働き方実行計画で、医師は特殊扱いで時間外労働規制の対象から5年間規制の免除をすることになり、医師の働き方改革に関する検討会が厚生労働省でつくられた。そして「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」を2018年2月に出し、36協定ができていない、医師の労働時間の把握あるいは管理ができていない等、タスクシフティングを含め新しい対応について指示を出している。ただ、これは新しい働き方改革に関する法律のことではなく、現行法に対する対応ということになる。

当院では平成28年から女性活躍推進プロジェクトを立ち上げ、月1回議論しながら改革を進めているが、まず平成21年から短時間正職員制度を女性だけでなく男性もドクターで始め、平成30年10月に全職種に広げた。それからプレミアムフライデー制度を使っており、非常に人気が高い。育児休職後の復職については復職プラン相談窓口が非常に役に立っている。さらに最近では小児科医の救急外来勤務や各コメディカルもシフト勤務化ができ、それができない部署も朝帰りのシフト化は可能にしている。今後は医師の時間外コントロールを必ずやり遂げなければならないと考えている。

私は働き方改革においてはタスクシフティング、テクノロジーを使う、診療体制の変革の3



つが重要だと考える。特に診療体制の変革が一番身近で達成すべきだ。良い点としては医療の標準化と透明性の確保、女性や定年後の医師の参加などが挙げられる。難しい点としては医師の自由裁量権がなくなったりカンファレンスが必要であったり、スピーディーさの面、伝統的な医師患者関係の喪失と医師の意識改革が必要、などがある。診療体制を変える時には複数主治医制向きの科と単独主治医向きの科で差が出ることも理解しつつ徐々に変えていくことが重要だ。そしてシフト勤務化やチーム制の移行などいろいろなやり方が科の特殊性によって違うことを知っておいていただきたい。もちろんチーム医療は当たり前のこととして進めていかなければいけない。

世界最高の日本の医療を守りながら医師の働き方改革を推進することは簡単ではない。タスクシフト、シェア、そしてテクノロジーの積極的活用、伝統的な医師の価値観と診療体制の変革と大きなプログラムの進歩が必要だ。このためには国民の理解・協力も必要だろう。

看護職員の勤務環境改善

～介護福祉士短時間派遣導入への試み～

伊東市民病院 看護部長
鈴木和美

静岡県の看護師就業者数は全国平均より低く、地域偏在により東部地区は一層厳しく深刻な状況である。また、看護補助者の就業者数も年々減少



している。さらに高齢化に伴い、日常生活支援を必要とする入院患者が増加しており、業務の整理と平準化によって看護業務の負担の軽減を図ることを目的に取り組んだことを発表する。

まず、看護職員へ働き方改革として業務改善できると思うこと、無駄だと思うこと、整理できると思うことについてアンケート調査を実施。この結果を踏まえ、実状について看護師長にヒアリングを行った。管理者、事務部長、医療技術部長が入り他職種間での調整や物品の購入等で解決できることを実施し、さらに看護師長会では取り組み可能なものを抽出、病棟間転棟に伴う看護サマリーの廃止と、ベッドや床頭台のそのままの移動を決定した。

次に看護業務の整理として、身体介助以外の業務で他職種に移管できるものを検討した結果、看護補助者が日常生活支援に専念できるよう、院内の車椅子115台、ストレッチャー24台の点検と清掃業務の移管を行った。シルバー人材センターで紹介者が見つかり10月1日から運営開始となった。

看護業務の平準化としては、看護ケア量と看護配置数のバランスの悪い朝・夕食の時間帯で他職種に移管可能な看護業務の検討を行った。介護事業所に介護福祉士の短時間派遣について交渉し、合計18人の登録で8月から導入開始となった。業務内容は配膳、配茶、食事介助、口腔ケア、おむつ交換、トイレ誘導、器具洗浄と統一した。導入は各病棟師長が中心となって推進し、朝・夕食時間帯の看護ケアが手厚くなった。また、今回の朝・夕2時間の派遣介護士導入により、各病棟で夜間看護補助加算の上位基準取得に必要な合計4時間を確保できた。ただし、一般床4病棟中3病棟の導入なので、上位基準を取得するにはあと1病棟必要である。

今後の展望であるが、看護要員の確保困難と高齢化に伴う患者像の複雑化、日常生活支援に関するケア量の増加への対応には、質と安全性、経済性を考慮しながら、今後も業務内容の見直しと他職種に移管できる業務の検討を進め、看護職員の負担軽減を推進する。そして、その負

担軽減から捻出された時間をチーム医療の推進、医師の負担軽減につなげていきたい。

薬剤師以外の者(薬剤事務員)に対する調剤業務のあり方についてのアンケート調査報告

～調剤業務効率化による薬剤師の対人業務強化～

飯塚市立病院 薬剤室室長

山下 崇

薬剤師は医師や多職種と情報を共有しながら一元的・継続的な服薬管理の下で薬物療法を提供する。つまり、薬剤師は薬を作り渡した後もしっかり見ていくシームレスな服薬管理をやっているかなくてはいけない。そして以上を完了するためには、「生産性の高い業務の遂行」「チーム医療の一員としてより踏み込んだ実践」「薬剤師に移管可能な業務の確実な遂行」の3点が必要である。これにより薬物療法の質の向上・安全の確保、医師等の業務負担軽減に寄与していかなくてはならない。



ただ、現在薬剤師不足は大きな問題であり、人員確保が困難である。特に地方は思ったような成果は出ていない。そこで人員不足対策として対物業務効率化の取り組みを2つ行っている。1つは情報通信技術(ICT)の発達と活用。最新の機器を使うことが業務の効率化につながる。2つ目は薬剤師以外の者の配置で、人員不足の解消や効率化を可能とする。ただし、これまでは薬剤師以外の者が実施することに対して“調剤”の問題があった。薬剤師法第19条に調剤は薬剤師が実施するものとされているという文章があるが、これにより薬剤師と薬剤師以外の業務負担に明確な基準がなく、業務にバラツキやグレーな部分があった。しかし2019年4月2日に「調剤業務のあり方について」が出て、薬剤師以外の者の仕事が明確に表示され、その結果、薬剤師も薬剤師でしかできない仕事に集中でき

るようになった。

それを踏まえ5月に薬剤部でアンケートを行った。薬剤室に事務員を配置していたのは76%だったが、手順書を作り研修しているかの問いに「いいえ」と答えた施設が61%あった。薬剤助手が担当している内容では、計数調剤や棚の補充などはよいが、軟膏調剤や散薬調剤などは問題かと思われる。事務員は計量調剤や1包化の確認、事務作業など多業務の仕事に関わっており調査結果ではほぼ違反はなかったが、一部軟膏・水薬の直接計量や混合、注射の調製などは改善が必要ではと感じた。また、手順書や研修等は厚労省の通知に基づいて行っていく必要がある。

薬剤師不足の解消、いわゆる調剤業務のグレーゾーンが解消されたので今後は薬剤師以外の者を効果的に利用することが大切だ。さらに薬剤師の職能発揮、タスクシフティングとして余った時間をしっかり対人業務の方にシフトしていくことが大切。薬剤師の働き方改革は、信頼と職能、ゆとりである。

放射線技師の労働環境

診療放射線技師から見た働き方改革

市立大村市民病院 放射線技術科科长
猪俣昌弘

放射線技師は役割が多岐に及んでいる。機器の高度化に伴い、広く皆が同じような技術でということが難しい現状がある。また、レントゲンなどの撮影にはそれぞれの知識が必要のため、ローテーションが非常に難しくなりつつある。専門技師、専任技師に対する割り振りの偏りによる当直明けの扱い、土曜出勤や休日出勤の代休の取り方も難しくなった。マンモグラフィにおいては男性技師が入ることはできない現状があ



り、産休や育休も同様。緊急が入った時のやりくりも大変だ。放射線科でまとまり、お互い助け合って目標を持っていくことが大事になる。

働き方改革について放射線部でアンケート調査を行った。取り組みとしては会議やミーティングを時間内に行う、残業をしない、有給が取りやすくなった、朝礼をなくした、早出を作ったなどがあり、実際に変わったことでは取り組みと同じ回答の他にサービス残業が減った、会議や委員会が時間内に行われるようになったなどもあった。取り組んでほしいことに挙げたのは有給や代休が取れるようにしてほしい、再雇用支援、複業許可など。長期休暇については、小さな病院や診療所には地域医療振興協会の特長を生かして支援を受けながら取得できる体制づくりが望ましいのではないかと。

働き方改革関連法の中でわれわれがすぐに取り組める内容のひとつ、柔軟な働き方ができる環境づくりに関連して「リーダーシップ」と「フォロワーシップ」を取り上げたい。バブル崩壊後、リーダーは完全管理職からプレイングマネージャーという体制に変わり、自分の仕事をフォロワーに振っていくことが大事になった。同時に、自分に何がどうできるか状況を判断して意見を皆に伝え、どんな責任があるのか考えながら仕事をするフォロワーの存在が重要である。これからのリーダーシップは「信頼される」「人の意見を聞ける」「待てる」ことで、フォロワーと共に発揮されていく。

業務の効率化については、アンケートの結果から工夫が感じられた施設があった一方で特に何もないという意見もあった。今回のアンケートの回答を参考にして、自分たちの職場にあった働き方改革に取り組んでほしい。すでに取り組んでいる施設は半年、一年経ったときにその取り組みが正しいかどうか皆で話し合って一丸となって前に進んでほしい。その際、リーダーは部署メンバーの意見を取り入れてカスタマイズをしていていただきたい。

検査技師としての働き方改革

～就業時間での検証，及び検査技師へのアンケートから～

伊豆今井浜病院 医療技術部長・臨床検査室長
石井幸光

働き方改革の中に「長時間労働の是正」という文言があるが，就業時間を変更することによって超過勤務時間が減少するか検証を行った。当院検査室は6名体制で運営し，勤務時間以外はすべてオンコール体制で行っている。変更前の就業時間は早番8:30，遅番9:00だったが，朝の出勤時間の病院駅への電車到着が4本しかないことを考慮し，検査室は早番として20分早い8:10を採用した。この結果，超過勤務時間は変更前より1人平均3.2時間短縮し，誰一人として増加したものはおらず，就業時間の変更で超過時間の短縮につながった。ただし病院の場合は，その特性上完全なるフレックスタイム制導入は難しいと考える。しかし各職種の特性を考慮して少しでも勤務時間の減少につながるよう努力したい。

次に協会の臨床検査技師の皆さんにアンケートを取らせていただいた結果を報告する。194名，77%の回収率を得た。性別は男女比で4:6である。

就きたい業務としては検体検査，生理検査，採血，管理業務と続いている。希望分野は検体検査では血液一般，生化学が上位に挙がり，生理検査では超音波，心電図，呼吸機能，聴力，脳波，PSGと続く。

チーム医療については71%の方が参加したいと答えた。また，検査技師が参加した方がよいと思うチーム医療(複数回答可)としては感染対策，医療安全，糖尿病，救急医療，栄養サポートなど非常に多くの回答が得られた。将来取得したい認定資格(複数回答可)については各種超音波，二級臨床検査士をはじめ230名が将来何



らかの認定資格を取りたいと考えており，多岐にわたっていた。

スキルアップについては院内学習をしたい人が82.8%，院外の研修会などに出たい人は94.8%にのぼっている。他病院で実習等をした人も68.8%と高い数字である。他に希望する学習法としてはeラーニングを含むインターネット，ビデオ，通信制大学院などの回答が得られた。

まとめだが，取得したい認定資格がある方が複数回答で230名，チーム医療に参加した方がよいという人が70%，検査技師が参加した方がよいと思うチーム医療があると答えた方が複数回答で743名と，実に多くの検査技師の方が新たな認定資格取得やチーム医療の参加の必要性を感じていることが分かった。このことによって臨床検査技師の活躍の場が広がるほど，将来の医療現場の働き方改革につながるのではないかと考えている。

事務職の視点から見る，働き方改革

～労働生産性の視点から～

横須賀市立市民病院 事務局長
惣田 晃

労働生産性とは，労働者がどれだけ効率的に成果を生み出したかを数値化したものである。労働者の能力向上や経営効率の改善によって向上し，労働生産性の向上は経済成長や経済的な豊かさをもたらす要因とも言われている。国際比較を紹介すると，日本の時間当たり労働生産性(就業1時間当りの付加価値)47.5ドルはアメリカの3分の2でOECD加盟36ヶ国中20位である。しかもG7の中では1970年以降連続最下位となっている。

働き方改革により何を指すかだが，ドラッカーは著書で時間をどのように使うかが大事だと述べている。働き方改革を通じて労働時間を



効率化し、それによって生み出された時間を活用して新たな投資や業務に振り分けることで付加価値が向上し、生産性が上がる。

ここから事務職としての効率化の視点を4点ほど話したい。1つ目は、業務が生む価値を理解することである。最近の診療報酬改定でもこれまでは常勤を雇用していなければいけなかったが、一部非常勤雇用でも可になったり、遠隔診療が認められたりしている。業務の効率化を考える前にその業務が生む価値を理解し、その上でこれまで通りやるかどうかを考えなくてはいけない。

2つ目は、業務自体または業務の処理方法が長年そのままになっているかどうかということ。当然変えることにはリスクがあるが、診療報酬は2年に1回変わるので、変わらないリスクの方が大きいのではないかと考える。

3つ目は業務の属人化の解消。特定の職員しか分からない業務や一人で完結する業務は事務職ではありがちで、特定の方が異動するとすぐ困ることがある。この対策としては業務の可視化が挙げられる。当院ではBSCを導入した目標設定、協会全体では業績評価を通じて業務の見える化。属人化からチーム化へ視点を変えていく必要があるのではないかと。

4つ目は事務職であること。最近、「こだわり」という言葉を耳にすることが多いが、本来はいい意味ではなく辞書を調べると「些細なことを気にする。物事に妥協せず、とことん追及する」ということである。医療についてはある程度追及する必要があるかと思うが、多くの事務職は資格職ではない。こだわりを捨て、俯瞰的な視点を忘れずに業務にあたりたいと思う。

質疑応答

発表の後には基調講演をされた堤明純先生より質問をいただいた。

堤 職種の特性を考慮して本来業務を突き詰めていくとどういうことがあるのか。各シンポジストの方が職種の中で業務改善やアンケート等を行う際に患者サービスのことを

何か一緒に議論されたか。また沼田先生においては、女性の働き方改革を推進する過程において費用面でご苦労されたことはないか。

鈴木 病棟間転棟の看護サマリー廃止を開始するにあたっては、皆で話し合って患者サービスの質を落とさないようにと検討した。朝・夕の介護福祉士派遣については、入浴介助など体力が必要な業務ではなく、持っている技術があればカバーできるという意味で患者サービスの質を落とさないことを重点的に考えて2時間ずつ入ってもらうようにした。

山下 がん化学療法の患者に重点を置き、外来・入院を含めて3人の薬剤師を立てている。その中で患者のバイタルや副作用などを確認し、工夫をしてなるべく副作用で治療が止まらないようにということをやっている。

猪俣 撮影装置の高機能化に伴う技師の撮影可能な装置の偏り、精度の差などは患者の不利益に通じるので注意していきたいと思うが、症例数も少ないので今後の検討課題としている。

石井 先生方の診療で待つことはまだ我慢ができるが、受付や検査、薬などで待つ時間は我慢できないという声を患者から多数聞く。その辺を考慮し当院は8:40から受付開始となっている。患者フレックスタイムは無理だと思うが、将来的に許されるならパートタイムを午前中の忙しいところに設ければよりよいのではないかと。

惣田 会計待ち時間でクレームとなることが多かったが、近年はITや電子カルテやシステムの発達もありそれほど怒られることはない。できるだけ専門職のタスクシフティングに対応していくことが全体的に患者サービスにもつながっていくのではないかと。

沼田 地域を複数主治医制にして医療自体は標準化しつつなるべくシンプルにする、クリティカルなところで使えるようにすべきだと思っている。標準化や透明性も出てくる



し、皆で同じようなことが基本的にできれば非常に業務が改善するし、代わりもしやすい。短時間職員制度については平成21年から始めたが、足りない看護師の場合は少しでも働いてもらった。われわれも短時間職員制度の適用においては育児や介護等きちんと条件をつけるべきだし、働く側も短時間だと必然的に賃金は少なくなるのであまり選ばれないこともあり、人手不足の状況で使う場合はプラスにはなってもマイナスになることはあまりない。そして看護師など、ある一定以上人数がいてはじめて成立する施設基準みたいなものには非常に使いやすいのではないか。今のところ当院では全職種でも問題は起こっていない。

堤 業務をきちんとすることで逆にサービス



が向上する可能性があるなど、見える化するといろいろなご理解が得られるのではないか。逆に物理的な部分でできないことをデスクローズして、今はこれぐらいでと理解を得ながら行うことも必要かもしれない。患者ファーストで動いた結果、こちらのリソースが低下するのが心配である。至急の検査が本当に全部至急なのか医師と一緒に考えていくなどがあってもいいのではないか。産業保健の立場でさまざまな良い事例を真似するのがわれわれのやり方なので、こういう事例を皆さんと共有すると同時に、例えば「月刊地域医学」などでも積極的に記録していただくと非常に良いことである。

コメディカルセッション

Decent work for all 多職種連携を通して

企画責任者：横須賀市立市民病院 放射線科技術科長 須藤 敏

コメディカル7職種(放射線・検査・栄養・薬剤・リハビリ・MSW・ME)が、各医療スタッフの専門性を保ちつつ、多職種連携を通して質の高い医療を実践している自施設の例を、それぞれの視点から発表した。

おひとりさまの退院支援

伊豆今井浜病院 石川英明

当院における肝炎ウイルス陽性者拾い上げに関する取り組み

公立丹南病院 山場拓也

チーム医療における薬剤師の役割と課題

市立恵那病院 板津裕恒

臨床工学における多職種連携

東京ベイ・浦安市川医療センター 鈴木康浩

練馬光が丘病院栄養室におけるDecent work for all

練馬光が丘病院 廣瀬桂子

練馬光が丘病院における多職種連携の紹介

練馬光が丘病院 橋元 崇

血液造影室/IVR室業務における多職種連携

市立奈良病院 小西佳之

石川英明氏はMSWとして身寄りのない方の退院支援に関わる機会があるが、身寄りがない方の退院の阻害要因を探し、院外の保健・医療・介護以外(インフォーマルな社会資源)との連携によって問題が解決することが多いことを報告した。

ウイルス性肝炎は早期の適切な治療が重要であるにもかかわらず、精査・治療に至っていない患者が少なくない。公立丹南病院では各診療科と検査室、医療安全管理室が連携して肝炎ウ



イルス陽性患者の拾い上げに取り組んだ。具体的には検査室で陽性者のリストを作成し、医師にメールで連絡、電子カルテに付箋を貼付して精査を依頼、その後医療安全管理室がフォローした。山場拓也氏は、検査結果を最初に見る臨床検査技師の立場として、多職種間連携によって臨床への連絡とフォローアップまでをスムーズに運用できたことを紹介した。

中小病院の位置づけにある市立恵那病院では、5名の薬剤師でがん化学療法、緩和ケア、感染制御、抗菌薬適正使用、栄養サポート、糖尿病患者支援などでチーム医療に参加している。その取り組みについて板津裕恒氏が報告した。専門分野のスキル向上は、各チームに所属する薬剤師が資格を取得し、薬剤師の専門知識の提供は、5人の薬剤師で協力して電子カルテに専用テンプレートを作り、情報の共有化を図った。

