

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

4
2022
Vol.36-No.4

【特集】

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—

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

●インタビュー

「私の考える「地域医療学」とは。」

井上和男 帝京大学ちば総合医療センター 地域医療センター 教授



JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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。



「日常診療に役立つ呼吸器外科疾患」 [前編・後編]

前編・後編 3月1日配信 ▶

遠藤俊輔先生

自治医科大学附属さいたま医療センター センター長

呼吸器外科医で、現在さいたま医療センター センター長を務める遠藤俊輔先生が、呼吸器外科疾患のポイントについて、「陰圧」をキーワードにレクチャーしています。

前編では「気胸(原発性気胸・持続性気胸)」について、生理・解剖を基にその原理を解説。画像診断のピットフォールや注意すべき自然気胸、そして映像を用いて治療の様子を示しています。

後編では「喀血」の診断のポイントから気道出血の治療、気管支塞栓療法の実際について紹介しています。最後に、「縦隔気腫・炎症」について、構造生理学的特徴、成因について解説しています。

胸部疾患はいつ何時、致命的な状態になるかもしれない「羊の皮をかぶった狼」のような疾患であり、この3疾患については日常診療においてぜひ留意いただきたいと話を結んでいます。



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/>



月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.36—No.4(2022年)

目次

インタビュー

-
- 私の考える「地域医療学」とは、／井上和男 2

特集 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 14
 - 性の多様性と医療のあり方／西村真紀 15
 - 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 22
 - プライマリ・ケアにおけるLGBTQsへの配慮と実践／坂井雄貴 28
 - 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 33
 - 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 40

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 46

離島交換日記

-
- 一年間ありがとうございました。／本東達也 56

JADECOR-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

-
- 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 58

研修医日記

-
- コロナ禍で高齢者を診る／野中沙織 60

-
- お知らせ……………64
 - 求人病院紹介……………70
 - 投稿要領……………72
 - 編集後記……………巻末

INTERVIEW

帝京大学ちば総合医療センター
地域医療センター 教授
井上和男 先生



私の考える「地域医療学」とは。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

大学でプライマリ・ケアを教える

山田隆司(聞き手) 今日、帝京大学ちば総合医療センターに井上和男先生をお訪ねしました。まずは先生のご経歴を伺い、それからこの地域医療センターに教授として赴任されてからのこれまで、そして研究者として教育者としてご自身が今後やっていきたいことなどをお話しいただきたいと思います。

井上和男 私は自治医科大学、高知県出身の5期で1982年卒業です。高知県立中央病院で2年間の初期研修を受けそれから診療所へ赴任しましたが、義務年限を終えても診療所で勤務したいと思っていました。そこで、8年目の後期研修の時にニュージーランドとオーストラリアへ行きました。

山田 8年目にどうして海外へ行けたのですか。

井上 8年目か9年目に後期研修があって高知県も初期研修病院へ1年間行くのが一般的だったのですが、その頃日本にはプライマリ・ケアを専門とする家庭医を学べるところがなかったのです。だから海外へ行かせてくださいとお願いしました。高知県は県職員の人事ではなく市町村の職員という形だったので、1年間行かせてもらうことができました。

山田 費用はどうしたのですか。

井上 帰ってきたら義務年限が終わるまできちんとへき地で仕事をするという条件で、費用は自治医科大学出身医師を擁する市町村協議会が通常の給料を出してくれてそれで賄いました。帰っ

てきてからは、本川村国保診療所へ赴任しました。

山田 そこで義務年限が終了したわけですね。その後はどうされたのですか。

井上 義務年限終了後も4年ほど、同じ診療所で勤めました。そして母校の故五十嵐正紘先生の地域医療学教室に2年間行きました。あの頃は五十嵐教授の薫陶を直接受けた若手の医師たちが多く集っていて、一番盛り上がっていた頃でしたね。

山田 そうでしたね。先生はどうして自治医大地域医療学に行こうと考えたのですか。

井上 自分のやりたい研究があり、教員として戻って視野を広げたいと考えていたところ、講師(後に助教授)の奥野正孝先生に声をかけていただきました。

自治医大地域医療学に2年間いた後はまた地域医療に戻りたいと考えて、四万十川の中流の十和村(今は合併されて四万十町となった)で3年勤務して、その後高知市内の民間病院から内科の医師がいないので来てほしいと言われて、そこに2年行きました。その間もずっと一人で研究をしていたのですが、東京大学の公衆衛生学の小林廉毅教授が現場のデータを取りたいと、高知へ来られました。そのときにぜひ東大の公衆衛生学に来てほしいとの話をいただき、2003年に助教授として赴任しました。

山田 東大の公衆衛生学にはどのくらいいたのですか。

井上 2003年から2009年までの6年間です。

山田 それからこちらへいらしたわけですね。

井上 そうです。もうかれこれ13年になりますね。

帝京大学に限らず私学の医学生は開業医の子弟が多いのですが、大学の教員の多くは専門医なので、私にはプライマリ・ケアの教育が求め

られたのだと思います。加えて今、医学教育モデル・コア・カリキュラムでも地域医療教育の重要性が謳われています。実際帝京大学でも定員増を伴った地域枠ができました。現在、地域医学の講義も15コマありますし、通年で地域医療実習も行っています。

山田 医学生の早い時期にプライマリ・ケア、総合診療、地域医療の基盤となるマインドを学ぶことは重要ですが、当時大学でそれを理解しているところは少なかったと思うので、先生が着任されたのは斬新な取り組みだったのではないのでしょうか。

井上 私が思うには、例えば開業医の子弟なら親御さんの姿から学べると思われるかもしれませんが、やはり違うのですね。大学の6年間の学びの中で、プライマリ・ケアや地域医療がどういう位置づけであるかをしっかり教えないと、そこに価値を見出せなくなってしまいます。専門を持って地域で開業してやっていたらそれが「地域医療」だという勘違いが起きてしまいます。

山田 本当にそう思います。今、総合診療や地域医療といったことが後期研修の中で議論されていますが、本来そういったことは20代後半の専攻医が初めて学ぶことではないと思うのですね。病める人たちへの基本的な姿勢や地域の医師としての使命など、全ての医学生が学ぶべきことだと思います。先生は早くからそういったことに取り組まれたわけですね。

井上 内科実習の一環としてこの市原周辺の開業医の診療所での実習を始めたところ、診療所の指導医の先生から「遅刻してくる」「挨拶をしない」といった言葉が返ってくることもありました。そういったことも学生に教えなくてはいけないと考えるようになりました。そこで1年生に対



聞き手:地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

してプロフェッショナリズムという科目ができたときに、その中で地域医療をテーマとして、「医療とは」「医の心」「やるべきこと」といった話をしています。1年生でプロフェッショナリズムの講義の中で1～2コマ、3年生で地域医学の講義、そして5年生で先述の地域医療実習(1週間×2施設)を行っていますが、最初はヒョッコミみたいだった学生も視点がだんだんと変わるのでですね。6年間の学びの中で、1年生では医学に初めて触れ、3年生から臨床を学び、5年、6年で社会、そして自分が関わる患者さんの生

活に少しずつ関わるようになっていく。薬だけ処方すれば済むものではなく、この人は麻痺が残っていて、地域で暮らしたいけれど独居のため不安がある。経済的な問題もある。この人の問題点に対応するためには疾患だけでなく、生活を支えていくにはどうしたらいいか、そういう視点を持つことの重要性を講義や実習で教えています。

山田 今でこそ医学教育が臨床に傾き、態度や資質といった側面も重視されるようになってきたと思いますが、そうではない頃に、そういうカリキュラムを組むことに対して大学の中では抵抗はなかったですか。

井上 そういった視点が必要だと思いながらなかなか取り入れられない私学が多い中で、帝京大学では井上が来ることで、そういう部分に石を投げかけてくれるのではないかと考えたのではないかと思います。そうして徐々にカリキュラムにも変化が出てきたわけです。また地域枠の学生たちには地域で活躍してもらわなくてはならないので、ますます地域医療教育の体制が必要になってきたのです。

地域医療の学問性

山田 先生がこれまで培ってきた地域医療学とはどのようなものですか。例えば「地域医療学とはこういうものです」と学生に説明するとしたらどのように話しますか。

井上 「地域医療学」についてですが、大学にあるから地域医療「学」というわけではなく、地域医療には地域医療の学問性がある、そこに主題が

あります。それをきちんと学んでほしいと講義の中で話しています。もともとは五十嵐地域医療学で学んだことに、プラスαとしてその後の経歴の中で私が作ってきたものを付け加えています。

山田 先生が思う学問としての「地域医療学」で最もコアな部分、自分が一番大切だと考えている真



図 Ecology of Medical Care
(Number of persons experiencing illness or injury per month)
(White KL, et al: The Ecology of Medical Care. N Engl J Med 1961; 265:885-892. 井上が講義用に改変)

髓はなんですか？

井上 同じ疾患だとしても、地域と大学病院のよう
なところでは、求められる視点、学問性が違っ
てくるということです。例えば糖尿病を考えた
時、大学病院であれば合併症や失明の予防に重
点がおかれると思いますが、われわれ地域にお
いては生活習慣からの発症予防や維持といった
視点が入ってくるわけです。もちろん教科書に
は運動療法や食事が大事であると書いてありま
すが、入院中の管理ではなく、現場の地域の人々
の暮らしの中でどう実現していくかというところ
に手法の違いがある。それが地域医学の学問
性だと考えます。ベースにあるのはWhiteの図
ですよ。

それから、かつては糖尿病というと大学でも
内分泌学教室で診なければいけないという時代
がありました。今、これだけ人口構造、社会構
造が高齢化してきて、軽症から全ての糖尿病患
者を内分泌に任せていたらパンクしてしまいま

す。大学病院でさえ、自分の患者さんの健康問
題のベーシックなところは自分で診て、困った
ら専門医に相談するという流れになっていま
す。つまり大学病院でもある程度プライマリ・
ケアの視点を持って診られなくては駄目な
のです。それが大規模病院における総合医につな
がってきたのではないかと思います。

山田 総合診療や総合医が注目されるようになった
のは、専門診療科が分化される中で、まれで特
殊な疾患ばかりを診るのではなく、よくあるコ
モンな健康問題に幅広く対応できる医師の必要
性が認識されたからですよ。これまで臨床の
土台となる総合的なトレーニングが軽視されて
きた傾向は否めません。とかく専門性の志向が
強く初期研修でさえスペシャリティーを前倒し
にしようという流れがあるほどです。先生のご
指摘のように糖尿病の患者さんは日本に何百万
人といえるのだから、医者であつたら誰もがその
初期対応や一般的な処方が当たり前ができるよ

うな研修の仕組みにするのは、いわば当然だと思います。

井上 加えて高齢化の問題があります。みんなが大きい病院の専門医にかかるわけにはいかない。今後は在宅のニーズがさらに高まります。世の中がこれだけ変わっているのに、専門医を中心

とした医療提供側の体制は、それに適応するようには変わっていないのですよね。

山田 医療ニーズに合わせた医師育成になっていないというのが問題なのでしょうね。プライマリ・ケアに限らず臨床教育全体についてですが。

地域医療を伝えるための手法

山田 一方で地域医療というと、単に何でも診られるということだけではなく、本人の個性や家族、職場や地域などの背景を重視する。糖尿病の治療を考える際にも、薬を処方するだけではなく、その人の背景を踏まえ実際に行動変容を来す介入ができる。先生のお話のようにそれが地域の医師の強みだと思います。場合によっては地域ごとに健康学習などを提供するような公衆衛生的なアプローチなども行ったり、直接コミュニティに関与する、影響できる、それが地域医療の醍醐味だと思います。そういった価値観を若い研修医たちにどう伝えられるか。五十嵐先生はよく「地域に行かなくては駄目なんだ。ポーンと地域へ放り込めばその中で気がつく」とおっしゃっていました。地域医療をもっと力強くするためには、オーソライズすることも必要ですが、そういった手法についてももっと考えるべきではないかと思います。

井上 1年生のプロフェッショナルリズムで教えるのは、「疾患ではなく、人に寄り添う医療人」とい

うテーマです。五十嵐先生がおっしゃる「地域にポーンと放り込む」というのは重要ですが、学部教育の時点でそういう教育をしておかないと、いざ地域に出た時に受け入れることができず、無価値に思ったり拒絶感を持ってしまう。地域に出た時に、そういえば学部教育で、これは医師の仕事の重要な一面だということを学んだな、と思ってもらえないといけないと思っています。

山田 先生が言うように、何もしなして地域に出してそれがトラウマになってしまったというのでは話になりませんが、私が思うのは、同じ地域に1年目、2年目、3年目と継続して行ってみるのも価値があるかと。地元の看護師さんなどのスタッフ、あるいは地域の患者さんたちが学生を見守って育ててくれるという側面もあると思うのですね。だから、地域医療という視点からは地域のリソースを活かした卒前教育に力を入れても良いのではないかと思います。

臨床に基づく研究と現場に近い教育

山田 また「地域医療学」と言うのであれば、地域の医療面での課題などをもっと学問的に抽出してみる、例えば人口減少や医師の偏在、医療過疎といった問題もあるわけで、そういったことを地域医療学としてはどうとらえてどう改善できるのか。もう少し今日的な課題に対してダイナミックな視点があってもいいような気がしています。五十嵐先生はそういう先見性のある視点を持っておられたような気がします。五十嵐先生がもしご存命であれば、第二代の地域医療学、あるいはさらに新次元の地域医療学といったものが発展していたような気がします。だから、先生が大学で地域医療学を自分なりにどう捉えているのか、どう発展させようとしているのかを伺いたいです。

井上 私の場合、地域医療の研究はPractice based researchを提唱し、そして教育は現場実習を念頭に置いています。診療所クラスが一番モデルに近いので、そういったところで学んでもらう。私は学部の講義で自分の臨床経験を失敗例も含めて話します。例えば私が非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)を処方したところ潰瘍の穿孔から腹膜炎になってしまった症例などの画像も見せています。より良い教育には現場の臨場感(リアリティ)が必要なのです。私と同じような状況に君も陥ることがある。その時に君は何を考えるか? というようなリアリティ、そういうものが重要だと思います。

山田 なるほど。教育の面ではリアリティが大事だということ、もう一つはPractice basedの研究。日常臨床から出てくるリサーチクエストというのは実際の患者さんにフィードバックできて恩恵を受ける人たちも多い。本来の医学研究としていちばん重要な部分ではないかと思います。地域医療にとっては臨床に基づく研究と、リアリティに富んだ教育というのが重要だと先生は考えているのですね。

井上 先述の穿孔の症例についても、現場の状況(コンテキスト)を考えると、隣の村が急に無医村になってしまって受診できなくなった変形性膝関節症の高齢の患者さんが、家族に連れられて私の診療所を受診したというストーリーがあって、2週間ほどNSAIDsを処方していたところ、夜間、急に激痛が起きて救急往診をしたら穿孔だったのです。そういうリアリティ、時系列とか村の状況、患者さんの置かれた状況の中でどうしていくか。そういう地域における時系列を持った視点は、医療施設での展開が中心になる専門医診療にはないと思います。

これが私の教えている内容のコアなところです。「もし君がその立場にいたとしたら、この患者さんに対して何ができるか。単に診断をするだけ、救急に送るだけでは駄目で、退院後の生活も考える必要があります。では何が大事ですか?」という考え方をしていくことが重要だと説明すれば多くの学生も納得します。

地域自体をターゲットとする視点

井上 それから先生も久瀬村でそうであったと思いますが、地域では行政への働きかけも医者の仕事ですよ。病気のある患者さんがいて、治療を考えるだけではなく、例えば地域社会でこういうことができればいいのではといった提言を医師はできる立場にあります。学生にはそういうことも考えなさいと話します。「この患者さんは脳梗塞で本当は町の中心部にある病院を受診したいと思っているけど、タクシー代が1回1万円もかかる」と。「地域によっては福祉タクシーチケットというものも作っているし、例えばそういったものを自分から発案してもいいんじゃないか」と。「地域のことを把握して住民の代弁者になるところにも医者の仕事はあるよ」と。つまり中世中国の医学書「小品方」にある、小医は病を治し、中医は患者を治し、大医は社会を治す、といった視点を持つということです。状況(コンテキスト)に応じて病院や医療機関以外のところで、医師として自分が何ができるかということも地域医療学の講義の中で話す内容です。

山田 それは非常に重要な視点だと思います。先ほどの先生のお話にも、隣村が無医村になってしまった。そのためこちらの診療所で診ざるを得なかったという例がありましたが、ではそれぞれ地域の課題を少なくするにはどうすれば良いのか。例えば地域医療構想のようなことも視野に入れるのが地域医療学ではないかと私は思うのです。公衆衛生にもそういう部分はあると思うけど、多くの人を対象にしてプラクティカルに地域を変えていく。もちろん個に対してより質の高い医療を提供するということが大事で

すが、「地域医療学」というからには個を相手にする以上に地域を相手にしたパワーがあってほしい気がします。

井上 公衆衛生とどこが違うかというのも面白い議論ですね。もちろん中核的部分として公衆衛生と共通のものもあります。しかし公衆衛生は集団全体のアプローチを最後まで続けていきますが、地域医療学はそういう視点を持ちつつも個々の患者さんにどう適用できるかというところを活かしているところが違うのだと思います。

山田 その通りですね。でも、私としては個だけではなく、やはり家族であり、さらに地域を動かさないと最終的には地域医療というにはおこがましいのではないかと思うのです。だからそのためには地域、コミュニティを相手にした仕事を本当はしなくてはいけないと思うのです。そこに地域医療学がもう少しパワーを持って、いろいろな課題、医師不足や医療過疎、お産ができない、あるいはコロナの患者が受け入れてもらえない、といった課題に、しっかり貢献ができるような仕組みができていかないと、本当の地域医療学と言えないのではないかという気がします。

井上 臨床医は、大学病院の医師も例外ではなく、地域全体への視点を持たないと実は継続的なケアができない。大学病院で診ているときはいいけれど、退院後はどうするのか、ということになるわけです。これまで専門各科の若手医師は、それを自分が対処すべきこととして実感・学ぶ機会がなかなかなかったと思います。こうしたことは地域の現場でないと学べないので無理

からぬことです。でも治療の継続性は退院後も長きにわたるわけです。そういうことをもっと

強調していくべきではないかと思います。

地域医療を議論しよう

山田 私自身は地域医療の実践的なケースに興味があるのですが、でも一言で地域医療と言っても、実は幅広いスペクトラムがあって、それぞれの思いや手法、実践していることは違うと思います。これまで卒業生はへき地で体験してそれを礎にして自分なりの地域医療を展開したり、あるいは先生のように学問として教育や研究の分野で活躍したり、いろいろな形で地域医療として貢献してきたと思うのです。それをうまく体系化、集大成して、自治医大の卒業生がやってきた業績をしっかりとまとめたら、もっと分かりやすいものになるのではないかと思うのですね。これまでは個別の活動にとどまっていたと思いますが、これからは本来の地域医療というものをしっかりと体系づける作業をしてもいいのではないかと。特に先生は大学にいるのだから、地域医療の研究や教育が他の分野に比べてどうなのかという、優れているとすればどう優れているのかというようなことを力強く発信できると思います。そういう地域医療学を議論すべき時だと思っています。

井上 地域医療振興協会は定期的に学会を開催していますよね。そういう場で議論したらいかがでしょうか。

山田 今年の学会を準備する中で、そういう話になっています。1年でできる問題ではないので、継続的にそういうことを課題にすべきではない

かという意見が出されて、それは素晴らしいことだと感じました。全国各地で卒業生が長年地域に貢献してきた例は数多くあるのに、それが一つのその地域の成功例になっているだけで、ネットワークを使って他の地域での良い事例を生み出すことにつながっていない。それぞれの人がやってきたことはもちろん大きな意味があって、それぞれの業績は貴いのですが、それをさらに光るものにするためにもうひと努力が足りないのではないかという気がします。例えば卒業生がいる100カ所のへき地診療所をネットワークで結んだら質の高い共同研究がすぐにでもできると思う。そのためにも自治医大の卒業生という枠組みで地域医療を論じ続けることが大事ではないかと思うのですね。

井上 毎年、学会を開催しているのであれば、ある時には例えば地域医療の臨床的な立ち位置、どこに独自性があるのかといったテーマにしたり、ある時は研究に焦点を絞ったテーマにしたり、それに手をあげて発表してくれる人を募ってみるのもいいのではないかと思います。それらを積み重ねていってその内容を広く世の中に出していくのもいいのではないかと思います。

山田 本当ですね。何とかそういう場を作って、すそ野を広くして、ネットワークの輪を広げていけるといいのではないかと思います。

大変実のあるお話を伺ってきましたが、最後

に今地域で頑張っている若いドクターに、メールを送っていただけますか。

井上 私たちは最初は何の羅針盤もなく地域で経験してきて、それはそれで身になりましたが、やはりある程度自分の中に枠組みを持った上で、仕事をしてもらいたいと思います。どんな地域でも得られるものはとても多いので、その中で

得たものが後になって振り返ったときに、自分にとって大きな財産だなあと思える時が絶対に来ます。

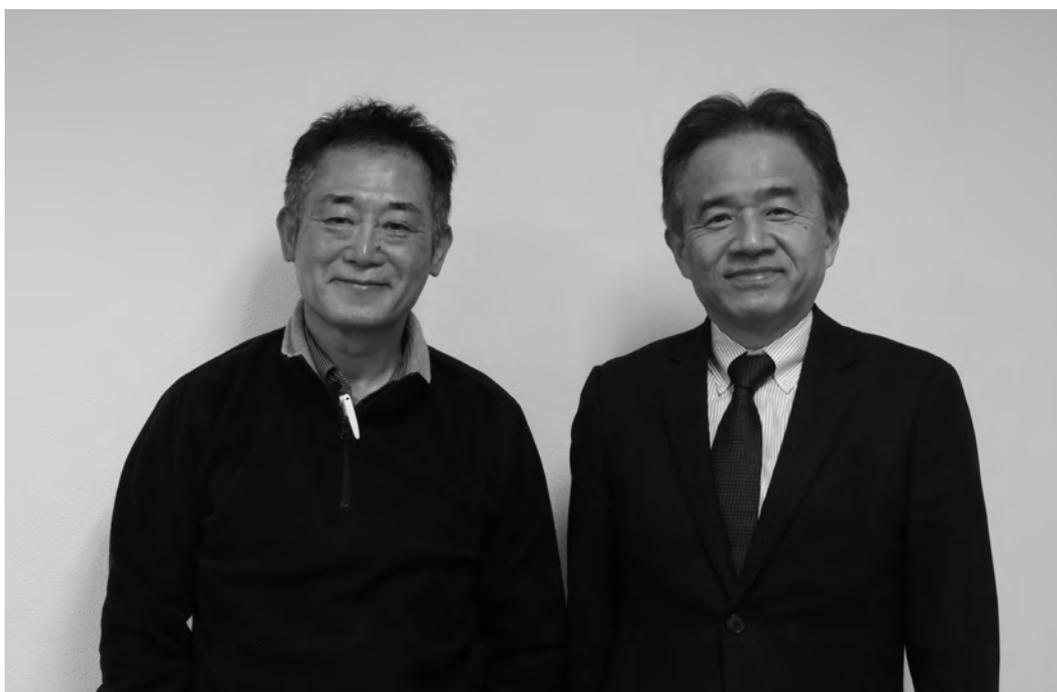
先生、臨床は楽しいですよ！

山田 楽しいですよ！ 楽しまないかね、へき地をね。
井上先生、今日はありがとうございました。

井上 和男(いのうえ かずお)先生 プロフィール

1982年自治医科大学卒業。高知県立中央病院にて初期研修。1984年より本山町立嶺北中央病院に勤務。国保大川村小松診療所長、国保土佐山へき地診療所長を経て、1989年Royal Australian College of General PractitionersにVisiting Fellowとして学ぶ。1990年本川村国保診療所長、1995年より自治医科大学医学部地域医療学教室に勤務。1997年十和村国保診療所所長、2000年医療法人治久会もみのき病院内科副院長、2003年東京大学大学院医学系研究科・医学部公衆衛生学准教授を経て、2009年帝京大学医学部教授として着任。

なお、本人作成のWebsite(www.chiikiiryō.jp)にて、地域医療教育と研究についての詳細な情報を提供している。



第35回「地域保健医療に関する研究」募集

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

研究助成賞

1. 研究対象分野

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

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2022年7月1日～2023年6月30日

4. 研究助成賞

最大 200万円

※候補が複数となった場合、総額200万円とし、複数に分配することがある。

費消できなかった助成金については返却を要するものとする。

5. 応募方法

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

6. 応募締切日

2022年4月30日(土)(当日消印有効)

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の決定時期

2022年6月

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

研究奨励賞

「月刊地域医学」において2021年度に発表された論文の中から3編を選考し、研究奨励賞として10万円を授与します。

●問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 研究所事務部

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

e-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

研究者を支援いたします

長年研究活動に従事した専門家らによる、研究活動への支援を得ることができます。

<支援内容>

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

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所
ヘルスプロモーション研究センター
E-mail:health-promotion@jadecom.jp

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—

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

特集

●エディトリアル

●性の多様性と医療のあり方

●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

●プライマリ・ケアにおけるLGBTQs への配慮と実践

●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

●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—

エディトリアル

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

多様性、特に性の多様性を認め、尊重しようとする活動が世界的に広まる中、地域医療の現場においてもさまざまな多様性に対応することが求められている。そもそもLGBTQs(Lesbian Gay Bisexual Transgender Questioning Queer)についても全く異なる性的指向と性自認を同じ括りにしていることで、その理解を困難にしているという指摘もあり、最近ではSOGI(Sexual Orientation and Gender Identity)という概念が一般的になりつつある。患者さんや住民のニーズを認め、対応することは地域医療の現場においても重要な課題であるが、そもそも性の多様性の内容さえ理解が進んでいない現状の中、地域の現場で医療を担うスタッフにおいても、正確な知識を知り、予防や医療を行う上でさまざまな多様性にどう向き合い、配慮すべきか、その必要性は高まっている。今回はこのようなニーズを反映して、プライマリ・ケア連合学会において女性医療・保健委員会からセクシュアルヘルス委員会と改組された委員会の新たな活動の方針とその取り組みを紹介いただくとともに、性の多様性という視点から、それぞれの立場で実践かつその普及に取り組んでいる方々に執筆していただいた。

今回のテーマのキーワードは、多様性、性的マイノリティ、LGBTQs、SRHR(Sexual and Reproductive Health and Rights; 性と生殖に関する健康と権利)、包括的性教育等であるが、私自身も含め、読者もそれぞれの用語を目にしたことはあっても、本来の意味や概念を理解する機会は少なく、さらにそれらについて日常的に留意していることはより少ないのではないだろうか。しかし、実際の医療現場ではこの問題が潜在的にあるにもかかわらず表面化していないだけかもしれない。したがって執筆者には、キーワードとなる用語の本来の意味とそれぞれのテーマの意義について、基本的な知識を総論的に述べていただくとともに、埋もれているニーズをどう掘り起こすか、例えば実際の症例や顕在化していない問題の事例、あるいは地域においてpitfallとなりがちな具体例などについても紹介していただいた。

地域医療の現場では、まだそれほど必要な知識ではないと思われるかもしれないが、実は患者さんが抱える悩みや問題に気づいていないだけかもしれないし、患者さんやその家族といった医療の対象者のみならず、読者の周囲にいる職員や地域住民にも性の多様性に悩み、苦しんでいる方がいると思われる。本企画が新たな気づきと少しずつでも多様性を認め合うための一助となることを願っている。

性の多様性と医療のあり方

日本プライマリ・ケア連合学会ダイバシティ推進委員会 委員長 西村真紀
川崎セツルメント診療所

POINT

- ① LGBTQs, SOGIについて知る
- ② なぜ性の多様性に留意する必要があるのか。LGBTQsの歴史とSDH, SDGsの視点から考える
- ③ 学会のSOGIアライ宣言と職場でのSOGIアライをすすめる

はじめに

まず著者が作成した架空の症例を提示する。

事例1

45歳、川崎A子さん。性自認は女性で外見(性表現)は女性である。戸籍、保険証では川崎A男という名前の男性である。30歳ごろから輸入した女性ホルモンを使っている。今日は風邪で近くの内科を受診した。最近乳房のしこりが気になってそれも相談したいと思っていた。受付で受け取った問診票には名前を川崎A子と記し、男女欄には女に○をした。保険証を提出すると、受付の人がじろじろと見て「お名前は川崎A男さんでよろしいですね。問診票の男に○をしてください。」と大きな声で言い、待合室の人からの視線が気になった。その後の診察やスタッフとのやりとりはとても事務的で風邪薬をもらったが、乳房のことを相談できなかった。

事例2

35歳、川崎B子さん。性自認は男性で、生物

学的、性表現、戸籍上は女性。性自認が女性で、生物学的、戸籍上女性のパートナーと暮らしている。性自認についてカミングアウトをしていない。内科を受診しCOVID-19と診断された。家族状況を聞かれた時、「二人暮らし」と答えたら「旦那さんは……」と話が続いたので「いいえ。友達と二人で暮らしています」と答えた。自分は治癒したが不幸にもパートナーがCOVID-19で入院となり、Web面会に病院へ行った時、「面会できるのは家族のみ」と言われ面会を断られた。

事例は筆者の創作ではあるが、このように医療機関においてさまざまなセクシュアリティを持つ人に対して配慮できていないことがあり、セクシュアルマイノリティの方にとっては受診のハードルが高く、心理的にも社会的にも権利が侵害され、健康に影響が及んでいることが実際に起こっている。セクシュアリティはSDH(健康の社会的決定要因)(後述)の一つであり、性の多様性に考慮した医療を行うことで健康格

差を是正することができる。また、セクシュアルマイノリティの人々には特有の健康問題があり、私たち医療者の知識不足を解消することで医療の質の改善が望まれる。

LGBTQsとSOGI

私たちはめったにセクシュアルマイノリティの人には出会っていないと感じているかもしれない。しかし、日本には2～9%の割合で存在しているといわれており^{1,2)}、かなりの幅があるがおそらく多くの読者の皆さんが毎日どこかで必ず会っていると考えられる。

セクシュアルマイノリティの話の前に、まず私たち全ての人にとってのセクシュアリティについて述べる。セクシュアリティには以下の4つの要素があると言われている。

1. 性自認(gender identity): 自分に対して認識している性
2. 性的指向(sexual orientation): 自分が恋愛・性愛感情を抱く性
3. 生物学的性(biological sex): ホルモンなどで規定される生物学的な性
4. 性表現(gender expression): 服装, 身なり, 振る舞いなどで表現される性

この4つは男女のどちらかではなく中間的だったりどちらかと言えば女性だったりグラデーションがあり、人生の中でも変わりうる。ご自身の過去や現在でどのあたりに位置するセクシュアリティなのか、あらためて考えてみると納得できるかもしれない。そして目に見えるセクシュアリティは4.の性表現のみであり、その他は他人からは分からない。他人が偏見と勝手な思い込みで他人のSOGIを決めつけることはあってはならない。1.と2.をあわせてSOGI(ソジ): Sexual Orientation and Gender Identityといい、全ての人がそれぞれのSOGIを持って多様である。しかし、多様性を認めない社会では3.の生物学的性と異なる性自認や2.で同性に対する性的指向を持つ方などが差別やハラスメントの対象になりやすい。

セクシュアルマイノリティは下記の頭文字をとってLGBTQsと分類されることが多い。

L(Lesbian・レズビアン): 性自認が女性で性的指向が女性の人

G(Gay・ゲイ): 性自認が男性で性的指向が男性の人

B(Bisexual・バイセクシュアル): 性的指向が男女両方の人

T(Transgender・トランスジェンダー): 性自認と出生時に割り当てられた性別が一致しない人

Q(Questioning・クエスチョニング): セクシュアリティを探求中、または決めつけたくない人

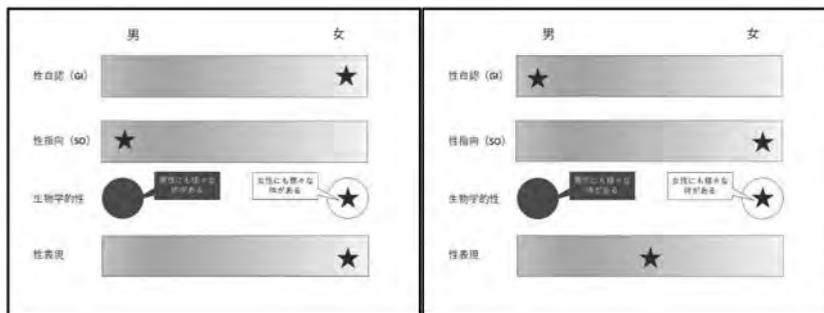
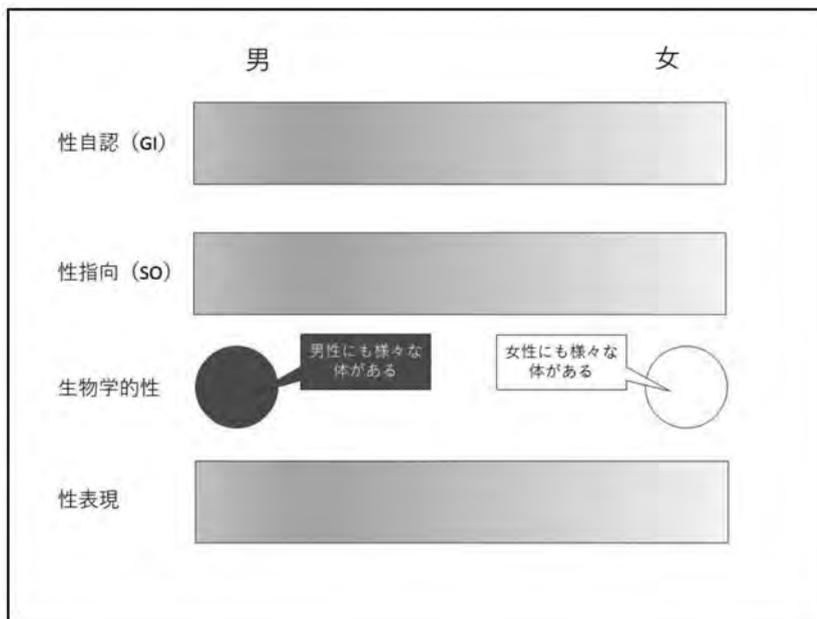
(Queer・クイア): セクシュアルマイノリティ全体を指す用語

図1にSOGIの概念をあらわした。LGBTQsのLGBは性的指向、Tは性自認に関する用語で特定のSOGIを持つセクシュアルマイノリティであるが、LGBTQs当事者だけでなく全ての人がある固有のSOGIを持っていてその組み合わせやグラデーションの程度は千差万別といえる。

日本では、2022年現在、法律上同性婚が認められていない。自治体によって独自にパートナーシップ制度を作っているが、子どもの親権や相続、配偶者控除などに異性婚と同等にはなっていない現状がある。2021年SOGIに基づく差別をなくすための法律制定が頓挫したことは記憶に新しい。法的な制度が整備されていない状況で社会的差別も大きい。

セクシュアルマイノリティと医療の歴史

セクシュアルマイノリティの人々は、歴史的には「変態」と称され、同性愛は犯罪とされていた。その後19世紀終わりにドイツのヒルシュフェルトが同性愛は病気であると提唱したことで、犯罪者ではないが病人と認識されるようになった。1970年代DSM-IIでは同性愛を精神疾患であると正式に定義した。同性愛は「性的指向障害」、「自我異質性同性愛」などと病名が変遷したが、ついに1987年にDSM-III-Rにおいて同性



例) 出生時に割当てられた性別は女性、性自認が女性で男性を好きな人

例) 出生時に割当てられた性別は女性、性自認が男性で女性を好きな人

図 1 さまざまな SOGI

[文献 3) を参考に筆者作成]

愛についての診断は削除された。また1990年にはWHOが同性愛を治療の対象としてはならないと決定した。トランスジェンダーは1980年のDSM-IIIでは「性同一性障害の性転換症」、2013年のDSM-5では「性別違和」という名称になっている。さらに2019年にはICD-11で「性別不合」の名称に変更された。

このような歴史の中で同性愛者を異性愛者へと治療する時代もあったが、その有効性は認められておらず、家族や本人からのニーズがあっても推奨されない。現在は自己決定を肯定し精神的にサポートする療法が主流である。日本ではトランスジェンダーで性別変更を望む人に対して条件を満たせば性別適合手術が保険適応となっているが、ホルモン療法は自費診療であり

経済的負担がとても大きく障壁になっている。性別変更を行うことで戸籍上の性別を変更できるがたいへん厳しい条件がある(表1)。

医療者がなぜ性の多様性に留意する必要があるのか

1. セクシュアリティは SDH (Social Determinants of Health: 健康の社会的決定要因) である

歴史で述べたように、セクシュアルマイノリティの人々は犯罪者と言われていた時代から今に至るまで、偏見と差別を受けてきた。人は自分と異なる集団を悪者にする事により自らの安心を得ようとする習性を持っている(例:コ

表1 性別変更の条件

| |
|---|
| <p>法律により以下の条件がそろえば家庭裁判所の審判で性別を変更できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2人以上の医師により、性同一性障害であることが診断されていること ・ 20歳以上であること ・ 現に未成年の子がいないこと ・ 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること ・ 他の性別の性器の部分に近似する外観を備えていること <p>性同一性障害者とは、法により「生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者」とされている。</p> |
|---|

コロナ禍でのコロナ患者探しや自粛警察)。そのような影響もあり、現代においてもセクシュアルマイノリティの人々をラベリングするスティグマ(烙印)が少なからず存在している。セクシュアルマイノリティの人々は偏見や差別を受けやすく、自らもセルフスティグマ(自分自身に対するスティグマ)により自己肯定感が低く、生きづらく孤立し、貧困に陥る人も多い。日高の日本の報告⁴⁾によるとセクシュアルマイノリティの人々はいじめの被害や不登校の経験率が高い。さらに、医療者などの社会の理解不足により適切な医療にアクセスできず診断、治療に影響がある。このようにセクシュアリティはSDHの一つであり、健康問題、健康格差を生み出す。私たち医療者はこのことに気づき医療につなげる必要がある。

またSDGsの基本精神である「誰一人置き去りにしない (leave no one left behind)」や、「3. 全ての人に健康と福祉を」、「5. ジェンダー平等」の実現のために、さらに33頁、40頁で取り上げられているSRHR (Sexual and Reproductive Health and Right: 性と生殖に関する健康と権利)を守るためにもセクシュアルマイノリティの人々の健康問題に取り組む必要がある。

セクシュアリティがSDHであることはさまざまな側面から明らかになっている。先出の事例にもあったようにセクシュアルマイノリティの人々にとって受診は敷居が高い。トランスジェンダーの人々は約半数が体調不良時に医療機関の受診をためらっており、不快な体験をしたという報告がある⁵⁾。

疾患との関係ではLGBTQsの人々はメンタルヘルスの疾患が多く、日本でも日高がスクリーニング調査で気分・不安障害の陽性率は58.6%にのぼったと報告している⁶⁾。性感染症、メンタルヘルス、アルコール依存症、薬物依存症、喫煙、低い子宮頸がん検診の受診率など、レズビアン・バイセクシュアル女性、ゲイ・バイセクシュアル男性、トランスジェンダーにはそれぞれの健康リスクがあり医療者は知識を持ち適切に介入していく必要がある。また他科への紹介時にはセクシュアリティに配慮をしてもらえよう伝える必要がある。詳しくは28頁(プライマリ・ケアにおけるLGBTQsへの配慮と実践)を参照してほしい。

また同性婚が認められていないため、医療機関では病状説明や意思決定、臨終のときに家族として同席できないなど、患者のサポートにも影響がある。

2. 特定の健康問題がある

トランスジェンダーの人の中で性自認と体との違和感が耐えがたく性別適合治療を望む人、第二性徴の苦痛などは専門家に紹介が必要である。社会的適合へのアドバイスや精神面でのケアなどプライマリ・ケア医ができることも多い。

SOGIアライ宣言

アライとは支援者のことで、SOGIアライはLGBTQsの人々の支援者であるというという意味である。筆者は日本プライマリ・ケア連合学

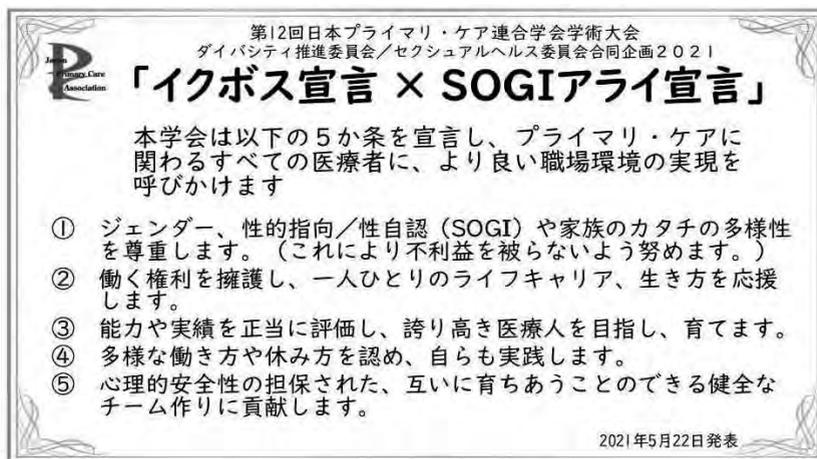


図2 日本プライマリ・ケア連合学会「イクボス宣言× SOGIアライ宣言」
<https://www.primarycare-wlb.com/>

会（以下 PC 連合学会）でダイバシティ推進委員会委員長を務めている。同委員会は 2021 年 5 月 22 日 第 12 回学術大会において、「『イクボス』『SOGIアライ』から始める真の機会均等～医療界のダイバシティ実現を目指して～」というシンポジウムを開催した。その中で PC 連合学会理事長 草場鉄周氏による「イクボス宣言× SOGIアライ宣言」が行われた（図2）。

