

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

9

2019  
Vol.33-No.9

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

# 地域から羽ばたく 女性医師

【企画】山田隆司 地域医療研究所長

●インタビュー

## 自治医大として考える「地域看護学」

春山早苗 自治医科大学看護学部長

## 目次

### インタビュー

- 自治医大として考える「地域看護学」／春山早苗 2

### 特集 地域から羽ばたく女性医師

- エディトリアル／山田隆司 10
- 女性医師をサポートする立場から／石川鎮清・牧野伸子・他 11
- 香川の中心で地域医療を叫ぶ／十枝めぐみ 16
- 離島の医師として／白石裕子 21
- ゆっくり家庭医療専門医に到達し、短時間勤務でへき地診療所長をする、女性医師(私)の一例報告／佐藤優子 26
- 地域で家庭医を志す中で／村山 愛 32

### 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喫煙・飲酒ワークショップの報告／嶋田雅子・中村正和・ほか 36

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

- 第71回「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるアクシデント  
-事例の発生要因とシステム整備の課題-／石川雅彦 42

### ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑧／牧田幸三 48

### JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 心臓血管外科診療の進歩 -とくに大動脈外科の進歩と高齢者に対する工夫- 55

### REPORT

- 第13回 へき地・地域医療学会 56

### 医学生コーナー

- 第13回 へき地・地域医療学会 医学生セッション／栃村亮太 77

### 離島交換日記

- 住めば都の離島生活／長田健太郎 80

### JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 急性期病棟で特定ケア看護師としてどのような活動ができるか／小川法之 82

### 研修医日記

- 入職4年目の現在／宮奈 穰 84

### 自治医大NOW

- 令和元年度都道府県自治医科大学主管課長会議開催／令和2年度入試日程決定／  
令和2年度大学院入試実施について／義務年限終了卒業生の令和2年度採用計画について 86

- お知らせ ..... 94
- 求人病院紹介 ..... 100
- 投稿要領 ..... 102
- 編集後記 ..... 巻末

## INTERVIEW

自治医科大学看護学部長  
春山早苗先生



# 自治医大として考える 「地域看護学」

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

## へき地診療所の看護師の仕事进行调查して

山田隆司(聞き手) 今日は自治医科大学の看護学部にお邪魔しました。看護学部は、前身の自治医科大学看護短期大学を改組し2002年に開設されました。看護学部は医学部のように都道府県からの選抜ではなく、一般的な入試制度を採っていますが、先生が着任されてから、へき地医療・地域医療にも目を向けていただいていますので、その辺りのお話や自治医大での特定行為に係る看護師の育成などについても伺えればと思っています。

まずは、先生の経歴を簡単に紹介していただけますか。

春山早苗 私は千葉大学看護学部を卒業し、東京都葛飾区で保健師になりました。その後、群馬県

の保健師に採用されたのですが、群馬県立福祉大学校に教員として配属になりました。それが地域看護学、公衆衛生看護学を専門とする教育研究者の道を進むことになったきっかけです。そのとき、千葉大学の大学院に行ったのですが、そこでご指導いただいたのが自治医大初代看護学部長の野口美和子先生で、野口先生に声をかけられて、こちらにまいりました。

山田 もともとは地域で保健師の活動もされたのですね。われわれが地域へ行くと、もちろん診療所の看護師さんは非常に重要なパートナーなのですが、予防注射や保健事業などで保健師さんが一番の同僚ようになります。私の少し前の世代だと、地域のことをなんでも知っていて、

地域の人から頼られている保健師さんが多かったですね。だんだん分業が進んで、そういうタイプの保健師さんが徐々に少なくなりましたが、

春山 そうですね。

山田 先生はここに赴任してどれくらい経つのですか？

春山 つい昨日のように感じますが、もう丸15年経って16年目になります。

山田 16年前に着任された当初の自治医大看護学部というのはどんな感じだったのですか。

春山 着任して、初代の学部長にまず言われたのが、地域医療に貢献するという自治医大の使命があるのだから、看護学部も地域看護学に力を入れていきたいということでした。何をしようかと思ったときに、自分自身あまりへき地というものを考えたことがなかったので、「離島や山村過疎地域の看護ってどういうものなのだろう」というところに着目しました。そこでへき地診療所でどういう看護がなされているのか、全国調査をすることにしました。

そうしたところ、大体医師1人、看護師1人で、その看護師も半分ぐらいは准看護師というところが多く、でも保健師のような活動や医師がいない時の救急対応、あるいは訪問看護、場

合によっては医師の代わりに訪問診療的なこともしたりなど、非常にマルチに活動していて、すごいなと思いました。ところがへき地診療所の看護師というのは、保健師などのパートナーとして意外に認識されていないようで、そういう課題も一つ見えてきました。

山田 まさしくそのとおりです。自治医大卒業生は、へき地診療所へ義務年限で行かされるのですが、そこは事務員、看護師、それぞれ1人ずつで、看護師さんは大体地元の人ですから、基本的に地元の人たちのことをよく知っていて、患者さんも、新人の医者の方は見ずに看護師さんに話をする。そうすると看護師さんも「先生、この人はいつもこうなのだから、こうなさい」と教えてくれます。着任した当時は私も看護師さんの言うことだけを素直に聞いていました(笑)。地域の診療所の看護師さんはマルチタスクで、外来の介助や往診の同行、調剤の手伝いだけでなく、新米医師に対する苦情の受け付けや診療所の開け閉め、掃除まで、およそ看護専門職とは言えないような仕事まで担っています。私自身そういう人に守られて育ち、重要な同僚というより、私にとって育ての親のようなものです。

## 看護師の資質向上の課題

山田 地域で患者さんとの継続性や近接性について、診療所の看護師さんは圧倒的な力を持っていると感じています。地域を守ってきた看護師さんたちの、そういったところに視点を向けていただけたというのは本当に素晴らしいことだと思います。へき地の診療所の看護師さんの実

態調査をされて、今後の看護師さんの教育や育成についてはいかがでしょうか。

春山 やはり課題はへき地では研鑽の機会が非常に少ないということ。それから人材の確保が大きな課題だと思います。

そのころ、自治医大地域医療学センターの



センター長だった梶井英治先生が、へき地保健医療検討会の座長をされていて、野口先生に参考人としての意見を求めたのですね。それが私に振られてお話しする機会がありました。

そのときちょうど、東京都の小規模離島の保健師等の専門職の確保事業に関わっていたのですが、辞めていった人の話を聴くと、島にいても研鑽の機会がなく、それはやはり住民の人のためにならない。つまり自分がここにいるのも、自分も成長できないし、その結果として住民のためにもならないから、自分は辞めるべきだと思ったというのです。それを聞いて、資質向上と確保定着は一緒に考えていかななくては駄目だと思いました。

それからもう一つは、看護職員需給見通しに関する検討会の内容を調べてみると、看護職員が足りない県はほとんどないという結果になっていました。でも現場の感覚としては、不足していると言われていて、ではそのギャップは何だろう？と考えたところ、都道府県単位での分析なのです。東京に医師や看護師が集中しているのと同じで、その他の都道府県においても県庁所在地等に集中し、周辺は足りていないということなのです。やはり都道府県の中の地域分析をして対策を考えないといけないのではないかと、その時発言させていただきました。

**山田** 確かに地域の看護師さんは日々の業務に追われ、教わるという機会になかなか恵まれません。せいぜい日常の業務から学びとっていくという感じですよ。また地域の看護師さんは知識や技術ばかりでなく、個々の患者さんに寄り添い、患者さんを取り巻く家族、隣人や地域のことも知っていなければなかなか個々の患者さんを救うことにつながらない。患者さんの抱えるいろいろな問題に対応できる総合力が必要だと思う

のですね。

**春山** 看護師というのはジェネラリストだと思っています。専門看護師や認定看護師はいますが、ベースはみんなジェネラリストで、その上に特定の看護分野の専門性を乗せていくことになります。看護の場合、完全に専門分化というのはあり得ない。ジェネラリストの部分を失くしてしまったら看護職ではないと思います。その中でも診療所の看護師はスーパージェネラリストだと思うのです。ですからスーパージェネラリストとして、どういう知識やスキルが必要かということを整理して研修プログラムのようなものを作ることができればいいと思うし、それが自治医科大学看護学部、もしくは日本ルーラルナーシング学会の役割かもしれないと思います。

**山田** 自治医大には医学部と看護学部があるわけで、卒業生のへき地医療のネットワークとうまくタイアップして、一緒に情報共有したり知恵を出し合ったりできればいいと思います。われわれ協会でも東京で学会や研修会を開催すると、病院の看護師はドッと集まりますが、診療所の看護師は1人、2人しかいないところも多く、出てこられないのです。ですからテキストを配布したりeラーニングを提供したりして、現場に対しても研修を担保できるようにするのが喫緊の課題ではないかと思っています。

**春山** 私が学部長になった平成24年度に、永井良三学長にもご相談をし、文科省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業に応募したところ採択され、平成25年度から5年間、研究プロジェクト「日本型地域ケア実践開発研究事業」に取り組みました。その成果物が、地域で実践する看護職を対象とした「地域ケアスキル・トレーニングプログラム」でeラーニングを導入しています。

**山田** 素晴らしいですね。

**春山** 当初はへき地に関連しない方の受講が多かったのですが、徐々に浸透してきて、現在はへき地診療所やへき地医療拠点病院の看護師の方々が多く受けてくださっています。課題は、プログラムの作成側がへき地診療所やへき地医療拠点病院の看護の状況を十分に把握しているとは言えないため、それらへき地およびへき地をカバーする医療機関の看護により一層マッチした内容にしていく必要があることです。

**山田** 確かに現場のニーズにフィットしない限り、単なる耳学問になってしまいますね。

**春山** そうなのです。例えば、近年、退院支援が重視され、課題となっていますが、へき地ではそれだけではなく入院支援も課題となっています。

**山田** そうですね。むしろ治療を拒んで入院したくない人が多いですね。

**春山** 地域の資源の違いなども理解して、へき地の現状にマッチした教育内容にすることが課題ですね。

**山田** そこを卒業生として、本学医学部と一緒に協力したいですね。われわれ地域医療振興協会の運営施設も多くはへき地・離島など、医療の確保に困っている地域、医師不足の地域にあります。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

す。そういった地域でネットワークを組んで情報共有し、共にサービスの質を担保していこうということが、ようやく始まったところです。ぜひ協会の枠組みにとらわれず、卒業生の担っている地域をつないで、先生が注力されているような看護師の育成や研修についても協力させていただきたいと思います。実際に現地で頑張っている人材を巻き込んで、さらに人材育成の輪が広がったらいいですね。

## へき地・離島で重要な看護師による特定行為

**山田** 協会では3年前より特定行為に係る看護師（特定ケア看護師）の育成を行っていますが、今後は無医地区や無医島での特定ケア看護師の役割が重要だと思っています。例えば鹿児島県の十島村の小規模離島はほとんどが無医島で、島民100人前後のところを全て看護師さんが守っています。

**春山** ドクターは月1～2回、巡回診療をされるのですよね。

**山田** そうなのです。ところが現状ではなかなか島での「看取り」はできないのですね。ですからもう長くないとなるとあらかじめ本土へ行かなくてはならないし、もし島で亡くなってしまうと警察の検視ということになりかねない。看護師

さんにある程度の権限が委任されれば、自然な死亡に対して、死亡診断を医師に代わってすることも可能だと思うのですね。そんな離島やへき地で医師に代わって活躍するような特定ケア看護師の育成を協会では目指しています。自治医大での特定行為に係る看護師育成の現状も少しお聞かせいただければと思います。

**春山** 厚労省のチーム医療推進会議の座長もされていた永井学長のリーダーシップの下、自治医科大学では看護師の特定行為研修制度が創設された平成27年度に看護師特定行為研修センターを開設し、研修を開始しました。

研修制度が創設される前までは、専門看護師や認定看護師という資格があるので、私はあまり乗り気になれなかったのですね。また、医行為を必要に迫られ、行っていた離島などでは、看護師の役割と限界について、やっと住民の理解を得られるようになってきたところであるという声も聞こえてきたりしていました。

しかし法律は変わらないまでも、国の制度として特定行為研修制度が創設されることになったので、この制度が看護の向上や発展につながるようにしなければいけないと考えました。自治医大看護師特定行為研修センターでは、医療

資源の少ないところで活躍できるスーパージェネラリストとしての看護職を育てることを目指して研修を組み立て実施しています。

**山田** 協会では米国のオレゴン健康科学大学の家庭医療学との交流があり、以前にオレゴン州のへき地を訪問する機会がありました。また数年前にはスコットランドのハイランド地域にも視察に行きました。それらの地域ではどこも医師の確保に困っていて、重要なカウンターパートになっているのが診療看護師(NP)なのです。NPは診療や処方箋を書いたりといったある程度の医療行為をしていて、それが非常にうまく機能しているのです。われわれもへき地の医療を担う団体として、そういった能力のある看護師がへき地の医師の強力なパートナーになりうと思っています。協会の特定ケア看護師の研修はまだ年間5~10人程度の受講ですが、現在藤谷茂樹先生がJADECOM-NDC研修センターのセンター長として、臨床推論に重きを置いて育成に力を入れてくれています。なんとか近い将来へき地看護といった分野で成果を出せるよう模索している状況です。またぜひ先生のお知恵もお借りしたいと思います。

## 看護師は外へ

**春山** 最後に一つだけ付け加えたいのですが、地域看護師というとイコール保健師のようなイメージがもともと私にはありました。ところがいま超高齢社会というだけでなく、人口減少時代に入り、これからは看護師がたとえ病院に所属していたとしても、病院の中にだけいる時代で

はなくなると思います。入院期間は基本的に短くなって、療養場所も施設や在宅などさまざまな状況になったときに、地域看護学というのは看護師が全般的にきちんと身に付けていかなくてはいけないものだと思います。

**山田** 本当に大事なことだと思います。私も何年か

前は、地域看護という用語は地域医療と同じような捉え方なのかと思っていたのですが、ところが看護の世界では保健師さんの話だと知りました。初めはちょっと違和感がありましたね。

**春山** 看護職全体における地域看護学の重要性について、看護界でも認識を変えていこうという動きがあります。

**山田** 自治医大のこういったポジションにいらっしゃる先生から発信していただけると、非常に説得力があると思います。地域医療や地域看護が全体の医療や看護の流れに影響を与えるような時代になってきます。特に超高齢化や人口減少、限界集落等々、いろいろな課題を抱えながら日本を守っていかなければいけないので、ジェネラルな人材というのは、非常に重要で、

むしろ今後は中核的な存在になってくるのではないかと、先生のお話を聞いていて、あらためて確認をすることができました。

最後になりましたが、今もへき地、離島で頑張っている若い先生たち、あるいは地域で頑張っている看護師さんたちにエールをお願いします。

**春山** これからは皆さんの時代です。それが日本全体に求められるようになってきているので、ぜひどんどん発信していただきたいし、そのために自治医科大学看護学部が協力できることはしていきたいと思います。頑張ってください。

**山田** ありがとうございます。若い先生や地域の看護師さんにとって自信になると思います。

春山先生、今日はありがとうございました。



### 春山早苗先生プロフィール

千葉大学看護学部卒業。東京都葛飾区にて保健師を務めた後、群馬県立福祉大学校、同医療短期大学看護学科、同専攻科地域看護学専攻に勤務。

2003年自治医科大学看護学部へ赴任、2012年自治医科大学看護学部長に就任し、現在に至る。

大学院看護学研究科長、看護職キャリア支援センター副センター長、看護師特定行為研修センター副センター長を兼務。



# 地域から羽ばたく女性医師

企画：地域医療研究所長 山田隆司

## 特集

- エディトリアル

---

- 女性医師をサポートする立場から

---

- 香川の中心で地域医療を叫ぶ

---

- 離島の医師として

---

- ゆっくり家庭医療専門医に到達し、短時間勤務でへき地診療所長をする、女性医師(私)の一例報告

---

- 地域で家庭医を志す中で

---

# エディトリアル

地域医療研究所所長 山田隆司

第13回 へき地・地域医療学会のメインテーマは「地域から羽ばたく女性医師」でした。学会2日目のメインシンポジウムを今回の執筆陣の内の4人にお願しました。そのうち女性演者はいずれも地域医療に携わる医師であって、それぞれ出産や育児と仕事を両立、あるいは時々どちらかを優先させながら地域貢献を果たしてこられた経験を語られました。医師として、母として、迷いながら、悩みながら、それでも地域というフィールドで、家族や地域の人に助けられながら、各々が仕事を全うしてこられた話をお伺いして大変感銘を受けました。当日参加できなかった全国の読者の皆さんにもぜひ伝えたいと思い、今回の特集としました。

今回の特集記事では石川鎮清先生には自治医科大学としての女性医師のサポート体制の現状、義務年限内のへき地勤務という問題を乗り越えるための取り組みを解説していただきました。今後増え続けるであろう女性医師のキャリア形成の支援につながることに期待したいと思います。十枝めぐみ、白石裕子両先生には地域での仕事の苦労や辛さを超える楽しさ、豊かさを述べていただきました。出産、育児を乗り越えて、実際に母として女医として地域のさまざまな課題に取り組まれてこられた内容に、臨床医としてのお二人の人間力にただただ尊敬するばかりです。

また佐藤優子先生には自治医大出身者ではない女性医師が、自ら志してへき地医療に関わり、自然体で出産、育児を乗り越えてこられた姿を述べていただきました。村山愛先生には今義務年限の中において、新しい専門医制度の中、自らプログラムを作りながら地域医療に取り組んでこられている現状を述べていただきました。若いお二人の先生の論文からはそれぞれ真っ向から地域医療に相對する誠実さが伝わってきて、今後令和の時代にさらに臨床医として飛躍されるのが予感されます。

現在日本専門医機構の総合診療に関する委員会では、プログラムの中のへき地勤務のことが取りざたされています。へき地勤務を義務付けたことで志願者が減っているのではないかと。若い医師、特に女性医師にとってハードルが高すぎる。総合診療に限ってそのような条件を付加するのは不適切だ、等々。

医師のプロフェッショナルリズムとして最も重要なこと、国民が最も職業としての医師に期待しているものはなんでしょうか。少しでも多くの読者が今回の特集からその解の一つを読み取ってほしいと願っています。

# 女性医師をサポートする立場から

自治医科大学 医学教育センター 石川鎮清  
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  
自治医科大学 地域医療学センター総合診療部門 石川由紀子  
自治医科大学 臨床検査医学 山本さやか  
自治医科大学 小児科学 小島華林

## POINT

- ① 自治医科大学卒業生のワークライフバランスの支援をJ-PASSと呼び活動している
- ② 在学生と卒業生との交流は女性医師だけでなく男性医師にとっても有意義である
- ③ ワークライフバランスとキャリア支援の活動内容をブログで発信している

## はじめに

女性医師の割合は増加傾向(医師・歯科医師・薬剤師調査)にあり2016年には21.1%となっている。自治医科大学(以下、本学)は、全国47都道府県より入学し、卒業後に出身都道府県において9年間の義務年限がある。本学卒業生における女性医師の占める割合は、当初は低い値を示していたが、最近では全国的な傾向と同様に増加している。本学には、義務年限内の卒業生を支援する組織として、①卒業指導委員会、②卒業指導部、③地域医療推進課、④各都道府県における顧問指導委員および学外卒業指導委員、⑤各都道府県主管課がある。卒業指導委員会はブロック別担当および各都道府県担当の卒業指導委員より構成されているが、近年女性医師支

援担当が配置され、女性医師支援のサポート体制を構築しつつある。具体的には、本学と地域の2階建てで考えられている(図1)。本学では卒業指導委員会や卒業指導部で、卒業生はもとより、医学生等の卒業に関してサポートを行う。地域では地域で活躍する中心的な役割を担う女性卒業生がブロック担当となり、ワークライフバランスのとり方等のアドバイスを、意識改革を行っている。

## J-PASSとは

前述のサポートシステムをJ-PASS(Jichi Post-graduate self-Affirmation Support System)と呼んでいる。女性のみならず男性においてもワークライフバランスを保ちつつ、将来の自分



図1 卒業女性医師の地域におけるサポートフロー図(J-PASS)



図2 J-PASSのロゴ

自身のキャリアを見据えて人生を進んでいてもらいたいという思いをこめて、自治医大の卒業生だけが担う義務と使命に自己肯定感と誇りを持ってもらえるよう、“自己肯定感(self-affirmation)”というワードを入れている(図2)。

この活動の最も重要な目的は意識改革であり、例えば、女性医師の抱える、結婚・出産・育児といったさまざまなイベントに対しては、単に「乗り越えるべき壁」ではなく、「経験できる得難いチャンス」であると捉えることができるようなサポートをしている。

## J-PASSの活動

具体的な活動としては、①「卒後ワークライフバランスについて考える会 in Jichi」講演会・懇談会(卒業生の講演会と医学生を交えた懇談会)、②ブロック担当者会議の開催(地域で後進の相談相手となれるような卒業生女性医師の育成)、③個別聞き取り調査(全国各地の女性医師の勤務先を訪問し、勤務・生活についての聞き取り調査を行い、学生に対して卒業後の不安解消・義務年限の過ごし方の実例を提示)、④都道府県別訪問調査(各都道府県内の女性医師のネットワークを強化)、⑤学生懇談会、⑥学生世話人会、⑦女性医師支援プログラムの開設、⑧各地の保育に関するニュースレターの配信、⑨女性卒業生から卒業生へのリレーエッセイの配信、⑩女性卒業生から在学学生へのメッセージ集の発行、などである。

## 「卒後ワークライフバランスについて考える会 in Jichi」講演会・懇談会

学生寮で開催している「卒後ワークライフバランスについて考える会 in Jichi」は、在学学生を対象とした本学卒業生の女性医師および男性医師を招いての講演会および懇談会である。平成



表1 卒後ワークライフバランスについて考える会 in Jichi  
～在学生と卒業生の交流会&講演会～

開催日	テーマ
平成24年11月	卒後ワークライフバランスについて考える
平成25年 5月	キャリア形成について
平成25年11月	育児と仕事の両立について
平成26年 5月	キャリアについて
平成26年11月	育児と仕事の両立について
平成27年 7月	キャリア形成、仕事と子育ての両立
平成28年 6月	キャリア in the Future
平成29年 6月	地域でのワークライフバランスとキャリアを支える
平成30年 7月	ワークライフバランスとキャリアの進展 ～自治医大生でよかったこと、悪(!?)かったこと～
令和 元年 6月	ワークライフバランスとキャリアの進展 ～どんなLIFE?～

24年に始まり令和元年6月30日の開催でこれまでに10回となった(表1)。近年は年に1回開催しており、「ワークライフバランスとキャリアの進展」などのテーマで女性卒業生2人と男性卒業生1人の計3人に講演してもらっている。講演会終了後には、在学生と卒業生を交えて昼食を取りながらグループワークを通して交流し、学内から参加している卒業生などとともに学生の疑問などにも対応してもらっている。女子学生に加えて男子学生の参加も徐々に増えてきている。学生の感想として「新しい考えを多く知れました」、「さまざまな選択肢があることが新鮮でした」、「リアルな話が聞けて、自分の将来を考えていこうと思いました」、「人生は思ったようにいかない中でマネジメントしていく重要さがわかりました」、「義務年限をプラスにとらえるようになりました」などが聞かれ、疑問や不安を多少なりとも解消できているものと思われる。学生の生活の場である学生寮で開催していることも、ワークライフバランスとキャリアをより身近に感じることに一役買っていると思われる。

## ブロック担当者会議

地域で中心的な役割を果たす女性卒業生との

意見交換会として、各ブロックに卒業生女性医師にブロック担当になってもらい、平成25年より年1回8月にブロック担当者会議を開催している。ここでは「地域における女性医師支援ネットワークづくりに役立つ参考事例」、「ブロック担当の1年間の活動報告/結婚協定者を対象とした意識調査実施のための提案」、「結婚協定締結者を対象とした意識調査アンケートに係る結果報告/卒業生の地域における支援体制の模索～広報戦略について～」、「卒業生の地域における支援体制の模索～支援戦略の具体化について～」など、年間行事として行っている個別の活動以外の活動方針などについて話し合う戦略会議の場となっている。のちに出てくるアンケート調査などの調査研究についても内容や実施方法など具体的に話し合うことができている。現場の卒業生の代表として定期的に意見交換ができ、意義が大きいと感じている(図3)。

## 訪問調査

訪問調査には「個別調査」と「集団調査」とがある。個別調査は、勤務・生活についての聞き取り調査を行い、学生に対して卒業後の不安解消・義務年限の過ごし方の実例を提示するために、全国各地の女性医師の勤務先を訪問し、個別で

## J-PASSブロック担当者会議（年1回、東京）

- ・地域で中心的役割を担う女性卒業生の情報の共有
- ・今後の自治医大女性医師支援対策の企画・立案

### 女性医師支援ブロック担当

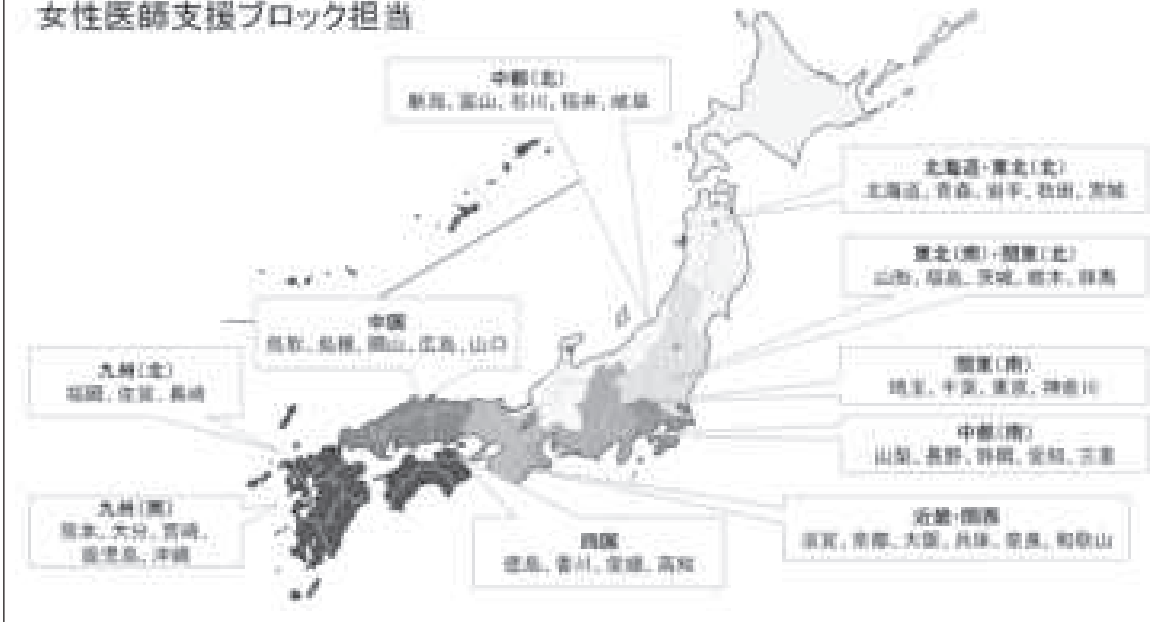


図3 J-PASSブロック担当者会議

話を聞く機会を設けている。勤務と子育ての両立について現状を把握し両立するための要素を抽出することが目的でもあるが、子育てなどで県内の卒業生などとも交流を持つことが難しいような女性卒業生もいて、訪問することで「話を聞いてもらい、少し前向きになれた」など、実際に会って話をすることの重要性を再認識している。集団調査では、各都道府県単位で女性卒業生を対象に複数の卒業生に集まってもらい、大学より女性医師担当教員と事務とで訪問している。調査がきっかけとなり、各都道府県内の女性医師のネットワークが強化され、先輩からの経験をもとにアドバイスをもらうことが可能になり、ワークライフバランスについてヒントを得ることができる場合もあるようである。

### 学生懇談会

同じ出身県の先輩卒業生から県内での勤務状

況やプライベートなどに関する話を、少人数で直接聞くことができる機会として「学生懇談会」を開催している。これまで単独県の場合や卒業生同士の結婚では双方の在學生に参加を呼び掛けて行っている。卒業生による講演に引き続き懇談会を行っているが、「卒後ワークライフバランスについて考える会 in Jichi」の講演会と比べて、出身県の先輩であることや参加者が少人数であることなどから学生も和やかに懇談している様子が伺える。

### 学生世話人会

J-PASSの活動に関して、学生懇談会のメンバーとして学生数人に協力してもらっている。年度初めにランチミーティングを行い、その後も適宜意見交換をしている。中でも、「卒後ワークライフバランスについて考える会 in Jichi」の講演会・交流会は学生寮で行っていることもあ

り、学生の協力が不可欠であることから、参加を呼びかける広報としての役割も担ってもらっている。

## その他の活動

子育て支援などにかかる情報発信については、NPO法人とちぎユースワークカレッジに業務委託を行い、「ニュースレターによる子育て情報発信」(年6回)、「子育て困窮ケースへの対応」「産前産後休暇に入る医学部卒業生への情報提供」などを行っている。

卒業生女性医師より希望があり、平成26年11月から「女性医師リレーエッセイ」を執筆してもらい配信している。また、さまざまな調査を通して得た卒業生からのメッセージをまとめて、女性卒業生から在学生へのメッセージ集を発行している。

## 調査研究

その他の活動として、アンケート調査の実施なども行っている。発表した内容をいくつか簡単に紹介する。

女子学生を対象にしたアンケート<sup>1)</sup>では、義務年限内に結婚・出産を希望した者は約7割、「出産」「家庭との両立」に対する不安が約8割であった。希望する支援プログラムでは、「卒業生女性医師との懇談会」「女性医師支援制度についての情報提供」「キャリアアップについての情報提供」が8割を超えていた。

卒業生の就業継続に関するアンケート<sup>2)</sup>では、義務年限終了後も女性卒業生医師は、約8割が常勤の医師として勤務を継続し、「好きだから」という前向きな理由で科を選び、自己満足度に関するスコアでは、8割以上の高い値を示した。

義務年限遂行にあたり夫婦がそれぞれの出身地で経験する生活の満足度に関連する要因の分析<sup>3)</sup>では、生活の満足度には、出身地による違

いを認めなかった。一方で、相手の出身地では、さまざまな困りごとが不満の要因につながりやすく、良き相談相手の存在が高い満足度と関連し、特に、上司となる立場の人への働きかけは有効かもしれないとしている。

今後も、このようなアンケートを通して、調査研究を継続したいと考えている。

## まとめ

J-PASSの活動の最も重要な目的は、意識改革である。女性医師支援ブログ、ニュースレター等で情報発信していることで、機会があれば読んでいただければ幸いである。さらに、アンケートや訪問調査などにいただいた意見の中に、悩んでいるのは自分だけでないことや優先順位を話し合っておくことの重要性など、自分たちが経験して乗り越えてきたさまざまな知恵と工夫がある。それらを共有しながら、悩んでいる卒業生に寄り添えるように活動を続けていくことも重要な課題である。また、本学でのこれまでの取り組みは他大学出身の女性医師支援にも応用可能なものも多いと考える。

## 謝辞

日頃よりJ-PASSの活動をともに推進してくださっている自治医科大学地域医療推進課の皆様、心より感謝申し上げます。

## 参考文献

- 1) 石川由紀子, 牧野伸子, 山本さやか, 他: 卒前教育におけるワークライフバランスに関するニーズ分析. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2016;39:19-22.
- 2) Nakamura T, Makino N, Ishikawa Y, et al: Life satisfaction for rural practice in both own and partner's home prefectures. Jichi Medical University Journal 2017; 40: 9-15.
- 3) 牧野伸子, 仲摩恵美, 吉村成子, 他: 自治医科大学女性卒業生を対象とした就業継続に関する調査結果. 月刊地域医学 2016;30: 462-466.
- 4) [http://www.jichi.ac.jp/chisuika/jichi\\_womensupport/blogsummary.html](http://www.jichi.ac.jp/chisuika/jichi_womensupport/blogsummary.html) (accessed 2019 Jul 5)

# 香川の中心で地域医療を叫ぶ

綾川町国保綾上診療所 所長 十枝めぐみ

## POINT

女医が羽ばたくために必要なものは

- ① 軽いフットワーク:いろいろなことに興味を持つこと
- ② 大きな(大きくなくても)夢:目標を持つこと, やりたいことを見つけること
- ③ 理解と共感:声に出して伝えること, そして周囲に支えてもらうこと

## 特集

### はじめに

「行っても1年やで」と言われて、県から送り出された診療所。自治医科大学卒業後義務年限内の派遣先として、旧綾上町立の診療所に赴任して、なんと今年で24年目となった。当初、香川県では女医を診療所に派遣したことはなく、新婚早々であり、県としては診療所勤務中に産休・育休など取られては困るため、冒頭のような発言となったわけで、受け入れる町役場としても「女医さんに来られても困るけんのお」と及び腰。せっかく自治医大を卒業して地域医療の最前線である診療所に赴任したのだから、「女医さんやいらん」と言われたくないと先輩に相談したところ、「実績を出すしかないやろ」とあたたかい激励を受け、平成8年、羽床上・粉所2ヵ所の診療所長を兼務する形での勤務が始まった。

