

総合診療・家庭医療に役立つ

9  
2022  
Vol.36-No.9

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

身体を動かす

ーリハビリテーションアップデートー

【企画】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

●インタビュー

「日本の診療看護師の草分けとして」

筑井菜々子 JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 診療看護師



# JADECOM 生涯教育 e-Learning

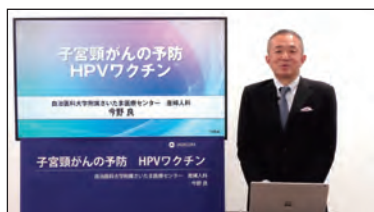
## 会員向けのContents



生涯教育センター長  
富永 真一

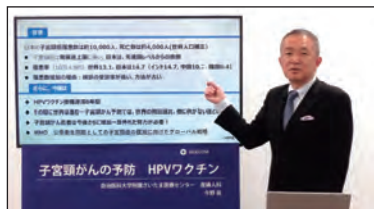
地域で活躍する先生方の生涯学習をお手伝いすることを目的に、2017年4月にJADECOM生涯教育センターが新設されました。e-Learningプロジェクトでは、自治医科大学の教員が情熱をもって進めている最新の研究や最新の治療に関する情報をレクチャー形式で解りやすく提供します。このe-Learningプロジェクトは、自治医科大学の長期目標に謳われている15年一貫教育の活動の一つでもあります。

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



## 「子宮頸がんの予防 HPVワクチン」 [前編・後編]

7月1日、8月1日配信 ▶



### 今野 良先生

自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 教授



今野先生は自治医科大学を卒業後、義務年限内に子宮頸がんとHPV(ヒトパピローマウイルス)の研究をはじめ、「子宮頸部扁平上皮癌および異形成の進展とHPV感染」のテーマで医学博士の学位を得、現在もライフワークとして研究を続けています。

HPVワクチンは日本では誤解が広まり、積極的接種勧奨が8年以上停まっていたましたが、2021年に積極的接種勧奨が再開され、接種の機会を逸してしまった人にも提供されることが決まりました。ここではその詳細をお話しています。

前編では子宮頸がんの背景、HPVワクチンに関するこれまでの経緯を解説し、日本における副反応騒動は科学的に解決済みであるとし、その安全性について述べています。

後編ではHPVワクチンの有効性についてレクチャーしています。日本対がん協会の受診者34,281人を対象に行った生体病理診断結果では91%という非常に高い有効性を示しており、英国、北欧諸国での有効性の報告も示しています。

先生は今回のこのテーマを参考にして、地域医療を対象とする公衆衛生の理解を深めてもらいたいと話を結んでいます。



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



## 目次

### インタビュー

- 日本の診療看護師の草分けとして／筑井菜々子 2

### 特集 身体を動かす—リハビリテーションアップデート—

- エディトリアル／田中 拓 12
- 総論 リハビリテーションの歴史と変遷／緒方 徹 13
- 在宅でのリハビリ、フレイル予防／山口 潔 18
- 整形外科での健康運動指導／上本宗唯 24
- 急性期リハビリテーション—集中治療室からの早期介入—／福島恭平 29
- 回復期リハビリテーション病棟での取り組み—退院後も自分らしく活動的な生活を送るための支援—  
／有我知夏・楠本直紀・土倉 明 35

### 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107回“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例発生を未然防止する！  
—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—／石川雅彦 42

### ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像クイズ／林 貴菜 51

### JADECOCOM生涯教育e-Learning紹介

- 子宮頸がんの予防 HPVワクチン 前編 55

### 離島交換日記

- 大きく変わった生活スタイル／濱平秀代 56

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

- 診療看護師(NP)としての経験とGIM-NPについて／筑井菜々子 58

### 研修医日記

- ここまでの軌跡／川幡翔太郎 60

### 自治医大NOW

- 令和4年度都道府県自治医科大学主管課長会議を開催／令和5年度自治医科大学医学部・看護学部入試  
日程等が決定／モンゴル国立医科大学から学長ら3名が来学／令和4年度学長・学生懇談会を開催 62

- お知らせ……………70
- 求人病院紹介……………77
- 投稿要領……………80
- 編集後記……………巻末

## INTERVIEW

JADECOMアカデミー  
NP・NDC研修センター 診療看護師  
筑井菜々子さん



# 日本の診療看護師の草分けとして

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

## 日本でナース・プラクティショナーの教育がスタート

山田隆司(聞き手) 今日は、地域医療振興協会の診療看護師として大活躍している筑井菜々子さんにお話を伺います。協会では2015年から特定ケア看護師の育成と、昨年から診療看護師の育成を始めていますが、筑井さんはその研修に携わってくださっています。

まずは、筑井さんが診療看護師になったきっかけなども含め、これまでのキャリアをご紹介ください。

筑井菜々子 私は、看護師になって今年で24年目になります。最初は救命救急部において、その後脳神経外科の病棟で長く働きました。三次救急もある大きな国立病院で大変忙しく、脳外科では

外傷や頭蓋内出血、脳梗塞など、先生方は日々オペで多忙でした。ICUはありましたが、ICUには心臓血管外科や消化器外科の患者さん、内科の重症な患者さんが入っていて、脳外科の患者さんは病棟に入ってくる病院でしたが、先述のように先生はオペで多忙なため病棟にほとんどいなくて、病棟の中がまさにカオスという感じでした。私たちは朝、採血のデータを見て「これは危険だ」ということを先生に報告しますが、先生たちも十分分かっていても病棟から離れてオペ室に入らなくてはならない。そういう状況だったので、母数の多い看護師が業務の範囲を越えたことがもっとできれば、患者さんにメ

リットがあることは間違いないと思っていました。ただ、当時の日本ではまだ看護師が業務範囲を越えた医療行為をすることは許されていなかったのですね。

そんな中、友人が米国の看護師になって、米国ではナース・プラクティショナーという、処方をしたり、検査をオーダーして検査結果を見たり、身体所見を取ってその症状から疾患に対応するといった看護師さんたちが大勢いるというのを聞いて、本当に驚いたのを今でもよく覚えています。ただ、それはアメリカの話で、自分の看護師人生を全うする間はそんな制度は日本にはやってこないだろうと思っていました。ところが、2008年に大分看護科学大学で日本で初めて米国のナース・プラクティショナーをモデルとした大学院教育が始まったのです。そしてその翌年に東京で、日本で初めてクリティカル領域のナース・プラクティショナーをモデルとした大学院教育が始まることを知りました。

その時私は千葉大学に編入学をしてそのまま千葉大の大学院に行こうと思っていたのですが、どう考えてもこちらの方が私にとっては面白そうで、迷わずナース・プラクティショナーをモデルとしたクリティカルケアの大学院に入りました。

山田 それはどこの大学ですか。

筑井 東京医療保健大学です。

山田 そのとき、看護師としては何年目ぐらいだったのですか。

筑井 13年目くらいですね。

山田 すでに看護師として勤務していたのに、改めて千葉大へ行かれたのには、どういう気持ちがあったのですか。

筑井 千葉大に編入する2年前に、国際看護師協会(ICN)の学会が横浜で開催されて、私はボランティアとして参加していたのですね。そこで世界中から看護師さんたちが来て、アカデミックな話をしているのを見たときに、もう一回教育を受け直そうと思いました。

## 東京ベイ・浦安市川医療センターにNPとして入職

山田 そうしている間に2008年から日本でナース・プラクティショナー(NP)の教育が始まり、東京医療保健大学の大学院のNPのコースに進まれたわけですね。何年のコースだったのですか。

筑井 2年です。

山田 どういうトレーニングをされたのですか。

筑井 3つのPと言われていて、pathophysiology, pharmacology, physical assessmentの3つを徹底的に学ぶというのがその大学院のコンセプト

でした。臨床推論は今の看護教育には少し入ってきていますが、私たちはその教育を受けてないのですね。多くは臨床に出てから学んでいたのです。なので、もう一回学校に戻って、臨床推論とはどんなものなのかを学べたのは本当によかったと思います。

山田 そのコースを修了した後はどうされたのですか。

筑井 当時はNPなどというものは誰も知らなくて、

医学的な教育や診療行為を勉強しても自己満足で終わるかもしれないと言われて入学したのですが、案の定、就職先が全くなって……。そうしていたところ大学院で同期だった重富杏子さんが、東京ベイ・浦安市川医療センター(以下、東京ベイ)の心臓血管外科に入ることが決まっています、私を誘ってくれたのです。それで東京ベイに入ることができました。

**山田** そして東京ベイに来たら藤谷茂樹先生がいたと。

**筑井** そうです！そうです！！

**山田** 良い巡り合わせだったんですね。

**筑井** はい。何も知らなくて東京ベイに入りましたが、NPをよく知っていて、実際に米国でNPと一緒に働いた経験のある先生が大勢いらっちゃって、また藤谷先生がNPというものを日本でも育てようと考えてくださって、多分私と重富さんは日本で最初にしっかりとしたNP教育を受けることができた卒業生なのではないかと思っています。

**山田** 東京ベイではまずどういう感じで仕事をしたのですか。

**筑井** NPのコースは、最初の2年間は大学院で座学と研修を受け、その後の1～2年間は臨床医学を学びます。私は2年間、東京ベイで初期研修医の先生と同じスタイルで働かせてもらいました。看護師が初期研修医の先生と同じようなスタイルで働かせていただいたのは、これも日本で初めてではないかと思います。当時の東京ベイの先生たちは、NPだからということはなく医師の研修と同じ内容のことを教えてくださって、医師の思考回路を学び、患者さんを診る力をつけるということでは、とてもいい教育だったと思っています。

**山田** 東京ベイの初期臨床研修プログラムには、大勢のジュニアレジデントが集まりますが、そこに交じって同じような教育を受けられたわけで、創設期のNPとはいえ、充実した臨床研修ができたんですね。

**筑井** はい、回らせていただいた科も、将来どこの科に行っても対応できるように、総合内科をメインとしてICUと救急、腎臓内科、外科、脳神経外科など、すごく充実した2年間でした。

## いろいろな地域へ出て、感じたこと

**山田** 東京ベイで2年間の臨床研修が修了した後はどうされたのですか。

**筑井** もともと脳神経外科のNPになりたいと思っていたので、脳外科の三枝邦康部長にお願いして、脳外科に入れてもらいました。改めて身につけた医療行為を使いながら、看護師さんたちと一体となって患者さんを一緒に看られるというの

は初めての経験でしたので、とても楽しかったです。

脳外科には3年いたのですが、NPになって4年目ぐらいからは脳外科に在籍しながら、六ヶ所村医療センター、三重県立志摩病院など、地域へ行くようになりました。ある日の明け方、忘れもしない、藤谷先生からメールが入って、

「筑井さんは今日からモンゴル人のようにゲルを点々とするNPになりなさい」という内容で(笑)、それでNP人生の第2ステージが始まった感じですよ。

**山田** 最初は東京ベイだったけれど、NPになって4年目ぐらいからは六ヶ所や志摩をはじめとして、地域派遣にシフトしていったということですね。

**筑井** はい、最初は何も分からずに行きましたが、六ヶ所の経験はかなり強烈でした。それまで私がいたのは急性期病院だったわけですが、六ヶ所へ行って見て、もしかしたら日本にある病院の多くには、ある程度幅広く診ることができる地域に根づいたNPというものも必要なのではないかと思うようになり、それからむしろ地域に出るような生活になっていきました。

**山田** それからが目まぐるしく動いて、大変でしたよね。

**筑井** そうですね。手帳を見ると、短いときは1ヵ月ぐらいで、長いときは8ヵ月ぐらいということもありました。

**山田** 筑井さん自身の思いは当初脳外科のNPだったのが、協会の地域支援で六ヶ所や志摩などの地域に出てみて、医師不足や医療確保に困っているような地域がいかに多いかということを経験されて、中でも医師不足が厳しいところだと、みんなに喜んでもらえて感謝された。医療過疎地へ行けば行くほど、NPに対する期待も大きかったということですね。

**筑井** はい、それを実感しました。そうしたら、そちらのほうが面白くなってきてしまいました。またその頃、協会がNDCの教育が始まった時でもあったのですよ。

**山田** 協会では特定行為に関する看護師の研修が始まり、筑井さんにはその人たちに対する教育も



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

担当してもらいました。研修生は丸1年の研修を受けると、2年目は臨床実習として自分の元の病院へ帰ります。開始当初は看護師を送り出したそれぞれの病院側は、どんな研修を受けてきたのか十分把握できていない状況で、これからどんなポジションでどういう仕事を担ってもらったらいいかということに関して手さぐりの状態だったのですよ。そんななか筑井さんがほぼ全ての派遣元病院に出向されましたよね。

**筑井** そうですね。1期生から3期生のころは、研修が終わったNDCの方たちと私も一緒に帰るといった感じでした。

**山田** NDCの研修を修了した看護師がいきなり帰っても大変だろうからと、筑井さんが先に派遣元病院へ出向いて行って、実習環境を調整していましたよね。協会として教育プログラムやその後の就労をどう組み立てていこうかと考えている際に、筑井さんのほうが先んじて現場に飛び込み、より実践的で、現実的な調整をしてくれたので、そういう意味ではとても有り難いと思っていました。一方では、筑井さんに場当たり的に行ってもらった状態だったので、過重労働になってしまうのではないかと筑井さんの体をもたないのではないかと大変心配しました。

筑井 体は全く問題なしです。1回だけ北海道で42℃の熱が出て3日間休みましたけど、それ以外は元気にやっていました。むしろ私が行って何かできたというより、教えてもらうことばかりで、自分にとって大きなメリットのある仕事だったので、いちばん良い思いをしているのは私だと思っています。

ではないかと思います。

## 医療に困っている地域のために総力戦で

山田 2期生のときに、協会外からの研修依頼も受け入れていただいて、中でもよく覚えているのは、自治医大の卒業生である狩野稔久先生が病院長を務めている島根県の益田地域医療センター医師会病院ですね。かなり深刻な医師不足の中で、NDCの研修を受けさせたいと言われた。当時は医師不足で悩んではいても、特定ケア看護師や診療看護師を養成しようとする管理者は珍しかったですよね。

筑井 自分のところから看護師を送り出して、NDCとして育てて、残ってもらおうということで、どうしたらこの看護師さんたちをうまく使えるのかということ、一部の人だけではなく、看護部と医師、コメディカル、みんなが考えてくれているという実感はものすごくありましたので、私にとってもそこで経験はいい刺激になりました。

山田 これまでは、診療看護師、特定ケア看護師については、ともすると医師会や看護協会といった既存の大きな枠組みのなかでの線引きということに囚われて、なかなか制度が動きにくいところもあったと思いますが、益田市の医師会病院のような例もありますし、今後は、働き方改革やタスクシフト、タスクシェアといったことで、むしろ時代が後押ししている部分もあるの

筑井 あると思います。協力して、ゴールは患者さんをよくすることですから、いい形をみんなで考えるというところだと思います。

山田 筑井さんには離島へ行っていただいたことがあります。「医師の派遣をお願いしているのに、どうして看護師が来るのか」と言われかねないような事例もありましたが、筑井さんに対して島民の視線も厳しいといったことはありませんでしたか。

筑井 その離島ではありませんが、やはりそういうことを思われているというのは絶対あると思います。でもその看護部長さんや医師たちが「こういうトレーニングをしているから安心していいよ」ということを、ひと言、患者さんに言ってくれるのですね。それで私たちはうまく現場に入れます。この言葉があるかないかで全然違います。

あとは、もう地道な努力ですね。自分が良いパフォーマンスをしたときに、それを見ていて評価してくれる人もいるので、小さな、小さなパフォーマンスのよさが、そのうち大きな信頼につながると、NDCの方たちにも今、話しています。

山田 われわれ地域医療振興協会は、山間へき地、



離島など医療確保に困っている地域に手を差し伸べることが法人としてのミッションです。筑井さんが身を賭してチャレンジングに診療看護師、特定ケア看護師が活躍できる道筋をつけてくださっていることは、へき地医療を担う者として非常に心強い味方だと感じています。

数年前筑井さんも米国ポートランドに行かれて、OHSUのNPさんと会う機会があったとお聞きしました。広大な砂漠地帯という医療過疎地を抱えながら、一定の成功をおさめているOHSUの家庭医の教育システムの例を見ても、ニーズがあるところに注力するというのは、新しい分野を広める上でとても重要な視点ではないかと思います。NDCやNPの育成に関しても急がば回れではありませんが、まずは最も困っているところに注力して地域の人を守るといった視点があるかぎり成功するという確信があります。

筑井 はい、私も本当にそう思います。

私自身は、7年間で17カ所の病院、施設に行かせていただくというユニークな経験ができたことは、NPとして宝だと思っています。長く同じところにいるということももちろん能力を要しますが、やはり環境が変わるときには、その都度、人間関係もつくり直さなければいけないという試練があるので、その点が重要なトレーニングになったと思っています。協会のNDCの人たちも新しい環境に行くことで鍛えられるところがあると思うので、どんどん行ってほしいですね。

山田 そう思っただけだとありがたいです。これから多くの仲間が生まれて、より多くの地域に、より多くの人たちに、少しでも質の担保された医療サービスを提供できるよう総力戦で取り組みたいですね。

## 新たに始まったGIM-NP

山田 昨年、筑井さんには東京ベイを中心に新たな取り組みに関わっていただいています。今の状況を教えてください。

筑井 2021年4月からGIM-NPというプログラムが協会のなかで立ち上がりました。GIM-NPとは、General Internal Medicine、総合内科に特化したNPをつくっていこうというプログラムです。目的は、先述のように何か1つに集中するNPも必要ですが、やはりジェネラルにできて、プライマリー的な力を持ったNPというのは絶対必要で、地域にはそういったNPも求められている

と思うので、GIM-NPが立ち上がりました。

東京ベイ、そして来年度は東京北医療センター、練馬光が丘病院を巻き込んで、2年間のプログラム修了者はへき地など必要とされている地域に赴くことをミッションに掲げています。なので、そういったところに専念する気持ちはあるのか？ということをお初めに必ず聞いて、興味がある人、自分を試してみたいという人たちが入ってくるプログラムになっています。

1年目は3名、2年目は5名で、今は8名で

す。すでにスタッフになっている者が1名と私なので、計10名でやっています。

**山田** 素晴らしいですね。ただ、東京ベイや東京北といった基幹病院のICUや救急などの部門でも、NPやNDCに期待するところが大きいと思うのですね。必ずしもジェネラルなNPだけではなく、どちらかというとスペシャリティの高いNPのニーズが格段に高いのではないかと思うのですが、いかがですか。

**筑井** そうですね。ただ、このGIM-NPのプログラムは、メインは総合内科ですが、私たちが10年前に受けたように、ICUや救急、感染症科の研修や、腎臓内科で透析を勉強したりと、割と応用のきくプログラムです。地域のプライマリーの現場でもできるし、場合によってはもし地域の病院の外科に人が足りなかったら外科にも行くことができると思うのですね。なので、GIMNPのメリットというのは、ジェネラルを学びつつ、いわゆるニーズに自分をフィットできるフレキシビリティがあるというところがいちばんの魅力ではないかなと思います。

**山田** それは心強いですね。医師の臨床教育のなかでも、たとえば内科系ではこれまで初期研修が終わって比較的早いうちに総合内科的なトレーニングよりも、消化器内科、循環器内科というより専門性の高いトレーニングに移行しがちでした。地域の医師不足が叫ばれるなか、

今ではそういったことが省みられて総合的なトレーニングが重要視されるようになっていきます。そういう意味で、GIM、ジェネラルな内科をしっかり学んでからというのは、すごく理に適っていると思いますし、ぜひその方向性は進めてほしいですね。

最後に、後進の人たちに向けてエールをお願いします。

**筑井** はい。地域医療に携わって、NPという職業を得て、私の看護師人生は本当に幸せなものになったなと思います。なので、ぜひ興味のある人はどんどん挑戦してほしいと思いますし、私自身もどんどんそういった教育に携わっていきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

**山田** ありがとうございます。「月刊地域医学」の読者は医師が主体ですが、その周辺にはいろいろな地域で頑張っているスタッフがいるわけですので、読者の先生たちが今の筑井さんのやっていることをよく理解してくれて、周囲の看護師さんたちにも伝えてくれることを期待したいですね。

**筑井** はい、期待しています。今日は本当にいい機会をいただきまして、ありがとうございました。

**山田** こちらこそ、お忙しい中、ありがとうございました。これからも頑張ってください。

**筑井菜々子(つくい ななこ)さんプロフィール**

看護師として13年の職務経験後、ナース・プラクティショナー(NP)の大学院教育を受けるために東京医療保健大学に入学。2年間のコース修了後、東京ベイ・浦安市川医療センターで、初期研修医と同じプログラムで研修を受ける。脳神経外科でNPとして経験を積み、その後地域に派遣され、NPとして17カ所の病院・診療所で勤務する。

現在は聖路加国際大学博士課程の国際看護学のDNPに在籍しつつ、JADECOMアカデミー NP・NDC研修センターに所属し、2021年から総合内科に特化したNPを育成するプログラムを立ち上げ、中心的に活躍している。



## 投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

# 身体を動かす

## ーリハビリテーションアップデートー

企画：川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長 田中 拓

### ●エディトリアル

---

### ●総論 リハビリテーションの歴史と変遷

---

### ●在宅でのリハビリ，フレイル予防

---

### ●整形外科での健康運動指導

---

### ●急性期リハビリテーション ー集中治療室からの早期介入ー

---

### ●回復期リハビリテーション病棟での取り組み ー退院後も自分らしく活動的な生活を送るための支援ー

---

# エディトリアル

川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長 田中 拓

本特集では地域医療の現場におけるリハビリテーション(以下、リハビリ)についてご紹介いただいた。エディトリアルの筆者はリハビリについて門外漢である。しかし、昨今リハビリの有用性、必要性は高まっており、患者(住民)の生活の質の向上に必須であると耳にすることが多く、本特集を企画した。かつての運動器のみを対象としたリハビリのみならず、脳卒中、心筋梗塞、神経筋疾患、悪性腫瘍などさまざまな病態の急性期からの積極的な介入によって患者のADLの向上が期待されている。その適用される場は急性期病院から回復期、施設、在宅まで多岐にわたる。さまざまな立場でリハビリに関わる専門家から、それぞれの場におけるリハビリの有効性、可能性と問題点などをお示しいただいた。

まずは総論として緒方徹先生にリハビリの歴史と変遷についてご執筆いただいた。リハビリが障害に対する機能回復や能力向上のために使用され始めたのは第一次世界大戦が契機とされている。日本における社会構造、疾病構造の変化に即して療養から急性期、活動性の維持や疾病との共生を目標としたリハビリのこれまでについて述べられ、そして再生医療やロボット技術、IT技術を活用したこれからのリハビリの形についてご呈示いただいた。

次に山口潔先生に在宅でのリハビリについてお示しいただいた。生活期の医療について包括的に関わる中で、認知症、ロコモ・フレイル、がんに対する支援、介入についてリハビリの有用性を具体的な仕組みを通してご呈示いただいた。いずれも早期から適切に介入することで高い効果を上げることが期待できる。

上本宗唯先生には整形外科医として運動器リハビリテーションに特化したクリニックでの活動をご紹介いただいた。年齢や障害によってあきらめていた機能が、適切な多職種の関わりにより拡大し、自信とQOLの改善につながる。まさにリハビリの可能性を感じさせてくれる一方で、現行の保険診療上の大きな問題点にも触れられている。

福島恭平先生には少し視点を変えて集中治療室でのリハビリについてお示しいただいた。推奨される早期離床に向けた医師、看護師を含めた関わりと、COVID-19におけるコミュニケーション、レッドゾーン内でのリハビリの実際、職種を超えた工夫を知ることができる。

最後に有我知夏先生には回復期病棟でのリハビリについて事例を挙げながら、ご紹介いただいた。退院後の地域での生活を視野に患者一人ひとりの個別性を重視し、自発的な生活につながるリハビリの提供について納得できる事例と解説を示していただいた。

本特集はリハビリについて無知なエディトリアルの筆者を一気に最前線のリハビリ現場に引き上げてくれた。各々の背景で実践されるリハビリは一律のものではなく、創意工夫に富んでおり、患者の生活の質を確実に向上させられると思われる。

リハビリを専門とされている方にも、これまでひょっとして理学療法士まかせだった方にも、本特集が明日からの患者との関わりをより積極的にする契機となれば幸いである。

# 総論 リハビリテーションの歴史と変遷

東京大学医学系研究科リハビリテーション医学 教授 緒方 徹

## POINT

- ① リハビリテーションの対象や役割は時代とともに変化していく
- ② 地域リハビリテーションは、障がい児・者、高齢者そして疾病を治療しながら生活する全ての人に対し、身体活動の拡大・維持を図る役割を担っている
- ③ スポーツは身体機能向上と社会参加の両面の役割を持っている
- ④ 生活支援の道具や、IT技術を適切に利用することが今後のポイントになる

## 身体活動と リハビリテーションの歴史

リハビリテーションは疾病・病態だけでなく機能の向上に取り組む診療領域である点が特徴である。医学だけでなく工学や社会学との複合領域の要素もあり、その発展は常に社会の課題との相互作用の中で進んできた。

### 1. 戦争とリハビリテーションの始まり

身体機能に対する医学的アプローチの歴史は古くから始まっており、エジプト時代にも下肢義足が作られていた記録が残されている。また、18世紀には装具による姿勢矯正が取り入れられ、アンドレの著書に使われた側弯症への矯正術を象徴する図絵は日本整形外科学会のロゴとしても広く親しまれるものとなっている。19世紀には運動療法、電気を中心とした物理療法の利活用が広がったとされている。そうした中、リハビリテーションという言葉と考え方が登場する

のは、第一次世界大戦中の米国において戦傷兵に対する復帰プログラムとして使われた時とされている。第二次世界大戦においても戦傷兵の社会復帰は大きな問題となり、その中でイギリスのストック・マンデビル病院のグッドマン博士が、後にパラリンピックへと発展するスポーツ大会を開催することとなる。その趣旨はスポーツを通じた身体機能の向上と社会復帰とされている。このように、欧米では古くから行われていた身体機能に対する医学分野(Physical medicine)と、戦争という社会課題を契機に生まれたRehabilitationの分野が融合していった。海外の学会の名称にもPhysical medicine and Rehabilitationという表現が使われるのもこうした経緯によるところがある。

### 2. 日本における療育とリハビリテーション ・療育の思想と実践

日本におけるリハビリテーションの源流は肢体不自由児に対する取り組みの中から生まれて

特集

きた。1942年に設立された整肢療護園(現在の心身障害児総合医療療育センター)は小児期から身体障害を持つ患児(主に脳性麻痺, ポリオ, 骨・関節結核)に対し, 治療しながら育てる療育という概念を提唱し, それがりハビリテーションへとつながっていく。1963年に東京大学医学部附属病院にてそれまで物理療法の実施に当たっていた部門が拡張され, リハビリテーション部となったことが大学病院でのリハビリテーション診療の始まりとされ, 同年, 日本リハビリテーション医学会が設立されている。

### 3. 労働災害とリハビリテーション

#### ・高度成長期と労働災害

小児を中心に展開した日本のリハビリテーションもその後の高度成長期には労働者層の障害を対象とするようになる。この時期, 交通事故や労働災害による障害は新たな社会問題となり, 中でも炭鉱現場の事故による脊髄損傷に対応する医療機関として九州の総合せき損センターと北海道せき損センターが設置され, 脊髄損傷治療の中核拠点として現在に至っている。

また社会復帰の観点では日本のパラリンピックの父といわれる中村裕博士が大分に「太陽の家」を開設し, 障がい者が守られる存在ではなく, 就労し自立する存在として定着する社会像が提唱された。「保護より機会を」という太陽の家のスローガンは現在も受け継がれる活動の向上と社会復帰を目指すリハビリテーション医学の考え方の根幹を支えている。

## 身体活動向上を目指した リハビリテーションの今

日本独自の, あるいは世界のリハビリテーション医療の総和として現在のリハビリテーションは成立している。そして現在もなお変化の中にあり, その周辺状況を理解することが今後の課題解決につながっていく。

### 1. 疾病構造の変化

近年のリハビリテーションの変化は高齢化を

中心とする日本の社会構造の変化や疾病構造の変化の影響を大きく受けている。感染症や労働災害等の外傷などが減っていく一方で, 脳血管障害とがんの占める割合が急増していくこととなる。その中でも脳血管障害はリハビリテーションによる回復と社会復帰が期待される疾病であり, また医学的にも運動麻痺だけでなく, 嚥下障害, 言語機能障害あるいは多彩な高次脳機能障害など幅広い分野にわたることから多くの臨床と研究の取り組みがなされることとなった。また, がんの治療成績が向上した現在, がんは治療して社会復帰をする, あるいはがん治療を受けながら社会参加する時代へ移行し, それを支えるリハビリテーションのあり方にも変化が生じている。一方, 超高齢社会の到来とともに, 運動器疾患による生活機能低下が増えたことから, 運動器疾患による移動機能低下を意味するロコモティブシンドロームや, 虚弱的病態を示すフレイルといった病態概念が提唱され, その早期発見と予防的アプローチが社会全体で取り組まれるようになっていく。

時代の変遷とともに疾病とリハビリテーションを通じた活動性向上のゴールが変わっていく流れの中で, 現在の状態を捉えることができる。すなわち, 初めは小児疾患を対象として, 成長の中での活動性向上, やがて外傷や急性期疾患を対象とした急性期の回復と, 残存機能を活用し, スポーツも含めた取り組みで生活機能を高め就労につないでいく取り組みがそこに加わった。そして現在は高齢者に対する活動性維持や疾病・障害と共に生活していくことへの支援が課題となっている(図1)。

### 2. 医療制度の変化と地域の役割

社会の変化は疾病構造の変化だけでなく, それに対応した医療・福祉体制の変化と連動していく。2000年から導入された回復期リハビリテーション病棟は医療の中でのリハビリテーションの役割を明確にすると同時にそこで実践される技術の成熟を推進することにもつながっていく。一方, 特定疾患別の日数制限は医療制度運用面の課題を背景に導入されたものではあ



<p>小児期</p> <p>成長に応じた運動機能への介入 家庭・学校環境整備</p> <p style="text-align: center;">療育</p>	<p>成人期</p> <p>適切な急性期治療と機能回復訓練</p> <p>残存機能の活用</p> <p>移動機能に応じた生活様式の確立</p> <p style="text-align: center;">自立と社会参加</p>	<p>高齢期</p> <p>長い生活期への対応</p> <p>障害に加え加齢への対応</p> <p>全体的な活動性維持</p> <p style="text-align: center;">健康の維持・増進</p>
--	--	---

図1 ライフステージごとのリハビリテーションアプローチ

るが、機能回復訓練と生活機能訓練を一定の時間内で達成し、その後の生活期の維持訓練につなげるという治療の流れをかたち作っている。1970年代に確立した自立と社会参加、そしてスポーツの実践という若年層を念頭に置いたりハビリテーションの流れが、対象となる年齢、疾患の変化に加え、新しい医療制度のなかでどのように実践されていくのかについては今なお試行錯誤の時期である。したがって、生活期に関わる医療・介護・福祉資源は、活動をはぐくむりハビリテーションを実現するうえで重要な役割を担っている。

### 3. 活動を支える技術

リハビリテーション医療は病気やけがの病態についての医学だけでなく、体の動きに関連した工学、あるいは情報を共有するネットワーク技術とのつながりが強い分野である。したがって、過去から現在に至るまで、周辺技術の革新はりハビリテーションのあり方に大きな影響を与えている。

#### (1) 制動からアシストへ

装具療法は膝などに不安定性が生じた場合にこれを支え(支持)、動く方向を誘導する(制動)ことで訓練動作を成立させる、あるいは生活期において日常動作を支える効果がある。装具の基本構造は支える支柱と動きの方向を決める可動部分(継手)であり、しっかり支える機能と動きを生み出す機能は相反することが多かった。

近年ロボット技術により体の動きに応じて、支えることが必要な時には固定性を高め、動きが必要な時にはモーターなどにより動作を補助

するといったことが可能になりつつある。今後、早期から必要なアシスト機能を利用しながら訓練を進める場面が増えてくると予想される。

#### (2) Impairmentを変える再生医療

もう一つの技術革新が目覚ましい分野に再生医療が挙げられる。特に従来、組織修復は起こらないとされてきた脳・脊髄の中枢神経への幹細胞治療に対しては、研究段階の技術ではあるが多くの期待を寄せている。その臨床効果は今しばらく知見の蓄積を待つ必要があるが、従来介入の対象ではなかった身体構造の問題そのものを可変と考える視点が今後のリハビリテーション治療を大きく変える流れとなる。上述のロボット技術と再生医療が併用されることによって、残存機能を最大限に活用して生活機能を高めるという考え方から、障害された機能そのものを最大限に高めることに今以上の時間があてられることになるだろう。

しかし、再生医療やロボット技術の可能性が広がりを持っているとはいえ、全ての機能障害を問題ないレベルまで改善させることはできないため、多くの症例において何らかの身体機能障害が残存することには変わりはない。したがって、新しい治療体系の中で改めて機能予後が議論され、機能回復を目指す訓練と、生活機能獲得を目指す訓練とがバランスをとりながら臨床現場で進めることが求められることになる(図2)。

#### (3) 身体活動の数値化

リハビリテーション治療を支える技術は介入方法だけでなく、身体機能をモニタリングする技術も大事な働きをする。体の動きや筋活動を



図2 リハビリテーション治療のターゲットと介入方法

捉える加速度計や筋電図は大幅に小型化し、ワイヤレスでの利用が可能となり、研究場面だけでなく臨床の現場でも利用できる完成度に達しつつある。体の動きを正確に捉える標準的方法である三次元動作解析もシステムの低価格化やデータ処理の簡便化が進んでいる。特に近年ではマーカーを体につけずにカメラ映像のみで動作解析を行う手法の開発が進んでおり、臨床現場への普及が期待される。また、リハビリテーションの大きな目標である活動性の向上を、実際の計測値で評価することも可能になりつつある。腕時計型などの日常生活用の加速度センサーは病院や施設の場にとらわれることなく、日常生活における動作パターンや活動量を記録する技術となっている。リハビリテーション治療が実際にどのような効果をもたらしているかを、より生活に近い場面で評価できるようになってきたと考えられる。

#### (4) 離れた場所をつなぐIT技術

2020年から世界的に猛威を振るった新型コロナウイルス感染症は社会全体の活動性に多大な影響を及ぼした。その中でプラス要素の一つとして遠隔通信技術の向上と普及があげられる。医療の現場でもすでに遠隔診療は具体化し、その取り決め整備が進んでいる。リハビリテーションについても遠隔からの指導は現実化しており、今後さまざまな形での発展が見込まれる。これは通院の移動が困難な肢体不自由者にとってメリットとなるだけでなく、地域で展開するリハビリテーションのネットワーク構築にも寄

与するものと考えられる。

## これからの地域リハビリテーションと身体活動の展望

本稿の最後として、これまでの経緯と現在の社会状況、そして周辺技術を取り込んだリハビリテーション治療の変革を踏まえ、今後の地域リハビリテーションと身体活動のありようを考える。

### 1. 自立生活・社会参加の新しい形

リハビリテーション治療の目指すゴールは当事者の自立と社会参加であることは今後も変わらないが、その形は変化してくると思われる。「自立」については可能な限り自分で行う、という考え方にとらわれず、必要に応じて支援機器や介助者、社会資源を積極的に利用する方向へ推移していくのではないかと。またその中で、就労も通勤の必要が減り、在宅就労の機会が増えていくと予想される。移動についても自動車における自動運転技術が広まると、今まで以上に公共交通機関を利用する障がい者は減るかもしれない。街中のいたるところで障害当事者を目にするという共生社会のイメージは少し変わり、健常者と障がい者のつながりはむしろインターネットなどのプラットフォームの中で強まっていくかもしれない。

## 2. 身体活動の維持増進

コミュニケーションや就労はインターネットを介して発展していくと思われるが、体の機能を維持するための身体活動は実際に体を動かす必要がある。現状で肢体不自由者がどのくらいの身体活動をどのように実践すればよいか十分な知識体系がないのが実情だが、今後、自宅用の活動量計測機を用いるなど、その人の活動性を見ながら健康指導を行うことが可能になる。体の動かし方や注意点については、一部は遠隔での助言も普及すると思われるが、基本的には対面による専門職の観察と指導が基盤を支える必要がある。地域リハビリテーションに関わるスタッフがデジタル機器や情報通信技術を活用する度合いは今後ますます増えていくだろう。

## 3. パラスポーツと地域ネットワーク

スポーツは健康維持を目的とした行動の一環であると同時に、社会参加の一形態でもある。2021年に開催された東京パラリンピックを契機に障害者スポーツ（パラスポーツ）の認知度は高まり、新たに競技を始める選手も数多く誕生した。しかし、パラリンピックの出場を目指すことだけが障がい者にとってのスポーツではなく、日常的な社会活動としてのパラスポーツの普及にはまだ課題が多い。特に成人以降に発症した疾病による障害の場合、生活期においてスポーツ活動を始めたいと本人が思ってもどのように始めればよいか助言を得にくいのが実情である。それぞれの地域にどのようなスポーツの資源があるか、その情報が地域リハビリテーションの中で共有されることが望まれる。

# 在宅でのリハビリ, フレイル予防

医療法人社団創福会理事長, ふくろうクリニック等々力院長 山口 潔

## POINT

- ① 生活期の医療において, リハビリテーションは必須である
- ② 生活期リハのメジャーは, 認知症, ロコモ・フレイル, がんである
- ③ 認知症は, 診断後早期の本人リハ, 家族教育が重要である
- ④ ロコモ・フレイルは, 多診療科連携による原因疾患の診断が重要である
- ⑤ がんは, 地域診療所における診断時からの外来リハが重要である

## 特集

### はじめに

私たちは「理想的な生活期の医療の提供」を目指している。この生活期というのは、リハビリテーション医学でよく言われる、急性期、回復期、生活期の生活期と同じ意味であるが、急性期や回復期の医療は主に入院で行われているのに対して、生活期の医療は、外来や在宅で行われる医療になる。近年病院の機能分化も進んでいるので、無床の診療所は、生活期の医療の充実こそがその役割と考えている。

生活期の医療には、①プライマリ・ケア/家庭医療、②予防医療/スポーツ医学、③リハビリテーション、④メンタルヘルス、⑤ソーシャルワーク/ケア・マネジメント、⑥緩和ケア/エンド・オブ・ライフケア、⑦在宅医療/介護施設医療の7項目があると考えている。私たちは、この7項目を、機能強化型在宅療養支援診療所のふくろうクリニック等々力と、外来・リハビリテーションを中心としたふくろうクリ

ニック自由が丘の2つの無床診療所で網羅している。

生活期の医療の現場で感じることの一つに、疾病構造の変化がある。今から20年前には、心筋梗塞や脳梗塞の方が多く入院されており、2005年に日本内科学会などが「メタボリックシンドローム」の診断基準を策定した。しかし、近年これら動脈硬化関連疾患の方は減少し、相対的にがんや認知症が増えてきている。つまり、生活期の医療の現場では、①まず健診で「がん」が見つかる、②がん治療を受けてがんサバイバーになる方が多い一方で、若くしてがんで亡くなる方がいる(緩和ケア)、③がんにならなかった方やがんサバイバーで長生きした方は、「ロコモ・フレイル」を経て「認知症」になる。④認知症になっても長生きして肺炎や老衰で亡くなる(訪問診療)、というのがメジャーになっている。つまり、生活習慣病の次のテーマは、がんやロコモ・フレイルと認知症であると考えている。

## 認知症の新しい地域診療・ ケアシステム開発の試み

私たちは2013年の開設時から認知症を中心的なテーマとして取り組んできた。今では認知症はリハビリテーションの対象としてしっかり地位を確立している。認知症診断というとはまずは物忘れ外来である。当院では、院内にMRIがあり、常勤の公認心理師がおり、通所リハも行える広いリハビリテーション室がある。認知症の薬物療法では、塩酸ドネペジル、塩酸メマンチンといった認知症治療薬があるが、むしろ専門医の役割としては、認知症に伴う行動・心理症状(BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia)に対して、抗精神病薬、気分安定薬、抗うつ薬、抗不安薬などを使い分けながら投与することであり、一定の効果を実感している。

認知症の治療の目標は、基本病理の改善や症状の緩和だけではなく、認知症の方やその家族のQOL(Quality of life, 生活の質)の向上となる。薬物以外の認知症治療の全体像を、外来においては、①診断後支援、②非薬物療法、③家族教育・家族ケア、④社会的処方<sup>1)</sup>の4項目、在宅においては、⑤アウトリーチ、⑥BPSDの訪問診療、⑦在宅入院の3項目に分類して、治療システムの開発を行ってきた。

### 1. 診断後支援

診断後支援は、①疾患の理解と症状のマネジメント、②将来のケアの計画、③コミュニティとのつながりを支援、④ピアサポート、⑤将来の意思決定に向けた計画の5項目で構成される<sup>1)</sup>。ふくろうクリニック自由が丘で認知症と診断されると、社会福祉士・介護支援専門員の資格をもった「認知症パートナー」と名付けられたスタッフに紹介され、前述の5項目について説明を受けるようになっている。要介護の認定となれば、クリニックにお近くの方なら、そのままケアプランの作成も担当できる。

### 2. 非薬物療法

非薬物療法は、認知症のリハビリテーション

と心理療法を総称したものである。認知症の方に対してリハビリテーション室などで直接提供される。具体的には、認知活性化療法、高次脳機能訓練、作業療法、運動療法、回想法、音楽療法がある。これらは医療保険の枠組みだと精神科専門療法の通院集団精神療法で、介護保険の枠組みだと通所リハビリテーションで提供している。認知活性化療法は、1回1時間×14回のセッション(週2回ずつ実施)からなるプログラムである。最初は、身体を使うゲーム・クイズで始まる。セッションの構成は、①感覚刺激課題:視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚を通じた課題、②回想活動・課題、③人や物の同定課題:人、物の呼名、カテゴリー分け、単語連想課題、④日常的な問題解決に関する課題:お金の確認と使用、地理に関する課題となっている<sup>2)</sup>。

### 3. 家族教育・家族ケア

家族教育・家族ケアは、認知症と診断された方のご家族に対する介護方法に関する情報共有が主である。だいたいの方は認知症の方と長く接するなかで、接し方のコツはつかんでいくものであるが、診断直後の時や、接する機会が少ない家族は、認知症の方と接すること自体が大きなストレスとなってしまう、効果的なケアができなくなる場合がある。認知症の方の症状の出方には、まわりの方の接し方が大きく影響するため、家族や介護者が、認知症の方との接し方について話しておく方が良いのである。公認心理師が「心理師外来」と称して、自費で相談にのっている。パーソン・センタード・ケア、応用行動分析などの認知症の心理療法に関する知識に基づいて、コンサルテーションを行っている。

### 4. 社会的処方

社会的処方は、「社会的・情緒的・実用的なニーズを持つ人々が、時にボランティア・コミュニティーセクターによって提供されるサービスを使いながら、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー(Link

worker)に紹介できるようにする手段である。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする。すなわち自らの社会的処方と共に創り出していく<sup>3)</sup>と定義されている。今までは、認知症の方を介護保険サービスにつなぐ、地域包括支援センターに紹介すれば医師の役割は果たした感があった。しかし、診断後支援の中でも挙げられている「コミュニティとのつながりを支援」するためには、実際に地域に存在する互助・自助的な団体・グループへの参加も想定されている。とりあえずは、認知症カフェや(認知症の)本人ミーティングといったクリニックが主催するグループで紹介している。現在、「リンクワーカー」を養成して、私たちが関与している暮らしの保健室を中心に、社会的処方システムの構築を行っているところである。

