

総合診療・家庭医療に役立つ

7

2022
Vol.36-No.7

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

私たちの若手教育 —熱い若者, 集まれ!—

[企画] 北村 聖 地域医療振興協会 顧問

●インタビュー

「自治医科大学における 学生教育に携わって」

岡崎仁昭

自治医科大学 大学参与
医学部 医学教育センターセンター長・内科学講座アレルギー膠原病学部門 教授

公益社団法人
MED 地域医療振興協会
Japan Association for Development of Community Medicine

会員向け

JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 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。

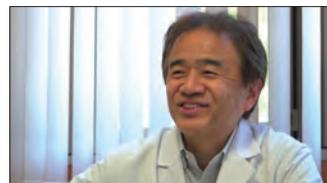
毎月
1日配信



「住民の終のすみかを目指した「山びこの郷」が、 やがて地域研修のメッカに」 ～山田隆司先生インタビュー～

6月1日配信 ▶

揖斐川の上流、山間部の過疎地域に、旧4村の中核医療機関として、平成10年にスタートした揖斐郡北西部地域医療センター。山田隆司先生と看護師の渡辺美恵子さんに設立当時の思いや、力を入れて取り組んできた地域研修について、振り返っていただきました。



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



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会

生涯教育センター

担当: 佐々木 TEL: 03-5212-9152(代)

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.36—No.7(2022年)

目次

インタビュー

- 自治医科大学における学生教育に携わって／岡崎仁昭 2

特集 私たちの若手教育 —熱い若者, 集まれ!—

- エディトリアル／北村 聖 12
●地域の診療所での指導／廣田俊夫 13
●大学病院での教育／志水太郎 18
●総合診療科のブランド戦略／高橋 潤 24
●地域で女性診療を学ぶ—ウィメンズヘルスケアはプライマリ・ケアである—／伊藤雄二 30
●台東病院のポートフォリオカンファランス／大西弘高 37
●多職種で多職種を育てる: 私たちの考える育成法／玉井杏奈・呉 明愛・高橋麻衣子 44

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105回“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生を未然防止する!
—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—／石川雅彦 52

離島交換日記

- 池上雄亮先生, はじめまして. / 濱平秀代 62

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 卒後研修を終えて／瀬川啓史 64

研修医日記

- 1ヵ月の休職期間を経て／綾香奈々 66

自治医大NOW

- 創立50周年記念モニュメントが完成 68

お知らせ72

求人病院紹介78

投稿要領80

編集後記 巻末

INTERVIEW

自治医科大学 大学参与
医学部 医学教育センター センター長
内科学講座アレルギー膠原病学部門 教授
岡崎仁昭 先生



自治医科大学における 学生教育に携わって

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

試験問題の作成をきっかけに医学教育の道へ

山田隆司(聞き手) 今日自治医科大学に、医学教育センター センター長の岡崎仁昭先生をお訪ねしました。今年、自治医科大学は医師国家試験10年連続第1位という快挙を成し遂げています。ぜひ、自治医大における学生教育についてお話を伺えればと思います。

まずは、先生が自治医科大学を卒業してから、医学教育に携わることになるまでの経緯についてお話しいただけますか。

岡崎仁昭 私は宮城県出身の7期生で、国立仙台病院(現 国立病院機構仙台医療センター)で初期研修後、公立の病院、義務年限中に大学院、その後、診療所に勤務しました。大学院はアレルギー膠原病学部門に入りました。教官の湊 長博

先生(現 京都大学総長)はNK細胞の世界的研究者であり、厳しく指導していただいたことは後の力となっています。

その湊先生が准教授になられた際に卒業試験や総合判定試験問題の作成を担当されることになり、指導を受けていた大学院生第一号の私が問題の作成を拝命しました。これが、私が医学教育に関わることになった出発点です。

その後、教務委員や5、6年生の総合判定試験部会長を務めたりしたのですが、2008年の新年会の席で当時の高久史磨学長から「ちょっと、ちょっと」と呼ばれて「大学に医学教育センターを作るから、キミ、担当してくれないか」というお話をいただきました。正直なぜ自分が？と

いう感じでしたが、他先生方のお力添えもあって教育センターの設立に関わり、2008年にセンター長に就任しました。

山田 当時、教育センター設立に至る背景には何があったのでしょうか。

岡崎 留年する学生が増えてきたということもあって、大学上層部が教育体制見直しの必要性を感じていたと聞いています。また、2005年からは共用試験が導入されたこともあり、システムティックに学生を支援する仕組みが必要だったのだと思います。

山田 自治医大の学生は義務年限があるので、留年するとその分義務年限が増えたり、あるいは留年すれば県にとっては、その年の卒業医師の2人のうち1人が欠けるわけですから大ごとです

よね。

岡崎 そうなのですよ。

山田 学長に指名されたとはいえ、自分の学問的な興味や研究、臨床医としての成長を諦めて医学教育にシフトしていくことに葛藤はありませんでしたか。

岡崎 もちろん専門を追求したい思いはありました。ただ、自分はたまたま本学の試験や日本内科学会の資格認定試験に関わっていたおかげで、そのときから比較的広範囲にわたって教えることができました。だから、声をかけていただいたときに「やればできるかもしれない」というのはありました。自分は卒業生でもあるし、学生のためにやってみようと思ったのです。

医学教育センターの取り組み

山田 医学教育センターの活動について教えていただけますか。

岡崎 センター長になってすぐに、新6年生で成績がふるわない20人ほどを集めて勉強会を始めました。そうしたところあまりのできなさにびっくりしたのですね。それから本腰を入れて、週1回は勉強会をして徹底的に鍛えることを始めました。

山田 全体的に学生を指導するというよりは、まず脱落する学生を出さないように注力したわけですね。

岡崎 はい。私は大学院卒業後にスタンフォード大学医学部のリウマチ免疫科に2年間留学したのですが、そのときたまたま受けたセミナーで教

育学の教授が「優秀な学生を教育するのは誰でもできます。できない学生をいかに引き上げるか、これが教育です」「講義をただだけでは学生は覚えません。記憶するには音読。コアの内容を最低5回、声に出させて繰り返すのが有用です」と言っているのを聞いて、そのときは「ええ?」と思ったのですが、教育センターで実践してみたらその効果を実感しています。

山田 なかなか大変なスタートだったのですね。

岡崎 情報センターには情報を扱うIR部門があって、本学学生の入学時の成績と卒業時の成績、国家試験の合格率との関係、入学時成績の地域差などについてデータをとって分析しているのですが、「入学時の筆記試験の成績は卒業時の成



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

績とほとんど相関がない」ということが分かっています。つまり、入ってからの教育がいかに重要かということです。

学習支援は1年生から6年生まで学年ごとに部会を設け、教育センター外の先生方の協力も得て補講を行っています。6年生に対しては年間最大250時間に及ぶ夜間特別補講を行いました。

一方で成績優秀者に対するインセンティブとして「Free course-student doctor」を設けています。私が教務委員長在任中の2011年度に導入しました。

この制度は、5年時の総合判定試験で国家試験に合格できるレベルの成績上位者10名ほどを対象に、6年生の6月から11月の間、各科の授業と卒業試験を免除して、基礎/臨床、学内外、国内外を問わず希望する実習や研究をする機会を与えるというものです。

選考は試験の成績のほか、BSL (bedside learning) 評価や実習計画書の提出、面接などで多面的に評価します。期間中は個々の学生にメンターがついて、月1回の実習報告書提出と実習終了時に報告会を開催します。

山田 それは先進的な取り組みですね。選ばれた学生の成長には大きく寄与すると思いますが、そ

他の学生への影響というのはいかがでしょうか？

岡崎 選ばれない学生のほうが多いわけですが、自治医大は1年生のときからグループ勉強会などを通じて切磋琢磨できる環境があるので……。

山田 全体にもポジティブな影響を与えるようなインセンティブになる。

岡崎 そうです。思えば高久先生はこういう新しい試みがお好きでした。話を持っていくと「それはぜひやりましょう」と、あっという間に話が進む。ですから、これもあっという間に決まりました。当時は反対意見も出ましたが、いまだに続いていて良い制度だと思います。

山田 高久先生は、慧眼というか、先を見る目がありましたね。

岡崎 その後、永井良三先生が学長になられてからは、外部の研究費を積極的に活用するという方針も加わり、早速その年の文部科学省の大学教育プログラム GP (Good Practice) に申請、採択され、臨床実習時間の延長などカリキュラムの見直しが進められました。

医学分野では、求められる知識量がますます増えているため「コアとなる内容を段階的に繰り返し学べる」ようにカリキュラムを設定しています(図)。また、全寮制であることを生かし、1年時からグループで協働して学ぶ「協勉」を推進しているのも大きな特徴です。

山田 コロナ禍では対面授業や実習ができなくなり、ご苦労があったのではないかと思います。いかがですか。

岡崎 それが意外にスムーズに対応できました。というのも、コロナ前から文部科学省の助成金や厚生労働省科研費の申請が通っていたので本格的にラーニングマネジメントシステムのMoodleの運用を始めており、eラーニング用の教材などをすでに準備していたことが大きかつ

- ・ 導入教育を初めとした段階的な人間教育を導入した。
- ・ 協働学習を導入し、学びやすいカリキュラム構成とした。
- ・ 臨床実習は80週（最大84週）、BSLのみ74週（最大78週）まで延長した。
- ・ コモンディーズを診る機会と実践的な実習のため院外実習を拡充した。
- ・ フリーコーススチューデントドクターなどの選択科目を充実した。
- ・ 地域医療学を全学的に体系化し、地域医療教育を充実させた。
- ・ アウトカム基盤型教育としてBSLの到達目標を明示し、総合判定試験およびPost-CC OSCEを卒業要件として導入した。
- ・ 教育委員会のカリキュラム部会、カリキュラム評価部会、BSL連絡協議会、医学教育センターのカリキュラム連絡協議会などを定期的に開催し、カリキュラム改善のPDCAサイクルを実施。

図 カリキュラム構成の特徴

たです。実習もマルチメディアと組み合わせた教材を用いることで、仮想臨床実習として体験・学習できるところまできています。また、学習支援については自作のテキストから骨子をまとめてMoodleにアップして対面補講の代わりにしました。Moodleでは学生に課題を与え提出されたものに対して、解答だけでなく解説、ときには励ましのコメントなどを加えて必ずフィードバックをします。大変ではありますが、この「個々にフィードバックをする」ということが、非常に有効でした。

ふたを開けてみると、3年生を対象とした共用試験のCBT(Computer Based Testing)も4年生の総合判定試験も、成績はむしろ良くなっていくくらいです。6年生の国家試験対策としても、一昨年は特別補講を27回配信しました。昨年の後半になると対面補講も再開できて合計63回、175時間超行いました。

またコロナ禍でここ2年はできていないのですが、国家試験のときは1日目が終わったら宿泊しているホテルで激励会を開催するのが恒例です。第114回国試のときは、永井学長をはじめ

め、大槻副学長、松村教務委員長も、もちろん私たちも泊まって励まして、1日目に失敗しても2日目に挽回できたということもありました。同窓会からも多数の先生にご出席いただき、差し入れもいただいたりしましたね。

山田 今回はそういったこともできなかったのによく100%合格を守りましたね。

岡崎 われながらよく続けられたものだな、と思います。私はいつも学生に「国家試験の合格率が高いのは偶然ではなく必然だ」「国家試験は、個人戦ではなくて団体戦だ」と言っています。学生たちも本当によく頑張ってくれました。今は謝恩会もできませんが、学生から感謝状をもらったこともあって……そんなことがあるので、やめられなくなってしまうんですよ(笑)。10年連続合格率1位、12年間で99.3%、直近では3年連続100%はおそらく破られることはないだろうと自負しています。

自治医大という仕組みの利点

山田 素晴らしい。医師国家試験合格率10年間連続1位というのは、一朝一夕にはできないということがよく分かりました。

岡崎 協力してくださった先生方のおかげです。自治医大の先生方は本当に教育熱心で助けられています。高久先生が学生思いで、なんとかしてあげようというのが脈々とつながっているような気がします。

山田 自治医大創設のころから指導してくださった高久先生や、細田瑳一先生の熱い思いを感じますよね。

岡崎 もともと私を大学に呼んでくださったのが細田先生でした。学生時代に細田先生には「自宅に帰ってベッドで寝られるのは忙しいと言わない。忙しいというのは医局でちょっと仮眠をとるようなときのことを言うんだ」と言われました。

山田 (笑)同じようなことはよく耳にしました。吉良枝郎先生にも卒後の集まりで、「研修がきついか、へき地での勤務が厳しいといったって命までとられる訳ではないのだから」と言われたのを覚えています(笑)。

岡崎 今では絶対言えないことですよ(笑)

山田 でも、そういう精神性を伝えてもらって教えてもらったことが活きている気がします。

自治医大という装置、各都道府県で限られた

人数の学生を将来地域医療に貢献する人材として入学させて、それを寮に集めて6年間一緒に生活をさせ、卒業後それぞれの都道府県に戻す、実はこの仕組みがうまく成功しているのだと思います。県庁の方も、地元の大学の人たちも、研修病院の指導医である他大学の先生方も、皆さん口をそろえて、「自治医大の卒業生はよく頑張っている」と言ってくれます。

岡崎 他大学で模擬授業をしたことがありますが、学生たちから「こんなのは初めて聞いた」と言われます。そういう意味で自治医大は地域に帰すために、手厚い教育をしていると思います。

一方で普通に考えると県単位の選抜というのは、入試に関しては一般的とは言えないと思うのですが、地域に定着するという意味では、やはり出身県ではないとうまくいかないと思うのです。例えば高校だけその土地に通った学生の中には親和性が薄い人もいます。今のシステムはよく考えられていると感じます。

国家試験合格率第1位を維持するには努力しないといけません。でも、努力すれば何とかなると思っているので、これを継続できるようにさらにブラッシュアップしていきたいと思えます。

自治医大の魅力を発信していくためには

山田 先生方が徹底して、重層的かつきめ細かな教育をしてくださっているおかげで、非常にタフで臨床向きな卒業生が生まれていることがよく分かりました。

一方で、卒業後地域に帰って9年間の義務を果たしながら研修の道筋をつけていこうというときに、各都道府県で研修制度のサポート体制に濃淡があって、新専門医制度で戸惑うような場面もあります。

岡崎 そうですね。以前は高久先生や齊藤壽一先生、細田先生が専門医の制度設計などに関わっておられて、自治医大の卒業生が不利にならないよう配慮してくださっていましたし、特例措置などもありました。総合診療専門医はそれほど問題ではないのですが、やはり外科系などは難しい面もあるので、希望する専門を持てるような制度設計が求められると思っています。

山田 そこが新卒、あるいは学生たちが一番不安に感じているところかもしれません。

岡崎 たとえ少し遅れても必ず専門医を取れるのだという道筋、キャリアパスがなければ、入学するときの志願者にも影響すると思います。でも私は学生に「専門に関しては1年、2年遅れても何も不利なことはないから、目先のことだけにとらわれずにやっていたら必ず取れる」という話をしています。また、「君たちはこれだけ時間をかけて地域に出るための教育を受けてきたのだから、とにかく何があっても義務は離脱しないでやりなさい」と伝えてきました。実際、私が学習支援で関わった6年生は14年間で500人ほどになりますが、これまで義務を離脱した学生はゼロでした。これは私の自慢です。致し

方ない事情で、最近ついに1人出てしまいましたが。

山田 それは立派ですね。これまで1人もいなかったということが驚きです。先生が目指しているものが、単なる国家試験の合格ではなくて、臨床医として社会に貢献できるような人材として一人前になりなさいということがしっかり伝わっているのだと思います。

先生が今、尽力されている学生教育が卒後の研修にもうまくつなげるとさらに良いのではないかと思います。専門医機構の中でカリキュラム制などが取り上げられたのは、自治医大や地域枠の学生など、義務を背負っている人たちのキャリア形成について配慮すべきだという意見が大勢を占めるようになってきたからです。以前は「自治医大卒業生のためだけに議論するのはおかしい」と言われがちでしたが、むしろ後押ししてくれる人が多くなってきたのはとても良いことだと思っています。

岡崎 他大学の地域枠も増えていますし、協力して取り組むべき課題ですね。

山田 一方では他大学の地域枠に入学生が流れるというようなこともある中で、自治医大が際立つ存在になるために、より戦略的に魅力を発信していかなければと思うのですが、先生はどうしたらよいと思われますか。

岡崎 他大学の地域枠というのは幅がものすごく広くて、大学によって義務も全く異なります。また100人いて10人だけ地域枠ということですからどうしても教育が難しい。だから今後、5年後、10年後には義務の離脱率が多くなってくる可能性があります。一方で自治医大は義務の離

脱はきわめて低く、未だに2%ちょっとです。やはり「all-or-none」というのが成功の秘訣だと思うのです。

ただ、受験生にとってどういうことが魅力のあるように映るかという点と難しいですね。実際のいろいろなデータを見ると、高校生は医学部に入ったら自動的に医者になれると思っているのです。しかし実はそうではない。そこに対して「自治医大に入ればこんなに丁寧な教育を受けられ、卒後も専門医や学位を他の大学と遜色なく取れるんですよ」というキャリアパスをもっと明確に打ち出して、優秀な学生をリクルートしたり、第一志望で本学を受験してもらうよう仕向けないといけないですよ。

山田 自治医大ができて、われわれ初期の世代が入学して卒業して、われわれの時代は必ずしも先生が行っているような丁寧な教育を受けたわけではなく、それでも自治医大の卒業生として継続的にある程度の評価を受けているという現実があるということを考えると、地域医療を担うというミッションを持った大学で、その精神で義務を果たすという途が明確だからこそ、他大学よりも非常に魅力的で、臨床的で、役に立てる医者を育成できている、ということにもっと自信を持っていいのかもしれない。

岡崎 そういう環境だからこそ人と人のつながりは

強くなりますよね。先輩が後輩の面倒をみる、同期は生活をともにしながら切磋琢磨するといった縦横のつながりが自治医大創立以来50年の伝統の中にはある。だからキャリアに関しても、安心して勤務できるというメリットがあると思います。

山田 そうですね。その底力はみんなが「塊」で努力してミッションを成し遂げることで培われている、と。

岡崎 まさに「協勉」ですね。一人ポツンという学生が留年しそうだったら教えたり、教わったり、みんなで助け合うという精神は医者になっても、地域社会で暮らしていく中でも大事です。そういうコミュニケーション能力の高さこそが大切で、それが日常の中で、学生のうちから練習できるというのは他の大学とは違いますよね。

山田 ミッションがあるということが、医師としてのトレーニングに生きてきたのではないかという気がします。ずっとその道が続けなくてはいけないということではなく、そういうトレーニングをしたことによって、一人前の医師となったときに医師として光ることができるのではないかと思うのです。

国家試験を変えていきたい

山田 今後目指していることは何かありますか。

岡崎 そうですね、長いこと試験や評価法に取り組んできたので、そこをより深めていきたいです。

今回のコロナ禍を経て、災害を含めた特殊な環境下でも対応できるような、ICT(情報通信技術)を使った評価法の導入を実現するのがたぶん私のライフワークになっていくでしょう。現在は厚生労働省の科研費事業の中でICTを利用した医学教育コンテンツの開発と活用、国家試験のCBT化について考えています。その中で、国家試験も各大学で受けられるようにしてはどうかというようなことを提案しています。実際に国家試験がCBT化すれば、マルチメディアを用いたより実臨床の現場に即した試験問題を作成でき、問題をプールしておくことで複数回の試験や追試の設定も簡単にできるというメリットがあります。

山田 素晴らしい。非常にプラクティカルな臨床経験が活かしている試みですね。

岡崎 考えてみると当たり前のことで、きちんと聞けるか、診られるかということを評価できる試験にする必要がある。逆に、しっかりそういう実習・研修をしてきた学生や研修医だからこそ解けるような試験問題を作れるようにしたいと

思っています。

もう一つは後継者の育成です。教育センターのような組織は、全員とは言いませんが卒業生だからこそできるという面もあるように思うのです。自分自身も、こんなことができるのかと思っただけで「でも後輩だしな」という気持ちでやってきた部分が大きかったので、他の大学ではやり遂げられなかったと思います。

山田 最近、自治医大附属病院でも卒業生が減っていることが気になっています。われわれの世代は中尾喜久初代学長や高久先生の影響が大きかったですが、諸先輩方に導いていただいたことに感謝して、次の世代にしっかりと受け継いでいかなくてはいけないと思っています。

最後に、今地域で頑張っている後輩の皆さんにメッセージをお願いします。

岡崎 先ほども言いましたが、急がば回れ、焦らずにしっかりやっていたら必ず専門医なり学位なりを取ることはできます。そういう希望がある卒業生は大学の教員にどんどん相談してほしいです。そしてもし、医学教育に興味があるという方は、ぜひ私にご連絡ください。

山田 岡崎先生、今日はありがとうございました。

岡崎仁昭(おかざき ひとあき)先生プロフィール

1984年自治医科大学卒業. 国立仙台病院(現・独立行政法人国立病院機構仙台医療センター)で初期臨床研修後, 宮城県立瀬峰病院内科, 宮城県七ヶ宿町国民健康保険診療所に勤務. 1999年自治医科大学内科学講座アレルギー-膠原病学部門准教授に着任. 2008年自治医科大学医学部医学教育センター センター長に就任し, 同内科学講座アレルギー-膠原病学部門教授を兼務する. 2022年自治医科大学 大学参与となり現在に至る.



