

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

4
2023
Vol.37-No.4

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

これまでの性教育とこれからの性教育 地域での性教育をみんなで考えよう！

【企画】伊藤雄二 市立恵那病院 副管理者

●インタビュー

「沖縄県の医療 —その現状と展望—」

糸数 公 沖縄県保健医療部 部長

JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



「急性大動脈解離の基礎と臨床」

[前編・後編]

3月1日、4月1日配信 ▶

木村直行先生

自治医科大学附属さいたま医療センター心臓血管外科 教授



木村先生は1999年山梨大学を卒業し、2003年から自治医科大学附属さいたま医療センターに勤務しています。今回は比較的良好に遭遇する「急性大動脈解離」について、講義を行っています。



前編では急性大動脈解離の分類を紹介。病因について高血圧を背景に発症する症例が多く、発症には大動脈壁の慢性炎症との関連性が示唆されていると述べ、また疫学にも言及しています。



後編では急性大動脈解離の多彩な臨床像を提示し、心タンポナーデや大動脈弁閉鎖不全症などに起因する循環不全も併発しやすいため、各臨床像に対応した適切な内科的・外科的治療を迅速に行うことが重要であると述べています。

また治療について、A型は原則手術、血栓閉塞型解離に関しては症例ごとに手術か保存的治療かの選択を行うとし、胸痛・意識消失で搬送され、A型解離と診断された症例について、実際の手術動画をを用いて解説しています。

最後に、現在木村先生たちが行っている血流解析の研究について紹介しています。

「大動脈解離は診断が非常に難しい症例があるので、ここでのレクチャーを参考に診療にあたっていただきたい」とのメッセージがありました。

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



月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.37—No.4(2023年)

目次

インタビュー

- 沖縄県の医療 - その現状と展望 - / 糸数 公 2

特集 これまでの性教育とこれからの性教育 地域での性教育をみんなで考えよう!

- エディトリアル / 伊藤雄二 12
- 総論 - これまでの性教育とこれからの性教育 - / 北村邦夫 13
- 子どもの性教育 / 遠見才希子 20
- 家庭医が関わるジェンダー教育と性教育(理論と実践) / 坂井雄貴 25
- 高齢者への包括的性教育 / 甲斐いづみ・高村一紘 31
- 社会的に困難な状況にある女性へのプライマリ・ケア
- トraumainフォームドケアと包括的性教育 - / 池田裕美枝 37

原著

- 地域の診療所外来における高齢者のポリファーマシーと転倒の関連性 /
田中 航・弘田義人・ほか 42

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114回“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止する!
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 - / 石川雅彦 48

離島交換日記

- 直島での一期一会 / 池上雄亮 58

JADECAMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 少しづつ / 青木純子 60

研修医日記

- 全国各地を回った1年間 / 吉村 翼 62

自治医大NOW

- 「自治医科大学将来ビジョン2060」を策定 64

- 報告 第16回 地域医療貢献奨励賞 受賞者決定 70
- お知らせ 72
- 求人病院紹介 77
- 投稿要領 82
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

沖縄県保健医療部 部長
系数 公先生



沖縄県の医療 —その現状と展望—

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

離島の実情を知り、公衆衛生の道へ

山田隆司(聞き手) 今日沖縄県庁に系数公先生をお訪ねしました。この3年間の新型コロナウイルス感染症への対応で沖縄も大変苦労されたと思います。記者会見での先生を時々テレビで拝見することがありました。幸い今、感染が下火になってきましたので、最先端の現場で先生が指揮をとっておられたご苦労も含めて、今日はお話を伺いたと思います。

まずは、先生の経歴から紹介していただけますか。

系数 公 よろしくお願ひします。私は1966年に沖縄県で生まれ、1984年に自治医科大学に入学、1990年に卒業しました。沖縄県の13期生です。

その後沖縄県立中部病院で2年間臨床研修をした後、1992年から1994年まで八重山地区にあります県立八重山病院附属小浜診療所に赴任しました。小浜島は『ちゅらさん』というドラマの舞台になった島です。島の人口約600名、診療所のスタッフは医師1名、看護師1名、事務職1名で、私は島で唯一の医者でした。外来は1日10~15人でそれほど多忙ではありませんでしたが、島を離れられない生活でした。この島に2年間いた後、また中部病院に戻って1年、小児科を中心とした後期研修を行いました。そのころは小児科医になろうかと思っていたのですが、次の離島が県立那覇病院附属座間味診療所

で、この島がいつまでも現役の高齢者がいる一方、島を支えるべき働き盛りの世代が未受診で病気を発症する状況があり、公衆衛生に興味を持ちました。座間味島では行事や会合で飲酒の機会も多く、ここで私はサンシンを弾けるようになりました。

山田 離島は飲酒や喫煙する人が多く、一方で運動もあまりしないことで結構生活習慣病の人が多いと言いますよね。

糸数 診療所を受診するのは元気なおじいちゃん、おばあちゃんばかりで、診療所に来ない若い人が先に倒れるという状況だったので、そういうところに保健所が関わる必要があると思いました。

それで座間味島を出た後、公衆衛生の先輩に誘われて卒後8年目からコザ保健所に勤務しました。

山田 義務年限内ですよ。

糸数 そうです。

山田 コザ保健所に行って2年間で義務年限は終了して、その後も引き続き勤務されていたのですね。

糸数 はい。私はコザ保健所に3人目の医師として赴任したので、希望があれば研修にも行かせてもらえるということで、東京都港区の国立公衆

衛生院専門課程に1年間、研修に行きました。2003年までコザ保健所において、その後北部福祉保健所に班長として赴任しました。そして2007年に県庁の健康増進課の結核感染症班長として赴任しました。このときちょうど新型インフルエンザが発生し、担当班長として大変な思いをしました。

山田 新型インフルエンザのときにも県庁で担当されたのですね。

糸数 はい。そのあと3年間八重山福祉保健所に行き、今度は県庁の福祉保健部健康増進課の課長として赴任しました。それが2013年です。2016年までの3年間そこにおいて、2016年から2021年まで保健医療部保健衛生統括監を務め、2022年から保健医療部長になりました。来年度はどういう形になるかまだ分かりませんが、私自身は保健所長として働きたいと思って国立公衆衛生院に研修に行ったのに、保健所にはまだ所長として赴任していないので、ここが終わったら次は保健所長としてどこかに行きたいと思っています。

山田 行政マンとしてのキャリアが長かったのですね。

糸数 はい、そうです。

沖縄の医療確保策

糸数 沖縄の医療について少しお話ししたいと思います。

自治医大が開学したのは1972年4月ですが、その当時沖縄県はまだ日本ではなかったので、

沖縄県が学生を派遣したのは翌年の1973年からです。1973年から2022年までに自治医大学生派遣事業に112名が派遣・修学、うち93名が卒業し、主に沖縄県で従事しています。また途中で離脱

した人はまだ1人もいません。

山田 それは珍しいですね。

糸数 珍しいと言われます。自治医大は全寮制なので学生時代から離島医療に早期暴露され、卒後9年間の義務年限のうち、沖縄県では4年間、離島へき地診療所に赴任するというスケジュールになっています。

沖縄県の医師の養成の特色としてやはり県立中部病院の臨床研修が挙げられます。まだ日本に復帰していない1967年に開始し、ハワイ大学と提携した全科ローテート方式の研修です。中部病院は北米ER型24時間救急を重視し、研修は屋根瓦方式でインターンが最初に診てレジデントが指導、最後にスタッフが診るという形で、検査データを貼るのがインターンの一日の最後の仕事です。研修医は2年間、院内に住み込んで研修します。

そのほかに沖縄県独自の医師確保策として、

1951年に米国民政府布令で制度が成立した「医介輔」があります。医師助手や補助的業務を行ってきた人に認定試験を実施し、合計161名が認定されました。医介輔は業務の制限はありましたが、主にへき地離島の医療に従事し、地域医療を守ったという人が多いです。これは一代限りの制度でしたが、その方たちのご子息が現在県内で、医師・歯科医師として活躍されています。

もう一つ、国費留学制度があります。これは琉球政府が日本政府と交渉して、1949年に契約学生制度を発足させ、日本本土の大学に留学させたというものです。1986年に廃止されるまでの37年間で3,116人の医師を養成しました。このようにそれぞれ文化が違う医師の背景があります。

山田 なるほど、歴史的な背景があるんですね。

コロナ禍への対応

糸数 次に新型コロナウイルスへの対応についてお話ししたいと思います。図1は沖縄県における感染拡大モデルのイメージです。沖縄県は当初感染者数全国ワーストと言われましたが、その理由として、図1の左側に示したように、沖縄県の生活環境があります。例えば米軍基地があり観光立県で人の出入りが多い上に、沖縄の人は故郷愛が強いので、東京や大阪に出ても休みのたびに帰省します。最初はこういう人たちがウイルスを持ち込みました。そして帰ってくると友人と会ってお酒を飲みます。沖縄は飲

食店の数も多いし飲む時間も長い。それから「模合」といって毎月お金を出し合って集まる沖縄独特の相互扶助の集まりもあります。そういう機会に感染が広がりました。次の段階ではその人たちが家庭や職場、学校に感染を広げました。また沖縄は世代間交流が盛んで三世代集まって食事をしたり、あるいは母子家庭が多いので子どもを祖父母に預けることも多く、高齢者にウイルスが到達するスピードが全国より速いと言われました。そういうことであっという間に広がっていき、医療機関や介護施設等にウイルス

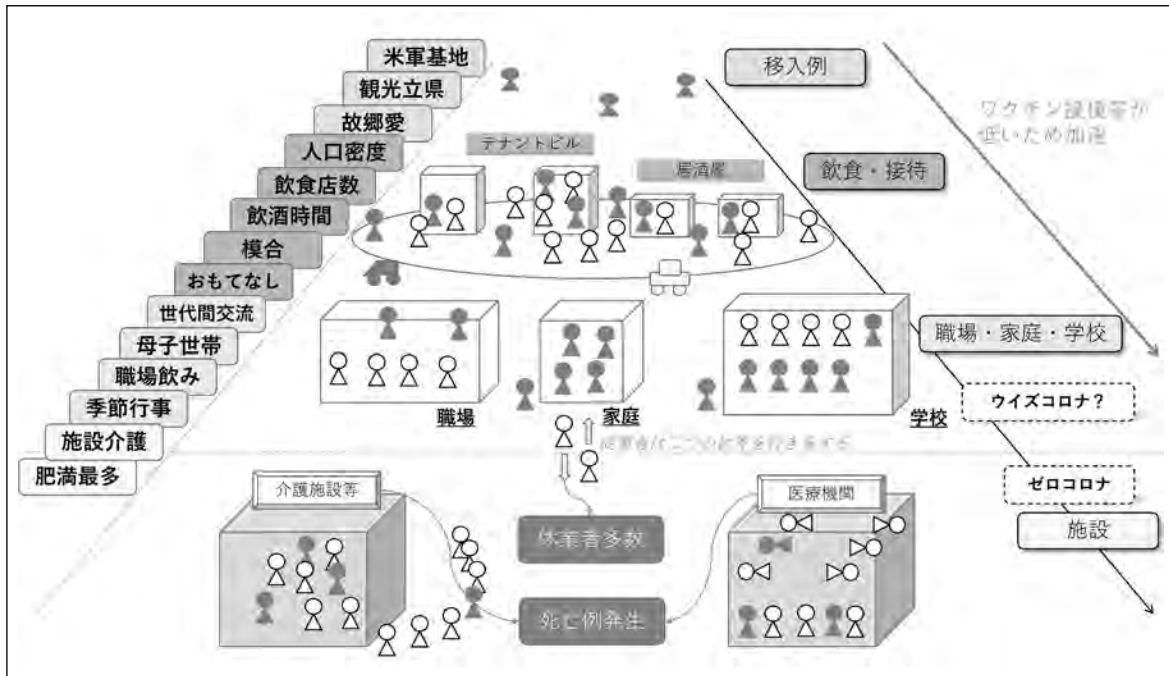


図1 沖縄県における感染拡大のイメージ

が入り込んでクラスターが発生し、死亡例も発生しました。疫学調査の実施によって今お話ししたような経路だったことが分かっています。

山田 沖縄県の三世代交流や故郷愛、模合というのはむしろ良いことなのですけどね。

糸数 住んでいる人はこれが心地良く住んでいるわけです。でもそれによって感染が広がってしまう。しかもワクチンの接種率も全国的に低いのですね。これはコロナに限らず全てのワクチンでそうなのですが……。国からワクチン接種を進めるように要請されたので加速させました。また、県の対策としては、介護施設で感染者が集団発生した場合に全員を入院させることはできないので、医療従事者を介護施設に送る仕組みを早い時期につくりました。それによって結果的に患者に占める死亡率は低い状況が続

いています。

図1の点線から上がすでにウイズコロナの状況で、感染者が出て封じ込めたり、隔離などをほとんどしなくなっている社会。点線から下はゼロコロナで、医療機関や介護施設では感染者が1人でも出たら隔離をして、無症状の人も全員検査をする状況です。ところが医療従事者や介護従事者が住んでいる場所はウイズコロナなのです。でも職場に持ち込むと責任を問われるので、点線の上と下の両方を見ながら仕事をしなくてはならずとても厳しい状況なのです。5類への移行が言われていますが、それにはどうしたら全体をウイズコロナにできるかを検証し、病院や介護施設で感染者が発生した時にもウイズコロナの対応をできるようにしなければいけない。医療機関や介護施設だけ、ゼロ



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

コロナを持続できるわけではないのです。

沖縄県では最初から感染症専門家と災害医療専門家が関わってきましたが、災害の専門家は多くの患者が出たら、入院が必要な人、隔離が必要な人、何もしないでよい人などをトリアージします。ところが感染症の専門家は感染を広げないことが大事なので、とにかく検査をどんどんやって感染者を隔離する。ですから介護従事者が陽性となると症状がなくても休まなくてはならなくなってしまいます。しかし災害の専門家は、隔離したり陽性となった職員がいなくなり、通常の介護を提供できないことのほうが高齢者にとってはリスクが大きいのではないかと話しています。最初のころと違って、今は肺炎になって死ぬ人はほとんどいないので、隔離するというのも見直さなければいけないのではないかと。

山田 そうですよ。最初のデルタ株と今のオミクロン株では、株の特性が変わっているので戦略の立て方も異なるはず。ところがどうしても従来の対応の仕方にとらわれて、なかなか仕組みが変わらない。

糸数 厚労省のアドバイザーボードも感染の専門家の会議なので、やはり拡大防止が一番大事と

いうことになっています。感染症対応と災害医療対応とのバランスが重要なのだと思いますが、その判断は難しいですね。

山田 最初のダイヤモンドプリンセス号のときもDMATと感染症専門家で見解の相違がありましたよね。誰にとっても未経験の分野だから判断は難しいのだと思います。

その最前線で先生は陣頭指揮をとられたわけですが、沖縄は本土とはまた異なり、特に離島にいる卒業生は相当な覚悟が必要だったのではないかと思います。未経験な感染症から唯一の医師として島民を守らなければいけない、あるいは島民の不安を鎮めなければいけない、島の状況をコントロールしなければいけない、逃げも隠れもできないところに追いつめられ、限られた資源の中、医療者としてベターな選択をしなければいけない。本当に大変だったのではないかと思います。離島の個々の事例なども、先生のところに情報として入ってきていたのですか。

糸数 離島はやはり搬送があるので、船で送るとか自衛隊のヘリで送るといった調整が必要で、この県庁の中に大きな対策本部があり、入院調整も含め災害の専門家が常駐して対応しています。

山田 県内の医療機関や介護施設との情報共有はどうしているのですか。

糸数 今の入院患者は何人で、あと何人なら受け入れられるといった情報を入力するシステムをコーディネーターが作って、全病院に入れたのです。各病院が毎日入力し、それが対策本部の部屋にある大きなスクリーンに映し出されるのです。「もう診られない」という情報を入れるとその病院の画面が赤くなり、それを見た近隣の病院が「では当院がもう少し受け入れましょ

う」と対応します。介護施設も陽性者が1人でも出るとここに連絡します。ここで専門家を派遣したり、検査キットを送ったり検討します。

山田 全体の情報共有ができていれば、「みんなが苦労しているのだからうちも頑張ろう」というふうになるのでしょうか。東京などは資源が豊富すぎて、自分の病院が無理をして病床を空ける必要はないと思ってしまうのか、当初はコロナ病床を設置しない大学病院もありました。日本一急性期病床が多い地域なのに、患者に対応しきれなかったわけです。みんなで共有してどこの病院でもある程度対応しなければいけない、

医療機関の能力に応じて適切に役割分担をするといったことが、この第8波に至るまでなかなか進まなかったのが東京の現状と言えます。

先ほどのお話にあったように、沖縄県では中部病院でER型救急に強い医師を数多く育成してきたことで、体制づくりがしやすかったのかなという印象があります。

糸数 沖縄本島は110万～130万の人口で大学も1つしかなく、県立病院と民間病院が同じように救急に対応し、もともと横のつながりがあるので、情報も集めやすいし協力的でもあったと思います。

医師確保の現状

糸数 さて、次は、沖縄県の医師確保の現状についてお話ししたいと思います。

沖縄は人口10万対医師数は全国28番目でそれほど多くはないのですが、圏域別では南部地域に集中し、特に離島は少なく地域偏在が顕著です。しかし国が定めた医師偏在指標では全ての医療圏および全県的にも医師多数県となっています。

また初期臨床研修は人気があって、先述の県立中部病院を中心とした県立病院群のほかに、琉球大学病院関連病院群、それから中部病院出身の先生方が新たに作った「むりぶし群星沖縄」という民間病院群が、それぞれのグループ単位で連携して研修を実施しており、全国から比較的多くの研修医が集まっています。ただ専門研修の受け皿が琉大にしかないのも、そこからまた地元に戻ってしまうというところがあります。

図2は、沖縄県の医師確保施策です。2軸あり、左側が医師そのものを連れてくるという短期的なもの、右側が中長期の視点です。上が医師を直接確保、下が働きやすい環境を整備するという間接的な内容です。

離島については、沖縄県は県立病院の診療所と、町村立の診療所の2つに分かれています。県立の診療所は自治医大の卒業生がローテーションで赴任したり、研修医の育成の場としています。公立は主に地域医療振興協会にお願いして、公立久米島病院も含め、いくつかの離島診療所の運営を担っていただいています。

山田 離島はコロナの話にもあったように、非常に厳しい状況に立たされますが、一方でそういったことは医師として限られた能力で最大限の努力をしてベストな判断をするというトレーニングになると思うのです。大きい病院では、自分

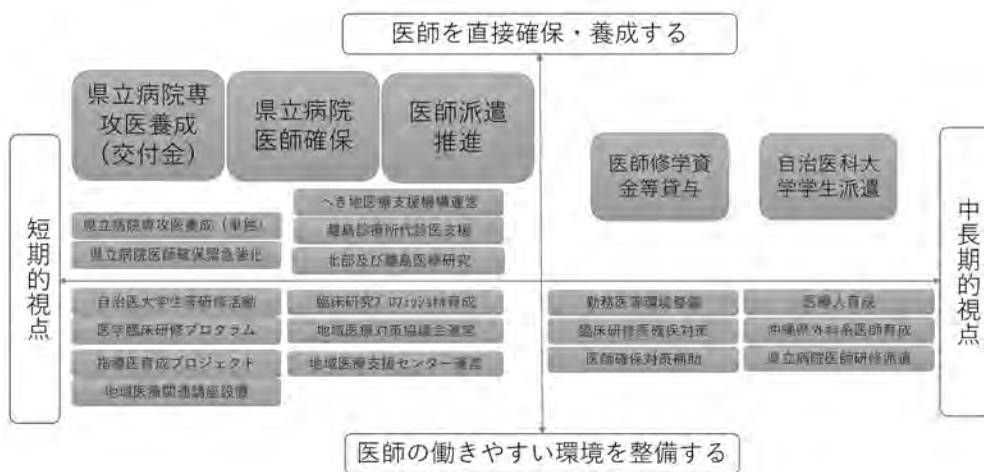


図2 沖縄県の医師確保施策（令和4年：23事業，21.7億円）

だけに課せられる，突きつけられる問題が少ないですが，離島では今回のコロナのように逃げ場がないような経験をする。若いうちにそういう経験することは実は臨床医にとってとても大事なのではないかと思います。

中部病院の歴史的な実績もあって沖縄県の初期研修は人気がありますが，それにもう少し離島医療がつながるとよいのではないのでしょうか。中部病院の島医者養成プログラムなどはもっと発展してほしいと期待しています。

糸数 今，沖縄県は琉大の地域枠で自治医大と同じような仕組みをつくっていますが，ただ自治医大ほど細かく派遣地域の枠がないので，あまり小さな診療所には行きたくないと言われてしまったりすることが多いです。行ってみないと分からないのだから，若いころに一度でいいから離島を経験していただきたいですね。

ところで，協会にはシニアの先生方の養成プログラムがありますよね。それに私はとても興味があります。

山田 それまで非常に専門性の高い分野や基礎医

学，あるいは公衆衛生の畑だけでやってこられたなど，臨床から遠ざかっていたような先生たちで，50歳，60歳になって，自分が医者になったのは何のためだったのだろう？と感じ，人を助けて喜ばれる醍醐味を味わいたい，そう思う人が少なからずいらっしゃるのですね。協会の再研修プログラムでは，へき地や離島の一人診療所の医師になっても大丈夫なように，必要な研修を提供しています。

糸数 担い手を増やすという意味では，シニア層も有用ですね。

山田 特にほかの山間へき地，離島に比べて，沖縄へ行きたいという人は再研修に限らず若い人たちも多いですね。沖縄はコミュニティがしっかりしていて，島へ行けばおじい，おばあの存在があったり，お酒を飲んで集まる機会も多かったり……都会では人間関係が希薄だと感じている人にとって，沖縄には地域の魅力があるのではないかと思います。ただ離島というのは，先程来のお話のように島唯一の医者として自分が負わなければいけないという厳しい面もある

ので、そこを少しでも援助できる仕組みがある
といいですね。遠隔医療やコンサルテー
ションなど、うまく支援できるような仕組みが
さらに進むといいのではないかと思います。

糸数 仕組みをつくるのが行政の仕事なので、どう
いうことができるか、まだ試行錯誤ではありま
すが、今とにかくいろいろなことをやってみて
いるので、そこからまた進めていきたいと思
います。

山田 先生は実際に離島を経験している行政マンで
あり医師でもあるので、実効性のある仕組みづ
くりをしていただけるものと期待しています。

離島の医師確保の問題を、ただただ医師確保
の問題にするのではなく、総合医や臨床医の育
成にうまくつなげていければいいと思うので
すね。先ほども言いましたが、私は中部病院でや
っている島医者養成プログラムに注目していて、
同じように協会でも、久米島や与那国島、竹富
島などのリソースを活用したプログラムをつく
りたいと思っています。医学生、初期研修医、
専攻医、再研修医師などより多くの人材が沖縄

の島で本物の地域医療、総合診療に触れる機会
を持てるよう、県、大学と協力して総力戦で充
実させたいと思います。

最後に、今、離島で頑張っている人たちに向
けて、エールをお願いします。

糸数 離島はほかの一般の病院の仕事と違って、家
庭も近いし、役所も近いし、お店も近く、地域
社会がすぐそこにあるので、その人を治すとき
にはそれらの中のどんな資源が必要か、自然に
考えることができると思います。そのマインド
はとても大事だと思うので、将来どの道に進む
にしても、絶対に今の経験が生きると思います。
歯を食いしばっている方もいると思いますが、
私たちができる支援をしていきたいと思ってい
ますので、ぜひ頑張ってくださいと思います。

山田 私も沖縄の離島に代診で行ったことがありま
すが、沖縄はやはりいろいろな意味で豊かで素
敵ですね！ 糸数先生、今日はありがとうございました。

糸数 公(いとかず とおる)先生 プロフィール

那覇市出身. 1990年自治医科大学卒業. 県立中部病院での研修を経て, 県立八重山病院附属小浜診療所, 県立中部病院, 県立那覇病院附属座間味診療所にて勤務し, 1997年コザ保健所に赴任. 1999年度 国立公衆衛生院専門課程修了. 北部福祉保健所勤務を経て, 2007年県福祉保健部健康増進課 結核感染症班長に着任. 八重山福祉保健所勤務後, 沖縄県福祉保健部健康増進課 課長, 健康長寿課 課長を歴任し, 2016年保健医療部保健衛生統括監を拝命. 2022年より保健医療部長に就任し, 現在に至る.



これまでの性教育とこれからの性教育 地域での性教育をみんなで考えよう!

