

総合診療・家庭医療に役立つ

8

2020
Vol.34-No.8

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

最近の成人教育と 人材育成

【企画】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

●インタビュー

「究極の総合医」たる集中治療医として

則末泰博 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急集中治療科
集中治療部門部長 呼吸器内科部長

目次

インタビュー

- 「究極の総合医」たる集中治療医として／則末泰博 2

特集 最近の成人教育と人材育成

- エディトリアル／田中 拓 14
- 総論:成人教育の概要 -若手医師教育について知っておくべき3つのこと-／内藤貴基 15
- シミュレーション教育とこれからの医療人養成／石川和信 19
- 医療者教育学を学ぶ修士課程 -グローバルスタンダードの称号MHPEを目指して-／西城卓也 26
- 病院を治す医者になる -医師がMBAを取るとのこと-／日下勝博 32
- あらためて地域で学ぶということ／米田博輝 37

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82回“ルールの不備”に関わるアクシデント事例の未然防止！
-事例の発生要因から考える未然防止対策-／石川雅彦 42

ちょっと画像でCoffee Break

- 股関節痛／伊藤大輔 49

世界の医療情報

- 続 新型コロナウイルスに関する新情報／高久史磨 53

自由投稿

- 今、医療者に求められる多様性と柔軟性／八巻孝之 54

離島交換日記

- コロナ禍における平郡島の生活／賣豆紀晶洋 56

JADECOR-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 老健における、特定ケア看護師の挑戦／桐山真理子 58

研修医日記

- 東京北医療センターでの新生活／福田詩織 60

自治医大NOW

- 理事会・評議員会を開催 63

報告 理事会・総会レポート 66

お知らせ 77

求人病院紹介 82

投稿要領 84

編集後記 巻末

INTERVIEW

東京ベイ・浦安市川医療センター 救急集中治療科
集中治療部門部長 呼吸器内科部長
則末泰博 先生



「究極の総合医」たる 集中治療医として

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

心理学より、より人に近い医療を

山田隆司(聞き手) 今日は東京ベイ・浦安市川医療センターの則末泰博先生にお話を伺います。現在新型コロナウイルス感染症の患者さんを受け入れている、本当にお忙しい毎日だと思います。貴重なお時間を割いていただきありがとうございます。

先生は、この病院の立ち上げの時期から集中治療室を担当され、また研修医の育成にもお力添えいただいてきました。現在ここが若手の医師や専攻医、研修医に人気が高いのも、先生方の研修システムによるところが大きいと思っています。今日はそういったことも含めてお話を伺いたいと思います。

まず、先生のご経歴を簡単に教えてください。

則末泰博 私は初め慶應義塾大学文学部の心理学科を卒業しました。ただ心理学を勉強している間に自分にできることが限られている、もう少し直接的に人に働きかけることができないかと考えるようになり、少し無力感を感じるようになりました。

山田 人に興味があったのですね。

則末 はい。もともと人に興味がありました。もちろん環境調整やカウンセリングによって人の役に立つことはできますが、間接的であり、自分がやっていることが本当にいいのかどうかも分かりづらく、自然科学になりきれないようにも感じました。それで医者になろうと思うようになりました。

山田 心理学では、臨床心理士の資格なども取られたのですか。

則末 認定心理士の資格は取りました。当時は臨床心理士の一步手前のような資格でした。

慶應大学を卒業してから東邦大学医学部に入り、交換留学でニュージーランド南島ダニーデンにあるオタゴ大学へ行き3ヵ月間、ICUのローテーションをしました。そこで初めて集中治療医という者に会ったのですね。日本のポリクリで麻酔科が管理する集中治療室をローテートしたときには、モニターも多く精密な数字合わせの世界なのだという印象があって、少し魅力を感じなくなっていたところでしたが、そこでは集中治療医が患者さんや患者さんの家族とコミュニケーションを取っていました。例えば「あなたはもうこれ以上治療してもよくなることはない」「今、人工呼吸器で苦しいと思うけど、それを外すという手段もある」「ご家族を呼んで最期の時間を人工呼吸器なしで過ごしますか？」と正直に話し、患者さんは話ができないけれど、涙を流しながら「うん、うん」と承諾するのです。そして抜管して苦しくないように麻薬を使いながら、家族とご本人にとって良い最期の時間を提供していくというのを目の当たりにしました。集中治療医というのは重症患者を診るという面だけではなく、実は最期の時間を提供する専門として奥が深いという、今まで考えたことのない大きな魅力を感じました。ニュージーランドに3ヵ月行っただけでこれだけ目が開いたということは、日本だけで経験するよりも海外に行ってみた方がいいのではないかと考えるようになり、大学在学中に米国の医師資格であるECFMG (Educational Commission For Foreign Medical Graduates)の認定を取得しました。

卒業後は沖縄県立中部病院で研修することにして救急コースに入りました。その時スーパー

ローテートが始まる年だったのですね。それで救急を中心に回りながらも他の科も回り、全体的に学ぶことができました。そして県立中部病院での2年間の研修後、3年目にハワイ大学の内科レジデンシープログラムに入りました。

山田 ハワイへは何年間行かれたのですか。

則末 3年のプログラムです。当時は集中治療医か呼吸器内科医で迷っていましたが、どちらになるにしても基本的に内科が必要だと思いました。米国ではもともとは集中治療医は内科医、いわゆる重症を診る総合医なのです。ICUは術後を診る部分もありますが、慢性疾患が最終的に悪くなってICUに入る場合も多いので、患者さんが今どのフェーズにいるのか、慢性疾患が進行して何をやっても助からないend of lifeなのか、可逆的なのか等々、慢性疾患の経過を知らない判断できないわけです。

ハワイ大学では医学とはまた別に、医療倫理という概念を知る機会に恵まれました。1つの病院のプログラムディレクターが教育熱心で、医療倫理に詳しく、それまで聞いたことのないような医療倫理の概念を教えてくださいました。

医療倫理について、日本と欧米では文化が違うから、欧米のことをあまり話しても意味がないと言う人がいます。でも、私たち日本人よりよほど言語化が上手な人たちが同じような問題にぶつかって同じように悩んで、いろいろ議論した末に作り上げてきた概念だったり、解決法というのがあるわけです。それらは聞いても読んでも日本人である自分にとって全く違和感がなく、日本でもそのまま適用できるものが多いと思いました。医療倫理の分野については日本は文化が違うのではなく、未熟なだけなのだと感じました。それを学べたのがとても大きく、やはりアメリカに来てよかったと感じました。

米国で学んだどんな患者さんでも診られるICU

則末 それからセントルイス大学のフェローシッププログラムに入りました。本当は土地が魅力的なので西海岸に行きたかったのですが、マッチング希望の最後の一つにセントルイス大学を入力したところそこに決まってしまうと、かなり絶望的な気持ちになったのを覚えています。でも今から考えると結果的にはとても良い教育を受けることができました。

現在は集中治療だけのフェロープログラムもいくつかありますが、アメリカでは伝統的には呼吸器内科医が集中治療を診てきました。肺の病気を知っていると、人工呼吸器を装着した呼吸不全の患者さんの治療に役立ちますし、また終末期の慢性疾患は呼吸器内科の領域にとっても多いですね。そういう背景もあり自然な流れで呼吸器内科医が集中治療医になっていたのだと思います。もともと呼吸器内科にも興味があったので、何の迷いもなく呼吸器内科/集中治療のコンバインプログラムに行くことを決めました。

山田 フェローは何年間ですか。

則末 3年間です。そのプログラムでは、呼吸器内科の月とICUの月に完全に分かれていて、ICUの月のときは呼吸器内科の外来以外はひたすらICUで働きます。病院の規模が大きいので、12床の内科ICU、12床の熱傷神経ICU、12床の外傷ICU、12床のCCU、12床の心臓血管外科ICUなどをぐるぐるとまわらされます。なので、基本的に内科の重症疾患も心臓血管外科の術後も脳神経外科の術後も診ることができるようになりました。プログラムによっては内科ICUに特化したものもありますが、ピッツバーグなどを中心とする集中治療の源流から出てきた伝統的なICUは、どんな患者さんでも診られるというトレーニングをしていて、セントルイス大学もそ

の1つです。今から考えると、内科ICUしか診られないプログラムでトレーニングされて日本に帰ってきたとしたら、日本で集中治療医として求められるものに応えることができなかった可能性があるのでは、このプログラムで学んで本当によかったと思っています。

山田 セントルイス大学のICUは、日本ではなかなか習得できないようなトレーニングだったわけですね。

則末 はい。まず回診の仕方が教育的でまさにベッドサイドティーチングです。一緒に身体所見を取って一緒に患者さんの問診をします。患者さんは挿管されていてもイエス・ノーを首振り、うなずきで答えられますからね。原因のよく分からない低換気患者さんがいたら神経筋疾患を疑って「最近、ものが二重に見えますか？」などと質問します。そういった身体所見や問診は日本ではかなり軽視されている部分かなと思います。

山田 日本は分業になってしまって、専門的な技術や特殊な診断技法に偏りがちなところがあるような気がします。アメリカのトレーニングは臨床的に何が重要かという基本が重視されているのですね。

則末 ひと言で表すとPatient-Centeredなのでしょうね。手技を重視する風潮が日本ほど強くなく、例えば日本ではPCPSやECMOを自分でカニューレションして回せるといって、すごいという感じですが、アメリカでは「この患者に本当にECMOが必要なのか？」ということを知るほうが何十倍も重要とされているのです。つまりその手技ができることよりも、その手技が本当に必要かどうかを判断する知識、判断力のほうが重要で、患者さんのアウトカムを変えられると

ということですね。

山田 ICUというのはテクニカルなことが重視されるように思いがちですが、アメリカの臨床教育では違うわけですね。

則末 はい。判断力のほうが重視されるように感じました。逆に日本のほうが優れていると思った点もありました。それは、エコーです。私は日本での2年間の初期研修でひと通り心エコーや腹部エコーができるようになってアメリカに行きました。それは日本の医者では当たり前のことだと思います。ところがアメリカではある程度上級医になるか技士さんでないとエコーを触ったことすらないので、私がエコーを患者に当てたりすると「すごい！」と言われました。エコーは非侵襲的で便利な聴診器のような検査なので、みんなが普通にできるようになる日本の環境は素晴らしいと思っています。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

ですから、細かいところでは日本が優れているところはたくさんありましたが、ビッグピクチャーで見るとアメリカに行ってもよかったと、どちらが優れているとは言えませんが、自分にとっては行った価値はあったと思っています。

東京ベイ・浦安市川医療センターの立ち上げに関わる

山田 ハワイ大学でのレジデント、セントルイス大学での呼吸器内科/集中治療のフェローを修了した後は、そのままアメリカに残るとのお考えはなかったのですか。

則末 アメリカではフェローシップを終えた後の集中治療医の給与は素晴らしいので、アメリカに残るか、日本に帰るにしても少なくとも数年間アメリカでやってから帰ろうかという気持ちもありました。迷っているところに藤谷茂樹先生から「東京ベイ・浦安市川医療センターという病院を立ち上げるのだが、日本に居ながらにしてアメリカと同じ教育が受けられるような病院にしたい、協力してくれないか」というメールがありました。それでバケーションで日本に帰った

ときに、聖マリアンナ医科大学に話を聞きに行ったところ、まさに自分が考えている教育システムと同じものを考えられていて、それならその壮大な計画に賭けてみようと思えました。

山田 この病院の立ち上げのときに、アメリカに負けない臨床能力をもった医師を育成しようと、藤谷先生がハワイ大学の町淳二先生と一緒に研修の体制を作られた。地域医療振興協会という全国のへき地医療を担っている組織が、都市部の病院でそういった医師をどのように育成するのか、そもそも取り組むべき事業なのか、正直なところ私にはよく分かりませんでした。でもその研修で育った医師が医療に恵まれない地域の医療に関心を持ち、少しでも関わってもらえ

ればいいと思っていました。先生は、立ち上げからさまざまなことに関わられて、迷いやストレス、困ったことはありませんでしたか。

則末 たくさんありました。

山田 あっ、やはりそうですね。申し訳ありません(笑)。

則末 いえいえ(笑)。そもそも地域医療はアメリカの医療と親和性は高いと思っていたので、そこについてはあまり迷いを持つことはありませんでした。というのは、アメリカでは、魚そのものを与えるのではなく魚のとり方を教えることが重視されています。まず自分できちんと調べる。しかも世界標準ではどうなっているのだろうか？と最初に英語で調べて、それが日本でも適用できるのかを考えるという順番が理想だと思います。特にUpToDate®には自分の思ったclinical questionに対する答えがきちんとあるので、それを検索して、その内容を世界中のどこでも、たとえ地域であっても応用できるということを研修医たちに教えれば、彼らはどこに行っても自分たちで答えを見つけられるわけです。アメリカは広大な田舎で一流の施設がそろっていない病院の方がむしろ多いわけです。そのような中で医師たちはUpToDate®を自分たちで調べながら診療しているのです。なので、そういったアメリカ式の教育は地域医療に絶対に必要だと思っていたので、そこに関しては全く迷いはなかったですね。

一番苦労したのは、アメリカ式の集中治療のシステムをつくるという点でした。病院立ち上げのときには、やはり日本式の集中治療室の形から始まるわけですね。それぞれの科が、集中治療室というスペースを借りて自分たちの患者を診るという。そこに集中治療医という存在はありません。なので、病院立ち上げから1~2年間は内科の指導医として内科チームを担当し

ながら、各科に自分に重症患者を任せても大丈夫だということを理解していただくように地道にロビー活動を行っていきました。まず内科、次は循環器内科、それから外科、脳神経外科、そして最後に心臓血管外科と徐々に患者さんを預けていただけるようになり、やっと全てのICU患者を集中治療医が診るという今のICUができ上がりました。

山田 なるほど。では、東京ベイのICUの形は日本では今でも珍しいのですか。

則末 はい、そう思います。クローズドICUという言葉がありますが、東京ベイのICUはクローズドICUです。この言葉は日本だともともと病院にある専門科の医師たちとは別に自分たちだけで各科の専門家を揃えた、いわゆる救命センターの自己完結型と言われるものを指しています。しかし欧米でいうところのクローズドICUというのは全く別物で、集中治療室にいる全ての患者の主治医に集中治療医になるか、たとえ別に主治医がいたとしても患者に対しての責任を常駐している集中治療医がその主治医と共有するというものです。そういうシステムでは、例えば心臓血管外科を例に挙げると、心臓血管外科医は手術が終わったら「術後、よろしくお願ひします」と、われわれに患者さんを渡します。でも放置するわけではなく、毎日集中治療医と一緒に回診してプランを共有するのです。それで彼らがもし新しい薬を始めたいと思ったら、必ずわれわれに言わなければいけない。オーダーできるのは集中治療科だけなのです。なので、彼らが何かしたいと思ったら、集中治療科とコミュニケーションする必要がある。オーダーするシステムが一本化されていて、毎日コミュニケーションを取って、というのがクローズドICUなのです。それによって患者の安全は守られ、彼らは患者さんをわれわれに預ければ、次の手術

に専念できるわけです。

救急外来から入院する患者にしても、まず総合医である救急医が診て、その時点で大まかな診断を行い、必要な専門科にコンサルトしながら、重症でなければ総合内科に、重症であればICUに入院させる。さらに集中治療医も総合内科医も「総合医」なのでそこからさらに診断を深めることができるわけです。そして専門科と併診しながら、その専門科が必要な手技に対応したり必要な治療をレコメンデーションしてくれる。そういうモデルなのですね。

山田 分かりやすい説明をありがとうございます。各科とコミュニケーションを取ったICUの形なのですね。

則末 そうです。コミュニケーションで共生するシステムですね。

山田 救急にもそのような歴史があったと聞いています。かつて救急医というのはあまりいなくて、脳外科や整形外科などいろいろなところから人が出て、救急の対応を分業でやっていました。

それが独立した救急科、さらにはERという横断的なセクションができ、実状に則したシステムになってきました。総合内科、総合診療も似たような経緯がありますよね。基本的には同じ病気を診るのだから縦割りになると縄張り争いになってしまう。役割分担しお互いに敬意を払えばWin-Winの関係になれて、むしろ患者さんにとっては非常に流れの良いパスができるということですね。

則末 それがPatient-Centeredということです。

山田 集中治療医も究極のジェネラリストですね。

則末 その通りです。このシステムは病院全体の利益にもなると思います。例えば、当院の心臓血管外科は年間500例の手術をこなします。この規模の病院で、限られた人数の心臓血管外科医でそれができるというのは、術後、私たちが診ていて、専門家は当直をせずに手術や手技に集中できるからです。これは患者側にとっても医療者側にとってもありがたいシステムだと思います。

総合内科の本来の役割

山田 なるほど。でもそういう仕組みをつくっていかうと思うと、現場では共有できるまでに時間がかかるということですね。総合内科でも、総合診療でも、救急でも、医学が専門分化していった過程で似たようなことが起こり、今は患者さんのためにはPatient-Centeredというような思想の中で、横断的な仕組みのほうがより効果的で重要だと考えられるようになってきた。

則末 そうですね。だから、総合内科の役割というのは集中治療医の役割と同じで、そこがキーになると思っています。例えば、日本で総合内科

というと、呼吸器内科や循環器内科といった専門科が診る患者以外の、高齢で、認知症が進んで、誤嚥性肺炎というような「その他」を診るところという位置付けに思われがちです。しかし、そうではなく臓器がどこであれ、まず患者さんを診て診断を行い、その後専門科に適切にコンサルトをするというのが総合内科の本来の役割だと思います。そうすることで患者さんがどの科に入院するかという問題で争いも起こらず、救急からすぐに入院させることができます。入院してから総合内科医によってしっかりと診

断がなされ、適切な専門科にコンサルトが行われるという過程は最も患者さんのアウトカムに影響すると思います。

山田 本当にそう思います。どうしても若い先生たちは、専門性が高いほうがランクが上で、総合医はその下で支えるというふうに捉えがちなところがあって、全てを専門医から指示をもらわなければいけないという、インフェリオリティーのようなものを感じやすいですね。

則末 問題は、総合内科をきちんとやらずに専門医になれてしまう日本のシステムにあると思います。アメリカでは、将来オンコロジストになろうと思っても、まず総合内科としての研修が一定期間必要になります。研修期間修了後、専門科に進まずに総合内科医になりたいという人はそのまま総合内科に残ります。そのような総合内科医と、必須となっている内科研修中の研修医が、アメリカの総合内科を担っています。

山田 これまでの日本の教育が、専門的な手技など

に重きが置かれて基本的な臨床能力のトレーニングがおろそかになりがちだったのではないかと思います。先生が初めに集中治療医に関心を持たれて、重症になってインテンシブなケアが必要となればなるほど、患者さん中心の考え方をしなければいけないということを学んだような、本当の臨床医の価値を、日本の医学教育の中ではあまり学べなくなっている気がします。

則末 それから総合内科がもっと報われる医療システムにしないと駄目ですよ。アメリカはQOLもよく報酬もそれなりに保証されているので、総合内科で行こうと思う人たちが大勢います。今、東京ベイでは、平岡英治先生という強力な指導者がいて、医学の面白さを伝えているからこそ勉強熱心な人が集まってきていますが、総合内科が報われるシステムを何とかつuckingかないと、日本で総合内科を広げるのはなかなか難しいのかなと、正直思います。

ICUが育てた医師がJADECORの病院を支える

山田 先生は今、集中治療医をやっておられて、自分がやりたかった仕事としてやりがいがあると感じていらっしゃるでしょうか。

則末 それは日々感じています。教育回診の時には、どうしてこういう判断をしたのかという、そこに至るまでの思考回路を極力言語化するように努めているのですが、それを研修医たちが一生懸命メモしてくれて、次に同じような症例で同じような場面になったときに、同じよう行動してくれているんですね。それを見ると報われるなあと思います。標準化するという意味では、この人でないと分からない、この人でないとで

きないということを極力少なくしてみんなができるようにしたいので、それもまた地域医療との親和性が高いと思っています。そういう教育をしていけば、地域に行っても同じような判断をして、かつ自分の持っているリソース、自分の目の前にあるリソースに合わせて柔軟に自分の判断を変えられる。そこまで意識して教えているつもりではありません。

山田 ありがとうございます。いつでもどこでも人や物は限られているわけなので、その場でいかに対応できるかを鍛えられるというのは、とてもありがたいことだと思います。

則末 ACGMEの、医者が身につけなければいけない6つの能力の1つに、Systems-Based Practiceというのがあります。例えば自分が前にいたところではそれがベストだったかもしれないし、それができたかもしれないけれど、今は違う環境やシステムであると。そうしたら、その環境で可能なセカンドベスト、サードベストは何かを考えて柔軟に対応するという、そこを強調しています。

山田 先生はICUを目指す医師だけでなく、総合診療医の研修にも協力していただいています。総合診療でICUを学ぶ人たちには、どういう勉強をしてほしいと考えられますか。

則末 背景が総合内科でも救急でも分け隔てなく教えてはいますが、特に今後地域医療に携わるであろう研修医の先生方には、自分で調べて答えにたどり着く力と、Systems-Based Practiceの考え方を教えることが大事だと思います。地域に行ったら必ずしも東京ベイでできていた治療ができるわけではないけれど、そういう場合にはこういうふうな手もある。そういうことを自分で調べることができるような能力を身に付けてもらいたいと思います。

山田 今ICUの研修は何年ですか。

則末 フェローは2年です。

山田 ICUの2年間のフェローを修了した後はどういう感じですか。

則末 せっかく育てたので、できればわれわれの間として残ってほしいと思っています。今のところ練馬光が丘病院や横須賀市立うわまち病院がその箱となっています。もちろん全く違うところに行きたいという人がいればそれも全力で応援しますが、可能なら1つの大きな救急、総合内科、集中治療のグループとして日本の医療を支えていきたいですね。

山田 先生が育成しているような人材で、JADECOMの基幹病院、教育病院の屋台骨をつくってほしいと思います。一方でJADECOMには地域の小さな病院が多く、そういった病院では逆に臓器別専門医が必要とされる機会は少なく、ジェネラルに対応できる医師こそ力を発揮できるので、ぜひそういう地域の病院でも活躍してほしいですね。

また自治医大卒業生の中には満足な研修を受けられないまま、義務年限でへき地や離島に赴任している人たちが多くいます。そういう人たちが半年、あるいは数ヶ月でも研修をしたいと考えた際に、研修の受け入れについてはいかがでしょうか。

則末 もちろん大歓迎です。

山田 ありがとうございます。ここで技術的なことを学ぶというよりは、先生が言われたような考えただけでも学べれば有難いと思います。

医師のプロフェッショナリズムを再認識したコロナ禍

山田 さて、東京ベイ・浦安市川医療センターでは、新型コロナウイルス感染患者をクルーズ船患者を含めた早期の段階から受け入れてきて、本当に大変だったことと思います。

則末 大変でした。人類が初めて経験する感染症なので、どういう経過をたどるのかも分からないし、挿管して人工呼吸器管理になって、どれくらいの可能性で良くなるのか、またはもう絶望

的なのかすら分からない状態で、治療を進めていかなければなりませんでした。

あとは、やはり感染のリスクですね。口には出さないけれど、医師も看護師もほかのメディカルも、自分がかかったらどうしようと思いつながら診療をし、家族に感染させてはいけないからと、家にも帰れず、自分で部屋を借りたりホテルを借りたりしていた人もいました。実際、私も2ヵ月間くらいは家に帰りませんでした。でもこれを日常生活とするためにはどこかで家に帰らないといけないですし、しっかりPPE(Personal Protective Equipment, 個人用防護具)さえしていれば大丈夫なはずだと割り切って考えるようにして、今は家に帰るようにしています。

一方でプロフェッショナルリズムというものが何かということ、再度認識した時期でもありました。例えば消防士は、燃えている家の中に入るのが怖いからといって家の中にいる人を助けることを拒否することは許されないと考えるのです。それは消防士としてのプロフェッショナルリズムに反する。自分が感染するのが怖いからといってPPEがあるにもかかわらずコロナ診療を拒否したら、医師としてのプロフェッショナルリズムに反すると思うのですね。そのようなプロフェッショナルリズムの気持ちを持ちながらみんな今までやってきたとは思いますが、実際にそういう状況に遭遇したのは初めてのことで、非常に良い経験でもありました。プロフェッショナルリズムもACGMEの6つのコンピテンシーの1つですが、日本ではエキスパートとプロフェッショナルが混同されています。エキス

パートは知識があつて熟練しているということで、エキスパートであってもプロフェッショナルではない人も大勢います。プロフェッショナルはもっと職業人としての姿勢や精神的なものだと思うのです。そういうものを再確認できたことが自分の中では大きかったですね。

山田 今回離島でも新型コロナウイルス感染者が出たようですが、離島のような現場では逃げ場がないわけです。そういう意味で医師のプロフェッショナルリズムというはやはり覚悟かなと思います。この職業のとても厳しいところであり、また尊いところでもある部分があるが、このコロナ禍で問われたと思っています。終息が見えない中、今も最前線の最も重症者に対応されている先生方のご苦勞は、察するに余りあります。

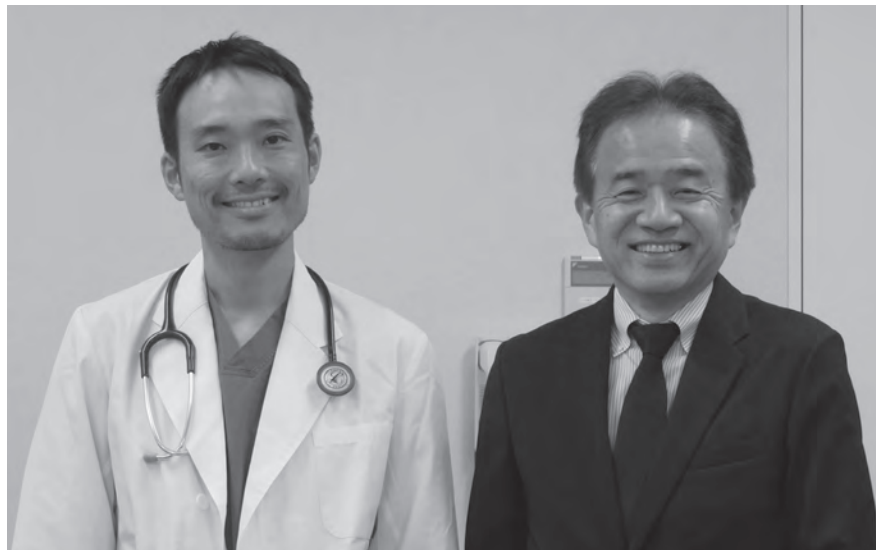
では、最後になりましたが、今も地域で頑張っている若い先生たちに一言、エールをお願いします。