東京ベイ・浦安市川医療センターでは、平時の場合は臨床工学士が操作する生命維持管理装置に関して、緊急時や夜間帯では他の職種と連携して業務にあたるため、装置の操

作や原理についての教育を企画している。また病棟で使用されるME機器についてのトラブルなどについては病棟現場に細かくフィードバックを行っている。緊急時には多職種間で連携して対応することが必要で、お互いの専門性を理解することが大事であると鈴木康浩氏は述べた。

廣瀬桂子氏は、練馬光が丘病院で行っている多職種連携化における臨床栄養活動の3つの具体例を紹介した。1つは、医師や多職種とともに病棟で臨床栄養活動を行っている病棟担当制。2つ目は栄養室が事務局となって活動しているNSTの成果。3つ目は糖尿病、褥瘡、摂食嚥下サポートチームに参画しての活動。また、国際協力機構(JICA)や厚生労働省の委託事業であるベトナム栄養制度創設プロジェクトに協力中であることについても言及した。

橋元 崇氏は、クライアント・家族・コミュニティを中心としたケア、職種間のコミュニケーション能力を養うための手法として、練馬光が丘病院における多職種連携(TPW)と多職種連携教育(IPE)について紹介した。

市立奈良病院IVR室では、研修会、カンファ



レンスを行って患者の情報共有、手技の再確認、物品・薬剤の確認などだけでなく、多職種間の意識・認識統一、共通した課題の克服など、多職種連携が機能するように取り組んでいる。多職種合同で緊急時のシミュレーション研修も行っている。「多職種連携で問題が発生した際にはどのように対処するのか?」とのフロアの質問に対して、発表に立った小西佳之氏は、第三者の目で原因を見つけて、何度も繰り返して改善させていくことが重要であると述べた。

特定ケア看護師の挑戦

— 診療所での特定ケア看護師活用の可能性 —

座長：JADECOM-NDC研修センター統括責任者 山田隆司
企画責任者：JADECOM-NDC研修センター次長 鈴木靖子

昨年、今年とJADECOM-NDC研修センター1期生2名が、離島、へき地の「診療所」で、初めて医師とともに診療を経験した。今回は、その実践に関し、受け入れ側の医師の視点も含め、貴重な報告がなされ、地域医療におけるタスクシフティングさらに医療資源の偏在の観点からも、特定ケア看護師の役割がその解決の糸口となる可能性を示唆する機会となった。

特定ケア看護師 —活用のススメ—

公立久米島病院 総合診療科 金城元気

私が昨年まで勤務していた与那国町診療所は、町が運営し医師の確保に難渋していたが、2011年からJADECOMが指定管理を受託した（私の赴任時は医師1人、看護師2.5人、事務2人体制）。

離島診療所では、外来、救急対応といった一般の医療業務に加えて、保健活動、予防接種、患者宅の見守りのほか、学校医、役所の委員会や学校保健委員会への参加、老健施設の嘱託医など、島民の医療福祉に関すること全てを担っており、医師と看護師が協働してそれをこなさざるを得ない。医師は1人であるため、24時間365日オンコール、相談相手はなく、症例の振り返りもできない、後方支援の医師からはポジティブフィードバックは一切聞かれないなど、その孤独感は非常に大きい。医師2名が必要との申請を続けたり、自衛隊駐屯地の医務官や特養の理事長などに働きかけたが、事態を好転することはできなかった。

そんな折、「診療看護師の派遣を」との申し出があった。当初はその活動や職務範囲をまるで知らず、海外で聞いたことがある程度、「看護師が増えるだけでは医師の業務は減らないなあ」と思ったが、説明を聞くと「医師寄りの仕事を

してくれそう」「医師2人体制が困難な今、使える手は何でも使ってみよう」と藁にもすがる思いで、派遣受け入れを決めた。

実際には、診療看護師の筑井菜々子氏（2018年6月1日～6月30日）、特定ケア看護師の進士勇介氏（2018年6月30日～8月31日）が派遣され、2名には非常に活躍していただいた。外来では、新患、定期含め全ての患者さんに対し、問診・聴診等による身体所見や病歴聴取等の収集・プレゼンテーション、アセスメントプランの策定など臨床推論を実践し、ともに診察を進めることができた。医師の指示下、縫合などを含む外科処置、感染症に対する経口抗菌薬の選択、骨折や捻挫に対するギプス固定、レントゲン・CTの読影を行い、夜間休日の救急対応も毎回医師と同伴し、徹夜が必要な際には交代で睡眠が可能になり、心身両面の負担が非常に軽減された。

地域、特に離島などのへき地医療は、実践面でも知識面でも科を問わない診療補助行為が要求される。21区分38行為のほとんどを経験でき、さらに包括的で継続的な看護の視点も生かすことができ、まさに特定ケア看護師の活躍の場と考える。研修内容は、JADECOM-NDC研修センターで実施している全行為型が適切であろう。

非常に注目されるべき存在だが、もっと宣伝をして認知度を向上させる必要がある。へき地

や離島の医師不足に対し、解決の糸口になる可能性として大いに期待している。

特定ケア看護師の挑戦 —与那国町診療所で経験した、最良のパートナーシップ—

伊東市民病院 特定ケア看護師 進士勇介

与那国町診療所は与那国島唯一の医療機関であり、島民全ての一次医療、救急医療を担う。勤務する医師は1人、24時間365日オンコール体制で外来から夜間休日救急までを行う。人口は約1,700人、自衛隊員の駐留により人口が増加し、その負担は増えるばかり、「できることは何でもやってみて」との言葉をかけられ、特定ケア看護師＝私の派遣に至る。初の試みに大いにプレッシャーを感じながら与那国島へ向かった。

診療所では、外来診療の補助を中心に救急も含め全体の約3分の1の患者に関わることができた。当初はほとんどが慢性疾患と推測していたが、実際には、外傷、アナフィラキシーショック様の症状、緊急の処置を要する循環器疾患、菌血症、敗血症などさまざまな疾患の患者さんが受診し、離島診療所に対する認識を新たにされた。救急患者への対応では即座にかつ円滑に医師との手順を共有でき、超音波の実施、静脈路の確保など、評価・判断する医師の手として介入することができ、特定ケア看護師としての役割の可能性を感じた。そのほか、調剤業務、放射線機器のセッティング、清掃、台風対策、お祭りの医療班など、離島の診療所スタッフならではの仕事を経験した。

これらの経験を振り返ると、特定ケア看護師の役割は、橋渡し・架け橋と言える。医師、看護師、コメディカルといった全てのスタッフのよきパートナーとなり得るのが特定ケア看護師である。医師の用いる専門性の高い言語を理解し、治療方針や病態把握を病棟スタッフが共有できるようにサポートする。それにより、よりよいチーム医療が実現される。どの職種とも協働的に関わり、役割を自在に変えて働くことができ、また、患者さんとの距離感や確かな観察

力は看護師の強みである。医師と的確なコミュニケーションをとることができれば、患者さんが満足する介入につなげられる。

今後の課題としては、病院、診療所、在宅医療など幅広く対応できる柔軟さ、特定ケア看護師だからこそできる明確な役割の確立、学んだことを共有し、看護力を底上げすることなどが挙げられる。みなさん、ぜひ、さまざまな現場で「経験」を。

特定ケア看護師の実践

—六ヶ所村地域家庭医療センター—

市立奈良病院 特定ケア看護師 吉田奈津美

六ヶ所村地域家庭医療センターは有床(19床)で検診センターを併設、各種画像検査機器など比較的設備の整った診療所である。ただし、常勤の医師は2名、支援の医師1名と医師数が充足しているとは言えない。今回の私の派遣は、医師の派遣要請の枠に依拠してのものであった。

私に関わった業務内容は、外来業務、往診業務、救急患者の対応、病棟患者の管理である。外来は、慢性の定期受診、新患、急患を含め、多い時には100人以上／日の患者が受診する。高血圧、糖尿病、脂質異常など生活習慣病の内服管理が中心だが、新患も多く、吐き気、眠れないなどどんな訴えでも、まず、この診療所を受診する。1人かけられる時間が短時間にならざるを得ず、定期受診患者はさらに短くなりがちである。そこで、慢性疾患患者の生活に着目した情報収集を心がけた。患者自身の病識の確認、どのように解釈して病気を管理しているかを把握し、進行予防や健康維持につなげることが特定ケア看護師としての役割の一つではないかと感じることができた。また、往診業務(1～2週に1度、午後、30名程度)では、褥瘡や皮膚のトラブル、胃ろうの管理や医療相談が主であり、ほとんどが経過観察、若干の処置の追加・変更で対応できる軽症であった。例えば、緊急対応時には遠隔で医師と連絡がとれるシステムがあれば、医師が外来を離れることなく往

診業務を担うことが可能となる。

1ヵ月の派遣期間に2件のドクターヘリの出動、9名の転院搬送があり、救急車は10台以上出動した。救急患者の対応は、医師をはじめ看護師の迅速で的確な行動に助けられながら、医療との間でやれることを自分なりに模索できた。

医師は外来に忙殺され、日中病棟に上がってくることは難しく、その間、看護師は判断や指示を待つことが多い。特定ケア看護師がフレキシブルに外来と病棟を行き来し、コミュニケーションをとることで、家族をはじめ、看護師、リハビリ、ソーシャルワーカー、管理栄養士など多職種スタッフとのチーム医療が活性化し、ケアの充足度が向上する。

1ヵ月という短期間ではあったが、地域における特定ケア看護師の需要は間違いなくあると実感した。当初は医師の派遣枠ということでプレッシャーを感じ、外来業務のイメージも描きにくかったが、医師と同じことをするのではなく、看護師だからできること、やれることを強みにすれば、どんな診療現場でも力を発揮できると感じた。そのためには、さらにcommonな疾患の診療スキルを学ぶことが課題である。

地域医療で必要とされるNP・特定ケア看護師像とは？ —新たな医療のあり方を考える—

JADECOM-NDC研修センター 診療看護師
筑井菜々子

私は大学院(NP・診療看護師)修了後、この4年間で14ヵ所の地域医療振興協会内の病院・診療所で勤務している。そこで目の当たりにしたのは医師の偏在化である。それに加え、日本の医師の仕事は多すぎるという現状。医師が疲弊すると、看護師も疲弊する、コメディカルも疲弊する、その結果が行き着く先は患者さんへの不利益である。解決の一つのキーとなり得るの

が、NP・特定ケア看護師と考えられる。

与那国町診療所では、1ヵ月間で初診患者(112名)のうち、約3分の1に介入するので、常勤医の負担の軽減につながっている。六ヶ所村では外来で忙しく手が回らない病棟管理をサポートし、今、目の前にある問題にタイムリーに介入することで診療看護師の役割を果たすことができた。診療看護師、特定ケア看護師に必要なものは、①common diseaseを理解し、医師とともに治療に介入できる力、②鑑別診断で見逃してはならない疾患を診れる力、③すぐに医師につなげなくてはならない疾患を医師に報告できる力、である。いかに患者をホリスティック(全人的)に捉え、身体所見だけでなく、社会背景、精神的、環境的な情報を集め患者を診る／看ることができるかということが重要となる。それが医師との違いであり、看護を主体としクリティカルを理解しつつ、プライマリ・ケアの視点をもつNP・特定ケア看護師の求められる姿である。そして、それを生かせる格好のフィールドがへき地医療、地域医療である。

1960年代からNPの育成が始まっている米国では、NPが地域の患者さんのPCP(Primary Care Provider)となり、その人に必要なすべての医療行為のマネジメントや健康管理を担っている。外来でじっくりと話を聞く(20分)、必要となれば救急車を呼ぶ。その判断力の速さ、行動の的確さには驚かされる。アメリカのNPは、今後修士課程から博士課程に変更していくという。

特定ケア看護師は、21区分38行為という特定行為にとどまるのか、患者を全人的に診ることができる看護師を目指すのか。もし后者を求めらるのであれば、地域やへき地に必要とされる研修内容や研修時間、新たなカリキュラムを検討、再構築することが急務となろう。

5つの呪文ですっきり解決！ 診療所経営の劇的ビフォーアフター

企画責任者：明日香村国民健康保険診療所 管理者 武田以知郎

働き方改革に伴う人材不足や、人口減少など診療所運営の課題は尽きない。多くの課題をどのように乗り越えるか、本セッションではオープニングとして2題のレクチャーからそのヒントを学び、後半は、ワールドカフェ形式で「協会診療施設の課題とこれから」について活発に議論した。

診療所運営の理念 ～5つの呪文～

シティ・タワー診療所 管理者・診療所長
島崎亮司

シティ・タワー診療所(岐阜市)は2012年度まで7,000万円の赤字経営であった。勤務して7年目の現在、プラス5,000万円、奇跡の直角回復を遂げたことになる。へき地に比べれば岐阜市は人口も多いが、実際には半径2km圏内に医師4～5名を抱える大きな在宅診療所が2つある。また、住民には専門医志向があり、当初外来患者は、午前中に5人も来れば大喜び、在宅の患者も12～13人という状況だった。回復に向けての原動力は、5つの呪文「①理念を通す 在り方を通す、②できない理由探しよりできる方法探し、③壁がある だから行く、④お金より信頼、⑤良いことも悪いこともいつか終わる」に集約される。

理念、在り方とは、1. 真摯さ、2. 目的は医療をすることではない、3. 真の顧客は何か？である。真摯な診療態度で、私たちのしたい医療をすることではなく、患者さんや家族の満足は何か、そのためにどんな医療を提供するかを考える。そして、誰も診ようとしなない患者さんを探りあててターゲットとする、この3つを徹底した。

近くに大きな診療所があるなど、やれない理由を挙げ、できないで済ませず何とかできる方法はないかと考える方向でやってきた。今では

きない苦手なことこそ、そこを強くすればほかに負けない強みに変えられると考え、取り組んだ。

ようやく順調な波に乗ってきたころ、3年目の壁にぶちあたる。ヘルプの医師が辞め、それまでの1.5～1.8人体制が1人体制になり、70～80人の在宅の患者さんを、365日、たった一人で診る状況に陥ってしまった。そこに、全く経験のない小児の在宅医療の依頼がきた。だが、新しい課題、困難は成長のきっかけである。対応策として、今までの訪問診療のシステム(電子カルテ含め)を大きく変更し、さらに自分自身毎日走り込みをして、1日15～20件往診をしても大丈夫なくらいの体力をつけた。この時始めた小児の在宅は、今では一番の「売り」になり、岐阜市内でも実績が認められるようになっている。

当院では、敢えて高い算定はしないようにしている。結果、「シティ・タワーさんは親切だわ」と評判になり、患者さんが増え、「お金より信頼」を実感することになった。

現在は医師3人体制になり、経営も順調といえる。日頃より「良い時には危機感を、悪い時には希望を」と思っている。今後は、小児の外来など専門外来の設置などを目指す。論文、学会発表、書籍の執筆などに励み、経営的には敢えて施設の訪問診療に力を入れている。10年後を考えれば、自宅の介護の担い手はほとんどいなくなり、施設中心になるはずである。今からそのノウハウを学んでおきたい。

働き方改革と地域医療の課題

一診療支援スタッフへのサポートに関する当院の取り組み一

六ヶ所村医療センター 副センター長 船越 樹

六ヶ所村は青森県下北半島にある南北33km、東西14kmと縦に長い村である。人口は約1万人(昼は約2倍)、高齢化率は県内で2番目に低い。当院のほか村内北部・南部に無床診療所が2軒(いずれも医師は1名、平日日中のみの診療と平日午後のみ診療)、村外に二次病院2軒(30km先と40~50km先)があるが、診療科には、偏りがある。ER設置の三次病院は70~80km先に2軒、日中はドクターヘリ、夜間はドクターカーの搬送がある。医療圏内に回復期の病床はない。

当院は、こうした地域の医療体制の中、総合診療外来、歯科外来を行っている(19床)。24時間外来(1日平均100名程度)・救急車を受け入れ(救急車受入れ含む時間外診療年間987名)、10名程度の在宅診療、施設の嘱託医、検診事業、学校医、産業医など業務は多岐にわたる。現在医師2名、看護師2名、保健師1名、作業療法士1名が不足の状態、他の職種でも、産休・育休中のスタッフがあり、医師1名、看護師1名、検査技師1名をJADECUM内から支援いただいている。

支援医師・スタッフに対して、快適かつ円滑に業務を行ってもらうため、事務担当はきめ細かなサポートを用意している。申請書関連や必要書類の整備、移動の手配、食事や宿泊場所(アメニティ含む)の確保、ユニフォーム・上履き、配布書類(電子カルテログインID、院内出入りの扉テンキー操作等)から、生活上必要な情報(飲食店・コンビニマップ)などの事前準備、さらに、支援開始にあたってはお迎えや院内の案内を行う。業務中には、電子カルテ担当医事職員がリアルタイムで操作説明を行う。当直に入る医師には放射線技師がレントゲンやCT装置の操作を説明する。外来、当直ともに、支援医師の専門外の事例が発生した時には、迅速に常勤医が対応している(電話含む)。こうした一連

についてはマニュアルを作成し、活用している。

宿舎としては、医師住宅(4LDK)、研修医棟(単身用6部屋、世帯用1部屋、共有スペース)を用意しており、概ね評判がよい。

月単位での支援の場合は、オフタイムの支援も重要であり、レジヤのサポートも行っている。長期間の支援医師には感謝状を贈呈している。また、研修サポートの充実には特に力を入れている。

支援にかかるコスト(人件費+交通費)は欠員で減額する人件費を上回ることはずまない。支援医師にかかるコストより、欠員による減益のダメージははるかに大きい。施設特有の状況には常勤医師が対応するなど、常勤医師と支援医師の業務の区分けを整理できれば、支障なく通常に近い形で業務を進めることは可能になる。ただし、支援医師の受け入れにあたっては、事務職をはじめとする多職種の負担も大きくなるため、その軽減を十分考慮したサポート体制を構築することで支援体制が維持されていくと考える。

2部のワールドカフェ形式のセッションでは、「診療施設の課題とこれから」について、職種ごとの情報交換、職種を超えた情報交換を経て、多職種の観点からの意見、課題解決のための工夫やアイデアがまとめられた。

ほとんどのグループが課題として「働き方改革に伴う人材不足(時間外の軽減)」を挙げた。そのほか、人口減少による患者数の減少、医師の定着率の悪化、スタッフのモチベーションの低下などが経営を悪化させることも指摘された。解決への道筋や具体策として、部門を超えた人材の交流、施設自体の理念の共有、医師には地域に出て住民と交わりを深めてもらう、支援を活用できるように受入れ対策やマニュアルを充実させる、家族を巻き込む、産業医や出張健診、予防接種など待つだけでなくこちらから出向く、事業外収入を増やすといった意見が発表された。

「明日は我が身か大災害—その時病院は…」

企画責任者：横須賀市立うわまち病院 管理者 沼田裕一

昨今地震・豪雨・豪雪など全国各地で大規模災害が発生しており、BCP・BCM周知や実現がより急務となっている。今回も昨年に引き続きテーマとして取り上げ、宮田昭先生をお招きし、熊本地震の経験を踏まえてご講演いただいた。

「明日は我が身か大災害—その時病院は…」

熊本赤十字病院 副院長 宮田 昭

熊本赤十字病院は3年前の熊本地震で被災した。今後の災害で役立つことがあればと思い、その時の反省点を踏まえて述べる。当院は震源に最も近い基幹災害拠点病院だったが、災害拠点病院であっても災害対応は難しいということを前提に話を進める。

