

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

5
2023
Vol.37-No.5

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

公衆衛生から 地域医療へのメッセージ —両者のさらなる連携・協働の推進を目指して—

【企画】中村正和 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長

●インタビュー

「大同団結して総合診療専門医制度を 確立していこう！」

生坂政臣 千葉大学大学院医学研究院診断推論学 教授
同 医学部附属病院総合診療科 科長

会員向け



JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



「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。今回は比較的よく遭遇する「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/>



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会

生涯教育センター

担当: 佐々木

TEL: 03-5212-9152 (代)

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.37—No.5(2023年)

目次

インタビュー

- 大同団結して総合診療専門医制度を確立していこう！／生坂政臣 2

特集 公衆衛生から地域医療へのメッセージ —両者のさらなる連携・協働の推進を目指して—

- エディトリアル／中村正和 12
●総論 —地域医療と公衆衛生との連携・協働の重要性と展望—／宇田英典 13
●感染症対策 —新型コロナウイルス感染症を中心に—／内田勝彦 19
●災害時における保健・医療・福祉活動の連携／服部希世子 25
●地域医療のレジェンドの温故知新／高山佳洋 32
●フレイル対策／新開省二 39
●連携・協働で取り組む地域包括ケアシステムのPDCA／大江 浩 45

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115回“マニュアルの不遵守”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 54

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断²⁸／牧田幸三 63

JADECOSM生涯教育e-Learning紹介

- 急性大動脈解離の基礎と臨床 前編 67

離島交換日記

- 地域医療とは／濱平秀代 68

JADECOSMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 病院と在宅をつなぐ特定ケア看護師の責任 —在宅NPPV導入の患者とのかかわりを通して—／石橋侑香 70

研修医日記

- なんで私が東京北医療センターに!?!／内木場香美 72

自治医大NOW

- 評議員会・理事会を開催／自治医科大学卒業式挙行 74

報告 令和4年度 第2回地方支部長・都道府県支部長・施設責任者合同会議 開催……………78

お知らせ……………79

求人病院紹介……………87

投稿要領……………92

編集後記……………巻末

INTERVIEW

千葉大学大学院医学研究院診断推論学 教授
同 医学部附属病院総合診療科 科長
生坂政臣先生



大同団結して総合診療専門医制度を 確立していこう!

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

ジェネラルな研修をするために米国に留学

山田隆司(聞き手) 今日は千葉大学総合診療、生坂政臣先生をお訪ねしました。生坂先生は2022年7月から、日本専門医機構総合診療専門医検討委員会の第5期委員長を務められていますので、そのお話も伺いたいと思います。先生はNHKの「総合診療医ドクターG」でも有名ですが、現在に至るまでの経歴を少し教えていただけますか。

生坂政臣 私は1985年に鳥取大学を卒業し、母校に残る人が多かった時代ではあったのですが、ローテート研修をしたいと考えました。当時、ローテート研修をしていた病院が少なく、沖縄県立中部病院や虎ノ門病院、聖路加国際病院な

どを受験しましたが玉砕し、東京女子医科大学病院へ行き、臓器別内科の全科ローテーションをしました。今思うと、当時からジェネラルに興味があったのですね。そしてローテート後は神経内科を選択しました。というのは、ブラックボックスのようなものに興味があって、目で見て分かるような、例えば内視鏡や画像で見て判断をするというような領域はあまり興味なかったのですね。

神経内科の研修中に将来の伴侶をみつけて、開業することになりました。妻の実家のクリニックの跡継ぎがないので、将来的に私が継ぐということで。その時は、神経内科で市中病

院に出向していましたが、やはり専門領域だけだと、クリニックを受診する患者さんをカバーできないわけですね。例えば尿閉とか、誤嚥性肺炎とか……やはりジェネラルな力が必要なので総合的に研修したいと思いました。学生時代に「医学界新聞」で伴信太郎先生の手記を読んだことがあって、総合的な家庭医の研修が記憶にあったので、どこかで総合診療の研修を受けようと思いましたが、国内にみつけることができなかったので、それならと海外に目を向けて留学することにしました。

山田 海外へ行くためにはECFMGの試験も受けなければいけなかったわけですね。

生坂 それで、当時みんなが使っていた朝倉の内科学には病態生理がほとんど書かれていなかったのです。それで私は「セシル (Cecil Textbook of Medicine)」を読んだのです。セシルにはものすごい量のpathophysiologyが解説されていて、私はそれを読むのが楽しくて、学生時代は講義にあまり出ずに、試験はセシルのpathophysiologyの部分の読破で対応したんです。なので留年したのですが(笑)。ECFMGの試験も病態生理を問うものが多かったので、その試験の勉強が楽しくて、私はすでに資格だけは持っていたのです。