私たちの若手教育

—熱い若者, 集まれ!—

企画：地域医療振興協会 顧問 北村 聖

特集

●エディトリアル

●地域の診療所での指導

●大学病院での教育

●総合診療科のブランド戦略

●地域で女性診療を学ぶ
-ウィメンズヘルスケアはプライマリ・ケアである-

●台東病院のポートフォリオカンファランス

●多職種で多職種を育てる:私たちの考える育成法

エディトリアル

地域医療振興協会 顧問 北村 聖

「俺流」の教育を支持する教育理論

近年、医学部での教育をはじめとして、研修医教育や、専門医の教育も基本的構造において大きく変化した。従来の教育は、教養課程、基礎医学、臨床医学の教育と続き最後は臨床実習、卒業試験を終え、全ての単位を取得すれば卒業でき、国家試験を受験する。言い換えれば、解剖学や生理学の単位、内科や外科や小児科の単位、いわばジグソーパズルのピースを収集してゆく教育であり、実はピースを収集しても、ばらばらに袋に入っている状態であって、良医という絵にはならない。この従来の教育構造を「プロセス基盤型教育」と呼ぼう。

一方、近年の教育構造は、「学修成果(アウトカム)基盤型教育」と呼ばれるもので、最初に学習者に理想の医師像をイメージしてもらい、その属性や能力を考えてもらう。例えば、知識がある、技能が優れている、さらにコミュニケーション能力や、医療安全への配慮、チーム医療の推進、自己学習能力などが良医の特徴として挙げられる。そのうえで、それらの能力を獲得するための教育・学習が行われるというものである。

しかし、実際の教育現場では、まだまだプロセス基盤型の教育が行われ、知識偏重の風土が根強く残っている。幸い、総合医療や地域医療は臨床医学の中でも統合的なものであり、必要なものは知識の量ではなく、今ある医療資源や能力をいかに組み合わせるかを達するかという応用力であり、アウトカム基盤型教育に向いている領域であると言える。この視点から見ると、臓器別専門医の教育に比べ、総合診療医の教育、なかでも地域医療の教育には単位取得とか試験とか従来の教育で多用される「決まった型」というものがないように思われる。いくつもの登山道がある山のようなもので、人それぞれの道で登頂することが可能である。実際は、ポートフォリオや、それを用いたリフレクションなど、個々の症例から一般化できることを抽出して学修成果とする学びが広く行われている。一見偶発的な教育に見えるが、単に登山道の違いに過ぎず、総合的能力という頂上へは確実に続いている。

複雑性のある実症例を教材とするこの教育課程では、指導者の個性がより強く現れると思われる。この特集では、そのような「俺流」「我流」の教育スタイルを紹介いただき、若手医師諸君のモチベーション上昇の一助になればと願っている。

地域の診療所での指導

関市国民健康保険津保川診療所 管理者・所長 廣田俊夫

POINT

- ① 能力の限界を超える練習
- ② グリットを刺激する
- ③ 楽しむための準備

はじめに

「医者・ぼん・南瓜」

私が医学部の入試に合格した時、明治42年生まれの祖母が教えてくれた。「ぼん」は寺のお坊さんのことである。いずれも、陳ねたモノほど価値があるらしい。「医者と南瓜は陳ねたほど良い」はよく言われるそうだが、そこに「ぼん」が入るのは祖母流なのだろうか。私が医学部を卒業してから四半世紀が過ぎ、祖母はその半分が過ぎるころに他界した。彼女はキャリア十数年の孫医者をどのように評価していたであろうか。

エキスパートを育てるには？

南瓜はさておき、聖職者も医療従事者もプロフェッショナルリズムを備えたエキスパートであることが求められる点は共通している。医学教育に携わる者は、将来のロールモデルになるようなエキスパートを育てたいと願っているが、たやすくはない。南瓜のごとくに、ただ時間を

重ねることでエキスパートが育つのだろうか。否、南瓜も熟達した農家の手によって正しく陳ねなければ商品にはならないだろう。

2014年12月6日、慶應義塾大学三田キャンパスで、熟達化理論で著名なEricsson博士、トップアスリートや教育の研究者・指導者らをパネリストに迎えた、「努力か？ 才能か？ スポーツにおける熟達化シンポジウム」が開催され、その内容がSFC CLIP¹⁾に紹介されている。Ericsson博士の発言が興味深い。「私の主張はこうです。『熟達者と普通の人の違いは、パフォーマンスを向上させるために生涯にわたってなされた努力の結果である』。卓越したパフォーマンスは通常に比べて質的に異なり、また熟達者の特性や能力も質的に異なるものであり、普通の人の域を超えています。そして、そのパフォーマンスは身長などを除けば遺伝的には決まりません。熟達者になるためにはスキルを身につけていく訓練が必要です。あるスキルを獲得するには、まずそのスキルについて認知し、そして認知を連合し、最後には自動化させる必要があ

特集

ります。そうすることで、そのスキルは努力をしなくとも使えるようになります。しかし、ただ漫然と練習するだけではその域には達しません。重要なのは、『ここまでできるけど次はできない』をひたすら繰り返すこと。つまり、能力の限界を超えるための訓練 (Deliberate Practice) が大切なのです」

また、訓練における指導者の役割の重要性を強調した上で、「指導者の役割についてはまだ研究が進んでいません。指導者は自分の経験から決め付けて指導することが多い。理論的な根拠に基づいた指導というのはまだ歴史が浅いのです。現時点で言える、指導者の役割として大事なことは、エキスパートを意識するのであれば、本人の好きにさせるのではなく、目的に見合った方向性を作っていくことでしょう。子どもの好きにさせていると、本質的に重要なスキルの習得が難しくなります」。

自分の受けてきた卒後教育を振り返ってみると、外科学教室に所属していたという特徴かも知れないが、オーベン(指導医)の経験に基づき、手技に始まり薬剤の選択等々、ムンテラ(病状説明)に至るまでが教育された。若い外科医の立ち居振る舞いや処方、手術手技を見れば、人事の派遣先で「君のオーベンは○×先生だろ？(笑)」と言われたものだ。多方面から高評価を受けるオーベンならエキスパートへの道は保障されるかも知れないが、そうでない場合はなるべく早期の矯正プログラムが必要となるかもしれない。自分が指導医として教えるならば、「俺流・我流」の指導じゃあダメじゃん！と、言わざるを得なくなる。

能力の限界を超える練習

Ericsson 博士によると、「熟達者になるため……の訓練」には、以下のごとくに7つの特徴を備えた能力の限界を超える練習²⁾ (deliberate practice; よく考えられた練習とも訳される)が必要である。私の指導方法に俺流があるとすれば、能力の限界を超える練習をどのように準備するかであろう。

●その人の技術を向上させるために最適な難易度に設定されている。

私の指導フィールドは、診療圏人口が4,000名ほどの山間へき地の診療所で行われる外来・訪問診療である。市内の便利の良い地域や基幹病院までは車で30～40分を要する。過疎地域では、疾患として希有な症例や一刻を争う重症疾患に巡り会うことは少ない。しかし、高齢、多疾患併存、独居、経済弱者等々、事例の複雑さは高く、よい学びの機会になる。とはいえ、入退院で難渋する例に比較して、社会生活を行うことができる分、外来・訪問診療で出会う難易度のほうが、特に初期臨床研修医には適度であるように感じる。

当施設では、例えば外来患者を振り分ける時に、地元民でもある看護師がその役割を担っている。その塩梅は絶妙で、予診時に「それは、○×医師に相談したくておいでになったのですかね？」と、上手くトリアージをしている。Ericsson 博士の言う「能力の限界を超える」、しかし安全な領域を考慮した難易度での繰り返し練習には、看護師の診たてによるトリアージが欠かせない。Ericsson 博士が、冒頭で紹介したシンポジウムにおいて、「Deliberate Practice (訓練) と Deliberate Play (実践) は対立しません。発達段階に応じて適切な練習を適度に積み重ねるのが良いのです」と説く通りである。

「能力の限界を超える」難易度に挑む時、重要なのは安全な関係性だと思っている。幸い、私を含め診療所のスタッフは長年にわたって地域との関係性を築いており、地域住民の研修医教育に対する理解も良い。学びのためにへき地へ赴いた研修医に対する尊敬の言葉が、診察室で直接研修医たちに語られる場面をしばしば目にする。地域全体が研修医たちにチャレンジできる場を提供しているのである。地域住民や診療所スタッフには感謝しかない。

- 練習の結果に対して、フィードバックがある。
- 自分で、結果の善し悪しを評価している。

フィードバックは、診療所での学びにおいて最も重要な要素である。日々の診療の終わりに、専用の振り返りシートに記入して、およそ10分程度で振り返り学習を行う。その内容は、①今日できたこと・気付いたこと、②上手いかなかったこと、③今の気持ち、④今後の課題、といったありきたりのものである。しかし、研修医たちのコメントは実に多様で、特筆すべきは、共通して彼らが自分の修正点と現時点での目標とする正解を発見している点である。

「当直や救急外来で診ることがあるのですが、その後どうなっているのか分からないのですよ。ココだと自分で診られるので勉強になります」

研修医たちはこのように話す。翌日、あるいは1週間・数週間後に、自分の介入した患者を責任を持って継続診療することは、彼らが転機を目の当たりにし、患者からのフィードバックを受ける良い機会になる。そして、この経験を私や他のスタッフと振り返り、概念化していく。時には、あるいは度々上手いかず、期待通りの結果を得られないこともある。その時には、先に述べたごとくに、自己学習や自発的に行う振り返りを通して、正解や必要な修正箇所、次の課題などを発見している。自分が考えて決定したという責任性は、学習への高力価な刺激となる。私の役割は、彼らの答えを引き出して概念化するのを手伝うことだ。「どうだった?」「で、次、どうする?」「じゃあ勉強して準備をしないとね!」と言うだけで十分である。

すなわち、フィードバックは指導医からに限定されない。多職種や患者からのフィードバックの方が、指導医からのフィードバックよりも圧倒的に強力な学習刺激になるように感じている。研修医が継続的に係わることができた患者が、研修期間の終わりに、突然受診することがある。

「もうすぐ終わりと聞いていたので、最後に診てもらいに来た」

私にそんな仕込みができるはずがない。

- 本人がやる気を出して練習している。
- 継続的に練習している。

やる気があるなら少々辛くても継続的に練習するだろう、と思っている。しかし、あまり辛いとやる気も消沈するだろう。どうすればやる気が出て、それが持続されるのだろうか。

「これ、〇×のようにやっというて」

これは、研修医がもっとも学びにならないと感じる、現場リアルな指導医からの指示だそう。先に述べたが、適切な難易度と安全が確保された上で能力の限界を超える練習を、自分の判断でできるとき、それがDeliberate Play(実践)であるが、研修医が最も生き生きと学ぶと感じている。

TED2013でペンシルバニア大学 心理学教授 Angela Lee Duckworth氏が、「第3の成功因子『グリット』とは?」³⁾について語っている。その中で、「IQの数値に関係なく、生徒たちは誰でも皆、時間をかけて勉強に取り組みさえすれば、必ずできるようになる」「教育に必要なことは、心理学的な見地から、もっと子どもたちを理解してあげること、もっと子どもたちがモチベーションを高めながら学べる環境をつくってあげることだ」と主張する。それに必要不可欠であるのが「グリット (GRIT: Guts, Resilience, Initiative, Tenacity)」であり、グリットとは、「物事に対する情熱であり、また何かの目的を達成するためにとつともなく長い時間、継続的に粘り強く努力することによって、物事を最後までやり遂げる力」であると説明する。この「グリット」は、生まれ持った知能・才能とは関係ない。Duckworth氏の「グリット」についての主張は、先のEricsson博士の主張とも一致し、博士は冒頭のシンポジウムで、努力する才能はない、努力は先天的なものではないと言う。

Duckworth氏は、教師の役割は「モチベーションを高めること」だと主張する。研修医指導も同じである。ともすれば、モチベーションのない研修医をどう指導するかについて議論されが

ちであるが、必要なのは「モチベーションを高める」研修を提供することだと分かる。津保川診療所的なモチベーションを高める方法は、先に述べたことからお気づきのよう、研修医へのフィードバックに住民と多職種を巻き込むこと、に尽きる。

●練習に専念できるよう環境などへの支援がある。

どれだけモチベーションを高める研修機会があったとしても、不眠不休で学ぶことは不可能である。どれほど面白い小説を一気に読破したとしても、せいぜい一晩徹夜ぐらいだろう。

余白の重要性を発見させられた出来事がある。私事で所属している団体のリーフレットを作成した際、私の作品を見た芸術家の友人が「情報は多いけど余白がないね」と評した。作品は余白（空間・何も書かれてない所）を含めて作品なのだそう。それを鑑賞する者は、余白において作者のメッセージを感じ、概念化し、自分の文脈へ落とし込む。

一日の労働と学びを終えて、例えば診療所に隣接するスポーツセンターで汗を流すことができたり、里山をジョギングしたり、週末には地方のグルメや文化を楽しむことも、余白、すなわち大切な学びの機会だと考えている。夕方、地域のスーパーマーケットの営業時間に買い物ができる余白があることは、地域の楽しい発見にもつながる。

余白は研修医本人にとって有益なだけでなく、教育に関わるスタッフ全てに必要である。教育が働き方を改悪するようでは、多職種の理解と賛同は得られないし、指導医自身も疲弊する。

10年前に診療所施設を建設する時、当時で最高のインターネット環境を導入した。施設内では、トイレですらWi-Fiの3本柱が2本以下になることはない。何時でもどこでも高速通信可能である。書庫の書籍は持ち出し可能、誤って持ち帰った研修医が後日に謝罪文とともに郵送することもあるが、想定内だ。調べたいと思ったときにストレスなく検索できる環境は必要不

可欠である。学ぶための省時間、省プロセスは必須である。

●課題の楽しさを教えてくれるコーチがいる。

津保川診療所的指導において、コーチは、住民、多職種、指導医である。

理由を考えたことがないが、なぜか来院する地域住民が明るく人懐っこい。へき地だからなのだろうか。不便なへき地生活を、高齢者が楽しんでおられる。コロナ禍で一時休止していた民泊実習で、高齢女性独居宅に一泊した研修医が口をそろえて言う。

「あの生活はやめられませんわ。好きなときに寝起きして、食べて、百姓仕事をして。さながら私の大学生の時のようです」

住民の楽しむ様子を、研修医がライブで感じる民泊実習は、コロナ禍2年を経て、さまざまな感染拡大予防策を講じこの春から再開している。

住民コーチたちは皆、不便以上にへき地生活を楽しんでおられる。それに呼応してか、私を含め職員全員、へき地診療所で働くことを楽しんでいる。もちろん、いろいろな出来事がありそれに揺さぶられながらである。その揺らぎを、スタッフが集まってカミングアウトして振り返る。2014年から始めたこの振り返りの記録は、今年で9個目のファイルになった。Deliberate Play（実践）を楽しんできた記録であり、財産である。故に、Deliberate Practice（訓練）が楽しいと教えることができるように思う。

最後に

俺流の指導方法で教育された古いタイプの医師が、理論的な根拠に基づいた指導を模索して、たどり着いたのが津保川診療所的「能力の限界を超える練習」の準備方法である。長年研修医指導に尽力されてこられた諸先輩方からすれば、私など、教育学を嚙った程度、指導歴10年ほどのやっそこさ指導医である。Ericsson博士によると、限界を超える練習を10年1万時間にわたって繰り返すと熟達化するそうだ。指

導医としてのさらなる熟達化を目指して研鑽し続ける決意である。また、これから10年掛けてエキスパート指導医へと成長するために、若く熱い研修医たちのグリットを刺激できたとしたら、これ以上ない喜びである。

参考文献

1) 「努力か？ 才能か？」エリクソン博士が登壇 為末氏らアス

リートも スポーツにおける熟達化シンポジウム”<https://sfclip.net/2014/12/12039/> (2022 May 24)

2) Ericsson KA, Krampe RT, Tesch-Romer C: The Role of Deliberate Practice in the Acquisition of Expert Performance. *Psychological Review* 1993; 100(3): 363-406.

3) アンジェラ・リー・ダックワース. “成功のカギは、やり抜く力” <https://www.youtube.com/watch?v=H14bBuluwB8> (2022 May 24)

大学病院での教育

獨協医科大学 総合診療医学・総合診療科 主任教授・診療部長 志水太郎

POINT

- ① 医学知識は協力して皆でシェアする
- ② 世代ごとに教育方法の調整が必要
- ③ 3つのReflectionを重視して学びを最大化する
- ④ Reflectionを通してメンバーとの教育上のコミュニケーションにもつながる

特集

はじめに

獨協医科大学の総合診療科(以下、獨協総診)は2016年の創設時に教育機能として総合診療教育センターを同時スタートさせ、2018年からは大学院機能を備えた総合診療医学講座として臨床・教育・研究をカバーするチーム体制になった。本稿はこのうち、教育についての現状を紹介する。当講座では院内・学内向けにスタッフ、後期研修医、初期研修医、学生を対象に分け、それぞれのレベルに対応した多彩な教育プログラムを提供している。これに加えて、院外からも参加可能なイベントの開催や依頼を受けての出張教育回診・カンファレンス・講演活動も精力的に行っている。いずれも、次世代の総合診療を提供する人材に必要な知識の習得とアイデンティティーの確立を目指している。

獨協総診の教育カリキュラム(案)

獨協総診は初期メンバー全員が外部から集結した診療科で、スタートは4名であった。これまでの獨協医大病院になかった診療科横断的な活動をもとに、より良い地域医療を創出すべく日々の診療に従事している。このような“落下傘部隊”の経緯から、ゼロベースで良いと思えるコンテンツを生み出し、現場からの学びを基本軸に若手教育を推進している。獨協総診のカリキュラムは以下7項目に分かれ(図1)、それぞれに具体的なコンテンツを仕込んでいる。今回は誌面の都合で全てを紹介できないが、例えば「1. 臨床知識」のコンテンツの一つに「ウォール・シーナ」と名付けられたシステムがある。

ようにしている。論文の結果を実臨床に適用する場合は原著を読むことは多くの場合必須だと考えている。

毎週最新の論文を読み知識をアップデートすることで世界の診療のトレンドが分かり、また、それにより日々の臨床行為が変わることがある。診療ガイドラインについては、原著論文のように頻繁に発表されるわけではないので、「50 journals weekly update conference」ではたまに取り上げられる、といった感じである。最新の診療ガイドラインや論文のフォローには米国のNGC(National guideline clearinghouse)のGuideline summariesやPubMedのEメールアラートなどを利用している。

教え方について

若手医師が全国から集まるチームや病院に共通するのは、「人を育てる」という教育マインドが満ちていることが多い印象である。では、そのマインドに沿ってどのような教育をすれば良いのか？人を育てるといっても前述の通り成人教育であり、また現場の時間的な制約もある臨床における教育である。自己学習を尊重し、相互の自主性を認め合い、問題解決の手法にフォーカスを当てるのが大切で、その意味では、指導者が教育の準備をゼロから全て行わなければならないという、教材から何から全て準備して提供するような、教育に対する現場の指導者の時間的労力は不要と思う。例えば、知識伝達型・一対多数形式の完全に与えるだけの教育は現場教育において補足的な立場で、それよりは、実際に現場で出会った一つ一つのことからどのように学習課題を見つけ、それを自分の中で言語化してリストアップし、一日一日、一例一例を自らの血肉となるように学んでいってもらうような生涯教育の提示がスタッフの働き方改革の側面からも現場に即していると考えられる。そして学習をサポートするために振り返りを行うことが、現場の教育に携わる指導医の主な役割ではないかと考える。研修医とのコミュニケーションで最も重要なのは「あなたの

成長のことを考えて、指導医としてはこうしたほうが良いと思う」という教育的想いがその研修医に伝わるかどうかが大事だと思う。

現在“育てる”対象のメインは5年目くらいまでの若手医師になる。Z世代というような言葉があるように、若者の生き方や考え方は“旧世代”とは異なり、それはキャリア意識にも大きな変化をもたらしている。効率性や対価など短期的視野でさまざまなことが判断されがちなか中、医師という職業は一定の報酬は約束されているが、対価に対して投資するエネルギーが肉体的にも精神的にも非対称に大きく、そもそも打算で選択できる道でもないと思われる。このような厳しい環境に身を投じ、それぞれの夢に向かって前に進む選択をした後輩たちにはその姿勢や夢をまずは無条件で応援したいという思いが個人的にもある。

それに応える私たち指導医側の役割は、彼らのモチベーションをサポートすることは何かを常に考えて行動することだと思う。そもそも成人教育であるので自分の成長は自身で実現させなければならないし、指導側の過度な干渉は不要であり、自主性を奪うという点では時に害を及ぼしうることもあるのでは、と思う。一方、教えてもらったという依存的な要望も水面下で若手から根強くあり、そのバランス感覚に長けた指導が必要だが、そこで大切な軸は“導くこと”“フィードバック”“デブリーフィング”だと思う。フィードバックとデブリーフィングは使い分けが必要で、単純に臨床行為について違うことを指摘して修正することがフィードバックと言い、デブリーフィングはその学習者の思考に焦点をあてて、学習者が「なぜそう考えて行動したか」を指導側が知り、導くことを主とする。単純な臨床行為であればフィードバックでもよいと思うが、より複雑な思考に基づく行為の指導はデブリーフィングが向くと思う(図3)¹⁾。

このような学びの題材となるものはベッドサイドでの学びと思われる。現場で一つ一つの出来事をどう考えてどう動くか、そしてその臨床的思考の背景にどのような考え方があるかを目の前のリアルケースで共有し教えていく結果、