1. 病院紹介・病院のBCP

当院は、病院本館のほかに健康管理センター、血液センター、赤十字熊本県支部、熊本県のドクターヘリの基地が設けられている。病床数は490床、救急患者は年間6～7万人である。DPC II 群病院、臨床研修病院のほか、災害関係・救急医療関係ではドクターヘリの基地、災害拠点病院(基幹災害医療センター)、DMATの参集所に指定されている。28診療科の総合病院と高度急性期病院として運営している。竣工は20年前だが、管理棟と救急棟は本館と少し時期をずらして増築した。職員数は約1,500人である。

事業継続計画(BCP:Business Continuity Plan)は災害などを想定して計画するが、どういうわけか誰もが「熊本では地震が起きない」と考えていた。熊本地震のポイントは3つ、「予測しなかった」「浅い震源地の直下型地震」「夜間に発生」という点である。

当院は災害拠点病院として備え、国際支援をしているので、海外での被災者の状況もよく分かっており、国内救援と国際救援がジョイントしたかたちで、災害救援が行われていると思っ

ていた。発災当時、入院患者さんの食事は備蓄があったが、職員の食事は全く備蓄がなく、大きな問題となった。ソフトウェアに関しては常設の災害対応委員会があり、定期的にマニュアルの見直し、会議を行っている。1班9名の常備救護班は毎年メンバーを変えてトレーニングを受けているが、外に救護に行くことを想定しており、自分たちが被災した時のことは考えていなかった。

このほか、日本赤十字社基礎保健ERU資機材を備蓄している。1ヵ月間3,000人の患者を対象にして活動できるハード類で、医薬品・衛生医療品・食品・給水装置である。さらに現地で診察できる自動車があり、国外の救援ではテント型の診療所を設営して活動を行っていた。過去20年以上の災害における経験値があり、ハードもソフトもあり訓練も行っていた。熊本県では公的病院の災害ネットワークがあり、県内の20の病院が年に1回連絡協議会を開き、年に1回合同訓練を行ってきたので、お互いに協力ができること認識していた。

2. 被災

4月14日午後9時半、熊本市の南で震源の深さ11km、M6.5、震度7の地震が起きた(前震)。この時は一部外壁にひびが入り、院内では天井が落ちた。多くの患者さんが深夜にかけて訪れ、救急車などにも十分に対応でき、トリアージをして治療できた。DMAT・救護班・病院車も出動し、救護所でいろいろな活動ができた。受診状況は、発災直後から患者さんが詰めかけ、深夜になると減り、軽症の方は朝になってから受

診する。2日間合わせて400人弱の患者さんを診療した。ここで私たちは災害対策本部を解散した。

その28時間後に本震が起きた。4月16日、午前1時25分、震源の深さ12km、M7.3、益城町で震度7。この時の被害状況は大きなけが人、死亡者が出なかった。建物は一部損壊程度であったが、水道・ガス・エレベーターが使えなくなった。一方で、電子カルテ、医事システム、インターネット、通信、検体検査、画像検査は使えた。使えないものがある一方で、ちゃんと使えるものもあるということを確認しておかなければいけない。

この時、私たちは災害モードを再度発令した。災害モードは、当院の場合は、電子カルテストップ、医事系ストップ、計算は後で、検査類も必要最低限で伝票使用、ということである。ライフラインは断水が10日間続いた。3日分の水は貯めていたが全く追いつかず、自衛隊がピストン輸送で水を供給してくれた。ガスは、ガス会社が大型のポンペを積んだ車両を出してくれ、それを利用した。

3. BCPの視点から導き出されるのは何か

当院では震度6弱の地震の際、またはそれに匹敵する災害の場合は自主参集することになっている。前震の時は53%、本震の時は45%の職員が集まったことは驚きであった。出勤時の二次災害がなかったのは幸いだった。職員も被災者なので、職員の健康管理をどうするかは、発災直後から管理部門にとっては大きな課題になっていた。本震後2日目に、院長が判断し、受援を求めた。外部支援者により病院の機能を維持しつつ、職員は休養、あるいは自宅の被災状況の改善をはかる。日赤本社のコーディネートにより、7回に分けて、およそ300人弱の事務職、看護職、コメディカル、医師の派遣があった。

今回の経験から、支援側は被災病院の負担を見越した支援をすべきと考えている。DMATも、まだ独立して行動できるレベルには到達していない。当院には最終的には800人のDMATが参

集してくれたが、設営場所の指示や水の提供なども求められ、対応が大変であった。今振り返っても、院内、赤十字内での調整・コーディネーション、DMAT・国の支援機関との調整、これらをつなぎながら調和させていくのは極めて困難な業務だった。したがって、受援の計画もBCPの中に必ず織り込んでいくべきと現在は考えている。

職員が参集した時には登録をして、誰がどこにいるかきちんと把握すべきとよく言われるが、これは全く役に立たない。知っておく必要があるのは医師(何科の医師が何人いるか)である。それ以外の職種(事務職、看護職、コメディカル)に関しては、いろいろな仕事ができる経験を積んでいるので、人数さえ分かればだいたいのができる。また、病院では救急外来・外来に意識が集中して、病棟は放置されがちだ。

初動は少ない人数で始めるしかないのが実情である。1日のうち基本の8時間以外は全て時間外なので、確率的に人数が手薄な時に発災すると考えていたほうがよい。最初の立ち上げに必要なものは、常に目につくところに置いておく。トリアージタグ、無線機、電話、術衣などは救急の廊下に置き、常にそこにあるということを確認させている。

災害医療のための訓練は月1回以上やっても、災害は想定を超えて起きる。それでも訓練は役に立ったと考えている。現在の病院機能を維持するということは、生存に必要な物資を確保すること。職員の参集と安全確認、職員のための環境を整えておかないと、BCPは成り立たない。また、災害医療を見据えた人材育成をやっていく必要がある。

なかなか難しいことであるが、私たちはこの経験を風化させないようにしたい。災害の危険を一般化させることは非常に危険だと考えている。いろいろな方法論を考える必要があり、全ての災害が想定外であるということも事実だろうと思う。

最後に、油断をしないことを皆さんにお願いしたい。

職員の食生活改善の支援をめざして

企画責任者：ヘルスプロモーション研究センター長 中村正和

学会テーマ「働き方改革」と関連付けて、職員の健康管理に関する話題を取り上げた。病院や診療所が実施するヘルスプロモーション活動の対象として、患者さんや家族、地域住民についてはすぐに思いつくが、忘れてはいけないのが職員である。今回は、元気と健康の源である食を取り上げ、取り組み事例を紹介し、自分たちの施設でできることを考えるセッションとなった。

協会施設の食環境に関するアンケート結果

研究員 嶋田雅子

協会施設の食環境について栄養部会の協力のもとアンケート調査をした。管理栄養士がいる施設(病院、老健)を対象に2019年8月に行った。設問は施設のサービスや設備の有無についてである。結果は以下のとおり。①職員が自由に使える冷蔵庫や電子レンジがあると答えた施設は約9割。②食堂やカフェがある施設は7割。③コンビニエンスストアや売店があるという施設は7割。④宅配弁当をとっているところは約5割。⑤食費の補助がある施設が5割。⑥食堂などはないが職員食として医師などに提供しているところが4施設、約1割。一方で、食堂や売店で職員の方に健康に役立つ取り組みをしているところは約2割。栄養情報を掲示したり、ごはんを計量できるようにしているところもある。

台東病院「食環境改善プロジェクト」の紹介

研究員 川畑輝子

今回の学会のテーマ「働き方改革」、サブタイトルはDecent work for all。ここではDecent meal for allとして、台東病院での食生活改善の取り組みを報告する。

台東病院は「地域のヘルスプロモーション病院として取り組みます」と宣言している。つまり地域のヘルスプロモーションを牽引していくということだ。対象は、患者、地域住民、そして職員も含まれる。病院がヘルスプロモーションに取り組む意義としては、①組織的な取り組み体制の強化、②医療の質の向上、③患者

のQOLの改善(重症化・合併症予防)、④職員の健康保持、⑤地域連携による地域の健康指標の改善、⑥医療費の削減、といった良い相乗効果が生まれる。医療機関の健康推進は非常に大事で、地域全体の健康状態の底上げにつながる。

2010年、WHOは“Healthy workplaces”という概念、つまり「組織の持続可能性を高めるためには、職員と管理者一体となり、継続的な改善プロセスと活用しながら、働く人すべての健康、安全、ウェルビーイングの保持・増進に努めることが重要」という考え方を提唱した。アメリカでは1990年代後半から「職員の健康は会社の健康であり、そのための取り組みは業績アップのための投資である」との考え方が提唱されている。同様に「病院の健康は地域の健康につながる」と2010年にアメリカ病院協会が提唱している。

アメリカで行われている職域における食環境整備の指標Environmental Assessment Tool (EAT)の4つの視点として、①健康経営的サポート、②健康的な食の提供、③健康的な食に関連する備品の提供、④健康的な食に関連する情報の提供、があげられている。このうち②健康的な食の提供は、この取り組みのキモとなる部分で、評価ツールHospital Nutrition Environmental Scan(HNES)が開発された。HNESでは、①品ぞろえ、②配置・陳列、③価格の配慮、④情報表示・ラベリングで評価できるようになっている。特徴的なのは、レジ周辺にGrab and Go(パッとつかんですぐ買える)と言われるクイックコーナーを設置し、健康的なものだけを置くようにして

いることだ。

台東病院の職員の食事環境整備の手始めとして、アンケート調査を実施した。職員の約4割が週3日以上、院内のコンビニで食事を調達している。約9割が野菜不足、ほぼ全員が食塩の過剰摂取の可能性が考えられた。現状を鑑みて院内のコンビニエンスストアを中心として職場食環境整備のニーズがあると判断した。

売店(台東病院内のローソン)での品ぞろえに関して述べる。売店のみならず職場の食堂などにおいても「品ぞろえ」は一番重要視される部分で、「健康的な食品」が同カテゴリーの中の50%以上となるようにする。それが健康的な食の提供のひとつの目安である。飲料は糖分の多い飲料は徐々に減らし、無糖のもの、野菜・果物100%のジュース、たんぱく質補給ができるものを増やした。

Grab and Goのアイデアで、健康的なセットメニューをレジ横で販売するように売り場の配置を変えた。基準は、主食・主菜・副菜がそろっている、エネルギーが 650 ± 200 kcal、食塩相当量が約3g、野菜が120g以上、である。このセットメニューは650円前後となるように設定し、一般の人には600円で、職員には500円で提供するようにした。

情報表示では、カップ麺を塩分の少ない順に並べ替え、塩分量の表示をした。それ以外の食品は全てカロリーと食塩量を表示した。高齢の患者も多く、フレイル予防に資する10の食品群があるため、フレイル予防を啓発するために商品ごとに何品目摂取できるか一目で分かるようにした。「ローソン台東病院店のかわら版」を作って毎月健康な食に関する情報を発信した。

結果として、売り上げ額は前年、前々年を下回ることなく推移し、平均で10%プラス、健康的な商品が売り上げを大きく伸ばした。

今後の予定としては、院内の売店を教育の場として活用する方法論を検討、院内の他のプログラム(認知症カフェなど)と協働した地域への情報発信、患者・利用者だけでなく、地域の小・中学生を含む一般住民を対象とした食育の展開

もはかりたい。利用者(患者)の意識が変わっていくと健康リテラシーが上がり、最終的には医療スタッフの労力の軽減につながっていく。このようなよい循環が生まれ、働き方改革につながっていくと考える。

ディスカッション

参加者を4グループに分けて「職員の食生活改善に向けての取り組み」を話し合った。

シニアアドバイザー 宇田英典先生から

ディスカッションでは多様な意見が出た。施設管理者のトップから攻めていくというアイデアも出たし、現状分析からという意見もあった。管理者と話し合うにしても経営とリンクさせた形で改革がうまくいくようになると、歯車が動く可能性があるだろう。病院組織の中に安全衛生委員会があり、職員の健康について病院全体で議論をして改善策を検討していくという公式の協議の場であるので、それをうまく使うとよい。

センター長 中村正和先生から

自治医科大学1年生に半日2コマ、食育の授業をしている。医療職は意外と栄養について教育を受けていない。医療機関においても本日紹介したような取り組みをしながら、健康の基本である食生活についての職員の意識やヘルス・リテラシーを上げていくことが重要だと思う。台東病院では現在のところ院内ローソンでの健康的な食事の提供だが、今後職員はもとより、患者さんや子供たちがコンビニエンスストアの健康的な利用の仕方を学べる場としても活用していきたい。協会全体として改善をはかることも重要だ。働き方改革の大きなエンジンになるのは職員の健康である。医療職は食事を犠牲にしがちである。無関心層を含めて効果が期待できるのは環境整備であり、それぞれの施設で健康に配慮した食事を提供できる体制づくりが大事だ。

地域医療に求められる看護・介護の働き方

企画責任者：横須賀市立市民病院 看護部部长 阿部路子

地域医療振興協会看護介護部 朝野春美部長による講演「地域医療振興協会働き方改革を考える上で、必要なことは？」の後、第1部～第3部で協会の17の病院、診療所から自施設での看護研究、看護実践について報告した。

講演

地域医療振興協会働き方改革を考える上で、
必要なことは？

地域医療振興協会本部 看護介護部部长
朝野春美

「地域医療振興協会における働き方考える上で必要なこと」というテーマで話したい。

地域医療振興協会は、「医療人・住民・行政が三位一体となって、限られた医療資源を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医療を計画・実践・評価するプロセス」を理念として掲げている。その理念を達成することを目指して働き方考える必要がある。

2019年度の日本看護協会総会の重点施策として看護職の働き方改革の推進が上がり、看護職の労働実態調査が始まっている。また日本看護協会では、患者(利用者)の尊厳を守り、安全で質の高い看護を持続的に提供するために、看護職自身が安全に尊厳を持って働ける健康的な職場が必要と考え、2018年3月に「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン～ヘルシーワークプレイス(健康で安全な職場)を目指して～」を公表している。

長時間労働をなくすためには、その人しかできない業務をなくしシェアできる業務とすること。新しい発想で業務を見直すこと。業務の標準化を図ること。また事務職にやってもらえることはないかを考える。そして多様な働き方を



取り入れることが必要である。

現在、地域看護介護部では本部採用看護師の活用、施設間支援の調整、施設間交流による支援体制を作るためのへき地体験研修、クリニカルラダー作成による人材の確保、看護・介護の管理指標の活用などに取り組んでいる。

地域医療振興協会において育てたい看護師は、「いつでもどこでも限られた資源の中で自ら考え行動する看護師」である。職員みんなでそういう看護師を目指して働き方を考えていきたい。

演題発表

働き続けられる職場環境の構築を目指して

横須賀市立うわまち病院 椎名一美

病院において夜間勤務が可能な職員は病棟に配置されるが、外来部門には臨時職員も含め様々な勤務形態が存在する。その外来部門において須賀市立うわまち病院で実践している働き方改革の取り組みについて報告する。うわまち病院では短時間正職員や、育児部分休業取得者、

夜勤回数に制限のある職員他、臨時職員は3パターンの開始時間,5パターンの終了時間,4パターンの週の勤務日数などである。そのため1名の職員が1部署を担当するのではなく,リリーフ対応できるようにトレーニング体制をとり,業務のチェックリストやマニュアルの整備を行っている。

主任看護師のモチベーションに関する実態調査 東京ベイ・浦安市川医療センター 宮内美穂

東京ベイ・浦安市川医療センターにおいて主任看護師が職業継続のモチベーションをいかに維持しているか,主任看護師9名から4名を無作為抽出してインタビューを実施した結果について報告する。インタビューの結果,・大変なこと,・モチベーションが下がったこと,・遣り甲斐と感ずること,・モチベーションが上がったことの4つのカテゴリーが得られ,結論として,主任看護師のモチベーションの変動には,スタッフの関わりが関係していることが明らかとなり,スタッフ一人ひとりが主任看護師との関わり方を見直す必要があることが示唆された。

久米島における施設間統一の食形態マップの作成 公立久米島病院 松原由美子

沖縄県久米島にある公立久米島病院は,島内2カ所の介護老人福祉施設と入退院連携を行っている。その中で食事の名称は同じだが食形態が施設間で異なることが分かったため,施設間統一の食形態マップを作成した。そのプロセスを紹介する。各施設における食事形態の調査によって各施設間で食形態の名称,とろみ濃度の調整,調理方法,メニューの種類,とろみの強度等が異なっていることが明らかになったため,各施設の栄養士間による統一した食形態コードを作成し,施設間統一の「病院施設の食形態マップ」を作成した。今後はこの食形態マップを評価し,改善していくことが課題である。

在宅用人工呼吸器導入後の子どもと家族の生活実態に関する研究

東京北医療センター 須藤由紀

東京北医療センターで在宅用人工呼吸器を導入している重症心身障害児をもつ母親9名に対し,インタビューの逐語録を分析し退院後の生活実態について明らかにした。在宅人工呼吸器導入後,「学校の壁」,子どもは「健康な生活が送れる」が,母親の「眠れない日々」,「高額な医療費に驚く」,「慣れない医療機器と向き合う」,「身近なネットワークからの情報収集が頼り」という6つのカテゴリーが見いだされた。それにより在宅用人工呼吸器導入には,就学年齢の子どもの場合,学校側との連携と情報提供が必要であり,また子どもだけでなく母親が健康的な日常が送れるように関わる必要性が示唆された。

分娩時の骨盤支持ベルト使用による分娩時出血量の変化の検証

市立奈良病院 栗原みな子

分娩時に骨盤支持ベルトを着用することによって分娩時出血量の減少に効果があると言われていた。市立奈良病院ではその方法を採用し効果を検証した。方法としては骨盤支持ベルトを着用した42名と非着用妊婦47名の分娩時の出血量,分娩第IV期までの総出血量,分娩所要時間を比較した。結果は骨盤支持ベルトを着用することで出血が減少傾向となったが分娩所要時間が長いと出血量の減少は認められなかった。それにより分娩所要時間短縮を行うケアが必要だと考えられる。

大腸内視鏡検査・治療におけるクリニカルパスを導入して

磐梯町保健医療福祉センター 岩田繭子

磐梯町保健医療福祉センターでは,初めての検査でもポリープが見つければすぐに治療に移行できるように「あればポリペク」という形で準

備している。しかしスタッフにより対応に差がありさまざまな問題が生じたため、診療所独自のクリニカルパス(CP)を導入した。診療所看護師全員の13名からCPを導入してよかったという意見が得られたが、まだ不足がある部分について勉強会などを行う必要があり、患者向けのCPも作成中である。

熱中症初期対応を迅速に行うための対策

練馬光が丘病院 齊藤 健

2018年度に練馬光が丘病院に熱中症で受診した患者は36名、7月には熱中症疑いの患者5名が同時に搬送された。同時に5名の搬送は開院以来初めてで対応に戸惑い、迅速な対応・処置ができなかった。そこでこの事例を再調査し問題点を抽出、熱中症対応フローチャートを作成し、勉強会を開催した。その結果、その後3名の熱中症患者が同時搬送された際には迅速に対応することができた。今後は地域住民への講習会開催も検討している。