「イクボス」とは、職場で共に働く部下・スタッフのワークライフバランス（仕事と生活の両立）を考え、その人のキャリアと人生を応援しながら、組織の業績も結果を出しつつ、自らも仕事と私生活を楽しむことができる上司（経営者・管理職）のことを指す⁷⁾。2014 年 2 月 NPO 法人ファザリング・ジャパンにより管理職育成事業「イクボス・プロジェクト」が発足された⁸⁾。「イクボス宣言」とは、このイクボス・プロジェクトの一環としての取り組みの一つであり、組織のリーダーがまずはイクボスとなり、組織としてもイクボスの育成に取り組むことをそれぞれの言葉で公式に表明することを指す。

このようにイクボスは多様な人材が多様な働き方をすることを推進し自ら実行する職業人であるが、働き方改革においては「男女共同参画推進」が主要な位置を占めてきた。しかし男女共同という考え方から周縁化されてきたセクシュアルマイノリティの方々も含め

た全ての人が差別なく生き生きと働く環境を作ることで、SDGs で挙げられている「誰のことも置き去りにしない」社会を目指すことが重要と考えた。そこで PC 連合学会では育児・介護という切り口から始まったイクボス宣言と全ての人を包括する概念である SOGIアライ宣言を同時に行った。

プライマリ・ケアの現場でできること

まずはセクシュアルマイノリティの人々が安心して受診できる医療機関となろう。SOGIアライをそれぞれの医療機関で実践するためには、院内での学習会やスタッフ教育、そして院内のさまざまなシステム改善を行う必要がある。SOGIアライであることを来院者にすぐ分かるように伝えるために、性の多様性のシンボルである 6 色のレインボーフラッグを立てたり（写真1）、アライバッジを胸に付けるのが有効である（写真2）。表2にLGBTQsの人々にやさしい医療機関づくりをまとめた。

また、セクシュアルマイノリティの人々に特有な健康問題の相談に乗り、場合によっては専門家との連携が必要であることは先述のとおりである。

医療の対象者を中心に話を進めてきたが、最初に述べたように 2～9% ぐらいの割合でセ



写真1 筆者の勤務先の受付



写真2 アライバッジ：にじいろドクターズ製作

表2 LGBTQsの人々にやさしい医療機関づくり

| |
|--|
| <p>医療機関の構造</p> <ul style="list-style-type: none"> ・LGBTQsの人々をアライしていることが伝わるようレインボーフラッグを掲示し、レインボーグッズを身につける ・誰でもトイレを設置する ・あらゆる場所でプライバシーに配慮した構造とする ・LGBTQsに関するポスターやパンフレット、書籍を置く ・問診票で不必要な性別欄をなくす ・トランスジェンダーの人々の希望する通称名につき本人の了承を得られればカルテで情報共有する |
| <p>医療機関の指針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設としてSOGIアライ宣言をする ・面会や病状説明に戸籍上の制約を設けない ・守秘義務を遵守する |
| <p>職員教育</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SOGIアライである立場を常に意識する ・LGBTQsに関する学習を通して自身の差別的な意識を認識し克服するよう努める ・適切な言葉遣いをする（「旦那さん」「奥さん」「彼氏」など推測しない） ・LGBTQsに関連する健康問題を学習する ・自施設以外のサポート団体を把握し情報提供する |

〔文献9〕を参考に著者が作成

クシアルマイノリティの人々がいるということから、職場が働きやすい環境なのか今一度確認してほしい。職員の無意識な言動などステイグマはないか、雇用時に差別はないか、職場はセクシュアルマイノリティの労働者が心地よく働ける環境かなど、見直していく必要がある。患者さんに対しても同僚に対してもSOGIアライを目指す。

SOGIアライに取り組むたくても自施設には仲間がいない、どこからどのように始めればいいのか悩まれる方も多いだろう。下記のような

団体は参考になると思われる。

・一般社団法人にじいろドクターズ <https://www.nijiroadctors.com>：医療関係者がLGBTQsについて正しく学ぶ機会を提供し、サポート事業を展開している。本特集ご執筆の坂井雄貴先生が代表理事

・虹色ダイバーシティ <https://nijiroadiversity.jp>：LGBT 職場環境改善のため研究、研修会等開催している

・NPO 法人 QWRC くおーく <https://qwrc.jimdofree.com/>：LGBT に関する冊子を作

成 冊子「LGBTと医療福祉」<http://qwrc.org/2016iryofukushicmyk.pdf>

謝辞

本稿の執筆にあたり、にじいろドクターズの坂井雄貴氏、金久保祐介氏、吉田絵理子氏には資料提供や助言などご協力をいただきました。心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 名古屋市総務局総合調整部男女平等参画推進室「性別にかかわる市民意識調査」平成30年12月：<https://www.city.nagoya.jp/sportsshimin/cmsfiles/contents/0000112/112536/30hokokusho.pdf>(accessed 2022 Feb 4)
- 2) 電通ダイバーシティ・ラボによるLGBTQ+調査2020：<https://>

www.dentsu.co.jp/news/release/2021/0408-010364.html (accessed 2022 Feb 4)

- 3) 吉田絵理子：医療者が知っておくべきLGBTQsの知識。医学界新聞2019.10.14, 医学書院。 https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2019/PA03342_03(accessed 2022 Feb 4)
- 4) 日高庸晴：LGBT当事者の意識調査 ～いじめ問題と職場環境等の課題～。 https://health-issue.jp/reach_online2016_report.pdf (accessed 2022 Feb 4)
- 5) TRanS 名古屋市立大学大学院看護学研究科国際保健看護学：GID/GD/トランスジェンダー当事者の医療アクセスの現状。：<https://teamrans.jp/pdf/tg-gid-tg-research-2020.pdf>(accessed 2022 Feb 4)
- 6) 日高庸晴：LGBTの健康課題(1)メンタルヘルスと受診状況。治療2020；102(10)：1272-1780。
- 7) 安藤哲也。育児とは期間限定の“プロジェクトX”である：ファザーリング・ジャパン代表が語る「イクボス」で目指す社会。東京：ログミー株式会社；9 September 2020。：<https://logmi.jp/business/articles/323432>(accessed 2022 Feb 4)
- 8) NPO法人ファザーリング・ジャパン。「イクボス」の発祥・経緯について。イクボスドットコム。東京：NPO法人ファザーリング・ジャパン；<https://ikuboss.com/ikuboss-origine.html>(accessed 2022 Feb 4)
- 9) LGBTフレンドリーな医療機関となるための工夫」金久保祐介：医療一般：病院・診療所単位で取り組むべきこと。治療2020；102(7)：908-912。

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

プライマリ・ケア連合学会セクシュアルヘルス委員会 委員長 川島篤志
福知山市民病院総合内科 医長

POINT

- ① 「全ての人々がそれぞれの性に応じて生涯にわたり健康な生活を送ることができる」ためにはどうするか考えよう
- ② 上記についてプライマリ・ケアの実践を支援するためのチームとして、JP
CAセクシュアルヘルス委員会が設立した
- ③ 「女性/妊婦/お母さんに優しい医師/医療機関になるためのジェネラリストの
手はじめ12カ条」を掲示するところから始めませんか？

特集

はじめに

今回、「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 -」という特集において、「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」という項目を、日本プライマリ・ケア連合学会（以下、JPCA: Japan Primary Care Association）のセクシュアルヘルス委員会 委員長として執筆する貴重な機会を得た。まず、前置きとしていくつか書いておきたい。

セクシュアルヘルス委員会は2020年度の委員会再編時にできた新しい委員会である。本特集の責任編集の伊藤雄二先生をはじめ、他の執筆者の方も現委員会メンバーであり、その前身のJPCA 女性医療・保健委員会、通称 チームPCOG (Primary Care Obstetrics and Gynecology) のメンバーでもある。

一方、委員長である自分自身は、病院総合医や身体診察・臨床推論、高齢者診療などが得意

分野である (JPCA 病院総合医委員会・同高齢者診療委員会の副委員長をしている)。

現在のJPCA ダイバシティ推進委員会の前身の同男女共同参画委員会のメンバーであったり、診療分野として「女性医療」などにも興味をもって勉強会に参加したりしていたが、他の委員の方とは違って、セクシュアルヘルス領域の一人者どころか、興味をもっている初学者というレベルである。

セクシュアルヘルス委員会の前身である女性医療・保健委員会の委員長であった井上真智子先生がJPCA副理事として他領域の統括をされることになり、川島に声がかかったという経緯がある。この領域について分かっていないが、日常臨床の中で、この領域のことを知りたい・学びたいと思っている一医療者であることによって、何が分からないのか、どうしたらいいのか、という解決に少しでもつながればと思って、委員長を引き受けた。

前置きが長くなったが、JPCAセクシュアル

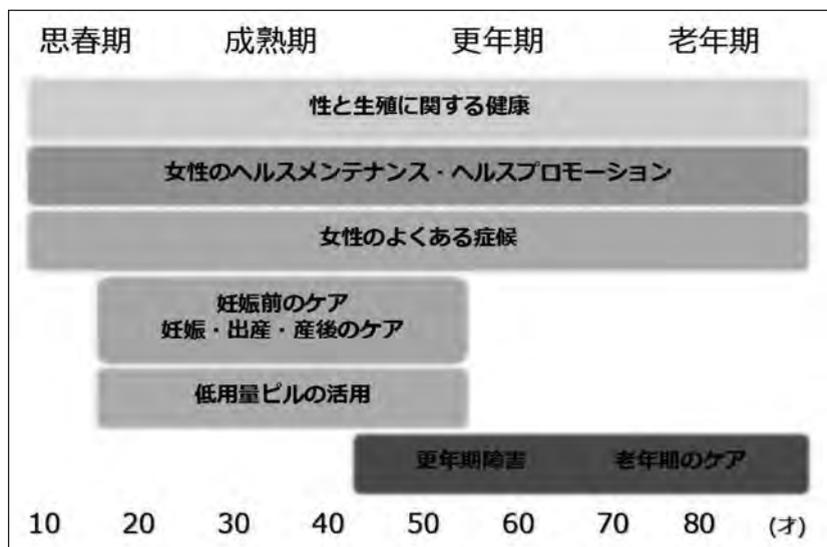


図1 ライフステージごとの健康問題・ニーズ²⁾

ヘルス委員会の設立の経緯と活動、今後の展望などを紹介させていただく。

女性医療・保健委員会、通称 チームPCOG、そしてセクシュアルヘルス委員会設立の経緯

1. チームPCOGの誕生

前述のように女性医療・保健委員会、通称チームPCOGが前身になる。JPCA会員の方であれば、チームPCOGのホームページ画面¹⁾を見たことがある方も多いかもしれない。

この委員会の歴史は、2014年に金沢で開催された「プライマリ・ケアの明日を探る特別フォーラム」に遡ると聞いている。このフォーラムのタイトルが、「今後50年のウイメンズヘルスケアを考える —プライマリ・ケア医と産婦人科医の連携について—」であり、セッションの1つにPCOG (Primary Care Obstetrics and Gynecology)があり、そこでのテーマが「ウイメンズヘルスのケアプロバイダー育成について」であった。その後、JPCAの当時の理事長 丸山泉先生からのプロジェクト企画として、また生涯学習委員会から重点項目として、ウイメンズヘルスに関するチームの必要性が検討され、女性医療・保健委員会(通称 チームPCOG)が誕生したという経緯がある。

チームPCOGの活動目標として、「女性が生涯

を通して健康な生活を送ることを支援するため、プライマリ・ケア医と産婦人科医が協力して活動するチーム」として、次の3つの目標を挙げていた¹⁾。

1. プライマリ・ケアにおける女性の包括的・継続的ケアを推進する
2. プライマリ・ケア医と産婦人科医が連携するためのプラットフォームとなる
3. 女性の健康な生活を支援する医療者の育成とアドボカシーを行う

読者にとって、女性における健康問題・ニーズは日常診療の中で、どのように捉えられるだろうか？

図1のように、各ステージのニーズに応じて女性の健康を支援することを意識し、すべての女性に対してヘルスマネジメント・症候への対応・ケアできれば理想的だと思う。表1も参考にしていただきたい。

2. プライマリ・ケアの担い手として

このような問題に対して、プライマリ・ケアを担う医療者はどのように対応すればよいだろうか。2017年のJPCA学術大会の委員会企画であるシンポジウム「女性診療の実践および研修—どうスキルアップするか—」では、「産婦人科に任せておけばよい」「必要がない」「ニーズがない」「スキルの習得が困難」という意見に対し、

表1 総合診療・家庭医療研修におけるセクシュアルヘルス³⁾

| |
|---|
| <p>I. 一般的な症候および疾患への評価および治療に必要な診察および検査・治療手技</p> <p>(ア) 身体診察：成人患者への身体診察（直腸，前立腺，男性・女性性器，鼠径，乳房，筋骨格系，神経系，皮膚を含む）を実施できる</p> <p>(イ) 実施すべき手技：子宮頸部スメア</p> <p>(オ) 薬物治療：<u>⑥女性ホルモン製剤を適切に処方できる（ホルモン補充療法，低用量ピル（OC/LEP），月経移動，緊急避妊）</u></p> <p>II. 一般的な症候への適切な対応と問題解決</p> <p>肛門・会陰部痛，排尿障害（尿失禁・排尿困難），女性特有の訴え・症状，妊婦の訴え・症状</p> <p>III. 一般的な疾患・暴対に対する適切なマネジメント</p> <p>(9) 妊娠分娩と生殖器疾患</p> <p>[1] 妊娠分娩（妊娠の診断，正常妊娠，流産，早産，正常分娩，産科出血，産褥）</p> <p>[2] 妊婦・授乳婦・褥婦のケア〔妊婦・授乳婦への投薬，<u>内科合併症（甲状腺疾患，高血圧，糖尿病），乳腺炎，産後ケア，母乳育児支援</u>〕</p> <p>[3] 女性生殖器およびその関連疾患（<u>月経困難症／月経前症候群／月経周期異常〔無月経を含む〕／不正性器出血／更年期障害／外陰・陰・骨盤内感染症／萎縮性陰炎／骨盤臓器脱／婦人科腫瘍／乳腺腫瘍</u>）</p> <p>[4] 周産期メンタルヘルス</p> <p>[5] 男性生殖器疾患（前立腺疾患，勃起障害）</p> <p>[6] 性の多様性に関する健康問題</p> <p>(14) 感染症：ウイルス感染症（HIV），細菌感染症（クラミジア），<u>性感染症</u></p> <p>V. 保健事業・予防医療</p> <p>・<u>性に関する健康（性感染症予防，性教育，プレコンセプションケア，避妊カウンセリング，家族計画）</u></p> <p>VII. 社会的問題</p> <p>・<u>問題の発見・認識と対応（貧困，虐待，DV，孤立，引きこもり）</u></p> |
|---|

※ 下線部は新・家庭医専門研修のみ

表2 研究・発表の題名¹⁾

| |
|---|
| <p>ウィメンズヘルスにおける家庭医の存在意義</p> <p>家庭医が考えるお産の未来</p> <p>明日から実践できるOC/LEP処方</p> <p>プライマリ・ケア医のウィメンズヘルスケア研修に関する実態と意識調査</p> <p>PCOGの活動</p> <p>「しまのうまれる」を考える</p> <p>分娩を扱う家庭医の実践</p> <p>都市部，医療資源のある地域での実践例</p> <p>産婦人科医が困っていること</p> |
|---|

「産婦人科と協働して実践しなければ真の需要を充足不能」「真のニーズは，発掘しなければ出てこない」「生涯教育システムは構築可能」ではないかという議論になった。

そのために委員会として，学術大会やセミナーでの企画，スキルアップのための講習会（ブートキャンプ）や，プライマリ・ケア医と産婦人科医の協働の場としてのPCOGフォーラム，そして女性診療に関する知見の集積と発信としてのリサーチを行ってきた。また，ホームペー

ジやFacebookでの教育コンテンツ掲載や情報発信，Off the Job Trainingの1つであるALSO（Advanced Life Support in Obstetrics）受講の奨励，産婦人科領域の研修可能な医療機関の情報収集，および紹介ページ掲載，JPCA学会員に送付される実践誌への連載などを行ってきた（表2）。詳細はぜひホームページ¹⁾をチェックしていただきたい。

個人的には上記ホームページからPDFダウンロード可能な「女性/妊婦/お母さんに優しい医

表3 女性／妊婦／お母さんに優しい医師／医療機関になるためのジェネラリストの手はじめ12カ条

| |
|---|
| 1. 女性／妊婦／お母さんに優しい医師／医療機関であることをアピールしよう |
| 2. 女性が妊娠中、授乳中でもコモンプロブレム、コモンディジーズの診療、よろず相談は引き受けよう (妊娠中、授乳中を理由に断らない) |
| 3. 処方、治療時に安易に「授乳をやめて」といわない診療をしよう |
| 4. 薬と授乳、妊娠と薬などの資料が簡単にアクセスできるようにしよう |
| 5. 妊娠可能年齢女性の診療時(とくに処方時)には妊娠の可能性、育児希望を必ず考慮しよう → 育児希望あり ⇒ 薬酸、風疹予防接種、タイミング指導など → 育児希望なし ⇒ 避妊指導 |
| 6. 月経についてこちらから積極的に尋ね、更年期障害、月経困難症、避妊の診療ができるようにしておこう |
| 7. 妊娠検査、クラミジア検査のできる体制整備をしよう |
| 8. 帯下、尿失禁、骨盤臓器脱の相談ができるようにしておこう(在宅診療においても) |
| 9. 女性の心理社会的な問題も常に念頭に診療を行おう(うつ、不安、経済的問題、DV、虐待など) |
| 10. 女性に優しい連携先のリストをつくって把握し、顔の見える関係づくりをしておこう (内科、福祉、行政、産婦人科医、領域別専門医など) |
| 11. 地域で女性の健康に関する啓発をしよう(子宮頸がん、乳がん、大腸がん検診の受診率の把握、受診推奨、HPV ワクチンに関する啓発、情報提供(個別診療、地域健康教育)など) |
| 12. 地域での命の教育、性教育に関与しよう(立候補しよう) |

師/医療機関になるためのジェネラリストの手はじめ12カ条」というプロダクト⁴⁾(表3)を各医療機関で掲示するだけでも大きな前進になると思う。これらの解説も含めて、ホームページのデータベースから見るができる。

3. 専門医制度の開始と委員会再編

そのような中で少し変化があった。2018年度から始まった専門医制度の中で、JPCA認定の新・家庭医療専門医制度が始まりました。この学会認定の専門医制度であるが、WONCA(the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)の国際認証も受けている中で、ウィメンズヘルスの領域の強化を求められており、産婦人科研修を受けてない方に対しては、Off the Job Trainingが必須となった。

また2018年度から始まった総合診療専門医制度、2020年から始まった新・家庭医療研修における学習項目の中では、女性に関連する健康問題だけではなく、男性や性の多様性に関する健康問題も取り上げられている(表1は新・家庭医療専門医制度³⁾より)。

さて、セクシュアルヘルスとは、WHOの定義では、「身体、感情、精神、社会的に良好な状

態がセクシュアリティにおいて実現できていること⁵⁾を指している。そういった中、女性医療での取り組みと同じように医療者が気づいていない、男性やLGBTQsを含めた性にまつわる健康問題やニーズがあるのではないか、ジェンダーの視点をもった医療従事者が傍らにいないことを実践できないか、ということ議論して、委員会再編に併せて、委員会名変更も含めて検討をした。

当委員会のビジョンとしては、『「全ての人がそれぞれの性に応じて生涯にわたり健康な生活を送ることができる」を実現するために、プライマリ・ケアの実践を支援するチームとなる』であり、その実現に向けて動いている。

4. 現在のセクシュアルヘルス委員会の目標

本特集で述べられる、性の多様性を含めたダイバシティと医療のあり方、LGBTQs・SOGI(Sexual Orientation and Gender Identity)、SRHR(Sexual and Reproductive Health and Rights: 性と生殖に関する健康と権利)、包括的性教育、また性差医療などという言葉は、聞きしたことはあっても、本来の意味や概念はどこまで理解されているかどうか、という問題があるように思う。何気ない医療従事者の一言で傷つく方もおられるので、日常診療の中で常時

表4 【参考】セクシュアルヘルス領域の健康諸問題と対応するJPCA委員会

| | | |
|------------------|---|-----------------|
| LGBTQs の方の健康格差問題 | → | 健康の社会的決定要因検討委員会 |
| HPV ワクチンの問題 | → | 予防医療・健康増進委員会 |

*ダイバシティ推進委員会とは連携をとっており、重なっている部分もあるが、「JPCAにおいて、属性に関わらず誰もが健やかにキャリアを築いていける体制を整え、多様な価値観が学会活動に反映される仕組みを推進している」という委員会である。

意識していない多様な性に関する表現の整理は重要だと思う。

委員会として、専門医制度におけるセクシュアルヘルス領域にも関わっており、前述のOff the Job Training動画作成や専門医試験関連、基本研修ハンドブックでの執筆など多岐にわたって、多くの委員の先生方が頑張ってくれている。

当委員会からの情報発信であるが、チームPCOGとして、ホームページやFacebookを運営してきた。ご存知の方もいると思うが、JPCAの広報委員会の尽力によって「もっと、プライマリ・ケア」という新しいホームページ⁶⁾が作成された。JPCA広報チームと連携して、過去のプロダクト(JPCAに実践誌の連載掲載やチームPCOGホームページ/Facebookのコンテンツ)を分かりやすい形で届けることができればよいと思っている。本誌の読者にもぜひ利用していただき、かつ他の仲間にも広げていただければ幸いです。

Off the Job Trainingの1つであるALSOプロバイダコース⁷⁾は、コロナ禍において対人コース開催について検討を重ね、2022年2月にはハイブリッドコースが開催された。関わられていた関係者の方の苦労は大変だったと思うが、ALSOはチームPCOGの活動目標の中に、産婦人科医と連携するプラットフォームになるとあり、その好例でもあると思う。JPCAからも開催に向けての予算補助がなされている。

分けて扱うのではないが、男性医療・LGBTQを含めた問題に関しても、2021年度の学術大会や秋季セミナーでも委員会企画として取り組んでいる。

今後の課題

委員会として、ウィメンズヘルス領域についての議論は委員会発足からノウハウが蓄積されてきているように思う。ただ、研修施設の年度更新やALSOの運営方法などが、特定の委員に負荷がかかることなく円滑に維持できる方法を模索している。

一方で男性医療やLGBTQの領域は委員会発足前から活動をされていた委員の先生方の力をお借りしながら、今後どのように発展させていくのか、まだ委員会内でも検討段階である。諸外国での研修目標なども参考にしながら、健康問題やニーズの共通認識、そしてそこから当学会としての研修目標などもつくっていきえるのかと思う。

また学会の委員会ならではの役割として、関連する団体との連携やプライマリ・ケア領域における現状調査なども必要と考えている。

セクシュアルヘルスに関連する他の諸問題には、既に他の委員会が関与しているものがある。現時点では問題点の大きさや当委員会での優先順位などからまだ積極的な働きかけはできていない状況である(表4)。

以後は私見になるが、本特集でも取り上げられている包括的性教育の地域における実践の支援や、SRHRに含まれている緊急避妊薬処方への対応も重要な課題である。排泄関連や更年期障害などで、産婦人科や泌尿器科が不在でこまる医療機関や地域もあれば、おられるが問題意識を共有できずに問題解決につながっていないこともあり得る。そういった状況を打破するノウハウ事例の共有も何かの力につながるのではないかと考えている。また校医としての関連で問題意識を持たれている方も少なからずおられ

ると思うが、学校健診での聴診の問題も取り組みたい事案にも思っている。

またプライマリ・ケアの視点で、この領域でレクチャーを担当できる医療者は未だ多くはないかもしれない。この領域についての実践を支援することを意識するのであれば、教育ができる先駆者へのアクセスをやすくすることも必要だと思っている。

医療の分野は本当に多岐にわたり、どの分野も重要で優先順位もそれぞれだとは思うが、少しでも多くの医療従事者が、卒後年数や経験、診療の場の違いがあったとしても、セクシュアルヘルスについて考えてもらうきっかけづくりを今後も意識して活動していただければありがたい。特に総合診療プログラムや新・家庭医療専門医プログラムで指導にあたる先生方には、ご多忙の中にはなるが、指導項目にあることを再確認していただき、日常臨床の中で話題に挙げていただきたい。

最後に、コロナ禍でまだ委員会メンバーが一堂に会したことはない。各領域のトップランナーが所属してくれている素晴らしい委員会だと思っており、尽力いただいている委員会メンバーには深く感謝している。おそらくコロナ禍

が収束する前に今期(2022年6月まで)は終わってしまうと思うが、次期以降も発展していくことを心から願っている。

引用文献

- 1) 女性医療・保健委員会 チームPCOG. <https://www.facebook.com/PCOGJapan/> (accessed 2022 Feb 28)
- 2) 日本プライマリ・ケア連合学会 | 学会について 委員会一覧・各委員会の役割 女性医療・保健委員会 通称“チームPCOG” (primary-care.or.jp). http://www.primary-care.or.jp/about/cmt_pcog.html (accessed 2022 Feb 28)
- 3) 新・家庭医療専門医制度 経験すべき疾患・病態. <https://www.shin-kateiiryō.primary-care.or.jp/experiencegoal> (accessed 2022 Feb 28)
- 4) 岡田唯男, 柴田綾子, 水谷佳敬. 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会(JPCA)女性医療・保健委員会(チーム・PCOG). 資料 女性/妊婦/お母さんに優しい医師/医療機関になるためのジェネラリストの手はじめ12カ条. プライマリ・ケア 2018; 9: 12-15. http://www.jp/topics_I-detail.php?tid=15 (accessed 2022 Feb 28)
- 5) Sexual and reproductive health Core competencies in primary care. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44507/9789241501002_eng.pdf (accessed 2022 Feb 28)
- 6) もっと、プライマリ・ケア. 日本プライマリ・ケア連合学会. プライマリ・ケアとは. <https://www.primarycare-japan.com/> (accessed 2022 Feb 28)
- 7) ALSO Japan. http://www.oppic.net/item.php?pn=also_japan.php (accessed 2022 Feb 28)

プライマリ・ケアにおける LGBTQsへの配慮と実践

ほっちのロッヂの診療所・一般社団法人にじいろドクターズ 坂井雄貴

POINT

- ① LGBTQsの人々は特有の健康問題および健康リスクを抱えている
- ② GB男性, LB女性, トランスジェンダーについて提供すべき医療を理解する
- ③ カミングアウト・アウティング, 同性パートナーの意思決定など医療機関におけるLGBTQsに関わる課題と対応を理解する

特集

はじめに

LGBTQs(性的マイノリティ, 15頁参照)は日本での調査でも人口の約2~9%とされ, 日常診療でも必ず出会う存在である。一方でLGBTQsの人々はさまざまな健康問題やリスクを抱えており, こうした背景には医療従事者を含む社会の差別や偏見に基づくネガティブな影響がみられている。医療機関を訪れる際に患者が性的指向や性自認を含むセクシュアリティを開示しているケースは稀であり, 医療従事者は適切な知識を持った上で, 患者がどのようなセクシュアリティであったとしても支持的に関わることが求められる。ここではLGBTQsへの医療現場での配慮についてお伝えするとともにゲイ・バイセクシュアル(GB)男性, レズビアン・バイセクシュアル(LB)女性, トランスジェンダーの健康問題とケアの実際について概説していく。

セクシュアリティの 医療現場での取り扱い

すでに総論で述べられているように, セクシュアリティを指す言葉にはさまざまなものがあり, 医療者はLGBTQsに代表される用語の意味について正確に理解することが必要である。LGBは性的指向, Tは性自認に関する用語であり, これらを混同しないこと, またトランスジェンダーについては性別の違和感についての苦痛が強く治療を要する場合に性同一性障害あるいは性別異和の診断名を用いるため, 全てのトランスジェンダーが性別移行や治療を望んでいるわけではないことに留意する。

また, セクシュアリティそのものは疾患ではないため, 医療者によって「診断」されるものではない。医療者には患者本人から語られるセクシュアリティをそのまま受け止め, 支持的に関わることが求められている。一方で, 医療機関でセクシュアリティについての把握が必要な

表1 多様な性に配慮した性交渉歴の問診：5P

| | |
|-------------------------|---|
| 1. Partners | 性的なパートナーは異性か、同性か、その両方か？ パートナーは一人か、複数か？ |
| 2. Practices | どのような性交渉をしているか？：膣を使った性交、オーラルセックス、肛門性交（挿入側か、被挿入側か） |
| 3. Promotion from STIs | 性感染症の予防をしているか？：コンドーム/デンタルダムの使用や使用頻度、PrEPの利用、HPV/A型肝炎/B型肝炎の予防接種歴 |
| 4. Past History of STIs | 性感染症に罹患したことがあるか？ パートナーはどうか？ |
| 5. Pregnancy Intention | 妊娠の希望があるか、今後の家族計画や避妊方法について |

〔文献1〕より引用改変〕

ケースは意外と少ない。例えば性感染症の診療ではリスクとなる性行動について把握する必要はあっても、性的指向や性自認の情報は必須ではない。性行動と性的指向は必ずしも一致しないことから、勝手な推測や、不必要に性的指向を確認することは避けなければならない。性行動についての問診は、CDC (Centers for Disease Control and Prevention: 米国疾病予防管理センター) が推奨している5Pが有用である(表1)。多様な性に配慮した問診には習熟が必要であり、必要時に自然に行えるよう準備しておきたい。

こんな時どうする？ 医療機関でのLGBTQsへの対応

1. カミングアウトを受けた時の対応

自分のセクシュアリティを他者に伝えることを「カミングアウト」と呼ぶ。セクシュアリティについて隠すことなく医療機関に受診できることは当事者にとっても安心につながるが、一方でセクシュアリティを理由に医療機関でのネガティブな体験を受けた当事者は多く、不安も多く抱えている。カミングアウトの際の医療者の態度には細心の注意が必要であり、医療者患者間の信頼関係に大きな影響を与える。医療者は批判的でない態度で傾聴すること、カミングアウトをしてくれたことに感謝を伝えることが重要である。

セクシュアリティは極めて個人的な情報であり、診療録への記載やスタッフ間での引き継ぎ

は思わぬ「アウトティング」につながる危険がある。自分のセクシュアリティを他者に許可なく伝えられることをアウトティングと呼び、プライバシーの侵害や守秘義務に関わる重大な問題となる。医療現場で意図せずアウトティングを受け、入院生活や社会生活に支障が生じるケースも存在する。そのため医療者は情報を誰に・何の目的で・いつ共有するかについて事前に患者と話し合い、同意を得る必要がある。

2. 同性パートナーの医療機関での取り扱い

患者が同性パートナーをキーパーソンにすることを希望した場合、皆さんの医療機関ではどのように対応するだろうか？ 医療行為については原則として本人の意思が尊重されるため、患者本人が同性パートナーをキーパーソンにすることを希望する場合は、医療者はその意思を尊重することが求められる。一方で慣例的に血縁を優先している医療機関は多く、「家族でない」ことを理由に病状説明を断られるなど、同性パートナーを持つ当事者にとっては医療アクセスの深刻な障害となっている。本人の意思が確認できない場合(認知機能低下や意識不明の場合など)であっても、本人の意思が事前に確認されていれば同性パートナーに同意書のサインを貰う、病状説明を行うといった行為は可能である。同性パートナーシップ証明書や、公正証書、同居していることが分かる書類など、判断根拠となるものがあると医療機関としては対応がスムーズになるだろう。厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに

関するガイドライン^{2),3)}でも、患者の意思の確認ができない場合には「家族等が本人の意思を推定できる場合にはその推定意思を尊重する」「家族等には法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人(親しい友人等)を含む」とされている。こうした背景のもと、医療機関独自の判断で本人の意思に反し同性パートナーよりも血縁を優先することは妥当ではなく、各医療機関でのルールや慣例について改めて見直すことが必要である。またプライマリ・ケア医として、かかりつけの患者に同性パートナーを持つ人がいた場合には事前に当人の意思が尊重されるように、上記のような書面の準備を含めた意思決定の支援をすることも重要である。

LGBTQsの健康問題とケアの実践

1. ゲイ・バイセクシュアル(GB)男性への医療(表2)

(1) 性感染症

男性間性的接触を原因とするA型肝炎、HIV、梅毒の感染が多く報告されている。A型肝炎については2018年の新規感染者の約4割、HIVについては2017年の新規感染者の約7割が男性間性的接触によるものであった。MSM(Men who have sex with men: 男性と性交渉を持つ男性)について、少なくとも年1回以上の性感染症(クラミジア・淋菌・HIV・梅毒)のスクリーニング検査が推奨されている。また、A型肝炎、B型肝炎、HPVの予防接種も推奨される。性感染症予防については、ペニスと粘膜の接触がある行為についてコンドームの使用について情報提供を行う。HIVについてはPrEP(Pre-Exposure Prophylaxis: 暴露前予防)があり、抗HIV薬を連日定期内服す

表2 GB男性でリスクが高い健康問題

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・うつ病、不安障害、自殺企図 ・喫煙・飲酒・薬物乱用 ・パートナー間の暴力(IPV) ・肛門がん ・性感染症(HIV, HPV, A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎, 梅毒, 淋菌, クラミジア, 単純ヘルペス) |
|---|

(文献4)より引用改変

ることでHIV感染の予防を行うことができる。2022年1月現在日本では自費診療であるが、高リスクの性行動を持つ人については情報提供が望ましい。

(2) がん検診

MSMではHPV感染に伴う肛門がんのリスクが高いと言われているが、スクリーニングについては明確なエビデンスは乏しい。米国の推奨では、HIV陽性のMSMについて年1回の肛門のPap smearが検討される場合がある。

(3) メンタルヘルス

GB男性はうつ、不安障害、自殺企図のリスクが高い。大阪で行われた2001年の調査ではゲイ・バイセクシュアル男性は異性愛男性に比べ自殺未遂の経験率が約6倍高かった。また、飲酒、喫煙、薬物使用の割合も高いと言われている。ゲイコミュニティにおいて薬物を使用した性行動が文化的な背景としてみられ、薬物使用とリスクの高い性行動には関連がある。一方で、GB男性が必ずしもメンタルヘルスの問題を抱えるわけではないことに注意する。

2. レズビアン・バイセクシュアル(LB)女性への医療(表3)

(1) 性感染症

レズビアン女性であっても過去に男性と性交渉歴のある人は多く、また女性間の性交渉でも指や粘膜、セックストイを介した性感染症のリスクは存在する。そのため、WSW(Women who have sex with women: 女性と性交渉を持つ女性)についてはUSPSTF/CDC(U.S. Preventive Services Task Force: 米国予防医療専門委員会)の推奨に基づいた性感染症のスクリーニングが推奨される。性感染症予防として、デンタルダ

表3 LB女性でリスクが高い健康問題

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・うつ病、不安障害、自殺企図、摂食障害 ・喫煙・飲酒・薬物乱用 ・肥満 ・パートナー間の暴力(IPV) ・乳がん ・子宮頸がん検診受診率の低さ ・性感染症等(HIV, HPV, 単純ヘルペス, B型肝炎, 梅毒, 淋菌, クラミジア, 細菌性膣症) |
|--|

(文献5)より引用改変

ムや指用コンドームなどの使用を奨める、セックストイは共用を避けるといった指導も必要である。

(2) がん検診

LB女性は過去に医療機関でのネガティブな体験が多く、医療機関のアクセスが悪化しやすい。肥満の割合が高く、また未経産のことが多いことから乳がんの割合が高いといわれている。またWSWについては避妊の必要がないことから性感染症予防、HPV感染のリスクが低いと判断されやすく、子宮頸がん検診や婦人科受診を避ける場合があり、セクシュアリティに配慮した検診の推奨が必要である。

(3) メンタルヘルス

同性愛に対する社会的な偏見によりうつ、不安障害などのメンタルヘルスの問題を抱えやすい。喫煙や飲酒、薬物のリスクが高く、またパートナー間の暴力について、頻度は異性間と同等と言われているが、異性間カップルよりも顕在化しにくい問題がある。

(4) 家族計画と出産の可能性

LB女性はしばしば性的指向を考慮しない避妊カウンセリングを受けることで医療の受診が途絶えるケースもあり、女性への妊娠希望などの確認の際には注意が必要である。性的指向によらず、子どもを持ちたいと考えている可能性はあるため、妊娠前カウンセリングおよび同性カップル間での養子縁組、精子提供を受けての妊娠出産など子どもを持つ選択肢についても認識しておきたい。

トランスジェンダーへの医療

1. 医療アクセスの問題と環境の整備

トランスジェンダーの人々は性別で分けられた環境に困難を抱えることが多く、安心して医療機関に受診できる環境が重要である。一例として、多目的トイレをジェンダーフリートイレとして利用できるように明記することは有用である。また、保険証の確認や問診票の記載といった場面での配慮を含め、多職種で対応することが必要である。呼称については番号や希望する

通称名を用いるといった配慮も検討したい。診療の場面では、トランスジェンダーの人々は身体への違和感や過去の経験から身体診察に抵抗感を持つことも多く、事前に診察の目的と内容を説明することが望ましい。検査や治療選択などが性別によって異なる場合には個別に適応について検討し、十分な説明を行う。入院診療の場面では、自認する性別としての扱いを希望する場合があります。病室の対応や入院中の本人確認の方法、プライバシーへの配慮を検討する必要がある。個室対応がよく検討されるが、差額ベッド代が経済的な負担となる場合もある。合理的配慮として、入院生活において医療機関が提供できる対応については個別のニーズに合わせて事前に相談する。

2. 性別適合治療と専門家との連携(表4)

性別の違和感に伴う苦痛が強くホルモン療法や外科的治療といった性別適合治療を要する場合には、専門家への紹介が必要である。一方で、性役割や性表現等の変化による社会的適合についてはプライマリ・ケア医が担うことができる。社会的適合の例としては戸籍上の氏名の変更、性表現(髪型や服装など)の変更、社会生活での性役割の配慮があり、家族や複数の関係者での連携が求められる。トランスジェンダーの人々はうつや希死念慮などメンタルヘルスの問題を抱えていることも多く、症状が重度である場合や複数の精神疾患を合併する場合には性別違和に関する経験が豊富な精神科・心療内科への紹介が必要となる。

表4 トランスジェンダーでリスクが高い健康問題

| |
|--|
| ・うつ病、不安障害、希死念慮/自殺 |
| ・喫煙・飲酒・薬物乱用 |
| ・パートナー間の暴力(IPV) |
| ・がん検診受診率の低さ |
| ・性感染症(HIV、HPV、A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎、梅毒、淋菌、クラミジア、単純ヘルペスなど) |
| ・(ホルモン療法を受けている場合)治療に伴う副作用 |
| ・二次性徴に伴う精神的苦痛、メンタルヘルスの悪化 |

[文献6]より引用改変]

3. トランスジェンダーと思春期

トランスジェンダーの人々は二次性徴を契機に苦痛が顕著になることが多いため、思春期の支援が重要となる。二次性徴抑制療法は二次性徴を一時的に遅らせることでセクシュアリティを探究する時間を確保する治療であり、性別違和の児童をケアする場合には、治療の必要性に応じて適切なタイミングでの専門家への紹介が必要となる。地域でプライマリ・ケア医が担うことができる部分として、セクシュアリティの探究の支援や、必要に応じた家族や社会環境の調整が挙げられる。

4. 臓器や使用薬剤、行動に合わせたヘルスマネジメント

トランスジェンダーの人々は性別適合手術やホルモン療法を行っている場合があり、現在の臓器や使用薬剤、行動に合わせた予防医療のニーズがある。例えば乳房切除や子宮摘出を行っていないトランス男性に対する乳がん・子宮頸がんのスクリーニングや、ホルモン療法を受けているトランス女性への乳がんのスクリーニングは推奨される場合がある。また、ホルモン療法は自費診療となり経済的負担が大きいこと、治療へのアクセスの問題から薬剤を個人輸入するケースもあり、治療の副作用や合併症のフォローが不十分な場合もある。女性化ホルモンでは血栓症、男性化ホルモンでは多血症、肝障害、骨密度低下がみられ、服薬歴からリスクの評価が必要となる。長期の入院生活や施設療養ではホルモン療法の継続はQOLに極めて重要となるため、不必要に中止しないこと、対応を相談することが重要である。また、性行動に応じた感染症のスクリーニングの推奨、HIV感染のハイリスクの場合にはPrEPについての情報提供も行う。

最後に

LGBTQsの人々はそれぞれ特有の健康問題や支援のニーズを抱えている。健康リスクやSDH (Social Determinants of Health: 健康の社会的決定要因)のひとつとしてセクシュアリティを認識した上で、患者に批判的でない態度に関わり、知識を持つことで適切なサポートができるようにしていきたい。LGBTQsの人々が安心して地域で暮らすためにも、地域医療を支えるプライマリ・ケア医の役割は、非常に大きい。今回の学びを通して、皆さんがそれぞれの医療機関でLGBTQsの支援者「アライ」として、できることを一つずつ取り組み、支援の輪を地域の医療者や多職種にも広げていただけたら嬉しい。

参考文献

- 1) CDC: A GUIDE TO Taking a Sexual History, <https://www.cdc.gov/std/treatment/sexualhistory.pdf> (accessed 2022 Feb 28)
- 2) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン。平成30年3月改訂 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (accessed 2022 Feb 28)
- 3) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編。平成30年3月改訂 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> (accessed 2022 Feb 28)
- 4) Knight DA, Jarrett D: Preventive Health Care for Men Who Have Sex with Men. *Am Fam Physician* 2015; 91(12): 844-852.
- 5) Knight DA, Jarrett D: Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women. *Am Fam Physician* 2017; 95(5): 314-321.
- 6) Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET: Caring for Transgender and Gender-Diverse Persons: What Clinicians Should Know. *Am Fam Physician* 2018; 98(11): 645-653.

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

京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学分野 池田裕美枝

POINT

- ① セクシュアル／リプロダクティブヘルス&ライツは、セックスや子どもを持つことを自由意志で決められる社会にしよう！ということ
- ② あらゆる人のかかりつけ医になるには、セクシュアルライツとリプロダクティブライツの理解が欠かせない
- ③ プライマリ・ケア現場でできるセクシュアル／リプロダクティブヘルスサポートを確認しよう

セクシュアル／リプロダクティブヘルス&ライツとは

セクシュアル／リプロダクティブヘルス&ライツ (Sexual/Reproductive Health and Rights: SRHR) は、性と生殖に関する健康と権利と日本語訳される。と言われても、あまりピンとこない人が多いと思う。

SRHRは平たくいうと、セックスや子どもを持つことに関して、全ての人がある自由意志で決められるようにしよう、という概念で、国際的には基本的人権のひとつと捉えられている。

自分のセクシュアリティや、子どもを持つか持たないか、いつ持つかに関しては、全ての人がある自分で決められることが大切。セックスは全ての人がある安心して楽しめることが大切。そのために、避妊の方法や不妊治療について全員がしっかり知っている世の中であることが大切。

生殖器が知らない間に病気に侵されていたら選択肢が狭くなってしまうので、生殖器のがんや感染症の予防や治療も大切。子どもを産んだら苦勞する世の中だったら、それもまた選択肢を狭めてしまうので、母子保健や育児支援も大切。そういう理念のことである¹⁾。

SRHR概念樹立の背景

1960年代、国際社会は人口の急増を恐れていた。人口増加により食糧難や貧困、そして紛争が引き起こされているというアセスメントから、時に強制的ともいえるような避妊プロジェクトが進められていた。しかし、それは果たして民主的だろうか。子どもを持つか持たないか、誰といつ性交渉するかは、国や社会に強制されるものではなく、本人の自由意志、自己決定に委ねるのが望ましいのではないか。このように、SRHRの概念は人口政策に対するバックラッ

特集

シュとして広まった²⁾。それは、生殖が客体から主体へ変容するものであった。つまり、国や社会が、産めよ増やせよ／人口を削減せよと訴えるのではなく、本人が産みたいと思った時に産めるよう、社会の側が変容していこう、という意識の変容だった。

1994年の人口開発会議では、174カ国がカイロ行動計画を採択した。そこではじめて、リプロダクティブヘルス&ライツが国際的に提唱された。当時の途上国はHIVをはじめ、unsafe sexは主な疾病や死亡の原因の2位となっており³⁾それに対して強制的な政策では太刀打ちできなかったことも大きかった。

リプロダクティブヘルス&ライツの普及にはセクシュアルヘルス&ライツも欠かせないことから、次第に国際社会はSRHRと2つ合わせて提唱するようになった。SRHRはセクシュアルヘルス、セクシュアルライツ、リプロダクティブヘルス、リプロダクティブ・ライツと4つの言葉が合わさった言葉である。ヘルス普及のためにはライツ普及が必要、かつライツのためにはヘルスの普及が必要。リプロダクティブライツ・ヘルスがないとセクシュアルライツ・ヘルスは普及できず、セクシュアルヘルス・ライツがないとリプロダクティブヘルス・ライツが普及できない、といった、互いに密接な関係性を持っている。一方、リプロダクティブヘルス／ライツは次世代に続く健康促進の意を含み、セクシュアルヘルス／ライツはセクシュアルマイノリティの権利や快樂の権利をうたうなど、同じではない。SRHRとしてはじめて、全ての人の健康と権利を保証できることになる⁴⁾。

SRHRとウィメンズヘルス

SRHRの概念は、女性診療も変革させてきた。1960～70年代、欧米諸国では人種差別撤廃運動など人権活動が活発になっていた時期である。この頃、欧米でも医療は「医師が患者の面倒をみる」というパターンリズムが当然であり、特に産婦人科医療においてはこれに加えて「男性である医師が、無知な女性患者の面倒をみる」

といった二重の支配構造があった。1970～80年代に世界中に広まった第2波フェミニズムはこの支配構造にNOを突きつけ、「私のからだのことは、私が決める」「私の健康は私が定義する」と女性たちによる“ウィメンズヘルス”を提唱した⁵⁾。そういった努力もあり、例えば更年期障害は無知な女のヒステリーではなく、ホルモン変動に伴う自律神経や精神状態の不調であり、適切なケアにより軽快することが広く認識されるようになった。また、結婚前の望まない妊娠は、ふしだらな女性の責任ではなく、避妊に協力しない男性、そして、パートナーとの関係性や性のしくみについて全ての人が理解できるように取り組んでいない社会の責任であると理解されるようになった。今なお、産科的処置時の説明と同意や中高年女性の膣萎縮へのケアなど、女性当時者の視点が医療的ケアを変化させている。

ライツを深掘りしてみよう

2018年にGutmacher研究所がLancetに掲載したSRHRの統合的定義によると、セクシャルリプロダクティブライツには表1のような権利が含まれる¹⁾。

医療現場では、セクシュアルライツ・リプロダクティブライツを医療者がよく理解し、それを尊重していることが望ましい。そうでないと、ライツが侵害されている事態に出くわしてもそのように認識できない。医療者が権利侵害に気づかない、ということは、つまり、権利侵害に加担しているということになる(表2)。

セクシュアルライツやリプロダクティブライツは人権の基盤となる権利であり、それを軽視された患者は、自分の人権そのものが軽視されていると感じることがある。プライマリ・ケア現場でそのような傷つきが生じると、患者は医療的ケアそのものを受けにくいと感じてしまうかもしれない。医療は、ライフインフラである。個人にとって医療が遠のくことの不利益は大きい。

表1 セクシュアルリプロダクティブライツ

- ・自分のからだは自分のものとして、プライバシーや自主決定権が尊重されること
- ・自分のセクシュアリティに関して、性的指向や性自認、その表現も含め自由に決められること
- ・性交渉を開始するかどうか、いつするか、決めることができること
- ・性交渉の相手を選べること
- ・安全で喜びのある性経験をもつこと
- ・どこでいつだれと結婚するか決めることができること
- ・子どもを持つか持たないか、いつ持つか、なぜ持つか、また何人持つかを決められること
- ・上記全ての権利を得るために必要な情報、資源、サービス、支援を生涯にわたって得ることができ、差別や強制、搾取、暴力が無いこと

〔文献1〕より引用改変〕

表2 セクシュアルライツ・リプロダクティブライツにプライマリ・ケア医が無頓着であったなら

例1：プライマリ・ケア医が「レズビアンは普通ではない」という偏見を持っている場合

権利侵害の場面例：

高齢女性に付き添って来院した高齢女性に対して、「ご姉妹ですか？」など声掛けしてしまう。

⇒ 患者が重大な病状説明の際は血縁ではなくそのパートナーとともに説明を聞きたい、という意向を医療者に伝えられない。

・想像してみよう：

レズビアンカップルも、異性間カップルも、人生をともにしている伴侶である。もしあなたが異性愛者なら、長年連れ添ってきた仲のよい夫婦で、現在も生活をともにしているのに、血縁でないことを理由に重大な病状説明や治療方針の決定に加わることができない場面を想像してみるとよいかもしれない。自分が相手のために今何ができるのか、相手の死後自分がどのように生活するのか、何も心づもりできない。

例2：プライマリ・ケア医が「女性はセックスで快楽を求めるものではない」という偏見を持っている場合

権利侵害の場面例：

せっかく更年期の女性患者が性交時痛を訴えたのに、「それは仕方ないでしょう」とあしらってしまう。

⇒ 楽しいセックスを望んではいけないと思いこんでしまい、離婚されないために痛みをひたすら耐える。

・想像してみよう：

もしあなたが男性なら、このシーンについて男女を入れ替えて想像してみよう。中高年男性がセックスで陰茎に痛みを感じるようになったのに、そんなもんでしょうと医師に言われたために、その後パートナーとのセックスでひたすら痛みを耐える。セックスを断ると、幸せな日常生活を壊されるかもと怯えている。

例3：プライマリ・ケア医が「少子化対策のために、子どもは2人産むべきでそうしないのは身勝手だ」という偏見を持っている場合

権利侵害の場面例：

子どもを持たない人生をあゆむと決意しているカップルに、そうとわからず妊活をすすめてしまう。

⇒ 患者は「目上の人」である医師に自分の考えを説明する気力はなく、そうですね、と愛想笑いしながら、考えを押し付ける社会そのものに再度落胆する。

・想像してみよう：

子どもを持つのが義務、という思い込みは、例えば家業を継ぐのが長男のつとめ、という思い込みと大差ないかもしれない。家業を継がないと決意した長男に、他人が、家業を継ぐときの工夫や注意点を丁寧に説明していたとしたら、それは、はたして親切だろうか。

表3 SRHR サービスに含まれるもの

| |
|--|
| 1. 科学的根拠に基づいた包括的性教育など、性と生殖の健康に関する正しい情報やカウンセリング |
| 2. 性の仕組みとその満足についての情報カウンセリング、ケア |
| 3. ジェンダーに基づく暴力や強制の、予防・発見・マネジメント |
| 4. 安全で効果的な避妊法の選択肢 |
| 5. 安全で効果的な妊娠、出産、産後のケア |
| 6. 安全で効果的な中絶の提供とケア |
| 7. 不妊の予防・マネジメント・治療 |
| 8. HIV や生殖器の感染を含む性感染症の予防・発見・治療 |
| 9. 生殖器のがんの予防・発見・治療 |

(文献1)より引用改変)

セクシュアルリプロダクティブ・ヘルスを提供しよう

SRHRサービスに含まれるものには表3のようなものがある¹⁾。

産婦人科や助産院にしかできないサービスもある一方、非産婦人科のプライマリ・ケア医療者に提供できるものも数多く含まれる。以下にひとつひとつの項目について、プライマリ・ケア医に関わっていただいている点を列挙する。

1. 科学的根拠に基づいた包括的性教育など、性と生殖の健康に関する正しい情報やカウンセリング

包括的性教育は、性行為や妊娠の仕組みのみを伝えるものでは決して無い。ユネスコの国際セクシュアリティ教育ガイダンスによると、包括的性教育のコンポーネントは以下の8つである⁶⁾。

- ① 人間関係
- ② 価値観
- ③ 人権、文化、セクシュアリティ
- ④ 暴力、同意、安全
- ⑤ 健康と幸福
- ⑥ 人間の身体と発達
- ⑦ セクシュアリティと性的な行動
- ⑧ 性と生殖に関する健康

プライマリ・ケア現場では、幼少期から老年期まで、自分の感情、感覚を大切に表現してよいこと、自分と他者は異なるもので、よって対等な対話が必要なこと、などを、本人にも

保護者／介護者にも伝えていくことと思う。そのことこそが、外来診療における包括的性教育の礎となる。

小児期ではプライベートゾーンについて、本人の承諾なしに見ない・見せない・触らない・触らせないこと、性器の役割、思春期ではパートナーと支配従属の関係ではなく対等な関係を持つこと、効果的な避妊や性感染症予防についても、折をみて、話す機会があれば話せるようにしておくとういだろう。

2. 性の仕組みとその満足についての情報カウンセリング、ケア

性欲の減退や勃起不全などは、薬剤性のこともある⁷⁾(表4)。起因薬を処方の際に性機能について声掛けするだけでも、性について話しても良いという安心感を与えられるだろう。一方、性についての悩みは時に大変複雑である。適宜、セックスカウンセリング外来などに紹介するのも良いだろう。(性科学会認定セラピスト一覧：https://sexology.jp/counselors_list/)

3. ジェンダーに基づく暴力や強制の、予防・発見・マネジメント

ジェンダーに基づく暴力や強制を発見するには、医療者自身が自分のジェンダーバイアスを自覚している必要がある。ジェンダーバイアスは誰にでもあり、持っていて悪いことでもない。大事なものは、そのバイアスによって差別に加担しないことだ。自らのジェンダーバイアスに気づく一つの方法として、文章の男女を入れ替え

表4 性機能障害を来しうる薬剤

| |
|---|
| <p>男性性機能障害を来しうる薬剤</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SSRIなどの抗うつ薬 ・メジャートランキライザー ・サイアザイド系利尿薬などの降圧薬 ・βブロッカー ・GnRHアゴニスト ・スピロノラクトン、シメチジン、クロニジン、メチルドーパ、ケトコナゾールなど <p>女性性機能障害を来しうる薬剤（性欲減衰やオーガズム障害）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SSRIなどの抗うつ薬 ・メジャートランキライザー ・ベンゾジアゼピン ・低用量ピル ・GnRHアゴニスト <p>*その他、アルコール、糖尿病、高血圧、精神疾患、慢性腎不全、神経変性疾患や外傷に伴う神経障害なども性機能障害の原因となりうる。</p> |
|---|

〔文献7〕より引用改変〕

てみて、違和感を感じるかどうか、というものがある。

例1：「お姑さんの介護も、お子さんの受験のお世話も、お母さん頑張っていますね。」

→「お姑さんの介護も、お子さんの受験のお世話も、お父さん頑張っていますね。」

例2：「家事も育児もよく手伝って、最近の若い男性医師は偉いなあ」

→「家事も育児もよく手伝って、最近の若い女性医師は偉いなあ」

もし、入れ替えてみた文章に自分が違和感を持つなら、その部分に自分のジェンダーバイアスがあるということだろう。

患者自身もジェンダーバイアスを持っている。医療者が自らのジェンダーバイアスを自覚しており、かつ、患者自身の心身の健康への道筋を模索しながら対話をしていれば、往々にして、患者は自らのジェンダーバイアスに自分で気付く。ジェンダーに基づく暴力や強制の予防や悪化の防止には、この本人の気づきは何より大切だ。診察時に発見した怪我や傷などからパートナーによる暴力に医療者が気づき、相談機関のカードを渡したとしても、本人が自分の置かれている状況を人権侵害と気付いていなければ有効な支援につながらない。

一方、診察時に暴力被害の可能性を示唆する所見を見た場合には、率直にそのことについて尋ねよう。

「パートナーから殴られたり蹴られたりしたことはありますか？」

「パートナーを怖いと思うことがありますか？」

もし、パートナー間での暴力を子どもが見ている可能性がある場合には、眼前DVは児童虐待にあたるために、児童相談所に連絡する。また、暴力の内容が、刃物で脅す・首を絞めるなどの殺人未遂にあたるような内容である場合には、本人にそれは殺人未遂行為であると伝えた上で、警察やDV相談支援機関にすぐに伝えるのがいいだろう⁸⁾。

4. 安全で効果的な避妊法の選択肢

日本で手に入る避妊方法は、コンドーム、低用量ピル、子宮内避妊器具、卵管結紮やパイプカット、のみである。

このうち薬局で手に入るのはコンドームのみだが、コンドームの避妊率は85%とかなり低い。正確な統計はないものの、日本で人工妊娠中絶術を受ける女性の多くは、すでに2～3人子どもを持っている母親である。ぜひ、小児も診ているプライマリ・ケア医の先生においては、お

表5 子どもがほしいなら、妊活開始は遅くともこの年齢

| ほしい子どもの人数 | 1人 | | | 2人 | | | 3人 | | |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 90% | 75% | 50% | 90% | 75% | 50% | 90% | 75% | 50% |
| 妊活開始年齢 (体外受精なし) | 32 | 37 | 41 | 27 | 34 | 38 | 23 | 31 | 35 |
| 妊活開始年齢 (体外受精あり) | 35 | 39 | 42 | 31 | 35 | 39 | 28 | 33 | 36 |

(文献10)より引用改変)

母さんに今後の妊娠希望の有無を確認の上、希望しない場合には低用量ピルやIUDの選択肢があることを伝えてもらいたい。授乳が終われば内服可能で、IUDは授乳中でも挿入可能である。低用量ピルは処方禁忌例さえおさえておけば非産婦人科医も安全に処方できる。詳細は他書に譲る。

5. 安全で効果的な妊娠、出産、産後のケア

日本では、2022年現在妊娠、出産に関して産婦人科がかなり丁寧ケアしている。少子化が進む今、地域から分娩取扱機関が急速に減少しており、妊娠・出産のケアができるプライマリ・ケア医は今後重宝されるだろう。産後ケアに関しては、主に行政保健師が担当しているが、コロナ禍で妊産婦の孤立が進む中、地域全体での産後ケアが望まれる。乳幼児を抱えるお母さんの悩み相談の場や、子どもから離れてひとりですることができる時間の創出など、地域でできる産後ケアは幅広い。

6. 安全で効果的な中絶の提供とケア

人工妊娠中絶に関しては、日本では刑法墮胎罪の除外項目として、産婦人科医会が定めた母体保護指定医による処置のみ認められている。多くの産婦人科医療施設では、中絶後の心理ケアまで手が回っていない。結果、中絶したことを自分の汚点のように捉えている女性は多い。人工妊娠中絶は、処置を選択した本人が、より自分らしい人生を歩むためのものである。機会があれば、プライマリ・ケア現場でも経験を前向きに捉えられるように声掛けしてほしい。

7. 不妊の予防・マネジメント・治療

不妊の予防は、本人が妊娠を考え始めるずっと前から始まる。女性患者においては、適切な時期の予防接種やキャッチアップ、糖尿病や甲状腺疾患の早期発見と適切な治療、過多月経や月経困難症の原因検索や治療など、あえて「妊娠」と関連付けなくても、女性のトータルヘルスケアができていれば、それは不妊予防としても意味を持ちうる。一方、不妊症の原因の多くは加齢と関連していて、妊娠適齢期に妊娠できるようにライフプランを立てることも、大きな不妊予防となる⁹⁾。子どもがほしいか、何人ほしいか、についての考えは、状況やライフステージによって随時変わるのが普通だが、思春期頃から考え始められるのが望ましい(表5)。

8. HIVや生殖器の感染を含む性感染症の予防・発見・治療

性感染症の治療や、safer sex指導による二次予防は、多くのプライマリ・ケア医が担ってくれている。近年梅毒が急増し、2021年にやっとペニシリン筋注が使用可能になった。

性感染症の診断、治療の際は、本人の自由意志によるセックスであったかどうかや、自己スティグマに配慮の上、パートナーの治療やsafer sexについて話し合っていたきたい。口腔を介した感染もあることを伝えたり、セックスの相手を限定することやコンドームの使用が予防になることを伝えたりする。一方、それらを理解した上でどのようなセックスをするかは本人の選択である。

9. 生殖器のがんの予防、発見、治療

生殖器のがんの中でも、子宮頸がんは、若年、つまり妻であったり母であったり社会人であっ

たりするなどマルチタスクを担う時期に発症することからmother killer diseaseと呼ばれている。そして子宮頸がんは予防が可能である。子宮頸がんの予防には、HPVワクチンと子宮頸部細胞診の2つがある。

HPVワクチンに関しては2022年より積極的勧奨が再開する。積極的勧奨を中止していた時期に定期接種だった世代(1997年度～2006年度生まれ)の女子も、これから3年間は公費負担で接種できる。つまり、2022年4月現在、12歳から26歳の女性はHPVワクチンを無料で接種できる。ぜひ積極的に声掛けしてもらいたい。スウェーデンの大規模コホート研究によると、4価ワクチン接種群では子宮頸がんの発症率は17歳以下の接種で88%の減少、17～30歳の接種で53%の減少とのことである¹¹⁾。

一方、定期的な子宮頸部細胞診も大切である。子宮頸がんはHPV感染から癌発症に至るまでが数年～十数年と長いので、子宮頸部細胞診により癌になる前の状態、つまり子宮頸部異形成で発見し治療することで子宮頸がんを予防できる。20歳以上の女性は2年に1回の子宮頸部細胞診が勧められる。ぜひその年代の全ての女性患者で検診歴をチェックしお勧めいただきたい。

参考文献

- 1) Starrs AM, Ezech AC, Barker G, et al: Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet 2018; 391(10140): 2642-2692.
- 2) State of World Population Report 2019: Unfinished Business: The Pursuit of Rights and Choices for All UNFPA, April 2019.
- 3) Ezzati M, Lopez AD, Rogers A, et al: Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002; 360(9343): 1347-1360.
- 4) WHO: Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 2002. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf (accessed 2022 Feb 21)
- 5) 荻野美穂: 女のからだ フェミニズム以後. 岩波新書, 2014.
- 6) ユネスコ国際セクシュアリティ教育ガイダンス. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374167?fbclid=IwAR3M2Rdlc0G1EjLfYDUgo5UyexVF9oMavcZDDtpYoGsauNXmYm12yG8w-B8> (accessed 2022 Feb 21)
- 7) Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, et al: European Association of Urology Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. 2015. Available at: <https://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/> (accessed 2022 Feb 21)
- 8) 池田裕美枝: 意思決定が困難な女性へのケア. 特集 女性医療の「困った」を乗り越える. 治療 2021;103(3):281-297.
- 9) 国立成育医療研究センター: プレコンセプションケア・チェックシート. https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/preconception/pcc_check-list.html (accessed 2022 Feb 21)
- 10) Habbema JDF, Eijkemans MJC, Leridon H: Realizing a desired family size: when should couples start? Hum Reprod 2015; 30(9): 2215-2221.
- 11) Lei J, Ploner A, Elfström KM, et al: HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. N Engl J Med 2020; 383(14): 1340-1348.

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—

宮崎県立宮崎病院産婦人科・地域医療科 医長 高村一紘

POINT

- ① 包括的性教育とは、SRHR(Sexual and Reproductive Health and Rights)を基盤とした健康教育である
- ② 「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」は包括的性教育における科学的根拠に基づく資料としての役割を果たしてきたが、よりジェンダー平等の実現に向けた改訂版が2018年に発行された
- ③ 包括的性教育は、若者の健康とウェルビーイング(幸福)、尊厳を実現し、生涯を通じて、彼らの権利を守ることを理解し励ますための知識やスキル、態度や価値観を身につけさせることを目的としている

特集

はじめに

包括的性教育とはジェンダー平等や性の多様性を含む人権尊重を基本とした性教育のあり方で、性と生殖に関する健康と権利(SRHR: Sexual and Reproductive Health and Rights)を基盤とした健康教育である。国際セクシュアリティ教育ガイダンス¹⁾では、CSE(Comprehensive Sexuality Education: 包括的セクシュアリティ教育)と略されている。「包括的」とは、人権という確固たる基盤、人間の発達の自然な要素としての幅広いセクシュアリティ概念を共有し、ポジティブなセクシュアリティ観と満足 of いく性と生殖に関する健康を実現するための学習の知識とスキル、態度の発達を意味している。

筆者は望まない妊娠の結果、出産や人工妊娠中絶に至る中高生の女性を診療する中で、性に関する健康教育の必要性を感じてきた。性教育

は、避妊や性感染症の予防を教えるだけではない。人工妊娠中絶の背景には、避妊や性感染症の知識不足だけでなく、性暴力やDV(Domestic Violence)などの問題も潜んでいることがあり、暴力と安全確保、意思決定、コミュニケーション、拒絶、交渉のスキルなど、前思春期から包括的性教育で学習を重ねておく必要がある。

ここで人工妊娠中絶や妊娠・出産・避妊に関して、中高生のおかれている現状を整理しておきたい。日本の刑法では性的同意年齢(性行為に同意できると認められる年齢)は13歳と考えられているが、成年年齢(民法改正で2022年4月より20歳から18歳に引き下げられる)までは親権者の同意なしに自由に性と生殖に関する医療サービスを受けられない。つまり、性的同意年齢は13歳であっても18歳までは、現実的には親権者の同意無しに医療機関で母体保護法に



図 国際セクシュアリティ教育ガイダンス
左：初版 2017年発行 右：改訂版 2020年発行

則った人工妊娠中絶を受けることも、医療機関で緊急避妊薬や経口避妊薬を入手することも簡単にはできないのである。したがって、遅くとも中学生には妊娠のしくみ、避妊と人工妊娠中絶、性感染症の予防などの知識が必要であるが、これらを扱った授業が、学習指導要領に記載された内容を越えているといった理由で、過去には問題視されるような報道もあった。しかし、若者たちの実態にあった包括的性教育の必要性は高まりつつあり、「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」の認知度とともに、その重要性に対する認識も高まっている。

国や地域によって、SRHRの背景にある事情や文化はさまざまである。日本では、若い世代の望まぬ妊娠のための人工妊娠中絶、性暴力、DV、児童虐待の増加、結婚や妊娠を望まない若者の増加、妊娠高齢化に伴う不妊治療数の増加などが問題となっている。プライマリ・ケア領域でも対応することがある問題も多く含まれているため、今回、包括的性教育の概念についてまとめた。

国際セクシュアリティ教育ガイダンス

2009年にUNESCO(United Nations Educational, Scientific and Cultural

Organization: 国連教育科学文化機関), UNAIDS(Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: 国連合同エイズ計画), UNFPA (United Nations Population Fund: 国連人口基金), UNICEF(United Nations Children's Fund: 国連児童基金), WHO(World Health Organization: 世界保健機関)との共同で「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」の初版が発行され、世界中でCSEにおける科学的根拠に基づく資料としての役割を果たし、日本では2017年に翻訳版が発行された。初版が出されて以降、CSEの広まりとともに新たに考慮すべき事柄が次々に生まれてきた。それは、ジェンダーの視点や社会的状況に対する認識を高めること、また、インターネットやソーシャルメディアの影響およびそれらへのアクセスの増大、HIVや性感染症、若年での意図しない妊娠、ジェンダーに基づく暴力といった劣悪な性の健康状態の結果をもたらす脆弱性を減少させる教育の保護的な役割などである。そうした背景をもとに2018年に上記の機関にUN Women(United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women: 国連女性機関)が加わり、よりジェンダー平等の実現に向けた改訂版が発行され、2020年に翻訳された書籍が発行された。国際セクシュアリティ教育ガイダンス

は、書店やネットで購入可能でインターネットでもダウンロード可能である(図)^{1),2)}。

CSEとは

1. CSEの定義

国際セクシュアリティ教育ガイダンスではCSEを次のように定義している。

セクシュアリティの認知的、感情的、身体的、社会的諸側面についての、カリキュラムをベースにした教育と学習のプロセスである。それは、子どもや若者たちに、次のようなことをエンパワーメントしうる知識やスキル、態度や価値観を身につけさせることを目的としている。それは、彼らの健康とウェルビーイング(幸福)、尊厳を実現することであり、尊重された社会的、性的関係を育てることであり、彼らの選択が、自分自身と他者のウェルビーイング(幸福)にどのように影響するかを考えることであり、そして、彼らの生涯を通じて、彼らの権利を守ることを理解し励ますことである。

2. CSEの特徴

CSEには以下のような特徴がある²⁾。

(1) 科学的に正確であること

性と生殖に関する健康、セクシュアリティ、行動、態度といったことに関する事実と正確な科学的根拠によって構成される。

(2) 徐々に進展すること

幼少期に始まる継続的な教育であり、それまでの学習に新しいものを積み上げていくスパイラル型カリキュラムに基づいている。

(3) 年齢、成長に即していること

CSEの内容は、成長する子どもと若者のニーズと能力の変化に対応している。学習者の年齢と発達に基づいて、彼らの健康とウェルビーイング(幸福)にとっても大切な時期に、発達に関連するトピックを取り扱う。それは発達の多様性に対応しており、認知的および感情的な発達が遅れている場合に内容を適応させたり、CSEおよび人間関係に関連するメッセージが最も内面化しやすいときに提示されたりする。

(4) 包括的であること

性と生殖の健康に関連する問題、例えば、性と生殖に関する解剖学および生理学、前思春期と月経、生殖、現代的避妊、妊娠および出産、HIVとAIDSを含む性感染症が含まれるがこれらに限定されるものではない。CSEは一部の社会的および文化的文脈で難しいとされるトピックも含み、すべての学習者が知っておくべき重要なトピックの全範囲をカバーする。また、CSEは、健康とウェルビーイング(幸福)のための分析的なものの見方やコミュニケーション、その他のライフスキルを向上させることにより、学習者のエンパワーメントをサポートする。それは例えば、セクシュアリティ、人権、健康的で尊敬しあう家族生活や対人関係、個人的かつ共有的な価値観、文化的・社会的規範、ジェンダー平等、反差別的、性的行動、暴力とGBV (Gender-Based Violence: ジェンダーに基づく暴力)、同意とからだの保全、CEFM (Child Early and Forced Marriage: 児童・早期・強制婚)やFGM/C (Female Genital Mutilation/Cutting) のような性的虐待や有害な慣習などに関連するものもある。包括的とは、1回限りの授業や介入ではなく、トピックの幅広さと深さ、および教育を通じて学習者に経年的に提供される内容も指す。

(5) 人権的アプローチに基づいていること

子どもや若者の権利も含む普遍的人権と、健康、教育情報における平等と非差別に対するすべての人の権利の理解に基づき、またその理解を促進するものである。CSEにおいて人権的アプローチをとるには、若者たちの意識を高め、若者自身の権利を認識し、他者の権利を認めて尊重し、権利が侵されている人を擁護するように促す必要がある。また、CSEへの平等なアクセスを若者に提供することは、彼らの望みうる最高の健康への権利を尊重するということである。そこには、安全に、強制や暴力なしに責任をもって性的な行動選択をし、それが尊重されるということ、同時に、若者にとって自分たちのケアに必要な情報への権利が含まれる。

(6) ジェンダー平等を基盤にしていること

表1 8つのキーコンセプト、トピック、学習目標の全体像

| | |
|--|--|
| <p>キーコンセプト 1: 人間関係</p> <p>トピック:</p> <p>1.1 家族</p> <p>1.2 友情, 愛情, 恋愛関係</p> <p>1.3 寛容, 包摂, 尊重</p> <p>1.4 長期的関係性と親になるということ</p> | <p>キーコンセプト 5: 健康とウェルビーイング(幸福)のためのスキル</p> <p>トピック:</p> <p>5.1 性的行動における規範と仲間の影響</p> <p>5.2 意思決定</p> <p>5.3 コミュニケーション, 拒絶, 交渉のスキル</p> <p>5.4 メディアリテラシー, セクシュアリティ</p> <p>5.5 援助と支援を見つける</p> |
| <p>キーコンセプト 2: 価値観, 人権, 文化, セクシュアリティ</p> <p>トピック:</p> <p>2.1 価値観, セクシュアリティ</p> <p>2.2 人権, セクシュアリティ</p> <p>2.3 文化, 社会, セクシュアリティ</p> | <p>キーコンセプト 6: 人間のからだと発達</p> <p>トピック:</p> <p>6.1 性と生殖の解剖学と生理学</p> <p>6.2 生殖</p> <p>6.3 前期思春期</p> <p>6.4 ボディイメージ</p> |
| <p>キーコンセプト 3: ジェンダーの理解</p> <p>トピック:</p> <p>3.1 ジェンダーとジェンダー規範の社会構築性</p> <p>3.2 ジェンダー平等, ジェンダーステレオタイプ, ジェンダーバイアス</p> <p>3.3 ジェンダーに基づく暴力</p> | <p>キーコンセプト 7: セクシュアリティと性的行動</p> <p>トピック:</p> <p>7.1 セックス, セクシュアリティ, 生涯にわたる性</p> <p>7.2 性的行動, 性的反応</p> |
| <p>キーコンセプト 4: 暴力と安全確保</p> <p>トピック:</p> <p>4.1 暴力</p> <p>4.2 同意, プライバシー, からだの保全</p> <p>4.3 情報通信技術 (ICTs) の安全な使い方</p> | <p>キーコンセプト 8: 性と生殖に関する健康</p> <p>トピック:</p> <p>8.1 妊娠, 避妊</p> <p>8.2 HIV と AIDS のスティグマ, 治療, ケア, サポート</p> <p>8.3 HIV を含む性感染症リスクの理解, 認識, 低減</p> |

CSEはジェンダー規範が不平等に影響するさまざまな過程や、これらの不平等がいかに若者の健康やウェルビーイング(幸福)に影響するか、またそれだけでなくHIVや性感染症、早期および意図しない妊娠、ジェンダーを基にした暴力などの問題を防ぐための働きにも影響しうるのかといったことにも取り組む。CSEは、人々の生活におけるジェンダーの重要性と多様性に関する認識を構築すること、文化的、社会的、生物学的な差異や類似性によって形成されたジェンダー規範を検証すること、共感と理解に基づく尊重し合える公平な関係性をつくりあげていくことを奨励することによって、ジェンダー平等を実現しようとしている。CSEのカリキュラム全体にジェンダーの視点を取り込むことは、CSEがより有効なものになるために不可欠である。

(7) その国や地域の文化と関連させること

特定の環境での文化的構造、規範、行動が人々の選択や関係性に影響を与える方法を調べ、理解し、挑戦する学習者をサポートすることで、

人間関係における尊敬と責任を育成する。

(8) 変化をもたらすこと

CSEは、個人とコミュニティのエンパワーメント、批判的思考スキルの促進、若者の市民権の強化をすることにより、公正で思いやりのある社会構築に貢献する。そうすることで学習者に性と生殖に関する健康に対するポジティブな価値観と態度を探究および育成させ、自尊心、人権やジェンダー平等の尊重を育成する機会を提供する。さらに、CSEは、若者が自分の意思決定や行動、および他者に影響を与える可能性のある方法について責任をもてるようにエンパワーメントする。CSEは、若者が、彼らの民族、人種、社会的経済的立場、移民であるかないか、宗教、障がいがあるかないか、性的指向、ジェンダーアイデンティティやジェンダー表現、生物学的および生理学的性的特徴にもかかわらず、他者に尊敬と需要、寛容、共感をもって接することができるようなスキルと態度を構築する。

(9) 健康的な選択のためのライフスキルを発達させること

表2 ジェンダーの理解に関する学習目標

| |
|--|
| <p>3.2 ジェンダー平等, ジェンダーステレオタイプ, ジェンダーバイアス 学習目標 (15~18 歳以上)</p> <p>キーアイデア ジェンダー不平等, 社会的規範, 力の差は, 性的行動に影響し, 性的強制や虐待, ジェンダーに基づく暴力のリスクを高めるかもしれない</p> <p>学習者ができるようになること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ジェンダー不平等や力の差が, 性的行動や性的強制ならびに, 虐待, ジェンダーに基づく暴力にどのように影響するのかを明らかにする (知識) ・ジェンダー不平等や力の差は, 性的行動, コンドームの使用, 性と生殖に関する健康サービスへのアクセスなど, 安全な方法を選び実行する能力に影響を与えうることを認識する (態度) ・性的な強制や虐待, ジェンダーに基づく暴力に直面した場合, サポートにアクセスするか, 他者がサポートにアクセスするのを助ける (スキル) |
|--|

これには、情報に基づいて熟考し、意思決定できること、効果的にコミュニケーションと交渉を行うこと、自分の主張ができることが含まれる。これらのスキルは、子どもや若者が家族、仲間、友人、恋人、性的パートナーと互いを尊重し健康的な関係性を築くことに役立つ。

(5~8歳, 9~12歳, 12~15歳, 15~18歳以上) ほどのキーアイデアと知識, 態度, スキルを基盤とした学習目標で構成されている(表1)。例として表2に「3.2 ジェンダー平等, ジェンダーステレオタイプ, ジェンダーバイアス」の15~18歳以上の学習目標を示す。

国際セクシュアリティ教育ガイダンスのキーコンセプト

国際セクシュアリティ教育ガイダンスは次の8つのキーコンセプトで構成されている。

1. 人間関係
2. 価値観, 人権, 文化, セクシュアリティ
3. ジェンダーの理解
4. 暴力と安全確保
5. 健康とウェルビーイング(幸福)のためのスキル
6. 人間のからだと発達
7. セクシュアリティと性的行動
8. 性と生殖に関する健康

これらのキーコンセプトは、さらに2つから5つのトピックに分かれ、4つの年齢グループ

おわりに

CSEは若者だけでなく、生涯を通じてすべての人に必要な健康教育である。これからはますます、固定的な性別役割分担意識や性差による偏見の解消、固定観念を打破するとともに、無意識の思い込みによる悪影響が生じないように、意識改革や理解の促進が求められている。

参考文献

- 1) International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach (jpn) <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374167?fbclid=IwAR3M2Rdlc0G1EjLfYDUgo5UyexVF9oMavcZDDtpYoGsauNXmYm12yG8w-B8> (accessed 2022 Jan 30)
- 2) 改訂版 国際セクシュアリティ教育ガイダンス 科学的根拠に基づいたアプローチ. ユネスコ編, 明石書店, 2020.

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/

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利用ください

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

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—

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 医療事故情報収集等事業(以下、本事業)の第66回報告書¹⁾(以下、本報告書)における「再発・類似事例の分析」では、「MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(医療安全情報No.10, 第2報No.94)」というテーマで、さまざまな検討が実施されている。また、本事業の「医療安全情報」では、「No.10: MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(2007年9月)」²⁾「No.94: MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(第2報)(2014年9月)」³⁾などが公表されている。

さらに、本事業の第18回報告書, 第23回報告書, 第26回報告書, 第33回報告書などでも、「再発・類似事例の発生状況」として、「『MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み』(医療安全情報No.10)について」というテーマで検討が実施され、第50回報告書では、「再発・類似事例の分析」として、「『MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み』(医療安全情報No.10, 第2報No.94)」というテーマで、具体的な事例を紹介し、検討が実施されている⁴⁾。

MRI検査は、診断や治療後の評価など、さまざまな目的で実施される検査であり、その安全な実施は重要である。しかし、MRI検査は、その特徴から、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”

によるインシデント・アクシデント事例の発生、および事例が発生した際に、患者に重大な影響が発生する可能性が想定される⁵⁾。その影響としては、MRI検査室に持ち込まれた磁性体が、MRI装置に吸着される際に、患者にその磁性体がぶつかることによる外傷はもちろんのこと、患者が身に着けていた磁性体がMRI装置に吸着される際の外傷、MRI検査の画像が鮮明に得られないこと、およびMRI検査室が使用できなくなることによる検査の延期など、直接的・間接的な影響の発生が懸念される。

「なぜ、持ち込みが禁止されている磁性体がMRI検査室に持ち込まれたのか?」や、「なぜ、持ち込みが禁止されている磁性体がMRI検査室に持ち込まれることに、事例発生前に気づくことができなかったのか?」などと、“なぜ”を深めると、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生要因が見えてくる。こうした関連性を考慮すると、発生要因としてのMRI検査室への“磁性体の持ち込み”に焦点を当てて、事例の分析を実施することにより、事例発生の未然防止対策を明らかにすることが期待できる。本連載でもこれまでに、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関連して、「MRI検査室への磁性体持ち込みはなぜ防げないのか?(第6回)」⁶⁾というテーマで、事例発生の未然防止対策について、発生要因から検討している。

自施設では、MRI検査室への“磁性体の持ち込

表1 “医療者が身に着けて持ち込んだ”磁性体と患者への影響

| 持ち込みの状況 | 件数 | 持ち込んだ磁性体 | MRI装置に吸着 | 患者への影響 | 当事者 |
|---------------------------|-----|----------------|----------|----------------|-----|
| 医療者が身に着けて持ち込んだ | 4件 | 金属製の髪留め | 記載なし | 右前胸部に当たり擦過傷と打撲 | 医師 |
| 医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ | 16件 | アングルウェイト | 有 | 記載なし | 医師 |
| 患者が身に着けていて、医療者が見逃して持ち込まれた | 16件 | アングルウェイト | 有 | 別の検査室に移動して検査実施 | 看護師 |
| | | (胸ポケットに入れた)はさみ | 記載なし | 記載なし | 看護師 |

(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た事例の記載内容を参考に作成)

み”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、事例の発生を未然に防止する対策や、現状評価は十分だろうか。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、『持ち込みが禁止されている磁性体についての教育が実施されているにもかかわらず』、持ち込みが禁止されている磁性体がMRI検査室に持ち込まれることに、『入室時の注意喚起や磁性体のチェックが実施されているにもかかわらず』、事例発生前に気づくことができなかつたのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。ここで、明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、関与する診療放射線技師や医師、看護師などの多職種がチーム力を発揮し、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生を回避することができるシステム整備に取り組むことが望まれる。

“磁性体の持ち込み”の状況としては、『持ち込みが禁止されている磁性体についての教育が実施されているにもかかわらず』、および『入室時の注意喚起や磁性体のチェックが実施されているにもかかわらず』、「医療者が身に着けて持ち込んだ」「医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ」、および「患者が身に着けていて、医療者が見逃して持ち込まれた」などが想定される。

そこで、本稿では、「なぜ、持ち込みが禁止されている磁性体がMRI検査室に持ち込まれるこ

とに、事例発生前に気づくことができなかつたのか？」という疑問に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかつた事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかつた事例や状況」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。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例

本事業の事例検索⁷⁾では、2021年11月上旬現在、キーワード“MRI”“磁性体”で44件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。このうち、本稿では、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”がない8件を対象外とし、36件を対象として検討を実施した。36件中、“磁性体の持ち込み”の状況としては、「医療者が身に着けて持ち込んだ: 4件」「医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ: 16件」、および「患者が身に着けていて、医療者が見逃して持ち込まれた: 16件」であった(表1)。

表2 “医療者が気づかずに、持ち込んだ”磁性体と影響

| 持ち込みの状況 | 件数 | MRI装置に吸着あり | 13件 |
|---------------------------|-----|------------|-------------------------------------|
| 医療者が身に着けて持ち込んだ | 4件 | 患者への影響あり | 1件 |
| 医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ | 16件 | その他の影響 | 機器の破損: 2件 器材の変形: 1件 検査の遅れ: 1件 |
| 患者が身に着けていて、医療者が見逃して持ち込まれた | 16件 | | |
| | | 持ち込んだ磁性体 | 件数 |
| | | 酸素ポンペ | 5 |
| | | モニタ | 2 |
| | | 点滴台(スタンド) | 2 |
| | | 酸素ポンペの架台 | 1 |
| | | シリンジポンプ | 1 |
| | | 移動式ラック | 1 |
| | | 光源 | 1 |
| | | 金属トレイ | 1 |
| | | テープカッター | 1 |
| | | シーネ | 1 |

(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た事例の記載内容を参考に作成)

「医療者が身に着けて持ち込んだ: 4件」で、実際に医療者が身に着けて持ち込んだ磁性体は、「金属製の髪留め」「アンクルウェイト(2件)」「(胸ポケットに入れた)はさみ」などで、当事者は医師と看護師であった(表1)。患者への影響としては、医師がMRI装置に近づいたところ、身に着けていた金属製の髪留めが飛んで、患者の右前胸部に当たり、擦過傷と打撲が発生したことが挙げられていた。また、間接的な影響として、当該MRI検査室が使用できなくなったため、患者に別のMRI検査室に移動してもらい、検査を実施したことも挙げられていた。

「医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ: 16件」中、「MRI装置に吸着あり」が13件、「患者への影響あり」が1件で、後者は、「テープカッターがMRI装置に吸着される際に、患者の頭部に直撃(脳出血・骨折なし)」ということが挙げられていた(表2)。その他の影響として「機器の破損: 2件(シリンジポンプ, 心電図モニタ)」「器材の変形: 1件(金属トレイ)」「MRI検査の遅れ: 1件(2時間の遅れ)」などが挙げられていた。ここでは、磁性体がMRI装置に吸着される際の直接的な影響や、MRI検査の遅れなどの間接的な影響はもちろんのこと、その場に居合わせた患者の恐怖・不安などの精神的な影響にも目を向け

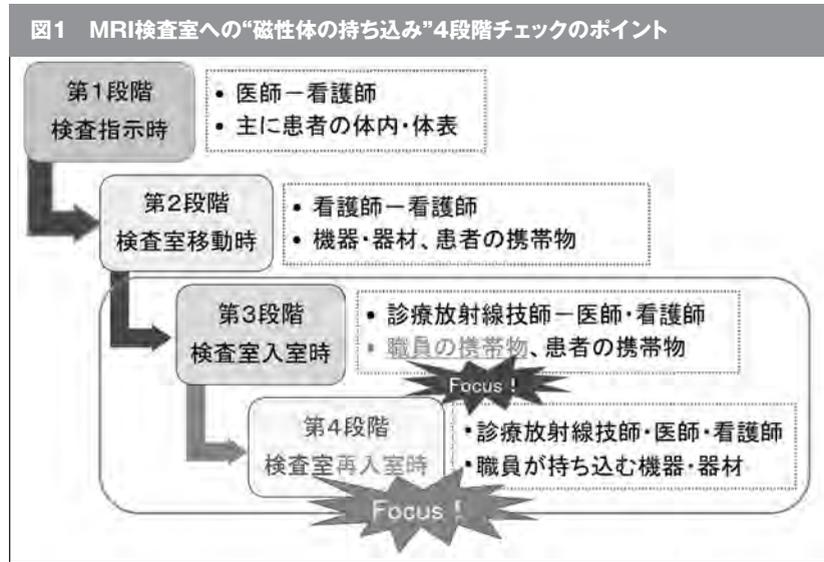
ることが重要である。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例として、事例検索⁷⁾にて検索された事例や、「医療安全情報No.94」³⁾に掲載されている事例としては、

「患者(70歳代, 女性)のMRI検査で、造影剤の注射の際に医師が入室し、MRI装置に近づいたところ、医師が身に着けていた金属製の髪留めが飛び、患者の右前胸部に当たった。検査終了時、擦過傷と打撲を確認したため、外用剤を塗布し、保護テープを貼付した。

金属・磁性体の持ち込みに関しては、患者については診療放射線技師や看護師も十分に確認を行っているが、医師については確認が不十分であった⁷⁾

「患児(3歳, 男性)のMRI検査前に、前室にてMRI検査用寝台の上で鎮静を行った。患児が寝たのを確認し、寝台ごとMRI検査室に入室した(入室前に鎮静剤の注射類の入った金属トレイを前室に残した)。検査室にて検査の準備中、医師が、前室から金属トレイを持って入室し、MRI装置に近づいた瞬間に、金属トレイがMRI装置の中に飛んでいき、大きな音とともにMRI装置にぶつかって吸着した。金属製トレイは衝撃により変形した。患者には傷害は発生せず、



(文献6)に掲載されている図を改変して作成

MRI装置にも特に問題はなかったため、検査を開始した。

MRI検査担当のスタッフによる磁性体の持ち込みの確認は、患者には行っているが、医療者への持ち込みの監視を行うルールにはなっていなかった⁷⁾

「患者(70歳代、女性)に、MRI検査を実施した。医師はアンクルウェイト(1.3kg、鉄粉)を装着し、通常業務を行っていた。MRI検査の終了時、医師が患者対応のためにMRI装置の近くに立ったところ、右足のアンクルウェイトがMRI装置に吸着した。白衣のズボンごと吸着されたため、右足を離すことができなくなった。患者退室後、ズボンの裾を切断し、脱出した。

医師は、日常的にアンクルウェイトを装着していたため、装着しているという意識が欠けており、アンクルウェイトの成分(鉄粉、鉛、砂)も確認していなかった。医師の入室時に金属探知機のアラームも鳴っていたと思われるが、ベルトのバックルや、履物の金具などにより常に作動するため、アラームを軽視していた。複数のスタッフが同時に入室することもあり、どのスタッフに対して作動したのか、分からないままのこともあった^{3),7)}

などがある。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例については、各医療機関でもインシデント・

アクシデント事例の発生を防止するための対策を検討していることと思われる。磁性体チェックリストの活用や、マニュアルの作成、および職員への教育などの取り組みを実施しているにもかかわらず、事例発生を防止できない状況がある場合、これまでとは異なる視点での事例の分析を期待したい。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わるリスクを想定し、本連載の「MRI検査室への磁性体持ち込みはなぜ防げないのか？(第6回)」⁶⁾では、「第1段階:検査指示時」「第2段階:検査室移動時」「第3段階:検査室入室時」におけるチェックの実施を挙げて、「MRI検査室への磁性体の持ち込み3段階チェックのポイント」を提案した。本稿では、さらに「第4段階:検査室再入室時」を加えて、「MRI検査室への“磁性体の持ち込み”4段階チェックのポイント」(図1)を作成した。本稿では、この“4段階チェック”を提案したい。

「第1段階:検査指示時」「第2段階:検査室移動時」「第3段階:検査室入室時」については、各医療機関でもさまざまなリスクの発生を想定して対応を実施していると考えられるが、前記の事例などでは、「第3段階:検査室入室時」における“職員の携帯物”のチェックに不備がある可能性が指摘されている。

前記の事例における背景要因では、「金属・磁性体の持ち込みに関しては、患者については診

療放射線技師や看護師も十分に確認を行っているが、医師については確認が不十分であった」「MRI検査担当のスタッフによる磁性体の持ち込みの確認は、患者には行っているが、医療者への持ち込みの監視を行うルールにはなっていない」「医師は、日常的にアンクルウェイトを装着していたため、装着しているという意識が欠けていた」「医師の入室時に金属探知機のアラームも鳴っていたと思われるが、ベルトのバックルや、履物の金具などにより常に作動するため、アラームを軽視していた。複数のスタッフが同時に入室することもあり、どのスタッフに対して作動したのか、分からないままのこともあった」などが挙げられており、自施設の現状も併せて確認することが望まれる。

改めて、表1で示した「医療者が身に着けて持ち込んだ」「医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ」、および「患者が身に着けていて、医療者が見逃して持ち込まれた」などの状況に焦点を当てて、自施設の現状評価から、職員間の情報共有・情報伝達の不足や、マニュアルの形骸化などによる事例の発生につながる可能性の有無を検討することを提案したい。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例発生の未然防止対策として、磁性体チェックリストの活用や、マニュアルの作成、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、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索⁷⁾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、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

事例「看護師が磁性体を持ち込み、再入室。テープカッターが患者の頭部に直撃」

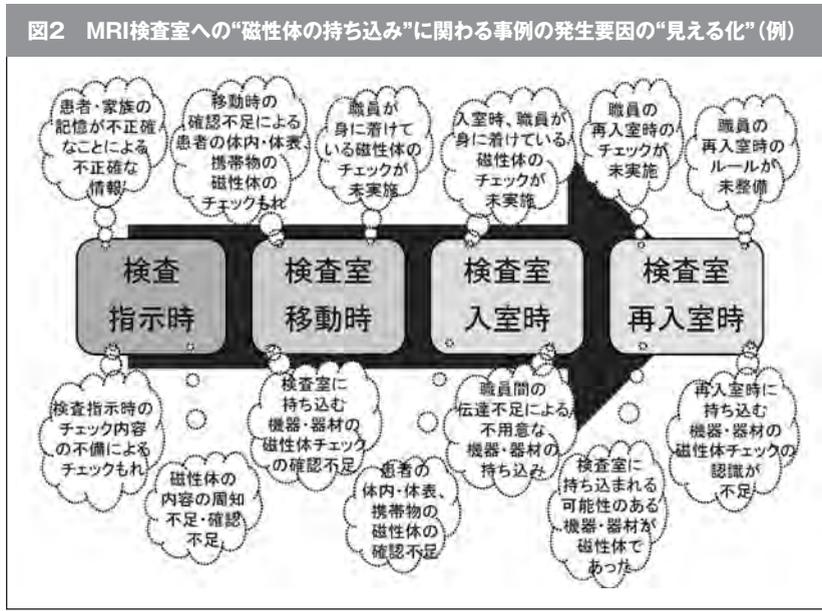
【事故の内容】

- ・整形外科に入院中の患者(80歳代、男性)が、腰部の検査にて、MRI検査室に入室した。
- ・患者に造影剤を注射後に抜針し、止血のため、乾綿にて圧迫した。
- ・止血に使用するテープが足りず、MRI検査室内には予備のテープを置いていなかったため、看護師が追加のテープを取りに、MRI検査室を退出した。
- ・操作室からMRI検査室に再入室する際に、看護師は、金属が含まれていることを確認しないまま、テープカッターを持ち込んだ。
- ・看護師は、一旦、患者の足元にテープカッターを置いた。
- ・看護師がテープカッターを持ち上げた瞬間に、MRI装置への吸着により、テープカッターが患者の頭部に直撃した。

(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66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、「放射線科の移転に伴い、CT検査室、血管造影室、MRI検査室が横並びにつながり、放射線科エリア内の金属(磁性体)を排除できていなかった」「MRI検査室前の操作室にテープカッター(磁性体)を置いていた」「必要物品(手袋、消毒綿、固定用テープ)が、MRI検査室内に配置されていないため、必要時は一旦、室外に出て再入室する状況であった」「対応した看護師は、放射線科担当であり、勤務歴も長く、主に透視室の業務に従事しており、MRI検査には何度も介助についており、磁場発生や、磁性体の持ち込み制限についても十分認識していた」「今回、看護師は造影剤の注射についてはその場で依頼され、患者の情報を確認しておらず、使用物品の準備も不十分であった」「看護師の心理状態は、造影剤の注射後に検査がすぐできるように、注射の抜針部の止血を急いで行わなければならないと慌てていた」「看護師は、磁性体に関して、最初の入室時は確認を十分行って入室したが、テープを取りに行き、再入室する際に、磁性体の持ち込みがないか、という確認をしていなかった」「看護師は、テープカッターがプラスチック製と思い込んだ」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



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第66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)

Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り, 事例発生 of 未然防止対策を検討する.

本事例を, RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると, 「なぜ, 看護師は, MRI検査室に入室後, 一旦, 検査室を退出したのか?」「なぜ, 操作室からMRI検査室に再入室する際に, 看護師は金属が含まれていることを確認しないまま, テープカッターを持ち込んだのか?」「なぜ, MRI検査室前の操作室にテープカッター(磁性体)を置いていたのか?」「なぜ, 金属製のテープカッターがMRI検査室に持ち込まれることを防止できなかったのか?」「なぜ, 看護師は, テープカッターがプラスチック製と思い込んだのか?」などの疑問が浮かぶ.

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に, 本事例の背景要因に挙げられている「放射線科の移転に伴い, CT検査室, 血管造影室, MRI検査室が横並びにつながり, 放射線科エリア内の金属(磁性体)を排除できていなかった」「必要物品(手袋, 消毒綿, 固定用テープ)が, MRI検査室内に配置されていないため, 必要時は一旦, 室外に出て再入室する状況であった」などに注目することが重要である.

ここでは, さらに, 「なぜ, MRI検査室内に持ち込まれる可能性のある放射線科エリア内の金

属(磁性体)を排除できていなかったのか?」「なぜ, 物品が必要な際, 一旦, 室外に出て再入室する状況であったにもかかわらず, 看護師は再入室の際に, 磁性体の持ち込みのチェックを実施しなかったのか?」などの疑問を深め, 事例発生 of 根本原因を明らかにすることが望まれる.

本稿では, 「なぜ, 持ち込みが禁止されている磁性体がMRI検査室に持ち込まれることに, 事例発生前に気づくことができなかったのか?」という疑問に焦点を当てて, 事例の発生要因の“見える化”から, 事例発生を未然に防止する対策について検討することとしている. ここでは, MRI検査室への“磁性体の持ち込み”をチェックする4つの段階(図1), すなわち「第1段階:検査指示時」「第2段階:検査室移動時」「第3段階:検査室入室時」「第4段階:検査室再入室時」に沿って事例の発生要因の“見える化”を検討する.

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生を未然に防止するため, 本報告書, および事例検索⁷⁾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, 「MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」「(図2)を作成した. 「検査指示時」「検査室移動時」「検査室入室時」「検査室再入室時」などの, MRI検査の実施に関わるプロセスに沿って, 事例の発生要因を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、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生要因としては、「失念」「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望まれる。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設におけるルール整備の現状評価が未実施、2)磁性体チェックリストの内容と遵守状況の現状評価が未実施、3)MRI検査室周囲の磁性体排除を含む環境の未整備、4)多職種によるリスクアセスメントが未実施、5)入室時・再入室時のアラーム対応の見直しを含むルールが未整備、6)職員の磁性体の持ち込みのリスクを含む職員教育が未実施、などが考えられる。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み” 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、「MRI検査室の磁場発生認識を高めるためのゾーニングや、安易に入れないようにチェーンなどを置く」「MRI検査室内で使用すると思われる物品は、あらかじめ検査室内に置く」「放射線科エリア内に金属(磁性体を含む物)を置かない」「患者の止血が確実にできるように、止血効果の高いテープやバンドを購入」「看護師が再入室するときに、磁性体を持ち込まないためのルール作り(操作室前に、簡単に入室できないよう、チェーンを利用する)」「MRI検査室で患者に対応する時は、緊急事態以外は退室・再入室をしないようにする」「看護師のユニフォームなどはポケットがないものを使用する」「病棟看護師がMRI検査の介助に入るときは、病棟に磁性体物品を置いてくる」「職員に、MRI検査時の磁性体の吸着事故を予防するための研修を実施する」などが挙げられていた。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、明らか

になった発生要因に対応して、1)自施設におけるルール整備の現状評価の実施、2)磁性体チェックリストの内容と遵守状況の現状評価の実施、3)MRI検査室周囲の磁性体排除を含む環境の整備、4)多職種によるリスクアセスメントの実施、5)入室時・再入室時のアラーム対応の見直しを含むルールの整備、6)職員の磁性体の持ち込みのリスクを含む職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「失念」「確認不足」「思い込み」などを防止すること、あるいはプロフェッショナルに求められる安全な医療を提供するという認識を新たにして、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例発生に至る前に、職員が“医療安全力”を発揮して、“磁性体の持ち込み”に気づくことで、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「自施設におけるルール整備の現状評価の実施」では、前記の「MRI検査室への“磁性体の持ち込み”4段階チェックのポイント」(図1)を参考に、自施設のルール整備の現状評価を実施することを提案したい。ここでは、2)の「磁性体チェックリストの内容と遵守状況の現状評価の実施」と併せて、自施設のインシデントレポートの傾向の分析も含めた現状評価の実施が望まれる。自施設では、磁性体チェックリストを活用しているにもかかわらず、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例が発生していないだろうか。もし、発生している場合は、磁性体チェックリストの内容の不備や、磁性体チェックにおける不適切なタイミング、およびこれらのルールが遵守されていない状況などについての現状評価が急がれる。

3)の「MRI検査室周囲の磁性体排除を含む環境の整備」では、MRI検査室の周辺に持ち込まれる可能性のある機器・器材を配置するにあたって、磁性体を排除することも検討したい。また、MRI検査室への入室時・再入室時に、職員の注意をひいて、一旦、立ち止まって、患者だけでなく、自身の身に付けているものや、持ち込もうとしている機器・器材についても、磁性体の

有無を確認できるポスターや、立て札などの掲示・配置を検討することも期待したい。

4)の「多職種によるリスクアセスメントの実施」では、職種による権威勾配などの影響で、適切な磁性体チェックが実施されていない可能性も想定し、さまざまな視点からリスクアセスメントを実施すること、および関連する情報を共有することが望まれる。

5)の「入室時・再入室時のアラーム対応の見直しを含むルールの整備」では、金属探知機のアラーム対応が形骸化していないか、ということの現状評価が求められる。入室時・再入室時にアラームが鳴った場合、入室を禁止するルールが整備されているか、そして、そのルールが遵守されているか、などを含めたルールの整備が望まれる。特に、再入室時に磁性体チェックが不十分になる可能性を想定し、自施設で発生している事例、あるいは事例検索⁷⁾などで検索された事例などを参考に、必要に応じて、ルールの見直しと整備をすることを勧めたい。

6)の「職員の磁性体の持ち込みのリスクを含む職員教育の実施」では、自施設で事例が発生している場合にはそれらの事例、および本稿でも紹介している事例検索⁷⁾で検索された事例などを活用し、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”について、「医療者が身に着けて持ち込んだ」「医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ」、および「患者が身に着けていて、医療者が見逃して持ち込まれた」状況などについて、具体的なリスクに関する情報提供が求められる。その上で、“なぜ、それらの事例が発生したのか？”“なぜ、事例の発生を未然に防止できなかったのか？”という疑問について、考えを深める機会の提供を検討したい。

前記の事例における改善策としては、「MRI検査室に入る前に、全ての職員に対して声かけを行い、各々が磁性体の持ち込みがないか再確認する。全職員に対し、MRI検査室への磁性体の持ち込みの警鐘事例を周知し、注意喚起を行う」「MRI検査室入口の金属探知機のアラームが鳴ったら入室しないことを徹底する。入室時のチェックリストによるチェックを励行する。精査のた

め、携帯式金属探知機を導入し、検査室入口の金属探知機が反応した場合は精査を行う。精査の結果、診療放射線技師が判断して入室許可を与えることにより、磁性体の持ち込みを防ぐ。MRI検査用の専用スリッパを用意し、金属のついた履物を使用していた場合は履き替える」などが挙げられていた。

今後、自施設におけるMRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生を未然に防止する対策を検討する際には、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。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”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、持ち込みが禁止されている磁性体がMRI検査室に持ち込まれることに、事例発生前に気づくことができなかったのか？」という疑問に焦点を当てて、「医療者が身に着けて持ち込んだ」「医療者が気づかずに、機器・器材を持ち込んだ」、および「患者が身に着けていて、医療者が見逃して持ち込まれた」などの状況に注目して、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、適切な磁性体チェックが実施されていないこと、および職員間の情報共有・情報伝達の不備や、ルールの不備などにより、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生を未然防止できずに、患者への重大な影響が発生する可能性を指摘したい。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、事例の発生要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

自施設における「MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生要因の“見える化”」では、どのような課題が見えてくるだろうか。

どのような発生要因が関連して事例発生を回避できていないのか、ということ具体的に検討すると、なぜ、『持ち込みが禁止されている磁性体についての教育が実施されているにもかかわらず』、および、なぜ『入室時の注意喚起や磁性体のチェックが実施されているにもかかわらず』“磁性体の持ち込み”が未然に防止されなかったのか、ということの原因が明らかになる可能性がある。

こうした疑問については、事例発生後に判明する前に、医療者が自ら問いかけ、多職種でさまざまな視点から検討することで、成果の期待できる、事例発生の未然防止の取り組みを実施することが望まれる。自施設の現状評価の結果を踏まえて、オリジナルの「MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わる事例の発生要因の“見える化”」の作成を検討することを提案したい。

MRI検査室への“磁性体の持ち込み”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、プロフェッショナルに期待されている安全な医療を提供するということを、再認識することが欠かせない。「MRI検査室への“磁性体の持ち込み”4段階チェックのポイント」(図1)で提示したように、プロセスを可視化することで、個々のプロセスにおける事例の発生要因を認識し、自施設における課題を明確にすること

を提案したい。MRI検査室への“磁性体の持ち込み”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、チームとして、MRI検査室への“磁性体の持ち込み”に関わるリスクの発生を回避することができるシステム整備が期待される。

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66回報告書. https://www.med-safe.jp/pdf/report_66.pdf (accessed 2021 Nov 8)
- 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 (No.10) . https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_10.pdf (accessed 2021 Nov 8)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 (No.94) . https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_94.pdf (accessed 2021 Nov 8)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書. <https://www.med-safe.jp/contents/report/index.html> (accessed 2021 Nov 8)
- 5) 石川雅彦, 他: MRI検査に関わるインシデント・アクシデント事例からみる再発防止策の策定に関する検討. 総合健診 2014;41(3) :434-438.
- 6) 石川雅彦: Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み” 第6回 MRI検査室への磁性体持ち込みはなぜ防げないのか? 月刊地域医学 2014;28(4) :336-341.
- 7) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>(accessed 2021 Nov 8)

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



一年間
あいがとう
ございました。



御蔵島村国民健康保険直営
御蔵島診療所
本東達也

松元先生、ご無沙汰しております。年度末でさぞお忙しいこととお察し致します。時が経つのは本当に早いもので、あっという間に最後の執筆となりました。

ドライブスルーでのコロナ診療を余儀なくされるほどの状況下で、ご心労が重なっているかとお察し致します。御蔵島でも年明け頃から感冒症状で受診される患者様が増えていて、それに伴い抗原検査の実施件数も増えました。先日、島外から来島されていた複数名が新型コロナ陽性と判明し、タイミング悪く自分は出島中であったため代診の先生にご対応いただきました。3回目のワクチン接種は2月下旬には対象の島民全員が終えられる予定ですが、気を抜かず体制づくりを継続していこうと思っています。

われわれのような、あらかじめ定められた任期でのへき地勤務だと、どうしても新しい体制づくりに対して保守的になってしまいがちですが、その中で従来行われていなかった新たな体制をつくるという取り組みは、本当に骨の折れる作業だと伺い知れます。もちろん、今後も派遣医師が入れ替わっていく中で、ある程度一貫した方針に基づいた医療を提供するために、従来の体制を踏襲すべき場面も多くありますが、松元先生の、地域のために必要なことに真摯に向き合っていらっしゃる姿勢にはこの1年を通して常に感銘を受けておりました。特に東京都の自治医大卒業生の場合は、計4年間の島しょ地域派遣のうち毎年派遣先が変わるケースがほとんどですので、それぞれの派遣先で長期的に考えた際に本当に必要なことを見極めて、臆せず取り組んでいく姿勢を磨き上げていかななくては、と決意を新たに致しました。

遠く離れた小規模離島での生活は予想よりもはるかに島民の方々との距離が近く、いろいろな方々の生活を間近で感じる機会が多くありました。そしてその中で、いかに自分が狭い世界の

中で過ごしてきたかを思い知らされる瞬間が多くあり、これもまた小規模離島で医療に携わる醍醐味なのではないかなと思っています。日々島民の方々から刺激をいただき、また支えられていたことを振り返り、改めて人との出会いの大切さを実感しています。

そんな中、書籍にあまり興味がわかない自分にしては非常に珍しく読書をした際に、「偶然を大切にすることを運がいい人と呼ぶ」というフレーズを目にして、大変感銘を受けました。自分はこのフレーズを、自分の身に起こるさまざまな出来事に真摯に向き合って過ごすことで、より人生を豊かにしうる「偶然」と出会う「運」に恵まれる、とも捉えていて、日常を送る上での原動力としています。

「離島交換日記」の執筆に携わらせていただいたこと、そしてそれを通して松元先生と出会えたこともまた、大切にすべき「偶然」の1つだと確信しています。

私事にはなりますが、来年度は都立広尾病院へ戻り1年間勤務することとなりました。島しょ救急患者の受け入れやヘリ搬送の添乗、島しょ入院患者の受け入れなどを通して、この2年間自らが島しょ地域で実践し、感じてきたことを回顧しつつ、残り2年間の島しょ地域派遣に向けて取り組んでいきたいと考えています。

最終回まで拙い内容となってしまいましたが、1年を通してお世話になりました松元先生、「月刊地域医学」編集室の皆様、並びにご覧になってくださっていた方々には、改めまして心よりお礼を申し上げ、最後のご挨拶に代えさせていただきます。

1年間ありがとうございました。



御蔵島の裏側を船から



診療所スタッフ



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

練馬光が丘病院 佐藤美紀



練馬光が丘病院について

練馬光が丘病院は、東京都練馬区にある二次救急を受け入れる急性期総合病院です。平成24年4月1日に、日本大学から地域医療振興協会が運営を引き継ぎました。

練馬区のイメージである「緑と太陽のまち」にちなんで名付けられた光が丘は、かつての米軍基地の跡地に造られた住宅地です。人口の増加と同時に高齢化も深刻化している練馬区の中で、当院では高齢者の病気を総合的に診る総合診療と、都心の病院と遜色のない専門的な治療の両方を提供しています。

病床数は342床で、うち集中治療室は6床となります。31の診療科をもち、救急医療、小児医療、周産期医療、災害時医療の4点を基幹医療とし、特に救急医療については、救急専門の医師と各診療科の医師が協力し、幅広い疾患を受け入れています。

2022年10月には現在の敷地から徒歩15分程度の位置に新築移転する予定となっており、地域の人が住み慣れた街で質の高い医療を受けられるよう体制を整えています。

筆者の日常について

私は特定ケア看護師(NDC)として共通科目と区別科目の研修期間を終え、1年間の臨床研修中です。当院独自の内科研修プログラムのもと、総合診療部門(一般病棟)7ヵ月、救急部門(救急外来)3ヵ月、集中治療部門(ICU)2ヵ月、地域医療振興協会のもつ別施設での診療所研修2週間をローテーションしています。

現在は、総合診療部門で医師のチームに所属し、指導医とともに患者さんを担当し、入院から外来フォローまでを行っています。

一日の最初は、患者さんのプレラウンド、カルテチェックから始まります。夜間帯の経過をカルテだけでなく、夜勤看護師からも情報収集し、バイタルサインや採血結果、食事量や排泄等のチェックを行います。自分が担当している患者さんやチーム内で嚥下機能が気になる患者さんの食事介助に入ることもあります。その後、指導医とともにプロブレムごとのアセスメントとマネジメントをプランニングし、朝のチームカンファレンスでプレゼンテーションを行います。そして、チームで回診し診察するというのが午前中の流れです。

その後は、外来や外勤などでチームの医師が不在時の病棟対応やリハビリスタッフとともにADLや嚥下機能の評価、昼の食事介助や離床を行っています。夕方に再度チームカンファレンスを行い、一日が終わります。ほかにも、PICC挿入の推進・実施、退院前カンファレンスではファシリテーター役などを担っています。

NDCが活躍できる場を探して

特定ケア看護師のはっきりとした「成果」といったものは数値化されたものは未だありません。しかし、例えば病棟看護師が困難であった採血やルート確保の実施、ちょっとした相談に対応することを積み重ねていくことで「いてくれて助かった」という言葉をいただくように



回診時に患者さんの身体所見をとっている筆者

なりました。

実際に、病棟にいた際に「頻呼吸・頻脈が出現した患者さんがいます。ちょっとみてくれますか」と相談を受け、肺塞栓症の早期発見・早期治療につなげることができたケースがありました。上記の症状を聞き、早急に12誘導心電図の施行、酸素投与の開始、ルート確保が必要と判断し、病棟看護師に依頼をしました。医師を呼びつつ身体所見を取り、鑑別を挙げ、採血の代行オーダー、エコーを行い、結果として鑑別に挙げていた肺塞栓症の診断に結びつきました。これは、この研修を受ける前の自分ではできなかったことです。

また、下腿浮腫、下肢潰瘍の増悪で入院となった独居の患者さんを担当し、多職種連携につながったケースを経験しました。退院先としては経済面やご本人の希望を考慮し自宅を設定していました。再入院を防ぐためには浮腫の改善、自宅でも継続可能な処置の方法を確立する必要性がありました。浮腫の鑑別から心不全の増悪因子の検索、他疾患併存・多数の医療機関受診に伴うポリファーマシーに対する薬剤調整を行いました。結果として、浮腫は薬剤の要素だけでなく心不全増悪によるものであり、主に塩分の多い食生活が原因であることが分かりました。これらは、かかりつけ医の確認とさまざまな医療機関からの診療情報の収集、ヘルパーや訪問

看護師からも生活背景を確認したことにより分かったことであり、病歴聴取の大切さを学びました。そして、管理栄養士による栄養指導を行い、下肢の処置を皮膚科医師とともに自宅で使用可能な保護剤や処置の方法を協議しました。それらを病棟看護師と共有し、患者さん本人と病棟看護師とともに創部の管理を行いました。そして退院前カンファレンスで、処置を自宅でも継続できるよう、訪問看護師、訪問診療医と経過の共有・調整を行いました。こうした多職種とのつながりを私たちNDCが担うことでより介入がスムーズになったのではないかと実感しています。

退院後から1ヵ月近くが経過した後も、下肢の処置は継続できており、食生活についても指導内容を遵守し、経過は良好であると報告を受けております。

これからの筆者の展望

私たち特定ケア看護師は特定行為21区分38行為を修了しただけでなく、臨床推論も学んだ看護師です。病棟や外来などでの医師の診療までの時間を短縮する役目や、医師と多職種の間にあったギャップを埋める役割を担うことにより、医療・ケアの質の向上につなげられる存在となることを目標としています。

しかし、いくら看護師の経験があり、看護師側の気持ちや動き方が分かったとしても、介入がうまくいかない場面も少なくありません。学びを深めたゆえに時間がかかり、悩むことも多く、自分の力だけでは対応できないこともあります。

必要なのは常に、自己研鑽、自己評価、できることとできないことを見極め、線引きをすること、それをきちんと周囲に示すことだと思います。そして、患者さんにとって結果を生み出していく存在となれるよう努めていきます。

地域医療型後期研修

2022. 2. 16

コロナ禍で高齢者を診る

私は南相馬市立総合病院という、福島第一原発から最も近く(約23km)、230床に対して医師20名強と少ない病院で2年間の初期研修を終え、2021年4月から地域医療のススメに所属しています。



執筆時点で私が研修をしている練馬光が丘病院は都営大江戸線の終着駅、光が丘駅から徒歩7分の位置にあり、342床の急性期病院です。私は2021年10月～2022年3月の予定で、総合救急診療科で研修をさせていただいています。

光が丘地区は高度成長期に発展した住宅街で、練馬区の73万人強(2021年12月現在)の人口を背景にCommon diseaseの中に時折珍しい疾患も診ることができる、研修先として恵まれた環境にあります。

プロフィール

2019年4月 南相馬市立総合病院初期臨床研修
2021年4月 「地域医療のススメ」専攻医
横須賀市立うわまち病院にて研修
10月 練馬光が丘病院にて研修

総合救急診療科(総合診療部門)は、11名の医師(スタッフ4名、専攻医7名)と初期研修医、2名の診療看護師(NDC)が2チームに分かれて常時50名以上の入院患者を診療する、院内でも比較的大きな組織となります。救急・集中治療部門や専門内科、外科系各科と協力しながら、外来・入院・コンサルトをバランス良く診療しています。高度成長期に発展した土地柄もあり、入院患者の主体は80代以上の高齢者で、内科力+ α の力を求められることもしばしばです。

練馬光が丘病院の一つの特徴はコメディカルスタッフとの距離がとても近いことがあげられます。各病棟に、看護師はもちろん、リハビリ(PT/OT/ST)、薬剤師、管理栄養士、ソーシャルワーカーの担当が決まっており、一人ひとりの患者さまに対して多角的な視点からサポートが入ります。病棟を通りかかると、各職種から、自分のチームの患者さまに関する積極的な提案が行われますし、われわれ医師からも気軽に専門職種から見た患者さまの姿を尋ね、介入を依頼し

ています。

コロナ禍で面会制限がある中、診療に難しさを感じることもあります。特に高齢者の自宅復帰を念頭においている症例では、リハビリの進捗が退院の律速段階となることがしばしばあります。ある症例では、お子さまとの二人暮らしで、病前は自宅内で伝い歩きできていたものが、蜂窩織炎を機に体動困難となって救急搬送となりました。リハビリで平行棒内伝い歩きまでは改善したものの、病前まで回復するには時間を要することが想定され、地域包括ケア病棟への転院をご家族に打診しました。リハビリの様子をビデオ撮影して供覧するなど、お話をする際には工夫したものの、コロナ以前のリハビリを直接病棟でご家族に見てもらっていた頃よりは状況を十分に伝えることは難しく、意思決定支援が難しくなっていると感じました。

この症例では、同居のお子さまが「一人で過ごすのは寂しいからそろそろ帰ってきてほしい。訪問診療や訪問看護も導入して、ダメだったらまたケアマネージャーさんと相談して老人保健施設を検討します」ということになり、直接ご自宅に退院することになりましたが、お子さまの介護負担を思うと、心配は未だに残っています。

こんな練馬光が丘病院ですが、2022年10月から、新築移転・増床が予定されています。それに伴い、総合救急診療科を含む各診療科およびコメディカルスタッフの増員や、各部署でも新病院への移転に向けて、さまざまな取り組みを見聞きし、活気があふれています。

新病院の開院時に立ち会うことはできませんが、各々の取り組み行く末を、聞く機会があればいいなと思っています。



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

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。

報告
各種お知らせ
求人

公益社団法人地域医療振興協会主催 第15回 へき地・地域医療学会開催のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では2022年6月25日(土)、6月26日(日)の両日、第15回へき地・地域医療学会を下記のとおり開催します。

前回の第14回大会より、地域医療振興協会地方支部が主幹となり大会の企画・運営にて開催しております。前大会は、九州・沖縄地方支部が主幹となり、メインテーマに「地域医療の再定義～へき地から学ぶ地域医療～」を掲げ開催いたしました。当初は2020年開催にて準備を進めておりましたが、コロナ禍で開催を1年延期しての開催でした。幾度となる開催方法の変更を経て、企画の一部変更、完全オンライン開催とし、九州・沖縄地方支部からの熱い思いをお届けいたしました。

第15回大会は、「繋がる記憶、広がる学び ～震災・コロナを越えて～」をテーマに開催いたします。地方支部運営での2回目の開催となる今大会は、北海道・東北地方支部にて企画・運営を担当します。招聘講演には、独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO) 尾身 茂先生をお招きし、ご講演いただきます。メインシンポジウムでは東日本大震災、新型コロナウイルスパンデミックに、どんな状況にも柔軟に対応してきた4名のシンポジストから、総合医の力とプロフェッショナルリズムを学びます。また、地域医療を担う方々の、学びに繋がる実行委員企画のプログラムも多数予定しています。

なお、北海道・東北地方の魅力伝える写真コンテストやショートムービーコンテストを予定しております。ふるってのご応募、学会へのご参加をお待ちしております。

学会についての詳細は特設ホームページ
(<https://www.jadecom.or.jp/hekichi2022/>)にて順次発信してまいります。



開催日程：2022年6月25日(土)、26日(日)

開催方法：会場(海運ビル：東京都千代田区平河町)とオンラインのハイブリッド形式

参加費：無料

対象：会員、医師、専攻医、臨床研修医、医学生、地域医療に関心のある方

開催テーマ：「繋がる記憶、広がる学び ～震災・コロナを越えて～」

大会長・実行委員長

大会長 川原田 恒先生(東通地域医療センター 管理者)

実行委員長 高橋 潤先生(公立置賜総合病院 総合診療科 診療部長)

プログラム概要

- 大会長講演 大会長 川原田 恒先生
- 招聘講演 独立行政法人地域医療機能推進機構 理事長 尾身 茂先生
- 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～」
シンポジスト(氏名50音順)
岡崎仁昭先生(自治医科大学 医学教育センター センター長)
日下勝博先生(社会医療法人関愛会 江別訪問診療所 所長)
鈴木孝徳先生(南房総市立富山国保病院 病院長)
吉田 徹先生(岩手県立宮古病院 病院長)
- 高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)候補演題発表
- 一般演題

- 企画プログラム(現在検討中の実行委員企画プログラムから抜粋)
 - 今, 地域医療学を考える
 - 地域医療の現場での人材育成を考える
 - 日常診療に使えるエコーを学ぶ
 - 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
 - 東日本大震災から11年～震災を越えて
 - #北海道・東北展(写真・ショートムービーコンテスト等)
- 表彰式・交流会

参加申込・募集関係

- ・学会参加申し込み: 4月20日に特設ホームページで参加受付開始予定です.
- ・一般演題その他企画の募集: 月刊地域医学5月号ならびに特設ホームページで告知, 4月20日募集開始予定です.
- ・高久賞動画募集: 令和4年7月から令和5年6月末までに自治医科大学の義務年限を終了予定の先生方を対象に, 義務年限中の地域での医療活動などを演題とした高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)動画を募集します. 対象者には3月中に郵送でご案内します. ご応募お待ちしております.

問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 へき地・地域医療学会担当
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 Email hekichi@jadecom.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，復興特区支助力子補給金，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

福島12町村における生活基盤再建に関する実証調査事業

受託事業者：デロイトトーマツコンサルティング合同会社(担当：福岡)

TEL 080-4354-2549 E-mail yfukuoka@tohmatu.co.jp

※令和4年3月19日以降のお問い合わせ先

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

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

募集

富山県公衆衛生医師募集

富山県では公衆衛生医師を募集しています。

富山県公衆衛生医師の業務は、県民の生命や健康を守るために、保健、医療に関する政策の立案・実行に加え、感染症の予防や発生時の対応など多岐にわたります。

専門分野や保健所での勤務経験および知見の有無は問いません。臨床現場などにおける経験を公衆衛生の分野で活かしてみませんか。熱意をもって業務を遂行していただける方を募集しています。

ご興味のある方は、お気軽にご連絡いただければ幸いです。職場見学も歓迎いたします。

配属先

本庁、県内厚生センター(保健所)等

募集科目・人数：公衆衛生医師 若干名

所在地：富山県富山市新総曲輪1-7

ホームページアドレス：<https://www.pref.toyama.jp/1204/kurashi/kenkou/iryuu/kousyuueiseishi.html>

問い合わせ・連絡先

〒983-3501 富山県富山市新総曲輪1-7

富山県庁医事課 担当：小川

TEL 076-444-3218 FAX 076-444-3495

E-mail yuki.ogawa@pref.toyama.lg

●●●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す。と考えると、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)に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

連絡先・書類送付先

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

北海道

豊頃町立豊頃医院

●内科 1名

診療科目：内科
 病床数：19床（休床中）
 職員数：5名（うち常勤医師1名）
 所在地：〒089-5313 北海道中川郡豊頃町茂岩栄町107-17
 連絡先：企画調査部 次長 田波
 TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924
 E-mail tanamit@jadecom.jp

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

受付 2021.8.18



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。本別町と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



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



鹿児島県

出水総合医療センター 野田診療所

●内科 1名

診療科目：循環器科、消化器科、呼吸器科、内科
 病床数：無床
 職員数：12名（うち常勤医師1名）
 所在地：〒899-0501 鹿児島県出水市野田町上名6103
 連絡先：出水総合医療センター 事務部長 福濱
 TEL 0996-67-1611 FAX 0996-67-1661
 E-mail mail1@hospital-city.izumi.kagoshima.jp

特記事項：野田診療所は、市町合併により出水市病院事業の出水総合医療センター野田診療所としてへき地の患者に寄り添った身近な医療を提供しています。診療は、内科系外来診療と訪問診療等を行い地域の医療を支えています。患者数が減少傾向にありますので、将来は、出水総合医療センターに籍を置き、野田診療所に派遣する形での勤務になる可能性があります。また、今回は、所長が体調の不安を感じ引退しますことから急ぎ募集することになりました。

受付 2022.1.20



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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.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で内容を明記する。年号は西暦とする。○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身*)とする。(※必要な場合のみ)

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

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

【書籍】

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

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

1) 本文の保存形式：作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する。
画像の保存形式：JPEGかBMP形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。これらの画像等を組み込んで作成した図は、各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける。

2) 必要書類：掲載希望コーナー、著者名と所属、連絡先(住所、電話番号、FAX番号、Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋、および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書。

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

2) 原稿と必要書類は添付ファイルで送るか、容量が大きい場合には大容量データサーバを使う。

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

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

【転載・二次的利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

1) 掲載料金は無料とする。

2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈。それ以上は別途実費が発生する。

3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当。投稿受理後は下記編集室より著者に、受理日、受理番号をE-mailにて連絡。投稿後2週間経過後、受理番号の連絡がない場合、審査状況や原稿要領等の問い合わせは、下記編集室あて。

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「月刊地域医学」編集委員

| | |
|-------|---|
| 編集委員長 | 山田隆司(地域医療研究所長) |
| 編集委員 | 浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長) |
| | 朝野春美(地域看護介護部長) |
| | 石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長) |
| | 伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科部長) |
| | 伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者) |
| | 北村 聖(地域医療振興協会 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, 2022.2.1現在)

編集後記

春爛漫の候、新年度がスタートし、新たな気持ちで業務を実施されておられる方も多いかと存じます。また、新入職員の方々が入職された施設では、多岐にわたるオリエンテーションが実施されておられる時期と存じます。

今月号も、本誌には地域医療に関連して、さまざまな課題にフォーカスを当てた内容が掲載されています。インタビューで語られていた、「地域医療と教育」に関連することは、地域医療の実践には欠かせない視点であることと拝察致しました。

特集では、「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」というテーマで、本件に関連する医療のあり方から、地域医療やプライマリ・ケアの現場で必要とされる内容、および教育に関連することまで、幅広く、そして深く掘り下げた内容で展開されています。

「離島交換日記」「研修医日記」では、現在の所属先での業務や研修を終えられる先生が、これまで取り組まれてきたことについてまとめられ、述べられています。「離島交換日記」において、本東達也先生が執筆された文章を拝読し、地域医療を展開する際の指標や、地域医療の実践に欠かせないマインドというのは確かに存在する、そのような印象を受けました。また、「研修医日記」において、野中沙織先生が執筆された文章を拝読し、現時点における医療の課題について、解決の糸口が確かに存在する、そのような印象を受けました。

今月号より編集後記の担当をさせていただくことになりました。不安定な状況の中でも、確かな未来を模索して、本誌のエンディングを務めさせていただければと存じます..

石川雅彦



月刊地域医学 第36巻第4号(通巻426号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2022年4月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル 3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

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き、

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



9784909117588



1923047006004

ISBN978-4-909117-58-8
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)