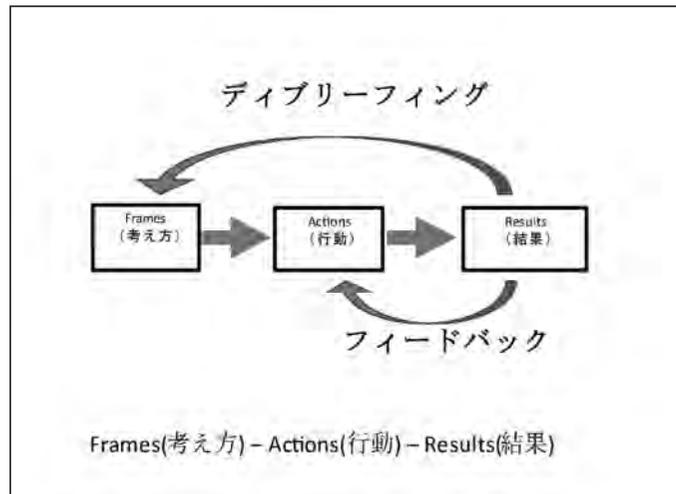


図3 フィードバックとディブリーフィング

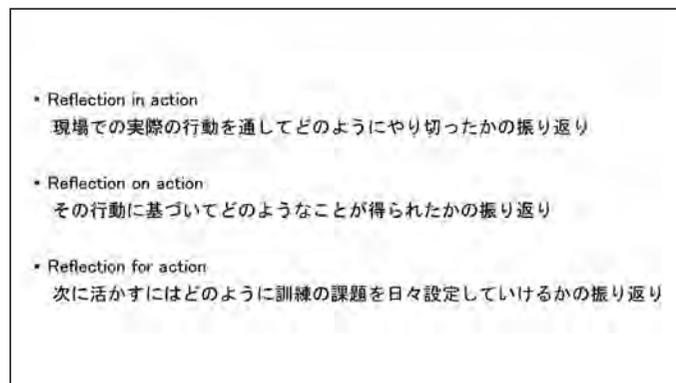


図4 3つのReflection

実践的な臨床での力が研修医らに備わっていくのだと私は考えている。医師にとってはやはり、能動的に自分が五感を使って体験した学びのインパクトは強く、長期に記憶に刻まれる。このことから、教育の場はベッドサイドが最適であると思う。

一方で、現場を離れたカンファレンス室で行う教育の機会も有効で、カンファレンスには知識を伝達するだけではなく、臨床的思考力を鍛えるという大切な役割があると考えている。前者は、スライドなどを使ったレクチャー形式の知識伝達型のカンファレンスで、こちらは現場の臨場感は少ないものの、総論的な内容や一斉に共有しなければならないような各論的知識の伝達にはよい。後者のカンファレンスでは、臨床医が複数集まるため参加者各自が目の前の問題を解決し、その方法に至るまでの思考プロセスを振

り返りのように共有できるはずだ。そのために、現場で行うよりも落ち着いて思考に特化した訓練が可能になるという特徴がある。

Reflectionがカギ

では、教育的な場や形式を整えるだけで良いだろうか。現場教育はその振り返りがカギになると考えられる。具体的には、実際に現場で研修医が行った行為を建設的に振り返る。この振り返り(Reflection)には3つのフェーズがある(図4)。

この図の下に行けば行くほど質が高い建設的な振り返りとなるが、それぞれに違う役割があり、どれも外せない要素である。この3つのフェーズでの振り返りを基本に、建設的なマインドで今日の経験を明日のために具体的にど

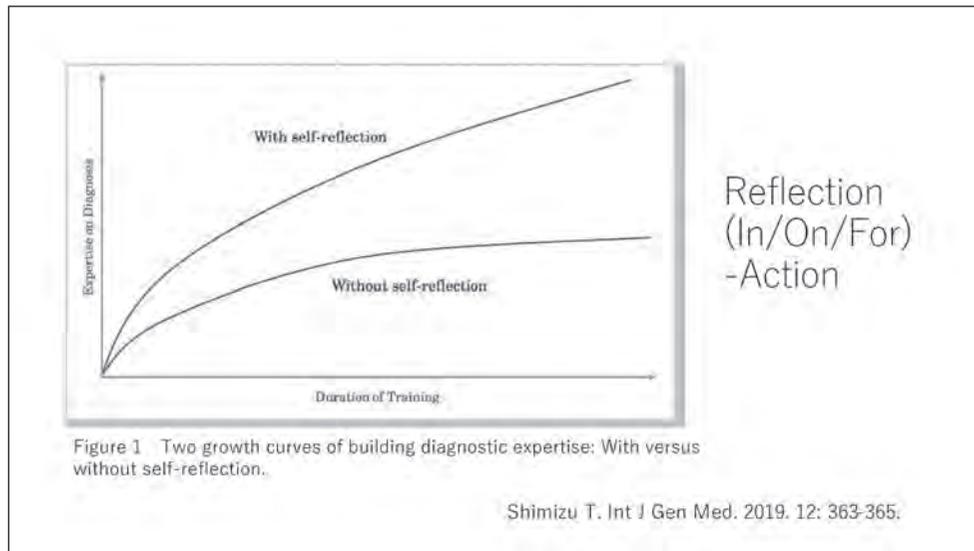


図5 振り返りの効果

う役立てるか、その学びをサポートするという方針で指導することが大切である。指導医がそれを導く姿は、今後その研修医が補助なしで生涯学習を行っていくためにも大切なことと思う。

この指導には、指導者自身の各論的な医学的理解や指導者による創意工夫が必要となるため、指導者に負担を強いる可能性がある。知識や考え方を解として与えることは指導医にとって比較的楽で、工夫を特別に要さない。しかし、与えるだけの教育にとどまってしまうと、若手が自主的に情報を集めて取捨選択し、それを題材に学習者が自分で学び取っていくという姿勢を涵養する教育には至らない。

実際、このようにReflectionを用いた学習者と用いない学習者では、考えて学んだだけに時間経過とともに成長率が違うということも指摘されている(図5)。横軸が時間で縦軸がパフォーマンス、上方の線がReflectionを行った場合、下方の線が行わなかった場合である。

トピックとして一例をとると、私たちのチームの訓練の領域の一つは診断医学で、それについての教育が挙げられる。私たちのチームの臨床的なミッションの一つは診断医学である。総合診療科は患者の症状に対し、臓器の枠を超えて横断的に対応する。大学病院内における臓器

別の科が縦割りだとすれば、総合診療は横割りの存在である。縦割りが疾患・臓器毎とすると、横割りは症状やプロブレム毎のアプローチである。この横割りが診断の作業に合致する。このような横割りを得意とする総合診療科において、臓器別の各科では対応できないケースを総合診療科がサポートできる場合も多く、結果的に、総合診療科の診断が関わる臨床的における存在は医療の質を左右する。診断的に未分化なケースはどの領域においてもその後の医学的マネジメントに影響するため、この部分を専門的に担当する総合診療科は施設内においてインフラ的存在な役割を果たすともいえる。実際、救急の現場でも外来でも、患者の病名は最初から明確ではなく、「胃の症状」を訴えていても、実は別の臓器に問題を抱えているケースなどが多くある。その場合、もちろん臓器別の対応が重要である一方、一側面からのアプローチでは問題が解決しづらい。特に超高齢社会の日本で、患者が複数の病気を抱えているのは一般的であり、横断的に対応しなければ「診断エラー」につながる恐れもある。この「診断エラー」の概要は古典的に診断の遅れ、見落とし、誤診を指し、世界的に医療界の優先課題となっている。これまで診断には体系的なメソッドがなく、病名が不明な患者に対しては、医師それぞれの

経験値や文献をもとにケースバイケースで診断がなされてきた。しかし、私はこれを体系化できると考え、医師が戦略的な診断を下すための思考法を開発したり、それをまとめた本や論文などを発表したり、研究を進めている。その過程を教育システムとして現場レベルに落とし込んで教育実践しているのが獨協総診の教育コンテンツの柱の一つである。

獨協総診としては、診断における現場訓練とフィードバックの中でこの3つのReflectionを応用して、スタッフ・レジデント(後期研修医)・初期研修医の各レベルに応じたフレキシブルな訓練を行っている。初期研修医には救急外来におけるReflectionを、後期研修医には救急や外来、また病棟当直でのReflectionを、スタッフレベルにはより高度な診断困難のケースにおけるReflectionを行い、特に「診断戦略(開発)カンファレンス」という名の診断プロセスを開発す

るカンファレンスの中で3つのReflectionを行っている。その過程で、各メンバーと個人のスキルに焦点を当てた教育面でのコミュニケーションが可能になり、業務的・私的なコミュニケーションに加え別の軸でのコミュニケーションを図ることにもつながっている。

結果的にはチームワーク形成の上でも、3つのReflectionがより効果的であると日々実感している。また、このような教育的コミュニケーションを行っているという事実が、ひいてはチーム内に流れる教育文化の醸成にもつながると期待される。

文献

- 1) J. Rudolph, R. Simon, et al: Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiology Clin* 2007; 25(2):361-376.

総合診療科のブランド戦略

公立置賜総合病院 総合診療科 診療部長 高橋 潤

POINT

- ① 私が考え、行ってきた小さな診療科のブランド戦略を紹介する
- ② ブランディングは顧客のことを親身に考えるということが大切で、患者中心の医療の考え方と似ている
- ③ 指導者自身が、生き方と働き方が一致した格好いい大人になることで、専攻医もそうなりたいと思うようになることを期待。まだまだ修行が足りないけれど

特集

はじめに

2018年度から始まった新専門医制度で総合診療科が19番目の基本領域となった。山形県内で日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療後期研修プログラムを実施している施設は複数あったが、いずれも私立病院が基幹施設であり自治医科大学卒業生が義務内で研修を受けられる施設はなかった。以前からことあるごとに総合診療や家庭医療の必要性を語っていた私に、指導医としてプログラムを立ち上げるというミッションが言い渡された。各診療科の専門医がいる地域中核病院の中で、1人で総合診療科を立ち上げ、後期研修プログラムを開始するという、何をどうやっていけばいいのかしかりとした道筋が分からない状態であった。同じ時期に開催された「朝日町ブランド大学」での学びが、自分の進むべき方向を示す羅針盤となり、自分のやるべきことは、総合診療と自分自身を

ブランディングし、あいつのやっていることが面白そうと一緒にやってみたいと思わせることが、これから総合診療を学ぶ専攻医の指導や自分自身のモチベーションアップに有効であると考えた。

本稿では、500床程度の地域中核病院における総合診療の指導で私がどんなことを考え、どんな実践を行っているかを紹介したい。これを読んだ学生や研修医が一人でも総合診療が面白そうだと、指導医が一人でも楽しく指導してやろうと思ってくれ、総合診療のファンになってくれたらこの上ない幸せである。

総合診療をブランドにする

現在、公立置賜総合病院という山形県南部の置賜地区にある地域中核病院に勤務しているが、それ以前は置賜地区の飯豊町国保診療所、最上地区の最上病院、村山地区にある朝日町立



写真1 朝日町ブランド大学の学生証

病院で1人診療所長、内科医として長年勤務してきた。元々外科医になりたくて医者になった私が、地域医療、総合診療、家庭医療の魅力に取りつかれたのは飯豊町、最上町、朝日町での実臨床での体験がその理由である^{1)~4)}。特に朝日町での学びが今の自分の教育や指導の考え方に大きな影響を与えている。

朝日町は全国の間山地域⁵⁾の市町村と同様に、人口減少と少子高齢化という深刻な課題を抱えている。子どもの数が減り、地域の活力が失われるというのは、10年後20年後の不安材料でしかない。朝日町にとって今大切なのは、自分たちのまちの将来に希望を持ち、未来を見据えた取り組みをする人を一人でも増やしていくことであると、鈴木町長を先頭に町全体で「ヒト・モノ・カネ・情報」を引きつける力を備えるための「朝日町ブランド化戦略」というプロジェクトを2014年から開始した。東京で中小企業のブランド戦略を専門とする“スターブランド株式会社”のフロントマンである村尾隆介氏をプロデューサーとして迎え、プロジェクトを推進してきた。村尾氏は、2014年からの3年間は住民票を朝日町に移し朝日町民の一人となりその任にあっていた。その活動の中核をなすのが「朝日町ブランド大学」である⁶⁾(写真1)。

私は、朝日町立病院自体をブランド化し、町内にとどまらず町外からも患者さんが受診したいと思う病院にできないか、働いているスタッフが楽しく働き自分たちの仕事に誇りを持てるようになるにはと考えていた。受講を重ねるうちに、総合診療研修プログラム立ち上げの話をいただき、総合診療自体がまだ一般に馴染みの

ない診療科であり、置賜総合病院という新しい環境で働くにあたって、ここで学んだ方略を駆使して自分自身の仕事をブランド化しようと考え始めていった。

総合病院での総合診療の実践

朝日町ブランド大学で学んだこと、村尾氏の書籍で知ったことをキーワードで紹介しながら私の実践を綴っていく。

1. 小さな会社は「ブランド」をつくれれば上手くいく⁶⁾

世の中には、小さいながらも独自の発想と世界観で、ファンを増やし続けている会社がある。そういった会社は、大企業より資本力があるわけでも、企業として強いわけでもない。ましてや安売りしているわけでもない。「ミッション(使命感)」を持っていることが最大の強みである。「業界のこんなところを変えていきたい」「こんな客層に喜んでもらいたい」などの社会的使命や会社の存在意義をはっきりさせ上手に世間に伝えていくことが重要である。

私が赴任した当初、高齢者の脳梗塞は内科の各診療科が持ち回りで入院を受け持っていた。当然、各診療科の先生方は専門性を活かした内視鏡やカテーテル治療などで忙しく、これらの仕事を喜んでやっていた訳ではない。配属になった病棟が脳外科・神経内科と同じ病棟であったこと、とりあえず入院の患者がいることがプログラムの基準として必要でもあったため、私が担当することにした。今までも小さい病院や診療所で多くの高齢者の診療に関わり、高齢者といえども動かなかった手が動くようになる、誤嚥がひどかった人が美味しいと食べられるようになることを経験してきた。それを知っているのだから、この仕事を心から楽しんでいた。その様子で患者やその家族に、周りのスタッフに私のファンを少しずつ増やしていった(写真2)。

2. 頼まれ事は、試され事

依頼された仕事はその成果で自分の評価につ



写真2 ファンとの交流（私の大好きな患者さんと）

ながる。自分を売り込むチャンスである。

赴任当初の私にとっての顧客は、院内のスタッフであった。どこの誰かもよく分からない医者が「総合診療医です」といってもピンとこないのは仕方ないところで、信頼を獲得するために依頼される仕事は全て断らずに行った。総合診療科を、高橋潤をブランドにするには、まず周りの人たちに自分を知ってもらうことが大切であった。

当院は置賜地区の高度医療を提供する地域拠点病院で、長井市・南陽市・川西町・飯豊町の2市2町にあるプライマリ・ケアや慢性期の治療を行うサテライト施設と連携して置賜地区を支えている。そのサテライト施設の外来診療には総合病院から多くの医師が派遣されており、その1人として南陽病院、長井病院、中津川診療所の外来支援を請け負った。そこでは、内科診療はもとより基本的に「専門外なので」と断ることなく患者の希望に沿って診療を行った。特に中津川診療所は、総合病院まで車で30分以上かかる飯豊山麓に位置し、それぞれの専門科に受診することが特に高齢の患者にとっては困難で、眼科、耳鼻科、皮膚科、整形外科領域の疾患などでもできることは診療所で対応していった。以前、飯豊町国保診療所時代に一緒に働いたことのある看護師がいたこともあり、診療所での業務は比較的スムーズであった。長井病院や南陽病院でも少しずつ実績を積み上げていくことで信頼を得ていった。内科医はしないような膝の関節内注射や良性の皮膚腫瘍の切除やダニ咬傷の処置なども行って、何でも屋であるこ



写真3 講演会のポスター

とを示し私の価値を分かってもらう努力を続けていった。

総合病院でも開設当初は、総合診療科が何をするところなのか、病院内外の先生方もよく理解されていなかったようで、週3日外来をやっていたが、紹介患者はほぼなく、立ち上げ当初は誰も患者がいない日が多かった。

そこで最初はERを手伝いにいき、救急搬送された患者で、診療科が特定できない状態で入院が必要となった症例を担当することで自分の価値を知ってもらう努力をした。時間のある時は頻繁にERに顔を出し、研修医や看護師などが困っている症例の相談を進んで受けるよう心がけた。また、皮膚科と感染症の症例で、大学病院に送るほどでもない場合、常勤医がいないのでどの科に依頼するか検討する必要があるケースも積極的に対応した。当時の私はその力量も人となりも理解されていなかったので、そのあたりをうまく伝えられるように努力したわけである。これが自分の価値を認めてもらう、そしてただの顧客に留まらずファンになってもらうブランディングにはほかならないと感じていた。



写真4 お寺での勉強会

院外に対しては、医療連携室などを通じて依頼があった一般市民対象の講演会などをまめに受けて、総合診療の紹介をして周知した。過敏性腸症候群や調節性障害の中学生・高校生など、講演をきっかけに受診してくれた患者がいたので、一定の効果はあったと考える。それを続けることでさらに講演依頼があり、川西町フレンドリープラザの勉強会やお寺での勉強会の講師に呼ばれるまでになった(写真3, 4)。

こうして、来院する患者にとどまらず地域全体の問題点を見に行く総合診療医としての姿勢を研修医、専攻医、院内スタッフや各老人施設や自治体職員にも伝えることにつながった。

さらに診療以外でも各種委員会にメンバーとして参加を依頼され、各種研修も積極的に受講した。元外科医であり、切開排膿や壊死組織切除などに抵抗がない、比較的暇で呼べばすぐ処置してくれるという身軽さを活かして褥瘡対策委員にはすぐに、その後も臨床研修委員会、緩和ケア、NST、DMATなど各種院内の活動へ参加させてもらっている。院外では介護認定審査会や障害区分認定審査会に招聘されている。

これらの仕事を楽しく、それなりのクオリティーでこなしていく姿を見せること、それぞれの時に必要な知識や技能や態度を伝えることで、研修医、専攻医を指導している。頼まれたことはできるかどうかを考えるのではなく、断らずにまず引き受けて、それからどうすればできるかを考える。そうやってしっかりと仕事ができる人であれば評価は上がっていく。これからもお願いされたことは何でも断らずにやって



写真5 病棟でのクリスマスイベントの1コマ

いくことで、総合診療というブランドに磨きをかけていきたい。

3.「喜んでいただくこと」が仕事 ー自分がとことん仕事を楽しむ

医者の仕事は基本的にあまり創造的ではない。疾患や外傷などで困っている部位や症状を改善することで患者の困っていることに対応しているが、できても元通りまででさらに良くするところまではなかなか至らないものである。それでも、患者や家族に喜んでもらえることはできる。

また、指導者自身が総合診療を楽しむことが大切であると考え、自分が楽しいと思えば、人から求められること以上のことができ、価値を感じてもらえるようになる。そのためには「ラスト10%のおもてなし」が大事である。焼肉店に行ったときに会計後にガム1枚もらえたら少し嬉しい気分になる。私は外来で来た患者さんにガムを渡す代わりに、必ず1回は笑わせるように努めている。診療に来た患者さんがその日誕生日だったら、スタッフ皆でバースデーソングを歌ったり、食欲がないという患者さん

がいたら、次の外来でマドレーヌを焼いてくるなどしている。クリスマスにはサンタクロースにもなる(図5)。ドアノブクエスジョンと同様に、その人の気持ちを和らげいろいろな語りを引き出しやすくなる。何でも相談できる関係性の構築が診断の助けになり、患者さんも自分のことを考えてくれる先生だと思い、私たちも患者さんの目的や思いを理解できるようになる。患者さんの目指す方向とわれわれ医師の考えがずれないようにすることが、総合診療、家庭医療、プライマリ・ケアの役割で、そこがうまくいくと、患者さんにとって総合診療科がブランドになっていくのである。

4. オバケの足を見る能力

「オバケの足」は人が見ていないところのたとえである。人が見ていないところを見ることで、他にはないものを提供できる。臨床推論では、その発症形式や時間経過、随伴症状、増悪因子や寛解因子を知ることが重要になる。画像診断が発達した現在では、あまり問診が重視されず、まず採血や画像検査をという風潮がある。

私は基本的には問診の際、最初は「いつから、どんな具合だったのか教えてください」などと自由に話してもらおうようにしている。その話で発症から現在までの経過を再現ドラマの映像として作ることをイメージして聞きに行く。そこで不確実な情報しか聞けなければ、「その時何をしていましたか」「お皿を洗っていたのですね。どんなお皿を洗っていましたか」など、事細かな情報まで尋ねる。話をじっくり聞いているうちに本人の頭の中も整理され、こちらの頭の中でも映像が再現でき発症の経過がよく分かるようになる。そうすると、患者さんもしっかり話を聞いてもらったと満足してもらえる。

5. 成功するためには「成功するまで続けること」

当院外科で肝嚢胞の開窓術を受けた症例(78歳、女性)で、手術を4月に施行し、7月から発熱、頭痛、腹痛が出現し、外科、内科、婦人科での診察・検査では原因がはっきりしなかつ

た方がいた。CRPなど炎症反応が高く発熱も続き、CTで腹水が軽度あり右側腹部痛の訴えもあったため、骨盤臓器の炎症として婦人科に入院して抗菌薬の点滴などで加療していた。しかし、改善はなく総合診療科に紹介になった。

そこで私は患者さんに、「どんな症状で始まったか、始めから話してください。何か気になる症状はありませんでしたか?」と改めて話を聞いてみた。すると、頭痛が1ヵ月ほど前からあったとのことであった。「その頭痛はどんな痛みでしたか?」「どうすると痛みがひどくなりますか?」などとさらに質問したところ、「シャンプーするときに痛い」という情報を得た。ここから巨細胞性動脈炎(側頭動脈炎)を想起し、実際に側頭動脈に圧痛があったので、脳外科に依頼してもらった結果、診断が確定できた。

問診と身体診察で8割は診断できると研修医や専攻医に言っているが、漫然と聞いているだけではそうはいかない。諦めない気持ちと分かるまで何度でも聞きに行く、診察を繰り返す努力で、発症形式や経過と身体所見を充分に自分の中に落とし込むことができる。そうやって鑑別診断を挙げて、どのような検査をするべきかを改めて組み直しながら、他の診療科の先生があまり考えないであろう疾患も含めて診断を進めることが総合診療の大きな役割だと考えている。

当然、診断に至らないこともよくある。神様はそれほどやさしくはなく、多くの試練を我々に与えてくれる。そんな時に必要なのは「親身になること」「分からないことを分からないと伝えること」「プランB、プランCを考えておくこと」だと思う。想起した疾患が否定的であったり、予想した検査結果が出なかった時になって、次の手を考えるのでは冷静な判断ができにくいものである。「わからない」と言うことは結構勇気があることで、とりあえずの診断をつけたり、とりあえずの治療を開始したくなるのがよくある。診断がつかないことは医者にとっても患者にとっても不安である。それを隠すのではなくしっかりと伝えて、でも諦めないで一緒に頑張っていくことを伝えれば「私の先生」と思って

もらえると考える。

6.「大好きなお客様」とだけお付き合い

私は朝日町ブランド大学入学当初は、町内外から多くの患者が来てくれることを期待していたが、村尾氏をはじめとした多くの講師の話を聞くうちに小さな世界で唯一になる、特定の人にとっての絶対的価値を示すことができればファンになってもらえることが分かった。そのファンがその友達を紹介してくれる。地域に根差した当院のような施設はそこを売り込むことがよい病院への近道である。病院評価機構も大事であるが、患者の声に耳を傾け、「おらほの病院」と思ってもらえるように、そうになっていることが自分の誇りになるよう働いていきたい。

最後に

総合診療科が専門領域としてなくなる、医師であれば皆その患者にとっての最善を考えられ

るようになることを期待している。生き方と働き方が一緒である格好いい大人になることを目指して、これからも指導を続けていきたい。

参考文献

- 1) 高橋潤：患者さん自体をみる楽しさを知り、外科医から総合診療医へ。月刊地域医学 2021；35(12)：1114-1121.
- 2) 総合診療科を開設、頻繁にERに顔を出し院内にPR。高橋潤・公立置賜総合病院総合診療科診療部長に聞く。Vol.1 m3.com 医療維新 <https://www.m3.com/news/iryoshin/1001261> (accessed 2022 May 7)
- 3) あらゆる疾患で60点レベルの知識を。高橋潤・公立置賜総合病院総合診療科診療部長に聞く。Vol.2 m3.com 医療維新 <https://www.m3.com/news/iryoshin/1001262> (accessed 2022 May 7)
- 4) 「外来患者は必ず1回は笑わせる」高橋潤・公立置賜総合病院総合診療科診療部長に聞く。Vol.3 m3.com 医療維新 <https://www.m3.com/news/iryoshin/1001264> (accessed 2022 May 7)
- 5) 山形県朝日町ブランド化推進プロデューサー『村尾隆介』facebook branding.asahimachi/
- 6) 村尾隆介：小さな会社のブランド戦略「生き方」と「働き方」が一致するビジネスモデル。PHP 研究所、2008.

地域で女性診療を学ぶ

—ウィメンズヘルスケアはプライマリ・ケアである—

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
市立恵那病院産婦人科 副管理者

伊藤雄二

POINT

- ① ウィメンズヘルスはプライマリ・ケアとして重要な領域であり，研修を希望する総合診療医にその機会を提供する必要がある
- ② 地域におけるウィメンズヘルスケアの充実のためにも，総合診療医がその役割を担えるような研修および産婦人科医との連携，協力が必要である
- ③ 総合診療医のみならず産婦人科専門医研修においてもウィメンズヘルスケアは重要な領域であり，良きパートナーとして産婦人科研修・実践においてお互いに協力することが必要である
- ④ 地域での産婦人科ブロック研修では，「産婦人科学」ではなく，「ウィメンズヘルスケア」，「マタニティケア」を研修する

はじめに

ウィメンズヘルスはプライマリ・ケアとして重要な領域であるが，日本ではその領域の多くが産婦人科診療として位置づけられ，産婦人科医のみがその診療を担っていることが多い。これまで産婦人科領域のプライマリ・ケアは主に地域の一次医療機関が担ってきたが，特に地方における産婦人科医不足は産科のみならず，ウィメンズヘルスケアにもまた危機的な状況をもたらしている。そもそもウィメンズヘルスを含めた女性の総合診療を産婦人科医だけで担うことは不可能であるし，理に適っていない。したがってさまざまな場面でウィメンズヘルスの担い手としての総合診療医の役割は重要であ

る。しかしながら，ウィメンズヘルスに関する知識を得たり，実践するための研修の機会は少なく，またその重要性は一般市民にはもちろんのこと，多くの医師や医療従事者にも理解されていない。またプライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につけることを目標としている初期臨床研修において，2020年度から産婦人科が再度必修化されたが，臨床研修病院となっている施設は主に高次医療機関であり，対象となる疾患も限られていて，すでに診断がなされて紹介されてくる患者も少なくない。また地域病院での研修においても産婦人科が標榜されていない施設もあり，初期臨床研修における産婦人科領域の目標を達成するためにも，ウィメンズヘルスを主体とした研修機会は重要である。

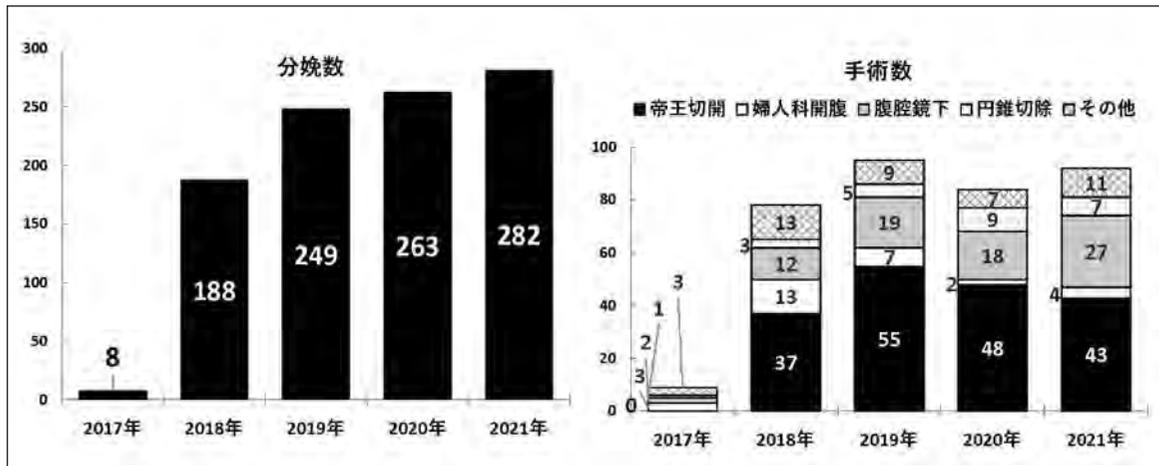


図1 分娩数・手術数の推移

表1 産婦人科研修実績

2017-2021年度	
・産婦人科専攻医	7名
・内科医・総合診療専攻医	12名
・初期臨床研修医	11名
2022年度	
・産婦人科専攻医	2名
・総合診療医・内科・救急医	4名
・初期臨床研修医	3名

総合診療産婦人科養成センター構想と市立恵那病院産婦人科

地域におけるウィメンズヘルスケアおよび出産を含めたマタニティケアのあり方を考え、人材育成を含めた新たな試みを2015年に地域医療振興協会(以下、当協会)の事業として総合診療産婦人科養成センター(以下、センター)を立ち上げ、2年間の準備の後、2017年よりその実践の場として岐阜県市立恵那病院(以下、当院)に産婦人科を開設した。恵那市には分娩施設のみならず、産婦人科診療施設が他になく、市立恵那病院でも地域の産婦人科医および隣県の大学病院の非常勤医の協力のもと、週1回の婦人科外来、子宮がん検診を行っているのみであった。そのため産婦人科診療を開始すれば、妊婦健診や分娩のみならず、不正出血や月経問題といった女性の一般的な健康問題や症状に対してファーストタッチができるとともに、婦人科疾患の2次検診、良性疾患の手術も含めた婦人科

の診断、治療が経験できる環境であると考えられた。また人口減少地域とはいえ、年間分娩数も300程度までのニーズが推測され、総合診療医にとって女性診療のプライマリ・ケアを研修する環境のみならず、産婦人科専門医としての研修もまたプライマリ・ケアを含めて可能な環境である。産婦人科開設以来、幸い分娩数も順調に増加し、1年で産婦人科専門医プログラムの連携施設の要件である年間分娩数100を超えたことから、県内外の3つの産婦人科専門医研修基幹プログラムの連携施設となることができた。その後も分娩数は順調に増加している。産婦人科専門研修の連携施設として2020年以降常に1~2名の産婦人科専攻医が研修しているが、近年産婦人科領域でも腹腔鏡をはじめとした内視鏡手術が主体となってきており、産婦人科専攻医のトレーニングのために協会内外の産婦人科内視鏡技術認定医の支援を得て手術数も増加している¹⁾(図1, 表1)。

表2 総合診療医の産婦人科ブロック研修における到達目標 (例)

<p>目標：産婦人科指導医のバックアップのもとで以下の診療が可能となる</p> <p>研修期間：3ヵ月</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本的な婦人科診察、子宮頸がん検診、基本的な経膈エコーが出来る ・初診で不正出血や月経問題（過多月経、月経困難症、月経前症候群）、更年期、骨盤臓器脱の診察、子宮内膜症や子宮筋腫の診断、ピルやホルモン療法、漢方治療などの薬物療法が出来る ・骨盤臓器脱のベッサリー管理が出来る <p>研修期間：3-6ヵ月</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コルポスコピーや子宮頸部の生検が出来る、また子宮頸がんや前がん病変の診察、診断、さらに子宮内膜の細胞診、生検が出来る、さらに子宮体がんや前がん病変の診察、診断が出来る ・正常妊娠の診断、胎児エコー、経膈エコー、妊婦健診が出来る ・正常分娩の内診や分娩管理ができる、急性腹症における婦人科疾患の診察、鑑別が出来る <p>研修期間：1年</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単独で会陰縫合や出血への対応を含めた分娩管理が出来る <p>オプション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・婦人科手術（腹腔鏡手術含め）の助手、帝王切開の執刀が出来る
--

総合診療医の研修

ウィメンズヘルスケアは本来全ての医師が多かれ少なかれ関わらなければならない領域である。その中でも女性のライフステージにそった健康問題や女性特有の疾患へのアプローチ、継続的なケア、家族の一員としての女性のケアという視点は総合診療医にとって重要なアプローチである。すなわち総合診療医が継続的なケアを実践していく中で、女性特有の健康問題や疾患に関わり、患者教育や社会的啓発を通して、産婦人科疾患を念頭に置いて診療することは極めて重要で、その中でより専門的な診療が必要であれば産婦人科受診を促すことで、地域の女性診療がより充実し、患者さん自身も受診しやすい環境で診療が進められるのではないだろうか。そういった観点で総合診療医の研修を受け入れつつ、表2のような目標を提示し、研修する医師のニーズに応じて可能な範囲で調整している。

総合診療医はそもそも産婦人科専門医を目指しているわけではなく、その目標、ニーズはそれぞれの地域、個人、研修プログラム等によって異なると考えられる。その場合「産婦人科学」を研修するのではなく、女性診療としてのアプローチを研修し、実践することを望んでいるが、

一方で産婦人科医は「産婦人科診療」を研修するべきと考えている場合があり、その相違を研修と診療協力との視点からお互いに理解することが重要である。すなわち、「産科」あるいは「産科学」ではなく「マタニティケア」を、「婦人科」あるいは「婦人科学」ではなく「ウィメンズヘルスケア」を研修し、その後の実践につなげていくという考え方である。このような考え方を理解するために日本プライマリ・ケア連合学会セクシュアルヘルス委員会(旧女性医療・保健委員会:通称PCOG: Primary Care Ob-Gyn)で提示した総合診療医向けのPCOG competency Ladder²⁾、女性診療に取り組むための「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ヵ条」³⁾が参考になる。当院で産婦人科ブロック研修を行った総合診療専攻医のコメントを紹介する(これから産婦人科ブロック研修に参加する方へのメッセージ)⁴⁾。その他これまで研修した専攻医のコメントも参照してほしい。

産婦人科研修を受けることの大きなメリットは、患者の半数である女性の抱える悩みに対応できること！診療の幅も広がり、どこに行っても通用する力が身につくはずです。「産婦人科は縁が遠い領域」なんて思っている

人こそ、産婦人科ブロック研修を受けて世界観を広げて欲しいと思います(灯台下暗し!). また国内有数と言えるくらいにシミュレータ研修も充実しており、高性能なTAUS/TVUSシミュレータだけでなく、腹腔鏡操作, 内診や正常分娩, 帝王切開まで(!)シミュレータが揃っているため、時間のあるうちに手技の研鑽もできますよ。本当におすすめです。

<https://www.gpob-jadecom.jp/intern.html>

総合診療専攻医と産婦人科専攻医がともに研修する意義

一方で産婦人科専門医は女性診療, 特に産婦人科疾患に関する専門医として, その予防, 治療, フォローアップを担っているが, 患者自身が産婦人科疾患ではないかと思っ産婦人科を受診することで初めて産婦人科医がその疾患に関わるのが一般的である。すなわち総合診療医が継続的なケアを実践していく中で, 女性特有の健康問題や疾患に関わり, 患者教育や社会的啓発を通して, 産婦人科疾患を念頭に置いて診療することは重要であり, その中でより専門的な診療が必要であれば産婦人科受診を促すことで, 地域の女性診療がより充実し, 患者さん自身も受診しやすい環境で診療が進められるのではないだろうか。すなわち総合診療医と産婦人科医は女性診療におけるよりよきパートナーであり, 総合診療医の産婦人科研修に協力することは総合診療医, 産婦人科双方のみならず, 患者や社会にとっても有益なことである。

教育体制の支援とシミュレーション

産婦人科研修においても on the job トレーニングが重要であることは言うまでもないことであり, 基本的な診察や検査手技のみならず, 分娩および手術における技術習得の到達目標とその評価が必要となる。しかしながら本院のような地域病院での症例数には限りがあり, ハイ

ボリュームセンターのように連日複数の分娩や手術のトレーニングを提供できる環境ではない。したがって診療の背景となるエビデンスや臨床的な知識, あるいはシミュレーションといったいわゆる off the job トレーニングも研修における重要な経験となる。具体的に, 当院では総合診療専攻医のみならず, 産婦人科専攻医, 初期研修医にもウィメンズヘルスやプレコンセプションケアについての講義を行い, より実践的な知識を身につけてもらうようにしている。また実際の症例検討でも, 産婦人科としての問題点のみならず, その疾患や問題によっては社会的背景, あるいは予防医学的視点, さらには今後のフォローアップや次回妊娠までのケアについて考えてもらい, 今後それぞれの役割においてどのような女性のケアができるかを具体的に考えてもらうように心がけている。また当センターでは恵那市の協力を得て当協会としての産婦人科予算を確保しており, ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics: 産科救急シミュレーションコース) を開催し, 研修する前後で可能な限り受講してもらっている。また院内には経膈・経腹(胎児エコーを含む)超音波シミュレーターや分娩・手術〔腹腔鏡, MVA (manual vacuum aspiration): 手動真空吸引法による流産手術〕のシミュレーターなどを装備し, いつでもシミュレーターによるトレーニングができるような環境を整えている(図2,3)。

総合診療医が女性診療に関わるメリット⁵⁾

1. 妊娠中のマイナートラブルと合併症管理

近年, 産婦人科施設の減少, 分娩施設の大規模化・重点化に伴い, 近隣に産婦人科がない医療圏では, 妊婦が地域の産婦人科以外の医療機関を受診したり, 都市部でもかかりつけ医が不在の場合, 妊娠褥婦が何らかの症状を訴えて総合病院の救急外来を受診する場合があります, すぐに産婦人科医にコンサルトできない場合や産婦人科医の診察までに何らかの対応を迫られるような緊急の疾患の妊婦や未受診の妊婦が突然受



図2 シミュレーターを使った研修 (超音波)

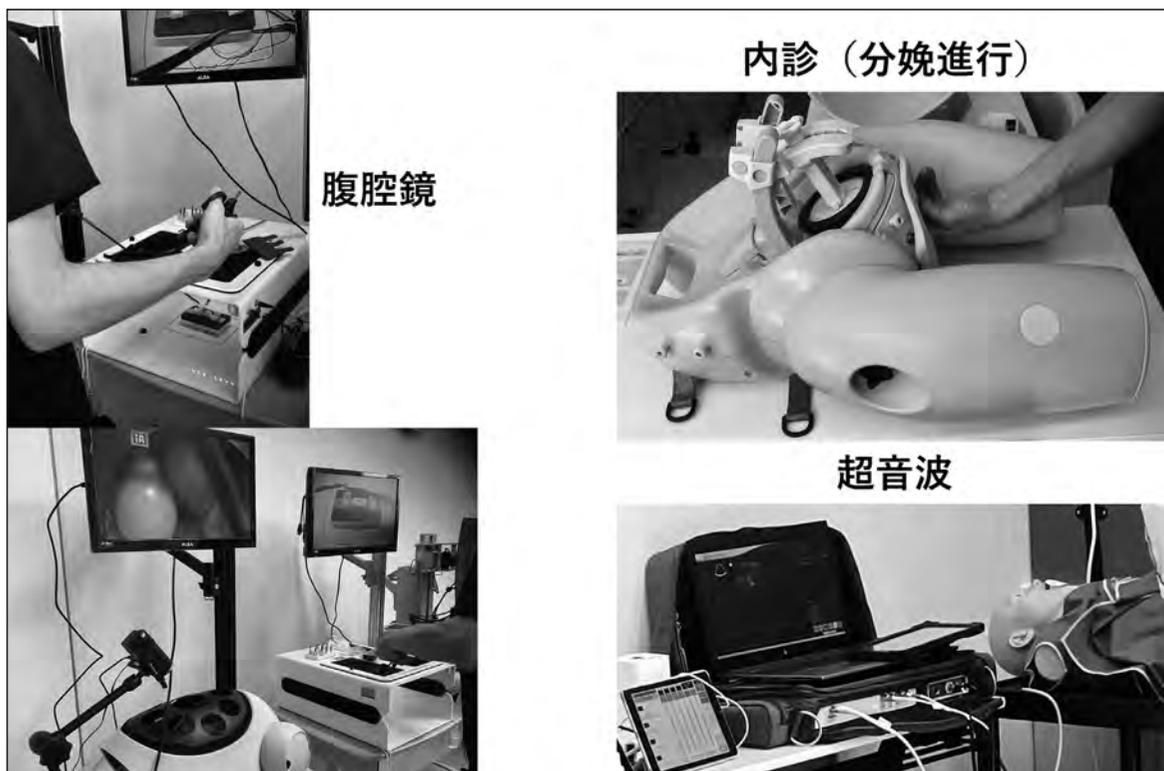


図3 シミュレーターを使った研修

診することもあるかもしれない。また妊娠前から何らかの基礎疾患で地域の総合診療医を受診

していた女性が、妊娠後もその治療をかかりつけ医で継続しなければならない場合もある。

特に薬物治療においては、禁忌となる薬剤は限られているものの、妊娠の時期によって注意を要する薬剤も異なり、また妊娠前からの治療を継続する場合、薬剤の中止、変更が必要な場合や、胎児へのリスクがあるものの、やむを得ず同じ薬剤での治療を余儀なくされる場合、あるいは同じ薬剤での治療の継続が可能な場合など、母児への影響のリスクとベネフィットを考えた治療の選択が必要となることもある。さらに妊娠中のさまざまな合併症の中には妊娠に関連して見逃してはならない産科合併症と非妊娠時にも起こりうる疾患がたまたま妊娠期に起こるものがあり、通常よく見られる疾患でも妊娠中には重症化しやすいものもあるため、総合診療医として妊婦への対応が避けられない場合もある⁶⁾。

2. 避妊・性教育とプレコンセプションケア

ウイメンズヘルスケアとしての性教育、避妊教育は、望まない妊娠を避けるためのみならず、将来の妊娠および出産に備えるためにも重要である。本来リプロダクティブヘルス&ライツにおいて妊娠・出産は女性自らが決める権利を有するとされ⁷⁾、そのためには全ての女性に対するウイメンズヘルスケアの提供や教育が必要であるが、近年では包括的性教育としてそもそも性教育は人権教育の一環であるとされていることから、地域の総合診療医がその担い手となる必要性が高まっている。

3. 産前・産後ケア

最近問題となっている産褥メンタルヘルスをはじめ、妊娠糖尿病(GDM: Gestational Diabetes)のフォローアップなど各科専門医ではフォローアップされない産褥期の問題も多く、さらに次回の妊娠前ケア、あるいは世代を超えたヘルスケアという視点からも地域でフォローアップされるべき女性が多い。また経済的問題をはじめとして、社会的な問題を抱えた女性は妊娠前には問題となりにくく、妊娠が判明して産婦人科を受診した後に問題が表面化する。またこのような社会的ハイリスク女性の妊

娠・出産は多くの場合、高次医療施設で対応するが、出産後には地域の行政へそのフォローアップが引き継がれることが多い。しかし、その後の育児を含めた社会生活等、必ずしも継続的なケアにつながっているとは言い難い。また予期せぬ流産や死産に直面した女性やその家族の心理的なケアやそのためのサービスの情報提供は、主に助産師がその役割を果たしていることが多いが、その後の地域で継続的かつ普遍的なケアにスムーズに引き継がれることは少ない。すなわち産前・産後の女性のケアにおいても、産婦人科医や助産師との連携および継続ケアに関わる総合診療医はプライマリ・ケアとして重要な役割を担っている。

4. 地域における妊婦ケア

分娩施設に関しては、ある程度地域での重点化、大規模化は避けられないが、その地域のウイメンズヘルスや女性診療のみならず、分娩はできなくてもローリスクの妊婦健診や妊婦の救急対応を最低限維持することは、その地域で生活する女性が安心して妊娠・出産するために必要なことであり、地域の活性化には欠かせないことである。そのために産婦人科医と総合診療医、助産師を含めた医療従事者が連携することは、その地域の分娩を含めたウイメンズヘルスを展開するためのひとつの解決策となり得るのではないだろうか。

おわりに

地域の産婦人科医や産婦人科施設は減少し続けており、さらに分娩施設の重点化、大規模化は避けられないことから、地域における産婦人科診療はますます後退すると思われる。しかしながら女性のヘルスケアはプライマリ・ケアとして提供されるべきケアであり、地域でもとめられる産婦人科診療は女性の総合診療である。そのためにも総合診療医の産婦人科研修、地域における女性診療の実践と産婦人科専門医との連携は必要である。当院での取り組みから、より具体的なロールモデル、地域モデルを周知し

共有することで、産婦人科医と総合診療医の協働や地域での活動がさらに広まり、それが地域におけるウィメンズヘルスの充実や分娩継続と地域の活性化につながることを期待したい。

参考文献

- 1) 公益社団法人地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター <https://www.gpob-jadecom.jp/> (accessed 2022 May 2)
- 2) 岡田唯男:非産婦人科医として女性診療に関わるということ(必要な能力も含めて)/柴田綾子, 水谷佳敬著, 井上真智子編. 女性の救急外来 ただいま診断中!. 東京, 中外医学社, 2017, p247-251.
- 3) 岡田唯男, 他:一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会 女性医療・保健委員会(PCOG)編. 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. http://www.pcog.jp/topics_I-detail.php?tid=15 (accessed 2022 May 2)
- 4) 公益社団法人地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター 研修医の方へ <https://www.gpob-jadecom.jp/intern.html> (accessed 2022 May 2)
- 5) 伊藤雄二:地域の総合医に産婦人科専門医は何を期待するか. 地域の総合医はここまで視ようー小児科・産婦人科・整形外科・皮膚科-. 月刊地域医学 2019;33:202-207.
- 6) 伊藤雄二:妊娠時期ごとの診療の注意点. 救急で妊婦さんを見るための基礎知識. 2019;21:2068-2074.
- 7) 高村一紘:包括的性教育と性の多様性ープライマリ・ケアにおける包括的性教育のあり方-. 性の多様性と医療ー地域医療の現場で知っておくこと, 留意すること-. 月刊地域医学 2022;36:314-318.