## 5. アウトリーチ

アウトリーチとは、受診したがない認知症の方の自宅に向向き、医学的な評価と介護サービスへの橋渡しを行うことである。意外にも、自宅に往診した際に、診察を拒否されることは少ない。認知症の方の気持ちに寄り添い、こちらのアセスメントや介入を押し付けないことがコツのようである。

## 6. BPSDの訪問診療

BPSDの治療において、訪問診療は有用である。BPSDに対する薬物療法を行う際に、傾眠やふらつきなどの副作用をモニターする必要がある。訪問看護師や介護職を含めた在宅ケアチームがあると安心して治療できる。また、BPSDの中には本人あるいは家族の不安が病状に影響している場合があり、訪問診療の体制を組み、いつでも連絡してよいことを伝えると安心して精神症状が軽減するという精神療法の効果もあるようだ。

## 7. 在宅入院

在宅入院とは、急性疾患の治療を、自宅や施設などの在宅で行う取り組みである。認知症の

方は、入院により、認知機能や移動能力が低下したり、低栄養になったり、薬物有害作用が増加するといった入院関連機能障害が引き起こされやすいとされている。外科的処置が必要な疾患や外傷ではない、肺炎や心不全などの内科的な治療が行われる疾患については、クリニック併設事業所の訪問看護師や訪問リハビリ療法士などと連携して、在宅で治療する体制を構築している。

## ロコモ・フレイルの新しい地域診療・ケアシステム開発の試み

日本整形外科学会は、運動器の障害による移動機能の低下した状態を表す新しい言葉として「ロコモティブシンドローム(以下、ロコモ)(Locomotive syndrome)」を提唱し、和文は「運動器症候群」とした。一方、日本老年医学会は、健全な状態と要介護状態(日常生活でサポートが必要な状態)の中間の状態として「フレイル」を提唱している。そしてこれら2つの概念に関係が深いものに、加齢による筋肉量の減少および筋力の低下を示す「サルコペニア」がある。

最初に始まるのは「ロコモ」である。ロコモは、①立ち上がりテスト、②2ステップテスト(歩幅)、③ロコモ25(問診票)の3項目のロコモ度テストで評価する。立ち上がりテストでは、40cmの高さの椅子から片脚で立ち上がってもらい、ふらついたら「ロコモ度1」となる。女性の場合この「ロコモ度1」は、50歳代から20%を、70歳代からは50%を超えて認める。

「フレイル」は、ロコモより後に始まる。フレイルは、Friedらのフレイル評価基準によると、①体重減少、②疲れやすい、③歩行速度の低下、④握力の低下、⑤身体活動量の低下の5項目のうち、3項目以上該当するとフレイル、1~2項目該当するとプレフレイルと定義される。各項目の評価基準の詳細は成書を参照していただきたい。フレイルは80歳代から20%を、90歳代から50%を超えて認める。

ロコモ、フレイルに対する地域での診療システムであるが、まずは検診だと考える。厚生労

働省は、「フレイル検診」と称して、後期高齢者に対して自治体が行う健康診断の間診票の部分を、フレイルをスクリーニングすることを目的とした間診票に変更しようとしている<sup>4)</sup>。しかし、これはあくまで75歳以上の方への介入となるので、ロコモはもっと早くから始まることから不十分である。私が理事を務める玉川医師会では、かかりつけ医がロコモ・フレイルに関する十分な知識を持ち、まずかかりつけ患者のロコモ・フレイルを意識することが大切であるとの考えから、医師会主導の勉強会を行うことにしている。

ロコモ・フレイルの方がいた場合、次に行うべきことは、なぜロコモ・フレイルになったかの原因の精査である。ロコモであれば、骨粗鬆症、変形性関節症、脊柱管狭窄症などの運動器の加齢変性疾患が原因となることが多い。フレイルで、特に体重減少や疲労感が起こっているのであれば、悪性腫瘍、臓器不全、内分泌代謝疾患、血液疾患、膠原病など多くの内科疾患の鑑別を進めていく必要がある。筋力低下や歩行速度の低下であれば、脳神経疾患も原因となる場合がある。フレイルは、身体的フレイルだけでなく、心理的フレイル、社会的フレイルといった幅広い概念である。心理・社会的フレイルが疑われる場合には、認知症やうつ病を始めとする精神疾患が原因となる場合がある。

ふくろうクリニック自由が丘では、「フレイル外来」を開設し、ロコモ・フレイル・サルコペニアの方の診療を行ってきた。家庭医療科医、老年科医が担当しているが、院内に脳神経内科医、整形外科医、精神科医がおりコンサルテーションしながら診察する。サルコペニアの評価のために、生体インピーダンス法ではあるものの筋肉量の測定も行う。明確な医学的疾患の診断がつく場合には、疾患特異的な薬物療法(例:骨粗鬆症治療薬、パーキンソン病治療薬)を行うとともに、食事栄養指導、リハビリテーションを処方する。精神科医を通じて、公認心理師のカウンセリングにつながる方もいる。

まだ、システムとしての介入効果は明らかではないが、より適切なロコモ・フレイル対策が

できているという実感はある。というのは、フレイル対策というと、栄養療法(口腔ケアを含む)、運動療法、社会参加の3本柱が重要といわれ、従来は介護保険の枠組みで、自治体の介護予防・日常生活支援総合事業の中で行われてきた。地域包括支援センターが、「基本チェックリスト」でハイリスク高齢者をスクリーニングし、介護予防教室や筋力アップ講座への参加を勧める形で行われてきたが、本当に効果があるか検証されてきたのだろうか。私は、フレイルの原因となった「疾患」を医師が早期に診断し、薬物療法や医学的リハビリテーション、食事栄養指導を行う方が効果は高いという印象を持っている。例えば、フレイルの原因を精査したところ、骨粗鬆症と変形性関節症があったとすれば、骨粗鬆症に対する薬物療法、変形性関節症に対する運動器リハビリテーションを行うことが先ではないだろうか。フレイル外来では、フレイルの原因となる疾患を調べていく過程で、医療保険で介入できる疾患があるのであれば、外来リハビリテーションや外来食事栄養指導などまず医療保険での介入を行うわけで、これらの効果は介護予防教室への参加よりは検証されているものと考えられる。

ただし、心理・社会的フレイルに対しては、認知症の項目で述べた社会的処方地域システムが必要であり今後の課題である。

## がんの新しい地域診療・ ケアシステム開発の試み

がん医療においては、「2人主治医制」というのが注目されている。これはがん医療における緩和ケアと在宅医療の発展に関連する。今までは、がん治療は地域の拠点的な大病院で、がん治療を担当する「主治医」だけで行われてきた。ところが、主治医と緩和ケア医が併診することで、がん患者のQOLどころか寿命まで延長したといった研究<sup>5)</sup>が発表されたところから、緩和ケアを専門とする医師も増えてきた。さらに、緩和ケアの対象には、進行がん患者が多く、通院が負担である中で、在宅医療として緩和ケアを提供

する医師も増えてきた。このような背景から、がん治療を担当する医師と、在宅医療も含めて担当する緩和ケア医が、早期から併診することがよく行われるようになったわけである。

ふくろうクリニック等々力では、機能強化型在宅療養支援診療所として、緩和ケア医による訪問診療、緩和ケア外来に力を入れてきた。終末期がん患者の在宅医療においては、病状や生活機能の急速な変化に対応することが求められる。そこで、当院では、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション事業所、居宅介護支援事業所を併設し、迅速な情報共有が図れる体制を構築した。院内薬剤師の設置や、院内心理師によるメンタルケアなどの体制もあり、多職種で地域・在宅緩和ケアチームを作っている。終末期がん患者では、骨転移のある方へのリハビリテーションという場面があるが、ふくろうクリニック自由が丘で、画像検査や整形外科医の診察を受けてもらうことで、安全なリハビリテーション提供を可能にしている。

さらに近年、診断時からの緩和ケア<sup>6)</sup>という概念が提唱されてきて、ふくろうクリニック自由が丘では、「がん患者の生活期医療」をテーマとし、「がんリハビリ外来」「がんメンタル外来」を開設した。検診や人間ドックでがんと診断されると、多くの方は、がん診療連携拠点病院などに紹介され手術を含めた治療を受ける。その後、病院の外来、あるいは診療所の外来に通院しながら再発チェックをする。がん患者の一部は、がんの結果、あるいはがん治療の結果として、フレイル・サルコペニアを合併していることがある。また、がんでは診断、治療、再発、治癒困難に際して強いストレスがかかるため、がん患者の一部は、うつ病や適応障害などのストレス関連の精神疾患に罹患することもある。ケモブレインといって、ごく軽度の認知機能障害を合併し、仕事に影響を及ぼすことがある。

さらに近年、高齢のがん患者が増えていることもあるのか、がん手術の前にフレイル・サルコペニアがあると、術後の予後が悪化することが報告<sup>7)</sup>されている。がん手術の前に、「プレハビリテーション」と称して、フレイル・サルコペニ

アに対する栄養療法、リハビリテーション、メンタルケアを勧める考え方も出てきた<sup>8)</sup>。

日本整形外科学会は2018年に「がんロコモ」という疾患概念を提唱し、がん患者の運動器管理が、がん患者のADL、QOLの向上と治療機会の確保に重要であると啓発している。がん患者の運動器に生じることとして、①がん自体による運動器の問題(骨転移、骨や筋に生じるがん)、②がんの治療による運動器の問題(骨関節障害、筋力低下、神経障害)、③がんと併存する運動器疾患の問題(骨粗鬆症、変形性関節症など)に分類されている。

がん治療病院でも、外来リハビリテーションを充実させている病院は少なく、地域のリハビリテーションクリニックこそ担当すべきと考えている。

## 介護に対する「リハビリテーション前置主義」

介護保険発足当時に「リハビリテーション前置主義」という言葉が使われていたそうであるが、生活期医療の現場では今日でも重要な指摘だと思う。認知症やロコモ・フレイルのような一見進行性の疾患においても、診断時における集中的なリハビリテーションは効果的で、その後の経過に影響すると考えられる。また、生活期においてもちょっとしたきっかけで機能低下が起こり、集中的なリハビリテーションが必要な場合がある。外来、在宅で医療保険での集中的な医学的リハビリテーションが、タイミングよく行われることが大切であり、決して「生活期リハ」=「介護保険でダラダラ行いうりハ」ではないということを強調しておきたいと思う。

### 参考文献

- 1) <https://www.alzscot.org/sites/default/files/2020-02/Making%20the%20most%20of%20your%20post%20diagnostic%20support.pdf> (accessed 2022 Aug 1)
- 2) 山中克夫、河野禎之 日本版著/Aimee S. Lene T, Bob W. Martin





# 整形外科での健康運動指導

かみもとスポーツクリニック 院長 上本宗唯

## POINT

- ① 運動器リハビリテーション(以下、運動器リハ)の役割は、疾患治療のみならず、転倒予防や寝たきり防止、さらに要介護者へのリハビリテーションまで多岐にわたっている
- ② 整形外科的な治療は、単なる除痛ではなく、疼痛をコントロールしながら適切な運動器リハにつなげていくことである
- ③ 運動器リハの目的は、単なる可動域(motion)の獲得ではなく、必要な動き(movement)を創り、それを患者の前向きで積極的な行動(action)に変換していくことにある
- ④ 運動処方では、障害を抱えた部位のみに注視することなく、隣接関節を含めた全体の動きの改善に努めていくことが重要である
- ⑤ 治療の最終目標は、患者自身の目標の実現を支援しながら、より良き人生に寄り添っていくことである

## はじめに

わが国では、65歳以上の高齢者は3,617万人で総人口の28.7%(2020年)を占めており、多くの人が関節や脊椎の痛みを抱えており、健やかなる寿命の延伸のために適切な治療が求められている。その中で、運動器リハビリテーション(以下、運動器リハ)の役割はその重要度をますます増しており、疾患治療のみならず、転倒予防や寝たきり防止、さらに要介護者へのリハビリテーション(以下、リハビリ)まで多岐にわたっている。2007年日本整形外科学会において、超高齢化社会における運動器の重要性を予見し、ロコモティブシンドローム(以下、ロコモ)とい

う概念が提唱された<sup>1)</sup>。その後、さまざまな知見が積み重ねられ、2013年立ち上がりテスト、2ステップテスト、ロコモ25質問票からなるロコモ度テストが提唱された。2020年にはロコモ度3が策定され、ロコモとフレイルや運動器不安定症との関係性が整理された。このように各世代における運動機能の低下は、国をあげて取り組むべき喫緊の課題であり、運動器リハの果たすべき役割は大きい。今回、運動器リハに特化したスポーツクリニックの臨床経験を踏まえ、整形外科での健康運動指導について論じてみたい。

## 自分で気づいて自分で変わる医療を目指して

当院は、2005年6月スポーツをする子どもたちをターゲットにリハビリに特化したスポーツクリニックとしてスタートした。診断、手術(関節鏡視下手術)、メディカルリハビリ、そしてアスレチックリハビリと、各分野のスペシャリスト(ドクター、柔道整復師、理学療法士、アスレチックトレーナー)が強固な連携を図りながら、一日も早く現場復帰に導くトータル・サポートを実践してきた。開院後患者数も増加し、経営も順調に推移する中で、開院数年からある異変に気付いた。子どもたちを連れてきた祖母たちから「自分も何かできるリハビリはないか?」と問われる機会が増えてきたのである。「しっぴしかもらっていない」「注射しか受けていない」「年寄りだから仕方ない」と、現状維持の全く変化を求めない消極的な受け身の医療しか受けていなかったからである。中高年者に対する疼痛治療においては、変形変性した部位(障害部位)に対する治療がほとんどである。しかし障害部位のみを注視するのではなく、患部外にも眼を向け周囲の残存機能を賦活化させながら全身の運動連鎖を作っていくことで、疼痛などの問題は解決することが多いことに気づく。つまり、アスリートに対する手法がそのまま中高年者の変性疾患にも適応できるのである。

スポーツ傷害による痛みはあくまでも“結果”であって、姿勢や動作が“原因”となり、局所へのストレスを起こしていることも多い<sup>2)</sup>。例えば、足関節の背屈制限があり、後脛骨筋の機能不全を起こしていると、足部の縦アーチが低下し、前足部が外転、後足部が回内してくる(Knee-in & Toe-outの状態)。その結果膝関節内側構成体への伸張ストレスが増加し、膝内側の痛みを惹起する(上行性運動連鎖)。また骨盤後傾による体幹・骨盤帯の機能不全、ハムストリングのタイトネス、股関節中殿筋の弱化により膝関節内側構成体へ圧迫回旋ストレスを来し(Knee-out & Toe-inの状態)、膝関節外側に痛みを生じることもある(下行性運動連鎖)。以上の

ように、姿勢や動作によりどこにストレスが増加するのか、その背景に隠される問題点を抽出しながら、局所(痛み部位)にストレスが集中しない運動療法を指導することが重要である。実は中高年者のように加齢性変化が存在しても、身体をうまくコントロールできれば、痛みのない運動が可能となるのである。「正しい動きを身につけること」が心身の健康維持に極めて重要であり、急性期の病態を除いて“薬を飲んで安静にしなさい”という治療はほとんどないのである。

## 運動指導の実際

運動器リハを進めていく中で、コンディションの改善に伴い「走ってもいいですか?」「ボールを投げていいですか?」「ボールを蹴ってもいいですか?」という質問を受ける。実はこれらの回答は診察室では見つからない。「少しずつ段階的に確かめながら進めてみてください」という程度の回答しかできない。復帰の直前に再受傷して治療がまた振り出しに戻ってしまうケースもある。この問題を解決するために、スタッフが選手と一緒に実際の動きを確認しながら、選手の動きの問題点を抽出しそれを共有しながら解決していく空間が必要と考えた。人工芝を敷き詰めて、周囲には本格的なタータンのトラックを併設した屋外を意識した全天候型のトレーニングセンターを併設した(2013年3月)(写真1)。さらに医科学サポートをベースに、目的別(「ダイエットしたい」「持久力をつけたい」「登山がまたできるようになりたい」「ゴルフがもっと上手になりたい」など)、年代別(幼児からお年寄りまで)に個々のニーズに合わせてより細やかなトレーニングメニューを提供できるように『ヨガスタジオ』も併設した(2019年10月)(写真2)。運動能力向上セミナー(写真3)やパーソナルトレーニング(写真4)を行ってきた。

運動器リハの基本的なコンセプトは、局所の機能障害を改善させながら、全身の淀みのない運動連鎖を構築していくことにある。そのため



写真1 PFCC (Pre field Conditioning Center)  
木造の温もりを意識した全天候型のトレーニングセンターである。



写真3 PFCC でのトレーニング指導風景



写真2 KCP トレーニング・ラボ  
医科学的な見地から、個々のニーズに応えられる空間を創った。



写真4 KCP トレーニング・ラボでのパーソナルトレーニング風景

には、Joint by joint theoryに基づいた運動療法<sup>9)</sup>をベースにすると理解しやすい。これは、全身の関節にはstability(安定性)とmobility(可動性)の役割があり、それぞれの関節で求められる運動が異なり、しかもこれらは交互に存在するという理論である。頸椎(stability joint)－胸椎(mobility joint)－腰椎／骨盤(stability joint)－股関節(mobility joint)というつながりである。機能的な動きを作るためには、各関節が各々の役割を發揮しながら、隣接同士で協働して全体の動きを作っていくのである。つまり正しい動作とは、効率的かつ効果的な動きの連続性を生むために、協働的に作用する関節の可動性と安定性を意図的に組み合わせたものである<sup>9)</sup>。慢性的な運動器疾患では、これらの主要な機能が失われたときに問題が起こりやすい。例えば、腰痛を来している場合、腰椎の本来の安定性が低下し過剰な代償動作を強いられていることがある。その背景には、胸椎の可動性が低下して体

幹全体の動きが行われないうちに腰椎に過負荷がかかっていたり、股関節の動きが制限されていることで骨盤のコントロールができていないことがある。したがって、胸椎(図1)および股関節(図2)の可動性の向上、さらにはこれらの関節の協働した動き(連動性)(図3)をつくる運動療法が重要なのである。

運動器疾患に対する治療は、その原因を分析し、薬物療法、ブロック療法などにより痛みのコントロールを図りながら、安全でより機能的な動きをつくる運動療法、さらに患者の積極的な行動変容へと導く認知行動療法を組み合わせる総合的なアプローチが必要である。そのためには、医師だけの力では限界があり、理学療法士(PT)やアスレチック・トレーナー(AT)、健康運動指導士など、動きをみるスペシャリストたちの力を結集したチームアプローチが重要となる。「痛いから安静にする」「歳だから無理しない」と学習されてしまった行動パターンから、



図1 脊椎伸展運動  
腰椎の過伸展を抑えながら、胸椎の伸展可動性を獲得する。肩甲骨を内転下制させることで、胸椎は伸展しやすくなる。



図2 股関節の可動域向上運動  
腰椎が過伸展させないように体幹はフラットな状態で、股関節を左右に開き、ゆっくり頭尾側方向に体幹を移動させる。



図3 体幹安定化運動  
四つ這い位で、脊椎をニュートラルに保持しながら、対角肢（右肩-左股関節）を伸展させる。体幹や骨盤の代償動作に注意する。安定して保持できる場合は、上下肢を動かして、動的なエクササイズに発展させる。

「痛いけど動ける」「自分にもまだこんなことができる」という行動パターンへと導いていくわけである<sup>5)</sup>。「こんなことが痛みなくできた」「こんなことにチャレンジできた」などポジティブな具体的な行動目標に目を向けさせながら、患者のQOLおよびADLの向上へ導いていくことが大切である。

## 理想とするリハビリを実施することが難しくなる保険診療上の制約

### 1. リハビリに特化したことで生じたこと

「なるべく薬も出さない、注射もしない」というリハビリに特化したシンプルな医療を目指すために、薬のみの患者、しっぶのみの患者、注射のみの患者を他院へ紹介誘導する方策を選択した。その結果、1人当たりの保険診療単価が

高点数になってしまった。各県の保険診療平均点数上位およそ8%の施設が個別指導の対象となるといわれている。さまざまな対策を講じたが、結局2018年11月に厳しい指導を受けることになった。これらの患者をまた増やすことで1人当たりの平均診療点数を減らすという方針転換をせざるを得なくなったのである。

### 2. 外来リハビリの診療点数の相対的な低さ

PT 1人当たりの入院における診療点数に対して、外来でのそれは異常に低くなっている(2022年5月現在)。入院では、早期リハビリテーション加算(起算日から30日以内)+30点、初期リハビリテーション加算(起算日から14日以内)+45点(以上は1単位毎に加算)が追加できる(診療報酬点数早見表2022年4月版、医学通信社、p.614-619)。例えば、PT 1人当たり1日24単位取得できるので、入院と外来では同じ運動器リハを行っても最大1,800点[=(30+45)×24]の開きが出ることになる。このことで病院でのリハビリは、外来リハビリはしないで、病棟リハビリのみに絞る経営戦略をとる病院も多い。入院リハビリは1人最大6単位とれるので1日4人だけ治療すればよいのも魅力である(外来リハビリでは1人3単位をとると請求で切られることも多い)。例えば、総合病院で肩周辺の骨折手術を受けた中年の患者が退院後外来でのリハビリがないため、「自分でがんばりなさい」と運動のパンフレットのみを渡されることもある。ただ自分のがんばりでは限界があり、結局は肩

関節拘縮を来し当院を受診するケースもある。骨折の術後に二次性の拘縮を来すことでさらに社会復帰が遅れるわけである。このように生産能力人口の対象者が外来リハビリの縮小により有効労働力の損失を来していることに注視すべきである。当院では日常より病院との連携を深め、退院後早期にリハビリ紹介をしていただけるような良好な関係構築を図っている。

### 3. リハビリ可能な上限単位の設定

PT 1人が1日にリハビリ可能な上限単位が最大24単位と決まっている。つまりPT 1人2単位だと1日12人しか治療できない。仕事量の上限が決まってしまうと、なかなか仕事に対するモチベーションが上がらず治療そのものも機械的な作業に陥りかねない。優秀なPTは、自由診療を目的に開業していくケースもある。もっとリハビリの評価の改善と患者の満足度があがれば、PTのやりがいも向上し理学療法そのものに対する社会的な認知も変わっていくはずである。2020年度診療報酬改定では、質の高いリハビリテーションをさらに推進する観点から、標準的算定日数を越えてリハビリテーションを行う場合における運動器リハビリテーション料の要件の見直しが行われた。アウトカムにも着目した評価を推進していくということである。日々の運動器リハが、単なるマッサージリハで終わることなく、患者の満足度を上げていく理学療法レベルの向上を期待したい。

## おわりに

今回、リハビリテーションアップデートというテーマを依頼された。アップデートとは、何も新しい施設を作ったり、最新の機器を導入することだけではないだろう。視点を変えることで新しい気づきがあり、アプローチを変えることで患者との向き合い方も変わっていくはずである。論語の一説に、「人にして遠き慮(おもんばかり)無ければ、必ず近き憂(うれ)い有り」(衛霊公十五<sup>⑫</sup>) (もし遠くまで見通す、深い考えのできない人であったら、必ず身近なことで困ることが起こるものだ)とある。遠きとは、空間と時間的な広がりを意味する。障害を抱えた患部(局所)の機能改善に努めながらも全身の動きを見つめる。眼前の症状改善に努めながらも患者がどのような生活を望んでいるのか共に遠くを俯瞰していく。これからも人の未来に寄り添っていく診療姿勢を持ち続けていたいと思う。毎日の地域医療を担う読者の方々にとって、明日からの運動器リハの取り組みに少しでもお役に立てればこの上ない喜びである。

### 参考文献

- 1) 大江隆史：新臨床判断値ロコモ度3の策定の背景と異議。臨床整形外科 2022；57(2)：129-132.
- 2) 上本宗唯：診療所で出会う痛みへの対応。月刊地域医学 2017；31(7)：525-530.
- 3) Cock G：SFMA ブレイクアウトの詳細とフローチャート 2014. ムーブメント. ナップ. 東京, 311.
- 4) 本橋恵美：体幹運動療法の基本概念 Joint by Joint Theory とその実際。臨床スポーツ医学 2019；36(10)：1102-1107.
- 5) 松原貴子：運動器疼痛の理学療法。理学療法学 2010；37(4)：323-325.