### FAXがない

今から23年前、もちろんスマホはなく、インターネットも整備されているとはいえ、主たる通信手段は固定電話だったが、FAXは家庭にもすでに普及していた時代。ところが診療所には当時FAXがなく、至急の検査を検査センターに外注すると、結果報告の電話がかかってきて、受付事務の職員が聞き取ってメモを取る、というような状況。主幹課にFAXの購入をお願いしたが、予算をとっていないので無理とのこと。会議の出欠の報告など、FAXの方が早いような業務も全て電話か郵送。

そこで、FAX送信が必要なことができると、町役場まで往診車を使って出向くことにした。何度か繰り返すうちに役場職員が「どうしたんですか?」と聞くので、役場の中心で「いまどき診療所にFAXがない!」と叫んだところ、なん



と翌日に、総務課の予算を使ってFAXが配備された。しかも、診療所2ヵ所同時に、叫ぶこと、つまり思っていることは声に出すこと、そしていろいろな人を巻き込むことが大切ということ学んだ。これに味を占めた筆者は、事あるごとに役場に出かけて行って叫ぶことにした。

## 在宅医療に力を入れたい

実績を出すなら在宅医療ということで、在宅医療に力を入れたい旨を保健師さんにアピールした(叫んだ)。すると、保健師さんとヘルパーさんで月1回行っていた在宅支援会議に筆者も参加できるようになり、週1回の開催を持ちかけ毎週参加するようになった。すると訪問診療の対象になりそうな患者さんを紹介してくれるようになり、訪問診療の患者さんが増えた。訪問診療が増えると診療収入も増え、診療所の実績が徐々に上がっていった。保健師さんやヘルパーさんをと仲良くなることが大切と学んだ。

何人かの患者さんを在宅で看取らせていただくうちに、外来の患者さんから「せんせに脈とってもらって死ぬけん、せんせここでおってよ」といわれるようになった。1年での転勤が決まっているとも言えず、「そんなこと考えんと長生きしてよ」と答えるしかなかった。

## 授乳室がない

そうこうするうちに1人目の妊娠が判明。「行っても一年やで」の約束通り、産休とるなら保健所に異動か、と覚悟したのだが、それまで赤字続きだった診療所の収益が上がってきており、1年で異動にするのはもったないと役場が判断してくれたのか、産休をとっても良いということになった。産休中は、当時大宮病院に戻られていた県の先輩、現在地域医療振興協会の新鞍 誠先生が代診に来てくださった。予定日きっかりに生まれた娘のおかげで、産前6週、産後8週の産休をきっちり取り、診療所まで実家の母に子守に来てもらいながら2年目の勤務が始まった。

産休明けすぐ、全国国保地域医療学会が広島で開かれた。国保の診療施設からは毎年参加するものであるというのを町にアピールする目的で、生後2ヵ月半の長女を連れて参加した。1日目は実家の両親に、2日目は夫の両親に現地子守をしてもらい、授乳時は娘を会場まで連れてきてもらった。会場は国際会議場だし、女性の参加者が多いので、てっきりあるものと思っていたが、授乳室はなく、トイレで授乳した。2日目には見かねた会議場の職員の方が、事務所の一角を貸してくださった。そんなことがあって、国保診療施設協議会の偉い先生方に授乳室や託児所の必要性を叫んだので、以後の学会では、設けていただけることが多くなっていくように思う。

## 総合保健施設を作りたい

「保健師さんやヘルパーさんとの距離が遠くて不便だ」と役場の真ん中で総合保健施設の必要性を呼び続け、福井県名田庄村のあっとほーむいきいき館の記事が掲載された本誌をわざわざ役場までもっていき、「こんな施設いいですよ」と叫んだら、「見に行ってみよか」という話になり、毎年行っている議員研修の目的地が名田庄村になった。そして綾上にも総合施設をという方向で町が動いていくことになり、議員さんと仲良くなることも大切だと学んだ。議会を通らないと予算も付かない。

診療所3年目、義務年限9年目の年、総合施設の計画が進む中で2人目の妊娠が判明。「総合施設を作るからには綾上におってくださいよ」と町から言われ、育休をいただくかわりに、義務年限後は町職員となることになった。義務明けのタイミングで義務内の後輩に1年診療所に来てもらい、産休に引き続いて半年の育休をいただいた。夫が岡山大学に戻っていたので、育休の間は岡山に住んだが、テリブル2の長女と、湿疹のひどい0歳児を抱え、夫は忙しいし、実家は離れているし、知り合いはいないし、半年の経験で、筆者には専業主婦は無理、という結論に達した。



## 男性医師が育休とつてもえんやっ

平成12年の春から仕事に復帰し、総合施設の計画を進めていった。実家に長男を預け、長女を保育所に送り診療所に通勤、昼休みに授乳のために実家に帰りました診療所に戻るという毎日。総合施設の名称は公募で「いきいきセンター」と決まり、設計や内装、家具の選定に町民の有志に参加してもらい準備が進む中、なんと3人目の妊娠が判明。代診を探すも、産前6週産後8週連続してくれそうな先生は見つからず、日替わりで県内の国保診療施設から応援していただき、代診が確保できない日は、筆者が診療に当たった。町村合併の話が進む中、職員に対する合併説明会に参加していた途中の夜8時頃産気づき、自分で運転して自宅に帰りそのまま入院、11時に出産した。後輩には全くお勧めできないような経過。そして総合施設のオープンのため産後は6週で仕事に復帰した。たまたま、総合診療のカリスマドクターGこと福井の林 寛之先生が育休をとった、という記事を目にして「男性医師が育休とつてもえんやっ」と眩いたら(ここは叫ぶのではなく)夫が育休をとって上2人の保育所の送り迎えと、3人目の子守をしてくれた。どの職業でも同じと思うが家族の協力は何より大切である。

現在では産前産後の休暇はきちんと保証されているし、代診の確保や費用についてもさまざまな補助がある。育児中の時短勤務や、保育ママなど子育て支援制度も充実してきた。困ったときは自分で抱え込まず声に出して相談することが大切と思う。

## 地域から羽ばたく？

子どもを育てながら、勤務を続けている筆者が、学校行事に参加するため仕事を休んでも、「そら、いてやらないかん」と、応援して下さる地域の皆さんは、うちの子どもの成長を暖かく見守ってくださっている。そんな町の人たちのために筆者ができることは、地域の皆さんが住み慣れた町でいきいきとその人らしく

過ごすことのお手伝い。筆者が提供できる医療は限られているが、手を貸して下さる人がたくさんいてくださったおかげで、いろいろやりたいことが見つかると、そのたびに、自由に楽しく仕事が広がってきた。こんなに長く診療所勤務を続けてきたのはやはり楽しいからにほかない。

今回のシンポジウムで「地域から羽ばたく女医」というお題を頂き、「羽ばたく」について調べてみた。まずは「鳥が翼を広げて上下に動かすこと」。そして比喩的な意味として「人が成長して社会人として活躍し始める、また、自由に行動する」とあった。病院の医師は患者さんが来て初めて行動できるが、診療所の医師は来ない人にも自由にアプローチができる。

## すくすくタイム

以前本誌にも、掲載させていただいたが、子どもが好きなのでしょっちゅう学校に出かけていく。そして毎月子どもたちに話をしている。そもそもの始まりは、20年ほど前、羽床上診療所の裏にあった羽床上小学校の養護教諭と教頭(どちらも女性)との立ち話から。子どもの生活リズムの乱れや食生活の問題について話をしているうちに「そうや、せんせ、学校で話してよ」。平成13年2月「かぜの話」を皮切りに毎月学校で子どもたちに話をすることになった。小学校の統廃合を経て旧綾上町立の小学校が1校となった現在も、毎月最終火曜日の朝礼時は「すくすくタイム」として、朝礼の時間がとれない月は給食の時間を利用して、子どもたちからだやこころの健康について話を続けている。ちなみに小学校の給食はとてもおいしいので、それも楽しみの一つである。

## 授業

朝礼とは別に、学校で授業を受け持っている。4年生の小児生活習慣病予防健診の前に、子どもたちと父兄を対象に1コマ「生活習慣病予防について」。やや難しい内容もあるが、血管が



写真1 授業風景

つまった写真や、生活習慣病になった芸能人などの写真を見せたときの子どもたちの反応を見るのが楽しみである。

3年生と6年生は香川県独自のカリキュラム「がん教育」の授業が1コマずつあり、授業を行うのは養護教諭だが、オブザーバーとして参加している。以前から朝礼の時にがんの話をしてきたこともあって、筆者はがんの専門医でもないのに香川県のがん教育検討委員会のメンバーに入れていただき、教材の開発から関わらせていただき、現在はがん教育推進委員会のメンバーとして活動している。

昨年からは中学1年生の防煙教育の授業を1コマ受け持たせていただいている。筆者は中学校の学校医はしていないのだが、子どもたちは小学校で毎年話してきた世界禁煙デーのことを覚えていてくれるので非常に嬉しい(写真1)。

## じゃんぐるくらぶ

当地区は肥満児童の割合が以前から高く、小児生活習慣病予防健診にもいち早く取り組み、個別指導に力を入れてきたが、運動する機会が少なく、運動指導に難渋していた。県内の総合病院の小児科が、理学療法士と協力して肥満治療の体操教室をしているのを聞き、診療所で運動治療をやってみたくて叫んだところ、診療所職員が快く協力してくれて7年前立ち上げたのがじゃんぐるくらぶである。当初、肥満児童を対象にしていたが、集団で運動するのが苦手な児童や、近隣に遊ぶ場所がない児童など希望者が増え、筆者が学校医をしていない町内の他の



写真2 いきいきセンター 冬のイベント

小学校からも参加希望が増えたため、4年前からは主催を教育委員会に移し、筆者はオブザーバーとしてというかむしろ自分の健康づくりのために参加している。なわとびすらできなかった子どもが、参加するうちにダブルダッチができるようになったり、逆立ちや側転ができるようになったりするのを見ることができるのはとても楽しい。

## いきいきセンター冬のイベント

総合保健施設いきいきセンターが開設された平成14年、心の健康づくりイベントとして、「いきいきセンターのクリスマス」を開始した。保健師や栄養師が中心となって始めたイベントは、「いきいきセンター冬のイベント」と名前を変え、地域に定着。平成18年隣町の綾南町と合併後、イベントの存続が危ぶまれたが、診療所主催で引き継ぎ、現在は「きまいちゃんくらぶ」と称する住民の有志からなる実行委員会方式で実施し、毎年800人以上が参加する盛大なイベントとなっている。オープニングイベントのジャンボ巻きには町長も参加し、非公認ゆるキャラ「きまいちゃん」の着ぐるみをかぶっているのは我が家の末っ子である(写真2)。

## 山なみ芸術祭2018 AYAGAWA in いきいきセンター

今年も瀬戸内の島々を舞台に大々的に開催されている瀬戸内国際芸術祭。その向こうを張ってというわけではないが、香川県の山間地区で開かれている山なみ芸術祭をご存じだろうか。「せとげい」が億単位の予算を使った官主導の芸術祭なのに比べ、「やまげい」は民主導の芸術祭で、芸術家さんも地域の皆さんも手弁当てで参加している。昨年開かれた第3回の芸術祭にいきいきセンターも参加し、芸術作品の展示会場および、オープニングイベント「いきいきライブ2018」の会場となった。いきいきセンターでは、毎週ヘルスアップ教室や、じゃんぐるくらぶなど、体を動かす事業は行っているが、芸術祭に参加することで、芸術は心を動かすのだということに改めて感じた。「いきいきライブ2018」は「いきいきセンター秋のイベント」のコラボ企画として開催、地元のアマチュアバンド演奏に筆者も1曲キーボードで参加し、会場をサプライズで盛り上げた。今年6月には「いきいきライブ2019」を「いきいきセンター夏のイベント」のコラボ企画として開催し、高齢者のファッションショーとライブ演奏で盛り上がった。筆者はファッションモデルの代役およびキーボードで参加し、会場にどよめきを巻き起こした(写真3)。

と、ここまで読んで、仕事をしてないんじゃないかと思われたかもしれないが、全国の在宅医療のカリスマの先生方の足元にも及ばないが、在宅看取りもさせてもらっているし、内視鏡の専門医でもないのに、内視鏡検査もかなりたくさんさせてもらっており、仕事もまじめにしているつもり。休日にはヨットレースに出た



写真3 いきいきライブ2019

り、夏休みはダイビング、冬休みはスキーとワークライフバランスもとれているのではないかと思います。夢はまだまだたくさんあって、今は防煙とACPに力を入れ、綾上地区の人口を増やしたいという野望に燃えている。

### 女医が羽ばたくために

鳥はなぜ飛べるのか？鳥が飛ぶために必要な物は、①軽いからだ、②大きな翼、③翼を動かすための筋肉、だそうである。

では女医が羽ばたくために必要な物は何だろう？①軽いからだ。体重が軽いというわけではなく、軽いフットワークでいろいろなことに興味を持ち、いろいろな人とコミュニケーションをとること。②大きな翼の代わりにするのが大きくなくてもいいから夢ややりたいことを持つこと。③そして翼を羽ばたかせるための筋肉の代わりにするのが、理解や共感という周囲の力だと思う。理解や共感の声に出さないと得られない。これらは女医に限らず、男性の医師にとっても、他の職種にとっても羽ばたくために必要だろう。それぞれの人がそれぞれの立場で羽ばたくことでへき地や地域が輝くことを祈ってやまない。



# 離島の医師として

自治医科大学附属病院 総合診療内科 白石裕子

(前職 隠岐広域連立立隠岐島前病院 小児科長・国民健康保険西ノ島町立浦郷診療所長)

## POINT

- ① 離島での医療は、exciting!
- ② 離島での暮らしは楽しい
- ③ 離島で……地域で、人は成長できる

## 翔んで、隠岐

20年の離島暮らし。これは自分の未来予想図にはなかった、と思う。私は地方出身の読書好きな子で、ごく普通に地元の公立高校に進学した。島根といえば出雲大社が有名である。大黒様こと大国主命が因幡の白兔をガマの穂で救ったエピソードは「創傷治癒の原点」だ、という話を知ったのは最近で感激したものである。この続きに白兔が予言した通り、大国主命が八上姫と結ばれたエピソード「ラブストーリーの原点」がある。さらに嫉妬した兄は大国主命を焼き殺し、この時天から遣わされた二人の医師(キサカイヒメとウムカイヒメ、出雲大社本殿東隣りに社あり)が「女医の原点」。神話の世界も奥が深い。

高校時代は世界史が好きで歴史学者を夢見たが、歴史でご飯は食べられないよと周囲に止められ、どこでも生きていけるよう手に職を、と

医学部を選択した。当時は国際医療協力を憧れ、国家救援医・國井修先生の勉強会に参加したり、ホームステイ先を紹介してもらいインドに短期留学したりもした。しかし自治医科大学卒業後はまず、9年間のへき地勤務がある。大病院でのスーパーローテイト研修、県立病院、山間へき地勤務を経て、日本海沖約60kmに浮かぶ“とって隠岐の宝島”西ノ島町に赴任することとなった。「海それとも山?」と聞かれたから、そしてその時山にいたから、海を選んだのであった。

## 隠岐の離島医療

隠岐・西ノ島で一人医師診療所長を任され、初めての子育てと医者稼業両立の毎日は怒涛のように過ぎていった。対象人口は約5,700人(赴任当時約8,000人)、高齢化率が43.7%(2019年6月現在)、医療機関は隠岐島前病院(2001年以前

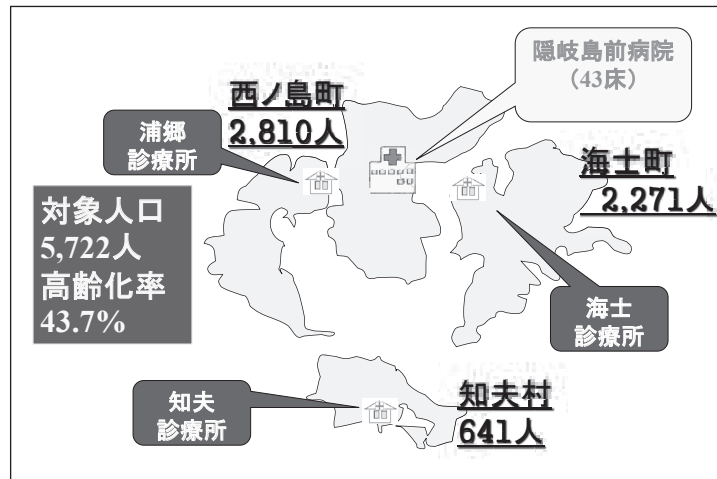


図1 隠岐島前の医療機関

表1 隠岐島前病院の診療体制

<b>常勤医</b>	内科系総合診療医 (6)		胸腹部 外科医 不在
	【小児科系総合診療医(1)】		
<b>非常勤医</b>	眼科	(1/週)	
	耳鼻科	(1/月)	
	産婦人科	(2/月)	
	精神科	(1/週)	
	整形外科	(2/月)	
	難病(神経、膠原病)、発達、就労相談		
患者数	外来患者数	120/日(自己ベスト160/日)	
	救急車受け入れ	120/年	
	救急外来患者数	1200/年	
2019/7/16	スタッフ総数	82人	対象人口 6,000人3島

表2 小児科系総合医(私)の1週間

月曜日	午前午後	知夫診療所外来
火曜日		隠岐島前病院内科外来
	午後	乳児健診 学校健診 予防接種 往診
水曜日	午前午後	浦郷診療所外来
木曜日		隠岐島前病院外科外来
		検査 CT 超音波 大腸内視鏡など
	午後	4ヶ月健診 介護サービス調整会議
金曜日		浦郷診療所外来
	午後	新生児健診
		警察健康相談医業務など
当直は月3、4回		

は島前診療所)44床と4つの診療所、医師は9名、人口当たり医師数は対人口10万人で150人と、全国平均238人に比べ医師不足の過疎の離島である(図1)。

しかし、離島医の仕事は幅広い(表1, 2)。

内科、外科、小児科から眼科、耳鼻科、婦人科、精神科まで、連絡を受ければ全ての初療に対応しなければならない。また救急車の受け入れから慢性期、在宅医療まで、ゆりかごから墓場まで何でも診る。へき地・離島は全人医療の聖地になり得ると言えるのではないか。

赴任当初はというと心臓超音波検査もろくにできなかった。島人に支えられて少しずつ守備範囲を広げるため、PIPC(Psychiatry in Primary care), ALSO(Advanced Life Support in Obstetrics), PALS(Pediatric Advanced Life Support), 思春期の心の問題、認知症サポート

医、などさまざまな研修に行った。隠岐島前病院の取り組みとしては毎年スタッフ全員がBLS(Basic Life Support)実習を受ける環境が整った。

2010年までは外科、小児科の専門医が大学病院から派遣されていたが、引き上げ以降は総合診療医が全て診ている。島の新参者である若手の先生方は、救急車の対応より、一般外来の皮膚診療や、整形疾患(腰・肩・膝の痛み)に悩まされるようだ。皮膚に関しては遠隔診療で大学皮膚科にコンサルト可能であり、整形疾患は白石吉彦院長はじめ先輩医師の元、超音波診断装置を使った診断、治療を学びながら実践していく機会がある。医師が自らCT撮像を行い、全例数日以内に、緊急時は直後に県立中央病院放射線科医の読影レポートを参照できる。離島というと聴診器と血圧計での診療を想像して見学



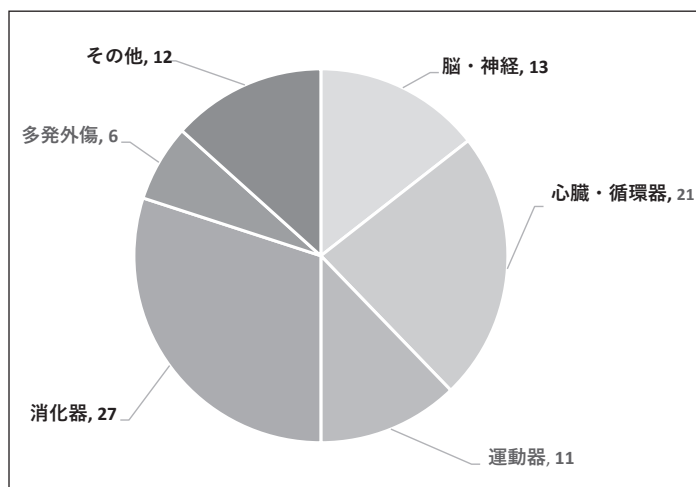


図2 疾患別救急搬送患者(2015年～2017年)

に来る方が多く、CTや超音波というスペックの高さは驚かれた。

医師としてストレスを感じるのは、なんといっても救急である。時間外診療の9割は風邪や腹痛の一次救急だが、時には脳血管疾患、心筋梗塞、多発外傷などもある。手術の必要な外科疾患、ドクターヘリによる転院搬送、墜落分娩もある。年間20～30件の高次医療機関への転院搬送が行われ、内訳は、消化器疾患(27%)、心臓循環器疾患(21%)、脳神経疾患(13%)となっている(図2)。

転院搬送は患者の状態管理をしつつ、移動手段の選定、手配、受け入れ先病院とのやり取り、持ち物(酸素ボンベ、心肺モニターなど)や送り返すものの管理などの段取りが必要で、患者家族への説明などもおろそかにはできない。荒天でヘリコプターの出勤不可となれば、海上保安庁の船と固定翼、例えば自衛隊のジェット型飛行機での搬送へと変更になる場合や、本土まで船で搬送となる場合もある。搬送手段によっては着く港も変わることから搬送受け入れ先病院も変更しなければならず、絶えず最新の情報下で・最適な搬送のため気を張っている必要がある。常に重大な判断の連続だが、「決断の時、患者を自分の家族と思え」という自治医大での教を、いつも根っこに持って乗り越えてこられたように思う。赤ちゃんの頃に転院搬送したあと元気になった少年を、数年後に地域の運動会で

見かけるのは医者冥利に尽きる。この先、彼が成人式を迎え、家族を持った後も見守りたい、と思ってしまうのは、根っからの島医者体質なのだろう。

急性期を過ぎれば慢性期、在宅訪問診療、在宅看取りも行う。訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤指導、ヘルパー、そして養護老人施設との多職種連携は平成12年の介護保険制度発足以前から試行錯誤しながら行ってきた。介護保険サービス調整会議では、患者に一番寄り添っている人が一番えらい、というスタンスで話し合いが行われ、患者Firstなチームの温かさを実感できる。みんなでやり遂げるチーム医療の達成感は一とおであり、地域医療見学学生、医療者実習の目玉となっている。見学者は、医療系学生、医師、看護師合わせて年間100名を超え、見学者の対応はしょっちゅうである。患者も慣れたもので、「どこから来たの、いいお医者さんになってね」と励ましてくれる。見学者の意欲も上がり、医学生への早期医療暴露にはおすすめの実習場所といえる。

## 人情の島での暮らし

小さな漁師町は人情あふれる土地柄で、急患で呼ばれると、「夜中にすみません」と恐縮され、玄関先に箱いっぱいイワシをいただいたこともあった。魚が届くのはたいてい大漁時なので、

あふれる魚たちに、朝から半泣きで魚さばき三昧。おかげで料理オンチの私でも魚の三枚おろしをマスターし、サザエのアヒージョやイカ墨パスタも作る。外来診療では「先生、お元気ですか」と、患者さんから先に声をかけてくださって、「こちらのセリフです」と笑うこともしばしばあった。隣の島へ診療に出かけるため朝早い船で出会うと、「眠そうな顔だな、シャキッとしろよ」と激励されたこともある。子ども用品のお店もないので、インターネット通販でおむつも箱買いしていたが、ある日保育園からのお手紙で「明日、トレーニングパンツ(赤ちゃんのトイレトレーニング用軽防水下着)を持ってきてください」には参った。すでにシャッターの降りた洋品店をたずねると、倉庫から昔々の品を探し出してくれ、ほこりをかぶっているからと無料でいただいて無事任務完了。そして最大の危機感を感じたのは我が子の急な発熱だった。赴任後1週間もしたころ、診療所に電話がかかって“子どもが熱を出したので迎えを”と言われたが、診察待ちのカルテは積みあがっており身動きが取れない。夜勤明けの看護師さんが連れ帰って面倒をみてくれたが、翌日もおそらく保育園には行かれない。あわてて事務長さんや看護師さんの人脈を頼って面倒見のいいおばさまを確保、病児保育をお願いし、長期オンデマンド契約をした。その後10年以上お世話になった方もいる。第二子の産後は育児休暇を取得せず、母、姑にひと月ずつ来てもらった。診療所での診療は9時から5時までで外来と往診でタイトなため、診療所のそばの空き家を保育ルームとして使わせてもらい、10時、13時、16時に授乳に通った。保育園には学童保育まで合わせて計17年ほどお世話になり、園の主のように成長した。ここで子育てについて学んだこと、発熱時に子守のおばさま方に習ったことは私の糧となり、まさに子育て・親育ちの大切な経験となった。振り返るとママ女医としての私を心配し、手を差し伸べてくれていたのだと、改めて島人のみなさんの愛情を感じる。

## 島人として女医として

島全体が家族のような心地よい日々の中で教わったことは多く、医師として、人として成長したように思う。見学者の中にも女性が増えた最近では、後輩たちが医師としての人生を全うし、社会貢献を続けるためのサポート方法に思いを馳せる。自治医大のワークライフバランスを考える会の中国地区担当委員を拝命し、卒業生の個別サポートや社会的な働きかけについての話し合いを重ねている。またプライマリ・ケア連合学会学術大会で、女性医師と取り巻く人々でのワールドカフェを開催し、女医の原動力、続け方、育て方について検討した(図3)。

仕事と家庭の両立に四苦八苦しながら頑張る姿が浮き彫りとなり、いろいろな思いを話したり聞いたりする中でパワーをもらえる会となった。女性は30代くらいになると、配偶者や子どものあるなしにかかわらず、なにかにつけて悩むものようである。周りの人も親切心だろうが残業でも宴会でも“家は大丈夫なの?”と聞かれたりして、家庭と仕事の両立が大前提のように扱われる。男性医師はそんなことは言われないのに。また子育ての方法では、私のように子どもをあずけて働きたい人もいれば、熱の出た時くらいは自分で面倒を見たいという人もいて、女性だからといって母性も受援力も一様ではない。多様性がそれぞれ生かされ、重んじられる社会になれば、女性でも男性でも働きやすくなるであろう。各所で働き方改革が叫ばれるようになった。子どもたちの将来なりたい職業で医師は男女とも上位である。でも、まだ、である。医師は過重労働には違いなく、島でのんびりしていたはずの私でも、娘からは医者になりたいと言ってはもらえないし、果たして彼女に医師という職業を勧めたいのかどうか、迷う自分がある。確かに忙しくて苦しい時もある。それでもやめてしまいたいと思ったことは一度もない。離島医療が最高に魅力的なことは間違いない。

自治医大に入学した年に平成を迎えた私は、新元号令和の今春、もう一度母校に帰り研修の

Japan Primary Care Association  
究極の女子会  
～みんなちがってみんないい～

飲み物とお菓子を用意してお待ちしております！ お弁当の持ち込みもOKです。

平成29年5月13日(土)  
12:15~13:15  
第4会場 サンポートホール高松6F  
61会議室

今回のテーマ！  
女性医師の育ち方、育て方

男女共通認識は、医業と、女子の毎日の両立が大変ということ。日々忙しく不安や悩みも無限大。そんな中、私たちは職人集団として、自らが成長し続けるとともに、後輩の成長を手助けしていく必要があります。ファミリーターに二人の男性医師が参加しており、男性の方も大歓迎です。事前登録制ではありません。一緒にプライマリ・ケアに貢献できる方略を考えてみませんか？

ワークショップのご案内  
同日13日16:45~18:15第8会場  
(高松シンボルタワー 4階 BBスクエア)  
「今、女性の求めるサポーターとは？  
キャリア支援プログラムをどう活用する？」

先進的に女性医師支援を推進する先生方に壇上に上がっていただき現在の取り組みをお話いただきます。  
白石 裕子先生(隠岐広域連立立隠岐島前病院)が司会進行を行います。  
演者は牧野伸子先生(自治医科大学 地域医療学センター 公衆衛生学部門)佐野千晶先生(島根大学医学部 地域医療支援学講座)片岡仁美先生(岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座)川合厚子先生(社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック)です。是非こちらにもお越しください。

図3 ワールドカフェのリーフレット

機会をいただいた。地域医療、特に離島医療の素晴らしさ、面白い人生にサプライズはつきものと実感している。困難さ、そしてやりがいを伝えていくとともに、さらに研鑽を積み羽ばたきたい。

最後に紹介するのは隠岐民謡・隠岐しげさ節の一節です(写真1)。



写真1 海士町のハート岩と隠岐しげさ節

参考文献

- 1) 藤岡大拙:今、出雲がおもしろい、p.7、NPO法人出雲学研究所。
- 2) 隠岐しげさ節 民謡に見る島根の風景。http://www1.pref.shimane.lg.jp/contents/kochokoho/esque/29/menu04.html (accessed 2019 Jul 4)



写真2 ヨットとビートルと海 隠岐島前病院



写真3 ジオパーク隠岐の幻想的な風景

# ゆっくり家庭医療専門医に到達し、 短時間勤務でへき地診療所長をする、 女性医師(私)の一例報告

浜田市国保診療所連合体 波佐診療所 所長 佐藤優子

## POINT

- ① ゆっくりだが着実に目標【田舎の小さな診療所で地域全体をケアする】に到達した
- ② 診療所では診療所に来ない人の事も考慮することが重要である
- ③ 教育プログラム(日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医コース:地域医療振興協会では「地域医療のススメ」)によって、誰でもへき地診療所で働く能力を身につけることができる

## 「地域医療のススメ」の卒業生

はじめに、私は自治医科大学の卒業生ではない。生まれも育ちも東京、日本医科大学を卒業した。大学5年時たまたまへき地診療所(愛知県作手村の名郷直樹先生)で実習し、【患者さんの人生を支える】診療所の仕事に魅力を感じ、地域医療振興協会の初期研修に進んだ。

初期研修は横須賀市立うわまち病院で行い、多くのへき地診療所での研修の機会があった。岐阜県郡上市和良(後藤忠雄先生)で3ヵ月間地域医療研修を行い、【地域全体に関わる】「仕事」と、田舎での「生活」が楽しかったので、日本プライマリ・ケア連合学会(当時は日本家庭医療学会)の家庭医療専門医プログラムである地域医療振興協会の「地域医療のススメ」に進んだ。

「地域医療のススメ」では市立恵那病院での病

棟・外来・医師一人当直・検査、湯沢町保健医療センターでの訪問診療・学校医・保健計画策定・他職種連携、Webでの振り返り・ポートフォリオ勉強会を通して、目標としてきた【田舎の小さな診療所で地域全体をケアする】仕事のスタートラインに到達することができた(図1)。

## 仕事と家庭の両立は苦手

ここまで順調にキャリアを積んだかのように書いたが、実際は3年分の専攻医研修に6年間かかった。専攻医期間中に結婚し、長男、次男が誕生したが、妊娠中は体調が悪く研修はストップ、育児休暇中はせめて家で勉強をしたかったが乳児がいると思うように進まなかった。出産前後の2年間、キャリアは停滞どころ

# 初期研修→専攻医



図1 地域医療のスズメ

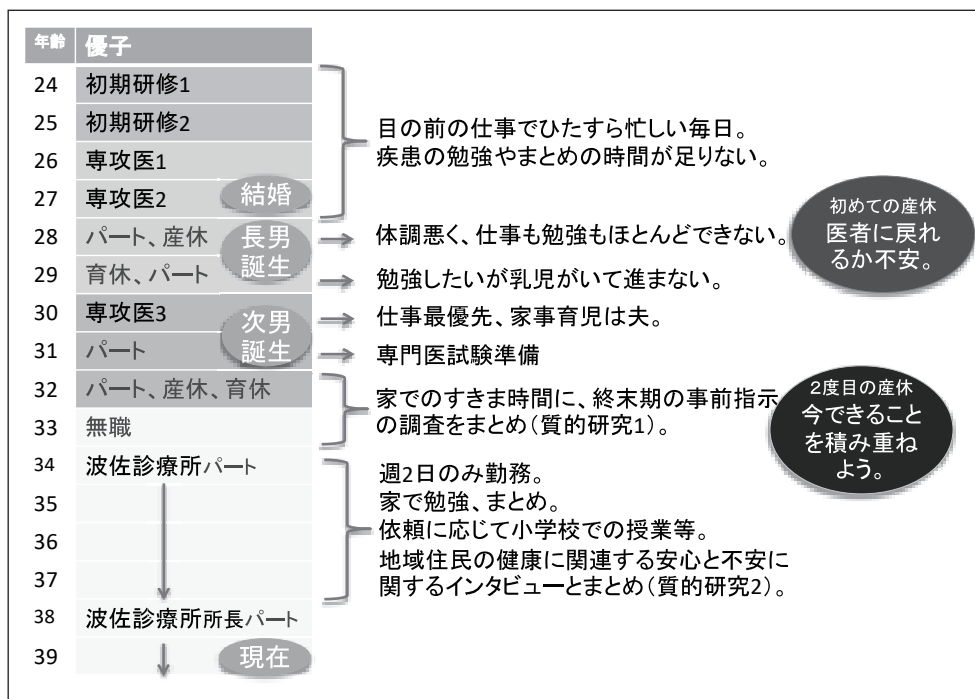


図2 私のキャリア

か後退した(図2)。復帰後、専攻医3年目は小～中規模病院での医師一人当直、在宅看取りの患者さんの主治医等フルタイム勤務をする必要があった。この専攻医3年目の期間、私は仕事に集中し、家事育児は夫が担当することにした。専攻医の期間、夫と私が大切にしてきたことは、「二人とも成長する。ゆっくりだが着実に目標

である【地域全体をケアするべき地の医師】に到達する」ことであった。地域医療振興協会にはできる範囲の仕事、研修を与えていただき、目標に向かって成長させていただいたことを感謝している(図3, 4)。



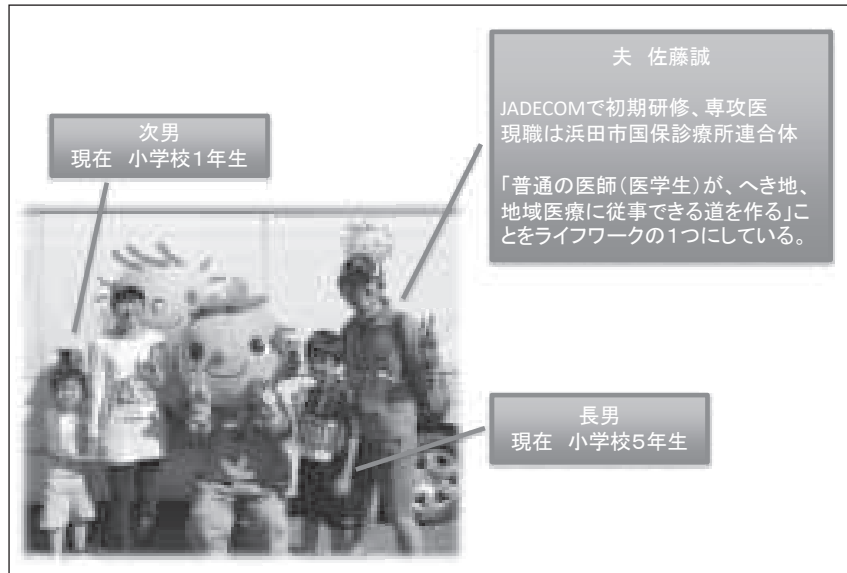


図3

年齢	誠	優子	長男	次男
24		初期研修1		
25	初期研修1	初期研修2		
26	初期研修2	専攻医(ススム)1		
27	専攻医(ススム)1	専攻医(ススム)2		
28	専攻医(ススム)2	パート、産休	誕生	
29	専攻医(ススム)3	育休、パート	1	
30	パート	専攻医(ススム)3	2	
31	フル	パート	3	
32	フル	パート、産休、育休	4	誕生
33	あさひ診療所所長	無職	5	1
34		波佐診療所パート	6	2
35			7	3
36			8	4
37			9	5
38	医療専門監 嘱託	波佐診療所所長パート	10	6
39			11	7

2人とも、地域全体をケアする  
 へき地の医師を目指す

へき地診療所等で働く

← 現在

図4 夫と私のキャリアと子どもの成長

### 子どもが病気の時、困った時、つまづいた時にそばにいられる余裕を持つ

もう一つ、夫と私が家庭面で特に大事にしてきたことは「子どもが病気の時、困った時、つまづいた時にそばにいられる余裕を持っておく」ことであった。とりわけ喘息の持病のある次男は4歳頃まで頻りに体調を崩していた。へき地勤務の中、私も夫も実家は首都圏であり、

頼ることはできなかった。病児保育や近所の方に診ていただくという選択肢もあったが、具合が悪い時こそ子どもが一番安心する両親のうちどちらかがそばにるようにしようと思った。子どもが体調を崩すと、夫か私か仕事を休みやすい方はどちらかを考え(「今日は複雑な家族カンファレンスがあるから、そっちが休んで」等)、仕事を調整し、同僚の協力を得ながら、父か母が子どもと一緒に過ごすようにした。

## 地域を診る

現在は島根県浜田市にIターンし、【田舎の小さな診療所で地域全体をケアする】仕事を実践している。昨年度より私が所長を務めている波佐診療所は、人口700人、高齢化率50%の中山間へき地の唯一の医療機関で、乳児から高齢者まで多くの地域住民のかかりつけ医をしている(図5)。普段の仕事は外来、訪問診療、検査、教育、他職種連携等で、特別なものはないが、「この地域はどのような地域なのか、この地域を支えるために診療所にできることは何か」ということを常に意識している。

2018年には「どのような地域なのか」を知るために地域住民でもある診療所スタッフ(看護師3名と事務職2名)にインタビューし、質的分析を行った<sup>1)</sup>。結果を一部だけ紹介すると、『この地域は[集落単位の見守り等の助け合い]もあり安心である一方、[生活機能低下に伴い地域内で生活できず地域外に出る高齢者の存在はさみしい現実]である』(図6)。補足すると、この地域内には介護福祉施設がなく、高齢になり在宅生活が困難になると施設に入所するにせよ広島等の子どものところに転居するにせよ、地域を出ることになる。

そこで、「生活機能低下し始めた高齢者も地域

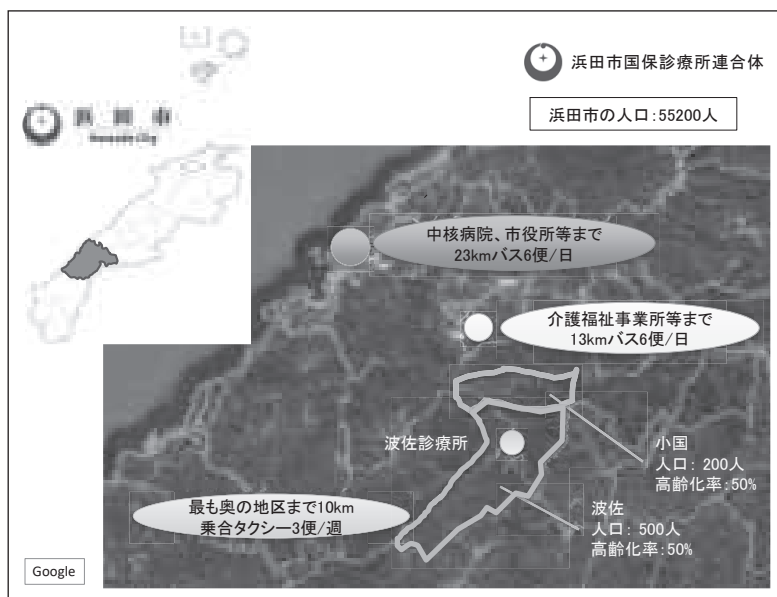


図5 波佐診療所をとりまく状況

グループ	代表的なテキストデータ
[集落単位の見守り等の助け合い]もあり安心.	
集落単位の見守り	(集落の独居高齢者の家が夜になっても)電気がつか なかつたら心配して、電話してみたり
集落単位の助け合い	誰か入院したって言えば、お見舞いに行ったりする
地域による見守り	小学校とか保育園でも色々交流があったりします。家 の孫さんじゃない人でも、色々声かけてもらったり
[生活機能低下に伴い地域内で生活できず地域外に出る高齢者 の存在はさみしい現実].	
生活機能低下に 伴い地域外に出 る高齢者	いたくても、この地域で年をとりたくても、とられん方がここ数 年ほんとに多い。ほんとに寂しいと思います。一緒に年を 重ねた方が県外とか施設に行かれるいうことが。

第9回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会にて口演発表

図6 「どのような地域なのか」を知るための質的研究の結果の一部

内で生活するために診療所にできること」は何かを考えてみた。

### 1. 一人ひとりの人生を支える

家庭医療の基本であり、特別なことではないが住民さん一人ひとりのことを深く知り支えようとしている。病歴だけではなく、生活の様子やADL・IADL、介護保険サービス、家族の状況、アドバンスケアプランニング等を各々の患者台帳に書き込んでいる。

### 2. 一人ひとりの人生を連携して支える

保健師さん、ケアマネさん等々の他職種だけでなく、ご家族、ご近所さん、民生委員さん、駐在さん、小学校の先生等と日々連絡を取り合い、連携して住民さん一人ひとりを支えようとしている。

### 3. 診療所に来ない人のことも考慮する

これは初期研修医時代に名郷直樹先生に教わったことだが、【本当に困っている人は自分からは診療所に現れない】ということはよくある。例えば、高齢者が予約日に来院されなかった時に、電話で様子を聞くと「今日は具合が悪くて診療所に行けなかった」とのこと、そのような時には臨機応変に往診に切り替える。また診療所では定期受診していない住民も含め、認知症・独居高齢者等こちらから様子の確認が必要と考えられるケースのリストを作るようにしている。何か情報があればリストに書くようにし(火の不始末などの火事の危険があるため介護保険サービス導入が望ましい等)、介入が必要な時が来たら介入するようにしている。

現在行っていることはこれくらいだが、今後については、地域外に出た高齢者がたまに(例えば秋祭りに)地域に帰ることを、住民さん和其他職種と一緒にサポートできたらよいと思っている。まだ所長を始めて2年目なので、まずはもっと地域のことを知ることと、地域住民の考えを教えていただくことから始めて、診療所の役割を考え担っていこうと思う。


## 週3日勤務で診療所長をする

私が所長を務めている波佐診療所は、フルタイム勤務の医師一人で担える規模の診療所ののだが、私は現在週3日勤務で所長をしている。現在勤務している浜田市では、4つの国保診療所、市役所の健康福祉部、中核病院の総合診療科でグループ診療をしており、「浜田市国保診療所連合体」と名付けている。「浜田市国保診療所連合体」には私と夫を含め計7人の医師が所属しており、パートタイムからフルタイムまでそれぞれの働き方をしている。波佐診療所に関しては、私の勤務していない残りの平日2日間はグループ内の他の医師が交代で外来を担当している。夜間と土日休日の在宅当番もグループ内の医師が交代で担っている。

私は現在週3日勤務で所長を務めているが、診療所の方向性を中心になって考え実行していくことはできていると思う。不在時には電話で相談や指示を行っている。また、複雑な背景を持つ患者さんや病状が安定しない患者さんでも、看護師が背景や病状を把握しているので、週3日勤務の私が主治医を務めることができる。このようなグループ診療の患者さんにとっての利点と欠点を述べると、利点としては、複数医師が関りそれぞれの得意分野を活かすことで一人の医師が連日勤務するよりも質の高い医療を提供できることが挙げられる一方、欠点としては、病状説明や重大な判断をする局面で主治医が担当する日まで待たなくてはいけないケースの存在が挙げられる。

そのような状況だが、週3日勤務で診療所長を行う前提として、まずはグループ診療であること、そしてグループのリーダーが診療所長を任せてくれること、さらに診療所スタッフと地域住民さんの理解と応援があることが挙げられる。診療所長だからこその業務として、経営、人事、主体的な保健・地域活動、主体的な教育活動等がある。このような責任とやりがいのあるへき地診療所の仕事を任せていただけることを感謝している。将来私が若い医師を支える立場になったら、それぞれが望む仕事と家庭

夫と私の現在の働き方

 浜田市国保診療所連合体

※ 2人の勤務先はグループ内の別々の診療所等。

	月	火	水	木	金	土	日
午前	誠・優子	誠	誠・優子	誠	誠・優子	誠(第1週のみ)	
午後	優子	誠	優子	誠	誠		

- 2人合わせて1.4人分程度の働き。
- 勉強・研修・研究の時間を確保。(勤務もなく子ども達が小学校に行っている日中、家族の寝ている時間)
- 子ども達は学童保育は使わず帰宅。夕方は子ども優先。
- 子どもが困った時、つまずいた時にそばにいられる余裕を持つ。
- 子どもの行事や病気の時には仕事を調整し、どちらかが休む。
- 子どもの夏休み、冬休み、春休みは子どもが楽しく過ごせるように。

図7 現在のワークライフバランス

のバランスが実現するように、そして短時間勤務の医師にも、例えば診療所長を任せ、フォローしていきたいと思う(図7)。

## 教育プログラムによって、 誰でもへき地診療所長になれる

ここまでへき地診療所での活動を書いてきたが、特別なことをしているわけではなく、ただ「地域医療のススメ」で学んだことを実践しているだけである。本稿で一番言いたいことは、きちんと整備されたプログラムで学ぶことである一定の能力が担保されたへき地医療を担う医師を育てることができるということである(図8)。

また今回このような執筆の機会をいただき、私自身にとって人生を振り返る機会になった。これからもゆっくり着実に、地域に求められる能力を少しずつ身に付け、へき地医療に従事していきたいと思う。

だれでも、へき地診療所長になれます

- 地域医療振興協会では、へき地・地域医療の例をたくさん見ることができる
- 「地域医療のススメ」では、家庭医療の態度、知識、技能とも身につく
  - 卒業すれば、へき地診療所長のスタートラインに十分立てる
  - 卒業後の生涯学習の技能も身につくし、相談できる先輩にも恵まれる
- 私は今、「地域医療のススメ」で学んだことを実践しているだけです

図8 教育プログラム(「地域医療のススメ」等)によって誰でもへき地診療所で働く能力を身に付けることができる

### 参考文献

- 1) 佐藤優子, 佐藤誠, 飯島慶郎, 他: 過疎地住民の健康に関連する安心と不安 - 中山間過疎地に在住する診療所職員へのインタビューの質的分析 - . 第9回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, O-145, 2018.

# 地域で家庭医を志す中で

横芝光町立東陽病院内科 村山 愛

## POINT

- ① 家庭医療専門医研修を受けるためにしてきたこと
- ② 研修開始後苦労したこと
- ③ 女性として医師として、この働き方でいいのか常に悩む

## 特集

### はじめに

私は2012年に自治医大を卒業し、現在医師8年目で、千葉県の上九十九里浜を望む山武郡横芝光町にある、横芝光町立東陽病院(100床、町の唯一の入院施設)に内科医として勤務している。夫と娘2人(3歳、0歳)の4人家族で、病院から約40km離れた場所に家を構え、現在は次女の育児休暇中である。

義務年限内に専門医が取れるよう制度を整えるのに苦労したことや、家族とともに働くことについて思うことを述べたい。

### 家庭医療学との出会い

大学入学後、先輩医師の話や出身県での夏季地域実習などの経験から、地域医療に惹かれつつも、自らの言葉では地域医療の良さや何たるものかを語るができないもどかしさを感じ

ていた。3年生の時に、旧家庭医療学会主催の医学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー(今の日本プライマリ・ケア連合学会主催学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー。以下、夏期セミナー)に参加し、衝撃を受けた。そこではセッションや講演会などで家庭医や総合医に必要な知識・理論を体系的に学べた。また、参加者の対話を促す工夫が多くあり、とても楽しかった。学問としての家庭医療学にも惹かれ、地域医療がさらに好きになった。岐阜県の揖斐郡北西部地域医療センター久瀬診療所や他の地域での実習でさらにその想いは深まった。夏期セミナーや他大学の学生との合同勉強会、自治医大で友人たちと立ち上げた家庭医療を学ぶサークルなどを通して、楽しく学びながら、自分らしい「地域医療とは? 総合診療とは?」「どんな医師になりたい?」を考えていった。



## 専攻医でなくても 家庭医らしい学びをしてきた

医師になってからも、家庭医療学を通して見る地域医療はとても興味深く、家庭医になることを決めた。しかし、当時千葉県の派遣病院で家庭医療後期研修プログラム(以下、プログラム)を持っているところは少なく、3・4年目に派遣された君津中央病院大佐和分院(36床、常勤は内科3人、眼科1人)にもプログラムはなかった。

しかし、研修は開始できなくても、そこはまさに地域医療で求められる小病院の総合医・家庭医に必要な経験が積める場所であった。学びを深める環境づくりをしようと、学生時代からお世話になっていた指導医に外来レビューをお願いしたり、メンターとの個人的な振り返りや、同級生と指導医とで作った「日常のもやもや・疑問を語る会」などを行った。「日常のもやもや・疑問を語る会」とは、富山市まちなか診療所所長の三浦太郎先生に誘われて、私と同世代の仲間で作ったオンライン会議を中心としたコミュニティである。3年目に地域派遣されたが、上司になかなか相談しづらい日々診療で疑問に感じたことを吐き出し、エンパワメントされたり、指導医から解決につながるヒントをもらい、今後の診療に活かしていた。今は皆成長したためか需要が減りオンライン会議は開催されないが、遠く離れながらも悩みを共有し学び合った大切な仲間である。)

## 貴重な後期研修期間を有意義にする ためにもプログラムを作りたい

千葉県の自治医大卒業生には5・6年目の2年間、義務年限にカウントされる後期研修期間がある。私は初期研修を行った君津中央病院に戻ろうとしていたが(千葉県は初期研修病院に戻るのが原則)、ここにはプログラムがなかった。また、ちょうど総合診療科の常勤医師が皆辞められることになり、総合診療科病棟がなくなってしまう状況であった。本当に君津中央病院に戻ってよいのか悩んだが、4年目に長女を妊娠



久瀬診療所実習にて

し3月が出産予定日だったので、年度替わりのタイミングで産休を取る私を雇ってくれ、しかも温かく迎えてくれる病院はほかに見つけられそうになかった。そこで、君津中央病院にプログラムを作ってもらい、必須の領域別研修(1)の期間にすればいいのでは、と考えた。

相談に乗ってくれていた内科部長は、初期研修からお世話になっていた先生で、私が専門医を取れないことを気にしてくださっていた。また、ちょうど新専門医制度に向けて、自治医大卒業生が内科・総合診療科の専門医は取れるように、と県全体で動いている時だったのでそれも後押しになった。

プログラム新設に向けて、まず私は学会のホームページから情報収集し、他施設の指導医に相談して、要件を確認していった<sup>1)</sup>。施設の要件は地域派遣を組み合わせれば満たしそうであったが、問題は指導医探しであった。忙しい先輩医師に、「私のために指導医資格を取ってください」とお願いすることに躊躇していた。そんな中、たまたまメンターと指導医一覧を見ていた時に呼吸器科の先輩医師が指導医資格を持っていることが分かった。その方がいることで病院側も賛成してくれ(その方は結局研修を始めるタイミングで開業されたので直接指導は受けられなかったが)、最終的に地域医療センター長がプログラム責任者となるように働きかけてくれた。

このような経緯で何とかプログラムを作れそうという段階で産休に入った。産後2ヵ月ほどで、次は事務担当者でプログラム新規申請に必要な書類の準備を進めていった。その後も内科部長と事務担当者とは何度か面談をしたが、プログラム作成だけでなく、復帰後の働き方や院

内託児の相談にも乗っていただいた。

育休をいただき、5年目の12月から君津中央病院の総合診療科外来で、短時間勤務という形で働き始めた。復帰後もなかなかプログラム申請通過の通知が来ず不安になったが、年明けに無事申請許可の連絡がきた。そして、晴れて6年目の4月から念願の家庭医療後期研修プログラムを開始した。研修医手帳が届いたときはとて嬉しかったことを覚えている。

## その後、苦勞したこと

プログラムができて内容が伴わなければ意味がないので、開始後きちんと研修ができていのかは不安であった。指導医にとってももちろん初めての指導だったので、双方手探りで研修体制を整備していった。

救急・小児の領域別研修では、本来なら指導医と一緒に「家庭医として必要な研修」を進めていくはずが、それは難しく、自分だけで各科の上司と交渉しなくてはならず大変であった。「今まで総合診療科だったのになんで救急や小児科やっているの？」と不思議がられることもあったが、スタッフも顔見知りが多く、慣れた環境であり、指導医も事情を伝えてくれていたようで、よく他のプログラムで聞く、心ない言葉にあまり触れることなく学ぶことができた。逆に他のスタッフに、総合診療医ってこんな医者で、これから必要ですよ、と広めることもできた。小児科の指導医には特に恵まれ、研修終了時には「家庭医の重要性がよく分かった。君がほかの病院に行っても、僕が『家庭医療が学べるプログラムは必要だ。君津中央病院にあるべきだ』と守るよ」と言ってもらえ、とても嬉しかった。

研修で生じた疑問や不安な点は、懇意にしている他施設の指導医からもアドバイスをもらった。日本プライマリ・ケア連合学会の「家庭医療専攻医はっちぼっちステーション」という一人専攻医向けのポータルサイト作成支援のオンライン勉強会なども利用している<sup>2)</sup>。

7年目(専攻医2年目)からは、地域派遣で横芝光町立東陽病院に移動になった。指導医を増

やしてもらい、週1で研修日に亀田ファミリークリニック館山にも行けるようになり、今まで足りなかった、プライマリ・ケア疾患のマネジメントはもちろん、家庭医としての包括的な指導に恵まれた。今まで遠隔で私的な振り返りは受けていたが、直接指導を受けることで得られる気付きは多く、一人で学ぶには限界があったのだなと実感している。

東陽病院では、家庭医として必要な、訪問診療から外来診療、内科急性期・地域包括ケア・療養病床の病棟管理などを、継続性をもって学べている。三次病院や周囲の診療所、行政、福祉施設と連携し、地域住民に頼りにされるような診療を心がけている。

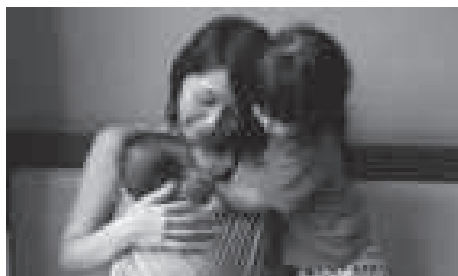
## 女性として医師として、この働き方で本当によいのか、悩んでしまう

今も日々、仕事と家庭のバランスに悩んでいるが、上述したとおり、ライフイベントと仕事の節目が重なった5・6年目は悩みが多い時期であった。

長女の妊娠中は幸い経過が順調で、人も少ない病院だったのでぎりぎりまで当直も行い、身体を労りながらも地域医療実践2年目を楽しんだ。今思えば、当時は夫と2人であったので仕事を優先でき調整も効きやすい日々であった。

産育休中は、娘の成長を一番近くで見ることができた大切な時間であった。同級生の中には、結婚協定の関係などで産休明けすぐにフルタイム復帰をしている人もいるので(この点については、少しでも育休が義務年限にカウントされるべきではないかと思う)、育休を取れたのはありがたいことであった。診療はできなくても、自宅で子どもを寝かしつけたあと(ときには寝かしつけながら)、オンライン勉強会に参加したり、千葉大学総合診療科のカンファレンスに参加させてもらったり、自分のペースで学べるように工夫していた。

育休明けは、約1年間臨床から離れていたのでもとて不安で、自信のない日々であった。簡単な薬の処方もいちいち調べたり、治療方針も



娘たちと

「これでいいですよ」と随分上級医に相談していた。忙しい病院だったので、バリバリ働く他の同世代医師と比べて、時短勤務への後ろめたさもあったし、一方1歳前の子どもを預けるつらさもあった。誰かに責められる訳ではないのに、勝手に罪悪感を感じてしまうのである。

心の支えは看護師さんや事務の方であった。「お子さん男の子？ 女の子？」「風邪もらったりしていない？ うちの院内保育は……」などの声かけやアドバイスをもらった。妊娠出産した女性医師はいなくても、子育てをしている先輩女性職員は病院にたくさんいた。またそれまで意識していなかったが、外来看護師さんはパート勤務も多く、働き方にはいろいろな形があることに気付いた。

5・6年目は母乳育児中の勤務だったので、仕事の合間に搾乳をしたり、乳腺炎になりかけて助産院へ仕事終わりに駆け込むことが何度もあった。東陽病院に勤務してからは、当直回数や待機の時間帯など調整していただいている。朝は夫の出勤が私より遅いので、子どもの身仕度や保育園への送りはお願いし、帰宅後は保育園の終了時間ぎりぎりにお迎え、間に合わないときは母頼みという生活であったが、自分も家族にも無理のないように努めてきた。

第二子の産休中、長女と過ごす時間が増え、とても楽しそうな笑顔が増えた。今までいかに自分が長女と遊べていなかったのか、余裕がなかったのかに気付いた。次女誕生後、家族の構成が変化してより子どもに割く力が増えた。育休明け、また仕事と育児の両立に悩むと思うが、自分らしいバランスを見つけていきたいし、それが家庭医としての糧になっていくと確信している。

専門医を取るためにいろいろな方に協力いただいたのに、仕事一筋にはなれず、子ども中心の生活に申し訳なさを感じる時もあるが、自分の選んだ生き方に自信を持って、ゆっくりとでも確実に、専門性を磨いていこうと思う。

## 最後に

資格を取ることと、なりたい医師に近づくために経験を積むことは同じではないが、資格が取れるように動いたことで、モチベーションも上がり、より家庭医らしい診療を意識しながら日々を過ごしている。新専門医制度が始まり、今後の世代は専門医資格が必須となっていく。自治医大生のすごさの一つは、地域医療と自分の専門性を上手にマッチさせて、地域に貢献していることだと思う。千葉県ではまだ内科・総合診療科以外の専門医を義務年限中に取り取る制度は確立していない。それぞれのキャリアに適した専門医が取れるような制度が早く整うべきである。

いろいろなタイミングで仕事と私生活のバランスに悩む時がある。そんな時は昔の日記を読み返す。すると当時の決心や思いが書かれていて、今の幸せやよい面に気付く。自分でだめな時は夫やメンターに助けてもらっている。皆さんも悩んだ時に立ち返ったり、自信を取り戻す方法は皆違うだろうが、それぞれのやり方を大事にして進んでいけるといいのではと思う。

私は、キャリアを話題にしたときに「義務年限」や「女性医師」にフォーカスがあたりすぎていると少し気になる。困難が大きくなりやすいのは確かかもしれないが、進路や家庭との両立は誰でも悩んでしまうものだろう。卒業生一人ひとりが、本当に描きたいキャリアを幸せな生活とともに築けることを願う。

## 参考資料

- 1) 家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則。
- 2) 家庭医療専攻医はちっぽちステーション。 <https://www.facebook.com/haccibocci/>



## 「ともしび塾」の一環として行った 喫煙・飲酒ワークショップの報告

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 嶋田雅子 中村正和  
 地域医療振興協会 西日本事務局 増居志津子 阪本康子  
 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2016年から「ともしび塾」を開講している。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。

その手始めに、2016年から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毎年開催してきた<sup>1), 2)</sup>。2019年度からは次のステップとして、1年生を対象とした食育ワークショップに加えて、3年生を対象に喫煙と飲酒をテーマとしたワークショップを開催した。

本稿では、この喫煙・飲酒ワークショップのプログラム内容について報告する。

### 喫煙・飲酒ワークショップの概要

#### 1. 概要

本ワークショップは、疫学実習の一部として実施し、3年生123名全員が受講した。実施日は2019年6月13日(木)2, 3限(9:55~12:30)であった。講師はヘルプロの中村正和センター長が務めた。

表1 喫煙・飲酒ワークショッププログラム

9:55~	オリエンテーション 喫煙・飲酒に関する調査の依頼・調査票記入
10:15~	飲酒に関する講義と演習 【講義】アルコールの健康影響 【演習】アルコール体質に関する簡易スクリーニングの体験
10:50~	喫煙に関する講義と演習 【講義】喫煙の健康影響と禁煙支援の方法 【演習】動画から学ぶ禁煙支援の実際 禁煙支援のeラーニング学習の概要説明と登録
12:20~	まとめ 事後調査票記入
12:30	終了



写真1 ワークショップでの講義の様子

ワークショップのプログラムを表1に示す。喫煙と飲酒をテーマにそれぞれ講義と演習を組み合わせた学習を行った(写真1)。喫煙に関しては、ワークショップ後に禁煙支援に関するeラーニングの受講についても必修とした。

ワークショップの前後およびeラーニング学習後に質問紙調査を実施し、学習効果の評価を行った。

#### 2. 飲酒に関する講義と演習

##### ①講義:アルコールの健康影響

アルコールの本質は依存性薬物であり、がん

表2 アルコール代謝の遺伝子多型と健康リスク

タイプ	アルコール分解酵素 ADH1B	アルデヒド分解酵素 ALDH2	頻度		特徴
			一般人口	依存症患者	
A	遅い	強い	4%	27%	赤くならない、翌日酒臭い 依存症リスク高い
B	速い	強い	54%	60%	赤くならない 肝臓病のハイリスク
C	遅い	弱い	3%	4%	赤くならない、翌日酒臭い 食道・咽頭がん等のリスク高い
D	速い	弱い	33%	9%	赤くなる 食道・咽頭がん等のリスク高い
E	—	超弱い	7%	0%	赤くなる(飲めない)

横山顕: 月刊地域医学. 30(12):1026-1031, 2016, 一部改変

をはじめ、さまざまな臓器の健康障害や社会問題を引き起こしていることに着目する必要がある。

講義では、アルコールの健康影響について、飲酒量とがんや高血圧、脳梗塞など生活習慣病のリスクとの関連、適正飲酒の基準<sup>3)</sup>の男女差や飲酒量を説明する疫学データのデータを示しながら解説した。

日常診療において多量飲酒を減らす節酒・禁酒の支援は重要であり、適正飲酒のための短時間介入のポイントやAUDIT<sup>4)</sup>などの質問紙を用いたアルコール依存症スクリーニングテストの方法も紹介した。アルコール代謝に関与するアルコール脱水素酵素(ADH1B)と2型アルデヒド脱水素酵素(ALDH2)には、活性が異なる遺伝子多型がある。このADH1BとALDH2の遺伝子多型の組み合わせにより、アルコールの健康影響の種類や大きさに違いがある<sup>5)</sup>(表2)。どのようなリスクがあるタイプかを考慮して情報提供や行動変容支援をすることで、より個人にあった適正飲酒の支援につながることを強調した。

## ②演習: アルコール体質に関するスクリーニングの体験

演習では、講義で説明したアルコール代謝の遺伝子多型のタイプを簡易にスクリーニングする体験を行った。

具体的には、2つの質問で、飲酒で顔が赤くなる「フラッシャー」(ALDH2の低活性型か非活性型)かどうかを高い精度で判定できる「簡易フラッシング質問紙法」<sup>6)</sup>(図1)と、同様の目的で広く用いられているアルコール試験パッチ<sup>6)</sup>を用いて実際に自分自身がどのタイプに該当する

### 簡易フラッシング質問紙法

- A) 現在、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありますか?  
1. はい 2. いいえ 3. わからない
- B) 飲酒を始めた頃の1-2年間は、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありましたか?  
1. はい 2. いいえ 3. わからない

[判定] AとBのいずれかが「はい」であれば  
ALDH2欠損者(フラッシャー): 弱い、  
☆男女とも約90%の感度・特異度のスクリーニング法  
(注)アルコールパッチテストの感度、特異度 70%前後

図1 簡易フラッシング質問紙法

横山顕: 月刊地域医学. 30(12):1026-1031, 2016/  
Yokoyama A, et al: Keio J Med 2010; 59: 115-130



写真2 アルコールパッチテストを用いた演習

か確認した(写真2)。学生自身が自分のタイプを知ることは、飲酒の問題を身近に感じることに加えて、自身の飲酒による健康障害を予防することにもなる。今回はアルデヒドの代謝に着目して実習を行ったが、アルコール試験パッチでは、日焼けした腕に貼付すると、色の変化が分かりづらく判定に迷う学生が多くみられた。倫理面の配慮が必要となるが、今後は比較的安価に実施できる上述したアルコールの代謝に関わる2つの酵素の遺伝子多型の検査を演習に導



入することの必要性を感じた。

### 3. 喫煙に関する講義と演習

#### ①講義:喫煙の健康影響と禁煙支援の方法

喫煙は今なお日本人の命を奪う最大の原因であり、禁煙は健康長寿や重症化予防の大前提である。

講義の前半は、喫煙・受動喫煙の健康影響について、エビデンスに基づき、喫煙との関連が明らかになっている病気について確認をするとともに、喫煙の本質であるニコチン依存症のメカニズムについて解説した。さらに、たばこの健康被害を減らす対策として、2018年7月には改正健康増進法が成立し、受動喫煙防止のための法規制が進んだが、国際的にみて日本の取り組みは十分とは言えない状況にあることも紹介した。そのうえで、たばこ対策における医師の役割として、たばこを吸わないロールモデルに加えて、日常診療等の活動における禁煙支援や禁煙治療、さらにオピニオンリーダーとして対策を推進するアドボカシーがあることを伝えた。

講義の後半は、日常診療における禁煙支援のポイントや禁煙治療の有効性について説明した。禁煙支援は短時間でも効果が期待でき、日常診療において全ての喫煙者に実施することが必要であること<sup>7)</sup>を述べるとともに、喫煙者への効果的な声かけのしかた(図2)<sup>8)</sup>や、禁煙補助剤の効果、禁煙外来での支援のポイントについて説明した。また、最近流行している加熱式たばこへ切り替えた場合の問題点や、禁煙を推進する環境づくりの必要性についても触れた。

#### ②演習:動画から学ぶ禁煙支援の実際

講義に引き続いて、医師によるカウンセリングの動画を視聴しながら、望ましい禁煙支援について考える演習を行った。

まず、禁煙の動機が低い患者のアプローチについて、問題のある支援の動画を視聴した後、問題点と改善点をペアになって話し合い、発表した。次に、適切な支援の動画を視聴し、どんな点が違っていたか、どこが良かったかなどを話し合い発表した。

禁煙の動機が高い患者へのアプローチについ

## 日常診療での禁煙支援のポイント —全ての喫煙者への効果的な声かけ—

### 1. 禁煙の重要性を高める(重要性)

- ※禁煙すべきであることを「はっきり」と伝える
- ※禁煙が「重要かつ優先順位が高い健康課題である」ことを強調する
- ※喫煙の健康影響、禁煙の効果について「個別的に」情報提供する

### 2. 禁煙のソリューションを提案する(自信)

- ※自力で禁煙するよりも、禁煙補助剤や禁煙外来を利用した方が「楽に」「より確実に」「費用もあまりかからずに」禁煙できることを伝える

図2 日常診療での禁煙支援のポイント  
(禁煙支援マニュアル[第二版]増補改訂版, 2018より一部改変)

ても、問題のある支援の動画と適切な支援の動画を視聴し、支援の問題点や改善点について話し合った。

禁煙支援の際に大切なことは、喫煙者の考えや気持ちをよく聞くように心がけ、寄り添うことである。学生からの発表では、問題のある支援の動画について、一方的で指示的な医師の態度を問題視し、改善点として、喫煙している理由や生活環境を確認すること、患者が実践できそうな禁煙方法を提示することなどを挙げていた。実際のカウンセリングの様子を知ることで、禁煙支援について具体的にイメージでき、理解が深まったようであった。

## 禁煙支援の事後学習(eラーニング)

喫煙については、患者の行動変容支援の基礎となる禁煙支援の知識やスキルの習得を目的に、ワークショップ後の自己学習として、有効性が評価されている3種類のeラーニング(J-STOP)<sup>9)</sup>のプログラムのうち、「禁煙治療導入版」(学習時間3~4時間程度)の受講を必修とした。このeラーニングのプログラムでは、講義動画の視聴やアセスメントテスト、コンピューター上で仮想面接を行うバーチャルカウンセリングを通じて、短時間でできる禁煙の動機づけや情報提供の方法が学習できる。ワークショップ当日から2週間をeラーニングの受講期間と設定したところ、全員が学習を修了した。

## 喫煙・飲酒ワークショップの評価

ワークショップの前後およびeラーニングによる自己学習後に質問紙調査を実施し、喫煙や飲酒に関する知識や、禁煙や節酒・禁酒に関する指導の重要性と自信について、現在の気持ちを尋ねた。

喫煙と飲酒に関する知識はそれぞれ8問出題した。学習前後および喫煙についてはeラーニング学習後の回答も合わせて8問中の正答率を集計した(図3)。喫煙は学習前から正答率が高く、学習後、eラーニング後時点で向上はみられなかった。正答率が向上しなかった質問は、禁煙による体重増加量の平均値と、準備期の喫煙者

に対する禁煙支援の方法に関する内容であった。前者はワークショップの講義の中でふれていない内容であったこと、後者は、講義やeラーニングで喫煙の健康影響の理解が深まったこともあり、準備性の高い喫煙者に対しても喫煙の有害性の情報提供が最も大切と誤解したのではないかと考えられた。

飲酒は喫煙と比較し、学習前の正答率が低かったが、学習後は正答率が増加した。正答率が向上した質問は、適正飲酒と多量飲酒の各基準に関する内容と、アルコール代謝酵素の遺伝子多型の違いによる病気のリスクに関する内容であった。一方で、正答率の改善がみられなかった質問は、アルコール代謝酵素の遺伝子多型による飲酒の反応や飲酒量に関する特徴と、飲酒

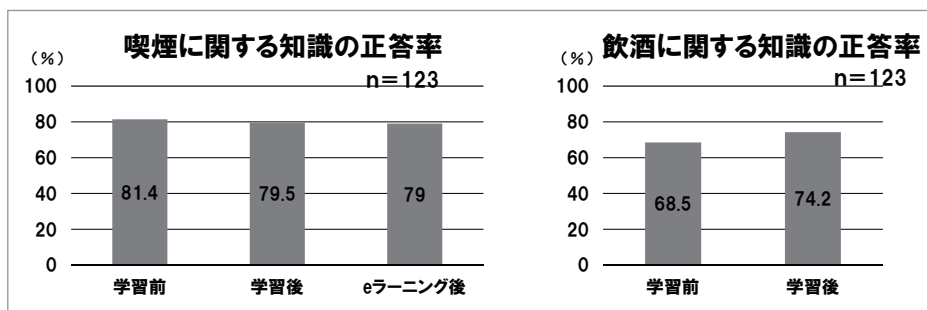


図3 学習前後における喫煙および飲酒に関する知識の正答率

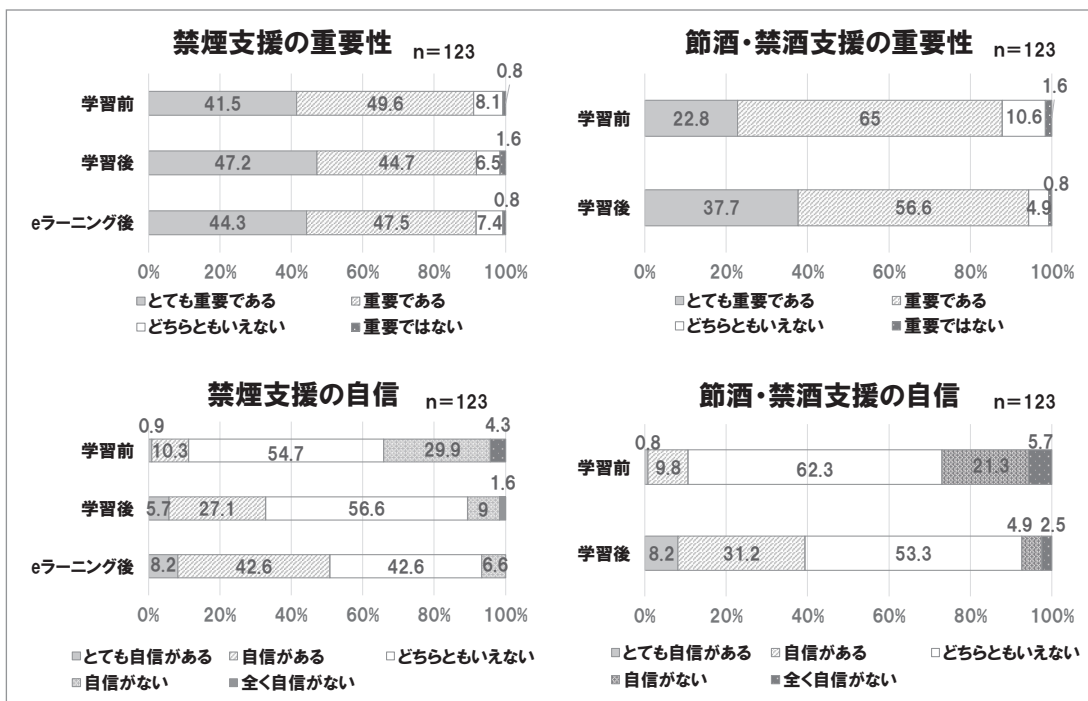


図4 学習前後の禁煙および節酒・禁酒支援の重要性と自信

と睡眠との関係に関する内容であった。前者は質問の作り方の問題(1つの問題文に3つの正誤を問う内容が含まれており、短時間の回答では誤答につながりやすかった可能性がある)、後者は講義でふれていなかったことが理由として考えられた。

患者の禁煙や節酒・禁酒に関する支援の重要性と自信を集計した結果を図4に示した。重要性については、禁煙支援では、学習前から「とても重要」と回答する割合が4割を占め、「重要」と回答した割合を含めると9割を超えていたが、学習後に重要性が少し高まる傾向を示しながら維持されていた。節酒・禁酒支援では禁煙支援と同様、学習前から「とても重要」または「重要」と回答する割合は9割を占めていたが、学習前は「とても重要」と答える割合が2割と少なかった。しかし、学習後には同割合が4割近くまで増加した。一方、自信については、禁煙、節酒・禁酒の支援ともに、学習前は「とても自信がある」「自信がある」と回答した割合は、1割程度であったが、同割合が3～4割まで増加した。禁煙支援においては、ワークショップ後のeラーニングによる学習により、同割合は5割まで増加した。

学習後のアンケートでは、「禁煙支援の必要性を再認識した」「飲酒と喫煙の健康影響だけでなく、医師の立場からどのような支援をしたらよいかまで分かり、良かった」「患者さんの医療面接では共感・傾聴が必要だと感じた。適切な支援例をみて勉強になった」など、将来医師として患者の行動変容を支援する立場でのポジティブな意見や感想が多く記載されていた。また、「自分自身の生活を考えるよい機会になった」という記述もみられた。禁煙支援については、「禁煙支援は厳しいと思っていたが、さまざまな方法があり前向きに指導できそうだった」など肯定的な記述が多かった反面、少数ではあるが「禁煙をすすめるのは難しく自信がないと感じた」という記述もあった。

## 今後に向けて

今年度から「ともしび塾」の次のステップとして、3年生を対象に、健康を規定する主要なリスク要因である喫煙と飲酒をテーマにしたワークショップを実施した。

2016年から始めた「ともしび塾」は、1年生を対象に食をテーマとしたワークショップ(5月と2月に年間2回)、さらに3年生を対象とした喫煙と飲酒のワークショップ(年間1回)を開催できるまでにカリキュラムが整いつつある。今後、教育の効果分析を踏まえて、学習プログラムをさらに改良するとともに、高学年においてもワークショップを実施し、在学期間を通じて、学生が自らの生活習慣を振り返る機会を提供するとともに、将来医師として、患者や地域住民が抱える健康課題に寄り添って解決策を考え、支援できる能力の育成を図っていきたい。

### 引用文献

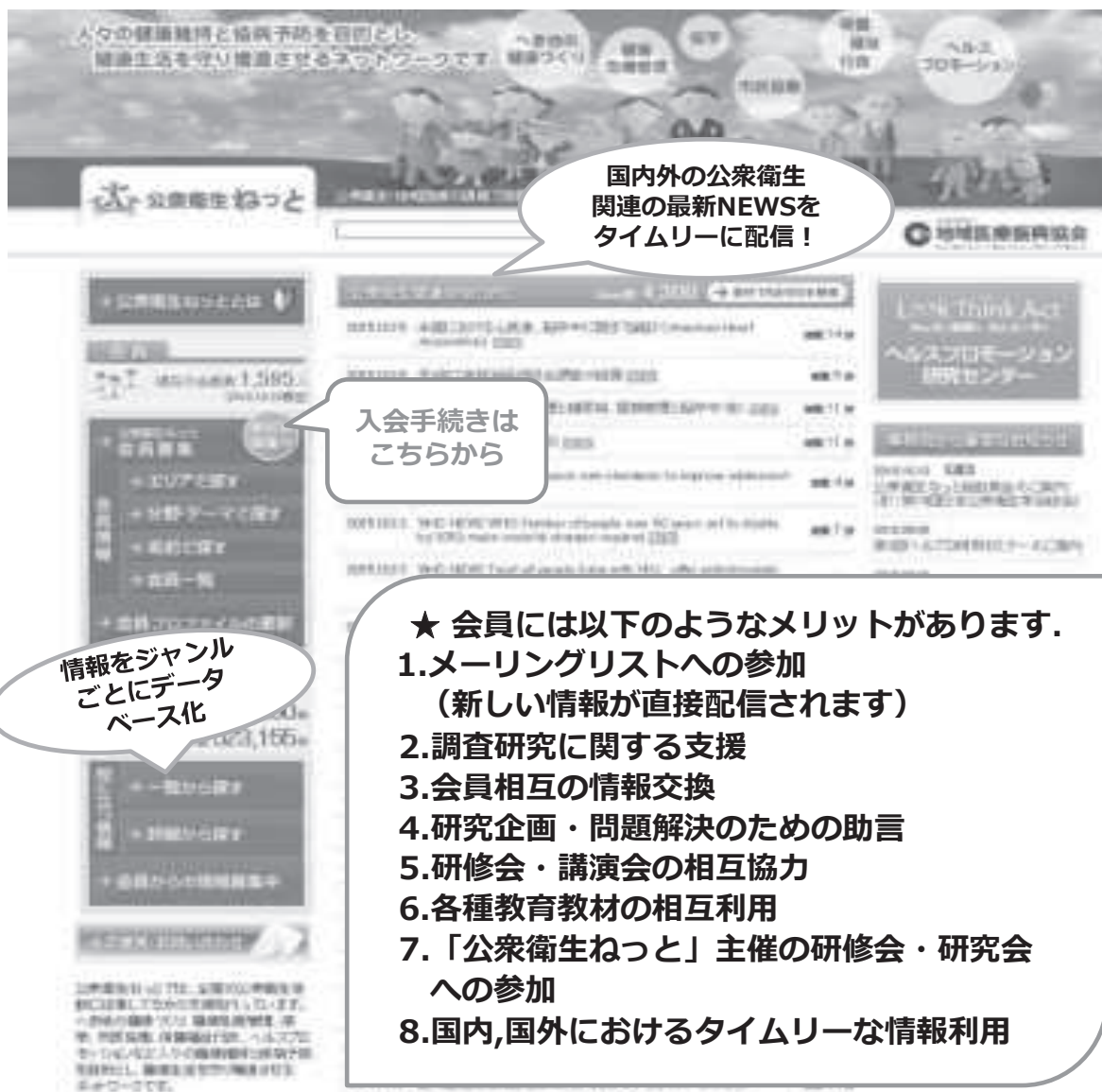
- 1) 嶋田雅子, 野藤悠, 吉葉かおり, 他:食をテーマにした医学生ワークショップの取り組み. 月刊地域医学 2017;31(4):308-313.
- 2) 川畑輝子, 嶋田雅子, 野藤悠, 他:「ともしび塾」の一環として行った食育ワークショップの報告. 月刊地域医学 2019;33(3):222-229.
- 3) 厚生労働省健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】. 2018.
- 4) 廣尚典訳: WHO/AUDIT(問題飲酒指標/日本語版):千葉テストセンター, 2000.
- 5) 横山顕: アルコール代謝と健康障害に関するエビデンスと日常診療への応用. 月刊地域医学 2016;30(12):1026-1031.
- 6) 牧野輝彦, 新野景佑, 横井秀輔, 他: アルコール体質検査簡易法の試験成績. 新薬と臨床 2003;52(5):720-725
- 7) 中村正和: 患者の禁煙率向上につながるエビデンスと日常診療への応用. 月刊地域医学 2016;30(12):1032-1037.
- 8) 厚生労働省健康局: 禁煙支援マニュアル(第二版)増補改訂版. 2018.
- 9) 中村正和, 増居志津子, 萩本明子, 他: eラーニングを活用した禁煙支援・治療のための指導者トレーニングの有用性. 日本健康教育学会誌 2017;25(3):180-194.

# 「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。



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71回

# 「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に 関わるアクシデント

—事例の発生要因とシステム整備の課題—

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長 石川雅彦

### はじめに

医療の現場で発生しているインシデント・アクシデント事例において、検査結果や検査データで早急な対応が求められる重要な情報がタイムリーに伝達されなかったことで、患者に重大な影響が発生するという事例が少なくない。その一つに「病理診断報告書の確認忘れ」や「画像診断報告書の確認不足」などがあり、これらに関しては、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)の医療安全情報などで繰り返し複数回の注意喚起がなされている<sup>1)</sup>。さらに、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関しては、本事業の医療安全情報において、「No.111:パニック値の緊急連絡の遅れ(2016年2月)」が公表された<sup>2)</sup>。本事業の第42回報告書<sup>3)</sup>でも、パニック値の緊急連絡に関連した事例についての分析結果を報告している。

臨床検査におけるパニック値については、「生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値で直ちに治療を開始すれば救命しうるが、その診断は臨床的な診察だけでは困難で検査によってのみ可能である」と示されている<sup>3),4)</sup>。

パニック値に関わる事例については、本連載第30回でも「パニック値発生時の緊急連絡に関わるアクシデント」というテーマで、具体的事例を活用して求められるシステム整備について検討

した<sup>5)</sup>。各医療機関においても、関与する医師や看護師、臨床検査技師など複数のプロフェッショナルで検討され、パニック値の設定、およびパニック値発生時の連絡を含めたシステム整備に取り組まれていると思われる。しかしながら、現状では、パニック値発生時の緊急連絡に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されている。また、本事業における第53回報告書(以下、本報告書)の再発・類似事例の分析でも取り上げられ、繰り返しの注意喚起がなされている<sup>6)</sup>。

そこで、本稿で改めて「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」をテーマとして取り上げ、関わるアクシデント事例を検討し、事例の発生要因に焦点を当ててシステム整備の課題について検討する。自施設では、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるアクシデント事例は発生していないだろうか。その防止対策は十分に効果が得られているだろうか。患者に重大な影響は発生していなかったとしても、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」が報告されている場合、自施設のシステム整備の現状評価や見直しは十分といえるだろうか。ぜひ、この機会に「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるアクシデント事例の発生要因を検討し、事例の発生を未然防止するシステム整備を見直し、職員教育を含めた体制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。

## 「パニック値の“緊急連絡の遅れ”に関わるアクシデント

本事業の事例検索<sup>7)</sup>では、2019年7月初旬現在、キーワード“パニック値”で38件、“パニック値”と“報告”では28件、“パニック値”と“連絡”では25件の医療事故、およびヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本報告書では、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」を分析テーマとして取り上げており、「医療安全情報No.111」<sup>2)</sup>の集計期間後の2016年1月以降、本報告書分析対象期間(2018年1月～3月)においても類似の事例が3件報告されたため、分析対象とされている。

本事業の第42回報告書<sup>3)</sup>では、2004年10月以降、2015年6月までの期間に、パニック値の緊急連絡に関連した事例が6件報告されており、うち5件は「パニック値として臨床検査部から連絡がなされなかった事例」であり、1件が「パニック値として臨床検査部から連絡はなされたが主治医に伝わらなかった事例」とのことであった。これに対して、本報告書の分析対象となった事例3件中、2件は「医師以外に連絡し、医師にパニック値が伝わらなかった事例」であり、1件が「パニック値の連絡をしなかった」とのことであった。

本報告書に掲載されている事例、および事例検索で検索された事例の内容としては、「患者の血糖値がパニック値(38mg/dL)のため、検査部から外来へ連絡した。臨床検査技師は、応答したクラークに『緊急連絡値の報告です。グルコースが38と低値です。主治医への報告をお願いします』と伝えた。クラークは、患者の検査結果を出力し、『検査部よりグルコース38と連絡がありました。確認願います』と記載し、カルテ棚に置いた。その後、看護師がカルテ棚の用紙に気づき、

担当医へ連絡したが通話中のため、患者を探して確認すると、患者は低血糖症状を自覚して飴玉を摂取していた。臨床検査技師が“緊急連絡値(=パニック値)”と伝えた際、クラークは“異常値”と理解したが、緊急性があると思っていなかった。緊急連絡値の連絡体制などの手順書は院内になく、臨床検査技師が外来や病棟に電話連絡していた<sup>6)</sup>「患者は胃癌に対する化学療法実施のため入院した。外来での採血結果は電子カルテに配信され、臨床検査技師は血中カリウム値がパニック値(6.4mEq/L)で、再検後も6.5mEq/Lのため、外来看護師に報告した。外来看護師は、患者は既に病棟に上がったので直接病棟に連絡してほしいと依頼し、臨床検査技師は、すぐに入院病棟に報告した。報告を受けた病棟看護師は、心電図モニターの装着のために訪室したところ、心肺停止状態の患者を発見した。主治医は手術中のため、病棟にいた他科の医師が蘇生開始するも、死亡した。死因は胃癌末期で、肝転移破裂もしくは壊死による電解質異常によるものと推測された。外来看護師は、パニック値の報告を主治医に報告しなかった<sup>7)</sup>などがある。事例検索<sup>7)</sup>では、他にも直接的な因果関係は明確ではないが、死亡事例や患者への影響が大きい事例が報告されている。

パニック値発生からアクシデント事例発生に至るプロセスとしては、1)パニック値に気づかない、2)パニック値に気づいた、という2つのプロセスがある<sup>5)</sup>。本稿で焦点を当てている「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わる事例は、2)の「パニック値に気づいた」に関与する。ここでは、「パニック値に気づいた」ことでリスク発生を回避できる可能性があるにもかかわらず、アクシデント発生に至る事例も少なくないことに注目する必要がある。

そのプロセスには、「パニック値に気づいた」が、①報告しなかった、②報告が遅れた、③報告をしたが伝わらなかった、④報告をして伝わったが適切な対応が実施されなかった、などが挙げられる<sup>5)</sup>。複数の発生要因のうち、前記の事例にもあるように、特に「③報告をしたが伝わらなかった」ことの“なぜ”を深めることで、システム

整備の課題が見えてくる。

## 具体的事例から 考える事例の発生要因

各医療機関でも、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるインシデント・アクシデント事例の防止対策として、パニック値の検討、パニック値発生時の緊急連絡体制整備など、さまざまな取り組みを実施されていると思われる。しかし、現状では「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるインシデント・アクシデント事例の報告がされている。

ここでは、本事業の事例検索<sup>7)</sup>にて検索された事例(以下、本事例)を基に、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるアクシデント事例を未然に防止するため、事例の発生要因に焦点を当ててシステム整備の課題について検討する。

### 事例「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」

#### 【事故の内容】

- ・救急搬送された80歳代の男性患者が、重篤な非ST上昇型前壁心筋梗塞にて入院した。
- ・カテーテル治療を行い、治療は成功した。
- ・翌日早朝に急変し、急激な血圧低下をきたしたため蘇生し、蘇生に成功した。
- ・血液検査、およびCT検査にて、急変の原因として出血などは無いことを確認した。
- ・血液検査で高カリウム血症に気づき、急変の原因と考え、CHDFの準備を進めた。
- ・しかし、高カリウム血症による不整脈などは発生せず、別の原因があると考えた。
- ・再度、血液検査結果を確認すると、低血糖(血糖値13mg/dL)に気づき、急変の原因と考えた。
- ・血糖値の補正後に血圧は上昇したが、意識は回復せず、その後、死亡した。

(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)

本事例では、事例の背景要因として、「(当該施設における)血糖値のパニック値は50mg/dL以下、400mg/dL以上である」「パニック値などの電話報告の場合、臨床検査技師は主治医に直接連絡する。連絡がつかない場合は、各病棟、外来の看護師に連絡することがマニュアル化されている」「当該事例において、臨床検査技師は、病棟(ICU)にパニック値の連絡をすれば、医師に

も看護師がいるから伝わると思った」「医師に連絡する場合は怒られることがあったため、主治医でなく患者の担当看護師に血糖値が13mg/dLであると連絡した」「ICUでは他の患者の急変と緊急転棟が重なり、パニック値の連絡を受けた患者の担当看護師は、医師が心肺蘇生中であったため、状況を見て医師へ報告することにして、他の患者の処置を行い、報告することを忘れた」「患者の担当看護師が、パニック値の報告忘れに気づいた時には夜勤から日勤への勤務引き継ぎ時刻となっていたため、日勤看護師へ報告した」「日勤看護師は、パニック値が医師に伝わっていると思い、医師へ報告しなかった」などが挙げられている。

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

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、臨床検査技師は、パニック値などの電話報告を主治医に直接連絡するというマニュアルを遵守しなかったのか?」「なぜ、パニック値の連絡を受けた当該患者の担当看護師は、すぐに医師に連絡しなかったのか?」「なぜ、パニック値の連絡を受けた当該患者の担当看護師は、重大なパニック値の報告を忘れたのか?」「なぜ、当該患者の担当看護師が、パニック値の報告忘れに気づいた時には夜勤から日勤への勤務引き継ぎ時刻となっていたとしても、日勤看護師へ報告するだけでなく、直接医師に伝えなかったのか?」「なぜ、パニック値の報告忘れを伝えられた日勤看護師は、パニック値が医師に伝わっていると思いこみ、医師へ報告しなかったのか?」「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与し、パニック値の連絡のマニュアルがあり、臨床検査技師が連絡を実施したにもかかわらず、タイムリーに伝えられるべき医師に伝わらなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めると、1)パニック値発生時の緊急連絡体制(主治医に連絡がつかない場合のフローも含めた)の稼働状況の現状評価未実施、2)パニック値の緊急連絡を受ける可能性のある職員に適切な情報提供未実施、3)「パニック値発生時の連絡をした」ことが目的になっていないかの確認未実施、なども含めた「パニック値の“緊急連絡”」に関わるシステム整備に課題があることが見えてくる。

パニック値の“緊急連絡の遅れ”が発生するプロセスを“見える化”することで、「パニック値に気づいた」→「パニック値を連絡・報告した」→「適切な対応が実施されてリスクが回避される」という、個々のプロセスでどのような発生要因があるのかについて深めることが可能となる(図1)。前記の事例も含めて検討すると、「パニック値に気づいた臨床検査技師が外来・病棟に連絡・報告を実施」したが、「対応した他の職員(看護師、クラークなど)から主治医への連絡・報告が遅れた」という状況が発生している(図2)。

前記の事例では、臨床検査技師からパニック値の連絡を受けたクラークは、「検査部より検査結果の連絡があったこと、検査結果を出力し、「確認願います」と記載してカルテ棚に置いた」ことで「主治医が確認するだろう」と思い込んでいた

ことが想定される。

本事例では、臨床検査技師からパニック値の連絡を受けた看護師は、「主治医が患者の急変対応で手が離せないと考えて後で連絡しよう」と判断したが、その後、「主治医にパニック値の連絡を忘れた」「主治医にパニック値の連絡を忘れたことに気づいた際も、直接、主治医に伝えなかった」などの行動を実施している。こうしたさまざまな要因が関連して「主治医にパニック値発生時の“緊急連絡”が遅れる」「患者に重大な影響発生を未然防止できない」という事例発生に至っていることを認識することが重要である。

### 「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるアクシデントの未然防止対策

自施設で発生している「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるインシデント・アクシデント事例の現状評価は十分に実施されているだろうか。本稿では、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わる具体的事例を活用して、アクシデントの発生要因からシステム整備の課題について検討した。ここでは、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるアクシデント事例の未然防止対策について検討する。

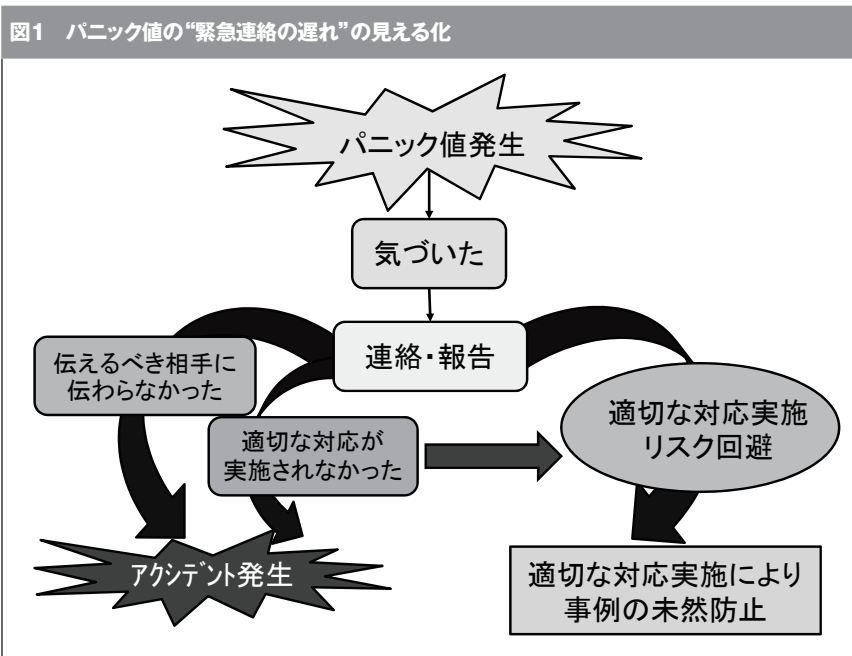
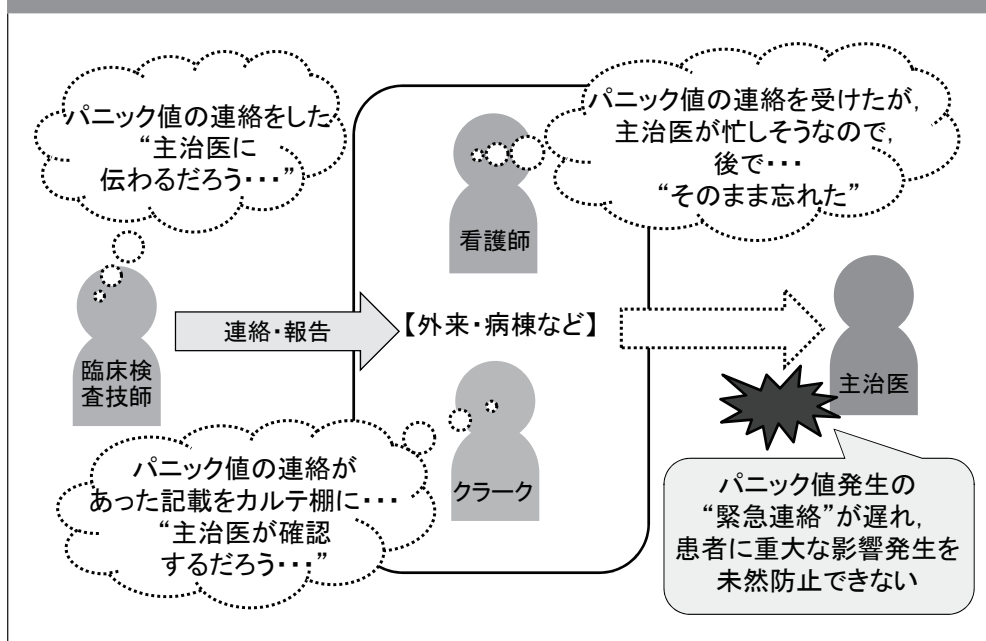




図2 「連絡・報告」実施したはずなのに・・・“伝えたつもり”に関わる発生要因



本事例の改善策としては、「検査結果がパニック値の場合、主治医に連絡する」「主治医につながらない場合、内科系患者は内科系当直医師、外科系患者は外科系当直医師に連絡する」などが記載されていた。

「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるアクシデント事例の未然防止の対策としては、1)パニック値発生時の緊急連絡体制(主治医に連絡がつかない場合のフローも含めた)の稼働状況の現状評価実施、2)パニック値の緊急連絡を受ける可能性のある職員に適切な情報提供実施、3)「パニック値発生の連絡をした」ことが目的になっていないかの確認実施、4)関与する多職種によるリスクアセスメント実施、などが考えられる。

1)の「パニック値発生時の緊急連絡体制(主治医に連絡がつかない場合のフローも含めた)の稼働状況の現状評価実施」では、主治医に連絡がつかない場合のフローが明確であるか否かが問われる。主治医が直接、電話連絡を受けられない状況が発生する可能性を考慮すると、確実に伝わるルートの確保が重要である。自施設では、主治医に連絡がつかない場合は、どのような対応が示されているだろうか。ここでは、併せて、

“緊急連絡”であることが適切に伝達されているか否かについても注目したい。これらを含めたパニック値発生時の緊急連絡体制の稼働状況の現状評価が急がれる。

3)の「『パニック値発生の連絡をした』ことが目的になっていないかの確認実施」では、「伝えるべき相手は誰か」ということと、「伝えた結果、適切な対応が実施されたか」「患者への重大な影響発生を回避できたのか」という本来の目的を再認識することが求められる。「伝えた=伝わった」になることは、伝え手と受け手の双方向のコミュニケーション、および“何のために”という本来の目的を意識した行動が欠かせない。

4)の「関与する多職種によるリスクアセスメント実施」については、パニック値への対応に関与する可能性のある臨床検査技師や医師、看護師などに加えて、看護助手やクラークなど、外来や病棟で電話連絡に対応する可能性のあるすべての職員で、リスクアセスメント実施を検討したい。ここでは、2)の「パニック値の緊急連絡を受ける可能性のある職員に適切な情報提供実施」とも併せて、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」により、患者にどのようなリスクが発生する可能性があるのか、具体的な事例を活用し

て気づく機会の提供が望ましい。

### 「パニック値の“緊急連絡の遅れ”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」をテーマとして取り上げ、関わるアクシデント事例を検討し、事例の発生要因に焦点を当ててシステム整備の課題について検討した。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、状況によっては、発生した際の患者への影響を考慮すると、現状評価と未然防止対策の見直しが急がれる。

未然防止対策の実施に取り組む前に、現状評価の一つの例として、本連載第30回<sup>5)</sup>でも提案した「“パニック値発生時の緊急連絡”に関わるチェックリスト」を改変して、再度、提案したい(表)。この「“パニック値発生時の緊急連絡”に関わるチェックリスト(改変版)」では、本稿の分析結果を参考に、「パニック値発生時の緊急連絡のコードを決めている」「臨床検査技師が、パニック値発生時の緊急連絡実施時、その緊急性を伝えている」「パニック値発生後、担当医師への緊急連絡が伝わったことの確認を『誰が』『いつ』『どのように』実施するのか明確である」などの項目を挙げた。自施設における現状評価実施時や、オリジナルのチェックリスト作成時の参考としていただきたい。

今後の展望としては、自施設で発生したインシデント・アクシデント事例の分析を含めた現状評価や、本事業の事例検索<sup>7)</sup>などから得た情報を参考に、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」に関わるリスクアセスメントを関与するさまざまな職種で討議できる職員研修の企画が望まれる。事例発生に至る前に、「パニック値の“緊急連絡の遅れ”」が発生する可能性、現状のシステムの“見

<input type="checkbox"/>	パニック値発生時の緊急連絡のコードを決めている
<input type="checkbox"/>	臨床検査技師が、パニック値発生時の緊急連絡実施時、その緊急性を伝えている
<input type="checkbox"/>	担当医師不在時、パニック値の緊急連絡方法が明確である
<input type="checkbox"/>	関与する職員が、パニック値発生時の緊急連絡を受けた際、担当医師不在の際の緊急連絡方法を把握し、実施している
<input type="checkbox"/>	パニック値発生後、担当医師への緊急連絡が伝わったことの確認を「誰が」「いつ」「どのように」実施するのか明確である

(本連載第30回に掲載の表を改変し、作成)

えない穴”に気づくことで事例の未然防止を図る取り組みを、職員個々が、改めて認識する機会を設けることが期待される。

#### 参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2019 Jul 8)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報No.111. [http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe\\_111.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_111.pdf) (accessed 2019 Jul 8)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第42回報告書. [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_42.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_42.pdf) (accessed 2019 Jul 8)
- 4) 日本臨床検査医学会 臨床検査のガイドライン2005/2006. 症候編・疾患編・検査編. [https://www.jslm.org/books/guideline/guideline05\\_06.html](https://www.jslm.org/books/guideline/guideline05_06.html) (accessed 2019 Jul 8)
- 5) 石川雅彦:Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み” 第30回 パニック値発生時の緊急連絡に関わるアクシデント. 月刊地域医学 2016;30(4):294-298.
- 6) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第53回報告書. [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_53.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_53.pdf) (accessed 2019 Jul 8)
- 7) 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 Jul 8)





## 胸部X線画像診断⑧

へき地・離島遠隔画像支援センター長 牧田幸三

2019年7月11日、はやぶさ2が小惑星リュウグウに2回目のタッチダウンをした。うまくいき過ぎて、注目度は低かったように思う。このところの長雨、梅雨寒で空や宇宙への関心が削がれているところに、タッチダウンと聞くと、この9月、日本で開催されるラグビーワールドカップが脳裏をよぎる。はやぶさ2が回収したサンプルを地球に届けるのは来年、2020年の末だそうだが、地球の大気圏に突入して燃え尽きた初代はやぶさと違って、はやぶさ2はサンプル入りカプセルを地球に投げたあと、地球には帰還せず、そのまま、次の探査に向かうそうである。しかも行き先は未定だとか…。山のあなたの空遠く 幸い住むと人のいう…(カール・ブッセ:上田敏訳)。うたやっこ(三遊亭歌奴)も

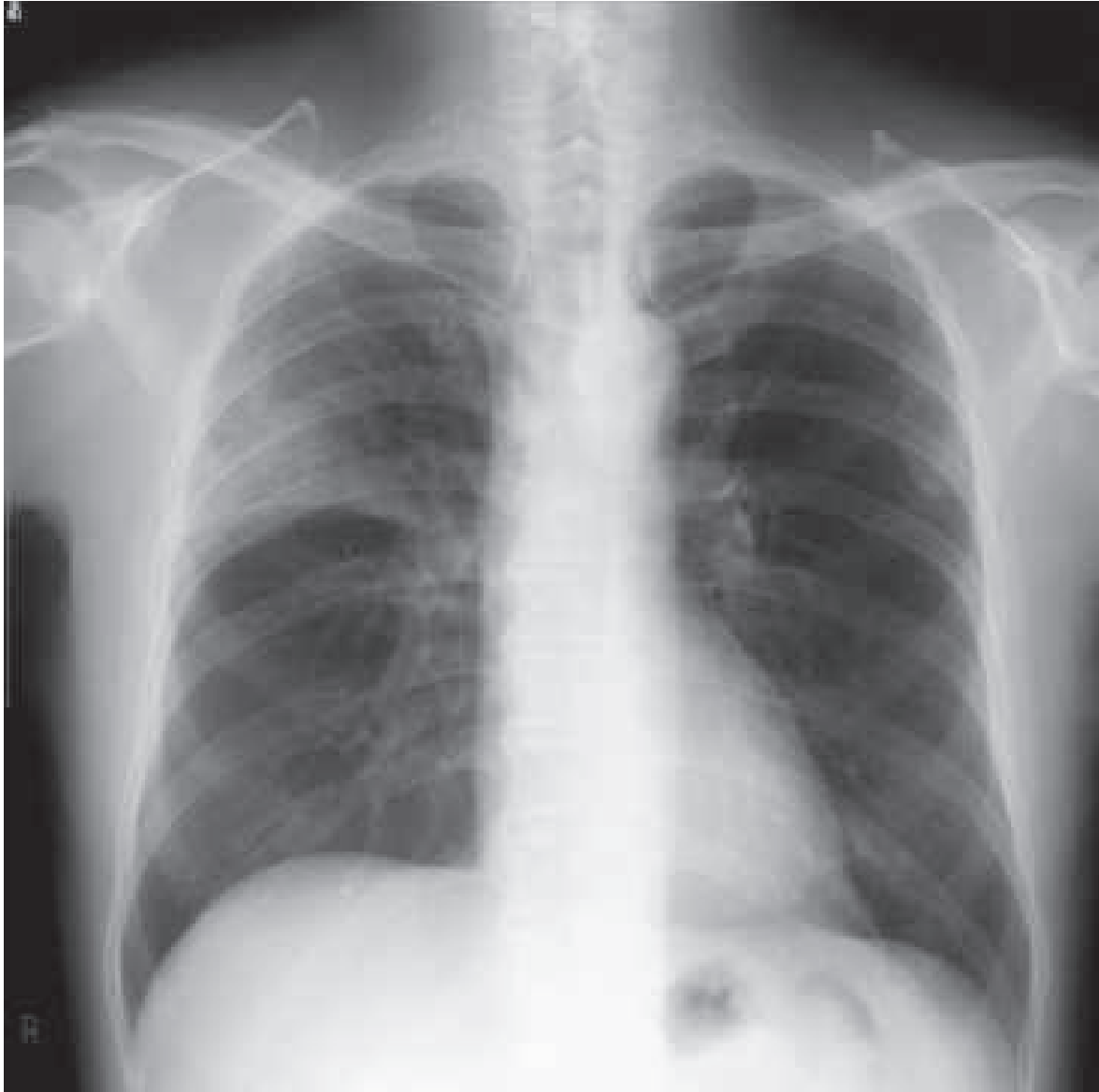
昭和も 山のあなたの空遠く……。ウトウト…。

先生、せんせい、そろそろ起きてください。プラネタリウムがどーの、ラグビーがどーのって、いつもプラネタリウム観ながら寝てるだけじゃないですか。そろそろ本題に入らないと皆さんページめくっちゃいますよ、とレジデントX氏の曰く。ああ、はい、ハイ、肺…。プラネタリウムで眠ると、相対性理論の予測するところによれば、寿命が延びた気持ちになるんじゃないよ。ところで、コンソリデーションって言葉、知ってるかね？ えっ？ もうっ？ いきなり？ って、もう前置きは要らないだろ？ 枕で寝るのは当たり前じゃないか！話の枕は寝た子を起こすためにあるのだよ、X君。



これは兵庫県明石市の天文科学館のプラネタリウムのアップ(昨年の秋、撮影しに行ってきた)。明石生まれ、天文科学館育ちの筆者のアイドルである(星の友の会会員だった)。カール・ツァイス・イエナ社製、光学式プラネタリウム。1960年稼働開始で、来年2020年に還暦を迎える(筆者は去年還暦)。この何ともメカニカルな佇まい……。イエナは東ドイツの地名(すなわちこの機械の生まれ故郷)。胴体部の黒いプレートにJENAの文字がある。

症例：60歳代男性。主訴：咳と痰が続く。体温：36.8℃



先生：レジデントX君，所見を述べてください。

レジデントX：立位P→Aの胸部X線です。右上肺野に浸潤影を認めます。肺尖方向に向かって濃度勾配があり，すりガラス影化していきます。肺尖方向の病変の境界は不明瞭です。病変の下縁には肥厚した葉間胸膜と思われる線状影が観察されます。気管の偏位や肺門の腫大は認めず，肋骨横隔膜角は鋭，鮮明です。気管支の壁肥厚も指摘できません。左肺野に

は所見なく，心拡大はありません。肋骨，脊椎にも所見はありません。

先生：お～っ，完璧だな。では今回の本題に入るとしよう。

レジデントX：先生，それより，診断は？ マイコプラズマ肺炎でしょうか？ それとも肺炎型肺癌？

先生：診断は？ 気になる？ そりゃそうだな。でも，診断は後回し。

## 胸部X線用語に関する混迷

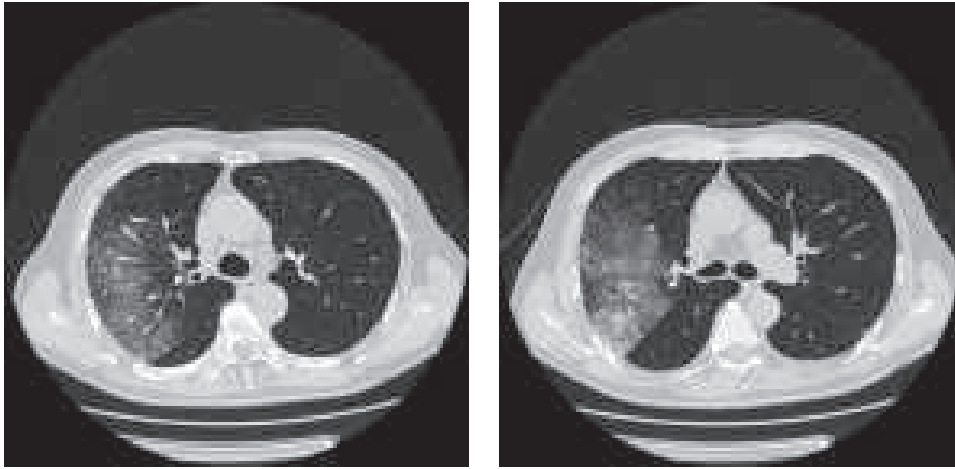
胸部X線の所見を述べる際に用いられる言葉に、コンソリデーション、浸潤影、すりガラス影、粒状影、結節影、腫瘤影などがある(もちろん、ほかにも星の数ほどあるが、枕も長過ぎたし、まずはここまでで十分)。ところが、これらの言葉の使い方、人によってマチマチ(区々)な感があることは否めない。端的に言って、かなりいい加減である。ネットで、“コンソリデーション、定義、胸部X線”で検索しても、ヒット数は少なく、確信的な記述もあるものの、多くは、ま、とりあえず、こういうふうに使おう、とか、これはあくまでも私見ですとか、個人の感想です、とか、さまざまなご意見が、とか…なんとなく釈然としない。

肺野の“濃い”陰影を、コンソリデーションと表現するのか、浸潤影と表現するのか、は古典的な問題であり、胸部X線全盛時代にも所見の表現にさまざまな議論、混乱があったことは事実である。その混乱の主たる原因は病理用語の所見用語への転用であった(consolidationあるいはair space consolidationはその代表格)。加えて、日本においては、consolidationをコンソリデーションとカタカナ表記したことで、英語から日本語への翻訳問題も加わって、より混迷が深まったのである。すなわち、コンソリデーションというカタカナ表記を避ける意味もあって、コンソリデーションが浸潤影と表現されるようになったのである。本来、Consolidationの訳は硬化像であるべきであり、浸潤影はinfiltration(これも元々は病理用語)の訳のはずであったが、肺野の“濃い陰影”を“浸潤影”と表現してみると、これがしっくり来てしまったのである。結果、三つ巴、三すくみの膠着状態が起こってしまった。英語上も、用語の混乱はあり、英語では“opacity”が頻用される一方、放射線所見用語としての“infiltration”は死語と化し、引用文献<sup>1)</sup>には“infiltrationは使わないようにしましょう”と書いてある。日本語での用語混乱についての精確な経緯はよく分からないし、分かるはずもないので敢えて断定的な表現を用いていることをお許しいただきたいが、著者自身はそ

の膠着状態から脱するために、肺野の“濃い陰影”について、浸潤影、という言葉を使うことに決めている。濃い陰影、と書くより、三文字で短いのが最大の理由であるのと、英語でinfiltrationが使われなくなっているのであれば、日本語だけの概念を持つことができるとも言えるからである。いずれにせよ、画像上の表現に使用する言葉として、日本語のコンソリデーションか、浸潤影か、で悩むのは無駄である。英語上は、consolidation≠infiltrationであるが、日本語では、コンソリデーション=浸潤影でよいということなのだ。病理上の概念の違いを画像に持ち込まないためにもイコールと定義したほうがよい。

“浸潤影”について、そもそも、その“影”という言葉にこだわる向きもある。胸部X線やCTの肺野の所見について、“影”という言葉を使うのはけしからん、というのである。これは、前回の稿(Vol.33No.7 52頁)でも述べたように、X線像は透過性を有する物体の透過像の合成(重積)像である点で、X線像は“影”ではない、とする立場からの発言である。では、なんと表現すればよいのか?英語のOpacity(不透明あるいは不透明度合)という言葉を使うべきであると、個人的には、少なくとも日本語としての“影”とか“陰影”という言葉を使うことをそこまで避けずともよいのでは?と思っている。前稿で示したように、透過性のあるコンテンツを用いた影絵もあるので広い心で考えてほしいと思う。シャウカステンにかけたフィルムを透かしてみているのは、フィルムの黒化度に応じた、れっきとした“影”であるし、液晶モニターだって、原理的にはバックライトがあって、それをシャッターで遮ってその“影”をみているのであるから(屁理屈とおっしゃるな)。

先生、原理的な、言語学的事実と実際の臨床のズレはよくわかるのですが、ごちゃごちゃ感が半端じゃないです、とレジデントX氏の曰く。仕方ないじゃないか、私のせいじゃないよ。そもそも、“所見”というのは、“みえたこと”に過ぎないのに、胸部X線に限らず、放射線画像から、



初診時のCT



治癒後，初診から1ヵ月後の再検CT:所見はほぼ消失している。

つい、病理的な、診断的なところに飛躍しようとするのが問題なのだ!! とは言っても、ある程度の解決策は講じる必要があるので、下記のような定義をしておく。

◆**浸潤影**: 血管影を透見できないような、あるいは区別できないような濃い(opacity:不透過度の高い)陰影(胸部X線でもCTでも用いることができる)。カタカナ表記するなら、コンソリデーションを用いる。

◆**すりガラス影**: 血管影を透見できる、あるいは血管影を認識できる程度の淡い(opacity:不透過度の低い)陰影(胸部X線でもCTでも用いることができる)。

**注意点**:胸部X線上、すりガラス影にみえてもCTでは浸潤影を呈するようなことも間々ある

ことであり、両者の不一致を気にする必要はない。また、胸部X線上の浸潤影、すりガラス影を、さほど悩む必要もない。当然、境界的な陰影(どちらともいえる陰影)もあるし、混在している陰影もある上、陰影の濃さだけで疾患を鑑別できるわけでもない。むしろ、“すりガラス影だから間質性肺炎や異型肺炎を考える”とか、“浸潤影=肺炎”と短絡するような考え方のほうが危うい。

前稿でも紹介した田坂皓先生の胸部X線の教科書<sup>2)</sup>では 肺野の陰影を表現する言葉として、次の7つが挙げられている(そのまま引用する)。

#### 1) 陰影の広がり

限局:肺野の一部分のみ。



広範:1つの肺葉の大部分, 上肺野全体などの広い範囲に連続してあるとき.

びまん性:全肺野または肺野のほとんど大部分に広がるとき.

## 2) 陰影の濃度の均等性

均等:無気肺, 大葉性肺炎のように陰影の濃度が一様であるとき.

不均等:病変の間に正常な肺があるなどのため陰影に濃淡があるとき.

## 3) 陰影の濃さ

濃い:含気が完全がないとき, 病変の厚みが厚いとき, カルシウムがあるとき.

薄い:含気が残っているとき, 病変の厚みが薄いとき.

## 4) 陰影の境界

鮮明:被膜がある病変のように正常の肺との境界がはっきりしているとき.

不鮮明:病変と正常の肺との間が徐々に移行をするとき.

## 5) 陰影の形

粒状, 斑点状, 円形, 輪状, 線状, 索状, 網状, 蜂巣状

## 6) 陰影の数

単発性(孤立性), 多発性

## 7) 陰影の大きさ

直径, 長径と短径などをmmまたはcmで示す. 小豆大, クルミ大などの大きさがほぼ一定のものにたとえる.

基本, 1)~7)のこれらの言葉を用いて, あとは, 肺野の何処何処に, という接頭語を付けたり, 陰影についての時間的経過(変化)を加えたりすれば, 胸部X線所見の言語化が完成するということになる. 2)の陰影の濃度の均等性や5)の陰影の形など, ある程度自由に感覚的な表現を加えてもよいと思われるが, さほどそこに頭を悩ませる必要もない. なお, 田坂 皓先生は, 教科書の胸部X線の陰影の説明の中ではコンソリデーションとか浸潤影という言葉は一切用いておられず, 肺胞性疾患と間質性疾患についてのコメントの中で, 肺胞性疾患の説明と

して, consolidationあるいはair space consolidationについての病理的な意味, 実体について説明されているだけである.

所見用語が混乱していることには, 胸部X線で観察する時代からCT全盛の時代への劇的な変化があったことに加え, 呼吸器疾患(特に間質性肺炎や肺癌)の病理に関する知識や概念の変化がすさまじいことにも大きな要因がある. 胸部X線で“診断”する時代ではなくなっているような錯覚にも陥りかねない. 例えば, 以前には, 肺に結節をみた場合, その辺縁形態の描写には今よりもはるかに重みがあったが, 現在では, 即CT撮影, 気管支鏡あるいはCTガイド生検, 胸腔鏡手術, と, 何にせよその臨床的展開はめまぐるしいスピードである. ゆっくり所見なんか考えていられない(こだわってられない)時代になっているのかもしれない(それでいいと言っているのではない).

今回は, 枕が小惑星だけに, 最後まで惑わされっぱなしでした, とレジデントX氏の宣ふ(のたまう). そうでしょう, そうでしょう, この枕, 一晩寝ながら考えたんだからね, と筆者の弁のちぐはぐなこと限りなし.

## 症例の解答

初診時の白血球: 16,000, CRP: 17.6と高値. 外来にてロセフィン<sup>®</sup>(セフトリアキソン)7日間点滴治療とアベロックス<sup>®</sup>(ニューキノロン系経口抗菌剤)にて軽快. 痰培養では起炎菌を同定できず. 経過を含め, 細菌性肺炎との診断. 初診時のCT像は, 小葉内網状影を呈するすりガラス影が主体. 葉間胸膜のわずかな肥厚あり. 胸膜に垂直な線状影は小葉間隔壁の肥厚である.

## 引用文献

- 1) Hansell DM, Bankier AA, MacMahon H, et al: Fleischner Society: Glossary of Terms for Thoracic Imaging. Radiology 2008; 246(3): 697-722.
- 2) 田坂 皓:胸部X線読影テキスト. 文光堂, 1976年第1版発行.

## 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

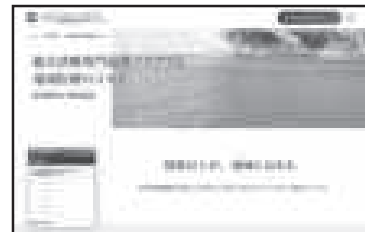
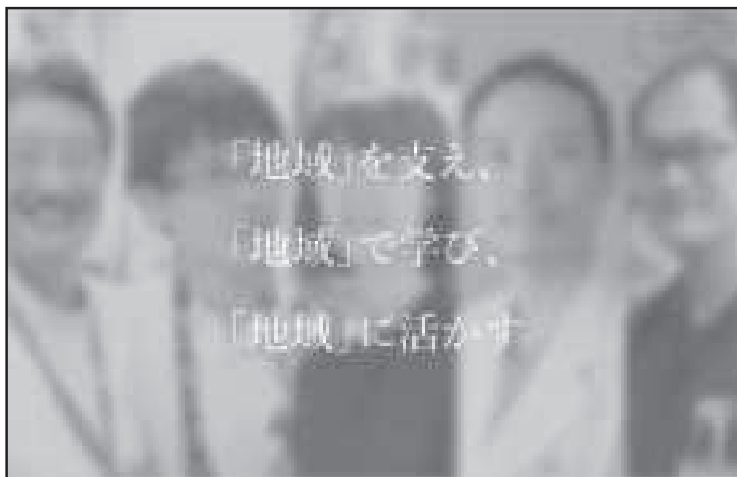
〒102-0093  
東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階  
公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局  
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515  
chiiki-igaku@jadecom.or.jp

## JADECOM ACADEMY サイト開設のお知らせ

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

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

是非ご覧ください。



<https://jadecom-special.jp>

JADECOM ACADEMY



### 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



## 安達秀雄先生の 「心臓血管外科診療の進歩 —とくに大動脈外科の進歩と高齢者に対する工夫—」 (7月1日配信)

練馬光が丘病院循環器センター長、地域医療振興協会顧問、そして自治医科大学名誉教授の安達秀雄先生は長年、心臓血管外科手術に携わり豊富な経験から、大動脈瘤の手術成績の向上と高齢者の心臓血管手術の工夫に関して解説していただきました。

1990～2013年、大動脈瘤手術数は急激に増加しています。全国的にも大動脈瘤の手術は増え、手術死亡率は下がってきています。大動脈瘤の手術に関しては、わが国では世界に誇るべき歴史があります。1952年に東京大学教授の木本誠二先生が本邦初の胸部大動脈瘤の手術を行いました。これは世界で2例目の手術でした。私自身も1980年代のかなり早い時期から大動脈瘤の手術に関与しました。

手術治療成績が向上した要因は、①正確な診断(画像診断の進歩)、②安全な臓器保護(補助手段の進歩)、③手術材料の進歩(もれない人工血管)、この3つが非常に大きかったと思います。診断に関しては三次元的に構造が確認できるようになったことです。それまでは手術前に病変部を把握することは難しかったのですが、三次元CTが使えるようになってからは手術成績が非常によくなりました。

体外循環の進歩により、安全・確実な臓器保護が行われるようになりました。脳・心臓の保護が確立したことが手術成績向上に寄与したと思います。

	80歳未満 (n=66) n (%)	80歳以上 (n=30) n (%)	P value
年齢 (歳)	66 ± 13	84 ± 3	<0.01
男性	44 (67%)	9 (30%)	<0.01
NYHA分類 3 or 4	27 (41%)	13 (43%)	0.50
高血圧	37 (56%)	29 (97%)	<0.01
糖尿病	26 (39%)	4 (13%)	0.02
虚血性心疾患	29 (44%)	10 (33%)	0.38
脳血管障害	10 (15%)	2 (7%)	0.33
腎機能障害 (Cr > 1.5mg/dl)	10 (15%)	6 (20%)	0.57
透析	1 (2%)	4 (13%)	0.03
左室収縮率 (%)	58 ± 16	60 ± 14	0.60
ヘモグロビン	13.1 ± 1.9	11.6 ± 1.9	<0.01
アルブミン	3.8 ± 0.5	3.5 ± 0.6	0.01

表1 術前状態

もう一つ大きな要因は人工血管の進歩です。30年前の人工血管はポリエステルで編み込んでありましたが、血液が漏出してしまふものでした。現在は血液漏出がなくなり大動脈手術の死亡率は5%以下となりました。

最近ではステントグラフトが非常に多く使われています。これはカテーテルで人工血管を折りたたんだ状態で持って行って、その場所で開く。内側から血管を補強するという方法です。

さらに、高齢者に対する最近の心臓血管手術の進歩があげられます。日本は急激に高齢化が進み、手術対象患者も高齢者が多くなりました。心臓血管手術のうち、自験例で待機手術96例を80歳以上(30例)、80歳未満(66例)に分けて検討しました。最高齢は92歳です。術前状態のデータは高齢者のほうが全身状態・栄養状態がやや悪い部分もありますが、総じて大きな違いはないと思います(表1)。手術成績は表2のとおり。いずれも病院内での死亡はありませんでした。

高齢者の手術では、患者さんに合った低侵襲の手術を行うことのほか、多職種によるサポートも重要です。練馬光が丘病院のICUでは、ICUの医師、心臓外科医、麻酔科医、ICUのナース、薬剤師、リハビリ担当の職種が集まって、毎朝回診をして、術後の状態を確認しています。高齢者が手術をするときには、手術前からリハビリの方に介入してもらいます。

	80歳未満 (n=66) n (%)	80歳以上 (n=30) n (%)	P value
在院死亡	0	0	-
脳梗塞	1 (2%)	0	1.00
長期挿管(>48時間)	6 (9%)	1 (3%)	0.43
ICU滞在日数	4.3 ± 1.6	5.0 ± 2.5	0.09
術後在院日数(日)	21 ± 15	29 ± 17	0.03
自宅退院	60 (91%)	22 (73%)	0.03

表2 手術成績

\*安達秀雄先生のレクチャーの詳細は、7月1日配信のJADECeLearning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/>





# 第13回 へき地・地域医療学会

主催：公益社団法人 地域医療振興協会

今年で13回を数える公益社団法人 地域医療振興協会のへき地・地域医療学会。海運ビル・砂防会館を会場に、6月29日、30日の2日間に渡って開催された。

今回のテーマは、「地域から羽ばたく女性医師」。

ザンビアの辺地で巡回診療活動を続ける山元香代子医師による招聘講演、オレゴン州エンタープライズの家庭医として働くElizabeth Powers先生の基調講演、そして公開シンポジウムでは石川鎮清先生、十枝めぐみ先生、白石裕子先生、佐藤優子先生がそれぞれの立場から講演した。

今回は都道府県支部代表の演題発表もあり、ネットワークの広がりを実感できる学会となった。

次回の学会からは各ブロックが協会本部と共催する形をとる。第14回は九州・山口ブロックが主催となり、飯塚市立病院の武富章先生が会長を務める予定である。



招聘講演

# ザンビアでの辺地巡回診療活動

認定非営利活動法人 ザンビアの辺地医療を支援する会 副理事長 山元香代子

現在、ザンビア共和国チサンバ郡、ルアノ郡の4地区で巡回診療活動を実施している。ザンビアはアフリカ南部に位置する内陸国で、首都ルサカでも高度約1,000メートルで気温は高いが日本のような蒸し暑さはない。乾季と雨季に分かれ、4～10月は乾季でほとんど雨が降らず、11～3月は雨季で1日のうち数時間雨が降る。

私はザンビアの首都ルサカでJICAの専門家として地域保健医療向上を目的に2005年から2年間仕事をした。ザンビアでは保健省、州保健局、郡保健局の管轄のもと、それぞれ大学病院、州病院、郡病院、ヘルスセンター、ヘルスポストが機能している(図1)が、医療施設では人材不足が慢性化している。

ルサカには巨大ビルも建ち、車があふれ、断水や停電はあるが水道の蛇口をひねれば水が出てくるし電気も通っている。そのルサカから30分車に乗って郊外に出ると田舎の風景が広がる。都市と地方の格差が大きく、地方では十分な医療の恩恵を受けられない人々が数多くいる。辺地に住む人々は数時間から1日かけて徒歩や牛車などでヘルスポストやヘルスセンターを受診する。そうした地域を含め、ヘルスセンターからスタッフが母子保健サービスを提供するアウ

トリーチ活動を実施しているが予防接種など限定的で、道路事情で頻繁に中止になる。そのため辺地の人々、特に乳幼児や妊産婦が基本的な医療サービスを定期的に受けられるシステムの確立が急務であると考え活動を開始した。



ザンビア共和国保健省から巡回診療の承認を取るのに約1年を要した。2010年12月にザンビアの医師免許を取得し、2011年8月から約4ヵ月郡病院で医師ボランティアとして勤務。協議の結果、2011年10月よりルサカから北へ車で約2時間走ったチベンビヘルスセンター管轄内のルアノ地区で巡回診療を月2回開始した。ヘルスセンターには医師はおらず、準医師のクリニカルオフィサーがセンター長でスタッフは約10名、入院・分娩の施設もある。

ルアノ地区はヘルスセンターから車でさらに約2時間、人口約2,000人のトンガ族の地域で電気・ガス・水道はない。乾季の川は完全に干からび、人々はそこに穴を掘り飲み水として使用している。雨季は道路が川のようになり、泥道に車が埋まって動けなくなることもある悪路と

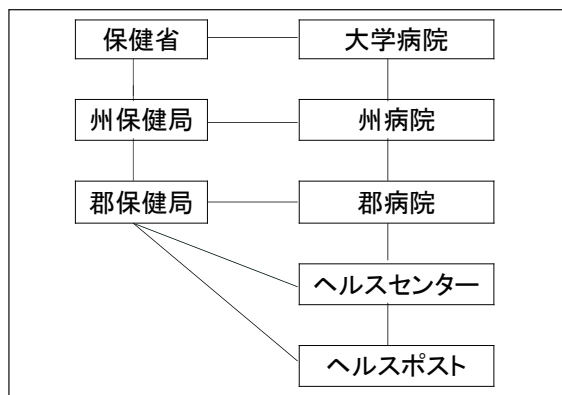


図1 ザンビアの保健医療体系

- 37種類の経口薬 14種類の注射薬 5種類の外用薬  
 家族計画の薬剤2種類 ヘプス(栄養強化されたメイズ)  
 検査キット(マラリア HIV 妊娠反応 尿検査)
- 血圧計 体温計 体重計 聴診器 ペンライト 舌圧子  
 アンビバッグ ガーゼ 包帯 絆創膏 副木 注射器 針  
 点滴セット アルコール 手袋 巻き尺 胎児心音聴診器  
 石ケン タオル 紙コップ 水差しとコップ クロリン コンドーム
- 蚊帳 折り畳み椅子・机 患者用ノート 患者登録ファイル  
 水コンテイナー ミネラルウォーター 懐中電灯 予備の電池  
 ゴミ袋
- 車修理道具 斧 スコップ 牽引棒 ロープ

図2 巡回診療車に搭載する物品



写真1



写真2



写真3

新受付患者数	297	診療患者数	1200 (75/回)	5歳未満児数	373
疾患別患者数					
マラリア	54	マラリア検査陽性数/総数	50/1096 (4.6%)		
		5歳未満児マラリア検査陽性数	14/351 (4.0%)		
急性胃腸炎/下痢症	98	気道感染症	572	肺炎	26
原因のはっきりしない発熱	12	胃炎など	76	結膜炎	122
腰痛などのからだの痛み	231	う歯	101	皮膚疾患	108
高血圧症	38	頭痛	20	寄生虫疾患	34
ビルハジア	11	赤痢疑い	18	貧血	8
外傷	7	てんかん疑い	8	性感染症	26
栄養不良	9	喘息	15	中耳炎	29
				他	68
妊産婦健診受診者数	214 (14/回)	家族計画受診者数	316 (20/回)		
HIV/AIDS 検査陽性数/総数	1/161(0.7%)				
巡回診療後のCHWIによるマラリア検査陽性数/総数293/910 (32.2%)					

図3 ルアノ地区での診療状況(2018年)

なる。

巡回診療前日には車両後部に椅子やテーブル、医療器材を詰めたコンテナ4箱、カルテなどを積み込む(写真2)。朝6時にルサカの事務所を出発しルアノ地区へ向かい11時から17時ごろまで診療を行い、ルサカに戻るのには22時から23時で夜中を過ぎることもある。

診察は私とクリニカルオフィサーで行い(写真1, 2)、助産師は妊婦検診・家族計画を、臨床カウンセラーは薬剤配布を行う。HIV/AIDSの検査も実施する。現地ボランティアやコミュニティヘルスワーカーが分担して受付、体重、体温、血圧測定を行う。また、コミュニティヘルスワーカーはマラリア検査キットを使った熱帯熱マラリアの血液検査を実施する。

持ち込む医薬品は抗菌薬、抗マラリア薬など30種類以上の経口薬と、輸液製剤、抗菌薬など15種類の注射薬、4種類の外用薬で、ルサカの薬局で購入し必要分を事務所で事前に分包している。重症肺炎が疑われる子どもなどは抗生剤の投与後に車でヘルスセンターまで搬送。往復

の途中で呼び止められ道路端で診療することもある(写真3)。

診療後はレポートを作成し、ヘルスセンター長を含む関係者に配布している。ルアノ地区での2018年診療状況は図3に示される。トイレもなく、人々は小川の水などを飲料に使用しているため乾季になると下痢や赤痢疑い、皮膚疾患、結膜炎の患者が増加するが、統計的に患者数は減少傾向にある。

月に2回しか巡回診療に行けないので、コミュニティヘルスワーカーにマラリア検査と薬剤投与、次の診療までのフォローをお願いしている。彼らは診療した患者に関する記録を残しているの、薬の処方などを含めたチェックも私の大事な仕事となる。

ルアノ地区は住民の健康や衛生状態に関する認識が低く、マラリアや下痢の患者が非常に多かった。そこで、マラリア予防のための蚊帳の必要性や安全な水に関して、ドラマや歌、踊りなどを通じて分かりやすく説明する啓発活動を



写真4

実施しているが、人々の行動自体を変えることは困難で、特に安全な水に関してはクロリンの使用が徹底しない。しかし、蚊帳は徐々に使用されるようになった。さらにHIV/AIDSの検査を特に若い人たちに勧めるため2017年からサッカー大会を企画している。

ルアノ地区には正式に研修を受けたコミュニティヘルスワーカーが一人もいなかったため、巡回診療後の患者のフォローアップが不十分だった。そこで2013年11月と2014年5月に、他地区も含めコミュニティヘルスワーカーを養成するための研修を実施し、ルアノ地区に4人のコミュニティヘルスワーカーが誕生した。その後のマラリア患者数の激減、2016年、2018年のマラリアによる子供の死亡ゼロは彼らの活動によるところが大きいと考える。

2016年12月よりルワノからさらに1時間半奥のサンダラ地区でも巡回診療を開始したが、ここにもコミュニティヘルスワーカーが不在だったため2017年5月と11月に養成の研修を実施。彼らは農業や畜産で生計を立てながらボランティアとして無報酬で活動している。そのため年に一度知識・技能の向上と活動への動機づけのため、2泊3日のリフレッシュ研修を実施している。また地区ボランティアに対しても基本的な保健衛生に関するセミナーを年2回行っている。

昨年はルアノ以外にニャンカンガ地区で月1回832名、サンダラ地区で月1回470名の患者を診療した。2011年の巡回診療開始から2018年

年	4月(2回分)	5月(2回分)	6月(1回分)
2019 (少雨)	9/93 (9.7%) (1回分)	21/108 (19.4%) (1回分)	
2018	26/246 (10.6%)	10/145 (6.9%)	15/86 (17.4%)
2017	45/230 (19.6%)	50/139 (36.0%)	15/86 (17.4%)
2016 (少雨)	143/278 (51.4%)	69/155 (44.5%)	26/48 (54.2%)
2015	85/164 (51.8%)	78/255 (30.6%)	23/76 (30.2%)
2014 (少雨)	158/244 (64.8%)	173/252 (68.7%)	105/145 (72.4%)
2013	53/123 (43.1%) (1回分)	101/170(59.4%)	25/74 (33.8%)
2012	66/96 (68.8%) (1回分)	177/274 (64.6%) (3回分)	50/73 (68.5%)

図4 巡回診療時のマラリア検査の陽性率

末までに3万人以上の患者を診療している。なおニャンカンガ地区でも啓発活動やサッカー大会を実施。また、サンダラからさらに2時間走ったルアノ郡リテタ地区から依頼があり2018年11月に巡回診療を開始し109名の患者を診察、2019年5月には2回目の診療を行っている。

日本の医学生にも活動に関心を持っていただき、これまで三重大学、藤田医科大学、大阪大学医学部などの学生に活動に参加していただいた。

2014年には多くの方々に支援いただき、ルアノ地区に5基の井戸を掘ることができた。水質検査も問題なく大喜びで人々が使っている。さらに2015年にはルアノ地区に3基、ニャンカンガ地区に2基、ムワンタヤ地区に3基、2016年にはルアノ地区に2基、ニャンカンガ地区に2基、2017年にはルアノ地区に2基の井戸を掘った。啓発活動でも井戸の適切な使い方などを説明している(写真4)。

2016年はマラリア患者が多く、根本的な蚊の対策が必要だと考えマラリア蚊の殺虫剤噴霧を開始。殺虫剤噴霧は保健省が推奨しているが、一部の地域で実施されているだけであった。噴霧用圧縮ポンプは郡保健局から4台借り、郡保健局が訓練した2人の噴霧実施者にコミュニティメンバーの2人を助手として実施。噴霧実施者が身に付ける作業着やゴーグル、マスクなどはプロジェクト側が準備した。噴霧には水が



大量に必要で、井戸がなかったらこの計画は立てられなかった。結果、昨年2018年4月と11月にルアノ地区で合計427家族748軒、5月と11月にニャンカンガ地区で合計279家族540軒に噴霧を行うことができた。統計的にも今までの同時期と比べマラリア検査陽性率は明らかに減少している(図4)。マラリア患者数は雨量が少ないと増加すると言われているが、検査陽性率の減少は噴霧活動や蚊帳の配布の成果と考えてもよいのではないか。

私の医師としての原点は、自治医大卒業後に計約3年間勤務した椎葉村での経験にある。当時、患者とのやりとりを通して人々がぎりぎりの生活をしていることが感じられた。その中で家族のために必死に働き懸命に生きている人々に出会った。だからこそ日本は豊かになったのだとつくづく思った。こうした人々が少しでも幸せになれるよう医師として役に立ちたいと心から思った。

その後、フィリピン・マニラでのWHO医務官としての仕事の後、アメリカのNGOやJICAの専門家としてウガンダやザンビアの保健衛生の改善に関わる仕事に就いた。しかし現地で知ったのは援助を一部の人たちが独占している現状だった。そして、もっと患者に優しく温かみのある診療所モデルを作りたいと考えるようになったが、診療所を作るには多額の資金が必要だ。そこで宮崎で経験した日赤の巡回診療をまねた辺地巡回診療の開始を決意し、現在に至っている。

プロジェクトは当初日本国内のNPOから支援を受けていたが、支援が打ち切られた2011年12月からは医薬品・器材の購入から活動参加協力者への日当支払い、車の維持費に至るまで全て私個人の自己資金のみで対応せざるを得ない状



写真5

況となった。活動を安定的に維持するため2012年7月自治医大の3期生と共に「特定非営利活動法人NPOザンビアの辺地医療を支援する会ORMZ」を設立、2015年1月には認定NPO法人となった。ほぼNPOの資金のみで活動しており、2013年末まで年間活動経費600~700万円のうち約500万円は自己資金だった。そのため私は3ヵ月ごとに日本に帰国し、病院で非常勤医師として働いている。私が不在の間は現地スタッフが車両を整備し、巡回診療の準備をし、活動を継続。2014年にテレビで活動が紹介されて以降多くの方々から支援をいただき、非常に助かっている。厳しい道路状況、ザンビア人医療スタッフの確保の難しさ、ディーゼル代、車両の維持費、医薬品の値上がりなどさまざまな問題があるが、現地スタッフの協力のもと、地域住民と十分な話し合いを重ねながら活動を続けていこうと考えている。郡保健局への報告書提出などを通じルアノ地区の状況の理解を得ると共に、将来的にはヘルスポストを建設し、医療スタッフを常駐させたい。月1回ニャンカンガ地区、サンダラ地区、リテタ地区での巡回診療も継続、実施していく。ボランティアやコミュニティヘルスワーカーの研修、住民への健康教育、マラリア蚊殺虫剤噴霧活動などを通して「自分たちの健康は自分たちで守る」という意識が生まれることを目指してい(写真5)。

## 基調講演

フロンティア家庭医としての挑戦  
—オレゴン州エンタープライズでの12年—  
(It takes GRIT)エリザベス・パワーズ医師 アメリカ家庭医療学会家庭医  
Elizabeth Powers, MD, FAAFP

私はオレゴン州ワロワ郡エンタープライズで家庭医として働いている。地域の基本データを図1に示す。このようなへき地では、医師として幅広い知識とスキルが求められるが、飽きることの決してない仕事だと思っている。米国では現在、家庭医の不足に直面しているが、私は常々、いかに家庭医を育てるか、特に、才能と情熱にあふれる女性医師をいかにへき地医療に呼び込むのかについて思いを巡らしている。



私の父はミシガン州の小さな町で家庭医をしていた。当時父は昼夜を問わず診療にあたり、地元の人々から尊敬される存在だったが、経済的には苦しく、やがて地域を去ることになった。私は父の影響を受けて医師になろうと決意し、スタンフォード大学医学部へ進学した。そこで受けた教育は素晴らしかったが、専門医になる

ことを強く勧められた。一方で父のような家庭医になりたいという思いをさらに強くした私は、OHSU家庭医療レジデンシーに進んだ。OHSUには家庭医になるための最良のプログラムがあり、入院と外来、産科、帝王切開などあらゆる手技や検査を学ぶことができた。また偉大なメンター陣、中でもScott Fields先生の教えは今日の私の土台となり、医師としての自信をもたらしてくれたと思う。

米国の女性医師の数は、この40年で男性に勝るペースで増えており、女性の医学生数は2017年に初めて男性のそれを上回った。しかし女性医師に対する風当たりは依然として強い。男女間の教育格差は年々縮まっており、働く女性も増加しているが、女性が家事の大部分を担うという伝統的な構図はなかなか変わらず、同じ労働に対する報酬も男性との間に格差がある。つまり女性医師がへき地で働くとなると、このような女性特有の困難さがへき地のもつ困

- 住民データ

- 3,145平方マイルに7,100人が居住 (1平方マイルあたり2.2人)
- 住民の28%が65歳以上
- 白人が96%

- ヘルスケアサービス

- 24床の基幹病院、精神科ケア、4診療所
- 隣の病院は66マイル先
- カテの出来る循環器医は104マイル先

- Winding Watersコミュニティヘルスセンター

- フルタイムの医師は7名 (フィジシャンアシスタントが2名)
- 2018の外来診療件数は延べ30000件
- ここ1年の間に受診している登録患者は4,500人
- 26% メディケア(高齢者保険)、35% 低所得者保険、21% 私的保険、18% 無保険

図1 オレゴン州ワロワ郡

- **身体的ケア** – 外来、産科、手技、入院、救急
- **精神科や行動医療** – motivational interviewing, 精神科コンサルト
- **依存症ケア** – 薬物療法、カウンセリング
- **一般歯科** – 予防と治療
- **薬局** – 薬の管理、調剤、減薬
- **代替医療** – 鍼、マッサージ、矯正運動、栄養
- **遠隔医療** – 診療所間で、または患者さんと直接やりとり
- **地域健康活動**やケアマネジメント
- 患者さんやスタッフのための**託児サービス**
- **次世代のスタッフの育成!**

図2 ヘき地における包括ケア

難さに加わることになる。へき地には、地理的な孤立と過去から続く貧困、健康診断の受診率や予防接種率の低さ、慢性疾患の罹患率の高さ、資源やインフラ、テクノロジーの不足といった、さまざまな問題がある。このような地に家庭医を呼び込むためには、へき地医療の醍醐味、可能性と将来性を示し、スキルを学び自信をもって独り立ちできるような後押しが求められる。そのためワロワ郡では1991年からOHSUの家庭医療レジデントを受け入れており、私もその中の一人だった。

米国では近年、重症患者・高齢者の増加により、疲弊する医師が増えているが、私の同僚の医師も、長時間勤務と低い報酬、アウトカムの悪さが原因と思われるバーンアウトに苦しんでいた。米国では医師の3人に1人はバーンアウトを経験し、その中でも家庭医のバーンアウト率は50%とトップに近い。

へき地医療はプライマリ・ケアの中でも最難関とされているが、それを志す度胸のある医師にはむしろ女性が多い。私たちの医師としての仕事自体は変わらないものだが、私たちを取り巻くへき地医療は確実に進化している。それは、毎日多くを患者から学び、医師として挑戦し続けることができているからではないだろうか。私たちの仕事は、へき地でも大学病院や都市部の大病院と遜色のないケアを行うことであり、地域の健康に関わるさまざまなニーズに応じていくことである。私たちはそれを「先進的なプ

- **伝統的なチーム**
  - 二者 – 医師と看護師
  - 医師が全ての意思決定をする
- **チーム医療**
  - 三者 – 医療事務スタッフに裁量権を与えてチーム構成員に
  - 在宅医療チームとも協働する
- **拡大チーム**
  - メンタルヘルス、薬剤師、歯科医
  - 患者や家族に意思決定に参加してもらう
    - 「**私のいないところで私のことは決まらない!**」
  - コミュニティのパートナーもサポートやオプションをくれる

図3 文化を変える：チームには誰がいる？

ライマリ・ケア」と呼んでいる(図2)。

私の勤務するWinding Waters Clinicは、2015年に州から3つ星の評価を受けた。それは、州の中でもトップレベルのクリニックであることを意味する。これは、父の時代のように医師が一人で全てを担うのではなく、多職種チームとして協働する文化が定着した結果だろう(図3)。

もしこれまで通りのやり方で患者のヘルスケアを取り扱うなら、患者の健康増進にはわずかな寄与しかできないだろう。生活習慣の改善に取り組み、行政に医療格差の是正を働きかけ、健康に影響を与える社会環境自体を変えていくなら、私たちの取り組みはより大きなインパクトを持つ(図4)。

米国は、社会福祉費より医療費が上回る、先進国の中ではまれな国だ。ヘルスケアスタッフ

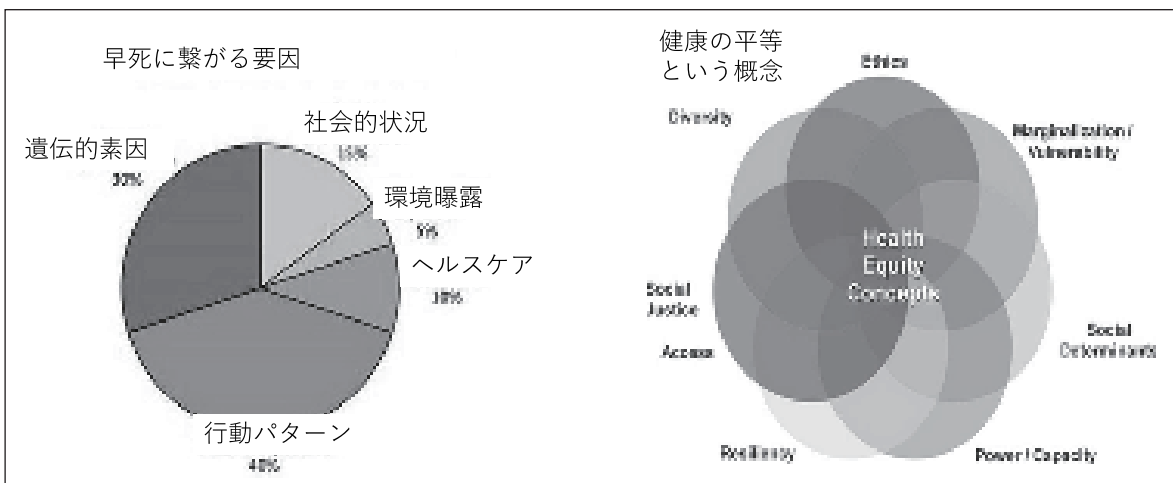


図4 健康に影響する因子

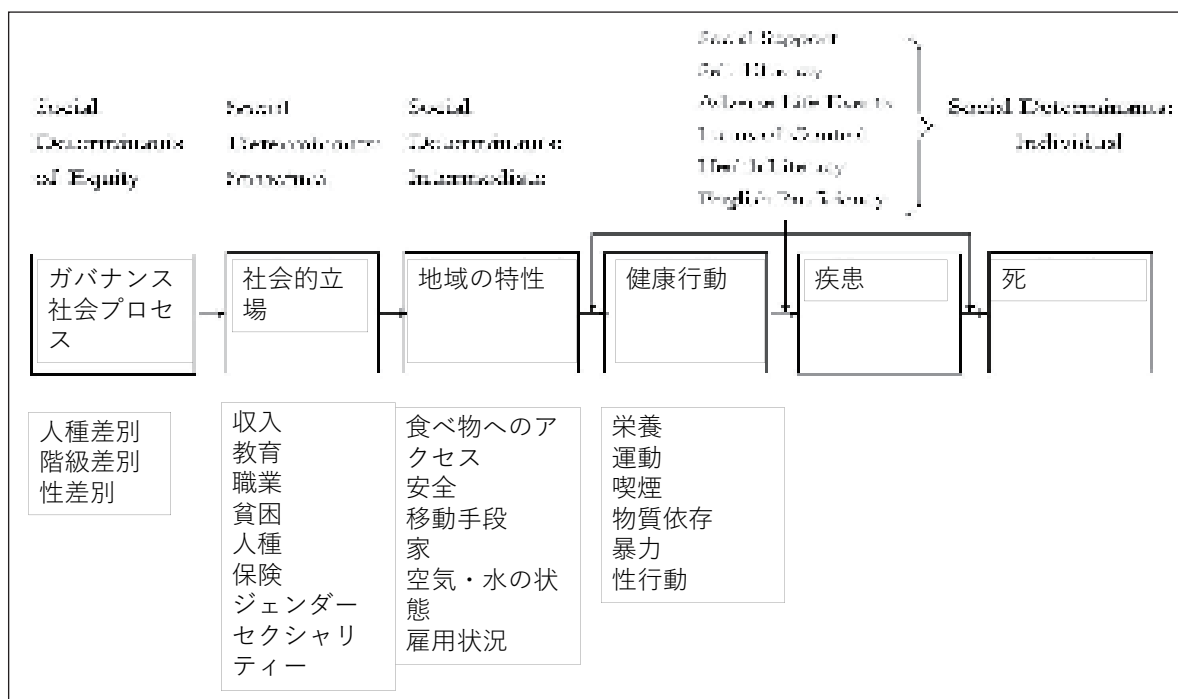


図5 社会的決定因子の連鎖

は、地域の社会的支援も担うべきである。私は、医師が健康に関する社会的決定因子の全てに関わることができると思っている。地域や国レベルで行政に働きかけること、医療の経験のない人たちを、人種や性別、社会的地位に関係なくヘルスケアの担い手に育て上げ、強力なチームを作ること、そのチームによる健康教育を充実させることが、結果的に地域の財政を安定させて、人々の健康増進につながるようになると思う。私のクリニックは、衣食住や教育、移動

など地域の住民が抱える問題解決のための行政との橋渡しの役割をしている(図5, 6)。

女性医師がへき地医療に従事していくために必要な4つの事柄をまとめた。私の本日のテーマはその頭文字をとって“GRIT”である。GRITというのはカウボーイ用語で、砂や小石を意味するが、この単語には勇気、度胸といった意味もある。へき地で働く医師、特に女性医師においてGRITこそが必要なのである(図7)。



- 基幹病院
  - 医師の配置 – 救急のカバー、産科、内科入院サービス、外来手技
  - グループ回診 – 入院患者に関わる様々なスタッフが参加
  
- 小児の早期発達・学習支援及び家族支援
  - Alexander Award – April 2016 - <https://vimeo.com/158941257>
    - 0:46 – 4:55
  - Kelly Family Foundation Shared Staff Member – September 2017
  
- メンタルヘルスの専門科
  - 相互乗り入れ
  - 電子カルテの統合

図6 強固なパートナーシップ

- Growth** 成長
- ロールモデル, メンター, 生涯教育の方法を見出す
  - 学習者を教え鼓舞することで自分のバーンアウトを防ぎ, 同僚を増やす
  - ヘルスケアの将来に備え, 多職種チームの中で仕事をする
- Resilience** 回復力・適応力
- 女性がプロとして活躍できるシステムを構築する
  - 託児の整備 – 女性や家族を支えるには極めて重要
  - 家事と家族のケアを分担する方法を見出す
- Inspiration** インスピレーション
- 職務を生きる – 患者中心の良質なケアを届ける
  - 患者が必要としているときにそこにいる
  - チームでこれらの目標を成し遂げる
- Tenacity** 執着心
- 社会的決定因子を無視せず地域をサポートする
  - 診療所や病院から地域を変えるリーダーシップをとる
  - 地域のパートナーを取り込み, 地元の利益につなげる

図7 この道の先-女性医師がへき地医療でやっていくにはGRIT(度胸)が必要

\*\*\*\*\*

フロアからは、米国では、総合診療医が専門医として認知されない、いわゆるアイデンティティ・クライシスのようなものが日本と同様にあるのか、また演者自身のバーンアウトの経験について質問が出た。パワーズ医師は次のように回答し、講演が締めくくられた。

「米国は日本に比べて総合診療医の歴史は長

く、多くの先輩たちが道を切り拓き若手のメンターとなってくれているため、そのような危機はない。日本はこれから歴史が作られていくと思うので、若い先生たちにはぜひ次の世代のリーダーとなってほしい。また、自分自身がバーンアウトを感じたことはなく、それはひとえに自分のチームや家族のサポートの賜物だと思っている」。

## 教育セッション 8

第1回 JADECOM-PBRN 集会  
～やってみようアドバンス・ケア・プランニング～

講師 地域医療研究所／オレゴン健康科学大学リサーチフェロー 望月崇紘

JADECOM-PBRNの発足1周年という節目に行われたセッションは以下の内容で行われた。

- ・JADECOM-PBRNの活動報告
- ・やってみようACP
- ・西村医師研究予告

## JADECOM-PBRNの活動報告

まず、2年前からオレゴンにてJADECOM-PBRNの立ち上げに関わっている望月崇紘先生より、発足後1年間の活動についての報告が行われた。



\*\*\*\*\*

PBRNとはPractice Based Research Networkの略で、プライマリケアを中心とした外来診療を実践する医療者たちで組んだ研究ネットワークである。診療所の多くはインパクトのある研究ができず、地域特性のデータは有効だが全体的なデータを出すのは難しいとされる。そこでネットワーク化することによってさまざまな利点があるとアメリカを中心に多数のPBRNが作られている。一般的な研究は専門科が行ったり疾患が単純な方を対象に行われたりすることが多い。また、多くの研究があらゆる施設の揃った高機能病院で行われ、対象もDisease、臓器、数値などである。しかし高機能分野で示されたエビデンスやガイドラインだけではわれわれ地域医療をやる側にとってはフィットしないことが多い。したがって地域医療の現場に即したデータを発信できるということでPBRNが有用であると考えられる。

地域医療振興協会では、40施設のプライマ

リケア診療所を運営していることから、昨年JADECOM-PBRNを発足させた。AHRQというアメリカの公的機関でこのPBRNの登録を行っているが、われわれもJADECOM-PBRNという名前で登録をしておりアメリカお墨付きの組織となっている。

運営の流れとしては、皆でネットワーク作り、力を合わせて研究をやってみようということで、クリニカルクエストを公募・選定する。そしていろいろな人の力を借りながらプロトコルを作成して各JADECOM診療所でデータを収集していく。その各段階においてヘルスプロモーション研究センターの中村正和先生、OHSUの山下大輔先生、あるいはOHSUの研究の専門家の方々の協力を受けながら進めていく。一人ひとりの力を束ねることによって強大なインパクトのある研究を行っていきたいと考えると同時に、一人だけに負担がかからないように配慮している。

昨年は研究テーマの募集を行いその中で結果投票を行ったが、1位がAdvance Care Planning(ACP)、2位がベンゾジアゼピン乱用問題になり、まずACPから研究を始めることとした。また、今後ベンゾジアゼピン研究については後述のJ-CHINデータを利用して行っていきたいと考えている。

ACP研究については、最初に事前調査ということで、JADECOM診療所の先生方に「ACPを知っているか」「ACPに関してどのようなことをやっているか」というアンケートを取ったり、昨年の発足会でグループディスカッションの場を設けたりした。さらに世界あるいは日本のACPの先行研究でどんなものが示されているのかの調査を行った。その結果、数多くの研究



でACPそのものの有効性は既に示されていることが分かった。ただ、多くの医師はそうしたエビデンスが示されていても実践できていない。そこで、いかに診療所でACPを実践して広めていくかという研究が求められていると考えた。キーワードとしてはチーム医療、ACPを行う対象・タイミングが挙げられる。

本研究で明らかにしたいことは2点である。1つはプライマリケア診療所におけるコメディカルスタッフ主導のACPの可能性、限界、問題点だ。患者や家族が本当は医者がいいと思っていないか、コメディカルスタッフがACPをやることに対して何か問題を感じないか、コメディカルスタッフの側もACP相談員を務めることを適当と感じるか、精神的負担の大きさや業務量に問題はないか、そうしたところを踏まえて可能性、限界、問題点を明らかにしたい。2つ目は、プライマリケア診療所における、さまざま

なACP対象患者選定(特に介護保険主治医意見書作成時)の利点や問題点である。主治医意見書は定期的にアップデートするのでそれに合わせてACPを繰り返し行えるため、医療者側としてもシステムに落とし込みやすくACP実施率を上げることができるのではないかと考えた。

われわれの研究における実際のACPの流れであるが、まず主治医意見書作成時を中心に退院時、在宅への移行時など、将来受ける可能性のある医療やケアに関心の高い患者を対象にし、ACP相談会を設定する。相談会では基本的にコメディカルスタッフであるACP相談員が進行する。そしてその後にコメディカルスタッフが結果を主治医に報告する。主治医は次の外来時に患者に確認を簡単に行うという流れを考えた。これによりコメディカルスタッフ、主治医共に患者の思いを聞くことができる。(図1)

現在、JADECOPの40施設のうち都祁診療所、にしあざい診療所、久瀬診療所、東通村診療所の4施設に参加いただきACPを行っている。コメディカルのスタッフの限界、問題点などをあぶり出すために質問紙で量的に、インタビューで質的にデータを解析して統合する混合研究を考えている。2018年12月倫理委員会に申請、2019年2月ACP相談員研修会を開催、2月から3月トライアル的にACPを行って実践経験を積み、いざ4月から6月にかけて研究データ対象

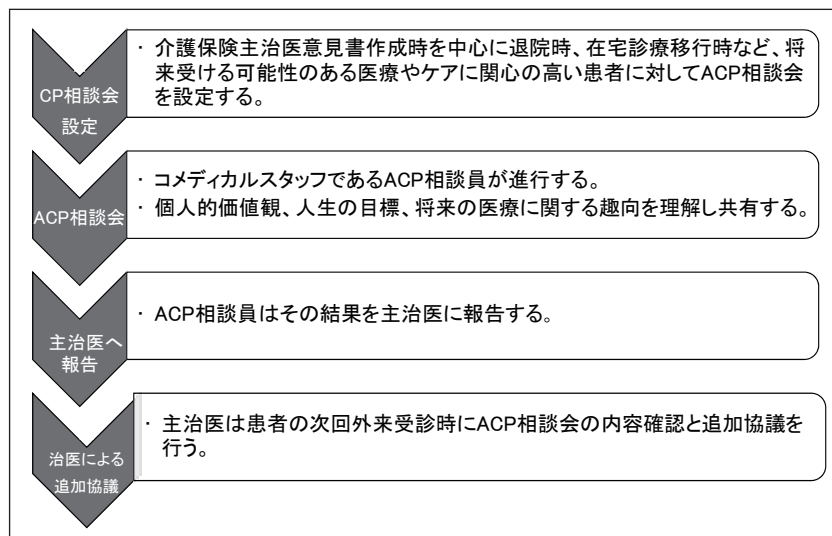


図1 ACPの流れ

としてのACPを行った。インタビューを5月と7月に行って今後データをまとめていく。

また、この研究に対しては笹川保健財団から170万円の研究費助成を獲得しており、今後の研究活動継続に向けた大事な一歩だと言える。

さらに、研究のネットワークであるPBRNを構築するだけでなく、電子カルテからデータ抽出する仕組みを作って各診療所の診療の質を比較して改善を図り(Quality Improvement)その研究を行っていく取り組みもJADECOCOMの目標としている。これについてはJADECOCOM-Community Health Information Network, 略してJ-CHINと名付けた。

理想としては電子カルテのデータを自動的に・定期的に抽出して統合していくシステムであるが、将来的にはそれを使ったりサーチも行っていきたいと考えている。現在考えているリサーチアイデアとしては「かかりつけ高齢者患者へのベンゾジアゼピン処方状況についてデジタル化し、JADECOCOM-PBRN診療所内での成績を知ってもらおう」というものである。研究者側としてはベンゾジアゼピン慢性内服を中止するためのエビデンスや資料提供はするが、データを知った上で実際にどのようなアクションを起こすかは各診療所に任せる予定である。そして1年間かけて各診療所で処方状況がどのように変化していくかを見ていく研究をやっていきたいと考えている。

ただし、J-CHIN、電子カルテのネットワークを作る上では、現在、われわれの40施設の診療所ではそれぞれ異なる電子カルテが採用されているため、データをどのように統合していくかが課題となる。今後はそれぞれの電子カルテをカスタマイズしていただく必要性が出てくるかと思われる。そして、サマリーも含めたそうした活動が研究やQuality Improvementだけではなくて医師の交代時や代診医が来た時の診療の質の確保にもつながってくるのではないかと考えている。

#### やってみようACP

JADECOCOM-PBRNの最初の研究に取り上げ

られているテーマがAdvance Care Planning (ACP)である。ACPとは、年齢や病状にかかわらず、個人的価値観、人生の目標、将来の医療に関する趣向を理解し共有するプロセスのこと。重篤な病や慢性疾患のときに、その人の価値観や目標、趣向に一致した医療を受けさせることを目的とする。

研究ではまず厚生労働省事業で作られた神戸大学作成のパンフレットを使用してトライアルを行い、そこで得られた意見を元に診療所に大幅な簡易とスリム化を図った。今回はその改定版のパンフレットを使いながら、ACP相談会において実際にどのようなことを話し合い、記入するのかをワークショップで体験した。

ワークショップを始める前に相談会の進め方についてレクチャーが行われた。相談会は5ステップに分かれている。

**はじめに:** Advance Care Planningの必要性や有効性を説明する。

**ステップ1:** 大切にしていることは何かを考える。概念、抽象的なベースを聞くステップ。長生きすることへの考えやバランスを聞く。

**ステップ2:** 代理決定者は誰かを決める。代理決定者が同席しない場合は相談会后に内容を伝えることを促す。

**ステップ3:** 主治医に質問することを考える。自分の病気に関してどのくらい理解しているかを確認する。

**ステップ4:** もしもの時のことを話し合う。ステップ1をベースにしなが、その先の具体的な医療や治療の好みについて何か考えがあれば聞く。

**ステップ5:** 信頼できる人に伝え、裁量権を決めておく。

レクチャー後、20分ずつ2人1組になって相談役と回答役に分かれてACPを行い、終了後に再度違うペアを組み役を交代。全員が医療者役と患者役の両方を体験した。なお、今回プラン





ニングの内容はロールプレイではなく自身の現在の考えを述べる形を取った。

実際に体験をした後ではさまざまな感想や意見が挙げられた。

●改めて自分で行うと難しい。今自分は元気なので、元気な時にやると「早いな」という思いがあった。ただ、自分からすると「早く決めてほしい」と感じる70歳の人でも現役で元気であれば今の自分と同じ感覚でピンとこないのではないか。

●目の前の医師に嫌われたくないという気持ちが先に立ち、先生の顔色を見ながら「どう言えばいい?」と問いかけてしまう感じがあった。「家で死にたい」と述べることで医師から「もう来なくていいよ」「一人で家にいろ」と言われたら一番悲しい。やはり「先生に診てほしい」というのが先で、自分の主張を言うのは怖い。

●どうしても医療者側の視点、恣意的な話に持っていきがちになる危険性を感じた。操作的な形にも使えてしまう。できるだけ忠実に医療看護師などコメディカルが行うにしてもそれぞれの体験が入ってくるのではないか。

●今回初めて現在の自分に当てはめてACPを考えたが、割と自分の中で「子供が30歳になるまではつらい治療でも生きたい」のように答えがあると感じた。今までは健康な方はあまり考えを持っていないのではという色眼鏡で見ているが、ACPに対する考えをしっかりと持っている方も逆にいるのではないか。

その後、ACPを行う対象者について、JADECOMの診療所としてどうACPを考えるかなど、活発な意見交換がなされた。

## 西村医師研究予告

7月からオレゴンに行く  
次期OHSUフェロー 西村  
正大先生(前都祁診療所管  
理者)より研究予告が行わ  
れた。



\*\*\*\*\*

私のフェローとしての目的は、一つは診療・プライマリケアにおける研究活動を勉強して実践すること、もう一つは「地域医療のススメ」という教育プログラムを改善するためにアメリカのノウハウを学んでくることの2点がある。

リサーチのテーマとしてはQI(Quality Improvement)、プライマリケアにおける質改善を想定している。2年前OHSUの視察に同行した際、診療所の廊下に指数評価のデータや結果が並び、その診療所としての実績や経過のみならず医師によっての診察内容や変化などが揭示されていることに衝撃を受けた。医師一人ひとりのデータがきちんと把握され、その仕組みも含めて非常に整っている。当時、プライマリケアの研究活動の弱さを感じどうしたらいいか模索していたが、これを見て、新しい質を生みだしてステップアップするのではなく質改善であればできるのではと考えた。つまり大きな変化ではなく少しの改善に導くことがプライマリケアにおける質評価の意味合いなのではないか、それならわれわれがむしろ得意とし、やりやすい領域なのではないかと感じたのだ。

医療においては、患者と社会、医療に加えてコスト低下が4つの目標と言われている。質評価という意味を持つ活動としては日本では病院

表1 海外のプライマリ・ケア第三者評価プログラムの概要(参考:日本医療機構による病院機能評価プログラム)

	英国	カナダ	オーストラリア	ニュージーランド	日本の第三者評価
評価機関	Joint Commission Accreditation Canada	Joint Commission Accreditation Canada	Australian General Practice Accredited Health Limited	Health and Disability Authority New Zealand Limited	日本医療機能評価機構
対象施設	民間非営利団体	民間非営利団体	民間非営利団体	民間非営利団体	民間非営利団体
評価プログラムの名称	Primary Care Medical Home	Primary Care Services	General Practice	CORNERSTONE General Practice	医療機能評価施設1
対象施設	診療所、病院	診療所	診療所	診療所	病院
評価プログラムへの参加	任意	任意	任意	任意	任意
評価プロセス	自己評価、訪問審査	自己評価、訪問審査	自己評価、訪問審査	自己評価、訪問審査	自己評価、訪問審査
評価期間	3年間	4年間	3年間	4年間	3年間
追加的インセンティブ	診療報酬点数加算(1-15等級)	なし	診療報酬点数加算	なし	一部の診療報酬の加算

日本プライマリ・ケア連合学会誌 2018, vol. 41, no. 4, p. 179-183 総説

機能評価活動がある。つまり病院レベルではかなりできていると思うが、プライマリケアはブラックボックスだ。国際的にも日本の診療所の質評価が注目されている。ところが実際に欧米をはじめ診療所の質評価は制度上できているそうだが、日本ではまだ病院だけである(表1)。そうした観点からもプライマリケアの質評価はこれからの領域であろう。もちろん測定するには臨床的に大事なものである必要があり、かつそれが患者にとって意味があり、科学的、現実可能である測定項目を選ばなくては意味がない。加えてPatient Experienceという言葉が注目されているように、単に医療アウトカムが良くなるものだけではなくてプロセスを重視する側面がプライマリケアには特にあるので、患者の経験そのものを評価するというジャンルもあるようだ。

このような中で昨年1年かけて自分の診療所

で測定項目を決めデータを取った。まだ単に1回だけ・1施設・1点だけの評価なので全く意味はないが、これから2年でやりたいのはまず点を線にすることである。日常診療の中でデータを取る作業は負担になるため、効率よく取り出すことが必須となるが、それを可能にしてくれるのがJ-CHINだと考えている。電子システムを活用してデータを取り出し、さらにそれが線になった後は複数の施設で行って面になることで本当に意味のあるものができると思う。そして、それを助けてくれるのがPBRNだ。このつながりを持って研究を行うことが患者、JADECOM、さらに日本にとって意味のあることだと信じて勉強してきた。そしてぜひ皆さんには、さまざまな形でこうした活動にJADECOM全体として一緒に取り組んでいただきたくお願いしたい。

## 都道府県支部代表演題発表

座長:福岡県支部長 武富 章  
大分県支部長 別府幹庸  
鹿児島県支部長 重田浩一郎

### 1. 北海道

実践報告 北海道へき地医療支援センター 設立と今後の展望

地域医療振興協会 北海道へき地医療支援  
センター長・社会医療法人関東会  
江別訪問診療所 院長 日下勝博

私は自治医科大学25期生で、札幌医科大学 地域医療総合医学講座に入局し、北海道で地域医療に従事してきた。同時に総合医教育やへき地医療支援の拠点を作るべく活動し、地域医療振興協会にプランを提示し、へき地医療支援センターを設立させてもらった。同時に大分県関東会の協力のもとに訪問診療クリニックを作り、そこを活動基盤としている。

基本的コンセプトは、都市部に訪問診療クリニックを作り、そこに医師をプールし、北海道のへき地医療機関を多角的に支援するというものである。今はその基盤づくりで、訪問診療クリニックを軌道に乗せることに注力している。いずれ医師を複数名雇用して、交代でへき地医療機関を支援する。最終的に同様のサイトを複数立ち上げて「小規模へき地支援モデル」を確立したい。

現在の拠点は札幌のベッドタウン江別市(人口12万人)で、訪問診療のクリニックを運営しつつ、道南の道立江差病院に月に1回支援に行っている。支援の依頼と同時に、北海道の病院でアルバイトをしたいという依頼も増え、網走や帯広と調整中である。

診療所は、終末期の方、在宅酸素や人工呼吸器などの機械を主に使っている方を中心に訪問

診療をしている。順調に患者さんは増え、先月の段階で80人くらい、訪問回数も200件くらいになり、看取りも順調に増えてきている。

### 2. 福島県

当院での超高齢者乳癌症例の検討

竹田総合病院 外科 竹村真生子

私の勤務する会津若松市の竹田総合病院は病床数800床、医師数100名の地域医療支援病院である。会津診療圏は非常に広大で、場所により高齢化率は35~40%以上と高い地域がある。ここでは高齢者の乳癌について述べる。超高齢者の明確な定義はないので、2017年の福島県女性の平均寿命が86.4歳だったので、86歳以上を超高齢者とした。

現在の乳癌治療は、リンパ節切除はステージに応じて行い、局所治療と全身治療を組み合わせで行うことが基本である。乳癌は大きく3つに分けるとホルモン受容体陽性、HER2陽性、トリプルネガティブがあり、それに合わせて手術と薬物療法が決められる。乳癌治療ガイドラインは65歳以下が対象で、高齢者に応じたガイドラインはないため、毎回治療には悩んでいる。

2013年~2018年8月の5年間に乳癌と診断された超高齢者は39名である。自宅で生活している人は30名、施設入所者は6名、自宅から施設入所した人は3名であった。認知症、心疾患・脳疾患やがんの既往など併存症がある人が多い。

受診の動機は腫瘍の自覚が多いが、出血・浸出液で受診する人もいた。ステージ1,2が多く、ホルモン陽性乳癌が多かった。治療は手術

が基本だが、手術をしない症例、薬物療法のみ  
の症例、手術計画を取りやめた症例と、いろい  
ろである。手術後補助療法を完遂できた人はい  
ない。ホルモン療法は基本5年間だが5年間行  
えた症例はない。死亡者は7名、うち乳癌で死  
亡は2名である。

患者のQOLを高めるために治療が必要な場合  
は、患者と家族の希望を尊重しながら、一例一  
例考えていくしかない。

### 3. 群馬県

#### 灯をともす

四万へき地診療所 荒木祐樹

私は自治医科大学35期の卒後8年目で、今年  
3月まで六合温泉医療センターに勤務、4月に  
へき地勤務を延長して、現在は四万へき地診療  
所に勤務している。

六合での業務を振り返ってみる。学生実習や  
地域研修に来た医師に出張診療を見てもらう機  
会があり、若い方に関わることの効果を考える  
に至り、群馬全体の医療を盛り上げる・灯をと  
もすことを自分のミッションとして設定し、活  
動してきた。

まず、臨床医としての楽しさを分かってもら  
いたい。そこで群馬大学の地域枠の方と座談会  
をした。さらに自治医大の夏季研修と同時に群  
馬大学からも来ていただき、セミナー2日目に  
六合の診療所を見てもらった。研修や実習で関  
わる学生・研修医はのべ72人、実数では20数人、  
貴重な出会いがあった。自治医大の看護学生が  
年に10人近く来て、4年生の卒業研究もあった。

さらに、医師という職業選択を考えた場合  
に「ちょっと参考にしてもらいたい」気持ちがあ  
り、中学校・高校で話をさせてもらった。「仕事・  
医学部・自治医科大学」を三本柱として、患者  
さんの病気を治すことだけが医師の仕事ではな  
い話をして、自治医大のミッションも「自治医  
大ハンパないよ」と話をしている。2018年から  
3校訪問し、今年は6校訪ねる予定だ。私が訪  
問したところで、自治医大受験者は0人が4人

に増え、うち2人が二次試験に進んだという。

「地域医療枠・自治医科大学 卒後医師合同  
フォーラム」で話をさせていただき、上毛新聞  
(2018年9月18日号)に掲載された。

やってみて、自分自身を見つめ直すよい機会  
になり、自分自身にも灯をともすことになった。  
また、皆さんに理解されやすいように話すよう  
成長した。へき地で働いていると、モノ、ヒト、  
お金のない状況に陥りがちだが、そういう細か  
いことについても理解を得ることができた。

### 4. 福井県

福井県内で発症した急性心筋梗塞症例の発症  
率、死亡率、地域格差と年次推移の検討

福井県立病院 藤野 晋

「福井冠疾患治療を考える会」は、大学や病院  
の垣根を越えて、冠疾患治療のレベル向上と均  
霑化を目的として活動している。活動の一環  
として心筋梗塞の実態調査がある。先進国の中  
で本邦は虚血性心疾患の有病率が低く、諸外国  
と比較すると、急性心筋梗塞の発症率はフィン  
ランドや英国、米国と比較すると1/10である。

検討内容と調査項目は図1の通りである。

2,065症例が登録され、重複を省いた1,979症例  
を解析した。石川県で発症し、搬送された症例  
50症例を除くと福井県内で発症した心筋梗塞症  
例は1,929症例。3%の症例は県外からの旅行者  
である。

心筋梗塞総数は4年で1,929人、粗発症率は人  
口10万人当たり約60人。男女の平均の年齢差は  
9歳で、男女比は約3:1(図2)。発症率の年  
次推移は2017年からやや減少に転じている。

全体の死亡率は15%で、PCI(経皮的冠動脈形  
成術)を主体とする再灌流療法が9割の症例で  
選択され、死亡率はPCI 8%、CABG 14%と  
再灌流療法が施行されると予後は大幅に改善す  
る。一方、再灌流療法未施行の症例は約1割認  
めるが、死亡率は6割を超える。

治療成績の臨床指標の一つである病院到着か  
ら再灌流までの時間(Door to balloon time)を検討



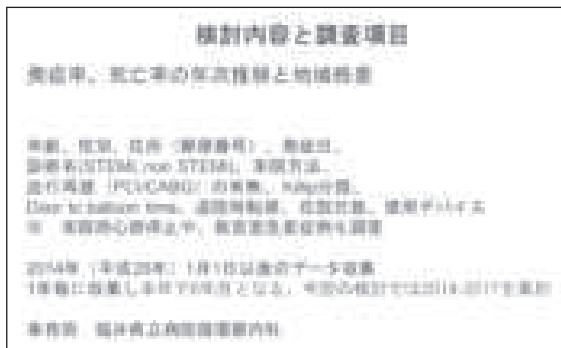


図1 検討内容と調査項目

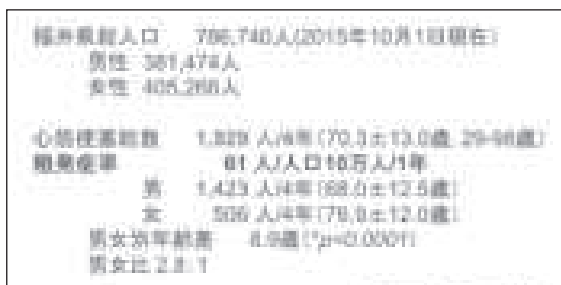


図2 福井県内で発症した心筋梗塞総数と粗発症率

したが、嶺南地域でも少ない専門医数で頑張って治療にあたっていることが分かった。地区別の死亡率は嶺南が13%、嶺北は16%と同等であった。

## 5. 静岡県

僻地医療における市民健康教室において、より簡便な動脈硬化性疾患のリスクを探る —一般住民における脈圧とIntima Media Thicknessとの関連—

佐久間病院 内科 森下杏早

頸動脈超音波による内膜中膜複合体厚Intima Media Thickness(IMT)と動脈硬化や心血管リスクの関連性は多くの報告がある。地域医療での多くの患者は動脈硬化リスクの高い高齢者である。へき地では全ての患者に超音波検査を行うことは難しく、より簡便な指標でスクリーニングをする必要があると考えた。

対象は2015年7月に静岡県佐久間町で開催された健康教室に参加した一般住民である。頸部動脈エコーにて左右総頸動脈のmax IMTを測定した。検査時の血圧差から脈圧を算出。脈圧70mmHg前後で2群に分け、max IMTとの関連

性を検討した。事前アンケートからリスクファクターを確認し、IMTや脈圧との関連性を検討した。

患者背景と結果を表に示す。脈圧とIMTとの関連は相関係数は $r=0.25$ と低いものの正相関を認める。脈圧は70mmHg以上でIMTの有意な肥厚を認めている( $p=0.03$ )。高血圧・脂質異常症に関しては有意な肥厚を認める。脈圧と他の因子との関連に関しては、高血圧のみ有意差が認められた。

脈圧測定や頸動脈エコーは簡便かつ非侵襲的な検査である。リスク因子を把握するとともに、脈圧70mmHg以上の者に対しては頸動脈エコーを含め動脈硬化の評価を行う必要がある。健康教室では例年女性が多く、男性参加者を増やす工夫が必要と考える。

## 6. 兵庫県

臨床研修制度の地域医療研修で経験すべき項目 —初期研修医のSignificant Event Analysisからの検討—

公立浜坂病院 総合診療科 金澤史朗

初期研修医の臨床研修制度で地域医療は必修だが、具体的な研修項目はほとんど言及されていない。われわれは地域医療研修の振り返りにSignificant Event Analysis(SEA)を用い、そこでの研修医の重要な出来事が、地域医療研修で経験すべき重要な研修項目であると考え、研修項目の内容について検討した。

対象は2017年、2018年度に地域医療研修でへき地を選択した神戸大学附属病院 初期研修医25人である。医学教育モデル・コア・カリキュラムの地域医療実習の内容を参考に、研修項目を以下の10項目に分類。研修中に最も印象に残ったことについて、項目別に自由記載してもらい、SEA形式のレポートとした。教員3人が独立して評価し、どの項目に当てはまるかを検討した。10の分類項目は、①地域社会における医療の状況・現状、②医療計画および地域医療構想(病病連携・病診連携含む)、③地域包括ケアシス

年齢 (歳)	71 ± 14 (24-90)	高血圧, n (%)	23 (48)
性別 (男, n (%))	44 (88)	糖尿病, n (%)	4 (8)
血圧 (mmHg)	56 ± 14 (29-87)	脂質異常症, n (%)	15 (30)
Max (BPT)(mm)	1.8 ± 1.1 (0.5-6.4)	高尿酸血症, n (%)	1 (2)
脳循環血流量 (ml/100g)	136 ± 19 (94-175)	認知症, n (%)	6 (12)
脳循環血流量 (ml/100g)	79 ± 17 (56-112)	家族歴, n (%)	23 (46)
		喫煙, n (%)	2 (4)
		飲酒, n (%)	4 (8)

表 結果：患者背景

テム(分野間連携), ④プライマリ・ケア, ⑤救急医療および体制, ⑥在宅医療および体制, ⑦災害医療, ⑧患者医師関係, ⑨チーム医療, ⑩人生の最終段階における医療・ケア(EOLケア)である。

結果は、プライマリ・ケア、地域包括ケアシステム、医療の状況の順に該当するレポートの数が多い。⑥在宅医療、⑧患者医師関係、⑩EOLケアは同じ数だけ該当した。⑥在宅医療や⑩EOLケアの現場を経験した研修医のレポートは、ほかの複数の項目にも該当していることが多く、より幅広い項目に対して深い印象を受けていたと思われる。一面的に研修するより、多面的に研修する方がより満足度の高い研修となると考えられる。

## 7. 和歌山県

リハビリテーション治療で地域を元気にしたい！へき地医療圏における高齢者の歩行困難に対するリハビリテーションの有用性

女川町地域医療センター 佐藤知香

私は自治医科大学37期卒、医師6年目、女川町地域医療センターで内科医として勤務中、将来的にはリハビリテーション医を志望している。ここではリハビリ治療の目的や有用性について述べる。

移動能力の低下により外出できなくなる患者はへき地ほど多い。脳梗塞治療や骨折手術を終えても障害が残ったままでは生活が難しい。障害治療に重点を置くりハビリ治療が必要となる。リハビリは障害があっても健康と活動のレベルを上げる診療科で、全ての科と関わる医療である。

そこが魅力でもあり、難しく感じる部分だ。

本年3月まで勤務していた那智勝浦町立温泉病院 リハビリテーション科の取り組みについて報告する。那智勝浦町は、人口約15,000人、高齢化率40%、独居高齢者率3割以上。高齢者の生活維持向上には、リハビリ治療しか方法はない。通院が困難な場合、歩行困難者を対象に当院では入院リハビリ治療を提供している。

対象は平成28年の9ヵ月間に当院で入院リハビリ治療を行った81名で、平均年齢78歳、男性27名、入院期間は約27日であった。背景疾患は脳血管疾患と運動器疾患が9割を占め、残りは廃用症候群である。週30時間の自主トレによる下肢筋力強化と理学療法士が指導する歩行や階段昇降訓練を中心に行い、入退院時に各測定を行った。

ADLの評価項目はBarthel Index(BI)、10m歩行速度、6分間歩行距離を行い、統計分析は対応のあるt検定を用いた。

結果は、BI、10m歩行速度、6分間歩行距離の全てにおいて入院時に比較して退院時に有意な改善を認めた。平均4週間のリハビリ治療で、歩行能力やADLが改善した。同時に測定した大腿四頭筋筋力も改善し、今回の歩行能力の改善には筋力強化が寄与したと考えられる。疾患別解析でも改善の程度に有意差はない。

積極的に量を担保したりハビリ治療は高齢患者の生活の質を向上させる効果が期待できる。

## 8. 山口県

県外出身者の「へき地医療に携わりたい」を支える山口県の取り組み

岩国市立美和病院 内科 長沼恵滋

近年、へき地医療をベースにした後期研修プログラムが増えてきた。へき地医療に興味があっても、県外出身者にとって障壁は高く、後期研修プログラムは充実しているが、後期研修が明けてからのビジョンが描きづらい。山口県には、へき地医療に携わりたい後期研修明けの医師をサポートする次の2つの仕組みがある。

山口県ドクタープール制度は、①山口県(医療政策課)から派遣の形態でへき地公的医療機関に勤務できる、②勤務期間は3年間、③医師歴5年以上なら出身大学問わず応募可能、④医療機関は病院だけでなく診療所も選択可能、という仕組みである。

長州家庭医アドバンスコース(仮称)は、充実した研修制度で2通りのパターンを選択できる。①長期研修型 へき地勤務2年間+自主研修1年(国内どこでも)、②短期研修型 へき地勤務3年間、その中で自主研修週1回(近隣)+4週間(国内どこでも)。

私は県外出身者として後期研修プログラムにエントリーし、研修終了後もへき地での勤務を継続したいと思い、2つのサポート体制を利用した。

私のドクタープール活用法(案)は次のようなものだ。①数年以上の長いスパンで、へき地医療に取り組みたい。②へき地で対応に苦慮した外科系(特に整形・皮膚)の診断・治療を学びたい。③診療所運営について学ぶ必要もある。④在宅医療、慢性疼痛にも関心がある。

もう一つの長州家庭医アドバンスコース(仮称)は、山口県立総合医療センター・長州総合医・家庭医養成プログラム(現・長州総合診療プログラム)修了後のフェローコースとして検討中であり、学会により定められた必修項目はないことから、専攻医各々の関心、希望に沿ったカリキュラム設定が可能である。

この2つの制度によって、へき地勤務を継続したい県外出身者は、十分な研修、学習機会を確保することができる。

## 9. 佐賀県

### 佐賀県内離島における佐賀ドクターヘリ利用の現状と評価

国立病院機構嬉野医療センター 救急科  
小野原貴之

佐賀県のドクターヘリは2014年の1月17日に運航開始した。佐賀大学医学部附属病院(基地病院)と佐賀県医療センター好生館(連携病院)が協力して運航している。ドクターヘリの佐賀県内離島での有用性を明らかにするため後方視的調査を行った。

佐賀県の7つの離島のうち、医師常駐は小川島、加唐島、馬渡島のみである。離島住民の生活圏は佐賀県北部で、その医療の中樞を担っているのが唐津赤十字病院である。直近港(呼子港)までは小川島20分、加唐島17分、馬渡島50分の時間を要する。その後、呼子港から唐津赤十字病院までは緊急走行で25分程度の時間を要する。ドクターヘリならばどの離島でも離陸から15分以内で到達可能である。

2015年12月末現在、離島要請件数15件(1.6%)で、内訳は小川島2件、加唐島9件、馬渡島4件である。疾患別内訳は頭蓋内疾患が4件、循環器5件と内因性疾患の割合が多い。

加唐島からのドクターヘリ搬送9例と漁船搬送2例で、推定救急医療介入短縮時間、総搬送時間を比較した。加唐島での救急医接触までの時間は中央値でドクターヘリ20分、船での搬送71分であり、加唐島での救急医における推定救急医療介入短縮時間は51分で、有意差を認めた。総搬送時間は中央値でドクターヘリ36分、船での搬送71分であり、総搬送時間は平均35分短縮され、有意差を認めた。

船(漁船・定期船)による搬送では、課題として急変対応不可(薬剤、酸素)、干潮・時化時などに患者移動が困難、診療所の医師不在化が挙げられる。ドクターヘリの場合は、急変対応可(薬剤、酸素)、患者移送に習熟、搬送に離島医師は不要である。

全国でドクターヘリ事業が広がっているが、



その80~90%がへき地医療支援であり、へき地においてヘリ搬送は有用と考えられている。

## 10. 大分県

### プライマリ・ケアの質に関する多施設サーベイランスに参加して

姫島村国民健康保険診療所 内科 中野光司

従来のプライマリ・ケアの評価に患者満足度が使われてきたが、客観性と再現性に乏しいことから、病院間の比較や経時的比較には向かないという欠点があった。近年では、患者中心性の重要度が再認識され、これを反映する尺度としてPatient eXperience(PX)がある。今回われわれは京都大学大学院医学研究科 医学疫学分野 青木拓也氏らの開発した日本版PXの改変版であるJPCATを用いたアンケート式調査 PROGRESS2018に参加した。目的は、多施設サーベイランスに参加することで、当診療所のプライマリ・ケアの質を客観的・経時的に評価することである。

全国26カ所のプライマリ・ケア施設が参加し、2018年2月~3月の間(当院では2月19~24日の1週間)に外来受診した20歳以上の成人患者(1,795名)を対象(当院からは63名が回答)。JPCATスコア・健診受診率・予防接種率・ポリファーマシーの4項目を調査した。

多くの項目で全体平均を上回る結果を獲得した。健診受診率、予防接種率、ポリファーマシーにおいても良好な結果であった。包括性(普段から提供されている)のスコアは全国平均を下回った。骨粗鬆症健診受診率は全国平均を下回った。

平均を下回る項目や、優先性の高い分野に関しては改善し、本調査に継続参加することにより患者中心性の高い医療を目指す(2020年再調査予定)。

#### PX (Patient eXperience) について

患者満足度:患者の主観による評価→施設間比較や経時的比較は困難

PX:より具体的な質問式→客観的・経時的な比較も可能

以下の5項目を総合的に評価的に評価

- ・近接性 「地理的」「経済的」「時間的」「精神的」な受診し易さ
- ・包括性 医学的・社会的なさまざまな種類の訴え・問題への対応
- ・協調性 他医療機関との連携
- ・継続性 「ゆりかごから墓場まで」切れ目ない対応
- ・地域志向性 地域全体の健康問題・住民の意見に対応できるか

## 11. 鹿児島県

### 奄美大島で経験した心筋梗塞による心肺停止患者を救命し得た2例

鹿児島県立大島病院 循環器内科 里園秀之

私は自治医科大学40期生、研修医の時に経験した心筋梗塞による心肺停止患者の救命例について述べる。

【症例1】41歳、男性 【主訴】胸痛 【既往歴】なし 【生活歴】喫煙:40本/日×20年、飲酒:焼酎0.5合/日 【家族歴】父:61歳で突然死

【現病歴】5:30起床後、胸痛を訴え卒倒した。

6:57心肺停止状態を妻が発見、救急要請した。7:06救急隊現着、初期波形で心室細動を認めた。7:163回目の除細動で自己心拍再開した。7:19当院到着。

血液検査と心電図所見を図3に示す。院外心肺停止に至った原因として急性冠症候群が疑わしいと判断し、緊急で冠動脈造影検査をした。右冠動脈1番および3番、左回旋枝の11番に高度狭窄病変を認め、右冠動脈、左回旋枝を責任血管とする急性心筋梗塞と診断し、そのままPCIに移行した。ステント留置し、良好な血管拡張および血流を得られた。術後経過では神経学的予後改善のため、体温管理療法を始めた。EFは20.8%、心係数は1.7と低心機能を認めたため、IABPの作動に加え、カテコラミン類の持



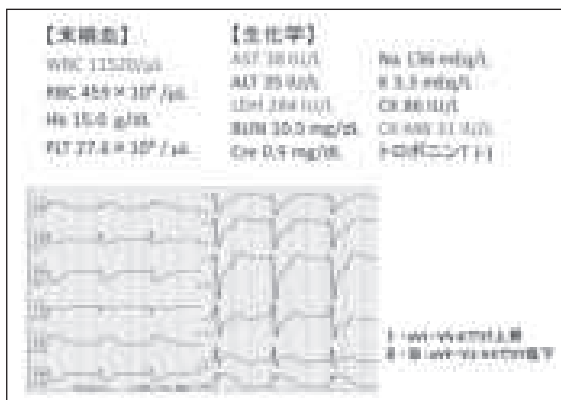


図3 症例1の検査結果

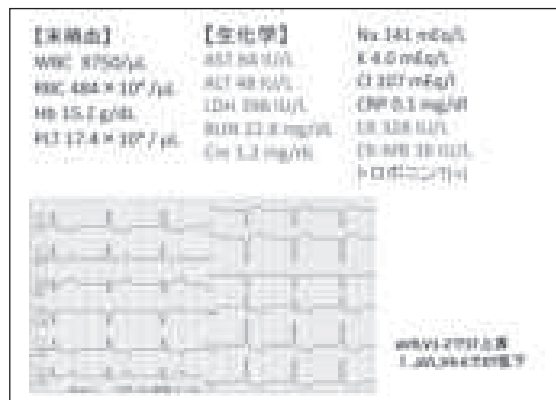


図4 症例2の検査結果

続点滴を開始した。5日後より改善を認め、心係数は4.6、EFは40%まで改善し、31日後には自宅退院となった。

**【症例2】**61歳，男性 **【主訴】**意識消失 **【既往歴】**59歳時 大動脈弁閉鎖不全症，上行大動脈瘤に対して自己弁温存大動脈基部置換術，高血圧，高尿酸血症 **【生活歴】**喫煙：20代で禁煙，飲酒：なし **【家族歴】**母：高血圧，心不全

**【現病歴】**15:15 草刈り中に卒倒した。心肺停止状態のため，目撃者により心肺蘇生が開始された。15:28 救急隊現着，初期波形は心室細動であったため除細動を施行。15:31 心拍再開が確認され，近医へ搬送。16:45 急性冠症候群が疑われ，当院へ救急搬送。

血液検査と心電図所見を図4に示す。症例1と同様急性冠症候群により心肺停止に至ったと判断し，冠動脈造影検査を行った。右冠動脈に有意狭窄は認められなかったが，左主幹部の5番に99%の高度狭窄病変を認めた。左主幹部を責任血管とする急性冠症候群と判断し，そのままPCIへ移行した。血管の拡張を認め，良好な

結果が得られた。術後は体温管理療法を行い，EFは66%と比較的心機能が保たれていたため，IABPの作動のみとした。神経学的後遺症を残すことなく退院した。

心原性心肺停止傷病者は，蘇生できても低酸素脳症等により神経学的後遺症を残すことが多く，社会復帰率は8%程度といわれている。本症例が発生した奄美大島は，鹿児島県本土から約400km離れており，医療資源やマンパワーも限られ，こうした心肺停止患者の救命すら困難な状況であった。しかし，2014年に県立大島病院に救命救急センターが開設され，2016年からはドクターヘリも運行開始となり，地元の救急隊との連携や症例検討会も定期的で開催されてきた。こうした取り組みにより，目撃者・救急救命士の迅速かつスムーズな心肺蘇生，救急外来スタッフ(ドクター・ナース・クラーク)の対応など，救命の連鎖をつなぎ，島内で救命し，大きな神経学的後遺症なく社会復帰できた症例を2例経験した。

## 第13回へき地・地域医療学会 医学生セッション

自治医科大学医学部6年 栃村亮太

今年度のへき地・地域医療学会医学生セッション(6月29日10時~14時50分)は、①病院看取りと在宅看取り、②学生地域医療実習報告、③地域医療振興協会研修病院紹介、④グループ別セッション『地域×専門医』、⑤『学生と医師の懇談会』の主に5つの企画で進行した。企画・運営に関しては、JADECOM学生団体CISの学生が全て独自に行っているのがこの医学生セッションの最大の特徴であり、本年度は当日約25名の学生が参加した。

### 病院看取りと在宅看取り

このセッションは、学生に「地域医療と言えば」と質問した際に、思い浮かぶ場面として「看取り」が多かったので、今回「病院での看取り」と「在宅での看取り」をそれぞれ取り上げることとした。

#### 1. 病院看取り

講師:台東区立台東病院 総合診療科 呉明愛  
はじめに、経験した症例をもとに、病院で看取りをするにあたってのおおまかな流れや重要な点について話があった。その中で、呉医師は看取りに際して難しいと感じる3つのこと、予後予測、意思決定、コミュニケーションについて強調し、それらを上手に実践していくポイントとして、「面談」を行うことを提示した。さらに、患者の状態の変化によって、患者本人や家族の気持ちが変化するという実践的な経験から、その面談を定期的に行うことの重要性について取り上げた。最後に、病院で看取りをすることのメリット、デメリットについて説明し、講演を終えた。

#### 2. 在宅看取り

講師:台東区立台東病院 総合診療科 吉岡優

呉医師と同様、経験した症例をもとに話を展開した。まず、在宅で看取りを行うには患者本人の希望に加え、自宅に必要な資源(介護力や経済力など)が揃っている必要があると話し、自宅で看取りをする際には、排泄・入浴などの生活のことや、急変時の対応や連絡先、さらには訪問サービスなどによる医療者の手配などといった事前準備が多く存在することについて説明した。ほかに、在宅は病院と違い医療資源を迅速に提供できないことから、訪問の際には必ず「ご本人がいま一番困っていることは何か」について聞くことを忘れないようにしていること、在宅では患者が亡くなった際に、ご家族が第一発見者となるため、その後のご家族へのケアの必要性について講演した。

### 学生地域医療実習報告

昼食時には地域医療実習を経験した学生からの実習報告があった。報告者は2人で、1人は主にJADECOM学生団体CIS内で募集している地域医療実習の報告、もう1人はJADECOMが毎年全国の医学生対象に募集しているオレゴン健康科学大学での実習報告であった。

### グループ別セッション『地域×専門医』

地域医療を志している学生の中には、総合診療専門医以外に臓器別専門医を取得するかどうか、また取得するのであれば地域に行く前か後か、どのタイミングで取得するかを悩んでいる学生が一定数いる。本セッションでは、現在、地域で総合診療科の医師として働かれているが、もともとは臓器別専門医の医師として働いていた3人の医師から、『科を転向した理由、



転向するにあたっての苦勞，臓器別専門医から総合診療科になるにあたっての強み』などについて，3グループに分かれて各グループでミニレクチャーが行われた。

### 1. グループ1

講師：湯沢町保健医療センター 土屋永寿

病理専門医として埼玉県立がんセンター，神奈川県立がんセンター臨床研究所などで活躍され，現在は湯沢町保健医療センターで総合診療医として働いている土屋医師は，①自身の経歴とその背景，②総合診療科の魅力やキャリア形成に関する事前質問への回答，③医師人生での大切なことの3点について話された。「『現時点で好きなこと，なりたいものを見つけ，それに全力を尽くすこと』，最初は間口を広く設けること。『気力・体力・周囲の理解』，これらを大切にしてほしい。これができれば人脈ができて，あいつに任せてみようと思ってもらえる。いろいろなチャンスがひろがっていく」と熱く語られていた。(記載：宮崎大学6年 泉 麻依)

### 2. グループ2

講師：台東区立台東病院 田邊紗代

学生時代から現在に至るまで，それぞれの時点で考えたり，感じていたことを紹介しながら，外科医から地域へと至った経緯を話された。

学生のころはなんとなく内科を考えていたが，初期研修後半になると，小児科であれば幅広く診らえるのではないかと考え，小児外科へ進み，外科医として6年を過ごした。その一方で，手術のときのみ患者さんと関わるという関わり方に疑問を感じ，自分が本当にやりたい仕事は外科医なのかと考えるようになった。そこで「地域医療のススメ」と出会い，現在は外科医としての経験も活かしながら，地域で総合診

療医として働いている。もしも学生時代にもどることができるのであれば，迷いなく最初から地域医療を選ぶと言えるほど，地域医療が自分にあった仕事であると語られていた。(記載：岐阜大学4年 朝倉麻由)

### 3. グループ3

講師：市立恵那病院 新多恵子

長く麻酔科医としてご活躍された後に総合診療科に転向を志し，現在総合診療医として勤務されており，①麻酔科から転向したきっかけ，②現在麻酔科の知識がどのように診療に役立っているか，③総合診療科を学生に薦めるかについての大きく3点を話された。講演の最中に「医師は誰でも最終的には総合診療医のような視点を持つので，必ずしも初めから総合診療の道に進まなくても良いと思う」と，総合診療医になるまでの道は一つでないことを語られていた。また最後には，新多医師自身が取り組まれてきた家庭，仕事，自分のことの3つの優先順位を例に，「優先順位をつけて行動することが大切」と学生へメッセージを送られていた。(記載：宮崎大学6年 金子志穂)

## 学生と医師の懇談会

学生セッションの最後の部は地域医療に従事している医師，または関わっている医師の計10名ほどと，学生らが自由に語り合う時間が設けられた。最初に参加医師らの自己紹介があり，その後学生が興味のある医師のところへ行き，質問をするという形式であった。参加学生はためらうことなく積極的に医師らのもとへ話に行き，活発に意見交換が行われていた。

## 『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](mailto:chiiki-igaku@jadecom.or.jp)  
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>





## 住めば都の離島生活



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。厳しい暑さの毎日ですが、いかがお過ごしでしょうか。阿嘉島も例年通りの猛暑に襲われています。来た当初は毎週のように海に行って遊んでいたのですが、紫外線が強くなってきて外出もためられるようになり、最近では休日は自宅で涼みながら、島に来て覚えた三線を練習したりして、ゆったりと島んちゅライフを過ごしています。

7月は内科医認定医試験を受験するために久しぶりに島から出ました。3ヵ月ぶりに見た那覇や横浜は島からのギャップが大きすぎて、賑やかで楽しいなという面よりも、なんだか疲れたなという感想でした。早く島に帰りたいなと、すっかり島の生活に落ち着いている自分を感じました。とはいえ、試験会場では大学時代の友人にも久しぶりの再会を果たし、近況を話し合ったりと、とても有意義な時間も持つことができました。そういえば、同期のS先生が福田先生と一緒に隠岐で働いているということを知りました。人のつながりというのはどこにあるのかわかりませんね。

阿嘉島のような離島では、人と人のつながりがとても強く、それが医療でも有効に働く点があると感じます。島には独居の高齢者がたくさん生活しております。比較的元気な人から、腰や膝を痛めていたり、麻痺や難聴や認知症、精神疾患などを抱え、生活に苦勞している方々も多くいます。そういった方が、資源・サービスの限られた離島で1人で生活するのは本当に大変ですが、社会福祉協議会やデイサービスのスタッフ、近所の人や友人・親戚などを中心として地域の人みんなが協力しながらそういった方の生活を支えています。「あのおばあの家が最近掃除されていないから、どこか具合が悪いんじゃないかね〜」「あの人最近歩き方がおかしい」「あのおじいの家はクーラーをつけないからとても暑かった」などの地域の目から異変に気づいて早めの対応ができることもあるので、そのたびに地域との密接な連携の重要性を感じます。

暑い日が続いており、熱中症らしき症状で受診する高齢者が急増してきました。受診される皆様には適切な室温調整と飲水行動を助言すると、「分かってます」「ちゃんとやっています」との返答が多いのですが、実際にある方の自宅に訪問させていただきますと、35度

の灼熱で、そんな状態で平然と椅子に座っています。クーラーはついているものの部屋が涼しくならないので、部屋を見てみると窓が開けっ放しです。窓のローラーが壊れており、閉まらない状態になっているということでした。すぐに島の建設業者に相談し、修理をしてもらったところ、部屋も涼しくなるようになりました。高齢者の独居生活は、うまく自分で解決できなくて、問題をそのままにしていることや問題に思いついかなかったりすることもあります。そこに気づいて、実際に介入していけるのは距離感が近い地域ならではだと思いました。

島では7月17日に大きな行事がありました。6月ウマチーという1年間の海の安全と大漁を願う、島をあげての大事な行事です。沖縄の離島の中でも古くからの伝統行事が数多く残っているのが阿嘉島の特徴らしく、この行事も島特有のもので、島外からも大学の人文学の教授などが見学に来ていました。行事は、島にあるウエードウヌ(上殿)のお宮の前で、島のノロ(巫女)が祈祷したのち、スクの化身を模した黒塗りの青年が、「すくどーい」という儀式を行い、その後青年会がハーレー(手漕ぎの舟)に乗って島の周囲を歌いながら回ります。その後、漁師たちが追い込み漁で確保して来た大漁の魚を食べながら、島民をあげての宴会を夜遅くまで行うというものです(『座間味村史「中巻」』参照)。島の人々と飲みながら、美味しい食事をいただく時間はとても素晴らしいものでした。島での生活にも慣れ、竜宮城のようにとても楽しい日々を過ごしていますが、浦島太郎にならないように日々の自己研鑽は忘れず、さっそく白石先生の本を読んで勉強いたします。



お供え物を食べるスクの化身



ハーレーに乗る青年会



海開きでは魚の掴み取り競争



涼みに集まる島の人々





## 急性期病棟で特定ケア看護師として どのような活動ができるか

伊東市民病院 特定ケア看護師 小川法之

初めまして。伊東市民病院で特定ケア看護師として勤務しておりますJADECOM-NDC 1 期生の小川法之と申します。

### 受講の動機

私が勤務する伊東市民病院は「市民の生命と健康と生活を守り地域発展に寄与します」を理念に、伊豆半島の中核病院として地域医療を支える250床の病院です。二次救急病院として救急・災害医療へも取り組み24時間365日受け入れ体制を整備しています。地域住民である多くの患者さんに質のよい看護を提供できるよう病棟看護師として働いてきました。私たちが日々の業務をする中で患者さんの「普段と違う様子」を感じ取ることがあります。これは異常の早期発見・早期対処につながる、看護師の重要な能力であると昔から私は考えていたため、人一倍その感覚を大事にしてきました。2005年に International Conference on Medical Emergency Team (ICMET)において定義され、近年だいたい拡散してきたRapid Response System(RRS)の起動基準にも“患者に関する何らかの懸念”という項目があるように、常にベッドサイドにいる看護師の“勘”は、患者さんの院内心停止を未然に防ぎ、重症化を最小限に抑えるにあたって重要です。しかし「何かおかしい」と感じることもできても、その原因が分からない、医師に上手く伝えられない、医師に伝えても処置や外来対応中であつたりとすぐに対応してもらえないことがあるといった、もどかしい気持ちになることを経験してきました。これらを何とかしたいと思っていたことは、私が特定ケア看護師の研修を受けてみたいと思った動機

の一つです。

### 特定ケア看護師の役割

JADECOM-NDCは21区分38行為全てが研修プログラムに組み込まれており、「特定行為を実施する看護師」だけでなく臨床推論をもとに「診る」と「看る」とで患者さんを全人的にとらえ、医療・看護を提供することを目指しています。研修期間を思い返しても、藤谷茂樹センター長は臨床推論する力を基礎から育ててくださいました。自施設に戻ってから、所属は看護部ですが医師のチームに配置してもらい、連日チームカンファレンスや勉強会に参加しています。

特定ケア看護師に期待される大きな役割として「チーム医療の推進」があります。医師は患者さんの診察をして病態の把握、診断、治療の指示を出します。しかし指示を受け実施する看護師が医師と同等に病態の把握や起こりうる問題、治療について理解しているとは限りません。多忙な中、病態や治療の意図を正確に伝えてくれる医師の方が少ないでしょう。逆に24時間、最も患者さんに近いところで勤務している看護師だからこそ感じる違和感や懸念、夜間の状況や皮膚トラブル、医師には言い出せない患者さんの悩みなど、看護師のみが知りえる情報も沢山あります。それぞれの職種が専門分野で知りえた情報を共有して、患者さんによりよい医療を提供していくための核になれる職種が看護師であり、より多方面からの見方ができるのが特定ケア看護師です。医師のチームに所属させてもらっていることで医師の考えや病態生理、治療の見通しや注意すべき観察ポイントを把握しやすくなります。それを病棟看護師やコメディカ

ルに伝達し共有するといった働きが、特定ケア看護師の大事な役割であると考えています。それによってコミュニケーションエラーをはじめヒヤリハットを減らすことにもつながっています。実際私たちが回っている部署では、クリップの報告数が減ったと聞いています。医師には聞きにくいちょっとした相談や質問を受けることも多くあり、ありがたく感じています。話しやすく相談しやすい存在であることは全ての職種や患者さんに大きなメリットと考えます。

### ある症例

つい先日、土曜日に出勤していた時、ある患者さんに意識レベル低下、血圧低下、頻脈が生じ、主治医に連絡がつかないと相談を受けました。急いでかけつけ私一人での対応はできないと考えたため同じチームの医師に協力要請をしつつ、初期対応をしました。他チームの患者さんでしたが、その患者さんが前日に誤嚥、窒息の経緯があったことを病棟看護師から聞いて知っていた私は、病歴から最も考えられる鑑別疾患、ショックに至った病態生理を考えた上で身体診察、必要となる検査、医師への報告といった初期対応が最速で行えたと思います。医師との関係性を構築していることで相談もしやすく、医師の言語で状況説明を行うことができたこと、病棟看護師から話しやすい存在であったことが活きた一例であったと考えます。このケースはショックに至った状態からの対応となってしまいましたが、気軽に相談しやすい存在を継続し、自らのラウンドはもちろん病棟看護師やコメディカルからの報告、相談を受けて「何か様子がおかしい」の段階から患者さんの現状の臨床推論を交えたアセスメントをして、院内急変を一例でも多く防いでいけるよう毎日病棟ラウンドしていきたいと思っています。

特定ケア看護師が活動し始めてから大きな問題なく医療チームの一員として機能できているのは、東京ベイ・浦安市川医療センターで診療看護師(NP)として活動していて、私共の教育にも携わった先輩や看護部長をはじめとする「NDCワーキンググループ」によって、当院のマ

ニュアルを築き上げていたからだと思います。マニュアルには代行オーダー発行や診療に関する文書記載基準、手順書が記載されています。それに則り自らの力量を越える範囲の手技や患者対応はせず活動することで、患者さんや指導・監督して下さっている医師、看護部に悪影響を与えずに診療の補助ができていると思います。



### 「看護師」としての心構え

日本看護協会はナース・プラクティショナー制度の構築を2019年の重要事業の一つとして挙げています。少子超高齢化社会、医師不足が問題視されている現在の日本において、看護師がさらにその役割を発揮できるよう本制度を活用していくことは、必要となっていると思います。しかしながら日本医師会の看護師の特定行為に対する反対意見はまだ多いです。それは患者の診察と治療、薬の処方など、高度な医学的判断と技術を持った医師が行わないと患者への悪影響が出かねないという懸念のためです。日本薬剤師会も薬剤の処方を看護師が行うことは容認できないとしています。法に基づいて高度な医学的判断と行為を行うのが医師に与えられた責務であり、それをサポートするのが他の医療関係職種という考え方です。これらは当然の意見であり、私たちは大前提として患者さんに悪影響を与えてはなりません。長年努力して医学的知識や技術を習得した医師と同等の水準まで短期間の研修で達する訳もありません。また、医師の仕事をするのが私たちに求められている業務でもありません。私たちはあくまでも看護師です。医学的知識も研修や日常臨床から学ばせていただき一部の特定行為をマニュアルに基づき包括的支持の下実施することはあっても、枠を超えたことはせず、現場で最も患者さんの傍にいて患者さんの立場になる看護師としての基本を忘れないようにして今後も邁進していきたいです。



# 地域医療型後期研修

2019.7.30

## 入職4年目の現在

東京北医療センター総合診療科(以下、東京北総診)後期研修医、地域医療のスヌメ専攻医S4(後期研修医4年目)の宮奈 穰と申します。月日の過ぎるのは早いもので、入職して4年目になりました。私の今年度の予定としては4月から9月まで東京北総診、10、11月はオレゴン健康科学大学(以下、OHSU)に短期留学、12月は公立久米島病院、1月から3月まで再び東京北総診にて研修の予定となっております。現在は、9月上旬に実施される総合内科専門医試験の勉強と、10月のOHSU短期留学に向けて英語の勉強に勤んでおり、今年度楽しい夏を過ごすことはどうやら難しそうです。



プロフィール

弘前大学医学部医学科卒業  
河北総合病院で初期研修  
東京北医療センター総合診療科、  
地域医療のスヌメで後期研修中

東京北総診の研修内容としては、病棟業務のほか、内科カンファレンス、総合診療科カンファレンス、後期研修医向けのレクチャー、抄読会がそれぞれ週に1回あり、初診外来が週に1回程度、再診外来が2週に1回あります。初期研修医は、直接指導する後期研修医、チームリーダー、週に1回あるスタッフの先生の回診と何重にもフォローがあります。

S4となる今年度から私の研修内容で大きく変わることは、東京北総診にてチームリーダーを担当することになりました。私が主治医として直接患者さんの担当となることはなくなり、チーム内のおおむね20人から30人の患者さんを主治医の先生と一緒に担当することになりました。患者さんを第一に考えることはもちろんですが、チームの先生方と自分の研修に加え、東京北総診がより良いものになるよう日々振り返りながら試行錯誤して仕事に取り組んでおります。

また、今年度の東京北総診は、人事の影響にて診療体制の大幅な変更を余儀なくされております。われわれはこの状況を大きな転換期ととらえ、スタッフ、後期研修医にて現在日々議論を重ね

ながら組織改革に取り組んでいます。

組織改革としては、まず自分たちが目指していく共有ビジョンを掲げることから始めました。「肉食」「草食」といった言葉がありますが、EBMの実践を通して高いレベルの医療の提供を目指す「肉食」の部分と、ワークライフバランスがとれて雰囲気の良さを意味する「草食」の部分は、どちらも東京北総診のイメージと合うといった意見が出ました。さらに、肉の部分を中心に、その



組織改革の話し合いは真剣に

周りをキャベツ(≒草)で覆う「ロールキャベツ」が、東京北総診のイメージとして合うのではないかと意見が出てコンセンサスが得られ、「ロールキャベツ系総診」という共有ビジョンができました。

「ロールキャベツ系総診」という共有ビジョンを掲げ、業務改善のグループと私の属する対外発信のグループに分かれ、それぞれのグループが定期的に話し合い、適宜情報を共有する方針としました。対外発信のグループの話し合いの詳細はここでは割愛しますが、現在は業者と直接話し合いをしながら、上記内容を含むホームページ作りをしているところです。



終わったらみんなでピザパーティー

このように後期研修医が主体的に組織改革に関わることができ、病棟業務とはまた別の楽しく充実した仕事ができていると感じています。これも関わってくださる周りの方々のおかげであり、この場をお借りして感謝申し上げます。

## 令和元年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました……………

6月6日(木)10時から記念棟12階ホールにおいて、令和元年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました。

はじめに永井良三学長から挨拶があり、松村正巳教務委員長から大学の現況について、野田泰子入試検討委員長から平成31年度入学試験の結果ならびに令和2年度および令和3年度以降の入学試験について説明がなされました。

続いて、興水崇鏡学生委員長から在学生の関連事項について、高本和彦卒後指導部長ならびに山田俊幸卒後指導委員長から卒業生の関連事項について、福嶋敬宣医学部広報委員長から令和2年度入試に向けた広報について、前健一総務部長から平成30年度決算と令和元年度予算の概要について、佐田尚宏病院長ならびに百村伸一さいたま医療センター長から、附属病院並びに附属さいたま医療センターの概況について、それぞれ報告があり、大槻マミ太郎副学長の挨拶で閉会となりました。

また、前日(5日)と当日の2グループに分かれて、卒後指導委員会都道府県担当等による各都道府県との個別協議のほか、学生生活支援センター、医学教育センターおよび教務委員会による在学生に係る個別協議が行われ、17時30分からは職員食堂において、都道府県ごとに主管課の方々、卒後指導委員会委員および県担当の先生方、在学生(医学部4・5・6年生)との懇談会が和やかに行われました。

## 令和2年度入試日程等が決まりました～学生募集がスタート～……………

令和2年度の入試日程等が次のとおり決定しました。

### 【医学部】

#### ◇入試日程

学部・学科・定員	医学部 医学科 定員100名 ※ただし、令和2年度の募集人員も今年度と同じ123名で関係機関と調整中である。	
出願期間	令和2年1月6日(月)～令和2年1月22日(水)17:00必着(21日消印有効) 出願地とする都道府県庁担当課へ郵送または持参にて出願	
第1次試験	試験日	【学力試験】令和2年1月27日(月) ※学力試験及第者の発表は、1月28日9:00までに行います。 【面接試験】令和2年1月28日(火) ※学力試験及第者のみ実施
	合格発表日	令和2年1月31日(金)13:00
第2次試験	試験日	令和2年2月6日(木) 小論文・面接試験
	合格発表日	令和2年2月14日(金)17:00
入学手続日	【第1回目】令和2年2月25日(火) 【第2回目】令和2年3月12日(木) ※両日に、出願地の都道府県庁の入試担当課において、必ず本人が所定の入学手続きを行ってください。	

### ◇入学者選抜方法

第1次試験の学力試験、面接試験、第2次試験の小論文、面接試験および出身学校長から提出された必要書類により総合判断するとともに、本学の建学の趣旨を理解し、進んで本学に学ぶ意思が確認できる者を各都道府県から若干名ずつ選抜します。

### ◇試験日時・科目等

#### ◎第1次試験

- ・学力試験および面接試験を行います。ただし、面接試験は学力試験及第者のみが対象となります。
- ・試験会場：出願地となる都道府県が指定する場所

#### 【学力試験】

令和2年1月27日(月) 9:00~14:10

受付時間 8:20~8:40

教科		科目	時間	配点
数学		数学Ⅰ(全範囲)・数学Ⅱ(全範囲) 数学Ⅲ(全範囲)・数学A(全範囲) 数学B(数列・ベクトル)	9:00~10:20 (80分)	25点
理科 (2科目 選択)	物理	「物理基礎」と「物理」を併せた範囲	10:50~12:10 (80分)	50点 (1科目25点)
	化学	「化学基礎」と「化学」を併せた範囲		
	生物	「生物基礎」と「生物」を併せた範囲		
外国語		コミュニケーション英語Ⅰ コミュニケーション英語Ⅱ コミュニケーション英語Ⅲ 英語表現Ⅰ・英語表現Ⅱ	13:10~14:10 (60分)	25点

#### 【面接試験】

令和2年1月28日(火) 10:10~16:00

受付時間 9:00~9:20

#### ◎第2次試験

- ・小論文および面接試験を行います。
- ・試験会場：自治医科大学

試験日 令和2年2月6日(木) 8:50~17:40

区分	試験時間	内容
小論文	90分	課題文に対する設問に答える形式とし、医学生として必要な読解力、表現力、社会性および人間性を評価します。
面接試験	集団面接 約40分 個人面接 約10~15分	都道府県単位で集団面接と個人面接を行います。

出願に必要な入学者募集要項(願書)は、大学ホームページからの資料請求または各都道府県庁の自治医科大学入試担当課の窓口を中心に7月初旬より無料で頒布しています。

医学部入学試験の詳細については、学事課入試広報係(直通:0285-58-7045)までお問い合わせください。



## 【看護学部】

### ●一般選抜入学試験

#### ◇入試日程

学部・学科	看護学部 看護学科 (定員105名のうち40名程度は指定校を対象にした推薦入試により募集)	
出願期間	令和2年1月6日(月)～令和2年1月16日(木)＜消印有効＞	
第1次試験	試験日	令和2年1月25日(土)
	合格発表日	令和2年1月30日(木)
第2次試験	試験日	令和2年2月8日(土)
	合格発表日	令和2年2月14日(金)
入学手続締切	令和2年2月28日(金)＜消印有効＞	

#### ◇試験科目

##### ◎第1次試験(筆記試験)

教科	区分	科目	時間
国語	必須	国語総合(古文・漢文を除く)	10:00～11:00 (60分)
数学 または 理科	3科目から 1科目選択	数学Ⅰ・数学A 生物基礎・生物 化学基礎・化学	11:30～12:30 (60分)
外国語	必須	コミュニケーション英語Ⅰ・ コミュニケーション英語Ⅱ	13:30～14:30 (60分)

##### ◎第2次試験(面接試験)

内 容		時間
面接試験	個人面接とする。	1人約10分

### ●推薦入学試験

学部・学科	看護学部 看護学科
出願期間	令和元年11月1日(金)～令和元年11月7日(木)＜消印有効＞
試験日	令和元年11月16日(土)
試験科目	小論文, 面接試験
合格発表日	令和元年11月27日(水)
入学手続締切	令和元年12月6日(金)＜消印有効＞

出願に必要な願書一式は、看護学務課にて9月から無料配布します。

なお、入学試験の詳細については、看護学務課(直通：0285-58-7433)までお問い合わせください。

## 令和2年度大学院入学試験の実施について……………

令和2年度の大学院医学研究科および看護学研究科の入学試験を次のとおり実施しますのでお知らせいたします。

### 【医学研究科】

#### (1) 修士課程(募集人員：10名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和元年7月8日(月) ～令和元年7月22日(月)	令和2年1月14日(火) ～令和2年1月24日(金)
試験日	令和元年8月19日(月)	令和2年2月17日(月)
合格者発表日	令和元年9月27日(金)	令和2年3月13日(金)

### 【試験科目】

- ・一般選抜, 社会人特別選抜：専門科目試験, 口頭試問および面接試験
- ・学生納付金免除者特別選抜：共通科目試験, 専門科目試験, 口頭試問および面接試験, 人物評価面接試験

#### ※社会人特別選抜について

- ・原則第1回試験のみの募集とし, 合格者が募集人員若干名に満たない場合のみ, 追加募集を行うことがあります。

#### ※学生納付金免除者特別選抜について

- ・出願時における学業成績の平均値が3.8以上の者で, 世帯総収入額が一定の基準以下である場合に, 学生納付金(入学金, 授業料)の納入が免除されるものです。(詳細は募集要項でご確認ください。)
- ・第2回試験のみの募集となります。

#### (2) 博士課程(募集人員：25名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和元年7月8日(月) ～令和元年7月22日(月)	令和2年1月14日(火) ～令和2年1月24日(金)
試験日	令和元年8月19日(月)	令和2年2月17日(月)
合格者発表日	令和元年9月27日(金)	令和2年3月13日(金)

### 【試験科目】

- ・一般選抜, 社会人特別選抜：専門科目試験, 口頭試問および面接試験
- ・学生納付金免除者特別選抜：共通科目試験, 専門科目試験, 口頭試問および面接試験, 人物評価面接試験

※学生納付金免除者特別選抜について

- ・出願時における学業成績の平均値が3.8以上の者で、世帯総収入額が一定の基準以下である場合に、学生納付金(入学金, 授業料)の納入が免除されるものです。(詳細は募集要項でご確認ください.)
- ・第2回試験のみの募集となります。

募集要項等出願書類は、学事課(医学部教育・研究棟1階)にて無料配布しています。

また、出願にはTOEICテスト(またはTOEIC IPテスト)の受験が必要になります(修士課程社会人特別選抜を除く)。本学で実施するTOEIC IPテストについては、医学研究科のホームページ等でご確認ください。

《問い合わせ先》

学事課 大学院係 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL 0285-58-7477 E-mail graduate@jichi.ac.jp

【看護学研究科】

(1) 博士前期課程

＜出願資格認定試験＞

出願期間	第Ⅰ期募集：令和元年8月8日(木)～8月16日(金) 必着 第Ⅱ期募集：令和元年12月16日(月)～12月24日(火) 必着
結果発表	第Ⅰ期募集：令和元年9月上旬に本人あて結果郵送 第Ⅱ期募集：令和2年1月中旬に本人あて結果郵送

【書類選考】

※入学定員に達した場合、第Ⅱ期の出願資格認定試験は実施しないことがあります。

第Ⅱ期募集の出願資格認定資格の実施有無については、令和元年11月頃ホームページに掲載します。

＜入学試験＞(募集人員 8名)

事前面接期間	第Ⅰ期募集：令和元年7月6日(土)～9月13日(金) 第Ⅱ期募集：令和元年7月6日(土)～令和2年1月31日(金)
出願期間	第Ⅰ期募集：令和元年9月6日(金)～9月13日(金) 必着 第Ⅱ期募集：令和2年1月24日(金)～1月31日(金) 必着
試験日	第Ⅰ期募集：令和元年9月28日(土) 第Ⅱ期募集：令和2年2月19日(水)
合格発表日	第Ⅰ期募集：令和元年10月9日(水) 第Ⅱ期募集：令和2年2月26日(水)

【試験科目】 看護学, 外国語(英語), 面接

※入学定員に達した場合, 第Ⅱ期の入学試験は実施しないことがあります。

第Ⅱ期募集の入学試験の実施有無については, 令和元年11月頃ホームページに掲載します。

## (2) 博士後期課程

＜出願資格認定試験＞

出願期間	令和元年8月8日(木)～8月16日(金) 必着
結果発表	令和元年9月上旬に本人あて結果郵送

【書類選考】

＜入学試験＞(募集人員2名)

事前面接期間	令和元年7月6日(土)～令和2年1月31日(金)
出願期間	令和2年1月24日(金)～1月31日(金) 必着
試験日	令和2年2月19日(水)
合格発表日	令和2年2月26日(水)

【試験科目】 看護学, 外国語(英語), 面接

学生募集要項は, 看護学務課で無料配付しています。

## 《問い合わせ先》

看護学務課 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-159

TEL 0285-58-7433 E-mail khakasenyu@jichi.ac.jp

## 各講座等における義務年限終了卒業生の令和2年度採用計画について……………

大学といたしましては, 卒業医師の皆様が義務年限を終了した後も出身都道府県に長くとどまり, 医療, 福祉, 保健等の各分野において広く活躍されることを期待しておりますが, 一方において, 地域医療で培った貴重な経験, 技術等を母校の研修医や医学生に伝えていただく必要性もあると考えております。また, ご自身の医療技術のさらなる研鑽, 研究の深化等のため, 母校に一定期間戻りたいとの考えをお持ちの方もおられるのではないかと拝察いたしております。

つきましては, 各講座における義務年限終了卒業生の令和2年度採用計画の状況を地域医療推進課ホームページに掲載しておりますので, 必要に応じてご参照くださいますようお願い申し上げます。

HPアドレスは次のとおりです。

<http://www.jichi.ac.jp/chisuika/etc.htm>



## 『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](mailto: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。

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、地域住民の方々と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](mailto:fdc@jichi.ac.jp) URL <http://www.zcssz.or.jp/>

## 埼玉県立大学研究開発センターシンポジウム2019 開催案内

- テーマ** 「介護人材の確保・育成に向けた諸課題と対応策」  
**日時** 2019年10月17日(木) 13:30～17:00  
**場所** 埼玉県立大学講堂(埼玉県越谷市三野宮820)  
**定員** 400名  
**内容** 第1部 基調講演「介護人材の需給ギャップ解消に向けた国の施策動向」  
 伊原和人氏(厚生労働省政策統括官 総合政策担当)  
 第2部 シンポジウム 「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」  
 座長 田中 滋(公立大学法人埼玉県立大学理事長)  
 講演  
 金子直史氏(埼玉県福祉部高齢者福祉課課長)  
 山田尋志氏(地域密着型総合ケアセンターきたおおじ代表  
 社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋理事長)  
 田口孝行(埼玉県立大学保健医療福祉学部理学療法学科教授)  
 羽田野政治氏(一般社団法人認知症高齢者研究所代表理事)  
 パネルディスカッション

**参加費** 無料

**申し込み方法** 下記フォームまたはメールでお申し込みください。  
 申し込みフォーム <https://business.formmailer.jp/fms/25663546103391>  
 メールアドレス E-mail: Research\_c@spu.ac.jp  
 ※ 詳しくは、<https://www.spu.ac.jp/research/centers/>に随時掲載します。

**問い合わせ先**

埼玉県立大学研究開発センター  
 E-mail Research\_c@spu.ac.jp FAX 048-973-4362

## 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



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](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](mailto: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](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](mailto: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](mailto: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

東京都

小笠原村診療所

- 総合診療科 1名



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

病床数：9床

職員数：30名（うち常勤医師3名）

所在地：〒100-2101 東京都小笠原村父島字清瀬

連絡先：小笠原村医療課 診療所係 小野寺  
TEL 04998-2-3800 FAX 04998-2-2768  
E-mail onodera@vill.ogasawara.tokyo.jp

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

ぜひ、世界自然遺産の小笠原で、医療に従事してみませんか？  
<http://www.ogasawaraclinic.jp>

受付 2019.7.12

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

### 支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：堀江・田代

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

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

# 投稿要領

2017年6月改訂

## 1. 投稿資格

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

## 2. 採否について

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

## 3. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する.

**原著**: 学術論文であり, 著者のオリジナルである内容を著したもの.

**症例**: 症例についてその詳細を著した論文.

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

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

**自由投稿**: 意見, 提案など, ジャンルを問わない原稿.

## 4. 原稿規定

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

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

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

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

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

## 6) 図表

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

## 雑誌の場合

### 文献表記例

#### 【雑誌】

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

#### 【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

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

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

#### 【ウェブサイト】

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

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

#### 書籍の場合

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

#### ウェブサイトの場合

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

### 5. 原稿の保存形式と必要書類について

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

### 6. 原稿の送付方法について

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

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

### 7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

#### 【著作権】

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

#### 【転載・二次的利用について】

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

### 8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

### 9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

- 1) E-mail [chiiki-igaku@jadecom.or.jp](mailto: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](mailto: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)
	北村 聖(地域医療研究所 シニアアドバイザー)
	木下順二(東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)
	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, 2019.8.1 現在)

---



## 編集後記

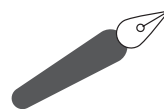
9月9日は何の日かご存知ですか？ 救急の日の方が広く知られているかもしれませんが、この日は重陽の節句にあたります。私事で恐縮ですが、私の誕生日は12月12日です。そのため、子どもの時から月日が重なる日に興味があり、最大の数字が重なる12月12日がどうしても重陽でないのか疑問を持っていました。その答えとして陰陽思想では奇数(陽数とも言う)がめでたいとされ、しかも1桁の数字が重なることが重要なようです。

重陽の節句は「菊の節句」とも言われます。菊は延寿の力があるとされ、菊の花をお酒に浸す「菊酒」やお風呂に入れる「菊湯」の風習が受け継がれてきました。端午の節句で菖蒲湯に入ると同じ風習です。江戸時代に幕府が5つの奇数が重なる日を「五節句」と決めました。1月はもともと元日でしたが、特別の日として分離され、7日に変更され、七草をいただく日となっています。

1月7日:人日の節句(七草の節句) 3月3日:上巳の節句(桃の節句) 5月5日:端午の節句(菖蒲の節句) 7月7日:七夕の節句(笹の節句) 9月9日:重陽の節句(菊の節句)

さて、今月の特集は「地域から羽ばたく女性医師」です。この特集を読んで、女性医師がへき地医療の現場で育児と仕事などのワークライフバランスを保ちながら、キャリア形成を図ることの大変さがひしひしと伝わってきました。これらの困難を乗り越えることができたのは、本人の地域医療への思いや努力に加えて、家族をはじめ、職場や地域のいろいろな人たちの暖かいサポートがあったことも確認でき、心が温まりました。特集の中で十枝めぐみ先生が「女医が羽ばたく」条件として、フットワークの軽さ、夢ややりたいことを持つ、理解や共感という周囲の力の3つをあげておられました。これらの要素に加えて、私が特集を読んで思ったことは、苦労を楽しさに変えるポジティブな姿勢、心の持ち方でした。若い世代の先生の寄稿から、ワークライフバランスを保ちながら、持続可能性を視野に入れて、へき地医療と真摯に向き合う仕事の流儀を学ばせていただきました。自治医科大学においては、本特集で紹介されていたように、医学生時代から女性医師を支援する体制の整備が進められています。今後これらの支援体制がさらに拡大発展して女性医師がさらに活躍できる社会が実現す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9号(通巻395号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2019年9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