台東病院の ポートフォリオカンファランス

東京大学大学院医学系研究課附属 医学教育国際研究センター 講師 大西弘高

POINT

- ① ポートフォリオ評価は、総合診療・家庭医療のような包括的な領域において有用である
- ② ポートフォリオ学習・評価を推し進めるために、ポートフォリオカンファランスが肝腎である
- ③ ポートフォリオの記載には、各領域の理論的枠組みと対照できることが求められる
- ④ ポートフォリオをより洗練させるために、指導医の経験や持論を基に専攻医と議論することは非常に有効である

特集

はじめに

総合診療医の育成については、医学生時代から私が心に秘めていたいわばライフワークとも言える仕事であった。自分自身が内科医なのか総合診療医なのかといった迷いをもちつつ、医学教育、家庭医療といった分野に深く関わる時期を経て、現状にどうやって漕ぎつけたについて今回の企画で紹介させていただければ幸いである。

自分の背景

1. 家庭医構想と奈良の地域医療

自分は生まれてから後期研修の時期までを奈良で育ってきた。奈良県立医大に入学した当時

は、奈良県南部の山間地をバイクでよく走り回り、無医村とか過疎地のことが非常に気になっていた。

当時、長兄は天理よろづ相談所病院にて忙しい研修生活を送っていた。とても忙しそうにはしていたが、やり甲斐があるとも言っていたため、自分もそういった仕事がしたいと思うようになっていた。

一方で、1985～86年頃、当時大学1年か2年の時期に、新聞にて家庭医構想のことを知った。総合診療の重要性をよく語っていた兄に「家庭医になって、奈良南部のへき地で医師として力を発揮したい」と言ったところ、「家庭医の制度はどうか分からない。とりあえず内科でも総合診療でもよいが、しっかりした臨床能力を身に付けるべきだ」とのアドバイスが返ってき

た。

兄に勧められて大学5年、6年のときには春休み、夏休みに天理よろづ相談所病院の見学をした。カンファレンスでは学生には優しくしてもらえたが、初期および後期研修医には厳しい意見も飛び交っていた。でも馴れ合いでない雰囲気は嫌いではなかったし、単に知識や技能を身につけるだけでなく、患者さんの言うことから学べといったことも重視していることも良さそうに思えた。その結果、初期および後期研修も地元の天理よろづ相談所病院で受けることができたのは幸運であった。

2. 天理よろづ相談所病院での研修

初期研修2年は総合診療方式、後期研修3年は6つの専門科(循環器、消化器、呼吸器、神経、内分泌、血液)をローテートしつつ、総合内科では腎臓や膠原病、感染症のある程度専門的な診療も含めて診る形で研修を行った。研修はとても充実しており、例えば総合外来では総合内科的な診療だけでなく、腎臓や膠原病などの専門内科的な疾患についても継続外来ができた。また、天理教の信者が全国から受診することもあり、メンタルヘルスの問題を抱えた人、併せ持つ人についても総合外来で全人的に診ることの意義について深めることができた。

一方で、後期研修修了が近づき、学生時代に考えていた家庭医、へき地医療といったキャリアは非常にハードルが高いことを認識した。家庭医については、1996年に北海道家庭医療センターが発足し、自分が初期研修の時代にそのような制度があったらかなり積極的に検討しただろうと悔しく感じた。また、今で言う病院総合医のような形で研修してきた自分にとって、検査も画像も非常に限られた場所に行くことを考えると、ただただ怖いという感覚しか出てなくなっていた。

3. 診断推論の教育はどうすべきか

後期研修修了時に、私はいったん天理を離れなければならないことになった。初期・後期研修で大変お世話になった小泉俊三先生が当時の

佐賀医科大学附属病院総合診療部の教授になっておられたため、私は佐賀で総合診療やその教育を究めようと思立った。

そこで自分が関心を持ったのは、診断推論の教育はどうすべきかという問いであった。1990年代後半には、日本国内でも総合診療といえはEBMのような雰囲気になるつつあったが、例えば診断に関するEBMの基盤には仮説演繹法(医師、医学生を問わず、患者と医療面接する中で診断推論が進行する際には、診断仮説が想起されて、その仮説の確率を上下させるような質問を組み合わせることで仮説に基づいた演繹的な推論が可能となるという診断推論のプロセスの一つ)があるということ、他に徹底検討法やパターン認識といったプロセスを使う医師もいることは分かっていたが、診断仮説をどのように想起すればよいか、それらをどう教育に活かせばよいかについては特に決まった考え方は知られていなかった。

この問いを深めるために、小泉先生から紹介されたイリノイ大学のArthur Elstein先生に会いに行った。すると、医療者教育に関する大学院修士課程があるので、そこに入れるぐらい英語能力が身に付いたら、来年から来てもよいと言ってもらえた。その結果、診断過誤に至る推論のいくつかのパターンについて解析を行う研究などに従事しつつ、医療者教育学の修士課程を無事修了できた。しかし、帰国後、医師臨床研修必修化、モデル・コア・カリキュラムの導入とその試験である共用試験の設計といった大きな課題が山積みとなっていて、いきなり医学教育専門家として意見を求められる立場になっていった。

家庭医療専門医の研修の制度設計

1. コンピテンシー基盤型教育

結局、さらに2年ほどマレーシアの医学部で医学教育専門家としてアウトカム基盤型教育、現在ではコンピテンシー基盤型教育と言われる形のカリキュラムの導入やその評価に関する仕事をした。医師免許がなく臨床業務に携わるこ

とができなかったため、基礎医学のキャンパスでのみ業務せざるを得なかった。

2005年春に東京大学医学教育国際協力センターに着任した。すぐにアフガニスタンの、後にラオスでの医学教育全体の底上げに関するプロジェクトを担当した。ここでは、臨床教育の改善、総合診療医の普及といった目標が予め定められており、コンピテンシー基盤型教育の実装が主な業務であった。

2006年には、当時の日本家庭医療学会(2010年に日本プライマリ・ケア連合学会が発足する際の3学会の一つ)にて家庭医療後期研修プログラムが開始された。学会による専門医とはいえ、今のように専門医機構がない当時は他学会の専門医と肩を並べる立場であるとの想いから、医学教育の学問的な裏付けのあるプログラム、海外の同様のプログラムと遜色ない内容になることを提案し続けた。その際、例えば患者中心の医療、家族志向型ケアといった領域はどのように指導し、評価すればよいのかが大きな課題となった。

2. ポートフォリオ学習・評価と振り返り

2000年頃から、小学校での総合学習のカリキュラムに合わせて、ポートフォリオ評価が注目され始めていた。算数、国語などの教科においては旧来のテストによる評価が可能だが、総合学習になると「情報を統合する」、「友だちと協力する」など、これまでの評価ツールで評価しにくい部分が出てくることから、ポートフォリオ評価が注目されたのである¹⁾。

家庭医療後期研修プログラムにおいても、ポートフォリオ評価を行うことへの期待が高まった。しかし、合否判定を伴うような総括評価へと発展させることができるのか、ポートフォリオを書くことが学習につながるのか、そもそも後期研修医たちはポートフォリオを積極的に記載してくれるのかといった点は未知数であった。

まず、ポートフォリオと振り返り、省察的実践を関連づけることから始めた。診療が上手くいっているか否かを虚心坦懐に振り返ること

は、家庭医にとって一番重要なことの一つとされてきたからである。例えば、McWhinneyによる「家庭医療の原理」9項目には、「医療において主観的な側面や自らを振り返ることを重視する」が含まれているが²⁾、これはSchönによる省察的実践が広く知られるようになる以前に書かれたものである³⁾。

また、例えば患者中心の医療についてのポートフォリオ(本来、各領域の一つ一つの記述は「詳細事例報告」、それらを寄せ集めたものを「ポートフォリオ」と分けて表現すべきだが、ここでは慣例にしたがって両方をポートフォリオと呼ぶ)であれば、患者中心の医療の枠組みについて学び、その枠組みに沿って自らの診療実践を振り返るようという点を強調するようにした⁴⁾。これは、例えば先輩医師の指導に沿った診療が思ったように進まない場合、その指導とは異なる枠組みからも考えてみるということである。現場での診療は、先輩の持論が役立つこともあれば、そうでないこともあるだろう。そのような場合に、他に拠って立つ方法を示したとも言える。

さらに、患者中心の医療のような家庭医療の基盤となる項目をコンピテンシー基盤型教育の考え方で18個提示した⁵⁾。これらは家庭医療専門医を特徴づける能力5項目、すべての医師が備える能力3項目、教育および研究2項目、家庭医療専門医が持つべき医学的知識と技術8項目で構成された(表1)。2018年より総合診療専門研修のsubspecialtyとして新・家庭医療専門研修が始まったが、こちらは新たな20項目で構成されている。

なお、家庭医療専門医試験においてはポートフォリオ評価に加え、臨床技能評価(clinical skill assessment: CSA)や筆記試験(後にMCQに統一)の3本柱で構成されている。ポートフォリオ評価は、以前は提出内容だけで評価されていたが、後に口頭試問も組み合わせる形に変更となった。これは、例えば指導医がかなり書き直した内容をそのまま提出し、後期研修医の理解が不十分なままという場合にも点数が高くなる危険性があったため、専攻医の理解度の確認

表1 家庭医療専門研修ポートフォリオの記載項目

旧家庭医療専門研修	新・家庭医療専門研修
<p>A. 家庭医療専門医を特徴づける能力</p> <p>1. BPS (生物心理社会) モデル</p> <p>2. 家族志向型ケア</p> <p>3. 統合的ケア</p> <p>4. 行動変容</p> <p>5. 地域包括ケア</p> <p>B. すべての医師が備える能力 (a か b のいずれかの提出でよい)</p> <p>6a. EBM</p> <p>6b. コミュニケーション</p> <p>7a. プロフェッショナリズム</p> <p>7b. 生涯学習</p> <p>8a. 施設管理運営</p> <p>8b. チーム・ネットワーク</p> <p>C. 教育・研究</p> <p>9. 教育</p> <p>10. 研究</p> <p>D. 家庭医療専門医が持つべき医学的知識と技術</p> <p>11. 個人への健康増進・予防医学</p> <p>12. 幼小児・思春期</p> <p>13. 高齢者</p> <p>14. 終末期</p> <p>15. 女性・男性のケア</p> <p>16. リハビリテーション</p> <p>17. メンタルヘルス</p> <p>18. 救急</p>	<p>1. 未分化な健康問題</p> <p>2. 予防医学と健康増進</p> <p>3. 慢性疾患のケア</p> <p>4. 多疾患併行</p> <p>5. 長期的な全人的関係に基づくケア</p> <p>6. 患者中心の医療</p> <p>7. 家族志向のケア</p> <p>8. 地域志向のプライマリ・ケア</p> <p>9. 障害とリハビリテーション</p> <p>10. 臨床における教育と指導</p> <p>11. EBM の実践</p> <p>12. チーム医療・ケアの調整や移行</p> <p>13. システムに基づく診療</p> <p>14. メンタルヘルス</p> <p>15. 健康の社会的決定要因とアドボカシーおよびアクセス</p> <p>16. 医療者自身のケア</p> <p>以下の項目は a か b いずれかの提出でよい</p> <p>17a 複雑困難事例のケア</p> <p>17b 統合されたケア</p> <p>18a 高いプロフェッショナリズムに基づく行動</p> <p>18b 倫理的に困難な意思決定を伴う事例のケア</p> <p>19a セクシャルヘルス/性を考慮したケア</p> <p>19b 思春期のケア</p> <p>20a 緩和ケア</p> <p>20b 人生の最終段階におけるケア</p>

特集

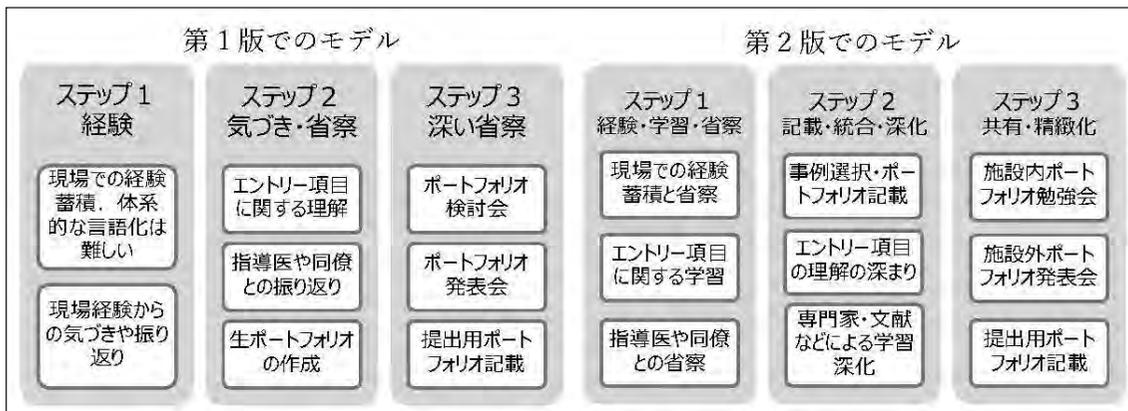


図1 現場での気づきからポートフォリオ記載までのステップ

が必要という考えによる。

後期研修医からは、ポートフォリオを記載し、徐々に深めていくステップにどう取り掛かるかが難しいとの声も多く聞かれた。このステップについては、図1のようにまとめた。当初は左の図のようにになっていたが、エントリー項目（ポートフォリオを記載するための項目のこと）に関する理解はステップ1の時点であった方がよいという声が高まったため、第2版への改訂の際に右図のように書き換えた。

3. ポートフォリオとルーブリック (評価基準)

日本家庭医療学会の家庭医療専門医試験において、ポートフォリオの記載が大変という声は多く聞かれた。当初難しい選択を迫られたのはルーブリックを開示すべきか否かという点であった。評価基準であるルーブリックを示すことで、どのような内容を盛り込めばよい評価が受けられるのかについてかなり明確になる。逆に、それがなくて単に項目の名称のみで提出を求め、評価を行うことになると、有名指導医に

表2 新・家庭医療専門医用ルーブリックの一部

領域	優	ボーダーライン	不可
1 未分化な健康問題	問題の本質が明確でない患者に対し、診断がつかない、方針が決まらない不確実性を受け容れつつ、継続的に診療することで、患者がある程度満足出来るケアにつなげている。	問題の本質が明確でない患者に対し、診断がつかない、方針が決まらない不確実性を受け容れつつ、継続的に診療することでケアにつなげている。	問題の本質が明確でない患者に対し、不確実性を受け容れられていない、または一方的なケアになっているなどの問題が見られる。
2 予防医学と健康増進	ある患者において、健康増進、予防医学の両面からアセスメントし、長期的な視点で診療やケアの計画を立てると共に、一定期間の後に再評価も行っている。	ある患者において、健康増進、予防医学の両面からアセスメントし、診療やケアが行われている。	健康増進、予防医学のいずれかの面からしかアセスメントされていない、診療やケアと関連づけられていない、などの問題がある。
3 慢性疾患のケア	慢性疾患患者に対し、chronic care modelの観点からコミュニティや保健システムも考慮し、患者の自己管理能力や意思決定を支援しつつケアしている。	慢性疾患患者に対し、コミュニティや保健システムを考慮できていない、または患者の自己管理能力や意思決定への支援が不足している。	慢性疾患患者に対し、生物医学的な観点のケアに留まっている。
4 多疾患併存	複数かつ難しい疾患や問題が絡み合った事例において、主治医として専門医や医師以外の医療専門職との協働を適切にマネジメントしている。治療負担と患者の能力のバランスにも配慮できている。	複数の疾患や問題が絡み合った事例に関し、専門医や医師以外の医療専門職との協働を通じ、マネジメントしている。	疾患や問題が複数でない、専門医や医師以外の医療専門職との協働が不十分、マネジメントが不適切といった問題がみられる。

※ボーダーラインと優の間に「合格」の評点を付けることもある。

指導を受けている後期研修医はポートフォリオが書けるが、そうでないと書くことが非常に難しいという問題が生じてしまう。一方で関係者の中には、ルーブリックを示すと誰でも及第点のポートフォリオが書けるようになってしまい、差が付かなくなってしまう、といった危惧を示す者もいた。

ただ、実際にはルーブリックはかなり抽象度の高い表現で記載されており、その真意を理解することは、理論的基盤を学ぶことと連動する。よって、ルーブリックを示すことが学習の標準化につながり、評価の標準化にもつながるという考えで開示を推し進めた。ただ、混乱を防ぐため、2010年初頭には家庭医療専門医を特徴づける5項目のみにおいてルーブリックを開示することにした。これは、3学会合併の前に日本家庭医療学会がそれまでの経験を踏まえて方向付けを行い、学会合併後にも継続性を持たせたいという狙いもあった。

結局、ルーブリックは2016年より全面的に導入され、さらに途中で改訂が進められた。2022年以降は新・家庭医療専門医に対する試験も行

われる形へと移行していくが、同様のポートフォリオ、ルーブリックは新・家庭医療専門医用のものが作成され、用いられている。表2に新・家庭医療専門医用ルーブリックの一部を示した。

ポートフォリオカンファレンスを通じた指導

そもそも、ポートフォリオを書くことを当時の後期研修医、今の専攻医が「家庭医療専門医になるために必要かつ有用なこと」と受け止めるのが大きな課題であった。ポートフォリオは何度も書き直して省察を続ける中で学びを深めることに意義があるが、書くことが学びの深まりにつながる、手間をかけるだけの意義があると感じてもらえないと、浅い学習に留まってしまう危険性があった。

また、一部の後期研修医は業務に追われるばかりでポートフォリオ記載が全く進まない、自分なりに頑張っているポートフォリオを誰も指導してくれないといった不満をこぼしてい

た。この点について、指導改善に関わってきた佐久総合病院でも同様の声が聞かれたため、後期研修医が書いたポートフォリオを基に事例検討するようなカンファレンスを企画することにした。他の定評ある後期研修プログラムでも同様のカンファレンスが行われていたため、自分でもその実態を把握したいという気持ちがあった。

ポートフォリオカンファレンスは、前述した西岡の書籍においても、ポートフォリオ評価法の6つの原則の2項目「ポートフォリオづくりの過程では、ポートフォリオを用いて話し合う場(ポートフォリオ検討会)を設定する」「ポートフォリオ検討会は、学習の始まり、途中、締めくくりの各段階において行う」として記載されている。これは、振り返りは自分一人では深めることが難しいため、同僚や指導者と共に行うことがふさわしいということも意味する。このような取り組みを通じて、ポートフォリオ学習・評価を意義あるものにするためには、ポートフォリオ検討会、発表会といった場を盛り上げることの必要性が徐々に理解されていった。

一方で、改めて「書けない人は書けない」という点も浮き彫りになった。まず一つ書いてみなければ、その意義を理解することも難しい。書けそうな事例を選ぶことから始める、事例の報告とその後の振り返りは分けて書くといった手順を示すことも行った。「次回カンファレンスでは〇〇先生が発表してね」などと声をかけ、指導医が書けそうな事例を見つけてさらに期限を決めて書いてもらうなどの細かな指導も行われた。

また、「書いたものを同僚や指導医に曝すのは恥ずかしい」という声も聞かれた。確かに、論文指導などにおいても、書いたものを読んでもらうのは自らの理解度を露わにする面があり、もし書いたものが批判されれば、精神的なダメージが大きい。これに対しては、no blame culture、責めない文化の醸成というキーワードでカンファレンスの心地よい場を作ることを重視するようにさまざまな勉強会、講演等で伝えるようにした。これは家庭医療の指導全般にも

通じる原理として非常に支持された。

実際、カンファレンスで発表されるポートフォリオは大変だった事例、印象に残る事例に関するものが多い。そこには「大変だったが事例を通じて成長した自分」の記録がなされている側面もあるだろう。直接指導にあたった指導医からねぎらいの言葉があったりするだけで、これを書いて残していくことの意味も実感されることが多い。感情面も含めた振り返りを重視するsignificant event analysisの意義も関連して理解されていった⁶⁾。

指導医からは、自分たちが書いたこともないポートフォリオについてどう指導すべきかわからないという声も頻繁に聞かれた。まずは、後期研修医が実践で「困った」と感じたときに指導医がどう指導したのかを振り返ることが重要である。カンファレンスでは、指導医は自分なりの「経験」や「持論」を語る一方、後期研修医が「家庭医療学の用語や理論」で説明し、指導医と後期研修医は対話を通じて互いの理解が実は同様であることを理解していった。指導医は、自分なりに経験してきた内容を一般化して教えるために、文献的な用語や理論を身に付けるのがよいということが実感したようだった。

これは、地域医療に長年取り組み、さまざまな経験や持論を持つ医師に、どのように指導医として活躍してもらえばよいかに関するヒントになる。地域医療現場の現実を十分理解できていない別の指導医がいきなり家庭医療の用語で理論的な説明をすると、地域で頑張ってきた医師は自分たちの経験や持論を蔑ろにされた気がする可能性が高い。地域の困難事例とそこで苦労した後期研修医が触媒となって地域の指導医に家庭医療の理論が少しずつ理解されていくことは大きな収穫であった。

終わりに

台東病院のポートフォリオカンファレンスは、このような理論的背景や指導経験を通じて積み上げられてきた内容の集大成である。2020年の春以降は全面オンラインで実施するように

なったが, no blame cultureを維持し, 理論的な枠組みを通じて実践の課題を探るような進进行を心掛けている.

引用文献

- 1) 西岡加名恵:教科と総合に活かすポートフォリオ評価法—新たな評価基準の創出に向けて. 図書文化社. 2003.
- 2) McWhinney IR: Teaching the Principles of Family Medicine. Canadian Family Physician 1981; 27: 801-804.
- 3) Schön DA: The reflective practitioner-how professionals think in action. Temple Smith. 1983. (佐藤学, 秋田喜代美訳: 専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える. ゆみる出版. 2001.)
- 4) 横林賢一, 大西弘高, 斉木啓子, 他:ポートフォリオおよびショーケースポートフォリオとは. 家庭医療 2010;15(2):32-44.
- 5) 大西弘高:ポートフォリオと家庭医療・総合診療研修. 日本プライマリ・ケア連合学会編:日本プライマリ・ケア連合学会基本研修ハンドブック(改訂2版). p12-37. 南山堂.
- 6) 大西弘高, 錦織宏, 藤沼康樹, 他:Significant Event Analysis: 医師のプロフェッショナルリズム教育の一手法. 家庭医療 2009;14(1):4-12.

多職種で多職種を育てる： 私たちの考える育成法

台東区立台東病院 総合診療科 玉井杏奈
呉明愛
高橋麻衣子

POINT

- ① 「都会の地域医療」を学べる場として、学生から再研修まで幅広い対象にニーズに合わせた研修機会を提供
- ② 多職種で多職種を育てる中で、真のチームプレーヤーやリーダーを育成したい

特集

はじめに

台東区立台東病院は、JADECUM家庭医療/総合診療プログラム「地域医療のスズメ」の基幹施設の1つであり、現在卒後3～6年目の専攻医4名が所属しているほか、学生、初期研修医や多職種スタッフの教育にも力を入れている。当院の教育実践を述べる中から、何か参考にしていただける内容があれば幸いである。

当院の診療セッティングと 教育現場としての魅力

当院は「このまちで暮らし続けたい、を応援します」を病院の理念として掲げ、公設民営で運営されている。運営は総合診療科が主体で行い、特に高齢者のニーズに合わせる形で、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、リハビリテーション科などが外来を設けてい

る。総合診療科外来、120床のケアミックス病棟、併設の150床の老人保健施設と、在宅療養支援窓口や訪問看護・訪問リハビリなどが充実しており、地域の高齢者包括ケアの中核を担っていると自負している。

コロナ禍以前は、JADECUMと教育提携のあるオレゴン健康科学大学、ハワイ大学の関係者のほか、クウェートやノルウェーなどからも医療者の見学があり、高齢化という世界共通の課題に対する最適解の一つではと感じる。都会にありながらも、継続的・横断的なケアを重要視する家庭医療・総合診療のアイデンティティを具現化しており、管理者の山田隆司先生の先見の明によるところが大きい。

病院の近隣には、かつては日雇い労働者の町として賑わった山谷地区があり、現在は生活保護受給者となり簡易宿泊所での生活を続ける独り者の男性が多い。結核有病率も高く、都の結核特別対策事業としてDOTS事業が行われてい

る¹⁾。裏手には吉原遊郭があり、性病での受診は減っているものの、アルコール、喫煙、メンタルヘルスなどの問題を抱えた関係者は頻繁に受診をされる。製造、卸売、小売などの事業所が多い台東区では、コロナ禍で経営難に陥っている中小企業の多いことも実感する。

都内ならではの狭小住宅で1階が店舗、2階・3階が居住スペースという家庭も多く、銭湯文化のある土地柄のため、自宅に風呂がない方もおられる。加齢や疾患によるADL低下により、居室への階段昇降が難しい、入浴ができないなどの問題が生じる。一方で、下町ならではの文化と表すべきか、非血縁者同士の強い結びつきや支えあいも存在する。入院の付き添いに来るのが友人や簡易宿泊所の寮長であることも珍しくない。

台東病院のこの特徴は総合診療医の教育の観点からみても、医療機関の多い都内にありながら、単なる「振り分け屋」に甘んじることなく、診療の継続性のある程度担保できるという強みになっている。また、社会的背景の複雑な患者さんたちとの関わりの中で学ぶことも多く、昨今議論されることが増えてきた「健康の社会的決定因子」の存在を日々実感しながら診療している。山谷地区の高齢者の中には、インターネット環境はおろか電話すら所有せず、COVID-19ワクチンの予約ができない方や、個人の冷蔵庫がない、調理設備がないという方もおられる。最近「認知症の疑い」で診察した方は、恐らく生来の学習障害により読み書きができないと思われる、その状況で独居・身寄りなしという事実、初期研修医が大変驚いていた。当該の研修医にはこの患者さんの介護保険の申し込みに随行してもらった。

都会にいながりリソースの限られた患者さんたちの健康をどうサポートできるか。台東病院には、この環境を面白い、やりがいがあると感じられる指導医が揃っている。

専攻医の研修

当院は総合診療・家庭医療プログラムの専攻医が1ヵ月から12ヵ月程度のスパンでローテーションし、病棟管理、継続外来、救急当直業務のほか、老人保健施設での業務や、地域の学校での防煙教室などの機会も得ている。協会の他施設では、急性期医療に重きを置いた病棟研修も多いが、慢性期～亜急性期の診療の機会が多く得られると喜んでもらっている。2022年度は延べ8名が研修予定である。

専攻医は“Teaching is learning”の基本のもとに、初期研修医の指導も主軸となって行う。専攻医の評価は、日本専門医機構および日本プライマリ・ケア連合学会の指針に基づいて、職場基盤型の形成的評価から、ローテーション終了時の総括的評価までさまざまである^{2),3)}。360度評価では多職種からも働きぶりを評価されるが、医師からは見えないコンピテンシーが明らかになる貴重な機会である。

学生・初期研修医の教育

近隣の複数の大学から、1年生から6年生までの実習を受け入れてきた。COVID-19により学生実習も一部がオンラインに切り替わり、新たな工夫が必要になっている。

初期研修医については、協会内の市立奈良病院、東京北医療センター、東京ベイ・浦安市川医療センターなどの他、大学からも受け入れをしており、2022年度は延べ17名が1ヵ月間の地域医療研修を行う予定である。

学生、初期研修医の受け入れの際は、宮崎大学地域医療学講座の吉村学先生が作成された「自己紹介シート」を初日に記載してもらい、医局に掲示している。図1は選択実習で来てくれた6年生のものであり、ご本人の許可を得て転載する。指導医が本人と面談しながら追加の書き込みをし、本人のニーズや研修目標がより明確にイメージできる状態で共有される。

この学生さんに関しては、感染対策には最大限配慮した上で、訪問リハビリや訪問看護への

地域医療研修

実習にあたって

名前

東京世田谷区出身

- 自己紹介およびこれまでの研修状況を教えてください。

6年の[]です。総合診療科志望です。
 部活はソフトテニス部で趣味はロードバイクです。
 実習は医療科病院で1年間行いました。
 コロナの影響で病棟にあまり出れず、
 今までの患者は5人ほどです。

これはコロナの影響で
 病棟に出られず
 患者との交流が
 少なかった
 自分自身で
 学ぶ機会
 が少なかった

- これまでの地域医療に触れたあるいは研修した経験と感想を教えてください。

学外で実習したことがなく経験がありません。

- 今回の研修のあなた自身の学習目標を教えてください。(箇条書きで) また特に優先順位の高いものに○をつけてください。

○ 地域医療 かどうかというものが肌で感じる。
 ・プレゼンテーションや問診が上手い様子。
 ・入院患者を把握する

図1 実習前に提出する用紙

特集

同行も盛り込み、とにかく「前に出す」ことを意識して関わり、総合診療に進む意思が強化された、と後日評価していただいた。

学生・初期研修医、いずれも数人の総合診療医からなるチームに配属され、屋根瓦方式の中でさまざまなフィードバックを随時、対面で受ける。学生・初期研修医の背景はさまざまで、振り返りをしながら目標を再確認しつつ、本人のニーズに合わせてカリキュラムも微修正している。

大学の实習では、「病名」のラベルが付いた患者さんを前に、既に定まった治療方針を後追いで理解することが多いだろう。プライマリ・ケアの卒前教育においては、診断のついていない患者さんに最初に出会う経験を数多くすることの重要性が論じられている⁴⁾。コロナ禍で学習機会を極端に制限されてきた学生・初期研修医にとっては、まず患者さん、ご家族や多職種とコミュニケーションを取ることから学びが始まる。



急性期治療を終えて退院した患者さんのその後を、生活全体や家族の状況も踏まえて理解してもらうことが重要だと考えている。病院での治療が終わっても生活が待っている。そこに自分の専門職としての知識をどう活かせるか。そのためにはまず患者さんのコンテキストを理解する必要がある。診断と薬物選択が適切であってもアドヒアランスが悪ければ知識は活かされない。その人がどのような人生を経て今に至っているのか。そんなところにも思いを馳せながら、患者さんの人生と真っ直ぐに向き合う実習・研修にしている。学習者の今後の進路選択によっては、プライマリ・ケアを経験する唯一の機会になることも意識して関わるようにしている。研修終了時に学んだことを発表していただいているが、主体性のある研修をすることで、指導医の想像以上に多くを経験していることを実感する。

多職種チームで多職種スタッフを育てる

卒後教育でリーダーシップの重要性を扱うことの重要性は既知であり、特にプライマリ・ケアにおいて研修カリキュラムに盛り込まれることが多いようである⁵⁾。一方、多職種連携の内容を盛り込んでいるところは決して多くない⁵⁾。多職種で多職種の教育を行うところが、当院の教育の特徴の一つであると考えている。

1. 多彩な医局勉強会

多職種による医局勉強会が、昼休みの時間を



使って行われている。2021年度に行われた勉強会の例を以下に示す。その他、眼科や整形外科など他科医師によるレクチャーも行っている。参加は学生から指導医、薬剤レジデントや認定看護師まで幅広い。

- ・薬剤部主催
 - 吸入薬の選択・使い方
 - オピオイド
 - 高齢者に優しい薬物療法
- ・栄養課主催
 - さまざまな食形態・補助食品の試食会
- ・リハビリテーション科主催
 - 装具の基本
 - 移乗
 - 歩行補助具の選択
- ・医事課主催
 - 医師に知ってほしい医事あれこれ

2. 月に1回の HALF DAY・バック

専攻医は月に1回、第4水曜日の14時から16時は臨床業務を離れ、省察やレクチャーの時間を持っている。2021年度はビデオレビュー、家庭医療知識問題大会(アメリカの家庭医療専門医模擬試験を解く)などをはじめ、臨床一発診断レクチャー、家族志向のケアをテーマにした症例検討、修了生による地域研修サバイバルガイド指南など、さまざまな題材を取り扱った。

協会の総合診療・家庭医療プログラムである地域医療のススメでは、月に2回のWEB勉強会や年3回の定期ミーティング、シニア・コア・レクチャーなど、教育機会が充実している。台東病院の HALF DAY・バックでは、①これらの



教育機会を補完するような内容(リーダーシップ等も含む)を扱うこと, ②少人数の良さを生かしたアットホームな環境で行うこと, ③専攻医にとって事前準備が最低限であること, を基本方針としている。支援対象施設で唯一の専攻医として頑張っている専攻医にとって, いつもの顔をみてちょっとホッとしつつ, 必要な知識やスキルを会得する場でありたい。

今年度は, 地域医療連携室による医療制度や保険制度に関するレクチャーや, 包括支援センターの方を招いて地域の健康問題を話し合う会なども予定している。カリキュラムは総合診療や家庭医療の専門医試験のブループリントや, 現役専攻医・修了生・指導医の意見を元に作成しているが, コンテキストに合わせての柔軟な変更も心掛けている。

3. 院内の多職種連携研修

次に医師教育から派生して, 院内の全職種の若手に対する教育の取り組みを論じる。

2021年から, 入職1年目と2年目の常勤職員を部署横断的に集め, 多職種連携研修を始めた。台東病院として育成したい人材像をきちんと示し, マイルストーンをクリアさせようという意図がある。他国からも, 多職種チームでの年単位の研修が高齢者ケアにおける対応力を向上させるのに有効であったという結果が出ている⁹⁾。

例として2021年度の1年目研修の概要を表1

に示す。対象者は新人常勤職員の看護部7名, 療法士4名, 臨床検査技師1名であった。研修医や専攻医, 薬剤レジデントなども都度加わり学びを深めてもらった。カリキュラムの作成は, 医師3名(うち家庭医療専攻医1名), 看護師1名, 療法士1名の多職種チームで行い, デブリーフィングや微修正を繰り返しながら進めた。

入職2年目の研修は, 人数を4人から6人ずつの2グループに分け, より実践的な内容を扱った。表2に抜粋を示す。月1回の開催で, 1回は45分間, 指導は家庭医2名が中心となり行った。

2021年度の多職種連携研修の教育効果など詳細については, 学会発表を予定しているため差し控える。多職種連携のコンピテンシーを身に付けるだけでなく, 歓迎会や部署を跨いだプライベートでの集まりを推奨しかねる状況下で, ピアサポートの貴重な場であったと考える。

また, 副次的な効果として, 運営側の多職種スタッフ間のコミュニケーションが活発になり, 研修者のやりとりがしやすくなった実感がある。薬剤レジデントが訪問診療に同行したり, 研修医が訪問看護や訪問リハビリに同行したりといった, 部署を跨いだ研修のアレンジがより容易になった。COVID-19対策でとかく守り一辺倒になりがちな施設運営の中で, この研修は前向きな話題を常に提供してくれた。運営スタッフ側もやりがいを感じている。2022年度は

表1 1年目多職種連携研修 年間目標

- ・困ったときに気軽に相談できるような関係性の構築
- ・「この問題はこの部署・職種がプロだ」というのがわかるようになる
- ・誰も離職せずに仕事を続けている、もしくは「辞めたい」と思っていない

第1回	5月	研修の概要説明, 事前アンケート記入 目標: 知っている人を増やす 内容: 自己紹介+なぜ自分の職種を選んだかを全員で円になって1人ずつ話す 3人ずつのグループにわかれて「意外と〇〇」グループワーク
第2回	6月	目標: 同期で仲良くなる 内容: 嘘?本当?自己紹介ゲーム
第3回	7月	目標: 他の職種が何のプロなのかを知る 内容: それぞれの職種で「学生時代受けた教育」について発表 (看護師, リハビリ療法士, 検査技師) ※1年目同士でお互いに発表
第4回	9月	目標: 他の職種が何のプロなのかを知る 内容: それぞれの職種で「学生時代受けた教育」について発表 (院内から連携室, 放射線技師, 介護士, 医師の若手を招いた)
第5回	10月	目標: 他の職種が何のプロなのかを知る 内容: NGワードゲーム それぞれの職種で「学生時代受けた教育」について発表 (院内から薬剤師, 栄養士, 医療事務の若手を招いた)
第6回	11月	目標: 他の職種の視点を知る 内容: 職種シャッフル模擬多職種カンファレンス
第7回	12月	目標: 台東病院を好きになる 内容: 台東病院の好きなどころ, いいところをKJ法でまとめてそれぞれ発表 ※出来上がった模造紙は後日院内に掲示
第8回	3月	目標: 1年間の振り返りをする, 離職せずに頑張った自分達を讃える 内容: 研修の振り返り, 個人個人の振り返り, 修了式(修了証と記念品授与, 事後アンケート記載)

※4月は全体オリエンテーション, 8月・1月は祝日のため休み, 2月はCOVID-19の感染状況を鑑みて中止。

表2 入職2年目研修の抜粋(仮題)

- ・医療職同士のコミュニケーション(レクチャーとディスカッション)
- ・良い教育者・先輩とは(ディスカッション)
- ・価値観の違いとすり合わせに関して(絵本を用いたディスカッション)
- ・多職種張り付き研修(希望した部署で45分間の見学・職場体験)
- ・自分の考え方を変えた人との出会いについて(ディスカッション)

介護士や医事課などの新人職員も加わり、ますます楽しみである。

2021年度の研修が一定の成果を生んだと考えて、2022年度は3年目研修も開始した。大学で急性期偏重型の実習をしてきたスタッフは、プレーヤーとして自立する卒業後3～6年目くらいで目標を見失い、アイデンティティーを自問した結果、離職するケースが散見される。慢性期や亜急性期のケアの意義を見つめなおし、教育、

組織運営、地域の健康増進など、よりマクロな視点での仕事に気づきシフトしていけるよう促したい。

コロナ禍で多職種チームでの対面の会議は減った。一方で、チャットなどを用いた非同期でのやりとりが増えた実感があり、研修のアレンジから評価、問題のある学習者への対策などに活用している。ポスト・コロナの多職種連携には、新たなスタイルやコンピテンシーが求

められるであろう。

これからの総合診療に参画する プロフェッショナルの教育

総合診療医，家庭医と呼ばれる人たちにこれまで数多く会ってきた中で，我々の抱いている印象は，頭脳明晰であるということはもちろんだが，往々にして皆人当たりがよく，しなやかであるということである。

総合診療医を育てるというのは，グローバルな人材を育てることと似ているのかもしれない。違う価値観や人生観，文化を認め，敬意を払い，与えられたリソースを最大限使って自分に何ができるかを模索する。台東病院を通り過ぎる学習者には，魚の釣り方を学び，多彩なものを見方を学び，確固たる自分の診療スタイルを確立しつつ，多くの患者さんの幸せを追求し，最終的には自身が幸せになってほしい。また一人ですることには限りがある。ぜひ患者家族スタッフ住民など多くの人を巻き込んでチーム

で患者さんの幸せを追求できるそんな人に育って欲しい。そのためにもまずは目の前の人を知ることである。私達自身が，患者さんの話を聞くように，学生・研修医の話にも耳を傾けている毎日である。

参考文献

- 1) 東京都における結核の概況 令和2年度 東京都健康安全研究センター p36 tb_y2020.pdf (tokyo.lg.jp) (accessed 2022 May 16)
- 2) 日本専門医機構 総合診療専門研修プログラム整備基準 <https://jmsb.app.box.com/s/88sysix46nv101aejl0sz667jaxxx3bz> (accessed 2022 May 17)
- 3) 日本プライマリ・ケア連合学会 新・家庭医療専門医:家庭医療専門研修 I・II 中の業務基盤型評価について 日本プライマリ・ケア連合学会 | 認定・研修制度 専門医・認定医・指導医制度 新・家庭医療専門医 / 新・家庭医療専門研修プログラム (primary-care.or.jp)(accessed 2022 May 17)
- 4) Gay S: Education in primary care: personal tuition, teamwork and lots of patients. *Int J Med Educ* 2021; 12: 219-221.
- 5) Sadowski B, Cantrell S, Barelski A, et al: Leadership Training in Graduate Medical Education: A Systematic Review. *J Grad Med Educ* 2018; 10(2): 134-148.
- 6) Bhattacharya SB, Jernigan S, Hyatt M, et al: Preparing a healthcare workforce for geriatrics care: an Interprofessional team based learning program. *BMC Geriatr* 2021; 21(1): 644.

投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

第105回

“PTPシートの誤飲”に関わる 事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における第64回報告書¹⁾(以下、本報告書)では、「再発・類似事例の分析」として、「PTPシートの誤飲(医療安全情報No.57, 第2報No.82)」というテーマで、さまざまな検討結果が報告されている。「PTPシートの誤飲」に関しては、本事業の第23回報告書²⁾でも、「個別のテーマの検討状況」として、「薬剤内服の際、誤ってPTP包装を飲んだ事例」というテーマで検討が実施されている。

また、本事業の「医療安全情報」³⁾では、「No.57: PTPシートの誤飲(2011年8月)」「No.82: PTPシートの誤飲(第2報)(2013年9月)」「No.177: PTPシートの誤飲(第3報)(2021年8月)」などが公表され、繰り返し注意喚起がなされている。また、「No.177: PTPシートの誤飲(第3報)(2021年8月)」では、「お薬を服用される方へ」と称して、服用時の注意を促すために活用できる添付資料も併せて公表している。

“PTPシートの誤飲”に関しては、厚生労働省から、「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)(平成22年9月15日)」という通知が出されている⁴⁾。また、独立行政法人 国民生活センターからは、「のどや食道を傷つけることも! 薬の包装シ-

ートの誤飲に注意(2016年5月13日)」⁵⁾や、「薬の包装シートの誤飲に注意(2021年2月2日)」⁶⁾というリーフレットも公表されている。さらに、消費者庁からも、News Release「高齢者の誤飲・誤食事故に注意しましょう!(令和元年9月11日)」⁷⁾が公表され、注意喚起が実施されている。

本連載でもこれまでに、PTPシートに関連した内容として、「PTPシートの誤飲防止(第18回)」というテーマで、インシデント・アクシデント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、“PTPシートの誤飲”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。“PTPシートの誤飲”に関わる事例は、家庭内での発生だけでなく、医療機関内でも発生が報告されており、患者に重大な影響が及ぶ可能性も想定される。プロフェッショナルが関与している状況で「なぜ、“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生が防止できなかったのか?」と、“なぜ”を深めると、“PTPシートの誤飲”に関わる事例の発生要因が見えてくる可能性がある。

そこで、本稿では、特に医療機関内で発生している事例に注目して、「なぜ、“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生が防止できなかったのか?」「なぜ、“PTPシートの誤飲”に早期に気づい

表1 “PTPシートの誤飲”に関わる事例の事故の程度と治療の程度

事故の程度	件数	治療の程度	件数
死亡	1	濃厚な治療	25
障害残存の可能性が高い	0	軽微な治療	34
障害残存の可能性が低い	8	治療なし	1
障害残存の可能性なし	21	不明	1
障害なし	41		
合計	71		

※「医療の実施あり」を選択した61件の内訳を示す。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第64回報告書より)

表2 キーワード“PTPシートの誤飲”で検索された事例26件の状況

事例の状況	
上部消化管内視鏡検査	実施あり:23件(22件でPTPシートを抽出) ※1件は、PTPシートは発見されず、気管支鏡検査にてPTPシートが発見され、抽出 ※他院にて実施:3件(2件でPTPシートを抽出) ⇒1件は、PTPシートは発見されなかった
	実施の記載なし: 3件
服薬管理	看護師による管理: 20件
	患者による管理: 6件

(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)

て、適切な対応が実施できなかったのか?」などの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った事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントは「医療事故」、インシデントは「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。なお、本事業の資料から抽出した事例の表記は、一部改変して記載する。

“PTPシートの誤飲” に関わる事例

本報告書において分析対象としたのは、2013

年7月以降に報告された再発・類似事例71件であり、「事故の程度」は、「死亡1件」「障害残存の可能性が高い」:0件「障害残存の可能性が低い」:8件「障害残存の可能性なし」:21件「障害なし」:41件で、「治療の程度」は、「医療の実施あり」を選択した61件の内訳として、「濃厚な治療」:25件「軽微な治療」:34件「治療なし」:1件「不明」:1件であることが挙げられている(表1)。

本事業の事例検索⁸⁾では、2021年12月中旬現在、キーワード“PTPシート”で474件、“PTPシート”“自己管理”で114件、“PTPシートの誤飲”で26件、“PTPシート”“誤飲”で79件、“PTPシート”“内視鏡”で64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、特に医療機関内で発生している事例に注目して、キーワード“PTPシートの誤飲”で検索された事例26件を対象として検討を実施した(表2)。26件中、上部消化管内視

鏡検査に関しては、「実施あり:23件」「実施の記載なし:3件」であり、「実施あり:23件」中、22件でPTPシートが摘出され、1件は、PTPシートは発見されず、気管支鏡検査にてPTPシートが発見され、摘出されたことが挙げられている。

また、「実施あり:23件」中、自院では上部消化管内視鏡検査を実施できず、他院にて実施された事例が3件認められ、2件でPTPシートが摘出され、1件は、PTPシートは発見されず、「自然排出を待つようにと指示され帰院」となったことが挙げられている。

また、服薬管理に関わる状況としては、「看護師による管理:20件」「患者による管理:6件」であった。「看護師による管理:20件」における服薬管理の状況としては、「本来、PTPシートを開封して患者に渡す必要があったが、開封せず、患者のところに置いてきた」「看護師がPTPシートごと患者に渡す場合と、開封して渡す場合があり、配薬方法が統一されていなかった」「看護師がPTPシートを開封しようとしたら、患者が『自分で飲むから(開封しなくて)よい』と言うので、PTPシートごと渡した」「患者は、これまで入退院を繰り返しており、1回ずつ配薬すれば、自分でPTPシートを開封して服用できたので、看護師には慣れが生じ、今回のことを予知できなかった」「過去の事例発生を受けて、PTPシートは切り離さないように看護師に呼び掛けていたが、PTPシートの切り離しは行われていた」「患者は年齢的にも若く、PTPシートを誤飲するはずがないと思い込んでいた」「入院して日が浅かったため、PTPシートを一人で飲む患者とは思っていなかった」などが挙げられていた。

“PTPシートの誤飲”に関わる事例として、事例検索⁸⁾にて検索された事例や、本報告書¹⁾に掲載されている事例としては、

「看護師が、症候性てんかんで入院中の患者(70歳代、男性)の夕食後に服用する薬剤を持参した際、患者から『もう少ししてから飲む』と言われたので、蓋付き容器に2種類の薬剤をPTPシートごと入れて部屋を出た。院内の手順では、PTPシートから薬剤を取り出して、蓋付き容器に入れることになっているが、看護師は手順を

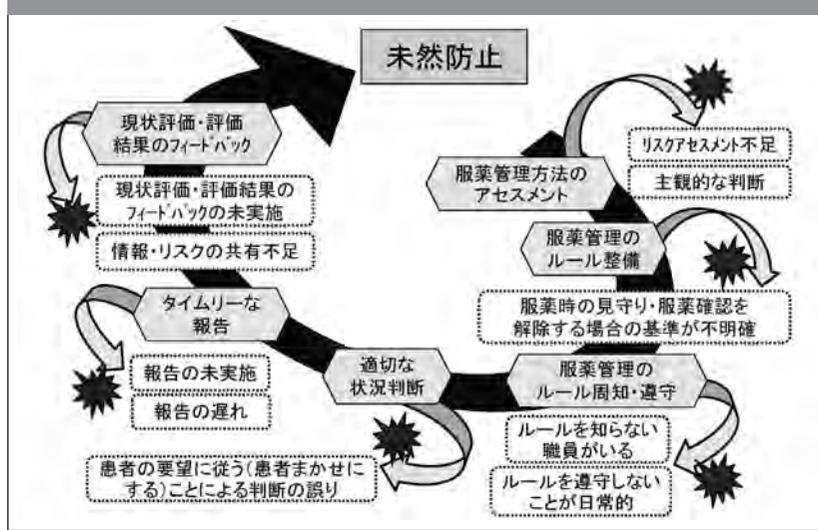
守らなかった。看護師は、患者は受け答えが普通にできるので、PTPシートごと渡しても大丈夫と思った。看護師は、今までもPTPシートごと患者に渡すことがあった。10分後に訪室すると、患者から、『なぜかわからないが、シートごと飲んだ。2錠とも飲んだが1つは吐き出した』と言われた。オーバーテーブル上に吐き出された薬剤が1錠あり、看護師がベッド周囲やゴミ箱の中を探したが、もう1錠は見つからなかった。CT検査などで食道内にPTPシートがあることが判明し、緊急の上部消化管内視鏡検査にて、食道入口部にあったPTPシートを摘出した。

看護師は医療従事者としての危機意識が低かった。PTPシートごと患者に薬剤を渡すことで、そのまま飲み込むかもしれないという予測ができていなかった。当該部署では、今回の当事者以外の看護師も、蓋つき容器の取り扱いを手順通りに実施していないことがわかった。日頃から手順が守られていなかった^{1),8)}

「閉塞性動脈硬化症で入院中の患者(70歳代、男性)に対して、看護師側で薬剤の準備を行い、看護師の見守りのもとで服薬が行われていた。前日、夕食後に服用する薬剤を患者に渡し、服薬を見守った。その際、患者はPTPシートの開封が実施でき、服薬の手技に問題はなかったため、自立した服薬が可能と判断し、看護師は朝食後に服用する薬剤(PTPシートに入った錠剤を3種類、一包化された内服薬を1袋)をベッドサイドへ配薬し、病室を離れた。その後、本人よりナースコールがあり、錠剤をPTPシートごと服用したという訴えがあった。CT検査にて食道内にPTPシートを認めたため、緊急の上部消化管内視鏡検査にて、PTPシートを摘出した。

服薬時の見守りの必要性の判断を看護師一人で実施し、服薬時の見守りを解除した。当事者の看護師の曖昧な判断で、患者に薬剤の管理をまかせ、患者の服薬能力のアセスメントが不足していた。入院前より、服用する薬剤は、患者の妻がPTPシートから取り出した状態で患者に渡しており、患者は服薬動作に不慣れであった。患者の服薬に関する情報が不十分な状態で、服薬管理の方法を判断した⁸⁾

図1 服薬管理のプロセスにおける“PTPシートの誤飲”のリスクの発生の可能性(例)



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第64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)

などがある。

“PTPシートの誤飲”の誤飲に関わる事例の発生を未然に防止するために、本報告書、および事例検索にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「服薬管理のプロセスにおける“PTPシートの誤飲”のリスクの発生の可能性(例)」(図1)を作成した。服薬管理に関わる「服薬管理方法のアセスメント」「服薬管理のルール整備」「服薬管理のルール周知・遵守」「適切な状況判断」「タイムリーな報告」、および「現状評価・評価結果のフィードバック」などのプロセスに沿って、“PTPシートの誤飲”のリスクの発生の可能性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、“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生の未然防止対策として、薬剤の服用に関わるマニュアル・ルールの作成・周知、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、“PTPシートの誤飲”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⁸⁾にて検索され、本事業の第23回報告書²⁾にも掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“PTPシートの誤飲”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「PTPシートの誤飲、カラも飲んだと言われたが、報告・対応の遅れ?」

【事故の内容】

- ・患者(70歳代、男性)が服用する薬剤は、看護師による管理になっており、毎回、看護師が配薬を行っていた。
- ・11時30分、担当看護師は、昼食後に服用する薬剤(計4錠)を配薬ボックスに入れて患者に渡した。
- ・12時30分、担当看護師は、服薬の実施を確認するために訪室した。
- ・カラのPTPシートを確認すると、3錠分しかないことに気づいた。
- ・患者に、なぜ1錠分不足しているのか確認すると、患者は「飲んだよ。カラも飲んだ気がする」と話した。
- ・担当看護師は、患者が言った「カラ」とは、PTPシートのアルミの部分を巻き込んで飲んだのだろうと思った。
- ・微小な物を一緒に飲んだのだろうと思い、経過観察と判断し、誰にも報告はしなかった。
- ・17時45分、夜勤の看護師が、「業務開始時のラウンドで訪室した際に、患者が咽喉痛を訴えていた」と日勤の看護師に伝えた。
- ・日勤の看護師は、リーダー看護師と病棟師長に報告した。
- ・病棟師長と日勤の看護師が、確認のために訪室すると、患者から「シートごと飲んだ」と言われ、初めて、患者が薬剤をPTPシートごと飲んだことに気づいた。
- ・患者は、「昼食後、1錠ずつシートから薬を出して飲み始めた時、1錠だけシートに入った薬をベッド上に落としてしまい、そのまま拾って飲んだ」と説明した。

(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23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、「看護師による管理

で服薬している患者に対して、PTPシートを1錠ずつ切った状態で、そのまま患者のもとへ配薬した」「医療安全推進マニュアルが遵守されていなかった」「患者の服薬後の確認で、カラの数が合わないと感じたが、直ぐに“PTPシートの誤飲”に結びつかず、担当看護師の判断で経過観察とし、対応が遅れていた」「日頃から、薬剤をセットすれば自己で服用できる患者には、1回分ずつ配薬し、そのまま患者へ渡していた」「PTPシートを、看護師が1錠ずつ切っていた」「本来は誤飲予防で1錠ずつにならないようになっているのに、ハサミで切って、配薬しやすいように1錠ずつにしていた」「看護師の中には、誤飲予防で1錠ずつにならないようになっていることを知らないスタッフがいた」「患者指導として、PTPシートを誤飲する危険性について説明できていなかった」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、担当看護師の確認に対して、患者が、『飲んだよ、カラも飲んだ気がする』と話したにもかかわらず、担当看護師は、患者が言った『カラ』とはPTPシートのアルミの部分を巻き込んで飲んだのだろうと思い、PTPシートごと誤飲した可能性に気づけなかったのか?」「なぜ、担当看護師は、患者が言った『カラ』とは、PTPシートのアルミの部分を巻き込んで飲んだのだろう、小さな物を一緒に飲んだのだろうと思ったとしても、自分一人で経過観察と判断し、誰にも報告しなかったのか?」「なぜ、PTPシートごとの誤飲をした患者に対して、服薬時の見守りが実施されていなかったのか?」「なぜ、夜勤の看護師が、『業務開始時のラウンドで訪室した際に、患者が咽頭痛を訴えていた』と日勤の看護師に伝えるまで、誰も患者の状態に気づけなかったのか?」な

どの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「看護師による管理で服薬している患者に対して、PTPシートを1錠ずつ切った状態で、そのまま患者のもとへ配薬した」「医療安全推進マニュアルが遵守されていなかった」などに注目することが重要である。

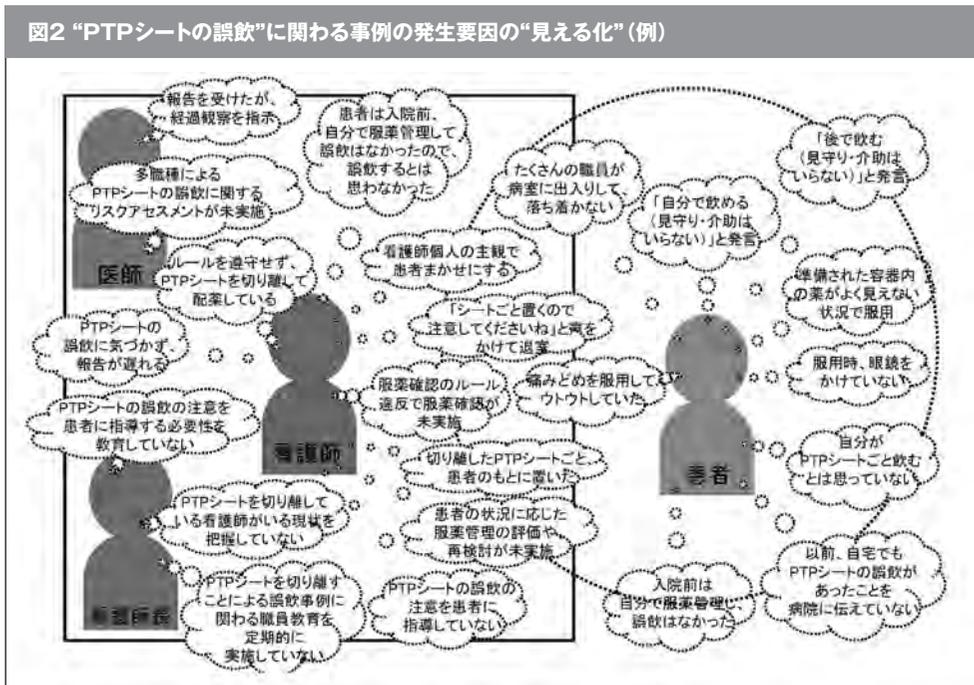
これについては、「なぜ、看護師による管理で服薬している患者に対して、PTPシートを1錠ずつ切った状態で、そのまま患者のもとへ配薬した職員がいることが問題視されていなかったのか?」「なぜ、医療安全推進マニュアルを遵守していない職員が放置されていたのか?」など、現状の課題が評価されていない可能性、および、その事実が職員にフィードバックされていない可能性などについても“なぜ?”を深めることが求められる。

ここでは、さらに、「なぜ、看護師の中には、誤飲予防で1錠ずつにならないようになっていることを知らないスタッフがいたのか?」「なぜ、患者指導として、PTPシートを誤飲する危険性について説明できていなかったのか?」などについても疑問を深め、事例発生の根本原因を明らかにすることが望まれる。

本稿では、特に医療機関内で発生している事例に注目して、「なぜ、“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生が防止できなかったのか?」「なぜ、“PTPシートの誤飲”に早期に気づいて、適切な対応が実施できなかったのか?」などの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。

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、“PTPシートの誤飲”に関わる事例の発生要因としては、「知識不足」「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。

“PTPシートの誤飲”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における服薬管理のルール



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第64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)

の整備状況の現状評価が未実施、2)服薬管理のルール周知・遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施、3)多職種の参加による“PTPシートの誤飲”の発生に関わるリスクアセスメント・情報共有が未実施、4)服薬管理の方法(患者による管理、看護師による管理、服薬時の見守り、服薬確認など)の定期的な見直しが未実施、5)服薬時の見守り・服薬確認の解除・変更時の基準が不明確、6)“PTPシートの誤飲”に関わる具体的事例や、注意喚起の資料を活用した職員教育が定期的に実施されていない、などが考えられる。

“PTPシートの誤飲”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、「看護師による管理で服薬している患者に対しては、患者のもとに、PTPシートごと置くことは禁止にした」配薬した薬剤に関しては、その場でPTPシートの回収を行うことを徹底させる「医療安全推進マニュアルには『その場で与薬させる』と記載されていることから、マニュアルを遵守させた」今後、

服用する薬剤を自己管理している患者には、1)「過去に発生した『PTPシートの誤飲事例』を知らないスタッフがいて、今回の担当看護師も『PTPシートは飲めるものだと思わなかった』と言っていることから、PTPシートの誤飲の予測ができていなかった。情報共有のため、『注意喚起』の用紙を作成し、各病棟に配布した」などが挙げられていた。

“PTPシートの誤飲”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⁸⁾にて検索された、さまざま事例の記載内容を参考に、「“PTPシートの誤飲”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」(図2)を作成した。「医療者側」「患者側」など、それぞれが関連する状況における発生要因を“見える化”することで、医療者と患者の相互の影響による発生要因にも気づく可能性があるため、さまざまな発生要因の“見える化”を実施することを提案したい。

“PTPシートの誤飲”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)自施設における服薬管理のルール整備状況の現状評価の実施、2)服薬管理のルール周知・遵守状況の現状評価・フィードバックの実施、3)多職種の参加による

“PTPシートの誤飲”の発生に関わるリスクアセスメント・情報共有の実施，4)服薬管理の方法(患者による管理，看護師による管理，服薬時の見守り，服薬確認など)の定期的な見直しの実施，5)服薬時の見守り・服薬確認の解除・変更時の基準の明確化，6)“PTPシートの誤飲”に関わる具体的事例や注意喚起の資料を活用した職員教育の定期的な実施，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「知識不足」「確認不足」「思い込み」などを防止すること，およびプロフェッショナルに求められるリスクアセスメントに基づく客観的な判断により，事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「自施設における服薬管理の規則の整備状況の現状評価の実施」では，はじめに自施設で報告されているインシデントレポートの分析から取り組むことが求められる。自施設で報告されている“PTPシートの誤飲”に関わる事例を分析することで，服薬管理のどのプロセスで，どのようなリスクが発生しているのかを明らかにし，服薬管理の規則の整備状況の現状評価を実施することが望まれる。

2)の「服薬管理の規則の周知・遵守状況の現状評価・フィードバックの実施」では，施設内で決められた服薬管理の規則が遵守されているか否かを明らかにすることが急がれる。服薬管理の規則が遵守されていない状況を確認した場合，その原因を明確にすることも重要である。

併せて，「PTPシートを1錠ずつ切り離さない」という規則があるのであれば，その意味を担当看護師などが理解しているか，ということも確認することが望まれる。本事例では，「担当看護師は，患者が言った『カラ』とは，PTPシートのアルミの部分巻き込んで飲んだのだろうと思った。微小な物を一緒に飲んだのだろうと思ひ，経過観察と判断し，誰にも報告はしなかった」ということで，担当看護師は，“PTPシートの誤飲”を認識できなかった可能性が想定されることに注目したい。

この原因としては，担当看護師が“PTPシートの誤飲”の事例を知らなかったこと，およびPTPシートを切り離すことによるリスクの発生の可能性を知らなかったことなどが想定される。このため，服薬管理の規則の周知の際に，規則が作成された理由，および規則を遵守する意義などが周知されているか，ということの評価も検討したい。

3)の「多職種の参加による“PTPシートの誤飲”の発生に関わるリスクアセスメント・情報共有の実施」では，多職種による，さまざまな視点でのリスクアセスメントの実施による気づきを期待したい。併せて，この機会を多職種間の情報共有の場とすることも可能である。

4)の「服薬管理の方法(患者による管理，看護師による管理，服薬時の見守り，服薬確認など)の定期的な見直しの実施」では，服薬管理に関する規則や手順が形骸化していないか，ということの評価が求められる。患者に関わる状況は必ずしも一定ではないため，これらの状況の変化に応じて，服薬管理の方法の定期的な見直しを実施することが望まれる。

5)の「服薬時の見守り・服薬確認の解除・変更時の基準の明確化」では，担当する看護師個人の主観的判断で対応が変わることにより，リスクが発生する可能性があることに注目したい。本事業の事例検索⁸⁾では，配薬を担当する看護師が，患者の「自分で飲む」という発言があったため，決められた服薬時の見守りや，服薬確認を実施せず，患者まかせにしたという事例も検索されており，このような状況においても，リスクが発生する可能性を指摘したい。さまざまな具体的事例を参考に，服薬時の見守り・服薬確認の解除・変更を客観的に判断する基準を明確化することが期待される。

6)の「“PTPシートの誤飲”に関わる具体的事例や注意喚起の資料を活用した職員教育の定期的な実施」では，医療機関における入職・退職，および勤務交代などによる職員の移動を考慮する必要がある。当該部署で，“PTPシートの誤飲”に関わる事例や防止対策について，職員教育を実施していたとしても，定期的，しかも複数回

実施していなければ、それらを受けていない職員がいる可能性がある。ここでは、本事業における「医療安全情報」³⁾など、公表されている、さまざまな注意喚起の資料を活用することも検討したい。

前記の事例における改善策としては、「手順に沿った服薬介助を行う。服薬介助をする場合、必ず薬剤をPTPシートから取り出して蓋付き容器に入れて渡す。看護師全てに対して、服薬介助の現状について調査を実施した。調査の結果、3割の部署で手順が遵守できていないことがわかったため、手順遵守の周知を図った。該当病棟で、手順通りに服薬介助が実施されているか、定期的に調査を行う」「曖昧な判断で、服用する薬剤の管理を患者による管理にしない。看護師による管理で服薬を管理している根拠を理解して行動する」などが挙げられていた。

今後、自施設における“PTPシートの誤飲”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。

“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生 の未然防止と今後の展望

本稿では、特に医療機関内で発生している事例に注目して、「なぜ、“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生が防止できなかったのか?」「なぜ、“PTPシートの誤飲”に早期に気づいて、適切な対応が実施できなかったのか?」などの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、ルールの遵守状況の現状評価が実施されていないこと、および職員間の情報共有・情報伝達の不備などにより、PTPシートの誤飲”に関わる事例の発生を未然防止できずに、本来、患者に不要な検査・治療の実施や、影響が発生する可能性に注目する必要がある。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「“PTPシートの誤飲”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。「医療者側」、および「患者側」の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、ということを具体的に検討すると、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“PTPシートの誤飲”を未然防止できなかったのか?」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、事例発生を未然防止の取り組みを実施することが望まれる。複数の職員が関わる薬剤投与のプロセスの特徴をふまえた現状評価を実施すること⁹⁾、および自施設の現状評価の結果を踏まえて、オリジナルの「“PTPシートの誤飲”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などを提案したい。

“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生を未然防止における今後の展望としては、「なぜ、ルールが遵守されないのか?」という“なぜ?”を深めることが望まれる。併せて、適切なルールの整備、ルールの遵守、および定期的なルールの見直しなどにより、“PTPシートの誤飲”に関わる事例発生を未然防止する取り組みを継続することが期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第64回報告書。
https://www.med-safe.jp/pdf/report_64.pdf (accessed 2021 Dec 21)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第23回報告書。
https://www.med-safe.jp/pdf/report_23.pdf (accessed 2021 Dec 21)
- 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。
<https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2021 Dec 21)

- 4) 厚生労働省 PTP包装シート誤飲防止対策について(平成22年9月15日). <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000rwyg-img/2r9852000000rwif.pdf> (accessed 2021 Dec 21)
- 5) 独立行政法人 国民生活センター 見守り新鮮情報 第253号(2016年5月13日). <http://www.kokusen.go.jp/mimamori/pdf/shinsen253.pdf> (accessed 2021 Dec 21)
- 6) 独立行政法人 国民生活センター 見守り新鮮情報 第385号(2021年2月2日). <http://www.kokusen.go.jp/mimamori/pdf/shinsen385.pdf> (accessed 2021 Dec 21)
- 7) 消費者庁 News Release (令和元年9月11日). https://www.caa.go.jp/notice/assets/consumer_safety_cms204_190911_01.pdf (accessed 2021 Dec 21)
- 8) 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 Dec 21)
- 9) 石川雅彦: 組織内“医療安全ネットワーク”の強化! 薬剤に関わる医療安全管理 薬剤投与プロセスの特徴と疑義照会のシステム化. 看護管理 2013; 23(5):340-344.

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活用ください



新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！

【メールで届く情報】

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

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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



池上雄亮先生、
はじめまして。



瀬戸内町へき地診療所
濱平秀代

池上雄亮先生、はじめまして。瀬戸内町へき地診療所の濱平秀代と申します。簡単に私の自己紹介をさせていただきます。自治医科大学42期卒で、出身は鹿児島県です。卒業後は奄美大島の病院で2年間の研修医と1年間の実務研修を行い、診療所で必要となるスキル等も含め多くのことを学ばせていただきました。また、医師3年目の時に、かねてよりお付き合いをしていた鹿児島大学地域枠の6年目の先生と結婚し、今年は4年目の私と7年目の夫と一緒に診療所での勤務となりました。

瀬戸内町へき地診療所は、以前は有床の診療所でしたが、諸事情により2021年3月以降休床となっております。勤務医師としては、私たち以外に非常勤の医師が2名おります。診療所での外来勤務の他に訪問診療、嘱託医業務、健診業務を行っております。また、近辺の離島3カ所(加計呂麻島、請島、与路島)や診療所から遠方の地域での巡回診療も行っており、非常に充実した日々を送っております。まだまだ慣れないことも多いですが、地域の方々の手助けができるよう、これからも精進してまいります。

瀬戸内町は奄美大島の南部に位置する地域で、人口は8,000人ほどです。また、加計呂麻島は700人ほど、請島は60人弱、与路島は40人弱の人口です。海がとてもきれいで、有名な海岸もたくさんあります。これからのシーズンはダイビング等のマリンスポーツが盛んになりますが、COVID-19流行の影響でここ数年は観光客も減っているようです。有名な観光スポットとしては、ドラマのロケ地として使用された「ホノホシ海岸」や大きなマグロのモニュメントが目を引く「せとうち海の駅」、奄美大島の本島と加計呂麻島の間にある大島海峡を一望に見渡せる「油井岳・高知山展望台」といったところでしょうか。「ホノホシ海岸」は、打ち寄せる荒波に削られることで、まんまるの石が海岸一面に広がっているのが特徴です。この地はパワースポットとしても有名なようで、石は持ち出すと災いが降りかかるとも言われています。太平洋に面した海岸なので、早朝に行くときれいな日の出を見ることができます。「せとうち海の駅」は、加計呂麻島へ行くことができるフェリー「かけろま」、請島と与路島に行くことができる定期船「せとなみ」の乗り場や観光案内を行っている場所です。また、国内有数と言われている養殖クロマグロを使用した海鮮丼等、海の幸をおいしくいただける飲食店も多数入っております。「油井岳・高知山展望台」は、加計呂麻島・請島・与路島はもちろん、晴れて視界が良好だと徳之島まで見えることもある。



丸い石で海岸ができていいるホノホシ海岸. 訪れた人たちが写真のようにハートや文字を並べていることもしばしばです.

とても眺めが良いスポットです. なかなか観光に来ることが難しいかもしれませんが, COVID-19が落ち着いたらぜひ遊びに来てください.

毎年7月になると,「奄美シーカヤックマラソンIN加計呂麻大海大会」が開催されます. シーカヤックを使用して, 大島海峡を1周するような形式です. 今年は節目となる第30回目であると同時に, COVID-19の影響で第28回と29回は中止となってしまったため, 地元の方たちや参加者たちも一層盛り上がっている印象です. 当日は救護班として大会に関わる予定なので, 仕事をこなしつつ大会も楽しめたらと思っています.

取り留めのない形となりましたが, 今後少しずついろんなこととお話できたらと思います. 至らない点も多いかと思いますが, 1年間どうぞよろしくお願い致します.



訪れた人が記念撮影をしていることも多いクロマグロのモニュメント. 近づくとも予想以上に大きいです.



展望台からの景色. 行くまでが少し大変ですが, 着いた後にこの景色を見れば来て良かったと思えるはずです.

プロフィール: 濱平秀代(はまびらひでよ)

鹿児島県生まれ. 父親が転勤族だったため, いろんな県で育った. 2019年に自治医科大学を卒業し, ほぼ奄美大島で勤務中. 現在は診療所勤務と並行して, 内科専門医取得のプログラムも進めている. 趣味はディズニー作品を見ること.





卒後研修を終えて

伊豆今井浜病院 瀬川啓史

当施設や地域の特徴について

いよいよ夏が到来し、セミの鳴き声が暑さをいっそう増幅しているようですが、皆さまいかがお過ごしでしょうか。今月担当します、地域医療振興協会 伊豆今井浜病院のNDC5期生の瀬川啓史と申します。

まずは、地域の紹介と、病院の概要について説明をします。当施設は、東海地方に属し東京からおよそ2～3時間程度の静岡県の伊豆半島東海岸に位置しています。山梨県とともに富士山が跨る県として有名で、海の自然・山の自然両方が楽しめます。伊豆エリアは、静岡県の東の端にある伊豆半島全域を指しています。太平洋に突き出すような形になっており、駿河湾と相模灘を隔てています。春は河津桜、夏は青々と広がる美しい海、温泉など春夏秋冬で楽しめるイベントが多く、観光客の多い地域です。機会があればぜひ訪れてみてください。

当施設は、病床数100床で2次救急の救急医療告示病院です。伊豆地域の救急は、内科系や外科系で当番医制をとっており、近隣の病院と協力しながら地域医療を支えています。当施設の構成としては、急性期病棟・地域包括ケア病棟も2病棟と訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護を昨年11月に開設しました。また、海が一望でき、今井浜海岸駅とエレベーターでつながっているため伊豆急行電車で通われる患者さんにとって、とても便利な病院です。

特定ケア看護師について

自分が特定ケア看護師になろうとした動機は、特定行為研修を受講することで、アセスメント能力の向上や病院や患者さんのために何かしら役に立てるのではないかと漠然とした理由でした。今まで看護師視点で患者さんに関わることが主でしたが、特定行為研修で臨床推論や実習の中で集中治療医などさまざまな科の医師などから指導を受け、医学的視点を学ぶことができ、患者さんの病状の理解が以前よりもさらに深めることができました。

そのような実習期間や卒後研修が終了し、3ヵ月が経過しました。現在は病棟所属ではなく、看護部に所属し、さまざまな活動をしています。現在の主な活動内容は、外科の患者さんへの介入(脊椎麻酔時の循環動態の管理、予防的抗菌薬の投与、術前後の輸液の調整などの実施)、婦人科の手術の第二助手、整形外科の患者さんへの介入(現在、整形外科医1名のため、主に地域包括ケア病棟の患者さんの定期処方^①の代行入力・カルテの代行入力・不眠時や不穏時などといったトラブルの対応を実施)・内科の患者さんの介入(自分は卒後研修の中で、内科系を回っていません。現在は内科医指導の下、内科疾患の管理を学ばせてもらっています)。ほかには、医師が内視鏡や外来などで手を放すことができないとき、医師直接指示の下、救急の初期対応などを行っています。また、発熱患者さんのCOVID-19の検体の採取などを行っています。病棟から採血困難な患者さんの採血の実施など



当院から見える景色

といったことを主な日常的な業務として行っています。後は、連絡があればその都度、病棟や外来へ出向き業務を行っています。

最近感じるがあります。特定行為を実施する中で、例えば抗菌薬の臨時投与などの行為を行ったとします。ただ、抗菌薬の臨時投与などの特定行為を実施して終わりではなく、抗菌薬を投与した後の患者さんの経過を責任もって観察し、中止はいつするのか？ などといった、始まりから終わりまで責任を持ち介入していくことの大切さや、その医療行為を行う必要性・病態を把握することの重要性や、患者さんを総合的に診る・看る能力を身に付けることの必要性を日々感じています。患者さんにとって何が一番よい介入になるか等を考える機会が以前より増えたと感じる日々を送っています。まだまだ経験・知識も不足している部分が多いので臨床の中で学びを増やし、次に活かせるような医療・看護を提供できるようにしていきたいと思

います。

以上のことを踏まえて、JADECOR研修アカデミーセンターNP・NDC研修センターのホームページにあるように「診る」と「看る」を兼ね備えた看護師になれるように日々精進していきたいと思っています。そして「特定行為を実施する看護師」だけでなく、臨床推論をもとに「診る」と「看る」とで患者さんを全人的にとらえ、医療・看護を提供できる看護師になりたいと思います。

現在、勤務する施設は土地柄のせいもありますが、入院する大半の方が高齢な方で、基礎疾患を抱えている人が多くいます。そういった患者さんの全身管理ができるように、今後は内科的な疾患に関する勉強もさらに進めていき、日々の業務に活かしていけるように頑張りたいと決意しています。

地域医療型後期研修

2022. 4. 6

1ヵ月の休職期間を経て

地域医療のススメ専攻医の綾香奈々です。前回研修医日記を書いたのは後期研修が始まって半年が経つ頃でした。あっという間に1年半が経ち、医師として5年目の春を迎えました。今回はプライベートなことではありますが、1ヵ月間の休職を経てさまざまな心境の変化があったので、振り返ってみようと思います。



2月中旬から3月上旬まで、妊娠悪阻で体調を崩し、療養するために1ヵ月間休職しました。もともと不妊治療をしていたこともあり、妊娠が発覚した当初は嬉しい気持ちばかりでしたが、その後つわりが始まり、徐々に思うように業務をこなせなくなっていました。ちょうどCOVID-19第6波でバタバタしている時期でもあり、迷惑をかける申し訳なさと思うように仕事ができない悔しさとともに休職を決めました。休職している間は毎日自宅のベッドで過ごしていましたが、ただただ横になってつわりが落ち着くのを待つ生活は、一分一秒がとても長く、辛く感じたのを覚えています。たった1ヵ月でしたが、寝ても覚めても体調が悪い日々は身体的にも精神的にもかなり負担がありました。

プロフィール

長崎県出身、佐賀大学医学部卒業
2018年4月～東京北医療センター初期研修
2020年4月～地域医療のススメ専攻医
東京北医療センター所属

体調面の不安のほかに、精神的なところでいうと、自宅の近くを通る救急車のサイレンが聞こえてくる度に職場や同僚、担当していた患者さんを思い出して寂しい気持ちになりました。引き継ぎが不十分なまま突然休職に入った自分に「何も気にしなくていいからゆっくり休んで！」と言ってくれる上司の言葉も嬉しかったですが、逆に「この患者さんってこういう時どうしてた？」と聞いてくれる同僚からの連絡の方が嬉しくも感じる日もありました。もともと自分は仕事に対する熱量が大きい方ではなく、どちらかといえば生活するために仕事をしている、医学部に入れたから医師になった、そんな人間でした。それは今も大きくは変わっていませんが、いつ

の間にか「医師である自分」が思っていたよりも自分にとって大事になっていることに、この療養期間を通して気付くことができました。自分でもすごく意外な、自分の一面でした。

また、私が「妊婦でしかない自分」に嫌気が差したのと似た気持ちを患者さんも持つことがあるのではないかと思いました。もちろん私の場合は妊娠悪阻なので、普段担当しているような、さまざまな疾患や事情を抱えた患者さんたちと一括りにして考える

べきではないかもしれません。ただ、この経験が、患者さんにも「患者」以外の顔があって、立場があって、病院という箱の中で「患者」という一つの肩書きだけで扱われることで悲しい思いをすることも多いのではないかと感じたり、自分の普段の診療や患者さんへの接し方を見直したりする良いきっかけになりました。初期研修医の頃に指導医からもらった「患者さんには敬語を使いなさい。たとえ認知症の高齢の方であっても、若い人であっても、人として尊敬して接しなさい」という言葉や、自分が「患者を診るのではなく人を診る」という言葉に何となく共感して総合診療医になったことも、数年ぶりに思い出しました。

現在はつわりも落ち着き、仕事に復帰しています。朝から夕方まで働くだけでへとへとになってしまい、相変わらず職場の皆さんには迷惑をかけてばかりですが、医師として仕事ができることを前よりも幸せに感じるようになりました。「今日はなんだか仕事行きたくないな」という日はもちろん今でもありますが、それとこれとは別ということで…(笑)。

サポートしてくれる上司や同僚、家族に感謝しながら、産休に入るまでの残り1ヵ月の期間を大事に過ごしたいと思います。また、まだ無事に出産できるかもわからない段階ではありますが、今の時点でも既に私にいろいろなことを感じさせてくれているお腹の子にも、いつかお礼を言えたらいいなと思います。



この研修医日記を書いている時、桜がちょうど満開で綺麗でした。



ベランダにたまに遊びに来てくれるネコ。

自治医大

JICHI MEDICAL UNIVERSITY

now

2022.7

創立50周年記念モニュメントが完成

令和4年3月31日(木)、新たなランドマークである創立50周年記念モニュメントが完成しました。

このモニュメントは、建学の精神に共鳴した先人たちの輝かしい事績に敬意を込め、未来の地域医療を支えるために「医療の谷間に灯をともし」という本学の使命を果たしていくことをあらためて決意し、建立しました。



「自治医科大学」の文字は永井良三学長が揮毫

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。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)
申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告
各種お知らせ
求人

公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター主催 禁煙支援・治療のWEB学習教材「J-STOPネクスト」と 完成記念セミナーのご案内

セミナー

公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターが日本禁煙推進医師歯科医師連盟と協働して開発・普及を行っている禁煙支援・治療のための指導者トレーニングが、2022年8月20日から通年で学習できるWEB学習教材「J-STOPネクスト」に生まれ変わります。新しいコンテンツとして加熱式たばこ使用者の禁煙支援、オンライン診療や禁煙治療アプリ、新型コロナと喫煙、などが加わります。禁煙支援・治療の自己学習ツールとして、J-STOPネクストをぜひご活用ください。

このJ-STOPネクストの完成記念セミナーを、2022年8月20日に開催します。このセミナーではJ-STOPネクストの概要の紹介のほか、「禁煙支援なんでも相談」として、日常診療での禁煙支援や禁煙外来での治療において、現場での困りごとを事前に寄せていただき、当日、複数の専門家が意見を述べる形式で、困りごとの解決策について回答します。

WEB教材「J-STOPネクスト」のご利用と合わせて、セミナーへのご参加をお待ちしています。詳細は以下の資料をご参照ください。

WEB教材：<https://www.j-stop.jp/news/pdf/20211124.pdf>

セミナー：<https://www.j-stop.jp/topics/pdf/20220820.pdf>

● WEB学習教材「J-STOPネクスト」の特徴

- ・ これまでに9,000人が受講し有効性が確認されたeラーニングの学習内容をWEB教材として作成しています。
- ・ 禁煙支援や治療に必要な知識を学習するほか、仮想の面接や症例検討などを用いた演習により、実践に役立つ知識やスキルを学ぶことができます。
- ・ 年間を通して自分のペースで学習できます。受講料無料、申し込み不要です。
- ・ J-STOPホームページからいつでも学習を始めることができます。
J-STOPホームページ：<http://www.j-stop.jp/>（2022年8月20日開講）

● 完成記念セミナーのご案内

『禁煙支援の困りごと解決! スキルアップセミナー』

日時 8月20日(土) 13:30～16:00 オンライン開催 (Zoom)

プログラム 13:30～14:00 「J-STOPネクスト」のご紹介
14:00～16:00 禁煙支援なんでも相談

加熱式たばこ、オンライン診療、禁煙補助剤の欠品などを主なテーマとして、参加者から事前に寄せられた疑問や困りごとに専門家が回答します。

申込方法

下記の専用フォームに必要事項と困りごとを記入してお申し込みください。

<https://forms.office.com/r/FpffdhJ6tL>



問い合わせ先

地域医療振興協会 西日本事務局 阪本 康子

E-mail：yasukosaka@jadecom.jp TEL:075-353-5051

令和4年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、自治医科大学との密接な連携のもとに、各種研修会(「中央研修会」および「現地研修会」)を開催しています。ぜひご参加ください。

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

当研修会は、地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々が、最新の医学知識と医療技術を習得することにより、地域住民が安心して生活することができることを目的に開催しています。

講師には、自治医科大学の教職員およびそれぞれの分野において活躍されている方々を招き、最新の医療情報の講義や技術の向上を図るための演習等を実施しています。

令和4年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ (<https://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

- 8月 健康企画・評価研修会、保健活動研修会
- 9月 看護師特定行為研修修了者スキルアップ研修会、口腔ケア研修会
- 10月 健康学習研修会、リハビリテーション研修会、災害保健研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会

※新型コロナウイルス感染拡大状況により、中止またはオンラインで開催する場合があります。

現地研修会

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

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

問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課
 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160
 TEL 0285-58-7436 FAX 0285-44-7839
 E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <https://www.zcssz.or.jp/>

募集

福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

募集地域

福島12市町村

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

各種支援制度

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

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

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

問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

TEL 03-6328-0242 E-mail asumi.shiota.c3t@cas.go.jp

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

〒930-8501 富山県富山市新総曲輪1-7

富山県庁医務課 担当：小川

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

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

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永真一

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、是非ご利用ください。

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

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。本別町で一緒に地域住民の暮らしの安心を支えてみませんか。http://www.honbetsu-kokuho-hp.jp/

受付 2021.10.25



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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反 (COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

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

(50音順, 2022.4.1現在)

編集後記

いよいよ夏本番といった時期を迎える今日この頃となりました。

今月号でも、本誌には、地域医療に関連した各種の具体的な取り組みの内容が掲載されています。

特集では、「私たちの若手教育 -熱い若者、集まれ!-」というテーマで、若手教育に関連して、診療所や大学病院での教育・指導、総合診療科や女性診療での取り組み、およびポートフォリオ、多職種での育成などに関連した内容で、若手教育についての現状や課題に関して、具体的な内容で展開されています。

「離島交換日記」「研修医日記」でも、執筆された先生方から、近況に加えて、業務や研修に関連した、さまざまな内容が発信されています。

日々の取り組みの中で、現状の課題を認識して、可能なところから改善し、さらに未来に向けて、一つひとつ行動していくことが大切である、そのような印象を受けました。

石川雅彦



月刊地域医学 第36巻第7号(通巻429号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2022年7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

地域をこえて、 かがやく未来へ。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えると、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



9784909117618



1923047006004

ISBN978-4-909117-61-8
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）