# 急性期リハビリテーション ー集中治療室からの早期介入ー

東京ベイ・浦安市川医療センター リハビリテーション室 主任 福島恭平

## POINT

- ① 集中治療室では早期リハビリテーションの開始時期をいかに情報共有するかが重要
- ② 重症急性期～亜急性期COVID-19患者の離床・運動では、肺保護の視点を忘れてはならない
- ③ 高齢者・障害者の急性期リハビリテーションでは、ジェネラルかつオーダーメイドの介入が求められる
- ④ 急性期リハビリテーションにおいて多職種連携が成功のカギ

●  
●  
●  
●  
●  
●  
●

特集

## はじめに

東京ベイ・浦安市川医療センターは、千葉県浦安市および市川市を中心に地域の診療を担う急性期総合病院である。また、第二種感染症指定医療機関であり、2020年2月より新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者の診療も開始した。当センターは、軽症から重症までさまざまな疾患・病態の患者を受け入れており、重症患者や入院が契機となって身体機能や認知機能の低下が生じる高齢者に対して早期リハビリテーションを開始している。

## 集中治療室(ICU)から始まる 早期リハビリテーション

近年、集中治療域での早期リハビリテ

ーションが注目され、せん妄やICU-AW(ICU-acquired weakness)予防、早期のADL再獲得に効果があるとされている。そこには、ABCDEFバンドル<sup>1)</sup>の実施と、多職種での情報共有が必須である(表1)。

当センターでは、ICU専従療法士はおらず、各患者の担当理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)が訪問型で介入する。そこで、早期リハビリテーションを円滑に進めるにあたってカギとなっているのが、朝のICU回診にPT・OTが参加することである。朝の回診では、各患者の治療方針や本日のTO DO、リハビリテーション進行状況、目指すゴールを多職種で共有する。その情報共有が1日も無駄にしない早期リハビリテーション介入につながっている(図1)。

例えば、朝の回診で離床開始の方針となると、

表1 ABCDEFバンドル

疼痛アセスメント	<b>A</b> ssess, Prevent and Manage Pain 疼痛のアセスメント、予防、管理
SATとSBT	<b>B</b> oth SAT and SBT 自発覚醒トライアルと自発呼吸トライアルの両方
鎮痛・鎮静剤の選択	<b>C</b> hoice of Analgesia and Sedation 鎮痛剤と鎮静剤の選択
せん妄	<b>D</b> elirium: Assess, Prevent and Manage せん妄のアセスメント、予防、管理
早期離床と運動	<b>E</b> arly Mobility and Exercise 早期離床と運動
家族の介入と権限委譲	<b>F</b> amily Engagement and Empowerment 家族の介入と権限委譲



図1 朝のICU回診の様子

回診に参加したPT・OTからタイムリーに担当PT・OTへ伝達し、その日のうちに実行に移すことが可能となる。また、朝の回診後には、ICU医師と看護師によるABCDEFバンドルのチェックを毎日実施している。ABCDEFバンドルのうちE(早期離床と運動)を実施できるか否かは、医師と看護師による疼痛管理、鎮静管理の腕の見せどころと言っても過言ではない。

ここで、ABCDEFバンドルや多職種連携による効果を実感できた1例を紹介する。肺炎治療のため、気管挿管・人工呼吸器管理中の高齢患者が、不穏が強くせん妄の離脱に難渋していた。そこで、PT・看護師・医師で14時にPT介入をする調整をし、その時間にあわせて医師・看護師による鎮静剤の減量・中断を行った。鎮静を切った状態でPTが介入した直後は不穏状態で

あったが、医師・看護師と共同で端座位を行い、鏡を用いて顔を見せて、声かけやリアリティーオリエンテーションを行った。すると、徐々に落ち着きを取り戻し、状況を理解され、患者がせん妄から離脱していく様子が見受けられた。そして、翌日には無事に人工呼吸器離脱・抜管に至ることができた。

当センターの特徴的な取り組みとして、看護部とリハビリテーション室の合同早期離床研修会がある。ICUでの離床や運動は、PT・OTと特に看護師との共同作業である。そのため、研修会では早期離床についての座学に加え、実際に挿管・人工呼吸器管理中の患者の離床を想定したシミュレーションを行っている。そこで、PT・OTの視点と看護師の視点でそれぞれ気付いたことを意見交換し、安全で効果的な離床に





図2 レッドゾーンとグリーンゾーンのコミュニケーション

は何か必要かを振り返る。その研修会の実施が、スタッフ間の円滑なコミュニケーションと、ICUでの速やかな離床につながるのである。

## COVID-19患者のリハビリテーション

当センターでは、2020年4月よりCOVID-19患者へ直接介入を行う唯一のリハビリテーション専門職として専従PTを配置した。そこで、専従PTが経験した急性期リハビリテーションの実際について個人的見解を交えて紹介する。

### 1. 当センターの感染対策

COVID-19患者の診療においては、感染対策の徹底が全患者のみならず、医療従事者を守るためにも重要である。当センターもCOVID-19患者の診療を開始した当初より、一般患者にもCOVID-19患者にも、入院患者にも外来患者にも対応できるフレキシブルな体制を構築すべく、COVID-19流行や行政からの要請に応じてゾーニングや院内工事を繰り返してきた。

具体的には、中等症～重症患者に対応するICUレッドゾーン(陰圧個室)は2床から4床へ増築、HCUはレッドゾーン最大8床を確保できるように改築した。また、軽症～中等症患者に対応する一般病棟は、患者数に応じて病床数を4床から25床へ病床数を変更できるアコーディオンカーテンを設置してCOVID-19専門病棟へ改修した。つまり、COVID-19患者は重症度に

応じて、ICUまたはHCUレッドゾーン、一般病棟レッドゾーンの3病棟で受け入れが可能となった。現在は、COVID-19入院患者の増減に伴い、陰圧個室を一般個室として運用したり、COVID-19専門病棟内をゾーニングして一般患者とCOVID-19患者が接触しない導線を整えて対応している。

感染対策の中で急速に普及したのが、リモート(タブレットを用いたテレビ電話)である。当センターでは、COVID-19患者とその家族はリモート面会を行ったり、COVID-19患者とレッドゾーンに入ることができない職種との重要なコミュニケーション手段となった。また、ICUやHCUではレッドゾーン内外で会話ができるインターフォンを設置し、full-PPE装着下での言語的コミュニケーションが可能となった(図2)。

### 2. 重症COVID-19急性期のリハビリテーション

人工呼吸器管理を必要とする重症COVID-19患者では、patient self-inflicted lung injury (P-SILI)と呼ばれる強すぎる自発呼吸による肺傷害を予防する目的で、深鎮静管理や筋弛緩薬の使用、腹臥位療法が行われる<sup>2)</sup>。また、危機的な重症呼吸不全患者の救命手段としてextracorporeal membrane oxygenation (ECMO)が導入<sup>3)</sup>される。

そこで、最初に専従PTが行うことは全身の関節可動域評価および拘縮予防である。各関節の構造や運動学を理解した専門職が評価することで、拘縮リスクがある部位を発見できる。そし

て、効果的な他動運動を早期に発見し、専従PTがレッドゾーンに入れられない場合は、窓ガラス越しにインターフォンを使用してレッドゾーン内でケアを行っている看護師へ関節の動かし方等を直接助言していた。また、関節可動域評価の結果は腹臥位療法施行時に医師や看護師へ情報共有し、長時間の腹臥位を適切なポジショニングで実施に応用させることができ非常に有用であった(図3)。

実際の経験例として、年齢や体格の違いによる関節可動域の差があり、肥満患者は頸部の可動域制限、高齢者は円背や肩関節挙上制限をよく経験したが、適切な関節可動域の評価が適切なポジショニングにつながり、拘縮予防のみならず、褥瘡の予防にも効果的であった。その一方でICUやHCUではそのレッドゾーンという環境要因と感染対策上関わる医療従事者が少ないことが他者との交流を遮断し、これまで以上に精神・認知機能低下を招いているため、これは今後改善すべき課題であると考えられた。

### 3. 重症COVID-19亜急性期のリハビリテーション

肺保護管理が終了した患者は状態に応じて離床開始を検討する時期に入る。鎮痛・鎮静薬、筋弛緩薬を投与した重症患者はICU-AWを呈していることが多く、体内に挿入されているデバイス類も多い。また、レッドゾーン内の医師や看護師の人数は限られており、安全に離床を進めるには、その日の担当医師や担当看護師と離床チームを構成し、離床前に目標と中止基準を共有する必要がある。その中で、専従PTは離床チームのリーダーを担当し、患者と多職種が安全かつ安心して離床できるよう、各職種の役割、環境、タイミングを合わせる調整役を担うことが多い。

COVID-19の亜急性期では、段階的な離床とともに、運動療法や動作練習を進めていく。その中で、専従PTは呼吸アセスメントや認知機能を含めた全身の評価に基づき、運動時や労作時の適切な酸素流量の調整、運動療法・歩行練習・ADL練習などを行う。また、病棟ADLをどの程



図3 重症 COVID-19 患者のリハビリテーションの様子

度拡大するか、病棟での酸素ボンベを使用した歩行を自己管理としてよいか等は、専従PTの判断が重要視される。

具体例を示すと、運動機能的にも酸素を使用した呼吸状態であったとしても、安定して歩行可能な認知機能も正常な50歳代の男性には、酸素ボンベの使用方法を指導し、レッドゾーン内の歩行は自立と判断した。また別の症例では、前述と同様で酸素化は保たれていたが、歩行時の著明な頻呼吸と吸気努力、息切れを認めた60歳代の男性には、P-SILIによる呼吸状態の悪化を懸念して、レッドゾーン内移動は車椅子使用と判断とした。このように、同じような症例でも患者によって病棟内ADLの調整が専従PTの役割であった。

覚醒している患者に重要なのがリアリティオリエンテーションである。full-PPE装着での直接介入は、表情や声が聞きとりにくくコミュニケーション手段も難しい。COVID-19患者は、病態生理や治療に必要な薬剤、療養環境などの違いによりせん妄発症リスクが高いため、レッドゾーン内でも毎日のリアリティオリエンテーションは必須であると言える。

重症COVID-19亜急性期のリハビリテーションを実際に経験して感じたことは、full-PPEでの介助の難しさ、介助量が多い患者を離床する際の人員確保の難しさである。しかし、これは多職種での密な情報共有と1日の患者スケジュール管理で解決することができたと考えている。

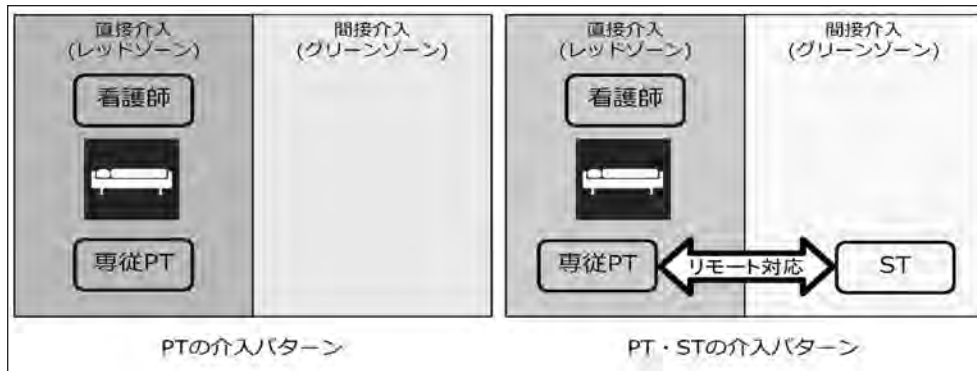


図4 COVID-19患者に対する嚥下評価

#### 4. 軽症・中等症COVID-19急性期のリハビリテーション

軽症・中等症の入院患者も、入院時すでにフレイルの状態、COVID-19以外の疾患(骨折、脳血管疾患等)での入院、既往の後遺症等により、リハビリテーションの必要性が高い患者も含まれている。そのような患者にも、一般病棟レッドゾーンで専従PTが原則入院翌日よりリハビリテーションを開始する。専従PTが行うことは、身体機能・動作能力評価、労作時の酸素化評価と、適切な酸素流量の調整、入院前生活・家族構成・家屋・環境調整、社会資源などの情報収集である。

実際の経験例として、専従PTは患者と1日に関わる時間が長く、入院前の状態を含めた身体機能・動作能力の詳細を把握する専門職として、歩行補助具の選択や、基本動作や歩行能力に応じて介助方法の助言を行っていた。

具体例を示すと、施設入所中で入院前ADLは伝い歩きレベルの認知症を呈した90歳代女性のCOVID-19軽症患者は、入院直後より酸素不要ではほぼ無症状であった。しかし、ナースコールが使用できず1人で歩き出してしまい、歩行も不安定で軽介助を要していた。そこで、キャスター歩行器があれば見守りレベルで安定して歩行可能であったため、転倒予防目的にキャスター歩行器をベッドサイドに設置し、看護師の付き添いで安全に歩行できるよう貸し出すこととした。そして、PT介入時には、運動や伝い歩きの練習を行い、入院前ADLの維持に努めていた。そうすることにより、この患者は早期施設退院

することができた。

#### 5. COVID-19患者に対する嚥下評価

一般疾患患者の場合、抜管後や気管切開患者、嚥下障害を呈した患者の嚥下評価はSTが行う。しかし、当センターでは人員の関係でレッドゾーンに入院しているCOVID-19患者にSTが直接介入することができず、間接介入しかできない運用規定を用いている。そこで、COVID-19患者の飲水テストはレッドゾーン内の看護師が直接実施し、嚥下障害が疑われる場合はSTがグリーンゾーンからリモートで指示や助言をし、それをもとに専従PTがレッドゾーン内で直接嚥下評価を実施する体制であった(図4)。

実際には、食事摂取のポジショニング、嚥下評価時のポイント、食事介助のポイントについてリモートでグリーンゾーンにいるSTと情報共有した。嚥下評価は、本来PTの専門外であるが、パンデミックという特殊な状況下においては、嚥下評価・練習もCOVID-19専従PTには重要な役割であった。

#### 6. COVID-19専従PTの経験を通して

専従PTは、COVID-19の特殊な病態・障害に対するリハビリテーションに加え、特に高齢者の罹患では複雑な障害像に対するジェネラルかつオーダーメイドのリハビリテーションが求められた。また、自分が未知の感染症に感染するリスクに対する不安感は言葉に表せないほどであった。その他にも勤務中は他のリハビリテーションスタッフと関わることがないため孤独感



図5 レッドゾーンのチームスタッフ

を感じることも多くあった。しかし、感染対策や身体的・精神的ストレスに対して少しでも懸念があるときに、すぐに相談できる環境や仲間がいることが心強かった。これがチーム医療の一番の強みであろう。また、専従PTとして長期間のレッドゾーン勤務を全うできたのは、同じ環境で勤務する多職種との連携や些細なコミュニケーション、専門外のことも助け合う思いやりの心に尽きると感じている。ここで、一緒に勤務した医師・看護師・コメディカルのチーム全員に感謝を申し上げたい(図5)。

## おわりに

今後、超高齢社会の到来とCOVID-19終息が見えない中で、内部障害だけでなく骨関節系や神経系の重複障害をもつ入院患者が増加していくことが予想される。その中で、重症急性期患者の早期リハビリテーションのエビデンス構築は発展途上にあるが、臨床現場での重要性はさらに注目を高めている。また、今まさにCOVID-19第7波に突入し、新たな局面に対応すべく慌ただしい日々を送っているが、これまで積み重ねてきた経験に勝る武器はないと感じている。本稿で示した当センターの早期リハビリテーションとCOVID-19患者のリハビリテーション内容が今後の診療の参考になれば幸いである。

## 参考文献

- 1) The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. Crit Care Med 2017; 45(2): 321-330.
- 2) Marini JJ, Gattinoni L: Management of COVID-19 respiratory distress. JAMA 2020; 323: 2329-2330.
- 3) Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ: Severe Covid-19. N Engl J Med 2020; 383: 2451-2460.

# 回復期リハビリテーション病棟での 取り組み

## ー退院後も自分らしく活動的な生活を送るための支援ー

台東区立台東病院 作業療法士 有我知夏

同 楠本直紀

同 土倉 明

### POINT

- ① 心身機能やADL訓練だけでなく個別性のある支援が必要
- ② 退院後も自分らしくいられて社会参加できる患者の姿を目指す
- ③ 自分で考え自分で行動する、患者の主体性を支援する

### はじめに

回復期リハビリテーション(以下、回リハ)病棟には、廃用を予防し、日常生活動作(以下、ADL)能力を高め、在宅復帰を目指すという目的<sup>1)</sup>があり、画一的な疾患に対するリハビリテーション(以下、リハ)だけではなく、患者一人ひとりに合わせて個別性を大切にして関わるリハ<sup>2)</sup>が求められている。

今回、特集のテーマである『身体を動かすーリハビリテーションアップデートー』として、廃用予防・ADL向上・在宅復帰だけでなく、患者が退院後も自分らしく活動的な生活を送るために、患者の心が動くような支援をしている台東区立台東病院(以下、当院)回リハ病棟の取り組みについて、事例とともに私見を交えて以下に述べたい。

### 回リハ病棟で求められる支援

ADL向上や自立を目指すだけでなく、個別性のある支援、患者の主体性への支援が必要

2016年度診療報酬改定にて、アウトカム評価「実績指数」が導入された。実績指数とは、ADLの評価である機能的自立度評価表(以下、FIM)の運動項目と入院日数により、リハ効果を数値化したもの<sup>3)</sup>であり、さらに2020年度改定では実績指数の要件がさらに厳しくなった<sup>4)</sup>ことから、ADLにおいてより効率的で効果的なリハが求められているといえる。

しかしながら石井<sup>5)</sup>は、「回リハ病棟の成果を、単に入院期間とFIMだけで評価できるとは考えていない。重要なことは本当に患者家族が納得し、満足して在宅復帰へと移行すること」と述べている。また、回リハ病棟協会が作成した回復期の「セラピスト10か条」が2018年に改定され、その中の一つに「患者に寄り添い、その人らしい社会参加を支援しよう」が追加された<sup>2)</sup>。つまり、身体機能や動作能力の再獲得ばかりでなく、当事者が望む生活にまで支援の幅を広げ、生き方や価値観等を踏まえた個別性ある支援<sup>6)</sup>が必要とされている。

さらには、回リハ病棟協会が掲げた回リハ病棟のあり方指針(2019)では「患者が主体的に地

### 特集

域生活を再構築・適応できるよう具体的に段階的な計画を行うことが望ましい<sup>7)</sup>としている。以上から、患者が自身の心身機能に見合った理想の生活を考え、自ら良くなろうと行動を変えていくことができるように、“患者の主体性を支援する”という視点が必要であると考えらる。

以下に患者の主体性を支援することに着目しながら、当院回りハ病棟での取り組みについて紹介したい。

## 当院紹介

当院は、老人保健施設千束と一体型の医療施設であり、公益社団法人地域医療振興協会が運営している。当院は昔ながらの下町文化が残る台東区に位置し、理念「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援します<sup>8)</sup>に基づき、急性期から生活期にわたる領域で多職種連携に力を入れ支援を行っている。

当院回りハ病棟はリハビリテーション入院料2を算定しており、2021度は実績指数71.2、重症度37.2%、在宅復帰率93.0%（年間平均値）であった。

## 個別性のあるリハを進めるためのインテーク面接

### 1. 情報収集

当院では入院初日に、主治医と医療ソーシャルワーカーが患者・家族と面談を行い、病前生活や家族関係、退院目標の意向について聴取する。その内容に加え、チームで毎月作成するリハ実施計画書には、家庭内役割・社会参加・余暇活動・家屋状況等の項目があり、身体機能やADLの改善だけでなく、入院中も患者の“生活”を視野に入れながらリハを進めていくことを目的とし情報収集を進めていく。

我々セラピストも患者との日々の関わりの中で、患者の人となりやその人らしい生き方を理解するために、他愛のない会話からも常に情報収集を行う。患者自身も、言葉にして語ることで自分の価値観や望む生き方について気づくこ

ともあるだろう。そして患者が自分らしい生活へと向かっていくために協力したいという気持ちで接することで、信頼関係が生まれ、個人的な話を引き出しやすい関係づくりができると考えている。

### 2. 目標設定

目標設定の方法は、共同意思決定であるShared decision making(以下、SDM)を用いている。SDMとは、医療者と患者が互いに情報を共有し、患者の価値観や目標、嗜好を反映した医学的な選択肢の中から治療選択の決定を共同で行うプロセス<sup>9)</sup>であり、患者の自律性を尊重し、患者の意思決定への関与を促進する<sup>9)</sup>とされている。

目標設定においては、医療者側が退院のために必要な活動を定めるわけでも、患者の希望を全て鵜呑みにするわけでもなく、患者の意向を尊重しながらも双方が納得できる形で合意目標を掲げ、リハチームで共有することを重視している。しかし、入院してすぐ現実的な目標を考えることは難しい場合もあるため、その時の患者の心身状況や住環境に合わせて目標を再設定する等、臨機応変に対応している。

また、目標設定に対してだけでなく、リハ実践や地域移行支援においてもSDMの視点に沿って支援を進めることが重要だと考える。

## 患者の主体性を支援するリハの実際

### 1. 個々の住環境を考慮した支援

自宅内生活は、個々で環境も違えば、習慣や動作方法も異なるものである。当院は、人口密度が高い都心部に位置し、徒歩圏内に自宅がある患者も多いため、可能な限りリハ中に自宅訪問し実際の住環境でADL・IADL(手段的日常生活動作)訓練を行っている(図1)。現在は、COVID-19の影響により行いづらい状況であるため、病院の限られた環境や物品を利用して、個々の住環境に近い状況を作り模擬的に練習をしている。その中で重要なことは、患者自身が



図1 自宅での家事動作訓練の様子

自宅を想定できているかということであり、なぜこの練習が必要なのかを理解し、“やらされている”のではなく“自分のために必要”と感じて練習に取り組めるように関わるのが大切だと考えている。

## 2. “自ら考え自ら行動する”患者を導く支援

病院はスタッフが常にいて安心できる場所である反面、決められたスケジュールで生活が進むため、自然と受動的になってしまう患者も多いのではないだろうか。そのままでは、退院後の生活は狭小化し社会参加に対して消極的になることが予想される。社会参加を促すためには、患者に寄り添い、人としての尊厳を保持し、主体性や自己決定を尊重<sup>2)</sup>することにより、患者が“自分で考え自分で行動する”ような関わりが必要になってくる。

リハにおいては、医療側主導のパターン化したりハサービスにならないように、患者の意向を傾聴しながら患者自身が選択できる状況を作り、患者主体でアプローチを進めることを心がけている。

リハ以外の時間にも、自主練習やアクティビティが習慣化するような声掛けや患者同士のピアサポートを取り入れられる環境を用意する

等、余暇時間における行動変容を促すような支援にも力を入れている。

## 社会参加のための地域移行支援・生活期との連携

### 1. 地域移行支援

当院では、退院後介護保険を利用される患者が多い。しかし、生活様式の変更や歩行補助具の利用に対して消極的になる方は少なくはない。新しく介護保険サービスの利用を勧める場合においても、ケアマネージャーや福祉用具業者と相談しながら、医療側の提案が押し付けにならないように選択肢を作り、我々の意見も伝えた上で、患者・家族が納得できるような内容を選定することを大切にしている。

### 2. 生活期との連携における回復期の役割

コロナ禍の今、家族・ケアマネージャーと対面する機会が減り、外泊も制限されていることで、以前より具体的な生活像を想定した生活期への申し送りが難しくなった。しかし、当院では医療保険と介護保険領域の職員が同一施設内に包括されており、各部署間で連携しやすい環境にある。そのため、入院中の患者の様子を見ることがや、写真や動画の共有も容易に行える等、生活期リハへの移行がしやすいことが強みの一つといえる。

生活期リハへ申し送る際には、心身機能やADL状況のように標準化された評価内容だけでなく、患者と関わっていく経過の中で知り得るような、患者の人柄や家族関係、お互いの意向に対する本音等を伝えることも、退院後その人らしく活動的な生活を送る上では回復期の重要な役割だと考えている。

## 事例提示

今回、自分らしくいられる活動を継続するために患者の主体性を支援した事例について、作業療法士である筆者の視点で以下に紹介させていただく。なお、事例提示にあたりご本人の同

意を得ている。

## 1. 基本情報

A氏は80歳代後半の女性である。2年前に脊柱管狭窄症、腰椎圧迫骨折での入院歴はあるが、その後在宅生活は独居で自立し、屋内外は独歩で移動していた。自宅に浴室はなく銭湯を利用。長男・長女は遠方に住んでいた。今回急に腰痛で動けなくなり入院し、腰椎圧迫骨折と診断された。6日後に回復期へ転棟し同日よりリハビリ開始となった。

## 2. 情報収集

### (1) A氏の人となりや価値観を知る

A氏は穏やかで職員や他患者に対して気配りをされる方であった。入院当初移動・ADLに一部介助が必要であったが職員を呼ぶことに抵抗を示し早期の自立を希望した。また、退院に向けては「生活様式は変えたくない」との意志を示した。筆者は、その様子からA氏がどんな人柄でどう生きてきたかを知りたいと思い聴取した。

生活様式については「この歳になって生活を変えてもそんな長くないだろうし」と将来に対して希望を見出せず、子供の負担も気にしている様子であった。A氏は昔、母の介護で苦労した経験から、自分の子供には迷惑をかけたくないと考えていた。また、A氏は近所の方の付き添いや手伝いを頼まれることが多かったが断れないのだと笑って語った。そこから筆者は、A氏が家族や友人との関係を大事にし、相手を優先することを選択してきたこと、人に迷惑をかけないことに価値を置き、自分のことは自分ですることや人に頼られることで自分らしさを感じていたのではないかと推測した。

### (2) A氏にとって外出することの本当の目的を知る

A氏は「今まで通り買い物と銭湯に行きたい」と語った。食事や入浴のためであることはもちろんだが、買い物や銭湯におけるA氏のモチベーションとは何かを聞きたいと思い聴取した。

A氏は出先で友人に会ってお喋りすることが

習慣であり、生活の中での楽しみとしていた。買い物や銭湯は、一人暮らしであるA氏にとっては友人との交流の場であったことが推測された。その際、A氏は手提げ袋を使用していたことや、そのまま立ち話をしていたことが分かった。

## 3. 目標設定

今回転倒歴はなく、骨折の原因として生活様式や生活動作方法による腰への負担の蓄積が原因と考えられた。チームとしては新しい生活様式や歩行補助具の変更が必要と思われたが、A氏は「生活様式は変えたくない、今まで通り買い物と銭湯に行きたい」と、病前生活に戻ることが希望した。そのため、チームの意向を押し付けずA氏の希望を尊重し、まずは身体機能改善・歩行能力向上に努めた。後述するが、リハビリ経過の中でA氏の心情の変化に寄り添いながら、A氏が望む生活像に必要な生活様式や生活動作、歩行補助具の提案を行っていった。A氏は、生活様式を変え、支援を受けながらも一人暮らしを継続すること、そして友人交流のためにも外出をすることが重要だと認識が変わったため、A氏の意向を尊重した目標に設定し直した。

## 4. A氏の主体性を支援する

### (1) 価値に合った生活様式・生活動作に変更する

A氏の自宅は、3階建ての持ち家で生活スペースは主に2階であった。生活様式は和式であり布団、座卓を使用していた。生活に必要な道具は低床にあり、洗濯機のホースを毎回屈んで付け外しする習慣もあった。階段は急な傾斜であり(図2)、洗濯物は籠を持って3階まで上がり上方に吊るされた縄に干していた。

今回転倒歴はなく生活の中で骨折したため、再発に対する不安や今後の生活を考え落ち込む様子が見受けられた。筆者は、A氏に寄り添いタイミングを計らいながら、腰に負担のかかる生活動作について考えたいこと、生活様式や動作方法を考慮すれば在宅生活を継続できると見込んでいることを伝えた。また、家族としては





図2 A氏自宅内の急な階段

週に1回程度は家事の支援をするつもりであるという意向をA氏に伝え、今までの苦労や年齢を考慮し支援を受けることも提案した。そして、家族に依頼した自宅写真を見ながらA氏の生活状況を詳細に聞き、どのように身体を動かしていたかを書面に記して具体化していった。

その結果、「うちは低いところに物が置いてあるんですよ、今思うと腰に負担のあることばかりしてたんですね。これからは自分の体も大事にしなきゃね」と生活様式の変更や家事の分担にも関心が向き始めた。

リハ室での模擬練習では、A氏の主体性を尊重し、本人が自宅環境でもできるかどうか想定してもらいながら、やりやすい方法を一緒に模索していった。A氏から「昨日考えてみたんだけど、これはどうやるのが一番いいかな？」と相談を受けるようになり、その都度話し合った。

A氏・家族から洋式の生活に変更することに同意を得て、家族・ケアマネジャーには今後注意すべき生活動作方法を伝えた上で必要な家具や道具の配置の変更の依頼を行った(図3,4)。

## (2) 外出の本当の目的を尊重し歩行補助具を選定する

A氏が腰の負担を考慮しながら外出先での友人交流を継続するためには、退院後シルバー

カーの使用が望ましいと考えられたが、A氏は入院当初より消極的であった。理由としては、以前屋外用のものを購入したが、玄関の段差に持ち上げようとした際に腰を痛めた経験があり、使用すべきでないと考えていた。そのため、段差昇降の方法や腰掛け方等、シルバーカーの応用的な使用方法を指導し、成功体験を積み重ねた。また筆者の思いとして、A氏らしく生きていくために友人交流を継続してもらいたいこと、そのためにもシルバーカーの方が安全と考えていることも伝えていった。A氏からは「籠を使うと屈まなきゃいけないから、袋をシルバーカーに縛り付けようと思うの」という発言も聞かれ、使用方法は定着し退院後も利用する方針となった。

## 5. 結果

退院後、A氏にとって不安が残る家事動作と買い物においては訪問リハを導入することとなった。利用開始から3ヵ月後には、シルバーカー使用による買い物は自立し、友人交流も再開できた。家事動作は新しい環境や動作方法で定着し、自立生活を継続できている。入浴は、まずは銭湯デイサービスを利用することになったが銭湯デイサービスでも顔見知りができ、新しい他者交流の場としても利用できている。

## 6. 考察

今回A氏は、入院当初病前生活に戻ることを希望したが、リハを進める中で、自分にとってどういう生活が大事なのかと価値観を見つめ直し、生活様式や歩行補助具を変えてもA氏らしく活動的な生活を再獲得することができた。筆者の関わりとして、A氏の心情に寄り添い、必要な時間を待ち、そして何をしている時に自分らしいと感じるのか、これまでどういう人生を送り今後どういう自分でありたいか等、A氏の人となりを理解しようとした上でA氏が望む新しい生活を一緒に考えたことで、A氏自身が価値観を見つめ直すきっかけになったのではないかと考える。

また、退院後の生活像の提案がセラピストか



図3 申し送りの際に作成した環境調整や動作指導についての資料(居室)

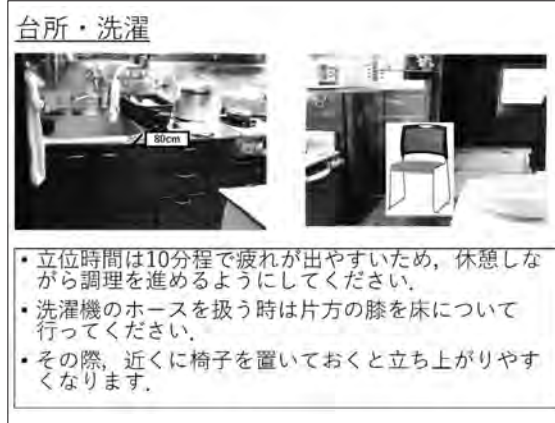


図4 申し送りの際に作成した環境調整や動作指導についての資料(台所・洗濯)

らの押し付けではなく、A氏も意思決定に携わるように関わったことで、A氏が主体となって自分で考え自分で行動し、そして退院後もA氏らしく活動的な生活につなげることができたと考える。

## 最後に

今回『身体を動かす—リハビリテーションアップデート—』として、ただ単に受動的に身体を動かすのではなく、退院後も地域の中で自発的に身体を動かす患者の姿を目指した当院回復期リハ病棟の取り組みについて述べた。

入院生活という不安も大きい中で、自分と向き合い、今後の生活・人生について考えを巡らせる方も多いただろう。そのような患者の心情に寄り添い、入院中にいかに障害を負った後も自分らしく生きていくことへ希望を見出せるか、自分自身で良くなろうと思えるかが重要であり、患者が主体的になれるよう心を動かす支援ができるかどうか、退院後の患者の人生に影響すると考えている。これからも、生き生きと

過ごす患者の姿を想像しながら、少しでも理想の生活に近づくための手助けができるように努められれば幸いである。

## 参考文献

- 1) The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU 1) 岡本隆嗣: 回復期リハビリテーション: 病棟システム. MB Med reha 2018;222:18-28.
- 2) 峯下隆守: 回復期リハビリテーション病棟におけるバランスのとれた機能・活動・参加の作業療法. OTジャーナル 2018;52(12):1223-1228.
- 3) 岩ヶ谷佳那, 杉山基: セラピスト10カ条を用いた当院回復期リハビリテーション病棟の現状に関する調査. 日農医誌 2020;69(1):24-28.
- 4) 三橋尚志: 回復期リハビリテーション医療の歴史と現状. Journal of Clinical Rehabilitation 2022;31(4):300-308.
- 5) 石井誠: 回復期リハビリテーション病棟の変換. OTジャーナル 2018;52(12):1216-1222.
- 6) 浜村明德: 自立生活を支える病院の地域づくり活動. 病院 2019;78(6):413-418.
- 7) 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会: 回復期リハビリテーション病棟のあり方指針 第一版. 2019.
- 8) Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al: Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2012; 125: 1928-1952.
- 9) Elwyn G, Laitner S, Coulter A, et al: Implementing shared decision making in the NHS. BMJ 2010; 341: c5146.

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

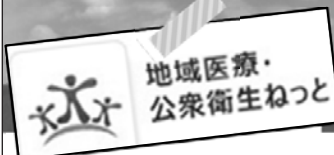
健康  
危機管理

疫学

保健  
福祉  
行政

ヘルス  
プロモーション

市民協働



## 地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク 地域医療・公衆衛生ねっと

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

**地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！**

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

登録数 約1600人  
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

### ★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス  
関連の情報も  
入手できます！

### 【メールで届く情報】

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

### 地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

## 第107回

# “画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる 事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

### はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における「医療安全情報」では、繰り返しの注意喚起がなされている場合がある。その一つに「画像診断報告書の確認不足」がある。これまで、「医療安全情報」では、「No.63: 画像診断報告書の確認不足(2012年2月)」「No.138: 画像診断報告書の確認不足(第2報)(2018年5月)」などが公表され、再度の注意喚起が実施されている<sup>1)</sup>。

また、本事業における第40回報告書<sup>2)</sup>では、「再発・類似事例の発生状況」として、および第51回報告書<sup>3)</sup>(以下、本報告書)では、「再発・類似事例の分析」として、「画像診断報告書の確認不足」に関する内容が取り上げられている。本報告書によると、「本報告書分析対象期間(2017年7月～9月)においても類似の事例が13件報告された」ということと、「第40回報告書の集計期間後の2015年1月以降に報告された再発・類似事例が32件であった」ということが挙げられている。

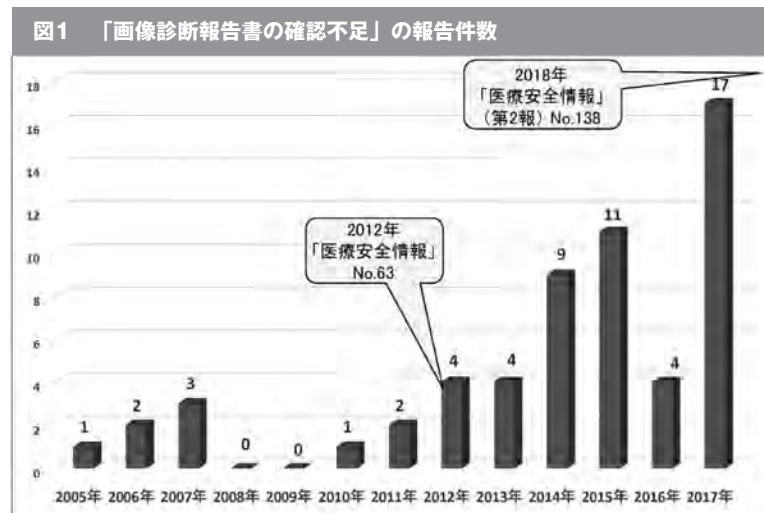
画像検査の実施により、何らかの異常所見(疑いを含む)を認めた場合には、早急に適切な対応、および患者への説明などが必要とされることがある。しかし、本報告書には、画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例として、「画像診断報告書を見なかった事例」「画像診断報告書の

記載内容を見落とした事例」「画像診断報告書が報告されているにもかかわらず内容を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例」などがあることが挙げられている。

患者・家族としては、検査の実施は診断・治療に関わる必要性があるから実施されていると理解し、その結果について医師からの説明がない場合、検査結果には異常がなかったと受けとめる可能性があることが想定される。複数のプロフェSSIONALが関与しているにもかかわらず、「失念」「思い込み」「確認不足」「連携不足」などにより、検査結果の確認、および適切な対応の遅れが発生する可能性は、患者・家族にとって、“想定外”であるということが考えられ、このような事例の発生を未然に防止することは喫緊の課題である。本連載でもこれまでに、「画像診断報告書の確認不足」に関わる内容として、「画像診断報告書の確認不足に関わるアクシデント(第32回)」というテーマで、インシデント・アクシデント事例発生 of 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、“画像・画像診断報告書の確認不足”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。

“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる



〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第40回・第51回報告書、および「医療安全情報」の記載内容より作成〕  
 (※2017年は、1月～9月までに報告された件数)

事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生を未然防止できなかったのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、関与する医師、看護師、診療放射線技師などが、多職種間の連携を発揮し、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生を回避できるシステムの整備に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、「なぜ、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生を未然防止できなかったのか？」という疑問に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

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。

### “画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例

本事業における第40回報告書<sup>2)</sup>、および本報告書によると、「画像診断報告書の確認不足」の報告件数は、2005年～2011年までは0～3件/年で、2012年に4件が報告されたことが挙げられており、この時点で1回目の「医療安全情報」による注意喚起が実施されている。2012年～2016年までは4～11件/年で、2017年(1月～9月まで)には17件が報告されたことが挙げられており、2018年に第2報の「医療安全情報」による再度の注意喚起が実施されている(図1)。

本報告書における分析対象期間(2017年7月～9月)に報告された類似の事例は13件であり、第40回報告書<sup>2)</sup>の集計期間後の2015年1月以降に報告された再発・類似事例は32件で、本報告書ではこの32件を分析対象としていることが挙げられている。

32件の事例における「事故の程度」では、「死亡:1件」「障害残存の可能性が高い:9件」「障害残存の可能性が低い:5件」「障害残存の可能性なし:2件」「障害なし:5件」「不明:10件」であり、「治療の程度」では、「医療の実施あり」の27件の内訳として、「濃厚な治療:12件」「軽微な治療:4件」「なし:2件」「不明:9件」ということが挙げられている。

表 画像検査の目的と確認していなかった内容						
			確認していなかった内容		件数	
			目的とは別の部位の悪性腫瘍の指摘または疑い	動脈瘤の指摘		
画像検査の目的	悪性腫瘍以外の疾患・病態	精査	14	0	14	20
		治療経過のフォロー	4	1	5	
		PTPシートの位置確認	1	0	1	
	悪性腫瘍	精査	6	0	6	12
		治療経過のフォロー	5	1	6	
	合計			30	2	32

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第51回報告書より〕

実施した画像検査は、「CT検査:29件」「MRI検査:2件」「PET検査:1件」で、画像検査の結果の確認において、確認していなかった内容では、「目的とは別の部位の悪性腫瘍の指摘または疑い」が32件中30件であることが挙げられている(表)。

さらに、画像検査の目的と確認していなかった内容としては、「悪性腫瘍以外の疾患・病態」に対する「精査:14件」「治療経過のフォロー:4件」「PTPシートの位置確認:1件」の計19件で、「目的とは別の部位の悪性腫瘍の指摘または疑い」を確認していなかったこと、および「悪性腫瘍」に対する「精査:6件」「治療経過のフォロー:5件」の計11件で、「目的とは別の部位の悪性腫瘍の指摘または疑い」を確認していなかったことが挙げられている(表)。

本事業の事例検索<sup>4)</sup>では、2022年1月下旬現在、キーワード“画像診断報告書”で65件、“画像診断報告書”“確認不足”で13件、“画像”“診断の遅れ”で15件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例として、事例検索<sup>4)</sup>にて検索された事例や、本報告書に掲載されている事例としては、

「血管内治療の目的で脳神経外科に入院した患者(70歳代、女性)に対して、術前に、腎臓の多発の嚢胞を精査する目的で全身CT検査を実施した。主治医はCT画像で腎臓に多発の嚢胞を確認したが、その他は異常ないと判断した。放射線

科の読影結果で、肺に異常陰影が指摘されていたが、その読影結果を確認していなかった。放射線科の読影結果が説明されないまま、患者は退院した。約8ヵ月後、患者は動悸などを主訴に循環器内科を受診し、胸部CT検査が実施された結果、左肺腫瘍が疑われ、呼吸器内科に入院した。呼吸器内科の医師が過去のCT画像を確認し、約8ヵ月前の時点で肺癌の疑いがあることに気づき、医療安全管理部門に報告した。

医師は、約8ヵ月前のCT画像の確認の際に、胸部の異常陰影を確認できず、放射線科の読影結果も確認していなかった。入院中の患者に対して、放射線科の読影結果の既読や、読影結果の説明を実施したことなどを確認するシステムがなかった。検査目的とは異なる部位に悪性所見を認めた際に、担当医に報告するシステムがなかった<sup>3),4)</sup>。

「1年前、患者(70歳代、男性)が薬剤処方のみで再診した際に、特に胸部症状はなかったが、スクリーニング目的で胸部エックス線検査が実施された。放射線医が左肺の陰影を指摘したが、同日は医師による対面の診察は実施されなかった。11ヵ月前、他院Aで頭部MRI検査が実施され、10ヵ月前に当院に受診した。この時は、特に症状の変化はなく、MRI画像で左基底核に無症候性脳梗塞1ヵ所の出現を認めたため、医師はこの件を説明したが、以前、スクリーニング目的で実施した胸部エックス線検査の結果の確認を

行わなかった。6ヵ月前から電話再診が続き、体調が変わらないと聞いていたが、前月から咳嗽が出現し、他院Bを受診したところ、左肺癌を認め、現在検査中であることを、今回の電話再診の際に家族から訴えがあった。

薬剤処方のみで再診した際に実施した胸部エックス線検査の結果は、本来は次の受診時に説明すべきであったが、患者の受診時に別の偶発的事象が発生し、その対応のため、胸部エックス線検査の結果を確認することを失念した<sup>4)</sup>などがある。

このように、報告されている、「画像診断報告書の確認不足」に関わる事例の発生を未然に防止することはもちろん重要であるが、併せて「画像の確認不足」に関わる事例の発生についても目を向ける必要がある。「画像の確認不足」に関わる事例としては、

「患者(60歳代、女性)は、食欲不振などで消化器内科を初診し、腹部中心の精査が実施され、明らかな異常所見を認めなかった。受診時に胸部症状はなかったが、悪性腫瘍を鑑別する目的で、胸部エックス線検査が実施された。しかし、その結果の確認を怠った。後日、患者は、味覚障害にて耳鼻咽喉科を受診し、喉頭内視鏡検査で左反回神経麻痺が疑われたため、同科で胸部CT検査が実施され、左原発性肺癌が疑われた。消化器内科の初診時に実施した胸部エックス線検査の画像を確認すると、病変の指摘は容易に可能であった。

胸部エックス線検査の画像の既読・未読をチェックするシステムはなかった<sup>4)</sup>などがある。

これら“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例は、診断や治療の遅れなどにより患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性があること、患者・家族へのタイムリーな説明が実施されない可能性があること、および治療などに関して、患者・家族の選択肢を狭める可能性があることなど、直接的・間接的な影響の発生が想定される。併せて、医療者・医療機関への信頼を揺るがす可能性もあり、関与する職員への影響にも目を向け、事例の発生を回避するシステムを整

備することが急がれる。

## 具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例発生を未然防止対策として、画像診断報告書の確認のシステムの整備、職員間における確認のルールの整備、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、“画像・画像診断報告書の確認不足”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<sup>4)</sup>にて検索され、本報告書にも掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“画像・画像診断報告書の確認不足”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「約11ヵ月前に実施した、CT検査の読影所見の見落とし?」

### 【事故の内容】

- ・患者(70歳代、男性)は、検診科を受診し、腹部超音波検査で腹部大動脈瘤、および血液検査でPSA高値を指摘された。
- ・精査目的で、腹部大動脈瘤は循環器内科、PSA高値は泌尿器科の外来に紹介され、受診した。
- ・循環器内科の外来主治医(検診科の担当医と同一医師)は、腹部大動脈瘤を精査する目的で1ヵ月後に腹部CT検査を実施した。
- ・腹部CT検査の1週間後の外来受診時に、「半年後、大動脈瘤、腎機能をチェックする」とカルテに所見を記載し、血液検査と腹部超音波検査を予約した。
- ・4ヵ月後、外来で実施した腹部超音波検査では、「腹部大動脈瘤に著変なく、腎臓には問題なし」であった。
- ・さらに7ヵ月後、成人病ドック受診時の腹部超音波検査で、「腎細胞癌疑い」の所見が認められた。
- ・別の検診科の医師が過去の検査所見を見返すと、約11ヵ月前に実施した腹部CT検査の読影所見に『腎癌疑い、精査を』と記載されていたのを見落とししていたことが判明した。

(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51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、「当該医療機関では、人間ドック部門(検診科)と診療科が分かれており、検診科で精査が必要になった場合は、院内紹介という形を取り、今回は、検診科で腹部大動脈瘤を指摘した医師が、循環器内科外来でも担当した」[検診科の担当医と紹介された循

環器内科の外来主治医は同一医師(兼任)であり、検診時の腹部超音波検査や尿細胞診の結果から、腎臓に関しては重要所見がないはずであるという先入観があった」循環器内科の外来主治医は大動脈瘤の精査目的で腹部CT検査をオーダーしており、自身の専門領域の読影能力には自信を持っており、放射線科の読影所見を見ていなかった」腹部CT検査から1週間後、検査の結果を説明する際には画像診断報告書は報告されていたが、循環器内科の外来主治医は、画像診断報告書を見たかどうかの記憶がない」検診科から紹介を受けた泌尿器科の外来主治医は、『PSA高値』で紹介されていたため、前立腺精査については骨盤MRI検査とPSAの再検査を実施したが、それ以外の検査(腹部CT検査)の読影所見まで目が届かなかった」本事例の腎癌は、腹部超音波検査では検出することが困難なタイプの腫瘍であった」当該医療機関では、緊急の検査以外は画像検査の当日に画像診断報告書を作成し、報告している」放射線科医師は、緊急な対応・処置を要する所見(胸水の急激な増加や気胸など)であれば、これまでも電話で担当医に連絡していたが、撮影目的以外の癌の発見などは連絡する体制にはなっていなかった」電子カルテには、検査の依頼医に画像診断報告書が作成されたことを知らせる機能や、画像診断報告書を見たか否かを識別できる機能、および画像診断報告書の内容を確認したことを登録できる機能はなかった」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、腹部CT検査を実施した循環器内科の外来主治医(検診科の担当医と同一医師)は、検査の1週間後、患者に検査結果を説明する際に放射線科の読影所見を説明しなかったのか?」「なぜ、検診

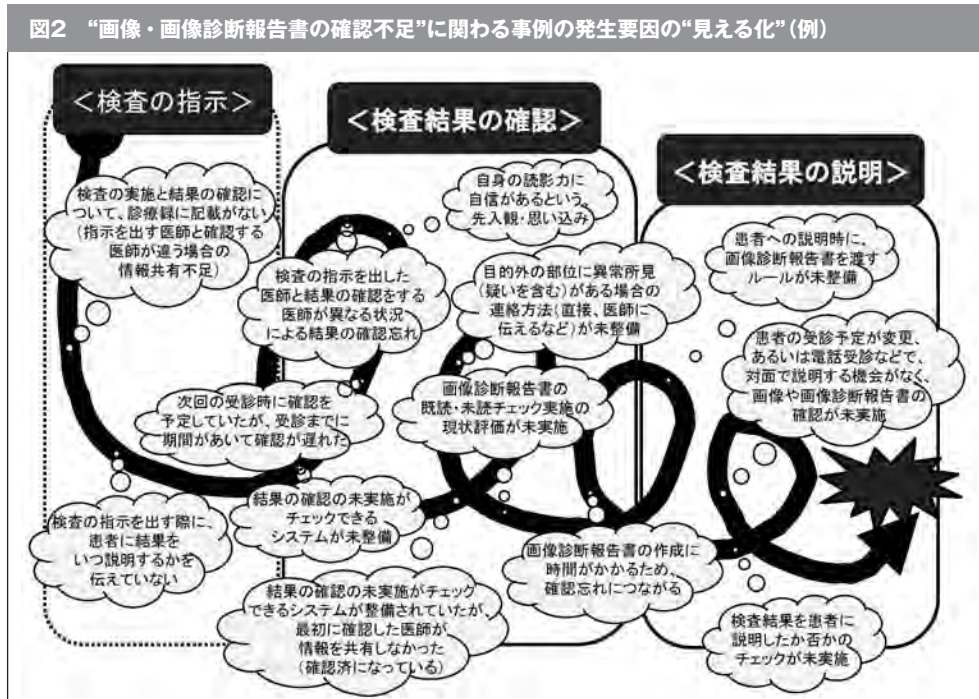
科から紹介を受けた泌尿器科の外来主治医は、『PSA高値』で紹介されていたとしても、腹部CT検査の読影所見まで確認しなかったのか?」「なぜ、緊急の検査以外は画像検査の当日に画像診断報告書を作成し、報告しているにもかかわらず、誰も画像診断報告書を確認していないことに気づかなかったのか?」「なぜ、画像診断報告書の『腎癌疑い、精査を』という読影所見の見落としが、約11ヵ月間も判明しなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

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「放射線科医師は、緊急な対応・処置を要する所見(胸水の急激な増加や気胸など)であれば、これまでも電話で担当医に連絡していたが、撮影目的以外の癌の発見などは連絡する体制にはなっていなかった」電子カルテには、検査の依頼医に画像診断報告書が作成されたことを知らせる機能や、画像診断報告書を見たか否かを識別できる機能、および画像診断報告書の内容を確認したことを登録できる機能はなかった」などにも注目することが重要である。

ここでは、さらに、「なぜ、複数の医師が関与していたにも関わらず、約11ヵ月前に実施した腹部CT検査の読影所見の『腎癌疑い、精査を』という記載に誰も気づかなかったのか?」「なぜ、約11ヵ月前に実施した腹部CT検査の『腎癌疑い、精査を』という読影所見に誰も気づいていないことが問題視されなかったのか?」などの疑問を深め、事例発生の根本原因を明らかにすることが望まれる。

“画像・画像診断報告書の確認不足”の発生を未然に防止するため、本報告書、および事例検索<sup>4)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「画像・画像診断報告書の確認不足」に関わる事例の発生要因の「見える化」(例) (図2)を作成した。ここでは、画像・画像診断報告書の確認における「検査の指示」「検査結果の確認」「検査結果の説明」というそれぞれのプロセスで、どのような発生要因が考えられるか、複数の発生要因の関連も併せて現状評価を行い、検討することを提案したい。





(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第51 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)

自施設では、“画像・画像診断報告書の確認不足”がチェックできるシステムは整備されているだろうか。システムが整備されている場合でも、運用が適切か否か、および現状評価が実施されているか否かなどを含めて、課題が明確にされているだろうか。このように発生要因を“見える化”することによって、関与する多職種間の情報共有や、連携による未然防止の可能性を検討することを期待したい。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生要因としては、「確認不足」「先入観・思い込み」「失念」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。

“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における防止対策の現状評価が未実施、2)多職種参加による“画像・画像診断報告書の確認不足”事例発生の可能性のリスクアセスメントが未実施、3)画像診断報告書の確認のシステムにおける運用状況の現状評価が未実施、4)リスクアセスメントの結果を踏まえたシステムの見直しが未実施、

5)検査の目的以外の部位に異常所見(疑いを含む)を認めた場合の連絡のルールが未整備、6)情報提供を含む多職種参加の職員研修が未実施、などが考えられる。

### “画像・画像診断報告書の確認不足” 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、「画像検査で、検査の目的や対象臓器と異なる部位の異常所見を認めた場合には、放射線科から主治医に警告サインを送るシステムの構築ができないかを考える」「外来で検査結果の確認をする際に、何らかのダブルチェックを実施する」「本事例は検診科の担当医と腹部大動脈瘤で紹介された循環器内科の外来主治医が同一医師であったため、思い込みがあり、腹部大動脈瘤以外に目がいかなかったので、ダブルチェックの観点からも今後は別の医師に紹介する」「医療情報部がチェックを行い、画像診断報告書の見落としが疑われる場合には、主治医にメールで注意喚起する」などが挙げられていた。

“画像・画像診断報告書の確認不足”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)自施設における防止対策の現状評価の実施、2)多職種参加による“画像・画像診断報告書の確認不足”事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施、3)画像診断報告書の確認のシステムにおける運用状況の現状評価の実施、4)リスクアセスメントの結果を踏まえたシステムの見直しの実施、5)検査の目的以外の部位に異常所見(疑いを含む)を認めた場合の連絡のルールを整備、6)情報提供を含む多職種参加の職員研修の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「先入観・思い込み」「失念」などを防止すること、および患者に及ぼす可能性のある、不可逆的な影響の重大性を再認識する機会の提供により、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生に至る前に、プロフェッショナルに期待される責務を再認識し、“画像・画像診断報告書の確認不足”の状況に気づいて、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「自施設における防止対策の現状評価の実施」では、本事業における事例検索<sup>4)</sup>で検索された事例などを参考にして、現在、自施設で実施している防止対策の現状評価の実施が急がれる。自施設で類似事例が発生している場合には、防止対策の検討内容も含めて評価を実施することが求められる。

2)の「多職種参加による“画像・画像診断報告書の確認不足”事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施」では、自施設でこれまでに類似事例が発生しているか否かの確認も、併せて実施することが望まれる。ここでは、他施設で発生した事例などを参考に、自施設におけるリスク発生の可能性を検討することが重要となる。併せて、1)の「自施設における防止対策の現状評価の実施」も検討したい。

3)の「画像診断報告書の確認のシステムにおける運用状況の現状評価の実施」では、自施設で既にシステムを整備している場合に、画像診断

報告書の確認が適切に実施されているか否か、および運用上の課題の有無などについて評価することが望まれる。ここでは、画像診断報告書の未確認の防止対策を行っていても、最初に確認した医師が診療録に記載していない、および医師間での情報共有を実施しなかった、などにより「既読になっているが、医師間で検査結果の情報が共有されていない」という状況が発生する可能性にも注目する必要がある。

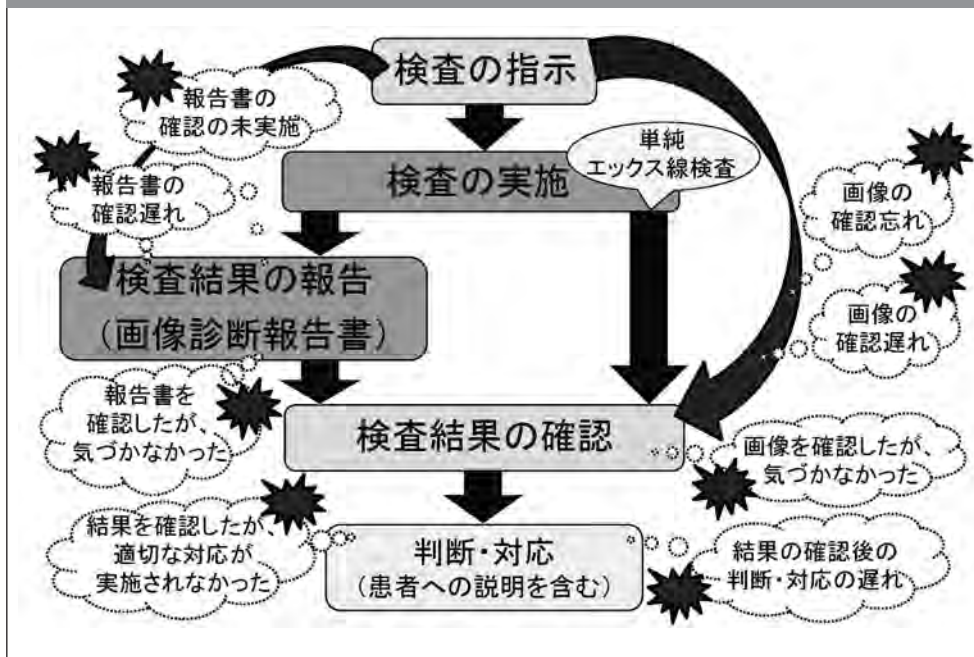
4)の「リスクアセスメントの結果を踏まえたシステムの見直しの実施」では、これまで自施設では類似事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性に目を向けて、現状のシステムの脆弱性について確認することが期待される。

5)の「検査の目的以外の部位に異常所見(疑いを含む)を認めた場合の連絡のルールを整備」では、既読・未読の確認や、未読の一覧表の配布の実施などを検討することに加えて、直接、検査の指示を出した医師に連絡するルールを整備を検討したい。その際、当該医師に連絡がつかない場合の対応、および連絡後に適切な対応(経過観察という対応も含めて)が実施されたか否かの確認を含めたルールを整備が望まれる。

6)の「情報提供を含む多職種参加の職員研修の実施」では、患者への重大な影響が発生する可能性を考慮して、未然防止に取り組む意義を職員間で共通認識とすることが重要となる。そのため、自施設で発生した事例や、他施設で発生した事例の紹介などを含めた情報提供の方法を検討したい。職員個々が関心を持てるような注意喚起も併せて、具体的事例を活用した職員教育の企画が期待される。

前記の事例における改善策としては、「セーフティネット」として、①全てのCT検査の報告書に、『確認』、および『説明』を行った医師名・日付を記載する欄を設け、担当医はそれぞれを実施した際に記録を行う。②検査目的と異なる部位に速やかな対応が必要と思われる悪性所見を認めた場合には、担当医に電話連絡を行う。③患者に対して説明が実施されたかということを医療安全管理部門がモニタリングする。『厚生労働省医政局総務課医療安全推進室より、『画像診断報

図3 “画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例発生の可能性の“見える化”(例)



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第51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)

告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組について』<sup>5)</sup>という、事務連絡の通知がなされている。これを受けて、11ヵ月前からの放射線検査画像、および病理画像に関して、報告の確認漏れや説明漏れを防止するシステムを電子カルテ上に構築した」などが挙げられていた。

今後、自施設における“画像・画像診断報告書の確認不足”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。

### “画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例発生の可能性の“見える化”(例)

本稿では、「なぜ、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生を未然防止できなかったのか？」という疑問に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、適切なルールやシステム

が未整備であること、ルールが遵守されていないこと、および多職種間の情報共有が実施されないことなどにより、“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生を未然防止できずに、患者への不可逆的な影響が発生する可能性に目を向けたい。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、事例の発生要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例の発生を未然防止するために、「どこで、どのようなリスクが発生する可能性があるのか」ということを“見える化”した上で取り組むことを提案したい。そして、事例の発生を“想定内”にして、“想定内”の事例の発生に対して具体的な未然防止対策を検討することで、適切に対応することを期待したい<sup>6)</sup>。

本報告書、および事例検索<sup>4)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例発生の可能性の“見える化”(例)」を作成した(図3)。ここでは、「画像診断報告書の確認不足」はもちろんのこと、「単純エックス線検査の画像の確認不足」についても目を向け

ることを提案したい。画像診断報告書の確認については、既に未読チェックのシステムが整備されている医療機関もあると思われるが、単純エックス線検査の画像の確認についても、自施設の状況に併せて検討することを期待したい。

担当する医師が、念のために当日の検査の指示を出して、次回受診時に検査の結果を確認する予定、という状況は考えられる。この場合、患者の受診が延期になる、担当医師の交代など、さまざまな要因が関連して、「画像の確認不足」によるインシデント・アクシデント事例の発生に至る可能性が想定される。「単純エックス線検査の画像の確認不足」を未然防止するための対策についても、この機会に自施設の取り組みを振り返ることを期待したい。

“画像・画像診断報告書の確認不足”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、自施設における事例発生の防止対策の現状評価が欠かせない。未読をチェックするシステムの整備のみならず、当該システムの脆弱性がないかなどの現状評価とリスクアセスメントの実施が望まれる。画像・画像診断報告書は、確認の実施の有無に加えて、確認後に、適切な対応（経過観察という対応も含めて）が実施されたか否か、ということまで評価することが期待される。自施設における防止対策のシステムが整備され、適切に運用されているか否か、ということを検討することを提案したい。

併せて、具体的な事例に関する情報共有とリスクアセスメント、および多職種間の連携で事例の発生を未然防止できる可能性に気づき、多職種間の連携を促す職員教育の実施が望まれる。“画像・画像診断報告書の確認不足”を職員個々のヒューマンファクターとしてとらえるだけでなく、関与する多職種が、プロフェッショナルとしての個人の責任の自覚はもちろんのこと、リスクの発生を回避するために組織の“医療安全力”を高める取り組みを実施することが期待される。

#### 参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 <https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2022 Jan 31)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第40回報告書. [https://www.med-safe.jp/pdf/report\\_40.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/report_40.pdf) (accessed 2022 Jan 31)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第51回報告書. [https://www.med-safe.jp/pdf/report\\_51.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/report_51.pdf) (accessed 2022 Jan 31)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2022 Jan 31)
- 5) 厚生労働省：画像診断報告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000575997.pdf> (accessed 2022 Jan 31)
- 6) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性・5.アクシデントに適切に対応する アクシデントを発生前に想定し、適切な未然防止対策を実施している. 臨床外科 2016；71(8)：996-999.

ちょっと画像でCoffee Break

# 胸部X線画像クイズ

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例:70代 男性.  
自覚症状なし.  
所見は?



図1 胸部X線(立位正面:P→A)



図2 3年前 参考画像

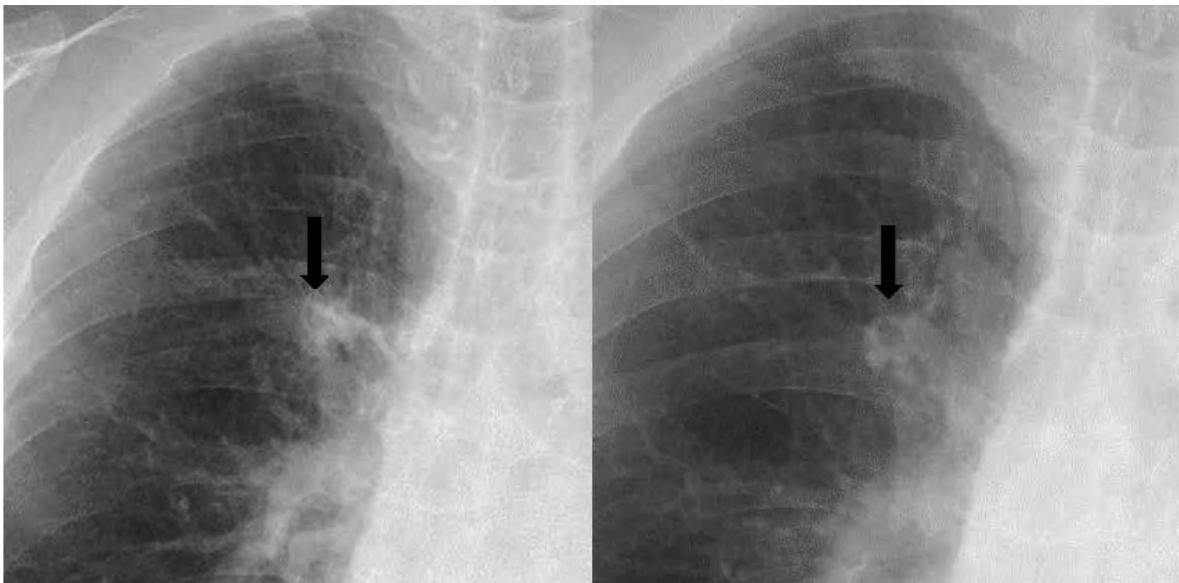


図3a 今回 右肺門部拡大像

図3b 3年前 右肺門部拡大像

### 所見

右肺門上部に結節影を認め、過去画像では確認可能であった右 B<sup>3</sup>b の透亮像が消失している (図3矢印)。

検査の2週間後、患者は発熱と咳嗽を主訴に外来を受診、CRP 4.7mg/dL、白血球数 10,500/ $\mu$ Lと血液検査上も異常を呈した。肺炎が疑われ、胸部単純 CT が撮影された。

CT では右肺 S3 に浸潤影が出現していた。また、B<sup>3</sup>b や B<sup>3</sup>a 内を充満するような軟部影がみられ (図4 矢印)、B3 気管支の途絶が疑われた (矢頭)。胸部 X 線での異常に合致した。

経過で肺炎は改善したが、2ヵ月後の X 線、CT で気管支内陰影に変化なく、気管支内腫瘍とそれによる閉塞性肺炎が強く疑われた。

気管支鏡が施行され、右 B3 に乳頭状腫瘍を確認、生検で扁平上皮癌の診断となった。右上

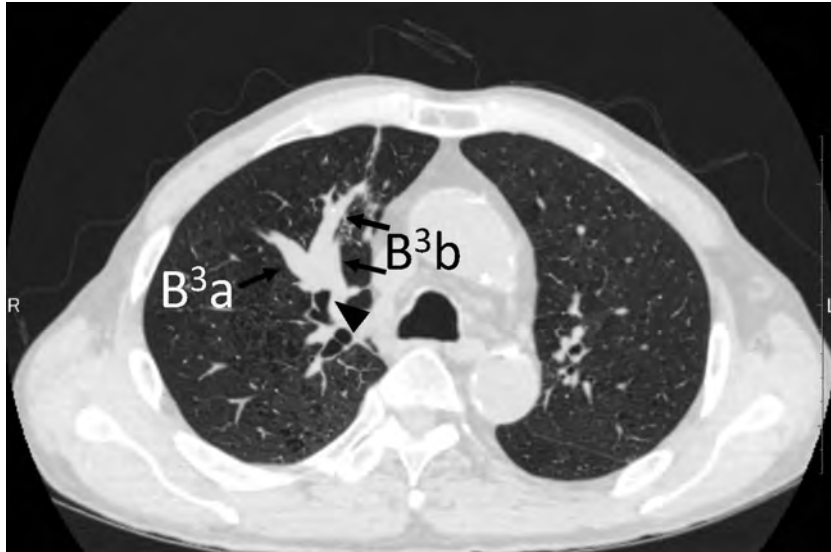


図4 胸部単純CT

葉切除術が施行され肺扁平上皮癌 T1cN0M0 の最終診断に至り，現在再発なく経過観察されている。

#### 診断 右上葉肺癌

左右の B<sup>3</sup>b は背→腹方向に走行する（図4）。正常では本例の過去画像のように，肺門上部に気管支壁と内腔の透亮像がドーナツ状に正接像として描出されることが多く（図3b），約50%で観察可能とされている。

撮影条件での若干の変化はあり得るが，過去に明瞭に描出されていた正接像が経過で消失した際には注意が必要である。当症例のように，腫瘍の早期発見の一助となることもある。

X線での気管支の評価には限界があるが，CTでは各気管支の詳細な評価が可能である。CT読影の際，限局性の肺炎を見たときには，病変部の気管支の透亮像が保たれていることを確認し，腫瘍による閉塞性肺炎を否定しなければならない。本例のように気管支内に鑄形状に病変や分泌物が充満している場合は肺動静脈と誤認することもある。気管支を丁寧に追跡する習慣をつける必要がある。

読影において過去との比較と正常構造の確認が重要であることを再認識させられた1例であった。

#### 参考文献

酒井文和：胸部単純 X 線診断をきわめる，画像診断 2007;27（臨時増刊号）。

#### POINT

- ・B<sup>3</sup>b は肺門上部に正接像として描出される。
- ・経過で陰影に変化が生じた際には注意が必要。

## 『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

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

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

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。

多くの皆さまからのご応募をお待ちしています。



### 連絡先

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



## 今野 良先生の 「子宮頸がんの予防 HPVワクチン 前編」 (7月1日配信)

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科教授の今野 良先生から子宮頸がんの予防について解説していただきます。

現在、WHOは公衆衛生の問題として、ヒトパピローマウイルス(HPV)感染によって引き起こされる子宮頸がんの撲滅に向けてグローバルな戦略を提唱しています。ワクチンによりHPV感染を予防すること、検診ではCIN2(中等度異形成)が予防の指標とされ、CIN3(浸潤のない癌に近い状態)を治療対象としています。

HPVは正20面体のカプシドに覆われたDNAウイルスです。カプシド遺伝子をプラスミドに組み込んで増殖させ、得られたカプシドをワクチンとして筋肉注射します。子宮頸部のHPV感染ではIgA抗体がつけられますが、ワクチンではIgG抗体が大量につくられ、血液から子宮頸部に染み出して感染を予防します。

HPVワクチンは、2006年に米国で承認され使用開始、日本では2009年に承認、2010年に接種緊急促進事業がつけられ、無料でワクチン接種が勧められました。2013年4月1日に予防接種法一部改正によりHPVワクチンの定期接種開始となりましたが、接種後の疼痛または運動障害を中心とした多様な症状が

大きく報道され、これを受けて、厚生労働省は6月14日に定期接種の積極的勧奨を停止しました。

その後、2021年11月12日、厚労省副反応検討部会で積極的接種勧奨の再開が決められました。安全性では接種後の症状とワクチンとの因果関係はない、有効性では前癌状態も含め、浸潤癌でも8~9割の予防効果があるという国内外のエビデンスが蓄積されました。さらに、中和抗体価の持続が最低でも10年、最長では14年までデータがあり、おそらく生涯持続すると考えられること、集団免疫効果も判明しています(図1)。

ワクチン接種後の疼痛・運動障害などは機能的な身体症状として副反応検討部会では結論づけられました。WHOは2020年に予防接種ストレス関連反応(Immunization Stress Related Responses: ISRR)という概念を提唱し、予防接種の前後、接種中にさまざまな要因で起こりうる反応で、生物学的・心理学的・社会的なモデルが想定されています。

接種ストレス関連反応は、図2に示すように大きく急性反応と遅発性反応に分けられます。ISRRは遅発性反応による解離性神経症反応であると言えます。

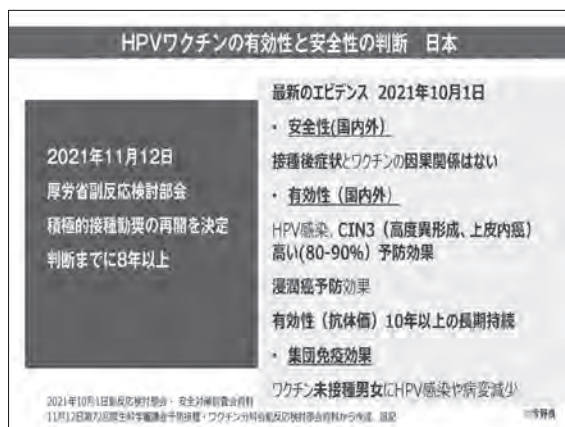


図1 HPVワクチンの有効性と安全性の判断

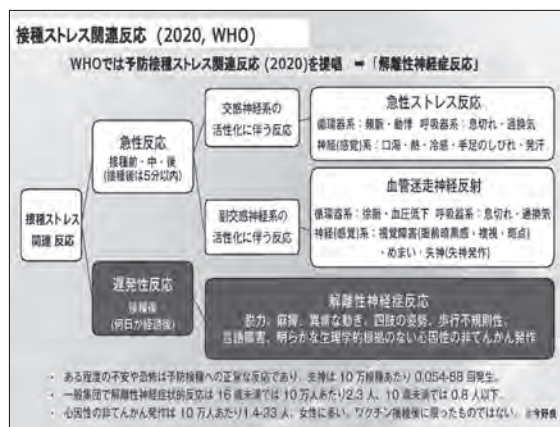


図2 接種ストレス関連反応

\* 今野先生のレクチャーの詳細は、7月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。



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



## 大きく変わった生活スタイル



瀬戸内町へき地診療所  
濱平秀代

池上先生のおっしゃる「自治医大卒業生あるある」、とてもよく分かります。私が思うあるあるは、特に研修医等の学年が若い時にありがちかと思いますが、上級医からの質問等に対して学生時代のように回答してしまうことでしょうか。6年間でさまざまな先生方にしっかり教えを受けた恩恵とも言えるかもしれませんが、他大学卒業生は回答の仕方に若干のばらつきがある一方、自治医大卒業生は選ぶ言葉や答える順番も似通っている印象があります。いかがでしょうか……？

先月の交換日記では、池上先生の私生活についてもお伺いでき、特にお子さんのお話はとても微笑ましく思いながら拝見させていただきました。改めまして、第二子のご誕生、おめでとうございます。娘さんとともに、健やかに成長しますよう心よりお祈り申し上げます。

先生ほどではありませんが、私も4月からの診療所勤務で生活は変わったように思います。これまでは、中核病院で初期研修医・実務研修を行っており、勉強することも多くさまざまな疾患を診ることや手技の習得ができた反面、病院にいる時間がどうしても長くなったり、急性期をメインで診る関係上、地域住民との接点等はどうしても限られていたかと思えます。診療所勤務になってからは、主として診る疾患の種類が異なる点や患者さん一人ひとりの社会背景とより関わる点がこれまでと異なっており、今まで以上に地域住民の方と接する機会が増えたように感じます。元々私が話好きなこともあり、他愛もない会話をするのも増えて診療が長くなってしまいがちですが、患者さんに感謝されることも多く、医師－患者の関係だけでなく話し相手としても力になれば嬉しく思うところです。また、その会話から生活背景や疾患以外の困り事を垣間見ることもできたりし、場合によっては福祉サービス等につなげることも可能となるため、これまで以上に大切にしよう努めています。

一緒に勤務している夫は、診療所に来る2年前から他の診療所勤務を行っていたので、いわば診療所勤務の先輩です。限られた医療体制で私もまだまだ慣れないことも多く、特に離島ということもあり、方針に迷った時は相談しています。また、診療所長としての仕事もこなしており、私の目標になっております。池上先生の、これまで義務勤務を過ごしてきて、得られたものや悩んだことについてお伺いできたら嬉しいです。

池上先生の新しい趣味である釣りや草野球、楽しそうですね。



診療所から少し離れた展望台からの景色です。海の色もちろんですが、サンゴ礁がきれいなスポットです。

うちの診療所も目の前にすぐ海があり、イカが釣れるらしいんです。まだ挑戦していないので、挑戦する機会があればまたお話できたらと思います。そんな私も、最近新たに弓道を始めました。もともと夫が大学生の時からやっており、診療所勤務になったことで時間的余裕ができたことから練習を再開しました。その見学で一緒に弓道場に行った際、練習に来ていた地元の方たちに「せっかくだからやってみる？」と誘っていただき、皆さんから手ほどきを受けながら練習をしています。これまで学校の授業以外で運動をしてこなかった私からすると、まだまだ初歩的な練習でも結構堪えています。自分のペースで練習でき、皆さんも優しく教えてくださるので、めげることなく続けられています。本番のように弓を引くのはもう少し先になりそうですが、引き続き頑張りたいと思っています。

次回も池上先生からのお話、楽しみにしています。それでは今回はこの辺で、お読みいただきありがとうございました。



短い方が私の使用している弓です。今は借りた弓を使用しているので、近々自分の弓を購入する予定です。



往診等でいただいたパッションフルーツとドラゴンフルーツです。パッションフルーツは表面がしわしわになると食べ頃、どちらもフルーティでとてもおいしいです。





## 診療看護師(NP)としての経験と GIM-NPについて

JADECOPアカデミー NP・NDC研修センター 筑井菜々子

皆様、初めまして。地域医療振興協会 JADECOPアカデミーのNP・NDC研修センターの診療看護師(Nurse Practitioner:NP)の筑井菜々子です。今回は今までNPとして経験させていただいたこと、2021年から設立されたGIM-NP(General Internal Medicine-Nurse Practitioner)についてお話しさせていただきたいと思います。

私は2010年に東京医療保健大学の修士課程で2年間のNP教育を受けました。その後2年間は東京ベイ・浦安市川医療センター(以下、東京ベイ)で、日本で初めてのCritical領域でのNP教育を受けた1期生です。なんでもそうですが、初めてのことを作り出すことは想像を超えたいろいろな問題が生じるものです。大学院の面接で「日本には米国のようなNP制度はなく、一生懸命勉強しても働き方は何も変わらないかもしれない、それでもよいか?」と言われ、また「ないものを作り出すパイオニアとしての覚悟はあるのか?」と聞かれたことを今でも覚えています。当時は誰もNPの教育をどうやって行ったらよいのか分かりませんでしたから、皆が手探りで行っていました。幸いにも米国のNPと一緒に働いた経験のある医師たちが東京ベイにいてくれたこともあり、導入は他の病院よりもスムーズにいったように思います。今、思い返すと何がなんだかよく分からない日本のNPという存在の私たちを、受け入れて育ててくれた東京ベイの皆様には感謝の言葉しかありません。新しいことにChallengeしてくださった勇氣に大変感謝し

ております。

その後、数年間の東京ベイの脳神経外科NPとして業務を経たのちに、その日はある日突然やってきました。上司から「筑井さんは、モンゴル人がゲルを転々として移動しながら働くように、色々な施設を転々として働くモンゴル人NPになりましょう。その方があっていいですよ」と言われ、よくわけも分からないまま、「はい」と元気よく返事をしたのが今から7年も前の話になります。それからは東京以外にも地域の病院や診療所で勤務し、その数は7年間で17カ所となりました。私が地域に出た目的は、一緒に働くことでNPという存在を1人でも多くの方に知っていただくこと、協会が育成している特定行為研修を学んでいる看護師さん(NDC研修生)の研修後に行われる実施研修のフォローを、働きながら一緒に行うことです。17カ所の施設の中で、協会以外の施設も3つ経験いたしました。北は北海道の最東端、南は離島の最西端と東と西は先っぽまで行き、その土地に住む方々と一緒に働き、数えきれないほどの沢山の出会いや経験をしました。極寒の寒さの北海道では牧草地をひたすらまっすぐ夜2時間走り続けて患者さんを搬送したり、ICUがない病院での重症管理や、へき地でのコロナ患者さんの対応も経験しました。南の島では自らダニの襲撃にあたり、あまりの暑さに毎日スクラブを着たまま海で泳ぐ術もマスターしました。地方での家族の在り方の違いも実感しました。生まれも育ちも就職先も全て東京の私にとっては、自分も周りも核家族が多かったのですが、地方では

患者さんは、誰かの誰かである、というつながり、スタッフの誰かの親戚、その子供、兄弟、友人といった感じで人と人とのつながりを強く感じます。誰かの大切な人が病気になって入院している、こんな当たり前のことを実感でき、目にすることができるのが地域医療の醍醐味の一つであると実感しております。一緒に働くNDC研修生と朝から晩まで共にどのようにしたら、患者さんや病院スタッフ、地域の方々にこの特定行為の制度を理解して受け入れてもらえるのか、考え走り回っていた日々は私の人生の中でとても大切な時間となりました。勝手ながらも一緒に制度を築きあげた研修生は戦友のような気持ちでいます。この年になっても全力で熱中できるものがある私は本当に幸せ者だと思っております。モンゴル人NP計画は間違いなく私のNP人生を豊かなものにしてくれました。人と一緒に自分が成長できるなんて一石二鳥どころかPricelessな経験です。このようなチャンスをくださった協会と藤谷茂樹先生、山田隆司先生、この環境を受け入れてくれた全ての皆様に感謝の気持ちでいっぱいです。

そして今、私たちは次の事業を始めています。2021年からはGIM-NPプログラムを立ち上げて、総合内科を専門とするNP育成を開始いたしました。私は今そのプログラムの一環として東京ベイ・浦安市川医療センターの総合内科に所属しております。総合内科を中心とし、ICU、救急外来、腎臓内科での透析管理や感染症科、超音波室などの臨床研修を大学院終了後にさらに2年間臨床研修を行うプログラムです。私が地方に出て分かったことは、医師やメディカルスタッフの少ない中で必要とされる力は、患者さんの生活や疾患をまんべんなく見ることができる能力でした。一つの分野に特化したNPもちろん必要とされております。しかし、人手の少ない地方での需要は、疾患をまんべんなく見

て、患者さんを支えることのできるNPでした。そのような視点からGIM-NPプログラムは誕生しています。「いつでも、どこでも、だれにでも」、この言葉に忠実であるよう、日々の研修でトレーニングを積み、2年後には機会があれば地域、へき地にてGIM-NPとしての即戦力となれることを目的としております。IQよりも、心の知能指数であるEQや社会的知能指数であるSQを重視し、どのような土地に行っても、人と仲良く、うまくやっていける人間性があること、ニーズがあればフットワークよく動き、その土地でその文化を尊重しながら自分のやるべきことができる、そんな優しさと柔らかさと強さを兼ねそろえたNPを育成していこうと考えております。現在は1期生が3名、2期生が5名、日々の研修に励んでいます。NPとしての医学的知識や技術だけでなく、人間力を鍛えていただき、仕事を通じて人としても成長できたら、どんなに素晴らしいことでしょうか。興味のあるNPがいたら私が経験させていただいた、素晴らしい地域やへき地での経験を、ぜひ次の若い世代のNPたちにも経験してもらえたらと考えています。

米国のNPは35万人となり、その歴史は約60年になりました。最初は数人が立ち上がり設立した制度です。当時の米国はベトナム戦争真っただ中であり、深刻な医師不足がありました。特に小児領域の医師が不足しており、そこにいた数名のNurseがNPの必要性を訴え、学び始めたことが始まりです。どんな困難があっても、続けることを決してやめなかった米国の先人たちの勇気や努力の連続を、私たち日本のNPも持ち備えて実践していけると信じております。日本の医療に貢献し、患者さんの役に立てる存在になる、その本質に対して決しておれることなく、NPが当たり前の世の中になるよう前だけ見えます。

## 地域医療型後期研修

2022.7.25

### ここまでの軌跡

こんにちは。東京北医療センター総合診療専攻医4年目の川幡翔太郎と申します。

3年ぶりの研修医日記で何を書くか迷いましたが、自己紹介は既に行ったので、今回は備忘録も兼ねてここ数年間の自分の研修内容とその過程での内面の変化に関して書こうと思います。

総合診療専攻医は定期的にアイデンティティクライシスを起こす(偏見)ので、他の専攻医などがそれを乗り越える一助になれば幸いです。

私はもともと、学生時代と初期研修医の時は内分泌代謝内科志望でしたが、初期研修中に東京北医療センターに来て、臓器別にとられない広い領域の診療に接したことを契機に総合診療医を志しました。

専攻医1年目は上級医にBiomedicalに関して指導をいただきつつ、心理社会的な問題に都度翻弄され、時に感謝、時に恨まれながら診療にあたりました。患者背景を知れば知るほど、患者のその後に責任を感じ、自分が診なければ別の結果もあり得たのではないかと悩みの多い時期でした。自信を持って判断できるように、より知識を身につけようとしていましたが、なかなか上手くいかずくすぶった状態でした。

専攻医2年目の1年間は十勝いけだ地域医療センターで勤務しました。地域包括ケア病床を含むとはいえ、ほぼ常時2桁の入院患者に加えて、外来と訪問診療を行うというタイムマネージメントが求められ苦労しました。入院患者はコモンなものが多かったので、治療内容で迷うことはほとんどありませんでしたが、一方で倫理的問題に関しては非常に悩みました。特に悩んだのが、末梢補液でお看取りの方針になっている方です。ずっと急性期病院で働いてきたので、少しずつ悪くなっていく方を何もしないというのは、苦しく何かしたくなる気持ちに日々駆られました。特にコロナ禍で



#### プロフィール

兵庫県姫路市生まれ  
長崎大学卒業  
長崎大学病院 初期研修医(1年目)  
東京北医療センター 初期研修医(2年目)  
東京北医療センター 総合診療科 専攻医(4年次)

面会できなかったこともあり，“どれだけご本人に頑張っていたとしても，次に家族と顔を合わせるのはいまわの際か亡くなった時だよなあ”などと考えると，どこで線を引くのが妥当なのか，それを私が決めていいのかなど非常に悩みました。何より，それまで末梢補液で看取りとして療養に転院してきた患者さんも，きっと同様の苦悩とともにあったのだということに気付



チームでの日々

き，それに自分が無関心だったことを恥じました。同年代の医師がおらず，寂しさからヒョウモントカゲモドキの飼育をはじめたりしましたが，総じて人間として成長できた地域研修でした。

専攻医3年目は東京に戻り，生協浮間診療所で3ヵ月間研修しました。東京北医療センターのセッティングや，ロールモデルになった先生などから病院総合医志望で，正直なところ家庭医療理論とかよく分からない分野でしたが，研修できるなら行ってみるかと思って選択したところ大正解でした。過去に家庭医療理論関連の成書を読みましたが，意味不明でこんなもの実践で使えるのかと思いましたが，藤沼康樹先生に症例を交えながら解説していただきどうにも有用かつ必要そうだとすることが理解できました。また，東京北医療センターと同じ診療圏で，訪問診療やプライマリ・ケア外来を行えたのはすごく貴重な経験でした。入院で診療したことのある患者さんが，自宅でなんとかやっているのを見てすごく元気が出ました。

現在，専攻医4年目ですが東京北医療センター総合診療科で研修しています。最終年次として予定表を組んだり，チームリーダーとして複数専攻医のフォローをしたりと，今までに求められてこなかった能力が求められ，また悩ましい日々ですが辛い時期がひと段落すれば，きっと成長の手応えを感じることができるだろうと信じています。

なかなか，将来性とかもよく分からない領域なので，専攻医の皆さんは日々悩んでいると思いますが，お互い時折悩みやモヤモヤを共有しながら是非頑張っていきましょう。

他科の先生や，他職種の方で，ここまで読んでいただいた方がいらっしゃいましたら，我々日々こんなことで悩んだり喜んだりしておりますので，温かい目で見守っていただけると嬉しいです。



生協浮間診療所でのカンファレンス

## 令和4年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました ……………

令和4年度都道府県自治医科大学主管課長会議は、新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、昨年に引き続き、6月2日(木)10時からウェブでの開催といたしました。

はじめに永井良三学長から挨拶があり、遠藤仁司教務副委員長および伊藤真人学生委員長から大学の現況について、野田泰子入試検討委員長から令和4年度入学試験の結果ならびに令和5年度の入学試験について説明がなされました。

続いて、福嶋敬宜医学部広報委員長から令和5年度入試に向けた広報について、大槻マミ太郎副学長から医学部における新型コロナウイルス感染症対策について説明があり、大槻副学長の挨拶で閉会となりました。

また、6月1日(水)と2日(木)に分かれて、卒後指導委員会都道府県担当等による各都道府県との個別協議のほか、学生生活支援センター、医学教育センターおよび教務委員会による在学生に係る個別協議を行いました。

## 令和5年度自治医科大学医学部・看護学部入試日程等が決まりました

### ～学生募集がスタートします～……………

令和5年度の医学部入試日程等が次のとおり決定しました。新型コロナ感染症対策に伴う試験実施上の配慮として「追試験」を実施いたします。

### 医学部

#### 【入試日程】

学部・学科・定員	医学部 医学科 定員100名 ※ただし、令和5年度の募集人員も今年度と同じ123名で関係機関と調整中である。	
出願期間	令和5年1月4日(水)～令和5年1月18日(水)17:00必着(17日(火)消印有効) 出願地とする都道府県庁担当課へ郵送または持参にて出願	
第1次試験	試験日	【学力試験】令和5年1月23日(月) ※学力試験及第者の発表は、1月24日(火)9:00までに行います。 【面接試験】令和5年1月24日(火)または1月31日(火) ※学力試験及第者のみ実施 (追試:【学力試験】1月30日(月),【面接試験】1月31日(火))
	合格発表日	令和5年2月3日(金)13:00



第2次試験	試験日	令和5年2月8日(水) 記述式学力試験・面接試験 (追試：2月13日(月))
	合格発表日	令和5年2月17日(金)17:00
入学手続日	<b>【第1回目】</b> 令和5年2月25日(土) <b>【第2回目】</b> 令和5年3月12日(日) ※両日に、出願地の都道府県庁の入試担当課において、必ず本人が所定の入学手続きを行ってください。	

### 入学者選抜方法

第1次試験の学力試験(マークシート式)、面接試験、第2次試験の学力試験(記述式)、面接試験および出身学校長から提出された必要書類により総合判断するとともに、本学の建学の趣旨を理解し、進んで本学に学ぶ意思が確認できる者を各都道府県から2～3名ずつ選抜します。

### 試験日時・科目等

#### ●第1次試験

- ・学力試験および面接試験を行います。ただし、面接試験は学力試験及第者のみが対象となります。
- ・試験会場：出願地となる都道府県が指定する場所

#### 【学力試験(マークシート式)】

令和5年1月23日(月) 9:00～14:10

受付時間 8:20～8:40

教科		科目	時間	配点
数 学		数学Ⅰ(全範囲)・数学Ⅱ(全範囲) 数学Ⅲ(全範囲)・数学A(全範囲) 数学B(数列・ベクトル)	9:00～10:20 (80分)	25点
理 科 (2科目 選択)	物 理	「物理基礎」と「物理」を併せた範囲	10:50～12:10 (80分)	50点 (1科目25点)
	化 学	「化学基礎」と「化学」を併せた範囲		
	生 物	「生物基礎」と「生物」を併せた範囲		
外国語		コミュニケーション英語Ⅰ コミュニケーション英語Ⅱ コミュニケーション英語Ⅲ 英語表現Ⅰ・英語表現Ⅱ	13:10～14:10 (60分)	25点

### 【面接試験】

令和5年1月24日(火)または1月31日(火)10:10~16:00

受付時間 9:00~9:20

### ●第2次試験

・学力試験(記述式)および面接試験を行います。

・試験会場:自治医科大学

試験日 令和5年2月8日(水) 8:50~18:00

### 【学力試験(記述式)】

教科	科目	配点	時間
数学	数学Ⅰ(全範囲)・数学Ⅱ(全範囲) 数学Ⅲ(全範囲)・数学A(全範囲) 数学B(数列・ベクトル)	12.5点	30分
外国語	コミュニケーション英語Ⅰ コミュニケーション英語Ⅱ コミュニケーション英語Ⅲ 英語表現Ⅰ・英語表現Ⅱ	12.5点	30分

### 【面接試験】

集団面接 約20分

個人面接 約10~15分

※集団面接と個人面接は都道府県単位で行います。

### 新型コロナウイルス感染症への対応について

新型コロナウイルス感染症に罹患または罹患の疑いがある者は受験できないものとします。ただし、追試験当日までに治癒または罹患していないことが明らかになる場合は、入学志願者の受験機会を確保するため追試験を行います。

出願に必要な入学者募集要項(願書)は、大学ホームページからの資料請求または各都道府県庁の自治医科大学入試担当課の窓口を中心に8月下旬より無料で頒布する予定です。

医学部入学試験の詳細については、学事課入試広報係(直通 0285-58-7045)までお問い合わせください。

## 看護学部

### ●一般選抜入学試験

#### 【入試日程】

学部・学科	看護学部 看護学科 (定員105名 うち40名程度は指定校を対象にした学校推薦型選抜入学試験により募集)	
出願期間	令和5年1月4日(水)～令和5年1月13日(金) <消印有効>	
第一次試験	試験日	令和5年1月21日(土)(追試：2月4日(土))
	合格発表	令和5年1月27日(金)(追試：2月9日(木))11:00
第二次試験	試験日	令和5年2月4日(土)(追試：2月12日(日))
	合格発表	令和5年2月15日(水)(追試：2月15日(水))11:00
入学手続締切	令和5年2月27日(月)<消印有効>	

#### 試験科目

##### 【第一次試験(筆記試験)】

教科	区分	科目	時間	方式 (1月21日)	方式 (追試験2月4日)
国語	必須	国語総合 (古文・漢文を除く)	13:30～14:30 (60分)	マークシート方式	マークシート方式 および記述式
英語	必須	コミュニケーション 英語Ⅰ・コミュニケーション 英語Ⅱ	15:00～16:00 (60分)	マークシート方式	マークシート方式
数学	必須	数学Ⅰ・数学A	16:30～17:30 (60分)	マークシート方式	マークシート方式

##### 【第二次試験(面接試験)】

内容		時間
面接試験	個人面接	1人約10分

#### 新型コロナウイルス感染症に伴う追試験について

追試験受験対象者は、新型コロナウイルス感染症に罹患または罹患している恐れのある者とします。詳細については、ホームページをご参照のうえ、看護学務課にお問い合わせください。

### ●学校推薦型選抜入学試験

学部・学科	看護学部 看護学科
出願期間	令和4年11月1日(火)～令和4年11月7日(月) <消印有効>
試験日	令和4年11月19日(土)
試験科目	小論文(60分), 面接試験(1人10分)
合格発表	令和4年12月1日(木)
入学手続締切	令和4年12月9日(金) <消印有効>

出願に必要な願書一式は、看護学務課にて9月中旬から無料配布予定です。

なお、入学試験の詳細については、看護学務課(直通 0285-58-7433)までお問い合わせください。

### モンゴル国立医科大学から学長ら3名が来学しました ……………

6月23日(木)、モンゴル国立医科大学のKhurelbaatar学長ならびにBatbaatar副学長らが本学を表敬訪問されました。モンゴル国立医科大学とは2005年に大学間協定を締結しており、それ以後様々な交流が展開されています。

Khurelbaatar学長らは、永井良三学長、川合謙介病院長、尾仲達史医学研究科副研究科長、西野宏国際交流委員長と今後の連携の発展について懇談を行い、記念品交換が行われました。また、記念品交換後は、学内施設の見学を行った後、モンゴル国立医科大学から本学に留学している大学院生ら13名と面会を行いました。



## 令和4年度 学長・学生懇談会が開催されました ……………

6月23日(木)17時から地域医療情報研修センター大講堂において、令和4年度第1回学長・学生懇談会が開催されました。

この懇談会は、学長、副学長をはじめ教員と学生との自由な意見交換を行うことで、教育および学生生活の現状を把握し評価するとともに、短期および中長期的に向上させることを目的とし、年3回(6月、11月、1月)実施しております。昨年、一昨年はコロナウイルス感染防止対策の上で年1回の開催でしたが、今年度は予定通りに第1回目を開催する運びとなりました。

懇談会は興水崇鏡学生生活支援センター長の司会で進められ、はじめに永井良三学長、大槻マミ太郎副学長から、学生に対してねぎらいや励ましのお言葉、また、今後の医療体制の展望などのお話をいただきました。続いて、医学部学生自治会長の大内康平さん(4年生・兵庫県)、BBS世話人代表の田中大樹さん(4年生・熊本県)、薬師祭実行委員長の本馬直喜さん(5年生・福井県)から挨拶がありました。続く意見交換の場では、学生からコロナ禍の勉学、寮生活、薬師祭等について多くの質問や発言があり予定時間を超えるほどでしたが、永井学長、大槻副学長をはじめ岡崎仁昭医学教育センター長、遠藤仁司教務副委員長、伊藤真人学生委員長、石川鎮清寮生活サポートセンター長、その他多くの先生方からご助言や激励の言葉をいただき、直接意見交換できる貴重な機会となりました。

## 追 悼

### 故高久史磨先生お別れの会 厳粛に執り行われる

去る3月24日に逝去されました故高久史磨先生のお別れの会が6月26日(日)午後2時から、ホテルニューオータニ東京において厳かに執り行われました。

本会は地域医療振興協会をはじめとする全8団体の主催で執り行われ、黙祷の後、お別れの会委員長である地域医療振興協会の吉新通康会長兼理事長から告別の辞が捧げられ、ついで自治医科大学の永井良三学長、日本医学会・日本医学会連合の門田守人会長、東京大学第三内科同窓会・国立国際医療研究センターの矢崎義雄名誉会長(名誉総長)、日中医学協会・医学教育振興財団の小川秀興理事長および自治医科大学医学部同窓会の小野剛会長から弔辞が捧げられました。

その後、喪主である高久智生様からご挨拶がございました。

本会は1部・2部構成で執り行われ、470余名の参列者が謹んで献花し、高久先生のご冥福をお祈り申し上げます。

なお、この度、高久先生は、ご生前のご功績に対し従三位に叙せられましたことをご報告いたします。



報告  
各種お知らせ  
求人

研修会

## 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。

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](mailto: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.shiotac3t@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

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部  
感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

## 栃木県 公衆衛生医師募集

栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。

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

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

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

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

問い合わせ、相談、見学など歓迎します、随時受け付けております。

募集の詳細については県ホームページをご参照ください。

<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/work/shikaku/iryuu/1273123952513.html>

「栃木県 公衆衛生医師」でご検索ください。

**募集数** 公衆衛生医師 若干名

**勤務先** 保健所(5カ所)、県庁

### 問い合わせ・連絡先

〒320-8501 栃木県宇都宮市埜田1-1-20

栃木県保健福祉部医療政策課 早川貴裕(とちぎ地域医療支援センター専任医師)

TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131 E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

募集

## 鹿児島県くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

あなたも自然豊かなかごしまで働いてみませんか。

鹿児島県では、保健所や県庁で勤務いただける公衆衛生医師を募集しています。

専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。

採用はご希望に合わせて随時行っております。

業務内容や給与・休暇等の諸制度など、お気軽にお問い合わせください。

県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お申し付けください。

詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。



**募集数** 公衆衛生医師 7名

**勤務先** 保健所(13カ所)、県庁

### 問い合わせ・連絡先

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

くらし保健福祉部保健医療福祉課 上園正一

TEL 099-286-2656 FAX 099-288-5550 E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

# ●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

## 地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育  
センター

## 生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

自治医科大学の教職員や学生の方々からは大変興味があるとの連絡をいただいています。実は私の在職中も大学内の他の部署でどのような研究・診療が行われてい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す。と考えると、今回自治医科大学の教員のみならず、職員、学生にも提供させていただくことにしました。自治医大図書館のホームページのビデオオンデマンドサービスから視聴できますので、どうぞ、ご活用ください。

生涯教育センター センター長 富永真一

# ・・・会員の皆さまへ

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

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

準会員(変更無し)……………10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…10,000円

### 2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

### 3. 年会費の納入方法について

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

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083  
名義:公益社団法人地域医療振興協会

## 住所が変更になったときは

---

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

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

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

## 連絡先・書類送付先

---

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

E-mail [info@jadecom.or.jp](mailto:info@jadecom.or.jp) URL <https://www.jadecom.or.jp/>

# あなたの一步で、 救われる地域がある。

医療資源は都市部に集中し、山間・離島などの地域には  
日常的な診療を担う医師にも恵まれないところが  
未だに数多くあるのが現状です。

地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、  
その支援実績は年々増えていますが  
すべての地域からの要望に応えることはできません。



期間(年単位、月単位、日単位、緊急支援)や役割(総合医、専門科、当直など)、  
方法(就業、定期支援、一時支援)など、地域の支援には様々なかたちがあります。

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

**公益社団法人地域医療振興協会** 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

**担当/事務局 医療人材部**

**E-mail: [hekichi@jadecom.jp](mailto:hekichi@jadecom.jp)**

**TEL:03-5210-2921**

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

本別町国民健康保険病院

●内科または外科 1名



診療科目：内科，外科，整形外科，眼科，  
小児科，泌尿器科，脳神経外科，皮膚科，精神科  
病床数：60床（一般，うち地域包括ケア病床管理料算定10床）  
職員数：107名（パート含む，うち常勤医師4名，非常勤医師1.9人）  
所在地：〒089-3306 北海道中川郡本別町西美里別6-8  
連絡先：事務長 松本  
TEL 0156-22-2025 FAX 0156-22-2752  
E-mail hp.jimt@town.honbetsu.hokkaido.jp  
特記事項：本別町は道東十勝地方の東北部に位置する人口約6,500人の自然豊かな町です。当院は，一般外来はもとより人工透析や町民ドックを実施しています。  
本別町と一緒に地域住民の暮らしの安心を支えてみませんか。  
<http://www.honbetsu-kokuho-hp.jp/>

受付 2021.10.25

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名



診療科目：内科，外科，小児科，整形外科，  
耳鼻咽喉科，眼科，産婦人科，皮膚科，泌尿器科，精神科，リハビリテーション科  
病床数：120床（稼働病床45床）  
職員数：67名（うち常勤医師5名）  
所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110  
連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp  
特記事項：道立羽幌病院は，北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し，天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。  
当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い，総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。  
地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。  
視察の交通費は北海道で負担しますので，興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院長は自治医大卒です。）

受付 2022.6.16

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名



診療科目：精神科，児童・思春期精神科  
病床数：168床（稼働病床77床）  
職員数：101名（うち常勤医師5名）  
所在地：〒080-0334 音更町緑ヶ丘1  
連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp  
特記事項：道立緑ヶ丘病院がある音更町は，北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり，とかち帯広空港から約1時間の距離にあります。  
当院は，十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに，「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。  
地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。  
病院視察の交通費は北海道で負担しますので，興味ある方はぜひご連絡ください。

受付 2022.6.16

北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方，興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します

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

お問い合わせ先

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

右のQRコード（北海道立病院局ホームページ）をご参照ください。



兵庫県

養父市国民健康保険出合診療所

●内科（診療所 所長）1名

診療科目：内科，外科，整形外科，小児科，麻酔科

病床数：0床

職員数：4名（うち常勤医師1名）

所在地：〒667-1112 兵庫県養父市出合223-2

連絡先：養父市健康福祉部保険医療課 吉谷  
TEL 079-662-3165 FAX 079-662-2601  
E-mail kokuho@city.yabu.lg.jp

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

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

受付 2022.7.6

熊本県

上天草市立上天草総合病院

●内科，外科，整形外科 若干名



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

病床数：195床

職員数：360名（うち常勤医師13名）

所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

連絡先：上天草市立上天草病院 事務部長 須崎  
TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546  
E-mail t.susaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

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

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

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

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

受付 2022.2.2



## 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(〇年卒: 西暦)で統一願います。
3. 連絡先: 氏名(所属・肩書き), TEL, FAX, E-mailを記載してください。

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

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

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

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

## 6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬, B製薬, C製薬  
著者2：A製薬  
著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

1) 原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

## 5) 必要記載事項

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

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

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

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

## 6) 図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

#### 文献表記例

##### 【雑誌】

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

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

##### 【書籍】

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

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

##### 【ウェブサイト】

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

#### 8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

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

#### 9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・○○○○(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、協会ホームページ、協会が認めたネットワーク媒体、その他の媒体において任意の言語で掲載、出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合、必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

##### 【転載・二次的利用について】

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

#### 11. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

1) 掲載料金は無料とする。

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

3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

#### 12. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先 :

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail [chiiki-igaku@jadecom.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.jp)

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

#### 13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail [chiiki-igaku@medcs.jp](mailto:chiiki-igaku@medcs.jp)

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



## 「月刊地域医学」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

猛暑の夏の訪れですが、時に雨模様と、不安定な天候の日々が繰り返されています。

今月号の本誌には、地域医療の実践に関連した複数の話題が掲載されています。

インタビューで語られていた、「地域のために総力戦で」ということに関連する内容は、今後の地域医療の展開には、とても重要な視点であることと拝察いたしました。

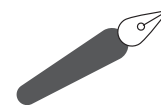
特集では、「身体を動かす -リハビリテーションアップデート-」というテーマで、さまざまな内容が記載されています。

「総論 リハビリテーションの歴史と変遷」では、今後の地域におけるリハビリテーションの在り方などを、「在宅でのリハビリ、フレイル予防」では、新しい地域診療・ケアシステム開発の試みなどを、「整形外科での健康運動指導」では、運動指導の実際などを、「急性期リハビリテーション」では、集中治療室からの早期介入などを、そして「回復期リハビリテーション病棟での取り組み」では、退院後を想定した取り組みなどを、執筆者の先生方が、大変、具体的、かつ実践的な内容で展開されています。

「離島交換日記」では、離島でさまざまなことに挑戦されている先生の状況が、記載されています。

地域医療を継続的に実践するためには、新たな情報を収集し、それらの情報を踏まえて、現状の課題を明らかにし、取り組みを評価して、必要に応じて改善を実施するというプロセスが大切である、そのような印象を受けました。

石川雅彦



月刊地域医学 第36巻第9号(通巻431号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2022年9月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

# 地域をこえて、 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*



9784909117632



1923047006004

ISBN978-4-909117-63-2  
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）