企画：市立恵那病院 副管理者 伊藤雄二

特集

●エディトリアル

●総論 -これまでの性教育とこれからの性教育-

●子どもの性教育

●家庭医が関わるジェンダー教育と性教育(理論と実践)

●高齢者への包括的性教育

●社会的に困難な状況にある女性へのプライマリ・ケア -トラウマインフォームドケアと包括的性教育-

エディトリアル

市立恵那病院 副管理者 伊藤雄二

日本は先進国の中でもジェンダーギャップ指数が最低レベルと言われ、その中でも性教育は諸外国と比べて大きく遅れをとっていると言われている。その一因として歴史的に政治的な介入やジェンダーの問題を社会問題として取り上げることに対するような動きがあったことが改めて明らかとなっている。また小中学生への性教育には「学習指導要領」に則った指導が必要とされ、実践的な性教育、人権教育への障壁となっているとの報告も多く、全ての年代における性教育自体が国際的に実践されている内容とは大きく異なっていることも指摘されている。一方で人権問題としてのジェンダー問題や性教育の問題のみならず緊急避妊や中絶薬の問題、さらにはコロナ禍を機に蔓延している性感染症やようやく積極的勧奨が再開されたHPVワクチンの問題など、いわゆる性に関わる話題が注目される中、政治問題化している少子化、子育て支援といった課題もまた多様性を認めることが重要視され、性の問題と関連して議論されるべき課題である。

今回はこういった機会をとらえ、日本の性教育の歴史を振り返り、さまざまな制約の中で日本の性教育はどのように取り組まれ、変遷してきたのか、また国際的な性教育と比べて、何が問題であるのか、そして今後どうあるべきか、総説として日本家族計画協会会長 北村邦夫先生に解説していただいた。各論においては、各著者にこれまで実践されてきた性教育や、人権教育としてのジェンダー教育について執筆していただいたが、坂井雄貴先生には家庭医としての強みを活かした地域により密着した実践と理論について、甲斐いづみ先生にはへき地での経験をもとに特に高齢者の性にどう配慮し、向き合うか、また遠見才希子先生には自らが出版に関わられた素材を含めた幼児期からの性教育について、それぞれの立場や経験に基づいた性教育のあり方について執筆いただいた。池田裕美枝先生にはさらにそういった実践を通して見えてきた潜在的な社会問題とも言える社会的困難な女性の問題など、異なった視点から問題提起をしていただいた。また全体を通してこれからの性教育のあり方について、さらに人権教育としての包括的性教育についてもそれぞれの立場から執筆いただいた。多くの問題が待ったなしと言われているにもかかわらず、なかなか変わらない性や人権に関する意識も世代とともに大きく変わっていくと思われ、地域医療においても関わらざるを得ない問題である。

地域の総合診療医・家庭医が今後性教育や人権教育にどのように関わっていくべきか、本特集がその参考になるだけでなく、この問題についてそれぞれの地域でさまざまな人が関わり、考え、議論していくきっかけとなることを期待したい。

総論

－これまでの性教育とこれからの性教育－

一般社団法人日本家族計画協会 会長 北村邦夫

POINT

- ① わが国の近年の性教育を振り返ると、純潔教育、セクシュアリティ教育、AIDSをテーマにした人権教育と変遷するも、国会を巻き込んだ性教育バッシングによって大きく後退した
- ② 最近では、包括的性教育、生命(いのち)の安全教育など「性教育ブーム」の到来を感じさせるが、インターネットやSNSを通じた性の氾濫など懸念される事態がないわけではない
- ③ 日本の性教育はこれからどこに向かおうとしているのか。本稿では、わが国の性教育の歴史的変遷を踏まえた現状と課題についてまとめた

はじめに

思春期、更年期、避妊、中絶、性感染症、子宮頸がん予防など、「性」にまつわる話題がこれほどメディアを賑わせている時代を筆者は知らない。若かりし頃、性教育バッシングを直接目の当たりにし、筆者の自信作『ティーンズ・ボディーブック』が「悪書」として扱われた頃を思えばまさに隔世の感がある。ユネスコ編「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」が発刊されるや包括的性教育が話題になっている¹⁾。政府の「性犯罪・性暴力対策の強化の方針」を受けて、性犯罪に遭わないための「生命(いのち)の安全教育」が2023年度より全国の小中高の各学校においてスタートしている²⁾。このような「性教育ブーム」は本当に地に足が着いたものなのだろうか。今回の特集では、さまざまな角度から「こ

れからの性教育」について話題が展開されていることから、筆者に向けられた課題である「総論－これまでの性教育とこれからの性教育－」についてまとめた。とはいえ、しよせん婦人科医の立場で性教育に関わってきたわけであるから、論じることのできる範囲は限られていることをご理解いただきたい。

わが国における性教育の歴史的変遷^{3)~7)}

1. 昭和初期までの性教育

わが国の性を語る時に、何と大らかに性が捉えられていたのだろうと感心することが少なくない。もちろん、男神優位の在り方には変わりがないが、最古の古典である「古事記」「日本書記」に書かれている国造りの話である。

特集

伊弉諾尊(イザナギノミコト)と伊弉冉尊(イザナミノミコト)という男女。これは天照大神(アマテラスオオミカミ)や須佐之男命(スサノオノミコト)の両親の話です。イザナギが、イザナミすなわち女性に対して「あなたは自分の体についてどう思っていますか」と聞くと、「私の体はおおむね完璧です。しかし、一カ所だけどうしても閉じることのできない場所があるのです」と言います。

今度はイザナミがイザナギに「あなたは どう思っているのですか」と聞くと、「私の体はあなたが言うように、おおむね完璧です。しかし、一カ所だけ突出しているところがあるのです。それではお互いの突出している部分を閉じることのない部分を合わせて国を産みましょうか」と言うのです。

こうやって私たちの国、日本が創造されました。

それがいつからか、性については否定的な観念が強くなり、人間的欲望を断絶する戒律や信仰の人間観が定着してきた。江川³⁾はこれを仏教・儒教・宗教的影響力が、性を抑圧し、歪曲させ、変則的な受容性を育てて、性教育不毛の長い時代を招来させることになったと論じている。

明治末期には道徳的立場を取るものが多く、性の病的側面が強調され、「自慰」防止指導が行われてきた。大正期は、性研究に関する翻訳図書の洪水期と言われるほどの盛況で、山本宣治の「性教育」(1923年)、富士川游の「性教育問題」(1910年)などが活躍した。昭和の初期になるとVan De Veldeの「完全なる結婚」だけでなく、「性教育」の執筆を続けた永井潜(1876～1957)の文筆活動が目立っていた。しかし、わが国の軍国右傾化に伴い、性教育は弾圧を受けるまま、第2次世界大戦から昭和後期へと移っていく。

2. 矛盾に満ちた純潔教育

敗戦後、売春婦や花柳病(性病)患者が急増。その原因は、占領軍に対する「慰安計画」にあったとされる。「慰安計画」の中心は政府にあったが、表向きは「一般婦女子」の「純潔」を占領軍から守るため。しかし、花柳病の蔓延のために計

画は中止。このように日本の性教育は純潔教育としてスタートしたものの、「慰安計画」と対になっていたわけで、政府は、女性が公然と売買される社会を正当化しておきながら、一方で個人の責任として「純潔」を説くわけで、矛盾に満ちていた。

3. セクシュアリティが話題に

1960年以降、メディアの影響から性に関する情報の氾濫、フリーセックスや同棲、性の解放への風潮が強まっていった。1964年にはSIECUS(Sexuality Information and Education Council of the United States: アメリカ性情報・教育協議会)が設立され、人間の性はSexuality(セクシュアリティ)であると提唱。「セックスとは両脚の間(性器)にあたるものだが、セクシュアリティとは両耳の間(脳)にあるものだ」とのメッセージが有名であり、その後の日本の性教育にも影響を及ぼすこととなった。1972年には「(財)日本性教育協会(JASE)」が設立された。女性解放運動の影響もあって、「純潔」という言葉への批判、女性が貞操を守ることへの押し付けへの批判が高まり、純潔教育から再び性教育への動きが起こっていった。「全国性教育研究団体連合会(全性協)」は1981年に、「人間と性」教育研究協議会(性教協)」は1982年に設立された。

4. 「性教育元年」と性教育バッシング

1985年にわが国初のAIDS患者が認定されたことを受けて、AIDSパニックが勃発。文部省(当時)は、1988年誤解や偏見を取り払うために「AIDSに関する指導手引き」を作成。人権教育を中心に、1992年、「性教育元年」と呼ばれるほどに、性教育ブームが起こっている。1999年、文部省(当時)は「学校における性教育の考え方、進め方」を刊行するも、情報通信技術の普及により、援助交際など少女売春や性犯罪、性的虐待、同性愛、トランスジェンダー、障害者や高齢者の性が偏見とともに話題になるなど、性教育に対する考え方にも大きな変化が起こっている。

2000年に入ると「性教育バッシング」の動きがさらに激化。2001年から配布されていた中学生向け性教育パンフレット『思春期のためのラブ&ボディBOOK』⁸⁾(写真1, 2)に対して、2002年5月29日、衆議院文教委員会で山谷えり子議員から「セックスをあおっている」「ピルをすすめている」という質問がなされた。その質問に対して、当時の遠山敦子文部科学大臣が「中学生にここまでというような気がしないでもございません」と答弁。結局、この冊子は絶版とし、在庫は回収という措置がとられた。

東京都立七生養護学校(当時)では、日常生活にも支障が起りかねない知的障がいのある子

どもたちが、自分のからだを学ぶ「からだうた」(表1)や人形を使った懇切丁寧な指導がなされていた。当時の都教育長は「からだうた」について「歌の内容は、とても人前で読むことがはばかられる」として「きわめて不適切な教材だ」と断じたのだ。都教委は「都立盲・ろう・養護学校経営調査委員会」を設置、調査に入り、同時に教材145点を没収。校長の平教諭への降格ならびに定職1ヵ月の懲戒処分。七生養護学校の

表1 七生養護学校(当時)で知的障がいを持つ生徒のために作られた「からだうた」



写真1 思春期のための『ラブ&ボディ BOOK』2002年5月、国会でも話題になり、回収騒動が起こった。

あたま あたま あたまのしたに
くびーがあつてかたがある
かたからうで ひじ またうで
てくびがあつて てがあるよ
むねーにおっぱい おなかにおへそ
おなかのしたに ペニス(ワギナ) だよー
せなかはみえない せなかはひろい
こしーがあつて おしりだよ
ふとももひざ すね あしくび
かーかとあしーのうら つまさーきー
かーかとあしーのうら つまさーきー
おしまい

特集

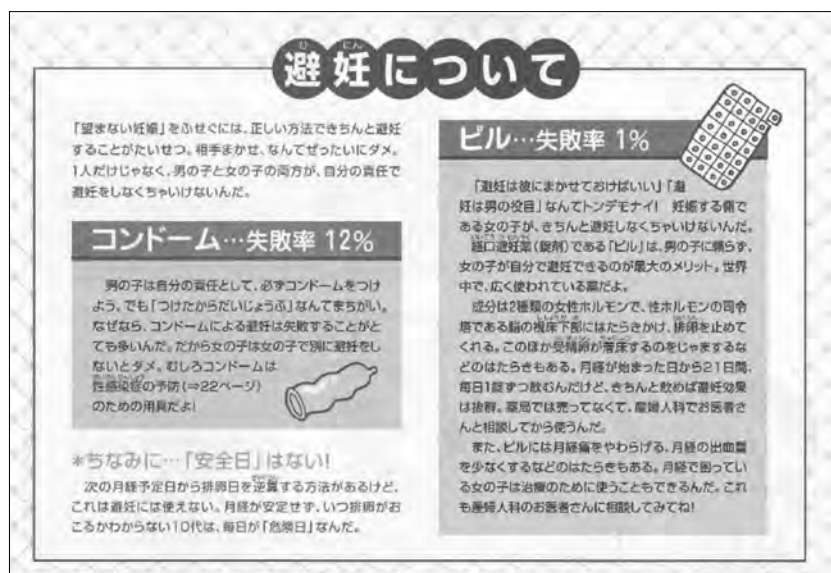


写真2 「思春期のための『ラブ&ボディ BOOK』」の中の「避妊について」の項 2002年5月の国会では、「セックスをあおっている」「ピルをすすめている」との指摘が…

教員31名ら22校102人と教育庁関係者14人に対する嚴重注意処分を発表している。その後、「教育に対する不当な支配だ」と主張した原告側(校長・教員ら)が訴訟を起こし、勝訴したことはよく知られている。このあたりの顛末については、筆者も編著者の一人である『ジェンダーフリー・性教育バッシング ここが知りたい50のQ&A』⁹⁾にまとめられているので参考にされたい。

5. わが国で繰り返される「性教育バッシング」

2018年3月16日、東京都議会文教委員会では性教育を巡ってある議論が沸騰していた。自民党の古賀俊昭都議が、東京都足立区の中学校で行われた性教育の授業を批判したというのだ。都議会において、古賀都議は、中学生の段階で性交や避妊を取り上げるべきでない」と主張した。この指摘を受け、性交、避妊、人工妊娠中絶を教えることは中学の保健体育の学習指導要領に準じていないということから、都の教育委員会が不適切な性教育を行わないように区の教育委員会を指導し、中学校校長会でも注意を喚起したという。その一方で、唯一の救いは、足立区教育委員会の担当者や授業を実施した校長が、子どもたちの実態に即した教育が行われたわけで「不適切ではない」と話したという点だ。

手元に、2021年の年齢別出生数と同年度の中

絶数のデータがある(表2)。中学生ということで、15歳までを加えると、出生数は116件、中絶数411件で、中絶割合は78.1%となる。性教育に否定的あるいは消極的な人達は、このような現実をどのように捉えているのだろうか。刑法で定められている性交同意年齢が「13歳」となっている以上、「中学生の段階で性交や避妊を取り上げるべきでない」などと暢気なことを言っている暇はない。

わが国の性教育の現状

国は10年ぶりに学習指導要領を改訂したが、「学校における性に関する指導について(学習指導要領に基づいて)」¹⁰⁾をみると、「性に関する指導」は保健体育に限らず、多岐にわたる教科で扱っていることが分かる。学校教育がこの学習指導要領に基づいて行われている以上、性教育を行おうという医療従事者もこれを認識しておく必要がある。今回の学習指導要領改訂に伴う「性に関する指導」の項目には、「発達の段階を踏まえること、学校全体で共通理解を図ることが、保護者の理解を得ることなどに配慮することが大切である。」とのただし書きが付記されている。

筆者が執筆者の一人となっている高等学校で使用する保健体育の教科書¹¹⁾には、保健編の第1章は「現代社会と健康」17項目、第2章「安全

表2 5歳階級別、出生数、中絶数、妊娠数の中絶割合

年齢	出生数(A)	中絶数(B)	中絶割合
			B/(A+B)%
～14歳	*37	127	77.4
15歳	*79	284	78.2
16歳	*294	947	76.3
17歳	*932	1,634	63.7
18歳	1,824	2,723	59.9
19歳	3,782	4,592	54.8
20歳未満	6,948	10,309	59.7
20～24歳	66,751	35,434	34.7
全年齢	840,835	141,433	14.4

*15歳未満:1名と16歳:4名は第2子出産

*17歳:42名が第2子、1名が第3子出産

2020年人口動態統計・2020年度衛生行政報告例

表3 新高等保健体育の教科書で扱われているテーマ一覧²⁾

第1章 現代社会と健康	1	日本における健康課題の変遷	第3章 生涯を通じる健康	1	思春期と健康
	2	健康の考え方と成り立ち		2	性意識の変化と性行動の選択
	3	ヘルスプロモーションと健康に関わる環境づくり		3	結婚生活と健康
				4	妊娠・出産と健康
				5	家族計画
	4	健康に関する意思決定・行動選択		6	加齢と健康
	5	現代における感染症の問題		7	高齢社会に対応した取り組み
	6	感染症と予防		8	働くことと健康
	7	性感染症・エイズとその予防		9	労働災害の防止
	8	生活習慣病の予防と回復		10	働く人の健康づくり
	9	身体活動・運動と健康	第4章 健康を支える環境づくり	1	大気汚染と健康
	10	食事と健康		2	水質汚濁・土壌汚染と健康
	11	休養・睡眠と健康		3	健康被害を防ぐための環境対策
	12	がんの予防と回復		4	環境衛生に関わる活動
	13	喫煙と健康		5	食品衛生活動のしくみと働き
	14	飲酒と健康		6	食品の安全性を確保する取り組み
	15	薬物乱用と健康		7	保険制度とその活用
16	精神疾患の特徴	8		医療制度とその活用	
17	精神疾患への対応	9		医薬品の制度とその活用	
第2章 安全な社会生活	1	事故の現状と発生要因		10	様々な保健活動や対策
	2	交通事故防止の取り組み		11	誰もが健康に過ごせる社会に向けた環境づくり
	3	安全な社会の形成	<p style="text-align: center;">体育編 3章16項目</p>		
	4	応急手当の意義と救急医療体制			
	5	心肺蘇生法			
	6	日常的な応急手当			

な社会生活」6項目、第3章「生涯を通じる健康」10項目、第4章「健康を支える環境づくり」11項目が並んでいる。さらに体育編には16項目が挙げられている(表3)。このうち、「性に関する指導」に該当するものは、「性感染症・エイズとその予防」「思春期と健康」「性意識の変化と性行動の選択」「結婚生活と健康」「妊娠・出産と健康」「家族計画」など数項目に過ぎないのではないかと考えられる。筆者が「もっと積極的に性教育を！」と学校に迫ると、学校側からは保健体育の授業時間のうちわずかしかないと返されることがあり、冷静に考えればさもありなんと納得せざるを得なかった。そのためにも、科学的で具体的な性教育を如何に効率よく実施するかが課題の一つとなっている。

一例を挙げれば、「家族計画」の項が2頁にまとめられている。さらに項目をみると、「家族計画の意義」では1. 家族計画とは、2. 避妊法の選択と人工妊娠中絶の2項目。ここには低用量ピルの記載もあり、「コンドームと低用量ピルの特徴」が表でまとめられている。「人工妊娠中絶」の項では、「妊娠した場合でも特別な理由が

あれば、あるかぎられた時期までは、手術によって胎児を母体外に出すことが法律(母体保護法)で認められている」とし、欄外には「特別な理由」として「身体的、経済的理由で、妊娠の継続により母体の健康が損なわれる場合と、性的暴力の結果による妊娠の場合」が、「母体保護法」については「母体保護法指定医によって母体外で生きていけない時期(妊娠満22週未満)にかぎっておこなわれる」と明記されている。さらに、コラム欄では「不妊問題」を話題にし、不妊の定義、妊娠の適齢期、不妊治療の概要が記述されている(表4)。

保健体育の授業の中で、これだけの情報が高校生に的確に伝えられるならば、計画外の妊娠を回避することはそう難しいことではない。筆者はこの教科書の内容をさらにかみ砕いて「思春期と健康」「性意識と性行動の選択」「家族計画と人工妊娠中絶」についてそれぞれ1万字ほどで「指導用ノート」を執筆し、さらにそれぞれ15分間程度のYouTube動画を提供している。これらは医療従事者にとっても十分なほどの情報が盛り込まれている¹²⁾。

表4 新高等保健体育の教科書「家族計画」のキーワード¹¹⁾

家族計画/人工妊娠中絶/妊娠・出産/避妊
プレコンセプション・ケア(妊娠前からの準備)
生殖可能な年齢/葉酸(ビタミンB群)・サプリメント
胎児の神経管閉鎖障害/先天異常
不妊・その原因、治療の最新情報/流産・早産・死産
緊急避妊法・緊急避妊薬(アフターピル)
レボノルゲストレル/作用機序とその特徴・避妊効果
コンドームの特徴・避妊効果・性感染症予防
低用量経口避妊薬の特徴・作用機序・避妊効果
各種避妊法の特徴
避妊法とその選択・理想条件
人工妊娠中絶/法律/定義/手術の方法/中絶を実施した妊娠週数/ 最初の人工妊娠中絶を受ける時の気持ち
その法律(母体保護法)・母体保護法指定医/妊娠SOS

国民は性に関する事柄を いつ知るべきと考えているか

筆者らが2002年から2年ごとに実施している「男女の生活と意識に関する調査」は第8回までを終えている¹³⁾。ここでは、①男女の心と身体の違い、②二次性徴(発毛・声変わり・乳房のふくらみ)、月経、射精などの仕組み、③受精、妊娠、出産、誕生のしくみ、④セックス(性交渉)、⑤避妊法、⑥人工妊娠中絶、⑦エイズとその予防、⑧エイズ以外の性感染症とその予防、⑨コンドームの使い方、⑩多様な性のあり方(同性愛、性的指向、性同一性障害等)、⑪性的被害(レイプや性暴力など)の対処法、⑫男女間の平等や助け合い、⑬結婚、⑭離婚、⑮人と人とのコミュニケーション(関わり方)、⑯性に関する倫理や道徳、⑰妊娠・出産をするには年齢による限界があること、という17のテーマを挙げて、「一般的に、何歳くらいの時に知るべきだと思いますか」と、国民に問いかけている。

筆者としてはここに挙げた全てのテーマが、性教育の範疇に入れられるべきものだと考えている。50%以上の回答者が12歳までに知るべきと回答した項目は、①、②、③、⑮、15歳まで

には、全ての項目で50%を超えていた(表5)。学校性教育ではとかく教えることを避ける傾向にある「コンドームの使い方」でも中学卒業(15歳)までには知るべきと66.3%が回答している。このような国民の意向は、文部科学省が示す学習指導要領に掲げられた学習目標と照らしてもはるかに子どもたちの現実を踏まえているように思われる。それにもかかわらず、「コンドームの使い方」を中学3年生までに教えることは不適切であるとの烙印を押されかねないというのは、国民と教育界との間の乖離が大きすぎる。これでは人工妊娠中絶を減少させること、ひいては反復中絶を防止することは難しい。

まとめ

国が示す学習指導要領に基づいて学校教育が行われている以上、「性教育」の必要性ばかりを強調するわけにはいかない。しかし、診療の場など身近なところで中・高校生の妊娠や性感染症事例などを診ていると、学校での教育の不備が招いた結果であることが少なくない。さらに、携帯電話やスマートフォンなどSNSの普及は、家庭や学校などに居場所がない若者が手軽

表5 性に関する以下の事柄について、あなたは一般的に、何歳くらいの時に知るべきだと思いますか¹³⁾

	3～5歳	6～9歳	10～12歳	13～15歳	16～18歳	19歳以上	個人によって異なる	知る必要はない	無回答	再掲12歳まで	再掲15歳まで
①男女の心と身体の違い	4.4	21.5	49.5	14.3	1.7	0.5	4.5	0.4	3.2	75.4	89.7
②二次性徴、月経、射精などの仕組み	0.2	9.7	61.5	19.1	1.1	0.8	4.3	0.2	3.2	71.4	90.5
③受精、妊娠、出産、誕生のしくみ	0.2	9.7	61.5	19.1	1.1	0.8	4.3	0.2	3.2	71.4	90.5
④セックス(性交渉)	0.2	1.7	23.8	45.3	13.4	4.6	7.4	0.3	3.3	25.7	71.0
⑤避妊法	0.2	1.5	21.5	50.4	16.7	1.2	5.1	0.2	3.3	23.2	73.6
⑥人工妊娠中絶	0.1	1.0	15.4	46.2	20.7	4.0	7.8	1.6	3.3	16.5	62.7
⑦エイズとその予防	0.1	1.7	18.1	50.6	20.0	1.3	4.6	0.2	3.4	19.9	70.5
⑧エイズ以外の性感染症とその予防	0.1	1.5	17.6	50.0	20.7	1.6	4.8	0.2	3.6	19.2	69.2
⑨コンドームの使い方	0.1	1.1	14.8	50.3	22.0	1.9	5.8	0.4	3.6	16.0	66.3
⑩多様な性のあり方	0.2	3.6	18.4	40.0	21.9	3.5	7.8	1	3.6	22.2	62.2
⑪性的被害の対処法	0.2	1.7	19.0	45.2	21.7	2.3	5.9	0.6	3.6	20.9	66.1
⑫男女間の平等や助け合い	2.8	11.8	32.5	29.7	12.2	2.7	4.4	0.4	3.6	47.1	76.8
⑬結婚	1.8	6.0	23	26.7	21.1	7.6	9.7	0.4	3.6	30.8	57.5
⑭離婚	1.1	5.2	20.8	26.6	19.2	7.0	13.9	2.3	3.8	27.1	53.7
⑮人と人とのコミュニケーション	10.3	23.3	30.6	18.6	7.0	1.3	5.1	0.3	3.5	64.2	82.8
⑯性に関する倫理や道徳	0.8	3.2	26.8	41.7	14.8	1.7	6.8	0.5	3.7	30.8	72.5
⑰妊娠・出産年齢には限界がある	0.3	1.3	13.6	36	25.6	8.2	10.5	1.0	3.5	15.2	51.2

(日本家族計画協会：「第8回男女の生活と意識に関する調査」2016年)

に会えてしまうツールとなり、性暴力被害に遭遇する機会を増やしているとはいえないだろうか。便利さの陰で、非科学的な性情報の入手だけでなくアダルトサイトへも容易にアクセスできてしまうという現実を教育関係者はご存じなのだろうか。学校での性教育に限界を感じるのであれば、医療従事者として行う性教育の限界と可能性を認識しつつ、中・高校生に知ってほしい情報を的確に伝え、彼らが問題に直面した時の対処法や事件に巻き込まれないための予防策を講じられる能力の醸成に一役買う意気込みが求められているのではないだろうか。

文献

1) ユネスコ編：国際セクシュアリティ教育ガイダンス -科学的根拠に基づいたアプローチ改訂版。明石書店。2020。
 2) 文部科学省：生命(いのち)の安全教育について。https://www.mext.go.jp/a_menu/danjo/anzen/index.html (accessed 2023 Jan 5)

3) 江川義雄：2 性教育の歴史と現状。性教育と家族計画の指導指針(森山豊 監修, 母性保護医協会)。p13-29, 南山堂, 1986。
 4) 松下清美, 玉江和義:性教育の現状と課題 ~性教育の歴史的変遷に着目して~。宮崎大学教育文化部紀要 芸術・保健体育・家政・技術。第25・26号。p9-20, 2012。
 5) 田代美江子:1 戦後どのような変化をたどってきたか。新版 人間と性の教育 第1回 性教育のあり方, 展望-日本と世界, つながりひろがる。p26-35, 大月書店, 2006。
 6) 学校の性教育に対する近年日本における批判動向:「性教育パッシング」に対する政府対応。専修大学社会科学年報 2014;48:193-211。
 7) 西岡笑子:学級研究からの少子化対策-日本衛生学会からの提言に向けて わが国の性教育の歴史的変遷とリプロダクティブヘルス/ライツ。日衛誌 2018;73:178-184。
 8) 母子衛生研究会・編:教えて!聞きたい! 思春期のためのラブ&ボディBOOK。東京, 2002。
 9) 浅井春夫, 北村邦夫, 橋本紀子, 他:ジェンダーフリー-性教育パッシング ここが知りたい50のQ&A。東京, 大月書店, 2003。
 10) 森良一:学校における性に関する指導について(学習指導要領に基づいて)。https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001dh87-att/2r9852000001dhhq.pdf (accessed 2023 Jan 5)
 11) 大修館書店:新高等保健体育(50・大修館・保体702)。東京, p82-83, p86-87, p92-93, 2022。
 12) 大修館書店:新高等保健体育指導ノート 保健編3 生涯を通じる健康(保体702)。東京, p3-21, p30-45, p80-99, 2022。
 13) 一般社団法人日本家族計画協会:第8回男女の生活と意識に関する調査 報告。東京, 2017。

子どもの性教育

筑波大学大学院社会精神保健学分野 遠見才希子

POINT

- ① 子どもの性教育は、日々のコミュニケーションの積み重ねである
- ② 性を人権の視点で捉え、幼い頃から体系的に学ぶ包括的性教育が国際的に推進される
- ③ 他者を尊重しながら性的自己決定力を育み、健康と幸せの実現につなげる
- ④ 性の健康を守るための利用しやすい社会システムなどの環境を整える必要がある