則末 地域だからベストな治療ができないと考える必要は全くないと思います。地域であっても、その環境で可能なセカンドベスト、サードベストを探して、柔軟に対応する。そして患者さんと向き合うことで、患者さんの満足度も高くなるし、患者さんも救われる。自分でいろいろ調べる習慣とスキルを身に付けること、また1つの方法に固執しないという姿勢が大事です。これをもっていれば、どこにいても充実した医師人生が送れるのではないかと思います。

山田 則末先生、今日はお忙しい中、ありがとうございました。

則末泰博(のりすえ やすひろ)先生プロフィール

1996年慶應義塾大学文学部心理学科卒業。2004年東邦大学医学部卒業。沖縄県立中部病院にて初期研修後、2006年よりハワイ大学内科レジデント、2009年よりセントルイス大学、呼吸器内科・集中治療科フェローを修める。2012年東京ベイ・浦安市川医療センターに着任し、同センターの立ち上げに携わり、現在に至る。



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

最近の成人教育と人材育成

企画：川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長 田中 拓

特集

●エディトリアル

●総論:成人教育の概要

ー若手医師教育について知っておくべき3つのことー

●シミュレーション教育とこれからの医療人養成

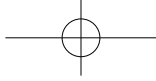
●医療者教育学を学ぶ修士課程

ーグローバルスタンダードの称号MHPEを目指してー

●病院を治す医者になる

ー医師がMBAを取ることー

●あたらためて地域で学ぶということ



エディトリアル

川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長 田中 拓

本特集では最近の成人教育と人材育成について考える。筆者が研修医のころ、指導とはそれぞれの医師が自身の経験や知識をそのままの形で後輩である医師に伝達することであった。その後標準化が一般的となり、Evidence Based Medicine (EBM)が根付き、伝えられる内容は均質になってきた。次のステップとして、では良い医師とは何か、どのようにして良い人材を育てるのか、が問われるようになった。医療の世界に限らず、あらゆる組織において人は最大のリソースである。その人を育てる教育は、未来を育てることにほかならない。本特集ではさまざまな切り口から成人である医療者の育成についてお示しする。

内藤貴基先生には成人教育論について教師主導型、自己主導型、自己決定・相互変革型といった代表的な3つの型をご紹介いただいた。教育対象はますます多様になり、その多様性をどのように受け入れ、伸ばし、自分自身も伸びていくかが問われるようになっていく。

石川和信先生にはシミュレーション医学教育についてご説明いただいた。シミュレーション教育の利点と弱点、それを支える人材の必要性を詳述いただいている。またこれからのシミュレーション教育の持つ可能性についてもご呈示いただいた。

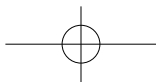
西城卓也先生には医療者教育学についてご説明いただいている。医育機関において医療者教育の専門家を擁することがグローバルスタンダードとなる中で、日本初の岐阜大学大学院医学系研究科に医療者教育学修士課程が設置された。同課程の内容とこれからのことについてご紹介いただいた。

日下勝博先生には少し異なる視点からMBA(経営学修士)についてご紹介いただいた。医療の現場では人間を健康にするだけでなく、組織を健康にすることが地域に大きく貢献する。そのための人づくりについてご自身の経験を踏まえた内容は大変興味深いものである。

教育は大学や研修病院だけで行われるのではない。米田博輝先生には医師としての根源的な目的や関心を発見する場として地域の果たす役割の大きさを言葉にさせていただいた。また、現在は大学に所属し、地域での学びと大病院での学びの双方がお互いを尊重し、多様な学びの場をつくるとする内容は大変納得できる。

世界中が新型コロナウイルス感染の影響を受けている。成人教育も例外ではなく変化を余儀無くされている。特に講習会やシミュレーションといった多人数が接触する形式の教育機会はWeb形式の導入や人数制限などさまざまな工夫が求められる。これほど急激な変化を求められたことは経験がない。しかし、私たちは学習と教育によって前に進もうとしている。

本特集が皆さまの毎日の学ぶこと、教えることのお役に立てれば幸いである。



総論：成人教育の概要

－若手医師教育について 知っておくべき3つのこと－

聖マリアンナ医科大学救急医学 内藤貴基

POINT

- ① 人は多様であるので柔軟性のある教育システムが必要
- ② 成人教育には3つの学習タイプがあるので上手に使う
- ③ 教育の目的は「知識や技術の伝達」だけでなく「生涯学び続けられる能力の獲得」である

はじめに

この10年で若手医師の教育を取り巻く環境は大きく変わったと感じる。最近では卒後5年目くらいまでさまざまな科や病院をローテーションすることも珍しくない。医師としての裾野を広げるには良い反面、指導医の負担は増しているように感じる。とりわけ数ヶ月と短い単位のローテーターを教育するのは至難の技である。どのような教育システムが良いかはさまざま意見があるとは思いますが、こういった若手医師の選択の自由度が上がり、情報量が増加している現状に対応するには、均一な個性を前提にした教育プログラムでは対応が困難になっているのは明らかである。若手医師の異なる個性や性別、ライフイベントに対応できる柔軟なプログラムが必要であるし、それを可能にするための教育における基本的知識を身に付けることが必要だと感じている。本稿では教育における基礎を紹介す

る。教育はソフトサイエンスであるので私見が入る部分をご容赦願いたい。日々現場で格闘する指導医の先生方の一助になれば幸いである。

Pedagogyからandragogy, そしてpost-andragogy, 学習には大きく3つのタイプがあるので、まずそれを見ていく。

Pedagogy

教育というと、教室で教師が生徒へ授業をする「教える－教えられる」というイメージがあると思う。これはpedagogyと呼ばれ、「教師主導型」の学習である。ちなみにpedagogyは「子ども(paid)」と「指導する(agogus)」の合成語である。指導の内容や方法は教育者が決める教師主体の学習である。定められた内容を、限られた期間に効率よく教えることを主眼に発展し、現在も子どもの教育現場では広く用いられている。若

特集

手医師教育ではテーマを決めて計画的に行うコアレクチャーがこれに当てはまる。どちらかという「予習」の要素が強くなる。計画的に学ぶには適しているが、よくあるのが「前に聞いたような気がするけど忘れてしまった」である。ではなぜ、不十分な効果に止まってしまうのだろうか？それは成人学習者の特性を把握していないからと考えられる。成人教育ではpedagogyに則った教師主導型学習は適さないことも多いのである。

次は成人教育で大切な考え方であるandragogyをみていこう。

Andragogy

Pedagogyと対比される形で成人を対象とした教育としてandragogyという考え方がある。Andragogyは「おとな(andr)」と「指導する(agogus)」の合成語で「成人の学習を援助する技術と科学」と定義される。キモは成人と子どもは学習において特徴が違うという前提に立っているところである。これは後述する成人学習者の特徴をふまえ、学習者を受け身から「学びの主体」に変換した「自己主導型学習」を重視する考え方である。「自己主導型学習」は能動的に自分の学習計画の立案(内容や時期、方法)に関わることを重視しており、短期間で直面している具体的な問題を解決するのに適しているとされる。

Andragogyを知る上で重要な、成人学習者の5つの特徴について詳しくみていこう。

1. 自己概念 Self-Concept

教師主導型では学習者は「教えてもらう」という受け身の態度になるが、自己学習型では生涯学び続けるために自分の学習計画を立てることに参加し、目的意識と高いモチベーションを保つことが重要とされている。

2. 学習者の経験 Learner's experience

成人はすでに経験があり、その経験は人によって違う。Andragogyではその個人が持つ具体的な過去の成功や失敗という経験を源に、個

別の学習計画を立てる。ただ、成人は経験により思考パターンが固定化したり、過去の経験が軽視されると人格が否定されたと感じるため配慮が必要である³⁾。

3. 学習へのレディネス Readiness to learn

成人は問題を解決する必要に迫られることで、意欲や取り組む姿勢が準備される。問題があることの認識、つまり改善すべきポイントに自ら気がつくということが重要になる。

4. 学習への志向性 Orientation to learning

成人は「今日の前の差し迫った具体的な目的のため」に学ぶことの方が多くなる。そのためandragogyが得意とする網羅的な「～学」といった体系的な学習ではなく、即効性のある具体的な課題や問題を出発点とした学びになる。

5. 学習への動機付け Motivation to learn

子どもは外的な報酬や罰によって動機づけられることが多いのに対して、成人は内的な刺激や好奇心によって学習への動機づけを得るとされる。忙しい中から学習に割く時間を作り出す必要があるため、強いモチベーションが必要になる。学ぶ目的やゴールを明確にし、主観的な充実感を達成することが大切になる。

最近よく医学生教育で用いられるPBL(Problem-Based Learning)も自己主導型学習の一つである。正直、医学生レベルでは動機や志向性が伴っておらず効果的でないことも多い現状がある。しかし、若手医師は目の前に実際の患者がいるのでその点は圧倒的に違う。若手医師教育の現場では、自分が直面した臨床的課題に対処する方法を学ぶ「復習」を主体とした学びになることが多い。実際に患者を診ることが最も勉強になるのは皆様も実感しているところだと思う。デメリットとして網羅していない範囲が出てくることがあるが、コモンな問題は繰り返し生じるので、より実践的な力を付けることができる。

Post-andragogy

一方、従来の教育で中心にあった「知識や技能の伝達」だけでなく、いかに内面的に自立した学習者を育成するかといったことに重点が置かれたpost-andragogyという考え方がある^{*1}。Post-andragogyでは「振り返り」と「批判的な気づき」を通して、学習者の価値観、学習スタイルも革新させ、新たな考え方に自ら到達(transforming)することが重要とされる。

Andragogyでは学習者は成長と共に自然に自立した学習者となることが成人の特徴(元々備わっている能力)であると想定している。したがって自己主導型学習が発生するが、実際にはそうではない若手医師もたくさん見かけることと思う。Post-andragogyでは自立・自己主導性を学習によって達成されるべき目標と捉え、それをいかに達成するかという視点で自己主導型学習を見直している。つまり自己主導型学習ができる能力を獲得するプロセスを重視する学習論とも言える。代表的な理論としてMezirowは「変容的学習の理論:transformation theory」を提唱しており、その中で「省察的学習:reflective learning」と「変容的学習:transformative learning」つまり「振り返り」と「批判的な気づき」が重要だとしている⁵⁾。

どういうことかという、成人は価値観や信念によって形成される各個人特有のフレーム(考えの枠組み・固定概念)を持っている。新しい経験をした時に、まず最初に自分のフレームと合致するかどうかを判断し、軋轢を生じた場合は、新しい経験の価値や意味を考える。これが新しい経験の省察的学習(振り返りからの学習)になる。しかし、時には省察的学習によっては解釈できない、全く違う価値観や思想と遭遇する。そうなると自分の持つ価値観ではどう対処したらよいか判断できなくなる。これを「混乱ジレンマ」と呼び、自分のフレームを新たに革新する契機となり、自らのフレームの批判的な気づき、変容的学習へとつながる。新しい指導医の言うことが前の指導医と逆だったり、病院や科が変わり全く違うやり方に触れた時な

ど、若手医師は何が良いことなのか分からなくなる。これが「混乱ジレンマ」である。そして自分のフレームが間違っているかもしれないという「批判的な気づき」に到達し、自分のフレームを新たに革新しようと努力(学習)する。これが変容的学習になる。つまり、省察的学習と違うのは「自分のそもそもの考え方が間違っているかもしれない」という批判的な気づきがあるかどうかだといえる。変容的学習のきっかけはほぼ外からの働きかけにより生じるといわれている。臨床の現場では、施設の移動や人事交流、留学などにより自分のコミュニティの外との交流を持つことが大切となる。このような経験は交わる双方ともに起こるため、互いに自らをより望ましい形へ変革するという意味で自己決定・相互変革型学習とも呼ばれる。

※1 Mezirowによる「変容的学習理論:Transformation theory」, Brookfieldによる「自己決定学習:Self-directed learning」, Crantonによる「model of understanding and promoting transformative learning」などが含まれる。

教える側の役割

ここまでは主に学習者を中心に学びを見てきた。では私たち教育者にはどのようなことが求められるだろうか。

Pedagogyによる教師主導型学習では、「専門家、教師」としての知識や効率よいプランを作成する役割が求められる。一方、andragogyによる自己主導型学習では、「ファシリテーター・マネージャー」としての学びの方向やリソースの提供、タイムキーパーなどの役割が求められる。さらにpost-andragogyに基づく自己決定・相互変革型学習では「省察的实践者・メンター」といった学習者と共に実践を批判的に振り返り、目標となる役割が求められる。自己決定・相互変革型学習では教育者も批判的な気づきを通して新たなフレームを作り出す、つまり柔軟な考えで「教えることは学ぶこと」を実践し変化し続けることが必要なのである。それを通して学習者と教育者で「共有する理論」を作り出すことができ、それが組織の文化として根付いていく

のである。

終わりに

ここまで成人教育について学んできたが、3つの学習タイプのどれが優れているというわけではなく、教える対象や内容によって使い分けのべきである。救急外来の初期対応など初期研修医に必要な分野は教師主導型学習(週に1回のコアレクチャーなど)が有効であるし、すでにある程度経験のある医師には目標を一緒に設定し達成できるようにサポートする自己主導型学習がよいだろう。また新たな環境に戸惑っていたり、新たな役職に慣れないような学習者には自己決定型・相互変革型がよい。聡明な読者は、結局は万能なプログラムなどなく、適宜変化できることが重要だと気づかれたと思う。そういった多様性を持つことがこれからの若手教育には必要である。しかし、多様性をただ共感・受容するだけではバラバラになり崩壊する。多様性を許容するからこそ、何が大切かを組織として持ち続けることが重要かと思う。

「多様性は理(ことわり)で捉え、意思で束ねる」、私がとても感銘を受けたジーンクエスト代表の高橋祥子さんの言葉である。いつの時代も若者は新しいものを吹き込んでくれる。教えることは学ぶこと。皆様の日々の教育の一助になれば幸いである。

参考文献

- 1) マルカム・S・ノールズ著、渡邊洋子監訳:学習者と教育者のための自己主導型学習ガイド -ともに創る学習のすすめ-。明石書店、2005。
- 2) 渡邊洋子:成人教育学の基本原則と提起 -職業人教育への示唆-。医学教育 2007;38(3):151-160。
- 3) 三原泰熙:成人教育論と人材形成 -M.S.ノールズとアンドラゴジー- モデルとその批判を中心に。経営と経済 1990;70(3):123-138。
- 4) クラウス・マイセル著、三輪建二訳:おとなの学びを支援する -講座の準備・実施・評価のために。鳳書房、2000。
- 5) 小池源吾、志々田まなみ:成人の学習と意識変容。広島大学大学院教育学研究科紀要 2004;第3部第53号:11-19。
- 6) 豊田千代子:ポスト・アンドラゴジー論の形成に向けての一考察 -P.クラントンの理論枠組を中心として-。駒澤大学教育学研究論集 第13号、1997。
- 7) 米岡裕美:日本における成人教育方法論の構造に関する一考察。京都大学障害教育学・図書館情報学研究 2011;10:75-84。

シミュレーション教育と これからの医療人養成

福島学院大学 特任教授
特定医療法人舟山病院 副院長・主任内科部長 石川和信
前 国際医療福祉大学医学部 教授・成田シミュレーションセンター部長

POINT

- ① 患者中心の医療安全の観点から、シミュレーションを上手く取り入れていく教育研修計画が重要である
- ② シミュレーション教育に精通した教員・スタッフの人材養成が求められている
- ③ 医療専門職種の枠を超えたシミュレーションによる指導が有効である
- ④ 臨床手技のトレーニングに留まらず、データ解釈や問題解決、さらには、医療人としての態度や倫理観を学ぶ実践的なシミュレーション教育への発展が望まれる
- ⑤ これからのシミュレーション教育として、災害医療、放射線・感染症防護などを含めた9つの柱を提示する

特集

はじめに

本誌の読者の多くが、日本各地で総合診療・家庭医療の最前線に立っておられる医師であることを念頭に置いて、比較的新しい医学教育方略であるシミュレーション医学教育の動向について論じる。現在、コロナウイルス感染症の世界的な流行により、医療体制はもとより医師養成は、大きな変更を余儀なくされている。これからの制約を想定することには限界があるが、新興感染症の発生前の医学教育の臨床教育に、漸次、復していくことを前提に述べる。

医療人教育の動向と シミュレーション教育

医療人教育は、この数十年で、アウトカム基盤型教育が世界的に広がり、教育課程で何を教えたか、課目を何時間受講したかという旧来の教育プロセスに価値を置くのではなく、学修者が多岐にわたる専門的問題を的確に把握し、適切な決断を下すことにより、多様な患者・家族のニーズに応え、医療チームの実状に合わせて働けるように変化したか、その価値が判断されるようになった。時代とともに疾病構造は変化し、サイエンスとテクノロジーの進歩と共に診療環境も刷新されるが、初学者が必ず身につ

けなければならない基本的な能力については、医学教育コアカリキュラム¹⁾や医師臨床研修指導ガイドライン²⁾に明示されるようになった。現在、医師が備えるべき基本的な資質・能力は、4つのレベルに大別され、シミュレーションを用いた資質・能力の評価は、コンピテンスのレベルにあたり、最も代表的な評価法が共用試験で広く普及しているOSCE(Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨床能力試験)である³⁾。

患者中心の医療安全とシミュレーション学修

WHOは2011年に患者安全カリキュラムガイド多職種版を作成し、患者に羞恥心をもたらす手技や侵襲的な処置について、早期からシミュレーション教育での経験学修を求めた⁴⁾。例えば、乳房の診察、直腸診、前立腺指診、導尿・尿道カテーテル留置のように、患者の立場からすると確実な能力を備えた医師に手際よく済ませてほしい手技については、シミュレータが開発されており、診療経験のない医学生の良いトレーニングモデルになっている(図1)。患者の人権意識の高まりもあり、医学生や研修医に学ぶ意欲があっても、診療現場で経験困難な状況が多くなっていることを理解して臨床教育を計画する必要がある⁵⁾。表1に、筆者が福島県立

医科大学のシミュレーション教育を推進する立場にあった際、医学部で導入した臨床シミュレーション教育内容を示す。スキルスラボ(シミュレーションセンター)開設後7年間で、医学生は16診療科で28の臨床手技を卒業前に全員が経験できるようになった⁶⁾。

シミュレーション医療教育の特徴

表2にシミュレーション医療教育の特徴を列挙する。患者中心の医療の観点から、シミュレーション教育は、実際の患者への診療に先立って、想定される事故や合併症を認知する機会になりうると同時に、新しい医療人にとっては患者に身体的あるいは心理的に負担をかける臨床業務にあらかじめ習熟できる利点がある。また、各診療施設で生じやすい問題点についてチーム医療の視点で考察(演習後のデブリーフィング)し、改善を検討することも可能である。


一方、シミュレーション医療教育の利点を享受するためには、学修者に応じた教育を柔軟に計画できるシミュレーションに精通した教員の養成が望まれる。同時に、シミュレータやシミュレーション施設を管理するスタッフも必要で、臨床実技教育の継続には、学修到達目標を把握しつつ、臨床教員のニーズを汲み取って、演習の場をセッティングし、シミュレータの操作や物品供給を先読みできるシミュレーション担当

患者中心の医療安全 WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版 2011

**患者さんに羞恥心をもたらす手技や侵襲的な処置は
早期から、シミュレーション学習で経験する**

例

- 乳房の診察
- 直腸診
- 前立腺指診
- 導尿・尿道カテーテル留置



**医療系学生や若い医療人に学ぶ意欲があっても
臨床現場で経験困難な状況があることを理解して教育研修を計画する**

医学教育 2011 42: 201-208

図1 患者中心の医療安全とシミュレーション教育

表1 スキルスラボの設置と臨床実習でのシミュレーション教育の拡充の例

	スキルスラボ 設置前	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
循環器内科	心音・心雑音	心音・心雑音	心音・心雑音	心音・心雑音	心音・心雑音 心エコー検査	心音・心雑音 心エコー検査 心臓血管カテーテル	心音・心雑音 心エコー検査 心臓血管カテーテル	心音・心雑音 心エコー検査 心臓血管カテーテル
消化器内科	消化管内視鏡	消化管内視鏡 腹部エコー検査	消化管内視鏡 腹部エコー検査	消化管内視鏡 腹部エコー検査	消化管内視鏡 腹部エコー検査	消化管内視鏡 腹部エコー検査	消化管内視鏡 腹部エコー検査 直腸診	消化管内視鏡 腹部エコー検査 直腸診
腎臓・高血圧 内科	心音・心雑音	心音・心雑音 呼吸音聴診	心音・心雑音 呼吸音聴診	心音・心雑音 呼吸音聴診	心音・心雑音 呼吸音聴診	心音・心雑音 呼吸音聴診	心音・心雑音 呼吸音聴診	
呼吸器内科	呼吸音聴診	呼吸音聴診	呼吸音聴診	呼吸音聴診	呼吸音聴診	呼吸音聴診	呼吸音聴診 気管支鏡検査	呼吸音聴診 気管支鏡検査
臓器再生外科		腹腔鏡下手術	腹腔鏡下手術	腹腔鏡下手術	腹腔鏡下手術	腹腔鏡下手術	腹腔鏡下手術 胸腔穿刺	腹腔鏡下手術 胸腔穿刺
器官制御外科	縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合
整形外科	縫合	関節注射 縫合	関節注射 縫合	関節注射 縫合	関節注射 縫合	関節注射 縫合	関節注射 縫合	ガウンテクニック 縫合
泌尿器科		前立腺指診 尿道 尿道	前立腺指診 尿道 尿道	前立腺指診 尿道 尿道	前立腺指診 尿道 尿道	前立腺指診 尿道 尿道	前立腺指診 尿道 尿道	前立腺指診 尿道 尿道
麻酔科	気管挿管 麻酔・呼吸管理	気管挿管 麻酔・呼吸管理	気管挿管 麻酔・呼吸管理	気管挿管 麻酔・呼吸管理	気管挿管 麻酔・呼吸管理	気管挿管 麻酔・呼吸管理	気管挿管 麻酔・呼吸管理	気管挿管 麻酔・呼吸管理
救急科	BLS	BLS	BLS	BLS	BLS	BLS	BLS FAST(エコー)	気道管理 FAST(エコー)
神経内科		腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺
心身医療科		頭部血管エコー検査	頭部血管エコー検査	頭部血管エコー検査	頭部血管エコー検査	頭部血管エコー検査	頭部血管エコー検査	頭部血管エコー検査
産婦人科		腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺	腰椎穿刺
耳鼻咽喉科		腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合	腹腔鏡下手術 縫合
小児科		分娩介助 気管切開	分娩介助 気管切開	分娩介助 気管切開	分娩介助 気管切開	分娩介助 気管切開	分娩介助 気管切開	分娩介助 気管切開
医療人育成・ 支援センター		乳児心肺蘇生 新生児気道管理 小児静脈ルート確保	乳児心肺蘇生 新生児気道管理 小児静脈ルート確保	乳児心肺蘇生 新生児気道管理 小児静脈ルート確保	乳児心肺蘇生 新生児気道管理 小児静脈ルート確保	乳児心肺蘇生 新生児気道管理 小児静脈ルート確保	乳児心肺蘇生 新生児気道管理 小児静脈ルート確保	乳児心肺蘇生 新生児気道管理 小児静脈ルート確保
放射線被ばく 医療センター		静脈・動脈採血 医療面接	静脈・動脈採血 医療面接	静脈・動脈採血 医療面接	静脈・動脈採血 医療面接	静脈・動脈採血 医療面接	静脈・動脈採血 医療面接	静脈・動脈採血 医療面接
診療科数	8	10	12	16	17	17	17	16
臨床手技数	8	12	14	20	23	24	28	28

表2 シミュレーション医療教育の特徴（利点と限界）

利点
<ul style="list-style-type: none"> 患者に危害や心理的負担を与える心配がない(侵襲的手技、羞恥心を伴う処置) 学修者のレベルに応じて、教育内容を柔軟に工夫できる(初学者～エキスパート) 学修者は納得いくまで繰り返し練習できる(失敗が許される、計画的に学べる) 現場で経験する機会に乏しい臨床症例の設定が可能(稀少疾患、救急対応、告知、同意) 施設や診療チームの現状に合わせたシナリオ学習が可能(マンパワー、機器・物品の制限) 学修者同士の振り返り(デブリーフィング)や指導者からのフィードバックで形成的学修が可能 均一なシミュレーション設定で妥当性の高い総括評価が可能(OSCE、合否判定、選抜試験)
限界
<ul style="list-style-type: none"> シミュレータやシミュレーション教育施設の整備・管理が必要(専門家、安定した財源) 模擬患者の養成が必要(地域住民との結びつき、標準化トレーニング) 実際の診療との相違(臨場感、責任感、達成感)

チームの人材養成が重要である⁷⁾。2016年に行ったシミュレーション医学教育に関する全国アンケート調査では、ほぼ全ての医学部がシミュレーション教育施設を有しているが、多くが担当

教職員の雇用に財源的な困難を来していることを報告している⁸⁾。国や自治体からの有期限の補助金で、マンパワーやシミュレータの購入・更新が賄われている現状があり^{7), 8)}、2020年に全国

調査を再実施し結果を公表する予定である。

海外の先駆的な シミュレーション医療教育

文部科学省の委託を受けて、2015～2016年にシミュレーション教育に先進的に取り組んでいる国内外の教育施設を訪問調査した⁷⁾。充実した教育実績を持つ国内4大学、米国2大学、豪国2大学、英国1大学を訪問先として選定し、マネキン型シミュレータを用いた教育、模擬患者参加型教育の双方について視察した。医学生へのシミュレーションを用いた授業、卒後のレジデント・フェローに対するトレーニングに参加し、シミュレーション施設に所属する教員・スタッフと討論し、各施設の歩み、特徴、問題点、将来構想について聞き取った。

海外の訪問調査の詳細は報告書⁷⁾に譲るが、日本の医学教育が検討すべきと考えられる要点は3つにまとめられる。第1に、海外のシミュレーション教育では、専門職種を超えて多職種が医師養成に深く関与していることで、ベテランの看護師や救急救命士が急変対応シミュレーション演習のインストラクターやファシリテータを中心になって担当する。医師養成は医師が、看護師養成は看護師が、薬剤師養成は薬

