

総合診療・家庭医療に役立つ

10

2021
Vol.35-No.10

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

第14回へき地・地域医療学会

地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～

●インタビュー

「地域医療を一生の仕事にしたい」

才津旭弘 球磨郡公立多良木病院 兼 古屋敷診療所 所長

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.35—No.10(2021年)

目次

インタビュー

- 地域医療を一生の仕事にしたい／才津旭弘 2

特集 第14回へき地・地域医療学会

- 大会長講演:ただ今, 地域包括ケアシステム構築中／武富 章 13
- 招聘講演:自治体病院の完全民営化から15年 社会医療法人関東会の歩み／長松宜哉 16
- メインシンポジウム:地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～
地域医療の現場における“新米・ブレインゲーマネージャー”の役割と展望
- COVID-19前後で激変した環境と新たな展開 -／森田喜紀 20
- 地域全体で医師をタマゴから育てるには?／吉村 学 23
- 地域医療における「ヒト」の育成 -地域全体で熱く, そしてあたたかく育てる-／佐藤 勝 27
- 地域医療は地域包括ケアへ進化する／増永義則 31
- 一般演題 36
- 高久賞 候補演題:私の地域医療 49

原著

- 小児在宅医療における在宅医の役割の検証／島崎亮司 58

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96回 “ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生を未然防止する!
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -／石川雅彦 68

ちょっと画像でCoffee Break

- 腹部X線クイズ／伊藤大輔 78

世界の医療情報

- インプラントによるマウスの1型糖尿病の治療/
高齢者におけるスタチン系薬剤の服用継続について／高久史磨 82

離島交換日記

- 赴任してから5ヵ月が経ちました. /本東達也 86

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 臨床研修を終えてNDC(特定ケア看護師)に求められる力 ～心“真”・技“議”・体“態”～／辻 一成 88

研修医日記

- 引越し／濱近草平 90

- 報告 理事会・総会レポート 94
- 報告 第34回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定 105
- お知らせ 107
- 求人病院紹介 112
- 投稿要領 114
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

球磨郡公立多良木病院 兼 古屋敷診療所 所長
才津旭弘 先生



地域医療を 一生の仕事にしたい

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

地域医療の現場での新たな取り組み

山田隆司(聞き手) 今回は、「第14回へき地・地域医療学会」で見事高久賞を受賞された才津旭弘先生にお話を伺います。今年の学会はオンライン開催だったため、高久賞候補演題発表も例年とは異なり、演者の皆さんに活動を紹介するビデオをあらかじめ作成していただき、それをオンラインで視聴する形をとりました。どのビデオもとても素晴らしい内容で、協会のWebサイトでも順次公開予定です(高久賞候補全演題の内容はp.965参照)。

ビデオの中でも紹介されていた地域での学び、そして先生の今後の展望なども含め、今日は改めてお話を伺いたいと思います。初めに卒業から今日に至るまでを簡単にご紹介いただけ

ますか。

才津旭弘 僕は平成25年に自治医科大学を卒業しました。卒業後2年間、熊本赤十字病院で初期臨床研修を行い、3年目に熊本県と宮崎県の県境にある山都町包括医療センターそよう病院に3年間赴任しました。そこが僕にとって地域医療の故郷と言えます。院内に訪問看護があり、4名の常勤医師が全員総合診療科医で、疾患を問わず、子どもから大人まで診察し、入院から在宅に至るまで経験することができました。この3年間は自分の中で医師として成長できたと思います。

山田 病床は何床あったのですか。

才津 57床で、全て一般病床です。

山田 4名の中には先生の他にも自治医大の卒業生が何人かいたのですか。

才津 院長以外3名が自治医大の卒業医師で、1人は義務内、もう1人は義務を終えて就職された先生です。当時の院長の水本先生は他大学出身でしたが、自治医大のマインドを持った理解力ある先生でした。

山田 その後の勤務について教えてください。

才津 そよう病院の次は八代市立椎原診療所に一人所長として赴任し、そこでの経験や取り組みを高久賞で発表しました。

山田 熊本県の場合は初期研修が終わってから地域に数年、それから一人診療所に赴任するケースが多いのでしょうか。

才津 はい、僕のようなケースは多いです。基本的に先輩医師とともにへき地支援の地域中規模病院に勤務し、その後、診療所勤務を経験するという流れが多いです。しかし現在、熊本県内の医師が常駐するへき地診療所は2つしかないのです。全ての卒業生が診療所を経験するわけではありません。

山田 先生は診療所に行くことに抵抗はありましたか。

才津 抵抗はなかったです。そよう病院で地域医療の楽しさ、やりがいを感じていた時だったので自分から望んで診療所勤務をしないと申し出ました。診療所で自分がどこまでできるのか、1人でやってみたいというチャレンジの気持ちの方が大きかったです。

山田 先生の発表では、椎原診療所というのは医師が何代も交代しているということでしたね。

才津 はい。診療所の歴史は昭和32年に国立診療所として設立されたことから始まります。しかし診療所の設立後も、厳しい生活環境のために無医地区を繰り返す歴史がありました。それに終止符を打ったのが、自治医大の卒業医師で、昭和57年に3期卒業の田中裕一先生が1代目の自

治医大卒の所長として勤務されました。それから無医地区になることなく1~2年で交代し、僕が自治医大27代目になります。

山田 その診療所で前向きに取り組んでこられた活動を学会で紹介されたわけですが、一方で、診療所に勤務する上で悩んだ、あるいはこういった面に悔いが残ったということに関しては、いかがですか？

才津 自分が理想とした地域医療と診療所で実際に必要だった医療内容の格差に悩んだことはあります。僕の勤務する診療所は無床でした。だからこそ前勤務先で在宅医療を学んだ僕は、急性期病院での治療が終わった患者さんを椎原診療所で受け入れて在宅治療につなげる医療を展開したいと考えていました。しかし、患者さんは急性期の病院へ入院すると長期臥床などが起因となり要介護状態が悪化して自宅に帰ってこれなかったのです。そういう患者さんを幾例か経験する中で、自分が思い描いていたへき地での医療と、今この地域で求められている医療との違いに大きく悩みました。そこで一度、自分の理想や固定された考えをリセットしました。そして、これまでの人口の変遷や現在の人口構成など地域を俯瞰し、求められている医療は何か、を行政と協議しながら新しい取り組みを始めました。

山田 現在人口はどのくらいですか。

才津 僕がいたときには住民票の数で約300人でした。

山田 そんなに少ないのですね。そうすると広域合併したものの、一方で従前のようなサービスがなかなか行き届かないという状況でしょうか。在宅医療を進めようと思っても、点々とした集落の高齢者世帯をケアしていくには、乏しい資源では限界があります。要介護状態になると最終的に町場へ引き取られていくという状況では、諦めざるを得ないかもしれませんね。

才津 本音としては諦めたくなかったですね。しかし同時に、今後の後輩医師の負担も考えました。在宅医療を導入するとなると後任医師も診療所スタッフも一定の拘束が必要となるからです。僕自身もさまざまなケースを想定しながら迷った結果、現時点では在宅医療体制を構築するのは難しいと判断しました。ただ在宅医療の導入は難しくとも、在宅医療にならないような健康の境界線を延ばすための取り組みは実施可能なのではとの意見が挙がりました。そこで健康寿命の延伸を目的とした医療介護事業を計画しま

した。これであれば後輩の医師にとっても、負担が少ないので継続できるのではないかと思います。この計画の具体的事例が「^{ごかのしょう}五家荘げんきドック」と「健康座談会」です。

山田 その地域にはそうした限界集落に近い地区が多いのですか。

才津 五家荘は熊本県八代市の東部に位置する山間地で、^{くれこ}久連子・^{しいばる}椎原・^{にたお}仁田尾・^{はぎ}葉木・^{もみぎ}縦木の5地域の総称ですが、やはり広域合併で取り残された限界集落です。

後輩に地域医療の醍醐味を伝える

山田 椎原診療所のあとは大学へ戻られたのですね。

才津 1年間後期研修の時間をいただき、2つの目的のために自治医科大学の地域医療学センターで勉強しました。1つは診療所で経験するさまざまな症例を科学するスキルを身に付けたいということ。もう1つは学生教育にも興味があり、自分がやってきたことを学生に伝えられる場に身を置ければと思いました。それで自治医科大学に1年間戻ることを決めました。

山田 後期研修の1年は実りがありましたか。

才津 熊本県の先生方に協力していただき、へき地診療所における多施設共同研究の「低酸性尿とサルコペニアの関連について」のデータをまとめることができました。また学生教育については、総合診療科やリハビリテーション科に所属して週1、2回、医学部4、5年生のBSLを担当させてもらいました。そこでは僕が経験した地域医療の現実、またはやりがいについて話すことに努めました。直接僕自身の思いを伝えることができたことで、地域医療に対して何か感じ取ってくれた学生が1人でもいてくれれば嬉しいな

と、1年間を振り返って感じています。

山田 卒業生が直接後輩に影響を与える、感化できることはとても良いことだと思います。

自治医大の後期研修で義務年限が終了したのですか。

才津 後期研修が8年目で、現在最終年です。

山田 9年目に多良木病院に赴任されたのは先生のご意向だったのですか。

才津 そうです。縁のある地域に少しでも貢献したかったのと、後輩医師と一緒に働きたいと思い、多良木病院を希望しました。現在の多良木病院には自治医大卒業医師が5人いて、そのうちの3人が義務内医師です。この8年間で僕が地域医療で苦勞してきたこと、またそれ以上に楽しかったことを現場の後輩医師に伝えられたらと思います。

山田 義務明け後の来年からの方向性は決まっているのですか。

才津 はい。自治医大へ戻ろうと思っています。臨床医として整形外科のスペシャリストになりたいという気持ちが学生時代からあったので、整

形外科を中心に勉強したいと考えています。それと同時に、現在までの地域との活動にも継続的に関わり、地域医療に関する研究活動も継続してできればと思っています。

山田 整形外科に興味を持たれたのは何かきっかけがあるのですか。

才津 私は筋肉、関節などを含んだ運動器に興味があったので、元来、整形外科志望で、初期臨床研修明けも週1回、整形外科の手術などの研修をしました。その延長線で介護予防事業に取り組んだということもあります。

山田 なるほど。ではそういう意味では9年間、遠回りしてしまったという感じでしょうか。整形外科医として、例えば高校の同級生はもう9年選手として難しい手術をこなし、病院の中では頼られる年代だと思えます。先生は焦りや後悔は感じていませんか。

才津 確かに初期臨床研修明けの3、4年間はそういう気持ちがありました。同年代の同級生たちが専門医を取得していく中で、自分は地域にいるから何もできない、そういう悔しい思いをしてきたのは事実です。ただ、その感情を通り過ぎた今、入局して専門医を最短で取る医師には得ることのできなかつたであろう地域医療の楽しさ、魅力を知ることができ、そこでの経験も僕の成長の糧となっているので、後悔はありません。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

せん。むしろ今後、整形外科に生かすためのバックグラウンドになると思っています。例えば患者さんの傷病だけを診るのではなく、生活や地域の中での患者さんを捉え、患者さん本人の価値観を踏まえた上で治療方針を決定するというスキルを得ることができました。また、患者さんを取り巻く医療保健福祉体制に加えて、地域資源などを理解した上で、多職種組織と協力して関わること、このような広い視点を9年間で身に付けることができたので、義務年限は僕には必要だったと力強く言えます。むしろ無駄な時間だと思われぬように、一層精進したいです。

山田 本当に力強くみんなに伝えてほしいですね。

専門医にとっても地域での学びは大きい

山田 椎原診療所のようなへき地の診療所では、腰痛や膝痛といった骨関節疾患に関わる整形外科的な需要は多かったのではないかと思います。

才津 おっしゃる通りで、僕が経験した病院や診療所ではむしろ高齢者は内因性の慢性疾患だけを持っている方はほとんどいなくて、常に関節や

骨格筋に由来する痛みがあり日常生活に支障があるなどのお困り事を持っていらっしゃるの、地域で求められるのは総合診療科に加えて、整形外科のスキルも必要だと実感しました。

山田 ストレートに整形外科医になった医師より、地域を経験した整形外科医の方が、患者さんの

身になった指導や介入がしやすいのではないかと思います。

才津 そうですね。特に骨とか筋肉という部位に注目しすぎると、患者さん自身がどういう生活をしているから腰痛が起きているのか、といった患者さんの背景などに寄り添った広い視点が見えにくくなります。なので地域を経験すると自然にそのスキルが身についていることがあると思います。

山田 地域医療の視点を持った整形外科医になるというよりも、質の高い整形外科医、専門医になるために、地域での診療経験というのは無駄どころではなく、学びのチャンスだったということですね。

才津 地域の診療経験は僕には必要な時間であり経験であったと思います。また後輩のためにも僕自身がそう思い続けられるように精進しなければなりませんね。

山田 新専門医制度が始まって、自治医大卒業生にとって後期研修の道が険しいと悩んでいる卒業生は多く、支部会などへ行くと、「義務年限内に専門医を取るにはどうしたらいいのですか？ 私たちにはそういう夢は追えないということでしょうか」という意見を聞きます。それに対して私くらいの年代が話すと説教じみて聞こえるけれど、先生のような若い世代が今のような話をするので、後輩の卒業生たちはずいぶん安心するのではないかと思います。先生が大学へ帰っ

て、後進の教育にも関与されることは私は大賛成で、親身になって後進を育ててほしいと思います。

先生の周りでは専門医について心配しているような声は聞きませんか。

才津 ありがとうございます。先生にそう言っていたら嬉しそうです。そして、自分の目指したい場所に自信が持てます。

僕も後輩から「診療所にいると専門医は取れませんよね」とか、「地域の病院だと専門医になるのが遅くなるので不利ですよ」という話はよく聞きます。都道府県によると思うのですが、熊本県の場合、気にしている人は多いと思います。

山田 県によってはある程度専攻する診療科目に融通がきいたり、診療科によってある程度派遣先を配慮してくれるところもありますが、熊本県はそういった面では少々厳しいと聞いています。そういう中で先生のようにたくましく「それも良かった」と言ってもらえるのは素晴らしいですね。ただ改善に向けての努力は必要でしょうから、先生にはぜひ大学に戻ったら県のほうにもプレッシャーをかけて、少しでも卒業生にとって状況が良くなるような働きかけもしてほしいと思います。

才津 はい、分かりました。僕にできることは限られるかも知れませんが、後輩医師のためにも地域の発展のためにも自分にできることは何かと微力ながら考え続けていけたらと思います。

多職種へのアプローチ・教育

山田 今多良木病院へ赴任して、こんなことをしたらどうか？といった新しい気付きはありましたか。

才津 自治医大の後輩医師の育成はもちろんのこと、

研修医や他大学の学生に対しての地域医療教育も自治医大卒業の医師としてすべきではと考え実践しています。僕自身医師として地域で育ててもらったので、地域医療の現場での教育の重

要性を実感しているからです。多良木病院は医師以外の医療専門職も多く、セラピストにおいてはSTは4名ほどいる地域としては大きい病院です。そこで新しく気付いたこととしては、医師の教育はもちろん、地域にこれからも居続ける若い医療専門職へのアプローチや教育も、地域全体のボトムアップにつながるのではないかと考えるようになりました。今はセラピストとともに定期的な勉強会を企画しながら、僕自身も勉強して、お互いが持っているスキルを高め合えるように頑張っています。

山田 それはとても良い視点ですね。病院が大きくなればなるほど専門職の種類も人数も増えてくるし、病院一体となって地域に貢献するためにはチームワークが非常に重要で、それによって病院全体のパフォーマンスが違ってきます。1人の医者が頑張れば病院が良くなるという時代ではなく、みんなが力を結集して地域のニーズに添っていけるようにするというのが大事な視点だと思います。そこに気付かれている先生には、大学に行かれても多良木との縁もまた継続してもらえると有難いですね。

多良木の周辺は昨年水害など大変な状況でしたが、未だに尾をひいてないですか。

才津 やはり影響は残っています。水害により住めなくなった地域の方が多良木周辺に引っ越してきて、今までと違う環境で生活する中で軽微な傷病やストレスなどが引き金となり病気になって入院してくる例もあります。そういった患者さんからお話を聞くと、やはり災害後も故郷に

住み続けたかったけれど、住めなくなった。今はまだここで頑張っているけれども張り詰めた糸が切れそうになることもある。そういった話を聞くたびに見た目は復興復旧してきているけれども、目に見えない部分で災害はまだ影響しているのだなと感じます。

山田 熊本県は地震、水害、そして今回のコロナ禍と続いて、多難な状況ではあると思いますが、ぜひ地域の人の力になってください。

才津 はい。僕1人では限られた小さな力ですが、多良木病院または熊本県の医師という大きなチームの中で継続的に支援できるような体制整備に関わることができればと思います。

山田 多良木病院は、市町村の行政組合が運営していて医師確保に苦勞され、協会でも幾度か相談を受けたことがあります。残念ながら具体的な進展には繋がらなかったのですが、協会としては卒業生が核になっている病院とうまく連携して継続的に支援できるといいと考えています。先生が言われたように、病院を多職種で改善していくためには、行政の力も非常に大事で、行政側とうまく意見統一をして、地域のニーズに合った形に病院機能を改革していかなければいけないと思います。自治医大の卒業生のパワーを、診療だけにとどまらずダイナミックに病院の立ち位置を変えていくような、ニーズに添った病院に生まれ変わるような、そういったことに結集できると、さらに地域に貢献する力が上乘せできるのではないかと思います。

自分も頑張り、周りも頼ろう

山田 今後の展望について、短期的なことではなく、中長期的に5年、10年、その先へということでは、

いかがですか。

才津 地域医療を一生の仕事にしたいというのが私

の最終的な目標です。その目標のために自分に必要なスキルを大学や多くの人と出会う中で学び、磨きたいです。特に自治医大には尊敬する先生がいますので、側でその技術を学びたいと思っています。また大学にはこれから医師になる学生がいるので、僕と同じように専門医に対して不安な気持ちになったり、不遇と感じたりする学生に対して地域医療の前向きな部分を近い立場で伝えていきたい。少し大げさですが、そういった立場を僕自身が担うことができれば、これからの地域医療にとってもプラスになるのではと思いますし、またこれから地域に羽ばたく卵たちがもっと楽しく仕事をできるのではないかと思います。

山田 ありがとうございます。私も含め他の卒業生たちもそういった志はかなり重なっていると思います。私も地域医療に半生をかけてきたようなものですが、振り返ってみると、それはチームの中で自分が学んでこられたというのが大きな力になったので、先生が一生の仕事にしているためにも、ぜひわれわれ協会とも交流を持って、いろいろな面で力を貸していただきたいと思います。

才津 ありがとうございます。僕にできることがあれば協力させていただけたら嬉しいです。

山田 ということで、お話を伺ってきましたが、先生の地域は新型コロナウイルス感染症はどんな状況ですか。

才津 地域自体は落ち着いていますが、熊本県内の感染者は増加傾向にあるので、油断はできない状況です。

山田 そうですよね。地域の最前線で、かなり少ない医療者で対応している現場が多いのではないかと心配しています。そういった地域で頑張っ

ている、歯を食いしばって頑張っている後進に、先生からエールをお願いします。

才津 僕が地域の現場で実感しているのは、地域の住民の方も含めて周りの方は僕たち医療者をきちんと見てくれているということです。自分が頑張っている姿、時には悩み、苦勞している姿をしっかりと見えています。もし自分が辛いとき、本当に困ったときには、周りのスタッフや地域の住民、そういった身近な方々が助けてくれます。だから、頑張るところは頑張るけれども、自分だけではキャパオーバーな時には周りを頼ってみる。そういう地域に支えられた経験が今後の自分にとってかけがいのない素敵な思い出になったり、将来のターニングポイントになったりすると思います。つまり多くの人を巻き込みながら、周りに頼るということも地域医療の醍醐味だということを伝えたいですね。

山田 地域の力ですね。地域でしか学べない、地域でこそ学べる、非常に貴重なものですね。私も診療所に20年近くいたのですが、自分が赴任した頃から数十年來の同僚だった看護師さん、地域の母みたいな方がいらっしゃったのですが、がんを患って長い闘病の末、昨日他界されました。多くの学生や研修医、地域の人たちに慕われていて、私自身も元氣をもらって支えられて医者をやってこられたと実感しています。周囲の人たちに支えられているという実感は、地域でないと体得できないと思うのですね。先生がおっしゃった、地域の人たちを頼るというのはとても重要なことだと思って聞いていました。これからもそんな思いを大切に頑張ってください。

才津 ありがとうございます。精進いたします。

山田 才津先生、今日はありがとうございました。

才津旭弘(さいつ あきひろ)先生プロフィール

2013年自治医科大学卒業。熊本赤十字病院にて初期研修後、山都町包括医療センターそよう病院(兼 井無田へき地診療所)に勤務。その後八代市立椎原診療所に一人所長として赴任。自治医科大学地域医療学センター/附属病院リハビリテーションセンターを経て、現在は球磨郡公立多良木病院(兼 古屋敷診療所)に勤める。



投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

第14回へき地・地域医療学会 地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～

特集

- 大会長講演：ただ今、地域包括ケアシステム構築中
- 招聘講演：自治体病院の完全民営化から15年 社会医療法人関東会の歩み
- メインシンポジウム：地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～
- 一般演題
- 高久賞 候補演題：私の地域医療

第14回 へき地・地域医療学会

2021年6月26日(土)
オンライン開催

6月26日、「第14回 へき地・地域医療学会」が開催された。

昨年、新型コロナウイルス感染拡大に伴い中止となった本学会であるが、今年は初のオンラインでの開催となった。「九州・沖縄」地域が中心となった今回のテーマは、「地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～」。東京の本部事務局を中心に、福岡、大分をリモートでつないで配信を行った。

本特集では武富章先生による大会長講演、長松宜哉先生による招聘講演、4人のシンポジストを迎えたメインシンポジウム、一般演題、「高久賞」の受賞演題と候補演題について報告する。

特集



大会長講演

ただ今、地域包括ケアシステム構築中

福岡県支部長、飯塚市立病院 管理者 武富 章

座長 横須賀市立うわまち病院 管理者 沼田裕一

「地域包括ケア」の2つの形

最初に、期せずして両親が要介護者になり、地域包括ケアのお世話になることになった私の経験をお話します。

父は昭和9年、佐賀県に生まれ、久留米市で育ち、現在86歳。同志社大学を出て、西日本新聞で新聞記者として運動部に所属し、50歳まで紙巻きたばこを日に40本以上喫煙していた。70歳以降は在宅生活をしていましたが、77歳時に不安定狭心症で3枝バイパス手術を受けている。以後車庫入れがへたになり、外出の機会が減少し、不眠を訴えるようになった。

今年の2月、妻（つまり小生の母）の膵臓癌が発覚したところ、突然39.6℃の発熱、体動困難で私の勤める飯塚市立病院に入院し、総胆管結石症の外科手術を行った。入院中にHDS-Rを行ったところ13点しかなかった。退院後は飯塚市内の介護老人保健施設を経て、在宅型有料老人ホームに入所。系列法人からの地域密着型訪問看護介護、系列病院からの訪問診療、居宅療養管理指導、施設内のデイサービス等を利用し、現在は快適な生活をしている。

一方母は、京都市で生まれ、父が下宿していた縁で結婚。2型糖尿病、高血圧があったがコントロールは良好であった。今年の2月に食欲不振、乾性咳嗽で精査を行ったところ、ステージ4の膵臓癌、多発肺転移と診断された。本人には病名を告知し、既に手術はできないこと、化学療法の説明をしたところ、化学療法を受けずに、最後は緩和ケアを受けたいと希望した。思い出作りをしようと2月に京都へ行き姉妹3人で会食し、帰路、岡山の孫宅を訪問し、ひ孫に

会った。その後は緩和ケア病棟を有する病院からの訪問診療、訪問看護を受けつつ、在宅生活を続けている。診療の際に処方された薬剤は、薬剤師である孫（小生の長女）が調剤し届けている。



父の方は急性期一般病院から介護保健施設へ、そして居宅として扱われている老人ホームにスムーズに移動できた。同一系列の法人による「ワンストップサービス」は、別の見方をすれば「囲い込み」と見られることもあるが、利用者やその家族にとっては安心感がある。

母の件で、福岡市では、癌の診断を行った病院が患者の希望を聞いて、居住地域の緩和ケア病棟に連絡がなされ、その病院が訪問診療、訪問看護事業所と提携し、それらが総合的に行われる体制ができているということ、私は初めて知ることができた。

地域包括ケア病棟とその運営

飯塚市立病院を紹介する。2008年に筑豊労災病院が廃止されたあとの医療を担当する目的で開設された。病床数は250床、150床はDPC適応の急性期病床、50床は回復期リハビリテーション病棟、50床は地域包括ケア病棟として運営している。ケアミックスと名乗ることはできず、「多機能型地域病院」を目指している。

もともと地域包括ケアの目的というのは、「地域住民が人生の最期まで住み慣れた地域で過ごす」ということである。最期まで過ごすということは、言い変えると、地域住民が住み慣れた

地域で死ぬことである。

2025年問題が取り沙汰されているが、実際には死者数はどんどん増加しており、2037年に年間死亡者数は167万人のピークを迎えると言われている。少子化は進んで、死亡率自体は右肩上がりに上がっていく。結局2025年問題が終わったとしても2040年が待っているということになる。160万人以上が死ぬということは、今、福岡市の人口が160万人だが、毎年福岡市が市ごとなくなるといった状況になるわけである。ところが長生きしても不健康な期間は縮まっておらず、いわゆる健康寿命との差はむしろ少し広がってきている。不健康な期間の4大疾病は肺炎、骨折、脳卒中、心不全である。このうち、骨折と脳卒中については急性期治療、リハビリ、そして維持期の介護という一連のスキームが成立し、ある程度時間の余裕が期待できる。ところが、肺炎と心不全については、急性期を過ぎると死亡に至り、助かっても再発のおそれがある。そういった患者が再発して急性期病院に搬送され、入退院のたびに要介護度が増し、重症化していく。もし独居高齢者であれば自宅に帰すことは非常に困難になる。

地域包括ケア病棟が作られた最初の目的というのは、在宅から急性期に入院する患者の急性期治療が終わったポストアキュート。そして急性期を経ずして、地域包括ケア病棟に入るサブアキュートケアである。当院も地域包括ケア病棟を設置しているが、今後、病棟をどう運営していくか。まず在宅からのサブアキュート患者を直接受け入れる率を高め、他院からポストアキュートの患者の受け入れ、場合によってはレスパイトケアも行う。そして緩和ケアの対象の患者を受け入れなければならない。これら4つ全て地域との連携を重視して、うまく運営しなくてはならない。

地域包括ケアと相性のよい総合診療医

地域包括ケアにはどんな医師が望まれるか。言わずと知れた総合診療医ということになる。地域医療の本質というのは、「限られた医療資源を効果的に組み合わせ、その地域の医療の質・

効率を向上させること」ということになる。医師の絶対数は今後も不足する。必要な診療分野をカバーするためには、一人ひとりの医師の守備範囲を拡大していくという方向性が、最も望ましい。例えば、耳鼻科の代わりに耳鏡を覗いて中耳炎の診断をつける、抗生物質に反応しない発熱のリンパ節腫脹の小児を診たら川崎病を疑う、小さな傷なら自分で縫合できる等、基本的な行為ができる医師、これが総合診療医であると考えている。

もちろん病院には専門医が必要である。ただし、専門医であっても医療チームの一員として治療に当たっているのだという、連携や全体の意識を持った専門医が必要だ。普通の病院で、普通の医者が患者を診ることが必要なわけである。

地域医療の現場では、一人の患者の予後まで見据えた上で、初期診療から回復期リハ、社会復帰まで継続したケアに当たる覚悟をもたなければいけない。場合によっては在宅での看取りも覚悟する。考えていたよりもかなりダイナミックなプロセスで、このプロセスを総合的にみる医師の育成が急務である。

最近では医学部の学生が、家庭医療やプライマリ・ケアに興味を示すことが多い。ところが医師3年目になると、総合診療専門医としての専門研修を希望するものは極めて少ない。医師になった8,615人のうち、総合診療科の研修をしようと思う者は179人という統計がある。基本領域の一つであるにもかかわらず、なぜ研修希望者が少ないのか。私は指導医自身が総合診療というものに対して、具体的なイメージを持っていないからではないのかと考えている。

総合診療医の魅力、やりがいを発信していかなければ、希望者は増えない。総合診療医になると地域医療全体を把握する能力が身に付き、あるいは行政や住民との結びつきが強くなる。このような特性というのは地域包括ケアを推進する原動力になり得る。

個人としての医師や、その集団としての病院が、地域における守備範囲を広くしておくことは地域包括ケアの基本だと思われる。先ほど普



図 各ブロックの医療・介護連携拠点病院

普通の病院、普通の医者という言葉を使ったが、地域包括ケアを推進していくためには、中小病院の脱個性化が必要だと考えている。こういった脱個性化を進め、地域の中で包括ケアを行っていくためには連携が必要である。地域包括ケアシステムの定義は「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制」である。この日常生活圏域は、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される、具体的には中学校区を基本とする」とされている。

多職種連携のための協議会・研修会

飯塚における地域包括ケアシステム協議会の活動についてお話する。飯塚医師会では、在宅医療の拠点となる可能性のある病院をいくつか選定し、2次医療圏を5つのブロックに分けて協議会を立ち上げることになった。医療圏の人口は18万人であるから、1ブロックあたりの人口は4～5万人ということになる。各ブロックの幹事病院を決め、病院長の意見の取りまとめを行った(図)。

開催の経緯は、まずは意見交換会を行い、それから会議、研修会のやり方を決めた。途中から住民代表として民生委員、児童委員にも呼び

かけ、みんなで地域の医療を考えようという協議会が立ち上がった。最終的には市町村の地域支援事業の中に位置付けられるということになり、公式な協議会となっている。

グループワークは多職種が集まり、いろいろな話をする。時には飯塚市長も参加している。この5ブロックの協議会を行ったあとに全体会を行っている。初期には少なかった参加者も、2019年には1,200名程となっている。

5ブロック協議会の特徴は、テーマを自由に選んでいいこと。在宅看取り、アドバンス・ケア・プランニング、認知症、情報共有、救急医療の現状、災害医療などがテーマとして挙げられている。またそれぞれの参加者は、全員自由に発言してよく、テーマによっては自分の所属しているブロック以外の協議会にも出席しているということになっている。

当院もブロックの拠点病院として協議会を運営している。それぞれの顔の見える関係づくりに役立っており、自分の病院がやっていることの紹介もできている。

地域包括ケア病棟を有する中小病院というのは、総合診療のマインドをもった医師が多くいるとうまく機能する。そして地域住民と行政を巻き込んだ活動、あるいは多職種連携の拠点となることで、地域の中小病院は地域包括ケアを推進することができると考えている。

自治体病院の完全民営化から15年 社会医療法人関愛会の歩み

社会医療法人関愛会 会長 長松宜哉

座長 福岡県支部長, 飯塚市立病院 管理者 武富 章

大分県支部長, 社会医療法人関愛会三重東クリニック 副院長 別府幹庸

社会医療法人関愛会は全国でも珍しい公立病院を完全民営化するためにできた法人である。2004年、平成の大合併の時に私の勤務していた公立病院が完全民営化せざるを得ない状況に追い込まれ、当時の勤務医4名が医療法人をつくり完全民営化した経緯とその後の15年間の歩みを報告したい。

完全民営化に至る経緯

1986年、私は大分県北海部郡佐賀関町にある佐賀関町国保病院に赴任した。佐賀関町は大分県の東側に位置する半島部にあり、漁業が盛んで関アジ・関サバの産地である。大正時代には銅を扱う佐賀関精錬所がつくられ、3万人以上が住む企業城下町として活気があった。その後、徐々に人口減少、高齢化が進む地域となっている。

1987年、町内の公立病院である佐賀関町国保病院と企業病院である佐賀関精錬所病院が合併して、130床の佐賀関町立病院が誕生した。残念ながら新病院は新築ではなく、築30年以上の精錬所病院を改装して使わざるを得なかった。1990年に私は副院長に昇格した。1996年に無医地区となった一尺屋地区に診療所を開設、2000年に介護保険制度の開始、同時に病院に隣接した介護保険センターを運営するなど、町内の医療・介護に深く関わるようになった。病院の経営は上向きになり、常勤医師も増加し、特に自治医科大学卒業医師の比率が少しずつ増えてき

ていた。

しかし、住民の高齢化により過疎化が進むと町の勢いはなくなった。2002年頃より大分市との吸収合併案が浮上した。

時期を同じくして築50年の病院施設の改築計画が持ち上がり、予算も町議会の決議を得ていた。そのような中、大分市は合併の条件として「公立病院を保持しない」方針を伝えてきた。地域の医療を守るにはどうすればよいか、議論の結果、民設民営(完全民営化)に落ち着き、受け皿となる法人募集が行われた。

応募条件は①職員の全員雇用、②新病院の建設、③これまでの医療・介護事業を現行のまま引き継ぐこと、④同時期に計画されていた新病院の設計図を利用することであった。我々は病院で働きながら受け皿となる医療法人の情報がないことに不安を覚えていた。患者や地域住民にも不安があったようで、地域の代表者から「先生方がやってくれると自分たちも安心だ。受け皿になってほしい」という要望を受け取った。長年勤務している我々がやるのであれば地域医療の推進は問題ないだろう。私には病院経営は公立よりも民間ベースのほうがうまくいくはずだという確信があったので、常勤医師に声をかけ4人で医療法人をつくることを前提に応募した。この時点では、我々は「佐賀関の地域医療を守る会」という任意団体であった。ほかには



既存の医療法人1社が応募していた。ヒアリングがあり、私はこれまでと同じ医師が診療していく安心感と経営も民間にすることでよくなっていくことをアピールした。ただし、行政による設計書の使用だけは民間にとってはコストが高すぎることを理由に断った。内心では、資金の裏付けもない任意団体にまさか受け皿法人の指名がくるとは思っていなかったが、その日の夕方、受け皿が我々に決まったと報告があり、すぐにマスコミが取材に来た。現職の医師団がやるということが重要な意思決定につながったと考え、改めて緊張感とやりがいに襲われた。

民営化の指名を受けた後、全職員の雇用対策を行った。当時、職員数は136人で、その60%が正職員、40%が臨時職員・嘱託職員だった。人件費率は58%で、正職員は長年行政職給与表を使用していたため、同期入職・同年齢であれば総婦長も看護助手も給料が同じであった。これでは財政が苦しくなるのは当たり前である。職員にはこれまでの賃金水準の維持は不可能という共通認識を持ってもらった。給与は平均20%ダウンしたが、ほかの私立病院に比べ劣るわけではなかった。

2004年4月に医療法人を設立し、7月1日より医療法人関愛会佐賀関病院として新たなスタートを切った。佐賀関病院90床、介護施設ひまわり、一尺屋診療所を佐賀関町から引き継いだ。病院は無償譲渡、診療所と高齢者介護施設は無償貸与という形で契約し、運営資金や建設資金などの現金は一切いただかなかった。医療法人関愛会は佐賀関病院の4人の医師が発起人となり、私が理事長、自治医大9期の増永義則先生が院長、自治医大11期の甲原芳範先生と大分大学出身の城 日出徳先生が副院長に就任した。

民営化後は日常診療を続ける傍ら、新病院建築の準備をした。1年目の決算は約6,400万円の黒字、人件費率は町立病院時代の58%から46%に低下した。当初、運営資金として1億2,000万円が必要であり、一時的に自前で集めるしかなかった。最終的には一般の医療法人から特別医療法人に認定され、医療法人出資金は80万円ま

で下げることができた。

2005年12月に新病院が完成し、旧病院の解体を行い、合併による民営化作業を全て終えた。

関愛会設立から15年の歩み

法人理念は佐賀関町立病院時代から理念としていた①地域包括医療の推進、②地域貢献、③自己研鑽を掲げた。当時は地域包括医療と言っていたが、地域に住んでいる高齢者の生活を多職種で支える介護システムと言える。このシステムを支えるにはプライマリ・ケアの確保が最優先で、訪問診療ができる診療所が地域には必要だと考えている。まず、旧佐賀関町の3つの中学校区に診療所をつくることから始めた。設立時からある一尺屋診療所に加えて、病院新築時に設立した佐賀関診療所、それから2年後に設立したこうざきクリニックがそれにあたる。合併騒動で分かったことは、医療機関の経営者が誰であるかは住民にとっては関係ないということだ。慣れている医師が引き続き診てくれるかどうか、である。地域の病院はプライマリ・ケアを支える2次の医療機関としてサブアキュートやポストアキュートの患者を受け入れて、できるだけ早く地域包括ケアシステムの中に戻してやる、アフターケアの機能を持つことも非常に重要だ(図)。2007年に療養病床を回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床に転換した。

地域包括ケアシステムは地域で生活している方を支えるシステムで、医師もシステムのひとつに過ぎない。通院する患者を診るのみならず、訪問診療もできるプライマリ・ケア医ということになる。地域に密着して地域包括ケアシステムに常時接していると、地区内の介護施設の数が少ないとか、必要な介護サービスシステムが不足しているということが実際に分かってくる。足りないものを自前で作れるように、法人形態を社会医療法人にした。医療法人の公益性、広域性も図りたいという思いもあった。

2008年に遠く離れた豊後大野市で県立三重病院と豊後大野病院の統合問題が生じた。医師不足のため三重町にある県立三重病院を閉鎖して

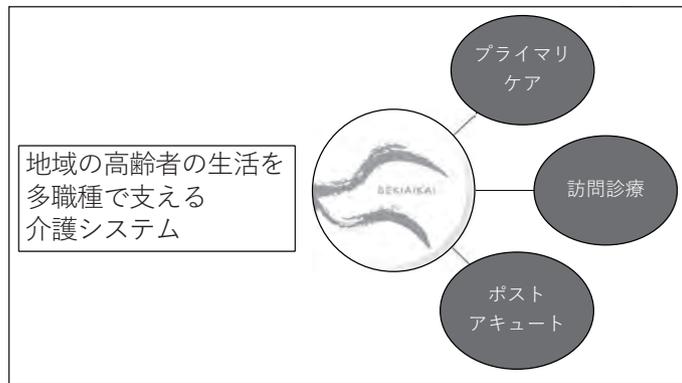


図 関愛会の「地域包括ケアシステム」

豊後大野市民病院に統合する計画だった。県立三重病院は150床規模の基幹病院で、自治医大卒業医師が多数勤務していた。病院閉鎖を前にして三重町の住民はかつての佐賀関のようなパニックに陥っていた。県立三重病院に勤務する自治医大の後輩3人が病院の民営化はできないかと相談してきた。統合問題はすでに決定していたので民営化はあり得ない。クリニックを開設し、これまでの患者さんの診療継続を提案した。こうして関愛会が開設する三重東クリニックが誕生した。内科・小児科の無床クリニックにCT・MRIを装備して、県立三重病院に通院していた患者さんに満足してもらええるクリニックにした。開設当初から患者さんが押し寄せ、初年度から黒字を計上し、関愛会全体の財務も安定した。住民の混乱も避けることができ、自治体からも感謝された。

佐賀関は合併後も人口減少が続き、90床の佐賀関病院が維持できるのか不安が生じてきた。佐賀関地区から大分市の方へ少しずつ展開していくことが、関愛会を存続させる良い方法ではないかと考えた。関愛会らしく訪問診療のできる診療所の開設と介護施設の併設でやっというと思った。2012年に坂ノ市町に進出した。佐賀関地区とは勝手が違い、地元医師会の強い反発があった。我慢強く展開し、2013年19床の有床坂ノ市クリニックを新築し、2018年36床の坂ノ市病院へと移行した。ここでも36床全てが地域包括ケア病床になっている。さらに大分市内に王子クリニック、よつばファミリークリニック等を開設、老健やすらぎ苑90床の経営を引き

継いだ。よつばファミリークリニックと老健やすらぎ苑は同じ中学校区にあるので、合体して病院化ができれば大分市内に拠点ができると考えている。

2018年には地域医療振興協会の紹介で東京都北区王子と北海道江別市に診療所を開設している。我々の使命の中に在宅復帰という仕事がある。既存の介護施設を利用するだけでなく自前の介護施設も必要となってきた。有料老人ホーム海風、老健せきの郷、ナーシングホーム輝等を建設した。通所リハビリテーションもみの木も診療域の広域化に伴い各所に開設することができた。坂ノ市町の地域包括ケアセンターの運営も委託を受けている。

グループ全体で訪問診療の件数は月1,000件を超え、坂ノ市にある在宅医療センターを中心にポストアキュートの方の在宅復帰を支援するため巨大なネットワークを形成して支援している。大分市を中心に地域包括ケアシステムに密着して医療・介護を提供しており、その範囲が徐々に広がっていると言える。関愛会の規模は大きくなり、スタート時136人の職員数は現在では650人に増えている。収益も13億円前後だったのが40億円を超える。しかし、それなりにさまざまな問題を抱えることとなった。一番大きな問題は人件費率が上昇し利益が出なくなったことである。拡大スピードが早すぎて収益が追いつかない状況となった。

その問題を検討していた矢先、2020年3月関愛会がコロナ禍に見舞われた。連携が深い国立系病院でクラスターが発生し、その患者数々が

佐賀関病院と坂ノ市病院に転院していた。コロナ禍の第1波で疾患の全貌が見えない時だったので病院が受けた被害は相当なものだった。3月から5月にかけて病院収益は極端に減少し、2021年度も赤字決算なので3年連続の赤字決算となる。特に関愛会の旗艦病院であり職員数も一番多い佐賀関病院の収益低下が目立ち、何らかの対策を立てる必要があった。そこで関愛会が保有していた未使用の病床21床と佐賀関病院の90床のうち19床を加えて新しい第3の病院をつくることとなった。新築は費用が掛かるので老健やすらぎ苑のベッドを使用することにした。老健の90床のうち40床を病院病床に転換、主なスタッフは病床減となった佐賀関病院から異動してもらうことになった。

2021年2月、建物の2階が老健やすらぎ苑50床、3階が大東よつば病院40床で再出発した。病院は地域包括ケア病床を目指し、大分市内では珍しいポストアキュートの患者を主に診る病院とした。もちろん我々が展開している訪問診

療の患者さんの受け皿病院であることは言うまでもない。連携病院だけでなく市内の基幹病院その他からの評判も良く、新しい連携も取れて、いいスタートが切れた。コロナ禍で病床の有効利用が叫ばれている昨今を考えるとタイムリーな病院だと思う。老健から発生した病院なので介護とのつながりも濃厚である。地域包括ケアシステムの利用者に対するプライマリ・ケアを支えることを使命とした関愛会ならではの病院ではないだろうか。

関愛会が今後も継続していくためにはやはりマンパワーが必要だ。開設当初医師は6人だったが、現在関愛会には32人の医師が勤務している。自治医大出身の医師が多く、大分県では関愛会イコール自治医大の病院と思われていた時期もあった。現在は32人中15人となっている。後を継いでやっていきたいと思われる方の参加を待っている。地域医療振興協会とも更なる連携ができることを期待して話を閉じたい。

地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～

座長：福岡県支部長, 飯塚市立病院 管理者 武富 章
大分県支部長, 社会医療法人関愛会三重東クリニック 副院長 別府幹庸

武富 章(座長) 今回のシンポジウムのテーマは「地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～」とした。私が大会長としてこのテーマを選んだのは、地域包括ケアシステムが全国のさまざまな地域で構築されているが、それは現在問題となっている地域医療構想や公立病院の病床削減につながっているという危機意識に基づいている。

地域医療振興協会には、「地域医療とは医療人、住民と行政が三位一体となって、担当する地域の限られた医療資源を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医療を展開するプロセスである」という非常に優れた地域医療の定義がある。それに対して付け加えるところがあるか、あるいは若い人たちを地域医療に引き込むためにはどういった魅力を伝えていけるか。そういったことも重要な論点になると考えている。

特集

地域医療の現場における“新米・プレイングマネージャー”の役割と展望 –COVID-19前後で激変した環境と新たな展開–

鹿児島県立大島病院 臨床研修センター長・総合内科部長 森田喜紀

私にとって地域医療の出発点は、「地域の医療を確保し、地域住民の保健・福祉の増進を図るため、医学の進歩を図り、ひろく人類の福祉にも貢献する」という自治医科大学の建学の精神にある。そして、地域医療が示す意味として、「広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動であり、地域医療の主人公は地域住民¹⁾」という言葉を中心に掛けながら地域医療に従事してきた。

卒後4年目から6年目までの3年間勤務した鹿児島県の甕島に位置する薩摩川内市鹿島診療所では、プライマリ・ケアの実践を現場で行い、そして住民の方々からのフィードバックを受けることで成長させていただき、医師の基盤を形成することができた。また、その地域で生活し、その地域で診療を行うことで、地域全体を俯瞰した医療について身をもって学ぶこともできた。その後は、県立北薩病院、県立大島病院で勤務

を行い、多様な内科疾患を経験したことで、自身の目指す医師像として“中規模病院における総合内科医”という形を明確にすることができた。一方で、

医学教育や地域の視点に関する手法が自分に不足していることを自覚することができ、義務年限の最終年から5年間、自治医科大学地域医療学センターで勉強させていただき、医学的な事柄だけでなく、各プロジェクトの企画力や調整能力、地域医療における多様な立場の理解、日本におけるへき地・離島医療や地域医療を俯瞰することなどを身に付けることができた。

現在、世界自然遺産にも登録された奄美大島の鹿児島県立大島病院で診療に従事している。奄美大島は人口5万8千人で奄美市、龍郷町、大和村、宇検村、瀬戸内町からなり、人口10万人、



合計12市町村を有する奄美群島の中で最も大きな島である。島内には県立大島病院のほか、名瀬徳洲会病院、奄美中央病院、大島郡医師会病院、そして、公的・民間診療所も多数あり、名瀬保健所も設置されている。このような環境の中、県立大島病院は1901年3月に開設され、約300床を有し、救命救急センター、ドクターヘリも運用されている。

医師のキャリアにおいては、30代後半から40代前半にかけて、診療面だけではなく、管理業務や教育に関わる職に就く医師も多いかと思われるが、私も県立大島病院において、総合内科部長と臨床研修センター長の職に就いており、プレイングマネージャーという立ち位置で仕事を行っている。特に、教育部門では鹿児島県立病院群初期臨床研修プログラム(県立大島病院を基幹型病院として県内5病院が参加する鹿児島県立病院群初期臨床研修プログラム)における副プログラム責任者、そして県立大島病院臨床研修センター長として、研修プログラムの運営や研修体制の整備、学生実習といった卒前教育等を担当している。

プレイングマネージャーとして、診療業務と教育業務そして実務的業務と管理業務を行う際に、マルチタスクによるタイトな時間管理、限られたリソースの中での診療と育成の両立の困難さ、若手育成だけでなく自分自身も知識・技術のアップデートが必要、プライベート面では年代的に子弟教育や親の介護問題が出てくる、といったようにさまざまな課題を抱えた。また、育成部門特有の問題には下記のようなものがあつた。

- ・病院として育成部門にはお金をかけにくい(予算が付きづらい)
- ・人材育成に対する院内の温度差(初期研修終了後は自院に残らない)
- ・採用される研修医数の変動(マッチングの結果が不安定)
- ・診療収益に結びつかない(と思われている)

そのため、最初は総合内科という診療部門に力を入れることで院内の信頼を得ることに取り組んだ。県立大島病院の総合内科では、自治医

科大学の地域医療に対する提言²⁾を基に、『今後も奄美の方々の健康に貢献できる総合内科になるよう、科としての診療能力の向上や学生・研修医の教育に努めながら外来・入院診療に取り組み、奄美の地域医療に貢献する「幅広い症状に対して診療ができ、地域のニーズに応じて自らを柔軟に変化させることができる」医師を目指し、日々努力を続けてまいります』と、病院ホームページの診療科案内に掲げている。

総合内科では、常勤医は4名、専攻医が1～2名、研修医が1～3名で、常勤医がいる消化器内科・循環器内科・脳神経内科以外の、血液疾患、呼吸器疾患、内分泌代謝疾患、膠原病疾患、新型コロナウイルス感染症を含めた感染症疾患、腎臓疾患を診療している。外来では生活習慣病の管理、人間ドックの結果説明、外来化学療法などを担当しており、入院診療では3～4チームで30～40名の患者さんを担当している。

院内外の紹介患者を積極的に引き受け、呼吸器内科専門外来、血液内科専門外来と連携しながら、新規レジメンを導入し、奄美大島で化学療法を受けることができる体制整備と治療の実施、また、新型コロナウイルス感染症の対応では総合内科が主導して診療を行い、感染予防対策に関する情報発信も院内外に行うなど、その時々状況に応じ、役割を変えながら取り組みを進めた。現在、総合内科が実施する化学療法の件数は年々増加しており、診療収益も他の診療科に引けを取らない実績を示すことができるようになった。その結果、院内での発言力が上がり、症例が増えることで研修医に対する直接的な教育効果も上がり、研修医の受け入れに関する提案が受け入れられるようになった。これは診療面で数字が出せるようになりながら、同時に育成面でも結果が出せるようになりできた成果だと感じている。

実際に進めてきた、鹿児島県立病院群初期臨床研修プログラムでの人材育成の取り組みを図1に示した。このような取り組みを進め、学生を対象とした合同説明会や臨床研修センターのブログでも情報発信することで、以前よりも県立病院群プログラムに応募する学生や、実際に



図1 具体的な育成部門での取り組み 県立病院群プログラムの人材育成

特集

採用される研修医の数が増加し、年度ごとの採用数の変動も少なく安定するようになった。

新型コロナウイルス感染症の流行前には、当院で研修を行う研修医は、他プログラムの地域医療研修や連携を結んでいるプログラムの選択研修も加えると、年間35人前後の研修医が奄美大島を訪れて研修を行っていた。また、当院では積極的に医学部生の病院見学や離島実習、地域実習を受け入れており、年間100名前後が奄美大島を訪れて、当院で見学・実習を行い、医師の卒前・卒後教育で毎年130名ほどが奄美大島を訪れて、奄美大島の地域医療を通じ、観光だけでなく、より深く奄美大島を理解してもらっていた。「移住した定住人口でもなく、観光にきた交流人口でもない、地域や地域の人々と多様に関わる人々のこと」を関係人口と言われるが、医療者の育成が奄美大島での関係人口の創出に一定の役割を果たし、それが将来的には奄美大島における持続的な地域医療の確保につながる可能性もあると考えている。

しかし、全国的な新型コロナウイルス感染症の流行により、鹿児島県内でも多数のクラスターが発生、奄美群島でも奄美大島だけでなく、他の島々でもクラスターが発生した。コロナ禍によって、医学生生の病院見学や離島・地域実習、

奄美大島の医療機関による研修医を対象とした合同カンファレンス等が次々と中止になり、当院では診療面だけでなく、医療者の育成面でも大きな痛手を被った。

それでも、コロナ禍をマイナスで終わらせるのではなく、診療面においては、島外搬送や離島間搬送が円滑に行われるよう、患者搬送のシミュレーション訓練の自治体や海上保安庁との合同実施、新型コロナウイルス感染症の発生時に迅速に対応できるよう、病院内や県内関係者間、病診・病病連携、保健所・行政との連携の見直し、連携強化が行われた。また、住民の方々に対しても、地元のFMラジオ放送局を通じた注意喚起等を行っている。

育成面においても、感染蔓延防止策として、Webでの説明会やWebカンファレンスを導入した。奄美市新型コロナウイルス感染症対策本部会議でも述べたことだが、「新型コロナはゼロにしたが何も残らず」ではなく、新型コロナウイルス感染症に取り組んだ先には「誰もが安心して島を往来し、誰もが健やかに暮らす奄美大島」になるよう、現在も取り組みを続けている。

最後に、プレイングマネージャーとしての今後の展望を図2に示した。プレイングマネージャーの診療・育成両部門での取り組みは、病院組織

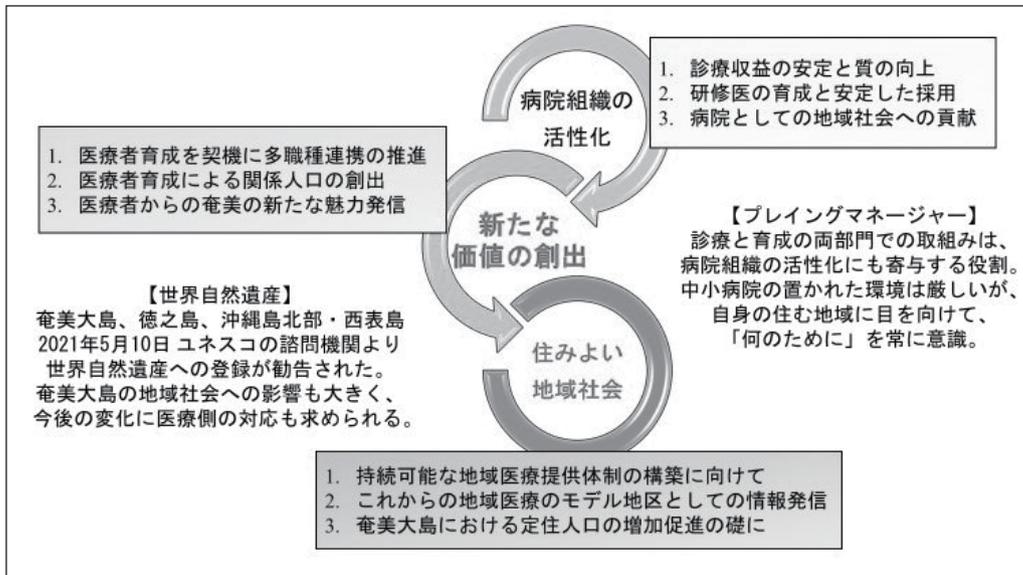


図2 プレイングマネージャー -今後の展望-

の活性化に寄与する重要な役割であり、医療者の育成を契機とした多職種連携の推進や、医療者育成による関係人口の創出、地域で育成された医療者による地域の新たな魅力の発信につながるなど、新たな価値を創出する可能性もある。自分自身、引き続き診療と育成に取り組み、持続可能な地域医療提供体制の構築や地域医療のモデル地区としての情報発信、ひいては奄美大

島における定住人口の増加促進の礎に資するよう精一杯、頑張っていきたい。

文献

- 1) 自治医科大学:地域医療テキスト. 医学書院, 2009.
- 2) 神田健史:自治医大からの地域医療に対する提言 自治医大の実績から見えてくる地域医療に求められる医師像. 日本医事新報. 2011; 4573: 29-33.

地域全体で医師をタマゴから育てるには？

宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学講座 教授 吉村 学

私の考える地域医療の定義は、「地域医療とは医療人、住民と行政が三位一体となって、担当する地域の限られた医療資源を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医療を展開するプロセスである」という地域医療振興協会の定義であり、2015年から宮崎大学に着任してからもそれを踏襲し、授業や定期試験にもこの定義を用いている。

私は鹿児島県の曾^そ於^お郡財部町（現在の曾於市）の出身で、医師を目指して宮崎医科大学に進んだ。6年生の卒業間際に、自治医大産婦人科の故玉田太郎教授にお会いしたことをきっかけに、

初めて飛行機に乗って自治医大へ向かい、そのまま故五十嵐正紘先生の地域医療コースに入って、以来、この道を歩んでいる。

初期研修ではスーパーローテーション研修を行いながら、3～4年目は地域医療振興協会が運営する群馬県の六合温泉医療センターに赴任。その後自治医大に戻って、1998年から岐阜県の揖斐郡北西部地域医療センターに赴任し、2015年に母校の宮崎大学に戻って来るまで、17年間へき地医療に従事した。「自



治医大の何期生ですか?」とよく聞かれるので、なりすましで「杉田先生と同期です」などと適当な返事をしていた。先述の玉田先生や五十嵐先生から熱い教育を受け、六合温泉医療センターの折茂賢一郎先生に地域医療のイロハを教わり、揖斐郡北西部地域医療センターでは山田隆司先生にいろいろ指導していただいて、今に至っている。

へき地で教わったことは下記の5つだと考えている。

1. 地域医療は楽しい。
2. 目の前の人だけでなく地域全体を考える。
3. 沢山の先生がいる。
4. 若者が育つ場。
5. 実はグローバル。

揖斐郡北西部地域医療センターでは、17年間で全国から1,000人の研修を受け入れたが(海外からも50人くらい)、そのうち10人が揖斐・久瀬に戻ってきて就職した。つまりタネを蒔いて声をかけて信じれば100分の1の割合で見返りが得られるというエビデンスを得たので、この数字を行政や関係者などに話すと説得力がある。また実習に来たときに「地域医療、がんばります!」というようなことを言う実習生ほど裏切るといふエビデンスもあり(笑)、やる気のない態度だった研修医が5年くらい経って目覚めるということもあるので、彼らを差別をしないということも学んだ。

いろいろな職種の方から教わるということと、人生の先輩方である住民からも教わるということで、『ごちゃまぜ』で学ぶというのが実はへき地のスペシャルなのではないかと思うようになり、interprofessional education (IPE)を勉強し、揖斐で繰り返し実験してきた。そういったことが面白くなり、医学教育も学ぶようになった。

地域で看取りをする際には十分なサービスがないため、苦し紛れに、例えば夜の訪問看護や夜の老老介護の一つの足しにと考え、許可を取って、研修医を1晩だけ患者さん宅に泊めるといふ実習を始めたところ、これがうまくいって、患者さんからは感謝され、研修医は生まれ変わったようになって、ウィン・ウインの関係になる

ことが実験してみて分かった。これを現在の医学教育の研究テーマにして、昨年論文化した。調べてみたところ、こういうことをやっているのは世界でも他になく「世界初」ということが分かり、「お泊まり実習」を世界に広めることに貢献できたと思っている。

学生や研修医の最終日には、「倍率の違う3つのレンズを持ってぐるぐる回してみなさい」と話している。肺炎の患者さんを診るときには、聴診や喀痰のグラム染色、抗菌薬の使い方が出来ていないと駄目なので400倍のレンズを使う。ところが高齢者にはいろいろな健康問題があるので、そこにしっかりアセスメントするために40倍のレンズ。なおかつ、この人は月5万円の国民年金しかもらってない。そういう場合高い薬を使うのか? タクシーを使って受診させるのか? といったことまで考えて決断しなければいけない。それは4倍のレンズである。そういう話をすると地域実習でいろいろな経験をした後には非常に腑に落ちるところがある。だからまず現場ファースト、そして最終日に経験したことを言語化することになっている(図1)。

私自身が卒業した時にも地域医療の道に進んだのは同級生100人に1人だったが、今も総合診療医を目指すのは1~2%で、この30年ほとんど変わっていない。これまでは実習生を受ける側であったが、送り出す側(大学)から変えていくと面白くなるのではないかとキャリアチェンジを決断し、2015年5月から宮崎大学に着任した。

教授として着任し活動を開始したが課題山積で、まずは県内の医師会、病院、その他いろいろな人のところへ行脚して、学部教育における地域での臨床教育拡充、総合診療医養成プログラム設立、多職種連携教育である『ごちゃまぜ師』養成講座、県・医師会との連携、住民への啓発などに努めた。

県民にも地域での教育を応援してもらいたいということで、地方新聞に全面広告を掲載した。もう5年目になるので県民も応援団になってきたし、研修医たちにとっても新聞に自分の名前と写真が載るといふのは誇らしいことで、成功



図1 倍率の違うレンズを同時にもつ

した作戦だと思っている。

「地域包括ケア実習」という新しい実習も導入した。医学部の5～6年生は全員、4週間、特定の地域に滞在して地域包括ケアを学ぶ。医師会、自治体、多職種、各種団体に協力要請し、全26市町村で実施。最初の年は7割が宮崎市での実習を希望したが、県内でも宮崎市は都会なので良くないと思い、宮崎市を希望した人ほど遠くのへき地へ行かせていたところ、現在3シーズン目になるが学生の希望が年々変わって良い感じになってきている。

また、JADECOCOMの縁で、オレゴン健康科学大学、ハワイ大学、タイ王国やスロベニアの家庭医の先生方とつながりができ、宮崎にいなからグローバルスタンダードを学ぶ活動を開始することができた。これは学生にとっては刺激になっている。

大学のスローガンである「Think globally, Act locally」を地で行こうと考え、いいことは『徹底的にパカる(TTP)』ということで世界の地域医療を真似ようと考えている。

写真は、昨年スロベニアのリブリアナ大学と提携を結んで授業をしたときのものである。スロベニアは旧ユーゴスラビアの一つで、ヨーロッパのなかでもプライマリ・ケアが強い。これは1学年の家庭医(総合診療)プログラムの専攻医であるが、24名で7割が女性で、この先生たちが地域の救急も担っている。家庭医をキャリアとして選ぶのは意識が高いという価値観で、非

常に成功している国である。図2の横軸が医療費で、縦軸が質の評価であるが、矢印がスロベニアである。こういったモデルとなる国とつながれるのはありがたいことである。

下記に、私が赴任して新規に取り入れたこととその成果をまとめた。

- ・学生サークル(FAMILY MEDICINE INTEREST GROUP)設立:現在92名
- ・地域での臨床実習拡充3日から42日へ、県内全市町村で実習可能になった
- ・現地の受け入れ機関の指導者講習会開始(医師だけでなく多職種・行政も参加):80医療機関、これまで6回開催
- ・卒業試験のうち筆記試験を廃止して実技試験のみ(POSTCC OSCE):8つのステーション(模擬患者);全国で最多。6つ以上で合格→今年の国試合格率九州で1位

それから、へき地医療教育の先進国から学ぶということで、オレゴンのKlamath Fallを町長・議長らと視察に行き、地域での総合診療医養成



写真 スロベニアのリブリアナ大学と

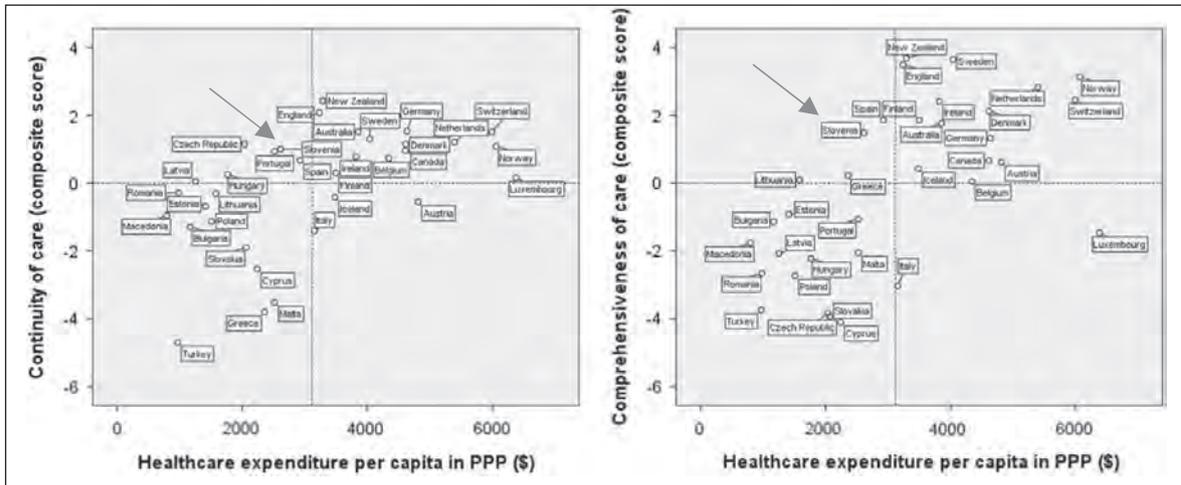


図2 縦軸がケアの継続性およびケアの包括性の指標、横軸が医療費
(Pavlič D, et al: Primary Health Care Research & Development, 2018; 19(3): 277-287.より引用)

地域医療の再定義（私見）

“
 地域医療とは医療人、住民と行政が三位一体
 になって、担当する地域の限られた医療資源
 を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医
次世代の専門職教育と学びの場を提供しながら
 療を展開するプロセスである
楽しく まちづくりのことに関わる
 持続可能

*Including sustainable system, community design, and learning and teaching system for
 healthcare professionals with fun.*
 JADECOM definition and Revised version by Yoshimura. 6-26-2021

図3 地域医療の再定義(私見)

や長期滞在型地域医療実習などのノウハウを学んだ。その結果、昨年度より都農町がふるさと納税から10年間で合計10億円を拠出して、宮崎大学の寄附講座として医学部の寄附講座だけでなく、地域資源創生学部の寄附講座も併せて開設することができた。昨年から当講座から総合診療医を3人送り込んで診療や教育を実践展開している。

私が赴任して取り組みを開始したのは2015年からであるが、総合診療医のプログラムに進むのは毎年1~2人で、昨年は0。そこで県庁医療薬務課等の支援のもと県内の4つプログラムを合体して魅力化を図ったところ、今年は何

と3人も入ってくれた。非常にありがたい流れになっている。

今日のタイトルにもしたが、医者をつまごから育てるには、たまごの前の段階、小・中・高生に学びの機会を創出することが重要と考え、県内の学校や教育委員会にも積極的に行脚している。

最後に、私なりの地域医療の再定義を示す(図3)。元々の定義に加えて、やはり必要なのは持続可能なシステム、まちづくりにも関わる、教育の仕組みをセットで組み込むことが重要だと考えている。

地域医療における「ヒト」の育成 —地域全体で熱く、そしてあたたかく育てる—

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座 教授 佐藤 勝

地域医療崩壊が叫ばれていた中、「地域枠という義務があるから仕方なく地域に赴く」のではなく、「地域医療は地域枠の彼らに任せておけば良い」のではなく、多くの医師が「魅力ややり甲斐を感じながら自ら進んで地域に赴く」ことを期待しながらやっている。

当講座は「地域で学ぶ、地域で育つ、地域を支える」という基本理念のもと地域立脚型の教育に力を入れている。

ほとんどの学生は「何とか目の前で困っている人の力になりたい」といった純粋な思いで入ってきている。これはまさに「地域医療そのものだ」と思い、なるべく早く地域へ出すべきと考え、入学直後の1年生から1～2週間、さらに2・3年生では必修で全員に地域医療実習を実施。また5～6年生では選択実習の中で2～6週間、また離島実習や在宅ターミナルケア実習も実施。

他大学では低学年は1日か2日の実習が多い中、医療をまだ知らない1年生から1～2週間も出すと、学生や受け入れ側から「なぜ?」「長い」と戸惑いもあり、「岡大はトライセルとかチャレンジ」などと言われているが本当に得られるものが多い。10数年経ち今は受け入れ側からも「もっとあれも見せたい、1週間では短い」と言われるよう成熟してきた気がする。

出す前に先方に失礼がないように、模擬患者さんとの医療面接など事前学習をしている。さらに低学年でもあり、現場で知った情報をSNSやツイッターにあげないよう、また術場に勝手に手を出さないようにとしっかり指導している。

なお、実習中は毎日レポートを書き講座教員からも毎日コメントを行っている。このシステムは他大学からも高い評価をいただいている。解剖実習もまだの1年生が初日に検死にあたり、トラウマになったりすると現場の医師もフォローしてくれるが、その日のレポートを見て翌日飛んでいくこともある。

初日は大変緊張しているが徐々に打ち解け、

医療のほか、多職種や住民とのふれあいの場などを通し、地域の実情を知りうわべだけでなく本質まで見えるようになる。

実習から帰ってきた彼らの顔は精悍な顔つきに変わり、生き生きと眼を輝かせながら、実習について楽しそうに話してくれる。地域の医療自体に感動していることもさることながら、地域の医師が地域や住民のために誠心誠意尽くされている姿に多くの学生は感銘を受けている。「いつでもどんなことでも相談にのる医療」を実践する先生方に、理想とするロールモデルを見出したのだと思う。

また多職種と信頼しあい一緒に地域医療を作りあげ、さらに住民と良い地域を築き上げていることに接し、「地域医療のイメージを覆された」と多くの学生が感想を述べる等、地域医療マインドの醸成につながっている。彼らの成長する姿から、低学年で全学生に地域医療を体験してもらうことに大きな意義を感じている。仮に専門医に進むとしても地域医療マインドを身につけ、入学当初の気持ちを忘れず、専門医になってもらいたいと思っている。

去年より上級生が1年生全員に地域医療ガイダンスを開いてくれ、今年は54名が実習に参加してくれた。「実習の感動を未参加の同級生全員へ伝え学年全体で共有しよう」と、「地域医療シンポジウム」を自ら企画し、学生の手で開催した。たくさんの実習施設の先生方も参加いただきコメントももらった。教員である私たちが学生に伝えることも大切だが、学生自身が学生に伝えることで臨場感が増し、学生全体の地域医療への理解が深まった。また教養中心の1年生の時点で、医師になる目的意識が明確化し、勉学意欲が向上した学生も増えた。

また他大学間交流も手がけ医学生中心のフォーラムを開催したり、地域枠自治医大学生



同志、また医学科のみならず全学部の学生が地域に集まりワークショップを開催。学生時代から多職種連携の理解を深めることと共に、将来の地域医療の仲間作りにもつながっている。

講義や地域医療実践セミナーや実習等で地域医療に触れた後、魅力を感じ地域枠に新たに加わる医学生も出た。地域枠ミーティングでは定期的に学生企画のワークショップをし、学年を越えたつながりになっている。また全員との個人面談もし、将来への不安解消にも努めている。県知事との懇談会では、知事から熱いメッセージをいただいている。

小中高生に対し入学前教育をしたり、研修医への支援や女性支援、特に出張ミーティングで女性医師の働く姿、その頑張りを、地域住民にも知ってもらっている。講演会やシミュレーション教育を地域出張でも行っている。

また岡山の特徴的な組織であるNPO岡山医師研修支援機構 地域医療部会とも協働。基幹病院や地域医療機関の院長や指導医、大学教員、県職員そして市町村長、地域枠卒業医師が一堂に会し地域医療のキャリアパスや地域枠医師の派遣システムや配置病院の選定などについて真剣に話し合っている。地域の病院や市町村長が単に「医師をくれ」と言うのではなく、研修病院の指導医はしっかりと育てることの大切さを語られるなど色々な立場の方々がお互いの気持ちをしっかりと理解し、しっかりと彼らを育てていこう、その上で地域が充実するようにしようとの意志統一の場にもなっており、このように公平性、透明性を担保した配置システムは岡山県方式とも言われ評価をいただいている。

さらに地域枠卒業医師を集め、地域枠5～6年とあわせキャリア相談会をし、配置候補病院の合同説明会をし、その後病院見学、マッチングにて病院が決まる。その後も配置医師合同カンファレンスを開催し、活躍の共有や課題や改善点を見出し、各病院での地域感染症セミナー開催につながり、各病院の質の向上にもつながっている。

また私は大学教員であると共に現在も哲西町診療所でへき地医療を実践している。旧哲西町

は全国的にも全く新しいタイプの複合施設を建設。私が赴任し無医町を解消。保健医療福祉だけでなく、行政教育文化産業まで含めた地域包括ケアを推進中。診療所は無床ながらCT、胃・大腸カメラなどをもち、24時間いつでも何でも断ることなく診療にあたっている。ここで私も地域医療を実践しながら、医学生〔351名(2021.6.15現在)〕や看護学生(700名)、小中高生、地域住民等への教育や研修に携わっている。

なかでも初期臨床研修医(現在まで121名)の教育には力を入れている。

医学生は、ホームステイをはじめ地域住民や保健・福祉・介護や行政にふれることに重点を置いているのに対し、研修医にはできることは全てやる実践型研修としているので、医療が多くなっている。もちろん胃・大腸カメラや全身の超音波なども全員に経験してもらっている。レビューとして、午前の診療中に加え毎晩2～3時間、その日の全カルテの振り返りを指導医の負担にはなるが必ず実施。またためになるスペシャル症例を10時間程度、分かりやすい心電図読影も実施。不整脈がほとんど読めなかったが、皆が読めるようになり帰って行く。週末の待機もやってもらい研修の力試しとともに一人で何でもやることの大変さも実感してもらっている。また毎日ポートフォリオで研修内容を整理し自身の成長を実感してもらっている。毎回市長、元町長をはじめ保健師やケアマネージャー等の講義や懇話会、住民との語る会も織り交ぜる等、まさに地域全体で取り組む研修プログラムである。胃カメラの経験がない研修医に「練習台としてあなたに診てほしい」という患者も何名もおられ、これに感動しすぎて涙をみせる研修医もいる。

住民が集まって「みんなで語ろう哲西の地域医療」という会の中で研修医報告会を開催し、診察させてくれた患者住民に感謝を伝え、自身の学んだことや感想をはじめ「他地域から見た哲西町」についても語ってもらっている。住民も研修医受け入れを歓迎し、激励の言葉もくださり住民からもあたたかく育ててもらっている。この会は、住民に研修医の受け入れを理解してもら

と共に、研修医に「この地域は住民に支えられている」ことを実感してもらう狙いがある。また住民は他地域と比べることは少ないので改めて哲西町の取り組みに感動され、応援団になってくれる。住民と腹を割って話し合うことで、今後とも住民と一緒に協力してよりよい地域医療を作っていこうと意志統一をはかる機会にもなっている。

患者や住民が雪かきや草刈りをしてくれたり、家に咲いた花や季節ごとの手作りの土鈴などを持ってきて待合室を飾ってくれる。われわれ診療所スタッフが地域住民を支えているつもりが、反対に住民から支えられていることに気づかされ、とても嬉しいことである。これらも研修医に感じてもらっている。

研修医は、研修満足度についてほとんど大変良いと答え、全員がそれまでイメージしていた診療所との違いに驚いていた。

感想を紹介する。診療については「手を抜かず誠実に熱意を持ち診る大切さ」「病院に届かない小さな声も大切なニーズ」「癌かもと思った時にこそ来ることができる診療所でないといけない。それほどしっかりした診療」「10年後にかかる疾患を考え早期発見に努めている」「最期まで診るという強い意志と重み」「医療レベルは大病院と差がない。もしくはそれ以上」。

指導については「自分で判断し行動する研修と、寺子屋式の熱い指導で力がついた」「失敗例から多くを学んだ」「研修する者としてのあるべき態度と指導する側の思いを学んだ」「町全体で、特に地域住民が研修医を育てようとしてくださった」「こんな指導をしてくれるのは死ぬまで哲西町診療所だけだ」。

地域包括ケアについては「町全体で住民一人ひとりをみている実感」「スタッフが信頼し合い高い理想と誇りを持ち働いている」。

まちづくり、魅力、やり甲斐については「自分自身が元気をもらえる診療所」「まちづくりの一役を担う責任と魅力、楽しさ」「皆が同じ方向を向いて一体感を感じながらまちをつくりあげることの素晴らしさ」「地域医療とは医療者の頑張りだけでなく住民の協力あってこそ成り立つも

の」「住民が医師を守ろう・支えよう・育てようという気持ちが芽生えている」「自分の医師人生を変える研修」「医師がまた帰ってきたくなくなるような地域」など、そのほかにも心に残る熱い感想がたくさんあった。

研修後「将来診療所で働きたいか」の問いに、大半が働く、働いてみたい。やり甲斐があり選択肢の一つ、哲西のような診療所なら働くと答え、研修後、医師を志した時に考えた医師像をここ哲西町で見出したのか診療所勤務を望む者が増えた。

住民も含め地域資源をフル活用し、熱意を持って教育することにより当初地域医療を目標としない研修医に対しても効果があり、地域医療マインドを培うこととなった。

また看護学生の1日実習でも実習前、診療所勤務志望が2名だったのが、実習後、なんと82%が将来診療所で働きたいと答えた。今後地域医療マインドを培った医療従事者が増えその中から実際に地域医療を志す者が増えることに期待が持てるようになった。

実際全国各地でへき地診療所や地域医療に従事してくれている医師も数多く、当診療所へ2名の医師が常勤で帰ってきてくれた。このように研修した地域に再赴任することが全国でもみられるようになっている。

しかし多くは地域医療以外に進むと思われるが、他の分野へ行ったとしても「地域医療は素晴らしい」と、彼らが地域での見聞を同僚や後進に伝え、一人でも多くが地域医療に関心を持ってくれることを期待している。それが世間で評価の低いと思われているへき地医療・地域医療の評価を上げてくれるものと信じ、そして評価が少しでも上がれば後進に優秀な人材が集まってくれるものと信じて、全ての若い人々に力を込めて思いを伝えている。

全国各地で、「地域から医師がいなくなった。地域医療が崩壊した…」といった声が聞かれた。一方では、「医師を派遣しない大学が悪い、国や県に策が感じられない…」といった声もあがっている。

地域医療の確保・充実へ向けてまず大切なこ

とは、誰かを糾弾することではなく、また、医師の供給側の問題だけにするのではなく、医療関係者そして行政、さらには住民一人ひとりが、地域医療とそれを取り巻く環境がどうなっているのか、その現状と問題点をしっかりと認識し、まずは受け止めることが大切である。さらに限りある社会医療資源の中で住民一人ひとりが当事者意識を持ち、問題解決へ向けて臨むことが必要と思われる。

実は新見市も、2007年から2年間、救急指定病院がない県内唯一の地域になってしまった。これに対し地域医療研修会を企画し、医師が減っている新見市の現状を伝え、住民皆で考えた。

救急指定病院の院長からは看板を下ろさざるをえなかった理由を話していただき、住民はその激務を初めて知り驚いていた。小児医療を守る会の会長からは「様子が見れそうなら夜中でなく翌日にかかっても良いのではないかな」などの勉強会を毎月行い、新見に来てくれた小児科医を疲弊させないような活動を行った。実際に来てくれた小児科医は「いい町だ」と言って、16年もいてくださっている。住民が地域医療を守り支える素晴らしいケースである。従来、行政や住民は「自分たちは医療に無知だから」と言って医療関係者に「おまかせ」状態にしていた「地域医療づくり」は、もう限界だ。住民も積極的に参加し行政、医療関係者と共に進めていけば、きっとそれが生活と密着した「地域づくり」へと直結し、ひいては地域の活性化、魅力あるまちづくりへとつながっていくと考える。

このようなピンチも地域皆で真剣に話し合うことにより地域づくりの機運が高まり、皆で「まちづくり」を協働するチャンスになるのかもしれない。ここに地域医療再生のヒントがあるのだと考える。当然国県の支援策も必要であるが。

このような地域医療タウンミーティングは県の医療計画でも重要性を言われるようになり、岡山県内各地でなされ始めている。

プライマリ・ケアでは継続性の重要性もよく語られるが、へき地医療の継続性を担保するための永遠の課題であると思われる医師確保については、「招く」だけではなく「支える」「育てる」と

いうコンセプトも大切になるであろう。へき地を支える医師は地元出身もおられるが、よそから来た医師が多い。行政は医師を「招く」ことは従前からよくなされているが、招聘した医師を「支える」こと、さらに医師を「育てる」ことを今までへき地をもつ自治体ではあまりしてこなかったのかもしれない。

医師を招聘したのち、行政は医師に遠慮もあると思われるが、その地域の医療を医師にまかせっきりで、あまりコミュニケーションがとれていなかったため、よそから招聘した医師が孤立したり、またその家族、特にその配偶者は友達もなく、さみしい思いをしたのではないかとと思われる。同じ地域医療を守る仲間の一員として行政もよそ者である医師を、そしてその家族も一緒にまきこみ「協働」し地域医療づくりをしていくことが大切だと思う。

そしてそれが「もう1年でも長くここに居よう」と医師が思うようになれば、しめたものだ。行政や住民と一緒に地域医療を「支える」、そして来てくれた医師を「支える」ことも大切である。

例えば、夜中に患者に呼ばれた時に「診て当然」と言われる町か、「ありがとう、助かった」と言ってくれる町か、どちらで医師は働きたいか。考えてみれば、地域住民が地域医療を「守り」「支える」大きなファクターであると思われる。

「育てる」点では哲西では、学校授業、職場体験や毎年の健康まつりでの診療所探検隊などで小中高生など地元の子供たちに診療所を身近に感じてもらい、地元の医療に興味を持ってもらっている。

実際にカメラを操作させたり、CT室では、おもちゃを撮影し断面像から答えを当ててもらおう。歯科では虫歯の模型を実際の機器を使って治療する。高価な機器を使い、ある意味不謹慎だが、「いつもの診療所と違い楽しく過ごせた」「CTなど都会に負けないすごい機械があった」と好評を得ている。以前に無医町になった苦い経験から永続的に哲西の医療が守られるように、この中からいずれ地元に戻り地元の医療を支えてくれたらという願いも込めて一緒に楽しんでいる。

へき地医療の課題の解決には、住民、行政、

医療関係者の三者の協働と医師を「招く」だけではなく「支える」「育てる」コンセプトが重要なポイントと考える。お陰様で哲西町は以前無医町だったのが現在医師3名体制で、今年度は後期研修医を含め研修医が常時2名来てくれている。

最後に地域医療実習を受け入れてくださった医療機関からは受け入れ前には、「どう育てようか」など戸惑いがあったが、受け入れることにより「病院全体で育てようという雰囲気が醸成できた」「希望に満ちた若い学生が来ることにより病院内が活性化した」と言われるようになる等、地域医療の教育や普及にたくさんの方々に関わってもらったことにより、地域医療を支え育てていこうとする仲間作り・環境作りにもつながっていると感じている。地域医療再生の鍵は、若い

医学生・研修医等を大学だけでなく地域全体と一緒にあって、皆で熱意をもって育てることと、彼らが地域に残る、あるいは戻ってきたいと思える地域全体の温かい支え(仲間作り・環境作り)と考えているが、その礎を地域の人々と一緒に築き始めていることを実感している。

「地域医療におけるヒトの育成」というこの「ヒト」とは、医学生・研修医・看護学生など若い医療関係者をはじめ保健福祉介護関係者はもちろん、小中高生、さらには行政、そして住民、全てであり、「地域医療の重要性」と「協働することの大切さ」そして「地域医療の魅力」を理解してもらえるよう、全てのヒトへ、普及啓発していかねばならないと考えている。

地域医療は地域包括ケアへ進化する

今日は「地域医療は地域包括ケアへ進化する」という、少し刺激的なタイトルで、関愛会の経営の工夫、地域医療の再定義、関愛会の職員教育について話したいと思う。

関愛会のルーツである佐賀関病院がある大分市佐賀関地区は市の中心部から約27km、人口は約7,900人、関アジ、関サバが有名な漁業と、パンパシフィック銅工業佐賀関製錬所の企業城下町として栄えていた。しかし人口は減少し、現在高齢化率は55.9%、独居高齢者や認知症の高齢者、老老介護が切実な問題になっている。

佐賀関病院は2004年の開設当初は123床で、うち急性期病床が100床、療養病床が20床。翌年新病院が落成した際には一般病床が50床、療養病床(のちに回復期)40床の合計90床となった。その後2020年9月に病床を71床に減床したが、地域の医療需要に対応した供給側の急激な変化がわかる。

現在は急性期病床、一般病床は16床、地域包括ケア病床が13床、回復期リハビリテーション病床42床で、機能強化型在宅療養支援病院、へ

社会医療法人関愛会 理事長 増永義則

き地診療所の支援活動などを行い、一般病床16床の中で救急告示病院として地域の一次救急を担っている。



関愛会の歴史を図1に示したが、特筆すべきなのは、2018年によつばファミリークリニック、地域医療振興協会と連携した江別訪問診療所、北区王子クリニックを開設したことである。事業収益のエリア対比を見ると、2005年にはほぼ全部が佐賀関地区の事業であったが、その後大分市内に在宅医療を中心とするクリニックを開設し、その後豊後大野市に三重東クリニックが始まり、少しずつ佐賀関以外の収益が増えていき、2019年には佐賀関地区とそれ以外の収益が同じになった(図2)。事業展開が広域化し提供するサービスの種類も増え、医療機関(3病院、7診療所)、2つの老健施設、2つの有料老人ホーム、7つの通所系サービス、2つの訪問看護ステーション、4つの訪問リハ、5つの介護事業所、1つの地域包

特集

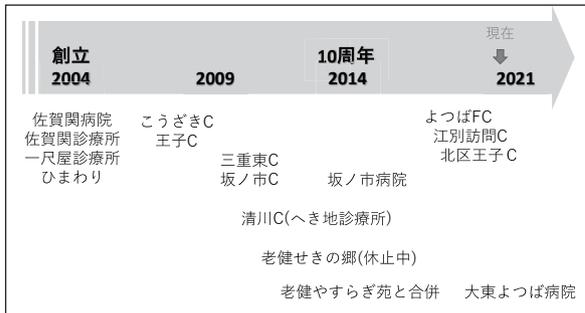


図1 関愛会の歴史

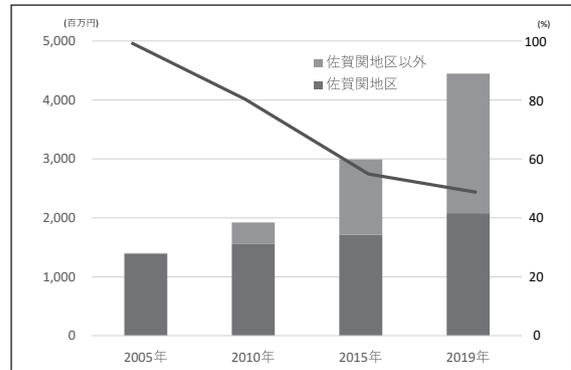


図2 関愛会の事業収益とエリア対比

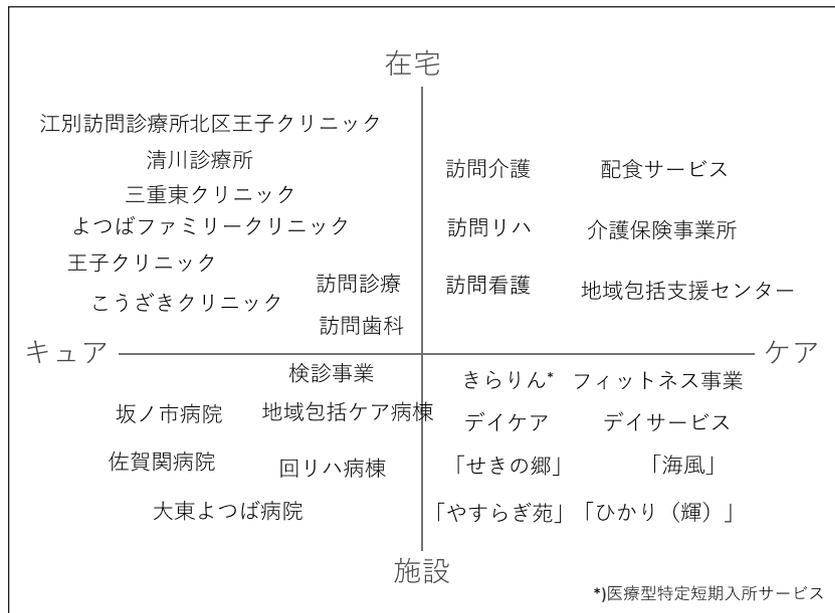


図3 関愛会におけるヘルスケアサービスのエコシステム

括支援センターを展開している。在宅から施設まで、それからキュアからケアまで、関愛会の活動は全ての領域で行われていることが分かる(図3)。

主な施設を紹介する。坂ノ市病院は2016年に病院化し、全てが地域包括ケア病床である。訪問診療は月に330件、関愛会でも1番の訪問診療の数となっている。そこでは在宅医療支援センターが中心になって在宅医療・訪問診療のコーディネートを行っている。通所リハ「もみの木」も、法人関連施設でもみの木ブランドとしてリハビリテーションを広げている。

三重東クリニックは2010年に大分県三重病院の閉院に合わせて豊後大野市に開設した。自治医大の14期、15期の卒業生が運営に携わっている。その経緯はp.932に詳述されている。

よつばファミリークリニックは大分市の中心部から10km近くのところに位置しているが、2018年4月に開設し、大分大学総合内科・総合診療学講座と連携し、総合医の養成のための設備を整えた。学生や研修医の指導ができるように5診察室と広い処置室、診療の風景を見られるモニター設備、また当直室も備えている。

江別訪問診療所は2018年11月に開設。北海道出身25期の日下勝博先生が江別市の訪問診療の充実と北海道のへき地医療支援のためにクリニックを立ち上げたいということで、地域医療振興協会と関愛会の連携でスタートした。開設当初はスタッフ3名であったが、現在は職員数23名(内医師4名)、訪問患者数200名を数え、北海道へき地医療支援センターも兼ねて活躍の場を拡げている。最近では在宅療養中の新型コロナ

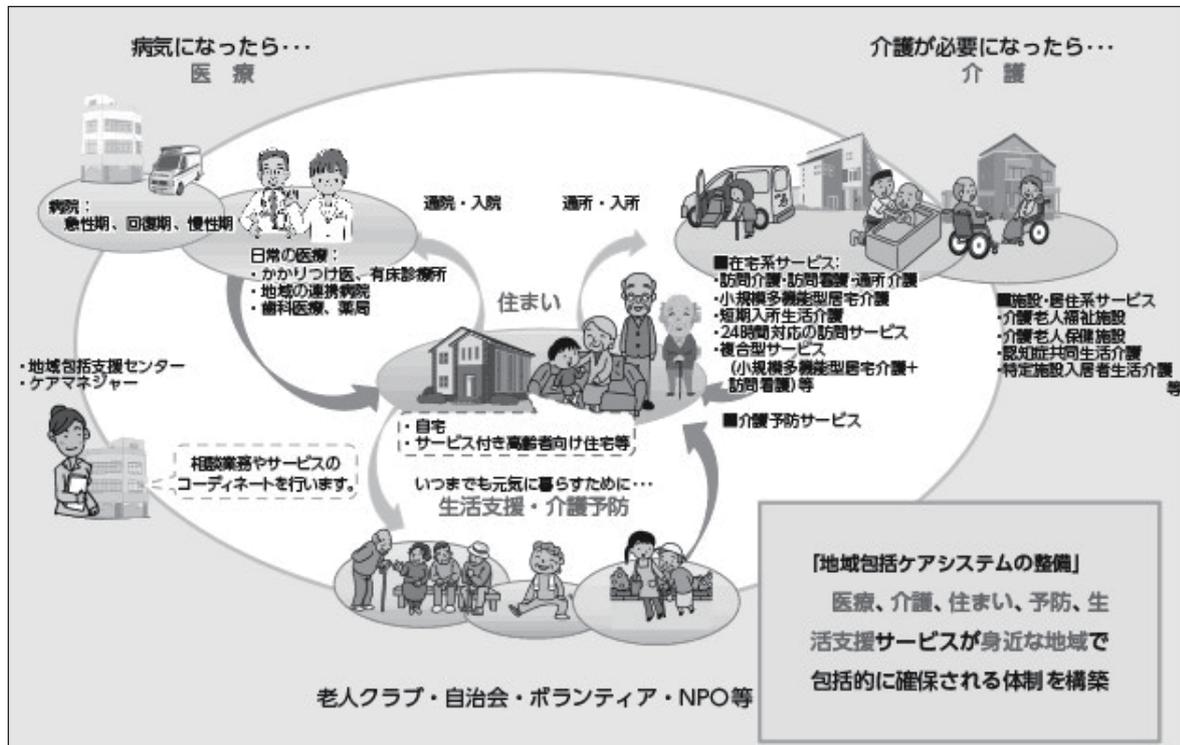


図4 地域包括ケアシステムの姿

の患者さんの訪問診療にも対応している。

大東よつば病院は、2021年2月に介護老人保健施設90床のうち40床を大東よつば病院に変更し、「大東地区に新たな地域包括ケアの拠点を目指す」という理念をつくり再スタートしたところである。

以上のように、訪問診療をはじめとする在宅医療や地域包括ケア事業が展開して広域化したため、関愛会の理念の一つを「地域包括医療の推進」から「地域包括ケアの推進」に変更した。

地域包括ケアシステムの定義は、「重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム」とされ、図4は地域包括ケアシステムの姿を示しているが、地域においては高齢化が進んで互助組織もだんだん少なくなっていくこと、コーディネーターとしての地域包括支援センター、地域ケアの充実が難しいのが現状である。

平成28年度の厚生労働白書では、「地域包括ケアシステムとは、歳をとっても、障害があっても、住み慣れた地域で暮らすための支援の包括化、

病院医療中心の“治す医療”から“支える医療”へ、“医療モデル”から“生活モデル”へ
介護保険制度、在宅医療、地域リハビリテーション



多職種連携・協働による包括的ケアによって、地域住民の生活を支えること
＝ “関愛会”の地域包括ケア

図5 関愛会が考える「地域包括ケアの定義」

地域連携、ネットワークづくり」と変化している。

では関愛会の進める地域包括ケアはどういうものか？ 地域包括ケア研修会という管理職研修を行って多職種連携のグループワークで検討した。そこで結論として出たのが、住み慣れた地域で自分らしく暮らすためには、地域住民の「生活」に視点をおいた包括ケアが必要だということである。

地域医療というのは、病院医療中心の“治す医療”から“支える医療”へ、“医療モデル”から“生活モデル”へと変化している。2000年から始まった介護保険制度や在宅医療、地域リハビリテーションが追い風になって関愛会の医療活動が展開されているが、多職種連携・協働による包括的なケアによって、地域住民の生活を支えるこ

とが関愛会の地域包括ケアである(図5)。以上のように、高齢化が進んだ地域では、地域医療は地域包括ケアに進化していくと考える。

関愛会では医師教育はまだ確立していない。よつばファミリークリニックで、ようやく総合医養成システムを立ち上げたばかりで、研修医や専攻医はいない。そこで職員教育について示す。

「地域包括ケアの推進」「地域貢献」「自己研鑽」という関愛会の理念を職員に浸透させ、コミットメントを高めるために以下のような教育を行っている。

- ・上級管理職研修
教育マネジメントカンファレンス(EMC)
BSC, CSR, SDGs
- ・管理職研修(S-Link)

経営方針の浸透

多職種連携教育(IPE)

・各専門職研修

看護部, 医療技術部, 介護部

先述の地域包括ケア研修会では、管理職研修という趣旨で情報交換を行ったり、経営・運営理念の浸透、多職種連携・協働の教育を行っている。

まとめであるが、高齢化した地域では、地域医療は地域包括ケアに進化し、私たちは「生活の視点」で、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしく生活を送ることができるように、地域住民を支える。それが私たちの地域包括ケアだと定義して、法人理念の一つに加えて、職員教育のテーマとして浸透するよう取り組んでいる。

ディスカッション

別府(座長) これからディスカッションに入る。

まずは武富先生からひと言お願いしたい。

武富(座長) 学会視聴者から質問があったので紹介する。

- ・コロナ禍で医学生、看護学生の実習は大きく変化したと思う。実習受け入れをしていた施設、送り出してきた施設(大学等)として、それぞれどのような対応、どのような影響があったか。
- ・住民との交流についてはどのような状況だったのか。

この2つの質問を中心に各先生からご回答をお願いしたい。

森田 まず送り出す側の大学の実習が中止になったこと、そして、当院は離島にあるため、住民の視線もあり、受け入れにくい状況であった。なお、今年度はWebで学生との面談等を行ってきたが、徐々に鹿児島大学の実習は再開になっている。看護実習に関しては、昨年度の実習は実施されなかった。

吉村 宮崎大学では第3波の時には実習を中止

した。それ以外の時は県立病院などのコロナ対応病院は受け入れ停止だったが、それ以外の地域病院などはPCR検査・抗原検査を行った上で学生を送ってほしいということで、地域包括ケア実習は一応継続している。ただ、地域の中の福祉系施設での実習は全て停止になったので、地域実習とはいえ、基本、基幹病院での研修がメインという残念な形になっている。

佐藤 岡山大学として地域実習を中止したのは昨年3月の2年生50人程度で、それを昨年8月～9月と今年2月に分けて、120人全員に実施した。今年5月に緊急事態宣言が発出されてから実習を中止したが、それは8月に実施するので、変則的にはなったが、感染の収まっている時期に全て実施できている。現在40～50の施設に実習を依頼しているが、こういう時期でもやはり来てほしいといった声が強かった。受け入れ側の一つである哲西町診療所はもちろん研修医も学生も受けているが、看護学生については送る側の大学の方針で「控

えさせてもらいたい」という話があった。

武富 次に住民に対する活動など、地域との交流についてはどのような状況か教えてほしい。

増永 ケアスタッフによる介護予防教室や体操教室、保健師さんの健康教室など、出向いて行うものは全て中止している。

武富 飯塚では5ブロック協議会が密になっては困るので、Webで生配信で行っている。グループワークはできないので、「コロナウイルスとはなんぞや」といった啓発活動で済ませている。

森田 なかなか住民との接点を持ちづらいところがあるが、病院まつりで地域の方への呼びかけをしたり、他の病院の先生方と一緒に、奄美市議会議員に対して地域医療の現状を伝える機会をつくったり、地域のFMラジオで話をする機会などを持っている。

課題として、より地域に開かれた病院を目指していく必要はあると思っているので、病院で治療するだけでなく、予防など住民と一緒に取り組めることを、今後もっと増やしていければと思う。

佐藤 当地域では独居や独居の認知症、あるいは老老世帯、認認世帯が増えて切実な問題がある。認知症カフェは2回くらい中止になったが、その後、350人くらい入るホールに50～60人集めて、ゆったりと工夫しながら実施したり、各地区健康講座は小グループ単位で会

場を広めにしたり屋外を使ったりして20～30人で集まったり、各地区で考えながらなんとかコミュニティを崩さない努力を住民がしていて、そこへ医者・看護師やスタッフも行くという、住民主体のイベントが多くなっている。

もう1つは研修医が来ると、必ず住民も交えた報告会を行っているが、研修医が住民一人ひとりから「ありがとう」「また帰ってきてね」とエールを送ってもらいすごく感動している。このことは地域医療を学ぶ上で大事なことなので、対策しながらやっている。

武富 住民が医者や医療を育てるとするのは、古くて新しい考えだと思う。それを実践している吉村先生に最後にひと言、お願いしたい。

吉村 今回のメインテーマが「再定義」という、非常にチャレンジングなテーマで素晴らしいと感じ、それに応えないといけないと思って、JADECOMの定義に「持続可能な」、「自前で教育をセットにする」、「コミュニティデザイン」という単語をプラスしてみた。今後ダウンサイジングする自治体、患者さんが減っていくなかで、どうまちづくりをしていくか。医者もコミットして考えないといけない。そういう意味では再定義をする時期にきているのではないかと思う。これをしっかり打ち出すことで、世界に発信できるのではないかと考えている。

座長：鹿児島県支部長，霧島市立医師会医療センター 副院長 重田浩一郎
佐賀県前支部長，医療法人あおぞら胃腸科 院長 笠原健太郎

パクリタキセル併用化学療法終了後の難治性末梢神経障害に対して芍薬甘草湯が有効であった4症例

佐藤新平¹⁾ 吉永亮²⁾ 山口健也³⁾ 徳光隆一¹⁾ 森田泰介¹⁾ 松本治伸¹⁾

1) 中津市立中津市民病院産婦人科 2) 飯塚病院東洋医学センター漢方診療科 3) 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院緩和ケア科

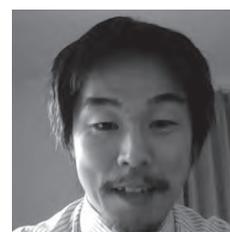
婦人科癌化学療法におけるパクリタキセルは白金製剤とならぶ代表的な薬剤で，両者を併用した化学療法（パクリタキセル＋カルボプラチン療法）は，子宮頸癌，子宮体癌，卵巣癌で使用されるが，末梢神経障害（筋肉痛・関節痛やしびれ）は高頻度に出現し，化学療法終了後も症状は持続し，QOLやADLを低下させる。デュロキセチン，ビタミンB₁₂，プレガバリン，非ステロイド性消炎鎮痛薬，アセトアミノフェン，オピオイドなどの西洋薬が標準治療とされているが，十分な疼痛緩和効果が得られていない状況がある。

こうした状況を，Facebookグループ「自治医大漢方」に相談したところ，芍薬甘草湯の提案をいただいた。

化学療法終了後の6人の患者に対し，芍薬甘草湯を用い，効果があったと思われる4例を経験したので報告する。

末梢神経障害の評価は，今回はNumerical Rating Scale (NRS)を使用した。

症例1 88歳，子宮体癌Ⅱ期。パクリタキセル＋カルボプラチン療法を3コース終了，NRS5。芍薬甘草湯を処方したが，実際には内服していなかった。



佐藤新平

症例2 69歳，子宮体癌ⅠB期。3年6ヵ月前に手術，3年前にパクリタキセル＋カルボシステイン療法6コースを終了し，現在6ヵ月ごと受診している。日中NRS5（夜間NRS7），芍薬甘草湯内服開始後1週間で，夜間NRS5と，夜間のしびれ・痛みが改善した。

症例3 53歳，子宮体癌ⅠA期。パクリタキセル＋カルボプラチン療法を3コース終了。処方を希望しなかった。

症例4 73歳，卵巣癌ⅢC期。1年9ヵ月前，パクリタキセル＋カルボプラチン療法を終了。提示前から芍薬甘草湯を内服継続しており，NRS1。

症例	年齢(歳)	癌腫進行期	TC療法(※)コース数	最終TC療法(※)からの期間	Grade(提示前)	NRS(提示前)	NRS(治療後)
1	88	子宮体癌Ⅱ期	3	6年前	2	5	治療なし
2	69	子宮体癌ⅠB期	6	3年前	2	(昼)5 (夜)7	(昼)5 (夜)5
3	53	子宮体癌ⅠA期	6	3ヵ月前	2	5	希望なし
4	73	卵巣癌ⅢC期	14	1年9ヵ月前	1	1	すでに内服中
5	59	子宮頸癌ⅠB2期	6	4ヵ月	2	6	4
6	62	卵巣癌ⅢC期	12	1年11ヵ月前	2	5	4 (入浴時3)

6症例のまとめ

※TC療法：パクリタキセル＋カルボプラチン療法

症例5 59歳，子宮頸癌IB2期．4ヵ月前，パクリタキセル+カルボプラチン療法を終了．NRS6が芍薬甘草湯内服1週間でNRS4としびれが改善し範囲も縮小した．

症例6 62歳，卵巣癌ⅢC期．1年11ヵ月前，パクリタキセル+カルボプラチン+ベバシズマブ療法6コースを終了．NRS5が芍薬甘草湯内服開始1週間でしびれが改善し(NRS4)，特に入浴時のしびれが改善(NRS3)した．

考察 末梢神経障害に対してのこれまでの漢方療法の報告の多くは，化学療法中の神経障

害を改善するものである．末梢神経障害はいったん発症すると改善しにくいとされるが，今回の検討では一定の治療効果を得ることができたと思われる．

まとめ パクリタキセル併用化学療法終了後の難治性末梢神経障害に対して，芍薬甘草湯を提案した6症例のうち効果があったと考えられる4症例を経験した．芍薬甘草湯は化学療法終了後の末梢神経障害に対して有効な治療薬になりえる可能性があると思われた．

離島からヘリ搬送を行ったCOVID-19症例の1例

中村俊介¹⁾ 増田真吾¹⁾ 山川大介¹⁾ 一宮邦訓²⁾ 神田 聡³⁾

1) 上五島病院内科 2) 上五島病院整形外科 3) 上五島病院外科

上五島は，長崎県の西に位置する人口19,000人を有する離島である．当院は島内唯一の入院機関であり，もともとインフルエンザシーズンの隔離外来(発熱外来)の基盤があり，今回COVID-19が流行った中で比較的スムーズにコロナ外来に移行することができた．

症例 50歳代，男性．ADL自立．14日前に島外の飲食店で飲酒し，翌日帰島．その後しばらくは無症状であったが，6日前に船酔い症状が出現した．その後38℃の発熱，咳嗽が出現し，症状が持続したため当院発熱外来を受診した．併存疾患として，高血圧，糖尿病，高脂血症があった．来院時の身体所見は38.4℃の発熱があり，SpO₂は95%と低下していた．その他にはっきりした身体所見はなかった．血液検査所見は，白血球は正常範囲であったが軽度貧血があり，LDH，CRP，D-dimerの上昇があり，血糖値も高値であった．SARS-CoV-2抗原定性検査は陽性．胸部CTでは両肺の気管支周囲を中心にすりガラス影が多数みられた．以上の経過より，中等症ⅡのCOVID-19と診断し，当院に入院した．

入院後の経過 陰圧個室に入室し，デキサメタゾン，レムデシビル投与を開始した．その夜に酸素化低下が見られたため，翌日に基幹病院

と協議し，搬送の方針とした．当院では，COVID-19感染症患者の搬送について，2020年3月より県と協議し搬送のための取り決めを行い，各部署の業務をチェックシート化していた．

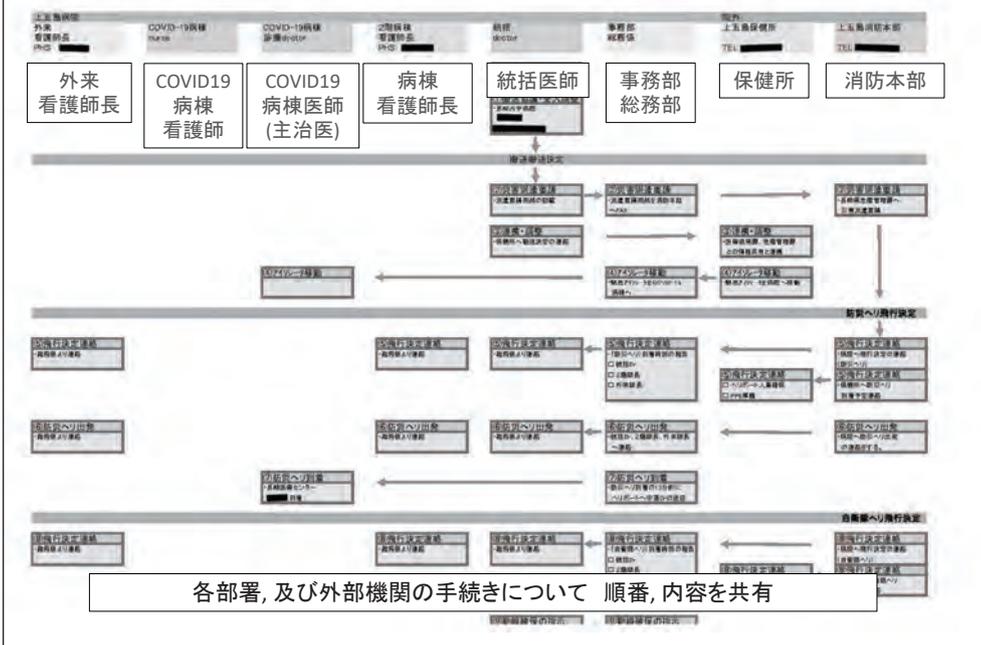


中村俊介

搬送決定後の経過 搬送決定後，荷物のパッケージング，診療情報提供書のFAX，災害派遣申請の準備を行った．朝10時頃に基幹病院のフライトドクターが同乗不可と連絡があったため，当院から主治医が同乗する方針となった．11時頃に海上自衛隊に搬送の要請を行った．12時に飛行予定時刻の連絡を受けた．10分後に院内で搬送放送を行い，通路を確保した．搬送医師は防護服を着用し，患者を車椅子で発熱外来まで移動し，アイソレータへ収容し，救急車へ移動した．その後自衛隊ヘリで本土のヘリポートへ搬送し，救急車で基幹病院へ搬送した．

搬送についての考察 当院では人工肺がないため肺代替療法以上の呼吸管理ができない．また，隔離されたスペースは個室しかなく，当院のICUでCOVID-19重症患者の管理を行うことは困難である．搬送の問題点として，搬送人員

COVID-19 ヘリ搬送フロー 2020.5.7 (上五島病院に関する項目を抜粋, 一部伏字)



が必要, 感染リスクがある, 搬送中に可能な処置は限られるという点が挙げられる. ドクターヘリは利用できず, 自衛隊ヘリを依頼する必要があるということから, 関係機関との連絡・連携が必要になる.

当院では予め, COVID-19感染症患者ヘリ搬送シートを作成していた. これを用いることで各部署, 外部機関手続きについて, 順番や内容を共有し, スムーズな搬送の助けとすることが

できた.

考察 事前に手順を共有することで, 迅速な搬送を行うことができた. 搬送中, 搬送医師は全身防護服を装着するため, 患者対応以外の処置は困難であった. これを補うため, 迅速に外部との連絡・受け渡しを行うことができる体制を整えた医師と2人体制での搬送が望ましかったのかもしれない.

高齢者破傷風の二例

地域で経験した高齢者破傷風の2例について報告する.

症例 1 79歳, 男性. 主訴は右画面のゆがみ, 嚥下困難. 農業に従事. 受診の37日前に左扁桃周囲膿瘍で入院し24日前に退院. 6日前に右画面のゆがみに気づき, 1日前にベル麻痺と診断され, Prednisolone, Valacyclovirを内服するも改善せず, 嚥下および構音障害出現のため, 当院を受診した.

堤 龍子¹⁾ 上之嘉尚¹⁾ 緒方聖友²⁾

1) 球磨郡公立多良木病院内科・総合診療科 2) 熊本赤十字病院内科

バイタルサインに異常はなく, 外傷はなかった. 神経学的所見では1.5横指の開口制限, 右顔面神経障害, 構音障害, 嚥下障害があった. 四肢筋緊張は正常だった. 血液, 髄液検査に異常はなく, 頭頸部画像でも異常はなかった. 入院後, 開口, 嚥下障害が進行し, 破



堤 龍子

傷風が強く疑われ、高次医療機関に転院し臨床上に破傷風と診断された。31日目にリハビリ目的で当院に再入院し、杖歩行が可能となり43日目に退院した。

症例2 88歳、男性。主訴は体動困難、嚥下困難。認知症はあるが生活は自立し、意思疎通に支障はなかった。以前農業に従事していた。受診7日前から開口困難、発語不明瞭、嚥下困難、歩行困難が出現し、増悪した。4日前から間歇的に四肢体幹部の疼痛性硬直痙攣が出現し、当院を受診した。

衰弱感があり、E4V1M6の意識障害以外に、バイタルに異常はなかった。筋固縮が項部に強度、四肢に中等度あった。入院4日目に1.5横指開口制限があった。呼吸音は両側で軽度減弱していた。血液検査では炎症、脱水を示す所見があった。頭部MRIにも異常はなかった。胸部単純X線では、右下肺野と左中肺野に浸潤があった。喀痰は膿性でグラム染色で好中球および数種の細菌が確認された。

入院2日目に酸素化不良、全身状態の悪化が認められた。家族に改めて聞き取りを行ったところ、発症の10日前に草刈り用の鎌で左手指を受傷し、自宅で処置をしていたことが分かった。破傷風を強く疑い、2日目から破傷風として治療を開始。入院81日目に歩行器歩行で退院した。

考察 破傷風は外傷を契機として破傷風菌が

侵入し、放出されたテタノスパスミンにより神経抑制系が阻害されることで、硬直性の運動障害を引き起こす。一般に開口障害にはじまり、全身の硬直性痙攣、後弓反張、呼吸困難、自律神経症状が経時的に出現し、全身症状までの時間が短いものほど予後不良であり、早期の診断治療が重要である。

今回報告した2例は典型的な破傷風とは言えず、経過や家族からの聴取により診断に至った。第1例の頭頸部型破傷風は破傷風の中では1～3%の稀な型とされ、一般に頭頸部の外傷を契機に、脳神経麻痺が開口障害に先行し、多くが全身型に至る。潜伏期は全身型より短く、数日程度の報告が多い。今回は発症に先行して扁桃周囲膿瘍の治療歴があるが、発症までの潜伏期から関連性は低いと考えた。第2例の誤嚥性肺炎は破傷風の合併症の一つだが、合併症が診断の契機ともなりうると考えた。

1968年に破傷風ワクチンの定期接種が開始されて以降、発症者は減少しているが、最近でも毎年130人程度発症している。年齢別発症累計をみると、50歳以上、特に高齢者で発症している。抗体保有状況では、抗毒素保有率が高齢者ほど低く、ワクチン接種を受けていないことが発症のリスクともなっている。

今回2例を経験したことで、ワクチン接種のあり方も考えさせられた。

	症例(1)	症例(2)
年齢・性別	79歳・男性	88歳・男性
併病	なし	認知症
破傷風ワクチン歴	不明	不明
職業	農業	元農業
先行外傷	なし	発症10日前に鎌で切創
初発症状	片側の末梢性顔面神経麻痺	嚥下障害、構音障害、開口障害
経過	全身型へ移行挿管と鎮静あり	病初期に誤嚥性肺炎を併発
転機	杖歩行で43日目退院	歩行器使用で81日目退院
型	頭頸部型	全身型

症例のまとめ

両側下腿把握痛を契機に診断に至った顕微鏡的多発血管炎の一例

井上大暉¹⁾ 今村裕亮²⁾ 徳永健一郎²⁾ 湯本信也¹⁾

1) 阿蘇医療センター内科 2) 熊本赤十字病院リウマチ科

症例 72歳，女性。主訴は両側下腿痛，歩行困難。現病歴は認知症があり夫と2人で自宅暮らし，ADLは概ね自立しているが緩徐に短期記憶障害が進行し，意思疎通も以前と比べスムーズでなくなっている。

20××年5月，特に誘因なく両側下腿痛が出現した。日常生活に支障はなかったため，自宅で様子を見ていたが，約1週間の経過で症状が増悪，加えて倦怠感，食欲不振等も訴えるようになり，家族が心配して受診した。

来院時の身体所見は独歩で入室したが，振り返り徴候があった。バイタルと心音，呼吸音に大きな異常はなかった。両側下腿に把握痛あり。血液検査では白血球やCRPの上昇があり，腎機能や電解質に大きな問題はなかった。尿検査で蛋白は陰性，潜血は弱陽性，細菌は検出されなかった。明らかな下肢静脈血栓は指摘できなかった。

胸腹部骨盤CTでは，右肺尖部に単発の小さな空洞病変を認めたが，それ以外の肺野や腹部では特記すべき所見はなかった。この時点で精査のため入院を決定した。

下腿MRIで目立つほどの所見ではないものの，両側下腿に軽度T2高信号領域が指摘され，軽度の炎症が示唆された。

入院後の経過 CRPは7～8の横ばいで経

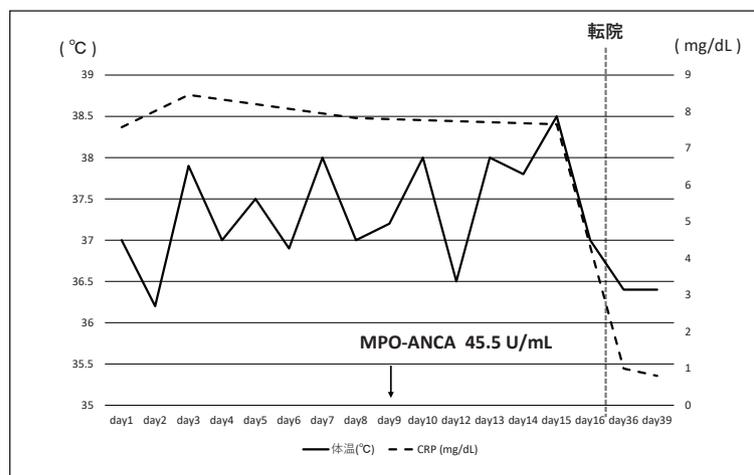
過，第9病日に提出していたMPO-ANCAが陽性となり，血管炎を疑い，第17病日に熊本赤十字病院へ転院。局所所見の強い左下腿から筋生検を施行した結果，顕微鏡的多発血管炎の確定診断となった。プレドニゾロン，アザチオプリンでの寛解維持療法を導入され，第36病日に再度当院に転院後は発熱やCRPの上昇は認めておらず，退院後も症状の再燃はない。

