

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

9

2020
Vol.34-No.9

【特集】

地域で小児を守る

【企画】宮本朋幸 横須賀市立うわまち病院 副管理者
横須賀市立市民病院 副管理者

●インタビュー

「総合内科医—その限りない可能性を みんなに伝えるために」

平岡栄治 東京ベイ・浦安市川医療センター 副センター長
総合内科 部長

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.34—No.9(2020年)

目次

インタビュー

- 総合内科医 - その限りない可能性をみんなに伝えるために / 平岡栄治 2

特集 地域で小児を守る

- エディトリアル / 宮本朋幸 12
- 総論: 地域で小児を守る / 紅谷浩之 13
- 児童相談所の業務 / 小林幸恵・上久保美佳・ほか 18
- 地域でマルトリートメントから小児を守るには / 山田不二子 23
- 学童保育をめぐる諸問題 - コロナ禍に直面して明らかになったこと - / 増山 均・垣内国光・ほか 29
- こども食堂の意義と課題 - 社会で子どもの育ちを支えるために - / 米田佐知子 34
- 医療的ケア児についてのさまざまな課題とその対策 - 神奈川県内における取り組みから - / 星野陸夫 39

活動報告

- 「台東病院・老健千束祭」の開催意義と職員の認識
- 全職員を対象としたアンケート調査を通して - / 野本潤矢・楠本直紀・ほか 46
- 地域小規模病院における急性虫垂炎に対する開腹手術と腹腔鏡手術の比較検討
/ 二日市琢良・酒井昌博・ほか 52

Look Think Act みんなの健康を、みんなで守る

- ヘルスプロモーション研究センター作成教材
「コロナに負けない! 新型コロナ長期戦に向けた心と体づくり」の紹介 / 川畑輝子・村中峯子・ほか 56

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83回“術式間違い”に関わるアクシデント事例を未然に防止する!
- 事例の発生要因から検討する未然防止対策 - / 石川雅彦 62

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑭ / 牧田幸三 69

世界の医療情報

- 新型コロナウイルス感染症回復患者の血漿による治療・新型コロナウイルス感染症患者と人工呼吸器
/ 高久史磨 73

離島交換日記

- 利尻島の観光地について / 中田健人 74

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 広げよう! つなげよう! 私たちの挑戦!! / 志村はるか 76

研修医日記

- 気がつけば最終学年 / 横田 遊 78

自治医大NOW

- 令和2年度 都道府県自治医科大学主管課長会議開催・令和3年度 大学院入学試験実施について・
各講座における義務年限終了卒業生の令和3年度採用計画について 80

- お知らせ 86
- 求人病院紹介 92
- 投稿要領 94
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

東京ベイ・浦安市川医療センター 副センター長
総合内科 部長
平岡栄治 先生



総合内科医 —その限らない可能性を みんなに伝えるために

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

米国で臨床を学びたい

山田隆司(聞き手) 今日は東京ベイ・浦安市川医療センターに、総合内科の平岡栄治先生をお訪ねしました。平岡先生はこの病院の立ち上げ当時から総合内科部長として研修医指導に携わっていただいています。まず、先生が大学を卒業してから総合内科の道に入って、ここで活躍されるようになるまでの経緯を紹介していただけませんか。

平岡栄治 私は1992年に神戸大学医学部を卒業して、神戸大学の循環器内科の医局に入りました。新医師臨床研修制度の前なので医局に入るのが当たり前だったのですね。1年目は神戸大学、2年目は関連病院の三菱神戸病院、3年目は県立淡路病院で研修しましたが、いろいろな患者さん

を診ることができました。

4年目に神戸大学の循環器内科に戻り大学院に入って、4年間、循環器系の研究と臨床に携わりました。その時に神戸大学に貼ってあった野口医学研究所のポスターを見たのです。もともと米国での研修に興味があったので、野口の会に一度参加し、米国にレジデントとして行ってみたいと思うようになりました。米国で内科や循環器、さらに心不全や例えば移植なども勉強したいと思って準備を始め、ECFMG certificateを取得し、大学院の間に野口医学研究所の面接を受けました。大学院を終わったあと、公立豊岡病院の循環器科に出向になりましたが、その間にハワイ大学の研修の面接を受け、マッ

チングでハワイ大学に決まりました。

山田 研修医としてハワイ大学へ行かれたのですね。海外の大学へはリサーチフェローのような形で行く人が多いように思いますが、先生は実際に診療をしたいという気持ちだったのですか。

平岡 米国の臨床がすごいと聞いていたので、総合内科を学んで、さらに循環器の専門のトレーニングもできたらいいと、漠然と考えていました。

実際にハワイ大学で総合内科のトレーニングを始めてみて、大きな衝撃を受けました。日本で10年ぐらやっていたので、自分ではある程度できるつもりで行ったのですが、全然できていなかったことを痛感しました。集中治療も総合内科も、特に高齢者医療については全く知識がなかったので、本当に大きな衝撃でした。

山田 卒業したての人と一緒に3年間、レジデンスを受けたということですか。

平岡 そうです。実力的には医学生以下で(笑)、医学生に教えてもらうという感じでした。例えばIADL(Instrumental Activities of Daily Living)はどういうことをヒストリーとして聴いておかなければいけないかを、医学生が当たり前のように知っているのに、日本で10年間医師をやっていた私は知らなかったのです。毎日目からうろこが落ちる感じでした。本当に恥ずかしいのですが、向こうに行くまでは「高齢者は厄介だ」と思っていたのですが、初めて高齢者医療についてシステムティックに学びました。

緩和ケアについても初めて教えてもらいました。助かる人も助からない人も、診断がついている人もついてない人も、ERでも外来でも、とにかく患者さんのQOLを向上させることを考えなくては行けない。苦痛を放っておいてはいけません。患者さんにいかに心地よく、気分よく過ごしてもらえるかということを常に考えなければいけないと、3年間、口酸っぱく言われました。

当初は総合内科が終わったあとに循環器の専門に進みたいと思っていましたが、1年少し経ったころのフェローシップのインタビューで迷いが出てきました。循環器に行くか、総合内科に行くか……。折しも神戸大学循環器科でお世話になった秋田穂東先生から「神戸大学に総合内科を開くから手伝ってほしい」と電話がかかってきたのです。それからさらに迷い始めました。日本において総合内科を、教育も臨床ももっともっと発展させなければいけないと考え、結局、総合内科に進みました。そして帰国し、秋田先生が神戸大学に総合内科を立ち上げて教授になられたというので、そこに加わりました。それから8年間、神戸大学で総合内科に携わりました。

山田 帰ってこられてから8年間ですか。

平岡 はい。秋田先生がさまざまな病棟に間借りするという小規模な形で始められて少しずつ拡大していこうというところで、私も加わりました。徐々に病棟を拡充し、総合内科を研修したいという人も集まりはじめて、病院の中で頼られる存在になっていきました。また自分が米国でも感銘を受けた臨床倫理にも力を入れ、他科を巻き込んでカンファレンスをしたり、米国から先生を招いてカンファレンスをしたりしました。

山田 大学というのは専門医の集団なので、総合内科というジェネラルな科に理解が乏しいのではないかと思うのですが、神戸大学ではそういうことはあまりなかったのですか。

平岡 大学は縦割りで、最初は第一内科、第二内科、第三内科でしたが、途中から臓器別に分かれていったのです。病棟も臓器別になってしまいました。そういう中でどんなことが起きたかという、隙間ができてしまったのです。どの科で診たらいいか迷ったり、領域が跨ったりする患者さんは総合内科にまわされるようになりま

した。

山田 原因がはっきりしなかったり臓器をまたがる複合的な疾患などは、総合内科しか診るところがなかったわけですね。つまり総合内科が積極的にそういった隙間を埋めるようなことをすれば、大学の中ではニーズがあるということですね。

平岡 領域を侵害しようとする対立が起きると思

いますが、「できることは何かありませんか？」というアプローチをすると、精神科の患者さんの内科疾患や診断がついていない人だけでなく、複合的な疾患や重症例で隙間に該当する人などを診る機会が出てきました。そこできちんと対応したことで、「任せていいですか？」という例が増えました。

東京ベイ・浦安市川医療センターで総合内科を立ち上げる

平岡 そうこうしているうちに藤谷茂樹先生と町淳二先生が、東京ベイ・浦安市川医療センターのプロジェクトを立ち上げるということで、神戸大学へ訪ねて来られたのですね。何度か話を伺い、教授も「行っていいよ」と言われて、ここに赴任することにしました。

山田 神戸大学ではだんだん総合内科の体制が確立されていく最中で、一方、この東京ベイ・浦安市川医療センターは新病院ということで、不安はありませんでしたか。

平岡 もちろんありました。ただ、そのころちょうど自分自身もブレイクスルーを求めていたところがあったのですね。米国のような臓器横断的にみるトレーニングの場や総合内科のトレーニングの場はできないものかと。このままでは日本の総合内科は発展しないのではないかと思い始めていた時でした。

山田 総合内科が病棟管理の中心にあるような仕組みを、最初から作り上げてみるのも面白いと考えられたわけですね

平岡 そんなことをできないかと考えていた時に、そういうことをやろうと藤谷先生と町先生が来られたのです。「本当にできるのか？」という心配はありましたが、ぜひ実現したいと思いました。

山田 ゼロからのスタートだったわけですが、先生にとっては思惑通りに進みましたか。それとも枠組みづくりに苦労されましたか。

平岡 「そういうことをやってみようか」と考えている専門科の医師が集まっていたところはやりやすかったですね。循環器以外のところとは最初から一緒にやれました。循環器は当初、総合内科に入る循環器疾患と循環器内科に入る循環器疾患に分かれていましたが、お互いにどうしたらいいのか？というところがあったので、1年経ったころに話し合っ、ダブルスタンダードはやめようということになりました。

専門医は自分たちレベルで患者さんのケアをすることを求めます。それは当然だと思うのですね。そこに総合内科の臓器横断的な切り口が加わって、専門医が診るよりもより高いクオリティを期待されました。なので、ちょっとしたことで何かあれば話し合ったり、教育を入れたりしましたし、考え方の違いが出てきたら、カンファレンスを開いて、知っているエビデンスを共有しプロトコル化していくということを、最初の何年かは行いました。それでより良いところを目指すということを、繰り返し、繰り返し、今もやっています。それによって、お

互いにWin-Winになったのではないかと思っています。

山田 スペシャリストの見方と総合内科の見方では、同じ症例を診たときにも相違がありますか。

平岡 臓器の専門家は臓器から診ますし、われわれは臓器横断的であったり、より患者さんの価値観を中心に考えるところがあるので、2つがうまくいくと、より良い医療になると思っています。

山田 ジェネラリストはどちらかというとも患者さんの立場や疾病の背景を重視します。専門科の医師は、疾病に関する臨床経験や学問的知見、エビデンスに重きを置く傾向になるのではないかと思います。ともするとそこが折り合えないところになりがちですが、先生たちはお互いに意見を言い合って、患者さんにとって最適の医療を探す作業をしているということですね。

平岡 そうですね。私たちも専門医も患者さんにとってのベストは何かを考えているので、そこは絶対一致するはずなのです。だから解決できないことはないとお互いに思っていたのがよかったと思います。相手が絶対に譲れないところは踏み込まない。でも、議論はする。初めは理解を得られなくても、興味を持ってもらえれば、少しずつ理解してもらうことができます。理解はしたという段階になった時に、ではすぐに実行しようというケースもありました。一方で振り返ってみると実現するまでに年単位でかかったということもあります。年単位でコミュニケーションを続けていくと、その時々「ひょっとしたらこういう考えもあるのかな？」と思っ



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

てくださる事象が出てくるのだと思います。

山田 少しずつお互いの価値観を共有できてきたということですね。

平岡 こんな言い方をするのはおこがましいのですが、うまくいった要因の一つは専門医がすごい人たちだったからです。最初は意見が合わなくても、患者さんにとってのベストは何かを考えた時に、もしかしたらこういうパターンもあるかもしれない、と考えてくださる人たちが集まっていた。だからお互いにリスペクトできていたのだと思います。私が専門医の先生に感謝しているのは、「患者さんを診ていいよ」と言ってもらえたことと、その先生方にとって満足いかないような事象が起きたときにも、議論をしたり、教育したりして、共に解決する方向に向かえたこと。それから、意見が合わなくても議論することを続けてきたし、それは今も続いているし、今後も続けていくという土壤があるということです。それには非常に感謝しています。

総合内科と領域別専門医の連携

山田 新しい病院の立ち上げ時から、総合内科が専門科とうまく連携してできる仕組みを作られてきた裏にはやはりいろいろな苦勞があったのですね。

平岡 先生が今おっしゃった「新しい病院」というのもうまくいった要因の一つだと思います。全く新しい、歴史も文化もないという点です。多くの病院が築き上げている歴史と文化もないから大変なところはもちろんありましたが、あまりよくない文化もなかったのが(笑)、新たに作り上げていくことは、私にとっても初めての経験で、そこもよかったところですね。

山田 壊すものがあまりなかったということですね(笑)。

平岡 米国型の教育、つまりACGMEの6コンピテンシーに則って、専攻医や研修医の教育を行うことができました。

山田 臨床医となるためのコアなコンピテンシーですね。米国型の教育はそこが徹底しているのが優れているところだと思います。

平岡 米国ではpatient-centeredということを常に言われました。そこにみんなの共通した考え、コアコンピテンシーがあるというのは、非常にすごいなと思いました。それをぜひとも日本でも浸透させたいと思っています。ですから開院当初から、1週間に1回は、6コンピテンシーの話をしていました。何かの講義を始める前には「すれ違ったら6コンピテンシーを聞くから覚えておいてね」と、冗談のように言うところから始めました(笑)。

山田 6コンピテンシーは総合内科に限ったことではなく、人を診る全ての臨床医にとって非常に重要な、共通するものだと思います。

しかし、若い人たちは専門的な知識やスキル

を身に付けたいという思いが強いと思うのですが、専門科の専攻医と比べて総合内科の専攻医は、自分が何となく格下に見えると思ってしまったりということはありませんか。

平岡 医学的な知識やスキルについては、専門医の御用聞きにならないように高めておく必要があります。UpToDate®やガイドラインを読んで、最新の知見を自分の中でアップデートするようにします。

それはむしろ臓器専門医に対してのアドバン

6コンピテンシーズ

米国卒後臨床研修機構 (ACGME) が内科のみならず他のスペシャリティや、内科の臓器専門フェロシッププログラムにも教育することを求めている。患者中心の医療を行うために医師が身に付けるべき6つの能力である。

1) Patient Care—患者さんのケア

治療のみならず、患者さんをリスペクトして患者さんの価値観をよく理解し、意思決定支援すること。

2) Medical knowledge—医療知識

医学的知識をきちんと整理しておきながら、新しい知識も常にアップデートしていき、正しく応用すること。

3) Professionalism—プロフェッショナリズム

プロとしての責任を持ち、倫理的原則を守り、多様な患者集団への繊細な感度を持つ。

4) Systems-based Practice—システムベースの実践

良好なパフォーマンスのために、システムを熟知して有効利用をすること。

5) Practice-based Learning—実践ベースの学習

自身の患者ケアや評価、エビデンスの調査、および患者ケアの改善を含む、実績ベースの学習と改善をする。

6) Interpersonal and Communication Skills—対人スキルとコミュニケーションスキル

患者さんやご家族、医療従事者と、スムーズで正確な情報交換ができるコミュニケーションスキルを身に付ける。

引用

ACGME: 02<https://online.fliphtml5.com/iegvn/dvzj/#p=7>
(accessed 2020 Aug 2)
<https://jadecom-special.jp/articles/interview/10.html>

テージだと思っています。臓器専門医は自分の専門の臓器のことを熟知している必要がありますが、われわれは1つの臓器だけではなく別の臓器のことも知っている。つまり総合医はオーケストラの指揮者のようなものだと思うのです。ヴァイオリニストはこういう弦の使い方をしたらこんな音が出せることを知っているけれど、われわれはいろいろな楽器の特性を知ってハーモニーを作る。オーケストラの指揮者になれるような力が総合内科医には必要です。

そしてそれは総合内科医にとって必要なことなのですが、本来は多分専門医にも必要なのだと思います。専門医には総合内科力が必要だし、総合内科医も臓器のことを知っておくことが必要だと。お互いに得意な分野は違うけれど、両者が指揮者の役割を知っているし、われわれも専門家の特性を理解している。それによってお互いにハーモニーをつくることができる。なので、みんなが総合内科の教育を受け、その上で専門医になってほしいと思っています。

山田 患者さんの全体を見て、患者さんにとって何が最良の医療かを考える。それでうまくいったなら、それが総合内科医にとっての醍醐味、豊かなところですね。

平岡 それを分かっている人が専門医の中にいると相談しやすいのですね。「こうしたいと思うけれ

どどうしたらよいですか？」と聞いて、「UpToDate®にはこう書いてあるけれど、この患者さんにはこうした方がうまくいくと思う」と言われると、なるほど！と思える。全体を見ることのできる専門医に言われるからこそ納得できます。

山田 私は今総合診療医の専門医制度の検討会に関わっていて、大学の総合診療の先生たちの話を聞く機会も多いのですが、皆さん苦勞していらっしゃいます。大学の中では隙間産業のようになってしまっていて理解が得られなかったり、頑張っているにもかかわらず評価が低かったり、ベッドが持てなかったり、居場所がないという状況があるようです。先生のお話のように総合内科が中心になって機能するという形は本来の病院総合医の在り方だと思います。ただ大学病院の場合、総合診療科が後からできた経緯があり、専門医の壁に埋もれてしまって調和を図れるところまでいっていない。発展的に進んでいるという状況にはないように思います。だから、東京ベイで、総合内科が専門医とうまく調和をして、みんなに理解をしてもらいながら、患者中心の医療ができているというのは、まさに成功事例だと思います。ここには今多くの優秀な専攻医が集まるようになっていますが、それが目に見える大きな成果ですね。

地域で学ぶことの重要さ

山田 われわれ地域医療振興協会の運営施設は、地域の中小病院が多く、専門的な診療というよりも、むしろ一般的な病気の病棟管理や全科当直、あるいは地域との連携といったことに対応できる医師が求められます。先生がここで力を入れている

総合内科医の育成というのは、まさしくそういった地域のニーズにマッチしていると思っており、研修医には実際に地域のフィールドに行ってもらっていますが、いかがでしょうか。

平岡 サイトビジットなどで地域の病院を訪問して

その先生のお話を伺うと、専門外来は外から専門医に来てもらって1週間に1度あるかないかだし、緊急時には山を一つ越えたところにある大きな病院にヘリ搬送するかどうかの判断に迫られるといった状況が分かります。それぞれの患者さんの価値観によって、ここで診てほしいという人もいるし、ヘリコプターで大きな病院へ行きたいという人もいます。いろいろな意思決定の要素があり、ベクトルが変わっていくのだということを感じました。患者さんにとって自分の住んでいる地域はとても大事だと思うので、総合内科医の6コンピテンシーが地域では力を発揮できるのではないかと思います。ですから、ここで総合内科医を育てて地域にローテーションする仕組みはとても良いと思っています。

地域での研修もとても重要です。日本の大半はリソースの少ない地域なので、そういうところで意思決定、ベストケアをする訓練をする。将来、リソースの豊かな大病院で過ごせる医師はごくわずかで、多くの医師は開業したり、地方の病院で働くわけですから、だからこそ地域の役に立って、地域の患者さんにハッピーになってもらいたいと思える医師を育てることは大きな意味があります。

山田 リソースの少ないところでは、場所によって不足しているものはさまざまなんですね。そこで実際に医療を経験してもらおうと、先生が言われた6コンピテンシーが大事だということを身をもって感じるし、患者さんにとって何が重要かということが地域のほうが分かりやすい。だから東京ベイでトレーニングしている若い医師たちが循環型で地域を経験するのは良いことだと思うのです。ただ地域では指導体制も十分に

はなかったり、研修医・専攻医が患者さんのケアに対して責任を持たなければならない場面もあり、診療する側にとってはさまざまな困難や障害があると思います。臨床医というのは困難に真正面から対面してこそ成長があると私は思っているのですが、リスクなところを体験して、また成長してくれることに期待が大きいのですが、若い先生方がそこに抵抗を感じているというようなことはありませんか。

平岡 協会の研修には、新内科専門医制度が始まる前から地域をローテーションするという仕組みがありましたよね。地域の先生たちと本部で顔を合わせて話し合いをしたり、指導医講習会にも地域から参加して下さったりして、プログラムもだんだんと発展しています。研修医や専攻医が研修で地域に派遣された際に、医師の頭数として考えられるのは当然のことで、医師として仕事をしながら教育をしてもらうということも大事です。新しい後期研修制度が始まったことであわてて地域へ行く仕組みを作ったのではなく、最初からあった仕組みをお互いに話し合いながら成熟させてきたので、今後もさらに双方の教育レベルを発展させていけたらと考えています。

山田 ありがとうございます。本当にそう思います。受け入れ側の地域の病院も、最初は「頭数が増えてよかった」などと乱暴なことを言っていたのですが、研修医を受け入れることで刺激を受けたり、あるいは研修医に評価されることで、指導することの重要さを感じるようになったり、一緒にディスカッションすることで学ぶことが多いと思います。

総合内科の役割を改めて考える

山田 今後の方向性についてはいかがですか。

平岡 ここも次のフェーズに入ってきていると思っています。これまでは総合内科が中心になってやってきましたが、総合内科の卒業生たちが各科の専門医として進み始めています。腎臓内科に行ったり、循環器科に行ったり、呼吸器内科に行ったり、消化器内科に行ったり……そうすると専門医の人数が総合内科より多くなるというフェーズに入ってきているのですね。

山田 総合内科を習得した専門医ですね。

平岡 そうです。その中で、総合内科がどういう役割を果たしていくのか。われわれがやらなくてはならないのは、patient-centeredのケアですが、意思決定支援をする役割もあります。患者さんがもちろん一番の顧客ですが、専門医も顧客なので、総合内科を学んだ専門医に対してどういう役割を果たすことができるか。今模索しているところです。

山田 総合内科を習得した人たちは、先ほどお話に出た指揮者の役割でもあり、そういう意味では組織マネジメントについても長けた人が多いのではないかと思います。そうすると、地域の病院にとっては、単に総合内科医、あるいは病棟医として従事するだけではなく、地域全体のコーディネイト役として、あるいは地域病院のリーダーとして期待されるのではないかと思います。

また、日本の卒前教育や卒後の初期研修は、臨床面での教育が弱いので、そういったところの教育者、指導者としての役割も大きいと思います。さらに協会はへき地や離島といった家庭医的なフィールドも多いのですが、興味を持ってもらえれば、へき地や離島は総合内科を学んだ人がまさに活躍できるフィールドだと思います。

この病院の中だけを考えると、確かに総合内科を習得した専門医が増えたことによって、総合内科の役割を新たに考えるフェーズに入っているかもしれませんが、外に目を向けるとニーズは大きく、可能性の種は尽きないと思っています。

平岡 ありがとうございます。私は今、東京ベイの中での総合内科の新たな役割について模索していますが、先生がおっしゃるとおり、ここだけでは駄目で、全国でもっともっと総合内科医の育成をしていかなければいけない。では医学生に総合内科をどのように知ってもらったらよいのかということ、例えば私がいたころの神戸大学は98%が専門医、2%が総合内科医で、総合内科の病床は2~3%しかありませんでした。そういう環境で医学生は教育を受けるので、こんなに重要な、興味深い、楽しい総合内科というところを植えつける教育がなかなかできません。それをどうやって発展させるのか。これは大きな課題ですね。おっしゃる通りだと思います。

また、現在、人材の地域偏在の問題があります。都会に集中してしまっていて、高齢者が大勢いるような、本当に必要なところに人材が少ないという現状があります。それをどうしていくのか。これはやはり仕組みを変えないといけないだろうと思います。いわゆる後期研修医制度が始まって、研修中、1年間は絶対に地域に行かなければならなくなったのは、よかったと思っています。行ってみないと楽しさも分かりませんし、行ってみると楽しくて、勉強になるので、興味を持つ人が増えます。東京ベイのようなプログラムをJADECOM内に増やしていくことも必要ですね。東京ベイの研修医だけでは数が限られているので、JADECOMのいろいろな施設で後

期研修プログラムが発展して、たくさんの後期研修が集まると、地域のローテーションを増やしていけると思っています。

山田 本当にそう思います。平岡先生には、東京ベイだけではなくJADECOM全体、さらには外に向けてもっともっと活躍していただきたいですね。

最後になりましたが、地域で頑張っている若い人たちにメッセージをお願いします。

平岡 地域医療というのはとても大事だと思います。今、地域にいらっしゃる先生が、自治医大を卒業して、地域で孤軍奮闘、研修プラス診療をさ

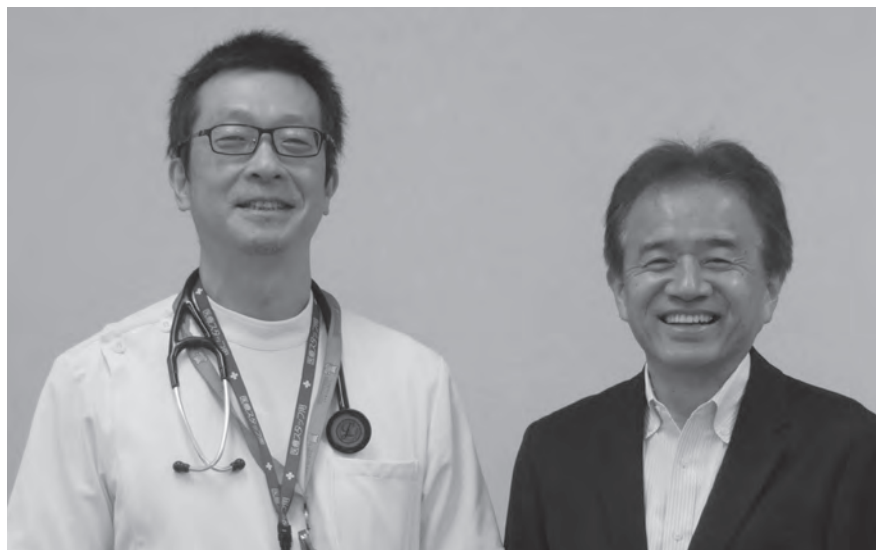
れているというのは、とても大事なことをされていると思っています。

われわれも、地域に役に立てる人材を教育することで地域医療に貢献していきたいと考えています。地域にいらっしゃる先生方とアプローチは異なりますが、目指すところは地域の役に立つということなので、情報共有したり、教え合ったりしながら、お互いに同じゴールを目指して頑張っていきましょう。

山田 平岡先生、今日はお忙しい中、ありがとうございました。

平岡 栄治(ひらおか えいじ)先生プロフィール

1992年に神戸大学医学部を卒業後、神戸大学病院や三菱神戸病院、兵庫県立淡路病院(現 兵庫県立淡路医療センター)で内科研修を行う。1995年より神戸大学医学部大学院、1999年から公立豊岡病院にて循環器診療や研究に従事する。その後、米国のハワイ大学へ臨床留学(2001年~2004年)。2004年に帰国後、総合内科医として神戸大学病院の総合内科の立ち上げに加わる。2012年、東京ベイ・浦安市川医療センターの立ち上げに携わり、米国式の総合内科を設立。現在は米国で経験した研修プログラムを基に、全人的な医療を提供できる病院総合内科医の教育に尽力している。



地域で小児を守る

企画：横須賀市立うわまち病院 副管理者
横須賀市立市民病院 副管理者 宮本朋幸

特集

●エディトリアル

●総論:地域で小児を守る

●児童相談所の業務

●地域でマルトリートメントから小児を守るには

●学童保育をめぐる諸問題

－コロナ禍に直面して明らかになったこと－

●こども食堂の意義と課題

－社会で子どもの育ちを支えるために－

●医療的ケア児についてのさまざまな課題とその対策

－神奈川県内における取り組みから－

エディトリアル

横須賀市立うわまち病院 副管理者
横須賀市立市民病院 副管理者 宮本朋幸

今月号は「地域で小児を守る」と題して各分野の方々に執筆をお願いした。今まで小児科関連の特集は、特定の疾患や症候にスポットを当てたものであった。しかし、地域医療が子どもたちに提供するのには単に疾患の治療だけではない。そこで、今回はこのような特集を組んだ。

まず、紅谷浩之先生に総論として、医療的ケアが必要な子どもたちの訪問診療や学校医の経験を通して地域における医療者の立ち位置について述べていただいている。地域包括ケアシステムは全ての人たちが幸せに暮らしていくためにあるシステムであり、そのような医療システムを活用し、かつ地域に飛び出して子どもたちを中心とした街づくりをしていくのが医療者の役目であると述べられている。

次に、地域で児童福祉の中心となる「児童相談所」業務について、中核市で初めて児童相談所を設置した横須賀市に依頼した。手前味噌になるが、この児童相談所の開設当時から関わり、横須賀市職員の皆さんが子どもたちのために奔走している姿を見ていた私は、組織改編でさらに機能強化された次世代児童相談所をぜひ読者の皆さんに見ていただきたいかった。それと同時に24時間365日動き続ける児童相談所の実態と、児童虐待防止対策だけではない業務の数々を知っていただきたいかった。児童相談所の業務を詳細に理解することで、「地域で小児を守る」ことがより具体的に可能となるからである。

次に、児童虐待の病理と、児童虐待防止対策の第一人者である山田不二子先生にマルトリートメントについて執筆していただいた。まず、発見のためのプロセス、それに続き通告に関する法律的解釈、そしてマルトリートメントに多機関で対応することが述べられている。医療施設内でマルトリートメントに対応するには他職種チームが編成されていることが多い。さらに、「地域で小児を守る」には、地域の多機関が素早く連携して対応することが必要であるのだが、日本ではまだまだ完全にはできていないと課題が提示されている。地域医療を担う医療者たちも、その連携強化に尽力しなければならないというメッセージである。

次に、学童保育である。コロナウイルス感染拡大に伴う休校措置の中でも開所要請された学童保育が、男女共同参画時代の日本にいかが必要かが証明された。しかし、子どもたちを守り育てる姿勢において熱意に満ち献身的である職員がたくさんいらっしゃる一方、その運営にはいくつもの課題があることも提示された。

「こども食堂」。聞いたことはあるが、実際どのような事を行っているかを知っている読者は少ないのではないだろうか。ただ、「食事を提供する」のみならず、子どもたちの居場所をつくり、地域とつなげる場所なのである。地域医療を担うわれわれがこのような活動にどのように関わっていくかをもう一度総論も読み返し考えていただきたい。

最後にその総論と呼応するように「医療的ケア児」のさまざまな課題を解決すべく神奈川県全体を見据えて活動している星野陸夫先生に執筆していただいた。医療施設・家庭・学校の連携の構築とさらに成人移行期の問題も述べられている。ここで提示されているさまざまな取り組みは、人口900万人の神奈川県であるが、星野先生が中心となり、行政を動かし、各地域の医療者を動かしたことにより成立した。

どの項目も各著者の熱意が感じられるものとなった。読者の方々のこれからの地域医療の発展に貢献できるものであると自負している。

総論：地域で小児を守る

医療法人社団オレンジ オレンジホームケアクリニック 理事長 紅谷浩之

POINT

- ① 地域包括ケアシステムの構築は高齢者だけの問題ではなく、子どもたちも含めた地域に暮らす全ての人を対象となる
- ② 医療者は病気のマネジメントだけに留まらず、しっかりと生活に目を向けた関わりを重視し、さらには地域とのつながりづくりへと活動の幅を広げていく
- ③ 子どもたちの弱さやできないことばかりに注目せず、できる可能性を信じて、挑戦や成長を後押しする姿勢で臨む
- ④ 健康の定義を医療者から子どもたち本人のもとへ返していくことで、自己コントロールする力を育てていく

特集

はじめに

私は子どもの頃、体が弱くて入院したり、手術を経験したりした。病院や医者は身近な存在だった。付き添いの母親の調子や見舞いに来た兄弟のけがまで診てくれる小児科医の姿に憧れた。医学部卒業後は救急外来での勤務を経て、地域医療の現場へ出た。そこは小さな村の診療所で乳幼児健診、予防接種、保育園や学校の検診とたくさん子どもたちと関わった。同時に、在宅医療という形で高齢者の看取りとか、末期癌の方に関わる機会もあった。世代を超えたあらゆる人たちに寄り添う医療に、やりがいを感じた。

超高齢社会を迎える中で、地域包括ケアシステムが必要とされ、さまざまな施策が講じられ

てきた。認知症や看取りといった高齢者をめぐる諸課題について、どのように対応すべきかが語られてきたし、私自身も大きなテーマだと考えていた。一方で、子どもへの虐待や核家族化による育児の孤立など、子どもたちを取り巻く環境にもまた、課題が山積していると言わざるを得ない。地域包括ケアシステムの構築は高齢者をめぐる問題の解決だけでは済まないのだと考えを改める必要がある。

助かる小さな命が あたりまえに育つ国に

1つのデータに注目したい。日本における新生児の死亡率である。出生1,000人あたり1人で、医療技術の進化などを背景に、アメリカやイギ



図1 医療的ケア児の数

平成29年度厚生労働省科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」報告

リスなどの先進諸国と比べても、日本は世界一赤ちゃんが死なない国となっている。一方で、医療的ケア児は10年前のおよそ2倍の数となり(図1)、NICUの満床などを背景に、病院から家族の住む家へと帰れるようになり始めている。そこから先にあるべきは生活である。たとえ医療的ケアが必要であったとしても、医療に縛られることなく、地域で生活する中で多くの友達と出会い、たくさんの初めてを経験し、成長を重ねていけるはずである。家から地域へ、そして社会へ。生活や人生を支えるとはどういうことなのか。私たちには地域に生まれた全ての子どもたちがあたりまえに生きられる社会をつくっていく責任がある。大切な小さな命を世界で一番救うことのできる国は、同時に世界で一番その命を育てていける国にならねばならない。

医療的ケア児の居場所づくり

私は2012年に医療的ケア児の日中一時預かりを行う施設の運営を始めた。彼ら彼女らの多くが家と病院以外に活動場所の少ないことを知ったのがきっかけとなった、第3の居場所づくりである。地域に福祉施設はあっても、残念ながら受け入れを断られることも多い。背景には医療的ケアに対する施設スタッフの不安がある。私たちの施設では、看護師が常駐して医療的なケアにあたることで、誰もが安心して預けられる環境を整えている。また、保育士を配置することで、さまざまな遊びを通して成長をサポート

するとともに、互いに楽しさを共有することも大事にしている。医療的ケアが必要であることを理由に施設に閉じこもることはなく、むしろ積極的に外へと繰り出している。海水浴は毎年夏の恒例行事だ。結果として子どもたちのみならず、その家族や働くスタッフにも笑顔が増えるのを実感している。

子どもたちの可能性が拓く未来

医療的ケア児は、日常的に必要な医療機器の持ち運びにかかる負担や慣れない土地での急な体調変化などに対する不安から、長時間の外出や旅行などは難しいと考えがちである。しかし、実際に旅を経験してみると本人の成長はもとより、社会がより良い方向へと変化するきっかけとなることがある。実際に、筋肉の難病によって病院の専門医からは一生座れるようにはならないと言われていた3歳の男の子は、家族と一緒に花火を楽しもうと縁側へと出た際に座ってみせてくれた。医学の常識を超えるような成長も子どもたちの可能性の元では起こりうる。また、彼ら彼女らが地域へと出ていくほどに周りの環境もより良い方向へと変化していった。人工呼吸器を付けた子どもを飛行機に乗せる前例のないフライトを実現する航空会社が現れたり、公共交通機関の各駅での職員の対応がレベルアップしたりした。結果的に地域全体として、医療的ケア児に対する理解が進んだと言える。

人は生きる上で少なからずリスクを抱えなが



図2 ICFに基づく関係

ら生きている。同時にリスクは減らすことはできても、ほとんどの場合、あらかじめ完璧にリスクゼロを保証することはできない。だからといって例えば、交通事故に遭いたくないから家から一歩も外に出ない人はいないだろうし、食中毒を恐れて何も食べない人もいないだろう。それにもかかわらず、医療者は常に完璧であろうとし、患者や家族は医療者にその答えを求めてきたのではないだろうか。病気の発症や悪化を恐れて、医師が患者の行動を制限するドクターストップはその一例である。もっと子どもたちの挑戦と成長を後押しする存在でありたい。

求められる医療のパラダイムシフト

私の価値観を変えてくれた女の子がいる。彼女は脳腫瘍の術後で気管切開をしている。また右半身に麻痺があり、数年前から訪問診療で関わっている。関わり始めて間もなく彼女は小学校へ入学することになり、両親は普通学校への進学を希望した。一般的には特別支援学校への進学を提示されることの多いケースではあるが、私を含めクリニックのスタッフが学校側の不安にきちんと向き合うなど全力でサポートし、希望通り普通学校普通学級への入学を実現した。驚いたのはその後の彼女の生活ぶりである。同級生とともに体育の授業やマラソン大会などに参加するうちに右半身の麻痺は改善していった。学校に通うためにまずは心身機能の改善(リハビ

リ)を頑張ろうではなく、学校へ通ってみたらリハビリになっていたという訳だ。障害に関する国際的な分類ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)をご存知だろうか。2001年に世界保健機関が採択したもので、それまでのICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)がマイナス面を分類する考え方が中心であったのに対し、生活機能というプラス面からみるように視点を転換し、環境因子等の観点に加えられた(図2)。先のケースは、身体機能の改善から活動につなげるのではなく、参加することで活動が生まれ、それが結果として身体機能の改善につながることを体現している。これまでの医学の常識にとらわれることなく、医療のパラダイムシフトが求められる。

地域における医療者の立ち位置

この春、長野県軽井沢町に幼小中一貫の新しい学校が開設された。大人が段取りせず、子どもたちが自発的にどういうことを知りたいか、どういうことを経験したいかを軸に、学びを構築する新しい教育に取り組んでいる。この学校で私は学校医として健診にあたる中で、医療的ケアや病気を理由に医療者と出会うのではなく、子どもたちがあたりまえにいる地域で、医療者はどういう距離感や立ち位置でいられるのかといった挑戦を続けている。

3歳から8歳以下の子どもたちのグループにはまず、「自分の体の好きな部分を絵に書いてみよう」と呼びかける。子どもたちは好きな理由などについて自慢げに医者と話をしていく。走るのが得意な子は足、といった感じだ。その流れの中で必要な健診を進めていく。実際に、子どもたちにも聴診器で音を聞いてもらう。自分の心臓が動いていることなどを自覚してもらうためだ。こうすることでもっと医者と話してみたい、聞いてみたいことが出てくる。9歳から13歳の子どもたちには、自分がどれだけ健康かについて、体の面だけではなく、心や暮らし、友達、生きがい、将来の夢といったいろんなバランスの中で自己評価してもらう。それをもとに対話中心の検診を行う。なぜ自分が健康かと思うのか、またはなぜ思わないのか。本人の言葉で話してもらいながら一緒に考えていく。あくまで健康は本人のものだという姿勢を大事にしている。一定の基準に照らして、自分以外の誰かに健康かどうかを決めてもらうようになってしまうと、健康の自己管理感は育ちにくい。健康の定義を医療者の手の中から本人へと返していく。

本人の決められる力を信じる

診療所の外来では病気や症状は本人に分かるように説明することを心がけている。大人はもちろん子どもたちであってもそれは変わらない。例えば、痛いのは嫌だと泣いている子に、痛くないよ、とか、大丈夫だよと声をかけることは絶対にしない。何よりそれは嘘になる。だから、前に注射をして痛かったんだね、またかと思うと怖いよねと、まずは子どもの気持ちに寄り添う。早く診察を終えて帰りたいといった親の都合に合わせるのではなく、子どもが覚悟を決めるのに時間が必要であればひたすら一緒に待つ。実際に、3冊絵本の読み聞かせを行ったこともある。ごまかしではなく、子どもたちが自分で納得して行動することを支える。頭痛で朝学校に行くのが辛いという場面では、頭痛ならこれを飲んでくださいと簡単に薬を出して終わりにしないよう気をつけている。例えば、

本人に頭痛の状況を手帳やカレンダーに書いてもらうようにする。その上で薬を飲んだらどのくらい良くなるとか、薬を飲み比べてどちらが効いたか、次の診察で教えてもらう。本人とちゃんと話をする。それだけでも健康は本人のものになっていく。

よくある話として、大学進学などで一人暮らしを始めると自分で健康管理ができなくなる子どもたちの事例を耳にする。家族と一緒に住んでいる時は、「あなた風邪気味なんじゃない？薬飲んでおきなさい」などと誰かに健康管理されていたものが、一人暮らしをはじめた途端に、どの薬を買っていいのかわからないのか、いつ飲んでいいのかわからないのか、または病院に行った方がいいのか、判断がつかない子どもたちが出てくる。その症状が例えば喘息発作だったりすると、命に関わることもあるのに、自分では理解できていないことすらある。また、女の子の場合なら生理があった時に体調が悪く動けなくて学校を休むといったようなネガティブな状況も考えられるけれど、大事なそれはそれとどう付き合っていくか、自分で自分の体調を把握し、管理していく。どんな状態の時にどんな薬を持っておくといいのか、どうしても辛い時は半日休んで、薬が効いてきた午後から活動を始めるとか。自己コントロールを引き出し、育てていく。それが行動変容につながっていく。

子どもたちを中心とした地域づくり

ある町で診療所の所長をやっている時、一人の女性が訪ねてこられた。子どもの主治医になってくれないかということだった。その子は生まれつきの病気があって、特別な医療処置が必要な状態ではなかったけれど、食が細く、体調を崩しやすかったため、かかりつけの医療機関としてのサポートを必要とされていた。ただ、町内には小児科医がおらず、学校を選ぶ際に万一のことを考えて、近くに主治医を持っておきたいということだった。もし、近くに主治医がいなくなると、遠く離れた特別支援学校に行く必要があり、その場合、通学は事実上困難

となって入所になるとのことだった。私は小児科を専門としておらず、専門的な治療を求められると難しい。ただ、関わりを通して一生懸命勉強していく気持ちはあると伝えた。結局、私が主治医を務めることとなり、その子は地元の学校に通い始めた。給食が食べきれず栄養剤が必要になったこともあったが、町の管理栄養士や調理員を集めて、残さず食べられるようなメニューの勉強会を開いたこともあった。このように子どもの病気や障害をきっかけに地域をつくっていく方法もある。

子どもたちにとって地域とは何か。身近な公園から保育園、そして学校へと、本人の中で徐々に広がっていく流れがあるはずだ。地域医療サイドの医者としては、診察や治療だけではなく、そうした社会とのつながりを、子どもを中心とした方法で後押ししていきたい。身体的な健康だけではなく、心理的な健康、さらには社会的な健康にも気を配って、子どもたちが育っていくのを支えるのが地域医療の役割ではないだろうか。病院やクリニックで待っているだけでは、風邪をひいたとか、学校に行きたがらないとか、ネガティブなきっかけでしか出会えない。診察室の中に留まることなく、これからもどんどん地域へと飛び出していきたい。

医療モデルから生活モデル、そして地域モデルへ

地域包括ケアシステムを推進していく上で、いかに在宅医療を医療モデルから生活モデルへ、そして地域モデルへと展開していけるかが重要になる。病気を抱えた人が家におり、そこへ診察に行き行って医学的管理や病気のマネジメントをするのがいわゆる医療モデルであり、病院機能の出前というニュアンスが強い。しかし、自宅で療養される方々は生活の中で病気を理由とした不便さを抱えている。その不便さを解消するため、病気をみる視点から生活をみる視点になるのが生活モデルである。この視点に立つと、医学的な選択のみを提供し続けると、かえって生活が不便になる場合もあることに気付くこ

とができる。そうすると当然、治療にかかる提案やアプローチも変わっていくことになる。さらに生活の場である地域へと目を向けると、病気を理由に地域とのつながりが不足しやすくなることも分かってくる。これからは病気とうまく付き合いながら、地域とのつながりを持ち続けるためのサポートも必要ではないだろうか。この視点こそ地域モデルである。地域とのつながりを持てれば、生活での不便さなどを乗り越えていく力もつき、どんどん健康になっていくと考えている。

超高齢社会においては、遅かれ早かれ多くの人が何かしらの慢性疾患や障害を抱えて生きていくことになる。悪いところに注目していてもきりがなく、医療モデルに陥りがちになる。良いところに目を向け、その人のできることや地域で果たせる役割などをつないでいくことで地域モデルへと近づけていきたい。

まとめ

高齢者化社会への対応策として語られている地域包括ケアシステムだが、そもそも根本としては病気への付き合い方を医療モデルから生活モデルへ切り替えることが大事であると理解している。つまり、病気を隔離して治してから地域に帰ろうということではなく、病気と付き合いながら幸せに暮らしていくにはどうしたらいいかという発想に切り替えていくことが地域包括ケアシステムへの移行には欠かせない。病気の人や高齢者だけが主人公ではなく、地域に暮らすすべての人が含まれるシステムであるはずだ。病院を中心とした治す医療の延長線上ではなく、まちづくりと並んで地域包括ケアシステムは存在する。

医療的ケア児のように病気や障害を持っていても、子どもたちが明るく前向きに暮らしていける地域をつくっていく。彼ら彼女らが持っている脆弱性を含めて、できないことよりできる可能性を信じることで、あたりまえに生活できる社会が広がっていくはずである。それがひいては認知症や看取りといった高齢者をめぐる諸課題の解決にもつながっていくのだと思う。

児童相談所の業務

横須賀市児童相談所 副所長 小林幸恵
同 心理係長・児童心理司 上久保美佳
同 一時保護所係長・保育士 福田暁美

POINT

- ① 市の機能や特徴を活かし、市民にとって身近な相談先として機能する
- ② 「横須賀の子どもは横須賀で守る」をつなぐ

特集

はじめに

全国には215ヵ所(平成31年4月1日現在)の児童相談所が設置されている。

今回は横須賀市児童相談所が開設され、15年の経過からお伝えできる取り組みや、日常業務の一端、課題についてお伝えし、少しでもご理解をしていただければという思いで記した。

横須賀市児童相談所について

横須賀市は、神奈川県南東、三浦半島の中心部に位置する。市内中央部には、「ベース」と通称される、アメリカ軍の駐留基地があり、海上自衛隊の総監部も置かれている。古くから異国文化を受け入れてきた歴史と、海に囲まれた開放的で寛容な風土、谷戸と呼ばれる独特の地形を持った景観、そして気さくで愛郷心を持った市民性などを特徴としている。一方で、約398,000人という人口のうち、児童人口は55,187人(令和元年10月1日横須賀市住民基本台帳)、

年間出生数も2,325人(令和元年横須賀市衛生年報)と、加速度的に進む少子高齢化問題にも直面している。

平成12年に児童虐待防止法が制定され、不適切な親子関係や養育への支援は、横須賀市においてもますます重要となった。平成14年、「横須賀市子ども虐待防止センター(通称Yキャップ)」を開設し、児童虐待の予防、早期発見、再発防止の取り組みに特化した活動をスタートした。平成16年の児童福祉法改正による児童相談所開設基準の拡大を受け、中核市として全国で初めてとなる児童相談所を設置した。

このような経緯で開設された当施設は、さまざまな先駆者たちの思いを引き継ぎながら、「横須賀の子どもは横須賀で守る」という強い覚悟のもと、神奈川県からの児童養護施設等の入所中の児童、在宅支援中の児童や家庭の支援の引継ぎと同時に、一時保護や施設入所、性被害や加害事案、施設内事故への対応など、慣れない業務に戸惑いつつも経験を重ね、地域に定着していくための試みを今も続けている。

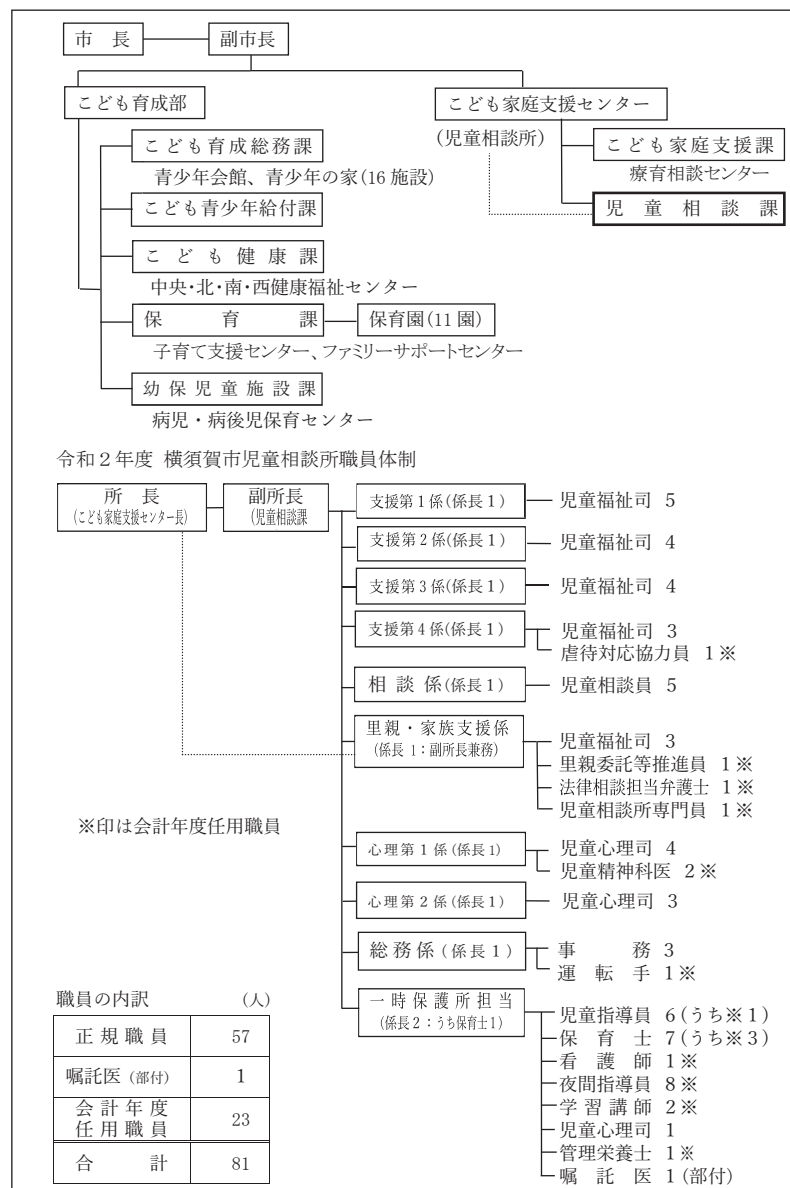


図1 令和2年度 子育て部・子ども家庭支援センター組織図

15年目を迎えた令和2年4月、横須賀市児童相談所は職員の配置基準の見直しと体制強化を図り、「子ども家庭支援センター」として組織改正し(図1)、新たな体制でスタートしている。

児童相談所の業務について

当施設が受け付けた相談総計は1,424件(令和元年度児童相談所事業概要)である。児童相談所は「児童虐待」のほか、さまざまな児童に関する相談を受け付けている。相談別受付数は図2の通りである。

児童相談所は行政機関としての役割と支援機

関としての2つの役割を持っている。行政機関として、「援助方針会議」で決定し、行政としての責任のもとに支援が行われる。

児童相談所への相談は、電話、来所、関係機関からの通告、福祉事務所からの送致などがきっかけとなる。援助内容は、面接により問題解決を図る「通所」や、子どもの性格検査や知能検査などを行う「判定」業務などがある。また、児童養護施設等への入所措置を行う「措置機能」、「家庭再統合」を支援する機能がある。保護者の同意を得ずに親子分離を行う「職権による一時保護」により、強い権限を行使することもある。保護者が児童の施設入所に同意せず、保

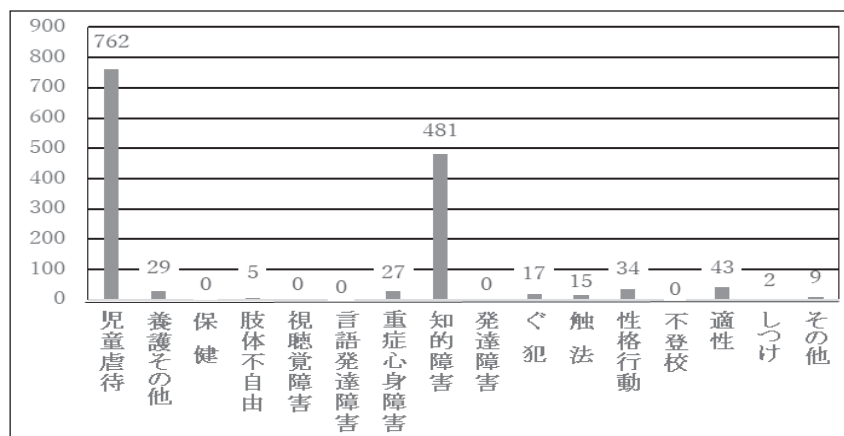


図2 令和元年度 相談内容別受付件数

護者による養育も不適切であると判断する場合には、児童相談所長が家庭裁判所に入所に関する審判の申し立てを行い、「児童福祉法28条」による入所も行う。児童相談所としての支援を、第三者機関に諮問する仕組みも活用する。

支援機関としての役割は、あらゆる相談に適切な支援を行うため、専門職種を配置した多職種でのチームアプローチを行う点が挙げられる。養護相談、保健相談、障害相談、非行相談、育成相談、里親等に関することに分類し、内容に沿った支援活動を行う。

そのほかに、日常業務として、平日、始業とともに、前日の閉庁時間帯に対応した報告や打ち合わせが断続的にある。定期通所や、療育手帳の判定、一時保護中の児童の面接、学校でのカンファレンス等、それぞれのスケジュールを進行していく。その間にも、電話相談や、児童虐待の通告が入る。通告があれば緊急受理会議を行い、支援方針を決定し出動する。基本的には地区の担当者が動くが、その日に予定していた全ての対応のキャンセルをし、優先度の高い対応に追われることもたびたびである。児童相談所は一時保護所や児童養護施設と常に連動していて、調整役としての役割も担う。新規の相談があれば、家庭の「調査」を行う。児童や家庭について、調査に基づいた「社会診断」や「心理診断」をまとめ、報告する。毎日の記録の入力や、会議参加の報告などの事務作業もこなしていく。

児童虐待に関する事案を扱う時、児童の保護者による強い反発を覚悟しなければならない。

時に理不尽と思えるような主張や要求にも向き合っていくためには、高い対人援助技術も求められる。その上、職員が従事する時間をコントロールできないことも多い。突然に家庭訪問の必要性が生じたり、子どもの生活時間を考慮し、夜間に施設を訪問することも珍しくない。事故を防ぐための支援の進行状況への配慮も欠かさない。

児童相談所が不人気の職場であることは周知の事実となってしまっている。確かに、配置基準は大きく改善しているが、業務量の平準化は、業務の性質上困難だ。行政機関としての責任は大変に重い。

しかし、横須賀市児童相談所特有のメリットも数多くある。市民にとって利便性は高く、通所がしやすい。家庭訪問は夜間でも可能な距離だ。関係機関からは情報が早い段階でダイレクトに入る。地域の各関係機関に支えられていることは、大きなメリットの1つである。

医療機関との連携は、保健所や母子保健関連部署との、長年にわたって築かれた関係性によっても支えられてきた。市内の医療機関や横須賀市医師会の協力により、横須賀市子ども家庭地域対策ネットワーク会議のメンバーとしても、医療機関は地域の子どもの見守る役割を果たしている。医療連携室を通じ、直接、現場の医師や看護スタッフとの話し合いも随時行われる。顔の見える関係は、大変大きな強みとなっている。

心理司業務について

1. 児童心理司は何をする人か

児童心理司の業務は、厚生労働省による「児童相談所運営指針」の中で、「心理診断」および「指導」が基本的な業務と位置付けられている。児童心理司の仕事は、①心理診断(アセスメント)、②支援のプランニング、③心理面接、④コンサルテーションの4つにある。「心理診断」とは、心理検査や面接、行動観察を通して、子どもの状態を見立てること、現状での発達や傷つき、心のあり様などを把握することである。「支援のプランニング」とは、心理診断に基づき、現状の子どもについて望まれる現実的で具体的な支援を考えること、さらにはその支援をどのタイミングでどのように入れるかを適切に見極めることである。「心理面接」は、定期的に状態を把握し、経過を観察すること、カウンセリングや心理教育を行うことである。「コンサルテーション」は、保護者や関係者への助言指導を通して、子どもを間接的に援助することを指す。つまりカウンセリングは業務の一つであり、むしろ「心理学的視点から、支援を組み立てること」が業務の中心であるといえるだろう。

2. 児相で出会う子どもたち

常に安全が脅かされて、緊張が強られる環境に身を置いていた子どもは、環境から十分に刺激を取り入れることができず、そのために発達に遅れや偏りが生じやすい。また、気持ちを汲んで返してもらった経験に乏しかった子どもは、自らの気持ちを十分に言語化することができず、怒りなどの感情をそのまま爆発させたり、行動化してしまいやすい。養育者からの理不尽な言動で傷つけられた怒りは、鬱屈し、他児や社会に向けて放出されるか、あるいは内に向かえば子ども自身の心を傷つけ、さまざまな精神症状を呈することになる。

3. 被虐待と知的発達の遅れ・偏り

図3は、ある児童養護施設における本市措置児の知的発達を、知的障害(MR)、境界域、正

常域に分けてその割合を示したものである。知的障害を有している子どもは24%在籍し、境界域知能の36%と合わせると、6割にも相当する(※ここでいう知的障害とは、療育手帳判定に該当する状態を指す)。良い社会適応ができる知能指数は正常域である105前後とされているが、この105という数値に達している子どもは、この児童養護施設に関しては、3人(1%)しかないのが現状である。ただし、この子どもたちの多くは、虐待環境により本来有している能力を抑えられていることが多く、施設が子どもにとって安全な場で、さまざまな刺激を十分に吸収することができれば、発達は促され、伸びていくことも期待できる。

虐待環境で育ってきた子どもたちは、歯磨きや身だしなみなどのADL(日常生活行動)が十分身につけていない子どもも多い。生活するための力が十分育まれていないということであり、より高次のコーピング(ストレス場面に対しての適切な対処法)や人間関係のスキルが身につけていないということでもある。学校や社会で、「普通の」生活を送ること自体に、かなりの支援が必要となる。その上、知的障害を有している場合は、個別で繰り返し丁寧に教えていく必要があり、定着にも時間が掛かる。しかし児童養護施設は常に人材不足であり、家庭でのように、その子ども一人ひとりにきめ細かく個別で教える時間をとることが難しい。さまざまな傷つきを抱えた子どもたちがともに暮らす中で、お互いに傷つけあうことも多く、大人も子どもも疲弊して過ごしていることも多い。

4. 児童心理司として

本市の場合、児童心理司1人が担当する子ども

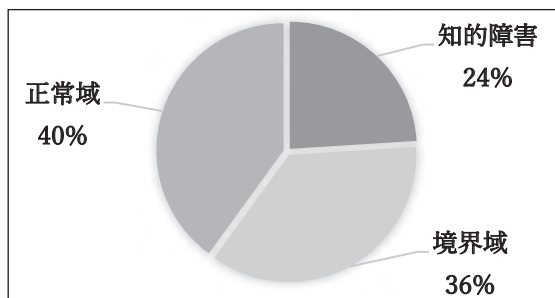


図3 某児童養護施設の本市措置児の知的発達内訳

もの数は50ケース前後で、そこに療育手帳判定が毎月7ケースほどプラスされる。会議出席や施設訪問も多く、病院などのように、頻回な個別面接をすることは困難である。だからこそ、子どもへの直接支援と並行して、環境への働きかけ(保護者や関係者への助言指導・コンサルテーション)による間接支援が重要となる。ただ、そのためには、「精度の高いアセスメント」が絶対不可欠である。子どもがさまざまな行動化をした場合に、その行動化の要因が何なのか、その子どもの課題は何で、可能性は何かを明らかにする必要がある。そのアセスメントを誤ると、その後の支援プランも支援方法も全て違ってしまう。

児童心理司の心理面接は負荷がかかった時のコーピングや、断る練習など、心理教育も並行して行い、教育的・指導的ニュアンスが強いのが、他の機関の心理司とは違うところかもしれない。

児童心理司の業務は「心理学的な視点から、支援を組み立てること」が大きなウエイトを占めているが、ケースは右肩上がりで増えており、今後はより、システムへの支援(環境全体への働きかけ)が重要になってくるように思う。個の視点から集団への視点に移るべき時期に来ているのかもしれない。

一時保護所の業務について

1. 一時保護所の生活

「緊急保護、行動観察、短期入所指導」。このような理由で一時保護された子どもたち(おおむね2歳~18歳未満)と一緒に規則正しい日課に沿った生活を送っている。原則保護所内で個々の学力に合わせた学習を行い、可能であれば通学も検討している。大人の見守りの中で、励まされ注意され、安全で安定した時間を過ごすように工夫を重ねている。

2. 一時保護所の子どもたち

ここ十数年の間に子どもたちを取り巻く環境

は、想像以上に変化しているように感じる。従来、入所する子どもたちの多くは大人に立ち向かうエネルギーを持った子どもたちであったと記憶している。実際、建物の中はあちこち穴が空き、壁紙がはがされ、まだほんの12年ほどの建物とは思えない傷みようである。しかし、当職が配属されてからの5年が経過した今、入所してくる子どもたちの様子が、開設当時から大きく変わって来たように思える。やりたいことが見つけれないばかりか、大人への反発を全身で出すことはなく、ただ諦め流され自分の殻の中でもがき苦しみ、助けすらも呼べない状態になっている現状がある。また、発達に偏りがある、あるいは障害があるなど特別な支援が必要な子どもがほとんどになっている。そのため職員に求められるスキルは高度になっているが、研修の時間すらなかなか取れない。24時間交代制勤務の中で、個々の児童と向き合いながらその子に必要な支援を、一生懸命考え、職員間で情報交換し対応している。大切な未来ある子どもたちのために何ができるのかと思うばかりである。

今後の課題

全国的な児童を取り巻く課題は横須賀市も同様である。面前DVによる心理的虐待、警察や検察との連携、司法との連携、自立支援、里親支援や特別養子縁組の推進、事故を防ぐための進行管理。平成29年に国が示した「新しい社会的養育ビジョン」で示された、家庭的養育の推進。そして何より対応を担う人材の育成は喫緊の課題だ。

子どもには健やかに育ち、守られ、意見を言える権利がある。横須賀市で育つ大切な宝。課せられた責任は重い、将来を担う宝に接していると自覚し、同じような思いで、それぞれの立場から地域の子どもの笑顔を守るため、取り組まれている関係者とともに、職務に従事していきたい。

地域でマルトリートメントから 小児を守るには

認定NPO法人チャイルドファーストジャパン 理事長 山田不二子

POINT

- ① マルトリートメントとは子ども虐待とネグレクトを合わせた概念
- ② 特定妊婦や要支援児童を支援することでマルトリートメントの発生を防止しよう
- ③ マルトリートメント対応の第一関門は「否認」に打ち勝つこと
- ④ 「児童虐待通告」も「要支援児童等の情報提供」も守秘義務違反に当たらない
- ⑤ 多機関連携チーム(MDT)でマルトリートメントに対応する

特集

はじめに

医療者のほとんどは、国家資格等を持つ業務独占職であるため、自らの信用性を重視するのは当然のことである。そのため、子ども虐待が疑われたときに児童相談所や市町村に通告することが法律で義務化されていることを知っている、「間違っていたら、責任問題が生じるのではないか?」と考えがちである。

しかし、その考え方が子ども虐待の見逃しにつながっていた事実を、「児童虐待の防止等に関する法律」(以下、児童虐待防止法と略す)の制定20周年を迎える今年、今一度、見つめ直したい。

マルトリートメント (Child Maltreatment)とは

Child Maltreatmentは「不適切な養育」と邦訳されることが多いため、健全な養育と虐待・ネグレクトとの間のグレーゾーンを指すと誤解されることが多いが、Child Maltreatmentは本来、子ども虐待(Child Abuse)とネグレクト(Neglect)の両方を合わせた概念である。そこで、本稿ではChild Maltreatmentを「マルトリートメント」とカタカナで記す。

もともとChild Abuseとは、保護者はもとより、それに限らず、子どもより優位な立ち場にある者(主に大人)がその優位性に乗じて子どもをコントロールすることを指す。言語や態度で子どもを心理的にコントロールすることが心理的

虐待、子どもに痛み等の身体的危害を加えることでコントロールすることが身体的虐待、性的な行為で子どもを支配することが性虐待である。

また、子どもを守るべき立場にある者(ここでは、我々医療者も含まれる)が子どもに必要なケアを怠ったり、子どもを守らなかったりすれば、それが故意によるものであろうとなかろうと、ネグレクトに当たる。児童虐待防止法が制定される前から「日本は、ネグレクトをネグレクトしている」と言われ続けてきたが、その状況は今もあまり変わらない。その最大の原因は、貧困や知的障害・精神障害など、養育者がネグレクトのリスク要因を抱えている場合、「あの家庭は、〇〇〇だから、子どもの衣食住が多少、不十分でも仕方がないよね」と言って、ネグレクトの大半は故意によらないネグレクトであるにもかかわらず、これに目を向けてこなかったからである。

ところで、日本の児童虐待防止法は、保護者がその監護する18歳未満の児童に対して行う虐待・ネグレクトを「児童虐待」と定義している。一方、多くの先進諸国では通常、「Child Maltreatment」の加害者を保護者に限定しない。この乖離を早急に埋めることも、現在の日本に求められている課題であるが、ここでは、日本の児童虐待防止法で定義されている「児童虐待」と諸外国の「Child Maltreatment」(マルトリートメント)とでは、その範疇が異なることを念頭に置きつつ、本稿を読んでいただければありがたい。

特定妊婦、要支援児童及びその保護者

マルトリートメントに発生してから対応するより、発生前に予防することが重要であることは言うまでもない。その意味で、「特定妊婦、要支援児童及びその保護者」という概念を知っておくことが重要になる。

児童福祉法には、以下のように定義されている。

特定妊婦:出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦

要支援児童:乳児家庭全戸訪問事業の実施その他により把握した保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童

法律の条文は堅苦しくて分かりにくいですが、平たく言えば、「特定妊婦」とはマルトリートメントのハイリスク妊婦、「要支援児童」とはマルトリートメントのハイリスク家庭で生活している児童である。では、マルトリートメントのハイリスクとはどういう状態かと言うと、「今のところまだ虐待もネグレクトも発生していないが、何らかの負荷が加わって、それまで保たれていた均衡が破られれば、早晚、虐待・ネグレクトが発生し得るリスクを抱えている状態」である。

この「特定妊婦、要支援児童とその保護者」は「要支援児童等」という用語で包括されているが、平成28年改正児童福祉法 第21条の十の五に「病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、要支援児童等と思われる者を把握したときは、当該者の情報をその所在地の市町村に提供しよう努めなければならない。」と、市町村(実質的には、市町村の「要保護児童対策地域協議会」)に対して「要支援児童等」を情報提供することの努力義務が定められている。

マルトリートメントが発生してからよりも、発生する前に支援する方が、子どもにとっても養育者にとっても支援者にとっても負担が小さいことは明らかで、ここに「要支援児童等」を早期に発見して支援を行う意義がある。「要支援児童等」に対する支援こそが、マルトリートメント防止のためのハイリスク・アプローチの典型的方策であり、今後ますます重要になる。

なお、同条第2項で「刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前項の規定による情報の提供をすることを妨げるものと解釈してはならない。」と、要支援児童等の情報提供は守秘義務に優先することが明記された。これにより、特定妊婦や保護者の同意が

なくとも、市町村に情報提供できるし、情報提供を受けた市町村は「同意がないので対応できません。」という言い訳が成立しなくなった。

児童虐待防止法における児童虐待の定義と統計

児童虐待防止法には、以下のように「児童虐待」が定義されている。

第二条 この法律において、「児童虐待」とは、保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。)がその監護する児童(十八歳に満たない者をいう。)について行う次に掲げる行為をいう。

- 一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- 二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。
- 三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。
- 四 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力(配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。)その他の

児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

前述のとおり、日本の「児童虐待」の定義では、加害者は保護者に限定されているが、家庭外でも子どもへの虐待・ネグレクトが発生していることをないがしろにしてはならない。「家庭外のマルトリートメントについては、保護者が我が子を守るはずだから、地域で対応する必要がない」とは言えない。

特に性虐待は、子どもの身体に外傷が生じることはまずないために目に見えず、子どもが自分に起こった被害を打ち明けにくいために耳に聞こえてこない。そのため、保護者であっても、我が子の被害に気づかないことが少なくない。まさしく、この「目に見えず、耳に聞こえない」という性虐待の特性につけ込んだ加害者は、家庭外にも多く存在する。

2018年度の児童虐待相談対応件数は、全国の児童相談所だけでも159,850件(速報値)であった。全国の市町村でも児童虐待相談対応件数の統計を取っているもので、実数はもっと多いが、とりあえず、全国児童相談所統計で見ると、虐待種別の内訳は図1のようになる。

パッと見て分かるのは、心理的虐待の占める割合が大きいことである。児童虐待防止法 第二条 第1項 第四号に定義されているとおり、児童が生活する家庭の中にドメスティック・バイオレンス(DV)があれば、子どもに対する直接的な危害が認められなくても、心理的虐待とみなされる。いわゆる「面前DV」である。面前DVは、

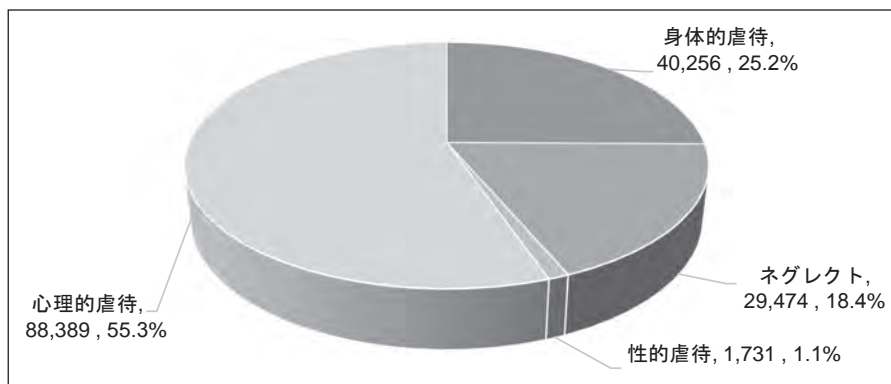


図1 2018年度 全国児童相談所 児童虐待相談対応件数159,850件 虐待種別内訳

警察から児童相談所に通告されることが多いが、平成29年度の調査によると、心理的虐待の49.8%が警察から通告された面前DVであった¹⁾。面前DVを把握する機関として、警察が中心的役割を果たしていることが分かる。

しかし、DV被害者が子どもを連れて逃げ出すとか、子どもが直接的に虐待やネグレクトを受けているといったことがない限り、養育者間にDVがあるからというだけで、すぐに子どもが一時保護されることはほとんどない。DV家庭で育つ子どもたちには継続的支援が必要になるので、一時保護権を持つ児童相談所よりも市町村が主体となって支援することが望ましい。そのため、最近では、児童相談所から市町村に送致(いわゆる逆送致)される面前DVケースが増えてきている。

なお、DV通報を受けた警察が当該家庭を訪問した際、その家庭に子どもがいることが判明すれば、警察から児童相談所に対して心理的虐待(面前DV)疑いとして通告がなされるわけだが、このとき、警察は子どもの身体を観察して、虐待によると疑われる外傷所見を認めないと「身体的虐待なし」と判断することが多いが、児童虐待防止法 第二条 第1項 第一号を読めば、「外傷が生じていなくても、外傷が生じるおそれのある暴行は身体的虐待と判断される」わけであるから、「体表外傷なし=身体的虐待なし」という判断は間違いであることが分かるであろう。

さらに、**図1**から日本の場合、統計上、性的虐待が極めて少ないことが見てとれる。ここで言う「性的虐待」とは、加害者が保護者である性虐待のみを指す。

奇妙なことに、児童虐待防止法は、第二条 第1項 第三号において、同居人による虐待を保護者によるネグレクトと定義している。たとえば、母子家庭に母のボーイフレンドが同居していて、そのボーイフレンドが母の子どもに心理的虐待や身体的虐待、性虐待を行った場合、それはボーイフレンドによる虐待ではなく、子どもの保護者である母のネグレクトとみなされる。また、きょうだい間性加害・被害は、たとえ、保護者がまったくその事実を知らなかったとし

ても、我が子が別の我が子に性虐待をしたことを放置した保護者のネグレクトとみなされる。

このように定義が歪んでいるせいで、同居人による性虐待やきょうだい間性加害・被害は統計上、ネグレクトに計上されて見えなくなっている。ちなみに、同居人による性虐待ときょうだい間性加害・被害の件数は、保護者による性的虐待とほぼ同数に上ると推定されている²⁾。すなわち、保護者による性虐待(性的虐待)は1.1%であったとしても、家庭内性虐待は、実は2.2%なのかもしれないのである。それでも、家庭外性虐待はここに含まれない。本気でマルトリートメントから小児を地域で守ろうというのであれば、家庭内・家庭外を問わず、性虐待対応を推進しなければならない。

マルトリートメントの発見

定義をきちんと理解すれば、マルトリートメントを発見することはそれほど難しいことではないはずだが、現実にはたやすくはない。

医療者に限らず、職務上、子どもたちの心身の健康・衣食住等の福祉・人権擁護等に関わる支援者たちは、基本的に「人間、話せば分かる」という性善説に基づいて職務を果たしている。マルトリートメントは、子どもが受ける人権侵害の中でも最たるものであるため、「本来、子どもを守るべき保護者が子どもに対して危害を加えたり、養育を怠ったりしているかもしれない」と疑うことにためらいを覚えるばかりか、目をそらして「否認」してしまうことも決してまれではない。

この自らの「否認」に打ち勝つことこそがマルトリートメント対応の第一関門と言っても過言ではない。このときに役に立つ基本理念がChild First Doctrine、すなわち、「子どもが第一優先の原則」である。

「確かに、見て見ぬ振りをすれば、私の心は傷つかないし、見逃してあげた加害者から恨まれることもない。しかし、それは子どもを第一優先にしたことになるのだろうか？」と自らを内省するものの考え方と行動指針がこのChild

First Doctrineである。悩んだら、このChild First Doctrineに立ち返る。こうすれば、マルトリートメントに対して取るべき行動を見誤ることはない。

なお、児童虐待防止法には、以下のとおり、「児童虐待の早期発見の努力義務」が規定されている。
第五条 学校、児童福祉施設、病院、都道府県警察、婦人相談所、教育委員会、配偶者暴力相談支援センターその他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、弁護士、警察官、婦人相談員その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。

マルトリートメントの通告

マルトリートメントを受けたことが疑われる子どもの通告は、以下の2つの条文に規定された義務である。通告は「ここに、守るべき子どもがいますよ。」という連絡であって、親を糾弾する行為ではない。

なお、仲介者が増えれば増えるほど、仲介のステップで「否認」が働き、危機感の共有が困難になるので、医療者等の専門職が通告する場合は、福祉事務所や児童委員を介すことなく、直接、市町村もしくは児童相談所に通告する。この際、子どもの一時保護を念頭に置くべきケースは職権保護の権限を持つ児童相談所に、在宅でケアできそうなケースは市町村に通告する。

<児童福祉法>

第二十五条 要保護児童を発見した者は、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。

(註:「要保護児童」とは、保護者のない児童又は保護者に監護させることが不適当であると認められる児童を言い、被虐待児・被ネグレクト児および一部の非行児を指す。)

<児童虐待防止法>

第六条 児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。

ここで重要なのは、児童虐待防止法 第六条 第1項に書かれている「児童虐待を受けたと思われる児童」の「と思われる」という言葉である。これによって、マルトリートメントを疑ったのに通告しないという選択肢はないことになる。裏を返せば、児童虐待通告に誤通告が紛れ込むことは法律上、織り込み済みということである。したがって、ありもしないマルトリートメントをわざと捏造したのではない限り、誤通告は免責される。

「児童虐待通告」も「要支援児童等の情報提供」も守秘義務違反に当たらない

児童福祉法 第二十五条 第2項と児童虐待防止法 第六条 第3項には「刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項の規定による通告をする義務の遵守を妨げるものと解釈してはならない。」と規定されている。これは、「私には守秘義務があるから、通告できません。」という言い訳は成り立たないという意味で、子どもにマルトリートメントが疑われる場合は、守秘義務よりも「児童虐待通告義務」や「要支援児童等の情報提供努力義務」の方が優先される。

とはいえ、医療職は「個人情報保護」を毎日のように唱えられるので、通告や情報提供にためらいを感じることもあるであろう。でも、大丈夫である。というのも、個人情報の目的外使用と第三者提供を禁止している個人情報保護法には、以下のような例外規定が第十六条 第3項と第二十三条 第1項に定められているからである。

<個人情報保護の例外規定>

一 法令に基づく場合

- 二 人の生命，身体又は財産の保護のために必要がある場合であって，本人の同意を得ることが困難であるとき。
- 三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって，本人の同意を得ることが困難であるとき。
- 四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって，本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

これを読めば、「児童虐待通告義務」も「要支援児童等の情報提供努力義務」も，個人情報保護の例外として規定された4つの事項の全てに該当することが分かる。すなわち、「児童虐待通告」も「要支援児童等の情報提供」も守秘義務は免責される。

多機関連携チーム(MDT)でマルトリートメントに対応する

虐待・ネグレクト家庭への対応の原則を2つ挙げるのであれば，それは，「その家庭を地域社会に開く」と「多機関でその家庭を支援する」ことである。

その家庭を地域社会に開かなければならない理由は，虐待・ネグレクト家庭は，家庭内で起こっていることを隠そうとするために孤立や転居を自ら選ぶし，地域社会もその家庭を阻害して孤立化させるからである。

多機関で連携しなければならないのは，それぞれの機関にできることには限界があるため，単一の機関で子どもを全人格的に守っていくこ

とは不可能だからである。

市町村の要保護児童対策地域協議会は，虐待・ネグレクト家庭やハイリスク家庭を地域社会とつなげ，多機関が連携して，地域で家庭を支援するために存在する協議会である。

しかし，全ての被虐待児・被ネグレクト児を在宅でケアできるとは限らず，一時保護や里親委託・施設入所等の措置を要する子どもたちもいる。そのときに中心的役割を果たしてくれるのが児童相談所である。また，故意に子どもに外傷を負わせたり，子どもに性的加害を加えたりすることは当然，犯罪に当たるので，警察・検察の範疇となる。

日本の場合，「児童相談所が必要と認めれば，警察・検察と連携しよう。」「警察・検察が必要と認めれば，児童相談所と連携しよう。」というシステムになっているが，それでは後手に回る。また，子どもの心身に何らかの障害が生じる以上，マルトリートメントは医療の問題でもある。

したがって，他の先進諸国では，一時保護等の介入的支援を要するマルトリートメントには，最初から医療・児童相談所・警察・検察の四機関で構成される多機関連携チーム(Multidisciplinary Team:MDT)で対応することが当たり前になっている。日本でも，MDTでマルトリートメントに対応することがルーチンワークになる日が待ち遠しい。

文献

- 1) 株式会社野村総合研究所:平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業費補助金 児童相談所及び市町村に対する警察からの児童虐待通告等の実態把握のための調査研究 報告書. 平成30年3月.
- 2) 山本恒雄:全国児童相談所における子どもの性暴力被害事例(平成23年度)についての調査報告. 全児相 通巻第95号 別冊. 平成25年7月.

学童保育をめぐる諸問題 —コロナ禍に直面して明らかになったこと—

早稲田大学名誉教授 増山 均
明星大学名誉教授 垣内国光
奈良教育大学准教授 松本歩子

POINT

- ① 放課後の子どもたちの自由な遊びと仲間づくりにとって、学童保育は大切な居場所である
- ② 学童保育は、いまや学校よりも数が多く、そこで過ごす時間も長くなっている
- ③ 学童保育は、働く親と子どもにとって不可欠な社会的施設である
- ④ 学童保育施設的环境条件の大幅改善と、働く指導員・支援員の処遇改善は緊急課題である
- ⑤ 学童保育の法的規定を、「放課後児童健全育成事業」から「児童福祉施設」へと規定し直すべきである

はじめに

新型コロナウイルス感染拡大のなかで、全国一斉臨時休校の要請が突然発表された。同時に、その感染リスクの危機の中で、学童保育(放課後児童クラブ)には、終日の開所が求められ、休校中の子どもの居場所としての役割が丸投げされた。皮肉にも、コロナ禍の中で、従来から学校の陰に隠れて十分には注目されてこなかった学童保育に、にわかに光が当たり、社会の機能を維持していく上で、学童保育が必要不可欠な施設であることがあきらかになっている。そうした事態の推移の中で、改めて学童保育とは何か、学童保育にどのような改善課題があるのかを明らかにしたい。

そもそも学童保育とは

1. 子どもの放課後と学童保育

「学童保育(放課後児童クラブ)」は、子どもの放課後の居場所の一つとして、女性労働の広がりとともに、歴史的に発展してきた。

かつて「子どもの放課後」、すなわち学校の授業(課業)から解放された後の時間(after School)は、おもに地域社会で子どもたちが自主的に生活する時間であった。地域社会の自然環境が保たれ、伝統文化や人間関係の紐帯が強かった時代は、放課後は地域の子育て文化と子どもの仲間集団の自治に任されていたので、ほとんど問題にされることはなかった。

しかし、1960年代に急速に進んだ高度経済成

特集

長期の社会の変容、都市化、核家族化、共働き家庭の増加、学歴社会化により、遊び場問題、健全育成問題など放課後の子どもの福祉・教育・文化問題がクローズアップしてきて、地域で子どもを守り育てる課題=「子どもの放課後問題」を登場させたのである。

70年代から80年代にかけて教育の分野では、「校庭開放」や「留守家庭児童対策」「青少年団体育成」がはじまり、福祉の分野では児童福祉法第40条に規定された児童厚生施設(児童館・児童遊園)の充実が図られた。また文化の分野では、住民活動として「地域子ども文庫」づくりや「子ども劇場・おやこ劇場」の取り組みが開始された。また、少年野球やサッカーなどの地域スポーツクラブも拡がるとともに、学習塾や各種のおけいこごとも、子どもの放課後学習の場として一般化した。1980年代には、不登校の子どもや障害児の居場所づくりの必要性が高まり、1990年代に入ると、学校五日制の導入にともない、子どもの放課後や土日の「居場所づくり」の問題が社会的課題として認識されるに至った。

政策レベルでの「子どもの放課後問題」への本格的な取り組みは2000年代に入ってからである。文部科学省は「地域子ども教室推進事業」などを開始し、厚生労働省が学童保育事業への支援を強め、近年では両省の連携に基づく「放課後子どもプラン」(2007年)、「新・放課後子ども総合プラン」(2018年)などもつくられている。

2. 高まる「学童保育」への期待

「学童保育(放課後児童クラブ)」は、小学生を対象とした放課後の居場所(遊びと生活の場)であり、子どもの成長・発達を支えるための施設である。共働きの親にとっては、安心して働き、仕事と子育てを両立するために不可欠の施設である。

放課後の子どもの居場所づくりをめざす学童保育は、子どもの生活保障・福祉の場であると同時に、学校とは違った形での自発的な学びの場であり、何よりも子ども主体の遊びと文化を大切にする場である。福祉と教育と文化を総合した新しい子育ての場となっており、学校と並

び称すべき「もう一つの重要な施設」と言ってもよいかもしれない。

学童保育は、戦後の女性労働の広がりと共に共働き家庭の増加に伴って、小学校入学後の子どもの保育も必要となり、父母自身の手による共同保育として1950年前後に都市部で開始された。1950年代末から1960年代に全国各地に広がり、特に「かぎっ子」問題の発生により社会的に注目を集めた。1967年には「全国学童保育連絡協議会」が結成され、全国的なネットワークがつけられて、新しい取り組みの交流が行われるとともに、公的な支援を求めて国・自治体への要請が組織され、社会的な運動として拡大してきたのである。

学童保育の公的支援、法制化を求めた100万人署名(1985年)に基づく国会請願等を経て、1997年の児童福祉法の改正により初めて「放課後児童健全育成事業」という名称(学童保育施設ではないことに注意)で法制化され、その後は発展の一途をたどってきた。2015年には厚生労働省の「省令基準」が定められるとともに、「放課後児童クラブの運営指針」も示されて、学童保育に関わる職員の資格(「放課後児童支援員」)が定められ、国家資格に準ずるものとしての認定資格研修が全国各地で行われている。

1967年「全国学童保育連絡協議会」の結成時の調査で、全国で515カ所だった学童保育数は、1997年の法制化の時点で9,048カ所となり、最新の調査(2019年5月)では33,090カ所(支援の単位)に達し、全国の小学校数(19,739カ所)をはるかに超えて量的発展の一途をたどっている。しかし、働く父母のニーズの高まりには応えきれず、学童保育に入れない待機児が、いまなお18,261人も存在しており(2019年5月厚労省調べ、全国学童保育連絡協議会によれば、潜在的待機児は40万人もいるといわれている)、また施設の収容定員を超える大規模化や専門職員の配置不足など、改善すべき問題・課題が山積している。

コロナ禍の下での学童保育

1. 「丸投げ」により噴出した困難と矛盾

3月2日からの一斉臨時休校要請の下で、突然学校は休みになり、ほとんどの児童館も休館に入った(全国平均で8割にのぼる児童館が休館し、今も利用制限や休館を続けているところが多い。児童健全育成推進財団「児童館における新型コロナウイルス感染症対策に関する緊急調査」6月10日)。逆に、学童保育に対しては、厚労・文科両省から児童受け入れを継続するよう通達(3月2日)が出された。学童保育は法制上の名前が「放課後児童健全育成事業」であり、その名にあるように放課後のみを対象とした事業であり、十分な条件が整っていないにもかかわらず、感染リスクを抱えたまま終日の保育を「丸投げ」されたのである。

市町村も適切な情報を得ることもできないまま、全国の学童保育所は急遽、朝8時前後から児童を受け入れざるを得なかった。混乱と戸惑いのなかで、感染防止への準備も十分でないまま、ともかくも来る子どもたちを受け入れていったのが全国の実態である。

突然の1日開所にもとまない長時間勤務(11時間にも)による過重労働が連日続く職員が急増することとなった。そもそも、学童保育は多くが非常勤職員のための職場であり、このような非常事態にも対応できるような正規雇用の職員が存在しない施設も多く、また正規職員が複数名でシフトを組めるような体制が整っているところは限られていた。さらには、長期休業時のように臨時アルバイトを雇う準備時間がなかったことや、配偶者の扶養の範囲で働くことを前提としている指導員が一定数を占め、追加勤務の依頼も容易ではなかったからである。

一斉臨時休校時は国からの要請に基づき、午前から開所した学童保育が多くあったが、緊急事態宣言(4月8日)以降は、指導員の先の見えない負担の大きさが問題視され、午前は学校で教員が保育を行い、午後は学童でという方針に切り替えられた施設も多く存在することとなった。しかし、あまりにも急なことであり、両者

の連携はかならずしもうまくいかなかった。緊急事態にもとまない国からは「学校の教室等の活用」も提案されたが、そもそも学校内にある学童保育施設は55.8%(全国学童保育連絡協議会2019年調査)であり、学校外で実施されてきた学童では、学校の活用は困難であった。また学校内にある施設であっても、先述のように職員の人数が限られていたため、職員配置上の問題から空き教室の積極的な活用にはつながらない現場も多くみられた。

厚労省の要請にもとづいて多くの学童保育が、午前開所に対応した。しかし後になって、午前中から運営する場合の1日当たりの財政措置が10,200円と、人件費も賄いきれない金額の通知が届いたことから現場は困惑した。その後見直され、1日あたり上限30,200円に変更されたものの、緊急事態宣言、分散登校開始時においても財政措置の具体的な見通しが示されない中で、対応しなければならない状況が続いた。特に、民間の学童保育では人件費の支出や利用自粛による保育料返金などを行ってから、補助金が実際に振り込まれるまでにタイムラグがあり、施設運営上の困難を抱える危機的事態が各地で生じている。

こうした混乱のさなか、日本学童保育学会は「新型コロナウイルス感染症対策に関する緊急声明—学童保育を子どもたちと指導員の安全・安心を守る居場所とするために」(3月14日)を発表し、マスク、消毒薬などの物資支給、緊急の追加財政補助、コロナ後の学童保育基準の抜本的見直し等を政府に求めた。

2. ある学童保育の実態から

筆者の一人が関わる東京多摩市のA学童保育(定員63名、実際の在籍人数は定員を数名上回る)の状況を紹介しよう。新型コロナウイルスの感染拡大が社会問題化しつつあった2月の出席率が63.6%、一斉臨時休校が始まった3月が58.4%、緊急事態宣言が発せられた4月が32.0%、5月が22%、5月末に緊急事態宣言が解除されたのちの6月は39.5%である。

2月から4月上旬まではほとんど職員はフル

稼働で休暇を取ることも困難で体力的には限界に近い状態にあり、感染リスクにさらされながらの連続勤務により、かなりのストレスを抱えた。対応に当たった自治体も政府や都からの指示が遅く、全くの手探り状態で、現場だけが振り回されたというのが実感である。

そのため、学童保育現場では自治体指導のみでは対応できない事態が次々と生じ、他学童保育との情報交換、法人独自の支援、現場の模索によって、できることを日々続けていった。鬼ごっこなど身体接触を伴う外遊びを禁止し、ドッジボールや野球、砂遊びなど直接のふれあいの少ない遊びを増やす工夫をしている。室内遊びもレゴ箱は一つに制限したほかカードの種類を限定、消毒すべき遊具を減らす努力もしてきた。

またおやつ時間も間隔を空けて同一方向に向き、おしゃべりを禁止するなど、考えられるあらゆる創意工夫を行ってきたがそれだけでは限界がある。指導員への負荷にも限界があるからである。

保護者も相当な負担を強いられた。行政から利用自粛要請が出されたものの、自粛のできない職種の親もいる。親が出勤せずに在宅ワークが可能な家庭であっても、長期にわたっての在宅ワークはかなり難しい。昼食・おやつを用意し、学校から指示される家庭学習の面倒を見て、外に出られない子どもへの対応が続くことは、親にとってもかなりのストレスである。仕事の内容にもよるであろうが、子どもの居る家庭と居ない家庭とで同様の在宅ワークを求めることは無理がある。

家に閉じ込められた子どもたちは、学童の友達とも学校の先生とも学童保育の指導員とも会えず、ストレスはかなりのものがあつたと思われる。多摩市は6月1日に学校を再開、当初2週間は3時間の分散登校、15日より一斉登校となっている。すでに学校が完全に再開されて2週間経つが7月1日現在、子どもたちは日常生活を未だ取り戻せていない。「授業の遅れを取り戻す」ことが最優先されている学校生活は、極度の疲労感を生み出し、学童保育に帰ってか

ら「しばらく休ませて」と横になる子どもも少なくない。子どもたちも親も学童保育現場も、日常に戻るには相当の時間と工夫が必要である。

子ども同士が身体接触せずに楽しめる外遊びや室内遊びを指導するのは簡単なことではない。おやつタイムは子どもたちにとって楽しみの時間であり、いつまでも無言と言うわけにはいかない。どんなに工夫をしたとしても子ども同士がふれあうことを避けることは不可能である。子どもは仲間と語り合い、ふれ合い、遊び込むことで育つのであり、3密を避けること自体が極めて難しく、本来の学童保育らしい活動に戻りたいというのが現場の率直な声である。

なお、この学童保育は、63名定員に対して正規雇用4名、非常勤10名程度が配置され、外遊びが可能な園庭もあり、それを支える行政水準がある。それでもこれほどの試練にさらされている。こうした条件がなく、過密状態での実践を強いられている学童保育での感染リスクと職員の緊張感はいかばかりであろうか。

露呈した学童保育制度の脆弱性と弱点

国の定める現在の学童保育基準では、実際のコロナ禍を乗り切るのは至難の業である。厚生労働省の示す学童保育の基準は次のようなものである。

行政上、放課後児童健全育成事業における子どものための面積は、「遊び及び生活の場としての機能並びに静養するための区画」(2014年4月30日厚生労働省令「放課後児童健全育成事業の設備及び運営に関する基準」)とされ、1人あたり1.65㎡、わずか畳1枚である。これで遊びと生活と静養が可能かどうか科学的検証は未だ行われていない。職員配置は、「支援の単位」ごとに2人以上置くこととされているが、そのうち1人が資格を持っていればよいとされている。

また、「支援の単位」は、「子どもが相互に関係性を構築」でき「放課後児童支援員が個々の子どもと信頼関係を築いたりできる規模」として「おおむね40人以下とする」とされている(同上の厚生労働省令)が、実際は40人以上の学童保育が

4割も存在している(全国学童保育連絡協議会編『学童保育情報』2019-2020)。ちなみに、小学校設置基準によれば、小学校の児童1人あたり校舎面積は概ね5~6㎡以上である。生活の場でもある学童保育が教育を目的とする小学校以下であってよいはずはない。

コロナ禍がなくても国の基準で学童保育を運営し実践するのはかなり厳しいのだが、コロナ禍にさらされて、改めて現在の基準で子どものまともなケアができるのか、安全安心を保障しうるのかという厳しい問いが突きつけられている。

2019年5月、国会において地方分権一括法が成立した。同一一括法に含まれる児童福祉法の一部「改正」では、放課後児童クラブ(学童保育)に関して国が定める職員配置基準を実質的に撤廃する「参酌化」が強行された。学童保育実践の質を向上させるために、省令基準において「従うべき基準」としていた、「支援の単位」ごとに2名以上の支援員を配置し、そのうち1名は専門資格(放課後児童支援員)を有していることとしていたものを、「参酌すべき基準」に引き下げて専門資格を問わない方向へと改悪されていたのである。

「従うべき基準」を「参酌化」すれば、自治体の財政事情などに応じて独自に基準を引き下げることが可能となり、結果として全国一律の最低基準という意義が失われる。これでは、自治体間の格差が広がることになり、子どもの保育を受ける権利を保障するという観点からも大きな問題がある。このような制度面での改悪が行われた中で、全国の学童保育施設がコロナ問題に直面しているのである。

「国連子どもの権利条約市民・NGOの会」の声明(「新型コロナウイルス感染症と子どもの権利に関する声明」6月15日)の中にある次のような指摘は、学童保育をめぐる問題においても的を得ている。「コロナ感染症拡大以前から存在していた日本における子どもの権利をめぐる数々の問題は、実は、新自由主義という考え方に基づく改革により、公教育の性格が変容させられ、あるいは、保育などに典型的にみられるように

条件整備基準が後退させられて、制度が貧弱なものとなってしまったことに由来しています。新自由主義改革の欠点がコロナ感染症の拡大で露呈した、ということもできます。今求められているのはコロナ感染症拡大以前の改革をストップさせること、そして、公教育、家庭、保育、学童、社会的養護などを子どもの権利に基づいて全面的に改革していくことなのです。」

おわりに

働く親たちの子育てを支え、子どもの成長・発達に向けて重要な役割を果たしてきたにもかかわらず、無視され続けてきた学童保育が「放課後児童健全育成事業」として児童福祉法に法制化されたのは、1997年のことである。この法制化が画期的であったことは間違いない。しかし、同時に制度設計としては問題をはらんだ法制化だったと言わざるを得ない。未だに学童保育は、あくまでも一つの事業であり児童福祉施設として認められてはいない。よく比較される保育所は、法律上、行政の認可に基づいて設置され、要保育乳幼児の入所義務と施設整備義務が行政に課せられている。根拠のある最低基準があり、その最低基準を維持できる国自治体の公的補助金によって、ほぼ全ての運営費がまかなわれている。学童保育の法制化後、最低基準らしきものが作られはしたが、いずれも根拠があまりでその水準は極めて低い。なにより、行政裁量で動かせるものばかりである。

このコロナ禍の中で学童保育が必要不可欠の社会的施設であることはより明確になった。特に学童保育で働く職員が、子どもたちを守り育てる姿勢において熱意に満ち献身的であることは何よりの宝である。しかし、そうした職員を支え励ますべき学童保育制度そのものはあまりにも脆弱かつ貧困である。このコロナ禍を期に、安全安心で子どもの命、真に豊かな遊びと生活を保障しうる抜本的な制度改善を図ることが緊急に求められている。

こども食堂の意義と課題 —社会で子どもの育ちを支えるために—

子どもの未来サポートオフィス 代表 米田佐知子

POINT

- ① こども食堂は制度でなく自発的な活動。子どもを気にかける地域の大人がつながる機会にもなっている
- ② 困窮措置型・居場所型・食育型など目的の異なるこども食堂があり、子どもの生活圏に多様な場が選べるほどであることが重要
- ③ 子どもの支援は、将来の担い手を育てるためでなく、子どもが当たり前を持っているはずのものを保障していくためである

特集

はじめに

全国各地で、こども食堂は急激な広がりを見せている。こども食堂とは「子どもが1人でも来られる場所で、地域の人が無料や低額で食事を提供している」民間活動である。本稿では、こども食堂の意義や課題について、また2020年6月時点でのコロナ禍中の状況も含めて述べたいと思う。

筆者は、子ども・親子の居場所活動の中間支援に約20年従事してきた。近年は、団体ネットワークの形成・運営支援等を行い、横浜こども食堂ネットワーク、神奈川こども食堂・地域食堂ネットワークのコーディネイトに携わり、多数のこども食堂の現場を見てきた。他にも、コミュニティカフェ、高校内居場所カフェのネットワークや子育てひろばの協議会役員等を務め

ている。(子どもの未来サポートオフィス <http://kodomomirai-so.com/>)

こども食堂について

こども食堂は届出義務がないので数の正確な把握は難しいが、2019年5月に全国で3,718ヵ所が確認されている(NPO法人全国こども食堂支援センター・むすびえ調査)。その後も増え続けて既に4,000ヵ所を越えると言われており、新聞一面で全国319ヵ所と報じられた2016年と比べ、3年で12倍以上になっている。

最初のこども食堂は、2012年に東京大田区にある有機野菜の八百屋「だんだん」で始まった。歯科衛生士でもある「だんだん」店主の近藤博子さんが、小学校の先生から、1日バナナ1本の食事しか食べていない子どもの話を聞き、子ど

もだけでも利用できるように「こども食堂」と名付けて週1回、安価で食事提供を始めたものである。親しみやすいネーミングと、子どもの貧困関連の各種メディア報道で紹介されて認知が高まり、類似の活動が全国各地で行われるようになった。

こども食堂の開催場所は多様で、町内会館や公共施設、お寺・教会、飲食店、高齢者のデイサービス施設、個人宅開放、中には病院隣接の事務所スペースを使って20食限定で開いているこども食堂や、クリニックの訪問医療従事者の詰所を使うケース、結婚式場の宴会場活用もある。月に1回～数回開催が多く、チラシ等で参加者を募り、10名以下のアットホームな活動から一度に400名近く集まる大規模なものまである。多世代が集う「地域食堂」として実施する団体も多く、2018年の一般社団法人全国食支援活動協力会調査によると、こども食堂・地域食堂の半数には65歳以上の高齢者が参加している。

食堂の運営者は、高齢者・障害者支援事業を行う社会福祉法人、医療法人、医療生活協同組合、お寺などの宗教団体、飲食店や企業経営者など、それまで子ども支援の活動に、あまり関わりがなかった人や組織が動いている。子どもの現状に心を痛めてこども食堂を始めようと発意した個人が、仲間を誘い、ボランティアを募って任意グループを立ち上げるケースが多く、農林水産省の2017年調査では、運営者の43%は任意団体、個人が15%だった。民生委員・主任児童委員などを中心に公共施設を会場として行うケースも増えている。

先の農水省調査によると、半数は子ども無料

で、有料の場合も100円以下が大半だ。大人は有料がほとんどで、300円がボリュームゾーンだった。参加費以外の収入は寄付金と助成金で、年間30万円規模で活動する団体が7割、米や野菜などの寄付食材提供や、ボランティアによる運営で支えられている。このように自発的に始まり、多様で、活かせるものを持ち寄りさまざまな参加協力で運営されていることが、こども食堂の特徴で重要なポイントだ。

こども食堂の背景

こども食堂が対応している子どもの貧困は3種類ある。家庭で十分な食事がとれない「経済的」貧困の外に、「関係性」と「体験」の貧困である。経済的に不自由のない世帯でも、子ども一人で食べる孤食や、お金だけを渡される子どもや、親から関心を持たれていない場合もある。

子どもの育ちには、多世代の多様な人と接する機会と、さまざまな生活体験が不可欠だ。今の子どもたちは、家と学校の往復で、限られた人間関係の中で長時間を過ごしている。困窮世帯に限らず全ての子どもが、こども食堂の利用対象と言える。

神奈川県教育委員会が2014年に行った「放課後の子どもの居場所づくりに向けた実態調査」では、放課後に異年齢の多様な人と交じて過ごす小学生は約1割しかいない。親や先生という「タテの関係」、友達同士の「ヨコの関係」の他に、近所のおじちゃん・おばちゃんといった「ナナメの関係」が不足している。何か困りごとが起こった時、初めて出会う支援者や専門家ばか



こども食堂の様子



りでなく、顔見知りで、まちで会うとニコリしてくれる、気にしてしてくれる、そんな関係が子どもの精神的「居場所」となる。こども食堂は、そんな関係を育むきっかけをつくる。

困窮世帯の子どもは貧困支援の場よりみんなも参加する場に参加したい、逆に大勢は苦手だから少人数でほっこりする場の方が安心できる子どももいる。学校の人間関係で悩んだ時には、大勢が集まる場より、少人数の方が、ほっとできるかもしれない。子どもの個性や事情に応じて、多様な居場所が、子どもの生活圏の中に大小複数あることが望ましい。

大人も集まって子どもと一緒に食べる活動は、2012年にこども食堂が始まる以前から、フリースペース、親子のひろば、冒険遊び場・プレーパークなど、NPOが運営する多様な子どもの居場所の中では、行われてきていた。居場所活動の現場では「胃袋をつかむ」という言葉を聞く。自己肯定感が低く、自分自身も社会もあきらめ、自らを他者に開くことの少ない子どもたちが、一緒に食べることで、気持ちをゆるめ、関係を結ぶ余地ができる。子どもと向き合い受け止める現場で、「食」の持つ力は発見され、活かされてきた。マズローの5段階欲求説では、一番基礎に生命維持のための生理的欲求を置いている。生理的欲求が満たされてはじめて、安全欲求、社会的欲求、尊厳欲求、自己実現欲求と欲求が進むとされ、地域に子どもの居場所をつくる上で、食を介してつながりをつくるこども食堂は、理にかなったものである。

こども食堂の意義①—子どもを見守る人のつながりづくり

社会的つながり、社会関係資本は、子どもだけでなく大人も、乏しくなっている。内閣府国民生活選好度調査(平成18年度)によると、隣近所との行き来がない人は約6割、よく行き来している人は1割だけである。

昔の助け合いがある代わりに家族構成や家庭事情などのプライバシーが無かった時代から、困りごとをサービス購入で解決したり、支援の

制度を充実させたりで、ご近所とのわずらわしいつきあいから自由になった反面、私たちはサービスの「消費者」や制度の「利用者」になり、つながりが切れ孤立するようになった。

こども食堂のような、始めたい人が自発的に、その地域の資源を募り、知恵・労力・時間・お金も持ち寄って運営していく活動は、子どもを気にかける大人同士を会わせ、子どもを見守るチームを育てる役割を果たす。こども食堂が、専門家や子どもの支援者だけでなく、関わる人のすそ野を広げたことの意義は大きく、サービス購入に慣れた私たちが手放してきた地域づくりへの参加の機会という面も持っている。

こども食堂の活動対象エリアは、小中学校区域程度だ。運営ノウハウ交換や支援情報・資源共有のために、こども食堂のネットワークが、全国域で生まれ、食堂数の増加に伴い、都道府県域・市域・区域へと、地域ネットワークが各地に生まれはじめている。出会う子どもたち・子育て世帯の事情を俯瞰し、必要な取り組みを社会に発信していくことも、ネットワークの今後の役割となってくるだろう。

こども食堂の意義②—予防としてのこども食堂

前述の3つの子どもの貧困に対応するように、こども食堂の活動コンセプトには、①措置型、②居場所型、③食育型、と3タイプある。それら類型が、子ども支援のどの部分を担うのか整理したのが図1である。

経済的貧困等に対応する「①措置型」は、要支援児童をケアするもので、公的福祉制度に関連する取り組みとして、対象となる子どもを特定し非公開開催されている。関係性の貧困に対応する「②居場所型」、体験の貧困に対応する「③食育型」は、オープンに参加者を募って行われる。居場所型については前述のように多世代が利用できる場合がほとんどである。

多くの子どもの居場所活動が、一緒に食べる取り組みを行うことで子どもの気持ちをほぐし、子どもが安心してきて頼ってもいいと思える

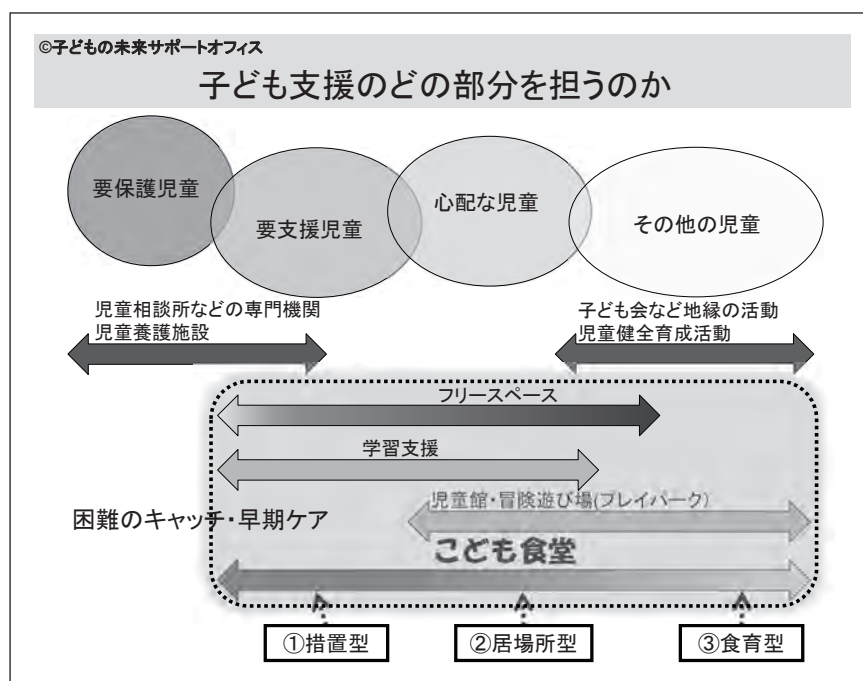


図1

関係を育ててきたように、「こども食堂」も、子どもと出会い信頼関係を育て、早期に困難をキャッチし必要な場合は、支援につなげる場となってきた。子どもの困りごとは、親の困りごとでもあり、家族関係から困窮・健康・障がいなど、複合的である場合も多い。個人だけで相談を受け止めるのは難しく、勇気が求められる。仲間がいて、団体が公的機関や専門機関などとのネットワークを有することで、問題が深刻になる前に対応できる早期支援や予防的支援が動き始める。先の農水省調査では、参加者を行政など他の支援機関につなげた経験がある団体は43%だった。活動年数が長くなるほど継続経験を持っていた。

こども食堂の課題

つながりづくりや予防効果が働くためには、月1回という開催頻度は充分ではない。子どもの居場所活動を長く続けている人は、居場所はいつでも駆け込める常設が望ましいと言う。常設のこども食堂を始める団体も、数は少ないが生まれている。しかし多様な大人が持ち寄りで開催する活動は、なかなか回数を増やせない。それだけに、こども食堂での出会いを、イベン

トに終わらせず、日常のおつきあいに変えていく姿勢が重要となる。

また、支援したがる大人の存在は厄介だ。目の前の子どもを見ず、子どもの困りごとを探しているような大人に子どもは心を開かない。役割で接するのでなく、人として子どもと出会うつきあっていく姿勢が大切である。

今はアレルギーがある子どもは多いが、アレルギー食材除去食を提供するこども食堂は多くはない。対応していないことのチラシ明記、広報時にメニューを提示する、使用食材を受付横に表示するなどしている。全国的には数は少ないが、除去食や代替食の提供や、予約時に確認してアレルギー除去対応をとっている食堂もある。

コロナ禍でのこども食堂

2020年の新型コロナウイルス感染防止で、集まって一緒に食べる、こども食堂の活動は、休止か継続かの判断を迫られた。担い手の中心が高齢者である団体は多く、公共施設休館で会場確保が困難となり、感染リスクに対して活動継続の合意形成が協力者や団体内で難しいことなどから、2月下旬には次回活動休止を決める団体が相次いだ。

しかし3月2日からの臨時休校で状況が少し変わった。コロナで家計が急変した子育て世帯は多い。特にシングルマザーの半数は、コロナ以前から経済的に困窮状態にあり、休校で親が仕事を休まざるを得ず収入がさらに激減、給食休止で食費増となり、厳しい状況に追い込まれた。虐待等から家庭が安心できる居場所でない子どももいて、感染防止することで替わって高まるリスクがあった。困難を抱える子どもとつながっている団体は、対応に動き出し、食支援要素を強めてつながり維持を試みた。感染予防対策のために活動形態を変更、弁当配布、パントリー活動(食品の配布)、食品を家へ届けるアウトリーチが始まり、毎日昼食弁当を配布する団体や、開催頻度を月1回から週3回に増やして、コロナ以前からの「気になる子ども」だけ対象に少人数の居場所を開いた団体もあった。地元の飲食店で弁当を数十食購入し、親子に安価で提供、差額は団体が申請獲得した緊急助成金を充てるといふ、飲食店と子どもの両方を支える取り組みも行われた。こども食堂のネットワークは、メールやオンライン交流会などで、新たな活動形態や感染予防に関する情報交換を助け、寄贈食品の仲介などに動き、情報や資源が得られることで、一度は休止を決めた団体が勇気づけられ、形態を変えて再開する動きも出てきた。

厚労省は、3月3日に事務連絡「新型コロナウイルス感染症への対応としてこども食堂の運営上留意すべき事項等について」を発出、内容は「学校臨時休業期間中における子どもの食事の確保を、企業や地方公共団体、こども食堂運営者等が、協力を図りながら地域の実情に応じ取り組みを進めていくこと、感染防止の対応を行って頂くようお願いする」というものだった。同月16日には、参院予算委員会で安倍首相が「国としては感染拡大の防止に向けた対応を行った上で、(こども食堂を)開催いただくことは差し支えないと考えており…」と答弁した。

居場所型のこども食堂は、本来民間の互助的活動だが、コロナ禍の公的支援が充分でない中で、已むに已まれず動き始め、結果的にセーフ

ティネットの一翼として機能せざるを得ない状況となった。各団体が配る食品は30~50セットで、全ての子育て世帯のニーズまではカバーできない。5月に朝日新聞社が、道府県庁所在地、政令市、東京23区対象に行ったアンケート調査では、就学援助受給家庭への昼食費支援や食品配達、何らかの食支援を行った自治体は3割だったという。本来は、どこに暮らしていても公的に支援されるべきではないだろうか。

5月末の緊急事態宣言解除後、新しい生活様式が求められる中で、キッチンカーを活用した屋外での食堂活動など、新しいスタイルの活動が模索されている。パントリー等の活動を通じて、これまで出会えていなかった困窮世帯とのつながりが生まれており、今後は、食堂とパントリーの両方を実施する団体や、集まって食べる食堂形態からパントリーへ切り替える団体も出てきそうで、措置型に近いこども食堂は以前よりも増えるだろう。

おわりに

子ども支援施策は、将来の社会の担い手を育てるためと語られるが、「自分に関心を寄せてくれる大人からのあたたかな眼差し」「多様な人のつながり」「安心して過ごせる場所と時間」「食卓を囲んで一緒に食べる食事」など、どれも本来当たり前前に子どもが持っていてよいものを保障するためである。

さまざまな子ども・子育て支援施設や施策もサービスも、地域で点にすぎない。点と点の間を埋めるように、まちの中の病院や商店、事業所やさまざまな場所で、子どもが多様な人や価値観と出会い、見守られて育てる社会を目指していきたい。

子ども・親子のウェルビーイングを支えていくために、健康の維持・回復・促進に取り組む医療と、孤立しがちな子ども・親子を食を介して地域に開き、支えるこども食堂という民間活動が、接点を持ち連携を持つ契機となることを願っている。

医療的ケア児についての さまざまな課題とその対策 —神奈川県内における取り組みから—

神奈川県立こども医療センター 地域連携家族支援局長・新生児科 星野陸夫

POINT

- ① 新生児・小児集中治療の進歩に伴い、高度な医療的ケアを必要とする児が増加している
- ② 小児在宅医療は成人在宅医療と異なる状況がある
- ③ 地域生活における制度・サービスが不足しているため家族負担が大きく、発育・発達を見据えた支援を総合的に調整するコーディネーターが求められている
- ④ 子どもにとって大切な生活の場としての学校において医療との協働が求められている
- ⑤ 成人移行期における課題も大きく、支援体制整備が求められている

特集

はじめに 医療的ケア児とその増加について

「医療的ケア」という言葉は、治療には当たらない医療的な介護行為を行わざるを得ない教育現場から、1990年代に生まれた用語である。そこに含まれる意味は、教育や福祉における制度の移り変わりとともに変化し、職種による立場の違いによってもその理解が異なっている。2016年の児童福祉法改正に伴って、「医療的ケア児」は「日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児」という定義のもと、身体障害・知的障害・精神障害とともに障害のひとつとして認知された¹⁾。

近年の新生児集中治療や小児救急集中治療の進歩による生存率向上に伴って、生命は維持されたが医療から抜け出せないという形で、医療的ケア児は社会の中で増加しつつある。特に在宅人工呼吸管理に代表される、生命に関わる高度医療を必要とする医療的ケア児は、成人に比較して急激に増加している²⁾(図1)。ただ増加しているとはいえ、医療保険における在宅療養指導管理料の算定数で小児は成人の1/200程度と少ないため、それに対応する制度・サービス作りは遅れており、利用できるリソースは限られている。医療的ケア児を支えるための福祉や教育における制度・サービスはもとより、地域における医療提供体制も十分に整っているとは

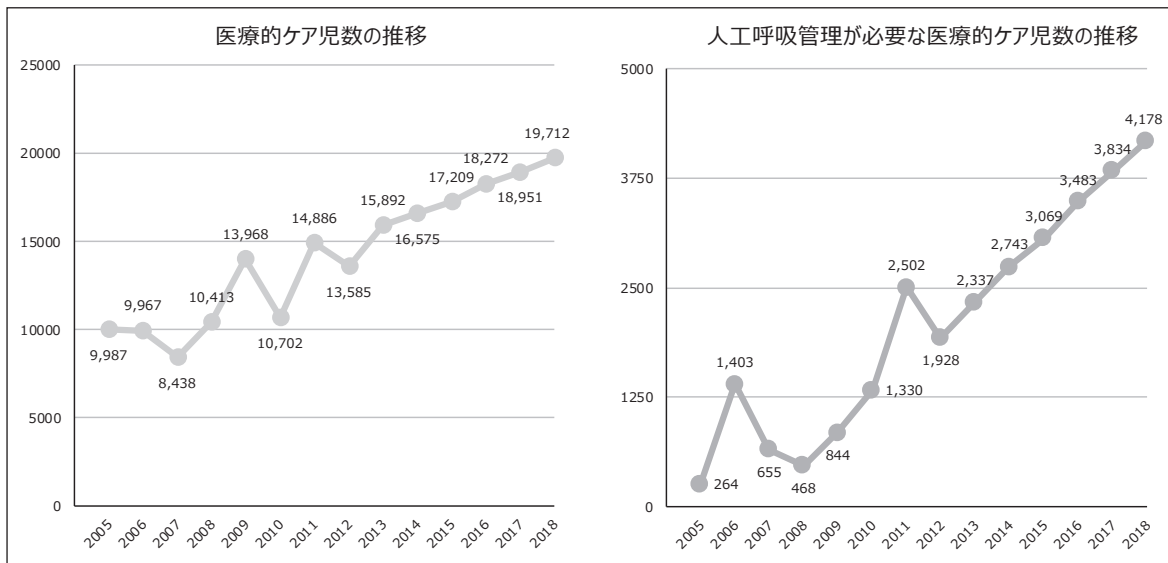


図1 医療的ケア児(0~19歳)数の推移

平成28~30年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」²⁾より

いえない状況のため、医療的ケア児とその家族の生活には大きな負担がかかっている。

小児在宅医療の特徴と課題

小児在宅医療の中核をなす医療的ケア児の多くは、高度な新生児集中治療から長期入院を経て、初めて地域生活を始めることになる。家族は、まだ十分家族になることができていない我が子を迎え入れるだけでも大変であるところに加え、障害の受容から医療的ケアの管理まで、一度に多くの困難を抱えることになる。成人在宅医療の多くは老化や疾病を原因として開始され、住み慣れた地域で患者本人の思いや生きざまを大切に、その人らしい人生を目指すために行われる。しかし主に新生児期に端を発する小児在宅医療では、本人の思いや生きざま、その人らしさは周囲が想像するしかなく、目指すべき方向性が不明確なまま開始される。

また高齢者の在宅医療は、介護保険と医療保険の組み合わせで行われ、支援の組み立てを専任のケアマネージャーが行い、モニタリングの上で経時的に見直しが図られる仕組みができています。しかし、小児在宅医療では介護保険は使えず、ケアマネージャーも利用できない。障害

者総合支援法で定められた相談支援専門員による計画相談の仕組みはあるものの十分に機能しておらず、多くの医療的ケア児のケアプランは、家族が自ら制度やサービスを調べて組み立てていくセルフプランに任されている。

さらに、小児在宅医療が高度医療機関における集中治療に伴う長期入院から始まるため、医療機関と家族の結びつきが強く、その結果として地域における支援をより困難にしている場合も少なくない。成人領域における回復期病棟のような仕組みや施設はなく、急性期病院である高度医療機関から直接退院し外来フォローされることが多い。そして在宅医療であるにもかかわらず、毎月高度医療機関に通院していることがほとんどで、その管理の全てを高度医療機関に任せる形になっている。高度医療機関では、生活の場で行われる医療について適切な指導や管理を行えない可能性があり、ただでさえ不足する制度・サービスに関する十分な情報提供も難しい場合がある。また、障害があっても成長・発達を続ける小児では、そのライフステージごとに関わる支援者も変わり、管理方法や支援体制を見直す必要があるが、高度医療機関から生活域におけるモニタリングは困難なため、適切な管理・支援が適時に行われない可能性も高い。

神奈川県内における行政の取り組み

小児在宅医療の中核をなす医療的ケア児の成り立ちと支援における課題について簡単に説明したので、本項では神奈川県や横浜市における行政の取り組みを一例として紹介する。

1. 神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業³⁾

神奈川県医療課が2014年から行っている本事業は、神奈川県立こども医療センター(当センター)がその多くを受託して現在も継続している。内容は、①モデル地区事業、②市町村意見交換会、③こども医療センターにおける地域支援事業の拡充という3つの柱で成り立っている⁴⁾(図2)。1つ目の柱は、郡市医師会圏域単位で行った「モデル地区事業」で、現在では国が各自自治体の努力義務としている「関係機関における協議の場」の設置⁵⁾に近いものであった。選択地域において、小児の在宅医療に関わりがある医療・福祉・教育や行政の現場レベルの担当者に加え当事者家族にも出席してもらい、当センターが座長を担当した。当初はまだこのような取組み

みの必要性が認識されていなかったため、協議に参加してもらうに当たり、全ての関係者のもとに県医療課担当者と共に足を運んで説明して回った。事業終了後も地域主導による協議が継続されるとともに、地域関係者同士が有機的につながったことは大きな成果だった。本事業は令和元年度でひと区切り付けて、この先は後述する県障害福祉課が担当する医療的ケア児等コーディネーター養成研修事業と協力して、地域における医療的ケア児等コーディネーターの活動支援に舵を切っていく。2つ目の柱は、神奈川県と政令市とのハードル、そして関係行政各分野の縦割りのハードルを下げて、それぞれにおける取組みの足並みを少しでも揃えるために企画した「市町村意見交換会」である。この企画は、医療課担当者に対して医療現場からの強い希望として意見することで実現した。人口規模の大きな行政では、需要も多いため施策にも積極的だが、小さな市町村では個別に対策を立てることは困難で、このような場における情報交換が役に立つと実感している。そして3つ目の柱は、当センターが長年積み重ねてきた

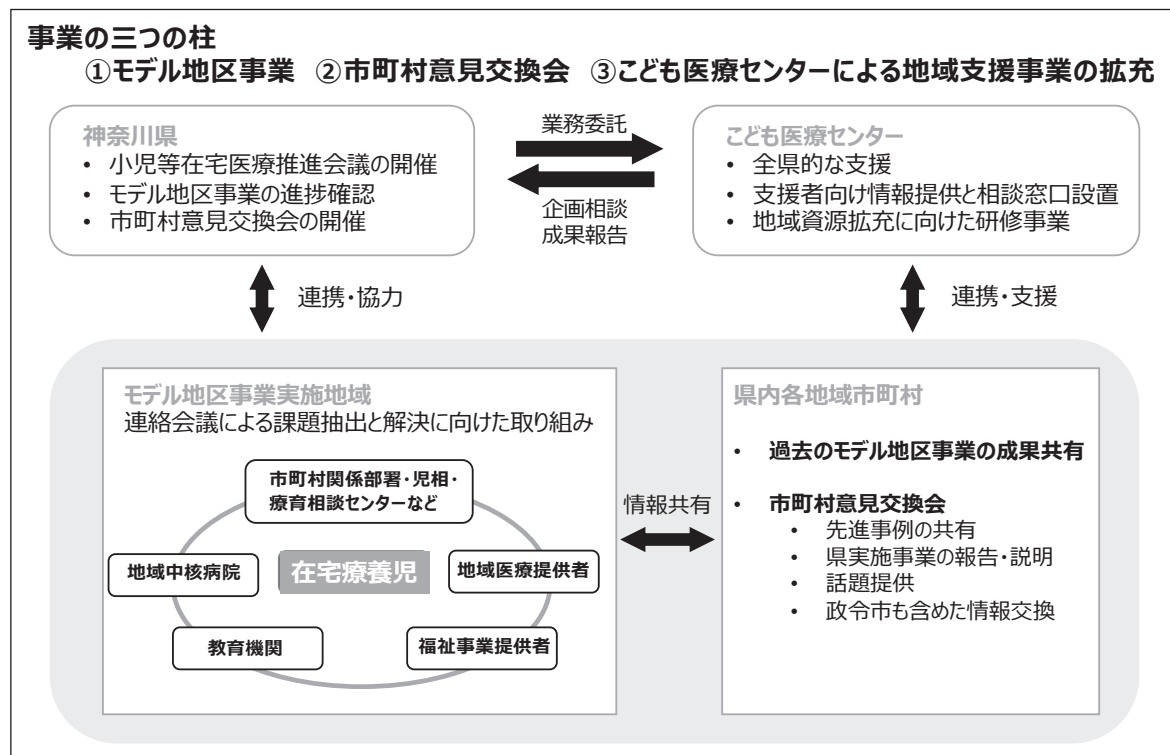


図2 神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業の概要

神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業報告書(平成26年度～令和元年度)をもとに作成⁴⁾

さまざまな地域支援策の拡充として盛り込まれている。これまで6年間の事業の詳細については「神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業報告書」⁴⁾を参照されたい。

2. 横浜市メディカルショートステイ事業⁶⁾

小児在宅医療では、成人に比較しても高度医療への依存度が高いことに起因して、介護者の物理的・時間的・精神的な負担がとてつもない現状がある^{7),8)}。医療依存度が高くしかも低年齢児における医療的ケアの比率が高いため、家族の負担緩和を目的としたレスパイト対応する福祉事業所には、小児の医療的ケアの取り扱いに長けた看護師などの配置が必要となる。そうした実情が、医療的ケア児に対する短期入所施設の不足につながっている。

この課題に対して横浜市は、病院空床を使ってレスパイト目的に預かり入院させる「横浜市メディカルショートステイ事業」を2012年から開始した。事前登録した①横浜市在住で②常時医学的管理の必要な③重症心身障害児または高度医療的ケア児者に対して、必要時に医療機関に入院できる制度で、福祉入所に当たる施設利用となるため、保険診療との差額を横浜市が補填することで医療機関側に協力を求めている。横浜市各区役所が受付窓口となり、横浜市こども青少年局によって各医療機関へ振り分けられる。利用者数の経年増加⁹⁾(図3)に伴って協力医療機関も増加して、事業開始時6病院が現在は11病院になっている。需要に対する行政の取り組みの好例と思われ、全国市町村から多くの問い合わせがある。

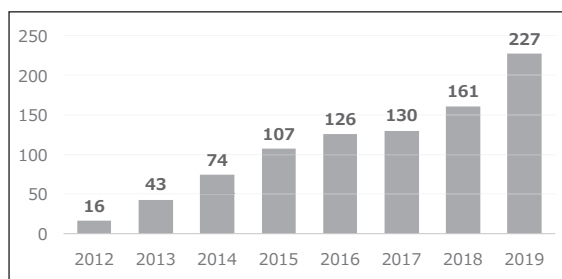


図3 横浜市メディカルショートステイ利用者数の推移
横浜市立中村特別支援学校保護者学習会資料「メディカルショートステイ事業について」⁹⁾

3. 横浜市立学校における医療的ケア支援モデル事業

新たな障害児の形として認識された医療的ケア児は、これまで一般に知られてきた他の障害児とは異なり、身体的・知的・精神的には障害のない子どもも多く存在する。そうした子どもたちは、医療的ケアを必要とする以外に普通学校で教育を受けることに問題のない場合も多いが、多くの普通学校には看護師など医療職は配置されていないため、それを理由に通学がなかなかない医療的ケア児も少なからずいる。

この課題に対して、横浜市教育委員会は2017年から「横浜市立学校における医療的ケア支援事業」¹⁰⁾を行っている。この事業は、申請のあった医療的ケア児ごとに横浜市教育委員会が市内各区医師会と契約して、医療的ケアの必要に応じて地域の訪問看護ステーションから看護師を学校に派遣する試みである。学校は、子どもたちにとって大切な生活の場ではあるが、保険診療において居宅という縛りのある訪問看護の訪問先として認められていない。申請があった医療的ケア児について、医療関係者を含めて年4回の実施調整会議を行い、看護師派遣の可否審査や実施後の状況評価について議論している。この事業を利用している医療的ケア児は2020年7月時点13名で、中には家族から離れて友だちと過ごす生活の場において医療的ケアを行うことで、自立管理の獲得に向かった児童もいる。

4. 在宅療養児の地域生活を支えるネットワーク¹¹⁾

医療的ケア児をはじめとした在宅療養児に関わるさまざまな職種が情報交換することを目的に、医療型特定短期入所施設を併設した小児科クリニックと当センターの医師・看護師が協力して2010年に立ち上げたネットワークで、在宅療養児支援に取り組む横浜市こども青少年局が事業化したことで現在も継続している。メーリングリストで情報交換するとともに、年2回の勉強会や講演会を行っている。訪問看護師をはじめとした医療者が多いものの、口コミも手伝って、教育・保育・福祉・行政、そして医療機器業者など多様な職種の参加が徐々に増えて

いる。こうした多職種が集まる場における情報交換では、それぞれの視点に立った見方を共有することができて、新しい支援の方法を見出すことにもつながってくる。

5. 医療的ケア児等コーディネーター養成研修事業³⁾

小児在宅医療において医療と生活を結び付けて全体を見守るケアマネージャーのような役割の職種がないことは、医療的ケア児をはじめとした在宅療養児とその家族にとって、地域における療養生活を続ける上で大きな困難につながってきた。この課題に対して、厚生労働省は前述した協議の場の設置とともに、医療的ケア児等の支援を総合調整する者として「医療的ケア児等コーディネーター」の養成と設置を都道府県等に求めた。

それに応える形で、神奈川県と横浜市が2018年から、川崎市が2019年からこの事業に着手した。特に横浜市はこの事業を進めるに当たって、医療局、健康福祉局、こども青少年局、教育委員会事務局の4局協働体制を作り、横浜市医師会に業務委託して、現場の医師や看護師などを含めた検討委員会を立ち上げた。横浜市医師会の在宅医療拠点である市内18区の医師会立訪問看護ステーションの看護師に対して重点的に研修を行い、2020年度に3区に1人の割合で「横浜型医療的ケア児・者等コーディネーター」を配置した¹²⁾。医療的ケア児等コーディネーターについては、養成研修事業が先行しているが、活動基盤となる制度が追い付いていないため、各市町村における取り組み姿勢に差が見られる。神奈川県では障害福祉課から当センターが養成研修事業の委託を受けて、政令市を除く県域市町村に向けて事業展開しているが、人口40万人を超える中核市から小さな町村まで含まれており、市町村単位でコーディネーター活動を行うことは困難と考えている。そのため、県内の障害保健福祉圏域ごとにコーディネーターチームを形成して、チーム同士が連携を取って活動するための仕組みづくりを並行して行っている。

残されている多くの課題

医療的ケア児を取り巻く環境にはまだ多くの課題が残されており、とりわけ医療と教育の協働が望まれている課題は数多くある。教育の現場において、保険診療では活動できない医療者としての悩みも小さくはない。

1. 通学を含めた移動の支援

子どもの生活範囲は思いのほか広く、幼少期は保育園・幼稚園・療育施設など、学齢期になると学校・放課後等デイサービスなどに移動する必要がある。さらに多くの医療的ケア児は定期的に病院に通院している。こうした生活範囲における移動の際に、医療的ケアがあることで通常の移動支援だけでは移動できない場合も多い。特に多くの自治体において、医療者が同乗しないためにスクールバスを利用できない現状は大きな課題のひとつと言える。

2. 医療機器を必要とする児童・生徒に対する学校生活環境

医療的ケアの中でも特に在宅人工呼吸管理などの高度医療機器を必要とする子どもたちの学習環境において、たとえ看護師がいても機器を扱うに至っておらず、多くの学校では常時家族の付き添いが要求されている。家族は一日中を医療的ケアの管理に費やすことになり、子どもたちは家族から離れて自立した学校生活を送る機会を失くしている。

3. 成人移行期支援

小学齢を過ぎても医療的ケアから離脱できない子どもたちは、そのまま成人へ移行していくことが予測されており、医療的ケア児を取り巻く課題は10年を待たずして成人領域の課題となっていく。しかし、複数の診療領域に跨ることも多い小児特有の疾患群とそれに伴う障害に対して、成人医療にどのように結び付けていけるかが課題となる。「移行期医療を総合的に支援する機能を各都道府県で1つ以上を確保」という通知(2017年厚生労働省)のもと、各都道府県は成

人移行期医療支援センターを準備しつつある。

おわりに

医療的ケア児の地域生活の現場では、各分野の支援者がそれぞれ努力している現状がある。支援者同士を有機的に結び付けて、得られる情報を行政と共有する仕組みづくりが望まれ、多様な分野や成人領域との協力・連携が必要になっている。医療的ケアを必要とする障害があっても、地域生活の中で広がる子どもたちの可能性を、医療の立場から支えていきたい。それはきっと少子高齢化に向き合う地域の力にもなる。

参考文献

- 1) 星野陸夫, 中村圭: 知っておきたい周産期にかかわる法律・制度「児童福祉法と障害者総合支援法」, 周産期医学 2020;50(1):117-122.
- 2) 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」平成28~30年度報告書(研究代

表者: 田村正徳)

- 3) 神奈川県ホームページ「医療的ケア児の在宅医療(小児等在宅医療連携拠点事業)」<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/t3u/cnt/shounizaitaku/top.html>
- 4) 神奈川県ホームページ: 神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業報告書(平成26年度~令和元年度) https://www.pref.kanagawa.jp/documents/29305/20200415_houkoku.pdf
- 5) 厚生労働省ホームページ「障害児支援施策」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000117218.html>
- 6) 横浜市ホームページ: 横浜市メディカルショートステイ事業について <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kosodate-kyoiku/oyakokenko/shogaihoken/shien/2019032202.html>
- 7) 松葉佐正, 小林拓也, 平山貴度, 他: 日本小児医療保険協議会重症心身障害児(者)・在宅医療委員会報告「医療的ケアを必要とする重症心身障害児および主たる介護者の実態調査 第1報: 家庭での医療的ケア・社会資源の利用・介護の実態」, 日本小児科学会雑誌 2018;122(9):1527-1532.
- 8) 松葉佐正, 小林拓也, 平山貴度, 他: 日本小児医療保険協議会重症心身障害児(者)・在宅医療委員会報告「医療的ケアを必要とする重症心身障害児および主たる介護者の実態調査 第2報: 医療的ケアを必要とする在宅重症心身障害児の主たる介護者の精神健康状態」, 日本小児科学会雑誌. 2018;122(9):1533-1537.
- 9) 浅野美和(横浜市こども青少年局障害児福祉保健課): 横浜市立中村特別支援学校保護者学習会資料「メディカルショートステイ事業について」, 令和2年2月12日.
- 10) 横浜市教育委員会「横浜市立学校における医療的ケア支援事業実施要綱」, 平成29年2月22日制定, 令和元年12月18日改正.
- 11) 在宅療養児の地域生活を支えるネットワークホームページ <https://sites.google.com/site/zaitakuryouyoujinet/>
- 12) 横浜市ホームページ「横浜型医療的ケア児者・等コーディネーターを配置します!」<https://www.city.yokohama.lg.jp/city-info/koho-kocho/press/kodomo/2019/20200330203703770.html>

投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。

あて先

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

「台東病院・老健千束祭」の開催意義と職員の認識 —全職員を対象としたアンケート調査を通して—

野本潤矢¹⁾ 楠本直紀¹⁾ 加藤淳平¹⁾ 廣田謙一¹⁾ 中野博美¹⁾ 山田隆司¹⁾
嶋田雅子²⁾ 川畑輝子²⁾ 中村正和²⁾

【要旨】 台東区立台東病院・老人保健施設千束では、地域ヘルスプロモーション病院としての役割の一環として、台東病院・老健千束祭(以下、病院祭)を開催した。病院祭の評価と今後の地域ヘルスプロモーション病院としての取り組みの示唆を得るため、全職員305名に対してアンケート調査を行った。アンケートの有効回答者数は219名(回答率:71.8%)であった。病院祭を通して、他部署職員とのコミュニケーションの強化や地域に大切な病院であることの認識につながっていた一方で、業務時間外の作業が負担に感じた職員も多かった。病院祭の開催は、地域ヘルスプロモーション病院の取り組みのひとつとして意義があることや開催への企画・実施のプロセスが職員間の分野横断的な取り組みの契機となり、人材育成の場として有用であったと考えられた。

KEY WORD 地域ヘルスプロモーション病院, 人材育成, 多職種連携

I. はじめに

台東区立台東病院・老人保健施設千束(以下、台東病院)では、2019年度から台東区からの指定管理受託に際し、3つの運営方針の1つに「地域ヘルスプロモーション病院としての役割」を位置づけた。台東病院では、これまでに患者や利用者だけに限らず、区と協働したがん予防講演会や小中学校での防煙教室の開催など、地域住民を対象とした予防活動に取り組んできた。その活動の一部として、公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターと協働して実施しているHPH(Health Promoting Hospitals and Health services)活動^{1),2)}や職員におけるHPHに向けたワークショップ(以下、WS)^{3),4)}がある。WSにおいては、HPH活動の一

環として、病院祭の企画・提案がなされ、実施に向けたプロジェクトチームが発足された。病院祭開催の目的は、台東病院が「地域ヘルスプロモーション病院」として、患者・利用者の治療や療養支援だけでなく、患者や地域住民の予防活動に取り組む病院であることを地域住民に知ってもらうことに加え、職員のヘルスプロモーションの理解や活動意欲の向上、職種間のコミュニケーションの強化が図られることとした。

病院祭の実施に向けて、2019年6月より多職種職員で構成されたチームを中心に検討を重ねた。また、人材育成の場として活用するために、就業3年目の職員は研修の一環として、各チームに配属し、リーダー等の役割を担った。

実際の病院祭(2019年9月8日開催)においては、テーマごとに多職種で構成されたチームが

1) 台東区立台東病院・老人保健施設千束, 2) 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター
(筆頭著者連絡先: 〒111-0031 東京都台東区立千束3-20-5 台東区立台東病院・老人保健施設千束)

原稿受付2020年3月31日/掲載承認2020年7月2日

それぞれのテーマごとに催しを行った。具体的には、「健康チェック」「フレイル予防」「禁煙推進」「食生活支援」「認知症ケア」「在宅ケア」「施設見学」「技能実習生紹介」「ボランティア紹介」の9つのテーマで、専門性を活かした情報提供や体験および日常業務の紹介を行った⁵⁾。

今回、病院祭の評価と今後のHPHとしての取り組みのヒントを得るために台東病院全職員に対してアンケートを実施した。その結果を考察も交えて報告する。

II. 方法

1. 対象

台東病院に勤務する全職員305名。

2. 調査方法

無記名の自己記入式質問票によるアンケート調査を実施した。調査期間は、病院祭開催後の2019年10月1日～10月8日とし、各部署(診療部、看護介護部、医療技術部、事務部)ごとに配付し回収を行った。

3. アンケートの項目

病院祭のかかわり方、病院祭にかかわった職員の所属、病院祭の目的の認知度、病院祭にかかわって感じたこと、施設と地域の関係者との連携強化について、病院祭に参加できなかった理由、来年度の病院祭へのかかわり、今後の病

院祭への意見等とした。また、アンケートの作成、集計は台東病院の健康推進委員会の委員が中心となって実施した。

III. 結果

回答者数は219名、未回答者は86名、回答率は71.8%であった。

1. 病院祭でのかかわり方(表1)

回答者219名のうち、企画からかかわった職員が44名(20.1%)、当日のみかかわった職員が43名(19.6%)、全くかかわらなかった職員が132名(60.3%)であった。結果として、病院祭に企画段階からかかわった、または、当日かかわった職員は回答者の39.7%であり、これは職員全体の28.5%であった。

2. 部署ごとに見た病院祭へのかかわり(表2)

病院祭にかかわった職員を部署ごとにまとめると、企画からかかわった職員の内訳は、診療部2人、看護介護部19人、医療技術部16人、事務部7人であった。当日のみかかわった職員の内訳は、診療部1人、看護介護部28人、医療技術部6人、事務部8人であった。かかわらなかった職員の内訳は、診療部4人、看護介護部89人、医療技術部26人、事務部11人、その他2人であった。かかわり方に違いはあるものの、所属をまたいで多部署がかかわっていた。

表1 病院祭でのかかわり方 n=219

職員の立場	回答数 (%)
企画からかかわった	44 (20.1)
当日だけかかわった	43 (19.6)
かかわらなかった	132 (60.3)

表2 部署ごとに見た病院祭へのかかわり n=219

	診療部	介護看護部	医療技術部	事務部	その他
企画からかかわった	2	19	16	7	
当日のみかかわった	1	28	6	8	
かかわらなかった	4	89	26	11	2
計(人)	7	136	48	26	2

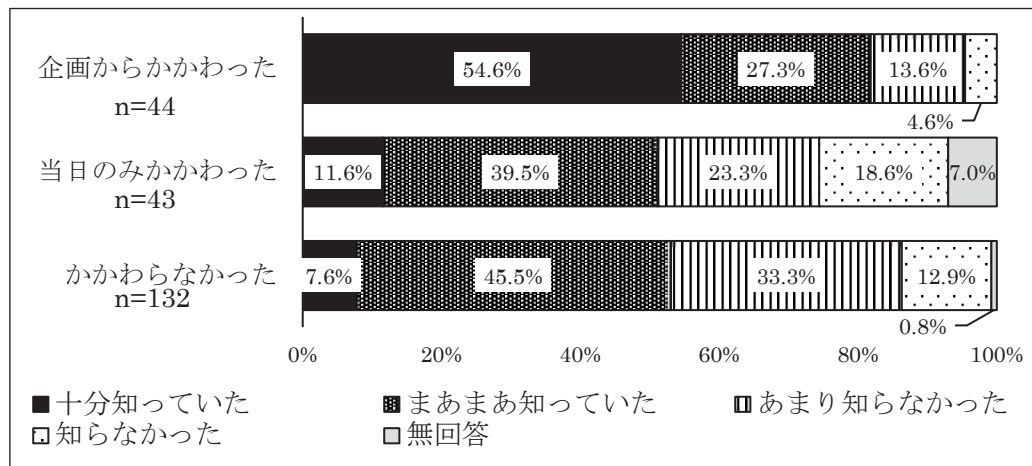


図1 病院祭の目的の認知度

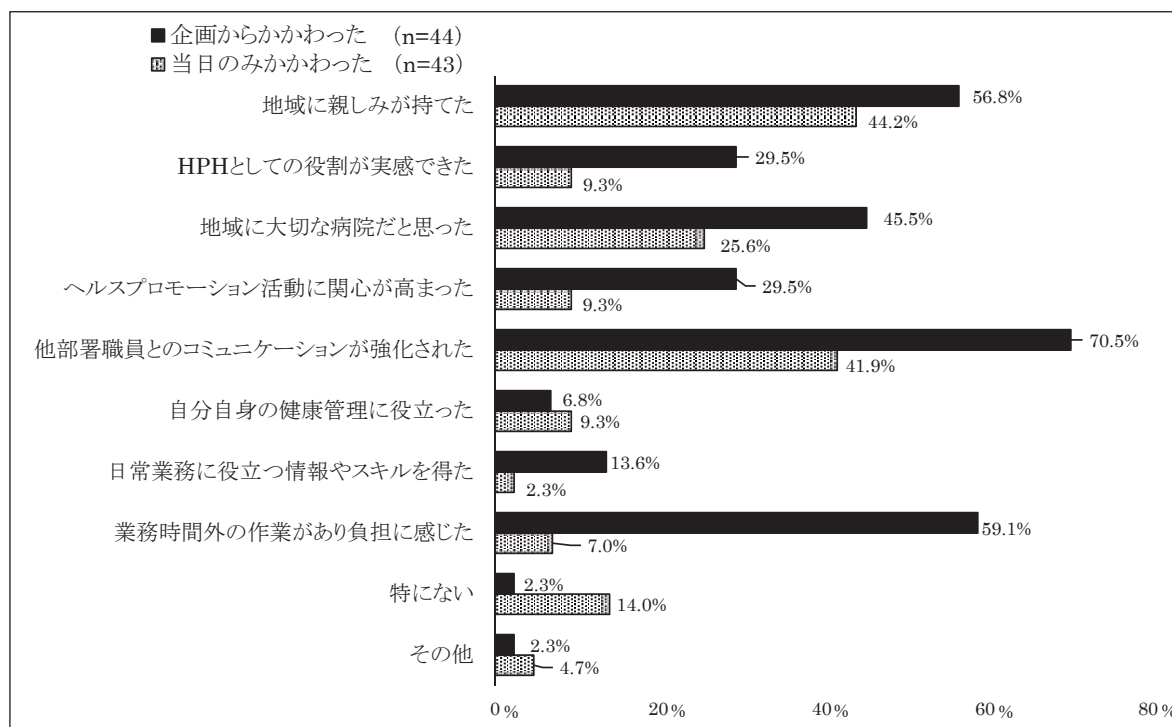


図2 病院祭にかかわって感じたこと(複数回答可)

3. 病院祭の目的の認知度(図1)

回答者219名のうち、病院祭の目的を「十分知っていた」「まあまあ知っていた」と回答した人を合わせた割合は、企画段階からかかわった職員が81.9%であったのに対して、当日かかわった職員は51.1%、かかわらなかった職員は53.1%であった。

4. 病院祭にかかわって感じたこと(図2)

「病院祭にかかわった」と回答した87名の感

じたことでは、「他部署職員とのコミュニケーションの強化」を挙げた職員が最も多く、その内訳は企画段階からかかわった職員が70.5%、当日からかかわった職員が41.9%であった。「地域に親しみが持てた」項目では、企画段階からかかわった職員で56.3%、当日かかわった職員で44.2%であった。全体的に企画段階からかかわった職員は、当日かかわった職員と比較して、「地域に大切な病院であることの認識」「HPHとしての役割の認識」や「ヘルスプロモーション活

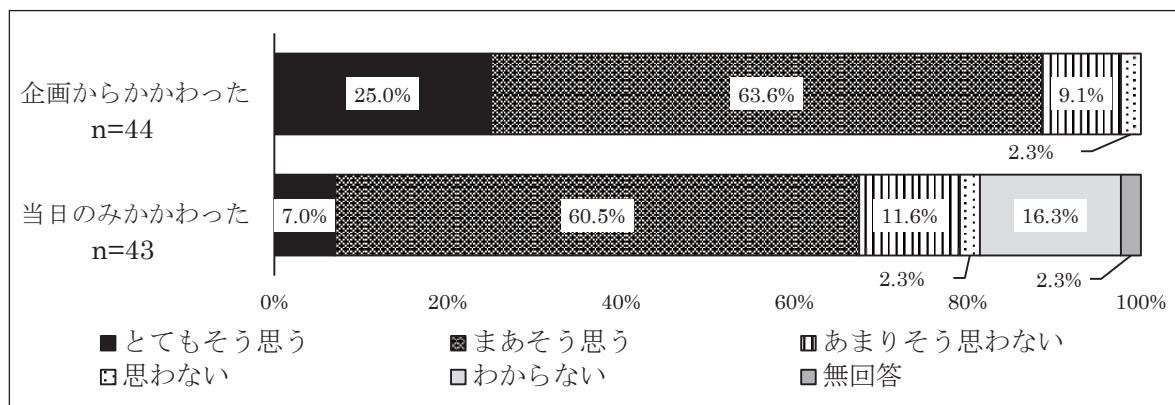


図3 施設と地域の関係者との連携強化について

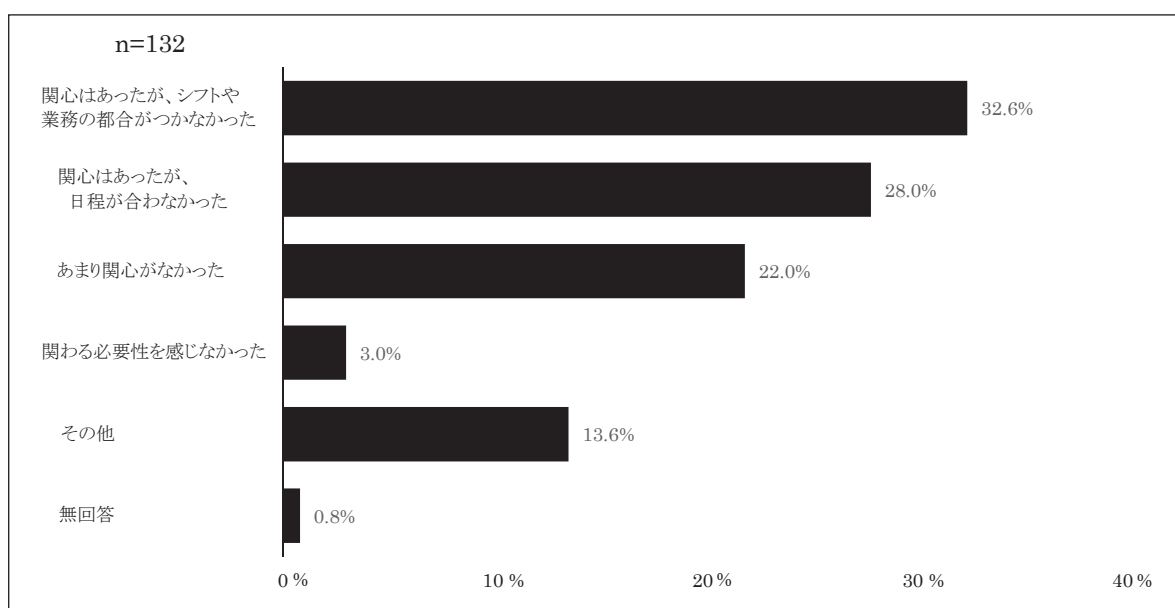


図4 参加できなかった理由

動への関心の高まり」を感じた割合が高い傾向にあった。一方で、企画からかかわった職員の59.1%が業務時間外の作業があり負担に感じたと回答した。

5. 施設と地域の関係者との連携強化について (図3)

「地域と連携強化につながった」と感じた者の割合は、企画段階からかかわった職員では88.6%、当日かかわった職員では67.5%であった。

6. 参加できなかった理由(図4)

「病院祭にかかわらなかった」と回答した132名の参加できなかった理由は、「関心はあったが

シフトや業務の都合がつかなかった」が32.6%、「関心はあったが日程が合わなかった」が28.0%で、約6割が勤務や業務の都合であった。一方で、「あまり関心がない」が22.0%、「必要性を感じない」が3.0%であり、参加しなかった職員のうち約25.0%は関心がない、または必要性を感じないという回答であった。

7. 来年度の病院祭のかかわり(図5)

回答者219名のうち、「来年度、病院祭にかかわりたい」と回答した者の割合は、企画段階からかかわった職員の84.1%、当日かかわった職員の79.0%、かかわらなかった職員の72.8%であり、参加の時期やかかわりの有無にかかわら

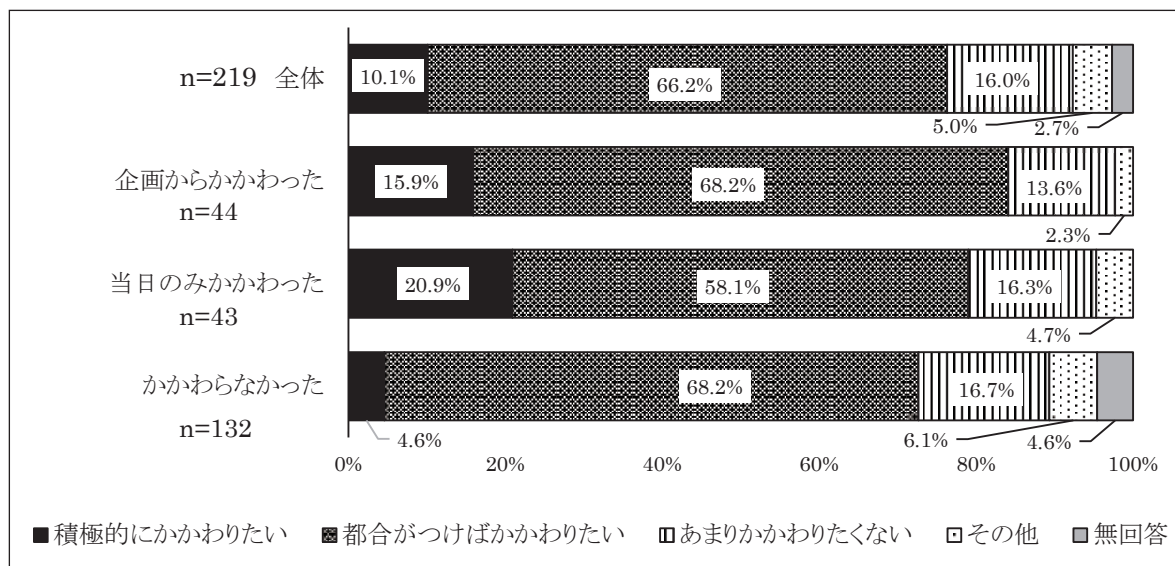


図5 来年度の病院祭のかかわりについて

ず、回答者の8割が来年度も病院祭にかかわりたいと答えた。自由記載でも、かかわりの有無に関わらず病院祭の継続や地域への浸透を期待する意見が多数寄せられた。

8. 今後の課題

職員アンケートの自由記載から、大きく3つの課題があがった。1点目は広報の強化である。病院祭の準備を早くから開始し、広報の周知を早めることや近隣の町内会だけでなく台東区全体の町内の回覧板で案内することなどの意見が挙げられた。2点目は予算(活動費)の確保である。年度ごとに開催するのであれば、活動費を明確に予算化してほしいという声が聞かれた。3点目は、業務負担である。通常業務に加えて病院祭の準備に負担感を感じたという意見や通常業務の時間を割いて多職種メンバーで日時を合わせることに苦労したとの声があがった。

IV. 考 察

1. 職員のヘルスプロモーションの理解

台東病院ではこれまで、さまざまなヘルスプロモーション活動^{1),2)}を行ってきたが、企画や運営はごく限られた職員に限定されており、特に経験年数の浅い職員が関わる機会が十分ではな

かった。そのため、今回の病院祭では、就業3年目を中心とした多職種職員で構成されたチームを発足し、企画・運営を行ってきた。終了後のアンケートでは、「HPHとしての役割が実感できた」「ヘルスプロモーション活動の関心が高まった」と回答した職員は、企画から病院祭に関わった職員の約3割であった。この結果は、経験年数の若い職員がチームリーダーなどの役割を担うように構成されたことや、企画段階から分野横断的に取り組んだことが、全体の3割という高い割合での職員の参加につながったと考えられる。

現在、地域包括ケアシステムが推進されているわが国において、「病院完結型医療」から、「地域完結型医療」への転換が進められている。このような時代において、病院では、患者の疾病や障害に対応するだけでなく、ヘルスプロモーションの考え方を理解し、医療に関わるスタッフが医療のあり方を再認識する必要がある⁶⁾。

今回の病院祭は、病院や老健で勤務する職員にとって、普段接することの少ない地域に住む人々との交流を深める貴重な機会となっていた。特に、経験年数の若い職員は、公的医療保険等の範囲内の業務を担当する事が多く、地域の住民との関わりは貴重な時間であったと思われる。また、病院祭は、台東病院が患者や利用

者の治療だけでなく、地域住民の健康づくりに取り組むことの周知も目的としていた。各チームは、地域の人々に対して、ヘルスプロモーションの意義やその必要性を唱える活動の検討を重ねてきた。以上のような経験は、職員が地域における病院のあり方や地域ヘルスプロモーション病院としての役割とは何かを考える機会となり、病院祭を通してヘルスプロモーションの理解につながったと推察された。

2. 多職種連携を含む人材育成の場としての病院祭

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活していくためには、医療・介護・住まいなどの一体的に提供されるサービスが求められるが、日々の臨床現場では、患者背景の多様性の増大や提供するサービスの増大などにより、不確実性や複雑性の高い状況に直面する事が多々ある。これらの状況に対処するためには、思考が固定化しないよう専門内外の人たちの意見やアイデアを積極的に受け入れることが求められる⁷⁾。つまり、臨床現場でのさまざまな問題に対処するためには、個人の考えにとらわれず、多職種職員の意見に耳を傾ける必要がある。

今回の病院祭のプロジェクトチームは、日々の業務では直接やりとりの少ない職種や職員で構成されていたが、それぞれの専門職の立場から意見を出し合い、ブースごとに催し物の企画・運営を行った。病院祭の感想では、「他部署職員とのコミュニケーションの強化」を挙げた職員が最も多く、その内訳は企画段階からかかわった職員が70.5%、当日からかかわった職員が41.6%であった。これらのことから、病院祭は、職員同士のコミュニケーションを促進する場として活用できることが示唆された。また、病院祭開催への企画・実施といった、業務外の活動は、非公式な多職種連携教育の機会であることが言及されている⁸⁾。多職種連携教育の観点からも、病院祭は、職員間の分野横断的な取り組みの契機となり、人材育成の場として有用

であったと考えられる。

3. 今後の病院祭に向けて

来年度の病院祭のかかわりに関して、参加の時期やかかわりの有無にかかわらず、回答者全体の8割が次年度も病院祭にかかわりたいと答えた。地域のヘルスプロモーション活動の一環として、多くの職員が今後も病院祭の継続を希望していることは、活動への理解と活動意欲の向上につながったためと考えられる。また、病院祭を通じて、職員の人材育成が図られ、HPHとしての活動を広く展開することで、地域住民への介護予防や健康づくりにつながると推察でき、病院祭を継続していくことは意義深いと考えられる。一方で、企画からかかわった職員の半数以上が業務時間外の作業があり負担に感じたと回答した。医療系職種において、業務負担が大きくなるほど連携への関心が薄まる傾向もある⁹⁾と指摘されており、次の開催に向けて、時間外勤務や時間内の作業等も含めた準備に関する負担の軽減が求められることが示唆された。

参考文献

- 1) 保科ゆい子, 他: 台東区立台東病院・老人保健施設千束における禁煙推進プロジェクトの活動と今後の展望. 月刊地域医学 2016;30:864-848.
- 2) 川畑輝子, 他: 医療・介護施設における職員の食生活改善のための食環境整備に向けて. 月刊地域医学 2018;32:1090-1096.
- 3) 楠本直紀: 地域のヘルスプロモーション病院を目指して. 月刊地域医学 2019;33:34-38.
- 4) 嶋田雅子, 他: 地域ヘルスプロモーション病院を目指して「地域連携の会」報告. 月刊地域医学 2019;33:382-385.
- 5) 嶋田雅子, 他: 地域ヘルスプロモーション病院としての病院祭の開催「台東病院・老健千束祭」. 月刊地域医学 2019;33:946-950.
- 6) 馬場園明: 地域で病院が担う健康を支援する役割. 病院 2019;78:408-412.
- 7) 宮田靖志: プライマリ・ケア現場の不確実性・複雑性に対処する. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2014;37(2):124-132.
- 8) Barr H, Koppel I, Reeves S, et al. Effective Interprofessional Education Argument, Assumption & Evidence. Blackwell, 中山蒂子訳. 役に立つ専門職連携教育 — 議論仮説根拠. 新潟医療福祉大学, 2005:68-69.
- 9) 藤田益伸, 他: 介護・医療の専門機関の在宅療養の業務量が連携意識に及ぼす影響. 日本の地域福祉 2012;25:39-48.

地域小規模病院における急性虫垂炎に対する 開腹手術と腹腔鏡手術の比較検討

二日市琢良¹⁾ 酒井昌博¹⁾ 有永信哉¹⁾
吉尾正治¹⁾ 酒井啓一郎¹⁾ 是松聖悟²⁾

目的: 一般病床50床の地域小規模病院における急性虫垂炎に対する開腹手術と腹腔鏡手術の有用性を比較検討する。

対象と方法: 対象は2013年からの6年間で急性虫垂炎に対して手術を施行した38例。開腹群と腹腔鏡群に分け2群間比較を行った。

結果: 腹腔鏡群(19例)は開腹群(19例)に比べ、手術時間が長く、出血量は少なかった。在院日数、術後合併症および手術関連を除く入院保険点数に有意差を認めなかった。

結論: 地域小規模病院では急性虫垂炎に対する開腹術の経験値の高さもあり、腹腔鏡手術の利点が示されない可能性が示唆された。

KEY WORD 急性虫垂炎, 開腹手術, 腹腔鏡手術

I. はじめに

急性虫垂炎は急性腹症を呈する疾患のひとつであり頻度の高い疾患である。手術に関しては腹腔鏡下虫垂切除術が1983年にはじめて報告され、本邦では1996年に保険収載された。現在では多くの施設で積極的に行われるようになっていく。一般病床50床の地域密着型小規模病院である当院でも2013年より腹腔鏡下虫垂切除術を導入した。今回、当院で急性虫垂炎に対し施行した従来の開腹手術と腹腔鏡手術の比較検討を行い、その有用性を検討した。

II. 対象と方法

当院の外科医は3名(60歳代2名, 40歳代1

名)で、急性虫垂炎に対する術式選択は執刀医の判断に委ねている。当院では腹腔鏡下虫垂切除術は3ポートで行っており、単孔手術は行っていない。これに対し開腹虫垂切除術は従来の交差切開法で行っている。後方視的に、2013年1月から2018年12月までに当院にて手術を施行した急性虫垂炎38例を対象として、患者背景および患者因子、術前因子、手術因子、術後因子の臨床病理学的因子について検討した。患者因子としては、年齢、性別、肥満の有無(BMI 25kg/m²でcut-off)、併存疾患の有無、術前因子としては、発症から手術までの時間(24時間未満および以上)、術前白血球数(以下WBC, 12000/ μ L未満および以上)、術前C反応性蛋白値(C-reactive protein: 以下CRP, 10mg/dL未満および以上)。手術因子としては、手術時間

1) 酒井病院, 2) 中津市民病院 小児科

(筆頭著者連絡先: 〒871-0024 大分県中津市中央町1丁目1-43 酒井病院, 大分医科大学2004年卒業)

原稿受付2020年2月28日/掲載承認 2020年7月9日

表1 症例背景

年齢	歳	38.7 (12 - 87)
性別	男：女	25：13
BMI	kg/m ²	22.7 (16.2 - 29.4)
併存疾患		16例 (42.1%)
術式	開腹：腹腔鏡	19：1
開腹移行		1例/20例 (5%)
病理組織	カタル性	4例
	蜂窩織炎性	13例
	壊疽性	14例
	穿孔性	7例
術後合併症	創感染	1例
	腹腔内膿瘍	1例
	腸炎	1例

(分), 出血量(mL), 炎症による分類(単純性および複雑性), 術後因子として術後合併症の有無, 在院日数(7日以下および8日以上), 総入院保険点数, 手術関連を除く入院保険点数について検討した。

統計学的検討は, Fisherの直接検定, Pearsonの χ^2 検定, t検定あるいはMann-WhitneyのU検定を用いた。それぞれの検定で $p < 0.05$ を有意差ありと判定した。

倫理に関しては院内掲示にて患者にオプトアウトを行った。

Ⅲ. 結果(成績)

1. 患者背景(表1)

手術を施行した急性虫垂炎症例は6年間で38例, 平均年齢38.7歳, 男性25例, 女性13例であった。平均BMIは22.7kg/m²。併存疾患を有する症例は16例, 開腹手術を施行されたのは19例, 腹腔鏡手術は19例, 腹腔鏡手術は20例に行われ1例開腹移行したため開腹手術とした。病理学的分類では, カタル性4例, 蜂窩織炎性13例, 壊疽性14例, 穿孔性7例, 術後合併症を3例(創感染1例, 腹腔内膿瘍1例, 腸炎1例)に認めいずれもClavien-Dindo分類Ⅱであった。

2. 開腹群と腹腔鏡群の2群間比較(表2)

患者因子では, 年齢, 性別, 肥満の有無, 併存疾患の有無に有意差を認めなかった。術前因

子では, 発症から手術までの時間, 術前WBC, 術前CRPに有意差を認めなかった。手術因子では, 開腹群と比べ腹腔鏡群は, 手術時間が長く($p < 0.001$), 出血量が少なかった($p = 0.046$)。虫垂炎の分類に有意差はなかった。術後因子では, 術後合併症の有無, 在院日数に有意差は認めなかった。総入院保険点数では腹腔鏡群が有意に高かったが, 手術点数を除いた入院保険点数では有意差は認めなかった。

Ⅳ. 考察

当院は大分県北部にある人口約8万人の中津市で昭和42年に開院した一般病床50床, 総病床数76床の小規模病院である。病院の特徴としては『子供からお年寄りまで, 軽症から重症まで, 朝から夜中まで』というようなコンビニ病院的側面がある。常勤医は5名でそのうち3名が外科, 1名が麻酔標榜医を有する泌尿器科, もう1名が総合診療科である。外科医3名は経験年数40年目が1名, 35年目が1名, もう1名が年度ごとの交代で7~15年目であり, いずれも消化器外科である。当院での腹腔鏡下虫垂切除術は2013年から開始しているが, 40年目の外科医および7~15年目の外科医は前任地(地域中核病院)で同術式は20例以上の経験がある。当院での日常診療は外科の専門性が求められることより, 総合医としてスキルを求められることが多い。1日あたりの外来受診患者数は約160名, 救急告示病院でもあり, 年間400~500台の救急車を受け入れている。外科全身麻酔手術は年間約70件あり, 胆石, 鼠径ヘルニア, 乳腺の手術の割合が多く, 虫垂炎手術は年間6例程度ある。今回, このような地域小規模病院における手術成績が, 一般に報告されている大規模病院等と同じか否かを判断するために虫垂炎手術を用いて検討した。

急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術は1983年に初めて報告された¹⁾。開腹虫垂切除術と比較し, 低侵襲であり, 整容性に優れ, 術後疼痛が少なく, 創感染が少なく, 入院期間が短いなどの報告があり^{2), 3)}, 本邦においても1991

表2 急性虫垂炎に対する開腹手術と腹腔鏡手術の比較

因子	カテゴリー	開腹群 n = 19	腹腔鏡群 n = 19	p値
患者因子				
年齢	歳	35.6 ± 21.6	41.7 ± 21.7	0.191
性別	男	12	13	0.732
	女	7	6	
肥満の有無	-	18	14	0.090
	+	1	5	
併存疾患の有無	-	11	11	1.000
	+	8	8	
術前因子				
手術までの時間	<24時間	12	7	0.105
	≥24時間	7	12	
WBC	<12,000/ μ L	10	14	0.179
	≥12,000/ μ L	9	5	
CRP	<10mg/dL	15	11	0.163
	≥10mg/dL	4	8	
手術因子				
手術時間	分	66.8 ± 37.5	98.4 ± 27.6	< 0.001
出血量	mL	27.4 ± 66.4	4.8 ± 7.1	0.046
虫垂炎の分類	単純性	8	9	0.744
	複雑性	11	10	
術後因子				
術後合併症	-	18	17	0.500
	+	1	2	
術後在院日数	日	7.7 ± 3.8	7.4 ± 4.2	0.644
総入院保険点数	点	49,688 ± 13,023	60,916 ± 15,349	0.007
入院保険点数 (手術点数を除く)	点	42,159 ± 12,543	43,229 ± 13,132	0.746

年に施行され始め、1996年に保険収載され現在では多くの施設で積極的に施行されている。当院では従来の開腹虫垂切除術を行ってきたが、2013年より腹腔鏡下虫垂切除術を導入し現在では虫垂炎の第一選択としている。

今回の検討では、腹腔鏡手術において手術時間の延長および出血量の低下を認めるものの術後合併症や在院日数に有意差はなかった。総入院保険点数では腹腔鏡手術で有意に高点数であったが、手術の保険点数を除外した保険点数では有意差はなかった。したがって、手術の保険点数の差が総入院保険点数の差となっていたためであり、当院では急性虫垂炎に対する腹腔鏡手術と開腹手術は手術成績において同等と考

えられた。腹腔鏡手術は開腹手術と比べ創感染が少ないと報告されている^{2),3)}が、今回の検討では差がなかった。これは症例数が少ないことと当院の手術成績が良好であり、術後創感染が1例のみであったため有意差を認めなかったと考えられた。当院ではこれまで従来の開腹手術に習熟していたことに対し腹腔鏡手術導入直後であり施設としての習熟度が低かったことも手術成績に差がない要因の一つと考えられた。また、背景因子や術前因子に差はないものの、術式選択に関して当院では以前より主治医執刀制であり、60歳代の医師で今さら腹腔鏡手術を習得しても仕方がないという立場もあり、何らかのbiasが生じた可能性も考えられた。しかし、

特に膿瘍形成性虫垂炎や穿孔性虫垂炎において、積極的に腹腔鏡手術を行うことで、今後腹腔鏡手術の有用性を実感し適応別の術式選択ができるものと考えている。

腹腔鏡手術に用いる機器の発達、外科全体の習熟度が上がっていることから高度炎症所見を有する虫垂炎や穿孔例、膿瘍形成例に対しては腹腔鏡手術が可能かつ有用であるとする報告がされている^{4), 5)}。当院ではいまだ症例数が少なく施設としての習熟度が十分でないことが今回の結果につながったと考えられた。しかし、今回の検討は当院での腹腔鏡下虫垂切除術導入直後であったにもかかわらず治療効果は開腹虫垂切除術と同等であり、今後の症例集積により手術時間の短縮および在院日数の短縮により入院保険点数の軽減につながると期待している。今後も腹腔鏡手術の利点を生かせるよう症例を蓄積していく方針である。

V. 結 語

地域小規模病院における急性虫垂炎に対する開腹手術と腹腔鏡手術の手術成績は腹腔鏡手術導入直後であったにもかかわらず同等であった。

参考文献

- 1) Semm K: Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15: 59-64.
- 2) Biondi A, Di Stefano C, Ferrara F, et al: Laparoscopic versus open appendectomy: a retrospective cohort study assessing outcomes and cost-effectiveness. *World J Emerg Surg* 2016; 11 (1): 44.
- 3) Martin LC, Puente I, Sosa JL, et al: Open versus laparoscopic appendectomy. A prospective randomized comparison. *Ann Surg* 1995; 222 (3): 256-261.
- 4) Towfigh S, Chen F, Manson R, et al: Laparoscopic appendectomy significantly reduces length of stay for perforated appendicitis. *Surg Endosc* 2006; 20 (3): 495-499.
- 5) Athanasiou C, Lockwood S, Markides GA: Systematic Review and Meta-Analysis of Laparoscopic Versus Open Appendectomy in Adults with Complicated Appendicitis: an Update of the Literature. *World J Surg* 2017; 41 (12): 3083-3099.

ヘルスプロモーション研究センター作成教材 「コロナに負けない！ 新型コロナ長期戦に向けた心と体づくり」の紹介

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 川畑輝子 村中峯子 中村正和

はじめに

2019年12月に中国・武漢市に端を発した新型コロナウイルス感染症は、急激な勢いで世界中に広がり、多くの人命を奪っている¹⁾。一部の地域では、都市封鎖や経済活動の自粛、人の移動の制限等により、感染拡大に一定の歯止めはかけられたものの、いまなお、世界各国で感染者数の増加が報告され¹⁾、わが国でも7月から再び感染者の増加がみられている。ワクチンや治療薬の開発、治療法の確立にはしばらくの年月を要することが予想され、わが国においても長期にわたる対応が必要になると見込まれる²⁾。つまり、人々の健康と安全を最優先と位置づけ、ウイルスとの共生、「withコロナ」を前提とした社会経済活動を行うことが必須となる²⁾。

新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19)との長期戦は、個々人の基本的感染対策:①身体的距離の確保、②マスクの着用、③手洗い、の実践と日常生活を営む上での基本的な生活様式、いわゆる「3密(密集、密接、密閉)の回避」をはじめとする「新しい生活様式」³⁾の順守を基本とする。加えて、必要に応じて外出を自粛し人との接触機会を減らす等、感染拡大を可能な限り抑制するための行動変容が不可欠となる²⁾。

一方で、そのような行動制限に伴う日常生活

の変化が、人々の心や体の健康に与える影響も懸念されている。感染に対する不安や恐怖、人との交流が制限されることによる孤独や寂しさ等による心の脆弱化、外出の機会が減ることによる運動不足やそれによるフレイル(心身の活力が低下し、要介護に移行しやすい状態)の促進、食事の不規則化、喫煙や飲酒量増加の懸念等が課題として挙げられ、保健医療分野の団体や学会から解決に向けた提言等が示されている^{4)~9)}。しかし、それらは専門家に向けた各論での提示が多く、一般市民が日常生活の中で一瞥し、即実践できるよう総合的に示されているものは少ない。

そこで、ヘルスプロモーション研究センター(以下、ヘルプロ)では、ターゲットを「働く世代」と「シニア世代」にしぼり、これからのwithコロナ時代において感染症対策と生活習慣病およびフレイルの発症・重症化予防を両立させ、心身ともに健康に過ごすための啓発教材「新型コロナ長期戦に向けた心と体づくり(ポスター2種)」を作成した(図1)。本稿ではその概要を紹介するとともに、メディアでの取り上げとその反響、そして現在進めている地域での活用について紹介する。



図1 新型コロナ長期戦に向けた心と体づくり ポスター2種

ポスターの概要

1. 働く世代版

働く世代版は、主に生活習慣病の発症・重症化予防とメンタルヘルスの悪化防止を目的に、「運動」「食事」「お酒」「心の健康」「たばこ」の5つをテーマとして取り上げ、それぞれの要点を3ポイント、合計15ポイントにしぼって示した。COVID-19は、高血圧症、糖尿病等、複数の疾病を発症している患者において死亡率が高いことが指摘されていることから¹⁰⁾、生活習慣を整え生活習慣病の予防と改善を図ることでCOVID-19から身を守ることをねらいとした。「食事」「運動」に加え、生活習慣病および感染症罹患のリスクを高め、かつ日本人の死亡への寄与が高い「たばこ」と「お酒」^{11)~13)}、そして何より、COVID-19流行の長期化により懸念される「心の健康」をテーマとした⁴⁾。

各ポイントは、実行に移しやすいよう、でき

るだけ具体的に示した。運動では、「身体活動を増やして免疫力アップ:今より10分増やす。1日60分が目安⁵⁾」等、具体的な数字を示すほか、「筋トレやヨガは自宅で動画を活用」「3密を避けて屋外で運動を」と、室内でもできること、屋外での注意点を具体的に示した^{5), 14)}。食事は、「1日3食食べて生活のリズムを」「減塩と、カリウムの多い野菜、果物、乳製品で健康生活」「主食・主菜・副菜の組み合わせで考えれば献立も簡単」と、具体的な回数や食品、献立の立て方を示した¹⁵⁾。お酒は、「時間を決めて飲む」「適量を知って週単位で調節」「週に2日は休肝日」、心の健康は「自分をいたわる」「眠れない日が続いたら医師に相談」「趣味をみつけてリフレッシュ」と、具体的な行動内容を示した^{4), 16)}。たばこは、「禁煙して感染症の流行に備える:喫煙は感染症のリスクがアップ」「受動喫煙を防ぐことも大切」と、COVID-19流行下での禁煙の重要性を示した¹³⁾。

2. シニア世代版

シニア世代版は、主にフレイルやサルコペニアの予防や悪化防止を目的に、「運動」「食事」「口腔ケア」「心の健康」の4つをテーマとして取り上げ、それぞれの要点を3ポイント、合計12ポイントを示した。高齢者がCOVID-19を発症しやすく死亡率が高い背景には、多くの場合、低栄養ならびに骨格筋の減少や機能低下(サルコペニア)の存在があるとされる¹⁷⁾。生体の免疫力は栄養状態によって支えられ、低栄養かつ筋肉量が減少すると感染症に対する免疫能が低下することから¹⁸⁾、シニア世代版には「運動」「食事」のほか、栄養状態に深く関係する「口腔ケア(口腔機能維持)」をテーマに加えた。さらに、外出自粛により社会とのつながりが希薄になると、フレイルの進行が懸念されるため⁶⁾、人と人の心のつながりや助け合いを促す「心の健康」もテーマに加えた。

内容は、働く世代版と同様、できるだけ分かりやすく、実行可能性の高い行動内容を具体的に示した。運動は、「座っている時間を減らす」「筋肉運動」「日中の散歩」として、筋肉量の維持と骨の強化を目指した内容⁷⁾、食事は「いろいろな食品をしっかり食べて低栄養予防」「たんぱく質のおかずをとる」「ビタミンDと日光浴」として、低栄養とフレイル予防に役立つ内容をそれぞれ示した。口腔ケアは、「食事の前にお口の体操」「毎食後・寝る前の歯磨き」として、おろそかになりがちな口腔機能の維持に役立つ内容を示した。また、口腔ケアだけでなく、熱中症や感染症予防にも有効な「水分補給」を加えた。心の健康では「人とのつながりを大切に」「心のリフレッシュを」「困ったときは助け合い」として、家族や友人とのつながりを保つことの大切さとともに、セルフコントロールのヒントを示した⁷⁾。

3. 作成にあたっての工夫

働く世代版、シニア世代版ともにテーマごとに色分けし、統一感を持たせた。また配色は、カラーユニバーサルデザインを取り入れ、高齢の方でも認識しやすい色づかいにした。伝えた

いポイントごとにキーメッセージとそれを表現するイラストを添え、文字を読まなくても視覚的に理解が進むよう工夫した。テーマごとでできていること、できていないことを確認し、行動変容の次の一步を考えるチェックリストとしても活用できるような構成とした。教材は、ポスターとしての利用を主目的に作成したが、縮小して印刷すればリーフレットとしても活用できる。感染予防の観点から紙媒体での配付が難しい場合はスマートフォンなどの電子媒体上でも普及できるよう、QRコードによる読み取りも可能にした。

メディアでの取り上げと反響

作成した教材をヘルプロのホームページで公開するほか、報道機関にも情報を提供し報道面での協力を依頼した。その結果、主要紙(2紙)、地方紙(15紙)、計17紙に掲載されるほか、経済雑誌や健康雑誌、大阪府門真市、札幌市保健福祉局等の自治体ホームページ、協会けんぽ大阪支部での健診案内時の配付や4つの健康保険組合の広報誌、東京都北区社会福祉協議会や中央労働災害防止協会など各種団体の会報誌に掲載され、想定以上の反響があった(2020年7月27日現在)。

また、予想していなかった反響として、徳島新聞社が徳島市内の契約販売店に朝刊への折込みを依頼し、28店から協力が得られ、計6万枚をポスティングしたとの報告があった。同様のケースとして、宮城県石巻市の個人新聞販売店からも自主的にポスターを印刷して新聞に折込み、契約世帯、約2,000戸に配付したいとの申し出があった。そのほか、新聞記事を見た一般の方(特に高齢者の方)から資料の入手方法についての問い合わせがあった。このような反響の大きさから、改めてCOVID-19とそれに関連した正確な健康情報への関心とニーズの高さを感じた。

コロナに負けない！東通村 村民健康チャレンジ！

～みんなで取り組む心と体づくり～

ご参加いただいた方には、もれなく**参加賞進呈！**
さらに**抽選で10名様に東通村特産品詰合せが当たる！**

・抽選結果は賞品の発送をもってかえさせていただきます。
・皆様からいただいたチャレンジ結果は、東通村の健康づくりに役立てます。

応募条件：東通村在住・在勤者ならどなたでもOK！年齢不問！お子様もぜひ一緒に！

新型コロナウイルス感染流行下での「新しい生活様式」では、運動不足や不規則な食事に加えて、気分が落ち込んだり、たばこやアルコールへの依存が進みやすくなります。この機に生活習慣を見直し、みんなで「**コロナに負けない！東通村**」を目指しましょう！

★個人で参加しても、仲間と一緒に参加してもどちらでもOKです。
「**仲間**」は、**家族やお茶のみ友達、伝統芸能仲間、仕事仲間、**
どんな仲間でもOKです。みなさん誘い合わせてご参加ください！
※仲間と一緒に参加する場合も、応募（登録）は個人ごとに行ってください

応募期間：2020年8月1日～31日

【参加方法】

8月 クイズに答えて行動宣言 → 8月31日 登録シート提出 → 9月 健康チャレンジ実行！ → 10月9日 記録シート提出 → 賞品もGET！
コロナに負けない！

村民健康チャレンジの流れ

1. ポスターとポスターにちなんだクイズを全戸配付する（2,800世帯）
2. ポスターを見てクイズに答える（学習する）
3. ポスターの内容を参考に、自分に合った行動目標を宣言する
4. 宣言した行動を実行する（1か月間）
5. 1か月、実行継続した方に、抽選で村の活性化につながる景品をプレゼント！

健康意識の向上・新しい生活様式
の中での「きずな」を強化

※応募用紙に「村のいいところ」「次世代に引き継ぎたいこと」を記載してもらい、健康チャレンジの結果と合わせて地区や団体ごとに分類するなどして、**みんなで共有する**

図2 ポスターを活用した新型コロナ対策事業：東通村「村民健康チャレンジ」の概要

ポスターを見てクイズに答える(学習)

「コロナ撃退クイズ」

○×クイズです！
コロナに負けない心と体を作るために、正しいものには「○」間違っているものには「×」を、登録シートの記入欄に記載してください。※答えはポスターの中にかくれています！

マークのヒント →

記入はこちらへ！

運動

問1： 運動をしても、免疫力や心の健康はアップしない

問2： 椅子を使った筋トレやラジオ体操も筋肉維持に効果あり

食事

問3： ビタミンDの多い食品は骨を強くし、筋力の低下を防ぐ

問4： 乳製品には、カリウムは含まれない

お酒

問5： アルコールの適量は、男性も女性も同じである

問6： 飲み過ぎは免疫力の低下につながる

心の健康

問7： 声をかけ合い、助け合うことが心の健康につながる

問8： 悩んだら早めに信頼できる人に相談することが大切である。

たばこ

問9： たばこを吸うと免疫力が低下し、感染症のリスクが増える

問10： 家族が喫煙しても子供や周りの人の健康には影響しない

口腔ケア

問11： 歯磨きをして口腔内を清潔に保つことは肺炎予防になる

問12： 食事の前の「お口の体操」は、唾液を増やし誤嚥を防ぐ

ポスターを参考に「行動宣言」する

登録シート

= 提出期限 8月31日 =

コロナ撃退クイズの答え（あてはまる方をなぞってください）

問1	○	×	問5	○	×	問9	○	×
問2	○	×	問6	○	×	問10	○	×
問3	○	×	問7	○	×	問11	○	×
問4	○	×	問8	○	×	問12	○	×

行動宣言

私(達)は、コロナに負けないために以下の目標を実行することを宣言します！

東通村のいいところ
～自慢したいもの、引き継いでいきたいもの～

いいところを残すためにこんなことができたらいいな

〒039-4222
東通村大字砂子又字里17番地2
東通村役場 いきいき健康推進課
「コロナに負けない心と体づくりの事業」係
8月31日必着

必ずお書きください

氏名	個人
参加の部	グループ (お名前:)
住所	
連絡先	

※この登録用紙はいきいき健康推進課にもあります。ご利用ください。

図3 ポスター内容にちなんだ「クイズ」と「行動宣言」するための「登録シート」

教材を活用した 地域でのCOVID-19対策事業の試み

最後に、本教材を活用した地域での試みとして、青森県東通村で実施する新型コロナウイルス感染症対策事業「コロナに負けない！東通村『村民健康チャレンジ～みんなで取り組む心と体づくり～』(以下、「村民健康チャレンジ」)を紹介する(図2)。

「村民健康チャレンジ」は、「東通村発」短命県返上プロジェクト(地域社会振興財団令和2年度長寿社会づくりソフト事業費交付金取得事業)の一環として東通村が実施する事業である。ヘルプロも、その企画・運営に関わっている。当初、このプロジェクトは6月に地域や職種のリーダーを対象として、「リーダー健診」やワークショップを通して、村内の各組織・団体の自発的な取り組みにつなげる事業を開始する予定だったが、COVID-19の流行により、開始時期が大幅に遅れた。そこで、それまでの準備期間として本教材を全戸配付し、地域ぐるみで行動変容に取り組むイベント「村民健康チャレンジ」を行うこととした。

村民にとって関心の高いCOVID-19を切り口として、村民が感染予防に加えて生活習慣改善やフレイル予防に向けて新たな行動を起こす機会を提供するとともに、みんなで取り組むことで、密を回避しながら地域の絆を深めることがねらいである。

事業概要を説明する。まず、教材(ポスター2種)とそれにちなんだクイズを村の広報誌に折込み配付し、クイズに答える過程において「withコロナ」の新しい日常と望ましい生活様式について学ぶ。その内容を参考に住民各々が主体的に1ヵ月間取り組む「行動宣言」をして実行する。同時に、参加者から「村のいいところ」「次世代に引き継ぎたいこと」に関する思いや意見を聞き取り、イベントの実施結果と合わせて、村民間で共有し、前述の「短命県返上プロジェクト」の導入とする。「村民健康チャレンジ」で住民の健康意識を高めることで、今後のプロジェクトの展開が円滑になることを期待している。

今後に向けて

本稿で紹介した教材(ポスター2種)は、ヘルプロのホームページで公開しているので、ぜひご活用いただきたい。また東通村での活用事例を参考に、他の地域でもぜひ本教材を住民の行動変容やエンパワメントを支援するツールとしてお役立ていただきたい。

危機の時こそ基本に立ち返り、一人ひとりの自律性とセルフコントロール力を高め、相互の連帯を強化することが肝要となる。一人ひとりの気持ちに寄り添い、互いにいたわり合いながら新しい生活様式を受け入れ、基本的な生活習慣を見直す。それにより個々人が、そして地域全体が感染症に打ち勝つ力をつける。本教材がその一助となれば幸いである。

ヘルスプロモーション研究センターのホームページ

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

謝辞

東通村新型コロナウイルス感染症対策事業、「コロナに負けない！東通村『村民健康チャレンジ～みんなで取り組む心と体づくり～』」は、東通村「いきいき健康推進課」、一般社団法人動脈硬化予防啓発センター、岐阜医療科学大学道林千賀子先生、東通地域医療センターの皆様のご協力を得て実施しています。この場を借りて心から感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 一般社団法人日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド(第3版)」http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf (accessed 2020 July 30)
- 2) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症対策本部決定「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」令和2年3月28日(令和2年5月25日変更)」<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000633501.pdf> (accessed 2020 July 30)
- 3) 厚生労働省「新しい生活様式」の実践例 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000641743.pdf> (accessed 2020 July 30)
- 4) 日本赤十字社「感染症流行期にこころの健康を保つために」http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200327_006138.html (accessed 2020 July 30)
- 5) 日本運動疫学会「新型コロナウイルス感染症流行下の身体活動

- 不足・座りすぎ対策」<http://jaee.umin.jp/doc/covid19.pdf>
(accessed 2020 July 30)
- 6) 日本老年医学会「新型コロナウイルス感染症」高齢者として気をつけたいポイント https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/citizen/pdf/coronavirus_01.pdf (accessed 2020 July 30)
- 7) 東京大学高齢社会総合研究機構 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に負けない「おうち時間を楽しく健康に過ごす知恵」<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/?p=4844> (accessed 2020 July 30)
- 8) 厚生労働省 新型コロナウイルス流行にともなう依存症に関する注意喚起 <https://www.jiji.com/ad/koroshou/campaign/who.html> (accessed 2020 July 30)
- 9) 日本呼吸器学会 新型コロナウイルス感染症とタバコについて <https://www.jrs.or.jp/uploads/uploads/files/koronatobako.pdf> (accessed 2020 July 30)
- 10) WHO : COVID-19 AND NCDs <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds> (accessed 2020 July 30)
- 11) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *PLoS Med* 2012; 9: e1001160.
- 12) WHO : Alcohol and COVID-19:what you need to know https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf?ua=1
(accessed 2020 July 30)
- 13) WHO : Smoking and COVID-19 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332895/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Smoking-2020.2-eng.pdf> (accessed 2020 July 30)
- 14) スポーツ庁 新型コロナウイルス感染対策 スポーツ・運動の留意点と運動事例について https://www.mext.go.jp/sports/b-menu/sports/mcatetop05/jsa_00010.html (accessed 2020 July 30)
- 15) 厚生労働省・農林水産省「食事バランスガイドで実践 毎日の食生活チェックブック」<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/pdf/eiyou-syokuji8.pdf> (accessed 2020 July 30)
- 16) 独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター「正しいお酒との付き合い方」https://kurihama.hosp.go.jp/research/pdf/kaijo_1.pdf (accessed 2020 July 30)
- 17) 日本臨床栄養代謝学会 新型コロナウイルス感染症COVID-19の治療と予防に関する栄養学的提言 <https://www.jspen.or.jp/covid-19/> (accessed 2020 July 30)
- 18) Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al: ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr* 2019; 38: 48-79.

第83回 “術式間違い”に関わる アクシデント事例を未然に防止する！ —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

手術に関わるインシデント・アクシデント事例のひとつに、“術式間違い”が挙げられる。日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)で公開されている「医療安全情報」¹⁾では、「No.8:手術部位の左右の取り違い(2007年7月)」「No.50:手術部位の左右の取り違い(第2報)(2011年1月)」「No.128:手術部位の左右の取り違い—脳神経外科手術—(2017年7月)」など、繰り返し注意喚起がなされている。本事業の第57回報告書(以下、本報告書)²⁾では、「術式間違いに関連した事例」について分析を実施している。

“術式間違い”事例では、前記の「医療安全情報」のように「左右の取り違い」が注目されることが少なくないが、本報告書では、手術部位の間違いのみならず、予定していた術式とは違う術式で手術を実施した事例も挙げられている。“術式間違い”の状況によっては、患者への不可逆的な影響が発生し、重大なトラブル事例に発展する可能性もあり、その防止対策は喫緊の課題と言える。本連載でも、これまでに、「手術・処置部位の“左右間違い”に関わるアクシデント(第39回)」「手術部位の“左右の取り違い”に関わるアクシデント(第44回)」など、“術式間違い”事例をテーマとして取り上げて検討している。

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、連携してアクシデント事例発生を未然防止に努めているにもかかわらず、“術式間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されている。患者・家族の視点で考えると、「なぜ、複数のプロフェッショナルの医療者が連携しているのに、説明を受けて同意した術式ではなく、“術式間違い”が発生するのか?」という疑問をもつ可能性がある。

自施設では、“術式間違い”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。“術式間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、複数のプロフェッショナルが連携しているにもかかわらず、“術式間違い”に関わる事例を未然防止できないのか?」という“なぜ”を深めることが求められる。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、診療科や部門・部署を超えてチームとして個々の専門性を発揮できるシステムを整備することが望まれる。

そこで、本稿では、“術式間違い”に関わるアクシデント事例に焦点を当てて、インシデント・アクシデント事例発生を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。

“術式間違い”に関わるアクシデント

本事業の事例検索³⁾では、2020年6月下旬現在、キーワード“術式”“間違い”では52件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本報告書では、報告書分析対象期間(2019年1月～3月)に乳癌で乳頭乳輪温存皮下乳腺全摘術を予定していた患者に、乳房全摘術を実施した事例が報告されたことに対応し、「術式間違いに関連した事例」を分析テーマとして取り上げている。

本報告書における分析対象事例は、2014年1月～2019年3月に報告された医療事故情報の中から抽出した12件である。「術式間違い」事例の分類としては、「予定した術式とは違う術式で手術した：7件」「予定した術式の一部を実施しなかった：3件」「予定した術式に予定していない術式を追加した：2件」などが挙げられている。「術式間違い」判明後の対応では、「予定外に切除・結紮等をしたため、再手術できず：5件」「再手術：4件」「再手術せず：1件」「記載なし：2件」などが挙げられている。このように、「術式間違い」によって、患者への不可逆的な影響が発生した可能性も想定され、医療機関の信頼を揺るがしかねないため、早急な対応が求められる。

“術式間違い”事例における手術申し込みの状況としては、「(手術申し込みの段階で)術式が間違っていた：6件」、および「(手術申し込みの段階で)術式は正しかった：5件」「不明：1件」などが挙げられている(表)。手術申し込みの段階で術式が間違っていた事例、および術式は正しかった事例どちらにおいても、外来担当医と執刀医が違う事例と同じ事例があることが挙げられている。さらに、「術式間違い」事例における執刀直前の確認の状況については、本報告書で分析対象とした12件のうち、執刀直前の確認(タイムア

手術申し込みの状況	外来担当医と執刀医	件数	
術式が間違っていた	違う	4	6
	同じ	2	
術式は正しかった	違う	2	5
	同じ	3	
不明			1
合計		12	

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第57回報告書より)

ウト)の記載のあった7件中、5件が「術式を確認していなかった」ことが挙げられている。

この結果から、タイムアウトを実施していたとしても、「確認項目に術式が含まれているか否か」「術式が確認項目に含まれていても、認識の有無、具体的な確認方法の有無」などによっては、「術式間違い」に気づくことができない可能性もあることが想定される。

“術式間違い”に関わる事例として、事例検索³⁾で検索され、本報告書にも掲載されている事例としては、「乳癌にて手術予定の患者(70歳代、女性)。外来医師は術式や治療について説明し、病態や進行度を考えると『部分切除』の選択が一般的であったが、家族の強い希望もあり拡大手術(右乳房全摘出術)の方針となった。手術の1週間前に入院となり、右乳房部分切除を実施した。術直後の説明時、家族から『同意した術式と異なる』との指摘を受け、申し込みした術式と同意書の術式が異なることが判明し、全摘出を追加で実施した。患者や術式に関する診療科内(医師、看護師)での情報共有が十分でなかった。患者・家族に説明した医師と、術式を入力した医師が異なっていたため誤った術式で申し込みがされた。入院後、病棟看護師は手術に対する患者の受け止めや、術式の確認を行っていなかった。手術室看護師と病棟看護師との引き継ぎでは、具体的に同意書のどの部分を確認するか不明確であった。手術に関わる医療者全員と患者とで術式(同意書)を確認する仕組みがなかった」「患者(30歳代、女性)に、帝王切開時、同意を得ていない卵管結紮を行った。患者は外来受診時に

卵管結紮を希望していた。手術予定日決定の際、外来主治医が、帝王切開と卵管結紮の手術予定や準備物品を電子カルテに入力し、手術室を予約した。入院直前の外来診察時に、『費用などの問題もあり、卵管結紮を希望しない』と患者の意思が変わった。医師は、電子カルテ上の掲示板に『卵管結紮は希望せず』と記入したが、予定術式や準備物品などは変更しなかった。手術当日、サインイン、タイムアウトが行われ、帝王切開術の同意書の確認が行われたが、卵管結紮については特に何もコメントされなかった。帝王切開術後、閉腹直前に、看護師が『手術予定の卵管結紮は行わなくてよいのか』と声をかけた。執刀医は予定術式に伴って卵管結紮を開始した。直後に、再度、電子カルテを確認したところ、掲示板の記載を確認し、同意を得ていない卵管結紮が行われたことが判明した。すぐに、患者に希望を確認、家族にも確認を行い、同意を得た。医師が、患者の希望が変更となった際に予定術式や準備物品などの入力変更を怠った。執刀医(外来主治医)は、元来、患者が卵管結紮を希望していたため、卵管結紮を行うものだと思い込んだ。タイムアウトの際、同意書に記載がないものに関しては手術を行わないというルールを守れなかった。予定術式が変更になる、または追加される場合に、同意書や患者情報を再度確認しなかった」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、“術式間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策として、マニュアル・ルール整備や周知、適切なタイムアウト実施、職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“術式間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価をふまえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索³⁾で検索された事例(以下、本事例)で本報告書にも掲載されてい

る事例を基に、“術式間違い”に関連したアクシデント事例の発生要因と事例発生を未然に防止するためのシステム整備について検討する。

事例 「説明、同意を得た術式の違い、複数の医師の関与と責任の所在?」

【事故の内容】

- ・右乳癌にて外来受診した患者(50歳代、女性)。
- ・患者には、遺伝性血管浮腫の基礎疾患があった。
- ・外来担当医師Aは、「右乳頭乳輪温存皮下乳腺全摘」を行うと説明し、同意を得た。
- ・医師B(後期研修医、入院時の主治医・執刀医)は、手術説明の際に同席しており、医師Aの説明後、別室で説明内容を手術同意書に記載して患者に説明し、署名をもらった。
- ・医師Aは手術日を提案したが、患者は自己都合で医師Aが不在の日を希望し、手術は医師Bと医師Cの担当予定となった。
- ・医師Cが手術申し込みを行い、術式は「右皮下乳腺全摘+センチネルリンパ節生検」と記載した。
- ・手術1週間前の術前カンファレンスに医師Aと医師Cは参加できなかった。
- ・術前カンファレンスで、医師Bは患者の術式が「右乳頭乳輪温存皮下乳腺全摘+センチネルリンパ節生検」と確認した。
- ・患者は、手術前日に入院した。
- ・医師Bは朝から夕方まで手術、医師Cも夕方まで外来業務があった。
- ・通常、手術担当の医師Bあるいは医師Cが、手術前日にエコー下で手術部位のマーキングを行うが、医師A、医師B、医師Cは会議があったため、診察は医師D(初期研修医)が行い、カルテに入院初日の診察内容を記載したのみで、手術部位のマーキングは実施しなかった。
- ・手術当日の朝、医師C、医師Dが患者に挨拶をした。
- ・手術室に入室し、医師Bが入室時の患者確認を行った。
- ・全身麻酔導入後、エコーで腫瘍部位の確認を行い、右乳癌で画像所見と相違が無いことを医師Bと医師Cが確認した。
- ・医師Cが術野を消毒し、手洗い後に医師Bが患者氏名と術式を言い、医師と看護師全員でタイムアウトを行った。
- ・医師Bが執刀し、医師Cと医師Dが助手をした。
- ・医師Cは術前には乳頭乳輪を温存することを認識していたが、手術の際には失念していた。
- ・手術は予定と異なる右乳房全切除+センチネルリンパ節生検を行った

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

本事例の背景要因としては、「手術前日に診察した医師Dは、初期研修医のためマーキングは行っていず、カルテには入院初日の診察内容(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、分娩歴、生活歴、内服、感染症、心電図、呼吸機能検査、超音波、下肢静脈エコー、造影MRI、針生検、胸腹部

CT, 術前診断, 予定術式)を記載した「乳房手術前のマーキングは, 左右や部位の間違いがないように行うものであり, 皮膚切開線までは通常行っておらず, 乳頭温存乳房全切除術と乳房全切除術でマーキングの方法に違いはない」手術直前のタイムアウトの際に確認する手術申込書にも『右皮下乳腺全摘』と書かれているが, 術者がタイムアウトの術式確認を口頭で行うのみで文書を確認していなかった「手術申し込みを間違える可能性もあり, 術式確認は手術申込書と同意書で行うべきであった」執刀医は手術直前のタイムアウトを行ったと言うが, 手術室の看護師はタイムアウトを行った認識がなく, 確実なタイムアウトが行われていなかった「乳頭温存乳房全切除術は, 手術申し込みの予定術式の選択肢の中に無い術式であったため, 『フリー術式入力』より入力した」遺伝性血管浮腫というまれな基礎疾患があり, 全身麻酔のリスクがあることから, そのことに心配が集まっており, 術式に対する関心が薄れていた」などが挙げられている。

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

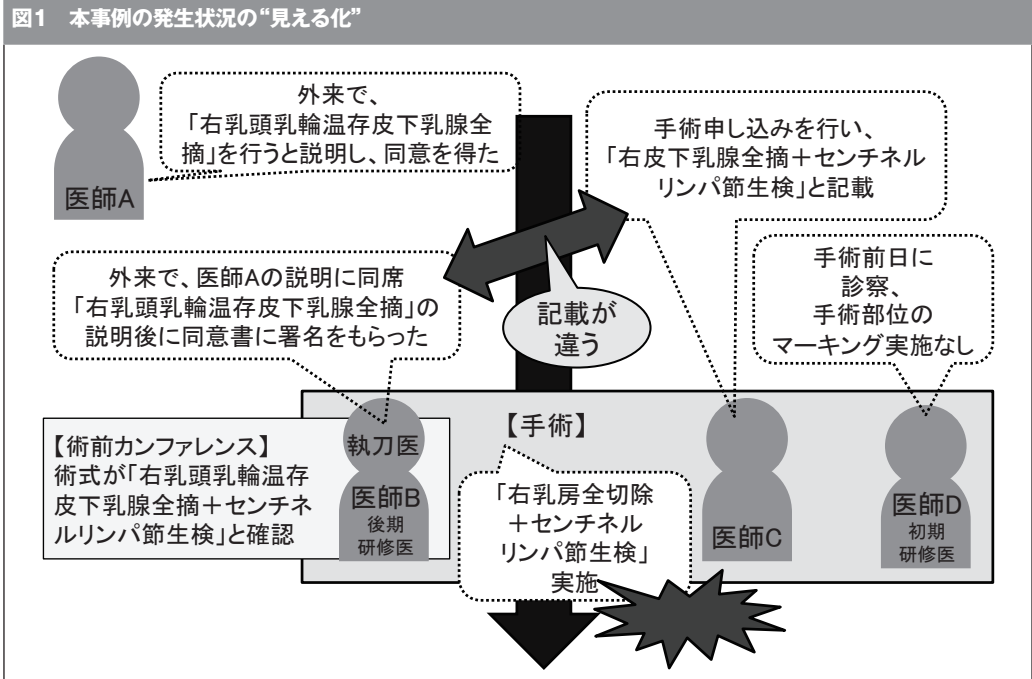
本事例を, RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てて検討すると, 「なぜ, 『右乳頭乳輪温存皮下乳腺全摘』を行うと説明し, 同意を得たにもかかわらず, 術式と異なる術式が実施されたのか?」「なぜ, タイムアウトを実施したにもかかわらず, 術式間違いに気づくことができなかつたのか?」「なぜ, 現状のように複数の医師が関与する可能性がある状況を踏まえて, 発生するリスクの可能性を予測した情報共有がされなかつたのか?」「なぜ, タイムアウト時の術式確認が, 手術申込書と同意書など複数の書類で確認されていなかつたのか?」「なぜ, 手術前には乳頭乳輪を温存することを認識していた医師Cが, 手術の際には失念していることに, 他

の誰かが気づいて確認できなかったのか?」「なぜ, 執刀医は手術直前のタイムアウトを行ったと言うが, 手術室の看護師はタイムアウトを行った認識がなく, 確実なタイムアウトが行われていなかったという状況のまま手術が実施されたのか?」などの疑問が浮かぶ。

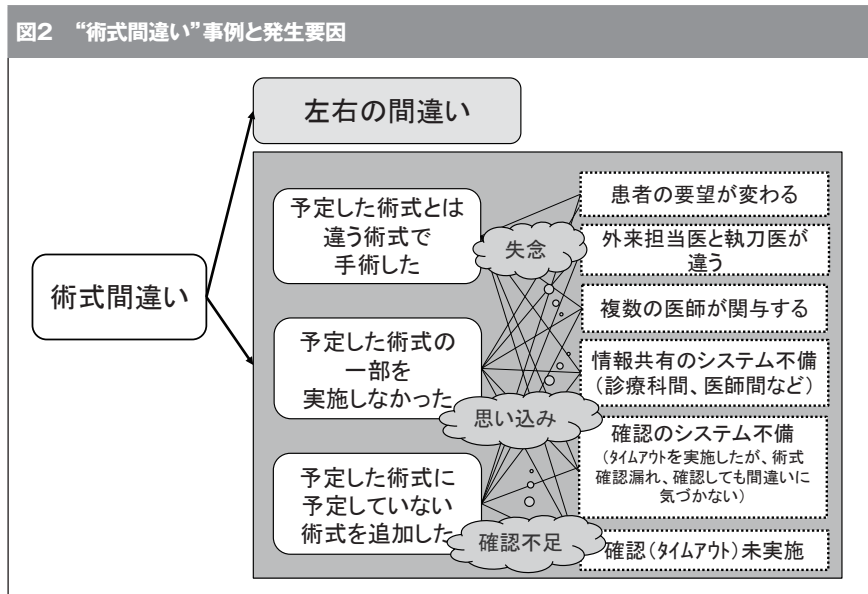
これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に, 事例の発生状況の“見える化”をすると, 本事例では, 「複数の医師が関与していた」「説明して同意を得た医師と手術申し込みをした医師が違う」「助手として手術に参加した医師Cと医師Dは, カンファレンスには参加できていない」「手術前日(入院初日)の診察は医師Dが担当したが, 手術部位のマーキングは実施していない」「医師Cは術前には乳頭乳輪を温存することを認識していたが, 手術の際には失念していた」などがポイントとして挙げられる(図1)。

前記の事例では, 「患者や術式に関する診療科内(医師, 看護師)での情報共有が十分でなかった」「患者・家族に説明した医師と, 術式を入力した医師が異なっていた」「病棟看護師は手術に対する患者の受け止めや, 術式の確認を行ってなかった」「手術室看護師と病棟看護師との引き継ぎでは, 具体的に同意書のどの部分を確認するか不明確であった」「手術に関わる医療者全員と患者とで術式(同意書)を確認する仕組みがなかった」, および「医師が, 患者の希望が変更となった際に予定術式や準備物品などの入力変更を怠った」執刀医(外来主治医)は, 元来, 患者が卵管結紮を希望していたため, 卵管結紮を行うものだと思い込んだ「タイムアウトの際, 同意書に記載がないものに関しては手術を行わないというルールを守れなかった」「予定術式が変更になる, または追加される場合に, 同意書や患者情報を再度確認しなかった」などが挙げられていたが, これらの発生要因だけで必ずしもインシデント・アクシデント事例に至るとは限らない。

こうした発生要因に加えて, 「情報共有のシステム不備」「確認のシステム不備」「確認(タイムアウト)未実施」など, インシデント・アクシデント事例発生防止対策の不備, もしくは未実施



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索で検索され、第57回報告書にも掲載されている事例の記載内容から作成)



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第57回報告書、および事例検索で検索された事例の記載内容を参考に作成)

により、“術式間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例発生に至る可能性が想定される。ほかに、「患者の要望が変わる」「外来担当医と執刀医が違う」「複数の医師が関与する」などの要因も考慮することが重要であり、本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“術式間違い”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、「失念」「思い込み」「確認不足」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(図2)。

“術式間違い”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)複数の職員の関与によるリスクの予測と共有が未実施(内容が不十分)、2)診療科間および多職種間の情報共有のシステム未整備、3)術式についての確認のシステム未整備(どのタイミングで、誰が責任者か、どのように)、4)情報共有と確認およびチェッ

ク体制の現状評価未実施，5)タイムアウトに関するマニュアル未整備(内容が不十分，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。

“術式間違い”に関わる アクシデントの未然防止対策

本事例の改善策には、「タイムアウトの適切な実施について検討し，①～③を従来のタイムアウトの項目に追加した，①麻酔導入前に主治医または執刀医が，手術票と手術同意書の術式が一致していることを確認する，②皮膚切開前に執刀医・麻酔医・外回り看護師が，手術票を見て，(患者氏名，術式，手術予定時間，予想出血量)を確認する，③皮膚切開前のタイムアウトを誰と行ったかを外回り看護師が記録する」手術オーダーの際，術式をデフォルト入力できるように医療情報部と相談する」などが挙げられていた。

“術式間違い”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)複数の職員の関与によるリスクの予測と共有の実施(内容の充実)，2)診療科間および多職種間の情報共有のシステム整備，3)術式についての確認のシステム整備(どのタイミングで，誰が責任者か，どのように)，4)情報共有と確認およびチェック体制の現状評価の実施，5)タイムアウトに関するマニュアル整備(内容の充実，見直し・修正実施)，6)発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育の実施，などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで，ヒューマンファクターとしての「失念」「思い込み」「確認不足」などを防止することが期待される。また，診療科間・多職種間の情報共有と連携により，アクシデントに至る前に「失念」「思い込み」「確認不足」に気づくことで，事例発生を未然に防止することが望まれる。

1)の「複数の職員の関与によるリスクの予測

と共有の実施(内容の充実)」としては，本事例のように，関与した複数の医師間の情報共有が難しいことが想定される。自施設の状況を考慮して，具体的な状況設定によるリスクの予測が欠かせない。医療機関の現状を踏まえると，複数の医師の関与が避けられないとすれば，その状況下で発生する可能性のあるリスクを“見える化”し，共有することが求められる。

2)の「診療科間および多職種間の情報共有のシステム整備」では，1)の予測したリスクの共有も含めて，具体的な行動を示すことが必要である。前記の事例にもあるように，外来での診断・説明後から手術までの間に患者の意思が変わったことで，術式が変更になる可能性も考慮したい。併せて，3)の「術式についての確認のシステム整備(どのタイミングで，誰が責任者か，どのように)」についても検討すると，より具体的な対策が見えてくる可能性がある。

これらについては，4)の「情報共有と確認およびチェック体制の現状評価の実施」が重要となる。マニュアルやルールを整備しても，遵守されているか否かの現状評価が求められる。遵守されていない場合には，その原因を明らかにすることなどが未実施，あるいは不十分であれば，事例発生を未然防止は必ずしも容易ではない。特に，遵守されていない原因については，職員個々の反応を直接確認すること，および現場調査の実施などが望まれる。

5)の「タイムアウトに関するマニュアル整備(内容の充実，見直し・修正実施)」では，タイムアウトを実施しているか否か，タイムアウトを実施していても適切な実施ができていないか否か，などについて，インシデントレポートの報告事例も参考に検討することが重要である。本事例，および前記の事例からも推測されるように，タイムアウトを実施していても，「術式の確認が不十分」など，内容の不備がないかの評価が急がれる。併せて，タイムアウトが形骸化していないかという評価をすることも検討したい。

本事例でも「執刀医は手術直前のタイムアウトを行ったと言うが，手術室の看護師はタイムアウトを行った認識がなく，確実なタイムアウト

が行われていなかった」ということが挙げられており、タイムアウト実施の目的が、“タイムアウトを実施するということ”になり、必要な確認が実施されていないというリスクへの注意喚起が望まれる。

6)の「発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育の実施」としては、はじめに、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の情報提供が考えられる。職員個々が“術式間違い”が発生した場合のリスクを認識し、未然防止のためにできることは何かと考え、行動化を引き出す職員教育の工夫が望まれる。併せて、具体的事例を用いて“術式間違い”により発生するリスクの予測を実施する、多職種による参加型の職員研修も検討したい。

本報告書では、事例が発生した医療機関から報告された“術式間違い”に関連した事例の改善策として、「患者説明」「手術申し込み」「情報共有」「執刀直前の確認」「その他」などが挙げられている。

このうち「その他」の内容としては、「手術室入室時の確認は、患者、診療科医師、麻酔科医師、病棟看護師、手術室看護師で実施し、術式については手術同意書で確認する」ということが挙げられている。今後、自施設における“術式間違い”に関わる事例の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“術式間違い”に関わる事例の未然防止と今後の展望

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

患者・家族の視点で振り返ってみると、「なぜ、術前に説明を受けて同意書に署名をしたにもかかわらず、同意した内容とは異なる術式が実施されたのか?」「なぜ、間違った術式の手術が実施されて取り返しのつかない結果が発生する前に、気づくことができなかったのか?」という疑問が浮かぶことが想定される。こうした疑問については、患者・家族から指摘される前に、医療者が自ら問いかけ、未然防止の取り組みを実施することが求められる。

今後に向けては、特に、タイムアウト(術式含む)の実施が決められており、実施したにも関わらず、“術式間違い”に気づくことができなかったという問題点に焦点を当てて検討する必要がある。自施設におけるタイムアウトの現状評価を実施し、“形骸化”していないか、実施における課題を明らかにすることを提案したい。さらに、前記の事例のように、術直後の説明時に、“術式間違い”に気づくという事例もあることから、医療者が自ら気づくことのできる確認のシステム整備も急がれる。

“術式間違い”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“信頼”に応えるためにも、関与する複数の職員が専門性とチーム力を発揮できる体制整備を検討したい。そのためにも、自施設の現状評価とインシデントレポートの分析などにより、明らかになった課題を克服する多職種の連携を発揮したシステム整備などの未然防止対策の検討が期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2020 Jun 26)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第57回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_57.pdf (accessed 2020 Jun 26)
- 3) 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 26)

END

ちょっと画像でCoffee Break

胸部X線画像診断⑭

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

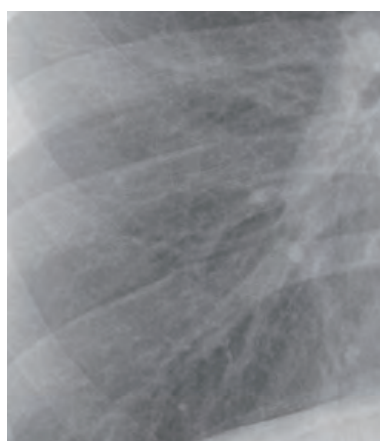
呼吸困難を主訴として救急外来を受診した10歳代女性。数ヵ所の拡大像を併せて示す。



胸部X線，立位P→A



右上肺野



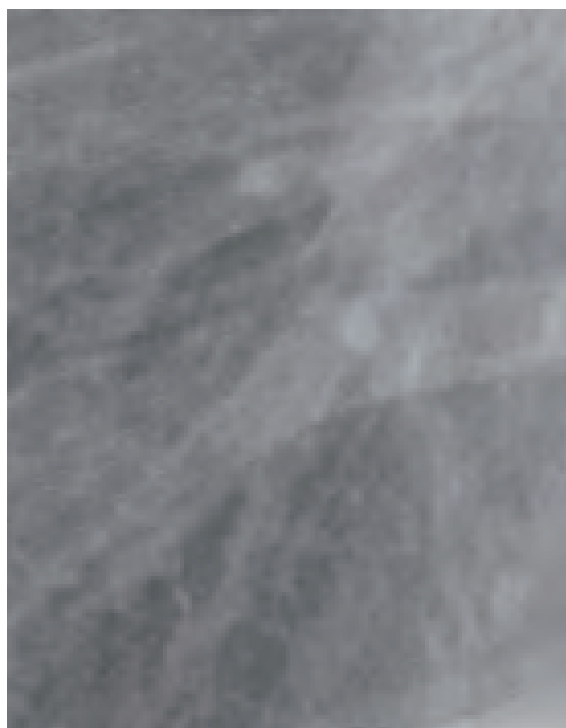
右下肺野



左上肺野

レジデントX: また、一見正常、のX線ですね。なんとなく、肺野の血管影がザワツとした感じがしますね。

筆者: そうそう、ザワツとね、鮮明じゃない感じ。ま、でも、もう少しよ〜くみて、医学的な表現をしてほしいのだけど、ザワツの原因は血管ではなく、気管支にあるのが分かるかな？



右下肺野

筆者: ところで、正常の気管支はみえると思うかね？

レジデントX: そういえば、あまりみえた記憶はないですね。でもときどきみえているような気がします。

筆者: ま、それくらいが正直でよろしい。基本的には、肺野の気管支はみえないと思ってよい。正常でもよくみえるのは、上葉のB3bとか下葉のB6bの正接像である。この症例のように中間層レベルの肺野でも気管支が追えるような場合には、気管支壁に肥厚がある可能性がある。慢性気管支炎や喫煙、気管支拡張症、気管支喘息、心臓喘息、びまん性汎細気管支炎等、原因はいろいろである。

右下肺野では血管影に沿って、中抜けしたような感じの陰影がみえる。こういうのはいわゆる軌道状陰影(tram-line shadow)という。ほかの肺野でも中間層くらいのレベルでチラチラみえている。輪切り像を呈している部分もあって、気管支の陰影をみているものと思われる。輪切り像はX線入射方向に走行する気管支の正接像(いわゆるタンジェント像)である。



この症例は気管支喘息の発作時である。気管支喘息は胸部X線で診断するものではないが、初発時(喘息と診断されたことのない患者)が来た場合に、胸部X線でこのような像をみたら真っ先に疑わなくてはいけない疾患でもある(もちろん気管支壁の肥厚がみえないからといって喘息を否定することはできない)。

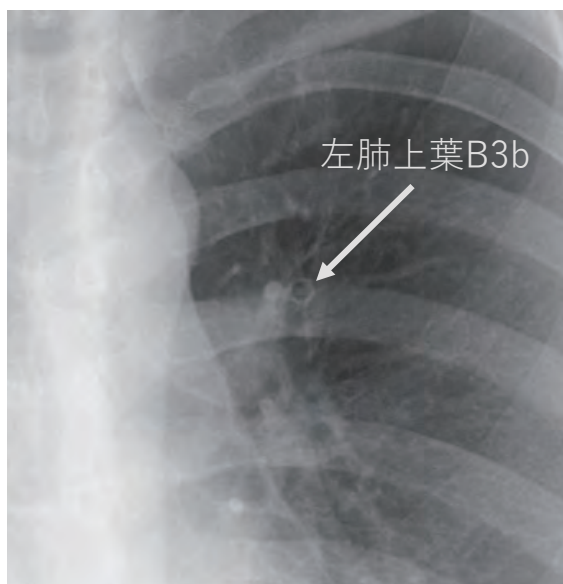
なお、正常のB3bは気管支壁肥厚あるいは気管支周囲肥厚像(peribronchial cuffing)の目安として観察すべきポイントとして教科書に挙げられているが、実際にきれいに正接像(輪切り像)がみえる頻度は高くはない。これは、特に近年



喘息発作軽快後の胸部X線(立位A→P)



右下肺野の拡大像: Tram-lineは見えなくなっている。気管支喘息は可逆性であることが診断上重要である。



これは1,000枚くらいの検診の胸部X線の中からみつけたベストの輪切りショット。ありふれた疾患であろうが正常像であろうが、いざ教科書に使おうとすると、満足の得られる“典型像”というのを探し出すのは意外に大変なのである。

の撮影手法の変化も影響していると思われる(撮影のデジタル化に伴う患者の撮影時のセッティングの変化)。過去には、左肺上葉のB3bの輪切り像が描出される入射角にこだわりを持つX線技師が多かったように思うが、最近では、診断上の重要性よりも撮影時のセッティングの簡便性が優先されているように感じるのは筆者だけであろうか？あるいは流派の違い？B3bは忘却の彼方?? 男はつらいよ、寅さん。おお、そりゃオメエ、今はもう矢切の渡しの時代じゃねえからな、今は輪切りっていえば、CTだろうが、輪～切りのタワシ～っ、てなもんよ(寅)。



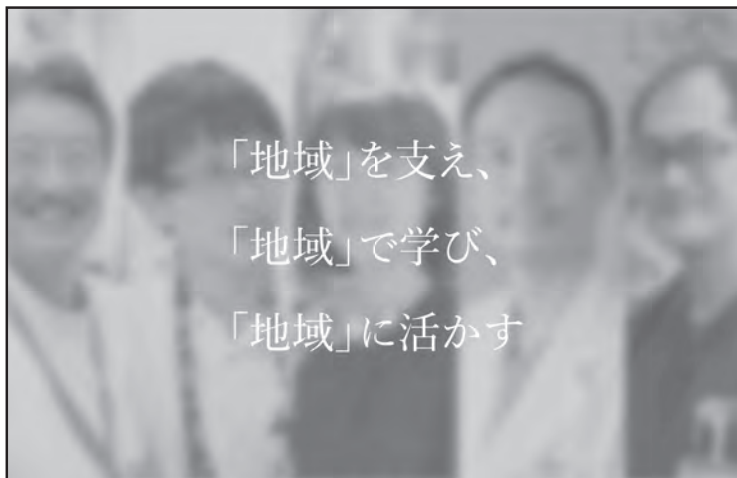
ビューワのルーペ機能を駆使するシャーロックハットネズミ

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

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長

新型コロナウイルス感染症回復患者の血漿による治療
新型コロナウイルス感染症患者と人工呼吸器

新型コロナウイルス感染症からの回復患者の血漿をこの新型コロナウイルス感染症の治療に使うことは以前からいわれていたが、レムデシビル以外に有効な薬剤がないこと、レムデシビルの効果も限定的であることから、血漿療法が改めて見直されていることが、2020年6月3日のHealth Dayで「Plasma Therapy Aids Recovery in Critically Ill COVID-19 Patients」と題し報道されているのでご紹介したい。

回復患者の血漿を使う治療法の歴史は古く、1918年のスペイン風邪、2003年のsevere acute respiratory syndrome(SARS)、2009年H1N1インフルエンザのパンデミック、2015年のエボラ出血熱の治療として使われてきた。

現在、アメリカでは2つのグループの研究者がこの治療の臨床試験を行っている。1つのグループはNYU Grossman School of Medicine, Montefiore Health SystemとAlbert Einstein College of Medicine in New Yorkの共同研究で、COVID-19回復期患者の血漿が入院中のCOVID-19患者の重症化、人工呼吸器の使用を防ぐことができるかを検索している。この方法では少なくとも150人の新型コロナウイルスの治療の最前線にいる人と老健施設の居住者を対象にしている。

一方、Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimoreの研究者はCOVID-19の在宅治療を受けている患者を対象にしている。

NYU Langone Health's department of emergency medicineのDr. Corita Grudzenは、この治療に関してNew York City studyで以下のように述べている。すなわち、現在SARS-CoV-2に対するワクチンはなお開発中であり、確実に有効な治療薬が見出されていない現状

では、回復期患者の血漿投与は他の感染症に罹患などの多少の危険性があっても実施すべきだと述べている。

新型コロナウイルス感染症の患者の人工呼吸についての記事が7月1日のHealth Dayで「COVID-19 Blood Test Might Predict Who Will Need a Ventilator」と題し報道されていたのでご紹介したい。

この研究を行ったのはUniversity of Virginia School of MedicineのDr. Bill Petriを中心とする研究者たちで、57人のCOVID-19患者を対象にして人工呼吸器を必要とした患者と必要としなかった患者とで血中のサイトカインレベルを調べている。

その結果、人工呼吸器を必要とした患者では血中サイトカインの値が高く、いわゆるcytokine stormの状態にあったことを報告している。彼らはまた、血糖値が高い患者で2種類のサイトカインの血中値が高いことを見出し、このことによって糖尿病の患者がCOVID-19に罹患すると予後が悪いことが説明できると述べている。

この結果は査読のある雑誌には未だ掲載されていないので、予備的な報告と考えられる。人工呼吸器を必要としたCOVID-19の患者の血中で増加しているサイトカインの具体的な名前が報告されていないが、2つのサイトカインとはIL-1とIL-6ではないかと私は推測している。

参考WEBサイト

- 1) <https://live.healthday.com/coronavirus-treatment-plasma-transfusions-aid-covid-19-recovery-2646151030.html>
- 2) <https://live.healthday.com/can-blood-test-detect-coronavirus-2646306617.html>



利尻島の観光地について



利尻島国保中央病院
中田健人

めすき先生、ご無沙汰しております。コロナ禍で日々お忙しいこととは存じますが、お元気に過ごされていらっしゃるでしょうか。

利尻島では幸いにもその後、新型コロナウイルス感染患者は出ておらず、病院として元通りの診療体制となりました。また6月より旭川や札幌の病院から地域研修として研修医も来ており、とても活気が出てきております。研修医へのこちらからの指導はもちろんです。地域医療の特性上、幅広く診る必要があるため、その研修医の将来の専門科などの最近の知見を教えてもらうこともしばしばで、こちらとしても非常に勉強になっております。

また利尻島の観光シーズンでもあり、7月くらいからは観光客で島全体として賑わっております。最近では夜中でもようやく寒さを感じることもなくなり、気候としてもベストな時期となっています。今回は個人的におすすめの利尻島の観光スポットについて紹介したいと思います。

① 姫沼・オタマリ沼

姫沼からは、晴れていると写真のように「逆さ富士」を見ることが出来ます。また後に紹介する利尻山登山道コースの入り口があり、沼の周囲をトレッキングできる探勝路もあります。

オタマリ沼はアカエソマツの原生林に囲まれた周囲約1.1kmの島内で一番大きな沼であり、近くにウニ丼やホタテのバター焼きなどの海産物を食べることができるショップもあります。どちらも利尻島を観光する際は外せない場所だと思います。

② 郷土資料館

利尻の自然をテーマにし



姫沼の逆さ富士



利尻山(8合目)

FROM 利尻島（北海道）



オタタマリ沼

たジオラマや古代から近代開拓期の島の生活、漁場の雰囲気を再現した展示物があり、観光として万人受けするかは分かりませんが、利尻島にしばらく住んでみた私個人としてはとても興味深く、行ってみてよかったところの一つです。入館料が200円（島民は100円）とリーズナブルなのも特徴です。

③利尻山

利尻島の中央に高くそびえ立つ標高1,721mの利尻山は、観光シーズンになると登山客でも賑わいます。杓形コースと鴛泊コースの2つがあり、前者の方が難易度が高いです。8～10時間くらいで登頂して帰ってくることができます。山頂からの眺め（8合目からの方が綺麗に見えることもあります）は言葉で言い表せない絶景が広がります。ちなみに前に紹介させていただいた姫沼からのコースは鴛泊コースになります。

今回は利尻島での観光を中心に紹介させていただきましたが、全国的には未だ新型コロナウイルスが猛威を奮っている状況であります。次回はコロナウイルス患者が発生した際の当院での対策に関しまして簡単ではございますが、ご紹介をさせていただきます。よろしくお願いいたします。





広げよう! つなげよう! 私たちの挑戦!!

上野原市立病院 特定ケア看護師 志村はるか

施設の紹介

上野原市は山梨県最東部に位置し、首都圏中心部まで約1時間とアクセスがよく通勤や通学にも便利な場所です。また、登山やハイキングコース、キャンプ場、温泉施設、ゴルフ場などもあり四季折々の自然を楽しむこともできるとても素敵なおとこです。

そんな大自然に囲まれた上野原市立病院は、病床数135床、市内唯一の二次救急医療機関として外来、入院、透析室、健診センター、それ以外に通所リハビリ、訪問看護、訪問診療、附属診療所もあり、上野原市内だけでなく、市外も含め地域で生活している人たちを支えています。

日々の挑戦 - 「院内初」特定ケア看護師の活動 -

わたしはNDC3期生として研修センターに入校し、自施設での臨床研修と合わせ約2年の期間を経て、今年度から特定ケア看護師として活動をしています。

わたしの1日は入院患者さんの情報収集から始まります。夜間の様子や新規入院患者さんをチェックし、ベッドサイドで身体診察やエコーを実施します。検査結果を確認し、必要なケアや検査、今後の方向性など担当医と相談し、指示入力や診療録記載などをします。また病棟看護師や、コメディカルの職員と相談や情報共有をし、それ以外にご家族やケアマネへ連絡をすることもあります。患者さんやその家族をよりよい方向に導くことができるよう、日々みんなで連携し活動しています。

現在は病棟の患者さんを中心に対応していま

すが、外来から連絡が入ることもあり、院内を横断的に活動しています。このように柔軟な活動ができるのは「特定ケア看護師」という存在を、医師や看護師、コメディカルの皆さんが理解し支えてくださっているからだと思います。悩んだり、困ったこともすぐに相談できる環境でもあり、多くの方に助けられておりとても働きやすいところですよ。

上野原市立病院の挑戦 - 地域で連携した取り組み -

当院でも新型コロナウイルス感染予防のために、早期から対策をしてきました。しかし病院スタッフから新型コロナウイルス陽性者が出たことにより、救急受け入れ中止や外来診療を閉鎖した期間もありました。上野原市は東京都、神奈川県と隣接しているため、いつ感染者が現れてもおかしくないと思っておりましたが、実際に外来診療閉鎖にまでなると院内は騒然となりました。しかし、スタッフが一丸となってこの病院初の事態に臨機応変に対応し、大きな混乱もなく外来診療再開となりました。閉鎖期間中は近隣住民の方々には、ご迷惑をおかけしてしまいましたが、今後、新たな感染者が院内で発生しないようさまざまな取り組みを始めました。その一つとして、病院玄関口で発熱者や有症状者をトリアージする場所の設置と、発熱外来を開設することとなりました。

上野原市内では地域連携が盛んで、非公開型医療介護専用SNSを利用しクリニックや施設などと、新型コロナウイルス対策についての情報



発熱外来ははじめました。地域企業からリユースガウンを提供していただきました。ガウンの生地は傘に使用されるものです。高価な生地ですが、意外と蒸れずに快適です。



新人研修の様子です。毎年同僚とペアで新人の指導にあたっています。

交換も活発に行われております。また、地域企業からの支援で、リユースガウンを提供していただいたりと新型コロナウイルス対策に活用させていただいております。

今後の挑戦 —活動の場はどんどん拡大—

当院で特定ケア看護師はわたし一人です。そのため、院内に目標となる診療看護師や先輩特定ケア看護師、同期のNDCもないので、ときに心細さや不安を感じてしまいます。でもそんなときは、当院の特定ケア看護師の活動基盤を作り、わたしを指導してくださった診療看護師の筑井菜々子さんや、支援に来てくださったNDC 1期生や2期生の先輩方のかっこよくて頼もしい姿をいつも思い出して勇気を貰っています。

す。尊敬する先輩方と働かせていただき、特定ケア看護師として活動するにはより一層の知識と技術が必要であると実感しました。そのため、特定ケア看護師としての能力をどのようにブラッシュアップするかは今後の課題の一つでもあります。また、特定ケア看護師の役割は、院内だけでなく院外での需要も必ずあると思います。地域連携の盛んな上野原市で活動の場を広げていけるように、今後は院外への発信もしていきたいと思っています。

一人の人間として、頭も心も表情も柔らかく、特定ケア看護師としては、チーム医療を隙間なく充実させることができるようにサポートしていけたらと思っています。

最後に2年間の研修期間を含め、多くの方々に支えられてきました。皆様のおかげでここまで来ることができました。その出会いとご協力に感謝申し上げます。

地域医療型後期研修

2020. 6. 30

気がつけば最終学年

東京北医療センター総合診療科、地域医療のススメ専攻医4年目の横田遊です。

専攻医1年目にも記事を書かせていただきました。せっかくの機会なので専攻医2年目から今に至るまでを簡単に振り返りたいと思います。



プロフィール

2015年3月 順天堂大学医学部卒業
2015年4月 東京北医療センター初期研修医
2017年4月 東京北医療センター総合診療科、
地域医療のススメ専攻医

専攻医2年目は6ヵ月間、北海道の十勝いけだ地域医療センターで研修しました。いけだは東京北の先輩方が今まで多く研修しており、とても楽しそうだったので選択しました。東京から遠く離れた場所で、さらに車の運転が苦手な私にとっては不安いっぱいでしたが、春から夏の池田町は気候も良く、職場の方々と楽しく過ごさせていただきました。いけだでは上部内視鏡をたくさん経験したり、整形エコー、整形内科を学ぶことができました。1年ぶりに地域研修をして自分のできるようになったこと、まだまだ足りないところを確認できました。印象的だった出来事は北海道胆振東部地震です。停電が続き、断水に怯えながら数日過ごしました。その中でも診療は続けましたが、災害への備えがいかに重要かを考えさせられました。

北海道から帰り専攻医3年目終了まで1年半は東京北総診・小児科で研修しました。この1年半は東京北総診の組織改革にひたすら取り組んでいました。組織改革の内容については今までに先輩や後輩が投稿しているのでここでは割愛しますが、大変だけでもとても充実した日々でした。夜な夜なみんなで集まり理想の総診を創り上げるための方法、解決策を考えました。忙しいながらも楽しくできたのは東京北の和気藹々とした雰囲気のおかげだと思います。組織改革は終わりのないプロジェクトですが、みんなで最高の職場をつくっていきたいです。また対外発信にも最近力を入れており、東京北総診の斬新なホームページ(<https://www.tokyokita-resident.jp/rollcabbage/>)もできたのでぜひ見ていただければと思います。Facebookでの情報発信もやっています！

そして専攻医4年目は東京ベイ・浦安市川医療センターの集中治療科の研修から始まりました。集中治療には以前から苦手意識があり、ここで勉強しなければずっと逃げ続けてしまうと思い選択しました。また私は家庭医を目指していますが、対極とも言える集中治療の現場を知ることによって広い視野を持つことができるのではないかと期待しました。怖さ9割、わくわく1割という心持ちで研修が始まりましたが、朝早い生活、緊張するプレゼン、さらに自分の知らないことが多すぎて、とても落ち込み鬱々とした日々でした。



た。さらには新型コロナウイルス感染拡大でステイホーム生活になりストレス解消することもできず…でも3ヵ月目になり慣れてきて、集中治療の面白さも少し分かってきました。毎日いろいろなことを教えていただき情報処理ができていないくらいですが、ベイで学んだことはずっと活かせると思うのでとてもありがたいです。学年が上がると指導される立場というのはとても貴重で、このタイミングで研修できて良かったと思います。



そしてこの原稿を書いている今はベイでの研修もあと数日というところです。7月から馴染みのある東京北総診に戻るのはほっとしますが、新しい人も増えているのでやや緊張もしています。ベイでの経験を活かし後輩にも指導できたらと思います。

自治医大

JICHI MEDICAL UNIVERSITY

now

2020.9

令和2年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました……………

令和2年度都道府県自治医科大学主管課長会議は、新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、書面ならびに電話およびウェブでの開催といたしました。

会議資料として、

- ・大学の現況について
- ・令和2年度入学試験の結果ならびに令和3年度入学試験について
- ・在学生の関連事項について
- ・卒業生の関連事項について
- ・令和3年度入試に向けた広報について
- ・令和元年度決算と令和2年度予算の概要について
- ・附属病院ならびに附属さいたま医療センターの概況について

を各都道府県あてに、説明書きを付記した上で配付いたしました。

また、6月3日(水)と4日(木)に分かれて、卒後指導委員会都道府県担当等による各都道府県との個別協議のほか、学生生活支援センター、医学教育センターおよび教務委員会による在学生に係る個別協議を行いました。

令和3年度大学院入学試験の実施について……………

令和3年度の大学院医学研究科および看護学研究科の入学試験を次のとおり実施しますのでお知らせいたします。

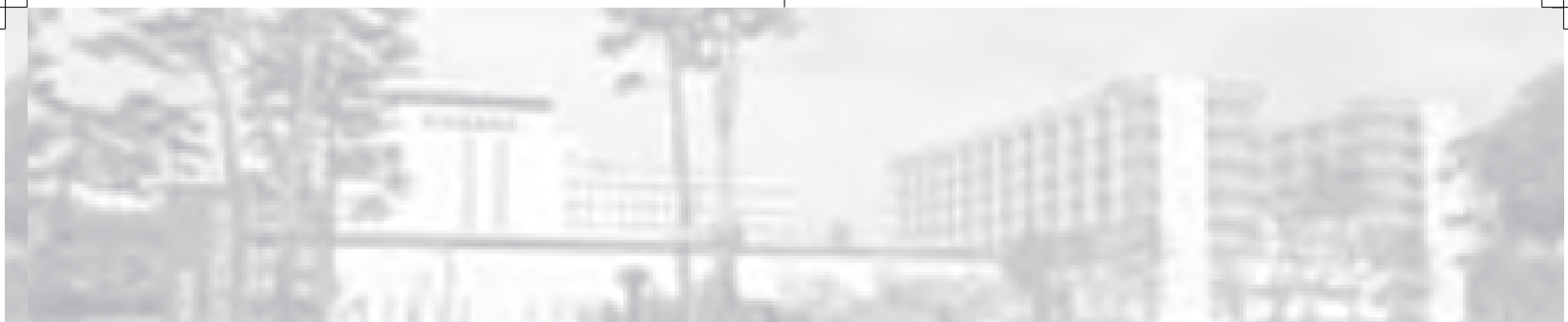
医学研究科

(1) 修士課程(募集人員：10名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和2年9月28日(月) ～令和2年10月7日(水)	令和3年1月12日(火) ～令和3年1月22日(金)
試験日	令和2年10月26日(月)	令和3年2月15日(月)
合格者発表	令和2年11月27日(金)	令和3年3月12日(金)

【試験科目】

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



※社会人特別選抜について

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

※学生納付金免除者特別選抜について

- ・出願時における学業成績の平均値が3.8以上の者で、世帯総収入額が一定の基準以下である場合に、学生納付金(入学料, 授業料)の納入が免除されるものです。(詳細は募集要項でご確認ください。)
- ・第1回試験のみの募集となります。

(2) 博士課程(募集人員: 25名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和2年9月28日(月) ～令和2年10月7日(水)	令和3年1月12日(火) ～令和3年1月22日(金)
試験日	令和2年10月26日(月)	令和3年2月15日(月)
合格者発表	令和2年11月27日(金)	令和3年3月12日(金)

【試験科目】

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

※学生納付金免除者特別選抜について

- ・出願時における学業成績の平均値が3.8以上の者で、世帯総収入額が一定の基準以下である場合に、学生納付金(入学料, 授業料)の納入が免除されるものです。(詳細は募集要項でご確認ください。)
- ・第1回試験のみの募集となります。

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

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

※第1回目試験について変更等が生じた場合には、令和2年9月4日(金)までにホームページにて通知いたします。また、第2回目試験につきましても今後の状況によってはやむを得ず中止となる可能性もございますので、令和3年度入学希望の方は、可能な限り第1回目試験の受験をご検討くださいますようお願い申し上げます。

《問い合わせ》

学事課 大学院係

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

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

看護学研究科

(1) 博士前期課程

<出願資格認定試験>

出願期間	第Ⅰ期募集：令和2年8月6日(木)～8月14日(金) 必着 第Ⅱ期募集：令和2年12月14日(月)～12月22日(火) 必着
結果発表	第Ⅰ期募集：令和2年9月上旬に本人あて結果郵送 第Ⅱ期募集：令和3年1月中旬に本人あて結果郵送

【書類選考】

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

第Ⅱ期募集の出願資格認定試験の実施有無については、令和2年10月頃ホームページに掲載します。

<入学試験>(募集人員8名)

事前面接期間	第Ⅰ期募集：令和2年3月3日(火)～9月11日(金) 第Ⅱ期募集：令和2年3月3日(火)～令和3年2月5日(金)
出願期間	第Ⅰ期募集：令和2年9月4日(金)～9月11日(金) 必着 第Ⅱ期募集：令和3年1月29日(金)～2月5日(金) 必着
試験日	第Ⅰ期募集：令和2年9月26日(土) 第Ⅱ期募集：令和3年2月20日(土)
合格発表	第Ⅰ期募集：令和2年10月7日(水) 第Ⅱ期募集：令和3年3月3日(水)

【試験科目】看護学, 外国語(英語), 面接

※入学定員に達した場合、第Ⅱ期募集の入学試験は実施しないことがあります。

第Ⅱ期募集の入学試験の実施有無については、令和2年10月頃ホームページに掲載します。

(2) 博士後期課程

<出願資格認定試験>

出願期間	令和2年8月6日(木)～8月14日(金) 必着
結果発表	令和2年9月上旬に本人あて結果郵送

【書類選考】

<入学試験>(募集人員 2名)

事前面接期間	令和2年3月3日(火)～令和3年2月5日(金)
出願期間	令和3年1月29日(金)～2月5日(金) 必着
試験日	令和3年2月20日(土)
合格発表	令和3年3月3日(水)

【試験科目】看護学, 外国語(英語), 面接

学生募集要項は, 看護学務課で無料配付しています.

《問い合わせ》

看護学務課

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-159

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

各講座における義務年限終了卒業生の令和3年度採用計画について……………

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

つきましては, 各講座における義務年限終了卒業生の令和3年度採用計画の状況を地域医療推進課ホームページに掲載しておりますので, 必要に応じてご参照くださいますようお願い申し上げます.

HPアドレスは次のとおりです.

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

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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


年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ (URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>) にアクセス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

・・・お知らせ

研修会

令和2年度 中央研修会の一部開催のお知らせ

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

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

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

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

現地研修会

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

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

問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

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

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

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

研修・入局

自治医科大学 感染症科 研修・入局のご案内

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

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

当科での研修にご興味を持たれた方は、ぜひご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属病院 感染症科

科長兼感染制御部長 准教授 森澤雄司

助教 秋根(茨城2006年卒)、病院助教 南(兵庫2008年卒)

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

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

地域医療振興協会生涯教育センターでは、2017年度から協会会員向けの生涯教育e-Learningを開始しました。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・診療が行われているのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知ることがしばしばありました。

共同研究の萌芽、相互交流の促進等を通じて自治医科大学全体の発展のために少しでも貢献できれば幸いであると考え、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

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

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

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

【ウェブサイト】

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

5. 原稿の保存形式と必要書類について

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

6. 原稿の送付方法について

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

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

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

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)は, 公益社団法人地域医療振興協会に帰属する.
- 2) 当該協会は, 当該論文等の全部または一部を, 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

コロナ禍が全く収まる気配がないまま、それでも少しずつ日々の診療を取り戻そうとする毎日ですが、皆様方の施設ではいかがでしょうか。

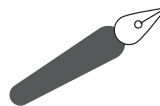
さて、今回の特集は”地域で小児を守る”です。

少子化が進み小児人口が減っている現在、日本社会が存続するためには一人ひとりの小児を大切に育てていかないといけないのは当然だと思いますが、”守られるべき小児”を十分守れているとは到底言えない現状について、さまざまな立場の方から論じていただきました。また、このコロナ禍における学童保育における混乱など、貴重な現場の声もあがってきており、有意義な特集になったかと思えます。

医療者、という立場からは小児を守るためにできることは限られていると思います。差し当たって”児童虐待通告”はもちろんのこと、”要支援児童等の情報提供”も医療者としての守秘義務は免責されるということをきちんと肝に銘じておこうと思いました。

次号10月号は緊急特集として、”新型コロナウイルス感染症”に関する特集をお届けします。地域医療に携わる医療者としてこの未曾有の事態に向き合ってきた貴重な体験を論じていただきます。どうか皆様にご高覧いただければ幸いです。

伊藤大輔



月刊地域医学 第34巻第9号(通巻407号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2020年9月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan