

総合診療・家庭医療に役立つ

12

2022  
Vol.36-No.12

# 月刊 地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

## 離島・へき地における 遠隔医療の未来を語る

【企画】原田昌範 山口県立総合医療センターへき地医療支援センターセンター長

●インタビュー

## 「総合救急診療と専門医療を 両輪とする地域の病院として。」

光定 誠 練馬光が丘病院 管理者

会員向け



# JADECOM 生涯教育 e-Learning

## 会員向けのContents



生涯教育センター長  
富永 真一

地域で活躍する先生方の生涯学習をお手伝いすることを目的に、2017年4月にJADECOM生涯教育センターが新設されました。e-Learningプロジェクトでは、自治医科大学の教員が情熱をもって進めている最新の研究や最新の治療に関する情報をレクチャー形式で解りやすく提供します。このe-Learningプロジェクトは、自治医科大学の長期目標に謳われている15年一貫教育の活動の一つでもあります。

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



## 「ゼロから始めた 骨軟部腫瘍診療と研究

～当センターにおける骨軟部腫瘍11年の軌跡～」

11月1日配信 ▶

### 秋山 達先生

自治医科大学附属さいたま医療センター整形外科 教授

秋山先生は1996年に東京大学を卒業、2010年より自治医科大学附属さいたま医療センターに着任し、整形外科全般の治療にあたっています。

今回は専門である骨軟部腫瘍診療について、赴任してからの11年間に、どういふことをやってきたかを講義しています。

まず2010年からの原発性骨軟部悪性腫瘍症例数の推移を示し、2019年には骨悪性腫瘍手術・軟部悪性腫瘍手術ともに国立がん研究センター・がん研究会有明病院に次いで全国3位になったことを紹介しています。

そして治療困難症例を、骨盤腫瘍手術、後腹膜肉腫手術、転移性骨腫瘍手術の3つに特化して解説。いずれも実際の症例を提示し、手術現場のスライドを用いてレクチャーしています。

先生は、骨軟部腫瘍を志す医師に、手術による貴重な経験を伝えるべきと考えています。地域から骨軟部悪性腫瘍手術などをやりたいという先生は、ぜひ声がけいただきたいとのメッセージがありました。



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/>



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会

生涯教育センター

担当:佐々木

TEL : 03-5212-9152(代)

# 月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.36—No.12(2022年)

## 目次

### インタビュー

- 総合救急診療と専門医療を両輪とする地域の病院として。／光定 誠 2

### 特集 離島・へき地における遠隔医療の未来を語る

- エディトリアル／木下順二 12
- 離島・へき地に期待される遠隔医療の現状とこれから／原田昌範 13
- 離島・へき地に期待されるDX(デジタルトランスフォーメーション)／杉田義博 19
- 離島・へき地のオンライン診療のニーズに関する調査／古城隆雄 24
- 国内外の離島・へき地におけるオンライン診療の実際と国内実証の取り組み／西村謙祐 29
- ポストコロナ時代の遠隔医療の可能性／長谷川高志 36
- プライマリ・ケア領域におけるデジタルヘルスの活用のこれから／吉田 伸 41
- 離島・へき地に期待する遠隔医療とは／長島公之 48

### 原著

- 平時からの信頼関係構築が災害発生後の地域包括ケアシステムの早期復興の鍵／津長雄太・杉本加代・阿波谷敏英 52

### Look Think Act みんなの健康を、みんなで守る

- 禁煙支援セミナー「禁煙支援の困りごと解決！スキルアップセミナー」開催報告／阪本康子・川畑輝子・中村正和 62

### 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110回“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を未然防止する！  
－事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策－／石川雅彦 66

### ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像クイズ／林 貴菜 75

### JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 公衆衛生としてのワクチンと検診 子宮頸がん予防の教訓から 後編 79

### 離島交換日記

- 香川県？岡山県？／池上雄亮 80

### JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- NDC研修センターの挑戦／桐山真理子 82

### 研修医日記

- 自分の目指す医療を探して／森本梨加 84

### 自治医大NOW

- 第20回自治医科大学シンポジウム開催／高校の進路指導教員向け大学説明会開催 86

お知らせ.....90

求人病院紹介.....95

投稿要領.....99

総目次.....101

編集後記.....巻末

# INTERVIEW

練馬光が丘病院 管理者  
光定 誠先生



## 総合救急診療と専門医療を両輪とする地域の病院として。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

### 救急外科医として充実した日々

山田隆司(聞き手) 今日(10月11日)に開院した練馬光が丘病院新病院で、管理者の光定誠先生にお話を伺います。立派な病院になって、本当におめでとうございます。

まずは先生の経歴と、練馬光が丘病院の管理者として、先生が着任された経緯などをお話いただければと思います。

光定 誠 自治医科大学卒業が1982年、東京都の5期生です。初期研修は都立駒込病院で2年間スーパーローテート研修を受けました。駒込病院ではがん診療が中心でしたが、小笠原村に赴任することになりそうだとということで、小笠原ではすぐに病院に搬送することはできないこと

もあり、重症の救急などを診られるようにと3年目で都立広尾病院の麻酔科・救急に移り、4～5年目で小笠原の父島に赴任しました。

山田 最初のへき地勤務が父島だったんですね。

光定 そうなのです。それで6年目に帰ってきて義務明けまで広尾病院の消化器外科にいました。その間にもう1回小笠原に半年行きました。当時は村長が「島でお産を！」ということ掲げていたので、診療所長は産婦人科の先生で帝王切開だけでなく、外科もやって虫垂炎、ヘルニア嵌頓などの手術もしていました。

山田 そういう時代でしたね。当時は島でお産を継続することが村長さんの政治生命のようでした

ね。先生は義務年限のなかで2回父島に行かれたということですが、合計どのくらい行かれたのですか。

光定 2年半です。そのあと伊豆大島に半年行きました。

山田 それでへき地勤務が終わったわけですね。

光定 広尾病院で義務が明けて、それから1年間自治医科大学附属大宮医療センターでお世話になりました。その後また広尾病院に戻り、最初は外科に所属していましたが、石原慎太郎都知事が「東京ER構想」を打ち出した頃で、当該都立病院の一つであった広尾病院の救命救急センターの立ち上げに加わり、2003年からセンター長として2010年まで勤務しました。

山田 東京ER構想で、初期・二次救急から高度救命処置までを担うことになり、広尾病院の救命救急センターは相当忙しかったと思います。

光定 はい。離島からのヘリ搬送は絶対断らないという気持ちでしたし、三次救急の収容も倍増しました。

山田 広尾は離島の搬送の核になっていますからね。先生は外科系の救急医という感じだったのですか。

光定 三次救急は初療は救急専従医が対応して、それから専門医に引き継ぐというスタイルでした。躯幹外傷などの場合は自分たちでそのまま

加療しました。

山田 重度の外傷などが搬送されるわけですね。

光定 はい。交通外傷や墜落外傷が診療のメインで、なんとか命を救おうとモチベーションが高かったですね。しかし2000年代に入ってシートベルトの普及などで重症交通外傷が激減しました。またIVRが発達して例えば肝損傷なども、かなりの部分が対応できるようになり墜落など重症外傷の手術も減りました。自分の仕事も重点が急性腹症や消化器癌の手術にシフトしましたが、もっと地域で救急に関与したいなという気持ちはありました。

山田 その後、協会から声がかかったわけですね。

光定 以前、東京北医療センターの立ち上げの時にも少しお話もいただいていたので自分から吉新通康理事長に会いにいきました。協会が運営する横須賀市立市民病院に広尾病院の医師が以前働いていた話を聞き、三浦半島の西側の救急に関心があったのですね。ところが反対側の横須賀市立うわまち病院へ行くことになりました。うわまち病院は当時まだ2次救急でしたが、本多英喜先生がERを手広く対応されていて、私は外科に赴任して協力して働きました。

山田 うわまちに何年くらいいたのですか。

光定 約1年です。その1年後の2012年に練馬光が丘病院に着任しました。

## 協会が運営を開始した練馬光が丘病院に赴任

山田 協会にとって練馬光が丘病院のスタートは大変でしたよね。突然「日大が練馬光が丘病院から撤退する、何とかならないか」という話が協

会にきて関わることになったのですが、そうなるまでにはいろいろな経緯があったようで移行に関する反対運動も起こりました。政治的な、



聞き手:地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

あるいは利害が対立する人たちの思惑が働くと本当に大変なことになるのだということを、当時身にしみて感じました。

結局3月31日をもって日大が撤退し、その夜突貫工事のように新しく病院を引き継ぐということになりましたが、藤来靖士先生など光が丘病院の立ち上げに関わった先生方は、向かい風の中必ずしも歓迎されていない環境で診療しなければいけないという状況が、最初の何年かはあったのではないかと思います。先生が着任されたときはいかがでしたか。

**光定** 藤来先生が管理者で私は前職の関係で少し遅れましたが副管理者として赴任しました。最初の4、5年は日大の頃との医師数の差を毎月の区との協議会で言われたり、医師会に行ってもやはり厳しいムードはありました。日々地道にやって積み重ねて、考え方をえていくしかないと思っていました。

**山田** 練馬光が丘病院は日大が運営する前は、もともと医師会病院として開設されたので、外来の診療機能は限られ、手狭でいろいろ制限のある作りの病院でしたよね。そういう点ではいかがでしたか。

**光定** 外来も病棟も狭かった上に、3月31日に建物

は引き継がれましたが、例えば天井裏の電気配線の図面なども全く引き継がれず、インフラ的なところもどうなっているのか分からないといった状況でした。

**山田** 受け継いでから何年間、前の建物で診療したのですか。

**光定** 今年4月で10年になりましたので10年半ぐらいですね。

**山田** 最初から新病院建設といった構想はありましたが、われわれにとっては逆風の中での立ち上げだったので、本当に実現するのか？とったりしました。

**光定** われわれはだんだんと練馬区の人たちとコミュニケーションが取れるようになって、区民からも新病院を作ろうという気概を感じ出したので、一緒にそちらに向かったという感じでした。

**山田** それは先生たちが一生懸命着実に診療実績を積み上げてきた結果だと思います。

**光定** 練馬区は人口がいまだに増えてはいますが、子どもは減っています。高齢者人口が増えて高齢化率も増加する中で、小児医療に力を入れてきた日大の頃より、われわれが高齢者医療や総合診療、救急へのシフトを打ち出してきたことが理解されたのではないかと思います。

**山田** 区民のニーズに添った形で展開してこられたということですね。

**光定** 救急車の受け入れも日大時代に比べて倍増していますし、マルチタスクの高齢者もいつでも手厚く診られる体制が作れたので、そういうところも大きかったのではないかと思います。

**山田** 診療科の体制も整って、救急の受け入れも以前より充実した機能になってきて、地元の人たちの信頼も得られるようになったのですね。当初立ち上げの際は確かに医師数も少なかったと

思いますが、今は随分増えているのですね。

光定 最初は70人ぐらいで始まりましたが、今は150

人以上になりました。医師の平均年齢も若返り  
活気も出てきたのではないかと思います。

## 総合救急診療と専門医療の両輪を掲げて

山田 苦勞の歴史を伺ってきましたが、ようやく新  
病院ができて、先生が新たに掲げる理念をお聞  
かせください。

光定 練馬区は人口約73万人で、浜松市や徳島県と  
同じくらいなのですが、総合病院がとても少な  
くて、400床以上は今回増床した当院と順天堂  
大学附属練馬病院、あと220床の練馬総合病院  
だけです。人口あたりの病床数は23区内でとび  
ぬけて最少です。そういう状況で「練馬区の地  
域医療を支える」ということを掲げてこれまで  
やってきましたので、そこは変わらないですね。  
さらに「総合救急診療と専門診療は当院の両輪」  
ということをスローガンでやっております。総合  
救急診療は24時間体制で複数の専従医師が診療  
に当たります。ERでの初療から重症度により集  
中治療部門が対応するICUやHCU、または総合  
診療部門の病棟まで、よりシームレスな対応を  
行えるようになっています。

一方、区内では専門診療がまだ手薄なところ  
も多くあるため、各専門科を充実させています。  
特にがん診療については、高齢者が電車に乗っ  
て遠くまで通院しないでよいように、最新の画  
像診断装置やロボット手術室、放射線治療装置  
などを設置し化学療法室も拡大して、できるだ  
け地元で治療できることを目指しています。

山田 練馬区は人口が73万人もいるのですね。それ  
なのに区内の病床数は驚くほど少ないのです

ね。そういう中で、卒業してから先生が医師と  
してやってきた総合的な救急医療、そして一方  
で専門診療、特にがん治療を充実させるという、  
その両輪を目指していくというのは理想的な形  
だと思います。救急や総合診療の人材も集まっ  
てきているのですね。

光定 はい。総合内科や総合診療を目指す専攻医な  
どの応募者は以前から多く、救急も指導医指定  
施設・基幹型施設になって若手医師が増えてい  
ます。

山田 自治医大卒業生は義務年限の中で何でもやら  
ざるを得ない状況でやってきて、そういう意味  
では、へき地や離島は総合医が活躍できる、総  
合医が主体となる場所だと思います。一方東京  
では院内や近くの病院に専門医がいて、すぐ  
に患者さんを渡すことができる。そのため総合  
医や総合内科的な人材の存在価値がいわゆる地方  
に比べると低く見えがちで、大学病院で本当に  
総合内科が必要なのか、あるいは総合的な診療  
をしなければいけないのかという意見があっ  
て、育ちにくかったのが実情ではないかと思  
います。

とはいえ、いろいろな専門医がいてもそれぞ  
れが垣根を作ってしまうから、高齢者でがん  
の末期だったり、認知症を持っていたり、いわ  
ゆるマルチモビディティ(multimorbidity:多疾患  
罹患)といった人たちはどの専門科も範囲外と

しがちだと思うのですね。だから都市部にあるこの病院で、総合診療的なアイデンティティーをしっかりと持った人材が育って、専門医との間でお互いに尊重しあって診療できるというのは非常に大事だと思います。

**光定** このコロナへの対応は大変でしたが、総合救急診療のマルチタスク対応の重要性が再認識されました。当院は集中治療チームが重症を受け持つ、総合診療が軽中症を受け持つというパターンで、専門医の先生たちもICUや総合診療の先生を頼っていました。もちろんその逆もありますが、いろいろ大変な中でお互いのリスクが高まったのではないかと考えています。

**山田** おっしゃる通りですね。コロナ禍で、患者さんが重篤な肺炎を起こして次々と亡くなってしまふ……特に最初のデルタ株のときは致死的な患者さんが多くECMOが大活躍という状況でした。ではこの病気の主たる専門医は誰かというときに、感染症科の医師たちもコロナは経験したことがなかったし、肺炎を起こすから呼吸器内科の担当かといっても、呼吸器内科は感染患者さんの全てを診られるほど医師数があるわけではない。コロナに関してはみんなが未知の分野だったと思うのです。結局、ある程度機能的に対応できたのは、総合医であり救急、あるいはICUの医師たちだったと思います。多くの診療所や当初は大学病院でさえも発熱患者を受け入れない状況で、発熱患者の行き場がなくなってしまったわけです。その時に主に軽症の外来を受け持つ、それから入院になるような人を受け持つ、さらに重篤な患者にECMOをまわす、それは総合診療、救急、ICUという組み合わせで、そこが生命線につながった病院は機能し、それができなかったところはニーズに対応する能力が劣ったわけです。東京の協会の施設の中で練

馬光が丘病院や東京北医療センターは率先して受け入れることができたわけですね。でもそれは病院が臨床に即したトレーニングができていた、あるいはその体制ができていたということではないかと思います。

**光定** 第5波の時はコロナ患者がキャパをオーバーして、10人以上ものレスピレーター付きやECMOの方にも対応することになり、どうなることかと思いましたが、少し前から東京ベイ・浦安市川医療センターの神山潤先生からのご紹介もあり優秀な集中治療医が増えていて、そういう意味では大変助かったと思いました。

**山田** 厳しい時に核になる人たちがいたわけですね。東京ベイ・浦安市川医療センターでは早くから米国的なトレーニングに力を入れてきたわけですが、米国は内科の場合は総合内科的なトレーニングが内科医の核になっているし、外科や他の診療科も同様で、それは臨床能力を高めるために裏打ちされたものがあると思います。ここでも東京ベイと連携してそういった教育、トレーニングに取り組んできましたよね。だから立ち上げ時の混沌とした状況から区民のニーズに答えて、この2、3年のコロナ禍という混乱の中で、ICUや救急、総合診療の人たちが中心になって機能したのだと思います。

そういう意味で、救急にも総合診療にもリーダーシップのとれる人たちがいるわけだから、さらに当院が教育機関として成長して、総合診療の先生たちが重んじられる環境を固めてほしいと強く思います。

**光定** 専攻医の人たちが、たとえば上野原市立病院や村立東海病院、神津島診療所に3ヵ月行くことに、とてもモチベーション高く臨んでいるので、素晴らしいなと感じています。それは先生たちが当初から醸成されてきたことですね。



## 協会のフラッグシップホスピタル

**山田** 協会のそもそもの原点は、へき地や医療資源に恵まれない地域を支援する。それが主体なので、それを多くの若い専攻医の先生たちが担ってくれる、経験してくれるというのは、協会の総合診療研修のいちばん底力だと思います。

当院は協会のフラッグシップホスピタルでもあります。協会が全国津々浦々の医師不足に悩む地域に展開していることを考えると、支援の拠点になる病院として大いに期待したいと思っています。

**光定** それは本来の一番重要なミッションだと考えています。

**山田** ありがとうございます。東京でいえば、伊豆七島や小笠原といった離島の支援、あるいは東京都に限らず協会全体のネットワークの中で支援の中核にもなってほしいと思います。

**光定** 現時点では、支援に出ている科は外科や総合診療など限られていますが、産婦人科なども含めて、光が丘病院はそういうことを担っているのだという意識が浸透して、徐々に土壌ができてきています。そこをさらに盛り上げていければ、もっと貢献できるのではないかと考えています。

**山田** いろいろな専門診療科の先生たちが支援に赴いて関心を持ってくれれば、専門医の先生たちも総合的な素養を培って、自分たちの専門領域の限られた狭い部分だけでなく、専門医として期待されることにより幅広く対応できるようになる。例えば地域の住民の健康教育で、講師として専門的な話をするなど、より幅広い、土台

の広い専門医として成長してもらえるのではないかと思います。

**光定** 外科専門医も、ある程度歳をとって手術をしなくなったら、地域で総合的に診療したいという人も結構増えてきていると思います。

**山田** 専門医機構の中でも、外科や関連する診療科の先生から「外科から総合診療医に行くパスも作ってほしい」という声があります。それはもっともなことだと思うのです。

**光定** そういう教育システムもそのうち作っていきたいですね。

**山田** 光が丘病院は協会のフラッグシップホスピタルとして地域支援の核ですが、人材、特に専門医育成の拠点にもなってほしいですね。先生が言われたように徐々にプログラムができていくといいのではないかと思います。もちろんここは練馬区民に対してしっかりした医療を提供できる病院であることが最優先ですが、せっかくこれだけの立派な建物ですから、人材育成の拠点になってほしいと期待が大きいですね。

**光定** 先生方のご指導のもとに展開していかなければいけないと思っています。

**山田** いろいろな意味で苦難の10年だったと思いますが、今回新病院になって、そういう意味では、協会のフラッグシップホスピタルとして発展できる、この先の10年ではないかと思います。新病院の建物を見上げて、今日改めてそう感じました。ぜひ頑張って大発展してほしいと思います。

## 離島で経験した貴重な時が今のモチベーションに

**山田** 私の期待ばかりお話ししてしまいましたが、最後に地域で頑張っている後輩、特に義務年限で頑張っている卒業生にエールを送っていただければと思います。

**光定** 今考えれば、私は島に行くことが非常に楽しかったのですね。それはその離島その離島で、風土や人、食べ物、そして医療システムも異なっていて、そこを見ながら、ここはこういうところなのだなどと考えながら、島に長期で行ったり短期で行ったりしました。大変なところもありましたが、それがベースになって今のモチベーションにつながっています。未だに田舎に行きたいと思ってやっている自分がいます。そういう貴重な時間なのだということを認識して、頑張りたいと思います。今はインターネットで情報もたくさんあって、勉強も困らないし、

行く島のことも事前に調べることができますので、ぜひそういう貴重な時を味わってください。

**山田** 先生が言うように、離島へ行って、その環境を体験して、生活を味わって、一生懸命やることで、自分の身になる。医師としての素養という観点からは、離島での経験は一級品、極めて貴重な時間だと私も思います。

**光定** 行っているときはなかなか実感できなかったりするのですがね。

**山田** 確かに義務で行っている間は分からないと思いますが、自分がそこで暮らしたのは豊かな時間だったなあと後で実感する。それはご褒美のようなものですね。

**光定** 本当にそうです！

**山田** 光定先生、今日はありがとうございました。新病院でますます頑張ってください。

**光定 誠(みつさだ まこと)先生 プロフィール**

1982年自治医科大学卒業。都立駒込病院での初期研修の後、都立広尾病院をベースに、小笠原の父島や伊豆大島に赴任。自治医科大学附属大宮医療センターを経て、再度都立広尾病院での勤務の後、横須賀市立うわまち病院に着任。2012年に練馬光が丘病院に赴任、2019年に管理者となり現在に至る。



## 投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

# 離島・へき地における遠隔医療の 未来を語る

企画：山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長 原田昌範

## 特集

---

### ●エディトリアル

---

### ●離島・へき地に期待される遠隔医療の現状とこれから

---

### ●離島・へき地に期待されるDX(デジタルトランス フォーメーション)

---

### ●離島・へき地のオンライン診療のニーズに関する調査

---

### ●国内外の離島・へき地におけるオンライン診療の実際 と国内実証の取り組み

---

### ●ポストコロナ時代の遠隔医療の可能性

---

### ●プライマリ・ケア領域におけるデジタルヘルスの活用 のこれから

---

### ●離島・へき地に期待する遠隔医療とは

---

# エディトリアル

地域医療振興協会 常務理事 木下順二

本誌2020年12月号で原田昌範先生の企画した特集「離島・へき地における遠隔医療を考える」が掲載されてから2年が経過した。未だコロナ禍は収束していないが、ワクチンの普及や重症化リスクの低下などにより社会経済活動は回復をみせつつある。特例措置として制限が緩和されたオンライン診療は、都市部や自由診療を中心に急速に拡大定着した。最近ではテレビコマーシャルさえ流されるほどである。その一方で、離島・へき地においては普及のスピードはゆっくりである。診療報酬が算定できるケースに限られる、専用システムを利用するだけの件数が見込めない、高齢者のIT機器操作の困難、投薬の困難などさまざまな要因がある。しかし、2022年の診療報酬改定で“医療機関と患者との距離が概ね30分以内”という制限が廃止<sup>1)</sup>されるなどの追い風もあった。2023年1月に開始される電子処方箋は投薬困難の問題を解決する手段としての活用が期待される。

本特集は離島・へき地における遠隔医療に関してこの2年を振り返るとともに、今後についての展望と課題を明らかにすることを目的として企画された。多角的な視点からの各記事は前回特集にもまして興味深いものになっている。

原田論文では、総論とともに山口県内における遠隔医療実践について、通信に加え人的ネットワークも駆使した離島・へき地での事例と、COVID-19の自宅療養者対応への応用についてご紹介いただいた。杉田義博論文では、離島・へき地診療所におけるICT化に関する調査結果や、電子カルテデータの集約・二次利用などデジタルトランスフォーメーション(DX)への展望についてご紹介いただいた。古城隆雄論文では、都道府県のへき地医療担当者を対象とした調査の結果についての詳細な分析をもとに、離島・へき地のオンライン診療のニーズについてまとめていただいた。西村謙祐論文ではアメリカ、イギリス、オーストラリアなどにおける最近のオンライン診療についてまとめていただくとともに、ご自身が関わってきた山口県内での実証実験やCOVID-19自宅療養者支援の実際についてもご紹介いただいた。長谷川高志論文では日本遠隔医療協会の特任上席研究員としての長年の知見を踏まえ、特例的規制緩和が一段落したポストコロナ時代において目標とすべき多施設・多職種連携の重要性について論じていただいた。吉田伸論文では、日本プライマリ・ケア連合学会のICT診療委員会による提言書「デジタルヘルスが可能にするプライマリ・ケアの未来」を元に、プライマリ・ケア領域におけるデジタルヘルスの概念、シンガポールや国内での事例についてご紹介いただいた。長島公之論文では、地域医療連携においてオンライン診療との併用が有用視される医療DXについて、展望をまとめていただいた。長島先生はオンライン診療を実施する医師にとって必修とされているeラーニング研修<sup>2)</sup>を担当されているので、画面上でお目にかかったことがある方も多いのではないだろうか。

1) 令和4年度診療報酬改定の概要(全体概要版)厚生労働省 P50-53. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000954822.pdf> (accessed 2022 Nov 5)

2) オンライン診療研修実施概要 厚生労働省. <https://telemed-training.jp/entry> (accessed 2022 Nov 5)

# 離島・へき地に期待される遠隔医療の 現状とこれから

山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長 原田昌範

## POINT

- ① 対面診療とオンライン診療をうまく組み合わせ、医師でなく離島・へき地の継続的な医療を確保する
- ② コロナ禍を追い風に、離島・へき地の医療DXを推進させる
- ③ デジタル化はゴールではなく、へき地医療の確保や地域包括ケアの充実につながるツールであることを関係者と共有する

## はじめに

新型コロナウイルス感染症のパンデミックで「遠隔医療」は一変した。感染しない、させない新たな診療形態である「オンライン診療」は、あっという間に広く国民の知るところとなった。実際、山口県では、陽性者へのオンライン診療はもちろん、陽性になった医師が、療養先の宿泊療養施設から離島の定期外来をオンライン診療で対応した事例もあり、コロナ流行前からは想像できない変化である。第7波までに国民の約17%が新型コロナウイルス感染症に罹患した<sup>1)</sup>。その多くは約10日間の自宅療養を強いられ、その間は保健所の調整がなければ簡単には医療機関に受診できない状況下に置かれた。症状の増悪があれば、オンライン診療や電話診療でかかりつけ医等の診察を受け、必要な薬が自宅に届けられた。このように簡単に受診できない状況は、医師が不足する離島・へき地では

コロナ流行前からである。

オンライン診療を含む「遠隔医療」は、もともと移動距離や時間等の物理的な医療アクセスを改善する目的で、離島・へき地を中心に期待され、多くの実証等も行われてきたが、さまざまな規制のなかで実際には活用が進まなかった<sup>2)</sup>。コロナ禍でオンライン診療が時限的、特例的に規制が緩和され利用しやすい状況になっても、離島・へき地での活用はまだ限定的である。あまり知られていないが、2022年度の診療報酬改定で、2次医療圏を超えてオンライン診療を実施した場合も診療報酬を算定できるようになった。この改定により対面診療とオンライン診療をうまく組み合わせることで医療を届ける手段が増え、医師が不足する全国の離島・へき地の医療が継続的に確保されていくことを期待する。

本特集は、今までになく大きく変化し期待されている遠隔医療が、これから離島・へき地の医療にどのように役立つのか、日本医師会、日

本プライマリ・ケア連合学会、日本遠隔医療学会、地域医療振興協会などのキーパーソンにその未来を語っていただく。

本稿では、山口県立総合医療センター(以下、当院)へき地医療支援センター(SCRUM: Support Center for Rural Medicine)が取り組む遠隔医療、山口県におけるコロナ禍の遠隔医療について振り返り、遠隔医療のこれからについて考える。

## SCRUMが取り組む遠隔医療

医療資源が不足する離島・へき地における医療アクセスを改善する目的で、当院へき地医療支援センター(以下、SCRUM)は、ICTの活用つまり医療DX(デジタルトランスフォーメーション)に積極的に取り組んできた<sup>3)</sup>。まず2013年には離島・へき地の巡回診療先にシンクライアント方式による電子カルテを導入した。2015年には山口大学工学部と連携し、自治医科大学卒業医師が派遣される離島診療所にクラウド型電子カルテ「オープンドルフィン(経産省開発:無料版)」を導入し、他の医療機関の診療情報をSCRUMと共有することを始めた。その後、県内のへき地診療所に随時展開し、現在「きりんカルテ(PHC株式会社:無料版)」に切り替え、SCRUMとのネットワークが広がっている。2023年には、自治医科大学卒業医師の派遣先は、全てクラウド型電子カルテに置き換わる予定である。無料版にこだわる理由は、へき地診療所の患者数は年々減少傾向にあり、電子カルテにあまりコストをかけることができない市町村の事情があるからである。機能面で追加・改良してほしい機能については、ユーザー会を設置し優先順位をつけて対応している。クラウド型である理由は、グループ診療やオンライン診療に対応しやすいからである。

2017年からへき地医療機関に勤務する総合診療プログラムの専攻医とオンラインで結び、遠隔カンファレンスやレクチャーなどを定期的で開催し、へき地医療の質の向上だけでなく、専攻医が孤立しにくいような環境も整備してきた<sup>4)</sup>。

これも遠隔医療である。

2018年、新しい診療形態として保険収載されたオンライン診療は、制約が多くへき地医療の現場に沿うものでなかったため、現状や課題を整理するため「山口県へき地遠隔医療推進協議会」を設置した。離島・へき地に勤務する医療従事者、県や市町村、大学関係者、有識者、民間事業者等が県内外から集まり協議を重ねた。特に常勤体制が確保できないへき地において有用と考えられたオンライン診療の事例を、県医療政策課を通じて厚生労働省に照会した。しかし、回答結果は、制度上の制約が多く、へき地医療の確保につながるオンライン診療を保険診療として実施することは困難であることが分かった。2019年9月、上記の協議会の活動が評価され、「地域医療基盤開発推進研究事業(厚生労働行政推進調査事業補助金)」の分担研究(事務局:SCRUM)として、厚生労働省から「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」をさせていただく機会を得た。研究目的は、オンライン診療の導入を積極的に推進している諸外国において、オンライン診療の実施状況等を調査し、我が国のへき地医療に資するオンライン診療のあり方を検討し、国内の離島・へき地の現状を踏まえ、モデルとなるような導入事例を示すことである。年度途中の開始だったが、前述の協議会のメンバーを中心に全国から30名を超えるさまざまな立場の専門家にご協力いただき、研究開始後まもなく新型コロナウイルス感染症のパンデミックという不測の事態にもかかわらず、4ヵ国の海外視察を含む6つのテーマについて、初年度の成果を国に報告することができた。詳細は、報告書をご参照いただきたい<sup>5)</sup>。

2021年、上記の分担研究の成果が認められ、次は主任研究として「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築についての研究(課題番号:21IA2007)」に引き継いだ。事務局を山口県立総合医療センターから地域医療振興協会地域医療研究所に移して、研究体制を拡充・強化した。本研究の目的は、山口県の実証を継続・拡張し、



全国の有効な実例を集積・整理し、モデル事例がどうすれば全国のへき地で安全性・信頼性を担保して活用できるのかを明らかにする。また、へき地医療の確保につながるオンライン服薬指導や電子処方箋、遠隔医療健康相談の活用についても実証を行う。引き続きコロナ禍における諸外国のオンライン診療の現状を追加調査し、我が国の制度と比較し、指針の改訂等に活かす。事務局は地域医療振興協会に移ったが、SCRUMのメンバーは引き続き研究協力者として実証に関わる。詳細な研究については2021年度(初年度)の報告書<sup>9)</sup>および別稿の西村謙祐氏、古城隆雄氏の論文ををご参照いただきたい。

厚労省の研究とは別に、2020年度から3年間、山口県の実証事業にも関わっている。内視鏡専門医が不在のへき地医療機関で行われる内視鏡検査(上部消化管、嚥下等)を、内視鏡専門医が5G通信を活用しリアルタイムで指導する「D to P with D」(D: Doctor, P: Patient)の形式でオンライン診療支援を始めている。「D to P with D [遠方の専門医(D)から患者(P)への専門的診療をプライマリ・ケア医(D)がそばで診療をサポート]」は、へき地に暮らす患者の専門診療へのアクセスの改善が期待できる。1～2年目はへき地の病院で実証し、3年目は市町村のスマートシティ事業とリンクし、へき地診療所に展開している。2020年度の診療報酬改定で、難病およびてんかんについては、「D to P with D」の形式で診療報酬上「遠隔連携診療料」の算定が可能となり、今後、内視鏡等、他の疾患や領域への拡大が期待される。

また、当院の総合診療プログラムの専攻医(D)が初めて一人で離島の巡回診療を担当した際、指導医(D)がオンライン診療システムを利用し、遠隔で専攻医の離島診療をサポートした。診療の継続性も担保され、より安全であり、患者も専攻医も指導医も安心できる新たな「D to P with D」の形かもしれない。

2022年度、山口県柳井市平郡島(人口262名)において国土交通省のスマートアイランド事業が採択された。この事業は、公共交通や医療・教育の不足、ライフラインの脆弱性といっ

た離島地域の課題を民間企業等が有する新技術の実装により解決するスマートアイランドの取り組みを推進するものである。柳井市平郡島は2021年度より島民の人口が300人を下回ったため、医師の派遣が常勤から非常勤体制に変わり、医師不在の時間が増えた。そこで、スマートウォッチで測定可能なデータ(脈拍、SpO<sub>2</sub>、心電図、睡眠時間、運動量など)を対面診療(定期)や医師不在時のオンライン診療(有事)にどのように活かせるのか、今年度、実証中である。SCRUMもコンソーシアムのメンバーに加わり、本事業をサポートしている。

SCRUMは、国、県、市町村と連携し、医療DXに積極的に取り組んでいる。対面とオンラインのどちらがよいかという議論ではなく、へき地医療にとってどのように組みわせるのが最適なのか、そして「デジタル化」がゴールではなく、「へき地医療の確保や地域包括ケアの充実」につながるツールであることを関係者と共有しながらさまざまな挑戦を続けている。

## 山口県におけるコロナ禍の遠隔医療

2020年以降、新型コロナウイルス感染症の流行は、全世界的にさまざまな影響を及ぼした。COVID-19の感染拡大防止という目的で、遠隔医療は激変した。特に2018年に診療報酬に正式に導入されたオンライン診療は、政府が推進するデジタル化の中で規制改革の大本命となり、さまざまな規制が時限的・特例的に緩和され、感染が流行する都市部を中心に活用された。山口県においてもコロナ対策としてオンライン診療の利用が広がっている。

実は、筆者は、山口県の行政医師不足を理由に、2021年度からへき地医療支援に加え、山口県新型コロナウイルス感染症対策室を兼務し、2022年より保健所での勤務も始まり、コロナ対策にも行政医師として携わるようになった。これまでへき地医療にICTを導入してきた経験が、コロナ対策にも活かされている(図)。

山口県においても第4波(2021年5月頃)から宿泊療養施設でオンライン診療が利用されるよ

## 新型コロナウイルス感染症におけるICT活用事例



### 宿泊療養施設 (D to P with N)



### 自宅療養者にオンライン診療 (D to P)



へき地から  
都市部を支援

### YCISS (通称: ワイス)

Yamaguchi COVID-19 Information Sharing System



第4波の情報の目詰まりに対し第5波に導入。調整本部、保健所、宿泊療養施設、医療機関(入院、自宅療養)の入力をリアルタイムに反映

図 新型コロナウイルス感染症における ICT 活用事例

## 特集

うになった。SCRUMのメンバーが中心となり県内最大の宿泊療養施設の医療面をサポートするようになり、へき地で実証していたノウハウをホテル内にも迅速に応用でき、宿泊療養施設から離れたSCRUMからも診察ができるようになった。

第6波(2022年1月頃)は、岩国の米軍基地の流行から突然始まり、山口県ではそれまで自宅療養を正式に認めていなかったため、診療体制が不十分なまま自宅療養者が急増し、オンライン診療等により薬を自宅に届ける必要に迫られた。本特集でも別稿を担当する西村謙祐医師(厚労省科研費の研究班副代表)が県内のへき地医療機関ですでにオンライン診療の実証を実施していたため、すぐに仲間を募り、県内のへき地から逆に都市部の自宅療養者をオンライン診療で対応し始めた(詳細は29頁を参照)。

第7波(2022年8月頃)は、さらに自宅療養者が増えたため、県内の医療機関だけでは夜間休日の対応が十分にできなくなった。同年4月

から2次医療圏を越えてオンライン診療を提供できるようになったため、夜間・休日を中心に県外の医療機関から県内の自宅療養者をオンラインで診療できる体制を導入し、これまで1,500件以上の利用があった。

また、第7波では、多くの医療従事者がCOVID-19に感染し、医療機関、高齢者施設にクラスターが多発した。山口県のある離島でも、診療所の医師が感染し宿泊療養施設に入所、常勤看護師も濃厚接触者となった。実はこの診療所は、厚労省の実証に協力参加していたため、2021年度からすでにクラウド型電子カルテを導入し、オンライン診療を数回経験していた。2022年厚生労働省からの事務連絡にもあるが<sup>7)</sup>、一定の条件下において、医師の体調が許せば、自宅や宿泊療養先から医療提供施設や患者の自宅等に所在する患者に対してオンライン診療を行っても問題ない。実際10日間の療養中、医師は宿泊療養施設にクラウド型電子カルテの端末を持ち込み、非常勤看護師が本土から離