剤師が、大学学部や病院各部署で縦割りに教育を担当している日本の現状がシミュレーション教育展開のブレーキになっている可能性がある。第2に、シミュレーション教育を担当する教員の能力の高さである。模擬臨床シナリオ演習で医学生達が示す予想外のパフォーマンスにも臨機応変に対応し、演習後のデブリーフィングで活発な討論を促し、学修者全員に自己省察させる教員のスキルはシミュレーション教育の質を大きく左右する。制度化された共用試験への対応だけでなく、臨床に即したオリジナリティーのあるシミュレーション教育の開発を目指した本邦の教員教育(FD)の拡充が望まれる。第3に、海外では、simulationistと称される専門技能職員が各施設に複数配置され、シミュレーション演習を手厚く補助している点である。臨床現場に沿ったリアリティーの高いシミュレーション演習の実践の上で重要な役割を担っている。

医学生シムリンピックからの知見

2014年から2017年にかけて、日本医学教育学会のイベントとして、全国医学生シムリンピックを開催した(図2)。シムリンピックは、シミュレーションとオリンピックを合わせた造語で、

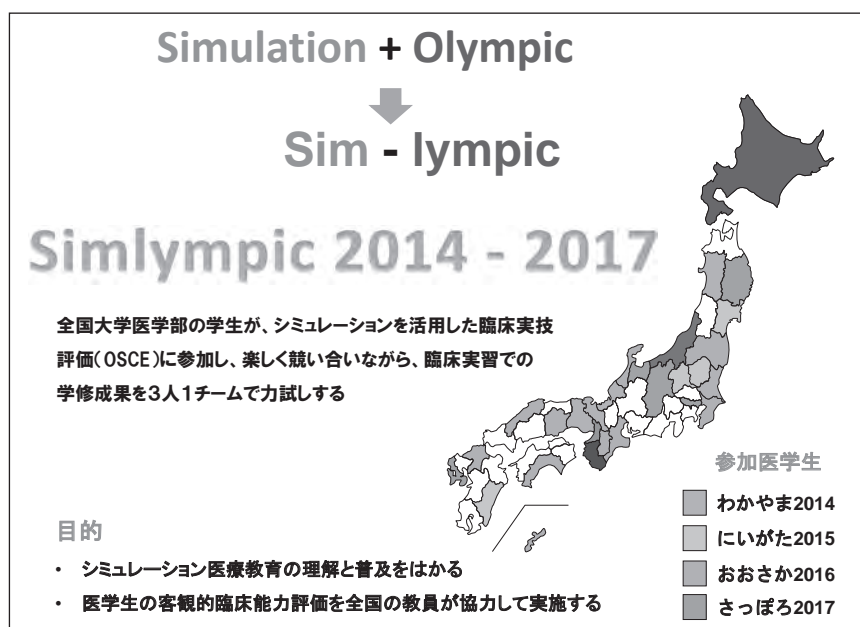


図2 全国医学生イベント・シムリンピック

表3 全国医学生イベント・シムリンピックでのステーション課題の工夫

ST.	課題	評価した臨床能力	使用したシミュレータ・医療機器	競技者人数	模擬患者	模擬患者人数
A	呼吸器診療	聴覚障がい者の配慮 肺音聴診 臨床推論	肺音聴診 シミュレータ	3	模擬患者 模擬家族	1 1
B	救急蘇生	失神患者への対応 心肺蘇生 BLS 病態解釈	救急蘇生 シミュレータ AEDトレーナー	3	模擬患者	1
C	在宅診療	在宅での診療 麻痺患者への診療 バイタルサイン確認	模擬在宅 (和室・ふとん)	1	模擬患者 模擬家族	1 1
D	消化器診療	腹部診察 腹部エコー 病態解釈	直腸診 シミュレータ 静脈採血 シミュレータ	3	模擬患者	1
E	多職種連携	多職種連携 チーム医療	なし	3	模擬 医療専門職	3

全国の医学生がシミュレーションを活用した臨床能力評価に参加し、楽しく競い合いながら、臨床実習での学修成果を3人1チームで力試しするイベントの呼称である⁹⁾。シミュレーション医療教育の理解と普及を図り、医学生の客観的臨床能力評価を全国の教員が協力して実施することを目的に、全国公募した医学生チームが夏休みに臨床実技課題に挑戦した。

表3にシムリンピックで出題した代表的な臨床実技課題を示す。いずれも、OSCE形式で、シミュレーションを用いて、医療面接、身体診察、基本手技、急変患者への初期対応、救急蘇生、臨床所見に基づく臨床推論についての実践能力を評価できるように工夫したものである。各課題の臨床シナリオ、シミュレーションテストに用いる機器と物品、評価のポイントについては、シミュレーション教育を日々実践している全国の医学部教員が担当し、課題の妥当性や難易度については、臨床研修医によるテストランを経て、精選した臨床実技課題を創作した。言い換えると、いずれの課題も単純な臨床技能 (Psychomotor Skill) を試すのではなく、病態の解釈、患者への配慮・態度 (視覚・聴覚障がい者、高齢者)、チームワーク (救急対応・多職種連携)、多様な診療場面 (在宅診療) 等の能力を

同時に評価できる課題である。このために、各課題ステーションでは、シミュレータを組み合わせ配置し、模擬患者・模擬家族が演技し、多面的に臨床能力を評価する工夫を行った⁹⁾。

従来、シミュレーション教育がカバーできる領域は、医師の学修目標を知識、技能、態度・習慣の3つに分類した際、技能の領域に限られると考えられてきたが、臨床シナリオの工夫やハイブリッド・シミュレーション (シミュレータや模擬患者など複数のシミュレーションのリソースを併用する手法) を活用することにより、技能に留まらず、臨床データの解釈や問題解決能力、さらには、医師としての態度を評価することも可能と考えられる。

シムリンピック2014-2017に参加した全国34医学部の医学部5、6年生150名を対象としたアンケート調査で、臨床実習中、いきなり患者に行うことで戸惑いやためらいを感じた経験があると回答した学生が40%も存在した。これらの手技は直腸診、静脈採血、導尿、動脈採血、縫合、聴診の順に高頻度だったが、いずれも高価なシミュレータを必要とする手技ではない。患者安全への配慮からシミュレーション教育を確実に導入するという配慮が未だ不十分な現状が考えられる¹⁰⁾。

表4 これからのシミュレーション医療教育の9つの柱

1. 臨床スキルとタスクのトレーニング	初学者(学生)～エキスパート(専門・指導医)
2. チーム医療・多職種連携でのトレーニング	ユニット・病棟レベルのノンテクニカル・スキル
3. オンライン診療・IT倫理教育	誹謗中傷、情報漏洩、un-professionalism
4. 介護サービスのトレーニング	超高齢社会(吸引、体位交換、導尿)
5. 新規の診療機器の導入	実際の患者への使用前のトレーニング
6. 医療安全・診療の質の改善	医療安全への影響・アウトカムの予測
7. 専門職資格・免許の実技試験	臨床実習後OSCE, 国家試験、専門医認定
8. モバイル・スキルスラボ	へき地、発展途上国への普及
9. 災害医療・放射線防護・感染防護	あらゆる状況を想定し隠れている問題を抽出

これからのシミュレーション教育

表4にシミュレーション医療教育の将来活用を9項目にまとめた。臨床スキルとタスクのトレーニングは、初学者からエキスパートに至るまで、最も重要でニーズが高い役割と考えられる。一方、個人のトレーニングを超え、チーム医療・多職種連携でのトレーニングの機運が高まっている。診療ユニットや病棟レベルで生ずるヒューマン・エラーを最小限にするためにノンテクニカル・スキルを高める必要がある。オンライン診療・IT(information technology)利用で生じうるリスク(誹謗中傷、情報漏洩、アンプロフェッショナルリズム)へのシミュレーション教育は新しいニーズと考えられる¹¹⁾。超高齢社会が本格化している現在、吸引、体位交換、導尿など介護サービスでのシミュレーショントレーニングの需要が高まっている。医療機器や医療安全・診療の質の評価では、シミュレーションを取り入れた研究デザインが望まれる。正式導入予定の臨床実習後OSCE(PCC-OSCE)が、社会に対する医学生の実保証となるように、専門医の実保証としてシミュレーションテストが資格認定に用いられる方向性が考えられる。

シミュレーション教育の限界として、シミュレーション施設の管理やシミュレータの購入・更新の経済的な負担があげられる。この解消に

は、医育機関の人的連携や物品リソースの共有が考えられるが、へき地や発展途上国へのシミュレーション教育の普及を考えると、海外の幾つかの地域で運用されているモバイル・スキルスラボの導入¹²⁾をわが国も検討する必要がある。

シミュレーション教育のもう一つの限界として、学修者の人数が限定され、100名を超える医学部の授業には導入しづらいという問題点がある。この対策として、シミュレーション施設の拡充とシミュレーション・デイ(simulation day)と名付けた授業形式を考案した¹³⁾。教員確保とコスト管理を調整できれば、臨床実習や臨床研修の事前トレーニングを刷新できる可能性がある。

また、相次いで被害をもたらしている大地震、豪雨、大型台風、等に対応するための災害シミュレーション教育の拡充は重要な課題である。東日本大震災で生じた未曾有の原発事故に対する放射線防護には、シミュレーション教育に代替する以外の手段は考えられない。新型コロナウイルス感染症が世界中で猛威を振るっている現在、感染防護についてもシミュレーション教育プログラムの確立と普及が急務である。

文献

- 1) モデル・コア・カリキュラム海底に関する専門研究委員会. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版.

- https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/0332/toushin/1383962.htm (accessed 2020 Jun 9)
- 2) 医師臨床研修指導ガイドライン 2020年度版. 厚生労働省. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03924.html (accessed 2020 Jun 9)
 - 3) Harden RM, Laidlaw JM: Essential Skills for a Medical Teacher, 2nd edition. Elsevier, 2016.
 - 4) WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版 2011. <http://www.tokyo-med.ac.jp/mededu/news/detail2.html> (accessed 2020 Jun 9)
 - 5) 菅原亜紀子, 小林元, 諸井陽子, 他: 医学生の臨床能力自己評価システムの開発. 医学教育 2011;42(4):201-208.
 - 6) 菅原亜紀子, 小林元, 諸井陽子, 他: 福島医大クリニカル・スキルラボラトリーにおけるシミュレーション教育の展開. 日本シミュレーション医療教育学会雑誌 2014;2:24-27.
 - 7) 医学教育学会第18期教材開発・SP委員会&第19期学習方略委員会: 国内外の医療系学部等におけるシミュレーション教育・研修に関する調査研究. 文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業報告書. 2016. p1-180.
 - 8) 石川和信, 小林元, 菅原亜紀子, 他: シミュレーション医学教育に関する全国アンケート調査2016. 医学教育 2017;48(5):305-310.
 - 9) 石川和信, 首藤太一, 小松弘幸, 他: 医学生イベント・シムリンピックについて—シミュレーション教育の理解と臨床能力客観評価のための教員連携. 医学教育 2015;46(3):259-271.
 - 10) 石川和信: シムリンピックを通じて観察した教育のPearl. 医学教育 2018;49 suppl:26.
 - 11) 諸井陽子, 小林元, 菅原亜紀子, 他: 医療系学生・医療専門職が起こしたインターネット上のモラルハザード事例. 医学教育 2016;47(3):185-187.
 - 12) 奈良信雄, 石川和信(監訳): エssenシャル臨床シミュレーション医療教育. 篠原出版新社, 2015. p307-308(遠隔地やへき地でのシミュレーション教育).
 - 13) 石川和信: 新しい臨床実習前教育への挑戦—大人数シミュレーション授業. 医学のあゆみ 2018;267(11):855-860.

医療者教育学を学ぶ修士課程 ーグローバルスタンダードの称号MHPEを目指してー

岐阜大学大学院医学系研究科医療者教育学専攻 准教授 西城卓也

POINT

- ① 医療者教育学とは、さまざまな医療系専門職の教育者が、医療系学生と若手医療者を指導するにあたり、その指導上役立つ教育能力を扱う学問である
- ② 医療者は医療の専門家であり、必ずしも教育の専門家ではない
- ③ 医療者教育学を体系的に深く学ぶには、修士課程の履修がグローバルスタンダードである
- ④ 我が国で初めて、岐阜大学大学院医学系研究科に医療者教育学修士課程が設置された
- ⑤ 医療者教育学を習得したものには、我が国における医療者教育の革新・発展・普及をリードすることが期待される

特集

はじめに

岐阜大学大学院医学系研究科には、2020年度より医療者教育学専攻修士課程が設置された。我が国初の医療者教育学の修士課程には、現在6名の医療従事者が入学した。医療のみならず、医療者の教育にも多職種連携が求められる時代のニーズを受けて、入学者も多職種に広く門戸を開けている。取得できる学位である“MHPE” (Master of Health Professions Education)は、医学教育／医療者教育学のエキスパートとして認知されるためのグローバルスタンダードである¹⁾。本稿では、MHPEが生まれた背景、履修の狙いや意義、履修カリキュラム、卒後に待っているキャリアの未来について概説したい。

医療者教育学という新しい学び

1. 医療者教育学とは

なじみが薄いかもしれないが、医療者教育学とは、医療者の育成に関する学問である。つまり大学などから臨床研修病院などのような医療系の人材を育成する機関において、医療を志す学生や新たに入職した新人などを、指導者がどのように教育するのかについて扱う学問である。具体的には指導者が学習者をどのように教え、評価し、どのようなプログラムで継続的に育成するのかをデザインし、実践し、そしてその成果を検証する際に、必要な教育学²⁾と言える。

我々の大学院においては、「医療者教育学とは、さまざまな医療系専門職の教育者が、医療系学

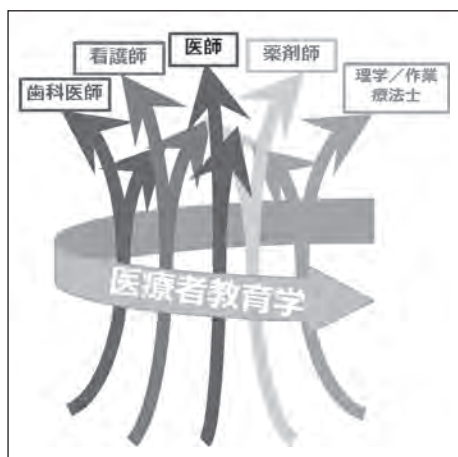


図1 医療者教育学における多職種性

生と若手医療者を指導するにあたり、その指導上の多面的課題を究明すべく、職種を超えてその課題の根源にある教育学(例:教育方法・評価・プログラム開発)を体系化し、その研究を推進する学際的学問」と定義づけている(図1)。

2. なぜ医療者教育学か？

以前は神話のように信じられていたことであるが、例えば医学教育に特化していえば、“猛勉強し、優秀に育った医師であれば、優れた方法で優れた後進を教えられる”と考えられていた²⁾。もちろんこれはもはや絶対的正解ではない。そもそも医師は教える方法などは習ったこともなく、教育という、医療とは別の能力が求められるのだ。医療者教育学を学ぶ理由について以下を提示したい。

(1) 医療者教育の特殊性

医療者の教育は、病院や臨床現場という誤りの許されない厳しい環境(High Reliability Organization)で行われる場面が多い。指導者には、患者に丁寧に的確な医療サービスを提供しながらも、学習者にも目を配り、高度な診療能力を伝授することが求められる。また医療とは代表的な感情労働の一つであり、自らの感情をコントロールしながら、患者も診ながら学習者も同時に教えるという実に難易度の高い教育能力が求められるという特殊性がある。これはたやすいスキルではないと言える。

(2) 医療者教育の革新

現在の医療者教育は、黒板とチョークだけで、自分が昔習った知識を伝達するだけでは明らかに事足りない。医療医学は日進月歩であり、さらには多職種連携・行動科学など、10年、20年前の医療系大学では学んだことがない内容を、新たに学び教える必要性も生まれている。さらにはポストCOVID-19時代においては、指導者はオンライン学習とオンサイト学習のできる教育をよく把握し、ツールを上手に活用してミレニアル世代の学習者の学びを促進させることが求められる。

(3) 職種を越えた医療者教育学へ

伝統的には、医学教育、看護教育、歯科医学教育、薬学教育等が独立して発展してきたが、縦割りの職種別教育では、現代求められる職種間の理解・連携能力に障壁が生まれてしまう。従って例えば多職種連携教育などを、医療職種を越えて教え学びあう必要性があるが、その指導に当たっては、多様性の受容・協働性など実に多くの資質が求められる。

(4) 期待される国際発信力

現在は医学教育についてみれば、グローバルスタンダードが存在し、それにある程度、我々の教育を準拠させ、社会的要請に見合う教育を開発するニーズが存在する。また多くの知見が世界で共有される時代になったが、国内外のレベルにおいて教育実践における研究を通じた発信力も求められる。そのような“グローバル”な知見の発信が、現代の医療者教育学を形成しているといっても過言ではなく、研究発信能力も期待される分野なのである。

指導者の教育能力開発に関する現状

大学や病院の指導者が国際標準レベルの教育学を新たに学ぶ必要があるにもかかわらず、医療者は医療の専門家であって教育学は習得していないことは前述した。当たることもあろうが、はずれることもある我流のアプローチで、奮闘しながら教育を担当しているのが現状であり、専門的な能力を求めるニーズは高い。もちろん過去の学習経験はその指導者の教育の基盤

表1 医学教育学／医療者教育学の修士課程の世界的な設置の動向

1990年	7校	英国, 豪州, オランダ, 米国のみ
2014年	128校	北米 (45: ハーバード大学含), 欧州 (42), 中東 (14) オセアニア (7), 中南米 (6), アフリカ (4) アジア (10: シンガポール・マレーシア・タイ等)

をなす大切なものである。ただそれだけに固執せず、新たに提案されている方法があるのであれば、それらをうまく活用できるようになることが求められるだろう。新しい教育方法を学ぶ方法としては、例えば各機関で行われるファカルティ・ディベロプメントや院内の指導講習会があげられる。多くの指導者がそれらをきっかけに教育を考えるのは素晴らしいことである。しかしそのみでは、ますます複雑化している教育の問題に取り組み、高度化した教育アプローチを駆使して臨むのは並大抵のことではない。もしも医療者教育のオピニオンリーダーとなるのであれば、一定の教育経験を積んだ医療者が、優れた指導者になるために医療者教育学を新たに学ぶ必要があるのだ。

また近年の、医療者教育の専門家というグローバルスタンダードの出現は特記すべきことである。医学教育分野別評価基準の要求によれば、優れた教育を実践・研究できる教育専門家を教育機関へ配置し、ある種のコンサルタントとして利用可能にすることは医療者教育機関の評価の重要な規準の一つとなっている。その観点から見て、医学教育部門や教育センターが、時代の需要に応じて全国に続々設置されたことは喜ばしい。しかしながら、それらに在籍する教員・指導者が、医療者教育学、例えば指導方法^{3)~6)}、評価方法^{7), 8)}、プログラム開発学^{9), 10)}などを、体系的に学べる場は乏しいのが現状である。

“MHPE”という 新たなグローバルスタンダード

教育の高度化の流れを受け、専門家がより求められる時代になった。教育力を磨く方法としては、指導者講習会、ワークショップ¹¹⁾、フェロー

シップ¹²⁾、海外研修¹³⁾などさまざまであるが、世界では修士課程による専門家養成がグローバルスタンダードになりつつある^{14), 15)}。1990年代には、ダンディー大学¹⁴⁾・イリノイ大学¹⁵⁾・マーストリヒト大学¹⁶⁾など7校しかなかった医学教育/医療者教育学修士課程であるが、修士課程設置は急増し(表1)、2014年には、ハーバード大学含め128校を超えた^{17), 18)}。体系的な教育の知識と能力を獲得した卒業生が、世界各地でリーダーに成長し各国を牽引している。このような潮流を受け、岐阜大学は、医学教育の共同利用拠点である医学教育開発研究センターの20年来の経験¹¹⁾と国内外の豊富なネットワークを生かしながら準備を進め、ついに日本初の医療者教育学修士課程の設置認可をいただいた。この修士課程を卒業すると、MHPEの学位が得られる。MHPEとは、医療者教育学修士/Master of Health Professions Educationのことであり、学会等でも自己紹介や演者名に添えることで、医療者教育学の専門家であると認識してもらえるグローバルスタンダードの称号である。

医療者教育学専攻修士課程

我々、岐阜大学大学院医学系研究科の医療者教育学専攻¹⁹⁾では、グローバルな視野を持ちつつ、ローカルな視点から、医療の質向上に寄与する医療者教育を展開し先導するため、多職種の人材と連携し、医療者教育を設計・実践・改善・発信できる能力のあるリーダーの育成を目指すことをミッションに掲げている。以下に、その活動の中核をなす修士課程の特色を示す。

1. 修士課程で涵養しようとする能力

現代の医学教育では求められる能力/コンビ



図2 岐阜寒梅をモチーフにした医療者教育者のコンピテンシーモデル

テンシー²⁾をまず設定し、それに向けたカリキュラムを設計するアウトカム基盤型教育がスタンダードである。この修士課程の卒業者に求められるコンピテンシーを図2にまとめる。

(1) 優れた教育能力とは、国際標準の教育理論に基づき、学習者に合わせた効果的教育ができる能力、知識を伝える伝達者ではなく、学び続ける姿勢・ノウハウも伝えられるファシリテーターとしての能力、教育哲学や理論の修得、AI/ICTの活用、学習者中心のアクティブ・ラーニング、実践力を修得するカリキュラム立案、多彩な能力評価法を修得し、新しい教育を開発できる能力。

(2) 医療教育における協働力とは、機関・専門・職種・国境を越えて、多様な人材育成に取り組める、そして多職種チームとして診療できるための協働能力。

(3) 日本に相応しい教育の設計力とは、グローバルスタンダードの医療者教育を提供できる能力と同時に、文化・社会の多様性、国の独自性を活かした、我が国ならではの医療者教育を構築する能力。

(4) 教育機関の先導力とは、社会の変化、医療者教育の変化に対応し、時代のニーズを満たすために、教育組織と個々の教員能力を見直し開発していくリーダーシップ・マネジメント能力。

(5) 教育の学識の発信力とは、それぞれの教育機関・研修病院などにおける教育の問題点を明らかにし、適切な方法で現状分析を行い、改

善のための提言を行ったり、学識体系を構築し、国際的に発信したりする能力。(大学はもとより、地域医療の現場における継続的クラークシップ教育²⁰⁾も国際発信することができる時代である。)

2. カリキュラムの特色

世界の医療者教育学修士課程には、オンラインのみで履修する課程もあれば、オンサイトとオンラインを混ぜた課程も存在する^{17),18)}。オンラインのみの課程は落伍者が多いと言われていたが、近年のオンライン学習ツールの発展によりその状況も変わってきているかもしれない。とはいえ学習者同士の協働学習が鍵であるのは間違いない。革新的に変化し成長を遂げる医療者教育学を働きながら学ぶ本課程においては、効率よく、効果的に内容を習得していただけるような設計の特徴を有している。

(1) 実践・問題基盤型学習

自らの医療者教育を改善できるように、シナリオのみならず、各自の教育実践・問題を題材とする問題基盤型学習をベースに、実践的理論を身につけられる教材を用意している。

(2) 遠隔地学習と現地学習のブレンド

オンライン学習を導入して学びのペースに柔軟性をもたらすと同時に、多職種の同僚・指導教員との関係構築を可能にする現地学習や科目ごとのライブ配信型のWeb授業もブレンドして、多様な学習方略を適用している。具体的には、1年目に必修科目が並び集中的に受講する必要があるが、2年目は柔軟なスケジュールで履修が可能になっている。1年目には、4日間程度の岐阜大学でのスクーリング(参加必須)を、2ヵ月おき程度で、年に5回開催を予定している。また年に10回程度の、各科目で1度、夜間2時間程度のWeb授業が組まれている。また、継続可能な学習を支援するため、スモールステップで進められる課題を設定しつつ、最終的には多職種の同僚とともに協働的に討論・学習できる科目スケジュールを導入している。

(3) グローカルマインドを涵養する学習コンテンツ

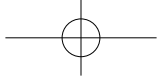


表2 医療者教育学修士課程における学習科目

科目区分	授業科目名称 (全 18 科目)	年次
学際科目	医療における多職種協働と地域連携	1 年次
	医療者教育の社会的意義	
	小計 (2 科目)	
専門科目	教育理論と効果的な教育方法	1 年次
	学習者評価の原理と評価方法	
	カリキュラムの開発と評価	
	医療者教育におけるグローバル化と日本での展開	
	医療系教育者の教育能力開発	
	医療者教育の改革におけるリーダーシップとマネジメント	
	教育実践報告と改善のための批判的吟味	
選択科目	臨床教育現場における教育的コミュニケーションスキル	2 年次
	e-learning における学習支援	
	医療者教育研究のプロトコル立案	
	e-learning・シミュレーション教育の開発	
	教育実践の視察と外部評価	
	北米における医療者教育	
特別研究科目	医療者教育研究技法の基本	1 年次
	医療者教育実践の調査と研究	2 年次

特集

世界標準の教育理論・教育モデルの修得を目指すべく、海外の協力校と共同開発する授業やコンテンツも用意している。また岐阜大学のみならず国内のエキスパートを外部講師にも迎えオールジャパンの体制で指導に当たる。日本の特性に配慮した教育をデザインできるようになるため、日本人の特性や国の文化に関する学習コンテンツも含む。なお指定課題図書や論文は、7～8割がた日本語のものを厳選して活用している(表2)。

(4) 多職種連携教育を多職種の参加者で学び究める

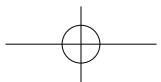
多職種の学生によるグループダイナミクスを重視し、インタラクティブに楽しく学びを進める。岐阜大学の専任教員は多職種のメンバーを揃えているが、国内の医療機関の多職種の指導教員である“多職種メンター”も存在する。必要に応じて、その専門に対応して学生の学習・研究支援を行うことができる体制である。

(5) 熟達を可視化し評価を学びにつなげる評価システム

科目・課題に散りばめられた評価が、卒業時に求められるどの能力において、どの程度達成できているかを可視化し、学びを促進する“プログラム化された評価システム”²⁾を採用している。

3. 期待する志願者

志願者に期待される条件は、①医療者教育のオピニオンリーダーになる意欲があり、②医療者教育の教育実践、評価、プログラム開発を含むさまざまな実務経験があり、③創造的・協働的・自己主導的であり、医療・教育機関で働きながら継続的に学べ、④医療者教育のグローバルな動向への関心があり、⑤医療機関の教職員・医療機関の医療従事者、ないしその専門分野で教育的役割を担う役割に就くことが期待されること、にまとめられる。従って、想定される志願者としては、医療系教育機関、医療機関、保健・福祉・介護・行政機関等に、教育職・医療職・研究職・事務職等の職員として在籍すること、そして医療者や医療系学生への直接的指導/授業・総括評価・教育プログラム運営・教育研究



等の経験がある程度ある方が望ましいだろう。選抜方法については、入学試験要項¹⁹⁾などをご参照いただきたいが、医療者教育のリーダーになるために必要な能力や資質を、書類審査・筆記試験、そしてMultiple Mini Interview (MMI)²²⁾と呼ばれる面接試験により総合的に評価する。カリキュラムポリシーに照らし、将来がより期待される資質を持つ志願者を、各職種からバランスよく選抜する。

医療者教育学の展望

これまでも、これからも、質の高い医療を国民に提供する必要性に関しては疑う余地はないだろう。その実現に必要な優れた医療者育成のために欠かせないのが、医療者教育を実践する最前線の指導者、そして潮流を牽引できる専門家・学識者である。そのような人材の育成を目指して「医療者教育学専攻」が設置された。具体的な修了後の進路としては、全国で優れた臨床指導者として働くことはもちろんだが、各医療系教育機関の教育センターの専任スタッフ、大学病院や市中病院で教育研修の総括等を行う部長・教育主任、医療専門分野で学内および学術団体等での教育改革等を先導したい指導者、行政で医療者教育政策を推進する省庁や地方自治体の技官などが想定される。

21世紀において、優れた医療者を輩出しようと志し、医療者教育に携わる指導者には、学生や研修生に対して、効果的な教育を計画・実践・改善できる能力が求められるだろう。また修士課程を卒業したMHPEホルダーは、同僚である教員や指導者、多職種の教員の教育能力開発に貢献したり、さらにはグローバルな視野と世界と対峙したりできる学識の下地を備えることができるだろう。そして国・地域・組織・専門性の違いといったローカルな視点もおざなりにせず、教育を組み立てるしなやかさが、多職種の仲間と切磋琢磨しながら学ぶことで育まれる。Made in Japanの医療者教育学修士課程による人材育成は、まさにこれからであるが、卒業生には、我が国における21世紀の医療者教育の革

新・発展・普及をリードするような活躍が期待される。

引用文献

- 1) Tekian A, Roberts T, Batty HP, et al: Preparing leaders in health professions education. *Medical Teacher* 2014; 36(3): 269-271.
- 2) 西城卓也, 田川まさみ: 医学教育に携わる人が備えるべき教育能力. *医学教育* 2013;44(2):90-98.
- 3) 西城卓也, 菊川誠: 医学教育における効果的な教授法と意味のある学習方法 (1). *医学教育* 2013;44(3):133-141.
- 4) 菊川誠, 西城卓也: 医学教育における効果的な教授法と意義ある学習方法 (2). *医学教育* 2013;44(4):243-252.
- 5) 西城卓也, 伴信太郎: 教えることで学ぶーベッドサイド・ティーチングのコツ(特集 新カリキュラム<2009>の導入にあたり, 医師の生涯教育を再考する). *日本医師会雑誌* 2010;139(6):1251-1255.
- 6) 西城卓也, 伴信太郎: 内科指導医に役立つ教育理論. *日本内科学会雑誌* 2011;100(7):1987-1993.
- 7) 田川まさみ, 西城卓也: 医学教育における学習者の評価 ①総論. *医学教育* 2013;44(5):345-357.
- 8) 錦織宏, 西城卓也: 医学教育における学習者の評価 ②各論. *医学教育* 2013;44(6):429-438.
- 9) 田川まさみ, 西城卓也, 錦織宏: 医学教育におけるカリキュラム開発. *医学教育* 2014;45(1):25-35.
- 10) 錦織宏, 西城卓也, 田川まさみ: 医学教育におけるカリキュラム/プログラム評価. *医学教育* 2014;45(2):79-86.
- 11) 西城卓也, 丹羽雅之, 川上ちひろ, 他: 医療者教育における教育者養成のこれまでとこれから. *医学教育* 2014;45(1):13-24.
- 12) 丹羽雅之: Online システムを活用したアソシエイト/フェローシッププログラムの構築. *教育システム情報学会誌* 2018;35(1):56-57.
- 13) Saiki T, Imafuku R, Pickering J, et al: On-site observational learning in faculty development: impact of an international program on clinical teaching in medicine. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2019; 39(2): 144-151.
- 14) 錦織宏: ダンディー大学大学院医学教育学修士課程の概要. *医学教育* 2009;40(4):242-246.
- 15) 田川まさみ: イリノイ大学シカゴ校医療者教育学修士課程: リーダーシッププログラム. *医学教育* 2009;40(4):247-250.
- 16) 西城卓也: マーストリヒト大学医療者教育学修士課程の概要. *医学教育* 2009;40(4):251-254.
- 17) Tekian A, Harris I: Preparing health professions education leaders worldwide: a description of masters-level programs. *Medical Teacher* 2012; 34(1), 52-58.
- 18) Tekian A: Doctoral programs in health professions education. *Medical Teacher* 2014; 36(1): 73-81.
- 19) 岐阜大学大学院医学系研究科医療者教育学専攻の概要 <http://www.med.gifu-u.ac.jp/grad/grad-medc/index.html>
- 20) Takamura A, Ie K, Takemura Y: Overcoming challenges in primary care education: a trial of a longitudinal integrated clerkship in a rural community hospital setting in Japan. *Education for Primary Care* 2015; 26(2): 122-126.
- 21) Schuwirth LW, Van der Vleuten CP: Programmatic assessment: from assessment of learning to assessment for learning. *Medical Teacher* 2011; 33(6): 478-485.
- 22) Eva KW, Reiter HI, Trinh K, et l: Predictive validity of the multiple mini-interview for selecting medical trainees. *Medical Education* 2009; 43(8): 767-775.

病院を治す医者になる —医師がMBAを取ること—

北海道へき地医療支援センター センター長 日下勝博

POINT

- ① MBAとは、現代社会で自分の理想や目的を実現化するために必要な基礎知識を学ぶ場である
- ② 地域医療の現場で多職種のリーダーとして働くために、医師は組織や人の正しい使い方を学ぶ必要がある
- ③ 医療経営の知識は、総合医がプロフェッショナルとしての立ち位置を担保する上で有効な武器(サブスペシャリティ)になる

特集

はじめに

今回、医師の成人教育におけるMBA(Master of Business Administration, 経営学修士)の位置づけについて述べる機会をいただいた。

経営学とは、簡単に言うと「組織」や「仕事」を研究対象としている学問分野である。お金についても当然学ぶが、それは手段であり、目的ではない。人間の営みを対象とした学問であるため、アートやデザイン、哲学も、経営学の根幹をなす領域である。

経営の難しさは、再現性の難しさにあると考えている。隣の会社がやって成功したメソッドを自社に持ちこんでも、かならず成功するとは限らない。以前うまくいった方法が、またうまくいくとも限らない。外部環境も自分自身も互いに影響を受けて常に変化し続けるからであ

る。そうした点では臨床に通ずるものがある。人間個人を健康たらしめるのが臨床医学なら、人間「組織」を健康たらしめるのが経営学である。医学を土台に経営を学んだ私は、そう解釈している。

医療の現場には、医師やメディカルスタッフだけでなく、薬の卸や資材業者、設備担当者等々さまざまな人間が関わって働いている。その結果として我々は医療行為ができています。いわば人を使って人を治している。特に我々総合医は、薬の使い方や処置の仕方を学ぶのと同じくらい、人の使い方を学ばなくてははいけません。

右肩上がりの成長社会が終わり、高齢化によって医療費が国家財政に深刻な影響を与えるようになった現在、地域の病院経営は厳しさを増している。地域の公的病院は、多額の赤字とそれを補填するためにさまざまな繰入金投入され

ており、複雑な経営構造を理解して病院の舵取りを行うにはそれ相応の知識が必要となる。

また病院組織、特に自治医科大学卒業生の多くが勤務する公立病院が一般企業と違う点は、利潤の追求を目的としていないところにある。そうした「非営利」組織の経営においては、ミッションの追求こそが最も大事なポイントとなる¹⁾。経営を学び、組織のリーダーになるということは、その組織の存在意義について常に自問し、部下に示し続けるということである。経営学の泰斗であるドラッカーは、そうした組織のミッションに対する誠実な態度を「真摯」と表現している。このように、経営学の素養は地域医療のリーダーとしての総合医に必須であり、サブスペシャリティの一つになりうると思う次第である。前置きが長くなったが、医師である私がMBA取得に至った過程、地域の病院での活かし方についてという題をいただいているので、それにそって話を進めたい。

MBA取得に至った経緯

私がMBA取得を志したのは、へき地勤務を通じて、地域の病院の疲弊や組織の在り方に関心を抱いたことが大きい。

私は平成14年に自治医大を卒業し(25期卒)、札幌医科大学の地域医療総合医学講座(現 総合診療科)に入局した。初期研修の後、100床程度の病院でへき地勤務に従事した。

そこでは良き先輩に恵まれ、一臨床医としては充実した日々を過ごしていたが、同時にいくつかの疑問を感じていた。現場の人間は皆真面目に頑張っているのに、なぜ病院全体としてはうまくいっていないのか。具体的に言うと、常に人手は足りないし、巨額の赤字を抱えている。将来に希望を見いだせず、いくら高給を掲げても人材が集まらない。いわば、病院が病んでいる。そう感じたことが、思い返すと私の医師人生のテーマとなった。

地域で必要とされる総合医を安定的に供給するためには、義務として一方通行で派遣するのではなく、都市部の基幹病院と連携してシステ

ムを作ることが必要だ。という漠然とした思いを抱きつつ前期へき地義務を終えた私は、平成19年、江別市立病院に赴任した。江別市は札幌の隣にある人口12万人のベッドタウンだが、おりしも同病院は、大学医局から派遣された内科医師12名が一斉に退職し、存続の危機に陥っていた。事態を重く見た市当局や北海道庁などの働きかけで、地域医療振興協会を通じて道内の自治医大卒医師に声がかかった。うまくいけばへき地医療のための拠点にできる。そう考えた私は、先輩医師と2人で同院に赴き、内科の建て直しに取り組んだ。

江別の内科崩壊は、他にさまざまな要因があったにせよ根本には住民ニーズと病院の方針の不一致があった。すなわち、江別市民は急性期疾患に関しては札幌にひしめく高度急性期病院での治療を希望し、市内の病院には亜急性～慢性期の地域密着型医療を望んでいた。しかし、市立病院側は長年大学からの専門医派遣に頼りきっており、むしろそれが自治体病院にふさわしい医療の質を担保する唯一の手段である、という感覚が首脳陣には根強く残っていた。そのひずみに耐え兼ねて、内科医が集団で辞職したのであった。江別もまた、病んだ病院であった。

そうした内情を把握した我々は、当時の院長の指示のもとに、総合医教育を前面に掲げて若い医師を集めた。新設された総合内科は、幸い優れた指導者が加わったことで数年のうちに医師が倍増し、他の医師不足に悩む自治体病院に支援を行うまでになった。へき地で描いた理想が、江別で一応実現化した訳である。

しかし、内科再建の一方で、病院自体は慢性的な赤字に苦しんでいた。やがて総合内科は研修医主体で効率が悪く、収益性が低いという批判も首脳陣からなされるようになった。私は中間管理職として収益の改善と研修医教育の両立に腐心していたが、そうした状況に疑問を感じていた。印象に残っているのは、毎月の経営会議の風景である。当月の収支に関して事務方が資料を捧読みした後、お決まりのように院長もしくは事務長から「このままでは病院は本当に潰れてしまう。議会で批判の矢面にさらされる

院長(や事務長)の苦労も分かってほしい。本気で頑張ってもらいたい」とコメントがあるが、出席者は皆うつむいて会議が終わるのを待っている。そんな不毛な会議が少なくとも1年以上続いた。

私は院長や事務長が気の毒だと思う一方、まるで現場の人間の怠慢が赤字の原因であるともとれる物言いに疑念と不満を感じた。それが仮に事実だとしても、本当に経営を良くしたいなら、もっと具体的に話すべきだと考えた。すなわち、今後この病院がどういう方向性で、どんな患者を対象に医療を展開するのか。各科ごとに具体的な収益目標を提示したり、効率よく稼ぐため医事からのアドバイスも必要だ。そうした情報を全く示さず、ただ部下の尻を叩いても絶対に良くなるはずがないと思った。何度か提言もしたが、それで会議の内容が変わることは特になかった。こりゃ駄目だと思う一方、ひょっとして院長も事務長も、誰も病院経営について全貌を把握していないんじゃないかと思った。院長は臨床は分かっても金勘定が分からない。事務長は金勘定は分かっても現場を理解していない。私にはそう見えた。その時初めて、病院経営に関して本気で勉強しようと決意した。

その具体的な手段としてMBAを取得することにした私は、国内のいくつかの大学院を比較して最終的に国際医療福祉大学のMBAコースを選択した。医療経営に特化した内容であること、授業が週末(金曜夜と土曜)に集中しており、仕事を続けながらの通学が可能であることが決め手であった。

そうした決断と前後して、大きな転機があった。先の内科崩壊から再建に尽力した院長の退職を機に大きな人事異動があり、私は突然隣町の病院への出向を命ぜられた。院長職であり、形上は栄転であったが、指導医辞職により研修医が激減し内科の人員が文字通り半減した時期でもあり、想定外の人事であった。平成29年、卒後16年、江別に来てちょうど10年目のことである。

MBA取得と小病院における実践

私が赴任した南幌町は、札幌市近郊に位置する人口8千人弱の農村であり、高齢化率30%で年々100人程度人口が減少している。町立南幌病院は一般26床、療養54床、合計80床の小規模ケアミックス病院であり、私ともう1名の内科医が常勤医として勤めていた。赴任前年まで病床稼働率は50%に満たず、存続の是非について町から厳しい視線が注がれていた。

この病院の院長を務めながら、週末は大学院に通うことになった。経営の実践と勉強を並行して行うことは、結果として非常に実りの多い作業となった。

大学院には毎週金曜の午後から土曜日の夜まで、飛行機で東京に通っていた。2年間の課程で、前後の学年合わせて約60人の仲間と共に学んだ。ほとんどが社会人、看護師や薬剤師など医療関係者が大半で、ほかは製薬会社の社員などであった。医師は私のほかに5人いた。当然ながら大半が東京近郊の在住であり、北海道からわざわざやってくる私は珍しがられたが、おかげで広い人脈もできた。授業内容に関して簡単に述べると、経営戦略論、マーケティング、簿記会計や税法など経営学の基礎各論のほか、ケーススタディを通じてのディスカッションに多くの時間が充てられており、徹底して自分が経営者ならどう考えるか、どのように問題を捉え、どう分析し、どう解決策を示すか、それをどのようにプレゼンテーションするかというアウトプットの訓練が重視されていた。何かをしたい、変えたいと思ってMBAに入ったものの、具体的にどうするか悩んでいる同級生が多く見られた。知識やテクニックも大事だが、それよりもまず自分が何をしたいのか、徹底して自問し明らかにすることが経営の大前提なのだと学んだ。いくらお金の扱い方に精通しても、自分が本当にやりたいことと、社会が求め、必要としていること、それらがうまく合致しなければ仕事の成功はおぼつかない。リーダーとして、人格や能力以前に自身のミッションに対する意識が重要だということ学んだ。

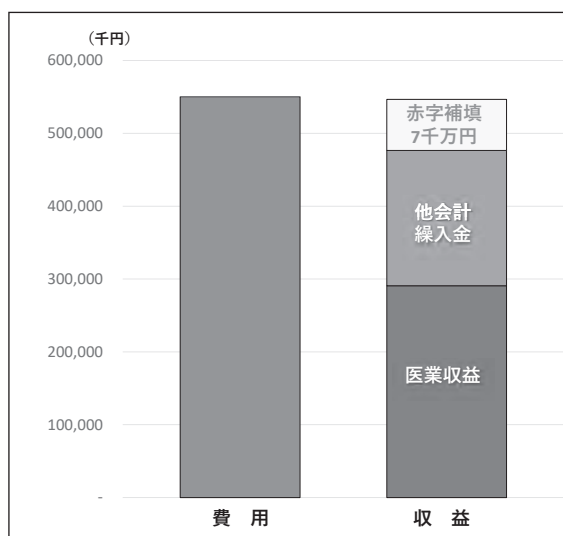


図 平成 28 年度 損益計算

カリキュラムの縦糸として、自らの卒業課題を設定し2年間でプロダクトを作ることになっていた。それは開業の計画であったり、己が職場における新たなビジネスモデルの作成であったりするが、私は当然ながら赤字に悩む自院の経営改善について新たな計画を立てた。

私が就任する前年、平成28年度は、人件費、経費など合計約5.5億円²⁾の費用が計上されていた(図)。一方、医業収益が3億円弱。他会計繰入金(ほとんど税金、公立病院は不採算部門を担うという建前で、国や町から資金が補填されている)が1.8億円である。一般的にこの医業収益+繰入金で収支が合えば、自治体病院の経営としてはひとまず合格点と言える。しかし当院では2つを足しても4.8億円で、なお7千万円不足である。この赤字を補うため、町から追加で資金が補填され、帳簿上の収支を合わせていた。他会計繰入金の多くは国からの交付金であり、実は町にとって直接の痛手ではない。しかし、この7千万円は完全に町の持ち出しである。赴任の数年前からそのような状況が続いており、議会の争点ともなっていた。過去に事務方が経営改善のためダウンサイジングを模索していたようだが、1ベッド当たり約160万円の繰入金が出ているため、下手にベッドを削ると人件費を削る以上に繰入金が削られてしまい、どうにも手詰まりの状況であった。

私は院長として赴任したが、すぐに公立病院の院長にできることはさほど多くないことに気が付いた。給与体系も設備投資も町が決めているからである。要は、費用はいじれない。収支を改善させるには、収入を増やすことしかできない。そこで私は、高度な治療は何もできないが、ベッドだけは余っている自院の現状を逆手に取ることにした。患者を増やす方策として、ビジネス流に言えば一般患者=カスタマーではなくB to B(Business to Business:対企業間取引)を重視した。つまり周りの急性期病院に働きかけ、さまざまな理由で退院させることができず困っている患者を積極的に受け入れることにしたのである。正確に言えば、そうした依頼を以前は断っていたが、私が院長になった以降は絶対に断らないようにした。こうした患者の多くは社会的に問題を抱えていたが、時間をかけて問題を解決し、社会復帰させていった。当初は士気が低く渋っていた職員も、問題解決して退院していく患者の笑顔を見るうちに自信を取り戻し、業務改善について活発な提案がなされるようになった。結果、半年ほどで病床利用率は46% → 73%に上昇した。平成29年度の医業収益は前年比3千万円増加し、最終的に単年度黒字を達成した。

とはいえ、いまだ多額の繰入金に頼っている状態に変わりはない。毎年7千万円の負担金を解消するには、ダウンサイジングを前提とした病棟再編が不可欠であった。私は地域包括ケア病棟の導入を軸とした病棟再編を計画したが、それを進めるにはまず病院の所有者である町民自身が病院の現状を理解することが前提だと考えた。医療、経営両方の専門家として住民に情報を提示し、将来についてともに考えることが自治体病院の院長として最も大切な仕事だと認識し、住民との定期的な座談会、意見交換を開始した。逆に、説明不足とそれによる住民の無関心こそが、自治体病院の病の本質ではないかと考えるようになった。単に収支を改善させるだけでなく、将来性や方向性、未来志向の考え方が地域の病院経営の要諦である、というのが院長業務を通じて得た私の結論であった。

江別訪問診療所，北海道へき地医療支援センターの設立

南幌に赴任してから1年後，江別市立病院に残っていた内科の同僚達が相次いで辞職した。2度目の内科崩壊である。新院長は収益性改善を狙って痛など急性期治療の拡充を謳い，人事を刷新。改めて大学から医師の招聘活動を行ったがうまくいかず，総合内科医師の掌握にも失敗した結果となった。かつて20名以上いた医師がことごとく去り，致命的なレベルまで経営が悪化した。そんな中，新院長から江別に戻しても良いぞという控えめな打診があった。私は自院の経営改革が軌道に乗りつつあったことや，新院長との方向性の違いを感じていたためそれを断り，南幌に残留を希望した。しかし，江別市との関係悪化を懸念した南幌町は私の残留を認めなかった。

こうして突然行き場をなくしてしまった私は，改めて自分が何をしたかったのか問い直した。それは北海道のへき地医療機関の立て直しに携わることである，と再認識した私は，地域医療振興協会に援助を依頼した。その結果，協会の口添えで大分県の社会医療法人関東会の全面的な支援・出資をいただき，江別市内に訪問診療専門のクリニックを設立した。現在の職場，江別訪問診療所である。

訪問診療を主体にしたのは，立ち上げが簡単でリスクが少ないという理由もあるが，江別市には末期癌患者など重症患者を在宅で対応できる施設がなく，多くの患者が困っていたからである。また，高齢化社会，逼迫化する病院経営など医療を取り巻くさまざまな問題に対する1つの答えとして，地域全体を1つの病棟と捉え，入院に準じた治療を自宅で行う，地域医療の新たなモデルを作りたいという考えもあった。

同時に，地域医療振興協会の北海道支部長に就任し，出先機関に相当する北海道へき地医療支援センターを立ち上げた(写真)。診療所に医師を複数名プールして普段は訪問診療を行いつつ，要請に応じてへき地医療機関を支援するというのが，私が現在進めているプロジェクトである。当



写真 北海道へき地医療支援センターのスタッフ一同

初クリニックを軌道に乗せるのに3年，医師を増やしてへき地支援するのに5年はおかると考えていたが，想定をはるかに超える訪問診療の需要があり，開設4ヵ月目で単月の収支が黒字化した。その後1年半で医師が3名に増え，2020年6月には訪問看護ステーションを新設した。現在は北海道立江差病院に週1回外来の支援を行っている。今後は診療支援だけでなく，病院経営に関するアドバイスや人材育成など，多角的な支援を行っていきたいと考えている。

最後に

地域医療は大きく変革の時を迎えており，それは医師の人生設計にも大きな影響を与えている。かつては医局に入局し，何か1つの専門を持ち，良いポストを狙うかそうでなければ開業する，いずれにしても比較的安定した医師人生のモデルが存在した。しかし現代はその枠組みが崩れてきており，未来はもっと分からない。私自身も大きな人生の転機を経験した。その時期に，経営を勉強できたことは私にとって大きな資産となっている。

経営に関心を持ち，学ぶ人が増えることを願う次第である。

参考文献

- 1) P.F.ドラッカー：非営利組織の経営。ドラッカー名著集4，ダイヤモンド社，2007。
- 2) 総務省：病院事業決算状況・病院経営分析比較表。2016。

あらためて地域で学ぶということ

弘前大学大学院医学研究科 総合地域医療推進学講座 講師 米田博輝

POINT

- ① 自分自身の「目的や関心」を明らかにすることが学び続ける力の源泉となる
- ② 地域は医師としての根源的な「目的や関心」を発見するのに適した環境である
- ③ 各々の「目的や関心」に適した、方法や工夫を選ぶことが大切である
- ④ 「地域で学ぶということ」の意義を発見するためには、医師という職業と向き合って自分自身へ問う必要がある
- ⑤ 私たちが暮らす地域の中に問いに対するヒントが過不足なく含まれている

はじめに

私は、平成12年に自治医科大学を卒業し、その後約10年間へき地の診療所で地域医療に従事してきた。この地域での経験を活かし、大学という発信力のある環境で自分の理想とする地域医療づくりに関与できないかと考え、平成28年に弘前大学に創設された総合地域医療推進学講座に所属して活動を続けている。今回、成人教育と人材育成をテーマに、地域での学びについて振り返る機会をいただいた。いったい自分は地域で何を学んできたのか。地域医療の現場から少し距離を置いた今だからこそ振り返って気づくことができた地域での学びについて、これまでの医師としての自分自身の弱さや強みについても触れながら省察したいと思う。

誰のために医療をしたのか

自分は誰のために医療をしたのかと振り返ろうとすると、頭の中で綺麗な言葉を探そうとする一種の防御機能が作動してしまう。ただ、若いころとは違って、今ではその機能も過剰に反応することはなくなったように思う。少なくとも「住民の健康を守るために、一生懸命努力をしてきた」と臆面もなく言えるほどの機能はなくなってしまったし、冷静に考えても私が経験した地域医療は一言でまとめられるほど単純ではなかった。確かに、診療の質を向上させるための工夫や、地域に還元できた活動の例として、家庭医療専門医を取得したこと、患者中心の医療(PCM: Patient Centered Medicine)の方法を実践してきたこと、Evidence-Based Medicine (EBM)の手法を日常診療に取り入れたこと、連

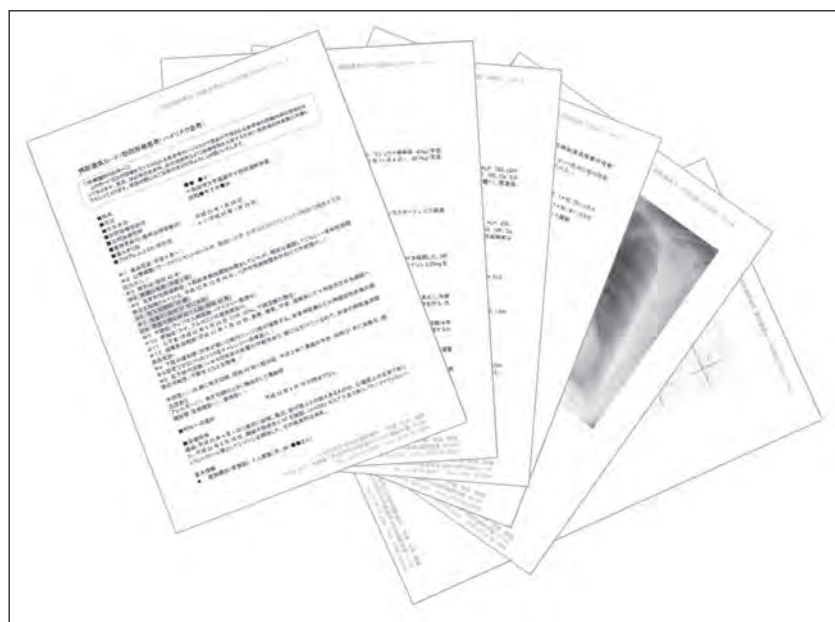


図1 連携カード

患者自身に自分の病歴について書かれた情報を管理してもらい、他の医療機関や介護・福祉との連携に自由に活用するためのもの。

氏名、住所、生年月日、訪問診療開始日、訪問診療間隔、最終更新日（最終訪問診療日）、寝たきり度、プロブレムリスト/既往歴、手術歴、アレルギー、健診歴、他院への通院、受診までの経過、基本情報（家族構成、生活、趣味、職業、患者の特徴/人生観/性格の自己評価、海外渡航歴/海外生活歴/旅行歴、家屋、高齢者総合評価、嗜好（喫煙/飲酒）、食事、睡眠、便秘、体重、ペット飼育、診療内容/訪問診療内容、検査所見、問題点、定時薬、臨時薬、画像所見・理学所見の添付などが記載されている。

携カード(図1)を運用したこと、地域の活動に参加しながら住民の意見を反映してきたことなど、自分の地域での足跡を紹介することもできる。しかしながら、自分の活動をトロフィーや賞状のように並べ上げようとする心理の裏には、誤魔化したい、隠したい自分があるように感じてしまうのだ。それは、未熟な診療を行う自分、地味な診療を行う自分、少数派医師である自分であり、そんな自分の足元に散らばった自尊心の欠片をかき集めるために、誰かの承認を求めてしまう自己中心的な自分も確かにいたのだ。資格や技術、知識を得ることでさえ、程度の差はあるものの、このような動機があったと思う。認めてほしい、バカにされたくないという本音を隠すように、「患者のため」という言葉を安易に後付けしてきた自分を自分自身の中に発見してしまうと、昔のことであっても苦笑いを隠せない。もちろん、これは地域医療に従事する医師の一過性の流行性疾患のようなものにも感じる。診察室を出て、地域住民と何気な

い普段の生活、等身大の生活を共有し、その何気ない日常の価値に気づかされるにつれ(時には失って初めてその価値に気づいて)、いつのまにか住民の目線で役立つことを実践したい(目的)、自分がやるしかない(使命)と思えるようになるのだ。地域で活躍し続けている多くの医師がその心境なのだと思う。この、心の底に沈殿していた医師の根源的な目的や使命感を自覚させる仕組みが、地域医療に内包されているのではないだろうか。この仕組みを自分の言葉で切り取って「地域で学ぶということ」について考察してみたいと思う。

自分を変えたものの正体、 学びの本質

地域医療に従事する中で、自分の心境を変化させたものの正体について考察したいと思う。おそらく、地域で過ごした「時間」という要素はありそうだが、これだけでは自分を変えるため

の十分条件を満たさないだろう。振り返ると、地域で過ごしてきた時間を構成する一つひとつのイベントの内容・質が今の自分の思考や行動の原点となっていることを確信できる。悪性腫瘍の末期で在宅看取りの予定のOさんに「先生は神様みたいです」と言われたときに感じた嬉しさと気恥ずかしさと責任の重圧、Kさんの検死に訪れた警官の態度が家族の感情への配慮に欠けていた時に感じた怒りと情けなさ、地元の子どもたちが勤労感謝の日に手作りの作品を持ってきて、感謝の言葉を読み上げてくれたときに感じた嬉しさと、彼らに対する心強さ・安心感など、昨日のここのように思い出されるのは、どれも自分の体の芯にある感情が揺れ動いた出来事だ。“診察室”医療から“地域”医療に軸足を変えて、患者であり住民である彼らのことを知れば知るほど、自分の行っている行動の意味、守るべき価値のある物の輪郭が普段の生活という視点で理解できるようになる。そして、大変なこと、嬉しいこと、悲しいことを望むと望まざるとにかかわらず住民と共有してしまうシステムに組み込まれていくのだ。感情や共感のやり取りの土台となったものの正体、自分を変えたものの正体を言葉で切り取るならば、私と住民の間にある「関係性」と言えるのではないか。

これらの地域の経験から抽出されうる学びの本質とは何なのか。これも一般化して言葉にすると、大事な要素がこぼれ落ちてしまいそうな不安はあるが、今の自分にとって「目的」の発見という答えが最も自分なりの正解に近いと感じている。自分の行う医療が、その患者にどのような結果(医学的な結果だけでなく、その人やその周りの人への影響)をもたらすのか、どんな感情が行き交うのか、その人生の結末・地域の結末を自分の五感で感じとってきた。何のために医療を行っているのか、医師とは何か、自分は何をしているのか、医師である自分自身の目的を探し出すためのヒントが地域には過不足なく用意されている。例えば、医師として誰かの幸せや尊厳を守る、言葉にするとそんな当たり前の言葉だとしても、決してメッキがはがれるようなことがない本心に基づく本物の「目的」

である。都市部や大病院でも同じ学びができるのではないかと問われると、自分にとっては難しいことだと思う。地域医療が備える日常と非日常を広範囲に扱う機能は完全には互換できないものだからだ。

目的・方法という視点

目的は作り出すものというより発見するものである。教科書をいくら読んでも、自分が目指すべき目標や目的について書かれているとは限らない。熟考すれば回答を導き出せるものでもないし、まして他人の目的を聞いても外的外れに違いない。ヒントにはなるかもしれないが、正真正銘の答えは自分の心の中にしかあり得ない。目的を発見するために大切なのは、プライドをいったん脇に置いた上で行う、自分自身に対する真摯な「問い」だと思う。自分にどんな目的・関心があるのか。自分の置かれている状況はどうなっているのか。それらを踏まえて選択すべき方法はなんなのかを意識しなければ、どんなヒントも見逃してしまうことだろう。地域はその問いに対する回答を自分の頭で考える時間を十分に与えてくれたように思う。私自身の価値観を押し付ける意図はないが、医師という職業を、患者の病気を治すだけでなく、人々の日常生活を守ったり、患者や家族の幸せや人生をサポートする役割がある職業だということに同意いただけるのであれば、地域は医師としての自分自身の本当の「目的」を発見する手助けをしてくれる最適な場だと感じている。診察室の中の視点(疾患の有無や検査の結果など)だけにとらわれず、日々の生活を尊いものと感じ、それを守ることを「目的」に位置付けることができれば、家庭医療やEBMという(もしかしたら最初は自分探しのための)「方法」も、患者の生活に還元できる優れた方法だと実感できるようになる。大学へ異動したお前に、それを言う資格はあるのかとお叱りを受けるかもしれない。実際、「お前は地域を捨てたのか？」と先輩医師に聞かれたこともある。最初はととても混乱したが、それは頭の中で言葉を十分に整理できていな

かったことが原因だった。今は少しだけ頭の整理ができるようになった。確かに活動の場所は変わったが、自分の心の中に根を張った地域の生活を守るという「目的」は全く変わっていない。「方法」だけを大学での活動に変えたのだ。今でも「目的」を口にしたときに思い浮かぶ映像は実際に暮らしたあの地域の風景であり、地域でお世話になったあの住民たちの顔なのだ。

地域から離れた場所で

大学には教育や研究という役割があるが、私にとって教育や研究も住民の生活を守るという「目的」を、次の時代に機能させ続けるための「方法」の一つだと考えている。しかしながら、教育を一つとっても、私が地域医療で学んだ数々の視点を大学の中で学生に伝えたいという望みは、地域の現場でリアルタイムにその重要性を伝えることとは違う難しさがある。学生が学びの軸足を置く大学病院は、地域からの紹介を引き受け、細分化された臓器別専門領域で、最新・最先端を扱う特殊な環境である。そのような環境で地域の魅力を奇跡的に感じ取れる学生がいるとすれば、幾分個性的な経歴や経験を持つ者に限られるかもしれない。確かに、学生にとって、その時代の最新・最先端の医療というのは魅力的な言葉だが、地域だからこそストレートに経験できる、飾り気はないが普遍的な医療の価値観の大切さも伝えたい。そもそも、本当に大事なことは、時代が変わっても移り変わらないものであるはずなのだ。新旧を問わず、医学という技術で何を解決すべきなのかをその技術の先に見据えるべきだ。地域の医師であろうと、大学の医師であろうと、経験のある医師ほど、上辺だけの最新・最先端治療に振り回されて患者をミスリードすることはない。疾患、患者、家族、地域と視点を意図的に固定することなく、俯瞰的・多角的に患者の問題を捉える重要性に気づいている。そして、他分野の医師、医療スタッフと連携して患者を救うことの有用性を自覚している。この連携を良好に機能させるためには、お互いを尊重する姿勢を必ず備える必要

がある。決して優劣をつけあう存在であってはならない。少子高齢化・多死社会の中で、ますます医療資源の不足が顕在化することが予想されるが、患者の生活を守るという共通の「目的」のもと、互いの専門性を認め合い、連携することで今ある医療を守ることが必要条件になるはずだ。大学で教育に携わる者として、地域医療についての偏見のない中立的な感受性を育み、良好な連携の種を蒔きたいと思う。地域医療実習などで実際の現場に出た時にはその魅力を十分にキャッチできることを期待している。学生は先天的に地域医療に魅力を感じない性質なのではなく、医師には共有すべき目的があることや、魅力の捉え方、学びのポイントに気づいていないだけだ。大学での教育も、地域の現場での経験と同じくらい重要な、地域医療の学びの場としての両輪の関係でありたいと願っている。

学び続けることの工夫

学び続けるために必要なことについて明確に言えることは、目的や関心のないことは続けられないということである。繰り返しになるが、大切なことは、自分の目的・関心は何かと自分に問うこと、地域の中でそれを発見することだ。直接的に人の心を揺さぶるような、医師として根源的に大切な学びを地域は用意してくれていると確信している。それを発見できたとき、あたかも自分は昔からそれを目標にしてきたような感覚になるはずだ。そんな目標を発見できたなら、方法については各々が得意なもの、目的を叶えるために合理的なものを選べばよい。確固たる目的があれば方法には多様性がある。そうは言っても、実際には目的とは無関係の業務もあるだろう。目の前にあるやりがいや達成感のように、充実感を満たすという小さな目的を叶えることも大切だ(自分磨きをしていることに自覚的でありさえすれば、むしろ自分にとって健康的で、患者にとっても役に立つかもしれない)。目的の大小・強弱はともかく、具体的な学びの方法について、個人的な工夫を列挙することにはあまり意味がないと思う。私

に馴染んだ勉強方法は、他の誰かにとって有効な勉強方法とは限らないからである。現在は、講演会やワークショップに参加するだけでなく、オンラインコンテンツの利用やSNSグループへの参加、ビデオ会議システムを利用した勉強会、ウェビナーなどさまざまな方法を気軽に試すことができる。テクノロジーは不可逆的に進化を続け、学びの環境はますます多種多様化していくのだと思う。自分に合う方法は常に変化し続けていると思っておくべきである。ただ、このような状況であっても、学び続けること自体を、自分の「目的」を達成するための「方法」の一つと位置付けられることの方が時代や環境によって変化しない重要な点なのだと思う。

大学の教員という立場から、学びという点で認識が大きく変化した点を一点挙げるとすれば、研究に対する認識を挙げたいと思う。正直に言うと、地域で活動していた時には、研究に対してコンプレックスや反感を感じていた(例えば、臨床の方が大事、患者に迷惑がかかるはずだ、など)。しかしながら、大学で研究に参画するようになって確信したことは、間違いなく地域は住民の幸せにつながる研究の場として魅力のある環境だということだ。現在は地域の医療機関と協力しながら大学での研究をしている。地域と大学が協力することは各々の得手不得手を補完し合う関係となり、新しい学びを

発見できる。そもそも、地域に研究は必要ないという意見があるかもしれないが、私はそうは思わない。小さな研究でさえ住民の幸せを作る「方法」の一つと信じている。地域で感じた現場感覚の疑問こそ地域に還元すべき貴重な研究テーマの種となり得る。もし地域での研究の価値(住民への還元や新たな学びという点でも)を実感できないとしても、それはまだ価値を見いだすタイミングでないだけなのだと思う(かつて私が感じていたように)。

まとめ

私自身が地域から学んで、現在の行動原理の源泉となっているものは、プロフェッショナルとして、心の奥底から沸き起こってくる医療に対する根源的な「目的や関心」なのだと思う。これこそが学び続ける力の源泉であるとも感じている。「あらためて地域で学ぶということ」の意義を発見するためには医師という職業と正面から向き合って「あらためて自分に問うこと」から始める必要がある。自分にどんな目的・関心があるのか。自分の置かれている状況はどうなっているのか。それらを踏まえて選択すべき方法はなんなのか。おそらく、私たちが暮らす地域の中にそのヒントが過不足なく用意されているはずだ。

第82回

“ルールの不備”に関わる アクシデント事例の未然防止！

—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

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)における2016年年報¹⁾によると、参加登録医療機関からの報告の内容における医療事故の発生要因(複数回答可)は、“当事者の行動に関わる要因”“ヒューマンファクター”“環境・設備機器”“その他”として分類している。

“当事者の行動に関わる要因”としては、「確認を怠った」「観察を怠った」「報告が遅れた(怠った)」「記録などに不備があった」「連携ができていなかった」「患者への説明が不十分であった(怠った)」「判断を誤った」などが挙げられている。このうち、「確認を怠った:11.3%」が最も多く、次いで「観察を怠った:10.5%」「判断を誤った:9.6%」などである。

“ヒューマンファクター”としては、「知識が不足していた」「技術・手技が未熟だった」「勤務状況が繁忙だった」「通常とは異なる身体的条件下にあった」「通常とは異なる心理的条件下にあった」「その他」などが挙げられている。

“環境・設備機器”としては、「コンピューターシステム」「医薬品」「医療機器」「施設・設備」「諸物品」「患者側」「その他」などが挙げられている。このうち、「患者側:11.2%」が最も多く、次いで「医療機器:1.7%」などである。

“その他”としては、「教育・訓練」「仕組み」

「ルールの不備」「その他」が挙げられている。このうち、「教育・訓練:7.0%」が最も多く、次いで「その他:6.5%」「ルールの不備:2.6%」などである。これらの発生要因に焦点を当てた検討については、本連載でも、これまでに、「確認不足」「判断の誤り」「説明不十分」などに関連したテーマを取り上げて検討している。

医療機関におけるインシデント・アクシデント事例の発生要因の一つとして“ルールの不備”が挙げられている。医療の現場ではさまざまなプロフェッショナルが個々の専門性を発揮し、連携して業務を実施しており、インシデント・アクシデント事例の発生を未然に防止するためには、ルールの整備が欠かせない。もちろん、各医療機関では、自施設の現状に応じてさまざまなルールを整備していることと思われる。しかしながら、“ルールの不備”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生している。

自施設では、“ルールの不備”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。“ルールの不備”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然に防止するためには、「ルールの不備」とは？」と、疑問を持つこと、多職種の認識を共有すること、“ルールの不備”に関わる“なぜ”を深めることが重要である。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

た多職種がチームとして個々の専門性を発揮できるルールの整備が望まれる。

そこで、本稿では、発生要因としての“ルールの不備”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・アクシデント事例の未然防止対策について検討する。

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。

“ルールの不備”に関わる アクシデント

本事業の事例検索²⁾では、2020年6月上旬現在、キーワード“ルールの不備”で6,742件、“ルールの不備”“判断を誤った”で1,408件、“ルールの不備”“思い込み”で570件、“ルールの不備”“確認不足”で319件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている(表1)。

さらに、事例の内容をキーワードとして追加すると、“ルールの不備”“手術”で1,349件、“ルールの不備”“検査”で1,102件、“ルールの不備”“食事”で406件、“ルールの不備”“転倒”で394件、“ルールの不備”“アラーム”で288件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている(表2)。

本事業の事例検索²⁾で検索された“ルールの不

備”に関わる事例の内容としては、「患者(100歳代、女性)は左側面を壁につけたベッドに寝ていた。シーツ交換時に介護福祉士が患者に壁側を向いてもらい、次に手前側のベッド柵を外してベッドの足元においている間に、ドスンという音がしたので振り向いたところ、患者がベッド手前に転落していた。患者は、右前額部に発赤があり、左足の痛みを訴え、エックス線検査で左大腿骨遠位端骨折を認めた。患者は寝返りのスピードが非常に速い場合があるという情報が、医療者間で共有されていなかった。事故の発生が当日中に院長などに報告されず、翌日、患者の家族から院長への面会要望があり、その際、初めて院長、医療安全委員会委員長、医療安全担当副院長などに事故の発生が報告された。このため家族への説明が遅れ、説明も不十分であった。専任リスクマネージャーが配置されておらず、医療安全担当医師の職責も制度的に不明確のため、事故発生状況が迅速に病院長などの管理者に伝わらなかった」「精査目的で入院した0歳代男児。診療放射線技師(以下、技師)Aは体重を画像診断部医師に伝え、医師から口頭で『造影剤を34mL投与』の指示を受けた。技師Aは、口頭で検査室にいる技師Bに『34mLね』と言い、検査室にいた看護師は『34mLですね』と確認した。技師Bには聞こえておらず、復唱はしていない。看護師が末梢ルートにシリンジをつなぎ、技師Bは、インジェクターの流速を小児用の1 mL/secに設定し、容量は全量投与と思い込み、成人量の97mLのまま設定してスタートボタンを

表1 “ルールの不備”に関わる事例①(発生要因)

「ルールの不備」 6,742件	「判断を誤った」	1,408件
	「思い込み」	570件
	「確認不足」	319件
	「コミュニケーション」	186件
	「知識不足」	86件
	「教育不足」	8件
	「マニュアルがない」	8件
	「認識の違い」	4件
	「思い込み」	50件
	「確認不足」	

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、事例検索より作成、2020年6月上旬現在)

表2 “ルールの不備”に関わる事例②(事例の内容)

「ルールの不備」 6,742件	「手術」	1,349件
	「検査」	1,102件
	「食事」	406件
	「転倒」	394件
	「アラーム」	288件
	「リハビリ」	256件
	「患者間違い」	142件
	「アレルギー」	135件
	「検査結果」	83件
	「誤薬」	40件
	「患者誤認」	16件

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、事例検索より作成、2020年6月上旬現在)

押した。投与中、検査室看護師がシリンジの50mLラインを越えていくのに気づき『多くないですか』と指摘し、投与中断したが、既に74mL投与されていた。技師Bは技師Aに投与量の確認をせず、指差し、声出し確認、ダブルチェックもしていない。放射線検査室では造影剤の量調整が必要な場合のルールがなかった。投与開始時も、技師Bが経験に基づき全量投与するという思い込みで実施した」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、“ルールの不備”に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策として、ルールの整備や周知、職員教育など、さまざまな取り組みを実施されていると思われる。しかし、現状では、“ルールの不備”に関わるさまざまなインシデント・アクシデント事例の発生が報告がされており、自施設における現状評価をふまえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索²⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“ルールの不備”に関連したアクシデント事例の発生要因から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 「右気胸の患者に左側胸部にマーキング? 左胸腔ドレナージ実施」

【事故の内容】

- ・搬送された患者(70歳代、男性)が、イレウスにて入院となった。
- ・その後、イレウスは改善したが、入院時から右肺のコンソリデーションを認め、喀痰検査で肺結核を否定し、薬剤による治療を行った。
- ・入院10日目、上部消化管内視鏡検査の咽頭麻酔後、激しい咳嗽と共に呼吸状態が悪化した。
- ・検査を中止し、病棟に帰室後、病棟看護師が主治医に報告した。
- ・CT検査が実施され、右気胸、空洞形成する肺炎疑い、両側胸水などが判明した。
- ・主治医はHCU入室を決定し、看護師がHCU看護師に胸腔ドレナージなどの準備をするように伝達した。
- ・HCU入室後、病棟看護師はHCU看護師に、患者は右気胸で、呼吸状態が急激に悪化した内容を申し送った。
- ・他のHCU看護師が不足物品を準備している間、主治医が左側胸部にマーキングをした。
- ・その後、主治医が左胸腔ドレナージを実施した。
- ・しかし、SpO₂の改善がなく、エアリークもほぼない

こと、ドレナージ後のエックス線検査により、主治医は穿刺部位の誤りに気づいた。

- ・主治医は上級医師に報告・相談を行い、本来の右胸腔ドレナージを追加実施した。

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

本事例の背景要因としては、「すり込みの発生：主治医は、エックス線検査、およびCT検査から右気胸と判断したが、両側の水泡音を聴取しており、身体所見上は判別しにくく、HCU入室時のベッド左側が回診車の定位置であったことから、誤認が生じやすい環境があった」「安全文化が未熟：呼吸状態悪化後に病棟看護師は胸部聴診により右呼吸音の減弱を認識しており、CT検査後に医師が“左”と言っているのを聞いて疑問を感じ、穿刺前に左側胸部にマーキングしている時にも疑問を感じたが、自信のなさから声に出すことができなかった。マーキング後に主治医が再度画像を確認していたので、自分の思い込みであったとこじつけて解釈し、権威勾配が発生した。病棟看護師は卒後2年目であり、当該患者の孫であったことから言い出しにくい関係であった」「知識・コミュニケーション不足：HCU看護師は、患者情報として『呼吸状態が悪化した患者』という情報しかリーダー看護師から得ていなかった。その後、電子カルテから情報収集したが、十分な情報収集・アセスメントができなまま患者受け入れとなった。病棟看護師から“右気胸”と申し送りを受けたが、カテーテルを2種類(サイズ)準備したとリーダー看護師から聞いていたため、主治医が左胸腔ドレナージする際に、『両側ドレナージするのか』と解釈した」「医師のサポート体制の不備：主治医は、当月から新設された総合救急診療科の卒後4年目の医師で、赴任後2週間であった。外科希望のため総合診療科に配属されているが、救急外来担当日以外は外科診療に携わり、入院患者の診療も行ってた。上級医師(外科)の指導を受けているが、上級医師が外勤・手術などで迅速に応援できない場合の相談・支援体制が明確になっていなかった」「医療安全管理マニュアル・ルー

ルの不足：手術を除く侵襲的治療・検査時の『説明・同意書』に“左右”を記載することが明確にされていない。侵襲的治療・検査の直前に“左右・部位”を複数の職員で確認するルールが明文化されていないなどが挙げられていた。

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、主治医は、CT検査などで確認した『右気胸』に対して、左側胸部にマーキングしたのか？」「なぜ、病棟看護師は、胸部聴診により右呼吸音の減弱を認識し、CT検査後に医師が“左”と言っているのを聞いて疑問を感じ、穿刺前に左側胸部にマーキングしている時にも疑問を感じたにもかかわらず、その疑問を医師に伝えなかったのか？」「なぜ、HCU看護師は、患者情報として『呼吸状態が悪化した患者』という情報しか得ていない状況で、電子カルテから情報収集後も十分な情報収集・アセスメントができないまま患者受け入れに対応したのか？」「なぜ、HCU看護師は、病棟看護師から“右気胸”と申し送りを受けていたにもかかわらず、主治医が左胸腔ドレナージする際に、『両側ドレナージするのか』と解釈したのか？」「なぜ、侵襲的治療・検査の直前に“左右・部位”を複数の職員で確認するルールが明文化されていないのか？」「なぜ、上級医師が迅速に応援できない場合の相談・支援体制が明確になっていない状況で、卒後4年目で赴任後2週間の主治医が実施したのか？」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、事例の発生要因の“見える化”をすると、本事例では、「ルールの不備(明文化されていない)」「関与する複数の職員で“左右”の確認未実施」「上級医師が外勤・手術などで迅速に応援できない場合の相談・支援体制が明確になっていない」など、“ルールの不備”に関わると思われる

発生要因が挙げられていることが分かる。

さらには、左側胸部にマーキングを実施した主治医に、疑問を感じた病棟看護師やHCU看護師が、医師に疑問を伝えることができなかった背景要因として、権威勾配や主治医とのコミュニケーション不足の存在も指摘されている。

これらのヒューマンファクターの影響を回避できなかったのは、発生する可能性のあるリスクを予測し、確認方法や疑問の伝え方などについての明確なルールが整備されていないこと、プロフェッショナルに期待される“ルールの整備”についての検討が十分でなかったことなどが想定される。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“ルールの不備”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、「思い込み」「確認不足」「認識の違い」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因の関連性も含めて検討することが望まれる。

“ルールの不備”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1) “ルールの不備”に関わる事例の発生状況と課題が不明確、2) 整備するルールに関わるリスクの予測と共有が未実施(内容が不十分)、3) 整備したルールの周知方法の検討が不十分(周知内容、対象、周知方法、周知後の評価方法)、4) ルールの整備内容と運用状況の現状評価未実施、5) 評価結果に基づくルールの内容の見直し・修正未実施、6) 発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育が未実施、などが考えられる。

“ルールの不備”に関わる アクシデントの未然防止対策

本事例の改善策としては、「病名診断は画像所見、身体所見から総合的に判断し、必要に応じて超音波検査など複数の画像を組み合わせる」「疑義は必ず声に出し、複数の職員で安全確認することが重要であることを認識できるよう研修を行う」「知識・コミュニケーション技術の向上:担当患者の適切な状態把握とそれに応じた医療・看護が提供できるような教育・マネジ

メントの重要性を教育委員会を通じて発信する。知識・技術の向上に向けて現場で支援できるように依頼する。知識・技術が未熟な職員に対しては、具体的な言葉での情報伝達と確認が必要であることを繰り返し、指導する。」「新たに新設された診療科医師、研修医の診療体制の明確化を組織で整備するように求める。」「侵襲的治療・検査時のマニュアル・ルールの明文化:侵襲的治療・検査時の『説明・同意書』への“左右”の記載、複数の医師又は職員での“左右・部位”の確認を行うことを明文化する」などが挙げられていた。

“ルールの不備”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)“ルールの不備”に関わる事例の発生状況と課題を明らかにする、2)整備するルールに関わるリスクの予測と共有を実施(内容の充実)、3)整備したルールの周知方法の検討実施(周知内容、対象、周知方法、周知後の評価方法)、4)ルールの整備内容と運用状況の現状評価実施、5)評価結果に基づくルールの内容の見直し・修正の実施、6)発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育実施、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「思い込み」「確認不足」「認識の違い」などを防止すること、あるいは診療科間・多職種間のチーム力を発揮し、アクシデントに至る前に“ルールの不備”や「思い込み」「確認不足」「認識の違い」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「ルールの不備」に関わる事例の発生状況と課題を明らかにする」では、自施設のインシデントレポートなどから事例発生の有無を確認し、事例を分析することで自施設の“ルールの不備”に関わる課題を明らかにしたい。自施設における“ルールの不備”に関わる課題は、「ルールがない(整備されていない)」「ルールは整備されているが、内容に不備がある」「ルールは整備されていて内容にも不備はないが、周知や遵守状況に問題がある」など、どのような内容かの確認が重要である。

2)の「整備するルールに関わるリスクの予測

と共有を実施(内容の充実)」では、1)で明らかになった課題を踏まえて、ルールの整備とその運用において発生する可能性のあるリスクを多職種で検討し、認識を共有することが求められる。これを、6)の「発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育実施」で、併せて実施してもよい。「ルールの不備」に関わるアクシデント事例を活用して参加型の職員研修を企画することで、自施設の現状と、他施設も含めて発生するリスクの可能性について情報提供の機会にもできる。

3)の「整備したルールの周知方法の検討実施(周知内容、対象、周知方法、周知後の評価方法)」では、当該ルールに関連する職員から、“そのルールがあることを知らなかった”“なぜ、そのルールが整備されたのか理解していなかった”などの発言が出ることを想定し、これらの要因を排除することが求められる。そのためには、整備したルールの内容だけでなく、当該ルールの整備に関して、どのような目的・経過があるのか、なども含めて周知することが望ましい。さらに、周知する対象は全職員なのか、どのような方法で周知するのか、などを明らかにし、周知後の評価方法などについても検討した後に、周知を実施することが期待される。

4)の「ルールの整備内容と運用状況の現状評価実施」では、ルールの整備の目的が達成されたか、という視点と同時に、ルールの内容に不備はないか、現状に対応した内容か、ルールが遵守されているか、などの視点でも評価の実施が必要である。併せて、5)の「評価結果に基づくルールの内容の見直し・修正の実施」として、評価結果に基づき、ルールの内容の不備を補い、修正の必要な部分の見直しなどを検討したい。

“ルールの不備”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、“ルールの整備”のプロセスと課題の“見える化”を実施し、個々のプロセスにおける課題を克服することが重要である。“ルールの整備”のプロセスとしては、「ルールの整備⇒周知⇒ルールの運用⇒ルールの修正」と考えられがちであるが、望ましいプロセスとして、「ルールの整備」の前に「現状評価」を実施して自施設の事例

発生状況と課題を明確にすること、および「ルールの運用」「ルールの修正」の後に、「運用状況の評価」を実施することを勧めたい。

「ルールの整備」では、“異なる解釈”を防止する具体的な内容か、「周知」では、ルールの整備の意義を含めて関連する職員に周知されているか、周知の内容に不備がないか、などの課題を検討する。

「ルールの運用」では、決められたルールを現場で活用できているか、遵守を妨げる問題はないか、「運用状況の評価」では、関連する職員が正しく認識し遵守しているか、事例発生状況の分析に基づく修正の必要性がないか、などの視点での確認も実施したい。

「ルールの修正」では、ルールの整備の意義や評価結果を踏まえた修正ができていないか、「運用状況の評価」では、期待する成果が得られているか、現場の状況に対応し活用されているか、などの視点での評価も課題となる。

本稿では、望ましい“ルールの整備”のプロセスの例として、「現状評価⇒ルールの整備⇒周知⇒ルールの運用⇒運用状況の評価⇒ルールの修正⇒運用状況の評価」を提案したが、自施設の現状に応じてオリジナルのプロセスを検討し、個々のプロセスにおける課題の“見える化”をするこ

とで、未然防止対策の検討につなげていただきたい(図1)。

“ルールの不備”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“ルールの不備”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時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、ルールが十分に整備されていないこと、整備されたルールが適切に活用されないことなどにより、リスクを回避できずに患者への重大な影響の発生を防止するため、関与した職員への影響も考慮して、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、プロフェッショナルが対応しているのにルールが整備されていないのか?」、あるいは「なぜ、ルールが整備されていたのに、活用・遵守されなかったのか?」という疑問が浮かぶ可能性がある。こうした疑問は、患者・家族から問われる前に、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望まれる。

図1 “ルールの整備”のプロセスと課題の“見える化”

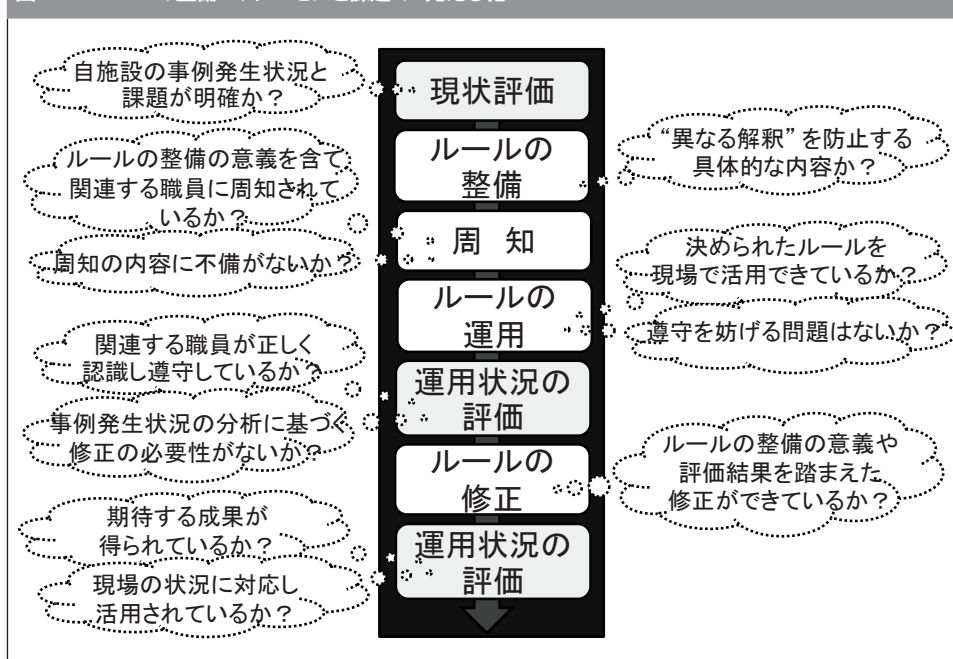
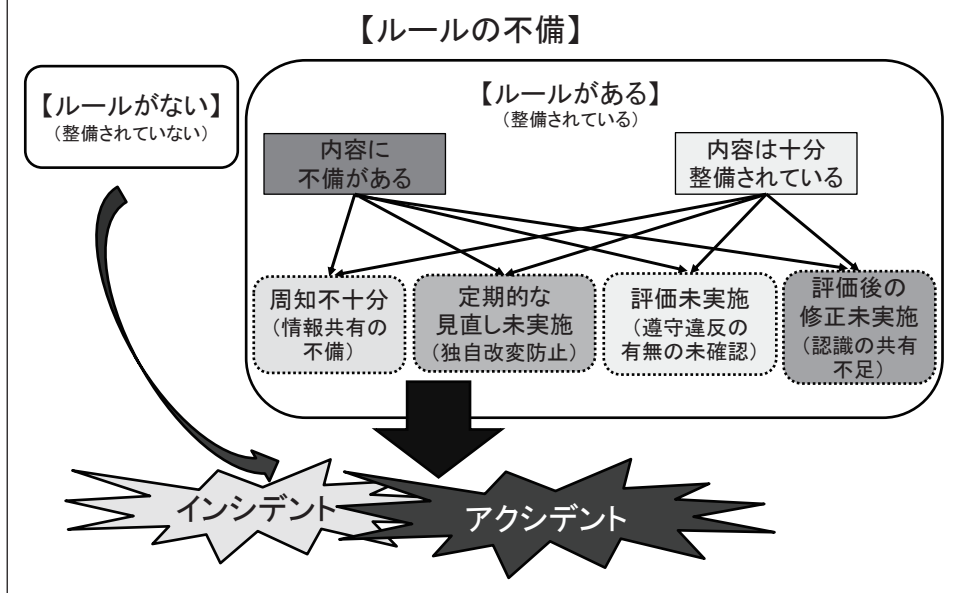


図2 “ルールの不備”に関わる事例の発生要因



自施設における“ルールの不備”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、取り組みの第一歩として、“ルールの不備”に関する認識の共有が欠かせない。“ルールの不備”という言葉に対して、職員Aは「ルールがない(整備されていない)」と認識し、職員Bは「ルールがある(整備されているが、内容に不備がある)」と認識し、職員Cは「ルールがある(整備されていて、内容も十分整備されているが、周知が不十分で遵守されていない)」などと認識している可能性もある(図2)。

これは一例であるが、職種や経験年数などの違いによっては、さまざまな意味を含めて“ルールの不備”という表現がなされている可能性を考慮する必要がある。多職種、複数の職員が関与する場合、異なる認識が発生しないように具体的な表現、あるいは含まれる内容について意見交換をして認識の共有を図ることが求められる。

“ルールの不備”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良質で安全な医療を提供するための“ルールの整備”を明らかにすることである。その上で、“ルールの不備”に関わる事例発生の誘因を排除するため、自施設の現状と課題を克服する多職種の連携を發揮した現状評価を含む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 平成28年年報. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2016.pdf (accessed 2020 Jun 2)
- 2) 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 Jun 2)



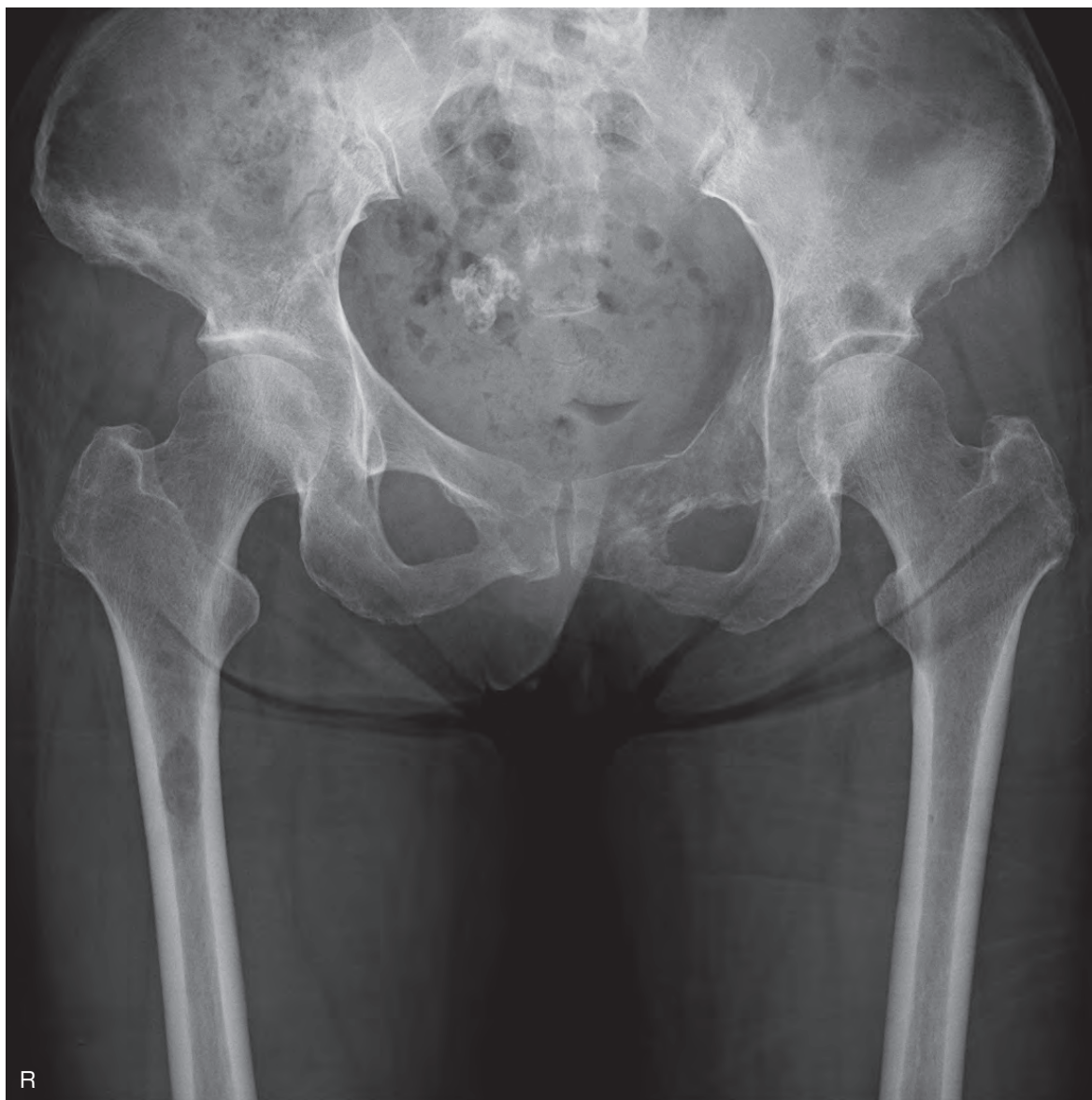
ちょっと画像でCoffee Break

股関節痛

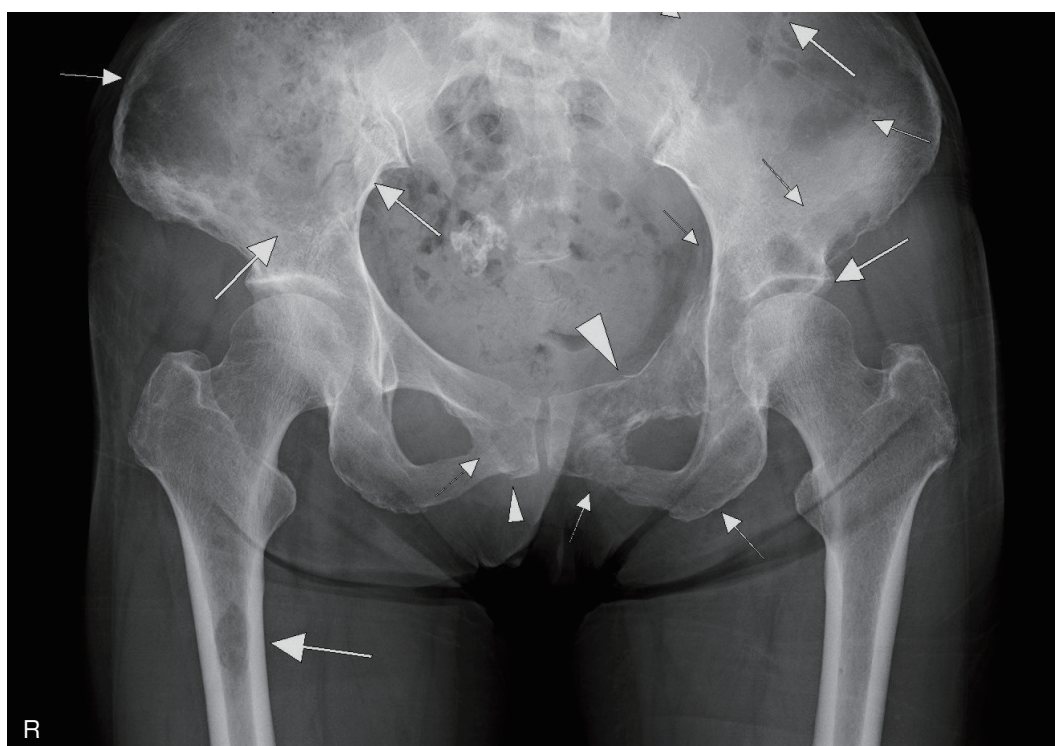
練馬光が丘病院放射線科 伊藤大輔

?

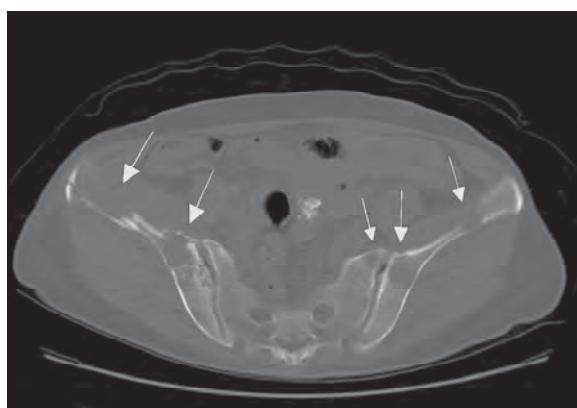
症例:60代女性
両側股関節痛にて来院。所見は？



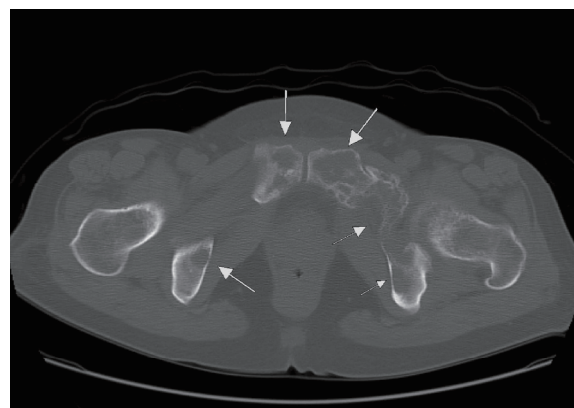
X線写真1



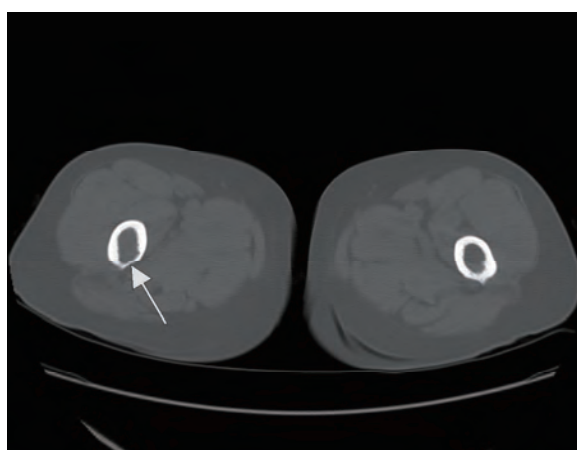
R
X線写真2



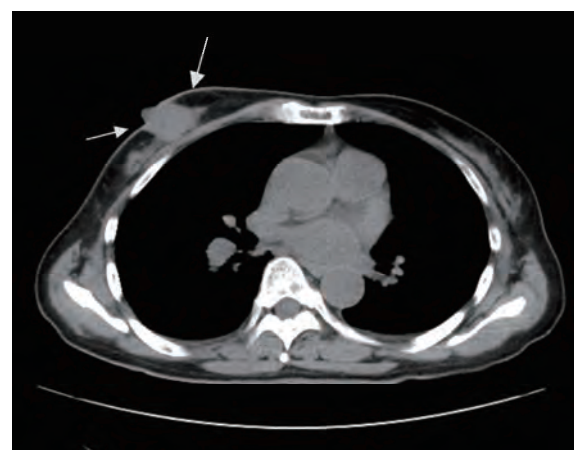
CT画像1



CT画像2



CT画像3



CT画像4

表1 転移性骨腫瘍が見つかった時点で原発巣が不明な場合の、原発巣の頻度

前立腺	25%
悪性リンパ腫	15%
乳腺	10%
肺	10%
甲状腺	2%
大腸	1%

表2 溶骨性骨転移の原因として頻度の多い悪性腫瘍

肺(成人男性)
乳腺(成人女性)
甲状腺
腎
大腸

表3 硬化性転移の原因として頻度の多い悪性腫瘍

前立腺(成人男性)
乳腺(成人女性)
悪性リンパ腫
カルチノイド
膀胱(移行上皮癌)
膵

骨盤骨および右大腿骨には多発性に溶骨性病変を認める(矢印)。多発過ぎてすべてに矢印をつけるのも難しい。少なくとも両側恥骨には皮質の不整があり(矢頭)、病的骨折の合併が疑われる(X線写真2)。これらの所見は同日撮像したCTでも同様であった(CT画像1)。

骨盤内には“桑の実状”と言われるような石灰化病変があり、こちらは子宮の変性筋腫であると考え(CT画像2)。

同日CTにて右乳房に皮膚に浸潤するような腫瘤を認め、乳癌による多発骨転移がCT上強く疑われた(CT画像3, 4)。多発肺転移と思われる病変も指摘された(提示せず)。なお多発骨転移と思われる病変は脊椎や胸骨などにも多発していた。

現在乳癌に対する化学療法が予定されている。

日常臨床で骨の単純X線検査を施行することは非常によくある行為だと思われるが、事前確率が高いとはいえない“骨腫瘍による疼痛”は、もともと想定していない限り見落としがちな疾患かと思われる。本症例の場合骨盤部の病変は広範すぎて逆に分かりづらい可能性がある。大腿骨の病変は明らかに左右差があるので、このような左右差を見つけることが所見を見つける大きな助けになるだろう。

高齢患者の骨腫瘍であれば、頻度からは転移性腫瘍が鑑別の上位にくることになる。転移性

まとめ

高齢者の多発骨病変・・・まずは転移性骨腫瘍を想定して原発精査を

骨腫瘍の頻度は原発性骨腫瘍に比して15~100倍程度に多いとされている。

転移性骨腫瘍が疑われた場合、当然原発精査が行われるわけであるが、“原発性悪性腫瘍が知られていない状況で転移性骨腫瘍が見つかった場合”にその後判明する癌としては、前立腺、悪性リンパ腫、乳癌、肺癌などの頻度が高い(表1)。

溶骨性病変であるか硬化性病変であるかで、癌の鑑別が異なる、ということに教科書的にはなっている(表2, 3)。だが実臨床では、病変の性状にかかわらず、腫瘍マーカーや内視鏡検査、CT検査などによって原発巣の精査をする必要があるため、病変をみて“悪性腫瘍の可能性を考慮する”ことの方が重要である。

本症例ではかなり以前より乳腺の腫瘤には気が付いていたようであったが、病院受診をためらっていたようである。

当院で久々に通常診療を開始したところ、体感的には“進行した悪性腫瘍の初診患者”が来院する頻度が非常に上がっている印象を受ける。おそらくCOVID-19により患者が病院からこの数ヶ月遠ざかっていたことにより、より進行した状態で来院する方が増えているのではないかと推察している。

参考文献

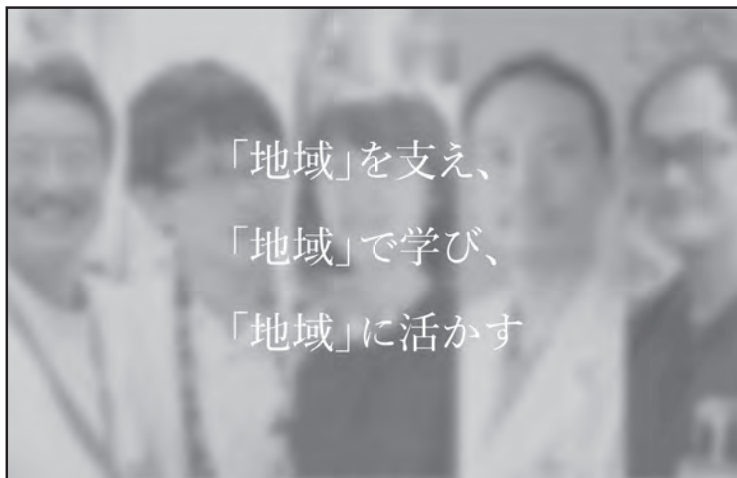
- 1) Wolfgang Dahnert: Radiology Review Manual, 8th edition. Wolters Kluwer health 2017.

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。



<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



続 新型コロナウイルスに関する 新情報

夏になって気温が上がれば新型コロナウイルス感染症の患者が減少するのではないと言われてきたが、2020年6月13日のMEDICAL NEWS TODAYで「Temperature has 'modest' effect on SARS-CoV-2 transmission rates」と題しこの問題が取り上げられているので紹介したい。

ウイルスは季節によってその活性が変動することはインフルエンザが秋から冬にかけて流行することからも明らかである。同じような期待が持たれたが、新型コロナウイルス感染症ではそのような傾向が明らかでないことは現在の私たちの経験でも明らかである。

同様なことが紫外線に関しても考えられ、事実UV-Cと呼ばれる紫外線を実験室や病院の消毒に用いてきた。

アメリカのMount Auburn Hospital in Cambridge, MAの研究者たちはJohns Hopkins University's COVID-19 Dashboardから取った1月22日から4月3日までの一日のSARS-CoV-2感染者数のデータとNational Centers for Environmental Informationから取った気温、紫外線量、降水量のデータを組み合わせ、COVID-19患者の発生に対する影響を観察したところ、温度の場合52°F(11°C)までは気温の上昇がCOVID-19の発生を減少させたが、それ以上の温度では関係がないということを見い出している。一方、気温が30°F(-1°C)以下の場合、感染率が最も高かったとのことである。

新型コロナウイルスでは、発熱、咳など呼吸器の症状が主であることが多いが、神経症状で始まる場合が少な

くないことを2020年6月15日Health Dayで「COVID-19 Can Start With Neurological Symptoms」と題して報道されているので紹介したい。

研究を行ったのはアメリカ・シカゴにあるNorthwestern University Feinberg School of MedicineのDr. Igor Korolnikで、上述の病院に入院したCOVID-19患者で神経症状が起こる頻度とその症状の治療に対する反応を調べている。

その結果、発熱、咳、呼吸器症状が表れる前に頭痛、めまい、虚弱感、注意力低下、脳卒中などの神経症状が表れる場合がある。有名な嗅覚、味覚の消失もCOVID-19にみられる神経症状である。なお、COVID-19で入院した患者の約半分の症例が神経症状を示したとのことである。

その原因として、コロナウイルスが直接脳に感染することもあるし、炎症を介して脳や脊髄に障害を与えることも考えられるとDr. Korolnikは述べている。この報告はAnnals of Neurologyの6月7日on-lineで報告されている。

参考WEBサイト

- 1) <https://www.medicalnewstoday.com/articles/temperature-has-modest-effect-on-sars-cov-2-transmission-rates>
- 2) <https://www.usnews.com/news/health-news/articles/2020-06-15/covid-19-can-start-with-neurological-symptoms>

…自由投稿…



今、医療者に求められる多様性と柔軟性

八巻孝之¹⁾

I. はじめに

医学は、古くヒポクラテスの時代から最近まで、価値の多様性をできる限り排除して科学的価値の至上性を堅守しながら発展してきた。これまでの臨床医にとっては、「医学的に正しいことを施すこと」と「患者にとっての最善を為すこと」はほぼ同義であったように思う。しかしながら、最近、医学や医療に対する価値の多様性が臨床医らの間で重要視されている。これは、数十年前までの医療の変化の中でも大変重要なことと思われる。その契機となったEvidence Based Medicine(EBM)の導入と普及がもたらした意義はとても大きい。

II. 現代医療の課題

EBMは、臨床医が自身の診療行為を振り返るまでの一連の意思決定プロセスであり、その判断によって左右されるアウトカム、すなわち、何を改善させようとしているのかということ強く意識させられる。アウトカムが明確に意識されるようになり、臨床医の当然かつ恒常的に正しいという診療の根強い意識は、医療が支援できる患者の利益とは何なのかという新たな認識へと変容している。私は、1990年代後半に登場したEBMから極めて重要なことを学んだと思っている。それは、アウトカムを意識したプロセスがアウトカムにもたらす影響、つまり患者の利益とは、常に限定的であるという事実である。この「患者にとっての最善の選択は何か」という答えを探することはそれほど簡単なもので

はない。医療行為の正しさではなく、「有益さ」を提示するという医療の変化は、医学・医療の多様性に顕著な社会的意義をもたらしたと思われる。「有益さ」とはどのようなアウトカムを想定しているのか、例えば、心筋梗塞を起こすまでの時間なのか、脳卒中の発作を起こすリスクなのか、余命なのか。さらには、その医療介入が対象とするアウトカムをどの程度変容させることをもって「有益である」とするのか。我々臨床医は、このようなことについて検討する必要がある。そして、極めて重要なことは、目の前の患者にとってどれほど有益なことかということである。その基準を一律に決めておくことは、恐らくあまり意味のある行為のようには思えない。なぜなら、それをどれだけ有益なことだと感じるかは患者自身の中にあるからである。EBMが最近の医療にもたらしたインパクトは、医療行為を「正しさ」から「有益さと無益さ」にアナログ変換したことである。今後、医療者側から診て間違いなく正しいと認識されてきた医療行為が患者の多様な価値と利益について、さらに十分な検討を行っていかざるを得なくなっている。

III. 多様性に基づく医療への理解

患者にとっての最善の医療を提供する上で、その医療がどのような目的と利益を達成しようとしているのかについては、患者側と医療者側で一致していないことは少なくない。しかしながら、何らかの医療を選択することにおいては、双方向的な話し合いを十分に行って、人が持つさまざまな多様性についての理解を深め合い、

1) 独立行政法人国立病院機構宮城病院 総合診療外科
著者連絡先：〒989-2202 宮城県亶理郡山元町高瀬字合戦原100 独立行政法人国立病院機構宮城病院

原稿受付 2020年5月1日 / 掲載承認 2020年6月12日

そのプロセスが重視された合意の形成が必要とされる。患者に関わる全ての関係者は、患者にとっての最善の選択は何かということに深く関わろうとしており、人と人が多様な存在であるということを相互に認識していなければコミュニケーションは上手く進まない。例えば、苦痛を緩和する、健康不調を改善する、将来のイベントを予防するなど、さまざまな異なった目的によって医療の選択は異なり、時には相反したりする。そのために重要なのは、目前の患者が医療の介入を受けることでどのような利益を獲得できるのかということであり、医療チームは患者や家族と十分に理解し合うことから取り組む必要がある。患者側と医療者側の間で状況の認識を共有することは、医療において最も難しいことかもしれない。なぜならば、お互いは自分に見えているものが状況認識の全てであり、相手が見ているものと自分に見えているものとの相違に気付くということは非常に困難なことだからである。インフォームド・コンセントのプロセスにおいて、医療者が患者に対して提供する情報の多くが、この状況にある。例えば、どのような病気なのか、放っておくとどうなるのか、どのような医療行為を想定しているのか、どのような選択肢があるのか、その選択によって何が待ち受けているのか、といった情報は、高度専門的な知識に裏付けられる状況の認識ではあるが、その共有に対する困難さは、患者の無理解に起因しているのではなく、医療者側に求められる多様な認識への柔軟さに左右されているのではないかと私自身は考えている。

IV. 患者の意思決定支援と合意形成の在り方

患者と医療者との間で同じ目的に対して同じ認識を共有できたとしても、必ずしも合意を形成できるわけではない。人は、1つの結果に対して相異なる価値付けをするからである。痛みを最大限に減らすこと、治療を自由に選ぶこと、命が延長することなど、これらの価値は患者側にとって、医療に対する意思決定を行う上での重要な価値であるが、多くの場合、患者と医療者の間のみならず医療者の間でも、同じ目的に

対する認識の共有は大きく異なっている。医療者は、医療の不確実性と与える価値の不均一性についての十分な認識を持って医療判断を行ってきた。しかし、今後は、患者にとっての最善を患者に関わる医療チームが共に考えていく社会的意義が問われており、どちらを選択するのかという観点から、より個人が各々に持つ価値を相互理解した上で対話が行われることが望ましいと考えている。最近、価値に基づく医療、Value Based Practice¹⁾ (VBP)が注目を集めている。これはEBMの発展型かつ包括的思考プロセスであり、患者の意向を尊重した意思決定支援のための、より柔軟性の高い対話をいかに医療者が行っていくのかということについての考え方や手順がまとめられている。VBPの象徴的なコンセプトを表す「ディスセンス (dissensus)」という言葉は、最善の意思決定を支援するための対話を進める上で、すべての関係者のコンセンサスを得るよりはむしろ、お互いが大切にしている価値観やその価値観に基づく意見を尊重し合い、分かり合えないことについて分かり合うという視点を持つということを表現している。そして、これはニヒリズムとは異なり、その意思決定に対して関係者が積極的に関与する意志を持っているということである。価値の相違によってお互いが納得できないことや同意できないことは起こりえるということ、そして、そこに全ての同意や納得を強制していくよりも分かり合えない部分をお互いが理解し尊重した上で合意形成を図っていくことの重要性をこの言葉は示している。

今後、医療者は、社会の構造と人の生き方、複雑な関係性が大きく変化していく中で、医療ももたらす価値を単純化せず多様なまま扱いながら、相互に共通の目標や利益を追求するための選択を共に見いだしていかなければならない。医療者に求められる多様性と柔軟性への気付きは、そのための最大かつ重要なテーマである。

参考文献

- 1) Fulford KWM, Ed Peile, and Heidi Carroll: Essential Values-Based Practice: Clinical Stories Linking Science with People. Values-Based Practice. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.



コロナ禍における 平郡島の生活



柳井市立平郡診療所 管理者
めすきあきひろ
賣豆紀晶洋

中田先生こんにちは。北海道は気候的に過ごしやすい季節となったのでしょうか？

平郡島は6月11日に梅雨入りしました。湿度が高くジメジメとした日が続いています。道端でカタツムリをよく見かけるようになり、夜にはカエルの大合唱が聞こえるようになりました。梅雨時期は農閑期で畑仕事がなく、患者さんが増える傾向にあります。普段めったに診療所を受診しない方が、5月中旬に農作業を頑張ったために肩や腰が痛いを受診されるのもこの時期ならではです。

平郡島では、例年5月のゴールデンウイーク中に平郡東地区運動会が開催されます。運動会は夏の盆踊り大会、秋の文化祭と並ぶ三大イベントの一つで、特に運動会と盆踊り大会については島外から、平郡島出身者やその家族たちが帰省し大いに盛り上がる重要なイベントとなっています。この二つのイベントの時期は、嘘か誠か平郡島の普段の人口の倍ほどの人が島に滞在すると言われており、昔は「島が沈む」と言われたほどでした。しかし今年は新型コロナウイルス感染症の流行により、島外在住者の来島を控えていただかなければならなくなり、運動会もやむなく中止となってしまいました。帰省客や釣り人などの観光客も含めフェリー利用者はほとんどおらず、人通りもあまりない閑散としたゴールデンウイークとなりました。患者さんとの診察時の何気ない会話の中で、子どもや孫になかなか会えず寂しいという声をよく聞くようになりました。



子どもの日の鯉のぼり

FROM 平郡島 (山口県)

新型コロナウイルス感染症が流行し始めた当初は、島民の多くがあまり危機感を持っていない状態でした。山口県は感染者があまり多くなく、また平郡島のある柳井市に感染者が出ていないことも一因でしたが、緊急事態宣言が発表され、運動会が中止となったことにより島民の中にも徐々に不安感や危機意識が芽生えてきたように感じられました。積極的に島外医療機関への受診や不要不急の買い物を控えるようになり、また家族の帰省を控えるよう声掛けする方も増えたように思われます。診療所への



昨年の運動会の様子



運動会中に行われた伝統行事「亥の子」の様子

問い合わせも増えましたが、診療所で対応できることがあまりないため、受診の目安をお伝えし、マスク着用や手洗いの徹底を啓発するなどありきたりのことしかできないことが心苦しいです。とは言え新型コロナウイルスにかかわらず、離島という環境下で感染症が流行した際にどのように対応すればよいか、われわれ医療従事者だけでなく島民全体が改めて考え直すよい機会となっているように感じられます。

全国的に患者数が減少傾向にあります。新型コロナウイルス感染症の完全な終息にはもう少し時間がかかりそうです。利尻島での新型コロナウイルス感染症に対する取り組みなども勉強させていただければと思います。中田先生も体調に気を付けて診療を頑張ってください。





老健における、特定ケア看護師の挑戦

地域包括ケアセンターいぶき 桐山真理子

はじめに

私は滋賀県米原市にある地域包括ケアセンターいぶき(以下、いぶき)の老健で、特定ケア看護師(NDC)として勤務しています。いぶきは診療所、居宅介護支援事業所、デイケア、老健があり、訪問看護や訪問リハビリも行う複合施設です。そんな中で私は老健に長年所属し、2018年度からNDC3期生として研修を受けさせていただきました。

老健からNDC研修に参加した理由

いぶきの医師は常勤2名と非常勤数名で、午前中は外来、午後は訪問診療や出張診療所での診察を行ったり、外来のない日には乳幼児健診や病院での退院カンファレンス、産業医としての訪問、行政や地域の介護サービス事業者との会議など、多岐にわたる仕事でさまざまな場所へ赴かれます。その中で老健の利用者さん(入所とショートステイ併せて60名)の、フォローもされています。医師の忙しさは感じつつも、老健看護師としては体調を崩した利用者さんを前に、医師が様子を見に来てくださるのを今か今かと待ちわびることが何度もありました。

「見る」ことを生業とする看護師としては、バイタルサインの観察や利用者さんの身の回りのケアを行うことは得意です。しかし観察やケアの中で何か異常があった時、すなわち「診る」ことが必要になった時、十分な情報収集やアセスメントができず「早く先生に診てほしい」と医師頼みになっていました。もちろん、診療や診断は医師の業務であり、「診る」ことは看護師の仕事

事ではないと考える人もいると思います。しかし、医師が常時いるわけではない老健や、忙しい病院、過疎地域などでは、「診る」ことが遅れることで困るのは患者さんです。また、患者さんの状態がよく分からないままに看することは看護師にとっても不安です。医師が多忙な場において、また自分の不安を解決するためにも、「診る」ことについて学ぶことは有用だと思い、研修への参加を希望しました。

老健におけるNDCの役割

NDCも医師の包括的指示の元で動く存在で、診断をすることはできません。決して医師の代わりにはなれません。しかし「診る」ということを学ぶことで、医師が「診る」ために必要な情報を先に集めたり、医師が考える流れに沿って状況をプレゼンすることはできます。例えば利用者さんが発熱した際、身体診察を行い、診断のために検査が必要だと考えればエコーや心電図、尿検査など非侵襲的な検査の場合自分の判断でさせてもらいます。所見をもとに、感染症を疑うなら抗菌薬は必要か、必要なら何を選ぶべきか、投与量を決めるのに腎機能はどうだったなどを確認しておきます。そうして外来診療や他の業務の合間の医師に、一緒に検査結果の確認やアセスメントに不足や間違いがないかを確認してもらい、用意しておいた抗菌薬の処方箋にハンコを押してもらいます。医師にしかできない『診断』のほんの一步手前までの準備、また診断後に医師が行うであろう『治療』を見越した準備を行い、その後の看護につなげることが、



地域包括ケアセンター いぶき



老健ホールの様子

医師の少ない場での特定ケア看護師の役割であり、『診る』と『見る』を大切にする研修センターで自分が学んだことのひとつだと感じています。

老健という特徴

いぶきでは血液ガス検査やCT、MRIの設備はありません。使える薬や行える検査、医療機器は病院に比べると限られたものしかありません。老健での医療は病院のそれよりも、在宅で訪問診療や訪問看護、訪問介護を受けながら療養するのに似ています。正直、できる検査が限られている中で原因が判然とせずに治療を行ったり、経過を観察する時もあり、これでいいのか、何か重大なことを見落としていないかと怖く思うこともあります。しかし、利用者さんや家族さんに医療への希望を確認すると、「病院には行かず老健でできる範囲のことをしてください」と希望されることが多々あります。集中的な治療や病気の原因究明を優先的に考えるなら病院ですが、地域での生活の中でできる範囲の治療や療養を受けながら暮らすという選択を

されたのなら、全力でそれを支援したいと思っています。医療資源は限られていますが、検査ができない分、自覚症状や身体所見を大切にしたり、利用者さんの普段の生活に近い状態で体調を評価したりすることを大切にしています。病気よりもその方の生活に重点を置いて支援するのが老健の特徴であり、難しくもあり、楽しいところだと思っています。

おわりに

患者さんの所見をとったり、医師にプレゼンをしたりと書きましたが、まだまだうまくいかないことが多々あり、勉強不足を痛感する毎日です。老健でNDCがどう動くといいのか、自己学習をどのように重ねていくといいのか、いろいろなことを試行錯誤している状態です。悩むことも多いですが、研修期間中たくさんのことを教えてくださった先生方、コメディカルの方々や先輩NDC、お世話になった研修センターの皆様、そして研修に出してくださった自施設のため、老健でNDCとして研鑽に努めていきたいと思っています。

地域医療型後期研修

2020. 6. 8

東京北医療センターでの新生活

東京北医療センター総合診療科専攻医3年目の福田詩織です。

東京に来て2年が過ぎ、東京での新生活、出産と1年間の育休、復帰後の育児と仕事の両立など、さまざまなことがあったので振り返りたいと思います。



私は鳥取県出身で、鳥取大学を卒業し、鳥取の病院で初期研修を終えました。その後も初期研修先の総合内科で2年間研修をさせていただき、2018年から縁あって現在の東京北医療センターに来ました。

東京北医療センターの総合診療科は同世代の医師が多く、カンファレンスや教育回診、抄読会などが充実しており、活気のある科です。3ヵ月ごとに地域や他科の研修などで入れ替わりますが、20～30代の若手専攻医が常に15人前後勤務し、3～4チームに分かれ日々の診療を行っています。チームは専攻医4～6年目のリーダーを中心に構成し、リーダーは主治医をせず他のメンバーのサポートを行います。診療は基本的に主治医制なのですが、常にリーダーをはじめとするチーム医師のサポートがあり、また夜間や休日はチームを超えて院内にいる医師で対応できるようしっかりと体制が整っています。初期研修や後期研修にありがちな一人で困り果てることもなく、またプライベートを大切にできる良い仕組みだと思います。日々皆活気があり、それぞれが教育コンテンツや自身の学術活動などに励むことができるのは、この体制からなるものと思っています。

プロフィール

2014年3月 鳥取大学医学部医学科卒業
2014年4月～2016年3月 鳥取県立中央病院 初期研修医
2016年4月～2018年3月 鳥取県立中央病院総合内科 医師
2018年4月～ 東京北医療センター総合診療科 専攻医

私自身、医師5年目で初めて病院が変わることにとっても不安があったのですが、専攻医が多く所属している病院だからこそ新入職の医師へのサポートも手厚く、ストレスを感じることなく働かせていただきました。以前の病院でも総合内科として勤務しており、対象とする患者層はあまり変わりませんでした。また、脳梗塞や

てんかん、変性疾患などの神経内科領域の患者の入院が多いことは、やはり病院ごとの専門科の有無により総合診療科の対象疾患が変わってくるということを改めて実感しました。1つの医局で、外科やマイナー科を含む他科との垣根が低く、総合診療科としてはとても診療しやすい環境です。

入職後半年で本当は地域研修として六ヶ所村医療センターに勤務する予定でしたが、妊娠悪阻で勤務を継続することができなくなり大勢の先生方にご迷惑をおかけしま

した。その後無事出産し、2020年2月より育休から復帰し、現在も東京北医療センターで研修を継続しています。これまで自分のために使っていた時間の多くは子どもとの時間になり、生活は大きく変わりました。制限されることも沢山ありますが、子どもとの日々はそれ以上の喜びがあり、毎日充実しています。フルタイムで復帰しましたが、チームの先生をはじめ周りの先生の理解に助けられ、慌ただしい毎日ですが仕事を続けられています。

現在、家庭医療専門医と総合診療専門医を取得するコースに所属しており、今後地域研修や専門医試験などの課題は残っています。患者の立場だと医師で、子どもからすると母親であり、いろいろな役割は大変な反面楽しみも沢山あります。医師としてスキルアップや専門医の取得に大事な時期にちょうど出産や育児が重なり、あせることもありますが、これからも長く続けたい医者人生の一部分です。目の前のことから一つずつ乗り越えて、医師としても母親としても成長していけたらと思います。



同期とのBBQ



子ども連れで参加した総診女子クリスマスパーティ

『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/>

自治医大

JICHI MEDICAL UNIVERSITY

now

2020.8

理事会・評議員会が開催されました……………

5月29日(金)に東京の都道府県会館において理事会および評議員会が開催されました。

13時から開催された理事会では、寄附行為の定めるところにより大石利雄理事長が議長に就き、理事長の挨拶の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 評議員の推薦

議案第2号 令和元年度学校法人自治医科大学事業報告

議案第3号 令和元年度学校法人自治医科大学決算

議案第1号では、法人職員の評議員として山形崇倫氏(自治医科大学教授)が推薦されました。

議案第2号および第3号については、原案どおり承認されました。

また、報告事項として、

1 令和元年度監査報告

2 自治医科大学学則の一部改正

3 自治医科大学医学部修学資金返還債務の一部免除について

の報告がなされ、続いて大学関係、附属病院、附属さいたま医療センターの現況報告が行われました。

14時から開催された評議員会では、古尾谷光男評議員(全国知事会事務総長)が互選により議長に選出され、大石理事長の挨拶ならびに永井良三学長からの大学等の現況報告の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 理事の選出

議案第2号 令和元年度学校法人自治医科大学事業報告

議案第3号 令和元年度学校法人自治医科大学決算

議案第1号では、学識経験者の理事として遠藤俊輔氏(自治医科大学附属さいたま医療センター長)が選出されました。

議案第2号および第3号については、原案どおり承認されました。

また、報告事項として、令和元年度監査報告がなされました。

『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、公益社団法人地域医療振興協会(JADEC) 総会を開催

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

令和2年度定時総会が、6月27日12時から、東京都千代田区平河町の海運ビルで開催された。議長には出席会員の中から藤来靖士氏が、そして議事録証明人が選任された。令和2年度定期総会は「令和元年度事業報告・決算報告」「理事20名・監事2名の選任」の報告、議案それぞれ1つであった。

まず、令和元年度事業報告、決算報告が理事の原山和巳事務局長よりなされた。令和元年度のJADECだが、施設では、愛知県のみ市民病院、東京都奥多摩町の古里診療所の運営を開始した。施設数は、病院25、診療所43、介護施設18、看護専門学校2となった。臨床研修医は96名、専攻医119名。長崎でのヘリコプター医師搬送事業は長崎県病院企業団に事業継承、JADECの運行は終了となった。協会外への代診支援は1,765日であった。決算報告では、収益は1,289億円、費用は1,293億円で3.6億円の赤字決算となった。正味財産期末残高は95億円となった。法人としては黒字を目指したがコロナ禍で3月に大きく減収となり赤字決算となった。なお、その後令和2年度4～6月においても、さらなる大きな減収、減益となっており、資金繰りや、費用の削減、収支の安定化が求められる厳しい状況が続いている。もちろん、安全・安心の医療を患者に提供しつつ、早期の事業の改善、安定的な運営を目指していく。

第1号議案の理事と第2号議案の監事選任であるが、今期は、任期を1年とし、理事、幹事全員に残っていただいた。これはコロナ禍で十分な集会や会議も開催されず、活動に大きな制限があったこと、コロナ禍での危機体制にあり、コロナ禍以前と同じメンバーで、危機管理を行うのが最も良いだろうという判断である。「役員を選任」も賛成多数で可決した。

さて、総会開催前に全国支部長会議が開催され、折からのコロナ禍で、木下順二先生が導入したマイクロソフトのチームスを用いて「コロナ禍での支部活動」とのテーマで全国支部長会議となった。26の地方支部含め多くの役員、管理者に出席いただいた。私もハウリングしないよう、メイン会場の隣の部屋から参加させていただいたが、テレビ会議は、テーマによっては確かに便利だが、運営次第で味気ないものになるかもしれないと感じた。また、去年の支部長会議テーマは「自治医大と協会の協働」と言いながら、自治医科大学との間で常設の組織を持たない協会が、協働していく上でのさまざまな問題を粘り強く戦略を立て、克服していくには限界があると感じた。

会員の皆さま、コロナ禍の影響で毎日大変な日々を送っておられることでしょう。離島でも山間へき地でもJADECはきっとお役に立てると思います。皆さま、是非、JADECの活動に積極的に参加して日本の地域医療を支えていきましょう。

去る5月30日に本年度定例理事会、6月27日に総会が海運ビルにおいて開催され、令和元年度事業報告、決算報告が承認されました。

なお、令和2年度予算案は、去る3月21日の定例理事会にて承認されています。

I 令和2年度 第1回定例理事会

- 1 開催日時 令和2年5月30日(土) 12:00～14:10
- 2 会場 日本海運会館4階会議室(千代田区平河町)
- 3 理事定数 20名
- 4 出席者数 理事18名, 監事2名
- 5 議決事項 第1号議案 令和2年度総会招集の件
第2号議案 令和元年度事業報告(総会報告事項)
第3号議案 令和元年度決算報告(総会報告事項)
第4号議案 理事20名選任の件(総会決議事項)
第5号議案 監事2名選任の件(総会決議事項)
第6号議案 令和2年度の金融機関からの借入増額の件
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

II 令和2年度 総会

- 1 開催日時 令和2年6月27日(土) 12:00～13:00
- 2 会場 日本海運会館3階303号室(千代田区平河町)
- 3 会員数 1,656名
- 4 出席者数 928名(うち、書面表決者647名, 表決委任者267名)
- 5 報告事項 1)令和元年度事業報告について
2)令和元年度決算報告について
- 6 議決事項 第1号議案 理事20名選任の件
第2号議案 監事2名選任の件
- 7 議事概要 原案のとおり承認されました。

III 令和元年度 第4回定例理事会

- 1 開催日時 令和2年3月21日(土) 12:00～13:55
- 2 会場 日本海運会館4階会議室(千代田区平河町)
- 3 理事定数 20名
- 4 出席者数 理事17名, 顧問1名, 監事1名
- 5 議決事項 第1号議案 令和2年度事業計画及び予算について
第2号議案 令和2年度の金融機関からの借入れについて
第3号議案 練馬光が丘病院移転増改築の資金計画及び担保提供・連帯保証について
第4号議案 協会が運営する施設の管理者の選考について
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

公益社団法人地域医療振興協会役員名簿

令和2年6月27日現在

会長	高久 史磨	自治医科大学名誉学長, 一般社団法人日本医療安全調査機構理事長, 一般社団法人日本医学教育評価機構理事長
副会長	川上 正舒	公益社団法人地域医療振興協会, 練馬光が丘病院名誉院長
理事長	吉新 通康	公益社団法人地域医療振興協会
副理事長	山田 隆司	公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長 台東区立台東病院管理者兼病院長
副理事長	沼田 裕一	公益社団法人地域医療振興協会横須賀市立うわまち病院管理者兼病院長
常務理事	白崎 信二	公益社団法人地域医療振興協会西日本事務局担当常務理事
常務理事	外山 千也	公益社団法人地域医療振興協会
常務理事	宮崎 国久	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター管理者
常務理事	木下 順二	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター副管理者
常務理事	藤来 靖士	公益社団法人地域医療振興協会
理事	細田 瑳一	公益財団法人政策医療振興財団理事長
理事	崎原 永作	公益社団法人地域医療振興協会事務局沖縄地域医療支援センターセンター長 与那国町診療所管理者兼診療所長
理事	神山 潤	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター管理者兼 センター長
理事	塩津 英美	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター副管理者兼センター長
理事	大槻マミ太郎	自治医科大学副学長
理事	西尾 博至	公益社団法人地域医療振興協会市立奈良病院管理者
理事	井上 陽介	公益社団法人地域医療振興協会湯沢町保健医療センター管理者
理事	梅屋 崇	公益社団法人地域医療振興協会あま市民病院管理者兼病院長
理事	原田 昌範	山口県立総合医療センターへき地医療支援部診療部長兼へき地地域医療 支援センターセンター長
理事	原山 和巳	公益社団法人地域医療振興協会事務局局長
監事	茶川 治樹	岩国市医療センター医師会病院病院長
監事	永井 慎昌	日本赤十字社鹿児島赤十字病院総合診療科部長兼地域特任医師

令和元年度事業報告書

1 医学生及び卒業生のへき地医療研修活動の指導(公1-1)

医学生, コメディカル学生及び医療従事者を対象に, 地域医療実習等指導施設として受け入れを行った。研修受入実績は延べ日数30,011日であった。

2 へき地医療における診療活動基準の研究と確立(公1-2)

地域医療セミナーを開催した。

3 総合医の確立についての研究と研修会の開催及び総合医の養成(公1-3)

臨床研修医養成事業を行った。臨床研修医は96名, 専攻医は119名であった。

海外の大学との交流を進めた。

また, ヘルспロモーション研究センターの運営等を行った。

4 医療情報の提供(公1-4)

遠隔画像診断支援システムの運営, 医師向け生涯学習コンテンツ等の提供, ホームページによる情報提供を行った。

5 地域保健医療に関する研究会及び講習会の開催(公1-5)

PTLS(外傷初期診療講習)等の講習会等を行った。

6 へき地等に勤務する医師等の職業紹介及び派遣(公1-6)

へき地等への医師等派遣事業等を行った。へき地等の協会外施設への代診実績は, 1,765日となった。

また, フライングドクターサービスは本年度についても343回運航し, 659名の医師が搭乗したが, 本年度末をもって事業終了し長崎県病院企業団へ事業継承した。

7 会報・会誌の発行(公1-7)

「月刊地域医学」を編集し, 発行した。

8 へき地等に勤務する医師の確保等へき地等の医療(介護を含む)を支援する病院等の開設及び運営管理の受託(公1-8)

平成31年4月よりあま市民病院, 令和元年10月に奥多摩町立古里診療所の運営を開始した。

運営施設は病院25施設, 診療所(附属診療所及び出張診療所を含まない)43施設, 介護老人保健施設18施設となった。

地域看護研究センター, JADECOR-NDC 研修センター, 地域医療安全推進センター及びシミュレーションセンターの運営を行った。

9 へき地等の医療を支援する病院等に勤務する看護師等を養成するための学校の運営事業等の養成事業(公1-9)

(1) さいたま看護専門学校

42名が入学し, 34名が2年生に27名が3年生に進級した。

卒業生(6回生)26名を輩出した。

(2) 奈良市立看護専門学校

37名が入学し, 40名が2年生に41名が3年生に進級した。

卒業生3回生1名, 4回生1名, 5回生28名を輩出した。

へき地等の医療を支援する病院等の運営の状況

		令和元年度	平成30年度	前年比	増減数
病院	病院数	25施設	24施設	104.2%	1施設
	病床数	5,038床	4,935床	102.1%	103床
	入院患者数(日)	3,697人/日	3,584人/日	103.2%	113人/日
	病床利用率	73.4%	72.6%	101.0%	0.8%
	外来患者数	8,806人/日	8,687人/日	101.4%	119人/日
診療所	診療所数	43施設	42施設	102.4%	1施設
	(うち有床診療所数)	6施設	6施設	100.0%	0施設
	病床数	114床	114床	100.0%	0床
	入院患者数	61人/日	68人/日	89.7%	-7人/日
	病床利用率	53.5%	59.6%	89.7%	-6.1%
介護老人 保健施設	施設数	18施設	18施設	100.0%	0施設
	入所定員数	1,477人	1,477人	100.0%	0人
	入所者数	1,303人/日	1,297人/日	100.5%	6人/日
	利用率	88.2%	87.8%	100.5%	0.4%
通所リハビリ テーション	施設数	24施設	23施設	104.3%	1施設
	通所定員数	704人	690人	102.0%	14人
	通所者数	493人/日	476人/日	103.6%	17人/日
	稼働率	70.0%	69.0%	101.5%	1.0%
通所介護	施設数	3施設	3施設	100.0%	0施設
	通所定員数	80人	80人	100.0%	0人
	通所者数	49人/日	50人/日	98.0%	-1人/日
	稼働率	61.3%	62.5%	98.0%	-1.3%
その他の 指標	居宅ケアプラン 作成(月平均)	988件/月	947件/月	104.3%	41件/月
	訪問看護	172人/日	157人/日	109.6%	15人/日
	訪問リハビリ	119人/日	165人/日	72.1%	-46人/日
	居宅療養管理指導	33人/日	28人/日	117.9%	5人/日

別表1 病院等の一覧

	施設名	病院	診療所	老健	開設	運営形態
1	石岡第一病院	1			平成4年7月1日	直営
2	六合温泉医療センター		1	1	平成5年9月1日	中之条町から指定管理
3	西伊豆町安良里診療所		2		平成6年1月5日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
4	揖斐郡北西部地域医療センター		3	2	平成10年4月1日	揖斐川町から指定管理
5	東通村保健福祉センター				平成11年2月1日	東通村から指定管理
6	白糠診療所		4		平成11年2月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
7	西伊豆町田子診療所		5		平成11年5月1日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
8	公立丹南病院	2			平成12年2月1日	公立丹南病院組合から指定管理
9	日光市民病院	3			平成12年4月1日	直営
10	磐梯町保健医療福祉センター		6	3	平成12年4月1日	磐梯町から指定管理
11	東通村診療所		7		平成12年4月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
12	奥日光診療所		8		平成12年5月1日	日光市から指定管理
13	市立伊東市民病院	4			平成13年3月1日	伊東市から指定管理
14	揖斐川町春日診療所		9		平成13年7月1日	揖斐川町から指定管理
15	西吾妻福祉病院	5			平成14年2月1日	西吾妻福祉病院組合から指定管理
16	介護老人保健施設につこう			4	平成14年4月1日	直営
17	横須賀市立うまち病院	6			平成14年7月1日	横須賀市から指定管理

18	湯沢町保健医療センター	7			平成14年8月1日	湯沢町から指定管理
19	加賀地域医療支援センター		10		平成15年3月1日	加賀市から指定管理、平成27年9月30日山中温泉医療センターの指定管理終了
20	東通村介護老人保健施設のはなしょうぶ			5	平成15年4月1日	東通村から指定管理
21	公設宮代福祉医療センター		11	6	平成15年10月1日	宮代町から指定管理
22	市立恵那病院	8			平成15年12月1日	恵那市から指定管理
23	東京北医療センター介護老人保健施設さくらの杜			7	平成16年1月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
24	東京北医療センター	9			平成16年4月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
25	市立奈良病院	10			平成16年12月1日	奈良市から指定管理
26	公立黒川病院	11			平成17年4月1日	黒川地域行政事務組合から指定管理
27	いなづま診療所		12		平成17年6月1日	直営
28	介護老人保健施設みはらし			8	平成18年4月1日	伊東市から指定管理
29	村立東海病院	12			平成18年5月1日	東海村から指定管理
30	地域包括ケアセンターいぶき		13	9	平成19年4月1日	米原市から指定管理
31	おおい町保健・医療・福祉総合施設		14	10	平成19年4月1日	おおい町から指定管理
32	志摩地域医療福祉センター		15	11	平成20年4月1日	志摩市から指定管理
33	飯塚市立病院	13			平成20年4月1日	飯塚市から指定管理
34	市立大村市民病院	14			平成20年4月1日	大村市から指定管理
35	奈良市立柳生診療所		16		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
36	奈良市立田原診療所		17		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
37	上野原市立病院	15			平成20年10月1日	上野原市から指定管理
38	台東区立台東病院・台東区立老人保健施設千東	16		12	平成21年4月1日	台東区から指定管理
39	山北町立山北診療所		18		平成20年12月1日	山北町から指定管理
40	東京ベイ・浦安市川医療センター	17			平成21年4月1日	直営
41	横須賀市立市民病院	18			平成22年4月1日	横須賀市から指定管理
42	上河津診療所		19		平成22年1月12日	直営
43	シテイ・タワー診療所		20		平成22年3月1日	直営
44	奈良市立月ヶ瀬診療所		21		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
45	奈良市立都那診療所		22		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
46	明日香村国民健康保険診療所		23		平成22年4月1日	明日香村から指定管理
47	伊豆今井浜病院	19			平成22年7月1日	直営
48	関市国民健康保険津保川診療所		24		平成23年4月1日	関市から指定管理
49	十勝・いけだ地域医療センター	20		13	平成23年10月1日	池田町から指定管理
50	女川町地域医療センター		25	14	平成23年10月1日	女川町から指定管理
51	与那国町診療所		26		平成23年10月1日	与那国町から指定管理
52	練馬光が丘病院	21			平成24年4月1日	直営
53	嬭恋村国民健康保険診療所		27		平成24年4月1日	嬭恋村から指定管理
54	三重県立志摩病院	22			平成24年4月1日	三重県から指定管理
55	越前町国民健康保険織田病院	23			平成24年4月1日	越前町から指定管理
56	公立久米島病院	24			平成24年4月1日	沖縄県離島医療組合から指定管理
57	伊豆下田診療所		28		平成24年5月1日	直営
58	真鶴町国民健康保険診療所		29		平成25年8月1日	真鶴町から指定管理
59	今泉記念館ゆきあかり診療所		30		平成25年10月1日	直営
60	六ヶ所村医療センター		31	15	平成26年4月1日	六ヶ所村から指定管理
61	戸田診療所		32		平成26年4月1日	沼津市から指定管理
62	西浅井地区診療所		33		平成27年4月1日	長浜市から指定管理
63	揖斐川町谷汲中央診療所		34		平成27年4月1日	揖斐川町から指定管理
64	米原市地域包括医療福祉センター		35		平成27年10月1日	米原市から指定管理
65	介護老人保健施設市川ゆうゆう			16	平成28年4月1日	市川市から経営移譲
66	鳥羽市立長岡診療所		36		平成28年4月1日	鳥羽市から指定管理
67	竹富町立黒島診療所		37		平成28年4月1日	竹富町から指定管理
68	奈良市立興東診療所		38		平成28年6月1日	奈良市から指定管理
69	日光市立小来川診療所		39		平成29年4月1日	日光市から指定管理
70	恵那市国民健康保険山岡診療所		40		平成29年4月1日	恵那市から指定管理
71	千早赤阪村国民健康保険診療所		41		平成29年4月1日	千早赤阪村から指定管理
72	国頭村立東部へき地診療所		42		平成29年4月1日	国頭村から指定管理
73	恵那市介護老人保健施設ひまわり			17	平成30年4月1日	恵那市から指定管理
74	介護老人保健施設富谷の郷			18	平成30年6月1日	直営
75	あま市民病院	25			平成31年4月1日	あま市から指定管理
76	古里診療所		43		令和元年9月1日	奥多摩町から指定管理
77	さいたま看護専門学校				平成24年4月1日	直営
	合 計	25	43	18		

貸借対照表
令和 2年 3月 31日現在

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I.資産の部			
1.流動資産			
現金預金	9,683,827,797	10,624,217,706	△ 940,389,909
医業未収金	18,547,820,501	18,003,900,816	543,919,685
未収金	1,012,802,693	939,334,909	73,467,784
医薬品	711,516,649	653,240,465	58,276,184
診療材料	483,976,913	443,782,392	40,194,521
貯蔵品	71,916,821	64,119,061	7,797,760
前払費用	122,270,443	88,673,106	33,597,337
前渡金	0	432,000	△ 432,000
短期貸付金	353,247,094	371,116,165	△ 17,869,071
その他流動資産	80,059,589	86,777,112	△ 6,717,523
貸倒引当金	△ 114,424,640	△ 108,018,894	△ 6,405,746
流動資産合計	30,953,013,860	31,167,574,838	△ 214,560,978
2.固定資産			
特定資産			
建物	20,300,373,789	21,327,772,224	△ 1,027,398,435
構築物	720,552,742	817,989,894	△ 97,437,152
医療用器械備品	1,023,356,294	1,082,339,507	△ 58,983,213
その他器械備品	479,288,249	439,483,249	39,805,000
車両	31,878,862	39,891,030	△ 8,012,168
航空機	1	1	0
土地	6,617,345,123	6,617,342,123	3,000
リース資産	4,355,030,146	4,040,419,844	314,610,302
建設仮勘定	116,007,124	16,694,424	99,312,700
電話加入権	6,402,699	6,402,699	0
ソフトウェア	359,228,485	287,031,758	72,196,727
ソフトウェア仮勘定	15,070,000	0	15,070,000
リース無形固定資産	192,694,256	243,082,103	△ 50,387,847
その他無形固定資産	23,260,460	27,123,261	△ 3,862,801
出資金	52,000	62,000	△ 10,000
長期貸付金	899,709,239	937,878,985	△ 38,169,746
長期前払費用	758,216,548	790,158,890	△ 31,942,342
敷金等	144,543,806	141,434,357	3,109,449
保険積立金	104,570,397	94,587,069	9,983,328
特定資産合計	36,147,580,220	36,909,693,418	△ 762,113,198
固定資産合計	36,147,580,220	36,909,693,418	△ 762,113,198
資産合計	67,100,594,080	68,077,268,256	△ 976,674,176

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
II. 負債の部			
1. 流動負債			
買掛金	3,514,297,483	3,394,533,020	119,764,463
短期借入金	16,700,000,000	14,820,000,000	1,880,000,000
1年以内返済予定長期借入金	4,111,208,964	4,027,374,761	83,834,203
リース債務	1,533,726,553	1,490,524,753	43,201,800
未払金	3,985,156,044	4,433,339,078	△ 448,183,034
未払費用	316,640,114	314,810,469	1,829,645
預り金	88,240,658	119,522,147	△ 31,281,489
従業員預り金	517,550,321	583,553,416	△ 66,003,095
未払消費税等	90,061,400	75,776,100	14,285,300
金利スワップ債務	56,208,944	82,196,867	△ 25,987,923
賞与引当金	1,996,617,418	1,988,650,453	7,966,965
その他流動負債	47,356,824	26,372,137	20,984,687
流動負債合計	32,957,064,723	31,356,653,201	1,600,411,522
2. 固定負債			
長期借入金	21,182,882,174	23,343,421,138	△ 2,160,538,964
長期リース債務	3,149,018,434	2,932,990,506	216,027,928
役員退職慰労引当金	93,611,600	84,762,500	8,849,100
長期未払金	195,611,582	178,543,456	17,068,126
固定負債合計	24,621,123,790	26,539,717,600	△ 1,918,593,810
負債合計	57,578,188,513	57,896,370,801	△ 318,182,288
III. 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
地方公共団体補助金	5,837,556,775	6,117,249,167	△ 279,692,392
民間補助金	682,874	787,750	△ 104,876
寄付金	393,074,827	408,221,379	△ 15,146,552
指定正味財産合計	6,231,314,476	6,526,258,296	△ 294,943,820
(うち特定資産への充当額)	(6,231,314,476)	(6,526,258,296)	(△294,943,820)
2. 一般正味財産	3,291,091,091	3,654,639,159	△ 363,548,068
(うち特定資産への充当額)	(9,576,790,272)	(9,321,735,136)	(255,055,136)
正味財産合計	9,522,405,567	10,180,897,455	△ 658,491,888
負債及び正味財産合計	67,100,594,080	68,077,268,256	△ 976,674,176

正味財産増減計算書
平成31年4月1日から令和2年3月31日まで

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I.一般正味財産増減の部			
1.経常増減の部			
(1)経常収益			
①受取入会金	210,000	20,000	190,000
②受取会費	17,680,000	17,710,000	△ 30,000
正会員受取会費	16,060,000	16,150,000	△ 90,000
賛助会員受取会費	1,620,000	1,560,000	60,000
③事業収益	120,439,640,122	116,784,609,980	3,655,030,142
入院診療収益	73,376,733,167	71,189,936,277	2,186,796,890
室料差額収益	1,552,057,443	1,549,609,351	2,448,092
外来診療収益	32,389,426,668	31,254,027,386	1,135,399,282
歯科収益	401,530,857	449,352,192	△ 47,821,335
保健予防活動収益	2,802,332,171	2,756,143,740	46,188,431
受託検査・施設利用収益	854,694	421,929	432,765
その他の医業収益	626,954,673	678,538,511	△ 51,583,838
介護保険収益	9,273,851,427	8,932,380,968	341,470,459
児童社会福祉収益	232,334,997	207,059,842	25,275,155
支援センター委託料等収益	75,546,800	74,569,400	977,400
健康増進施設収益	5,421,800	5,128,504	293,296
その他の事業収益	127,088,402	126,053,348	1,035,054
合計	120,864,133,099	117,223,221,448	3,640,911,651
保険等査定減	424,492,977	438,611,468	△ 14,118,491
④受取補助金等	6,548,876,919	5,986,996,981	561,879,938
その他受取補助金等	6,548,876,919	5,986,996,981	561,879,938
⑤雑収益	1,921,778,031	2,106,558,876	△ 184,780,845
受取利息及び配当	2,647,920	8,841,213	△ 6,193,293
患者外給食収益	57,156,819	59,125,962	△ 1,969,143
保育料収入	53,097,938	65,603,161	△ 12,505,223
職員宿舎・駐車場収益	425,503,093	423,158,684	2,344,409
代診等収益	320,020,869	499,826,828	△ 179,805,959
売店等収益	427,442,768	437,773,820	△ 10,331,052
その他の収益	635,908,624	612,229,208	23,679,416
経常収益計	128,928,185,072	124,895,895,837	4,032,289,235
(2)経常費用			
1)事業費	127,868,013,086	122,827,605,909	5,040,407,177
①材料費	27,080,026,784	25,689,539,919	1,390,486,865
医薬品費	13,470,021,229	12,576,404,004	893,617,225
診療材料費	12,232,217,133	11,713,065,959	519,151,174
医療消耗器具備品費	347,778,735	394,095,655	△ 46,316,920
給食用材料費	924,201,763	888,475,645	35,726,118
その他の材料費	105,807,924	117,498,656	△ 11,690,732
②給与費	73,526,290,076	70,971,091,661	2,555,198,415
役員報酬	334,685,705	320,915,614	13,770,091
給料	55,324,456,933	53,318,609,766	2,005,847,167
賞与	6,188,133,844	5,932,194,095	255,939,749
賞与引当金繰入額	1,993,535,110	1,986,273,452	7,261,658
退職給付費用	1,525,040,180	1,514,918,121	10,122,059
役員退職慰労引当金繰入額	8,295,573	9,133,308	△ 837,735
法定福利費	8,152,142,731	7,889,047,305	263,095,426
③委託費	8,913,566,120	8,375,058,675	538,507,445
検査委託費	686,748,766	677,002,629	9,746,137
給食委託費	2,331,892,160	2,148,182,947	183,709,213
寝具委託費	202,734,246	192,977,078	9,757,168
医事委託費	1,343,269,495	1,231,315,039	111,954,456
清掃委託費	991,630,567	957,469,971	34,160,596
施設設備保守委託費	973,241,779	885,439,262	87,802,517
その他の委託費	2,384,049,107	2,282,671,749	101,377,358
④設備関係費	10,799,698,210	10,248,785,277	550,912,933
減価償却費	3,810,684,118	4,073,226,870	△ 262,542,752
器械賃借料	1,286,868,436	1,208,533,141	78,335,295
地代家賃	783,168,302	754,478,194	28,690,108
修繕費	597,327,279	558,921,960	38,405,319
固定資産税等	333,124,919	331,817,007	1,307,912
器械保守料	2,684,506,723	2,301,304,013	383,202,710
機械設備保険料	692,008	356,945	335,063
車両関係費	128,159,459	134,918,146	△ 6,758,687
管理受託等負担金	1,175,166,966	885,229,001	289,937,965

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
⑤研究研修費	305,421,315	346,889,688	△ 41,468,373
研究費	61,730,745	107,818,423	△ 46,087,678
研修費	243,690,570	239,071,265	4,619,305
⑥経費	7,243,010,581	7,196,240,689	46,769,892
福利厚生費	308,895,934	291,610,231	17,285,703
旅費交通費	296,592,331	298,546,194	△ 1,953,863
職員被服費	327,846,637	291,564,321	36,282,316
通信費	238,026,995	232,587,441	5,439,554
広告宣伝費	147,635,054	150,192,986	△ 2,557,932
印刷製本費	82,964,232	78,469,577	4,494,655
消耗品費	706,758,911	700,937,969	5,820,942
消耗器具備品費	186,605,861	167,610,902	18,994,959
会議費	117,822,399	130,630,397	△ 12,807,998
水道光熱費	2,825,212,895	2,858,326,455	△ 33,113,560
保険料	234,232,589	205,924,674	28,307,915
諸会費	105,104,967	102,749,291	2,355,676
租税公課	393,034,717	364,328,133	28,706,584
図書費	69,743,689	72,985,313	△ 3,241,624
支払報酬手数料	492,347,075	451,509,830	40,837,245
奨学金費	349,709,041	386,664,149	△ 36,955,108
支払寄付金	56,953,948	61,368,871	△ 4,414,923
貸倒引当金繰入額	32,628,764	61,296,425	△ 28,667,661
長期前払費用償却	72,218,140	73,595,167	△ 1,377,027
支払負担金	174,563,172	184,351,704	△ 9,788,532
雑費	24,113,230	30,990,659	△ 6,877,429
2)その他費用	1,082,170,233	1,144,279,879	△ 62,109,646
支払利息	519,752,711	581,399,781	△ 61,647,070
患者外給食委託費	80,215,378	78,770,492	1,444,886
患者外給食用材料費	45,727,242	47,461,383	△ 1,734,141
売店等費用	421,253,948	430,003,353	△ 8,749,405
その他の費用	15,220,954	6,644,870	8,576,084
3)管理費	317,203,997	304,834,576	12,369,421
役員報酬	41,283,750	40,763,405	520,345
役員退職慰労引当金繰入額	553,527	616,513	△ 62,986
給料手当	72,466,041	63,012,394	9,453,647
賞与	5,095,484	3,618,839	1,476,645
賞与引当金繰入額	1,942,108	1,578,219	363,889
法定福利費	10,791,425	8,971,185	1,820,240
退職給付費用	1,114,808	12,734,489	△ 11,619,681
福利厚生費	3,826,719	3,860,878	△ 34,159
会議費	21,838,371	21,380,563	457,808
諸会費	82,496	37,210	45,286
旅費交通費	23,184,383	23,161,787	22,596
通信費	6,358,166	6,426,449	△ 68,283
什器備品費	1,174,861	1,777,505	△ 602,644
消耗器具備品費	3,256,863	2,021,855	1,235,008
修繕費	290,205	68,787	221,418
固定資産税等	441,828	444,860	△ 3,032
器械保守料	4,579,408	4,136,916	442,492
減価償却費	7,809,471	6,969,348	840,123
印刷製本費	7,059,589	6,751,816	307,773
水道光熱費	1,247,350	1,044,579	202,771
地代家賃	41,395,477	39,095,382	2,300,095
保険料	793,304	749,165	44,139
租税公課	1,536,288	2,348,492	△ 812,204
支払負担金	9,462,120	6,206,000	3,256,120
支払利息	368,104	330,921	37,183
清掃委託費	1,256,964	1,160,850	96,114
施設設備保守委託費	98,521	84,982	13,539
その他の委託費	20,946,737	20,990,019	△ 43,282
支払手数料	23,571,775	22,352,289	1,219,486
図書費	273,713	230,775	42,938
支払寄付金	72,000	67,500	4,500
器械賃借料	1,804,742	1,227,210	577,532
車両関係費	252,916	278,871	△ 25,955
研修費	20,944	38,603	△ 17,659
広告宣伝費	951,898	295,920	655,978
雑費	1,641	0	1,641
経常費用計	129,267,387,316	124,276,720,364	4,990,666,952
当期経常増減額(A)	△ 339,202,244	619,175,473	△ 958,377,717

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
2.経常外増減の部			
(1)経常外収益			
固定資産売却益	547,789	3,197,632	△ 2,649,843
金利スワップ評価益	25,987,923	24,313,150	1,674,773
その他の臨時収益	8,351,528	19,596,632	△ 11,245,104
経常外収益計	34,887,240	47,107,414	△ 12,220,174
(2)経常外費用			
固定資産除却損	10,406,203	7,462,075	2,944,128
災害損失	363,497	0	363,497
その他の臨時費用	48,362,364	39,525,821	8,836,543
経常外費用計	59,132,064	46,987,896	12,144,168
当期経常外増減額(B)	△ 24,244,824	119,518	△ 24,364,342
税引前当期一般正味財産増減額(C)=(A)+(B)	△ 363,447,068	619,294,991	△ 982,742,059
住民税	101,000	101,000	0
当期一般正味財産増減額(D)	△ 363,548,068	619,193,991	△ 982,742,059
一般正味財産期首残高(E)	3,654,639,159	3,035,445,168	619,193,991
一般正味財産期末残高(F)=(D)+(E)	3,291,091,091	3,654,639,159	△ 363,548,068
II 指定正味財産増減の部			
受取地方公共団体補助金等	120,407,720	49,304,087	71,103,633
受取民間寄付金等	330,000	984,960	△ 654,960
一般正味財産への振替額	△ 415,681,540	△ 518,619,901	102,938,361
当期指定正味財産増減額(G)	△ 294,943,820	△ 468,330,854	173,387,034
指定正味財産期首残高(H)	6,526,258,296	6,994,589,150	△ 468,330,854
指定正味財産期末残高(I)=(G)+(H)	6,231,314,476	6,526,258,296	△ 294,943,820
III 正味財産期末残高(J)=(F)+(I)	9,522,405,567	10,180,897,455	△ 658,491,888

研修会

令和2年度 中央研修会の一部開催中止のお知らせ

当財団の「中央研修会」につきまして、一部開催中止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

現在発生している新型コロナウイルス感染拡大状況に鑑み、不要不急のイベントの自粛等、国を挙げて感染防止対策に取り組んでいるところです。

当財団におきましても研修会関係者と協議した結果、中央研修会の一部開催中止としました。

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/>

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトいただくか、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を開始しました。自治医科大学で行われている教育・研究・最新治療の内容を解りやすくお伝えし生涯教育の材料にさせていただくとともに、自治医科大学の現状をより深く知っていただくことも目的にしています。

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

ご住所が変更になったときは

ご転勤などによりご勤務先またはご自宅住所が変更となった場合は、「月刊地域医学」の送付先を変更させていただきますので、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、是非ご利用ください。

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

連絡先・書類送付先

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

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

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。

●●●求人病院紹介

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

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 2020.1.22

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 2020.1.29

東京都

小笠原村診療所



●総合診療科 1名

診療科目：内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、精神科、歯科
病床数：9床
職員数：30名（うち常勤医師3名）
所在地：〒100-2101 東京都小笠原村父島字清瀬
連絡先：小笠原村医療課 診療所係 小野寺
TEL 04998-2-3800 FAX 04998-2-2768
E-mail onodera@vill.ogasawara.tokyo.jp
特記事項：小笠原諸島は東京から遠く南へ1,000km離れており、週1便運航されている定期船おがさわら丸で24時間かかる超遠隔離島です。診療所では対応できない症例は、空港がないため自衛隊機によって、内地高度医療機関へと搬送されますが、これは日本で唯一の患者搬送システムです。この他にも、超遠隔離島の小笠原でしか体験できないことは沢山あります。
ぜひ、世界自然遺産の小笠原で、医療に従事してみませんか？
<http://www.ogasawaraclinic.jp>

受付 2019.12.24

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

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 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て内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身*)とする. (*必要な場合のみ)

5) 必要記載事項

表紙: 原著・症例・活動報告等の別とタイトル, 本文原稿枚数(文献含む)と図表点数, 著者名と所属

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

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

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

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

6) 図表

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

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

雑誌の場合

文献表記例

【雑誌】

- 1) 柴田肇, 黒瀬亮太, 都竹晃文, 他: 栃木県の周産期死亡率の観察. 月刊地域医学 1996; 10: 25-32.
- 2) Feldman R, Bacher M, Campbell N, et al: 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. 新医学科学体 7 卷. 刺激の受容と生体運動. 東京, 中山書店, 1995, p.285-314.

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

【ウェブサイト】

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

5. 原稿の保存形式と必要書類について

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

6. 原稿の送付方法について

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

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

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

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

10. 月刊地域医学編集室

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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科科長)
	伊藤雄二(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, 2020.7.1 現在)

編集後記

新型コロナウイルス感染症の影響で、先生方をはじめ多くの皆さまがWebでの連絡が公私ともに多くなっているものと思います。

本誌の編集委員会も御多分に漏れず、最近の編集会議は全てWebで行っています。Web会議は移動の手間や感染のリスクが低い点などにメリットを感じはしますが、その場にいるからこそ理解できるような発言者の意図がつかみにくいところが多く、なかなか慣れるのに苦勞しています。

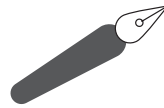
さて、今月号の特集は「最近の成人教育と人材育成」です。

読者の皆さまには教育にとっても興味を持っている方が多く、そのような方に役に立つ知見や経験が多く語られている特集となっているのではないかと感じています。

人材は人財とも書かれるくらいで、組織の価値はいかに優秀な人間を集められるか、育てられるかにあるということは論を待ちません。私も自分の科にいかにか新規医師を引き込むか、仲間になってくれた人をいかに育てていけばいいのかについて日々試行錯誤し続けています。いい人材を集め、育てるためには、まずは自分と自分の同僚が医師として幸せに仕事をしていることが一番大切なことなのではないのかと考えており、そのような職場環境の整備を大事にしています。

なお、「画像診断の勉強を行いたい」と思った方の研修は、練馬光が丘病院にて随時受け付けますので、ご興味がありましたらぜひご連絡ください。

伊藤大輔



月刊地域医学 第34巻第8号(通巻406号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2020年8月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan