

総合診療・家庭医療に役立つ

3

2019
Vol.33-No.3

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

地域の総合医は ここまで診よう

—小児科・産婦人科・整形外科・皮膚科—

【企画】宮本朋幸 横須賀市立うわまち病院 小児医療センター センター長

●インタビュー

「専門キャリアを捨て、 人をまるごと診る医療を志して」

岡 裕也 揖斐川町春日診療所 所長

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.33—No.3(2019年)

目次

インタビュー

- 専門キャリアを捨て、人をまるごと診る医療を志して／岡 裕也 2

特集 地域の総合医はここまで診よう —小児科・産婦人科・整形外科・皮膚科—

- エディトリアル／宮本朋幸 12
- 地域で小児を診るときのアドバイス／佐々木暢彦 13
- 地域の総合医に産婦人科専門医は何を期待するか／伊藤雄二 18
- 地域で遭遇する頻度の高い整形外科疾患や手技について／伊達和人 24
- 地域での皮膚疾患の診断と対処法／折戸秀光 29

症例

- 腹腔鏡補助下横行結腸切除術の術後8年経過した腸間膜欠損部から生じた内ヘルニアの1例／
桑原悠一・平田真太郎・ほか 34

Look Think Act みんなの健康を、みんなで守る

- 「ともしび塾」の一環として行った食育ワークショップの報告／川畑輝子・嶋田雅子・ほか 38

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65回“説明が不十分”に関わるトラブルの未然防止！
—事例の発生要因と未然防止対策—／石川雅彦 46

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑤／牧田幸三 55

JADECOCOM生涯教育e-Learning紹介

- ヘモグロビンの超精密制御機構の秘密 61

離島交換日記

- 寒くなっても最高気温は20度、小笠原諸島から新上五島町 岸川孝之先生へ／山下 匠 62

JADECOCOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師への期待／鈴木靖子 64

お知らせ 68

求人病院紹介 75

投稿要領 78

編集後記 巻末

INTERVIEW

揖斐川町春日診療所 所長
岡 裕也先生



専門キャリアを捨て、 人をまらごと診る医療を志して

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

細分化された専門医療に疑問

山田隆司(聞き手) 今日には岐阜県の揖斐川町春日診療所に岡 裕也先生を訪問させていただきました。

ここに赴任されて何年目になりましたか？

岡 裕也 丸4年です。この春から5年目です。

山田 もう4年になりましたか。先生は、協会の再研修プログラムを受けた後ここに赴任していただいたという経緯がありますが、それ以前の先生の経歴から現状に至るまでを少し紹介していただければと思います。

岡 私は愛媛大学を昭和61年に卒業しました。当時は医局に入局するというのが一般的な時代でしたが、私はいきなり専門に進むことに疑問があり、今でいう初期研修をしたいと考えたのですね。それで奈良県の天理よろづ相談所病院の

総合診療科で2年間、ジュニアレジデントとして全人医療を学びました。

山田 その研修は内科中心だったのですか？それともローテーションしたのですか。

岡 ローテーションではなく、主に内科中心ですが、レジデント医が担当する総合病棟というものが、そこを受け持ちました。各科の専門の先生がサポートをするという形で、良いシステムだったと思います。

山田 かなり先駆的だったのですね。

岡 はい。そこで2年間勉強していた時に京都大学泌尿器科教授の吉田 修先生に出会い、3年目から京都大学の泌尿器科に入局しました。京大病院やその関連病院の京都市立病院で4年間働

いてから、京都大学大学院へ進みました。

山田 大学院ではどんな研究をされたのですか。

岡 大学院では腎細胞がんの分子標的治療薬の基礎となるMAPキナーゼの研究をしました。幸い成果を上げることができ大学院へは4年行って卒業し、その後京都大学医学部附属病院を経て、もう一度天理よろづ相談所病院の泌尿器科に戻りました。それから神戸中央市民病院(現 神戸市立医療センター中央市民病院)、奈良社会保険病院、京都桂病院などで勤務し、臨床でもがん治療を専門としてきました。手術も多数手がけ、腎臓がんや前立腺がんなどを中心に5,000例以上の手術を経験しました。

最後の10年間程は泌尿器科部長を務め、当時、奈良県下で唯一の腹腔鏡技術認定医も取得しました。今は外科も腹腔鏡手術の時代ですが、その頃泌尿器科も腹腔鏡の手術の時代になって腹腔鏡の技術認定医制度が始まったところだったのです。

一方で、毎日外来患者さんを50~100人診て手術をするという、流れ作業的な医療に疑問を持つようになりました。最初に天理よろづ相談所病院で人をまるごと診る全人医療を学んだこと

もあり、そういった細分化された専門医療が本当によいのか?と考えるようになったのです。それが50歳を過ぎたころですね。

もう一つは、専門医というのはがんを治してなんぼなのですね。治らなかつたら敗北で、結構敗北も多いのです。劇的によくなって喜んでもらえるという経験ももちろんありますが、手術をして治らなかつた患者さんは大病院では最期まで看ることはできないので、他院やホスピスなどへ送るしかない。そういう無力感もありました。

また、自分としては以前から外科医としてのピークは50歳過ぎくらいだと考えていました。高齢になっても手術を続けている方も大勢いらっしゃいますが、体力がなくなったり目が悪くなったら自分の納得のできる手術はできなくなる。ある程度年齢がいったら手術は後進に道を譲るのが理想ではないかと思っていました。

それで50歳を機にいろいろ考えて、総合診療ということが頭にあったので、揖斐郡北西部地域医療センター(久瀬診療所)へ見学に行くことにしました。

地域医療振興協会の再研修を受けて

山田 どうして久瀬診療所を知ったのですか。

岡 インターネットで地域医療、へき地医療、総合診療というキーワードを調べていたら、地域医療振興協会に遭遇したのだと思います。それで夏休みに久瀬診療所の吉村 学先生を訪ねたのです。その途中、山が綺麗で、自分の出身の徳島と景色が似ていてよいところだなあと思いました。2日くらい見学して、その時はそれで帰ってきたのですが。

山田 吉村先生が実践されていた医療は、先生が思っていたようなものだったのですか。

岡 その時は何も分からなかったので「ああ、こういうものかな」と。でも、50歳を過ぎた医者がよそから見学にきてびっくりしたと思うのですが、看護師さんたちも暖かく迎えてくれて、好印象がありました。

それで53歳のときに教授に申し出て、最初は教授や先輩や同僚にももったいないと反対され

ましたが最後には頑張りと言ってもらえ、家族は子どもももう大きくなっていましたので反対されることはありませんでした。そして「地域医療振興協会に所属して再研修を受けたい」と、山田先生にご相談させていただいたわけです。

山田 先生はもともと初期研修で総合診療的なことを学ばれていたわけですから、いきなり地域に行っても通用するのではないかとは思われませんでしたか。先生自身はやはり再研修が必要だと。

岡 その時は、何とかかなかな……という気持ちもありましたが、実際にここに赴任して毎日の診療をしている今は、1年間の再研修では短すぎたかなと思っています。内科も30年前の内科の知識とは大きく異なっていますし、整形外科

や皮膚科等のさまざまな疾患にも対処する必要があります。

山田 再研修先は三重県立志摩病院だったのですよね。

岡 県立志摩病院で1年間、主に総合内科と救急外来を中心に、そこから入院した内科病棟の患者さんを診るという感じでした。救急当直も担当しましたが、その年は割と医師数が多かったため、それほど大変ではありませんでした。今つくづく思うのは、内科的な知識だけでなく、やはり整形外科やもちろん小児科の知識も必要だということですね。3年間くらい再研修が必要だったのではないかと感じています。

山田 地域の診療所では、膝痛、腰痛の患者さんも多いですし、子どもさんの熱発なんかも日常的ですからね。

へき地の診療所長として赴任

山田 志摩病院で主に内科病棟や救急外来の研修を1年間された後、ここ春日診療所に赴任されたのですね。

岡 そうです。前任の太田浩先生が出られてポストが空くということでした。久瀬診療所が近いので吉村先生に指導していただきながらできると考えて、ここに来ることにしました。

山田 ところが、その吉村先生は久瀬診療所を退任されて宮崎大学へ移られるタイミングだったのですね。

岡 はい。でも久瀬診療所には横田修一先生、菅波祐太先生、酒井美千絵先生がいらっしゃいましたし、谷汲中央診療所には西脇健太郎先生が赴任されて、ゆるやかなグループ診療ができていたので心強いです。基本的にここは水曜日が休診なので、私が水曜の午後に久瀬に支援に行くと、そのかわり土曜日の午前中の外来を4人で

回しています。

山田 ここに赴任されて、患者さんの外来診療をしたり、往診に行ったり出張診療所に行ったりというようなことを実際に経験されて、先ほどおっしゃった患者さんと短い時間だけしか関われない専門医とは違う立場になられたわけですが、違いを感じていますか。

岡 かなり違うのは確かですね。ただ今でも専門医の癖が抜けないところがあって……専門医のときは、今の過剰診断、過剰医療に疑問をもっていたのですが、自分自身がここでちょっと過剰医療というか、細かいことにこだわってしまいがちです。でも1対1で、人間と人間、家族や地域を巻き込んで診る。そういう点で専門医との違いは実感していますね。

山田 先生が今までやってこられた、泌尿器科的な検査、処置、手術は、ここでは設備や機器がな

いのでできませんよね。

岡 代わりに苦勞しながら胃カメラをやっていますが(笑)。

山田 本来なら自分で治療できるのに、今までせっかく磨いてきた技が使えず、場合によっては自分より経験の浅い泌尿器科医に紹介状を書いてお願いしなければいけないという立場は、先生の経歴からすると少しストレスになるのではないかという感じがするのですが。

岡 それはやはり多少は感じますね。小さな手術手技とか外傷を縫うとか、そういうときは役には立ちますが、せっかく30年近くやってきたことが使えないのはもったいないと思うことはあります。

山田 一方で何でも診なければいけない、胃カメラもやらなければいけない、自分の守備範囲以外の膝痛から皮膚の病気までも診る。そういうことに関してはいかがですか。

岡 日々勉強で至らない点が多いのですが、勉強して分かることが増えていくというのは楽しいところがありますね。今まで全く分からなかったことが分かるようになる。例えばパネ指というのは知らなかったのですが、こういうものと知りました。時間は結構かかっていますが、少しずつでも今まで分からなかったことが見えてくるかなと思っています。ただ、先ほども述べましたが、内科や整形外科や皮膚科等の多様な疾患に対して、時には患者さんに迷惑をかけ勉強させてもらいながら対処していくというのは大変なこともあります。ここに赴任して2年目や3年目の時間外勤務はタイムカードの上だけでも年間1,300時間を超えていました。

山田 泌尿器科医の時代には経験できなかつた、あるいはこういったことがいいところだと実感できるのは、どんなところですか。

岡 家での看取りも経験するようになりました。最近も40歳くらいのまだ若い方が胃がんの末期で亡くなられたのですが、治療的には何もでき



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

ませんでした。家族の方に家で看られてよかったと言ってもらえました。また元村長さんが長い間肺の病気で診療所に通われていたのですが、状態が悪くなり揖斐厚生病院に入院されました。亡くなる前に会いに行ったところ、ICUで人工呼吸器につながれながらも私の手を握って、喜んでくれているのが分かりました。やはり、人と人の触れ合い、つながりというのは、専門医のときには非常に希薄になっていたことですね。

山田 そうですね。大病院の泌尿器科医としては、治らないがんと分かたら、多くの場合直接関わっていくことは少なくなってしまっていますが、一方で普段から関係性をもってお付き合いしてきた地域の診療所の医師は、治らない状況になったときこそ最期まで関わって本領を発揮できる場所だと思います。そういう意味では患者さんや家族との接し方や付き合い方が深いというか、長いというか。そういう患者に寄り添う立場というものに、先生ご自身は豊かさを感じられていますか。

岡 治療はできないのですが、専門医のときにはなかったような人間の触れ合いを感じますし、深く付き合えるという気はしています。

山田 先ほど診療所の駐車場で、たまたま通りかかった患者さんが親しそうに先生に話しかけているところをお見受けしましたが、病院だと患者さん

が外で気軽に医師に話しかけて来るといった光景はあまりないのではないかと思います。地域ではたとえ自分の力が及ばず残念な結果になっても、一生懸命やることで患者さんも周囲の人も「先生は一生懸命やってくれたから」と許容してくれる。地域全体で理解してくれる。それが地域医療の良さ、プライマリ・ケア、診療所医療の良さ、暖かさではないかと思います。

岡 天理よろづ相談所病院レジデント研修では2年間、恩師である当時の総合診療部部長の今中孝信先生に、人をまるごと診る全人医療を叩き込まれました。やはり医者として最初に学んだことというのは大きいと思うのですが、専門医になって忙しい時も、自分としてはできるだけそのスタンスは守ろうと思っていました。でも大きな病院の専門診療科で、患者さんの話をゆっくり聴いて、丁寧に診て、詳しく手術の説明をするというのはどうしても限界があります。そういう意味では、自分が長い間思ってきた、人をまるごと診て接するという医療は、こうい

うところではやりやすいというのはあります。

「先生に診てもらえて、ここでできることをやってもらえたらそれでいいです」と患者さんに言ってもらえるのですね。そうすると嬉しい反面、「本当に自分でいいのかな」と内心思っても、逆に責任をもって一生懸命診ようという気になります。

山田 先生にとっては転身が本当によかったのかを振り返るのは、もう少し先でしょうか。

岡 そうですね、本当によかったか？という結論はまだ出ませんが、今は、思いきってここに来てよかったと思っています。日々患者さんに学ばせてもらって、迷惑もかけているかもしれませんが、それを受け入れてもらえているように思えるのですね。都会の病院ではとてもそんなことはできないと思うのですが、患者さんに迷惑をかけながら学ばせてもらって、成長していったらと思います。また患者さんや家族の方に喜んでもらって、それを自分やスタッフの喜びとできるような診療所にできたらなと思います。

へき地医療をどう守っていけるか

山田 春日地域も揖斐川町と合併してから、さらに人口減少が進んでいますね。集落も点在しているし、地域全体を診るのはなかなか大変だと思います。

岡 住民は30年前は2,500人でしたが、今はもう1,000人を割りましたから、年間50人ずつくらいは減っていているという感じですね。

山田 こういった地域を、先生としてはどういうふう守っていかうと思っていますか。

岡 息子さんや娘さんが住んでいる街中に出て行く人もいますが、最後までここにいたいという人も結構いるので、望むなら、独居になっても、

最後まで支えてあげるのが、患者さんにとっても喜びなのではないかと思っています。

ただ、このままどんどん住民が減っていくと限界になるのかなという気はします。ある程度経営ということを考えると、春日診療所も、5年後、10年後は厳しいのではないのでしょうか。

山田 揖斐川町の山間部に坂内、藤橋、久瀬、春日、谷汲の5つの診療所があるわけですが、ここは日本の山間部の典型のようなものですよ。だから、ここをどういうふう最後までお世話していけるかというのは、日本の地域医療の一つの試金石ではないかなと思うのです。一人の医

師が単独でやっていくのはとても無理だと思いますが、ここではすでに先生方が緩やかなネットワークを結びながら、みんなで一緒に揖斐川町の山間部全体をみていますよね。地域の様子が変わると同時に、われわれのやり方も徐々に変えていく必要がある。診療所だったものを出張診療所に、施設ケア中心だったものを集合住宅や在宅ケア中心へといったような、先を見据えた提案をこれからもしていくべきだと思います。

岡 先生は地域医療振興協会本部の立場から全国のへき地を見られていますか、一般的に人口減少してもどこまでなら持ちこたえられると思われませんか。

山田 協会はへき地医療を担う公益法人なので、経営的には厳しい地域を多く受け持っています。そこをどういうふうにも効率よくやっていくかということは、自治体の行政との折り合いではないかと思っています。税金を投入してでも必要だとみんなが思えば、ある程度のことは継続できるでしょうし、それ以上の税金は使えないという

ことであれば、やはり縮小する、統合する、廃止するといったことについて、みんなで議論して合意をせざるを得ないのではないかと思います。難しいところではありますね。

ただ、地域医療振興協会はいろいろな地域でいろいろな経営形態の施設を運営しています。協会の中でいろいろな形いろいろな選択肢があつて人の流れなども柔軟に対応できる場所があります。私も一人で久瀬診療所の医者をやっていたとしたら、自分が退職の年齢になっても揖斐の地域医療センターのような提案はできなかったと思います。協会という組織に関わることによって、みんなの知恵を寄せ集めて、協会全体として議論しながら、人のことやお金のことやモノのこと、行政と相談しながらできる。それは非常にありがたいことではないかなと思うのです。私自身自治医大の義務派遣時代から関わってきた縁の深い地域ですのずっと見守っていきたいと思っています。

岡 それはとても心強いですね。

キャリアチェンジも一つの道

山田 最後に、今地域で頑張っている後進の人たち、あるいは先生のように、これから新たに地域でやってみようと思っている先生たちにメッセージをお願いします。

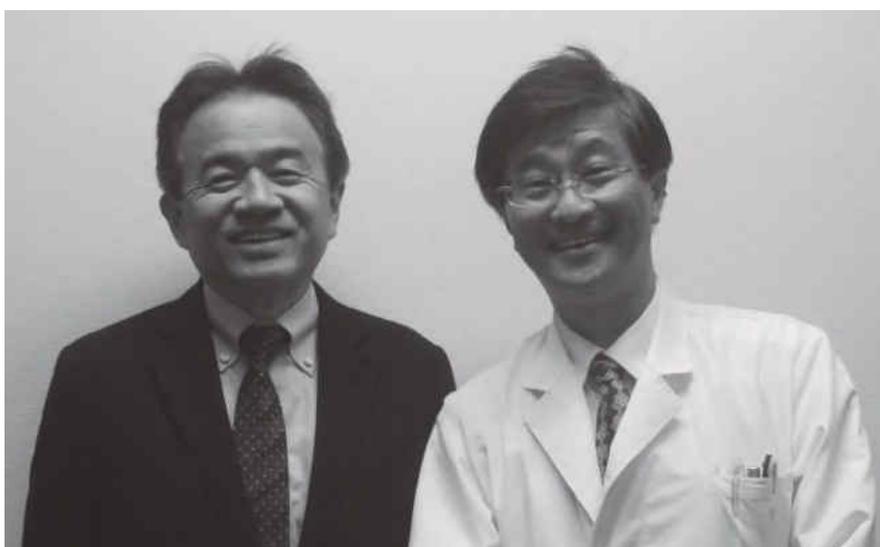
岡 専門医としてキャリアを積んできて、医師として最後までそれを貫くというのもそれはそれでいい人生ですが、せつかく医者になった以上、

いろいろな経験をする。特に人間対人間の触れ合い、全人医療ということを考えるのであれば、大病院でやるよりもこういう地域医療、へき地医療に飛び込むというのも1つの良い選択肢ではないかと思っていますので、お奨めしたいと思います。

山田 岡先生、今日はありがとうございました。

岡 裕也先生プロフィール

1986年愛媛大学医学部卒業, 天理よろづ相談所病院でのレジデント研修後, 泌尿器科医となる。京都大学大学院にて分子標的薬MAPキナーゼの研究で博士号を取得。神戸市立中央市民病院, 京都市立病院, 奈良社会保険病院, 天理よろづ相談所病院等に勤務し, 腎臓がんや前立腺がんなどを中心に5,000例以上の手術を経験。2014年より地域医療振興協会の再研修プログラムを経て, 2015年揖斐川町春日診療所所長として赴任し, 現在に至る。



第32回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人 地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。
最優秀の研究テーマに、研究助成賞200万円を授与します。

研究助成賞

1. 研究対象分野

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

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2019年7月1日～2020年6月30日

4. 研究助成賞

1編 200万円

5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書に必要事項を記載し、下記事務局に提出すること。

6. 応募締切日

2019年4月30日

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の決定時期

2019年6月

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究奨励賞

本誌において2018年度発表された論文の中から3編を選考し、研究奨励賞として10万円を授与します。

●問い合わせ先

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
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
e-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

研究者を支援いたします

長年研究活動に従事した専門家による、研究活動への支援を得ることができます。

<支援内容>

- ・研究申請書の記載方法・研究内容・研究計画に関する助言
- ・研究助成決定後の研究活動への助言
- ・研究実施後の学術論文の作成、学会発表への助言
- ・その他研究事業全般に対する質問への対応

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所
ヘルスプロモーション研究センター
アドバイザー 柳川 洋 (事務担当:木村)
E-mail:health-promotion@jadecom.or.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

地域の総合医はここまで診よう —小児科・産婦人科・整形外科・皮膚科—

企画：横須賀市立うわまち病院小児医療センター センター長 宮本朋幸

特集

●エディトリアル

●地域で小児を診るときのアドバイス

●地域の総合医に産婦人科専門医は何を期待するか

●地域で遭遇する頻度の高い整形外科疾患や手技について

●地域での皮膚疾患の診断と対処法

エディトリアル

横須賀市立うわまち病院小児医療センター長 宮本朋幸

各地で活躍している、またはこれから地域で診療を開始しようとしている先生方に参考になればと、この特集を企画した。

そのため今回の執筆陣は、地域で専門医として活躍しながら、「総合医の心得」を持って診療にあたっている先生方をお願いした。

小児科は、北海道厚岸の佐々木暢彦先生をお願いした。われわれ小児科専門医にとっては「有名な小児科医」であった先生が厚岸に総合医として赴任し、「ポツダム総合医」として診療していく中、総合医側から小児科を見直した事項の解説をしていただいている。「ポツダム云々」がどういうことかは、どうぞ本文をご参照いただきたい。

産婦人科は大学病院でも活躍された伊藤雄二先生が、ご自分の地域での経験と、そして、現在市立恵那病院で新しく産科を立ち上げたことも踏まえ、産婦人科医師不足地域の産婦人科医が、総合医にどのようなことまで関与していただきたいかを書いてくださっている。アメリカの家庭医の中でも産科領域の診療は行わないということも多い中、「日本の総合医」としてどう行動するかの一助になればと思う。

整形外科の伊達和人先生は、日常で遭遇する整形外科疾患の管理法と、ご自分の経験も踏まえ、注意点を教えてくださっている。高齢化が進む現在、地域での整形外科的疾患は増えていくと言われている。外傷はもちろん、関節や、脊椎の問題点に対する対応と専門医への紹介のタイミングを解説していただいている。もうひとつ、高齢化に伴い増える骨粗鬆症の診療について、治療のみならず地域で患者さんを見守るには何が必要かのヒントも教えてくださっている。

皮膚科の折戸秀光先生はまず、蕁麻疹診療について述べられている。蕁麻疹は小児科、内科領域で日常診療することが多い疾患であるが、かなりの割合でその病態が誤解されていることが多く、そこを指摘され、適切な診療への示唆を示されている。その他、総合医が地域で遭遇することが多い疾患をたくさん解説していただいている。最後の推奨図書等の部分も参考になると思われる。

どの執筆者の先生も、ご自分がお若いときに地域の診療所などに赴任されたことを思い出しながら書かれているであろう感じが感じられる。今回の特集は、地域で頑張っている先生方、これから出て行く先生方への愛に満ち溢れたものとなっている。その先輩方の愛を感じていただき、この特集をぜひ、お役に立てていただきたい。

地域で小児を診るときのアドバイス

町立厚岸病院 院長 佐々木暢彦

POINT

- ① 子どもを診るのは楽しい
- ② 注意すべき発熱を見極める
- ③ 感染性の発疹症を忘れない
- ④ 鼻の中の所見に注意
- ⑤ お腹の訴えに対してはお腹を触る

はじめに

「小児科医が足りない」と、耳にするようになってからしばらく経つが、地理的な偏在とともに専門性という質的な偏在でもあるのだ。ここでは必要な小児科医数という問題には立ち入らないが、少子化が問題視される時代にありながら一定数の小児科医(専門医)を確保できる地域と、小児科という診療科を維持できる病院は限られてくると思われる。しかし、小児人口が減っているからこそ、子どもをきちんと診ることのできる医師は、どの地域であっても必要である。そこでプライマリ・ケアを担う医師、すなわち総合医の活躍が期待されるのだ。

総合医を目指すための後期研修では、長めの小児科研修が組まれているが、どこの病院で研修するにしても「これで十分」ということはな

い。数ヵ月びっしり頑張っても、症例数や季節によっては、たとえ一般的な疾患であっても経験できないものがあるだろう。したがって一度でも見ておいた方がよい病態については、それぞれの研修条件において機会を逃さない工夫が必要である。また教科書でしか目にしないと思われている珍しい病気でも、へき地勤務の間に出会う可能性が少なからずあり得るのだ。そのような疾患についても、どうか頭の隅っこに入れておいてほしい。

その上で実践の場で経験と知識を積み重ねていくことになるが、これは小児科と言わずどの領域を担当する場合でも必須であろう。本稿では地域で小児を診るに当たり注意すべき点、忘れずに診ておきたいポイントについて考えてみたい。

特集

その前に……ポツダム少尉とは？

総合医に向けて小児科医療のヒントを、という依頼であったが、私自身の総合医としての経歴は、しかし少々怪しいものである¹⁾。1980年の卒業後、当時としては珍しい多科ローテート研修を始めたが、大学病院でのナンバー内科と外科、産婦人科と麻酔科を2～4ヵ月ずつ1年で回り、2年目が小児科というスケジュールであった。大学病院ということもあり内科、外科ともに分野が偏っており、現在のような教育プログラムもなかった。3年目に一人小児科医として地域に出た後、別の地域の病院で内科医として2年間勤務したが、その間も救急医療の研修はなく実践あるのみだった。その後の後期研修からは小児科医として勤めている。たまたま総合診療科に3年間籍を置いたのち、現在の地域で小児科および総合医として13年経過した。数年前に試験を受けてプライマリ・ケア認定医をいただいたが、なんとなくポツダム少尉*＝ポツダム総合医の気分であった(*ポツダム宣言受諾後の3ヵ月余の間に昇進して少尉に任官した軍人の通称)。

そんな総合医であるので、内科のある分野に関してはいまだに苦手意識を持っているし、通常の在宅診療の経験もない。したがってある年代以上の総合医の先生が、「子どもは苦手で」と言われるのがよく理解できる。また若いバリバリの総合医の方でも、「小児科の診療は研修医の時だけで、その後の勤務では子どもをほとんど診ないのでちょっと心配」と話すのを聞いたことがある。勤務先の病院がしっかりしていると、時間外でも子どもは小児科が診るようだ。しかし、先述のように子どもは小児科医が診る、という体制を整えられる地域と病院ばかりではないのである。

子どもを診るということ

子どもを診るのは苦手だという医師がいる。ある程度の小児科研修さえ受ける機会のなかった先生もおられる。日々の診療の中で必要に迫

られて子どもを診ている場合もあるだろうが、実際に子どもを診察する場合、自信満々で診療にあたるよりも、多少不安を覚えながら慎重に診るほうが、おそらく良いと思う。しかし、診察中に子どもの親の前では、あまり不安そうな様子を見せない方がよい。病状の説明についても同様で、いたずらに不安感を与える言葉は控えるが、そのあたりの加減は全科共通である。子どもを診る場合でも、成人を診るときと医者としての姿勢に違いはない。したがって成人をきちんと診ることができれば、子どもを相手にしてもそれほど間違わないと思われる。「それほどは」に込められた疑念を小さくするために、繰り返し学習するのである。

また、子どもを相手にするのは楽しいことが多い。無心に笑ってくれる乳児を診察していると、仕事とはいえこんな笑顔を間近に見られるのはとてもありがたく、活力をもらうような気がしている。同じ地域で年数を重ねていくと子どもの成長を追うことになるが、これこそが小児を診ることの醍醐味であろう。その過程で種々の問題が明らかになる場合もあるが、経過を見ていることで役に立つことが少なくない。

また、子どもは急に悪くなるのが怖い、という話も聞く。確かに悪化するスピードが速くて焦る場合もあるが、逆に良くなるときはどんどん元気になるので子どもの身体は正直であるといえる。虚心に子どもの身体の診察をしていれば、間違えることは少ない。自戒を込めて書くが、連日診察することになった症例でも、思い込みを排して毎回新たな視線で身体診察を行い、心配なことがあればできる範囲の検査をすることである。「まあ、いいか」という思考停止フレーズが頭に浮かんだときは、逆に危険信号だと思うようにしている。ということで、いくつかの一般的な臨床的問題を中心に、子どもを診るときのポイントを考えてみる。

はつなつのかぜとなりたや……

栃木での生活が長かったので、川上澄生の作品に接する機会が多かった。緑を基調とした画

と「はつなつのかぜとなりたやかのひとのまにに…」という詞の版画作品がとても印象的だった。はつなつ、初夏なのであるが、ここでは「発熱」について述べる。子どもの診療においては発熱が最大のトピックといっても過言ではない。

1. 注意すべき発熱

「熱が出た」という訴えは、小児の外来で最も多いものだが、子どもの発熱を診る際には「注意すべき発熱」がある。生後3ヵ月以内の乳児、特に1ヵ月以内の幼弱乳児の発熱はそれだけで要注意であり、全例を入院精査としてもよい。3ヵ月以下の乳児の発熱には敗血症、髄膜炎などの重症感染が少なからず含まれており、速やかに確実な診断と十分な治療が必要になるからである。Hibと肺炎球菌のワクチンは、生後2ヵ月になったらすぐに受けてほしいと切に願うのはそのためだ。実際のところ、熱を出した幼児を診る際に、この2つのワクチンを既に受けていた場合は安心感がだいぶ違う。また、これは当然のことだが全身状態のよくない子の発熱は要注意である。バイタルサインの悪化は要注意であるが、全身を見た時の印象も重要である。乳児でいえば抱かれて診察室に入ってきた時点で、目を閉じてフッフッフしていれば少し怖い、目を開けて周囲をキョロキョロ見回していれば安心、笑顔が見えたらもっと安心、と言える。幼児が診察室を出る時にバイバイしてくれるのも安心材料である。

2. 突発性発疹の見分け方

乳児が熱を出す代表的な疾患に突発性発疹がある。経験のある先生方は既にご存知かと思うが、無用の抗生剤を使わないためにもその見分け方を紹介する。最近の厚労省や医師会の指導もあって、さすがに鼻水や発熱だけで抗生剤を処方する医師は減ってきたが、乳幼児が高熱を出す未だ使われているようだ。

突発性発疹(以下、突発)は生後4,5ヵ月から12ヵ月くらいの乳児に見られるウイルス感染症で、急な発熱が特徴である。しかし最近では1

歳以上の、時には2歳近い幼児の突発が増えており、高齢化が認められている²⁾。熱以外の症状に乏しいのが特徴だが、鼻水、咳が少し見られることもある。熱のわりに機嫌は悪くないが、発熱初日の夜にぐずることが多いのは仕方ない。また熱が出て2日目くらいに便が少し軟らかくなる。咽頭(口蓋垂の両脇あたり)が少し赤く、小水疱か小さなアフタ様の口内炎が見られることがある(永山斑)。私はこれがけっこう特徴と思っているが、後頭部のリンパ節が少し腫れてくる。粘膜疹もリンパ節腫脹も発熱直後は目立たず、時間とともに観察可能になることが多い(永山斑が見られるのは半数以下)。発症3日目くらいになると診断しやすくなるが、発熱から間もなくは突発らしい、としか言えない。その場合は熱の経過と便性の変化、発疹の出現など今後の予想を説明し、そこからずれた場合に受診を勧めている。経験のないお母さんには、発疹の有無にかかわらず4日目頃に再診してもらう。川崎病の可能性は常に念頭におき、結膜充血やBCG痕の赤さなど注意点を話しておく。熱が下がる前に発疹が出てきた場合も、再診が必要と説明しておく。川崎病を含め、突発以外の疾患が疑われるのである。

皮疹、忘るべからず

今号では皮膚科についても記事が載るので一部かぶってしまうが、小児科として注意していることを述べる。「ポツポツが出た」と、何らかの発疹を主訴に受診する小児は少なくない。今朝から出現したという急性のものから、数ヵ月も前からというものまで、時間経過もさまざまである。また、その形態も文字通りのポツポツした丘疹から、水疱性のもの、紅斑、膨疹、湿疹、膿痂疹、びらん、と実に多様だが、これを全部ひっくるめてポツポツと表現されることもある。ついでに皮疹の表現方法は地域によりずいぶん異なっており、全国各地で働く友人に聞くと、とても面白い。ボロ、マメ、ツヅラゴ、ガンベ等々。

さて、その発疹(皮疹)だが、よく見られる流

行性疾患については診断できるようになってほしい。水痘，带状疱疹，手足口病，伝染性紅斑などである。麻疹，風疹については昨今の流行に伴って報道も増えたため注意が払われているが，ワクチンの効果もあり小児ではむしろ少ないと思われる。私自身，今世紀になってから風疹を見ていないが，麻疹と風疹の発疹は忘れられない。实例を見ていない世代の皆さんは，今では多数の画像を検索できる状況にあるので，どうか知識をup dateしてほしい。

感染性の発疹性疾患では保育所，学校との関連で出席の可否を問われることが多い。その代表是水痘であるが，平成26年のワクチン無料化（定期接種化）以降，明らかに減少している³⁾。水痘疹は見て分かるものだが，ごく初期の場合には迷うことが多い。発疹の数や形態の変化は速いので，半日ほども経過を見れば診断は可能であろう。慌てる必要はないのだが，保育所を休むとなれば両親のどちらかが仕事を休まねばならない，という状況での相談も多く臨機応変の対応が必要になる。

带状疱疹は小児でも珍しくないが，痛みと痒みの訴えは成人より軽いことが多いようだ。子どもには带状疱疹に伴う皮膚感覚の表現が難しいのかもしれない。本人の訴えよりも親が皮疹を発見して受診することが多く，四肢や体幹の皮疹は分かりやすい。しかし分かりにくいのが頭部である。頭が痛いという子どもの訴えには注意したい。小学生からは片頭痛も認められるようになるが，頭痛を訴える子を診た時には頭部の皮疹を探してほしい。先日も頭が痛いという小学生3年生の耳介上部に小さな水疱の集簇を認め，その上方に向けて頭髮の中を探っていくと同じような発疹が見つかったことがある。小児の頭痛の原因が頭部の带状疱疹だったという症例は，当院でも2年に1回くらいは見かけている。

リンゴ病，すなわち伝染性紅斑は特徴的な頬の発赤で分かりやすいが，わりと一様なべったりした厚みを感じる紅斑である。上腕や大腿，時には背部にも網目状の発赤が出現するので，診断にはあまり苦労しない。成人で感染すると

関節炎症状が強く認められる。有名な合併症で遺伝性球状赤血球症の子どもが罹患した場合，急激な造血障害を生ずるのだが，めったにないと無視することがないように，私は1例だけ出会ったが，八丈島で勤務しているときであった。田舎でも離島でも，いつどのような疾患に出会うことになるのか分からないのである。

代表的な発疹性疾患の特徴的な所見は，アトラスなどで見ておくこと。最近ではきれいな写真の載った書物が，比較的安い価格で手に入る。さらにはネット上でも皮膚の所見がすぐに見つかるようになった。上手に活用してほしい。

鼻は口ほどに

子どもの診察では穴を見る，と昔から言われている。実際の診察でも多くの場合でのど(咽喉)を見て，眼(結膜)も見る。特に熱があれば，耳は必ず覗くだろう。しかし，鼻に関しては，私も以前はあまり見ていなかった。鼻鏡で鼻孔を拡張し額帯鏡を使ってする診察は，小児科ではまず行わない。耳鏡と同じ道具(ウェルチアレンの耳鼻鏡など)で鼻を覗きだしたのはそれほど昔ではなかった。しかし，今となっては鼻を見ないでどんな診断を下していたのか，とても心配になっている。

思い起こすと鼻腔内を診るようになったきっかけは，アレルギー性鼻炎の子どもが増えてきたためであった。私自身の勤務先が大学病院から離島，その後山間部，都市部，郡部と変遷したので地域性は随分と異なるのだが，この20年程は一貫して小児，特に未就学児でもアレルギー性鼻炎が増えてきたと感じている。鼻水が出る，鼻がつまる，などの訴えに対しては鼻腔内を見て，鼻粘膜の色調と腫脹の程度を把握することが重要であった。あるいは長引く咳の訴えに対しても，副鼻腔炎の有無を確認する必要がある。鼻腔の視診だけでは確定診断に至らないとしても，重要な判断材料を得ることができると。そうして気軽に鼻を診るようになると，予想外の鼻腔異物も見つかるようになった。

ある時，2歳の男児が「この2週間くらい鼻

水が出ていたが、昨夜からゲホゲホという咳をする」との訴えで受診した。呼吸音には異常なし。咽頭に発赤はなく、右の鼓膜に若干の発赤を認めた程度。一応、鼻を見たところ、右の中鼻道の手前に何か白っぽい物体が見えた。小撮子で把持できたので摘出したのが、ガーゼ付ばんそうこう(北海道ではサビオ®)を丸めたものだった。母親も全く想像していなかった物。子どもはよく鼻(や耳)に物を入れるので、鼻腔異物は何種類も診ていたがこのパターンは初めてで記憶に残っている。

痛い腹をさぐる

発熱と並んで子どもに多い訴えは腹痛だろう。あるいはそれに関連して嘔吐、下痢などの腹部症状である。最近は便秘の訴えも多くなった。子どもに特有の腸重積といった疾患もあるが、お腹の訴えに対しては必ず触診をすることが大切である。泣いていてなかなか触らせてくれない場合でも、親に抱いてもらうなどの工夫をして触ってみること。母親に抱かれていても痛がるようであればそれも重要な所見である。できれば触診の前に聴診の方が良い。触ったり押ししたりしていると本来の腸蠕動が変化する、と小児外科の先生に教わってから少し意識している。

便秘を疑って浣腸した場合は、排便後にも触

ること。排便とともに腹部腫瘍がなくなればそれは便塊だが、初期研修の時に経験した便秘といわれて浣腸を繰り返していた腹部腫瘍が実は悪性リンパ腫であったという症例を忘れることができない。

先の皮疹との関連で一つ、「お腹が痛い」と言う子どもの下肢にも注目してほしい。赤紫色の、指で圧しても退色しない発疹があれば、血管性紫斑病(ヘノッホ-シェーンライン紫斑病)が考えられる。3, 4歳から10歳くらいまでの子どもが罹患する疾患で、下肢を中心に出現する紫斑が主症状であるが、腹痛が先行する場合も少なくないので注意を要する。

このようにお腹を触る、皮膚の発疹を探す、鼻腔を見る、身体診察を繰り返す、などは特別な器械を使わずにどこの診察室でもできることである。実際に見て、手を当てて、手ごたえをつかんでほしい。

文献

- 1) 佐々木暢彦：東経140°から145°へ、全国自治体病院協議会雑誌 2014；53：26-29.
- 2) 鳥越貞義, 渡辺正博, 山田雅夫：突発性発疹の減少と高齢化。小児感染免疫 2013；25：3-8.
- 3) 国立感染症研究所, 水痘患者報告数の推移 1999年第1週~2018年第23週。 <https://www.niid.go.jp/niid/images/iasr/2018/08/462t01.gif> (accessed 2019 Jan 6)

地域の総合医に 産婦人科専門医は何を期待するか

公益社団法人地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長 伊藤雄二

POINT

- ① ウィメンズヘルスはプライマリ・ケアとして重要な領域であり、地域の総合診療医がプライマリ・ケアの担い手としてウィメンズヘルスケアを提供するニーズは高い
- ② 地域におけるウィメンズヘルスケアの充実のために、総合診療医が担う役割は大きく、そのために産婦人科医との連携、協力が必要である
- ③ 総合診療医と産婦人科医はウィメンズヘルスケアにおいて良きパートナーであり、総合診療医の産婦人科研修・実践にお互い協力することが必要である
- ④ 諸外国における学会間での研修協力体制は、ウィメンズヘルスケアの研修という視点からは取り入れるべき点が多い
- ⑤ 地域におけるマタニティケアと出産、そして産前・産後における継続的ケアの提供は地域の活性化のためにも重要であり、そのための多職種による連携のキーパーソンは総合診療医である

はじめに

ウィメンズヘルスはプライマリ・ケアとして重要な領域であり、海外では総合診療医や助産師、看護師など多職種でその役割の多くを担っている。しかしながら日本ではその領域の多くが産婦人科診療として位置づけられ、産婦人科医のみがその診療を担っていることが多い。産科医療の崩壊が問題となって久しいが、現状では地域における産婦人科医不足は産科のみならず、ウィメンズヘルスケアにもまた危機的な状況をもたらしている。そもそもウィメンズヘル

スを含めた女性の総合診療を産婦人科医だけで担うことは不可能であるし、理に適っていない。したがってさまざまな場面でウィメンズヘルスの担い手としての総合診療医の役割は重要である。しかしながら、ウィメンズヘルスに関する知識を得たり、実践するための研修の機会は少なく、またその重要性は一般市民にはもちろんのこと、多くの医師や医療従事者にも理解されていない。

総合診療専門医と産婦人科専門医

ウィメンズヘルスケアは本来全ての医師が多かれ少なかれ関わらなければならない領域である。その中でも女性のライフステージにそった健康問題や女性特有の疾患へのアプローチ、継続的なケア、家族の一員としての女性のケアという視点は総合診療医にとって重要なアプローチである。一方で産婦人科専門医は女性診療、特に産婦人科疾患に関する専門医として、その予防、治療、フォローアップを担っているが、患者自身が産婦人科疾患ではないかと思っ産婦人科を受診することで初めて産婦人科医がその疾患に関わるのが一般的である。すなわち総合診療医が継続的なケアを実践していく中で、女性特有の健康問題や疾患に関わり、患者教育や社会的啓発を通して、産婦人科疾患を念頭に置いて診療することは極めて重要で、その中でより専門的な診療が必要であれば産婦人科受診を促すことで、地域の女性診療がより充実し、患者さん自身も受診しやすい環境で診療が進められるのではないだろうか。すなわち総合診療医と産婦人科医は女性診療におけるよりよきパートナーであり、総合診療医の産婦人科研修に協力することは総合診療医、産婦人科医双方のみならず、患者や社会にとっても有益なことである。

妊娠前の 合併症と妊娠中のマイナートラブル

妊婦は、産科疾患か否かに限らず、何らかの症状があった場合はかかりつけの産科クリニックや病院を受診することが多い。しかしながら近隣に産婦人科がない医療圏では、妊婦が地域の医療機関を受診することもあり、また都市部でもかかりつけ医が不在の場合、妊産褥婦が何らかの症状を訴えて総合病院の救急外来を受診することもある。すぐに産婦人科医にコンサルトできない場合や産婦人科医の診察までに何らかの対応を迫られるような緊急の疾患の妊婦や未受診の妊婦が突然受診することもあるかもし

れない。

一方で妊娠前から何らかの基礎疾患で地域の総合診療医を受診していた女性が、妊娠後にもその治療をかかりつけ医で継続しなければならない場合もある。特に薬物治療においては、禁忌となる薬剤は限られているものの、妊娠の時期によって注意を要する薬剤も異なり、また妊娠前からの治療を継続する場合、薬剤の中止、変更が必要な場合や、胎児へのリスクがあるもののやむを得ず同じ薬剤での治療を余儀なくされる場合、あるいは同じ薬剤での治療の継続が可能な場合など、母児への影響のリスクとベネフィットを考えた治療の選択が必要となることもある。また、妊娠中のさまざまな合併症の中には妊娠に関連して見逃してはならない産科合併症と非妊娠時にも起こりうる疾患がたまたま妊娠期に起こるものがあり、さらに通常よく見られる疾患でも妊娠中には重症化しやすいものもあるため、総合診療医として妊婦への対応が避けられない場合もあると思われる。

避妊・性教育と プレコンセプションケア

昨今のセクシャルハラスメントに関する報道を見ても、日本におけるウィメンズヘルスケアが他の先進国に比べて大きく遅れていることを含め、女性の立場、女性の権利に関する国民の認識もマスコミの認識も、残念ながら国際的な常識から大きくずれていることは明らかである。またウィメンズヘルスケアとしての性教育、避妊教育は、望まない妊娠を避けるためのみならず、将来の妊娠および出産に備えるためにも重要である。本来リプロラクティブヘルス&ライツにおいて妊娠・出産は女性自らが決める権利を有するとされているが、そのためにはすべての女性に対するウィメンズヘルスケアの提供や教育が必要で、その担い手である地域の総合診療医の役割は日本の将来のために重要である。

特集

産前・産後ケアにおける 総合診療医の役割

妊娠・出産に関して、不妊治療などの場合を除いて女性は妊娠が判明してから産婦人科を受診し、1ヵ月健診が終了すると産婦人科受診は終了する。しかしながら現在問題となっている産褥メンタルヘルスをはじめ、妊娠糖尿病(GDM: Gestational Diabetes)のフォローアップなど各科専門医ではフォローアップされない産褥期の問題も多く、さらに次回の妊娠前ケアの視点からも地域でフォローアップされるべき女性が多い。また経済的問題をはじめとして、社会的な問題を抱えた女性の妊娠はまったくと言っていいほどケアされておらず、妊娠が判明して産婦人科を受診した後に問題が表面化する。このような社会的ハイリスク女性の妊娠・出産は多くの場合、高次医療施設で対応するが、出産後は地域の行政へそのフォローアップが引き継がれるものの、その後の育児を含めた社会生活等、十分にフォローアップされているとは言い難い。また予期せぬ流産や死産に直面した女性やその家族の心理的なケアやそのためのサービスの情報提供、母乳育児の継続や乳房ケア等も、産婦人科においては主に助産師がその役割を果

表1 PCOG活動 2018年度関連ワークショップ

- 7月1日
第12回へき地・地域医療学会 教育セッション地域で診る更年期症候群
- 7月21日22日
ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) プロバイダーコース
- 9月17日
ウィメンズヘルスブートキャンプ第2弾
- 1月27日
BLSO (Basic Life Support in Obstetrics) プロバイダーコース

たしていることが多いが、その後の地域で継続的かつ普遍的なケアにスムーズに引き継がれることは少ない。すなわち産前・産後の女性のケアにおいても、産婦人科医や助産師との連携と継続ケアに関わる総合診療医はプライマリ・ケアとして極めて重要な役割を担っている。

総合診療医の産婦人科ブロック研修

日本プライマリ・ケア連合学会においても女性医療・保健委員会(通称PCOG:Primary Care OB-GYN)においてさまざまなシミュレーションコースを開催し(表1)、さらに産婦人科実践研修のニーズおよび受け入れ施設の調査を行い公表している¹⁾。一方で総合診療医の研修

表2 PCOG competency Ladder2015(ver1.0簡易版) 段階的な研修/認証モジュールシステム(著者の素案)

	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
研修≒認証≒診療範囲	妊娠、授乳と薬 妊娠とX線 産婦人科の救急疾患 妊婦のよくある問題 (風邪、喘息発作など) 予防接種、ピルの知識	婦人科の慢性疾患、 コモンプロブレム(ピル、 更年期、妊娠前ケア、 産後ケア、予防接種)、 一般的な Women's health の実践	内診台、クスコ診、経 産/経腹エコーを必要 とする診療(月経周期 異常、不正性器出血、 スミア、SMCにおけ る妊婦健診)	低リスクの出産/高産 期(バックアップのある 病院/グループが前 提)+ミドルリスク妊 婦健診	産婦人科医と同レベ ルの産科診療(バック アップのある病院 /グループが前提)
学生/初期研修	○ 全ての医師に必要な能力				
家庭医療/総合診療専 門医取得レベル		○ Women's health の大半+Office Gynecology の一部			
一部の家庭医療/総合 診療専門医の研修施設			○ +Office Gynecology の全て +外来 maternity care (低リスク)		
フェロシップ(追加 研修)レベル			+外来 Maternity Care (中~高リスク) +低リスクのお産	○	
OB/GYN as a second major (2つ目の専門としての 産婦人科診療/ダブル ボード)					○ 産婦人科専門医レベル-婦人科手術

※略語は表Bの脚注参照

表3 PCOG competency Ladder2017(ver1.5) 段階的な研修／認証モジュールシステム(著者の素案)

	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
カテゴリー	Women's health 一部	Women's health 全般 Office Gynecology (婦人科外来) の初歩 *産後健診/母子健診	Women's health 全般 Office Gynecology (婦人科外来) の一部 産後健診/母子健診 *maternity care (妊婦検診低・中リスク) *帝王切開介助 *新生児蘇生 (NRP)	Women's health 全般 Office Gynecology (婦人科外来) の全般 産後健診/母子健診 maternity care (妊婦検診低・中リスク) *低リスクのお産 (経産分娩) *帝王切開介助 *新生児蘇生 (NRP)	レベル4+ 産科全般 経産分娩 (吸引を含む) *帝王切開術者 産婦人科専門医レベル (婦人科手術/高度不妊治療を除く)
想定レベル	全ての医師に必要な能力 学生/初期研修医	標準的な家庭医療/総合診療専門医取得レベル	一部の積極的に取り組む家庭医療/総合診療専門医の研修施設	フェローシップ (追加研修6~24カ月) レベル	産婦人科医と同レベルの診療 産婦人科専門医とのダブルボード
条件	特別な設備は不要	特別な設備は不要 (顕微鏡があればさらに良い)	内診、経産診が可能な設備と器具 (経産エコーができればさらに良い)	迅速に相談のできる産婦人科医のバックアップ 可能なならエコー画像をコンサルタントが迅速に閲覧できる手段	同施設内に産婦人科医の存在 (産婦人科専門医があれば不要)
知識	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠・授乳と薬 妊娠とX線 妊娠・授乳と予防接種 産婦人科の救急疾患 (救急性のある女性の腹痛、性器出血の鑑別) 妊娠のよくある問題 (良胎、喘息発作など) OC/LERP の知識 (適応、禁忌、副作用) 	<ul style="list-style-type: none"> 婦人科の慢性疾患やコンプレックス (月経異常、月経困難症・PMS/LEP、避妊/OC、更年期、妊娠前ケア、産後ケア、予防接種、不妊タイミング法、骨盤臓器脱、排尿障害) の実践 内診なしで対応可能な産婦人科感染症 子宮頸がん、乳がん検診の知識と推奨 母乳育児支援 妊娠前ケア/カウンセリング 妊娠と並存する慢性疾患管理 産後うつスクリーニングと診断 DV の認識と保護 地域における性教育 	<ul style="list-style-type: none"> 月経周期異常、月経困難症、PMS/PMDD、不正性器出血 婦人科感染症 (内診あり) 妊娠の診断 SMC における妊婦健診 妊婦検診の基本的な知識 (マイナートラブル、紹介のタイミングも含め) 子宮頸部細胞診 子宮筋腫 PCOS (多嚢胞性卵巣症候群) 骨盤痛 (急性、慢性) 骨盤臓器脱 (性器脱) の外来治療 自然流産への対応 満期産新生児のルーチンケア 異常の認識 	<ul style="list-style-type: none"> 子宮体部細胞診 IID 挿入、抜去 胎児心拍モニタリング (NST) 妊婦の腹部外傷 クワトロテスト/NIPT など TOLAC についての協働意思決定 (shared decision making) 	<ul style="list-style-type: none"> 婦人科手術/高度不妊治療を除く産婦人科専門医レベルに準じる
技術 (主として手技)	<ul style="list-style-type: none"> 月経歴、月経についての病歴 性交渉歴、性的指向についての病歴 妊娠・授乳における投薬やX線、予防接種についての説明 Women's health を考慮した病歴プレゼンテーションと診療録記載 	<ul style="list-style-type: none"> 上記疾患群の実際の診療 OC/LERP 処方の実施 子宮頸がん、乳がん検診の推奨 *経産擦過物検鏡 (KOH, wet mount) *乳腺腫瘍の穿刺/切開排膿 	<ul style="list-style-type: none"> 子宮頸部細胞診 (PAP スマア) 子宮鏡リング挿入 産後擦過物検鏡 (KOH, wet mount) 経産エコーによる明らかな異常のスクリーニング 胎児ドップラーによる胎児心拍同定 *子宮底長測定、シオボルト法 *産婦人科との併診による妊婦検診 (SMC) *妊婦健診に関わる超音波 (通常エコー検査: 妊婦健診時ルーチンのもの、妊娠週数/予定日推定、胎児体重推定、胎位、胎向の判定、羊水量の判断、簡易 BPP) *バルトリン腺腫瘍 (穿刺排膿のみ) 	<ul style="list-style-type: none"> 妊婦健診に関わる超音波 (胎児エコー検査: 胎児形態異常診断/いわゆる精密エコー) 破水の診断 陣発~出産までの内診 (子宮口開大などビショップスコア、産道の評価) 正常分娩の介助 NST の実施 IID 挿入、抜去 子宮内腔生検 会陰裂傷の縫合 (1, 2 度) *会陰裂傷の縫合 (3, 4 度) *バルトリン腺腫瘍 	<ul style="list-style-type: none"> 婦人科手術/高度不妊治療を除く産婦人科専門医レベルに準じる
態度	女性特有の疾患や性差による病態の違いを考慮しながら、女性が生涯を通して健康な生活を送れるよう、ライフステージに応じて支援することへの覚悟と姿勢、配慮				
必要な研修内容、場所、件数	<ul style="list-style-type: none"> コアレクチャーシリーズ ロールプレイ 	<ul style="list-style-type: none"> 実際の診療の現場へのローテーション/週1日×3~4カ月 (合計15~20日程度) 実施の継続的な実践が可能な現場 	<ul style="list-style-type: none"> 左記 + BLSO *ALS0, NRP 思春期や更年期以降女性の治療 5例 OC/LERP 初回処方・有害事象説明 5例 地域医療の経験 1カ月以上 経産分娩介助 20例 	<ul style="list-style-type: none"> 左記 + 6-24カ月程度フェネラリスト としての他領域の診療を最小限にして本領域に集中する研修期 簡を設ける 胎児超音波 20~30例 / 妊婦健診 継続例 10例 経産分娩介助 80例 *ALS0, NRP 	<ul style="list-style-type: none"> 個別の能力とニーズに応じて調整 分娩 150 (立ち合い100) *帝王切開術 執刀30 助手20

注意

Women's health の中でも女性生殖系、乳腺の疾患に限定して記載していますが、それ以外の2領域 (男女共に生じるが女性に多い疾患、男女共に生じるがアプローチ (疫学、診断、治療、予後) が異なる疾患) をおろそかにしてよいわけではありません。

*はオプション (余裕がある、優秀/熱意のある研修生の場合)

略語

PMS: premenstrual syndrome 月経前症候群・月経前緊張症
 OC: oral contraceptive 経口避妊薬
 LEP: Low dose estrogen-progestin 低容量エストロゲン-プロゲステロン
 SMC: shared maternity care
 BPP: biophysical profile

BLSO: basic life support in obstetrics
 ALS0: advanced life support in obstetrics
 NRP: neonatal resuscitation program (日本版 N-CPR)
 TOLAC: trial of labor after cesarean

プログラムにおいて産婦人科は必須とはならなかったが、選択項目としてその到達目標が定められており、今後も産婦人科研修については議論がなされるであろう。

ところで、総合診療医の産婦人科研修はどうあるべきか。PCOGメンバーには家庭医療専門医として産婦人科専門医を取得して活躍されている先生もいれば、その逆の道を歩んでいる先

生もいる。しかし多くの総合診療医はそもそも産婦人科専門医を目指しているわけではなく、その目標、ニーズはそれぞれの地域、個人、研修プログラム等によって異なると考えられる。その場合「産婦人科学」を研修するのではなく、女性診療としてのアプローチを研修し、実践することを望んでいるが、一方で産婦人科医は「産婦人科診療」を研修するべきと考えている場合

資料

～ 内診台、陰鏡がなくてもはじめられる！～
女性／妊婦／お母さんに優しい医師／医療機関になるための
ジェネラリストの手はじめ 12 カ条

2018 年 10 月版

1. 女性／妊婦／お母さんに優しい医師／医療機関であることをアピールしよう
2. 女性が妊娠中、授乳中でもコンプレックス、コンディジーズの診療、よろず相談は引き受けよう(妊娠中、授乳中を理由に断らない)
3. 処方、治療時に安易に「授乳をやめて」といわない診療をしよう
4. 薬と授乳、妊娠と薬などの資料が簡単にアクセスできるようにしよう
5. 妊娠可能年齢女性の診療時(とくに処方時)には妊娠の可能性、育児希望を必ず考慮しよう
・育児希望あり → 葉酸、風疹予防接種、タイミング指導など
・育児希望なし → 避妊指導
6. 月経についてこちらから積極的に尋ね、更年期障害、月経困難症、避妊の診療ができるようにしておこう
7. 避妊検査、クラミジア検査のできる体制整備をしよう
8. 帯下、尿失禁、骨盤臓器脱の相談ができるようにしておこう(在宅診療においても)
9. 女性の心理社会的な問題も常に念頭に診療を行おう(うつ、不安、経済的問題、虐待など)
10. 女性に優しい連携先のリストをつくって把握し、顔の見える関係づくりをしておこう(歯科、福祉、行政、産婦人科医、領域別専門医など)
11. 地域で女性の健康に関する啓発をしよう(子宮頸がん、乳がん、大腸がん検診の受診率の把握、受診推奨、HPV ワクチンに関する啓発、情報提供(個別診療、地域健康教育)など)
12. 地域での命の教育、性教育に関与しよう(立候補しよう)

岡田唯男(文責)、柴田綾子、水谷佳敬、一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会(JPCA)女性医療・保健委員会(チーム・PCOG)

図 1 女性／妊婦／お母さんに優しい医師／医療機関になるためのジェネラリストの手はじめ 12カ条

があり、その相違を研修と診療協力との視点からお互いに理解することが重要である。すなわち、「産科」あるいは「産科学」ではなく「マタニティケア」を、「婦人科」あるいは「婦人科学」ではなく「ウイメンズヘルスケア」を研修し、その後の実践につなげていくという考え方である。このような問題点を理解しやすくするために、PCOGでは総合診療医向けのPCOG competency Ladderを提示し(表 2, 3)²⁾、また女性診療に取り組むための「女性／妊婦／お母さんに優しい医師／医療機関になるためのジェネラリストの手はじめ12カ条」を提言している(図 1)³⁾。これらの概念は決して産婦人科医の考えと相反するものではなく、それぞれの役割を考え地域あるいは個人々の目標に向かいつつ、総合診療医と産婦人科医が連携し良好な関係を構築することが患者および地域社会にとっても大きなメリット

となると考える。

地域における分娩

分娩施設に関して、ある程度地域での重点化、大規模化は避けて通れないと思われるが、その一方で特にへき地・離島をはじめとした地域においては分娩やマタニティケアを含めた女性診療に総合診療医が関わるニーズが高い。またその地域のウイメンズヘルスや女性診療、分娩はできなくてもローリスクの妊婦健診や妊婦の救急対応を最低限維持することはその地域の活性化には欠かせないことである。そのために産婦人科医と総合診療医、助産師を含めた医療従事者が連携することは、その地域の分娩を含めたウイメンズヘルスを展開するためのひとつの解決策となり得るのではないだろうか。

米国のへき地において、病院の産科サービスの有無と出産場所の変化および出生の転帰に関連した最近の報告によると、都市部に隣接していないへき地で産科サービスがなくなると、産科サービスが継続されているへき地に比べて、院外での出産、産科のない病院での出産および早産が有意に増加し、さらに都市部に隣接したへき地でも産科のない病院での出産が有意に増えるとしている⁴⁾。一般的には地域での産科サービスの提供がなくなるとそれだけリスクが高くとされる出産が増えるのみならず、おそらく地域の出生数はさらに輪をかけて減少することが推測され、その地域の衰退や存続にも直結すると考えられる。

海外での取り組み

米国では家庭医の産婦人科トレーニングと診療に関するガイドラインが米国産婦人科学会(ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists)と米国家庭医療学会(AAFP: American Academy of Family Physicians)の協働で作成され、その能力の評価も含めてお互いに協力している^{5)~7)}。またオーストラリアではGP-Obstetricianの認証制度があ

り、豪州総合診療学会(RCACGP: The Royal Australian College of General Practitioners)と豪州へき地医療学会(ACRRM: Australian College of Rural and Remote Medicine)およびオーストラリア-ニュージーランド産婦人科学会(RANZCOG: The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists)が協力してその管理・運用にあたっている^{8),9)}。これらの取り組みは国土の広さや制度が異なる日本でそのまま適用するのは難しいかもしれないが、それでも各学会が地域の女性診療や産科診療を維持するために、いかに協力し連携できるかという点では参考にできるし、教育や研修およびその実践と評価という視点では取り入れるべき内容も多い。

おわりに

地域の産婦人科医や産科に関わる医師は減少し続けており、地域における産婦人科診療は今後ますます後退すると思われる。著者は長年のへき地での産婦人科診療の経験を通して、地域で求められる産婦人科診療は女性の総合診療であると確信している。そのためにも総合診療医の産婦人科研修、地域における女性診療の実践について、より具体的なロールモデル、地域モ

デルを周知し共有することで、産婦人科医と総合診療医の協働や地域での活動がさらに広まり、それが地域におけるウィメンズヘルスの充実や分娩継続と地域の活性化につながることを期待し、拙著がその一助となることを願っている。

参考文献

- 1) 研修協力施設. <http://www.pcog.jp/link.php>
- 2) 岡田唯男, 柴田綾子, 水谷佳敬: 非産婦人科医として女性診療に関わるということ(必要な能力も含めて), 井上真智子編. 女性の救急外来 ただいま診断中! 東京, 中外医学社, 2017, 247-251.
- 3) 岡田唯男, 他: 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会 女性医療・保健委員会(PCOG)編. 女性/妊婦/お母さんに優しい医師/医療機関になるためのジェネラリストの手はじめ12カ条. http://www.pcog.jp/topics_I-detail.php?tid=15
- 4) Kozhimannil KB, et al: Association Between Loss of Hospital-Based Obstetric Services and Birth Outcomes in Rural Counties in the United States. JAMA 2018; 319(12): 1239-1247.
- 5) Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents. Maternity Care. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint261_Maternity.pdf.
- 6) Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents. Women's Health and Gynecologic Care. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint282_Women.pdf.
- 7) Magee SR, et al: Family Medicine Maternity Care Call to Action : Moving Toward National Standards for Training and Competency Assessment. Fam Med 2017; 49(3): 211-217.
- 8) Campbell AM, et al: Leading the rebirth of the rural obstetrician. Med J Aust 2014; 201(11): 667-670.
- 9) Ranzcog Website. <https://www.ranzcog.edu.au/Training/Certificate-Diploma/Training-Requirements>.

地域で遭遇する頻度の高い 整形外科疾患や手技について

市立恵那病院 整形外科 部長 伊達和人

POINT

- ① 高齢化社会において、運動器疾患に対する対応はより重要となっている
- ② 関節、脊椎疾患には適切な除痛と運動療法、外傷には可能な範囲で速やかな初期対応を行う
- ③ ビスホスホネート製剤による骨粗鬆症治療には歯科医との連携が重要である

特集

はじめに

他の領域と同様に整形外科においても各専門分野の進歩は著しく、しかも一層加速する傾向にある。現在は一人の整形外科医で広範囲領域をカバーするのは困難な状況になりつつある。

しかし一方では、超高齢化社会においてロコモティブシンドローム(ロコモ)、サルコペニアといった概念がクローズアップされ、運動器障害が要介護状態に陥る大きな原因として注目されている。種々の医療機関における運動器疾患への対応は以前より重要となっているのである。

本稿では限られた誌面の中で、筆者の考える第一線医療での整形外科疾患対応について述べる。

関節、脊椎疾患

代表的疾患として変形性膝関節症、肩関節周

囲炎、腰椎疾患を中心に取り上げる。

変形性膝関節症は農山村地域で発症しやすく、関節軟骨の摩耗で始まり、進行すると関節変形を来して疼痛、支持性低下、可動域制限を来して日常生活への影響が大きくなる。

外来治療では運動療法と薬物療法が主体となる。運動はウォーキングや筋力体操が推奨されるが、疼痛が強い場合は非荷重の運動を組み合わせる。各個人に合ったもの、長期継続できるものの導入が望ましい。大腿四頭筋や股関節外転筋(中臀筋)の訓練は非荷重運動でも効果がある。外出しないと運動にならないと考える高齢者も多いが、屋内での運動も促すようにしている。

薬物療法は鎮痛剤(NSAIDs, アセトアミノフェン, その他)の内服、外用剤が一般的であるが、疼痛が強い場合はヒアルロン酸の注射が効果的である。軟骨には神経終末はないとされ、変形や軟骨摩耗によるストレスによって惹起された滑膜などの炎症が疼痛の主原因とされてい



図1a 左膝MRI画像



図1b 左膝術後X線正面像

る。ヒアルロン酸の抗炎症作用，軟骨摩耗抑制作用による鎮痛効果が期待できる。以上の治療で対処困難であれば，整形外科への相談を考慮する。

なお類似疾患として突発性膝関節壊死症とよばれる病態があり，X線画像での変形に比して疼痛，歩行障害が強く，夜間痛が強いのが特徴である。MRIでは早期から大腿骨内顆関節面に壊死像をみとめる。図1はその症例で肉体労働困難となり，高位脛骨骨切り術を行って職場復帰可能となった。一見軽い変形でも疑わしければ紹介を考慮いただきたい。

膝以外の関節にも生ずるが，偽痛風も発症頻度が高く，時に化膿性関節炎と診断を迷う例がある。関節液培養や関節液中の白血球数増加は重要であるが，一人診療所などで行うにはややハードルが高い。明らかな化膿性関節炎は即時の対応が必要だが，経過を見る余裕がある場合は鎮痛剤またはヒアルロン酸注射で対処しながら関節液の培養提出を行って抗生剤でフォローしてもよい。偽痛風なら数日で鎮静化することが多い。ステロイド注射は万一の感染のケースを想定して筆者は使用していない。時に他の関節に炎症が持続する症例があり，関節リウマチのチェックも必要となる場合がある。

肩関節周囲炎(五十肩)は非外傷性の肩の疼痛

で始まり，長期化すると関節拘縮へと進む。急性期は夜間痛を含めた強い疼痛で，慢性期(frozen phase)には結髪，結帯障害を含む可動域制限を生じる。急性期は除痛が中心となり，NSAIDsの内服，外用剤に加えて肩甲上神経ブロック，ヒアルロン酸関節内注射等の処置や運動療法を行う。ステロイド関節内注射は疼痛が強い場合にまれに行っているが連用はしない。運動療法は痛みを誘発するものは避け，振り子運動などのマイルドなものから導入して進めていく。

慢性期の関節拘縮改善には除痛を行いながらの運動療法が中心となる。内旋外旋の拘縮除去に時間を要することが多い。疼痛が強く難治の場合は，ここでも振り子運動を行いながら外旋→外転等へと進めるよう指導している。肩は可動域が広範囲である一方，通常の日常動作や作業に必要な可動域がごく狭い。そのため普段から使用されない筋腱が多く拘縮しやすい状況下におかれ，たまたま普段動かさない方向へ上肢を動かすまで気づきにくい。筆者は早い段階でできるだけ肩の自動運動，体操を取り入れるよう指導している。拘縮を来していない時期であれば特別な器具も必要なく自己訓練でき，1年以内におおむね回復する例がほとんどである。難治例の場合は関節包解離術などが必要な場合

があり、また非外傷性腱板断裂の合併もありうるため整形外科に紹介されたい。

腰椎疾患については加齢による椎体、椎間板、椎間関節等の退行性変化から、変形や脊柱管狭窄等に至ることで腰痛、下肢神経症状を来す。保存治療の適応は広く、腰痛ガイドライン¹⁾によれば運動療法、装具(コルセット)等も一定の評価を得ている。薬物療法は高齢者が多いこともあり、消化管障害や腎障害に注意して使用する。プレガバリンなどの新しい系統の薬剤も副作用に注意すれば有効な場合がある。神経ブロックの心得があれば仙骨硬膜外ブロック等も血圧低下などに注意しながら行う。神経所見が強く、日常動作困難(歩行障害等)や疼痛制御困難例では専門医に紹介し、除圧や固定などの手術を考慮していただく必要がある。

その他、筋膜性疼痛症候群については最近注目されているハイドロリリースは簡便かつ低侵襲で優れた除痛方法²⁾であり、筆者もまだ始めたばかりであるが有効例を経験しており、有効な疼痛対策と実感している。

なお、腰背部痛疾患として非外傷性の圧迫骨折、化膿性脊椎炎、転移性脊椎腫瘍などを念頭に置く必要がある。また総合診療医の方には釈迦に説法かもしれないが、レッドフラッグ疾患を看過しないことが重要である。筆者も腰背部痛として紹介された30~40歳代の心筋梗塞や大動脈解離、坐骨神経痛として紹介された下肢動脈閉塞、下肢筋肉痛と診断されたガス壊疽などを経験している。

外傷

手指の外傷については以前に述べているので参照されたい³⁾。

骨折についてはまず開放骨折は緊急処置の対象となる。骨折部を副子等で固定し、対応可能な病院へ速やかに転送する。高齢者は軽微な外傷で骨折を来すが、閉鎖性骨折でも貧血例や抗凝固剤内服者では出血性貧血が進行しやすいためバイタルサインの確認は必ず行い、必要に応じて血管確保等を行う。



図2 足根部痛を呈している踵骨骨折

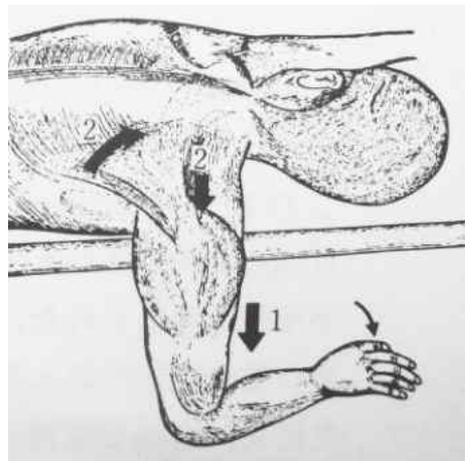


図3 肩関節脱臼整復法(Stimson法)

転位のない橈骨遠位端骨折などは外固定でフォロー可能であるが、経過中には転位の進行の有無を必ず確認し、思わしくない場合は速やかに整形外科に紹介いただきたい。また、意外に難しいのはリハビリ開始のタイミングと指導である。時に不要な外固定延長によって関節拘縮を来した紹介例を経験する。

診断困難な骨折は少なからずあり、手関節部や足根部などでは整形外科医も初期診断できないものがある。図2は足根部痛を呈した外傷例で、CTにて踵立方関節付近に転位のない踵骨骨折を認めた。打撲や捻挫と診断した後でも、疼痛腫脹が長期にわたる例は見直しや再検査が重要である。

脱臼について多くみられる肩、顎関節、(真の脱臼ではないが)肘内障を取り上げる。

肩関節脱臼の大多数は前方脱臼であり、代表的な整復法を2つ紹介する。図3はStimson法で、腹臥位で肩を台から出して90度前屈、軽度外旋位、肘は90度屈曲位で軽く重力線方向に引

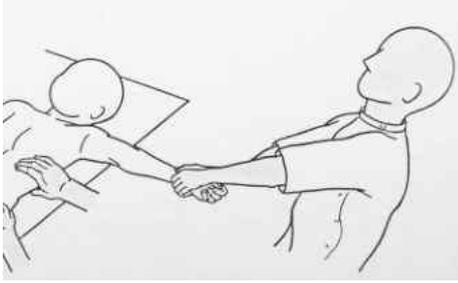


図4 肩関節脱臼整復法(牽引法)

くことでしばらくすると整復される。疼痛が強い場合は肩峰下へキシロカイン20mLで局所麻酔を行うとよい。これで整復されなければ図中の2のごとく肩甲棘を外側方、肩甲骨下角を脊椎方向へ押すと関節窩が骨頭方向に向いて整復されやすくなる。図4は牽引で整復する方法で、仰臥位で行う。助手に体幹を押さえてもらい、手首を握って徐々に側方へ牽引する。これで整復しにくい時はわずかに内外旋しながら徐々に120～150度拳上し前額面で40度前後へ前方拳上しながら、脱臼している骨頭を関節窩を乗り越えるように軽く押すと整復される。肩関節脱臼は特に若年者で反復性脱臼に移行しやすく、整復できた場合でも三角巾と体幹固定を応急で行い、整形外科に紹介するのがよい。

顎関節脱臼は閉口不能な特有の顔貌を呈し、会話困難であるので長い問診は気の毒であり、整復を優先する。椅子にリラックスして座位をとらせ、両手の示指を下顎角にあて、母指を臼歯にあてる。図5のように矢印方向へ下顎を回転させながら咬筋の緊張が緩むのを待つ。その後、母指で下顎を奥へ押し込む操作を行うと整復される。咬まれるのを防ぐため母指をガーゼ等で保護する。両側脱臼例では片方ずつ行うのがよい。

肘内障は回外法(橈骨頭を押しながら前腕を回外させ、肘を屈曲する)と回内法(肘を支えながら手を下に向けるように前腕を回内させる)がある。どちらかで整復可能なことがほとんどである。

打撲は受傷直後より1～2日で筋肉や軟部組織の腫脹、内出血が進行し、後で症状のピークが到来することが少なくない。受傷から時間を

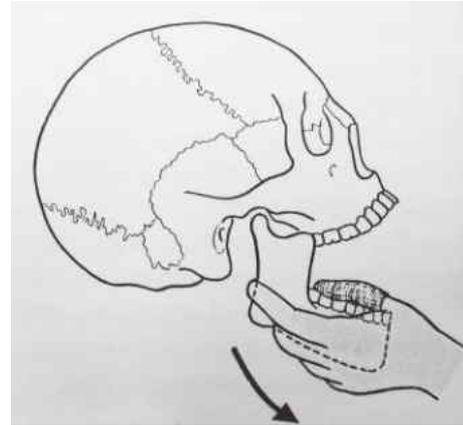


図5 顎関節脱臼整復法

経て夜間に症状が増悪して受診するケースをしばしば経験する。受傷直後には長時間の立位歩行は避け、1～2日は適度な安静とクーリングを指示するほうがよい。特に抗凝固剤服用例などで筋肉内血腫等を生じた場合は外科的に切開処置を要する場合があります。経過により紹介されたい。

骨粗鬆症

骨粗鬆症への対処が高齢化社会において不可欠であることは論を待たない。現在経口剤、注射剤を含めて骨粗鬆症治療薬のラインアップは充実しており、すでにご自分のスタイルで使いこなしている方々も多いと思われる。ここでは最も汎用されているビスホスホネート製剤(以下、BP製剤)と顎骨壊死についてのトピックを取り上げることとする(デノスマブ等の抗RANKL抗体製剤にも報告がある)。

歯科医から抜歯などの処置に際してBP製剤の休薬を求められることは珍しくない。しかし2016年の顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー⁴⁾によれば休薬によって顎骨壊死発生を予防できるかどうかは不明とされている。顎骨壊死は一般人口集団においても一定の発生率がある。またBP製剤はいったん骨に取り込まれると長期に残存し、すでに蓄積した薬剤の効果は除去できない。加えてBP製剤中止のデメリットとして骨密度低下が進行し、骨折が増加することが示されており、リスクとベネフィットの判断

は難しいとされている。

明確に記されているのは口腔ケアの重要性である。他の骨よりも顎骨に壊死が多い原因として、口腔内は細菌が多い環境であること、歯根部の粘膜が薄く、歯周病の存在や抜歯などの侵襲的処置により感染リスクが高まりやすいことがあげられる。口腔ケアによる予防効果は強調されており、BP製剤内服者に限らない一般的な見解とされている。結局休薬そのものの顎骨壊死予防効果については明らかではない。

とはいえ顎骨壊死は発症した場合の難治さから歯科医の警戒感が強い。そのため筆者は歯科医から相談を受けた際には、原則休薬に応じている。その際に口腔ケアについての配慮を依頼し、代替薬を処方の上で、歯科処置が終了した際には連絡いただき投与再開とする方針にしている。

今後新たな知見が報告されることが期待されるが、歯科医との連携は重要と考える。それぞれの地域においても歯科医とのコミュニケーションの機会をとらえて良好な連携を構築することを期待する。

おわりに

適切な運動は、健康寿命を延ばすための重要事項の一つである。日本整形外科学会もロコモ対策に力を入れており、ホームページ上で体操その他を公開しているので参考にさせていただきたい(<https://locomo-joa.jp/>)。ただ、運動を行うには疼痛対策も重要である。糖尿病や高脂血症などで運動を指示されても、さまざまな痛みのために思うように運動できない高齢者は多い。第一線医療機関における疼痛疾患や外傷に対する対応は、今後も重要性が増すと考えられる。

各々の医療機関の状況に応じて可能な範囲で対処いただくことを期待する。

参考文献

- 1) 日本整形外科学会, 日本腰痛学会誌, 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会/腰痛診療ガイドライン策定委員会編: 腰痛ガイドライン2012. 東京, 南江堂, 2012.
- 2) 白石吉彦: 痛みに対するエコーガイド下筋膜リリース改めFascia Hydro-release. 月刊地域医学 2017; 31: 542-547.
- 3) 伊達和人: 手指外傷の初期治療について. 月刊地域医学 2013; 9: 26-29.
- 4) 顎骨壊死検討委員会: 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死の病態と管理. 顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー, 2016.

地域での皮膚疾患の診断と対処法

折戸皮膚科クリニック 院長 折戸秀光

POINT

- ① 刺激誘発型蕁麻疹よりも特発性蕁麻疹の方がはるかに多く、原因検索に網羅的なスクリーニング検査は行うべきではない
- ② 帯状疱疹には腎機能に影響しない内服薬もある
- ③ 痛い巻き爪にはまずテーピング
- ④ テルピナフィン硫酸塩は白癬菌にはよく効くが、カンジダ、マラセチアには効きにくい

はじめに

卒後2年間の初期研修(スーパーローテート)終了後すぐに舩倉島の診療所に1997年4月から半年間、その後穴水町の甲(かぶと)診療所に1年半勤務した。その間ほくろや水虫の相談をたびたび受けたが、患者さんにとってはごく身近なほくろや水虫であっても、当時の私は皮膚科専門医でもなく、自信を持って確定診断を下すことはほとんどできなかった。患者さんからは医者なのにこんなことも知らないのかとがっかりされたことも、その後皮膚科に進んだ動機の一つである。私が受けた初期研修で皮膚科は6週間(夏3週間、冬3週間)あったものの、残念ながら鏡検を充分にはマスターできなかった。(当時ダーマスコピーはなかった。)現在、総合医あるいは地域医療の研修プログラムの中で皮

膚科の研修期間中に鏡検およびダーマスコピーをどこまで習得できるようになっているかは分からないが、初期研修終了直後の自分を振り返って、鏡検、ダーマスコピーが不要な疾患を中心に書かせていただく。

蕁麻疹

皮膚科外来で、患者さんからスマートフォンなどで撮った写真を提示される場合、ほとんどが蕁麻疹である。ここで世間一般の方が抱いている典型的な蕁麻疹は、特定の刺激ないし、条件が加わった時に誘発される刺激誘発型蕁麻疹であるが、実際には、直接的な原因、誘因なく出現する特発性蕁麻疹の方が圧倒的に多く、そのギャップをよく認識した上で、いつから、どのくらいの頻度で、どんなふうに、どんな時に

特集

症状が出るのかを丁寧に聞くことが重要になる。特に小児では卵や小麦のアレルギーではないかと心配されることがよくあるが、風邪などの治りかけに出ている場合が多く、抗ヒスタミン薬を1週間も飲めば終わってしまうことがほとんどである。十分な問診を基に必要であれば適宜検査を行い、網羅的なスクリーニング検査は行うべきではないと日本皮膚科学会雑誌2018年12月号に掲載された「蕁麻疹診療ガイドライン2018」では警鐘を鳴らしている。なお特発性蕁麻疹のうち、発症してから6週間以内は急性蕁麻疹、6週間を超えたものは慢性蕁麻疹と呼ばれている。

治療は、刺激誘発型蕁麻疹であれば原因・悪化因子の除去、回避が中心となるが、特発性蕁麻疹では、非鎮静性抗ヒスタミン薬の内服が治療の基本となり、内服を継続することにより症状の沈静化を図り、最終的には無治療でも症状が出なくなることが目標となる。発症後1週間以内の早期に治療が開始され、症状が速やかに消退し、全く再燃しない場合は、1週間から2週間の内服で終了できることが多い。一方およそ1ヵ月以上症状が続いているところから治療を開始する場合、症状が出ない期間を1ヵ月から2ヵ月間維持した後に、週単位で内服薬の漸減を図ることになる。通常量の抗ヒスタミン薬で抑制できない場合、倍量投与が認められている薬剤であれば、倍量までの増量、または2種類の併用を行う。国際ガイドラインでは他剤の追加よりも単剤の増量が推奨されている。蕁麻疹に対する健康保険適用は未承認であるが、H₂拮抗薬、抗ロイコトリエン薬の追加投与も有効である。

帯状疱疹

多くは痛みが生じてから5日以内に紅斑や小水疱が出現する。痛みが先行して、湿布などを貼った直後に皮疹が生じると、接触皮膚炎との鑑別を要する。また皮疹は典型的でも痛みがなく、痒みを訴えられる場合もある。診断確定には、ヘルペスダイレクトテスト、または迅速判

定キット(デルマクイック®VZV:マルホ)が有用で、ギムザ染色、いわゆるTzanck試験でも確認できる。痛みが生じてから、水疱や紅斑が出現するまでの数日間、整形外科を受診されることも多いが、皮疹が出現していない帯状疱疹を早期に診断確定することは困難である。

治療は抗ヘルペスウイルス薬であるが、バラシクロビル、ファミシクロビルは、特に高齢者で腎機能低下の有無に注意を要する。1日1回の内服で、腎機能への影響がほとんどないアメナビルが登場したが、CYP3A阻害薬との併用に留意を要する。皮疹は治まっても、その後に残る痛みに関しては、特に高齢者で長期化することが多く、痛みが強ければ早めにペインクリニック科も受診した方がよい。

単純疱疹

単純ヘルペスウイルスの初感染、または再活性化により口唇または臀部、陰部に小水疱を生じる。成人での初感染の場合は重症化することが多く、またアトピー性皮膚炎があると、再発性でも小水疱が広範囲に出現するkaposiと呼ばれる状態を呈する場合がある。診断に迷う際はTzanck試験か、ヘルペスダイレクトテストによって確認する。

治療は症状出現からなるべく早期(72時間以内)に抗ヘルペスウイルス薬の内服を開始する。水疱新生が治まって、痂皮化している場合は、抗ヘルペスウイルス薬の投与は不要である。抗ヘルペスウイルス薬の内服と抗ヘルペスウイルス外用薬との併用は保険適応上認められない場合がある。

粉瘤(類表皮嚢腫, アテローマ)

背部、臀部、耳朶周囲などによくみられ、ドーム状に隆起、または皮下に埋まって結節となっており、しばしば中央に黒い臍窩がみられる。押すと臭いものが出てくると言われることもある。炎症が起きていなければ、そのまま経過観察で問題はないが、紅く腫れて、波動が触れる

ような場合は、切開し、内容物を排出する。局所麻酔を充分にかけて、一番柔らかくなっているところ、または黒点のように見えるところを中心として、4mm生検トレパンでくり抜くか、メスで一文字に5～10mm程度切開する。多くの場合、十字切開は不要である。内容物を排出した後は生理食塩水等で洗浄し、初日だけ切開創が直ぐに閉鎖しないようにガーゼを挟む。排膿、洗浄の際に内側の皮膜の一部が排出されることもあるが、全ての皮膜を除去しようとする方がよい。根治的な手術は炎症が治まって2ヵ月ほど経過をみてから検討する。

胼胝(タコ)、鶏眼(ウオノメ)

鶏眼は通常、足底にできて、中央に芯があるように見える。胼胝は足底に限らず、肘や膝などにもできる。治療はよく切れる道具で削ることである。コストはかかるが、私はフェザーのハイステンレス両刃、マルホや貝印の生検トレパンなどを使っている。鶏眼だと思って削っているうちに中央が白濁して、点状の出血斑が出現してきた場合は疣贅である。胼胝も鶏眼も削れるだけ削っても1ヵ月もすれば、また硬くなるが、特に高齢者では、削ることにより歩行障害がかなり改善される場合があり、歩くたびに石ころを踏んでいたような痛みから解放され、感謝されるであろう。靴や中敷きを調整するといくらかできにくくなる。スピール膏は深さや、範囲をオーバーすると、潰瘍を作るので、注意が必要である。10%サリチル酸ワセリン軟膏をこまめに塗って角質を軟化させる方がリスクは少ない。

尋常性疣贅

HPV(ヒトパピローマウイルス)が基底細胞に感染して生じる。手足によく見られ、小児の手足で魚の目ができたと言われれば、ほとんどが疣贅である。手掌や足底などの角質が厚いところ、爪周囲に生じたものは治療が難しくなる傾向にある。保険適応がある治療法は、外科的切

除、冷凍凝固、電気凝固、サリチル酸外用、ヨクイニン内服である。通常外科的切除は行われず、皮膚科では主に液体窒素による冷凍凝固療法が行われているが、皮膚科が専門ではない診療所では、液体窒素の取り扱いが問題になる。私が働いていた舳倉島では、当時液体窒素を扱っていたが、甲診療所では扱っていなかった。冷凍凝固療法は、きちんと処置をすればかなりの激痛が走る。処置後も痛みは数日続き、時には1週間近く続くこともあるので、患者さんに充分説明をしないと、トラブルを生じかねない。1,2週間に1回、冷凍凝固療法を繰り返すことになるが、何回処置をしても治らないことも多く、50%サリチル酸のスピール膏やヨクイニンの内服を併用することもある。ヨクイニンの内服はほとんど効果がないことが多いが、まれに劇的に効く場合があり、その際は投与開始から1,2ヵ月以内に見られることが多い。小児の手足に生じたものは活性型ビタミンD₃軟膏を夜だけ塗ってラップで覆い、絆創膏などで固定することを数週間続ける方法も有用であるが、保険適応はない。

爪切り

爪切りは保険診療で点数を算定できないが、高齢者で足の爪切りに困っている方は案外多く、私は要望があればなるべく切るようにしている。爪甲は上から縦、横、縦の三層の線維構造となっており、線維の方向を考えながら、ニッパ型の爪切りで、少しずつ切れるところから切っていく。特に厚くて硬い爪は20分ほど足湯に浸けると柔らかくなって切りやすくなる。

陥入爪(巻き爪)

インターネットなどでもかなり情報を集めることができる。「巻き爪、治療」などで検索すると整骨院などでも扱われていて、驚く。深爪にならないように爪の先端を四角く切ることが基本である。痛みが生じている場合、痛みを生じている側の爪の下方をテープで引っ張るテー

ピング法を行う。食い込んでいる爪に翼状針などのチューブに割を入れて、槌のように挟むガター法も有用であるが、局所麻酔を要する。爪の横から肉芽が過剰に盛り上がっている場合、テーピング法やガター法を行い、なるべく乾かすようにする。液体窒素冷凍凝固療法やステロイド外用剤を併用することもある。

鏡検について

皮膚疾患を診る際、最初の壁として顕微鏡による真菌検査、鏡検がある。湿疹・皮膚炎と真菌症を肉眼のみで鑑別することは難しいことも多く、鏡検せずに抗真菌剤やステロイド外用剤を処方することは、心電図もとらずに抗不整脈薬を処方するのに等しい感じもするが、言い過ぎであろうか。ただ外用剤はOTCもあり、鏡検に習熟するには時間もかかる。以下は番外編として、鏡検ができないことを前提に、抗真菌剤やステロイド外用剤を処方する場合について書かせていただく。

真菌症

抗真菌剤を塗るからには足白癬ならば、たとえ一部の趾間にしか症状がなくとも、足の裏全体、全ての趾間、両足とも1日1回、毎日塗る。真面目に塗っても、治ったように見えるまでには3週間から4週間は、かかる。治ったように見えたところで、直ぐに外用を終了させないで、そこから1ヵ月から2ヵ月間外用を継続させる。塗れば塗るほど紅くなったり、痒くなってくる場合はかぶれているので、抗真菌剤をいったん中止し、炎症が治まる1週間程度を目処にステロイド軟膏を外用する。

真菌症には白癬菌と、外陰部に生じやすいカンジダ、胸や背中などに生じるマラセチアがある。代表的な抗真菌剤、テルビナフィン塩酸塩は白癬菌にはよく効くが、カンジダやマラセチアにはあまり効かない。またケトコナゾールはカンジダ、マラセチアにはよく効くが、白癬菌にはあまり効かない。ルリコナゾールは3種

類共に効くが、テルビナフィンやケトコナゾールよりも、かぶれやすい印象がある。

ステロイド外用剤に関して

外用薬の経皮吸収率は年齢、部位、皮疹の状態で異なり、それぞれステロイドの強さを使い分けることになる。使い慣れるまで、例えば、成人では、頭はリンデロン[®]Vローションまたはリドメックス[®]ローション、顔、陰部はキンダベート[®]軟膏またはロコイド[®]軟膏、あるいはロコイド[®]クリーム、頸部、胸部はリドメックス[®]軟膏またはリンデロン[®]V軟膏、腹部、背部、四肢はリンデロン[®]V軟膏からネリゾナ[®]軟膏またはマイザー[®]軟膏などと、軸となる薬剤を絞って使うとよいであろう。ステロイド外用剤を塗れば塗るほど、悪化する場合は、毛囊炎、または真菌症を生じている可能性がある。腋窩や臀部、陰部に痒疹様結節や膿疱性紅色丘疹を生じ、夜の痒みが強い場合は疥癬を疑う。

皮脂欠乏性湿疹

秋頃になるとすねが痒いと訴えられる患者さんが増えてくる。時には膿んでいる、化膿していると言われ、絆創膏などが貼られている場合もあるが、大抵は貨幣状湿疹で、皮脂欠乏性湿疹がより進んだ状態である。下腿伸側だけではなく、上腕、背部にもみられる。高齢者、小児に多いが、小児で足関節、手関節、膝窩、肘窩に湿疹病変を認める場合は、アトピー性皮膚炎が悪化している状態である。近年高齢者で温水プールが人気であるが、同症の増悪因子になる。お風呂で熱いお湯に長時間入るのも悪化させる。治療はステロイド軟膏の外用である。痒みが落ち着いてからヘパリン類似物質などの保湿剤で予防する。尿素入り外用剤は角質が厚くない部位に塗ると刺激感があり、かえって痒みが増す場合がある。

皮膚科からはお薦めできない薬剤

フラジオマイシン硫酸塩が入っており、接触皮膚炎を生じる外用剤に、ネオメドロール®EE軟膏、眼・耳科用リンデロン®A軟膏、クロマイ®P軟膏がある。

モーラス®テープは、剥がした後も半年近く貼付した部位に光線過敏性皮膚炎を生じることがある。

降圧薬で利尿剤のヒドロクロチアジドが含まれている合剤は光線過敏型薬疹を生じる。

推奨図書・ホームページ

診療所で診る皮膚疾患 第2版

中村健一著 日本医事新報社

ところどころ個人的には見解の相違はあるものの、非常に分かりやすく、内容も奥深く、さまざまな角度から入りやすいように工夫されている。

毎日診ている皮膚真菌症

ちゃんと診断・治療ができていますか？

常深祐一郎著 南山堂

皮膚科の研修を受けられる方全員に、まず手

にさせていただきたい本である。絶版になっているが、電子書籍で入手可能である。

逃げない！攻める！皮膚科救急テキスト

出光俊郎編 文光堂

重症型薬疹から感染症、外傷まで写真も内容も充実しており、診療所にもぜひ置いていただきたい1冊である。

疣贅(いぼ)のみかた、治療のしかた

江川清文著 秀潤社

イボに対してかつてこれほどまでに情熱が注がれている書籍はあっただろうか。

爪 基礎から臨床まで 改訂第2版

東 禹彦著 金原出版

身近にありながら、あまり知られていない爪の世界へようこそ！まさに爪図鑑である。

日本皮膚科学会 (<https://www.dermatol.or.jp>)

「一般市民の皆様」のところから「皮膚科Q&A」をご覧いただきたい。普段よく目にする疾患が分かりやすい図や写真と共にやさしく解説されており、重宝する。

特集

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

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

桑原悠一¹⁾ 平田真太郎¹⁾ 桑原明菜¹⁾

木村都旭¹⁾ 細井則人¹⁾ 首藤介伸¹⁾ 天野正弘¹⁾

腹腔鏡補助下結腸切除で生じた結腸間膜の欠損部が内ヘルニアの原因となりうるが、その発生頻度は低く症例報告も少ない。欠損部による間隙の閉鎖の必要性については未だ一定の見解は得られていない。腹腔鏡補助下横行結腸切除後に生じた間膜欠損部に内ヘルニアを来した1例を経験したので報告する。

症例は73歳、女性。横行結腸左側の結腸癌に対し、腹腔鏡補助下横行結腸切除術を施行した。術後8年後に腸閉塞を発症したため施行したCTで左腹部にclosed loopを形成し拡張した小腸を認めた。開腹手術所見では、結腸間膜切除後の腸間膜欠損部に嵌入した空腸が拡張していた。嵌入腸管に血行障害や癒着は認めず、嵌入腸管を引き出し腸閉塞解除したのち、結腸間膜欠損部を縫合閉鎖した。

腹腔鏡補助下大腸手術では腸間膜欠損部を縫合しないことが多いが、内ヘルニアの報告がされており、可能な限り腸間膜欠損部を閉鎖することが望ましいと考えられた。

KEY WORD 腹腔鏡補助下結腸切除術, 内ヘルニア, 腸閉塞, 腸間膜閉鎖, 横行結腸

I. 緒 言

腹腔鏡補助下結腸切除で生じた結腸間膜の欠損部が内ヘルニアの原因となりうるが、その発生頻度は低く症例報告も少ない。欠損部による間隙を閉鎖すべきとする報告もあるが、未だ一定の見解は得られておらず、当院では行っていない。今回、腹腔鏡補助下横行結腸切除後に生じた間膜欠損部に内ヘルニアを来した1例を経験したので報告する。

II. 症 例

患者:73歳、女性。

主訴:嘔吐

現病歴:結腸ポリープ切除後の定期検査で行った下部消化管内視鏡検査で横行結腸脾彎曲部側に2型腫瘍を認めた。腹腔鏡補助下横行結腸切除術、1群リンパ節郭清を行った。鏡視下に脾彎曲部を受動した後、上腹部正中創を5cm皮膚切開して体外で中結腸動脈左枝を結紮切離し、腸管を切離した。吻合はlinear staplerを用いて機能的端々吻合で行った。腸間膜欠損部は閉鎖しなかった。術後経過は順調で術後10日目

1) 東京北医療センター 外科

(筆頭著者連絡先:〒115-0053 東京都北区赤羽台4-17-56 東京北医療センター 外科,筑波大学2002年卒業)

原稿受付 2018年11月21日/掲載承認 2019年1月21日

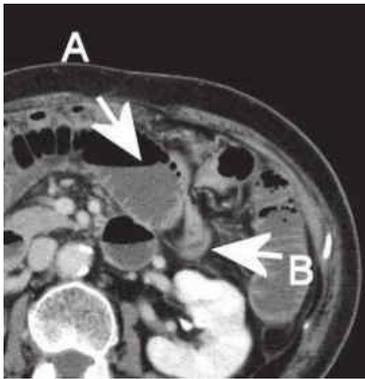


図1-a 造影CT(水平断)
結腸間膜により小腸が狭小化する部分を認め、ヘルニア門と思われる。(A:口側腸管. B:狭窄部から連続するclosed loop)



図1-b 造影CT(水平断)
ヘルニア門から頭側に拡張した小腸loopを認める。closed loopの壁の造影効果は若干不良であった。(C:closed loop. D:肛門側小腸)

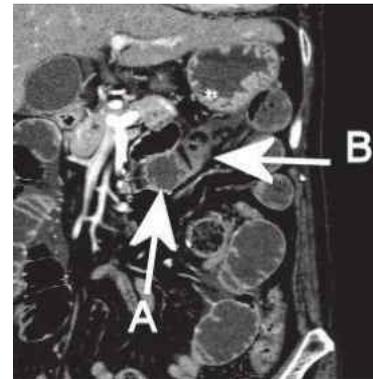


図1-c 造影CT(冠状断)
ヘルニア門から頭側にclosed loopを形成している。(A:口側腸管. B:狭窄部から連続するclosed loop)

に退院した。

その後の外来で再発なく経過し定期検査も終了となっていたが、術後8年経過中に転倒による腰痛治療のためリハビリ科に入院することになった。療養施設への転院待機中に食後嘔吐を認めたためCT撮影した。結腸吻合部近傍で小腸の狭窄と、そこからclosed loopを形成した腸管拡張を認め小腸閉塞の診断となった。Loopを形成した腸管の血流は保たれていたため胃管を挿入し減圧を開始した。翌日CTを撮影したが依然小腸loopは解消されず、その一部に血流低下が疑われたため開腹手術を施行することとなった。

入院翌日の腹部CT所見:近位空腸が初回手術時の横行結腸吻合部背側を通り、頭側へと嵌入しその先でclosed loopを形成し内ヘルニアの所見を呈していた(図1a, b, c)。

手術所見:正中切開で開腹し、腹壁と腸管の癒着は認めなかった。左上腹部に拡張した空腸を認め、少量の漿液性腹水の貯留を認めた。拡張腸管は結腸吻合部の背側に向かってつながっており、それを引き出していくと腸管閉塞は容易に解除でき(図2a)、腸管同士の癒着が原因ではなかった。引き出した腸管は軽度の発赤を認めたが血流障害の所見はなかった。ヘルニア門を探索すると横行結腸間膜に1横指の間隙を確認し(図2b)、その腸間膜を縫合閉鎖した。

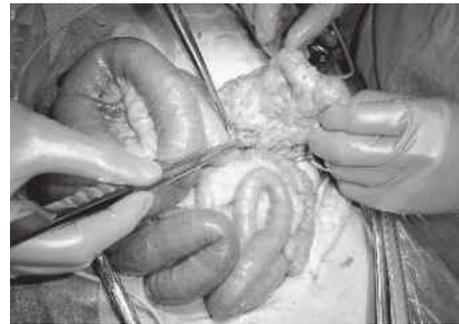


図2-a 術中写真
嵌入していた小腸に癒着はなく容易に引き戻せた。



図2-b 術中写真
ヘルニア門は1横指とわずかなものであった。

術後経過:3日目に食事を開始し、11日目にリハビリ科転科、21日目にリハビリ目的に転院となった。

表1 腹腔鏡下結腸切除術後の腸間欠損部に生じた内ヘルニアの報告例

症例	報告者	報告年	年齢	性別	部位	術式	再建	間膜閉鎖	初回手術～再手術
1	Elio ³⁾	1998	46	F	D	結腸左半切除	端々吻合(circular stapler)	なし	60日
2	Kawamura ⁴⁾	1999	47	F	S	S状結腸切除	DST(circular stapler)	不完全	20日
3	小西 ⁵⁾	1999	65	M	T	記載なし	記載なし	あり	記載なし
4	Nagata ⁶⁾	2005	55	F	T	横行結腸切除	FEEA	なし	5日
5	加藤 ⁷⁾	2006	71	M	S	S状結腸切除	端端吻合(手縫い)	なし	31日
6	加藤 ⁷⁾	2006	79	F	A	回盲部切除	端端吻合(手縫い)	なし	59日
7	仲本 ⁸⁾	2007	76	M	T	横行結腸切除	FEEA	なし	63日
8	Jimi ⁹⁾	2007	69	F	A	結腸右半切除	端端吻合(手縫い)	なし	2ヵ月
9	Hosono ¹⁰⁾	2007	58	F	T	横行結腸切除	FEEA	なし	7日
10	廣 ¹¹⁾	2008	71	F	A	結腸右半切除	FEEA	なし	7日
11	池西 ¹²⁾	2009	73	F	S	S状結腸切除	端端吻合(手縫い)	なし	1年9ヵ月
12	佃 ¹³⁾	2010	52	M	R	腹会陰式直腸切断術	切断術	なし	26日
13	水内 ¹⁴⁾	2011	60	F	T	横行結腸切除	端端吻合(手縫い)	なし	16日
14	水内 ¹⁴⁾	2011	55	M	T	横行結腸切除	端端吻合(手縫い)	なし	17日
15	桑原 ¹⁵⁾	2011	70	M	T	横行結腸切除	DST	なし	2ヵ月
16	市村 ¹⁶⁾	2011	63	F	D	結腸左半切除	FEEA	なし	46日
17	阿南 ¹⁷⁾	2012	66	M	S	S状結腸切除	三角吻合	なし	21ヵ月
18	竹中 ¹⁸⁾	2013	79	F	T	横行結腸切除	記載なし	なし	8日
19	中山 ¹⁹⁾	2014	72	M	S	高位前方切除	DST	なし	12ヵ月
20	自験例	2018	73	F	T	横行結腸切除	FEEA	なし	8年

DST: double stapling technique, FEEA: functional end-to-end anastomosis

Ⅲ. 考 察

腹腔鏡補助下結腸切除では間膜欠損部の閉鎖を検討した報告はなく、一定の見解は得られていない。発生頻度が少ないとされ、手術手技が困難であることから、多くの施設では腹腔鏡補助下結腸切除後の結腸間膜閉鎖は行っていないと思われる。

腹腔鏡補助下大腸切除術は普及し、大腸癌原発巣切除手術件数のうち71%に達し、近年更にはその割合は増加している¹⁾。それに伴い、腸間膜欠損部に生じる内ヘルニアが報告されるようになってきた。腹腔鏡補助下大腸切除術における内ヘルニアの報告は、医学中央雑誌およびPubMedで検索したところ19例認めた(表1)。

初回手術から内ヘルニアを生じるまでの期間は、報告されているものは数ヵ月以内の発症が多くそのなかで長いのが21ヵ月である。我々が経験した症例は術後8年経過してから内ヘルニアを発症していることから長期経過してもなお起こり得るものであることが分かった。

腹腔鏡下大腸手術は開腹大腸手術に比べてSBO(small-bowel obstruction)の発生率と解除術施行率が低いと報告されている²⁾。前者のほうがより小さな創部となることから創部への癒着が小さくなると考えられる。しかしながら手術操作が及ぶ腸間膜の範囲や、腸間膜の欠損、吻合部の存在は開腹手術と同様であり、こういった要因に対しては内ヘルニアやSBOの発生率には腹腔鏡下手術と開腹手術との差がそれほ

どないのかもしれない。

本症例においては、腸閉塞解除術時に確認した腸間膜欠損部の大きさは1横指と小さなものであった。腹腔鏡補助下横行結腸手術時の腸間膜欠損部の計測はされていないが、中結腸動脈左枝を結紮切離していることから初回手術時にはそれよりは大きい欠損孔だったと思われる。癒着により縮小はしたが間隙が残り、そこに内ヘルニアを生じたものと考察される。特に横行結腸切除術では腸間膜欠損部が他の術式に比べると小さくなる傾向があるため、そこに小腸が入り込むと嵌頓しやすい状態なのかもしれない。

腹腔鏡補助下大腸切除術では、腸間膜欠損部が原因となる内ヘルニアの発生頻度は非常に低いため、腸間膜欠損部閉鎖の必要性の是非について述べることはできない。しかし、初回手術時に可能な限り腸間膜は縫合閉鎖しておくことが望ましいと考える。縫合閉鎖を行わなかった場合は、本症例のように術後内ヘルニアが起ることを念頭に置き、術後経過観察を行うことが必要であると考えられた。

IV. 結 語

腹腔鏡補助下横行結腸切除術後に腸間膜欠損部に小腸が嵌入し腸閉塞を来した内ヘルニアの1例を経験した。腹腔鏡補助下大腸切除後に腸間膜欠損部を原因とする内ヘルニアは稀ではあるが手術が必要になるため、可能な限り結腸間膜を閉鎖すべきと考える。

参考文献

- 1) 塚本潔, 他: 日本における大腸癌に対する腹腔鏡手術適応の現状 - 第85回大腸癌研究会アンケート調査より - . 日本大腸肛門病学会誌 2017;70:205-213.
- 2) Duepre HJ, Senagore AJ, Delaney CP, et al: Does means of access affect the incidence of small bowel obstruction and ventral hernia after bowel resection? Laparoscopy versus laparotomy. J Am Coll Surg 2003; 197: 177-181.
- 3) Elio A, Veronese E, Frigo F, et al: Ileal volvulus on internal hernia following left laparoscopic-assisted hemicolectomy. Surg Laparosc Endosc 1998; 8: 477-478.
- 4) Kawamura YJ, Sunami E, Masaki T, et al: Transmesenteric hernia after laparoscopic-assisted sigmoid colectomy. JSL 1999; 3: 79-81.
- 5) 小西文雄, 永井秀雄, 金澤暁太郎: 大腸癌に対する腹腔鏡下手術. 日消外会誌 1999;32(8):2172-2176.
- 6) Nagata K, Tanaka J, Endo S, et al: Internal hernia through the mesenteric opening after laparoscopy-assisted transverse colectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2005; 15: 177-179.
- 7) 加藤滋, 荒木吉朗, 清水謙司, 他: 腹腔鏡補助下結腸切除術後, 腸間膜欠損部により絞扼性イレウスをきたした2例. 日臨外医会誌 2006;67:1329-1332.
- 8) 仲本嘉彦, 木川雄一郎, 竹尾正彦, 他: 腹腔鏡補助下結腸切除後の腸間膜欠損部に生じた術後内ヘルニアによる腸閉塞の1例. 日鏡外会誌 2008;13:119-122.
- 9) Jimi S, Hotokezaka M, Eto T, et al: Internal herniation through the mesenteric opening after laparoscopy-assisted right colectomy: Report of a case. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2007; 17: 339-341.
- 10) Hosono S, Ohtani H, Arimoto Y, et al: Internal hernia with strangulation through mesenteric defect after laparoscopy-assisted transverse colectomy: Report of a case. Surg Today 2007; 37: 330-334.
- 11) 廣純一郎, 川本文, 大井正貴, 他: 腹腔鏡補助下結腸右半切除後の腸間膜欠損部に生じた腸閉塞の1例. 日臨外医会誌 2008;69:3177-3180.
- 12) 池西一海, 安田里司, 平尾具子, 他: 腹腔鏡補助下結腸切除術後腸間膜欠損による絞扼性イレウスの1例. 日臨外会誌 2009;70:2738-2742.
- 13) 佃和憲, 池田英二, 高木章司, 他: 腹腔鏡下腹陰式直腸切断術後に温存した左結腸動脈により腸閉塞をきたした1例. 日鏡外会誌 2010;15:327-331.
- 14) 水内祐介, 田辺嘉高, 末原伸泰, 他: 腹腔鏡補助下横行結腸切除術後の開放腸間膜に内ヘルニアを認めた2症例. 日内外会誌 2011;16(4):507-513.
- 15) 桑原明史, 酒井靖男, 大橋拓他: 腹腔鏡補助下横行結腸部分切除後の腸間膜欠損部に生じた内ヘルニアの1例. 日腹部救急医会誌 2011;31:95-98.
- 16) 市村龍之介, 森田高行, 藤田美芳, 他: 腹腔鏡補助下左結腸切除術後, 温存した下腸間膜動脈と腸間膜欠損部とで形成された間隙に生じた内ヘルニアの1例. 日内外会誌 2011;16(6):709-713.
- 17) 阿南匡, 衛藤謙, 満山喜宣, 他: 腹腔鏡下S状結腸切除術後の腸間膜欠損部に生じた内ヘルニアの1例. 日臨外会誌 2012;73(10):2716-2719.
- 18) 竹中芳治, 佐々木貴浩, 福岡麻子, 他: 腹腔鏡下大腸切除術後のイレウス症例の検討. 日臨外会誌 2013;74(7):1749-1753.
- 19) 中山智英, 森田高行, 藤田美芳, 他: 腹腔鏡下S状結腸切除後の腸間膜欠損部に生じた内ヘルニアの1例. 臨床と研究 2014;91(10):1365-1367.

「ともしび塾」の一環として行った 食育ワークショップの報告

ヘルスプロモーション研究センター 川畑輝子 嶋田雅子 野藤 悠 中村正和
自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門 牧野伸子 中村好一

はじめに

地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター(以下、ヘルプロ)は、自治医科大学(以下、大学)の公衆衛生学部門との協働事業として、学生ワークショップ「ともしび塾」を2016年に開始した。そのねらいは、将来医師として地域で生活し、仕事をしていく中で、大学カリキュラムの中だけでは十分に学習できないと考えられる内容について、実践的な学習を体験できる機会を提供することである。具体的には、低学年で食事、喫煙、飲酒、身体活動等の身近なテーマについて学び、高学年では、地域を知り、地域のために地域の人たちと協働するための地域診断、町おこし等をテーマとしたワークショップを行うなど、段階的に学習することができるような仕組みを構想している。

その手始めに、まずは1年生を対象に、生活の基本である「食」をテーマとした食育ワークショップを開催することとした。大学生を含む若い世代の食生活・食習慣の乱れと健康状態との関係が社会的にも問題視されている中^{1)~4)}、医学生が望ましい食事のあり方を考え、実践する力を身に付けることは、将来、医師として地域で治療や予防活動に携わる上で有用であるだけでなく、その基盤となる自分自身の健康管理にも資することが期待できる。この食育ワークショップは、大学の学生寮指導主事会とヘルプロの共催とし、大学学生課、学生食堂、新入生の学生生活を支援する大学の学生自主会の組織

BBS(Big Brother and Sister System)の協力を得て開催することとした。目的は、学生の食に関する意識や関心を高めることとし、1回目は2016年12月に、2回目は2017年12月に行った。内容は、食事のバランス、つまり「1食に何をどれだけ食べたら良いか」を、だれもが簡単に理解し実行できるように開発された「3・1・2弁当箱法」を用いて、実際に学食のメニューを弁当箱に詰めて食べる演習と、それだけでは評価が難しい食塩摂取状況の傾向を簡易に把握することができる尿中ナトリウムとカリウムの比(以下、Na/K比)を測定する機器の紹介、そしてそれを用いて自分自身の尿中Na/K比を測定する演習を中心とした⁵⁾。

2018年は、大学の事業計画に「学生食堂の利便性を図り、合わせて食育を推進することを通して学生の就学・生活環境の向上を図る」ことが位置づけられたことなどから、Part Iを入学直後の5月に、Part IIを12月に、年2回実施することとした。Part Iは、従前の目的と内容を踏襲し、Part IIは、Part Iで学んだことの理解を深め、さらに学生食堂の上手な利用法や、自律的な食物選択法についてより具体的に学ぶことを目的とした。本稿では、2018年度に実施した2回シリーズのプログラム内容について報告する。

食育ワークショップPart I

1. 概要

2018年度食育ワークショップのPart Iは5月

「3・1・2 弁当箱法」

「3・1・2 弁当箱法」は、「1食に何をどれだけ食べたらよいか」について、だれでも理解し、実行しやすいように研究開発された食事（料理の組み合わせ）のものさしです。食べる人のからだに合ったサイズの弁当箱に、主食・主菜・副菜料理を3:1:2の割合の容積比（表面から見ると面積比）でつめると、適量で栄養素のバランスがよく、味・くらし・環境面からも、すぐれた食事にすることができます。

からだ・心・くらし・環境に健康な1食
「3・1・2 弁当箱法」

3:1:2
主食 主菜 副菜
©NPO法人 食生態学実践フォーラム

● 5つのルール ●

- ルール1 食べる人にとって、ぴったりサイズの弁当箱を選ぶ
- ルール2 動かないようにしっかりつめる
- ルール3 主食3・主菜1・副菜2の割合に料理をつめる
- ルール4 同じ調理法の料理（特に油脂を多く使った料理）は1品だけ
- ルール5 全体をおいしそう！に仕上げる

図1 1食になにをどれだけ食べたら良いかをはかるものさし
出典：NPO法人食生態学実践フォーラムHP <http://shokuseitaigaku.com/2014/bentobako>

26日(土)午前8:30~11:30学生食堂で行った。入学直後、親元を離れ生活環境が大きく変化した1年生に対し、食事の大切さについて理解を深め、まずは自分自身の食生活を管理できるようになることを目的とした。1年生122名中114名(男性65名、女性49名)が参加し、参加率93.4%だった。

内容は、1・2回目と同様、「3・1・2 弁当箱法」を用いた「1食に何をどれだけ食べたら良いか」を学ぶ体験学習(演習①)と、自分自身の尿中Na/K比を測定し、前日の食事内容と照らして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②、そして演習内容を理論付け、食事の内容がひとの健康状態や疾病の発症、ひいては死亡のリスクといかに密接に関係しているかを学ぶレクチャーの、3部構成とした。

2. 「3・1・2 弁当箱法」を用いたバランスの良い食事の体験

「3・1・2 弁当箱法」は、科学的根拠に基づく妥当性の検証された1食単位の食事構成法である^{6)~9)}。食べる人の体位や身体活動量に合ったサイズ(弁当箱の容量(mL)とエネルギー量(kcal)がほぼ同値となる)の弁当箱を選択し、5つのルールに従い(図1)、主食:主菜:副菜=3:1:2の容積比(上から見ると表面積比)となる

よう詰めるだけで、適量かつ主要栄養素バランスの良い食事を整えることができるという分かりやすさと簡便さから、さまざまなライフステージにおける栄養・食教育教材として活用されている^{10)~12)}。本ワークショップでは、個々人の体位と身体活動レベルに合った弁当箱を準備するのは困難であったため、日本人の食事摂取基準(2015年版)の性年齢身体活動レベル別の推定エネルギー必要量(身体活動レベルⅡふつう)を参考に、男性用は900mL、女性用は700mLの弁当箱を準備した。体位や身体活動量によって、自分に合った弁当箱の大きさが本来異なることは、当日の講義の中で説明した。

料理は、学生食堂の協力を得て、主食は白米、主菜は鶏のから揚げ・焼鯖・卵焼き、副菜はポテトサラダ・ほうれん草のお浸し・切り干し大根のカレー煮・コールスローサラダをバイキング形式で準備した。演習の流れは、①自分がいつも昼食もしくは夕食に食べている量を、いつもの学食のトレーに盛り付け自席に着く。②用意された自分に合った弁当箱に、「3・1・2 弁当箱法」のルールに則り盛り付けた料理を詰める。③何が多く、何が少なかったかを目で見えてチェックする。④実際に食べてみて、いつもの満腹感と比較する。⑤感想をインタビュー形式で発表し合い意見交換する、という順で行った。後日個別にフィードバックができるよう、ト



図2 自宅学習用として準備した容器

レーに盛り付けた状態と、弁当箱に詰めた後の写真データをヘルプロに送付するよう依頼し、データが得られた学生には個別に簡易アドバイスを返却した。また、学習した内容を再現し今後には生かすことができるよう、当日使用した弁当箱と同じ容量の半透明容器と、3:1:2の仕切りを印刷した紙をセットにし、演習終了時に配付した(図2)。

弁当を作成してみた結果、男女ともに主食および副菜は適量より少ない傾向が見られた。主菜に関しては、男子学生は総じて適量より多く、女子学生は適量もしくは適量よりやや少ない傾向が見られた。各々、自分がいつも食べすぎているもの、もっと摂らなければいけないものについての気付きがあり、特に主食の適量に関しては、多くの学生が「主食(炭水化物)をもっと食べなければならぬ」と認識を改めていた。

一方で、「3・1・2」弁当箱法のルールの一つである「動かないようにしっかり詰める(食物重量(g)が弁当箱容量(mL)の60~80%が基準)」という決まりの解釈に個人差があり、ぎゅうぎゅうに詰める学生が数名いたものの、多くは弁当箱に隙間が残っている状態だった。そのため自分の適量を本来の量より少なく理解している学生が一定数いる可能性が懸念される。

事後アンケートの回答には、朝食の時間帯に昼食や夕食を想定した食事量を摂ることが難しかったことも挙げられており、今後「3・1・2弁当箱法」を用いた演習効果をさらに高めるためには、開催時間および正しい詰め方(食物

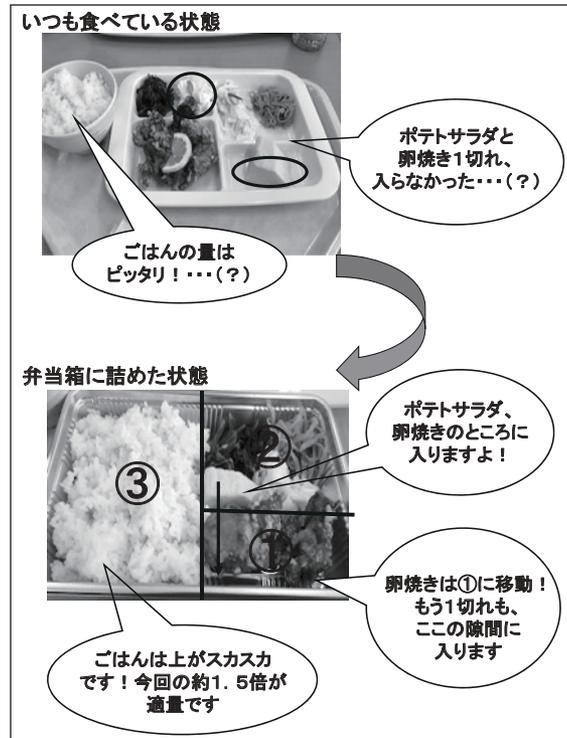


図3 盛り付けた食事を弁当箱に詰める

充填率)を正確に教示しチェックする方法の検討が必要と考えられた(図3)。

3. 尿中Na/K比測定と前日の食事の振り返り

食塩摂取量と高血圧等の循環器疾患の関係はよく知られているものの、各人の食塩摂取量を正確に把握することは、極めて困難である。そこで、本ワークショップでは2016年の第1回目より、数十秒の反応時間で尿中Na/K比を測定することができるオムロン(株)製「ナトカリ計HEU-001F」¹³⁾を用いて自分自身の尿中Na/K比を測定し、前日の食事記録と照らして食塩および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取り入れている。尿中Na/K比はINTERSALT研究など複数の研究で血圧と正の相関があることが報告されており¹⁴⁾、食事時のNa/K比と総死亡率や循環器疾患の死亡率との間に正の関連があることがコホートにより明らかになっている^{15), 16)}。

測定を実施した学生83名(男性46名、女性37名)の結果、平均値は男子学生4.3、女子学生4.2と、日本人の平均¹⁷⁾とほぼ同じだったが、低値者(3.5未満)の割合は、男子学生のほうが女子学

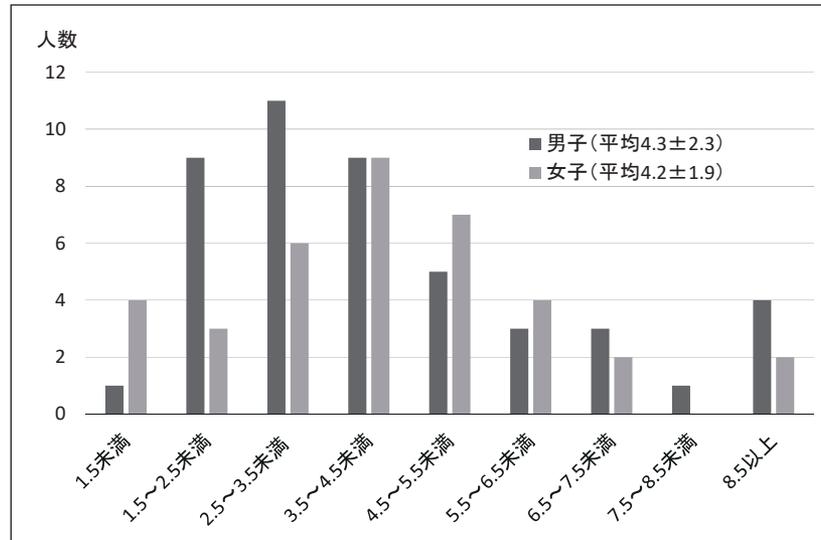


図4 学生のNa/K比の分布

生より多かった(男性45.6%, 女性35.1%)(図4)。

その理由については不明だが、低値を示した男子学生は、前日の夕食を欠食していたり、菓子パン等の簡単な食事で済ませたりしていた。女子学生は、食事記録の内容から男子学生と比して野菜摂取量が多い傾向が見られたが、それに比例して調味料等に由来する食塩摂取量も多くなっていることが予測された。反対に、6.5以上の高値者の割合も男子学生のほうが多く(男性15.2%, 女性10.8%), 男子学生の結果は2極化していた。高値者は前日の食事を振り返り、「夜、焼肉屋で塩キャベツを4杯食べた」「夜中に大盛りラーメンを食べた」等、各々気付いた点を発表し合った。最高値(10.2)の男子学生は夜10:30に親子丼とラーメンを食べており、「親子丼もラーメンも塩分が多いということが分かった」と苦笑しながらコメントしていた。

演習の後半は、通常商品と減塩商品(亀田製菓(株)柿の種・減塩柿の種)の食べ比べをし、どちらが減塩商品か当てるクイズをしたり、減塩商品を美味しくするためにどんな工夫がされているか、どんな商品があれば自分も食べたいか、などのディスカッションも教員を交えて行った。

4. 臨床および地域での予防活動に役立つ講義

演習①、演習②は、学生が食事の大切さを自分のこととして理解(自分ゴト化)することを目

的とし、管理栄養士2名で行った。講義は、演習内容を理論付けて深耕し、統計データや国の基準・指標等を交えてより医師として臨床の場や地域での予防活動に役立つ情報を提供することを目的として、ヘルプロセンター長である医師が行った。

事後アンケートからは、「食事」という極めて日常的な行為が血液中(尿中)の物質の濃度に直結し、疾病や死亡のリスクとも関係していることが分かった、という感想も挙げられ、理論と実践の融合を感じ取ることができた。

食育ワークショップPart II

1. 事前アンケートの実施と目標設定

Part IIは、Part Iで学んだことへの理解を深め、さらに学生食堂の上手な利用法や、自律的な食物選択法についてより具体的に学ぶことを目的とした。それに向けて、10月に1年生全員を対象とした事前アンケートおよび代表者8名に対するインタビューを行った。アンケートおよびインタビューの内容は①朝・昼・夕の食事の摂取頻度と摂取場所、②食事をする上での困りごと、③食生活を今よりよくするためにあると良いこと・モノ、④食事について学びたいこととし、インタビューではより詳細な聞き取りを行った。

アンケートの結果、Part Iを行った5月時点と比して朝食を「ほぼ毎日食べる」と答えた学生割合が71%(5月)から50%(12月)に減少し、朝食欠食頻度が増えていることが分かった。その理由として考えられる「食事に関する困りごと」の1位が「自炊する時間がない(45%)」、2位が「自炊をする設備が足りない(33%)」だった。また、約50%の学生が、朝食・昼食を学生食堂で摂っていることが分かった。以上の結果を踏まえ、Part IIの演習テーマを「知って納得!学生食堂の利用法」と「寮でもできる!簡単レシピ~簡単に1日3食、バランスの良い食事を整える方法~」とした。また、学びたいこととして「そもそもどうしてバランスよく食べることが大切なのか?」について知りたいという回答が複数名から挙げられ、代表者インタビューの間でも「主食・主菜・副菜という構成より、栄養素レベルの説明があると分かりやすい」「栄養素レベルで過不足を示された方が、自分ゴト化しやすい」という意見が出た。そこで、Part II全体のテーマを「食の基本は主食・主菜・副菜にあり」とし、その根拠について食材レベル・栄養素レベルで詳しく知り、自分自身のための自律的な食物選択とそれを周囲に波及できるスキルを身に付けることをPart IIの到達目標とした。

2. 概要

2018年度食育ワークショップのPart IIは12月9日(土)午前9:00~12:00学生寮・大ラウンジで行った。参加者は、1年生65名(男性30名、女性35名、参加率53.3%)、BBS17名、合計96名だった。

まず、Part Iで学んだことの振り返りと、主食・主菜・副菜という食事の構成概念についてより詳細に学び理解を深めるための講義を最初に行った。その上で、学生食堂を上手に利用し、より良い食生活が実践できるようになることを目的とした演習①、限られた寮の設備でもバランス良く1日の食事を整えることができる調理法と食事の組み立て方を学ぶことを目的とした演習②、の3部構成とした。講義は医師が、演習①・②は管理栄養士が担当し、BBSからは、

調理用食材の事前準備、当日の学生誘導、資料配付、調理補助等、多岐に渡るサポートを得た。

3. 知って納得!学生食堂の利用法

演習①では、まず実際の学生食堂メニュー(ある日の定食A・B)を用いて、食事バランスガイド¹⁸⁾と食品摂取多様性スコア¹⁹⁾を用いて評価した(図5)。食事バランスガイドは、1日に何をどれだけ食べたら良いかをコマのイラストで分かりやすく示したツールで、主食・主菜・副菜・果物・乳製品を主要食事区分とし、これらをバランスよく食べることでコマが安定して回り、バランスが悪いと倒れることを表現している。食品摂取多様性スコアは、高齢者を対象とした食事評価指標で、肉類、魚介類、卵類、大豆製品、牛乳、緑黄色野菜類、海藻類、果物、いも類、油脂類の全10食品群の1週間の摂取頻度を把握し、「ほぼ毎日食べる」を1点、それ以外は0点とし、合計点数を求める。得点が高いほど栄養素密度が高く、7点以上をキープすることで骨格筋量や身体機能の低下が抑制されることが明らかとなっていることから²⁰⁾、地域在住高齢者に対して「この10の食品群を毎日食べるよう心がけましょう」というメッセージがフレイル予防の観点からさまざまなシーンで活用されている。今回は、学生が将来医師として地域で仕事をする上で有用と考えられるツールの1つとして紹介し、食事バランスガイドと併せて実際の評価を体験してもらうこととした。

演習の結果、①学生食堂を利用すると、主食、主菜、副菜のそろった食事が摂りやすくなること、②小鉢を選択する際に、意識して副菜を選択しないと野菜摂取量が不足する可能性があること、③学生食堂で提供されるメニューには果物が少ないため、学食以外の場で補う必要があること、④食塩摂取量を適正に保つためには、味噌汁の汁を少なめにすること、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であることが確認された。学生からは、学食だけに頼るのではなく、日ごろから不足を意識して補わなければならないと分かった、等の前向きな感想が得られた。

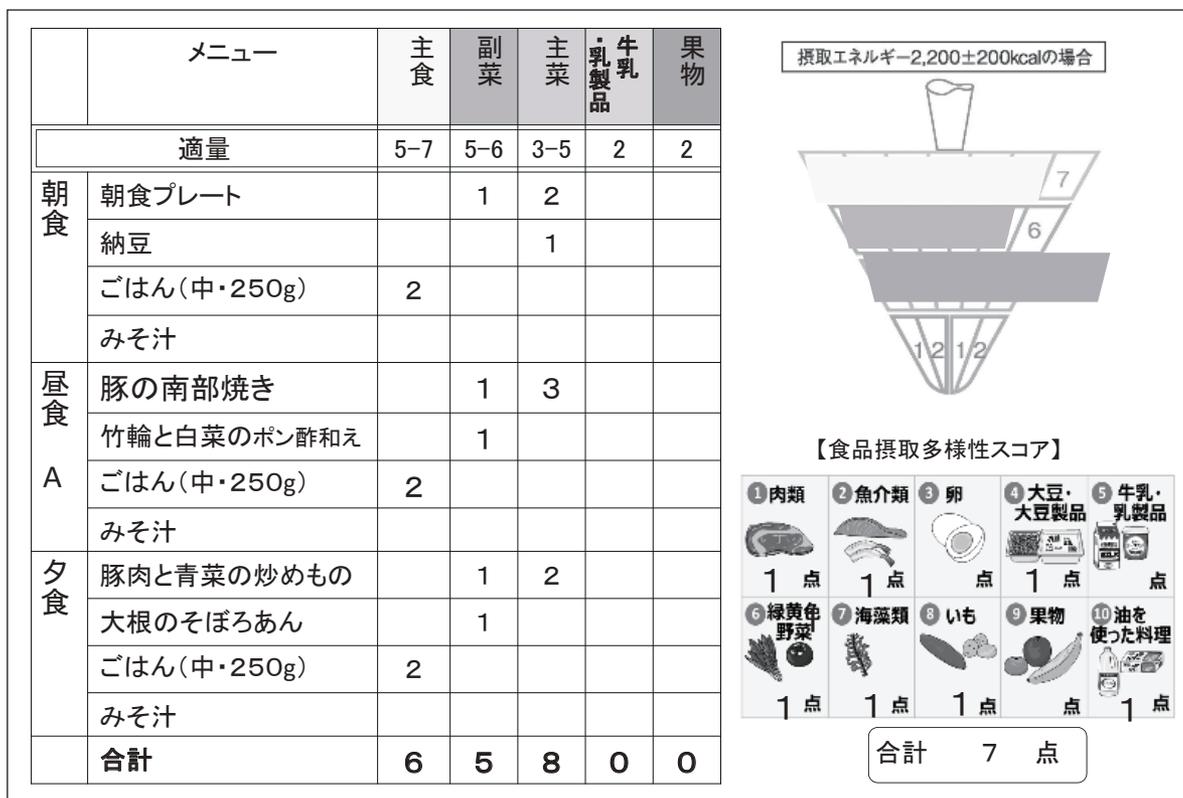


図5 ある日の学生食堂メニューその評価

4. 寮でもできる！簡単レシピ

演習②では、まず食材レベルでの1日の必要量を把握し、その上でそれらを使った簡単な調理を体験、そして1日の献立を組み立て評価する、という流れで行った。食材は、あらかじめ重量をblankにしたレシピと一緒に机上に並べ、「重量当てクイズ」の形式で把握する手法をとった(図6)。

次にその食材をあらかじめ用意されたレシピ5種(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)に沿って調理し、出来上がった料理を用いて主食・主菜・副菜が揃うよう、朝食・昼食・夕食を組み立てた(主食はロールパンとおにぎりを事前に準備)。それ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評価し、不足していたものを自分ならどこでどのように補って食べるかを具体的に考え、最後に実際に食べて味や食感を確認した。

重量当てクイズでは、1日に必要な野菜350g

が想像よりも少なく無理なく食べられる量だったこと、生ほうれん草とゆでほうれん草では、同重量でもかさが全く異なるなどの気付きがあった。調理は、混ぜるだけ、電子レンジでチンするだけ、という簡単なもので、途中プレーカーが落ちるというハプニングがあったものの、BBSの機転の良さに助けられ、難なく調理が終了した。調理を通して「生の肉が電子レンジで調理できることに驚いた」「野菜が足りない時は冷凍野菜でも良いと分かった」等の感想が得られた。組み立てた1日の食事を評価した結果、やはり乳製品と果物が不足していることが確認できた。乳製品・果物類は食事の中だけでは十分な量を摂ることが難しいため、意識して捕食(おやつなど)として摂る必要がある。その具体的な方法として、「バナナを買い置きしておく」「昼間は忘れてしまうので、朝必ず食べるようにする」など、それぞれ自分のライフスタイルに合わせた対策を出し合っていた。

最後に、「昼食を学食で摂る場合、朝食・夕食はどのように組み立てたらよいか」を考え、よ

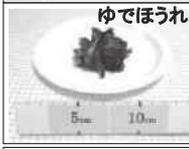
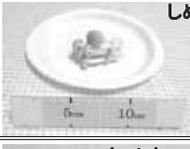
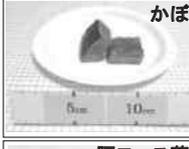
重量当てクイズ ～それぞれ何グラム？全部で何グラム？～			
	目測 g 実測 g		目測 g 実測 g
	目測 g 実測 g		目測 g 実測 g
	目測 g 実測 g		目測 g 実測 g
	目測 g 実測 g		目測 g 実測 g
	目測 g 実測 g		目測 g 実測 g
【気がついたこと・感想】		今日つかう野菜の合計 g	

図6 食材の重量当てクイズ

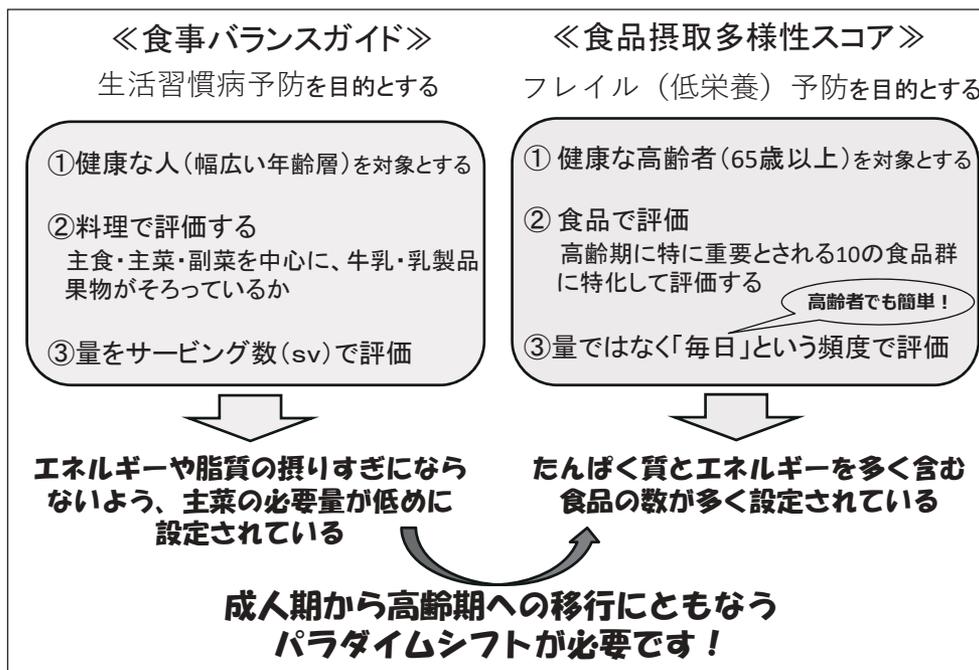


図7 食事バランスガイドと食品摂取多様性スコアの相違点

り実際の食生活に近いシーンを想定した演習を
行った。また、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再確認し、対象
に応じて使用する食事の指標も異なること、成

人期から高齢期に移行するにあたり、生活習慣病予防からフレイル予防へ、食事においてもパラダイムシフトが必要であることを改めて示した(図7)。

今後に向けて

本食育ワークショップの開催は、昨年度で3年目を迎えた。今年度は「ともしび塾」の次のステップとして、3年生を対象に、食生活以外に健康に規定する主要な習慣である「喫煙」「飲酒」等についてのワークショップを行う予定である。3年生は、1年次に本食育ワークショップを経験している学年であり、学びが積み重なっていくことが期待できる。

さらに、将来医師として地域で活躍するにあたり、行政等の関連機関より健康に関する事業連携や助言の依頼を受けることも多いと考えられることから、地域の健康課題を把握するための地域診断やその対策が学べるワークショップの開催についても検討したい。

今後も理論と実践を往還するプログラムを企画し、医学生にとって将来役に立つ「ともしび塾」を展開していきたい。

謝辞

ワークショップの開催にあたりご尽力いただいた自治医科大学 大学事務部学生課の豊田早苗課長、寮務担当の小島一夫様、また営業日時外にもかかわらず料理を提供していただいた恵産業株式会社のみなさま、そして多方面で多大なご協力をいただいたBBSのみなさまに深謝いたします。

参考文献

- 1) 内閣府:平成29年版食育白書, 2018, 2-4.
- 2) 厚生労働省:平成29年国民健康・栄養調査結果の概要, 2018: 21-22.

- 3) 内閣府食育推進室:大学生の食育について考えるために~「大学生の食に関する実態や意識についてのインターネット調査」結果の概要~
- 4) 長幡友実, 中出美代, 長谷川順子, 他:住まい別にみた大学生の朝食欠食習慣に及ぼす要因. 栄養学雑誌 2014;72:212-219.
- 5) 嶋田雅子, 野藤悠, 吉葉かおり, 他:食をテーマにした医学生ワークショップの取り組み. 月刊地域医学 2017;31:308-313.
- 6) 足立己幸, 高増雅子, 加藤勇之助, 他:“自分が何をどれだけ食べたらいいか”のイメージを育てる-「3・1・2 弁当箱法」を基礎にした食事・食事づくり法の実践. 日健教誌 2013;21:338-346.
- 7) 針谷順子, 足立己幸:1 食単位の食事構成法「3・1・2 弁当箱法」の妥当性に関する栄養素構成面からの検討. 名古屋学芸大学健康・栄養研究所年報 2014;6:33-55.
- 8) 足立己幸:栄養・食教育の枠組み「料理選択型栄養・食教育」, 主教材「食事の核料理(主食・主菜・副菜)を組み合わせる」, 「3・1・2 弁当箱法」による食事法:1970年代からの食生態学研究・理論・実践の環をふりかえり, 現在の栄養・食問題解決の課題を問う. 名古屋学芸大学健康・栄養研究所年報 2017;9: 49-83.
- 9) NPO法人食生態学実践フォーラム:「3・1・2 弁当箱法」. <http://shokuseitaigaku.com/2014/bentobako> (accessed 2018 Jan 19)
- 10) 松下佳代, 足立己幸:中高年男性に対する実物大料理カードを用いた栄養教育の有効性に関する研究. 栄養学雑誌 2000;58: 109-124.
- 11) 針谷順子:料理選択型栄養教育を踏まえた一食単位の食事構成力形成に関する研究. 栄養学雑誌 2003;61(6):349-356.
- 12) 嶋田雅子, 小林陽子, 坂口寄子, 他:小学6年生における「弁当箱ダイエット法」を用いたランチバイキング学習前後の食物選択の改善. 日本健康教育学会誌 2008;16:94-109.
- 13) オムロン ナトカリ計HEU-001F Na+K+scan <http://www.healthcare.omron.co.jp/medical/products/HEU-001F/index.html>(accessed 2018 Jan 19)
- 14) Stamler J, Rose G, Stamler R, et al: INTERSALT study findings. Public health and medical care implications. Hypertension 1989; 14: 570-577.
- 15) Okayama A, Okuda N, Miura K, et al: Dietary sodium-to-potassium ratio as a risk factor for stroke, cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: the NIPPON DATA80 cohort study. BMJ Open 2016; 6: 011632.
- 16) 嶋田雅子, 川畑輝子, 野藤悠, 他:随時尿のナトリウム/カリウム比に着目した食事の評価 - 健診データからの考察 -. 月刊地域医学 2018;32:990-994.
- 17) Iwahori T, Ueshima H, Miyagawa N, et al: Six random specimens of daytime casual urine on different days are sufficient to estimate daily sodium/ potassium ratio in comparison to 7-day 24-h urine collections. Hypertension Research 2014; 37: 765-771.
- 18) 武見ゆかり, 吉池信男編.「食事バランスガイド」を活用した栄養教育・食育実践マニュアル. 第3版. 東京, 第一出版, 2018.
- 19) 熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博, 他:地域在住高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. 日本公衆衛生雑誌 2003;50:1117-1124.
- 20) Yokoyama Y, Nishi M, Murayama H, et al: Dietary Variety and Decline in Lean Mass and Physical Performance in Community-Dwelling Older Japanese: A 4-year Follow-Up Study. J Nutr Health Aging 2017; 21: 11-16. Aging 2017; 21: 11-16.

第65回

“説明が不十分”に関わるトラブルの未然防止！

—事例の発生要因と未然防止対策—

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

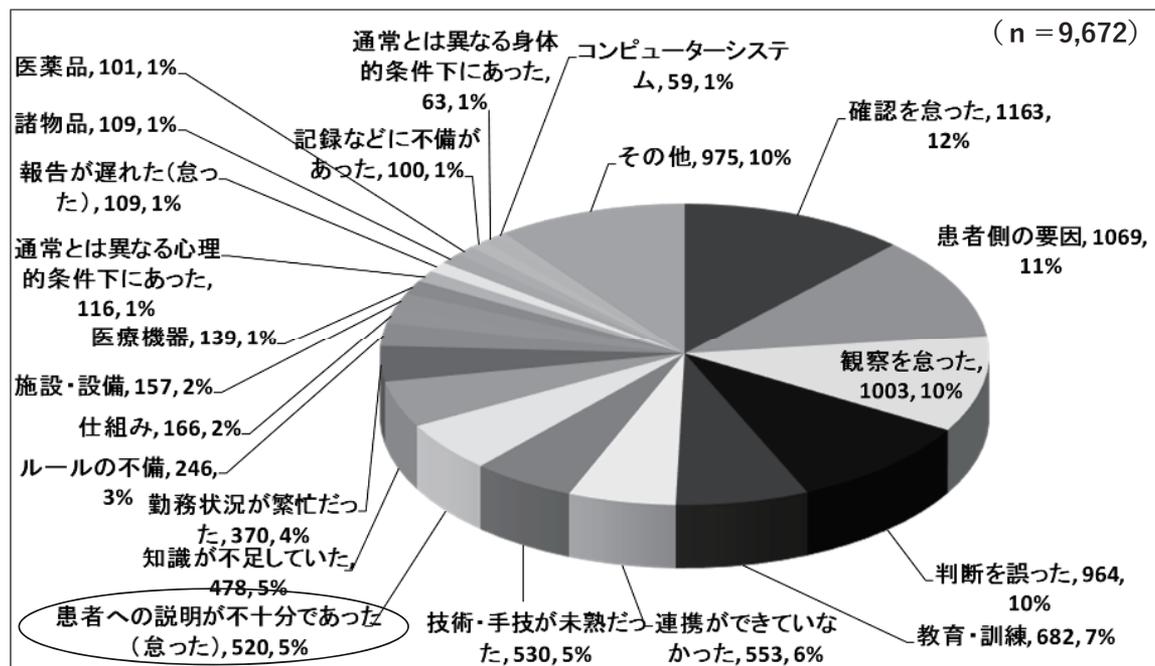
はじめに

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)において、医療事故やヒヤリ・ハット事例の発生要因の一つに、“患者への説明が不十分であった(怠った)”がある¹⁾。本事業による平成27年年報²⁾によると、医療事故の発生要因として、「確認を怠った」「観察を怠った」「判断を誤った」など、さまざまな要因が関与しており、

“患者への説明が不十分であった(怠った)”は、9,672件中520件(5.4%)であった(図1)。同じく、ヒヤリ・ハット事例の発生要因でも、“患者への説明が不十分だった(怠った)”は、79,361件中3,767件(4.7%)であった(図2)。

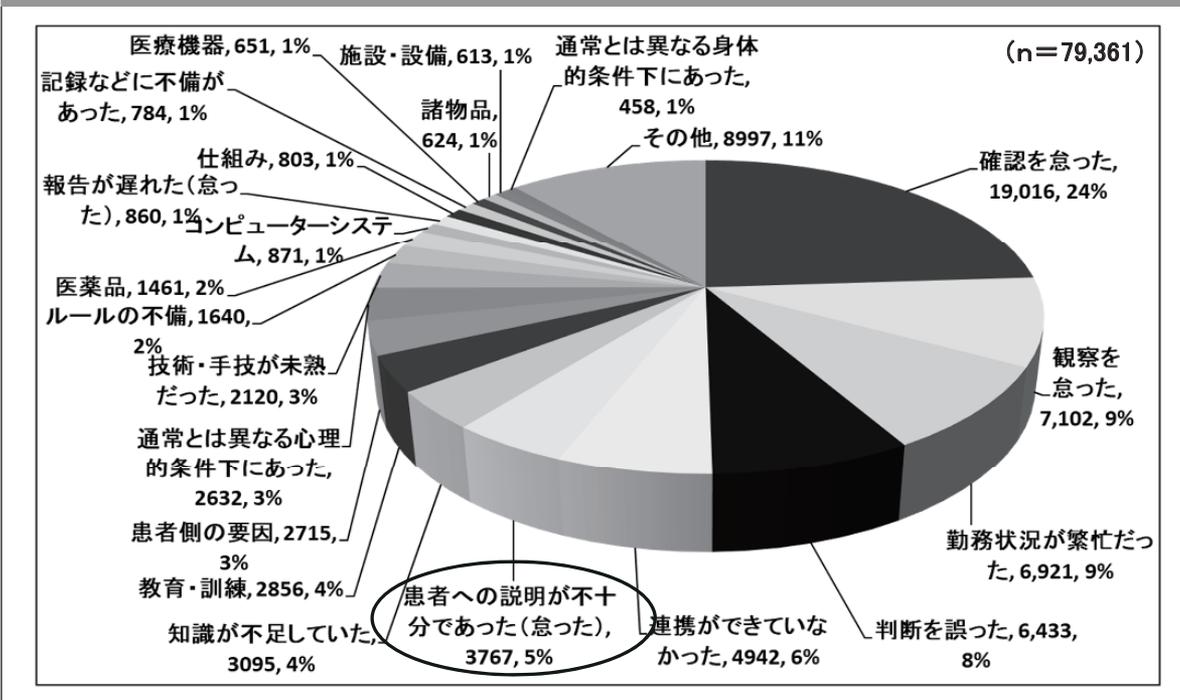
自施設では、インシデント・アクシデント事例における“説明”に関連する事例は、どれくらいの頻度で発生しているか把握できているだろうか。また、“説明”に関わる要因にはどのような内容があるのだろうか。例えば、“患者への説明

図1 医療事故の発生要因 参加登録医療機関からの報告内容(2015年1月1日~12月31日)



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 平成27年年報より作成)

図2 ヒヤリ・ハット事例の発生要因 事例情報報告参加医療機関からの報告内容 (2015年1月1日~12月31日)



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 平成27年年報より作成)

が不十分であった(怠った)”については、「説明未実施」「説明忘れ」「説明不足」「説明を実施したが、患者・家族は理解できていなかった」など、さまざまな状況も考えられる。

もし、“患者への説明が不十分であった(怠った)”ことに、説明時に気づいて不十分な内容を補う説明が実施されていれば、インシデント・アクシデント事例の発生を回避できる可能性があるが、“説明が不十分”であることに関連して、患者・家族が不信感や苦情を訴えることで、インシデント・アクシデントのみならず、トラブルの発生に至る可能性も考えられる。このような“説明が不十分”に関わる事例の発生は、医療機関の信頼に関わり、その対応に長期的な関与が求められることもあるため、未然防止対策の検討が急がれる。

“説明”に関連する内容としては、本連載第10回では「説明と同意に関わるトラブルの防止」³⁾について記載し、第26回では、「救急外来における説明に関わるトラブルの未然防止」⁴⁾というテーマで、患者・家族への“説明不足”により、結果として患者に影響が発生した事例を紹介し、医療

者と患者・家族間の対話の推進を含めた未然防止のシステム整備について検討した。

そこで、本稿では、“説明が不十分”に関わるインシデント・アクシデント事例、およびトラブル事例に焦点を当て、「なぜ、説明時に“患者への説明が不十分であった(怠った)”ことに、気づいて不十分な内容を補う説明が実施されなかったのか？」について“なぜ”を深めて、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、“説明が不十分”に関わる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、“説明が不十分”という要因が発生する可能性を想定した未然防止対策や現状評価は十分だろうか。

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。

“説明が不十分”に関わる事例

2019年1月初旬現在、本事業の事例検索⁵⁾では、キーワード“説明が不十分”で8,448件、“説明が不十分”“同意”で332件、“説明が不十分”“同意”“外来”で104件、“説明が不十分”“同意”“救急外来”で13件の事例が検索されている。

本事業の事例検索で検索された事例としては、「全大腸型潰瘍性大腸炎の10歳代の男性患者に対して、外科的治療が施行された。術後にイレウスを合併したが、一旦軽快し、外泊中にイレウスが再増悪して帰院後に死亡した。家族が治療に不信感を抱いて、死亡原因について調査してほしいと要望があったため、医療事故調査委員会を開催した。その結果、医師や看護師をはじめとする医療関係者全員のコミュニケーションが不十分であったことと、医師と患者・家族とのコミュニケーションが不十分で、さらにその説明方法にも問題があったことが判明した」[70歳代の女性患者に胸水の貯留を認め、20時すぎに家族の承諾を確認せずに、胸水穿刺を行った。胸水穿刺直後に、左気胸が判明した。患者の家族に連絡したところ、胸水穿刺の承諾をしていないのに処置が実施されたと訴えられ、処置の説明はしたが承諾を確認していないことが発覚した。家族へは、胸水穿刺の必要性や合併症を説明した後に承諾書を渡しているが、家族間で相談してから返答するという家族の意向を確認せず、承諾書にサインをもらったものと思込み、処置前に承諾書の確認をしなかった」[回腸潰瘍の60歳代の女性患者に対して、“手術待機中に病状悪化し、穿孔・腹膜炎などの合併症発症時には、致命的となる可能性がある”と説明されていたが、“最良のケースでは約2週間で退院できる”ことも説明されていた。試験開腹術の前日に頰脈・低血圧が出現し、緊急手術を施行すると、回盲部の潰瘍部が穿孔していた。術後、ICUにて加療するも死亡した。患者と家族には、外科転科時に治療方針やリスクを説明していたが“最良のケースでは2週間で退院できる。”というフレーズのみ伝わっていた。実際には最悪の

事態となり、受け入れるのは困難であったと考えられた。患者と家族に、待機手術とすることの説明が不十分で、患者状態を説明する回数も少なく、家族の病院側への不信感がより増強したと考えられた」などがある。

この3つの事例は、“説明が不十分”であったことが発生要因として挙げられ、「家族が治療に不信感を抱いて、死亡原因について調査してほしいと要望があった」[承諾をしていないのに処置を実施されたと訴えられ、処置の説明はしたが承諾を確認していないことが発覚した]「患者と家族に待機手術とすることの説明が不十分で、患者状態を説明する回数も少なく、家族の病院側への不信感がより増強した」などの影響が発生している。

ほかに検索された事例としては、「両側前腕に軟部腫瘍のある80歳代の男性患者に、外来で生検を実施した。生検実施中に強い痛みの訴えがあった。本人が帰宅後、生検創に疼痛があり経過をみていたが、示指から小指と母指の伸展ができないことに気づき、家人より連絡があった。救急外来受診し、総指伸筋、長母指伸筋の筋力低下があり、後骨間神経麻痺と診断された。事前に生検の同意書を得ていなかった」[眼科における再入院時、患者から視力が低下したこと、術前の説明がなかったことに対する不満が聞かれた。術前に、手術の合併症として、感染症、硝子体出血、眼内レンズの偏位等の説明は実施したが、低眼圧や入院が長引く可能性についての説明を怠ったため、患者に強い不安と不信感、休業による経済的負担を与えることになった。起こりうる合併症や入院期間については十分に説明し、同意を得る必要があった」[10歳代男性が道路を自転車で横断中に普通乗用車と接触し、救急車で搬送された。来院時、四肢麻痺なく歩行可能であり、外科医師の診察で左足打撲と診断された。同日、左足の痛みが強いため、再度受診し、整形外科医師が診察し、明らかな骨折は認められなかったが、家族には不顕性骨折の可能性もあることを説明した。翌日、近隣の整形外科医院を受診し、左踵骨骨折と診断された。家族から当日の外科医師の診察に対し、“診察中

の医師の様子を大学出たてのマニュアル的な対応(業務的な対応)と感じ、不信感を持った。痛みを訴えているにもかかわらず、痛み止めなどの処置もなく、整形外科受診時に足の痛みを再度訴えるも左踵骨の骨折が分からなかったことに不信感を持った”,などを訴えられた。不顕性骨折の可能性は十分に説明したが、納得してもらえていなかったのかもしれない]などがある。

この3つの事例は、“説明が不十分”であったことが発生要因として挙げられ、「事前に生検の同意書を得ていなかった」「説明を怠ったため、患者に強い不安と不信感、休業による経済的負担を与えることになった」「診察中の医師の様子を大学出たてのマニュアル的な対応(業務的な対応)と感じ、不信感を持った。痛みを訴えているにもかかわらず、痛み止めなどの処置もなく、整形外科受診時に足の痛みを再度訴えるも左踵骨骨折が分からなかったことに不信感を持った」など、“説明と同意”に関わる“不信感”の訴えも発生している。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“説明が不十分”に関わる事例の未然防止対策として、説明と同意に関するマニュアル作成や、同意書の検討、職員への教育など、さまざまな取り組みを実施されていると思われる。しかし、現状では、“説明が不十分”に関わるインシデント・アクシデント事例、およびトラブルの発生が報告がされており、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必要である。

ここでは、本事業の事例検索に掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“説明が不十分”に関わる事例の発生要因と事例発生を未然に防止するための未然防止対策について検討する。

事例「“対応と説明が不十分”で家族が不信感？」

【事故の内容】

- ・10歳代の男性が、バイクを運転中に転倒し、救急搬送された(22時頃)。
- ・ICU当直と研修医が対応し、整形外科オンコールのA医師に電話連絡した。

- ・A医師から「麻痺はありますか」と聞かれた研修医が「麻痺はありません」と答えた。
- ・研修医はA医師から「スポンジ牽引での観察を指示し、整形外科病棟に入院」を指示され、実行した。
- ・翌日10時に日直のB医師が、病棟で研修医と病棟看護師から以下の報告を受けた。

『昨日入院した患者の足関節以下の感覚が低下し、足関節の動きが無くなった。足指は少し動いている。家族からは「昨夜から半日、ベッド上に置かされているだけで何もしてもらっていない。今日の夕方に主治医が来ることになっているが、この状態で何の対応もしに来ないことはおかしいじゃないか。週末で対応ができないのであれば、転院させてほしい。足も腫れてきているし、急いで手術する必要があるのではないか」と言われた』

- ・B医師は、緊急手術も必要と考えたが、自分だけの判断では困難と考え、A医師に連絡した。
- ・他の整形外科医の誰にも連絡がつかず、近隣の病院に確認したが本日の対応は困難といわれた。
- ・出張中の整形外科部長に連絡し、鋼線牽引の指示を受け、実施した。
- ・B医師は思いあぐねて副院長に電話で報告した。
- ・副院長は、「整形外科医を直ちに集めて診察し、必要なら手術を下さい」と指示した。
- ・20時、A医師が来院し、家族に手術を行うと話したところ、「昨日来た時点で診察し、必要な対応を検討すべきではないか」と苦情を言われた。
- ・23時に手術を開始し、術後、左足の動きが悪いことが指摘された。
- ・翌日、肉眼的血尿と血液検査(CPK, AST, ALT, LDH)での異常値を認めた。
- ・緊急医療安全管理委員会が開催され、急性外傷の複雑骨折への対応が遅く、その遅れが深刻な状態を招いた可能性があり、圧挫症候群による腎機能障害と、骨折に随伴する神経麻痺の改善を最優先に対処すべきであるとされた。

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

本事例を、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、急性外傷の複雑骨折に対する対応が遅く(約1日後)、その遅れが深刻な状態を招いた可能性がある事例発生に至ったのか?」「なぜ、家族から『昨夜から半日、ベッド上に置かされているだけで何もしてもらっていない。今日の夕方に主治医が来

ることになっているが、この状態で何の対応もしに来ないことはおかしいじゃないか。週末で対応ができないのであれば、転院させてほしい。足も腫れてきているし、急いで手術する必要があるのではないか」という不信感を訴えられるまで、十分な説明や対応が実施されなかったのか？「なぜ、他の整形外科医の誰にも連絡がつかず、近隣の病院も対応困難な状況が発生することを想定した整形外科のオンコール体制の課題が、事例発生前に検討されていなかったのか？」「なぜ、研修医からの連絡を受けた整形外科オンコールのA医師が、患者を診察するという対応が実施されなかったのか？」などの疑問が浮かぶ。

本事例の背景要因としては、「整形外科のオンコール体制の問題」「受傷当日整形外科の専門医が診察をせず、口頭で研修医に病状を確認し、整形外科病棟に入院を指示した」「翌日まで診察にいかなかった医師の対応は患者家族にとって、診察が無く放置されたという印象を強めた」「受傷直後の骨折に伴う神経損傷か、処置までに長時間を要したことによる神経損傷か、両親に説明がなされていない」「手術後の家族の質問や要望に対する説明が不十分なため、さらに不信感を募らせ攻撃的な発言とエスカレートした」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、受傷当日に整形外科の専門医が診察をせず、研修医に口頭での病状確認と入院指示のみの対応しか実施しなかったのか？」「なぜ、受傷直後の骨折に伴う神経損傷か、処置までに長時間を要したことによる神経損傷か、両親に説明がなされていなかったのか？」「なぜ、家族が不信感を募らせ攻撃的な発言とエスカレートするまで、手術後の家族の質問や要望に対する説明が不十分であることに気づき、家族の心情を理解した対応や説明が実施されなかったのか？」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、「手術後の家族の質問や要望に対する説明が不十分なため、さらに不信感を募らせ攻撃的な発言とエスカレートした」ことに焦点を当

て、「なぜ、家族が不信感を募らせ攻撃的な発言とエスカレートするまで、手術後の家族の質問や要望に対する説明が不十分であることに気づき、家族の心情を理解した対応や説明が実施されなかったのか？」という疑問にも焦点を当てることが重要である。併せて、家族から繰り返し訴えられている不信感や苦情についても注目する必要がある。

これについて、「なぜ、突発的な事故で緊急入院しただけでも心配や不安、動揺している家族の心情を考慮した対応や、十分な説明が実施されなかったのか？」という“なぜ”を深め、十分なリスクアセスメントが実施されていたのか、リスクアセスメントの内容の不備はなかったのか、などについても、検討したい。

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、“説明が不十分”に関わる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「説明不足」「確認不足」「思い込み」だけでなく、システム要因・環境要因としての、1)“説明が不十分”に関わるリスクアセスメント未実施、2)説明が十分であるか否かについて、患者・家族と医療者間で認識のズレが発生していないかを確認するシステムの不備、3)十分な説明の標準化が未実施、4)説明後に同意を得る際、患者・家族が十分に理解した上で同意しているかを確認する具体的方法が不明確、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。

“説明が不十分”に関わる事例の未然防止対策

“説明が不十分”に関わる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)“説明が不十分”に関わるリスクアセスメント実施、2)説明が十分であるか否かについて、患者・家族と医療者間で認識のズレが発生していないかを確認するシステム整備、3)十分な説明の標準化を実施、4)説明後に同意を得る際、患者・家族が十分に理解した上で同意し

ているかを確認する具体的方法の明確化、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「説明不足」「確認不足」「思い込み」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ことが期待できる。

1)の「説明が不十分」に関わるリスクアセスメント実施」では、「説明が不十分」な場合に発生する可能性のあるリスクの予測が重要となる。前記の検索された事例にも記載されているように、「家族が治療に不信感を抱いて、死亡原因について調査してほしいと要望があった」「患者と家族に待機手術とすることの説明が不十分で、患者状態を説明する回数も少なく、家族の病院側への不信感がより増強した」など、さまざまな反応を想定内にした上で、リスクを回避するための対策検討が望まれる。

2)の「説明が十分であるか否かについて、患者・家族と医療者間で認識のズレが発生していないかを確認するシステム整備」については、ヒューマンファクターとしての「説明不足」「確認不足」「思い込み」などを排除する対策が重要である。これには、3)の「十分な説明の標準化を実施」、4)の「説明後に同意を得る際、患者・家族が十分に理解した上で同意しているかを確認する具体的方法の明確化」も併せた検討が求められる。前記の検索された事例に記載されているように、「承諾をしていないのに処置を実施されたと訴えられ、処置の説明はしたが承諾を確認していないことが発覚した」などの事例が発生する可能性を考慮し、確認のシステム整備が課題となる。

3)の「十分な説明の標準化を実施」では、説明を実施する医療者によって説明内容に違いが発生しないよう、「十分な説明」の標準化が期待される。前記の検索された事例に記載されているように、「説明を怠ったため、患者に強い不安と不信感、休業による経済的負担を与えることになった」ということから、「十分な説明」の標準化によって、トラブル発生の未然防止が可能となる。

4)の「説明後に同意を得る際、患者・家族が

十分に理解した上で同意しているかを確認する具体的方法の明確化」では、2)と同様の対策が重要である。説明をして同意書を渡したのみで、その後に同意書を得たと思い込んで、前記の検索された事例に記載されているように、事例発生後に「同意書を得ていなかった」ことに気づくという状況も発生している。なぜ、このような状況が発生するのかを検討すると、説明と同意に関わる確認の具体的方法が明確にされていないことも考えられる。

5)の「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」については、「説明が不十分」に関連するインシデント・アクシデント事例が発生しているのか、どのようなトラブルに発展しているのか、などの情報提供が重要である。必ずしも、自施設で発生した事例に限らず、本稿で紹介している事例検索などを活用してもよい。前記の検索された事例に記載されているように、「診察中の医師の様子が大学出たてのマニュアル的な対応(業務的な対応)と感じ、不信感を持った。痛みを訴えているにもかかわらず、痛み止めなどの処置もなく、整形外科受診時に足の痛みを再度訴えるも左踵骨骨折が分からなかったことに不信感を持った」という情報を参考に、患者・家族がプロフェッショナルである医療者に、「どのような対応」「どのような説明」を期待しているのか、多職種参加によるグループ討議を検討してもよい。

本事例の改善策としては、「医療安全チームの介入(抗菌剤の使用を内科医師がサポート)」「整形外科オンコール体制の改善」「病院としての継続したサポート体制」などが検討されていた。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、「説明が不十分」に関わるインシデント・アクシデント事例、およびトラブルの発生状況に応じた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「十分な説明」について多職種で共通の認識を持ち、自施設における「説明が不十分」に関わる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。

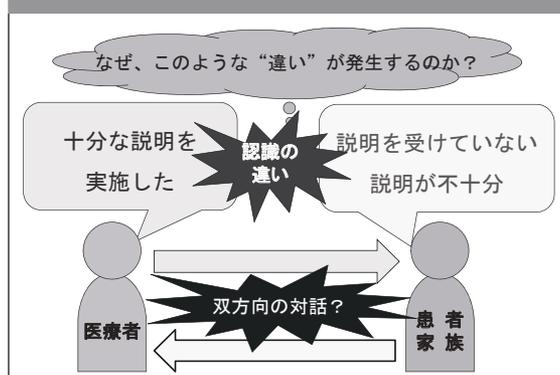
“説明が不十分”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“説明が不十分”に関わる事例に焦点をあて、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、“説明が不十分”に関わるリスクに気づかないことなどで、“説明が不十分”に関わる事例を未然に防止することができず、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。

特に、“説明が不十分”でトラブル発生に至る事例では、医療者側が「十分に説明した(患者・家族は理解している)」と認識していることに対して、患者・家族側は、「説明を受けていない、説明が十分ではない、説明が理解できない」などと認識している可能性が考えられる。双方向の対話ができていることで、この“認識の違い”に事例発生後まで気づかないことが、トラブル発生に至る要因となることを踏まえた未然防止対策の検討も提案したい(図3)。

医療法(第1条の4 第2項)には、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない⁶⁾」と記載されている。医療の担い手には、“適切な説明を行う”ことと“医療を受ける者の理解を得るよう努める”ことが求められていることを改めて認識して、トラブル発生を回避し、患者・家族が信頼して医療を受けることが可能

図3 “説明が不十分”でトラブル発生



となるように、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) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 平成28年年報. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2016.pdf (accessed 2019 Jan 15)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 平成27年年報. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2015.pdf (accessed 2019 Jan 15)
- 3) 石川雅彦:Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”第10回 説明と同意に関わるトラブルの防止. 月刊地域医学 2014;28(8):664-667.
- 4) 石川雅彦:Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”第26回 救急外来における説明に関わるトラブルの未然防止. 月刊地域医学 2015;29(12):1006-1010.
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2019 Jan 15)
- 6) 医療法. E-Gov. http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000205_20181201_429AC0000000057&openerCode=1 (accessed 2019 Jan 15)



「公衆衛生ねっと」へのお誘い

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

登録は無料!

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

The screenshot shows the homepage of 'Koshu Eisei Net'. At the top, there's a banner with the text '人々の健康維持と疫病予防を目的とし、健康生活を守り増進させるネットワークです' and various icons for 'へき地の健康づくり', '健康危機管理', '疫学', '保健福祉行政', and 'ヘルスプロモーション'. Below the banner, a navigation menu includes '公衆衛生ねっと', '国内外の公衆衛生関連の最新NEWSをタイムリーに配信!', and '地域医療振興協会'. The main content area features a '公衆衛生関連のNEWS' section with 4,300 items, a 'Look Think Act' logo, and a '事務局から重要なお知らせ' section. A sidebar on the left contains '公衆衛生ねっととは', '会員' (with 1,595 members), '公衆衛生ねっと 会員募集', and search options. Callouts highlight '入会手続きはこちらから' and '情報をジャンルごとにデータベース化'.

国内外の公衆衛生関連の最新NEWSをタイムリーに配信!

入会手続きはこちらから

情報をジャンルごとにデータベース化

★ 会員には以下のようなメリットがあります。

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

連絡先: 公益社団法人 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

地域の写真を募集しています.

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

その際, 簡単なコメントやキャプション, ご所属とお名前を記してください.

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

ご応募をお待ちしております.

あて先

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

胸部X線画像診断⑤

へき地・離島遠隔画像支援センター長 牧田幸三

90歳代女性:呼吸数増加の精査のため, 座位, A→PでのポータブルX線撮影が行われた. 座位ということは, 患者の背中側に撮影パネル(フィルムに相当するもの)が置かれており, X線管球は患者の前方に位置している, ということになる. X線管球とパネルの距離は1m程度と, 通常の立位P→A撮影の半分程度である.

次のうち, 正しいものはどれか?

① 右気胸が起こっているので, 至急, トロッカー

(胸腔ドレナージ)の準備を行う.

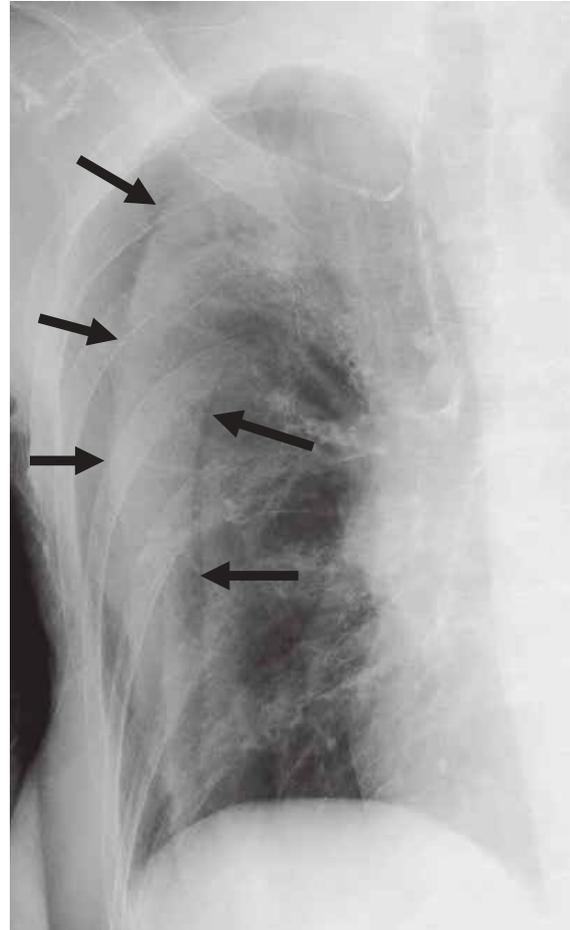
- ② 縦隔の拡大, 気管の偏位があり, 大動脈瘤の破裂が疑われる.
- ③ 心拡大および気管分岐角の著しい開大があり, 僧帽弁不全による左房拡大が疑われる.
- ④ 右側CPアングル(肋骨横隔膜角)は鮮明であるから, 右胸水貯留はないと考える.
- ⑤ 乳房陰影が確認できず, 両側の乳癌術後と考えられる.



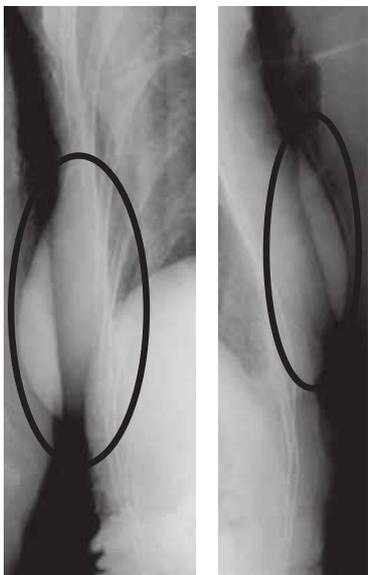
正解は、「すべて正しくない」である。では、順次解説する。

【①と⑤が正しくない理由】

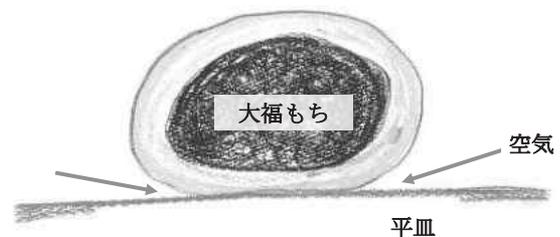
右側の肺に“重なって”見える、一見、気胸のような陰影(境界線)は、背中側の皮膚(体表軟部組織)が撮影パネルの上に、押しつけられてきた陰影である。この患者さんの外側の皮膚や乳房をみてもらえば分かるように、特に高齢者では、体表軟部組織の弛み(たるみ、ゆるみ)があり、シワや変形が起りやすい。柔らかい大福もちやこねたての柔らかいパン生地を平皿やのし台に置いたときのような状態、張りのなくなった水風船を机の上に置いたときのような状態を想像してもらえればよい。体表軟部組織が撮影パネルに密着する部分とパネルから浮いて、空気が入った部分の境界線が弧状の陰影としてみているのである。末梢側に血管影がみえるかどうかで区別できる、などという説明もできるが、実際には、血管影の確認が難しいことも多い(当たり前であるが、末梢側の血管は細径であり、みえにくい)。また逆に、常時このような陰影ができるわけでもなく、簡単に皮膚の陰影と決めつけられないことも多い。つまり、臨床的に気胸が疑わしい状態でこのような陰影がみえた場合には、再撮影を行うか、CTを撮影せざるをえない。再撮影を行うのであれば、撮影体位に注意して、同じ体位にならない



ようにするとか、撮影パネルの患者さんの身体への当て方を工夫する必要がある。苦しくて斜めになって臥床している場合、体を無理にまっすぐにすることは難しいし、臥位や座位でのポータブル撮影では、パネルを体とベッドの間に挟み込む関係上、身体の片方が毎回同じような浮き方をしてしまう可能性も高い。



左右の乳房は外側に垂れているため、両脇に観察される、縦方向(頭尾方向)に走る透亮像は垂れた乳房にできた直線的なシワの谷間に入った空気をみている。



輪切りにして平皿に置いた大福もち。浮いたところには空気が入る。平皿は撮影パネルと想像するべし。

【②～④が正しくない理由】

特に高齢者のポータブル撮影(通常、臥床しているベッドの上で行われる)の場合、座位での撮影をX線技師に指示しても、実際には、半座位の撮影体位になってしまう。ソファー椅子になんとか緩く腰かけた状態くらいを想像してもらえばよい、つまり、立位P→Aでの撮影のような地面に垂直な姿勢をとることはできない(高齢者でなくとも足を伸ばした状態で直角に座るのは難しい)。さらに、大抵は左右方向に斜位がかった撮影になる。この症例でも、正面からみて、やや左前、右後ろに傾いた撮影になっている。そのため、縦隔陰影や胸部大動脈の走行は開大してみえることになる。また、心陰影はP→A撮影では拡大して撮影パネルに投影されるのはもちろんであるが、撮影距離が短い(1 m)ため、その拡大程度(拡大率)も増す。すなわち心拡大の有無の評価はできないのである。何かを言えるとしたら、極端に拡大してみえる場合には、たとえ拡大投影されているとしても、少なくとも心臓が小さいとは言えないから、心拡大を来す病態を除外できないぐらいのことは言える(それにどれぐらいの意味があるかは別として)。逆に、A→P撮影であるにもかかわらず心臓が小さくみえるようなら、心拡大

はなさそうだとは言える(例えば肺気腫に伴う滴状心化があれば拡大が目立たないであろう)。

気管分岐角は、X線の入射点や入射角度が変わると簡単に変化してしまう。これもポータブル撮影が行われる時の撮影体位やX線管球の位置設定を少し想像してもらえればご理解いただけると思う。富士山や浅間山をふもとから見上げると、遠方から見るのとの違いのようなものである。また、本当にこれだけ分岐角を開大させるほどの左房拡大や縦隔腫瘤があるのであれば、その領域の濃度はもっと濃くなるであろう。

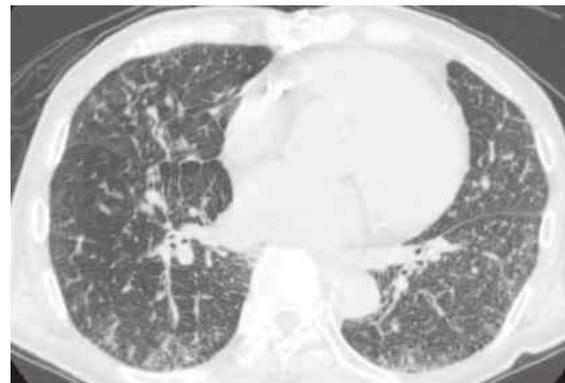
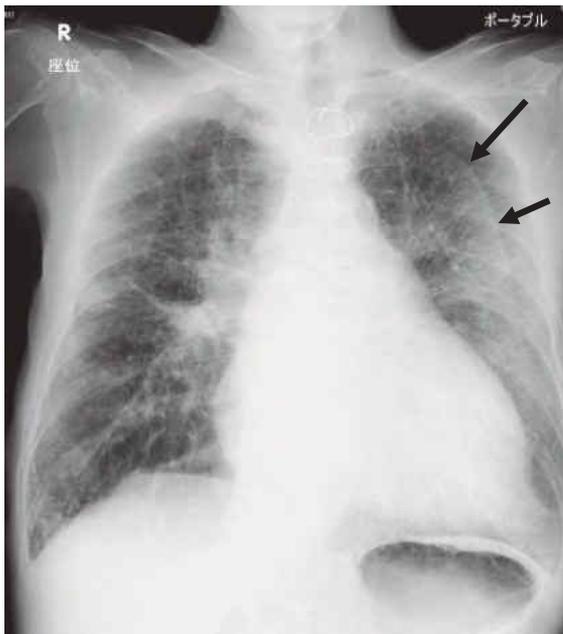
撮影体位が半座位状態であることを考えていただければ、胸水が背側に流れてしまい、結果としてCPアングルが鋭的に鮮明にみえてもおかしくない(立位P→A撮影だって、横隔膜後部は前部よりも落ち込んでいるので、300mLくらいの胸水が貯留しないと鈍化所見は顕れない)。つまりこの症例では右CPアングルは鋭的に鮮明にみえてはいるものの、胸水貯留を否定することはできない、ということになる。逆に左側はやや鈍化しており、左下肺野はやや曇ってみえるので、肺炎や胸水貯留の可能性が考えられる(CTで精査するほうがよい)。

さらに2例、同様症例を呈示する。

●70歳代女性:10年前に冠動脈バイパス術を受けている。午前1時ごろトイレでいきんだあとの呼吸苦、胸部圧迫感が出現。起坐呼吸、酸素吸入にて酸素化は保たれている。

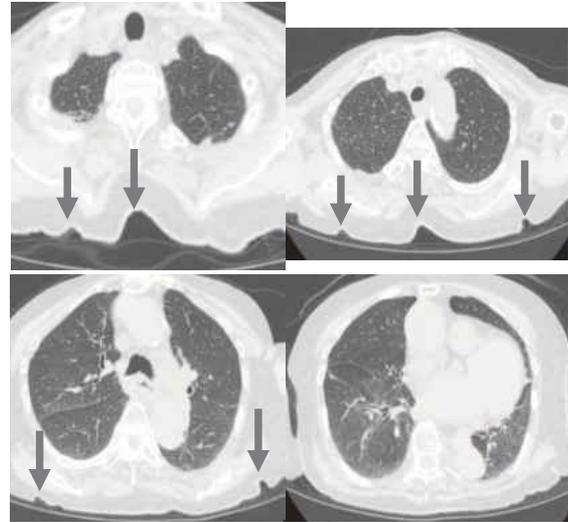
ポータブルX線は座位A→Pでの撮影。CTの依頼状は“左気胸疑い”。

70歳代女性のX線およびCT画像



CTでは気胸は認められず、心拡大と間質性肺浮腫の所見、すなわち、急性心不全に伴う呼吸苦であった。

90歳代女性のX線およびCT画像



CTの撮影台に寝ている状態での皮膚の弛みによる皺が観察できる。

●90歳代女性:脳梗塞での入院時のポータブルX線撮影である(臥位, A→P)。右側で気胸のような像が出ているが, CT上, 気胸は否定される。ポータブルX線で心臓がかなり大きく見え, 胸腔内からはみ出すような陰影を示している。CT上は明らかな心拡大が確認できる。いくらA→P撮影でもここまで大きく描出されれば心拡大の可能性はある。

◎まとめ:ポータブル撮影の読影における注意点

簡単に言えば, ポータブル撮影の読影, 評価は難しい, ということである。撮影状況を想像

しながら, よく考えて読影する, ということに尽きる。以前撮影した画像があれば, 必ず比較読影すべきである。また, 救急時のポータブル撮影は技師任せにはせず, 撮影に必ず立ち会うくらいの気概が必要である。あるいは技師から撮影時の状況をよく聴取すべきである。なぜなら, ポータブル撮影だけでいろいろな判断をせざるを得ない状況のはずなのだから。それができないようなら, 最初からCT撮影を考慮したほうがよいかもしれない。全て正しくない選択肢ばかり浮かぶようでは, 患者さんが浮かばれない。

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ってみよう」、「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

JADECOM 再研修のご案内

地域医療に興味のある皆様のご応募をお待ちしています！

今後地域医療に貢献したいという医師に対して提供している再研修プログラム。臨床現場から離れていた医師、臨床経験はあるものの改めて再研修を希望する医師、不足する診療科の専門医資格取得を目指す医師等々、医師のキャリアに左右されず、それぞれのニーズに応じた個別プログラムを作成・実施し、キャリアチェンジをサポートしています。

再研修プログラム体験者のコメント

田子診療所 笹井 平先生

臨床を離れて23年、「俺はへき地の医者になるぞ！」という昔の夢をかなえるため、本当にやっつけていけるのか不安がありました。指導医の先生に励まされて1年間の再研修プログラムを組みました。

修了後は協会施設の西伊豆町田子診療所に赴任、今は新しい職場仲間と漁師町の人々に会えワクワクした気持ちでいっぱいの毎日です。



塩津診療所 木村佳弘先生

郷里で総合医療を目指す

2015年4月から管理委託となった長浜市の塩津診療所に6月から勤務しております。これまでと違い一人勤務で、未経験の管理業務も行うこととなり、場所が変わるとやり方が異なることもあって戸惑いもありますが、スタッフのみなさんや西浅井地区診療所管理者の上田先生、包括ケアセンターいぶきの先生方にも助けていただきながら、「郷に入らば郷にならえ」で徐々に慣れていきつつ、総合医療を目指しています。

今回の異動は、郷里に帰る必要が生じた私の個人的事情にもよりますが、こうした事態に迅速に対処してもらえることや、いざとなれば応援も頼めることは地域医療振興協会のありがたいところです。



応募に関する詳細は「地域医療研修ナビ」まで
>> <https://kenshunavi.jadecom.or.jp>

お申込み・お問い合わせ
>> <https://kenshunavi.jadecom.or.jp/inquiry/>

公益社団法人 地域医療振興協会 臨床研修センター
担当：中島、石井
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

柴山修哉先生の 「ヘモグロビンの超精密制御機構の秘密」

(1月1日配信)

自治医科大学生理学講座生物物理学部門 教授 柴山修哉先生は基礎工学部出身の生物物理学者です。生物物理学は、物理学を通じて生物を研究する学問で、柴山先生はヒトのヘモグロビンを分子レベルで調べる仕事をしてきました。

ヒトのヘモグロビンは、 α 、 β の2つのユニットが2個ずつある4量体分子です。ユニットごとに鉄を中心としたヘム蛋白を持ち、鉄に酸素が1個結合するので、ヘモグロビンは4個の酸素を運搬します。生理学的には酸素濃度の高い肺で酸素を取り込み、酸素濃度の低い組織に酸素を供給する仕組みとなっています。酸素濃度の高い環境では1個の酸素が結合すると一気に残りの3個も結合し、酸素濃度の低い環境では結合力が弱くなり酸素が切り離される性質があります。これは最初に結合した酸素が後から結合する酸素を数百倍も結合しやすくする協同現象です。また、ヘモグロビンの回転対称性も協同現象を示す分子の特徴です。

協同性とは逆のボア効果(CO_2 効果)も併せ持っています。プロトン(H^+)やクロライド(Cl^-)などがヘモグロビンに結合すると酸素を解離しやすくなります。同時に酸素が解離するとプロトンなどが結合しやすくなります。生理学的には代謝が活発な組織では酸素が不足してpHが下がりヘモグロビンから酸素が供給されます。

これらをまとめたものがヘモグロビンのアロステリック効果で、これらを柴山先生は分子レベルで解

明しようと研究を進めてきました。

ヘモグロビンには1~4個の酸素が結合しますが、どのユニットに結合するかで10種類の分子が発生します。まず1番目の酸素が α 、 β のどちらかのユニットに結合(2通りの分子)、2番目の酸素がどちらかのユニットに結合、さらに3番目が……という具合です。最初と最後のヘモグロビンはそれぞれT(緊張型)、R(リラックス型)としてある程度解明されていますが、途中経過の分子については反応を止めることができないので、観察できないのが現状でした。

柴山先生は、狙ったヘムの鉄分子をニッケルに置換するという分子の手術を行う方法を編み出しました。ヘモグロビンの8種類の中間段階をニッケル置換で再現し、機能と構造を解析しました。膨大な時間と手間のかかる地味な作業でしたが、すべてのヘモグロビンの機能・構造とその存在の割合を解明することができました。これまで考えられていたような2種類の状態で存在するのではなく、環境に応じた多種類の状態が存在する柔軟な分子構造であることが判明しました。

基礎研究の目的は「真理の解明」、そのモチベーションは知的好奇心です。研究の成果は人類が共有する知識となって、末永く引き継がれていくもので、自分が思いついた方法で真理を見つけたときの喜びは非常に大きなものです。原理的に不可能でなければ決してあきらめないという粘り強さが必要になってきます。

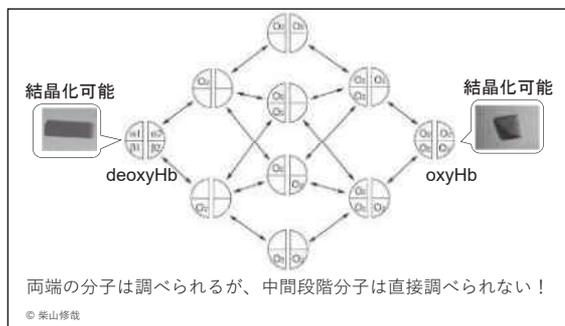


図1 ヘモグロビン研究の難しさ:10種類の分子種が混在

ヘモグロビンは、教科書にあるような単純な2状態スイッチではなく、環境に応じて多数の状態を使い分ける柔らかな分子機械

“Actual systems in biology are seldom simple”

図2 ヘモグロビン研究のまとめ

*柴山修哉先生のレクチャーの詳細は、1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/>



寒くなっても最高気温は
20度、小笠原諸島から
新上五島町 岸川孝之先生へ



小笠原村母島診療所
山下 匠

岸川先生、こんにちは。早いもので今年度も終わりが近付いて参りました。先生との1年間の交換日記を通し、小規模離島での診療の中で自分がこれまでつい「こんなもんでいいか」と妥協してしまっていた部分について、岸川先生が上五島病院で多様にご活躍されているお話を伺い、自己反省とともにまだまだやれることはある、と気合を入れ直すことができました。

ところで、この記事を書いているのは2019年1月ということで、年明けの話題を出させていただきます。インターネットの情報なので正確性が乏しいかもしれませんが、日本で最初に日の出が見える場所は、



初日の出(南崎小富士から)：2018年1月1日6時20分の写真です。実はこの後一日中雨が降ったのですが、水平線から登る太陽を(妻が)写真に収めました。

小笠原諸島の中で日本最東端にあたる「南鳥島」だそうです。民間人が通常行くことができる場所の中では、母島の最南端「南崎」というところになるそうです。そういうわけで毎年、「日本で一番早い初日の出登山」と題して、観光客と島民の皆さんが参加して、集落から舗装された山道を約5km、さらにハイキングコースを進んで30分程度のところにある「南崎小富士」まで到達し参加者みんなで初日の出を拝むこととなります。残念ながら例のごとく携帯電話の圏外となるため私は参加ができないのですが、昨年度は私の妻が参加し水平線から登る「日本で一番早い初日の出」を写真に収めてもらうことができました。

最後の日記ということで、さまざまある題材の中で選択に迷いましたが、小笠原諸島でみんなが使っている「ギョサン」というものについてお話しさせていただきます。実際は東京都の伊豆諸島各島の島民も使っていま



ギョサン：色がないとトイレサンダルのようなのですが、実際はカラフルで、しかも丈夫なサンダルです。

FROM 小笠原諸島 母島 (東京都)

すが、小笠原諸島では1968年の返還当初から島内で販売されていたようです。10月頃に朝日新聞に掲載された記事によると、ギョサンの正式名称は「漁業従事者用サンダル」といい、磯で滑らないというのが漁師の方々に好評で使用されるようになり、やがて島民の普段履きとして定着するようになったようでした。この製造は奈良県御所市の数軒の町工場で行われているとのことですが、以前は茶色のみで、いわゆる「トイレ用サンダル」のような色合いでしたが、2005年頃から小笠原の商店から別の色での注文が入るようになり、今ではラメ入りなども含めて60パターン程度になっているそうです。こういったサンダルは普通お店の片隅におかれていることが多いそうですが、小笠原諸島の商店では店頭に並べられており、観光客も「ギョサン」を普段履きやお土産として購入していく方もいます。これも、一つの小笠原諸島の新しい文化なんだろうと思いました。

先生が小笠原諸島にお越しいただくのをお待ちしたいところですが、私の母島での任期がまもなく終わり、私の離島診療生活もいったん終了を迎えます。しかし、もし小笠原諸島へお越しの際には母島にもお立ち寄りいただき診療所にも足を運んでください。診療所を代々守っている後任者を激励していただければ非常に嬉しく思います。また、私の方から上五島町に伺い、先生とBBQをしながらさらにお話を伺うことができたら嬉しいです。

今後について、私は次年度から専攻科である小児科医として診療を行う予定で、一人前と自信を持つまでは当面小児科に従事しようと思います。しかし、その先には再び地域医療に戻る野望もあります。それが離島なのか山間部なのか、はたまた都市部なのか、全くみえておりませんが離島での4年間、超遠隔地の母島での2年間の経験を生かせる場を見つけ、作り上げていけるようにしたいと思います。

1年間、本当にありがとうございました。



クリスマス・ははじま丸船長サンタ：毎年、船長さんが母島到着前から扮装して船から降りてきて子どもたちにプレゼントを渡してくれます。



ウォーターアート：島からはははじま丸が出港する際に見送りのウォーターアートを描いてくれます。任期を終え島から出るときにこれを見たら涙してしまいそうです。





特定ケア看護師への期待

JADECOM-NDC研修センター 鈴木靖子

看護師の特定行為の研修制度が施行され、3年が過ぎました。10年間で10万人の育成が計画されていましたが、試行事業である高度実践看護師（診療看護師）を含めても、やっと1,000人を超えたところです。まだまだ周知されているとは言えないのが現状です。

今現在は、大学院を修了した『診療看護師』と特定行為研修を修了した『特定行為に係る看護師』が、法的には同じ位置づけとして存在しています。『特定行為に係る看護師』には、いくつかの区分を修了した『区分選択のタイプ』があり、1区分から21区分までと修了している区分はさまざまです。教育機関によって求めるレベルもさまざまで、修了とする教育のレベルにも大きな差があるようです。恐らく今後は『診療看護師』と『特定行為に係る看護師』の2つに区別されていくであろうと予想されます。

地域医療振興協会が目指しているへき地・地域医療には、診療看護師レベルが求められています。しかしただでさえ少ないリソースの中、大学院教育の2年間のブランクは現実的ではありませんし、育成を待っている余裕もありません。そこで立ち上げたのがJADECOM-NDC研修センターです。現在法で許される全ての行為について1年間で履修し、臨床推論の基礎をしっかりと身につけておけば、実践を積み重ねた上で「診療看護師と並ぶ力」となることを目指しています。数年の実績と認定審査のようなもので、肩を並べられるような制度になるのではないかと期待しているところです。

私たちは特定行為ができるという手技の獲得を目標にはしません。その行為が必要かどうか

の判断を含め、考え、表現する力を大切にしています。先行して活動している診療看護師の業務調査でも、特定行為そのものに関わる業務は、全体の約2割だそうです。特定行為の実践者ではなく、先人の診療看護師の働き方を目標としています。

研修、特に実習が始まると、研修生から「医師の言葉が分からない」と言うのをよく耳にしました。医師の世界に入ってみて、私たち看護師と使う言葉が違っていることに改めて気づき、共通言語の重要性、それにより医師への適切な報告、情報提供ができるということも理解できました。医師と共に行動することで、何を情報としてどう考え判断するかという思考過程について学びます。これが臨床推論です。私たち看護師も情報を得てアセスメントから判断を導き出しますが、医師の診断と治療のための臨床推論と違い、自分で対応できるか医師につなぐか、急ぐか等の現場での対応を判断し看護に落とし込むための臨床推論であり、これが『診る』と『見る』の違いだと考えています。

修了生が「自分たちの役割の1つは急変の種を1つずつ摘んでいくこと」と言ってくれました。これらの力を発揮し、看護師が気づいた小さな「兆し」をキャッチし、集めた必要なデータと定義と照らし合わせて医師へ報告することで、予期せぬ急変は確実に減らすことができていると信じています。これは患者にとっても大きな貢献ですし、看護師にとっても看護の質を確実に上げていくプロセスです。また修了生は「研修医と違うところは生活背景まで全てをみて捉えること」とも言ってくれました。経験を重ねた看護

師ならではの視点も大切にしています。

今年度、与那国町診療所での活動のチャンスも得ることができました。行ってくれた1期生は、初めての活動ということで失敗する訳にはいかないというプレッシャーを感じ、自分の中に蓄積してきた知と技を総動員させて臨んだと言ってくれました。受け入れてくださった医師からは、「特定ケア看護師の優秀さに驚かされ、一緒に仕事ができて本当に楽しく、頼もしく、非常に有意義な時間であった。大成功だと思っている。」とのコメントをいただきました。

以下は、特定ケア看護師の先人である診療看護師が活動した結果、受け入れ先の看護部長がまとめてくださったもので、まさしくこれが目指すゴールです。

1. 患者の一番近くで看護経験と医学的な知識を結びつけて行う観察や判断は、医師への信頼度や期待度が高まり、多忙な医師の身体的、精神的な負担の軽減に大いにつながった。

2. 患者や家族の話や思いをよく聞き、不安や苦痛を軽減するために妥協せず治療方針を探る姿勢に、高齢者への医療のあり方を教えられた。

3. 患者の観察とカルテ上の情報から、診療上の問題を推測する思考過程が明確でとても勉強になった。診療看護師の記録を見て、看護師の観察の重要性と共有できる記録の必要性を感じた。

4. 整形外科の患者について内科的疾患がある場合、多忙な内科にコンサルトしなくても、診療看護師からの提案でタイムリーな診療ができた。

5. 病棟看護師は些細な疑問も聞きやすく、診療看護師からの答えは明快で勉強になった。

6. 毎週30分の疾患、症状、処置に関する勉強会が、とても好評だった。

7. 現場の看護師と協力して通常の看護実践もして、2年以上人工呼吸器を装着している患者の入浴を実現できた。

8. 薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士、リハビリセラピストなどにも積極的に意見を求めていた。多職種に特定ケア看護師を理解してもらえるだけでなく、それぞれが専門職として知識の向上と医療チームの一員としての活性化につながった。

特定ケア看護師として活躍するためには、まずは信頼を獲得しなければなりません。それには、これまでの確かな看護実践と個人の人物力がとても重要です。看護師としての経験を通して育んできた人物力に知と技とマインドを積み重ね、人としても大きく成長してくれることを期待したいと思います。

看護師の新たなキャリアの形に、あなたもチャレンジしてみませんか?!

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

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

報告
各種お知らせ
求人



OHSU地域医療視察研修 募集のお知らせ(2019年度)

当協会職員の海外研修受入先であるOregon Health & Science University(オレゴン健康科学大学、以下「OHSU」とする)はアメリカ西海岸のオレゴン州ポートランドに所在し、オレゴン州の地域医療において重要な役割を担っています。

本研修では「地域医療」に焦点を当て、OHSU関連施設であるへき地の医療施設の見学も行い、米国における地域医療の現場を目にする貴重な機会をご提供いたします。



2019年度募集概要

日程	参加費	対象職種	定員	締切日
6月1日(土)～6月8日(土) (6泊8日)	400,000円/人	正会員	9名 (先着)	3月15日(金) 定員に達し次第、 受付終了

※航空会社または受け入れ先の都合等により、催行を中止することがございます。
※「正会員」とは、地域医療振興協会の正会員(医師)を指します。

スケジュール

	午前	午後
1日(土)	日本出発(成田空港発 直行便)、ポートランド到着	自由行動
2日(日)	観光(ポートランドおよび近郊)	自由行動
3日(月)	オリエンテーション、OHSU主要施設見学	講義、OHSUスタッフとの意見交換
4日(火)	移動 (ポートランド → エンタープライズ)	OHSU関連施設見学(エンタープライズ)
5日(水)	OHSU関連施設見学(エンタープライズ)	移動(エンタープライズ → ポートランド)
6日(木)	OHSU関連施設見学(ポートランド周辺)	OHSUスタッフとの懇親会
7日(金)	現地出発(成田空港行き 直行便)	移動
8日(土)	移動	日本到着、解散

※スケジュールは現在調整中のため、実際の内容と異なることがあります。



申し込み・問い合わせ先

参加申込方法等、詳細は当協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/>)内「募集情報」に掲載しております。

また、前回の研修の様子は当協会特設サイト(<http://bit.ly/2SL4zyv>)からご覧いただけます。皆様のご応募をお待ちしております。



公益社団法人地域医療振興協会 主催

第13回 へき地・地域医療学会のお知らせ(一般演題募集のお知らせ)

メインテーマ「地域から羽ばたく女性医師」

本年のへき地・地域医療学会は、「地域から羽ばたく女性医師」をメインテーマに招聘講演に自治医科大学卒業後、辺地医療(巡回診療)を通じザンビア共和国の地域保健医療の向上に貢献されている山元香代子先生、基調講演に当協会が寄附講座を設置し、活発に交流を行っているオレゴン健康科学大学より、関連医療センター長として、オレゴン州のへき地での保健予防活動において中心的な活躍をされている、Elizabeth Powers先生をお招きし、ご講演いただきます。

また、地域医療の前線でご活躍中の先生方によるシンポジウムや日常診療に役立つ教育セッション、地域医療にかかわる演題発表などの内容で下記日程のとおり開催いたします。一般演題を下記の通り募集いたしますので、皆様ふるってご参加ください。

日 程 2019年6月29日(土)、30日(日)

会 場 海運ビル, 他(東京都千代田区平河町)

対 象 医師, 研修医, 医学生

プログラム

6月29日(土)

14:00～15:00 開会宣言
招聘講演

山元香代子先生(特定非営利活動法人ザンビアの辺地医療を支援する会 副理事長)

15:10～18:20 協会地方支部代表演題発表, 一般演題発表, 教育セッション等

6月30日(日)

8:30～11:40 教育セッション, 高久賞候補演題発表等

12:00～12:50 へき地医療功労者・高久賞表彰

13:30～14:25 基調講演

Elizabeth Powers先生

(オレゴン州エンタープライズ Winding Water Clinic センター長)

14:30～16:00 メインシンポジウム「(仮)女性医師からみた地域医療」

シンポジスト(予定)

- 石川鎮清先生(自治医科大学医療教育センター 副センター長・教授)
- 十枝めぐみ先生(香川県 綾川町国保綾上診療所 所長)
- 白石裕子先生(鳥根県 隠岐広域連立隠岐島前病院 小児科長)
- 佐藤裕子先生(鳥根県 浜田市国民健康保険波佐診療所 所長)

一般演題募集

下記内容にて地域医療に関する一般演題を募集しますので、多数のご応募をお待ちしております。

申込資格：協会会員および協会職員

演題名：日本語は全角50文字以内、英語は半角100文字以内

抄録本文：日本語または英語

・日本語は全角800文字以内、英語は半角1,600文字以内

・【目的】、【方法】、【結果】、【結論】に分けて簡潔に記載してください。

発表形式：口演発表のみになります(発表時間10分、質疑5分)。

申込方法：期限までに下記学会特設ページ(3月開設予定)より申込書を入手の上、抄録と共に地域医療研究所事務局までEメールでお送りください。

ホームページ <https://www.jadecom.or.jp/hekichi2019/>

演題募集期間：2019年2月25日(月)～5月15日(水)

問い合わせ 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務局 担当：堀江

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 E-mail hekichi@jadecom.or.jp

研修会

第2回「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会のご案内

われわれは災害を通して何を学んだか～福祉と医療の立場から～

2018年西日本豪雨災害の被災者のみなさまに、お見舞いを申し上げます。また、今なお支援のために働いておられる方々に敬意を表します。

災害を通して、各地域で、できたこと、できなかったことなど色々の課題が上がっているのではないのでしょうか。

今回の経験を踏まえて専門職あるいは行政としてどう動けばよいか、地域のために何ができるかを共有したいと考え研修会を企画しました。実際に災害支援に携わってこられた講師の方々に、どう関わってきたのかお話しいただき、グループ討議を通して今後どのような対応が望ましいのかを考えたいと思います。

日 時 2019年3月9日(土)14:00-17:00

場 所 広島市総合福祉センター(広島市南区松原町5番1号 BIGFRONTひろしま5階)

講 師 元廣 緑 広島市口田地域包括支援センター センター長

矢村里美 呉市福祉保健部介護保険課 専門員

越部恵美 ほとと・はあとステーションでのひら 所長

木下健一 広島県済生会 坂町地域支え合いセンター センター長

ワークショップ

費 用 資料代 500円

対象者 災害支援に携わる方々、あるいは関心のあるすべての医療・福祉・介護関係者、一般の方

申込み E-mailで、2月28日(木)までにお申し込みください。

(名前、所属、住所、TEL、メールアドレス、職種をご明記ください。)

個人情報研修会の運営、連絡、ならびに今後の研修会の案内に限り利用いたします。

定 員 80名(定員内の方には、ご連絡はいたしません。)

問い合わせ・申し込み

地域医療振興協会 西日本事務局 岩崎・増居宛

FAX : 075-353-5059 E-Mail shizukoma@jadecom.jp

Information

公益社団法人地域医療振興協会は、全国のへき地医療の充実を目的に活動をしています。

「中国ブロック福祉と医療を語る会」は、協会のバックアップを受け、30年以上広島を中心に研修会や講演会を開催しています。多くの皆さまのご参加をお待ちしています。

中国ブロック福祉と医療を語る会 代表 竹内啓祐

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

・・・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としています。

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ことがしばしばありました。

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

生涯教育センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

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

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

定 価 （本体600円＋税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

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

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

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

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

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

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/>

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人 地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

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

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

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、ビート、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。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ヵ所以上を結び、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まいり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

秋田県

湯沢市立皆瀬診療所



●内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科

診療科目：内科

病床数：0床

職員数：6名（うち常勤医師0名）

所在地：〒012-8501 秋田県湯沢市皆瀬字下菅生10

連絡先：湯沢市福祉保健部健康対策課 課長 佐藤

TEL 0183-73-2124 FAX 0183-72-8301

E-mail sato0394@city.yuzawa.lg.jp

特記事項：小安峡温泉を有する皆瀬地域の内科診療所である湯沢市立皆瀬診療所は、湯沢市の東部地域の医療・福祉・保健活動の拠点となっています。診療所周辺には、市役所皆瀬総合支所、消防署、小中学校、歯科医院、老人保健施設、農協等もあり、地域住民にとって利便性の良い環境にあります。現在、高齢者医療に理解があり、地域医療に熱意のある常勤医師を募集しています。当直もオンコールもありませんので、ゆとり勤務でスローライフを満喫したい方にお勧めです。

また、診療所は近隣の公共施設等と合わせて移転新築する計画がありますので、今後、施設や設備の整備にもアドバイスをいただきたいと思います。

<http://www.city-yuzawa.jp/index.html>

受付 2019.1.9

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

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

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

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

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度, 第〇回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨: 議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論: 議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他: 講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。
文字量目安: 約950字で1/2ページ分, 1,900字で1ページ分となります。

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 堀江

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て内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身*)とする. (*必要な場合のみ)
- 5) 必要記載事項
表紙: 原著・症例・活動報告等の別とタイトル, 本文原稿枚数(文献含む)と図表点数, 著者名と所属

(著者が複数の場合, それぞれの所属が分かるように記載する), 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を記載する. 全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記し, 全共著者の署名を添える.

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

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

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

6) 図表

- ① 図表は厳選し, 本文中の記載よりも図表を用いた方が明らかに理解しやすくなる場合に限り使用する.
- ② 図表は原則としてモノクロで掲載する.
- ③ 図表は通し番号とタイトルをつけて, 本文とは別に番号順にまとめる.
- ④ 他の論文等から引用する場合は, 当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する.

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

雑誌の場合

文献表記例

【雑誌】

- 1) 柴田肇, 黒瀬亮太, 都竹晃文, 他: 栃木県の周産期死亡率の観察. 月刊地域医学 1996; 10: 25-32.
- 2) Feldman R, Bacher M, Campbell N, et al: 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. "Evanston Public Library Strategic Plan, 2000-2010: A Decade of Outreach." <http://www.epl.org/library/strategic-plan-00.html> (accessed 2005 Jun 1)

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

5. 原稿の保存形式と必要書類について

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

6. 原稿の送付方法について

- 1) 原稿はEメールまたは郵送・宅配便で受け付ける.
- 2) メールで送付する場合の注意
 - ①メールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する.
 - ②原稿と必要書類(5. 原稿の保存形式と必要書類について 2) 必要書類)は添付ファイルで送るか, 容量が大きい場合には大容量データサーバを使う.
- 3) 郵送で送付する場合の注意
原稿を, CD-ROMまたはDVDなどの1枚の記憶媒体に保存し, 必要書類と原稿のプリントアウト3部をつけて送付する.

- 4) 記憶媒体にアプリケーション名とバージョン, 著者名, 提出日時を明記する.

- 5) 原稿および記憶媒体は返却しない. また, 万一に備えてコピーを手元に保存すること.

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人 地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

10. 月刊地域医学編集室

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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「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(JADECOM 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

今月号の特集では、総合医に任される診療の手助けになれるようにと、それぞれの専門医の視点からポイントを記述していただきました。慢性蕁麻疹で1年以上の内服を行っている自分としては、折戸秀光医師がご執筆くださった蕁麻疹の記事は、自身の病状経過も合わせて読むことができました。1年以上も内服薬を飲み続けるというのは、人生で初めてでしたので、患者さんの飲み忘れや処方切れのときの気持ちを理解することができました。記事で印象に残ったのは、佐々木暢彦医師の「多少不安を覚えながら慎重に診るほうが、おそらく良いと思う」「『まあ、いいか』という思考停止フレーズが頭に浮かんだときは、逆に危険信号だと思いうようにしている」という名言や、「鼻は口ほどに」の内容でした。「鼻を見ないでどんな診断を・・・」のくだりもそうですが、基本に忠実に診察していくことの重要性を考えさせられます。「基本に忠実に」ということは、医師だけでなく全職種に当てはめて考えることができます。私自身も、看護上で基本的なことをスキップしてしまっていないか、よく振り返ることがあります。経験を経ていくと、気が付かないうちに基本をおろそかにしてしまっていることがあります。時代に合わせて変化していくことは大切ですが、守るべき基本的な部分をスキップしてはいけないと、今回の記事を読みながら、改めて確認しました。

編集後記を担当させていただき、1年が経とうとしています。今回の号で、この執筆も最後となりました。何人の方が、この編集後記を読んでくださっていたかは分かりませんが、最後までお付き合いいただき、ありがとうございました。新しい年度も、皆様にとって健康で充実した日々となりますことを、心より願っております。

戎 初代



月刊地域医学 第33巻第3号(通巻389号) 定価(本体 600円+税)

発行日/平成31年3月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

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