

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

7

2019
Vol.33-No.7

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

山口県の へき地医療を支える

【企画】原田昌範 山口県立総合医療センター へき地医療支援部 診療部長

●インタビュー

「求められる場所で、
そこに必要な医療を提供する」

茶川治樹 岩国市医療センター医師会病院 病院長

目次

インタビュー

- 求められる場所で、そこに必要な医療を提供する／茶川治樹 2

特集 山口県のへき地医療を支える

- エディトリアル／木下順二 10
- 総論：山口県のへき地医療の現状と課題・取り組み／堀 泰志 12
- 山口県のへき地医療支援 - 巡回診療, 代診, 医師派遣 - / 中嶋 裕 18
- へき地をフィールドに次世代の育成を / 宮野 馨 24
- 地域住民・行政との取り組み / 横田 啓 29
- これからのへき地医療支援 - 面で守るふるさとの医療 - / 原田昌範 33

Look Think Act みんなの健康を, みんなで守る

- ヘルスプロモーション研究センター作成教材第二弾
「受動喫煙防止・禁煙のすすめ教材」のご案内と今後の展開 / 川畑輝子・嶋田雅子・ほか 40

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69回“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント!
- 具体的事例から考える発生要因と未然防止対策 - / 石川雅彦 44

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑦ / 牧田幸三 52

JADECOCOM生涯教育e-Learning紹介

- 「研究を楽しむ」- 基礎医学から臨床医学への展開 - 57

離島交換日記

- 地域と診療所のつながり / 長田健太郎 58

JADECOCOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師の魅力 / 進士勇介 60

研修医日記

- 生まれ育った東北の地で / 羽角勇紀 62

お知らせ	66
求人病院紹介	72
投稿要領	74
編集後記	巻末

INTERVIEW

岩国市医療センター医師会病院 病院長
茶川治樹先生



求められる場所で、 そこに必要な医療を提供する

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

保健所～離島での看取り～山間の病院～リハビリ医を経験して

山田隆司(聞き手) 今回、山口県の岩国市医療センター医師会病院に茶川治樹先生を訪ねました。今月号の「月刊地域医学」では、山口県立総合医療センター 地域医療支援センターの原田昌範先生を中心に山口県の地域医療支援について特集しています。そこでこれまで1期生として山口県をまとめてこられた茶川先生にインタビューに登場していただいております。伺おうということになりました。

茶川治樹 ありがとうございます。

山田 まず先生のこれまでの経歴をお聞かせいただけますか。

茶川 私は自治医科大学山口県の1期生で、卒業後は2年間山口県立中央病院で研修し、3年目か

らはへき地の病院に出ました。2年後に県立病院に戻って後期研修をしました。その次にまたへき地に出るといふときに、保健所の医師も足りないということで、県から義務年限として保健所に勤務するように指示が出たので、保健所に行くことになりました。

保健所の仕事は結構面白く、またそのころ保健所に数年勤めて義務が明けると厚生省に行けるという道があったので、私もそのままずっと保健所にいて厚生省に行くことも考えていました。ところが保健所にいた2年目に、萩の見島という離島の医師が退職するので赴任してほしいと言われました。見島は萩から50km離れた人口2,000人くらいの島で、家族4人で2年間住み

ました。

見島で興味深かったのが終末期医療です。がんの末期の人も寝たきりの人も、みんな島に戻りたいというのですね。島には病院がないのでみんな家で過ごす。そうすると往診しなければならないわけです。そういう人が何人もいて、自宅で看取るといような状況を否応なしに経験する中で、在宅医療や在宅の看取りに関心を持ちました。その2年の間に、厚生省に行こうという気持ちが薄れて、義務が明けても在宅医療をやるようなところで働きたいと思うようになっていたところに、岩国圏域の山間部にある町立美和病院(現 岩国市立美和病院)から声がかかりました。60床くらいの病院です。町長から、将来的に全員自治医大卒業生の病院としてモデル的にやってほしいと言われ、それならと赴任しました。当初は別の大学の先生もおられましたが、徐々に辞められて、県も積極的に医師を派遣してくれて、3年目くらいからは4名の医師が全員自治医大卒業生になりました。

山田 先生は院長を務められたのですね。

茶川 はい。そこで在宅医療にも力を入れて取り組み、NHKや新聞にも取り上げられたりして、12年間で100人くらいを在宅で看取りました。このままここでへき地医療を全うしてもいいなと思っていたところに、45歳頃「保健所の医師が足りないからぜひ行政にきてほしい」と県から言われました。自分が保健所に行く条件として、今の病院から自治医大の卒業生の数が減らないということを県に約束してもらって、保健所に行きました。それが岩国保健所です。

岩国保健所の仕事も面白かったのでこのまま保健所長で定年を迎えてもいいかなと思っていました。保健所勤務6年目に、県と市が支援により、この医師会病院に4階建てのリハビリテーション専用の建物ができました。当時地域リハ

ビリテーション活動が全国的に盛んになっていましたが、岩国にはリハビリテーション病院がなかったのです。

山田 この医師会病院に併設してリハビリテーション病棟ができたわけですね。

茶川 そうです。ところが、当時当院には山口大学から医師が20人くらい派遣されていましたが、回復期リハビリ病棟50人の入院患者の主治医になる人が誰もいなくて、私はそのときは保健所長の立場で回復期リハビリ病棟を作ることに力を注いでいたのですが、出来上がった途端に医師がいない状況になってしまった。では私が保健所を辞めて医師会病院に勤めましょう、ということになったのが、今から15年前の話ですね。51歳のときです。

山田 なるほど。

茶川 それで一からリハビリの勉強をしながら、今やっと軌道にのって、40人程度のリハビリ入院患者に関わっています。当院の院長は元々山口大学の先生が順番にやっていたのですが、研修医マッチング制度の中で、山口大学からの医師派遣が減って、今は10人くらいになり、院長を引き受ける医師がいなくて、結局私がやっているわけです。

常勤医が20人から10人になったために急性期医療を縮小しましたが、回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟を充実させたことにより、入院患者は以前と同じ150人が確保でき、また経費や人件費が減ったため逆に経営が良くなっています。

それで現在に至るといのが、これまでの私の経歴です。

山田 先生は自分の意思ではなく、その時々状況に応じて求められたところへ行かれたわけで、自治医大卒業生の代表のようなご経歴ですね。

山口県から地域医療の取り組みを発信する

山田 山口県は山口県立総合医療センターにあるへき地医療支援センターに卒業生が何人も集まっております。充実していますね。へき地派遣が全県的なシステムとして動いているようで素晴らしいと思います。

茶川 そうですね。県立総合医療センターのへき地医療支援センターが活性化しているのは、県が積極的に力を貸してくれるからです。その理由の1つとして、私が十数年前、保健所にいたときに一緒に保健所長をやっていた仲のいい医師がいて、その医師が県の部長になって、自治医大卒業生の活動の活性化が重要だと考えてくれたことが大きいです。

山田 先生が1期生として地域医療に関わりながら、一方では岩国保健所長という県の職員として長くおられたというのが、卒業生全体の要になったのですね。

茶川 はい。行政にのべ7年いたということは、長い目で見ると役に立ったかなと思っています。

話は変わりますが、保健所は骨髄バンクの登録業務をしている関係もあり、私は保健所勤務時代に骨髄バンクに登録しました。そうしたら私と白血球の型が適合する白血病の女性がおられて、ドナーとして骨髄を提供する経験をしました。私の息子はそういう私をみていて登録していたのですが、今年の4月に息子も適合者がいてドナーになったのです。親子でドナーになったのも保健所に勤めていたからできた経験でした。

山田 私も自治医大卒業生の都道府県支部会や県人会にお邪魔することがありますが、各都道府県によって雰囲気は全く違うのですよね。あまりまとまりのない県もある一方で山口県はすごくまとまりがある、みんなで山口県のへき地や地域医療のことを考えているという雰囲気がひし

ひしと伝わってきます。

自治医大卒業生は全国各地で40年近く長きにわたって地域医療をリードしてきた実績がある。そういった卒業生の力を結集してわれわれが得た経験をもっとアピールすることが必要だと思います。若い世代に「自治医大に入りたい。自治医大に入ってこういう仕事がしたい」と思わせるような仕組みにしていかなないと。

そういう意味で、今回の「月刊地域医学」の特集で山口県から発信してもらうことは、一つの新しい提案だと思っています。山口県から発信してもらって、ぜひほかの県にもその知恵を学んでほしいと考えています。

茶川 そう言っていただくと嬉しいですね。

私もへき地医療支援センターの原田先生も山口大学医学部の非常勤講師をしていて、へき地医療の講義を毎年していますが、山口大学にもへき地医療に興味のある学生さんがいるので、山口県では10年くらい前から自治医大と山口大学合同の夏期実習を行っています。山口大学は地元に残る学生が少ないので、原田先生を中心に、山口大学と協力しながら地域医療をしっかりとやっていこうということで、頑張っています。

山田 各県の大学に地域枠ができたから、自治医大の必要性が薄れたのではないと言われることもあります。自治医大卒業生が40年培ってきた地域医療のネットワークを地元大学と連携することでさらに人材を確保でき、各県の地域医療にとって望ましい形が作れると思います。そういった意味で山口県では自治医大の役割がうまく果たせていると思います。山口県の例は、県内にとどまらず協会や自治医大にとって1つの見本になると思います。

茶川 ありがとうございます。

山田 先日開催された第10回日本プライマリ・ケア連

合学会の学術大会は滋賀県の卒業生の雨森正記先生が会長を務め、「へき地医療にロマンはあるか？ - 地域医療と自治医大卒業生の40年」と題したシンポジウムが企画されました。演者として1期生の奥野正孝先生、新潟県立十日町病院の吉嶺文俊先生、おおい町国民健康保険名田庄診療所の中村伸一先生、島根県隠岐広域連立隠岐島前病院の白石吉彦先生がシンポジストとして登壇しましたが、山間へき地離島などの限られた環境で精一杯頑張っていると地域の人たちは認めてくれる、あるいは許してくれる。そういう環境で自分たちは育ってきたと、みんなが異口同音に発言していました。

今もへき地赴任ということになると、やはりいろいろ心配に思ったり、二の足を踏んだりしますが、われわれはへき地や離島、そういう厳しい環境で成長することができました。先生も離島へ赴任したり、保健所を経験したりしなが



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

ら、今ここの院長として活躍しておられる。地域に求められる総合医のキャリア形成の一つの見本ではないかと思います。

茶川 そうですね。いろいろなことを経験することによって、逆にまたどこに行ってもそれが生きているという感じがします。

岩国でも地域医療の仕組みを作りたい

山田 先生はこの病院の院長になられて何年目ですか。

茶川 3年目です。

山田 美和病院も岩国市に合併したわけですし、先生は岩国市と縁の深いところで働いてきたわけですね。

茶川 医者になって40年ですが、そのうち30年が岩国市ですね。

山田 岩国市には国立病院機構岩国医療センターがありますよね。急性期は岩国医療センターにお願いするという感じですか。

茶川 そうですね。当院では岩国医療センターを退院した患者さんやリハビリが必要な患者さんを引き受けています。地域の中で急性期から亜急

性期、維持期が完結できています。

山田 地域医療を経験してきた自治医大の卒業生にとっていい職場かもしれませんね。

茶川 そうなんです。当院が急性期中心の医療から、亜急性期、維持期に対応できる病院に転化したことによって、逆に岩国市全体の医療がうまく回ってきているという感じがします。

山田 今、山口県総合医療センターのへき地医療支援部には卒業生が集まって全県的なシステムができていますが、そのローカル版がここ岩国にもできそうな気がしますね。

茶川 当院の医療圏域のへき地には50床規模の市立病院が2つあるので、この3つの病院を1つの病院グループにして、公設民営のような形にでき

るのが将来的な私の理想です。そうしないと、ここから数十キロ離れた山間の病院には将来医者も看護師もいなくなってしまうと思うのですね。

山田 それは全国どこでも同じようなことで、人口が激減する地域でこれまで自治体ごとにあった公的病院をどうするか、地域に医療を残すためには機能や規模を持続できるような形に変えていかざるをえない。病院を診療所にする、診療所を巡回診療所にする。そういった大胆な変更をせざるをえないと思います。

茶川 その通りだと思います。でも住民からの大反対があると分かっているから、市としてはなかなかそういう動きができません。

山田 「医者がいなくなりました」ということになってからでは遅いので、行政とわれわれ医療関係者が、住民たちを守るためにもっと一緒に汗をかかないといけないと思います。

茶川 そう思って、私や医師会長は、市長さんやへき地医療の担当部長と定期的に話し合いをして、へき地医療が途絶えないような方策を一緒に考えましょう、という提案はし続けています。

山田 ぜひお願いします。義務年限の間は厳しいところで経験して、義務が明けたら支援する側に立つ。同じ地域の中で充実した医師人生が送れるということを岩国でも示すことができれば「地域医療をやるならやっぱり自治医大がいい」と若い人たちに思ってもらえると思うのですね。6年間の自治医大の教育をアピールするだけでなく、卒業しても地域の豊かなネットワークの中で、楽しく医療に従事できるという見本をしっかり示していきたいと思うのですね。

茶川 本当にそう思います。山口県では高校生に向けて毎年大学説明会をやっていて、3時間ぐらい自治医大の良さを説明しています。そうするとそれを聞いた高校生は、「自治医大って面白いと思った」と言ってくれて、彼らを含め毎年50～60人くらいが受験します。原田先生は、中学生に対してもそういう話をしたらよいのではないかと考えていますし、大学生だけではなく、中高生から「へき地医療ってこんなに面白いよ」というようなことを体験させるのもいいのではないかと思います。

山田 そうですね。進学校の理系のトップクラスに受けてもらうというよりは、地域の役に立ちたいと思えるような人材が「自治医大に入りたい」という流れができてこない。

先日、米国のトーマス・ジェファーソン大学へ行ったのですが、そこではへき地や医師不足地域出身の学生をリクルートして、その人たちがまた地域に帰っていくのを助けるようなプログラムを作っています(Physician Shortage Area Program:PSAP)。対象となる学生には他の学生よりも多く地域医療を体験させ、地域出身者をうまく地元に戻らせるプログラムになっています。それが40～50年続いていて、一定の成果を上げているそうです。自治医大も学ぶべき取り組みかなと思いました。

茶川 そうですね。どなたかが調べたところ、出身が田舎か都会かで、自治医大の卒業生の義務明けの進路を調べたところ、やはり田舎で育った人間の方が義務明けもへき地にいる率が高いという結果だったようです。

総合診療専門医をベースに次のステップへ

山田 これから後進をどう導いていこうと考えていらっしゃるでしょうか。

茶川 山口県では、義務年限は6年間へき地で、2年間は初期研修、1年間は後期研修でしたが、今回、義務年限の間に総合診療の専門医が取れるように、へき地勤務を5年間にして、研修を4年間できるようになりました。

県がそのような配慮もしてくれたので、義務年限の間に総合診療医の専門資格を取って、10年目の義務が明けた時点で、へき地に残る人も、あるいは別の専門医に進む人も、9年間で培った総合診療医マインドを活かせるような仕事をしてほしい。そういった自治医大の卒業生のモデルみたいなことが、今、山口県はできるようになりました。ですからぜひ義務年限の間に総合診療専門医を取って、それをベースにしっかり頑張ってもらいたいと思います。

山田 今専門医機構の中で総合診療専門医についても活発な議論がされており、私も委員を務めています。山口県で卒業生が全員、義務年限の中で総合診療専門医を取れる仕組みを提案してくれたのは画期的だと思っています。総合医的な素養のもとに、各科の専門医やいろいろな他の道に進める可能性があるということも魅力的で、自治医大卒業生が安心して地域医療に従事できるということが大切だと思います。そういう意味でも、山口県モデルは貴重だと思います。

茶川 はい。山口県では道筋もできたので、後輩たちには、先輩の作ってくれたルートに乗って、まず総合診療専門医を取って、そのマインドをもって、次の専門医を目指してほしいと思います。

山田 自治医大の卒業生には、へき地勤務を含む9年間の義務年限をしっかり果たした後、立派なスペシャリストになっている人たちも大勢います。むしろ9年間の地域経験が活きて、それぞれのフィールドで輝いているという例が多いと思います。

茶川 当院にはこれまで自治医大出身の医師が数人働いていて、みんなどんな病気でも対応していましたが、他の大学の医師はどうしても自分の専門が中心になる。病院の中で何でも診るというマインドで対応していると、やはり職員にも信頼されると思います。

山田 総合診療医というより、臨床医としての土台ですね。そういったマインドはへき地医療を経験した自治医大の卒業生はみんな持っているので、それをうまく整理して、アピールしていきたいですね。

最後に今地域で頑張っている若い先生たちにエールをお願いします。

茶川 私自身、大きな総合病院で研修をした後、山間部のへき地、離島、そして行政と、いろいろ回りましたが、行ったところ全てがいい経験になって、今の自分を作っています。どんな職場に行こうが、どんなへき地に行こうが、必ず将来自分のさまざまな糧になるので、「こんなところに来て、我慢して」というイメージではなく、行ったところの職場を楽しんで頑張ってもらえたらと思います。

山田 私もそう思います。

茶川先生、ありがとうございます。

茶川治樹先生プロフィール

1978年自治医科大学卒業。山口県立中央病院にて研修後、美祿保健所、萩市立見島診療所、山口県立中央病院を経て、1987年町立美和病院に赴任し、1989年院長に就任。1999年より山口県岩国健康福祉センターに勤務の後、2005年に岩国市医療センター医師会病院に赴任、院長となり現在に至る。



山口県のへき地医療を支える

企画：山口県立総合医療センター へき地医療支援部 診療部長 原田昌範

特集

●エディトリアル

●総論：山口県のへき地医療の現状と課題・取り組み

●山口県のへき地医療支援 ー巡回診療，代診，医師派遣ー

●へき地をフィールドに次世代の育成を

●地域住民・行政との取り組み

●これからのへき地医療支援 ー面で守るふるさとの医療ー

エディトリアル

公益社団法人地域医療振興協会 常務理事
東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者 木下順二

「どうして山口県なんですか？」今特集企画を原田昌範先生に提案した際に受けた質問である。それにお答えするためエディトリアルを執筆することになった。

2016年3月、縁あって萩市須佐診療センターの代診を通し山口県のへき地医療に触れる機会があった。2018年後半から山口県へき地遠隔医療推進協議会などで山口県を繰り返し訪問する中、山口県の地域医療の実情とそれを解決するための活動を知ることになった。

海山の自然の豊かさ・美しさはしばしば医療環境の厳しさを示唆する。2019年2月18日、厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第28回)¹⁾において、「医師偏在指標」のデータが公開された。都道府県ごとの比較において下位3分の1に該当したいわゆる「医師少数区域」は最下位(47位)から順に、岩手、新潟、青森、福島、埼玉、茨城、秋田、山形、静岡、長野、千葉、岐阜、群馬、三重、山口、宮崎の16県であり、私の故郷静岡県も堂々の39位であった。医師数は大まかに西高東低の傾向にあるが本州の西側で唯一医師少数県となったのが山口県で、医師偏在指数は210.3。1位の東京都の329.0と比較すると3分の2程度にとどまる。

山口県の中でも大学医学部がある宇部・小野田二次医療圏は337.2であったが、日本海側の萩ならびに長門二次医療圏ではそれぞれ126.9、126.2と県内でも大きな格差がある。私が通算10年過ぎた静岡県賀茂二次医療圏(伊豆半島南半分)は89.6であった。医師少数県同士で変な仲間意識が芽生えたりするが、そんなことで喜んではいけない。堀 泰志論文に示される通り数の問題だけではなく、医師の高齢化(若手医師の流出)も進んでいる。

へき地等での医療従事者の確保は世界的な課題である。世界保健機関WHOは2010年にGlobal Policy Recommendation²⁾を出した。自治医科大学も事例として紹介されている。当誌においても2014年2月号特集「スコットランドのへき地医療と教育」³⁾の中で紹介した。今特集の各執筆者からご紹介いただいた取り組み、別途伺った事項などをRecommendationの分類に当てはめてみると(表1)さまざまな取り組みがシステム化されつつあることが分かる。

ここに至るには容易ではない長い道のりがあったものと想像される。県、県立総合医療センター、山口大学などが連携し、自治医科大学卒業医師が推進エンジンとなつての力強い取り組みは、まさに自治医科大学建学の目的を実現しようとするものであり、他の都道府県にとっても大いに参考になるものと考えられる。なぜ山口県の特集なのか、ご理解いただけるだろう。

表1 山口県におけるへき地医療確保の取り組み

A Education	A1 Students from rural background	いのちの授業（小中学生対象）
	A2 Health Professional Schools outside of major cities	自治医科大学（栃木県下野市人口約6万人）、山口大学医学部（宇部市人口約17万人）
	A3 Clinical rotations in rural areas during studies	地域医療研修の受け入れ、やまぐち地域医療セミナー、鹿野地区コミュニティー、美和病院ワークショップ、キラキラプロジェクト
	A4 Curricula that reflect rural health issues	総合診療プログラム、萩・長門スキーム
	A5 Continuous professional development for rural health workers	へき地勤務中の研修日の設定、萩・長門スキーム、義務年限中の後期研修の保証
B Regulatory	B1 Enhanced scope of practice	総合診療プログラム、萩・長門スキーム
	B2 Different types of health workers	へき地支援機構・萩市休日急患センターの常勤看護師（ナースプールの機能）
	B3 Compulsory service	自治医科大学、山口県医師修学資金（地域医療再生枠）
	B4 Subsidized education for return of service	自治医科大学、山口県医師修学資金（地域医療再生枠）
C Financial incentives	C1 Appropriate financial incentives	市町村や病院による移動費・研修旅費の負担、通常の代診に加え離島特例代診（年3日程度）による休暇取得
D Professional and Personal support	D1 Better living conditions	へき地医療支援部からの要請・提言
	D2 Safe and supportive working environment	遠隔カンファレンス、クラウド型電子カルテ、鬼怒川会（同窓会山口県人会）
	D3 Outreach support	へき地医療支援部、代診、離島特例代診、遠隔コンサルト
	D4 Career development programmes	県立総合医療センター総合診療部、山口大学等での専門研修の機会の提供
	D5 Professional networks	へき地医療支援部、離島医療サミット
	D6 Public recognition measures	広報紙 Mission の発行など、鹿野地区コミュニティー、美和病院ワークショップ、離島医療サミット、キラキラプロジェクト

参考文献

- 1) 厚生労働省ウェブサイト 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第28回). https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208863_00010.html
- 2) Global Policy Recommendation: Increasing access to health

- workers in remote and rural areas through improved retention. http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf
- 3) 木下順二: 卒後教育の工夫－ハイランド地方の拠点Centre for Health Scienceの役割－. 月刊地域医学 2014;2:117(27).