島に渡り、「D to P with N」(N: Nurse)の形式で通常の開設日(3日間)にオンライン診療を実施し、約50名を超える患者の定期処方に対応した。離島診療所では、看護師や事務職員がいるため、難聴の方、認知症がある方、予定の血液検査の方、骨粗鬆症の定期注射にも対応可能であった。また、クラウド型電子カルテを利用できたため、全ての方の診療情報にアクセスしながらオンライン診療を実施でき、診療直後に記載も可能である。また、訪問診療も予定されていたが、こちらも宿泊療養先から「D to P with N」の形式で予定通り実施し、定期処方を渡すことができた。前年からの十分な備えがあったからこそ、急な事態にも迅速に対応できた。ウイズコロナにおける対応策としても参考になる貴重なケースである。

山口県新型コロナウイルス感染症対策室は、オンライン診療以外にもICTを積極的に取り入れた。第4波において、陽性者が従来よりも急増し、調整本部、保健所、医療機関、宿泊療養施設などの関係機関への負荷が非常に大きくなった。しかし、従来からその調整業務のほとんどがFAXとメール、電話連絡で実施されていたため、感染急拡大で特に入院調整本部や保健所の業務が逼迫し、必要な情報共有が滞りがちだった。第5波に向けて、関係機関での情報連携の可視化・円滑化を目的としてYamaguchi COVID-19 Information Sharing System(YCISS)を導入した。全ての関係機関が入力を実施し、FAXの使用はほぼなくなり、情報共有に関する業務負担が軽減され、円滑な入院調整が可能となった。アジャイル型の開発であるため、短期間でシステム導入でき、運用開始後も抗体カクテル療法の対応や宿泊療養施設の追加、自宅療養の拡充など、日々変化する新型コロナウイルス感染症の関連法規の制度変更や感染者の拡大に対しても迅速なシステムアップデートが可能である。各種臨床疫学情報の集計についても効率的になり、今では山口県では入院調整に不可欠なシステムである。

また、コロナ診療に携わり困った際に相談し合えるメーリングリスト(医師のみ)の設置や、

今ではあたりまえになったが、各種会議、研修会(グループワーク含む)の実施などを毎週のようにオンラインで行った。参加できなかった関係者のために、アーカイブし後日URLを配布し共有、グーグルフォームを利用することで、迅速にアンケートを作成し、回収することができた。コロナ前の県庁では考えられないDX化を、コロナを理由に迅速に積極的に導入できたのは、これら全てがへき地医療支援のためにすでに導入してきたものばかりだったからである。

## 遠隔医療のこれから

SCRUMは、へき地における医療の確保・充実を目的に、自治医科大学の卒業医師が勤務しているへき地医療機関を中心に、積極的にICTを取り入れてきた。取り組んできた内容は、第一線で診療にあたる医師が目の前の患者を思い、なんとかしようとして生まれたアイデアばかりである。まだひとつひとつは完成形とは言えないが、実証を粘り強く続けることで、最近、実際に役に立つケースを経験している。特にコロナ禍となり、規制が緩和され、世の中がDXに力を入れていることも大きい。普段から総合診療プログラム等でへき地に勤務している医師やスタッフと連携を取り、直面している課題を定期的に共有していることも大きいと考える。

前述してきたように、へき地の遠隔医療で取り組んできた医療DXの経験や人的ネットワークはコロナパンデミックという災害レベルの健康危機管理にも十分応用できた。一方で、コロナの流行が人口密集地である都市部が中心だったため、へき地との間で、デジタル格差等が生じている可能性も否定できない。コロナ対策でもICTが必要不可欠であるように、やはり医療資源が足りない離島・へき地こそ、最も医療DXを導入・推進すべきであると考えられる。

2022年6月7日、内閣官房は、「デジタル田園都市国家構想基本方針」を示し、誰もがデジタルの恩恵を享受できる「取り残されない」デジタル社会の実現を目指すことを閣議決定した<sup>8)</sup>。具体的な項目は、①デジタル推進委員の展開、

②デジタル共生社会の実現, ③経済的事情等に基づくデジタルデバイドの是正, ④利用者視点でのサービスデザイン体制の確立, ⑤「誰一人取り残されない」社会の実現に資する活動の周知・横展開である。また, 同日デジタル庁も「デジタル社会の実現に向けた重点計画」としてデジタル社会で目指す6つの姿を示した<sup>9)</sup>。10月12日第1回医療DX推進本部が内閣官房に設置され, 医療業界のデジタル化がさらに加速すると予測する。

これから遠隔医療は国策にも後押しされ, 経験したことがないスピードで発展し, 本稿で紹介したように, これまでできなかったことができるようになる。特に2次医療圏を越えてオンライン診療が実施できるようになったことは離島・へき地の医療を確保する上で, 追い風である。しかし, 今年, 当研究班に「オンライン診療の不適切利用やセキュリティ」に関する分担研究が加わった。そして, ICTを利用する関係者が普段から良好な関係を築いておくことが最も重要であると米国視察で学んだ。おそらくこれからの時代, オンライン診療は離島・へき地に医療を届けるツールとしてさらに重要となるが, 遠隔医療の発展自体は目的ではない。住み慣れた離島・へき地で自分らしく最期まで安心して暮らし続けるため, つまり地域包括ケアの充実のための手段のひとつに過ぎない。普段から良好な医師患者関係を保ち, 対面診療とどう

組み合わせて適切な医療を届けるのかという視点が重要である。

#### 参考文献

- 1) 新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する11の知識(2022年10月版). <https://www.mhlw.go.jp/content/000927280.pdf> (accessed 2022 Nov 6)
- 2) 原田昌範:離島・へき地における遠隔医療の現状と期待. 月刊地域医学 2020; 34: 981-985.
- 3) 原田昌範:これからのへき地医療支援～面を守るふるさとと医療～. 月刊地域医学 2019; 33: 553-558.
- 4) 原田昌範:長州総合診療プログラム～へき地は医師をステキにする～. 月刊地域医学 2019; 33: 26-30.
- 5) 原田昌範:へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究 (H30-医療-指定-018:原田班)令和元年度(2019年度)の研究報告書. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/193011/201922037A\\_upload/201922037A0004.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/193011/201922037A_upload/201922037A0004.pdf), 令和2年度(2020年度)の研究報告書. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202022011A-buntan1.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022011A-buntan1.pdf) (accessed 2022 Nov 6)
- 6) 原田昌範:海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築についての研究(課題番号:21IA2007)令和3年度(2021年度)の研究報告書. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/21IA2007-soukatsu\\_0.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/21IA2007-soukatsu_0.pdf) (accessed 2022 Nov 6)
- 7) 事務連絡「自宅療養又は宿泊療養中等の医師によるオンライン診療等について(周知)」厚生労働省医政局総務課・医事課(令和4年1月7日). <https://www.mhlw.go.jp/content/000878090.pdf> (accessed 2022 Nov 6)
- 8) 内閣府「デジタル田園都市国家構想基本方針」(2022年6月7日閣議決定). [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_denon/index.html](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_denon/index.html) (accessed 2022 Nov 6)
- 9) デジタル庁「デジタル社会の実現に向けた重点計画」(2022年6月7日閣議決定). <https://www.digital.go.jp/policies/priority-policy-program/> (accessed 2022 Nov 6)

# 離島・へき地に期待される DX(デジタルトランスフォーメーション)

日光市民病院 管理者 杉田義博

## POINT

- ① 地域医療研究所が毎年行っているへき地診療所調査の結果、2019年時点で7割程度の診療所に電子カルテ、地域医療情報ネットワーク、遠隔画像診断が装備されていた。2021年の調査では離島・へき地の診療所が遠隔医療(電話・オンライン含む)を行っている割合が全国調査に比べ高いことが分かった
- ② JADECOCOMが運営するへき地診療所を含む83施設は以前からVPNによってネットワーク化されており、職員はMicrosoft365のアカウントを持ち常時ポータルサイトやTeams等の利用が可能である。ポータルサイト、Teamsによる情報共有は災害時や新型コロナウイルス感染症流行時に役立った
- ③ 医療におけるDX(デジタルトランスフォーメーション)はデジタル化、ICT化を経てネットワークやデータを活用することで新たな医療サービスを提供して初めて実現される。離島・へき地では都市部以上にDXが有用である可能性があり、遠隔医療、オンライン診療を活用し広い地域を診療所ごとの点だけでなく面で守る試み、診療所同士でデータを共有し、臨床研究を通して医療の質を改善する試みなどが進められている

## はじめに

自治医科大学卒業生が中心となり昭和61年に設立された公益社団法人地域医療振興協会(Japan Association for Development of Community Medicine, 以下JADECOCOM)は2022年9月現在全国で83施設を運営し、診療所と介護老人保健施設を併設した複合施設が50施設、うち40施設が離島や山間へき地または交通不便地区に所在している。この稿ではJADECOCOMの地域医療研究所が毎年行っている全国へき地診療所調査から明らかになったへき地診療所のデジタル化、ICT化の現状と新型コロナウイルス

感染症の流行によって推進された遠隔医療・オンライン診療に離島・へき地の診療所がどのように取り組んでいるか、そしてJADECOCOMの活動を通して離島・へき地に期待されるデジタル化、ICT化、その先にある医療DX(デジタルトランスフォーメーション)について述べる。

## 全国へき地診療所調査による へき地診療所のデジタル化、ICT化

1. 2019年度へき地診療所調査から分かったこと  
JADECOCOMの地域医療研究所では2019年から

全国のへき地診療所のうち自治医科大学卒業生が勤務する診療所を中心に診療所の概要、診療内容などに関する調査を行い、データベース化するとともに「へき地診療所総覧」として書籍で刊行している<sup>1)</sup>。2019年の調査では調査対象としたへき地診療所258施設中151施設の回答を得た。デジタル化、ICT化に関する質問では、電子カルテは64%にあたる97施設が導入済み、ベンダーは多岐にわたりシェアはメディコム>富士通>BML>島津と続いたが大差なかった。施設内でインターネット利用可能な施設は74%、3分の1の施設に遠隔画像診断システムおよび連携のための地域医療情報システムが導入されていた。

## 2. 2021年度へき地診療所オンライン診療に関する調査

2021年度は本特集を企画する山口県原田昌範先生による厚生労働省科研費研究班「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」令和3年度分担研究「都道府県のオンライン診療のニーズに関する調査<sup>2)</sup>」に参加させていただき、研究班とは別に全国のへき地診療所に対してオンライン診療に関する調査を行った。

調査結果の詳細は今後発表する予定だが、105施設(山間へき地77施設、その他過疎地区14施設、近接離島6施設、遠隔離島8施設)から回答を得た。105施設のうち2020年4月~2021年3月いわゆる新型コロナウイルス感染症流行の1~3波の期間に初診患者への電話診療を行った診療所は1.9%、再診患者に対しては22%、オンライン診療を行ったのは0.95%であった。同時期に全国の医療機関で電話もしくはオンラインで診療を行ったのは0.7%であったのと比較すると<sup>3)</sup>、回答施設が公立へき地診療所中心で医師の年齢が若いと想像されることを勘案しても全国平均に比べて多くの診療所が電話診療もしくはオンライン診療に取り組んでいることがわかった。また実際に電話もしくはオンラインで診療を行った施設の実施件数は平均89件で、前述の資料による全国平均9.6件より多かった。オンラ

イン診療が行われた状況は定期受診患者に対して行われたケースが多く、これは医師がオンライン診療に対して感じるニーズと合致していた。訪問看護師等からの依頼による臨時的オンライン診療に期待する意見は多かったが、実際に行われたケースは少なかった。

オンライン診療のメリットとして医師が挙げたのは、移動時間の節約>医師不足への対応>専門医への受診機会増加>在宅医療>経費の削減>診療の質向上、の順で、オンライン診療が抱える課題は、住民・患者の機器操作が困難>利用場面が限られる>導入・維持コストがかかる割に診療報酬が低い、の順であった。これは前述の研究班による調査で明らかになった都道府県担当者の意見とほぼ同様の結果となった。オンライン診療は新型コロナウイルス感染症流行に対する特別措置として規制が撤廃され推進されているが、多くの医師が今後もへき地においてはオンライン診療の普及を図るべきと答えた。

以上より、離島・へき地では全医療機関に比べ遠隔医療を行った割合が高いことが示唆された。遠隔医療を導入する最大の障壁はIT環境、スマートフォンやタブレットを用いてビデオ通話を行う環境とそれに対する慣れである。前田らによる普段インターネットやスマートフォンを利用している高齢者に対して行われたアンケート調査によると<sup>4)</sup>回答者の7割がスマートフォンを所有していてもビデオ通話の経験は2割程度、自宅で遠隔医療を受療することには4割弱のみが興味がある、という回答だったことを考えると、今後離島・へき地で遠隔医療が普及するためには離島・へき地にネット環境を整え、ICTデバイスが常時使える環境を整えるだけでなく、D to P with N(D: Doctor, P: Patient, N: Nurse)の場合にキーとなる離島・へき地を守る看護師等がデバイスを使える環境とトレーニングを行っておく必要もあると思われる。その場合一般社団法人日本在宅ケア学会によるテレナーシングガイドライン等が参考になるだろう<sup>5)</sup>。

## 医療におけるDXと国のDX戦略

今回テーマとするDXはデジタルトランスフォーメーションの略称であり、スウェーデンウメオ大学のストルターマン教授が2004年に提唱した概念で、ビジネスの世界では文書や手続きのデジタル化、オンラインへの移行によるデジタルネットワーク化を経て、本来は物理社会に存在しないサービスやワークフローがオンラインで実現することを指す<sup>6)</sup>。

医療界はDXどころかデジタル化が最も遅れた業界だといわれている。最終的に提供するサービスが患者や地域に直接届けるものであること、法律・保険制度をはじめさまざまな規制の中で事業を行う必要があり、提供するサービスの対価が低く抑えられていることから致し方ない面はあった。新型コロナウイルスの流行で遠隔医療の普及が促進されたが、単にカルテを電子化する、対面診療をオンライン化するだけでは業務のデジタル化に過ぎず、これらをネットワーク化し新たな価値を創造すること、得られたデータをもとに新たなサービス、国民に資する医療を提供することが医療におけるDXであると考える。

国は2022年6月骨太方針2022に「医療DX令和ビジョン2030」を実現する推進本部を設置し、これを受けて厚生労働省推進チームが発足、9月に具体的な内容が示された<sup>7)</sup>。詳細は他稿に譲るが、全国医療情報プラットフォームとしてレセプト・特定健診情報、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ、介護記録等についてクラウド間連携によって情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームを作ること、電子カルテ情報のうち重要なものを標準化し、小規模の医療機関はクラウドベースの標準電子カルテを目指すことが掲げられた。DXを目指すためのインフラ整備を具体的に進めるとしたことには大きな意義があると考えられる。

## 遠隔医療とDX

遠隔医療については他稿で詳細な解説がある

と思われるが、離島・へき地におけるD to D遠隔診療支援の試みは1970年代から始まった。筆者も1990年代にNTTのINSネット64を使ったテレビ会議システムによる離島等における診療支援や遠隔カンファレンスを試みたが<sup>8)</sup>、ネットワーク通信速度、コンピュータ処理速度の問題、診療報酬上の評価がなく補助金頼みだったことなどから全国で1,000例以上行われた遠隔医療プロジェクトの多くはその時点で終了した。沖縄県で離島医師と中核病院医師が症例相談やカンファレンスを共有する仕組みが30年以上継続されているのは例外といえる<sup>9)</sup>。各地で5Gを使った高速通信やVR、ARといったテクノロジーを使い、離島・へき地でも高度な医療を届ける試みが進められているが、まだ発展途上である。

D to P、いわゆる遠隔診療、オンライン診療は新型コロナウイルス感染症の流行により大きく規制緩和され、離島・へき地でも薬剤の配達方法等の条件が整えば普及してくると思われる。人口が減少し医師が不在となった離島・へき地においてD to P with Nがカバーする機会は今後増えるであろう<sup>10)</sup>。三重県鳥羽市では対面診療をオンラインに置き換えるだけでなく、複数の離島をクラウド型電子カルテで結びオンライングループ診療、D to P with Nを複数医師、複数施設で行い、遠隔モニタリングを併用して少ないスタッフで広い地域をカバーする試みが進められており、その効果が期待される<sup>11)</sup>。

遠隔医療は地域包括ケアの現場でも活用されている。訪問看護、ケアマネ、訪問リハ、訪問介護、医師などがスタッフ間だけでなく、患者や家族も加えたチャットで情報共有し、後方病院も含めてきめ細かいサービスを行うStuff with Stuff、Stuff to Peopleというべきサービスが一般に行われるようになった。近年自動車などの移動手段を地域へのサービスとして活用する医療MaaSの試みが始まり、患者や医療スタッフの移動と組み合わせ、新たな医療サービスの開発が進められている。

このように遠隔医療が技術の発達、参加者の多様化によって患者、家族、住民と医療者、介

護サービス提供者が一体となったサービスが生まれることは医療DXの一種と考えられ、特に離島・へき地において有用性が高い。

## JADECOMのデジタル化、ネットワーク化とDX

JADECOMでは2004年に全施設をVPN (Virtual Private Network) でネットワーク化し、職員向けのポータルサイト運用を開始した。2007年にMOSS (Microsoft Office Sharepoint Server) を導入し、施設ごとのポータルサイトを作成、電子カルテのネットワークとは完全に切り離しセキュリティを確保した上で情報共有、人事給与、勤怠管理、経営状況の把握、議事録作成等さまざまな業務を行っている。2020年からMicrosoft Office365を導入し、日常業務をTeamsに移行した。東日本大震災における女川町立病院に対する支援、これらデジタルネットワーク化は新型コロナウイルス感染症に関する情報共有などに大変役立った。

MOSS上では毎日運営施設の稼働状況を把握できるが、さらにデータを集約化し経営分析に用いる試みも行っている。筆者はJADECOMの老健施設を対象に2012年から介護レセプトデータを匿名化の上集約し、介護施設の経営分析に利用する試みを行った。さらにクラウド型の介護システムを複数施設で導入し介護業務分析、経営分析を試みたがシステムの限界でデータの統合分析は困難だった。

## 離島・へき地診療所におけるデータ集約と期待できるDX

これまで述べたように医療DXはデジタル化とネットワーク化を経てデータの集約と分析を行い、今までにない新たな医療・介護のサービスを実現するという段階を踏む。全国的にDPCやNDB<sup>12)</sup>、介護データ、LIFEといったデータベースを活用し、業務や医療・介護の評価と質の向上を行う取り組みが行われている。しかし、多くが入院・入所のデータであり、診療所のフィー

ルド、特に医療状況に恵まれない離島・へき地においては独自のデータ収集と分析を行う必要がある。デジタル化、ネットワーク化によりデータを収集、分析、活用できる仕組みを作り、臨床研究として例えば質の改善といった新たな取り組みを進めること、これは医療におけるDXの重要な側面である。

### JADECOM-PBRNの試み

臨床研究とは日常の診療で抱えている課題や疑問について、法や倫理のルールの中で、自らのアイデアを駆使して科学的に事象の説明や課題解決を試みることである<sup>13)</sup>。

臨床研究を行う方法としてオレゴン健康科学大学の例を紹介する。地域の医療機関がネットワークを作り、地域データラボを形成し、地域データラボが診療基盤型研究ネットワーク (PBRN: Practice-based research Network) を構築する。アメリカのオレゴン健康科学大学家庭医療学講座はOCHIN PBRN (Oregon Community Health Information Network: オレゴン地域健康情報ネットワーク) によって2001年からオレゴン州のプライマリ・ケアクリニックを共通の電子カルテでつなぎ、現在は400以上の施設で150万人以上の患者データを保有する地域データラボを構築している<sup>14)</sup>。

日本において独自の地域データラボを構築するために、JADECOMでは2018年に現在小櫃診療所管理者の望月崇紘先生らがJADECOM-PBRNをスタートさせた。JADECOMの診療所でプライマリ・ケアを中心とした外来診療を実践する医療者が研究のためにネットワークを組織し、ACPに関する研究、プライマリ・ケアと医療の質改善(QI)、J-CHIN (JADECOM Community Health Information Network) と呼ばれる診療所の電子カルテ・レセコンから必要なデータを集め解析するシステムで医療の質を向上させるといった試みが続けられている<sup>15)</sup>。離島・へき地を含む医療・地域包括ケアといったサービスのデータを解析し、他の離島・へき地等と比較検討、全国規模で分析をしていくことは、離島・へき地という制約を越えて全国に、世



界に貢献できる医療DXの一つであると考える。

その意味でこのタイミングで国が医療DXを促進するために小規模の医療機関向けに標準クラウドベースの電子カルテの開発を検討することとしたことは朗報であり、開発にあたってはデータの二次利用と分析がしやすい仕様となることを期待する。山口県では2015年からへき地診療所に共通のクラウド型電子カルテの導入を進め、2019年に無料で導入ができる「きりんカルテ」に統一し、カルテの診療情報の2次利用によるへき地診療所間の医療の質の改善を目指した研究を進めている<sup>16)</sup>。今後このような研究が各地で進んでいくことが望まれる。個人情報取り扱い、研究を継続する人やお金のリソースといった問題はあるが、操作性が統一され、利用者のプロフィールが他施設でも利用でき、施設内、施設間の医療行為等をデータ化し、参照、分析可能な第三者の評価に耐えうる電子カルテにしていくなどは、今後の医療の発展と医療DXの実現に重要な要素だと考える。

#### 参考資料

- 1) 杉田義博:令和元年度版へき地診療所総覧刊行と調査内容について。月刊地域医学 2021; 35(5): 456-459.
- 2) 古城隆雄, 他:厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基

- 盤開発推進研究事業)「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」令和3年度 分担研究報告書 都道府県のオンライン診療のニーズに関する調査。https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\_pdf/211A2007-buntan1\_0.pdf(accessed 2021 Sep 15)
- 3) 厚生労働省 第17回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資料。https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_21512.html (accessed 2021 Sep 15)
- 4) 前田圭介:高齢者の遠隔医療の概念と課題。老年医学 2022; 60(1): 57-60.
- 5) 一般社団法人日本在宅ケア学会, テレナーシングガイドライン, 東京, 照林社, 2021.
- 6) 船守美穂:デジタル化とDXの違い | データサイエンス | 国立情報学研究所 オープンサイエンス基盤研究センター。https://rcos.nii.ac.jp/miho/2020/12/20201223(accessed 2021 Sep 15)
- 7) 厚生労働省 医療DXについて。https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000992373.pdf(accessed 2021 Sep 15)
- 8) 杉田義博, 他:パーソナルコンピューターを用いたへき地医療支援の試み。第18回医療情報学連合大会。
- 9) 崎原永作:へき地医療を支援する遠隔医療① 沖縄県における離島支援システム実装例を通して。月刊地域医学 2013; 26(8): 720-725. 本村和久:離島医療を守る 沖縄の医療者確保の歴史と遠隔医療の展開。日本セーフティプロモーション学会誌 2020; 13(2): 15-18.
- 10) 中嶋裕, 横田啓, 宮野肇, 他:小規模離島における 医療提供体制の実態調査。月刊地域医学 2018; 32(2): 134-140.
- 11) スマートアイランド推進実証調査【中間報告】。https://www.mlit.go.jp/smartisland/pdf/7\_island.pdf(accessed 2021 Sep 15)
- 12) 松田晋哉:DPC・レセプトを活用した臨床研究。月刊地域医学 2018; 32(1): 41-46.
- 13) 澤智博:臨床研究を推進する医療情報システム。月刊地域医学 2018; 32(1): 36-40.
- 14) Jennifer E. DeVoe, 望月崇紘 訳:Family Medicine, Big Data, and Community Laboratories. 家庭医療, ビッグデータ, そして地域データラボ。月刊地域医学 2018; 32(1): 17-35.
- 15) 望月崇紘, 西村正大:JADECOM-PBRN発足からの振り返りと今後の展望:Quality Improvementを中心に。月刊地域医学 2022; 36(10): 858-862.
- 16) 原田昌範:離島・へき地における遠隔医療の現状と期待。月刊地域医学 2020; 34(12): 981-985.

特集

# 離島・へき地のオンライン診療のニーズに関する調査

東海大学健康学部健康マネジメント学科 准教授 古城隆雄

## POINT

- ① 医師派遣，巡回診療，代診医にオンライン診療を活用している医療機関は約0.5%
- ② 将来的にへき地医療におけるオンライン診療の必要性を認める都道府県担当者は約34~47%
- ③ オンライン診療を活用するため，課題の明確化とモデル事例の共有が必要

## 特集

### はじめに

新型コロナウイルス感染症が流行したことにより，2020年4月から医師の責任の下で医学的に可能である範囲内で，初診からオンライン診療を提供することが認められた．全国的なオンライン診療の提供実態については共有されるものの，全国のへき地におけるオンライン診療の実態は明らかにされていない．

本稿では，へき地医療を担当する都道府県担当者に対して行った調査を基に，へき地におけるオンライン診療の提供実態と今後の課題について報告する．

### 都道府県調査の概要

都道府県保健医療計画において，「へき地医療」を項目として記載している43都道府県のへき地医療担当者へのアンケート調査を実施した．調査期間は，令和3年12月～令和4年1月で

ある．調査項目は，①各都道府県のへき地医療対象地域と根拠法，②医療提供体制とオンラインの診療実施状況，③山口県の実証研究例と同様の実施状況の有無(他の形態も把握)，④将来的なオンライン診療のニーズと課題などである．31都道府県(回答率72%)から回答があった．

### 調査の結果

#### 1. へき地医療の対象地域とは(根拠法)

都道府県は，保健医療計画の中で，「へき地医療」の対象地域をそれぞれの実情に沿って定めており，全国統一的に対象地域を定めているわけではない．対象地域を定める根拠法等の上位は，「無医地区・準無医地区(90.6%)」「過疎地域自立促進特別措置法(現：過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法)(59.4%)」「離島振興法(50%)」「山村振興法(50%)」，「豪雪地帯対策特別措置法(25%)」であった(図1)．大半の都道府県は，無医地区等を中心に定めているが，

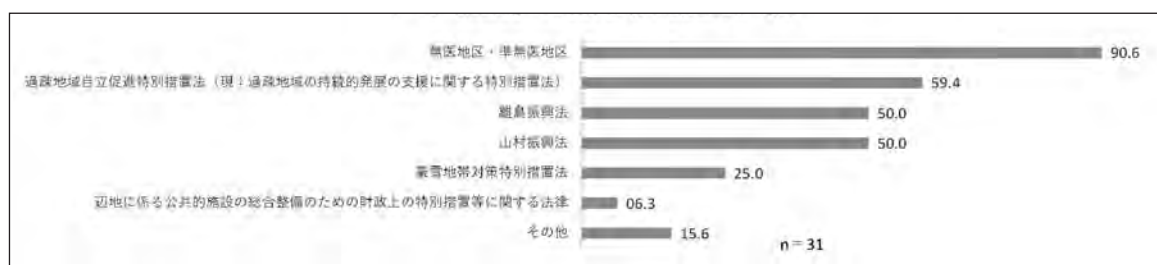


図1 第7次保健医療計画における「へき地医療」の対象地域の根拠法等 (%)

都道府県下の過疎地，離島，山村，豪雪地域によって定めており，その他では都道府県知事権限で指定しているところがあった。

## 2. へき地医療機関の廃院・休診状況

回答のあった31都道府県では，へき地医療機関として948医療機関(病院238，診療所710(歯科診療所を含む))が設置されていた。病院では，廃院しているところはなく，離島にある病院は10(1.1%)あった。診療所は，現在廃院・休診している診療所が13(1.4%)あり，離島には163(17.3%)の診療所が設置されていた。

## 3. へき地医療機関の概況

常勤医師数でみると，病院は平均47.4人，診療所0.5人であった(歯科診療所，閉院，廃院を除く，常勤平均看護師数は1.4人)(表1)。診療所の常勤医師数，常勤看護師数を人数階級別にみると，常勤医師数が「0人(53.4%)」「1人(40.2%)」「2人(3.6%)」「3人以上(1.4%)」であり，常勤看護師数は，「0人(41.0%)」「1人(21.1%)」「2人(19.4%)」「3人以上(15.8%)」であった。他の医療機関から医師派遣(代診医を含む)を受けていたのは，病院は，32(13.4%)，診療所は317(45.5%)であった。

診療所の1週間の開院日数は，平均3.0日であり，1日未満が10.6%，5日以上が34.1%であった。

診療所の1日の平均外来患者数は，平均16.2人であり，10人未満が38.7%，30人以上が11.9%であった。

看取り，訪問看護，巡回診療を実施している医療機関の割合は，看取りは，病院(26.5%)，

診療所(25.1%)，訪問看護は，病院(19.7%)，診療所(10.0%)，巡回診療は，病院(25.2%)，診療所(5.2%)であった。

## 4. オンライン診療等に関する実績

オンライン診療登録医療機関は，16.8%(病院)，5.7%(診療所)であった(表2)。電話等を用いた診療実績をみると，初診は，病院2.5%，診療所0.4%，再診は病院8.8%，診療所3.4%と一部であった。オンライン処方の実施は，病院3.4%，診療所0.6%であった。

へき地医療拠点病院との電子カルテ等の情報共有・閲覧ができている医療機関は，病院15.1%，診療所9.9%であった。

## 5. へき地医療を支えるオンライン診療の活用モデル(山口県を例に)

山口県では，新型コロナウイルス感染症が流行する以前から，へき地医療でオンライン診療を活用する形を模索しており，4類型7モデル別にオンラインの活用を図っている。4類型7モデルとは，自宅患者へのオンライン診療(2モデル)，医師派遣へのオンライン活用(2モデル)，巡回診療へのオンライン診療の活用(2モデル)，代診医へのオンライン診療の活用(1モデル)である。

調査では，この山口県のモデル事業に相当する活用方法とそれ以外の活用について，全国の状況を確認した(図2)。

都道府県単位でみると，へき地医療機関から自宅患者(初診・再診)へのオンライン診療(D to P with Family)(D: Doctor, P: Patient)が最も多く8都道府県(25%)で，次いでへき地医療

表1 へき地医療機関の概況

|                          | 病院 (n=238) |        | 診療所 (n=697) |        |
|--------------------------|------------|--------|-------------|--------|
|                          | n          | (%)    | n           | (%)    |
| 医師数(常勤)(人)               | 47.4±57.9  |        | 0.5±0.8     |        |
| 常勤医師数0人                  |            |        | 372         | (53.4) |
| 常勤医師数1人                  |            |        | 280         | (40.2) |
| 常勤医師数2人                  |            |        | 25          | (3.6)  |
| 常勤医師数3人以上                |            |        | 10          | (1.4)  |
| 医師数(非常勤)(人)              | 33.2±31.2  |        | 1.2±2.1     |        |
| 看護師数(常勤)※へき地診療所のみ回答      |            |        | 1.4±2.1     |        |
| 常勤看護師数0人                 |            |        | 286         | (41.0) |
| 常勤看護師数1人                 |            |        | 147         | (21.1) |
| 常勤看護師数2人                 |            |        | 135         | (19.4) |
| 常勤看護師数3人以上               |            |        | 110         | (15.8) |
| 他の医療機関から医師派遣(代診医含む)を受け入れ | 32         | (13.4) | 317         | (45.5) |
| 看取りの実施                   | 63         | (26.5) | 175         | (25.1) |
| 訪問看護の実施                  | 47         | (19.7) | 70          | (10.0) |
| 巡回診療の実施                  | 60         | (25.2) | 36          | (5.2)  |
| 一週間の閉院日数(人)              |            |        | 3.0±1.9     |        |
| 1日未満                     |            |        | 74          | (10.6) |
| 1日以上2日未満                 |            |        | 131         | (18.8) |
| 2日以上3日未満                 |            |        | 85          | (12.2) |
| 3日以上4日未満                 |            |        | 52          | (7.5)  |
| 4日以上5日未満                 |            |        | 60          | (8.6)  |
| 5日以上                     |            |        | 238         | (34.1) |
| 無回答                      |            |        | 57          | (8.2)  |
| 一日平均外来患者数(人)             |            |        | 16.2±16.7   |        |
| 10人未満                    |            |        | 270         | (38.7) |
| 10人以上20人未満               |            |        | 187         | (26.8) |
| 20人以上30人未満               |            |        | 92          | (13.2) |
| 30人以上                    |            |        | 83          | (11.9) |
| 無回答                      |            |        | 55          | (7.9)  |

※診療所は、歯科診療所、閉院、廃院を除く

表2 オンライン診療の活用に関する実績

|                        | 病院 (n=238)  |        | 診療所 (n=697) |       |
|------------------------|-------------|--------|-------------|-------|
|                        | n           | (%)    | n           | (%)   |
| オンライン診療登録機関            | 40          | (16.8) | 40          | (5.7) |
| 初診の電話などを用いた診療の実施件数     | 0.8±3.8     |        | 0.2±1.6     |       |
| 実績がある医療機関              | 6           | (2.5)  | 3           | (0.4) |
| 再診の電話等を用いた診療の実施件数      | 248.5±926.2 |        | 17.6±88.1   |       |
| 実績がある医療機関              | 21          | (8.8)  | 24          | (3.4) |
| へき地医療拠点病院と電子カルテ等の共有・閲覧 | 36          | (15.1) | 69          | (9.9) |
| オンライン処方の実施             | 8           | (3.4)  | 4           | (0.6) |

機関から、定期的な訪問看護、訪問介護中の自宅患者へのオンライン診療(D to P with N or C)(N: Nurse, C: Caregiver)が7都道府県(21.9%)、へき地医療機関から他のへき地医療機関への医師派遣のオンライン診療活用(計画的)が4都

道府県(12.5%)であった。医師派遣のオンライン診療活用(臨時的)、巡回診療へのオンライン診療の活用(計画的)は2県(山口県含む)であり、巡回診療へのオンラインの活用(臨時的)、代診医派遣へのオンライン診療の活用は、山口県の

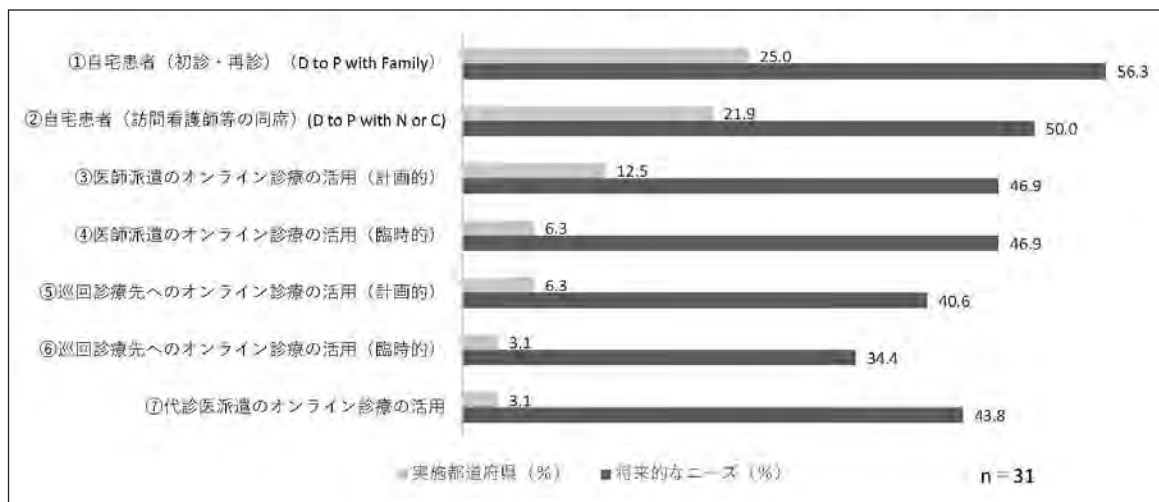


図2 へき地医療におけるオンライン診療の実績と将来的ニーズの評価 (%)

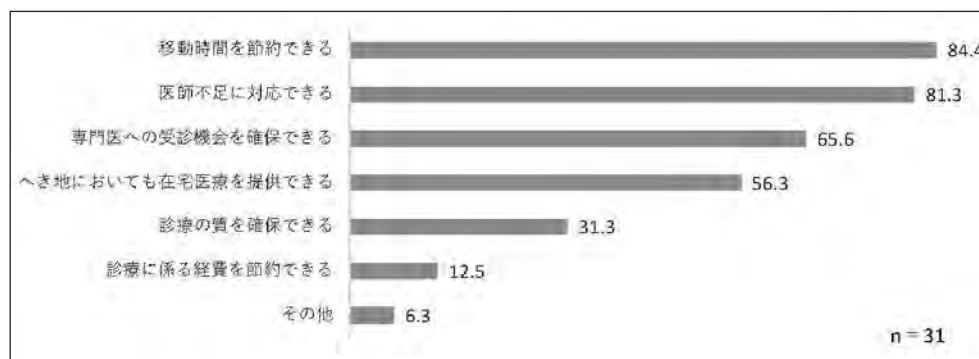


図3 へき地医療機関におけるオンライン診療の活用利点 (%)

みであった。山口県のモデル事業以外の活用例としては、専門医の診療支援が1県あった。

医療機関数で見ると、定期的な訪問看護、訪問介護中の自宅患者へのオンライン診療(D to P with N or C)が最も多く36(3.9%)、次いで自宅患者(初診・再診)へのオンライン診療(D to P with Family)が15(1.6%)、それ以外は5件未満(0.5%未満)であった。

全国的には、へき地医療におけるオンライン診療の活用は一部に留まっているといえよう。

## 6. オンライン診療の活用利点、課題、将来的なニーズ

都道府県担当者が考える、へき地におけるオンライン診療の活用上の利点、活用上の課題、将来的なニーズについて回答してもらった。

オンライン診療の活用に関する利点として、

最も多かった回答は、「移動時間の節約: 84.4%」であり、続いて、「医師不足への対応: 81.3%」「専門医への受診機会を確保できる: 65.6%」「へき地においても在宅医療を提供できる: 56.3%」と続いた(図3)。

オンライン診療を活用する上での課題について、回答が多かった順に並べると、「住民や患者が機器を使うことが難しい: 59.4%」「所在地の自治体からの提案がない: 43.8%」「導入・維持(通信費・人件費)のコストが高い: 43.8%」「利用場面に限られる: 37.5%」「診療報酬が低い: 31.3%」「地区にインターネット回線がない、遅い: 31.3%」等であった(図4)。

将来的なニーズについて聞いたところ、多い順に、「自宅患者(初診・再診): 56.3%」「自宅患者(訪問看護師等の同席): 50.0%」「へき地医療機関へのオンライン医師派遣(計画的)と(臨時的):

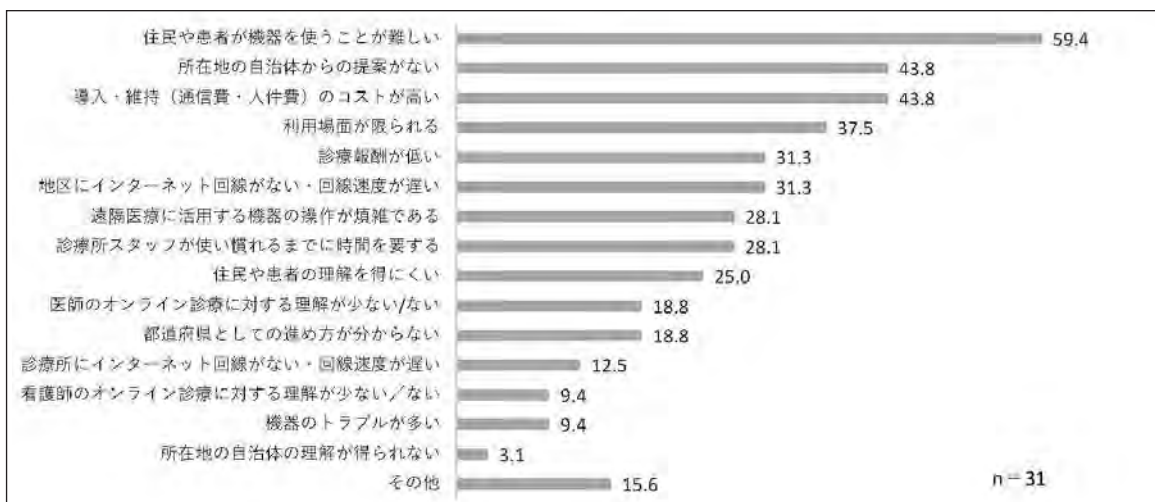


図4 へき地医療機関においてオンライン診療を活用する上での課題 (%)

46.9%]「オンライン代診医派遣: 43.8%]「巡回診療先へのオンライン診療(計画的): 40.6%]「巡回診療へのオンライン診療(臨時的): 34.4%]であった(図2)。

## へき地医療でのオンライン診療の活用に向けて

全国的に人口減少が継続的に進む見通しの中で、へき地医療の持続的な提供体制を可能にするには、オンライン診療の活用は必要不可欠であると思われる。それは、地理的に分散して少数の患者が居住するへき地では、診療を提供するために必要な時間的・地理的問題が大きく、オンライン診療はその問題を大幅に改善するからである。このことは、調査結果のオンライン診療の活用の利点として「移動時間を節約できる(84.4%)」が多かったことから分かる。

調査では、将来的なオンライン診療の活用ニーズがあると回答する都道府県担当者の回答は約34~47%であった。これは、オンライン診療のへき地医療における活用方法が、都道府県担当者だけでなく、市町村、医療関係者の中で

も認知されていないことが大きいと思われる。実際、本稿を読んで、そんな活用方法があったのかと思われた方も多いのではないだろうか。

今後は、本調査で明らかになった「オンライン診療を導入する上での課題」を検討し、それらの課題を乗り越えた事例を積み重ね、共有していくことが重要であろう。また、高齢者が多いへき地においては、患者の横で医師との説明のやり取りや機器の補助を行う、看護師、介護士が重要な役割を担う。そこで研究班では、西村謙祐先生が中心となり、今年度、看護師、ケアマネージャー、介護士に協力いただき、オンライン診療の導入上の課題について調査を行っている。調査結果がまとまれば、また共有させていただき、ぜひ多くの方々と課題を乗り越える取り組みについて議論していきたい。

### 参考文献

- 1) 古城隆雄, 畠田幸一郎, 杉田義博, 他: 都道府県のオンライン診療のニーズに関する調査。厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」令和3年度 分担研究報告書。

# 国内外の離島・へき地における オンライン診療の実際と国内実証の取り組み

山口県立総合医療センター へき地医療支援部 部長 西村謙祐

## POINT

- ① 海外の多くの国々においてCOVID-19感染拡大を契機に遠隔医療の利用が大幅拡大した。各国の遠隔医療の特色が見られ、今後の国内へき地のオンライン診療の参考にしたい
- ② 山口県内における実証事例を紹介した。実証の継続とその調査・分析から得られた知見を、国内の離島・へき地におけるオンライン診療の有効かつ適切な普及に活用することを目指す
- ③ オンライン診療の規制緩和により危惧される不適切な利用を回避しつつ、国内へき地のオンライン診療を普及するため、オンライン診療の適切な対象をスクリーニングする評価システムを開発中である

## はじめに

筆者は、厚生労働行政推進調査事業補助金「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」<sup>1)</sup>(2019年11月～2021年3月)、「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」<sup>2)</sup>(2021年4月～2024年3月予定)(以下、「へき地におけるオンライン診療の実証研究」と記載する)に研究協力者として参加している。国内外離島・へき地におけるオンライン診療の状況や好事例の調査と、山口県内離島・へき地にてオンライン診療を実証している。

本稿では、前述の研究からは国内外の現状と山口県内の実証、筆者らのCOVID-19自宅療養への取り組みを紹介する。また、今後のへき地を支えるオンライン診療の普及に向けた取り組

みについて述べる。なお、詳細については、「へき地におけるオンライン診療の実証研究」の報告書<sup>1)2)</sup>を参照いただきたい。

本稿において、ビデオ通話を用いてリアルタイムで遠隔で行う診療を「オンライン診療」、音声のみ通話の診療を「電話診療」、前2者を含む全ての遠隔で行われる医療行為を「遠隔医療」として記載する。

## COVID-19感染拡大下における 海外の動向

国外のオンライン診療の状況について、多くの国でCOVID-19感染拡大により、その適用範囲が拡大した。その状況の概要(2022年3月時点)について紹介する。

### 1. アメリカ

保健社会福祉省(Department of Health & Human Services: HHS)が発令したCOVID-19感染拡大による公衆衛生上の緊急事態(Public Health Emergency: PHE)に基づき、遠隔医療が一時的に規制緩和された。

公的医療保険を運営・監督しているCenters for Medicare & Medicaid Services(CMS)は、Medicare(高齢者および障害者向け公的医療保険制度であり、CMSにて運営)、Medicaid(低所得世帯を対象とした公的医療保険制度でありCMSが監督し、各州が運営)による遠隔医療の適用条件を緩和した。Medicareによる遠隔医療の適用条件は、指定された農村地域において、医療・介護施設内で実施されることであったが、PHE下では患者所在の条件は解除された。

民間医療保険を用いた遠隔医療についても、多くの民間保険会社が遠隔医療の保険適用範囲を拡大した。

また、遠隔医療は同じ州内の患者にのみ実施可能であったが、州を超えて実施可能となった。電話診療について、初診に対しても適用可能となった。HIPAA準拠しない一般的なビデオ電話ツールの一部(Apple FaceTime, Facebook Messenger video chat, Google Hangouts video, Zoom, Skypeなど)が利用可能となった。

### 2. イギリス

2019年に発表されたNHS(National Health Service)の長期計画「NHS Long Term Plan」において、患者がデジタルツールとオンラインツールを使用してアドバイス、サポート、治療へのアクセスを迅速かつ改善するデジタルファーストプライマリケアの整備が掲げられている。

イギリスでは、GP(General Practitioner)制度

であり、国民はいずれかのGPのクリニックを、かかりつけ医として登録している。オンライン診療の導入目的は、GPの負担低減と患者の待ち時間解消であった。オンライン診療の実施要件は、自宅や職場から30~40分圏内で登録していることのみである。

2020年3月にNHS Englandは、不必要な対面診察を最小化するために、すべてのGPに「トータルトリアージ」(診療所を受診予約する全ての患者がトリアージされる)およびオンライン診療への移行を勧告し、オンライン診療の普及が加速した。

Royal College of General Practitionersの報告では、GPによるオンライン診療の導入率は、COVID-19感染拡大の前後で5%から88%以上に増加した。また、2020年7月9日から22日の間の一般診療の61%が電話で実施された。NHSからも電話診療の増加が報告されている(表1)<sup>3)</sup>。統計上は、電話診療の増加が顕著であるが、現地GPからのインタビュー(2022年5月実施)では、前述の報告に比較しビデオ・オンライン診療の割合が多い印象がある。電話診療の予約でも必要に応じてビデオ・オンライン診療に切り替えることがある。電話診療でも多くのことが管理できると分かったと意見があった。

### 3. オーストラリア

オーストラリアの地方・へき地には、全人口の3分の1が居住し、全病院数の75%が存在するが、専門医の配置は少ない。地方・へき地住民が専門医を受診するには、かつて都市部への移動が必要であり、広大な国土もありそのハードルが高かった。そのため、2006年に、地方・へき地住民の専門医へのアクセス向上、移動費削減を目的に、専門医によるオンライン診療が

表1 イギリスのCOVID-19感染拡大前後の診療形式の内訳

| 診療形態                 | 対面    | 訪問   | 電話    | ビデオ・オンライン | 不明   |
|----------------------|-------|------|-------|-----------|------|
| コロナ感染拡大前<br>(2020/2) | 79.8% | 1.0% | 13.6% | 0.7%      | 4.8% |
| 現状<br>(2022/3)       | 62%   | 0.7% | 34.1  | 0.5%      | 2.7% |



導入された。2019年11月には、かかりつけのGPによるオンライン診療もMedicare(オーストラリアの公的医療保険制度であり、国民は無料または低料金で医療を受けることができる)が適用された。

COVID-19感染拡大下にMedicareによる遠隔医療の適用が一時的に拡大された。GPによるオンライン診療に実施要件は、過去12ヵ月間に3回以上の対面診療があることであったが、過去12ヵ月に1回以上へ条件緩和された。また、患者所在の条件として、Modified Monash Classification(7段階のへき地度分類、MM1= major city, MM7= very remote)においてMM6以上、医師と患者が道のり距離で15km以上離れていることがあったが、これらの患者所在の要件が解除された。電話診療についても、ビデオ通話が不可能な場合に限り可能となった。

専門医によるオンライン診療の実施要件はAustralia Statistical Geography StandardのRA1(主要都市)以外の地域であること、専門医と患者が15km以上離れていることであったが、同様に解除された。

The Royal Australian College of General Practitioners(RACGP)の報告では、COVID-19感染拡大下に99%のGPが遠隔医療を実施し、同時に97%のGPが対面診療も実施していた。また、Medicareによると、2020年4月～6月に実施されたGPの診療3,520万件の34%が遠隔医療であり、その97%は電話診療であり、3%がオンライン診療であった。

#### 4. ドイツ

2018年にオンライン診療が開始された。遠隔医療は診療全体の20%に制限されていたが、COVID-19感染拡大下では制限が解除された。2019年の遠隔医療は3,000件未満であったが、2020年には270万件まで上昇した。2022年には健康保険による処方箋は電子処方箋の使用が義務付けられた。

#### 5. フランス

2010年に遠隔医療が許可され、2018年の法改

正により本格的に普及した。実施要件は、プライマリ・ケア医または紹介を受けた専門医が実施すること、ビデオ通話であること、前12ヵ月に1回以上の対面診療があることであった。2020年3月に規制緩和され、受診歴がなくても可能となった。2020年3月～4月の間に、遠隔医療が週に数千件から約100万件へ増加した。

#### 6. 海外の状況を通して

COVID-19感染拡大に伴い、世界的に遠隔医療の活用が拡大している。特に、イギリス、オーストラリアでは、電話診療の活用が増加したが、今後の動向を注意深く観察したい。

イギリスにおいて、トータルトリアージは2022年に日本の指針改定で導入された「診療前相談」<sup>4)</sup>に類似しており、今後の運用の参考にしたい。また、電話診療とビデオ通話の組み合わせは、今後の日本の遠隔医療の参考になる可能性がある。

オーストラリアにおけるへき地度分類は、へき地への重点的な活用推進をする場合に参考になる事例であると考えられる。

### 山口県内の実証

我々の研究班では、山口県内のへき地・離島(山間部の医療機関5ヵ所、離島3ヵ所)にて、その地域の環境や医療体制に合わせたオンライン診療を実証している。その一部を以下に紹介する。

#### 1. 医師不在時の急患に対するオンライン診療

岩国市本郷は、山間部に位置する人口700人、449世帯(2021年12月)の地域であり、医療機関は無床診療所1ヵ所のみである。へき地におけるオンライン診療の実証研究としての47件のオンライン診療を実施した(ADL自立した患者に対する利便性改善や、COVID-19感染拡大回避を目的とした一般的なオンライン診療を除く)。

医師は遠方から通勤しており、休日や夜間は医療圏内に不在であった。医師不在時に、患者から相談があった場合、看護師が患者自宅を訪

問する。医師は看護師から報告を受けて、オンライン診療で対応可能と判断した5件に対し、自宅や出張先からオンライン診療を実施した(表2)。いずれも遠方への緊急受診・入院を回避できた。早期の対面診療によるフォローと振り返りを必須とし、いずれも有害事象は発生していないことを確認した。

## 2. オンライン診療専用システムによる実証

本郷診療所にて、PHC株式会社の協力のもと、Teladoc Health遠隔医療システムViewpoint®(アプリケーションでありMicrosoft社 Surface pro®にインストールして使用)を12例で実証した。電子聴診器(3M社Littman®)を接続可能であり、2例の正常な心音・呼吸音を聴取した。医師側モニターで表示される2画面が有効であった。外付けのWebカメラを用いることで、患者の全体像と局所所見を合わせて見ることができた(図1)。外付けのWebカメラはより精密な近接の視覚情報を伝達でき、より対面診療に近い環境であった。

## 3. 遠隔心エコー(D to D to P)(D: Doctor, P: Patient)

国立病院機構岩国医療センターの循環器内科専門医の協力のもと、本郷診療所にて、遠隔心エコーを実証した。Teladoc Health遠隔医療システムMini®を用いて、慢性心不全患者に対する心エコー(HITACHI社Aplio300®)の画像を専門医に共有した(図2)。専門医側では、心エコー

の映像、患者が検査を受ける様子の2画面を観察できた。心エコー指導医により、リアルタイムで心エコーのプロープの当て方、所見と評価・解釈の指導を受けることができた。

## 4. 離島診療所における診療機会の確保

岩国市立柱島は人口112人、86世帯(令和4年4月1日時点)の離島であり、1ヵ所の市立診療所がある。国立病院機構岩国医療センターの医師により月2回の対面診療と、月1回のオンライン診療が継続的に実施されている。D to P with N(N: Nurse)(看護師は島外から事前に現地入り)の形式であった。令和3年度の実績は約30名である。

## 5. 離島における荒天時の代替手段としてのオンライン診療

萩市相島は人口115人、59世帯(令和4年4月1日時点)の医療機関がない離島である。山口県立総合医療センターが週1回の巡回診療を実施している。荒天による欠航時のため医師が島に渡れない時に、対面診療の代替としてオンライン診療が実施されている。島内の非医療職員(ケアマネージャー)が診療補助する。令和3年度の実績は11例(計2日間)であった。

## 6. 今後の展望

上記以外にも、山口県内のバリエーションに富む環境で実証を行っている。さまざまな環境における実証事例を丁寧に分析することで、そ

表2 本郷診療所における医師不在時の急患に対するオンライン診療

| 年齢・性別   | 主訴・症状    | 経過・対応   |
|---------|----------|---|
| 90歳代・男性 | 血尿       | 訪問診療患者。血尿は改善傾向。前立腺術後であり、その影響による血尿の既往あり。バイタル測定・尿検査試行。内服処方し、自宅で様子観察とし、翌日往診。 |
| 80歳代・女性 | 脱水症、倦怠感  | 訪問診療患者。病歴から、飲水量低下による全身状態低下が強く疑われた。血液検査・採液を実施し、翌日往診し、入院調整を実施。              |
| 90歳代・女性 | 頸部痛      | 病歴聴取・看護師補助による身体所見から、緊急性の低い病態と判断し痛み以外の異常所見なし。鎮痛薬処方し、翌日来院を指示。               |
| 90歳代・女性 | 後頭部打撲・挫傷 | 受傷機転は軽度であり、研修医が処置を指導下に実施。1時間、6時間後に、看護師が訪問しフォローアップ。翌日来院を指示。                |
| 70歳代・女性 | 意識消失     | パーキンソン病のためADL低下し、訪問看護を実施。同様のエピソードを繰り返す、精査済みである。輸液し、翌日往診。                  |



図1 Teladoc HealthのViewpoint®を用いた実証

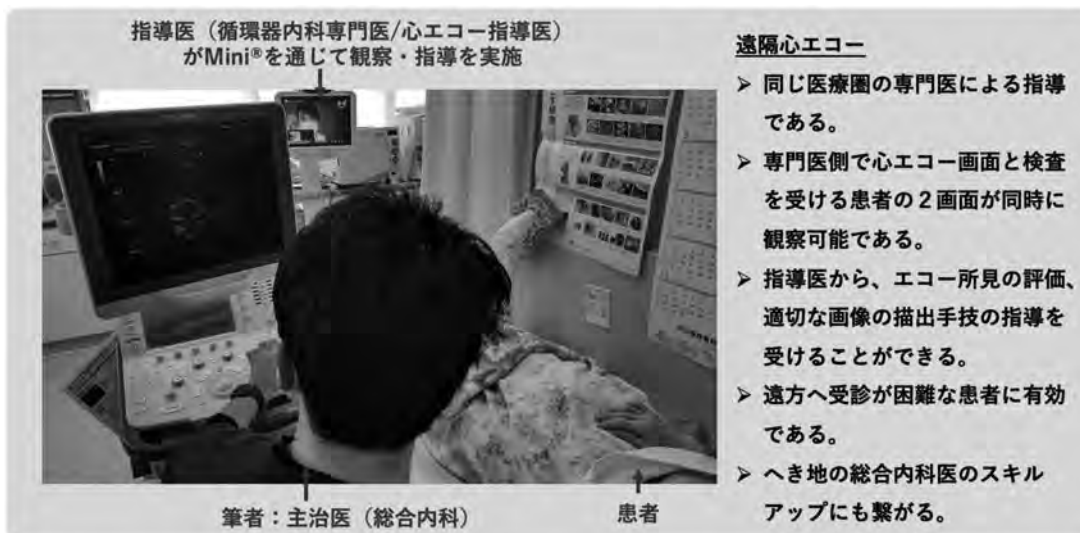


図2 Teladoc HealthのMini®を用いた遠隔心エコーの実証

#### 遠隔心エコー

- 同じ医療圏の専門医による指導である。
- 専門医側で心エコー画面と検査を受ける患者の2画面が同時に観察可能である。
- 指導医から、エコー所見の評価、適切な画像の描出手技の指導を受けることができる。
- 遠方へ受診が困難な患者に有効である。
- へき地の総合内科医のスキルアップにも繋がる。

の地域特性に有効なオンライン診療の形式を整理することができる。と考える。

また、実証事例を通して、オンライン診療の補助者(主に看護師)の重要性を再認識した。病歴、身体診察の所見、視覚情報の伝達などの知識・技術が求められる。さらに、現場での補助の負担は大きく、その働き方も重要な調査項目である。と考える。

## COVID-19自宅療養者の支援

2022年1月のCOVID-19感染者拡大(いわゆる第6波)により、自宅療養者が急激に増加した。自宅療養者の病状変化時、主症状・合併症・併存症の増悪など、処方や入院適応判断など医療機関の対応が必要な状況が頻発していた。しかし、対面診療(往診を含む)のハードルが高く、オンライン診療が可能な医療機関は限定的であり、当時は電話診療の利用についても不明確であり、県内の自宅療養者をフォローする体制は十分ではなかった。

県内の各医療機関が前述の体制を整備すること、保健所が各圏域の医療機関との連携を構築することが急務であった。それら体制構築までの期間、県内の自宅療養者への医療提供と保

健所の支援を、山口県庁コロナ対策室から依頼された。筆者らは、次のように対応した。

山口県内へき地医療機関に勤務する医師10名で、YCOCC(Yamaguchi COVID-19 Online Clinical Connect)という有志の組織を立ち上げた。続いて、医師と県内8保健所(下関を除く)の保健師が参加するLINEオープンチャットを開設した。そのLINEオープンチャットに保健師が、必要時に自宅療養者への対応依頼を投稿する。その時に対応可能な医師が保健所に電話し、詳細情報確認後、自宅療養者へオンライン診療を実施する。その後、薬局に処方薬の配達を依頼することや、場合によっては入院調整や対面診療につなげることを行った(図3)。各圏域の体制が安定化するまでの応急的な対応のため、1月22日~3月1日の短期間の活動であり、26件の相談に対応した。

令和4年8月~9月の感染拡大(いわゆる第7波)において、8月19日~9月26日の期間、医師14名で活動を再開した。第6波で自宅療養者へ対応する体制が既に構築されていたが、県内の自宅療養者数が最大23,694人(8月26日)と大幅に増大したため、十分に対応できない事例が発生していた。活動再開が新規発生ピークを過ぎていたなどの理由で、活動件数は7件の

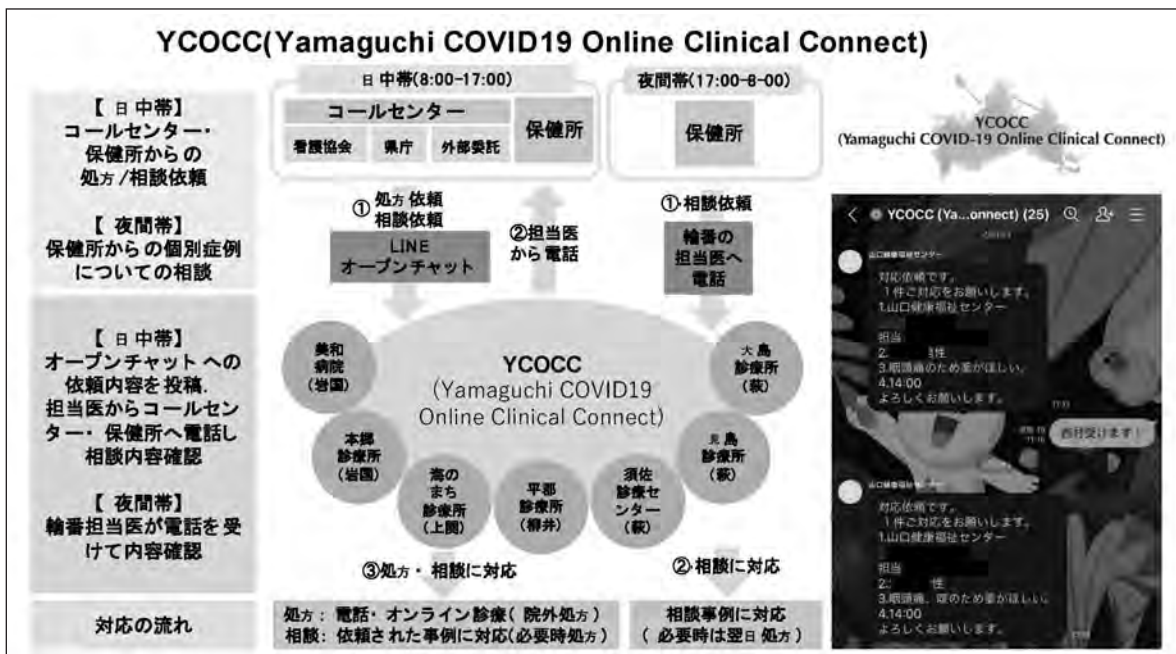


図3 活動説明の資料(活動の概略, 自作のロゴ, オープンチャット上の実際の連絡)

みであった。主に休日や深夜の相談が多く、内容は緊急性や対面診療の必要性の判断などであった。

第6波、第7波の活動後に、各保健所からの聞き取りの調査で、保健師からは「対応を受けた自宅療養者からの評判が良かった」「緊急時に相談できるため安心して自宅療養者の対応ができた」などの意見が多く、趣旨に沿った活動ができたと考える。

## 国内離島・へき地での実証

2020年2月～4月のオンライン診療の規制緩和により、初診に対してオンライン診療が実施可能となるなど、その適用が大幅に拡大した。2022年1月に改訂された指針では、かかりつけ医が実施する等の条件下で、初診に対するオンライン診療が可能とされた。急激な規制緩和により安全性が十分に担保されない不適切なオンライン診療の増加が懸念されている。一方で、詳細は別稿に譲るが、離島・へき地の地域包括ケア推進に資するオンライン診療の活用は、いまだに限定的である。

人口減少と少子高齢化が進み、医療体制の確保が難しくなるわが国の離島・へき地において、不適切なオンライン診療を回避しながら、地域包括ケア推進を目的としたオンライン診療の普及啓発が望まれる。そのため、へき地におけるオンライン診療の実証研究では、離島・へき地において、オンライン診療が普及しない原因を調査している。併せて、導入が有効な対象をスクリーニングする評価システムを開発している。評価システムを開発後、その有用性と妥

当性の検証と共に、国内離島・へき地のオンライン診療を必要とする地域に普及させる支援となることを計画している。

## おわりに

国内の離島・へき地において、オンライン診療の適切な活用を普及させる必要がある。そのために本稿で紹介した「診療前相談」の方法、地域特性と有効なオンライン診療の形式、オンライン診療の適切な対象を特定する評価方法、オンライン診療の補助者の知識・技術・働き方について、引き続き調査することが重要である。

オンライン診療の推進により、離島・へき地で暮らす人々にとって、医療面の障壁を低減し、生活の支えとなることに貢献できるように、今後も活動を継続していく。

## 参考文献

- 1) 原田昌範:へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究(厚生労働行政推進調査事業費) [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202022011A-buntan1.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022011A-buntan1.pdf) (accessed 2022 Oct 10)
- 2) 原田昌範:海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究, 厚生労働行政推進調査事業費(厚生労働行政推進調査事業費) [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/21IA2007-soukatsu\\_0.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/21IA2007-soukatsu_0.pdf) (accessed 2022 Oct 10)
- 3) <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/appointments-in-general-practice/march-2022> (accessed 2022 Oct 10)
- 4) 厚生労働省:オンライン診療の適切な実施に関する指針 平成30年3月(令和4年1月一部改訂) <https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf> (accessed 2022 Oct 10)

# ポストコロナ時代の遠隔医療の可能性

日本遠隔医療協会 特任上席研究員 長谷川高志

## POINT

- ① 新型コロナウイルス感染症大流行下の規制緩和でオンライン診療は急拡大した
- ② オンライン診療の規制緩和は一段落した
- ③ 遠隔医療の次の目標は、多施設、多職種の連携への評価の確立
- ④ 離島・へき地のオンライン診療の要も連携
- ⑤ デジタルトランスフォーメーションの要も連携

## 特集

### ポストコロナ時代への視座

新型コロナウイルス感染症の大流行により、非効率な医療提供体制や医療行政システムの脆弱さが明白となり、今後のパンデミックも念頭に各種制度の改革が不可欠となった。改革の柱の一つとしてオンライン診療を含む遠隔医療について、へき地医療活用への課題を中心に振り返る。

もう一つの視点として、医療アクセスの改善手法である遠隔医療について、今後の社会の変革の中核となるデジタル化を念頭におき考察する。

### 新型コロナウイルス感染症の大流行下での遠隔医療の動向

遠隔医療を取り巻く制度について、コロナ前後で大きな変化があった。2018年に厚生労働省は“オンライン診療の適切な実施に関する指針”

を発出し<sup>1)</sup>、さらに診療報酬に“オンライン診療料”を新設した<sup>2)</sup>。長年続いた遠隔医療の規制改革の大きな成果だった。しかし、この時点でも遠隔医療への厳しい制約を課したルールが残り、利用は伸び悩んだ。

この後、新型コロナウイルス感染症の大流行により、通院に伴う感染リスクを恐れた受診控えが深刻な問題となった。慢性疾患の治療中断による症状再燃の不安が高まり、対策の一つとしてオンライン診療に期待が集まった。時限的特例的な規制緩和として、オンライン診療による初診の無条件な算定を認めたことに注目が集まった<sup>3)</sup>。それだけでなく、電話等再診での医学管理の容認、特定疾患指導管理料などの制約のない加算算定の容認、非通院でのFAX処方、200床以上の施設での電話等再診に対する外来診療料の算定容認なども功を奏した<sup>4)</sup>。その結果としてオンライン診療に関する大規模社会実験の様相となり、状況が大きく変化した。実施状況は厚生労働省によりモニタリングされ、

“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”で報告され<sup>5)</sup>、急性期症状への遠方すぎる診療、初診における向精神薬の処方など望ましくない事例も報告されたが、容認できる発生件数にとどまった。

これら緩和について、新型コロナウイルス感染症の沈静化後の継続が期待され、遠隔でも可能な初診の範囲を示す“オンライン診療の適切な実施に関する指針”の改定が行われた<sup>6)</sup>。それに伴い令和4年度診療報酬改定で情報通信機器を用いた診療として、初診料・再診料・外来診療料について対面診療と同じ点数が適用され<sup>6)</sup>、医学管理料の対象も大幅に拡大し、3ヵ月ルール等の諸制約も撤廃された。それにより時限的特例的取扱い終了後もオンライン診療を安定継続できるようになった。

その結果、1997年の最初の医師法解釈通知<sup>7)</sup>に始まった“遠隔医療による普通の診察行為を社会的に認める”活動は一定の成果を得て、25年前からの社会的課題の改革が一段落した。しかし、時限的特例的措置下の実施施設数や実施件数の増加も飽和していた。諸制約の撤廃下の伸び悩みは、従来の規制(初診制限、医学管理対象疾患の少なさなど)が主な阻害要因でないことを示唆している。オンライン診療に積極的に取り組む医師の多くが、有効な診療対象を見いだし、コロナ下で感染リスクの低いトリアージ手段、自宅療養や宿泊療養でのモニタリング手段、品川モデルのような有効な手法も開発された<sup>8)</sup>。それにもかかわらず実施施設数と実施件数や診療報酬の算定状況など、診療報酬制度に密接に結びついた評価尺度では、初診前のトリアージや感染症法に基づく遠隔医療の実施状況を捉えきれない。それはルール上の規制ではなく、行政上の評価尺度の不足による推進策の不全である。評価尺度の新設は単純に進まず、社会保障政策に立ち戻る議論が必要となる。令和4年度診療報酬改定で方向性が定まった“情報通信機器を用いた診療”の次の課題としても、早急に論点を整理すべきである。

離島・へき地医療としては、新型コロナウイルス感染症のワクチン注射や現場での診療での

大きな課題の解消に追われて、オンライン診療の活用を評価できる状況でなかった。また前述の通り、評価尺度の不足など、実態を外から捉えられなかった状況があったかもしれない。

## 遠隔医療の形態

遠隔医療の分類や捉え方は未成熟で、今も概念形成中である。そこで現在の暫定的な捉え方を示す。1つには提供者と対象者の関係性があり、Doctor to Doctor (D to D)、Doctor to Patient (D to P)などと表現する。2つ目に評価対象行為があり、診察、モニタリング(医学管理の付随行為)、指導管理(医師から医師への質管理)、連携診療(オンライン診療を行う専門医へ紹介元医師などが情報提供)などが診療報酬上で評価されている。診療報酬以外では、医師偏在緩和や通院負担軽減などアクセス改善なども、評価対象である。3つ目に時間関係があり、同期(診察)、非同期(モニタリングや指導管理、情報提供)がある。4つ目に連携関係があり、診療行為の順序だったつながり(クリティカルパス)、施設間のつながり、職種間のつながりなどがある。5つ目に社会保障上の適用対象として、健康、発症前(トリアージや受診相談)、急性期医療、回復期医療、維持期医療、介護などの各段階の区分がある。これら各尺度は独立したものではなく、さまざまに組み合わせる。さらに遠隔診療と対面診療が連携するなど、捉える対象を遠隔医療に限定できないこともある。遠隔医療を構造的に捉えることは、医療提供システム全体を捉えることである。

形態を考えるのは、診療行為として可否、施設として取り組めるか、どのような患者を対象とするか、診療行為としての有効性や安全性、どの診療行為にどれだけ報酬をつけるか、などを検討するモデルを作るためであり、それを元にした医療提供システム上の議論が重要である。遠隔医療に関するこれまでの医療提供システム上の課題は、前述の通り“距離を越える医療アクセス”の改善である。1997年の医師法20条解釈通知<sup>7)</sup>から始まった議論であり、令和4年

度の各種の制度改定で、距離を越えた診療行為への評価の方向性が定まった。しかし、距離以外にも医療提供上の課題があり、形態の視点から新たな課題の検討が可能である。

## 離島・へき地の遠隔医療の役割

情報通信機器を用いた診療の検討では、離島・へき地と難病が重要な適用対象と早くから指摘されていた<sup>7)</sup>。医師不足と患者と医療機関の物理的距離の双方からニーズが認識されていた。ニーズがあるにもかかわらず、実施件数や施設数などの実績が増えているとの報告は少なく、オンライン診療は都会で行う診療行為との受け止め方さえ珍しくない<sup>9)</sup>。医療上の真の課題が明確ではないためと考えられる。

へき地医療では、診療所への通院困難が課題であり、通院せずとも診療できる機会を増やすことがニーズと暗黙に扱われていた。定期的な診療の対象患者は、通院負担の大きさから脱落しやすく、オンライン診療での対応が有望視された。ところが厚生労働行政推進調査事業<sup>10)</sup>による詳細な検討の結果として、さらに広いニーズの存在が明らかとなった。天候不良や医師都合等で巡回診療中止となる際の代替、へき地診療所の休診の代替、へき地診療所や巡回診療の

定期診療日以外や休診日や夜間の対応など、日常の通院支援に留まらないニーズが存在する。これらの諸ケースについて、単にD to Pだけでなく、看護師の介在(D to P with N) (N: Nurse)も重要と分かった。

新たに明らかになったニーズとは、へき地診療所や巡回診療のバックアップ手段の必要性であり、連携による他施設からのオンライン診療を重要な代替手段とすることである。他施設が診療を代替する、時間外対応する、診療担当日以外も遠隔でフォローするなど、施設間連携によるバックアップが支援手法の中核である。D to P with Nによる支援が加わることで、他職種連携も重要な支援手法となる。つまり離島・へき地医療の遠隔医療ニーズとは、施設単体のオンライン診療能力の強化だけでなく、他施設からバックアップする地域医療連携である。地域医療連携の多くは、異なる専門診療域の間や、異なる診療機能(外来、手術、入院など)の間で行われてきたが、離島・へき地では、一般的な外来診療の相互補完が連携の重要な目標である。地域の複数施設で相互対応するために、診療情報の共有(プライマリ・ケアの診療情報連携、地域連携電子カルテ)などの基盤整備も必要となる。その概況を図1に示す。

外来診療の相互補完のための連携ニーズは、

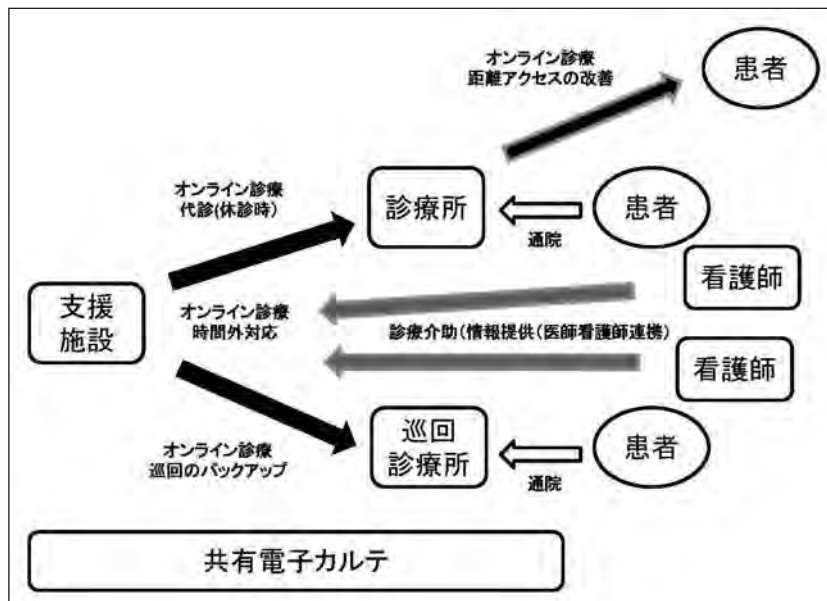


図1 離島・へき地オンライン診療の形態モデル



必ずしも離島・へき地だけに限らない。新型コロナウイルス感染症への治療で、患者集中による医療アクセス低下を招いた東京都(23区内)で活用された品川モデルも、外来機能を相互補完する連携である<sup>8)</sup>。

連携下では、一患者が複数施設の医師の診療を受診する可能性があり、診療の主導者は誰か、質をどのように担保するか、情報をどこまで共有できるか、深刻な問題が起きる前に検討することが望まれる。通常は、個々の診察責任と質管理でカバーでき、深刻なケースは希である。しかし連携形態が進化すると、想定外の取り組みが行われ、責任と質担保の再考が必要となるかもしれない。医師法や医療法、個人情報保護法での事前検討が有益と考えられる。

医療提供体制の維持にはコスト負担への償還が必要であり、負担に関する評価尺度の確立が重要である。図1にある“巡回の代替手段”への評価として医師技術は何か、施設負担は何か、材料費があるか、など技術と経済性を評価すべきである。休診、時間外対応、専門間連携、医師-看護師間連携についても、同様の分析が必要である。連携に関する評価として“診療情報提供”が存在するが、診療報酬制度や地域医療介護総合確保基金の上で“連携”について、評価

が十分か検討すべきである。質の担保として、制度に加え、学会によりガイドラインや研修制度も期待される。

ポストコロナとしては、従来からの“平時”の医療提供体制だけでなく、パンデミックや災害による医療提供体制の毀損へのバックアップも考える必要がある。その根幹は被害の少ない地域の施設や職種間の“連携”が重要である。連携には日頃からの備えや訓練など、さまざまな準備が必須である。

## 連携とデジタルテクノロジー

1998年の医療情報学連合大会で、在宅医療の連携について、電子メールのメーリングリストの同報機能を活用した初期の報告があった<sup>11)</sup>。通信がアナログ技術に依存していた時代には、同報通信は現実的に不可能だった。図2に示す通り、デジタル化はアナログ技術に比べて同報性の高い通信を可能にした。メーリングリスト、各種メッセージングアプリ、Zoomなど多人数が参加できるWEB会議が普及して、同報通信の有用性を示した。また同時に多数が情報共有や投入できるクラウド技術も普及した。地域医療情報連携電子カルテなども、クラウドによるセ

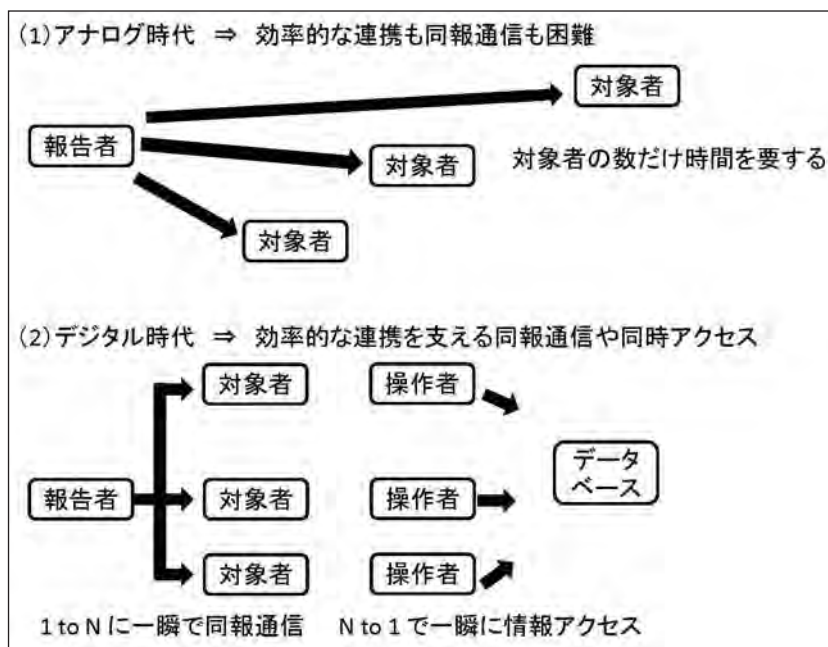


図2 同報性・アクセス性の高いデジタルテクノロジー

セキュアなデータベースの共有技術で実現された。単なる記録やメッセージに留まらず、負担の大きなスケジューリングや資源確保などのクラウドサービスも進化し、連携の役割が向上している。同報性の向上が連携を進める大きな力となった。

一方で多数の病院がランサムウェアなどのサイバーセキュリティ上の被害を請け、セキュリティが重要課題として浮上した<sup>12)</sup>。連携をセキュアなクラウド基盤上で実現することが、いわゆる医療のデジタルトランスフォーメーションの具体像の一つと考えられる。

## まとめ

新型コロナウイルス感染症の大流行と、それに伴う時限的特例的な規制緩和により、日本の医療提供システムは大きく変化した。従前から続いていたオンライン診療や遠隔医療に関する規制改革は一段落したが、未来展望はまだ開いていない。

離島・へき地医療の改革について、オンライン診療を活用するためにも、根本的な課題として、多施設・多職種の連携の評価の確立の重要性を示した。連携に関する諸制度上の評価は遅れており、今後の検討の進展が望まれる。さらに連携はデジタルテクノロジーとの関連性が深く、ポストコロナ時代の遠隔医療とは、連携を推進するデジタルトランスフォーメーションと考えられる。

## 参考文献

- 1) 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4年1月一部改定). <https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf>(accessed 2022 Oct 2)
- 2) 厚生労働省:平成30年度診療報酬改定について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>(accessed 2022 Oct 2)
- 3) 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(事務連絡). <https://www.mhlw.go.jp/content/000620995.pdf>(accessed 2022 Oct 2)
- 4) 厚生労働省:新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その3)(事務連絡). <https://www.mhlw.go.jp/content/000602503.pdf>(accessed 2022 Oct 2)
- 5) 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/other-isei\\_513005\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_513005_00001.html)(accessed 2022 Oct 2)
- 6) 厚生労働省:令和4年度診療報酬改定について. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)(accessed 2022 Oct 2)
- 7) 厚生労働省:情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について(通知). <https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/johoka/dl/h23.pdf>(accessed 2022 Oct 2)
- 8) 品川区:新型コロナウイルス感染症について. <https://www.city.shinagawa.tokyo.jp/PC/kenkou/kenkou-byouki/20200212095938.html>(accessed 2022 Oct 2)
- 9) 厚生労働科学研究データベース:遠隔診療の有効性・安全性に関するエビデンスの飛躍的な創出を可能とする方策に関する研究(研究代表者 長谷川高志). <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27405>(accessed 2022 Oct 2)
- 10) 厚生労働科学研究データベース:海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究(研究代表者 原田昌範). <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/158816>(accessed 2022 Oct 2)
- 11) 木村幸博, 他:インターネット上での保健・福祉・医療の連携システム -ゆいとりネットワークインターネット版について-. 第18回医療情報学連合大会 18thJCMI, 2-K-8-6, 1998-11.
- 12) 近藤博史, 長谷川高志, 他:医療分野の情報化の推進に伴う医療機関等のサイバーセキュリティ対策のあり方に関する調査研究. 第41回医療情報学連合大会41stJCMI, p436-438, 2021-11.

# プライマリ・ケア領域における デジタルヘルスの活用のこれから

日本プライマリ・ケア連合学会 理事/ICT診療委員会 委員長

額田病院総合診療科 科長 吉田 伸

## POINT

- ① WHOのデジタルヘルスガイドラインでは、プライマリ・ケアも含めた保健医療従事者に向けた介入の提言が多い
- ② シンガポールでは、コロナ禍での高齢者の社会的孤立に対してデジタルヘルスを活用した包括的ケアを創出した
- ③ 日本の医療現場でも、デジタルヘルスの活用により、社会的・心理的・地理的近接性を改善し、感染対策もできる可能性がある
- ④ 離島へき地の遠隔診療では、現場の看護師によるD to P with Nの活用が普及に寄与する可能性がある

特集

## はじめに

本稿では、プライマリ・ケア領域でICTを活用したデジタルヘルスの活用について、どのように考えていけばよいか、どのような事例があるかを、2022年6月に日本プライマリ・ケア連合学会ICT診療委員会より発表した『デジタルヘルスが可能にするプライマリ・ケアの未来』という提言書<sup>1)</sup>(以下、提言書)を元に紹介する。本文からさらに興味を持たれた方は、ぜひ提言書をご一読いただきたい。

## プライマリ・ケアと デジタルヘルスの国際的な流れ

まず、この領域に関する用語や議論の流れを俯瞰的に解説する。

『プライマリ・ケア』とは、患者の抱える多く

の問題に対処し、継続的な関係を築き、家族および地域という枠組みの中で責任を持って診療にあたる医療従事者によって提供される、統合性と近接性を特徴とする地域の保健医療福祉機能である<sup>2,3)</sup>。先進国では、この機能をどのような医療従事者がどういった制度設計のもとで受け持ち、質を担保するかという議論になるのだが、実はその前提となる概念として、『プライマリ・ヘルスケア』がある。“ヘルス”が加わると何が変わるのか。主に発展途上国において、医療を提供するインフラそのものがない、支払い可能で持続可能な医療保険がない等で、住民が医療サービスそのものを利用できないという場合があり、プライマリ・ヘルスケアを先に整備する必要が生じるからである。

こういった文脈をもとに、家庭医の国際学術団体であるWONCA (the World Organization of National Colleges, Academies and Academic

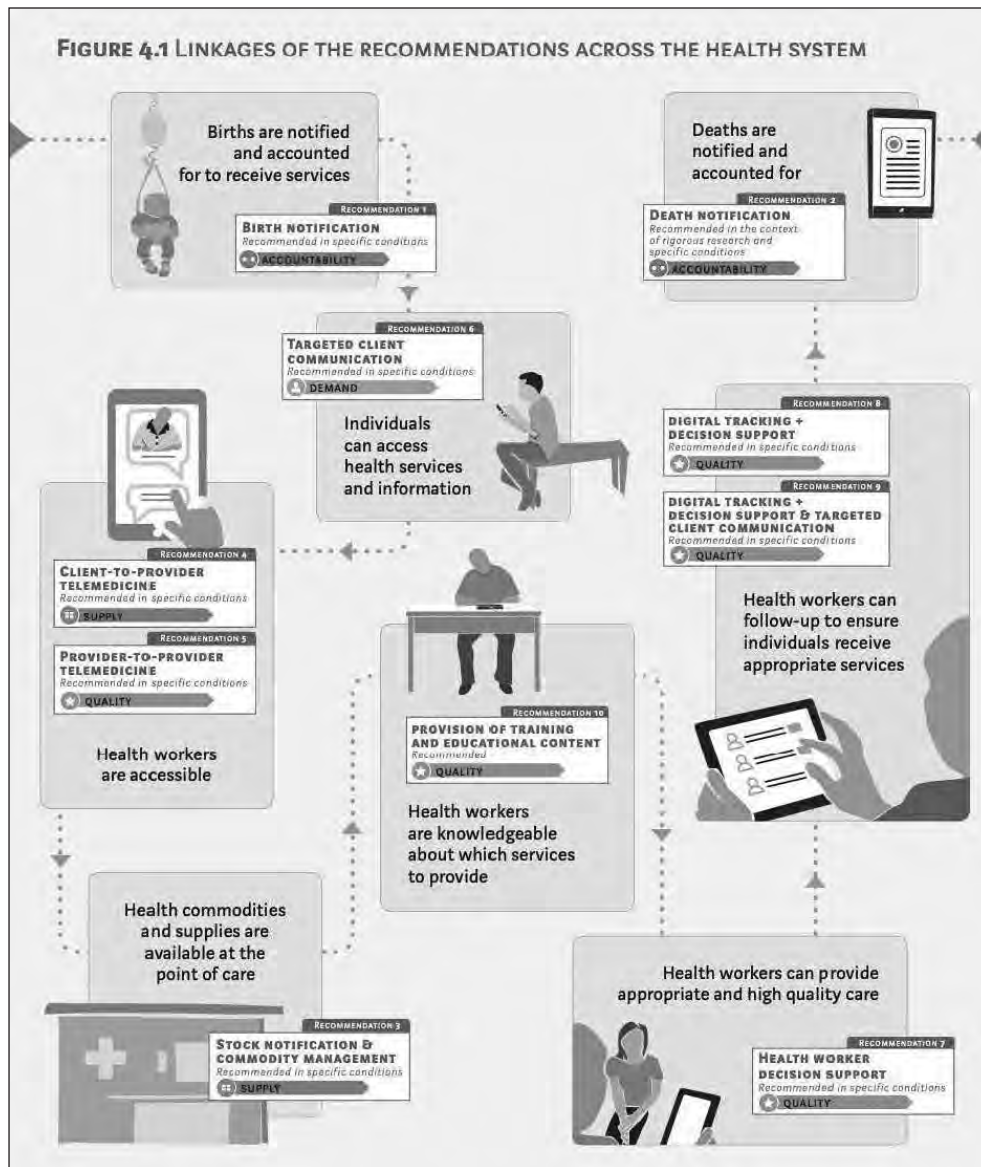


図1 WHOガイドラインにおける、ヘルスシステムを横断した推奨事項の統合  
〔参考文献5〕より引用

Associations of General Practitioners/Family Physicians, 略称 World Organization of Family Doctors, 世界家庭医機構)は、2016年にデジタルヘルス・ワーキングパーティより、WONCA eHealth政策提言書<sup>4)</sup>を公表し、政府に対するプライマリ・ヘルスケア領域での標準化と相互運用性を含むeヘルス戦略とインフラの承認・実施を求めている。その上で、プライマリ・ケア領域においては、マルチモビディティやポリファーマシーをもつ人々のケアを支援するツールの開発に家庭医と患者を参画させ、ケアの断片化、過剰診断、治療、そして医療科を防止し

ながらケア調整を図ることや、家庭医が医療介入で最も恩恵を受ける人々のケアギャップを特定するために、自らが担当する集団全体の健康データを分析できるよう設計することなどを提案している。その後、2019年にはWHO(世界保健機関)がデジタルヘルスに関するガイドライン<sup>5)</sup>を公表した。ここでまず読むべきは乱立している用語の統一であり、Digital Health という用語を、

- 1 eHealth : 健康および健康関連分野を支援するための情報通信技術の利用
- 2 mHealth : 健康のためのモバイルワイヤレス技

## 術の利用

### 3 高度なコンピューターサイエンス: ビッグデータ, ゲノミクス, 人工知能

を包含した、最も広い概念と定義しているのので、本稿もデジタルヘルスと呼称することとする。このWHOガイドラインの推奨事項をまとめたものを図1に示し、特に2点を解説する。

政府・行政の役目として出生届と死亡届をデジタル化することでより多くの住民に市民登録を行い、保健サービスのアクセスを確保できるとしている。しかし、文中では実際にモバイルデジタル機器を用いた出生届のエビデンスはまだ限られており、死亡届についてはエビデンスもなく、通信環境や機器の整備、死亡をデジタル通知することの社会文化的な敏感さ、そして死亡と死因のデータはヘルスケア計画に有用である一方、人員不足を抱えるプライマリ・ケアシステムに市民登録・解除の責任をもたせることの負担なども課題として言及されている。

もうひとつは、10ある推奨項目のうち5つまでが、主として保健医療従事者に向けた介入であり、特にプライマリ・ケア領域の従事者を対象としていることである。デジタルヘルスの介入により、プライマリ・ケアを担当する保健医療従事者は遠隔医療により柔軟な働き方ができるようになり(推奨4)、都市部の専門職に遠隔相談ができ(推奨5)、普段の診療領域において標準的な診断・治療・紹介についての意思決定支援を受け(推奨8)、デジタル通信を用いて患者を継続的にフォローアップできるようになり(推奨9)、現地にいながら質の高い専門的教育を受けられる(推奨10)というポテンシャルについて書かれている。一方で、紙とデジタルの併用による仕事量の増加や、通信機器の購入や管理の負担、デジタルリテラシーの涵養などを普及阻害要因として挙げている。これらは日本の地域医療の文脈でも大いに当てはまるのではないだろうか。

## 海外でのデジタルヘルスの実践

海外でのデジタルヘルスケアの取り組みにつ

いて、少し前になるが2020年10月に在宅医療連合学会にて、シンガポールの家庭医が発表してくれた内容<sup>9)</sup>をもとに紹介したい(図2)。

シンガポールは65歳以上人口が13.8%(2018年)と若い国だが、急速な高齢化が予想されており、国を挙げて在宅医療制度の導入を進めている。家庭医同士の交流で特筆すべきは大学病院や総合病院の指導医を中心とした構造的な在宅医療の教育カリキュラム(Entrustable Professional Activity: EPA)であり、これは“訪問診療ができる”“多併存疾患患者のケアプランを構築できる”“家族カンファレンスの司会ができる”“アドバンス・ケア・プランニングを実施できる”“包括的退院プランを実施できる”などの『ひとりだち目標』を絞り込み、それぞれの能力段階に応じて教育方策と評価方策を組み合わせたものである。そんなシンガポールにも、COVID-19のパンデミックがやってきた。そこで彼らは当然のごとく迅速対応チームによる電話トリアージと、搬送、訪問診療、Zoomを用いたオンライン診療を組み合わせたサービスを開始した。しかし同時に着目したのは、特に独居高齢者に生じる、社会的孤立という続発的事態であった。そこで彼らは、特に低所得高齢者を対象にスマートフォンを配布し、データプランを契約し、政府助成を取り付けた。そして、ボランティアたちに依頼して、独居高齢者たちにスマートフォンの使い方を教えるようにし、結果的に医療・福祉施設やコミュニティとのつながりを保とうとした。このように、デジタルヘルスの導入は、ただパンデミックに対しリアクティブに発熱診療のアクセスを提供するだけでなく、既存の人的資源と新出の機器を組み合わせることで、プロアクティブにより強固な包括的ケアを創出できることは非常に興味深い。

## 日本のプライマリ・ケアへのデジタルヘルスの導入

ここまでプライマリ・ケアとデジタルヘルス、という切り口で国際的な流れを述べたので、次は日本での導入について論を進める。我が国

## Care during Covid-19 Pandemic: Towards Wireup for TeleHealth and Rapid response

### Covid-19パンデミック時のケア：遠隔医療と迅速な対応のための連携に向けて



The suspension of community services due to COVID-19 has created a gap in social connectedness among the elderly, especially those who live alone:

COVID-19による地域サービスの停止により、独居高齢者の社会的つながりにギャップ



#### Rapid Response Team (RRT)

##### 迅速対応チーム



Provide rapid home visit response for H2H patients presenting with sub-acute level of emergency warranting an urgent assessment, investigation and treatment

Screening for home visit response (H2H) (Emergency 24/7 readmission)

Screening criteria of home visits

- Altered mental state
- Shortness of breath with signs of respiratory distress
- Spore acute pain
- Trauma and possible fracture
- Acute weakness
- Waking

National Early Warning Score (NEWS)

| NEWS                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Respiratory              | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8  |
| Heart rate               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Systolic blood pressure  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Diastolic blood pressure | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Respiratory rate         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Oxygen saturation        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Urea                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Consciousness            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Temperature              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| NEWS                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

#### Partnerships

##### パートナーシップ

Delivered through community partnerships, volunteers, donated devices & sponsored voice & data plans

#### Social Connectedness

##### 社会的つながり

Increasing IT literacy & accessibility to mobile devices

## Tele-Health and Tele-Social Care during Covid-19

### コロナ禍の遠隔医療と遠隔ソーシャルケア

30 minutes consultation between Doctor/Nurse and patient/caregiver, via video conferencing platform (Zoom)

医師/看護師-患者/介護者の間でZoomで30分間の面談

#### Target Patients

- Patients with outstanding clinical issues, require follow-up
- With capabilities to use Zoom
- Clinically stable (dermatological conditions, post-elective surgery, uncomplicated medical conditions)

- Assess and follow up on patient's overall well-being
- Review self-administration care techniques
- Review skills and knowledge on self-monitoring
- Review understanding of medication & self-packing/dispensing medication techniques
- Review self-monitoring log sheets & medication tracking sheet
- Advise on vital signs monitoring readings
- Address any of patient's and/or caregiver's concerns
- Review falls prevention and home safety precautions

COVID-19 RESPONSE

- Encourage patient independence and engagement
- Intervene, support & monitor patients on the ground
- Minimise reliance on follow-up on patient's progress

Singapore General Hospital

図2 シンガポールにおける COVID-19 迅速対応チームの取り組み (発表原稿 6) を発表者の許諾を得て引用

でデジタルヘルスが活用される対象者や疾患について、当学会での議論をまとめたものを図3で示す。ここからはプライマリ・ケア要素のうち、特に近接性に絞って整理し、解説する。

### 1. 社会的近接性

職業や社会的な立場で受診が難しい、慢性疾患をもつ患者。仕事が忙しく飛び回っている、育児や介護で家から離れられないという方々の高血圧や糖尿病、禁煙治療などに遠隔診療を行うことで、生活指導や内服の継続といったアドヒアランスの改善が期待できる。当人の検査結果の説明をオンラインで行った後、アカウントを切り替えて、介護されている両親の診察を続

けて実施できれば、受診の負担もさらに減る。彼らが社会的役割を果たしながら健康で居続けられることは、家族・親族・地域の各層コミュニティの維持や発展にも寄与するだろう。また社会的な文脈でいえば、国内に居住する外国人に対しても、翻訳システムを組み込んだオンライン診療ソフトを用いることで、言葉や情報のギャップを乗り越えてケアアクセスを提供することができるかもしれない。

### 2. 心理的近接性

メンタルイリュースを抱える患者は、抑うつ、不安、疲労感、幻覚妄想などの症状により受診

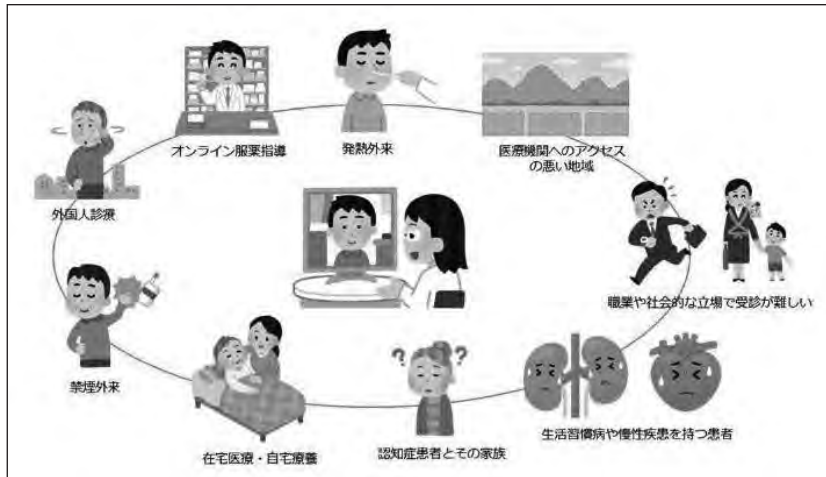


図3 プライマリ・ケアでデジタルヘルスが活用される対象や疾患  
〔文献1〕より引用

## 日本プライマリ・ケア連合学会 オンライン診療 診断学ことはじめ

**第一話 「子供の風邪」**  
日本プライマリ・ケア連合学会  
ICT診療委員会 黒木 寿郎 先生  
こどもの風邪におけるオンライン診療相談ケースをご紹介します。  
また、オンライン診療TIPSとして「正しい診察」と、いい聞きと聞き、いい聞き返し、いい聞き返しのつなぎ、についてもご紹介します。

**第二話 「おとなの高血圧」**  
日本プライマリ・ケア連合学会  
ICT診療委員会 黒木 寿郎 先生  
55歳男性の高血圧におけるオンライン診療相談ケースをご紹介します。

**第三話 「55歳女性 発熱と咳のケース」**  
日本プライマリ・ケア連合学会  
ICT診療委員会 黒木 寿郎 先生  
55歳女性の発熱と咳におけるオンライン診療相談ケースをご紹介します。

**第四話 「30代女性 難治性コロナ患者のケース」**  
日本プライマリ・ケア連合学会  
ICT診療委員会 久保田 康巳 先生  
30代女性の難治性コロナ患者におけるオンライン診療ケースをご紹介します。

**実話編 「30歳男性 コロナ自宅療養者」**  
日本プライマリ・ケア連合学会  
ICT診療委員会 黒木 寿郎 先生  
30歳男性のコロナ自宅療養者におけるオンライン診療ケースをご紹介します。

**第6回 30代女性 倦怠感と体重減少  
2022年10月公開予定!**

図4 学会によるオンライン診療の教育動画シリーズ<sup>8)</sup>

が困難であることが多い。オンライン診療では自宅から画面越しの診察を受けられるため、ケアにつながるができる患者もいるだろう。実際、精神科領域で遠隔による症状評価や治療効果などを対面と比較した研究が多く行われており、レビューやメタアナリシスでも両者には差がないとするエビデンスが多く報告されているため、国内でもこの領域のエビデンス蓄積が必要とされている<sup>7)</sup>。特にメンタルイネスを抱えていると、COVID-19のパンデミックによる社会的孤立の影響を受けやすいと考えられるため、潜在的なニーズは本当に高いだろう。

### 3. 感染対策的近接性

自明であるが、オンライン診療そのもので医療者・患者双方が感染することは絶対にない。したがって、日本でもオンライン・電話診療による時限的・特例的措置が発出され、コロナ禍での医療アクセスの選択肢となったことはご存じの方も多いと思う。当学会からは、『オンライン診療 診断学ことはじめ』と題して、こどもの発熱、大人の高血圧、コロナ自宅療養中の患者など、初診・再診いずれでも適切かつプライマリ・ケアの理念に則った診療を実演する動画を作成したので、ぜひご視聴いただきたい<sup>8)</sup> (図4)。

- ・ D to P with Nが肝
- ・ ICTリテラシーが低い方 (ご高齢、認知症あり)こそ有用
- ・ 画質は良いに越したことはない (D to P with Nであれば補完出来る)
- ・ 人的資源不足には間違いなく有用
- ・ 事前の対面診療である程度落ちていくことがわかっていた  
→全くの初診では注意が必要で、抵抗がある方、対面を希望する声は一定数以上あり  
→十分な説明が必要で、オンライン診療だけでは完結させないことが大切



図5 離島でオンライン診療を実践した若手総合診療医の感想

#### 4. 地理的近接性

本特集の各稿でも取り上げられているように、日本に多く存在する離島・へき地の医療体制においては、医師・看護師の不足、医療機関の不足、遠方通院による交通費の負担など、『プライマリ・ヘルス・ケア』レベルのアクセス課題がありえる。遠隔診療によりこれらを解決することが期待されるものの、実践はなかなか進んでいない現状も報告されている<sup>9)</sup>。また、より個別的な視点でいえば、すでに在宅医療を受けている患者に対する、オンライン診療の部分的な補完も挙げられる。日本で計画的な訪問診療を含む在宅医療が制度化されて10年近くになるが、近年は提供医療機関数が伸び悩んでいる。これは、日中や夜間の往診体制を、少数数の医療者で受け持つことの困難さがあると言われている。そこで、遠方の在宅患者から診察依頼があったとき、まず先行した訪問看護師の接続するオンライン診療で診察し、対面での往診に出動するか決断する、という選択肢があってもよいと、筆者は考えている。これは後述するD to P with N(D: Doctor, P: Patient, N: Nurse)の訪問看護師バージョンであるともいえる。

#### 地理的近接性を向上させるため ～若手総合診療医の事例より～

どうやったら離島・へき地にオンライン診療体制を導入し、患者・家族や多職種の納得を得

ることができるのだろうか。話題にあがっているのは、D to P with N(看護師に付き添われた患者が、医師の遠隔診療を受けること)である。日本プライマリ・ケア連合学会での発表をもとにした事例を報告する。

発表者は某県の急性期病院に勤務する、若手の総合診療医である。2021年より、20km離れた離島唯一の診療所から常勤医が不在となったため、週2回だけ診療所に出務し、対面外来を行うことになった。しかしそれでは島民の受診機会が減ってしまうため、高血圧、脂質異常症、糖尿病など安定した慢性疾患の、40～70代の患者10名程度を対象にオンライン診療を始めた。その際、島内の診療所に勤務する看護師が診察室に患者を案内し、機器を接続するというD to P with N方式を採用した。医師は急性期病院の勤務時間の空きを利用し、病院の一室からオンライン診療の実践を重ねた。2022年にはCOVID-19の拡大により医師が感染し、ホテル療養下でも診療に穴をあけないためオンライン診療を続け(厚労省通知<sup>10)</sup>により特例として許可されている)、看護師も感染などしたため電話診療に切り替えなどしながらも遠隔診療体制を維持した。1例のみ、島の反対側の住民から往診を依頼されたが、診療所での外来中であったため、訪問看護に行ってもらい、現地からD to P with Nでオンライン在宅診療を実践したこともある(結果として、看護師が計測したバイタルサインも、画面上の患者の顔色も良く、本土搬送ではなく診療所での点滴治療を案内した)。まとめとして発表された若手医師の感想を図5



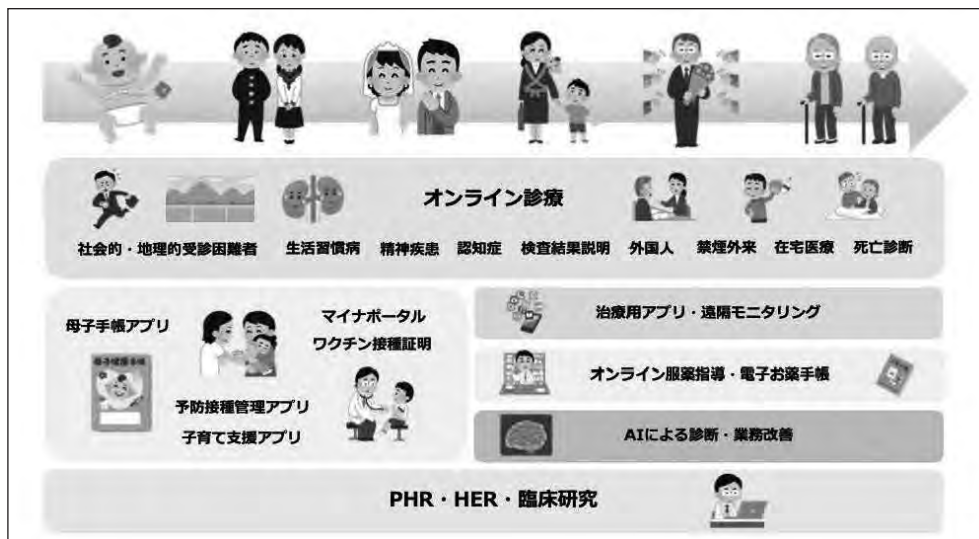


図6 デジタルヘルスが可能にする住民のライフステージに沿ったプライマリ・ケアの提供  
〔文献1〕より引用

で示す。ここでは、事前の患者選択やシステムの説明、当日の重症度評価、画質や診察時のクローズアップの調整、事後の患者・家族のヒアリングなどを看護師が行ってくれている。信頼される地域のヘルスケアエキスパートであり、共に暮らす住民でもある看護師により、医師と患者が仲立ちされることが、離島・へき地の遠隔診療の導入に重要であることが示唆される。

## おわりに ～人生を支え続けるプライマリ・ケアのデジタルヘルス～

本稿のまとめとして、筆者らがどのような将来像を描いているかを紹介しておく(図6)。冒頭お伝えしたように、プライマリ・ケアの理念には継続性があり、さらにWHOの模式図がそうであったように、住民の誕生から終末期までその人生を健康の名の下に支えるシステムでもある。したがって、家庭医なり総合診療医なり、プライマリ・ケアを提供するものは、公的であれ民間からであれ、予防であれ治療であれ開発されているデジタルヘルスの各技術を、『担当する住民の健康な暮らしを一生涯支え続ける』というコンセプトのもとに組み合わせていく必要がある。このような統合を図るべく、読者の皆様にもぜひ今後ともお力添えをいただきたいと思う所存である。

### 参考文献

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会ICT診療委員会,「デジタルヘルスが可能にするプライマリ・ケアの未来」, 2022年6月9日. <https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=157> (accessed 2022 Nov 3)
- 2) Primary Care: America's Health in a New Era, Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care, National Academies Press (US); 1996.
- 3) プライマリ・ケア(PC)とプライマリ・ヘルスケア(PHC)の違いについて, 日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト. [https://www.primary-care.or.jp/public/q\\_and\\_a.html](https://www.primary-care.or.jp/public/q_and_a.html) (accessed 2022 Nov 3)
- 4) WONCA Policy Statement on eHealth. 2016. WONCA. <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/eHealth/Policy%20Statement%20on%20eHealth.pdf> (accessed 2022 Nov 3)
- 5) WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. 2019. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505> (accessed 2022 Nov 3)
- 6) Lian Leng LOW, Home Healthcare in Singapore -Current State, Education and Looking to the Future, アジア在宅医療交流シンポジウム発表スライド,日本在宅医療連合学会 第2回地域フォーラム, 2020年10月24日
- 7) 木下翔太郎, 岸本泰士郎:精神科領域におけるオンライン診療への取り組み. 整形・災害外科 2022; 65(1): 41-47.
- 8) 『オンライン診療 診断学ことはじめ』動画シリーズ, 新型コロナウイルス感染症 プライマリ・ケアのための情報サイト, 日本プライマリ・ケア連合学会2020-2022年. <https://www.pc-covid19.jp/telemedicine-diagnosis.htm> (accessed 2022 Nov 3)
- 9) 前田隆浩ほか. へき地診療所の常勤医師の勤務およびICT利用の実態に関する調査. 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
- 10) 自宅療養又は宿泊療養中等の医師によるオンライン診療等について(周知), 厚労省事務連絡, 令和4年1月7日. <https://www.mhlw.go.jp/content/000878090.pdf> (accessed 2022 Nov 3)

# 離島・へき地に期待する遠隔医療とは

日本医師会 常任理事・長島整形外科 院長 長島公之

## POINT

- ① 離島・へき地において有用な医療DXを紹介する
- ② オンライン診療普及のためには、ITを使いやすくする、使えない人のサポートをする、ITリテラシー向上の機会を作る必要がある
- ③ 不適切なオンライン診療の防止には、医学的有効性と安全性の確保、サイバーセキュリティ対策が必要である
- ④ オンライン診療と遠隔医療(D to D)、地域医療連携ネットワーク、PHRとの併用が有用である

特集

## 離島・へき地において有用な医療DX

現在、日本において、医療DX(デジタルトランスフォーメーション)が急速に進んでいる。日本医師会としては、医療DXとは「医療分野のIT化・デジタル化という手段を用いて、情報連携や効率化などを進め、医療をより良く変革すること」であり、その目標は、「安心・安全でより質の高い医療」と「医療現場の負担軽減」であると考えている。離島・へき地における医療の課題としては、医師・医療資源の不足、日常診療および救急医療における移動距離や時間等の物理的なアクセス困難、医師支援・教育の困難などがある。これらの解決に貢献できる医療DXの手段として、遠隔医療(医師-患者間)であるオンライン診療をはじめとして、遠隔医療(医師-医師間)、ITによる地域医療連携ネットワーク、PHR(Personal Health Record)がある。

## 離島・へき地におけるオンライン診療の普及のために

### 1. オンライン診療全般について

医療DXにおいては、地域の医療現場の状況をよく確認しながら、医学的有効性と安全性を確保したうえで、利便性、効率性の実現を目指すべきと考えられる。オンライン診療においては、有効性と安全性を確保するためには、厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下、「指針」と略す)<sup>1)</sup>を十分に理解し、従う必要がある。「指針」の基本理念を理解し、「最低限遵守すべき事項」として掲げる事項を遵守し、「推奨される事項」の実現に努力することが必要である。

オンライン診療が特に有用と考えられるケースとして、以下がある。

(1) 解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合

○離島・へき地など地理的要因によるアクセス制限

○在宅医療やさまざまな事情によるアクセス困難

○難病・小児慢性疾患等，専門的診療ができる医療機関が限られているため，アクセス困難

(2) 新型コロナウイルス感染症蔓延などの非常時・外出制限，対面による感染リスクがある場合  
(1)の平時の場合と，(2)の非常時とを，きちんと整理して考えることが重要である。

## 2. 離島・へき地における普及のための対策

オンライン診療を含む医療DXにおいては，国民・医療者を誰一人取り残さないことを原則とすべきである。特に，ITが不得意な高齢者が多く，通信環境も整いにくい離島・へき地においては，次の3つの対策が必要と考えられる。

### (1) ITを使いやすくする

例えば，オンライン診療に使う通信機器やアプリケーションを，できるだけ使いやすくするために，業界・医療現場が協同して取り組む。高速で安定した通信回線の確保に向けて，国・自治体・業界が取り組む。行政サービスとして，利用環境を提供する。

### (2) 使えない人のサポートをする

「指針」では，オンライン診療支援者を「医師-患者間のオンライン診療において，患者が情報通信機器の使用に慣れていない場合等に，その方法の説明など円滑なコミュニケーションを支援する者。家族であるか，看護師等の医療・介護従事者であるかは問わない。」と定義している。離島・へき地においては，看護師が支援する「D to P with N」(D: Doctor, P: Patient, N: Nurse)が望ましいと考えられるが，看護師の確保が困難な場合もあり，それ以外の職種や家族による支援を拡充する必要がある。

### (3) ITリテラシー向上の機会を作る

離島・へき地の医療機関および支援する側の医療機関両方の医師・看護師等の医療従事者，介護従事者に対する講習や教育資料の提供，地域住民の習熟のための機会の提供を行う必要がある。

日本医師会では，オンライン診療普及のために，オンライン診療を始めるために必要な情報をとりまとめた「オンライン診療入門－導入の手引き」を作成し，公開した([https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/omc/guidance\\_intro.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/omc/guidance_intro.pdf))。今後，内容を拡充する予定である。

また，好事例の横展開も普及に効果的である。日本医師会が毎年開催している日本医師会医療情報システム協議会においては，過去2年間，離島・へき地の例も含むオンライン診療の好事例数件が報告されている。

## 3. 電子処方箋・オンライン服薬指導・医薬品配送

離島・へき地における医療では，診療だけでなく，電子処方箋・オンライン服薬指導・医薬品配送まで含めた一体化された対応が必要となるので，これらの普及が重要となる。

## 不適切なオンライン診療の防止

### 1. 医学的有効性と安全性の確保

保険診療だけでなく，自由診療においても，「指針」に反していないか，随時オンライン診療を提供している医師・医療機関が自ら確認すること，国がチェックすることが重要であり，その体制整備が望まれる。

### 2. サイバーセキュリティ対策

サイバー攻撃による医療機関の被害が最近多発している。離島・へき地のオンライン診療においては，オンライン診療のアプリケーションが電子カルテなどの医療情報システムとの情報連携する場合や，看護師が医療用の情報端末を利用する機会が多いと考えられるので，特に，サイバーセキュリティ対策が重要となる。ITが得意ではない医療従事者でも，利用しやすい対策の整備が望まれる。

## オンライン診療との併用が有用と考 えられる医療DX

### 1. 遠隔医療(医師-医師間)

遠隔医療は、ICTや通信インフラ等の進展に伴い、従来から行われてきた画像診断に加え、術中迅速病理診断、コンサルテーション、カンファレンス、遠隔救急支援、遠隔手術等、利活用の範囲が広がってきている<sup>2)</sup>。さらに、現在、先進的な情報技術(人工知能、VR/AR、高精細映像技術、高速通信技術等)を活用した遠隔医療の実証が実施されている。高速通信技術である5Gの活用可能性があるのは、「リアルタイムでの共有が必要となる情報」を患者宅や診療所、救急車、院外の専門医に共有するケースと考えられている<sup>3)</sup>。これらは、離島・へき地において診療する医師に対して、中核病院の専門医などによる支援や教育を可能にするものであり、オンライン診療と組み合わせることで、さらに有用性が高まると考えられる。

### 2. ITによる地域医療連携ネットワーク・全国医療情報プラットフォーム

ITによる地域医療連携ネットワーク(以下、地連NWと略す)には、2つの機能がある。病院・病床の機能が、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、通院・在宅医療

医療機関間の連携(垂直連携)に対応するのが、医療連携ネットワークである。また、地域住民の在宅医療や生活を支えるための地域包括ケアシステムも構築が進み、必要となる医療介護連携や生活連携(水平連携)に対応するのが、多職種連携ネットワークである(図1)<sup>4)~6)</sup>。

全国各地で地連NWが運営されているが、特に有用な機能として、医療連携では、各種診療記録の共有、各種画像情報の共有、健診情報の共有、遠隔医療(D to D)、診療・検査の予約、電子的クリニカルパス、ビデオ通話機能・テレビ会議システムなどがある。多職種連携では、コミュニケーション機能(専用SNSなど)、生活記録の共有、スケジュール管理、患者紹介・逆紹介などがあり、職種としては、医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、理学・作業療法士、歯科医師、行政職員など広範囲に及び、患者本人や家族が参加している場合もある<sup>7)</sup>。離島・へき地においては、複数の医療機関で連携して診療を行うこと、高度な医療が可能な医療機関へ紹介すること、在宅医療を行うことが多いため、これらの機能は大いに有用と考えられる。

また、今後国としては、オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療(介護を含む)全般にわたる情報について共有・交

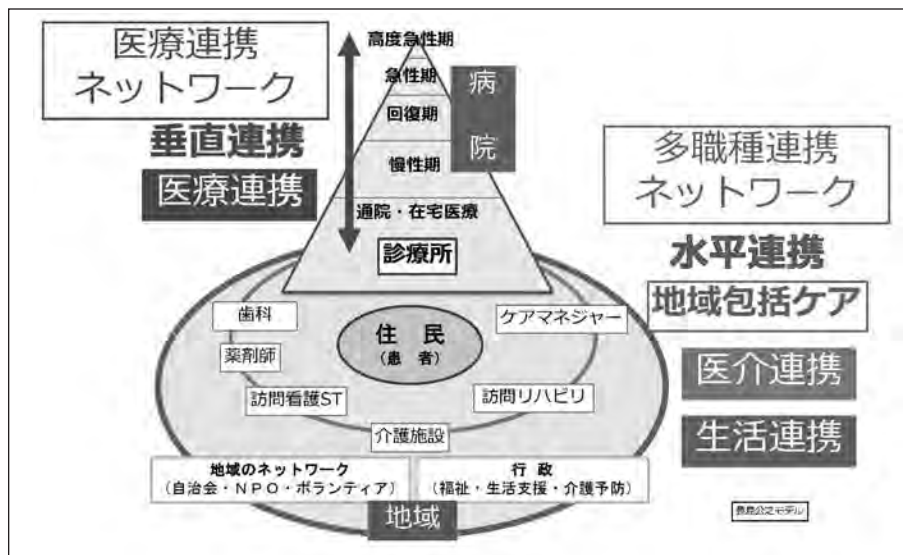


図1 ITによる地域医療連携ネットワークの模式図

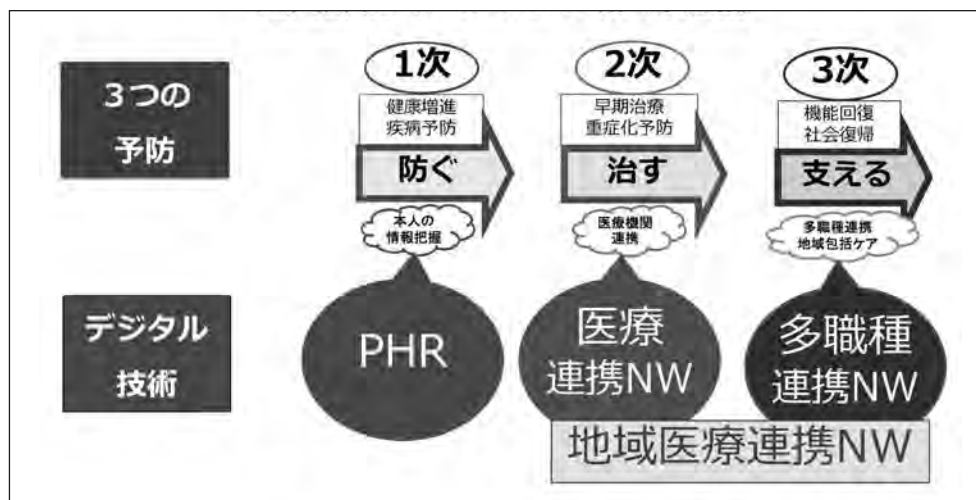


図2 超高齢社会における地域医療連携

換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する計画であり<sup>8)</sup>、これも、オンライン診療の際の患者情報の取得に役立つことが期待できる。

### 3. PHR

個人の健康・医療・介護に関する情報であるPHRには、脈拍、血圧、体温などの身体から取得できる情報であるバイタルデータに加え、食事・運動・喫煙など日常生活習慣の記録も含まれる。今後、スマートフォンやウェアラブル端末の進歩により、より多種多様で精度の高い情報の取得と記録が期待できる。今後の超高齢社会においては、PHRの情報を、本人が把握し、日常生活の変容につなげることで、1次予防(健康増進、疾病予防など)に役立つ。また、地域医療連携ネットワークの機能では、2次予防(早期治療、重症化予防など)には医療連携機能が、3次予防(機能回復、社会復帰など)には医療介護多職種連携機能が有用だが、PHRの情報をかかりつけ医や在宅主治医が共有することも大いに有用である(図2)。従って、今後の離島・へき地におけるオンライン診療においても、PHRの併用が有用と考えられる。

### まとめ

今後の離島・へき地における医療において

は、オンライン診療をはじめとする遠隔医療など種々の医療DXの手段を、地域の医療ニーズや医療提供体制の現状と将来予測をきちんとと把握し、それに応じて、適切に組み合わせて活用することが期待される。

### 参考文献

- 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4年1月一部改訂)。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf>(accessed 2022 Oct 10)
- 総務省:遠隔医療モデル参考書-医師対医師(D to D)の遠隔医療版- 2022年4月28日。 [https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000812534.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000812534.pdf)(accessed 2022 Oct 10)
- 総務省:5G等の医療分野におけるユースケース(案)【改訂版】概要。 [https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000758084.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000758084.pdf)(accessed 2022 Oct 10)
- 長島公之:【福祉を支える新機軸-科学技術の可能性】多職種連携を橋渡しするICTネットワークの実際と未来 地域包括ケアシステムの推進のために。月刊福祉 2018; 101(11): 22-27.
- 長島公之:地域包括ケアに必要な医療IT ITを活用した県全域の医療介護連携の実際 栃木県「とちまるネット」どこでも連絡帳。東京都医師会雑誌 2017; 70(6): 566-570.
- 長島公之:【医療・介護・福祉-情報-連携の具体策】多職種間での情報共有推進 医療・介護連携における、ICTを活用したコミュニケーションによる情報共有の有用性。新医療 2016; 43(10): 84-87.
- ICTを利用した全国地域医療情報連携ネットワークの概況(2019・2020年度版)日本医師会総合政策研究機構 渡部愛。 [https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/01/WP462\\_1.pdf](https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/01/WP462_1.pdf)(accessed 2022 Oct 10)
- 内閣府:経済財政運営と改革の基本方針2022について。 [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022_basicpolicies_ja.pdf)(accessed 2022 Oct 10)

# 平時からの信頼関係構築が災害発生後の地域包括ケアシステムの早期復興の鍵

津長雄太<sup>1)</sup> 杉本加代<sup>2)</sup> 阿波谷敏英<sup>3)</sup>

## 要旨

【目的】 災害によりダメージを受けた地域包括ケアシステムを早期に復興させるために必要な因子を明らかにする。

【方法】 東日本大震災の被災地である4市町において、医師、看護師、保健師、薬剤師、ケアマネジャー、社会福祉協議会職員、行政職員計20名に対してグループインタビューを行い、インタビューデータから逐語録を作成し、文章をカテゴリー化して解析を行った。

【結果】 地域包括ケアシステムの早期復興に関わる重要な因子として、【お互いに支えあう地域性】【地域の中で信頼される支援者】【強固な医療連携】【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】【職種連携による効果的な受援体制の構築】【住民同士が集まることのできる場所の創設】が抽出された。

【結論】 被災地域における地域包括ケアシステムの早期復興には、発災前からの住民や専門職の信頼関係構築が重要であることが明らかになった。災害復興の視点からも地域包括ケアシステムの重要性が示唆された。

KEY WORD 災害復興, 多職種連携

## I. 緒 言

地域包括ケアシステムは、医療介護総合確保推進法第2条において「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されている。鶴田は、普遍的な地域包括ケアシステム構築のためには、すべての地域で必要なサービスが切れ目なく利用できるという、多職種・多主体の存在および連携からなる「横の糸」、すべての高齢者が経済力にかかわらず、必要なケアを入手できるかとい

う「縦の糸」があり、地域包括ケアはこの縦横の糸が地域のニーズに応じて確保されることで成立する<sup>1)</sup>と指摘している。災害が生じると、地域包括ケアシステムを支えるこれらの「糸」がダメージを受け、結果として同ケアシステムが平時のように機能できなくなることが予想される。一般的には、災害による組織活動の中断に対し、事前にBCP(Business Continuity Plan, 以下BCP)が策定される。災害拠点病院や介護施設・事業所にはBCP策定が義務化されるようになった。しかし、地域包括ケアシステムの復興において、それで十分と言えるだろうか？

日本は世界有数の地震大国であり、近年だけでも、1995年阪神淡路大震災、2004年新潟県

1) 高知大学医学部医学科, 2) 高知大学医学部地域看護学講座, 3) 高知大学医学部家庭医療学講座  
(筆頭著者連絡先: 〒783-8505高知県南国市岡豊町小蓮 高知大学医学部家庭医療学講座)

原稿受付2022年8月12日/掲載承認2022年10月6日

中越地震、2011年東日本大震災、2016年熊本地震などの大地震が発生し、甚大な被害に見舞われた。また、豪雨災害も頻発しており、2014年の広島市の土砂災害や2018年の西日本豪雨災害なども記憶に新しい。このような大規模災害では、被災による人的・物的資源の枯渇により、医療・介護施設それぞれのBCPだけでは対応しきれない可能性がある。山岸らは、地域全体が関与する「地域包括BCP」を策定する必要があると指摘している<sup>2)</sup>。また土居は、従来のDMATを中心とする急性期戦略に加え、地域包括ケアシステムを災害後早期に復興する必要がある<sup>3)</sup>と述べている。地域包括ケアシステムを速やかに復興するための因子については、医療・介護・福祉の多職種連携の果たす役割が大きいこと<sup>4)</sup>、被災地の復興には互いを支え合うことのできるコミュニティの構築が必要であること<sup>5)</sup>などが明らかになっている。さらに宮崎は、平時から地域情報を熟知することや住民や関係者との信頼関係構築に意識的に取り組む必要がある<sup>6)</sup>と述べている。発災後に地域包括ケアシステムを復興させるためには平時からの備えが重要であるが、医療関係者が発災前に実施していた同システム復興に関する備えは明らかになっていない。そこで、本研究では、発災後における同システムの早期復興に関わる重要な因子を明らかにすることを目的とする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的帰納的記述研究である。

### 2. 研究参加者

研究参加者は、東日本大震災の被災地で太平洋沿岸に所在する4自治体において、発災前から地域包括ケアシステムに関わっている専門職等20人である。東北大学および岩手医科大学より紹介を受けた医師および、医師の推薦を得た同地域で勤務する多職種に参加協力を依頼し、承諾を得た者を研究参加者とした。内訳は、医

師6人、看護師5人、保健師3人、薬剤師2人、ケアマネジャー1人、社会福祉協議会職員1人、行政職員2人であった。

### 3. データ収集方法

データ収集期間は2021年3月1日～2021年4月13日であった。自治体ごとにフォーカスグループインタビューを行った。対象者には事前にインタビューガイドを送付した。インタビューは半構造化し、医療・介護連携、医療と地域住民、地域住民同士の関係性という3つの分野について、①発災前から行っていたことにより地域包括ケアシステム復興に寄与した取り組みがあるか、あればどのような取り組みなのか、②発災前から行っていれば有効であったらうと考えられる取り組みや、発災後地域包括ケアシステム復興のために新たに始めた取り組みはあるか、あればどのような取り組みなのか、という内容とした。インタビューは対面もしくはオンラインで行い、研究参加者の同意を得て録音した。

### 4. 分析方法

録音したインタビューから逐語録を作成した。逐語録をインタビューガイドにそって繰り返し熟読し、地域包括ケアシステムの復興に関する内容を抽出し、分類・整理後、カテゴリー化した。分析には、質的データ分析ソフトMAXQDA2020を用いた。文章をコード化し、その後コード化した文章の特性の共通点をまとめることでサブカテゴリーを作成し、さらにそのサブカテゴリーの抽象度を上げてカテゴリーとした。これにより抽出されたカテゴリー間の関係性を考察し、データの妥当性を確保するため研究者間で検討を行った。これに加えて、研究参加者に分析結果を供覧し、逐語データの解釈が妥当であるかの確認を受けた。

## III. 倫理的配慮

本研究は、高知大学医学部倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号:2020-115, 2020

年11月5日)。対象者には研究の目的や方法、自由意志による参加および撤回、個人情報の保護について文書および口頭にて説明し、同意書への署名を得た。

#### IV. 研究結果

1つの自治体あたりインタビューに要した時間は平均78.3±12.6分であった。発災後の地域包括ケアシステム復興の重要な因子について、逐語録の記述から20サブカテゴリーおよび6カテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは[ ], 逐語データを「 」と記載する。

発災後における地域包括ケアシステムの早期復興に関わる重要な因子として、【お互いに支えあう地域性】【地域の中で信頼される支援者】【強固な医療連携】【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】【職種連携による効果的な受援体制の構築】【住民同士が集まることのできる場所の創設】が導き出された(表1)。

##### 1. 【お互いに支えあう地域性】

調査地には発災前より【お互いに支えあう地域性】が存在していた。東北地方の非都市部という環境により、住民同士の心理的距離が近く、[相互扶助の文化の残る地域性]を有していた。住民は地域での祭りなどのイベントで近隣住民

と接する機会も多く、互いの事情をある程度知っており、近隣住民のうち誰か危機に瀕している人がいれば、住民同士で声を掛け合うという習慣が根付いていた。

「震災当時は、被災して自分たちの自治会とかで避難したので、避難所も終わりにしたときに、住民さん同士で、その中に要介護の人とかもいたんですけど、地域の人でおトイレの介助とかしてくれていたりとか、住民さんで安否確認をしていてくれていたりだとか、地域でのいままでのつながりがあったから、住民さん同士でできたのかな、って思います。」

さらに、[震災を契機とした意識の強化]があった。例を挙げると、住民が自発的に地域の高齢者を支援する見守り隊を組織して、独居などで心配な高齢者を支援する活動がなされている。

「心配なお年寄りがいるので、その人たちを連携とってみんなで見守っていくために、見守り隊とか作りました。」

その一方で、そのような地域の見守りでフォローできていない孤立している人をどのように支援していくかなど、各自治体が頭を悩ませる[相互扶助の輪から外れている人へのアプローチ]という課題も存在していると語られた。

表1 発災後の地域包括ケアシステム復興に関する因子

| カテゴリー               | サブカテゴリー  | 代表的コード  |
|---------------------|--|---|
| お互いに支えあう地域性         | 相互扶助の文化の残る地域性<br>震災を契機とした意識の強化<br>相互扶助の輪から外れている人へのアプローチ  | 住民同士が気を配りあい助け合うという文化<br>震災後発足した高齢者を見守る見守り隊<br>見過ごされている人を連携でどう救うのが課題   |
| 地域の中で信頼される支援者       | 「地域の病院」であるという意識<br>地域の一員としての医師<br>地域から信頼される看護師<br>避難所に常駐する生活指導員<br>健康づくりへの積極的な参加<br>住民の生きがいづくりへの支援 | 病院が能動的に動き「地域の病院」として定着<br>地域に溶け込んでいる医師<br>急性期に地域住民との信頼関係や職責から行動を起こした看護師<br>避難所や集会所に常駐してサポートを行う生活指導員<br>健康体操に参加し住民の病気に健康づくりに寄与する医療者<br>空き地での野菜作りを手伝い住民の生きがい作りに参加する医療者 |
| 強固な医療連携             | 地域内の医師同士の連携<br>地域を越えた病院同士の連携   | お互いを補い合い地域の必要を満たしていた勤務医と開業医<br>今後のために希求される有事の際の病院間支援協定  |
| 医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係 | 震災前から存在する行政と医療の密な関係<br>急性期医療に不可欠であった多職種連携<br>震災を機により強化された多職種連携<br>多職種連携を促進する因子                     | 風通しのよい医師と行政の連携関係<br>連携会議を作るきっかけとなった震災前の多職種連携<br>震災後の多職種連携の強化により形成された気軽に相談できる関係性<br>多職種連携の鍵は医療側からハードルを下げていくこと  |
| 職種連携による効果的な受援体制の構築  | 受援についてのマネジメント役の存在<br>地域に詳しい保健師や民生委員の存在<br>多職種ミーティングによる密な情報共有                                       | 地元医師を中心とした支援チームとの連携<br>支援者をサポートする民生委員や保健師<br>発災時に每晚行われたケースカンファレンス   |
| 住民同士が集まることのできる場所の創設 | 主体的に健康政策、居場所作りに取り組み住民<br>地域コミュニティの連携を深めるサロン  | 震災後住民とともに作成する行政の健康作り計画<br>住民主体で運営し行政がサポートするサロン  |



## 2. 【地域の中で信頼される支援者】

このような結束の強い地域性の土地で、医師や看護師は【地域の中で信頼される支援者】であろうとした。調査地では県立病院のような規模の大きな病院であっても【地域の病院】であるという意識のもと、医療職たちは住民と距離の近い関係であろうとしていた。

「県立病院が、市民病院と同じ立場で入ってやっていただいているな、っていうのを感じました。それはもうびっくりしましたし、市民からすればすごいことだって分かりました。」

医師たちは住民を対象とした健康に関する講演などを行い住民と親しく交流し、[地域の一人としての医師]であることを心掛けていた。

「今回震災の時、いろいろなところからお医者さんのチームがいらしたのですが、どこの先生方もこの土地の先生方は地域の中に溶け込んでいることをびっくりされていて、これはもしかしたら普通ではなかったことだったのだと思いました。」

また、看護師は地元出身者も多く、地域の医療に長年携わっていることから[地域から信頼される看護師]となっており、発災後には地域のためにという自覚を持って行動していた。

「地域で小さいころから育ってきたご近所との関係性であったり、自分の看護師であるという職責であったり、町の職員の一員であるという意識っていうのが総合的に働いて、何か起きた時には自分たちがやらないと、という意識があったのだと思います。だからどこの地区の看護師も、そのとき病院にいなかったにもかかわらず、自宅にすぐに避難所に駆けつけて何かできることはないかっていうふうに言ったって、聞いております。」

医療職や行政は住民の避難生活に対しても、住民が健康を損なうことのないよう[避難所に

常駐する生活支援員]を配備し環境の調整を行ったほか、健康体操の指導を行うなど[健康づくりへの積極的な参加]を行ったり、避難所で家庭菜園をできる場所を作り[住民の生きがいづくりへの支援]を実施したり住民をサポートしたりするなど、単に病気を治すことを目的とするのではなく、住民が健康な日常を送ることができるように、住民の身近でサポートする存在であった。

## 3. 【強固な医療連携】

調査地域で働く医師たちは、発災前から地域内外において【強固な医療連携】を構築していた。公立病院に勤める勤務医と開業医は協力し合い、分担して予防接種を実施したり介護施設の嘱託医を勤めたりするなど、[地域内の医師同士の連携]は強固なものであった。このような関係は、発災後も地域内の医師同士の協力体制として復興に寄与していた。

「県立病院が中核、この辺の二次救急になっていたのですが、県立病院を中心とした医師会などとのうまい連携がありました。それで、病院同士、例えば県立病院、ファミリークリニック、在宅をやっている先生たちがみんなすぐに集まりました。震災後もね。」

医療協力の範囲を広げ地域外の病院とも有事協定などを結び、災害などの発生時には互いに協力し合うなどの[地域を越えた病院同士の連携]を作ってみたいという声も聞かれ、発災後復興において医師同士の連携は非常に重要な因子であるということが語られた。

「うちのような小さな病院ですと、DMAT任せみたいな感じになっちゃうんですね。でも、DMATも来てくれるのかどうかもわからない感じで、非常に心細いなという感じです。だから有事の時に、例えば内陸の病院との協定ができてるとすごく助かるなっていうふうには思いました。」

#### 4.【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】

医師同士の連携に加え、【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】が重要との語りもあった。ある自治体では、発災前から病院と行政の福祉課が同じ建物内に入り、物理的にも近い関係が築けていたことにより、医療と行政が互いに相談しやすい環境にあるなど、[震災前から存在する行政と医療の密な関係]があったため、発災後の円滑な対応にも寄与していた。

「対応の困難な患者さんについて、そういった人たちの情報を共有して解決策とかを提示、提案をするような定期的な意見交換の場があるので、物理的にも近づいて、より職種間の関係性が深まったんじゃないかと思います。それは会議のときだけに限られないで、例えば困ったときにはその都度、診療室に患者さんと一緒に保健師が入ることもあります。」

震災前より顔の見える関係があったことにより、発災後すぐに多職種連携会議を立ち上げることが可能となり、情報の整理と共有を行うことが復興に役立った。すなわち[急性期医療に不可欠であった多職種連携]も発災前からの協力体制が基盤となっていたと語られた。

「確かに顔の見える関係が、医療から保健から障がいから全部集まってやりましょうねっていうのだったんだけど、もし顔の見える関係がなければ、私は保健分野の担当ですから、保健分野の担当だけでよかったと思ってやったかもしれない。」

発災後には多職種連携の有用性が改めて認識されたこともあり、自然と職種間の結びつきはより強化され、結果として[震災を機により強化された多職種連携]が構築された。震災後には、新たな多職種との勉強会が発足するなど新たな取り組みを始めた自治体があったほか、ある自治体では発災後には電話一本で気軽に他職種に相談できるようになるなど、各自治体において発災前に比べて一歩進んだ多職種連携がみ

られるようになった。

「他の施設、介護の現場、行政の方も含めて、みなさんを病院に呼んで勉強会が行われました。そこで、それぞれの施設がどのようなことをやっているかとか、この人が何をやっているかとかいうことを、お互いにやっと理解できました。」

多職種連携が進んでいる地域では、[多職種連携を促進する因子]として、医療側がハードルを下げ、連携しやすい環境を構築することが重要であるという意見もあった。

#### 5.【職種連携による効果的な受援体制の構築】

専門職同士の連携により【職種連携による効果的な受援体制の構築】が行われたと語られた。発災直後、外部から被災地に入る支援者に応対する[受援についてのマネジメント役の存在]が重要であるが、これは地元医師がリーダーシップを発揮することで、調整に努めていた。また土地勘がない支援者が効果的に支援を行うためには[地域に詳しい保健師や民生委員の存在]も不可欠であった。これらの専門職は地域住民の情報についてよく理解しており、要支援者自宅への道案内を行うことなどで支援者のサポートを行っていた。

「保健師さんはその人がどんな家庭環境にいるかとか、家族関係からみんな知っているんですよね。あれはびっくりしました。被災した人だけではなくて、被災されていない人たちのことも保健師さんは全部わかっている、すごいと思いました。」

そして地元の医師、看護師はじめとする専門職の多職種連携のなかに外部からの支援者も入るかたちで行われた[多職種ミーティングによる密な情報共有]により、関係者全体が現状を把握し、必要な医療を提供する体制が整えられていったと語られた。

## 6. 【住民同士が集まることのできる場所の創設】

復興期には、地域住民が中心となり、医療職や行政職も関わる形で【住民同士が集まることのできる場所の創設】が行われるようになった。ある地域では行政の健康づくり計画の作成について住民が積極的に意見を発信するようになるなど、発災後の地域包括ケアシステムの復興には[主体的に健康政策、居場所作りに取り組む住民]の存在が大きいと語られた。

「町の保健福祉課として意識しているのは、今まで例えば健康づくり計画っていうのは、アドバイザーに委託して、どこかの業者に頼んでいたのを、震災後は、町民を巻き込みながら一緒に健康づくり計画を作っていたりしています。」

また、行政や専門職も住民をサポートし、住民とともに[地域コミュニティの連携を深めるサロン]などの開設などの支援も行うことで、よりよい地域づくりに取り組んでいると語られた。

「仮設ができて避難所がなくなってきたときに、各コミュニティセンターだったり、公民館の方で、1週間に一回の常設のサロンを始めて、

リハのスタッフさんとか保健師さんたちは情報を聞きつけて、患者がせっかくきたので最後の方、体操しましょうか、とったりとか、震災後にサロンというのが広がっていったっていうのはあります。」

## V. 考 察

本研究では、発災後における地域包括ケアシステムの早期復興に関わる重要な因子として、【お互いに支えあう地域性】【地域の中で信頼される支援者】【強固な医療連携】【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】【職種連携による効果的な受援体制の構築】【住民同士が集まることのできる場所の創設】という6つが抽出された。これら6つの因子の関係を図1に示す。

発災前から存在していた【お互いに支えあう地域性】を土壌とし、このような地域で働く医療職や介護職などが地域住民の中へ入り地域に根ざすことで【地域の中で信頼される支援者】となる。【地域の中で信頼される支援者】は、住民と協力関係を構築することで、住民の健康状態や家族構成などについて理解を深めることができ、発災時に住民に必要な医療は何かを判断することができたのではないかと考

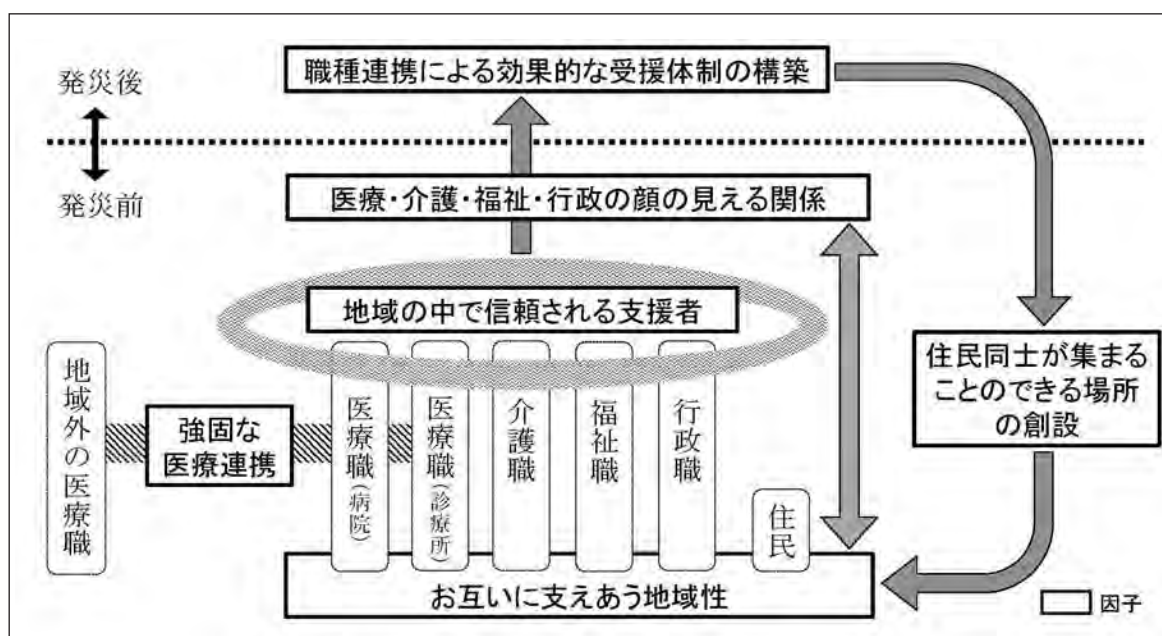


図1 発災後の地域包括ケアシステム復興に関する因子の関連性

えられる。また【地域の中で信頼される支援者】のうち、同地域で働く医師たちの間には勤務医・開業医の別なく助け合う【強固な医療連携】が構築されていた。さらに医療職以外の専門職である介護・福祉・行政の職員も【お互いに支えあう地域性】に根付いており、【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】の強化につながったと考えられる。この【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】は【お互いに支えあう地域性】の土壌の上に形成されており、医療職・介護職・福祉職・行政職が日ごろからコミュニケーションを取り合い、協力体制を築くことで形作られたものである。それぞれの専門分野において、誰がどの分野に詳しいのかを日常の業務の中で互いに知り、困った際には相談して問題に対処するということが繰り返された。その結果、多職種間において信頼関係が醸成され、この関係性の土壌となった【お互いに支えあう地域性】がより強化されるという好循環が生まれることとなり、当該地域の地域包括ケアシステムの深度化が進んでいったと考えられる。これらの因子は発災前からその地域で年月をかけて育まれていた関係であり、各因子が他の因子と密接に関連しあうことでそれぞれの因子はさらに発展し、その結果地域包括ケアシステムはより強固なものとなっていたと考えられる。

発災後に【職種連携による効果的な受援体制の構築】ができたのは、当該地域に【お互いに支えあう地域性】【地域の中で信頼される支援者】が存在したこと、そして多職種間に【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】が形成されていたことが大きいと考えられる。【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】は、発災時における他地域の専門職を交えた情報共有や統率の取れた医療体制の整備に生かされ、【お互いに支えあう地域性】により専門職が住民のニーズをよく把握し、どのような援助が住民に必要であるのかを判断し受援プログラムを作成することがと考えられる。【職種連携による効果的な受援体制の構築】を基盤として進められた震災復興においては、主体的に活動す

る住民を専門職が支援する形で【住民同士が集まることのできる場所の創設】が行われ、人々の交流が増えたことでさらに住民同士、または住民と専門職の間関係性が密なものとなった。この結果【お互いに支えあう地域性】が更に発展することとなり、地域包括ケアシステムも発災前よりも強固なものとなったと考えられる。

これら6つの因子が、これまでの災害医療や地域包括ケアシステムに関する先行研究でどのように言及されているのかについて触れたい。

【お互いに支えあう地域性】に関しては、阪神・淡路大震災の災害後復興に際し、震災前から住民同士が互いに協力する能力を持ち、信頼関係が醸成されていた地区は周囲の地区に比べて速やかな復興を遂げたという事例が紹介されている<sup>7)</sup>。

多職種連携は地域包括ケアシステムの構築において重要であることは論を待たないが、この研究では【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】が災害後の地域包括ケアシステムの復興においても多職種連携の重要な因子として抽出された。東日本大震災においても従前からの多職種連携が発災後の医療連携に応用され、復興まちづくりの提言に応用されるなど、顔の見える関係が発災後復興に際して役立ったという事例報告がある<sup>8)</sup>。

東日本大震災後、宮城県の精神保健医療福祉分野の関係者が、日ごろから作られていた顔の見える関係をもとに情報交換を行い、連携会議を開いたことが、急性期だけではなく、中長期的に安定した支援体制を構築する鍵となったという報告<sup>9)</sup>にあるように【強固な医療連携】【職種連携による効果的な受援体制の構築】の重要性も認識されている。

また、今回抽出された因子は、発災後の地域包括ケアシステム復興に限って重要であるというわけではない。地域包括ケアシステム構築の際には住民が「お互い様」の精神を持ち、住民同士の信頼感を基盤とする関係性を土台とすることが重要である<sup>10)</sup>との指摘や、顔の見える関係が地域包括ケアシステムにおいて重要である<sup>11)</sup>

との指摘からもうかがえるように、本研究で抽出された【お互いに支えあう地域性】【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】【住民同士が集まることのできる場所の創設】は平時における地域包括ケアシステム構築においても重要な因子である。すなわち、平時よりの良好な地域包括ケアシステムの構築そのものが発災後の速やかな復興を促進する因子と考えられる。

発災時には平時と同じような業務を行うことは難しいため、人的・物的資源が限られた際にどのように行動するかを想定しておくなど、災害への準備しておくことは重要である。そのため、各病院や介護事業所等がBCPを策定し、これに従った訓練を実施することは有益であると考えられる。しかし、大規模災害では各機関が個々に対応することが困難である事態の発生も予想されるため、地域全体で地域包括BCPを策定し、有事の際の行動方針について各機関の間で合意形成しておくことが必要となるだろう。地域包括BCPを策定し、有事の際に運用するには、各機関の職員が互いを良く知り、かつその職務を十分に理解し、信頼関係を構築しておかなければならない。すなわち、地域包括BCP策定にも【地域の中で信頼される支援者】【医療・介護・福祉・行政の顔の見える関係】がベースとなっているとすることができる。地域包括BCPを策定することで、自身の所属する機関以外の多職種との理解や連携が深度化し、結果として地域包括ケアシステムのさらなる成熟を期待できる。このように、地域包括BCPはそれ自身が発災直後の行動指針として有用であるだけでなく、その策定過程で多職種連携の強化に寄与することから、発災後の早期の地域包括ケアシステム復興に貢献するものであると考えられる。

今回の研究において「発災前から取り組んでおけば復興に役立ったと思われる施策」を想起する質問に対し、「特に重要であると思う特定の施策は今でも思いつかない」との回答が特に印象に残っている。「早期復興に役立つものは何もない」のようにも受け取れるが、本当にそうであろうか？ 地域包括ケアシステムは、地域に

よって差異はあれ、多職種連携からなる「横の糸」と、あらゆる背景の高齢者がケアや自主活動にアクセスできる「縦の糸」が複雑な網の目のように地域を守るセーフティネットになっていると考え、筆者はどれか1本を丈夫にしておけば復興できるというものではないということを示していると考えている。網の目を密にすることこそが、災害に強い地域づくりであり、早期復興の鍵であろう。インタビューが「発災前から取り組んでおいた方が良かったと考える施策が思いつかない」と述べたのは、地域包括BCPが十分認知されていないことの証左でもあると考えられる。今後、地域包括BCPが普及し、広く認知されることが必要であろう。各地において地域の実情に即した地域包括BCPが策定され、強靱な地域包括ケアシステムの構築が進むことを期待したい。

この研究の限界として、対象地域の偏りがある。東北地方の沿岸部4市町という類似性があり、異なる特性の地域にも一般化するには留意が必要であろう。例えば人口の集中する都市部では地域包括ケアシステム構築においても異なる課題があり、災害後の早期復興においても差異を生じる可能性がある。しかし、地域包括ケアシステムの本質においては共通することもあり応用できる部分も少なくないと考えている。今後、さらなる研究が期待される。

## VI. 結 論

被災地における地域包括ケアシステムの復興には、平時から強靱な地域包括ケアシステムを構築することが重要であった。災害復興の視点からも、住民や専門職が信頼関係に基づき、地域に根差した地域包括ケアシステムをその地域全体で模索し構築する必要性が示唆された。

岩手医科大学救急・災害・総合医学講座下沖収先生、東北大学総合地域医療教育支援部石井正先生、菅野武先生、その他この研究にご協力いただいた参加者の皆様に、心より感謝を申し上げます。

本研究に関して開示すべきCOI状態はありません。

#### 引用文献

- 1) 鶴田禎人：地域包括ケア研究の動向と今後の課題. 日本医療経済学会会報 2017；33：33-40.
- 2) 山岸暁美：地域を「面」として捉え医療・ケア提供の継続を考える. コミュニティケア 2021；23：10-15.
- 3) 土居弘幸：大規模災害への対応と医療復興. 医学のあゆみ 2011；239：1113-1119.
- 4) 大橋博樹：大災害と地域医療－災害時に求められる地域医療－. 治療 2014；96：83-86.
- 5) 飯島勝矢：被災地における地域包括ケアシステム. Geriatric Medicine (老年医学) 2014；52：125-129.
- 6) 宮崎美砂子：大災害時における市町村保健師の公衆衛生看護活動. 保健医療科学 2013；62：414-420.
- 7) Yuko Nakagawa, Rajib Shaw: Social Capital: A Missing Link to Disaster Recovery. International Journal of Mass Emergencies and Disasters 2004; 22: 5-34.
- 8) 寺田尚弘：臨床に役立つ Q & A 震災後の多職種連携の構築の方法について教えてください. Geriatric Medicine (老年医学) 2014；52：171-174.
- 9) 松本和紀, 林みづ穂, 小原聡子, 他：東日本大震災を通して考える災害での支援と受援－宮城での経験から－. 精神神経学雑誌 2020；122：386-393.
- 10) 本橋隆子, 小平隆雄, 中辻侑子, 他：地域包括ケアシステムにおける日常生活の互助に対する意識とその関連因子：宮前区民のくらしを豊かにするアンケートより. 日本公衆衛生雑誌 2020；67：191-210.
- 11) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴：地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. Palliative Care Research 2012；7：323-333.

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

へき地の  
健康づくり

健康  
危機管理

疫学

保健  
福祉  
行政

ヘルス  
プロモーション

市民協働



地域医療・  
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

## 地域医療・公衆衛生ねっと

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

[https://www.jadecom.jp/overview/koshu\\_eisei.html/](https://www.jadecom.jp/overview/koshu_eisei.html/)

登録数 約1600人  
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

### ★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス  
関連の情報も  
入手できます！

### 【メールで届く情報】

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

### 地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

# 禁煙支援セミナー 「禁煙支援の困りごと解決！スキルアップセミナー」 開催報告

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

ヘルスプロモーション研究センターでは、今年度、3回のセミナー開催を企画し、第1弾として6月15日(水)に開催したフレイル予防セミナーについて、本誌11号で報告した<sup>1)</sup>。今回は、第2弾として8月20日(土)に開催した禁煙支援セミナーの内容を報告する。

## 開催の背景と目的

当センターでは、日本禁煙推進医師歯科医師連盟と協働して、eラーニングを活用した禁煙支援・治療の指導者トレーニング(J-STOP)の開発・普及を行ってきた。年間3～4ヵ月の期間限定で開講し、毎年800～1,200人が参加しており、これまでの参加者総数は約9,000人にのぼる。全国の保健医療関係者が個人または施設単位でまともに参加するだけでなく、最近では医学生等の学生教育にも利用されるなど、トレーニングへのニーズは引き続き高く維持されているが、eラーニング学習管理システムの経費が課題であった。そこで、eラーニングより経費が安価なWEB学習教材に改変するとともに、最近のトピックなどから新しいコンテンツを追加して、2022年8月から新たに通年で学習可能なWEB学習教材を「J-STOPネクスト」という名前で公開した。本セミナーは、この「J-STOPネクスト」の公開を記念して開催した。

セミナーではJ-STOPネクストの概要を紹介するとともに、「禁煙支援なんでも相談」として、

日常診療や健診、禁煙外来などの場で直面する疑問や困りごとに専門家が回答し、参加者の禁煙支援・治療のスキルアップを図ることを目的とした。

## 申込者の属性となんでも相談で 取り上げてほしいテーマ

369名から参加申し込みがあった。申込者の職種の内訳は医師、保健師、看護師で全体の約80%(44%,27%,12%)であった。勤務先は、病院または診療所52%、企業20%、健診施設12%の順に多かった。

申し込みの際に、なんでも相談で取り上げてほしいテーマを複数回答で選択してもらったところ、「加熱式たばこ使用者への対応」や「無関心層への対応」がそれぞれ70%を越えた。また、2021年6月から保険適用の禁煙補助薬であるバレニクリンが不純物混入の問題により出荷停止の状況にあったこと、禁煙治療へのオンライン診療の導入(2020年度診療報酬改定によるオンライン診療の一部導入、2022年度改定に伴うかかりつけ患者への初診からのオンライン診療の導入)を受けて、「バレニクリン出荷停止下での禁煙治療」、「オンライン診療による禁煙治療」の回答も多かった。

当日の参加方法は完全オンラインで、269名が参加した。



主催：日本禁煙推進医師歯科医師連盟・公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター

# 禁煙支援の困りごと解決！ 無料スキルアップセミナー

～困りごと事前募集～

～プライマリケアでの禁煙支援でお悩みではありませんか～

日本禁煙推進医師歯科医師連盟と公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターは、禁煙支援・治療を更進するために必要な知識やスキルを習得することを目的とし、オンラインによる指導者トレーニング（J-STOP）を実施しています。

本セミナーでは、2022年8月完成のWEB学習教材「J-STOPネクスト」をご紹介するとともに、プライマリケアや健診などで直面する疑問に、専門家がお答えします。

禁煙支援や禁煙治療に関心をお持ちのかた、スキルアップを図りたい方のご参加をお待ちしています。

**日時**

令和4年8月20日(土)  
13:30開演 (16:00閉演予定)

**オンライン開催(Zoom)**  
受講無料/要事前申込  
(8月15日申込締切)

**プログラム**

13:30～14:00  
WEB学習で禁煙支援・指導のスキルを高めよう  
「J-STOPネクスト」のご紹介

14:00～16:00  
禁煙支援なんでも相談

**申込方法**

下記の専用フォームに必要事項と「困りごと」を記入して、お申込みください。  
<https://forms.office.com/r/FpffdhJ6tL>

**専門家がお答えします**  
困りごとをお寄せください

禁煙補助剤の欠品・品薄状況への対応は？  
加熱式たばこ使用者への声かけは？  
オンライン診療を始めたいけれど...

**回答者**

大島 明(大阪国際がんセンター)  
飯田 真美(岐阜県総合医療センター)  
加藤 正隆(医療法人かとうクリニック)  
川合 厚子(公徳会トータルヘルスクリニック)  
谷口 千枝(愛知医科大学)  
中村 正和(地域医療振興協会)  
野村 英樹(金沢大学)

## WEB学習教材「J-STOPネクスト」の概要

まず中村正和センター長より、J-STOPネクストの概要について、以下の説明があった。

J-STOPネクストは、有効性が確認されたeラーニングの学習内容<sup>2)</sup>をもとに作成したWEB教材であり、禁煙支援や治療に必要な知識を学習するほか、仮想の面接や症例検討などを用いた演習により、実践に役立つ知識やスキルを学ぶことができる。

次に、新しいコンテンツの中から、禁煙支援における行動科学、ニコチン依存の脳科学、ICTを用いた禁煙治療、喫煙と感染症の4つの講義動画をとりあげ、それぞれの動画のハイライト部分を2分程度で紹介した上で、講義を担当した谷口千枝先生、野村英樹先生、飯田真美先生(所属は後述)、中村正和センター長からポイントをライブで解説していただいた。

## 禁煙支援なんでも相談

「禁煙支援なんでも相談」では、事前に寄せられた日常診療での禁煙支援や禁煙外来での治療における困りごとについて、中村正和センター長ほか以下の6名の専門家の先生方に回答していただいた。

大島 明先生(大阪国際がんセンター 特別研究員)  
飯田真美先生(岐阜県総合医療センター 副院長)  
加藤正隆先生(医療法人かとうクリニック 院長)  
川合厚子先生(公徳会トータルヘルスクリニック 院長)  
谷口千枝先生(愛知医科大学 准教授)  
野村英樹先生(金沢大学 特任教授)

現場での困りごととして事前に寄せられた400件を超える困りごとから、頻度の多かった質問を19に整理し、それぞれの質問に複数の専門家がエビデンスや診療経験をもとにライブで回答した(表1)。ライブ配信中にも質問が寄せられたが、それらの質問の多くについても、対応していただいた。

セミナー後、禁煙支援なんでも相談の内容を

表1 禁煙支援なんでも相談で取り上げたテーマと質問

| テーマ               | 質問  |
|-------------------|---|
| バレニグリン出荷停止下での禁煙治療 | ① バレニグリンの出荷停止、ニコチンパッチの品薄状況の改善の見通しを教えてください。<br>② バレニグリンを使用しない禁煙治療の方法とその効果を教えてください。<br>③ 今後再び、医療用の禁煙補助剤が使用できなくなった場合、ニコチン依存度の高い喫煙者にどのように治療すればよいでしょうか。<br>④ 以前ニコチンパッチで禁煙することができなかった方などに、どのような支援をすればよいでしょうか。   |
| 加熱式たばこ使用者への対応     | ① 加熱式たばこに切り替えたことで満足している喫煙者を禁煙につなげるには、どうすればよいでしょうか。<br>② 加熱式たばこ使用者への具体的な禁煙治療の方法を教えてください。<br>③ 加熱式たばこを禁煙した場合の身体変化を数値化できる、一酸化炭素濃度にかわる指標がありますか。<br>④ 加熱式たばこへの禁煙補助剤の効果は紙巻たばここと比べて違いがありますか。<br>⑤ 完全禁煙へのステップとして、紙巻たばこから加熱式たばこに切り替えることは許容されますか。<br>⑥ ニコチンなしの新型たばこの健康影響や使用者への対応を教えてください。 |
| ICTによる禁煙治療        | ① オンライン診療による禁煙治療の始め方や実施方法を教えてください。<br>② 初診からのオンライン診療について、対面と効果が変わらないかどうか教えてください。<br>③ 保険者が実施する自由診療による完全オンライン診療について、一定の要件を満たせば、ニコチン依存テスト等の条件は満たさなくても利用でき、ニコチンパッチやニコチンガムの使用も可能ということでしょうか。<br>④ 禁煙治療アプリの具体的な使い方やアプリ処方に適した患者の特性、アプリの効果について教えてください。                                  |
| 無関心層への対応          | ① 無関心層が禁煙を考えるきっかけとなる効果的な声かけを教えてください。<br>② 無関心層の喫煙者に対し苦手意識を持っています。どのように関わればよいでしょうか。<br>③ 職場の喫煙対策として、無関心層の動機を高める効果的な取り組みがあれば教えてください。  |
| 精神疾患患者への対応        | ① 精神疾患や薬物依存に対する効果的なサポートの方法を教えてください。<br>② 精神疾患に対する禁煙治療を安全に行うための留意点を教えてください。  |

Q&A集としてとりまとめ、セミナー後のアンケートやアーカイブ配信視聴後のアンケートに回答した方に「禁煙支援なんでも相談回答集」として提供を行っている。得られたアンケートの結果は、今後の教材の改良に役立てる。

### 参加者の声

セミナー開催後の参加者からは、「実際に禁煙外来を実施されている先生方のコメントがたくさん聞いて大変わかりやすかった」「無関心層への関わり方や職場の喫煙対策など今後の業務に活かせる内容であった」などの感想が寄せられた。また、「禁煙指導に係わるメンバーでJ-STOPネクストを学習していきたい」「今後も定期的に開催して、アップデートした情報を知らせてほしい」など、WEB学習教材や今後のセミナーに期待する意見があった。

セミナーの動画を当センターHPの「活動レポ」で公開している。ご視聴いただければ幸いです。

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

※活動レポの記事「『禁煙支援の困りごと解決！スキルアップセミナー』を開催しました」参照



指導者のための禁煙支援・治療のWEB学習教材「J-STOPネクスト」は受講料無料で、年間を通して自分のペースで学習することができるので、こちらもぜひご活用いただきたい。

J-STOPホームページ：<http://www.j-stop.jp>

### 引用文献

- 川畑輝子, 中村正和: フレイル予防セミナー「フレイル予防の新たな地域展開を目指して」開催報告. 月刊地域医学 2022; 36(11): 1008-1010.
- 中村正和, 増居志津子, 萩本明子, 他: eラーニングを活用した禁煙支援・治療のための指導者トレーニングの有用性. 日本健康教育学会誌 2017; 25(3): 180-194.

## 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター 2022年度ヘルプロセミナーの動画を公開しています

ヘルスプロモーション研究センターのホームページの「活動レポ」からご覧ください  
<https://healthprom.jadecom.or.jp/>



**第1回 フレイル予防セミナー ～フレイル予防の新たな地域展開を目指して～**  
民間事業者として、フレイル予防に主体的に取り組んでいる3つの活動を紹介、  
フレイル予防の新たな地域展開へのヒントが得られる（2022年6月15日）  
※活動レポの記事「フレイル予防の新たな地域展開を目指して」を開催しました」参照



**第2回 禁煙支援セミナー ～禁煙支援の困りごと解決!スキルアップセミナー～**  
日常診療や健診、禁煙外来などの場で直面する疑問や困りごとにより、複数の専門家が  
エビデンスや診療経験をふまえて回答、明日から禁煙支援に役立つノウハウが得られる（2022年8月20日）  
※活動レポの記事「禁煙支援の困りごと解決!スキルアップセミナー」を開催しました」参照



## 第110回

“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる  
事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

## はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における第68回報告書<sup>1)</sup>(以下、本報告書)では、「分析テーマ」として、「患者間違いに関連した事例」というテーマで検討が実施されている。本報告書には、「日本では、1999年に患者取り違え手術の事例が発生したことを契機として、患者間違いを防止する取り組みが進められている。また、米国では、手術や侵襲的処置における患者間違いは、AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)のNever Eventsに定められている」ということが記載されている。また、本事業の医療安全情報<sup>2)</sup>では患者間違いに関連して、繰り返しの注意喚起が実施されている。

患者間違いは、医療機関内の特定の部署に限らず、どの部署でも発生する可能性があり、多職種が関与する可能性も想定される。このため、職員教育も含めた、患者間違いを防止するシステムの整備が重要である。本報告書では、「診察室・検査室等に患者を呼び込む際に発生した事例」に焦点を当てて、医療事故情報、およびヒヤリ・ハット事例に関して分析を実施している。

本連載でもこれまでに、患者間違いに関わる内容として、「患者誤認はなぜ発生するのか?(第11回)」「与薬時の患者・薬剤間違いに関わるアク

シデント(第46回)」「電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント(第69回)」「誤った患者への輸血”に関わるアクシデントの未然防止(第78回)」というテーマで、インシデント・アクシデント事例発生を未然防止対策について、具体的事例から検討している。

自施設では、患者間違いに関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、事例発生を未然防止する対策や、現状評価は十分だろうか。患者間違いに関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与していたにもかかわらず、患者間違いに関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」という“なぜ”を深めることが欠かせない。

併せて、「なぜ、患者に影響が及ぶ前に、患者間違いに気づいて事例の発生を未然防止できなかったのか?」という疑問を明らかにすることも重要である。明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、関与する医師や、看護師など、多職種が連携を発揮することにより、患者間違いに関わる事例発生を回避できるシステムの整備に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、「なぜ、患者間違いに関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」という疑問に注目し、特に、“患者を呼び込む際の患者間違い”に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策につ

| 表 患者間違いに気付いたタイミングと患者確認の状況 |                          |    |    |
|---------------------------|--------------------------|----|----|
| 患者間違いに気付いたタイミング           |                          |    | 件数 |
| 開始前                       | 入室後                      |    | 2  |
| 開始後                       | 検査・処置の準備(末梢静脈確保、鎮静薬投与)の後 | 2  | 17 |
|                           | 検査・処置の実施中                | 1  |    |
|                           | 診察や検査・処置が終了した後           | 14 |    |
| 合計                        |                          |    | 19 |

| 患者確認の状況                          |                                      |   | 件数 |
|----------------------------------|--------------------------------------|---|----|
| 患者確認をしなかった                       |                                      |   | 6  |
| 患者名を呼んだ                          | 別の患者の名字を呼び、患者は返事をした                  | 3 | 5  |
|                                  | 別の患者名 <sup>*</sup> を呼び、患者は返事をした      | 1 |    |
|                                  | 別の患者名 <sup>*</sup> を読み上げ、患者は返事をしなかった | 1 |    |
| 患者にフルネームで名乗ってもらった                | 画面等と照合しなかった                          | 2 | 4  |
|                                  | 画面等をみたが、間違いに気付かなかった                  | 2 |    |
| 指示実施記録と注射ラベルを確認したが、正しい患者か照合しなかった |                                      |   | 1  |
| 不明                               |                                      |   | 1  |

※氏名か名字かは事例に記載がないため不明である。

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第68回報告書より〕

いて検討する。本稿では、患者取り違え、患者誤認なども含めて患者間違いとする。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントは「医療事故」、インシデントは「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。なお、本事業の資料から抽出した事例の表記は、一部改変して記載する。

### “患者を呼び込む際の患者間違い” に関わる事例

本報告書によると、2019年1月～2021年12月に報告された医療事故情報のうち、「患者間違いに関連した事例」として、144件の事例を対象とし、また、ヒヤリ・ハット事例としては、2021年7月～12月に報告された事例のうち、86件の事例を対象としていることが挙げられている。

医療事故情報144件中、「患者を呼び込む」状況で発生した事例は19件で、内訳は、「検査:10件」「治療・処置:6件」「診察:3件」であり、この19件中、「患者間違いに気付いたタイミング」として、「開始前(入室後):2件」「開始後:17件」であるこ

とが挙げられ、「開始後:17件」の内訳は、「検査・処置の準備(末梢静脈確保、鎮静薬投与)の後:2件」「検査・処置の実施中:1件」「診察や検査・処置が終了した後:14件」であることが挙げられている(表)。

「開始後:17件」における、「開始前に間違いに気付かなかった事例の患者確認の状況」としては、「患者確認をしなかった:6件」「患者名を呼んだ:5件」「患者にフルネームで名乗ってもらった:4件」「指示実施記録と注射ラベルを確認したが、正しい患者か照合しなかった:1件」「不明:1件」であることが挙げられ、「患者にフルネームで名乗ってもらった:4件」の内訳は、「画面等と照合しなかった:2件」「画面等をみたが、間違いに気付かなかった:2件」であることが挙げられている(表)。

本事業の事例検索<sup>3)</sup>では、2022年6月上旬現在、キーワード“患者間違い”で2,156件、“患者間違い”“薬剤”で1,922件、“患者間違い”“検査”で143件、“患者間違い”“療養上の世話”で87件、“患者間違い”“治療・処置”で52件、“患者間違い”“輸血”で50件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例として、事例検索<sup>3)</sup>にて検索され、本報告書にも掲載されている事例としては、

「患者A(80歳代、男性)は腰椎腫瘍のため整形

外科を受診し、外来担当医師は同日、透視下での骨生検を予定した。外来診察後、患者Aは息子と共にエックス線透視室前の椅子に座り、順番を待っていた。患者Aの隣の椅子には、神経根ブロックを受ける患者Bとその家族が座っていた。透視室の担当医師が患者Bの名前を呼んだところ、患者Aが呼びかけに応じて透視室に入室した。医師は入室した患者Aに、神経根ブロックを施行した。看護師は、ブロック中は腹臥位のため、患者の顔が見えなかったが、終了時に患者の顔を見て、骨生検予定の患者Aであることに気づき、患者間違いが判明した。外来担当医が、予定された検査とは別の処置が行われたことを患者Aと息子に説明し、その後、予定された骨生検を施行した。

医師は透視室に入ってきた患者に名前、生年月日などを言ってもらうことを怠った。患者はオーダー確認票を透視室受付に出しており、患者確認の手持ち資料を持っていなかった。医師が患者Bの名前を呼んだ際に、患者Bとその家族から応答はなかった。透視室担当の看護師は患者を呼び入れた時には他の業務のため不在であった<sup>1), 3)</sup>

「患者A(70歳代、女性)は腎性貧血にて、薬剤Xの注射を開始することになった。患者Aは診察後、医師より指示実施記録を受け取り、指示実施記録、診察券を入れたファイルを処置室前の箱に入れた。処置室担当の看護師が、骨粗鬆症の皮下注射を待っていた患者Bを呼び込むため、処置室の待合室で『Bさんいらっしゃいますか?』と呼んだところ、患者Aが『はい』と手をあげたため、処置室へ案内した。処置室担当の看護師は、患者Bの指示実施記録と注射ラベル、患者Bに指示されていた薬剤Yをもとに確認を行い、患者Aへ『〇〇先生より注射がでているので、腕に打ちますね』と言い、患者が腕を出したため、皮下注射を行った。その後、患者Aが指示実施記録を確認すると、自身の名前でないことに気づき、看護師に『私、Bじゃないわよ』と伝え、患者間違いにより、患者Aに誤った薬剤を投与したことが判明した。

処置室に患者を呼び込んだ後に、患者にフル

ネームを名乗ってもらうことや、診察券での氏名の確認を行っていなかった。当事者の看護師は、外来配置前には病棟勤務を行っていたが、病棟ではバーコード認証で患者確認を行っており、患者に氏名を名乗ってもらわないことがあった。また、外来配置1ヵ月目で、業務に不慣れであり、患者に皮下注射を行う前に、指示実施記録をもとに指示の確認を患者と共に行っていなかった<sup>1), 3)</sup>などがある。

患者間違いが発生した場合、複数の患者が関与する可能性や、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性、および医療機関・職員への信頼を揺るがす可能性などが想定され、事例発生を回避、あるいは発生した場合でも影響を最小にするシステムを整備することが急がれる。

## 具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生の未然防止対策として、患者確認に関するマニュアルの整備、インシデント・アクシデント事例の情報共有とリスクアセスメントの実施、および職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設の防止対策の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<sup>3)</sup>にて検索され、本報告書にも掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「患者間違いで、薬剤を投与。思い込みと患者確認しないまま?」

### 【事故の内容】

- ・内視鏡検査の更衣室で患者A(80歳代、男性、大腸内視鏡検査の予定)と患者B(気管支鏡検査の予定)が同時に更衣していた。
- ・外科外来看護師は、患者Bを担当していたが、患者Aが更衣室から出てきたときに患者Bと思い、患者Bの名前を告げた。

- 患者Aが返事をしたため、患者Bと思い込み、気管支鏡検査室の看護師へ引き継いだ。
- 気管支鏡検査担当の看護師は、患者Aの名前を確認しないまま、患者Aを気管支鏡検査室へ誘導した。
- 患者Aが検査室に到着後、待機していた医師は、患者確認をしないまま、気管支鏡検査の説明を実施した。
- 前投薬の説明実施後、麻薬性鎮痛薬を筋注し、口腔内へ局所麻酔剤を噴霧した。
- 検査台へ移動後、血管内留置カテーテルを挿入し、点滴ラインを確保後に催眠鎮静剤を静注した。
- 心電図モニターで脈拍が50回/分と徐脈を呈し、医師は検査前の心電図を確認したが、徐脈は確認されなかった。
- 医師が気管支鏡を挿入しようとして口腔内を確認すると、義歯が装着されたままであったことに疑問に感じ、気管支鏡の挿入は行わず、診療録内の問診票を確認したが、義歯の記載はなかった。
- それと同じ頃、患者Aを検査室内で捜索している大腸内視鏡検査担当の看護師が、気管支鏡検査室に入った際に患者Aを発見した。
- 患者間違いで、患者Aに薬剤が投与されたことが判明した。
- 患者Aに麻薬拮抗剤を投与したが、覚醒不十分のため、他の薬剤を投与し、覚醒した。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索され、第68回報告書にも掲載されている事例、一部改変)

本事例の背景要因としては、「2名の患者は、身長、体形、風貌(白髪)が類似していた」「患者確認の手順にある『患者に名乗ってもらう』ということが実施されていなかった」「内視鏡検査室では鎮静剤を投与しない患者に『名前バンド』は装着していないため、患者Aは装着していなかった」「気管支鏡検査では、タイムアウトを実施していなかった」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、患者Bを担当していた外科外来看護師は、複数の患者が同時に使用する可能性のある更衣室から出てきた患者Aを、患者Bと思い込んだのか?」「なぜ、患者Bを担当していた外科外来看護師は、更衣室から出てきた患者Aを患者Bと思い、患者にフルネームを名乗ってもらうのではなく、看

護師から患者Bの名前を告げるという対応をしたのか?」「なぜ、気管支鏡検査担当の看護師は、患者Aの名前の確認をしないまま、患者Aを気管支鏡検査室へ誘導したのか?」「なぜ、検査室に待機していた医師は、間違えて検査室に誘導された患者Aに、患者確認をしないまま気管支鏡検査の説明を実施したのか?」「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与していたにもかかわらず、薬剤の投与後、医師が気管支鏡を挿入しようとして口腔内を確認し、義歯が装着されたままであったことに疑問に感じ、気管支鏡の挿入は行わず、診療録内の問診票を確認したが義歯の記載はなかったことを確認するまで患者間違いに気づくことができなかったのか?」「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与していたにもかかわらず、適切な患者確認が実施されなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

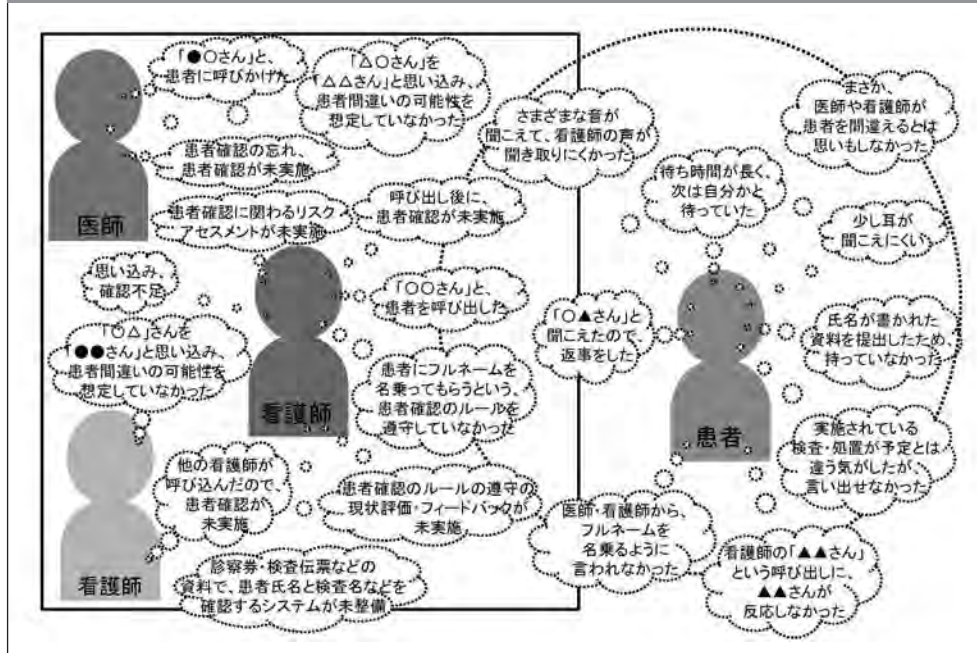
これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「患者確認の手順にある『患者に名乗ってもらう』ということが実施されていなかった」に注目することが重要である。

ここでは、さらに、「なぜ、患者確認の手順にある『患者に名乗ってもらう』ということが実施されていなかったのか?」「なぜ、事例の発生前に、患者確認の手順にある『患者に名乗ってもらう』ということが遵守されていないことに気づいていなかったのか?」などの疑問を深め、事例発生の根本原因を明らかにすることが望まれる。

“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を未然防止するため、本報告書、および事例検索<sup>3)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」(図1)を作成した。ここでは、医療者側(医師、看護師など)の要因、および患者側の要因が、どのような関連性があるのか、複数の発生要因が相互に影響する可能性も含めて検討することを提案したい。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例の発生

図1 “患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例の発生要因の見える化(例)



[日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第68回報告書,および事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成]

要因としては、「確認不足」「思い込み」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因などの関連性を含めて広い視野で検討することが重要である。

“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における事例の傾向の分析が未実施、2)自施設における防止対策(患者確認のルールを含む)の現状評価・フィードバックが未実施、3)患者間違いに関わる自施設・他施設の事例の情報提供が未実施、4)多職種によるリスクアセスメント結果を踏まえたマニュアル・ルールの見直しが未実施、5)患者確認のルールの遵守状況と、その現状評価の結果のフィードバックを含む職員教育が未実施、6)情報提供・共有を含む多職種参加の医療安全教育が未実施、などが考えられる。

**“患者を呼び込む際の患者間違い”  
に関わる事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策**

本事例の改善策としては、「患者確認手順を

再周知」「内視鏡検査室の患者全員に『名前バンド』を装着する」「内視鏡検査室における検査の前には、全症例にタイムアウトを行う」「薬剤投与前は、医師と看護師が共に確認する」「検査前の一連の確認事項はテンプレートを作成し、内容をチェックする」などが挙げられていた。

“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における事例の傾向の分析の実施、2)自施設における防止対策(患者確認のルールを含む)の現状評価・フィードバックの実施、3)患者間違いに関わる自施設・他施設の事例の情報提供の実施、4)多職種によるリスクアセスメント結果を踏まえたマニュアル・ルールの見直しの実施、5)患者確認のルールの遵守状況と、その現状評価の結果のフィードバックを含む職員教育の実施、6)情報提供・共有を含む多職種参加の医療安全教育の実施、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「確認不足」「思い込み」などを防止すること、および患者に及ぼす可能性のある不可逆的な影響の重大性を再認識する



機会の提供により、“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例の発生に至る前に、プロフェSSIONALとしての責任を認識し、多職種によるリスクアセスメントの結果を共有することで、事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「自施設における事例の傾向の分析の実施」では、はじめに自施設では患者間違いに関わる事例が発生しているか否かを確認する。ここでは、アクシデント事例はもとより、インシデント事例も含めて、類似事例発生の有無とその傾向を分析することが求められる。特に、インシデント事例は、患者に影響が発生していない場合には、問題視されていない可能性も想定される。

本報告書でも、医療事故情報だけでなく、ヒヤリ・ハット事例の概要もまとめて検討していることが挙げられている。事例発生の未然防止対策の検討においては、インシデント事例も分析の対象とし、その発生要因を明らかにすることが望まれる。

2)の「自施設における防止対策(患者確認のルールを含む)の現状評価・フィードバックの実施」では、防止対策としてマニュアル・ルールを整備していても、それが遵守されて事例発生の未然防止につながっているか否かに注目する必要がある。本事例、および前記の事例では、「患者確認の手順にある『患者に名乗ってもらう』ということが実施されていなかった」「患者にフルネームを名乗ってもらうことや、診察券での氏名の確認を行っていなかった」ということが挙げられており、防止対策としてのマニュアル・ルールが遵守されていなかった可能性が想定される。マニュアル・ルールの遵守状況の現状評価に基づく見直しが急がれる。

3)の「患者間違いに関わる自施設・他施設の実例の情報提供の実施」では、職員が患者間違いの発生の可能性を認識できる情報提供に注目したい。そのため、自施設で患者間違いの事例が発生している場合には、事例に関わる情報の提供はもとより、他施設で発生している事例についても情報提供することが望まれる。より多く

の事例を知ることで、リスクアセスメントの幅が広がり、“想定内”の対応が実施できることが期待される。患者間違いの発生の可能性について、ここでは、改めて、職員個々が認識する機会の提供を提案したい。

4)の「多職種によるリスクアセスメント結果を踏まえたマニュアル・ルールの見直しの実施」では、3)の「患者間違いに関わる自施設・他施設の実例の情報提供の実施」で得た情報も参考に、多職種でさまざまな状況を想定したりリスクアセスメントを実施する。さらに、ここで予測されたリスクが、現行のマニュアル・ルールの実施において、事例発生につながる可能性がないかということが多職種で検討し、必要に応じて、マニュアル・ルールの見直しを図ることが望まれる。

5)の「患者確認のルールの遵守状況と、その現状評価の結果のフィードバックを含む職員教育の実施」では、図1で示した「患者を呼び込む際の患者間違い」に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)で挙げている「『〇〇さん』と、患者を呼び出した」「患者にフルネームを名乗ってもらうという、患者確認のルールを遵守していなかった」という発生要因に注目したい。ここでは、①(患者確認のルールを遵守せずに)医療者側から『〇〇さん』と呼びかけた、②フルネームを用いて、患者確認を実施していなかった、③この現状を把握していなかった、という3つの問題が関与している可能性が想定されるため、これらのことを認識することから取り組むことを期待したい。それぞれに“なぜ”と疑問を深め、現状評価の実施、および現状評価の結果のフィードバックを含む職員教育の工夫が望まれる。

6)の「情報提供・共有を含む多職種参加の医療安全教育の実施」では、自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例の紹介を含めた情報提供と情報共有の方法を検討したい。ここでは、不要な検査や治療・処置の実施だけでなく、患者間違いによる診療で個人情報漏洩の可能性など、患者への重大な影響の発生を考慮し、事例発生の未然防止に取り組む意義を職員間で共通認識とすることが望ましい。そのた

め、職員個々が関心を持てるような注意喚起も併せて、具体的事例を活用した医療安全教育の企画が期待される。

前記の事例における改善策としては、「患者から名前、生年月日などを名乗ってもらう患者確認の原則を徹底する。透視室での受付時には、オーダー確認票に変わる手持ち資料を渡すことを検討する」「患者呼び出し時には、別の患者が来る可能性が高いことを認識し、患者確認マニュアルを遵守し、患者確認を実施する。外来スタッフ全員に患者確認が行えているか確認を行う。注射実施時は患者と共に『指示実施記録』『薬剤』を確認する。『診察や処置を受ける際には患者名をフルネームで名乗ってください』と患者へ協力を呼びかける放送を定期的に行う」などが挙げられていた。

今後、自施設における“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

### “患者を呼び込む際の患者間違い” に関わる事例発生の 未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ“患者間違い”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」という疑問に注目し、特に、“患者を呼び込む際の患者間違い”に焦点を当て、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、マニュアル・ルールの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施であること、および多職種間でのリスクアセスメントが実施されていないことなどにより、患者間違いに関わる事例発生を未然防止できずに、患者への不可逆的な影響が発生する可能性や、医療機関への信頼を揺るがす可能性を指摘したい。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、事例の発生要因

になる可能性を未然防止することは、喫緊の課題である。

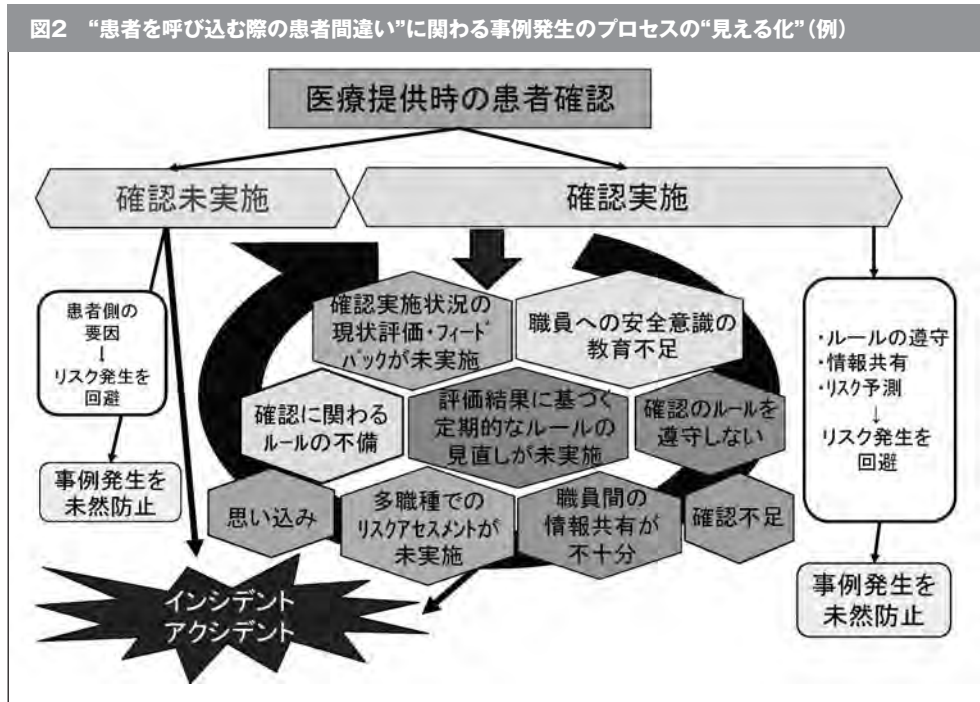
“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を未然防止するために、事例発生のプロセスを“見える化”した上で取り組むことを提案したい。ここでは、本報告書、および事例検索<sup>3)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考に、して、「患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”(例)」を作成した(図2)。

医療提供時の患者確認において、「確認未実施」の場合には、患者側の要因により、リスク発生が回避され、事例発生が未然防止される可能性はあるが、リスク発生が回避できずに、インシデント・アクシデント事例の発生に至る可能性も想定される。

一方、「確認実施」の場合には、ルールの遵守、情報共有、リスク予測などにより、リスク発生が回避され、事例発生が未然防止される可能性が想定される。しかし、「確認実施」の場合でも、「確認実施状況の現状評価・フィードバックが未実施」「職員への安全意識の教育不足」「確認に関わるルールの不備」「評価結果に基づく定期的なルールの見直しが未実施」「確認のルールを遵守しない」「思い込み」「多職種でのリスクアセスメントが未実施」「職員間の情報共有が不十分」「確認不足」などが相互に影響することで、リスク発生を回避できずに、インシデント・アクシデント事例の発生に至る可能性が想定される。

自施設では、“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を未然防止するための対策は十分に整備されているだろうか。この機会に自施設の取り組みを振り返り、併せて、自施設における現状や課題を考慮して、オリジナルの「患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”」の取り組みを検討すること、および多職種協働をベースとした組織全体における未然防止のシステム構築を検討することを期待したい<sup>4)</sup>。

“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、自施設における事例発生の防止対策の現状



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第68回報告書,および事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成)

評価が欠かせない。患者確認のルールを整備していることはもとより、そのルールが遵守されていない状況や、ルールの不適切な改変がないかなど、現状評価と評価結果に基づいて、必要に応じてルールの見直しを実施することが望まれる。患者確認の実施が目的ではなく、確認によりリスクが回避されているかまで評価すること、および全職員に患者確認の目的を明確に伝えることを期待したい。自施設における防止対策のシステムが、ここまで含めた内容で整備され、適切に運用されているか否か、この機会に検討することを勧めたい。

併せて、自施設で発生した事例はもとより、多施設で発生している事例に関する情報共有とリスクアセスメントの実施、および職員間の連携で事例発生を未然防止できる可能性に気づき、多職種の連携を促す職員教育の実施が望まれる。“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクタ

ーとしてとらえるだけでなく、関与する多職種が、プロフェッショナルとしての個人の責任の自覚はもちろんのこと、リスク発生を回避するために組織の“医療安全力”を高めることが期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第68回報告書. [https://www.med-safe.jp/pdf/report\\_68.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/report_68.pdf) (accessed 2022 Jun 14)
- 2) 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. <https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2022 Jun 14)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2022 Jun 14)
- 4) 石川雅彦：具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント・2 誤認をどう防ぐか. 臨床外科 2015；70(5)：620-624.

## 『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.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.jp)  
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

## ちょっと画像でCoffee Break

# 胸部X線画像クイズ

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例:20代 女性.

健診の胸部X線撮影で異常を指摘された.

幼少期より咳や痰が多い.

診断は?

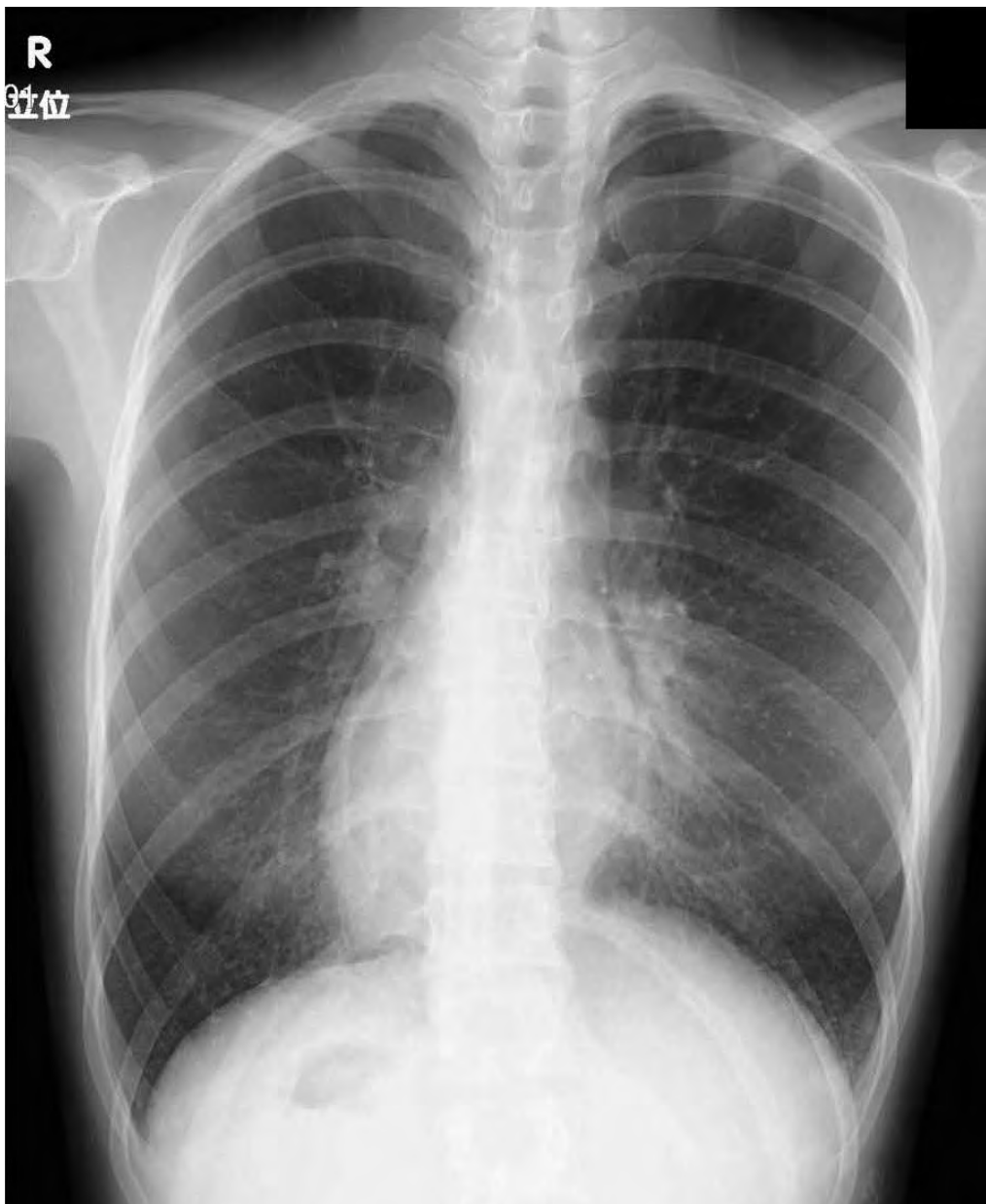


図1 胸部単純X線撮影(立位正面:A→P)

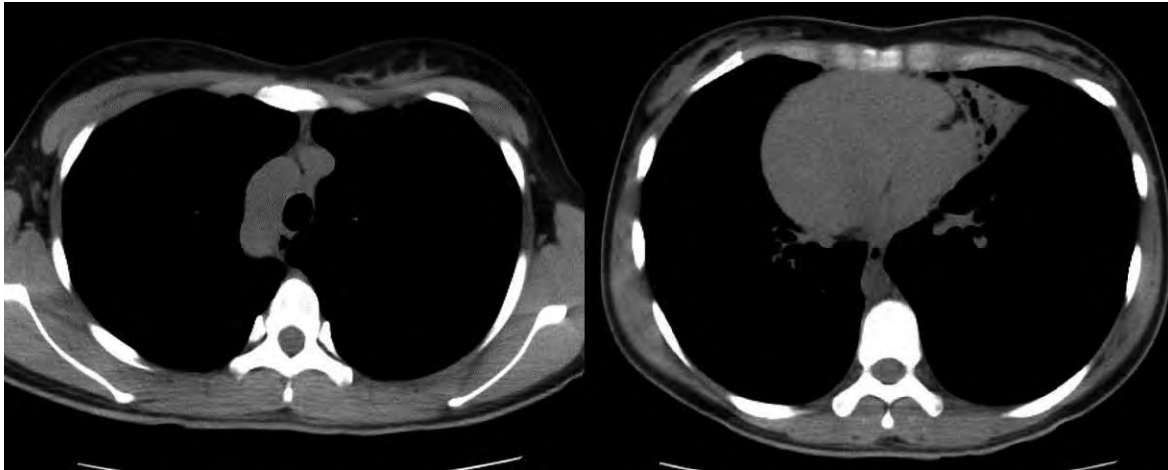


図2 胸部単純CT縦隔条件

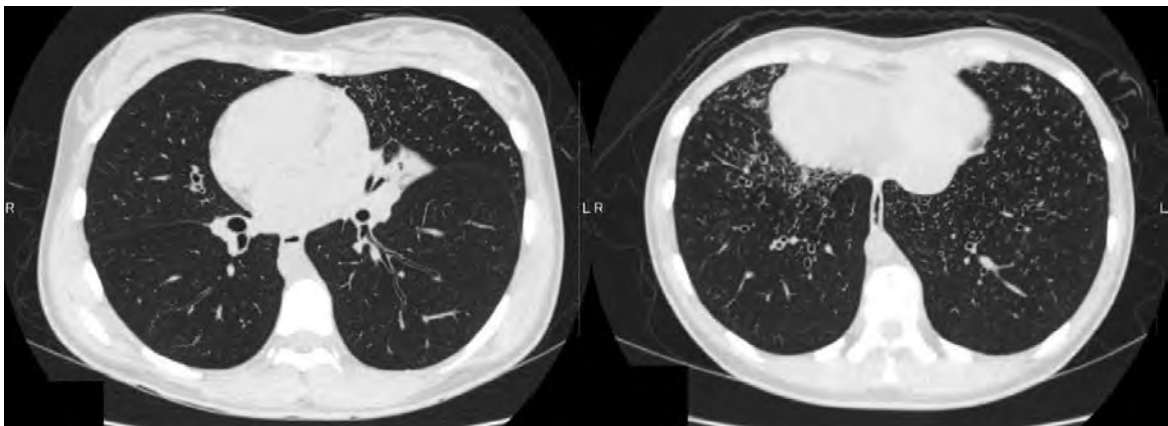


図3 胸部単純CT肺野条件

## 所見

右胸心を認める。胃泡は右側にあり、左横隔膜は右側よりも高位。完全内臓逆位を疑う像である。両下肺野を主体に粒状影、分枝状影が多発している。

続いて胸部単純CTと顔面の単純CTが追加された。胸部単純CT縦隔条件では同様に内臓逆位が確認された。肺野条件では下葉を主体とする小葉中心性の粒状影がみられ、細気管支炎の像と思われた。気管支壁肥厚と軽度の気管支拡張像もみられ、左肺舌区では気管支透亮像を伴う浸潤影が観察される。

顔面CTでは副鼻腔の粘膜肥厚と液体貯留が確認され、副鼻腔炎を疑う所見であった。

## 診断 Kartagener 症候群

原発性線毛運動機能異常症は先天的な線毛の超微構造の異常により、全身の線毛運動機能障害が生じ、慢性呼吸器感染症（気管支拡張症）、慢性副鼻腔炎、男性不妊などをきたす疾患である。

常染色体劣性遺伝を呈し性差はない。近親結婚の児に多いとされる。

気道の粘液線毛輸送系の障害により、乳幼児期から上・下気道の感染を繰り返すことが多く、咳、痰、労作時呼吸困難などをきたす。

色素性網膜炎や慢性中耳炎、男性・女性不妊、子宮外妊娠などを生じることもある。

Kartagener 症候群は本症例のように、内臓逆位、気管支拡張症、慢性副鼻腔炎を三徴とするが、内臓逆位は胎生期の線毛機能不全により



図4 顔面単純CT

50%の確率で起きるため、診断の必須条件ではない。

逆位のない症例では、びまん性汎細気管支炎、Young 症候群、副鼻腔気管支症候群との鑑別が問題となる。

胸部単純撮影にて、Kartagener 症候群は肺野の過膨張、気管支壁肥厚が90%以上で認められ、区域性の浸潤影や容積減少、気管支拡張も半数近くで見られると報告されている。

病変は右肺中葉（内臓逆位の症例では舌区）や下葉に多く、上葉に少ないとされる。

CTにおいては全例に気管支拡張像がみられ、ほとんどの症例に下葉を主体とする細気管支炎像がみられたとの報告がある。

確定診断は電顕にて鼻粘膜または気管支の線毛上皮の微細構造異常を確認することでなされる。

治療は胸部理学療法や去痰薬、気管支拡張薬、感染に対する抗生物質の投与などが中心となる。一般的に予後は良好とされているが、一部の症例では比較的若年で慢性呼吸不全に進行することもある。

#### 参考文献

- 1) Nadel HR, et al: The immotile cilia syndrome: radiological manifestations. *Radiology* 1985; 154: 651-655.
- 2) Kennedy MP, et al: High-resolution CT of patients with primary ciliary dyskinesia. *AJR* 2007; 188: 1232-1238.
- 3) Homma S, et al: Bronchiolitis in Kartagener's syndrome. *Eur Respir J* 1999; 14: 1332-1339.

# 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.jp](mailto:hekichi@jadecom.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。



## 今野 良先生の 「公衆衛生としてのワクチンと検診 子宮頸がん予防の教訓から(後編)」

(10月1日配信)

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科教授の今野良先生からHPVワクチン接種を例として公衆衛生について解説していただきます。

公衆衛生に影響を与える存在として、国、自治体、市民、メディア、そしてソーシャルメディアがあります。HPVワクチンに関する非科学的情報が世界各地で報道された時、迅速に対応して影響を最小限に食い止めたのがオーストラリア、カナダ、英国です。アイルランド、デンマークでは接種率が大きく低下しましたが、組織的・科学的対応により約3年で接種率が元に戻りました。日本は対応が遅れ、8年間の接種勧奨停止があり、接種率は未だに回復していません。

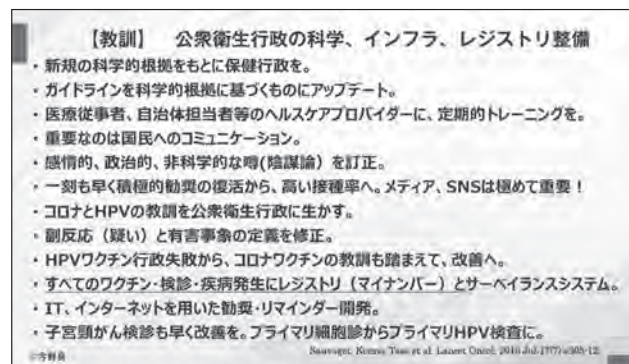
デンマークは検診実施率も高く、ナショナルレジストリデータもある国で、2009年にはワクチン接種率90%を達成していました。しかし、ドキュメンタリー番組「HPVワクチン接種された少女」が全国放送されて、2016年に接種率は激減しました。否定的報道とソーシャルメディアがワクチンの安全性・有効性の科学的証拠を隠蔽したかたちとなったのです。その時の対応策の一つとして、ソーシャルメディアを調査してFacebookによる影響が大きかったことを突き止め、それを逆手にとってFacebookを中心に正しい情報を積極的に流すということを行いました。そ

れ以外にも国をあげての対応を実施して、3年後に接種率は回復しました。

科学者は多くのデータに基づく科学的事実を専門家に向けて医学雑誌から発信します。ジャーナリズムでは一般の人々に分かりやすい情報を提供します。人々に与える影響は、数百万例から導き出された科学的事実よりも物語として語られた1つの有害事象のほうが大きいのです。世界には強い影響力を持つ反ワクチン活動家があります。ジャーナリズムは記事の客観性・中立性を保つために反対意見も報道する傾向がありますが、両論併記は公平にみえて、人々に誤ったバランスの情報を与えてしまいました。メディアのメッセージは個人的意見なのにもかかわらず、社会全体の総意と解釈される傾向があり、その状況下では科学的証拠の重要性を伝えるのは困難となります。

HPVワクチンの騒動を通して学んだことは何でしょうか。図に示すように公衆衛生行政の科学、インフラ、レジストリを整備することが重要です。

自治医科大学卒業後の義務年限でへき地勤務をしました。へき地では病気が進行してから病院にかかる人も多く、かつては病院にかかるのは亡くなる時というようなこともあったといえます。そのようなことを無くすためにも、公衆衛生の力は非常に重要だと信じています。



図

\* 今野先生のレクチャーの詳細は、10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/>



## 香川県？ 岡山県？



直島町立診療所 所長  
池上雄亮

濱平先生も離島という地理的不利地域でさまざまな症例で悩まれているのですね。特に島内で患者様の問題を完結すべきかどうかの判断はとても悩みますので、共感できます。離島に限らず山間へき地の診療所でも共通の悩みであると思います。私の出身である奈良県は、海なし県で、県内は陸続きです。しかし、私たち自治医科大学卒業生が赴任する山間へき地では台風後の土砂災害の影響で数か月間、交通機関が麻痺することもあります。そのせいか、診療所にいる時は天気予報をととても気にするようになりました。

直島での島外搬送で問題になるのは、「香川県か岡山県か、どちらに送るか」という問題です。直島を地図で見ると、圧倒的に岡山県に近いところに位置しています。島民の皆様は、買い出しなど岡山県に行くことが多く、船の便数も岡山県へ向かう方が多くなっています。直島と岡山県の結びつきが強いため、島内に住まれている方の家族や親戚も岡山県側に多い印象です。島内の独居高齢者の方で島外搬送が必要になってくると、「岡山に送るか香川に送るか」を必ず聞くことになります。そして搬送事例のほとんどが家族や親戚のいる岡山県に搬送されています。最近香川県に導入されたドクターヘリも岡山県側に送ることが多く、ヘリでの県外搬送が多い特殊な地域となっています。

島外搬送の困難事例を経験しました。自宅療養される新型コロナウイルス感染者の方の急変や療養中のトラブルに関してです。直島を管轄する保健所は香川県の保健所です。従って当該保健所が岡山県の医療機関に搬送を調整することはありませんでした。また岡山県の医療機関に直接お願いした事例もありますが、「直島は香川県で、岡山県ではないので」と、断られた経験があります。原則原理というのにはなかなかかなわないという経験でした。

今回の原稿執筆中の現在は、瀬戸内国際芸術祭2022の秋期間になります。外国からの個人旅行客も増えて、診療所にも外国人の方が健康上のトラブルを抱えて受診されることも多くなってきました。外国人が自転車で島内アート作品を散策している様子を見ると新型コロナウイルスが流行する以前の様子に戻ってきているように思います。コロナ禍以前には、瀬戸内国際芸術祭期間中には年間で70万人を超える観光客、瀬戸内国際芸術祭がなくても50万人以上が直島を訪れていたようです。今年はそこまで観光客は戻ってきていませんが、島の秋祭りも開催されて



発熱外来  
右のレンガ壁の建物が診療所. 左の建物 (ドアが格子状) が発熱外来用の別館.

いますし、徐々に日常が戻りつつあります。濱平先生がおられる地域や奄美大島全体も日常が戻りつつありますでしょうか？

島内にある「地中美術館」にもたくさんの観光客が訪れます。ここは島民には無料で開放されている美術館で、クロード・モネの作品「睡蓮」が複数展示されています。大きいもので2m×6m

の作品があります。自分なりのパワースポットになっており、何回も訪れています。ただし美術館は地面の中にあり、かつ安藤忠雄設計の特徴である「コンクリート」を使用した建物なので、当番医の持つ携帯に電波が届かないという欠点があります。さらに私物の携帯電話も完全に県外になります。当番から逃げたい気持ちになった時にはもってこいの場所ですね (笑)。しかし診療所スタッフが当番医に連絡がつかないと困るので、事前に診療所に伝えてから行くことにしています。

青い空、白い雲、今日も直島は診療日和です。



発熱外来の内装  
患者の皆様が交わらないように動線も考えられています。





## NDC研修センターの挑戦

地域包括ケアセンターいぶき 桐山真理子

日増しに寒くなってまいりました。皆様いかがお過ごしでしょうか。今月担当します、NDC 3期生の桐山です。

私は滋賀県米原市にある地域包括ケアセンターいぶきに勤務しています。ケアセンターいぶきは診療所、老健、居宅介護支援事業所などからなる複合施設で、その中で私は老健に所属しています。老健のNDCとして、利用者さんの体調不良時の初期対応やその後の評価を行ったり、情報提供書の作成などを行っています。まだまだ日々学びながらの活動ですが、医師のタスクシェア・タスクシフトについて、自分にできることは何だろうと模索し、試行錯誤しながら活動させていただいています。

それと同時に、私はJADECOMアカデミーNP・NDC研修センターの業務も併任させていただいています。具体的には1週間のうち8時間、研修生のメンターとして、主に遠隔で業務にあたっています。

今回は、NDC研修や研修センター、メンター制について、少しご紹介させていただければと思います。

2022年、今年度は7期生の7名が研修中です。私自身は2018年に3期生としてNDC研修を受講しました。研修センターの業務のうち、メンター制は2021年度の6期生から試行され、私も同年度から研修センターの業務に携わらせていただくようになりました。

自分が研修を受けてからたった3年でしたが、研修内容を徐々に確認すると自分の時と随

分変わっていることに驚きました。変更点は多々あるのですが、とにかく思ったのは、「あの時もっと習いたかったことが、あらかじめ研修に組み込まれている……!!」といううらやましい事実です。私的に、最たるものは症例レポートの書き方です。もちろん自分が研修を受けていた時も書き方についてレクチャーをいただきましたが、今はさらに時間をかけて、実習に出る前に医師からご指導いただいています。変更に至った経緯としては、実習に出た際に症例レポートに苦勞する研修生が多かったこと、また不慣れな症例レポートのため、実習先の指導医に多くのコメントや修正のアドバイスをお願いしなくてはいけない状況があったのだと思います。私自身、研修期間中(今も?)の症例レポートは突っ込みどころ満載でした。レクチャーが手厚い分、提出するレポート数は増えていますが……それだけ、大事ってことですので。研修生の皆様、頑張ってください。

指導医や関係者の皆様、また研修生自身からもフィードバックを受け、研修内容は毎年どんどん更新されています。まだ研修センター業務に携わらせていただいて長くはありませんが、研修内容をより良いものにと建設的に考えていく作業は、大変さもありながら楽しいものだと感じています。

そんな中、メンター制もまだ2年目の新しい取り組みです。当初、メンター役に声をかけていただいた時、「何をすればいいんだろう」と思いました。しかし実際に目標設定やポートフォ



全員集合できていませんが…NDC 7期生やNDC研修修了生、研修センターメンバー

リオの確認、e-learningの演習問題へのコメントをさせていただくようになると、思ったよりもやりたいこと、伝えたいことはありました。その多くは「あの時こうしていればよかった」という自分自身の経験が元です。

それは知識や技術だけにとどまらず、自分自身の考え方や振る舞い方についても同様です。自施設とは違う環境で専門的な研修を受ける中で、自分自身を振り返り、新たな気付きや改善すべき課題もたくさんありました。そんな経験を元にしたことを伝えられるのは、研修修了生がメンターを務めるメリットだと思います。

また、NDC研修の先には自施設での研修、そして実際の活動があります。先を見越しておくことは本当に大切なことであると、研修修了生のほとんどが痛感したのではないのでしょうか。そんな私たちの思いを、少しでも研修の初期から意識してもらい、研修生が困らなければいいなと願っています。

研修センターとしては学習や実習だけにとどまらない支援、つまりNDC同士の助け合いや協

力、相互の成長をはかっていけたらと思っています。NDC自身が自施設で業務を行いながらも、自らの仲間を増やすべく、研修に関する評価や改善のサイクルをうまくまわしていくこともNDCとしての挑戦かと思っています。

何より、期や施設の垣根を超えたつながりは自らの刺激になりモチベーションの維持にもなっています。単純に楽しいのです。

NDC研修はその修了生を増やすためにも2期制(年2回開講)へと移行していきます。まだまだ課題は多く、準備に時間を要しそうですが、メンターはじめ、研修センターももっと盛り上がりたてるとすごい研修にしていきたいと思っています。しかし、研修センターだけでは研修は成り立ちません。研修を受け入れてくださる実習先施設の指導医、関係者の皆様、また研修生を送り出す施設側の皆様、たくさんの方の協力をもって成り立っています。いつも本当にありがとうございます。何卒、今後もNDC、NDC研修生、NDC研修センターをよろしく願います！

## 地域医療型後期研修

2022. 11. 7

### 自分の目指す医療を探して

はじめまして。東京北医療センター総合診療科所属の「地域医療のススメ」専攻医2年目の森本梨加です。私が医師を目指し始めたきっかけは幼馴染のお母さんでした。小児喘息で定期的に通院していた先の主治医が幼馴染のお母さんで、いつも明るくキラキラした笑顔と優しい雰囲気です。接してくれていたのが、痛いことが大嫌いで泣いて騒いでいた私も、なぜか彼女からの処置では涙が出ませんでした。接し方や雰囲気で恐怖心や痛みも和らげることができるんだと感動する日々の中で私も彼女のようになりたいと思い、偶然にも背中を追うように同じ大学を卒業して医師となりました。



#### プロフィール

2018年3月 東京女子医科大学卒業  
2018年4月～2020年3月 上尾中央総合病院 初期研修  
2020年4月～ 日本医科大学付属病院 皮膚科専攻医  
2021年4月～ 「地域医療のススメ」専攻医 東京北医療センター所属

初期研修は上尾中央総合病院で行い、思っていた以上にハードな日々でした。当直は2年間を通じて救急当直でしたが、入職1週目に初めて入った当直で、1台目の救急車は先輩の姿を見て、2台目からは自分で診るように言われました。もちろんバックアップは手厚かったのですが、ついこの間まで卒業旅行をしていた学生には衝撃的な出来事でした。また、総合診療科では全て自分が主体となって診療を進めるよう言われ、患者の状態に主治医として責任を持つことを徹底的に教え込まれました。傷ついたり泣いたりした日も多々ありましたが、初期研修医のうちに主治医の自覚や責任感を身に付けることができたことは、それ以降の診療や、患者さんや家族への接し方に大きく影響しており、とても感謝しています。

後期研修は、ライフワークバランスや興味分野を考え、一度皮膚科に入局しました。大学病院の皮膚科では珍しい疾患もあり勉強にはなりましたが、一方で、内科を全く診なくなったため、一般的な内科疾患に対応できなくなることへの不安がどんどん大きくなっていきました。自分と深く向き合っていく中で、初期研修時代の総合診療科でのやりがいや楽しさが思い起こされ、幅広く内科疾患を診

ていきたいと考え直し、1年間で総合診療科に転科しました。

東京北医療センターに入職時は、総合診療科としての将来的な働き方や働く場所、家庭医についてもよく分かっていない状態でした。日々、目の前の仕事をこなすことに精いっぱい、ポートフォリオや定期ミーティングのことも、全国にどれだけススめの先生方がいるかも知らず、プログラムについての知識がかなり乏しかったのを今は懐かしく感じます。

急性期病院での診療にも一通り慣れてきた今年7月から3ヵ月間、台東区立台東病院で研修しました。台東病院では急性期病棟のほかに回復期病棟や療養型病棟、老人保健施設での診療を経験し、環境や状態の違う患者さんにどのようにアプローチしていけばいいかを考えさせられました。また、訪問診療や特別養護老人ホームでの診療も見学させてもらい、自分の将来の働き方の選択肢が広がったように感じました。

プライベートでは旅行が趣味で、友だちや一人でよく弾丸で行っています。日常から抜け出して、美味しいものを食べたり綺麗な景色を見てのんびりすることが今の自分にとっては最大のリラックスで、コロナが流行してからは、密を避けるために旅館で部屋食を頼んだり、露天風呂付きの部屋に泊まったりと今までとは違う楽しみ方もできています。

まだまだ未熟すぎる私ですが、いろいろな経験をしながら自分の目指す医療をマイペースに模索していこうと思っています。これからもよろしくお願いします。

## 第20回自治医科大学シンポジウムが開催されました……………

9月8日(木), 9日(金)に, 医学部教育・研究棟および地域医療情報研修センターにおいて, 自治医科大学シンポジウム委員会主催による「第20回自治医科大学シンポジウム」を3年ぶりに実地にて開催しました。

20回目を迎える今回は, 「再出発からの創造～50周年を迎えて～」をテーマに, 「JMUシンポジウム講演」, 「ポスターセッション」, 「特別講演」の構成で開催いたしました。

1日目の8日(木)は, 永井良三学長からの開会挨拶に続いてJMUシンポジウム講演を行い, 学内コンペで選出された講演者5名が, それぞれの研究成果や現状を発表しました。

### 【JMUシンポジウム講演発表者】

(敬称略)

| No | 講演者                  |              |                  | 発表演題  |
|----|----------------------|--------------|------------------|---|
| 1  | 総合医学第2講座<br>(心臓血管外科) | 学内<br>准教授    | 白石 学             | 心筋線維症における線維芽細胞の<br>細胞分子制御機構の解明  |
| 2  | 炎症・免疫研究部             | 講師           | 唐澤 直義            | クリオピリン関連周期熱症候群における<br>寒冷感受性炎症惹起機構   |
| 3  | 再生医学研究部              | ポスト・<br>ドクター | Nawin<br>Chantra | Hormone and Nuclear Receptor Activations<br>Enhance Pluripotent Stem Cell-Derived<br>Cardiomyocyte Maturation |
| 4  | 解剖学講座<br>組織学部門       | 助教           | 長内 康幸            | 遺伝子ベクターがリークするメカニズムの解明<br>—Leaky transgene expression in inducible<br>vectors: causes and solutions—           |
| 5  | 看護学部                 | 教授           | 半澤 節子            | 精神科看護師による患者の身体拘束に関する<br>臨床判断  |



2日目の9日(金)は、ポスターセッション51題の発表があり、医学部、看護学部およびさいたま医療センターの教職員、大学院生等が活発な意見交換を行いました。英語での発表を推奨し、研究奨励金受賞者を除く発表者の中から、優秀ポスター賞が選出され、永井良三学長から賞状と副賞が贈呈されました。

続いて、「ある自治医大1期生の50年」と題し、公益社団法人地域医療振興協会 吉新通康会長兼理事長による特別講演があり、多くの教職員、学生が聴講しました。

2日間で教職員、大学院生など延べ220名を超える参加者があり、発表者の研究内容に熱心に耳を傾けていました。

【優秀ポスター賞受賞者名】

(敬称略)

| No | 講演者                            |              |              | 発表演題   |
|----|--------------------------------|--------------|--------------|--|
| A  | 医学部                            | 6年           | 大多和 宏季       | Tumor suppressive activity of RGS16 against oncogenic Ras-provoked signal transduction pathway   |
| B  | 医科学専攻<br>先端医科学<br>生体防御医科学      | 修士課程2年       | Liu Yi       | Development of phagemid packaging system for delivery of bactericidal material targeting multidrug-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i> |
| C  | 地域医療学系専攻<br>消化器疾患学分野<br>消化器外科学 | 博士課程4年       | 高橋 和也        | Intraperitoneal immune microenvironment in patients with peritoneal metastasis from gastric cancer   |
| D  | 人間生物学系<br>生体防御医学分野<br>微生物・免疫学  | 博士課程2年       | 川口 智史        | Development of antibacterial capsids targeting drug resistance genes in <i>Pseudomonas aeruginosa</i>                                      |
| E  | 再生医学研究部                        | ポスト・<br>ドクター | Suvd Byambaa | Targeted genome repair in expanded mouse long-term hematopoietic stem cells  |
| F  | 附属病院看護部<br>集中治療部               | 主任看護師        | 岡田 和之        | ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策の検討  |
| G  | 成人看護学                          | 准教授          | 佐藤 幹代        | 「慢性の痛みの語りデータベース」からみる慢性疼痛患者の経験  |



## 高校の進路指導教員向け大学説明会が開催されました……………

高校の進路指導教員向け大学説明会は、本学に入学実績のある高等学校等で進路指導を担当している教員の方々に、本学を直接観ていただき、本学における医学教育、入試制度等をご理解いただくとともに、本学の学生として相応しい志の高い優秀な学生に受験を薦めていただくことを目的に開催してまいりました。

今年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により2年間開催を見送っていましたが、感染状況を鑑み開催を中止いたしました。

WEB開催につきましては、昨年度に引き続き、特設サイトの公開とオンライン説明会を実施しました。

7月15日(金)から公開いたしました特設サイトでは、入試、教育、卒後関連の説明や募集要項の説明動画をはじめ、写真や360°カメラを使用したキャンパス紹介やQ&Aコーナー等のコンテンツを公開しました。

9月9日(金)にはオンライン説明会を実施し、全国各地の高校教員の皆様に参加いただくことができました。

参加者からは、「ホームページやパンフレットだけでは知ることができなかった大学の特色が良く分かった」、「教育内容が充実している点や卒業後も含めたサポート体制が他大学にはない魅力で、生徒にぜひ薦めたいと思った」といった声をいただきました。

新型コロナウイルス感染症の影響により、本学へお越しいただいての説明会開催が難しい中、オンラインではございますが、本学教員と高校教員の皆様による進路指導等に関する意見交換が行われ、本学を理解していただく有意義な説明会となりました。

報告  
各種お知らせ  
求人

セミナー

## 第18回 若手医師のための家庭医療学冬期セミナー

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

今回のテーマは「羅針盤 ～ここから始まる冒険～」です。いまだ終息の兆しを見せないCOVID-19パンデミック、苛烈さを増す自然災害、身をもって実感される気候変動など、ともすれば、将来への不確実性が膨らむばかりの昨今、だからこそ「いま・ここ」から、希望をもって未来を指し示すための羅針盤を、一緒に作りませんか。

今年度の冬セミも、様々な年次や環境にある同志と結びつき共に学ぶ、かけがえのない機会とできるよう、魅力的なプログラムを準備して参ります。

皆様のご参加をスタッフ一同、心よりお待ちしております。

**目的** 総合的な医療を目指す専攻医以上の医師が家庭医療・総合診療・プライマリ・ケアについて知識やスキルを習得し、仲間と交流と結束を深めることを目指しております。

**内容** 全体講演、特別企画、ワークショップ、キャリア支援などを予定。  
セミナーの趣旨にしたがって、参加した皆様それぞれに素晴らしい学びと出会いがあるよう企画しております。

**ホームページ** Facebookページ：<https://www.facebook.com/wakate.pc.seminar>  
冬セミのホームページ自体は準備中です。

**日時** LIVE配信：令和5年2月4日(土)～5日(日)  
オンデマンド配信：令和5年2月4日(土)～3月31日(金)

**開催形式** 昨年度に引き続き完全オンライン開催です。  
zoomでのLIVE配信と、後日にオンデマンド配信を行います。

**対象** LIVE：総合的な医療を目指す専攻医(後期研修医)、若手医師および初期研修医  
オンデマンド：上記および“総合診療/家庭医療に関心のある医師”  
全体講演：上記に加えて、学生・医師以外の医療介護福祉職・他職種など

**登録参加料** 学会員：9,000円\*1

非会員：12,000円

全体講演(LIVE配信)のみ：無料\*2

※1 オンライン形式のための減額した特別な料金設定となります。

来年度以降でオフライン開催となった場合は増額して再設定する可能性があります。

※2 学生・医師以外の医療介護福祉職・他業種のみ申込形式です。

**一般参加受付期間(予定)**

令和4年12月上旬を予定しております。開始の際は改めて告知いたします。

研究会

## 日本小児消化管感染症研究会主催 第19回日本小児消化管感染症研究会

小児消化管感染症学や腸内細菌学に関する基礎・臨床研究成果や症例報告を通して、最新の知見を共有し活発な議論の場とします。

**日時** 2023(令和5)年2月19日(日)

**場所** ハイブリッド開催(現地+Web)(アポプラスステーション株式会社 本社)

**内容(メインテーマ)** 共生と防御@子どもの腸

**参加資格** 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、臨床検査技師、放射線技師、公認心理師、医学生等

**参加費** 3,000円(抄録集合) ※ 初期研修医・学生は無料

**申し込み 連絡先** 第19回日本小児消化管感染症研究会事務局

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1 自治医科大学小児科学 当番世話人 熊谷秀規(自治医科大学)

TEL 0285-58-7366 FAX 0285-44-6123 E-mail shonishokakan.kansen19@gmail.com

ホームページ：<https://shoni-syokakan.mlconsulting.jp/>

## 募集

# 福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

福島県では、東日本大震災から10年が経過し、復興が本格化しており、特に震災・原発事故の影響が大きかった12市町村では、住民の暮らしを守るための医師が求められています。移住・開業等に係る支援制度も充実していますので、同地域での開業・勤務に関心のある皆様からのご連絡をお待ちしております。

## 特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

## 募集地域

福島12市町村

(田村市、南相馬市、川俣町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村)

## 各種支援制度

国および福島県では、12市町村に移住し勤務医として働いていただける方、開業される方々向けにさまざまな補助金や助成金、各種優遇策等をご用意しております。

例：警戒区域等医療施設再開(開設)支援事業、設備投資等支援補助金、産業復興雇用支援助成金、県税課税免除、復興特区支援利子補給金、地域総合整備資金貸付制度など。

※該当地域で開業・勤務をご検討いただける方は、下記までお問い合わせください。疑問の内容に合わせて、窓口等をご紹介します。

## 問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

TEL 03-6328-0242 E-mail [asumi.shiota.c3t@cas.go.jp](mailto:asumi.shiota.c3t@cas.go.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](mailto:kuwata@jichi.ac.jp)

募集

神戸大学大学院医学研究科 地域医療支援学部門  
兵庫県立丹波医療センター 内科スタッフ募集

当部門は兵庫県立丹波医療センターおよび隣接する丹波市立ミルネ診療所、公立豊岡病院を主としたフィールドとして、地域医療および総合診療の診療、研究、教育に従事しています。総合診療の実践・再研修(急性期・集中治療、慢性期、緩和、在宅すべてに対応可)、専門医取得(総合診療、新家庭医療、病院総合診療、内科)、学生や研修医・専攻医教育、地域医療での研究の実践等に興味のある方など、お気軽にご連絡ください。個人のニーズに応じたことを重点的に行えます。

問い合わせ・連絡先

神戸大学大学院医学研究科 医学教育学分野 地域医療支援学部門 特命教授  
兵庫県立丹波医療センター 地域医療教育センター長 見坂恒明(兵庫2000年卒)  
TEL 0795-88-5200 E-mail smile.kenzaka@jichi.ac.jp

募集

自治医科大学医学部  
感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

誠心誠意治療を行っていても患者を救えないことが多々あります。当教室ではC型慢性肝炎に対する治療で多くの方が健康を取り戻したように、B型肝炎を治癒に導くべく研究に取り組んでいます。

基礎医学と固く考えずに、興味のある方は気軽にご連絡ください。学位取得、後期研修、スタッフ、どのような形式でもお受けいたします。研究経験のない場合でも、こちらで懇切丁寧に指導いたします。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門  
教授 村田一素(三重1988年卒)  
E-mail kmurata@jichi.ac.jp TEL 0285-58-7404 FAX 0285-44-1557

# ●●●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としています。

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とい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

## 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](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](mailto:info@jadecom.or.jp) URL <https://www.jadecom.or.jp/>



北海道

本別町国民健康保険病院

●内科または外科 1名

診療科目：内科，外科，整形外科，眼科，  
小児科，泌尿器科，脳神経外科，皮膚科，精神科  
病床数：60床（一般，うち地域包括ケア病床管理料算定10床）  
職員数：107名（パート含む．うち常勤医師4名，非常勤医師1.9人）  
所在地：〒089-3306 北海道中川郡本別町西美里別6-8  
連絡先：事務長 松本

TEL 0156-22-2025 FAX 0156-22-2752  
E-mail hp.jimt@town.honbetsu.hokkaido.jp

特記事項：本別町は道東十勝地方の東北部に位置する人口約6,500人の自然豊かな町です。当院は，一般外来はもとより人工透析や町民ドックを実施しています。  
本別町で一緒に地域住民の暮らしの安心を支えてみませんか。  
<http://www.honbetsu-kokuho-hp.jp/>



受付 2021.10.25

豊浦町国民健康保険病院

●内科 2名

（医師2名が令和5年3月で定年となるため，外来診療が可能な方であれば内科専門にこだわられません）

診療科目：内科・外科・小児科  
病床数：60床  
職員数：63名（うち常勤医師3名，非常勤医師0.6名）  
所在地：〒049-5411 北海道虻田郡豊浦町字東雲町16-1  
連絡先：事務長 高橋  
TEL 0142-83-2228 FAX 0142-83-2073  
E-mail kokuhob@town.hokkaido-toyoura.lg.jp

特記事項：豊浦町は北海道の道南胆振地域の西端に位置しています。噴火湾に面していて，対岸に秀峰駒ヶ岳と渡島連山，北に蝦夷富士の異名を持つ羊蹄山やニセコ連山を眺望する風光明媚な，人口約3,700人の町です。  
生まれ育った町で医療を受け，人生の最後を安心して迎える病院として，地域一般病床から療養型病床へ令和5年4月より転換，再スタートします。新たなスタートを応援して下さる医師を募集しています。ぜひ一度見学にいらっしやいませんか。  
<https://www.town.toyoura.hokkaido.jp>



受付 2022.10.26

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名

診療科目：精神科，児童・思春期精神科  
病床数：168床（稼働病床77床）  
職員数：101名（うち常勤医師5名）  
所在地：〒080-0334 音更町緑が丘1  
連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立緑ヶ丘病院がある音更町は，北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり，とち帯広空港から約1時間の距離にあります。  
当院は，十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに，「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。  
地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。  
病院視察の交通費は北海道で負担しますので，興味ある方はぜひご連絡ください。



受付 2022.6.16

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

診療科目：内科，外科，小児科，整形外科，  
耳鼻咽喉科，眼科，産婦人科，皮膚科，泌尿器科，精神科，リハビリテーション科  
病床数：120床（稼働病床45床）  
職員数：67名（うち常勤医師5名）  
所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110  
連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立羽幌病院は，北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し，天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。  
当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い，総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。  
地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。  
視察の交通費は北海道で負担しますので，興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院長は自治医大卒です。）



受付 2022.6.16

※北海道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方，興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します  
対象：北海道内外の①医師または医学生，②薬剤師または薬学生  
対象病院：募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先  
北海道立病院局人材確保対策室（佐藤）  
TEL 011-231-4111（内線25-853）  
E-mail satou.renichi@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード(北海道立病院局ホームページ)をご参照ください。



## 兵庫県

### 養父市国民健康保険出合診療所

●内科（診療所 所長）1名

診療科目：内科，外科，整形外科，小児科，麻酔科

病床数：0床

職員数：4名（うち常勤医師1名）

所在地：〒667-1112 兵庫県養父市出合223-2

連絡先：養父市健康福祉部保険医療課 吉谷

TEL 079-662-3165 FAX 079-662-2601

E-mail kokuho@city.yabu.lg.jp

特記事項：「やぶ医者」の郷，兵庫県養父市の無床診療所で，診療所の所長になっていただける後継の方を募集しております。医師1人体制で，看護師2名，事務員1名が勤務し，現在は，高齢者の慢性疾患の管理を中心とした外来，訪問診療を行っています。就業支度金貸与制度（300万円）を設けており，3年間の勤務で返還義務が免除されます。令和5年開設に向けて診療所を新築予定です。就任時期，資格取得のための支援等，ご相談に応じます。

[https://www.city.yabu.hyogo.jp/soshiki/kenkofukushi/hoken\\_iryō/1\\_1/1317.html](https://www.city.yabu.hyogo.jp/soshiki/kenkofukushi/hoken_iryō/1_1/1317.html)

受付 2022.7.6

## 熊本県

### 上天草市立上天草総合病院

●内科，外科，整形外科 若干名



診療科目：内科，精神科，代謝内科，呼吸器内科，消化器内科，循環器内科，アレルギー科，小児科，外科，整形外科，泌尿器科，肛門外科，産婦人科，眼科，耳鼻いんこう科，リハビリテーション科，放射線科，麻酔科，消化器外科，皮膚科，神経内科，腎臓内科，歯科，歯科口腔外科

病床数：195床

職員数：360名（うち常勤医師13名）

所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

連絡先：上天草市立上天草病院 事務部長 須崎

TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546

E-mail t.susaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

特記事項：上天草市は，熊本県の西部，有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し，ほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれている自然豊かな地域です。

当院は，「信頼される地域医療」を基本理念としており，看護学校，介護老人保健施設，訪問看護ステーション，居宅介護支援センター等を併設し，上天草地域包括ケアの中心的な役割を担っています。

現在，地域の医療ニーズに応えるため，急性期，回復期，慢性期の医療を行っていますが，医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡，また見学にいらしていただければと思います。何卒よろしくお願ひします。

<http://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2022.2.2

## 栃木県

### 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 若干名

**勤務先:** 保健所 (5カ所), 県庁

**連絡先:** 栃木県保健福祉部医療政策課

早川 (とちぎ地域医療支援センター専任医師)

〒320-8501 栃木県宇都宮市埜田1-1-20

TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131

E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

**PR事項:** 栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。

コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待たなしで求められています。

このような中、栃木県では、公衆衛生の理念を持ち、管理技術や地域分析・介入手法を学ぶ意欲があり、保健所や本庁などの行政機関に身を置いて地域の施策を支える公衆衛生医師への期待が高まっています。

現在、栃木県庁では常勤の公衆衛生医師が保健所5カ所に5人、本庁に2人の7人体制ですが、体制の強化充実を図るため、計画的な医師の採用と育成を予定しています。

これまでの経験が活躍へと結びつきやすいように、いずれの年代の入職でもモデルとなるキャリアパスやジョブローテーションを用意いたします。また、国での研修受講や、県内大学と連携し作成された社会医学系専門医プログラムを適用した履修も考慮されます。

問い合わせ、相談、見学など歓迎します。随時受け付けております。

募集の詳細については県ホームページをご参照ください。  
<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/work/shikaku/iryuu/1273123952513.html>

## 佐賀県

### 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 若干名

**勤務先:** 保健福祉事務所, 精神保健福祉センター,

療育支援センター, 本庁

**連絡先:** 佐賀県健康福祉部健康福祉政策課 古賀

〒840-8570 佐賀県佐賀市内1-1-59

TEL 0952-25-7052 FAX 0952-25-7268

E-mail kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp

**PR事項:** 佐賀県では、本庁や保健福祉事務所等で勤務する公衆衛生医師を募集しています。

県の公衆衛生医師は、県民の健康な生活を守るため、感染症対策、生活習慣病対策、精神保健や母子保健の推進、医療提供体制の整備、食品や環境に関する生活衛生など、幅広く県の保健・医療・福祉行政に携わります。

また、災害時には被災地で健康危機管理・公衆衛生学的支援を行うための派遣や、県職員の衛生管理を担う産業医をお願いする場合があります。

佐賀県職員として勤務している医師の説明や、本庁、保健福祉事務所等の見学も行っておりますので、まずは下記ホームページをご覧ください。

<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00387287/index.html>



## 熊本県

### 健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 4名

**勤務先:** 本庁, 保健所等

**連絡先:** 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 政策班 内村

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870

E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

**PR事項:** 熊本県では、保健所をはじめ、県庁健康福祉部などに勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。

公衆衛生医師の業務は、県民の生命や健康を守るために、がん・糖尿病などの予防、疾病対策や健康づくり、感染症対策などに関する施策の立案・実行など多岐にわたります。専門分野や保健所での勤務経験や知見の有無は問いません。臨床でのキャリアを公衆衛生で活かしてみませんか。

ご興味のある方、是非お問い合わせください。保健所見学も歓迎いたします。



<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>

## 鹿児島県

### くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 7名

**勤務先:** 保健所 (13カ所), 県庁

**連絡先:** 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 上園

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

TEL 099-286-2656 FAX 099-286-5550

E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

**PR事項:** あなたも自然豊かなかごしまで働いてみませんか。

鹿児島県では、保健所や県庁で勤務いただける公衆衛生医師を募集しています。

専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。

採用はご希望に合わせて随時行っております。

業務内容や給与・休暇等の諸制度など、お気軽にお問い合わせください。

県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お申し付けください。

詳しくは県のホームページ (QRコード) をご覧ください。



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

### 支部会日より

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名, 教室名
2. 科・教室紹介: 約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は, 苗字だけとし卒年度(〇年卒: 西暦)で統一願います。
3. 連絡先: 氏名(所属・肩書き), TEL, FAX, E-mailを記載してください。

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

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

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

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

## 6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

2)原稿は抄録、図表・図表の説明、文献を含めて14,500字(掲載時8ページ)以内とする。1ページは約1,800字に相当。図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)の

もので約380字に相当。

3)原稿の体裁：文字サイズは10.5～11ポイント。A4判白紙に(1行35字、1ページ30行程度)で印刷する。半角ひらがな、半角カタカナ、機種依存文字は使用しない。表紙を第1ページとしたページ番号を明記する(文献を除く)。「表紙」「抄録・キーワード」「本文」「図表」「参考文献」ごとに改ページする。

4)原稿の表記：原則として日本語とする。句読点として全角の「、」「カンマ」「ピリオド」を用いる。薬品は原則として商品名ではなく一般名とする。日本語化していない外国語、人名、地名、薬品名は原語のまま用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所て内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身\*)とする。(\*必要な場合のみ)

## 5)必要記載事項

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

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

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

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

## 6)図表

①図表は厳選し、本文中の記載よりも図表を用いた方が明らかに理解しやすくなる場合に限り使用する。

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

④他の論文等から引用する場合は、当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する。

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

#### 文献表記例

##### 【雑誌】

- 1) 山脇博士, 二神生爾, 坂本長逸, 他 : 日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016 ; 43 : 121-125.
- 2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

##### 【書籍】

- 3) 高橋三郎, 大野裕 監訳 : DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.
- 4) Jameson LJ, Fauci AS, Kasper DL, et al: Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition. McGraw-Hill, 2018.

##### 【ウェブサイト】

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

#### 8. 原稿の保存形式と必要書類について

- 1) 本文の保存形式 : 作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する。  
画像の保存形式 : JPEGかBMP形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。これらの画像等を組み込んで作成した図は、各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける。
- 2) 必要書類 : 掲載希望コーナー, 著者名と所属, 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋, および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書。

#### 9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

- 1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。
- 2) 原稿と必要書類は添付ファイルで送るか、容量が大きい場合には大容量データサーバを使う。

#### 10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

##### 【著作権】

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

##### 【転載・二次的利用について】

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

#### 11. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

#### 12. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先 :  
「月刊地域医学」編集委員会事務局  
E-mail [chiiki-igaku@jadecom.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.jp)  
〒102-0093  
東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階  
公益社団法人地域医療振興協会  
「月刊地域医学」編集委員会事務局  
TEL 03 - 5212 - 9152 FAX 03 - 5211 - 0515

#### 13. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当。投稿受理後は下記編集室より著者に、受理日, 受理番号をE-mailにて連絡。投稿後2週間経過後, 受理番号の連絡がない場合, 審査状況や原稿要領等の問い合わせは, 下記編集室あて。  
E-mail [chiiki-igaku@medcs.jp](mailto:chiiki-igaku@medcs.jp)  
〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷  
2丁目21-15 松濤第一ビル3階  
TEL 03 - 5790 - 9832  
FAX 03 - 5790 - 9645



## 月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.36 No.1~No.12

## 2022年 年間総目次

月号(頁)

## 年頭のご挨拶

|             |      |      |
|-------------|------|------|
| 令和4年 新年のご挨拶 | 吉新通康 | 1(2) |
|-------------|------|------|

## インタビュー

|   |       |          |
|---|-------|----------|
| JADECOMのこれからを見据えて                         | 吉新通康  | 1(4)     |
| 人を育てる病院でありたい                              | 川合耕治  | 2(98)    |
| 未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人を養成する大学として | 永井良三  | 3(190)   |
| 私の考える「地域医療学」とは、                           | 井上和男  | 4(276)   |
| 地域のお産は私が守る！                               | 安部 宏  | 5(350)   |
| 地域のニーズに応じて成長していくことが地域医療の原点                | 大本直樹  | 6(446)   |
| 自治医科大学における学生教育に携わって                       | 岡崎仁昭  | 7(534)   |
| 地域に合わせた、病院づくりを考える                         | 八木田一雄 | 8(616)   |
| 日本の診療看護師の草分けとして                           | 筑井菜々子 | 9(698)   |
| 日本専門医機構 新理事長に聞く                           | 渡辺 毅  | 10(780)  |
| 地域で働く女性医師として                              | 日野有美香 | 11(946)  |
| 総合救急診療と専門医療を両輪とする地域の病院として。                | 光定 誠  | 12(1050) |

## 特集

## ●持病がある児童への学校医の対応

|  |            |       |
|--|------------|-------|
| エディトリアル                                      | 宮本朋幸       | 1(14) |
| 腎臓：学校検尿異常者と夜尿症患者への対応                         | 大友義之       | 1(15) |
| 学校医に求められる小児循環器疾患に対する理解と対応                    | 北川篤史・平田陽一郎 | 1(20) |
| 糖尿病の児童・生徒の学校生活                               | 志賀健太郎      | 1(27) |
| アレルギー疾患(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー) - その注意すべき点 - | 高増哲也       | 1(32) |
| てんかんの持病がある児童への学校医の対応                         | 角 春賢       | 1(37) |

## ●とっさの時に困らない不整脈診療

|  |              |        |
|--|--------------|--------|
| エディトリアル  | 山田誠史         | 2(108) |
| 健診で不整脈があると言われて受診                               | 松野由紀彦        | 2(109) |
| 救急外来、もしくは病棟コールで遭遇する頻脈                          | 西成田 亮・荒尾憲司郎  | 2(116) |
| 脈が遅い、ふらつくという訴えで外来を受診 - 知って得する超高齢者徐脈あるある3パターン - | 辻 武志         | 2(123) |
| 心房細動   |              |        |
| ・レートコントロールとリズムコントロール                           | 堀井 学         | 2(128) |
| ・脳塞栓リスク評価と抗凝固療法の実践                             | 岩澤孝昌         | 2(132) |
| ・カテーテルアブレーション                                  | 安積佑太・牧原 優・ほか | 2(138) |

●もう一度勉強しよう 地域医療のための原発性アルドステロン症

|  |              |        |
|--|--------------|--------|
| エディトリアル                                      | 伊藤大輔         | 3(202) |
| 原発性アルドステロン症のスクリーニング方法と専門機関に紹介するタイミング         | 大村昌夫・中井一貴・ほか | 3(203) |
| 原発性アルドステロン症の診断                               | 吉田雄一・柴田洋孝    | 3(210) |
| 原発性アルドステロン症の診断のための画像検査 - 各種画像診断の有用性と副腎静脈採血 - | 赤松展彦・牧田幸三    | 3(216) |
| 原発性アルドステロン症の治療                               |              |        |
| ・副腎摘出術・副腎部分摘出術                               | 井上 淳・永田真樹    | 3(222) |
| ・ラジオ波焼灼術                                     | 小黒草太・高瀬 圭・ほか | 3(227) |

●性の多様性と医療 -地域医療の現場で知っておくこと, 留意すること-

|  |       |        |
|--|-------|--------|
| エディトリアル                                  | 伊藤雄二  | 4(288) |
| 性の多様性と医療のあり方                             | 西村真紀  | 4(289) |
| 地域医療におけるセクシュアルヘルスの重要性とセクシュアルヘルス委員会の役割    | 川島篤志  | 4(296) |
| プライマリ・ケアにおけるLGBTQsへの配慮と実践                | 坂井雄貴  | 4(302) |
| プライマリ・ケア現場からセクシュアル/リプロダクティブヘルス&ライツを盛り上げる | 池田裕美枝 | 4(307) |
| 包括的性教育と性の多様性 - プライマリ・ケアにおける包括的性教育のあり方 -  | 高村一紘  | 4(314) |

●日常診療シリーズ 眼科編 へき地診療所で眼を診る

|                                |       |        |
|--------------------------------|-------|--------|
| エディトリアル                        | 杉田義博  | 5(360) |
| 総論 身近に潜む眼疾患とその対応               | 高橋良太  | 5(361) |
| 屈折異常の最新トピックス                   | 粕谷友香  | 5(366) |
| 知っておくべき眼科救急疾患とその対応             | 長岡広祐  | 5(371) |
| へき地医療にも役立つ網膜疾患アップデート           | 新井悠介  | 5(376) |
| 白内障の基本と最近の話題                   | 坂本晋一  | 5(381) |
| 眼科医でなくても知っておくべき, 緑内障に関する3つの新常識 | 渡辺芽里  | 5(387) |
| AIによる眼科検診の始まり                  | 伊野田 悟 | 5(392) |

●医食同源 -地域医療で活躍する管理栄養士-

|  |      |        |
|--|------|--------|
| エディトリアル  | 中村正和 | 6(456) |
| 総論 地域医療における管理栄養士への期待と人材育成                        | 吉池信男 | 6(458) |
| 糖尿病患者の重症化を防ぐ - 糖尿病患者をエンパワーメントする「健康おたすけ隊」の取り組み -  | 坂本悦子 | 6(463) |
| 持続可能な給食・栄養管理への道 - 開院から新築移転までの10年間の軌跡とこれからの課題 -   | 廣瀬桂子 | 6(470) |
| 在宅療養者の栄養を守る - 地域の栄養支援と栄養連携に向けて -                 | 柳 真紀 | 6(476) |
| 自然に減塩できる環境を地域社会につくる - 東通村・台東病院における減塩のための食環境づくり - | 川畑輝子 | 6(482) |

●私たちの若手教育 -熱い若者, 集まれ!-

|            |      |        |
|------------|------|--------|
| エディトリアル    | 北村 聖 | 7(544) |
| 地域の診療所での指導 | 廣田俊夫 | 7(545) |



|   |  |         |
|---|--|---------|
| 大学病院での教育  | 志水太郎   | 7(550)  |
| 総合診療科のブランド戦略  | 高橋 潤   | 7(556)  |
| 地域で女性診療を学ぶ -ウィメンズヘルスケアはプライマリ・ケアである-                         | 伊藤雄二   | 7(562)  |
| 台東病院のポートフォリオカンファランス   | 大西弘高   | 7(569)  |
| 多職種で多職種を育てる: 私たちの考える育成法                                     | 玉井杏奈・呉 明愛・高橋麻衣子  | 7(576)  |
| <b>●総合診療専門医の現状と課題</b>                                       |  |         |
| エディトリアル   | 木下順二   | 8(626)  |
| 総論 専門医制度と総合診療専門医  | 北村 聖   | 8(627)  |
| 総合診療研修プログラムの運営・指導の実際と課題                                     | 井上陽介   | 8(633)  |
| 三位一体改革のなか, 病院総合医を考える  | 末永裕之   | 8(638)  |
| 地区医師会の立場から  | 和座一弘   | 8(643)  |
| 大学病院の中の総合診療科の立場から 自分も診てほしいと思える総合診療専門医育成を目指して<br>-その立ち上げと現状- | 西尾健治   | 8(649)  |
| <b>●身体を動かす -リハビリテーションアップデート-</b>                            |  |         |
| エディトリアル   | 田中 拓   | 9(708)  |
| 総論 リハビリテーションの歴史と変遷  | 緒方 徹   | 9(709)  |
| 在宅でのリハビリ, フレイル予防  | 山口 潔   | 9(714)  |
| 整形外科での健康運動指導  | 上本宗唯   | 9(720)  |
| 急性期リハビリテーション -集中治療室からの早期介入-                                 | 福島恭平   | 9(725)  |
| 回復期リハビリテーション病棟での取り組み -退院後も自分らしく活動的な生活を送るための支援-              | 有我知夏・楠本直紀・土倉 明   | 9(731)  |
| <b>●第15回へき地・地域医療学会</b>                                      |  |         |
| 会長兼理事長講演  | 吉新通康   | 10(791) |
| 大会長講演: 原発を抱えた村の総合医として歩いて                                    | 川原田 恒  | 10(793) |
| 招聘講演: 新型コロナ これまでとこれから                                       | 尾身 茂   | 10(797) |
| メインシンポジウム: 繋がる記憶, 広がる学び ~震災・コロナを越えて~                        | 吉田 徹・鈴木孝徳・日下勝博・<br>岡崎仁昭                                  | 10(801) |
| シンポジウム: 今, 地域医療学を考える  | 大本直樹・伊関友伸・松田晋哉・<br>山田隆司                                  | 10(811) |
| シンポジウム: 地域医療を担う“人”をいかに育成するか ~先人達の実践から~                      | 志賀 隆・四方 哲・中川貴史   | 10(824) |
| 一般演題  |  | 10(833) |
| 高久賞 候補演題: 私の地域医療  |  | 10(844) |
| 医学生セッション: Meet the Experts ~離島から海外まで・ゆりかごから墓場まで~            | 望月崇紘・加藤一朗  | 10(852) |
| 救急領域におけるPOCUSを学ぼう   | 本多英喜   | 10(855) |
| JADECOM-PBRN発足からの振り返りと今後の展望: Quality Improvementを中心に        | 望月崇紘・西村正大  | 10(858) |
| オンライン企画: 地域医療に貢献できる遠隔医療とは                                   | 山崎温詞・日下勝博・原田昌範   | 10(863) |
| オンライン企画: 医師から発信するワークライフバランス向上への取り組み                         | 山本さやか・叶城倫子・佐藤裕人  | 10(869) |
| オンライン企画: 地域で役立つ! 病状説明のハートとスキル                               | 天野雅之   | 10(876) |
| オンデマンド企画: 東日本大震災から11年 ~震災を越えて~                              | 安部 宏・菅野 武・石黒保直・<br>石川鎮清・古屋 聡/<br>鼎談: 齋藤 充・山田隆司・<br>折茂賢一郎 | 10(881) |

## ●鹿児島県の離島医療

|                        |      |          |
|------------------------|------|----------|
| エディトリアル                | 山田隆司 | 11 (956) |
| 総説 鹿児島県の離島医療           | 宇田英典 | 11 (957) |
| 鹿児島県の離島医療 - 県行政の立場から - | 中俣和幸 | 11 (965) |
| 離島の研修病院 - へき地中核病院として - | 森田喜紀 | 11 (970) |
| 外洋離島(三島・十島)医療へのチャレンジ   | 福留啓吾 | 11 (976) |
| 奄美の離島医療                | 加来利成 | 11 (982) |
| 甌島における長年の離島医療の経験から     | 鈴木 済 | 11 (987) |
| 離島医療が与えてくれた自由な生き方      | 松浦甲彰 | 11 (992) |

## ●離島・へき地における遠隔医療の未来を語る

|                                    |       |           |
|------------------------------------|-------|-----------|
| エディトリアル                            | 木下順二  | 12 (1060) |
| 離島・へき地に期待される遠隔医療の現状とこれから           | 原田昌範  | 12 (1061) |
| 離島・へき地に期待されるDX(デジタルトランスフォーメーション)   | 杉田義博  | 12 (1067) |
| 離島・へき地のオンライン診療のニーズに関する調査           | 古城隆雄  | 12 (1072) |
| 国内外の離島・へき地におけるオンライン診療の実際と国内実証の取り組み | 西村謙祐  | 12 (1077) |
| ポストコロナ時代の遠隔医療の可能性                  | 長谷川高志 | 12 (1084) |
| プライマリ・ケア領域におけるデジタルヘルスの活用のこれから      | 吉田 伸  | 12 (1089) |
| 離島・へき地に期待する遠隔医療とは                  | 長島公之  | 12 (1096) |

## 原著

|   |                             |                     |
|---|-----------------------------|---------------------|
| コロナ禍におけるオンライン「通いの場」導入支援のプログラム評価<br>診療所で働く歯科医師と医師の地理的偏在に関する研究<br>The geographical distribution of dentists and physicians working in clinics | 塩谷竜之介・井手一茂・ほか<br>設楽詠美子・下條信威 | 5 (396)<br>11 (998) |
| 平時からの信頼関係構築が災害発生後の地域包括ケアシステムの早期復興の鍵   | 津長雄太・杉本加代・ほか                | 12 (1100)           |

## 症例

|                                      |              |         |
|--------------------------------------|--------------|---------|
| 地域小規模病院で管理したSARS-CoV-2によるクルーズ症候群の小児例 | 玉井 資・拜郷敦彦・ほか | 3 (234) |
|--------------------------------------|--------------|---------|

## 活動報告

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| 鹿児島県十島村における、新型コロナウイルスmRNAワクチン一斉接種についての報告 | 豊留孝史郎・里園秀之・ほか | 1 (42)  |
| 対象診療圏の診療所医師のヒアリングから得た出石医療センターに求められる役割の検討 | 鈴木智大・西岡 顯・ほか  | 2 (144) |
| 山口県におけるへき地診療所看護師のオンラインミーティング(オンライン茶話会)   | 中嶋 裕          | 2 (150) |
| へき地診療所におけるナース・プラクティショナー外来の報告と考察          | 中嶋 裕・中山法子・ほか  | 3 (240) |
| 離島診療所における新型コロナウイルス感染症流行第6波への取り組み         | 村井達哉          | 6 (490) |

## 研究レポート

|   |              |        |
|---|--------------|--------|
| へき地拠点病院、およびその系列診療所の利用者を対象としたアンケート調査による<br>地域単位の健康関連ソーシャルキャピタル指標の測定と全国調査との比較 | 久田祥雄・杉岡 隆・ほか | 1 (48) |
|---|--------------|--------|

## 自由投稿

Research Methods for Creating the Discipline of Community Medicine Takahiko Nagamine 11 (1024)

## Look Think Act みんなの健康を、みんなで守る

## ヘルスプロモーション研究センター

フレイル予防セミナー「フレイル予防の新たな地域展開を目指して」開催報告  
川畑輝子・中村正和 11 (1008)

禁煙支援セミナー「禁煙支援の困りごと解決! スキルアップセミナー」開催報告  
阪本康子・川畑輝子・中村正和 12 (1110)

## Let's Try 医療安全

第99回 “情報共有”で研修医に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 1 (56)

第100回 “記録の不備”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 2 (154)

第101回 “施設・設備”の管理に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 3 (244)

第102回 MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 4 (320)

第103回 “観察不足”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 5 (406)

第104回 “他患者の病理検体の混入”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 6 (496)

第105回 “PTPシートの誤飲”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 7 (584)

第106回 腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 8 (656)

第107回 “画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 9 (738)

第108回 “抗リウマチ剤(メトトレキサート製剤)の過剰投与”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 10 (892)

第109回 “人工呼吸器の回路の接続外れ”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 11 (1012)

第110回 “患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を未然防止する!  
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策- 石川雅彦 12 (1114)

## ちよつと画像でCoffee Break

胸部X線画像診断㉒ 牧田幸三 1 (67)

胸部X線クイズ 伊藤大輔 2 (163)

胸部X線画像診断㉓ 牧田幸三 3 (253)

胸部X線画像診断㉔ 牧田幸三 5 (415)

胸部X線画像診断㉕ 牧田幸三 8 (665)

胸部X線画像クイズ 林 貴菜 9 (747)

胸部X線画像診断㉖ 牧田幸三 11 (1021)

胸部X線画像クイズ 林 貴菜 12 (1123)

## 報告

中国ブロック支部 中国ブロック福祉と医療を語る会 第5回研修会報告 村田 朱 6(504)

## JADECOM生涯教育e-Learning紹介

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| 日常診療に役立つ呼吸器外科疾患 前編              | 5(419)   |
| 日常診療に役立つ呼吸器外科疾患 後編              | 6(507)   |
| 子宮頸がんの予防 HPVワクチン 前編             | 9(751)   |
| 子宮頸がんの予防 HPVワクチン 後編             | 10(901)  |
| 公衆衛生としてのワクチンと検診 子宮頸がん予防の教訓から 前編 | 11(1027) |
| 公衆衛生としてのワクチンと検診 子宮頸がん予防の教訓から 後編 | 12(1127) |

## 離島交換日記

|                                |      |          |
|--------------------------------|------|----------|
| 明けましておめでとうございます                | 松元良宏 | 1(72)    |
| 今年もよろしくお祈りします                  | 本東達也 | 2(166)   |
| 一年間ありがとうございました。                | 松元良宏 | 3(256)   |
| 一年間ありがとうございました。                | 本東達也 | 4(330)   |
| 特別寄稿 松元先生、本東先生、初めまして。楽しく読んでます。 | 箕輪良行 | 5(420)   |
| 青い空、白い雲、今日も診療日和。               | 池上雄亮 | 6(508)   |
| 池上雄亮先生、はじめまして。                 | 濱平秀代 | 7(594)   |
| 島に来て変わったこと                     | 池上雄亮 | 8(670)   |
| 大きく変わった生活スタイル                  | 濱平秀代 | 9(752)   |
| 「修羅場」の経験                       | 池上雄亮 | 10(902)  |
| 島での診療だからこそ                     | 濱平秀代 | 11(1028) |
| 香川県？ 岡山県？                      | 池上雄亮 | 12(1128) |

## JADECOMアカデミー-NP・NDC研修センター

### 特定ケア看護師の挑戦

|                                 |       |          |
|---------------------------------|-------|----------|
| 特定ケア看護師としての活動とこれから              | 宮下夏奈  | 1(74)    |
| ここから、これから                       | 宮脇瑞枝  | 2(168)   |
| チーム医療で特定ケア看護師に求められる役割           | 上田匠哲  | 3(258)   |
| 特定行為にかかわる研修制度の修了生ではなく特定ケア看護師として | 佐藤美紀  | 4(332)   |
| 特定ケア看護師としての現在の活動、そしてこれから        | 佐々木知子 | 5(422)   |
| 総合診療科特定ケア看護師として                 | 宿谷謙太  | 6(510)   |
| 卒後研修を終えて                        | 瀬川啓史  | 7(596)   |
| 地域支援を通して学んだ特定ケア看護師のニーズ          | 山田大地  | 8(672)   |
| 診療看護師(NP)としての経験とGIM-NPについて      | 筑井菜々子 | 9(754)   |
| 特定ケア看護師は在宅医の役割をほぼできます           | 島崎亮司  | 10(904)  |
| 豊かな生活や人生を支援する                   | 細川信康  | 11(1030) |
| NDC研修センターの挑戦                    | 桐山真理子 | 12(1130) |

## 研修医日記

|                       |      |        |
|-----------------------|------|--------|
| 市立恵那病院での産婦人科研修        | 吉村 翼 | 1(76)  |
| 東京北医療センター 総合診療科で研修中です | 光本貴一 | 2(170) |
| 公立久米島病院での半年間の研修       | 馬場優里 | 3(260) |
| コロナ禍で高齢者を診る           | 野中沙織 | 4(334) |
| 1年間の研修を終えて            | 加藤 開 | 5(424) |

|                      |       |          |
|----------------------|-------|----------|
| 研修振り返り Part2         | 橋本 萌  | 6(512)   |
| 1ヵ月の休職期間を経て          | 綾香奈々  | 7(598)   |
| 研修振り返り               | 稲葉 新  | 8(674)   |
| ここまでの軌跡              | 川幡翔太郎 | 9(756)   |
| ベースゆっくり研修            | 須藤侑紀  | 10(906)  |
| “郷に入れば郷に従え”を実践しています！ | 前田 遥  | 11(1032) |
| 自分の目指す医療を探して         | 森本梨加  | 12(1132) |

## 書評

|                           |      |          |
|---------------------------|------|----------|
| 地域で実践するためのアドバンス・ケア・プランニング | 畑野秀樹 | 2 (173)  |
| 自治医大をもうひとつ創る              | 藤谷茂樹 | 10 (909) |

## 自治医大NOW

|  |  |          |
|--|--|----------|
| 医学部WEBオープンキャンパス開催／「第12回自治医科大学顧問指導・学外卒業指導委員合同会議」開催／「地域医療フォーラム2021」開催／第48回自治医科大学慰霊祭中止に伴う「慰霊式」および「遺骨返還式」執行／研究生の受入れについて／令和4年度後期研修・短期実習研修の受入れについて     |  | 1(80)    |
| 中村好一教授が2021年度「日本医師会医学賞」を受賞／令和3年度都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議について   |  | 2(175)   |
| 評議員会・理事会開催／自治医科大学卒業式挙行／令和4年度自治医科大学医学部入学試験結果について  |  | 5(426)   |
| 自治医科大学入学式挙行／第116回医師国家試験結果／医学部卒業生3名が第15回「地域医療貢献奨励賞」を受賞  |  | 6(514)   |
| 創立50周年記念モニュメントが完成  |  | 7(600)   |
| 自治医科大学 創立50周年記念式典挙行／記念植樹が行われました／理事会・評議員会開催／令和5年度大学院入学試験の実施について／スチューデントドクター認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式挙行／各講座等における義務年限終了卒業生の令和5年度採用計画について |  | 8(676)   |
| 令和4年度都道府県自治医科大学主管課長会議を開催／令和5年度自治医科大学医学部・看護学部入試 日程等が決定／モンゴル国立医科大学から学長ら3名が来学／令和4年度 学長・学生懇談会を開催   |  | 9(758)   |
| 第16回自治医科大学医学部広報フォーラム開催   |  | 10(910)  |
| 第20回自治医科大学シンポジウム開催／高校の進路指導教員向け大学説明会開催  |  | 12(1134) |

## 報告

|               |  |          |
|---------------|--|----------|
| 練馬光が丘病院 新病院開院 |  | 11(1036) |
|---------------|--|----------|

## 「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)                |
|       | 伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)                       |
|       | 北村 聖(地域医療振興協会 顧問)                       |
|       | 木下順二(地域医療振興協会 常務理事)                     |
|       | 崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)                |
|       | 菅波祐太(揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長)             |
|       | 杉田義博(日光市民病院 管理者)                        |
|       | 田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長)          |
|       | 中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)            |
|       | 野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長)             |
|       | 原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)            |
|       | 本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長)                  |
|       | 宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者) |
|       | 森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)                      |
|       | 山田誠史(市立恵那病院 副病院長)                       |

(50音順, 2022.4.1現在)

---

## 編集後記

師走となり、日々、寒さを感じる季節となりました。

今月号の本誌には、地域医療における新たな取り組みを含めた、さまざまな話題が掲載されています。

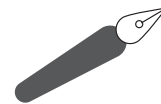
インタビューで語られていた、「総合救急診療と専門医療」ということに関する内容は、今後の地域医療の展開における重要なポイントであることと拝察いたしました。

特集は、「離島・へき地における遠隔医療の未来を語る」というテーマで、デジタルトランスフォーメーション、オンライン診療などを含めた、離島・へき地における遠隔医療の現状と課題について、具体的な取り組みや調査結果を踏まえた内容が展開され、さらに未来への展望を含めた内容が掲載されています。

「離島交換日記」では、特に搬送時における離島の地理的特殊性を踏まえた対応、および島内における外出時の工夫など、執筆者の先生が、離島の医療を担う立場ならではの対応が記載されています。

地域医療の現状と課題に向き合い、新たな情報を得て、さまざまな工夫をしながらトライアルを繰り返し、明るい未来を展望するプロセスが大切である、そのような印象を受けました。

石川雅彦



月刊地域医学 第36巻第12号(通巻434号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2022年12月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

# 地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えると、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

*Mission for Tomorrow*



9784909117663



1923047006004

ISBN978-4-909117-66-3  
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）