考察 MPAでは一般的な症状として腎機能障害があげられる(80%以上)。国内でのレポートでも腎障害は91%，間質性肺炎は47.4%，肺胞出血は11.5%の症例で指摘されたとの既報がある。本症例は血液検査，尿検査，CT画像では明らかな腎機能障害や間質性肺炎，肺胞出血等が指摘されない珍しい一例であった。一方でこうした腎障害，間質性肺炎が出現する前に治療導入ができたとも考えられる。

患者背景に関する考察であるが，既存の認知症のため身体所見の評価が難しかった。地域ならではのコミュニティにより繊細な生活背景や患者の人となりを把握でき，普段と異なる状態に早期に気づくことができ，診断および治療へ迅速につなげることができたと感じた。



井上大暉



入院後経過

公設民営の僻地診療所と運営財団内他施設を結ぶ白浜医療情報ネットワークの紹介

竹井 陽¹⁾ 辻本登志英²⁾

1) 白浜町国保直営川添診療所 2) 白浜医療福祉財団白浜はまゆう病院

白浜医療福祉財団は1994年に国立白浜病院を民営化した際に設立された。白浜はまゆう病院を中心に、直営の西富田クリニック、鮎川診療所、国民健康保険直営の指定管理している川添診療所、日置診療所、三舞診療所がある。場所は紀伊半島西側、和歌山県南部の紀南地域である。温泉観光やアドベンチャーワールドで有名な白浜町を中心に展開している。

当財団では2008年より全てのシステムをネットワーク化し、白浜医療情報ネットワークと命名している。財団が運営するはまゆう病院、西富田クリニック、私が担当する川添診療所等が、診療情報や運営上の情報を共有できるようになっている。またこのネットワークは白浜町が整備した光ファイバー網を利用して、構築されている専用回線であり、白浜はまゆう病院で日常的に使用しているシステムのほぼすべてを利用できる。各診療所に勤務しながら、看護情報、画像情報、医師記録、検査結果などもリアルタイムに主治医が把握することが可能になっている。私自身週に2日川添診療所に勤務し、あと

の週3日と土曜日は病院勤務で急性期患者5～10名、慢性期患者10～20名の主治医をしている。

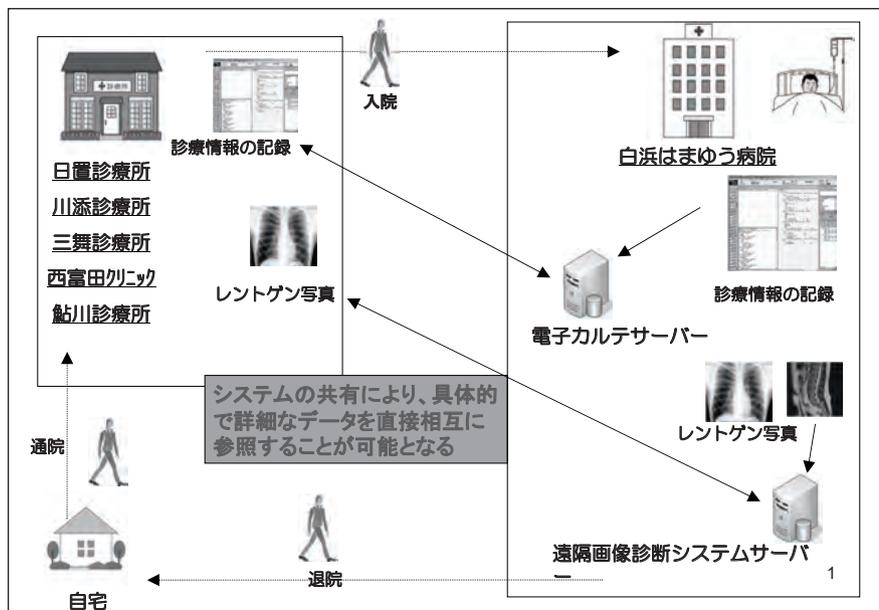
プライバシーおよびセキュリティに関しても、十分な対策を講じており運用開始以降問題が生じたことはない。

具体例としてはかかりつけ患者で診療所が休日の場合でも、白浜はまゆう病院で患者を受け入れ、診療所の医療情報をもとに適切な対応ができるようになっている。また診療所の診察において、変形性膝関節症や骨折の疑いに対して、整形外科医がリアルタイムにX線写真を確認し、助言や指示をいただくことができる。

今後の展望としてこの医療情報システムで培ったノウハウを活かし、多様なITツールを用いて、白浜町だけでなく、当財団が位置する医療圏全体で円滑な医療連携を図っていければと考えている。



竹井 陽



Shirahama Medical Information Network

佐賀県離島におけるスクリーニングの10年間の変遷

小林孝巨^{1), 2)} 園田英人²⁾ 池田翔大²⁾ 瀧上真穂²⁾ 木塚雅之^{3), 4)}
池内理一郎⁵⁾ 牛草 淳⁶⁾ 大林 航⁷⁾

1) 唐津市小川島診療所 2) 伊万里有田共立病院 3) 佐賀大学肝臓・糖尿病・内分泌科 4) 唐津市馬渡島診療所
5) 唐津市加唐島診療所 6) 唐津市神集島診療所 7) 佐賀県唐津保健福祉事務所

背景 佐賀県には、馬渡島、加唐島、小川島、神集島の4つの自治医大卒業生が赴任する離島がある。私は小川島に2年間勤務した。2年間で任期は交代となる。その経験から、地域のニーズに見合った医療を提供するためには、離島医療の変遷を把握する必要があると考えた。

目的 離島人口、特定健診受診率、胃カメラ件数、医療機器(胃カメラ、エコー、胃透視)の過去10年間の変遷を調査し、佐賀県の離島医療ニーズを把握すること。

方法 唐津市保健福祉部と診療所内にある2011年1月～2020年12月までのデータを調査した。

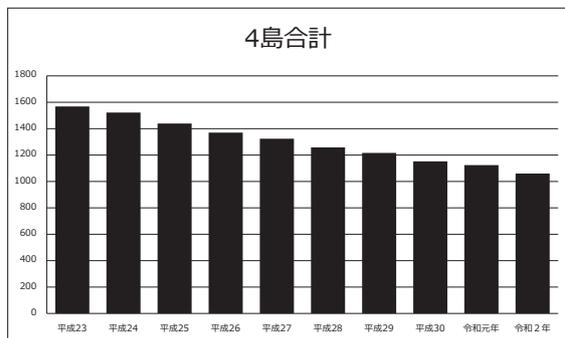
結果 各離島で人口は減っている。特定健診受診率の推移は経年的な変化は認めなかった。胃カメラ件数は各離島で傾向が違う、神集島で

は実施していない。馬渡島と加唐島では特に多い。機器の推移では、胃透視は4島では機器が壊れていて実施できていない。

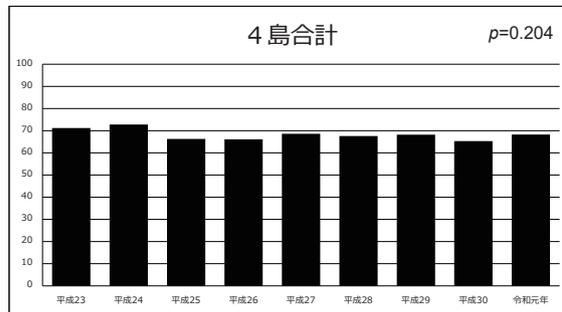
結語 特定健診受診率、胃カメラ件数に変化なし、人口は減少している。胃透視は実施できていない。今後も、特定健診や胃カメラは高いニーズが見込まれる。

メッセージ これから離島医療に向かう医師へ、演歌は歌えると好印象である。食事の誘いも多く、誘われたらおいしくいただく。大魚釣りやイノシシ狩りなど、カルチャーショックも多い。釣りは大事なコミュニケーションの場で、船上での島民との会話で情報が得られることがある。差し入れもたくさんいただける。離島医療が楽しいということが伝われば幸いである。

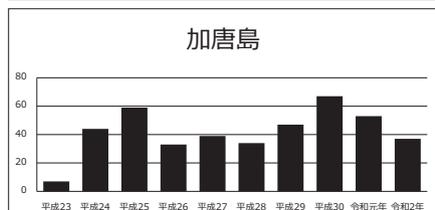
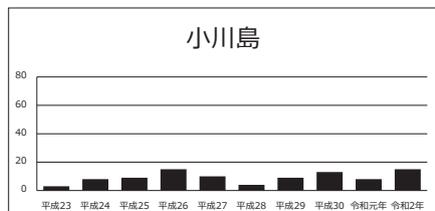
特集



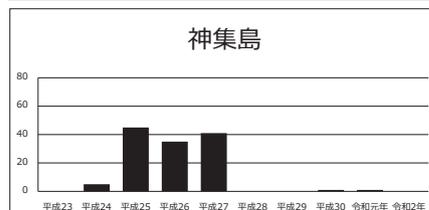
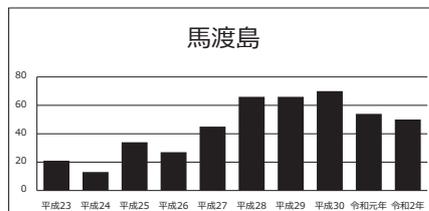
全離島合計の人口



全離島の合計特定健診受診率



各離島の胃カメラ"件数"



自施設利用者における地域単位健康関連ソーシャルキャピタル指標の測定と全国平均との比較

久田祥雄¹⁾ 杉岡 隆²⁾ 東野克巳³⁾

1) 長浜市立湖北病院内科 2) 佐賀大学医学部地域医療支援学講座 3) 長浜市立湖北病院小児科

背景 医療者が住民のソーシャルキャピタルを把握することは、健康な地域づくりを進めるうえで重要である。評価尺度として「地域単位の健康関連ソーシャルキャピタル指標」が開発された。この評価尺度の地域づくりへの利用が期待されるが、回答者50名未満の学区は解析対象から除外され、へき地のソーシャルキャピタル評価は不十分である。

目的 へき地拠点病院と関連施設での利用者のソーシャルキャピタルを測定し、自施設で優先して取り組むべき課題を明らかにすることとした。

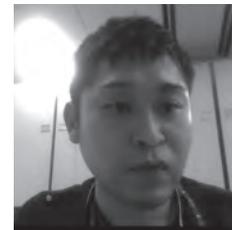
方法 アンケート調査を実施し、ソーシャルキャピタルを測定・記述した。次に、自施設と先行研究の全国平均データを比較した。最後に診療セッティング別でスコアを比較した。

地域単位の健康関連ソーシャルキャピタル指標について「市民参加」「社会連帯」「互酬性」、わかりやすい言葉で言うと「かかわり」「絆」「助け合い」の3項目を測定した。

期間は2020年10月～2021年3月で、自施設利用者の内、調査同意が得られた149名を対象とした。セッティングは長浜市立湖北病院、中之郷診療所、巡回・出張診療所で、倫理的配慮の

下行った。

結果 平均年齢75.2歳、男性61人、女性88人。約半数が独居、あるいは二人世帯で、全国平均より死別した人が多いことが分かる。セッティングは病院42人、診療所61人、巡回・出張診療所46人であった。



久田祥雄

地域単位の健康関連ソーシャルキャピタル指標の内訳の各項目得点内訳を表に示す。

総スコアと全国平均との比較では、「市民参加」が全国平均よりも33.1ポイント低い結果だった。セッティング別では「市民参加」が山間地に行くほどスコアが低い傾向が見られた。

考察 へき地における市民参加の機会について、健康サロンを例にとりて考えてみると、市街地でも人材不足や環境整備が課題となり、へき地では資源が乏しい、移動手段が限られるなどの問題がある。へき地診療では、普段の診療に「市民参加」の機会となる取り組みを合わせて行い、ソーシャルキャピタルを効率的に高めることが期待される。

限界 対象は限られた集団で、地域全体に一

表 地域単位の健康関連ソーシャルキャピタル指標の各項目得点内訳

	人数	割合	全国平均(%)	
市民参加	ボランティア・グループに参加する頻度 (月一回以上)	11/133	8.2	12.6
	スポーツ関係のグループやクラブに参加する頻度 (月一回以上)	30/134	22.3	25.9
	趣味関係のグループに参加する頻度 (月一回以上)	23/134	17.1	34.3
	学習・教養サークルに参加する頻度 (月一回以上)	3/134	2.2	9.9
	特技や経験を他者に伝える活動に参加する頻度 (月一回以上)	8/132	6.0	6.2
社会的連帯	地域の人々は一般的に信用できると思うか (とても・まあ信用できる)	106/135	78.5	68.6
	地域の人々は多くの場合、他の人の役に立とうとすると思うか (とても・まあそう思う)	90/133	67.6	52.1
	現在住んでいる地域にどの程度愛着があるか (とても・まあ愛着がある)	121/134	90.3	79.1
互酬性	心配事や愚痴を聞いてくれる人がいるか (いる)	132/135	97.7	92.5
	心配事や愚痴を聞いてあげる人がいるか (いる)	135/138	97.8	94.3
	病気で数日間寝込んだ時に看病や世話をしてくれる人がいるか (いる)	125/135	92.5	94.7

般化できない。今回は65歳未満の住民や、要介護者を含んでおり、比較時の解釈には注意が必要である。

結論 医療機関を利用するへき地住民の一部

では、ソーシャルキャピタルにおける「市民参加」が不十分である。その傾向は診療セッティングがへき地になるほど顕著であり、「市民参加」を促す取り組みが期待される。

鹿児島県離島(奄美大島)：瀬戸内町での新型コロナウイルス感染症に対する取り組み

榎木康人^{1),2)} 松田耕輔¹⁾ 満純孝²⁾ 森田喜紀²⁾ 亀山学²⁾ 二ノ方秀代²⁾ 原田麻純²⁾

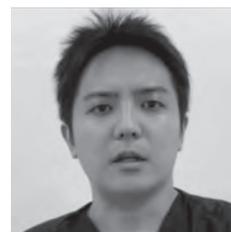
1) 瀬戸内町へき地診療所 2) 鹿児島県立大島病院総合診療科

鹿児島県大島郡瀬戸内町は鹿児島本土から飛行機で50分、船で11時間ほどの奄美大島の南端に位置している。離島の中でも、加計呂麻島、請島、与路島の3つの有人離島を有している。瀬戸内町へき地診療所は町立の有床診療所で、スタッフは医師3名が勤務していた。実際に行ったこととして、発熱外来の設置、濃厚接触者検診、町内医療関係者へのPPE装着指導、地域住民への感染予防策指導、役場・消防・小中学校 保育施設・その他公共施設における手洗い、手指消毒、マスク装着、換気、さらに導線分離など予防に関する対応策や説明を行った。厚生労働省や日本感染症学会HP、日本環境感染症学会HP、日本プライマリ・ケア連合学会HPなどの資料を使った。いまでこそ、陽性患者のフローはシステムづくりされているが、2020年4月当時は、奄美大島では対応できるのが奄美市の中核病院で、検査ができる診療所は我々だけであった。

実際に行った新型コロナウイルス感染症検査だが、診療所では抗原検査と外注PCR検査を行った。令和2年5月～3年3月まで、検査人数はのべ113名、うち保健所依頼は38名、陽性者は6名で無症状から中等症Iであった。クラスター認定はなかった。

令和2年当時困ったこととして、個人防護具が不足、都市部／中核病院への優先配布から、診療所への供給が途絶えてしまったが、多くの方から寄付をいただき、何とか継続した。

その他、町内医療・福祉従事者に講習会を行った、役場と相談してPPE装着のタイミングや手指消毒の方法、ゾーニングなどの指導を行った。



榎木康人

保健所との連携としては、発熱外来を早期に設置し、濃厚接触者検診対応を行い保健所の負担を減らす。3つの有人離島をかかえているため、患者発生した場合の移送のシステムづくりを行った。幸いなことにこの離島での発症者はいなかった。

濃厚接触者の検診について、他県から出港した船員の家族が、新型コロナウイルス感染症と診断された。船員が濃厚接触者対象となるもすでに海上であったので、瀬戸内町に寄港予定から、名瀬保健所と連携し、対応した。結果は全員陰性で無事航海継続することができた。

瀬戸内町へき地診療所でできたことを報告した。プライマリをみる、へき地診療所ならではの対応だったと思われる。

- 感染者早期発見+初期対応
 - 重症度評価+感染拡大予防
- 公衆衛生の展開
 - 職員/医療従事者/住民への教育, 予防
 - 手指衛生, マスク着用, PPE装着, 環境調整
 - ワクチン接種説明, 案内
 - 受診相談, 基礎疾患管理

瀬戸内町へき地診療所でできたこと

オンラインによる地域医療実習の試み —佐賀県での取り組みでみてきたその有効性・問題点—

山内康平¹⁾

1) 高邦会高木病院



2020年に施行した佐賀県でのオンラインを用いた夏期地域医療実習について報告する。

佐賀県は2019年まで自治医科大学、佐賀大学、長崎大学の3大学合同で、主に8月に夏期地域医療実習を行っていた。2020年にコロナウイルス感染症の流行がおき、4月には緊急事態宣言発令となった。夏期実習は実施困難なのではないかという認識であった。5月に行った関係者オンラインミーティングで、3大学合同は無理だが、自治医大だけでも実習できないかと検討

を重ね、オンライン地域医療実習を行うことを決定した。6～8月に実習内容、担当者を検討、1週間前に使用する動画やリハールを行い、8月28日に実施した。

学生は12人、卒業生は13人、県庁職員が1名参加した。心配した回線トラブルについては問題なく施行できた。午後は離島での診療のスタッフにも参加してもらったセッションだったが、急患が入り一時中断してしまい、急遽順番を変更した。後半のディスカッションでは、学生がパワーポイントの使用にとまどい、意見をまとめるのに時間を要したため、30分程度の時間超過となったが、実習内容は全て行うことができた。

実習前とあとにアンケートを行った。参加しているのが自治医大生ということもあり、実習前からかなり高い点数ではあったが、やりがいという項目に関しては、点数が上がっているの、オンライン実習でも効果があったのではないかと考える。

実習全体を通した評価は、おおむね好評な結果であった。かなり時間を超過したということもあり、時間配分に関してはネガティブな評価が多かった。

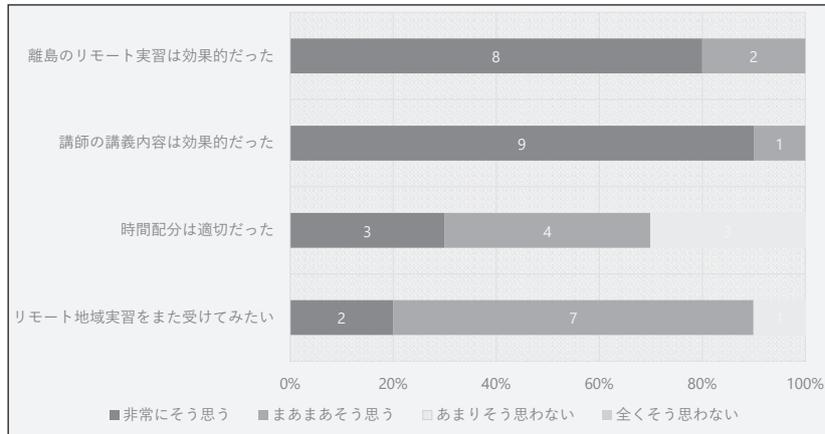
総括 今回は20人強という多い参加者であったが、進行としてはおおむね順調であった。当日急患が発生したトラブルがあり、そうした場合に対応できるコンテンツの準備が必要である。参加者がソフトの使用になれていなかったため、操作方法を含めて事前のレクチャーが必要であると思われた。参加者のアンケートはおおむね好意的であった。

これからもオンラインによる実習の方法を考えていきたい。

日時	内容
10:00~10:20	開会の挨拶、オリエンテーション、参加者自己紹介
10:20~10:50	行政側でのこの最近の佐賀県地域医療の取り組み、新型コロナウイルス対策についてなどの講演
10:50~11:00	質疑応答
11:00~11:30	臨床側からの活動報告、新型コロナウイルス感染症の影響などに関する講演
11:30~11:40	質疑応答
11:40~12:30	昼食休憩
12:30~13:00	加唐島より、診療所スタッフインタビュー (島におけるコロナの影響や島民の生活の変化、日常診療への影響など。座談会形式。)
13:00~13:10	質疑応答
13:10~13:40	馬渡島(配信は高島)での往診や診療の実際を動画配信。患者、家族、島民の方のインタビューなども。
13:40~13:50	質疑応答
13:50~14:00	休憩
14:00~14:10	グループディスカッションのオリエンテーション、班分けなど
14:10~14:20	ブレインストーミング 「新型コロナで地域医療はどう変わる？」
14:20~14:50	複和図法を用いたグループ分け
14:50~15:00	休憩
15:00~15:30	班ごとの発表、質疑応答、指導教官、診療所医師からの講評、アドバイスなど
15:30~15:40	全体講評、参加者感想、閉会
	終了後、M5はCBI実習として診療所医師からのインタビューを予定

当日の実施状況

- ・学生12人、卒業生13人、県庁職員1名参加。
- ・開始は10時から。特に参加者の接続トラブルなどなく進行。
- ・午後の部は、加唐島で急患が発生したため、一時中断。馬渡島のセッションを前倒して調整した。
- ・グループディスカッションはパワーポイントを使用した作図に学生が難渋し、意見をまとめるのに時間を要した。
- ・最終的に30分程度の時間超過となった。



実習アンケート

自治医大卒初期臨床研修医が抱く 僻地救急医療への認識・不安・ニーズの分析

奥野綾子¹⁾ 石原あやか¹⁾ 石原和明¹⁾

¹⁾ 高千穂町国民健康保険病院

背景 自治医大卒業医師は初期臨床研修終了後に、へき地の病院・診療所に派遣され、上級医が不在の状況下で救急対応を行う環境におかれることがある。初期研修中から、医療資源の少ないへき地での救急医療を学ぶ必要性がある。実際には派遣されてから直面することが少なくない。

目的 今回、自治医大卒業の初期臨床研修医がへき地での救急医療において、どのような疾患を想定しているのか、実態との乖離があるかを調査した。

初期臨床研修医が抱くへき地の救急医療に関する不安やニーズを抽出し、その解決策を検討した。

対象・方法 宮崎県出身の自治医大卒初期臨床研修医5名(初期臨床研修2年目医師2名,1年目医師3名)対象に、個別に構造化面接を実施した。

回答をテキストデータ化し、KJ法を用いて分析した。

①へき地医療で頻度が高いと想定する救急疾患を列挙させ、実際の統計データと比較

宮崎県内の自治医大卒業医師の派遣先施設で

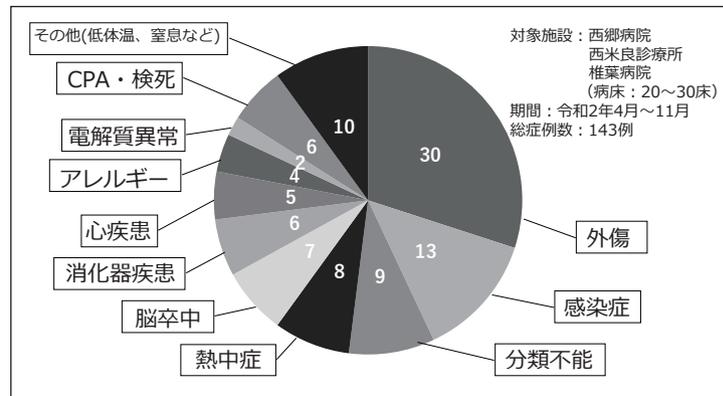
の救急搬送例(143例)では、外傷が一番多く、感染症、熱中症、脳卒中と続いていた。初期研修医の想定と合致した救急疾患は脳卒中、心疾患、肺炎などの感染症だった。対象疾患は概ね想定に含まれていた。しかし、想定した以上に外傷、CPA・検死が多かった、電解質異常は想定していなかったとの意見もあった。



想定と実際になぜ乖離が起きたのかを考察し、これまでへき地における救急搬送症例の統計作成、初期臨床研修医への共有は行われてこなかったからではないかと思われた。今後は毎年統計作成し、情報を共有することで、頻度の高い救急搬送疾患について積極的に学ぶように意識づける。

②へき地での救急医療に関する不安やニーズについて

へき地で指導体制が確保されていないのではないかと不安を感じていた。当直でのバックアップ体制、フィードバックについて、また十分に勉強・経験できていない症例に遭遇する不安、



令和2年度 宮崎県内の自治医大卒業医師の派遣先での救急搬送症例の内訳

小児・妊婦さんの対応も不安だと感じていた。

考察 これまで宮崎県の自治医大卒業医師は医局とは独立した派遣医師というかたちでへき地勤務を行ってきた。初期対応に関するアドバイスは、個人的に後方病院とつながりがないともらえない状況があり、へき地勤務医師と後方病院間での指導體制やフィードバック体制が不十分であると考えられた。

これまでは先輩から聞いた情報で各自準備をし、どのように学ぶかは個人の力量にまかされており、へき地勤務の経験を共有する場がなかった。

解決策について、宮崎大学病院救命救急センターとのコネクションを強化することが重要と考える。大学病院には自治医大卒業医師が救急医として勤務しており、へき地医療の実態を経験した上でのアドバイスやフィードバックをも

らえる。オンラインで相談できるシステムの構築や実際の救急搬送症例の初期対応について大学病院医師と一緒に振り返りを行える環境作りが必要と考えた。

へき地勤務中の医師と情報共有を行うという点においては、定期的にオンラインで勉強会を開き、実際のへき地での救急搬送症例をもとに症例検討形式で学習を行い、派遣先ごとの対応の違いについてディスカッションを行うことで、より実態を把握しやすくなり、実践的な学びを得ることができると考えた。

結語 自治医大卒の初期研修医がへき地医療で想定する救急疾患は、実際と乖離があった。初期臨床研修医が抱くへき地の救急医療に関する不安やニーズを分析した結果、後方病院と遠隔で相談できるシステム構築や症例ベースの実践的な勉強会の開催が必要と考えられた。

特集

真鶴町と連携し効率化を図った新型コロナワクチン接種

葉田甲太¹⁾

1) 真鶴町国民健康保険診療所

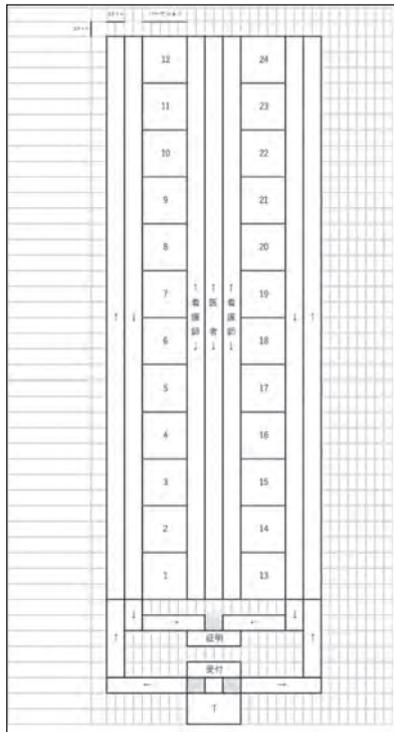
真鶴町の紹介をする。真鶴町は神奈川県西の端にあり、人口は8,000人、県で2番目に小さい町で東京から95分、隣に温泉町湯河原があるが、神奈川で唯一へき地の指定を受けている。美観を守る条例もありきれいな町である。真鶴町国民健康保険診療所は平成25年から地域医療振興協会が委託を受け運営を行っている。

子どもは600人くらい、高齢化率も高い。現

在のところ65歳以上は3,000人弱だが、今後も高齢化は進むといわれている。

そんな中で新型コロナワクチン接種の話し合いが、行政と行われた。医療機関は2つしかない町で8,000人のワクチンは大変で、行政担当者か





接種会場レイアウト

ら1時間5人で想定しているということだったが、国の基準が1時間20人だったのでかなり少なく、計算してみると、午後3時間で15人、20日で300人となるので、計算では1年かかってしまう。これは効率化しなければいけないということで考えた。他の報告をみると、ブース式（医師や看護師が移動）のほうが効率がよかった。

行政から接種の課題、密になる、転倒の可能性なども一つ一つ話し合った。1個所に集まるが、パーティションもあり、かなり密になる可能性は少ない。転倒の可能性については、患者が移動しないのでむしろ安全である。高齢医師が対応できないのではないかに対しては、そもそも1,000歩くらいなので問題ない。経過観察はブース式は一つ空いているので問題ない。プライバシーの配慮に難があるため、気にする方には閉鎖式のブースを用意した。看護師と医師が両側に並ぶブースの真ん中を移動し、患者が外側を移動する。ブースに座ると、接種から経過



観察まですべて終わる。オペレーションの最適化で現在のステイタスが一目で分かるように、回転式表示を行い、ミスを防ぐという工夫もした。

患者に15分待つていただく間に、気を付ける症状などを読んでいただくようにした。アナフィラキシーショックの既往のある方はオレンジ色の紙にして、30分待つていただくようにした。

実際にブース式を行った上でのメリットは接種が効率的に行えた。転倒の危険性が少ない。経過観察が容易であった。デメリットは医療者が移動するので、実際かなり医療者が疲れる。支援に来てくれた医師・看護師への説明を要した。

まとめとして、医療者が移動するブース方式でのコロナワクチン接種では、高齢者の住民が移動するよりも、効率的に安全に行える可能性がある。

高久賞 候補演題

私の地域医療

座長：福岡県支部長, 飯塚市立病院 管理者 武富 章
日光市民病院 管理者 杉田義博

地域医療振興協会では義務年限終了後の自治医科大学卒業生に対してへき地医療功労者表彰を行っている。今回は12名をへき地医療功労者として表彰し、それぞれが「私の地域医療」と題して義務年限中の地域での医療活動や業績を5分間のビデオ動画にまとめて発表した。その中で最も優秀な発表者に対して高久賞が授与された。

高久賞受賞

One for all, All for one.

2年間勤務した八代市立椎原診療所での取り組みについて紹介する。椎原診療所は昭和32年に国立診療所の一つとして設立されたが、厳しい生活環境のため無医地区を繰り返していた。そこに終止符を打ったのが自治医大卒業の医師であり、私はこの時、第27代目診療所長として就任した。

診療所にて経験した症例を紹介する。70歳代女性、独居、肝硬変の既往がある方から体動困難のため往診依頼があり、下腿蜂窩織炎と診断した。入院加療により蜂窩織炎は治癒し、在宅受け入れの体制も整えていたが、その後、肺炎との合併症により長期臥床となり施設入所となった。このような症例を幾例も経験したのだが、人口300人の地域で12人が軽度の病気をきっかけとして要介護状態の悪化をきたし、離村していた。私はこの地域の高齢者が年間4%も離村している事実と直面し、何か打つ手はないかと策を考えた。

はじめに、診療所通院中の高齢者に対し生活ニーズ調査を行った。その結果、高齢者の90%がこれからも五家荘で生活したいと願っているが、その願いを叶えることは困難であると認識

球磨郡公立多良木病院 才津旭弘(熊本県36期)

しているという事実が分かった。そして五家荘地域の介護保険の利用状況を調査すると、要介護3以上の認定・利用が極めて少ないことが分かった。



このことは要介護3以上になると五家荘地域で生活を続けることが難しくなるという事実を示す。そこでこの事実を伝えるべく、地域の区長と行政に協力を仰ぎ、住民の方々と交流する機会を与えてもらうよう働きかけた。

まずは私自身が地域の集まりに参加し、五家荘地域で長く生活することの理想と現実にギャップがあるという事実を説明し、それを踏まえてこれからの五家荘に必要なことについて意見交換を行った。そして支援者側では多職種を含めた検討会を繰り返し、グループワークも行った。さまざまな場所で多職種にて話し合いを重ねた結果、要介護状態になることを予防する五家荘げんきドックと健康座談会を診療所で開催するに至った。令和元年に開催した五家荘げんきドックには五家荘高齢者の約70%となる110人が参加した。その年の健康座談会には、延

べ70人が参加した。

介護予防事業に関わる中で、特にサルコペニアを有する方の離村が多かったため、より簡易なスクリーニング法がないかと考えた。そこで、へき地でも使える尿試験紙に注目して自治医大の後輩医師と共同研究し、低酸性尿とサルコペニアの関連についてまとめた。

診療所勤務は2年間という短い期間だったが、転勤後の現在も行政アドバイザーを拝命し五家荘地域に関わることができている。椎原診療所に就任した当初、地域住民のためだけに診療所医師は存在するものだと考えていた。しかし、

今回の事業に取り組む中で気付いたのは、診療所に通院中の地域住民に支えられただけではなく、行政等の他職種・組織の関係者、その他多くの地域住民と関わる中で医師として成長させていただいたということ。つまり、診療所医師は地域の患者のためにはいるだけではない。診療所医師はその地域で働く人々、また患者以外の地域住民、患者などさまざまな人々と同じベクトルに立って、地域住民と診療所医師がお互いに支え合いながら地域のために働く。One for all, All for oneの気持ちでこれからも地域に向き合いたいと考える。

高久賞候補演題

長野原町での医療・介護・福祉の充実のために行ってきた活動報告

長野原町へき地診療所 金子 稔(群馬県34期)

私は2015年に長野原町へき地診療所に赴任し7年目になる。常に考えているのは「自分に必要とされていることは何なのか」ということだ。どんな医療が大事なのかを考え日々実践している。赴任以来、診療所利用患者数は徐々に増えており、赴任前の約3倍、300件/年となった訪問診療も充実させている。

赴任してまず始めたのは、患者満足度アンケートを実施したことである。その結果、診療を増やしてほしいという要望に応える形で2016年から第2・第4土曜日の午前診療を開始した。当初は15人/日程度の受診だったが、昨年度(2020年)は24人/日になっている。

また、赴任して6年で25件の在宅看取りを行った。赴任以前は在宅看取りを行っていなかったが、24時間365日対応できる訪問看護ステーションの開設も結果につながったと考える。在宅での療養を受けたい方が多いという状況を踏まえ、その方々が安心して穏やかに自宅で過ごせ、苦しみのない生活を送れるよう支えていき

たい。

それに伴い、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関連した活動も行っている。冊子「私の意思表示帳」を、医師会の先生、看護師、老人クラブの方々から意見を聞き作成し、それをもとに老人クラブの研修会も行った。他には私の活動について知ってもらうようにへき地診療所からの発信を続け、中高生への講演活動も行っている。

行政とのつながりとしては、新型コロナウイルス感染症診療に関するプレハブ設営や集団接種など、長野原町の迅速な対応が挙げられる。これは役場の職員、保健師と私の連携、そして担当課の機敏さによるものだと思う。

自分に必要とされることを見つけ続け、実践することが、医療・介護・保健福祉の谷間に灯をともし続けることにつながるのではないかと考えている。



地域第二次救急医療機関による夜間ドクターカー運行効果について

神栖済生会病院 内科 小田有哉(茨城県34期)

常陸大宮市は医師不足地域であるのに加え、茨城県内の救急覚知から病院収容までの時間を比較しても、県平均41.7分に対し常陸大宮市は56.1分と最長の地域である。救急活動時間を分析すると、現場滞在時間が長く域外搬送が多いことが分かり、これが覚知から・収容までの時間が長い理由として考えられた。

そこで救急活動時間の改善策を検討し、夜間地域密着型ドクターカーの運行を開始することとなった。運行は2018年5月から週2回、18時から8時まで、メンバーは非常勤救急科専門医2人。ドクターカーの要請基準は茨城ドクターヘリ要請基準と同一にし、中等症から重症を対象とした。

1年間の夜間の地域型ドクターカーの運用に関する効果を、夜間通常搬送群(QQ群)598件とドクターカー群(DC群)137件で比較検討した。ドクターカーは95日運行し137件出動。重症度はDC群で中等症以上が多かった。現場滞在時間はQQ群19分に対しDC群は11分、覚知から病着ま

での時間はQQ群51分に対しDC群は40分と、共に有意に短縮を認めている。搬送先は、QQ群63%、DC群は81%が域内搬送と、DC群で有意に域内搬送が多かった。域外搬送になった重症度を比較すると、QQ群10%に対してDC群27%と、DC群で優位に域外搬送の重症度が高かった。

ドクターカーのトリアージは、適正医療機関への搬送になったと思われる。現場滞在時間、覚知から病着までの時間の短縮は早期医療介入や決定的治療の早期開始につながる。重症例は域外搬送、救急医による気道呼吸循環管理下の安全な遠隔搬送につながっている。緊急度・重症度に応じた適正搬送医療機関の選定は県内の限られた三次医療機関への重症例の集約化になる。夜間ドクターカー運行は、今後、地域救急医療のブレイクスルーになる可能性がある。



灯をともし

群馬大学医学部附属病院 地域医療研究・教育センター 荒木祐樹(群馬県35期)

医療の谷間に灯をともしることが自治医大のミッションだが、私は若い人に関わって、県全体を医療の谷間と捉え、へき地で働くだけでなく群馬全体の医療を盛り上げる・灯をともしことを自分のミッションとして考えた。若い人に働きかけるために座談会を開き、実習を受け入れ、地域医療フォーラムなどの場で講演し、医師になることに興味のある高校生に向けてやりがいなどをお話しさせていただいた。

へき地で過ごして思ったことは、六合と四万は同じ中之条町だが、産業や医療環境が異なることでやることも違ってくるといふ点である。それらを踏まえ「行く先々で求められることをやるのが大事」であること、また「若い人たちと

学んでいくことが楽しい」と感じた。

現在は群馬大学の地域医療研究・教育センターの地域医療支援部門で勤務しており、主に医師不足や偏在について考え、県や病院、大学などで「ぐんま地域医療会議」を年に3回開いている。また、プラスαとしてへき地診療所の代診に行くことを申し出た。

医師不足や偏在を考える上では、若い人たちの力が絶対に必要である。彼らに前向きになってもらえるよう何かやれたらと思う。不安に寄り添い、サポートしてあげることも大事である。



言うなれば、そうした人たちの心にも灯をともしることが大切だ。

若者に送りたいメッセージとしては、10年後を見据えること、広く学ぶこと、公的なお金が入る自治医大生としての自分の価値を前向きに捉えてほしいこと。さらに、コロナ禍が落ち着

いた後を見据えて過ごす、これも今は大切だ。

自分の求められることを見つけ、それをやり続けることとともに、医療の谷間だけでなく、人の心にも灯をともしていくことが大事だということを義務年限で学んだ。

病院前救急医療から在宅看取りまで 今の自分を作ってくれた9年間

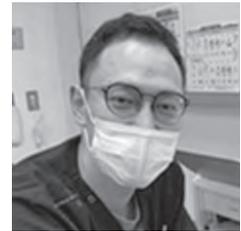
かみいち総合病院 内科 河合皓太(富山県35期)

もともと地域医療にはあまり興味がなかった私の転機になったのは義務年限3年目だ。地域の病院で診療科に関係なく入院も外来も在宅も診ていく中で、病気を治して終わりではないことを実感した。多職種連携の重要性を知ると同時に、在宅看取りを通して死についても強く考えさせられた。

5～6年目は集中治療と救急医療に従事した。ここでは重症患者の初期対応や入院管理を学ぶことができ、地域の病院で働く中で自分の強みになっている。また、ドクターヘリ業務や、熊本地震の時に救護班として多職種マネジメントをしたことは貴重な経験である。

7年目から地域に戻ったが、得た知識や経験を周囲に伝えることにも重きを置いた。2度目の診療所勤務では過去に悩んだ経験を生かすこともでき、また病院スタッフや地域の救急隊、住民など多くの人と関わりながら成長できた。スタッフ向けの勉強会や講演会の依頼も多くな

り、救急関連や意思決定支援、臨床倫理の課題に関してニーズの高さを感じた。個人的には特にアドバンス・ケア・プランニング(ACP)についてや



死の教育の必要性を強く感じており、機会があるたびに話をさせてもらった。今年度から小中学校で「いのちの授業」を行いたいと考えている。

私の義務年限は、地域医療の魅力・本質に早い段階で気づき、救急領域の人手不足を補う形で自らも学び、人に教えながら自分も成長するといった非常に充実した9年間だった。今後は地域医療に従事しながら学生や研修医に地域医療・総合診療の本質を伝え、そのマインドを持った医師が育つような手助けをしたい。また、患者が素晴らしい人生のフィナーレを迎えられるよう、一般住民が死について考えることをいとわないう教育活動を行っていきたい。

内科と精神科の谷間

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学 北岡 力(京都府35期)

あっという間の9年間であった。もしタイムマシンがあるなら、医学生頃の自分に「そんなに不安にならへんくてもなんとかなるで」と伝えたい。

私は義務年限では内科で3年、精神科で4年勤務した。3年目からはいきなり地域の病院での内科医として勤務が始まり、前任者からの訪問診療を引き継いだ。在宅や施設での看取りを

推進し、啓発活動として「看取りの今」というタイトルで日本緩和医療学会の最新の情報を院内や地域のスタッフに講演した。また、最期を在宅で過ごすのか、病院で過ごすのかを一緒に寄り添って考え、在宅のみが正解なのではなく、病院で最



期を過ごすことでうまくいったケースの症例報告も行った。

その後精神科の道に進み、精神科急性期の洗礼を浴びながら、さまざまな精神疾患に関する講演会を行った。非精神科の医師や看護師だけでなく、一般市民や小中高の養護教員向けの講演も行った。

義務年限最後の9年目には大学病院勤務となり、コンサルテーション・リエゾン部門のチーフとして働いた。新型コロナウイルス感染症が流行しだした時期でもあり、メンタルヘルスに関するパンフレットを作成したり、新聞に投稿

しメンタルヘルスの重要性について啓発した。

内科と精神科の両者を経験しつつ義務年限を過ごす中、精神疾患患者の身体管理の問題の大きさを感じた。両科の医師がいる病院であればよいが、実際その数はかなり少なく、特に地域においては限られている。

地域医療を通して、内科と精神科の谷間に灯をともす手助けが少しでもできたのではないかと考えている。そして、今後も使命として、灯をともす活動を続けていきたい。ともに進まん、医療(い)の道を。

臨床, 教育, 研究から振り返る地域医療

竹田総合病院 循環器内科 佐藤 悠(福島県35期)

私が義務年限の半分以上を過ごした福島県立宮下病院の地域医療について、臨床、教育、研究の観点から報告する。

まず臨床について述べる。内科医としての仕事は外来、検査、入院対応、近隣の診療所への診療応援が主であった。住民の健康意識向上を目指し、医療圏の広報誌や病院のホームページ、町役場や公民館での出前講座を通して、地域で重要な疾患の情報提供を行った。さらに救急隊員や病院職員を対象に疾病の理解を深める勉強会を開催した。特別養護老人ホームの嘱託医としては回診、入所者の健康管理を行った。加えて終末期の入所者が住み慣れた施設内で最期まで穏やかに過ごせるよう、施設職員と勉強会を開き看取りの環境設定を行った。その他産業医としては、従業員の時間外労働の減少など職場環境の改善に努めてきた。

教育については地域医療研修として県内の初期研修を毎月受け入れ、訪問診療、近隣の診療

所への応援、老人ホームの回診など、地域医療の実際を体験してもらった。ここでは農業に合わせた診療予定の調整、豪雪地帯としての冬期の救急搬送の調整など、地域特有の現状を感じてもらったようにした。また、地域医療の医療水準を維持するため、ACLS, ICLS, JMECCインストラクターとしてインストラクションを行い、スタッフに急変対応のシミュレーションも行った。新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、感染対策委員長として院内の感染対策を進めてきた。

研究については、私は医師5年目に大学院に入学し、研究の手法を学んだ。その学びを生かして地域の一般住民のための研究を始め、町役場と協力し、三島町の住民健診の結果を解析する臨床研究を行った。飲酒量と腎機能の推移に注目した研究結果は、英文誌にアクセプトされた。



地域の中核病院における院内デイケア「笑花咲(えがお)」の導入

北茨城市民病院 中村真季(茨城県35期)

常陸大宮済生会病院はドクターカーから地域包括ケア病棟まで幅広く診療している病院である。院内では認知症ワーキンググループで認知症の勉強会や認知症患者への対応の仕方について検討を行ったり、地域包括ケア病棟では1日2回のリハビリテーションを施行しているにもかかわらず、入院後に認知機能低下が進む高齢患者が多いと感じていた。

そこで、入院中も「その人らしく生き生きとした時間を過ごす」という目的で院内デイケアの立ち上げを考えた。6月に院長と看護部長へ相談し、院内デイケア主要メンバーを選出、計画・問題点の話し合いを行い、病院へ起案を提出した。7月に院内スタッフへデイケアの周知を行った。8月にはユマニチュードの勉強会を全スタッフ向けに行い、院内デイケアの内容について話し合った。9月に開催場所や物品の準備を行いつつ院内ボランティアを募集、スタッフの勤務調整をして中旬からプレ導入の開始、10月から本格的な開始となった。院内デイケアの名前は院内から公募して、笑う花咲く場所という意味を込めた「笑花咲(えがお)」とした。

デイケアにより認知症高齢者の潜在能力を知ることができ、病室では見せない笑顔や真剣な表情を見ることもできた。看護師の患者への接し方にも変化が見られ、患者の入院生活の質の向上につながると考えられた。また、ボランティアに参加してもらったことで院内外のつながりもできた。

新しい取り組みにおける医師の役割は、有効なプロジェクトチームを構成し、メンバー全員が問題意識と方向性を共有するチームの基礎をつくることである。私は徹底したコミュニケーションを通じて頑張ろうという合意形成ができるよう目指し、リーダーではあるが他のスタッフと同じ目線に立ち、皆が大変だと思うことは積極的にやるようにした。これらにより比較的短期間でスムーズに導入できたと考える。多くのスタッフの力で院内デイケアを導入できたことに、この場を借りて再度感謝申し上げる。

新しい取り組みにおける医師の役割は、有効なプロジェクトチームを構成し、メンバー全員が問題意識と方向性を共有するチームの基礎をつくることである。私は徹底したコミュニケーションを通じて頑張ろうという合意形成ができるよう目指し、リーダーではあるが他のスタッフと同じ目線に立ち、皆が大変だと思うことは積極的にやるようにした。これらにより比較的短期間でスムーズに導入できたと考える。多くのスタッフの力で院内デイケアを導入できたことに、この場を借りて再度感謝申し上げる。



持続可能な医療介護体制の構築を目指した活動 ～青森県で100年以上暮らしていくために～

弘前大学大学院医学研究科 総合診療医学講座 認定NPO法人ムラのミライ 平野貴大(青森県35期)

卒業9年間、持続可能な医療・福祉を目指して青森県の地域で総合医として活動してきた。まず、県内の医療介護職、および地域づくりに取り組む住民の関係構築のための企画・運営に関わり、多職種での顔が見える関係を構築した。また、医療・福祉の文脈以外の移住や地域経済の発展を目的に地域づくりをしている団体にも目を向け交流を深めた。

次に、業務負担軽減を目的として医療機器を導入した。1つ目は看護師向けの携帯型超音波

診断装置で、不要な導尿の減少と、脱水のアセスメントの質が向上したなどの効果があった。2つ目は県の事業としてチャットシステムである。

3つ目は遠隔画像読影システムで、不要な搬送や紹介にかかるストレスの軽減を目指した。全てにおいて、導入の際は現場の人間関係の重要性を感じた。



地域づくり活動は自らの異動のため継続的な介入が困難であった。そこで、住民主体の活動を目指し中間支援活動を行ってきた。具体的な手法を模索する中で、認定NPO法人ムラのミライが開発した発展途上国における地域開発手法「メタファシリテーション」の医療介護分野への活用を行った。これは事実のみを質問することで当事者が自分の状態を正確に捉え、自身の経験を元に課題解決につながる示唆を促す手法である。また、医療・介護現場での問診や生活指導での活用が可能と考え、県事業での活用や県内外で講演・執筆を行った。

さらにへき地医療機関の人材確保・業務改善を行った。人材確保については採用活動を拡大し、「この土地に住むこと」に配慮した情報を発信し、研修先として県外の看護師を受け入れた。また、医師の働き方を調整することで定期的な1週間単位での研修取得を可能とし、併せて看護師の残業短縮も行うことができた。

今後は9年間で構築したネットワーク・技術・経験を生かし、研究による客観性を担保しつつも、公的事業や地域活動支援を通じて、持続的な医療介護の実現を目指したい。

ジェネラルマインドに加えてリサーチマインドを持つ重要性

自治医科大学消化器一般移植外科 病院助教／自治医科大学地域医療学兼務 渡部 純(鳥取県35期)

私は鳥取県の地域病院・一人診療所での地域医療の経験から、ジェネラルマインドの重要性を学んだ。何でも断らずにまず診るというジェネラルマインドは、地域住民の困り事や相談事に応えるために重要だ。しかし、何気ない相談は専門分野を横断した疑問であることが多く、幅広い分野の臨床疑問に応える力量が必要となる。科学的な裏付けを持った回答をするためには、医師がリサーチマインドを持つことが不可欠となる。

地域医療に従事する中で、住民の健康促進のためには、特定健診とがん検診を連動させて有効活用することが重要だと考えた。実際に、JMSコホート研究でメタボリックシンドロームが悪性腫瘍を増やすことを示し、特定健診でメタボリックシンドロームと診断された人はより積極的にがん検診を受ける必要性を示した。さらに、実臨床の疑問の解決として、システムティックレビューで、大腸内視鏡検査開始時の体位で挿入時間は変わらないこと、胃カメラ時の局所麻酔はキシロカインビスカスよりもスプレーの方が痛みは変わらず患者満足度が高いこ

とを示した。他にも分野横断型の疑問として、*H.pylori*除菌は慢性蕁麻疹の寛解、症状緩和に有効であることや、学生論文指導として、結腸直腸癌死亡の地域・都会の差を示した。



臨床では派遣されて数年ごとに勤務先を替わって診療をするか、ある場所に就職や開業をして約30年間働くことが多い。しかし、現在の医療の問題点として、後継者不足により医療の継続が困難になることが多々ある。新しい知識や技術を習得し難い田舎や地域では、臨床だけで意欲的な後継者を集め、さらに育てて持続可能な医療を進めていくことは難しくなっている。地域医療に従事する医師は、ジェネラルマインドに加えてリサーチマインドを持つことで、住民にとってより魅力的な地域医療を実践し、地域医療の後継者を惹きつけ育てることができるだろう。したがって、これからの地域医療にはリサーチマインドが重要だ。

島しょ医療・育児から島しょ保健所でのCOVID-19対策へ

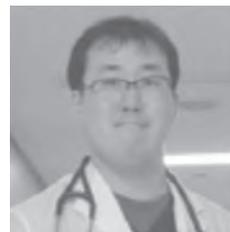
東京都福祉保健局 島しょ保健所大島出張所 松平 慶(東京都34期)

私の義務年限は4割地域医療、3割公衆衛生、2割感染症、1割小児科というバランスで、多彩な経験を積んだ。地域医療では島しょ医療中心、公衆衛生では都のへき地医療対策、この1年は都のCOVID-19対策に全力を注いでいる。また父島と母島で2度育休を取った中で、島での地域住民としての育休経験が医療現場にも生きていると感じている。

島しょと感染症について、小笠原諸島におけるサルモネラ菌血症を例に示す。乳幼児を中心に6名のサルモネラ菌血症を認めた。小笠原諸島の外来生物種も*Salmonella Oranienburg*を保菌すると調査され、ヒトと一致するため感染経路を同定し、自然界の分布を調査する必要があると考えた。サルモネラ菌血症対策として島しょ保健所と島民向け普及啓発用リーフレットを作成し、獣医師と動物由来感染症講演会・勉強会を開催した。

次に小離島における呼吸器感染症の原因精査

の例を示す。2019年に呼吸器感染症が母島で増加した。診療所での喀痰グラム染色ではグラム陽性双球菌、本土に送った喀痰培養からも肺炎球菌が同



定された。保育園での感染拡大が想定されたため、子ども向けの感染予防の掲示を作成した。

島しょでは限られた医療者、医療資源の中での対応が必要だ。そのため島しょ独特の環境を知り、予防・診療・対策を行う必要がある。その際に病歴、身体所見、グラム染色が武器となり、早期の高次医療機関への搬送判断も望まれる。

島しょ保健所でのCOVID-19対策だが、島しょでは感染症流行状況を把握しやすく、予防接種状況も分かりやすい。そのため、COVID-19の流入・流行を最大限予防し、島内での療養環境の整備、本土との搬送体制の確立が重要で、多職種・多機関の連携の大切さを感じている。

地域から情報を発信できる医師を目指して

自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 中村晃久(岐阜県35期)

私は地域から情報を発信できる医師を目指し地域医療の現場に飛び込み、まず一つひとつの症例を大切にしたい。そこで非常に興味深い成人のMERS(Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion、可逆性脳梁膨大部病変を伴う軽度脳炎・脳症)の症例と出会い、症例発表ならびに症例報告の機会に恵まれた。この経験から研究活動の楽しさを実感し、その後も研究活動を継続している。

赴任した地域の救急医療を取り巻く環境は劣悪であり、夜間、休日の救急外来は多忙を極めた。そんな中、救急電話相談と出会う。救急電話相談は、地域住民が急な病気や体調不良を感じた時に電話で医療従事者に受診の必要性や救急車を利用すべきかどうか相談できる取り組みであ

る。救急電話相談は住民が効率的に医療機関を利用できるシステムの構築に寄与するのではと考え、埼玉県保健医療部の協力を得て救急電話相談記録



を用いた研究を開始した。埼玉県は諸外国と比較すると救急電話相談の利用が非常に少なく、救急医療の需要が高い高齢者の利用が少ないことも分かった。その理由として地域住民に救急電話相談が認知されていない可能性を考え、へき地診療所にて地域住民を対象に救急電話相談の質問調査を実施した。救急電話相談に関する研究は科学研究費助成事業(研究活動スタート支援)に採択され、現在も継続している。

私の義務年限内の活動は一例一例の症例から始まったが、その後は都道府県という県単位、そして勤務地のへき地診療所での地域住民を対象にした研究活動へと続いている。振り返ってみると、倍率の異なるレンズを用いて地域医療を実践していたことに気が付いた。

地域の勤務先では臨床、研究だけでなく地域住民との関わりも大切にしてきた。だからこそ、

2019年台風19号の土砂災害で孤立地域が発生した時にも迅速に出張診療所を開設し、住民の健康をサポートできたと考える。

現在は地域医療の楽しさを学生に伝えるべく自治医大に在籍し、臨床、研究に教育の要素が加わった。9年間の義務年限、地域で培った経験を糧に、今後も地域医療の発展に資する仕事を続けていきたい。



小児在宅医療における在宅医の役割の検証

島崎亮司¹⁾

【目的】非小児科専門医による小児在宅医療の役割を検証するために、当院で行った小児在宅医療の活動状況を調査した。

【方法】対象は2014年6月から2021年1月にかけて当院で担当した小児在宅患者(0~20歳)。方法はカルテを後方視的に行った。

【結果】45人の患児が対象となった。定期的な訪問診療では全身状態の把握(呼吸、消化栄養、けいれん、筋緊張の把握)とともに、医療処置(気管カニューレ交換、経管栄養チューブ交換(胃瘻を含む)、輸血)を行った。緊急時の対応のほか、成長発達支援、地域内の連携活動・病院との連携、家族の医療的支援を行った。

【考察】小児在宅医療における在宅医の役割として①普段の健康管理、②緊急時の対応、③連携活動、④家族支援があることが判明した。病気の対応以外にも子育てを支援する役割が存在し、総合診療を行っている在宅医は、小児科専門医を有しなくても小児在宅医療の担い手となり得ることが判明した。

KEY WORD 小児在宅医療 在宅医 役割 非小児科専門医 子育て

1. 背景

医療ケアを継続的に必要とする小児(以下、医療的ケア児)の増加に伴い、在宅で生活をする医療的ケア児が増加傾向にある¹⁾。また2016年に児童福祉法が改正され、医療的ケア児も障害児と定義されたことにより、医療的ケア児が生活するための支援体制の構築が自治体の努力義務とされた。その一環として、小児在宅医療体制の構築が急務となっているが、小児在宅医療を担う医師の不足が問題となっている²⁾。前田の報告によると訪問診療を受けている在宅療養中の超重症児は7%と低い³⁾。その理由とし

て小児科医だけでは対応が困難な点や在宅医療への理解・知識の不足が挙げられた。このため日本小児科学会をはじめ、日本小児在宅医療支援研究会、日本小児神経学会では在宅医療を担う医師の育成を目的にさまざまな活動が実施されてきた⁴⁾。その活動の一つに小児在宅医療の担い手として非小児科専門医の参入を促進する活動があり、年々非小児科専門医による小児在宅医療への参入が増えてきている⁵⁾。

当院も非小児科専門医として2014年より小児在宅医療を開始した。開始にあたり在宅医の役割について検討した。小児在宅医療では、南條⁶⁾、宮田⁷⁾らが指摘する通り、その基礎疾患の特異

1) シティタワー診療所

(著者連絡先：〒500-8856 岐阜県岐阜市橋本町2-52 岐阜シティタワー 43 3階 和歌山県立医科大学2003年卒業)

原稿受付2021年6月1日/掲載承認2021年8月16日

性や多科受診の必要性から病院での専門医による通院・治療がほぼ全例必要であり、治療方針は病院で決定される風潮にあった。成人の在宅医療では病院に定期的に通院する割合は低く、治療方針について在宅医による決定が主であったため、小児在宅医療の治療における在宅医の役割は少ないといえる。それでは小児在宅医療において、在宅医の役割は何か、という疑問が生じる。そこで小児在宅医療における在宅医の役割を調べたところ、奈倉⁸⁾、高橋⁹⁾の提言が存在した。奈倉によると、「予防接種」「発熱等のプライマリ・ケア」「地域関係機関との連携」「気管カニューレ交換等の医療処置」などが挙げられていた。高橋によると「普段の状態を把握する」「24時間体制の構築」「医療的ケアの指導管理」「家族の診療」「きょうだいへの関心」「多職種連携」「書類作成」が挙げられた。

しかしこれらの役割について診療現場の検証であったり、実際の対応件数、診療内容の状況を報告した例は見つからなかった。そこで今回当院がこれまで行ってきた小児在宅医療の実績を検証することで、小児在宅医療における在宅医の役割をより明らかにできると考えた。在宅医の役割、特に非小児科専門医による役割が明確化されることで、小児在宅医療の担い手の増加につながるのではと考えたため報告する。

II. 方法

1. 調査対象

2014年8月から2021年1月までの6年6ヵ月間に当院が診療した小児在宅医療患者を調査対象とした。年齢は訪問診療開始時の年齢が0歳から20歳までとした。本来小児期は15歳までであるが、重症心身障害児・者では15歳を過ぎても小児科医が主治医として対応することが多く、今回当院で対応した15歳～20歳の患児も小児科医からの紹介であり、当院で小児在宅医療を行う際にも小児科医との併診であったため今回調査対象とした。なお訪問診療期間が2ヵ月未満の患児については継続性の面から不適合と判断し調査対象外とした。

2. 調査方法

カルテから後方視的に行った。

3. 調査内容

患児の状態として、年齢、基礎疾患、患児の医療管理の内容を調査した。訪問診療の内容については、実際の診療内容を呼吸状態、消化・栄養状態、けいれん、筋緊張の状態に分けて調査した。この分類は重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル¹⁰⁾や在宅療養支援診療所医師・成人対象訪問看護師向け小児在宅医療講習会等で病態理解のために分類されていたため普段の診療でもこの4点に分け状態把握を行ったためである。訪問診療時の医療処置の内容、回数を調査した。緊急時の対応の内容としては、往診件数とその際の主訴を調査した。その他訪問診療時に行った成長発達支援や家族の支援について調査した。連携活動については、紹介状作成回数、訪問看護指示書の発行回数を調査した。

倫理的配慮については、診療録を用いて集計した後方視的研究であり、侵襲性等はないため倫理審査の必要はないと判断した。

III. 結果

1. 患児の状態

(1) 年次推移(図1)

2014年8月に1例目の訪問診療を開始し、2015年5名、2016年3名、2017年9名、2018年8名、2019年10名、2020年7名、2021年1月に2人と増え、合計45名の患児の訪問診療を行った。このうち成長にともない訪問診療から外来診療に移行した患児は7名、死去した患児は8名であった。

(2) 患児の疾患・医療的ケア(表1)

患児の訪問開始時の年齢は0～1歳21人(46.7%)、2～3歳7人(15.6%)、4～6歳5人(11.1%)、7～12歳5人(11.1%)、13～18歳5人(11.1%)、19歳以上2人(4.4%)であった。原因疾患としては先天障害12人(26.7%)、染色

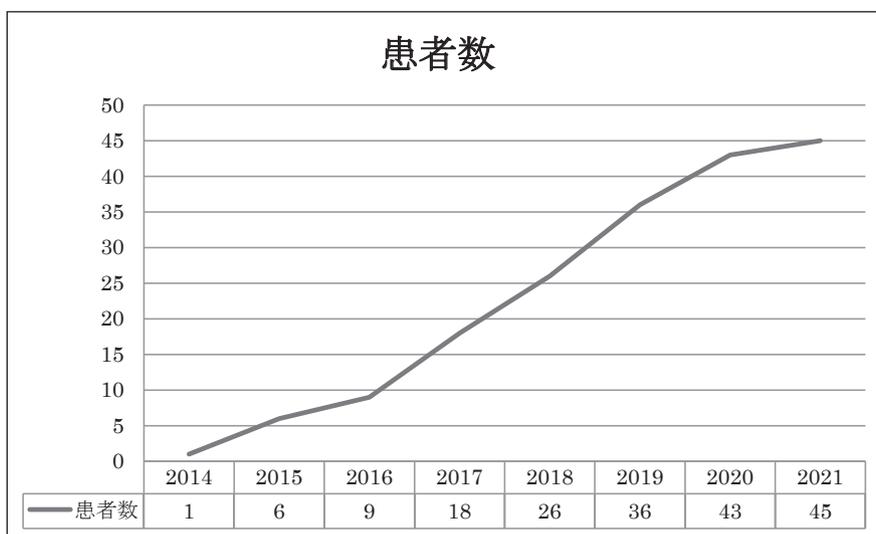


図 1 小児在宅医療患者の年次推移

表 1 患児の状態

大項目	小項目	人数	割合
開始時の年齢	0～1 歳	21	46.7%
	2～3 歳	7	15.6%
	4～6 歳	5	11.1%
	7～12 歳	5	11.1%
	13～18 歳	5	11.1%
	19 歳～	2	4.4%
原因疾患	先天障害	12	26.7%
	染色体異常	7	15.6%
	低酸素性虚血性脳症	7	15.6%
	低出生体重児	6	13.3%
	神経筋疾患	4	8.9%
	悪性腫瘍	6	13.3%
	後天疾患	3	6.7%
医療管理	人工呼吸器	15	33.3%
	気管切開	14	31.1%
	酸素療法	24	53.3%
	経管栄養	38	84.4%
	中心静脈栄養	6	13.3%
紹介元	病院	35	77.8%
	地域	10	22.2%

体異常 7 人(15.6%)、低酸素性虚血性脳症 7 人(15.6%)、低出生体重児 6 人(13.3%)、神経筋疾患 4 人(8.9%)、悪性腫瘍 6 人(13.3%)、転倒による脳挫傷等の後天疾患 3 人(6.7%)であった。患児の医療的な状態については人工呼吸器を使用している患児 15 人(33.3%)、気管切開を行っている患児 14 人(31.1%)、酸素療法を行っている患児 24 人(53.3%)、経管栄養を行って

る患児 38 人(84.4%)、中心静脈栄養を行っている患児 6 人(13.3%)であった。訪問診療が開始される紹介元は病院から紹介された患児は 35 人(77.8%)であり、地域の訪問看護ステーション、療育施設からの紹介や母親同士の交流から紹介された患児は 10 人(22.2%)であった。

2. 訪問診療の実績

(1) 訪問診療のペース

訪問診療は2,067回行った。訪問診療の間隔は、人工呼吸器等の医療的ケアが多い患児、状態が不安定な患児では週に1, 2回であり、病状が安定している患児は2週に1回が多かった。なお退院後数ヶ月で病状が安定するに伴い訪問診療の回数が減っていく傾向にあった。

(2) 訪問診療の診療内容

訪問診療では訪問時に困っている症状への対応のほか、患児の全身状態の把握として呼吸状態、消化・栄養状態、けいれん、筋緊張の状態を把握した。

困っている症状としては、吸引回数が多くなっている、筋緊張が強くてどのような姿勢がいか分からない、頻脈があるなど多岐にわたっていた。訪問診療の際に解決できる症状もあれば、次回の病院受診の際病院主治医にて対応する症状、長期的なかかわりで徐々に改善する症状が混在していた。例えばけいれん症状について、いつもと同じようなけいれん発作であればその旨説明し自宅療養で経過観察した。一方でこれまでと発作様式が異なる、もしくは発作回数が多くなってきている、抗けいれん薬の変更に伴い発作が多くなっているといった場合には、次回の病院受診時に病院主治医と相談してもらうように指示した。またけいれんの悪化予防のためにリハビリや姿勢介助等の普段のか

かわりを長期的に行うことで解決することもあり、その旨家族に説明することもあった。

患児の全身状態の把握の面では以下のことを行った。呼吸状態の把握では、人工呼吸器の安全管理や気管切開部のケアのほか、呼吸様式・呼吸音・呼吸回数等をチェックした。消化・栄養状態の把握では、体重変動や栄養量・投与方法・回数・時間等の把握を行った。栄養量については栄養内容の相談としてミキサー食の相談も行った。けいれんの状態把握では、普段出現するけいれん様の発作の発生頻度や持続時間、出現しやすい時間などを確認し治療の相談を行った。筋緊張の状態把握については抱っこをすることで緊張の入り具合や刺激に対する反応を確認した。

(3) 訪問診療時の医療処置(表2)

訪問診療時に行う医療処置には気管カニューレ交換と経管栄養の交換(経鼻経管栄養、胃瘻)、輸血、点滴があった。このうち点滴については、状態悪化時に点滴を実施することはなく中心静脈栄養管理のみの対応であったため、当院で実施した回数を測定することができなかった。

気管カニューレ交換は気管切開実施14人中11人の患児に対して379回交換を実施した。残りの3人は気管が狭いことなどの理由にて病院で交換した。379回の交換のうち、出血やカニューレ挿入困難などのトラブルはなかった。気管カ

表 2 医療処置の実績

気管カニューレ交換	379回 (11人実施)
	カフあり：6人 カフなし：5人 交換頻度：2週毎：7人、3週毎1人、4週毎3人
経鼻経管栄養・胃瘻交換	446回 (24人実施)
	経鼻経管栄養：7人 交換頻度：2週毎：4人、4週毎3人 胃瘻：17人 交換頻度：4週毎17人
輸血	24回 (4人実施)
	赤血球 : 4回 血小板 : 6回 アルブミン : 14回

ニューレはカフ付きが11人中6人、カフなしが5人であった。交換頻度は2週間に1回の交換が多く(11人中7人)、安定している患児では4週に1回の交換であった。ただし気管孔が安定するまでの交換は在宅での交換はリスクが高いことため、気管切開術後3ヵ月間は病院での交換を依頼し、4ヵ月目からは当院で交換を実施した。交換する気管カニューレのカフの有無、サイズ等の変更は病院耳鼻科での判断を依頼した。

経管栄養の交換は経管栄養療養実施38人中24人の患児に対して446回の交換を実施した。経鼻経管が7人、胃瘻が17人であった。経鼻経管の交換は2週に1回交換したのが4人、4週に1回交換したのが3人であり、胃瘻交換は17人中17人が4週に1回交換した。交換時トラブルはなかったが、挿入困難を感じる例が3例あり、後日病院に紹介しサイズ変更等を実施した。胃瘻からの漏れなどがあるケースでは当院でシャフト長の変更を行ったり、栄養量の調整等を行った。経鼻経管の交換においては、挿入に時間がかかる例もあり30分から1時間かけて挿入することもあった。

輸血は悪性腫瘍患者4人に対して合計24回実施した。輸血の内訳は、赤血球輸血4回、血小板輸血6回、アルブミン輸血14回であった。輸血の必要性については当院での単独判断はせず

病院医師と協議し決定した。輸血に伴う合併症、副作用は出現しなかった。

3. 往診の実績(表3)

緊急対応では実際に往診した回数が232回、電話にて緊急性があると判断し緊急搬送の指示を行った回数が69回であった。

実際に往診した際の主訴は発熱が最も多く102回(43.9%)であった。咳や痰、鼻水の悪化が37回(15.9%)、呼吸状態の悪化・低酸素状態による往診が36回(15.5%)、胃瘻トラブルが12回(5.1%)などが認められた。

緊急搬送の指示を行った際の主訴は低酸素状態が最も多く21回(30.4%)であった。その他発熱15回(21.7%)、痙攣9回(13%)、ぐったりしている7回(10.1%)、咳・痰・鼻水が7回(10.1%)であった。緊急搬送の指示を行った例は全例に対して紹介状の作成と病院への電話連絡を行った。ただし当院には連絡をせずに家族の判断で病院受診した例もあり、その件数は調べることができなかった。

4. 成長発達支援の実績

訪問診療の際、患児の成長発達の相談を行った。重症心身障害児等、医療的ケアが必要な子どもの成長発達を促す療育施設を利用するためにはさまざまな社会制度の活用が必要となる。

表3 緊急時の対応の実績

往診対応 (232回)			救急搬送指示 (69回)		
主訴	回数	割合 (%)	主訴	回数	割合 (%)
発熱	102	43.9	低酸素状態	21	30.4
咳・痰・鼻水	37	15.9	発熱	15	21.7
呼吸状態の悪化、低酸素	36	15.5	痙攣	9	13.0
経管胃瘻トラブル	12	5.1	ぐったりしている	7	10.1
嘔吐	9	3.9	咳・痰・鼻水	7	10.1
痙攣	7	3.0	誤嚥・窒息	4	5.8
疼痛	4	1.7	意識状態悪化	2	2.9
皮膚トラブル	4	1.7	その他	4	
気管カニューレトラブル	3	1.3			
尿閉、血尿	3	1.3			
ぐったりしている	3	1.3			
その他	12				

表 4 成長発達支援に関わる書類

	書類の内容	作成枚数
1	身体障害者診断書	22
2	療育手帳申請の意見書	12
3	補装具・日常生活用具意見書	35
4	医療的ケア指示書（通所施設）	43
5	医療的ケア指示書（学校）	13
6	介護職員等喀痰吸引等指示書	49
7	訪問看護指示書	473

表 5 家族支援の実績

	項目	内容	実績
医療的支援	①予防接種	きょうだい	162 回
		両親祖父母	80 回
	②健康問題への対応	きょうだい、両親祖父母の健康問題の相談	
生活全般の相談	①経済的支援	各種手当の診断書	8 枚
	②制度活用	レスパイト利用のための紹介状 日常ケアの工夫と制度利用の相談	15 枚

岐阜市では1歳から身体障害者手帳、療育手帳の取得が可能となる状況を踏まえ、当院は制度活用のための書類作成と、通所の目的・意義の相談、福祉用具等の利用支援を行った。

書類作成では、身体障害者手帳と療育手帳を取得が制度活用の前提条件となるため、これらの手帳を取得していない患児に対して書類作成を行った。身体障害者診断を22枚、療育手帳申請に必要な意見書を12枚作成した(表4)。また療育施設の利用にあたり必要な医療的ケア指示書を43枚作成した。学校における医療的ケア実施のための医療的ケア指示書を13枚作成した。このほか、プール使用の可否や、医師意見書等の作成も行った。日常生活用具・補装具の利用にあたり必要な意見書を35枚作成した。

書類作成とともに、通所の目的・意義の相談を行った。療育施設の通所は、家族のレスパイトの目的で療育施設を利用するのではなく、子どもの発達を促すことの意義や抗重力運動・感覚統合などの行うことで身体機能の成長につながることを説明した。

福祉用具等の利用支援では、補装具等の使用

目的や制度の活用について相談を行った。成長発達に伴い患児の身体に合った座椅子が必要となったり、移動するためのバギーもベビーカーでは対応不能となるため、その患児に合ったバギーが必要となる。また良い姿勢をとることが呼吸、消化、筋緊張等に良い影響を与えることも説明した。これらの補装具を作成するためには市町村によりさまざまな制約があるため、いつ作成するかを相談しながら医師の指示書を作成した。

5. 家族支援の実績

家族支援では医学的側面の対応と、子育てに対する対応を行った(表5)。

医学的側面としては、予防接種と家族の健康問題への対応があった。予防接種はきょうだいに対して162回、親・祖父母に対して80回の予防接種を行った。きょうだいへの予防接種では、定期接種となっている予防接種を中心に、インフルエンザ等の予防接種を行った。親・祖父母への予防接種は主にインフルエンザ予防接種を行った。健康問題への対応については、きょう

表 6 病院との連携活動の実績

紹介状		351
	定期受診の際の紹介状作成回数	276
	緊急受診の際の紹介状作成回数	105
退院共同指導		61回
	1回	20名
	2回	14名
	3回	9名
	4回	1名

だいの健康問題、親・祖父母の健康問題について診療や相談を行った。きょうだいの健康問題では、感冒や皮膚トラブルなど小児科一般診療のほか、医療的ケアが必要な子どものきょうだいとしての関わり方を親と相談した。親・祖父母の健康問題については、感冒や胃腸症状への対応、皮膚トラブルなどの一般診療のほか、母親が妊娠した際の諸問題(食欲不振、感冒等)や祖父母が悪性疾患に罹患した際の訪問診療・自宅看取りも行った。

子育てに対する対応としては、家族の経済的支援と子育て全般の相談を行った。家族の経済的支援として、各種手当があり、その意見書を当院で作成した。子育て全般の支援としては、医療的ケアが必要な中での、入浴や外出、家族の関わりなどについての相談に応じた。例えば入浴については、人工呼吸器等の医療的ケアがある場合では母親一人では担いきれないため、訪問看護師や介護職員、訪問入浴サービス等の利用があることを説明し、それぞれに必要な書類を作成した。また家族の体調管理のためや、両親がきょうだいの行事に参加するために、レスパイト施設の利用が必要となる。このためレスパイト施設の利用が可能となるように紹介状を15枚作成した。

6. 連携の実績

地域と病院との連携、地域内の連携を行った。

地域と病院との連携では、紹介状の作成を381回行った(表6)。このうち276回は患児が病院に定期受診する際の情報提供、病院主治医への相談としての紹介状であり、105回は緊急搬

送時に作成した紹介状であった。また病院から退院時に行う地域移行支援会議(退院共同指導)は69回行った。1回実施した患児が20名、2回実施した患児が14名、3回実施した患児が9名、4回実施した患児が7名、1回も開催していない患児が7名であった。紹介状作成以外にも病院主治医や看護師に直接電話を行い病状の相談を行ったが、その回数を数えることはできなかった。

地域内の連携では、地域で患児に関わる職種(訪問看護師、薬剤師、介護士、リハビリ職、教育関係者、療育支援事業者等)との連携を行った。訪問看護師に対しては訪問看護指示書を合計473通作成した。薬剤師とは衛生物品の支給を共同して行った。当院で人工呼吸器管理等の管理料を算定し、自宅で使用する衛生物品を薬局から配達・支給を行った。訪問看護師、薬剤師とは直接電話で相談を行うほか、ICTを通じて情報の共有を行った。教育関係者、療育支援事業者に対しては医療的ケアの指示書の発行や、通学・通所時の発達の相談や医療的ケアの相談を行った。小学校入学にあたり医療的ケアが継続できるか否かといった相談のため、4名の患児に対しては地域の職種が一堂に会して担当者会議を開催した。

IV. 考 察

当院の行った小児在宅医療の実績から在宅医の役割について考察する。奈倉、高橋らの先行研究の項目と、当院との実績を踏まえ、在宅医の役割として下記の4点に分けられると考えた(表7)。

表7 在宅医の役割

	項目	内容
1	普段の管理	1) 呼吸管理 2) 消化・栄養管理 3) けいれんの管理 4) 筋緊張・姿勢の管理 5) 医療処置の実施
2	緊急対応	1) 24時間連絡ができる体制 2) 往診 3) 病院搬送時の連絡・紹介状作成
3	連携	1) 医療情報の連携：病院と地域、地域内の連携 2) 子育ての連携：書類作成、地域内の連携
4	家族支援	1) 子育て全般に対する相談 2) 家族の予防接種 3) 家族の健康問題への対応

1. 普段の健康管理

1つ目は普段の健康管理である。定期的に訪問診療を行う際に、患児の健康状態を4つの視点から把握し全身状態の評価を行うことと、気管カニューレ交換等の医療処置の実施を行うことが該当する。健康状態観察の4つの視点として、呼吸状態の管理、消化栄養管理、けいれんの管理、筋緊張・姿勢の管理がある。舟橋が報告した脳性麻痺の合併症の相互関連図の通り¹¹⁾、重症心身障害児の病態としては、これら4つが複雑にからみ、それぞれが影響している。呼吸状態の管理では、呼吸音や回数、呼吸様式の診察のほか、気管カニューレや人工呼吸器の状態観察を行う。消化栄養の管理では、腹部診察のほか、栄養量や栄養内容、排便状況の確認を行う。けいれんの管理では、けいれん発作の観察のほか、発作回数の状況や新たな発作の出現や投薬状況、発作の誘発要因の追及などを行う。筋緊張・姿勢の管理では、抱っこすることによる筋緊張の状態観察のほか、日常生活の姿勢管理や側彎等への対応の相談等を行う。このように4つの状態を把握することで患児の全身状態が把握でき、普段の健康維持に役立つと考えられる。もしこれらの状態が悪化した時には在宅医で治療を追加したり、病院専門医に相談し治療にあたることができる。また医療処置を在宅で行う

ことも普段の健康管理につながる行為である。

2. 緊急対応

2つ目は緊急対応である。在宅医療を行っている医療機関は夜間や休日の往診対応ができる診療体制を構築している。このシステムを活かし、小児患者にも緊急対応することが可能となる。緊急の往診時において、在宅医として身体診察のほか、インフルエンザ等の迅速キットによるウイルスチェックや、採血実施による炎症反応の評価を行うことができる。もし病院での治療が必要と判断された場合には在宅医から病院に連絡することで、病院受診がスムーズに行うことができる。在宅で過ごす患児、家族にとって病状悪化時の不安は大きいと考える。緊急対応はその不安を軽減させることにつながる役割と考える。

3. 連携活動

3つ目は連携である。連携には2種類あり、医療的な情報の連携と、子育て・成長発達に関する情報の連携である。

医療的な情報の連携では病院との連携が重要となる。疾患に対する治療方針の決定や医療処置の指示は病院で決定されることが多い。このため疾患に対して在宅生活で困っていることを

まとめ、その疑問を病院医師に聞く体制づくりや、その結果を地域内で情報共有することが必要である。今回の活動を振り返ると、紹介状作成や、地域内のICTを通じた情報共有を行うことで、その役割を在宅医が一部担っていた。

子育て・成長発達に関する情報の連携では地域内の連携が重要となる。患児の療育・教育の相談に応じるためには、地域内にどのような療育施設、教育機関がありどのような子どもが利用できるのか、という情報を把握しておく必要がある。こういった情報は書面をみても判断できない。そのためにも地域の各職種と連絡を取り合い、通所方法やその療育内容を各スタッフから教えてもらうことが重要となる。また在宅医が医療的ケア指示書を作成することで、利用中に施設職員と在宅医が直接連絡を取ることが可能となる。このように子育てに対する地域内の連携を深める役割が在宅医にはあると考える。

4. 家族支援

4つ目は家族支援である。家族支援の方法として、子育て全般に対する相談と、家族の予防接種の実施、家族の健康問題への対応が挙げられる。

医療的ケア児の在宅療養の場合、どうしても医療的なケアが退院時の中心の話題・課題となる。しかし医療的ケア児の在宅生活は子育てという概念が基本となる。その子育てという面での不安をくみ取り、相談に応じる役割が在宅医にはあると考える。入浴や移動など生活面の不安や、子育てとしてどのような教育が必要なのかといった成長発達に関わる不安もある。またきょうだいを抱える家族としてはきょうだいの予防接種や病気への対応の不安もある。これらに対して全てを解決できるわけではないが、相談に応じ、必要時には地域の各職種につなぐという役割は可能であると考えられる。また必要な社会資源を利用するための書類作成を行うことも在宅医は可能である。

家族の予防接種の実施や家族の健康問題への対応では、保険診療の枠組みの中どのような形がいいか模索中である。しかし医療的ケアが常時必要な患児を見守る家族にとっては在宅医が訪問診療の際に気軽に相談できる体制は感謝されることが多く、在宅医の役割の一つであると考えられる。

また訪問診療・往診体制の構築自体が家族支援につながっているとも考えられる。人工呼吸器等を装着した患児を連れて通院することは非常に労力が必要である。訪問診療を行うことで、普段の健康管理であったり、予防接種、医療処置を自宅で行うことで通院にかかる身体的・時間的負担が軽減されると思われる。これまで通院等に要していた時間が家族が家で暮らす時間、つまり家族の時間に変わること(家族時間の創造)は家族形成を進める意味でも大きな意義があると考えられる。

V. 結 語

今回当院が6年6ヵ月間行った小児在宅医療の内容を検証した。定期的な訪問診療では全身状態の把握と医療処置を行った。全身状態の把握では呼吸管理、消化・栄養管理、けいれんの管理、筋緊張・姿勢の管理に分けて対応した。医療処置では気管カニューレ交換を379回、経管栄養チューブを446回交換した。自宅での輸血を24回実施した。緊急対応では232回の往診と、69回の緊急搬送指示を行った。診療以外にも成長発達支援や家族の支援、地域・病院との連携活動を行った。

当初小児科非専門医として始めた小児在宅医療であったが、これらの経験を通し在宅医の役割について考察した。小児在宅医療では専門的な治療は病院で行われるため、在宅医としての役割について当初はやや不明瞭な部分があったが、①普段の管理、②緊急対応、③連携活動、④家族支援といった役割があることが明らかになった。

小児在宅医療の意義について、窪田¹²⁾は「家族と一緒に暮らすためのもの」であり、「障害を

持ちながら生きている患児自身のためのもの」であると述べている。その視点から考えると、在宅医の役割としては、疾患に対する治療という対応のみではなく、子育て支援を含めたさまざまな役割があり、その役割を在宅医が果たすことで、患児と家族の生活が豊かになるための一部を担えると思われる。

引用文献

- 1) 奈倉道明:小児在宅医療の実態～医療的ケア児の全国の動向～. 在宅新療 2019;4(4):315-320.
- 2) 田村正徳:小児在宅医療の現状と今後の展望. 小児内科 2013;45(7):1206-1209.
- 3) 前田浩利:開業医が進める小児在宅医療. 外来小児科 2009;12(2):167-185.
- 4) 中村知夫:医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. Organ Biology 2020;27(1):21-30.
- 5) 土島智幸:医療的ケア児に対する診療の現状と課題. 小児内科 2018;50(11):1722-1775.
- 6) 南條浩輝:医療的ケア児の在宅医療. 小児内科 2019;51(5):747-750.
- 7) 宮田章子:小児等在宅診療を通じ地域支援を考える. Journal of CLINICAL REHABILITATION 2018;27(9):904-908.
- 8) 奈倉道明:病院小児科医との有意義な連携を目指す. 前田浩利, 田邊幸子編著. 小児の訪問診療も始めるための29のポイント. 東京, 南山堂, 2016, 137-142.
- 9) 高橋昭彦:地域の現状からみた小児在宅医療の目指すところ. 地域における在宅医療・訪問看護提供体制整備のための実証・研究事業報告書. 2016.
- 10) 北住映二, 口分田政夫他編著. 重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル. 東京, 診断と治療社, 2015.
- 11) 舟橋満寿子:重症心身障害児の日常生活の管理. 江草康彦編著. 重症心身障害療育マニュアル. 東京, 医歯薬出版, 2005, 207-212.
- 12) 窪田満:高度医療機関における在宅医療へのかかわり. 在宅新療 2019;4(4):321-325.

第96回

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる
事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”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

臨床現場で発生しているインシデント・アクシデント事例において、薬剤に関わる内容については、さまざまな課題があることが想定される。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)における第62回報告書(以下、本報告書)¹⁾では、分析テーマとして「ヘパリン製剤の投与量を誤った事例」を取り上げている。ヘパリン製剤は、血液凝固阻止剤として、いろいろな用途で用いられ、関与する職種もさまざまである。

本報告書では、ヘパリン製剤は、「用途により急速静注、持続静注、点滴内混注、皮下注射や筋肉内注射などの投与方法や投与量が異なり、投与中はAPTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)などの検査値で投与量を調節する必要がある。また、ヘパリン製剤は1バイアルあたりの含有量が異なる複数の規格があり、含有量は単位で表示されている」[投与量を誤ると凝固機能に大きな影響を及ぼし、出血を来す可能性がある]¹⁾などということが挙げられている。本連載では、第94回²⁾で、研修医がヘパリン投与に関わった事例を取り上げ、事例発生の未然防止対策について検討している。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、関与する医

師や看護師、薬剤師などの「知識・経験の不足」というヒューマンファクターだけでなく、指導医と研修医間、医師と看護師間、および医師・看護師と薬剤師間など、さまざまな職種間での確認や、情報共有を含めたシステム要因・環境要因も併せて検討することが欠かせない。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、自施設における現状評価として、「自施設では、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わるどのような事例が発生しているのか?」ということの確認が求められる。次に、この現状評価を踏まえて、「なぜ、さまざまなプロフェッショナルが連携する中で、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止できなかったのか?」と、疑問を深めることが望まれる。

自施設では、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例は発生していないだろうか。発生していない場合でも、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止する対策は十分だろうか。これまでに、自施設では“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例が発生していない場合には、この機会に自施設の取り組みの現状評価と、事例発生の未然防止対策の策定を期待したい。

そこで、本稿では、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例をテーマとして、多職種間の情報共有・連携による事例発生の未然防止の可

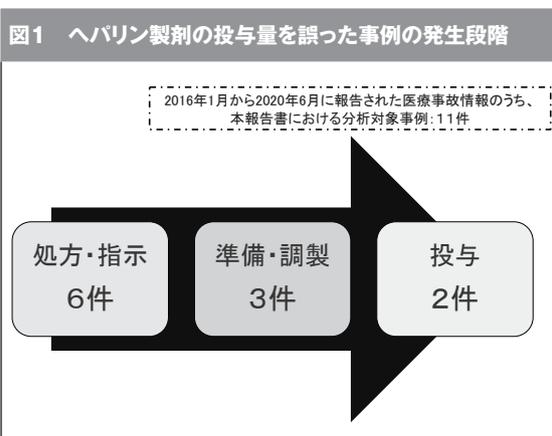
能性に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

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、アクシデントは「医療事故」、インシデントは「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。なお、本事業の資料から抽出した事例の表記は、一部改変して記載する。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例

本報告書によると、2016年1月から2020年6月に報告された医療事故情報のうち、分析対象事例は11件であり、事例の発生段階としては、「処方・指示：6件」「準備・調製：3件」「投与：2件」であることが挙げられている(図1)。これらは全て医療事故情報であることを考慮すると、「処方・指示」、および「準備・調製」の段階での投与量の誤りが、その後の段階においてもそのまま、投与量の誤りが是正されずに事例発生に至っているということが想定される。

また、本報告書では、誤って処方・指示した



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第62回報告書より作成)

投与量に関して、「投与方法」「薬剤名」「予定した投与量」「誤って処方・指示した投与量」「投与期間」などについて、具体的な内容が挙げられている(表)。さらに、処方・指示を誤った事例で報告されていた当事者のうち、医師の職種経験年数は、「0～2年：1件」「3～4年：1件」「5～9年：3件」「10年以上：1件」であることが挙げられている。

本事業の事例検索³⁾では、2021年6月下旬現在、キーワード“ヘパリン”で2,657件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。また、キーワード“ヘパリン”“過剰投与”で245件、“ヘパリン”“過量投与”で6件、“ヘパリン”“誤薬”で6件、“ヘパリン”“研修医”で31件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

投与方法	薬剤名※	予定した投与量	誤って処方・指示した投与量	投与期間
持続静注	ヘパリンNa注 5千単位/5mL	100単位/kg/日	100単位/kg/h	3日間
	ヘパリンNa注	600単位/h	6,000単位/h	記載なし
点滴内混注	ヘパリンNa注 5千単位/5mL	5,000単位	25,000単位	PCIから帰室後 (日勤帯)～翌日の 2時50分
	ヘパリン	1,500単位	15,000単位	記載なし
皮下注射	ヘパリンCa皮下注 2万単位/0.8mL	1回5,000単位 1日2回	1回20,000単位 1日2回	3日間
	ヘパリンカルシウム 皮下注5千単位/ 0.2mLシリンジ	1回5,000単位 1日2回	1回10,000単位 1日2回	3日間

※事例に記載されていた薬剤名を屋号を除いて掲載した。
(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第62回報告書より)

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例として、本報告書に掲載、あるいは事例検索³⁾で検索された事例としては、

「不安定狭心症の患者(70歳代、男性)に対し、経皮的冠動脈インターベンションを実施後、主治医がリーダー看護師に『点滴内にヘパリンを混注する』と、口頭指示した。口頭指示の時点で、『ヘパリンナトリウム(以下、ヘパリン) 1 mL/時間 5V』とオーダー画面上に指示されていた。リーダー看護師は看護師Aに、量が多いので主治医に確認してから実施するように指示した。看護師Aは、『ヘパリン25,000単位を残っている点滴に入れてよいですか?』と確認し、主治医は『それでよい』と回答した。看護師Aは点滴内にヘパリンを混注した。点滴は、残り400mLで、40mL/時間で滴下中であった。夜間、看護師Bがナースコールで訪室すると、患者は左上肢の疼痛を訴え、左前腕部に腫脹・皮下出血があり、左上肢のCT検査で輸液の血管外漏出を認めた。主治医が訪室し、“点滴内に混注するヘパリンは、5,000単位のつもりであった”と話し、ヘパリンの過剰投与が判明した。

主治医は他院から4月に赴任したばかりで、電子カルテでの指示出しが未習熟で、誤った量・投与方法が入力されていた。指示を受けた看護師Aは、通常とは異なる投与方法(通常はシリンジポンプで持続注入)や、投与量(通常は1 mL/時間程度)のため、主治医に口頭で確認したが、“通常の5倍量であることに危機感がある”と発信できず、薬剤量の誤りを訂正できなかった^{1),3)}

「急性心筋梗塞の患者(60歳代、男性)に対し、担当医は看護師Aに、『ヘパリン3,000単位を静注』と、口頭指示した。看護師Aは看護師Bに、『ヘパリン3,000単位を静注する指示を受けたので、ダブルチェックをお願いします』と言い、病棟に常備されているヘパリンナトリウム(以下、ヘパリン)5,000単位を6バイアル持ってきた。ヘパリン1バイアルは5,000単位ということを理解していたが、3,000単位は6バイアルと思い込んでダブルチェックを実施した。その際、バイアルに記載されている『5,000単位』の表示を見なかった。その後、看護師Bは看護師Aに、ヘ

パリンをシリンジに吸い取るように依頼され、全量吸い取って看護師Aに渡した。看護師Aはヘパリン30,000単位を患者に静注し、患者は治療のため、副担当医が同乗して他院に救急車で転院となった。その後、記録を見直していた際に、医師の記録に3,000単位と記載があり、ヘパリンを過剰投与したことが判明した。

看護師Aは口頭指示を受けた際、内容を復唱したが、メモをしなかった。口頭指示に使用した薬剤のバイアルを実施登録前に破棄した。看護師Bに指示内容を口頭で伝え、ダブルチェックを依頼したが、投与目的、患者氏名、薬剤名、薬剤量、投与方法、投与時間を指差し・声出し確認しなかった。バイアルに記載されている薬剤量・規格などの表示を見ずに、思い込みでダブルチェックした。緊急性の高い処置だったが、指示を実施した後に医師の口頭指示の入力確認を怠った。当該病棟に常備されているヘパリンは定数4バイアルであったが、骨髄穿刺の際に使用するヘパリンが別に保管されており、それを追加して使用した^{1),3)}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、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生の未然防止対策として、マニュアル・ルールの整備、職員への情報提供、職員教育の実施、および多職種による連携を含めたシステム整備など、さまざまな取り組みを実施していると思われる。しかし、現状では、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”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踏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⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

事例「指導医と研修医で確認？ 看護師も確認？ ヘパリン過剰投与」**【事故の内容】**

- ・ 患児(0歳代, 男性)は, 脳炎・脳症の疑いでステロイドパルス療法の方針が決定した。
- ・ 血栓形成予防のため, 指導医がインフルエンザ脳症ガイドラインを見ながら, ヘパリンナトリウム(以下, ヘパリン)投与量を1,500単位と計算し, 研修医と共に確認した。
- ・ 指導医は, ヘパリンを早急に投与する目的で, 病棟に常備されている5,000単位のヘパリン(アンプル)と, 10,000単位のヘパリン(バイアル)を見て, これを使用することにした。
- ・ 研修医が, 他の医師の名前で開いていた電子カルテで, ヘパリン15,000単位と指示を入力した。
- ・ 担当看護師は準備の際に, ヘパリン投与量が通常より多いと思い, 医師に, 15,000単位でよいか確認したが, 『よい』と返事があった。
- ・ 担当看護師は, 病棟に常備されているヘパリン10,000単位(10mL)1バイアルと, 5000単位(5mL)1アンプルを使用して準備した。
- ・ 翌日0時からステロイドパルス療法を施行し, ヘパリン15,000単位と生理食塩水33mL(計48mL)を, 1時間に2mLの速度で投与を開始した。
- ・ 同日11時頃, APTTの結果が「100.0以上」で, 研修医に報告したが, 経過観察となった。
- ・ 2日目に, ヘパリン15,000単位と生理食塩水33mL(計48mL)を追加した。
- ・ 0時と3時に, 鼻腔の吸引後に鼻出血を認め, 綿球で圧迫止血した。
- ・ 3日目の9時30分頃, 看護師は, 医師にヘパリン投与量を再確認したが, 『これくらいの量は投与する』と返事があった。
- ・ その後, 対光反射の減弱を認めたため, MRI検査を行い, 両側の側頭葉病変部に一致して出血を認めた。
- ・ ヘパリン投与を中止し, 脳炎, ウイルスに対する治療を続行する方針とした。
- ・ 17時15分頃, 今後の治療方針, 出血原因などを数人の医師で検討し, 検査結果や与薬内容などを確認した際に, ヘパリン投与量の誤りが判明した。
- ・ 22時30分頃, 両側瞳孔散大, 対光反射消失を認めた。
- ・ 自発呼吸が乏しいため, 気管内挿管を行い, 人工呼吸器に接続した。

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

本事例の背景要因としては、「医師数人でヘパリン投与量を計算し, 確認して指示を行った(ダブルチェックを行った)が, 計算に使用したメモなどは保存していなかった」「看護師は, ヘパリン投与量が通常より多いと思い, 医師に確認を2回行っているが, 看護師の『15,000単位ですか?』という確認で, “多いのではないか”という意図が伝わらなかった」「看護師からAPTTの延長やヘパリン投与量について, 研修医に相談が

あったが, ヘパリン投与中であることから問題視されず, そのままの量で投与された」「病棟にヘパリン10,000単位(10mLのバイアル)が常備されており, それを使用したために薬剤部での処方に関する監査が行われなかった」「今回は, 夜間帯の指示・実施であり, 薬剤師の介入はなかった」「経過中に, 患児に鼻出血を認めたが, 見過ごされた」「当直帯で医師の担当が替わったが, 治療方針が継続された」「忙しい環境下で, ミスが起った」などが挙げられている。

本事例を, インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり, 事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず, システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り, 事例発生の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る考え方で検討すると, 「なぜ, ヘパリン投与量を1,500単位と確認したにもかかわらず, 指導医はヘパリンを早急に投与する目的で, 病棟に常備されている5,000単位のヘパリン(アンプル)と10,000単位のヘパリン(バイアル)を見て, これを使用することにしたのか?」「なぜ, 研修医が他の医師の名前で開いていた電子カルテで, ヘパリン15,000単位と指示を入力したのか?」「なぜ, 研修医がヘパリン15,000単位と指示を入力した際に, 指導医と確認したヘパリン投与量1,500単位の10倍量であることに気づかなかったのか?」「なぜ, 担当看護師が準備の際に, ヘパリン投与量が通常より多いと思い, 医師に15,000単位でよいか確認したにもかかわらず, 『よい』との返事で, 過剰投与となることに気づくことができなかったのか?」「なぜ, 1日目にAPTTの結果が『100.0以上』で, 2日目に患児に鼻出血を認め, 3日目に看護師が医師に, ヘパリン投与量を再確認したにもかかわらず, 医師から『これくらいの量は投与する』との返事で, 過剰投与に気づくことができなかったのか?」「なぜ, 医師数人でヘパリン投与量を計算し, 確認して指示を行った(ダブルチェックを行った)際に, 計算に使用し

たメモなどは保存していなかったのか?」「なぜ、当該病棟に、薬剤部での処方に関する監査が行われないヘパリン10,000単位(10mLのバイアル)が常備されていたのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例では、背景要因に挙げられている「看護師は、ヘパリン投与量が通常より多いと思い、医師に確認を2回行っているが、看護師の『15,000単位ですか?』という確認で、“多いのではないか”という意図が伝わらなかった」「看護師からAPTTの延長やヘパリン投与量について、研修医に相談があったが、ヘパリン投与中であることから問題視されず、そのままの量で投与された」なども併せて検討することが重要である。

これらには、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生の未然防止対策を検討する際のヒントが示唆されている。これらの背景要因は、医療機関では、どこでも発生する可能性のある背景要因であることが想定される。もちろん、既にこれらのリスクを予測して、事例発生の未然防止対策を充実させている医療機関も少なくないと思われるが、自施設の現状評価を実施する際に、参考にすることも提案したい。

これらの背景要因を踏まえて、「なぜ、指示されたヘパリン投与量に疑問をもった職員がいたにもかかわらず、過剰投与が防止できなかったのか?」「なぜ、看護師からAPTTの延長やヘパリン投与量について、研修医に相談があったにもかかわらず、ヘパリン投与中であることから問題視されず、そのままの量で投与され、ヘパリン投与量の誤りに気づくことが遅れたのか?」などについても疑問を深めることで、事例発生の未然防止につながる事が期待される。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例において、「疑問や気づきをもつ職員がいたにもかかわらず、事例発生を回避できなかった状況」に焦点を当てて、発生要因を明らかにするには、医師や看護師、薬剤師など、関

与する職員の「思い込み」「確認不足」「知識不足」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。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生の有無の確認と事例分析による課題の明確化が未実施、2)公開されている事例などの情報を踏まえた病棟に常備する薬剤の検討が不十分、3)指示に疑問がある際の確認のルールが未整備、4)さまざまな状況を想定した多職種参加のリスクアセスメントが未実施、5)情報共有を含む、多職種での職員教育が未実施、6)現状評価・フィードバック、およびフィードバック実施後の再評価を含むシステムの未整備、などが考えられる。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生の未然防止対策

本事例の改善策としては、「医療者が共有する治療プロトコールを作成し、プロトコールを薬剤部に提出し、極量では処方されないように電子カルテ上の対策を行う」「プロトコールを参照し、看護師も投与量のチェックができるようにする」「可能な限り、クリニカルパスを作成する」「病棟にヘパリンを常備せず、薬剤部からの払い出しにする」「看護師は、通常と違う指示が出た場合には、プロトコールの確認や上級の看護師に相談する」「インフルエンザ脳症ガイドラインに沿ったヘパリン投与量を一覧表化し、早見表を作成して、多忙な業務のかたわら、毎回、計算しなくてもよい工夫をする」「看護師は、『多いと思うのですが、15,000単位ですか?』などと、伝え方を変えることで、意図が伝わりやすい報告になる」「研修医は、看護師から相談を受けた際には上級医に必ず相談し、相談した医師の名前を記載する」「治療の担当が替わった時(当直→日直→当直→日直など)には、必ず投与量のチェックを行う。投与を続けた医師が責任を負う形になるため、自分の身を守るために担当変

更時はチェックする」などが挙げられていた。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、明らかにした発生原因に対応して、1)自施設における“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生の有無の確認と事例分析による課題の明確化の実施、2)公開されている事例などの情報を踏まえた病棟に常備する薬剤の検討の充実、3)指示に疑問がある際の確認のルールの整備、4)さまざまな状況を想定した、多職種参加のリスクアセスメントの実施、5)情報共有を含む、多職種での職員教育の実施、6)現状評価・フィードバック、およびフィードバック実施後の再評価を含むシステムの整備、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、医師や看護師、薬剤師など関与する職員の「思い込み」「確認不足」「知識不足」などのヒューマンファクターを防止すること、あるいは複数のプロフェッショナルが情報を共有して連携し、事例発生に至る前に「思い込み」「確認不足」「知識不足」などに気づくことで、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「自施設における“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生の有無の確認と事例分析による課題の明確化の実施」では、はじめに自施設において、類似事例が発生しているか否かの確認が必要である。自施設で“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例が発生している場合は、事例分析を実施し、自施設における課題を明らかにすることが求められる。

また、自施設では類似事例が発生していない場合でも、本稿で紹介している事例検索³⁾などを活用して、自施設で発生する可能性について、防止対策の振り返りや、見直しの必要性などを含めて検討することを期待したい。

2)の「公開されている事例などの情報を踏まえた病棟に常備する薬剤の検討の充実」では、本事例、および前記の事例などにおける、事例の発生要因を振り返ることを勧めたい。本事例の背景要因に、「病棟にヘパリン10,000単位(10mLのバイアル)が常備されており、それを使

用したために薬剤部での処方に関する監査が行われなかった」ということが挙げられている。仮に、病棟にヘパリン10,000単位(10mLのバイアル)が常備されていなければ、薬剤部に払い出しの依頼があり、薬剤部での処方に関する監査で疑義照会が実施され、過剰投与が回避される可能性があったことが想定される。

さらに、前記の事例でも、「看護師Aは看護師Bに、『ヘパリン3,000単位を静注する指示を受けたので、ダブルチェックをお願いします』と言い、病棟に常備されているヘパリンナトリウム(以下、ヘパリン)5,000単位を6バイアル持ってきた。ヘパリン1バイアルは5,000単位ということを理解していたが、3,000単位は6バイアルと思い込んでダブルチェックを実施した」ということが挙げられている。この場合も、仮に、病棟にヘパリン5,000単位6バイアルが常備されていなければ、薬剤部に払い出しの依頼があり、薬剤部での処方に関する監査で疑義照会が実施され、過剰投与が回避される可能性があったことが想定される。

このように、自施設や、他施設で発生している“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生要因を踏まえて、自施設において、ヘパリン製剤が病棟に常備されているか否かの確認や、これらの薬剤に関するリスク予測の検討が急がれる。

3)の「指示に疑問がある際の確認のルールの整備」では、本事例、および前記の事例で示されているように、“疑問や気づきをもつ職員がいたにもかかわらず、事例発生を回避できなかった状況”に注目したい。「なぜ、投与量に疑問を感じた職員が確認しても、事例の発生を回避することができなかったのか？」という疑問を深めることが重要となる。

ここでは、課題のひとつとして、確認をした際の表現方法に注目したい。本事例の背景要因に、「看護師は、ヘパリン投与量が通常より多いと思い、医師に確認を2回行っているが、看護師の『15,000単位ですか?』という確認で“多いのではないか”という意図が伝わらなかった」ということが挙げられている。本事例では、看護師

が確認した際の表現では、相手に確認の意図が伝わらなかった可能性が想定される。

本事例の改善策には、「看護師は、『多いと思うのですが、15,000単位ですか?』などと、伝え方を変えることで、意図が伝わりやすい報告になる」ということが挙げられている。このようなことを参考にして、指示に疑問がある際の確認のルールとして、疑問の内容を具体的に言葉にして確認することや、その後の実施状況の確認方法などについても検討することを期待したい。

4)の「さまざまな状況を想定した多職種参加のリスクアセスメントの実施」では、ヘパリン製剤の投与に関わるさまざまな状況、およびそこで発生する可能性のあるリスクについて多職種で検討することが求められる。また、3)の「指示に疑問がある際の確認のルールの整備」と併せて検討し、「認識の違い」や、「情報伝達の不備」などの可能性も含めた多職種参加によるリスクアセスメントの実施が望まれる。

5)の「情報共有を含む、多職種での職員教育の実施」では、自施設や、他施設で発生している事例に関する情報共有も検討したい。また、4)の「さまざまな状況を想定した多職種参加のリスクアセスメントの実施」を職員教育の内容として工夫することも期待される。

6)の「現状評価・フィードバック、およびフィードバック実施後の再評価を含むシステムの整備」では、「ヘパリン製剤の投与量の誤り」に関わる事例の未然防止対策の現状評価が求められる。次に、その結果を、誰に、いつ(どのタイミングで)、どこまで、どのようにフィードバックするのか、その具体的な内容を明確にして、これらの定期的な実施と、その結果を踏まえて、必要に応じて修正を実施する、ということを繰り返すシステムの整備が急がれる。

前記の事例における改善策としては、「口頭指示の指示出し・指示受け時の注意事項について教育する(通常と異なる投与方法や投与量の場合、通常と異なることを、言葉で相手に伝え、確認する)」「口頭指示は原則、受けない、出さない。緊急性があり、やむを得ない場合は、看護師は指示された内容を復唱し、メモをする。

口頭指示で使用した薬剤のバイアルは、指示実施画面と照らし合わせて確認するまで捨てない。口頭指示実施後に速やかに実施入力を行う。医師の口頭指示の入力確認と、口頭指示で実施した内容を記録に残す。病棟に常備するヘパリンは、過剰投与防止のために2バイアルを上限とする」などが挙げられていた。

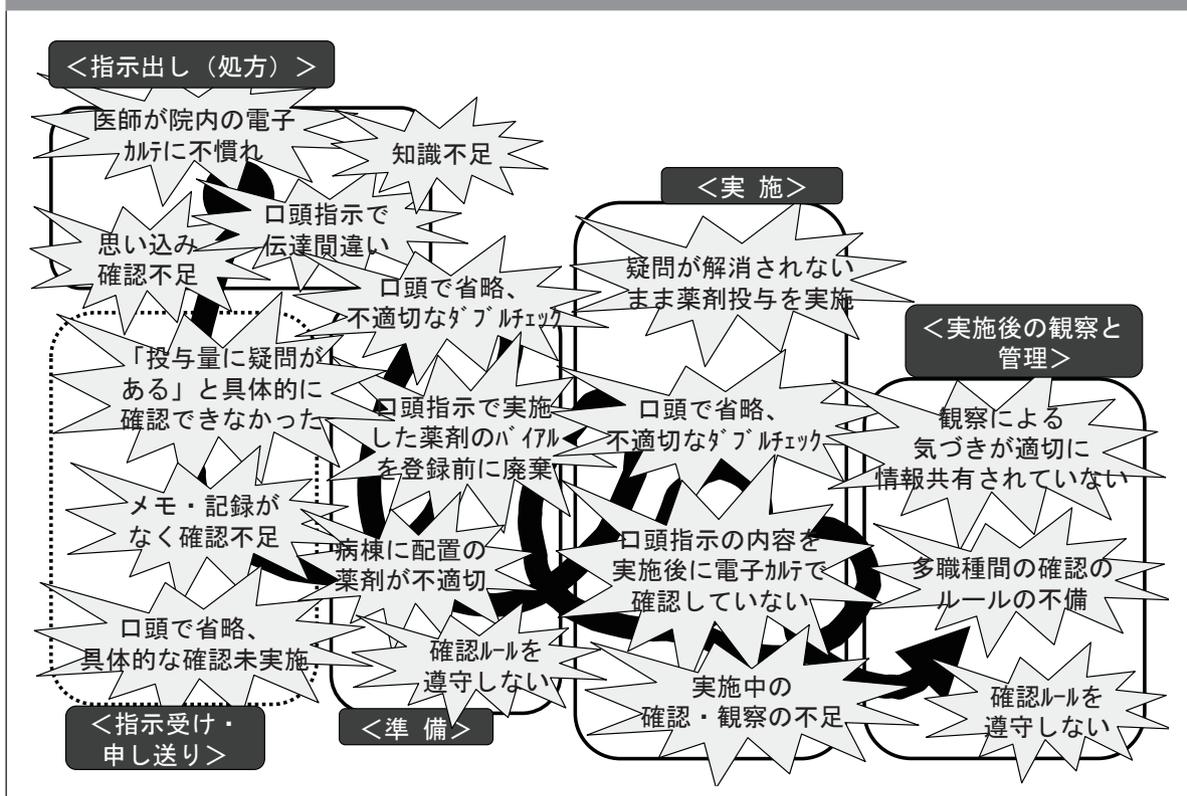
本報告書、および事例検索³⁾で検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「ヘパリン製剤の投与量の誤り」に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)(**図2**)を作成した。事例の発生要因を“見える化”するにあたっては、薬剤投与のプロセスの「指示出し(処方)」「指示受け・申し送り」「準備」「実施」「実施後の観察と管理」に沿った検討をすることを提案したい。自施設や、他施設で発生している事例の情報も参考に、ヒューマンファクターとしての「思い込み」「確認不足」「知識不足」に加えて、システム要因・環境要因などの関連性を含めた“見える化”が望ましい。

薬剤投与のプロセスの全体を通して、事例の発生要因を検討すると、情報の伝達・共有、コミュニケーションエラーなどに関わる要因が少なくないことがわかる。「口頭で省略、不適切なダブルチェック」「確認ルールを遵守しない」など、複数のプロセスで共通する課題も見えてくる。これらの発生要因には、医師や看護師、薬剤師など関与する職員の「思い込み」「確認不足」「知識不足」などのヒューマンファクターが含まれているが、システム要因・環境要因の影響も可及的に“見える化”することが期待される。

システム要因としては、「口頭指示で伝達間違い」「メモ・記録がなく確認不足」「口頭指示で実施した薬剤のバイアルを登録前に廃棄」「観察による気づきが適切に情報共有されていない」など、口頭指示の常態化、およびメモや、記録による確認が不十分であることが想定されるシステム整備の課題も見えてくる。また、環境要因として、「医師が院内の電子カルテに不慣れ」「病棟に配置の薬剤が不適切」なども考えられる。

さらに、「『投与量に疑問がある』と具体的に確認できなかった」「口頭で省略、具体的な確認未

図2 “ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第62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)

実施「口頭で省略、不適切なダブルチェック」
「疑問が解消されないまま薬剤投与を実施」
「観察による気づきが適切に情報共有されていない」
「確認ルールを遵守しない」など、システム要因と環境要因が密接に関連していることが想定される。

このように、自施設における“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止するために、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)(図2)を参考に、自施設の状況を加味してオリジナルの“見える化”を検討することを提案したい。今後、自施設における“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止する対策を検討する際には、本事例、および前記の事例の検討内容も参考に、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、ルールや、システムの整備はもちろんのこと、併せて情報

共有や、教育の機会の提供も含めた検討をすることが望まれる。医師や看護師、薬剤師など関与する職員のヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因も併せて検討し、多職種間の連携や、情報共有に関わる発生要因にも注目するためには、発生要因の“見える化”がポイントとなる。これにより、さまざまな影響によるリスクを予測し、その上で予測したリスクを回避する対策を検討することを提案したい。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生を未然防止と今後の展望

本稿では、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例をテーマとして、多職種間の情報共有・連携による未然防止の可能性に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する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、自施設や、他施設で発生

している事例の情報共有ができていないこと、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、および多職種間の情報共有・連携に関わるリスク予測が十分ではないことなどにより、リスクを回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性を指摘したい。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、事例の発生要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

患者・家族の視点で振り返ってみると、「なぜ、プロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生を回避できないのか？」「なぜ、医師・看護師を含めた多職種のチームによる対応が実施されているにもかかわらず、事例の発生を防止できなかったのか？」という疑問が浮かぶことが想定される。こうした疑問は、患者・家族から問われる前に、医療機関が自ら問いかけ、自施設の課題を踏まえた事例発生を未然防止の取り組みを実施することが望まれる。

これらの“なぜ”を深めるために、“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例の中から、「疑問や気づきをもつ職員がいたにもかかわらず、事例発生を回避できなかった状況」に焦点を当てて、発生要因を明らかにすることが期待される。ここでは、自施設における確認のルールやシステム整備、職員への教育、および実践的なトレーニングの不備などに関わる課題の“見える化”が

重要となる。自施設や、他施設で発生している事例も参考に、発生要因の“見える化”を実施することで、多職種の連携や情報共有を阻害する要因に気づき、事例発生を未然防止につなげることを提案したい。

“ヘパリン製剤の投与量の誤り”に関わる事例発生を未然防止における今後の展望としては、多職種の連携と情報共有を含むシステム整備を充実することである。「なぜ、疑問や気づきをもつ職員がいたにもかかわらず、事例発生を回避できなかったのか？」という疑問を深める過程で、自施設の現状と課題を明確にすることで、職員個々の気づきを促し、専門性とチーム力を合わせて発揮できる事例発生を未然防止対策を検討することが期待される。

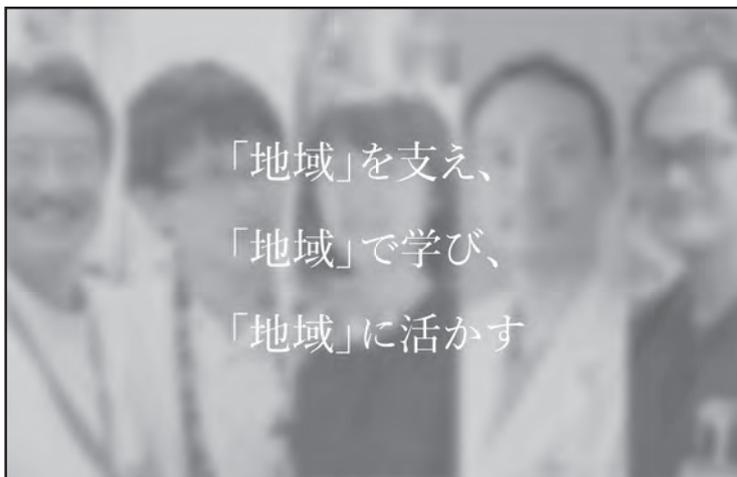
参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第62回報告書. https://www.med-safe.jp/pdf/report_62.pdf (accessed 2021 Jun 25)
- 2) 石川雅彦:Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”第94回“研修医に関わる事例”の未然防止. 月刊地域医学 2021;35(8):676-683.
- 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. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2021 Jun 25)



JADECOMアカデミー サイトのお知らせ

「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

腹部X線クイズ

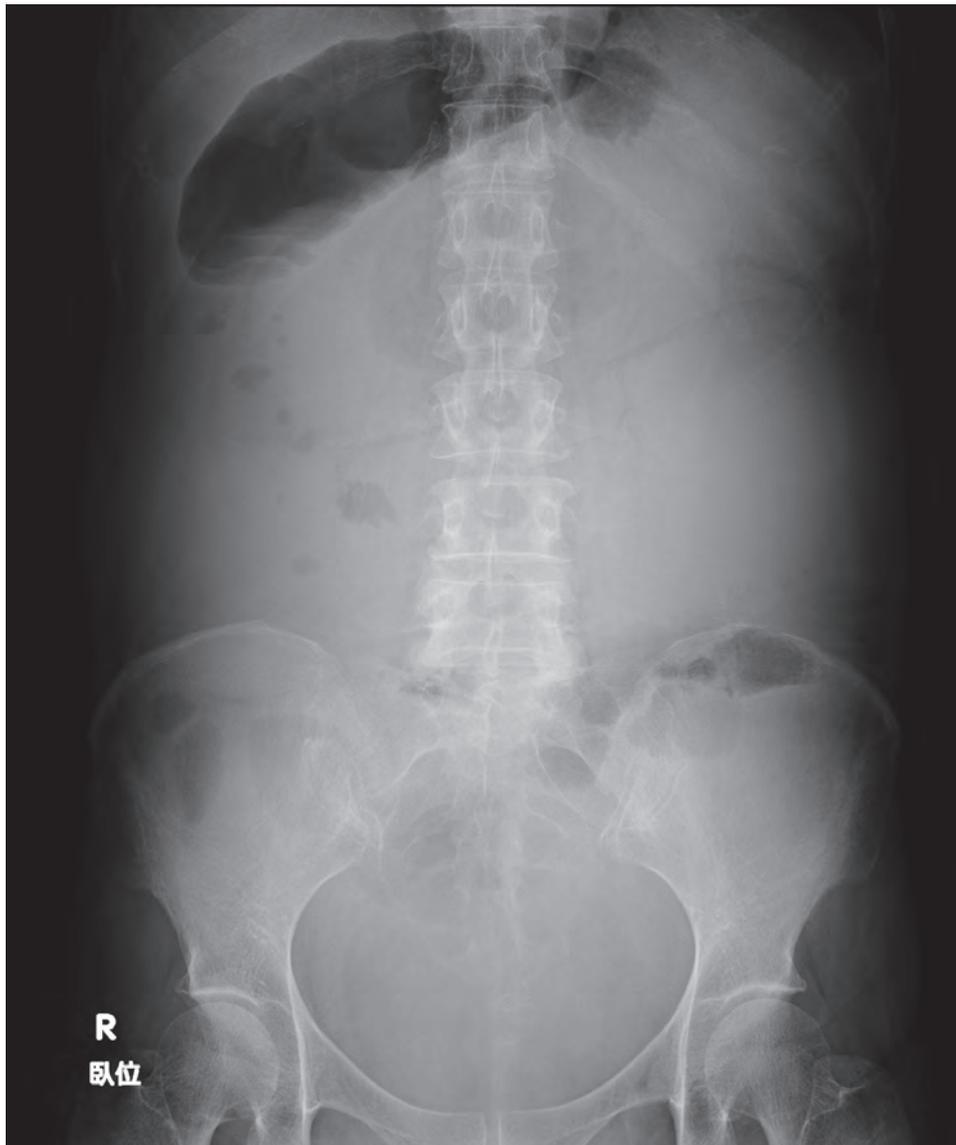
練馬光が丘病院放射線科 部長 伊藤大輔

?

症例:50代, 女性.

1週間前より便秘傾向, 腹満感, 腹痛あり. 市販の便秘薬を使用して水様便の排出あり. 4日前より増悪し当院外来受診. 腹部X線にて“腸管ガスの拡張がないため”帰宅となった. 腹部膨満が経時的に増悪し“胃を押し上げるような感じ”になり再度来院. 画像診断が施行された.

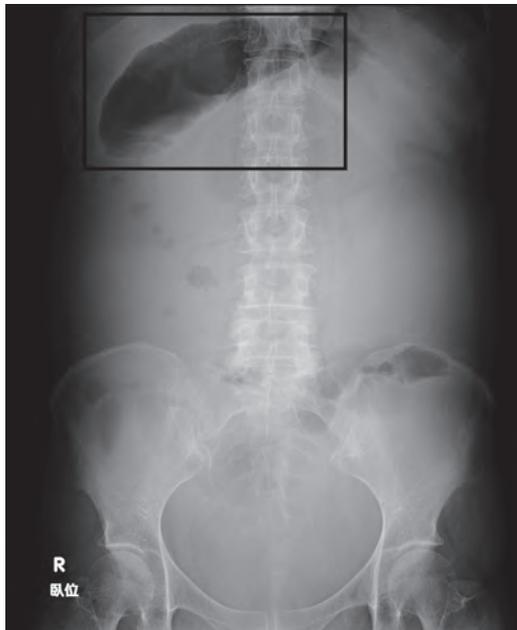
腹部単純X線臥位, 立位正面像を示す. 所見は?



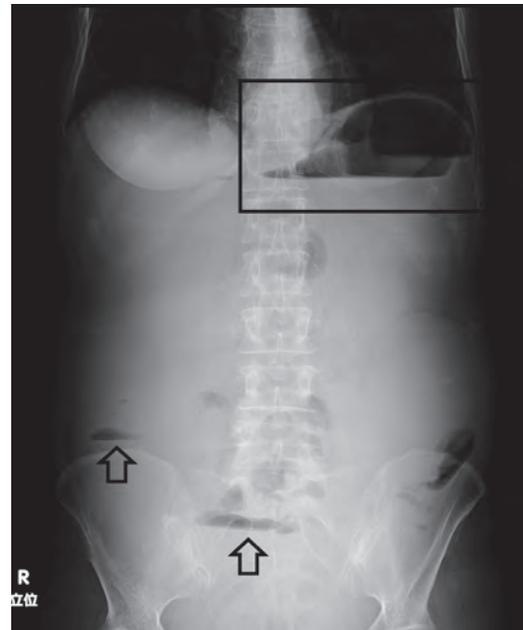
画像1 腹部単純X線 臥位正面像



画像2 腹部単純X線 立位正面像



画像3 臥位



画像4 立位



画像5 腹骨盤部造影CT横断像
S状結腸に造影増強効果を伴うような腫瘍性病変を認め、口側の腸管には強い拡張を来している。



画像6 腹骨盤部造影CT冠状断再構成像
大腸には広範な拡張と液貯留がみられている。臥位の撮像であるため液面形成は立位X線像のように認められない。

所見: Gasless abdomenと立位での液面形成あり
腹部単純X線臥位像では左上腹部から骨盤内にかけて腸管ガス像が目立たず、全体にgasless abdomenの所見を呈している。

右上腹部、横隔膜下では拡張した腸管ガス像がみられている(画像3 四角枠)。この腸管は胃、小腸、大腸のどれにあたるだろうか。胃内のガスにしては右上腹部に寄りすぎていると思われる。また小腸ガスが横隔膜下にまでせり出して

いる、ということは考えにくいであろう。そうなるこのガスは大腸内のガスであると考えられる。その上で腹部単純X線立位正面像を確認しよう。

立位正面像では左横隔膜下に液面形成を認めている(画像4 四角枠)。このガスは臥位では右上腹部にみられたガスが移動したと考えるのが自然であろう。以上より大腸(この場合は横行結腸)において液面形成を伴うような液体貯留

が存在することになる。説明する病態としては、横行結腸よりも肛門側での通過障害になるだろう。なお、腸管内の液面形成は右下腹部や骨盤内でも認められる(画像4 矢印)。

同日CTが施行され、S状結腸の腫瘍性病変を閉塞起点とする、広範な腸管拡張が指摘された(画像5, 6)。大腸癌に伴う閉塞の診断のもと、即日大腸ステントが留置され、手術治療が予定された。

考察

本症例は腹部単純X線にて大腸閉塞が想定される1例であったと考える。

腹部単純X線にて腸管内ガスが少ない、いわ

ゆるgasless abdomenの際には、腸管内に液体貯留が多く存在することが想定されるため、何らかの腸管通過障害が存在することが示唆される。小腸の拡張がたとえ認められなかったとしても異常と判断して精査することが推奨される。

本症例は大腸閉塞まで想定ができたと思われるが、そこまで診断できなかったとしても、“臥位でのgasless abdomenと立位での腸管内液面形成があるから通過障害が疑われる”と診断できれば十分であると考ええる。

まとめ

“Gasless abdomen + 立位での液面形成” → 腸管通過障害を想定

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長



インプラントによるマウスの1型糖尿病の治療 高齢者におけるスタチン系薬剤の服用継続について

インプラントによるマウスの1型糖尿病の治療

2021年6月12日のMEDICAL NEWS TODAYに、インスリンを分泌する β 細胞の移植によって、1型糖尿病を回復させる研究が「Implant reverses type 1 diabetes in mice by delivering beta cells」として報道されていたので紹介したい。

この研究はWashington University School of Medicine in St. LouisとCornell University in NYの共同で行われ、免疫抑制剤を使わずに β 細胞を糖尿病のマウスに移植することに成功したとのことである。この研究は、6月2日発行のScience Translational Medicine誌に掲載されている。

これまで、免疫系を刺激せずに β 細胞を移植することは難しかった。今回、研究者らは β 細胞を移植するための安全な方法を開発したが、ヒトでの1型糖尿病の治療に役立てるためにはさらなる研究が必要であることを強調している。

糖尿病の細胞補充療法として、ヒトの幹細胞が有望視されている。しかし、身体の免疫反応を引き起こすことなく、血糖値を正常化する代替細胞を安全に移植するための効果的な手段の開発が重要な課題となっていた。

β 細胞はインスリンの分泌、貯蔵、放出を行う、膵臓の特殊な細胞である。研究者の一人であるDr. Jeffrey R. Millmanは以前、多能性幹細胞、つまり複数の異なる種類の細胞を生み出すことができる細胞を作り、その幹細胞を β 細胞に成長

させる研究に参加していた。

Dr. Millmanは、「人の皮膚や脂肪細胞を採取して幹細胞にし、それを β 細胞に成長させることが可能である。しかし問題は、1型糖尿病患者の場合、免疫系がそれらの β 細胞を攻撃し、破壊してしまうことだ。新しい β 細胞を移植すると、1型糖尿病の患者の自己免疫反応による破壊が再び引き起こされる恐れがある。免疫系を抑制する薬があるが、これらの薬を使用すると患者が感染症にかかりやすくなる」と指摘している。

近年、研究者らはいくつかのインプラントを試してきたが、成功の度合いはさまざまであった。免疫細胞の侵入を防ぐために重要なのは開口部の大きさで、栄養素と酸素を取り込んだり、インスリンを放出したりできるだけの大きさがあり、なおかつ免疫細胞が入り込めない程度の小ささも必要である。

研究者らは、ナノファイバー一体型の細胞カプセル化デバイス(NICE)を開発した。NICEデバイスに幹細胞由来のインスリンを分泌する β 細胞を充填した後、化学的に糖尿病を誘発されたマウスの腹部にデバイスを挿入した。

NICEデバイスの埋め込み後、1週間とたたずに糖尿病の改善が見られた。NICEデバイスの β 細胞はインスリンを分泌し、血糖値を調整し、糖尿病のマウスを回復させるよう働いた。この効果は、免疫抑制剤の投与なしに最大200日間継

続したとのことである。

Dr. Millmanは「このデバイスは髪の毛の本数の幅程度の大きさで、免疫細胞が入り込めないほど小さな開口部を持つ多孔質である。そのためインスリンを分泌するβ細胞は破壊されることなく機能し、血糖値に応じてインスリンを放出する。このデバイスがGoldilocks zone、つまり“生命の存在しうる環境”のようなものを作ったと思われる」と述べている。

共同研究者であるDr. Minglin Maは「われわれが使用したデバイスはマウスの体内で自由に浮遊しており、約6ヵ月後に取り出したところ、インプラント内のインスリン分泌細胞はまだ機能していた。そして重要なことに、これは非常に頑丈で安全である」と述べている。

このNICEデバイスは柔らかく、かつ強靱なも

のであり、多孔質の熱可塑性素材で作られている。腹腔鏡下での移植や回収が可能で、研究期間中、β細胞の継続的な封じ込めとその活性化を通じて安全性が確認された。

幹細胞由来のβ細胞は、インスリンを分泌する細胞のほぼ無制限な提供が可能なることから、1型糖尿病の治療に大きな期待が寄せられている。NICEデバイスは、複雑さを抑えた設計、比較的容易な製造、安全性と機能のバランスなどから、今後の開発や最終的な臨床応用に向けた有力な候補の一つとなっている。

参考WEBサイト

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/implant-reverses-type-1-diabetes-in-mice-by-delivering-beta-cells>

高齢者におけるスタチン系薬剤の服用継続について

2021年6月14日のHealthDay Newsに、スタチン系薬剤の投与について「Odds for Death, Hospital Care Rise When Statins Are Stopped」と題し報道されていたので紹介したい。

多くの人は、長生きするにつれて複数の健康問題が重なり、それを管理するための薬も増えていく。多くの医師と患者は、これらの薬をできる限り減らしたいと考えていることであろう。しかし、イタリアのNational Centre for Health Care Research and Pharmacoepidemiology at the University of Milano-BicoccaのFederico Rea氏のグループが行った新たな研究では、スタチン系薬剤を中止すべきではないことが示唆された。この研究は29,000人を超える65歳以上の成人を対象にしたもので、スタチン系薬剤の服用を中止し、他の薬剤の服用は継続した場合に心疾患の危険性が高くなることが判明したとのことである。

Lead authorのRea氏によると、「多くの薬剤の併用と薬物間相互作用を最小限に抑えるために、薬剤を徐々に減らしたり止めたりする過程についてはさまざまな議論がある。この研究の結果

は、スタチンの中止は賢明ではないかもしれないことを示唆している。スタチンの中止は心血管系障害と死亡の危険性の増加に関連しており、このことはせん妄のような有害な副作用よりも中止による弊害の方が大きい」と述べている。

この研究に参加した患者は、2013年10月1日から2015年1月31日まで、リピトール®などのスタチン系薬剤に加えて、抗凝固剤、血圧降下剤、糖尿病治療薬などを服用していた。その後、研究者らは2018年6月30日まで追跡調査を行った。スタチンを服用し続けた患者と比較して、スタチンの使用を中止した患者は、心不全による入院が必要になる確率が24%高く、他の心臓疾患は14%、その他の原因での死亡は15%高いことが判明した。また、緊急の治療を必要とする確率も12%高かった。「一次および二次心血管保護におけるスタチンの有効性はよく知られており、スタチンによる副作用はほとんどないため、医師は高齢患者におけるスタチンの中止を慎重に検討すべきである」とRea氏は述べている。

Northwell Health's Sandra Atlas Bass Heart Hospital in Manhasset, N.YのDr. Benjamin

Hirshも、「高齢者の薬の負担を減らし、薬の相互作用を抑えるために、患者や医師が薬の数を減らしたいと考えるのは一般的なことである。しかし、どの薬を中止するかは決定は、このエビデンスに照らして慎重に考慮されるべきである」と述べている。

American Heart AssociationとAmerican College of Cardiologyは、スタチンが必要な患者には75歳までに投与を開始し、75歳以上でスタチンに耐えられる患者には、投与を継続することを推奨している。これを受けて、Dr. Hirshは「75歳以上の患者に対してスタチンの投与を開始した方がよいかどうかは、現在研究中である」と付け加えている。

また、University of California, Los AngelesのDr. Gregg Fonarowも、この研究結果に注目している。Dr. Fonarowは、「この研究は、他の多

くの薬を服用している高齢者であっても、スタチンの服用を継続することの利点を補強するものである。薬の数をただ減らすために臨床的に有益な薬剤を中止することは、心疾患の危険性の増加に患者をさらすことであり、結果的に患者のためにならない」と述べている。またDr. Fonarowによると、大規模な臨床試験と臨床効果試験において、スタチン系薬剤の有効性は潜在的な危険性を大幅に上回っているとのことである。

この研究は、6月14日にJAMA Network Open誌でオンライン版に掲載されている。

参考WEBサイト

<https://www.usnews.com/news/health-news/articles/2021-06-14/odds-for-death-hospital-care-rise-when-statins-are-stopped>

人々の健康維持と疫病予防を目的とし、
健康生活を守り増進させるネットワークです

へき地の
健康づくり

健康
危機管理

疫学

保健
福祉
行政

ヘルス
プロモーション

市民協働



地域医療・
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

地域医療・公衆衛生ねっと

地域医療振興協会では公益事業の一環として、地域医療と公衆衛生従事者の交流を促進し、両分野の連携を深めるためのメール配信サービス「地域医療・公衆衛生ねっと」を運用しています。

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

https://www.jadecom.or.jp/overview/koshu_eisei.html/

登録数 約1600人
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.or.jp

★ こんなことができます ★

- 1 国内外の最新情報の入手と発信
- 2 会員相互の情報・意見交換、交流
- 3 日常業務や研究に関する相互支援
- 4 好事例や教材の共有
- 5 研修会や学会等に関する情報交換

皆様からの積極的な投稿・情報発信も大歓迎！！
仲間づくり、意見交換の場としてぜひご活用ください

新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！

【メールで届く情報】

- 国内の官公庁、研究機関、学会等が公表する統計資料や新着情報等
- WHOなどの国際機関や海外の健康情報 など

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 ヘルスプロモーション研究センター
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
TEL 03-5212-9152 E-Mail health-promotion@jadecom.or.jp



5 赴
カ 任
月 して
が から
経 ち
ち ま
ま した
した。



御蔵島村国民健康保険直営
御蔵島診療所
本東達也

松元先生，ご無沙汰しています。人員や医療資源が限られる中での新型コロナワクチン接種のスケジュールや体制作りは，さぞ大変だったかと思います。本当にお疲れ様です。

ワクチン接種に限った話ではありませんが，へき地での医療を実践していく中で，行政や福祉，教育機関などとの連携は必要不可欠だと心得ています。言葉で言うと簡単ですが，これが何より難しいところで，時にはそれぞれの役職の本来の役割の域を出て活動する必要が生じることもしばしばだと思います。内地の医療機関に勤めていた時にはなかなか経験できなかったことの連続で，大変さも感じますが，ゆったりとした時間の中で人生観を養うことも，今しかできない貴重な経験なのかなと密かに感じている次第です。

この原稿を書いている8月中旬は，連日全国の新規コロナ陽性患者が過去最多を更新している渦中です。幸い，御蔵島では直近で陽性患者は出ていませんが，都内医療機関での精査加療が必要な方や，定期的に精密検査を受けている方の受診予約の確保に頭を悩ませることが非常に増えました。最近では，急ぎ画像精査を要すると判断した症例では，隣島である三宅島の診療所（東京都41期 徳野隼人先生，大阪府41期 徳野愛先生）にCTの撮像をご依頼させていただく形をとっています。撮像していただいたCT画像は，東京都の各島と島嶼機関病院である都立広尾病院間に整備された「画像伝送システム」で共有でき，専門科へのコンサルトも可能です。今後島内で診られるかどうかの判断をするにあたって非常に役に立っています。先生のいらっしゃる鹿島診療所やその他のへき地医療機関では，画像診断など何か遠隔サポート体制は敷かれていますでしょうか。

余談にはなりますが，御蔵島診療所の診察室は北に面していて海が一望できます。天候によりますが，診療のかたわらで三宅島をはじめとした以北の島々をみることができ，そこで働く都人会のメンバーに思いを馳せながら診療にあたっています。

前号でご紹介いただいた、甌ミュージアムはホームページを見させていただくと予想以上に迫力のあるもので大変驚きました。化石発掘体験は子どもだけでなく大人にとってもこの上なく楽しいでしょうね。幼稚園児の時に、某モンスター採集ゲームで化石という存在を知り、しばらく取り憑かれたように魅了されていた記憶が鮮明に蘇ってきました。あの頃は化石を博士に渡すと元の姿に戻してくれると信じていました。今でもとても興味があるので、ぜひコロナが落ち着いたら家族で遊びに行ってみたいもの



診察室からの景色



桟橋と定期船「橘丸」

です。また、個人的には甌大橋の景色をぜひ直接見てみたいと思いました。宿やお食事処などどこも風情と人情味あふれていそうなところばかりで、島の方ならではの暖かさがあるのではないかなと勝手ながら感じている次第です。観光の際に「これはぜひ」というものがありましたら、また教えていただけると幸いです。

低気圧の影響は大丈夫でしょうか。こちらは先日海の状況が悪く、1週間ほど船がつかなかったため、食用品のやりくりの大変さを痛感しました。まだまだ天候の悪い時期が続くと思いますので、お気をつけてお過ごしください。

夏真っ只中ですが、実は診療所の2階が自宅なので、滅多に外には出ず、ずいぶん色も白くなりました。なかなか夏を感じる機会がない中で、島民の方々からいただく夏野菜が夏を感じさせてくれています。先日は大好物のスイカの大玉をいただき、天にも昇る気持ちでいただきました。

コロナをはじめ大変な時期が続きますが、健康にお気をつけてお過ごしください。



臨床研修を終えて NDC(特定ケア看護師)に求められる力 ～心“真”・技“議”・体“態”～

市立大村市民病院 診療部/NDC4期生 辻一成

初めまして、今月を担当させていただきます辻一成と申します。私は令和3年4月から、診療部(総合診療科)の所属となり、特定行為21区分38行為を実践しています。

私は看護師となり15年間以上、クリティカル領域の看護に従事して参りました。さらに、専門領域の知識・技術の追及するため、2013年に集中ケア認定看護師を取得しました。

私が、特定ケア看護師取得を目指した理由は、クリティカル領域(スペシャリスト)のさらなる知識・技術の追及と、自らのキャリアアップでした。怒涛のように過ぎ去る特定行為研修の日々を振り返り、自らの認識が甘かったと後悔したこともあります。しかし、今では特定ケア看護師として、診療・看護を実践できることに誇りを持っています。

昨年、自施設における各診療科のローテーション研修が、今年度のNDCとしての活路を見出す貴重な時間となりました。1. NDCの特定行為について、各診療科に明示し、説明させていただく時間の確保が可能となりました。2. 各診療科の診療に対するニーズを把握することができました。3. NDCとして、必要な知識・技術の習得についての方法。前述2.3について詳細を述べさせていただきます。

私が所属する(総合診療科)内科は、医師数が充足している状況とは言えません。内科の患者以外にも、整形外科患者の併診が多く、術前・術後の全身管理を行っています。私は自施設の臨床研修で、整形外科患者の特徴として、基礎疾患を多く抱え、全身管理の重要性を痛感しま

した。具体的には、糖尿病や腎機能低下、慢性心不全です。また、骨折による緊急入院、準緊急手術になることは少なくありません。術前の栄養状態を含めた全身管理や、脱水傾向や電解質異常に伴う補液計画、Sick Dayに対する血糖コントロールが、内科医の業務の軽減、診療科のニーズを満たすことにつながると考え実践しています。

NDCとして、必要な知識・技術の習得を目的に、週1回、腎臓内科(専門医)の透析勤務に従事しています。私が臨床研修を通じて、腎機能障害・糖尿病疾患を有する患者の全身管理と合併症の予防は、NDCとして深く関わる事が可能な部分であると強く感じました。また、私が担当している患者の疑問や治療内容について協議の時間を確保いただき、専門医の視点から、助言や指導をいただいています。

所属する診療科を一本化することなく、多角的な視点と、より専門性の高い思考過程を養うことで、NDCの活躍できるフィールドは広がることを確信しています。

先日、整形外科の化膿性脊椎炎術後患者の併診で、介入させていただいたケースをご紹介します。

A氏は70歳台の男性、化膿性脊椎炎術後、人工呼吸器の長期化が見込まれ、気管切開術後人工呼吸器装着中の治療継続と、リハビリ目的で当院転院となりました。患者の問題点は、1. 人工呼吸器の長期化、2. 四肢の運動機能回復の見込みが不透明、3. 栄養/排泄、4. 長期的



ベッドサイドでPICCカテーテル挿入準備

な抗菌薬投与など、問題が山積していました。

1. なぜ人工呼吸の使用が長期化するのか。呼吸様式と身体所見・画像所見から、左下葉無気肺の存在が人工呼吸の長期化を引き起こす“真”の問題であることにたどり着きました。インスピロン(高流量)酸素投与と体位管理、mobilizationを実施後、強制呼気は問題ないと判断し、気道のクリアランス効果を高めることで、人工呼吸器離脱が可能となりました。

2. A氏の左上肢MMTは3～4。その他(四肢)のMMTは1でした。経口摂取は可能でしたが、誤嚥のリスクが高く、呼吸器離脱Traialによる呼吸仕事量が増大している状況にありました。さらに多職種間で、問題点の明確化と共有を図り、具体的ケアについて“協議”を幾度となく実施しました。多職種の積極的な介入により、A氏は利き手変換による自助具の使用。スピーチカニューラ(カフ付き)発声による声帯機能の向上と誤嚥の低減。活動量増加に伴う栄養面の

強化により、呼吸筋疲労を来すことなく、人工呼吸器離脱や合併症(化膿性脊椎炎再発)を来すことなく経過しました。

3. A氏の(多職種)ケア介入における、安全面の確保の要望に対し、現場へ足を運びました。病棟看護師のケアと各種セラピストのリハビリに対して、時間の調整とケアに同席することで、複合的なケアとリハビリ介入が可能となりました。私がケアを実践することで、多職種チームの一員である“態度”を示すことが、積極的な多職種によるケア介入の実践が可能になりました。A氏の経過は、入院後1週間で人工呼吸器を離脱。1ヵ月でスピーチカニューラへの変更により、発声を促し誤嚥が皆無となりました。さらに、利き手の変換と自助具を用いることで、自力摂取が可能な状況まで回復し、入院から2ヵ月で施設へ退院となりました。

NDCがケアに関わることで、担当看護師や多職種とのケア時間の調整、ケア実践における患者・スタッフ双方の安全面の確保が可能となります。今回のケースを通じて、問題の本質“真実”を見抜く力。多職種間“協議”を行い良好な関係性を築く。“態度”積極的にケア実践に関わる姿勢。NDCとして期待される能力は(心・技・体) ➡“真・議・態”にあると考えます。

今の自分自身に満足することなく、一歩ずつ確実に成長を重ね、在宅医療や地域医療へフィールドを移し、NDCとして活躍の場所を広げていきたいと思えます。

地域医療型後期研修

2021. 8. 25

引越し

地域医療のススム 4年目の市立奈良病院 濱近です。9月末に奈良を去り、沖縄県の公立久米島病院に転勤の予定です。

思えば引越しの多い人生でした。生まれは大阪、幼少期を四国 丸亀市で過ごし、進学して18歳から東京。就職して愛媛県松山市、再び東京。会社をやめて丸亀に戻って受験勉強。医学部は岡山市、初期研修は福島県相馬市。奈良を経て、青森。再び奈良。そして今度は沖縄です。東京や松山でも何度か転居したので、覚えているだけで20回以上引越ししています。

基本的に環境を変えるのは好きなので、引越しは楽しみでもあるのですが、猫を飼い始めてからの引越しには独特の苦勞が生じました。

猫は環境の変化を嫌います。車移動の揺れ、騒音も嫌いです。ペットホテルに預けただけで体調を崩すことがあります。新しい食器やトイレにも警戒心を抱きます。僕はこれまで3匹猫を飼いましたが、1匹は長距離移動のストレスが命を縮めてしまいました。

しかし今残っているみゅーすけ(13歳・オス)は移動や環境の変化に非常に強く、助かっています。沖縄の新居にもすぐに慣れることでしょう。とはいえ、移動の最中にはかなり気を使います。周囲の景色に違和感があると猫は疲れるので大きいバスタオルでキャリーを覆って目隠しし、時々声をかけ、飼い主の顔を見せてやり、なでてやりながら移動します。猫は腎臓を悪くしやすいのでソフトタイプの餌を時々与えて水分補給もしなければなりません。それでも十数時間にわたって断続的にニャーニャーニャーニャー鳴き止むことはありません。とまあ、神経と手間がかかる猫の移動ですが、家族なので仕方ありません。

引越しの楽しいところは、必然的に断捨離が進むことです。僕は物を捨てるのが大好きで、引越しのたびに結構要らないものを処分します。妻は「新居ですぐに料理できないと困る」と、中途半端に



プロフィール

- 2016年 岡山大学医学部卒業
- 2018年 公立相馬総合病院で初期研修終了
地域医療のススム「奈良」研修開始
- 2019年 東通村診療所勤務
- 2020年 市立奈良病院総合診療科勤務

残った調味料も荷物に詰めるのですが、僕には信じられません(笑)。結局読まなかった本、古くなった服、あまり使わない食器などをどんどん捨てます。使うわけでもないのに、捨てられなくて困るものは、古い年賀状、手紙、お守り、貰い物など、いわゆる思い出の品です。これらはまとめて一つの箱に入れてあまり深く考えずに次の家に運びます。

先輩に話すと「ススメあるある」と言われましたが、地域の診療所や病院に転勤すると、先方に官舎があり、家具が揃っていることがあり、それまで自分で所有していた冷蔵庫や洗濯機をどうするか、という問題にぶつかります。元の病院に戻ってくるのが確実ならば貸し倉庫を借りて…なども考えますが、それが分からない場合は結構悩みます。

ほかにも各種住所変更やら何だかんだと引越しにまつわるさまざまな出来事は煩雑なのですが、それも楽しく思えるのは、環境の変化を好む性格のせいかなと思います。一度きりの人生、色んなところに行ってみたい、暮らしてみたいと思う僕には、ススメはぴったりだったのかもしれませんが、妻と娘



大切な家族、二人の娘

たちも今のところは楽しんでくれているようなので、コロナ禍の沖縄(久米島はそうでもないようです)への移動とはなりますが、新しい生活、新しい仕事、新しい出会いを楽しみにしている今日この頃です。



引越は慣れっこ みゅーすけ

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

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

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

報告
各種お知らせ
求人

令和3年度 公益社団法人地域医療振興協会総会を終えて

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

令和3年度の定例総会が平河町海運ビル3階で開かれた。会場は、コロナ禍ということで、出席者は協会の理事や事務局関係者だけで、ほとんどが委任状での出席となり、会場は少人数であった。

今年度の定例総会の議案は、役員改選が提出議案。議案の理事20名、監事2名は原案通り承認された。報告事項である令和2年度活動報告と決算は、概要とともに会計監査人の適正意見と監事の意見とともに報告された。新たに山形県おきたまフラワークリニック、竹富町立竹富診療所、山口市とくち診療所などが順調に推移していることが報告された。これで、協会の運営する施設数は、27都道府県に80施設となった。

さて、前年度の令和元年決算は、令和2年2月のダイヤモンドプリンセスでの患者発生以来、それまでの黒字が一転し、赤字決算となった。引き続き令和2年度の当初は深刻なコロナ禍で、患者減少。さらに、クラスターの発生、患者の受診制限などで、事態は深刻となった。そこで、令和2年5月30日、理事会を開催し、資金繰りのため、70億円の融資枠を確保した。その後、幹部職員の手当の削減、徹底した費用などの努力、そして国や自治体から次々に出された各種助成金や補助金に全社的に連携して、申請漏れのないよう丁寧に対応した。結果、収益1,381億円、費用1,309億円、正味財産期末残高190億円の黒字決算となった。施設の不備や老朽化などさまざまな困難を乗り越え、一連の厳しいコロナ禍での職員の努力と貢献があつての結果です、皆様に心から感謝したいと思います。もちろん今後への備えも重要です。全社一丸となって進んでいきましょう。

このコロナ禍でマイクロソフトチームスやシスコなどのリモートの会議システムやe-Learningが全社的に大活躍。患者データ、最新知見、経営分析などの情報交換を手軽に頻繁に行い、北海道から沖縄の離島まで、身近にいるようにいろんなテーマを共有できるようになりました。情報の質も内容も一段と改善していますね。

この定例総会と同時に、飯塚市立病院の武富章管理者が会長となり、九州の先生方が企画されたへき地・地域医療学会が進行していて、リモートでの参加会員は150名もいたそうです。武富会長の珍しいスポーツ記者のお父様の活躍やその介護についての大会長講演。招聘講演では、大分の社会医療法人関愛会 長松宜哉会長が、医療展開を大分県内だけでなく、さらに北海道や東京にも拡大されてきた話をされた、その苦労話に皆、感動した。自治医大を1期生が卒業して40年。協会は35周年。自治医大は来年50周年、みんなで集まって「へき地・地域医療」の話をもっとたくさん聞きたいと思いました。

今回の総会、へき地・地域医療学会の準備に当たられた皆様、ありがとうございました。

令和3年6月26日

去る5月29日に本年度定例理事会、6月26日に総会が日本海運会館において開催されました。令和2年度事業報告、決算報告が承認されました。

なお、令和3年度予算は、去る3月20日の定例理事会にて承認されています。

I 令和3年度 第1回定例理事会

- 1 開催日時 令和3年5月29日(土)
- 2 会場 日本海運会館4階会議室
- 3 理事定数 19名
- 4 出席者数 18名(理事17名, 監事1名)
- 5 議決事項
 - 第1号議案 令和3年度総会招集の件
 - 第2号議案 令和2年度事業報告
 - 第3号議案 令和2年度決算報告
 - 第4号議案 令和2年度の経常利益に係る特定費用準備資金積み立ての件
 - 第5号議案 特定費用準備資金等取扱規定(案)の件
 - 第6号議案 理事20名選任の件
 - 第7号議案 監事2名選任の件
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

II 令和3年度 総会

- 1 開催日時 令和3年6月26日(土)
- 2 会場 日本海運会館3階303号室
- 3 会員数 1,668名
- 4 出席者数 875名(うち、書面評決者602名, 表決委任者260名)
- 5 報告事項
 - 1) 令和2年度事業報告について
 - 2) 令和2年度決算報告について
- 6 議決事項
 - 第1号議案 理事20名選任の件
 - 第2号議案 監事2名選任の件
- 7 議事概要 原案のとおり承認されました。

III 令和2年度 第4回定例理事会

- 1 開催日時 令和3年3月20日(土)
- 2 会場 日本海運会館4階会議室
- 3 理事定数 19名
- 4 出席者数 20名(理事18名, 監事2名)
- 5 議決事項
 - 第1号議案 令和3年度事業計画及び予算について
 - 第2号議案 令和3年度の金融機関からの借入れについて
 - 第3号議案 執行役員の選任について
 - 第4号議案 協会が運営する施設の管理者の選考について
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

公益社団法人地域医療振興協会役員名簿

令和3年6月26日現在

会長	高久 史磨	自治医科大学名誉学長, 一般社団法人日本医療安全調査機構理事長, 一般社団法人日本医学教育評価機構名誉理事長
副会長	川上 正舒	自治医科大学名誉教授, 公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院名誉院長
理事長	吉新 通康	公益社団法人地域医療振興協会
副理事長	山田 隆司	公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長, 台東区立台東病院管理者兼病院長
副理事長	沼田 裕一	公益社団法人地域医療振興協会横須賀市立うわまち病院管理者兼病院長
常務理事	吉野 淨	公益社団法人地域医療振興協会石岡第一病院病院長
常務理事	白崎 信二	公益社団法人地域医療振興協会西日本事務局担当常務理事
常務理事	宮崎 国久	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター管理者
常務理事	木下 順二	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター副管理者
常務理事	西尾 博至	公益社団法人地域医療振興協会市立奈良病院管理者
常務理事	藤来 靖士	公益社団法人地域医療振興協会
理事	崎原 永作	公益社団法人地域医療振興協会事務局沖縄地域医療支援センターセンター長, 与那国町診療所管理者兼診療所長
理事	神山 潤	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター管理者兼 センター長
理事	塩津 英美	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター副管理者兼センター長
理事	井上 陽介	公益社団法人地域医療振興協会湯沢町保健医療センター管理者
理事	梅屋 崇	公益社団法人地域医療振興協会あま市民病院管理者兼病院長
理事	原山 和巳	公益社団法人地域医療振興協会事務局局長
理事	細田 瑳一	自治医科大学名誉教授、公益財団法人政策医療振興財団理事長
理事	大槻マミ太郎	自治医科大学副学長
理事	原田 昌範	山口県立総合医療センターへき地医療支援部診療部長兼へき地地域医療 支援センターセンター長
監事	茶川 治樹	岩国市医療センター医師会病院病院長
監事	永井 慎昌	日本赤十字社鹿児島赤十字病院内科部長兼総合診療科部長兼 へき地医療担当特任医師

令和2年度事業報告書

1 医学生及び卒業生のへき地医療研修活動の指導(公1-1)

医学生, コメディカル学生及び医療従事者を対象に, 地域医療実習等指導施設として受け入れを行った. 研修受入実績は延べ日数17,937日であった.

2 へき地医療における診療活動基準の研究と確立(公1-2)

地域医療セミナーを開催した.

3 総合医の確立についての研究と研修会の開催及び総合医の養成(公1-3)

臨床研修医養成事業を行った. 臨床研修医は99名, 専攻医は125名であった.

海外の大学との交流を進めた.

また, ヘルスプロモーション研究センターの運営等を行った.

4 医療情報の提供(公1-4)

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

5 地域保健医療に関する研究会及び講習会の開催(公1-5)

ICLS講習会(日本救急医学会・心停止初期対応)等の講習会等を行った.

6 へき地等に勤務する医師等の職業紹介及び派遣(公1-6)

へき地等への医師等派遣事業等を行った. へき地等の協会外施設への代診実績は, 1,911日となった.

また, フライングドクターサービスは令和元年度末をもって事業を終了したが, 事業を継承した長崎県病院企業団との協定に基づき, 運航調整業務を継続して実施した.

7 会報・会誌の発行(公1-7)

「月刊地域医学」を編集し, 発行した.

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

令和2年4月より君津市国保小櫃診療所, 令和2年7月におきたまフラワークリニックの運営を開始した.

運営施設は病院25施設, 診療所(附属診療所及び出張診療所を含まない)45施設, 介護老人保健施設18施設となった.

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

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

(1) さいたま看護専門学校

39名が入学し, 40名が2年生に, 31名が3年生に進級した.

卒業生(1回生)31名を輩出した.

(2) 奈良市立看護専門学校

35名が入学し, 38名が1年生に, 35名が2年生に, 43名が3年生に進級した.

卒業生38名を輩出した.

へき地等の医療を支援する病院等の運営の状況

		令和2年度	令和元年度	前年比	増減数
病院	病院数	25施設	25施設	100.0%	0施設
	病床数	5,038床	5,038床	100.0%	0床
	入院患者数(日)	3,270人/日	3,697人/日	88.4%	▲427人/日
	病床利用率	64.9%	73.4%	88.4%	▲8.5%
	外来患者数	7,423人/日	8,806人/日	84.3%	▲1,383人/日
診療所	診療所数	45施設	43施設	104.7%	2施設
	(うち有床診療所数)	6施設	6施設	100.0%	0施設
	病床数	114床	114床	100.0%	0床
	入院患者数	60人/日	61人/日	99.0%	▲1人/日
	病床利用率	53.0%	53.5%	99.0%	▲0.5%
介護老人 保健施設	施設数	18施設	18施設	100.0%	0施設
	入所定員数	1,477人	1,477人	100.0%	0人
	入所者数	1,242人/日	1,303人/日	95.3%	▲61人/日
	利用率	84.1%	88.2%	95.3%	▲4.1%
通所リハビリ テーション	施設数	26施設	24施設	108.3%	2施設
	通所定員数	550人	704人	78.1%	▲154人
	通所者数	329人/日	493人/日	66.7%	▲164人/日
	稼働率	59.8%	70.0%	85.3%	▲4.8%
通所介護	施設数	3施設	3施設	100.0%	0施設
	通所定員数	80人	80人	100.0%	0人
	通所者数	45人/日	49人/日	92.2%	▲4人/日
	稼働率	56.5%	61.3%	92.2%	▲4.8%
その他の指標	居宅ケアプラン 作成(月平均)	1,116件/月	988件/月	112.9%	128件/月
	訪問看護	193人/日	172人/日	112.2%	21人/日
	訪問リハビリ	128人/日	119人/日	107.6%	9人/日
	居宅療養管理指導	36人/日	33人/日	108.8%	3人/日

別表1 病院等の一覧

	施設名	病院	診療所	老健	開設	運営形態
1	石岡第一病院	1			平成4年7月1日	直営
2	六合温泉医療センター		1	1	平成5年9月1日	中之条町から指定管理
3	西伊豆町安良里診療所		2		平成6年1月5日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
4	掛斐郡北西部地域医療センター		3	2	平成10年4月1日	掛斐川町から指定管理
5	東通村保健福祉センター				平成11年2月1日	東通村から指定管理
6	白糠診療所		4		平成11年2月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
7	西伊豆町田子診療所		5		平成11年5月17日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
8	公立丹南病院	2			平成12年2月1日	公立丹南病院組合から指定管理
9	日光市民病院	3			平成12年4月1日	直営
10	磐梯町保健医療福祉センター		6	3	平成12年4月1日	磐梯町から指定管理
11	東通村診療所		7		平成12年4月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
12	奥日光診療所		8		平成12年5月1日	日光市から指定管理
13	市立伊東市民病院	4			平成13年3月1日	伊東市から指定管理
14	掛斐川町春日診療所		9		平成13年7月1日	掛斐川町から指定管理
15	西吾妻福祉病院	5			平成14年2月1日	西吾妻福祉病院組合から指定管理
16	介護老人保健施設にっこう			4	平成14年4月1日	直営
17	横須賀市立うわまち病院	6			平成14年7月1日	横須賀市から指定管理
18	湯沢町保健医療センター		7		平成14年8月21日	湯沢町から指定管理
19	加賀地域医療支援センター		10		平成28年4月1日	加賀市から指定管理、平成27年9月30日山中温泉医療センターの指定管理終了

20	東通村介護老人保健施設のはなしょうぶ		5	平成15年4月1日	東通村から指定管理
21	公設宮代福祉医療センター	11	6	平成15年10月1日	宮代町から指定管理
22	市立恵那病院	8		平成15年12月1日	恵那市から指定管理
23	東京北医療センター介護老人保健施設さくらの杜		7	平成16年1月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
24	東京北医療センター	9		平成16年4月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
25	市立奈良病院	10		平成16年12月1日	奈良市から指定管理
26	公立黒川病院	11		平成17年4月1日	黒川地域行政事務組合から指定管理
27	いなずさ診療所		12	平成17年6月1日	直営
28	介護老人保健施設みはらし		8	平成18年4月1日	伊東市から指定管理
29	村立東海病院	12		平成18年5月8日	東海村から指定管理
30	地域包括ケアセンターいぶき	13	9	平成18年4月1日	米原市から指定管理
31	おおい町保健・医療・福祉総合施設	14	10	平成18年4月1日	おおい町から指定管理
32	志摩地域医療福祉センター		15	平成20年4月1日	志摩市から指定管理
33	飯塚市立病院	13		平成20年4月1日	飯塚市から指定管理
34	市立大村市民病院	14		平成20年4月1日	大村市から指定管理
35	奈良市立柳生診療所		16	平成20年4月1日	奈良市から指定管理
36	奈良市立田原診療所		17	平成20年4月1日	奈良市から指定管理
37	上野原市立病院	15		平成20年10月1日	上野原市から指定管理
38	台東区立台東病院・台東区立老人保健施設千東	16	12	平成21年4月1日	台東区から指定管理
39	山北町立山北診療所	18		平成20年12月1日	山北町から指定管理
40	東京ベイ・浦安市川医療センター	17		平成21年4月1日	直営
41	横須賀市立市民病院	18		平成22年4月1日	横須賀市から指定管理
42	上河津診療所		19	平成22年1月12日	直営
43	シティ・タワー診療所	20		平成22年3月1日	直営
44	奈良市立月ヶ瀬診療所		21	平成22年4月1日	奈良市から指定管理
45	奈良市立都都診療所		22	平成22年4月1日	奈良市から指定管理
46	明日香村国民健康保険診療所		23	平成22年4月1日	明日香村から指定管理
47	伊豆今井浜病院	19		平成22年7月1日	直営
48	関市国民健康保険津保川診療所		24	平成23年4月1日	関市から指定管理
49	十勝・いけだ地域医療センター	20	13	平成23年10月1日	池田町から指定管理
50	女川町地域医療センター		25	平成23年10月1日	女川町から指定管理
51	与那国町診療所		26	平成23年10月1日	与那国町から指定管理
52	練馬光が丘病院	21		平成24年4月1日	直営
53	嬭恋村国民健康保険診療所		27	平成24年4月1日	嬭恋村から指定管理
54	三重県立志摩病院	22		平成24年4月1日	三重県から指定管理
55	越前町国民健康保険織田病院	23		平成24年4月1日	越前町から指定管理
56	公立久米島病院	24		平成24年4月1日	沖縄県離島医療組合から指定管理
57	伊豆下田診療所		28	平成24年5月1日	直営
58	真鶴町国民健康保険診療所		29	平成25年8月1日	真鶴町から指定管理
59	今泉記念館ゆきあかり診療所		30	平成25年10月1日	直営
60	六ヶ所村医療センター	31	15	平成26年4月1日	六ヶ所村から指定管理
61	戸田診療所		32	平成26年4月1日	沼津市から指定管理
62	西浅井地区診療所		33	平成27年4月1日	長浜市から指定管理
63	揖斐川町谷汲中央診療所		34	平成27年4月1日	揖斐川町から指定管理
64	米原市地域包括医療福祉センター		35	平成27年10月1日	米原市から指定管理
65	介護老人保健施設市川ゆうゆう		16	平成28年4月1日	市川市から経営移譲
66	鳥羽市立長岡診療所		36	平成28年4月1日	鳥羽市から指定管理
67	竹富町立黒島診療所		37	平成28年4月1日	竹富町から指定管理
68	奈良市立興東診療所		38	平成28年6月1日	奈良市から指定管理
69	日光市立小来川診療所		39	平成29年4月1日	日光市から指定管理
70	恵那市国民健康保険山岡診療所	40		平成29年4月1日	恵那市から指定管理
71	千早赤阪村国民健康保険診療所	41		平成29年4月1日	千早赤阪村から指定管理
72	国頭村立東部へき地診療所	42		平成29年4月1日	国頭村から指定管理
73	恵那市介護老人保健施設ひまわり		17	平成30年4月1日	恵那市から指定管理
74	介護老人保健施設富谷の郷		18	平成30年6月1日	直営
75	あま市民病院	25		平成31年4月1日	あま市から指定管理
76	古里診療所		43	令和元年9月1日	奥多摩町から指定管理
77	小櫃診療所		44	令和2年4月1日	君津市から指定管理
78	おきたまフワワークリニック		45	令和2年7月1日	直営
79	さいたま看護専門学校			平成24年4月1日	直営
	合計	25	45	18	

貸借対照表
令和 3 年 3 月 3 1 日現在

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I. 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金	18,224,037,462	9,683,827,797	8,540,209,665
医業未収金	18,843,131,046	18,547,820,501	295,310,545
未収金	5,506,395,906	1,012,802,693	4,493,593,213
医薬品	683,142,244	711,516,649	△ 28,374,405
診療材料	595,255,379	483,976,913	111,278,466
貯蔵品	64,845,409	71,916,821	△ 7,071,412
前払費用	105,013,136	122,270,443	△ 17,257,307
短期貸付金	326,206,216	353,247,094	△ 27,040,878
その他流動資産	72,737,070	80,059,589	△ 7,322,519
貸倒引当金	△ 155,205,868	△ 114,424,640	△ 40,781,228
流動資産合計	44,265,558,000	30,953,013,860	13,312,544,140
2. 固定資産			
特定資産			
建物	19,476,084,642	20,300,373,789	△ 824,289,147
構築物	645,874,761	720,552,742	△ 74,677,981
医療用器械備品	2,057,888,763	1,023,356,294	1,034,532,469
その他器械備品	544,392,081	479,288,249	65,103,832
車両	39,357,748	31,878,862	7,478,886
航空機	0	1	△ 1
土地	6,617,345,123	6,617,345,123	0
リース資産	3,662,149,868	4,355,030,146	△ 692,880,278
建設仮勘定	2,676,758,684	116,007,124	2,560,751,560
電話加入権	6,402,699	6,402,699	0
ソフトウェア	381,632,133	359,228,485	22,403,648
ソフトウェア仮勘定	12,716,000	15,070,000	△ 2,354,000
リース無形固定資産	139,197,718	192,694,256	△ 53,496,538
その他無形固定資産	19,408,639	23,260,460	△ 3,851,821
出資金	52,000	52,000	0
長期貸付金	811,249,830	899,709,239	△ 88,459,409
長期前払費用	707,011,180	758,216,548	△ 51,205,368
敷金等	131,677,006	144,543,806	△ 12,866,800
保険積立金	114,553,725	104,570,397	9,983,328
特定資産合計	38,043,752,600	36,147,580,220	1,896,172,380
固定資産合計	38,043,752,600	36,147,580,220	1,896,172,380
資産合計	82,309,310,600	67,100,594,080	15,208,716,520

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
II. 負債の部			
1. 流動負債			
買掛金	5,065,427,006	3,514,297,483	1,551,129,523
短期借入金	19,370,000,000	16,700,000,000	2,670,000,000
1年以内返済予定長期借入金	3,944,171,165	4,111,208,964	△ 167,037,799
リース債務	1,326,360,999	1,533,726,553	△ 207,365,554
未払金	5,834,238,909	3,985,156,044	1,849,082,865
未払費用	380,647,494	316,640,114	64,007,380
預り金	52,975,283	88,240,658	△ 35,265,375
従業員預り金	607,797,802	517,550,321	90,247,481
未払消費税等	118,809,200	90,061,400	28,747,800
金利スワップ債務	36,668,618	56,208,944	△ 19,540,326
賞与引当金	2,436,646,977	1,996,617,418	440,029,559
その他流動負債	27,383,351	47,356,824	△ 19,973,473
流動負債合計	39,201,126,804	32,957,064,723	6,244,062,081
2. 固定負債			
長期借入金	21,278,332,482	21,182,882,174	95,450,308
長期リース債務	2,546,630,818	3,149,018,434	△ 602,387,616
役員退職慰労引当金	109,358,200	93,611,600	15,746,600
長期未払金	151,211,194	195,611,582	△ 44,400,388
固定負債合計	24,085,532,694	24,621,123,790	△ 535,591,096
負債合計	63,286,659,498	57,578,188,513	5,708,470,985
III. 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
国等補助金	205,855,602	0	205,855,602
地方公共団体補助金	7,808,244,402	5,837,556,775	1,970,687,627
民間補助金	36,145,792	682,874	35,462,918
寄付金	384,366,789	393,074,827	△ 8,708,038
指定正味財産合計	8,434,612,585	6,231,314,476	2,203,298,109
(うち特定資産への充当額)	(8,434,612,585)	(6,231,314,476)	(2,203,298,109)
2. 一般正味財産			
(うち特定資産への充当額)	10,588,038,517	3,291,091,091	7,296,947,426
	(9,980,732,460)	(9,576,790,272)	(403,942,188)
正味財産合計	19,022,651,102	9,522,405,567	9,500,245,535
負債及び正味財産合計	82,309,310,600	67,100,594,080	15,208,716,520

正味財産増減計算書
令和2年4月1日から令和3年3月31日まで

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I.一般正味財産増減の部			
1.経常増減の部			
(1)経常収益			
①受取入会金	220,000	210,000	10,000
②受取会費	17,715,000	17,680,000	35,000
正会員受取会費	16,265,000	16,060,000	205,000
賛助会員受取会費	1,450,000	1,620,000	△ 170,000
③事業収益	114,258,494,963	120,439,640,122	△ 6,181,145,159
入院診療収益	70,014,775,071	73,376,733,167	△ 3,361,958,096
室料差額収益	1,290,866,596	1,552,057,443	△ 261,190,847
外来診療収益	30,332,083,448	32,389,426,668	△ 2,057,343,220
歯科収益	397,913,409	401,530,857	△ 3,617,448
保健予防活動収益	2,709,682,375	2,802,332,171	△ 92,649,796
受託検査・施設利用収益	2,114,609	854,694	1,259,915
その他の医業収益	542,111,637	626,954,673	△ 84,843,036
介護保険収益	8,924,446,802	9,273,851,427	△ 349,404,625
児童社会福祉収益	257,119,784	232,334,997	24,784,787
支援センター委託料等収益	80,086,802	75,546,800	4,540,002
健康増進施設収益	3,948,700	5,421,800	△ 1,473,100
その他の事業収益	119,242,665	127,088,402	△ 7,845,737
合 計	114,674,391,898	120,864,133,099	△ 6,189,741,201
保険等査定減	415,896,935	424,492,977	△ 8,596,042
④受取補助金等	21,957,526,724	6,548,876,919	15,408,649,805
その他受取補助金等	21,957,526,724	6,548,876,919	15,408,649,805
⑤雑収益	1,534,936,427	1,921,778,031	△ 386,841,604
受取利息及び配当	449,976	2,647,920	△ 2,197,944
患者外給食収益	55,399,793	57,156,819	△ 1,757,026
保育料収入	50,245,664	53,097,938	△ 2,852,274
職員宿舎・駐車場収益	421,438,764	425,503,093	△ 4,064,329
代診等収益	330,578,451	320,020,869	10,557,582
売店等収益	50,315,731	427,442,768	△ 377,127,037
その他の収益	626,508,048	635,908,624	△ 9,400,576
経常収益計	137,768,893,114	128,928,185,072	8,840,708,042
(2)経常費用			
1)事業費	129,756,934,875	127,868,013,086	1,888,921,789
①材料費	26,090,139,514	27,080,026,784	△ 989,887,270
医薬品費	13,157,303,245	13,470,021,229	△ 312,717,984
診療材料費	11,548,144,528	12,232,217,133	△ 684,072,605
医療消耗器具備品費	394,431,027	347,778,735	46,652,292
給食用材料費	894,116,582	924,201,763	△ 30,085,181
その他の材料費	96,144,132	105,807,924	△ 9,663,792
②給与費	76,060,418,065	73,526,290,076	2,534,127,989
役員報酬	308,980,180	334,685,705	△ 25,705,525
給料	57,056,611,778	55,324,456,933	1,732,154,845
賞与	6,212,840,976	6,188,133,844	24,707,132
賞与引当金繰入額	2,432,987,126	1,993,535,110	439,452,016
退職給付費用	1,537,977,830	1,525,040,180	12,937,650
役員退職慰労引当金繰入額	14,797,800	8,295,573	6,502,227
法定福利費	8,496,222,375	8,152,142,731	344,079,644
③委託費	9,348,586,463	8,913,566,120	435,020,343
検査委託費	803,431,822	686,748,766	116,683,056
給食委託費	2,306,350,159	2,331,892,160	△ 25,542,001
寝具委託費	195,559,768	202,734,246	△ 7,174,478
事務等委託費	1,811,784,139	1,343,269,495	468,514,644
清掃委託費	1,018,549,133	991,630,567	26,918,566
施設設備保守委託費	1,044,604,732	973,241,779	71,362,953
その他の委託費	2,168,306,710	2,384,049,107	△ 215,742,397
④設備関係費	11,175,724,977	10,799,698,210	376,026,767
減価償却費	3,695,858,922	3,810,684,118	△ 114,825,196
器機賃借料	1,390,642,972	1,286,868,436	103,774,536
地代家賃	795,976,474	783,168,302	12,808,172
修繕費	626,348,188	597,327,279	29,020,909
固定資産税等	322,083,303	333,124,919	△ 11,041,616
器機保守料	2,659,918,682	2,684,506,723	△ 24,588,041
機械設備保険料	384,566	692,008	△ 307,442
車両関係費	109,693,052	128,159,459	△ 18,466,407
管理受託等負担金	1,574,818,818	1,175,166,966	399,651,852

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
⑤研究研修費	140,397,359	305,421,315	△ 165,023,956
研究費	64,353,339	61,730,745	2,622,594
研修費	76,044,020	243,690,570	△ 167,646,550
⑥経費	6,941,668,497	7,243,010,581	△ 301,342,084
福利厚生費	168,628,402	308,895,934	△ 140,267,532
旅費交通費	137,234,036	296,592,331	△ 159,358,295
職員被服費	352,379,273	327,846,637	24,532,636
通信費	258,058,586	238,026,995	20,031,591
広告宣伝費	96,553,275	147,635,054	△ 51,081,779
印刷製本費	77,036,279	82,964,232	△ 5,927,953
消耗品費	745,317,256	706,758,911	38,558,345
消耗器具備品費	295,510,727	186,605,861	108,904,866
会議費	26,760,777	117,822,399	△ 91,061,622
水道光熱費	2,565,036,089	2,825,212,895	△ 260,176,806
保険料	204,021,525	234,232,589	△ 30,211,064
諸会費	105,609,588	105,104,967	504,621
租税公課	429,191,348	393,034,717	36,156,631
図書費	88,134,338	69,743,689	18,390,649
支払報酬手数料	458,512,100	492,347,075	△ 33,834,975
奨学金費	300,243,999	349,709,041	△ 49,465,042
支払寄付金	241,594,401	56,953,948	184,640,453
貸倒引当金繰入額	136,183,721	32,628,764	103,554,957
長期前払費用償却	77,001,142	72,218,140	4,783,002
支払負担金	161,411,034	174,563,172	△ 13,152,138
雑費	17,250,601	24,113,230	△ 6,862,629
2)その他費用	728,636,831	1,082,170,233	△ 353,533,402
支払利息	488,987,809	519,752,711	△ 30,764,902
患者外給食委託費	86,632,305	80,215,378	6,416,927
患者外給食用材料費	42,420,623	45,727,242	△ 3,306,619
売店等費用	83,377,051	421,253,948	△ 337,876,897
その他の費用	27,219,043	15,220,954	11,998,089
3)管理費	324,264,790	317,203,997	7,060,793
役員報酬	45,114,476	41,283,750	3,830,726
役員退職慰労引当金繰入額	948,800	553,527	395,273
給料手当	83,628,287	72,466,041	11,162,246
賞与	4,563,036	5,095,484	△ 532,448
賞与引当金繰入額	2,445,751	1,942,108	503,643
法定福利費	11,959,429	10,791,425	1,168,004
退職給付費用	1,448,366	1,114,808	333,558
福利厚生費	3,706,243	3,826,719	△ 120,476
会議費	2,707,759	21,838,371	△ 19,130,612
諸会費	43,873	82,496	△ 38,623
旅費交通費	5,369,518	23,184,383	△ 17,814,865
通信費	7,278,881	6,358,166	920,715
什器備品費	1,177,491	1,174,861	2,630
消耗器具備品費	3,624,657	3,256,863	367,794
修繕費	1,024,819	290,205	734,614
固定資産税等	462,404	441,828	20,576
器機保守料	4,423,377	4,579,408	△ 156,031
減価償却費	6,522,854	7,809,471	△ 1,286,617
印刷製本費	6,063,294	7,059,589	△ 996,295
水道光熱費	873,609	1,247,350	△ 373,741
地代家賃	42,729,034	41,395,477	1,333,557
保険料	844,078	793,304	50,774
租税公課	19,942,535	1,536,288	18,406,247
支払負担金	10,141,250	9,462,120	679,130
支払利息	466,130	368,104	98,026
清掃委託費	1,311,028	1,256,964	54,064
施設設備保守委託費	113,878	98,521	15,357
その他の委託費	17,766,679	20,946,737	△ 3,180,058
支払手数料	25,732,157	23,571,775	2,160,382
長期前払費用償却	27,947	0	27,947
図書費	216,250	273,713	△ 57,463
支払寄付金	0	72,000	△ 72,000
器機賃借料	1,648,820	1,804,742	△ 155,922
車両関係費	179,213	252,916	△ 73,703
研修費	0	20,944	△ 20,944
広告宣伝費	9,758,867	951,898	8,806,969
雑費	0	1,641	△ 1,641
経常費用計	130,809,836,496	129,267,387,316	1,542,449,180
当期経常増減額(A)	6,959,056,618	△ 339,202,244	7,298,258,862

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
2.経常外増減の部			
(1)経常外収益			
固定資産売却益	386,121,007	547,789	385,573,218
金利スワップ評価益	19,540,326	25,987,923	△ 6,447,597
その他の臨時収益	10,589,479	8,351,528	2,237,951
経常外収益計	416,250,812	34,887,240	381,363,572
(2)経常外費用			
固定資産除却損	68,060,538	10,406,203	57,654,335
災害損失	0	363,497	△ 363,497
その他の臨時費用	9,881,966	48,362,364	△ 38,480,398
経常外費用計	77,942,504	59,132,064	18,810,440
当期経常外増減額(B)	338,308,308	△ 24,244,824	362,553,132
税引前当期一般正味財産増減額(C)=(A)+(B)	7,297,364,926	△ 363,447,068	7,660,811,994
住民税	417,500	101,000	316,500
当期一般正味財産増減額(D)	7,296,947,426	△ 363,548,068	7,660,495,494
一般正味財産期首残高(E)	3,291,091,091	3,654,639,159	△ 363,548,068
一般正味財産期末残高(F)=(D)+(E)	10,588,038,517	3,291,091,091	7,296,947,426
II 指定正味財産増減の部			
受取地方公共団体補助金等	2,681,495,344	120,407,720	2,561,087,624
受取民間寄付金等	48,986,996	330,000	48,656,996
一般正味財産への振替額	△ 527,184,231	△ 415,681,540	△ 111,502,691
当期指定正味財産増減額(G)	2,203,298,109	△ 294,943,820	2,498,241,929
指定正味財産期首残高(H)	6,231,314,476	6,526,258,296	△ 294,943,820
指定正味財産期末残高(I)=(G)+(H)	8,434,612,585	6,231,314,476	2,203,298,109
III 正味財産期末残高(J)=(F)+(I)	19,022,651,102	9,522,405,567	9,500,245,535

第34回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定

地域保健医療に関する研究などの推進・奨励の一環として実施している地域保健医療研究助成事業における、研究助成賞(研究テーマを公募)が公募総数9テーマの中から、研究奨励賞が令和2年度「月刊地域医学」に掲載された論文15編の中から、選考委員会審査員による選考の結果、表記のとおり決定しました。

選考委員会：吉南通康, 山田隆司, 川上正舒, 北村 聖, 安達秀雄



研究助成賞

久田祥雄 氏 長浜市立湖北病院

研究テーマ

「へき地診療所と関連巡回・出張診療所の利用者および周辺住民を対象に測定した
ソーシャルキャピタル指標と関連する健康指標検討のための追加調査」

助成金額 50万円

選考理由

へき地住民の健康問題に関わる実践的な研究となっており、今後の保健予防活動に役立つことが期待できる。

楠本直紀 氏 台東区立台東病院・老人保健施設千束

研究テーマ

「介護老人保健施設版PX調査票の作成に向けた質問項目の抽出と内容妥当性の検討」

助成金額 100万円

選考理由

患者、利用者中心の施設サービスの質向上に貢献しうる研究であり、研究成果が期待できる。



研究奨励賞

★賞金各10万円

深瀬 龍 氏 大蔵村診療所

受賞論文

「へき地診療所におけるCOVID-19に関わる感染対策についての報告」

(Vol.34 No.12 2020掲載)

選考理由

人口3千人の村でのCOVID-19の対策の経験を、しっかりとまとめていて有意義と考える。

望月崇紘 氏 君津市国保小櫃診療所

受賞論文

「地域医療振興協会所属診療所における新型コロナウイルス感染症対策の実態調査」

(Vol.35 No.1 2021掲載)

選考理由

へき地や過疎地の診療所では、今回のようなパンデミックは想定されていなかった。その中で、いち早く新型コロナウイルス感染症対策の調査を行ったのは極めて意義深い。

丹羽治男 氏 東栄医療センター

受賞論文

「東栄町における検診受診者の特徴と要介護認定に関する前向きコホート研究」

(Vol.35 No.2 2021掲載)

選考理由

地域に根ざした研究であり地域医療の質的向上に寄与する研究となっている。

地域保健医療に関する研究助成賞の概要

研究者 久田祥雄 氏

研究テーマ

「へき地診療所と関連巡回・出張診療所の利用者および周辺住民を対象に測定したソーシャルキャピタル指標と関連する健康指標検討のための追加調査」

研究の目的・意義および概要

西浅井地区における巡回・出張診療所と周辺住民を対象に孤立やソーシャルキャピタル指標と関連する健康要因について検討する。

先行研究では「市民参加」の有無が、要介護や死亡発生の割合に関係するとの知見が証明されている。へき地における「健康較差」として優先して取り組むべき健康問題を明らかにし、健康指標とソーシャルキャピタルとの関連を確認する。「市民参加」を妨げる要因も測定し、最終的には今後の取り組みの効果検証の基礎データとする。

研究計画・方法

西浅井地区1,404世帯の20歳以上を対象に、調査期間は2021年9～12月を予定している。質問紙票を用いた観察横断研究である。質問紙票は郵送法による配布と回収を予定している。主観的健康尺度・うつ・睡眠障害などをアウトカムとし、関連の予想される要因について統計学的解析を行う。要因については、へき地に住むことで予想される医療の較差としてJPCATスコアを、「かよいの場」となる資源の乏しさとしてソーシャルキャピタル指標の「市民参加」スコアを、近年健康問題として取り上げられる社会的孤立のリスクとしてソーシャルキャピタル指標の「互酬性」スコアを用いる予定である。

研究者 楠本直紀 氏

研究テーマ

「介護老人保健施設版PX調査票の作成に向けた質問項目の抽出と内容妥当性の検討」

研究の目的・意義および概要

介護老人保健施設におけるサービスの質を客観的に評価するためにPX調査票の質問項目を抽出し、その内容の妥当性を検証する。

研究計画・方法

研究デザイン： Patient Journey Mappingを用いた項目抽出とデルファイ法を用いた内容妥当性の検討

対象： 地域医療振興協会が運営する全国の介護老人保健施設の職員で本研究への同意が得られた10施設程度

方法： 1次調査：Patient Journey Mappingを用いたPX項目の抽出。2次調査：1次調査で作成したPX仮項目を同意が得られた参加者に郵送し、5件法にて内容に関する同意具合の回答を求める。3次調査：2次調査をもとに作成したPX調査票を同意が得られた2次調査回答者に郵送し、上記同様の調査を行う。結果を基にPX調査票(原案)を作成する。

期間： 2021年9月1日～2022年8月31日

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プスペシャルティ資格取得の指導や、学位の指導まで幅広く行います。

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

原著論文(研究), 症例, 活動報告等の
投稿論文を募集しています。

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

あて先

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

●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

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

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

定 価 （本体600円+税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

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

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

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

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

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

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

会費のご案内

1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)

準会員(変更無し)……………10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。

自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

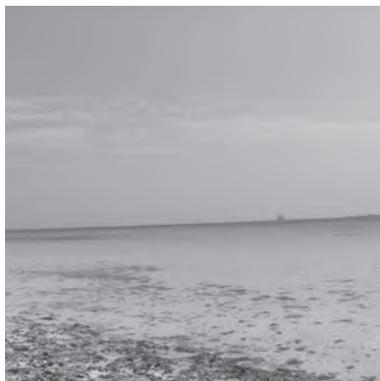
TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

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

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。

北海道

市立三笠総合病院

●内科, 外科, 整形外科, 総合診療科, 人工透析科 常勤医各若干名



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

病床数: 199床

職員数: 165名 (うち常勤医師6名)

所在地: 〒068-2194 北海道三笠市宮本町489-1

連絡先: 事務局総務管理課総務管理係・総務管理係長 齋藤
TEL 01267-2-3131 FAX 01267-2-2493

E-mail byouin-kanri@city.mikasa.hokkaido.jp

特記事項: 市立三笠総合病院は、北海道のほぼ中央部、三方を山に囲まれ自然豊かな三笠市に位置しており、車で札幌から45分、千歳空港から1時間とアクセスに恵まれています。化石や石炭を利用した観光に取り組んでおり、市全域が日本ジオパークに認定され、太古のロマンを感じることができます。三笠高校の生徒が運営する高校生レストランはにぎわいをみせ、若者の活気があふれるまちです。当院は市の基幹病院として、急性期から慢性期に至る総合的な医療を提供しています。高度医療機器を完備し、24時間365日の救急受入態勢を整えるとともに、地域の医療ニーズにあわせ、一般病床のほか療養病床や地域包括ケア病床も設置するとともに訪問看護などきめ細やかな医療サービスの向上に努めています。地域に根ざし、地域住民に信頼される病院づくりを目指している当院へのご連絡をお待ちしています。

https://www.city.mikasa.hokkaido.jp/hospital/

受付 2021.7.12

豊頃町立豊頃医院

●内科 1名



診療科目: 内科

病床数: 19床 (休床中)

職員数: 5名 (うち常勤医師1名)

所在地: 〒089-5313 北海道中川郡豊頃町茂岩栄町107-17

連絡先: 企画調査部 次長 田波

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

E-mail tanamit@jadecom.jp

特記事項: 令和3年11月1日より指定管理者制度にて公益社団法人地域医療振興協会が運営開始予定。同町内にある豊頃町立大津診療所も合わせて運営予定(週1日程度)。隣接する池田町には地域医療振興協会と同じく指定管理者制度で運営している十勝いけだ地域医療センター(老健併設)あり(車で20分程度)。運営に当たっては十勝いけだ地域医療センターと連携を図りながら運営を行っていく予定。

受付 2021.8.18

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所



●総合診療科 1名

診療科目: 総合診療科 (院内標榜)

病床数: 無床

職員数: 16名 (うち常勤医師3名)

所在地: 〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3

連絡先: 事務長 神林

TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340

E-mail tomohiro_kanbayashi@town.fukaura.lg.jp

特記事項: 深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し、東には世界自然遺産に登録されている「白神山地」に連なっています。

当診療所は、民間医療機関等の閉院により、平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行ってあります。また、新型コロナウイルスの予防接種は、概ね8月末で終了する予定です。へき地医療に関心のある先生方、短期間でも構いませんので、何卒ご協力をお願いします。なお、原則、土日祝日は休みであり、住居も完備しております。

https://www.town.fukaura.lg.jp

受付 2021.6.9

京都府

和束町国民健康保険診療所

●常勤医師 (内科・外科) 1名

診療科目: 内科・外科

病床数: 無床

職員数: 12名 (うち常勤医師1名, 非常勤医師2名)

所在地: 〒619-1213 京都府相楽郡和束町大字南小字川口44番地

連絡先: 事務長 細井

TEL 0774-78-2024 FAX 0774-78-4167

E-mail shinryou@town.wazuka.lg.jp

特記事項: 当診療所は築50年以上経過し、老朽化が著しいが、町の交流機能や福祉機能、行政機能と一体化した総合保健福祉施設建設の計画があり、令和6年度中の完成を目指している。

町唯一の公的医療機関として新しい施設のもと、地域医療、へき地医療のあるべき姿の実現に向けて、新所長のもとスタッフ一丸となるとともに創りあげていただきたい。

受付 2021.8.18

兵庫県

宝塚市国民健康保険診療所



●医科 (内科) 医師 1名 (週2日程度)

診療科目: 医科 (内科) ・ 歯科

病床数: 無床

職員数: 10名 (うち非常勤医師4名)

所在地: 〒669-1211 兵庫県宝塚市大原野字南穴虫1-85

連絡先: 宝塚市国民健康保険課 浦川

TEL 0797-77-2063 FAX 0797-77-2085

E-mail m-takarazuka0023@city.takarazuka.lg.jp

特記事項: 宝塚市国民健康保険診療所は、1952年の開設以来、市内北部(西谷地域)の医療の中心施設(公立医療機関)として、市民の健康の保持と増進に寄与しています。そのため、地域住民からは診療所に安心して相談できる医療機関としての役割が期待されています。

また、同地域は高齢化が進んでいますので、高齢者の受診については往診等についても柔軟に対応していきたいと考えています。

令和4年(2022年)4月1日から勤務が可能な内科医師(週2日程度勤務可能な非常勤医師)を募集しています。(1年ごと更新・報酬月額制)

詳細については、宝塚市国民健康保険課(TEL:0797-77-2063)へお問い合わせください。

http://www.city.takarazuka.hyogo.jp

受付 2021.7.9

各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度、第〇回)
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：三谷

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

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

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 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。

4. 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。

総説：地域医療における最近の重要なテーマについて、研究の状況やその成果等を解説し、今後の展望を論じる。

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。

5. 倫理的配慮

ヘルシンキ宣言および厚生労働省の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、対象者の保護には十分留意し、説明と同意などの倫理的な配慮に関する記述を必ず行うこと。また臨床研究においては、所属研究機関あるいは所属施設の倫理委員会ないしそれに準ずる機関の承認を得ること。なお、倫理委員会より承認の非該当となった場合には、その旨を記載する。

6. 利益相反(COI)

日本医学会COI管理ガイドラインに従って、開示すべきCOI状態がある場合には、編集委員会に対して開示し論文の最後に以下の例を参考に記載する。

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

2)原稿は抄録、図表・図表の説明、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(文献を除く)。「表紙」「抄録・キーワード」「本文」「図表」「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内容で内容を明記する。年号は西暦とする。○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身*)とする。(※必要な場合のみ)

5)必要記載事項

表紙：原著・症例・活動報告等の別とタイトル、本文原稿枚数(文献含む)と図表点数、著者名と所属(著者が複数の場合、それぞれの所属が分かるように記載する)、連絡先(住所、電話番号、FAX番号、Eメールアドレス)を記載する。全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記し、全共著者の署名を添える。

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

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図表は本文の出現順に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) 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

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).

文献表記例

【雑誌】

1) 山脇博士, 二神生爾, 坂本長逸, 他 : 日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016 ; 43 : 121-125.

2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

【書籍】

3) 高橋三郎, 大野裕 監訳 : DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.

4) Jameson LJ, Fauci AS, Kasper DL, et al: Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition. McGraw-Hill, 2018.

【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)

8. 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形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。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。

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) E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。

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)は、公益社団法人地域医療振興協会に帰属する。

2) 当該協会は、当該論文等の全部または一部を、当協会ホームページ、当協会が認めたネットワーク媒体、その他の媒体において任意の言語で掲載、出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合、必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

【転載・二次的利用について】

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

11. 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。

12. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領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

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

〒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

13. 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E-mailにて連絡。投稿後2週間経過後、受理番号の連絡がない場合、審査状況や原稿要領等の問い合わせは、下記編集室あて。

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒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



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科部長)
	伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)
	北村 聖(地域医療研究所 シニアアドバイザー)
	木下順二(東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)
	菅波祐太(揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 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, 2021.8.1 現在)

編集後記

ここ最近、日中の暑さがなく、一挙に秋に季節が進んだ気がします。山梨県の甲府地方気象台は9月7日に富士山の初冠雪を発表しました。平年より25日早く、昨年より21日早い観測になります。初冠雪とは、気象台によると山頂の1日の平均気温が最も高い「最高気温日」以降で、「山の全部または一部が、雪または白色に見える固形降水(雹など)で覆われている状態を下から初めて望観できたとき」を言うようです。皆さまの地域の山の初冠雪はいつ頃になるのでしょうか。

新型コロナウイルス感染症については、現在の状況は「第5波」と言われ緊急事態宣言が21都府県に、まん延防止等重点措置が12県に9月12日まで発令されています。最近デルタ株以外も発見されています。現在重症者数が2,000人以上と高く、自宅療養者の健康観察が追いついていない現状があります。先月にも記載しましたがワクチン接種を続けつつ、今までも行ってきた感染対策である「3密を避ける」、「体調が悪いときは休む」などに、今後も真摯に取り組んでいきたいと思います。

東京2020オリンピックが7月23日から8月8日、パラリンピックが8月24日から9月5日まで開催され終了しました。メダル数ですが、オリンピックが金27個、銀14個、銅17個の合計58個、パラリンピックが金13個、銀15個、銅23個の合計51個でした。メダル数については前回のリオ2016オリンピック・パラリンピックではそれぞれ合計41個と24個で、特にパラリンピックは金が0個からの13個への大躍進でした。前回のリオ大会の成績をバネにして、この5年間を過ごしてきたと選手の皆さんがおっしゃっていました。日本の最年長金メダリストの杉浦佳子選手が、「最年少記録のチャンスは1回だけ、最年長記録は書き換えられる」と最初の金メダルの時に話し、3日後には2つ目の金メダルに輝きました。今回のオリンピック・パラリンピックで皆さんが印象に残った選手や場面はそれぞれ違うと思いますが、今後も選手の皆さんの活躍を応援していきたいですね。

当協会のメディアセンターへのボランティア活動も無事終了しました。木下順二先生、100日間の医務室運営、大変お疲れさまでした。「月刊地域医学」での総括を楽しみにしています。

今月号の特集は、「第14回へき地・地域医療学会」がテーマとなっています。昨年は新型コロナウイルス感染症で学会が中止になりましたが、今年は「九州・沖縄」地域の先生方が企画を行い、本部事務局と福岡、大分をつないでオンラインで開催し、私も本部で参加することができました。いつも以上に、各先生方からそれぞれの立場での地域医療への情熱をひしひしと感ずることができました。「九州・沖縄地方 へき地写真コンテスト」では、心温まる写真や美しい景色に思わず笑顔になりました。初めてのオンラインでの学会が無事終了後に、本部にいらっしやっただ当者の方々から歓声があがりました。お疲れさまでした。

朝野春美



月刊地域医学 第35巻第10号(通巻420号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2021年10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