IVRの治療を受ける患者の術前訪問の評価

市立奈良病院 筒井美保

市立奈良病院ではIVR治療を受ける患者に対して、2017年6月から術前訪問を行っている。その術前訪問の評価について報告する。独自の術前訪問用紙の「患者の治療の受け止め方」に記載された内容を抽出してグループ化した。その結果、治療イメージがつきにくいなど治療に関すること、長い時間同じ姿勢は不安など同一体位に関すること、前回検査室が寒かったなど環境に関すること、が得られた。これにより、初回治療を受ける患者は治療や治療室の把握が困難なのでイメージできるパンフレットなどが必要であり、また同一体位が長時間になる場合、苦痛の軽減を図るための工夫が必要であると考えられた。

精神科入院患者の退院と地域生活定着に向けた支援

三重県立志摩病院 森口隆太

三重県立志摩病院には精神科病棟がある。入院時多職種カンファレンスによって退院後独居となることが分かったため院内外が多職種で連携して取り組みを行った精神科入院患者A氏の事例を報告する。院内の多職種と地域機関が本人と面談を繰り返し、独居生活に向けたさまざまな調整を行った。受け持ち看護師は退院前訪問看護を実施し、在宅環境を確認することで退院後の生活に即した支援を組み立てた。退院後も月1回の訪問看護と地域機関との連携によって生活の安定に向け支援を継続している。院内の多職種だけでなく院外の地域機関と連携することにより、連続性のある支援が実現したと考えている。

心不全・糖尿病・認知症の独居高齢者の退院支援

横須賀市立市民病院 南みゆき

横須賀市は高齢化率30%で独居や認知症の方も多い。横須賀市立市民病院で経験した独居認知症の退院支援の事例を紹介する。独居、生活保護受給者、認知症、糖尿病・心不全の80歳代の女性について、退院後は自己注射や服薬管理、食事管理が必要になるため、退院支援看護師は本人のできることに、本人の強みに着目して退院支援を行った。医療行為はできるだけシンプルになるように医療モデルから生活モデルへの転換を図ることで退院へ導くことができたと考えている。

終末期の皮膚表出がん患者を地域で支えるための試み

伊豆今井浜病院 佐藤留美

伊豆今井浜病院において、終末期の皮膚表出がん患者にMohs変法を導入し施行した2症例から、その利点と今後の課題について報告する。

Mohs変法適応の患者は医師が選択。Mohs変法実施後は2例とも出血・浸出液・臭気コントロールが一定期間でき、在宅で過ごせる時間が増えた。これにより患者・家族の負担軽減につながったが、処置時の疼痛が強い例もあり、適切な疼痛管理が必要である。

家屋調査における看護師・介護士が使用する情報収集用紙の考案

市立恵那病院 増尾浩行

市立恵那病院A病棟では担当スタッフが患者の退院支援として家屋調査を実施している。しかしその情報が入院中の看護計画に反映されていなかった。今回入院中の看護計画に反映するための情報収集用紙を考案したので、紹介する。家屋調査に同行した看護師・介護士を対象としたアンケート結果により、家屋調査前に試作した情報収集用紙の項目を追加した。患者は在宅と院内では行動範囲が異なり、安全面では環境の変化により転倒するリスクが高まる。そのためプライマリーおよび多職種からの情報や在宅における日常動作をイメージできる情報収集用紙が重要で、それが個別性の看護計画立案につながる。

認知症疾患医療センターの2年間の取り組み

伊東市民病院 曾根典子

伊豆半島は超高齢化地域で高齢化率40%である。伊東市民病院は2017年2月に認知症疾患医療センターの指定を受けたのでその取り組みを紹介する。センター職員は医師2名、専従保健師1名、PSW1名、臨床心理士1名で運営している。年間300件の相談があるが認知症の正しい知識を持っている人が少ないのが現状である。そのため認知症教育をしっかりと行うことを心がけた。今後も住民により知ってもらえるように多職種医合同相談会等を企画し、認知症知識の啓発に取り組み、みんなで認知症を支える地域づくりを目指したい。



回復期リハビリ病棟多職種協働の取り組み

市立大村市民病院 九後朋子

市立大村市民病院の回復期リハビリ病棟は開設から10年目を迎えた。回復期リハビリ病棟は一定の実績を上げているが、その反面スタッフの当該病棟での経験は浅く1～5年目が8割を占める。そこで当該病棟スタッフに対して質問紙調査を行い、知識の向上と多職種連携協働を行ったので報告する。機能訓練は収益に直結しているが、安全で質の高い医療を提供するためには「回復期リハビリ病棟指針」職種ごとの10カ条を相互理解、実践、連携していくことが重要である。

地域包括ケア病棟における退院支援に関わる看護師の思い

飯塚市立病院 堀口ひろ恵

飯塚市立病院のA病棟は亜急性期から地域包括ケア病棟に移行し3年目を迎えた。そこで病棟看護師がこの2年間どういう意識を持って取り組んできたかを振り返った。半構成面接法で同意を得られた11名のデータをもとにカテゴリー化したところ、ほとんどの看護師が退院支援に関心を持っていること、しかし退院支援に対する知識が浅く、在宅医療の経験もないため苦手意識や困難さを感じていることが分かった。今後は統一した退院支援ができるよう知識

を習得し自己研鑽するとともに、システム化の充実を図ることが重要である。

地域包括ケア病棟における退院後訪問指導

市立大村市民病院 田中博子

市立大村市民病院のB病棟は地域包括ケア病棟として58床を有し、地域包括ケアシステムの一端を担っている。B病棟の現状と退院後訪問指導の実施状況・今後の課題について考察した。退院後訪問指導を受けた患者家族のインタビューでは、退院後訪問指導が安心感を生むことや病棟看護師への期待が聞かれた。このことから入棟時から計画的な退院支援が必要であり、退院後訪問指導が必要な患者に確実に実施できるシステムが必要である。また受け持ち看護師の個別指導が必要であり、さらに看看連携のため情報提供が必要であると考えられる。

病棟全体で取り組む退院調整カンファレンスの運用について

石岡第一病院 加藤智子

石岡第一病院の地域包括ケア病棟では、多職種合同の退院調整カンファレンスを実施している。参加状況はプライマリーナースの参加が少ない現状があったため、カンファレンスの運用の在り方を考え、プライマリーナースとして積極的に退院支援の役割を果たすためのシステム構築を目指した。そのためカンファレンスの実態を把握するためのアンケート、および半構成的面接法を行って逐語録を作成し、KJ法で分析を行った。その結果、看護師の役割、カンファレンスの運用、知識・経験不足、カンファレンスの困難性、情報収集の5つのラベルが抽出された。プライマリーナースはさまざまな要因からカンファレンスへの参加が困難であり、退院調整看護師に頼る要因になっていることが示唆されたが、患者情報共有シートを活用することが有効であると考えられる。またカンファレンスに参加することは多職種から学ぶことも多く、プライマリーナースのカンファレンスへの参加を促すことは重要である。

地域包括ケアシステムにおけるリハビリ職の関わり ～医療・介護・予防・生活支援～

企画責任者：横須賀市立市民病院 リハビリテーション療法科 石橋仁宏

第1部はパネルディスカッション形式で「地域包括ケアシステムにおけるリハビリ職の関わり」をテーマに発表と質疑応答があった。第2部は一般演題で5題が発表された。

第1部

急性期病院から在宅復帰までの取り組み

東京ベイ・浦安市川医療センター 水野 啓

回復期リハビリ病棟運営状況

市立大村市民病院 金子創一

地域包括ケア病棟でのリハビリ職の関わり

横須賀市立市民病院 穂本宇未

当施設通所リハビリにおけるリハビリテーションマネジメントの現状と今後の課題

おおい町保健・医療・福祉総合施設
介護老人保健施設なごみ 大下四朗

地域医療臨床現場を活用した合宿形式型IPEの取り組みと効果

揖斐郡北西部地域医療センター 三浦早紀

多世代型地域包括ケアシステムを意識した真鶴町国保診療所の取り組み

真鶴町国民健康保険診療所 杉田謙太郎

水野啓氏は、急性期病院として、在宅復帰に不安を抱える患者に対し、退院前訪問指導、医療保険での訪問リハビリ、短期型の訪問リハビリを実施、在宅復帰への貢献やセラピスト教育の観点から大いに意義があることが分かったと報告した。

金子創一氏は、リハビリ病棟開設から10年、2年前に開設した地域包括ケア病棟と棲み分けを行いながらベッド稼働率はほぼ満床となって



いるが、リハビリ単位取得の取り組みと病棟運営状況について報告した。

穂本宇未氏は、2017年1月から地域包括ケア病棟の運用を開始し、急性期治療を経過した患者の在宅・生活支援復帰を行っているが、介護保険サービス利用者が多く、他職種との情報共有、連携を積極的に行いながら取り組んでいる状況と今後の課題を報告した。

大下四朗氏は、要介護利用者の63%でリハビリテーションマネジメント加算Ⅲを算定し、定期的に関わり会議を開催しているが、この会議を活用することで近隣施設や多職種とのネットワーク構築が可能となり、利用者のADLやQOLの向上、在宅生活維持につながっていることを報告した。

三浦早紀氏は、保健医療福祉の専門学生を対象とした合宿型IPE(多職種間連携教育)研修を実施したことを報告、多職種が協働することで

他職種の役割，専門性の理解につながり，住民との座談会など地域を巻き込んだことでリアルな学びができたと述べた。

杉田謙太郎氏は，高齢化率40%を超える真鶴町が多世代を包括した地域包括ケアシステムの構築を目標に，地域福祉計画・地域福祉活動計画を策定したが，診療所もその計画に沿った介護予防システム構築のために実施している取り組みについて報告した。

第2部

予後予測スコアを指標にして担当した1例

市立奈良病院 高橋一樹

高齢者の摂食嚥下機能に影響を与える要因の検討

市立大村市民病院 本多弘幸

脳梗塞患者の自宅退院可否と摂食嚥下機能との関連

横須賀市立うわまち病院 高橋翔一

東日本大震災を経験して

女川町地域医療センター 菅原慎吾

老人保健施設入所者の活動量と認知機能の変化

志摩地域医療福祉センター 竹内元輝

高橋一樹氏は，終末期の患者に対し，予後予測スコア(PaPスコア)を指標にしてリハを実施することによりQOLの向上が図れた症例について報告した。



本多弘幸氏は，嚥下リハ対象患者の予後予測と対応法の再検討を目的に，嚥下機能の改善・阻害要因について調査，分析を行った結果，咳嗽や咽頭感覚が高齢者の嚥下に影響している可能性が高いことが分かったと報告した。

高橋翔一氏は，急性期脳梗塞で入院している高齢患者の自宅退院の可否を予測する因子として，摂食嚥下機能の影響を調査したことを報告した。

菅原慎吾氏は，震災からの8年間を振り返るとともに，女川町の地域包括ケアシステム構築に向けての取り組みを紹介した。

竹内元輝氏は，認知機能とADLの関連性について，施設入所者を対象に評価，検討を行った結果，認知機能の維持向上にはADLを維持向上させるのが有効であることが示唆されたことを報告した。

薬剤師部会

地域医療に関わる病院薬剤師の責務とは？

企画責任者：横須賀市立市民病院 薬剤部科長 杉澤洋一

薬剤師部会では、9つの演題発表があり、地域医療に関わる病院薬剤師が、安全・安心・良質な薬剤治療を行うための情報交換を行った。

腎機能に応じた用量調節が必要な薬剤に対する
取り組み

東京北医療センター 寺田秋穂

当院の小児科病棟の取り組みと今後の課題

横須賀市立うわまち病院 鶴巻美帆

下肢整形外科手術後におけるエドキサバン適正
使用調査と今後の課題

村立東海病院 佐藤一祥

当院救命救急センターにおける薬剤師の関わり

横須賀市立うわまち病院 飛川静香

自宅での服薬アドヒアランスの向上・維持への
取り組み

市立奈良病院 坂口奈緒

病院で行う糖尿病教室

上野原市立病院 長坂拓哉

持参薬管理における市立奈良病院の取り組み

市立奈良病院 濱口美咲

当センター薬剤室における症例検討会の導入に
ついて

東京北医療センター 鈴木裕以

当院薬剤室における新人教育プログラムとその
評価について

飯塚市立病院 岩崎彩香



寺田秋穂氏は、腎機能が低下した患者に対し、用量調節が必要な薬剤は多く、確認するのに膨大な時間が費やされるため、医師の処方オーダー時および薬剤師の処方受付時に参照できるツールを整備した取り組みを報告した。

鶴巻美帆氏は、小児科担当薬剤師は一般病棟、NICU、GCU 3 病棟の入院患者の薬の管理、服薬指導、病棟配置薬の管理等を行っているが、成人に比べて使用する薬剤の細かな計算、調整が必要であるため、NICU・GCUにおいて使用頻度の高い輸液・抗生剤の配合変化表を作成した取り組みを報告した。

佐藤一祥氏は、下肢整形外科手術後に投与されるエドキサバンの腎機能低下時の投与量基準が、発売当初と現在で異なるため、前基準時と基準変更後で投与量変更がどのくらいあったかを後ろ向きに調査した結果と今後の課題について報告した。

飛川静香氏は、救命救急センターでの病棟業務で、自動処方チェックシステムによる薬物間相互作用チェックを活用し、薬剤師が介入して適正使用モニタリングを行った症例を調査した結果報告を行った。

坂口奈緒氏は、循環器内科領域での退院後のアドヒアランス向上、維持のための取り組みを紹介。持参薬の確認、服薬状況の把握を行い、それらの情報を退院時の服薬指導、家族の薬剤管理への参加につなげることが有効で、今後はかかりつけ薬剤師との連携にも取り組みたい、と述べた。

長坂拓哉氏は、病院で毎年数回開催し、上野原市と共同で年1回開催する糖尿病教室について、その内容と今後の課題について報告した。

濱口美咲氏は、昨年からの病棟常駐を実施したことにより、薬剤師が患者の入院当日に持参薬の確認と医師への報告を行うようになったが、その取り組みと今後の課題について報告した。



鈴木裕以氏は、入職2年目以降の薬剤師を対象に、効率よくかつ有効的で安全な薬学介入を目指すための症例検討会を導入、これにより若手薬剤師の知識が向上し、薬物治療のアセスメントや薬物指導で新たな着眼点を得ることができたことを報告した。

岩崎彩香氏は、全ての新人薬剤師に統一した指導を行うため、今年度から6ヵ月間の新人教育プログラムを構築、実施し、その後のアンケート調査により評価を行った取り組みを報告した。

栄養部会

栄養部門の現状とこれから ～多職種連携と業務改善への取り組み～

企画責任者：横須賀市立市民病院 栄養管理科管理栄養士 竹本悦子

栄養部会では、前半に6題の演題発表があり多職種連携と業務改善の取り組みの現状と課題を共有した、海外研修報告のあと、後半はグループワークを通して、質の高いサービスを提供するためのモチベーションとスキルのアップを目指した。

演題発表

栄養管理により褥瘡が改善し自宅退院に至った一例

横須賀市立うわまち病院 齋田友里恵

24時間動き続けた統合失調症患者の栄養管理

三重県立志摩病院 田嶋奈津美

NSTから在宅栄養管理へ切れ目のない支援により成功した一例

公立丹南病院 阪井みと

栄養サマリーと地域連携

飯塚市立病院 古林美保

停電発生時における業務対応の報告について

志摩地域医療福祉センター 介護老人保健施設
志摩の里 石田順子

本日開店 JADECUM老健介護食レストランへようこそ

湯沢町保健医療センター 柳 真紀

齋田友里恵氏は、褥瘡感染で入院した80代患者が、適切な栄養管理とチーム医療により褥瘡が縮小、自宅退院となった症例を報告した。

田嶋奈津美氏は、統合失調症の60代患者が24時間動き続けたため栄養状態が悪化したため、NST介入となり、栄養状態が改善して介入終了となるまでの経過と対応を報告した。

阪井みと氏は、大腿骨転子部骨折により入院した70代患者が、NST介入、通所リハでの栄養



改善介入を経て、8ヵ月で栄養状態が改善しADL改善につながった症例を報告、全ての段階で医療と介護の多職種が連携した今後のモデルとなるような事例であったと述べた。

古林美保氏は、患者が転院、転所する際に食事に関する情報を的確に伝える栄養サマリーを簡便な内容で作成し、送付先でそれがどのように活用されたか、どのような内容が必要とされているかをアンケート調査した取り組みを報告した。

石田順子氏は、昨年9月に上陸した台風24号によって、施設開設後初めて夜間停電を経験、翌日午後には復旧するまでの経過と対応を報告するとともに、この経験に基づいた栄養室の防災への取り組みについて述べた。

柳 真紀氏は、地域医療振興協会運営の老健17施設が提供している食事、行事食を紹介、今後はレシピ集を作成するなどして、栄養部門の業務改善や他部門との連携のツールとなることを期待したい、と述べた。



海外研修報告

横須賀市立市民病院 石川古都美
練馬光が丘病院 廣瀬桂子
市立奈良病院 藤本修也

2019年2月、米国ペンシルベニア州Thomas Jefferson University Hospitalsにて5日間にわたって行われた海外研修の様様を石川古都美氏は報告した。フィラデルフィアの食事情、病院の栄養管理システム、提供している食種(嚥下食、流動食の内容)、厨房見学の様子、病棟の栄養管理の実際や患者教育の講義、新しい病院の食事オーダーシステムなどを紹介した。そして、多様化した食習慣に合理的に対応しており、患者満足度を念頭に工夫されていると述べ、医療制度の違いにより患者背景は異なるが、栄養管理に関する考え方は大きく変わらないと結んだ。

グループワーク

参加者が6つに分かれて、「栄養指導」「栄養管理」「多職種連携」「医療・介護報酬」の4題からテーマを選択してグループワークを行った。それぞれのグループからは、指導件数を増やすための工夫、多職種や業者との連携や情報共有についてなど、現状の問題点や明日からできる改善策などが発表された。

講評

JADECOMの栄養部長である横須賀市立うままち病院副管理者の宮本朋幸氏から、これからは、働き方改革により効率のよい取り組みが求められるが、そのためには患者さん、利用者さんに理解していただくことも、多職種の納得を得ることも大事だ。そのために地道に頑張っている、との講評があった。ヘルスプロモーション研究センター川畑輝子氏は、施設内での多職種連携は皆意識していると思うが、患者さんのリテラシーが向上して初めて自分たちの働き方改革になると思うので、患者さん、家族、地域、業者とも連携してWin-Winの関係になるために、ヘルスプロモーション研究センターも力を貸せるよう頑張りたい、と述べた。

地域に選択される老健を目指して

企画責任者：伊東市介護老人保健施設みはらし 看護・介護部長 木内由美

1施設,1演題で13演題の発表があった。最初に座長の木内由美氏から、今後のモチベーションがあるような、ポジティブな意見交換の場としたいとの提案があり、活発な質疑応答が行われた。また4施設の看護・介護責任者からそれぞれについて講評があった。

第1部

栄養スクリーニング加算を算定して

伊東市介護老人保健施設みはらし 飯田雅宏

「プッシュアップ体操」の意義と現状

台東区立老人保健施設千束 西方秀夫

看取りケアから委員会立ち上げまでの道のり

池田町小規模介護老人施設ぴりか 渡邊祥子

排泄加算への取り組み

東通村介護老人保健施設のはなしょうぶ

伊柳由紀子

飯田雅宏氏は介護職員にも実施可能な栄養スクリーニング加算の導入を検討した報告を行った。74名の全通所利用者に対し、3ヵ月ごとにBMI、体重減少率を算出し、低栄養リスク者を分類、数値化した。全職員の注意を喚起でき、重篤化する前に、看護師や管理栄養士に相談することによって、改善策を提案できたと述べた。

