

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

3

2021
Vol.35-No.3

【特集】

コロナ禍のウィメンズヘルス

【企画】伊藤雄二 地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長
市立恵那病院 副管理者兼産婦人科部長

●インタビュー

日本のリプロダクティブ・ヘルス 啓発活動のリーダーとして

北村邦夫 一般社団法人日本家族計画協会 理事長

目次

インタビュー

- 日本のリプロダクティブ・ヘルス啓発活動のリーダーとして／北村邦夫 2

特集 コロナ禍のウィメンズヘルス

- エディトリアル／伊藤雄二 12
- 総論:コロナ禍におけるウィメンズヘルス／安達知子 13
- DV・性暴力・若年妊娠の問題／池田裕美枝 21
- “The socially vulnerable”としての女性たちと“She-cession”:世界の現状と支援対策／中込彰子 28
- セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツとプレコンセプションケア／高村一紘 35
- 日本の緊急避妊薬をとりまく現状と課題／遠見才希子 41

原著 第32回 地域保健医療に関する研究助成賞報告論文

- 離島医療における看護師のモチベーションに関する研究／福山祐介・村田幸則 48

原著

- 学生の意識に影響する長期地域医療実習内容—学生アンケートの解析—／布施千尋・伊藤智範・ほか 57

症例

- 腹壁子宮内膜症を合併した、帝王切開癒痕部症候群の1例／佐藤新平・奈須家栄・ほか 66

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89回“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデント!
—事例発生プロセスの“見える化”から検討する未然防止対策—／石川雅彦 70

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑱／牧田幸三 77

世界の医療情報

- mRNAワクチンの機序／中年期の心臓の健康と認知症／高久史磨 80

JADECOS生涯教育e-Learning紹介

- 世界初の先端的手法:支脈別副腎静脈採血「原発性アルドステロン症における意義」 85

Zoom in

- 君津市国保小櫃診療所 86

離島交換日記

- 冬の利尻島／中田健人 88

JADECOS-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 市立奈良病院における3人目の特定ケア看護師の現状報告／今田恵美 90

研修医日記

- 後期研修／桑田哲平 92

- お知らせ..... 96
- 求人病院紹介..... 102
- 投稿要領..... 104
- 編集後記..... 巻末

INTERVIEW

一般社団法人日本家族計画協会 理事長
北村邦夫 先生



日本の リプロダクティブ・ヘルス 啓発活動のリーダーとして

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

自治医大で4つの1番

山田隆司(聞き手) 今日、日本家族計画協会(新宿区市ヶ谷)に理事長の北村邦夫先生をお訪ねしました。北村先生は自治医科大学1期生で、学生時代からすでにいろいろな面で目立っておられました。そんな学生時代も含めて、また、今コロナ禍の状況で、今月の「月刊地域医学」の特集が「コロナ禍のウイメンズヘルス」でもありますので、先生のご専門についてお話を伺いたいと思います。

北村邦夫 自治医大1期生は「僕の前に道はない」などと言っていましたからね(笑)。そういう意味では、私が自治医大で1番を取ったものが4つあって、最初の1番は学生結婚したことです。

山田 何年生のときに結婚されたのですか。

北村 2年生です。学生時代に弁当持って行って昼食を教室で食べていたのは私くらいでしたね。

まず、結婚したのが1番。そして結婚したので寮を出ました。それも1番です。自治医大は全寮制を前提にしていたので、どうしたものかと教授会が開かれたそうですよ。結婚という基本的人権を否定することはできない。その際に全寮制も現実的ではないということになったということです。そして3つ目の1番は子どもを持ったことです。学生のうちに2人目も生まれました。それが4つ目の1番です。卒業式の時に、長男はもう2歳でしゃべれるようになっていたので、体育館で「1025、北村邦夫」と読み上げられたときに、2階から大きい声で「おとうさん！」

と声をかけてくれました。

山田 それは和やかな卒業式でしたね。

北村 寮を出てからは下野市小金井のアパートに引っ越しました。そこでアパートの住人や周辺の人を集めて『自分たちで健康を守る会』というのを組織しました。自治医大には高久史磨先生をはじめ、東京大学から錚々たる教授陣が赴任していたので、講演会を開いて無料で講師をお願いしたりしました。

山田 大学時代に特筆すべきことがありましたか。

北村 私は実は高校時代にモルモン教徒になったのですね。きっかけは英語の勉強でしたが、大学に入って間もなくモルモン教の小山支部長になりました。教会活動の中に「2分半の話」というのがあって、日曜ごとに順繰りに「私は今週こういうことをしました。そして神様に助けられました」といったような信仰の証が会員に求められたのですね。2分半で話をまとめるというのはとても難しいです。そういう講話を学生時代に続けてきたことが、私の今の講演会活動に間違いなくつながっています。

山田 先生は、人とコミュニケーションを取ったり、サークルのような枠組みをつくっていくのが上手で、それが今にも活きているのですね。

北村 おっしゃる通りです。そして教会活動という

のは地域活動でもあり、その流れの中で『自分たちで健康を守る会』を始めました。ちょうどその頃、全国的に健康づくり運動といったことが盛り上がってきたこともあり、自治医大生としてできることを考えたのですね。自分がスポークスマンの役割とっていました。

その会が栃木新聞や下野新聞で「自治医大生動く」と大書され、新聞に載ったことでテレビやラジオでも取り上げられて、私が住んでいたアパートの大家さんの野口長右エ門さんに『自分たちで健康を守る会』の会長をお願いしていたのですが、野口さんが一躍『時の人』となります。そんなことがきっかけだったのか野口さんが「一軒家が空いたから、それを使いなさい」と言ってくれたのですね。家賃はそのままでもいいからと、小金井の大きな一軒家で庭付きですよ。そこで、私は後輩たちを講師に使って塾を開いたりしました。

山田 そういえば塾をしていましたよね(笑)。

北村 『自分たちで健康を守る会』というのは結構インパクトがあって、自治医大生だけではなく、国分寺町も有名になりました。学生時代から面白いことをしていましたね。そういうことが私の人生の支えになっているとも言えます。

二人の師に導かれて

山田 卒業してからはどうされたのですか。学生時代から、産婦人科の仕事を考えられていたのですか。

北村 私は群馬県出身ですが、群馬大学医学部産婦人科教授だった松本清一先生が、自治医大病院の初代病院長に就任されたことから深いつながりができました。そんなことがきっかけとなっ

て、松本先生が自治医大で行っていた思春期クリニックのベシユライバーの役割をさせてもらっていました。いわゆる教授のお手伝い、筆記役みたいなものですね。病院長室に入り浸ってコーヒーをご馳走になったりもしていました。

山田 当時は学長も教授たちも学生に対して大変フレンドリーでしたよね。教授の自宅で食事をも

てなしてもらったり、普通の大学では考えられないことですよ。

北村 松本先生には存命中「お前を甘やかしすぎた」と言われていましたが、そうやって松本先生にいつもついて学ぶ機会を与えられて、産婦人科に進もうと決めました。そして1978(昭和53)年に自治医大を卒業。群馬県に帰り、県職員の立場で群馬大学の産科婦人科学教室で初期研修しました。ここでも自治医大の時のように五十嵐正雄教授の教授室に入り浸って過ごしたのですが、2年目にまた私の人生を変えるようなことが起こったのです。私は学生時代から子宮頸管粘液の研究に興味を持っていて、五十嵐教授の勧めで、慶應義塾大学の故 飯塚理八教授が主導していたNFP(natural family planning)研究会に参加するようになっていました。その研究会が米国ミネソタ州のセントジョンズ大学で開かれた時に、五十嵐先生が私を行かせてくれたのです。多数いる先輩たちを差し置いて、2年目の私にその場を提供してくれたのです。

そこで世界のいわゆる家族計画、避妊という領域の錚々たる人たちと出会いました。そのことがその後の私にいろいろな影響を及ぼしていくわけです。

山田 チャンスに恵まれたのです。

北村 チャンスを生かしたのは私ですから(笑)。

山田 それで先生はfamily planningということに関われることになったのです。

北村 学生時代、松本先生の思春期クリニックで学

ぶ機会を与えられ、卒業後は群大で2年間の研修を受け、3年目に地域に出ました。

山田 3年目はどこへ行かれたのですか。

北村 3年目から藤岡保健所です。それから群馬県庁。その後前橋保健所と、合計で10年間群馬県で働いて、その後日本家族計画協会に来ることになりました。

山田 10年間はほぼ保健所や県庁内の衛生行政だったのです。

北村 そうです。でも県が毎週水曜日に研究日くれたので、卒業後も、自治医大の松本先生の思春期クリニックに通って勉強していました。

県庁に行くと、母子保健係長になってから、助産師会や助産師との関わりを持つようになり、いわゆる助産師教育の役割を与えられるようになりました。その中でますます松本先生が群馬県の中で大きな役割を果たしていたということを知りました。群馬大学の教授であったわけですが、地域の助産師との関係を大変大事にされていて、助産師教育と看護教育に非常に熱心で、そういう本をいろいろ出されていました。「自分は絶対にこの人を超えるぞ」と思いましたね(笑)。思春期婦人科学という領域は松本先生が先駆者であり、その先駆者のもとで私とその領域にずっとつながって、わずかながら役割を果たすことができたと思っています。

山田 松本先生に導かれて、今の先生のご活躍があるわけですね。

ピルの普及に尽力

山田 日本家族計画協会ができたのはいつ頃ですか。

北村 1954年です。

山田 結構古いのです。

北村 創始者は國井長次郎さんで、医者ではなく慶應義塾大学フランス文学出身なのですが、いわゆる起業家で、東京都予防医学協会、日本家族

計画協会、日本寄生虫予防会、予防医学事業中央会そしてジョイセフなどをつくった人です。

山田 一大保健事業をつくられたのですね。

北村 そうです。私は1988年4月に日本家族計画協会に来ました。

山田 このクリニックも前からあったのですか。

北村 私が入職するまでは非常勤の所長がいたのですが、1988年からは常勤医として私が担当することになりました。

山田 クリニックの診療はどのような人が対象ですか。

北村 思春期の女の子。今では、年齢層も幅広くなっていますが、当時は、少なくとも日本の思春期婦人科外来をリードしていたと思っています。

山田 日本家族計画協会はピルの普及に尽力されましたが、そのお話を聞かせていただけますか。

北村 ピルの承認の歴史の1ページに自分自身が直接関わったことをとても誇りに感じています。ピルは1999年に承認・発売になりましたが、振り返ってみれば1955年に東京で第5回国際家族計画会議が開催された際に、ピルの開発者であるグレゴリー・ピンカス博士が来日して講演し、日本の専門家はその講演を聴いて触発されるのです。しかし、日本でピルが承認されるまでそれから44年かかっています。

山田 どうしてそんなに時間がかかったのでしょうか？ 私は二十数年前に縁あってオランダの家庭医を訪問する機会があったのですが、オランダは英国と同様、ファーストアクセスはGPのクリニックなのです。そこで患者さんの受診理由のトップ10というのがあって、風邪とか高血圧だろうと思っていたら、なんと1番が「ピルの処方」だったのです。そのくらい家庭医にとってはピルを処方する頻度が高く、ごく普通の医療行為だと知って驚いた記憶があります。欧米では当たり前のことなのに、日本では、先生が長い間努力をされてやっと承認に至ったというのは、どうしてなのだろうかと思っています。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

北村 いろいろな過程がありますが、日本にはいわゆる女性の自立を望まない封建的な社会の姿があったのではないかと思います。フィンランドの女性首相と連立する党が全て女性党首であることと、日本の男性だけの政治の世界とが対比されて、今も話題になっていますが、当時日本の男性たちが、産むか産まないかという権利を女性たちに持たせることにとても危機感を持ったのだと思います。1つ非常に象徴的なのは当時の中ピ連です。中絶禁止法に反対しピル解禁を要求する女性解放連合ですが、その過激な活動がピルの承認にとって逆効果になりました。それが1970年代です。

1992年によく承認されそうだという段階になって、ある新聞社の記者から私の携帯に「北村先生、ピルの承認が中止になりました」と電話がきたのです。当時エイズの拡大が問題になっていた時で「ピルを承認したらエイズが蔓延する」ということで審議が凍結されたのです。この時にメディアにコメントしたことが、ピル承認に向けて中心になって活動するきっかけとなりました。その後活動を続けていく中で、ピル承認の必要性を感じている若手官僚たちと膨大なメールのやり取りをしました。そして最終的に1999年2月18日に開催された予算委員会で、私



ピル承認に関する資料を示す北村先生

と官僚たちは大きな仕掛けをします。協力してくれた議員さんがその予算委員会で質問に立って、ピル承認に対して国民の間で危惧されていたさまざまな問題、例えば途上国の人口爆発への支援の問題、エイズの問題、少子化の問題などについて、関係省庁から答弁を引き出したのです。つまり、「途上国はコンドームではなくピルの支援を求めている」、「エイズを理由にピルの承認をやめた国はない」、「確実な避妊法がないために中絶を余儀されるのではなく、産みたい時に産める。産めないなら確実に避妊しよう」ということです。日本の少子化はますます深刻さを増していますが、ピルが普及している国のほうが合計特殊出生率は高いというデータもあります。グローバル・ジェンダー・ギャップ指数は日本の場合153カ国中121位であることはよく知られていますが、ピルの普及率が高い国ほど、指数が高い。相関係数が0.433ですから正の相関を示しています。

そうしてようやく1999年6月にピルが承認され、9月に発売になります。

山田 先生がピル普及に力を入れた背景は、思春期婦人科外来をされていたことがきっかけですか。

北村 私がそういう発想を持つようになったのは、群馬県の母子保健係長の仕事をしているときに、十代の人工妊娠中絶が直線的に増えていた時期

です。「この若い人たちの中絶問題というのは何が原因なんだろう？」と疑問を持ちました。妊娠は女性の体にしか起こらないのだから、女性が主体的に取り組める避妊法がなければいけないと感じていたのです。

緊急避妊薬については、イギリス系の企業が日本に導入したいと2000年2月に私のところに来ました。これに私は飛びつきました。とはいえ、承認には11年かかりました。承認されたのは2011年2月23日、私の還暦の誕生日です。そういう粋なことが起こりました。

山田 子宮頸がんを予防するHPVワクチンの問題も非常にセンシティブで、日本は接種を推奨する判断がためらわれたために、不幸な事象も起こっています。先生はそれについてはいかがですか。

北村 2020年10月1日号のNew England Journal of Medicineに、スウェーデンでHPVワクチンが子宮頸癌を減少させたという大規模な調査データが初めて出ました。その後、厚生労働省から健康局長通知が出て、日本も大きく変わろうとしています。まだ積極的接種勧奨の再開には至っていませんが、健康局長通知で各市町村が個別通知を出し始めたことから、接種者が戻ってきています。7年間の空白ができてしまいました。

山田 このピルの問題が象徴的だと思うのですが、医療的には常識とも言えることを普及させるのに、ただ医療的な視点から訴えるだけでは駄目で、結局は政治やいろいろな利害関係も含めて、うまく調整していかなければ動かないことも多いのですね。今のコロナ禍の状況を見ても、現在、自治医大1期生の尾身茂先生が政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会の会長を務められています。尾身先生も行政的な立場をご経験されているから、比較的政治的な判断が進むようなアプローチをされている気がします。先生も、単に医学的な主張をするだけではなく、現

状を踏まえて、誰をどう動かす、どこにどういうふうに働きかけるかを考えて動かされて来たのだと思います。そういう意味では、自治医大の卒業生がさまざまな現場に放り出されて、そこでいろいろなことを受け入れて経験したことが、

実は自分たちの大きな力になっているのを、1期生の、先生や尾身先生、当協会の吉新通康理事長を見ていると強く感じます。

北村 だから「僕の前に道はない」という、それが私たち1期生の特権だったのですよ！

太陽で外套を脱がせよう！

山田 最後に、今、地域医療の現場で頑張っている後進にエールをお願いします。

北村 いろいろな誤解、偏見によって立場が悪くなったりすることは往々にしてあるけれど、そのために萎縮せず、私たちの人生には限りがあるわけだから、自分を偽らずに自分の思いを前に向けて進んでいくことがとても大事ではないかと思えます。

私は、1人でも自分を批判するような人がいると、もうショックでたまらない。たまらないけれど、居たたまれず、その人に近づこうと努めてきました。誤解を誤解のまま続けていくことは、私の人生訓にはないのです。それがピルや緊急避妊薬の承認の際にも役立ちました。参議院議員の山谷えり子さんが結構厳しい対応をされましたが、私の課題はどうしたら懐柔できるかです。実は折に触れて、意見が合わない方などに花を送ったりするのですね。安倍晋三前首相とも少し確執があったので、安倍さんにも花を送りました。太陽政策というか、私は北風ではなく太陽であるべきだと思っています。北風はどんなに激しく吹いても外套を脱がせることはできない。外套を脱がすことのできるのは太陽なのです。敵をつくることを恐れているわけではありませんが、批判的なことで事態を混乱させないで、太陽のようにやろうというのが私の生き方です。

山田 正道を押し進めるとい感じですね。

北村 はい。だから、私を嫌う人が私を好きになるように、私を批判する人が私を好きになるように努めて、そして近づいていく。それを繰り返しています。

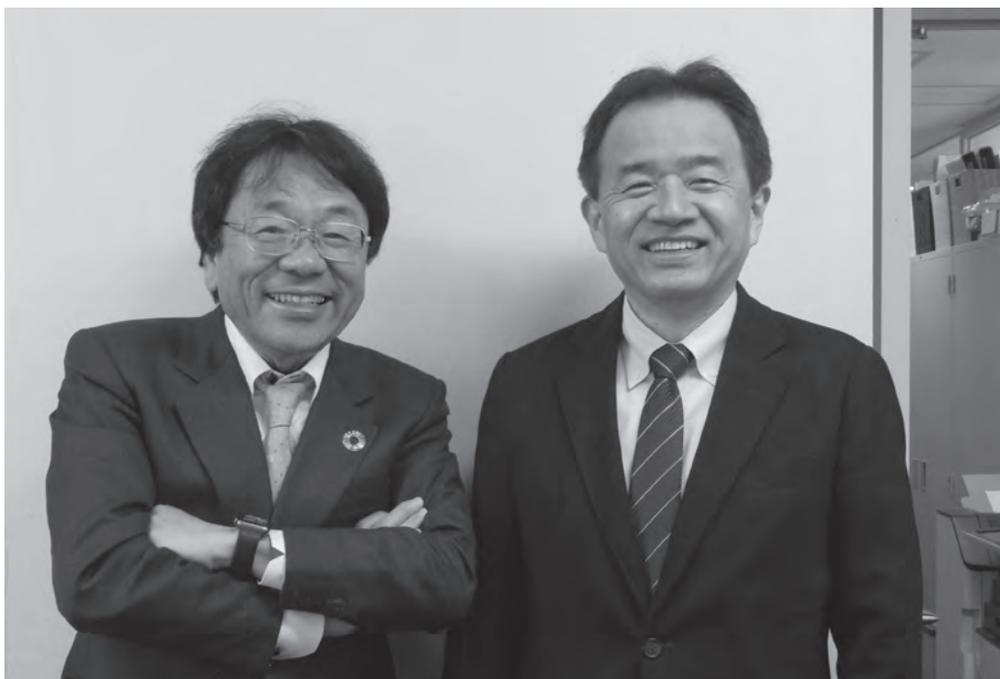
へき地の現場で悩んでいる後輩たちはたくさんいるけれど、「あなたが本当に腹立たしい思いを首長に抱いても、そこで声を荒立ててはいけないう」と県人会などへ行くと私はいつも言っています。一度こじれてしまうと、それを解くことはとても難しい。だから心の中にしまわなければいけないことだってある。でも自分がやるべきことを淡々とやっていけば、やがて変わっていくのです。

そのことは日本家族計画協会の創始者である國井長次郎さんに教わりました。私の面接の時に彼が言ったのですね。「君が最優先すべきことは、金儲けではない。君が、やるべきことを徹底して行っていけば、金は後からついてくる」と。「神様は、全てをお見通しなのだ」と。「できること」ではないですよ、「やらなければならないこと」です。「できる」だと「できない」と言えば終わってしまうから。私はそういうふうに行っています。

山田 北村先生、お忙しい中、大変ためになる貴重なお話をありがとうございました。

北村邦夫(きたむら くにお)先生のプロフィール

1978年自治医科大学医学部卒業(1期生)。卒業後、群馬県庁に在籍するかたわら、群馬大学医学部産科婦人科教室で臨床を学ぶ。1988年から日本家族計画協会クリニック所長。現在一般社団法人日本家族計画協会会長/理事長/家族計画研究センター所長、一般社団法人日本思春期学会名誉会員、公益社団法人日本母性衛生学会常務理事、公益財団法人ジョイセフ理事、公益財団法人東京都予防医学協会理事、公益社団法人母子保健推進会議理事等を兼任。



第34回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人 地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。
優秀な研究テーマには、研究助成賞最大200万円を授与します。

研究助成賞

1. 研究対象分野

へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与する臨床医学的ならびに社会医学的研究とする。

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2021年7月1日～2022年6月30日

4. 研究助成賞

最大 200万円

※候補が複数となった場合、総額200万円とし、複数に分配することがある。
費消できなかった助成金については返却を要するものとする。

5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書に必要事項を記載し、下記事務局に提出すること。

6. 応募締切日

2021年4月30日

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の決定時期

2021年6月

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

研究奨励賞

本誌において2020年度発表された論文の中から3編を選考し、研究奨励賞として10万円を授与します。

●問い合わせ先

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
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
e-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

研究者を支援いたします

長年研究活動に従事した専門家による、研究活動への支援を得ることができます。

<支援内容>

- ・研究申請書の記載方法・研究内容・研究計画に関する助言
- ・研究助成決定後の研究活動への助言
- ・研究実施後の学術論文の作成、学会発表への助言
- ・その他研究事業全般に対する質問への対応

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
E-mail:health-promotion@jadecom.or.jp

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

コロナ禍のウィメンズヘルス

企画：地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長
市立恵那病院 副管理者兼産婦人科部長 伊藤雄二

特集

●エディトリアル

●総論：コロナ禍におけるウィメンズヘルス

●DV・性暴力・若年妊娠の問題

●“The socially vulnerable”としての女性たちと “She-cession”：世界の現状と支援対策

●セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツと プレコンセプションケア

●日本の緊急避妊薬をとりまく現状と課題

エディトリアル

地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長
市立恵那病院 副管理者兼産婦人科部長 伊藤雄二

新型コロナウイルス感染症の蔓延で、社会生活が一変する中、元来存在したウイメンズヘルスに関する社会問題が浮き彫りになった反面、コロナ禍のためにむしろ表面化しにくくなった問題もある。これまで本誌でも取り上げてきたウイメンズヘルスに関する問題点が新型コロナウイルス感染症の影響でどのように変わってきたのか、また新たな生活様式が求められる中でウイメンズヘルスの問題に地域のプライマリ・ケア医として必要な知識とどのような対応が求められるのかという視点で特集を企画した。

今回のパンデミックでは、女性を中心とした非正規雇用者等社会的弱者への影響がより大きく、社会的格差の問題がさらに浮き彫りとなった。特にスーパーやコンビニ、介護、福祉、医療など社会機能を維持するために必要な仕事に従事する、いわゆるエッセンシャルワーカーの多くは女性、特に非正規雇用の女性であり、さらに学校の休校、オンライン授業やテレワークなどの在宅勤務の普及によって女性の負担がさらに増加する中、DVや虐待などの問題が深刻化し、その実態がむしろ見えにくくなっているとの指摘もある。

また医療においても、診療側で待てる治療を延期したり、あるいは患者側も受診を控えるようになったことから、いわゆる不要不急とされる日常的な診療が控えられる傾向にある。感染拡大防止の面から致し方ない点もあるが、一方で過剰な自粛によって治療やケアの継続ができなくなることも大きな問題である。本企画では、女性の健康問題とそれに対して新型コロナウイルス感染症の拡大がどのような影響を及ぼしたか、さらに女性診療やケアにおける新型コロナウイルス感染症の注意点と問題点を総論として安達知子先生に執筆いただいた。また各論では、浮き彫りになった問題点、特にDV(IPV)や性暴力、若年妊娠の問題、さらには社会的弱者とされるシングルマザーやセクシュアルワーカー、LGBTQsの人たちを取り巻く環境の実態とその救済活動の現状、そしてコロナ禍での避妊教育や性教育の実情と必要な教育やケアが受けられない女性への支援の実態、こういう状況だからこそ必要な概念である持続可能な開発目標としてのセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツのあり方と現状、また感染防止という視点だけではなく、緊急避妊をはじめとして診療や投薬までのアクセスが難しい女性への必要な医療やケアを届けるためのオンライン診療や処方、女性のヘルスケアの分野でどうあるべきかについて、それぞれの領域で実際に活動されている方々に執筆いただいた。

本企画がウイメンズヘルスの問題点とコロナ禍での実情を理解していただく一助となり、地域のプライマリ・ケア医がこういった問題に少しでも関わっていくきっかけとなることを願っている。

総論：コロナ禍における ウィメンズヘルス

母子愛育会総合母子保健センター 愛育病院 院長 安達知子

POINT

- ① 女性の生涯の健康課題は女性ホルモンの消長に影響されることが多いが、さらに自粛等の影響でメンタルの問題は大きくなり、世界的にはDVや虐待のリスク上昇に警鐘が鳴らされている
- ② 思春期保健は最も重要で、保護者、養護教諭、スクールカウンセラー、学校医、地域の専門医間の連携するシステムが必要である
- ③ 妊産婦の感染率は一般人口よりも低く、重症化が特に多いわけでないこと、母児感染も多くないことから過度の心配は必要ないことを周知する
- ④ 生殖医療に関しては、通院回数が多い卵巣刺激治療を控えること、胚移植を控えることも選択肢の1つと考えられる
- ⑤ 女性ホルモンを長期間必要とする避妊、月経困難症・子宮内膜症、更年期障害などに対する診療では、自粛に伴う運動不足等からさらなる血栓症発症リスクの上昇を考え、その使用には十分な注意が必要である

特集

はじめに

女性の健康は、男性に比較して、小児期、思春期、性成熟期、更年期、老年期に至るまで性ホルモンの変動の影響を受けやすい。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)およびその流行下の自粛生活や収入減少による妊娠・出産、避妊、妊活・不妊治療、子育てに対する影響や他者とのコミュニケーション不足、外出しないで家族と密に家の中で過ごす時間が極端に増加することなどが女性の健康にどのよ

うに影響するか、世界的にいくつかの機関から調査結果や声明が出されているものの、いまだ多くが不明である。

一方、今まで自分の身体の状況に向き合っていなかった女性たちが、この時期に改めて自身の健康やリプロダクティブヘルスについて考えることが多くなったこともあり、行政等の相談体制や医療機関における診療体制、そこにアクセスして適切な支援や対応が行われることについて考えていく必要がある。ここでは、女性の各ライフステージにおける健康課題を示し、そ

の中でCOVID-19禍ないしは、その自粛のために起こりうる問題点と地域の医療機関で必要とされる対応について、特に妊産婦、不妊治療、女性ホルモン剤を必要とする健康管理等を中心に概説する。

女性のライフステージにおける健康課題

表1にライフステージごとにみた健康課題を示した。また、図1にライフステージにおける女性ホルモン(エストロゲン)の変化と各ステージにおけるホルモン関連の心身の課題や疾患群を示した。女性は男性に比較して、生涯の長い

スパンの中で思春期と閉経周辺期(更年期)に性ホルモンの急激な産生と消退をみる。さらに、初経開始から閉経までの間は、おおむね1ヵ月という短い月経周期の中でも、女性ホルモンの変動の影響を受けている。また、女性ホルモンの調節中枢は自律神経の中枢のすぐそばにあり、かつセロトニン等の情動をつかさどる中枢神経系の伝達物質の分泌や再取り込みにもホルモンの消長が関わることから¹⁾、思春期、更年期、産褥期、さらに排卵期や月経開始の数日前から月経開始までの月経前期のホルモンの変動が大きい時期に、自律神経系の症状が出現しやすく、種々の心身の症状が出現する。これらに対するケアは、COVID-19禍で医療機関へのアクセス

表1 女性のライフステージごとにみた健康課題

<p>1. 思春期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月経異常(月経随伴症状、月経周期異常) ・性交、避妊、人工妊娠中絶 ・性感染症 ・喫煙、飲酒、薬物乱用 ・性の逸脱行動、性的虐待 ・食生活の乱れと過食、拒食、過剰なスポーツトレーニングなど
<p>2. 性成熟期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不妊、避妊、妊娠、出産、産褥、異常妊娠、産後うつ、月経随伴症状 ・ホルモン依存性性器の疾患(子宮筋腫、子宮内膜症等) ・悪性腫瘍(乳がん、子宮頸がん等) ・生活習慣病
<p>3. 更年期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・更年期障害、うつ状態、月経周期異常
<p>4. 老年期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・性器脱、悪性腫瘍(子宮体がん、卵巣がん、大腸がん、肺がん等) ・骨粗鬆症、骨折、寝たきり、心血管系疾患、認知症

太字は女性ホルモンとの関係が深い項目

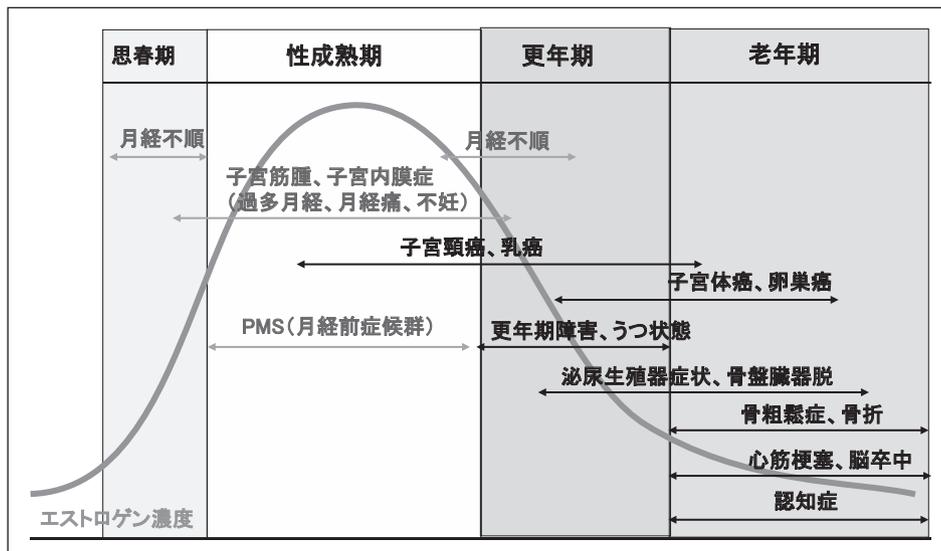


図1 ライフステージにおける女性ホルモン(エストロゲン)の変化と疾患群

が制限される中、種々の相談体制の整備が必要である。

各ステージの健康課題はステージをまたいで課題が継続することも多いが、生涯の健康を考える上で、思春期保健は最も重要であることに留意していただきたい。すなわち、思春期に健康な心身の発育を促すことが生涯の健康の基盤を作ることになる。例として、思春期の極端な痩せやエネルギー不足は低エストロゲン・無月経などを引き起こし、この時期に到達する最大骨量が低値に留まりやすく、将来の骨粗鬆症、骨折、寝たきり状態などのリスクが高くなることや、月経痛、月経困難症の放置が性成熟期に発生する子宮内膜症につながりやすいこと²⁾、子宮内膜症は骨盤痛をはじめとする疼痛、将来の不妊症や卵巣がん発生につながる可能性があること³⁾、思春期、性成熟期の無防備な性交で予期せぬ妊娠等につながり将来の夢の実現が困難になる、あるいは、性感染症に罹患して不妊症等につながることなどが挙げられる。従って、思春期の健康に対しては、保護者をはじめ、養護教諭、スクールカウンセラー、学校医、地域の専門医との連携がスムーズにいくようなシステムがCOVID-19の時期は特に重要となる。

COVID-19流行下による自粛の状況

図2⁴⁾にCOVID-19の国内の発生状況を示した。4月7日に政府より緊急事態宣言が発令されてから1ヵ月あまりの間は、PCR検査などの制限等もあり、ウイルス感染者数、COVID-19の発症率、死亡率などの状況が不明であった。そのため、国民には大きな不安があり、三密を避けるために学校等の一斉休校や就業制限等から、自宅で過ごす時間が長くなった。しかし、時間の経過とともに、緊急事態宣言は解除となり、政府の方針も変わり、withコロナの社会生活へと移行した。現在も感染者数の更なる増加が報告される中、徹底した感染予防の必要性を認識しつつも、自粛に対する考え方も以前とは変わってきている。医学的にも、小児においては、保育園や学校その他での子ども同士の感染は少なく、ほとんど家庭内で親からの感染であり重症化の頻度が低いこと、アメリカ疾病予防管理センター(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)では、重症化するかもしれないmedical conditionsの中に妊娠を加えてはいるが、本邦では妊産婦の感染率は低く図3⁵⁾、年齢が比較的若く不必要な外出等を控えていることなどから、妊婦の感染率が一般人口よりも低く、重症化が特に多いわけでないことが明らかになってきつつある⁶⁾。そのため、新規感染者

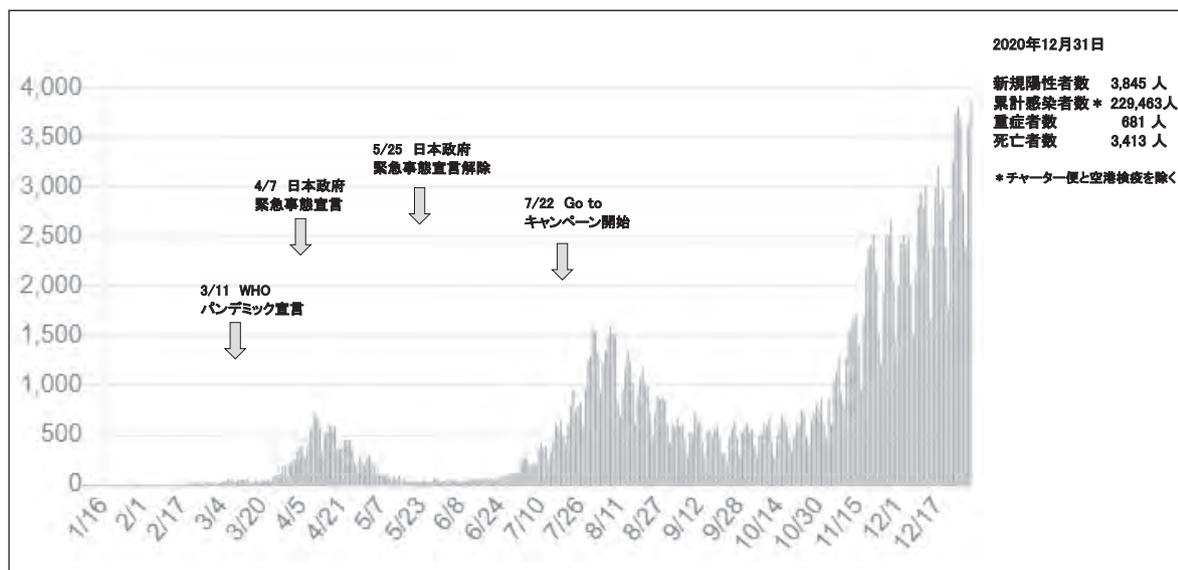


図2 COVID-19の国内の発生状況(新規PCR陽性者数/日)

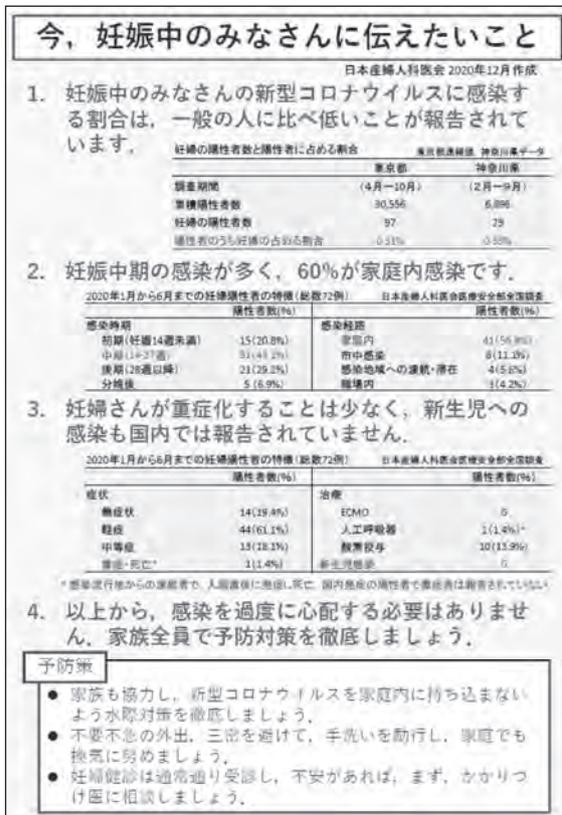


図3 「妊婦のみなさまへ」COVID-19関連情報(日本産婦人科医学会ホームページ⁶⁾)

数の動向、国や行政の声明やそれに伴う経済活動の状況などにwith コロナの生活も左右されることを念頭に置いて、対応や支援策も変化してくることを理解する必要がある。また、医療を必要とする患者にとって、かかりつけ医療機関の方針や担当医の説明などは、政府の方針や声明とともに、あるいはそれ以上に、患者の行動を左右することを考えて慎重に医療にあたる必要がある。

以前に比較して、通勤時間の減少、自宅滞在が長くなったことから運動量が減少することは否めない。一方、睡眠不足は解消され、食生活は外食が減少して規則的な健康的な食事摂取が行われているのか、あるいは、逆に運動量よりも摂取エネルギー量が増加して、肥満傾向になったのかは不明である。勤務形態の変化なども含めて、オンオフがはっきりしない生活や、人とのコミュニケーション不足、あるいは家族と一緒に過ごす時間が今までになく長くなったことも、女性のメンタルの状況に影響を与えている。世界的にも、配偶者からの暴力など、国

連からの声明にもあるように、女性や子どもに対するDVや虐待の増加に対して警鐘が鳴らされているが、日本でも同様の懸念がある⁷⁾。一方、外部との人間関係へのストレス減に働いたことが大きかったのか、自殺者数については、警察庁ホームページからも4~6月は前年に比較して大幅に減少したものの、7月には前年並みの数値になっており、今後は、何より、経済活動の低迷と収入減、失業などから自殺者が逆に増加する可能性も懸念される。

COVID-19流行下による ウイメンズヘルスの重点項目に対する 診療の変更

1. 妊産婦の健診および診療

まずは、地域によるCOVID-19の発生状況やその施設が新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関や感染者対応協力病院などであるかによっても対応は異なる。また、分娩取り扱い機関として、周産期母子医療センターか一般病院か有床診療所かによっても医療機能も違ってくるが、また同じタイプの医療機関でも施設ごとに妊産婦診療方針は異なっている。

学会等の指導もあり、多くの施設では、緊急事態宣言後は、通院回数や病院・診療所内の滞在時間をできる限り短縮させる目的で、産科的安全性を確保しつつも、妊婦健診の間隔を延長したり、検査に時間がかかる妊娠糖尿病の診断方法の暫定的な変更、外来におけるノンストレステスト:NST(胎児心拍数モニタリングとも呼ばれ、主に妊娠末期に、胎児の健康状態をチェックするために約40分間子宮収縮と胎児心拍数のモニターを通常外来で行う)の施行回数の制限などの変更が多く施設で行われた。当然のことながら、一人ひとりの妊娠のリスクや妊娠経過の状況をしっかりと評価し、妊産婦とその家族が不安にならないような配慮は必要である。また、家族の付き添いは、待合室や診察室での密を避けるために、できる限り遠慮していただく。パートナーや家族の分娩立ち合いや入院後の面会なども禁止ないしは制限を設ける施設は

多くみられた。これらについての医療施設の基本的な考え方はホームページや院内への掲示を行ったり、紙媒体を用いて詳細に情報提供する。一方、医療機関で健診していたことの一部を自宅にて自身で行っていただくような変更、例としては、自宅血圧・体重測定、妊娠20週以降の胎動回数を自覚する時間のチェック、頻尿症状の有無(切迫早産の兆候の1つ)、いわゆるお腹の張り(子宮収縮)などに注意をして、助産師によるオンライン相談や電話相談などを充実させる。両親学級をはじめとする各種出産前の指導クラスはオンラインの配信型などで開催する。分娩が近づいた際の入院前に、いわゆる分娩前PCR検査として、本人の不安の状況や希望によって都道府県からの公費負担で1回は行えることから、分娩間近の36~38週の間ルーチンに施行している施設もある。また、このスクリーニングでPCR陽性となれば、分娩時間を短縮して周囲への飛沫感染を抑制する意味でも診断後できる限り早い時期の分娩が考慮され、帝王切開による分娩様式を選択することも多く行われている⁶⁾。母は無症状であってもPCR陽性であれば、新生児との母子分離が学会等で推奨されていることから、新生児集中治療室(NICU)などの体制にも多くの負担がかかる。また、有床診療所での陽性妊婦の入院・分娩は困難であるところが多く、地域に対応した母体搬送や病院紹介のルール作りが必要である。分娩取り扱い医療機関のクラスター発生は稀ではあるが、一度クラスターが発生すると、妊産婦の入院・分娩への対応は難しく、取り扱い分娩件数の多い大病院でのクラスター発生は、お産難民を排出する可能性もあり、感染予防への細心の注意は必要である。

なお、妊産婦はもともと血液凝固活性が上昇しており、静脈血栓症の発症リスクを持つが、自粛のための運動不足や安静状態の増加でそのリスクは増大する。万一、COVID-19が重症化すると、血管炎などからも血栓塞栓症の発症はさらに増加することが予想される。海外でも報告はまだ少ないものの、産婦人科医に向けて、「新型コロナウイルス感染の妊産婦に対しては、

血栓塞栓症の発症に注意する必要がある」と専門学会で注意喚起がなされている⁸⁾。

2. 不妊治療、特に生殖補助医療施設の対応

「不妊治療は不要不急か」という調査も行われている⁹⁾が、令和2年4~5月の緊急事態宣言の時期は、患者自らも感染を恐れて医療機関への受診を控え不妊治療を中断するか、収入減などの経済的な問題から高額で自由診療である生殖補助医療による治療を中止せざるを得ないカップルも多くいたと思われる。また、日本受精着床学会が5月22日から31日までの間に生殖医療従事者からなる学会員へ向けて行ったアンケート調査¹⁰⁾では、生殖医療はこの時期不要不急で控えた方がよいと考えていた生殖医療に関わる医療者も約11%存在した。いいえの回答は34.6%、どちらかとも言えないが54.2%であり、さらに4~5月の患者数の大幅な減少、すなわち治療のための受診者の減少を実感していたことが明らかになっている。日本の出生児の16人に1人は生殖補助医療による妊娠であることからも¹¹⁾、不妊治療施設の方針は日本の少子化へ大きな影響を与えたと考えられる。

不妊治療施設における方針としては、欧州生殖医学会、米国生殖医学会の声明が2020年3月16日、3月30日に続けて出され、4月1日に日本生殖医学会も会員へ向けて声明を出した¹²⁾。その内容は、「国内でのCOVID-19感染の急速な拡大の危険性がなくなるまで、あるいは妊娠時に使用できるCOVID-19予防薬や治療薬が開発されるまでを目安として、不妊治療の延期を選択肢として患者さんに提示していただくよう推奨いたします。また、既に調節卵巣刺激を開始し採卵を予定している患者さんについては、胚凍結の上で上記の状況を踏まえて胚移植時期を検討してください。胚移植を予定している患者さんについても同様の検討をお願いいたします。人工授精、体外受精・胚移植、生殖外科手術などの治療に関しては、延期が可能なものについては延期を考慮してください。」というものであった。しかし、加齢とともに妊孕性は低下すること、国の特定不妊治療費助成の年齢制限(43歳

未満)があることなどから、国は本年度に限り対象年齢を44歳未満まで引き上げたものの、待機、延期することは、完全に中止することも踏まえて、不妊患者に対して大きな衝撃を与えたと考えられる。一方、6月以降、感染予防に注意しながら、生殖医療の治療件数は徐々に回復してきている。日本は欧米と比較しても、生殖補助医療を行う施設が600施設以上と多いことが知られている。生殖補助医療においては、先の声明に出されたような通院回数の多い卵巣刺激治療を控えること、胚移植を控えて全胚凍結保存することは1つの選択肢ではあるが、逆に不妊治療施設が経営破綻したり、複数の凍結胚を長期間保存し続けることなどに対するリスクもあり、数々の問題も浮き彫りになっている。

3. 女性ホルモン剤を使用する主な診療

避妊のための低用量経口避妊薬 (oral contraceptives: OC), 月経困難症や子宮内膜症に対する低用量エストロゲン・プロゲステン配合薬 (low dose estrogen・progestin: LEP), 更年期障害に対するホルモン補充療法 (hormone

replacement therapy: HRT) は年単位で長期間使用するホルモン剤である。エストロゲン製剤は血液凝固活性を上昇させて血栓症の発症リスクを高めることはガイドラインでも周知されている¹³⁾。一方、COVID-19によって、全身性の炎症や血管炎が惹起され、凝固活性の上昇に加えて血管内皮障害から血栓塞栓症が増加するリスクが示されており、感染患者がエストロゲン製剤を使用することで更なる血栓症の発症増加が懸念される。

WHOは新型コロナウイルス感染症のパンデミックの状況であっても、すべての避妊法は安全に利用できるとコメントしている。また、Association of Reproductive Health Professionals and the Society of Family Planningはパンデミックのためヘルスケア関連施設へのアクセスが制限された場合の避妊対策をホームページに記載しているが、症状を有するCOVID-19感染者に対する血栓塞栓症発症リスクを考慮した避妊方法の考え方が記載されている。基本的にエストロゲンを含まない避妊薬や他の方法を用いた避妊法が推奨されている。これらの内容も加味して、

表2

<p>会員へのお知らせ</p> <p style="text-align: right;">2020年8月3日</p> <p style="text-align: center;">OC・LEPやHRTなどのエストロゲン製剤使用に関する注意</p> <p style="text-align: right;">日本産科婦人科学会 理事長 木村 正 日本産科婦人科医会 会長 木下勝之 日本産科婦人科感染症学会 理事長 山田秀人 日本産科婦人科学会 女性ヘルスケア委員会 委員長 加藤聖子</p> <p>COVID-19では、全身性炎症により凝固能が亢進する。OC・LEPやHRTなどのエストロゲン製剤使用により動脈血栓症のリスクがわずかに上昇することが知られており、これらの女性がSARS-CoV-2に感染した場合、血栓症リスクの更なる上昇が懸念される。</p> <p>現時点では十分なエビデンスはないものの、海外の学会の中には以下のような対応を提案しているものもあり、今後の参考になる。</p> <p>【COVID-19重症、または軽症でも呼吸症状を伴う場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> OC・LEPやHRTを中止し、低分子ヘパリンを投与する。 <p>【COVID-19軽症、または無症状の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> OC・LEP使用者では、エストロゲン製剤以外の方法についても検討する。 HRT使用者では、エストロゲン製剤を中止するか、または経皮製剤を用いる。 <p>COVID-19の蔓延により社会活動が制限されている現状において、望まない妊娠を防ぐための避妊法を含め、医師と患者が十分に情報を共有して個別に最適な治療法を選択することが重要である。</p>
--

日本産科婦人科学会 HP; 女性のヘルスケア委員会 会員へのお知らせより
http://www.jsog.or.jp/modules/committee/index.php?content_id=147

日本産科婦人科学会のホームページ上に、2020年8月にOC・LEPやHRTなどのエストロゲン製剤使用に関する注意喚起が掲載された(表2)¹⁴⁾。すなわち、重症ないしは軽症であっても呼吸器症状を有する患者においては、エストロゲン製剤を中止して低分子量ヘパリンの予防的投与を行う。また、それ以外の軽症ないしは無症状の感染者は、OC/LEP以外の方法への変更について検討する。HRTではエストロゲン製剤を中止しないしはより血液凝固活性を上昇させにくい経皮エストロゲン製剤の投与を考慮するとした海外の研究を紹介し、これらを参考にして、予期せぬ妊娠の予防、子宮内膜症等の管理、更年期障害の治療等を含めて、患者と十分に情報を共有して個別に最適な治療方法を選択するようとしている。

4. その他の女性の健康管理

不要不急の外出を自粛する指導から、子宮がん検診や乳房検診を含む、自治体検診、職場検診、女性ドックなどについては、緊急事態宣言の際には、従来検診をしていた女性たちも自粛し、施設や検診センターも多くが活動を中止していた。一方で、緊急事態宣言解除後は、飛沫のリスクの高い上部消化管内視鏡検査も含めて、よりしっかりとした感染対策を行いつつ、これらの検診、健診事業を再開し、むしろ受検者は、解除直後は急増した。日本では2013年に始まったヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチンの若年女性への定期接種は、いわゆる厚生労働省からの「積極的勧奨の中止」の表明から、事実上中断されたままになっており、世界の先進国でも成人女性の子宮頸がん罹患率は高くなっている。これらのことから、生殖年齢の成熟女性に対して、無症状であるため検診でしか発見できない子宮頸がんの細胞診のスクリーニングが長期にわたって行われないことは極めて憂慮される事態である。

外出自粛や、部活動の制限などは思春期の極端な痩せやエネルギー不足を来す件数の減少方向に働いていると考えられる。一方、特に中高年女性には運動不足や肥満などのリスクを上昇

させる可能性があり、適切な食事のもと、適正な外での運動や自宅のできるエクササイズやストレッチ運動などによって、筋力や骨量の維持に努め、将来の転倒防止や骨折に対する対策が必要となる。

家族と一緒に時間が増えることへのコミュニケーションの在り方は重要である。特に夫と過ごす時間の増大に対しては、会話や家事・育児への協力が増すという側面も考えられるが、一方で、しばしば女性のストレスの増大、女性へのDV増大のリスクともなり、メンタルケアが必要になることも多い。これらに対する相談窓口の充実、心理士、保健師等との面談やオンラインカウンセリングの活用は今後充実させていかななくてはならない課題である。

DVの増加や予期せぬ妊娠の増加などについては他稿にゆずる。

おわりに

ウィメンズヘルスについて解説した。特に、自粛の中で余儀なくされる生活様式、社会生活の変化に対し、自身で心と体の健康管理に留意していただくことが最も大切であるが、必要な医療を速やかに受けることは重要である。一方、行政や民間の相談窓口へのアクセスや支援の在り方などが問われ、そこからの医療機関への紹介、サポートが必要となることも多い。本稿が地域の医療機関と医療者の活動に参考になれば幸いである。

文献

- 1) Yonkers KA, Simoni MK: Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218: 68-74.
- 2) Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, et al: Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(6): 534.e1-6. Doi
- 3) 産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編2020. CQ221 卵巣子宮内膜症性嚢胞の治療は？日本産科婦人科学会/日本産婦人科医学会編集・監修. 2020, p78-79.
- 4) 厚生労働省ホームページ 国内発生状況など. <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html> (accessed 2021 Jan 1)
- 5) 日本産婦人科医学会ホームページ:COVID-19関連情報 今、妊娠中のみなさんに伝えたいこと. 令和2年12月作成 <https://www.>

jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/12/201215.pdf (accessed 2021 Jan 1)

- 6) 日本産婦人科医会ホームページ:COVID-19関連情報 妊産婦のみなさまへ. 令和2年12月1日 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)について(第9報). <https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/12/201201.pdf>(accessed 2021 Jan 1)
- 7) 男女共同参画HP新型コロナウイルス問題に伴うDV等への対応に関する橋本内閣府特命担当大臣(男女共同参画)からのメッセージ. https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/pdf/20200410_2.pdf(accessed 2021 Jan 1)
- 8) 日本産婦人科新生児血液学会ホームページ:学会からの重要情報 新型コロナウイルス感染での血栓塞栓症の発症に対する注意喚起. http://www.jsognh.jp/common/files/society/2020/attention_202005_02.pdf(accessed 2021 Jan 1)
- 9) 研究代表者安達知子:令和2年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)新型コロナウイルス感染症流行下の自粛の影響-予期せぬ妊娠等に関する実態調査と女性の健康に対する適切な支援提供体制構築のための研究(課題番号)(20CA2062)進行中
- 10) 日本受精着床学会:新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関するWebアンケート調査報告(速報)「会員および不妊治療施設の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策と現状について」http://www.jsfi.jp/information/info_200604.html(accessed 2021 Jan 1)
- 11) 日本産科婦人科学会ホームページ:倫理委員会,登録調査小委員会,ARTオンライン登録,ARTデータブック2018年.<http://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/>(accessed 2021 Jan 1)
- 12) 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対する日本生殖医学会からの声明. 2020年4月1日 <http://www.jsrm.or.jp/announce/187.pdf>(accessed 2021 Jan 1)
- 13) 産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編2020. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会 編集・監修 2020. p164-169.
- 14) 日本産科婦人科学会ホームページ:女性ヘルスケア委員会 会員へのお知らせ OC・LEPやHRTなどのエストロゲン製剤使用に関する注意. http://www.jsog.or.jp/modules/committee/index.php?content_id=147(accessed 2021 Jan 1)

特集

DV・性暴力・若年妊娠の問題

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野 池田裕美枝

POINT

- ① コロナ禍でDVや性暴力は増えている
- ② コロナ禍での対策としてSNSでDV相談ができるDVプラスのほか、DV共通ダイヤル#8008や、性暴力被害者支援共通ダイヤル#8891が開設された
- ③ 休校措置の間で若年者からの妊娠相談が増えたと報道されたこともあり、性教育への機運が高まっている
- ④ プライマリ・ケア現場での、DVや性暴力を見つけてつなぐ役割を期待する

はじめに

新型コロナウイルス感染症は、症状が出る前に感染力を持つこと、症状の幅がほぼ無症状から重症までと広いこと、感染様式が飛沫感染と接触感染であることから、感染防止策としてマスク着用とともに「三密(密集, 密接, 密閉)を避けること」が提案された。具体的には“Stay Home”が標語となり、できるだけ自宅でじっとしていることが推奨された。言い換えれば社会における共同体を、家族単位に分割することになってしまった。

2020年1月14日に国内1例目が報告されて間もなく、国内での伝播を防げず、同年2月27日には政府による全国一斉休校の要請があり、3月初旬から5月末まで3ヵ月近く全国の幼稚園ならびに小中高校が休園、休校となった¹⁾。

2020年4月7日には緊急事態宣言が発令され、法的拘束力がなかったとはいえ街は閑散とし、ほとんどの人がStay Homeした。

自宅が心地良い方は良いが、自宅が地獄のような方もいる。IPVや性虐待の被害者はいったいどうなるのだろうか。さまざまな女性支援団体が手探りで、自分たちにできる事を模索していた。

IPV

親密なパートナーによる暴力を、intimate partner violence: IPVという²⁾。普段であれば「傷害罪」や「脅迫罪」と考えられるようなことでも、家庭内や、親密な間柄で同じ暴力が行われた場合にはそれが当事者同士に容認されてしまうことに課題があり、わざわざIPVとして区別して

特集

いる。ここでは、暴力とは恐怖による強制をいう。身体的暴力、精神的暴力、金銭的暴力、性的暴力などに分類されることがあるが、複数絡み合っているケースが多い。日本では、家庭内での暴力をDV、結婚していないパートナー間の暴力をデートDVと呼んでいるが、おおまかにはIPV=DV+デートDVである。

IPVのベースにあるのはジェンダーバイアスと暴力の容認といわれる。例えば男性が社会的に苦しい立場に立たされたとき、「男らしくありたい」と思っていると弱音を吐けないので慰めてもらえなかったり、助けてと言えなかったりすることがある。自分は弱くない、と自分に言い聞かせるために、他者を力で支配したいという欲求が生じることがあり得る。そこに、問題解決のために暴力は容認されるという考えが加わると、IPVの土台ができてしまう³⁾。

コロナ禍では、経済の冷え込みや社会環境の変化など、男女共に経済的社会的に苦境に立たされる方が増えたと予想されている。そういった状況はIPVの増加因子となり得る。さらに、Stay Homeではパートナーがいない間に気分転換をすとか、誰かに話を聞いてもらうとかいった自分を大切にする行動も取りにくくなるので、IPVが増悪するのではないかと懸念されていたのである。

この懸念を受け、内閣府男女共同参画局は4月20日にDVのSNS相談「DV相談プラス」を開設した(<https://soudanplus.jp/>)。電話(0120-279-889)やメール(<https://form.soudanplus.jp/mail>)は24時間受付である。チャットも12時から22時まで利用できる。電話だとパートナーに相談内容が聞き取られてしまうかもしれないので、音声を伴わない相談窓口の需要があると考えられた。また、相談窓口の分かりにくさを解消するために、10月より全国共通の電話番号(#8008)(#晴れば)から相談機関を案内するDV相談ナビサービスも実施されている。

こうした取り組みの甲斐もあって、DV相談件数は2020年4月以降9月現在まで前年よりも多くなっている。特に、5月と6月の相談件数は前年同月の約1.6倍である⁴⁾(図1)。本稿執筆現在、まだ警視庁の2020年度統計データが公表されていないため、実際に警察が介入したDV案件や、その内容詳細については分からない。しかし、2020年7月以降女性の自殺が増えていることが公表されており、相談につながらなかった人も多かったのではないかと推察されている(図2)。

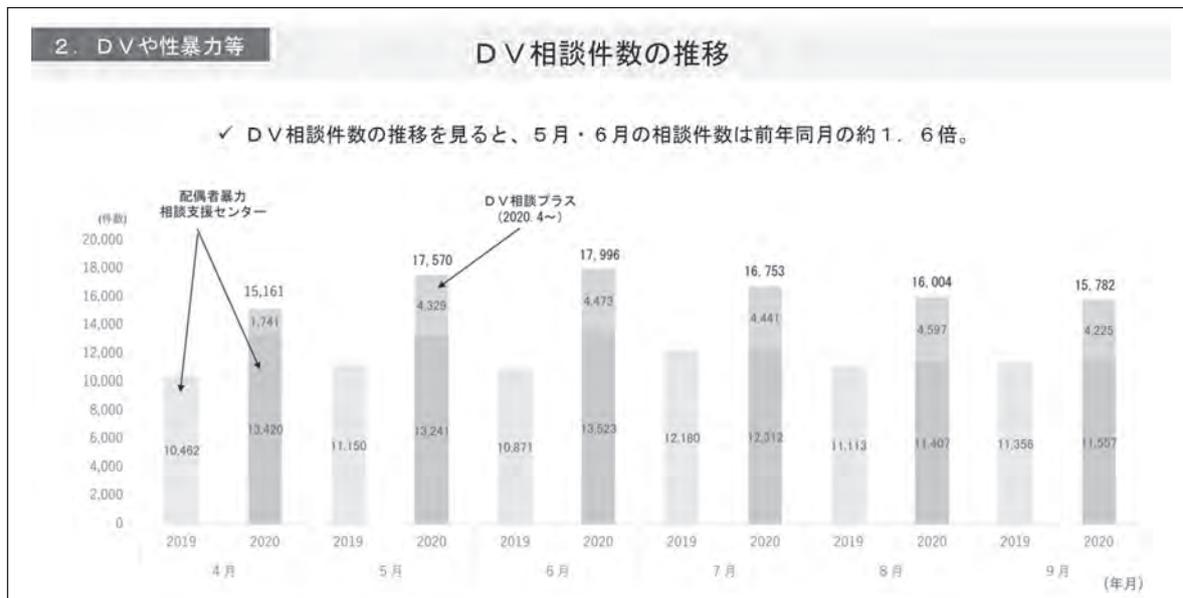


図1 コロナ禍でのDV相談件数

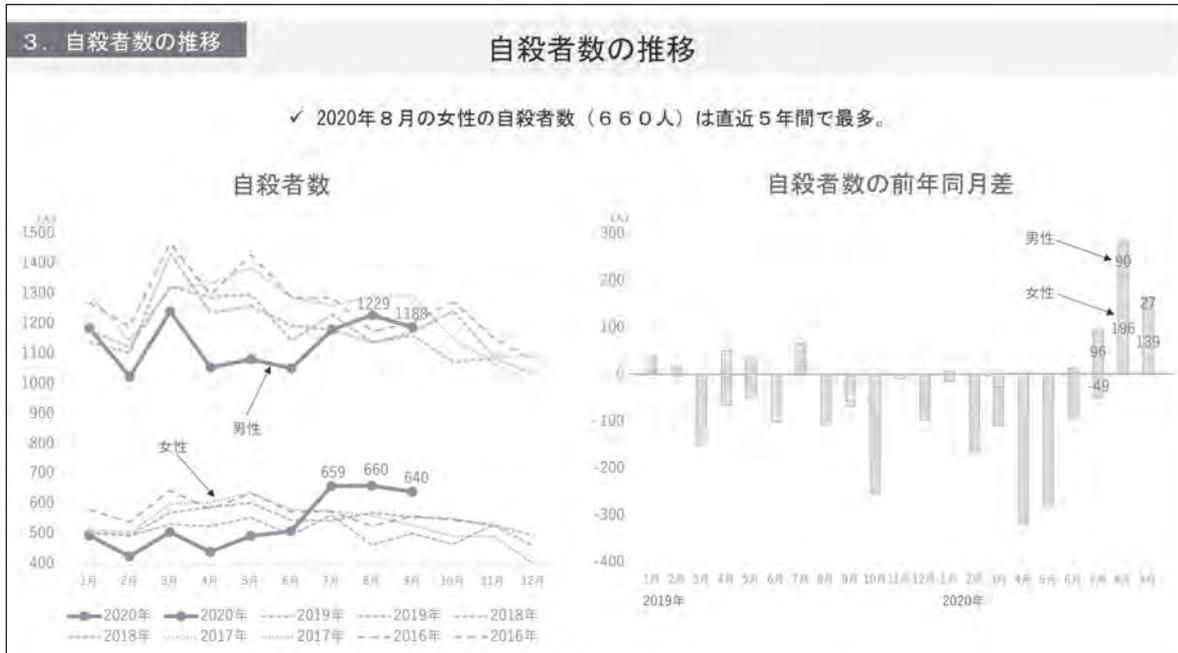


図2 コロナ禍での自殺者

性暴力

本人が望んでいないのに行われる性的な行為を性暴力という。痴漢も、セクハラも、無理やりするキスも、性暴力である。ここで、性暴力は性犯罪とは異なる。性犯罪は、法的にいくつかの要件を満たしたもののしか性犯罪として扱われないが、性暴力については、本人が傷ついたら性暴力である。性的なことで本人が傷つくのは、おおごとである。人格を持った人として扱われなかった、という本質的な人権被害なので、早めのケアが大切である。

現在、47都道府県全てに最低1つの性暴力被害者支援センターがあり、性暴力被害者をあらゆる側面から支援している。過去の性暴力がトラウマになっている方のカウンセリングもしているし、レイプ被害直後には、病院に付き添ってくれたり、検査費、診察費、治療費、また、緊急避妊薬(私費では7,000~12,000円)も公的負担してくれる。本人が望めば警察にも付き添ってくれるし、弁護士などへの相談もしてくれる。

2020年10月に全国共通ダイヤル(#8891)(#はやくワンストップ)がスタートした。どこからかけてもその地域の性暴力被害者支援センターにつながる。

コロナ禍における性暴力相談件数については、4月から9月の全国の性暴力被害者ワンストップセンターへの相談件数が示されている⁴⁾。この6ヵ月間を合計すると前年より相談件数が1.15倍増加しているが、相談件数はStay Home期間の4月、5月は少なめであり、6月から増加している。まだ、相談内容の詳細が分からないので何とも言えないが、筆者の聞き及ぶところでは、Stay Home期間中、地域によっては性暴力被害直後の相談件数がかなり減少していたとのことだった。夜の宴席の機会が減ったことの影響かもしれない。家庭内での性暴力も、家庭の中からSOSを発するのが難しかった、ということかもしれない。

家庭内での性虐待や、親密な関係での性暴力は繰り返されることが多く、被害者は繰り返す心的トラウマによる複雑性トラウマ障害を生じていることがある。そういった場合、支援希求能力がさらに削がれている。Stay Homeで加害者とずっと一緒にいたのでは気が休まる間もない。上記自殺者の中に、誰にも性虐待の事実を伝えられずに自分を責めて亡くなった女性もある。

若年妊娠への懸念

3月より全国一斉休校となったことで、子どもが自宅で過ごした。親は休業になったわけではないから、時々出勤してあとは在宅でリモートワークという方も多かったのではないだろうか。つまり、子どもが家で子どもだけで過ごす時間が増えた家庭も多くなった。

性の知識に関する普及啓発活動を行っているNPO法人ピルコンが、5月頃、休校措置がとられて以降の2ヵ月間にメール相談件数が約2倍に増えた、特に10代の妊娠・避妊に関する相談が増えた、とプレスリリースした(<https://pilcon.org/wp-content/uploads/2020/05/b6511a814d4eb707d60dee2e930a98ff.pdf>)。妊娠SOS東京も、休校措置機関の相談件数が昨年比1.2倍、10代の相談件数は1.8倍に増えたと報じた(<https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000757.000002943.html>)。他にも、赤ちゃんポストを運営する慈恵病院や、神戸の「小さいのちのドア」、三重県のNPOみっくみえなど、妊娠相談をする機関が、休校中に10代からの相談が増えた、と報じている。

不安が社会を覆っているコロナ禍で、子どもも不安になり、だれかと身を寄せ合っていたかったのかもしれない。しかし、相談件数が増えたのは、感染や妊娠のリスクが高い性交渉がたくさん行われたためとは限らない。休校中、単に10代の方たちに相談機関の情報が普及したためかもしれない。実際に若年妊娠件数が増えた、また人工妊娠中絶件数が増えたかなどは、公的統計が発表されていないために、まだ分からない。

けれども、「10代から性についての相談件数が増えた」という報道は、子どもたちが学校で性についての十分な教育を受けていないことを再確認する十分な機会になった。

コロナ禍での性教育

2017年頃から#MeToo運動が世界中で話題になり、日本でも2019年に性暴力撲滅を訴えるフラワーデモが開始された。2020年6月には「性

犯罪・性暴力対策の強化の方針」の中で小学校から「生命の安全教育」を行うよう方針が定められている。また、2020年6月に発足した「緊急避妊薬の薬局での入手を実現する市民プロジェクト」はSNSを中心に大きな反響を呼び、政治も動かしつつある。このように、2020年はもともと、女性の性や生殖に関する健康がより保障された社会になるように、市民が声を挙げ始めていた年だった。ここにコロナ禍が加わったが、上述のように、Stay HomeでIPVや児童虐待の深刻化が懸念されたり、まともな性教育を受けていない若年者の性行動が心配されたりするなど、性教育の重要性はより広く認識されるようになったように観察される。

2020年、テレビ東京での「生理CAMP2020」が大きな話題を集め、NHKあさイチでもお家での性教育特集が組まれるなど、地上波で明るい性教育をとどける番組はたくさん放送された。Abema TV(テレビ番組がインターネットを介していつでも視聴できる)ではAMEBAがオリジナルで製作した性教育ドラマ「17.3about a sex」が大きな話題を呼び、2020年インスタ流行語大賞では上位10位以内に唯一ドラマジャンルからランクインした。YouTubeでも、性教育YouTuberシオリヌのほか、#めっちゃ大事では産婦人科医師3名による性教育が公開されたり、また2021年からはタレントのSHELLYさんが性教育動画を公開するなど、性教育はオープンでポップな話題となってきている。

学校での性教育については、コロナ禍で学校のカリキュラム調整が大変な中、外部講師による講演会が中止となった学校もあったが、「いまこそ正しい性教育が大切」と認識された学校も数多くあったようである。感染対策のために、体育館に生徒を集めて講演会という形が難しい地域では、各教室でのモニター使用+放送室からの音声配信という形をとったという話も聞こえてきた。自験例では、web会議システムと、各教室のモニターを用いて、インターネット越しに性教育を行った。学校側も、教室と外部をインターネット画像でつなぐのは初体験とのことだったが、これまで以上に教育が地域に開か

れる新しい可能性を感じた。

IPVや性暴力の被害者かもしれない人への対応

1. いつ、どのように疑い、たずねるか

IPV被害者や性暴力被害者はなかなか「助けてほしい」と言えないことが知られている。これを「支援希求能力が低い」と表現されることもある。暴力による恐怖は心理的トラウマの原因となるが、IPV被害者や児童虐待被害者は繰り返すトラウマのために複雑性PTSDを生じることがある。そして複雑性PTSDの覚醒亢進症状として怒りっぽさを生じていたり、解離症状として自分のことを自分のこととして捉えることができなかつたり、いわゆる「困った患者さん」になっていることがある。プライマリ・ケアの現場においてはぜひ、見えない「助けて」の声を拾い上げていただきたいと考えている。

IPVのサインとしてWHOのガイドラインに挙げられているものを表1に示した。病院の総合診療科や家庭医のクリニックに来院する患者さんには、当てはまる方もいるのではないだろうか。IPVは一般に信じられているより非常にコモンなものであり、コロナ禍になくとも、既婚女性の3人に1人、既婚男性の5人に1人が経験している⁵⁾。大変コモンなものの割に、死に至ることもあり、医療機関には「助けて」のサインを拾い上げたら、適切な支援につなぐことが求められる。

IPVを疑うサインのある患者には、「みなさんにお伺いしています。秘密は守ります。」と前置きの上で、用紙を用いてスクリーニングしたり、口頭で質問したりすることが考えられる。日本で開発されたスクリーニング用紙「女性に対する暴力スクリーニング尺度VAWS」を表2に示す⁶⁾。

2. トラウマインフォームドケア

暴力被害について開示された時、支援者が「トラウマインフォームドケア」を実践できると、患者対応の上でも、支援者自身を守る上でも効

表1 IPVを疑うサイン(WHO2013 文献2)

表2 女性に対する暴力スクリーニング尺度: Violence Against Women Screen(VAWS)

No	項目	よくある	たまにある	まったくない
1	あなたとパートナーの間でもめごとが起ったとき、話し合いで解決するのは難しいですか?			
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか?			
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあるとあなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか?			
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか?			
5	あなたは、気が進まないのにパートナーから性的な行為を強いられることがありますか?			
6	あなたのパートナーは、あなたをたたき、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど強引にふるまうことがありますか?			
7	あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力をふるうことがありますか?			

* VAWSの使用に際しては、片岡弥恵子 (yaeko-kataoka@slcn.ac.jp) まであらかじめご連絡ください。

果的である。トラウマインフォームドケアとは、心的トラウマとその影響について理解し、トラウマのサインに気付いてトラウマ理解に基づいたケアをすることを言う。

(1) トラウマのレンズを通して、患者の言動を理解する

IPVや性暴力と入った心的トラウマは、急性期には解離や健忘といった症状を示し、他人事のように話したり覚えていなかったりする。繰り返すトラウマを受けていると、自己や社会に対する認知が変容し、自分が悪い、恥ずかしい

と思ひ込んだり、誰も信用してはいけなと考えたり、ときに攻撃性を持つこともある。暴力の被害について開示しなかつたり、開示しても何でもないことのように語つたりするのも、支援しようとしても「扱いにくい」態度をとられるのも、もしかしたら深いトラウマの影響かもしれない。殴られたことを笑いながら話していても、「トラウマの影響かもしれない」と考えることはアセスメントの幅を広げる。トラウマからの回復の第一段階は、今安全で安心な環境にあると自覚できることであり、暴力被害を開示されたときには、本人が安心できるように支援するのがよい。

(2) 代理受傷を理解し、二次被害を防止して支援者自身をケアする

トラウマを開示された支援者も、「代理受傷」といって、信じられなくなつたり、被害者に共感して深く傷ついてしまつたりすることがある。こういった傷に対する心理反応のため、人は被害を急に開示されると、「大げさに言つていて、実はたいしたことではないのではないか」「本人にも落ち度があつたのではないのか」などと考えてしまうことがある。そしてこのことが、二次被害につながる。二次被害とは被害の後に周囲の言動などにより被害者が傷つけられることを言うが、二次被害は実際の被害よりも深く被害者を傷つけることがある。二次被害を防ぐためには、まず支援者自身が、自分も話をきくことでトラウマを受ける可能性があることを理解しておく必要がある。その場では患者が安心できるように注力するがあとで、職場で話し合いの場をもつたり、気分転換をするなど、支援者自身のトラウマケアも大切である。無料でダウンロードできるトラウマインフォームドケア啓発パンフレット「視点を変えよう！ 困つた人は困つている人」も参考にしていきたい⁷⁾。

3. 地域の社会的支援につなぐ

IPVや性暴力について開示されたら、まず、帰るところが安全かどうかを判断する。被害内容が、首を絞められた、刃物を突きつけられたなど、殺人未遂と判断できる内容だったり、子

どもの面前でのDVと考えられる場合には(面前DVは虐待)、そのことを本人に伝え、警察(110)や配偶者暴力支援センターに保護してもらつう方法もある。また自宅での性暴力被害などの場合は、各都道府県に1つ以上ある性暴力被害者ワンストップ支援センターに相談するとよい。下記の共通ダイヤルを電話のそばに貼つておくことをお勧めする。

8008 「はれれば」DV相談ナビ
8891 「はやくワンストップ」性暴力被害者のためのワンストップ支援センター
189 「いちはやく」虐待ホットライン

自宅には帰れそうだけれども被害が繰り返される可能性が高い場合には、支援機関について情報提供する。本人が支援を望んでいないのに強制してはいけな。暴力の被害では、自己決定権を剥奪されることが被害の根本であるため、本人が自分で自分のことを決められるように、小さなことから少しずつ支援する。

地域の男女共同参画センターや女性センターでは、無料のカウンセリングを実施しているところもある。こういったところでは、DV相談に特化せず、子育てや人間関係、家庭と仕事との両立といった側面でもカウンセリングを受けられることがあるので、ご自身の医療機関所在地の地方自治体による支援をご確認の上、気軽に情報提供してはいかがだろうか。相談電話や相談機関の情報が書かれたカードを、トイレに置いておくなどの工夫も勧められる。

おわりに

コロナ禍は、新しい社会課題を連れてきた、というよりはむしろ、もともとあつた社会課題を深刻化、重症化させた、と表現されることがある。本項を読んでくださつている皆様の患者さんの中にもIPVや性暴力の深刻な被害に遭つている方がいらっしゃるかもしれない。ぜひ「助けて」のサインを拾い上げアフターコロナのあたたかな地域づくりに貢献していただければと思う。

参考文献

- 1) 首相官邸ホームページ 令和2年2月27日新型コロナウイルス感染症対策本部(第15回) https://www.kantei.go.jp/jp/98_abe/actions/202002/27corona.html(accessed 2021 Jan 10)
- 2) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines 2013. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>(accessed 2021 Jan 10)
- 3) 山口のりこ:デートDVをなくす若者のためのレッスン7 愛する、愛される。梨の木舎, 2004.
- 4) 男女共同参画局 コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会 第4回資料 1 コロナ下の女性への影響について(追加・アップ
デート)<https://www.gender.go.jp/kaigi/kento/covid-19/siry/pdf/4-1.pdf> (accessed 2021 Jan 10)
- 5) 男女間における暴力に関する調査報告書. 平成30年3月内閣府男女共同参画局https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/evaw/chousa/pdf/h29danjokan-1.pdf (accessed 2021 Jan 10)
- 6) EBMの手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン. 2004年聖路加看護大学女性を中心にしたケア研究班編
- 7) 大岡由佳, 他: 視点を変えよう! 困った人は困っている人. https://www.jst.go.jp/ristex/pp/information/uploads/ooka_trauma.pdf(accessed 2021 Jan 10)

“The socially vulnerable”としての女性たちと“**She-cession**”：世界の現状と支援対策

東京北医療センター産婦人科 中込彰子

POINT

- ① 新型コロナウイルス対策に世界が追われる中、社会的弱者(the socially vulnerable)とされる女性(特にシングルマザーやセクシャルワーカー)やLGBTの人たちを取り巻く環境はさらに悪化し、サポート体制も行き届きづらい状況になっている
- ② 今回のパンデミックでは、世界中で女性に雇用喪失が集中する結果となり、DVや自殺者の増加、日々の生活費を稼ぐためのセックスワークへの転職、ホームレス化が問題となっている
- ③ 現状改善のため、世界各国で政府や支援団体らが対策を講じ、活動を続けている
- ④ NPO法人女性医療ネットワークでは、4月の緊急事態宣言下、理事長のクリニックをシェルターとして開放し、オンライン相談室も設けるなど、独自の支援活動を行った

特集

社会的弱者とは

英語では“the socially vulnerable”というが、この“vulnerable”には「傷つきやすい」「攻撃されやすい」といった意味がある。社会的弱者は、そういったとても傷つきやすい人たちであり、そして攻撃や差別の対象になりやすい人であるといえる。つまり、障害を持った人たち、女性、高齢者、子ども、不登校者、患者、在日外国人労働者、ホームレスなどが挙げられるだろう。シングルマザーやセクシャルワーカー、LGBTの人たちなども含まれる。

コロナ禍の女性たち

今日までの状況を考えれば、世界の国々において、社会的弱者と呼ばれる人たちがますます困窮した生活を強いられているだろうことは容易に想像がつく。90カ国がロックダウン状態となり、40億人が新型コロナウイルスから身を守るために自宅待機となっていた2020年3月以降、一時的に状況が改善したかに見えたが、その後も第2波、第3波と続き、先の見えない経済不況や雇用急減により、世界各国から悲痛な声が聞かれている。そんな最中、日本でも2021

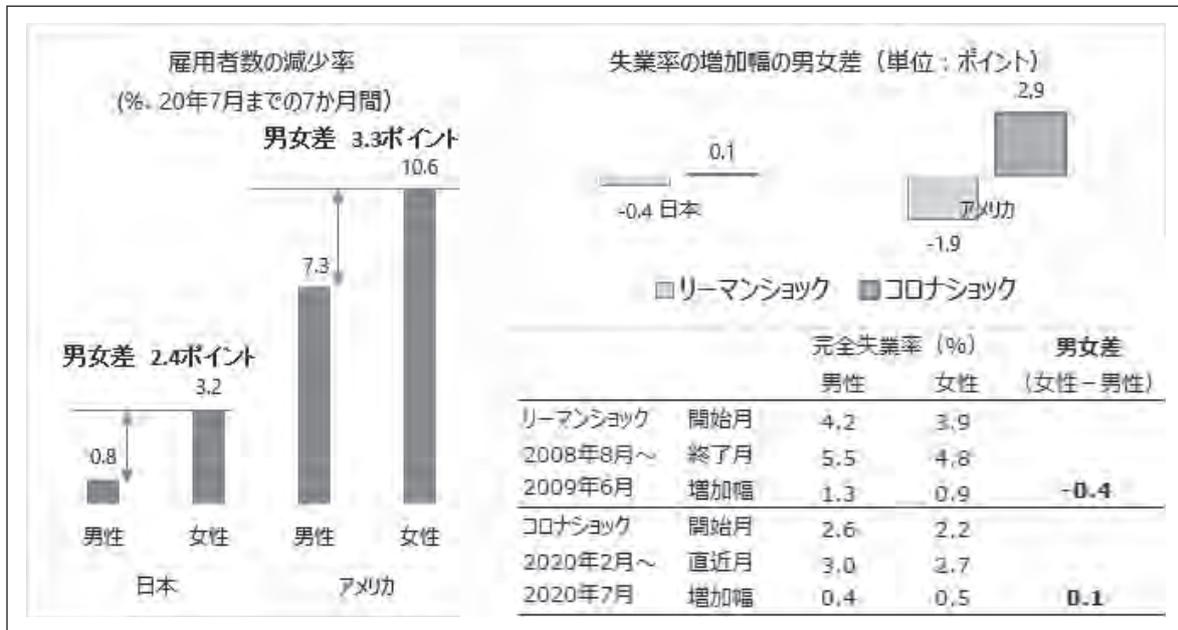


図1 コロナショック前後の男女雇用者数と失業率の変化

年1月7日に2度目の緊急事態宣言が発令され全国に広がりつつあるが、これは人々を保護する手段であると共に、大きな危険ももたしている。

1. 世界的な女性の雇用危機

新型コロナウイルス感染症に端を発した今回の状況を“*She-cession*”と呼ぶ経済学者がいる。これは*recession*(不況)に伴う雇用喪失が、男性よりも女性に集中していることから生まれた造語である。独立行政法人労働政策研究・研修機構の主任研究員周燕飛氏によれば、一般的な不況の時には、例えば2008~2009年のリーマンショック時のように、雇用減少は主に男性の側に現れることが多い。それは外需が大きく減り、主に男性雇用の多い製造業で雇用調整が起きるからである。一方、今回のコロナショックでは、主に宿泊・飲食、生活・娯楽等のサービス業に壊滅的なダメージが生じているが、これらは女性雇用の多い産業である。このため、通常の不況時に比べて、女性の雇用減が目立つ結果になっているというのである。さらに、今回は自ら就業抑制をする女性が多い点も特徴的だという。外食の機会が減少したことによって家事負担が増加したり、小中学校や保育園の臨時

休校・休園が行われたことによって「仕事か家庭かの二者択一」に迫られる女性が増えた。このように、育児負担が増える形での就業抑制が行われているため、通常の不況時に観察される「追加的労働力効果」つまり、夫の収入源を補うために主婦が就業を増やすという現象が現れにくくなっている、とも指摘する。実際に、国際機関の雇用統計を見ると、“*She-cession*”が世界共通の現象であることが分かる。日本の場合、女性の雇用者数は昨年末から7月までの7ヵ月で3.2%(87万人)減り、男性雇用者より減少率が2.4ポイントも高い。アメリカではこの状況が際立っている(図1)が、日本がアメリカよりもマイルドである理由としては、新規感染者数や死亡者が少ないことや、保育園と小中高校が2020年6月初旬から全面再開できていることが大きいのだろう、と分析されている。

男女の雇用制限の差について、ジェンダー平等と女性のエンパワーメントのための機関である国連女性機関UN Womenも同様のデータを示している。当機関によれば、政府が発表する経済統計には現れない非公式経済(*informal economy*)に従事している女性は世界で7億4,000万人いるが、彼女たちの収入は、今回のパンデミックが起こった最初の1ヵ月で60%削減さ

れたという。また、アジアや太平洋地域では、正規雇用者のうち、男性よりも女性の方が就業時間を短縮されている(女性50%、男性35%)。さらに、ヨーロッパや中央アジア地域では、自営業の女性の25%が失業したと報告されているが、これは自営業の男性の失業率21%より多くなっている。つまり、女性は男性よりも職を追われて自動的に自宅にいることしかできなくなり、デイサービスやシッターなどこれまで家事育児の支援として利用できていたサービスも使えない状態のため、外からの援助なく全てを自分のみでこなすしかなくなっている。シングルマザーに至っては、そのストレスは相当なものだが発散場所はなく、さらに低賃金でのギリギリの生活となれば、精神面への影響や子どもへのDVにつながるリスクは非常に高くなる。収入を得るためならば、手段を選ぶ余裕がなくなることも容易に想像がつく。

実際に、イギリスの慈善支援団体Changing Livesによれば、新型コロナウイルスの影響で、多くの女性たちが生活苦となり、セックスワークに従事せざるを得なくなっているという。会社に解雇されたり、何とか生計の糧としていたパート職を失い、子どもたちの日々の食費や光熱費支払いのために初めて体を売ったシングルマザーも珍しくないそうだ。さらに、彼らによれば、イギリスでロックダウンが開始されてから最初の4ヵ月で、売春や性的搾取のため彼らに支援を求めてきた女性の割合は83%増加し、有料のウェブサイトや売春を斡旋するコミュニティへの調査でも、団体が支援している地域内で1,000人近くのプロフィール投稿があったという。しかし、パンデミックの影響で、セクシャルヘルスやメンタルヘルス支援を含めた必要不可欠な公共サービスの提供が制限され、多くの公共スペースが閉鎖したことにより自宅でのセックスワークを行わざるを得なくなり、彼女たちへの身体的・性的暴力のリスクは増加している。2020年4月の時点で、過去12ヵ月で2億4,300万人の女性と子どもが性的・身体的暴力の対象となっていたと報告されており、現在はさらにその人数は増えていると予想される。アル

ゼンチン・カナダ・フランス・ドイツ・スペイン・イギリス・アメリカの政府機関・女性団体・市民社会関係者は、感染拡大の初期から、DV報告の増加と緊急保護施設(シェルター)設置を増やす必要性について注意喚起していた。

2. 日本の現状

日本においても状況は世界とほぼ変わらず、新型コロナウイルス感染症の長期化により、苦しい生活を迫られているひとり親家庭は多い。風俗業界で働く女性はより厳しい状況にあり、その日暮らして働いている母親たちも多く、1日でも収入が途絶えると親子で食べ物にも困るほどの厳しい状況に立たされるといふ。さらに、ひとり親家庭の生活も深刻化しており、2020年7月にNPO法人「しんぐるまざあず・ふぉーらむ」が行った調査では、回答したシングルマザー1,800人の約半数が「収入が減少した」と答え、「家賃や光熱費などライフラインの支払いを滞納している」家庭も約1割に上るといふ。さらに、女性自殺者の急増やホームレス化も問題となっている。新型コロナウイルス感染による日本の死者数は世界的に見ればかなり少ないが、一方で自殺者の数はかなり多い。警察庁のデータによれば、2020年10月と11月の自殺者はそれぞれ約2,200人と約1,800人。10月の人数としては、年初来の新型コロナウイルス感染症の死者数を上回った。前年同月比では男性自殺者は約22%増、一方で女性自殺者は約83%増となった。この中に、パンデミックで職を失い、生活に困窮して行き場のなくなった女性たちがどれだけ含まれていたのだろうか。非正規雇用の女性の比率が高い日本で、パンデミック発生後の失業者のうち、少なくともその66%以上を占めている女性たち。現状を鑑みれば、このような結果は予測し得たのだろうか。貧困問題に16年以上関わっている活動家の雨宮処凛さんによれば、「このような事態は初めての経験で、その背景には、この20年以上かけて『雇用の調整弁』として非正規化が進められてきたこと、特にそれが女性に集中し、働く女性の半数以上が非正規であること、そして同時にこの30年で家族の余力が失われて

きたことがあるのではないだろうか。シングルマザー家庭からのSOSやホームレス化も少ない」という。

社会的弱者を救う取り組み

以上のように、感染拡大の封じ込めばかりに目を向け対策を講じると、そのしわ寄せは社会的に弱い立場にある人たちへ向かってしまう。その中には、非公式経済の主な担い手である女性、家庭に居場所のない若年女性たちも含まれている。このような状況を早期から危惧していた世界各国の機関や慈善団体、支援団体、企業などは、早い段階から社会的弱者への救済活動に取り組んできた。

1. UN Womenの取り組み

UN Women事務局次長のAsa Regnerは、各国政府へ向け、具体的な提言として「新型コロナウイルス対策のためのチェックリスト」(2020年3月20日)、「女性と新型コロナ:各国政府が今すぐのできる5つのこと」(2020年3月26日)を発表した。その中で彼女は「女性たちが各国の福利をその肩に背負っており、今、彼女たちは昼夜、社会のまとまりを維持するために働いている」「政府の講じる決定や政策は、ジェンダーの視点があることでより良いものになり、またジェンダーの視点なきものは劣るだけでなく大抵失敗する」「政策決定者は、家庭内で何が起きているかに注意を払い、女性と男性の間のケア負担の平等を支持しなければならない。今はまさにジェンダーで振り分けられてきた役割を『非ステレオタイプ』化する好機である」と述べ、新型コロナウイルス対策にジェンダーの視点を取り入れるよう各国政府へ強く訴えた。

2. カナダでの取り組み

カナダのモントリオールにある臨時休館中の州立図書館では、行き場を失ったホームレスの人たちのために、図書館のスペースを日中のシェルターとして利用できるように開放した。スペースいっぱい、社会的距離を保って50脚

の椅子が用意され、来訪者はWiFiの利用もできる。さらに、市のスタッフが常駐して、利用者が家族や社会福祉機関に連絡を取る支援も行った。一方で、同様に感染拡大防止のため臨時休館中のトロント公立図書館では、食料品の配布サービスを始めた。食料品を受け取るのはフードバンクの利用者。フードバンクとは、安全に食べられるにもかかわらず、包装の破損や過剰在庫、印字ミスなどの理由で流通に出すことのできない食品を、企業などから寄贈してもらい、必要としている施設や団体、困窮世帯に無償で提供する活動のことである。パンデミックにより配付場所が休館となってしまう、活動は休止に追い込まれていたが、図書館のスタッフ100人以上のボランティアにより配付再開が可能となった。配付されているものは缶詰や米、豆、野菜、ヨーグルトなどでリクエストした家族には新しい児童書も配られたという。

3. オーストラリアでの取り組み

オーストラリアの社会福祉事業団体は、新型コロナウイルスという未曾有の事態で移動が制限された際も、地域社会に対して有益な支援サービスを提供し続けた。例えば、可能な限り電話やビデオ通話を通してサービスの提供を続けたり、また、対面により身体的・精神的な支援を提供しなければならない場合は、安全な社会的距離を保ちながら活動を続け、ホームレス、依存症の人々、若者、家庭内暴力の被害者など、社会的弱者のための支援サービスを継続してきた。特にホームレス支援に関しては、安全な宿泊場所を提供するために、ホテルと密接に連携して活動を展開し、また貧困層や社会的弱者を対象としたコミュニティ・ミールは、テイクアウトという形式で継続された。金融相談支援も新型コロナウイルスのパンデミックの間も継続し、オーストラリアの主要な社会福祉事業団体であるセント・ビンセント・デ・ポール協会は、電話とビデオ通話を通してサービスの提供を続けた。同協会は、施設を開放し続け、社会的距離を保ちながら社会的弱者へのサービス提供を続けたそうだ。

また、児童保護局は、新型コロナウイルス流行中の福祉サービスを継続して行った。同局は、新型コロナウイルスに関する子どもたちへの教育方法に関して、親子向けの教育資源を開発して業務を継続。さらに、オーストラリア政府の社会サービス省は、資金提供先の団体を通じ、“Financial Crisis and Material Aid(金融危機・物資援助)”, “National Debt Helpline(債務に関する国の電話相談)”, “MoneySmart Adviser(マネースマート・アドバイザー)”, “1-800-RESPECT(DV・性犯罪被害者支援)”, “MensLine Australia(男性を対象とした家族関係・人間関係支援)”, “Men's Referral Service(男性を対象とした電話カウンセリング)”, “Lifeline(ライフライン:24時間の危機介入カウンセリング)”などを行った。

4. 日本での取り組み

では、日本ではどのような対策・活動が行われたのだろうか。

政府の取り組みとしては、2020年6月に成立した第2次補正予算に低所得のひとり親世帯への臨時特別給付金を盛り込み、条件を満たす世帯には、1世帯5万円を支給した。しかしその後も新型コロナウイルス感染の再拡大に伴い、雇用環境は改善するどころか悪化の一途を辿っており、生活困窮者の現状はますます厳しくなっている。その状況を踏まえ、政府は追加で給付金を支給する方針とした。また、国が非常事態宣言を出した4月、生活保護の申請者が増え、東京都内の都市部の自治体では、4月の申請件数が4割以上増加したため、受給者が最終的に収入を得た際にスムーズに生活再建ができるよう、車や店舗などの財産を例外的に所有できるように通知した。また、本来ならば訪問調査を行う必要のある人の感染を減らすために、電話による面談も認めているという。東京都では、生活保護以外にも、ホームレスの人がビジネスホテルに無料で宿泊できるようにするなどの措置をとり、500人以上が利用。また、生活困窮者の支援を行う社会福祉協議会では、生活費の貸付制度や、住宅を失う可能性のある人のための一時的な家賃補助などを実施した。女性と子

どもに関しては、学校の休校に伴って家庭での児童虐待や女性への暴力が増加している現状を踏まえ、児童相談所や婦人相談所等で日常的に電話相談を行っている。しかし、家族が一日中家にいるため、電話相談が困難になったケースもあるという。虐待防止のための家庭訪問は、感染防止を口実に虐待の疑いのある者から拒否され、子どもの安否確認ができない状況が続いているところもあるため、内閣府は女性向けの24時間電話・SNS相談体制を拡充した。さらに配偶者の暴力から逃れるために、居住地にない場合でも支援金を受け取ることができる措置が認められた。また、妊婦が安心して働けるように、職場で特別な配慮がなされるよう通知が出されている。

政府以外では、認定NPO法人フローレンスが、全国のあらゆる親子を置き去りにしないよう、「生活困窮家庭」「ひとり親家庭」「医療的ケア児のいる家庭」に支援を届ける「新型コロナこども緊急支援プロジェクト」を始動させた。風俗業界で働く女性の無料生活・法律相談窓口「風テラス」を立ち上げ活動が続いている一般社団法人ホワイトハンズと共に、風俗業界で働く女性とその子どもへ、オンラインや電話での相談受け入れも強化している。1人の電話相談案件につき、弁護士とソーシャルワーカーのチームで対応し、その相談件数は1ヵ月で800件以上、2019年の同月の10倍以上に上っているそうだ。全国の性風俗で働く女性はおよそ36万人と言われ、その3分の2以上がシングルマザーという中、支援の手がまだまだ足りないことは歴然としており、国レベルでの具体的かつ時代の流れに即した簡便でアクセスしやすい方法(SNS利用など)による支援や給付の実行が急務と考えられる。

5. 女性医療ネットワークでの取り組み

最後に、私自身も所属している女性医療ネットワークで、現理事長の産婦人科医師対馬ルリ子先生が中心となってこのコロナ禍で行った活動についても報告したい。先生は、初めて日本で緊急事態宣言が出され、ほぼ全ての家庭が自

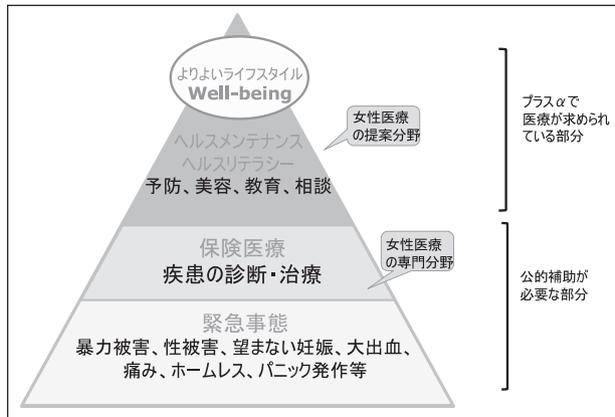


図2 対馬ルリ子「当事者目線の女性総合医療」奥入瀬サミット2020より



対馬ルリ子先生と銀座のクリニックにて

宅に閉じこもることを余儀なくされた2020年4月、自身のクリニックを女性の駆け込み寺として開放し、オンラインで女性のための相談室や情報交換会を展開、ある時は自宅のシェルター利用まで許可したという。

そもそも、女性医療ネットワークは、女性が一人の人間として尊厳のある健康な一生を送るための必要なサポートをするために「女性の視点を生かした真の女性医療を実現しよう」と、2003年6月に設立された組織である(図2)。現在まで、「臨床の視点」「科学の視点」「当事者の視点」「ジェンダーの視点」「友人の視点」の5つの視点を軸に、女性の全人的医療を実現するため、全国の医師、医療者に限らず、理念に賛同された方々や組織・団体・企業とも広く連携しながら、女性のさまざまな健康問題に取り組んできた。中でも、子どもと女性の人権を守るための仕組みづくりや虐待・貧困・暴力を防止するための活動には特に積極的だったが、このコロナ禍でまさにその部分が脅かされることが予想された。国連からも「ステイホームにより世界中でDV増加が懸念される」との注意喚起があり、それならばと、緊急事態宣言下で時間を短縮して診療していたクリニックで、困っている女性であれば年齢や収入、居住区など条件を問わず受け入れることを個人のメールアドレス付きでSNS上で発信したところ、一夜にして1,800件以上のシェアがあったという。さらに、学校休校・在宅ワークにより自宅から移動することができない状況にも対応できるよう、医療職・支援者

が女性たちの相談にのるオンライン相談室「女性のこころと身体 オンライン相談室」を週1回開設。相談室の協力支援者として、産婦人科医師、看護師を始め、理学療法士、臨床心理士、作業療法士、保健師、健康運動指導士、育児相談員、さらには議員やメディアも関わったそうだ。今回経験した症例としては、集団レイプ、不定愁訴の悪化から発覚したDV、緊急避妊ピルの相談などをはじめ、出産前の不安の増悪、パートナーとの関係性の悪化、予防接種に関する不安、低出生体重児出産後のケアやサポート体制への懸念などさまざまだったという。中には、FTM(female to male:体は女性だが心は男性)の方がネットカフェ難民となり、寝る場所がなくて困っているとメールで相談があり、面談して感染のリスクや危険性が少ないことを確認の上自宅に泊めたこともあったそうだ。その方は、元々生活保護を受けていたそうだが、与えられた住所の家が住める状態ではなく、相談したものの都は救済措置を取ってくれないとのことで、福祉事務所と区議会議員に連絡し、ホテル利用が可能になったという。

「このコロナ禍で、これまで社会に隠れていた“行き場がなく、支援につながらない”女性たちの現状が増幅し、あぶり出されてきたようでした」と対馬先生は振り返る。「今、私たちが見直さないといけないのは、自分や自分の周りの本質的な価値です。自分の内と外を見つめ直して守ること。守るとは、閉じるのではなく、しっかり向き合い、感じ、考えて、開いていくことです」。

今後の展望

今回、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う影響を、the socially vulnerable, 特に女性にフォーカスを当てて調べまとめた。世界的に見ても、救済のための方策や補助・支援が不十分な中、今後も状況改善までに時間を要することは明らかである。しかし、救いがあるとするれば、今回のパンデミックにより、これまで当たり前であったことの貴重さや重要性を再認識でき、また、今まで成し得なかったことが可能となりつつあることだろうか。例えば、医療現場においては、問答無用に他科他職種、そして病院間さらには地域間連携が求められ、これまで目指すべき形ではありながら実際にはなかなか現場でうまく成し得なかった本当のチーム医療の構築を図らざるを得なくなっている。固定観念を捨て、現実を直視し、他を理解して受け入れ、共にこのコロナ禍を乗り切る。その考え方が、今後社会が復興していくにあたって、社会的弱者と言われる人たちへ雇用の機会を広げることにつながり、金銭面での安定からくる精神的なゆとりが家庭内を穏やかにし、現在のDV増加のリスクや自殺者増加の現状を少しでも緩和するきっかけになればと願っている。まだしばらく制限された生活が続くと思われるが、産婦人科医そして女性医療ネットワークの一員として、今後も周囲の方々と協力し合い、女性の心身共に健康な毎日のために尽力し続けたい。

参考文献

- 1) Alon T, et al: This Times It's Different: The Role of Women's Employment in a Pandemic Recession; IZA DP No.13562 2020. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27660/w27660.pdf (accessed 2021 Jan 3)
- 2) 日本経済新聞「女性雇用 コロナの逆風 職種転換へ支援急務」(2020年9月6日)
- 3) OECD Employment Outlook 2020: Worker Security and the COVID-19 Crisis; ILO Statistics and databases (ILOSTAT). <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/1686c758-en/index.html?itemId=/content/publication/1686c758-en> (accessed 2021 Jan 3)
- 4) UN Women: From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19 <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19> (accessed 2020 Dec 24)
- 5) African Union: Seven Possible Actions: Women's Rights and COVID-19 https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_and_Women_Rights_7_Possible_Actions.pdf (accessed 2020 Dec 24)
- 6) Nichole G, et al: Addressing the Urgent Housing Needs of Vulnerable Women in the Era of COVID-19: The Los Angeles County Experience, 2020; Social Determinants of Mental Health:1-4. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.202000318> (accessed 2020 Dec 28)
- 7) 須賀朋子: Safe Communityを目指したDV民間女性シェルターと配偶者 暴力相談支援センター: 新型コロナウイルス感染症の対応: 日本セーフティプロモーション学会誌 2020;13(2):9-14.
- 8) Lena D, et al: 新型コロナウイルスとソーシャルワーク 国別報告集2020年7月 http://jaswe.jp/novel_coronavirus/doc/20201127_corona_socialwork_e.pdf (accessed 2021 Jan 3)
- 9) 対馬ルリ子: コロナ感染下でのDV, 性暴力被害者対応を通じて: 東京産婦人科医会ニュースレター, 2020.
- 10) 厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえたひとり親家族等への支援について(その2). 令和2年9月17日. (accessed 2021 Jan 3)

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツと プレコンセプションケア

宮崎県立宮崎病院産婦人科・地域医療科 医長 高村一紘

POINT

- ① セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスとは、性や子どもを産むことに関わる全てにおいて、身体的にも精神的にも社会的にも良好な状態である
- ② セクシュアル・リプロダクティブ・ライツは、自分の意思が尊重され、自分の身体に関することを自分自身で決められる権利である
- ③ プレコンセプションケアは、近い将来産まれるかもしれない子どもの健康を守るだけでなく、子どもを持つか持たないかにかかわらず、全ての男女の健康の保持増進をも可能にする

はじめに

持続可能な開発目標(SDGs:Sustainable Development Goals)は2030年までに達成すべき課題を、17のゴールとして定めている。SDGsの一環としてセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツ(SRHR:Sexual and Reproductive Health and Rights, 性と生殖に関する健康と権利)やプレコンセプションケアについての重要性が注目されるようになったが、これらの概念が全国に浸透しているとは言えない現状にある。

令和元年人口動態統計月報年計(概数)の概況によれば、令和元年の出生数は86万5,234人、出生数は減少傾向が続いている。平均初婚年齢は男性で31.2歳、女性は29.6歳と前年より上昇し、晩婚化の傾向にある。第1子出生時の母の平均

年齢の年次推移をみると、44年前の1975年が平均25.7歳に対して、2019年は30.7歳と晩産化が進んでいる。その結果、妊娠合併症の増加、高血圧や糖尿病などの慢性疾患合併妊娠の増加などが懸念されている。また、思春期以降、学業や仕事に支障を来すような月経痛が治療されず、将来子宮内膜症が進行し、著しくQOLを低下したり不妊症に至ったりしている。性感染症は不妊症、異所性妊娠、時に胎内感染や分娩時の感染で次世代に影響を及ぼす。月経関連の疾患や性感染症は、性の健康教育により予防できる疾患であるが知識が十分に普及しているとは言いがたい。予防できる疾患では生殖可能年齢の20代から40代に多い子宮頸癌の検診率の低さやワクチン接種率の低迷により、1年間に約1万人の女性が子宮を失い、約3,000人の女性が死亡している。両親やパートナー、子どもを残して

特集

この世を去っていった若い年代の子宮頸癌患者を思うと、検診やワクチンの正しい知識を普及し、必要とするヘルスケアにアクセスしやすい社会を目指さなければならないと感じずにはいられない。

意図しない妊娠、10代の妊娠の問題もある。厚生労働省平成30年度人口動態調査と平成30年度衛生行政報告例から算出した10代妊娠の中絶選択率〔中絶数／(出生数+中絶数)〕は出生数8,778、中絶数13,588から計算すると61%で、10代妊娠では中絶を選択する割合が高く、出産に至った事例の中には、すでに中絶ができる週数(22週)を過ぎてから医療機関を受診しているものも含まれる。私は母体保護法指定医として人工妊娠中絶に関わっているが、10代だけでなく中絶率の高い20代前半(34%)、40代後半(47%)の年代においても確実な避妊ができていない結果、身体的にも精神的にも負担の大きい中絶を選択している現状を目の当たりにしている。確実な避妊法であるピルや性感染症予防目的のコンドームの使用に関する正しい知識とその知識を生かして必要なときに行動できるスキルを10代のうちに身につけておく必要性を感じる。また、30代、40代の避妊には年齢や個人の背景、目的に合わせてIUDや避妊手術といったピル以外の安全で確実な避妊法もある。

今回、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツとプレコンセプションケアについて執筆させていただくことになった。すでにウィメンズヘルスや性教育に深く関わっている読者もいるかもしれないが、普段、それらに関わっていない読者を念頭に、最初にセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツについて述べ、米国CDCやWHO、国立成育医療研究センターが掲げるプレコンセプションケアを紹介したい。特にプレコンセプションケアは、日本で最近注目されている概念であり、今後の健康教育や日常診療の一助となることを願いながら執筆したい。

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツ

1994年の国際人口開発会議(ICPD/カイロ会議)の「行動計画」では、家族計画の捉え方が、人口問題を解決するための人口増加を抑制する手段ではなく、一人ひとりの生活や福祉を向上するために情報やサービスを選択しアクセスする権利であるとし、それ以降、新しい概念としてセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツが広く使われるようになった。

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスとは、性や子どもを産むことに関わる全てにおいて、身体的にも精神的にも社会的にも良好な状態であることである。セクシュアル・リプロダクティブ・ライツは、自分の意思が尊重され、自分の身体に関することを自分自身で決められる権利のことである。

この権利には以下のものが含まれる¹⁾。

- ・全ての個人とカップルが、子どもを産むか産まないか、産むならいつ産むか、何人産むかを自分自身で決めることができること
- ・安全に安心して妊娠・出産ができること
- ・子どもにとって最適な療育ができること
- ・他人の権利を尊重しつつ安全で満足のいく性生活をもてること
- ・ジェンダーに基づく暴力、児童婚、強制婚や、女性性器切除(FGM)などの有害な行為によって傷つけられないこと
- ・強要を受けることなくセクシュアリティを表現できること
- ・誰もが妊娠・出産、家族計画、性感染症、不妊、疾病の予防・診断・治療などの必要なサービスを必要な時に受けられること

プレコンセプションケア

Conceptionとは、受胎、妊娠を意味しており、プレコンセプションケアとは妊娠前のケアである。米国CDCでは、プレコンセプションケアとは、いずれ子どもを持ちたいと考えている男女に現在の自身の健康に関心をもってもらうこと

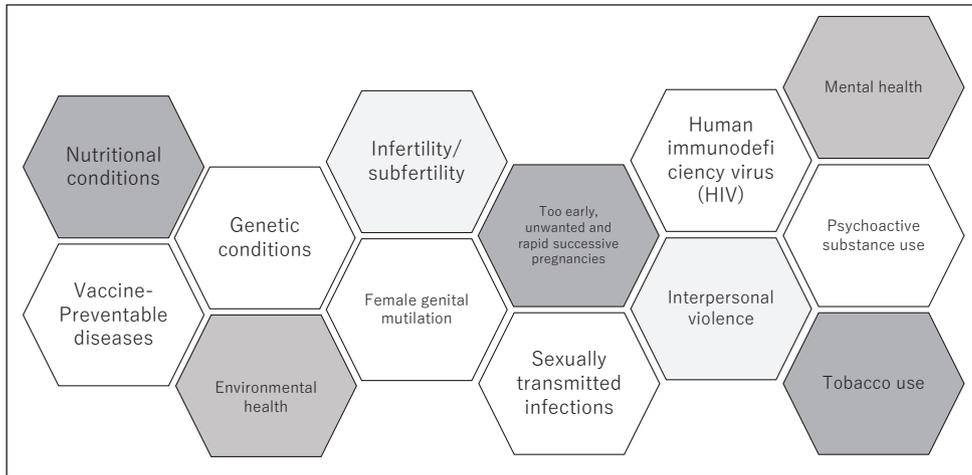


図1 プレコンセプションケアとして取り組む領域(WHO)

