

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

2

2019
Vol.33-No.2

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

へき地を活用した 総合診療研修プログラム

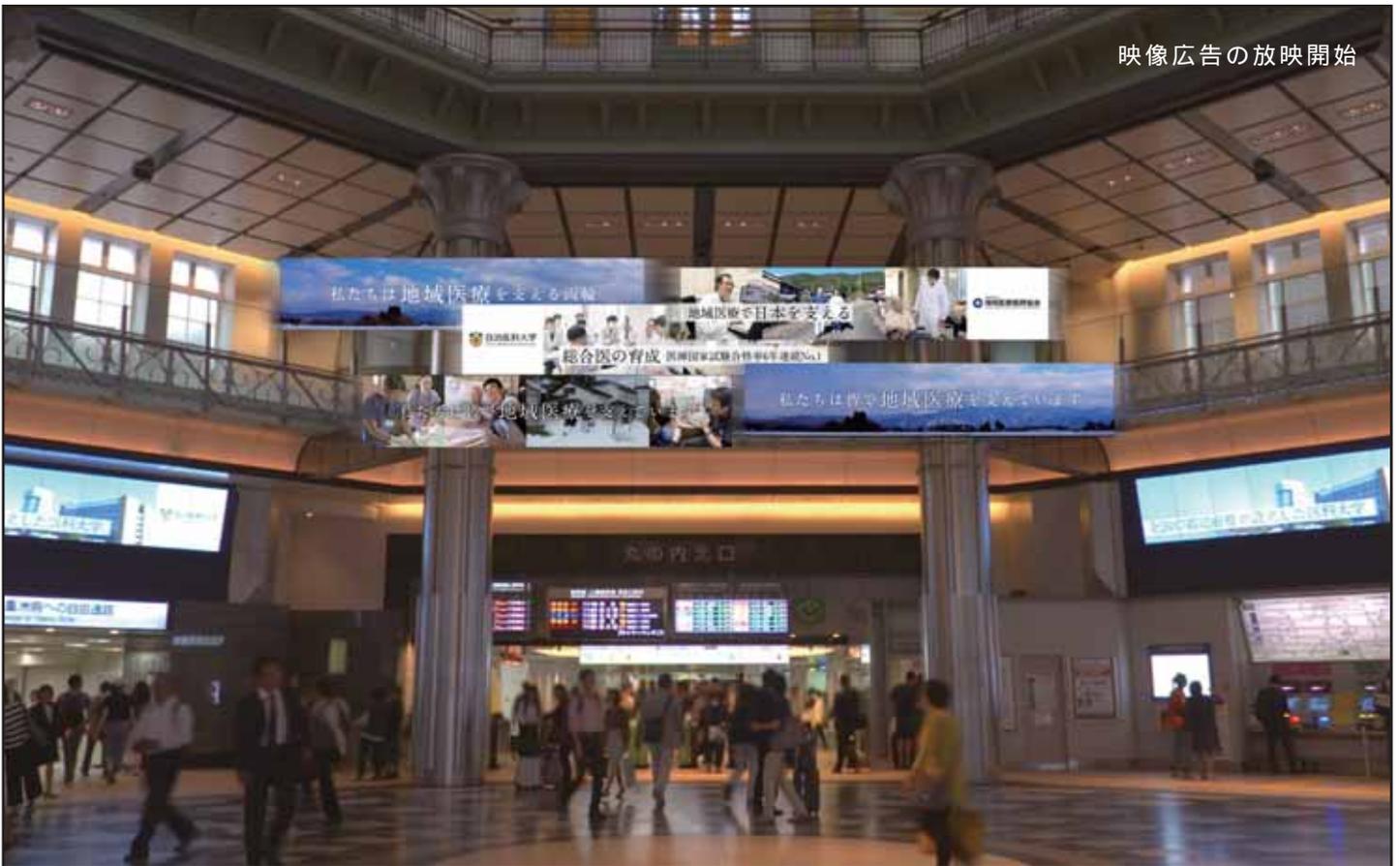
[企画] 山田隆司 地域医療研究所長

インタビュー

「地域医療を良くするためにできること。」

西村正大 奈良市立都祁診療所 所長

映像広告の放映開始



東京駅、 丸の内に現る。

2018年10月1日から、自治医科大学と地域医療振興協会の共同で、JR東京駅丸の内駅舎南口、北口の各ドーム内スクリーンで、映像広告の放映を開始しました。

本事業は、自治医科大学と地域医療振興協会を社会に広くアピールすることにより、地域医療に意欲のある優秀な学生、医療人材、会員の確保等につなげていこうとするものです。

内容については、一定の期間ごとに変えていくことを予定しております。
なお、放映時間帯は5時00分～24時00分、映像の長さは30秒間、放映頻度は10回 / 1時間(1回 / 6分間)となっています。

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE Vol.33 - No.2(2019年)

目次

インタビュー

地域医療を良くするためにできること / 西村正大	2
--------------------------	---

特集 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	8
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	9
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	13
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	17
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	22
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	28
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	33
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	37

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	42
--	----

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	50
--------------------------------------	----

Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”

第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	52
--	----

ちょっと画像でCoffee Break

腹部X線クイズ / 伊藤大輔	58
----------------	----

REPORT

『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！	62
-----------------------------------	----

JADECOS生涯教育e-Learning紹介

心を見る，心を診る	65
-----------	----

離島交換日記

東京都小笠原村母島診療所 山下 匠先生へ / 岸川孝之	66
-----------------------------	----

JADECOS-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

特定ケア看護師の位置づけと担う役割 1 / 藤谷茂樹	68
----------------------------	----

研修医日記 地域医療型後期研修

六ヶ所村から女川町へ / 上柴このみ	70
--------------------	----

自治医大NOW

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	72
---------------------------------	----

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	74
お知らせ	75
求人病院紹介	79
投稿要領	82
編集後記	巻末

INTERVIEW

奈良市立都祁診療所 所長
西村正大先生



地域医療を良くするために できること。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

小児も大人も診たい

山田隆司(聞き手) 今日奈良県の奈良市立都祁診療所に西村正大先生を訪問しました。先生は協会の研修修了生として若手医師の中核となっており、地域医療振興協会の仕事をしてくださっているので、ぜひ先生のお話を伺いたいと思っていました。まずは先生の経歴を紹介していただけませんか。

西村正大 私は平成17年に大阪大学を卒業し、新医師臨床研修制度が始まった2年目だったのですが、初期研修は大学のプログラムに入り、1年目は大阪大学医学部附属病院、2年目は当時の市立泉佐野病院(現りんくう総合医療センター)に行きました。もともと町医者を目指して医師を志したのですが、大学ではそういう道は

見えてこなかったもので、当時は小児科を考えていました。

市立泉佐野病院は年間6千台くらい救急車を受け入れる救急病院で、主に研修医がERを担当していましたが、来る人来る人に対してとにかくまず対応するという仕事に非常にやりがいを感じました。小児科のローテーションもしたのですが、中に入ると大人が別世界のようで、それではやはりもったいないと思い、小児も大人も、内科も外傷も診られる医師になりたいと考えて後期研修を探しました。当時はインターネットと後期研修プログラムが整いつつあった時期で、たまたま「総合診療研修」というキーワードで検索したら、協会の市立奈良病院プログラ

ムが出てきたのです。そこで見学に行った際の武田以知郎先生(現 明日香村国保診療所所長)の外來がすごく印象的だったんですね。高血圧で定期受診している人が「腰が痛い」と言い出したのです。すると武田先生はおもむろに背中を触って「レントゲンを撮りましょう」と撮ったのです。撮って何かが分かったわけではないのですが、そこでちゃんと対応したということが私にとってはかなり画期的で、こういう仕事をしてもいいんだと思ったのを今でも覚えています。それで迷いはなく、協会の家庭医療プログラム「地域医療のススメ」に入りました。総合診療18ヵ月、消化器内科6ヵ月、整形外科3ヵ月、小児科3ヵ月のローテーションをして、最後の半年、東通地域医療センターへ行き研修を修了しました。

山田 後期研修修了後は京都の洛和会音羽病院へ行かれたのでしたね。どうして音羽病院を選んだのですか。

西村 総合診療を続ける上で、アカデミックな部分の力不足を感じていたからです。音羽病院は全国的に有名な研修病院ですから、一から鍛え直す気持ちで行きました。ただ、東通村に行く前に決めてしまっていたのです。もし、決めてなければ私はそのままへき地に残っていたかもしれません。それくらい、東通村で川原田 恒先生に教えていただいた地域医療は魅力的でした。短い期間でしたが、私の地域医療の原点だと思っています。

山田 なるほど。それが今につながっているのです

ね。では、音羽病院ではどのようなことを学んだのですか？

西村 その分野で一流の尊敬する上司と指導医に恵まれ、ハイレベルな内科学と診断学を教えてくださいました。全国から集まってくる同期や先輩も優秀な人ばかりで、揉まれながら必死で勉強しました。辛い時期もありましたが、今では貴重な財産になってます。

山田 音羽病院には何年間いらっしゃったのですか。

西村 3年間です。実は、途中から系列の大津ファミリークリニックという在宅中心の診療所にも行っていました。というのも、音羽病院でもご高齢の患者さんは多く、本当に弱った超高齢の患者さんに疾患中心の方法論だけで対応してもうまくいかない場面を多く経験しました。その当時、診療所を経験したことがあるスタッフが少なかったこともあって私が生物心理社会的な視点を提供すると皆さんが意外に興味をもって聞いてくれるのです。それで自分は家庭医療系の人みたいになってきて……。私としてはバランスが大事だと思っているだけでどちらでもいいのですが、逆に、この時期に家庭医としてのアイデンティティが形成されたとも言えます。

山田 確かに診断学の視点で高齢者を診ると、たまたま病気が見つかったり、あまり予後に影響しない疾病や障害に引っ張られてしまって、バランスの悪い医療の迷路に入り込んでしまうことも珍しくないですよ。そんな病院のなかでも先生は家庭医的な診療をしていたということですね。

地域では求められる医療を素直に実践できる自由がある

山田 それで音羽病院の3年目のころに市立奈良病院から声がかかったのです。どうして奈良病

院に戻ろうと思ったのですか。

西村 音羽病院は修行だと思って行ったところがあ

りますし、やはり地域の現場の医療をしたかったのですね。

山田 なるほど。ありがとうございます。先生は奈良病院に戻られてから、初期および後期研修の指導医を担当されたのですね。

西村 はい。

山田 奈良病院には何年いたのですか。

西村 4年です。その後ここに赴任することになりました。

山田 ここは以前は国保の診療所だったのですよね。

西村 そうですね、国保の村の診療所でした。

山田 自治医大の卒業生もよく経験するのですが、地域の診療所に赴任すると、地域社会や役場の行政の枠組みがあり、なかなか自分の思うようにできないことも多い。先生もやはりここにきて今まで病院のなかで仕事をしていたのとは違うと思うことはありますか。

西村 違いますね。でもここでの仕事はものすごく楽しくて、ここに来てよかったなと毎日思っています。

山田 どういうところが楽しいですか。

西村 自由なところですね。病院だったら、往診に行ったらほうがいいと思っても行けない。救急も取ったほうがいいけれど専門科が無理というので取れないということがありました。ここでは患者さんから求められる仕事に素直に取り組んでいいという自由さを感じています。

山田 なるほど。そうすると診療所の医療というのは、先生にとっては病院の医療と比べて引けをとらない感じですか。

西村 はい、全く。私が目指している地域医療は、先ほどの武田先生や川原田先生、また、米原地域包括医療センターの中村泰之先生などのお仕事です。カッコいいな、多くの人に影響を与える素晴らしい医療をされているなと思うのですね。ここではそれにチャレンジしてもいいと言われている気がして、わくわくしています。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

山田 先生としては一番どういうことに力を入れてやりたいと思っていますか。

西村 協会の理念には、行政と住民と医療が三位一体となって……というのがありますが、今は行政や住民はまだあまり見えていなくて、医療だけでやっているという感じがしています。時間をかけて行政や住民との交流をしていきたいと思っています。

山田 地域住民というのはもちろん診療所に来てくださる住民の方々がまずは優先ですし、年が経つごとに地域住民との隔たりも少なくなってくると思います。一方で地域のコンセンサスを得るために行政組織というのはあるわけですから、この診療所の機能をこういうふうに変えたいとか、いろいろな仕組みを変えようと思うと、行政が動かないことにはできないですね。ここは今奈良市に合併されたわけですから、さまざまな提案は原則として、奈良市の議会、奈良市長あるいは奈良の保健行政に関わる人たちの合意がないとできません。となると、地域のコミュニティごとの新しい取り組みというのが極端に難しくなるわけです。だから先生が言われた地域の住民と行政と医療の三位一体というのは合併後のそれぞれの地域ではなかなか見えにくいのです。

ただ一方で、ここは同じく協会が指定管理をしている市立奈良病院の関連施設ですから、全体として奈良市に対しての発言権はけっこう大きいと思います。ですから、先生にとってとりあえず一番の近道は、市立奈良病院の管理者や

奈良の他の診療所長の先生方と先ずは内輪でコミュニケーションを取って、市との疎通性をよくしていくことだと思います。

西村 はい。ありがとうございます。

研究 教育を現場の医療に生かすために

山田 先生は今年の9月から米国オレゴン健康科学大学(OHSU)に家庭医療学のフェローとして赴任される予定ですが、先生はそこでどんなことをしてみたいですか。

西村 ご縁があって貴重な機会をいただけることになりました。協会の中でいろいろな場をいただき、この地域だけではなく協会全体のことに関われることは本当に恵まれていると恐縮しています。

2年前、最初にOHSUに行かせていただいたとき、普通に行われている診療所医療や医学教育が、日本と比べとても進んでいるものに見えました。特別なことをするのではなく、あちらで当たり前に行われていることを日本なりにアレンジするようなことなら、こんな自分でもできるかもしれません。協会の教育と研究領域の強化に少しでも貢献できたらと思っています。

でもあくまでも目的は臨床であることを忘れずにいたいと思います。現場の医療を良くするための手段としての教育と研究に力を注ぐことに価値があるのだと思っています。

山田 先生が言われるように、教育も、研究も自分の地域の医療を良くするためにということが原点だと思います。限られた状況のなかでいろいろな問題を抱えながらそれを乗り越え、地域の医療を良くしていこうという思いは、国が違い、民族も違い、言葉も違うのにオレゴンの先生たちも全く同じなのですね。ですから先生がここで遣りがいをもってやっている延長線上に今回の留学があって、そこで得たものを持ち帰って、またこの地域に還元してもらえればありがたいと思います。

プライマリ・ケア領域を良くしていきたい

山田 先生にとって今後の抱負、あるいはこういうことをしてみたいという夢はありますか。

西村 若い研修医の先生にもっと入ってきてもらって、みんなでいい仕事をしたいと思います。ここ数年協会の総合診療プログラムの指導医としても地域の魅力を伝えるために頑張ってきました

たが、まだまだです。自分も組織も他領域と比べて未熟なのだと痛感しています。少しずつ実力をつけて、大勢の若い先生に入ってきてもらえるプログラムにしたい。それが目の前の目標ですね。

ただ、同じような話になりますが、総合診療

の領域ですら手段だという認識を持ち続けたいと思うのですね。今の総合診療という形式が社会に合っていないなら、われわれ自身を変えていかなければいけない。真のゴールは日本のプライマリ・ケア領域の医療の質の向上です。さまざまな文脈があるとは思いますが、日本が社会全体として今までこの領域に力を入れてこなかったことは明らかです。われわれの世代の間に少しでも良くしていければと思います。

山田 それなりに文化的成熟した国でありながら、医療のなかでプライマリ・ケア、総合診療の領域は非常に未熟だと、私も本当にそう思います。
プライマリ・ケア、総合診療を発展させる戦略

としても、とにかく若い人たち、次の世代を担う人たちにどんどんこの領域に入ってきてもらって、仲間になって一緒にやってほしいですね。

西村 はい、ぜひ仲間を増やしたいです。

山田 では最後に、今地域で先生と同じような立場で頑張っている若い先生たちへメッセージをお願いします。

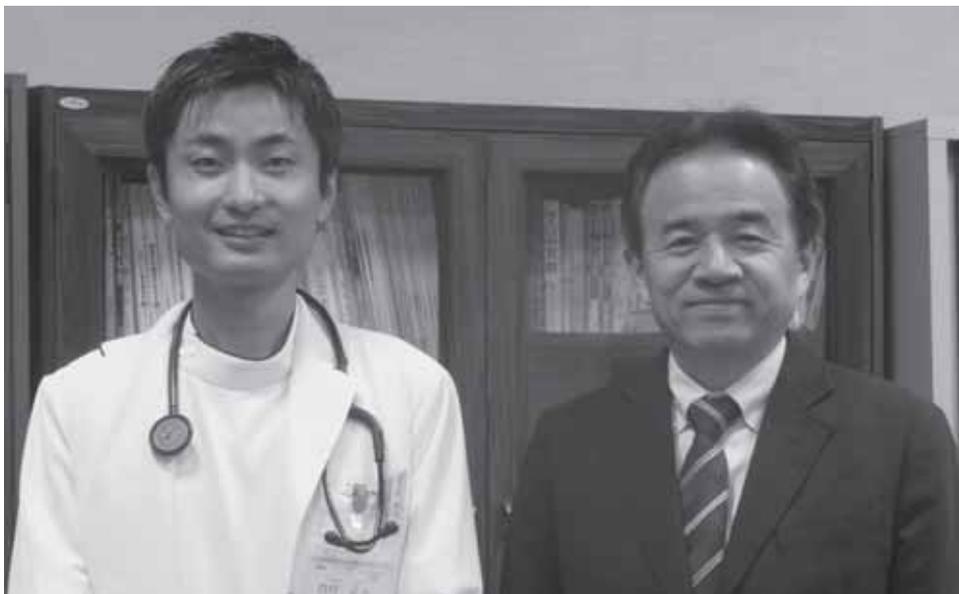
西村 地域医療は、医師として誇りをもって全力で取り組むに値する、遣りがいのある仕事です。いろいろ課題はありますが、前を向いてみんなで頑張っていきましょう。

山田 先生も頑張ってください。西村先生、今日はありがとうございました。

西村正大先生プロフィール

2005年大阪大学医学部卒業、2007年市立奈良病院総合診療科で後期研修を開始。2009年東通村地域医療センターに勤務。後期研修終了後、2010年洛和会音羽病院総合診療科、2013年市立奈良病院総合診療科に勤務。2017年より奈良市立都祁診療所に勤務。現在に至る。

日本内科学会認定内科医、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医



へき地を活用した 総合診療研修プログラム

企画：地域医療研究所長 山田隆司

特集

エディトリアル

青森県立中央病院 総合診療専門研修プログラム

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 -

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 -

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 -

長州総合診療プログラム - へき地は医師をステキにする -

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 -

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 -

エディトリアル

地域医療研究所長 山田隆司

昨年より開始された新専門医制度の中で19番目の新しい基本領域である総合診療の研修プログラムが始まった。新専門医制度が開始されるにあたって、国、地方自治体、他各種団体より医師の地域偏在を助長することのないよう強く求められた経緯から、総合診療のプログラムに関しては「へき地・過疎地・離島・医療資源の乏しい地域での研修が望ましい」ということが特に強調された。もともと総合診療医の使命が、国民の医療ニーズに沿った「地域をみる医師」という視点があったものの、「へき地」を研修に加えることに関しては総合診療専門医に関する委員会の中でも賛否両論があったのは事実である。初年度総合診療の領域の希望者がおよそ180名と少なかったのはこの影響とみる者も少なくない。

確かに研修という視点からは、一律に医師不足地域での研修を専攻医に義務付けるのは納得しがたい。指導体制など研修の環境整備が伴ってこそその地域研修とならなければ研修プログラムとして意味がない。今回その点で見切り発車的であったことは否めない。

そこで今回の特集である。まさに総合診療研修でのコアな部分である地域研修を中心的課題に据え、いずれも質の高いへき地での地域研修を実現しているプログラムである。葛西論文、原田論文ではへき地勤務義務を抱える自治医科大学卒業生を中心に検討されたプログラムが紹介されており、いずれもWeb会議システムを活用した質の高い指導体制が確立していることがうかがえる。井上(陽)論文では協会の「地域医療のススメ」の修了生が既に多くの地域を支え、また次の世代を育成していることが紹介されている。井上(大)論文では東京都の山間へき地、本村論文では沖縄の離島というそれぞれ典型的なへき地での歴史や文化に触れることで医師として成長することが述べられている。細江論文では地域病院を基幹とし、特に女性診療にも対応できる総合診療医の育成の取り組み、吉村論文ではやはり地域の中小病院を基幹にしたプログラムであるが、広く学生実習とも連携した取り組みが報告されている。

今回紹介されたプログラムはいずれも画期的で、へき地でこそ可能な総合診療プログラムのまさにお手本と言えるだろう。今後地域での総合診療医の育成の価値が広く認知され、より多くの若い医師がへき地で研修し、国民の真の医療ニーズに応えられる人材として育ってほしい！「へき地は医師をステキにする」のだ。

青森県立中央病院 総合診療専門研修プログラム

青森県立中央病院総合診療部部长 葛西智徳

POINT

2年間地域で勤務しながら総合診療専門医を取れるプログラムを作成した
スカイプのWeb会議システムを利用して振り返り、勉強会を行っている
プログラムには自治医大卒業生が2人参加している

はじめに

青森県では自治医科大学卒業後の初期研修2年と後期研修1年は義務年限に含まれるが、これまで義務年限内に専門医を取得することは不可能であった。新たな新専門医制度の下でも義務年限内に自治医大卒業生が専門医を取得できるプログラムは県内に作成されていない。卒業生の半数は義務年限明けに専門医としての道を歩んでいるが、そのまま地域に残って総合診療医として勤務したり開業したりする卒業生も多くいる。そのような卒業生に新たな専門医制度で創設された総合診療専門医を取得してもらえるようにプログラムを作成した。卒業生が地域でアイデンティティを持って活動でき、さらに後輩の指導をしていくことで地域医療の継続性が期待できると考えている。またこれまで地域に任せられていた教育に県立中央病院総合診療部が介入することにより地域医療の質の標準化も期待できると考えている。このプログラムは

基本的に卒業生が地域で勤務しているだけで取得できるため、地域で生まれ地域で育てる総合診療専門医といえる。

青森県概要

青森県は医師数が全国平均に比して不足しており、高齢化率が高いため効率的に医療提供することが求められている。地域で総合診療医のニーズは高く、県が率先して総合診療医の育成に取り組んでいる。しかし、まだ総合診療医を目指す医師は少数であり自治医大卒業生の地域での役割は大きい。

青森県立中央病院総合診療部概要

青森県立中央病院は一般病床679床、感染病床5床、がん診療センターなど6つの診療センターを抱える県内最大の総合病院である。初期臨床研修医は16名/年で自治医大卒業生もその

表1 ローテーション

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年目	自治体病院											
	総合診療研修Ⅱ											
2年目	自治体病院											
	総合診療研修Ⅰ						内科					
3年目	青森県立中央病院											
	内科				小児科				救急科			

表2 自治体病院スケジュール例

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30～	外来	外来	外来	外来	外来
	検査	検査	検査	検査	検査
12:00～	昼	昼	昼	昼	昼
13:00～	病棟回診	病棟回診	病棟回診	診療所診療	病棟回診
14:00～	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	特養回診
		特養回診	予防接種	リハビリカンファランス	
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
16:00～	症例検討会	症例検討会	症例検討会	症例検討会	症例検討会
17:00～			透析カンファランス(第3)		
17:30～	院内勉強会(第4)				

中に含まれている。総合診療部はER型救急を行っている救命センターに所属しており、救急、外来、地域支援業務を主に行っている。入院ベッドは19床であるが、救急部にはベッドが無いため総合診療部がその受け皿となっており、常時30人程度の入院患者がいる。重症で集中治療が必要な外傷、中毒、感染症患者や多疾患を抱える高齢者など多彩な患者が対象である。地域支援は自治医大卒業生の診療支援、研修、夏休みなどに対して週1回程度行っている。

プログラム概要

自治医大生用と非自治医大生用のプログラムを併用しているが、今回は自治医大生用のプログラムを提示する(表1)。外来、在宅診療が中心となる総合診療を6ヵ月、病棟診療、救急診療が中心となる総合診療を1年、内科1年、小児科3ヵ月、救急3ヵ月でトータル3年のプログラムである。内科研修が1年となったことで外科やマイナー系の科の選択研修は不可能となったが、どの内科を選択するかについては本人に任せている。

自治医大卒業生は卒後5年目に後期研修を行うことになっており、専攻医3年目に後期研修



図1 配置先研修病院

を青森県立中央病院で行う。自治体病院での2年目の半年は内科研修を兼ねることになり内科専門医研修のJ-OSLERへ登録して行う(表2)。

卒後3年目に派遣される自治体病院は外ヶ浜中央病院、大間病院、三戸中央病院のいずれかとなるが(図1)、いずれの病院でも先輩医師に日本プライマリ・ケア連合学会の指導医を取得してもらっている。またそれぞれ内科特別連携施設となっており、内科研修もできることになっている。

総合診療医のコアコンピテンシーを いかに学ぶか

以前は6つのコアコンピテンシーと言われていたが、今回のプログラムでは7つの資質、能力と位置付けられた。名称はともかく総合診療医はこれらの項目で特徴づけられる。その7つとは 包括的統合アプローチ、一般的な健康問題に対する診療能力、患者中心の医療・ケア、連携重視のマネジメント、地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、多様な診療の場に対応する能力というものである。