台東区立老人保健施設千束では、頻発する褥瘡の発生に対し、プッシュアップ体操を考案し、新規褥瘡発生率減少の成果を上げたことを西方秀夫氏が発表した。プッシュアップ体操とは楽しみながら、少ないスタッフで利用者さまの除圧できる方法はないかと考えられたもの。職員の協力で撮影したDVD映像を使って1日3回行っている。今後はマンネリ化に配慮し、さらに効果的な新作を作成し褥瘡予防に取り組んでいきたいと結んだ。質疑の際には、ぜひ自施設でも取り入れたいのでDVDを貸してほしいという声もあがった。

渡邊祥子氏は、昨年度看取りケアの意識改革

をはかったが、成果を十分に発揮できなかったことに対し、問題を抽出し、検討、実行した取り組み、他施設への聞き取り結果を参考に、看取り委員会の設立に至ったと報告した。

排泄加算への取り組みを報告したのは、伊柳由紀子氏。要介護4の80代女性と70代女性に対し、食後のトイレ誘導やりハビリによって、トイレでの排泄ができるよう取り組んだ。加算を算定しつつ、利用者さまのADLが向上したと発表した。

第2部

口腔機能向上委員会の取り組みについて

中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘

村田隆子

食支援(NSTグループ)委員会の立ち上げ

揖斐郡北西部地域医療センター 山びこの郷

馬淵祐季

栄養管理委員会における取り組み

公設宮代福祉医療センター介護老人保健施設

六花 岡田昌幸

その人に寄り添うケアの実践

志摩市介護老人保健施設志摩の里 園村明美

中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘は歯科を併設している。歯科衛生士の村田隆子氏からは看護師・介護士・歯科医師・歯科衛生士が連携をはかりながら取り組んでいる口腔機能向上委員会の活動を紹介した。3ヵ月1クールとして課題を設定し、OHATを使って評価している。そして方策・留意事項などの技術指導・助

言を歯科スタッフが行い、現場に即した対応が行われ、誤嚥性肺炎・インフルエンザが減少していると報告した。

食支援(NSTグループ)委員会を立ち上げ、経口移行・維持加算、低栄養リスク改善加算に至るまでの経過を詳しく報告したのは、馬淵祐季氏。他施設を見学し、フローチャート、算定マニュアルを作成し対象者を選別、評価した。事例として褥瘡があり低栄養で入所した利用者さまが、改善し、在宅に復帰した例を紹介した。

岡田昌幸氏からは、栄養管理委員会において、全職員が摂食嚥下評価できるよう評価票の見直しを行ったことを報告した。新しくなった評価票は、部署によって異なり、実業務に近い体裁でリスクが把握しやすくなり、情報共有がしやすくなったと述べた。

園村明美氏は志摩市介護老人保健施設志摩の里で摂食困難を回復した利用者さまの事例を紹介。入所当初、昼夜をベッド上で過ごし、嘔吐を繰り返していた要介護度5の入所者さま。原因が心因性で家族環境にあることが徐々に分かり、居室への訪問回数を増やし、会話時間を増やすことで少しずつ信頼関係が築かれ、栄養士との連携もあり、2ヵ月後には日々の生活や、食べることの楽しさを取り戻すまでに回復したと報告した。

第3部

開所当初を振り返って

介護老人保健施設富谷の郷 古関竜二

働きやすい職場環境の提案

恵那市介護老人保健施設ひまわり 小野進太郎

統一したケアを提供するために

女川町地域医療センター介護老人保健施設
「のぞみ」 津田恵久美

施設めぐりだった利用者が家に帰る

ケアセンターいぶき介護老人保健施設
藤森健吾

在宅復帰に特化した超強化型老健施設

東京北医療センター介護老人保健施設
さくらの杜 須藤浩康

昨年開設した介護老人保健施設富谷の郷 古関竜二氏からは、開設2ヵ月後に認知症フロアをオープンした際の振り返り報告があった。離設が多い入居者の受け入れに対し、自宅に伺い普段の生活を知るなど、利用者さまを理解するための積極的なアプローチを行った。「その人を中心にした介護」を意識し、個別性・尊厳に配慮したケアを心がけ、結果、離設ゼロにつながったと発表した。

平成30年4月より市の運営から地域医療振興協会の指定管理となった恵那市介護老人保健施設ひまわりの小野進太郎氏は、スタッフの半数が異動となった職場の環境改善への取り組みの成果を発表した。意見箱を設置し、職員全員で問題点を考え、まずは専門部署で検討し、全体会議で改善案を決定。半年で39件の意見があり、解決した17例の事例のいくつかを提示した。

津田恵久美氏は、更新されていない2つの利用者情報シートについて、1つに統一して書式を変更、設置場所をより記入しやすいところに変更し、更新のタイミングを担当者会議で定めることにより、ヒヤリ・ハット件数が半数に減ったことを報告した。

施設巡りをしていた90歳、レビー小体型認知症女性の自宅に帰りたいという希望をかなえた事例を発表したのは、藤森健吾氏。家族の介護力が低下している高齢化率の高い地域での老健の役割について、今後も模索していきたいと結んだ。

在宅復帰に特化した超強化型老健施設に移行した東京北医療センター介護老人保健施設さくらの杜からは、須藤浩康氏がケアの現場で見られた変化について報告した。ケアの変更、評価を行う必要性が増し、カンファレンスがより密に行われるようになり、個別性の高いサービスを提供するうえで、職員の意識・言動が変化した。今後はケアの標準化を図るために可視化に取り組みしていきたいと述べた。

事務職研修会

働きやすく、生産性の高い職場環境を目指して

企画責任者：横須賀市立市民病院 事務部部长 惣田 晃

事務職研修会では、働き方改革を進めるための各施設のさまざまな取り組みについて、7題の演題発表があった。

演題

働きやすく、生産性の高い職場環境を目指して

横須賀市立市民病院 新井宏信

相対的に考えるSE業務効率化について

横須賀市立市民病院 安藤憲男

時間外勤務の削減

横須賀市立うわまち病院 高橋 進

当院医おける医師・看護師勤務負担軽減の取り組みと今後の課題

市立恵那病院 安藤嘉英

医事会計システムの操作時間短縮への取り組み

市立大村市民病院 三根孝介

必修研究のe-ラーニング化について

東京北医療センター 田中隆則

施設基準から見る働き方改革

医療事業本部医療経営部 亀谷展文

横須賀市立市民病院の新井宏信氏からは、総務課の室内レイアウトを変更するとことにより、防犯、業務妨害、業務効率、健康管理というソフト面が改善され、生産性がアップし、業務効率が向上したとの報告があった。

同じく横須賀市立市民病院の安藤憲男氏からは、ICT担当の立場から、ICTの機器整備について、システム導入は成功することはないことを前提に、相対的に考えて進めていかなければならないとの提言があった。吉新理事長からは協会はIBMに業務委託しており、ぜひアドバイスをもらってほしいとの追加発言があった。



QC活動として業務の効率化に取り組んだ報告を行ったのは、横須賀市立うわまち病院 高橋進氏。小口現金精算を振り込み処理にする、給与明細や源泉徴収をWEB明細にするなど、具体的に見直した業務内容を示し、業務時間の短縮が図られ、時間外勤務が削減したと述べた。

安藤嘉英氏は、市立恵那病院の医師不足と高齢化、看護師の働き盛り年代が少なく、新規採用の難航などの問題に対しての、ドクターズクラークや病棟クラークによる業務代行、NPや特定ケア看護師の育成と活用など、タスクシフトによる解決への取り組みを報告した。

市立大村市民病院 三根孝介氏は、今あるシステムの使われていない機能を活用し、関数計算やショートカットなどのちょっとした工夫を行った。そして基本的な操作の研修を改めて行ったことにより、個人のスキルがアップし、医事会計システムの操作時間の短縮につながったと発表した。

東京北医療センターにおける、医療安全、感染対策などの必修研修をe-ラーニング化したと



ころ受講率の向上と、それに関わる業務時間の短縮が得られたと報告したのは田中隆則氏。従来の研修では、場所、時間の制約や、その準備に時間をとられていた。感染対策の研修会を研修会場で行ったところ参加者が6回で62人であったのに対し、eラーニングでは260人の視聴があった。QRコードを貼ることで、簡単に各自のスマホで視聴できるうえ、受講率や未受講者のチェックも簡単に行えると報告した。

事務局医療経営部の亀谷展丈部長は、施設基準から見た働き方改革を提示。具体的な取り組みとして多職種からなる委員会の設置と責任者の配置が必須となったことなどを述べ、東京北医療センターの事例を示し解説した。



最後に人事から見る働き方改革について、医療人材部 若林心課長から発言があった。

日本が抱える少子高齢化、労働力不足への方策として、働き方改革、個人・組織の意識を高め、業務・経営の立場からの見直しが言われている。労働時間の管理、時季指定休暇の付与、同一労働同一賃金などがあるが、具体策としては職員の意識改革、タスクシフティング、勤務体制の改善、システム・電子機器の活用が挙げられる。考え方を換え、みんなで意見を出し合い、残業を減らす工夫に努めていただきたいと結んだ。

地域医療における働き方改革 — 診療放射線技師の取り組みと課題 —

企画責任者：横須賀市立市民病院 放射線技術科科长 須藤 敏

前半は、各施設で日頃放射線技師として取り組んでいる工夫などについて10題の演題発表があった。後半は放射線室責任者5名が各施設での現状を報告し、いかにモチベーションを上げるかパネルディスカッションを行った。

一般演題

大動脈スーパーネットワーク加盟に伴う放射線技師の取り組み

練馬光が丘病院 和久井菜奈

新型インフルエンザ等マニュアルの見直し

横須賀市立市民病院 若色涼子

当院における患者急変時初期対応能力の向上に向けた取り組み

市立奈良病院 新家睦巳

放射線科(室)に関わるインシデント事例の分析と対策

市立奈良病院 青木彰吾

圧縮センシングを使用した頭部MR-Angiographyの検討

東京ベイ・浦安市川医療センター 中村貴大

固定グリッド使用時の撮影距離の検討

横須賀市立うわまち病院 仲 大貴

フラットパネルディテクタとCRカセットと比較

東京北医療センター 加藤謙弥

整形外科領域で活用するTomosynthesis

市立奈良病院 葛 和剛

放射線部門における費用対効果の検討

伊東市民病院 高井直人

MRI装置更新と使用経験

公立黒川病院 渋谷圭介

久和井菜奈氏は、自施設の急性大動脈スーパーネットワーク加盟に伴い、診療状況が変わり、検査オーダーが2倍になり、単純CTは3倍以上に増加し、放射線技師の業務体制が変化したことを報告した。

若色涼子氏は、自院が二類感染症指定医療機関であることを鑑み、鳥インフルエンザが発生した想定で2部だでの訓練を行い、多職種対応マニュアルの見直しを図った、その経過と結果を発表した。

放射線検査現場での患者急変時の初期対応能力向上のために、シミュレーションを実施し、マニュアルを作成したと報告したのは新家睦巳氏。今後も継続して行うことが重要であり、熟練度をあげ、さらなる安全性を高めていきたいと述べた。

青木彰吾氏は2017年度に放射線科で発生したインシデント報告を分類し、原因を検証し事故防止対策を講じたことを報告した。最後に、具体的に事例を把握し、適切な対応を迅速に講じる必要性に気づくことで、同じことを繰り返さないという意識統一が大切であるとまとめた。

近年注目を集めている圧縮センシング技術を使用し、頭部MRI-Angiographyの検討を行ったと中村貴大氏は報告した。SENSE法より通常時間の撮像時間の短縮と、画質の担保が可能であり、臨床の有用性が示唆されたが、さらなる検討が必要であると述べた。

仲 大貴氏は固定した1つのグリッドを用い、



画質と患者被ばく線量を考えた撮影距離を実験により被ばく線量、拡大率を検証した結果を報告し、自院ではFD180cmと100cmの固定グリッドを使用した場合、150cmの撮影距離が望ましいと考察した。

フラットパネルディテクタ (FPD) とCRカセットの画質について比較したのは加藤謙弥氏。実験結果より、被ばくの低減と読影しやすい画像という点でFPDが有用であると述べた。フロアからはCRの方が安価であるとの言及があり、使い分けを考えているかとの問いに、FPD化していく方向であると回答した。

葛 和剛氏はTomosynthesisの活用について、低線量で高解像度な断層画像が得られ、荷重撮影や機能撮影も可能であり、椎体骨折や骨折後の骨癒合評価として、脊椎専門医、四肢外傷センターの医師から高い評価を受けていると述べた。

高井直人氏はCT装置の更新に伴い、現在の費用対効果を検討した。診療報酬を乗じてCT装置の売り上げを算出し、支出 (CT購入費、保守料、人件費、材料費など) からワークシート

を用いて、1日の検査件数の損益分岐点が15.1件であるのに対し、15.7件であったと発表した。

渋谷圭介氏はMRI装置更新にあたり、院内機器選定委員会で審議するとともに、医師側からのヒヤリングを行い、メーカーへの要望を繰り返し行い、SIMENS社製Sempraを購入した経緯と、実際の使用経験を報告した。

パネルディスカッション

今井浜病院の現状と課題

伊豆今井浜病院 永山哲哉

地域医療における働き方改革 現状と課題

飯塚市立病院 宮田憲明

地域における働き方改革

横須賀市立うわまち病院 小原和史

当院放射線室における働き方改革への取り組みについて

伊東市民病院 木下建太郎

働き方改革の現状と課題

横須賀市立市民病院 須藤 敏

パネルディスカッションでは、放射線室責任者5名が自施設における職員不足の中での勤務シフト体制、休暇の取り方、技術の向上や個々の研鑽姿勢など、現状と課題への取り組みについて述べた。それを受けフロアからも、積極的な質疑があり、高いモチベーションを維持するためにはどのような方策があるのか、ディスカッションが行われた。

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。

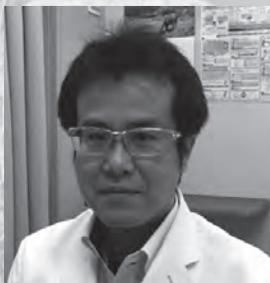


あて先

〒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
chiiki-igaku@jadecom.or.jp



地域研修 〜 隠岐島前の現状 〜



隠岐広域連立隠岐島前病院内科
福田聡司

長田先生、こんにちは。

隠岐は暑かった夏も終わりすっかり朝晩が冷え込むようになって来ています。体調を崩して受診される方が増えてくると秋が始まったなと感じます。沖縄はいかがでしょう。秋は台風が多く、大変そうだなと想像していますが。

島前病院は島根県立中央病院、島根大学医学部附属病院、松江赤十字病院など近隣の病院の研修協力施設となっています。そのため、1年中研修医や医学生が研修、実習に来られます。最近白石院長のネームバリューもあって、後期研修医や医師の見学や研修も増えてきており、そこに加えて秋になると医学部5年生のポリクリ実習が始まり、院内にたくさんの方があふれています。協力いただいている院内スタッフや患者さんたちに非常に感謝しないといけないところです。

当院の研修の特徴は自由が多いという点です。決められた物はなく、自分の興味で好きな物を見てよいし、やってよいし、しなくてもよい。全ては研修医や学生さんのやる気次第です。例として研修医は入院管理は当然で、入院患者の病状説明や退院調整もこなし、さらには外来の初診から再診、検査まで全てほぼお任せしてやってもらっています。もちろん常勤医によるバックアップ、フィードバックは当然していますが、さらには毎日夕方のカンファレンスで全体へのフィードバックもしています。この研修方法は概ね好評で、ますます研修・実習希望の方が増えてきています。

病院や医者がたくさん存在する都市部で医者をやるのであれば臓器別専門医でもいいと思いますが、当地のような離島や山間部などのへき地で働くのであれば総合診療医という道を目指すのも面白いのではないかと考えています。総合診療といっても今流行の、鑑別をあげて診断を付けて専門医へお任せするという形は面白くないので、「診」断もでき、治「療」もできる総合「診療」医を目指すのがきっと面白いと思っており、そのための研修・実習プランを提供しています。

高齢化のすすむ離島では商店や食べ物屋さんも廃業・休業

が多くなり、せっかく来ていただいた研修・実習生の皆さんにうれしい物を気軽に食べてもらえる機会が少ないのが現在の悩みです。せっかくの島なのに、スーパーに並んでいる魚は本土の大きな港で水揚げされて冷凍されたものが船便で届いて並んでいるものばかりで新鮮な魚を食べてもらう場があまりないのです。病院の厨房職員も人手不足で、常勤医は患者さんの常食と同じものを昼食に出してもらって暖かい食事がとれますが、実習生の皆さんは近所のお店で作ってもらう少し冷えたお弁当です。働く人手の確保、新鮮でおいしい食事の確保はへき地ならではの共通の悩みなのではないかとも思います。沖縄は全県で観光が盛んなので、事情は違うのでしょうか？



毎日夕方のカンファレンス風景



月に1度のエコ勉強会



たびたび行われるBBQ





横須賀市立うわまち病院における 特定ケア看護師の存在意義

横須賀市立うわまち病院 特定ケア看護師 畑 貴美子

病院の概要と所属

施設背景:横須賀市立うわまち病院 病床数:
417床 医師数:117名 診療科:28 看護師数:
348名 ICU: 8床 救命救急センター:24床

所属:ICU主任, 看護師, 集中ケア認定看護師,
特定ケア看護師として実践を行いつつ, 院内外
の看護師指導に関わっている(写真1)



写真1

急性期病院における特定ケア看護師の存在意義

私はJADECOM-NDC 2期生として研修を修了し, 特定ケア看護師としてICU内だけでなく院内を組織横断的に活動しています。特定ケア看護師とは, 医療の提供がままならない山間へき地過疎地における医療の提供や医師不足をサポートするために養成されているのではないかと疑問を感じる方もいるかもしれません。実際JADECOM-NDC一期生は首都圏のJADECOM施設所属の看護師は募集対象ではありませんでした。また当院は首都圏にあり, JADECOM内で医師の研修施設や医師を派遣する機能を担っている施設です。では当院のようにICUや救命

救急センターがあり, 医師もいる環境で特定ケア看護師に対する需要があるのか, 自分でも疑問でした。しかし実際活動してみると, ある病棟のスタッフは忙しい主治医に, 患者の発熱を報告するタイミングを悩んでいました。また手術中で対応困難な外科系患者の発熱に対する介入がなされていない状況がありました。病院内にも患者が医師を必要とするタイミングに医師がすぐに対応できない状況では, 夕方に報告して, そのあと指示が出て医師や看護師の超過勤務につながり疲弊につながる可能性もあります。それだけでなく, 介入のタイミングが遅れると患者の状態がさらに悪化してしまうことも考えられます。もしも早期に患者の状態変化に気づき, 医師へ報告し対応してもらおうと, その医師が対応していた別の患者の診療が停止してしまう。そこでより効率的に医療を提供し, 患者, 看護師, 医師のために特定ケア看護師として対応することが求められていると感じました。私が医師の対応よりも早く身体診察や鑑別診断を行い, レポーターとして医師へ引き継ぐことが自施設における特定ケア看護師としての存在意義だと感じています。

急変を予測・予防する特定ケア看護師の挑戦

そして特に私が担っている現在の活動はRapid Response System(以下, RRS)の活動です。院内急変を予防する, 予測することを目的に特定行為研修で学んだことをフル活用しています。本来RRSはコール基準(表1)があり, 電話がかかってきて対応します。しかし「こんな

表1 RRS起動基準

気道	気道閉塞の可能性 気管・気切チューブトラブル
呼吸	RR<10回/分or ≥30回/分、新たな呼吸困難 SpO2<90%、異常な呼吸音
循環	脈拍<40回/分 or ≥150回/分 新たな不整脈 BP < 80mmHg or ≥200mmHg 尿量4時間で50ml未満
意識	意識障害、けいれん、新たな不穏・異常な興奮
その他	急いで処置が必要だが担当医が対応できない 何らかの異変を察知



写真2

ことで電話していいのかわからない」と悩んでいるスタッフもいて、なかなか電話は鳴りません。そこで院内をラウンドして、病棟のリーダー看護師に気になる患者はいないか、ICU退室後患者の状態はどうか聞いてまわっています。それにより急変や心肺停止に至る前に患者の状態変化に気づき早期対応ができます。特に敗血症患者の対応は、ショックに至ると1時間バンドルといわれる輸液での蘇生、各種培養検査、抗菌薬投与、感染源のコントロールなど短時間で多くのこと

が求められる、医師一人で対応することは困難です。その際、医師と協働して手技を行いながら、現場スタッフを指導してスムーズにICUに入室できるように調整しています。RRSで患者に早期介入ができ、急変予防、早期回復につながる対応ができたとき、特定ケア看護師になってよかったと一番感じます。(写真2)

イノベーター理論から考える特定ケア看護師

イノベーター理論とは1962年スタンフォード大学のエベレット・M・ロジャース教授が『Diffusion of Innovations』で提唱しました(図1)。特定ケア看護師という新たな制度をこの理論で考えると今後どのように特定ケア看護師が活用されるかが見えてきます。

イノベーター(Innovators:革新者)とはJADECOM-NDCを創設した方々です。アーリーアダプター(Early Adopters:初期採用層)は1期生やその施設の上司、指導してくれた方、活用してくれた方々でしょう。アーリーマジョリティー(Early Majority:前期追随層)は、アーリーアダプターを見て、特定ケア看護師に興味を示し、特定ケア看護師になろうとした2~4期生やその施設の上司たちです。現在JADECOM-NDC研修生は総勢35名になりました。やっと現場が興味を持ち、活用したいという意見や特定ケア看護師になりたいという人たちが増え始める時期です。現在は移行してきている時期だと感じています。ここまで来たら勢いが加わります。しかし私がこの時期に懸念し

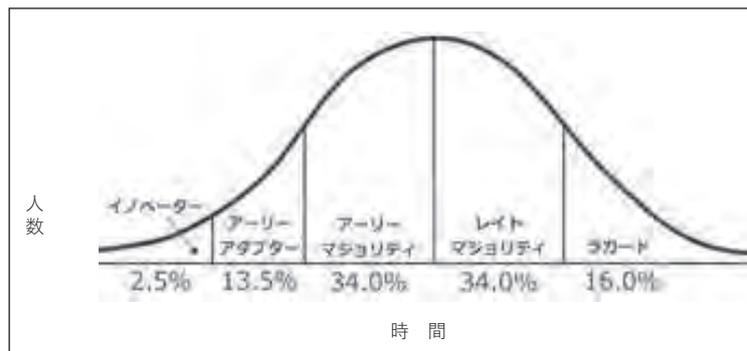


図1 イノベーター理論

ているのは、特定ケア看護師の質の維持が重要だということです。この思いが私のキャリアビジョンにもつながっています。

レイトマジョリティー(Late Majority:後期追隨層)は、特定ケア看護師の育成が100名を超える頃にやってくると感じています。役割モデルとなる特定ケア看護師が自施設にいて、経験を積んだ看護師が看護主任や看護師長になるように、特定ケア看護師になる道を選択すると考えています。

ラグガード(Laggards:遅滞者)は、必ず残る層です。商品開発などのマーケティングではターゲットにしないこともあります。しかし特定ケア看護師にとって、共に働く仲間ではあります。特定ケア看護師制度に反対する意見は貴重であり、その意見も聞きつつ共存していこうと私は考えています。

今後のキャリアビジョン

私の今後のビジョンは、まず院内で後輩育成をしていくことです。24時間365日特定ケア看護師が院内に常駐できるだけの人数確保が目標です。また後輩育成のためには、院内で特定ケア看護師を特別な存在にしないことも重要です。特定ケア看護師は、研修を受けたことで患者を観る視点や方法を複数持っています。しかし特定ケア看護師はあくまで国家資格は看護師であり、他の看護師に比べて優秀や有為ではないということです。看護師長には管理という役割があるように、特定ケア看護師も「看る」と「診る」の役割があるということです。そのような



写真3

風土づくりが特定ケア看護師を増やすことにつながると考えています。

もう一点、今後のビジョンは特定ケア看護師の教育です。特定ケア看護師になる前、看護師の現任教育を研究テーマに進学をしようと考えていました。それは臨床で看護師指導をする機会が多くあり、成人教育やインストラクショナルデザイン(ID:instructional design)に興味をもっていました。特定ケア看護師の教育は成人教育であり、講義を一方向に受けるのではなく、魅力的、効果的、効率的に学ぶ場を提供して自らが学んで成長してほしいと考えています。JADECOR-NDCのe-Learningの教材と週1回のweb会議は一方向の授業スタイルだけではなく、演習問題を解く、web会議で発言するなど双方向の授業スタイルで構成されています。今年度から演習の企画運営に一部参加させていただいています。これまで行っていた手技のOSCEだけでなく、症例ベースのOSCEや体験型学習を取り入れて、研修生が実習や自施設で困らないように、より充実した研修内容にしたいと考えています(写真3)。

『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

『月刊地域医学』では、よりお役にたつ情報をお届けできるよう、毎月の内容についてご意見、ご感想をお寄せいただく、モニターを募集しています。

誌面の内容について感じたことやご要望、特集や連載のテーマについてのご希望など、なんでもかまいません。

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。多くの皆さまからのご応募をお待ちいたしております。



ご連絡先 〒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.or.jp

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

地域医療型後期研修

2019.10.31

トンネルを抜けると、
そこにはお好み焼きがあった。

「国境の長いトンネルを抜けるとそこは雪国だった。」ノーベル文学賞作家川端康成の『雪国』の冒頭である。かのトンネルは、JR上越線の水上一越後湯沢を結ぶ清水トンネルが舞台となっていたようだ。関東から越後湯沢へ出発したその日は満天の青空の元、すがすがしい気持ちで高速道路を突っ走っていたのだが、とある長いトンネルを抜けた瞬間……アッ!!! 突然、吹雪の中の白銀の雪景色へと変化したのである。「なるほど、康成の感慨とはこういったものだったのだろう……」。かくして、2019年4月に湯沢町保健医療センターでの地域医療研修は、真っ白な雪景色の中に埋もれた病院から始まったのである。



地域医療のススメ

高橋史彦

プロフィール

兵庫県の中病院にて初期研修修了
後期研修を大学病院心療内科にて2年間履修
川崎市立井田病院にて家庭医プログラム内科
研修をやり直す

2017年4月 練馬光が丘病院にて研修

2018年1月 東京ベイ・浦安市川医療センター
にて研修

2019年4月 湯沢町保健医療センターにて研修

越後湯沢は、川端康成が小説に書いたことで有名であると同時に、スキー場があるためホテル、温泉旅館が乱立した観光地でもある。かつて日本有数の別荘地でもあったこの町は、人口9,000人の町に年間1,000万人の観光客が押し寄せていた。バブル期にはリゾートマンションが相次いで建設され、「東京都湯沢町」と揶揄されたこともあった。しかし、バブル崩壊後はさびれたリゾートマンションが立ち並ぶだけの寂しい街と化してしまった。

雪国の感慨に浸っていたのは最初の1週間だけ。その後は、土日になるたびに、スターバックスのある都会が恋しいと思える毎日を送ることとなった。

とはいえ、病院の研修としては、訪問診療、初診外来、再診外来、禁煙外来、予防接種、学校訪問をはじめとする地域特有の外来が楽しめたばかりでなく、『アクション農園倶楽部』といった社会活動にも参加し、病院の社会的役割を強く意識する機会にも恵まれた。『アクション農園倶楽部』とはNHK厚生文化事業団が実施する「認知症にやさしいまち大賞」を受賞した町の取り組みであり、自宅にとじこもりがち高齢者が地域との交流を持つための屋外活動であり、高齢者とともにブロッコリー、キュウリ、トマト、い

ちご、すいか、さつまいも等を作り、取れたての野菜をみんなで食べるのはひとときおいしさが倍増する。訪問診療では患者という存在を、家族という単位で意識するようになり、外来では親、息子、その子どもと家族全員を同時に診察することもあり都会の病院よりは、家族全体をみているという意識になることがある。地域研修ならではの体験であり、家庭医としてのトレーニングとして、広い視野を持つきっかけになったと思う。

最後に、湯沢町保健医療センターならではの名物研修を紹介したい。その名も、『湯沢名物お好み焼き研修』。かの井上陽介管理者がこだわりを持って自ら作っ

てくれるお好み焼きを食べられるのみならず、自らお好み焼きをおいしく焼ける技をも伝授してくれるというすばらしいプログラムである。当院では多くの研修医、学生の短期の受け入れが行われており、特に新潟大学からの見学の学生や、他院からの初期研修医の来院などがあり、月2～3回くらいの頻度で医局での歓迎会が行われる。お好み焼き情報はすでに出回っており、数あるメニューの中でも、リク

エストが多いのがお好み焼きなのだ。しかも、研修の一環として、お好み焼きを研修医が作れるようになるというのが暗黙のルールとして存在しているようだ。これまで、数々のお好み焼きマスターを輩出した当院の誇る裏メニュー、お好み焼き研修は地域医療振興会の研修の中でもぜひとも押さえておきたいプログラムの中の一つである。ちなみに新潟県で最もおいしいお好み焼きといえば、井上院長が直々に作る、卵入りスペシャルお好み焼きであることは言うまでもない。



お好み焼きを作る井上先生とほくや笑む田所先生



湯沢の重鎮 浅井先生とたご焼きを作り終えた水木先生

「公衆衛生ねっと」へのお誘い

<https://www.koshu-eisei.net/>

登録は無料!

公益社団法人 地域医療振興協会は、公益事業の一環として、公衆衛生、地域医療従事者の交流を促進し、公衆衛生と地域医療の連携を深めるためのウェブ「公衆衛生ねっと」を運用しています。公衆衛生、地域医療の現場で活躍される皆様のご入会を歓迎します。

The screenshot shows the homepage of 'Koshu Eisei Net'. At the top, there's a banner with the text '人々の健康維持と疫病予防を目的とし、健康生活を守り増進させるネットワークです' and various icons for 'へき地の健康づくり', '健康危機管理', '疫学', '保健福祉行政', and 'ヘルスプロモーション'. Below the banner, a navigation menu includes '公衆衛生ねっと', '公衆衛生-地域医療の現場で活躍', and '地域医療振興協会'. A central callout bubble says '国内外の公衆衛生関連の最新NEWSをタイムリーに配信!'. On the left, a sidebar lists '公衆衛生ねっととは', '会員' (with '現在の会員数 1,595人'), '公衆衛生ねっと 会員募集', 'エリアで探す', '分野・テーマで探す', '名前で探す', '会員一覧', '会員プロフィールの更新', '役立立し情報', and 'ご意見・お問い合わせ'. A large callout bubble on the left says '情報をジャンルごとにデータベース化'. In the center, another callout bubble says '入会手続きはこちらから'. On the right, there's a '公衆衛生関連のNEWS' section with a list of news items and a 'Look Think Act' logo. A large callout bubble on the right contains a list of benefits for members.

国内の公衆衛生関連の最新NEWSをタイムリーに配信!

入会手続きはこちらから

情報をジャンルごとにデータベース化

★ 会員には以下のようなメリットがあります。

1. メーリングリストへの参加 (新しい情報が直接配信されます)
2. 調査研究に関する支援
3. 会員相互の情報交換
4. 研究企画・問題解決のための助言
5. 研修会・講演会の相互協力
6. 各種教育教材の相互利用
7. 「公衆衛生ねっと」主催の研修会・研究会への参加
8. 国内、国外におけるタイムリーな情報利用

連絡先: 公益社団法人 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 / FAX 03-5211-0515 E-mail: health-promotion@jadecom.or.jp

「第10回自治医科大学顧問指導・学外卒後指導委員合同会議」が 開催されました……………

9月14日(土)、東京浜松町コンベンションホールにおいて、第10回自治医科大学顧問指導・学外卒後指導委員合同会議が開催されました。

この会議は、本学卒業生の勤務、研修等の円滑な実施および地域医療推進に関する提言や情報交換、さらに、顧問指導委員と学外卒後指導委員とが交流・連携を図り、本学卒業生の課題を共有するため、毎年1回、開催されているものです。

今回は「多様な地域医療をどう学ぶか」をテーマに開催され、顧問指導委員および学外卒後指導委員、大学からは永井良三学長、大槻マミ太郎副学長、山田俊幸卒後指導委員長、高本和彦卒後指導部長のほか、卒後指導委員および都道府県担当教員等の出席がありました。

会議は、永井学長の挨拶、山田卒後指導委員長の趣旨説明のあと、永井学長から「日本の総合医と専門医」について、堀之内病院の小堀鷗一郎名誉院長から「命を永らえる医療から命を終えるための医療へ～ターニングポイントはどこに～」、福井大学医学部附属病院の林寛之総合診療部長・教授(福井9期)から「多様なニーズに応える総合医:若手育成に向けて」について、ご講演いただきました。

その後「次世代の総合医育成のために」というテーマに対しグループディスカッションが行われ、最後に山田卒後指導委員長、小谷和彦卒後指導副委員長が座長となり、グループ発表、意見交換が行われました。

今回は、顧問指導委員35名、学外卒後指導委員27名および学内関係者の計104名の出席のもと、活発な意見交換が行われました。

「地域医療フォーラム2019」が開催されました……………

9月15日(日)、東京秋葉原コンベンションホールにおいて、「地域医療の新しいかたち～広域の連携診療システム～」をテーマに「地域医療フォーラム2019」が開催されました。

全国各地から、行政関係者、教育関係者、各地の病院に勤務する先生方、さらには住民の方々など総勢183名の参加がありました。はじめに、「人口減少時代の地域医療と公共哲学」と題して永井良三学長から基調講演をいただき、次に、「地域医療の新しいかたち」と題して3名の方々にご講演いただきました。その後、「広域の連携診療システム」と題して、「都市部とへき地を結ぶ循環型診療～人材の確保とへき地住民の生活の保全～」、「都会におけるネットワーク式の在宅診療～情報・役割・価値観の分担と共有～」、「自治体間のグループ式の診療～効果的で円滑な市町村連携の進め方～」の3つの分科会に分かれてグループワークを行いました。最後に、各分科会から報告を行い、有意義な時間を過ごすことができました。

【開会挨拶】 松村 正巳(自治医科大学地域医療学センター長)

【基調講演】 永井 良三(自治医科大学学長)

【指定講演】

「地域医療の新しいかたち」

〈コーディネーター〉

内田 健夫(医療法人社団内田医院理事長)

小谷 和彦(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門教授)

〈講演〉①都市部とへき地を結ぶ循環型診療

永井 康徳(医療法人 ゆうの森 理事長 たんぼぼクリニック)

②都会におけるネットワーク式の在宅診療

武藤 真祐(医療法人社団鉄祐会 理事長)

③自治体間のグループ式の診療

後藤 忠雄(県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長)

【分科会】

「広域の連携診療システム」

第1分科会(都市部とへき地を結ぶ循環型診療～人材の確保とへき地住民の生活の保全～)

〈ファシリテーター〉

内田 健夫(医療法人社団内田医院理事長)

金丸 吉昌(宮崎県美郷町地域包括医療局総院長)

小池 創一(自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門教授)

第2分科会(都会におけるネットワーク式の在宅診療～情報・役割・価値観の分担と共有～)

〈ファシリテーター〉

鎌村 好孝(徳島県保健福祉部副部長)

中村 伸一(福井県おおい町国保名田庄診療所長)

遠山 信幸(自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長)

第3分科会(自治体間のグループ式の診療～効果的で円滑な市町村連携の進め方～)

〈ファシリテーター〉

前田 隆浩(長崎大学病院総合診療科教授)

藤本 幸男(青森県良医育成支援特別推進員)

春山 早苗(自治医科大学看護学部長)

【全体会】

各分科会の報告～まとめ～

〈コーディネーター〉

松村 正巳(自治医科大学地域医療学センター長)

小谷 和彦(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門教授)

【閉会挨拶】 前田 隆浩(長崎大学病院総合診療科教授)

第18回自治医科大学シンポジウムが開催されました……………

9月5日(木)～6日(金)に、医学部教育・研究棟および地域医療情報研修センターにおいて、自治医科大学シンポジウム委員会主催による「第18回自治医科大学シンポジウム」が開催されました。

自治医科大学シンポジウムは、「研究を軸に学内の研究者が盛り上げられる機会をつくる」ことを目的としており、18回目を迎える今回は、「Bench-to-Bedside, Bedside-to-Bench～身近な疑問を研究テーマに昇華させよう」をテーマに、JMUシンポジウム講演、特別講演、ポスターセッションの三本立て構成で開催いたしました。

1日目の5日(木)は、永井良三学長からの開会挨拶に続いてJMUシンポジウム講演を行い、学内コンペで選出された講演者5名がそれぞれの研究成果や現状を発表しました。

【JMUシンポジウム講演発表者】

(敬称略)

NO	講演者名			発表演題
1	ウイルス学部門	講師	長嶋 茂雄	E型肝炎ウイルスの粒子形成機構と放出された粒子の特徴
2	細菌学部門	講師	氣駕 恒太郎	RNA標的型CRISPR-Casシステムを用いた殺菌手法の開発
3	総合医学第2講座	講師	白石 学	線維芽細胞救済における心臓マクロファージの果たす役割の解明
4	細胞生物研究部	准教授	高橋 将文	疾患マウスモデルを用いた腹壁閉鎖不全の分子細胞機序の解析
5	幹細胞制御研究部	准教授	菊池 次郎	小児・AYA世代白血病に有効な新規LSD1阻害剤

続いて、「国民皆保険の将来」をテーマに政策研究大学院大学教授医療政策コースディレクター島崎謙治先生による特別講演があり、多くの若手研究者が聴講しました。

2日目の6日(金)は、ポスターセッション49題の発表があり、医学部、看護学部及びさいたま医療センターの教職員、大学院生等が活発な意見交換を行いました。今年度も英語での発表を推奨し、研究奨励金受賞者を除く発表者の中から、優秀ポスター賞を選び、永井学長から賞状と副賞が贈呈されました。

2日間で教職員、大学院生など延べ324名の参加者があり、発表者の研究内容に熱心に耳を傾けていました。

【優秀ポスター受賞者名】

(敬称略)

NO	発表者			発表演題
A	医科学専攻 脳神経医科学	修士課程 2年	AGAMPODI DON BUDDHINI WIMARSHA DE ZOYSA JAYATHILAKE	Behavioral responses to social defeat stress: possible role of the hypothalamus-ventrolateral periaqueductal gray oxytocin pathway
B	人間生物学系専攻 分子ウイルス学	博士課程 4年	Putu Prathiwi Primadharsini	Multivesicular body sorting and exosomal pathway are important for the release of rat hepatitis E virus from infected cells
C	人間生物学系専攻 細胞分子薬理学	博士課程 3年	Ngamlertwong Nuttawadee	Sensitive detection of β -arrestin access to heteromeric receptor complex between μ -opioid and V1b vasopressin receptors
D	地域医療学系専攻 成育医学	博士課程 3年	黒川 愛恵	Gene therapy for Niemann-Pick disease type C
E	細菌学部門	ポスト・ドクター	Aa Haeruman Azam	Analysis host-recognition mechanism of staphylococcal kayvirus Φ SA039 reveals a novel strategy that protects <i>Staphylococcus aureus</i> against infection by <i>Staphylococcus pseudintermedius</i> <i>Siphoviridae</i> phages
G	地域看護学	講師	江角 伸吾	Awareness and Knowledge of Adolescent Young People and Their Parents in Mongolia Regarding Sexuality

地域の写真を募集しています。

弊誌では「地域の写真便り」をご紹介しております。「海、山、街」など、お近くの自然や風景、病院での出来事・催し物などの写真を撮ってお送りください。写真はなるべく鮮明なもの(350 dpi 以上)を希望します。

その際、簡単なコメントやキャプション、ご所属とお名前を記してください。

送付方法は、CD-ROM をご郵送いただくか、下記メールアドレスに添付でご送付ください。

ご応募をお待ちしております。

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.or.jp

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

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

報告
各種お知らせ
求人

セミナー

第15回 若手医師のための家庭医療学冬期セミナー

”若手医師のための家庭医療学冬期セミナー(通称:冬セミ)”は、若手医師による若手医師のためのセミナーであり、家庭医療、総合診療、プライマリ・ケアに関わる多くの方々にご参加いただいております。今回で15回目を迎えます。

この冬セミは、若手医師が家庭医療学を中心とした知識や技術を習得し、さらには同世代の絆を深めることで、総合診療の未来を創ることを目指しています。

平成から令和に変わり、新たな時代が幕を明けました。新専門医制度がスタートし、総合診療医を取り巻く環境や周囲からの期待は変わってきています。新たな時代を築いていく今こそ、われわれ若手医師がさらなる高みを目指し、新たな一歩を踏み出せたらと願っております。

冬セミは全国の若手医師の新たな一歩を後押しいたします。

皆様のご参加をスタッフ一同、心よりお待ちしております。

テーマ Going!!! ~新時代への一歩~

目的 若手医師が家庭医療・総合診療・プライマリ・ケアについて知識やスキルを習得し、仲間と交流と結束を深めることを目指しております。

内容 全体講演、特別企画、ワークショップ、キャリア支援などを予定。
セミナーの趣旨にしたがって、参加した皆様それぞれに素晴らしい学びと出会いがあるよう企画しております。

日時 2020年2月8日(土)～9日(日)

場所 東京大学本郷キャンパス 医学教育研究棟および鉄門記念講堂など

対象 総合的な医療を目指す専攻医(後期研修医)、若手医師および初期研修医

登録参加料 学会員：10,000円 非会員：12,000円 懇親会費：5,000円

託児所利用料：お子様1人当たり1日1,000円

一般参加受付期間(予定) 2019年12月初旬～2020年1月初旬

申し込み プライマリ・ケア連合学会ホームページ(下記URL)をご覧ください。

https://www.primary-care.or.jp/seminar_w/index.html

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

埼玉県は人口比産婦人科医師数が日本一少ない県でありながら、人口密集地区の性質上、当センターでは多数の症例を経験することができます。これから産婦人科専門医を取得したい方、後期研修したい方、研究したい方、興味ある方、どなたでもお気軽にご連絡ください。腹腔鏡技術認定医、超音波専門医、周産期専門医、婦人科腫瘍専門医等々サブスペシャリティ資格取得の指導や、学位の指導まで幅広く行います。

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

TEL 048-647-2111 E-mail kuwata@jichi.ac.jp

禁煙治療・禁煙支援のためのトレーニングプログラム Japan Smoking cessation Training Outreach Project(J-STOP)

地域医療振興協会では、2015年から日本禁煙推進医師歯科医師連盟と共同して、eラーニングを活用した禁煙支援・治療の指導者トレーニング(J-STOP)を実施しており、今年度も12月2日から開講します。開講期間は約3ヵ月ですが、期間中は随時学習可能ですので、自分のペースで学習をすすめることができます。

本トレーニングでは禁煙治療に必要な知識を学習するほか、仮想の面接や症例検討などを用いた演習により、実践的な知識やスキルを学ぶことができます。2010年から2018年までに約6,500人がトレーニングに参加され、これまでに約4,500の方が修了されています。

このトレーニングにより、禁煙治療・支援に関する知識、態度、自信、行動が向上・改善することが確認されています(中村ら:日本健康教育学会誌 2017;25(3):180-194)。

主催団体 日本禁煙推進医師歯科医師連盟

形態 eラーニング

学習期間 2019年12月2日(月)~2020年2月29日(土)まで、随時学習可能

学習時間(目安) 禁煙治療版10~12時間、禁煙治療導入版3~4時間、禁煙支援版4~5時間

申込み期間 現在受付中 学習期間終了まで随時申込可能

申込み方法 J-STOPホームページから必要事項を入力
<http://www.j-stop.jp/>

- 1.「団体名」の欄は「地域医療振興協会」を選択
- 2.「団体会員ID」の欄は「jadecom2019」と入力

受講料 無料(パケット通信料は個人負担となります)

連絡先 日本禁煙推進医師歯科医師連盟J-STOP事務局
(公益社団法人地域医療振興協会 西日本事務局内 担当:阪本)
E-mail jstop@outlook.jp TEL 075-353-5051

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科 研修・入局のご案内

埼玉は人口密集地区でありながら、人口比外科医師数が日本最少の県です(人口10万人当たりの外科専門医数:全国平均:17.4人/埼玉県:12.4人 最大:京都25.6人 平成28年厚生労働省データ)。

このため当センターでは多数の患者さんの治療要請があり、そのための人材を必要としています。

これから外科専門医・消化器外科専門医の取得を目指す方、後期研修したい方、研究や学位取得をしたい方を当教室では幅広く受け入れております。

まずはお気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科
科長・副センター長:力山敏樹
医局長:加藤高晴
TEL 048-647-2111 E-mail tkato@jichi.ac.jp

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトしていただくか、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/>

JADECOM
よろず相談
窓口

「JADECOMよろず相談窓口」開設のお知らせ

このたび、地域医療振興協会生涯教育センター内に、なんでも相談できる「JADECOMよろず相談窓口」を開設しました。

地域医療の現場での診療に関すること、地域における研究課題や専門医・学位取得といったことから将来の進路、職場環境や生活環境の悩み事まで相談の種類は問いません。

原則として地域医療振興協会会員を対象としていますが、地域医療に従事する医師の皆さんの様々な問題に柔軟に対応します。内容によっては協会関連病院や大学関係者等適切な方にお繋ぎさせていただきます。また学会や都道府県支部会などの際の個別相談にも応じます。まずはお気軽に窓口までご連絡ください。



連絡先 地域医療振興協会生涯教育センター「JADECOM よろず相談窓口」
富永眞一 shintomi@jadecom.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を開始しました。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。

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

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

生涯教育センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

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

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

定 価 （本体600円+税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

へき地・地域医療を志す医学生の皆さんへ 「月刊地域医学」無料送付登録のご案内

公益社団法人地域医療振興協会では、「へき地を中心とした地域保健医療の確保とその質の向上」を目的として活動しており、医学雑誌として「月刊地域医学」を発行しております。へき地・地域医療に興味関心のある医学生の皆さんにご覧いただき、将来のへき地・地域医療の充実と質の向上の一助となりますようご案内申し上げます。「月刊地域医学」は原則として公益社団法人地域医療振興協会会員に配布させていただいておりますが、この度、公益活動として地域医学の啓発・普及のため将来のへき地・地域医療を担う医学生の皆さんに無料にて配布いたします。

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

登録方法 住所、氏名、大学名、学年、E-mail アドレスを下記連絡先までご通知ください。

費 用 無料（無料送付登録は医学生の方に限り、年度ごとに登録更新していただくことになります。）

申し込み先 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 「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.or.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/pdf/gekkanchiikiigaku/chikiigaku.pdf>

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(変更無し)……………10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…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

ご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, 当協会に新しいご住所をご連絡ください。

当協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単にお手続きが可能ですので, 是非ご活用ください。

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、
その支援実績は年々増えていますが
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

mail: hekichi@jadecom.or.jp TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

留萌市立病院

●内科(循環器内科, 総合内科) 1名



診療科目: 総合内科, 消化器内科, 循環器内科, 呼吸器内科, 神経精神科, 外科, 小児科, 整形外科, 産婦人科, 皮膚科, 形成外科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 脳神経外科, 麻酔科, リハビリテーション科, 放射線科, 病理診断科

病床数: 300床

職員数: 286名(うち常勤医師19名)

所在地: 〒077-8511 北海道留萌市東雲町2丁目16-1

連絡先: 事務部総務課人事研修係 安井

TEL 0164-49-1011 FAX 0164-43-0337

E-mail soumu@rumoi-hp.jp

特記事項: 当院は北海道北西部にある地域センター病院・災害拠点病院で, 日本海沿岸の1市6町1村の一次・二次医療を担っています。当院の循環器内科は, 副院長を筆頭に自治医大卒業生で運営されており, 循環器全般に加え, 腎臓・血液透析, 糖尿病, 高齢者医療全般など守備範囲を広くして地域住民の需要に応じています。またビデオ会議システムを活用した遠隔心エコー検査を圏内医療機関との間で実施しています。循環器内科医はもちろん, 多様なサブスペシャリティをお持ちの内科医, プライマリ・ケア医を歓迎します。雄大な暑寒別岳の麓, 人情味あふれる風光明媚なこの街と一緒に地域医療をしませんか。

<http://www.rumoi-hp.jp/>

受付 2019.9.6

東京都

小笠原村診療所

●総合診療科 1名



診療科目: 内科, 小児科, 外科, 整形外科, 産婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 皮膚科, 精神科, 歯科

病床数: 9床

職員数: 30名(うち常勤医師3名)

所在地: 〒100-2101 東京都小笠原村父島字清瀬

連絡先: 小笠原村医療課 診療所係 小野寺

TEL 04998-2-3800 FAX 04998-2-2768

E-mail onodera@vill.ogasawara.tokyo.jp

特記事項: 小笠原諸島は東京から遠く南へ1,000km離れており, 週1便運航されている定期船おがさわら丸で24時間かかる超遠隔離島です。診療所では対応できない症例は, 空港がないため自衛隊機によって, 内地高度医療機関へと搬送されますが, これは日本で唯一の患者搬送システムです。この他にも, 超遠隔離島の小笠原でしか体験できないことは沢山あります。

ぜひ, 世界自然遺産の小笠原で, 医療に従事してみませんか?

<http://www.ogasawaraclinic.jp>

受付 2019.7.12

新潟県

十日町市 国保川西診療所

●総合診療または内科 1名



診療科目: 内科

病床数: 無床

職員数: 9名(うち常勤医師1名)

所在地: 〒948-0136 新潟県十日町市高原田201-4

連絡先: 十日町市役所市民福祉部 医療介護課 村越

TEL 025-757-9758 FAX 025-757-3800

E-mail t-iryuu@city.tokamachi.lg.jp

特記事項: 当診療所から5kmのところには地域中核病院の「県立十日町病院」があり, この病院との連携体制を構築し, 当診療所医師の負担の軽減を図っています。募集診療科目は「総合診療」としてありますが, より専門的な診療が必要な場合や, 診療日数や時間についても, この病院の協力のもと, ご相談にのることが可能です。オンコール・宿直はありません。ぜひ先生のお力を貸してください!

<http://www.city.tokamachi.lg.jp>

受付 2019.10.8

山口県

上関町内 町立へき地診療所

●一般内科 常勤非常勤問わず数名



診療科目: 一般内科

病床数: 無床

職員数: 2~3名(うち非常勤医師1名)

所在地: 〒742-1403 山口県熊毛郡上関町内

連絡先: 上関町役場 保健福祉課健康増進係 磯辺

TEL 0820-65-5113 FAX 0820-65-5115

E-mail kenkou@town.kaminoseki.lg.jp

特記事項: 現在, 民間医院が1施設, 町立へき地診療所が4ヵ所(四代, 白井田, 八島, 祝島)あり, 町内および近隣医療機関のご協力により診療できている状況ですが, プライマリ・ケアが中心なので, 専門的な治療が必要な場合には, 他の病院に通うことになります。住民の高齢化率も高く町外の医療機関に通うことは経済的, 体力的にも負担を要します。町としては, 今後町内で安定した医療サービスの提供ができるよう中核的な診療所の整備を進めていく予定です。

そこで, 高齢者が安心して暮らせる町づくりを目指し, 一緒に汗を流していただける医師を募集しています。

美しい自然に育まれた歴史の風情が残る港町で地域医療を支える医師として働いてみませんか?

少しでもなにか協力できそうだと思う方はぜひお声かけをお願いいたします。

www.town.kaminoseki.lg.jp

受付 2019.8.23

香川県

綾川町国民健康保険綾上診療所

●総合診療科 1名

診療科目：内科

病床数：無床

職員数：20名（うち常勤医師1名）

所在地：〒761-2204

連絡先：綾上診療所長 十枝

TEL 087-878-2002

FAX 087-878-2216

E-mail ayakami2002@sirius.ocn.ne.jp

特記事項：香川県のちょうど真ん中で、地域に密着し包括医療・ケアを提供しています。外来診療は高齢者の慢性疾患の管理がほとんどですが、小児生活習慣病予防や在宅医療にも力を入れています。また、子どもから高齢者まで、地域の人たちとさまざまな形でかかわりを持ちながら、地域全体を元気にできるような活動を行っています。香川県は都会と田舎の距離が近く、診療所の周辺は自然が豊かですが、空港や大規模店舗にもアクセスがよく、とても生活しやすい地域です。ワークライフバランスを保ちながら新しいアイデアでいろいろな活動ができると思います。

www.town.ayagawa.lg.jp/ トップページから綾上診療所のバナーをクリック



受付 2019.9.6

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。

「月刊地域学」では、投稿論文を募集しています。

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

chiiki-igaku@jadecom.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: 堀江・田代

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

投稿要領

2017年6月改訂

1. 投稿資格

- 1) 地域医療に携わる全ての者.
- 2) 国内外の他雑誌等に掲載されていない原稿,あるいは現在投稿中でない原稿に限る.

2. 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.

3. 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.

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.

4. 原稿規定

- 1) 原則として, パソコンで執筆する.
- 2) 原稿は要旨, 図表・図表の説明, 引用文献を含めて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(引用文献を除く). 「表紙」「要旨・キーワード」「本文」「参考文献」ごとに改ページする.
- 4) 原稿の表記: 原則として日本語とする. 句読点として全角の「, カンマ」「. ピリオド」を用いる. 薬品は原則として商品名ではなく一般名とする. 日本語化していない外国語, 人名, 地名, 薬品名は原語のまま用いる. 略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○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).

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) 引用文献: 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

文献表記例

【雑誌】

- 1) 柴田肇, 黒瀬亮太, 都竹晃文, 他: 栃木県の周産期死亡率の観察. 月刊地域医学 1996; 10: 25-32.
- 2) Feldman R, Bacher M, Campbell N, et al: Adherencetopharmacologic management of hypertension. Can J Public Health 1998; 89: 16-18.

【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

石井威望, 他編. 新医科学体7巻. 刺激の受容と生体運動. 東京, 中山書店, 1995, p.285-314.

- 4) Schuckit MA : Alcohol and alcoholism. In : Wilson JD, Braunwald E, et al, editors. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed. New York, McGraw-Hill, 1991, p.373-379.

【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)

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

5. 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.

6. 原稿の送付方法について

- 1) 原稿はEメールまたは郵送・宅配便で受け付ける.
- 2) メールで送付する場合の注意
 - ①メールの件名は「投稿・○○○○(著者名)」と表記する.
 - ②原稿と必要書類(5. 原稿の保存形式と必要書類について 2) 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.
- 3) 郵送で送付する場合の注意
原稿を, CD-ROMまたはDVDなどの1枚の記憶媒体に保存し, 必要書類と原稿のプリントアウト3部をつけて送付する.

- 4) 記憶媒体にアプリケーション名とバージョン, 著者名, 提出日時を明記する.
- 5) 原稿および記憶媒体は返却しない. また, 万一に備えてコピーを手元に保存すること.

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

8. 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.

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定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

- 1) E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

- 2) 郵送, 宅配便

〒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

10. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当. 投稿受理後は下記編集室より著者に, 受理日, 受理番号を連絡. 投稿後2週間経過後, 受理番号の連絡がない場合, 審査状況や原稿規定等の問い合わせは, 下記編集室あて.

〒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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



2019年 年間総目次

月号(頁)

年頭のご挨拶

平成31年 新年のご挨拶	吉新通康	1(3)
--------------	------	------

インタビュー

奥多摩から、地域医療の豊かさを発信。	井上大輔	1(4)
地域医療を良くするためにできること。	西村正大	2(102)
専門キャリアを捨て、人をまるごと診る医療を志して	岡 裕也	3(186)
北海道の地で、医療支援の仕組みづくりをしていきたい。	日下勝博	4(266)
チーム永源寺で「地域」を支える	花戸貴司	5(350)
地域医療の魅力	佐藤 勝	6(426)
求められる場所で、そこに必要な医療を提供する	茶川治樹	7(522)
島の医療のやりがい、島の生活の楽しさを感じて	亀崎 真	8(598)
島での4年間の経験をこれからも活かしていきたい	山下 匠	8(604)
自治医大として考える「地域看護学」	春山早苗	9(702)
2025年、2040年の社会を見据えて医療を考える	仲井培雄	10(806)
求められるところで、自分のやりがいを見つける	笹井康典	11(890)
持続可能な地域医療を目指して	上田祐樹	12(990)

特集

●診療所医師が知っておきたいがん化学療法UpDate

エディトリアル	山田誠史	1(12)
総論 -がん化学療法の現況-	小西文雄	1(13)
食道がんに対する薬物療法	齊藤正昭	1(17)
胃がん -エビデンスと化学療法の実際-	李 俊容	1(21)
膵がん・胆管がん -膵がん切除後の補助化学療法と胆管がんの化学療法-	桑原明菜	1(27)
大腸がんの化学療法 -標準治療と今後の展開-	太田博彰	1(34)
肺がん薬物療法のトレンド	畑地 治	1(39)
乳がんの薬物療法	浅野雅嘉	1(44)
子宮がん・卵巣がんの化学療法	中山 理	1(48)
薬剤師の視点から -がん治療の均てん化について-	相澤康子	1(53)

●へき地を活用した総合診療研修プログラム

エディトリアル	山田隆司	2(108)
青森県立中央病院 総合診療専門研修プログラム	葛西智徳・松岡史彦	2(109)
地域医療振興協会 総合診療研修プログラム「地域医療のススメ」		
-どんな地域でも働くことのできる総合診療医を育てるために-	井上陽介・菅波祐太	2(113)
おくたま清流塾 -東京都のへき地医療機関で行う総合診療研修プログラム-	井上大輔	2(117)

中山道恵那総合診療地域包括医療研修プログラム -理想の地域医療医を目指して-	細江雅彦・上柴このみ・ほか	2(122)
長州総合診療プログラム -へき地は医師をステキにする-	原田昌範・吉富崇浩・ほか	2(128)
宮崎大学 総合診療医育成プログラム -地域まるごと対応可能総合診療医養成 虎の穴-	松田俊太郎・吉村 学・ほか	2(133)
島医者養成プログラム -沖縄県における総合診療研修プログラムの取り組み-	本村和久・平良 亘	2(137)
●地域の総合医はここまで診よう -小児科・産婦人科・整形外科・皮膚科-		
エディトリアル	宮本朋幸	3(196)
地域で小児を診るときのアドバイス	佐々木暢彦	3(197)
地域の総合医に産婦人科専門医は何を期待するか	伊藤雄二	3(202)
地域で遭遇する頻度の高い整形外科疾患や手技について	伊達和人	3(208)
地域での皮膚疾患の診断と対処法	折戸秀光	3(213)
●病院や診療所におけるヘルスプロモーション活動		
エディトリアル	中村正和	4(276)
住民組織とコラボした地区巡回型健康教室の開催	上田祐樹	4(277)
糖尿病の重症化予防を目的とした『健康おたすけ隊』の取り組み	秋田晴美	4(281)
介護保険サービスへの依存から脱却を図るリハビリテーションの試み -地域課題に基づく自立支援と健康増進への取り組み-	河野圭介	4(286)
管理栄養士ができるヘルスプロモーション活動	柳 真紀	4(294)
地域ヘルスプロモーション病院を目指して	楠本直紀	4(298)
●医療被ばくについて知っておくべきこと -患者・医療者を守るために-		
エディトリアル	伊藤大輔	5(360)
これで分かる！ 実効線量と等価線量 -被ばくによる人体への影響について-	大倉直樹	5(361)
血管撮影装置を用いたInterventional radiology(IVR)における被ばく	鈴木 滋	5(366)
日常診療におけるX線検査での被ばくを低減させるための方法	佐藤圭太	5(369)
CT検査における画質を担保した上での被ばく量低減について	赤羽正章・伊藤大輔	5(374)
各種検査, 手技における被ばく量リスト	大澤まりえ・塚本篤子	5(378)
●自宅看取りの道しるべ		
エディトリアル	田中 拓	6(436)
自宅で最期を迎える -その人らしい最期を迎えるための工夫と実践-	畑野秀樹	6(437)
自宅で最期を迎える -都市部における看取り-	加藤 寿	6(444)
自宅での看取りを支える -看護師だから寄りそえる-	橋場絵理子・高田真由美・ほか	6(449)
自宅での看取りを支える -薬剤師として看取りを支える工夫は何か-	町田一美	6(453)
自宅での看取りを支える 行政の関わり -最期まで住み慣れた場所で-	川名理恵子	6(458)
自宅での看取りとACP	吉野かえで・平岡栄治	6(464)
病院と在宅診療所の関わり -協力してACPのアップデート, ACPのリレー, ACPの共有を!-	平岡栄治	6(471)
●山口県のへき地医療を支える		
エディトリアル	木下順二	7(530)
総論: 山口県のへき地医療の現状と課題・取り組み	堀 泰志	7(532)
山口県のへき地医療支援 -巡回診療, 代診, 医師派遣-	中嶋 裕	7(538)
へき地をフィールドに次世代の育成を	宮野 馨	7(544)

地域住民・行政との取り組み	横田 啓	7(549)
これからのへき地医療支援 -面を守るふるさとの医療-	原田昌範	7(553)
●学校とともに地域の子どもたちを支える		
エディトリアル	野村 悠	8(612)
総論		8(613)
総論：学校医・園医とは	土肥直樹	8(613)
総論：学校医の押さえておくべき健診	今野友貴	8(616)
総論：学校保健委員会を通して子どもの健康を守る	渡邊 幸	8(621)
各論：地域での取り組み		8(626)
永源寺地域での取り組み -医師として, 地域住民の一人として-	花戸貴司	8(627)
奇跡がくれた宝物 -いのちの授業-	小沢 浩	8(631)
学校医・園医から見えた地域の子どもたちのメンタルヘルス -乳幼児精神保健の視点で-	澤田由紀子	8(636)
「性」を通して生きる力を育むために	岩室紳也	8(641)
喫煙防止教育 -地域保健の礎となる学校教育の視点で-	土井たかし	8(646)
●地域から羽ばたく女性医師		
エディトリアル	山田隆司	9(710)
女性医師をサポートする立場から	石川鎮清・牧野伸子・ほか	9(711)
香川の中心で地域医療を叫ぶ	十枝めぐみ	9(716)
離島の医師として	白石裕子	9(721)
ゆっくり家庭医療専門医に到達し, 短時間勤務でへき地診療所長をする, 女性医師(私)の一例報告	佐藤優子	9(726)
地域で家庭医を志す中で	村山 愛	9(732)
●地域での漢方治療のススメ		
エディトリアル	山田誠史	10(814)
総論 -これだけは知っておきたい漢方の基礎知識-	村松慎一	10(815)
内科領域 -半夏厚朴湯と補中益気湯-	吉永 亮	10(821)
外科・整形外科領域で使える漢方薬	岡部竜吾	10(827)
産婦人科領域 -更年期障害を中心に-	大澤 稔	10(834)
その他の領域について -皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科-	星野卓之	10(840)
●改めて標準化教育のすすめ		
エディトリアル	高橋 仁	11(898)
PTLS	本多英喜	11(899)
PUSH・PSA	本間洋輔	11(905)
チーム STEPPS(標準化されたチームとしての協働「チーム医療2.0」)	種田憲一郎	11(912)
SHEAR	志賀 隆	11(918)
ALSO・BLSO, NCPR, PALS・PEARS(改定点を中心に)		11(924)
ALSO・BLSO	伊藤雄二	11(924)
NCPR	細野茂春	11(928)
PALS・PEARS	宮本朋幸	11(930)
シミュレーション教育		11(934)
シミュレーション指導者養成コース(SSID)	志賀 隆	11(934)
効果的コミュニケーション	小出智一	11(937)
デブリーフィング	池山貴也	11(939)

参考 地域医療振興協会シミュレーションセンター運営実績, コース紹介

高橋 仁 11(943)

●地域で診る更年期症候群

エディトリアル	伊藤雄二	12(998)
女性のライフステージにおける更年期、周閉経期の意義	城向 賢	12(999)
更年期障害の病態と治療(ホルモン補充療法を中心に)	篠原康一	12(1004)
ホルモン補充療法と脂質代謝	若槻明彦	12(1011)
漢方治療とその留意点	大澤 稔	12(1017)
補完代替医療とその留意点(エクオールを中心に)	安井敏之・松浦幸恵	12(1023)

原著 第30回地域保健医療に関する研究助成賞報告論文

新潟県湯沢町におけるレム睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder:RBD)の

有病率および患者特性調査(RBD Yuzawa study) 竹内 暢・笹井(咲間)妙子・ほか 10(847)

原著

日本の小規模離島において診療所が常勤体制から非常勤体制に変化したことで、現状を住民や医療行政担当者、

後任医師はどのように感じているか? 中嶋 裕・原田昌範・ほか 2(142)

症例

腹腔鏡補助下横行結腸切除術の術後8年経過した腸間膜欠損部から生じた内ヘルニアの1例

桑原悠一・平田真太郎・ほか 3(218)

Creutzfeldt-Jakob病のミオクロームスにレベチラセタム単剤治療が有効であった1例

岩崎智裕・軸丸美香・ほか 10(854)

活動報告

岐阜県白川村においての百日咳流行に対し、診療所医師として関わった経験

黒川大祐・後藤忠雄 4(304)

Look Think Act みんなの健康を、みんなで守る

高齢者のフレイル予防に役立つ教材開発と普及	嶋田雅子・野藤 悠・ほか	2(150)
「ともしび塾」の一環として行った食育ワークショップの報告	川畑輝子・嶋田雅子・ほか	3(222)
地域のヘルスプロモーション病院を目指して -「地域連携の会」報告-	嶋田雅子・川畑輝子・ほか	5(382)
真鶴町における地域ぐるみの減塩対策を考えるワークショップ報告	嶋田雅子・川畑輝子・ほか	6(478)
ヘルスプロモーション研究センター作成教材第二弾 「受動喫煙防止・禁煙のすすめ教材」のご案内と今後の展開	川畑輝子・嶋田雅子・ほか	7(560)
「ともしび塾」の一環として行った喫煙・飲酒ワークショップの報告	嶋田雅子・中村正和・ほか	9(736)
地域ヘルスプロモーション病院としての病院祭の開催 「台東病院・老健千束祭」	嶋田雅子・川畑輝子・ほか	11(946)

Let's Try 医療安全

第63回 “車椅子のフットレスト”に関わるアクシデント!

-事例の発生要因と未然防止対策- 石川雅彦 1(58)

第64回 “医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例!

-事例の発生要因と未然防止対策- 石川雅彦 2(152)

第65回 “説明が不十分”に関わるトラブルの未然防止!

-事例の発生要因と未然防止対策- 石川雅彦 3(230)

第66回 “酸素残量の確認不足”に関わるアクシデントの未然防止！ -業務プロセスから考える発生要因と防止対策-	石川雅彦	4(310)
第67回 “異なる解釈”の可能性に気づくトレーニング実施の意義 -口頭指示に関わる“解釈間違い”事例の未然防止対策-	石川雅彦	5(386)
第68回「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わるアクシデント！ -事例の発生要因から考える未然防止対策-	石川雅彦	6(484)
第69回 “電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント！ -具体的事例から考える発生要因と未然防止対策-	石川雅彦	7(564)
第70回 “病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデントの未然防止！ -事例の発生要因から考える未然防止対策-	石川雅彦	8(654)
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 -事例の発生要因とシステム整備の課題-	石川雅彦	9(742)
第72回「在宅から持ち込まれた人工呼吸器”の使用」に関わるアクシデント！ -事例の発生要因と未然防止対策-	石川雅彦	10(858)
第73回 “手術時のガーゼの残存”に関わるアクシデントの未然防止！ -事例の発生要因から考える未然防止対策-	石川雅彦	11(952)
第74回 “判断の誤り”に関わるアクシデント事例を未然に防止する！ -“プロフェッショナルとしての判断”と未然防止対策-	石川雅彦	12(1030)

循環器ミニレクチャー

頻脈患者の治療	藤井幹久	1(64)
---------	------	-------

ちよつと画像でCoffee Break

胸部X線画像診断④	牧田幸三	1(67)
腹部X線クイズ	伊藤大輔	2(158)
胸部X線画像診断⑤	牧田幸三	3(239)
X線クイズ	伊藤大輔	4(318)
胸部X線画像診断⑥	牧田幸三	5(393)
X線クイズ	伊藤大輔	6(491)
胸部X線画像診断⑦	牧田幸三	7(572)
X線クイズ	伊藤大輔	8(662)
胸部X線画像診断⑧	牧田幸三	9(748)
X線クイズ	伊藤大輔	10(867)
胸部X線画像診断⑨	牧田幸三	11(959)
X線クイズ	伊藤大輔	12(1037)

REPORT

JADECOM & OHSU共同企画講演	1(70)
JADECOM地域医療セミナー in 女川	1(72)
『食育ワークショップ』第2弾！食の基本は、主食・主菜・副菜にあり！	2(162)
第13回へき地・地域医療学会	9(756)
大規模地震時医療活動訓練報告(東京ベイ・浦安市川医療センター)	11(966)
第13回 JADECOM学術大会	12(1040)

報告

「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会	6(494)
----------------------	--------

自由投稿

シニア時代の「耳タコ学」再発見 鶴田貴志夫 11(964)

Zoom in

介護老人保健施設 富谷の郷 4(324)

離島交換日記

冬でもあったか、小笠原諸島から 新上五島町 岸川孝之先生へ 山下 匠 1(78)
東京都小笠原村母島診療所 山下 匠先生へ 岸川孝之 2(166)
寒くなっても最高気温は20度、小笠原諸島から新上五島町 岸川孝之先生へ
山下 匠 3(246)
はじめまして、福田です。 福田聡司 4(328)
沖縄 阿嘉診療所から隠岐島前病院 福田先生へ 長田健太郎 5(400)
出会いと別れの隠岐の春 福田聡司 6(500)
地域と診療所のつながり 長田健太郎 7(578)
隠岐の夏、祭りの夏 福田聡司 8(666)
住めば都の離島生活 長田健太郎 9(780)
真夏の成人式と離島の小児医療 福田聡司 10(870)
阿嘉島、夏の场景 長田健太郎 11(968)
地域研修 ～隠岐島前の現状～ 福田聡司 12(1082)

特定ケア看護師の挑戦

特定行為に関わる看護師の研修制度 戎 初代 1(80)
特定ケア看護師の位置づけと担う役割 藤谷茂樹 2(168)
特定ケア看護師への期待 鈴木靖子 3(248)
JADECOMが育成する「特定ケア看護師」の位置づけと担う役割 筑井菜々子 4(330)
地域病院における特定ケア看護師の役割 松永智志 5(402)
伊東市民病院での特定ケア看護師としての活動 大岩真弓 6(502)
特定ケア看護師の魅力 進士勇介 7(580)
市立奈良病院の脳神経外科における特定ケア看護師の働き方 吉田奈津美 8(668)
急性期病棟で特定ケア看護師としてどのような活動ができるか 小川法之 9(782)
台東区で必要な特定ケア看護師とは 岡田芳恵 10(872)
練馬光が丘病院における特定ケア看護師の活動 長谷部 桂 11(970)
横須賀市立うわまち病院における特定ケア看護師の存在意義 畑 貴美子 12(1084)

研修医日記 地域医療型後期研修

地域医療とは… 畠中 俊 1(82)
六ヶ所村から女川町へ 上柴このみ 2(170)
専攻医1年を振り返って 水渡 柊 4(332)
最近の研修状況 相田えりな 5(404)
内科だけど総合診療研修中 村井馨菜英 6(504)
生まれ育った東北の地で 羽角勇紀 7(582)
ネコからの贈り物 濱近草平 8(670)
入職4年目の現在 宮奈 穰 9(784)
地域で学ぶ 奥村幸治 10(874)
東京北総診1年目の川幡です 川幡翔太郎 11(972)
トンネルを抜けるとそこにはお好み焼きがあった 高橋史彦 12(1088)

J A D E C O M 生涯教育 e ラーニング 紹介

耐性菌対策と感染防止策の基礎	1 (77)
心を見る, 心を診る	2 (165)
ヘモグロビンの超精密制御機構の秘密	3 (245)
自治医科大学 先端医療技術開発センターの紹介	4 (327)
遺伝性疾患が治る?? 血友病に対する遺伝子治療・ゲノム編集治療の可能性	5 (399)
CKD合併高血圧の治療戦略	6 (499)
「研究を楽しむ」-基礎医学から臨床医学への展開-	7 (577)
拡張現実を用いた新しいナビゲータ(TVN)の開発	8 (665)
心臓血管外科診療の進歩 -とくに大動脈外科の進歩と高齢者に対する工夫-	9 (755)
地域で役立つ実地臨床血液学(前編)	10 (866)
地域で役立つ実地臨床血液学(後編)	11 (958)

自治医大NOW

第45回 自治医科大学慰霊祭執行/平成31年度後期研修・短期実習研修の受け入れ/研究生の受け入れ	1 (84)
平成30年度 都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議開催	2 (172)
評議員会・理事会開催/卒業式挙行/第12回「地域医療貢献奨励賞」受賞/医学部入学試験終了/ 附属病院新シンボルマーク決定/臨時宿泊室の案内	5 (406)
入学式挙行/第113回医師国家試験結果について	6 (507)
理事会・評議員会開催/スチューデントドクター認定証授与式ならびに BSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式挙行	8 (672)
令和元年度都道府県自治医科大学主管課長会議開催/令和2年度入試日程決定/ 令和2年度大学院入試実施について/義務年限終了卒業生の令和2年度採用計画について	9 (786)
高校進路指導教員大学説明会開催/高校生小論文・スピーチ動画コンテスト表彰式および 高校生医師体験セミナー開催	11 (974)
「第10回自治医科大学顧問指導・学外卒後指導委員合同会議」が開催/「地域医療フォーラム2019」が開催/ 第18回自治医科大学シンポジウムが開催	12 (1091)

医学生コナナ

第13回へき地・地域医療学会 医学生セッション	栃村亮太	9 (777)
-------------------------	------	---------

報告

地域医療振興協会 平成30年度中国ブロック地域医療研究会	2 (174)
第12回 地域医療貢献奨励賞 表彰式	4 (336)
にしあざい診療所・塩津出張診療所 リスタート	5 (412)
理事会・総会レポート	8 (676)
第32回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定	8 (687)
あま市民病院 指定管理を祝う会	8 (689)
古里診療所 開設	11 (978)

「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	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科科長)
	伊藤雄二(医療人材部総合診療産婦人科養成センター センター長)
	北村 聖(地域医療研究所 シニアアドバイザー)
	木下順二(東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)
	菅波祐太(揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長)
	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 副センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長)
	原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)
	本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長)
	宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 小児科部長)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	山田誠史(市立恵那病院 内科部長)

(50音順, 2019.10.1 現在)

編集後記

今月の特集は「地域で診る更年期症候群」です。この特集を読んで、学生時代に聞いた「エストロゲン・フォーエヴァー」という言葉が蘇りました。編集後記を書くにあたって調べてみると、「Feminine Forever」という言葉が一般に使われていることが分かりました。エストロゲン経口剤がアメリカで発売されたのは1940年代にさかのぼります。その後、1966年にニューヨークの婦人科医が刊行した「Feminine Forever」(邦訳「永遠の女性」)という書籍がホルモン補充療法流行の火付け役になったようです。1980年代から1990年代後半まで、アメリカで流行し、約600万人、HRT対象者の約40%の女性が使用したと言われています。補充療法をすれば永遠に女性であると信じられ、閉経女性の万能薬のようにもてはやされた時代でした。確かに閉経するとエストロゲン量が閉経前に比べて1/10まで減少し、しかも生物活性の弱いタイプに切り替わることが分かっています。例えてみれば、心身両面から女性を守ってきた守護神が閉経を境に去ってしまうようなものです。補充したくなるのも無理もないと思います。

しかし、2000年代に入って、ショッキングな研究データが発表され、ホルモン補充療法が下火となります。俗にいう「WHIショック」です。アメリカの国立衛生研究所が国家的事業として実施したWomen's Health Initiative(WHI)試験の中間結果が2002年に発表され、乳がんのリスク上昇を理由として途中中止となったのです。WHIショックから10数年以上が経過し、この間にデータの再解析等の新しいエビデンスが発表され、ホルモン補充療法の種類や開始時期によって予防効果や副作用のリスクが異なることが明らかになりました。これらの点については、本特集において篠原康一先生と若槻明彦先生に解説していただいているのでぜひお読みください。また、乳がんのリスクについては、その後の研究により影響は小さく、中止すれば改善することが国内外のガイドラインなどで示されています。

人生100年時代に突入しました。更年期が始まるのは50歳前後ですから人生の約半分が閉経後の人生となります。本特集では、人生の折り返しにおいて問題となる更年期障害について、総合的なケアのほか、ホルモン補充療法、漢方治療、補完代替療法について明日から役立つ知見が紹介されています。本特集が更年期を抱えて悩んでおられる患者さんを身体・心理・社会的な側面から広く捉え、より質の高い治療やケアの実践につながる一助となることを期待しています。

中村正和



月刊地域医学 第33巻第12号(通巻398号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2019年12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