特集

性教育を始めたきっかけ

私が性教育の活動を始めたきっかけは、大学時代にHIV・エイズの予防啓発活動を行う医療系学生NGOに参加したとき、みんなでコンドームの使い方を明るい雰囲気の中で学ぶ機会があったことだ。それまで性のことは、恥ずかしいもの、タブーというイメージがあったが、健康に関わる大切なものというイメージが変わった。そして、性や体について知りたいことはたくさんあったのに、性についての情報は、友人との会話やアダルトコンテンツなど偏った情報から得ることが多く、学校や家庭で知る機会はほとんどなかったことに気づかされた。そして、「もっと気軽に楽しく真面目に性を考える機会をつくりたい」という思いから講演活動を始めた。

これまで全国1,000カ所以上の中学校や高校をめぐり、講演後、生徒から「もっと早く知りたかった」「小さい頃から性暴力を受けていた」と

いった切実な声をもらうたび、もっと幼い頃からの性教育や、社会全体で性教育について考える必要性を感じていた。

体のだじの伝え方

そして私自身が親になり、子どもへの性暴力のニュースを耳にするたびに危機感を募らせていた。しかし実際、我が子へプライベートパーツ(性器、おしり、胸、口など性に関わる場所)について伝えようとしたとき、性教育に携わっているにもかかわらず、どう伝えればいいのか戸惑った。そこで、お風呂場で体を洗うときに、こんなふうに声をかけた。

「おしりも おまたも おっぱいも ぜんぶ だじ だじよ～ ○○ちゃんのからだは ○○ちゃんのものよ～」

当初子どもの反応はなかったが、ある日私が体を洗おうとすると子どもが突然ギャン泣きし



図1 「だいいだいい どこだ？」作：遠見才希子 絵：川原瑞丸（大泉書店）

て、「だいいだいいは自分で洗う！ ママ、触っちゃダメ！」と言い出したのだ。私はハッとして、親であっても体を触るときには同意が必要で、身近な大人が子どものプライベートパーツを尊重することの大切さを感じた。それからというもの、「洗い残し、ママが洗っていい？」と聞いてから体を触るようになった。そして、子どもから「ママのおっぱいもだいいだいいなの？」と聞かれたので「だいいだいいだよ。だから自分以外の人のだいいだいいは何も言わずに触っちゃいけないね。もし誰かに触られそうになったら、いやだって言ったり、逃げたり、ママに教えたりしてね」と伝えた。さらに子どもが腕や足などを指さしながら「ここもだいい？」と聞かれたことで、体はどれも大切に、一人ひとりがかけがえのない存在であるということ改めて気づかされた。

こうした子どもとのコミュニケーションを通して実感したのは、大勢の生徒の前で話す学校での性教育と、家庭での性教育は全く違うということだ。家庭での性教育は1回きりの特別な時間ではなく日常の中に何度でもチャンスがある、日々のコミュニケーションの積み重ねだ。このエピソードを元に生まれた絵本『だいいだいい どこだ？』は、「だいいだいい」というポジティブな言葉によって、気軽に性教育の一步をふみ出す1冊として多くの家庭や保育園などで活用いただいている(図1)。

日常の中で楽しく学べる絵本

国際的には、性を「人権」の視点でとらえ、科学的で正確な情報に基づいて、多様な考え方に触れながら、主体的に考え、幼い頃から繰り返し体系的に学ぶ、「包括的性教育」が推奨されている。WHOやユネスコが作成した包括的性教育の指針である国際セクシュアリティ教育ガイダンスには5歳から年齢層別に多岐にわたる学習目標が設定されている。人間関係や人権を基盤に、ジェンダー平等や性の多様性を含む幅広いテーマがある。他者を尊重しながら、性的自己決定力を育て、健康と幸せの実現につなげることが包括的性教育の目的である。子どもの成長に合わせて、包括的性教育の幅広いテーマや学習目標をできるだけふまえて、日常の中で楽しく学べる絵本のシリーズをつくりたいという思いから『性とからだの絵本』が生まれた。子どもたちが主体的に考えられるように、一方的に知識を教えるような作りではなく、子どもたちを主人公にしたストーリー仕立ての絵本にすることにしたが、ストーリーをゼロからつくる経験は小学校の作文以来の経験であり、長く産みの苦しみがあつた。

権利と同意

1冊目の『うみとりくの からだのはなし』は、双子を主人公にすることで、体は一人ひとり違うこと、自分の体は自分だけのもの



図2 「うみとりくの からだのはなし」作：遠見才希子 絵：佐々木一澄（童心社）

あることを表現し、自分の体に誰がどんなふうに触っていいかを自分で決める「からだの権利」、体に触られたいかどうかは時や場所、相手によっても違う「バウンダリー」、誰かの体を触るときに確認しあう「同意」をテーマにした(図2)。性暴力から身を守るために「NO・GO・TELL(いやだと言う・逃げる・大人に伝える)」という選択肢を知っておくことは大切だが、実際は体が動かなくなるフリーズ現象が起こることもある。たとえ逃げられなくても被害者は悪くないこと、被害に遭わないように自衛させるだけでなく加害をなくす視点を持つことが性暴力や二次被害を減らすために重要であることを意識した。

セックスの描き方

2冊目の『あかちゃんが うまれるまで』は、「あかちゃんってどうやってできるの?」「どうやってうまれるの?」という子どもが抱く自然な疑問に答える絵本だ(図3)。子どもの発達や親子の関係性はそれぞれ違い、正解がない問題もたくさんあり、絵本の伝え方はあくまで一例だが、「それは、だいじな話だね」「いい質問だね」と肯定的に子どもの疑問を受け止める大切さも描いた。インターネットにアダルトコンテンツがあふれる時代だからこそ、子どもたちがセックスについて初めて知る情報源は、科学的で、人権を大切にしたいものにしたと考えた。国際セクシュアリティ教育ガイダンスには、「妊娠

は、卵子と精子が結合し、子宮に着床して始める(5~8歳)」「ペニスが膈内で射精するセックスの結果、妊娠が起こることを再確認する(9~12歳)」という学習目標があるため、小学生にセックスを教えることは国際的な学習目標をふまえたものである。とはいえ、大人にとっても読み聞かせしやすいうように言葉や場面を工夫し、産婦人科医がセックスについて説明するというストーリーにした。あたたかいタッチのイラストは、人と人がつながるあたたかさや心地よさ、対等な関係性の大切さも伝えてくれている。出産は、膈から生まれる方法と手術で生まれる方法を並列で説明した上で、最後は緊急帝王切開のシーンにした。これまで私が携わらせてもらった、どんな出産も、どんなお母さんや赤ちゃんも唯一無二であることを思い出しながら描いた。

その人らしく幸せに生きる

3冊目の『おとなになるっていうこと』は、思春期の心と体の変化、ジェンダー、セクシュアリティがテーマだ(図4)。小学生の僕がお母さんに「お姉ちゃんは生理になってるの?」と尋ねるシーンでは「それはね、お姉ちゃんの体のことだからお母さんは答えられないの」「自分の体のことを誰に話すかはその人が決めることだからね。でもね、生理は秘密にしなきゃいけないことでも恥ずかしいことでもないんだよ」とバウンダリーに配慮した。また、絵本づくりの



図3 「あかちゃんが うまれるまで」作:遠見才希子 絵:相野谷由起 (童心社)



図4 「おとなになるっていうこと」作:遠見才希子 絵:和歌山静子 (童心社)

過程でさまざまなセクシュアリティの方々と話をしてもらい、私自身、無自覚な偏見を持っていたことに何度も気づかされ、私を含め全ての人が性の多様性の中にいるということを感じた。性別や性のあり方によって差別されることなく、その人らしく幸せに生きる権利や、人それぞれの違いを認めることの大切さを描いた。また、子どもの身近にいる大人の役割は、「安心して話せる大人」「信頼できる大人」でいることだ。「性や体のことで知りたいと思ったことは、身近な大人に話してもいいんだ」と子どもたちが日頃から感じられることは、性のことで困ったときのSOSにつながるだろう。

ちゃぶ台を投げる方向を間違っはいけない

近年、性教育に関する社会的関心が高まり、

絵本だけでなくマンガなどさまざまなコンテンツが生まれている。私が監修に携わったマンガは、女子高生がコンドームの使い方が分からないまま同級生と初体験をするストーリーだった。彼氏が裏表を間違えたコンドームをひっくり返して装着したことを不安に思い、勇気を出して保健室へ相談しにいくと、先生が「(考え方が)あつまーい！」とちゃぶ台を女子高生に投げつけ、女子高生が「キャー！」と悲鳴をあげるシーンがあった。私はこのシーンを目にしたとき、「ああ、性教育ってこういうイメージがあるかもしれない…私もこういう性教育をしてきたのではないか」とまざまざと思い知らされた。「ネットに情報はあふれているけど、何が正しいのか分からなかった」「学校や家庭では教えてもらえなかった」という今の若者たちの声は、私が若者だった20年前とそう変わっていないところがある。子どもたちは「知らない」というよ



図5 I LADY × # CIAO DONNA by FIAT Do You LADY ? VOL.1 "知ること"
 (ストーリー・イラスト：伊吹春香，医療監修：遠見才希子，ストーリー監修：国際協力NGO ジョイセフ)
https://www.fiat-auto.co.jp/ciao_cp/ciaodonna/manga-project/

りも「知らされていない」。私たち大人は、性の問題を若者の自己責任にしたり、叱責したりせず、性について知らせてこなかった大人たちや社会の問題に向き合わなければならない。日本では性教育が遅れているばかりか、避妊法の選択肢が乏しかったり緊急避妊薬へのアクセスが困難だったり、性の健康を守るための社会システムが整っていないという問題も山積している。マンガは、ちゃぶ台を投げる方向を女子高生ではなく全然違う方向に修正してもらい、「教えてなくてごめんなさい」「すごく大切なことを相談してくれてありがとう」という先生のセリフを加えてもらった。

同じ目線で一緒に考える

性のことを伝えるときに注意しないとイケないのは、上から目線の説教になりがちだということだ。性教育は、専門家が話したいことを一方的に伝えて、自分の価値観を押し付けるのではなく、適切な情報提供のもと、子どもたち一人ひとりが主体的に考えて、他者を尊重しながら性的自己決定力を育て、健康と幸せにつなげるためのものだ。その人自身の意思が尊重されて、自分の体のことを自分で決める、性と生殖に関する健康と権利が最も大切なので、あくまでも「一緒に考えていこう」というスタンスを大切に、多様な選択肢が示せる社会になるよう今後も活動を続けていきたい。

家庭医が関わるジェンダー教育と性教育(理論と実践)

一般社団法人にじいるドクターズ 代表理事・ほっちのロッヂの診療所 院長 坂井雄貴

POINT

- ① ACCCAや地域志向ケアなど、プライマリ・ケアおよび家庭医療は包括的性教育と親和性が高い
- ② 診療と同様に、性教育においてもエビデンスに基づいた実践が求められる
- ③ 対象となるコミュニティの特徴を踏まえ、学校と連携した計画・介入を行うことが包括的性教育の実践に重要である

はじめに

家庭医・総合診療医はプライマリ・ケアのさまざまな理念に基づき、地域で日々診療を行っている。そのケアの範囲は診察室での診療にとどまらず、時には医療機関を出て地域住民の健康増進に関わる場合もあるだろう。ここでは、理論的基盤をどのように地域でのジェンダー教育・性教育の実践に活かしていくかについて、事例を踏まえながら述べたい。

プライマリ・ケアの理念と包括的性教育

1. ACCCA

代表的なプライマリ・ケアの理念の一つに「ACCCA」¹⁾がある。これは1978年に米国医学研究所が発表した、プライマリ・ケアの特徴を表す5つの特性である。

Accessibility (近接性): 地理的, 経済的, 時間的, 精神的

Comprehensiveness (包括性): 年齢や性別, 特定の臓器にかかわらず, 予防から治療まで地域で起こるあらゆる健康問題への対応

Coordination (協調性): 専門医との連携, 多職種や地域住民・社会資源との協働

Continuity (継続性): 「ゆりかごから墓場まで」病気の時も健康な時も関わる

Accountability (責任性): 医療内容の監査, 生涯教育, 患者への十分な説明など

ACCCAのうち, 特にAccessibility (近接性)・Comprehensiveness (包括性)・Coordination (協調性)は, 性教育にも大きく関わっている。まず「近接性」について, 地域に自分たちのことをサポートしてくれる大人がいるというメッセージを伝えること, 性についての相談先が学校やネット上ではない場所にもあることは, 児童にとっても重要である。次に「包括性」についてであるが, 性教育のトピックは妊娠出産や性感染

特集

症のみではない。性のあり方に関わる多様なライフスキルを学ぶため、非常に幅広い知識・態度・技術を取り扱う。プライマリ・ケアの特徴である特定の臓器、年齢・性別に関わらない包括性を活かすことで、特定の領域に偏ることなく、必要とされる要素を適切に伝えることができるだろう。最後に「協調性」についてであるが、性教育は児童と講師のみで実現するものではなく、学校の養護教諭や担当教員、保護者、地域の教育委員会、スクールソーシャルワーカーやカウンセラーなどさまざまな領域の人たちとの協働が欠かせない。日常診療においても多職種での連携や調整を行っているプライマリ・ケア医は、児童を中心とした学校・家庭・地域資源の協働を円滑に行うことができるだろう。

2. 地域志向ケア

家庭医は個人や家族はもちろんのこと、その人たちが住む地域や、地域に存在するコミュニティも踏まえてケアを行う。これを「地域志向ケア」と呼び、家庭医療学の基盤として非常に重要なものである。この実践にはさまざまな方略が存在するが、代表的なものとしてCOPC (Community Oriented Primary Care)³⁾を紹介したい。

COPCとは「コミュニティの同定」「健康課題の同定」「介入の検討と実行」「介入の評価」といった項目を、コミュニティを巻き込みながらサイクルを回して実践していくものである(図1)。例として、性教育においてCOPCを適応するこ

とを考えてみたい。地域の思春期児童というコミュニティを定義したとき、まず思春期児童が一般的にどのような特徴を持つ集団であり、どのような健康問題を抱えやすいかということについて知る必要がある。学校現場や個別児童の課題があれば考慮に入れ、コミュニティの健康課題を同定していく。その上でどのような性教育を行うかという点について、対象となる児童や保護者、教職員とコミュニケーションをとりながら介入＝性教育を実施する。そしてその効果についてアンケート等により評価を行う、といった形となる。このように家庭医は地域に関わるための方略を理論基盤として持ち合わせており、これは地域の健康増進の一環である性教育の実践においても強みとなるだろう。

性教育の実践に向けて — 障壁とその乗り越え方 —

ここまで述べたように、プライマリ・ケア医は性教育の実践に非常に適した存在である。それでは、実際に性教育を実践する上でどのようなことがハードルになるだろうか。

1. 思春期児童と関わる機会がない

日本において地域医療を実践する医師は、成人や高齢者の内科診療・病棟診療を行うことが多い。地域によっては、小児診療は小児科医が担当しており臨床で関わる機会が少ないこともあるだろう。そもそも10代の児童は医療機関に

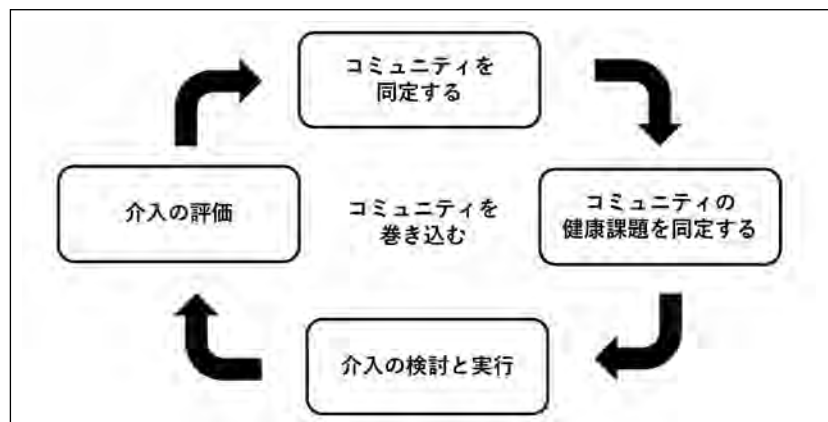


図1 COPC の概念

表1 ジェンダー教育・性教育に役立つホームページ・資料

<p>・ Global Gender Gap Report 2022 (WORLD ECONOMIC FORUM) https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf 世界経済フォーラムが毎年発表するジェンダーギャップ指数、経済・政治・教育・医療福祉の4項目について包括的に分析されており、ジェンダー格差について国際的な視点から考察できる。</p>
<p>・ #つながる BOOK (一般社団法人日本家族計画協会) https://www.jfpa.or.jp/tsunagarubook/ 性に関するさまざまな情報を、専門家が監修しコースに分かりやすくまとめている。性教育でコースに紹介する資料としても活用できる。</p>
<p>・ NPO 法人ピルコン https://pilcon.org/ 包括的性教育の普及を目指して活動する団体。多くの性教育教材を監修制作しており、ホームページからも閲覧できる。YouTubeチャンネルでは動画コンテンツも多く公開されている。</p>
<p>・ セイシル 知ろう、話そう、性のモヤモヤ https://seicil.com/ TENGАヘルスケアが手掛ける、10代を対象とした性に関する悩み相談サイト。多くの専門家や支援者が、幅広い性に関する悩みに回答している。イラストが多く分かりやすいため生徒に紹介するのによい。</p>
<p>・ 認定NPO 法人 Rebit https://rebitgbt.org/ LGBTの若者の支援を行っている団体。小学校高学年向け・中学校向けのLGBT教材や動画教材「多様な性ってなんだろう？」を閲覧できる。</p>
<p>・ 性教育いらすと https://seikyoiuku-illust.com/ 性教育に使用できるジェンダーニュートラルなイラストが無料で公開されている。多様な性にも配慮されている。</p>

受診する機会が少なく、診察室で待っていても出会うことは難しい。性教育の実践に関心がある場合、例えば学校医の依頼を積極的に受け、職務の一環として性教育を提案することもできるかもしれないし、あるいは地域の児童支援に関わる活動に出席し、養護教諭やスクールソーシャルワーカーと面識を持つなど、地域に積極的に足を運ぶことで機会を作る方法もあるだろう。機関紙や院内掲示で性に関するトピックを扱うなど、所属する医療機関として発信するという方法もある。まずは関心を持つ医師が地域にいることを子どもや教育に関わる人たちに知ってもらうところから始めていきたい。

2. 適切な知識がない

性教育が取り扱うテーマは二次性徴、妊娠出産、性感染症といった医学的なテーマのみならず、コミュニケーション、人権、ジェンダー、セクシュアリティなど多岐にわたる。これらは医学知識のみでは対応が難しく、広く社会課題にも関心を持ちながら学び続けることが必要であり、また子どもたちから教わるという視点も

重要である。まずは国際標準の指針である「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」³⁾のキーコンセプト・トピック・学習目標について確認し、関連資料で学ぶことが勧められる。現在はオンラインでもさまざまな性教育に活用できる教材が存在しており、活用するとよい(表1)。より専門性を持って学びを深めたい場合、日本思春期学会の性教育認定講師や、日本家族計画協会の思春期保健相談士といった資格を取得することも一つである。

3. どう実践していいかわからない

医師として地域で開催される健康教室などで話した経験はあるだろうか？ 注意すべき点は、日常診療では最新の医学知見やEBMを大切にしている、健康講話となると途端にエビデンスを考慮しない、あるいは内容に自身のバイアスが強くなってしまったといったケースが見られることだ。地域の健康増進に関わる時、基本の考え方は診察室での患者診療と変わらない(図2)。対象となる集団のニーズと状態についてアセスメントし、ガイドラインやエビデンス

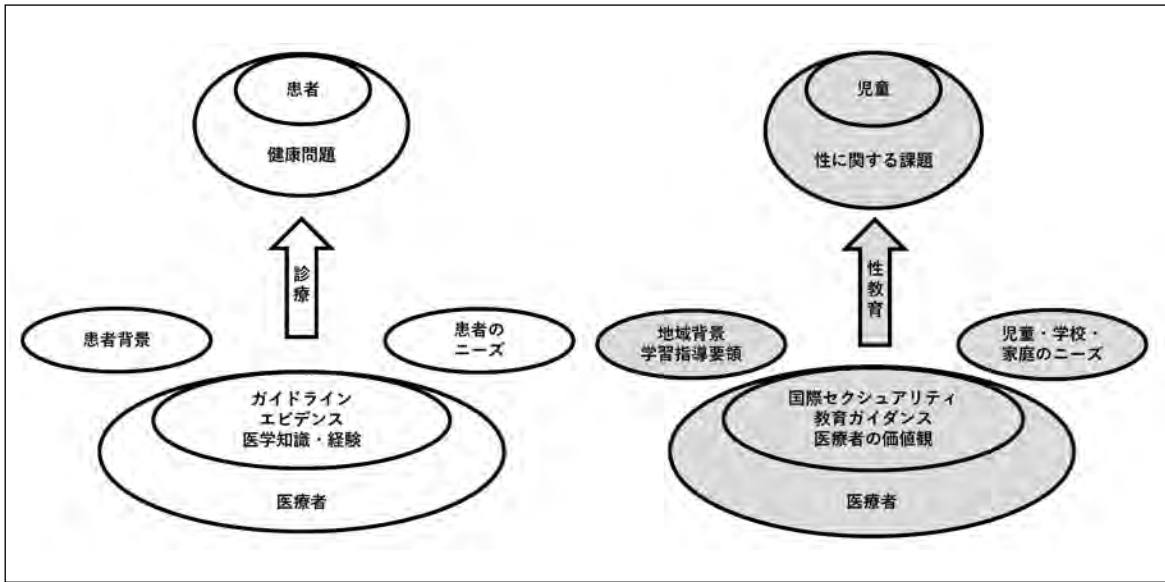


図2 診療と性教育の構造

を適応した上で必要な情報を伝えるという原則が重要である。その上で、性教育は人の生き方に関わる教育であること、伝えた言葉が時に子どもの人生も左右するかもしれないことを認識し、個々の価値観と伝える内容とのバランスの取り方を常に考える必要がある。

家庭医による包括性教育の実践例

ここではプライマリ・ケアおよび家庭医療の理論基盤を用いた実践の例について紹介する。

実践例1 公立校での実践:COPCに基づいた中学校での包括的性教育

対象は2校の中学3年生で、学習指導要領の保健体育にある「エイズおよび性感染症の予防」についての依頼であった。COPCのモデルを用いて介入を行った。

STEP1:コミュニティの同定

対象は地域の中学3年生(約150名)。地方都市であり生徒は主に徒歩および自転車の移動圏内で生活している。少子化のためクラス数も少なく、ほとんどが小学校から持ち上がりのため単一のコミュニティで過ごしている生徒が多い。

STEP2:コミュニティの健康問題の同定

中学3年生の学習指導要領(保健体育)⁴⁾での

エイズ及び性感染症の指導においては感染症の知識のみではなく、予防として性交渉に触れる必要があり、教員と相談し性交渉についても言及することとした。事前のヒアリングでは地域の祭を契機に性交渉を経験する生徒も見られ、生徒に適切な性に関する知識を指導したいというニーズや、男女別の制服を嫌がる生徒や不登校の生徒に性別違和の訴えがある生徒がいるが、教員としてどう支援したらいいかわからないという課題があった。

STEP3:介入の検討と実行

性に関する知識に関する10問の○×クイズとLGBTについて「知っている」「説明できる」という2項目のアンケートを事前・事後・3ヵ月後のフォローアップで行った。回答しやすくするため無記名とし、性別欄は男・女に加え「悩む場合はつけなくてもいい」と注釈を加えた。国際セクシュアリティ教育ガイダンスに基づき学習指導要領、学校のニーズ、生徒の発達段階を踏まえ、①人の性と生殖に関わる器官の仕組みと機能を理解する、②HIVを含めた性感染症の感染・予防について知る、③妊娠と基本的な避妊方法について知る、④多様な性・LGBTについて知るという目標を設定した。養護教諭と相談し男女合同での講義形式とし、性教育(60分)を実施した。

STEP4: 介入の評価

事前アンケートの結果では、HIV・性感染症および避妊についての質問は正答率が5割以下と特に低く、またLGBTについて「知っている」と答えた児童は2割程度であった。事後アンケートでは、いずれの項目でも正答率が上昇しており、LGBTについて「知っている」と答えた児童の割合は約8割に上昇していた。3ヵ月後のフォローアップのアンケートでは、正答率は事後より低下していたが、事前と比較するといずれの項目も高い正答率を維持していた。自由記載では「周りにLGBTの知識が無くて、もどかしい日々を送っていたが丁寧に教えてもらったので安心した」「同性が好きな人や見た目と心が違う人があるのは知っていたが、もし打ち明けられることがあれば話してくれたことに感謝して、それまで通りに関わっていきたいと思った」など、態度領域での影響を示唆する感想も得られた。

実践のポイント

日本の学校現場では学習指導要領の課題(多様な性への配慮が不十分、はどめ規定など)もあり、特に公立校ではカリキュラムの制限も多く単回の性教育となることが一般的である。学校教諭に協力を仰ぎアンケートや配布資料等を用いて授業時間外でのフォローアップやサポートを実施することも有効である。性感染症・HIVの分野では講師として医師のニーズが大きいため、比較的实施の機会を得やすい。その機会を活用し、ぜひ包括的性教育の実践につなげたい。COPCに基づいて介入を行うことで、体系的な計画や評価の実施が行いやすくなるだろう。

実践例2 私立校での実践: 継続性に基づいた小中一貫校での包括的性教育

学校医として関わっている小中一貫校で、性教育を実施することになった。学校のニーズとしては中学生の間でパートナー間の交際が目立つようになってきたことを踏まえ、性に関するテーマを含めた学習の必要度が高いとの現場からの声があった。取り扱う内容は国際セクシュ

アリティ教育ガイダンスを参考に、学習機会が少なく、かつ基本となるジェンダーの学びを中心として検討した。私立でありカリキュラムの自由度が高かったため、年間の指導計画の段階から相談を行い、90分の授業枠を年間で継続的に設けることができた。「こことからだの時間」という計4回の講義を、中学1年・2年、男女合同(約40名)を対象に実施することとなり、各講義の前にはテーマについて生徒や保護者、教職員の関心をヒアリングし、それを元に目標設定の上、方略を定めた(表2)。一方向的な知識伝達ではなくアクティブラーニングとするため、グループワークの時間を必ず設けた。知識面については講義前後の〇×テストや講義中の穴埋め課題を実施し、態度面については授業後のアンケートにて学習したことについてまとめてもらう形で評価を行った。

ジェンダーについては、言葉そのものは知っていた生徒が多かったが意味を理解している生徒は少なく、今回のワークを通して男女平等やジェンダー役割について具体的な課題を意識し考えるきっかけとなったという感想が複数見られた。セクシュアリティについては、LGBTという言葉について知っている生徒は事前アンケートでは約8割と多かったが説明できるとした生徒は約3割で、事後に説明ができると回答する生徒は約8割に増加していた。全体としてワークで扱ったテーマについて具体的に考察する感想が多く、アクティブラーニングの効果と考えられた。

実践のポイント

私立では学習指導要領を踏まえつつも、比較的自由度を高く計画することができる。そのため公立では実践しにくいテーマの取り扱いや、継続的な学習機会を設けることができる。その分児童の現状を踏まえ、時間をかけて学校側ともコミュニケーションを取ることが求められる。今回のように単発ではなく継続的に関わることで学校および児童とパートナーシップを築くことができ、身近に相談できる大人として認識してもらうことができる。時間や継続性を確保できる場合は、アクティブラーニングを積極

表2 全4回の性教育プログラムの概要

第1回：「こころとからだの性ってなんだろう？」	第2回：「ジェンダーって何？」
テーマ：身体の性、コミュニケーション	テーマ：ジェンダー役割・ジェンダー規範
方略： ・二次性徴についての講義 ・「思春期お悩み相談」のグループワーク：「セイシル」の悩み相談を参考に、回答を考え発表した ー誰かを好きにならなきゃだめ？ ー急いで恋人を作るにはどうすればいい？ ースマホを勝手に見る彼女に困っています ー彼氏から「裸の写真を送って」と言われた	方略： ・ジェンダーについての講義 ・広告の表象を分析するグループワーク： 日本の今と昔のCMを鑑賞し、受けた印象の違い、女性・男性のいずれが出演していたか、意図するメッセージは何かを考え発表した ー家事（炊事・洗濯）に関する商品のCM ースポーツに関する商品のCM
第3回：「ジェンダーをとらえる」	第4回：「多様な性を考える」
テーマ：ジェンダー平等	テーマ：セクシュアリティ（LGBTQ）
方略： ・ジェンダー平等・ジェンダーギャップ指数についての講義 ・ディベート：ジェンダー平等に関する日本の課題について、賛成・反対の立場で議論を行った ー家事は夫婦で同じ割合で担うべきである ー公立高校の定員は男女同数であるべきである ー夫婦は同じ姓であるべきである ー議員候補者は男女同数であるべきである	方略： ・LGBTQについての講義（用語の解説、カミングアウト・アウトティング） ・「Rebit」の動画教材を閲覧して感想共有 ・報道のグループワーク：LGBTQに関するネット記事について、ポジティブ・ネガティブな情報両方を収集してスクラップし発表した

的に用いること、集団としてのみでなく生徒個人も意識すること、生徒の経時的な成長・変化も追って介入を考えていくことも有効である。

育に、皆さんもぜひ取り組んでいただきたいと思う。本稿を契機に、全国に実践する仲間が増えていくことを願っている。

おわりに

性教育を実践しているプライマリ・ケア医は、まだ少ないように思われる。「性教育は妊娠出産や性感染症、生殖器に関するもの」という旧来のイメージが先行してしまうと、産婦人科や泌尿器科、助産師といった領域別の専門家が関わるものと思われるかもしれない。しかし、包括的なジェンダー教育および性教育においては、家庭医療学やプライマリ・ケアにおいて重要とされる多様な要素が強みとして発揮できる。地域に暮らし、地域で包括的な医療を実践するプライマリ・ケア医だからこそできる性教

参考文献

- 1) Institute of Medicine (IOM): A Manpower policy for Primary Health Care. National Academy of Sciences, Washington DC, 1978.
- 2) Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, et al: Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century. Washington DC, American Public Health Association, 1998, 1-15.
- 3) UNESCO. 国際セクシュアリティ教育ガイダンス 科学的根拠に基づいたアプローチ, 66-159. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374167/> (accessed 2023 Feb 19)
- 4) 文部科学省. 中学校学習指導要領(平成29年告示)解説 保健体育編, 213. https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2019/03/18/1387018_008.pdf (accessed 2023 Feb 19)

高齢者への包括的性教育

宮崎県立宮崎病院 地域医療科・産婦人科 副医長 甲斐いづみ
同 医長 高村一紘

POINT

- ① セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツを理解するためには、女性のライフサイクルの理解が必要である
- ② 孫世代に伝えたい知識として、月経とOC/LEP，妊娠・出産と不妊症，子宮頸癌とHPVワクチンがある
- ③ 骨盤臓器脱の対処法やセクシュアリティの現状と考え方を学び，高齢女性のQOL向上につなげる

はじめに

私は2012年に自治医科大学を卒業し、初期研修終了後、宮崎県西米良村、椎葉村、美郷町南郷で内科医として勤務した。その後産婦人科専門医を取得し、現在、産婦人科医として日々臨床に励んでいる。これまでの経験と女性ヘルスケアの視点を交えて、高齢者への性教育・性への配慮について考えていきたい。

性の権利と包括的性教育

「性の権利」は、現在では、Sexual Reproductive Health / Rights (SRHR)として表現される。セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスとは、性と生殖に関する機能と活動過程の全てにおいて、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であることを指し、セクシュアル・リプロダクティブ・ライツとは、全てのカップルと個人

が性と生殖に関して自己決定でき、そのために必要な情報や手段などを得ることができる権利である。これを実現するために包括的性教育があり、包括的性教育とは上記2点、すなわち性の健康に関する教育、および性の健康に関する権利(=人権)教育が主軸となっている。特に改訂版国際セクシュアリティ教育ガイダンスでは人権尊重、ジェンダー平等が基盤として掲げられており、後者の人権教育をより重視している。

女性のライフサイクルと健康課題

それではセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスとはどういった状態なのか。これを考えていく上では、一生の中で大きく変化する女性のからだについての理解が必要となる。

女性のライフサイクルを分類すると、思春期、性成熟期、更年期、老年期と分けられる(図1)。

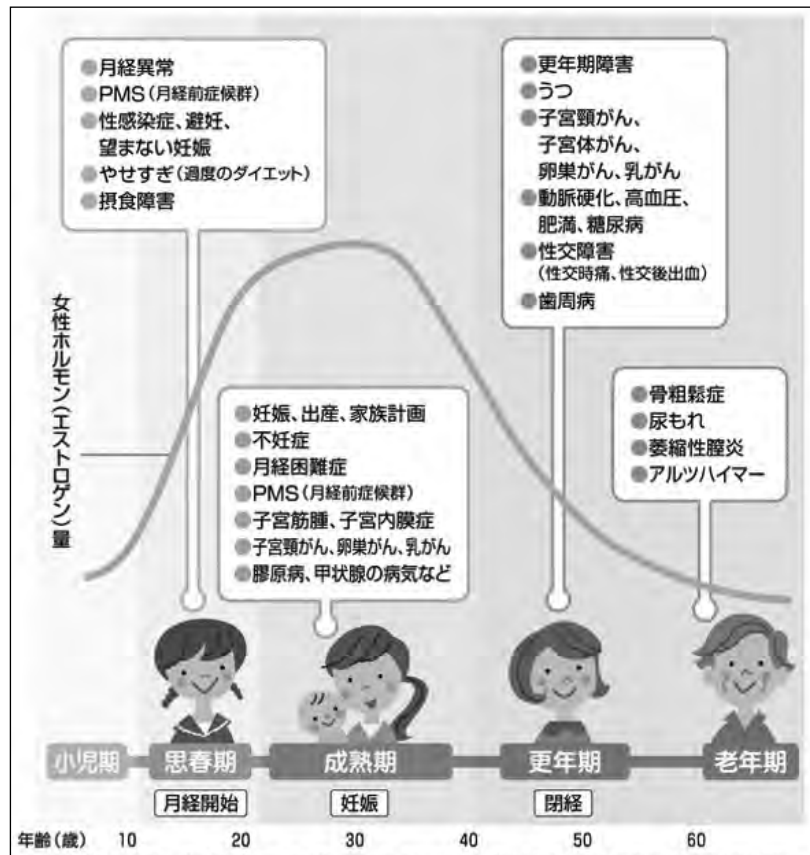


図1 女性のライフサイクルと健康課題

思春期前期に入ると、視床下部からのGnRH律動的分泌をきっかけとして性腺からのエストロゲン分泌が上昇し¹⁾、月経が発来する。思春期女性に起こりうる問題として、月経異常、やせすぎ・摂食障害、望まない妊娠や性感染症などがある。

二次性徴が完了すると性成熟期に移行し、エストロゲンが充足した段階に入る。結婚・妊娠・出産などのライフイベントもこの時期に多く経験することとなる。月経関連疾患の他に、子宮筋腫、子宮内膜症などの良性疾患、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌、乳癌などの悪性疾患、性感染症、不妊症、周産期合併症などがみられる。

37～38歳頃から徐々に卵巣機能が低下し、月経が永久に停止すると閉経となる。日本人女性の平均閉経年齢は 49.5 ± 3.5 歳、中央値は50.54歳と報告されており、日本では閉経の前5年と後5年の計10年間を更年期と呼ぶ²⁾。さらに閉経後しばらくすると老年期に入るが、更年期以降の特徴は、加齢に伴う機能低下とエストロゲン欠落症状による諸症状といえる。更年期障害は卵

巣機能低下に、加齢に伴う身体的変化、精神・心理的な要因、社会文化的な環境因子などが、複合的に影響し症状が発現する。またこの時期はうつ病も発症しやすい。エストロゲン欠落症状としては、泌尿生殖器の萎縮、骨量減少、脂質異常症、動脈硬化などがあり、これらは閉経後しばらくしてから発症する。他にも悪性疾患や認知機能の低下などがみられる。

このような一生の中での身体的変化、疾患を理解し、自分の今の状態に必要なものを自ら選択しながらコントロールできること、そして社会全体がその決定を尊重していけることが良好な状態といえるのではないか。

高齢者への性教育

それでは、高齢者への性教育についてであるが、ここでは高齢者にぜひ知っておいてもらいたい知識(高齢者の孫世代に関わる内容)と、高齢者自身に関する内容について記載していきたい。

1. 月経

月経は卵巣から分泌される性ステロイドホルモンの周期的な消退によって起こる、子宮内膜の剥脱性の出血である。無月経、過多月経、月経困難症などの月経関連疾患があり、特に月経困難症は、生殖年齢の1/3～1/4の女性が有していると言われている。進行性の月経困難症では子宮内膜症が存在している可能性もあり、後に不妊症や産科リスクの上昇、閉経前心血管疾患発症のリスクとなる可能性が示唆されている。治療の主体はホルモン治療であり、ここでは、女性ヘルスケアおよび性教育の観点から重要な薬剤であるエストロゲン・プロゲステン製剤(ピル)について述べたい。

ピルの一般的な名称として、OC(oral contraception)とLEP(low dose estrogen-progestin)があり、避妊目的の自費の薬剤をOC、治療に用いる保険適応薬をLEPと呼んで区別している¹⁾。初経発来後から開始でき、健常女性では閉経移行期まで使用することができる。40歳以上は慎重投与、閉経以降あるいは50歳以上では投与しない。

LEPに関しては、月経痛の緩和、過多月経の軽減、卵巣子宮内膜症性嚢胞の縮小・術後再発予防、月経前症候群・月経前気分不快障害の改善、卵巣癌・子宮内膜癌・大腸癌の減少などに効果があるといわれている。他にも大切なイベントと月経が重なるのを回避するための月経調整や、尋常性痤瘡の改善といった効果がある。また、OCを理想的に使用した場合、避妊手術や薬物添加子宮内避妊具に匹敵する避妊効果が得られる³⁾。

OC/LEPの有害事象として最も注意すべきは深部静脈血栓症で、投与開始後3ヵ月以内が143/10,000女性・年と最も多い¹⁾。ただし妊婦と褥婦(分娩後12週間)の静脈血栓塞栓症発症率はそれぞれ5～20、40～65/10,000女性・年であり³⁾、妊娠・産褥期と比べると決して高い発症リスクではない。他には乳がん・子宮頸癌の発症リスクを増加させる可能性や、脳・心血管障害等の有害事象があるが、これらが問題なければ、OCの長期服用で死亡率に変化がない、あるいは低

くなることが証明されており⁴⁾、安全性の面でもOCはよい選択肢である。月に1回必ずくる月経だからこそ、OC/LEPを上手に使用し、気持ちよく毎日を送ってもらいたい。

2. 妊娠・出産の減少、不妊症

2022年10月に厚生労働省が発表した人口動態統計によると、2022年1～10月の出生数は66万9,871人で、2022年の出生数は統計を取り始めた1899年以降、初めて80万人を割る見通しとなっている。妊娠・出産の減少の原因については、未婚率の増加、晩婚化、晩産化、不妊症、経済的負担、女性の家事・育児負担⁵⁾などが挙げられているが、「産みたいときに産む権利」が確保されているかどうかは非常に重要な問題である。特に身体的に妊娠が困難となる可能性もある不妊症に関しては、あらかじめ知識を有しておくことが肝要だ。

挙児を希望するカップルの10～15%が不妊といわれている。「不妊」とは、妊娠を望む健康な男女が避妊をしないで性交をしているにも関わらず一定期間妊娠しないものをいい、日本産婦人科学会では、この「一定期間」を「1年」と定義している。しかし、婦人科疾患が関与する絶対的不妊の場合もあるため、上記の定義を満たさなくても検査や治療を進めた方がよいことがある。不妊症は女性に原因のある場合が多いが、「男性のみ」「男女ともにあり」など男性原因も約半数にのぼるため、男性因子の精査も重要である。最も配慮すべきことは加齢による影響であり、特に女性では37～38歳以上になると卵巣予備能が低下し、自然妊娠の可能性が低下する⁴⁾。生殖補助医療の治療成績について日本産婦人科学会が2017年に施行した調査によると、女性の年齢による治療あたりの生産率は、37歳から下降率が急激となり、40歳では9.3%、44歳で1.8%と40歳を超えると生殖補助医療で生児獲得はかなり厳しくなる。よって、可能ならばより若い時期に治療を受けることが大切である。

加齢による「卵子の質の低下」を防ぐために、保険適応外ではあるが卵子凍結という選択肢もある。また小児・AYA世代のがん患者の妊孕性

温存療法としての、卵巣・卵子・精子・胚凍結、またその後の不妊治療に関しては、費用助成の対象となっている。

3. 子宮頸癌および子宮頸癌ワクチン

子宮頸癌は子宮頸部に発生するがんで、年間約1万人が罹患し2,800人が亡くなる。罹患率、死亡者数ともに増加傾向で、最近では40歳以下の若い世代の罹患が増えている。子宮頸癌の95%以上はヒトパピローマウイルス(HPV: Human Papillomavirus)の感染により起こり、発がんの原因となりうるHPVをハイリスクHPVと呼ぶ。中でも、16, 18型は発がんリスクが高く、31, 33, 58型と続く¹⁾。

(1) HPVワクチン

HPVの自然感染では免疫応答が生じにくく、HPVワクチンを接種することでHPVの感染を防御することができる¹⁾。日本では接種後の広範な疼痛や運動障害などの多様な症状が報告され、積極的勧奨が一時差し控えられていたが、2022年4月から接種勧奨が再開された。

現在、日本国内で使用できるHPVワクチンは、サーバリックス(2価, 16/18型), ガーダシル® (4価, 16/18型, コンジローマの原因となる6/11型), シルガード®9(9価, 6/11/16/18/31/33/45/52/58型)の3種類がある。このうちシルガード®9は2023年2月現在では定期接種の対象ではないが、2023年4月から定期接種を開始できるように厚生労働省は準備を進めている。HPVワクチンはすでに成立した感染に対する治療効果はないため、初交前の接種が勧められる。定期接種の対象は、小学校6年生～高校1年生相当の女子と積極的勧奨が中止されていた間に接種を逃した1997～2006年生まれの女性に対してキャッチアップ無料接種が行われる(3年間のみ、2007年生まれの女性に対しては順次対象者となる)。ワクチンに含まれる型以外のHPV感染は予防できないため、ワクチンを接種した女性も子宮頸癌検診を受ける必要がある⁴⁾。2020年12月からは4価HPVワクチンが、9歳以上の男児へも適応が拡大された(任意接種)。

2020年にスウェーデンからHPV 4 価ワクチン

接種と浸潤子宮頸癌発症の有無の解析が報告され、接種歴のある女性はない女性に比べて子宮頸癌の発症が全体で63%, 17歳未満では88%減少していた⁶⁾。同様の報告はデンマーク、イングランドからも公表されている。日本においてもHPVワクチン接種を受けなかった女性と、積極的勧奨が中止される前に1回以上HPVワクチン接種を受けた女性を比較した論文が2020年に発表され、結果は、高度前がん病変は接種群で91%減少しており、高いワクチン予防効果を認めた⁷⁾。9 価ワクチンに関しては、子宮頸癌を90%以上予防すると期待されている⁸⁾。

(2) ワクチン接種ストレス関連反応(ISRR: Immunization stress-related response)

ワクチン接種に際して、接種前・接種時・接種直後に見られる急性反応および遅発性反応をワクチン接種ストレス関連反応と呼ぶ。ISRRには接種者による丁寧な説明や接種、信頼構築により、不安や恐怖を和らげることが肝要といわれている⁹⁾。HPV接種後に多様な症状が現れた場合、診療相談窓口が全ての都道府県に整備されており、予防接種法に基づく救済制度の申請も可能で、認められれば必要な保障が受けられる制度がある。

世界においては、9 価HPVワクチンの接種率を80%以上として、生涯2回の子宮頸がん検診を70%以上の女性が受ければ、今世紀中には子宮頸癌が排除可能と推計されている¹⁰⁾。日本ではHPVワクチン接種が他の先進国よりも20年遅れており、子宮頸がん検診受診率も40%程度と極めて低い状況だが、定期接種の再開および子宮頸がん検診受診率を増加させることで、子宮頸癌の排除を目指したい。

4. 高齢女性のQOLに関わる疾患

老年期は加齢に伴う機能低下とエストロゲン欠落症状によりさまざまな症状が出現する。今回は婦人科関連として、骨盤臓器脱とセクシュアリティについて述べたい。

(1) 骨盤臓器脱

骨盤臓器脱とは、骨盤内臓器の下垂・脱出と膣の弛緩・外翻の総称である。分娩、加齢、低エス

トロゲン状態により骨盤底筋(肛門挙筋)の挙筋裂孔が開大し、腹圧を受けて骨盤内臓器の脱出を来す(図2)。そして尿失禁、尿閉(排尿困難)、性交障害、便失禁、便秘等の症状を呈する¹⁾。

骨盤臓器脱の治療目標は、主に損なわれたQOLの回復であり、症状を有する患者が治療対象となる。患者の高齢化に伴い、内科的な合併症や術後の合併症も増加するため、確実性のみならず安全性の高い治療を選択する。治療には、保存的治療(骨盤底筋体操、ペッサリー療法、その他对症的管理)と外科的治療があり、ここではへき地でも施行できる骨盤底筋体操およびその他对症的管理について述べたい。

骨盤底筋体操は骨盤臓器脱の予防および初期の骨盤臓器脱に有用である。仰臥位、座位、立位、四つん這いの姿勢のいずれでも行えるため、自分に合った姿勢で行うとよいが、ここでは仰臥位の姿勢で行う骨盤底筋体操を紹介する。①仰向けに横になり、両足を肩幅程度に開いて、両膝を軽く立てる。②深呼吸をして、心と体をリラックスさせる。③尿道・肛門・膣を締めたり、緩めたりし、これを5回繰り返す。④再度尿道・肛門・膣を締め、3～5秒程度維持する。その後ゆっくり緩め、これを5回繰り返す。これを1セットとして1日10回行う。効果が現れるまで1～3ヵ月程度要するため、それまで継続し

て行うよう指導する。

その他の対症的管理として、骨盤臓器脱の助長因子である肥満、慢性咳嗽、慢性便秘は生活指導や予防的な投薬が必要である。腹圧を必要とする労作も軽減を図る。子宮の脱出や膣の外翻があると、無意識に姿勢が悪くなり腰痛・膝痛や肩こりなども慢性化するため、ヨガ、ピラティス、バランスボール体操なども効果的である。排尿・排便のしづらさは用手的に脱出部を押さえることで緩和されるため、外出時は使い捨ての手袋などを携行することも有用だ²⁾。

(2) 高齢女性のセクシュアリティ

日本では性についての研究は少ないが、中年～老年期女性の性の実態調査として、日本性科学セクシュアリティ研究会による調査や日本家族計画協会による調査がある。いずれの調査においても、性交頻度は加齢により減少すること、特に50代から減少するという傾向は一致している。日本家族計画協会が2020年に実施したジャパン・セックスサーベイ2020では、性交渉をしている人は60代女性で30.6%、男性では37.8%、日本性科学セクシュアリティ研究会が2012年に実施した調査では、60代女性が34%、70代は19%、男性は60代が45%、70代は31%であった。性交頻度が加齢により減少する理由の1つに性交痛が挙げられる。更年期以降では、

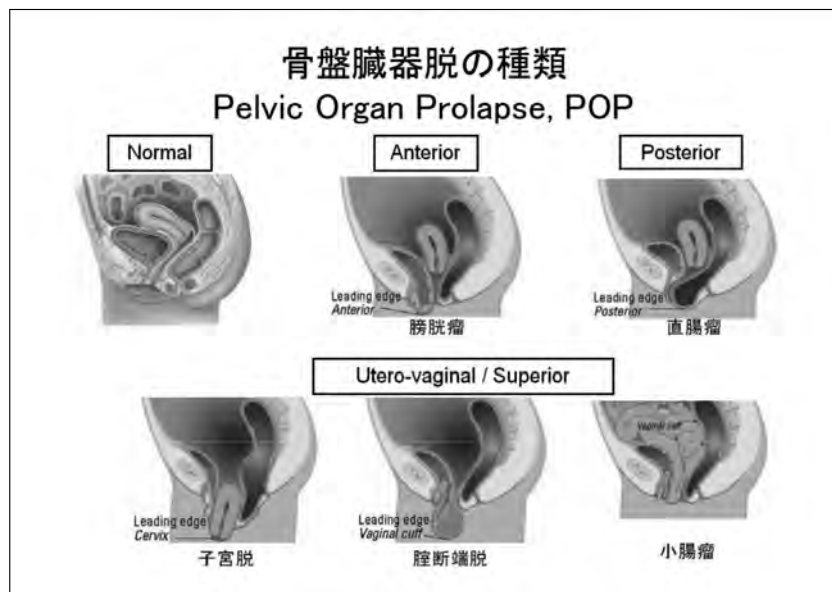


図2 骨盤臓器脱

エストロゲン低下により腔粘膜が萎縮し、腔の分泌物が減少するため、不快感・かゆみ・性交痛などの腔症状が生じる。また、ジャパン・セックスサーベイ2020では更年期以降の女性に限らず、女性全体の62.5%が痛みを感じており、性交痛はだれもが抱える問題といえる。

更年期以降の性交痛に対しては、ホルモン補充療法や保湿剤を使用する。ホルモン補充療法は婦人科での処方が必要となるが、腔症状に対しては局所的エストロゲン療法が第一選択となる。日本で使用できる製剤の中では、血中にはほとんど入らず、全身的な副作用はほぼ無視できるエストリアル錠が安全である。これは70～80代の女性にも十分な効果が認められているので、性交痛で悩んでいる方はぜひ使用を検討してほしい。薬剤が含まれていないものとしては、潤滑ゼリーやゼリー付きコンドームなどがある。製剤にもよるが、基本成分は水なので特に添加物がないものであればアレルギー反応を心配する必要はない。処方薬ではないため、ドラッグストアやネットショップなどで購入できる¹²⁾。

アメリカのシカゴ大学が約2万5千人に対して行ったセックスの頻度と幸福度に関する調査では、セックスの頻度と幸福度は週1回の頻度までは比例するという結果が出ている。日本人ではそのまま当てはめることはできないかもしれないが、重要なことは、一定の頻度でセックスを続けることは、パートナーとの関係性を良好にし、幸福度を上げる働きをしているということだ。さらにいえば、幸福度を上げるためには必ずしもセックス＝挿入が必要ということでもない¹²⁾。前述の日本性科学セクシュアリティ研究会の調査では、日本の夫婦は、手をつなぐ、キスをする、ハグをするなどのセクシュアル・コンタクトが極端に少なかった。これは大変もったいないことであり、信頼で結ばれた関係性がある間で交わす肌と肌の触れあいでは、オキシトシンが放出され、愛情や安心感が芽生える。そして大きな癒やしが得られ、幸福を感じることができる。自分とパートナーが望むセクシュアリティはどんなものなのか、どういった時に心が満たされ、どういったセクシュアル・

コンタクトが必要なのかについて、できるところから考え、行動を選択していくことで、超高齢化社会の長い人生をより豊かで幸せなものにしていくと願う。

おわりに

今回、高齢者への包括的性教育について書かせていただいた。女性は一生の中で大きく変化する身体と付き合いながら、日々を過ごしている。また、最近では男性にも更年期障害が認められると認知されてきた。変化する自分の身体・性および生殖機能を理解し、利用できる有用な手段を取り入れ、親しい人とのコミュニケーションを大事にしながら、自分の人生をより元気に、幸せに満ちたものにしていく。これこそがSexual Reproductive Health / Rightsの目指すところではないだろうか。

参考文献

- 1) 女性医学ガイドブック 思春期・性成熟期編 2016年度版. 日本女性医学学会編.
- 2) 女性医学ガイドブック 更年期医療編 2019年度版. 日本女性医学学会編.
- 3) OC・LEPガイドライン 2022年度版. 日本産婦人科学会/日本女性医学学会.
- 4) 産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2020. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編.
- 5) 内閣府 令和4年版 少子化社会対策白書. <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/index.html> (accessed 2023 Feb 5)
- 6) Lei J, et al: HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine* 2020; 383(14): 1340-1348.
- 7) Shiko Y, et al: Effectiveness of HPV vaccination against the development of high-grade cervical lesions in young Japanese women. *BMC Infect Dis* 2020; 20: 808.
- 8) Huh WK, et al: Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16-26 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2017; 90(10108): 2143-2159.
- 9) 予防接種プログラム責任者および医療関係者のための予防接種ストレス関連反応(ISRR)の予防、発見および対応の実施マニュアル. <https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/000962339.pdf> (accessed 2023 Feb 5)
- 10) Simms KT, et al: Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020-99: a modelling study. *Lancet Oncol* 2019; 20(3): 394-407.
- 11) 産婦人科臨床シリーズ6 女性ヘルスケア. 総編集 藤井知行, 専門編集 加藤聖子, 2019.
- 12) 中高年のための性生活の智慧. 日本性科学セクシュアリティ研究会, 2019.

社会的に困難な状況にある 女性へのプライマリ・ケア —トラウマインフォームドケアと包括的性教育—

京都大学大学院医学研究科健康情報学分野博士課程、産婦人科専門医・池田裕美枝
一般社団法人SRHR Japan代表・女性医療ネットワーク副理事長

POINT

- ① 若年者の複雑症例にこそ性に関する支援が必要にみえるが、支援のステップを飛び越えない
- ② トラウマインフォームドケアの実践が若年者の複雑症例への第一歩になる
- ③ 患者自身が自分の心と身体の声を大切にすることを支援する点で、トラウマインフォームドケアと包括的性教育の基本原則には共通点がある

はじめに —産婦人科医としての無力感—

22歳女性。過去に2回妊娠し、1回中絶、1回出産している。

今回、妊娠検査薬陽性にて実母とともに来院した。子宮内に4mmの胎嚢を確認。心拍はまだ見えない。左腕に包帯を巻いており、聞くと、同居のパートナーと喧嘩した際ガラスで傷つけたという。産後何度か眠剤多量内服で救急外来に来院している。1年前に出産した第1子は産後3ヵ月で乳児院に保護されたとのこと。

今回の妊娠に関して気持ちを聞くと、「中絶する気も産む気もない。でもそうね、中絶しないと産まれるんだろうね。私は何も決めない」とのことだった。

ともに来院した実母は、うつろな目をしたままほほ何も話さなかった。長年勤務している看護師によると、実母は患者が幼少期の頃からうつ病で通院中とのことだった。

左記症例は、実際のケースをもとにした架空症例である。このような女性と出会ったとき、あなたはどんな反応をするだろう。

彼女には、妊娠や避妊についての性教育が必要だろうか？ 命について、暴力について、時間をかけて語ればいいのか？ 眠剤を処方している精神科に連絡すべき？ 地域の保健師にはすぐ連絡した方がよいだろうか？

この症例は、Sturmborgらの複雑性の分類でいうとcomplex-chaoticな症例である¹⁾。時間をかけて関わりたい。にもかかわらず、初期妊娠中絶をするなら2ヵ月しか猶予はなく、「何も決めなく」でも9ヵ月で新生児が産まれてくる。

母にとっても子どもにとっても、bio-psycho-social全ての側面での健康を実現することが、医師としての私の目標である。私は本症例を前に無力感を感じた。もし、産むことになったとして、彼女が妊娠や育児を健康的に楽しむ姿が想像できない、と思ったし、もし仮に人工妊娠

特集

中絶をすることになったとしても、その後彼女が自分の選択に誇りと責任をもって強く歩む姿を想像できない、と思った。実は、他にも無力感でいっぱいになるケースに多数巡り合った。どんな女性でも「意図していなかった妊娠」を経験することはある。だが、より社会的に困難な状況にある女性ほど、妊娠を継続する傾向があるように思えた。では、社会的に困難な女性に出会ったら、その人が妊娠するより前に、しっかり避妊について説明したらいいのだ、と思った時期もあった。けれど、彼女たちは多くの場合、避妊を選択しなかった。

社会的困難女性への支援に関する研究から、トラウマインフォームドケア(TIC)へ

生きづらい女性たちは、安心して息ができる場所を求めているのであって、避妊の選択肢や医師の価値観のもとでの「健康」などは求めている。そして、その場所を提供できるのは病院ではない。では私たち医療者には何もできないのだろうか。いや、地域には、DV支援、性暴力被害者支援、引きこもり支援、依存症支援、若者居場所支援、他、息の長い支援を実践して

いるさまざまな人たちがいる。そんな人たちの輪に、彼女たちを病院からおつなぎしたらいいのではないか。そんな発想から始まったのが、科学技術振興機構(RISTEX)「トラウマへの気づきを高める“人-地域-社会”によるケアシステムの構築」プロジェクトである²⁾。実は日本各地に、社会的に困難な状況にある女性たちを社会的にもケアしている医療者がいる。私たちはまずそんな20名の実践者にインタビューをしてまわり、どうやったら病院が地域支援の窓口になれるのか、調査した。結果、実践者のコンピテンシーは、トラウマインフォームドケア(TIC)の6つの主要原理と類似点が多いことに気がついた³⁾(図1)。

トラウマインフォームドケア(TIC)とは、眼前の人の状況がトラウマの影響なのではないか、と気づき、トラウマに関する知識をもとに対応し、再トラウマを与えない、というケアのあり方をいう。トラウマインフォームドケアは、特別なトレーニングを受けずとも全ての対人支援職が実践できる。例えば、プライマリ・ケア医は骨折をした人に対して手術治療ができなくても、かんたんな固定をしたり、急な階段を上り下りしなくてよい道順を伝えたりすることができる。同じように、心的トラウマを抱

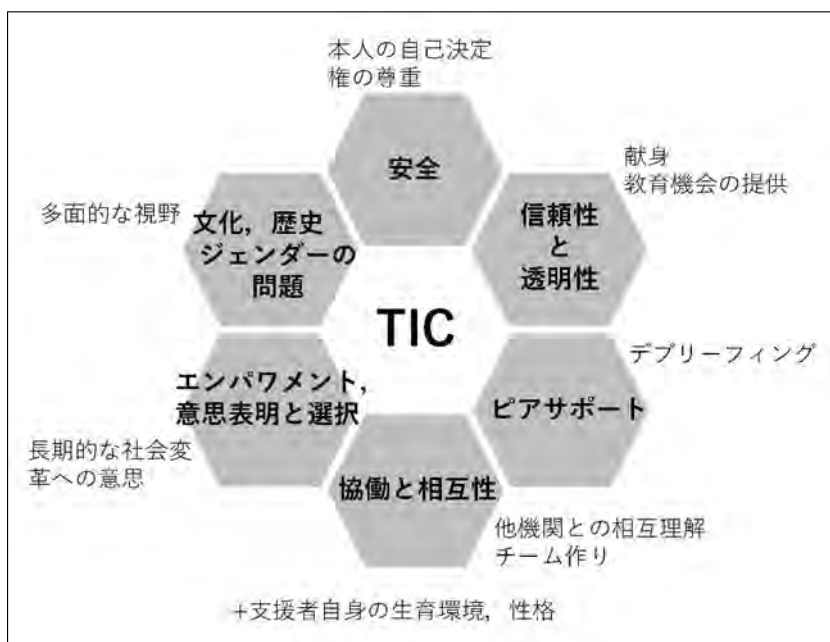


図1 インタビューで抽出されたコード(細字)とトラウマインフォームドケア(TIC)の6つの主要原則(太字)

えた人に対して、トラウマ専門治療ができなくても、トラウマをえぐるような言動を避けたり、できるだけ安心しやすい環境を整えたりすることができる。

トラウマのレンズを通して、冒頭の症例を見てみると、彼女はおそらくトラウマの影響により、離人症、乖離、無気力などの影響が生じている。精神疾患の親に育てられたという幼少期の逆境経験や、パートナーからの繰り返される暴力、過去の中絶体験、第一子との離別などもトラウマとして影響しているのかもしれない。産婦人科への受診という状況が、彼女のトラウマ反応を誘起している可能性は十分にある。彼女が今必要としているのは安心できる空間である。この段階での性教育や命の教育、または本人の了承を得ない支援者間の情報共有はむしろ彼女を傷つけ、再トラウマとなるかもしれない。

トラウマインフォームドな 地域づくりに向けて、 KYOTO SCOPE開始

TICと出会った私たちはこれを広めたくなった。トラウマインフォームドな地域であれば、いろいろな人が、どこにいても息がしやすくなるかもしれない。地域の多職種が集うプラットフォームをオンライン上に構築し、そこでTICをシェアしていこう。そんな考えからKYOTO SCOPEというwebサイトを作成した(<https://kyoto-scope.com/>)。約30の行政や地域支援団体の協力と京都市や京都府医師会などの後援を得て、社会的に困難な状況にある女性を支援している機関のオンライン交流、学び合いの場として運営している。よくある困難ケースを仮想症例として20ほど提示しており、ケース対応に役立つ地域資源が一目瞭然となっている。

KYOTO SCOPEでは3ヵ月に1回、掲示しているケースを用いて多職種カンファレンスを開催している。これまでに扱ったテーマの一覧を表1に示す。はじめは、TICをシェアする目的だったが、程なく、TICと似た意識を多くの支援機関がすでに持っていることに気づかされ

た。異なる支援機関は異なる視点や時間軸を持っている。TICを意識しながらの議論は、自然に異なる者どうしの経験の差を意識することになり、毎回新鮮で建設的な議論が交わされている。

KYOTO SCOPEの運営を開始してから、私たち医療者が気づかされていることをいくつか列挙する。

- ・時間軸の長い支援者ほど、課題ではなく「人」をみている
- ・社会的困難はどんどん複雑化している。「依存症+摂食障害」「発達障害+知的障害+ひきこもり」「外国人+DV」などは珍しくなくなっており、支援職も疲弊している
- ・それぞれの支援職は実は「一歩踏みでた支援」をしてきていることも多い
- ・疲弊した支援職に医療職が丸投げするのは横暴。つないだあとは伴走支援が必要
- ・地域支援職は医療との間に大きな壁を感じていることが多い

KYOTO SCOPE参加者からは、時々、私たち医療者の一方的な価値観の押し付けに関してお叱り受けることもある。だが、ポジティブなフィードバックは大変に多く、中でも、「これまで若年女性の支援職が横につながる機会がなかった」「職種は違えども同じ志の人が地域にこれほどいると知って嬉しい」といった声が多数ある。地域包括ケアシステムはまだ、高齢者や障害者にしか適応されていないところがあるのかもしれない。そして、地域の支援者から、「社会的支援、心理的支援はがんばっても、身体への健康の支援が弱かった」という声も複数あり、私たちが地域の支援団体の場に女性の街角保健室を開催しに行くと、「こんなに女性たちが心を開いて話してくれることはなかった」と喜ばれた。

KYOTO SCOPE参加者と議論していると、「トラウマインフォームドな地域」は各支援者の心の余裕さえあればすぐにでも実現可能なのではないかと思わされる。私たちKYOTO SCOPEの活動が支援者支援となり、支援者の心の余裕を産んでくれるのであれば、望外の喜びである。

表1 KYOTO SCOPE オンラインケースカンファレンスで扱った仮想症例タイトルと対話者*

仮想症例タイトル	対話者
救急でDVを打ち明けられない女性	ウィメンズカウンセリング京都職員, 産婦人科医師
アルコール依存で暴れる入院患者	京都 MAC 職員, ウィメンズカウンセリング京都職員, 精神科医師
7人の子どもがいるシングルマザー妊婦	京都市こども若者育み局職員, 小児科医師, 助産師, 医療ソーシャルワーカー
繰り返す性感染症をきっかけに判明した知的障害	精神科医師, 助産師, 社会福祉士
住所不定だった女性出所者の救急搬送	木津川ダルク, 精神保健福祉士
不安定な労働・育児環境にある性風俗勤務シングルマザー	京都市こども若者育み局職員, 京都わかさネット, 母子生活支援施設職員
離婚のためにビザを失った外国人妊婦	京都YWCA-APT, 京都司法書士連絡会, 弁護士
中絶不可遇数を迎えた16歳	野菊井職員, 心療内科医, 環の会
新型コロナ外出自粛による生活環境や家族関係の悪化からうつ	京都市男女共同参画センター, PIECES, 精神科医
自認する性のトイレに行けず膀胱炎に	レズビアン当事者, MIF 当事者, 京都市ユースサービス協会
救急受診後, 入院したトランスジェンダー女性	精神科医, MtF 当事者, FtM 当事者
違法薬物中毒で入院した19歳	京都 MAC, 精神科医, 依存症回復当事者
飛び込み分娩後 NICU に面会に来ない自営業女性	乳児院保育士/心理士, NICU 看護師, 医療ソーシャルワーカー

* KYOTO SCOPE オンラインケースカンファレンスでは、HP に掲示している仮想症例を参加者皆で供覧した後、事務局が招いた「対話者」3～4名にまずコメントを出し合ってもらい、その後参加者皆で小グループに分かれ、ケースや対話者のコメントについて、各々が考えたことをディスカッションする形をとっている。

トラウマインフォームドケアと包括的性教育

KYOTO SCOPEでの活動を通じて出会う支援者との議論を経て、いつも気づかされるのが、私たちの社会における人権意識の欠落である。特に、子どもの人権への配慮が不足している。

人権教育とは本来、自分の心と体を大切にすするスキルを身に付け、その上で、他人の心と体を大切にすするスキルを身に付けていくことである。包括的性教育はまさに、このための教育であろう。繰り返すトラウマにさらされた若年女性の多くは、誰かの支配下にさらされ続け、自分が本当はどうしたいのかも分からなくなっていることがある。日本の倫理教育が、他人への思いやりを重視しており、またもともと同調圧力の強い文化であるために、多くの子どもたちが、自分の考えを表現することよりも誰かの期待に応えることにエネルギーを使ってしまってい

る。そんな中、子どもの頃から肉体的、精神的に理不尽な暴力にさらされていたとしても、多くはその自覚がないまま、トラウマ症状を悪化させている。

彼女たちとの関係構築で大切なのは、支配被支配の関係ではない、対等な関係をいかに作り上げていくかである。このときTICのフレームは役に立つ。例えば、トラウマサバイバーは、無気力かと思えば急に暴力的になることもあるが、トラウマに関する知識がなければ、私たち支援職側も「私のせいで怒らせた」などと思込み、対等な関係構築が難しくなるかもしれない。だがTICのフレームを使えば、彼らがこれまでそのようなしてしか生き抜いてこれなかった環境に思いを馳せ、異なる見方をすることもできるだろう。トラウマは誰にでも生じうるものであるため、予想外の反応をしている相手を見ても、「自分も彼女のような環境で育っていたら同じような反応をしているのかもしれない」と

想像することができる。さらに、TICでは支援者と被支援者という区別を取り払う。支援者も自分自身の傷つきを受容し、ともに癒やすプロセスを大切にする。

包括的性教育では、この社会における文化やジェンダーバイアス、異なる価値観に各々が気づいていることを大切にする⁴⁾。他の人に支配されずに、自分自身のからだや心を大切に生きていくこと、つまり、bodily autonomyを軸に選択する権利を保証した上で、他者のbodily autonomyを尊重することを学び合う。

TICでも包括的性教育でも、個々が自身を重んじた上で他者とともに歩もうとする姿勢に共通点がある。もちろん、幼少期からの包括的性教育が全ての国民に効果的に実施されたら、繰り返すトラウマにさらされる若年者は減るだろう。だが、今この社会は、包括的性教育を受けられないままに大人になった人たちが溢れている。それでも目指す社会に近づくためのツールとして、TICのフレームは大変有意義だと思う。TICのフレームは、大人に対しても子どもに対しても、人権を軸とした関わりの実践を具体的に示してくれるからである。

KYOTO SCOPEでの学びを得つつある今の私が、冒頭の症例に出会ったらどうするだろうか。

彼女がトラウマを抱え不安定な状態のまま出産して育児をすると、不適切な養育となってしまいうリスクは充分にあり、それはトラウマの世代間連鎖を産みそうで心配になる。心配で不安になっている自分を認め、自分を落ち着かせるよう工夫をするかもしれない。それから彼女を観察し、彼女のトラウマに気づき、彼女が少しでも安心できるよう、白衣を脱いで、内診台の近くではない別の場で、そしてお母さんの居ない場で、もう一度面談の場を持つかもしれない。彼女の力になってくれそうな地域の支援職の仲間に連絡して、彼女が自分で自分の心や体を思いやれるようにどんな工夫ができるのか、彼女も含めてみんなで相談するかもしれない。

まず、彼女が安心して息ができて、小さなこ

とから自分で決められるようになって、自分自身を開放してよい、他人と対等に付き合っようと思えるようになって、そしてそれから、避妊や中絶、または安心して育児できる選択肢がそこにあることが大事なように思う。

プライマリ・ケア医として できること

地域に根ざすプライマリ・ケア医こそ、Complex, Chaoticな症例といかに対峙するかは大切だと思う。特に繰り返すトラウマにさらされているような患者と出会う際には、指導や教育ではなく、患者自身が自分の心と身体の声を大切にすること、bodily autonomyを尊重できるように支援することが大切だと思う。そのためにも、自分と患者の「ふたりぼっち」にならないこと。地域にいる多種多様な支援職と輪を広げ、多様な視点を交えつつ、みんなで応援団を作れるのが理想と考える。このとき、応援団の一人ひとりが、トラウマを理解していると同時に、自分自身の弱さ、さまざまなバイアス、差別意識に気づいていることも大事だろう。こういった一つ一つの実践が、大人も子どもも対象にした「地域ぐるみの包括的性教育」の一步となると信じている。

文献

- 1) Martin CM, Sturmberg JP: General practice-chaos, complexity and innovation. *Med J Aust* 2005; 183(2): 106-109.
- 2) トラウマへの気づきを高める“人・地域・社会”によるケアシステムの構築. 大岡由佳. <https://www.jst.go.jp/ristex/pp/project/h29.html> (accessed 2023 Feb 25)
- 3) 「SAMHSAのトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き」大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター・兵庫県こころのケアセンター訳. 2018.3 <http://nmssc.osaka-kyoiku.ac.jp/> <http://www.j-hits.org/> (accessed 2023 Feb 25)
- 4) 改訂版国際セクシュアリティ教育ガイダンス ユネスコ編. 浅井春夫ら訳. 明石書店. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374167/> (accessed 2023 Feb 25)

地域の診療所外来における 高齢者のポリファーマシーと転倒の関連性

田中 航¹⁾ 弘田義人²⁾ 望月崇紘²⁾ 西村正大²⁾

【目的】プライマリ・ケア外来における高齢者のポリファーマシーと転倒の関連を示すこと。

【方法】＜研究デザイン＞単施設前向きコホート研究 ＜対象, セッティング＞奈良市山間部に位置する奈良市立都祁診療所の75歳以上のかかりつけ患者303名から調査期間中に通院が途絶えた24名を除外した279名を対象とした。＜介入＞対象患者を、ポリファーマシー（定期薬か頓服薬を問わない7種類以上の内服薬の服用）の有無で分類した。＜主たるアウトカム指標＞2020年11月1日から2021年2月28日までの4ヵ月間に定期受診をした両群の対象患者に対して、前回受診時以降の転倒の有無を受診ごとに問診票を用いて聴取した。＜統計解析方法＞交絡因子として年齢、性別、ADL、IADL、認知度を収集した。ADL、IADL、認知度の評価はDASC-8(Dementia Assessment Sheet in Community based integrated care system 8)を用い、解析は、統計ソフトRを用いてFisherの正確度検定を行い、交絡調整をロジスティック回帰分析にて行った。

【結果】ポリファーマシー群は38名で、非ポリファーマシー群は241名であった。観察期間内に発生した転倒患者の割合は全体で17.7%(42/279名)であった。このうちポリファーマシー群は28.9%(11/38名)であるのに対し、非ポリファーマシー群では12.9%(31/241名)であった。両群間の差はFisherの正確度検定ではオッズ比2.75(95%CI:1.11-6.44, p=0.015)で、統計学的に有意であった。また、ロジスティック回帰分析で交絡を調整したところオッズ比は2.32(95%CI:1.01-5.31, p=0.047)であり、調整後も統計学的な有意差を認めた。

【結論】地域診療所のプライマリ・ケア外来に通院する75歳以上の高齢者は、7剤以上の薬剤を服用していた場合、そうではない場合と比較して転倒が多い傾向がある。

KEY WORD ポリファーマシー, 転倒, 高齢者, 診療所外来, 前向きコホート研究

I. はじめに

本邦における65歳以上の高齢者の1年以内の転倒率は約20%と報告されており¹⁾、転倒は高齢社会において非常にありふれた事象である。令和2年度の人口動態統計調査²⁾によると、高齢者の「転倒・転落・墜落」による不慮の事故死は8,851人と不慮の事故死の最も多い死因で、交通事故死2,199人と比べて約4倍の

頻度である。死亡に至らない場合でも、転倒は骨折や出血性の外傷を通じてADLを著しく損わさせる。平成28年度の厚生労働省の調査では、転倒は要介護4、要介護5に至る原因として認知症、脳血管疾患について3番目であったと報告されている³⁾。このため、「なぜ転倒したか」を明らかにしその予防に努めることは重要である。転倒のリスクファクターとして、「高齢、痩せ、女性、うつ、認知障害、糖尿病、視力障害、

1) 公益社団法人地域医療振興協会 臨床研修センター, 2) 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 (著者連絡先: 〒631-0016 奈良県奈良市学園朝日町1 奈良・学園前団地C-403, 徳島大学2016年卒業)

原稿受付2022年12月7日/掲載承認2023年2月20日

筋力低下、関節炎、疼痛、バランス障害、歩行障害、失禁、ADL 障害、めまい、起立性低血圧、過去の転倒歴、薬剤」などが挙げられている⁴⁾。薬剤要因としては、抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬や降圧剤と転倒の関連が知られているが⁵⁾、薬剤数そのものも転倒と関連しているという報告もある^{6)~13)}。これらの報告は欧米の施設入所中の高齢者を対象としたもの^{6),7)}、地域住民を対象としたもの^{8)~12)}が主であり、本邦の外来患者を対象にした研究は Kojima らによる報告¹³⁾に限られる。この報告では、薬剤数の増加が有意に転倒の発生と関連していることが示されているが、研究対象者は都市部の老年科専門外来に通院している高齢者である。そこで本研究では、地域診療所の総合診療科外来における高齢者のポリファーマシーと転倒の関連性について調査を行った。

II. 方 法

1. 研究デザイン

前向きコホート研究

2. 対象患者

公益社団法人地域医療振興協会が運営する奈良市立都祁診療所は、奈良市山間部に位置する公設民営の診療所で、2名のプライマリ・ケア医が常勤で勤務している。本研究では、同診療所に2020年8月1日から10月31日の期間で1回以上の受診歴がある、75歳以上のかかりつけ患者（該当受診日より過去1年間以内に合計2ヵ月間以上の薬剤処方歴がある患者とする）から調査期間中に通院が途絶えた者を除外した患者を対象患者とした。患者背景として年齢、性別、ADL、IADL、認知度を評価した。ADL、IADL、認知度の評価はDASC-8 (Dementia Assessment Sheet in Community based integrated care system 8)¹⁴⁾を用いた。DASC-8は高齢者総合評価を容易に行うことのできる方法として日本老年医学会が推奨している評価法である¹⁵⁾。本研究におけるポリファーマシーの定義は、診療報酬制度で採用されて

いる「7種類以上の内服薬（定期薬か頓服薬かは問わない）」¹⁶⁾とした。対象患者の2020年10月31日の時点でのポリファーマシーの有無をカルテレビューにより調査し、ポリファーマシー群と対照群（ポリファーマシーなし群）に分類した。

3. アウトカム測定

アウトカム測定期間を2020年11月1日から2021年2月28日の4ヵ月間と設定した。この期間に定期受診をした両群の対象患者に対して、“前回受診以降に新たな転倒を経験したかどうかの有無”を聴取した。聴取方法としては、診察待ち時間中に本調査用の問診票を用いて、転倒の有無を自記式で記載してもらった上で、さらに担当医が対面で内容の確認を行った。転倒があった場合には、それによる病院受診の有無および入院の有無について追加聴取を行った。なお、本研究における転倒の定義は「本人の意思に反して地面またはより低い面に身体が倒れること（休むために意図的に家具や壁やその他の場所に体を落ち着かせる動きは除外する）」とした。

4. 倫理事項

本研究は（公社）地域医療振興協会の倫理委員会（申請番号：2020112-02号）の承認を得ている。

5. 統計解析

ポリファーマシー群と対照群の2群間比較を連続変数はt検定、カテゴリー変数はFisherの正確度検定で行った。また年齢、性別、DASC-8による交絡調整をロジスティック回帰分析にて行った。統計ソフトはR(version 4.0.4)を用いた。有意水準はいずれも両側5%とした。

III. 結 果

包含基準を満たす75歳以上のかかりつけ患者は303人で、調査期間中に通院が途絶えた24人を除外した279人が対象患者となった。その

中でポリファーマシー群は38人、対照群（ポリファーマシーなし群）は241人であった（図1）。また、表1にポリファーマシー群と対照群それぞれの属性を示す。

観察期間内に新たに発生した転倒患者の割合は、全体で17.7%（42/279人）であった。このうちポリファーマシー群では28.9%（11/38人）であるのに対し、対照群では12.9%（31/241人）であった。リスク比（RR）は2.25で、Fisherの正確度検定ではオッズ比（OR）2.75（95% CI：1.11-6.44, p=0.015）で統計学的に有意差を示した（表2）。また年齢、性別、DASC8をロジスティック回帰分析で調整したところオッズ比2.32（95% CI：1.01-5.31, p=0.047）と交絡因子調整後も統計学的に有意差を認めた（表3）。転倒により病院受診を要した患者は両群併せて

42人中10人（ポリファーマシー群4人、対照群6人）で、ポリファーマシー群と対照群に差を認めなかった（p=0.410）。また、転倒により入院を要した患者は42人中4人（ポリファーマシー群1人、対照群3人）で、同様に有意差を認めなかった（p=1.000）（表4）。

IV. 考 察

本研究では7剤以上の薬剤を定期的に処方されているポリファーマシーの高齢者は、そうでない場合と比較して約2.3倍転倒が多い傾向があることが分かった。本邦の都市部の老年専門外来で行われた先行研究¹³⁾では、薬剤の種類にかかわらず5剤以上の薬剤を服用していた場合、そうでない場合と比べて2年間で4.5倍

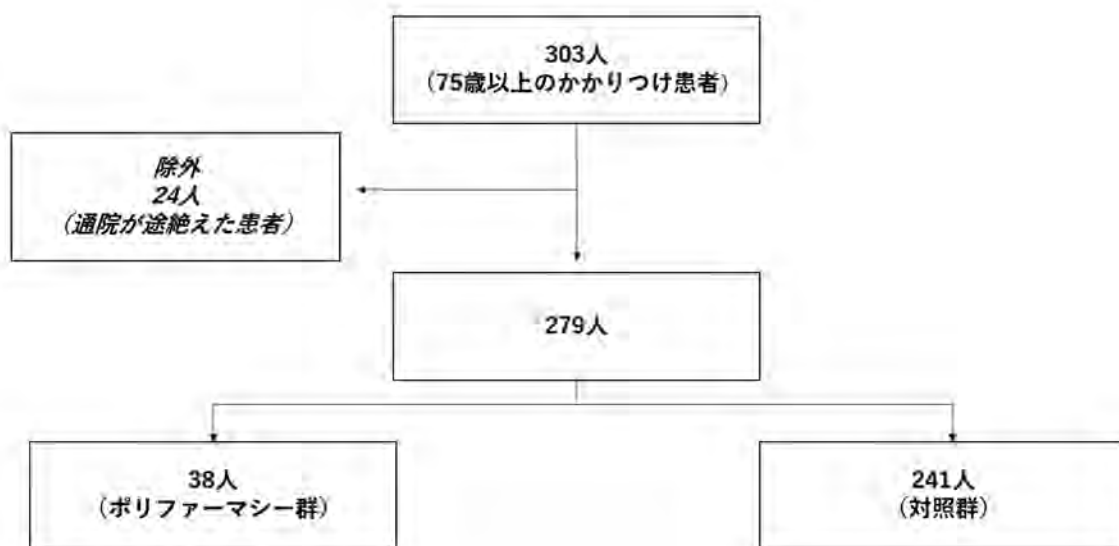


図1 対象患者

表1 両群の属性

特徴	ポリファーマシー群 (N=38)	対照群 (N=241)	P 値
年齢			
平均年齢	85.2 ± 6.8	83.3 ± 5.5	0.06
性別			
男性 (%)	16(42%)	86(36%)	0.47
DASC8			
11点以上 (%)	23(61%)	116(48%)	0.17

表2 転倒の発生と割合 (Fisher の正確度検定)

	ポリファーマシー群 (N=38)	対照群 (N=241)	合計	オッズ比 (95%CI)	P 値
転倒あり	11 (28.9%)	31 (12.9%)	42	2.75(1.11-6.44)	0.015
転倒なし	27 (71.1%)	210(87.1%)	237		

表3 転倒の発生と割合 (年齢, 性別, DASC8 による交絡調整, ロジスティック回帰分析)

	ポリファーマシー群 (N=38)	対照群 (N=241)	オッズ比 (95%CI)	P 値
転倒あり	11(28.9%)	31 (12.9%)	2.32(1.01-5.31)	0.047

表4 転倒患者の中の病院受診と入院の発生と割合 (Fisher の正確度検定)

	ポリファーマシー転倒あり群 (N=11)	対照転倒あり群 (N=31)	合計	オッズ比 (95%CI)	P 値
病院受診あり	4 (36.4%)	6 (19.3%)	10	2.33(0.37- 13.5)	0.410
入院あり	1 (9.1%)	3(9.7%)	4	0.94(0.02- 13.30)	1.000

(CI:1.7-12.2) 転倒が多いと報告されている (年齢, 性別, 骨粗鬆症, 合併症の数による調整後). 地域住民を対象とした調査では, 4 剤以上の定期薬を服用中の住民は, 全く服用していない住民と比べて 1 年以内の転倒数が 2.6 倍 (CI : 1.1-6.1) (年齢による調整後) 多かったとする報告もある¹⁷⁾. これらは本研究とは観察期間, ポリファーマシーの定義, 交絡因子の定義が異なるため正確な比較は困難であるが, 都市部老年専門外来や地域住民を対象とした調査と同様に, 地域診療所のプライマリ・ケア外来においても薬剤の数と転倒の頻度に相関が認められた.

一方, 欧米の薬剤数と転倒についてのシステムティックレビューでは結論を保留している. 2014 年の Fried らによる地域住民を対象とした調査¹⁸⁾では, 14 の論文のうち少なくとも 1 つ以上の正の関連を示したものは 12 の論文に認めた. この中の多くの論文では, 1 から 3 つの薬剤の服用と服用なしの間では有意差を見出さなかったものの, 数が増えると有意な関連を示すと述べられている. 一方, 2015 年の Park らによるシステムティックレビュー¹⁹⁾では, 薬剤数と転倒リスクの関連を示した 19 の文献のうち, 統計学的に有意差を示した文献は 6 つに留まり, さらに, 前述の文献¹³⁾を含めた 2 つを除いた 4 つの文献で示されたオッズ比は 1.03-1.07 とわずかである. いずれの報告においても著者らは, 薬剤数という本研究の要因の特性上, 研

究デザインは観察研究とならざるを得ず, ポリファーマシーと転倒の因果関係には多数の交絡因子が存在しているため調整が難しく, また, 研究によってポリファーマシーの定義や交絡因子にばらつきが大きいため, 有意差を示すことができないと述べている.

日本のレセプトデータを用いて処方薬の数と転倒関連骨折の相関を調査した研究²⁰⁾では, 有意な相関が認められたのは, 運転禁忌薬 (抗不安薬, 催眠薬, 抗うつ薬, 抗てんかん薬, 精神安定剤, 筋弛緩剤, オピオイド) に限定した時のみであった. また, 都内の病院で入院中に転倒した症例の内服薬を調べた研究²¹⁾では, 「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」に記載されている薬剤を服用している時, 特に, 非定型抗精神病薬, 非ベンゾジアゼピン系睡眠薬, 酸化マグネシウムに限定した時に薬剤数と転倒に有意な相関を認めたが, それ以外の薬剤を含めると有意な相関を認めなかった. また, 降圧薬の中でもサイアザイド系降圧薬のみが転倒と相関があり他の降圧薬では相関がなかったという報告²²⁾もある. これらの結果から, ポリファーマシーという純粋な薬剤数のみで定義される因子が独立して転倒に影響を及ぼしているというよりは, 日中のふらつきが有害事象として懸念される抗精神病薬, 抗不安薬・睡眠薬や, 利尿作用による起立性低血圧が有害事象として懸念される利尿剤などの特定のハイリスク薬のみ

が、転倒に関連がある可能性がある。本研究においては交絡因子としては年齢、性別、ADL、IADL、認知度にとどまっておらずハイリスク薬の調整はできておらずこの問題を解決できていない。さらに、転倒のアウトカム発生が患者申告であるという点、単施設の小規模調査であることも本研究の限界として挙げられる。

一方、本研究の強みは、地域医療の現場において前向きに調査を実施した点である。日本の既存の先行研究では、大学病院の老年内科に通院する外来患者、病院入院中、レセプトデータを用いた研究などがそのセッティングであったが、本研究の背景となった医療機関は地域の標準的な診療所であり、本邦におけるプライマリ・ケアの実態を示すことができたと言える。今後は、地域診療所の複数の施設における、転倒ハイリスク薬の調整を含めた観察研究など、より質の高い研究が望まれる。

V. 結 論

地域診療所のプライマリ・ケア外来に通院する高齢者は、7剤以上の薬剤を服用していた場合、そうではない場合と比較して転倒が多い傾向がある。

参考文献

- 1) Yoshida H, Kim H: Clin Calcium 2006; 16(9): 1444-1450.
- 2) 厚生労働省. 令和2年(2020)人口動態統計(確定数)の概況 第7表「死因简单分類別にみた性別死亡数・死亡率(人口10万対)」。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei20/index.html> (Accessed 2022 May 17)
- 3) 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/> (Accessed 2022 May 17)
- 4) Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, et al: Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. J Am Geriatr Soc 2004; 52(8): 1349-1354. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52367.x
- 5) Butt DA, Mamdani M, Austin PC, et al: The risk of falls on initiation of antihypertensive drugs in the elderly. Osteoporos Int 2013; 24(10): 2649-2657. doi:10.1007/s00198-013-2369-7
- 6) Whitney J, Close JC, Lord SR, et al: Identification of high risk fallers among older people living in residential care facilities: a simple screen based on easily collectable measures. Arch Gerontol Geriatr 2012; 55(3): 690-695. doi:10.1016/j.archger.2012.05.010
- 7) Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E, et al: Factors associated with falls among older adults living in institutions. BMC Geriatr 2013; 13: 6. doi:10.1186/1471-2318-13-6
- 8) Beer C, Hyde Z, Almeida OP, et al: Quality use of medicines and health outcomes among a cohort of community dwelling older men: an observational study. Br J Clin Pharmacol 2011; 71(4): 592-599. doi:10.1111/j.1365-2125.2010.03875.x
- 9) Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al: Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. J Clin Epidemiol 2012; 65(9): 989-995. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.02.018
- 10) Yamashita T, Jeon H, Bailer AJ, et al: Fall risk factors in community-dwelling elderly who receive Medicaid-supported home- and community-based care services. J Aging Health 2011; 23(4): 682-703. doi:10.1177/0898264310390941
- 11) Vellas BJ, Wayne SJ, Garry PJ, et al: A two-year longitudinal study of falls in 482 community-dwelling elderly adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1998; 53(4): M264-M274. doi:10.1093/gerona/53a.4.m264
- 12) Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, et al: Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. Br J Clin Pharmacol 2006; 61(2): 218-223. doi:10.1111/j.1365-2125.2005.02543.x
- 13) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, et al: Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int 2012; 12(3): 425-430. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00783.x
- 14) Toyoshima K, Araki A, Tamura Y, et al: Development of the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 8-items, a short version of the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 21-items, for the assessment of cognitive and daily functions. Geriatr Gerontol Int 2018; 18(10): 1458-1462. doi:10.1111/ggi.13512
- 15) 日本老年医学会. 高齢者診療におけるお役立ちツール。 <https://jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html> (Accessed 2022 May 17)
- 16) 診療報酬点数, 今日の臨床サポート。 https://clinicalsup.jp/jpoc/shinryou.aspx?file=ika_2_5_5/f400.html (Accessed 2022 Nov 17)
- 17) Mizukami S, Arima K, Abe Y, et al: Falls are associated with stroke, arthritis and multiple medications among community-dwelling elderly persons in Japan. Tohoku J Exp Med 2013; 231(4): 299-303. doi:10.1620/tjem.231.299
- 18) Fried TR, O'Leary J, Towle V, et al: Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2014; 62(12): 2261-2272. doi:10.1111/jgs.13153
- 19) Park H, Satoh H, Miki A, et al: Medications associated with falls in older people: systematic review of publications from a recent 5-year period. Eur J Clin Pharmacol 2015; 71(12): 1429-1440. doi:10.1007/s00228-015-1955-3
- 20) Iihara N, Bando Y, Ohara M, et al: Polypharmacy of medications and fall-related fractures in older people in Japan: a comparison between driving-prohibited and driving-cautioned medications. J Clin Pharm Ther 2016; 41(3): 273-278. doi:10.1111/jcpt.12381
- 21) Ishibashi Y, Nishitani R, Kato T, et al: Association of drugs with special caution in the guidelines with falls: A case-control and case-crossover study in Japan. Geriatr Gerontol Int 2021; 21(3): 285-290. doi:10.1111/ggi.14127
- 22) Gribbin J, Hubbard R, Gladman JR, et al: Risk of falls associated with antihypertensive medication: population- based case-control study. Age Ageing 2010; 39: 592-597.

第36回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人 地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。

研究助成賞

1. 研究対象分野

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

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2023年7月1日～2024年6月30日

4. 研究助成賞

総額200万円とし、受賞者数や提出された研究計画に応じて分配を行う。

※費消できなかつた助成金については返却を要するものとする。

5. 応募方法

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

6. 応募締切日

2023年4月30日(日)(当日消印有効)

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の決定時期

2023年6月

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

研究奨励賞

「月刊地域医学」において2022年度に発表された論文の中から3編を選考し、研究奨励賞として10万円を授与します。

●問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 研究所事務部

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

研究者を支援いたします

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

<支援内容>

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

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

第114回

“輸血における患者間違い”に関わる
事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)では、「患者間違いに関連した事例」をテーマとして取り上げ、第68回報告書、第69回報告書、第70回報告書(以下、本報告書)の3回に渡って分析結果を報告している¹⁾。これらの報告書には、「日本では、1999年に患者取り違い手術の事例が発生したことを契機として、患者間違いを防止する取り組みが進められている。また、米国では、手術や侵襲的処置における患者間違いは、AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)のNever Eventsに定められている」ということが記載されている。

これまでに、本事業の「医療安全情報」²⁾では、「No.25: 診察時の患者取り違い(2008年12月)」「No.42: セントラルモニタ受信患者間違い(2010年5月)」「No.73: 放射線検査での患者取り違い(2012年12月)」「No.116: 与薬時の患者取り違い(2016年7月)」「No.154: 電子カルテ使用時の患者間違い(2019年9月)」など、さまざまな状況における患者間違いに関わる注意喚起を実施している。さらに輸血に関しては、「No.11: 誤った患者への輸血(2007年10月)」「No.110: 誤った患者への輸血(第2報)(2016年1月)」などで、他の患者

の輸血用血液製剤を投与した事例を取り上げ、繰り返しの注意喚起を実施している。

また、第68回報告書では、「診察室・検査室等に患者を呼び込む際に発生した事例」を取り上げて分析し、第69回報告書では、「患者にモノを投与する/使用する/渡す際に発生した事例」を取り上げて、そのうち「患者に薬剤を投与する/渡す際に発生した事例」について分析している。本報告書である第70回報告書では、「患者にモノを投与する/使用する/渡す際に発生した事例」を取り上げて、そのうち「患者に輸血を実施する際に発生した事例」について分析している¹⁾。

本連載でもこれまでに、患者間違いに関わる内容として、「患者誤認はなぜ発生するのか?(第11回)」「与薬時の患者・薬剤間違いに関わるアクシデント(第46回)」「“電子カルテ使用時の患者間違い”に関わるアクシデント(第69回)」「“誤った患者への輸血”に関わるアクシデントの未然防止(第78回)」「“患者を呼び込む際の患者間違い”に関わる事例発生を未然防止する(第110回)」というテーマで、インシデント・アクシデント事例発生時の未然防止対策について、具体的事例から検討している。

自施設では、“輸血における患者間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、事例発生を未然防止する対策や、現状評価は十分だろうか。“輸血における患者間

違い”に関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、関与する医師や、看護師など、多職種が連携を発揮することにより、“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を回避できるシステム整備に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、「なぜ、“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか？」という疑問を持ち、特に、事例が発生した状況の分類のうち、本報告書でも挙げられている「患者にモノを投与する/使用する/渡す際に発生した事例」における患者間違いに焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。なお、本稿では、患者取り違え、患者誤認なども含めて患者間違いとする。

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

“輸血における患者間違い”に関わる事例

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

対象となった医療事故情報の事例144件中、「患者にモノを投与する/使用する/渡す際に発

生した事例」として、93件の事例が挙げられ、その内訳は、「薬剤:56件」「輸血:9件」「採血管・検体容器:7件」「母乳等:6件」「眼内レンズ:3件」「書類等:3件」「歯ブラシ等:3件」「その他:6件」などが挙げられている。

「輸血:9件」の事例における、「誤って投与した輸血用血液製剤等の種類」は、「赤血球液(RBC):4件」「新鮮凍結血漿(FFP):3件」「濃厚血小板(PC):1件」「回収式自己血:1件」で、ABO式血液型の相違では、「異型:7件」「同型:2件」であることが挙げられている。

また、「輸血:9件」の事例における、「輸血伝票と輸血用血液製剤等の照合の状況」としては、「行った:5件」「看護師は輸血伝票と輸血用血液製剤を医師に見せたが、医師は照合を依頼されたと認識していなかったため、照合になっていなかった:1件」「回収式自己血輸血のため輸血伝票がなく、行っていなかった:1件」「記載なし:2件」であることが挙げられている(表1)。

さらに、「患者と輸血用血液製剤等の照合の状況」としては、「行わなかった:7件」「不適切な方法で行った:2件」で、後者は「いずれも認証システムを使用した事例」とのことであり、「すべての事例で輸血実施直前の患者と輸血用血液製剤の照合ができていなかった」ということが挙げられている(表1)。

「輸血:9件」の事例のうち、「患者と輸血用血液製剤を照合する認証システムがあることが記載されていた事例」は6件あることが挙げられ、その使用状況としては、「使用しなかった:4件」「不適切な方法で使用した:2件」で、「不適切な方法で使用した:2件」は、「ベッドサイドで認証システムを使用することになっていたが、ICU内のテーブルでPDAを用いて認証した」「リストバンドのバーコードを読み取るのではなく、輸血伝票に記載された患者ID入力を手入力した」ということが挙げられている(表2)。

ここでは、輸血実施前の照合のルール、および認証システムが整備されていても、ルールを遵守しない、認証システムを使用しない、認証システムを使用しても使用方法が不適切、などの課題があることが想定される。特に、「患者と

表1 輸血実施前の照合の状況

【輸血伝票と輸血用血液製剤等の照合の状況】

輸血伝票と輸血用血液製剤等の照合	件数
行った	5
看護師は輸血伝票と輸血用血液製剤を医師に見せたが、医師は照合を依頼されたと認識していなかったため、照合になっていなかった	1
回収式自己血輸血のため輸血伝票がなく、行っていなかった	1
記載なし	2
合計	9

【患者と輸血用血液製剤等の照合の状況】

患者と輸血用血液製剤等の照合	件数
行わなかった	7
不適切な方法で行った	2
合計	9

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第70回報告書より)

表2 認証システムの使用状況

認証システムの使用状況	件数	内容
使用しなかった	4	大量輸血でPDAによる認証が間に合わなかった
		焦り、緊張のため認証システムの使用を失念した
		当該血小板は、バーコード認証を実施して小児患者に50mL投与した後の残りであったため、再度のバーコード認証は行わなかった
		詳細不明
不適切な方法で使用した	2	ベッドサイドで認証システムを使用することになっていたが、ICU内のテーブルでPDAを用いて認証した
		リストバンドのバーコードを読み取るのではなく、輸血伝票に記載された患者ID入力を手入力した

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第70回報告書より)

「輸血用血液製剤等の照合の状況」では、前記の「すべての事例で輸血実施直前の患者と輸血用血液製剤の照合ができていなかった」という状況に注目すべきである。これらのことから、ルールやマニュアルの整備だけではリスク回避に至らない可能性を想定し、決められたルールやマニュアルの遵守のための具体的な対策を検討することが望まれる。

本事業の事例検索³⁾では、2022年12月中旬現在、キーワード“患者間違い”で2,324件、“患者間違い”“輸血”で52件、“患者間違い”“輸血”“照合”で14件、“患者間違い”“輸血”“PDA”で9件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“輸血における患者間違い”に関わる事例の中

から、輸血実施の際の照合に焦点を当てると、事例検索³⁾にて検索され、本報告書にも掲載されている事例としては、

「患者X(60歳代、女性)は、下肢壊死性筋膜炎で1週間後に手術の予定であり、患者Yは貧血にて輸血を実施する予定であった。輸血用血液製剤が届いたため、看護師は、先輩看護師と一緒に輸血用血液製剤と輸血伝票のダブルチェックを実施し、その後、輸血用血液製剤と輸血伝票、および携帯情報端末を持って、患者Xのベッドサイドに行き、輸血の実施について説明した。この際、看護師はネームバンドと携帯情報端末での確認や、患者の氏名を名乗ってもらうことでの患者確認は実施しなかった。輸血の実施開

始から5分後、バイタルサインを測定する際に、携帯情報端末での確認と実施登録の未実施に気づいた。携帯情報端末で輸血用血液製剤とネームバンドの確認を行うと、『異なる患者です』と表示された。直ちに輸血を中止し、再確認したが、同じ表示が出て、患者誤認による異型輸血が判明した。患者Xは自覚症状が無く、バイタルサインの変動もなかった。A型の患者にO型の輸血用血液製剤を約20mL投与した。

当事者の看護師は、2週間ぶりの勤務で緊張しており、手術予定の患者や透析を行う患者を受け持ち、混乱し、朝の情報収集で輸血を実施する患者はXと思い込んでいた。朝からのケアが予定より遅れて焦っており、輸血を早く実施しないといけないと思っていた。多重課題の状態であったが、誰にも相談できなかった^{1), 3)}

「腹部大動脈瘤、両側腸骨動脈瘤の患者(70歳代、男性)に、人工血管置換術を実施した。術後、下肢の皮膚色が不良となり、カテーテル検査を実施した。血栓吸引に伴い出血が予想されたため、ICUに輸血用血液製剤を依頼した(心臓血管外科の術後患者のため、輸血用血液製剤はICUの冷蔵庫に保管されていた)。ICUの看護師は、輸血検査報告書とRBCの患者氏名の確認を実施せず、血液型・製剤名・製剤番号の照合を行った。ICUの看護師から渡されたB型のRBC 2単位、2バッグを心臓血管外科の医師がカテーテル検査室に届けた。その際、輸血検査報告書は持参せず、輸血用血液製剤の搬送用のバッグは使用しないでRBCのみ持っていった。カテーテル検査室の看護師は、医師からRBCのみを受け取り、RBC 2単位の投与を開始したが、開始前に患者氏名、血液型などの確認は実施せず、追加でRBC 2単位を投与した際にも患者氏名の確認は実施しなかった。その後、血清カリウム値が高値となり、輸血は中止され、患者はICUに帰室した(RBCの投与量は330mL)。ICUでバーコード認証ができず、異型輸血の実施が判明した。

RBCを取り出す際、受け取る際、および投与する際の確認時に輸血検査報告書を見ながら患者氏名、血液型、製剤番号、使用期限などのダ

ブルチェックを実施しなかった。投与した看護師は、信頼できる医師がRBCを持ってきたため、輸血検査報告書は持参していないが、ICUで十分確認されているだろうと思い、患者氏名などの確認を怠った。医師が輸血用血液製剤を運ぶことは今までに実施していなかった。医師は輸血用血液製剤を運ぶ際の一連の手順を知らなかった。カテーテル検査室に認証システムの機器はなかった^{1), 3)}などがある。

また、決められているルールが遵守されていないため、アクシデントが発生しそうになったが、輸血実施の最終段階である患者のベッドサイドで、輸血実施直前の患者と輸血用血液製剤の照合により、輸血用血液製剤に記された患者氏名が違っていることに気づき、インシデントにとどめることができたという事例も検索されている³⁾。

これら“輸血における患者間違い”に関わる事例は、当該患者以外の患者を巻き込む可能性があり、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性や、医療機関、および職員への信頼を揺るがす可能性が想定されるため、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステム整備を実施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、“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止対策として、輸血実施時の患者確認、輸血用血液製剤の照合に関するマニュアルの整備(認証システム含む)、インシデント・アクシデント事例の情報共有とリスクアセスメント、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、“輸血における患者間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設の防止対策の現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索³⁾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“輸血における患者間違い”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「異型輸血の実施、思い込みで照合の未実施？」

【事故の内容】

- ・大動脈解離を発症した患者（70歳代、女性、血液型はA型）に、緊急で上行大動脈置換術を施行した。
- ・ICUの看護師からA型のFFPを受け取った看護師Aは、夜間の緊急手術を実施しているのは1名であったことから、輸血伝票や名前札を冷凍庫に貼らなかった。
- ・主治医は、人工心肺離脱前にA型のFFP 8単位の投与を看護師に指示した。
- ・手術室の看護師Bは、手術室内の冷凍庫からO型のFFPを取り出して融解した。
- ・融解したFFPを麻酔科医師が臨床工学技士に渡し、臨床工学技士は、FFPを人工心肺の回路に注入した。
- ・人工心肺を終了する時期に、心電図上でwide QRS頻拍を認め、VPCが連発し、収縮期血圧が60mmHg程度に低下した。
- ・心腔内の空気迷入が原因ではないかと推測して様子を見ていたが、回復しなかったため、再度、人工心肺の開始を検討していた矢先に、看護師が異型輸血に気づいた。

（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70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、「他の患者に準備されたO型のFFPが余ったことから、返品するために名前札をはずした状態で手術室内の冷凍庫に入れてあった」「本来であれば、使用しなかったFFPは、輸血部の担当者が持ち帰る運用であったが、今回は持ち帰ることを忘れたため、誰にも割付いていないO型のFFPが手術室内の冷凍庫に残っていた」「ICUの看護師からA型のFFPを受け取った看護師Aは、夜間の緊急手術を実施しているのは1名であったことから、輸血伝票や名前札を冷凍庫に貼らなかった」「輸血部の担当者が手術室内にいる間は、冷凍庫内と側面に名前札を貼る運用であったが、時間外は輸血部の担当者がいないため、冷凍庫に貼る名前札がなく、貼るものがなかった」「冷凍庫内に霜が多量に付着し、名前札が貼りにくい状況であった」「手術室の看護師Bは、冷凍庫内には手術中の大動脈解離の患者用に準備されたA型のFFPしか存在しないとの思い込みがあり、FFPの血液型や患者氏名を確認せずに融解した」「手術室の看護師BからO型のFFPを受け取った麻酔科医師は、そのまま臨床工学技士に渡した」

込みがあり、FFPの血液型や患者氏名を確認せずに融解した」「緊急手術が1件しか実施されていない状況下で、手術室の看護師Bが冷凍庫からO型のFFPを取り出し、誤って使用した」「手術室の看護師BからO型のFFPを受け取った麻酔科医師は、そのまま臨床工学技士に渡した」「臨床工学技士は、患者氏名、血液型、製剤番号を確認せず、人工心肺の回路に注入した」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、手術室の看護師Bは、手術室内の冷凍庫からFFPを取り出して融解する前に、当該患者のA型のFFPではなく、O型のFFPを取り出したことに気づかなかったのか？」「なぜ、FFPを受け取った麻酔科医師は、当該患者のA型のFFPではなく、O型のFFPであることに気づかなかったのか？」「なぜ、麻酔科医師からFFPを受け取った臨床工学技士は、当該患者のA型のFFPではなく、O型のFFPを渡されたことに気づかず、人工心肺の回路への注入を実施したのか？」「なぜ、複数の専門職が関与しているにもかかわらず、異型輸血の実施を未然防止することができなかったのか？」「なぜ、患者確認や、患者と輸血用血液製剤の照合などのルールやマニュアルが遵守されていなかったのか？」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「手術室の看護師Bは、冷凍庫内には手術中の大動脈解離の患者用に準備されたA型のFFPしか存在しないとの思い込みがあり、FFPの血液型や患者氏名を確認せずに融解した」「手術室の看護師BからO型のFFPを受け取った麻酔科医師は、そのまま臨床工学技士に渡した」

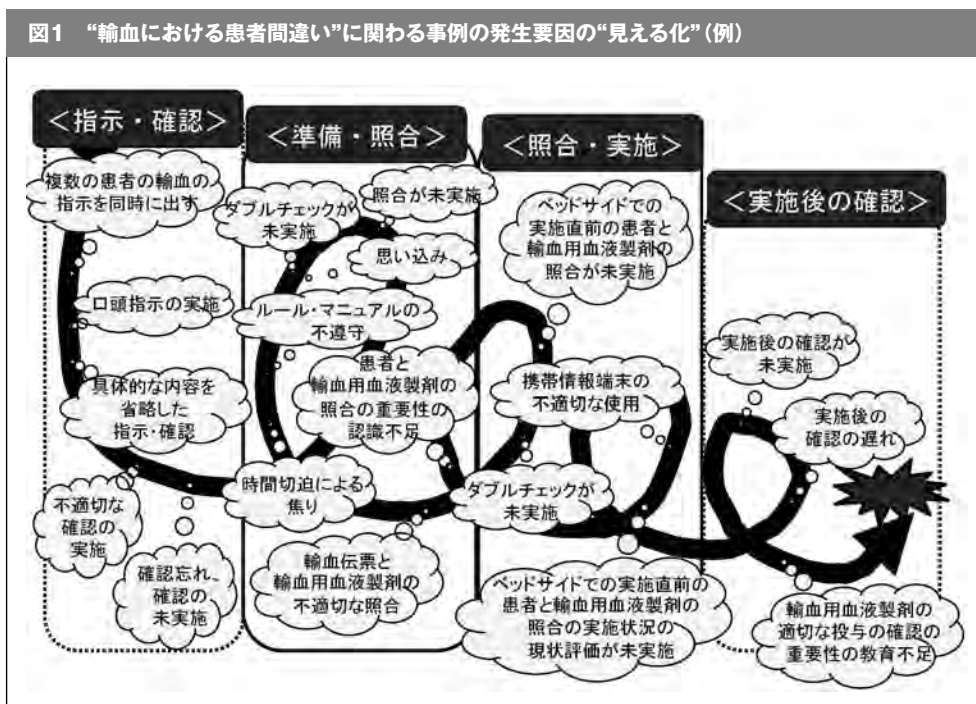
「臨床工学技士は、患者氏名、血液型、製剤番号を確認せず、人工心肺の回路に注入した」などに注目することが重要である。

ここでは、前記の「なぜ、患者確認や、患者と輸血用血液製剤の照合などのルールやマニュアルが遵守されていなかったのか？」ということや、「なぜ、患者確認や、患者と輸血用血液製剤の照合などのルールやマニュアルが遵守されていない状況に気づいて改善されていなかったのか？」などの疑問を深め、事例発生の本原因を明らかにすることが望まれる。

“輸血における患者間違い”の事例発生を未然防止するため、本報告書、および事例検索³⁾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、「輸血における患者間違い」に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)(図1)を作成した。ここでは、輸血実施のプロセスとして、「指示・確認」「準備・照合」「照合・実施」「実施後の確認」などに焦点を当てている。ぜひ、この機会に、自施設オリジナルの「輸血における患者間違い」に関わる事例の発生要因の“見える化”に取り組むことを勧めたい。

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、“輸血における患者間違い”に関わる事例の発生要因としては、「確認不足」「思い込み」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因などの関連性を含めて広い視野で検討することが重要である。

“輸血における患者間違い”に関わる事例の発生要因としては、1) 自施設における防止対策(輸血実施時の照合・確認のマニュアル)の遵守状況の現状評価の実施と評価結果のフィードバックが未実施、2) 1) の評価結果に基づくマニュアルの見直し・変更が未実施、3) “輸血における患者間違い”に関わる事例(自施設・他施設)の情報提供が未実施、4) 多職種によるリスクアセスメントとマニュアルの遵守状況の現状評価の実施と、評価結果のフィードバックを含む職員教育が未実施、5) 情報提供・共有を含む多職種参加の医療安全教育が未実施、などが考えられる。



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第70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)

“輸血における患者間違い”に関わる 事例の発生要因の“見える化”から 検討する未然防止対策

本事例の改善策としては、「輸血前の認証は、必ず実施することを周知する」「FFP専用冷凍庫に保管する際は、伝票を冷凍庫の外側に貼る」「不要なFFPを冷凍庫へ入れておかない体制を構築する」などが挙げられていた。

“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における防止対策(輸血実施時の照合・確認のマニュアル)の遵守状況の現状評価の実施と評価結果のフィードバックの実施、2)1)の評価結果に基づくマニュアルの見直し・変更の実施、3)“輸血における患者間違い”に関わる事例(自施設・他施設)の情報提供の実施、4)多職種によるリスクアセスメントとマニュアルの遵守状況の現状評価の実施と、評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施、5)情報提供・共有を含む多職種参加の医療安全教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「思い込み」などを防止すること、および患者に及ぼす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、“輸血における患者間違い”に関わる事例の発生に至る前に、マニュアルの遵守を含むプロフェッショナルとしての責任を認識すること、および多職種によるリスクアセスメントの結果を共有することなどで、事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「自施設における防止対策(輸血実施時の照合・確認のマニュアル)の遵守状況の現状評価の実施と評価結果のフィードバックの実施」では、はじめに、自施設における輸血実施時の照合・確認のマニュアルの遵守状況の現状評価が必須である。現状評価の実施時には、図1で示しているような、「指示・確認」「準備・照合」

「照合・実施」「実施後の確認」などの輸血実施の各プロセスにおける照合・確認のマニュアルの遵守状況を評価することを勧めたい。これにより、自施設における輸血実施のプロセスにおいて、どのプロセスに脆弱性があるのか、課題を明らかにすることを期待したい。

2)の「1)の評価結果に基づくマニュアルの見直し・変更の実施」では、輸血実施の各プロセスにおける照合・確認のマニュアルの遵守状況の評価結果に基づき、現状の防止対策である輸血実施の各プロセスにおける照合・確認のマニュアルの見直しを、必要に応じて実施することを検討したい。ここでは、輸血実施の各プロセスにおける照合・確認の手順などが、具体的にマニュアルに示されているか、現状に対応して、マニュアルの内容が遵守可能であるか、などの評価も求められる。また、マニュアルやルールの整備を検討する際には、定期的な現状評価の実施と見直しの時期についても明らかにすることが望まれる。

3)の「“輸血における患者間違い”に関わる事例(自施設・他施設)の情報提供の実施」では、職員個々の関心を高めてリスクアセスメントを深めるためにも重要な機会であることを認識したい。自施設で“輸血における患者間違い”に関わる事例が発生している場合には、すでに情報提供されているかもしれないが、他施設で発生した事例に関する情報提供は実施されているだろうか。

前記の事例検索³⁾では、「適切なタイミングでの正しい照合・確認が実施されていない」「ベッドサイドで、輸血実施直前の患者と輸血用血液製剤の照合が実施されていない」「照合の未実施、不適切な照合の実施、マニュアルが遵守されていない」などのさまざまな事例が検索されている。リスクアセスメントが深まる可能性を期待し、これらの情報提供を実施することを検討したい。

4)の「多職種によるリスクアセスメントとマニュアルの遵守状況の現状評価の実施と、評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施」では、自施設で“輸血における患者間違い”に関

わる事例が発生している場合には、自施設における“輸血における患者間違い”に関わる課題を踏まえた企画が望まれる。ここでは、「なぜ、マニュアルやルールとして決められているにもかかわらず、輸血実施時の照合・確認が適切に実施されていないのか？」という疑問を多職種で検討することを勧めたい。現状評価の評価結果のフィードバックを真摯に受けとめ、プロフェッショナルに期待されている専門性の発揮についても多職種で意見交換する機会の提供が望まれる。

5)の「情報提供・共有を含む多職種参加の医療安全教育の実施」では、個々の職員が自身の現状を振り返り、“なぜ”を深めること、および問題意識を持つことができる内容の企画が求められる。非医療職も含めて、患者・家族の視点でのリスクアセスメントが欠かせない。ここでは、“輸血における患者間違い”により、患者に重大な影響が発生する可能性を考慮し、事例発生を未然防止に取り組む意義を職員間で共通認識とすることが望ましい。そのため、職員個々が関心を持てるような注意喚起も併せて、具体的事例を活用した医療安全教育の企画が期待される。

前記の事例における改善策としては、「新人看護師で受け持ち患者人数は少ないが、2週間ぶりの業務なので、受け持ち患者の配分や相談する人を限定する。異型輸血の意味や、副作用などの重篤な状態になる知識が欠けているので教育を進める。異型輸血の危険性をポスターで各セクションに数枚表示して注意喚起する」「カテーテル検査室でも認証できるようにシステム機器を設置する。そのほかにも輸血用血液製剤を使用する場所には同様に設置する。患者・指示・物の確認の徹底を啓発する。ICU安全マニュアルにダブルチェックのタイミングを追記し、輸血用血液製剤を取り出す際の確認方法を明記する」などが挙げられていた。

今後、自施設における“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然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。

“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか？」という疑問を持ち、特に、事例が発生した状況の分類のうち、本報告書でも挙げられている「患者にモノを投与する/使用する/渡す際に発生した事例」における患者間違いに焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討した。

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

“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止するために、輸血実施前の照合の状況に焦点を当てることを検討したい。本報告書では、前記の表1に示されるように、「輸血：9件」の事例の「輸血実施前の照合の状況」における、「輸血伝票と輸血用血液製剤等の照合の状況」では、「行った：5件」ということが挙げられており、照合を実施しても事例が発生していることから、適切な照合が実施されていなかったことが想定される。また、「患者と輸血用血液製剤等の照合の状況」では、「行わなかった：7件」「不適切な方法で行った：2件」であり、「すべての事例で輸血実施直前の患者と輸血用血液製剤の照合ができていなかった」ということが挙げられていることにも焦点を当てて検討することが望まれる。

図2 輸血実施のプロセスを意識した、“輸血における患者間違い”防止チェックリスト(例)

<input type="checkbox"/>	各プロセスにおける照合・確認の手順などが、具体的にマニュアルに示されている
<input type="checkbox"/>	複数の患者の指示が混在しない状況下で、指示出し・確認を実施している
<input type="checkbox"/>	輸血用血液製剤の準備時に、輸血伝票と輸血用血液製剤の照合を、ダブルチェックで実施している
<input type="checkbox"/>	輸血実施直前に、ベッドサイドで患者と輸血用血液製剤の照合を実施している
<input type="checkbox"/>	輸血実施後に、輸血用血液製剤の適切な投与の確認、患者の状態の観察を実施している
<input type="checkbox"/>	各プロセスにおける照合・確認のマニュアルの遵守状況の現状評価、評価結果のフィードバックを実施している

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第70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)

本報告書、および事例検索³⁾にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考に、「輸血実施のプロセスを意識した、“輸血における患者間違い”防止チェックリスト(例)」を作成した(図2)。ここでは、「指示・確認」「準備・照合」「照合・実施」「実施後の確認」など、輸血実施のプロセスを意識して、適切なタイミングで、適切な照合・確認が実施されているか否かをチェックすることを提案したい。

チェックする内容としては、「各プロセスにおける照合・確認の手順などが、具体的にマニュアルに示されている」「複数の患者の指示が混在しない状況下で、指示出し・確認を実施している」「輸血用血液製剤の準備時に、輸血伝票と輸血用血液製剤の照合を、ダブルチェックで実施している」「輸血実施直前に、ベッドサイドで患者と輸血用血液製剤の照合を実施している」「輸血実施後に、輸血用血液製剤の適切な投与の確認、患者の状態の観察を実施している」「各プロセスにおける照合・確認のマニュアルの遵守状況の現状評価、評価結果のフィードバックを実施している」などである。

自施設の現状評価の実施と評価結果を参考に、自施設オリジナルの「輸血実施のプロセスを意識した、“輸血における患者間違い”防止チェックリスト」の作成、および事例が発生した場合には、発生後の原因分析や、リカバリーの取り組みを迅速に実施することなどを期待したい^{4),5)}。

“輸血における患者間違い”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、自施設における防止対策の現状評価の実施と、評価結果に基づいて、必要に応じて見直しを実施することが望まれる。輸血実施における照合・確認のルールやマニュアルを整備したことで対策完了と考えるのではなく、そのルールやマニュアルが遵守されていない状況や、不適切な変更がないかなどの現状評価、および評価結果のフィードバックの実施まで具体的に検討した対策の実施が求められる。

輸血実施における照合・確認の実施が目的ではなく、照合・確認によりリスクが回避されているかまで評価すること、および輸血実施に関与する全職員に明確な目的を伝えることを期待したい。自施設における防止対策のシステム

が、ここまで含めた内容で整備され、適切に運用されているか否か、この機会に検討することを提案したい。併せて、自施設で発生した事例はもちろんのこと、他施設で発生した事例に関する情報共有とリスクアセスメントの実施、および関与する職員個々が関心を持ち、プロフェッショナルとしての連携を促す職員教育の実施が急がれる。

“輸血における患者間違い”に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクターとしてとらえるだけでなく、関与する多職種が、プロフェッショナルとしての個人の責任の自覚はもちろんのこと、リスクの発生を回避するために“チーム力”を発揮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 報告書.
<https://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>
(accessed 2023 Jan 6)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報.
<https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
(accessed 2023 Jan 6)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索.
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>
(accessed 2023 Jan 6)
- 4) 石川雅彦：具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント. 第2回 誤認をどう防ぐか. 臨床外科 2015 ; 70(5) : 620-624.
- 5) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性. 第7回 アクシデントに適切に対応する. アクシデント発生後の原因分析やリカバリーの取り組みが迅速である. 臨床外科 2016 ; 71(10) : 1304-1307.



直島での一期一会



直島町立診療所 所長
池上雄亮

早いもので直島に来て1年が経ちました。今回で最終の日記となります。この1年間で診療所に関わる多くの方々と出会うことができました。患者様はもちろんのこと、直島で医療や介護を支えている方とお会いし、一緒に仕事ができただことは、私の財産です。診療所での私の診療を支えてくださった全ての人に感謝したいと思います。

私は一期一会という言葉に大切にしています。大学生の時に、一緒に医師国家試験の勉強を頑張ったグループで、大切にしていた言葉です。「一生のうち一度限りの機会を大事にしよう」、この言葉は素敵だと感じています。あまり知られていませんが、一期一会は元々茶道のお茶会の心得だったらしいです。従って一期一会という言葉は「一生に一度の機会や出会いを大切にしよう、そのために迎える者も訪れる者も誠意を持ってお互い過ごしましょう」という心得も教えてくれています。これは医療の現場でも通じるところがあると思います。診療所に関わる全ての人が、医療者や患者の立場は関係なく誠意を持って相手と接することが大事だと考えます。患者様と私たち医療者はもちろんですが、スタッフ同士、または診療所に関わる外部の人たちと私たちがまた、お互い誠意を持って過ごすことが大事です。

直島に来て本当に多くの出会いがありました。島の医療や介護を支える人々は、常に誠意を持っていると感じていました。一期一会は実践されていました。離島という地理的に不利な条件で、何とかしないといけないという意識が皆に高まっているからだと思います。直島に調剤薬局は一つしかありません。その薬局の薬剤師さんが体調不良(例えば新型コロナウイルス感染症の罹患)の際にどうすればよいか相談されたことがありました。当院の院内薬局では当然外来患者のお薬は賄えないので、大きな問題でもあり、薬剤師さんも悩んでくれていました。私から島外の港近くにある薬局に電話したところ、有事の際に、配達を引き受けてくれる薬局を見つけました。「いつか直島に貢献したいと思っていました」と担当の方から言われた時は感動しました。取り決めをした後、一度も配達をお願いする状況にはありませんでしたが、当院の事業継続計画の一部になり、診療所運営がより安定することになりました。恐らく知らないところで、直島のことを心配し、何か起こった時はすぐに動いてくれる人はたくさんいるのだらうと思います。そのような熱意と誠意を持った方たちと一緒に仕事をすると、島の医療、介護もより良いもの



高松の家族と離れて直島に戻る時に迎えてくれた宮浦港です。いつも賑やかな港でした。

になると感じました。

私は今年1年で島を離れることになりそうです。自治医大卒業後の義務年限の中でも、とても内容の濃い1年間を過ごすことができたと感じています。

今年も4月には島中に、町花である島つつじが咲き誇ります。今年の夏は3年に1回の芸術祭が行われないので、いつもより穏やかな島風景になりそうです。秋には過ごしやすくなった直島に現代美術を楽しみに来る外国人旅行者が増えるでしょう。冬が来たら本来の島の静けさが戻り、寒さ厳しい中、島民が次の春の訪れを待つことになると思います。今後直島がどのような島になっていくか、とても気になります。さまざまな魅力があるこの島の医療の歴史の1ページとなれたことを誇りに思います。直島が今後も魅力的な島になっていくのと同じように、自分も医師として成長していければと思います。

青い空、白い雲、今日も直島は診療日和です。

皆さんの地域はいかがですか？



直島を離れる途中に撮影しており、自然は残されたままです。





少しづつ

上野原市立病院 青木純子

はじめに

皆様、初めまして。NP-NDC 研修センター6期生、上野原市立病院に勤務しております青木純子と申します。

まず、上野原市と当院の紹介をさせていただきます。

上野原市は山梨県の最東部に位置し、東京都や神奈川県との県境に位置しています。溪流釣りができたり、広大な自然に囲まれたゴルフ場なども多く、緑の豊かな地域です。春を迎える季節は河川敷の桜が大変きれいで、私は毎年楽しみにしています。

また上野原市は山梨県最東部に位置しているため首都圏へのアクセスも良いところも魅力の1つだと思っています。

私は生まれも育ちも上野原で小さい頃は「絶対に東京へ行くんだ!」という野望もありましたが、上野原の魅力に気づいた今は上野原から出なくてよかったと、上野原大好きになっておりました。

私が勤務しております上野原市立病院は市内唯一の2次救急を担う救急医療機関として、外来・入院(病床数135床)・通所リハビリ・訪問看護・訪問診療などを中心に運営しています。

特定ケア看護師を目指したきっかけ

日々の勤務の中で「なにかおかしい……」と思うことや「今すぐ主治医に報告するほどではないけど、でもなにか介入したほうがよいのでは

……」というモヤモヤした思いを抱えながら勤務をすることもよくありました。自分のアセスメント力を伸ばす方法や、主治医への報告の仕方など、どうしたらいいのかと悩むことも非常に多かったです。

そんな中、診療看護師の筑井菜々子さんが特定ケア看護師の紹介で当院に来てくださり、特定ケア看護師の存在を知りました。私のモヤモヤを払拭できるのは特定ケア看護師ではないかと感じ、筑井さんのお話は非常に刺激的でした。しかし、私には子どもも家庭もあり、研修に行くなんてとてもできないと思っていた時、同僚だった志村はるかさん(NDC 3期生)が同じような環境の中、手を挙げ研修センターに入校しました。そんな姿を見てまた刺激を受けました。私もやっぱり特定ケア看護師になりたい、研修に行きたいと強く思うようになり、なんとか家族を説得し、周囲の協力を得られるようお願いし、研修センターへ入校することができました。

現在の研修活動

私は2022年3月に特定行為研修を修了し、現在は自施設で臨床研修として内科・脳外科・整形外科をローテーションし、医師に付いて幅広く活動させてもらっています。

執筆している現在は整形外科の指導医に付いて勉強させてもらっていますので、現在の整形外科での研修内容を紹介させていただきます。

まず朝の回診では病状の把握や術前術後の管理を共有し、指導医が外来診療中は改めて病棟

の患者の回診を行い、処方の代行入力や診療録の記載を行います。

病棟では治療方針の共有や、病棟看護師からの相談などを聞き介入、それらをまた指導医と共有することなどを行っています。手術がある日は手術室へ行き、手術の見学や介助、手術中のファーストコールの対応などを行います。

1日の終わりにはバイタルサインや食事の摂取量、リハビリの進捗状況など一通り情報を共有、処方やリハビリのオーダー漏れがないかなどの確認をし、最後にもう1回患者さんのもとへ行き、顔をみてリハビリなどの1日の労いを含めた回診をして、終了しています。

臨床研修でもうひとつ忘れられない研修があったので紹介させてください。

10月に2週間、岐阜県にありますシティ・タワー診療所に診療所研修に行かせていただきました。シティ・タワー診療所は訪問診療に大変力を入れている施設で、そこで勤務する全ての職種の方が、地域で生活する方のために一生懸命でした。診療所研修で学ぶことができた訪問診療における特定ケア看護師の役割は、医療的なアセスメントを行いその一環として特定行為を実施すること、診療の手順を踏む中で何かおかしいと思ったことをアセスメントし、主治医に自分の考えをプレゼンできること、そのことについて議論し主治医や看護師と共有すること、患者・家族の考えや思いを引き出すコミュニケーション能力を発揮すること、多職種との連携の橋渡しとしての役割を担うことなどが挙げられると思いました。診療の中で、つい医療的な処置に注目してしまい、特定ケア看護師も特定行為を行うことに重きを置きがちになってしまうことがあります。特定ケア看護師は特定

行為ができる看護師というだけではなく、特定行為ではないプラスαの部分に対しても、目指すべき姿があるのではないかと感じた研修でした。これは病院で活動するにあたって大変重要なことだと思いました。

今後の活動は……

当院には3期生の志村さんが活動しており、その働きぶりはかっこよくまぶしく、研修中もいつも助けてもらっている心強い存在です。

また今年度は横須賀市立うわまち病院からの支援を受けて、特定ケア看護師に年間通して勤務していただいています(現在は2期生の畑さんが支援に来てくださっています)。

先輩方のようにはまだまだ働けず、歯がゆさや情けなさを感じることも多く、悩むことも多いですが、特定ケア看護師になりたいと思った時の初心や、研修を通して学んだことを患者さんや病院に還元できるように活動していきたいと思います。

また特定ケア看護師になりたいと思ってもらえるような魅力的な活動ができること、困ったときに気軽に相談できること、頼りになる人であることが特定ケア看護師としては重要だと思っていますので、常に謙虚な姿勢を心掛け、人としても成長できるよう活動していきたいと思っています。

最後に

研修に携わって指導していただいている全ての皆様、研修を支えてくださっている全ての皆様にこの場をお借りして感謝を申し上げます。

地域医療型後期研修

2023. 1. 23

全国各地を回った1年間

こんにちは。東京北医療センター総合診療科所属で、「地域医療のススメ」専攻医3年目の吉村翼と申します。1年ぶりに、2回目の執筆の機会をいただきました。



吉村翼

今、これを書いているのは年が明けて間もない1月中旬ですが、前年1年間の振り返ると、1～3月 日光、4～6月 神津島、7～9月 東京北、10～12月 東通と、規模も立地も多種多様な全国各地に異動しながら、さまざまな経験をさせていただきました。

日光市民病院では、「病院」という規模でありながら、ほぼ全てのコメディカルが知り合いの関係であり、地方小規模病院ならではの小回りの利きやすさを感じることができました。また、働く場所は病院のみならず、時には周辺診療所へ出向くこともあり、そこでは非常にゆったりした時間の流れを感じて心が落ち着きました。なお、必要に迫られ、10年近くに渡るペーパードライバーをようやく脱却できたのも、このときでした(笑)。



「いちご一会とちぎ国体 冬季大会(日光)」

プロフィール

2018年3月 東京医科歯科大学卒業

2018年4月～2019年3月

青梅市立総合病院 初期研修

2019年4月～2020年3月

東京医科歯科大学 初期研修

2020年4月～「地域医療のススメ」東京北医療センター 専攻研修

神津島村診療所は、S1の時に10日間支援で行かせていただいた際、内科以外は医学的なこともそうでないことも、なかなかうまくいかず、そのリベンジの気持ちを持ちながら、今回は3ヵ月という期間の支援で赴任しました。S3の自分とS2の自治の先生と、若手2人でやっていくしかない環境に身を置いたことで、この1年半での自分の成長も実感できた一方、まだ足りない部分も再認識す

ることができました。

ただ実際に長期間赴任してみると、「なんでもその診療所でやらなければならない」と気負いすぎていたと感じました。離島医療＝医療アクセスが悪い、という前提が明らかすぎるからこそなのか、都内総合病院に画像転送や直接電話コンサルトが可能であり、各専門科との連携が非常に取りやすいシステムになっていました。本土への受診も、島民の皆さんはこちらが思っ



前浜海岸(神津島)

ている以上に気軽に行かれるため、ぜひ専攻医の先生方も気を楽しんで、離島医療というローテートを1つの選択肢に加えてもらえればと思います。

東京北医療センターには、半年以上ぶりに戻りました。年度替わりも挟んだため、いつの間にか多くの職員が交代しており(総診のメンバーも半分近くが初めましての方でした)、当初は「なんだか知らないところに戻ってきてしまった…」という感じでした(笑)が、少し働いているうちに東京北感を思い出してすぐに慣れることができたのは、やはり東京北だなと感じました。

東通地域医療センターでは、行政まで含めた小回りの良さが非常に印象的でした。役場は別にあるのですが、自治体の健康福祉課は診療所に併設された建物内にあるため、連携が取りやすい環境でした。診察時に少し気になる方がいると、そのまま外来看護師に伝えて包括へ話がいき、そちらで自宅訪問をして様子を見てくれたり、逆に包括で気になる方を見つけて一度受診に連れてきていただくと、その場で介護申請をして、次からはもう訪問診療で日時まで決定できたり、ということがありました。これまで勤務していた環境では、ここまでの調整をこのスピード感で行えることはまずなく、瞬く間に職種間での連携が取られていくその早さに感動しました。とても働きやすい環境で、正直困ったことは極寒の真冬に医師住宅のエアコンが壊れたことぐらいです(笑)。



尻屋崎灯台(東通村)

来年度の研修環境は東京都内がメインになりますが、自分は総合診療単独での研修のため、それで研修が終了になる予定です。専攻医を終えた後の自身のキャリアプランも考えながら、また1年間を過ごしていきたいと思います。

「自治医科大学将来ビジョン2060」を策定しました……………

「自治医科大学将来ビジョン2060」は、創立50周年を契機として、今後の時代の変化に的確に対応しながら本学の建学の精神やミッションを適切に果たしていくとともに、本学が持続的に発展していくための戦略の構築について、企画委員会の下部に設置された中長期戦略検討部会において作成し、令和4年12月開催の企画委員会において承認されました。

今後は「Ⅲ. 全体ビジョン」を軸に、それぞれの項目ごとに分科会を設置し、具体的な検討を進めていく予定です。

自治医科大学将来ビジョン2060(概要)

～ 医療の谷間に灯をともし ～

I. ビジョン策定の背景と目的

自治医科大学は、「医療に恵まれない地域の医療を確保し、地域住民の保健・福祉の増進を図るため、医の倫理に徹し、かつ高度な臨床的实力を有し、更に進んで地域の医療・福祉に貢献する気概ある医師を養成するとともに、併せて、医学の進歩を図りひろく人類の福祉にも貢献する」を建学の精神として、1972年に全国の都道府県の共同により創設された。以来、全国から募った学生を「地域医療を志向する高い意識を持った医療人」として育成し、これまで5,000人近い医師と4,000人余の看護師・保健師・助産師を輩出してきた。顧みれば自治医科大学は、わが国が未曾有の高度経済成長を経て安定成長へと移行する時期に開学し、幾たびもの社会環境の変化に適応しながら、その使命を果たしてきた。

自治医科大学は2022年に創立50周年を迎え、改めて次の50年に想いを馳せ、教育、研究、診療、社会貢献を推進することとした。そこで、人の健康と地球環境の一体化(プラネタリーヘルス)、人口問題、社会格差の拡大などの大きな変動を強く意識し、長期の目標として「変化し続ける未来の地球、社会や地域*を見据え、医療と科学技術の進歩**を担い、多様な場や人をつなぎ、広く地域の発展に貢献できる***医療人を養成する」を掲げることとした。これにより2060年****までの地域社会の変化を見据えて組織体制を強化し、自治医科大学の使命を継続して果たすものである。

*「変化し続ける未来の地球、社会や地域」とは、地球における気候変動、エネルギー問題、人口動態変化、食糧難、貧困や難民問題などとともに国際紛争や大規模災害および大規模感染症などによる地政学、政治・経済活動や社会保障制度を含む社会システムの変化が影響を及ぼすプラネタリーヘルスの実現を念頭に、先進国における少子高齢化、高齢化率の高止まり、生産年齢人口数の減少による社会保険負担の増加(働き方改革、女性活躍、高齢者活用、年金の若者負担率1.4人で1人)と効率的運用、外国人人口の増加、地域過疎、疾病構造の変化による地域医療構造の変化などを示す。

**「医療と科学技術の進歩」とは、知識基盤社会における基礎研究や臨床研究での気づきや発見などの知識を創造し、集積し、つなげる社会や手段としてのSociety 5.0, AI, データサイエンス, IoT,

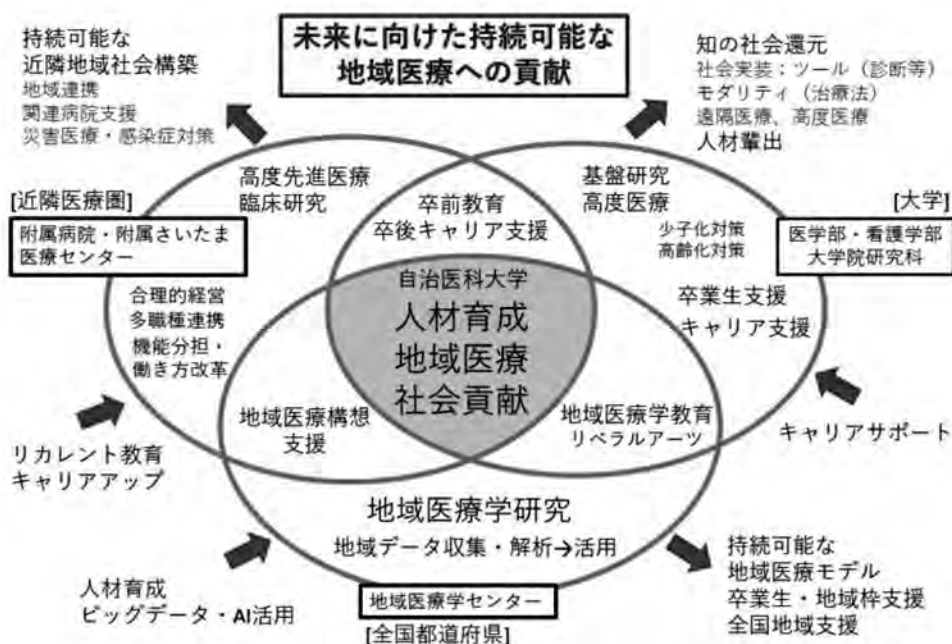
遠隔医療，医療工学，先端医療・研究，感染症対策，大規模災害対策など人に役立つ医療や技術（ヘルスケアサイエンス，予防医学を含む）の活用を示す。

***「多様な場や人をつなぎ，広く地域の発展に貢献できる」とは，医師としての自覚，ELSI，医療経済，タスクコミュニケーション，多職種連携，医療安全，地域包括ケア，地域医療構想，病院統廃合（再編），医療行政，地域創生，社会還元，地域活性化（病院や医療を中心とした社会インフラを含む）などを示し，これまで本学卒業生が僻地医療の実践において醸成してきた，医療資源や財政の効率的活用，かかりつけ医の制度，地方におけるICT活用などの合理的精神が，将来さまざまに変化する日本の医療を牽引するフロンティアとなることを含む。

****「2060年」とは，わが国が高度経済成長期に入ってから100年後，1961年に国民皆保険と国民皆年金がスタートし，団塊の世代と団塊の世代ジュニアの後期高齢化という2度にわたる大きな人口動態の変化を経て，大学進学世代の縮小をはじめとして総人口が9,000万人を下回り，本格的な肩車社会が到来する。その一方で，情報やプログラミングの必修科目を履修した高校生が50歳代・40歳代となり，進歩する科学技術を活用しながら社会をけん引する時代でもある。

II. 将来ビジョン

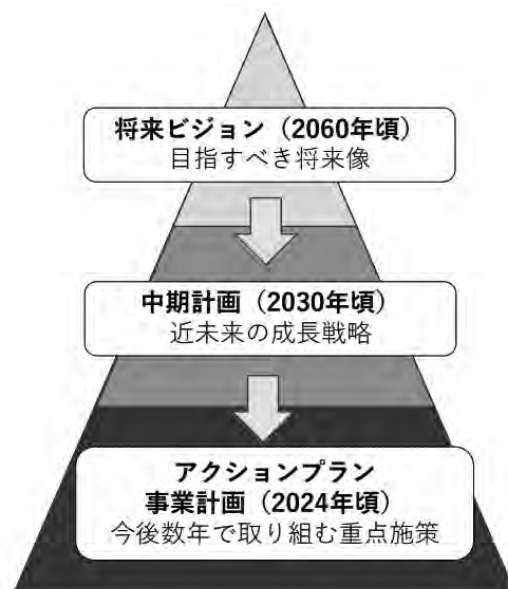
自治医科大学において，Iに掲げる目的を達成するための柱として，大学および大学院，附属病院・附属さいたま医療センター，地域医療学センターの3つを位置づけ，それぞれの連携の下，未来に向けた持続可能な地域医療への貢献に向け，人材育成，地域医療，社会貢献を推進する。



Ⅲ. 全体ビジョン

1. 創立より本学が積み重ねてきた知見とネットワークを活かし、将来変化する地域社会において直面する様々な課題を自らの力で解決することができる学生を確保し、育成する。【教育】
2. 学生・教職員・卒業生・レジデントが誇りを持ち、自立的に取り組む学修・職場環境を整備するとともに、地域で活躍する卒業生への支援体制を強化する。【卒業生支援】
3. 附属病院および附属さいたま医療センターにおける高度・先進的な医療を引き続き推進し、地域における持続可能な医療提供体制に貢献する人材育成と医療の質向上を図る。【地域医療の実践】
4. 地域医療構想の推進に資するため、全国レベルでの先進的な地域医療(医療・保健・福祉)研究・モデルの提言・推進・支援(医療圏モデル・遠隔医療・ヘルスケア等)を行う。【地域医療研究・地域貢献】
5. 基礎研究、トランスレーショナル研究、臨床研究などの継続により、新たな知を創出し、地域や社会の課題を解決し、地域医療や社会への還元を推進する。【先端研究・社会貢献】
6. 本学が目指す全体像を俯瞰共有し、大学・病院組織の部署連携・組織再編を推進することにより、プロジェクト型の組織運用を促進し、効率的経営を念頭に置きながら、今後の劇的な社会の変化に対応可能な組織運営を実現する。【組織連携・効果的運用】

計画の構成イメージ図



あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

E-mail: hekichi@jadecom.jp

TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

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

報告
各種お知らせ
求人

第16回 地域医療貢献奨励賞 受賞者決定

2023年3月4日(土)、第16回地域医療貢献奨励賞の表彰式が東京都千代田区・都市センターホテルで執り行われた。本賞は、一般財団法人住友生命福祉文化財団が自治医科大学の後援を得て、永年にわたり、地域における医療の確保と向上および住民の健康福祉の増進に著しい寄与・貢献がある医師を顕彰するものである。

第16回となる本年度は6名の医師が選ばれた。

第16回 地域医療貢献奨励賞受賞者（順不同・敬称略）

伊藤達朗（岩手県）葛巻町国民健康保険葛巻病院 院長

荒川光昭（山形県）大蔵村診療所 所長

相良洋三（奈良県）奈良市立興東診療所 管理者・診療所長

奈良市立田原診療所 管理者・診療所長

荻野健次（岡山県）備前市国民健康保険市立吉永病院 備前市病院事業管理者

山田 修（佐賀県）山田整形外科クリニック 理事長

八坂貴宏（長崎県）長崎県病院企業団長崎県対馬病院 院長

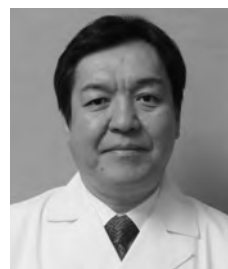
長崎県病院企業団長崎県上五島病院 顧問

受賞者の声

伊藤達朗先生 葛巻町国民健康保険葛巻病院 院長

このたび、第16回地域医療貢献奨励賞を賜り、誠に光栄に思います。

この栄誉は私を育てていただいた自治医科大学、上司や同窓をはじめ、共に働いた皆様のおかげとっております。1981年に自治医科大学を卒業し、医師が著しく不足している太平洋沿岸や山間部の岩手県立病院を中心に41年間勤務しました。その間、最も印象に残っていることは2011年3月の東日本大震災でした。そこはまさに先鋭化した地域医療の現場であり、総合診療が最も必要であった場でもありました。この受賞を契機に、より一層住民と対話を重ね、地域の医療と後継の育成に邁進したいと思います。



相良洋三先生 奈良市立興東診療所 管理者・診療所長

奈良市立田原診療所 管理者・診療所長

住友生命福祉文化財団の第16回地域医療貢献奨励賞を賜り驚いております。へき地勤務時より地域医療はシステムを構築することが大事だと考えており、その歯車の一員として関わりたいとっております。義務年限後も現在に至るまで診療所の代診応援などに少し貢献できたのかなと考えております。

現在もさまざまな困難を抱えながらも診療所医療に果敢に携わっておられる同窓の皆様に感謝申し上げます。ありがとうございました。



山田 修先生 山田整形外科クリニック 理事長

私は後輩の先生が勤務する各離島への定期船発着所の目の前で、平成9年3月にクリニックを開業して26年になります。

この地域は一次産業に携わる人が多く、少子高齢化、人口減少が顕著です。公共交通機関の減便や廃線に伴い通院できなくなった患者様のために、デイケアを併設し無料の送迎も始めました。

また北部医療圏の全ての医療機関が参加する唐津整形外科医会の幹事として、毎月症例検討会を開催し、顔の見える関係を築き診診連携・病診連携に貢献しています。

これからも「生涯現役」をモットーに頑張っていきたいと思います。



八坂貴宏先生 長崎県対馬病院 院長・長崎県上五島病院 顧問

この度は第16回地域医療貢献奨励賞を賜り、大変光栄に思っています。先輩、同僚や部下、そして地域の皆様に感謝申し上げます。私は、対馬市の出身で長崎県より医学修学資金を貸与いただき、1988年に長崎大学医学部を卒業しました。その後は研修期間を除き、離島の医療機関に勤務してきましたが、限られた医療資源・人材を有効活用し、保健医療介護福祉を連携・統合することに努めてきました。今回の受賞を機にさらなる離島医療の向上、後継者の育成に邁進して行く所存ですので、今後とも一層のご支援をお願い申し上げます。



公益社団法人地域医療振興協会主催 第16回へき地・地域医療学会開催のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では2023年6月24日(土)、6月25日(日)の両日、第16回へき地・地域医療学会を下記のとおり開催します。

今回の学会では、自治医科大学が「医療の谷間に灯をともし」をスローガンに開学し50年を迎えたのを機に、へき地医療の今までを振り返り、これからのへき地・地域医療に新たな灯りとともせることを願って開催いたします。

今回の担当は近畿ブロックということで、関西ならではの“おもろさ”を盛り込む味付けで皆様をお迎えしたいと思います。おもろいは関西のノリというだけでなく、interestingな企画になるように努めてまいります。なるべくたくさんの方々に参加いただけるようにハイブリッド形式で開催予定です。

この学会でこれからの地域医療の新しい景色を感じていただけると期待しています。

詳細は順次、本誌や特設HP(<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>)にて発信してまいります。皆様ふるってご参加ください。



開催日程 2023年6月24日(土)、25日(日)

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

参加費 無料

対象 会員、医師、専攻医、臨床研修医、医学生、地域医療に関心のある方

開催テーマ 「医療の谷間に灯をともし50年～おもろいやん、地域医療～」

- ・大会長講演 大会長 武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)
- ・招聘講演 國井修先生(公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金 CEO)
- ・メインシンポジウム「地域医療の過去と未来 さあ行こう新しい景色へ」
シンポジスト(氏名50音順)
天野雅之先生(南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター 総合診療科)
菅野武先生(東北大学病院総合地域医療教育支援部)
白石裕子先生(自治医科大学総合診療内科)
武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)
- ・高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)候補演題発表
- ・企画プログラム(現在検討中のプログラムから抜粋)
若手医師と学生が本音と夢を語る
わが町の在宅医療の課題と展望 ～湖北から全国に発信～
地域における救急医療のスペシャリストに聞く
コミュニティケアについて考える
おもろいで!! 地域医療!!
今この時代だからこそ地域医療と公衆衛生
都市部の地域医療
おもろい写真展
- ・表彰式・交流会

参加申込・募集関係

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

問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 へき地・地域医療学会担当
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 Email hekichi@jadecom.jp

募集

福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

募集地域

福島12市町村

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

各種支援制度

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

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

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

問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

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

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野良(岩手1984年卒)

TEL 048-647-2111 E-mail kuwata@jichi.ac.jp

募集

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

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

さいたま市は、利便性がかなり良く、少し移動すれば緑も多くあり、生活しやすい環境です。子息の教育にも向いています。

内科専門医、総合診療専門医、老年科専門医、感染症専門医の資格を取得できるプログラムがあります。当センターは100万都市に唯一の大学病院ということもあり、まれな・診断の難しい症例が多く受診し、総合診療科が基本的に初期マネジメントを担当します。症例報告や研究も多数行っています。

後期研修としての1年間でもよし、義務明け後に内科レベルを全体的に向上させるもよし、資格取得目的に数年間在籍するもよし、子どもを都内の学校に進学させたく人生プランを練るでもよし、です。

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科
教授 菅原 斉(北海道1985年卒)
連絡先：福地貴彦(准教授・埼玉2000年卒) E-mail chicco@jichi.ac.jp

●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

・・・会員の皆さまへ

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

北海道

本別町国民健康保険病院

●内科または外科 1名

診療科目：内科，外科，整形外科，眼科，小児科，泌尿器科，脳神経外科，皮膚科，精神科
 病床数：60床（一般，うち地域包括ケア病床管理料算定10床）
 職員数：107名（パート含む，うち常勤医師4名，非常勤医師1.9人）
 所在地：〒089-3306 北海道中川郡本別町西美里別6-8
 連絡先：事務長 松本
 TEL 0156-22-2025 FAX 0156-22-2752
 E-mail hp.jimt@town.honbetsu.hokkaido.jp

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



受付 2021.10.25

豊浦町国民健康保険病院

●内科 2名

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

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

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



受付 2022.10.26

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名

診療科目：精神科，児童・思春期精神科
 病床数：168床（稼働病床77床）
 職員数：101名（うち常勤医師5名）
 所在地：〒080-0334 音更町緑ヶ丘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，とちか帯広空港から約1時間の距離にあります。当院は，十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに，「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。病院視察の交通費は北海道で負担しますので，興味ある方はぜひご連絡ください。



受付 2022.6.16

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

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

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



受付 2022.6.16

※北海道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方，興味のある方は気軽にご連絡ください。

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

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

右のQRコード(北海道立病院局ホームページ)をご参照ください。



北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

連絡先：〒100-0014 東京都千代田区永田町2丁目17-17 永田町
 ほかいどうスクエア1階
 北海道東京事務所行政課（医師確保）
 TEL 03-3581-3425 FAX 03-3581-3695
 E-mail tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：北海道で勤務する医師を募集しています。
 北海道では、北海道で勤務することを希望する道外医師の方々をサポートするため、北海道東京事務所に道外医師の招聘を専門とする職員を配置しています。
 ○北海道の公的医療機関や保健所で働きたい！
 ○北海道の医療機関を視察・体験したい！
 ○まずは北海道の公的医療機関等の求人情報を知りたい！など北海道で医師として働くことに関心をお持ちの方は、北海道東京事務所の職員（北海道職員）が医師の皆様の御希望を踏まえながら丁寧にサポートいたします。まずはお気軽にお問い合わせください。
 皆様が目指す医療・暮らし方がきっと「北海道」にあります。
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>

受付 2022.7.6

乙部町国民健康保険病院

●内科・小児科 1名



診療科目：内科，小児科，外科
 病床数：62床
 職員数：47名（うち常勤医師1名）
 所在地：〒043-0103 北海道南志保郡乙部町字緑町704
 連絡先：事務長 宮本
 TEL 0139-62-2331 FAX 0139-62-3654
 E-mail y-miyamoto@town.otobe.lg.jp

特記事項：乙部町は函館空港から約90分の距離に位置する、風光明媚な海岸線を有する、日本海に面した町です。
 町内唯一の医療機関として、内科を中心とした町民のかかりつけ医を担っております。定期訪問診療と訪問看護も実施しており、高齢化が進む地域で町民に根差した医療を実践しています。
 人口3,300人の小さな町ですが、町民に寄り添った診療を行う院長、スタッフと共に地域医療に従事いただける常勤医師を募集しております。
<https://www.town.otobe.lg.jp/lfsrq000001psv.html>

受付 2022.12.21

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_iryoo/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。何卒よろしくお願います。

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

受付 2022.2.2

北海道

保健福祉部総務課 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 若干名
 勤務先：道立保健所（26カ所），本庁
 連絡先：北海道保健福祉部総務課 杉山
 〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目
 TEL 011-204-5243 FAX 011-232-8368
 E-mail hofuku.somu2@pref.hokkaido.lg.jp

PR事項：北海道では、道立保健所等に勤務する公衆衛生医師を随時募集しています。
 専門分野は問いません。保健所の勤務経験も不要です。
 採用時は、比較的規模の大きな保健所で経験を積んでいたとき、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長となった後、状況に応じて本庁で勤務することもあります。
 北海道には、雄大な自然やおいしい食、アイヌ文化をはじめとする歴史・文化、多彩な魅力に満ちた179の市町村があり、勤務するそれぞれの地域で充実した生活を送ることができると思います。
 興味のある方は、道の公衆衛生医師による「WEB相談会」をご都合に合わせて開催しますので、お気軽にお問い合わせください。
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/139782.html>



佐賀県

公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 若干名
 勤務先：保健福祉事務所，精神保健福祉センター，療育支援センター，本庁
 連絡先：佐賀県健康福祉部健康福祉政策課 古賀
 〒840-8570 佐賀県佐賀市内1-1-59
 TEL 0952-25-7052 FAX 0952-25-7268
 E-mail kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp

PR事項：佐賀県では、本庁や保健福祉事務所等で勤務する公衆衛生医師を募集しています。
 県の公衆衛生医師は、県民の健康な生活を守るため、感染症対策、生活習慣病対策、精神保健や母子保健の推進、医療提供体制の整備、食品や環境に関する生活衛生など、幅広く県の保健・医療・福祉行政に携わります。
 また、災害時には被災地で健康危機管理・公衆衛生学的支援を行うための派遣や、県職員の衛生管理を担う産業医をお願いする場合があります。
 佐賀県職員として勤務している医師の説明や、本庁、保健福祉事務所等の見学も行ってまいりますので、まずは下記ホームページをご覧ください、お気軽にお問い合わせください。
<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00387287/index.html>



栃木県

公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 若干名
 勤務先：保健所（5カ所），県庁
 連絡先：栃木県保健福祉部医療政策課
 早川（とちぎ地域医療支援センター専任医師）
 〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20
 TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131
 E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

PR事項：栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。
 コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待ったなしで求められています。
 このような中、栃木県では、公衆衛生の理念を持ち、管理技術や地域分析・介入手法を学ぶ意欲があり、保健所や本庁などの行政機関に身を置いて地域の施策を支える公衆衛生医師への期待が高まっています。
 現在、栃木県庁では常勤の公衆衛生医師が保健所5カ所に5人、本庁に2人の7人体制ですが、体制の強化充実を図るため、計画的な医師の採用と育成を予定しています。
 これまでの経験が活躍へと結びつきやすいように、いずれの年代の入職でもモデルとなるキャリアパスやジョブローテーションを用意いたします。また、国での研修受講や、県内大学と連携して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/iyou/1273123952513.html>



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 4名
 勤務先：本庁，保健所等
 連絡先：熊本県健康福祉部健康福祉政策課 政策班 内村
 〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1
 TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870
 E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

PR事項：熊本県では、保健所をはじめ、県庁健康福祉部などに勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。
 公衆衛生医師の業務は、県民の生命や健康を守るために、がん・糖尿病などの予防、疾病対策や健康づくり、感染症対策などに関する施策の立案・実行など多岐にわたります。
 専門分野や保健所での勤務経験や知見の有無は問いません。臨床でのキャリアを公衆衛生で活かしてみませんか。

ご興味のある方、是非お問い合わせください。保健所見学も歓迎いたします。
<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>



●●●公衆衛生医師募集

大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 江原

〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1

TEL 097-506-2614 FAX 097-506-1732

E-mail a12000@pref.oita.lg.jp

PR事項: 日本一のおんせん県おおいたは、健康寿命も日本一です！
令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。
公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。
日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。
専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！

<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12000/kousyueiseiishiboshu.html>

鹿児島県

くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 7名

勤務先: 保健所(13カ所), 県庁

連絡先: 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 上園

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

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

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

PR事項: あなたも自然豊かなかごしまで働いてみませんか。
鹿児島県では、保健所や県庁で勤務いただける公衆衛生医師を募集しています。
専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。採用はご希望に合わせて随時行っております。
業務内容や給与・休暇等の諸制度など、お気軽にお問合せください。
県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お申し付けください。
詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。



各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

- ④他の論文等から引用する場合は、当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する。
- 7) 文献：必要最小限にとどめること。本文中に引用順に肩付き番号をつけ、本文の最後に引用順に記載する。
- 雑誌の場合
著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) : タイトル. 雑誌名 年; 巻: 始頁 - 終頁.
- 書籍の場合
著者名(3名までとし、ほかは“他”, “et al”と記す) : 章名, 編集者名. 書名. 地名, 出版社名, 年, 始頁 - 終頁.
- ウェブサイトの場合
著者名. 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸かっこ).

文献表記例

【雑誌】

- 1) 山脇博士, 二生生爾, 坂本長逸, 他: 日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016; 43: 121-125.
- 2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「月刊地域医学」編集委員

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

(50音順, 2022.4.1現在)

編集後記

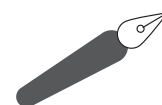
大寒波などがあった冬もようやく終わり春爛漫の季節になってきました。

今月号の特集は「これまでの性教育とこれからの性教育 地域での性教育をみんな
で考えよう！」です。寡聞にして現在行われている性教育の内容をほとんど知りませ
んでしたが、かつての家族計画や避妊の教育に留まらず、性的マイノリティに対す
る理解と差別の防止なども性教育の中心になっていることが分かり、敬服しまし
た。

科学雑誌の特徴として、現在の読者だけでなく、5年後、10年後の将来の読者も
いることが挙げられます。その意味で、将来の読者がこの編集後記を読むかもしれ
ないことを念頭に、今を記録したいと思います。ロシアによるウクライナ侵攻も1年が
過ぎ全く出口が見えない状況であり、第三次世界大戦前夜、核戦争前夜にあるの
ではないかとすら思われます。3年間猛威を振るった新型コロナウイルスのパンデミ
ックもようやく終わりが見えてきた状況です。わが国では2022年の出産数が80
万人を下回り、にわかに少子化対策が話題になっていますが、時間のかかる対策が
必要であることに今頃気付いています。よい話はあまりありませんが、将棋で藤
井聡太五冠と羽生善治九段との王将戦が、世代を分ける戦いと位置付けられ、
AI世代、Z世代が優位に立っています。WBCで大谷翔平とダルビッシュ有を擁
するわが国が優勝すると世間を騒がせています。

このような、どちらかというとき暗い雰囲気の中で、これから1年、編集後記
を担当します。よろしくお祈りします。

北村 聖



月刊地域医学 第37巻第4号(通巻438号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年4月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



9784909117700



1923047006004

ISBN978-4-909117-70-0
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）