【文献3), 4)より引用】

を意味するとしている。それは、また、近い将来生まれるかもしれない子どもの健康を守るだけでなく、子どもを持つか持たないかにかかわらず、全ての男女の健康保持増進をも可能にする^{2), 3)}。WHOは母子の健康転帰を改善することをも目的として取り組むべき具体的な13のテーマについてPOLICY BRIEFを作成し紹介している(図1)⁴⁾。

日本ではプレコンセプションケアとは、前思春期から生殖可能年齢にある全ての人々の身体的、心理的、および社会的な健康の保持および増進と定義されており、現在から将来にわたる自らの健康のみならず次世代の健康の保持および増進を図り、国民全体の健康を向上させることを目的としている⁵⁾。

米国CDCは、妊娠を計画する際、以下の10のポイントを挙げている^{2), 3)}。

1. 妊娠計画を立てて行動する:妊娠を計画していない時には確実な避妊を行うことなどを意味している。

2. 医療機関との関係を持つ

① 妊娠を計画する前に、医学的な問題、例えば性感染症、糖尿病、甲状腺疾患、フェニルケトン尿症、発作障害、高血圧、関節リウマチ、摂食障害、慢性疾患などの既往や現病歴がないか、あったら適正な管理を。

② 生活習慣:喫煙、薬物の使用、有害物質を扱う仕事に就いていることなどがあれば事前によく相談する。

③ 妊娠中の投薬には催奇形性を伴うことがある:処方箋薬剤だけでなく、薬局で購入するダイエット・薬草サプリメントなど、妊娠する前に必要か否かの見直しが必要。

④ 妊婦自身だけでなく胎児の生涯にわたる健康を維持するために、妊娠前、妊娠中、出産直後に必要なワクチンを。

3. 毎日400 μgの葉酸を摂取する:妊娠前あるいは妊娠中であっても、児の神経管閉鎖障害などを防止するために、最低1ヵ月ほどは十分な葉酸を摂取することが推奨される。

4. 飲酒、喫煙、薬物などを中止する:これら続けることで、早期産児、先天異常児、時には新生児死亡などの原因になることがある。仮に、これらを止められないのであれば、ヘルプの声を上げよう。

5. 有害物質や環境汚染物質から身を守る:これらが時に男女の生殖器に影響を及ぼし、妊孕性を低下させることにもなりかねない。妊娠中、乳幼児期、思春期にあって仮に少量の曝露であっても何らかの健康障害の原因になることがある。

6. 適正体重を維持する:肥満は心疾患、2型糖尿病、子宮体癌・乳癌・大腸癌に代表される悪性腫瘍、妊娠中の合併症などのリスクを高めることがある。痩せも同様である。

7. 暴力を受けていないか:妊娠中に限らず、如何なる時期にあっても暴力によって女性が自身の傷害を受け、時には死亡することさえある。

- 将来の妊娠・出産やライフプランについて考えよう。
- 適正体重をキープしよう！
- 禁煙する。受動喫煙を避ける。
- アルコールを控える。
- バランスのよい食事をこころがける。
- 食事とサプリメントから葉酸を積極的に摂取しよう。
- 150分/週 運動しよう。こころもからだも活発に！
- ストレスをためこまない。
- 感染症から自分を守ろう。（風疹・B型肝炎・C型肝炎・性感染症など）
- ワクチン接種をしよう。（風疹ワクチン・インフルエンザワクチンなど）
- 危険ドラッグを使用しない。
- 有害な薬品を避ける。
- 生活習慣病をチェックしよう！（血圧・糖尿病・検尿など）
- がんのチェックをしよう！（乳がん・子宮頸がんなど）
- 持病と妊娠について知ろう。（薬の内服についてなど）
- 家族の病気を知っておこう。（生活習慣病・遺伝疾患など）
- 歯のケアをしよう。
- かかりつけの婦人科医をつくろう。

図2 プレコンセプションケア・チェックシート(女性用) [文献6]より引用

- パートナーと、将来の妊娠・出産やライフプランについて考えてみよう。
- 適正体重をキープしよう！
肥満は生活習慣病や心血管病の原因となります。また、肥満は男性不妊と関連することがあります。急なダイエットではなく、バランスのよい食事と適度な運動を日常生活に取り入れて、健康的なダイエットをこころがけましょう。
- たばこや危険ドラッグ、過度の飲酒はやめよう。
受動喫煙は低出生体重児の原因になることがあります。また、たばこや危険ドラッグ、過度の飲酒は男性不妊の原因になるため注意が必要です。
- ストレスをためこまない。
- 感染症から自分とパートナーを守る。（風疹・B型肝炎・C型肝炎・性感染症など）
- ワクチン接種をしよう。（風疹ワクチン・おたふくかぜワクチン・インフルエンザワクチンなど）
- 自分と家族の病気を知っておこう。
生活習慣病や遺伝性疾患などは、生まれてくる赤ちゃんにも影響を与える場合があります。自分と家族の病気を知っておきましょう。
- パートナーと一緒に健康管理をしよう！
パートナーが将来の健康や妊娠のために食事管理をしていたら、一緒にバランスのよい食事をとって健康になりましょう。もし、パートナーに持病があれば、定期的な通院をすすめ、サポートしましょう。

図3 プレコンセプションケア・チェックシート(男性用)

[文献6]より引用

そのような日常があるならば、ヘルプの声を上げよう。

8. 家族歴を知る: 家族歴を知ることは、生まれてくる子どもの健康を考える上で極めて重要である。姉妹の心疾患、従弟の鎌状赤血球症などがある子どもに影響が及ぶことがあるので、遺伝カウンセリングを医師に求めよう。

9. 精神的な健康問題はないか: 人は誰でも苦悩し、悲嘆に暮れ、ストレスを感じて生活することがあるが、それが度を越しているようなことがあったら、ヘルプの声を上げよう。

10. 準備ができたなら妊娠を計画し、妊娠期間を

健康的に過ごそう。

国立成育医療研究センター内にはプレコンセプションケアセンターがあり、センターのホームページには女性版と男性版のチェックリストが、掲載されている⁶⁾(図2, 3)。

おわりに

家庭でできる性教育について初めてへき地の小学校の保護者に対して講演をしたときは全くうまくいかなかった。そこから全国の性教育を熱心にされている産婦人科医とつながり、四苦

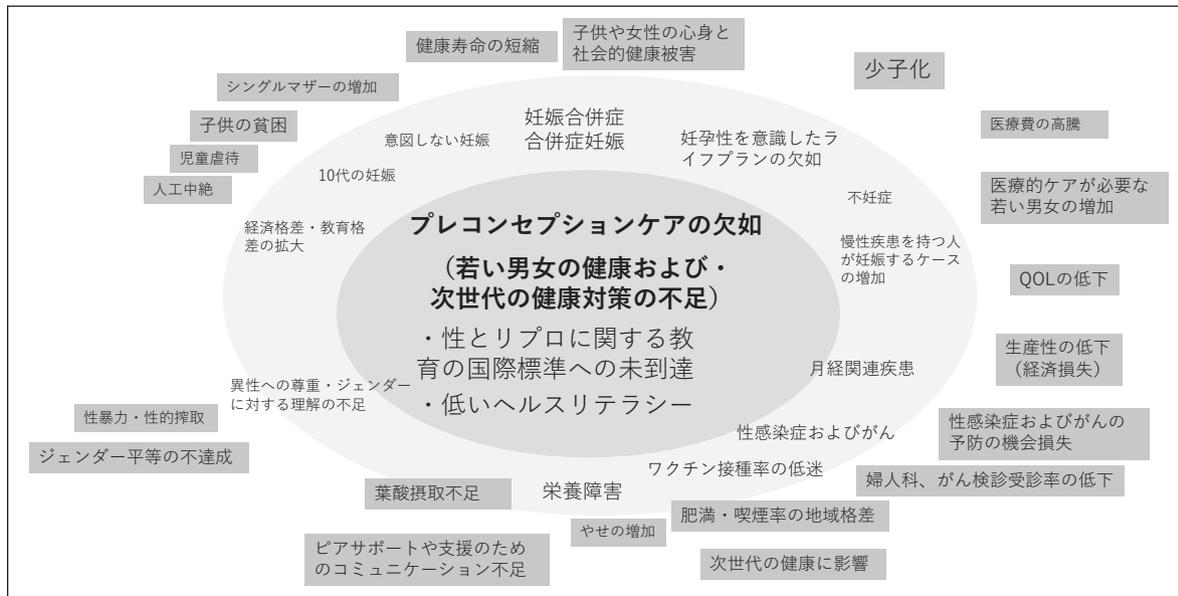


図4 なぜ日本でプレコンセプションケアが必要かとの関係 [文献5]より引用

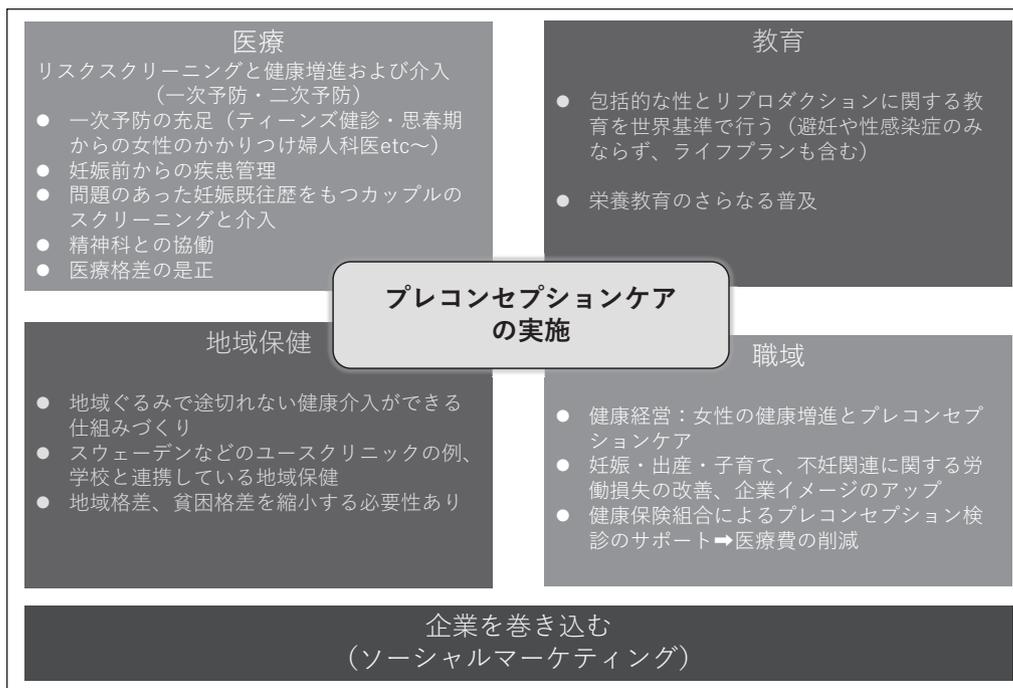


図5 日本のプレコンセプションケアを考える [文献5]より引用

八苦しながら学びを続け、宮崎県内で講義や講演活動を行っている。

中山間へき地のプライマリ・ケア医として医師のキャリアをスタートしたときから性教育やウィメンズヘルスケアの必要性を感じ、現在は産婦人科診療に広く関わるようになり、性の健康教育を学ぶにつれて、「性」に関わるヘルスケアや権利に対して無意識の偏見にさらされていることを自覚するようになった。性教育の「性」

という言葉に偏見や誤解が潜在的にあることをまず自覚し、先輩の産婦人科医にならって性の健康教育と表現している。

月経・妊娠・出産といった女性の健康に関わる必要な知識はパートナーとなる男性にも必要な知識であるという前提で性の健康教育に取り組んでいるが、プレコンセプションケアはまさにその内容を網羅していると考えられる。プレコンセプションケアの欠如によるさまざまな課題

(図4)を解決するためには、性の健康教育が欠かせない。地域でプレコンセプションケアを普及するためには、教育・医療・地域保健・職域・企業・若い世代など多種の関連団体および個人で議論し、提案・実施することが重要とされている⁵⁾(図5)。

私自身、産婦人科医にならないと知らなかったことだらけで、そういう意味で平易な言葉で正確な知識とスキルを伝える性の健康教育が大切だと感じる。また、大切にしていることは、人権に根差した性の健康教育を行うことである。つまり、将来さまざまな理由による妊娠しない権利の尊重やLGBTQ*¹、SOGI*²に対する配慮といったセクシュアル・リプロダクティブ・ライツを尊重することである。

日本で立ち遅れている「前思春期から若い世代に対する国際標準の性と生殖に関する教育」の実現に向けて、微力ながら今後も尽力していきたいので、ウィメンズヘルスに興味のある産婦人科医以外のプライマリ・ケア医やさまざま

な職種とも今後連携を深めていきたい。

* 1 性的少数者(セクシュアルマイノリティ)の総称で、レズビアン Lesbian, ゲイ Gay, バイセクシュアル Bisexual, トランスジェンダー Transgender, クエスショニング・クィア Questioning・Queerの頭文字をあわせたもの。

* 2 「性的指向(Sexual Orientation)」, 自分の性別をどう認識しているかを表す「性自認(Gender Identity)」の頭文字。

文献

- 1) <https://www.joicfp.or.jp/jpn/project/advocacy/rh/> (accessed 2020 Dec 6)
- 2) CDC Before pregnancy. <https://www.cdc.gov/preconception/index.html> (accessed 2020 Dec 6)
- 3) 北村邦夫: プレコンセプション・ケア. 東京産婦人科医学会誌 2020;53:2-14.
- 4) WHO. Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf (accessed 2020 Jan 1)
- 5) 荒田尚子: 日本におけるプレコンセプションケア. 東京産婦人科医学会誌 2020;53:15-18.
- 6) プレコンセプションケア・チェック項目 https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/preconception/pcc_check-list.html (accessed 2020 Dec 6)

日本の緊急避妊薬をとりまく 現状と課題

筑波大学大学院ヒューマン・ケア科学専攻社会精神保健学分野・産婦人科医 遠見才希子

POINT

- ① 海外では緊急避妊薬を薬局で安く買えるが、日本では高額で受診を要する
- ② 対面診療とオンライン診療の強化だけでなくOTC化の実現が望まれる
- ③ パターナリズムから脱却し「性と生殖に関する健康と権利」を尊重する

はじめに

避妊の失敗や性暴力被害など万が一のときに女性が安心して迅速に緊急避妊薬を入手できるようにするためには、産婦人科医だけでなく地域医療を担うプライマリ・ケア医などによる処方やオンライン診療による処方を増やし、現行の診療体制を強化することが必要である。そして「性と生殖に関する健康と権利 (Sexual Reproductive Health & Rights: SRHR)」(図1)の観点から、日本でも諸外国と同様に緊急避妊薬の薬局での入手が実現されることが急務である。緊急避妊薬へのアクセスの現状は海外と日本で大きく異なることをふまえ、これまでの国の議論と最新の動き、オンライン診療の実際や課題などについて述べる。

緊急避妊薬は重要なバックアップ

緊急避妊法とは、避妊の失敗(コンドームの

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス&ライツ 性と生殖に関する健康と権利 (SRHR)

国際人口開発会議(1994年)

性や子どもを産むことに関わる全てにおいて、**身体的にも精神的にも社会的にも良好な状態**であり、自分の意思が尊重され、自分の体のことを、自分で決められること

人々は、他人の権利を尊重しつつ、安全で満足できる性生活をもてる。子どもを産むかどうか、産むとすれば、いつ、何人産むかを決定する自由をもつ。適切な情報とサービスを受ける権利がある。

図1 性と生殖に関する健康と権利 (Sexual Reproductive Health & Rights: SRHR)

公益財団法人ジョイセフ (JOICFP) 「SRHR:性と生殖に関する健康と権利とは」(<https://www.joicfp.or.jp/jpn/project/advocacy/rh/srhr>)を参考に筆者作成

破損や低用量ピルの飲み忘れなど)や膣外射精、性暴力被害など避妊が十分でなかったセックスの後に高い確率で妊娠を回避する方法である。完全に妊娠を阻止できるものではなく、日頃の避妊法として使えるものではないが、万が一のときの重要なバックアップである。セックスの

後72時間以内に服用する緊急避妊薬(約6,000円～2万円)とセックスの後120時間以内に子宮内に留置する子宮内避妊具(銅付加IUD)(約3万～8万円)の2種類がある。いずれもタイムリミットがあり、緊急避妊薬はセックスからなるべく早く使用するほど効果が高いという特徴がある。

緊急避妊薬ノルレボ[®]錠(一般名:レボノルゲストレル)は1982年からアメリカで使用され、1999年からフランスで薬局販売が開始された。日本では長年「ヤッペ法」(中用量ピルを2回に分けて服用する方法で、嘔吐の副作用がよくみられた)が行われていたが、2011年にノルレボ[®]錠が発売された(2019年に後発薬発売)。ノルレボ[®]錠の妊娠率は1.34%(1,198人中16人妊娠)であり、セックスから72時間以内に1.5mg 1回服用することで多くの妊娠を回避することができる¹⁾。ただし、排卵を遅らせる作用のため妊娠阻止率(排卵日付近の妊娠しやすい時期における効果)は時間経過とともに低下する(妊娠阻止率:全体85%, 24時間以内95%, 25～48時間85%, 49～72時間58%)²⁾。ちなみに海外では、セックスから120時間以内の服用で妊娠阻止率が約95%という新たな緊急避妊薬(ウリプリスタル酢酸エステル)が普及しているが日本では認可されていない。

安全性が高く、重大な副作用はない

緊急避妊薬(ノルレボ[®]錠)は思春期を含む全ての女性に安全に使用できる薬である³⁾(図2)。黄体ホルモン単剤であり、安全性が高く、重大な副作用や血栓症のリスクはない。たとえ繰り返し使用しても既知の健康上リスクはなく、将来的な妊孕性への影響はない。異所性妊娠のリスクを上げることはない。たとえ妊娠中に誤って服用しても胎児に害を及ぼすことはない。

WHOやFIGO(国際産婦人科連合)は緊急避妊薬を医学的管理下におく必要はなく、薬局カウンターでの販売が可能とし、後日のフォローアップ受診は必ずしも必要ないとしている。若い女性でもラベル表示と説明書を容易に理解で

きることや、手に入りやすくなることで性的リスク行動や性感染症は増加しないというエビデンスがある。WHOは、緊急避妊薬を渡すときには女性にとって不必要な手続き(ルーチンの妊娠検査や面前内服など)を避けることや事前供給(あらかじめ多めに渡しておくこと)を推奨している⁴⁾。

緊急避妊薬は女性の権利

緊急避妊薬の安全性や科学的根拠に基づき、海外では多くの国で緊急避妊薬を薬局で安価に購入することができる。76カ国において緊急避妊薬を薬局で処方箋の必要なく薬剤師の関与のもと購入でき(Behind The Pharmacy Counter: BPC)、19カ国において薬剤師を介さずに薬局などで直接購入できる(Over The Counter: OTC)。中には学校の保健室やユースクリニックで無料配布している国もある。主要先進7カ国(G7)については、日本を除く全ての国で約800円から2,000円、高くても5,000円程度で薬局で購入できる(BPC:イタリア, ドイツ, OTC:アメリカ, イギリス, フランス, カナダ)⁵⁾。

WHOは「意図しない妊娠のリスクを抱えた全ての女性に緊急避妊にアクセスする権利があり、緊急避妊の複数の方法は国内のあらゆる家族計画プログラムに常に含まれなければならない」と勧告し⁶⁾、緊急避妊薬をEssential Medicines(必須医薬品)に指定している。これは、人口の大部分におけるヘルスケア上のニーズを満たすものであり、個人やコミュニティが入手できる価格であるべき薬のことである。つまり緊急避妊薬は特別な薬ではなく、多くの女性が健康を守るために必要となる身近な薬であり、安く、簡単にアクセスできなければならないのだ。

日本における3つのハードル

一方、日本では、緊急避妊薬の入手にあたって3つのハードルがある。第一に、処方箋医薬品であり受診して医師による問診を受ける必要があること(物理的ハードル)。仕事や学校を休

緊急避妊薬の薬局での入手を実現する市民プロジェクト

緊急避妊薬 知っておきたい8つのこと

緊急避妊薬¹⁾は、性交後72時間以内に飲むことで高い確率で妊娠を避ける薬です。避妊具を使用しない性交や避妊の失敗、性暴力被害の際の重要な備え（バックアップ）になります。万が一のとき、女性が健康を守るために安心して安全に使用できるように、WHOファクトシート²⁾に引用される医学論文をもとに「緊急避妊薬知っておきたい8つのこと」をまとめました。

緊急避妊薬「レボノルゲストレル単剤の緊急避妊薬（商品名：ノルレボ錠、レボノルゲストレル「F」）
WHOファクトシート²⁾ Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs) References (QRコード参照)

- 1 緊急避妊薬は思春期を含むすべての女性に安全に使用できます**
 - ✓ 緊急避妊薬の成分レボノルゲストレルは、30年以上前から広く様々な薬剤に使用され、広く研究されています。
 - ✓ 成分は数日以内に体内から消失し、中毒性のリスクはありません。
 - ✓ WHOは、緊急時に1回服用することを推奨していますが、繰り返し使用しても健康上のリスクや副作用は報告されていません。
 - ✓ 1回の月経周期に複数回使用しても重篤な副作用は報告されていません。
 - ✓ がんのリスクの増加との関連性は示されていません。 ✓ 脳卒中や静脈血栓症のリスクはありません。
- 2 緊急避妊薬に重い副作用や長く続く副作用はありません**
 - ✓ 重篤な副作用や持続的な副作用はありません。 ✓ 軽度で短期的な副作用が一部の女性に出ることがあります。
 - ✓ 最も一般的な副作用は月経不順で、その他、疲労感、腹部不快感、吐き気などです。（月経不順は緊急避妊薬の作用で排卵が遅れた結果生じると考えられます。）
- 3 緊急避妊薬は子宮外妊娠のリスクを高めません**
 - ✓ 緊急避妊薬使用後に成立した妊娠における異所性妊娠（子宮外妊娠）は1%未満であり、一般的な異所性妊娠の割合よりも低いか同程度です。
- 4 緊急避妊薬は将来の妊娠しやすさに影響しません**
 - ✓ 成分は数日以内に体内から消失し、将来の妊よう性（妊娠しやすさ）に影響を与えません。
- 5 緊急避妊薬は胎児に害を与えません**
 - ✓ 妊娠初期に誤って使用しても、緊急避妊薬使用後に妊娠しても、胎児に害を与えません。
- 6 緊急避妊薬は流産させる薬ではありません**
 - ✓ 緊急避妊薬の主な作用は排卵を止めたり、遅らせることです。
 - ✓ 流産させたり、中絶する薬ではありません。
- 7 市販薬化された場合、女性は、緊急避妊薬の情報を理解し正しく使用できます**
 - ✓ 緊急避妊薬の使い方は簡便で、医学的管理下におく必要はありません。
 - ✓ 多くの国で市販薬または処方箋なしで使用されています。
 - ✓ 若い女性も成人女性も、ラベル表示と説明書を容易に理解出来ることが実証されています。
 - ✓ 10代の若者や若い女性が、一度に複数の緊急避妊薬を手に入れた場合でも、日常的な避妊法の代わりに緊急避妊薬を繰り返し使用するということはありません。
- 8 緊急避妊薬が手に入りやすくなっても、無防備なセックスは増えません**
 - ✓ 緊急避妊薬へのアクセスが簡単になっても、性的もしくは妊娠のリスクのある行為は増えません。
 - ✓ 緊急避妊薬をあらかじめ手に入れた女性は、必要ときに使用し、最も効果的な性交後12時間以内に服用する可能性が高かったことが示されています。
 - ✓ イギリスの研究で、若年層の緊急避妊薬に対する知識や手に入れやすさと、性的活動が活発になる可能性との間には相関関係はないことが示されています。
 - ✓ 緊急避妊薬を使用したことがある10代の若者や若い女性は、緊急避妊薬を一度も使用したことのない方と比較して、性感染症のリスクは高くありません。

¹⁾緊急避妊薬の薬局での入手を実現する市民プロジェクトは、女性が健康を守るために、安心して、適切かつ安全に、緊急避妊薬（通称アフターピル）にアクセスできる社会の実現を目指す市民プロジェクトです。HP: <https://kinkyuhinin.jp/> お問い合わせ: info@kinkyuhinin.jp

図2 緊急避妊薬 知っておきたい8つのこと

緊急避妊薬の薬局での入手を実現する市民プロジェクト(<https://kinkyuhinin.jp/>)がWHOの許可を得て翻訳した「緊急時のレボノルゲストレル単剤投与の安全性に関するファクトシート(WHO, 2010)」をもとに作成

めず受診できないケースや、夜間休日や地方では取り扱っている医療機関が少なく受診先を見つけることが困難なケースがある。第二に、一般的に高額な設定であること(金銭的ハードル)、医師の意見や開発期間を考慮したといわれているが、保険適用はなく自由診療で約6,000円～2万円を要する(夜間休日はさらに高額の場合がある)。性暴力被害の場合はワンストップ支援センターへの連絡や警察への届出により無料になるが、被害届が正式に受理されなければ公費負担にならないケースや受診後の連絡では支給対象にならないケースがある。第三に、プライベートな性経験を医療者に話すことや受

診に対する抵抗感(心理的ハードル)。特に若年者や性暴力被害の場合、受診に高いハードルを感じることもある。内閣府の調査によると、レイプ被害女性の中で医療機関に相談できた女性はわずか2.1%であった(警察に相談できた女性は2.8%)⁷⁾。

このような障壁により緊急避妊薬が必要な状況にあっても入手を断念する女性は少なくない。一方、SNSには「アフターピル1,500円で譲ります」といった書き込みがみられ、連絡を取った女性が男性から買春を持ちかけられるケースや、安全性が担保されない個人輸入品をフリマアプリで不正に転売した男性が逮捕される事件

などが起きている。悪用や安易な使用を避けるためにハードルを上げたことによって、すでにさまざまな社会問題が生じている。

緊急避妊薬処方時の注意点

緊急避妊薬の処方にあたって内診は不要で、問診(最終月経やセックスの日時とその際の避妊法など)のみで処方できる。産婦人科以外にも救急科、内科、家庭診療科、最近では自由診療を行う美容クリニックなどでも処方されている。問診上、すでに月経が遅れているなど妊娠の可能性が考えられる場合は、妊娠検査を行うよう勧める。妊娠可能な時期は排卵5日ほど前～排卵翌日であるが、排卵日を断定することは難しく、どの時期のセックスであっても妊娠する可能性は否定できないと考えてよい。同意書(未成年の場合は保護者の来院や同意書)や医療者の目の前で服用することを求める医療機関が存在するが、これらは医療機関ごとの方針によるものであり必須ではない。副作用で嘔吐が生じることは極めて稀だが、服用後2時間以内に嘔吐した場合は再度服用が必要である。服用後は、排卵が遅れて妊娠しやすい時期が来る可能性があるため、月経が来るまで(緊急避妊の成否が分かるまで)はセックスを控えたり、継続的な避妊を希望する場合は、子宮内避妊具を選択したり、服用翌日から低用量ピルを開始する選択肢がある。

緊急避妊は月経が来れば成功であるが、月経が予定より7日以上遅れたときや月経量が少ないときは市販の妊娠検査薬で確認する。また、セックスから3週間後(妊娠した場合、5週相当の時期)に妊娠検査薬が陰性であれば緊急避妊は成功である。妊娠検査薬で陽性が出た場合は早めに産婦人科を受診する必要がある。また、何か心配なことがある場合や、避妊法、性感染症検査、子宮頸がん検診などの相談をしたい場合などはいつでも産婦人科を受診できる。

日本の緊急避妊薬を巡る議論

2017年、緊急避妊薬のスイッチOTC化(いわゆる市販薬化)に関する検討会が厚生労働省で開催された。パブリックコメントでは9割以上が賛成であったが、「性教育が遅れている」「女性のリテラシー不十分」「緊急避妊の成否を使用する女性が判断することが困難」「安易な販売、悪用や濫用の懸念」「薬剤師に専門知識を身に付けてもらう必要がある」といった理由で産婦人科団体が反対しOTC化は否決された⁸⁾。

2019年1月からオンライン診療に関する検討会が厚生労働省で開催され、緊急避妊薬を「初診対面診療の例外」として認めるか議論された⁹⁾。産婦人科団体の代表からは「若い女性は知識がない」「高度の内分泌の知識を持った産婦人科専門医に(処方を)限定すべき」「問診だけで処方するにはリスクがある。内診、妊娠確認を行ってから処方する」「男児が女性化するリスクがある」といった科学的根拠が確認できない発言がみられた¹⁰⁾。また、悪用や安易な使用に対する懸念から「性被害者だけに(処方を)絞ってはどうか」といった議論が展開され、検討委員12名のなかで唯一の女性の委員は「そもそも婦人科の受診は女性にとってハードルが高い。もっとハードルを低くしてほしい」と訴えた。2019年7月、緊急避妊薬のオンライン診療が解禁された¹¹⁾。対面診療に物理的・心理的障壁がある場合に限って研修を受けた医師と薬剤師が対応し、「緊急避妊の成否確認のために3週間後の産婦人科受診を約束する」「転売など組織的な犯罪に使用されないように1回分のみの処方を徹底し薬剤師の前で内服する」といった厳しい要件が付いた¹²⁾。しかし、具体的な運用方法が示されないうちに新型コロナウイルスによる未曾有の事態となり、2020年4月、新型コロナウイルス感染症の拡大に際する時限的・特例的取扱いとして初診からのオンライン診療が解禁され制約は一気に緩和した。緊急避妊薬に関しては、医師の判断のもと要件を満たしていなくても電話やビデオ通話によるオンライン診療や「0410対応」の処方箋、薬の宅配が可能になった¹³⁾。

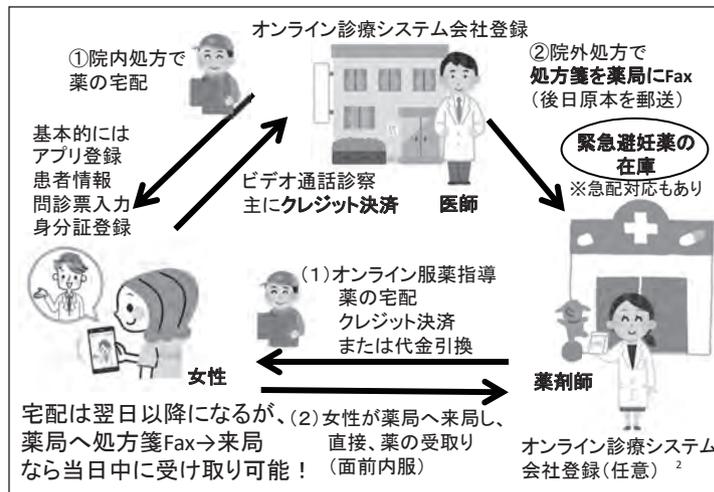


図3 緊急避妊薬のオンライン診療の実際

オンライン診療の実際と課題

現在、緊急避妊薬のオンライン診療では、「病院・クリニックが本人宅に薬を宅配」「医師が院外処方箋を薬局にFAXし本人が当日中に薬局に行き薬剤師から薬を受け取り」「院外処方箋を受けた薬局が本人宅に薬を宅配」のいずれも可能である¹⁴⁾(図3)。インターネットで検索しうる限り、病院・クリニックからの宅配が主流である。その場合、薬局は関与せず、薬の受け取りは基本的に翌日以降になる。筆者はオンライン診療で女性が薬局での受け取りを希望されたが、近隣の薬局に緊急避妊薬の在庫がなく、医薬品卸から薬局への急配は時間がかかることが分かり、結局、クリニックから宅配した経験がある。

オンライン診療後で当日中に緊急避妊薬を受け取れるようにするためには、まずは、緊急避妊薬のオンライン診療を行い、かつ、院外処方箋を薬局に出す医師が増えること、次に、緊急避妊薬の在庫を置く薬局が増えること、さらにその在庫情報が簡単に検索できて、医師と薬剤師が連携しやすくなるシステムの構築が必要である。また、オンライン診療はスマートフォンやキャッシュレス決済が基本であることから、全ての女性が簡単にアクセスできるようにはならないだろう。実際に利用した当事者からは「地方からでも東京の病院のオンライン診療を受け

られて良かった」という声がある一方、「宅配に時間がかかり72時間以内に飲むことができなかった」「クレジットカード決済は学生には難しい」といった声が挙がっている¹⁵⁾。

さまざまな課題はあるがオンライン診療の解禁は緊急避妊薬へのアクセス改善に風穴を開ける大きなチャンスである。薬剤師が緊急避妊薬を薬局で直接取り扱う経験が蓄積されることは、将来的に適切なOTC化に寄与する可能性がある。

コロナ禍における最新の動き

新型コロナウイルス感染症パンデミック下、WHO(世界保健機関)は「OTCの検討を含め、緊急避妊へのアクセスを確実にすること」を改めて世界各国に提言した¹⁶⁾。

日本ではコロナ禍において性暴力や若年者の意図しない妊娠に関する相談が増加し、緊急避妊薬へのアクセス改善を求める市民の声が高まっている。筆者が共同代表を務める「緊急避妊薬の薬局での入手を実現するプロジェクト」はアクセス改善を求める要望書と10万人を超える署名を内閣府や厚生労働省などに提出した(写真1)。2020年12月、第5次男女共同参画基本計画において「緊急避妊薬に関する専門の研修を受けた薬剤師が十分な説明の上で対面で服用させることを条件に、処方箋なしに緊急避妊



写真1 緊急避妊薬へのアクセス改善を求める要望書と署名の提出

薬を利用できるよう検討する」ことが閣議決定された¹⁷⁾。橋本聖子内閣府特命担当大臣は「誰一人取り残さない施策の早期実現を目指して、厚生労働省にも働きかけていきたい」「悪用する、しないという問題もありますが、それ以前に本当に困っている人がいる」と発言した^{18), 19)}。しかしあくまで「検討」の段階であり、当事者目線で適切な運用が実現される目途は立っていない。そして緊急避妊薬の薬局での入手に対しては、専門家からもいまだ根強い反対意見がある。

「性教育が先」では遅すぎる

「性暴力被害は緊急性が高いがそれ以外は安易な使用が増える」「性教育が先だ」といった意見がある。しかし、緊急避妊薬が必要となる理由や女性の背景はさまざまであり、たとえ緊急避妊薬を繰り返し使用する女性がいたとしても「この人は安易だ」と他人にジャッジすることはできない。その背景には、性暴力や貧困、教育を受ける機会の不足、低用量ピルや子宮内避妊具など日頃の避妊法が高額でアクセスしづらい問題などがあるかもしれない。そもそも医療には人を罰したり、ジャッジする役割はない。一方で、性暴力被害にあってもそれを打ち明けられない女性もいる。「レイプされたことは言えなかった。医師から『なんでちゃんと避妊しなかったのか』と説教され傷ついた」「性被害にあっても、それが被害だとはすぐに認識できなかった」という当事者の声がある。緊急避妊薬が必要となった理由や、それを開示できたかによって薬の提供を差別することは人権侵害であり、深刻