総論

山口県のへき地医療の現状と課題・取り組み

山口県健康福祉部医療政策課医師確保対策班 主査 堀 泰志*

POINT

- ① 中山間地・離島が多く、県土の約6割がへき地に該当、人口減少・高齢化が進行
- ② 若手医師の減少、医師全体の高齢化が進行、医師の地域偏在も顕著
- ③ へき地の医療確保のため、第7次山口県保健医療計画を策定し、この計画のもと、関係機関相互の連携強化を重視した取り組みを推進

山口県の医療の現状

まず、山口県の医療について説明する前に、山口県の特徴について紹介したい。山口県は本州の最西端に位置し、県土の三方が日本海、響灘、瀬戸内海の3つの海に開けており、また、県土の中央に中国山地が走る、海あり山ありといった、自然豊かな県である。また、21の有人離島を有しており、これは本州では最も多い数である。そして、いずれの離島も人口は1,000人未満で、人口、面積とも小規模であることも特徴の一つと言える。

県全体の人口は、昭和33年の162万人(推計人口)をピークに、その後減少、増加をたどって、昭和60年には160万人台まで回復したが、その後再び減少に転じ、平成31年4月では135万人(推計人口)にまで減少している。

年齢構成をみると、少子化の進行により年少人口(15歳未満)は平成27年の国勢調査で12.2%、全国平均の12.6%から若干割合が少ない一方で、65歳以上の割合は、高齢化の進行により、平成27年の国勢調査で32.1%と、全国平均の26.6%を大きく上回っている(全国4位)。

以上のように、人口減少、高齢化が進行している本県においても、住み慣れた場所で安心して暮らし続けるために重要なものの一つが、医療の確保である。

本県の医療を支える医師数についてみると、平成28年12月末現在の県内の医療施設に従事する医師数は3,436人、人口10万人当たりの医師数では246.5人と、全国平均の240.1人を上回っており、県全体の医師数だけで比較すると、全国的には決して少なくない状況にある。しかしながら、医師数の増え方についてみると、平成10年

*所属は平成31年3月末時点

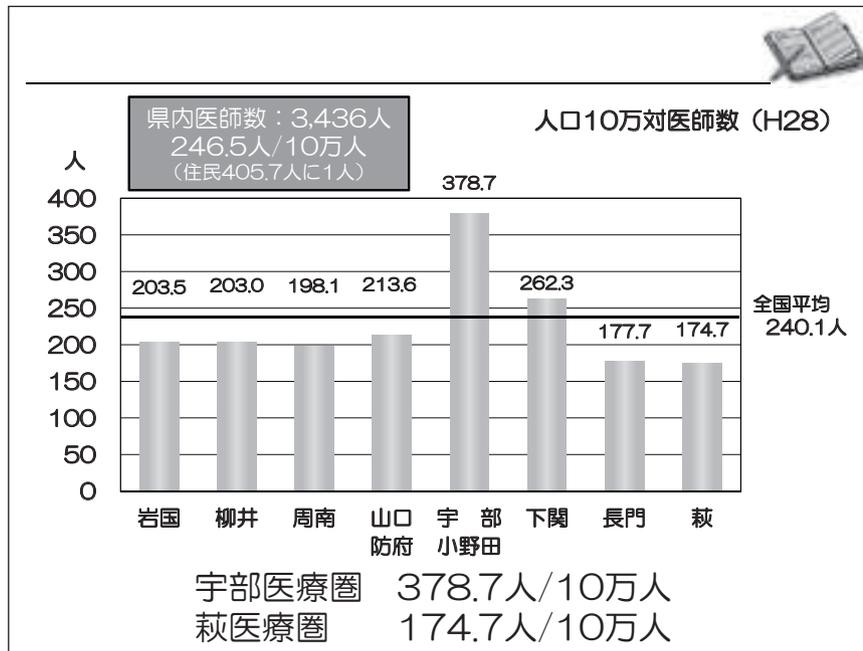


図1 医師の地域偏在(2次医療圏別医師数)

と平成28年との比較で218人増加、6.8%の増加率となっているが、全国平均では28.6%の増加率であることから、増加率はかなり低い状況にあることが分かる。

次に本県医師の年齢構成をみると、50代以上の医師の割合に対して、若手医師の割合が少ない状況にある。35歳未満の若手医師の医師全体に占める割合では、平成10年では22.1%であったが、平成28年では14.4%まで減少している。また、同じく35歳未満の若手医師数の推移を見ると、平成10年から平成28年にかけて、30.3%も減少している。また、本県医師の平均年齢は平成28年で52.5歳であり、これは福島県と並び、全国で最も高い年齢である。このように、本県の医師の状況は、若手医師の減少と、医師全体の高齢化が課題となっている。

診療科ごとの医師数をみると、人口当たり医師数で全国平均を上回る診療科がある一方、小児科や救急科など、県の医師修学資金制度において特定診療科に位置付けている診療科では、不足が生じている状況にある。

次に、本県の地域別の医師数についてみる。平成28年における8つの2次医療圏別の人口10万人あたり医師数では、県平均の246.5人を上

回っている地域は、宇部・小野田医療圏と下関医療圏の2圏域のみとなっており、総じて山陽地域に医師が多く、萩医療圏、長門医療圏のある山陰地域の医師は少ない傾向にあり、医師の地域偏在が生じている(図1)。

山口県のへき地医療対策

こうした医師の地域偏在がある中、特に医師の確保が難しいのが、中山間地や離島など、いわゆる「へき地」と呼ばれる地域である。

前述したように、自然豊かな本県には、平地に比べて生活面等で条件が不利な地域として、過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法、離島振興法によって指定された地域が県土の約60%を占め、県人口の約14%に当たる約20万人が生活している。県では、こうした地域をへき地医療対策の対象地域として位置づけ、医療提供体制の充実に向け取り組みを進めてきた(図2)。

平成30年3月には、平成30年度(2018年度)から令和5年度(2023年度)までの6年間を計画期間とする、第7次山口県保健医療計画を策定し、へき地医療に関しては、へき地保健医療計画を

医の養成・確保を進めている。

「へき地医療を支援する体制の確保」については、へき地医療拠点病院の機能強化を図り、へき地診療所等への支援体制の強化を図るとともに、遠隔診療やクラウド型電子カルテの導入など、情報通信技術（ICT）を活用したへき地医療を支援する体制の充実に努めることとしている。

第7次山口県保健医療計画に基づくこうしたさまざまな施策の推進に当たっては、県、へき地を有する市町、山口大学医学部、県医師会、へき地医療拠点病院等の医療機関などの関係機関が、それぞれの役割を果たしながら、時には関係機関が相互に連携しながら進めていくことが重要である。

こうした推進体制の中心にあるのが、県が設置する「へき地医療支援機構」であり、へき地診療所への代診医派遣等の調整や総合的な診療支援事業の企画調整等、多様な業務を所管しているが、その多くで、地方独立行政法人山口県立病院機構山口県立総合医療センターに設置するへき地医療支援センター（以下、「へき地医療支援センター」という）との連携によって進めることとしている。

へき地医療支援センターは、県から派遣する2名の自治医大卒医に加え、県立総合医療センターが採用する自治医大卒医で構成され、無医地区等への巡回診療やへき地診療所への代診医派遣など、本県へき地医療支援の中核的役割を担っているほか、自治医大卒医として実際にへき地医療現場で診療してきた経験を活かし、自治医科大学の後輩にあたる医学生や卒業医師への指導や助言、へき地医療を担う総合診療専門医の育成にも力を入れている。さらに、「地域医療セミナー」の実施にあたっては、実行委員会の事務局として、年々内容を充実させ、今ではリーダーも現れるほどの人気企画へ成長するなど、へき地医療の将来のために情熱をもってさまざまなことに取り組み、本県へき地医療のリーダー的存在として、欠くことのできない存在である。

第7次山口県保健医療計画の推進

こうした連携体制の下で進めていく第7次山口県保健医療計画であるが、何より重要なことは、計画に基づく施策の着実な実行である。このため、6年間の中で、どのように計画を前に進めていくか、このことについて、県とへき地医療支援センターにおいて、幾度も話し合いを重ねてきた。

これまでのへき地医療対策の進め方について振り返ってみると、へき地保健医療計画を策定後は、計画の推進にあたっては、県や市町、へき地医療拠点病院など、各主体ごとの役割分担に基づき、それぞれの立場でへき地医療施策を進めていく、というのが基本であった。その中心にあるのが、県および県が設置するへき地医療支援機構であり、各主体からの医師派遣の要請に対する調整等を行っている。当然県では県内のへき地医療の状況について知りうる立場にあるが、同じ医療圏内の市町やへき地医療拠点病院の間で、その地域のへき地医療の状況が正しくかつ迅速に把握されていない、という状況があった。本来、その地域の医療体制は、地域の中で支え合う（互助）が理想であり、地域のへき地医療拠点病院が支援体制の中心にあるべきであるが、情報共有の体制が十分でない上に、へき地医療拠点病院に期待される役割についても把握が難しい現状があった。特に、へき地はもともと医療資源が十分でないため、地域の開業医の廃業や勤務医の退職等により、その地域の医療体制が急激に悪化することもあるため、そうした状況を未然に防ぐためにも、身近なエリア内での情報共有が図られる体制をつくり、関係機関相互の連携を強化することが、へき地医療対策の進め方に関する視点の一つであった。

もう一つの視点としては、各主体が直面する課題をどう解決していくか、また、これからのへき地医療にとって必要と考える新しい仕組みをどうつくっていくか等、そうしたことを関係者が共有・共感し、連携して取り組む体制をつくることである。各主体が真に必要と考える課題解決等に取り組むことで、自主性や主体性が



写真1 へき地医療専門調査会東部ブロック会議



写真2 グループワークの様子

生まれ、取り組みの活発化にもつながると考えたからである。

ここでは、第7次山口県保健医療計画の計画開始年度にあたる、平成30年度における取り組みについて紹介する。

まず、平成30年4月に、第7次保健医療計画の推進に向けたキックオフとして、「へき地医療専門調査会」を開催し、これからの進め方について全体で確認した。

本県では、へき地医療対策に関する協議会として「山口県医療対策協議会」を位置付けているが、具体的なへき地医療対策について、山口県へき地医療支援機構設置要綱第4条において、へき地保健医療の確保に関する協議・検討を行うため「へき地医療専門調査会」を設置することとしている。へき地医療専門調査会の委員は、へき地医療拠点病院、山口大学、山口県医師会、山口県歯科医師会および無医(歯科医)地区もしくは準無医(歯科医)地区またはへき地診療所を有する市町の担当者としており、現場感覚を持った方々が出席する会議である。

4月のへき地医療専門調査会では、県内を、医療圏を基本とした5つのグループに分け、グループワーク形式で、課題を共有し、解決策について話し合ってもらった。これによって、これまでは同じ医療圏内にあってもお互いに話をする機会が少なかったところから、まずは顔の見える関係づくりを進めていく狙いがあった。

次に、このへき地医療専門調査会での議論をさらに深めていくため、平成30年11月、初めての試みとして、県内を4つのブロックに分け、へき地医療専門調査会ブロック会議を4ヵ所

(東部地区、周南地区、県央地区、西部地区)で開催した(写真1)。ここでは、ブロック内のへき地医療関係者において、改めて課題を共有し、課題の原因等について掘り下げていき、最後に課題解決策や新たな取り組みへのアイデアなどを話し合うこととした。このとき、へき地医療支援センターの医師が各ブロックにそれぞれファシリテーターとして入ることによって、県内他地域のみならず、県外のへき地医療に関する事例について情報提供され、議論の活発化・円滑化が図られた。

そして、平成31年3月、へき地医療専門調査会の全体会議を開催した。この会議の目的は、他県の事例や各ブロックでの議論の結果を共有するとともに、ブロック会議での議論を踏まえ、第7次山口県保健医療計画の推進に向けた今後の取り組み方針について検討することである。ブロック会議の議論については、あらかじめ、各ブロックが直面する課題、課題に対する対策、対策の実施時期、実施主体で整理し、グループワークの中で活用した。グループワークでは、

- ・今後、各主体においてどのような課題解決に取り組んでいくかの確認
- ・連携して取り組む必要がある課題等については、取り組みを進める上で必要となる組織(「課題別ワーキンググループ」など)の設置に向けたテーマについての協議

これらを目標に話し合いを行い、グループごとに発表するところまでを会議の中で実施することができた(写真2)。

グループからの主な意見としては、「地域医療マインドをもった医療人の育成」「複数の地域や

自治体の連携体制の整備」「遠隔医療の推進」などが挙げられた。

今回、第7次山口県保健医療計画の実行に向け、初めてこのような進め方を実施してみて、これまでは全体会議の中で一方的な情報提供に終わっていた部分が多かったが、へき地医療に関するそれぞれの立場からのさまざまな意見を吸い上げることができ、また、それら意見を全体で共有しながら、今後の目指すべき方向について共通認識を図ることができたものと考えており、そういう意味で有意義な会議になったものと感じている。

今後は、会議の中で提案された取り組みについて、課題別あるいはブロック別のワーキンググループ等において具体的に進めていく段階に入る。一方で、遠隔医療の分野では、既にへき

地医療支援センターが中心となって、この分野に関心の高い自治体や民間の有識者が参加する「へき地遠隔医療推進協議会」が発足しており、また、へき地住民のニーズ把握等を行うことを目的として東海大学健康学部の古城隆雄准教授と県内の一部自治体による「へき地医療対策共同研究会」が発足されるなど、へき地医療に関する自発的な動きがあり、こうした動きとへき地医療専門調査会の取り組みが連携することによって、双方の取り組みが加速化することを期待している。

県としては、これからも関係機関との連携・対話を重視しながら、市町やへき地医療拠点病院の自発的な動きを後押しすることによって、一つでも多くの課題解決や新しい仕組みの構築を実現し、へき地医療の充実を図ってまいりたい。

山口県のへき地医療支援 —巡回診療, 代診, 医師派遣—

山口県立総合医療センター へき地医療支援部 部長 中嶋 裕

POINT

- ① へき地医療支援部の巡回診療は、カルテのオンライン化や地域での継続的な活動を通じ、へき地の医療不足を補おうとしている
- ② へき地医療支援センターはへき地支援を分担し、センターの定数と人件費の確保を図りながら、若手医師の専門診療科研修にも取り組んでいる
- ③ へき地医療支援部と県庁担当者と一緒にへき地を巡り、良いパートナーシップを築いている

特集

はじめに

このたび、山口県におけるへき地医療支援というテーマを頂いた。巡回診療、代診、医師派遣という視点で過去から現在を眺めてみたい。私は、自治医科大学(以下、自治医大)を卒業し、9年間の義務年限を山口県の山間部、離島でへき地勤務を行った。現在、山口県健康福祉部医療政策課に所属し、山口県立総合医療センターへき地医療支援部に出向(派遣)しているという背景も持つ。また、山口県のへき地医療について俯瞰的に述べようと思うが、全て網羅できているわけではなく、自治医科大学卒業医師(以下、自治卒医)を中心に述べるようになることを事前にご承知いただきたい。

へき地医療支援部について

山口県には県立病院が2つあり、1つが総合病院の山口県立中央病院(現 山口県立総合医療センター)、もう1つ静和荘(現 山口県立こころの医療センター)(精神科単科)であった。山口県出身の自治卒医は1期生より、県立中央病院で2年間の研修を行っている。昭和57(1987)年から山口県立中央病院は、山間部(徳地町川上地区)および離島(萩市相島)の2ヵ所の巡回診療を開始し、それを担ったのが自治卒医の後期研修医だった。平成3(1991)年山口県は、山口県立中央病院の一部門として地域医療部を設置した。スタート時はその責任者を行政医が担当したが、1年後から自治卒医が部長として就任した。その業務は、自治卒医が後期研修中に担っていた巡回診療とへき地診療所への代診業務とされた。地域医療部は、山口県健康福祉部から

県立病院への派遣という形で定数枠2ないしは3名体制で運用された。平成13(2001)年からの第9次へき地保健医療計画に沿って、山口県は平成14(2002)年に山口県立中央病院地域医療部にへき地医療支援機構を設置した。それまでもへき地診療所の代診の多くを担っていたが、山口県内の代診調整を中心的に担う役割が明記された。また、平成23(2011)年に山口県立中央病院が山口県立総合医療センターに独立行政法人へ移行された際、へき地医療支援機構が山口県健康福祉部地域医療推進室(現 医療政策課)に移管された。この時に、地域医療部がへき地医療支援部と名称変更された。名称変更は、当初「へき地医療部」との案もあった。しかし、あくまでもへき地医療機関が主役であり、その支援に努めるという本来の目的を明確化するため、へき地医療に“支援”を付け加え「へき地医療支援部」と提案したというエピソードもある。

巡回診療の取り組みについて

県立病院が行う巡回診療は2ヵ所ある。1ヵ所は徳地町(現 山口市徳地)川上地区で県立病院から自動車です約1時間の山間部にある集落、もう1ヵ所の萩市相島は、県立病院から自動車です約1時間と定期船で40分ほどの日本海沖にある離島である。この2ヵ所には週1回へき地医療支援部の医師が赴き、それぞれ市から指定された建物で診療を行っている。山間部と離島でそれぞれ地理的条件は異なるが共通して行っている取り組みと離島ならではの取り組みを述べたい。

共通して実施していることは、「地域に向けた活動」と「巡回診療カルテのオンライン化」である。地域に向けた活動は、地域住民に対して健康教室の定期的な開催(年2回程度)とケア会議への参加である。特に健康教室は、巡回地区を担当する市の保健師や管理栄養士と連携している。テーマを選び、住民への周知など市行政との連携を大事にしている。また地域ケア会議も積極的に参加し、医療資源が限られた地域ならではの課題について一緒に考える機会を持てるように心がけている。また、巡回診療カルテの

オンライン化は、県立病院の電子カルテシステムを巡回診療先で運用している。病院電子カルテに機能付与し、セキュリティ対策を行った上、既存のモバイル回線(3G以降)を用い、モバイルパソコンで利用できる(シンクライアントシステム)。従来現地に紙カルテが存在していたため病院にいる時は医療情報へのアクセスが難しかったが、病院内から遠隔地で診療する患者情報にアクセスすることが可能になった。そのおかげで巡回診療かかりつけ患者の電話相談が受けやすくなった。現地での救急搬送の判断や搬送先への診療情報の事前FAXなど、医療情報へのアクセス改善によって遠隔地での診療の改善につながっていると実感する。デメリットは、元々の対象患者が多くないことによる症例数、相談件数が限られること。また、診療として成立しないため診療報酬算定が難しく、コストに見合わないことがある。加えて医師不在時に遠隔で対応できる処方や注射・投薬などで医療行為について、法的な制限もあり電話でのアドバイスに留まる点が挙げられる。これらデメリットに対して、現在、産官学が共同して「山口県へき地遠隔医療推進協議会」を立ち上げ、へき地における医療の充実を図りたいと取り組んでいる。

巡回診療の離島独自の取り組みは、離島在住のケアマネージャー(以下、ケアマネ。巡回診療時には受付担当)との連携である。巡回診療かかりつけ患者と介護保険対象者が重複していることが多いため、デイサービスや訪問介護利用時に不調を察知した場合や患者やその家族からケアマネに巡回診療の時間外に相談を受けた場合など24時間連絡を取れるような体制を取っている(離島巡回診療ホットライン)。実際にはケアマネに携帯電話番号を周知し「24時間いつでも電話相談にのるから気軽に電話して良い」と伝え、相談があれば電話相談にのっている。必要に応じて病院のオンライン化された電子カルテが役立つ。離島診療所勤務当時してきたことを応用しているだけで、ケアマネやかかりつけ患者の安心につながっていたら幸いである。実際には、対象人口が限られていることもあり、

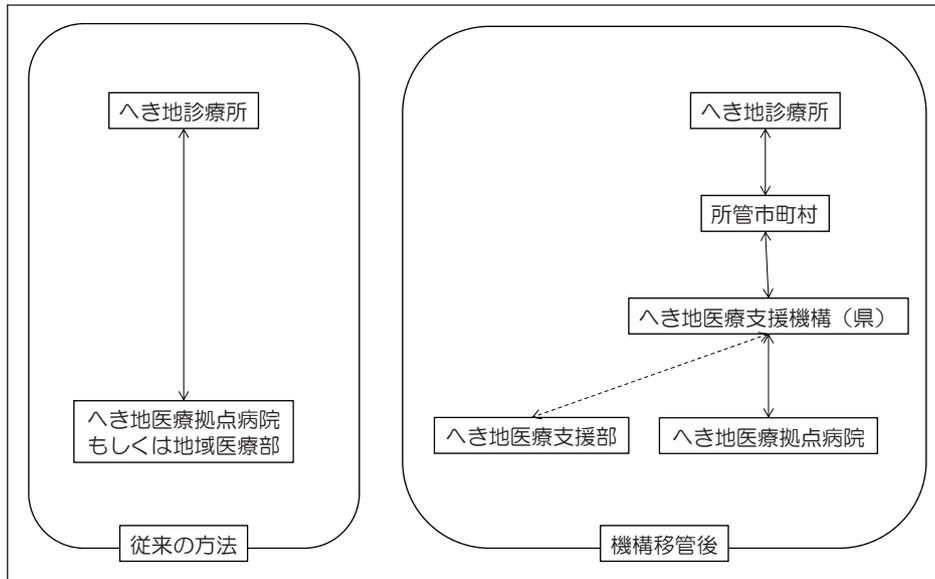


図1 ヘき地診療所からの代診依頼体制の整理

安心感故に利用する必要がないのかは不明だが、ホットラインの利用は年に数回ある程度である。

代診の取り組みについて

1. 代診体制の整理

従来の代診依頼は、「へき地診療所」の医師が「地域医療部」の医師へ直接依頼をしていた。へき地医療支援機構が県庁に移管されたことを契機に、代診の流れを整理した。代診依頼は、各診療所医師から診療所を管理する市町村（事務担当）とし、調整の窓口をへき地医療支援機構（県庁）と設定した。市町村からの依頼を受けたへき地医療支援機構は、まず同医療圏のへき地医療拠点病院に対して、代診医師を派遣するように依頼し、調整する。近くのへき地医療拠点病院が対応できない場合、当院のへき地医療支援部が対応するという2段階の体制で運用している（図1）。

2. 代診の整理

代診の整理に関して、優先順位と地域への影響を考慮しながら時間をかけて行った。具体的には、優先順位を設定した。最優先事項は診療所の医師が急遽診療が行えない状況への対応で

ある。例えば、診療所医師がインフルエンザに罹患し診療の継続が急遽困難となった場合は、直ちにへき地医療支援部が駆けつける。次の優先事項は、不定期だがスケジュール調整が可能な状況である。例えば、学会発表や結婚式への出席のなどだ。まず同一医療圏のへき地医療拠点病院から調整を始める。優先順位の最後は、定期的でかつスケジュール調整が可能な状況への対応である。例えば山口県の自治卒医はへき地医療機関勤務中に原則週1回の研修日を取得することができ、研修日が曜日で固定されており、1年間の研修計画を年度当初に決める。他の医療機関がない離島診療所を除き、診療日の調整や近隣の医療機関との調整で代診を利用しない診療スケジュールが組めないかの検討を行った。元々週1日相当の休診日を設けているへき地診療所が多く、休診日を研修日に当てることで大きな問題はなかった。しかし、定期研修の曜日が連休と重なりやすい月・火・金の場合、へき地診療所が長期間休診になりやすく、水・木に研修日を変更するなどの工夫を行った。変更後も地元の意見に耳を傾け慎重にフォローしているが、今のところ大きな問題はない。

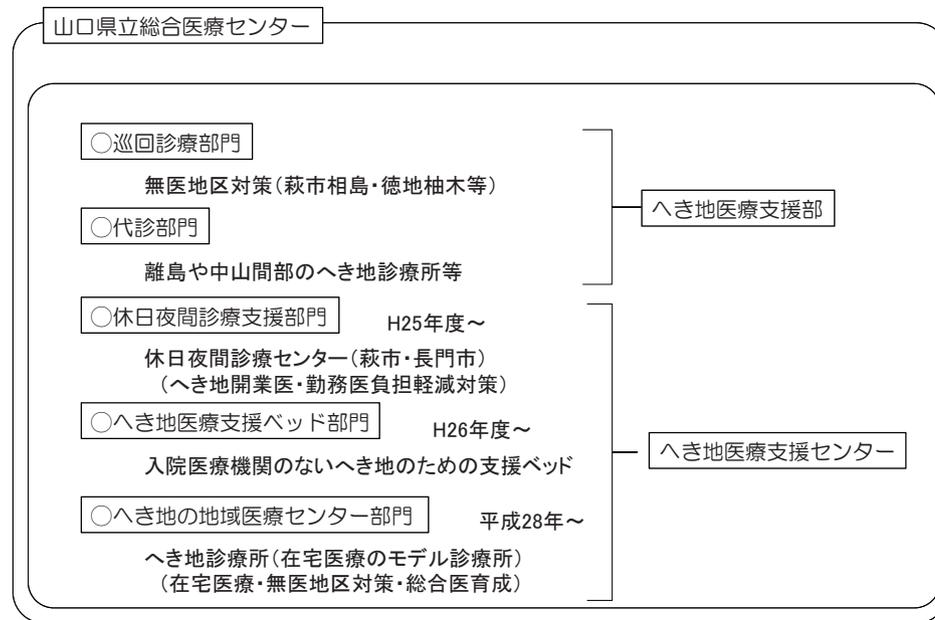


図2 へき地医療支援センターの業務内容

へき地医療支援センターについて

(図2, 図3, 図4)

1. へき地の一次救急支援と義務を明けた自治卒医の再研修支援の仕組み -萩・長門スキーム

まずこの仕組みについて概要から先に示す。

①**医師不足(小規模)自治体の課題**: 設置した一次救急体制に内科, 外科, 小児科をそれぞれ担当する医師を配置することは困難で, 内科・外科・小児科を1人で対応できる医師を配置することが効率的でもあるが, その配置も継続的に確保することも難しい状況

②**自治卒医の課題**: 専門医や指定医を取得するための研修の全てを完了することは, 義務年限では難しい状況

③**県の課題**: 自治卒医が義務明けに県外に流出し, へき地医療を支える人材不足の状況

上記の①②③の課題を解決する一つの手段となるWin-Win-Winのスキームである。つまり, 自治卒医がへき地医療勤務の義務年限で培った技術と知識を義務後も県内の医師確保に困っているへき地支援に役立て, その対価として支払われる負担金により県内に定着し, その医師が再研修できることを目的としている。

以下に経緯を少し詳しく述べる。平成24(2012)年地域医療再生臨時特例交付金が山口県と山口県の日本海側医師不足(偏在)地域(萩市, 長門市)に交付された。両市とも一次救急の体制整備を目指すことになった。それぞれの診療ニーズは、「診療科を限定しない一次対応」という点では共通だが, 診療時間においては、「休日の夕方から翌朝まで(萩市)」と「平日の夜間(長門市)」のように異なった。いずれの市からも診療応援の要請があったが, 山口県として自治医大義務年限内医師の派遣の優先度は高くなく, また同時に複数の特定市へ診療応援を行うことは当時制度上も難しかった。そこで独立行政法人派遣された点を活かし, へき地医療支援部が間に入り, 該当2市と病院機構が協定を結ぶ形で診療応援を実施することになった。具体的には, 翌年の平成25(2013)年に県立総合医療センター内に県へき地医療支援部と並存する形でへき地医療支援センターを設置し, へき地医療支援部の県職員(出向)2名に加えてプロパー1名(2市支援分)として負担金という形で1名分の定員増となった。診療応援を行う2市にちなんで我々は「萩・長門スキーム(自称)」と呼んでいる。このスキームの特徴は, へき地医療支援センターに所属する医師は県立病院機構に在籍する



図3 へき地医療支援センターメンバー
 山口県立総合医療センターへき地医療支援センターだより
 SCRUM(Support Center Rural Medicine)News 2019より

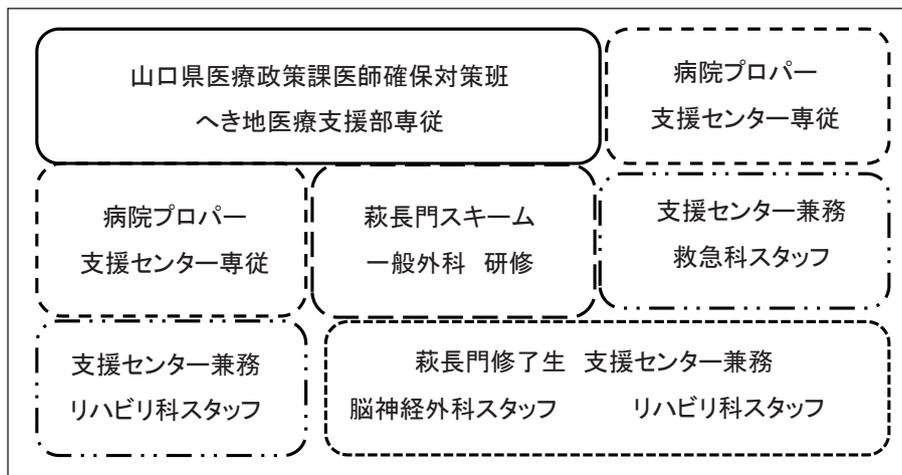


図4 へき地医療支援センターメンバーの所属概略

義務年限の明けた自治卒医でチームを組み、負担金分相当の診療ボリューム増について該当する義務年限明け医師(エントリー医師)を主には充てるが、その他の医師も相応に分担(サポート)する。支援センターのメンバーで分担して確保できた時間で、エントリー医師は希望する専門診療科の研修を積む。精神科指定医や専門医取得など義務年限内では難しかった資格取得を目指す。一定期間(およそ2年)経てこのスキームは卒業し、各診療科との協議の上、専門診療科で勤務する。この場合も可能な限り支援を継続する医師として、へき地医療支援セン

ター所属(兼務)することを前提としている。スキーム開始以来、義務年限明けのタイミングで4名の医師がエントリーし、専門医を取得後も山口県内で専門診療科に従事しながらへき地支援を継続している。

2. へき地医療支援ベッド機能と総合内科について

へき地医療支援部では前述した萩・長門スキームと併行して、平成26(2014)年より常勤医(義務明けの自治卒医)を1名増員して入院診療にも取り組んだ。巡回診療、代診や萩・長門ス

キームは、院外の支援が多く、メンバーは当院の入院診療に関われなかった。へき地医療支援部に常勤医が1名加わることで、チーム体制で入院を担当することが可能となり「へき地医療支援ベッド(3床)」を当院に設置することができた。このベッド機能は、我々が無床のへき地診療所に勤務した際に、入院が必要と判断しつづもなかなか入院先が決まらず対応に苦慮した経験をもとに、厚労省(医政局)の「へき地保険医療対策等実施要綱」におけるへき地医療拠点病院の整備基準に照らしたものである。へき地診療所では医療機器も限られるため確定診断に至ることが難しい場合があり、継続的な経過観察や治療が在宅に限られることが多い。最寄りの二次医療圏で受け入れが難しい場合、優先的に我々へき地医療支援部がへき地診療所からの患者を受け入れるための病床とした。ただし、へき地診療所からの患者受け入れ要請の数もそう多くはないと予想もされ、平常時は3床を目安に県立総合医療センターにおいて特定診療科に属さないいわゆる総合内科の入院を担った。萩・長門スキームとへき地医療支援ベッド機能を併せ、従来の県職員2名体制から4名体制にへき地医療支援が強化された。平成31(2019)年4月からこのへき地医療支援ベッド機能病床をもとに、専門診療科に該当しない「総合内科入院」を受け持つ配分を全体の約1/6から1/3に増やすことを条件に、義務明け自治卒医をへき地医療支援部のメンバーとしてさらに1名増員した。また、上記の配分を増やすことで、今後さらに2~3名の義務明けの自治卒医をプールすることが可能になった。同時に初期臨床研修医を、へき地医療支援センターで担当する総合内

科枠で定期的に受け入れ指導することになった。そのおかげで、例えばへき地勤務を予定している自治卒研修医がへき地でよく遭遇する疾患等を派遣される前に体系的に学ぶことも可能となった。へき地医療や組織横断的な診療を学ぶ場が拡大したことにより、総合診療プログラムの専攻医が研修するフィールドとしても活用が期待される。

へき地医療支援を支える取り組み

最後に挙げるのが、行政担当者とのへき地医療現地ヒアリングである。10年ほど前から県へき地医療担当者、時に課長、部次長という管理職がへき地医療支援部医師と一緒にへき地医療機関に赴きへき地で勤務する医師の話を直接聴く機会を設けている。医療行政を担当する行政官が現場を見て、自治卒医をはじめ医師と対話するようになった。徐々にではあるが、確実に県庁へき地医療担当者とへき地医療支援部の我々、そしてへき地の医療機関で勤務する医師の距離を縮めたと感じている。前述したいろいろな取り組みや仕組みをつくり上げていく上で、県庁の担当者は間違いなくキーパーソンである。

おわりに

多くの都道府県では同様の取り組み、またさらに強力な取り組みが実践されていると思うが、山口県のへき地医療、特にへき地診療所を支援する仕組み、現地ヒアリングを中心に取り組んだことの実際を紹介した。

へき地をフィールドに次世代の育成を

山口県立総合医療センター へき地医療支援部 部長 宮野 馨

POINT

- ① へき地をフィールドに、次世代の「地域医療マインド」の醸成を図る
- ② 「総合診療プログラム」の設置により、へき地での教育・サポート体制を見える化し、自治医大卒業医師を含めたへき地医療に携わる若手医師のキャリア形成を支える
- ④ 「やまぐち地域医療セミナー」を通じて、医学生・看護学生に地域住民の生の声を聴く機会を提供し、地域に寄り添う医療人の育成を図る

特集

医師偏在による危機と次世代の育成

厚生労働省から新たな医師偏在指標が示されたのは記憶に新しい。山口県は医師少数県の一つとされたが、現場の感覚からすれば驚きはな

い。なにしろ全国的には医師数が増えているにもかかわらず、本県の若手医師の割合は減少し続けていたのだから(図1)。さらに、今年度の本県の人口当たりの専攻医数は全国ワースト1位で、新専門医制度が医師偏在を助長するとい

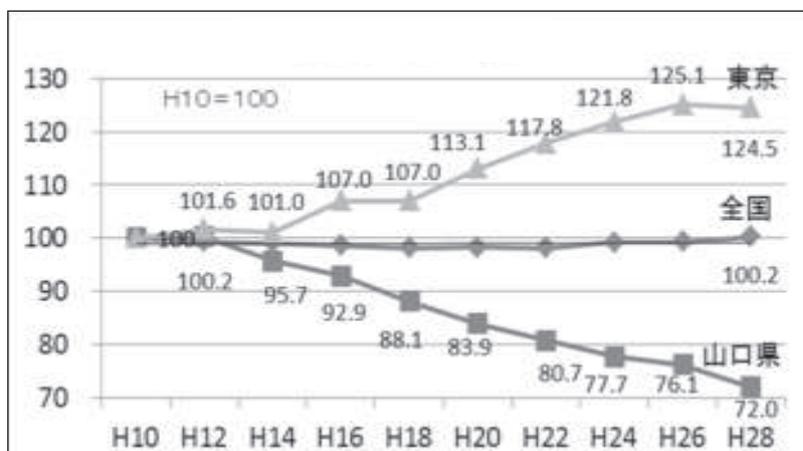


図1 45歳未満医師数の推移

[やまぐちドクターネット(www.y-doctor.med.yamaguchi-u.ac.jp)より抜粋、一部改変]

う危惧も現実のものとなりつつある。特にへき地では、何年も前から大学医局からの医師の引き上げ、残された医師の疲弊、高齢化などの切実な問題に直面し続けている。また、町や離島を長年1人で守っていた高齢医師が辞め、突然に無医地区となってしまう事態も、ここ数年でいくつも起きている。

こうした状況を脱するための、若手医師を継続的に地域へ呼び込む施策として、地元大学の地域枠といった直接的な取り組みはすでにある。いずれは、全国規模で政策的に強制力を持った医師配置もあり得るのかもしれない。しかし、単に数不足の解消のための枠組みだけを準備しても、若手医師にとっては義務感が先行し魅力や意欲につながらないのではないだろうか。

我々山口県立総合医療センターへき地医療支援部は、県行政と協力し「山口県のへき地に暮らす住民に安心と安全を届けること」がミッションである。そして、へき地医療の充実のための3つの柱の1つとして「次世代の育成」を掲げている。本稿では、へき地をフィールドに、自治医科大学卒業医師(以下、自治卒医)としての経験を生かした、枠組みだけでない「地域医療マインド」の醸成を意識した若手育成の取り組みを紹介したい。

総合診療プログラム

一つ目は、総合医・家庭医養成プログラムである。以前は、山口県のへき地に勤務する若手医師にとって、地域で必要とされる医療を体系的に学ぶ機会はほとんどなく、へき地医療の質は個人の努力や資質に委ねられることが多かった。義務勤務である自治卒医はそうした心づもりは一定程度あろうが、他大学の若手医師から見れば非常に心細く映るであろうし、多くの自治卒医も実は不安で仕方がないというのが本音だと思う。平成22年、離島診療所勤務でそんな思いを抱えた義務内医師から、へき地勤務をしながらでも家庭医療専門医が取得可能な体制整備をしてほしい、という要望が挙がった。それを受け、へき地で医師を育て、へき地医療の質

を向上させることを目的に「長州総合医・家庭医養成プログラム」を立ち上げることとなった。以前から家庭医療専門医(プログラム制以前)を取得する自治卒医は一定数おり、地域医療にマッチしているという実感があつたし、総合診療は人口減少・超高齢社会で地域医療を守る鍵になると信じたからである。しかし、当時はその研修プログラムが県内に皆無であり、へき地勤務を行いながら同専門医を取得するためには、へき地医療機関に指導医在籍が必須というハードルがあった。幸い、ちょうどその頃に山口大学に地域医療推進学講座(県の寄付講座)ができ、総合医育成の旗振り役となっていたいただいたおかげで、へき地医療機関の医師に指導医資格を積極的に取得していただくことができた。結果として、へき地と連携したプログラム設置が可能となり、義務年限内の自治卒医に専門医取得の道筋ができた。それまでの、個々が試行錯誤しながら行っていた地域医療は、土台となる考え方が言語化されたことで、より有効なアプローチが見えやすくなり、質の高いものとなったように思う。そして、医療資源に限られている、患者が頼れるのは彼らしかいない、といったへき地での経験は、そうした土台ができたことでより大きな強みになったと感じている。

すると、プログラムという“受け皿”と実績ができたことで、開業準備であったり山口県に縁があったりと理由はさまざまだが、他県からのエントリーが複数名あった。“受け皿”さえあれば、家庭医や総合医、あるいは地域医療という分野に関心を持つ医師は一定数いることを実感できたのである。そうした医師の様子から、広く若手医師に地域医療に飛び込んでもらう、共に支えてもらうためには、教育・サポート体制といったものが見える化することが重要なのだと痛感した。そこで、へき地での学びを支えるwebカンファレンス(写真1)の環境や内容を充実させたり、困った時にすぐに相談できるホットラインを明確化したり、現地指導医との情報交換も含めたサイトビジット(現地訪問)を強化したり、専攻医の声を聞きながら順次工夫してきた。



写真1 プログラムWebカンファレンスの一風景

昨年度からは新専門医制度が始まり、我々のプログラムも「長州総合診療プログラム」として新たなスタートを切っている。自治卒医についても引き続きエントリー可能である(他の専門医資格は県内のプログラム構成上困難)。実は、もともと山口県の自治卒医の後期研修(義務年限内に基幹病院で可能な研修)は1年のみで、自らの興味のある専門科で研修するのが常だった。しかし、総合診療専門医取得のためには、その1年を既定の研修に充てる必要があり、従来の専門科研修は義務明けまでできなくなってしまう。そこで、新専門医制度や自治卒医のキャリアプランについて、県の担当課に丁寧に理解を求めたところ、後期研修は2年、ただし総合

診療専門医取得のための1年は一定のへき地支援(週1日相当)を行う、という形で了解を得ることができた(図2)。総合診療専門医の専門性を生かしてへき地医療に貢献しつつ、ダブルボードあるいはサブスペシャリティを念頭においた研修も1年可能であり、従来と遜色ない形に落ち着いた。

加えて、プログラムに続く独自のフェロコースも設置する。総合診療の裾野が広がるのかどうかは、総合診療専門医を取得した医師のその後の活躍に掛かっている。我々のプログラムでは、専門医取得後も引き続きへき地を主なフィールドとして、へき地・家庭医療、マネジメント、研究、教育といった分野で活躍してもらえよう教育支援体制を作ろうと考えている。まだまだ発展途上だが、プログラム卒業生も増え、彼らも指導医に加わってもらいながら、専攻医とともにより良い形を作り上げていきたい。

最後に話は少し逸れるが、プログラム設置の大きなメリットとして、へき地の医師や医療機関とのコミュニケーションが格段に増えたことが挙げられる。教育を通じて、現地の医師はもちろん事務方も含めた連携が生まれた。こうし

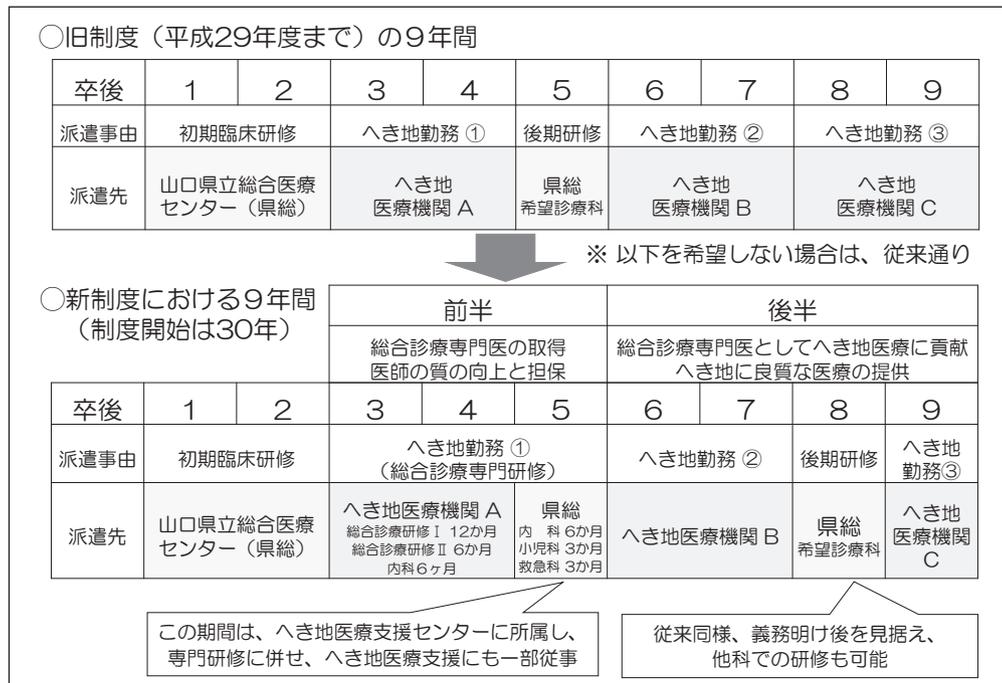


図2 新専門医制度に対応した自治医大卒業医師派遣要綱の変更



写真2 やまぐち地域医療セミナーの様子

たつなかりが他職種にも広がり、総合診療専門医への理解が進み、地域の側から彼らを求める声が大きくなることを期待している。

やまぐち地域医療セミナー

続いては学生へのアプローチを紹介する。自治医科大学の学生には、都道府県ごとで事情はさまざまだが、夏休みに出身地で地域医療実習を行うという伝統がある。山口県では、へき地医療機関実習や懇親会を通じて学生が先輩医師と語らうことのできる貴重な場であり、地域医療マインド(地域に関心を持ち地域に寄り添う医療を届けるといふ志)や使命感が育まれる土壌となっていたように思う。それが、山口大学に上述の寄付講座ができたことをきっかけに、平成22年度から同大学の医学生が加わり、医療機関単位から市町単位で2泊3日で開催する「やまぐち地域医療セミナー」の形になった(写真2)。平成27年度からは看護学生も参加するようになり、近年は総勢40名近い参加者となっているが、地域医療マインドを育むという目的

はずっと変わっていない。

このセミナーで大切にしているコンセプトは、一つは基幹病院内では学びにくい内容を学ぶこと、もう一つは地域住民の生の声を聴くことである。地域に足を運び、地域住民の生活を感じ、その日常を支える医療を知ることで、地域に寄り添うということの本質的な意味を感じ取ってもらいたいと考えている。

実習の場としては、地元医師会はもちろん、介護・福祉・保健の分野、地域コミュニティなどに受け入れをお願いしている。受け入れ経験のない施設からは「特別なことをしている訳ではない」「何を教えたらいいか分からない」といった後ろ向きな声があがることも少なくない。特に医師は、医学的知識や技術を伝えなければと考えられている方が多いように思う。しかし、コンセプトとともに「地域の医療のありのままを見せていただきたい、知識や技術よりマインドを伝えてほしい」とお話しすると理解をいただけることは多く、大変ありがたいと感じている。

さまざまな実習を準備していただく中で、学

生へのインパクトが大きいのは、やはり訪問診療や地域コミュニティでの実習のようである。訪問診療への同行や、地域サロンでの健康教室などは毎年積極的にお願いしているが、住民の方が自宅や生活に近い場で見せる顔は、病院で見せる「患者」の顔とは違うということに新鮮な驚きがあるのだろう。昨年は、全ての学生が一般のご家庭に民泊させていただくこともできた。まさに生活の現場そのものを体験させていただく企画であったが、事後アンケートでは最も評価が高かった。

他にも、全員参加企画は試行錯誤しながらさまざまな形で行っている。例えば「Meet the Expert」は、医療者ではない地元に関わりの深い方に講演をいただく企画である。一見、医療との関わりは少なそうな話にも、どこかで医療との共通項があり、“医師頭”の視野を広げられる。また、学生が現地で心に残った言葉や印象的な写真を、1枚のスライドにまとめてお互いにシェアする「スライドショー発表会」という企画もある。学生の新鮮な驚きや感動がその1枚に詰まっており聴衆からも好評で、作成したスライドは後日フォトブックとして学生たちにプレゼントしている。最終日に行う報告会では、ワールドカフェやグループワークの形式で、地域医療や地域そのものの課題・魅力を議論し、さらに未来へ向けた学生なりの提言をまとめる。学生たちは、課題に対して自分たちには何ができるかにも言及しており、他人事で終わらないディスカッションに意義を感じている。

また、「地域医療セミナーそのあとで」と称して、後日(冬休み等を利用して)有志の学生が実習地域を再び訪れる企画も一昨年・昨年と行っている。地域をもっと知りたい、継続的に関わりたいという思いに応えるもので、学生が自ら主体的に企画することを重視しており、地域診断を行うなど夏とはまた違った視点が生まれている。

今年度も鋭意準備を進めているところだが、一人でも多くの学生に地域医療の現場に関心を持ってもらいたいと思う。そして、地域住民から直に「将来ここに帰ってきて」という声を聞いて、地域医療に携わることが彼らの選択肢に挙がってくれば幸いである。また、セミナーを通じて得られた交流が、将来の山口県の地域医療を支えるネットワークにつながることを期待している。

“種まき”が いつか実を結ぶことを願って

今回は詳細を紹介できなかったが、他にも小中学校で「いのちの授業」を行ったり、初期臨床研修の地域医療研修に関わったりなど、卒前・卒後のさまざまな年代にアプローチしている。へき地医療の充実のためには、枠組みを整えることももちろん重要であるが、本稿で紹介したような未来への“種まき”と結びつくことで、魅力ある継続可能なものとなっていくことを切に願う。

地域住民・行政との取り組み

山口県立総合医療センター へき地医療支援部 部長 横田 啓

POINT

- ① 住民の健康・幸福を目指すためには、地域住民と共に活動を行うこと、行政と連携することが重要となる
- ② 山口県立総合医療センターへき地医療支援部は、地域コミュニティとの連携、地域住民参加型ワークショップ、離島医療サミット、地域包括ケア人材養成支援に携わった
- ③ 地域コミュニティと次世代の学生が交流することで、将来の地域医療を担う人材養成につながることを期待する

地域住民・行政との取り組みの重要性

地域医療とは一体何であろうか？ 地域医療に携わる医療者それぞれによって異なる答えが返ってくるであろう。「目の前の患者さんに医療を提供する際に、背景にある家族、地域社会を意識しながら、診療にあたること」と言えるかもしれないし、「患者さんを通じて抽出された地域社会の課題について、さまざまなアプローチで取り組むこと」かもしれない。目指すところが「地域に住む全ての人の幸福」であるのだとすれば、診療所・病院の中だけにとどまっても不十分なことが多いだろう。地域医療に携わる者が、診療所・病院に来ることがない地域住民の声も聞く機会を持つこと、地域住民とともに活動を行うこと、地域住民の幸福のために業

務にあたっている行政と連携すること、いずれも全国で数多くの取り組みがなされていることと思うが、今回は山口県立総合医療センターへき地医療支援部が関わった取り組みをいくつか紹介する。

周南市(鹿野地区コミュニティ)

周南市鹿野地区は人口3,169人(平成30年3月時点)の山間部に位置する地域で、都市部と比較して少子高齢化が大幅に進んでいる。鹿野地区コミュニティである「明るく元気な鹿野をつくる会」は健康福祉部、生活安全部、教育文化部、産業振興部、広報部からなり、機関・業種を越えた地区の多種多様な人々のネットワークとなっている。山口県立総合医療センターへき地



写真1 周南市鹿野地区での山口県立大学看護学生による発表会での集合写真



写真2 美和病院あり方ワークショップの光景

医療支援部は、平成28年度より常勤医の退職に伴い周南市国民健康保険鹿野診療所への複数医師による診療支援を開始した。同年、鹿野地区コミュニティが主催する医療・健康に関する講演会の企画にあたり、山口県立総合医療センターに協力を依頼された。自治医科大学地域医療学教授(当時)の梶井英治先生、島根県雲南市を中心に全国各地でご活躍されているコミュニティナースの矢田明子氏をお招きして、地域の医療・福祉を担うキーパーソンとの座談会を行った。来場者は300名以上と地域の多くの方々が参加し、盛況のうちに終えることができた。また、次世代とのつながりという観点では、平成29年3月、山口県立大学の看護学生が地域に飛び込み、民泊を経験し、住民の声を聞いて歩き、地域住民を対象とした発表会を行ったところ、大いに好評であった(写真1)。平成29年7月、美しい日本庭園で有名な鹿野地区の漢陽寺で、臨床宗家をお招きして、山口大学の医学生を交えたワークショップを開催し、山口県立大学の栄養学科学生とともに薬膳料理を作るなど、地域の魅力を活かした企画も行った。将来を担う次世代の学生にとって鹿野地区が「第二の故郷」となり、今後もつながりが続いていくことを願っている。

岩国市(美和病院のワークショップ)

岩国市美和町は中国山地の山あい位置する人口3,854人(平成31年4月時点)の地域である。岩国市立美和病院は外来、入院、在宅医療に力を入れており、住民が安心して地域に住み続けられるよう、長年にわたって医療を提供してきた。ただ、病院の建物は老朽化が進みつつあるため、今後建て替えを検討している。日本全国の数多くの山間地の例にもれず、超高齢化、人口減少の課題を抱えており、急激に変化する人口構成とニーズに対応した病院を模索する必要があった。ハード、ソフトの両面で従来の価値観にとらわれない発想が求められており、地域住民の声をいかに取り入れるかが重要となった。ただ、行政職が住民の声を直接聞く際には要望を一方向的に伝えられるという関係性になりがちであるため、第三者が関わることでより客観的な意見を拾い上げられるよう工夫した。平成29年9月、岩国市の看護学校の学生が住民41名に聞き取りを行って意見を集めた上で、当院へき地医療支援部が関わりつつ、美和町の中学生から後期高齢者までの幅広い年代の住民が集まり計2回のワークショップを行った(写真2)。自宅退院を希望する要介護度の高い後期



写真3 第1回やまぐち離島サミット

高齢者と家族、スタッフの寸劇を演じたのち、約6名のグループに分かれてロールプレイを行ったところ、大いに盛り上がった。新しい病院に期待することについてグループごとに議論し、重要度のみならず、実現可能性(予算、人材等の面で)も座標軸に加えて、グラフで可視化することで、住民の複数のニーズを限られた資源の中でいかに満たしていくか優先順位をつける上で参考となった。

萩市・柳井市(離島医療サミット)

山口県は有人離島の数が21と本州で最多で、全て人口1,000人未満の小規模離島であることが特徴的である。医師不足のため全ての有人離島に常勤医を配置することは困難であるが、比較的人口の多い萩市見島(732人)、萩市大島(677人)、柳井市平郡島(313人)(いずれも平成31年4月1日時点)には義務年限内の自治医科大学卒業医師が診療所長として派遣されている。島内には消防署、救急車がないため、急病人発生時の患者搬送は特に課題であり、診療所職員が担うことが多い。特に冬季の悪天候時、夜間は搬送が困難であり、診療所職員の身体的、精神的負担がきわめて大きいにもかかわらず、離島診療所特有の課題について他の医療機関と共有する場はほとんどなかった。

そこで、平成29年2月、離島診療所職員の交流を通じて、離島医療の現状と課題を共有し、

島民が安心できる医療の確保を目指すため、「第1回やまぐち離島医療サミット」を萩市大島で開催した。診療所見学、島内ツアー、各離島診療所からのプレゼンテーション、離島医療における課題についてのグループワークと充実した内容であった(写真3)。診療所勤務の看護師からは「共感し合える会話ができることに感動した」「前向きな気持ちを持つことができた」という声が聞かれた。平成30年8月には柳井市平郡島で「第2回やまぐち離島サミット」が開催された。島内ツアー、各離島・施設紹介の後、「島での看取り」をテーマとしたグループワークが行われた。診療所職員のみならず、行政の立場から柳井市健康増進課の職員も参加され、より幅広い視点からの意見交換が行われた。

下関市(キラキラプロジェクト)

団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目前にして、特に医療介護資源へのアクセスが乏しいへき地では、地域包括ケアを担う人材の確保がますます難しくなることが予想される。下関市豊田地区も例外ではなく、平成30年度より、将来の地域包括ケアを担う人材を養成するモデル事業の作成に対する支援を下関市より当院に委託された。月1回、下関市立豊田中央病院で、保健センター、社会福祉協議会、訪問看護ステーション、地域包括支援センターとともに会議を行った。「豊田発 シモノセキ キラキラプロジェ



写真4 地域まるごとケア講演会・座談会の集合写真

クト」の愛称で、メンバーのアイデアをもとに活動に取り組んだ。具体的には、お互いの施設、部署の仕事を毎回順番に紹介し合う「紹介します。私の仕事」という企画を行い、地域包括ケアに関して先進的な取り組みで全国的に知られている滋賀県の複数の施設を3回に分けて視察し、東近江市永源寺診療所所長の花戸貴司先生をお招きして、講演会・座談会を行った。座談会では、新たに結成された「劇団ToYoTa」による寸劇とグループディスカッション、ロールプレイを行った。数多くの地域住民に加えて、医療福祉系の大学生が参加し、自由闊達な意見交換が行われ、盛況となった(写真4)。今後の課題は、地域住民とともに、将来の地域包括ケアを担う若い世代を養成するフィールドを作っていくことである。

最後に

当院へき地医療支援部と地域住民・行政との取り組みについてご紹介した。地域にはコミュニティがすでに存在しているにもかかわらず、私たちが関わる意義は何であろうか。地域のコミュニティ同士がお互いのことを知らなかったり、多世代の交流が十分でなかったりする場合に「よそ者」が触媒として加わることで、新たな化学反応が起き、新しい「つながり」が生まれることにあるのかもしれない。その「つながり」を通して、将来を担う次世代が地域の魅力を再発見できれば、地域医療の未来もより明るくなるのではないだろうか。

これからのへき地医療支援 一面で守るふるさとの医療

山口県立総合医療センター へき地医療支援部 診療部長 原田昌範

POINT

- ① これからのへき地医療支援の方向性
- ② 量・質の充実に向けて
- ③ 従来への対策(無医地区対策, 代診制度)の充実
- ④ 新たな支援(勤務医支援・離島支援・全国的な支援へ)
- ⑤ 面で支えるへき地医療
 - ・へき地医療拠点病院の再構築
 - ・ITの活用(クラウド型電子カルテ・遠隔医療)

これからのへき地医療支援

これまでの章(12~32頁)では, 山口県のへき地医療の現状や課題, それに対する具体的な取り組みについて述べていただいた。本章では, これからのへき地医療支援およびへき地医療支援部(へき地医療支援センター)が取り組もうとしている, もしくはすでに始めている具体的なプランについて紹介させていただきたいと思う。

山口県全体の人口は, 平成22年から平成27年にかけて, 約3.0%(46,609人)減少した(国勢調査)。一方, へき地においては9.3%(19,989人), 離島においては17.0%(745人)と人口が著しく減少している(図1)。代診や巡回診療においてもへき地・離島の急激な変化は実感でき, 各市町村の地域医療担当者との協議でもよく話題にの

ぼる。さらに5年後, 10年後, そして今年自治医科大学に入学した学生が義務を終える15年後, 山口県の離島・へき地の状況は一体どうなっているのか, そしてどうやって医療を確保し続けるのか, 現在へき地医療に携わっている我々は, 将来を予測し, 準備を始める必要がある。

我々は毎年, 地元山口大学の医学部2年生を対象にへき地医療の講義を担当している。講義の中で, へき地医療支援センターの今後のビジョンとして, 以下の4項目を伝えている。

- ①「量」の充実
 - ・へき地医療を担う医師と支える医師の両方を増やす
 - ・へき地医療を担う次世代・多職種の育成
- ②「質」の充実

有人離島の所在地

へき地(特に離島)の人口減少は著しい

◎萩・尾島(AGLE)

H22 936
H27 864 99人減少

◎萩・大島(BBLE)

H22 823
H27 677 146人減少

◎萩・種子島(CFULE)

H22 2
H27 2 ±0人

◎萩・相島(DAULE)

H22 177
H27 154 23人減少

◎下関・壱岐島(EAULE)

H22 83
H27 90 7人増加

◎下関・六連島(FBULE)

H22 104
H27 87 17人減少

◎防府・野島(GAULE)

H22 145
H27 94 51人減少

◎周南・大津島(HAULE)

H22 361
H27 244 117人減少

◎光・牛島(IALE)

H22 66
H27 46 20人減少



◎上関・八島(JALE)

H22 40
H27 25 15人減少

◎田布施・馬島(KALE)

H22 36
H27 36 ±0人

◎柳井・平部島(LAULE)

H22 419
H27 348 71人減少

◎周防大島・菅井島(MAULE)

H22 11
H27 13 2人増加

◎上関・祝島(NAULE)

H22 451
H27 380 71人減少

◎平生・佐倉島(OAULE)

H22 25
H27 17 8人減少

◎周防大島・前島(PAULE)

H22 14
H27 7 7人減少

◎周防大島・浮島(QAULE)

H22 231
H27 214 17人減少

へき地の人口推移

(単位:人,%)

	H22(人)	H27(人)	(人)・(%)	増減率(%)
県全体	1,481,338	1,404,729	△46,409	△3.0%
へき地	214,468	194,483	△19,985	△9.3%
5%離島	4,285	3,540	△745	△17.0%

◎周防大島・備前島(SAULE)

H22 93
H27 62 31人減少

◎岩国・雄島(TALE)

H22 32
H27 21 11人減少

◎岩国・桂島(UALE)

H22 188
H27 145 43人減少

◎岩国・島島(VALE)

H22 29
H27 24 5人減少

図1 有人離島の人口

- ・新専門医制度における「総合診療専門医」の養成
- ・専門医・多職種・異業種との連携強化
- ③新たなへき地医療支援
 - ・無医地区対策・代診制度のさらなる充実
 - ・休日夜間診療支援および勤務医支援
 - ・へき地医療拠点病院の再構築
- ④激変するへき地の医療ニーズへの対応
 - ・面で支える(仕組みづくり)
 - ・ICTの活用(クラウド型電子カルテ・遠隔医療)
 - ・現状把握(調査・研究を含む)と情報発信

各項目の詳細について、以下に述べたいと思う。

量・質の充実に向けて

これまで、山口県のへき地の医師確保は、自治医科大学の制度の運用を通じて一定の成果を上げてきたかもしれない。しかし、残念ながら県全体では若手医師の県外流出は続き、大学医局からの派遣は減り、後任がない熟練医師の引退も相次ぎ、へき地の医師確保は年々厳しさを増す。

平成21年、県は一定期間のへき地勤務を義務とする修学資金制度「緊急医師確保対策枠(5名/年)」を山口大学に新設し、多くのへき地医療機関が卒業医師の活躍に期待を寄せている。制度開始後丸10年が経過したが、まだ誰もへき地医療機関に赴任しておらず、短期的に医師確保

を期待できる制度とは言えない。へき地の医療ニーズや新専門医制度など、いろいろな状況が設置当初とは異なっており、現状の課題や将来の予測を元に柔軟に制度を見直し、運用することが期待される。

特に平成30年度から導入された新しい専門医制度は、専門医の質の向上を目的にしているため、必然的に指導医や症例数が多い人気のあるプログラムに専攻医が集まることは容易に想像でき、今後さらにへき地の医師不足が加速してしまうのではと危惧する。実際、新専門医制度において、一定期間のへき地勤務がプログラム整備基準に明記されたのは19の基本領域のうち「総合診療」のみであり、8,000人を超える専攻医のうち、総合診療を選んだ医師は年間200名にも達していない。

これまでのへき地の医師確保対策の中心は、修学資金を貸付け、常勤医として数年単位へき地の医療機関に勤務する制度である。今後、果たしてこの制度だけで大丈夫だろうか。

平成20年、山口県は「ドクタープール制度」を設置した。9年間の義務年限を終えた自治医大卒業医師(以下、自治卒医)が、県内で再研修する場が見つからず、県外に行く状況が続いたためである。県職員として継続雇用し、へき地勤務4年間と国内研修1年間をセットにした5年間のプール制度だった。実際は、へき地勤務の継続を希望する医師は、ドクタープール制度でなくてもへき地医療機関に残るし、再研修を希望する医師は、専門医を取得するために数年の研修期間が必要であるため、結果この制度を選んだ卒業医師は1名のみだった。その後、へき地勤務を2年間、国内研修1年間とセットにした3年間に短縮されたが、選択した自治卒医はまだいない。一方で、この6年間で4人の自治卒医が、本特集で中嶋医師が紹介した「萩・長門スキーム」(21~22頁)を義務終了後に選択し、山口県に残った。義務終了後、自治体の負担金で当院へき地医療支援センターに当院の常勤職員として席を置き、週1日相当のへき地医療支援を継続しながら、各専門診療科で一定期間「再研修」する。専門医等の資格を取得すれば、

お世話になった診療科のスタッフに移籍し、その席を後輩に譲り、今度は後輩の分として隔週のへき地支援を継続する仕組みである。

義務を終えてもへき地医療に貢献したいという思いはありつつも、家族の事情や専門医資格の取得などにより、へき地医療機関に勤務を続けるのが難しい場合が多い。へき地医療を担う医師の「総量」を増やすためには、へき地の常勤医を増やすことも重要だが、例えばへき地義務勤務後もその経験を活かし、週1日でもへき地医療を継続して「支える医師」を増やすことも重要な視点である。

次は「質」の充実について述べる。へき地においても必要のない診療科はないが、全ての診療科を揃えるのは困難である。なんでも相談でき、なるべく多くのことに対応でき、必要なときに専門医につなげてくれる医師は重宝される。平成30年に始まった新専門医制度では、「総合診療専門医」がその医師像に近い。県土の6割を占める山口県のへき地では、医師不足の状況で、どんな医師が期待されるのであろうか。将来に向けて、どんな医師を養成すべきなのだろうか。県は、新専門医制度の開始に合わせて、へき地勤務の義務を有する自治卒医は義務の前半で総合診療医を取得し、義務の後半は総合診療医としてへき地医療に貢献できるように、制度を変更した(詳細は本特集号の宮野医師の記載25~26頁を参照)。

当センターは、へき地医療機関と連携し、へき地医療を担う総合診療専門医の育成のためのプログラムを平成24年に設置し、新専門医制度にも対応した。幸い毎年専攻医がエントリーし、今年度8期生を迎えた。宮野医師の記載(26~27頁)にもある通り、プログラムの導入により、へき地の医師やスタッフとのコミュニケーションが格段に増え、診療面はもちろん、精神的な悩み等も相談される機会が増えた。このようなコミュニケーションの積み重ねが、診療の質の向上につながっていくと確信している。まだプログラムとしての歴史は浅いが、焦らず丁寧に充実した内容にしていくことで、山口県のへき地医療の全体的な質の向上につなげたい。

また医療資源が限られたへき地では、さまざまな職種と密に連携しなければ解決できないケースが多く、医師以外の医療従事者の確保や連携、そして育成も重要な課題である。地域医療セミナーに看護学生を誘ったり、下関市の事業で地域包括ケアを担う多職種の育成にチャレンジしたり、離島医療サミットを開催したり、小中学生にいのちの授業をするのも次世代や多職種をキーワードとする取り組みであり、これからも可能な範囲で継続していきたい。

無医地区対策、 代診制度のさらなる充実

無医地区数は全国で637地区、無医地区人口は124,122人(2014年無医地区調査)であり、減少傾向にある。しかし、減少しているのは医療機関の充実によるものではなく、交通機関のインフラの改善、人口減少によるところが大きい。

山口県の無医地区・準無医地区対策は、へき地医療拠点病院やへき地協力医療機関を中心に巡回診療や医師派遣という形で取り組まれてきた。該当地域の状況が急激に変化しているにもかかわらず、特に医療ニーズ等を見直すこともなく、何年も同じ頻度で漫然と診療支援が継続されていることも少なくない。一方、常勤医が急に退職し、支援してほしいが、支援が十分でなく困っているケースも併存する。

へき地の医療ニーズの変化に迅速に対応するために、県へき地医療支援機構が中心となり、支援する側とされる側をそれぞれ適切に調整できる仕組みが重要であり、一度始めた支援のスキームをまるで既得権のように何年も固定すべきでない。

へき地診療所に対する欠かせない支援の1つに代診制度がある。へき地診療所の医師が冠婚葬祭や病気、学会への出席により不在となる場合、へき地医療拠点病院等から現地に赴き代行で診療する制度である。へき地診療所は、近隣に医療機関がない場合が多く、都市部と異なり休診すると地域住民の医療へのアクセスに支障を来しやすいため、代診制度が必要である。し

かし、支援する側の医師不足で急な病休や長期間の産休などに対応できない場合もあり、さらなる充実が期待される。当へき地医療支援センターは、県から医師2名が派遣されているため、メンバーの1名は急な要請にも対応できるようにシフトを組んでいる。また他の医療圏で対応できない代診にもおおよそ対応している。ただし、産休や病休、長期の学会出張など代診が長期化する場合は、他の施設からの代診要請と重複すると対応できなくなることもあり、まだ十分な支援体制とは言えない。

昨今「働き方」が見直され、年休の取得が義務化された。へき地診療所においても従来の冠婚葬祭や病休や学会出張だけでなく、年休や夏季休暇なども柔軟に取得できる体制が望まれる。昨今、人財確保の解決策の1つとして「働き方改革」に積極的に取り組む企業が増えている。へき地も慢性的な医師不足の状態であり、チーム制を取り入れたり、もっと年休や夏季休暇を取りやすくするなど、積極的に「働き方改革」に取り組めば、へき地に今よりも医師が集まるかもしれない。代診制度のさらなる充実は、へき地の医師確保対策の特効薬になるかもしれない。

新たな支援ニーズ(勤務医支援・離島支援・全国的な支援へ)

今後、山口県で新たに必要と予想される支援ニーズについて考えてみたい。

1つ目は、へき地の病院勤務医に対する支援である。山口県では、へき地診療所には前述のような代診制度があるが、50床前後のへき地の公的医療機関を対象とした代診制度はない。昨今、50床前後のへき地医療機関の常勤医が後任を待たず退職するケースが続き、少ない医師数でなんとか運営しているところが少なくない。その状況でさらに医師が1人休むとその医療機関の運営に大きく影響するため、へき地診療所同様、休みづらい状況になっている。これまでは、その際、病院内でやりくりしていたが、最近では院外からの支援を必要とすることが多くなってきた。つまりへき地の病院勤務医に対する診

療支援のニーズが今まで以上に生じている。またこれからへき地勤務を予定している女性医師も多く、産休・育休への対応や長期間病休となった場合などにも対応できるへき地の病院勤務医を対象とする代診体制も必要と考える。

2つ目は、離島支援である。山口県の有人離島は21カ所あり、いずれも1,000人未満の小規模離島である。前にも述べたが、離島の人口は最近の5年間で17%減少した。大津島(平成25年)、祝島(平成26年)、牛島(平成29年)の60歳代の常勤医がいずれも体調を理由に退職し、3カ所とも週に1~3日の非常勤体制となった。現在常勤医体制を継続しているのは、自治卒医が義務として派遣されている3島(見島、大島、平郡島)だけとなった。そのうち1島は今年度にも人口が300人を下回ると予測され、いつまでこの体制が維持されるのか、維持されるべきなのかは分からない。また他の離島の医療提供体制は、支援する医療機関の医師不足などにより、ここ数年不安定な状態が続く。いくら人口が減少しても、支援のニーズがゼロとなることはない。限られた医療資源の中で小規模離島の医療を継続的に守るためには、常勤体制にこだわるのではなく、変化する人口や医療ニーズに柔軟に対応するための継続的な仕組みが必要である。そのためには医師の絶対数やプール機能が期待できるへき地医療拠点病院等からの支援体制の構築やICTによる診療支援(例えば、クラウド型電子カルテによる診療情報共有や遠隔医療の導入等)が期待される。

3つ目は県外への支援である。山口県もまだ十分でないのに、この視点は驚かれるかもしれない。平成28年度、へき地診療所に勤務していた女性医師の産休に対してまとまった代診が必要となった。当センターを含む5つの医療機関から10名の医師が交替で7週間の代診を行い、無事に現地の診療所機能を継続できた事例を経験した。当時、山口県だけの支援では間に合わず、自治医科大学と公益社団法人地域医療振興協会からも支援を受けた。このように比較的長期間の代診を必要とする場合、単県だけでは十分に対応できず、県外からの支援は大変心強い。

おそらくこの状況は、どの都道府県にも生じうること、都道府県や団体・組織を超えた「代診ネットワーク」の構築が期待される。実際は雇用形態など乗り越えるハードルがあるとのことだが、東日本大震災の時に皆で支え合ったように、オールジャパンの代診ネットワークができれば、当センターも新たな支援先として参加を積極的に検討したい。これは「困ったときは、お互い様」の精神である。

面で支えるへき地医療

平成27年3月厚労省から示された「へき地保健医療対策検討会報告書¹⁾」では、「超高齢化、人口減少社会に応じた適切な医療提供体制」の項目で、「へき地診療所の出張診療所化や循環型で複数の医師を派遣していく体制の整備等、へき地医療拠点病院とも連携しへき地診療所の集約化やブロック制も考慮に入れ、医療機能を維持するための見直しの議論を各地域で進めていくことを期待する」とある。つまりこれからの時代、「医師を確保する」のではなく、どうやってその地域の「医療を確保する」のかという視点が重要になる。例えば、1人の医師が1つの診療所だけを守るのではなく、複数の医師で複数の医療機関を守れば、限られた医療資源で人口の変化にも対応しやすい。その地域の「医療の確保」には、その地域の常勤医だけでなく、他の地域からの支援も含めて考える。つまりへき地医療を「面で支える」仕組みである。その鍵を握るのは修学資金制度を管轄する「へき地医療支援機構」と医師をプールできる「へき地医療拠点病院」と考える。へき地医療拠点病院のインセンティブを高めるため、自治医大や地域枠の制度と連動した対策が考慮されうる。早速、今年度より山口県では、自治医大の卒業医師は後期研修先としてへき地医療拠点病院(7病院)を自由に選択できるようになった。

また、面で支えるためには、「ICTの活用(クラウド型電子カルテ・遠隔医療)」にも取り組んでいる。まず平成25年から巡回診療先にクラウド型電子カルテを導入した。平成27年には、山口

大学工学部と共同研究として、自治医大卒業医師の派遣先の離島や山間部のへき地診療所に無償のクラウド型電子カルテを導入し、当院の指導医も同じ診療情報を元に指導できる体制を構築した。また、常勤体制から非常勤体制になったへき地診療所にも上記のクラウド型電子カルテを導入し、へき地医療拠点病院からいつでも診療情報にアクセスできる環境を整え、遠隔医療の導入に備えた。

平成30年度、オンライン診療が正式に保険診療として認められた。しかし、その算定要件にはさまざまな制約が設けられ、特にへき地においては導入や実際の運用にはハードルが高く残念ながら期待はずれの印象だった。そこで、平成30年、当センターが主催し「山口県へき地遠隔医療推進協議会」を立ち上げた。県へき地医療支援機構、民間有識者、大学関係者、各自治体関係者、マイクロソフト社やNTTデータなどのベンダーも加わり、へき地における遠隔医療の問題点や課題を整理することから始めた。2回の協議会で課題を整理し、青写真を描き、県庁を通じて、厚労省の担当課に照会した。現在、その正式な回答を待っている状態であるが、平成31年4月24日厚労省で開催された「平成30年度第4回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直し²⁾」の会議資料で、へき地・離島におけるオンライン診療の取り扱いが見直された具体的な記載があり、本協議会からの訴えが届いたのであれば主催者として大変嬉しい。本年度以降も協議会を継続し、関係者でしっかり議論し、モデルケースを1つでも全国で紹介できるように取り組んでいきたい。

最後に

このような機会をいただいた「月刊地域医学」の編集長、エディトリアルを担当された木下順二先生ならびに最後までお読みいただいた読者の皆さまに心より感謝を申し上げたい。おかげさまでわれわれへき地医療支援部が、これまでのへき地医療支援の歩みや取り組みをいったん立ち止まって振り返り、これからを考える貴重な機会となった。巻頭インタビューの茶川治樹先生をはじめ、多くの先輩方のご苦勞と粘り強い行動の積み重ねのおかげで今の仕組みがあると再認識できた。今回紹介させていただいた内容は47都道府県の1つに過ぎないが、少しでもお役に立てれば幸いである。厚労省のへき地医療支援機構連絡会議に参加したり、研究班に加わりいくつかの都道府県を視察させていただき大変勉強になったが、まだ全国の先進事例のほんの一部しか知らない。へき地医療に関する各都道府県の好事例が全国で共有されれば、どれだけ心強くそして力強いのか。へき地医療のために全国47都道府県にネットワークを持つ自治医科大学や公益社団法人地域医療振興協会が全国に蓄積した叡智を結集し、これからもへき地に暮らす住民が安心して生活できる社会が守られていくことを心より祈念する。

参考文献

- 1) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000083799.pdf>
- 2) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04515.html

投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

ヘルスプロモーション研究センター作成教材第二弾 「受動喫煙防止・禁煙のすすめ教材」の ご案内と今後の展開

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 川畑輝子 嶋田雅子 中村正和

はじめに

喫煙はいまなお日本人が命を落とす最大の原因であり、能動喫煙で年間約13万人¹⁾、受動喫煙で年間約1万5,000人が死亡していると推定される²⁾。受動喫煙の健康影響については、厚生労働省が2016年8月末に公表した「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」³⁾で、わが国で初めて疾患ごとに喫煙と受動喫煙の因果関係を4段階(確実、可能性あり、証拠不十分、関連なし)による判定を行い、肺がん、心筋梗塞、脳卒中、乳幼児突然死症候群の4疾患が受動喫煙との関係が確実と判定した。脳卒中は要介護の主たる原因疾患であり、この病気が、本人の喫煙だけでなく、受動喫煙でもリスクが確実に高まるこ

とが明らかになった以上、介護予防の観点からも、禁煙はもとより、受動喫煙の防止を推進することが必要となる。2018年7月には改正健康増進法が成立し、2020年4月1日より全面施行されることになった。今年の7月には学校・病院・行政機関が原則敷地内禁煙、2020年4月には事業所や飲食店(一部例外あり)が原則屋内禁煙となる。

このような流れを受け、ヘルスプロモーション研究センター(以下ヘルプロ)では、5月31日の世界禁煙デーに合わせて受動喫煙の健康影響や法改正について周知するためのポスターとリーフレットを作成した(図1)。また、近年流行している加熱式たばこについて正しく情報提供し、加熱式たばこ使用者を含め、喫煙者に禁煙を勧めるための教材も作成した。ポスター



図1 受動喫煙防止、禁煙のすすめの教材

は、2種類ペアで掲示できるような色調を揃えた。リーフレットは、ポスターの内容が分かりやすく解説されており、ポスターの掲示に合わせて配布できるように工夫した。加熱式たばこに関するポスターは今まで作られていなかったため、わが国初となる。本稿ではその概要とともに、今後の禁煙推進活動について紹介する。

ポスターの紹介

1. 受動喫煙防止

受動喫煙ポスターは、たばこ煙には5,000種類以上の化学物質が含まれ、そのうち70種類が発がん物質であること³⁾を強調し、それにより年間約1万5,000人、1日に換算すると約41名が死亡していると推定されることを強調したデザインにした。そこには、前述した受動喫煙との因果関係が明らかとなった4疾患を図示し、特に乳幼児が犠牲となっていることを視覚的に訴える作りにした。

あわせて、昨年成立した改正健康増進法の概要と、喫煙がマナーとしてではなく、法の下に規制されたことを明示した。

2. 禁煙のすすめ

禁煙のすすめポスターは、使用しているたばこの種類別に健康影響をチャート式に解説し、最終的にニコチン依存症から離脱するために禁煙をすすめる構成とした。紙巻たばこと加熱式たばこの併用者には、紙巻たばこの併用により有害物質の体への取り込みは減らない可能性が高く、病気のリスクも減らない可能性が高いことを⁴⁾メッセージとして盛り込んだ。加熱式たばこ単独使用者には、紙巻たばこに比べてニコチン以外の有害物質の体への取り込みは減少するも、それに見合う分病気のリスクが減る保証がないことを示した⁴⁾。

リーフレットの紹介

1. 受動喫煙防止

受動喫煙防止リーフレットでは、受動喫煙により奪われた命とあわせて、受動喫煙が原因で余分にかかっている医療費(超過医療費)についても説明し、経済的な面からも問題の深刻さを示した⁵⁾。また、その対策としての改正健康増進法の概要と評価できる点や、法制化によって期待できる健康改善効果について詳しく解説した。評価できる点は、①わが国で初めて受動喫煙防止に罰則規定が設けられたこと、②公共性の高い施設において原則敷地内禁煙が実現したこと、③喫煙コーナーのような不十分な対策が認められなくなったこと、④禁煙場所では加熱式たばこも使用できなくなったこと、⑤新規の飲食店では例外規定の対象とならないこと、⑥家庭や屋外においても周囲への配慮義務が求められること、である。法律が施行されることで期待できる健康面の効果として、①法規制を行った国々で心臓病や脳卒中など、喫煙が関連する病気で入院する危険が2~4割減少したこと⁶⁾、②国内でも、兵庫県の受動喫煙防止条例施行後に神戸市において急性心筋梗塞などの入院患者が約1割減少したこと⁷⁾を紹介した。

2. 禁煙のすすめ

禁煙のすすめリーフレットでは、本人や周囲の人へのたばこの健康影響のほか、禁煙による健康改善効果や日常生活面で実感できるメリットを紹介した。禁煙の関心が高まっている喫煙者に対しては、禁煙の近道として禁煙外来の受診を勧め、その理由を詳しく解説した。加熱式たばこ使用者に向けては、ポスターでも解説したように、有害物質の減少がそのまま健康影響の減少につながるわけではないことを伝え、最終的には加熱式たばこの使用を中止することを呼びかけた。

今後に向けて

本稿で紹介した4種類の教材をヘルスプロモーション研究センターのホームページで公開している。無料でダウンロードすることができるので、活用いただきたい。

ヘルプロHP

<https://healthprom.jadecom.or.jp/>



今後は、自治体や医療施設の専門職を対象に、受動喫煙防止や禁煙支援をテーマとした指導者向け研修会の開催を予定している。地域医療振興協会のテレビ遠隔会議システムを活用するなど、より多くの方々に参加していただきやすい方法で開催を検討している。あわせてご参加いただきたい。

参考文献

- 1) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *PLoS Med* 2012; 9: e1001160.
- 2) 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究(研究代表者 片野田耕太) 平成27年度総括・分担研究報告書. 2016.
- 3) 厚生労働省. 喫煙の健康影響に関する検討会編「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」平成28年8月
- 4) 厚生労働省. 禁煙支援マニュアル(第二版)増補改訂版, 2018, p62-63.
- 5) 五十嵐中:「受動喫煙防止等のたばこ対策による経済面の効果評価とモデルの構築」厚労科研費平成28年度「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告書. 2017, 75-85.
- 6) Tan CE, Glantz SA: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation* 2012; 126: 2177-2183.
- 7) Sato Y, Minatoguchi S, Nishigaki K, et al: Results of a Prospective Study of Acute Coronary Syndrome Hospitalization After Enactment of a Smoking Ban in Public Places in Hyogo Prefecture - Comparison With Gifu, a Prefecture Without a Public Smoking Ban. *Circ J* 2016; 80: 2528-2532.

「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。

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

第69回

“電子カルテ使用時の患者間違い”に
関わるアクシデント！

— 具体的事例から考える発生要因と未然防止対策 —

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

“患者間違い”あるいは“患者取り違い”(以下, “患者間違い”)に関しては, 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)における医療安全情報で, 「No.25: 診察時の患者取り違い(2008年12月)」「No.42: セントラルモニタ受信患者間違い(2010年5月)」「No.73: 放射線検査での患者取り違い(2012年12月)」「No.116: 与薬時の患者取り違い(2016年7月)」などが公開されている¹⁾。

“患者間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例については, 本事業の第20回報告書で, 共有すべき医療事故情報として「セントラルモニター受信患者間違い」をテーマとした分析が実施・報告されており, さらに第42回報告書では, 個別のテーマの検討状況として「与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例」, 第46回報告書でも, 再発・類似事例の発生状況として「放射線検査での患者取り違い」などについて取り上げられ, 繰り返し注意喚起が行われている²⁾。

“患者間違い”については, 本連載でも, 第11回で「患者誤認はなぜ発生するのか?」³⁾, 第46回で「与薬時の患者・薬剤間違いに関わるアクシデント」⁴⁾をテーマとして取り上げている。“患者間違い”が発生すると, 複数の患者に不可逆的な影響が及ぶ可能性があり, 患者の家族への影響, 当事者である医療者への影響, 医療機関への信頼が

揺らぐことなど, さまざまな直接的, および二次的な影響を想定し, それらのリスクを回避する取り組みが急がれる。

“患者間違い”に関わる昨今の情報では, 本事業の第56回報告書(以下, 本報告書)において, 「電子カルテ使用時の患者間違いに関連した事例」をテーマとした分析結果が報告されている⁵⁾。電子カルテは, 患者情報やデータの一括管理が可能であるが, 電子カルテ画面と患者の確認が十分でないなどの使用に関わるリスクを回避できなければ, 患者間違いが発生し, 患者に重大な影響が及ぶ可能性があることにも目を向ける必要がある。

そこで, 本稿では“患者間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例のうち, 「電子カルテ使用時の“患者間違い”」に関わる事例に焦点を当てて, 具体的事例から発生要因と未然防止対策を検討する。

自施設では, 「電子カルテ使用時の“患者間違い”」に関わるインシデント・アクシデント事例は発生していないだろうか。インシデント事例で患者に重大な影響が発生していない場合でも, さらにアクシデント事例につながる可能性を考慮して, 事例分析が実施されているだろうか。既に実施されている防止対策は十分に効果が得られているだろうか。自施設では, 「電子カルテ使用時の“患者間違い”」に関わるアクシデント事例が発生していない場合でも, 事例発生 of 未然防止対策は十分だろうか。ぜひ, この機

会に、「電子カルテ使用時の“患者間違い”」に関わるアクシデント事例を未然に防止するために、業務プロセスに焦点を当てて発生要因と防止対策を検討し、職員教育を含めたシステム整備に取り組んでいただきたい。

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

“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント

2019年5月初旬現在、本事業の事例検索⁶⁾では、キーワード“電子カルテ”“患者間違い”で79件、“電子カルテ”“患者取り違い”で2件の事例が検索され、“電子カルテ”“入力間違い”では24件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本報告書によると、2014年1月～2018年12月までに報告された医療事故情報のうち、“電子カルテ使用時の患者間違い”に関連した事例は20件とのことであり、事例内容を「患者Aにオーダーする際、患者Bの電子カルテでオーダーした：8件」「患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カル

テを参照した：7件」「患者Aの電子カルテに、患者Bの情報を入力した：5件」という3つに分類している(表1)。

本報告書に掲載されている事例としては、「手術室で患者Aに輸血をオーダーする際に、一件前に手術をした患者Bのカルテ画面が開いていたことに気づかず、そのまま血液製剤をオーダーし、異型の血液製剤が手術室に運ばれた。輸血オーダーをする際に患者氏名の確認をしなかった。輸血伝票が出された際も、患者氏名の確認をしていなかった」「医師Xは患者AがICUに入室する前に、術後のオーダーを入力してバーコードラベルを出し、ICUのベッドサイドの台の上に置いた。研修医は動脈ラインから血液ガス用、および生化学用シリンジに採血を行い、生化学用シリンジを看護師に渡し、血液ガス測定をしに行った。看護師は血液を容器に入れ、準備されていたラベルを貼付して検体を提出した。その後、医師Yが患者Aの検査結果が出ていないことに気づき、再度血液検査をオーダーし、採血を提出した。翌日、医師Zが患者Bに覚えのない時間に採血がされていること、結果がこれまでと全く違っていったことから、患者を間違えてオーダーして検査も実施していたことに気づいた。医師Xがオーダーする際、隣のベッドに入室していた患者Bの電子カルテを開いていた。準備した医師や容器に血液を入れた看護師は、患者氏名とラベ

表1 “電子カルテ使用時の患者間違い”に関連した事例

【報告件数】		【事例の分類】	
報告年	件数	事例の分類	件数
2014	1	患者Aにオーダーする際、患者Bの電子カルテでオーダーした	8
2015	2		
2016	3	患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カルテを参照した	7
2017	7		
2018	7		
合計	20	患者Aの電子カルテに、患者Bの情報を入力した	5

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第56回報告書より)

表2 誤って入力した情報と患者への影響

誤って入力した患者の情報		当事者職種	患者への影響
検査の結果	病理診断報告書の内容	医師	患者Aに効果のない抗がん剤を投与した
	血中濃度の測定値(患者Aと患者Bの値を逆に入力)	薬剤師	・患者Aに患者Bの処方量の免疫抑制剤を投与した ・患者Bに患者Aの処方量の免疫抑制剤を投与した
	CT画像(患者Aと患者Bの画像を逆に入力)	診療放射線技師	・患者BのCT画像で脳の萎縮の所見があり、患者Aに不要なMRI検査を実施した ・患者Bへの影響は記載なし
	眼内レンズを決定するための測定値	視能訓練士	患者Aに度数の違う眼内レンズを挿入した
診療情報提供書		事務職員	影響なし

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業, 第56回報告書より)

ルの氏名を確認していなかった」担当医師は、外来患者である患者Aのカルテを確認した際に、病理診断結果と電子カルテの記載を照らし合わせたところ、記載内容が違っていることに気づいた。患者Aに対して、効果のない薬剤を1年2ヵ月間投与していたことが判明した。1年2ヵ月前、主治医は病理診断報告書の内容を電子カルテに記載する際に、最初に患者Bのカルテを開けて報告書を読み、カルテに内容をコピー&ペーストした。その後、患者Bのカルテを閉じ、患者Aのカルテを開き、病理診断報告書を読んだ。同じ方法で患者Aの結果をコピーしたつもりだったができておらず、患者Aのカルテにペーストした際に患者Bの内容が移されたが、主治医は内容を確認せずに電子カルテを閉じた」などがある。

また、本報告書では、誤って電子カルテに入力した患者の情報として「検査の結果」が挙げられ、関与した職種は、医師、薬剤師、診療放射線技師、視能訓練士などが挙げられている(表2)。患者への影響は、「患者Aに効果のない抗がん剤を投与した」「患者Aに患者Bの処方量の免疫抑制剤を投与した(患者Bに患者Aの処方量の免疫抑制剤を投与した)」「患者BのCT画像で脳の萎縮

の所見があり、患者Aに不要なMRI検査を実施した」「患者Aに度数の違う眼内レンズを挿入した」などが挙げられている。他に、誤って入力した患者の情報としては、「診療情報提供書」があることも報告されている。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わる事例の未然防止対策として、電子カルテ使用に関わるマニュアルが作成され、オーダや患者情報の参照、および患者情報の入力時の患者確認方法やダブルチェックなど、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、“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されており、自施設における現状評価を踏まえた防止対策の見直しが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索⁶⁾で検索された事例(以下、本事例)を基に、“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント事例の中でも、特に「情報(検査結果を含む)の入力時の患者間違い」に焦点を当てて、業務プロセスの視点か

ら発生要因と防止対策を検討した。

事例「検査結果の他患者への取り込み間違い」

【事故の内容】

- ・近医より卵巣腫瘍(悪性疑い)の診断で、患者(50歳代、女性)が紹介され受診した。
- ・患者が持参したMRI画像の読影を放射線科へ、CTその他の検査を他院へ依頼した。
- ・他院から送付された検査結果報告書をカルテに取り込むことを依頼する際、クラークが誤って同姓同名の別の患者のラベルを発行した。
- ・患者が再診時に、検査結果報告書の確認ができないまま、CT画像を基に「変性子宮頸部筋腫」(MRI画像の読影で示唆)と判断し、症状が改善傾向のため、外来での経過観察の方針とした。
- ・その後、患者は消炎鎮痛剤を希望して2回来院したが、定期検診で著変なく、次回は3ヵ月後に検診とした。
- ・その翌月頃に全身状態不良、腹痛の増強にて外来受診し、緊急入院となった。
- ・敗血症に対して保存的治療を優先したが、状態悪化し、入院翌日に緊急開腹手術を施行した。
- ・術後の病理組織診断は「原発性卵巣癌」であった。
- ・その後、外来で他院に依頼したCTの検査結果報告書が取り込まれていないことに気づき、探した結果、他の患者のカルテに取り込まれていたことが判明した。

(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)

報告書によると、本事例の背景要因として、「取り込みオーダーを出す際、カナのみで患者検索を行った」「同姓同名患者の検索画面で、スクロールバーで画面表示の切り替えを行わなかった」「患者氏名および診療科のみで判断し、思い込みから十分な確認を怠った」「検査結果報告書の確認を行わないまま診断した」「グループ診療での責任体制の不備」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てて検討すると、「なぜ、他院から送付された検査結果報告書をカルテに取り込むことを依頼する際、クラークが誤って同姓同名の別患者のラベルを発行したことに、誰も気

づかなかったのか?」「なぜ、患者が再診時に検査結果報告書の確認ができないまま、外来での経過観察の方針が決定されたのか?」「なぜ、医師の指示によって実施された検査結果報告書の確認ができていないことに、全身状態が悪化する前に気づくことができなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

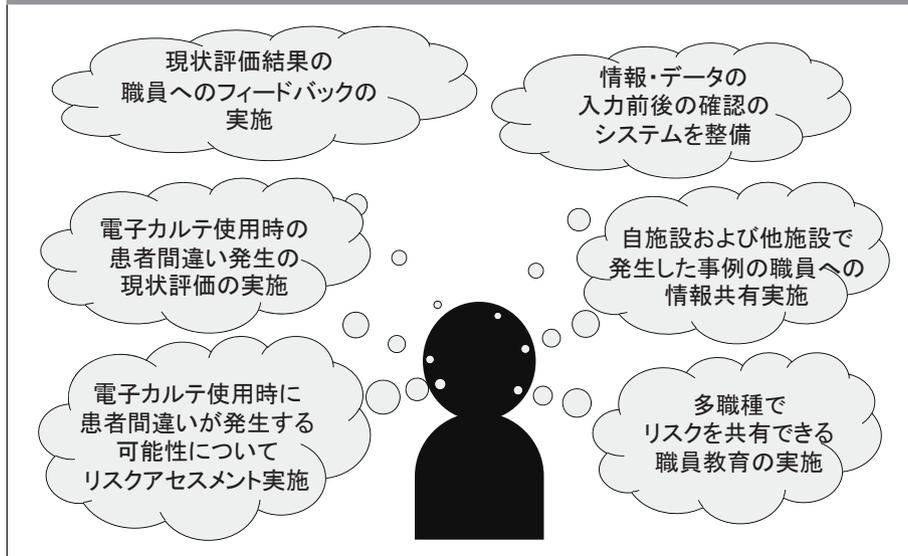
本事例では、報告書に記載されている背景要因のうち、「取り込みオーダーを出す際、カナのみで患者検索を行った」「同姓同名患者の検索画面で、スクロールバーで画面表示の切り替えを行わなかった」ことに焦点を当て、「なぜ、同姓同名患者がいる可能性を考慮し、患者間違いのリスクを回避するルールを順守しなかったのか?」という疑問に焦点を当てたい。

さらに、本事例の背景要因として挙げられている「検査結果報告書の確認を行わないまま診断した」「グループ診療での責任体制の不備」に焦点を当てると、「なぜ、検査結果報告書の確認が、関与した複数の医師の誰にも確認されないまま経過することになったのか?」「なぜ、全身状態が悪化する前に、検査結果報告書が未確認であることに気づくことができなかったのか?」という疑問に対しても、なぜを深めることが重要である。

施設の現状を踏まえて、“一人の患者の診療に複数の医師が関与する”という状況がある場合、事前に発生する可能性のあるリスクを予測し、そのリスクを回避する対策の検討が必要になる。「なぜ、検査結果報告書の確認が実施されていないことが、どのタイミングでも、複数の医師の誰も、気づくことができなかったのか?」というシステム上の課題が見えてくる。

さまざまな発生要因を考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“電子カルテ使用時の患者間違い”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「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)電子カルテ使用時に患者間違いが発生する可能性についてリスクアセスメントが不十分、2)電子カルテ使用時の患者間違い発生時の現状評価未実施、3)2)の現状評価

図 “電子カルテ使用時の患者間違い”の未然防止対策



結果の職員へのフィードバック未実施, 4) 情報・データの入力前後の確認のシステムが未整備, 5) 自施設および他施設で発生した事例の職員への情報共有未実施, 6) 多職種でリスクを共有できる職員教育の未実施, などが考えられる。

“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わる事例の未然防止対策

本事例の改善策には、「カタカナではなく漢字入力による患者検索を行う」「生年月日やID等を加えた2項目以上での確認」「生年月日が記載されていなければ、診療記録による確認を行う」「初診担当医が、治療方針決定まで責任を持って診療する」「取り込み情報を外来医長が確認する」「診療録の取り込みをダブルチェック」などが挙げられていた。

“電子カルテ使用時の患者間違い”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) 電子カルテ使用時に患者間違いが発生する可能性についてリスクアセスメント実施, 2) 電子カルテ使用時の患者間違い発生時の現状評価の実施, 3) 2)の現状評価結果の職員へのフィードバックの実施, 4) 情

報・データの入力前後の確認のシステムを整備, 5) 自施設および他施設で発生した事例の職員への情報共有実施, 6) 多職種でリスクを共有できる職員教育の実施, などのシステム整備が考えられる(図)。これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「思い込み」などの発生に気づき、不足を補うことでリスクの発生を未然に防止することが期待できる。

1)の「電子カルテ使用時に患者間違いが発生する可能性についてリスクアセスメント実施」では、本報告書に掲載されている事例の中に、患者の近くに電子カルテが配置されているICUで、「他患者の電子カルテでオーダーした」事例が報告されていることに注目したい。このような情報を参考に、環境要因の視点から発生要因と防止対策を検討することが求められる。

2)の「電子カルテ使用時の患者間違い発生時の現状評価の実施」では、3)の「2)の現状評価結果の職員へのフィードバックの実施」とも併せた防止対策の検討が重要である。実施したい現状評価の視点としては、①自施設における発生状況, ②発生している場合の発生要因や現在実施している防止対策の効果, などが考えられる。現状評価実施後は、評価結果を全職員にフィー

ドバックしているか否か、どのようにフィードバックしているのかなど、目的を考慮した取り組みの評価が望ましい。

4)の「情報・データの入力前後の確認のシステムを整備」は、本報告書に掲載されている事例からも、その重要性が示唆されている。もちろん、患者の情報や検査結果のデータなどを電子カルテに入力する際に、患者と電子カルテの画面の確認が求められるが、入力を終えた後にも、患者と電子カルテの画面の確認、および複数の職員での確認を実施することなども検討したい。さらに、検査結果であれば、入力後に検査の指示を出した医師、患者の治療方針を検討する医師、外来で患者に検査結果を説明する医師など、複数の目で確認が実施されるシステム整備が期待される。

既に、何らかの対策を実施している施設もあると思われるが、患者間違いが発生して、異なる患者の電子カルテに、検査結果が入力された場合、電子カルテ上で間違いを発見することが容易ではない状況も考えられる。このため、紙媒体で検査結果の報告書・データ等が残されている場合には、併せて、これらの活用についても検討したい。

5)の「自施設および他施設で発生した事例の職員への情報共有実施」では、自施設で電子カルテ使用時の“患者間違い”が発生しているか否か、どのような事例が発生しているのか、患者にどのような影響が発生しているのかなどの情報を、全職員に提供して共有したい。ここでは、自施設で発生した事例だけでなく、本稿で紹介しているように事例検索⁶⁾によって得られた情報を活用することも検討する。

情報の共有については、6)の「多職種でリスクを共有できる職員教育の実施」も併せて取り組みを考えてもよい。さまざまな専門職が考えられるリスクを、施設内で共有できる職員教育を企画してほしい。個々の職員が、自身だけでは想定できない複数のリスクを認識することで、そのリスクを回避する防止対策を事例発生前に準備し、想定内の対応につなげることが期待される。

自施設では、“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント事例は発生していないだろうか。自施設における確認ルールの遵守状況の現状評価結果を考慮し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、複数のプロフェッショナルによる“リスクアセスメント力”を発揮し、多職種で情報を共有し、“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント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。

“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント事例のうち、「情報(検査結果を含む)の入力時の患者間違い」に焦点を当てて、業務プロセスの視点から発生要因と防止対策を検討した。自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、現状評価の未実施、「電子カルテ使用時の患者確認不足」に関わるリスクに気づかないことなどで“電子カルテ使用時の患者間違い”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。

「電子カルテ使用時の患者確認不足」ということは、電子カルテ画面で患者確認を実施したにもかかわらず、患者間違いが発生する可能性があるということである。ここでは、「現在、実施している患者確認の内容・方法に不足がある」「決められている患者確認のルールを一部遵守しなかった」など、具体的に“不足”の意味を深めることが重要である。自施設の現状評価を踏まえて、課題に対応した防止対策の検討が期待される。

自施設における“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるリスクについて、前記の事例検索⁶⁾も参考に、「間違いが発生しやすい環境要因」「検査データ入力時などのコピー方法によるエラー発生の可能性」「複数の職員・職種が関与する状況」などを含めたりスクアセスメントの実施を提案

したい。自施設の過去のインシデントレポートなども参考にして、この機会に改めて「電子カルテ使用時の患者確認ルール」の見直し、改善が期待される。

現在、患者情報やデータの一括管理が可能で大変便利なツールとして開発・導入が進められている電子カルテの使用に関して、さまざまなプロフェッショナルが協働して、“電子カルテ使用時の患者間違い”事例の発生、およびこれに伴う患者への重大な影響発生を未然に防止するシステム整備が急がれる。

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 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2019 May 10)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書・年報. <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html> (accessed 2019 May 10)
- 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11回 患者誤認はなぜ発生するのか? 月刊地域医学 2014;28(9):756-761.
- 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46回 与薬時の患者・薬剤間違いに関わるアクシデント. 月刊地域医学 2017;31(8):644-650.
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第56回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_56.pdf (accessed 2019 May 10)
- 6) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2019 May 10)



『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

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

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

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



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

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たい」、「地域医療への情熱を思い出した」という方はぜひ協会へご一報をお願いします。地域医療振興協会はその気持ちを全力でサポートします。



571 (51)

取材にご協力いただいた先生方 / 2018年10月現在

高久史麿先生 / 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

胸部X線画像診断⑦

へき地・離島画像支援センター長 牧田幸三

2019年4月10日、ブラックホールの撮影に成功したとの報道が行われた。地球上の8つの電波望遠鏡(チリやスペイン、メキシコ、ハワイ、アリゾナ、南極)を使ったそうである。これにより、アインシュタインの一般相対性理論の予言の正しさが証明されたことになる(らしい……知ったかぶりはカッコ悪い)。このエピソードに因んで思いを致すのは、レントゲンのX線発見とその医学応用(放射線診断学の誕生)やガリレオ・ガリレイの天体望遠鏡の考案と天体観測である。レントゲンやガリレオの何が凄いて、一言で言えば、みえないものがみえるのだ、ということに気づいた、あるいは気づかせてくれたことではないだろうか。科学の最大の目的は、みえないものをみえるようにすることである、とも言えるのではないか……。

「先生、自己陶酔的なコメントはそれくらいにしてください」と、レジデントX氏が切りをつける。ハイ、はい、肺…では…今回は、ブラックホールの可視化を記念して、放射線診断学を物理的に再考する稿としよう。まずは、'X線診断学とは何か'をできる限り論理的、物理的に記述してみることにする(これまでの連載の復習を兼ねて)。



図1 摩耶山頂からみた、六甲山と満月とブラックホールと大阪の夜景(拙作)

- ① X線は人体の構造物に吸収されながら直進し、吸収されずに透過したX線が画像を作る。
- ② X線の陰影(X線画像)は、接線効果による構造物の辺縁形態の描出(あるいは消失)と重積効果(構造物によるX線吸収の総和)により成り立っている。
- ③ 人体の正常構造(解剖)および正常変異(解剖学的破格)を知っていれば、病的な状態は自ずと知れる。
- ④ X線画像から得られた病的状態と保持されている正常構造との関係から疾病あるいは疾病の病態を類推、診断するのが放射線診断学である。

付記:シルエットサイン陽性とは、病的構造物の存在による重積効果に正常構造の接線効果(辺縁線)の消失が加わった状態、と定義される。

しばしば'X線像は影絵である'というようにことが言われる。影絵と言ってまず思い出されるのは、障子や壁に手遊びで作った犬やキツネに光を当ててそのシルエットを映して遊んだような子供のころの光景ではないだろうか? これはX線像における物体の辺縁形態が接線効果で現わされることと同様であり、その点ではX線像の成り立ちの一つを表現していることになる。しかしながら、通常の光源では、手遊びで作った犬やキツネを光は“物体としての手指”を透過できない(すなわち、透過度0%)ので、X線画像の成り立ちのもう一つの基本である重積効果は生じ得ない(図2左)。X線像を影絵に例えれば、影絵のそれぞれのコンテンツに透過性を持たせるのがよい。そう、あのすばらしい影絵作家、藤城清治氏の幻想的な影絵を思い浮かべてみよう。藤城氏の影絵は、X線画像のよう

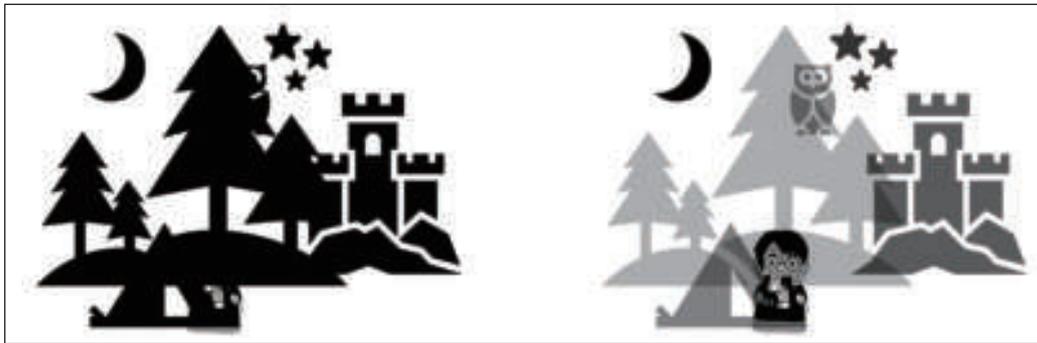


図2 左は古典的な影絵である。コンテンツは城と森、月、星、テント。その背景に、ハリーマンとヘドウィグが隠れている。それぞれのコンテンツの透過性は0%に設定してある。右ではそれぞれのコンテンツに適切な透過性を持たせてある。コンテンツの重なるの部分には重積効果が生じて濃度が増し、全体として立体的な影絵になっている(拙作)。

に、透過度のあるコンテンツの重ね合わせ(重積効果)で構成されているのである(図2右)。

フェルソンのオリジナルの論文¹⁾で呈示されている理論、水濃度と水濃度(同じ密度)の構造物が接するときシルエットサイン陽性となる、という説明は物理的にはX線像の理解として不十分である(間違いとまでは言えない)。実際、フェルソンの論文での説明に違和感を感じた人も多かったようで、1977年、Longuetらはシルエットサインを再考した論文²⁾では、同じ密度のもの同士が境を接していることは本質的ではないことを指摘している。

日本でも、田坂 皓先生(故人:私の入局する以前の東大放射線科教授/名誉教授)の執筆による“胸部X線読影テキスト”³⁾の127ページの注書きに、シルエットサインおよび診断学についての正鵠を射たコメントがある。ここにその一部(主に後半部分)を引用しておきたい。教科書は絶版になっているが、アマゾンで古本の販売はあるようである。700~800円程度と不当な安値で取引されているのは甚だ遺憾である(当時の定価は4,500円)。でも、安いので(どっちやねん!)、今のうちに購入しておかれることをお勧めする。私が古本屋に売りにいくことは決してない。

シルエット・サインsilhouette sign
(前略)この言葉はとくに新しい概念とはいえない。X線写真で陰影の境界がはっきりみえるためには、解剖学的な境界面の両側のX線減弱の差が大きいこと、境界面に接線となる方向でX線が投影されることが、必要な2つの条件なのであるが、この原理について違う言葉で表現したものすぎないということもできる。
(中略)この本では、シルエットサインという言葉は特

に使わないで、「みえなくてはいけない〇〇の接線がみえなくなっているの」という普通の表現を使用することにする。

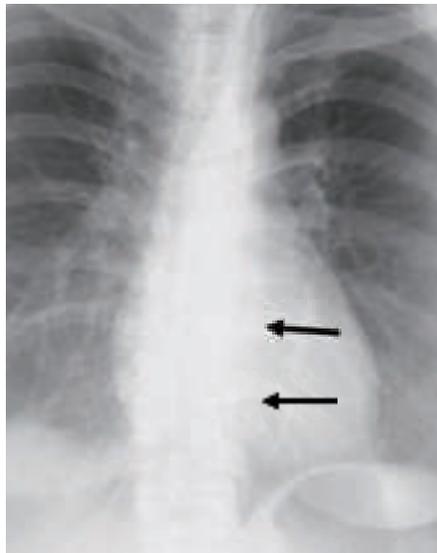
〇〇サインという言葉はX線読影の中で、一部の人々の間でこのほかにも多く用いられている。陰影の正常を整理して、所見の特徴を記憶するのに役立つ。しかし〇〇サインといわれるものは、多くは、1つの特定の病変や疾患を示すものではないので注意をしておくべき。

〇〇サインがあったら、すぐにある種の疾患だというような、短絡をした〇×式の考えをしてはいけない。その意味する本質とか根拠をよく理解し、限界をよく心得たうえで使うのでないと、合理的にX線診断を進めるのかえって害となる。

田坂先生は決してフェルソンを軽んじているのではない(国語的な理解を切望する)。田坂先生が述べておられることは、X線診断に限らず、診断学一般に通ずることであり、日常臨床で肝に銘じておかねばならないことでもある。特に最近、〇×式の考えの安直な診断学が横行しているように感じられる。〇×式の診断学の典型はいわゆるスナップ診断とか、Pathognomonicとか言われるものであり、初学者にはとてもカッコよくみえるが、時に大きな誤診を招く元になる。あくまでも正確な診断に至る過程でのヒント、閃きの鍵と思っておいたほうがよい。フェルソンの書いた、574ページにわたる赤い装丁の教科書、『CHEST ROENTGENOLOGY』には実に豊富な症例と彼の長年の知見が詰まっており、私にとっては今でも重要な参考書の一つである。ちなみに日本で多く読まれている(売れている)のはグッドマンによる改訂版のPrinciples of CHEST ROENTGENOLOGY: A Programmed Textの訳本である。

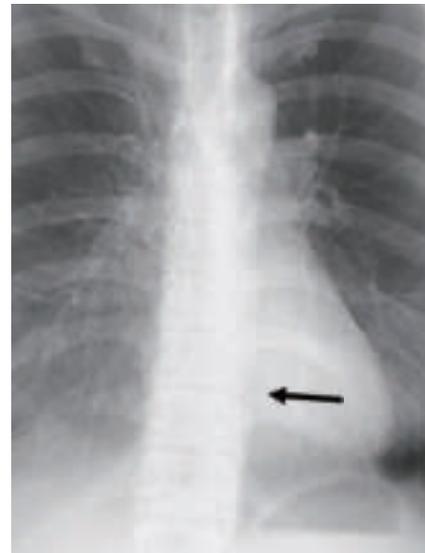
今回のまとめとして、前稿でも取り上げた、下行大動脈線(シルエットサインでしばしば引き合いに出される正常構造の接線像)の見え隠れ(出たり消えたり)の症例をいくつか呈示しておく(いずれも肺野に病変の存在無し)。病変がないのに下行大動脈線が消えている症例は、側弯があろうが無かろうが、若年者ではしばしば認められる。一方、年齢を重ねると、下行大動脈の動脈硬化性の延長化/蛇行や心拡大、あるいは脊椎の変形、湾曲などの結果、下行大動脈と心陰影の角度が鋭的になり、下行大動脈の接線効

果が出やすくなる。通常は、病変と心臓との重積効果の有無あるいは左肺下葉の肺野血管影の透見の有無で、下行大動脈線の病的な消失なのかどうかは判断できるはずであるが、迷う場合には、斜位像や側面像を加えて判断すべきである。少し撮影角度(撮影体位あるいはX線入射角)が変わるだけで下行大動脈線が顕れる可能性があるし、側面像では心陰影後方、すなわち下行大動脈に接する位置に腫瘍影や浸潤影の有無を観察できるからである。それでもはっきりしなければ、CTを撮影するしかない。

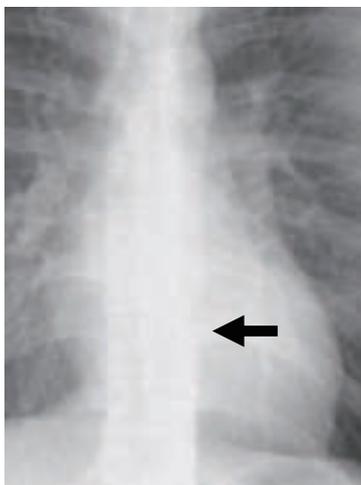


症例1

左右は別々の症例である。軽い側弯がある(逆方向)。いずれも下行大動脈の下部(尾側)左側縁の接線像が消えている。心臓に重畳する陰影(重積効果を生ずるような陰影)は認められない。

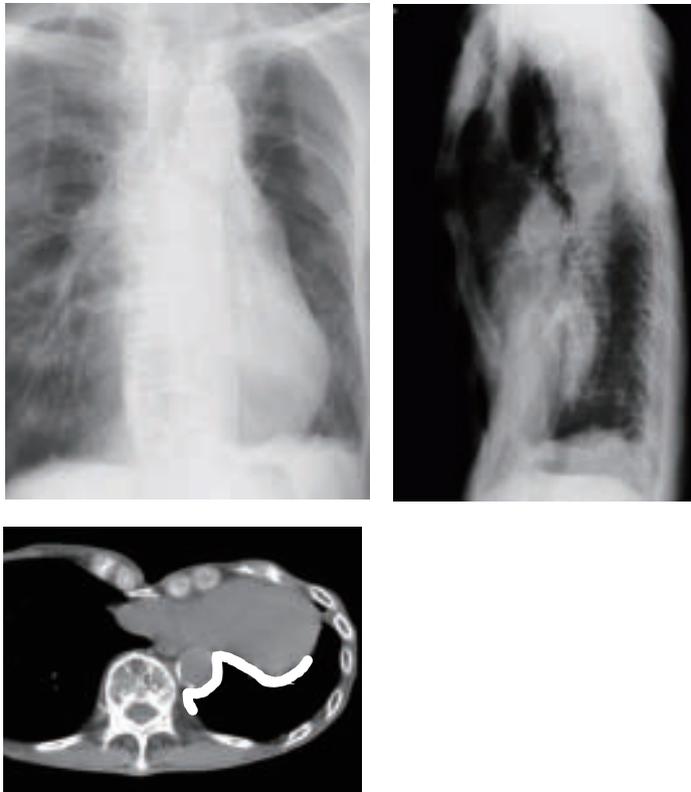


症例2



症例3

ほぼ側弯の無い症例。心陰影～下行大動脈の横断面上のアウトラインは円滑化し、なだらかな線を描いている。そのため、胸部X線上は下行大動脈左側縁の接線像の部分的消失を生じている(矢印)。心臓に重畳あるいは接するような(重積効果をもたらすような)構造物は存在しない。



症例4

漏斗胸があると、心陰影が扁平化して、心陰影～下行大動脈の横断面上のアウトラインが円滑化することで下行大動脈左縁の接線像が消失することがあるが、この症例ではアウトラインは鋭角的に屈曲しており、胸部X線上、下行大動脈線の消失は生じていない(むしろわかりやすい).

引用文献

- 1) Felson B, Felson H: Localization of intrathoracic lesions by means of the postero-anterior roentgenogram; the silhouette sign. Radiology 1950; 55 (3): 363-374.
- 2) Longuet R, Phelan J, Tanous H, et al: Criteria of the silhouette sign. Radiology 1977; 122(3): 581-585.
- 3) 田坂 皓:胸部X線読影テキスト. 文光堂, 1976年 第1版発行.



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



富永眞一先生の 「研究を楽しむ」 —基礎医学から臨床医学への展開— (5月1日配信)

地域医療振興協会の生涯教育センター長の富永眞一先生は、自治医科大学で長年にわたり生化学分野の研究に携わり、現在は名誉教授・客員教授となっています。今回は、ST2遺伝子の発見と臨床応用をめぐる研究の楽しさを紹介していただきます。

自治医科大学附属病院の内科研修医として就職し2年間の研修後、基礎研究の道に進むため東京大学の大学院に進学、さらに米国イェール大学へ留学しました。そこで始めたのがインターフェロン(IFN)の細胞増殖抑制に関する研究です。細胞増殖休止期から細胞周期に入っていき過程をIFNが抑制することが分かる(図1)と、次は抑制遺伝子の転写レベルか翻訳レベルなのかを確認したくなりました。当時、ハーバード大学のスタイルズ博士がPDGF(血小板由来増殖因子)で誘導されるJEという遺伝子をクローニングしていたので、直接会いに出かけ、細胞とDNAを譲り受けました。培養のコツも丁寧に教えていただき、一流の研究者とはこういうものだと感じました。JEについてPDGFを加えると細胞が増殖されます。IFNを加えるとスーパーインダクションがかかります。次の段階の翻訳レベルの検討ではバンドが多すぎて結果が得られず、細胞膜にフィルターの役をさせてみようと思いつきました。細胞増殖休

止期には発現していない63kDaのタンパク質が、増殖開始とともに爆発的に増加しますが、IFN存在下ではそれが完全に抑制されました。

ようやくターゲットが決まり、次は精製の段階です。Differential Hybridization法で行いました。最終的に7つのクローンに絞り込み、ST2遺伝子を見つけました。ST2の性質を調べていくうちにST2Lの遺伝子もクローニングできました。両者はIL-1Rスーパーファミリーとして分類されています。

次にヒトの遺伝子においてST2のクローニングを行い、Helper T cell clonesであると判明し、免疫に関係することが分かりました。

ヒトの疾患とST2がどのように関連しているかを調べるために2種類のモノクローナル抗体を作り、サンドイッチELISAを構築しました。これを使って喘息患者さんの血清中ST2値が上昇していることが分かりました。しかも病勢と相関していることも判明したのです。さらにハーバード大学との共同研究で、心筋梗塞発症1日後に高い値が出ることが分かりました。

大学が一流であるためには教育と研究が共に一流でなくてはなりません。自治医科大学はそうした風土を持っています。

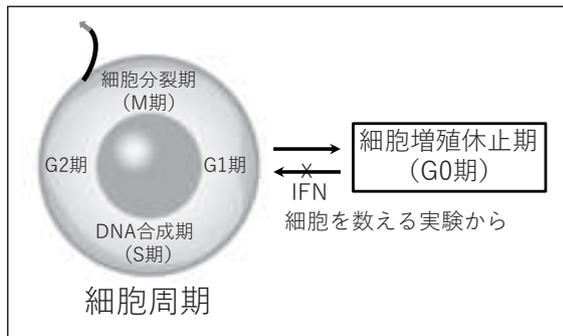


図1 インターフェロンは細胞増殖開始過程を抑える

- ★ 増殖刺激により誘導される。(Stimulation 2)
- ★ Th2 細胞に発現する。(液性免疫に強く関与か?)
- ★ 血清中の値が、気管支喘息、心筋梗塞等の病気で病勢に応じて上昇、下降する。(循環器疾患の領域で心不全の予後予測の因子として用いられている。)
- ★ 分泌型ST2が、膜貫通受容体型ST2LのリグランドであるIL-33を中和、あるいはそれ自身がリグランドとしての働きがあるか?

図2 ST2 遺伝子産物

* 富永眞一先生のレクチャーの詳細は、5月1日配信のJADECe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/>





地域と診療所のつながり



沖縄県立南部医療センター・
こども医療センター附属
阿嘉診療所 所長

長田健太郎

福田先生お疲れ様です。地域から世界へ発信し続けるという意気込みに大変感銘を受けます。UターンやIターンが多いというのも、そのような先生の気概を含め、隠岐島前病院に流れる理念に魅力があることを示しているように思います。私も沖縄離島から世界に向かって発信できるように日々研鑽したいと思います。その一方で、先生の仰るように、肩に力を入れすぎず、リラックスすることも忘れずにいたいです。

赴任より1ヵ月が経過して、島での生活にも慣れ、島民の方と徐々に距離も近づいてきたように感じます。まだ患者さんに道端でお会いしても名前がすぐに出てこないこともあります。内心気まずい思いをしつつ、はにかんでやり過ごしてなんとかやっています。

うまく離島医療を行うには地域との関係づくりが欠かせません。その関係づくりのためには地域と診療所が互いを理解し合うことが必要だと思います。そしてよそ者がその地域を理解するためには、まず地域の行事に積極的に参加することが一つ重要な事ではないかと思います。なぜなら、行事にはその島の歴史、伝統、文化、価値観が反映されているからです。阿嘉島にも多くの島固有の行事があり、旧正月を暦とした昔ながらの行事も見応えがありますが、島民同士の交流や健康増進のためにスポーツ大会も盛んに行われています。バレーボール大会、バスケットボール大会、卓球大会、マラソン大会、村民運動会、釣り大会、野球大会など、盛りだくさんです(散々甘やかしてきた体に鞭を打つときが…)。このような行事に参加しながら多くの島民と交流したり、行事の背景にある島の人々の価値観を感じることで、島への理解が深まって行くものと考えています。また、行事への参加は島民に、地域を理解しようとしている意志を示すことでもあり、地域との関係性や信頼を強くすると考えています。離島では地域と医師との関係性は医療の近接性と大きく関わりがあるだけでなく、関係性そのものが医療を行う上で武器となると思っているので、楽しみながら積極的に行事に参加していきたいと思っています。

赴任して間もないですが、地域の医師ならではの経験もいろいろさせていただいています。学校医や予防接種などはほぼ初めての経

験で、何がなんやらという状態でしたが、Googleや頼もしい友人から知識を得てなんとか乗り切りました。また、デイサービスでは歓迎会として、ゲームなどを通して高齢者の方々と交流する機会をいただきました。魚釣りゲームは、魚の絵が描かれたダンボールを竿に引っ掛けて釣り上げるというものでしたが、日常の所作もままならないオジーの手が、かつての漁師としての記憶が蘇るのか、巧みな動きを見せ生き生きとしていたことがとても印象に残りました。いろいろな場面で、子供からお年寄りまで全てのライフステージの人々に医師として関わらせていただくことで、地域全体のために働いている、という実感をとても強く感じる日々です。

夕方になると突然自宅の呼び鈴がなり、ドアを開けると差し入れを抱えたオジーオーバーが笑顔で、「いつもありがとうね」と言って冷蔵庫が一杯になるほどのトマト、きゅうり、冬瓜、魚(アカジン：ハタ科の高級魚)、貝(サザエ、ていじゃら：邦名マカキガイ)などを持ってきてくれます。この地域では医師は本当に大事にされています。まだ自分はほとんど何もしていないのにここまで良くしてくれるのは、今までの先輩医師たちがどれだけ地域に対して貢献してきたのかを表しているのだと思います。88歳の喘息でよくゼーゼーしているオーバーが、ちょっと海で遊んできて捕まえたからあげるよとタコをくれたのはさすが島んちゅ！と思いましたが、こんなに良くしてくれるのも、オーバーが夜明けに喘息発作で119番した時に、急いで駆けつけてベネトリンネブライザーを準備したかつての先生が在ったからなんだろうなと、カルテを振り返りながら感じ入りました。自分も一つこの地域の歴史の一部として積み重ねることができたらと思うばかりです。

もうすぐ夏になります。阿嘉島は毎年、人口が倍になるほどの観光客が押し寄せるようです。溺水など事故も増えるので医師としては気を引き締めなくてはなりません。島全体が賑やかになり活気づくのが楽しみです。隠岐の夏はいかがでしょうか。



デイサービスでのレクリエーション風景



浜下りという女性の健康祈願を目的とした行事



沖縄県唯一の野生の鹿、慶良間ジカ



野生の猫がたくさんいます





特定ケア看護師の魅力

伊東市民病院 特定ケア看護師 進士勇介

私がJADECOM-NDC研修センターを修了して3年の月日が経とうとしています。この3年間で振り返ると、多くの方々との出会いが一番の経験であり、宝物になったと思います。多くの医師、看護師、コメディカルの方々と出会い、仕事や時間を共有し、議論し、多くのことを吸収できる豊かな日々を過ごすことができました。

私の経験が参考になることは少ないとは思いますが、少しでも特定ケア看護師としての楽しさややりがいをお伝えできればと思います。

私が特定ケア看護師を目指したきっかけの一つは、身近に何でも器用にこなしてしまう“スーパーマン”が存在したことです。毎日忙しく駆け回り、なかなか捕まらないことが多いのですが、その裏で患者さんの体力や背景を深く理解しており、無理なく、鮮やかに調整してしまう姿に感動を覚えました。忙しく駆け回る“スーパーマン”の手助けが少しでもできればと思います。NDC研修センターへの参加を決めたことを今でもはっきり覚えています。

いざ、NDC研修センターでのe-Learningが始まると、1時間の講義を理解するために数時間を要する難解さに驚きを感じつつも、奨学金の重さを背中に感じながら机に向かったことを覚えています。

座学を終え、臨床研修中は暖かい指導医師の下で多くを学びました。21区分38行為を学ぶことはもちろんのこと、患者さんの全体像を把握することに重きを置いた教育を受けました。集中治療専門医のセンター長から直に臨床推論、生理学、感染症学を学ぶ機会も多くあり、振り

返ると本当に豪華な研修であったと思います。

そのような研修期間を経て、現在は伊東市民病院に勤務しています。内科チームに所属させていただき、担当患者様の治療サポート、在宅療養の指導、退院調整まで一貫した関わりを持たせていただいております。外来から入院を経て、入院管理、退院、特定の患者様は訪問診療まで関わるので、患者様と家族を含めて、一連の関わりが持てるのが最高の経験であり、やりがいに直結しています。私たち、特定ケア看護師が診療チームに参加させていただくことで、医師や病棟業務の軽減はもとより、多職種で治療方針を共有し、多職種間の懸け橋となって、多方向からアセスメントしたよりよい在宅療養環境を調整することがメリットであり、役割となっています。

また、医療過疎地への派遣を経験できることも魅力の一つでしょうか。私は与那国町という、日本の最西端にある沖縄県の診療所に派遣されました。暖かい診療所長の指導の下、外来の補助、救急搬送者の初療からヘリ搬送への対応、コメディカルの配置がないため薬剤や放射線検査の補助など貴重な経験ができました。看護師



伊東市民病院カンファレンスの様子



与那国町診療所

の視点からご高齢の夫婦の生活環境の調整や、日常生活の相談など、研修で得た知識と看護師としての経験の双方を生かすことができました。離島という資源の限られた環境での調整に難しさを感じつつも、住人の健康に貢献することができたと思います。少なからずJADECORNDC研修センターの掲げる目的・目標に沿った活動ができたと思います。

私は、特定ケア看護師は、臨床推論、看護論の双方が使えることに大きな価値があると考えています。皆様も日常的に医学的問題が解決しても、在宅療養に結びつかない患者様を少なからず経験しているのではないのでしょうか。医学的な介入に加え、早期から具体的な在宅療養プランを構築できることが、私たちの存在価値に直結するのだと考えています。それは研修に参加する以前の病棟看護師経験が大いに役立っています。研修参加の要件に最低5年以上の経験が課せられていることの裏付けにもなるのでしょうか。看護から日々見えること、感じることを双方の視点で解決していくことができれば、医師-看護師間の間を取り持つよきパートナーとなることができるのではないのでしょうか。

さて、私が所属している伊東市民病院での一日の働き方として、内科診療チームに加えていただき、患者様を担当させていただいています。朝のチームカンファレンスで全体像のプレゼンテーションを行い、医学的問題の提示を行います。主治医、チームリーダー、チームメンバーの医師と協議し、その日に行うべきことを決定します。その他に救急外来の応援や、他科からの



日本最後の夕日が見える丘

発熱や貧血精査などの依頼への対応や、病棟業務への応援を行っています。締めくくりの夕方カンファレンスでは行ったこととその結果、退院調整などの報告を行い、1日が終わります。朝早くから始まる1日に慣れるまでに時間を要しましたが、現在では休日でも7時まで寝てしまうことがなくなりました。しかし、早起きの三文の徳を得た実感がないことが少し寂しく感じられます。

長くなってしまいましたが、特定ケア看護師はとてもやりがいのある役割だと思っています。私の場合は、その時々で医師、看護師、時にコメディカルのパートナーとして問題に向かうことができることが最高のやりがいでしょうか。デメリットとすると勉強にパソコンを多用するので、目が悪くなることくらいでしょうか。視力を気にする方にはお勧めできませんが、参加を迷っている方はぜひ飛び込んでみてください。新しい役割にわくわくする日々が待っています。

これからも、いつか特定ケア看護師の“スーパーマン”と呼ばれる日を目指して、頑張っていきます。皆様とへき地医療の現場で一緒にさせていただくことを楽しみにしています。

拝謝

暖かくご指導いただいた、小田和弘医師、笹井 平医師、藤谷茂樹医師、金城元気医師、鈴木靖子次長、正木晶子看護部長にこの場を借りて深くお礼を申し上げます。

地域医療型後期研修

2019.5.23

生まれ育った東北の地で

こんにちは。専攻医3年目の羽角勇紀と申します。所属は東京北医療センターで、現在は2019年4月から青森県の東通村診療所で総合診療I研修をしています。

もともと山形県の出身で、小さいころは秋田、仙台、福島と住み、山形に戻り大学は福島、初期研修は山形に戻り……とずっと東北をウロウロしており、生粋の東北人です。後期研修を選ぶ時、人生で一度は、と東京に出てきたところですが、結局地域研修は東北地方でしており、逃れられないようです。

さて、原稿作成時まだ5月なので折り返しにも到達していない段階ではありますが、現時点での研修について書きたいと思います。

東通村診療所は青森県下北半島にある19床の有床診療所です。外来は基本的には内科外来、他に1週間に1度の整形外科外来を設けていますが、実際は境界が明瞭にあるわけではなく、内科外来においても肩痛や腰痛など整形領域の相談もあります。ほかに、少ないながら小児の患者さんもいらっしゃいますが、実際はほとんど高齢者の方が多いです。朝の受付は争奪戦で、7時前から待っていたりして、当直明けに寝ぼけた姿で院内を歩いているとびっくりすることも。いろいろな集落から集まってくるので、診療所への来院方法も、自家用車もあればバスで集落ごとにまわって来院したり、私にとっては新鮮です。帰りのバスに間に合わない、とせかされることも(笑)。

常時10数人の方が入院していて、あくまで診療所なので設備という点では病院には劣りますが、肺炎、心不全、脳梗塞、糖尿病、間質性肺炎、胃潰瘍出血、リウマチ性多発筋痛症……など、コモンディーズを中心にバラエティに富んでいます。どうしても外来が中心になるので病棟業務に割くことができる時間は少ないですが、「診療所=外来」というイメージがある前提から考えれば、



プロフィール

山形県生まれ
福島県立医科大学卒業
山形県立中央病院で初期研修
東京北医療センター総合診療科
地域医療のススメプログラムで研修中

事前に考えていたより意外と経験できると感じています。

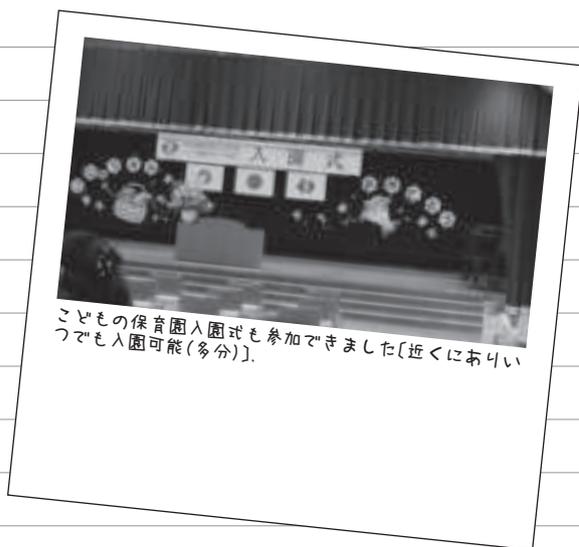
訪問診療は週で20数件あり、初期研修以来初めての経験です。まず、本当にいろいろな家があるなあと、医師としてというより個人的に興味深い印象を受けることも多いです。多世代住宅で豪華な家、老々介護で日々の生活でさえ大変そうだと感じる家、犬や猫がたくさん出迎えてくれる家、床がなぜか粘着質な家……。普段、病院で勤務していると見えない、「退院後の生活」に触れることができます。改めて感じることは、医師



だけでは何も上手くいかず、訪問看護、訪問薬剤指導、包括、そして家族の協力なくしてはなさないということです。急性期病院にいと入院日数短縮のために、得てして退院を急がすことになりがち(もちろんこれはこれで重要)ですが、そういった点である程度ゆとりがあるのは診療所の良いところでは。

ほかに、隣接している老健の回診や学校健診、予防接種なども行っています。

診療所に来て、特に素晴らしいと感じたのは、週に1回開催されている包括カンファレンスです。診療所医師、看護師、訪問・老健・地域包括・居宅・リハビリスタッフ、薬局薬剤師が一同に会して、それぞれがそれぞれの持ち場、視点から患者さんの情報共有を行います。「〇〇さんが……」との名前だけで話が通じており、まだ2ヵ月弱しかない自分では話についていけていません。



プライマリケアの5つの理念を大切に実践している診療所での研修はこれからも学ぶ点がたくさんありそうです。残り4ヵ月間、充実した研修を送りたいと思います。休みの日の観光も。

『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

研修会

平成31年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、自治医科大学との密接な連携のもと、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を合わせて年間30回程度開催しています。ぜひご参加ください。
公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

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

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

平成31年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等、詳細につきましては、当財団ホームページ (<http://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

- 7月 健康学習研修会、健康企画・評価研修会
- 8月 保健活動研修会
- 9月 口腔ケア研修会
- 10月 災害保健研修会、リハビリテーション研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会、がん化学療法看護研修会、看護師研修会

現地研修会

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

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

問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160
TEL 0285-58-7436 FAX 0285-44-7839
E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <http://www.zcssz.or.jp/>

自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

原著論文(研究), 症例, 活動報告等の 投稿論文を募集しています。

「月刊地域学」では、投稿論文を募集しています。
送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。

あて先

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

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

JADECOM
よろず相談
窓口

「JADECOMよろず相談窓口」開設のお知らせ

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

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

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



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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

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

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

定 価 （本体600円+税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

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

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

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

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

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

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

会費のご案内

1. 年会費について

- 正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)
- 準会員(変更無し)……………10,000円
- 法人賛助会員(変更無し)…50,000円
- 個人賛助会員(変更無し)…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

- 正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)
- 準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

- ・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会
- ・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083
名義:公益社団法人地域医療振興協会

ご住所が変更になったときは

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

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

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

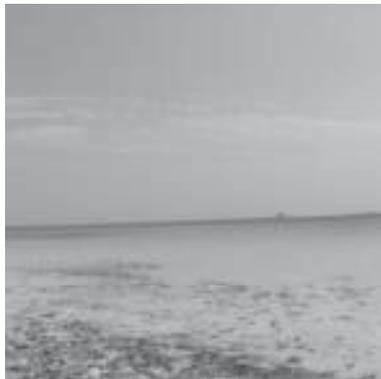
連絡先・書類送付先

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

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人 地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

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

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

市立三笠総合病院

●内科, 外科, 整形外科, 小児科
常勤医師 各1名



診療科目: 内科, 循環器科, 外科, 整形外科, 小児科, 皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科, 神経科, リハビリテーション科

病床数: 199床

職員数: 181名 (うち常勤医師9名, 非常勤医師0名)

所在地: 〒068-2194 北海道三笠市宮本町489-1

連絡先: 事務局総務管理課総務管理係・係長 齋藤
TEL 01267-2-3131 FAX 01267-2-2493
E-mail byouin-kanri@city.mikasa.hokkaido.jp

特記事項: 市立三笠総合病院は、北海道のほぼ中央部、三方を山に囲まれ自然豊かな三笠市に位置しています。三笠市は化石や石炭を利用した観光に取り組んでおり、市全域が日本ジオパークに認定され、太古のロマンを感じることができます。三笠高校の生徒が運営する高校生レストランはにぎわいを見せ、若者の活気があふれるまちです。当院は市の基幹病院として、急性期から慢性期にわたる医療を提供しています。急性期に関しては、高度医療機器を積極的に導入し、質の高い医療サービスを提供するとともに、救急医療は365日、24時間体制で行っています。また、地域の医療ニーズに対応するため、回復期リハビリテーション病棟や24時間体制の訪問看護ステーションを開設するなど、医療サービスの向上に努めています。地域に根ざし、地域住民に信頼される病院づくりを目指している当院へのご連絡をお待ちしています。

www.city.hospital-mikasa.jp/

受付 2019.3.11

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

佐賀県

伊万里有田共立病院

●一般内科, 呼吸器内科, 整形外科, 麻酔科, 検診科 各数名



診療科目: 内科, 呼吸器内科, 循環器内科, 消化器内科, 糖尿病・代謝内科, 神経内科, 外科, 心臓血管外科, 消化器外科, 整形外科, 脳神経外科, 胸部外科, 小児科, 泌尿器科, 婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 放射線科, 救急科, 麻酔科, リウマチ科

病床数: 206床

職員数: 343名 (うち常勤医師18名, 非常勤医師2名)

所在地: 〒849-4193 佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲860

連絡先: 事務長 森田
TEL 0955-46-2121 FAX 0955-46-2123
E-mail kyouritsu@imari-arita-hp.or.jp

特記事項: 地域に密着し急性期医療、地域との連携、医療人の育成を行う病院です。

患者さん一人ひとりに寄り添い、ていねいな診療で地域全体の健康を守ること、社会に必要とされる病院に育てるために共に学び、共に創造していきましょう。

<http://imari-arita-hp.or.jp/>

受付 2019.2.25

各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：堀江・田代

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

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

投稿要領

2017年6月改訂

1. 投稿資格

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

2. 採否について

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

3. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する.

原著: 学術論文であり, 著者のオリジナルである内容を著したもの.

症例: 症例についてその詳細を著した論文.

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

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

自由投稿: 意見, 提案など, ジャンルを問わない原稿.

4. 原稿規定

- 1) 原則として, パソコンで執筆する.
- 2) 原稿は要旨, 図表・図表の説明, 引用文献を含めて14,500字(掲載時8ページ)以内とする. 1ページは約1,800字に相当. 図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)のもので約380字に相当.
- 3) 原稿の体裁: 文字サイズは10.5~11ポイント. A4判白紙に(1行35字, 1ページ30行程度)で印刷する. 半角ひらがな, 半角カタカナ, 機種依存文字は使用しない. 表紙を第1ページとしたページ番号を明記する(引用文献を除く). 「表紙」「要旨・キーワード」「本文」「参考文献」ごとに改ページする.
- 4) 原稿の表記: 原則として日本語とする. 句読点として全角の「, カンマ」「. ピリオド」を用いる. 薬品は原則として商品名ではなく一般名とする. 日本語化していない外国語, 人名, 地名, 薬品名は原語のまま用いる. 略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身*)とする. (*必要な場合のみ)
- 5) 必要記載事項
表紙: 原著・症例・活動報告等の別とタイトル, 本文原稿枚数(文献含む)と図表点数, 著者名と所属

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

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

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

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

6) 図表

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

雑誌の場合

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

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

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

【ウェブサイト】

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

5. 原稿の保存形式と必要書類について

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

6. 原稿の送付方法について

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

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

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人 地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

10. 月刊地域医学編集室

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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル 3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科科長)
	伊藤雄二(医療人材部総合診療産婦人科養成センター センター長)
	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, 2019.4.1 現在)

編集後記

皆さんは東京オリンピック・パラリンピック観戦チケットの申し込みをされましたか。抽選結果はいかがでしたか。チケットに関する話題をひとつ。7月1日からウィンブルドン選手権が始まりますが、「リセールチケット制度」をご存知でしょうか。リセールチケットとは、センターコートなどの指定席券を持っている人が、早く帰るときに券を専用の赤いボックスに入れると、それをもう一度安く希望者に売るというシステムです。ちなみに売り上げは慈善団体や地域団体に寄付されます。イギリスらしい合理的な考えに基づいた粋な制度ではないでしょうか。実は、10年以上前にロンドンに行った際に、会議が終わって夕方ウィンブルドンを目見ようと向かった際に、幸いにも大雨が降り、この制度のおかげで雨上がり後の女子の準決勝戦をナイトで観戦できた良い思い出があります。

さて、今月の特集は「山口県のへき地医療を支える」です。都道府県単位でのへき地医療支援を特集として取り上げるのは、初めての試みです。本特集を読ませていただいてまず思ったことは、「継続は力なり」です。山口県の自治医科大学の卒業生による長年の実践とその努力が、山口県立総合医療センターを拠点としてへき地医療を支える仕組みの構築につながり、巡回診療と代診派遣に留まらない取り組みに発展しています。へき地をフィールドにした次世代の育成や、地域住民・行政と一体になったワークショップの開催は、地域医療を守る上で有用なユニークな取り組みです。県立総合医療センターを拠点として構築されたモデルとともに、他地域でも参考になるのではないのでしょうか。今後高齢化が進む中で地域医療の確保がさらに難しくなります。乗り越えるべき課題も多いですが、同じ思いをもった医療者とその関係組織が相互につながって、さらに新たな仕組みを構築し、へき地医療の確保と充実が図られることを切に願っています。

中村正和



月刊地域医学 第33巻第7号(通巻393号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2019年7月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan