

総合診療・家庭医療に役立つ

11

2020
Vol.34-No.11

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

岩手県の地域医療を支え・育てる

[企画] 下沖 収 岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座 総合診療医学分野 教授

●インタビュー

「岩手県の地域医療を支え・育てる」

下沖 収 岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座 総合診療医学分野 教授

目次

インタビュー

- 岩手県の地域医療を支え・育てる／下沖 収 2

特集 岩手県の地域医療を支え・育てる

- エディトリアル／下沖 収 12
- 総論:岩手県の地域医療を俯瞰する—歴史と課題—／伊藤達朗 13
- 岩手県立病院のネットワーク／吉田 徹 19
- 岩手県の地域医療を支える大学病院の役割／大間々真一 25
- 岩手県の地域医療を支える人材養成拠点を指して／高橋智弘 29
- 地域の診療所と開業医の役割／菊池俊彦 33
- 医師奨学金養成制度の現状と多方面でのつながり／田鎖愛理 36

症例

- 特発性縦隔気腫9例の臨床的検討／櫻井優子・高木陽一・ほか 42

研究レポート

- 地域医療振興協会等の医師の医学情報の取り扱い／浅井泰博 48

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85回“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデント！
—事例の発生要因から検討する未然防止対策—／石川雅彦 58

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑮／牧田幸三 67

世界の医療情報

- 胎児、授乳と新型コロナウイルス／高久史磨 71

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定看護師から広がる医療／月坂裕里加 72

研修医日記

- 専攻医最後の年を迎えて／川堀奈央 74

自治医大NOW

- 令和3年度自治医科大学医学部・看護学部入試日程等決定 76

- お知らせ…………… 82
- 求人病院紹介…………… 88
- 投稿要領…………… 90
- 編集後記…………… 巻末

INTERVIEW

岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座
総合診療医学分野 教授
下沖 収 先生



岩手県の地域医療を 支え・育てる

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

外科医であり、地域医療医であり

山田隆司(聞き手) 今日岩手医科大学の内丸メディカルセンターに下沖収先生を訪問しました。先生がこの総合診療科の教授に就任されてもう4年ですね。岩手県の支部会には私も何度かお邪魔したことがあります。岩手県の卒業生はとてもまとまりがあるのを感じます。先生がこういうポジションでご活躍されていることも、非常に重要な一助になっているのではないかと思います。ぜひ今回はそのようなお話を伺えればと思っています。

まずは、先生のこれまでのご経歴を簡単に紹介していただけますか。

下沖 収 私は自治医科大学を1988年(昭和63年)に卒業しました。昭和最後の卒業生です。岩手県の

中で、自治医大卒業生の初期研修制度がしっかりできはじめた頃で、私たちは、1987年に新築移転した岩手県立中央病院で、研修することになりました。

山田 それまでは違ったのですか。

下沖 はい、それまでは岩手県立宮古病院や久慈病院などの沿岸の県立病院で研修する卒業生が多かったです。私たちの1つ上の学年が県立中央病院の研修医の1期生で、私たちが2期生になります。県内で一番規模が大きく、大勢の医師がいる病院で研修できたことで、多くの先生にお世話になれたのは本当に良かったと思います。当時はローテーションを自由に組むことができ、私は外科系ローテーションで研修しました。そ

の後、3年目、4年目は県立釜石病院の外科に赴任しました。今でいう外科専門研修をしたことになります。外科医として手術もたくさんさせてもらいましたが、麻酔科の常勤医がいなかったため、外科医の下っ端として各科の麻酔もかけました。いろいろなことをさせていただき、とても楽しい2年間でした。

山田 3～4年目の釜石病院というのはいわゆる義務としてのへき地勤務ではなく、義務年限内の研修ということですね。

下沖 外科医としての修練ですね。その後当時の岩手県立住田病院へ赴任しました。ここは現在、岩手県立大船渡病院附属住田地域医療センターになっています。

山田 小さな病院だったのですか。

下沖 はい。当時は院長先生が内科医、外科医が私で、常勤2人でした。

山田 何床ぐらいあったのですか。

下沖 55床でした。

山田 そこでも手術をやっていたのですか。

下沖 全身麻酔手術も年間50件程度はやりました。自分で麻酔をかけて、自分で手術をし、術後管理も自分でやるという感じでしたね。それから陸前高田市の広田診療所で3年間勤務しました。ここは、医師一人の国保診療所でしたが、とても楽しかったですね。

山田 その3年間で義務年限は終了したわけですね。

下沖 最後の3年間は、特に楽しく過ごさせてもらいました。人口5千人ぐらいの半島でしたので、結構患者さんは多かったです。

義務年限が終了し、その後に岩手県の内地留学制度を利用して、岩手医科大学の細菌学教室で2年間基礎研究をしました。

山田 その時に岩手医大にお世話になったのですか。どうして基礎を勉強したいと思ったのですか。

下沖 大学の同期生が大学院で研究していたりして、その発表を聞く機会が時々あったのですが、そうすると自分が科学的な話に全くついていけないことにちょっとコンプレックスを感じて……。

山田 現場に送り込まれて、最前線でそれなりにやりがいを感じているものの、学会などへ行くとやはり医師としてアカデミアみたいなものに憧れるところがあるものですが、それが細菌学だったということですね。そのときはまったく臨床はせずに？

下沖 岩手医大の外科で臨床も研修しました。手術も入れてもらい、病棟も持っていました。

山田 細菌学で学位は取られたのですか。

下沖 はい。その2年間の研究内容でいただきました。

山田 2年間が終わった後はどうされたのですか。

下沖 岩手県立久慈病院に外科医として赴任し、結局そこに16年間いました。

山田 そこは、外科医は何人くらいいたのですか。

下沖 大学の医局からの若い先生のローテーション病院になっていましたので、4、5人いました。研修医も常時いました。手術や化学療法だけでなく、各科の緩和医療なども外科が担当していましたので、いろいろなことができてやりがいはありました。

岩手医大に総合診療科開設

山田 久慈病院に16年間いた後にここにいらしたのですか。

下沖 いいえ、久慈病院の後、岩手県立千厩病院に2年間、病院長として赴任しました。

山田 その頃にここの話があったのですね。それまで岩手医大の中には総合診療科はなかったのですか。

下沖 はい、なかったです。

山田 では大学側が総合診療が必要だと考えたわけですね。

下沖 そういふことだと思います。岩手県は過疎地で医師不足のところが多いですから、岩手医大の先生方も大学の外に出れば地域医療、総合医をやっているのですね。なので、総合診療に対して実はあまり違和感はなかったのではと私は思っています。ただ、大学の中には総合診療科としてはなく、それを教育するところもなかつたのです。

たのです。

山田 岩手県は、大学病院を一步出たら、専門科の医師も総合診療をしなくてはならない環境だったわけですよ。

下沖 はい。ただ、岩手医大の中では臓器別の細分化が進んでいて、おそらく元々は岩手医大にあった、今、先生がおっしゃったような大学を一步出たら総合医、といった文化を大学の中で見せられるところがなかった。

山田 でも、医師の偏在や超高齢化社会など、いろいろな問題に対応するためには大学病院であっても超専門医の集合体では難しいところがあって、「総合」というキーワードが必要になってきたということですね。

下沖 そう思います。今、臨床研修医、内科専攻医の研修にも1ヵ月間ずつ、総合診療科を必修科目として組み入れてもらっています。

岩手県の自治医大卒業生の強いつながり

山田 岩手県の自治医大卒業生の多くは地元岩手医大に育ててもらってきたわけですが、一方で専門医療志向だった大学としても、社会の状況を考えれば総合診療にもある程度舵を取らざるを得なくなってきた。そこで自治医大卒業生が、そして先生が求められたわけだし、そういった意味では多くの卒業生が力を結集してやってきたことが実ってきたのですね。

下沖 その通りだと思います。岩手医大が、自治医大の卒業生を迎え入れて育ててくれた中で、認めてくれるようになったのではと感じています。

山田 それは、岩手県の卒業生がこれまで本当に辛抱強く、厳しい役割を耐え忍んで地域を守ってきたからだと思います。

下沖 そうですね。卒業生の先生方は、耐え忍んだといった意識はあまりないと思います。むしろ、ポジションを与えられて、その場所、場所で精いっぱい頑張ってきた。それが意外と楽しいことでもあったと思っています。

山田 それはそうですね。それが医療の原点だし、患者さんが喜んでくれれば、医者をやっているよかったですと感じると思います。

下沖 岩手県の卒業生の集まりには、岩手県知事や関係する部長さんたちがいらっしゃいますし、大学からは理事長がいらっしゃっています。大学と行政と私たちと、三位一体の良い関係性が築けていると感じています。

山田 自治医大の卒業生は、県によっては自分たちは何をしたら良いのかと苦しんできたところがありますが、岩手県の場合は卒業生を「待っていた」「ありがたい」と後押しして前線に送り出してもらってきたという感じですね。

下沖 本当にそうです。確かに大変なことはたくさんありますが、やりがいもある。そして置いていかれるのではなく、しっかりサポートしていただける。それがいいのかなと思います。

山田 でも、そういう中にあっても、義務年限が終われば他からの引き合いも多いと思うのですが、岩手県の卒業生は郷里の県でチームプレーを続けていて、それは他県の卒業生からすると、うらやましいというか、あっぱれだなと思います。支部会に伺っても、大勢が集まって、県知



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

事がいらっしゃって、みんなが1期生、先輩を敬って、若い先生たちも目が輝いていて、そういう文化のようなものを岩手県には感じます。

下沖 ありがとうございます。おっしゃるとおり1期生を中心にして先輩後輩のつながりはとても強いと思います。

岩手医大総合診療科の目指すところ

山田 さて、先生は岩手医大総合診療科の教授に赴任して、どういうことを一番主眼にしてやっていらっしゃいますか。

下沖 総合診療といっても、家庭医療や病院総合診療など、志向するところはいろいろあると思うのですが、私は地域医療をやってきましたので、岩手の医師不足、医師偏在の状況を考えますと、岩手医大では、やはり地域医療がしっかりできる医者を育てるのが喜ばれるのではないかと思います。地域医療に対するマインドをもった医

師を養成できるように関わりたいと考えています。今はまだ思うような形にはなっていませんが、もう少し医局員が増えてくれれば、内丸メデイカルセンターを、地域医療を教育できる拠点施設にしたいですね。また、関連の県立病院や診療所に総合診療部を作ってもらい、地域と都市部の両方を循環して研修できるようにシステム化できたらいいなと思っています。岩手医大には、地域枠も奨学金養成の学生も大勢いて、彼らは地域医療や総合診療を目指して入学して

くるのですが、学年が上がり、臨床研修に進むにつれて、専門医療志向が強くなってしまいますね。彼らがせっかく熱い思いで入学してきているのに、地域医療や総合診療との接点や見せ場が少ないのだと思います。やはりそこをなんとかしなければいけない。もっと接点を作って、総合診療や地域医療の面白さを再認識してもらいたいと思っています。

とはいえ今の奨学生の中には、内科専門医をまずとって、それから総合診療をやろうと考える人も結構いるようで、専門医制度についてももっと融通が利く仕組みになって欲しいと思います。

山田 よく分かります。病院で働いていた専門医がクリニックを開業する例は結構あり、スペシャリティを選んでいても将来的に一次医療に携わる人は多いはず。その際にこれまでは専門を極めてから総合に上げていくようなあり方だったと思いますが、実際にはそれだけでは全般のことに対応するのは難しく、本来ははじめから裾野を広く学んでおく必要があると思います。だから総合診療が19番目の診療科としてあるというよりは、むしろ、いろいろな専門科の基礎の部分で、卒前教育や、初期研修の中で、基本的には総合診療科が圧倒的なボリュームで教育と研修を提供していく形にならないと駄目だと思います。

下沖 本当にそう思います。

山田 われわれのように地域医療経験者というのは、総合診療を理念として学ぶ必要があるとはあまり思わないですね。

下沖 全く思わないですね。自治医大の5年生がCBL(Community Based Learning)で地域医療実習に行きます。それと同じように、岩手医大総合診療科の臨床実習では、半分の2週間を地

域医療施設での実習をお願いしているのですが、地域に出て帰ってくると学生たちの目つきが変わります。地域医療や地域そのものに接することが大切だと思いますね。

山田 だからこそ、大学の卒前教育に地域を活用することで、コミュニケーション技法などといった基本的な素養や態度、また基本的診察だけで臨床推論を組み立てるような診療能力、あるいは家族や地域にも配慮したアプローチなどといった臨床医に必要なトレーニングに、本来総合診療が大きく関わるべきだと思うのです。ここは臨床も含めて、岩手県の医大としての長い伝統がある。そして卒業生が多く地域で頑張っているということから、地域医療、総合医に関して理解があり、そういった中で先生に期待されているわけですし、今後も自治医大卒業生にかかる期待も大きいのではないかと思います。

下沖 岩手医大の地域枠は15人です。それ以外の奨学生も各学年20名程度います。そういう学生たちに、従来してきた医学教育だけでは足りないと思うのです。地域医療に対してモチベーションを失わせないようにしていかないといけない。岩手医大では、どの学生が地域枠か奨学金養成の学生なのか分からず、結局同じように育ってしまう。自治医大の特殊なところはみんなが同じ方向を向いて学生時代を過ごしているわけですね。地域医療、へき地医療と(笑)。そこまででなくても、もっとしっかり地域医療や総合診療の楽しさを伝えていかないといけないと思っています。

山田 先生がいることでそれが進むのではないかと思います。逆にあまり進むと自治医大と区別がつかなくなってしまうのではないかと心配です(笑)。

下沖 そんなことはないと思いますよ。自治医大は

やはり自治医大。6年間の全寮での学生生活、特に先輩から脈々と続いている、いわゆる自治

医大マインドというのは簡単には培えない気がします。

自治医大マインドを他大学の医師にも伝えたい

山田 自治医大というのはやはり特殊な大学で、義務年限というものをいち早く取り入れて、それがわれわれにとってはプレッシャーでとても辛いことだったけれど、そのことこそが自治医大を際立たせて、自信につながっている。今、時代の要請で、いろいろな大学で地域枠ができ、総合診療は19番目の基本領域に位置付けられて、われわれが経験し培ってきたような枠組みが他の大学にも、学会にもできつつあるわけですが、その中で、自治医大の卒業生、あるいは今後の自治医大がどうやって牽引していかなければいけないかを考える時だと思っています。

下沖 岩手県の中では自治医大の卒業生については、いわゆる成功例と考えられているように思うのです。県としても、奨学金養成医師や奨学生にも、自治医大生のようなつながりや、雰囲気をもって仕事をしてもらいたいと考えているようです。学生さんと奨学金養成医師の卒業生をつなげるための研修会を開いたり、地域に出る前に地域医療マインドを伝えるワークショップを開いたりしています。やはり自治医大の縦横のつながりの強さは、ひとつの成功モデルとして見られているようですね。

山田 自治医大は全寮制だったのも大きいですね。

下沖 はい。それとみんなが田舎者だということですね(笑)。世間知らずな田舎者が全国から集まってきて、無垢な気持ちで、同じところで学んで同じところで生活したというのが良かったように思います。

山田 あの時期に共同生活をして、価値観を共有してというのは大きいですね。さらに岩手県は卒業しても1期生から順に同じ環境に入り、ずっと一緒にやってきています。ましてや、環境として、今も医師不足で困っているというところで、自治医大に対するニーズが大きいですね。

下沖 先輩が良いロールモデルとなっていますし、コミュニケーションの場もたくさんあります。それに、ニーズもたくさんある。やはりそういうのがないとバラバラになってしまいますね。

山田 先生は岩手医大の中で地域枠の学生さんや奨学金養成医師を育てていくというミッションがあると思いますが、先生が先輩たちから受け継いで培ったマインドを伝えていけば、同じように伝わると思います。

下沖 そうですね。自治医大マインドとは言わなくても、地域医療に向き合うマインドは共通のものがありますよね。

内丸メディカルセンターの役割

山田 今日、この内丸メディカルセンターの施設を見ましたが、総合診療科はプライマリ外来という形をとっているのですね。

下沖 はい、総合診療科はプライマリ外来として飛び込みの患者さんの診療もしています。ここは、元々の大学病院とは違う機能で診療を行う必要があると考えています。地域医療をやるには良い場所です。今日は、ここの看護師と訪問看護ステーションの人たちとの顔合わせの会もあります。敷居を下げて、地域に近い医療施設としてやっていければと思います。これからの学生教育でも、専門医療一辺倒では足りなくて、地域医療や総合診療の教育の場が必要だと思いますので、ここはちょうどいいなと思っています。大学として、将来の方向性は、まだはっきりはしていませんが、そういう方向性で進めてほしいです。

山田 ここがそういうふうにならっていくというのは楽しみですね。

下沖 ここには、50床のベッドがあります。今は、いわゆる日帰り手術でしか使われていませんが、これも地域包括病棟のようにして、在宅医療の

バックアップ機能ももたせたら、地域の皆さんにも喜ばれると思っています。

山田 大学で訪問診療が学べたら面白いですね。

下沖 面白いですよ。あと何年かかるか分かりませんが、総合診療科を中心に、そういう医療ができたらいいなと思っています。

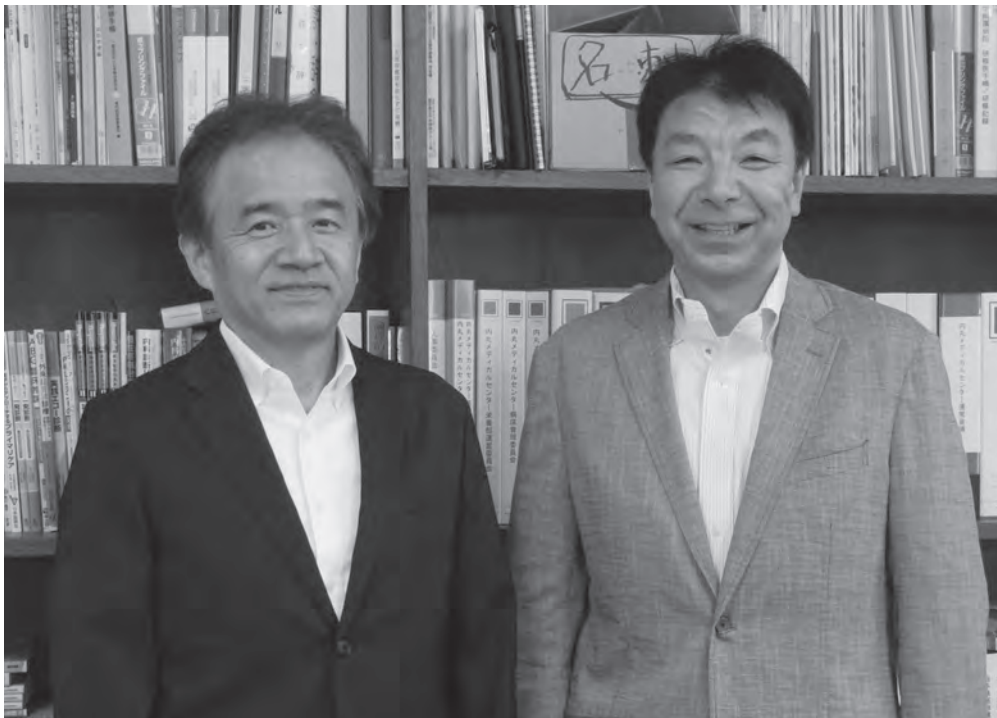
山田 先生の抱負も伺えたところで、最後に、今、地域で頑張っている後輩に、エールをお願いします。

下沖 はい、今は義務履行で大変だなと思っているかも知れませんが、実はそれはとても楽しいことだったと、将来、振り返ったときに必ず感じることができると思います。今のポジションで、精いっぱいのことを楽しみながらやるという、そのスタンスさえ忘れなければ、どこに行こうが決して無駄な時間、損な場所はないと思います。むしろ学びの場だと思ってください。地域医療の経験は、間違いなく将来の糧になります。ぜひ頑張ってください。

山田 下沖先生、今日はお忙しい中ありがとうございました。

下沖 収(しもおき おさむ)先生 プロフィール

1988年自治医科大学卒業。岩手県立中央病院で初期研修を行った後、県立釜石病院で2年間の外科専門研修。岩手県立住田病院(現 岩手県立大船渡病院附属住田地域医療センター)、国民健康保険広田診療所に勤務。義務年限終了後、岩手医科大学細菌学教室にて2年間基礎研究に従事した後、岩手県立久慈病院を経て、岩手県立千厩病院で病院長を務める。2016年より現職。



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

岩手県の地域医療を支え・育てる

企画：岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座 総合診療医学分野 教授 下沖 収

特集

●エディトリアル

●総論:岩手県の地域医療を俯瞰する -歴史と課題-

●岩手県立病院のネットワーク

●岩手県の地域医療を支える大学病院の役割

●岩手県の地域医療を支える人材養成拠点を目指して

●地域の診療所と開業医の役割

●医師奨学金養成制度の現状と多方面でのつながり

エディトリアル

岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座 総合診療医学分野 教授 下沖 収

岩手県には、山間部が8割を占める広い県土に小さな市町村が散在している。つい数年前まで県都盛岡から三陸沿岸市町村へは、峠越えで2時間以上を要した。厳しい地理的条件に加え、人口あたりの医師数は全国43位、医師偏在指標もワーストの状況である。東日本大震災の影響もあり急激な人口減少の中であって、地域医療の安定的確保はさらに厳しさを増している。しかし、このような逆境の中でも多くの先達たちが不断の努力と工夫を積み重ね、気概をもって地域の医療を守ってきた。この恵まれない環境こそが、「地域医療レジリエンス」ともいうべき逞しさを醸成してきたのかもしれない。今回、岩手の地域医療について特集していただくことになったのは、このような背景によるものと認識している。現在、地域枠等の奨学金養成医師の配置が本格化しはじめ、地域の医師不足は徐々に改善するものと期待されているが、医学生への地域医療教育、義務履行の中でのキャリア形成、自治医科大学卒業生にみられるような「連携・連帯感」や「地域医療マインド」の醸成と定着など、多くの課題も挙げられている。

今回の特集タイトルを、「岩手県の地域医療を支え・育てる」としたのは、これまで岩手県の地域医療を支えてきた特徴的な取り組みを紹介しながら、これからの地域医療を支える人材を育てる取り組みについて共に考えたいとの思いであった。

総論は伊藤達朗先生に、医療過疎の中で住民自らが医療施設を起ち上げ、やがて全国最多の県立病院へつながっていく経緯とともに、先駆的な公立病院(沢内、藤沢)の取り組み、現在の医療課題と展望について俯瞰的に解説していただいた。吉田徹先生には、県立病院の日常的なネットワークが東日本大震災時に横軸連携として機能し、その後の情報ネットワーク整備につながったこと。そして最も医師不足の深刻な宮古医療圏における病院連携について解説していただいた。一方、より住民に近い地域医療を実践する診療所、開業医の役割については菊池俊彦先生に、経営者の視点も交えて述べていただいた。

「育てる」の観点では、大間々真一先生が地元の岩手医科大学が地域医療に貢献してきた歴史、自治医科大学卒業生にキャリアアップの場を提供しながら、良い関係性で実践する救急医療や災害時対応を紹介している。また、2017年に岩手医科大学に開設され、地域医療を支える総合診療医養成を目指す総合診療医学教室の取り組みについて、高橋智弘先生に紹介していただいた。そして医師奨学金養成制度の現状とともに義務履行の中で求められるつながりの構築について、田鎖愛里先生に述べていただいた。

地域医療の安定的確保は全国どこでも最重要課題とされているが、厳しい環境の中だからこそ育つ「連携・連帯感」や「地域医療マインド」は地域医療を実践する上で欠かせないものである。今回の岩手県の特集が、各地域の取り組みのために少しでもお役に立てれば、幸甚である。

総論：岩手県の地域医療を俯瞰する —歴史と課題—

岩手県立中部病院 院長 伊藤達朗

POINT

- ① 岩手県は県立病院を中心に公的病院が整備され、大きな役割を果たしている
- ② 岩手県の医療における最も大きな課題は医師不足と地域偏在である
- ③ 持続可能な医療の均てん化の実現には新たな枠組みによる医療供給体制の構築が必要である

はじめに

岩手県は面積15,275km²で四国4県に匹敵し、人口1,226,430人(2019年10月1日現在)、人口密度は80.29人/km²と低く、9つの二次医療圏を形成している。また、太平洋沿岸の5つの二次医療圏の人口は県全体の人口の19.3%と人口減少が著しく、その傾向は2011年の東日本大震災以前より認められている。高齢化率は33.1%(2019年10月1日現在)で、盛岡医療圏が29.0%、それ以外は30%台であり、沿岸部医療圏は30%後半となっている。出生率(2018年人口千対)は6.2で、全国の7.4を下回り、合計特殊出生率も1.41と全国の1.42を下回っている。

岩手県の医療機関は、このように広大な面積や地勢的な理由から、県庁所在地である盛岡市以南の北上川流域の人口密集地を除けば、全体的に民間病院や診療所の数は少ない。一方、県立病院や市町村立医療機関などの公的医療機関

は広く整備され、県の病院全体に占める公的病院の割合(一般病床数の54.2%)は全国最高の水準にあり、特に県立病院の占める割合(同38.7%)は群を抜き高く、岩手県医療の大きな特徴と言える。医師の教育機関としては創立120周年を迎えた岩手医科大学が盛岡医療圏にあり、高度医療提供機関とともに県内医療機関への医師供給機関として、重要な役割を果たしている。

公的医療機関の紹介

岩手県内91病院(2019年4月1日現在)のうち、公的病院は20県立病院以外に国立病院機構3施設、赤十字1施設、済生会2施設、市町村立8施設あり、大学病院や私立病院、医師会と連携し、地域医療の担い手として多大な貢献をしている。ここでは、山間部で先進的な地域医療を展開してきた町立西和賀さわうち病院と一

関市国民健康保険藤沢病院を紹介する。

1. 町立西和賀さわうち病院(旧 国保沢内病院)

日本の地域医療の歴史の中で欠かすことのできない国保沢内病院は、旧 沢内村(現 岩手県西和賀町)に1950年開設の国保直営診療所を経て1954年に開院された。当時、村民は貧しく健康意識も低い状態にあったが、1957年に深沢晟雄が村長に就任して、「生命尊重の行政」を展開することとなった。深沢は、はじめに沢内病院の医療供給体制を安定化することを考え、村長自ら医師招聘を積極的に行った。病院の安定に伴い、保健師を複数配置し、全住民を対象とした健康基本台帳を整備して、役場と病院が連動し保健活動や社会教育活動を中心とした沢内村方式といわれる「包括医療体制」を強化した。また、1960年に全国に先駆け老人医療費の無料化を実施、翌年には乳児医療費も無料とした。この沢内村方式の地域医療は確実にその成果を上げ、1962年には全国で初の乳児死亡ゼロを達成した¹⁾。

現在、沢内村は町村合併により西和賀町となり、人口5,468人(2019年10月1日現在)、高齢化率51%と県内トップである。国保沢内病院は町立西和賀さわうち病院として2014年に新築移転したが、深沢晟雄の「住民の生命を守るために、私は命を賭けよう」という精神を引き継ぎ、患者だけでなく、住民との距離を縮めるために住民との懇談会「住民の健康を守る会」など献身的にさまざまな活動を行っている。また、医師や医療スタッフが不足しているため、これまでの歴史や実績を背景に臨床研修医の地域研修を積極的に行うとともに、医療従事者を目指す若者の教育に力を入れている。

2. 一関市国民健康保険藤沢病院(旧 国保藤沢町民病院)²⁾

国保藤沢町民病院は地域住民との信頼関係を構築しながら「暮らしを支える医療」を展開し、国に先駆け旧 藤沢町(現 一関市)に地域包括ケアシステムを構築した。旧 藤沢町には1951年に岩手県立藤沢病院が開設され、同町の地域医療を担っていたが、県立病院の再編により1968年

に病院は廃止され、県立千厩病院附属藤沢診療所へ移行して1980年廃止となった。それに伴い、同町は1981年に藤沢町国保藤沢診療所を開設した。当時町長であった佐藤守は、医療に恵まれない現状を憂い、亡くなる住民の7割が町外で最期を迎えていたという状況を打開して人々が住むに値する地域にすべく東奔西走した。1993年7月に町、議会、住民の総意を結集して国保藤沢町民病院を開設した。同院は、開設当時から、これからの高齢化社会を支えるための地域包括ケアシステムの中核的な医療機関として位置づけ、その機能や隣接する関連施設を拡充した。2005年には介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、高齢者グループホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の関連6施設の事業を統合し、地方公営企業法全部適用とした。2011年には藤沢町が一関市に編入合併されたことに伴い、病院名を一関市国民健康保険藤沢病院に変更した。

国保藤沢町民病院の開設準備段階より関わった現事業管理者の佐藤元美医師は、当初から良質な医療を提供するために、医療の質の確保と総合的に幅広い領域を担当し合う総合診療方式の導入を目指した。また、「住民とともにつくる医療」を原点とし、よい医療のためには医療者と行政、地域住民が語り合い、知恵を出し合っ てゆくことが大切であるとして、地域ナイトスクールや研修報告会を定期的に開催し、「全国で地域住民と病院の垣根が最も低い病院」を実現した。

岩手県立病院の歴史^{3)~6)}

岩手県は全国で最も多い県立病院を有し、二次医療圏ごとに基幹病院を配置し、県の医療政策の担い手として保健医療計画の強力な支えとなり、その力を発揮してきた(図1)。稼働病床は4,495床(一般3,767、療養85、精神557、感染22、結核64)、一般病床稼働率75.3%(平成元年度)、総職員数7,427、総正規職員数5,281、医師数595、看護師数3,219(2020年4月現在)で運営し、県全体の病院患者のうち入院患者の約26%、外来患



図1 岩手県の二次医療圏と県立病院

者の42% (平成28年度病院報告、在院患者延数、外来患者延数より)を占めている。

さて、昭和初期、世界大恐慌が始まり、東北地方は凶作が続き農業恐慌が深刻化し、娘の身売りが問題となるなど暗澹たる世情であった。その頃、岩手県の農村では「病気を治す医師より、せめて死亡診断書を書くための医師が欲しい」とまでいわれるほど医療過疎だった。そのような中、1930年頃より地域の先覚者たちは、「無医村に医療の光を」と医療の恩恵を与えるために産業組合〔協同組合で1906年産業組合法改正により信用(金融)、販売、購買、利用の4事業を行う〕による医療部設立運動を各地で起こし、血のにじむような苦闘の中で診療所や病院を自ら造り、医師を招聘した。その後、経営や利便性の問題から地域連合の広域的な組織に代わり、1936年には全国初の連合組織である岩手県医薬購買販売利用組合連合会(医薬連)が発足し、県下で13病院、8診療所、6出張診療所を経営した。1941年には他の団体も参加し、岩手県信用販売購買利用組合連合会(県産連)が新たに発足し経営にあたった。1943年には農業団体系法が公布され、県産連の医療施設は県農業会に移管された。戦後、1947年の農業団体系法廃止に伴い、県農業会は解散し、1948年に設立された岩手県厚生連が県農業会所有の医療施設(17病

院、20診療所)を借り受け運営した。しかし、戦中・戦後の県農業会時代の赤字を清算しなければならなくなったために、県は資産である医療施設を1950年2月に一括買収した。さらに、県は買収後の運営形態を検討するために医務課長の中村直(公選第5代岩手県知事)を事務局長とする「公的医療機関運営準備委員会」を1950年3月24日に設置した。新たな社団法人を設立し経営代行させる案と国保連に代行させる案があり、白熱した議論が繰り返されたが、県が買収しながら他の法人に代理経営させる理由について国の了解を得ることができず、最終的に県営移管することとなった。移管施設は、県農業会の医療施設と県が国保連に委託していた8病院20診療所(県が戦後買収した「日本医療団施設」や当初からの県立医療施設)を合わせた、25病院40診療所であった。老朽化した施設、未収金・不良債権、医師や看護婦、薬剤師など人員も含め一切合切包括継承し、「県下にあまねく良質な医療の均てんを」を創業の精神として、1950年11月1日に岩手県医療局が誕生した。1960年4月1日には地方公営企業法が全部適用となり、医療局に専任局長制度が誕生し、中村直が初代の局長に就任した。

発足当時から、老朽化した施設と未収金などを含めた負債を抱え、厳しい経営を強いられた。

施設は地域ごとに何度か統廃合が実施され、現在は1センター病院、8基幹病院、11地域病院（精神病院含む）、6地域診療センターを運営し、今年11月には開局70周年を迎える。

岩手県の医療の課題

岩手県の地域医療の原点は、医療過疎の状況の中で産業組合運動や地域の指導者の活動等、自ら医療を求めて立ち上がった住民運動にある。このような背景を踏まえ今日まで発展してきた岩手県の医療は、対策を講じても依然解消されない医師不足とともに新たな課題に直面している。

1. 医師の不足と県内地域偏在

一番大きな課題としては、医師の不足と県内地域偏在である。岩手県の人口10万人当たりの医師数の推移をみると、以前から全国平均よりも低い値で推移しており、増加傾向を示すものの全国平均との差が次第に開いてきている(図2)。2018年の「厚生労働省医療施設に従事する人口10万人対医師数」において201.7と全国平均246.7に比較して45人少なく全国43位である。

医師偏在問題では、2018年厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」資料の都道府県別医師偏在指標によれば、新潟県と共に169.3で全国最下位である。二次医

療圏別医師偏在指標では県庁所在地である盛岡医療圏が上位33%以内の群に含まれ、それ以外の8医療圏は下位33%の群に全て含まれ、県内偏在が顕著である。盛岡医療圏に一極集中している状況は古くから変わらず、沿岸部や山間部では特に医師が少ない(図3)。なお、県医療の歴史において、このような地域で昭和初期に医療を求める産業組合運動が多数起こった。近年、沿岸部の一部の医療圏で統計上医師数が増加しているように見えるが、実際の医師数は減少しており、人口減少に伴い相対的に改善している数値となっている。同地域の開業医は東日本大震災以降減少し、高齢化も進んでいるために、在宅医療はもとより、医師会が中心となり行ってきた学校保健や健診事業、介護事業などに大きな影響を及ぼしている。このように、医師不足と医師の高齢化により、沿岸部や山間部の病院や診療所では後継者不足を招き、次世代の担い手が望めず存続の危機を招いている。この状況は県立病院の中でも特に地域病院で生じており、深刻な問題となっている。また、基幹病院では産婦人科医、小児科医、麻酔科医、画像診断医、放射線治療医、精神科医、病理診断医はもとより内科系、外科系専門医も不足し、基幹病院としての機能を十分に果たすことができていない。

これに対し、県は県内医療機関に勤務する医師を確保するために、これまでに医療局医師奨

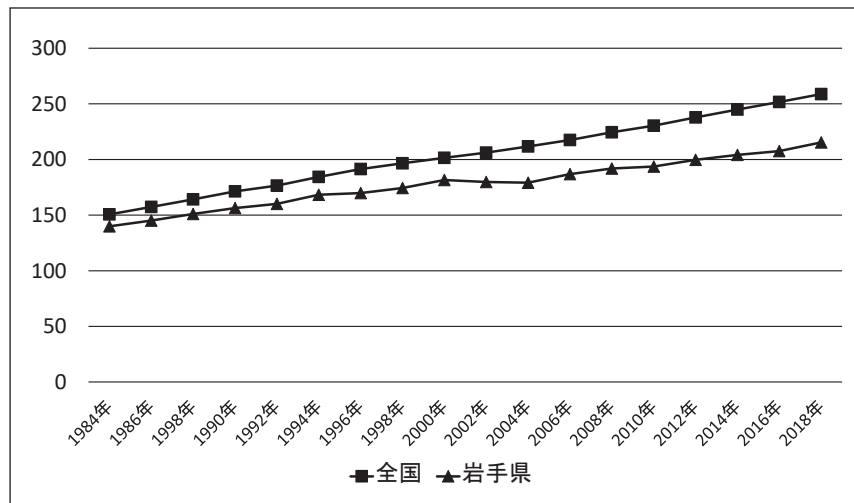


図2 人口10万人に対する医師数

〔平成30年医師、歯科医師、薬剤師調査〕厚生労働省統計情報部より作成

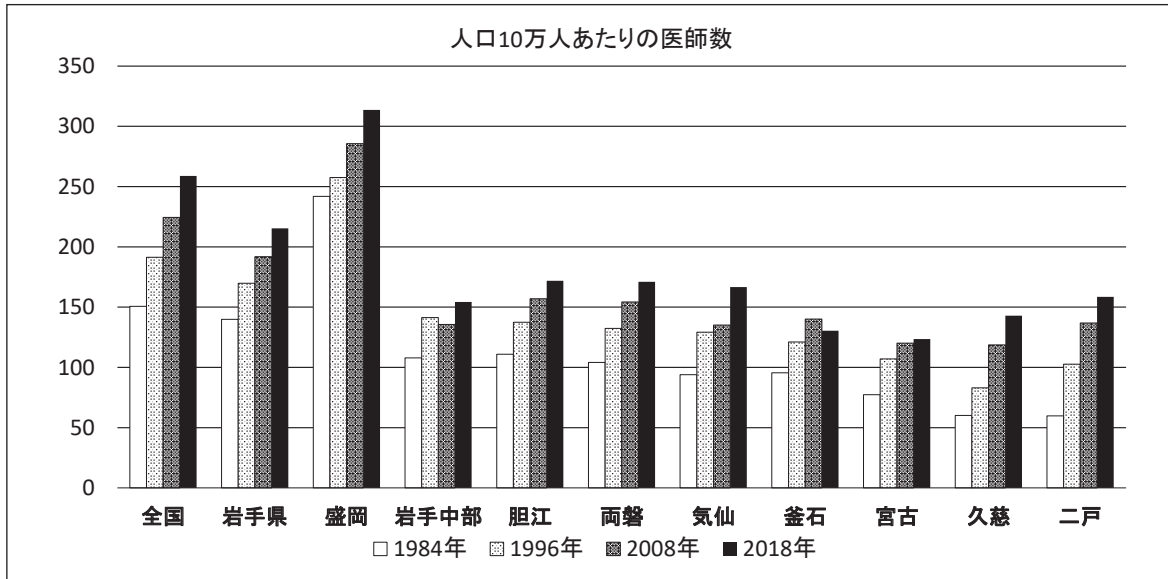


図3 二次医療圏別人口10万人あたりの医師数 [平成30年医師、歯科医師、薬剤師調査]厚生労働省統計情報部より作成

学金貸付事業(1950年)および市町村医師養成事業(1982年)、自治医科大学修学金貸与制度(1972年)により医師を養成してきた。しかし、医師不足はさらに深刻化し、2008年から地域枠制度により既存の奨学金制度の募集枠を拡充し、岩手県出身者の岩手医科大学新入生枠15名として新たに岩手県医師修学資金を設けるなど、2010年までに奨学金募集枠を全体で55名まで拡充し、継続的に医師の養成を行ってきている。2004年には医師の養成・確保と県内定着および医師派遣・配置体制の在り方について検討するために「地域医療対策協議会」を設置し、さらに2012年12月には医師のキャリア形成支援、医師不足医療機関への支援を一体的に行う「地域医療支援センター」を設置した。なお、55名の奨学金養成医師については2015年2月に医育機関の岩手医科大学と奨学金運営主体である国民健康保険連合会、県医療局(県立病院)および県が「奨学金養成医師の配置調整に係る協定」を妥結し、この4者を構成員として「奨学金養成医師配置調整会議」を設置し、配置先を一体的に調整している。また、2020年3月に医療法などの関係法令および「医師確保計画策定ガイドライン」などをふまえ、6つの取り組み方針を掲げた岩手県医師確保計画(令和2年度～令和5年度)を策定している。

2. ICT導入の遅れ

次に新型コロナウイルス感染症流行により明らかとなったICT導入の遅れである。広い県土に医療の均てん化をするためには、ICTを利用したオンライン診療や遠隔診療、在宅医療、地域医療情報ネットワークシステムをはじめとする施設間情報共有システム、会議や研修会開催方法の新たなシステムが必要である。オンライン診療や遠隔診療は開始されたばかりであり、地域医療情報ネットワークシステムは二次医療圏単位で5医療圏に構築されているが、その情報共有は医療圏内に限られ全県に至っていない。今後は県主導による積極的なICT導入および利用拡大が期待される。

3. 医療提供体制の限界

最後に二次医療圏を基本とした医療供給体制の限界である。この課題は上記2つの課題と密接に関連している。これまで県は、二次医療圏単位で県立センター病院や基幹病院を配置して医療供給体制を構築してきた。しかし、人口減少や疾病構造の変化、交通網の発達による患者動向の変化など環境の変化とともに、基幹病院や地域の病院では患者減少による収支の悪化に加え、働き方改革に対応した医師をはじめとする職員確保や新たな設備投資などの点で課題が

生じている。今後、広い県土に持続可能な医療の均てん化をするためには、地域人口の変化や交通網の発達、ICTの発展を鑑み、限られた医療資源を最大限有効活用できるように、新たな枠組みによる医療提供体制を構築することが必要である。

おわりに

岩手県は地域医療を再生し、高齢化社会などこれからの時代に合った医療制度を構築するためのグランドデザインとして、また、医師の地域偏在の根本的な解消のために、基本的な施策の方向性を定めるものが必要として、2011年に地域医療基本法草案を発表し、国に対し国レベルでの医師の不足と偏在の解消を図る地域医療基本法(仮称)の制定を提言している。さらに、医師不足と地域偏在の解決にむけ、達増拓也岩手県知事は青森、福島、新潟、長野、静岡の5県の知事と共に発起人となり、「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」を2020年1月31

日に発足した。現在、この会は12県で構成され、地方の医師不足を根本的に解消する制度創設や医学部定員増による人員確保などを国に提言している。以上、県の動向を紹介したが、医師不足解消とともに、広い県土に持続可能な医療の均てん化を実現するためには、これまでの歴史を踏まえて県民と対話を重ね、県立病院の機能の見直しを含めた次期保健医療計画の策定が望まれる。

参考文献

- 1) 伊関友伸:自治体病院の歴史。住民医療の歩みとこれから。東京、三輪書店、2019、p328-333.
- 2) 藤沢町住民自治協議会:一関市国民健康保険藤沢病院開院25周年を祝う会。一関、2018.
- 3) 伊関友伸:自治体病院の歴史。住民医療の歩みとこれから。東京、三輪書店、2019、p162-163.
- 4) 岩手県医療局:岩手県立病院三十年の歩み。盛岡、ぎょうせい東北支社、1981、p3-68.
- 5) 岩手県医療局:岩手県立病院事業40周年記念誌。盛岡、ぎょうせい東北支社、1990、p20-68.
- 6) 岩手県医療局:岩手県立病院等事業50周年記念誌。盛岡、ぎょうせい東北支社、2000、p56-60.

岩手県立病院のネットワーク

岩手県立宮古病院 院長 吉田 徹

POINT

- ① 岩手県立病院の創業精神:「県下にあまねく良質な医療の均てんを」
- ② 円滑な医療連携の基本は日常的な人の「繋がり」
- ③ 医療資源が少ない地域におけるICT(医療情報ネットワーク)の活用

はじめに

2019年厚生労働省は、医師充足度の新しい指標である「医師偏在指標」を策定して全国の医師偏在の状況を明らかにした¹⁾。その中で岩手県は全国で最も医師充足度が低い県であることが報じられた。岩手県は広い県土を有し平野が少なく移動に時間がかかるため、医師不足に加えて県内医療機関の連携が難しい地域であることが以前から大きな問題とされてきた。このような背景の元に岩手県立病院は「県下にあまねく良質な医療の均てんを」というミッションを掲げて1950年に当時の県知事(国分謙吉)の英断により設立された。今年で設立70年を迎える岩手県立病院のネットワークが、医療資源が少ない岩手県でいかに機能してきたかを紹介する。

岩手県立病院のなりたち

1950年に県の外局として医療局が設置され、

公的医療機関を包括して県営に移管するという大事業が成し遂げられた。当時岩手県内には、25病院、40診療所の公的医療機関が存在し、その病床数は合計1,865床であった。県立病院運営が9つの医療圏全ての地域において「良質な医療の均てん」というミッションの元にスタートしたのである。設立から10数年で、各病院の統廃合や新たな病院の開設や診療所からの昇格等が行われ、それぞれの医療圏に基幹病院と地域病院が配置される形式に変化していった。山岳地域が多く広大な岩手県において、各医療圏で必要な医療がおおむね完結できるような機能を持つ基幹病院の配置と、地理的な状況によって医療提供が不十分な地域が発生しないような配慮の元に、地域病院の配置が進められた。

現在の県立病院配置

医療ニーズの変化と道路事情の発達に伴い、一部の病院の診療所化や合併等を進めて、現在

平成24年度より20病院(基幹9、地域10、精神1)、6地域診療センターの体制。

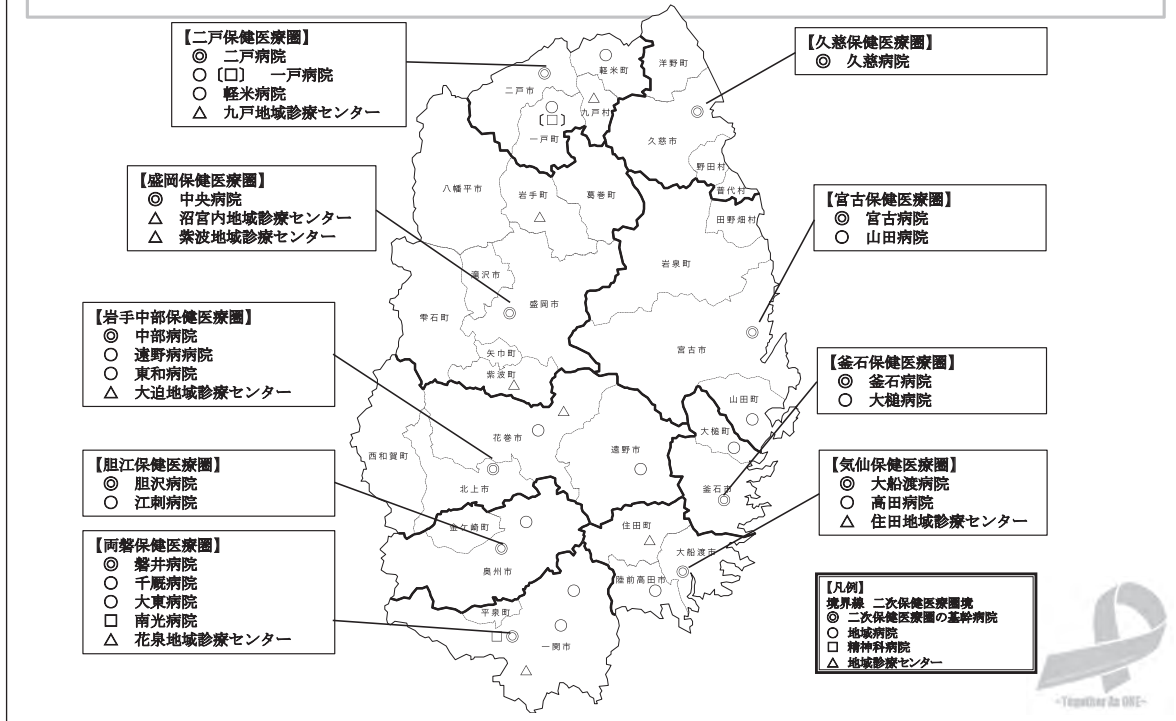


図1 現在の県立病院 配置状況

資料：岩手県立病院等の経営計画 2019-2024 抜粋

特集

は20病院と6地域診療センターの配置となっている(図1)。稼働病床数は4,568床と全国一の県立病院数・病床数を誇っている。県立病院が発足した70年前と比べ道路の整備、交通手段の充実等により県内のアクセスは大きく改善し、各地域の県立病院は統廃合を経ながら進化を続け、現在も未来に向けて、あるべき姿を模索し続けている。

東日本大震災

2011年3月11日に起きた東日本大震災により岩手県の三陸沿岸地域は甚大な被害を受けた。山田・大槌・陸前高田にあった3県立病院は津波の直接被害を受けて病院機能を失い、また多くの尊い命が失われた。しかし、あの未曾有の大災害下において、県立病院ネットワークがフル稼働することにより、岩手県は数多くの難局を乗り越ってきた。被災急性期には患者重症度によりトリアージを行い、内陸の県立病院へ患者搬送することにより被災者に対する適時適切

な医療提供の継続を実現した。これは平時から顔が見える関係を築いていた県立病院でなくては実現不可能なことであり、全国的にも大きな評価を受けた(図2)。筆者は当時県立釜石病院に副院長として勤務しており、当時の遠藤秀彦病院長(自治医大1期生)と共に、連日県立遠野病院、中部病院等に、ヘリ搬送・救急車搬送・バス搬送を行ったことが昨日のここのように思い出される²⁾。

震災から来年で10年が経過するが、被災した3病院は全て移転新築されて地域復興に欠かせない地域医療の提供を行っている。

情報ネットワークの整備

震災の経験で得た大きな課題は、各医療圏にある医療情報を、大きな災害時にも、その情報を失うことなく、迅速に活用できるようなシステムを構築することであった。震災直後より県立病院の電子カルテ化が計画的に進められ2019年度全ての県立病院に電子カルテが導入された。

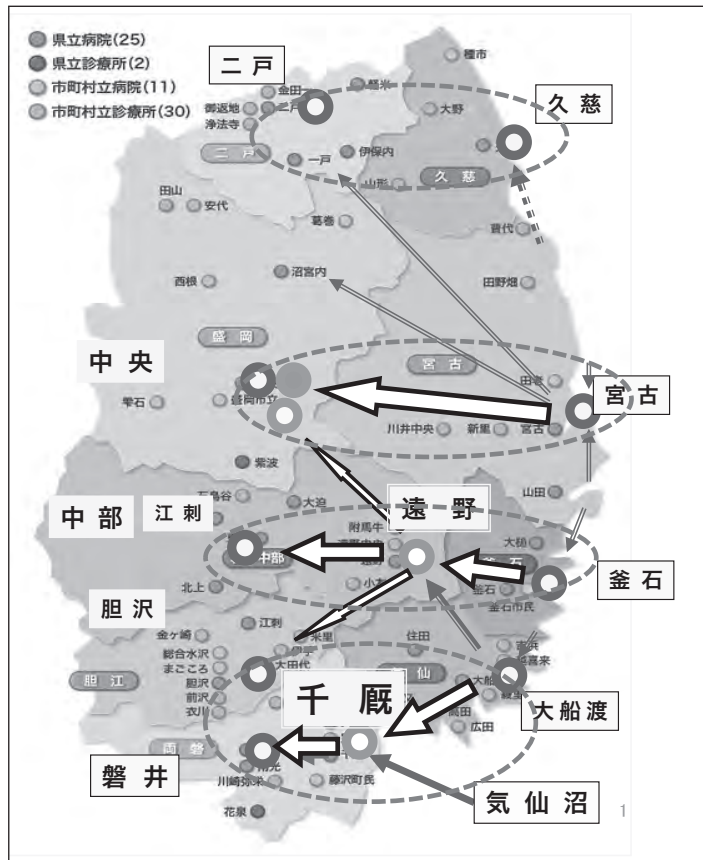


図2 東日本大震災時の横軸連携 日常的な病院間連携が基本

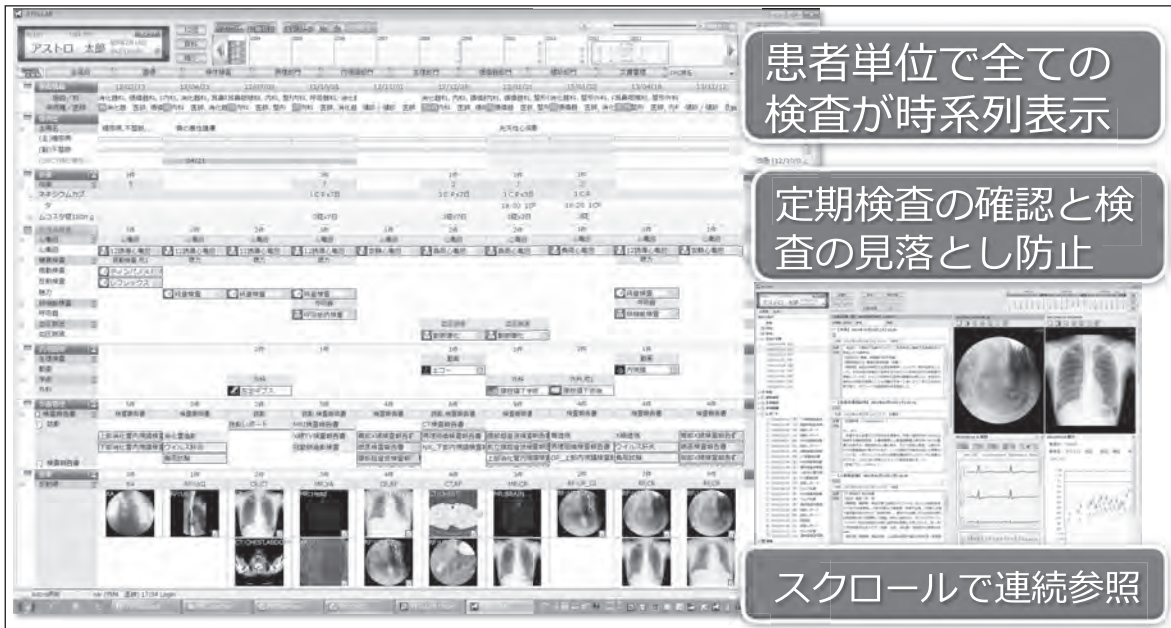


図3-1 情報ネットワーク機能概要

県立病院で行われた全ての検査結果を時系列にまとめて表示され1画面で全てのデータが参照可能。他科のデータも参照できるので「患者単位での全体の診療」が閲覧できる。

それと並行して情報ネットワークシステムも整備され、県立病院間で医療情報(生化学・生理検査結果, 画像情報, 各種レポートや退院サマリー

等)が共有されるシステムが構築されて今年度から動き出している(図3-1, 2)。さらに各医療圏内では、開業医, 調剤薬局, 介護施設等との

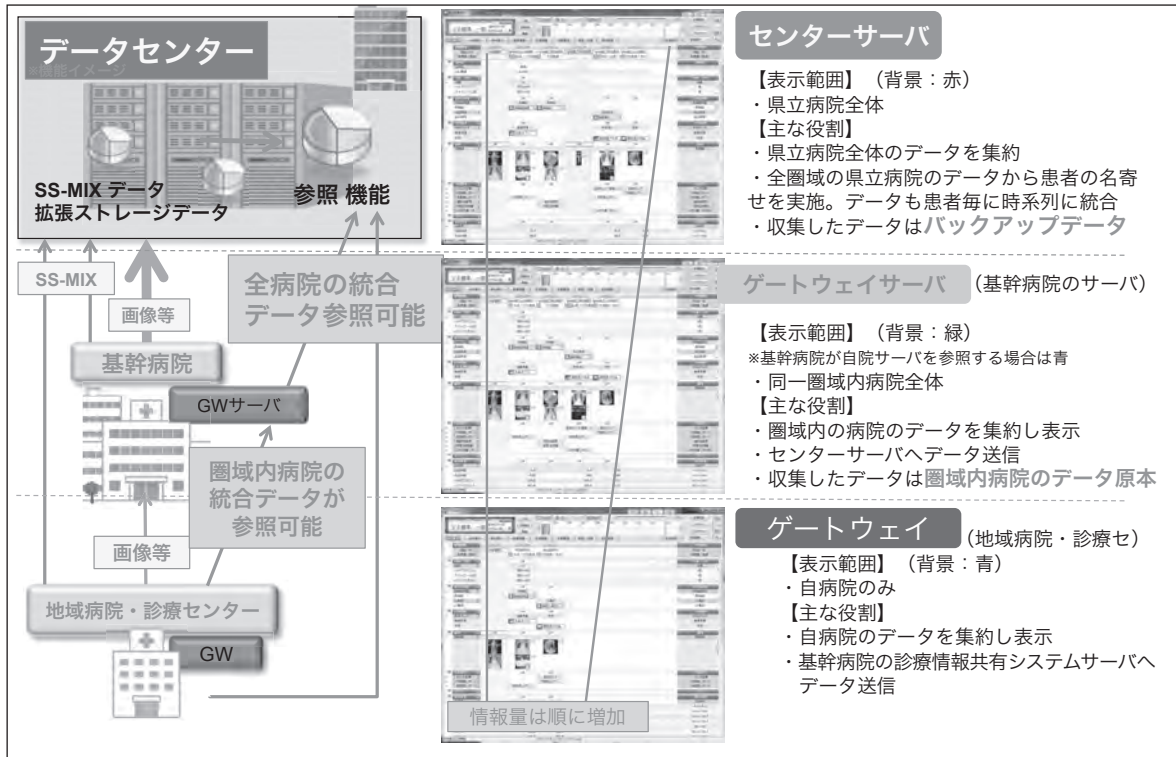


図3-2 県立病院医療データの流れと情報の見え方

特集



図4 岩手県で導入されているICT(地域情報ネットワーク)

医療情報ネットワークも大震災後、総務省や厚労省の補助事業として立ち上げられ運用されている。将来的には「国民全ての医療と介護に関わる情報」が統合されて、利活用されるシステムが構築されることが目標である(図4)。

医師偏在とその対策

医師少数県である岩手県には医師偏在も並存する問題である。盛岡医療圏以外是对人口比の医師数は全国平均を下回り、特に三陸沿岸地域の医師不足は深刻である。医療局医師支援室の

尽力により、奨学生医師の計画的配置や新専門医制度における専攻医の地域での勤務、シニアドクターの活躍の場を設けるなどの取り組みが進められ県立病院に勤務する医師数は着実に増加している(図5)。しかし医師数の偏在に加えて、産婦人科などの特定診療科偏在もあり医師配置問題は複雑化している。医療圏によっては周産期医療の集約化を余儀なくされている地域もあり今後の大きな課題である。病理医不足の問題も深刻であり、その解決策の一つとして遠隔病理診断(テレパソロジー)の導入は全国に先駆けて岩手県立久慈病院で導入され、現在は病理医が非常勤体制の県立病院では日常的にテレパソロジーが運用されている³⁾。

宮古医療圏の現状と課題

著者が勤務する宮古医療圏の状況を説明する。宮古市は本州最東端に位置する市であり、宮古医療圏は医療人口約83,000人の地域である(図6)。2019年の医師偏在指標において岩手県で最下位、全国でも335地域中330位と極めて医

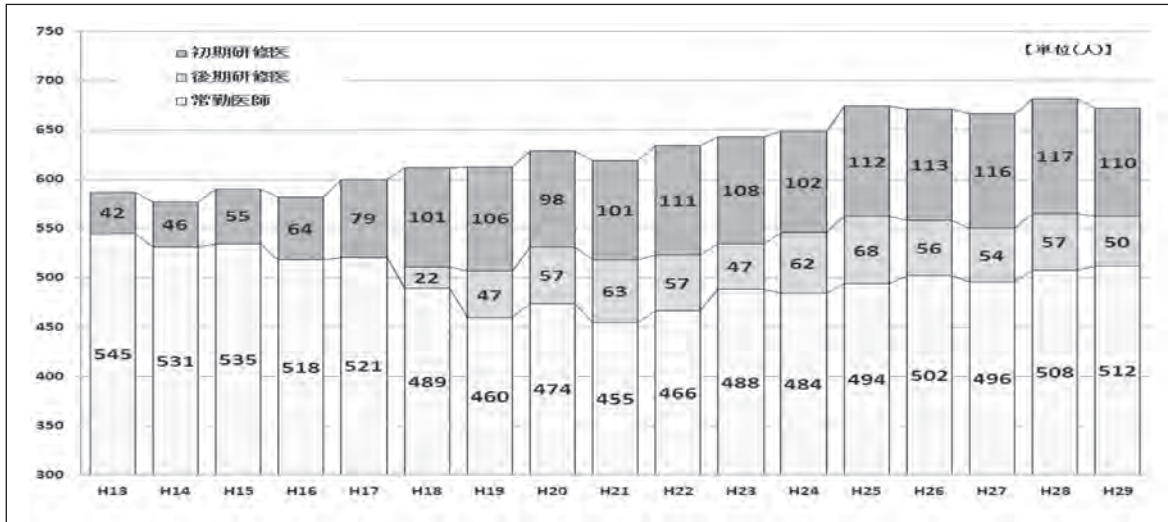


図5 県立病院医師数の推移

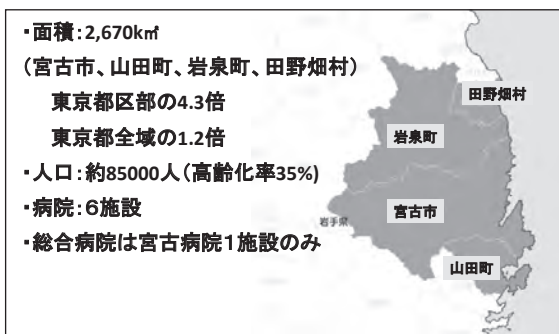


図6 宮古医療圏

師配置に関しては厳しい地域であることが公表された¹⁾。人口10万人当たりの医師数の推移をみても過去20年の推移で医師増加率が最も低い地域になっている(図7)。県立宮古病院は、稼働一般病床276床に加えて感染症病床4床、結核病床5床を有しており、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対応施設でもある。常勤医師33名、研修医5名が勤務しているが、常

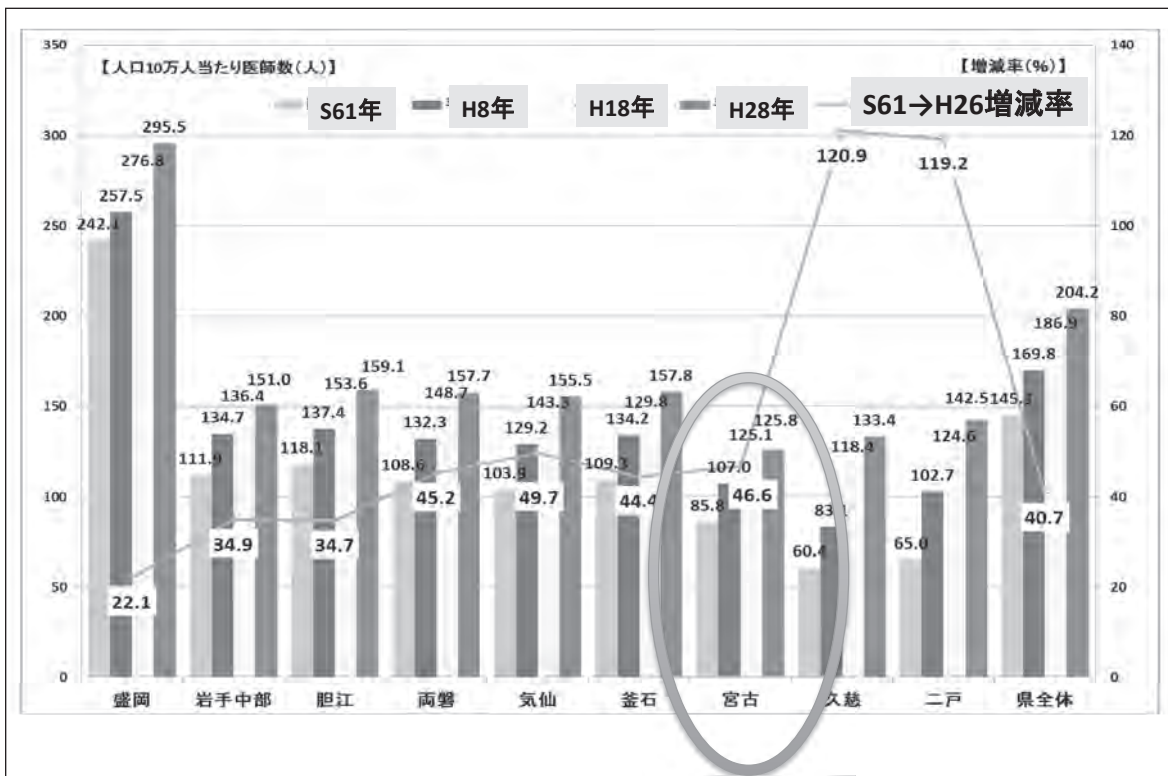


図7 圏域別人口10万人当たり医師数の推移

勤医師のうち自治医大卒業生が11名(うち義務履行中3名)、県および市の奨学生が13名と奨学生配置率が高く、医師確保が困難な地域であることを示している。

宮古市の南に隣接する山田町は人口約15,000人の町である。東日本大震災で全壊した県立山田病院(50床)は2016年に移転新築された。三陸復興道路の完成により、以前は移動に1時間を要した宮古—山田間は約20分と半分以下に短縮され、救急患者の搬送および連携が容易になった。常勤医師は3名で県立宮古病院より診療応援を行っているが、前述の県立病院ネットワークで医療情報は共有されており病院間の連携は非常にスムーズである。宮古市の北西約40kmに岩泉済生会病院(77床)があり常勤医師は3名で、宮古病院から週1度の診療応援を行っている。岩泉町は全国一の面積を持つ町であるが人口8,987人、高齢化率43.6%の超高齢過疎地域である。町の北部に在住する町民の一部は隣接する久慈市が生活圏となっており、県立久慈病院へ受診する住民もある。県立宮古病院と県立久慈病院間は約80kmあるが復興道路の完成により約1時間で移動が可能となる予定で、沿岸北部の医療をこの2つの県立病院が担っている。

宮古市と県都盛岡市との道路整備も進んでいる。今年度末(震災から10年をめぐり)には、これまで2時間以上の時間を要していた約100kmの道のりが高速道路の完成により約70分でつながる予定である。ドクターヘリを使用すれば約30分である。地域への医師配置に加えて道路交通網の整備は地域医療を支えるための大きな要素であり、高次医療を提供している県立中央病院

や大学病院等との連携がよりスムーズとなってきている。

まとめ

地理的なデメリットと医療資源の慢性的不足を抱えてきた岩手県は、70年前に県内各地に県立病院を配置することで県民の命を守ることを決断した。そのスピリットは現在も生き続けている。大切なのは地理的な背景を考えた病院配置・交通網の整備に加えて各病院間の「繋がり」である。それは「人の繋がり」が根本であり、それを補助するのがICTである。人の繋がりが無い地域同士をICTのみで繋ごうとしても効果は期待できない。全国でICT事業の普及に苦戦している大きな原因の一つがハード整備の先行にあると思われる¹⁾。岩手県は東日本大震災という大災害に見舞われたが、被災前に培ってきた県立病院のネットワークの力で乗り越えてきた。今後は介護・福祉に関わるスタッフ・施設との「繋がり」をこれまでよりもより強固に作ることににより、人口減少と高齢化が急速に進む地域の命と健康を守っていく必要がある。

参考文献

- 1) 医師偏在指標. <http://www.mhlw.go.jp>content>
- 2) 遠藤秀彦: 東日本大震災報告. 月刊地域医学 2011;25(5):422-427.
- 3) 吉田徹, 中村真一, 菅井有, 他: 地域中核病院における術中迅速診断—遠隔病理診断(telepathology)の実践—. 臨外 1999;54(5):693-696.
- 4) 渡辺愛, 上野智明: 日医総研ワーキングペーパー ITを利用した全国地域医療連携の概況(2015年度版) No.368.

岩手県の地域医療を支える 大学病院の役割

岩手医科大学附属病院 岩手県高度救命救急センター 講師 大間々真一

POINT

- ① 岩手県は公立病院が多く大学病院との結びつきが強い
- ② 岩手医科大学と岩手県高度救命救急センターは岩手県医療の要と絆
- ③ 東日本大震災をきっかけに岩手県内の医療機関と岩手医科大学の結びつきが強化

はじめに

はじめにお断りしなければならないが、岩手医科大学のみが岩手県の地域医療を支えている大学ではない。しかし、岩手県の医療機関の多くが岩手医科大学と連携し、また自治医科大学卒業生の多くが岩手医科大学の医局と関連して活躍しているので、本稿では岩手医科大学と岩手県の地域医療との関係についてまとめた。

岩手医科大学と岩手県内の医療機関

岩手県は日本の中で北海道に次ぐ面積を持ち、人口密度は北海道に次いで低く、最も医師充足率が低い県でもある。医療過疎である岩手県では他県と比べて国立、県立、市町村立などの公立病院が多く、特に岩手県が主導して医療を充実してきたことから県立病院が過去最大27病院、現在は統廃合され20病院6診療所あり、

現在も県内9医療圏全てで診療連携の中核を担っている。その他に2018(平成30)年4月時点で一般病床を有する病院が51あり、市町村立病院8、国立病院機構病院4、済生会病院2、赤十字病院1と公的および準公的病院がほぼ半数を占め、それらの多くは岩手医科大学、東北大学など大学医局より医師派遣を受け岩手県内の医療を支えている。東北大学は県都の盛岡や、内陸南部の医療機関へ多くの医師を派遣しており、岩手医科大学は岩手県全域の医療機関、特に医師充足率が低い沿岸部や県北部に多くの医師を派遣している。

岩手医科大学の歴史は長く、1897(明治30)年に岩手県の医療の貧困を憂いた三田俊次郎が岩手県の県都である盛岡市中心部に私立岩手病院を創設し(図1)、医学講習所、産婆看護婦養成所を併設したのを始まりとし、1901(明治34)年に岩手病院を実習所として東北・北海道初の私立岩手医学校となり、日本で最も古い歴史を持

特集



図1 大正15年頃の私立岩手病院



図2 内丸岩手医科大学附属病院

つ医学系大学の1つで、戦後の教育改革により、1947(昭和22)年に「岩手医科大学」となった。1980(昭和55)年に岩手医科大学附属病院に岩手県高次救急センター(のちに岩手県高度救命救急センター)が開設され、1997(平成9)年に循環器医療センターが開設され、岩手県の高度医療の中心的役割を担ってきた(図2)。2019(令和元)年9月に附属病院は循環器医療センターを併合し、岩手県高度救命救急センターとともに1,000床(一般932床、精神68床)の大規模病院として盛岡市中心部より10km南、岩手県のほぼ中心となる矢巾町に新築移転となった(図3)。



図3 岩手医科大学と附属病院(矢巾町)

岩手医科大学と自治医科大学卒業生

岩手県出身の自治医科大学卒業生の多くは県内の県立病院、済生会病院、または市町村立病院・診療所で義務履行を行い、義務履行終了後も約9割の卒業生が岩手県内の医療機関で勤務している。また、卒業生の多くが岩手医科大学の医局に入局し、現在でも半数以上が入局または医局OBとなっている。自治医科大学卒業生は、義務年限内は医局と岩手県保健福祉部とで派遣医療機関の調整をしながら他大学出身の医局員と同様に岩手県内医療機関へ派遣され、岩手医科大学や他大学卒業の医師たちとともに岩手県の地域医療を支えている。この仕組みは自治医科大学卒業生の先輩たちが苦勞して紆余曲折しながら岩手医科大学と岩手県の信頼を得て出来上がったものである。今では岩手医科大学に3名の教授を含む12名の自治医科大学卒業生が勤務し、大学の教員としても岩手医科大学と岩手の地域医療を支えている。

現在も自治医科大学卒業生のほとんどが岩手県内で勤務を継続しているのは、岩手医科大学の医局との関係だけでなく、岩手県は慢性的な医師不足が続いているため岩手医科大学の医局関連病院、県立病院や市町村立病院などの公的病院のみならず、民間病院にも需要が多くあるのも一因であろう。また、岩手県内の県立病院などの公的病院の院長を自治医科大学卒業生が努めることも多くなってきた。勤務する病院に自治医科大学卒業生の先輩が在籍していることは卒業したばかりの研修医や専攻医にとって心強く、院長が先輩であればさらに心強く感じるのは間違いのないであろう。このように自治医科

大学卒業生は岩手医科大学や他大学の卒業生とともに岩手県の医療を支えている。

岩手医科大学と 岩手県高度救命救急センター

岩手医科大学の1つの特徴として、附属病院に早い時期から高規格の救急センターが併設され岩手県の高度医療と救急医療を担ってきた。1980(昭和55)年に開設者は岩手県、運営は岩手医科大学という官民共同の形で岩手県高次救急センターが附属病院に併設され、新築された建物も1階と2階は救急センター、3階以上は附属病院の手術室と入院棟となり、建物も官民共同で建築した。1996(平成8)年には広範囲熱傷、中毒、四肢切断などの特殊患者を受け入れられる高度救命救急センターとなり、2001(平成13)年には運営主体が岩手県から岩手医科大学に移管された。2019(令和元)年に岩手県高度救命救急センターは附属病院とともに矢巾町に新築移転となった。

岩手県高度救命救急センターは岩手医科大学病院附属病院に併設されているため、救急センター内で治療を完結させる「自己完結型」と、救急室あるいは救急外来機能のみの「ER型」の両方の機能を持つ、全国でも珍しい「折衷型」である。さらに救急センターで勤務する医師の構成も「折衷型」であり、救急センターの中心的スタッフである救急医学講座の医局員と、循環器科、呼吸器内科、神経内科、外科、形成外科、脳神経外科、精神科など岩手医大の各医局から数ヵ月から数年の単位で交替派遣されるスタッフで構成されている。そのため、岩手県高度救命救急センターで勤務した医師数はのべ500名以上で、自治医大卒業生も多く含まれており、それぞれ岩手県内外各地の病院で勤務している。

救急医学講座は、2011(平成23)年に新設された災害医学講座、2017(平成29)年に新設された総合診療医学分野と統合・再編されて大講座制となり、それぞれ、救急・災害・総合医学講座の救急医学分野、災害医学分野、総合診療医学分野となった。救急医学講座を中心とする岩手

県高度救命救急センターは総合診療医学分野と合同カンファレンスを毎週実施して治療方針の検討と研修医や専攻医の教育を行っている。さらに2020(令和2)年から岩手医科大学附属病院内に脳卒中センターが開設となり岩手県の脳卒中医療の集約化へ向けた取り組みも始まった。

岩手県高度救命救急センターは岩手県内の救急医療の中心だけでなく、自治医科大学卒業生を含む岩手県で勤務する医師を結ぶ絆の1つとなっている。

東日本大震災と岩手医科大学

2011(平成23)年の東日本大震災時の活動を振り返り、今後起こりうる大規模災害へ医療支援のあり方を提言し、さらに災害医療の担い手を育成していくことを目的として、同年8月に災害医学講座が新設された。岩手県の沿岸部に大雨被害をもたらした2016(平成28)年の台風10号災害や、2016(平成28)年の熊本地震、2018(平成30)年の北海道胆振東部地震、2019(令和元)年台風19号被害では災害医学分野と岩手県高度救命救急センターに勤務するスタッフは連携して全国各地の災害にDMATとして出動して災害支援活動を行った。

震災翌年の2012(平成24)年より岩手県ドクターヘリが運行開始(設置は岩手県、運営は岩手県高度救命救急センター)となり、救急センタースタッフ、災害医学分野スタッフ、総合診療医学分野スタッフが協力分担しフライトドクターとして搭乗勤務している。これまで沿岸部や遠隔地で発生した多発外傷や急性心筋梗塞は岩手県高度救命救急センターまでの搬送時間が2時間以上かかるため、搬送を断念や搬送途中での急変や死亡はまれではなかったが、ドクターヘリにより、沿岸部や県北、県南の離れた地域の重症傷病者に対して現場からの医療介入および迅速な搬送が行われるようになった。

東日本大震災では、震災までに一部開通していた高規格自動車専用道路は水没を免れ、沿岸部に支援活動や支援物資を届ける生命線となったことをきっかけに、仙台-青森間の沿岸部を

つなぐ高規格自動車専用道路の三陸沿岸道路の整備が加速し、さらに2019(令和元)年のラグビーワールドカップ釜石開催決定を機に東北自動車道と三陸沿岸道路をつなぐ東北横断道路が全線開通となり、新築移転した岩手医科大学附属病院と岩手県高度救命救急センター直近の東北自動車道パーキングエリアにETC専用スマートインターチェンジが新設され、かつて「陸の孤島」と言われた岩手県沿岸部や県北部からの高度な救命救急医療へアクセスが大幅に改善し、岩手医科大学附属病院および岩手県高度救命救急センターの地域医療への関わりがますます大きくなっている。

まとめ

以上のように、岩手県では従来から岩手の地域医療を支えている岩手医科大学に自治医科大学卒業生が溶け込み上手に共存している。2017(平成29)年に岩手医科大学に新たに総合診療医学分野が創立されたのも、岩手医科大学と自治医科大学卒業生の良好な化学反応の結果であるともいえよう。先輩たちが築いてきた両者の良好な関係を損ねることなく維持し、さらに発展させていくことが私たちの使命である。

参考資料

- 1) 岩手医科大学ホームページ <http://www.iwate-med.ac.jp/>
- 2) 地域医療情報システム <http://jmap.jp/>

岩手県の地域医療を支える 人材養成拠点を目指して

岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座総合診療医学分野 講師 高橋智弘

POINT

- ① 岩手医科大学の総合診療医学分野は、「総合診療マインド」を持つ地域医療人材育成を最重要課題としている
- ② 当科の診療や教育を通して、医学生や若手医師にさまざまな診療の場面に対応できる柔軟性や患者・地域に寄り添うマインドを学んでもらう
- ③ 地方・へき地こそが地域総合診療の学びの場であるとの考えで、医学奨学生や奨学金養成医師に対して配置後の不安解消やキャリア形成のための支援を行う

はじめに

岩手医科大学は、北東北の医療過疎を憂いた三田俊次郎が「厚生済民」の精神のもと、1897(明治30)年に開設した私立岩手病院と併設の医学講習所がもとになっている。「医療人たる前に、誠の人間たれ」という建学の精神のもとに、地域医療に貢献する医療人育成を使命として設立された本学は、「全人的地域総合医療」を理想に掲げて

表1 岩手医科大学が掲げる「全人的地域総合医療」の推進

1. 患者様本位の安全で良質な医療の実践
2. 人間性豊かな医療人の育成
3. 「医」「歯」「薬」「看」の密接な連携による総合的な医療人の育成
4. 高度先進医療の開発と推進
5. 地域医療への貢献

いる(表1)¹⁾。創立120周年を迎えた2017(平成29)年に建学の精神に鑑み、医師の責務として全身を診ることができる良医の育成を目指し、新たに総合診療医学分野の教室が開設された。

当教室では、診療や教育を通して「総合診療マインド」を伝え、地域総合診療の発展に寄与することを目指している。現在常勤スタッフは3名で、うち教授と筆者が自治医科大学の卒業生である。加えて今年度初めて総合診療専門研修プログラムの専攻医1名を迎えた。まだ開設されて間もない、歩み始めたばかりの教室であるが、これまで行ってきた取り組みと今後の展望について述べる。

診療について

2017年度に大学病院での受診科の振り分け業

務に携わることから始め、2018年度から当教室としての外来診療を開始し、2019年度から入院診療も開始し、診療体制を徐々に拡充させてきた。2019年9月に附属病院が盛岡市から隣接する矢巾町へ移転となった。同時に、盛岡市中心部内丸にある前附属病院施設を活用した「附属内丸メディカルセンター(以下、内丸MC)」が新たな医療施設として開院した。新附属病院では特定機能病院として高度専門医療の充実を目指し、一方の内丸MCは大学附属施設としての高度外来機能に加え、地域医療、プライマリ・ケアの拠点としての役割が求められることとなった。当教室は主に内丸MCで診療を行っている。

現在当教室では、各医療機関から紹介される診断困難症例に対する予約制の「総合診療外来」と内丸MCに紹介状を持たずに受診し診療科を特定できない患者に対応する「プライマリ外来」の2つの外来を運用している。初期臨床研修医ならびに内科専攻医のプログラムでは、1ヵ月間の総合診療科ローテーションを必修化しており、彼らにはスタッフの指導の下、当教室のこれら2つの外来診療に従事してもらっている。

①断らない姿勢、②共感と思いやり、③全人的関わり、④挨拶と感謝そして敬意、を「総合診療科心得」として掲げ、当教室の外来を経験することで、若い医師にさまざまな診療の場面に対応できる柔軟性や患者・地域に寄り添うマインドを学んでもらうことを目指している。

総合診療専門研修プログラム

我が国においては、急激な高齢化が進み、総合的診断能力と種々の健康問題に包括的な視点で取り組む能力を持つ「総合診療医」の必要性がますます高まってきている。特に岩手県は、人口10万人対医師数は全国43位、医師偏在指標では全国46位の屈指の医師不足県であり、文字通り県内各地域間で医療資源格差が大きく²⁾、地域の健康・福祉の増進を図るための解決策の1つが質の高い総合診療専門医の育成となっている。

このような背景の下、当教室では総合診療専門医養成のために2018年度より「岩手医科大学

総合診療専門研修プログラム」を整備した。今年度初めて、専攻医1名を迎え入れることができた。本プログラムは本学附属病院と内丸MCを基幹施設とし、連携研修施設には「東日本大震災の沿岸被災地」や「医師不足地域」を含んで岩手県全圏域に30施設(病院26、診療所4)をまんべんなく確保し、「地域を診る」視点を実践の場で養うことを目指している。そして、将来的には大学病院から市中病院、地域の診療所や在宅医療、地域包括ケアシステムなどさまざまな場面で、求められる医療に柔軟に対応できる医師として、生涯にわたり活躍できる総合診療医を養成することを最終的な目標としている。岩手県では、医師不足、医師偏在の問題解決を目指し、さまざまな奨学金制度を用意し医師養成を行っている。当教室では、これらの奨学生、奨学金養成医師の卒前・卒後のサポートにも取り組んでいるが、本プログラムも奨学金養成医師にとって専門医研修と義務履行の両立が無理なく遂行できるよう十分に考慮されたものになっている。

教育への取り組み

当教室では総合診療、地域医療に関わる教育、奨学金養成医師への支援等を行っているが、いくつかを紹介する。

1. 症例基盤型学修(発展)

本学では医学部の1年生から3年生まで症例をもとに疾患の病態生理、診療プロセスについて学ぶ「症例基盤型学修」という科目を設置しているが、当教室では3年生の「発展」を担当している。低学年では、病態生理の学修が中心であるが、「発展」では、症例をベースに症候から診断までに加え、治療選択と症例への適応、さらに疾病予防や在宅復帰と社会資源、人生の最終段階での関わりなど、心理社会的背景や倫理的視点も踏まえて考察させている。この学修を通して、学生たちが社会の中の人間を診る(全人的視点)態度を養うことを目指している。

2. 実践臨床医学

臨床実習を開始する前の医学部4年生を対象にしている。臨床医に必須の医療安全、医療関連感染対策や研究手法などについての講義を行い、医療の社会性や医師のプロフェッショナルリズムについて学んでもらっている。

3. 研究室配属

研究室配属は、医師の重要な使命である医学研究を経験することを目的として、まだ臨床実習に出る前の医学部3年生の夏休みをはさんだ前後合計4週間で行われる。当教室では2018年度から複数名の学生の受け入れを開始している。研究内容は配属される教室により多種多様であるが、当教室では大学のある矢巾町で、町の支援をいただきながら地域包括ケアに関する住民意識調査を実施している。調査内容は、矢巾町のアドバイスも参考にしながら学生が考案、研究成果は、学内発表会に留まらず、全国学会でも発表を行っている。学生には、この研究に携わることを通して、地域医療を支える医師と多職種役割について学んでもらっている。

4. 高次臨床実習

ローテーション方式の臨床実習後に行われる、医学部5年生から6年生にかけての選択制の高次臨床実習への学生受け入れを今年度から開始した。高次臨床実習は1クールが4週間であるが、当教室では前半2週間を院内実習、後半2週間を院外実習としている。院内実習では、当科の外来実習を通して診断学やプライマリ・ケアについて学び、院外実習では、岩手県内の地域病院へ派遣し、地域医療の第一線を体験、保健・福祉・介護との連携も経験してもらっている。院外実習は通常の大学附属病院で行われる臨床実習では経験できない領域であり、この実習を通して学生に地域医療に携わることの楽しさを感じてもらい、地域医療を進路の選択肢として考えてもらえることを期待している。現在、院外実習として県内の2病院(いずれも自治医大卒業生が病院長)にご協力いただいているが、これを県内の他の地域病院にも拡充し、

高次臨床実習を通して、県内の地域病院との連携を強化したいと考えている。

5. 地域医療課題解決演習

本学に看護学部ができた2017年より、医療系総合大学として4学部(医・歯・薬・看護)横断的な自由科目として始まった。当教室では初年度よりコーディネーターを務めている。地域医療の現場でよくみられる課題に対して、矢巾町関係課の指導をいただきながら、学部・学年の垣根を越えた協同作業にて課題解決策を検討していくものである。この演習を通して、他職種連携と地域医療学修へのモチベーション向上を目指しており、将来的には医学奨学生必修の実習の場としていきたいと考えている。

6. 総合診療クラブ

医学生、初期臨床研修医、若手医師等を対象とした課外学習である。症候からの臨床推論や、総合診療・地域医療に関するさまざまな話題等に関して、月1回程度の開催としている。総合診療の魅力や総合診療マインドを参加者に伝えていくこととともに、参加者に縦横のつながりを作ってもらうことが目的である。

7. いわて総合診療カンファランス

岩手県内の他の総合診療専門研修プログラムの認定施設と共催で、岩手県内の総合診療のすそ野を広げることを目的として開催している。県内の初期臨床研修医、医師、コメディカルスタッフ等を対象として、遠隔会議システムを用いて、隔月で担当病院から配信するスタイルで行っている。将来的には、ポータルフォリオ検討会など、「オール岩手」で総合診療専攻医を育てる場に発展させていきたいと考えている。

8. 奨学金養成医師・学生への支援

岩手県では、地域枠等を含む奨学金養成医師と医学奨学生との交流会(いわて奨学生サマーセミナー)を毎年行っている。学生の実行委員会が中心になり企画、運営を行っている。当教室では、岩手県から委託を受けて学生実行委員

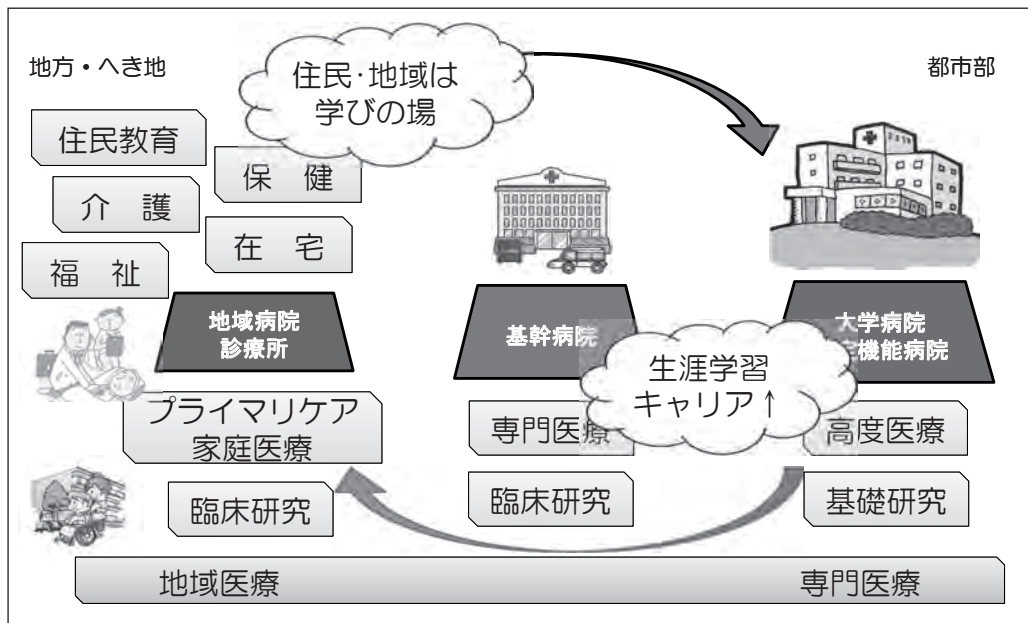


図1 総合診療・地域医療学びの場

会をサポートし、関係各所との調整、交流会の運営、ワークショップ(WS)の企画、報告書の作成等を行っている。また、奨学金養成医師が義務履行を開始するにあたり、岩手県医療政策室が研修会を毎年開催しているが、教室ではWSや講演等を担当し運営にも関わっている。

今後の展望

岩手県では地域医療の弱体化が顕在化しており、大学の教室として地域医療を支えることが当教室の役割と考えている。その中で「総合診療マインド」を持つ地域医療人材育成は最も重要な課題である。大学には将来の地域医療を担う医学生が在籍、臨床研修医も多数在籍している。彼らに地域医療や総合診療の魅力をしっかりと伝え、不安のないキャリアプランを描けるよう支援することが重要なポイントとなる。そのためには、専門医が少ない地方やへき地こそが地域総合診療の学びの場であるとの認識の下、地域社会の中で医師を育てる体制を築いていく必要がある。卒前、卒後に地域医療現場を体験し、良いロールモデルと出会い、地域住民との交流

の機会を増やすことが重要である。また岩手県でも奨学金養成医師が地域医療の現場に配置され始めている。しかし、現実的には地域医療従事に消極的な奨学金養成医師も少なくない。岩手県の医師不足地域へ定着してもらうための卒前、卒後教育が十分に効果を上げているとはいえず、また配置後の不安解消やキャリア形成のためのさらなる支援強化が必要である。

大学の教室として地域医療・総合診療分野の臨床・教育・研究を行いつつ、地域医療現場における医師養成、キャリアアップのためのコーディネーター役となり、加えて、地域医療を支える医師の生涯教育支援体制の構築も目指していきたい(図1)³⁾。

参考文献

- 1) 岩手医科大学: 理念 <http://www.iwate-med.ac.jp/ideology/> (accessed 2020 Jul 25)
- 2) 岩手県: 岩手県医師確保計画 <https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryuu/seido/ishikakuho/1028783.html> (accessed 2020 Jul 25)
- 3) 下沖収: 総合診療医の役割と今後の展望. 岩手医学雑誌 2020;71(6):235-241.

地域の診療所と開業医の役割

菊池俊彦内科クリニック 院長 菊池俊彦

POINT

- ① ブラックジャックの悩み
- ② 開業医と一人診療所長との違い
- ③ 「医は仁術」と経営は矛盾しない

医師の悩み

ブラックジャックの漫画を小さい頃よく読んだ。その中に、今でも覚えているフレーズがある。恩師である本間丈太郎が亡くなる時、本間氏はブラックジャックにつぶやく。

「人間が生きものの生き死にを自由にしようなんておこがましいとは思わんかね。」

医師としてブラックジャックは、恩師を助けることができず、落ち込む。この漫画の1シーンを今でも忘れられない。医者を目指した理由の一つだったかもしれない。

「地域の診療所の役割」とは全く関係ない漫画であるが、一人の医者が悩む根本的な課題ではないか。診療所とは、医師がその役割を果たす場所であり、悩む場所でもある。

診察しながら「いったい私は何をしているのだろう？」と、時々悩むことがあるが、このフレーズを思い出すことにしている。

岩手の国保診療所

広い岩手県には平成の大合併前には59市町村あった。その中には医療機関が国保診療所1カ所しかないというところが多かった。そしてどこも医師の確保に苦労していた。

筆者が平成元年に赴任した人口4,000人の普代村も同様で、数十年勤めた70歳代の医師の引退を機に、自治医科大学卒業の私が赴任することになった。当時の普代村診療所の建物はとても古く、床はギシギシ言って、外で風が吹けば、家の中の埃が舞うという状態だった。小さい頃の小学校のイメージである。30年経った今思うと、長い戦後(昭和)から平成への時代の移り変わりに、私のような自治医大卒のペーペー医師がたまたま赴任しただけのことだった。岩手県一関市の国保藤沢病院の佐藤元美医師が、岩手の国保の歴史を振り返り、「戦前・戦後・昭和・平成のいつの時代もずっと、岩手は医師不足だった」と述べているが、令和になった今でも、

特集

岩手県は「困った困った」と叫んでいる。いったいどういふことなのか。医師不足の問題は時が経っても解決には程遠い。

話が飛んでしまったが、私が3年間普代村で一人国保診療所医師を勤めて、その間に新しい診療所が建ち、後任にも自治医大の卒業生が来るようになった。その結果、普代村の医療は一応最低限確保されたと言える。もちろん、隣町の岩手県立久慈病院の先生方の応援や、後任人事に苦勞された自治医大1期生の先生方のお陰でもある。

国保診療所の役割

村の一人診療所の医師の役割は多種多様だ。一般内科業務や小児科の仕事、整形外科も時にするし、薬の選定・管理などもする。その他、診療所の外では予防接種、老人ホームの訪問、往診・訪問診療、村長さんや議長さん、保健師さんとの会議などなど……。

この文章を書いているうちに、「今考えると大したことではないな……」と感じてきた。初めに書いたブラックジャックの悩みと比べれば大した問題ではない。

開業医って大変なの？

筆者は今、内科の開業医をしている(図1)。開業医も、当時の一人診療所長の仕事と比べても、結構大変である。

診療内容そのものは、村の診療所で働いていた頃と変わらないが、大きな違いがあるとすれ



図1 菊池俊彦内科クリニック

ば、従業員を背負っていることだろう。事務3人、看護師3人、清掃員1人。たった7人であるが、雇っているという事実と責任が、国保診療所医師と違う点かもしれない。毎月、給料計算して、25日には欠かさず支払う(一度忘れたことはあったが)。ボーナスも欠かさず年2回出している。開業して22年になるが、開業当初は収入を増やし経費を安くすれば、「経営」というものは簡単にできるだろうと安易に考えていた。昇給やボーナスを低めに抑えていた時代もあったが、どうもまくなかった。職員がすぐに辞めたりコミュニケーションが悪くなったり、意欲的に働いてもらえなかった。1人のナースが新車を買った時は、「俺の金が他人の新車に変わってしまった」と悔しい気持ちになってしまったこともあったが、今思うと恥ずかしい。

最近(今頃)悟った信条としては、「金は天下の回りもの」、お金は貯めるものではなく、世の中を気持ち良く循環させていくことが、経営にとっても人の生き方にとっても重要なことではないか。

地域医療の話からずれてしまったが、言いたいことは、開業医も国保診療所長も良い経営をしてこそ、地域医療だということだ。繰り返しになるが、良い医療と従業員の待遇を良くすることは密接に関係していると思う。「東京女子医大附属病院の夏ボーナスなしによる看護師400人退職騒ぎ」は全くもって憤慨ものである。私の医院もコロナ騒ぎで3割減収、年間1千万円の赤字になってしまったが、ボーナスは、借金して前年よりも多く支払った。

医は仁術？

経営の神様と言われるピーター・ドラッカーという人がいる。『すでに起こった未来』の中で彼曰く、「企業人自身が利益について基本的なことを知らない。利益に関して最も基本的な事実は、そのようなものは存在しないということである。存在するのはコストだけである」。10年前にこれを読んで衝撃を受けた。何を言っているのか？ 経営者は利益を出すために働いていると信じて

いた私にはショックだった。高級車を経費で乗り回すことではないことは確かだった。

地域医療と経営は、一見関係ないように見えるが、「医は仁術」であるとともに、「医は経営」なのだと思う。ブラックジャックの悩む人の生死にたずさわる仕事なのに、「経営が大事」と言うのは違和感を感じる人も多いと推測する。確かに一見矛盾するように見えるが、ドロッカーは、それについてこう言う。「営利事業という言葉がある。そのため、事業の目的は利益にあると思う。利益が目的や動機であると思ったとたん、経営者自身の姿勢がおかしくなる。本業で汗水流すことよりも、財務的な操作で利益を上げることに魅力を感じるようになる」ドロッカーは続けて「利益とは、企業が事業を継続・発展させていくための条件である。明日さらに優れた事業を行うためのコスト、それが利益である」「利益がなければ、コストを賄うことも、リスクに備えることもできない。社会が必要とするサービスを提供できず、人も雇用することができない。したがって、利益を上げることが企業にとっての第一の社会的責任である」(『すでに起こった未来』より引用)

このドロッカーの本を読んで、開業医が利益

を出して、職員に給料を払い、いくら残った利益は、また来年のためのコストになるのだと考えるようになった。はっきり言えば、儲けていいのだ。世のため患者のため従業員のために働くのだ。こう考えるようになってからは(開業医の)自分の仕事の社会的意義・責任を自覚できるようになった。

国保診療所と開業医

地域医療に、国保診療所と開業医とあるけれど、そこには対立は生じない。共に患者のため、社会貢献のための事業なのだと痛感している。ブラックジャックの悩む生死にたずさわる仕事なのだが儲けていいのだ。国保診療所も開業医も儲けてこそ医者仕事を全うできるのであると私は考えることができた。

終わりに

つたない文章で大変失礼しました。

最後に、自分の開業医人生を、振り返る機会を作ってくれた、「月刊地域医学」の編集者皆様に感謝申し上げます。

医師奨学金養成制度の現状と 多方面でのつながり

岩手医科大学 衛生学公衆衛生学講座 講師 田鎖愛理

POINT

- ① 岩手県では各種奨学金による医師養成に継続的に取り組み、各自のキャリア形成と地域の医療機関への勤務が両立できるよう努めている
- ② 岩手県出身の自治医大卒業生は、専門科の選択の幅は比較的広く、義務履行後も専門性をもって岩手県に残っている者が多いことが特徴である
- ③ 奨学生と奨学金養成医師間における「縦」「横」「ナナメ」のつながり強化のため、多様な取り組みが行われているが、キャリアプランへの不安は解消しておらず、さまざまな垣根を越えた息の長い支援が必要である

特集

はじめに

医師不足が深刻な岩手県で、保健医療提供体制の充実のためには、従事者の確保が重要課題である。本県では2005年3月に全国に先駆けて「岩手県医師確保対策アクションプラン」を策定し、医師のライフステージに対応して「育てる」「知ってもらおう」「残ってもらおう」「住んでもらおう」「働きかける」の5本柱を総合的に推進してきた¹⁾。全国的な医師偏在が続き、2018年7月施行の改正医療法や2019年3月発出の「医師確保計画策定ガイドライン」に基づき、2020年3月に「岩手県医師確保計画」が策定された²⁾。

上述のごとく医師不足を解消するためのさまざまな施策が打ち出されているが、中長期的な課題は奨学金養成医師の定着である。筆者は自

治医科大学(以下、自治医大)を卒業し、9年間の義務年限のほとんどを岩手県の沿岸・県北で勤務した。義務年限の途中で2年間の後期研修を義務外で取得し、岩手医科大学(以下、岩手医大)で研修した。義務履行後は、岩手医大に勤務している。2008年から岩手医大に地域枠が設けられた³⁾ことから、今や奨学生が多数在籍し、筆者の背景を知った学生から将来に関する不安や悩みを相談されることが増えてきた。

このような中、岩手県の医師奨学金養成制度の現状と「つながり」というテーマを頂いた。現状は「縦」と「横」とのつながりのほか、「ナナメ」ともいえるより幅広いつながりも増えてきた。制度とさまざまなつながりについて、2つの大学と岩手県での義務履行を知る立場から、現状を俯瞰的に述べる。

表1 岩手県医師奨学生養成制度のあらまし

出典 https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/031/006/20200626-01.pdf

奨学金名	医療局医師奨学資金							
	岩手県医師 修学資金	地域枠*				産婦人科 特別枠	一般枠	市町村医師 養成修学資金
区分	岩手医科大学 地域枠A	岩手医科大学 地域枠B	岩手医科大学 地域枠C	東北大学 地域枠				
定員	15名	8名	5名	2名	2名	8名	15名	
出願者の出身地	岩手県出身者	東北出身者	制限なし	岩手県出身者	制限なし	制限なし	制限なし	
入試方式	特別推薦入試	特別推薦入試	特別入試	特別入試	各大学の 入試方式による	各大学の 入試方式による	各大学の 入試方式による	
貸与額	440万円/年	30万円/月	30万円/月	20万円/月	40万円/月 (私立のみ)	国立 20万円/月 私立 30万円/月	20万円/月	
入学一時金	410万円	—	—	—	—	—	760万円(私立のみ)	
6年間合計	3,050万円	2,160万円	2,160万円	1,440万円	2,880万円	国立1,440万円 私立2,160万円	国立 1,440万円 私立 2,200万円	
返還免除に係る 義務履行期間	(県内での2年間の 臨床研修後) 9年間	(県内で2年間の臨床研修後)6年間 or 貸付期間					(県内で2年間の臨床研修後) 6年間 or 貸付期間	
申込・ 問合せ先	岩手県保健福祉部 医療政策室 TEL:019-629-5427	岩手県医療局医師支援推進室 TEL:019-629-6352					岩手県国民健康 保険団体連合会 保健介護課 TEL:019-623-4324	

岩手県の医師奨学金養成制度の現状

岩手県では、岩手県医師修学資金、岩手県医療局医師奨学資金、岩手県市町村医師養成修学資金の3制度全体で55名の奨学金募集枠を設定し、奨学金による医師養成に継続的に取り組んできた^{1),3)}。2020～2021年度においては、引き続き岩手医大に地域枠が設置され臨時定員増が継続となるほか、東北大学医学部に新たに地域枠が設置された(表1)。奨学金養成医師は、6～9年間、県内の対象医療機関において地域医療に従事する。義務履行中であっても専門医資格や学位取得等を目的とする研修は一時中断期間として取り扱い、通算して6年間で限度として認められる。各自のキャリア形成と地域の医療機関への勤務が両立できるよう、岩手県奨学金養成医師配置調整会議で勤務先を最終決定している⁴⁾。

特に、地域枠奨学金の貸与を受けて医師となった者については、医療法の規定に基づき、義務履行の際に県が定める「キャリア形成プログラム」が適用となる。この場合、臨床研修は原則として県内の臨床研修病院で研修を行うこと、県北地域もしくは沿岸地域の公的医療機関に2年間勤務すること(地域要件)、公的基幹病

院以外の公的医療機関に2年間勤務すること(規模要件)が基本的な要件となる^{2),4),5)}。

また、2011年の東日本大震災による医療崩壊を背景として、2016年4月に東北医科薬科大学医学部が設立された。同大学医学部の修学資金制度⁶⁾は全国どの居住地でも志願可能である。A方式の東北地域医療支援修学資金(宮城県以外の東北5県)の返還免除条件には岩手県での勤務も該当し、他の自治体の医学生修学資金との併用は不可である。B方式には、上述の岩手県医療局医師奨学資金や岩手県市町村医師養成修学資金の制度利用も含まれる。開設5年目でまだ卒業生は輩出していないが、今後の地域医療への貢献が強く期待される場所である。

自治医大の義務履行期間の現状

自治医大卒業生は卒業後直ちに出身都道府県に戻り、在学中に修学資金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間(一般的には9年間)、知事の指示に基づいて、出身都道府県内の病院、診療所や保健所等に勤務する。このうち原則4～5年間はへき地等に勤務することになっている⁷⁾(図1)。岩手県には公立医療機関が多数あり、専門科の選択の幅は比較的広い。

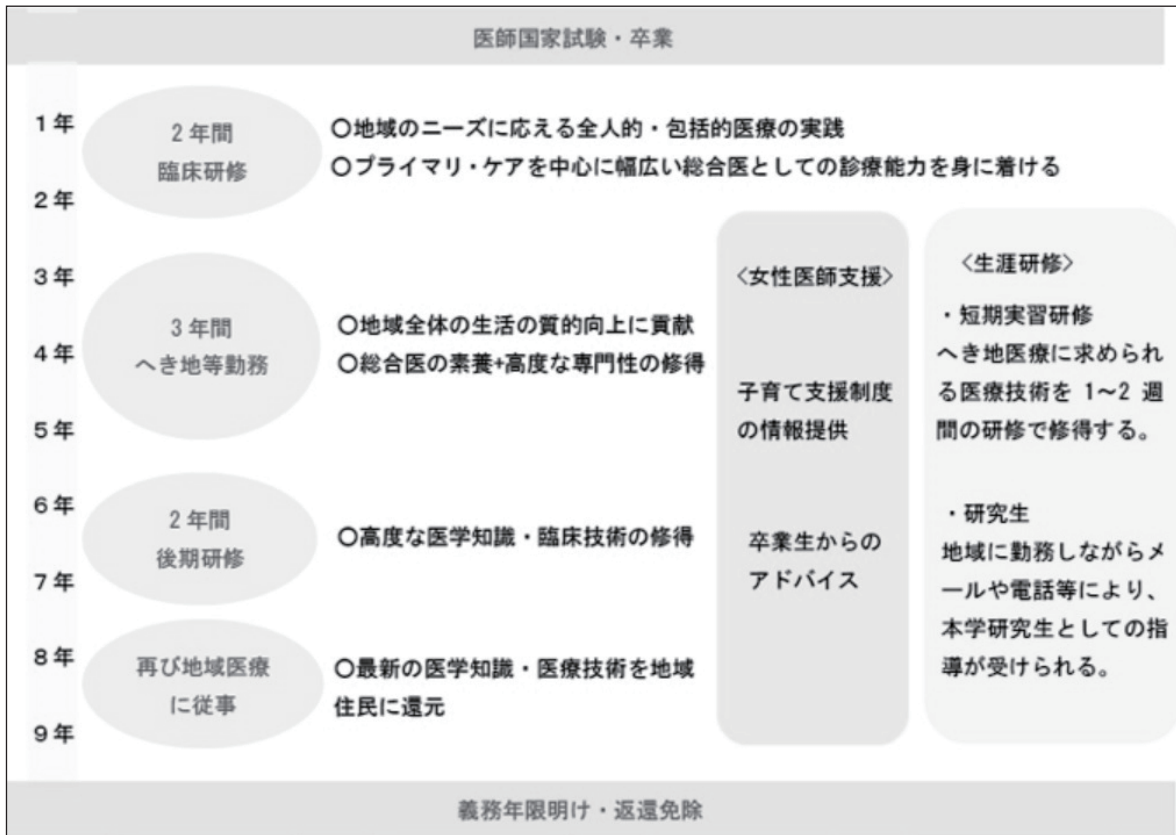


図1 自治医大卒業後9年間の流れ

出典 <https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/guide/years.html>

自治医大は卒業後5年目以降の適当な時期に2年間、後期研修を受けることを推進している⁷⁾。岩手県の自治医大卒業生は5年目もしくは8年目に取得可能で、後期研修期間は義務履行期間に含まれないが、県保健福祉部医務主幹の身分が保証される。現状としては、岩手医大での専門研修や大学院履修のほか、自治医大関連医局での研修を選択する卒業生が多い。

「縦」のつながり

ここでは同一大学の卒業生同士のつながり、特に筆者の出身大学である自治医大について述べる。

自治医大岩手県人会は本誌で「岩手県の結束を、全国へ拡大できるように―」というタイトルで取り上げられたように、団結力が強いことで知られている⁸⁾。例年、自治医大岩手県人会では年次総会・新年会・幹事会を行っているが、現状では新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に

より集合開催は容易でなく、Web等の活用が進んでいる。メーリングリストで随時情報交換を行い、機関誌「JMUいわて」を毎年発刊している。また岩手県各ブロックごとに、歓送迎会等も随時開催している。筆者の属する岩手医大には、後期研修を含めて自治医大卒業生が13名所属(青森県2名、岩手県11名)しており、「JMU岩手医大」としての歓送迎会を、筆者が数年来の幹事として取り仕切っている。今後は後期研修のみならず地元の大学である岩手医大において地域医療を担う後輩が定着することを願っている。また、県人会以外にも各診療科・分野ごとに自治医大卒業生同士の交流が盛んに行われている。

筆者が、義務履行を行いながら自身のキャリアを構築する上で、自治医大卒業生、特に岩手県人会の先生方の支えなくして現在に至ることはなかった。今後、岩手県内の各種奨学生の間で同様のつながりを構築することが期待される。

「横」のつながり

ここでは、同世代における出身大学内外のつながりについて述べる。自治医大卒業生28期メーリングリストは非常に活発に運用され、同窓会も数回行われた。また、岩手県には以前より奨学金制度があり、筆者の高校の同期の中に県の医師奨学金を利用した者がいる。義務年限中に時折連絡を取り、異動や待遇に関する率直な意見交換をすることができた。さらに、筆者は縁あって産業保健の道に進んだため、産業医科大学(以下、産業医大)の卒業生とも交流が増えた。同世代では特に、義務年限内の悩みや義務明けの達成感・安堵感について、制度の違いはあれども相互理解できるものである。筆者も実際に、元岩手県奨学生医師とともに同世代の産業医大卒業生の義務明けの祝杯をあげ、大いに盛り上がった経験がある。

「ナナメ」のつながり

上述のごとく、奨学生養成医師は自治医大や地域枠に限った話ではない。「縦」の出身大学や「横」の世代を超えた「ナナメ」のつながりも随所にある。例えば、県保健福祉部に所属する医師の多くは岩手県の奨学金養成医師である。実は、前出の岩手県奨学金養成医師は筆者の元人事担当者であり、さらに現在の岩手県保健福祉部長も筆者の元人事担当で、岩手県奨学金養成医師

である。

もともと「縦」「横」「ナナメ」のつながりを構築しやすい立場であった筆者のもとに、2017年6月、「いわて医学奨学生 地域医療交流セミナー」⁹⁾の案内が届いた。つながりを作り、岩手における医学教育や将来設計を共有することを目的に、初めて開催するとのことであった。実行委員の学生の名前に筆者の公衆衛生学実習担当の学生がいたが、都合がつかず参加できなかった。後日「大学や世代を超えて大盛り上がり」という手紙とともに写真(図2)入りの冊子が届いた。世話人代表挨拶の「自身が奨学生」「大学以外の医師、そして同期の学生との接点を作る機会が乏しく」などの記載を発見し、地元の岩手医大で出身大学の垣根を越えたつながりを築く重要性を強く認識した。本セミナーの内容は2017年の医学教育学会で報告された¹⁰⁾。セミナーは学生実行委員会を中心に岩手県保健福祉部、岩手医大がサポートする形で毎年継続して実施されている。筆者は2019年に初参加し、多様な学生のニーズを直接把握する貴重な機会になった。また、2019年には岩手医大の学生が教員の指導の下「地域枠卒業生の岩手県における地域枠制度に関する意識調査」¹¹⁾を発表した。双方の報告にキャリアプランへの不安に関する記載があり、義務年限を終えた教員として、今後も地元で学生に寄り添った指導を心掛けたいと思った次第である。本セミナーは、岩手県医師確保計画「養成医師の定着対策」に明記されているが、



図2 「いわて医学奨学生地域医療交流セミナー2017」集合写真

出典 <https://www.facebook.com/いわて医学奨学生サマーセミナー-789234311286379/>

2020年度はCOVID-19感染拡大のため、Web形式での開催に向けて準備中である。今後も「ナナメ」のつながり強化のための多様な取り組みを深化させることが強く期待される。

おわりに

岩手県の医師奨学金養成制度の現状と、「縦」「横」「ナナメ」のつながりについて、筆者の知る範囲で述べた。今後、さまざまな背景を持つ多くの奨学金養成医師が、岩手県の保健医療現場で思う存分活躍できるよう、一人の先輩として支えていきたい。

参考文献

1) 地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会:これまでの岩手県の施策<http://chiikiiryu-iwate.jp/torikumi/index.html>(accessed 2020 Jul 7)

2) 岩手県:岩手県医師確保計画<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryuu/seido/ishikakuho/1028783.html>(accessed 2020 Jul 7)

3) 望月泉:岩手県における医学生の地域枠の現状と課題. 全国自治体病院協議会雑誌 2013;52:1558-1561.

4) 岩手県:いわて医学生奨学金制度について<https://www.pref.iwate.jp/iryukyoku/ishiboshuu/1031006.html>(accessed 2020 Jul 7)

5) 岩手県:岩手県キャリア形成プログラム https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/679/kyariakeisei.pdf(accessed 2020 Jul 7)

6) 東北医科薬科大学:修学資金制度 <http://www.tohoku-mpu.ac.jp/medicine/scholarship/>(accessed 2020 Aug 11)

7) 自治医科大学:入学から義務年限明けまで <https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/guide/years.html>(accessed 2020 Jul 7)

8) 遠藤秀彦:岩手県の結束を、全国へ拡大できるように. 月刊地域医学 2009;23:332-339.

9) いわて医学奨学生サマーセミナー <https://www.facebook.com/いわて医学奨学生サマーセミナー-789234311286379/>(accessed 2020 Jul 7)

10) 米田真也, 高橋宗康, 坂本和太, 他:奨学金制度を利用している医学生に対する, 学生のニーズを優先したセミナーの効果. 医学教育 2017;48 suppl:172.

11) 佐々木恵亮, 千田喜子, 門口奈央, 他:地域枠卒業生の岩手県における地域枠制度に関する意識調査. へき地・離島救急医療学会誌 2019;17:28-32.

『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

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

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

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



ご連絡先 〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

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

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

特発性縦隔気腫9例の臨床的検討

櫻井優子^{1), 2)} 高木陽一²⁾ 指宿立³⁾ 穴井諭²⁾
久末順子²⁾ 原直彦²⁾ 川床健司³⁾ 福山聡³⁾

目的: 当院で経験した特発性縦隔気腫患者の、患者背景、発症の誘因、初発症状、診断方法、治療法、予後を明らかにし、既報をふまえ臨床像の考察を行う。

方法: 2007年4月から2018年3月までに当院で特発性縦隔気腫と診断された9例について年齢、主訴、発症の誘引、画像所見、治療内容、治療経過を後方視的に分析した。

結果: 年齢は16~26歳で、平均20歳であった。性別は男性7例、女性2例であった。初発症状は胸痛8例、頸部痛5例、咽頭痛1例、背部痛1例(重複あり)であった。発症の誘因と考えられるエピソードが存在した症例は2例で、大声1例と咳嗽1例であった。胸部単純X線および胸部CTが全例で施行されており、胸部単純X線で縦隔気腫の所見が認められたのは8例で、1例では異常所見の同定は困難でCT所見で診断されていた。治療内容は安静のみが4例、絶食が4例、抗生剤投与が2例であり、全例が保存的治療のみで軽快していた。

結論: 特発性縦隔気腫は、急性に発症する咽頭痛、頸部痛、胸痛、背部痛、心窩部痛を主訴で受診する若年者で、鑑別疾患となると考えられた。既報では、約半数の症例で運動、大声、嘔吐などの誘引となるエピソードを認めた。経過観察や保存的治療で軽快する症例が多いが、頻度は低いものの侵襲的治療が必要な症例や死亡例の報告があることから、診断困難例では胸部CTの施行、症状の経過観察が重要と考えられた。

KEY WORD 若年者、胸痛、咽頭痛、頸部痛、胸部CT

I. はじめに

縦隔気腫は縦隔内に空気または他の気体が存在する病態であり、特発性と外傷性に分類される。特発性縦隔気腫は若年者に多く、頻度は救急外来患者の0.0022~0.0040%と報告されており¹⁾、比較的稀な疾患である。プライマリ・ケアの現場では、若年者の胸痛症例の鑑別疾患になると考えられる。当院で2007年より2018年ま

で経験した特発性縦隔気腫9例について、患者背景、発症の誘引、主訴、診断方法、治療方法を、後方視的に分析し、文献的考察を加えて報告する。

II. 対象と方法

2007年4月から2018年3月まで当院において、特発性縦隔気腫と診断された9症例について

1) 独立行政法人地域医療機能推進機構 福岡ゆたか中央病院 呼吸器内科, 2) 原三信病院 呼吸器科, 3) 九州大学大学院医学研究院附属胸部疾患研究施設
(筆頭著者連絡先: 〒822-0001 福岡県直方市感田523-5 独立行政法人地域医療機能推進機構 福岡ゆたか中央病院 呼吸器内科, 愛媛大学 2015年卒業)

原稿受付 2020年6月4日 / 掲載承認 2020年9月8日

表1 特発性縦隔気腫患者9例の患者背景, 発症の誘因, 症状, 検査所見, 治療内容

	年齢	性別	BMI	誘因	症状	検査	XP (透亮像)	治療	入院日数
症例1	19	M	16	咳嗽	胸痛・頸部痛	XP/CT	頸部・気管左側・前接合線部	安静・絶食・抗生剤	5日
症例2	22	F	記録なし	なし	胸痛	XP/CT	所見なし	安静のみ	外来
症例3	18	M	記録なし	なし	胸痛	XP/CT	頸部・気管両側・心左縁	安静のみ	2日
症例4	16	M	22	なし	胸痛	XP/CT	頸部・気管両側・心左縁	安静・抗生剤	7日
症例5	26	M	18	なし	咽頭違和感・頸部痛・胸痛	XP/CT/GF	頸部	安静・絶食	9日
症例6	16	M	記録なし	大声	咽頭痛・胸痛	XP/CT	頸部・肩部・気管左側	安静・絶食	2日
症例7	19	F	18	なし	頸部痛・胸痛・背部痛	XP/CT	気管左側	安静のみ	7日
症例8	19	M	19	なし	頸部痛・胸痛	XP/CT	頸部・肩部・気管右側	安静・絶食	5日
症例9	25	M	18	なし	頸部痛	XP/CT	頸部・肩部	安静のみ	6日

て, 診療録に基づき, 年齢, 性別, 主訴, 発症の誘引, 画像所見, 施行された検査, 治療内容, 治療経過を後方視的に検討した. 胸部単純X線の評価は呼吸器内科専門医3名で行った.

Ⅲ. 結果

症例一覧を表1に示す. 年齢は16~26歳で, 平均20歳であった. 性別は男性7例, 女性2例であった. 主訴は胸痛8例, 頸部痛5例, 咽頭痛1例, 背部痛1例(重複あり)であった. BMIの平均は18.4であった. 発症の誘因と考えられるエピソードが存在した症例は2例で, 大声1例と咳嗽1例であった. 胸部単純X線および胸部CTが全例で施行されており, 胸部単純X線で縦隔気腫の所見が認められたのは8例で, 1例では胸部単純X線での異常所見の同定は困難でCT所見で診断に至っていた. 1例で咽頭異物感に対して上部消化管内視鏡検査が施行されていた. 入院治療が8例, 外来治療が1例であった. 治療内容は安静のみが4例, 絶食が4例, 抗菌薬投与が2例であり, 全例が保存的治療のみで軽快していた. 平均入院日数は7日であった.

Ⅳ. 症例

自験例を2例提示する.

症例1

患者:19歳男性.

主訴:前胸部痛, 右頸部痛.

現病歴:X年1月16日から咽頭痛が出現し, 咳嗽が持続した. 1月19日, 大学の講義中に急に前胸部痛が出現したため当院を受診した.

喫煙歴:20本/日, 1年.

初診時身体所見:身長172cm, 体重48kg, BMI 16, 意識清明, 体温37.2℃, 血圧104/61mmHg, 脈拍数101/分, SpO₂ 98% (室内気), 右頸部皮膚に握雪感を認めた. 呼吸音に異常は認めなかった.

血算, 生化学検査:WBC 6,420/ μ L (Seg 65.9% Ly 23.4% Mono 7.2% Eo 3.3% Ba 0.2%), RBC 507万/ μ L, Hb 14.7g/dL, Ht 44.7%, PLT 20.9万/ μ L, AST 24U/L, ALT 30U/L, LDH 168U/L, T.P. 7.7g/dL, Na 142.9mmol/L, CL 103.6mmol/L, K 4.51mmol/L, BUN 12.3mg/dL, CRE 0.92mg/dL, CRP 0.40mg/dL, 随時血糖 77mg/dL.

胸部単純X線:右頸部皮下, 気管左側, 前接合線部に透亮像を認めた(図1A).

胸部CT:頸部皮下から大動脈と気管周囲にかけて気腫を認めた(図1B). 冠状断再構成画像では, 縦隔から咽頭周囲, 右頸部皮下組織にかけ

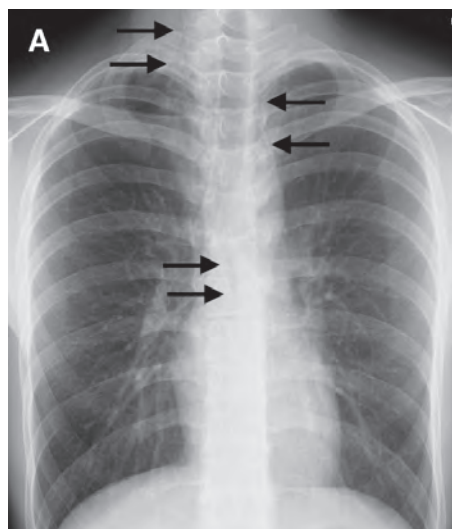


図1A 胸部単純X線:右頸部, 気管左側, 前接合線部に透亮像を認める.

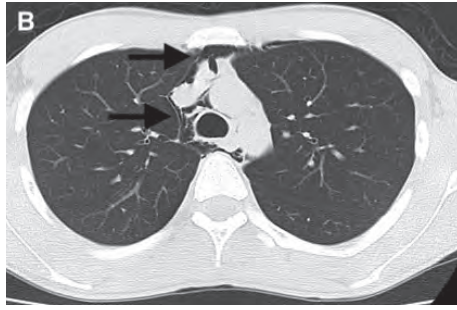


図1B 胸部CT：気管，大動脈弓，上大静脈周囲に気腫を認める。



図1C 胸部CT（冠状断再構成画像）：縦隔から咽頭周囲，右頸部皮下組織にかけての気腫の広がり確認される。

て気腫が広がるのが確認された(図1C)。

経過：縦隔気腫と診断され，治療目的で入院となった。3日間の絶食・輸液管理を行い，縦隔炎予防目的でLVFX 500mg/日を4日間内服した。炎症所見の上昇は認めず，胸痛は自然軽快した。基礎疾患がなく発症したことから，特発性縦隔気腫と診断された。第6病日の胸部CTで縦隔気腫は改善したため退院となった。その後の再発は認めていない。

症例2

患者：22歳，女性。

主訴：前胸部痛。

現病歴：X年8月1日，臥床時に突然胸部圧迫感と前胸部痛が出現したため，救急外来を受診した。バイタルサインに異常所見はなく，胸部単純X線で明らかな異常所見を認めなかったため経過観察となった。胸部違和感が持続したため，8月3日に再来し胸部CTで精査された。



図2A 胸部単純X線：縦隔気腫を含め，明らかな異常所見は認めない。



図2B 胸部CT：気管から気管分岐部腹側，気管分岐部左側の縦隔に，気腫を認める。

喫煙歴：なし。心療内科に通院中。

初診時身体所見：意識清明，体温 37.1℃，血圧 94/51mmHg，脈拍数 83/分，SpO₂ 98% (室内気)，呼吸音に異常は認めなかった。

血算，生化学検査：施行なし。

胸部単純X線：明らかな異常は認められない(図2A)。

胸部CT：気管から気管分岐部腹側および気管分岐部左側にかけての縦隔に，気腫を認めた(図2B)。

経過：縦隔気腫は気管前面と気管分岐部左側縦

隔に限局しており，皮下気腫や気胸は認めなかった．外傷や消化管穿孔を考えさせるエピソードもないことから，特発性縦隔気腫と診断され，治療介入はせず外来で経過観察の方針となった．X年9月12日に胸部CTを再検され，縦隔気腫は消失していた．

V. 考 察

縦隔気腫は1819年にLaennecが最初に報告し，その後1939年にHammanが外傷や基礎疾患を持たないものに特に誘引なく発症した場合を特発性縦隔気腫と定義した²⁾．しかし，多くの場合に発症時やその前に気道内圧の上昇を起こす何らかのエピソードを有しており，この定義をみただけでは少ないとされる．今日では病的でない何らかの誘引を有していても基礎疾患のない健康な人に突然発症した場合も広義の特発性縦隔気腫として扱われている．発生機序は何らかの誘引による肺胞内圧の上昇により肺胞が破裂し，漏出した空気が肺血管鞘の被膜を剥離して血管に沿って肺門部に到達し，縦隔および皮下に移行するとされる³⁾．

医学中央雑誌で2007年4月より2020年3月までの特発性縦隔気腫を検索すると，38文献137例の症例を確認できた(表2)．年齢と性別が確認できた83例の平均年齢は19.1歳，男性58例，女性25例であった．75例に発症の誘引があり，運動39例，大声12例，嘔吐8例，咳嗽またはムセ8例，食事または水分摂取3例，カラオケ2例，吹奏楽，頸部の過伸展，喘鳴が，それぞれ1例であった．運動の種類は，ランニング，バスケットボール，バレーボール，野球，重い荷物を担いだ時などであった．自験例では9例中2例，既報では半数以上で，発症時に胸腔内圧の変化をきたすと考えられるエピソードを伴っていた．初発症状は，自験例では，胸痛と頸部痛であり，既報でも胸痛75例，頸部痛37例，呼吸困難感や呼吸苦35例，咽頭痛20例，嚥下困難や嚥下障害11例，嚥下痛10例，咽頭の違和感やつかえ感3例，背部痛2例，腹痛や心窩部痛が2例であった．胸部だけではなく，咽頭や頸部

にも痛みが出現することも多く，耳鼻咽喉科からの報告も散見された．縦隔と連続する頸部や後咽頭の結合組織に形成される気腫の広がり，咽頭から頸部，胸部，心窩部までの疼痛の原因になると考えられた．症例1のように気腫が皮下に波及し，皮下気腫を示す皮膚の握雪感を呈する報告も散見された．胸部単純X線所見の記載があった78例に関しては，胸部単純X線で縦隔気腫の所見が認められた症例が67例で，胸部単純X線のみでは診断がつかず胸部CTで診断がついた症例が11例であった．自験例でも症例2では，胸部CTの縦隔気腫の所見から後方視的に胸部単純X線の異常の有無を確認しても同定は困難であった．縦隔気腫が軽微である症例では胸部単純X線のみでは縦隔気腫を見逃す可能性があると考えられた．治療内容が確認できた76例で，安静のみが20例，抗菌薬投与が38例，絶食が18例，酸素吸入が3例に施行されていた．約半数の症例で，縦隔炎予防の目的と考えられる抗菌薬投与が施行されていた．侵襲的治療として縦隔ドレナージが3例，縦隔鏡による手術が1例に施行されていた．死亡例は，縦隔ドレナージを施行された1歳の症例のみであった．自験例を含め大多数の症例は，経過観察または保存的治療で軽快していた．

縦隔気腫をきたす別の病態として上部消化管損傷が挙げられる．異物誤飲や外傷による食道損傷，特発性食道破裂などの上部消化管損傷により発症した縦隔気腫では，縦隔炎を合併すると致死的であり，迅速な診断と治療が必要である．自験例や文献症例において，絶食や予防的抗菌薬の投与が行われているのは，発症当初に縦隔気腫の発生機序が不明であり，上部消化管損傷による縦隔炎の合併を危惧したためと考えられる．嘔吐のエピソードや激しい胸部痛，心窩部痛，炎症反応の上昇などを有する縦隔気腫症例では，上部消化管損傷の可能性を考慮し，食道造影や上部消化管内視鏡検査による精査が必要であると考えられる．

プライマリ・ケアの現場で，特発性縦隔気腫は，急性に発症する咽頭痛，頸部痛，胸痛，背部痛，心窩部痛を主訴で受診する若年者で，鑑

表2 特発性縦隔気腫の報告 (2007年~2018年) 括弧内の数字は症例数

著者	年齢	性別	誘因	症状	胸部XP 異常所見	治療	予後
Shin Watanabe ⁴⁾	30	F	なし	胸痛	あり	入院(抗菌薬なし)	軽快
中谷ら ⁵⁾	13	M	咳嗽 鼻をかむ	胸痛	あり	安静 鎮痛薬 鎮咳薬	軽快
中野ら ⁶⁾	11	M	なし	咽頭痛 腹痛 胸痛	あり	安静 酸素 抗菌薬	軽快
二村ら ⁷⁾	14	M	なし	胸痛 嚔下痛	あり	安静 絶食 抗菌薬	軽快
金井ら ⁸⁾	13	F	走る	胸痛 嚔下時痛 咽頭痛	あり	安静 酸素 抗菌薬 鎮痛剤	軽快
	16	F	むせ	胸痛	あり	安静 酸素	軽快
八坂ら ⁹⁾	24	M	カフェイン中毒 頻回の嘔吐	呼吸苦	あり	絶食 抗菌薬 人工呼吸器	軽快
内藤 (5例) ¹⁰⁾	15-17	M (5)	バスケットボール ランニング 水泳 カラオケ 冷えたジュース摂取	前胸部痛(4) 咽頭違和感(2) 呼吸困難感(2) 前頭部痛(1) 左頸部痛(1)	あり(4) なし(1)	安静	軽快
犬飼ら ¹¹⁾	20	M	大声	左頸部腫脹	あり	安静 絶食 抗菌薬	軽快
	16	M	バレーボール	右頸部違和感	あり	経過観察	軽快
小原ら ¹²⁾	17	M	なし	頸部痛 前胸部痛	あり	安静 絶食 抗菌薬	軽快
	18	F	過換気	頸部痛 前胸部痛	あり	安静 抗菌薬	軽快
	17	M	なし	前胸部痛	なし	安静 抗菌薬	軽快
	21	M	嘔吐	前胸部痛	あり	安静 絶食 抗菌薬	軽快
野中ら ¹³⁾	16	M	頸部過進展	頸部痛 呼吸困難感	あり	安静	軽快
	16	M	むせ	胸部違和感	あり	安静 抗菌薬	軽快
	17	M	なし	前胸部痛 呼吸困難感	あり	安静 抗菌薬	軽快
松浦ら ¹⁴⁾	17	F	なし	咽頭痛	あり	絶食 抗菌薬	軽快
高柳ら(6例) ¹⁵⁾	13-21	M (6)	運動 (4) なし (2)	頸部痛(4) 咽頭痛(3) 胸痛(3) 呼吸困難(2)	あり(1) 記載なし(5)	安静 抗菌薬 絶食(2)	軽快
内藤 ¹⁶⁾	16	M	なし	前胸部痛 左頸部痛	なし	安静	軽快
阪本ら (19例) ¹⁷⁾	1	M	なし	不明	—	頸部皮下切開 縦隔ドレナージ	死亡
	5	M	なし	全身の疼痛	あり	縦隔胸腔ドレナージ 絶食	軽快
	87	F	なし	背部痛	—	経過観察	軽快
	13-36	M (9) F (7)	運動 (5) 発声 (2) 嘔吐 咳嗽 吹奏楽 ヘリウムガス吸入 なし (7)	胸痛 (9) 咽頭痛 (7) 呼吸困難 (5) 頸部痛 (2) 胸部圧迫感 (1) 背部痛 (1) 菌痛 (1) 症状なし (1)	—	経過観察 (10) 鎮痛剤 (2) 抗菌剤 (5) 絶食 (2) 胸腔ドレナージ	軽快
和田ら ¹⁸⁾	14	M	食事	嚔下時痛	あり	安静のみ	軽快
Kuroiwaら ¹⁹⁾	14	F	バスケットボール	咽頭痛、頭痛	なし	—	軽快
	15	F	なし	胸痛、咽頭痛、呼吸困難	あり	保存的治療	軽快
	22	F	喘鳴	胸痛	あり	—	軽快
	16	F	なし(神経性食思不振症の治療中)	胸痛	あり	栄養療法	軽快
植村ら ²⁰⁾	22	M	大声	前頸部痛 胸痛 嚔下時痛	あり	安静 絶食 抗菌薬	軽快
	16	M	大声	前頸部痛 胸痛	あり	安静 絶食 抗菌薬	軽快
鈴木ら ²¹⁾	20	M	糖尿病性ケトアシドーシス 嘔吐	呼吸困難	あり	—	軽快
	27	M	糖尿病性ケトアシドーシス	—	—	—	軽快
服部ら (4例) ²²⁾	13-15	M (2) F (2)	スポーツ 大声 咳嗽 なし(1)	胸痛 咽頭痛	—	安静	軽快
飯田ら ²³⁾	13	M	野球の試合	嚔下時痛 呼吸困難	あり	保存的治療	軽快
徳満ら ²⁴⁾	31	F	嘔吐(神経性無食欲症)	咽頭痛 胸痛 呼吸困難	—	保存液治療	軽快
高畠ら ²⁵⁾	10歳代 (7) 30歳代 (1)	M	運動 (3) 大声 (2) 不明 (3)	胸痛 (5) 頸部痛 (3) 呼吸困難 (2)	—	安静 抗菌薬 (4)	軽快
Okadaら (20例) ²⁶⁾		M (19) F (1)	スポーツや重量挙げ (8)	胸痛 (15) 嚔下障害 (10) 呼吸困難 (8)	あり(15) なし(5)	入院 (10) 外来で鎮痛薬 (9)	軽快
馬場ら ²⁷⁾	27	F	妊娠悪阻による嘔吐	顔面~頸部の腫脹	—	安静 制吐剤 抗菌薬	軽快
外山ら ²⁸⁾	21	M	咳嗽	咽頭痛	あり	安静 鎮痛剤 鎮咳薬	軽快
藤原ら ²⁹⁾	21	M	なし	嚔下時痛 呼吸困難	あり	抗菌薬	軽快
菅野ら ³⁰⁾	15	M	感冒様症状	咳嗽 胸痛	あり	安静 抗菌薬	軽快
菅ら ³¹⁾	14	M	運動	胸痛	—	安静	軽快
	9	F	なし	前胸部痛	—	安静	軽快
安部ら (11例) ³²⁾	10-19	M (10) F (1)	運動 (6) 咳嗽 (2) 嘔吐 発声	胸部違和感 胸痛 心窩部痛 頸部痛 咽頭痛 嚔下時痛 呼吸困難	あり(11)	入院 (8) 抗菌薬 (7)	軽快
古田ら (8例) ³³⁾	13-16	M (7) F (1)	大声 (4) 全力疾走(1) なし (3)	胸痛 (6) 頸部痛 (2) 咽頭痛 (1) 嚔下困難 (1)	あり(6) なし(2)	抗菌薬 (4) 安静 (8)	軽快
西野ら ³⁴⁾	15	M	なし	咽頭痛 前胸部痛	—	安静 絶食 抗菌薬	軽快
隅田ら ³⁵⁾	29	F	なし	頸部握雪感 頸部痛	—	安静 投薬	軽快
	24	M	重い荷物を持つ	胸痛	—	安静 投薬	軽快
朝比奈ら (6例) ³⁶⁾	14-25		運動 (2) 炭酸飲料摂取 なし (3)	胸痛 (5) 呼吸困難 (4) 嚔下時痛 (3) 頸部痛 (1) 咽頭痛 (1)	—	絶食 (4) 抗菌薬 (2)	軽快
越湖ら ³⁷⁾	16	M		呼吸困難	—	外来治療	—
	16	M	運動や発声	咽頭痛	—	絶食 抗菌薬	軽快
	22	M		心窩部痛	—	—	—
宮本ら ³⁸⁾	19	F	術後イレウスによる頻回の嘔吐	症状なし	あり	保存的治療	軽快
常塚ら ³⁹⁾	35	F	なし	咽頭痛 前胸部痛 頸部腫脹	—	安静 抗菌薬 胸腔鏡下縦隔胸膜切開術	軽快
上田ら ⁴⁰⁾	23	F	なし	咽のつかえ感 頸部痛 呼吸困難	あり	安静 絶食 抗菌薬	軽快
	26	M	咳嗽	頸部痛 嚔下時痛	—	安静 絶食 抗菌薬	軽快
富樫 (5例) ⁴¹⁾	14-25	M (4) F (1)	運動 (4) カラオケ	頸部痛 (5) 咽頭痛 (5) 前胸部痛 (4) 呼吸困難	—	—	軽快

別疾患となると考えられた。約半数には運動、
大声、嘔吐などの誘引となるエピソードを認め

た。経過観察や保存的治療で軽快する症例が多
く、subclinicalな症例、確定診断に至らないも

自然軽快する症例も存在することが予想された。一方、頻度は低いものの、侵襲的治療が必要な症例や死亡症例もあることから、診断困難例では胸部CTの施行、症状の経過観察が重要と考えられた。

VI. 結 語

2007年から2018年までに、特発性縦隔気腫の症例を9例経験した。特発性縦隔気腫は、若年者に多く、発声や嘔吐、運動が誘引となる場合があり、安静や抗生剤投与などの保存的治療で軽快する症例が多かった。胸部単純X線で異常所見の同定が困難な事例があること、頻度は少ないが侵襲的治療が必要であった報告もあることから、胸部CTによる確定診断と経過観察が重要であると考えられた。

参考文献

- Mondello B, Pavia R, Ruggeri P, et al: Spontaneous pneumomediastinum: experience in 18 adult patients. *Lung* 2007; 185: 9-14.
- Hamman L: Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1939; 64: 1-21.
- Macklin CC: Transport of air along sheaths of pulmonic blood vessels from alveoli to mediastinum. *Arch Intern Med* 1939; 64: 913-926.
- Watanabe Shin: 特発性縦隔気腫における胸部X線側面像の有用性. *日本病院総合診療医学会雑誌* 2019; 15: 103-105.
- 中谷恵理, 青谷裕史, 中川雅生: 怒責により特発性縦隔気腫を発症した標準体型の思春期男子例. *小児科診療* 2018; 81: 391-394.
- 中野晃太郎, 成相昭吉: 特発性縦隔気腫の1例. *外来小児科* 2016; 19: 366-369.
- 二村真琴, 菅谷憲太, 山本亜矢子, 他: 小児特発性縦隔気腫の1例. *小児科臨床* 2016; 69: 1712-1717.
- 金井宏明, 光田栄子, 佐藤広樹, 他: 特発性縦隔気腫の2女児例. *小児科臨床* 2014; 67: 1207-1211.
- 八坂剛一, 岡島真里, 山岸利暢, 他: カフェイン中毒に合併した特発性縦隔気腫の1例. *日本臨床床救急医学会雑誌* 2013; 16: 131-135.
- 内藤龍雄: 特発性縦隔気腫の5例. *日本臨床内科医会誌* 2012; 26: 650-652.
- 犬飼道雄, 梶谷伸頭: 特発性縦隔気腫の2例. *日本臨床救急医学会雑誌* 2009; 12: 511-515.
- 小原聖勇, 橋本博史, 大鹿芳郎, 他: 特発性縦隔気腫の4例. *日本胸部臨床* 2009; 68: 257-262.
- 野中誠, 白田亮介, 榊田幹郎, 他: 特発性縦隔気腫の3例. *日本胸部臨床* 2009; 68: 252-256.
- 松浦徹, 間島雄一: 咽頭痛で発症した特発性縦隔気腫の1例. *日本気管食道科学会会報* 2008; 59: 48-51.
- 高柳博久, 小森学, 中山次久, 他: 特発性縦隔気腫6症例の検討. *日本気管食道科学会会報* 2007; 58: 574-581.
- 内藤龍雄: 胸部X線CTにてはじめて診断し得た, 特発性縦隔気腫の1例. *呼吸* 2007; 26: 1134-1137.
- 阪本仁, 小阪真二, 土屋恭子: 特発性縦隔気腫症例の臨床的検討. *日本呼吸器外科学会雑誌* 2009; 23: 918-923.
- 和田優子, 久保勝之, 中坪久乃, 他: 小児特発性縦隔気腫の1例. *小児科* 2019; 60: 1309-1310.
- Kuroiwa Maiko, Kita Keiichiro, Wakakuri Akira, et al: Spontaneous pneumomediastinum in young women: Comparison between anorexia nervosa and nonanorexic patients. *Journal of General and Family Medicine* 2017; 18: 268-270.
- 植村剛, 中野友明, 岡崎鈴代, 他: 特発性縦隔気腫の2例. *耳鼻咽喉科臨床* 2018; 111: 361-365.
- 鈴木里佳子, 藤本啓, 大村有加, 他: 糖尿病ケトアシドーシスに特発性縦隔気腫を合併した2症例. *糖尿病* 2017; 60: 763-768.
- 服部典子, 森田誠, 徳永博秀, 他: 1ヵ月で経験した特発性縦隔気腫の4例. *日本小児呼吸器学会雑誌* 2017; 27: 165-172.
- 飯田優理香, 工藤浩, 木戸敏喜, 他: 特発性縦隔気腫の1例. *岐阜県内科医会雑誌* 2016; 29: 11-14.
- 徳満敬大, 鳩山恵一朗, 久保田優花, 他: 特発性縦隔気腫を繰り返した神経性無食欲症の1例. *精神神経学雑誌* 2016; 118: 275-280.
- 高島一郎, 瀬口龍太, 野宏成, 曾我真伍, 他: 特発性縦隔気腫の検討. *北陸外科学会雑誌* 2014; 33: 13-15.
- Okada Masahiko, Adachi Hideo, Shibuya Yasuhiro, et al: Diagnosis and treatment of patients with spontaneous pneumomediastinum. *Respiratory Investigation*; 52: 36-40.
- 馬場聡, 川田淑子, 秋野なな, 他: 妊娠悪阻による頻回の嘔吐により特発性縦隔気腫をきたした症例. *東京産科婦人科学会誌* 2014; 63: 682-686.
- 外山貴洋, 長谷川森一, 小林花神, 志賀守, 他: 特発性縦隔気腫の1例. *東三医学会誌* 2014; 36: 6-9.
- 藤原清宏, 伊藤武文, 寺本佳奈子, 他: 嚥下痛を伴った特発性縦隔気腫の1例. *内科* 2014; 114: 170-172.
- 管野隆三, 樋口光徳, 大石明雄: 特発性縦隔気腫再発後に自然気胸を合併した1例. *日本呼吸器外科学会雑誌* 2013; 27: 904-908.
- 管博美, 石井茂樹, 中谷圭吾: 小児特発性縦隔気腫の2例. *宮崎県医師会医学会誌* 2013; 37: 31-34.
- 安部真理子, 竹谷健, 福田誠司, 他: 特発性縦隔気腫の臨床像. *日本小児科学会雑誌* 2012; 116: 1369-1374.
- 古田繁行, 脇坂宗親, 川瀬弘一, 鳥秀樹, 他: 小児特発性縦隔気腫8例の臨床的検討. *日本小児外科学会雑誌* 2012; 48: 722-726.
- 西野豪志, 片山和久, 高橋裕兒, 他: 特発性縦隔気腫の1例. *外科* 2012; 74: 793-796.
- 隅田英憲, 小林花神, 堀口高彦: 特発性縦隔気腫の2例. *東三医学会誌* 2011; 33: 29-32.
- 朝比奈彩, 稲葉浩久, 新谷恒弘, 他: 特発性縦隔気腫の6例. *胸部外科* 2009; 62: 1032-1034.
- 越湖進, 山崎左雪, 小沢恵介, 他: 特発性縦隔気腫の3例. *胸部外科* 2009; 62: 477-480.
- 宮本良一, 柳澤和彦, 山本雅由, 他: イレウスに併発した特発性縦隔気腫の1例. *日本臨床外科学会雑誌* 2009; 70: 394-398.
- 常塚宣男(石川県立中央病院 呼吸器外科), 清水陽介, 田中伸佳: 特発性縦隔気腫(Hamman's syndrome)に対し胸腔鏡手術を施行した1例. *石川県立中央病院医学誌* 2008; 30: 27-28.
- 上田征吾, 齋藤滋, 原潤保明: 特発性縦隔気腫の2例. *耳鼻咽喉科臨床* 2008; 101: 137-141.
- 富樫賢一, 保坂靖子: 特発性縦隔気腫. *胸部外科* 2007; 60: 1163-1166.

地域医療振興協会等の医師の医学情報の取り扱い

浅井泰博¹⁾

I. 背景と目的

医師が日常の診療・業務で生じる疑問を解決するために、情報をどのように入手し、保存、利用しているか(以下、情報の取り扱い)について、日本での報告は乏しい¹⁾。地域医療振興協会(以下、協会)等の医師がどのように情報を取り扱っているか、また困っていることや協会に期待する点を調べるために、アンケート調査を行った。

II. 方法

方法1 協会が主催する第13回へき地・地域医療学会(2019年6月29~30日)の受付で配布するプログラム冊子に、A3サイズの紙1枚を2つ折にしたA4サイズ4ページ分の調査用紙を挟み、会場に置いた回収箱で回収した。またインターネットでも回答できるように、調査用紙と同じ内容をGoogleフォーム²⁾で作成し、そのリンク先のQRコードを調査用紙に掲載した。

方法2 2019年9月末に地域医療振興協会内の複数のメーリングリストを通じて、調査協力をEメールで依頼した。回答はGoogleフォームのみとした。

III. 結果

方法1による学会会場での調査用紙の回収数

は8、Googleフォームでの回答数は6、方法2による回答数は26で、合計で40の回答を得た。無記名で回答可能であったが、記名のあった回答のうち2人から方法1と方法2の両方に回答があり、時間的に後である方法2の回答を採用し、解析対象は38である。うち1人はごく一部のみに回答があったが解析対象に含めた。

1. 回答者の背景

質問表では最後の質問であった。臨床との関わりは、週に3~4回以上が32人(94.4%)とほとんどで、研修医や医学生の教育との関わりは週に1~2回以上が26人(70.3%)であった(図1)。また医師免許取得後の年数は、30年以上が12人(33.3%)で、9年以下は合わせて10人(27.8%)であった。

2. 日常診療・業務上で生じる疑問

2-1. 頻度は、毎日1回以上が19人(51.4%)、週に3~4回が12人(32.4%)、週に1~2回が6人(16.2%)であった。

2-2. 調べる疑問の種類とその頻度

11種類の疑問ごとに、各人での相対的な頻度を、最も少ない・少ない・中間・多い・最も多い、の5段階で調べた(図2)。「最も多い」・「多い」を合わせた割合は、治療(91.6%)、診断(73.0%)が多く、続いて概要レビュー(41.6%)、合併症・副作用(36.1%)、ガイドライン(36.1%)であった。「最も多い」・「多い」に「中間」を加え

1) 湯沢町保健医療センター

(著者連絡先：〒949-6101 新潟県南魚沼郡湯沢町湯沢2877-1 湯沢町保健医療センター)

原稿受付2020年7月17日/掲載承認2020年9月15日

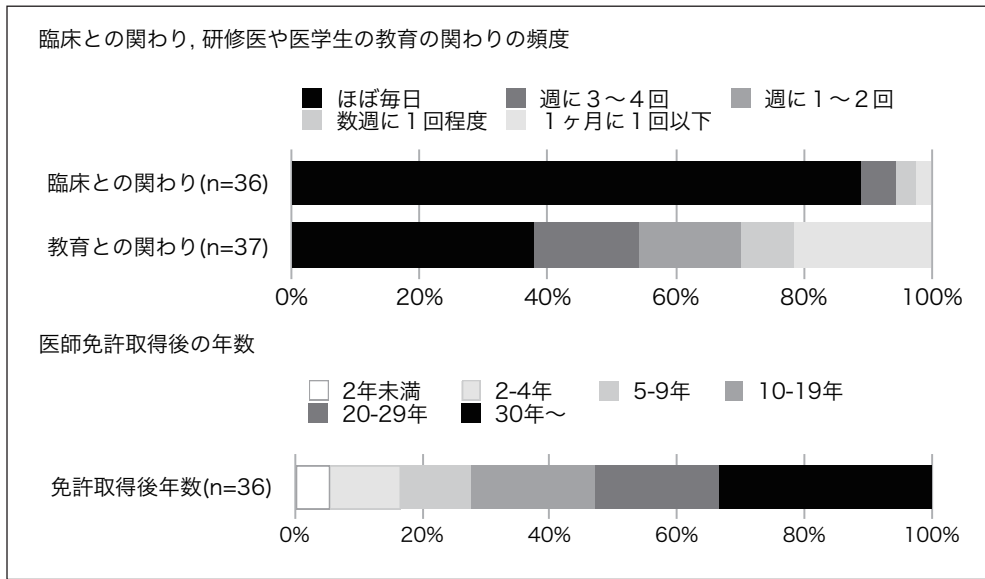


図1 回答者背景

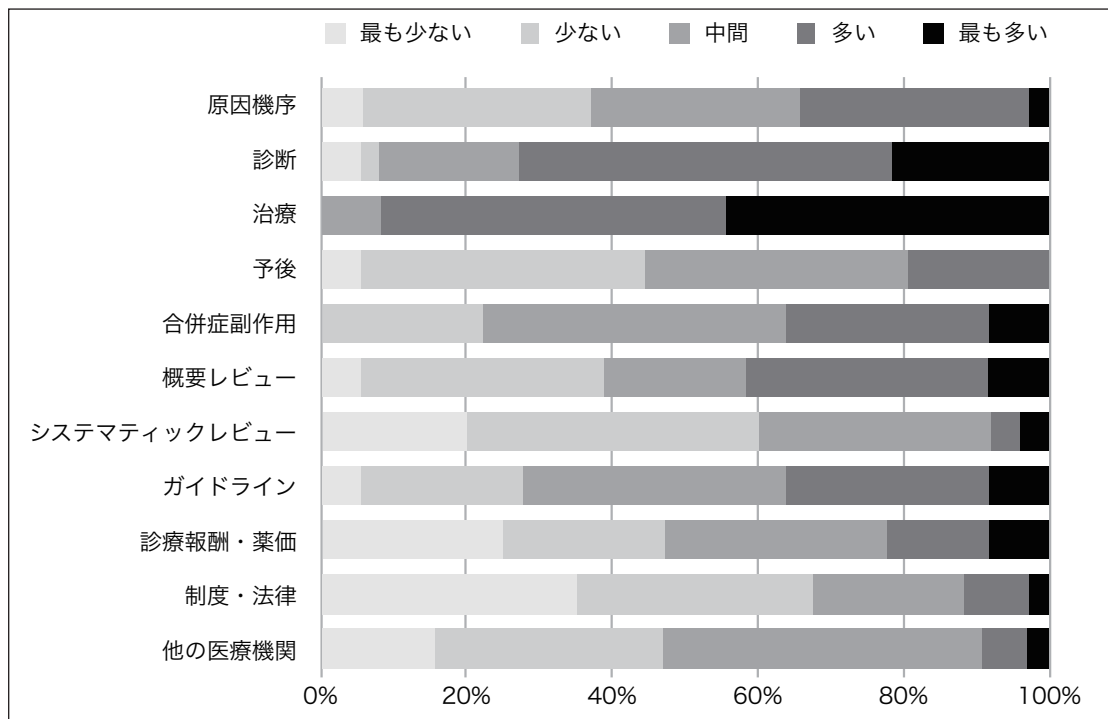


図2 調べる疑問の種類と頻度 (n=37)

た割合で見ても、治療(100%)、診断(91.9%)、合併症・副作用(77.8%)、ガイドライン(72.2%)の順は同じであった。一方、[最も少ない]・[少ない]を合わせた割合が多い疑問は、制度・法律(67.7%)、システマティックレビュー(60.0%)、診療報酬・薬価(47.2%)、他の医療

機関(46.9%)であった。

また11種類以外の自由記載欄に、[最も多い]と3人が挙げた項目は、薬の名前・用法用量、他科で使用される略語、症状・病名・薬剤、[多い]と3人が挙げた項目は、流行感染症情報、解剖(特に筋骨格系)、外傷の対応、であった。

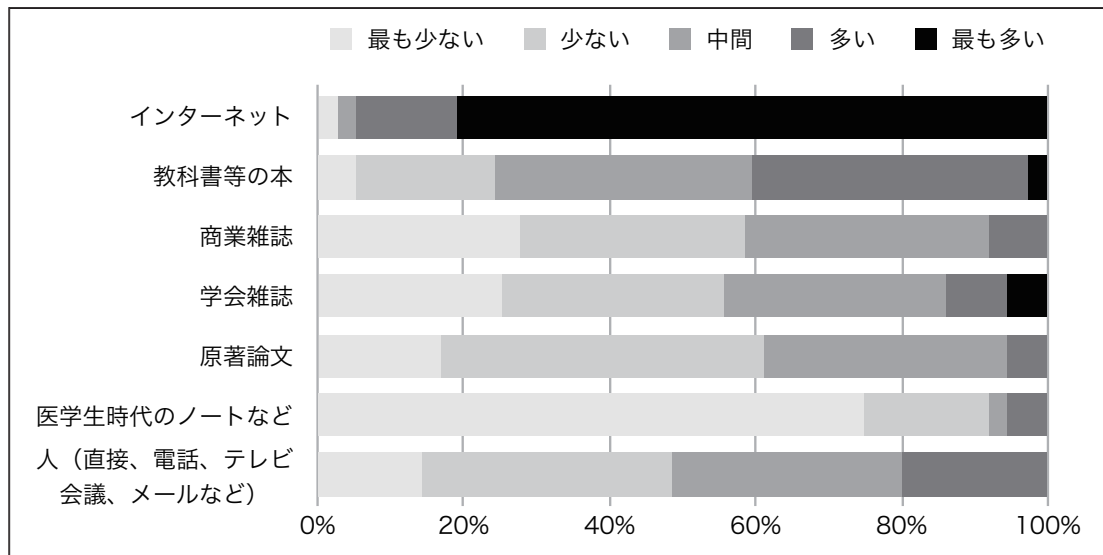


図3 疑問解決の方法の手段と頻度(n=37)

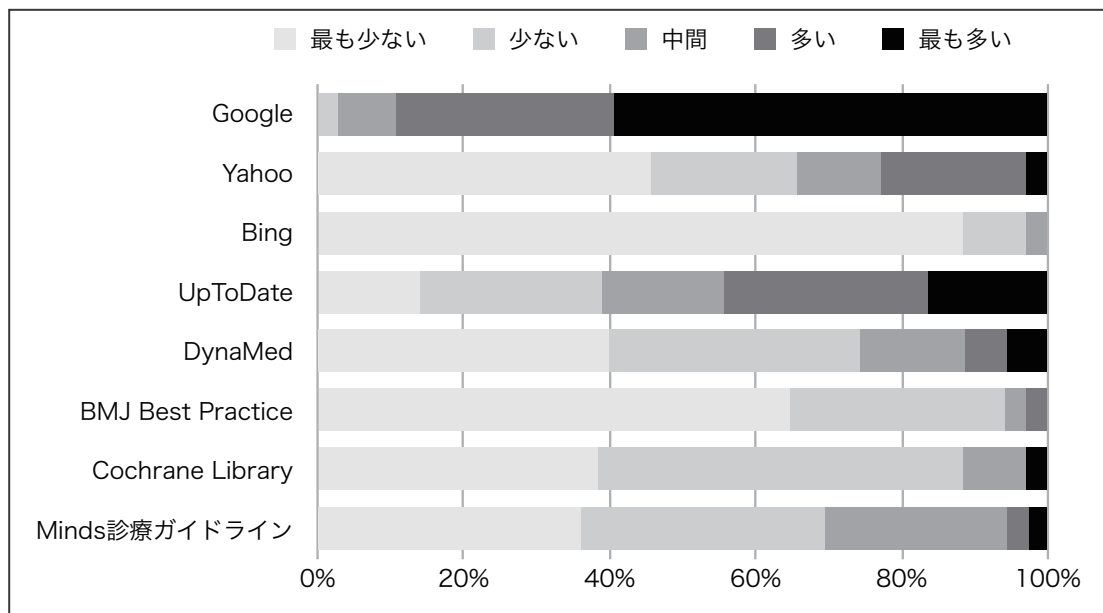


図4 インターネット上の情報源へのアクセス頻度(n=37)

2-3. 疑問解決の方法の手段と頻度

[最も多い]・[多い]を合わせた割合は、圧倒的にインターネットが高く(94.6%)、次に教科書等の本(40.5%)、人(20.0%)であった(図3)。

2-4. インターネット上の情報源へのアクセス頻度

[最も多い]と[多い]の割合は、検索エンジンではGoogleが89.2%(33/37)と最多で、医療系オンラインサービス等では、UpToDate 44.5%

(16/36)、DynaMed 11.4%(4/35)、Minds診療ガイドライン 5.6%(2/36)、BMJ Best Practice 2.9%(1/34)、Cochrane Library 2.9%(1/34)であった(図4)。インターネット上の情報源として、12人から自由記載欄に挙げられたものを表に示す(表1)。

3. メーリングリスト・メールで定期的を送付される情報源の数

表1 自由記載されたインターネット上の情報源(n=12)

サイトや検索方法	回答者コメント, () 内は著者が追加
自治医科大学図書館	有用 (同大卒業生向けに和洋雑誌の電子ジャーナルを提供)
メディカルオンライン	日本語論文でコメディカルが利用 (個人¥1,000/月で文献要旨閲覧見放題・本文¥600~/1文献, グループ・施設の法人契約有)
今日の臨床サポート	日本語でまとまっている, 日本語なので早く理解できる (エビデンスに基づく二次文献データベース, 個人¥14,800税別/年)
MedPeer	なし (医師の疑問を医師同士で解決する場の臨床/ライフ掲示板, エキスパートへ相談できる症例相談, 製薬会社Web講演会情報等)
今日の診療web	昔より良質な内容が増えた (医学書院の「今日の～」等データベース, Web利用は個人で¥45,000税別/年, レジデント割引有)
Essential Evidence Plusのキーワード検索	DailyPoemsを購読中で過去のデータを検索 (100以上の雑誌から最近の研究の要約がE-mailで平日毎日送付される)
Medscape	無料で比較的エビデンスがまとめられている二次資料 (本社New York, ニュースや薬剤情報などの情報, スマホアプリ有)
各学会サイト	なし
CMEC-TV	なし (日本語によるEBMの批判的吟味を経た論文要約購読サービス有, ¥5,000/年)
なんごろく	指導ツールとして使用 (The SPELL “EBMの実践と生涯教育の広場”にある「診療のTips」)
American Family Physician	まとまったreviewがあることが多い, 最新でなければ (発刊から1年以上経過) 無料閲覧可
JAPIC (Japan Pharmaceutical Information Center)	医薬品情報データベース (日本医薬情報センターが医薬品に関する複数のデータベースを提供. iyakuSearchでは添付文書, 医薬文献・学会演題の検索が可能)
KOMPAS	Googleの病名検索で当たれば患者説明に一番参考になる (慶應義塾大学病院医療健康情報サイト)
PubMed	総説を読む際に利用, 他の二次資料で紹介されている論文を見る (米国国立図書館が運営. 2020年春に基本システムがリニューアル. FindのClinical Queriesは, therapy, diagnosis, etiology, prognosis, clinical prediction guidesに関する論文を効果的に検索するためHaynesらの研究から得られた検索式を使用)

3～5個が16人(42.1%)と最多であった。有益な情報を得たことのあるまたはお勧め(お勧めかもしれない程度を含む)のメーリングリストとして挙げられたものを表2に示す。

4. SNS (Social Network Service)

4-1. Facebook

アカウントを持つ人は36人中28人(77.8%)であった。そのうち、アクセスの頻度は週に1～2回以上が計21人(75.0%)であり、日常診療や業務に有益な情報が得られる頻度は(n=27)、週に1～2回以上が計12人(44.4%)の一方、1カ

月に1回以下は11人(40.7%)であった(図5)。書き込む頻度(日常診療と無関係を含む)は(n=23)、週に3～4回以上は4人(17.4%)で、数週に1回以下は計14人(60.8%)であった。

4-2. Twitter

アカウントの有る人は36人中13人(36.1%)であった。その13人のアクセスの頻度は、週に3～4回以上は計7人(53.9%)であり、日常診療や業務に有益な情報が得られる頻度は(n=12)、数週に1回以下が計11人(92.7%)であった。書き込む頻度は(n=12)、1カ月に1回以下が10人(83.3%)であった(図5)。

表2 有益な情報を得たことのある・お勧め(かもしれない程度を含む)のメーリングリスト(ML)(n=14)

メーリングリスト名 [2つ以上の場合のみ回答数]	コメント(表現等一部改変)(著者追記、各ホームページから登録が可能なものは[登録可])
Daily POEMs	Essential Evidence Plus発行(有料データベースのサービス, 登録可有料)
DynaMedのメール	契約者に配布(英語2種とポルトガル語1種, 定期的に重要な論文の要約が送付される, 登録可)
EM Alliance	救急系セミナー(https://www.emalliance.org/ , 登録可)
Essential Evidence Plus	なし
Evidence update	興味ある分野のエビデンスレベルの高い論文が定期的に配信される(EvidenceAlerts, 登録可)
ldaten [3]	感染症・感染症・総合診療(日本感染症教育研究会, 登録可)
J-septic	セミナー等(日本集中治療教育研究会, 集中治療, 登録可)
JADECOM診療所ML	コメントなし(非公開)
JHospitalist Network	病院総合医系、勉強会などの案内が多い(登録可)
JournalWatch日本語版	大日本製薬が運営(NEJMの発行元作成, 日本語, 登録可)
m3	コメントなし
PCBM [2]	山梨の古屋医師が主宰、行動医学から始まった
TFC (Total Family Care) [5]	実地医家の実際の声がかかる、家庭医療学会で始まった、家庭医療系、総合診療(会員が入会希望者を推薦し申し込む)
ケアネット	コメントなし
なし	有益なものは殆どない
岩室先生のメルマガ	HIVや性教育について、しばしば迷惑メールに仕分けられがち(http://iwamuro.jp/net で登録可)
公衆衛生ねっと	コメントなし
東海医療ネットワーク	東海地区の家庭医の私的集まり(検索、リンクから登録可)
内科専門医ML	質問で専門医が親切に相談に乗ってもらった。今まで、成人スチル病、ミトコンドリア脳筋症、クッシング症候群について、診断、治療を地元で完結できた。(内科学会の専門医部会メーリングリストは総合内科専門医が参加可能, 登録可)
日本プライマリ・ケア連合学会	総合診療領域の情報(会員に配信される)

5. アプリケーション

診療や業務で使用しているアプリケーション名と特徴やお勧め点を自由記載で記入してもらった。18人が回答し、挙げられたアプリケーションの数[人数]は、1[8人]、2[5人]、3[3人]、10[1人]、13[1人]、であった。この中にはPodcastやインターネットサイトも含まれていた(表3)。

6. スキャナー

スキャナーを使っている割合は35.1%(38人中

14人)であった。その14人のスキャンする対象として頻度が比較的高いものは、配布された資料と自分で作成した資料であった(図6)。その他の対象として1人から「名刺」が挙げられた。

スキャンしたデータの保存先で最も多いものは、クラウド(n=6)、パソコン内(n=5)、スマートフォン内(n=3)の順であった。一方、使われていない保存先は、タブレット内(n=8)、PCの外付けメモリ(n=7)、スマートフォン内(n=5)の順であった。

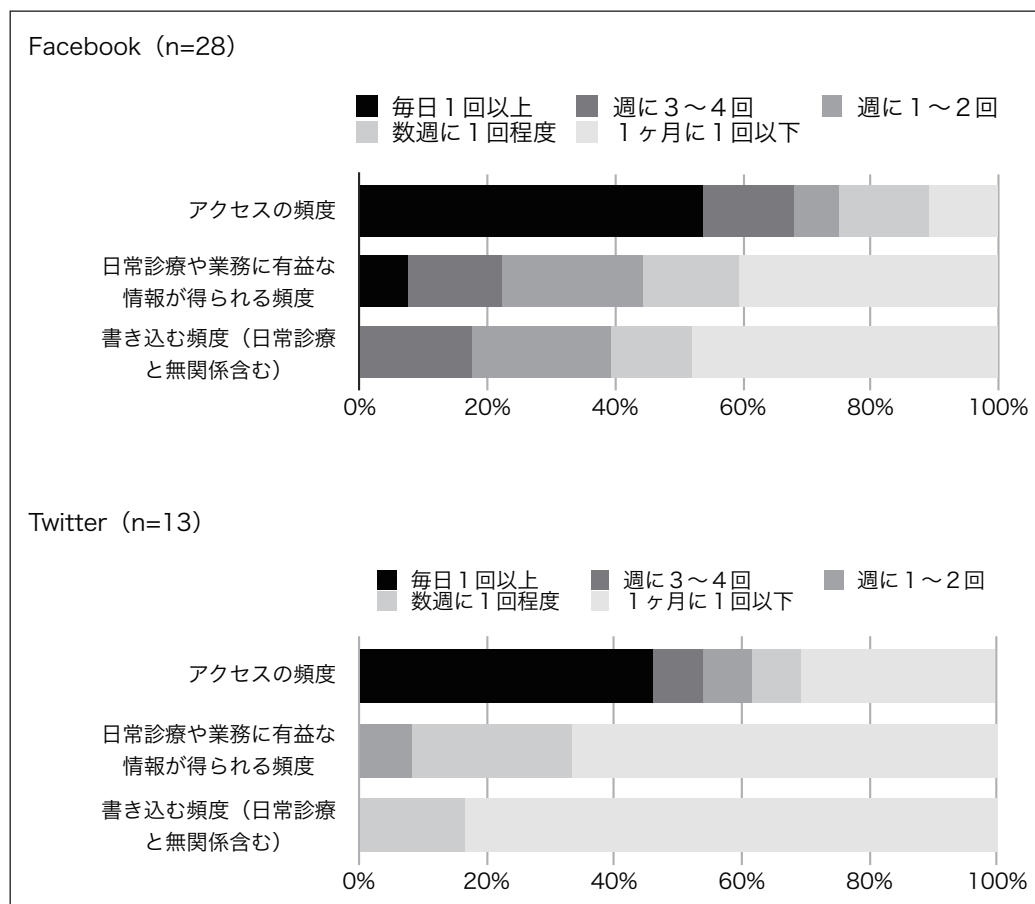


図5 SNSの利用と頻度

7. クラウド(ストレージ)

日常診療や業務で使用するデータの保存場所としてクラウドを使っている人は73.5% (34人中25人)であった。クラウドサービスごとの使用頻度では(n=23), 毎日1回以上と週に3~4回を合わせると, Evernoteが14人(60.9%)と最多で, 次にDropboxが11人(47.8%)と続いた(図7)。その他として1人からSharePointが挙げられた。

またクラウドのデータを見る際に最も使う機器は(n=26), パソコンが14人(53.8%)と最多で, 次にスマートフォン10人(38.5%), タブレットは2人(7.7%)であった。

有料のクラウドサービスを利用しているのは13人で, その内訳([数], 推奨点などコメント)は(1人のみ2つ回答), Dropbox([5], 容易安価, 他の人が使っている可能性が高くチームで

のファイル共有として), Evernote([3], 制限なし, 検索が楽, PDF内検索可能), Apple iCloud([1], Macユーザーにとっては同期や管理がしやすいので個人用で使っておりDropboxと分けると公私の区別がしやすい), Googleドライブ([2], コメントなし), MS office 365([1], コメントなし), 未記入([2], コメントなし)であった。

8. 医学論文を読む頻度と, 地域医療振興協会のMOSSからリンクしたPubMedへのアクセス頻度

8-1. 医学論文を週に1回以上読む人は17人(44.7%)であった。

8-2. 協会のイントラネットであるMOSS (Microsoft Office SharePoint Service)を経由したPubMedへのアクセス頻度は, 存在を知らな

表3 診療や業務で使用しているアプリケーション(n=18)

アプリケーション名 [2つ以上の場合のみ回答数]	特徴やお勧め点 (*表現等一部改変, () は筆者コメント)
ABFMEExam Prep	家庭医療知識問題が解ける. 毎日1問解いている
ABX Guide [2]	Johns Hopkinsのマニュアル, 感染症で役立つ (¥3,600/年)
AFP Podcast	家庭医療の情報取得、英語の勉強、睡眠導入剤の1石3鳥
Antaa QA	医師限定で症例相談ができる
atlas 2020, atlas [4]	解剖系, 3D解剖, 解剖学書は不要 (visiblebody社のHuman Anatomy Atlas. Atlas 2020)
BPM Counter	脈拍や呼吸数カウントに有用
Diagnosaurus	調べ物というよりは暇つぶし用
EBM Calc	医学系計算アプリ
Epocrates	薬剤相互作用チェック
Evernote [4]	かたっぱしから情報をまとめるには便利。カメラのスキャナソフトも併用。調べた事のメモ・外来でよく閲覧している。情報管理。
Filemaker Pro	データ入力、集計に便利
GoodReader	PDF管理
m2+	(医学電子書籍ストアM2Plusの専用ビューワアプリ)
m3.com	(サイト) 医療情報
MDcalc [3]	Prediction Ruleなど, スコアリングに有用
mediLink [2]	(メディックメディア)
MedCalX	Scoreなどの計算
MediMath	惰性で使っているだけで、コメントはありません
Mediquations	惰性で使っているだけで、コメントはありません
Mendelay	文献の保存に便利
OneNote	科での情報共有システム
EPIONE薬辞典 [2]	薬の検索, 薬価や添付文書検索
RESUS-Ultrasound	エコー画像
slack	グループウェア
TG18	(Tokyo guidelines 2018, 急性胆管炎胆嚢炎のガイドライン)
TimeTree	(カレンダーシェアアプリ)
UpToDate [2]	教科書代わり, 網羅的
ヒポクラ	(ヒポクラ x マイナビ, 医師のための臨床互助ツール)
Medical e-shelf	医学書院「今日の診療」を見る際に
脂質異常症のリスク評価アプリ	(日本動脈硬化学会, 冠動脈疾患発症確率とリスクを算出)
断面図ウォーカー	CTやMRI画像

い7人を除いた31人中、存在を知っているが使用したことがない(15人)と1ヵ月に1回以下(8人)で23人(74.2%)であった。

9. 日常診療や業務での疑問解決のため情報を利用する際に困っていること、こういう方法を使っている、などあれば、あるいはこの領域で協会に期待すること
7人からの回答を列挙する。

- ・基本となる病態生理、薬理学等もう一度勉強しなおしたいと感じることがあるが、短時間でチェックできるようなコンテンツはなかなか見つからない。ネットサーフィンしなくてもどこに行けばそのような情報が得られるのかを示してくれるポータルサイトが必要と感じる。
- ・間違いなく二次資料の費用を負担しなければならなくなった。教育という仕事で必要な人

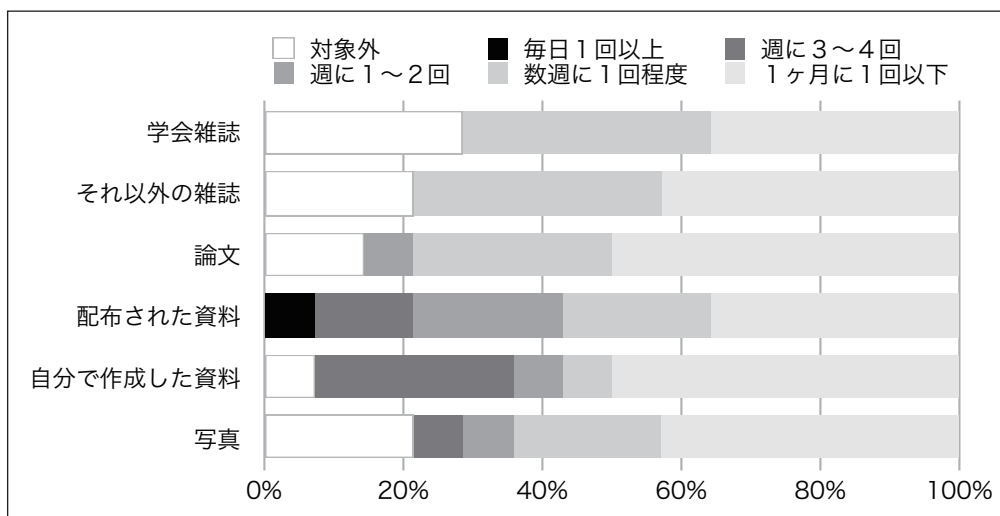


図6 スキャナー使用者のスキャン対象(n=14)

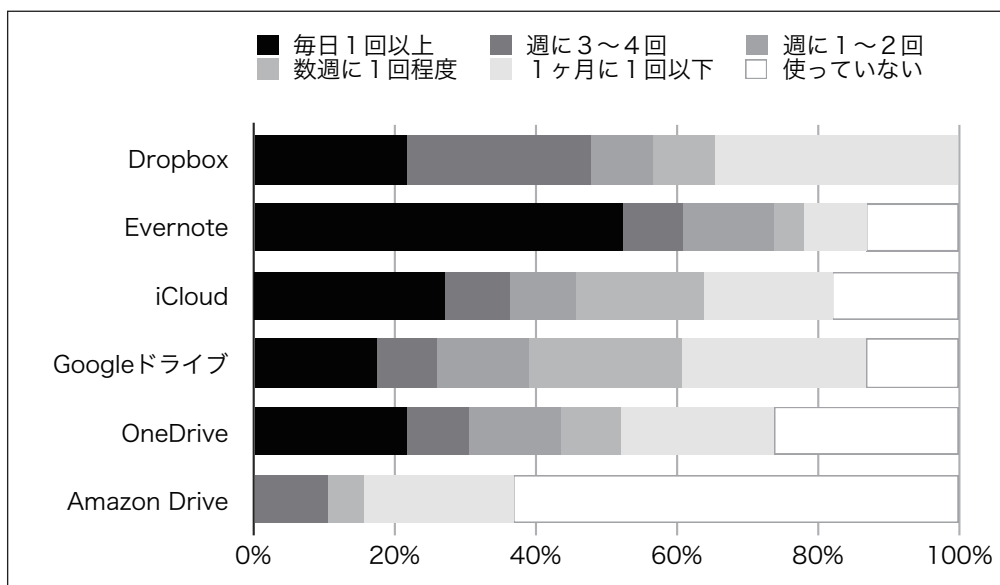


図7 クラウドサービスと利用頻度(n=23)

もいるのに、その人の負担が増えるのはありえない。負担が少なくなることを期待している。

- ・自治医大図書館の卒業生向けサービスを利用。
- ・診療報酬の算定について。
- ・皆、勉強会資料の共有でもDropbox等を私的に利用していると思いますが、できれば公式のファイル共有システムがあるといいと思う。MOSSにもファイル格納の場所はあると思うのですが、アクセスまでの操作が煩雑で

とても日常使いは困難。DropboxやGoogle Driveなどのようなフォルダ管理への同期が可能なシステムはないものか？

- ・海賊版サイトで英語論文はほぼ入手可能。日本語論文は手に入りづらいため、協会を介して入手できればありがたい。
- ・論文の原著(洋もの)にフリーアクセスしたい。
- ・検索した情報を上手に管理できないこと。若手の専攻医がMLやネット、Evernoteで情報管理を上手に行っており、これらのノウハウ

を、年寄りでも分かりやすく学べるような仕組みがあれば(協会でのe-Learningなどで)学びたい。

IV. 考 察

協会の医師を中心に、日常診療や業務上の疑問を解決するための情報の取り扱いについて、幅広い内容についてアンケート調査を行い、医師の医療情報の取り扱いの実態についてある程度知ることができた。本調査で特徴的な点は、調査方法としてGoogleフォームを用いてインターネット調査を行ったこと、調査項目としてSNSやアプリケーション、スキャン、クラウドなどの利用についても調べたことである。

医師に生じる臨床的疑問についてのsystematic review³⁾によると、1患者の診察ごとに平均0.57個の疑問が生じ、そのうち51%の疑問を探り、そのうち78%に答を見つけていた。疑問のうち34%が薬物治療に関するもので、24%が症状・身体所見・検査所見の原因診断についてであった。医師の時間不足と役立つ答えが存在するのか疑問といったことが情報検索に主要な障害であった。本調査では診察ごとの疑問を調べたものではないが、多い疑問の種類は同様であった。Sakaiらの医師、レジデント、ナース他を対象とした調査¹⁾では、医師・レジデントが疑問解決のための情報の種類として、1位が治療、2位が診断であり、本調査と一致していた。

情報源に求められる条件を考えると、疑問と関連の高い情報が得られ、信頼性が高く(evidence based)、アクセスと検索に時間がかからず、内容の理解がしやすく、そして費用が適切なことである。疑問を解決する手段としてインターネットの利用が非常に多かったのは、他の手段よりもこれらの条件をより満たしていることが理由であろう。Kwagらは2014年にウェブ上のevidence-basedと主張するpoint of careの情報要約集23個を定性的定量的に調べ⁵⁾、

Best Practice, Dynamed, UoToDateの3つが最も高得点であった。本調査でもこれら3つを含めて調べ、利用はUpToDateが最多で、Dynamedは少なく、Best Practiceは非常に少なかった。

医療情報サービス、電子教科書、文献等は、研修や教育目的に限らず医療現場のインフラの一つとして重要になっている。しかしその利用コストは年々高騰しており、団体契約を解消せざる得ない状況も生じている。現在、協会の運営施設では、協会の団体契約によってイントラネットであるMOSSから「医中誌Web」「メディカルオンライン」の検索が可能で論文本文を読むことが可能である。また2020年から「今日の臨床サポート」の利用が可能となり日々の診療に役立っている。協会はe-Learningシステムで職員や会員向けに月に1本程度の動画を作成している。アンケートの回答にもあったように、情報の検索や利用等の具体的なノウハウがe-Learningで提供されることを期待したい。

参考文献

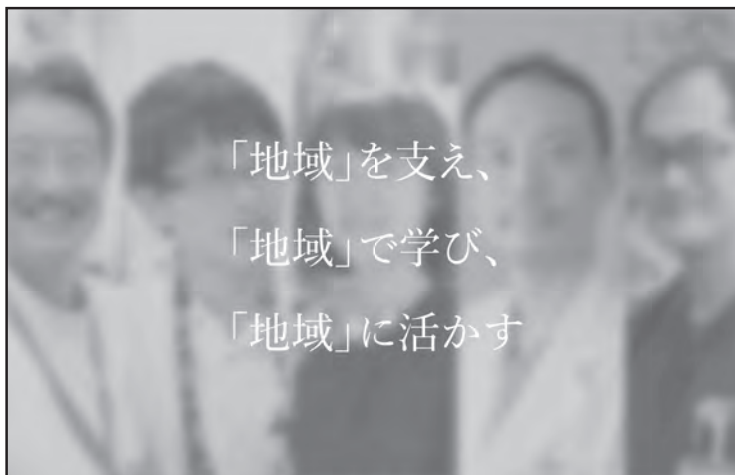
- 1) Sakai Y, Sato Y, Sato M, et al: Clinical usefulness of library and information services in Japan: The detailed use and value of information in clinical settings. PLoS One 2018; 13(6): e0199944. Published 2018 Jun 28. doi: 10.1371/journal.pone.0199944
- 2) URL https://www.google.com/intl/ja_jp/forms/about/ (accessed 2020 July 11)
- 3) Del Fiol G, Workman TE, Gorman PN: Clinical questions raised by clinicians at the point of care: a systematic review. JAMA Intern Med 2014; 174(5): 710-718. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.368
- 4) Daei A, Soleymani MR, Ashrafi-Rizi H, et al: Clinical information seeking behavior of physicians: A systematic review. Int J Med Inform 2020; 139: 104144. doi: 10.1016/j.ijmedinf. 2020.104144
- 5) Kwag KH, González-Lorenzo M, Banzi R, et al: Providing Doctors With High-Quality Information: An Updated Evaluation of Web-Based Point-of-Care Information Summaries. J Med Internet Res 2016; 18(1): e15. doi: 10.2196/jmir.5234.

JADECOMアカデミー サイト開設のお知らせ

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

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

是非ご覧ください。



「地域」を支え、
「地域」で学び、
「地域」に活かす



<https://jadecom-special.jp>

JADECOM アカデミー



お問い合わせ

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

第85回

“ベッドへの移乗時の転落”に関わる
アクシデント！

—事例の発生要因から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

医療現場で発生しているインシデント・アクシデント事例の一つに、“患者の移動”に関わる事例が挙げられる。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)で公開されている「医療安全情報」¹⁾では、「No.12: 患者搬送中の接触(2007年11月)」「No.85: 移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去(2013年12月)」「No.162: ベッドへの移乗時の転落(2020年5月)」などの注意喚起が繰り返しなされている。さらに、“転落”に焦点を当てると、「No.141: 検査台からの転落(2018年8月)」「No.155: 小児用ベッドからの転落(2019年10月)」などの注意喚起もなされている。

本事業の報告書では、第31回報告書²⁾、第34回報告書³⁾において、再発・類似事例の発生状況として、「共有すべき医療事故情報『ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故』について」という検討が実施されている。さらに、第56回報告書(以下、本報告書)⁴⁾でも、再発・類似事例の分析として、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例—移動時に転落した事例—」について検討が実施されている。

本連載でも、これまでに、第3回では「転倒・転落事例をどのように防止するか?」をテーマとして、療養上の世話に含まれる“転倒・転落”

に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止について検討し、第61回では「“検査台からの転落”に関連したアクシデント」をテーマとして、検査や治療・処置を実施する環境に関わるリスクに焦点を当てて検討している。

「転落」事例について検討する際には、「患者が1人で移動時に転落した事例」と、「移乗介助中に転落した事例」を分けて考えることが重要となる。前者の「患者が1人で移動時に転落した事例」は、認知症などの病態や自分1人でも実施できるという患者の認識、および忙しい医療者への遠慮など、患者側の要因の影響が想定されるが、患者側の要因だけでなく、ベッド周辺の環境や患者への説明・声かけなど、システム要因や環境要因の影響も考慮する必要がある。後者の「移乗介助中に転落した事例」は、移乗介助の必要な状況など、患者側の要因の影響以外に、移乗介助の実施状況やマニュアルの有無、マニュアルの遵守状況、職員への教育の状況などのシステム要因や環境要因の影響を検討することが求められる。

自施設では、“ベッドへの移乗時の転落”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、防止対策や現状評価は十分だろうか。“ベッドへの移乗時の転落”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、業務に関わるマニュアル

表1 移動に関わった職種と人数

移動に関わった職種	人数	移動に関わった人数	件数
看護師	12	1名	2
診療放射線技師	4		
看護助手	2	2名	5
療養介助員・介助員	2	3名	2
医師	1		
介助者(職種不明)	1	4名	1
合計	22	合計	10

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第56回報告書より)

が整備され、関連する教育を受けた職員が実施しているにもかかわらず、“ベッドへの移乗時の転落”に関わる事例を未然防止できないのか？という“なぜ”を深めることが重要となる。その上で、関与する医師、看護師はもとより、非医療職も含めた多職種が、チーム力を発揮できるシステムを整備することが望まれる。

そこで、本稿では、“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデント事例に焦点を当てて、インシデント・アクシデント事例発生の発生要因から未然防止対策を検討する。なお、ここでは「移乗介助中の転落」の中で、特にベッド(ストレッチャーなどを含む)からベッド(ストレッチャーなどを含む)への移動という意味で、“ベッドへの移乗時の転落”と表現する。

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

“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデント

本事業の事例検索⁵⁾では、2020年8月上旬現在、キーワード“転落”では3,413件、“転落”“療養上の世話”では2,911件、“転落”“移乗”では444件、

“転落”“ストレッチャー”では177件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本報告書では、報告書分析対象期間(2018年10月～12月)にベッドからストレッチャーへの移動中に患者が転落した事例など5件の事例の報告を受けて、2013年7月以降に報告された「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」の再発・類似事例77件について分析を実施している。

本報告書によると、事故の内容としては、「ドレーン・チューブ類の抜去や破損・切断:29件」「四肢の巻き込み・引っかかり等:28件」「転落:10件」「詳細不明:10件」などが挙げられている。「転落:10件」の移動に関わった職種は、看護師、診療放射線技師、看護助手、療養介助員・介助員、医師、介助者(職種不明)などであり、移動に関わった人数は、1～4名ということが挙げられている(表1)。

さらに、本事業の医療安全情報¹⁾「No.162:ベッドへの移乗時の転落(2020年5月)」によると、スライダーなどの移乗補助器具を使用した移乗の際、ベッドが動いて患者が転落した事例9件の発生状況として、移乗元・移乗先のベッドそれぞれが、「固定していない」あるいは「固定が不十分」であったことが挙げられている(表2)。

“ベッドへの移乗時の転落”に関わる事例として、事例検索⁵⁾で検索され、本報告書にも掲載されている事例としては、「患者(40歳代、女性)は、両下肢が伸展した形で拘縮していた。腸瘦

表2 ベッドへの移乗時の転落		
動いたベッド	動いたベッドの固定状況	
	固定していない	固定が不十分
移乗元	2	1
移乗先	4	2
件数	6	3

(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.162より)

交換のため準備を進め、看護師はスライダーを使用してストレッチャーへの患者の移乗を開始した。通常、移乗介助は2人で行っているが、時間がないと焦っていたため1人で実施した。ストレッチャーをベッドの右隣に付け、ベッドとストレッチャーの間に隙間がないことを確認し、ベッドの左側から患者の左肩と腰を支え、ストレッチャー側へスライドするように力を加えた。その時、ストレッチャーがベッドから離れるように移動し、ベッドとストレッチャーの隙間に、患者がスライダーとともに転落した。CT検査の結果、右脛骨内果骨折と診断された。事故後の検証で、ロックがかかった状態でストレッチャーを押すと車輪自体は動かないが、キャスター(車輪を設置している支点となる部分)が回転し、車輪も回転するため、ロックがかかっているにもかかわらずキャスターの遊びの範囲内でストレッチャーが動くことが確認された。当該病棟では、週2回、ストレッチャーの使用前点検を行っているが、使用したストレッチャーはメンテナンス不良のものであった。当該看護師は、スライダーの使用手順を熟知していなかった。「患者(70歳代、男性)の入浴(特殊浴槽使用)のため、看護助手と介助者1人で、移動用ストレッチャーから入浴用ストレッチャーへの患者の移乗介助を行った。患者移乗マットを使用し、入浴用ストレッチャーへ移乗中、移動用ストレッチャーが動いて2つのストレッチャー間の隙間が広がり、患者がマットごと滑るように転落した。CT検査などが実施され、右肩鎖関節

亜脱臼・右鎖骨遠位部骨折と診断された。事例発生日は日曜日で職員数が少なく、入浴介助の職員は4人(平日6人)であった。移乗は、1人が移動用ストレッチャー側に、1人が入浴用のストレッチャー側に位置して実施した。入浴用ストレッチャーのロックはかかっていたが、移動用ストレッチャーのロックはかかっていた」などがある。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“ベッドへの移乗時の転落”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策として、マニュアル・ルールの整備や周知、ストレッチャーなどの点検、職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“ベッドへの移乗時の転落”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価をふまえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索⁵⁾で検索された事例(以下、本事例)で本報告書にも掲載されている事例を基に、“ベッドへの移乗時の転落”に関連したアクシデント事例の発生要因と事例発生を未然に防止するためのシステム整備について検討する。

事例 「看護師3人で実施したのに？ ベッドからストレッチャーへの移乗介助中に転落」**【事故の内容】**

- ・患者(60歳代, 男性)の入浴準備にて, 機械浴室内でベッドから浴室専用ストレッチャー(以下, 機械浴室用ストレッチャー)への患者の移乗のために, 看護師3人で, ベッドと機械浴室用ストレッチャーのロックをかけて作業を開始した.
- ・看護師Aはベッド側, 看護師Bは患者の頭側, 看護師Cは機械浴室用ストレッチャー側に位置していた.
- ・看護師Cは, スライダーから患者の足がはみ出していたため, 直そうと患者の足元へ移動した.
- ・同時に, 看護師Aは患者の移乗を開始し, スライダー上の患者を押した.
- ・その反動で機械浴室用ストレッチャーが動き, ベッドと機械浴室用ストレッチャーの隙間から患者が転落した.
- ・患者の肩を支えていた看護師Bは, 患者の体を支えきれず, 患者は臀部から落下して, 臀部と頭部を打撲した.
- ・CT検査の結果, 外傷性硬膜下血腫と診断され, 保存的治療の方針となった.
- ・医師が家族に説明し, 病棟師長と共に謝罪した.
- ・その後, 家族の目の前でけいれん発作が出現し, 薬剤で鎮静した.
- ・家族は激怒し, 「怒りが収まらない」と発言し, 帰宅した.
- ・しばらく患者の反応が低下し, 発語も無かったが, 2週間後から発語が見られて意識レベルは事故当時と同様に戻り, 意思疎通が可能となった.

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

本事例の背景要因としては、「機械浴室用ストレッチャーは毎日使用されているため, 定期点検は実施されていなかった」「機械浴室用ストレッチャーは, 4年前に購入してから, メーカーによる点検も実施されていなかった」「事故後, メーカーで点検した結果, タイヤの摩耗で4輪とも交換となり, タイヤの摩耗が原因で機械浴室用ストレッチャーが横滑りしたと考えられた」「一部の看護師は, 機械浴室用ストレッチャーのロックのかけ方が時々悪く, ロックをかけても動いてしまうことを認識していたが, 何度かやり直すと正常になるため, ロックのかけ方(手技)の問題と思い, 看護師長に報告していなかった」「患者の移乗時に誰も声かけを行っていないため, 看護師AとCの意思統一が図れておらず, 各自の思いで行動した」などが挙げられている。

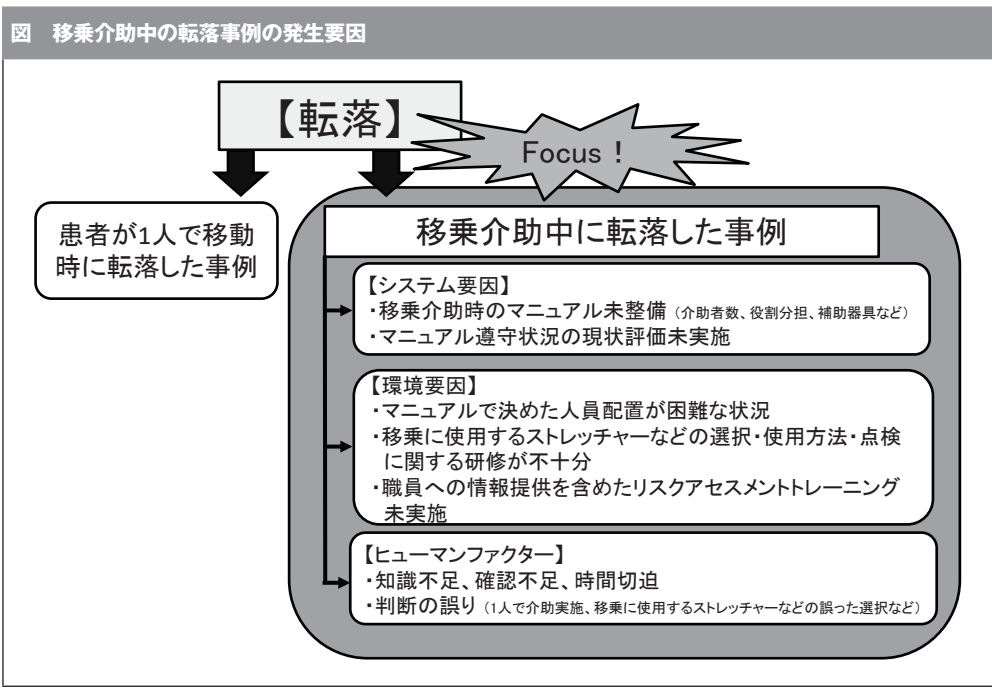
本事例を, インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり, 事例発生の原因を当事者

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。

本事例を, RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てて検討すると, 「なぜ, 看護師3人で移乗介助を実施したにもかかわらず, 患者の転落を防止できなかったのか?」「なぜ, 日常的に移乗介助の必要な患者に使用する機械浴室用ストレッチャーの定期点検が実施されていなかったのか?」「なぜ, 機械浴室用ストレッチャーの購入後4年間, メーカーによる点検が実施されていないことが問題視されなかったのか?」「なぜ, 『一部の看護師は, 機械浴室用ストレッチャーのロックのかけ方が時々悪く, ロックをかけても動いてしまうことを認識していた』ということを, 部署の責任者である看護師長に報告していなかったのか?」「なぜ, 患者の移乗時に誰も声かけを行わず, 看護師AとCの意思統一が図れないまま, 各自の思いで行動したのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に, 本事例では, 「一部の看護師は, 機械浴室用ストレッチャーのロックのかけ方が時々悪く, ロックをかけても動いてしまうことを認識していたが, 何度かやり直すと正常になるため, ロックのかけ方(手技)の問題と思い, 看護師長に報告していなかった」「患者の移乗時に誰も声かけを行っていないため, 看護師AとCの意思統一が図れておらず, 各自の思いで行動した」などがポイントとして挙げられる。

「一部の看護師は, 機械浴室用ストレッチャーのロックのかけ方が時々悪く, ロックをかけても動いてしまうことを認識していたが, 何度かやり直すと正常になるため, ロックのかけ方(手技)の問題と思い, 看護師長に報告していなかった」ということは, 一部の職員が認識している事実を, 個々の職員が主観的に「問題なし」と思い, 情報の共有が図られていなかった可能性が想定される。特に, 部署の責任者である看護師長に伝わっていないということや, 認識した事



実に基づき、患者への影響に関わるリスクアセスメントが実施されていない可能性も想定され、早急に検討することが望まれる。

「患者の移乗時に誰も声かけを行っていないため、看護師AとCの意思統一が図れておらず、各自の思いで行動した」ことについては、移乗介助時の配置や役割分担などの課題が見えてくる。この場合、マニュアルに配置や役割分担、リーダーシップの発揮などの記載の有無を確認することが期待される。

本報告書では、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例－移動時に転落した事例－」の主な背景・要因として、「ストレッチャーの選択を誤り、ロックがかからないストレッチャーを用いて移乗介助をした」「介助浴(ストレッチャー浴)を2人で行う手順を守っていなかった」「休憩時間帯で人員が不足していたが、1人で入浴介助を開始した」「ロックがかかっていると思い込んでいた」「スライダーを使用した移乗方法の研修を受けたが、必ず2人で使用するという認識がなかった」「ストレッチャーの保守点検が不十分だった」などが挙げられている。

このようにさまざまな状況を考慮した発生要因も考慮することが求められる。本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて

“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデント事例の発生要因を明らかにするには、「知識不足」「確認不足」「時間切迫」だけでなく、「判断の誤り(1人で介助実施、移乗に使用するストレッチャーなどの誤った選択など)」という視点からもヒューマンファクターを深め、併せて、システム要因や環境要因の関連性も含めた検討が望まれる(図)。

さまざまな発生要因を考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“ベッドへの移乗時の転落”に関連したアクシデント事例の発生要因としては、ヒューマンファクターとしての「知識不足」「確認不足」「時間切迫」「判断の誤り(1人で介助実施、移乗に使用するストレッチャーなどの誤った選択など)」だけでなく、システム要因や環境要因としての、1)移乗介助時のマニュアル未整備(介助者数、役割分担、補助器具など)、2)マニュアル遵守状況の現状評価未実施、3)マニュアルで決めた人員配置が困難な状況、4)移乗に使用するストレッチャーなどの選択・使用方法・点検に関する研修が不十分、5)職員への情報提供を含めたリスクアセスメントトレーニング未実施、などが考えられる(図)。

“ベッドへの移乗時の転落”に関わる アクシデントの未然防止対策

本事例の改善策には、「患者は大柄のため、看護師3人では人数不足であった可能性も考え、今後は4人で対応し、声をかけながらの実施を徹底するよう実施手順の作成を行った」「患者の移乗に関するシミュレーション学習会を計画し、全スタッフが参加できるように、3回の実施を計画した」「看護師3人への精神面でのサポートとして、部長室にていつでも話を聞く用意をした」「家族へは誠意をもって対応することとし、面談を重ねている」「ストレッチャーなどに関する異常時の点検依頼は迅速に行うよう、現場指導を行った(ストレッチャー、車椅子などの点検手順については業務委員会にて検討予定)」「各メーカーによる院内全体のストレッチャー点検も視野に入れ、現在企画課にて見積もり中」などが挙げられていた。

“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデント事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1) 移乗介助時のマニュアル整備(介助者数、役割分担、補助器具など)、2) マニュアル遵守状況の現状評価の実施、3) マニュアルで決めた人員配置が困難な状況を踏まえた具体的対策の立案、4) 移乗に使用するストレッチャーなどの選択・使用方法・点検に関する研修を充実、5) 職員への情報提供を含めたりスクアセスメントトレーニングの実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「知識不足」「確認不足」「時間切迫」「判断の誤り(1人で介助実施、移乗に使用するストレッチャーなどの誤った選択など)」などを防止すること、あるいは多職種間の情報共有と連携により、“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデントに至る前に「確認不足」「判断の誤り(1人で介助実施、移乗に使用するストレッチャーなどの誤った選択など)」などに気づくことで、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「移乗介助時のマニュアル整備(介助者

数、役割分担、補助器具など)」としては、はじめに、各医療機関で作成されていると思われる「移乗介助時のマニュアル」の見直しが重要となる。ここでは、併せて、2)の「マニュアル遵守状況の現状評価の実施」が欠かせない。自施設においてマニュアルは遵守されているのか否かについて、現状の確認が急がれる。同時に、自施設のインシデントレポートの傾向を分析し、「移乗介助時のマニュアル」を遵守していないことによって“ベッドへの移乗時の転落”に関わる事例が発生していないかということも確認する必要がある。

その結果、例えば、マニュアルに「移乗介助は3人で実施する」と決められていたが、介助者1人で実施して患者が転落したという事例が確認されるかもしれない。その場合、当該介助者への注意・指導で終わるのではなく、「なぜ、マニュアルに決められているにもかかわらず、介助者1人で実施したのか？」という疑問を深めることが重要である。結果として、「移乗介助は3人で実施するというマニュアルは認識していたが、それが遵守できない状況であった」ことが確認されるかもしれない。

その場合、3)の「マニュアルで決めた人員配置が困難な状況を踏まえた具体的対策の立案」についても検討が望まれる。現実の状況を踏まえて遵守可能なマニュアルの内容かという視点での見直しが求められる。業務内容の見直しも含めて、人員配置が可能な時間帯での介助計画や、必要な人員配置ができない場合の具体的対策についても検討する。

4)の「移乗に使用するストレッチャーなどの選択・使用方法・点検に関する研修を充実」では、ベッドやストレッチャー、および補助器具などのメンテナンスを含めた対策の検討が期待される。どのような状態の患者に使用するのか、移乗介助中にリスクが発生した場合の患者への影響など、さまざまな状況を考慮して安全を確保するために、移乗介助の担当者としてどのような行動をとるべきか、自ら気づく機会を提供することが望まれる。

5)の「職員への情報提供を含めたりスクアセ

メントトレーニングの実施」では、個々の職員のリスクアセスメント力が磨かれていないことで、発生する可能性のあるリスクに注目する必要がある。

本事例の発生要因に目を向けると、「一部の看護師は、機械浴室用ストレッチャーのロックのかかりが時々悪く、ロックをかけても動いてしまうことを認識していたが、何度かやり直すと正常になるため、ロックのかけ方(手技)の問題とっていた」ということは、この状況をリスクとして認識できていなかったという可能性がある。そのため、この状況を、部署の責任者である「看護師長に報告していなかった」というさらなるリスク発生に至り、その結果、「定期点検は実施されていなかった」「4年前に購入してから、メーカーによる点検も実施されていなかった」という機械浴室用ストレッチャーを使用したことが影響して、患者が転落する事例が発生した可能性が想定される。

そして、「ロックのかかりが時々悪く、ロックをかけても動いてしまうというリスク」「(看護師長に)報告が必要なことと認識されないため、報告(情報共有)が実施されないリスク」「リスクが放置されていることに気づかないリスク」など、複数のリスクアセスメントの機会が活かされていないことが事例発生の要因となった可能性も想定される。

このようなことに職員個々が自ら気づく職員教育の実施が望まれるが、具体的には、さまざまな事例を活用して、多職種でリスクアセスメントを実施できるトレーニングの企画を検討したい。併せて、自施設、および他施設で発生している事例の紹介や、本事業の医療安全情報¹⁾などの情報提供も実施することで、リスクアセスメントの幅が広がる可能性もある。さらに、部署の責任者側からの情報収集や確認、および常に安全に使用できる状態のストレッチャーや補助器具などが配置される、点検のシステム整備にも取り組みたい。

本報告書では、事例が発生した医療機関から報告された「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例-移動時に転落した事例-」の改善

策として、介助者に関しては、「複数名での介助」「介助者の配置」「業務の調整」「その他」などが挙げられている。

また、前記の事例の改善策として、移乗介助方法については、「患者全員の移乗介助の方法を検討し、2人での介助が必要な患者を選出してスタッフ全員で情報共有し、当月中に全員ができていないか看護師長が実践状況を評価する」「移乗や入浴時など患者に負担のかかる行為の時には、必ず誰かに声をかけ、安全の確保ができるまで実施しないことを周知する」「移乗介助を行う際は、ロックの確認を十分に言い、送り手側2人、受け手側2人で行うことを実践する」など、具体的な内容が挙げられている。他に、「ストレッチャーの修理保全状況と使用時の注意の表示を周知する」「スライダを使用した移乗介助の体験学習や使用方法を周知する」など、保守点検や職員教育に関する改善策も挙げられている。

今後、自施設における“ベッドへの移乗時の転落”に関わる事例の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“ベッドへの移乗時の転落”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデントに焦点をあて、具体的事例を活用して、事例の発生要因と事例発生の未然防止対策について検討した。自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、適切な情報共有や安全を確保するシステムが機能していないことで、リスクを回避できずに患者への重大な影響が発生することを防止するためにも、エラー発生の要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

患者・家族の視点で振り返ってみると、「なぜ、専門的な教育を受けている看護師などが実施しているにもかかわらず、安全な移乗ができなかった(転落した)のか?」「なぜ、移乗時の転落が発生する前に、移乗に使用するストレッ

チャーなどの点検不良に気づかなかったのか?」という疑問が浮かぶことが想定される。

こうした疑問については、事例発生後に患者・家族から指摘される前に、医療者が自ら問いかけ、未然防止の取り組みを実施することが求められる。本事例でも、「家族は激怒し、『怒りが収まらない』と発言」などの記載もある。このような患者の家族の反応は、医療機関への信頼を揺るがし、トラブルに至る可能性があることを認識することが求められる。

今後に向けては、マニュアルの整備のみならず、マニュアルの遵守状況の現状評価、見直しなどの取り組みが望まれる。また、マニュアルを遵守していても“ベッドへの移乗時の転落”事例が発生していないか、発生している場合にはマニュアルの内容に問題がある可能性も考慮した、多職種による見直しを実施することを提案したい。個々の職員の思い込みなどでリスクに気づかない状況を回避するためにも、関与する職員間の情報共有と報告・確認のシステム整備が急がれる。

“ベッドへの移乗時の転落”に関わる事例の未然防止における今後の展望としては、プロフェッショナルに期待されている“専門性の発

揮”に応えるためにも、関与する複数の職員がプロフェッショナルとしての意識とチーム力を発揮できる体制整備を検討したい。そのためにも、自施設の現状評価とインシデントレポートの分析などにより、明らかになった課題を克服する多職種間の情報共有、および確認のシステム整備などの未然防止対策の検討が期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>(accessed 2020 Aug 11)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第31回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_31.pdf (accessed 2020 Aug 11)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第34回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_34.pdf (accessed 2020 Aug 11)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第56回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_56.pdf (accessed 2020 Aug 11)
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2020 Aug 11)



地域の写真を募集しています。

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

その際、簡単なコメントやキャプション、ご所属とお名前を記してください。

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

ご応募をお待ちしております。

あて先

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

ちょっと画像でCoffee Break

胸部X線画像診断⑮

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

60歳代女性:透析患者。特に症状なし。体温35.4℃。定期的な胸部X線チェック(立位P→A)。

さて、このような○○はなんと呼ばれているか?(○○は漢字二文字の穴埋め問題)



胸部X線

レジデントX: ヒネっているような、ヒネっていないような問題ですね。胸部X線関連で○
○に入る二文字って、肋骨、鎖骨、気管、
肺野、食道、胃泡、血管、心臓…。この中
だと、心臓が怪しいですね。肺野には所見
なさそうだし、肋骨横隔膜角(CPアングル)
も鮮明だし…。下行大動脈はちょっと蛇行
してますね。胃泡は正常。右横隔膜の頂点
がちょっと高くて、後部の第9~10肋骨(肋
間)あたりに横隔膜の山がみえている(正常
は第10~11後肋骨くらい)けど、まあ、ほぼ
正常範囲な感じですけど、ちょっと息が吸
えていないのですかね? 左横隔膜とのバ
ランスは悪くないですね。

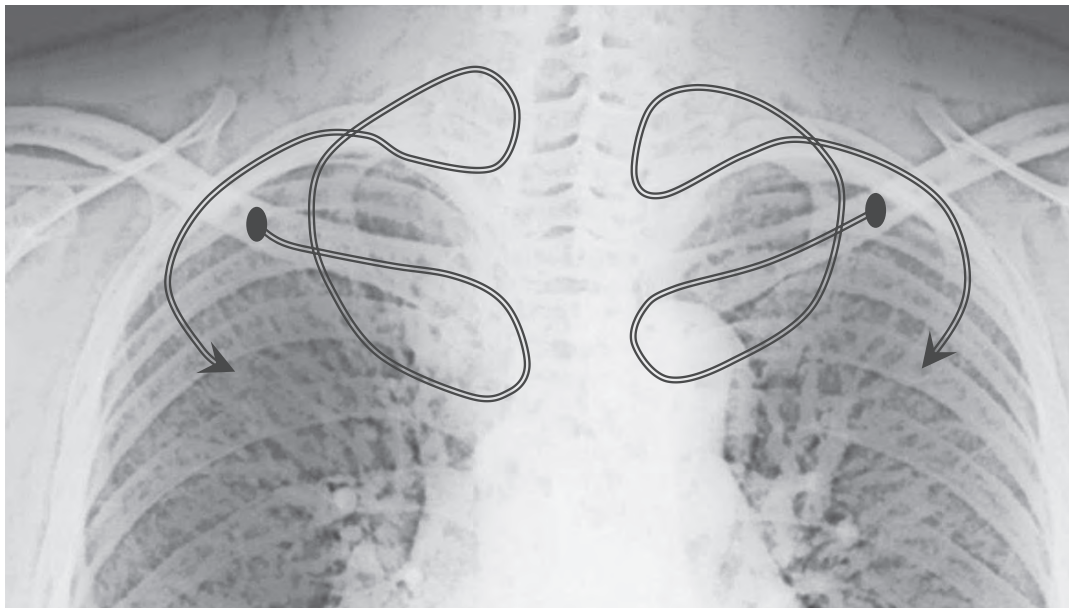
筆者: フムフム。ついでにだけ、肋骨ってどうや
って数えるのかな?

レジデントX: まず第一肋骨をみつけます。鎖骨
をくぐって鎖骨の下で、胸骨柄方向に向か
うのを確認します。

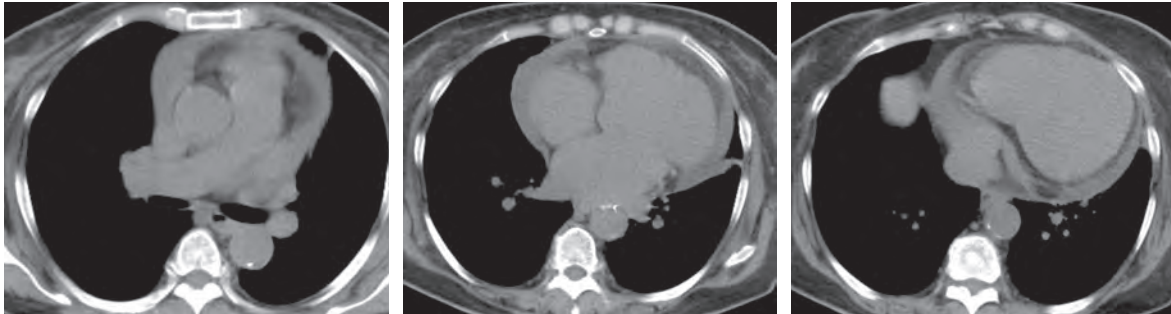
筆者: 通常の胸部X線で胸骨はみえないのに、ど
うやって分かるのかな?

レジデントX: 鎖骨が第一肋骨の上を肩甲骨のほ
うに横切ってクロスするから分かりますよ。

筆者: ふへん、そんなもんかね。第一肋骨と第二
肋骨のX線上での交叉部を確認して、第一
肋骨の基部を探したほうが早くないかい?
胸骨はみえないし。ま、どちらでもいいか。
胸部X線では前肋骨は化骨していない肋軟
骨の部分がみえないわけだけど、第一肋軟
骨はほかの肋軟骨に比べて化骨(石灰化)が
一番早く起こってその程度も強いことで知
られているね。ちなみに第二肋軟骨の化骨
はほかに比べて弱いのが特徴らしい。第三
~第六肋軟骨は比較的よくみえて、第七肋
軟骨以下は見えにくいのが普通だね。だか
ら、どちらにしろ、肋骨は後ろで数えると
いうことになる。



まずは鎖骨から始めて、胸骨手前辺りでターンして第一肋骨へと向かう。第一肋骨の基部から第二肋骨へターンして、前側にたどると肋軟骨部分で不明瞭化していく。



CT像

レジデントX: ついでの話が長くなりましたね。

ところで問題の〇〇は、心臓、ですよね？

筆者: そうそう。正解。

レジデントX: いえいえ、ほんとの問題は、なんと呼ばれているか、のほうですよね？

筆者: そうそう、それが問題だ！ 忘れちゃいけない。で、なんと呼ぶ？

レジデントX: ちょっと大きくて、ほてっと、七福神の布袋さんのお腹みたいな心臓の姿形ですよ。ちょっとググると英語だと Water bottle sign とか Water bottle configuration っていうのが引っ掛かります。Water bottle って、水筒ですよ。

筆者: 水筒っていっても、ステンレス製の水筒じゃなくて、スペインの山羊革のボタ・バック(携帯用の酒袋)だね。ある程度の期間、ある程度の量の心嚢水が溜まって行って、心外膜が引き伸ばされて、ポテッとした形になった心陰影のことをいう。緩く膨らませた水風船を机の上に置いたような、布袋さんのお腹のような…。同じ時期のCT像はこんな感じ。

レジデントX: 心嚢水貯留のサインってことですか？

筆者: まあね… なんとかサイン、っていうようないい方は個人的にはあまり好きではないけど。心嚢水が溜まって、心臓の辺縁形態がなだらかになっているわけだよ。ただし、息があまり吸えていなかったりすると正常でも心臓が大きく、多少ともポテッとみえてしまうし、特に座位A→P像だと、吸気不十分で撮影時のX線入射角もあおり気味になって、拡大された心陰影が横隔膜の

上にポテッとみえてしまうので注意が必要、というか、座位A→P像をみながら、Water bottle signがあるのを、心嚢水貯留を考える、な～んてポテッとしたプレゼンなんかしないようにね。そもそも座位A→Pで心陰影を評価することには限界がある、ということだな。むしろ、座位A→Pなのに心臓が小さくみえたらそれは異常かもしれないけどね。

レジデントX: なるほど。

筆者: 立位A→Pの胸部X線で布袋さんがみえたら、夫婦円満、笑う門には福来る。Water bottle signのいい和訳はなさそうだから、この際、布袋サイン、と名づけよう！ 布袋さん、と呼ぶのも、もともと布袋尊(ほていそん)がなまったものだからちょうどいい塩梅だな、ムフムフ。

レジデントX: ムフムフって一人合点されても困りますけど、そもそも、サイン、といういい方はお嫌いなのでは？ 舌の根も乾かないうちとはこのことじゃありません？

筆者: 舌も乾いたし、喉も渴いたので、ポチポチ、ボタから一杯やるとしよう。



ボタ・バック(携帯用の酒袋)

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

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

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長



胎児、授乳と新型コロナウイルス

胎児が新型コロナウイルスに罹患したという「Texas Mother Transmitted COVID-19 to Unborn Baby」が2020年8月27日のHealth Dayに報道されているので紹介したい。

妊娠している女性から胎児に新型コロナウイルスが感染する症例が新たにダラスのUT Southwestern (UTSW) Medical CenterのDr. Amanda Evansを中心とするグループから報告されている。

「この事実を妊婦が十分に理解し、自分自身と胎児の両方を守るように努めなければならない。われわれはCOVID-19感染が胎児に長期間にわたってどのような影響を及ぼすかは判明していない」とDr. Evansは述べている。

報告された患者は、妊娠34週目であった。彼女はダラスのParkland Memorial Hospitalに発熱と下痢の症状で入院し、その後COVID-19の原因となるSARS-CoV-2に感染していることが判明した。妊婦はそのことを知らなかった。その数日後、5月初旬に出産している。

新生児は体重も身長も正常であったが、出産後24時間経って発熱、呼吸困難や呼吸数の増加、血中酸素濃度の低下などの症状を示し始めた。そして検査の結果、COVID-19陽性であった。この論文の第一著者であるDr. Julide Sisman准教授は、新生児の世話をしながらこの場合のCOVID-19の感染は子宮内で起こったのではないかと述べている。さらにその後の検索の結果、新生児が子宮内で感染していたことが確認されている。その後、母親も新生児も完全に回復し、このことはPediatric Infectious Disease Journal誌にon-lineで最近報告されている。

「上述のようなことは始終起こることではないが、妊娠中の女性や新生児に外部の人が接触することの危険性を示すものであり、telemedicine訪問が適切である」とUTSWのDr. Wilmer Morenoは述べている。

このことは2020年8月24日のSouthwestern (UTSW) Medical Centerのmedical newsで報道されている。

先に、新型コロナウイルスが胎盤を介して胎児に感染することをご紹介したが、母乳を介してはこのウイルスの感染が起こらないという「COVID-19 Not Likely to Be Transmitted by Breast Milk: Study」が2020年8月28日Health Dayで報道されているので紹介したい。

この発表を行ったのはUniversity of California, San Diegoの小児科の教授であり、またMommy's Milk Human Milk Research Biorepositoryの所長であるChristina Chambersである。

彼女たちはアメリカ中から18人の新型コロナウイルスに罹患している妊婦から64個の母乳を集めて検索している。その中で、1つのサンプルでコロナウイルスのRNAが見つけれられたが、そのRNAは増殖が不可能であり授乳時にコロナウイルスの感染を起こすとは考えられないと報告している。なお、以上の結果はAmerican Medical Association誌に最近on-lineで発表されている。

「われわれの研究は母乳が乳児のCOVID-19の原因となることはないことを示している。しかし授乳に際してはマスクをつけ、手を洗い、授乳用の器具は毎回消毒することを推奨している。授乳は母子ともに良い結果をもたらすことは周知であり、われわれの研究は母親が自信をもって授乳を行うことの手助けになる」と著者たちは希望している。

上述の報告は2020年8月19日University of Californiaのnews releaseで報道されている。

参考WEBサイト

- 1) <https://consumer.healthday.com/infectious-disease-information-21/coronavirus-1008/texas-mother-transmitted-covid-19-to-unborn-baby-study-760703.html>
- 2) <https://consumer.healthday.com/infectious-disease-information-21/coronavirus-1008/covid-19-not-likely-to-be-transmitted-by-breast-milk-study-760629.html>



特定看護師から広がる医療

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 特定看護師 月坂裕里加

国立国際医療研究センター病院は、東京都新宿区にある三次救急を受け入れる急性期総合病院です。私は、地域医療振興協会(以下、協会)外の病院からの初めての研修履修者です。当院では特定看護師と呼ばれています。急性期病院でへき地への支援とは離れたところにおりますが、現在の特定看護師としての活動をご紹介します。

入職して最初の所属は、一般病棟でした。3年を経験したころ急性期看護を勉強したいと思い、集中治療室を希望して、異動となりました。しかし意識レベルの低い患者が多い集中治療室で、自分のやっていることが果たして患者のためになっているのかと疑問を持つようになりました。そのような気持ちを抱きながらも「石の上にも3年」と思い、道が開けることを期待し、8年間ICU看護師として日々看護に向き合っていました。次第に、集中治療室の治療を多職種で進める面白さに気づきました。うち2年間は大阪の国立循環器研究センターのICUで心臓血管外科の楽しさを知りました。勉強すればするほど知らないことが増えていき、この先自身がどんな看護師になりたいか考えた時、もっと勉強したいと思う気持ちと、看護師のできる範囲の最大限を使って患者の状態をよくしたいという思いが強くなり特定看護師の道へ進みました。

現在は、当院で初めての全特定行為のできる看護師として、所属は看護部集中治療室ですが診療科とともに行動をしています。研修医を含

め医師の数が多いい病院ですが、緊急手術が多く医師の数が少ない心臓血管外科と脳神経外科を約3ヵ月ごとにローテーションをしています。実際の業務は、朝のカンファレンス、回診、その日の検査結果や主治医の治療方針を確認しながら指導医とともに処置や処方を行います。

緊急手術があれば一緒に入りプレパレーションや助手、時には機械出しをします。術前術中術後の管理を一連の流れで把握するようにしています。術後管理をする上で、自身が把握している情報を病棟ナースや多職種と共有することで、タイムリーにケア介入できることが患者にとってメリットだと感じています。

今回、脳神経外科での活動を具体的に紹介したいと思います。

脳梗塞血栓回収後、SCU入院中の60歳の男性。既往に心不全や誤嚥性肺炎があり、なかなか抜管ができなかった患者でした。いつも患者を診に行っては心エコーを当ててボリューム調整をしたり、人工呼吸器を調整したりしました。しかし心不全や感染からARDS(急性呼吸窮迫症候群)となり人工呼吸器でのサポートではよくなり気管切開を検討せざるを得ませんでした。もっと患者の状態をよくできる方法はほかにないか考え腹臥位療法を実施しようと考えました。もちろん腹臥位は慣れていないと事故抜管や循環動態に影響を与えるリスクもあります。今回は同じユニットでも呼吸器管理に慣れていないSCUでしたが、病棟ナースへ腹臥位療法について説明し、一緒に挑戦してみることに



国立国際医療研究センター病院



手術室での様子

しました。腹臥位をしたあとから酸素化は著明によくなり、そこからできる限り毎日病棟ナースやPTとともに腹臥位を実施、2週間後に無事抜管することができました。脳卒中にて麻痺は残ってしまいましたが、徐々に安静度を拡大、リハビリを実施。最終的には無事リハビリ転院することができました。

これは医師だけでできることでもナースだけでできることでもありません。特定看護師という立場から医師へ腹臥位療法を提案、方針と擦り合わせてそれを病棟ナースやPTにも伝え協力したことによってチームとして出せた結果ではないかと感じます。

医師には医師にしかできないことがあります。看護師も同様に、患者と過ごす時間が一番多い職種だからこそ、気づけることやできることもあります。その患者にタイムリーに最良のケアをするために私たちは存在するのだと思います。

“「医学」だから看護師はできない”ではなく、特定行為研修を受け、研鑽する看護師は、臨床実践力を拡大することができると指導医の先生方から教えてもらいました。そこには症状ひと

つとつとも臨床推論があり、指導医へ自身のアセスメントをプレゼンし、医学的に正しいかどうかを確認しながら治療を進める楽しさがあります。また、看護師ならではの観察力や勘、ヒーリング力、行動力があるはずだと感じます。

医師や看護師、理学療法士、薬剤師、ソーシャルワーカーなどさまざまな医療者の集団があり、協力しあって治療が成り立つということを身にしみて感じます。その中で、看護師としての力を最大限に発揮し、より良い治療を提供できることが治療をスムーズに進めることにつながります。

高齢化社会、10年先には特定行為履修者が当たり前の世の中になっているかもしれません。私はへき地へ貢献するには力不足で、今は自分の置かれた場所で医療チームの一員として働けるように力を伸ばすこと、後輩への教育が大切だと感じます。

もちろん目標達成にはまだまだ遠いけれど、協会外から受け入れてくださったJADECOM-NDC研修センター、指導医、看護部、同期、同僚のおかげで毎日楽しく仕事できて幸せだと感じます。

地域医療型後期研修

2020.10.7

専攻医最後の年を迎えて

日光市民病院，地域医療のススム専攻医4年目の川堀と申します。研修医日記を書かせていただくのは2回目になります。1回目の時は専攻医1年目で，日光で地域研修をしていましたが，巡り巡って今回も日光におります。

この間を振り返ると，自分は何ができるようになったのかと絶望的な気持ちにもなります。しかしさまざまな場所で学ばせていただき，そして今コロナ禍で臨床に携わるといふ貴重な経験もしているため，これまでの経験を今後も生かせるよう，挫けず息長く医師を続けたいと思っています。

いろいろな所で研修をしましたが，特に印象に残っているのは伊豆諸島の神津島村診療所と，初期研修の時から所属していた東京北医療センターでの研修です。

神津島村診療所では専攻医3年目の夏に研修をさせていただきました。島は想像以上に“究極の総合診療”で，小児もマイナー疾患も含め全ての救急患者が来るのはもちろん，重症例を他の医療機関に送りたくても天候に阻まれ，ヘリが飛ぶまで診療所で抱えざるを得ない状況も度々ありました。日々自分の実力不足を痛感していました。特に転落などの多発外傷や骨折治療では，経験の少なさからくる自信のなさ，患者さんに不安を与えてはいけないという気持ちとの葛藤が常にありました。

また，研修中に直撃した台風の際には風速58m/sの中，文字通り飛ばされそうになりながら這いつくばるようにして診療所に到着し，怖さに手の震えが治まらないまま縫合の治療をしたこともあり。自分の宿舍の区域だけ停電からの復旧が遅い中，夜に看護師さんたちが届けてくれたご飯の美味しさは忘れられません。自然の脅威も含め島診療の過酷さを肌で感じながら，どんな症例が来ても逃げる場所はないので患者さんに向き合うしかない，という度胸は多少付いたかもしれません。たくさん島の人の人にご迷惑をかけながら，たくさん支えていただき，学ばせていただきました。辛い場面



地域医療のススム 川堀奈央

プロフィール

2015年4月 東京北医療センターにて初期研修
2017年4月 地域医療のススム専攻医

も多かったため島診療に携わる人々に改めて尊敬の念を抱き、そういう方々が大切にされ守られるようになってほしいと思いました。

東京北医療センターは初期から所属している病院でしたが、昨年10月に島から戻った際はよりいっそうホーム感を感じました。今年度4～6月はチームリーダー（完全な“なんちゃってリーダー”ですが…）も経験させていただきました。

教育をするためには常に

自分が学び続けていないといけないと実感し、自分を磨き教育を続けているスタッフの先生方の凄さを改めて知りました。チームの専攻医たちも本当に一生懸命で良い子ばかりだったのでストレスなく、むしろ患者さんへの真摯な向き合い方をいつも教えてもらっていた気がします。また、他の専攻医も書いてくれたように、総合診療科では昨年度から改革が始まりました。私のように要領が悪い専攻医でも見捨てずに教育していただける雰囲気は、入職した当時から変わりません。私たちの時に無茶な要望も受け止め、叶えようと働きかけてくださる冷静で懐の深い宮崎勝先生や、われわれ専攻医に「自分たちで理想の総合診療科にする」ことを常に促し全員を改革にコミットさせ続けてくれる岡田悟先生たちの元で、益々専攻医が集う総診になっていくと思います。

今年は専攻医最後の年ですが、ポートフォリオ作成に関して指導医の先生に常にお尻を叩いていただいております。ここに書くことで自分を追い込み、日々の診療とともに頑張っていきたいと思います。



東京北医療センター最終日、総合診療科の皆さんと

令和3年度自治医科大学医学部・看護学部入試日程等が決まりました

～学生募集がスタートしています～.....

令和3年度の医学部入試日程等が次のとおり決定しました。新型コロナウイルス感染症対策に伴う試験実施上の配慮として「追試験」を実施いたします。

医学部

◇入試日程

学部・学科・定員	医学部 医学科 定員123名	
出願期間	令和3年1月4日(月)～令和3年1月20日(水)17:00必着(19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3年1月25日(月) ※学力試験及第者の発表は、1月26日9:00までに行います。 【面接試験】令和3年1月26日(火)または2月2日(火) ※学力試験及第者のみ実施 (追試:【学力試験】2月1日(月),【面接試験】2月2日(火))
	合格発表日	令和3年2月5日(金)13:00
第2次試験	試験日	令和3年2月10日(水)記述式学力試験・面接試験 (追試:2月15日(月))
	合格発表日	令和3年2月19日(金)17:00
入学手続日	【第1回目】令和3年2月25日(木) 【第2回目】令和3年3月12日(金) ※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(マークシート式)、面接試験、第2次試験の学力試験(記述式)、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2～3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(マークシート式)】

令和3年1月25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3年1月26日(火)または2月2日(火)10:10~16:00

受付時間 9:00~9:20

◎第2次試験

・学力試験(記述式)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3年2月10日(水) 8:50~18:00

【学力試験(記述式)】

教 科	科 目	配 点	時 間
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)	12.5点	30分
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	12.5点	30分

【面接試験】

集団面接 約20分

個人面接 約10～15分

※集団面接と個人面接は都道府県単位で行います。

新型コロナウイルス感染症への対応について

新型コロナウイルス感染症に罹患または罹患の疑いがある者は受験できないものとします。ただし、追試験当日までに治癒または罹患していないことが明らかになる場合は、入学志願者の受験機会を確保するため追試験を行います。

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9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学校推薦型選抜入学試験により募集)	
出願期間	令和3年1月4日(月)～令和3年1月15日(金)＜消印有効＞	
第一次試験	試験日	令和3年1月23日(土)[追試:2月6日(土)]
	合格発表	令和3年1月29日(金)[追試:2月12日(金)]
第二次試験	試験日	令和3年2月6日(土)[追試:2月14日(日)]
	合格発表	令和3年2月16日(火)※2月12日(金)から変更
入学手続締切	令和3年2月26日(金)＜消印有効＞	

◇入試科目

◎第一次試験(筆記試験)

教科	区分	試験科目	方式 (1月23日)	方式 (追試験2月6日)
国語	必須	国語総合 (古文・漢文を除く)	マークシート方式	マークシート方式 および記述式
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	マークシート方式	マークシート方式
数学 または 理科	3教科から 1科目を選択	数学Ⅰ・数学A 生物基礎・生物 化学基礎・化学	マークシート方式	マークシート方式

◎第二次試験(面接試験)

内 容		時 間
面接試験	個人面接とする	1人約10分

新型コロナウイルス感染症に伴う追試験について

追試験受験対象者は、新型コロナウイルス感染症に罹患または罹患している恐れのある者とし、診断書の提出が必要となります。詳細については、ホームページをご参照のうえ、看護学務課にお問い合わせください。

●学校推薦型選抜入学試験

学部・学科	看護学部 看護学科
出願期間	令和2年11月2日(月)～令和2年11月9日(月)〈消印有効〉
試験日	令和2年11月21日(土)
試験科目	小論文, 面接試験
合格発表	令和2年12月1日(火)
入学手続締切	令和2年12月9日(水)〈消印有効〉

追試験日程については、別途学校長宛通知させていただきます。

出願に必要な願書一式は、看護学務課にて10月中旬から無料配布予定です。

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。

『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/>) にアクセスいただき申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

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

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

報告
各種お知らせ
求人

令和2年度 中央研修会の一部開催のお知らせ

当財団の「中央研修会」につきまして、一部開催になりましたのでお知らせします。

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

このたび、新型コロナウイルス感染拡大により開催保留となっていた研修会について研修会関係者と協議した結果、「第48回看護師研修会」は予定どおり開催し、「第2回災害保健研修会」「第44回スタッフ育成・管理担当者研修会」「第9回がん化学療法看護研修会」は開催中止することといたしました。

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。

現地研修会

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

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

問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436 FAX 0285-44-7839

E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <http://www.zcssz.or.jp/>

第16回 若手医師のための家庭医療学冬期セミナー

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

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

今回で16回目を迎える冬セミですが、テーマを以下のように掲げました。

「Innovators ～変化を追い風に～」

令和2年はCOVID-19の影響で社会全体が大きく変化を迎えました。変化を逆境ではなく追い風として捉え、新たな時代を切り開いていく姿勢こそ、我々若手医師に今必要なものでないかと考えております。このセミナーが新たな一歩につながることを祈念いたします。

冬セミは全国の若手医師の新たな一歩を後押しいたします。

皆様のご参加をスタッフ一同、心よりお待ちしております。

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

内容 今回は、完全Web開催で行います。

全体講演、特別企画、ワークショップ、オンデマンド配信レクチャーなどを予定。

セミナーの趣旨にしたがって、参加した皆様それぞれに素晴らしい学びと出会いがあるよう企画しております。

形式 以下の3方法併用での開催を提案します

1. ZoomでのLive配信
2. ZoomでのLive配信を収録し、後日オンデマンド配信
3. 事前収録によるオンデマンド配信

日時 LIVE配信: 2021年2月6日(土)～2月7日(日)

オンデマンド配信: 2021年2月6日(土)～3月31日(水)

対象 総合的な医療を目指す専攻医(後期研修医)、若手医師および初期研修医

全体講演については医療者以外も含めた幅広い層の参加を予定しております。

登録参加料 会員: 10,000円, 非会員: 12,000円

全体講演(LIVE配信)のみ: 2,000円

一般参加受付期間(予定) 2020年12月初旬～2021年1月末

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

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

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

研修・入局

自治医科大学 感染症科 研修・入局のご案内

COVID-19、薬剤耐性菌などの感染症が医療現場における喫緊の課題となっていますが、国内で感染症診療・感染制御の専門研修を受けられる機会は限られています。本学では、2004年に附属病院 感染制御部が設置されて以来、コンサルテーション・入院診療・外来診療・感染制御を主軸とした「地域医療で明日から役立つ知識・技術を偏りなく学ぶことができる研修」をご提供してきました。

これまでに7名の自治医科大学卒業生が義務年限内に当科で研修した実績があり、義務明け後の進路としても2名が在籍中です。もちろん自治医大卒業生でなくとも、お気軽にご連絡ください。当科には兼任を含めて11名の医師が在籍していますが、その出身大学は実に10にも及びます。多様性も当科の魅力の一つです。

当科での研修にご興味を持たれた方は、ぜひご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属病院 感染症科

科長兼感染制御部長 准教授 森澤雄司

助教 秋根(茨城2006年卒)、病院助教 南(兵庫2008年卒)

TEL 0285-58-7580 FAX 0285-44-6535 E-mail kansen@jichi.ac.jp

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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を開始しています。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。

自治医科大学の教職員や学生の方々からは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ことがしばしばありました。

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

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

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

定 価 （本体600円+税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

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

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

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

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

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

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

●●●会員の皆さまへ

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

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、新しいご住所をご連絡ください。

地域医療振興協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単に手続きいただけますので、是非ご活用ください。

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 2名

診療科目：総合診療科（院内標榜）
 病床数：無床
 職員数：16名（うち常勤医師2名）
 所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3
 連絡先：深浦診療所 医師確保専門員 八木
 TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340
 E-mail fumito_yagi@town.fukaura.lg.jp

特記事項：深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmにわたる海岸線に沿って西は日本海に面し、東には世界自然遺産に登録されている『白神山地』に連なっています。
 当診療所は、民間医療機関等の閉院により、平成30年6月に町の中心部に新設されました。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行っているため、在宅医療に手が回らない状況です。
 短期間でも構いませんので、何卒ご協力をお願いします。
 なお、原則、土日祝日は休みであり、全国研修等の参加も可能です。
www.town.fukaura.lg.jp

受付 2020.9.16



徳島県

国民健康保険勝浦病院

●外科 1名, 内科 2名

診療科目：内科・外科・整形外科・小児科・リハビリテーション科
 病床数：60床（うち包括ケア病棟8床）
 職員数：65名（うち常勤医師4名、非常勤医師1名）
 所在地：〒771-4306 徳島県勝浦郡勝浦町大字棚野字竹国13-2
 連絡先：事務局長 笠木
 TEL 0885-42-2555 FAX 0885-42-3343
 E-mail byouin@town.katsuura.i-tokushima.jp

特記事項：町立病院であり、町内唯一の病院であることから地域に密着し、地域包括ケアの医療の中心を担っています。当院のある勝浦町は「田舎」、自然は豊かですが、県都徳島市と隣接しており、県中心部からの通勤も可能な施設となっています。2022年の春には改築移転も予定しており、新しくなる施設で地域医療を支える医師としてやってやろうと思われる先生のお声掛けを待っています。
<http://www.town.katsuura.lg.jp/hospital/>

受付 2020.4.30



兵庫県

公立浜坂病院

●総合診療科 1名, 整形外科 1名,
 内科系 1名（介護老人保健施設長）

診療科目：総合診療科, 小児科, 整形外科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 泌尿器科
 病床数：49床
 職員数：84名（うち常勤医師4名、非常勤医師7名）
 所在地：〒669-6731 兵庫県美方郡新温泉町二日市184-1
 連絡先：事務室 町参事 土江
 TEL 0796-82-1611 FAX 0796-82-3203
 E-mail katsuhiko_doe@town.shinonsen.lg.jp

特記事項：兵庫県北部の日本海に面した自然豊かな人口約1万3千人の町にある唯一の一般病床を有する病院です。町自体の高齢化率が高いため患者は入院・外来ともに高齢者が主体となります。病棟は49床のうち16床の地域包括ケア病床を設け、在宅へのシームレスな移行を図りながら、在宅診療、在宅看護、在宅リハビリテーションを提供し患者をサポートしています。
<http://hamasaka-hosp.town.shinonsen.hyogo.jp/>

受付 2020.9.16



各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度,第〇回)
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(〇年卒: 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: 松本

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

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

投稿要領

2017年6月改訂

1. 投稿資格

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

2. 採否について

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

3. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する.

原著: 学術論文であり, 著者のオリジナルである内容を著したもの.

症例: 症例についてその詳細を著した論文.

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

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

自由投稿: 意見, 提案など, ジャンルを問わない原稿.

4. 原稿規定

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

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

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

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

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

6) 図表

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

雑誌の場合

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

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

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

【ウェブサイト】

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

5. 原稿の保存形式と必要書類について

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

6. 原稿の送付方法について

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

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

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

10. 月刊地域医学編集室

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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル 3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「月刊地域医学」編集委員

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

(50音順, 2020.9.1 現在)