な二次被害(セカンドレイプ)につながりかねない。

そして、性教育が十分に行われてこなかったのは長年の日本社会全体の問題であり、若者の責任ではない。筆者は中高生向けに性教育活動を行っているが「緊急避妊薬の存在は知っていたけれど、1万円なんてお金はすぐに用意できなくて受診できなくて、妊娠して中絶した」という高校生の声を聞いたとき、たとえ知識があっても、実際に手に入れやすい社会のシステムが整っていなければその知識は機能しないということを痛感した。タイムリミットのある緊急避妊薬を薬局で迅速に入手できるようにするシステムづくりと、性教育の充実や日頃の避妊法へのアクセス改善などを通して緊急避妊薬が適切に使用される環境づくりは、「どちらが先」ではなく「両輪」で推進する必要がある。

まとめ

意図しない妊娠は、女性の健康や人生に大きな影響を及ぼし、子どもの虐待死(特に日齢0日児の死亡)につながることもある。避妊や家族計画は女性や子どもの健康を守るために不可欠であり、緊急避妊薬へのアクセスは基本的な権利である。緊急避妊薬は科学的根拠に基づき、権利の枠組みのなかで提供されるものであり、個人の価値観や科学的根拠のない議論によってアクセスが制限されてはならない。意図しない妊娠のリスクを抱えた全ての女性が、身体的、精神的、社会的に良好な状態で自分の体のことを自己決定できるように、緊急避妊薬は誰もがアクセスできる世界標準の価格と方法によって安全かつ平等に提供されなければならない。

世界から遅れる日本の緊急避妊薬をとりまく現状を打開するためには、「悪用、乱用、安易な使用をしないように、女性を管理下におき指導する」といったパターンリズムから脱却し、一人ひとりの「性と生殖に関する健康と権利(SRHR)」を尊重することが最も重要である。

参考文献

- 1) あすか製薬株式会社: 緊急避妊剤ノルレボ錠1.5mg. <https://www.aska-pharma.co.jp/iryoyiyaku/item/detail.php?id=221>
- 2) 日本産科婦人科学会: 緊急避妊法の適正使用に関する指針(平成28年度版) http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/kinkyuhinin_shishin_H28.pdf
- 3) WHO: Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs) (2010) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70210/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf;jsessionid=5649F052DA0127396D9270986921610B?sequence=1
- 4) WHO: Family Planning - A global handbook for providers 2018 edition <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
- 5) International Consortium for Emergency Contraception <https://www.cecinfo.org/>
- 6) WHO: Emergency Contraception <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- 7) 内閣府男女共同参画局: 男女間における暴力に関する調査(平成29年度調査). https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/h29danjokan-2.pdf
- 8) 厚生労働省: 要望されたスイッチOTC化の妥当性に係る検討会議結果について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/0000193402.pdf>
- 9) 厚生労働省: オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/otherisei_513005_00001.html
- 10) 厚生労働省: オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会 議事録. <https://www.mhlw.go.jp/content/000517419.pdf>
- 11) 厚生労働省: オンライン診療の適切な実施に関する指針(令和元年7月一部改訂). <https://www.mhlw.go.jp/content/000534254.pdf>
- 12) 厚生労働省: オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会 第5回 資料1. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000514059.pdf>
- 13) 厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の 時限的・特例的な取扱いについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000620865.pdf>
- 14) 日本産科婦人科学会: 緊急避妊薬のオンライン診療のお知らせ. http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20200907_whc.pdf
- 15) #なんでないのプロジェクト, NPO法人 ビルコン. ウェブ調査「新型コロナウイルスと妊娠不安/緊急避妊薬」(2020年5月). <https://kinkyuhinin.jp/project/#project02-2>
- 16) WHO: Coronavirus disease (COVID-19): Contraception and family planning. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19?fbclid=IwAR1poiAktBdEi-I6YZHQ2j3dYnlu4nlCpfoh967Cmn5_ziFXPjWxs3XsGGI
- 17) 内閣府男女共同参画局: 第5次男女共同参画基本計画 ~すべての女性が輝く令和の社会へ~. https://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/5th/pdf/print.pdf
- 18) 伊吹早織(BuzzFeed News). 「市民の声の力も大きい」緊急避妊薬を薬局で, 橋本聖子・男女共同参画担当相に要望書を提出 2020年11月10日 <https://www.buzzfeed.com/jp/saoriibuki/after-pill-1110>
- 19) 橋本聖子, 白河桃子(PRESIDENT WOMAN). コロナ禍で急増する性犯罪を防ぐ「日本でもやっと始まる“一歩踏み込んだ”性暴力対策の中身」2021年1月26日 <https://president.jp/articles/-/42721>

(accessed 2021 Jan 29)

離島医療における看護師のモチベーションに関する研究

福山祐介¹⁾ 村田幸則¹⁾

目的:日本全国の離島(特に人口1,000人未満の小規模離島)の看護師を対象に、離島で看護師が勤務するモチベーションを明らかにすることである。

方法:国内の離島で勤務している看護師へアンケート調査とインタビュー調査を行い量的研究・質的研究の両面からアプローチを行った。

結果:小規模離島で勤務する看護師の勤務を続けているモチベーションとして、「人とのつながり」「貢献」など業務にかかる内発的なモチベーション3.0が上位であった。インタビュー調査でも「自治体の医療政策など大きな幅広い業務に関われる」などがあげられ、報酬などモチベーション2.0でなくモチベーション3.0が勤務のモチベーションとなっている。「組織としてモチベーション3.0へアプローチすること」「モチベーション3.0に基づいた、新卒者へのアプローチと中途採用希望者への情報提供の拡充」などの必要性が示唆された。

結論:モチベーション3.0を向上させるような取り組みの継続が求められる。

KEY WORD 小規模離島, 看護師不足, モチベーション, 病院経営

I. 研究の背景と目的

1. 研究の背景

医師・看護師をはじめとした医療従事者の不足やその偏在は社会問題化している。厚生労働省の報告¹⁾をはじめとした多くの調査資料によって、医師の地域偏在・診療科偏在が指摘されている。また、日本医師会の調査(2017)によれば、多くの過疎地域で看護師不足が指摘されている²⁾。看護師の充足状況に「問題ない」と回答したのは国内の2割程度であり、8割以上の医療機関が看護師不足に悩んでいる²⁾。

医師であれば医局制度や地域枠奨学金といっ

た外的制度も勤務理由の1つであるが、看護師においては外的制度も少なく、自らが働き方を選んでいる可能性が高い。本研究では、離島で勤務する看護師のモチベーションを明らかにすることで、離島に看護師を呼び込むための施策を検討したい。

2. 研究の目的

本研究の目的は、離島で看護師が勤務するモチベーションを明らかにすることである。限られた経営資源の選択と集中が可能となり、看護師の確保・定着が実現し、離島医療提供体制の安定化につながると仮定している。

1) 藤田医科大学医療科学部医療経営情報学科

(筆頭著者連絡先: 〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98 藤田医科大学医療科学部医療経営情報学科)

原稿受付2020年4月20日/掲載承認2021年1月20日

II. 先行研究の整理

1. 看護師不足に関する先行研究の整理

看護師が不足している現場でより効率的に医療を行うためにどうすれば良いかという研究が進んでいる。看護師の業務負担軽減という観点からアプローチしている研究が多く、遠隔診察に適した疾患と市販機器の組み合わせを検討し、具体的にシステムを構築することで人的資源の効率活用とデータによる情報共有促進を狙うもの³⁾、X線やCT(コンピュータ断層診断装置)などの患者データを通信回線により伝送し、専門医の助言を受けながら診療できるシステムを構築し、全県的な医療連携体制を整備するもの⁴⁾といったインターネット通信を利用したシステムの構築に関する分野が多い。また、ドローンを利用した医薬品運搬の実証実験⁵⁾や聖マリアンナ医科大学における院内薬剤運搬のロボット実証実験⁶⁾など、ロボットを用いた実証実験も多く行われている。

復職支援という観点からも研究は進んでいる。神戸大学医学部附属病院では、職場復帰支援のためのセンターを設置している。このセンターの特徴的な点は、出産と育児の経験をキャリアアップととらえ、より質の高い支援プログラムを提供している点である⁷⁾。看護師の離職を社会的損失ととらえ、産休・育休中の職員だけでなく、出産・育児でやむを得ず離職してしまった職員も対象としている⁷⁾。

一方、へき地・離島医療を対象とする先行研究は多くない。その中でも、代表的なものとしては、日本医師会の調査(2017)があげられる。多くの過疎地域で看護師をはじめとした医療従事者の不足が指摘されている²⁾。特に看護師においては、充足状況に「問題ない」と回答したのは国内の2割程度であり、8割以上の医療機関が看護師不足に悩んでいる²⁾。この結果を踏まえ、看護師不足の打開策として「過疎地域勤務に対する看護職員への給与増」を最終的に提言している²⁾。

また、積極的な学習機会の確保やICTの活

用・支援機関との連携による支援が必要であることも示唆されている⁸⁾。へき地保健医療対策検討会においても、離島看護に従事する看護職の確保・定着のための提言がなされている。「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」「研修機会やマニュアルが不十分」といったへき地における問題や課題を踏まえ、看護職の確保・定着のための提言を行っている⁹⁾。

2. モチベーションに関する先行研究の整理¹⁰⁾

現在のモチベーションに関する研究は、「モチベーション2.0」に代表される社会システムから脱却し、いかに「モチベーション3.0」へ移行していくかという点に焦点が当たっており、ダニエル・ピンクは、コンピューターに搭載されているOS(基本ソフト)になぞらえ、モチベーションを表1のように定義づけている。

多くの人はOSについて考えることは少なく、故障したり内蔵されているソフトが時代遅れで処理に時間がかかったりするようになると、アップデートに取り掛かる。社会にもこのOSは組み込まれており、世の中のプロトコルや仮定がいくつも積み重なった上に法律や経済が機能しているというのが彼の主張である。

人類の歴史が浅いころは、行動の前提が「生存」であった。食料を集める、天災から身を守るなど生理的動因が行動の決定要因であり、モチベーション1.0と定義される。あまり高度ではなく、多くの動物と大差はない。

他者とのかかわりや社会を形成するにつれ、このOSでは対処できなくなる。このアップデート版がモチベーション2.0と呼ばれるものである。報酬と処罰が動機付けとなり、成果主義の考え方を支える理論である。このOSは大変長く社会を支配しており、特に1990年代を中心とした現代までこのOSが主流となっている。正しい時間に正しい仕事を行うことで、工場がスムーズに機能する。仕事の確実性を上げるために、正しい仕事をする者には報酬を与え、逆のケースは処罰を与える。競争が生産性を上げ、良い成績を上げた者には表彰をする。

表1 モチベーションの種類と内容

version	モチベーションの内容
<1.0>	食料を集める, 生殖など生存本能に基づくもの. 人間は生物的存在なので生存のために行動する. 生存を目的とする人類最初の OS.
<2.0>	アメとムチのような, 信賞必罰に基づく OS. 成果主義などに代表され, 活動から満足感を得るといよりも活動によって得られる外的報酬と結びついている. 人には報酬と処罰が効果的だとの考え.
<3.0>	自分の内面から湧き出る「やる気」に基づく OS. 人間には, 学びたい, 社会に貢献したいという第三の動機づけもあるとの考え. 活気ある社会や組織を作るために重要なモチベーション.

(出典 ~ ダニエル・ピンク, 大前研一訳:モチベーション3.0持続する「やる気!」をいかに引き出すか, 講談社, 2010をもとに筆者が作成)

表2 モチベーション 3.0 の特徴

特徴	内容
自律性	与えられている課題の解決方法を他人任せにするのではなく, 主体的に行動する性質
マスタリー (熟達)	経験を積んで取り組みを成熟させることを指す. 与えられている課題や仕事を通じて自分の能力を高めようとして意欲的に行動できるモチベーションの性質
目的	単にお金が欲しい, 上司に怒られたくないといった個人レベルの欲求ではなく, 社会に何らかのインパクトを与えたい, このような社会を実現したいという, 社会レベルの目的意識を持っている性質

(出典~ダニエル・ピンク, 大前研一訳:モチベーション3.0持続する「やる気!」をいかに引き出すか, 講談社, 2010 およびBeyond. (<https://boxil.jp/beyond/a5527/>)をもとに筆者が作成)

単純な生産作業が多かった時代は, このOSで売上がどんどん上がっていった. しかしながら, バブル経済が崩壊し, 正しく働いても給料が上がらない時代へ突入する. 会社の将来性に不安が広がり, 多くの企業は, より強く成果主義を導入することでその解決を図った. 成果主義を導入した企業数も, バブル経済崩壊後一気に増加している. 2012年において成果主義導入企業比率は70%以上であり, バブルがはじけてから一気に導入が進んだ¹¹⁾.

外部報酬が生産性をあげる, この一見当たり前の状況に, 疑問を投げかけたのがモチベーション3.0である. 報酬などの外部的な動機でなく, 学びたい, 創造したい, 世界をよくしたいという内なるやる気の第3の動機づけである. ダニエル・ピンクは, モチベーション3.0を表2

に示す3つの特徴を用いて説明している¹²⁾.

現在支配的なモチベーション2.0について, 多くの「がた」が来ている. 例えば, 勤務する契約社員へ「一定の業績を出せば正社員にする」と約束することは強い外発的動機づけになる. しかし, 正社員にした後は「正社員にする」という動機づけはできなくなり, 正社員の待遇に慣れるため, 昇給など新たな動機づけを与える必要が出てくる. 何かをしてくれたら何かを与えるという交換条件は, 自律性を失わせ, 報酬分・求められた水準の行動にとどまることが多い. それ以上の発展や長期的なモチベーションの持続が期待しにくい. いかにモチベーション3.0へアプローチしていくかが重要となってきている¹³⁾.

3. 先行研究における課題と本研究の意義

先行研究の整理により、いくつかの課題が出てきた。

(1) 限定された調査対象

日本医師会の調査(2017)において、過疎地域で採用する側の考えるアピールポイントを調査しているが、「離島医療」とりわけ「実際に勤務している看護師」の調査には及んでいない。前述した中川(2015)の研究も、あくまで過去の文献からの課題の抽出・カテゴリー化にとどまっている⁸⁾。同じく春山(2009)の研究も、離島勤務経験のある保健師を対象にしたもので、実際に離島で勤務している看護師を対象としていない⁹⁾。2005年に9島のみで実施された調査であり、対象も限定的であることに加えて、実施から15年経過しており、最新の状況を把握する必要があると考えている⁹⁾。

(2) 勤務のモチベーションに関する検証の不足

提言の前提と考えられる「いま離島で勤務している看護師は、なぜ離島で勤務しているのか」という点を先行研究は検証しておらず、課題が残る。「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」などの指摘がなされているが、そのマイナス面を押し返す勤務のモチベーションがあるから勤務を続けているはずで、そのモチベーションが何かを把握した上で最終的な提言を行う必要があると筆者は考える。

(3) 最終的な提言が「給与の増」とその検証の不足

日本医師会の調査(2017)において、最終的な提言として「過疎地域勤務に対する看護職員への給与増」をあげている²⁾。しかしながら、その打開策としてなぜ給与増が有効なのか、検証はなされていない。仮に正しい選択だったとしても、医療機関の経営状況は大変厳しく、給与の増額というハードルは高い。加えて、先行研究においては、給与増に代表されるようなモチベーション2.0の限界が指摘されている。自分の内面から湧き出るモチベーション3.0へのアプローチが有効であると本研究では仮定しており、その検証を行いたい。

III. 研究対象および方法

1. 調査・1回目アンケート

2016離島年報における医療施設・医療従事者等現況に基づき、人口10人以上1,000人未満かつ医師・看護師が勤務している離島を抽出した。その後、現況報告に記載のある診療所数を参考に、各都道府県・所在市町村のホームページ等から2019年8月現在で診療を行っている病院・診療所を対象とした。最終的な送付対象数は139であった。2019年8月に調査依頼状を郵送し、締切は同年11月30日とした。回答はWEB上のアンケートページへ個別にアクセスいただき、医師以外の医療従事者に回答いただいた。質問項目は、「離島勤務の魅力と不満」などを中心とし、記述統計を通して傾向の把握を試みた。

なお、人口10人以上1,000人未満を対象に設定した理由は、地域医療振興協会第29回研究助成「日本の小規模離島において診療所が常勤体制から非常勤体制に変化したことで、現状を住民や医療行政担当者、後任医師はどのように感じているか？」と調査条件を一部連動させ、さらなる研究の深化を狙いとしたためである。この研究では、医療提供体制における「住民・行政担当者・後任医師」に焦点を当てている。ここに「現在勤務している医療従事者の考え」の側面を加えることで補完的な関係が生まれると考えている。

2. 調査・2回目アンケート

1回目の調査をもとにさらなる研究の発展を見込み、離島の規模や職種に関わらず国内離島全体の医療従事者の傾向を調査するため、追加調査を実施し、量的分析の面からアプローチを行った。対象離島を人口1,000人以上とし、国内すべての離島を網羅した。2020年2月現在で診療を行っている病院・診療所とし、その他の抽出条件や質問項目は1回目と同様とした。最終的な送付対象数は413であった。2020年2月に調査依頼状を郵送し、締切は同年3月13日と

表3 調査対象の属性

対象	1回目調査と2回目調査合計 (国内の離島で勤務するコメディカル)	1回目調査のみ(1,000人以下の小規模離島で勤務する看護師)
職種	看護師【准看護師含む】・療法士・事務職など：79名	看護師【准看護師含む】：27名
正規・非正規	正規：63名 非正規：16名	正規：23名 非正規：4名
婚姻	婚姻有：53名 婚姻無：26名	婚姻有：16名 婚姻無：11名
男・女	男性：20名 女性：59名	男性：0名 女性：27名
採用時期	新卒採用：11名 (※内訳事務職8名 療法士2名，看護師1名) 中途(前職も離島)：18名 中途(前職は離島以外)：43名 その他：7名	新卒採用：1名 中途(前職も離島)：1名 中途(前職は離島以外)：24名 その他：1名
離島勤務を希望したか	希望有：56名 希望無：23名	希望有：21名 希望無：6名

した。アンケートは記述統計で分析した。

なお、現在公表されている2016離島統計年報において、宮古島(沖縄県)は医師・看護師の勤務者数が0となっている。調査元である公益財団法人日本離島センターに確認したところ誤りが判明し、実際に医師・看護師が勤務している旨報告を受けたため、今回の調査においても対象に算入している。

3. 調査・インタビュー

アンケート調査の質問項目で「後日可能な範囲でインタビューへの協力が可能か？」を入れ、協力を得られた小規模離島(人口10人以上1,000人未満)2島の看護師(各1名・計2名)へ2020年4月に各30分程度インタビュー調査を行った。「離島で勤務をするモチベーション」「離島勤務の不満」などについて、半構造化インタビュー(単独)で実施した。得られた結果について、内容を整理した。

4. 対象者への倫理的配慮について

研究助成元である地域医療振興協会と事前協

議を行い、倫理審査委員会等での審査を受けなかった。ただし、対象者への調査依頼には、目的・方法・研究実施者の問い合わせ先を掲載し、個人が特定されないよう配慮すること(回答無記名)、研究以外の目的で使用することがないことの上承を得た。インタビューを行う際は、一度上承しても取り下げる権利の保障等についても上承を得た。

IV. 結果

1. アンケート結果

1回目の調査回答は27名、2回目の調査回答は52名であった。

調査対象の属性を調べると(表3参照)より、採用の多くが「中途採用」であることが分かった。また、離島の規模や職種を問わず、約7割が婚姻有と回答し、約8割が正規の職員として勤務していることが分かった。

小規模離島で勤務する看護師の勤務を続けているモチベーションとして(表4参照)、「患者さんとの距離感が近い・頼りにしてくれる」「島

表4 離島で勤務を続ける理由（複数回答）

項目	国内の離島で勤務する コメディカル (n=79)	小規模離島で勤務する 看護師 【准看護師含む】 (n=27)
患者さんとの距離感が近い・頼りにしてくれる	32	15
島への愛着(島の自然が好きなど)	28	11
業務時間に余裕がある(残業が少ない)	26	16
社会への貢献	21	9
休みがとりやすい	17	4
職場の人間関係が良い	17	9
その他	16	6
幅広い業務に携われる	10	8
勤務先の安定性・将来性が高い	9	4
ライフイベント(出産)などで勤務地を変えにくい	8	3
福利厚生が充実	5	2
給与待遇がよい	3	2
行政との連携がうまくいっている	3	3
離島で勤務すると免除される奨学金を受給している	1	0

(※その他の回答【抜粋】)

- ・特にない、できれば今すぐにもやめたいが次が居ないので辞めることができない
- ・地元だから
- ・勤務辞令による

への愛着(島の自然が好きなど)」などモチベーション3.0にかかる項目が上位であり、合計数も最も多かった。「勤務に余裕がある(残業がない)」と回答した者についても、自由記述欄で「地域医療が楽しい、地域との交流が楽しい」「他で技術や知識の向上を図りたい」「現状を改善する余地がまだある」など、残業がないというモチベーション2.0ではなく、モチベーション3.0の側面の強い記述も多くみられ、モチベーション3.0にかかる項目が大きな割合を占めた。

一方で、外部報酬にかかる「福利厚生が充実」「給与待遇がよい」「離島で勤務すると免除される奨学金を受給している」などモチベーション2.0は相対的な位置づけとして低かった。小規模離島で勤務する看護師のうち、離島勤務の不満点として、給与待遇をあげた看護師が9名いた。この9名全員が、過去に離島勤務を辞めた

いと思ったことがあると回答していた。全体を見ても、離島勤務を辞めたいと思ったことがあると回答した看護師は24名で、うち給与待遇不満は12名(50%)であった。離島勤務を辞めたいと思ったことがないと回答した看護師は15名で、うち給与待遇不満は4名(26.6%)であった。この傾向は他のコメディカルにおいても同様であった。

就職の際に情報を得た項目(表5参照)で1位は小規模離島で勤務する看護師・離島で勤務するコメディカルともに「その他」であった。「その他」の回答は「地域の看護協会」「地域誌」「直接役場へ行った」「採用情報は出ていなかった」などであった。

2. インタビュー結果

2名の看護師にインタビューを実施し、以下に

表5 採用情報はどのようにして入手したか（複数回答）

項目	国内の離島で勤務するコメディカル (n=79)	小規模離島で勤務する看護師 【准看護師含む】 (n=27)
その他	22	12
先輩・同僚・後輩などからの薦め	17	6
自治体などの公的機関	17	6
ハローワーク	15	1
在籍していた大学・専門学校・高校からの紹介(求人票など)	5	0
インターネットの民間求人サイト	5	4
地域医療振興協会の求人情報一覧	3	2
テレビ・交通機関などの広告	0	0

(注記)

「その他」と回答した者でも入力欄に「知人の紹介」など記載した者もあり、「先輩・同僚・後輩などからの薦め」の回答と混在する者も多かったことは注記する。

(※その他の回答【抜粋】)

- ・地域の看護協会
- ・地域誌
- ・地域の推薦
- ・直接役場に行き話を聞いた
- ・採用情報は出ていなかった

インタビューの回答を記した。質問項目を【】とし、代表的な論述データを列挙した。

a) 【離島で勤務をするモチベーション】

- ・ゆっくりと患者さんと向き合えること。患者さんの生活背景はもちろん、その家族、親戚、社会福祉協議会、役場などさまざまな人々と連携して治療に向き合える。
- ・診療だけでなく、自治体の医療政策など大きな幅広い業務に関われること

b) 【離島勤務の不満】

- ・行政との連携がうまくいっていない。医療従事者でない(医療の現場に詳しくない)自治体首長や幹部クラスに説明してもなかなか理解してもらえないことが多い。
- ・急患に少数の看護師で24時間365日対応しなければならない。

c) 【外部研修について】

- ・島外に出るのに費用が掛かるため簡単には参加しにくい。前泊・後泊の合計3日必要になり、時間的にも難しい。そのため、スマート

フォンのアプリを使って新しい知識を勉強したりしている。

- ・参加しづらい。診療所の医療従事者が少なく迷惑をかけてしまう。新型コロナに関する対応策は動画データで確認したところで、今後ICTのさらなる充実を期待している。

V. 考 察

1. 組織としてモチベーション3.0へアプローチすることが重要である

小規模離島で勤務する看護師の勤務を続けているモチベーションとして、アンケート上位項目の多くが「人とのつながり」「貢献」などモチベーション3.0にかかるものとなっている。これはインタビュー調査でも同様であった。また、離島勤務の不満点として「給与待遇」をあげた看護師は「離島勤務を辞めたいと思ったことがある」割合が非常に高く、明らかにモチベーションの低下が認められる。コメディカルでも同じ傾

向がみられ、インタビュー調査でも魅力・不満ともにモチベーション3.0の向上が現在離島で勤務している看護師を含めたコメディカルの離職防止につながり、新たな人材確保につながると考察される。

2. 新卒者へのアプローチと中途採用希望者への情報提供の拡充

新卒者と離島勤務の接点が限られていることも、小規模離島で勤務する看護師充足の大きな阻害要因であると推察される。ほとんどが中途採用で、大きな偏りがみられる。業務の性質上中途採用の求人が優先されていると推察される。しかし、「大学看護教育の中で離島含めへき地医療に関する分野を学ぶ機会を設ける」といった意見が自由記述欄でも出されている。上述したようなモチベーション3.0に基づく離島勤務の魅力について学ぶ接点を増やし、採用の裾野を広げることは重要である。

加えて、中途採用希望者へ情報提供の拡充も求められる。通常であれば、ハローワークや大手民間サイトの中から希望する勤務先の給与条件や勤務体系などの比較を行う求職者が多いが、表4で示した離島で勤務を続ける理由の結果からも、離島で勤務を希望する者はモチベーション3.0に魅力を感じ求職している者も多いと思われる。情報を得た項目の第1位が「その他」であることから、提供されている情報が求職者のニーズに合致していないと考えられる。モチベーション3.0にかかる勤務先の魅力を積極的にPRして行くことが重要である。同様に、ハローワークなどを通して情報提供を行う際にも、給与・勤務体系のみならずモチベーション3.0にかかる情報の提供充実が重要である。

3. 非常勤体制への移行における考察 — 現在勤務している医療従事者の考え —

Ⅲ. 研究対象および方法にて述べた「現在勤務している医療従事者の考え」の側面については、下記の通り考察する。

診療所が常勤体制から非常勤体制に移行する

離島がある中で、医療提供体制における「住民・行政担当者・後任医師」に焦点をあて、体制変化をどのように感じているかが先行研究で下記(●部分)の通り明らかになっている¹⁴⁾。

●医師が非常勤への医療提供体制の変化によって対話が進み、医師、行政担当者と住民の中で当事者意識の醸成の高まりがみられた

●離島在住の看護師の役割は非常勤医体制になるとより増す。非常勤体制になっても、看護師や事務職員などのメディカルスタッフは継続勤務している場合が多い。

本研究のインタビュー調査においては、行政の理解不足に不満があるという意見がみられた。組織体制など医師が窓口となる内容も多いと推察されるが、コメディカルとの連携も大切にし、その視点も含めた意識の醸成を高めていくことが求められる。医師の常勤体制が非常勤体制になるなど、離島医療の縮小化が懸念されている中で、総合病院への情報引継ぎや看護師による死亡確認などさらなる業務拡大も見込まれる。継続勤務している看護師のモチベーション3.0のさらなる向上を目指し、働きやすさの環境を整えることも大切な要素の1つである。

VI. 結 語

— 先進的な取り組みの検討と提言

小規模離島で勤務する看護師の勤務を続けているモチベーションとして、上位項目の多くがモチベーション3.0にかかるものとなっている。また、この傾向は離島の規模・コメディカルの職種問わず同様の傾向がみられた。就職情報の提供を行う際にも、モチベーション3.0にかかる情報の充実が重要であることが考察された。本項では、この考察を踏まえた、より効果の高いと推察される実践事例の紹介と分析を行い、結語に代える。

1. 沖縄県立久米島病院

沖縄県立久米島病院では、働きながら沖縄県

立看護大学大学院で学べる環境を整備しており、離島勤務の不満である学習機会の少なさを補完できている¹⁵⁾。沖縄県立看護大学の早期体験実習も受け入れており、自由記述欄で要望のあった「学生に離島の業務を理解してもらう」点でも進んだ取り組みである。

2. 島根県隠岐の島

看護師ブログやホームページで、職場の雰囲気、仕事のやりがい、島の生活の楽しみ方を伝えたことが大きな効果を上げ、活動実施以前の6年間は看護師の採用がなかったが、その後25年度までに看護師16名、薬剤師1名、作業療法士2名という大きな採用に結びついている¹⁶⁾。モチベーション3.0の向上を促す施策の重要性が示されている。

離島内・離島間でも医療従事者確保における格差は広がっていく可能性が十分に考えられ、モチベーション3.0を向上させるような取り組みの継続が求められる。

VII. 謝 辞

本研究は、公益社団法人地域医療振興協会第32回「地域保健医療に関わる研究」の研究助成を受け実施した。

引用・文献・注釈等

1) 厚生労働省:へき地医療の現状と課題。 https://www.soumu.go.jp/main_content/000513101.pdf#search=%27%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E4%B8%8D%E8%B6%B3+%E8%AA%BF%E6

- %9F%BB+%E9%9B%A2%E5%B3%B6%27 (accessed 2020 Feb 6).
- 2) 堤信之, 坂口一樹:日本医師会総合政策研究機構.看護職員等の医療職採用に関する諸問題。 <https://www.jmari.med.or.jp/download/WP396.pdf> (accessed 2020 Apr 7).
 - 3) 本間聡起, 溝口環, 木下博之:遠隔診察(テレケア)において適用可能な疾患の抽出と疾患別に必要なシステムの構成要素 - 慢性疾患と急性発症の疾患への対応の可否。 医療情報学 2012;32:175-187.
 - 4) かがわ遠隔医療ネットワーク。 <http://www.m-ix.jp/about/> (accessed 2020 Feb 6).
 - 5) 日本経済新聞。 <https://www.nikkei.com/article/DGXLZO18398790T00C17A7CR0000/> (accessed 2020 Feb 6).
 - 6) 聖マリアンナ医科大学。 https://www.marianna-u.ac.jp/houjin/lifelog/20190201_07.html (accessed 2020 Apr 7).
 - 7) 神戸大学医学部付属病院。 <http://www.hosp.kobe-u.ac.jp/dn/outline/index.html> (accessed 2020 Feb 6).
 - 8) 中川早紀子, 高瀬美由紀:へき地で働く看護師が直面する看護上の問題。 日本看護研究学会雑誌 2015;38(3):209.
 - 9) 春山早苗:第4回へき地保健医療対策検討会2009。へき地看護に従事する看護職の確保・定着のための提言。 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-15f.pdf> (accessed 2020 Apr 7).
 - 10) この節は『ダニエル・ピンク, 大前研一訳:モチベーション3.0 持続する「やる気!」をいかに引き出すか,講談社,2010』を参照し,まとめたものである。
 - 11) 独立行政法人経済産業研究所。 <https://www.rieti.go.jp/publications/nts/15e088.html> (accessed 2020 Apr 7).
 - 12) Beyond。 <https://boxil.jp/beyond/a5527/> (accessed 2020 Apr 7).
 - 13) psycho-lo。 <https://psycho-lo.com/extrinsic-motivation> (accessed 2020 Apr 7).
 - 14) 地域医療振興協会第29回研究助成「日本の小規模離島において診療所が常勤体制から非常勤体制に変化したことで、現状を住民や医療行政担当者、後任医師はどのように感じているか?」
 - 15) 久米島病院。 <https://www.kumejimakango.com/> (accessed 2020 Apr 7).
 - 16) 島根県隠岐の島。 https://www.kokushinkyoo.or.jp/Portals/0/kenkyu-happyou/53/第53回_研究発表313.pdf (accessed 2020 Apr 7).

学生の意識に影響する長期地域医療実習内容 — 学生アンケートの解析 —

Contents of long-term community-based medical training that affect students' consciousness:
Analysis of a student questionnaire

布施千尋¹⁾ 伊藤智範²⁾ 松村 翼²⁾ 相澤 純²⁾ 田島克巳²⁾

Chihiro FUSE¹⁾, Tomonori ITOH²⁾ M.D., Ph.D., Tsubasa MATSUMURA²⁾,
Jun AIZAWA²⁾ M.D., Ph.D., Katsumi TAJIMA²⁾ M.D., Ph.D.

要旨

【目的】学生が作成した地域医療実習コンピテンシーに含まれる8つの重要な要素について、実習での経験率、経験が学生に与えた影響を調査することを目的とした。

【方法】実習に参加した5年生に実習後アンケートを行い、満足度と地域医療に対する考えを反映する4つの質問の回答と8つの重要な要素の経験の有無の関連について統計解析した。

【結果】回答数は66名で、実習での重要な要素の経験率は50～92%であった。チームの一員として診療参加を経験することが長期の実習の満足度向上に最も関与することが示唆された(p値:0.005～0.030)。学生参加のもとでプログラムを作成することが、将来地域医療に従事したいと考えることに影響を与える可能性があることも示唆された(p値=0.016)。

【結論】長期実習において学生の満足度を高める工夫として、「チームの一員としての診療参加」などの参加型実習の導入と学生の意見の反映が有効である可能性が示唆された。

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the extent to which the eight important factors included in the competencies for community-based medical training, as determined by the participating students, were experienced during practical training, and how these experiences affected the students.

Methods: A questionnaire survey of participating students was conducted after the practical training for fifth-year medical students, and statistical analysis was performed on the relationship between experience of the eight important factors, and answers to four questions regarding satisfaction with practice and thoughts on community health care.

Results: Responses were obtained from 66 students. The rate of experience of important factors in community-based medical training ranged from 50% to 92%. It was suggested that experience of "participating in medical treatment as a member of a team" is the most important factor for maintaining and improving motivation in long-term practical training (p-value:0.005 to 0.030). It was also suggested that including students in meetings to create a program could affect the desire to engage in community medicine in the future.

Conclusion: The introduction of clinical clerkships, such as "participating in medical treatment as a member of a team," and the reflection of students' opinions, could be effective in increasing students' satisfaction in long-term training.

KEY WORD 地域医療実習 (community-based medical training), 学生アンケート (student survey), 診療参加型臨床実習 (clinical clerkship), 教育効果 (educational effect), プログラム (program)

1) 岩手医科大学医学部6年生, 2) 岩手医科大学医学部医学教育学講座
(筆頭著者連絡先: 〒028-3694 岩手県紫波郡矢巾町医大通1-1-1 岩手医科大学医学部)

原稿受付 2020年11月2日 / 掲載承認 2020年12月28日

1. はじめに

1999年に文部科学省から出された「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」の中の「学部教育の改善」に、臨床実習の充実のために「実際に患者の診療に携わるような臨床実習」との注釈が付され¹⁾、プライマリ・ケアや地域医療の充実についても言及している。これを契機に、医学部では、学生が患者に関わる実習が行われるようにはなったが、その多くは実際の医療行為の枠外で、患者の協力のもとに実際に患者と接して医行為を行う模擬診療型²⁾の実習であった。2010年、米国のEducational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)が、他国の医学部を卒業した医師に対し、アメリカで医業を行う資格審査の申請条件として、「2023年以降は国際的な認証評価を受けている医学部・医科大学の卒業を必須とする」³⁾と発表したことをきっかけに、診療参加型臨床実習の導入が進んだ。一方、大学病院で経験できる症例は特殊な疾患に偏り、common diseaseにしてもrare diseaseにしても通常の頻度で診ることができない⁴⁾ことや、プライマリ・ケアに関する教育の必要性から学外実習が導入されるようになってきた。近年では、地域医療実習に関してはさまざまな取り組みがなされ^{5)~8)}、長期統合型臨床実習 (Longitudinal Integrated Clerkship: LIC)^{9), 10)}や地域基盤型医学教育¹¹⁾の有用性が報告されているが、定まっ

た実習法があるわけではない。

岩手医科大学では、「地域医療人の育成」という教育活動の指針に従い、これまで1週間で行われていた地域医療実習を2018年度より6週間の診療参加型臨床実習とすることが2017年に決まり、協力病院の募集とプログラム作りが開始された。それに先立ち、我々は、学生の視点に立った地域医療実習カリキュラムを提案することを目的に、地域病院に通院中の患者やその家族が学生や大学に求めること、医学生やメディカルスタッフが実習に求めるニーズを抽出するアンケート調査を行い、その結果と医学教育モデルコアカリキュラムに示されているentrustable professional activities <EPA>の考え方¹²⁾をもとに、地域の期待に応えられる医師を養成できる6つの地域医療実習コンピテンシー(表1-1)と同一医療圏内の多施設で行う実習方略を立案し、第50回日本医学教育学会大会で発表した¹³⁾。

その後、実習参加施設を対象に大学が行った長期の地域医療実習プログラム作成のためのワークショップ(以下、WSと略す)および説明会で、前述のコンピテンシーと個々のコンピテンシーに対応する方略例を提示するとともに、方略の中からのどの実習群でも実施可能と思われる実習内容を抽出し、その中から特に重要と考える要素(表1-2)が含まれる実習プログラム作成の協力を依頼した。WSおよび説明会には県内各医療圏の多施設が参加した。最終的なプログラムは各医療圏の中核病院が作成し、

表1-1 学生が作成した地域医療実習コンピテンシー

1. 地域医療に貢献するマインドを醸成する。
2. 臨床の場で多職種連携を体験することで、他の職種の専門性を理解・尊重するとともに、チーム医療の一員であることを自覚し、診療に参加できる。
3. チームの一員として1人の学生が1チームに所属することにより、主治医としての責務を経験し、医師としての基本的技能を修得できる。
4. 1人の患者の入院から社会復帰までを密着することにより、その地域の地域包括ケアの枠組みと問題点を考察できる。
5. その地域の特性と直面する医療問題を把握し、問題解決案を提案できる。
6. 大学病院と市中病院の機能の差を理解し、それぞれの具体的なメリット・デメリットを説明できる。

表1-2 コンピテンシーから抽出した依頼実習内容

1. チームの一員としての診療参加 医師のチームのみでなく、医療スタッフ（介護・福祉関連のスタッフを含む）と連携したチーム医療への参加
2. 患者中心の医療を体験 患者の背景に配慮した医療の体験
3. 患者・医療スタッフとのコミュニケーション
4. 主治医としての責務の経験 病棟での患者と対面する診療に加え、カンファランスやカルテ記述、診断書、意見書、指示箋などの（模擬）作成、患者への説明を含む
5. 基本的技能の十分な活用 医療面接・診察を含む基本的医行為（大学が定めた医行為基準に準ずる）
6. 未診断の患者の医療面接・診察 紹介状を持たない外来患者
7. 地域の特性と医療の問題点の把握
8. 地域住民との交流・地域の文化を学ぶ機会 病院が主催する地域住民向けのセミナーへの参加・講演、地域行事への参加

2018年10月～11月に実習を実施した。実習前には学生の実習へのモチベーションに関するアンケート調査を行った。実習後には、協力機関へのフィードバック、今後の地域医療実習プログラムの改善を目的に、学生に対し、地域医療に対する考えの変化、実習への満足度、実習内容、重要な要素の体験の有無などに関するアンケート調査を行った。

II. 目的

本研究の目的は、2018年度に行われた6週間の地域医療実習において、

1. コンピテンシーから抽出した重要な要素の実施状況
2. 学生の地域医療実習に対する満足度や地域医療に対する考え方に影響を与えた要素
3. 今後の地域医療実習プログラムにおいて配慮すべき要素
4. WS参加を経て作成されたプログラムは学生に地域医療の魅力を伝えられたかを明らかにすることである。

III. 方法

2017年の1週間の地域医療実習後に大学が行っていたアンケートに、重要な要素について

の実習が体験できたかについての質問を追加したアンケート調査を2018年度の地域医療実習に参加した医学部5年生に実施した。対象は、実習参加者80名のうち実習後アンケートに回答し、調査結果を学術的に利用することに同意した66名(男性38名, 女性28名)とした。また、実習前に学生の実習へのモチベーションに関するアンケート調査を行った。実習前アンケートの回答者で実習後アンケートにも回答している学生は61名(男性34名, 女性27名)であった。

アンケート調査の結果は本学教務課において匿名化したデータを解析した。なお、実習先の決定は希望調査で決定しているが、実習先のプログラムの事前公表はなされていなかった。

1. 重要な要素の経験

表1-2に示した8つの要素がどの程度経験できたかについてアンケート調査を行い、「体験できた」の回答を「あり」の群、「どちらともいえない」「体験できなかった」を「なし」の群として集計した。

2. 学生の地域医療実習に対する満足度や地域医療に対する考え方に影響を与えた要素

学生の地域医療実習に対する満足度の質問として「実習が期待通りだったか」「実習に参加して良かったと思うか」「実習期間についてどう思

うか」の3項目を、地域医療の考え方への影響を反映する質問として「地域医療に対する考え方に変化があったか」を選択した。これら4項目の質問に「将来地域医療に従事したいか」を加えた5つの質問に対する回答と8つの要素の経験との関連を統計解析した。

3. 今後の地域医療実習プログラムにおいて配慮すべき要素

1, 2の結果をもとに、今後の地域医療実習プログラムにおいて配慮すべき要素について検討を行った。

4. WS参加を経て作成されたプログラムは学生に地域医療の魅力を伝えられたか

地域医療の魅力の伝達の指標として「将来地域医療に従事したいか」を用いて、本学でのWSに参加もしくは教員が出向いて地域医療実習コンピテンシーに沿った実習についての意見交換をした施設で作成されたプログラム群(4施設群)で実習した学生16名(以下、WS参加群と略す)と説明会で地域医療実習に関する趣旨説明のみを行った群(16施設群)で実習した学生50名(以下、非参加群と略す)の間での比較・解析を行った。2群間の学生のモチベーションの差を比較するために、実習前アンケートの「地域医療実習に積極的に参加したいか」の回答の解析を行った。

5. 統計学的解析

統計ソフトはIBM SPSS Statistics 25を使用

した。2.について、実習期間は「長い」と回答した群とそれ以外(丁度良い, 短い)の群に、「将来地域医療に従事したいか」は「はい」と回答した群とそれ以外(わからない, いいえ)の群に分類し、他の3つの質問は「とてもそう思う」と「そう思う」と回答した群とそれ以外(わからない, あまりそう思わない, そう思わない)の群に分類した。それぞれの質問に対する分類結果と8つの要素の経験との関連について、 χ^2 検定および2項ロジスティック回帰分析を行った。有意水準は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

教育内容の把握・改善を目的とした学生アンケート結果を用いた後ろ向き研究であり、アンケート時に学会等への発表目的に使用することへの可否について個別に同意を得ている。なお、データは、本学医学部教務課が保管しており、匿名化したデータの提供を受け、本研究に使用した。また、本研究は岩手医科大学倫理委員会の承認(M2020-027)を得て実施した。

IV. 結果

男女比に関しては、全ての結果において関連を認めなかった。

1. 重要な要素の経験(図1)

8つの要素の経験率は、「患者中心の医療を体験」「患者・医療スタッフとのコミュニケーション」は90%以上の学生が体験できたのに対して

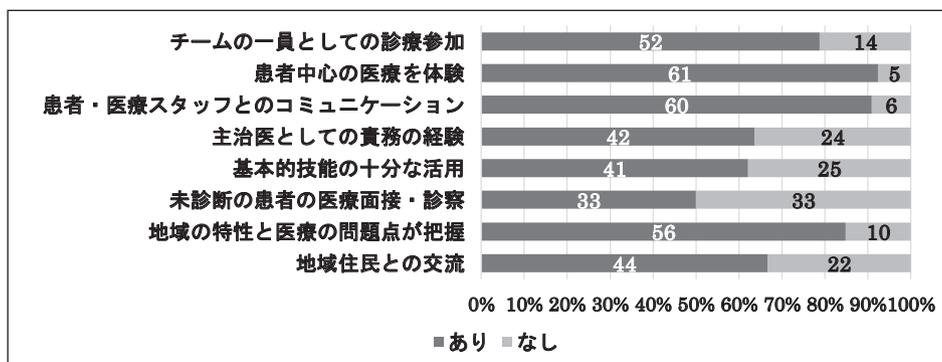


図1 実習での8つの重要な要素の経験の有無(n=66)

重要な要素の経験率は患者中心の医療の体験が92.4%と最も多く、未診断の患者の医療面接・診察の経験が50.0%と最も少なかった。なお、図内の数値は回答した学生数を示している。

表2-1 学生の満足度や地域医療に対する考え方に関する質問と重要な要素との相関
質問「今回の実習は期待通りだったか」と重要な要素との相関

変数 (人数)		「はい」 の回答数	粗オッズ比 (95%信頼区間)	調整オッズ比 (95%信頼区間)	p値
チームの一員としての 診療参加	未経験(14)	6	1.00	1.00	0.006
	経験(52)	43	6.37 (1.77-22.90)**	26.17 (2.60-264.01)	
患者中心の医療を体験	未経験(5)	2	1.00	1.00	0.194
	経験(61)	47	5.04 (0.76-33.20)	5.50 (0.42-71.95)	
患者・医療スタッフ とのコミュニケーション	未経験(6)	4	1.00	1.00	0.263
	経験(60)	45	1.50 (0.25-9.03)	0.17 (0.01-3.83)	
主治医としての責務 の経験	未経験(24)	16	1.00	1.00	0.424
	経験(42)	33	1.83 (0.60-5.64)	2.00 (0.37-10.87)	
基本的技能の十分な 活用	未経験(25)	19	1.00	1.00	0.051
	経験(41)	30	0.86 (0.27-2.72)	0.10 (0.01-1.01)	
未診断の患者の医療 面接・診察	未経験(33)	22	1.00	1.00	0.565
	経験(33)	27	2.25 (0.72-7.06)	1.54 (0.35-6.69)	
地域の特性と医療の 問題点の把握	未経験(10)	6	1.00	1.00	0.691
	経験(56)	43	2.21 (0.54-9.02)	1.70 (0.12-23.34)	
地域住民との交流・ 地域の文化を学ぶ機会	未経験(22)	17	1.00	1.00	0.919
	経験(44)	32	0.78 (0.24-2.60)	1.08 (0.23-5.02)	

表2-2 学生の満足度や地域医療に対する考え方に関する質問と重要な要素との相関
質問「実習に参加して良かったと思うか」と重要な要素との相関

変数 (人数)		「はい」 の回答数	粗オッズ比 (95%信頼区間)	調整オッズ比 (95%信頼区間)	p値
チームの一員としての 診療参加	未経験(14)	7	1.00	1.00	0.015
	経験(52)	45	6.43 (1.72-23.97)**	11.27 (1.59-79.67)	
患者中心の医療を体験	未経験(5)	3	1.00	1.00	0.350
	経験(61)	49	2.72 (0.41-18.15)	3.91 (0.23-68.03)	
患者・医療スタッフ とのコミュニケーション	未経験(6)	3	1.00	1.00	0.344
	経験(60)	49	4.46 (0.79-25.10)	4.36 (0.21-91.71)	
主治医としての責務 の経験	未経験(24)	15	1.00	1.00	0.160
	経験(42)	37	4.44 (1.28-15.45)*	3.78 (0.59-24.07)	
基本的技能の十分な 活用	未経験(25)	17	1.00	1.00	0.573
	経験(41)	35	2.75 (0.82-9.18)	0.58 (0.09-3.91)	
未診断の患者の医療 面接・診察	未経験(33)	25	1.00	1.00	0.805
	経験(33)	27	1.44 (0.44-4.73)	0.81 (0.15-4.38)	
地域の特性と医療の 問題点の把握	未経験(10)	8	1.00	1.00	0.110
	経験(56)	44	0.92 (0.17-4.90)	0.05 (0.00-1.94)	
地域住民との交流・ 地域の文化を学ぶ機会	未経験(22)	16	1.00	1.00	0.072
	経験(44)	44	1.69 (0.50-5.67)	4.61 (0.87-24.37)	

し、「未診断の患者の医療面接・診察」半数の学生しか経験できていなかった。

2. 学生の地域医療実習に対する満足度や地域医療に対する考え方に影響を与えた要素 (表2)

表2-1～3には「今回の実習は期待通りだったか」「実習に参加して良かったと思うか」「地域医療に対する考え方に変化があったか」に対する実習内容のオッズ比を示した。実習内容のうち「チームの一員としての診療参加」したことは、学生が「期待通りだった」と回答したことへ

表2-3 学生の満足度や地域医療に対する考え方に関する質問と重要な要素との相関
質問「地域医療に対する考え方に変化があったか」と重要な要素との相関

変数 (人数)		「はい」 の回答数	粗オッズ比 (95%信頼区間)	調整オッズ比 (95%信頼区間)	p値
チームの一員としての 診療参加	未経験(14)	5	1.00	1.00	0.024
	経験(52)	42	7.56 (2.07-27.53)**	8.59 (1.33-55.62)	
患者中心の医療を体験	未経験(5)	3	1.00	1.00	0.952
	経験(61)	44	1.73 (0.265-11.25)	0.91 (0.04-20.32)	
患者・医療スタッフ とのコミュニケーション	未経験(6)	1	1.00	1.00	0.999
	経験(60)	46	16.43 (1.77-152.60)**	4988830278.62 (0.00-0.00)	
主治医としての責務 の経験	未経験(24)	15	1.00	1.00	0.399
	経験(42)	32	1.92 (0.65-5.71)	0.45 (0.07-2.89)	
基本的技能の十分な 活用	未経験(25)	14	1.00	1.00	0.565
	経験(41)	33	3.24 (1.07-9.78)*	1.65 (0.30-9.14)	
未診断の患者の医療 面接・診察	未経験(33)	23	1.00	1.00	0.724
	経験(33)	24	1.16 (0.40-3.37)	0.76 (0.17-3.41)	
地域の特性と医療の 問題点の把握	未経験(10)	7	1.00	1.00	0.999
	経験(56)	40	1.07 (0.25-4.67)	0.00 (0.00-0.00)	
地域住民との交流・ 地域の文化を学ぶ機 会	未経験(22)	16	1.00	1.00	0.394
	経験(44)	31	0.89 (0.29-2.80)	1.91 (0.43-8.39)	

いずれの表も

p値:2項ロジスティクス回帰分析の結果

粗オッズ比:χ²検定より算出 *:p<0.05, **:p<0.01

調整オッズ比:2項ロジスティクス回帰分析よりすべての変数を投入して算出

のオッズ比が、26.17 (95%CI 2.60-264.01; p=0.006),「参加してよかったと思う」と回答したことへのオッズ比が11.27 (95%CI 1.59-79.67; p=0.015)で、「地域医療に対する考え方に変化があった」と回答したことへのオッズ比が8.59 (95%CI 1.33-55.62; p=0.024)で、いずれも有意な関連因子であった。

その他に、「実習に参加して良かったと思うか」では「主治医としての責務の経験」を経験した群で、「地域医療に対する考え方に変化があったか」では「患者・医療スタッフとのコミュニケーション」および「基本的技能の十分な活用」を経験した群で、粗オッズ比で関連(χ²検定でのそれぞれのp値:0.014, 0.002, 0.033)が示されたが、調整オッズ比では有意差を認めなかった。

「実習期間についてどう思うか」では、「チームの一員としての診療参加」および「主治医としての責務の経験」を経験した群で、粗オッズ比で関連(χ²検定でのそれぞれのp値:0.026と0.046)が示されたが、調整オッズ比では有意差を認め

なかった。

「将来地域医療に従事したいか」については粗オッズ比、調整オッズ比ともに有意差を認めなかった。

なお、地域医療に対する考え方の変化について変化があったと回答した学生のうち、その内容について回答したものは30名で、「地域包括ケアや多職種連携の重要性」という意見が15名と最も多かった。次いで、「医師不足の深刻さ」「地域医療への興味」が多かった。

3. 今後の地域医療実習プログラムにおいて配慮すべき要素

2の結果より、学生の地域医療実習に対する満足度や地域医療に対する考え方にもっとも影響を与えた因子は「チームの一員としての診療参加」であった。その他に粗オッズ比で有意差を認めた項目は、「主治医としての責務の経験」「患者・医療スタッフとのコミュニケーション」「基本的技能の十分な活用」で、いずれも参加型の実習で体験される項目であった。

さらに、8項目の中で、大学では体験することが難しい「チームの一員としての診療参加」「患者中心の医療を体験」「患者・医療スタッフとのコミュニケーション」を「地域医療実習で必ず経験すべき要素」と仮定し、3つ全てを経験した群と2つ以下の経験群に分け、残りの5要素を含め、それぞれの質問との関連について2項ロジスティック回帰分析を行った。その結果、「今回の実習は期待通りだったか」「実習に参加して良かったと思うか」「地域医療に対する考え方に変化があったか」に加え、「実習期間についてどう思うか」についても「地域医療実習で必ず経験すべき要素」は調整オッズ比で有意差を認め、各質問を肯定的にとらえることに影響を与える関連因子であった(それぞれのp値:0.029, 0.044, 0.032, 0.031)。

4. WS参加を経て作成されたプログラムは学生に地域医療の魅力を伝えられたか

実習前のモチベーションの指標とした「地域医療実習に積極的に参加したいか」の質問に「はい」と回答した学生40名のうちWS参加施設で実習した学生が11名(27.5%)で、「はい以外」に回答した学生21名中WS参加施設で実習した学生は4名(19.0%)で、両群間に差は認めなかった($p=0.466$)。

実習後アンケートの「将来地域医療に従事したいか」に「はい」と回答した学生41人のうちWS参加施設で実習した学生が14名(34.1%)で、「将来地域医療に従事したいか」に「はい以外」に回答した学生25名中WS参加施設で実習したのはわずか2名(8.0%)であった($p=0.016$)。

V. 考 察

居住地を離れ、長期に地域に滞在する地域医療実習では学生のモチベーションを維持することが重要になる。学生のモチベーションを維持するためには満足度の高い実習を行うことが重要と考え、本研究では満足度と地域医療の考え方の変化についての質問を抽出し、解析した。

その結果、長期の地域医療実習で学生の満足

度を高め、地域医療への考え方に影響を与える因子として「チームの一員としての診療参加」が重要であることが示唆された。また、学生が将来地域医療に従事したいと思える魅力的なプログラムを作るためには、WSなどの場で実習協力病院の教育担当者と大学の地域医療実習責任者、実習を受ける学生とディスカッションを行うこと、学生の意見を取り入れることが有用である可能性が示唆された。

1. 実習に対する学生の満足度および地域医療に対する考え方への影響

本学の理念は地域医療を支える人材の育成であり、地域医療実習は本学にとって重要なカリキュラムであるため、地域包括ケアシステム、多職種連携を体験できるプログラムを目標に地域医療実習を延長した。しかし、本学において6週間連続した学外での臨床実習は初めての取り組みであったため、学生、教員、実習受け入れ側のスタッフが手探りの状態であり、実習期間中いかに学生のモチベーションを維持することができるかが課題として挙げられた。この課題を解決するために、学生によるコンピテンシーと方略の作成を行い、このコンピテンシーから8つの重要な要素を抽出し、実施状況を調査した。

学生の満足度および地域医療に対する考え方への影響に関する4つの質問と我々の考える診療参加型の地域医療実習における8つの重要な要素との関連性を調べたところ、3つの質問で「チームの一員としての診療参加」が各項目を肯定的にとらえることに影響を与える因子であったことから、「チームの一員としての診療参加」が最も学生の満足度を向上させる要素であることが示唆された。

今回の結果では独立した関連因子とは認められなかったが、 χ^2 検定で有意差を認めた「主治医としての責務の経験」「患者・医療スタッフとのコミュニケーション」「基本的技能の十分な活用」も参加型実習で体験される項目であり、チームに入り責任と役割を与えられることでStudent doctorとしての自覚を持てる実習内容

であることが学生の満足度につながると考えられた。高村⁴⁾も“ほぼ主治医”として参加型実習を行うことで学生の自信を深め、将来への動機づけにつながると述べている。

2. 実習プログラム作成

診療参加型実習は、前述したECFMGの通告で注目された実習形態である。そのため地域医療に従事する実習指導医にはなじみが薄く、そのコンセプトを浸透させるとともに、学生が考案したプログラムを紹介することで学生のニーズの把握もできるように、希望する実習施設にWSを行った。その結果、WS非参加群のプログラムに参加した学生に比べ、WS参加群のプログラムに参加した学生の方が将来地域医療に従事したいと回答した学生の割合が有意に高くなったと考えられた。実際に、地域基盤型教育において地域機関の指導医を臨床教員として任命し、研修会やグループワークを行い、教育の認識と理解の共有化を図ることが、地域医療実習の評価を高い水準で維持するためには重要であるという報告がある^{14),15)}。また、学生主導の実習が、学生の積極的な態度をもたらし、実習病院との信頼構築にもつながるとの報告もある⁵⁾。

8つの重要な要素の経験の有無では、「主治医としての責務」「基本的技能の十分な活用」「未診断の患者の医療面接・診察」は実施率が他の4要素に比べ低かった。粗オッズ比では「主治医としての責務」は実習に参加して良かったと思うことと、「患者・医療スタッフとのコミュニケーション」および「基本的技能の十分な活用」は地域医療に対する考え方の変化と関連が示唆されることから、これらの要素も経験できる実習プログラムを作成することは、満足度の向上に寄与する可能性があると考えられる。そのためには、前述のごとくWSでのディスカッションを行い、学生のニーズを反映したプログラムを作成していく必要があると考えられた。

3. 研究の限界

(1) 今回の地域医療実習の参加者は5年生全員ではなく、参加希望者80名であったため、もと

もと地域医療実習に興味を持ったモチベーションの高い学生が参加した可能性がある。次年度からは全学生が対象となるため、次年度との比較も必要である。

(2) 本研究は観察研究であり、WS参加群は早期に実習参加協力を決めた施設であるため、元々教育に対する意識の高い施設であった可能性がある。現在無作為に抽出した地域での学生による実習可能な医療資源の抽出と実習プログラムの作成を行っており、今後対象となった地域の実習プログラムに学生の意見を反映してもらうことで実習の均質化を図ることができると考える。

VI. まとめ

長期地域医療実習には、学生のモチベーションを持続させる実習内容の工夫が必要である。その方策として「チームの一員としての診療参加」などの診療参加型の実習の適切な導入と学生の意見を反映した実習プログラムの策定が必要であると考えられる。そのためには実習協力病院の教育担当者と大学の地域医療実習責任者、実習を受ける学生によるWSで意見の集約を行うことが重要である。これにより、本地域医療実習が将来の地域を担う医師を育てる契機となることが期待される。

VII. 謝辞

6週間にわたる地域医療実習のプログラム作成と実習受け入れにご協力いただいた病院、診療所、介護施設、保健所、各地域の役所の皆様に深謝いたします。

文献

- 1) 文部科学省高等教育局医学教育課:21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について(21世紀医学・医療懇談会第4次報告)。文部科学省; Apr 1999. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/009/toushin/990401.htm (accessed 2020 Oct 23)

- 2) 赤池雅史:クリニカル・クラークシップの現状と展望 ～求められる指導医像～. 徳島市民病院医学雑誌 2015;29:1-4.
- 3) Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG):2023 Medical School Accreditation Requirement. ECFMG; 21 Sep 2010[Last updated 13 May 2020]<https://www.ecfm.org/accreditation/> (accessed 2020 Oct 23)
- 4) 高村昭輝:地域基盤型教育. 診断と治療 2015;103(12):1607-1610.
- 5) 上原周悟, 座間味知子, 武村克哉:学生主導型地域医療実習が地域医療教育にもたらす可能性. 琉球医学会誌 2011;30(1-4):55-60.
- 6) 岩崎拓也, 竹山宜典, 伊木雅之, 他:地域医療実習による学生の意識変化と地域指向性との関連. 医学教育 2011;42(2):101-112.
- 7) 井口清太郎:医学教育の現状と今後の展望 5 新規の取り組み 地域医療, 多職種との連携教育. 新潟医学会雑誌 2013;127(1):15-17.
- 8) 白澤文吾, 藤宮龍也, 松井邦彦, 他:山口大学医学部近郊の各診療科同門診療所を中心とした地域医療実習の試み. 山口医学 2014;63(2):147-151.
- 9) Takamura A, Ie K, Takemura Y: Overcoming challenges in primary care education: atrial of a longitudinal integrated clerkship in a rural hospital setting in Japan. Education for Primary Care 2015; 26: 122-126.
- 10) Worley P, Martin A, Prideaux D, et al: Vocational career paths of graduate entry medical students at Flinders University: a comparison of rural, remote and tertiary tracks. Medical Journal of Australia 2008; 188: 177-178.
- 11) 松井俊和:11 地域基盤型医学教育. 日本医学教育学会監修. 医学教育白書 2014年版('11~'14). 東京, 篠原出版新社, 2014. p54-57.
- 12) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会:G-1-1)-(3) 学生を信頼し任せられる役割. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改定版 2016. p82. https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afiel_dfile/2017/06/28/1383961_01.pdf (accessed 2020 Dec 14)
- 13) 鈴木泉章, 鎌田大地, 大道寺滯, 他:患者・医療スタッフ・学生アンケートに基づく地域医療実習のプログラム作成. 医学教育 2018;49(suppl):256.
- 14) 岡山雅信:地域医療実習の充実への取り組み. 家庭医・病院総合医教育コンソーシアム 2012;2:144-151.
- 15) 岡崎仁昭:16 地域基盤型教育. 日本医学教育学会監修. 医学教育白書 2018年版('15~'18). 東京, 篠原出版新社, 2018. p75-80.

腹壁子宮内膜症を合併した、 帝王切開癒痕部症候群の1例

佐藤新平¹⁾ 奈須家栄²⁾ 森田泰介¹⁾ 徳光隆一¹⁾ 松本治伸¹⁾

要旨 皮膚や腸管，尿路，胸腔などに発生した子宮内膜症を稀少部位子宮内膜症と呼び，中でも腹壁に発生したものを腹壁子宮内膜症と呼ぶ。帝王切開癒痕部症候群は，帝王切開術により子宮前壁筋層の陥凹性癒痕が生じ，不正性器出血や月経困難症，過多月経，骨盤痛などを引き起こす。月経再開時に皮膚切開創の癒痕部に一致した疼痛に加えて，過多月経・過多月経を認め，腹壁子宮内膜症・帝王切開癒痕部症候群と診断した1例を経験した。腹壁子宮内膜症，帝王切開癒痕部症候群ともに，帝王切開術が原因で生じることがあり，産婦人科医は予防策に留意する必要がある。帝王切開率は増加し，プライマリ・ケア診療の場で遭遇する可能性も高いと考えられ，女性患者の腹部視診・触診で手術創部を認めた際には，腹壁子宮内膜症や帝王切開癒痕部症候群に留意しながら対応することは意義があることと思われる。

KEY WORD 腹壁子宮内膜症，帝王切開癒痕部症候群，稀少部位子宮内膜症

I. 諸 言

子宮内膜症は子宮内膜類似の組織が子宮以外の部位に発生する疾患で，生殖年齢女性の6～10%にみられ，近年増加している¹⁾。一般的に，子宮内膜症は卵巣やダグラス窩に発生するが，皮膚や腸管，尿路，胸腔などに発生したものを稀少部位子宮内膜症と呼び，その中でも腹壁に発生したものを腹壁子宮内膜症と呼ぶ。

帝王切開癒痕部症候群は，帝王切開術により子宮前壁筋層の陥凹性癒痕が生じ，癒痕部からの出血や癒痕部への月経血の貯留により，不正性器出血や月経困難症，過多月経，骨盤痛などを生じうるという比較的新しい疾患概念である。

今回われわれは帝王切開後，月経再開時に皮

膚切開創の癒痕部に一致した疼痛に加えて，過多月経・過多月経を認め，腹壁子宮内膜症・帝王切開癒痕部症候群と診断した1例を経験したので，文献的考察を加え報告する。

II. 症 例

症例:37歳，4妊4産。

主訴:腹部腫瘤，下腹部痛，過多月経・過多月経。

既往歴:23歳，25歳，28歳，31歳時，他院で帝王切開術。

家族歴:母 子宮筋腫，卵巣腫瘍。

現病歴:37歳，4妊4産で，23歳，25歳，28歳，31歳時に他院で帝王切開術を施行された。既往

1) 中津市立中津市民病院 産婦人科, 2) 大分大学医学部 産科婦人科
(筆頭著者連絡先: 〒871-8511 大分県中津市大字下池永173 中津市立中津市民病院 産婦人科, 自治医科大学2007年卒業)

原稿受付2020年10月14日/掲載承認2021年1月8日

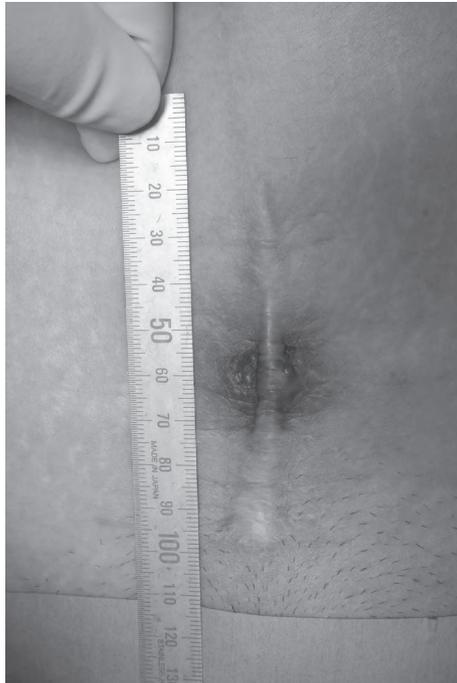


図1 皮下腫瘍の外観

帝王切開創部の中央部に約3cmの硬い腫瘍
皮下に、腹直筋と接して、境界がやや不明瞭な充実性腫瘍を認める。
※手術創に直交する浅い横線(数本)は、手術直前のマーキング。

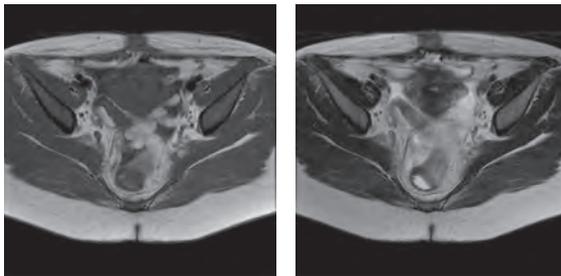


図2-1 MRI

T1強調画像(左) T2強調画像(右)
皮下に、腹直筋と接して、境界がやや不明瞭な充実性腫瘍を認める。
T1強調画像、T2強調画像ともに低信号であった。

歴に子宮内膜症はなかった。3年前から月経周期に合わせた下腹部痛、過多月経・過長月経が出現し、2年前から帝王切開創部に腫瘍を自覚した。腫瘍は次第に増大し、3ヵ月前から月経周期に合わせて出血を認めるようになった。同時期から経口避妊薬(レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール)をインターネット購入し内服を始めたところ、月経量は減少したが、痛みは改善しなかった。1週間前に近医産婦人科を受診するも、明らかな異常はないと判断された。当科を初診し、帝王切開創部の中央部に約3cmの硬い腫瘍(図1)を触知し、経陰超音波検査で子宮筋層の帝王切開創部の菲薄化を認

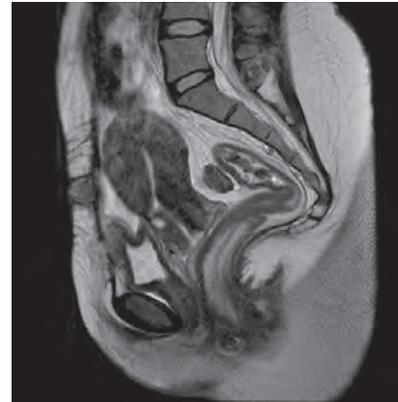


図2-2 T2強調画像

帝王切開創部の子宮前壁に楔状の陥凹性癒痕部を認める

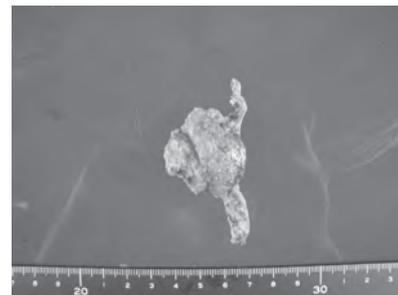


図3 摘出術後

摘出組織の断面は、暗赤色と淡黄色が混在する結節であった。

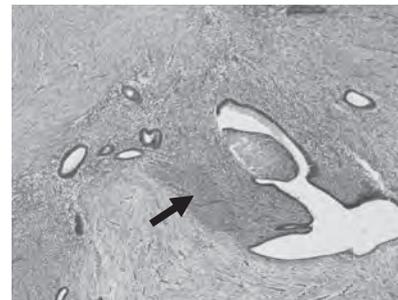


図4 病理写真(×40)

内膜腺細胞と内膜間質細胞を認めた。周囲に比較的新しい出血(→)を伴う。

めた。腹壁子宮内膜症、帝王切開癒痕部症候群を疑い、MRI検査を施行し、腹壁腫瘍は、T1強調画像、T2強調画像で低信号を示す約2cmの結節を認め(図2-1)、子宮前壁筋層は喫状に陥凹性癒痕を伴っていた(図2-2)。上記の術前診断で、皮下腫瘍摘出術および腹式単純子宮全摘術を施行した。術中所見でも、子宮および両側付属器、腹腔内に、子宮内膜症を疑う病巣は認めなかった。病理検査(図4)で、皮下腫瘍には内膜腺細胞とその周囲の内膜間質細胞を認め、間質は出血を伴っており、腹壁子宮内膜症

と診断された。術後は月経に伴う疼痛は消失し、3ヵ月が経過した時点で明らかな再発は認めない。

Ⅲ. 考 察

子宮内膜症の発生機序は、子宮内膜移植説と体腔上皮化生説が提唱されている¹⁾。子宮内膜移植説では、卵管経由の月経血逆流や機械的移植、リンパ行性や血行性に子宮内膜が他の部位に移植されるとされ¹⁾、皮膚子宮内膜症は帝王切開や会陰切開、子宮内膜症手術時の手術操作で子宮内膜組織が機械的に創部へ移植されるため生じると考えられている。本症例でも、帝王切開術の際に子宮内膜の一部が手術の際に腹壁創部に生着し、子宮内膜症と化したと推察される。腹壁子宮内膜症の発生と既往手術の関連については、帝王切開術が81.5%、腹腔鏡手術が43.1%であった²⁾。腹腔鏡手術では、卵巣の子宮内膜症性嚢胞の腹腔鏡手術の際のポート留置部に発生することが多いと報告されている³⁾。

帝王切開術による腹壁子宮内膜症の予防法として、帝王切開時に子宮筋層切開層の縫合に使用する針糸は単独で使用し腹膜や筋膜・皮下組織の縫合には別の針糸を使用する⁴⁾、帝王切開時の愛護的な子宮保持、創部の十分な止血、腹部を閉創する前に腹腔内を十分に洗浄する⁵⁾、子宮切開創の縫合の際には子宮を腹腔から出す、胎盤娩出後に子宮内腔を拭き取らないか拭き取ったものを捨てる、脱落膜組織を創部にこぼさない⁶⁾などが報告されている。創部子宮内膜症は手術創の端にできることが多いとされ⁷⁾、帝王切開創部内膜症では正中切開よりもPfannenstiel切開に多いとされている⁸⁾。またPfannenstiel切開では右側に多い(68%)とされ、執刀医が右立ちで内膜症病巣をよく見えていない可能性や、十分な洗浄をできていない可能性を指摘されている⁸⁾。腹壁子宮内膜症の治療は、手術療法と薬物療法(ジエノゲスト、低用量エストロゲン・プロゲステン療法、ゴナドトロピン放出ホルモンアナログ療法など)があるが、薬物療法の有用性は不明で、確定診断は病理結

果によるため外科的切除が一般的である⁹⁾。腹壁子宮内膜症の再発率は9.1%とされ¹⁰⁾、腹壁子宮内膜症の悪性転化(約1%)の報告もあり¹¹⁾、薬物療法を選択しても腫瘍が消失しない症例、手術を行ったが再発した症例は注意を要する。

帝王切開術の回数と帝王切開創部子宮内膜症の関連性を示した報告を見つけることはできなかったが、帝王切開術の回数と帝王切開癒痕部症候群の関連性は示されており¹²⁾、子宮筋層の縫合の際には1層縫合のほうが2層縫合よりも残存筋層が薄くなると報告されている¹³⁾。帝王切開癒痕部症候群の治療は、手術療法と薬物療法(ジエノゲスト、低用量エストロゲン・プロゲステン療法、ゴナドトロピン放出ホルモンアナログ療法など)があるが、こちらは薬物療法が有用とされている¹⁴⁾。手術療法には、子宮鏡手術、癒痕部修復術、子宮全摘術などがある。

今回の症例では、患者自身がインターネットで経口避妊薬(レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール)を購入し、効果が限定的であることから当科を受診し、手術療法の方針とした。本邦の帝王切開率は上昇しており、30年前の2倍以上に増加し、2014年時点で一般病院における帝王切開率は約25%である¹⁵⁾。プライマリ・ケア診療の中で、女性患者の腹部視診・触診で手術創部を認めた場合に、問診を行い、腹壁子宮内膜症や帝王切開癒痕部症候群の症状の有無を確認することは非常に意義があることと思われる。また日本プライマリ・ケア連合学会では、プライマリ・ケア医と産婦人科が協力して活動するチームPCOG(Primary Care Obstetrics and Gynecology)を設置し、女性医療(Women's health)の普及に努めている¹⁶⁾。経口避妊薬や低用量エストロゲン・プロゲステン製剤などの女性ホルモン製剤はインターネットでの購入が容易になってきており、プライマリ・ケア診療でホルモン療法についての知識を身に付ける必要性が高いと考える。

Ⅳ. 結 語

帝王切開術後の皮膚切開創の癒痕部に一致し

た疼痛および過多月経・過長月経を認め、腹壁子宮内膜症・帝王切開癒痕部症候群と診断した1例を経験した。腹壁子宮内膜症、帝王切開癒痕部症候群ともに、帝王切開術が原因で生じることがあるため、産婦人科医は予防策に留意する必要がある。また、帝王切開率は年々増加しており、プライマリ・ケア診療の場で遭遇する可能性も高いと考えられ、女性患者の腹部視診・触診で手術創部を認めた際には、腹壁子宮内膜症や帝王切開癒痕部症候群に留意しながら対応することは意義があることと思われる。

文献

- Giudice LC, Kao LC: Endometriosis. *Lancet* 2004; 13-19: 1789-1799.
- Zhao X, Lang J, Leng J, et al: Adominal wall endometriomas. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 90: 218-222.
- 実森昇子, 城道久, 上野一樹, 他: 帝王切開術後腹壁創部に発症した腹壁子宮内膜症の1例. *和歌山医学* 2018;69:184-186.
- Sumathy S, Mangalakanthi J, Purushorthaman K, et al: Symptomatology and Surgical Perspective of Scar Endometriosis: A Case Series of 16 Woman. *J Obstet Gynaecol India* 2017; 67: 218-223.
- Ozel L, Sagioglu J, Unal A, et al: Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol Res* 2012; 38: 526-530.
- Nissotakis C, Zouros E, Revelos K, et al: Abdominal wall endometriosis: a case report and review of the literature. *AORN J* 2010; 91: 730-742.
- Milou P. H. Busard, Velja Mijatovic, Cees van Kuijk, et al: Appearance of abdominal wall endometriosis on MR imaging. *Eur Radiol* 2010; 20: 1267-1276.
- Teng CC, Yang HM, Chen KF, et al: Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47: 42-48.
- Bektas H, Bilsel Y, Sari YS, et al: Abdominal wall endometrioma: a 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res* 2010; 164: e77-81.
- HeeKyoung Song, SangHee Lee, Min Jeong Kim, et al: Abdominal wall mass suspected of endometriosis: clinical and pathologic features. *Obstet Gynecol Sci* 2020; 63: 357-362.
- Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB: Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2006; 186: 616-620.
- Antila-Långsjö RM, Mäenpää JU, Huhtala HS, et al: Cesarean scar defect: a prospective study on risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 219: 458.e1-485.e8.
- Di Spiezio Sardo A, Saccone G, McCurdy R, et al: Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trails. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 50: 578-583.
- 谷村悟, 舟本寛: 帝王切開癒痕部症候群に対する治療 腺筋症類似疾患として考える. *産婦人科の実際* 2017;66:145-152.
- 厚生労働省: 平成29年(2017)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. p20. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/09gaikyo29.pdf> (accessed 2020 Oct 11)
- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会: 女性医療・保健委員会 通称“チームPCOG”. http://www.primary-care.or.jp/about/cmt_pcog.html (accessed 2020 Oct 11)

第89回

“酸素ボンベの開栓の未確認”に
関わるアクシデント!

—事例発生プロセスの“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

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)における医療安全情報¹⁾として、「No.168:酸素ボンベの開栓の未確認(2020年11月)」が公表され、注意喚起がなされた。酸素ボンベの使用に関わるインシデント・アクシデント事例は、これまでも本事業の医療安全情報として複数公表されており、「No.48:酸素残量の未確認(2010年11月)」「No.146:酸素残量の確認不足(第2報)(2019年1月)」など、酸素残量の管理について繰り返し注意喚起がなされている。

また、酸素ボンベ残量の管理に関わるインシデント・アクシデント事例については、本事業の第17回報告書では、「共有すべき医療事故情報」として挙げられ、第22回報告書、および第44回報告書では、「再発・類似事例の発生状況」として分析が実施されている²⁾。本連載でも、これまでに、「酸素ボンベ残量の管理に関わるアクシデント(第31回)」「酸素残量の確認不足」に関わるアクシデントの未然防止(第66回)」というテーマで、具体的事例から考える未然防止のシステム整備について検討している。

自施設では、“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、防止対策や現状評価は十分だ

ろうか。“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデントが防止されないのか?」という“なぜ”を深めることが欠かせない。明らかになった自施設の傾向や課題と向き合い、関与する医師、看護師はもとより、看護助手なども含めた多職種がチーム力を発揮し、事例発生の未然防止に取り組むことが急がれる。

そこで、本稿では、酸素ボンベの使用に関わる事例の中から、「なぜ、“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデントが防止されないのか?」という疑問に焦点を当てて、事例発生プロセスの“見える化”から課題を明らかにすることで、未然防止対策を検討したい。“なぜ”を深める際には、関与する医師、看護師はもとより、看護助手なども含めた多職種の業務内容の確認、職種間の情報共有やチーム力の発揮についても焦点を当てる必要がある。

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

“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデント

本事業の第61回報告書³⁾(以下、本報告書)では、「事例紹介」として、「酸素ボンベを使用した際、バルブが未開栓であった事例」というタイトルで、報告された事例が挙げられている。

本事業の事例検索⁴⁾では、2020年12月中旬現在、キーワード“酸素ボンベ”では477件、“酸素ボンベ”“バルブ”では56件、“酸素ボンベ”“元栓”では54件、“酸素ボンベ”“開栓”では34件、“酸素ボンベ”“バルブ”“未開栓”では3件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わる事例として、事例検索⁴⁾で検索された事例としては、「ストレッチャーによる患者(10歳代、女性)の散歩の準備にて、酸素ボンベを2本(1本は流量計が取り外せないボンベ、1本は通常のボンベ)用意した。移動用の人工呼吸器の設定をダブルチェックで確認中、医師が来棟したため確認を中断し、その後、患者をストレッチャーに移乗し、病棟外の散歩に出かけた。10分後、酸素ボンベの残量を確認し、圧力計の示す残量は黄色の範囲であった。30分後、再度、酸素ボンベの残量を確認し、圧力計の示す残量が赤色の範囲で残量がほぼ無いことに気づいた。患者に呼吸苦はなく、SpO₂は98~100%であった。医師に報告し、もう1本の酸素ボンベに取り替えようとしたが、流量計が取り外せないため交換できず、ジャクソンリース回路に接続して帰棟した。帰棟後、酸素ボンベを確認すると、開栓が不十分であり、全開にしたところ、酸素はほぼ充填されていることが判明した。移動用の人工呼吸器の確認を途中で中断し、最後まで確認を行わなかった。患者をストレッチャーに移乗後、人工呼吸器の設定から酸素ボンベの接続までの確認を行わなかった。チェックリストに沿った確認を行わなかった。散歩中に酸素ボンベの残量を確認した際、開栓されているかまで確認しなかった。通常の散歩では酸素ボンベの酸素がなくなることはなく、通常と異なる事態に慌てて開栓の有無まで確認できなかった」[患者(70歳

代、女性)は肺高血圧症にて、安静時は4L/分、労作時は5L/分の指示で、経鼻カニューレにて酸素投与を実施していた。10:30にナースコールがあり、看護師Aが訪室。トイレに行きたいとのことで、携帯用酸素ボンベの残量が10MPaであることを確認し、中央配管からチューブの接続を切り替え、流量計を5L/分に設定した。患者のトイレまでの歩行に付添い、終わったらナースコールを押すように説明し、看護師Aはトイレを離れた。10:35にトイレからナースコールがあり、看護師Bがトイレに行き、トイレから病室まで、患者の歩行に付添った。病室に到着後、患者から『お風呂に行くかもしれない』と言われたため、チューブは携帯用酸素ボンベに接続したまま、看護師Bは退室した。10:40にナースコールがあり、看護師Cが訪室すると、患者から呼吸苦の訴えがあり、携帯用酸素ボンベを確認したところ、バルブが『閉』となっており、酸素が投与されていなかったことが判明した。前回使用後、バルブを閉じた後に酸素ボンベの圧力計の表示を『0』の状態にしていなかった。使用前にバルブを開栓しなかった。移動中、患者の側を離れる前に、酸素ボンベの残量、流量設定、チューブの接続などの確認が不十分であった」などがある。

具体的事例から考える事例の発生要因

各医療機関でも、“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策として、酸素ボンベの管理体制整備や、酸素ボンベ使用時のマニュアル整備、および職員教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では“酸素ボンベの開栓の未確認”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⁴⁾で検索された事例(以下、本事例)で、前記の医療安全情報¹⁾「No. 168: 酸素ボンベの開栓の未確認(2020年11

月)にも掲載されている事例を基に、“酸素ボンベの開栓の未確認”に関連したアクシデント事例の事例発生プロセスの“見える化”から課題を明らかにし、未然防止対策を検討する。

事例 「呼吸状態の悪い患者に酸素投与が中断? CT検査後に酸素ボンベが未開栓」

【事故の内容】

- ・患者(60歳代, 男性)は, 脳腫瘍の精査中であった。
- ・約1ヵ月前に生検後, 呼吸状態が悪化し, 肺炎の疑いで酸素投与を実施していた。
- ・今回, 精査目的で, 造影CT検査が予定された。
- ・16:00頃, 看護師2名で, 患者をCT検査室に搬送した。
- ・患者の S_pO_2 が94%と低下しており, マスクにて酸素投与(4L/分)を実施していた。
- ・検査に時間がかかることが予想されたため, 看護師2名は病棟に戻った。
- ・16:19, 検査終了。
- ・16:25, 患者はCT検査室でベッドに移動しており, 病棟看護師に迎えに来るように連絡が入った。
- ・同時刻, 病棟のモニタのアラームが鳴り, リーダー看護師が患者を見に行くと, 患者はCT検査室に搬送されていた。
- ・16:26, 看護師2名が急いでCT検査室に行くと, 患者はCT検査室外の廊下のベッド上で待たされていた(S_pO_2 75%, 心拍数118回/分)。
- ・酸素ボンベを確認すると, 元栓が開いていなかった。
- ・直ちに10L/分で, 酸素投与を開始した。
- ・徐々に S_pO_2 は回復し, 16:30には91%, 病棟に帰棟時には95%まで回復した。
- ・患者への酸素投与が中断された時間は2~3分と想定された。

(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、「看護師は、呼吸状態の悪い患者を診療放射線技師に任せてしまった」「看護師は、患者の呼吸状態が悪いことを診療放射線技師に伝えていなかった」「診療放射線技師に、酸素ボンベの取り扱いの注意点(元栓が閉まっていることなど)を伝えるなどの連携が不足していた」「CT検査後、診療放射線技師がCT検査室の中央配管からベッドの酸素ボンベに接続を切り替えた際に、酸素ボンベの元栓を開いていなかった」「放射線科では酸素ボンベの取り扱いについて、マニュアルが未整備であった」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロ

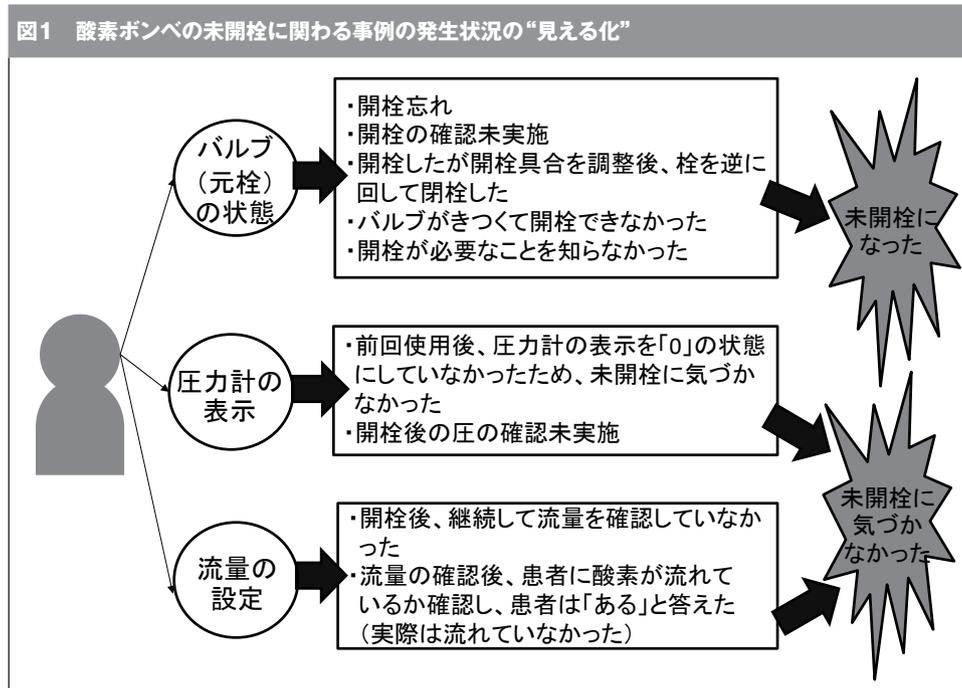
セスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、未然防止対策を検討する。

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、看護師は、呼吸状態の悪い患者を診療放射線技師に任せてしまったのか?」「なぜ、看護師は、呼吸状態の悪い患者を診療放射線技師に任せることのリスクを予測できなかったのか?」「なぜ、看護師は、患者の呼吸状態が悪いことを診療放射線技師に伝えていなかったのか?」「なぜ、診療放射線技師に、酸素ボンベの取り扱いの注意点(元栓が閉まっていることなど)を伝えるなどの連携が不足していたのか?」「なぜ、診療放射線技師が、CT検査室の中央配管からベッドの酸素ボンベに接続を切り替えた際に、酸素ボンベの元栓を開いていなかったのか?」「なぜ、酸素投与がされていない状態の患者が、誰の見守りもなく、CT検査室外の廊下のベッド上で待たされていたのか?」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、本事例の背景要因に挙げられている「放射線科では酸素ボンベの取り扱いについて、マニュアルが未整備であった」ことに注目することが重要である。ここには、今後の未然防止対策の検討に活用できるポイントがある。

「放射線科では酸素ボンベの取り扱いについて、マニュアルが未整備であった」ということは、診療放射線技師の業務内容に酸素ボンベの取り扱いが含まれていなかった可能性が示唆される。このため、放射線科では酸素ボンベの取り扱いについて、マニュアルが未整備であり、診療放射線技師が酸素ボンベの取り扱いに関する教育を受けていない可能性が想定される。

前記の本事業における医療安全情報¹⁾「No.168:酸素ボンベの開栓の未確認(2020年11月)」では、「取り組みのポイント」として、「酸素ボンベ使用時は、①バルブ(元栓)、②圧力計、③流量設定ダイヤルを確認する」ということが挙げられている。この3つのポイントを参考に



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報No.168, 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)

して、「バルブ(元栓)の状態」「圧力計の表示」「流量の設定」という3つの具体的な状況に焦点を当て、事例検索⁴⁾で検索されたさまざまな事例の記載内容を参考にして、酸素ボンベの未開栓に関わる事例の発生状況を“見える化”した(図1)。

事例検索⁴⁾で検索された事例によると、「バルブ(元栓)の状態」に関しては、「開栓忘れ」「開栓の確認未実施」「開栓したが開栓具合を調整後、栓を逆に回して閉栓した」「バルブがきつくて開栓できなかった」「開栓が必要なことを知らなかった」などが挙げられていた。「圧力計の表示」に関しては、「前回使用后、圧力計の表示を『0』の状態にしていなかったため、未開栓に気づかなかった」「開栓後の圧の確認未実施」などが挙げられ、「流量の設定」に関しては、「開栓後、継続して流量を確認していなかった」「流量の確認後、患者に酸素が流れているか確認し、患者は『ある』と答えた(実際は流れていなかった)」などが挙げられていた。

このように事例発生における、さまざまな背景を考慮して、発生要因を検討することが望まれる。本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“酸素ボンベの開栓の未確

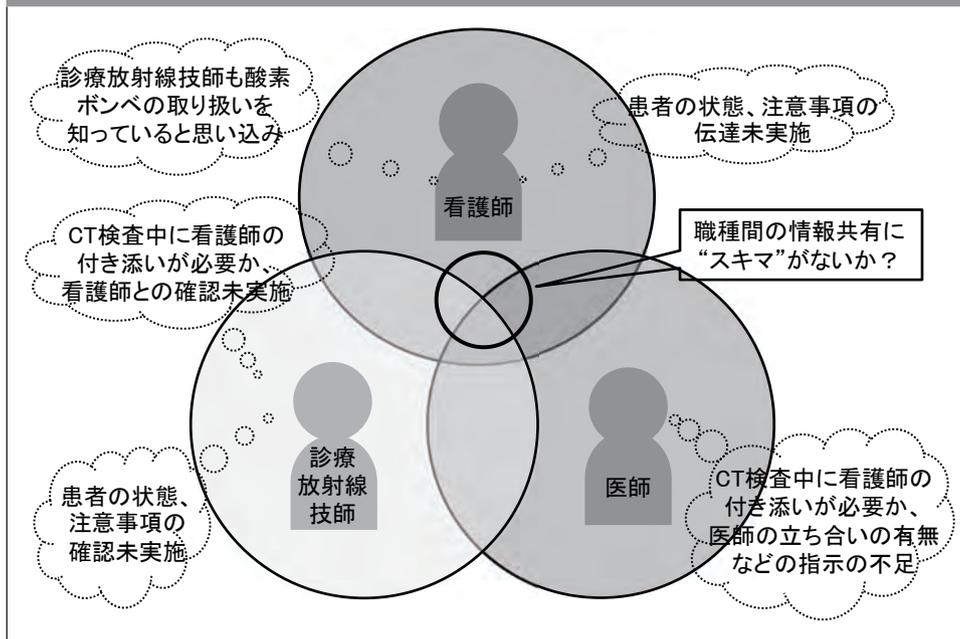
認”に関わるアクシデント事例の発生要因を明らかにするには、「思い込み」「情報共有不足」「確認不足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討したい。

“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)酸素ボンベの取り扱いマニュアルの未整備、2)部署間、および職種間の情報共有システムの不備、3)多職種参加によるリスクアセスメントの未実施、4)酸素ボンベ開栓の確認ルールの未整備、5)マニュアル・ルールの遵守状況の現状評価未実施、6)評価結果のフィードバックを含む職員教育の未実施、などが考えられる。

“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わる事例の未然防止対策

本事例の改善策としては、「患者の状態を共有する」「患者の状態をアセスメントし、看護師の付き添いの判断をする」「患者の状態が悪い場合、看護師はCT検査室で待機することを徹底する」「CT検査室での酸素ボンベ取り扱いに対するマニュアルを整備する」「酸素ボンベの開栓につ

図2 職種間の情報共有の課題の“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 事例検索で検索された事例の記載内容を参考に作成)

いて双方で確認する」などが挙げられていた。

“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデント事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)酸素ボンベの取り扱いマニュアルの整備、2)部署間、および職種間の情報共有システムの整備、3)多職種参加によるリスクアセスメントの実施、4)酸素ボンベ開栓の確認ルールの整備、5)マニュアル・ルールの遵守状況の現状評価実施、6)評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「思い込み」「情報共有不足」「確認不足」などを防止すること、あるいは多職種間の情報共有とチーム力発揮により、“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデントに至る前に「思い込み」「情報共有不足」「確認不足」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「酸素ボンベの取り扱いマニュアルの整備」では、看護部門のみならず、酸素ボンベの取り扱いに関与する可能性のある職種や部門に、酸素ボンベの取り扱いマニュアルが整備されているか否かの確認が急がれる。併せて、マ

ニュアルの記載内容に不足がないか、あるいは誤った認識が発生する可能性がないかなどを確認し、必要に応じて適切な修正をすることが望まれる。

2)の「部署間、および職種間の情報共有システムの整備」では、職種間の情報共有に課題がないか検討することが求められる。職種間の情報共有の課題の“見える化”の例を、本事例で検討して作成した(図2)。関与する看護師、診療放射線技師など、職種間の情報共有に“スキマ”がないか、自施設の状況を振り返ることが望ましい。

例えば、看護師に関しては、「診療放射線技師も酸素ボンベの取り扱いを知っていると思い込み」「患者の状態、注意事項の伝達未実施」などにより、現在、酸素ボンベのバルブは閉めていること、使用時は開栓が必要であることなどの具体的な情報を、診療放射線技師に伝達しない可能性がある。これに対して、診療放射線技師に関しても、「CT検査中に看護師の付き添いが必要か、看護師との確認未実施」「患者の状態、注意事項の確認未実施」などが発生する可能性がある。このように、関与する職種間で双方向のコミュニケーションが不足し、情報共有に“ス

キマ”があるという課題が発生していないか、確認が重要となる。

併せて、本事例の報告書には記載されていないが、医師に関しても、「CT検査中に看護師の付き添いが必要か、医師の立ち合いの有無などの指示の不足」などが発生する可能性があるため、医師と他職種との情報共有において、“スキマ”があるという課題が発生していないか、現状把握をすることが期待される(図2)。これらの現状把握の結果、職種間の情報共有に“スキマ”があることが判明した場合には、改善の取り組みを実施し、情報共有の“スキマ”がなくなるようなシステムの整備をすることが望ましい。

3)の「多職種参加によるリスクアセスメントの実施」では、2)で提示した職種間の情報共有の課題の“見える化”も含めて検討したい。“酸素ボンベの開栓の未確認”の発生要因はもちろんのこと、職種間の情報共有に“スキマ”が発生するリスクについても、多職種参加でさまざまな状況を想定したリスクアセスメントの実施が求められる。

4)の「酸素ボンベ開栓の確認ルールの整備」では、酸素ボンベ開栓の確認のポイントが具体的に示されているか、ダブルチェックなど複数での確認を実施しているか、および本事例で検討すると、酸素ボンベの準備時やCT検査室への移動・移送中、CT検査室に到着時、CT検査中、CT検査後、病棟への移動・移送中などにおける「確認のタイミング」と「誰が(誰と誰が)、何を、どのように確認するのか」などを含めた確認ルールの整備に取り組みたい。

5)の「マニュアル・ルールの遵守状況の現状評価実施」では、酸素ボンベの取り扱いマニュアルや酸素ボンベ開栓の確認ルールなどの遵守状況の現状評価の実施が急がれる。ここでは、併せて、関与する職員への周知状況や、マニュアル・ルールの理解の状況も確認する必要がある。

6)の「評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施」では、5)で実施した評価結果のフィードバックの内容や提供方法なども検討したい。ここでは、自施設だけでなく他施設で発

生した事例に関する情報提供も含めて、多職種参加のリスクアセスメントの機会としても企画を工夫することが期待される。

前記の事例の改善策としては、「ストレッチャーに移乗の準備時、移乗後にチェックリストに沿って人工呼吸器から酸素ボンベへの接続、患者の呼吸状態までダブルチェックで確認を行う」「確認行為は中断せず、最優先にして最後まで実施する」「酸素ボンベの取り扱いに関する取り決め事項(看護手順)の再確認」「酸素ボンベ使用後の手順の再周知」などが挙げられている。今後、自施設における“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わる事例の未然防止対策を検討するには、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“酸素ボンベの開栓の未確認” 事例の未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わるアクシデントが防止されないのか?」という疑問に焦点を当てて、事例発生プロセスの“見える化”から課題を明らかにし、未然防止対策を検討した。自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、適切な職種間の情報共有やプロフェッショナルとしての認識、および安全を確保するシステムが機能していないことで、リスクを回避できずに患者への重大な影響が発生することを防止するためにも、エラー発生の要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

業務プロセスを意識した、酸素ボンベの未開栓防止チェックリストの例を、本事例で検討して作成した(図3)。業務プロセスとしての「(酸素ボンベの)準備時」「(CT検査室への)移動・移送中」「(CT検査室に)到着時」「(CT)検査中」「(CT)検査後」「(病棟への)移動・移送中」を意識して、どのタイミングで、誰が(誰と誰が)、何を、どのように確認するのか、具体的に確認事項を検討することが肝要と考えられるため、自施設オリジナルのチェックリスト作成の取り組みを期待したい。

図3 業務プロセスを意識した、酸素ボンベの未開栓防止チェックリスト(例)

準備時		移動・移送中		到着時		検査中		検査後		移動・移送中	
<input type="checkbox"/>	酸素ボンベの準備時に、ボンベの開栓、圧力計で表示されている残量、酸素が流れていることなどを複数で確認している										
<input type="checkbox"/>	CT検査室への移動・移送中に、酸素ボンベの開栓と患者の状態を確認している										
<input type="checkbox"/>	CT検査室に到着時、看護師と診療放射線技師で患者の状態や注意事項を確認している										
<input type="checkbox"/>	CT検査中に看護師が不在となる場合は、看護師が診療放射線技師に患者の状態や注意事項などの情報を伝えている										
<input type="checkbox"/>	CT検査後の対応について、検査前に、診療放射線技師と看護師で確認を実施している										
<input type="checkbox"/>	病棟への移動・移送中に、酸素ボンベの開栓と患者の状態を確認している										
<input type="checkbox"/>	各プロセスの移行時、複数で酸素ボンベの開栓と患者の状態を確認している										
<input type="checkbox"/>	関与する職員における、職種間の情報共有を図る工夫を実施している										

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

“酸素ボンベの開栓の未確認”に関わる事例の未然防止における今後の展望としては、関与する職員が他職種の業務内容を把握し、職種間の情報共有の“スキマ”をなくして、双方向の関心を持つことで、チーム力を発揮することが求められる。

自施設における現状評価と他施設で発生した事例なども含めた情報収集と情報共有が重要である。併せて、多職種によるリスクアセスメントを実施し、さまざまな視点から事例の発生要因を検討することにより、事例発生のプロセスと課題の“見える化”をすることを提案したい。多職種によるチーム力を発揮してリスクを予測し、予測した結果に基づいて、リスク発生を回避する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 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2020 Dec 25)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書. <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html> (accessed 2020 Dec 25)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第61回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_61.pdf (accessed 2020 Dec 25)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2020 Dec 25)

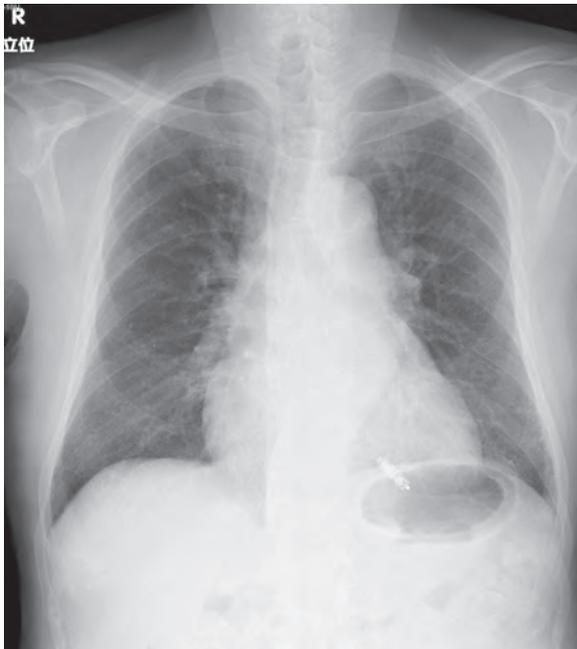


胸部X線画像診断⑬

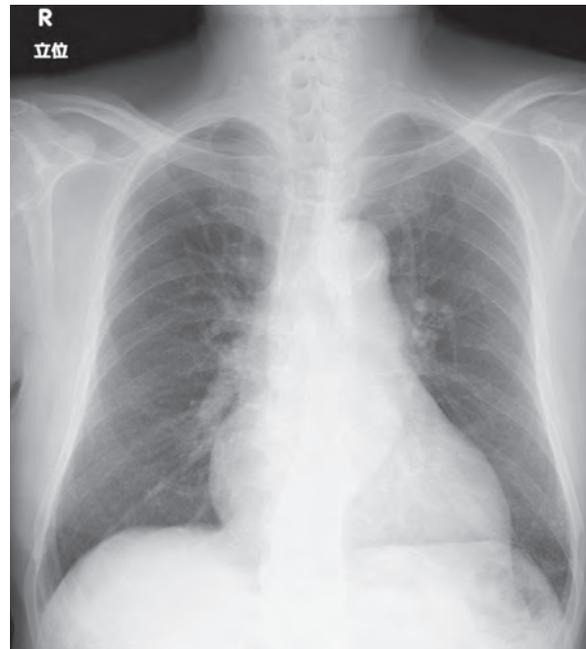
地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

?

90歳代男性. 当該科外来の定期的チェックの胸部X線(立位P→A). 現在特に症状はないようである. 左は今回, 右は3ヵ月前の撮影. さて何でしょう?



胸部X線 立位P→A 今回



3ヵ月前

レジデントX: 心臓から横隔膜, 胃泡に重なって異物がみえますね, ドクターM. 金属の構造物で, 複雑な構造がありそうです. 問題はそこですか?

ドクターM: 異物はどこにある? 患者さんが玄孫(やしやご)の遊ぶ昆虫型ロボット(電子玩具)か何か呑み込んでしまったのかな?

レジデントX: 高齢者の誤嚥ってことですか? 胃泡の位置からすると食道裂孔ヘルニアもなさそうだから食道の位置じゃないですね. 肺内というか気管支内にしてはちょっと末梢まで進み過ぎな感じです. 症状はないよ

うだし, 気管支拡張症もなさそうだし……. ひょっとして肺動脈内ですか?

ドクターM: こんな角度で走行する正常の肺動脈枝はこの位置にあるかね?

レジデントX: う〜ん……. そうか, 肺の動静脈奇形か何かあって, その治療で塞栓術が行われた!

ドクターM: なかなかいい線だと思うけど, 3ヵ月前のX線に肺動静脈奇形を疑うような所見はあるかね?

レジデントX: 心臓に重なってわかりにくいですが, そんな大きな異常血管はないですね.



Innovation First Internationalのロボット「HEX BUG nano」。

残念…。わかった！玄孫がひ爺さんの背中に湿布を貼ったときにいたずらして昆虫ロボットをもぐりこませたんだ！

ドクターM: おっ、素晴らしい。体表のものを考えたね！でも昆虫ロボットはちょっと脇におくとして……。ヒントに側面像をみてみよう。

レジデントX: う～ん、さすがに体表のものじゃないですね。ということは心臓の中ですか？

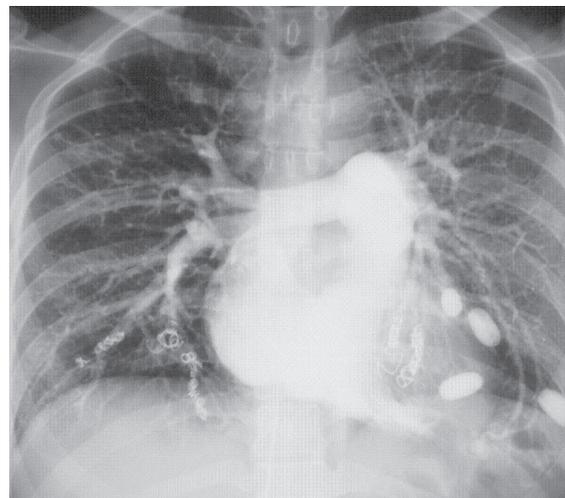
ドクターM: ほぼ正解。もう少し精確に、さて、心臓の中のどこになる？

レジデントX: 心臓の中の異物。肺動静脈奇形の症例の造影像を参考にすると、右室の壁、心室中隔あたりでしょうか？

ドクターM: できるねえ。孫が循環器の医者でね、爺さんの徐脈性心房細動を治療したんだよ。つまり、昆虫ロボットを心臓に埋め込んだというわけだ。

レジデントX: ?? 話の展開を早めたいのか引き伸ばしたいのかよくわかりませんが……。要するに、異物といっても医療用デバイスです？

ドクターM: メドトロニック社のリードスペースメーカーMicra(マイクラ)という。白状すると、実は、今回の胸部X線を読影したとき、不勉強でこのデバイスの存在を知らず、その上、他院で施行された治療であったことと当院での主治医が専門外のためか、カルテを参照しても経緯を含め、まったく記載がなかったので、すぐにはなんなのかわからなかったのだよ。でも、同僚の放射線科医から「リードスペースメーカーというものが最近使われるようになってるみた



参考症例: 多発する肺動静脈奇形の経カテーテル的塞栓術終了直後に行った右心房～右心室～肺動脈の造影像。動静脈短絡路の流入動脈部に留置された金属コイル(クルクルと巻いた金属線)と離脱式バルーン(豆状の高濃度影)が観察される。症例の説明の詳細は紙面の都合もあり、省く。心腔の図の呈示とさせていただきたい。説明不足でモヤモヤされる読者もおられると推察するがお許し願いたい。

いですよ」という情報ももらったので、早速Google様にお尋ねしてみた。で、今回の胸部X線の異物部分を拡大して観察するとメーカーのホームページにあったデバイスの図にぴったり一致したというわけなのだ。Micraは2017年のグッドデザイン金賞をとったそうだ。

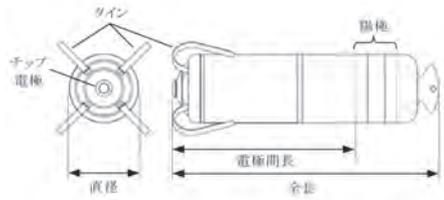
レジデントX: 完全に体内埋め込み型昆虫型ロボットですね。



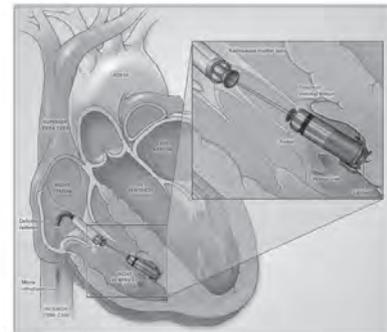
側面R→L



(メドトロニック社ホームページ
およびMicra添付文書より引用)



全長	電極間長	直径	質量	容積
25.9 mm	18 mm	6.7 mm	1.75 g	1 cm ³



デバイスのデリバリーモード図。右室壁にアンカリングする。

(文献1より引用)



今回の症例の胸部X線のデバイス拡大像(左は正面像, 右は側面像)。

ドクターM: X線にしろ, CTにしろ, いろんな医療用の埋め込み異物に遭遇することは多く, 最近では, このような電子的な器具も体内のいろんな部位に埋め込まれる. 日進月歩とはまさにこのこと. 昭和は山のあなたの空遠くなりにはけり…….

レジデントX: 失礼ながら, それは誤用だと思いますけど…….

ドクターM: 君ね, 雰囲気だよ, 雰囲気. というか, 気分だよ, 気分. 昔はよかったね, Things Ain't What They Used to Be*って, 知らないのかね?

レジデントX: 残念ながら存じませんです.

文献

- 1) Reynolds D, Duray GZ, Omar R, et al. Micra Transcatheter Pacing Study Group. A Leadless Intracardiac Transcatheter Pacing System. N Engl J Med. 2016; 374(6): 533-541.
- 2) メドトロニック社ホームページ <https://leadless-pacemaker.com/physician/>
- 3) Micra 経カテーテルペースティングシステム 添付文書 https://www.info.pmda.go.jp/downfiles/md/PDF/530366/530366_22900BZX00047000_A_01_05.pdf

* "Things Ain't What They Used to Be" は, マーサー・エリントン作曲, テッド・パーソンズ作詞による1942年のジャズ・スタンダード曲. 今でもよく演奏される. 物事は昔のままじゃない, 昔ようにはいかないの意味であり, 邦題は「昔はよかったね」と訳されることが多い.

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長



mRNAワクチンの機序 中年期の心臓の健康と認知症

mRNAワクチンの機序

mRNAワクチンが働く機序について、2020年12月18日のMEDICAL NEWS TODAYに「How do mRNA vaccines work?」として報道されているので紹介したい。この記事を書いたのはYella Hewings-Martinで、University College Londonで小児科を専攻している。

ほとんどのワクチンには感染性病原体またはその一部が含まれるが、mRNAワクチンは、細胞がウイルスまたは細菌のタンパク質を作るための遺伝的指示を提供する。身体の免疫システムはこれらに反応し、免疫力を高める。

messengerRNA (mRNA)は、われわれの全ての細胞に自然に存在する一本鎖分子である。mRNAは、細胞核にある遺伝子からわれわれの細胞の本体である細胞質内にタンパク質を作るための指示を運んでいく。引き続いて、細胞質内の酵素がmRNAに保存されている情報を翻訳し、タンパク質を生成する。

mRNAワクチンは、細菌またはウイルスのタンパク質を細胞内に作るための指示を提供する。次に、われわれの免疫システムはこれらのタンパク質に反応し、病原体による将来の感染に反応するための抗体を作り出す。

mRNAワクチンの技術は新しいものではないが、最近までヒトでの使用が承認されたmRNAワクチンはなかった。

一部のワクチンは、ウイルスまたは細菌を使用して、病原体に対する免疫を構築する方策をわれわれの身体に教育する。ワクチンに使用される病原体は不活化または弱毒化されており、このことは病原体の弱体化を意味する。またワクチンによっては、ウイルスやバクテリアの

一部を使用する場合もある。

組換えワクチン技術では、酵母または細菌を使用して、特定のウイルスまたは細菌のタンパク質全体、またはタンパク質のごく一部の複製を作成する。mRNAワクチンは、この工程を割愛する。すなわち、細胞や病原体を必要とせず、化学的に合成されるため、製造プロセスが簡単である。mRNAワクチンは、われわれ自身の細胞が病原体のタンパク質、またはタンパク質の断片を自ら作り出すことを可能にする情報を運ぶことになる。

重要なことに、mRNAワクチンは病原体のごく一部を作るための情報しか持っていない。この情報から、われわれの細胞が病原体そのものを作ることは不可能である。

Pfizer / BioNTechとModernaが開発したmRNACOVID-19ワクチンは、どちらもCOVID-19を引き起こすことはありえない。これらのワクチンは、SARS-CoV-2ウイルス自体を作るための完全な情報を持っていないので、感染を引き起こすことはできない。

mRNAワクチンの概念は単純に見えるかもしれないが、技術はかなり洗練されている。

RNAは、壊れやすいことで悪名高い分子である。mRNAを体内の細胞にうまく送達し、細胞内の酵素によって分解されないようにすることは、ワクチン開発における重要な課題となる。

製造工程での化学修飾により、mRNAワクチンの安定性を大幅に向上させることが可能となった。脂質ナノ粒子にmRNAをカプセル化することは、ワクチンが細胞にうまく入り、mRNAを細胞質に送達できるようにする方法の1つである。

mRNAワクチンは私たちの細胞に長くともまらない。

細胞内のタンパク質製造機構に指示を渡すと、ribonuclease(RNase)と呼ばれる酵素がmRNAを分解する。

mRNAワクチンが細胞の核に移動することはできない。これは、mRNAがこの区画に入ることを可能にする信号を欠いているため、RNAがワクチン接種された細胞のDNAに組み込まれないことを意味している。したがって、mRNAワクチンによる長期的な遺伝子変化のリスクはないと考えられる。

Pfizer/BioNTechとModernaによるmRNACOVID-19ワクチンは、ヒトの臨床試験で安全性試験を受けている。米国食品医薬品局(FDA)は、37,000人以上の試験参加者からの安全性データを検討した後、PfizerのmRNAワクチンのための緊急使用許可(EUA)を付与している。

FDAの声明によると、「最も一般的に報告された副反応は注射部位の痛み、倦怠感、頭痛、筋肉痛、悪寒、関節痛、および発熱であり、通常は数日続く」また、「注目すべきことに、最初の投与後よりも2回目の投与後にこれらの副反応を経験した人が多いため、最初の投与後にも何らかの副反応があるかもしれないが、2回目の投与後はさらに多くの副反応が現れる可能性があることが予想される」と述べられている。

いずれにせよ、ワクチンの開発は新型コロナウイルス感染症に悩まされているわれわれにとって大きな朗報であることは間違いなさであろう。

中年期の心臓の健康と認知症

2020年12月22日のMEDICAL NEWS TODAYで、中年期に心臓の健康指標のスコアがよい人は、晩年の認知症のリスクが大幅に低いことが判明したと「Better heart health in midlife may lower dementia risk」として報道されているので紹介したい。

認知症は、重大な社会的および財政的負担を伴う世界的な健康問題である。改善に役立つ方法はあるが、治療をもたらす治療法は現在存在していない。

米国では、65歳以上の人のうち500万人以上が認知症であり、2050年までに約1,400万人に増加することが予測されている。

認知症は、記憶、認識、言語、意思決定、注意、および問題解決の困難を伴う重度の認知機能障害をもたらす。これらの障害は、各人の日常生活の機能を著しく妨げることとなる。

中年から晩年までの心血管リスク因子など、認知症の発症と進行に重要な役割を果たす因子が疫学研究によって特定されているが、そのうちのいくつかは改善することが可能である。

シミュレーション研究では、認知症の症例の最大35%が、生涯にわたって改善可能な危険因子によって起こっていると推定されている。これらの危険因子には、教育、社会的関与、難聴、うつ病などの社会的および精神的健康要因が含まれる。

疫学研究はまた、認知症の予防における心血管の健康の重要性も示している。喫煙、糖尿病、心不全、心房細動、高血圧、肥満、高コレステロールなどの要因はすべて、認知症のリスクの増加と関連している。

最適な心血管の健康指標は、脳卒中や冠状動脈性心臓病のリスクの低下と相関しているという研究がある。

アメリカ心臓協会(AHA)の7つの心血管健康指標には、次の4つの行動要素が含まれている。

- ・身体活動
- ・ダイエット
- ・喫煙
- ・体重

その他の3つの要素は、生理学的な指標である。

- ・血中コレステロール
- ・血圧
- ・血糖

研究者たちは、中年期に理想的な心血管の健康指標を有していると、後年に認知症の発生率を低下させると関連づけている。

新しい研究では、中年の参加者の平均年齢は50.4歳であった。しかし高齢の参加者(平均年齢67歳)を対象としたある研究では、AHAの健康指標のうち、生物学的要素で理想的な心血管の指標が7年後に認知症のリスクを低下させることが判明している。

これまで、中年期と晩年期の両方の心血管の健康指標と認知症のリスクとの関係を調べた研究はほとんどなかった。また、健康指標の行動および生物学的要素の個別の影響を分析した研究もなかった。

Yajun Liangらは、この空白を埋めるために、フィンランドの心血管リスク因子、老化、認知症(CAIDE)研究の1,449人の参加者を含む人口ベースのコホート研究を実施している。

PLOS Medicine誌に掲載されたこの研究では、1972年から1987年(中年は平均年齢50歳)から1998年(晩年は平均70歳)のCAIDE研究に登録された人々のデータを分析した。また研究者らは、2005年から2008年に認知症のない744人を追跡している。

研究者たちが測定した心血管の健康指標には、7つのAHA推奨事項のうち6つが含まれる。しかし食事に関するデータはなく、中年期の空腹時血糖値が欠落していた。そのため、研究者たちは糖尿病の診断の代用手段を使用している。

次に、これらの指標を行動(喫煙、肥満度指数[BMI]、および身体活動)または生物学的(総コレステロール、空腹時血糖、および血圧)として細分類している。

彼らの研究では、臨床試験、実験室での研究、患者登録、自己管理調査、処方薬登録を通じて、人口統計、生活様式、病歴およびその他の心血管の健康指標に関するデータを収集している。

認知症の診断は、精神障害の診断と統計のマニュアルで指定された基準に従っている。この研究では、ミニメンタルステート検査を使用して、1998年と2005年から2008年のフォローアップ時の認知機能を評価した。

この研究では、理想的な心血管の健康指標を次のように定義している。

- ・息が切れ、汗をかく程度の運動を週に2回以上
- ・25未満のBMI値
- ・中年期、晩年期に糖尿病の診断や薬での治療をしない状態で100mg/dL未満の空腹時血糖値
- ・200mg/dL未満の総血清コレステロールレベル
- ・血圧の薬を服用せずに120/80mmHg未満の血圧
- ・喫煙したことがない、または1年以上の禁煙

この研究では、これらの心血管の健康指標のそれぞれを単独で、中年期と晩年期の両方で複

合として評価およびスコアリングを行っている。

この研究では、中年期に理想的な複合心血管健康指標のスコアを持つ参加者は、スコアが低い参加者よりも認知症のリスクが54%低いことが判明した。これは、死やその他の潜在的な交絡因子を制御した後の結果である。

研究の結果は、複合心血管健康指標スコアの1ポイントの増加が、認知症リスクの14%の減少と相関することを示している。

さらに、中年期に理想的な行動的心血管健康指標スコアを持つ人々は、認知症のリスクが58%減少している。対照的に、晩年に理想的な生物学的心臓血管の健康指標スコアを持つ人々は、認知症のリスクが3.5倍高くなっていた。

研究者らは、血圧が120/80mmHg未満で、総コレステロール値が低いことも前臨床認知症の前兆である可能性があり、これらの値が低すぎることも逆に望ましくないと結論づけている。

この研究には食事と中年期の血糖値に関するデータが欠如しており、またフォローアップの喪失率が高く、小規模な研究であるためこの結果を一般化することには限界がある。大規模な人口ベースの研究での確認が必要である。

しかしこの研究では、心血管の健康の生物学的要素が、加齢とともに認知症を予測しにくいことが確認されている。それはまた、高齢者への継続的、行動的な心血管の健康の重要性を強調するものである。

これらの調査結果は、認知症のリスク軽減に大きな影響を与える可能性がある。特に喫煙、身体活動、BMIに関して、心血管の健康習慣を維持することで、晩年の認知症のリスクを減らし、最終的に日常生活の負担を減らすことができる。

参考WEBサイト

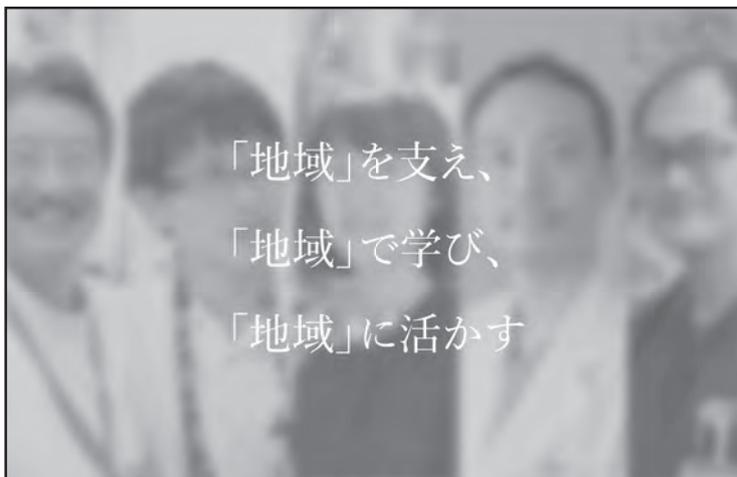
- 1) <https://www.medicalnewstoday.com/articles/how-do-mrna-vaccines-work>
- 2) <https://www.medicalnewstoday.com/articles/better-heart-health-in-midlife-may-lower-dementia-risk>

JADECOMアカデミー サイト開設のお知らせ

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

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

是非ご覧ください。



<https://jadecom-special.jp>

JADECOM アカデミー



お問い合わせ

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

『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

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

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

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。

多くの皆さまからのご応募をお待ちしています。

連絡先

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

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

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

牧田幸三先生の 世界初の先端的手法:支脈別副腎静脈採血 「原発性アルドステロン症における意義」(1)

(2月1日配信)

練馬光が丘病院放射線科, 地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長の牧田幸三先生が長年携わってこられた支脈別副腎静脈採血とアルドステロン症について解説していただきます。牧田先生は東京大学卒業後, Interventional Radiology (IVR)に取り組み, バルーンを用いた脳動脈瘤塞栓術, 精索静脈塞栓術などを行っていました。その後, 副腎静脈の支脈別静脈血採血に取り組むようになりました。

まず, アルドステロンについて簡単に解説していただきました。生物の血液中のナトリウム濃度は海水とほぼ同じに維持されています。海水魚は必要なナトリウムを海水中から取り込むことができますが, 淡水魚や陸上の動物はナトリウムの排泄を抑え体内に貯蔵する必要があります。そのため, 腎臓の遠位尿細管においてアルドステロンの働きによりナトリウムの尿中排泄量が調整されています。発生学的には両生類以降の生物にアルドステロンが出現しています。人類もその一つですが, 岩塩や海水塩を調理に用いることからナトリウムの過剰摂取が惹き起こされ, 高血圧を発症するようになりました。

支脈別副腎静脈採血を行っているのは, 国内では東北大学と横浜労災病院の二病院が主な施設です。牧田先生は横浜労災病院において副腎静脈採血の検

査を行っていました。最初は副腎の中心静脈からの採血でしたが, あるとき支脈の奥にカテーテルが入り込み, 支脈静脈血から採血しました。副腎中心静脈と比較したところ, 非常にデータ量の多い血液であることが判明しました。その後, 支脈静脈から採血するためにマイクロカテーテルの改良に取り組むなどを行ってきました。

採血技術の進化に伴い, 原発性アルドステロン症 (PA)の考え方も変化しました。かつては頻度は稀であるが低カリウム血症がみられ診断が容易, 臓器障害が少ない予後良好な高血圧であると考えられていました。現在は, 高血圧症の5~10人に1人の割合で認められ, 高血圧以外の症状は稀で, 臓器障害の合併が多い, 診断が難しい予後不良の高血圧として捉えられています。PAの病型分類は図1に示すとおりです。両側に発症した場合は副腎不全を引き起こすため切除はできませんが, 片側の場合は切除術を行うことができます。図2に支脈別のアルドステロン値/コルチゾール値の違いを示しています。明らかに患部からの静脈血とそれ以外の部位の静脈血との差が認められます。

- 1) 片側副腎病変:
- ①副腎腺腫 (aldosterone producing adenoma:APA)
 - ②片側性副腎過形成 (unilateral adrenal hyperplasia:UAH)
 - ③片側性多発微小結節 (unilateral multiple micronodules:UMN)
 - ④癌腫 (aldosterone producing carcinoma:APC)
- 2) 両側副腎病変:
- ①両側副腎過形成 (idiopathic hyperaldosteronism:IHA)
 - ②両側副腎腺腫
 - ③糖質コルチコイド反応性アルドステロン症 (glucocorticoid suppressive hyperaldosteronism:GSH)
- ◆ Omura M, Sasano H, Fujiwara T, Yamaguchi K, Nishikawa T. Unique cases of unilateral hyperaldosteronemia due to multiple adrenocortical micronodules, which can only be detected by selective adrenal venous sampling. Metabolism. 2002 Mar;51(3):350-5.

図1 原発性アルドステロン症 (PA)の病型分類

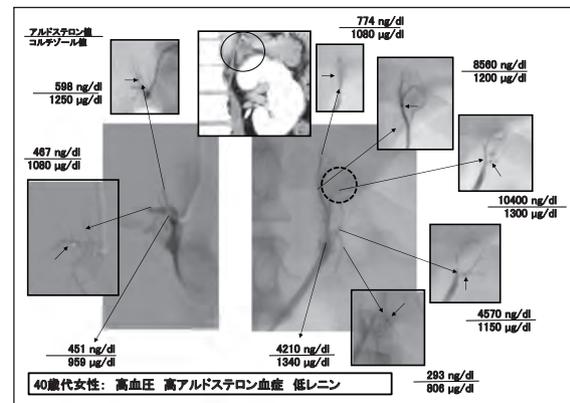


図2 支脈別副腎静脈採血の結果

* 牧田先生のレクチャーの詳細は, 2月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。



生涯教育 e-Learning は公益社団法人地域医療振興協会ホームページから閲覧できます。 <http://www.jadecom.biz/>



冬の利尻島



利尻島国保中央病院
中田健人

賣豆紀先生こんにちは。日々体調崩さずに過ごされておりますでしょうか。

日本海側の例年以上の豪雪の影響を受け、利尻島でもたくさん積雪に見舞われています。そのため日々の雪かきが欠かせない状況であり、元々の腰痛が悪化あるいは雪かき中に転倒されたといった方が増えてきているように思われます。また天候悪化によりフェリーや飛行機の運行率も冬季は減少するため、数日欠航が続くと物流が滞り、コンビニやスーパーの食料がほぼなくなることもしばしばです。同じ離島ということもあり、賣豆紀先生もこのようなことは平郡島で経験されているかもしれませんが。そのため冬季は札幌で「越冬」される方も多いですが、今年は新型コロナウイルスの影響もあり例年よりは島内にとどまる方が多いそうです。

なにかと不便なことが多いこの時期ですが、島民にとって良いこともありました。以前お伝えした利尻島内でのクラスター発生に関してですが、4週間新規感染者がなかったことから昨年12月24日をもって、1ヵ月余りで収束に向かうことができました。感染者30名、濃厚接触者166名、PCR検査施行332名と島の人口を考えると大規模な感染拡大でありましたが、昨今の全国的な感染拡大を鑑みると、再びいつ発生してもおかしくない状況ではあります。しかしながら今回の事例で医療従事者だけでなく、島民全体の危機意識が高まり一体感が出てきたようにも感じます。正しく恐れつつ、来るべき時に備えていきたいと思います。

話は変わりますが、利尻島内にはスキー場があります。レンタルなどはありませんが、入場料たったの250円だけで営業時間内は無制限に楽しむことができます。いざ滑りに行くと普通のスキー場のようなリフトやゴンドラはありません。あるのは「簡易リフト」でした。写真では見えにくいと思いますが、自動で動くワイヤーに棒状の腰掛けがついています。腰掛けを自分で良いところに回し、そのままワイヤーに任せて引っ

FROM 利尻島 (北海道)

張ってもらい感なのですが、これが慣れるまで難しく、余計な力も入るため翌日はひどい左腕の筋肉痛でした。島内の子どもたちも数人遊びに来ていましたが、リフトの扱いにはみんな慣れており転ぶ子はいなかったです。この子たちがいつか島外に出てスキー場に行くことがあれば、逆に普通のリフトやゴンドラに驚くことと思います。その後リフトに苦しみながらもなんとか無事頂上まで登り切ると、海も一望できる絶景が広がります。数分で滑り降りて来てしまいますが、斜面の整備も行き届いており楽しく滑ることができました。自宅から5分程度と立地も最高なため気軽に行くことができ、冬の利尻島の良いところを堪能できて良かったと感じています。



天望山スキー場のリフト



ゲレンデ(海側)



ゲレンデ(山側)

最後になりますが、3月をもちまして利尻島での勤務が終了となり、賣豆紀先生との交換日記も終了となりますが、1年間大変有意義な情報交換ができたと思っております。平郡島での勤務が丸2年

ということになっており、来年度からはおそらく新天地で活躍されることかと思えます。賣豆紀先生がおっしゃる通り2020年は我慢の年でした。今年は新型コロナウイルス感染症が落ち着き、仕事とプライベートともに充実した年をお互い過ごせることを願っております。1年間大変お世話になりました、ありがとうございました。





市立奈良病院における3人目の 特定ケア看護師の現状報告

市立奈良病院 今田恵美

施設背景と所属配置

皆さん、初めまして。私は市立奈良病院で特定ケア看護師として勤務しています。市立奈良病院は「地域の安心と笑顔を大切に」をコンセプトとする地域医療に貢献する急性期病院です。救急、がん、災害、小児、周産期を中心に29の診療科、病床数350床を掲げています。そして当院では、地域医療振興協会が設立した、特定行為にかかる看護師の教育機関で研修を修了した2名の特定ケア看護師が従事しています。私は当院では3人目の、第4期生として研修を受けました。現在は看護部管理室に籍をおき、自施設でローテーションを組み各診療科で研修中です。2021年3月に研修を終了し、本格的に活動を開始する予定です。

特定ケア看護師を目指した動機

私は看護専門学校を卒業後、ICUやCCU、HCUなどを中心に10年以上、急性期病棟で従事してきました。特定ケア看護師というものがあることを知り、期待される効果である「タイムリーな患者対応」「患者を待たせずに済む看護師のストレスやジレンマの軽減」を見たとき、日々の業務の中で特に歯がゆさを感じていることだと思いました。看護師は患者家族の声を一番近く、早いタイミングで見聞きすることができるのに、医師にうまく伝えられないことや、「待つ」ことで悔しい思いをしたことがたくさんありました。そんな思いを日々抱えながら業務をしていた時、同じ病棟に特定ケア看護師の1期生がいました。業務に携わる姿はとて頼りになり、

刺激を受け、たくさんの学びを得ました。日々の医師とのカンファレンスから得た治療方針や病態変化の情報を分かりやすく共有したり、医師不在時の患者の状態変化をいち早く相談したりすることができ、臨床推論を活かした処置や対応に日々助けられました。また、研修で得た知識、技術は患者だけを待たせないためだけではないと感じました。医師との関わりを多職種へと共有することでチームとしてのスムーズな連携につながっていると実感しました。さまざまな側面からアプローチし、何事も待たせない看護師へと進化したいためにも特定ケア看護師を志望しました。

日常業務

2020年4月から2021年3月の1年間はローテーションを組んで各診療科の研修にまわっています。各診療科のほかに、診療所やエコー室でも研修を受けています。主な研修内容は、指導医が担当している患者と一緒に受け持たせてもらい、病歴聴取や身体診察を実践し治療計画を立案したり、病状変化時には臨床推論をもとに指導医にプレゼンしたりする中で、特定行為があれば実施しています。診療科ごとのカンファレンスや勉強会への参加、特殊な処置や検査の見学や介助をさせてもらっています。

活動の効果と今後の課題

特定ケア看護師の研修を始めてから、さまざまな勉強会や多職種カンファレンスに参加するようになりました。医師に囲まれる勉強会は練

り返し参加することで、理解できる内容も増えています。現在は、自分が理解し振り返ることだけで精いっぱいですが、フィードバックしていけるよう学習を積み重ねています。また多職種カンファレンスは一看護師として参加していた時とは違った視点を持てるようになりました。以前は、提案された内容によっては、できないと一方的に拒否することもありました。カンファレンスは重要であることは分かっているながらも、日々業務に追われ、ないがしろにしてしまうこともありました。しかし、特定ケア看護師となってからは、さまざまな提案が患者にとってどんな影響を及ぼし、どんな効果があるのかを、スタッフ同士が理解しやすいように発言することができるようになりました。そして、看護師が分かりやすく、実働しやすくていいかを考え、より安全にまた業務負担にならないよう実践できるかを一緒に考えるために、病棟スタッフへ声をかけるようになりました。ベッドサイドでケアを実践することが多いのは看護師です。患者によりよい医療を提供するための提案を無駄にしないためにも、医療スタッフ同士の架け橋となれるよう努めていきたいと考えています。

当院では既に2名の特定ケア看護師が従事していますが、ローテーション研修していて知名度や活動体系の理解にばらつきを感じました。当院では9つの病棟と外来、手術室があるうち、末梢留置型中心静脈カテーテル(PICC)挿入などの特定行為や、院内救急対応システム(RRS)において横断的に活動することもあります。主な活動場所は脳神経外科病棟とICU/CCU病棟の2つに固定されています。それらの病棟と、



臨床研修中のPICC挿入時の様子

医師から特定行為の依頼を受け実施することが中心となっている病棟とでは、研修内容の理解に差がありました。医師を含む病棟スタッフが特定行為の研修に来たという印象が強く、臨床推論を踏まえた診療業務の研修が中心ということに結びつけることが困難でした。特定行為が実施できる看護師であることは分かるが、特定行為にどんな種類があり、どのような内容で、どういう流れで実施できるのかは分からないといった印象でした。ただ、このような認知度、理解度の中でも医師や看護師、コメディカルと研修を通して関わっていく中で、こういうこともできるのか、頼めるのかと知ってもらい、助かりましたと言われることが増え、特定ケア看護師として需要のある病棟を知ることができました。3人に増えたからこそ、特定ケア看護師がひとつのチームとしても組織横断的に活動していける可能性を模索していきたいです。

地域医療型後期研修

2021. 1. 19

後期研修

初めまして。「地域医療のススメ 奈良」に在籍し、現在専攻医1年目で市立奈良病院で研修中の桑田哲平と申します。

私は大阪府出身で、1年の浪人生活を経て奈良県立医科大学へ入学し、卒後は奈良県にある市立奈良病院で2年間の初期研修を行いました。大学入学時より「総合診療医」に興味があり、3年目以降の研修の場としては迷わず、「地域医療のススメ 奈良」を選ばせていただき、初期研修と同じ市立奈良病院で引き続き後期研修を行わせていただくこととなりました。「研修医の桑田」としてではなく、「総合診療科の桑田」としてスタートしたこれまでの後期研修について少し振り返ってみたいと思います。



4月、7～8月、10月～は総合診療科の病棟チームとして研修、5～6月、9月は救急科での研修を行いました。また8月からは一般外来も始まり、10月からは自分一人+研修医での救急当直業務も開始となりました。

プロフィール

2018年3月 奈良県立医科大学卒業
 4月 市立奈良病院にて初期研修
 2020年4月 「地域医療のススメ」
 市立奈良病院総合診療科

病棟ではもともと初期研修を行っていた病院ということもあり、カルテ操作や他職種とのコミュニケーションの面などでは大きな障壁はなく研修を開始することができました。「主治医」として患者の診療に関わるという点がこれまでとは大きく変わった点で、治療方針決定や患者本人・家族との関係構築などを自分が主体となっていく必要があることに最初は少し戸惑いました。時には指導医の先生方に相談させていただきながら、各担当患者から多くのことを学ばせてもらい、少しずつその状況になれることができてきているのではないかと感じています。患者・患者家族からの感謝の言葉をいただけた時には、こんなにも嬉しいのかと、今までにない達成感を感じることができたこともありました。

救急研修では、肺炎、尿路感染、めまい、腹痛などのcommon diseaseから心肺停止症例、高K血症、脳卒中、交通外傷など幅広い疾患を経験できました。数多くの症例を経験して多くのことを学び、今では全く不安がない状態とは言えませんが、自分1人+研修医で

の夜間の救急当直も行えるようになりました。これまでの状況と大きく変わった点としては、発熱患者において新型コロナウイルス感染症を考える必要があるという点がありました。これまでなら通常の救急診療室に搬入し、熱源検索を進めていくというような流れであったものが、隔離・感染防護服着用・できるだけ



「地域医療のススメ奈良」専攻医の同期と

少人数での対応といったように、これまでの診療の流れとは異なる形で診療を進めなければならないという状況となりました。いつこの状況が解消されるかは、正直言って全く先が見えず、1日でも早く状況が改善することを祈る毎日です。

総合診療科の医師として研修が始まり、初期研修医時代にはなかった業務、そして責任が増えた後期研修で、まだまだ未熟な面も多いですが、症例1つ1つから沢山のことを学び、できることを少しずつ増やししながら自分が成長できているという充実感を持って研修生活を送っているのではないかと自分では思っています。次年度は診療所での地域研修や小児科研修、大病院での研修などを予定しており、さらに医師として成長できればと考えています。コロナ禍

での研修の始まりとなり、これまでの研修の様子とは変わってきている部分も多く、正直ストレスを感じてしまう時たまにあります。この環境にめげず、目標としているような医師像に少しずつでも近づいていけるよう、たまにはストレス発散もしながら、日々努力し研修を続けていきたいと思ひます。



息抜き・趣味で集めたスニーカー

『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



「令和元年度版 へき地診療所総覧」を刊行しました

「へき地診療所総覧」について

今回、自治医科大学医学部同窓会医燈会と公益社団法人地域医療振興協会(JADECOM)地域医療研究所の共同編集で「令和元年度版 へき地診療所総覧」を刊行しました。自治医科大学卒業生が勤務するへき地および類似する地域にある診療所と、JADECOMが運営するへき地等の診療所を調査し、データベースとして一冊にまとめたものです。昭和61年から平成5年までJADECOMが発刊していましたが、実に27年ぶりのリバイバルになります。

内容は過去に発刊したものとはほぼ同じで、施設の概要(開設年、開設者、施設管理者、届け出病床数、施設構造と耐震性、部屋数、施設の歴史、診療：標榜科、週間スケジュール、外来患者数等、医療機器、スタッフ)、教育研修関係(医師の研修、医学生・研修医の受け入れ、診療所スタッフの研修)、IT活用(電子カルテ、施設内LAN、画像伝送、地域の情報共有)、後方病院(病院名、カテゴリー、搬送距離と時間)ですが、今回は新たに地域保健予防活動や地域包括ケアシステムへの参画について調査しました。巻末にデータ集としてへき地診療所がある市町村のデータと掲載項目の簡単な統計を掲載しました。

冊子として1冊3,000円とし、一般書店での販売は予定していません。冊子をご希望の場合はJADECOM地域医療研究所にご連絡いただければと思います。JADECOM会員の皆様にはJADECOMホームページの「会員の方へ」から、JADECOM NEWS配布URLよりPDFデータがダウンロードできます。今後は電子書籍として販売する予定です。

「令和元年度版 へき地診療所総覧」には、へき地で頑張っている自治医大卒業生の姿と、自治体やJADECOMが支えているへき地診療所のデータが詰まっています。へき地医療に興味を持つ高校生、医学生、医師、医療従事者、そして実際に携わっているへき地診療所のスタッフの皆さんに読んでいただければ幸いです。令和2年度にはデータの更新と併せて新型コロナウイルス感染症への対応等を調査する予定です。また、JADECOM地域医療研究所では、へき地医療や地域医療について共同で研究を行ってくださる会員の皆様に募集しております。ぜひともご協力のほどお願いいたします。

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 日光市民病院管理者 杉田義博



●表紙



●本誌ページ見本

申し込み、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 地域医療研修所

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科
産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)
教授 今野 良(岩手1984年卒)
TEL 048-647-2111 E-mail kuwata@jichi.ac.jp

研修・入局

自治医科大学 感染症科 研修・入局のご案内

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

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

当科での研修にご興味を持たれた方は、ぜひご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属病院 感染症科
科長兼感染制御部長 准教授 森澤雄司
助教 秋根(茨城2006年卒)、病院助教 南(兵庫2008年卒)
TEL 0285-58-7580 FAX 0285-44-6535 E-mail kansen@jichi.ac.jp

●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

地域医療振興協会生涯教育センターでは、2017年度から協会会員向けの生涯教育e-Learningを開始しています。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。

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所



●総合診療科 2名

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

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

受付 2020.9.16

鹿児島県

長島町国民健康保険鷹巣診療所



●内科 1名

診療科目：内科、外科
 病床数：19床（一般9床、療養10床）
 職員数：28名（うち常勤医師2名）
 所在地：〒899-1401 鹿児島県出水郡長島町鷹巣1841-6
 連絡先：事務長 塚田
 TEL 0996-86-0054 FAX 0996-86-0084
 E-mail shinryou@town.nagashima.lg.jp

特記事項：長島町は、鹿児島県の北西部に位置し、人口はおよそ1万人の自然豊かな町です。当診療所は町内で唯一の有床診療所で、令和2年11月に新築移転をしました。
 長島町の医療を支援していただけませんか。よろしくお願いたします。
<https://www.town.nagashima.lg.jp>

受付 2021.1.6

兵庫県

公立浜坂病院



●総合診療科1名、整形外科1名、
 内科系1名（介護老人保健施設長）

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

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

受付 2020.9.16

各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

- ①各種お知らせ・報告・求人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○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

投稿要領

2017年6月改訂

1. 投稿資格

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

2. 採否について

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

3. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する.

原著: 学術論文であり, 著者のオリジナルである内容を著したもの.

症例: 症例についてその詳細を著した論文.

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

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

自由投稿: 意見, 提案など, ジャンルを問わない原稿.

4. 原稿規定

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

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

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

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

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

6) 図表

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

雑誌の場合

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

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

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

【ウェブサイト】

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

5. 原稿の保存形式と必要書類について

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

6. 原稿の送付方法について

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

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

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

10. 月刊地域医学編集室

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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「月刊地域医学」編集委員

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

(50音順, 2020.9.1 現在)

編集後記

今月の編集後記も緊急事態宣言下での執筆となっています。この1年間の編集後記はひたすら新型コロナウイルス感染症の話題ばかりとなってしまいましたが、この未曾有の事態では致し方なかったようにも思います。もう少し他の話題を提供しようと思っても、自宅と仕事場の行き来のみで、何も話題になるような出来事はありませんでした。

さて、今月の特集は”コロナ禍のウイメンズヘルス”です。

このコロナ禍において、立場の弱い(主に)女性たちがどのような状況に置かれたか、またそれに対してどのような対策を講じた方々がいたのか、ということについての経験が語られており、大変興味深い特集になっているものと思います。

今月の巻頭インタビューは北村邦夫先生です。私は学生時代北村先生の著書を読んで、北村先生の仕事にあこがれた時期があったことを、このインタビューを読んで思い出しました。北村先生が自治医大のOBであることも存じませんでしたが、個人的には大変感慨深いインタビューでした。

私の編集後記は今月号までとなります。毎回毎回コロナに関することに終始した編集後記となってしまいましたが、次の方の編集後記ではもっと明るい話題が提供できるような世の中になっていることを強く願います。

伊藤大輔



月刊地域医学 第35巻第3号(通巻413号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2021年3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