包括的統合アプローチとはさまざまな身体的精神的疾患あるいは身体状況、社会状況に応じて医療的介入を行ったり問題解決の道筋を多職種で検討したりしていくアプローチである。同じ病名、同じ身体状況であっても介入の仕方はそれぞれのケースにより異なる。つまり個々の症例の結論だけを覚えていっても次の症例の解決にはならない。大切なのはアプローチの仕方である。若い医師はより医学的な問題を優先して解決しようとするが、経験を積んだ医師はそれよりも社会的、経済的問題を優先しなければいけない事例が存在することを知っている。そういうアプローチの仕方は急性期病院よりも地域密着型病院の方が適切に学ぶことができる。急性期病院の方はより医学的な介入方法が重視されるのであり、解決困難な症例のアプローチは地域でより重視されるのである。そうした解決困難例に対し適切な介入が行われたのか省察することが振り返りである。振り返りについては後述する。

しかしながら、最近急性期病院の救急の現場で問題解決が困難である事例が増加している。それは社会の高齢化が進んでいることにより生じている。救急で優先されるのは早急に対応しなければならない身体精神的疾患の有無、致命的疾患の除外であるが、それだけでは解決しない患者搬送が多々見られる。例えば、本来かかりつけ医が方針を決めておかねばならないような慢性疾患が進行したことにより状態が悪化し

て治療方法が無い患者、あるいは本来ならば介護の問題であるはずの患者搬送などである。そうした症例について専門科ではなかなか解決できないが連れてきた家族は困ってどうしていいか分からなくて来ているためしばしばトラブルになる。こういった患者へのアプローチができる家庭医は急性期病院にも必要である。高齢化社会の救急病院には内科、外科、精神科そして家庭医がいれば最強であろう。

振り返り

地域で経験した症例を将来生かしていくために振り返りはとても大切なものである。医師は自分にとって面倒な症例はできるだけ避けたいと考える。しかし、実はそういう問題に対応したり考えたりすることは総合医としてとても重要なことである。それを伝える場として振り返りが活用される。プログラムでは3つの振り返りを行っている。1つは地域にいる指導医に日々あるいは週1回程度行ってもらうもの。もう1つはスカイプを使用しWeb上で1人の専攻医の振り返りを行っていること。さらに数ヶ月に1回サイトビジットで研修病院を訪問した際に振り返りを行うことである。このように1人の指導医だけではなくさまざまな指導医による振り返りを行うようにしている。

ポートフォリオ

専攻医にとって最も困難なことはポートフォリオを作成することであろう。ポートフォリオとは専攻医が作成し提出しなければならない記録である。一見症例報告のように見えるが、実は症例を通して学ぶ自己の成長記録のことであり症例報告とは全く異なる。専攻医はテーマ別に20症例ほどのポートフォリオを作成しなければならない。研究や教育に関するテーマもあり長期間の計画を立てないと書けないものもある。これを作成するためのサポートは必要である。プログラムではスカイプを使用した振り返りの際にそれぞれ作成したポートフォリオを指

導医に評価してもらうことにしている。また年1回程度ポートフォリオ勉強会を行う。これには他のプログラムを作成している施設とも相互交流していく予定である。

今後の見通し

今年度の総合診療専門プログラムは機構の不

手際もあり準備不足のままスタートしてしまった感が強い。そのため全国的にも専攻医の数は予想よりかなり少なかった。幸いにも当院のプログラムには自治医大卒業生が2人参加してくれた。今後は他校の卒業生も含め専攻医を増やしながら県内の地域医療を継続して行う礎を築きたいと考えている。

へき地の指導医から

PCMレビュー/テレビ会議システム

六ヶ所村地域家庭医療センター センター長 松岡史彦

概要にあるように、当プログラムの指導医は主に青森県自治医科大学卒業生(以下、卒業生)から構成され、専攻医もまた同様である。先行する青森県立中央病院家庭医療プログラムVer.2が同時に運営されているが、指導体制に大きな違いはない。このような背景から、基幹は青森市にある青森県立中央病院にあるものの、専攻医は卒業生派遣先のへき地に分散され、なおかつ派遣先に指導医が常勤できない状況も想定されたため、各施設での指導と遠隔指導のあり方をできるだけ統一する必要があった。

六ヶ所村地域家庭医療センターで以前から使用していた学生・研修医の振り返りツールとしてのPCMレビューを総合診療プログラムに先立つ家庭医療プログラム開始にあたって、全ての卒業生派遣先で専攻医と共に実演しテレビ会議システムで指導手順を共有した。PCMレビューはMcWhinneyらが推奨するPatient Centered Clinical Method(PCM)を参考にGreenhalghのNarrative Based Medicineを枠組みとしてEBMを取り入れながら行うものである。字面での説明は難しいが、実際のへき地医療機関での診療の流れに沿ったレビューとなるため、指導医・

専攻医ともに受け入れは比較的容易であった。六ヶ所村というへき地診療から生まれたレビュー形式が、総合診療(家庭医療)プログラムという公式の枠組みの中で、各年代を通して卒業生あるいは出身母体の異なる専攻医に共有され、地域医療診療の質的な底上げと統一に寄与できることはへき地指導医として大変ありがたいと思う。

毎週行われるテレビ会議では、SEA(specific event analysis)、PCMレビュー、PCMレビューを基にしたポートフォリオのテーマ検討、レビューを題材にしたリサーチテーマの検討を中心に行っている。専攻医2年目以降は実際のポートフォリオを供覧し、各施設から意見を聞きながら会を進める。専攻医と共に指導医もまたこのテレビ会議を通してポートフォリオの評価とリサーチの基本的な考え方を学習するようになっている。総合診療に興味のある青森県内の卒業生を広い年代で結びつつ、今までに得た経験を教育という形式を通じて再構成する優れた機会となっており、へき地指導医として動機づけられている。

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 -

湯沢町保健医療センター管理者
「地域医療のススメ」プログラム責任者 井上陽介

POINT

「地域医療のススメ」は地域医療振興協会本部研修センターが直接運営している総合診療後期研修プログラムである

「地域医療のススメ」では、地域の多様な施設群を利用して研修を行っている

「地域医療のススメ」では、専攻医に手厚いサポートを行っている

「地域医療のススメ」とは

地域医療振興協会(以下、JADECOCOM)には、軸となる事業がある。施設運営事業、医師派遣・診療支援事業、医師研修事業の3事業である。

医師研修事業は、初期臨床研修、後期研修、医師再研修に分かれている。「地域医療のススメ」はJADECOCOMの中でも最も古くからある後期研修プログラムであり、本部研修センターが直接運営している総合診療後期研修プログラムである(研修期間は4年)。

「地域医療のススメ」では「地域医療の5の軸」(表1)を意識した診療を行い、自分の働く地域

で楽しみながら「求められる役割に応じて協調、変容でき、あらゆる問題に対応できる能力をもった総合診療医」を育成することを目的としている。

「地域医療のススメ」の沿革

JADECOCOMでは2003年に地域医療研修センターを設置し、地域医療への従事を目指す研修医の受け入れを開始した。

2005年8月「後期研修プログラムに関するワークショップ」で地域医療の現場の指導医、将来地域医療の現場で働こうと考える研修医、地域医療研修センター指導医が一堂に会して意見を出し合い、「地域医療のススメ」が完成。初代プログラム責任者には名郷直樹先生が就任された。

2007年「地域医療のススメ」は日本家庭医療学会が認定した家庭医療後期研修プログラム Ver.1として認定され、2010年に日本プライマ

表1 地域医療の5の軸

1. 患者によって自分を変える。
2. 患者や問題の種類により差別をしない。
3. 生物学的問題だけでなく心理社会的問題も重視する。
4. 臓器、人にとどまらず、家庭・地域も視点とする。
5. 診察室にこない人のことも考慮する。

リ・ケア連合学会が設立されてからは「地域医療のススメ」はそのまま学会認定の後期研修プログラムになった。

2011年プログラム責任者が名郷先生から私、井上に変更、2014年度には改訂したVer.2も新たにプログラムとして認定された。

そして2018年の新専門医制度開始に合わせ、基幹施設を東京北医療センター、台東区立台東病院、市立奈良病院の3つとした総合診療後期研修プログラム版の「地域医療のススメ」の運営を行っている。

「地域医療のススメ」の研修の特徴

1. 地域の多様な施設群を利用した研修

JADECOMには北は北海道池田町から南は沖縄県与那国島まで、また基幹型初期臨床研修病院のような大病院から診療所まで非常にさまざまな規模、セッティングの施設がある。「地域医療のススメ」の専攻医は都市部の教育病院で、内科・救急・小児科などの基礎的な知識・手技・病棟管理を学ぶ。

一方で「地域で働く医師は、地域で育てられる」という言葉があり、「地域医療のススメ」では、地方の小病院や有床診療所などの地域医療を実践する第一線医療機関で学ぶことが非常に重要だと考えている。

JADECOMの地域の施設は自治体から施設を委託されて、JADECOMが運営を行っていることが多い。自治体と一体となって医療・保健・福祉の連携を行いながら、日々の医療を行っている施設が多いということである。地域包括ケアを学ぶには、正にうってつけの環境である。

また施設で働いている指導医は地域医療に非常に熱い指導医が多い。専攻医は、地方の施設で今までに都市部で学んだ知識や技術を利用して診療を行う中で、地域を診る視点、地域での医療・保健・福祉の連携、大病院ではできた検査がすぐにはできないというような少ない医療資源の中での患者への対応方法などを指導医だけでなく、地域のスタッフや患者さんから学ぶことができる。

医療以外のプライベートな生活部分でも地域を楽しむことができる施設が多いのが特徴である。

このような地方の施設で研修すると、専攻医は大きく成長する。うまくいかないこともあるかもしれないが、それを施設指導医、後で述べるスーパーバイザーやWebでの振り返りによって、成長の糧にしているのだと感じる。若いうちの短い期間、いろいろな地域での質の高い医療を経験できることは、「地域医療のススメ」の大きな特徴であり、プログラムとして誇れる部分であると考えている。

2. 一貫した指導、サポート体制の充実

「地域医療のススメ」は日本プライマリ・ケア連合学会のVer.2プログラム、日本専門医機構の総合診療専門研修、それぞれの整備指針に準拠してプログラムを作成している。

プログラム独自のものとして、指導要綱や参考文書などをまとめた「青本」、英国家庭医療学会(RCGP)カリキュラム文書を訳した「黒本」、過去の専攻医のポートフォリオ集である「赤本」の3つの資料を、専攻医、指導医で共有し、さらに日本プライマリ・ケア連合学会・日本専門医機構の研修手帳を活用して指導を行っている。

専攻医のサポートは、事務部分を本部研修センター、研修の個別の指導的部分は研修施設指導医が行っている。また専攻医1人に修了生・指導医のスーパーバイザーを1人つけている。スーパーバイザーは研修・ポートフォリオについての相談だけでなく、ライフサイクルの相談なども行ってもらっている。スーパーバイザーには目安として月に一度程度、直接面談、テレビ会議システムやメールなどの手段での振り返りや相談を行ってもらっている。

地域の施設で研修をしていると、専攻医が自分一人しかないという状況もある。研修についての不安や困っていることがないかのチェックのために、地域のローテーション中にはできるだけ最低1回は、サイトビジットを行うようにしている。本人、指導医ともに面談することで、お互い言いづらくて困っていたりすることはないか、目標の設定はどうかなどをサポート

するようにしている。

研修中の専攻医評価はプログラム責任者のサイトビジット，ローテーションごとの360度評価，年に一度の知識問題大会(米国家庭医療レジデントが受ける試験の一部を抜粋，翻訳して使用)，そして最終研修年次に行うプログラムとしての修了評価(ポートフォリオ評価，OSCE評価，自己評価)などで，研修の進捗・達成度をチェックしている。

3. 指導医，プログラム修了生，専攻医一体で作っていく研修

当初はプログラムの運営をプログラム責任者と施設指導医のみで行っていたが，専攻医の意見をもっと取り入れるべきということで，現在は任期1年のチーフレジデントをレジデント内で互選し，運営にも参画してもらっている。

平成30年度からはテレビ会議システムを利用して，各プログラムの運営責任者や地域施設指導医，チーフレジデントによる全体会議を月に一度行っている。チーフレジデントは，上記のテレビ会議での勉強会の担当を割り振ったり，年に3回のミーティングでのレジデントのみのセッションで意見を取りまとめ，指導医たちにいろいろな提案を行って来ている。

「地域医療のススメ」研修の実際

日本プライマリ・ケア連合学会，日本専門医機構総合診療専門医研修の求める必須研修を満たすようにローテーションを組んでいる。

必須の研修は総合診療専門研修1，総合診療専門研修2，内科，小児科，救急である。総合診療専門研修1はできるだけ12ヵ月を推奨している。研修期間が4年なので，選択研修を選ぶ余裕がある。選択研修は，整形外科，皮膚科，リハビリテーション，緩和ケアなどを選択する専攻医が多い。「地域医療のススメ」独自のものとして，オレゴン健康科学大学家庭医療科，ハワイ大学への短期留学が選択で可能である。アメリカの家庭医の診療，研修医への教育，医療

事情，アメリカの文化などを直に知ることができ，今まで留学した専攻医は帰って来ると一皮むけて成長したなど感じることが多い。

先ほども述べたが，JADECUMの施設を利用して研修しているので，なかなか全員が顔を合わせる機会が少ない。全体で集まる機会は4月の春ミーティング(オリエンテーション)，9月から10月の秋ミーティング(中間振り返り)，1月の冬ミーティング(ポートフォリオ発表会)の3回である。3回のミーティングの時に全体でのレクチャー，研修進捗のチェックや専攻医同士の交流を行っている。

それ以外にもテレビ会議システムを活用して，月にそれぞれ1度ポートフォリオ勉強会，振り返りの会(専攻医を3つのチームに分割してチームごとに)を行っている。

「地域医療のススメ」修了生の進路

「地域医療のススメ」の専攻医のプログラム終了後の進路であるが，プログラム終了後大学院で勉強したのち公衆衛生の分野で働く修了生や，大学で学生の指導に携わっている修了生もいる。

大多数は小病院，診療所に勤務している専攻医である。実家を継いで開業したり，JADECUM以外の施設で勤務する修了生もいるが，JADECUMに残ってへき地医療を担いながら「地域医療のススメ」の後輩専攻医や現場で医学生への指導を行う修了生も増えてきている。修了生がさらに指導医となって専攻医と関わり「地域医療のススメ」が今後も発展していけるように頑張る指導を続けていきたい。

「地域医療のススメ」について，ざっくりと述べさせていただいた。読者の皆さんの周囲に，地域医療・総合診療・家庭医療に興味のある医学生や初期研修医，指導医がおられたら，ぜひ「こんなプログラムあるよ!」とお薦めいただくとありがたい。以下の連絡先にいつでも気軽にご連絡を!皆さまからのご連絡をお待ちしています。

連絡先:井上陽介 yosuke-i@jadecom.or.jp

へき地診療所で プライマリ・ケアの本質を学ぶ

揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長 菅波祐太

Barbara Starfieldは「プライマリ・ケアとは、性別や疾患、臓器などにより分化されていない状態の人々を対象とした、First contactで、Continuousで、Comprehensiveで、Coodinatedなケアである¹⁾とした。

現在の日本において、それが最も自然に行われているのがへき地・離島であり、だからこそ、へき地・離島研修は、プライマリ・ケアの本質を学びやすい場であると考えている。

私の所属する揖斐郡北西部地域医療センターでは、『その本質をそのまま学んでもらえること』を重視して研修を組み立てている。

例えば「毎日外来を担当する」こと。これにより、数多くの未分化な相談事が専攻医のもとに持ち込まれる。自分で考え、学んで対応し、そのほとんどを自分でフォローする。その中でCommon Diseaseを、心理社会的な問題を、健康増進を、地域特有の問題を、体感・学習することができる。特に、患者の生活に近い場所であるからこそ、生活の中にある「プライマリ」な因子にアプローチすることが可能であることは、プライマリ・ケアの醍醐味である。

また「訪問診療を導入から担当し、関わり続ける」こと。在宅医療は、患者の家が診療の場になるため、家族の関係や生活、歴史、ケアチームの面々がおのずとよく見える。これにより、一人の全体を体感できる。継続的に関わること

で年に数回「重大な局面」に出くわすことになる。そこでは、全体を踏まえたマネジメントが要求される。ケアの調整と統合、プロフェッショナルリズムを学ぶ機会になる。そういった局面を重ねることで、医師患者関係の深まりを実感できるとプライマリ・ケアが楽しくなる。

実践の機会を提供することと同時に「指導医と専攻医で振り返りをする」こと。振り返りの目的は、Well-beingを保つことと学習サイクルを回すことである。できたこととできなかったことを確認し、互いの感情のケアをしつつ、学びを進めていく、学びを深める一ツールとして、専門医試験で課されるポートフォリオを書いていくことは効果的である。ポートフォリオのテーマとなっている理論をあてに日常を振り返り、実践と照らし合わせて考えてみると、次につながる学びが得られる。

へき地での日常診療そのものが、プライマリ・ケアの本質を学ぶ資源である。プライマリ・ケアの仕事は「いい加減にやればこれほど簡単な仕事はないが、質を高く行うためにはこれほど難しい仕事はない」と言われる。専攻医と共に学ぶことで、プライマリ・ケアの質を高めていきたい。

文献

1) Starfield B: Is primary care essential? Lancet 1994; 344(8930): 1129-1133.

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 -

奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院 院長 井上大輔

POINT

へき地医療機関を基幹施設としており、東京都地域枠医師のシステムにも対応している

奥多摩町は地域医療を学ぶには最高のフィールドである

地域医療振興協会の都内施設と連携を取り、研修の質を担保している

へき地だからこそ発信できる地域医療の魅力がある

特集

プロローグ

ある日の昼下がり、奥多摩病院の玄関前。深緑に包まれた山々の姿がふと目に入った。大きく息を吸い込むと清々しい山の空気が肺を満たしてくれる！「なんて素晴らしい場所で仕事をしているのだろう！」思わず心の中で叫んでしまう私。車を回してくれた看護師から「先生、早くいきますよ～！」と声をかけられ、あわてて小走りに駆け寄り訪問診療へと向かった。

プログラムの概要

当プログラムは日本専門医機構認定の総合診療専門医もしくは日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療専門医を目指すための後期研修プログラムである。総合診療専門医プログラムは研修期間を4年間、家庭医療専門医プログ

ラムは専攻医のキャリアパスに合わせて、研修期間を3年間と4年間の2つから選択できる。

奥多摩町は東京都の最西北部に位置し、面積は東京都の1割に及び、森林面積が94%を占める山間へき地である。人口は5,200人余り、高齢化率は49%を超える。奥多摩病院は町立の医療機関として地域のために「なんでもやる」病院である。日常の外来診療・訪問診療を通じてプライマリ・ケアを担う「地域の診療所」、東京都指定二次救急医療機関としての「救急病院」、病床を有して入院診療を行う「地域の小病院」など、地域住民の皆さんの健康を守る多彩な顔を持っている。さらに平成29年7月からは認知症疾患医療センター(地域連携型)として指定を受け、これから深刻化していく認知症への対応も充実させているところだ。ただ、高度医療については青梅市立総合病院などの地域の中核病院にお願いしており、連携も年々発展しているところ



写真1 奥多摩病院

表1 病院概要

奥多摩病院の概要	
・東京都指定二次救急医療機関	
・附属診療所 日原診療所、峰谷診療所	
・診療科目 内科、外科、整形外科	
・病床数 43床	
・延床面積 2,626.757㎡	
・規模・構造 鉄筋コンクリート造、地上2階地下1階	
・職員数 約40名	
・医師数 4名(総合医3名、整形外科1名)	

である(写真1,表1)。

当院では、疾患の多様性もさることながら、患者さんの年齢、性別、家族や地域との関わりなどさまざまな社会的背景も考慮しながらの医療の提供が必要とされる。この奥多摩病院で総合診療専門研修と選択によっては総合診療専門研修の研修を行い、1~2年間にわたり一人ひとりの地域住民の皆さんに継続的かつ包括的なケアを提供する中で、プライマリ・ケアに必要な医療技術、精神を学ぶことができる。当院は町内の2つの限界集落に出張診療所を持ち、地域に根差した診療所研修も同時に行える。

また、地域医療振興協会の後期研修プログラム「地域医療のススメ」により研修の質が担保されている、練馬光が丘病院、東京北医療センター、台東区立台東病院において領域別研修、

総合診療専門研修を行うことにより、充実した研修を履修できる。山間へき地医療機関である檜原診療所や東京から南に約160~1,000kmに位置する各島しょへき地医療機関で研修を行うことも可能となっている。へき地とはいえ、全ての研修を東京都内で行うことも特徴の1つである(図1)。

プログラムの特徴

1. 東京都地域枠医師にへき地医療へ目を向けてほしくて

昨今、全国の自治体が地域枠医師の養成を行っており、東京都にも地域枠医師制度がある(東京都地域医療医師奨学金制度)。1学年あたり25人が3大学(順天堂大学、杏林大学、東京



図1 研修体制

慈恵会医科大学)に分かれて学び、卒業後に自分の出身大学で初期臨床研修を2年修了した後、4分野(小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療)に分かれ基準を満たした東京都内の病院で卒後9年目まで就労すれば学費等を免除される自治医科大学と同様のシステムとなっている。しかし、4分野のどれを選んでもよいというため、極端な話をすると25人全員が小児科を選んでもよい仕組みとなっており、へき地医療志望者がなかなか出てこない現状がある。

また、地域枠医師は東京都地方公務員の身分は与えられず、フリーランス医師として自分の就職先を自らの力で見つけなければならない。へき地以外の他の3分野は大学医局に所属し東京都内の基準を満たした病院を回れば義務年限を消化できるようになっている。しかし、へき地医療志望者はそうはいかない。遠隔離島の多い、全国的に見ても過酷な東京都のへき地自治体へ直接就職し、後期研修病院も自分で探さなければならない。卒後3年目の医師がへき地自治体へ就職するにはよほどの決心が必要で、さらにその先には身分の安定しない不安な日々が続くことになる。私自身もへき地医療を実践する身として、仲間を1人でも増やし、キャリアパスを拓いてあげたい。これが、おくたま清流塾を作りたいと考えた最大の理由である。東京都地域枠医師が当プログラムを履修すれば、へき地勤務義務を果たしながら、総合診療専門医の資格を修得し次のキャリアパスへとつなげることができる。

もちろん東京都地域枠医師以外の医師に来ていただくことも大歓迎で、実際に地域枠ではない医師1名がこの4月から当プログラムの研修を始めている。

2. 地域医療を学ぶ上で奥多摩はとても魅力的

私は自治医大卒業医師として東京都の島しょ医療も担わせていただいた。そこで強く感じたことは、島は圧倒的に医療・福祉資源が不足しているということである。要介護状態となった高齢者を支えるための資源が少ないため、ADLが低下したり、脳卒中を発症し搬送されたりし

た時点で患者さんは島外に出たまま帰ってこれなくなる。特別養護老人ホームのない小さな島は、そのような島外に出る高齢者が多く、実は高齢化率が低いのが特徴である。私が赴任した島を例にとると、2015年の全国の高齢化率が26.6%に対し、利島(人口337人)は23.1%、青ヶ島(人口178人)は13.5%と全国平均よりも低い。もちろん、そのように制限された中で、住民の皆さんや医療・福祉関係者は精一杯努力していたが、やはり限界はあった。

一方で奥多摩町はある程度の人口規模があるため、さまざまなサービスが一通りそろっている。片や、それぞれの事業体の規模が小さく、全体像を把握したり、お互いが連携したりがとても楽にできる。「××事業所の〇〇さん」と連絡を取れば、一気に情報が広がり、地域包括ケアシステムがスムーズに動き出す、などといった経験はよくある。

個別のサービスについて見ていく。山間へき地である事情から訪問看護を担う民間事業者がほとんど入っていないため、奥多摩の訪問看護は大部分を当院看護師が行っている(平成29年度実績:延べ1,720件)。そのため、在宅の患者さんの情報は看護師との病棟での何気ない会話から即座に入ってくる。医局で休むためナースステーションを通り過ぎようとした時、訪問看護師に呼び止められ患者さんの相談をされる、というような風景は日常的である(写真2)。また、隣接する保健福祉センター(地域包括支援センター、福祉保健課)とは内線電話でつながっておりスムーズな連携がとれている。外来中に患者さんの社会的問題に気付いて、その場で福祉



写真2 ナースステーションで訪問看護師から声を掛けられて報告を受ける専攻医



写真3 隣接する地域包括支援センターから駆け付けた職員と相談する専攻医

保健課の保健師に内線電話をかけてすぐに駆け付けて対応してもらったり、逆に地域包括支援センターのスタッフが山奥の自宅で倒れていた患者さんを背負って連れてきて受診したり、といったことがよくある(写真3)。

在宅医療を行いながら、入院させられるベッドを自分が持っていることも大きな強みだ。訪問診療中に入院適応があると判断した場合、病院の看護師長と保健福祉センターのケアマネジャーにその場で電話すれば、入院までの流れは至ってスムーズである。もともと訪問看護に行っているのだから、患者さんと顔なじみの関係ができていて看護師が病棟にいる。患者さんも受ける側の看護師もストレスなく入院させられる。在宅医療において後方病院との連携の難しさは地元医師会でもかなり問題になっている。在宅医療を行っている医師から見ると、当院のような状況は非常に魅力的ではないだろうか。

以上のように、奥多摩町は小さいが故に地域包括ケアシステムが自然と出来上がっており、地域医療を学ぶには最高のフィールドである。

3. 地域医療振興協会との連携

おくたま清流塾を作るに当たり、当初は地域の中核病院や自治医科大学卒業医師も利用できるプログラムとするため関係の深い都立病院と連携が取れないかを模索したが、諸事情により実現が難しい状況であった。そんな折に手を差し伸べてくれたのが地域医療振興協会である。協会のご尽力により、東京都内の練馬光が丘病院、東京北医療センター、台東病院を連携施設としていただいた上に、協会が先行して実績を積み重ねてきた「地域医療のススメ」のノウハウ

を惜しみなく教えていただき、無事にプログラムの認定へとこぎ着けることができた。協会の各病院で領域別研修(内科、小児科、救急科)を行ったり、「地域医療のススメ」で行われている学習企画へ参加させていただいたりしている。

おくたま清流塾のこれから

「へき地」は得てして人的、資金的な援助をいただいている受け身の立場であるが、逆に都会へ発信できる“何か”があるはずだと考えている。その1つが地域医療である。

へき地では住民の皆さんが敬意を持って私たち医師を迎え入れ、そして必要としてくれる。ここではあらゆる健康問題に対応していかなければならないが、そのような背景があるため、「目の前の患者さんを何とかしてあげなくてはいいけない」という決意が自然と芽生える。教科書や論文に当たったり、地域のネットワークを活用したり、高次医療機関と連携したり、あらゆる手段を駆使して目の前の患者さんの問題を解決しようと試みる。そのような過程を通して、医師としても人間としても自分が成長していることを実感する。地域医療を担う医師同士で話をすると、「地域が自分を成長させてくれた」と意見が一致することが多いが、こういうことなのだろうと思う。そして、地域医療の魅力もここにあるのだろうと思う。援助を必要としている人が目の前にいて、自分が持っている手段(医術であったり、連携のキーマンになれる立場だったり)を駆使してその人の状況を改善し、そして感謝される。こういった人間の根源的な喜びが日常的に繰り返されているのが、地域医療の現場ではないか、と思うのである。地域医療を長く行ってきた自治医大卒業医師が、地域の中で自己調整学習をいかに促進しているかについては同大卒業の松山 泰先生が¹⁾、地域のニーズに応じて自らを柔軟に変化させ、幅広い診療能力を有している様子については同大卒業の神田健史先生が²⁾それぞれ示してくださっている。

一方で、AI(人工知能)技術の隆盛が叫ばれて

いる。私自身、この分野に詳しいわけではないので語るのもお恥ずかしいが、診断学の分野ではAIの発展が随分と見込まれているようだ。どうもAIと聞くと機械的で無機質な印象を抱くが、AIに学習させている内容は、先人たちの実績や研究の“知の集積”である。そのような偉大なものに末端の一医師が勝てるわけがないと思う。それでは、私たちはどこで戦っていくのか。その答えの1つが地域医療にあると思う。患者さんの思いや歴史、ご家族の思い、地域特性を考慮して患者さんを支える、寄り添う、共に考える医療。まさしく感情や感性を持った“人間”にしかできない医療ではないだろうか。

今までの当院は他分野で活躍されてきた年配の医師を中心に人材確保を図り、そういった先生方が奥多摩の地域医療の礎を築いてくださった。これからは気概のある若い医師に集ってもらい奥多摩の地域医療をさらに発展させる力となり、同時に大いに学んでもらいたいと考えている。そして、ここ奥多摩を巣立っていった医師たちが、他の地域で活躍する日が来てくれたら、と大きな夢を描いている。

エピローグ

訪問診療先で診察を終えた後、軽度認知症の高齢患者さんがふと口にもらした「わたしはこのままここで暮らしたいのよ」

私は患者さんの目を見つめながら、一瞬のうちにさまざまな思いや考えが頭をよぎった。そして、患者さんの肩をたたきながらこう答えた。「きっと暮らしていけますよ。生まれ育った奥多摩ですっと、ずっと...」

謝辞

当プログラムは本当にさまざまな皆様のご尽力があり、成立、運営されている。この場をお借りして厚く御礼申し上げます。皆様のご厚意に報いることができるよう、当プログラムが地域医療の発展の一助となればと切に願っている。

参考文献

- 1) Matsuyama Y, Nakaya M, Okazaki H, et al: Contextual attributes promote or hinder self-regulated learning: A qualitative study contrasting rural physicians with undergraduate learners in Japan. Med Teach 2018; 40(3): 285-295.
- 2) 神田健史, 梶井英治, 桃井真里子: 自治医大からの地域医療に対する提言 - 自治医大の実績から見えてくる地域医療に求められる医師像. 日本医事新報 2011; 4573: 29-33.

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 -

市立恵那病院 管理者 細江雅彦

POINT

総合診療専門医を育成する研修病院は、地域に密着した医療を展開する中小病院が最適

地域包括医療の実践場所

産科医療や女性の健康管理に携わることができる研修プログラム

特集

概要

現在、地域の病院や診療所の医師が地域医療を支えている。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康に関わる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価するために、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置付けられた。そして、総合診療専門医の質の向上を図り、もって、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的としている。

住民の生活、ニーズも多様化してきた中で、異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る視点を持つ医師」を育成することが、岐阜県では求められている。こうした制度の理念に則って、その事情、背景に即したプログラムである中山道恵那総合診療地域包括医療研修プログラム(以下、本研修プログラム)は、病院、診療所

などで活躍する高い診断・治療能力を持つ総合診療専門医を養成するために、199床の地域の中核病院で、専門診療医と協働し全人的医療を展開しつつ、自らのキャリアパスの形成や地域医療に携わる実力を身に付けていくことを目的として創設された。対象は、岐阜大学医学部地域枠卒業医師、自治医科大学卒業医師、そして地域医療に興味のある医師とした。その際、「健幸」都市宣言をした恵那市、そこに居住する地域住民、各種団体、ボランティアや当院の全職員などの理解と協力のもと、さらには公益社団法人地域医療振興協会関連の施設で研修できる環境を整えている。

さらに地域医療医の技術、質を上げるために、特色として産婦人科医療と整形外科医療の選択研修に力を入れたプログラムでもある(図1)。

まず産婦人科研修であるが、プライマリ・ケア連合学会認定指導医で産婦人科専門医の資格を持つ指導医をはじめ、総合診療医として産婦

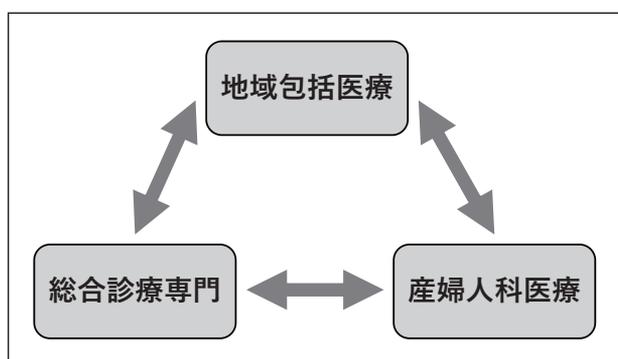


図1

人科診療に従事する指導医のもと、後期研修医や家庭医療専門医の産婦人科研修のニーズに沿って、ウィメンズヘルスケアのみならず、希望に応じて集中的、継続的な分娩を含めた産科研修の提供が可能である。また研修に必要なスキルトレーニングとしてALSQ(Advance Life Support in Obstetrics)をはじめとした産婦人科診療のシミュレーションコースの受講が可能である(一部必須)。

そして私たちは、地域においてウィメンズヘルスケアや産科診療に関わるプライマリ・ケア医等、ウィメンズヘルスケアプロバイダー、産科医療プロバイダー、およびその指導医といった人材育成、ならびに産婦人科医と総合診療専門医はじめ多職種による地域でのウィメンズヘルスケアを推進し、さらにはそこから地域医療の視点から学术论文が出せるような、ウィメンズヘルスセンターとしての体制づくりを進めて行きたいと考えている。

次に整形外科医療研修であるが、地域には高齢者の方々が多く、その方々の主訴と言え、運動器の諸問題であることから、リハビリテーション技術の習得を含めてそれらへの対応をしっかりと身に付ける充実した研修を提供する。市立恵那病院には回復期病棟がある。退院して生活の場へ戻る時の地域の医療・介護関係者との連携、いわゆる多職種による連携も充実しており、こういったフィールドでまさにもう一つの最先端医療である地域包括医療の醍醐味をこの研修プログラムで経験できると考えている。そのほかには、外傷への対応や関節炎の処置などの手技の習得も可能であるし、もちろん基本

的に日常茶飯事に行われることなので、必ず習得していただく。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指す。

地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等のさまざまな分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス(在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア、等を含む)を包括的かつ柔軟に提供。

総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療(高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等)と臓器別でない外来診療(救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア)を提供。

特徴

1. 総合診療専門医を育成する研修病院は、地域に密着した医療を展開する中小病院が最適

こと総合診療医育成においては、大学病院や市中の大病院で研修するのではなく、地方にある地域に密着した医療を展開している中小病院が研修の基幹施設となっているのが最適である。

高齢化率の高い地域であるがために高齢者医療について学べるのもひとつの特徴である。高齢者は、認知症や整形外科関連の健康問題を有する確率が高く、特殊な健康問題ではなく日常よくある健康問題として捉えることが重要で、高齢者の方々がいかに地域で幸せに暮らせるかを考えることができる。高齢者診療や整形外科の研修も準必須としている。



写真1 晩秋の会



写真2 認知症カフェ



家庭医療学における5本柱であるAccessible, Continuity, Comprehensive, Coordinated, Contextualを体感でき、実践できる研修環境である。

2. 地域包括医療の実践場所

そしてさらに地域で多職種と一緒に協働して包括医療・ケアを進められることが特徴である。

衛星診療所や介護施設を有しており、地域医療を学ぶ上で体制が整っている。

公衆衛生学的なアプローチも行政が近い位置にいるということから可能である。

まさに地域住民を中心に行われる医療体制を経験できる。

それは、家庭医療学を素地に総合診療医の育成を考えるならば、形式的ではなく血の通った多職種連携という最先端医療を展開するのが必要であるからである。

晩秋の会: 恵那病院主催の地域の医療・介護関連施設関係者の集う会合。当院主導で地域包括医療の構築を目指している(写真1)。

認知症カフェ:「認知症の方々が、安心して暮らせる街をつくる」というスローガンのもと、当院の多目的ホールで開催(写真2)。

3. 産科医療や女性の健康管理に携わることができる研修プログラム (註: 専攻医レポート: 体験談を参照のこと)

産婦人科医がいない地域は、全国に数あまた

あるが、そういう地域で総合診療医師が産婦人科専門医師と連携して妊娠の管理や女性の健康管理にも携わるためには、内科系や外科、整形関連の研修だけでなく、産科医療や女性の健康管理にも携わることができる研修プログラムが必要である。従って産婦人科研修を準必須とするプログラムを用意している。

女性には女性ならではの健康問題もあり、その相談に乗れることも総合診療専門医に求められるものとする。今までは全て婦人科医師が対応していたが、女性の健康問題に精通することで総合診療専門医の「新たな分野開拓という展開」も期待できる。

そのために研修期間も4年としている。3ヵ月以上の期間選択ができる。

「私たちが目指していること、それは地域におけるチームで産婦人科医療を支えるカタチをつくること」

「私たちといっしょに総合診療産婦人科チームになりませんか! 当センターだからできる教育・研修・実践があります」

「ウィメンズヘルスを実践で学べる総合診療専攻医プログラムがあります」

「産婦人科もできる総合診療医を目指しませんか」

「地域の産声を守るためのチーム医療の実現には、ほかならぬあなたの参加、あなたのチカラが必要です(写真3)。

その他

市立恵那病院は、地域医療振興協会(JADECOM)が指定管理者である公設民営の病院である

JADECOMは、アメリカのオレゴン健康科学大学(OHSU)の家庭医療学講座と提携して研修医の相互派遣を行っている。さらには寄付講座をOHSUに設けてリサーチについても共同で行おうとしている。1～2週間の短期見学研修派遣や専門医取得後にはResearch Fellowとしての留学システムもある。

JADECOMには、当院のほかにも総合診療専門医の研修プログラムを4つ有している。その研修専攻医が集まる情報交換会にも参加できる。ポートフォリオの書き方などの指南も受けられる。JADECOM会員になれば、定期的に発行される「月刊地域医学」にて情報を得ることも可能である。

このプログラムの対象は、岐阜大学医学部地域枠卒業医師、自治医科大学卒業医師、そして地域医療に興味のある医師とした。自治医大卒



写真3 恵那プロジェクトの写真

業生には、義務年限内に赴任するだろう地域の医療機関を協力機関として登録している。したがって、義務履行中に専門医資格を取得できる。

専攻医レポート

産科医療研修体験談

上柴このみ

子どもの安全に関心があり、家族特に母の健康の影響の大きさから家庭医(総合診療医)を志した。半年間の研修の目標は、産婦人科・女性診療のプライマリ・ケア外来や妊婦健診を行えること、産婦人科救急への対応能力であった。平日は午前中が外来と、週1日健診担当、午後は病棟管理・分娩や手術補助、助産師さんに同行させていただいての新生児訪問・母乳外来を行った。経膈エコーのシミュレーターなどで練習しながら、研修後半は単独で診察させていただけるようになった。研修を通じて感じた、総

合診療医が産婦人科領域まで関わる利点は2つある。メンタルヘルス、GDMなど周産期慢性期にも及ぶ問題をフォローし得ること、性感染症や暴力などの早期発見である。こういった外来研修は後期研修ならではと思う。また全く異常のない妊娠経過で産褥心筋症や常位胎盤早期剥離となる症例を経験し、改めて予



シミュレーター

測不可能な周産期の急変を早期に察知し、初動が取れるように、家族全員の救急対応を求められる総合診療医として、産婦人科ローテーションを行う意義を感じた。地域医療の文脈で総合診療医が分娩を扱う意義は、周産期医療の集約型と分散型の2つの場合で考えた。集約型では、急性期の前後をフォローすることで産婦人科医の負担を軽減すること、分散型(里帰り

分娩)では、一時期だけでも地域に高齢者のみならず、新生児から若い世代も共存する時期が生まれ、地域の活性化につながるのではと考えた。

充実した研修をさせていただき、本当にありがとうございました。母と子のために病院一丸となる恵那病院職員の方々の姿を胸に、総合診療医の研修を頑張って続けて行きます。

地域包括医療研修プログラム関連施設から

理想の地域医療研修フィールド Kamioka Neu-Townを目指して

- 中山道恵那総合診療専門医地域包括医療研修
プログラム連携施設として -

国民健康保険飛騨市民病院 院長 黒木嘉人

飛騨市民病院は平成30年度から中山道恵那総合診療専門医地域包括医療研修プログラム連携施設として1名の専攻医の研修を行っている。当院は岐阜県最北端で、緑と渓流の自然豊かな飛騨市神岡町に位置する。飛騨市の人口は約24,000人、神岡町は人口約8,100人で高齢化率が45%を超えている山間へき地である。ノーベル賞を2つも受賞したニュートリノの研究施設スーパーカミオカンデのある町である。常勤医師は6名で、病床数は計91床と小規模ながらも飛騨北部の医療の砦として、救急、外来、急性期医療、回復期から慢性期医療そして在宅医療までとオールインワンの機能を果たしている。

当院の医学教育研修への取り組みを紹介する。医師不足の解決策への糸口を探る中、平成24年度から富山大学と協力し医学生や研修医の受け入れを開始し、その資金には岐阜県地域医療確保事業費補助金が充てられ、県を越えた協力体制による地域医療実習事業「神通川プロジェクト」を開始した。富山大学医学生の受け



専攻医(右端)と黒木指導医の写真(その隣)

入れは平成30年度まで合計121名となった。さらに富山大学のほかにも岐阜県、富山県、愛知県の8カ所の医療機関とも連携を結び、初期研修医の地域医療研修受け入れを進め、その数は年々増加して平成30年度には年間31名(延べ合計134名)となり、地域医療研修の人気病院となった。

院内では毎朝カンファレンスにて研修医と専攻医の持ち全症例を含めて全員で検討しており、診療科の壁を超えたディスカッションがなされている。専攻医は総合診療外来を週4日ほ

ど担当し、月に1回は無医地区の「山之村診療所」への診療にも出向いている。週1日の胃カメラ担当も多いときは1日10例以上こなし、外科手術においては麻酔を担当するなどマルチな経験を積んでいる。病棟では週1回多職種による総カンファレンスを行って職種を超えた情報交換をしている。一方で飛騨市と高山市の行政区を越えた医療・介護・福祉・保健を支える多職種連携の研修会「高原郷ケアネット」を定期的で開催し、お互いの顔の見える関係を構築して

いる。また富山大学総合診療部との共同事業として住民自らが健康づくりに参画するよう「健康まちづくりマイスター」講座を開催している。医療に大変理解が深い飛騨市長の行政的支援と、住民団体「飛騨市民病院を守る会」から熱い応援を受けながら「地域」が一体となって、地域医療を学ぶための理想のフィールド「Kamioka Neu-Town」（Neuはニュートリノや、医療スタッフから住民までがニュートラルな関係などを意味して）を目指し人材育成に力を注いでいる。

専攻医から

プログラム選択の動機

後藤貴裕

私は現在、中山道恵那総合診療専門医地域包括医療研修プログラムに登録し日々研鑽を積んでいる。

私がこのプログラムを選択した理由は総合診療医として内科・外科・小児科だけでなく産婦人科も学ぶことができることだ。初期研修では「妊婦」と聞くだけで特殊で厄介な患者が来たと思ひ、まともなマネージメントができない自分を情けなく感じた。そんな中、地域研修をした恵那病院で産婦人科さらにはウィメンズヘルスについての講義を聞くことができ、総合医と産

婦人科の連携を目指すこのプログラムを選択した。命の始まりから終わりまで診療できる、そんな医師になりたいと考えている。

今は研修協力施設である飛騨市民病院で総合診療専門研修を行っている。診療の中で迷い戸惑うことも多いが、指導医の先生方をはじめ、看護師や事務など多職種の方々に支えられ、充実した日々を送っている。今後も専門医プログラムを遂行しつつ医師としても人としても成長していきたいと感じている。

特集

長州総合診療プログラム

- へき地は医師をステキにする -

山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長 原田昌範

POINT

- へき地勤務を義務とする医師修学資金制度に対応する
- 遠隔サポート体制
- 行政との強いつながりが強み
- 地域を診る総合診療医の育成
- 総合診療専門医の認知度・信頼度の向上は地域への貢献が必須

特集

山口県のへき地の現状と 「長州総合診療プログラム」の概要

人口約140万人の山口県の高齢化率は約33% (全国4位)で、全国より約10年進んでいる。20年後、人口が今より約30万人減少し、さらに高齢化が進むと予測されている。21の有人離島を含む山口県のいわゆるへき地(過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、山村振興法で指定された県土の約6割)の高齢化率は、市町村合併後にさらに進み、多くの場所で50%を越えた。一方、支える側の医師は、思うように若手が県内に留まらず、医師の平均年齢は全国1位となった。離島へき地を長年支えてきた医師も、体調を理由に後任を待たずに引退するケースが相次ぎ、近年県内のへき地は深刻な医師不足となっている。

当院のへき地医療支援センター(以下、SCRUM:Support Center of Rural Medicine)は「山口県のへき地に医療と安心を届け、ふるさとの地域社会を守ること」をミッションに、3つの軸(診療支援、仕組みづくり、次世代の育成)を基本として取り組んでいる。

40年以上にわたって自治医科大学の卒後研修を担ってきた当院は、SCRUMを中心に、県や自治体立のへき地医療機関と連携し、次世代の総合医育成のため、県内初となる「長州総合医・家庭医養成プログラム(日本プライマリ・ケア連合学会認定)」を設置した。さらに地元大学(県寄付講座)と「プロジェクトG」を企画し、全てのへき地医療機関に学会指導医が揃い、自治医科大学の卒業医師は希望すれば義務年限内に「家庭医療専門医」の取得が可能となった。

当プログラムは、平成24年設置後、幸い毎年

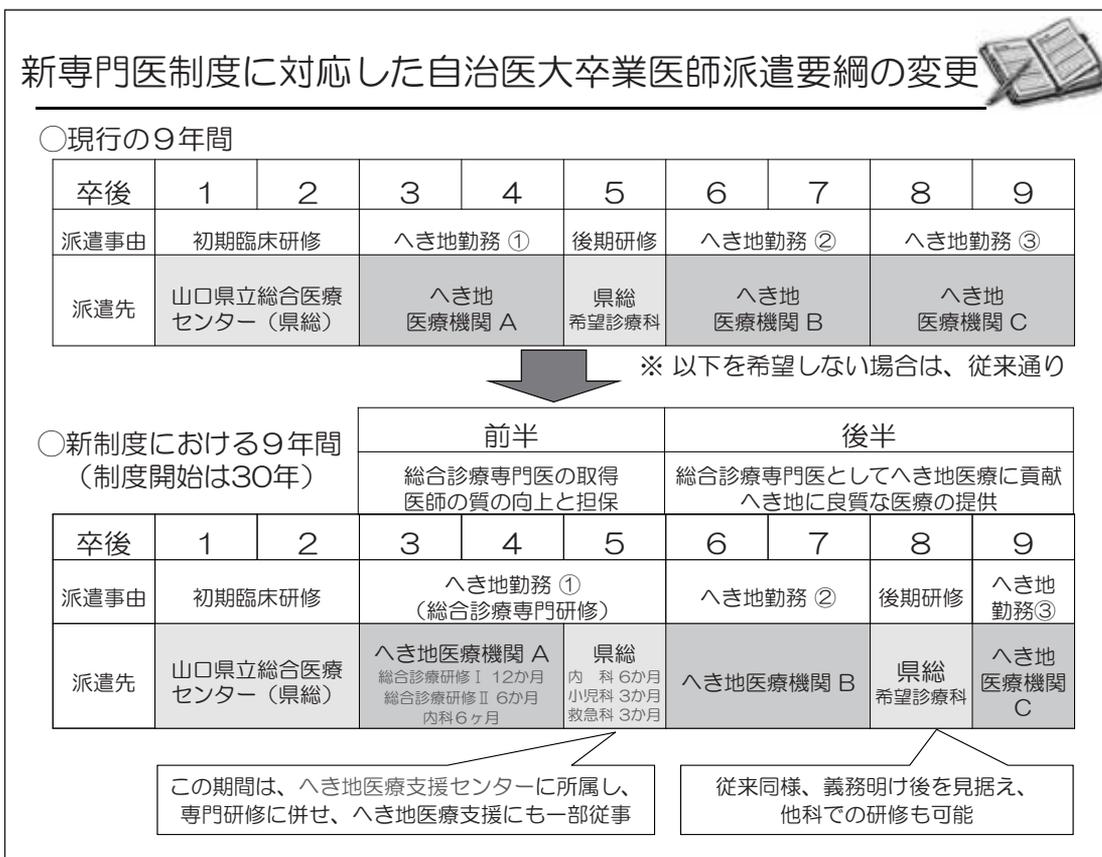


図1 新専門医制度に対応した自治医大卒業医師派遣要綱の変更(山口県)

専攻医のエントリーがある。自治医大卒医だけでなく、県外から自治医大卒以外の専攻医も加わり、山口県のへき地医療を支える仲間が増えたことは大変嬉しく、そして意義深い。

平成30年に始まった新専門医制度により、医師の偏在が加速するのではと懸念されている。そのためか19の基本領域のうち新設の「総合診療」だけが、へき地医療機関で一定期間の研修が必須として整備基準に加えられた。当プログラムは旧制度よりへき地医療機関とのみ連携しているため、特に大きな問題はなかった。新制度では「長州総合診療プログラム」と名称を変更し、基幹施設を当院(総合診療専門研修・内科・小児科・救急科)、連携施設は従来からの8カ所のへき地病院(内科・総合診療専門研修・)に、萩市離島・中山間地域等へき地研修診療所群(総合診療専門研修)を加え、2名の専攻医(自治医大卒)を迎え、スタートした。

以下に当プログラムの3つの特徴・強みについて、詳細を述べる。

特徴・強み

1. へき地勤務を義務とする修学資金制度に対応する仕組み

へき地の医師不足は年々深刻化し、医師確保に悩む各自治体はへき地勤務を義務とする修学資金制度(自治医科大学、緊急医師確保対策枠)に期待している。新専門医制度が始まり、へき地勤務の義務がある医師においても、県内のへき地に良質な医療を提供するために、専門医取得は必要であると考え。山口県は、へき地の医療ニーズや自治医大卒医の勤務要件・キャリア形成を考慮し、新専門医制度の趣旨を踏まえた卒後の新たな仕組みを検討し、自治医大派遣要綱を変更した(図1)。自治医大卒業医師は、総合診療専門医の取得を希望する場合、当院での研修期間を1年増やし、義務年限の前半に当プログラムにエントリーし専門医資格を取得し、義務の後半は「総合診療専門医」としてへき地に貢献する。また、ダブルボードが認められたため、総合診療専門医を取得後、義務明け後



写真1 遠隔サポート

を視野に別の基本領域のプログラムを選択し、従来通り1年間の希望する診療科を研修できる。ただし、総合診療専門医の取得を希望しない場合は、へき地派遣期間等は、従来通り6年間である。また、現在、専門医を取得後もへき地で診療しながら学びを続けられる「フェローコース」の設置を検討中である。

2. 充実した遠隔サポート体制(写真1)

都市部と異なり「地理的な医療アクセスの困難さ」がへき地医療の特徴である。診療面だけでなく、プログラムの研修体制においても同様である。基本的には現地の指導医に指導いただいているが、各連携施設は医師不足の状況でもあり、現地の指導医の負担を軽減することも重要な課題である。当院の指導医も分担して各専攻医のメンターとなり、へき地に勤務しても気軽に相談できる体制を構築している。各メンターは現地指導医と連携し、研修手帳等を利用し進捗状況を確認し、学会等の発表やポートフォリオの作成支援も行う。年に1~2回程度サイトビジットを実施し、診療を直接観察したり録画したりして、振り返りを実施している。現地で習得できない技術面の研修は、週1日の研修日を確保し、基幹病院等で研修が可能である。専攻医全員が参加する「遠隔カンファレンス」を週1回Zoom®やSkype®などWeb会議ソフトを活用し定期的に行っている。また指導医によるレクチャーを月1回程度Webで開催し、県外の総合診療プログラムの専攻医も参加している。診療面で困った場合には、24時間いつでも専攻医が電話相談できる体制(ホットライン)も用意している。遠隔のサポートだけでなく、連携施設の指導医や担当事務スタッフも参加する連絡会議を年2回開催し、課題や改善策を直接会って共

有し、プログラムの充実に努めている。

3. 地域を診る総合診療医の育成に向けた取り組み

行政(県、市町村)とも深く連携していることも当プログラムの強みである。特に「保健、福祉」の分野やまちづくりを行政と一緒に取り組むことで、総合診療医に必要な7つのコンピテンシー(資質・能力)のひとつ「5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ」をより深く研修することができる。医療機関に留まらず「地域を診る視点」は総合診療医に期待されている姿勢や能力である。

平成30年度、当院は下関市から「下関市地域包括ケア人材養成プログラム等作成支援業務」を受けた(3年間)。後述の吉富崇浩院長(指導医)、陣内聡太郎医師(専攻医)が勤務する下関市豊田中央病院のスタッフだけでなく、院外の有志もプロジェクトチームに加わり、地域包括ケアの次世代を担う人財育成ネットワークづくりをチャレンジし始めた。この地域にお世話になる専攻医が、地域住民、多職種、他業種による地域包括ケアを担う人財育成ネットワークを通じて、医療機関からだけでなく、地域の皆さんから貴重な学びを得られることを期待している。

最後に

SCRUMIは、医師の卒前、卒後(初期・後期・フェロー等)の育成過程において、へき地との関わりを重視している。へき地は地域医療や総合診療を学ぶにふさわしいフィールドのひとつである。医療資源が不足しているほど、幅広い視野と総合的な臨床能力が問われる。地域ではさまざまな課題を経験するが、その課題を解決し、地域への貢献が認められ、やりがいを感じ、「地域に育てられた」と感じた時、その医師は大きく成長できる。その課題の解決方法を共有できる指導医の存在があれば、そこは教育の場が変わる。山口県ではへき地の公的医療機関全てに指導医が揃い、専門医制度がスタートできた。指導医同士が連携を深め、次世代を担う

医師が、安心して飛び込める受け皿、ネットワークづくりがこれからの地域医療の鍵を握る。

当プログラムは、へき地医療機関と連携し「総合診療専門医」を育成することで、へき地医療に貢献したいと考えている。総合診療専門医が

へき地医療への貢献を積み重ね、地域住民の認知度・信頼度を得ることで、総合診療専門医が、これからの地域社会に必要な医療提供体制の再構築の鍵となることを期待している。

へき地の指導医から

へき地医療機関(連携施設)の指導医から

下関市立豊田中央病院 院長 吉富崇浩

下関市立豊田中央病院は山口県下関市の北部中山間地域に位置する、一般病棟60床(地域包括ケア病床12床含む)の病院で、約8km離れた殿居診療所、約30km離れた角島診療所の2つの診療所を有している。常勤医は内科(総合診療)4名、眼科1名で、内科医1名は主に角島診療所での診療に従事している。対象人口は約5,000人で高齢化率は45%に上る。以前から自治医科大学卒業医師の派遣により常勤医師確保を続けている。また、当院では在宅医療部門として訪問看護および訪問リハビリテーションも提供している。

内科医(総合診療医)の業務は病院一般外来、救急外来、診療所外来、訪問診療、入院診療、検査業務、当直、健診・予防接種、研修医・医学生教育、地域保健活動、各種委員会活動など多岐にわたる。外来では高齢者の慢性疾患の管理が主体であるが、急性期疾患では小児診療や小外科を含めさまざまな症候に対する初期診療を行っている。最寄りの2次救急病院までは約30km離れており、適宜病病連携・病診連携を図りつつ可能な限り当院での対応を心掛けて診療している。病院への通院が困難となった方には訪問診療・往診を行っている。地域内の訪問看

護ステーションと連携し年1~2件程度であるが、在宅看取りも行っている。病棟業務では急性期疾患の管理に加え、急性期治療を終えた患者やレスパイト入院などを地域包括ケア病床で受け入れている。入院患者に対しては入院当初から退院後の生活を意識して多職種で関わりを持っている。退院前には患者・家族・主治医・医療ソーシャルワーカー・病棟看護師・訪問看護師・理学作業療法士・ケアマネジャー・研修医等と一緒に自宅を訪問し、退院後の生活を主体に住宅改修や介護保険サービスの調整、診療方針の変更、退院までのリハビリや病棟生活での援助などを検討し円滑に退院後の療養が送れるようにしている。その他、市の保健センターと協働し健康教室や出前講座の開催、地域コア会議に参加して民生委員や交番を含む多職種と情報交換・困難症例への対応の検討などを行う。

このように限られたスタッフではあるが、小病院ならではの多職種の連携のしやすさを活用し、総合診療医のオールラウンダーとしての活躍が期待される、やりがいのある“ちょうどいい”へき地の病院で専攻医とともに学びながら指導をしている。

特集

新専門医制度 1 期生の専攻医から

下関市立豊田中央病院(長州総合診療プログラム:専攻医) 陣内聡太郎

山口県立総合医療センターでの2年間の初期臨床研修を終え、平成30年度より下関市立豊田中央病院に赴任となった。

新専門医制度が本格開始となり、私は初期研修修了と同時に長州総合診療プログラムにエントリーし、総合診療の専攻医として日々の業務にあたっている。

初期研修の頃から感じていたが、複数の疾患の医学的管理を必要とする高齢者が増加しており、また医学的だけでなく、心理的・社会的にも問題を抱えておられる高齢者が非常に多く、今後総合診療医のニーズは一層高まっているのではないかと感じている。

豊田中央病院での指導医、先輩専攻医(旧制度)、後輩専攻医の屋根瓦式の指導体制に加え、当プログラムではメンター制を導入しており、県立総合医療センターの指導医と密に連絡が取

れ、いつでも相談しやすい環境が整っており、安心して診療に臨めている。また、日常診療だけではなく、「下関市地域包括ケア人材養成プログラム等作成支援事業」のプロジェクトチームにも関わらせていただき、非常に充実した研修を受けることができている。

新専門医制度は始動したばかりで、また総合診療が専門領域となったのもこのたびが初めてであり、確立されたモデルがないというのは不安に感じることもある。ただ、あるべき姿ではなく、ありたい姿を専門にできるということもまた事実であり、そこは「1期生」ならではの特権であるとも思っている。自分が歩んだ道が今後の道標になっていくという責任は大きく、今後解決していくべき課題も山積みであるが、楽しみながら、成長していきたいと思っている。

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 -

宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学講座 松田俊太郎
同講座 桐ヶ谷大淳
同講座 教授 吉村 学

POINT

中山間地の中小規模の病院は、「地域で活躍する総合診療医」の養成には重要な場である

外来，入院，在宅を問わず「地域をまるごと診る」ことが重要である

医学生もチーム医療の仲間に取り込もう

概要

宮崎県のへき地・過疎地域・離島・医療資源の乏しい地域の医療の特徴は、中山間地に、30～120床程度の病床を有する中小規模の医療施設が多いことである。医療資源が乏しいこのような施設は、「地域で活躍する総合診療医」にとっては、多くの経験ができる場である。当プログラムで研修を行っている専攻医は、外来，入院を問わず，一般的な内科疾患は全て受け持ち，臓器別の専門性だけでは片づけることのできない疾患，あらゆる救急疾患の初期対応，在宅医療の実践および地域の健康増進のための予防活動と，とても幅広い内容を担当している。「地域をまるごと診る」ことのできるようになることを目標とするこの研修体制は，住民および行政からの支援も得られるようになってきていて，外来および入院患者数も増加している。また，専攻医は，医学生をチーム医療に組み込ん

だ医学実習も行っていて，医学生は専攻医を通して，地域医療をイメージできるようになっている。

はじめに

平成29年より新専門医制度が導入されて，19番目の専門医として，総合診療専門医が定義された。総合診療医を養成するプログラムには，さまざまな議論はあるものの「へき地・過疎地域・離島・医療資源の乏しい地域での研修が望ましい」という一文があることから，医師不足に悩む地域への総合診療医の貢献が求められていることは明らかである。しかし「地域で活躍する総合診療医」と一言でいっても，その地域により求められる医療内容は異なるため，総合診療医の養成のためには，専攻医がその地域に貢献できる医療を実践できることが，専攻医にとっても，地域にとっても望ましい。その

点を踏まえた上で、宮崎県の医師不足に悩む地域を中心に展開している当講座のプログラムの特徴をあげる。

当プログラムの3つの特徴

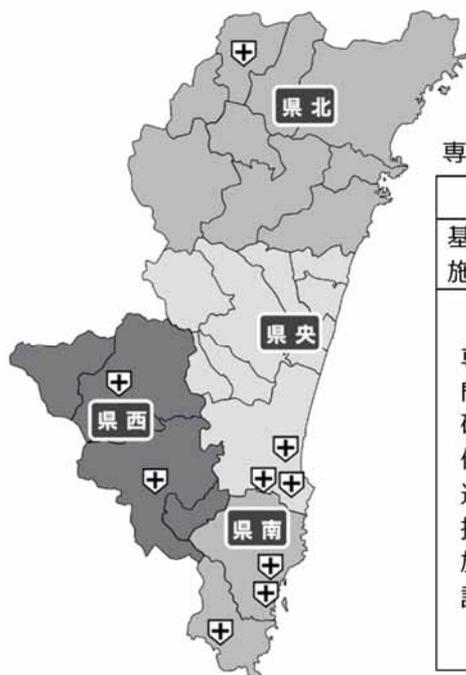
1. 入院病床を有する中山間地の中小規模の病院を中心としたプログラムである

当講座がプログラムを展開している宮崎県のへき地・過疎地域・離島・医療資源の乏しい地域の医療の特徴は、中山間地に、30～120床程度の病床を有する中小規模の医療施設が18カ所も存在することであり、それだけでも“地域で活躍する総合診療医”のニーズが大きいことが分かる。宮崎県は、高速道路や鉄道などの交通インフラもあまり整っていないので、地域中核病院との時間的な距離が、都市部と比較して、その地図上の距離以上に遠い。これは、交通弱者である高齢者などにおいて、医療機関を受診する上で大きな障害となるため、このような中小規模の医療施設が存在している理由の一つであると考えられる。よって地域に望まれて存在しているそれぞれの医療施設には、総合診療医による外来、入院および救急対応への住民の期待も大きいこともあり、総合診療医としての仕事量はとても多い。あえて“中山間地に赴任してま

で総合診療医を目指したい”と考える専攻医を増やしていくには、そこで総合診療医としてのアイデンティティーを保つことのできる教育プログラムを確立することが不可欠である。そのためには、その地域で共に生活し、その地域の幸福を総合的に考えて、信頼され、期待されながら、必要な医療を実践していく“地域で活躍する総合診療医”も十分にやりがいのある持続可能な仕事であることが体験できる教育プログラムでなければならない。当講座のプログラムを展開している主たる場は地域であり¹⁾、その専門研修施設群を示す(図1)。

2. 外来、入院、在宅医療など一貫して診ていくプログラムである

当講座の総合診療研修プログラムは平成27年から開始された。平成27年1名、28年1名、29年2名、30年1名と、毎年少しずつではあるが増加してきた。総合診療 および は、いわゆる医師不足に悩む病院で実践しているが、1つの例としてプログラムの基幹施設である串間市民病院の実例をあげる。串間市民病院は、人口約17,000人、65歳以上の人口が38%を超える串間市にある、唯一の一般病院であり、ここで、総合診療医として、外来、入院、救急、在宅診療、予防活動などを一貫して行っている。串間市民病院はベッド数120床で、診療科は総合診療科以外の診療科は、内科1名、外科1名、整形外科2名、泌尿器科1名、産婦人科1名(2018年



専門研修施設群

	圏域	病院名	研修担当分野
基幹施設	県南	串間市民病院	総合診療Ⅱ
専門研修連携施設	県北	高千穂町国民健康保険病院	総合診療Ⅰ・総合診療Ⅱ・小児科
		宮崎県立宮崎病院	総合診療Ⅱ
	県央	宮崎大学附属病院	救急科
		宮崎市立田野病院	総合診療Ⅰ
	県西	都城市郡医師会病院	救急科
		小林市立病院	総合診療Ⅱ
	県南	宮崎県立日南病院	内科・小児科
		日南市立中部病院	総合診療Ⅰ

図1 当講座のプログラム専門研修施設群

3月末で常勤医は撤退)で、多分に漏れず慢性的な医師不足の状態である。串間市には、高道路は通っていないで、近くの日南市の270床の県立日南病院までおよそ35km程度離れていて、さらに宮崎市までおよそ80km、自家用車で1時間30分の移動時間を必要とする地理的な条件があり、できるかぎり地域完結型医療を実践していくことを求められている病院である。

“地域で活躍する総合診療医”は、その地域医療のニーズに応えていかなければいけないので、どうしても“便利屋”の側面がある。せっかく便利屋を目指すのであれば、そのコンセプトとして、専攻医1年目は“患者の便利屋を目指そう(患者をまるごと診る)”，2年目は“病院の便利屋を目指そう(病院をまるごと診る)”，3年目は“地域の便利屋を目指そう(地域をまるごと診る)”，と動機付けを行っている。当院では外来診療中心の総合診療，入院診療中心の総合診療IIを明確に分けた研修は行っていない。これは、総合診療医の育成には、外来、入院、在宅医療と区別することなく患者をまるごと診ることが最も大事なことで、また“地域で活躍する総合診療医”でなければ、決して体験することのできない醍醐味であるからである。専攻医の役割は多岐にわたり、外来、入院を問わず、一般的な内科疾患は全て受け持ち、臓器別の専門性だけでは片づけることのできない疾患、皮膚科、耳鼻科など非常勤医師からの入院依頼の対応、小児科の対応、あらゆる救急疾患の初期対応、悪性疾患だけでなく非悪性疾患患者の終末期の対応、在宅医療の実践ととても幅広い。専攻医の担当する1人当たりの1日の平均外来数は10～20名程度、入院患者数は10～15名である。予防、検診活動も大きい役割なので、特定検診、企業検診や1日8～15件程度の上下部消

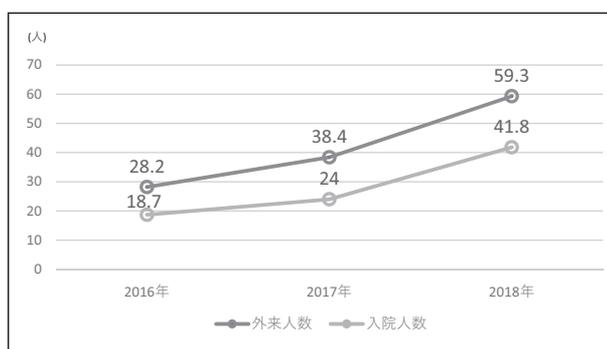


図2 串間市民病院の総合診療科の1日あたりの外来人数，入院人数

化管内視鏡検査などもこなさないといけない。特定検診については住民への説明会も定期的で開催している。過重労働になってしまう可能性を心配したが、外来もしくは入院のどちらかに偏ると、むしろ総合診療の魅力が半減するようで“地域をまるごと診る”ことのできるこの研修体制が総合診療専攻医数の増加につながっていると考えている。

正式に総合診療科を立ち上げてからの1日当たりの平均外来数，入院数を図2に記載する。専攻医の増加とともに、飛躍的に外来も人数も増加していて、訪問診療件数も、2015年は4件であったが、2016年は141件、2017年は545件、2018年はさらに増加傾向である。当プログラムを選択した理由について、専攻医からのコメントを表1に示す。当プログラムの特徴を考慮して選択をした理由が分かる。

3. 総合診療医が医学生の実習を行っている

当講座では、宮崎大学医学部の4～6年生の医学生実習を1～4週間単位で実践してきた²⁾。串間市民病院では、平成27年度41名、平成28年度43名、平成29年度50名、総合診療科で担当してきた。チーム医療の一員として、予防、医療、介護を総合的に理解してもらうために、初診外

表1 専攻医からみた当プログラムを選択したポイント

- ・患者を外来、入院を問わずに一貫して診ることができて、在宅医療などを通して、帰宅後の経過も診ることができる。
- ・病気だけでなく全人的な医療を展開できる。
- ・専門診療科が少ないために、総合診療医が診る疾患範囲が広く、病気を診る実力がつく。
- ・内視鏡検査など医療スキルの向上も期待できる。



図3 医学生の在宅医療実習の風景

来実習，病棟実習(高齢者包括評価)，かかりつけ医実習，在宅医療実習を専攻医も担当して実践してきた(図3)。具体的には，初診外来実習は，ほとんど大学病院で診ることのないありふれた主訴，症状を解釈し，生活背景などを考慮しながら，実際に診断してもらう。入院患者を対象とした高齢者包括評価を行うことは，病気が治っても，簡単には退院できない状況，自宅で生活していくために必要な生活背景を理解できるようになり，医学生にとって地域で生活してきた担当患者の人生を振り返り，患者の将来を考えることのできるよい機会となっている。近くの開業医でも実習を行い，地域のかかりつ

け医の役割について考える機会となっている。特に専攻医と共に実習を行うことは，地域医療のロールモデルを体験する機会になっている。在宅医療にも同行してもらっていて，特に実習中に退院する患者に在宅医療が導入される際には，必ず自宅まで同伴してもらうことにしている。これらの医学生実習で，医学生は専攻医の活躍を通して，総合診療医の役割について理解できるようである。

最後に

宮崎県には，このような地域が多く存在しているため，このようなモデルケースを，宮崎県の全圏域に広げていくことが目標である。医療資源の少ない地域は，むしろ総合診療を目指すものにとっては大きな活躍の場である。総合診療科のないこれまでの医療体制で受け入れ困難であった症例も，総合診療科の開設後はかなりの割合で受け入れができるようになってきている。その成功により，“地域に必要な人材は地域で育てる”ことを合言葉に，総合診療に理解を示す行政支援および住民の協力が得られるようになってきている。

文献

- 1) 吉村学:特集「地域で総合診療専門医を育てよう」総説. 月刊地域医学 2017; 31(1): 15-19.
- 2) 吉村学:医学教育と地域病院. 病院 2018; 77(9): 690-694.

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 -

沖縄県立中部病院 総合診療科 部長 本村和久

POINT

若い医師が積極的に離島診療所に勤務することで地域医療が保持
研修プログラムの充実が若い医師の確保に重要
医療確保の歴史を知ること重要

概要

当院のプログラムの正式名称は「沖縄県立中部病院 総合診療専門研修プログラム(島医者養成プログラム)」である。表紙は今回の特集の表紙の通り「へき地を活用した」ところにある「島医者養成プログラム」と銘打っており「島」というへき地に従事するのが最大の目標である。ただ、へき地に行くことができるからプログラムが成り立っているわけでは当然ない。へき地に住む住民の健康を守るために努力を積み重ねた結果が今のプログラムである。第二次世界大戦後の沖縄の混乱した状況下で、いかに医療者を確保してきたのかという歴史的背景があり、離島診療所に勤務する医師を確保している現状がある。戦後の混乱期で、まずへき地で活躍した医療者は公衆衛生看護婦(現在の保健師にあたる)であり、医師不足の中でへき地限定の医師免許ともいえる医介輔として活躍した多くの医療者がいなければ沖縄の離島医療は成り立たな

かった。その後の医師養成は、へき地で通用する医師が大前提となり、プライマリ・ケアを重視する卒後研修制度が米国政府と琉球政府との協力で作られ、実際にできた病院が沖縄県立中部病院である。

沖縄県立中部病院は1968年に卒後研修事業を始め、この50年間で1,000名を超える卒業生を輩出している。各方面で卒業生が活躍しているが、プライマリ・ケアコースと呼んできた現在の総合診療専門医育成は沖縄県の離島医療を守る要として機能している。

沖縄県には、医師1人が配置される20の離島診療所があり、そのうちの16離島診療所が県立の離島診療所である。県立の離島診療所に配置される医師は基本的に沖縄県立中部病院、または沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの総合診療研修プログラムで育成される専攻医もしくは、研修終了後の医師である。自治医科大学を卒業した沖縄県出身の医師も総合診療研修を行うことになっており、年間で5名前

特集

後の専攻医が在籍，専攻医2年目もしくは3年目で離島診療所に単独勤務するのがプログラム上の規定となってきた。若い医師が積極的に離島診療所に勤務することで地域医療が保持されている。

ポイント

ポイントは3点である。1点は「沖縄戦（1945年）後の混乱と公衆衛生看護婦・医介輔の活躍」であり，2点目は沖縄県立中部病院を中心とする卒後研修事業の確立，3点目は現在の島医者養成プログラム運営である。

「沖縄戦（1945年）後の混乱と公衆衛生看護婦・医介輔の活躍

第二次世界大戦中の沖縄戦で民間人と日米両軍と合わせた死者は約20万人といわれる犠牲者が出た¹⁾。沖縄戦直後の医師数は6名のみ²⁾，5年後（1950年）でも医師数は131人であった³⁾。この頃はマラリアや結核の蔓延等深刻な感染症の問題があり，特に広大な海域に点在する離島は無医地区状態であった⁴⁾。

この深刻な状況において公衆衛生を担う重要な制度であったのが，1951年に導入された公衆衛生看護婦駐在制度である。保健所所属の公衆衛生看護婦（現在の保健師）が住民の身近な所に駐在し，担当地域の全ての住民を対象にして保健活動を行った⁵⁾。この駐在制度では，医療や交通事情の悪い沖縄県の広い海域の小さい島々にも公衆衛生看護婦が配置され，効果的な活動を推進する手段となっていた⁶⁾。

また，医師不足を補うため，米国統治下の沖縄で米国民政府は，軍隊で衛生兵としての経験を有する者などの医療業務経験者に対して医師助手という名称をあたえて医療業務に従事させた。1951年には，医師助手を対象に離島へき地限定の医師免許と言える医介輔の資格審査を施行，126名の医介輔が誕生した⁵⁾。医介輔は，離島医療に貢献したが，資格には「一代限り」「現地開業」などの条件があり，2008年に医介輔の

宮里善昌氏が廃業，医介輔制度は消滅した⁷⁾。

沖縄県立中部病院を中心とする卒後研修事業の確立

琉球大学医学部が設立（入学生は1981年～）されるまで，沖縄には医学部がなかった。そのため，医師確保を目的に本土の大学医学部留学制度が整備され1952年から1972年までに1,352名が送り出された。しかし，医学部卒業後，医師としての研修先が不足していることもあり，沖縄への国内留学生の帰還率は30%まで低下した。この問題を解決するために，1966年に米国政府は5年計画で15万ドル計上，沖縄県立中部病院を研修病院にすることを決定，ハワイ大学から指導医を招いて1968年から臨床研修開始となった⁸⁾。沖縄県立中部病院では，総合診療に限らず内科や外科，小児科，産婦人科，救急など，初期研修から専攻医研修まで広く卒後研修を行っている。この50年間の卒業生は1,000人を超えており，例年，初期研修医は1学年約30名がフルマッチしており，初期研修を終了した専攻医（後期研修医）数も1学年で20名前後である。

特徴は，しっかりとした指導体制のもと研修医が主体性を持ちつつ研修できることや海外からの指導招聘など多様な教育機会を多く持てる点である。研修医は入院でも外来でも主治医として機能し，どの科でも1日1～2回の指導医による回診があり，当直時間でも1日2～3回の回診を行っている。専攻医3年目以降では県立宮古，八重山，北部病院といった地域基幹病院で独り立ちした医師として勤務する機会が多く，研修期間中に専攻医の医療レベルを高める良い意味でのプレッシャーがどの科でも指導医，専攻医にあると感じている⁹⁾。

島医者養成プログラム運営

徐々に医師養成が進む中，医師が赴任するようになった。1978年に自治医科大学1期生が誕生，自治医大卒業生研修プログラムが開始された。その後，1996年には，自治医大卒業生研修



写真1 Web会議

プログラムとともに、プライマリ・ケア医コースが自治医大卒業生以外の研修プログラム(初期研修2年間 離島診療所単独診療1年間、計3年間)としても開始された¹¹⁾。また、2006年には、日本家庭医療学会(現日本プライマリ・ケア連合学会)からプログラム認定を受けて、家庭医療専門医を育成することができるようになった。その後、沖縄県立南部医療センター・こども病院、沖縄県立宮古病院でも家庭医療専門医を育成するようになっている。

2016年と2017年は16離島診療所のうち、全てが沖縄県立中部病院のプログラムの出身者となっている。毎年、本プログラム採用に関して約10名程度の応募があり、実際に採用される専攻医数は1学年で5~6人平均である。これは市中病院としては全国最大規模の家庭医療専門医を育てるプログラムであり、20名以上の家庭医療専門医を輩出している。

2018年度から総合診療専門医制度が開始となった。沖縄県立中部病院におけるプログラムは、今までの家庭医療専門医プログラムを踏襲し、専攻医1年目、2年目で主に病院での研修を行い、3年目で離島診療所に単独で赴任することになる。離島診療所で単独診療を行うためには、内科、救急、小児科のほかに、整形外科、外科、産婦人科、皮膚科など多科ローテーション



写真2 直接訪問での指導

を行い、島の医療ニーズに合わせた医療技術の習得を行っている。また、単独診療前の4週間程度、離島診療所医師と一緒に研修を行う期間を設けており、離島で実際に何が必要かを体験することもできる。その後、専攻医という研修中の医師が離島診療所で単独診療することになるが、沖縄県立中部病院の指導医は週1回のWeb会議による振り返りや3ヵ月に1回の直接訪問での指導などを行っている⁹⁾¹⁰⁾(写真1,2)。

参考文献

- 1) 沖縄県援護課発表 1976年3月 <http://www.peace-museum.pref.okinawa.jp/heiwigakusyu/kyozai/qa/q2.html>
- 2) 沖縄県保健医療部 平成27年衛生統計年報(衛生統計編) <http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/iryoseisaku/kikaku/toukei/vs/h27/documents/h27eiseitoukei.pdf>
- 3) Maeshiro M, et al: A History of the University of Hawai'i Postgraduate Medical Education Program at Okinawa Chubu Hospital, 1966-2012. *Hawaii J Med Public Health* 2014; 73(6): 191-194.
- 4) 松田ヒロ子: 近代沖縄の医療と台湾: 沖縄県出身者の植民地医学校への進学. *移民研究* 第9号, 2013.
- 5) 国際協力事業団 国際協力総合研修所: 援助手法調査研究「沖縄の地域保健医療における開発経験と途上国への適用」報告書. 2000年3月 http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/11587102.pdf
- 6) 大嶺千枝子: 占領期に行われた保健婦駐在の制度比較に関する史的考察. *沖縄県立看護大学紀要* 第2号 2001年2月.
- 7) 2008年11月19日 琉球新報.
- 8) 安次嶺馨: 良医の水脈 - 沖縄県立中部病院の群像. 有限会社ボーダーインク, 2016.
- 9) 「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」報告書 (p364-372) <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201706032>
- 10) 沖縄県立中部病院 総合診療研修プログラム https://chubuweb.hosp.pref.okinawa.jp/unihawaii/program_pri.pdf

島医者は島が育てる

沖縄県立八重山病院附属波照間診療所 平良 亘

人口約500人、石垣島よりさらに南にあり有人離島では日本最南端にある波照間島で島唯一の診療所である波照間診療所に平成29年度より勤務している。医師、看護師、事務員が1人ずつの計3人体制で診療を行い、1日の外来患者数は平均10～15人である。

島では一般外来はもちろん、救急対応や予防接種、学校医、介護施設と連携、地域の疾病予防活動として医療講話を行っている。これらを島唯一の医師として行うことから「島医者は島が育てる」、「島医者の医療レベルがその島の医療レベル」という言葉が離島を経験した医師の間で

使われている。自分の医療レベルがそのまま島民に反映されることで責任を感じる。しかし、島のたくさんの人たちの支えによってさまざまな問題を解決することで島医者として育ててもらい、自分の成長が島の方々への恩返しにつながるためとてもやりがいを感じている。島では医師というよりも、一人の島民として同じ島民である患者やそのご家族に寄り添い、自分の住んでいる地域に恩返しをする意識で医療に取り組んでいる。ゆりかごから墓場までの家庭医療の醍醐味を肌で感じることができる離島医療の良さが皆様に少しでも伝われば幸いである。



小中学校での危険薬物についての講話後の風景



波照間島の施設利用者との海水浴

JADECOM 特設サイトのお知らせ

地域医療振興協会ホームページに2017年の12月に開設した「JADECOM特設サイト」。自治医大の卒業生を始めとした、地域医療に情熱をそそぐ医療者たちに取材を行い、ウェブを通じて会員へ情報をお届けしています。

開設以来、月ごとにコンテンツの追加を行い、内容も充実してまいりました。ぜひ一度ご覧ください。そして「義務明け後、地域医療から離れていたがもう一度地域医療をやりたい」、「地域医療への情熱を思い出した」という方はぜひ協会へご一報をお願いします。

地域医療振興協会はその気持ちを全力でサポートします。



取材にご協力いただいた先生方 / 2018年10月現在

高久史磨先生 / 笹井平先生 / 望月崇紘先生 / 崎原永作先生 / 並木宏文先生 / 深谷幸雄先生 / 垣花一慶先生
吉野 浄先生 / 小池 宏明先生 / 関口 忠司先生 / 原田 昌範先生 ほか

<https://jadecom-special.jp>

jadecom 会員 / JADECOM 特設サイト



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

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^{1),2)} 原田昌範¹⁾ 横田 啓¹⁾ 宮野 馨¹⁾

研究目的:過去10年(2005年~2015年)診療所が常勤体制から非常勤体制に変化があった離島で住民・医療(市町村)行政担当者・後任医師が体制変化からどのように感じているかを明らかにする。

方法:分析デザインは質的記述的研究を選択した。

結果:医療体制の変化があった離島のうち、5島でインタビューが実施出来た。

- ・住民は、医師不在に対して特に急病時と死亡時の対応について不安を抱いていた。
- ・住民・行政担当者・医師の全てが離島在住看護師の役割の大きさを認めている。
- ・住民と医師いずれも、総合病院から医師派遣されていることへ安心を感じていた。
- ・医師が感じる“診療判断の難しさ”や“総合病院による複数体制のデメリット”を住民からは聞き取れなかった。

結論:医療提供体制の変化があった離島において、住民・行政担当者・後任医師がどのように感じているか、明らかにできた。

KEY WORD 小規模離島, 離島医療, 非常勤体制, 医療提供体制の変化

・ 緒 論

へき地保健医療対策等実施要綱では、人口が300人以上の離島には原則、診療所を設置すると定めている。小規模離島は高齢化が進み人口減少も著しい。時間経過と共に人口の自然減少によって離島診療所設置基準の人口を満たさなくなる離島もある。全国的な医師の偏在もあり、特に小規模離島では常勤医師のみならず、非常勤医師の確保も難しい状況が続いている。山口県は本州最多の21離島を有し、いずれも人口1,000人未満の小規模離島である。21離島のうち、医療施設があるのは10離島、いずれも診療

所である。平成28年4月1日現在10離島の内で常勤体制は3離島であるが、この5年間で2離島が常勤体制から非常勤体制となった。

嘉数は「島嶼経済社会の特質を“一般化”することは困難であり、また目的によっては危険さえある。」¹⁾と述べるように離島のありようは、さまざまである。我々が行った小規模離島における医療提供体制の疫学調査でも、個別調査票を解析すると医療提供体制も離島ごとでさまざまであることが分かった²⁾。確かに背景が異なる離島を一般化することは難しいものの、小規模離島において常勤体制から非常勤体制へと変化した後で、そこに関わる当事者である離島住

1)山口県立総合医療センター へき地医療支援部, 2)山口県周南健康福祉センター
(筆頭著者 連絡先: 〒747-8511 山口県防府市大字大崎77 山口県立総合医療センター へき地医療支援部)

原稿受付 2018年9月7日 / 掲載承認 2018年12月11日

民・行政担当者・後任医師の声を記述し考察していくことは、今後の人口が減りゆく離島の医療を考える上で重要な視点であると考えた。

．研究目的

本研究の目的は、日本全国の離島(特に人口1,000人未満の小規模離島)を対象に、医療機関が常勤医から非常勤医という医療提供体制の変化もしくは変化後の現状に対して、離島住民・離島医療(市町村)行政担当者・後任医師のそれぞれの聞き取りを行い、対象者がどのように感じているかを明らかにすることである。

．方 法

1．研究デザイン

本研究は、分析デザインとして質的記述的研究を選択した。

2．研究対象

対象は2014年離島統計年報に基づき302島の有人離島のうち、人口10人以上1,000人未満の離島232島とした。平成28年9月質問紙票を市町村の離島医療担当者宛に郵送した(同年11月30日〆切)。質問紙には「過去10年間で医療提供体制が常勤体制から非常勤体制へ変化した離島であるか?」「後日、現地に日程を合わせた上で可能な範囲で、行政担当者、後任医師、離島住民に対してインタビューへの協力が可能か?」という項目をいれた。そのいずれも該当する回答に対して、後日研究責任者より行政担当者に連絡を入れ、研究グループ調査者が離島もしくは指定のあった場所(行政施設など)に赴き、インタビューを行った。後任医師また住民へのインタビューは、行政担当者より協力可能な方を紹介してもらう方法と調査者が個別に診療担当医師や住民代表に依頼する方法の2つを提案した。いずれの行政担当者も協力可能な方を紹介してもらう方法での対応を選択した。

3．データ収集方法

面接は研究内容を説明し、十分なインフォームドコンセントを得た上で実施した。半構造化面接をインタビュアーと研究対象者で行った。面接はおよそ30分と説明したが、話を遮らず対象者の話が出なくなることをもって終了とした。面接内容は、事前承諾を得た上でICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、質的記述的に分析した。

4．倫理的配慮

本研究は、山口県立総合医療センター倫理審査委員会(平成28年6月21日)で承認を得ている。また、データや対象者の匿名化に十分注意して論文を作成した。方言など地域特有の表現は意味が変わらないように配慮し、一部を標準語に置き換えた。

．結 果

郵送した調査票の回答は、151島(回収率65.1%)からあった。無記名、医療機関判別不能、島同士が架橋などで実際の人口が1,000人を越えるなど10島の回答を解析対象から除外し、解析対象は141島となった。その内、過去10年(2005年1月～2015年12月)において「離島診療所が常勤体制(週32時間以上の開設)」から「非常勤体制」などに医療体制の変化があったと回答があったのが16島、その内インタビューの承諾が得られたのが6島あった。うち1島は、後日確認した所、従来から巡回診療型体制であったことが判明したため、5島についてインタビューを行った(図1)。

インタビューを実施した5島の背景は、本土との交通について、2往復(95分)、3往復(20分)、7往復(30分)(2島)、8往復(30分)であった。定期船の欠航率は、調査していないが、比較的本土から近いいため欠航率はさほど高くないと推測した。医療体制の変化について、いずれも常勤体制1名から本土の総合病院からの派遣という共通点があった。派遣医師の体制は「主

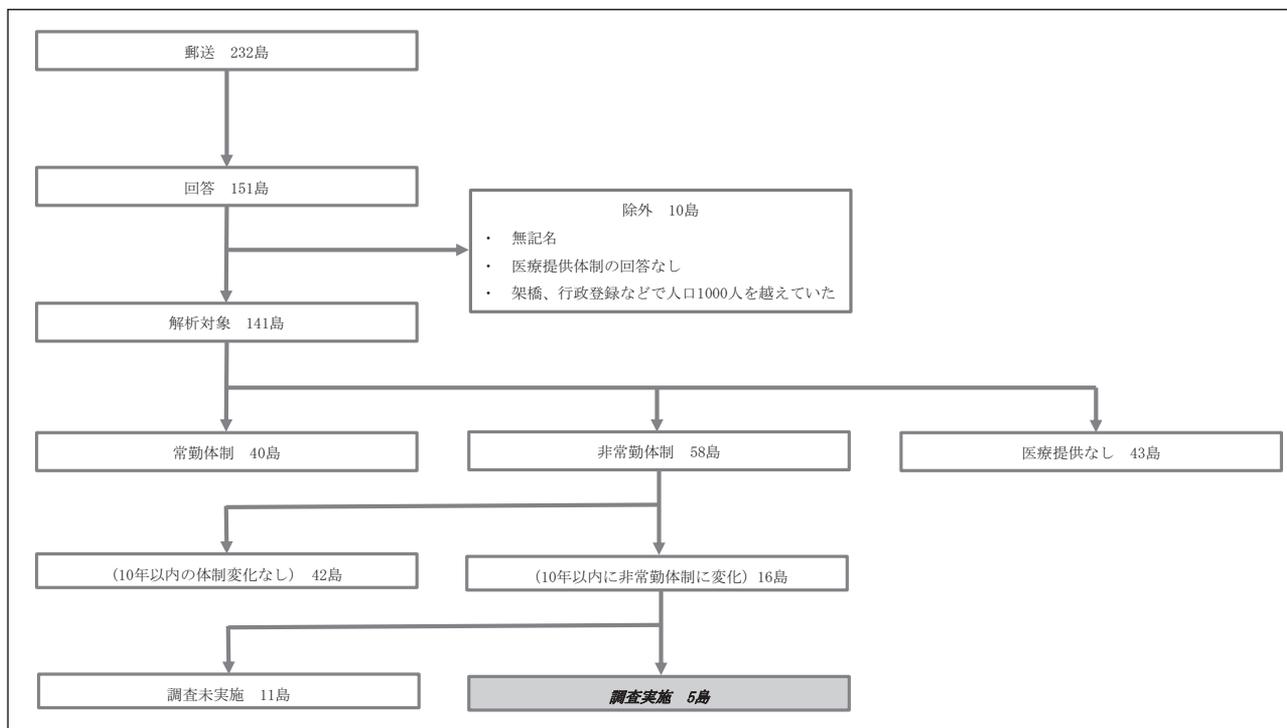


図1 調査できた離島の概要

担当1名で診療に従事している場合」と「複数医師体制で診療に従事している場合」があった。また複数体制の場合、いずれも主担当となる医師は病院内で総合診療(総合診療内科(一般)内科など)に専ら従事しており、診療担当日数が多かった。それ以外の診療日を専門診療科医師が交代で対応していた。匿名性の担保の点から詳細は記述できないが、常勤体制当時は週5日程度の開設日であったものが、非常勤体制移行した際は週3日程度に移行した場合が多かった。なお、非常勤体制後の医師不在時対応は、必要に応じて可能な範囲で診察対応2島(1島は診療日に一泊するためその間の急患に対しては診療対応している、もう1島は電話対応の上で必要時本土より診察医師が(契約)船で移動する場合がある)、電話対応のみ1島、対応していない2島であった。また、急患搬送手段は、チャーター船4島、ドクターヘリ3島、消防防災ヘリ2島、海上保安庁船舶2島、定期船1島(複数回答)であった。

以下に質的記述的分析を示す。カテゴリーを【 】、代表的なデータを斜体で示す。

1. 住民がどのように捉えているのか？

a【医師不在時に急病の不安】

“(医師が不在の時に急病が発生し)これがこの人の具合が悪くなった時にどうなるのか、もうそちらのほうが不安ですね。一番。”

b【医師不在時に死亡の不安】

“島独特の不安なところがありますね。最後の最後のあれ(死亡診断書)を書いてもらえないというのが。”

c【総合病院に引き継がれたことによる安心】

救急の時に受け入れ先になってくれる(バックアップ体制)への安心

“昔はね、病院に救急の場合行くとなっても、なかなか難しかった。それが今は(派遣元)病院が診てくれることになって、とても助かっている。”

1人の医師の限界と複数医師への安心

“なかなか島の1人の先生で全部が、皆さんが満足されるようなそういう医療のサービスというのも受けることが難しいと思っています。”

e【離島の生活に対する諦め(覚悟)】

“島民がちまたでみんな言ってるのは、その

うちもう全部引き上げて、もう島は見捨てられてしまうのではないかと。”

f【島内在住看護師への期待】

“やっぱり看護婦さんと休みの日でも連絡取れるようになってきているから、それはすごく助かってます。対応方法を教えてもらうから、それはすごく助かってます。”

2. 行政がどのように捉えているか？

a【常勤(島内常駐)看護師の役割を再認識】

“土日の心配とかそういったところで看護師に対する何ていうのでしょうか、要望そういうところが非常に大きいと思ってます。”

b【診療所(前任)医師への遠慮】

“(常勤医師の退職意志は)いつのタイミングかっていうのはまだ先なのかぼんやりとは個人的には思ってましたが、聞くことはありませんでした。”

c【医療提供体制の変化で住民や医師と直接関わり】

“まあ診察の状況とか、こういう物がほしいとかっていうのがやっぱりわかりません。まあ電話で言っていただけのほうがいいですけどね、やっぱり直接聞いたほうがいいかなと思って話す機会を持つようになりました。”

d【住民ニーズの多様性を感じる】

“実際に先生が来てくれるだけで良いという島民の方もいれば、もっと前みたいに戻してほしいという方も両方二つの意見がありますね。”

e【行政担当以外から判断の苦慮】

“医師の確保も財政に理解してもらうのも大変、首長の判断もあります。そこはどうしようもないです。”

3. 医師がどのように捉えているか？

a【医師不在に対する不安】

“一番困ってるのは、やはりちょっと状態の悪い人とか、すぐ病院に入院させるべきかちょっと様子を見るかっていう時ですね。”

b【総合病院に引き継がれたこと(複数体制)の

メリット】

診療科横断的な診療ができる

“好きな医師、好みの医師を選べる選択肢が増えていると思います。”

後方支援病院の存在は大きい

“後方ベッドとしての病院が増えたのは、今すごく心強くはなつたと。”

c【総合病院に引き継がれ複数体制のデメリット;継続性の分断】

“やっぱり複数医師体制でやるということは、その複数医師、関わってる医師同士がちゃんと情報を共有できる環境というのはつくっておかないと、やっぱり途切れ途切れの診療になったりするんで、そこは改善すべき点っていうか、注意すべき点なのかなというふうには思います。”

d【離島および離島医療に対する複雑な思い】

“他の離島だと週1とかでできてるってその差はなんなんだろうっていう、住民感情の差かもしれないですが、数だけではやっぱり割り切れないところかなという感じがしますけど。”

e【楽しいフィールドという認識】

“どういう視点で自分が医療やりたいかをよく考えて、そういうところでやってみたいと思える人にとっては素晴らしいとこです。”

f【医療体制の確保の苦労】

“結局病院でも後をつなぐことが難しいのが一番の問題ですね。”

．考 察

まず本調査により調査した離島の11%(16/141離島)において常勤体制から非常勤体制への変化があったことが分かる。元々医療提供のない離島(43島)もあることから、常勤体制から非常勤体制への移行はこの10年で進んでいると考えた。常勤体制の離島診療所が非常勤体制へ変更となった際、本土民間診療所に診療が引き継がれた事例は我々の研究グループでも覚知しているが、今回の調査では結果的に、医療提

供体制は常勤体制1名から本土の総合病院からの派遣に移行した場合からのみ聞き取りとなった。また常勤体制当時、診療所医師は概ね島内に住んでいたものの、土日祝日などの不在や高齢などの理由により時間外や夜間対応は難しい場合もあった。常勤体制からの変更は、医師の退職や診療所の閉院が多かったが、人口減少と医師確保困難を理由に行政判断による体制変更もあった。常勤体制時でも医師不在期間や夜間対応困難状態であったため、本調査の聞き取りの前提として医療提供の限界を体制変化前から島民が受け止めていた可能性はあり、それが結果に影響を与えた可能性は考慮すべき所である。

以下、質的記述を基に考察を述べるが、前記のような背景を踏まえたものである。加えて、聞き取り調査、解析、考察を行った研究グループは、へき地医療機関勤務経験のある自治医科大学卒業生医師である。聞き取りを行った数カ所の離島については、後任医師が同じく自治医科大学卒業生である医療機関があった。また、離島住民や行政担当者には本調査以前の面識はなかったが、聞き取りを行ったのが医師であったことは住民や行政に対して事前に伝えており、そのことが発言に対して影響を及ぼした可能性は考慮される点であることを申し添える。

本調査でいずれの対象者からも聞かれた共通する認識は、医師(場合によっては看護師など医療従事者も含む)不在時の不安・心配であった。我々が2010年に住民を対象に行った「離島を含めたへき地診療所がある地域住民への調査」で、診療所医師に求める項目として時間外対応のニーズは高かった³⁾。今回のように常勤医体制から非常勤医体制に移行した場合に元々あったものが減少、縮小しているため、住民にとっての不安はより大きいものであることが考えられる。一方で医師が感じる医師不在に対する不安は、限られた医療資源の中での予後予測の不確実性への不安として捉えた。不確実性の分類における、技術的不確実性(1次的不確実性)、人的不確実性・概念的な不確実性(2次的不確実性)・メタ不確実性もいずれも該当する。宮

田は不確実性のポジティブな役割や対処方法について言及しており⁴⁾、それらを参考にすることは、特に非常勤体制の形で引き継ぐ医師にとって、不安の理解や軽減のために有用であると考えられる。

また医師不在の不安を補完する形かもしれないが、全ての対象グループから離島在住看護師の役割は常勤医体制当時よりもさらに増して大きくなっていることが伺えた。実際に離島の診療所における看護師の役割は多岐に渡っていることは報告があり⁵⁾、その活躍故に離島社会における社会資源として非常に大きな役割を担っている。今回、調査が行えた離島の多くは医師勤務体制の変化のみであり、事務職員や看護職員は常勤医体制当時の職員が継続勤務している場合が多かった。仮に医師以外のメディカルスタッフ、特に看護師体制が変化してしまう場合には非常に不安が強くなる可能性があった。こういった際には、地元他職種との連携や遠隔診療などの代替方法の検討が、より必要になっていくと考える。

死亡時の対応については、医師不在時における死亡診断書交付は、2016年12月～2017年3月調査以降の2017年9月に厚生労働省から「情報通信機器(ICT)を用いた死亡診断書等のガイドライン」⁶⁾も出て一定の条件は必要であるが遠隔診療により可能になっている。医師不在時の死亡診断書交付は、制度上以前より実現可能性は高くなったと考えるが、住民、行政、医療者の理解と同意がなければ達成し得ないと考える。実際には、住民の理解と同様に非常勤医体制に関わる医師の理解、そして大きな役割を担う看護師の研修や教育の支援は必須である。

住民も後任医師のどちらのグループも、一人常勤医の時には総合病院への紹介・入院・機器の共同利用が手続きなどいろいろと困難さを感じていた。しかし、総合病院からの医師が派遣されることにより、診療上の円滑さを感じ、バックアップ体制として安心を感じていた。こうした本土の総合病院とのつながりは、常勤医体制から非常勤医体制への移行に際し住民の不安を

軽減するという視点でも重要な要因になると考える。我々が行っている離島巡回診療では、離島在住看護職は不在のため、診療時間以外は介護職と連携をとって緊急受診の判断や受入病院の手配などを電話で行っている⁷⁾。離島在住の看護職員の人材確保も難しい場合も予想されるが、そういった場合は介護職のみならず離島の既存リソースとの連携を図っていくことも必要と考えた。

住民から現在の通常診療に対する不足感や不満は一定数あると推測はするが、今回の調査では聞かれなかった。継続診療ができないデメリットは医師自身の課題であり、医師が感じるよりも島民にとってはそう大きな問題となっていないのかもしれない。住民から継続性の不安が聞き取れなかった理由として、複数医師が交代で診療するため、従来よりも島内での診療の選択肢が増えていることに伴う満足感が増している可能性がある。

住民は行政に頼るしかないと思う反面、一方の行政は常勤医体制が維持できている間は医療提供体制についてなど住民との話し合いが持ていなかったと感じていたことが明らかになった。従来は、離島で一人で頑張っている医師に対する遠慮から、その医師に対しても住民に対しても行政担当者が関わりにくい部分があったと推測する。しかし、体制移行に伴い話し合いを重ねた結果として医療提供体制変化後も引き続き医師また住民とも定期的に話をする場を設けるようになったという行政担当者の話も聞かれた。医療提供体制の変化によって対話が進み、行政担当者にとっても住民にとっても当事者意識の醸成につながっているように考えた。

今後の課題としてへき地医療拠点病院の人的不足感も大きい中で、現在提供している医療が手厚すぎるのではないか？という点を挙げる医師もいた。確かに我々の事前調査でも、非常勤医体制の診療ではおよそ1時間あたりの患者数が5人未満であり、1時間また1回あたりの診療量はそれほど多くないことが分かっている²⁾。加えて離島への移動時間も長くなり、派遣元医

療機関の不在時間も長くなっていた。離島という制約の中では島民にとって移動に伴う身体的・経済的負担が大きい点は配慮されるべきであり、社会的生活を営むための生存権の保証という意味で相応の医療の確保は必須であると言える。一方で、人口50人程で常勤医体制の離島もあれば500人を越える離島での週1日程度の非常勤医体制の診療など、離島医療は自治体や歴史によってさまざまであり、医師自身が医療提供体制への過不足に疑問を感じることも理解できた。こうしたジレンマの中で重要なことは、関係者がお互いに情報提供しながら、その地域に合ったその地域にできる持続可能な医療のあり方を、当事者意識を持って前向きに話し合っていくことであろう。

・ 結 論

日本の小規模離島で常勤医体制から非常勤医体制に変化した離島における、当該離島の住民や行政担当者、後任医師の現在の医療提供体制の捉え方について、常勤体制1名から本土の総合病院からの派遣という限定された状況にあるが、以下のことが明らかになった。

- ・ 住民は、医師不在に対して特に急病時と死亡時の対応について特に不安を抱いていた。
- ・ 住民・行政担当者・医師の全て、離島在住看護師の役割の大きさを認めていた。
- ・ 住民と医師いずれも、総合病院から医師派遣されていることへ安心感を抱いていた。
- ・ 医師が感じる“診療判断の難しさ”や“総合病院による複数体制のデメリット”は、住民からは聞き取れなかった。

・ その他の情報

1. 研究費

本研究は、公益社団法人地域医療振興協会第29回「地域保健医療に関わる研究」の研究助成を受けています。

2 . COI

著者らは，企業等から講演料など得ていません．

引用文献

- 1) 嘉数啓：島嶼学への誘い - 沖縄からみる「島」の社会経済学 - . 東京 岩波書店 2017 .
- 2) 中嶋裕 横田啓 宮野馨 ,他：小規模離島における医療提供体制の実態調査 月刊地域医学 2018 ; 32 : 134-140 .
- 3) 中嶋裕 志水元洋 原田昌範 ,他：へき地診療所医師に地域住民から求められる診療項目 - 自己記入式質問紙票を用いた横断研究 - 月刊地域医学 2010 ; 24 : 169-173 .
- 4) 宮田靖：プライマリ・ケア現場の不確実性・複雑性に対処する . 日本プライマリ・ケア連合学会 2014 ; 37 : 124-132 .
- 5) 大島操 ,新居富士美 ,阿部恭子：診療所における看護師の役割に関する文献的検討 九州看護福祉大学紀要 2014 ; 15 : 81-89 .
- 6) 厚生労働省 .平成29年度 情報通信機器(ICT)を用いた死亡診断書等のガイドライン <http://www.jarm.or.jp/wp-content/uploads/2017/09/666169605485a19225423c132926e58c.pdf> (accessed 2018 Aug 28)
- 7) Nakashima Y : Measures to improve medical access when no physicians are available to make medical rounds on remote islands .14th World Rural Health Conference ,1 May 2017 .

「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。

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

へき地の健康づくり、健康危機管理、疫学、保健福祉行政、ヘルスプロモーション、市民協働

国内外の公衆衛生関連の最新NEWSをタイムリーに配信!

公衆衛生ねっととは

会員

現在の会員数 1,595人 (2015.10.18現在)

公衆衛生ねっと 会員募集

参加者募集中

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

情報をジャンルごとにデータベース化

役に立つ情報

一覧から探す

詳細から探す

会員からの情報募集中

→ご意見・お問い合わせ

公衆衛生ねっとでは、全国の公衆衛生活動に従事しての方々の支援を行っています。へき地の健康づくり、健康危機管理、疫学、市民協働、保健福祉行政、ヘルスプロモーションなど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。

公衆衛生関連のNEWS News数 4,300 → 条件でNEWSを検索

2015.10.15 米国における心疾患、脳卒中に関する統計(American Heart Association) [NEWS] 閲覧14回

2015.10.15 平成27年就業経歴総合調査の結果 [NEWS] 閲覧5回

2015.10.15 喫煙と糖尿病、間接喫煙と脳卒中(他) [NEWS] 閲覧11回

2015.10.13 WHO NEWS WHO: Number of people over 60 years set to double by 2050, major societal changes required [NEWS] 閲覧7回

2015.10.13 WHO NEWS Treat all people living with HIV, offer antiretrovirals [NEWS] 閲覧4回

2015.10.13 公衆衛生ねっと自由集会のご案内(於:第74回日本公衆衛生学会総会)

2015.09.09 第2回ヘルプロ特別セミナーのご案内

Look Think Act みんなの健康と、みんなを守る。ヘルスプロモーション研究センター

事務局から重要なお知らせ

★ 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 03-512-9152 / FAX 03-5211-0515 E-mail: health-promotion@jadecom.or.jp

高齢者のフレイル予防に役立つ教材開発と普及

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 嶋田雅子 野藤 悠
川畑輝子 中村正和

はじめに

少子高齢化が急速に進展し、高齢者人口は、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年には3,677万人に達すると見込まれている¹⁾。高齢化が進む中で、健康寿命の延伸は喫緊の課題であり、高齢者の通いの場を中心とした介護予防(フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む)の場の拡大やプログラムの充実が求められている。

ヘルスプロモーション研究センターは高齢者の健康づくりとして、フレイル予防をテーマに、住民対象のフレイル予防教室の実施や評価、指導者養成などに取り組んできた。具体的には、東京都健康長寿医療センターとの共同研究として実施した兵庫県養父市での地域ぐるみのフレイル予防の介入研究²⁾を実施するほか、当協会施設がある群馬県嬲恋村では、2015年より村と協定を締結し、高齢者を対象とした実態調査³⁾を実施するとともに、「住民主役で健康長寿の村づくり」事業としてフレイル予防教室を村内の行政区に展開するため、その担い手となるサポーター養成に取り組んでいる^{4), 5)}。

今後全国的に進む高齢化にむけて、フレイル予防の取り組みを普及するために、これまでに蓄積された科学的エビデンス⁶⁾⁻⁸⁾や上述の取り組みの中で開発した教材をもとに、新たにフレイル予防に関する教材を開発した。本稿ではその内容を紹介する。

フレイル予防教材の紹介

高齢者のフレイル予防に役立つ教材として、7種類の教材を作成した(図)。各教材の主な特徴を紹介する。

1. フレイル予防啓発冊子「今からはじめるフレイル予防」

フレイルの概念を分かりやすく解説するとともに、フレイル予防の柱となる栄養、運動、社会面のポイントを簡潔にまとめた冊子である。筋力運動のメニューや食事の多様性がチェックできるチェックシートを掲載し、住民向けに行う健康教室のテキストとしても活用できる。

2. フレイル予防ポスター「フレイルを予防して毎日を元気に過ごしませんか」

簡易のフレイルチェックを掲載したポスターで、医療・介護施設の待合室やロビー、通いの場などに掲示しやすいA2サイズで作成した。

3. フレイル予防カレンダー「今年もげんき」

フレイル予防の柱となる栄養、運動、社会面の記録がつけられるようになっていて、食事の偏りや運動・外出頻度をチェックできる。1年を通じて運動強度がレベルアップするように月ごとのおすすめの運動を写真付きで解説している。

4. 5分で作れる3行レシピ

『道具や洗い物が少なく、短い時間で簡単に』をコンセプトとしたレシピカードである。元気でいたいけど料理がおっくうという声に応える電子レンジを活用したレシピを紹介している。

5. JADECOR体操DVD



図 2018年制作のフレイル予防に関する教材

協会オリジナルソングに合わせた有酸素運動、筋力運動、ストレッチの動画を収録している。詳しくは本誌2017年1月号をご覧ください⁹⁾。

6. フレイル予防かるた

フレイル予防のポイントを楽しく学べるビックサイズの大判かるた。セットのお手玉を使って札をとる遊び方など、通いの場やデイサービスで活用しやすい。

7. フレイル予防教室セット

フレイル予防教室(全20回分)の進め方をセリフ付きでまとめた指導者用テキストと補助教材のセット。テキストは地域で住民ボランティアが使用することを想定して作成した。運動だけでなく、栄養や社会面のプログラムが充実した内容となっている。上述したJADECUM体操DVDやかるたも教室プログラムの教材として活用している。

今後の展開

今後、たばこ(禁煙や受動喫煙,加熱式たばこ)と高血圧・減塩についての教材も作成し公開予定である。

制作した教材は当センターのホームページ(<https://healthprom.jadecom.or.jp/>)でも公開する。通いの場などの介護予防事業や健康教育活動、サポーター向けの研修、外来患者や通所サービス利用者などへの生活指導など、地域や医療

場で広く活用されることを期待している。

ヘルスプロモーション研究センターは地域や医療の場での健康づくりの推進に向けて、今回紹介したような教材の提供のほか、指導者養成や住民向けの出前講座、自治体等の予防対策事業の企画・運営・評価に関する相談や支援を行っている。

今後も、ヘルスプロモーションを推進する観点から、現場のニーズに応えながら、地域の人々が健康で元気に暮らせるまちづくりに自治体や当協会施設などと協働して取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 内閣府:平成29年版高齢社会白書(全体版) <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/index.html> (accessed 2018 Dec 20)
- 2) 野藤悠:健康長寿社会の実現を目指した健康づくり - 地域ぐるみのフレイル予防の取り組み - . 月刊地域医学 2016;30:205-210.
- 3) 野藤悠, 吉葉かおり, 嶋田雅子, 他:群馬県嬭恋村におけるフレイル予防の取り組み - 高齢者健康調査の結果とフレイル予防教室の概要 - . 月刊地域医学 2017;31:122-123.
- 4) 吉葉かおり, 野藤悠, 嶋田雅子, 他:群馬県嬭恋村におけるフレイル予防の取り組み - フレイル予防教室開催にむけたサポーター養成研修の概要 - . 月刊地域医 2017;31:206-210.
- 5) 大井志依, 土屋純子, 下谷みさと, 他:群馬県嬭恋村におけるフレイル予防の取り組み - フレイル予防教室(わっきゃない教室)開催の報告 - . 月刊地域医学 2018;32:228-232.
- 6) 東京都健康長寿医療センター研究所:健康長寿のための12か条・健康長寿新ガイドライン エビデンスブック. 東京, 社会保険出版, 2017.
- 7) 野藤悠, 清野諭:フレイルとは:概念や評価法について. 月刊地域医学 2018;32:312-320.
- 8) 野藤悠, 清野諭, 横山友里:フレイルとは:発症メカニズムと予防法について. 月刊地域医学 2018;32:406-414.
- 9) 野藤悠, 吉葉かおり, 嶋田雅子:『JADECUM体操DVD』の紹介と今後の活用について. 月刊地域医学 2017;31:46-49.

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 -

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

厚生労働省のウェブサイトで公開している「警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等¹⁾」では、平成29年度は、21,321人の自殺者が報告され、自殺は、大きな社会問題と考えられている。医療現場でも、精神科病院や精神科病床を有する病院に限らず、一般病院も含めて院内の自殺・自殺企図は、防止対策の検討が急がれる喫緊の課題である。

日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会(以下、本協議会)における「院内自殺の予防と事後対応に関する検討会」では、病院内の入院患者の自殺事故調査を実施し、「提言 院内自殺の予防と事後対応」が公開されている²⁾。

この提言には、「1. 自殺事故は深刻、かつ主要な医療事故であることを知り措置を講ずる」「2. 病院内における自殺手段を制御する」「3. 自殺のリスク・アセスメントを行う」「4. 自殺(希死)念慮を尋ねる」「5. 精神科へのコンサルテーションを推進する」「6. 自殺予防の視点をもってがん患者の治療とケアに取り組む」「7. 精神科病床における自殺事故対策を推し進める」「8. 統合失調症の自殺予防に注力する」「9. 自殺事故予防のための研修機会を設ける」「10. 事故の当事者となった医療者に専門的なケアを導入する」「11. 自殺事故を多職種による患者の包括的支援により予防する」などが挙げられている²⁾。事前予防について

は、本協議会による「病院内の自殺対策のすめ方³⁾」でも、さまざまな内容が記載されている。

日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業(以下、本事業)でも、第41回報告書(以下、本報告書⁴⁾)において、個別テーマとして「院内での自殺及び自殺企図に関する事例」を取り上げ、医療材料などを含め、医療機関のモノに関連した事例にも着目して分析を実施している。

そこで、本稿では、「医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図」事例に焦点を当て、事例の発生要因と未然防止対策について検討したい。自施設では、「医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図」事例が発生していないだろうか。関連する事例が発生していない場合でも、使用された医療機関のモノに関連する情報を考慮した防止対策や現状評価は十分だろうか。院内での自殺・自殺企図に関わる事例が発生した場合の、家族への影響はもちろんのこと、発見者や関与した職員への影響も少なくないことを考慮すると、事例の発生を未然に防止する対策の検討が重要である。

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。

“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例

2018年11月下旬現在，本事業の事例検索⁵⁾では，キーワード“自殺”で657件，“自殺企図”では631件のヒヤリ・ハット，および医療事故が検索された。

本報告書では，2010年1月1日から本報告書分析対象期間(2015年1月1日～3月31日)において「特に報告を求める事例」の選択項目のうち「患者の自殺又は自殺企図」を選択した事例は，363件とのことであった。

発生件数は，2010～2014年では年間53～77件，本報告書分析対象期間である2015年の1月から3月までには22件の報告があったとのことである(表1)。

発生場所で最も多かったのは，病室191件で，次いで，トイレ27件，階段9件などが挙げられ，件数は多くはないが，廊下，救急救命センター，浴室，検査室，機能訓練室なども挙げられており，その他としては，医療機関外での発生とともに，医療機関内の建物外の敷地などの報告があるとのことであった(表1)。

上記の期間内に発生した363件中，医療材料などを含め，医療機関のモノに関連した事例は39件挙げられ，使用されたモノのうち，医療材料・医療機器は14件で，このうち酸素チューブは5件，医療機器の電源コード3件などが報告されている(表2)。

医療材料・医療機器以外は26件で，このうち最も多いのがナースコール14件で，その他に，ベッドの電源コード，手元スイッチのコード，ポットの電源コード，赤外線センサーのコード，延長コード，離床センサーの紐，体幹拘束帯なども挙げられている(表2)。自施設において“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”に対する防止対策を検討する際に，これらの情報を考慮することも検討していただきたい。

“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”に関連して，本報告書に記載されている事例の内容としては「患者は，舌癌の病状が進行していると説明を受け，精神的に不安定な状態であ

表1 患者の自殺・自殺企図の事例の発生状況

【発生状況】		【発生場所】	
報告年	件数	発生場所	件数
2010年	77	病室	191
2011年	61	トイレ	27
2012年	53	階段	9
2013年	75	廊下、救急救命センター	各3
2014年	75	浴室	2
2015年	22(1～3月)	検査室、機能訓練室	各1
合計	363	不明	5
		その他	125

発生場所は複数回答が可能である。
(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業，第41回報告書より)

表2 患者の自殺・自殺企図の事例に関連したモノ

関連したモノ	件数	関連したモノ	件数
医療材料・医療機器	14	医療材料・医療機器以外	26
酸素チューブ	5	ナースコール	14
医療機器の電源コード (輸液ポンプ、ネブライザー)	3	ベッドの電源コード・ 手元のスイッチコード	4
		ベッド柵	2
弾性ストッキング	3	ポットの電源コード	1
心電図モニターのコード	1	赤外線センサーのコード	1
点滴の針	1	安全帯のマグネット	1
ガーゼ	1	延長コード	1
		離床センサーの紐	1
		体幹拘束帯	1
合計	40		

1つの事例に複数のモノの報告もある。
(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業，第41回報告書より，一部改変)

ったが，自殺企図の予測はできていなかった。布団を頭まで被って，心電図モニターコードと酸素投与のチューブを頸部に巻きつけ，ボタン状の気管切開保持チューブが抜けた状態の患者(意識は清明)を，定期巡視中の看護師が発見した「患者は，入院3日前から，通常実施しているインスリン注射を打たず，糖尿病性ケトアシドーシスで緊急入院となった。事故当日の朝から，食事拒否や拒薬を行い，終日処置室にベッドを移動して過ごしていた。午後，頭までタオルケットで覆って，声かけに反応がないため，看護師がタオルケットを取ると，頸部に下肢に装着していた弾性ストッキングを結びつけた患者を発見した。バイタルサインは問題なく，すぐ医師を呼んだ。弾性ストッキングによる自殺企図発生の可能性を誰も予測していなかった。患者は，過去にも自殺企図があったという情報を家族から得ていなかった」深夜，看護師が巡

視で訪室すると、赤外線センサーのコードを抜き、ベッド柵に巻きつけ、首にかけて床に座り込んでいる患者を発見した。本人の名前を呼ぶと注視あり。食道癌の治療経過に問題なく、入院時に、抗不安薬や睡眠薬の持参薬があったため、本人・妻に精神疾患の有無を確認し、特にないと回答を得ていたが、事例発生後、前医に診療情報提供書を求めたところ、精神疾患があることが判明した。患者は、全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、菌血症から慢性腎不全のため透析導入、長期入院中であった。深夜ナースコールが鳴って看護師が訪室すると、ナースコールを首に巻きつけて、ベッドをギャッジアップした状態の患者を発見した。院内緊急コールを行って治療を開始し、意識が回復した。患者は、入院時から口数が少なく、医療者は抑うつ状態に気づくことができなかった」などが報告されている。

本報告書では、これら複数の医療材料などを含め、「医療機関にあるモノに関連した患者の自殺・自殺企図」事例の主な背景・要因として「安全対策を取っていたが、十分ではなかった」「自殺や自殺企図を予測していなかった」などが挙げられている。「安全対策を取っていたが、十分ではなかった」では「想定できる危険物は排除していたが、患者が唯一コミュニケーションをとる手段としてナースコールは使用していた」などの背景・要因も報告されている。

また、医療機関が患者の自殺念慮等を予測していなかった主な背景・要因としては、患者側では「直前の状況」「病状の進行」「患者の不安や心情」に関連することが挙げられ、医療者側では、「情報」に関連することとして「適切な情報が得られなかった」ことなどが挙げられており、医療者側の背景・要因の「その他」として「説明直後の患者の発言に対する気がかりを継続できていなかった」「回復期にエネルギーが出てよくなったという医療者側の認識と、患者の思いに齟齬があった」なども報告されている。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、「医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図」事例の発生を未然防止する対策として、自殺・自殺企図に関するリスクアセスメントの実施、使用される可能性のあるモノを排除するという安全に配慮した環境整備など、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、「医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図」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ふまえた防止対策の見直しが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索⁵⁾で検索された事例(以下、本事例)を基に、「医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図」事例の発生要因と事例発生を未然に防止するためのシステム整備について検討する。

「手術後に発生した事例。リスクの予測は？」

【事故の内容】

- ・70歳代、男性、肝切除・横行結腸切除術が予定されたが、根治術ができず総胆管胃吻合術が施行された。
- ・手術翌日、患者は医師から手術所見と術式の説明を受け、非常に落ち込んだ様子であった。
- ・術後経過は特に問題なく、患者の発言などにも特に変わった様子はなかった。
- ・事例発生日の17時頃、患者は付き添っていた家族に買い物をお願いし、家族が買い物から帰室した時にはトイレに入っていた(病室は個室で、トイレも個室にであった)。
- ・家族はしばらく待っていたが、トイレから物音がせず、呼びかけても返答がないため不審に思い、トイレの磨りガラスの窓をみるとコードが透けて見えたためトイレのドアをあけたところ、患者がドアと共に倒れた。
- ・家族は大声で助けを呼び、看護師が駆けつけたところ、心肺停止状態であった。
- ・患者は、トイレ内の上部柵に電源タップ(輸液ポンプに使用していた)をひっかけ、便座に座った状態で電源タップのコードを頸に巻き、体重を後ろにかけた様であった。
- ・CPRを実施して救命できたが、蘇生後脳症にて、気管切開を行い、人工呼吸器管理を継続している。

(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, 医師から説明を受けて非常に落ち込んだ患者の状況を, 医師や看護師が把握していたにもかかわらず, 事例発生を未然に防止できなかったのか?」「なぜ, 医師から説明を受けて非常に落ち込んだ患者の状況を考慮して, リスクアセスメントが実施されなかったのか?」「なぜ, 自殺に使用される可能性のあるモノが, 患者の周囲から排除されていなかったのか?」「なぜ, 患者の家族が発見する前に, 医療者が気づくことができなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

本事例の背景要因としては「患者は根治手術が行えなかった説明を聞いた時, 医師に『いっそのこと安楽死させてほしい』と発言しており, その情報は看護師も共有していた」術後は, 家族の付添いもあり, 離床がすすみ, 食事が開始になる経過では, 精神的に安定しているように見受けられ, 医師も精神科へのコンサルトなどは検討していなかった「事故発生後, 振り返ってみると, 今回の自殺企図は突発的でなく, 家族を意図的に買い物に行かせるなど計画的であったことが考えられる」説明直後の患者の発言に対する気がかりを継続できていなかったこと, 回復期にエネルギーがでること, 医療者のよくなったという認知と患者の思いの齟齬などが要因と考えられる」などが挙げられている。

これらの背景要因に対しても「なぜ『いっそのこと安楽死させてほしい』という患者の発言に対して, 継続的なリスクアセスメントや事例発生の防止対策実施につなげることができなかったのか?」「なぜ, 術後の家族の付添いや回復する過程での状況のみで, 精神科へのコンサルトを含めたリスクアセスメント実施をしなかったのか?」「なぜ, 事故後に気づいた“今回の自殺企図は突発的でなく, 家族を意図的に買い物に行かせるなど計画的であった”ことに, 事前に気づくことができなかったのか?」など“なぜ”を深める必要がある。

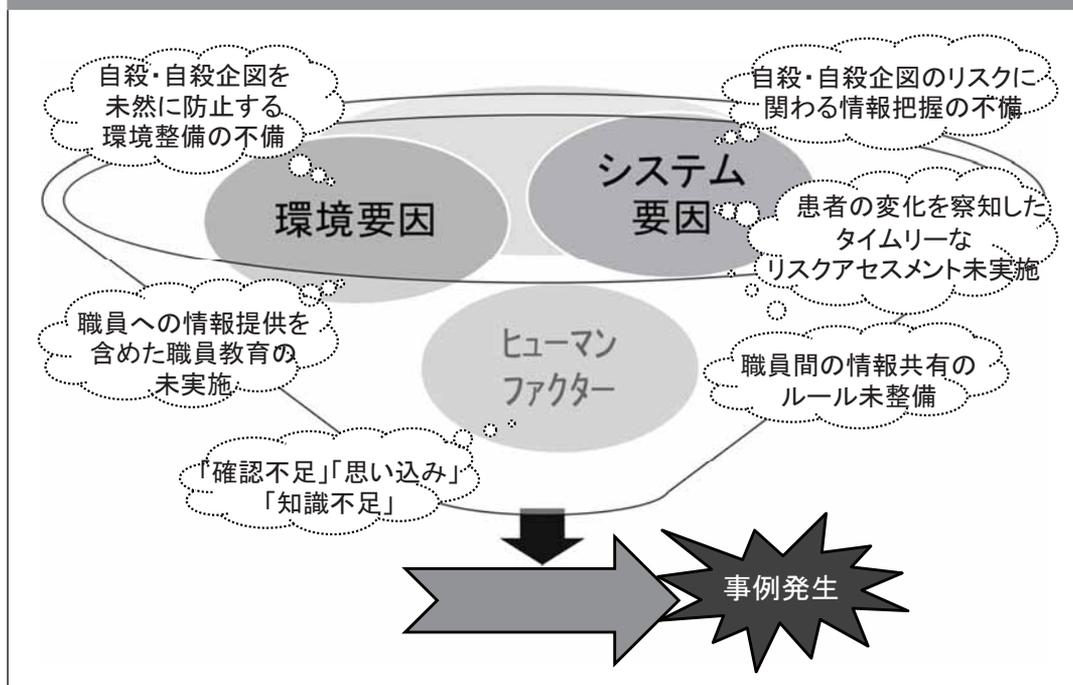
本事例では, 報告書に記載されている背景要因のうち「説明直後の患者の発言に対する気がかりを継続できていなかったこと, 回復期にエネルギーがでること, 医療者のよくなったという認知と患者の思いの齟齬などが要因と考えられる」ことに焦点を当て「なぜ, 術後の回復期の患者の様子で, 医療者はよくなったと判断し, 患者の心情との間に齟齬が生じていることに気づくことができなかったのか?」という疑問にも焦点を当てることが望まれる。

併せて, 報告書に記載されている背景要因の「患者は根治手術が行えなかった説明を聞いた時, 医師に『いっそのこと安楽死させてほしい』と発言しており, その情報は看護師も共有していた」という情報を得た際に, 十分なリスクアセスメントが実施されていたのか, 実施されていた場合にはリスクアセスメントの内容に不備はなかったのか, などについても検討したい。

本報告書では, 前記のごとく“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の主な背景・要因として「安全対策を取っていたが十分ではなかった」「自殺や自殺企図を予測していなかった」などが挙げられており, 特に39件の事例のうち25件に「患者の状態から予測できなかった」「予兆するような状況はなかった」と記載されているとのことであり, 事前に自殺や自殺企図を予測することに課題があることが伺える。

さまざまな発生要因を考慮して“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の発生要因としては, ヒューマンファクターとしての「確認不足」「思い込み」「知識不足」だけでなく, システム要因・環境要因としての, 1)自殺・自殺企図のリスクに関わる情報把握の不備, 2)患者の変化を察知したタイムリーなリスクアセスメント未実施, 3)職員間の情報共有のルール未整備, 4)自殺・自殺企図を未然に防止する環境整備の不備, 5)職員への情報提供を含めた職員教育の未実施, などが考えられる(図)。

図 “医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の発生要因



“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の未然防止対策

“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、個々の職員への注意喚起はもちろんのこと、1)自殺・自殺企図のリスクに関わる情報把握の整備、2)患者の変化を察知したタイムリーなリスクアセスメント実施、3)職員間の情報共有のルール整備、4)自殺・自殺企図を未然に防止する環境整備、5)職員への情報提供を含めた職員教育の実施、などのシステム整備が考えられる。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」「思い込み」「知識不足」などに気づき、不足を補いリスクの発生を未然に防止するシステム整備が可能となる。

1)の「自殺・自殺企図のリスクに関わる情報把握の整備」では、前記の本報告書に記載されている事例でも「患者は、過去にも自殺企図があったという情報を家族から得ていなかった」「本人・妻に精神疾患の有無を確認し、特にないの回答を得ていたが、事例発生後、前医に診療情報提供書を求めたところ、精神疾患があることが判明した」などが挙げられており、自殺・自

殺企図のリスクに関わる情報把握に関する課題があることが推察される。このように既往歴や、他施設で把握している情報などを踏まえて、「自殺・自殺企図のリスクに関わる情報」として、事前にどのような情報を把握する必要があるのかを明確にすることが求められる。

4)の「自殺・自殺企図を未然に防止する環境整備」については、さまざまな報告事例を参考に、自殺・自殺企図に使用される可能性があるモノとして、医療者が“想定外”のモノを排除することが望まれる。前記の本報告書に記載されている事例でも「弾性ストッキングによる自殺企図発生の可能性を誰も予測していなかった」ということが挙げられており、医療者の“想定外”のモノの使用の可能性を検討することも、自殺・自殺企図のリスクアセスメントに含める必要がある。未然防止対策として、院内で自殺・自殺企図に使用される可能性のあるモノについて、現場を検証し、多職種でのリスクアセスメントを実施することが望ましい。併せて、2)の「患者の変化を察知したタイムリーなリスクアセスメント実施」に、これらの情報を活用することも検討したい。

本事例の改善策には「チェックリストを使用してリスクアセスメントを行う」「どのような場

合に、どのような時期にアセスメントを行うべきかを検討する必要がある」患者の精神面の情報共有を行うとともに、患者へ気がかりを伝える」などが挙げられていた。

本報告書では、“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例における主な改善策として、「環境整備」「医療者の介入」「家族の協力」「教育」などが挙げられている。このうち「環境整備」では、「病室内に鋭利なものやひも状のものなど自殺企図を誘発させるようなものは置かない」「無線ナースコールを導入する」「ホットスポット(事例が多発する地点)の対策として、窓が開放制限できるような整備や、トイレなどの荷物かけのフックの除去を検討する」事例発生後に、全ベッド対象にメーカーに確認し、アース線がついているベッドのアース線の撤去や収納部分の補強を行った」などが挙げられていた。これらの改善策も、自施設における未然防止対策の検討の際に参考にしたい。

自施設では、“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の発生に関わるリスクアセスメントが実施されているだろうか。改めて、プロフェッショナルによる、自施設における“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例発生の可能性に目を向けて、事例の発生を未然に防止、あるいは早期発見により影響を最小にするシステムの整備が急がれる。

“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例に焦点をあて、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、現状

評価の未実施、決められた防止対策が遵守されない状況に気づかないことなどで、“医療機関のモノに関連した自殺・自殺企図”事例の発生を未然に防止することができず、患者・家族だけでなく、発見した職員および周囲の職員へのさまざまな影響が発生する可能性について、改めて認識することが重要である。

本来、医療に使用される医療材料・医療機器、および医療材料・医療機器以外でも、療養生活で使用されるさまざまなモノについて、院内での自殺・自殺企図に使用される可能性を十分に検討し、多職種で、患者の療養環境の安全確保のためのリスクアセスメントに基づく環境整備、および物品の管理の検討、認識を共有することを提案したい。

患者が医療を受ける、安全な療養生活を過ごすために使用されるはずのモノを使用して、院内での自殺・自殺企図事例が発生し、患者・家族、および職員への重大な影響が及ぶことの未然防止を図るには、関与する多職種の連携による組織としてのシステム整備の検討が急がれる。

参考文献

- 1) 厚生労働省 自殺対策推進室: 警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等(平成30年11月15日) <https://www.mhlw.go.jp/content/201810-sokuhou.pdf> (accessed 2018 Dec 3)
- 2) 日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会: 提言 院内自殺の予防と事後対応. <https://www.psp-jq.jcqh.or.jp/download/3586?wpdmdl=3586> (accessed 2018 Dec 3)
- 3) 日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会: 病院内の自殺対策のすすめ方, 患者安全推進ジャーナル 別冊, 2011;6-58.
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第41回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_41.pdf (accessed 2018 Dec 3)
- 5) 日本医療機能評価機構 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2018 Dec 3)



ちょっと画像でCoffee Break

腹部X線クイズ

練馬光が丘病院 放射線科 科長 伊藤大輔

?

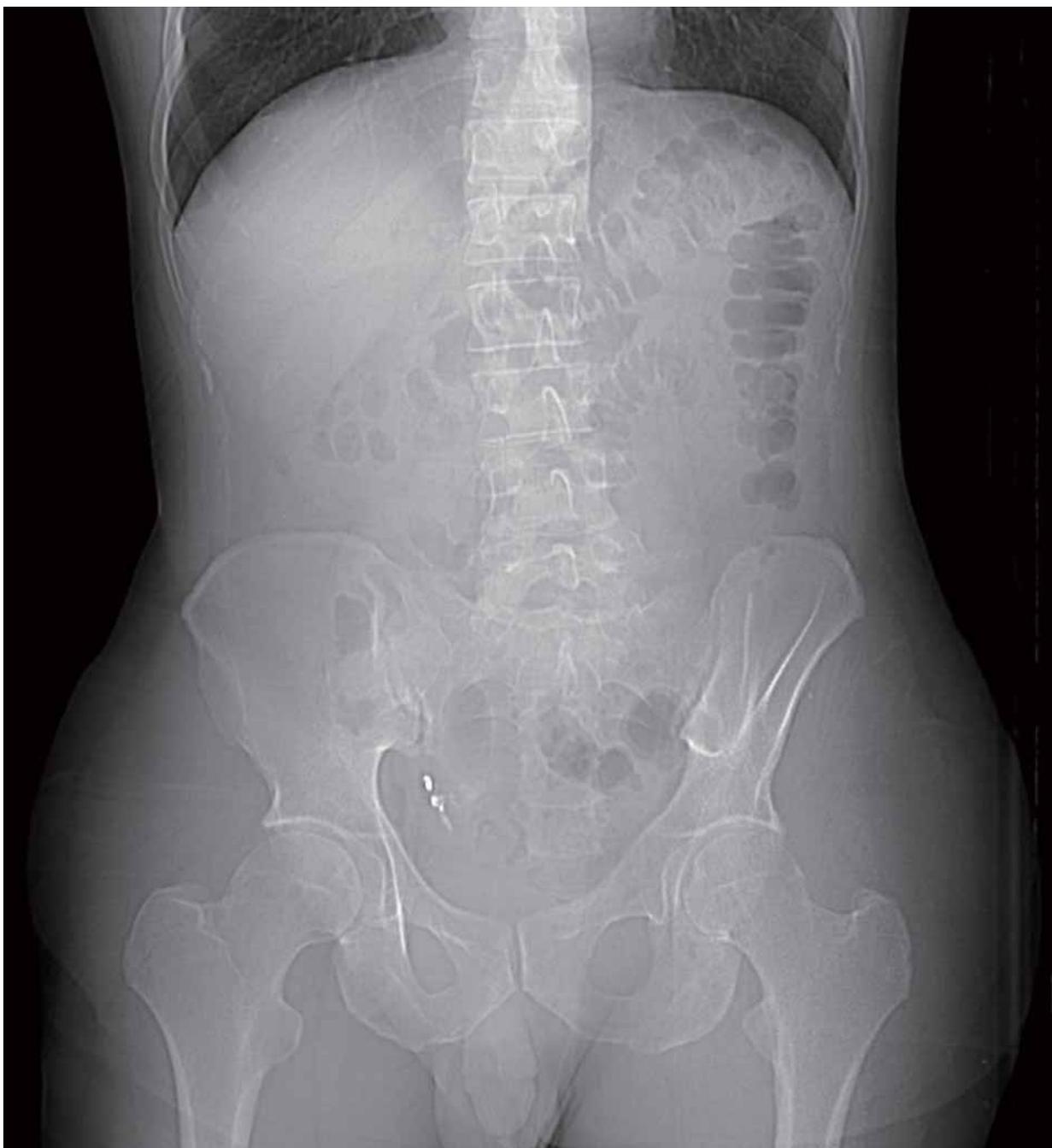
症例:40代男性 心窩部痛にて来院。

検査の上,胃潰瘍疑いとして帰宅するも,症状の増悪あり,翌日再度来院。右下腹部痛の出現や炎症反応高値あり。

来院時および翌日の腹部単純X線像を示す。所見は?



来院時腹部単純X線写真



翌日の腹部単純X線写真



初日拡大



翌日拡大

所見

右下腹部，小骨盤内には虫垂内のバリウムの貯留と思われる高吸収域を認める．前日の画像と比較すると，1日の経過でバリウムの形態が変化しており，バリウムによる急性虫垂炎穿孔が疑われる．

同日のCTにて腫大した虫垂(矢印)と腸管外のバリウム貯留(矢頭)を認める．

穿孔性急性虫垂炎として緊急手術が施行された．経過良好で1週間後退院となった．

考察

本症例の腹部単純X線像は実はCTのスカウト像である．初日のCT時より虫垂内にはバリウム貯留は認められた(提示せず)が，虫垂の腫大があるとはいえず，虫垂炎の診断には至らなかった．翌日のCTにてバリウムの漏出を認め，穿孔性虫垂炎の診断となった．

硫酸バリウムによる消化管造影検査は検診を含めて一般的に行われる検査である．硫酸バリウムの添付文書ではバリウム虫垂炎を含めた消化管穿孔は“重篤な副作用”として記載されているが，頻度の記載はない．

台湾における大規模なコホート研究では，バリウムによる消化管検査を施行した群において，2ヵ月以内の虫垂炎の発症は5.96/1,000人年，穿孔性虫垂炎の発症は2.86/1,000人年であり，バリウム検査を行っていない群よりも虫垂炎のリスクが高かった¹⁾．バリウムを用いた消化管造影検査からバリウム虫垂炎発症の期間については5時間²⁾～2年9ヵ月³⁾までの報告がみられ，かなりの幅がある．なお，本症例においてはバリウム検査後約5日での発症であった．

通常の腹部画像において，虫垂内にバリウムの貯留と思われる高吸収域を認めることは日常的



CT

にあり得ることで，症状がなければ通常は問題とならない．だが臨床的に虫垂炎が疑われるような状況において，腸管内のバリウム貯留を認めた場合にはたとえバリウム検査が過去のものであったとしても，バリウム虫垂炎の可能性を考慮した精査，経過観察が必要であると考える．

診断

穿孔性虫垂炎(バリウムによる)

文献

- 1) Li HM, Yeh LR, Huang YK, et al: The Association Between Barium Examination and Subsequent Appendicitis: A Nationwide Population-Based Study. *Am J Med* 2017; 130(1): 54-60.e5. doi: 10.1016/j.amjmed.2016.07.017. Epub 2016 Aug 20. PubMed PMID: 27555093.
- 2) 横尾直樹, 北村好史, 竹本研史, 他: 上部消化管造影5時間後に発症したバリウム虫垂炎の1例. *日本臨床外科学会雑誌* 2007;68(8):1994-1998.
- 3) 宗岡克樹, 白井良夫, 藤村夏美, 他: バリウム虫垂結石による急性虫垂炎の1例. *臨床外科* 2002;57(13):1725-1728.

POINT

虫垂にバリウムの貯留があった場合にはバリウム虫垂炎の可能性を考慮

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。

『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！

自治医科大学・地域医療振興協会 共催

2018年12月1日「食育ワークショップ第2弾！」が自治医大学生寮において開催された。このワークショップは2016年から自治医科大学と地域医療振興協会の共催で、主に健康と生活習慣との関連を学ぶことを目的としている。まず、食をテーマに1年生を対象として開催し、今年で3回目になっている。

5月に行われた第1弾では「3・1・2弁当箱法」を用いて、自分自身の1食の適量を把握する体験型の学習、また、尿中ナトリウムとカリウムの比率を当日測定し、前日の食事記録と照らし、食塩やカリウムの主な供給源である野菜や果物の摂取状況を振り返る演習を行った。

今回は5月の学習のフォローアップとして、同じ1年生を対象に、前回の学習内容の理解を深めるとともに、より実践的なスキルを学ぶことを目的とした(図1)。

レクチャー「主食・主菜・副菜のもつ意味」
はじめに主食・主菜・副菜がそろった食事の大切さを理解してもらうことを目的に、地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターの中村正和センター長からレクチャーがあった。

中村先生は、主食・主菜・副菜のそろった食事と食品摂取量や栄養摂取量、食塩摂取量の関係についてデータを示したうえで、1日に何をどれだけ食べたらよいかの目安についての説明。また、2018年5月と10月に実際に自治医大1年生に行ったアンケート調査から、主食・主菜・副菜のそろった食事を1日2回以上摂っている頻度は少ない。朝食・昼食を学生食堂で食べている人が多い。自炊に関する困りごとが多いことが分かったとし、まとめとして下記のように提案した。

- ・栄養バランスのよい食事をするためには、主食・主菜・副菜のそろった食事の回数を増やすことが大切である。
- ・学生食堂を上手に利用して栄養バランスのよい食事を実践するのがよい。

『食育ワークショップ』第2弾！

自治医科大学 × 地域医療振興協会

食の基本は 主食・主菜・副菜 にあり！

今年5月に実施した食育ワークショップの第2弾を企画しました。
1年生に事前にご協力いただいたアンケートの結果をひまえて、学生食堂の賢い利用法や、寮の狭いキッチンでも作れるレシピや簡単調理の裏ワザを紹介します。
ぜひ、ご参加ください。

2018年12月1日(土) 9時~12時
学生寮・大ラウンジ

【対象】 1年生と他学年の希望者

【プログラム】
オリエンテーション
レクチャー「主食・主菜・副菜のもつ意味」
演習①「知って納得！学生食堂の利用法」
演習②「寮でもできる！簡単レシピ」
まとめ

試食
できます！

【講師】 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター
センター長(医師・大阪府3期) 中村正和、管理栄養士 川畑輝子・嶋田雅子

【定員】 100名 (定員を超える場合は、1年生を優先します)
申込み・問い合わせは学生課(小島)まで(締め切り: 11月26日)

共催: 自治医科大学学生寮指導主事会、地域医療振興協会

図1 食育ワークショップ 案内





・自炊しやすい環境づくりについて、みんなで話し合いを始めるのがよい。

演習 知って納得！ 学生食堂の利用法

これを受けて同センター管理栄養士の嶋田雅子講師による演習では、実際の学生食堂の献立についてグループで診断を行った。

まず「食事バランスガイド」(図2)のミニレクチャー。食事バランスガイドには、1日に「何を」「どれだけ」食べたらいいかをコマでイメージしたもので、バランスよく食べて運動するとコマは安定して回るが、バランスが悪いとコマが倒れてしまうことを表現している。

そこで学生食堂の朝食・夕食を参考に、2種類の昼食の献立について、食事バランスガイドと食品摂取多様性スコアを用いて、1日のエネルギー、栄養摂取量をグループごとに計算した。

2つの献立パターンを食事診断で診断した結果、下記のことが理解できた。

- ・学生食堂を上手に利用すると、主食・主菜・副菜のそろった食事がとれる。
- ・1日3食、主食・主菜・副菜がそろったことで、栄養バランスが整う。
- ・学生食堂を1日3食利用すると、主食・主菜はしっかりとれるが、副菜は意識して選ばないと不足することがある。
- ・学生食堂で提供されるメニューには、牛乳・乳製品、果物が足りない。牛乳・乳製品は朝食でセレクトできる機会があるが、果物はないため、学生食堂以外でとる必要がある。
- ・学生食堂を1日3食利用すると、食塩摂取量が多くなる。みそ汁の汁は少なくする、佃煮を残す、ドレッシングの量を控えるなどの工夫が必要。

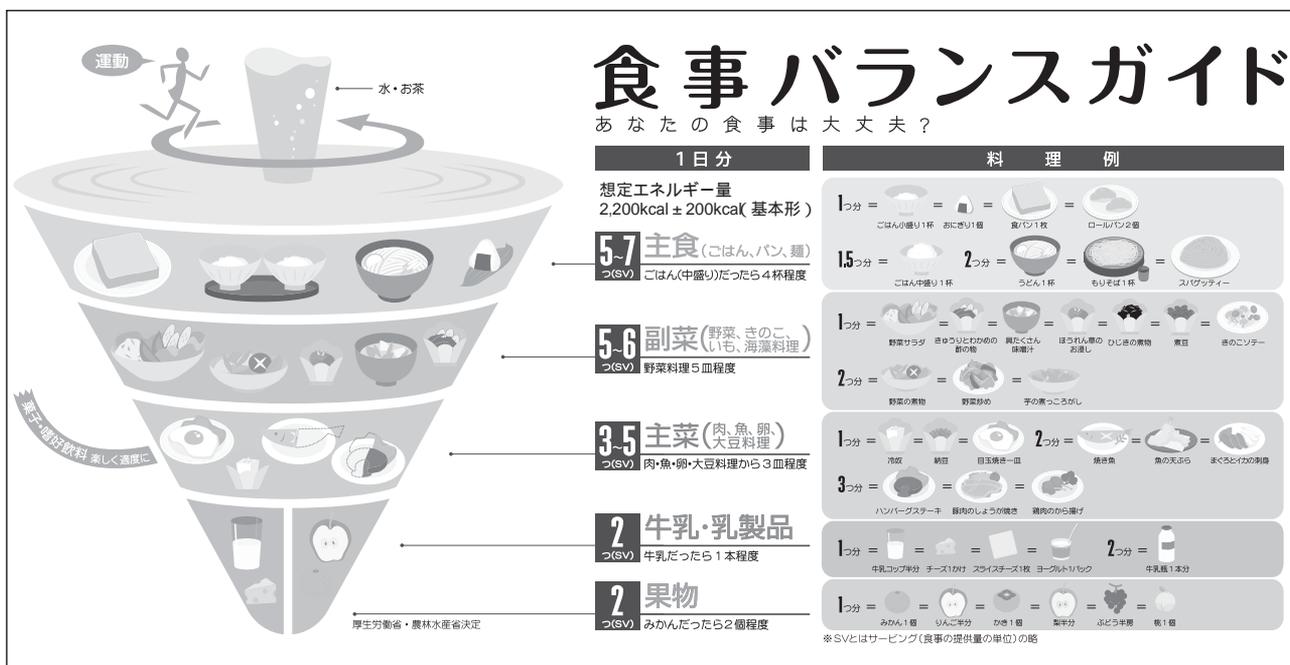


図2 食事バランスガイド

演習 寮でもできる！簡単レシピ

同じく同センター管理栄養士の川畑輝子講師による演習では「温しゃぶサラダ」「キャベツのサバ缶煮」「洋野菜ミックスの温玉サラダ」「かぼちゃのヨーグルト和え」「ほうれん草の海苔和え」などを、グループごとに実際に作って、試食する実習を行った。

まずは、あらかじめ用意された上記献立の材料の重量当てクイズ。実際に計量し自分の目測と正解を比べてみた。

次に、実際の調理。レシピに従って、電子レンジでチンするだけ、混ぜるだけの簡単なもの。作ったもので、毎食主菜と副菜がそろるように、朝食・昼食・夕食の献立を組み立てた。また昼食を学食でとったと想定し、朝食と夕食に何を食べたらよいかを考えた。

作った食事を食事バランスガイドと食品摂取

多様性スコアを用いてチェックし、食事バランスガイドと食品摂取多様性スコアの相違点について学んだあとは、いよいよ試食タイム。実際に食べて味や触感を確認した。

今回のワークショップは、昨年このワークショップを受けた2年生が協力して手伝った。前日に準備して学生寮の冷蔵庫に入れてあった食材を、お腹を空かせた寮生が食べてしまった...というハプニングがあったり、土曜日の朝のスタートだったため、初めは眠そうな1年生もチラホラ見られたが、講義が進むにつれ、皆熱心になり、いざ調理では案外男子学生が手際よく、そして自分たちが作った食事の試食はとても美味しく、楽しい学びの機会となった。

これを機に、学生食堂の献立に関心を持ち、また自炊にも取り組む学生が増えますように。

高瀬堅吉先生の 「心を見る，心を診る」 (12月1日配信)

自治医科大学医学部心理学研究室の教授を務める高瀬堅吉先生は、大学時代は哲学科で心理学を学び、大学院から医学研究科で脳の研究を始めました。脳について生理学・生化学・解剖学の視点からの研究を行いつつ、現在は学生生活支援センターで心理臨床にも携わっています。今回は「環境が空間学習機能の性差を生むか」について解説していただきます。

空間学習機能について放射状迷路を使って性別特異的影響を調べたところ、オスのラットはメスに比べて得意であることが分かりました。多くの動物でメスに比べてオスは空間学習機能が得意で、性差の要因について次の3つの説が提唱されています。

性ホルモンの形成作用が性差を生む。脳の性分化が起きる時期に精巣から分泌されるアンドロゲンにより女性型の脳が男性型に形成される。精巣はY染色体のSRY遺伝子によりつくられるので、空間学習機能の性差は遺伝的に決められる。性ホルモンの活性作用が空間学習機能の性差を生み出している。

空間学習機能を男性では高め、女性では低下させる環境要因があり、性差を生み出している。

3つ目の説、環境要因の検証に適したラットを使って、生後の環境が個体の空間学習機能に与える影響を検討してみました。環境要因のうち餌の違い(通常の固形餌と砕いた粉餌)で空間学習機能の性差を比較

したところ、粉餌ではメスの空間学習機能が改善し、雌雄差がなくなりました(図1)。

学習の生物心理メカニズムはカナダのHebbが唱えた「シナプスの促進性の変化(ヘブ則)」として知られ、後にシナプス間のグルタミン酸の放出とAMPA受容体、NMDA受容体の変化による神経伝達の長期増強メカニズムが解明されました(図2)。これを基に空間学習機能の差は環境によりアセチルコリンの量が変わる仮説を立て、ラットを使って*in vivo*マイクロダイアリシス法により海馬のアセチルコリン量をリアルタイムで測定したところ、固形餌では雌雄差が認められ、粉餌では雌雄差がなくなりました。

同時に性ホルモンの影響では、固形餌は脳の形成作用による性差が生じ、環境のみならず形成作用も空間学習機能に影響を及ぼすことが判明しました。性成熟後から粉餌を与えても性差の消失が認められ、通常の飼育環境が形成作用を顕在化させ、空間学習能力の性差を生むことが分かりました。

これを人間に当てはめると遺伝的性の影響は環境依存的に顕在化すると言えます。今回の研究から、一見遺伝的性、広くは生物学的性の影響に思えることでも、社会的・文化的比較を行うことで、それが環境依存的に発露したものを慎重に考える必要があるという示唆が見出されました。

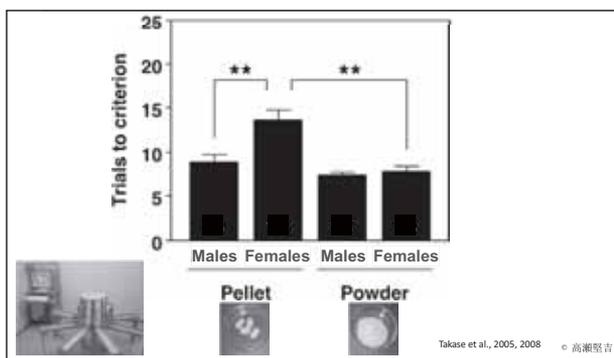


図1 環境が空間学習機能の性差を生む?

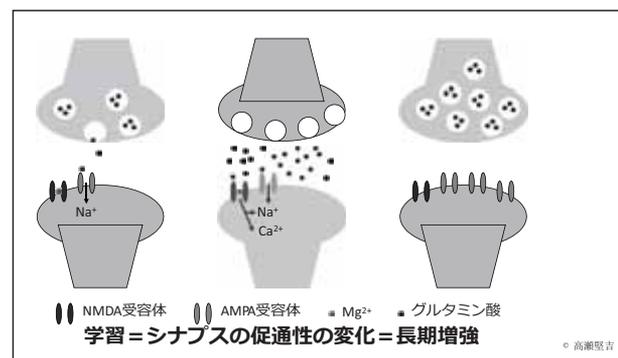


図2 学習の生物心理メカニズム

* 高瀬堅吉先生のレクチャーの詳細は、12月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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





東京都小笠原村 母島診療所 山下匠先生へ



長崎県上五島病院内科
岸川孝之

山下先生、新年明けましておめでとうございます。とはいえ、現在はまだ11月末。厳しい冬の訪れを感じながら原稿を書いております。早いもので今回の原稿が今年度の私から山下先生への最後の交換日記となります。1年間全く環境の違う離島医療に身を置き日々戦う先生のお話は非常に興味深く、自分たちの医療と照らし合わせながら拝見させていただいておりました。1月号では特にその内容をごく一部ではありますが知ることができました。輸血や手術や緊急処置が必要になるなどの症例はかなり大変そうですね。人口は上五島よりも小規模とはいえ、万が一に備えた設備や繰り返しの事前シミュレーションなど素晴らしいなと思いました。上五島では、発症超早期の虚血性脳卒中に対する、t-PAを当院で打ってからの本土へのヘリ搬送(drip and ship)のシミュレーションや、大規模災害に対する訓練など行っておりますが、なかなか日常業務の関係で短期間に反復して行うのが難しく、毎回混乱しながらの作業になってしまいます。また人の出入りも多い病院業界ですから、定期的にこのような訓練を行うことの重要性を先生の記事を見て再認識させられました。

話は変わりますが、五島列島というのは何故「五島」というのかご存知でしょうか？五島列島には大小140あまりの島がありますが、その中で比較的島のサイズの大きな、北から中通島、若松島、奈留島、久賀島、そして福江島の五つの島から構成されるので「五島」と言われております。実は私、12月は1ヵ月間だけですが、福江島にある富江病院で診療応援を行うことになっております。福江島は上五島病院のある中通島よりさらに大きく、人口も五島市全体で倍の約3.8万人となっております。富江病院以外の中核病院があり、他にも入院施設や開業医がいくつかあるような町です。富江病院は内科3名体制の55床の施設ですが、ちょうど常勤の女医さんが育休に入ったこともあり、当院および対馬病院など他の島の医師が診療応援に行くことになりました。久しぶりの少人数体制での勤務となりますし、別の離



Google Mapでの五島列島と富江病院の位置です。上の○が上五島病院です。

島で働く機会もこれまでなかったので、非常に楽しみです。福江島での上五島とまた違った医療、文化を持ち帰りたいと思っております。前回もお話ししました通り、島(地域)が違えば医療も全く異なります。私は上五島に計11年勤務しておりますので、普段自分たちが行っている医療にある意味盲目的になっている可能性もあります。たった1ヵ月ととても短い期間ではありますが一度自分の持ち場を離れることで問題点も認識できることでしょうか。寒い冬が始まるので肺炎や心不全の増悪など、大勢の高齢患者さんが受診あるいは入院されるものと想定されます。もちろんこれまで上五島で培ってきた知識・技術と離島医療・総合診療のノウハウを生かしながら頑張っていきたいと思えます。

2018年が終わり、そして2019年、さらには4月で平成も終わることになり寂しい限りであります。この私と山下先生との交換日記も終わります。元々文章を書くのが好きな自分にとっては非常に楽しい企画をいただきましたこと(後半はややだれてしまいましたが)、「月刊地域医学」の編集部の方々にはこの場を借りまして厚く御礼申し上げます。

最後に山下先生、1年間上五島とは全く違った離島のお話を医療に限らず、文化、自然、歴史などさまざまな切り口で紹介していただき、本当にありがとうございました。機会がありましたら必ず小笠原には伺いたいと思えます。先生がその時にまだ島にいらっしゃれば、ぜひご招待していただき、美味しいものやお酒を振舞っていただければ幸いです。そして去り際には先生から「レイ」を首にかけていただけたら最高でしょうね。交換日記は終わりますが、今後ともどうぞよろしく願いいたします。先生もお身体をご自愛されながらも、ますますのご活躍を祈願しております。



内科病棟にもクリスマスツリーが飾られました。チームの仲間とともに。



秋空の下今年も船上BBQを内科で行いました。今日のメインはこれからというホタテと牡蠣でした。



紅葉に映える旧・奈良尾町の名所「あこ樹」の向こう側の奈良尾神社





特定ケア看護師の位置づけと担う役割 1

JADECOM-NDC研修センター センター長
聖マリアンナ医科大学救急医学集中治療部救急科 部長 藤谷茂樹

私がJADECOM-NDC研修センターに関わることになったきっかけは、私が米国で集中治療フェロー、感染症フェローをしているときに、ナースプラクティショナーと一緒に仕事をさせてもらったことに大きく起因している。米国でレジデンシー教育を受けた後に専門性のある分野に進んだ時に遭遇したナースプラクティショナーの存在は、フェローの同僚というよりむしろ兄貴分的な存在であった。その時は、ナースプラクティショナーというのがどんな教育を受けてきたのか知る術もなかったが、帰国後、日本においてもぜひこの制度を導入したいと考えようになった。その矢先に、東京ベイ・浦安市川医療センター立ち上げに関わることとなり、センター開設と同時に、診療看護師の導入と育成に取り組んできた。

当時国内では、診療看護師は試行事業でありまだまだ普及するには至っていなかった。一方、地域医療振興協会(以下、JADECOM)の運営施設のある地域では、医師不足で困っているところが大変多い。そういった地域で活躍できるような、特定行為のできる看護師の育成は日本国内にとっても急務であると感じた。そこでJADECOMの中で、診療看護師に近い、特定行

為のできる看護師を自ら育てようと考えたのである。

現在厚生労働省が進めている、特定行為のできる看護師育成事業は、臨床推論の教育が充実していない。しかし実臨床の場で必要な医師と共通言語で会話ができるレベルまで看護師を育て上げなければ、手技だけを行うという存在になりかねない。私は、真に地域医療に貢献のできる、特定行為のできる看護師を現在の法制度の中で最大限のリソースを利用して、育成したいと考えている。

わが国の看護師の特定行為研修については、急性期の病院での実施が想定される行為よりも、「在宅医療を支えるために必要な行為の研修受講の推進」が求められている。しかし、JADECOMが育成に取り組んでいる特定ケア看護師の位置づけとしては、現在厚労省が推進する10万人育成計画が求めている在宅診療、糖尿病管理、褥瘡管理、救急診療が中心の看護師ではない。むしろ、診療看護師に近い位置づけである。今、日本中で働き方改革が進む中、JADECOMとしては、地域で活躍できる、すなわちタスクシェアリングができる人材の育成を特長としている。

一方で、現在、NP協議会が育成している診療看護師は、ある程度の規模の病院で勤務している場合が多い。これでは人材の地域格差が解消されるには至らない。JADECOMでは、何とか地域に戻す人材を育成することを鑑み、国内で唯一、一般病院において、21区分のできる、そして、臨床推論もできる特定ケア看護師の育成事業を行っている。

言葉の定義

ナースプラクティショナー:米国のNP
診療看護師:一般社団法人日本NP教育大学院
協議会(以下NP協議会)で認定さ
れた看護師
特定ケア看護師:21区分の特定行為のできる
看護師

JADECOMにおける特定ケア看護師は、下記の項目を目標としている。

- 1) 臨床経験をフィードバックしながら、高度な専門的知識・技能を習得できる。
- 2) 高度かつ専門的な知識および技能を必要とする21区分38の特定行為について研鑽を積み、安全に実施できる。
- 3) Common diseaseについて、事前の医師の指示のもとで、臨床推論が理解できる。
- 4) 医師との適切な距離感を維持し、責務の遂行ができる。
- 5) 医療人としてのコミュニケーション能力を高めることができる。
- 6) 医療資源に恵まれない山間へき地・過疎地・離島での医療・看護活動ができる。
- 7) 看護師として、対象の生活過程を重視した保健指導ができる。
- 8) 医療経済を理解し、医療保険・介護保険の適正使用を視野に入れた医療・看護の提供ができる。
- 9) 地域で共に暮らす人々の健康の保持増進・疾病の治療に参加しながらも、看護の視点を忘れずに謙虚に実践を積むことができる。

特定ケア看護師の担う役割、これは米国のNPに期待されている内容とほぼ変わらない。異なるのは、21区分の特定行為については包括的指示で行うことができ、その他の手技は、直接指示のもと行うことができるという点である。

具体的には、トリアージなどを兼ねた詳細な患者情報の入手である。患者情報や身体所見、またそのほかの情報を医師の監督の下で臨床推

論を行い、医師の指示の下で代行入力を行う。そして、病棟や外来で、医師の診療が遅れることなく、迅速に患者診療を進められるようなサポートをチームとして行うことができる。何より重要なことは、特定ケア看護師は看護師であり、これまで医師と看護師の間にあったギャップを埋めることができるのである。

JADECOMでは高解像度のテレビ会議システムを導入しており、卒業した特定ケア看護師は、毎月1時間ほどフォローアップ研修を行っており、全国で活躍している特定ケア看護師との情報共有と1症例の症例検討を行い、常に卒業生が一丸となって成長する支援を行っている。このテレビ会議によって、意思疎通を図り、地域で孤立することを最小限にする狙いもある。

実際に、運営施設である与那国町診療所に2ヵ月ほど、第1期生の特定ケア看護師を派遣する機会を得た。当初は、病院での勤務をしていたため、リソースが枯渇している環境で実際に機能するかどうかという不安があった。しかしながら、外来診療を横で監督しながらサポートすることができ、なくてはならない存在であるということ分かった。

医師が不足して、困窮している地域では、generalができる特定ケア看護師が必要とされていることを確信した。今後も医師と共通の言語でコミュニケーションが取れ、臨床推論ができる特定ケア看護師を育成し、地域での医療発展の起爆剤になることを願っている。

地域医療型後期研修

2018.12.17

六ヶ所村から女川町へ

JADECOM奨学生・ススめ専攻医3年の上柴です。今年4月から青森県六ヶ所村地域家庭医療センター勤務後、10月から宮城県女川町地域医療センターに勤務中です。初めての地域診療所研修の概要と印象的な2つのことをご報告させていただきます。

六ヶ所村には日本唯一の原子燃料サイクルの中核施設があり、国内外からの移住者が働くため、日本の地域ながら高齢化率が23.2%と全国平均を下回る特徴がありました。女川町は高齢化率が38.5%と高く、2011年の東日本大震災時、津波で甚大な被害を受けた土地ですが、企業・NPO・行政が一丸となり復興が進み、今年はアジア都市景観賞も受賞しました。

勤務の内容は、両診療所とも午前・午後と外来・病棟管理、上部内視鏡含めた検診業務、午後に月数回の訪問診療、昼に小児科健診、常時救急車対応と検案業務のある点は同じです。異なる点として、六ヶ所村は月1回午後に特別養護老人ホームの回診（1回30人前後対象）と毎週日に各職種交代でPCM（Patient Centered Medicine）の症例発表があること、毎日勤務後に全員で健診と外来の全画像検査の検討会を行うこと、当直中はCTを自分で撮ること、ドクターヘリ要請できることがあります。女川は、月2回の離島診療、月1回の地域健康講話開催、毎週末のように盛んな地域健康関連行事への参加があります。

天候不良ならヘリは飛ばず、救急車はどちらも近くて30分、できる検査の限られた状況で指導医の先生が繰り返された「時間経過・解剖学的理解から診断し予想する」ことの重要性を痛感、自分の解剖学的知識不足と手技のセンスのな



地域医療のススめ 上柴このみ

プロフィール

- 2014年3月 香川大学医学部学科卒業
- 2014年4月 初期研修 沖縄県立中部病院 小児科コース
- 2016年4月 後期研修「地域医療のススめ」 (JADECOM奨学金義務年限開始)



六ヶ所村 松岡先生(後列左端)率いる多職種バンド(看護師,PT,検査技師,研修医)で老健の夏祭りに参加したことも良い思い出です。

さに直面しています。一方で、グラム染色
や病棟急変の経験など過去の研修全てが
診療所の現場で生きることを実感できる
のは心強いです。

女医として地域にいること

「先生、女だから話すけどね」と今まで言え
なかった泌尿器系の主訴や家族の悩みを話し
てくれる高齢女性の方々、望まない妊娠の事
実を話してくれたDV被害者の女性など、予想
以上にAccessibilityの点で地域で女医である

ことの強みを実感できたのは嬉しいことでした。STD疑い・性暴力後・妊婦の尿管結石と何とか
対応できたのは、昨年の恵那病院女性診療研修での外来経験があったからだと思います。しかし
女医の需要を感じるからこそ長期的視点では、子育て世代の女医も地域で活動可能な社会整備
が大きな社会的課題と感じます。



住民フォーラム
在宅医療を、地域住民の方にさらに知っていただくための
寸劇を、実際に在宅医療に関わる地域専門職が役者となっ
て行いました。

シームレスな医療

両診療所で職員が事務・リハビリ・検査・看護など職種を越えて患者さんを見守り、自由に意
見交換していく文化を感じています。他職種の方から自分の知らない本人の一面・歴史を教えて
もらうことで診療に活かし助けられることも多いです。女川は被災経験が医療者と地域のチー
ミングの土壌だと感じます。復興の過程で住民の支え合い文化が強まったと保健師さんから伺
いましたが、末期癌で身寄りのない方が在宅希望で退院する際、近所のボランティアが荷物搬入
を名乗り出てくれるケースを前に、納得です。

新参者の自分を受け入れることは多大な負担
にもかかわらず、温かく見守り協働してくださ
る双方の診療所指導医・スタッフの皆様には感
謝の念しかありません。JADECOM奨学生と
してしばらく地域医療の現場勤務が続きます。
子どもとその家族のために、地域のニーズに
合わせて少しでもお役に立てるよう研鑽を
続けます。今後ともどうかよろしく願いい
たします。



女川集合
震災3週間後、JADECOM学生ボランティアで参加した際
に見た女川の医療者の方々の姿はお手本として研修
中、時々思い出してきました。半年間という短い間で
すが、頑張ります！

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が 開催されました……………

11月1日(木)10時から医学部教育・研究棟1階講堂において、平成31年度医学部入学者選抜試験実施等に係る入試事務担当者会議が開催されました。

全都道府県の入試事務担当者が一堂に会する本会議では、永井良三学長の挨拶に続き、大槻マミ太郎入試検討委員長から平成31年度入学試験の概要説明、次に角田正弘学事課長から入学試験実施方法等の詳細について説明が行われました。その後、水田耕一学生委員長から在学生の関連事項について、山田俊幸卒業指導委員長および高本和彦卒業指導部長から卒業生の関連事項について、岡崎仁昭医学教育センター長から本学の学生教育についてそれぞれ報告があり、最後に簗田清次副学長の閉会の挨拶によって会議は終了となりました。

また、午後は卒業生および在学生について、各都道府県担当者と卒業指導委員および学生生活支援センター員による個別協議が行われました。

なお、平成31年度医学部入試日程は次のとおりです。

【平成31年度自治医科大学医学部入学試験日程】

出願期間 平成31年1月4日(金)~1月23日(水)

区 分	試 験 期 日	合 格 発 表 日	試 験 会 場
第1次試験	1月28日(月) 1月29日(火)	2月1日(金)	各都道府県の 指定する場所
第2次試験	2月7日(木)	2月15日(金)	自治医科大学

報告
各種お知らせ
求人

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

自治医科大学第1期生，卒後40周年を記念し，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が平成30年11月17日(土)，ホテル広島ガーデンパレスにおいて開催された．総合司会を務めたのは山口県支部長 原田昌範先生(山口県立総合医療センター)．

中国地方支部長の吉田泰之先生(鳥取県立中央病院)の開会挨拶に続き，お祝いに駆け付けた恩師の高久史磨先生(自治医科大学名誉学長・地域医療振興協会会長)，細田瑛一先生(自治医科大学名誉教授・地域医療振興協会理事)が来賓として紹介された．

「新専門医制度と地域医療の将来」と題した山田隆司地域医療振興協会副理事長の講演では，卒業生としてへき地に赴任した地域で学んだこと，現在自分が高齢患者の多い病院で管理者を務めている経験から考える今求められる総合診療医像，今後のJADECOMの取り組みなどについてが述べられた．

山口県の1期生である茶川治樹先生(岩国市医療センター医師会病院)の講演「卒後40年を振り返って」では，これまで赴任したそれぞれの地域での医療について，また山口県の取り組み，協会の中国ブロック会議の取り組みが紹介された．

「私の歩んできた道」と題した高久史磨先生の講話では，自らの生い立ちや医学生時代の話，また，自治医大開学時，学長時代のエピソードなどが紹介された．

白崎信二先生(地域医療振興協会常務理事)の挨拶で第1部の地域医療研究会は閉会．

第2部の意見交換会は，吉新通康協会理事長の開会の挨拶でスタート．自治医大の40年のあゆみを紹介したスライドショーは歓声で沸いた．最後に全員で校歌を斉唱し，外山千也先生(地域医療振興協会常務理事)の三本締めで会は終了した．



吉田泰之先生



茶川治樹先生



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

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

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトしていただくか、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・診療が行われているのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知るといことがしばしばありました。

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

生涯教育センター長 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となります。）

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>

・・・会員の皆さまへ

年会費変更のご案内

平成30年4月1日から正会員の年会費が減額になりました。詳細は下記のとおりとなります。

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

勤務先等変更の手続き

勤務先等変更の際は、手続きをお願いします。

協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>), 協会事務局への電話・FAX・Eメールにて変更手続きが可能です。

入会方法

入会を希望される方は、協会ホームページより入会申し込み書をプリントアウトし、ご記入の上、下記事務局へお送りください。

連絡先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

北海道

北海道立江差病院



総合診療科 1名

診療科目：内科（消化器内科 循環器内科 呼吸器内科 神経内）、外科、整形外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、神経科、精神科、皮膚科、泌尿器科

病床数：198床

職員数：123名（うち常勤医師10名）

所在地：〒043-0022 北海道松山郡江差町字伏木戸町484

連絡先：道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 吉田

TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4100

E-mail yoshida.ryosuke@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立江差病院は、民謡・江差追分発祥地であり、日本遺産にも認定された江差町に所在し南檜山第二次医療圏の地域センター病院として、急性期医療、精神医療、人工透析等、重要な役割を担っています。また、地域包括ケア病床も運用し、圏域に不足する回復期の医療も提供するなど、地域住民から信頼される「安全」「安心」「温かみある」の3Aな病院となることを目指しており、地域医療に興味ある方からのご連絡をお待ちしています。

<https://esashi.hospital.hokkaido.jp/>

受付 2018.7.30

公立芽室病院



内科、外科、整形外科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、人工透析科

診療科目：内科、外科、整形外科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、人工透析科

病床数：107床

職員数：190名（うち常勤医師13名）

所在地：〒082-0014 北海道河西郡芽室町東4条3-5

連絡先：事務長 西科

TEL 0155-62-2811 FAX 0155-62-5843

E-mail byouin@memuro.net

特記事項：公立芽室病院は、北海道十勝平野の中央部、秀麗な日高山脈を背景に大自然のふところに抱かれた芽室町に所在しています。芽室町は気候と地理条件などに恵まれ、基幹産業の農業（豆類、ピート、馬鈴薯、小麦など）の総生産額は国内でも有数であり、商工業においても製造品出荷高と商品販売額で道内町村のトップクラスに位置します。さらに年少人口比率と生産年齢人口比率の合計で72.6%（2015年）を占め、まちには活力があふれています。

当院の最大の特徴は、医療ニーズが極めて高く、患者も多いことです。ポテンシャルの高い担当医とスタッフに見合う疾患が集まり、現に下肢静脈瘤手術では全国から多くの患者さんが来院されています。地域包括ケア病床を立ち上げるなど、町の総合計画に沿って病院経営を進めていますが、帯広市との隣接により医局からの医師派遣対象とはならず、内科医師の確保に困難を極めています。

患者に優しく、地域医療に情熱がある医師を募集します（院長は自治医科大学1期卒、他に外科医師1名が同大学卒です）。

<http://memuro.com/>

受付 2018.10.17

松前町立松前病院



総合内科（プライマリ・ケア医 優先）
2名

診療科目：内科、外科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、人工透析

病床数：100床

職員数：121名（うち常勤医師5名、非常勤医師7名）

所在地：〒049-1593 北海道松前郡松前町字福山174-1

連絡先：病院事務局 副管理者 小本

TEL 0139-42-2515 FAX 0139-42-2516

E-mail kiyoji.komoto@town.matsumae.hokkaido.jp

特記事項：松前町立松前病院は、北海道最南端に位置し、北海道から離島等特定地域病院の指定を受け、松前町をはじめ隣接する福島町、上ノ国町唯一の病院として医療、介護福祉、保健予防事業の拠点施設としての役割を担っています。また、当病院はプライマリ・ケア医中心に専門医との円滑な連携により幅広く地域の医療ニーズに対応する地域医療拠点病院として発動し、さらにへき地医療研修病院としての役割も担い、毎年、多くの研修医はじめ多職種の学生研修の受け入れを行っています。特にインターネットテレビ会議の運営は、全国300カ所以上を結び、医師はじめ医療スタッフの生涯教育を使命として無償で提供しています。病院経営は、地域住民の医療ニーズにお応えし、研修病院としての取り組みによって平成28年度まで9年連続単年度収支が黒字となっています。今後も、プライマリ・ケアに特化し、プライマリ・ケアに携わる医師およびスタッフの養成を使命として運営していきますので地域医療に思いのある方は大歓迎です。

<http://matsumae-hospital.com/>

受付 2018.9.5

千葉県

国保多古中央病院



内科 2名、整形外科 1名

診療科目：内科、外科、整形外科、小児科、リハビリテーション科、皮膚科

病床数：161床

職員数：185名（うち常勤医師11名、非常勤医師11名）

所在地：〒289-2241 千葉県香取郡多古町多古388-1

連絡先：庶務係長 越川

TEL 0479-76-2211 FAX 0479-76-3286

E-mail hospital@town.tako.chiba.jp

特記事項：当院は、昭和26年開設以来、地域の中核病院として地域に密着した医療サービスを提供してまいりました。一般病棟の他に療養病棟、訪問看護ステーション、デイサービスセンター等を併設して高齢者の方々が安心して医療を受けられるよう包括医療を実践しております。成田空港から車で20分位の距離にあり、緑豊かな田園地帯の中にある町立病院で、こども園も近くにあり看護師が常駐しておりますので、子育て中の先生も安心して仕事ができる環境です。また、非常勤で勤務可能な医師の方からの応募もお待ちしております。

<http://www.takochu.tako.chiba.jp/>

受付 2018.11.28

山梨県

身延町早川町国民健康保険病院
一部事務組合立 飯富病院



内科 1名

診療科目：内科，外科，整形外科，眼科，皮膚科，耳鼻咽喉科，精神科，放射線科，肝臓外科，救急科，リハビリテーション科

病床数：87床

職員数：167名（うち常勤医師6名，非常勤医師14名）

所在地：〒409-3422 山梨県南巨摩郡身延町飯富1628

連絡先：事務部長 近藤

TEL 0556-42-2322 FAX 0556-42-3481

E-mail minobu.iitomi1628hp@cerely.ocn.ne.jp

特記事項：当院は，山梨県南部の身延町早川町を構成団体とした公的病院です。昭和28年開設以来 地域に密着した地域医療を推進しており，無医地区への出張診療を行い，またこの地に生活する人やこの地を離れて生活する人が誇りに思うような病院を目指しています（常勤医師のうち5名は，自治医科大学卒です。）

<http://iitomi.jp>

受付 2018.7.20

兵庫県

宝塚市国民健康保険診療所



内科 1名（非常勤嘱託）

診療科目：内科，歯科

病床数：0床

職員数：9名（うち常勤医師0名，非常勤医師3名）

所在地：〒669-1211 宝塚市大原野字南穴虫1-85

連絡先：宝塚市国民健康保険課 廣嶋

TEL 0797-77-2063 FAX 0797-77-2085

E-mail m-takarazuka0023@city.takarazuka.lg.jp

特記事項：宝塚市国民健康保険診療所は，1952年の開設以来，市内北部（西谷地域）の医療の中心施設（公立医療機関）として，市民の健康の保持と増進に寄与しています。そのため，地域住民からは受診について親切丁寧で安定的に応じてもらえるよう期待されています。また，同地域は高齢化が進んでいますので，高齢者の受診については往診等柔軟に対応いただきたいと思います。

2019年4月1日から勤務が可能な内科医師（週4日勤務の非常勤嘱託）を募集しています（1年ごと更新・報酬月額制）。
<http://www.city.takarazuka.hyogo.jp>

受付 2018.7.10

京都府

医療法人財団美山健康会
美山診療所



内科（常勤医）1名（診療所長）

診療科目：内科，外科，糖尿外来，精神科，診療内科

病床数：4床

職員数：76名（うち常勤医師1名，非常勤医師8名）

所在地：〒601-0722 京都府南丹市美山町安掛下8

連絡先：美山診療所 事務長 原

TEL 0771-75-1113 FAX 0771-75-0622

E-mail fuamh707@cans.zaq.ne.jp

市民福祉部保健医療課長 西田

TEL 0771-68-0011 FAX 0771-63-0653

E-mail nishida092@city.nantan.lg.jp

特記事項：第三セクター法人運営のへき地診療所です。南丹市美山町には豊かな自然と暮らしが織りなす日本の農山村の原風景が残り，伝統的建造物群保存地区「かやぶきの里」には多くの観光客が訪れます。

外来患者は1日約30人，在宅患者は月約30人で，XP一般撮影，16列CT，12chECG，ホルターECG，血球計算機，生化学検査機等があります。福祉拠点の機能もあり老健，通所・訪問リハ，訪問看護等を行っています。

<http://www.cans.zaq.ne.jp/fuamh707/>

受付 2018.9.26

香川県

直島町立診療所



内科，整形外科，小児科など総合的に対応出来る医師 1名

診療科目：内科・整形外科・小児科・泌尿器科

病床数：19床

職員数：23名（うち常勤医師2名，非常勤医師1名）

所在地：〒761-3110 香川県香川郡直島町2310

連絡先：事務長 村上

TEL 087-892-2266 FAX 087-892-2677

E-mail rsb1345@town.naoshima.lg.jp

特記事項：当診療所は，世界的に有名な芸術とアートと環境の町である瀬戸内海に浮かぶ直島にあります。当院では，24時間365日の救急患者の受け入れ対応，在宅医療，看取りなど幅広い分野で活躍ができます。救急業務では，ドクターヘリなどとの連携の中で実施しております。高齢化率も35%超の町ですが，人情あふれるこの直島での離島医療のため情熱ある医師の方を心よりお待ちしております。

<http://www.town.naoshima.kagawa.jp/>

受付 2018.8.30

各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

各種お知らせ・報告・求人の締め切りは毎月10日です。受け付けた情報の掲載可否は、編集委員会にて決定いたします。

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。

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。

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。

原稿はメールまたは郵送、ファックスにてお送りください。郵送、ファックスの場合も、文字データ、写真データはできるかぎり記憶媒体(CD-ROM、DVDなど)でお送りください。

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

8. 受講料

9. 申し込み方法：申し込み手続きに必要な書類、申し込み方法(通信手段)

10. 申し込み期間：申し込み締切日は必ず明記してください。

11. 連絡先：担当部署、担当者氏名(肩書き)、住所、TEL、FAX、E-mailを記載してください。

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名 教室名

2. 科・教室紹介：約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は、苗字だけとし卒年度(年卒：西暦)で統一願います。

3. 連絡先：氏名(所属・肩書き)、TEL、FAX、E-mailを記載してください。

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

1. 病院名(正式名称)

2. 所在地

3. 診療科目

4. 病床数

5. 職員数(うち常勤医師数、非常勤医師数)

6. 募集科目・人数

7. 連絡先：氏名(所属・役職)、TEL、FAX、E-mail

8. PR 特記事項(ホームページURLなど)

9. 写真データを1点掲載することができます。

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：堀江

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の内容を明記する。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

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。

図表は原則としてモノクロで掲載する。

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。

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: Adherence to pharmacologic 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. "EvanstonPublic Library Strategic Plan, 2000 2010: A Decade of Outreach." <http://www.epl.org/library/strategic-plan-00.htm>(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

メールの件名は「投稿・ (著者名) 」と表記する .

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 ,万が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



「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)
	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)
	戎 初代(JADEC COM NDC研修センター 課長)
	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)
	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 , 2018.9.1 現在)

編集後記

いつも読んでいいる「離島交換日記」は、そこに住んでいる方々の文化や生活と、その地域に根ざした医療の一部に触れることができ大変勉強になります。今月の日記を読んでいて驚いたのは、昨年お会いしたJNP(Japanese Nurse Practitioner: 診療看護師)が写真の中にいたことでした。五島に異動したと聞いていたので、医師らと共に頑張っている姿を見ることができ、嬉しくなりました。

今月の特集でもへき地での総合診療研修プログラムの内容を通して、へき地でどのようなことが行われているのかを知ることができました。医師の研修プログラムは、1ヵ所だけではなくさまざまな施設で研修することができるため、どんな環境で仕事をすることが自分に合っているのかを確認するきっかけにもなると思います。また、施設間の違いを経験することから、広い視野をもってさまざまな医療環境を考えることができることで、限られた資源の中でどのような診療をしていくことが必要なのかを学習できるのだと思います。医療法および医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)では、「医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設」が平成32年4月1日から、あらたに施行されます。地域の実情を知っている方々が、ある一定の施設における管理者に従事していただくことで、自施設だけでなく医師少数区域のことまでを考えた幅広い視野で、地域医療を担ってくれることを期待しているからだと、私は理解しています。

「おくたま清流塾」の記事に『「目の前の患者さんを何とかしてあげなくてはいけない」という決意が自然と芽生える』ということが書かれていました。たしかに都心では得られない、人と人との心の触れあいや身近さを経験できる日々を過ごせ、人間としての成長もできる機会は、医師として生きる人生にとっては必要不可欠なのではないかと思います。このようなプログラムを通じて、1人でも多くの医師が地域で活躍することを、心から願っております。

戎 初代



月刊地域医学 第33巻第2号(通巻388号) 定価(本体 600円+税)

発行日 / 平成31年2月10日

発行所 / 公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元 / 株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えると、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



JADECOM