山田 そうだったのですね。

生坂 はい。それでアイオワ大学に臨床留学しました。

山田 アイオワ大学はどうやってみつけたのですか。

生坂 義父の後輩がアイオワ大学で麻酔科の教授をやっていて、推薦状を書いてくれたのです。100くらい出して返信がきたのがアイオワを含めて4件くらいだったので、その4つを携えて渡米しました。でもアイオワ大学病院がぶっち

ぎりで良かったので、大胆にもランクリストにはアイオワ大学しか載せませんでした。マッチしたときの連絡が、たしか国際電話だったと思うのですが、人生で最も嬉しかった瞬間のひとつです。

山田 3年のコースですか？

生坂 3年のコースです。大学病院内にあるクリニックがベースのプログラムですが、市中病院や映画で有名になったマディソン郡の隣のブーン郡のへき地にも行きました。

山田 へき地では入院から外来まで、なんでもやらなければいけないようなところだったのですか。

生坂 はい。指導医が大腸ファイバーもやるので、私もそこで初めて大腸ファイバーを経験しました。たまたまだったのかもしれませんが、担当したアメリカ人患者は全員大腸がストレートだったので、回盲部まで15分ぐらいで到達して、「大腸カメラって簡単なんだ」と思いました。帰国してやったら難易度が高くてびっくりしましたが、そんな感じで、アッペのオペもするし、とにかく何でもやるというDr.コトーのような医師が、米国にはどこにでもいるわけです。それがfamily physicianの一つの形でしたね。

山田 先生が目指していたfamily physicianの研修ができたわけですね。米国の研修でいろいろな健康問題をカバーして、子どもから大人まである程度対応できるという自信を持てましたか。

生坂 自信に満ちていました。帰国の飛行機で、「どなたかドクターいらっしゃいませんか？」というドクターコールを願うような気持ちでした(笑)。実は以前、新幹線に乗っていてドクターコールがあったんですよ。内科はできるつもりだったので立っただけで、妊婦や赤ちゃんだったらどうしようという不安で、そのままトイレ

に行ってしまった。そうしたら周囲の人が「なんだ、医者じゃないんだ」という感じで。そのときの情けない気持ちをずっと覚えていたので、帰りの飛行機では、「今ならドクターコールにも

応えられる」なんてとんでもないことを考えてしまいました(笑)。それぐらい自信に満ちていましたね。

開業するつもりが、大学の総合診療科の教授に

山田 帰国して、開業されたのですか。

生坂 開業するつもりでいたのですが、ちょうど文科省が大学に総合診療科を作るという動きがあった時期で、聖マリアンナ医科大学がナンバー内科から臓器別内科に変えるというときに総合診療科も作るとのことで、呼ばれました。先方の都合で最初に放射線科に医員として入り、準備が整ったところで総合診療内科に講師として入りました。でも、放射線科の1年間は無駄になったかというところではなく、CT、エコーなどの画像検査のほかに、消化管内視鏡まで勉強できたので、自分にとっては大きなメリットがありました。マリアンナの総診には5年間いました。

山田 なるほど。その後開業したのですか。

生坂 はい。開業しました。2002年4月に生坂医院の副院長となったのですが、その年の11月頃、千葉大学に新しく総合診療科ができるということで教授選の公募があり、伴先生が推薦してくださいました。でも開業医の自分が選ばれることはあり得ないと思いながらも伴先生の顔を立てるつもりでノミネート候補として応じました。

山田 非常に評価が高かったと聞いていますよ。

生坂 いえいえ、そんなことはないのですよ。応募

の際に業績の書類を出したら、事務方から電話があって、「先生、全部の業績を出してください」と言われたのですね。「あれで全部です」と答えたら、「えっ？でも先生、4ページですよ」と言われました(笑)。普通、教授は最低40ページは出すから、出し忘れたと思って気をつかってくれたようです。

ところが通常の選考プロセスを踏まずに、書類審査より先にOSCTE(Objective Structured Clinical and Teaching Examination)というOSCEを改変した千葉大オリジナルの実技試験をしたのです。呼ばれて部屋に入ると、患者さんがいて、研修医が横に3人並んでいました。模擬患者だったのですが、私は医学教育を全然知らなかったから、そこにいるのが本当の患者さんだと思ったのです。割合太った人で長引く咳ということで、そこで私は3人の研修医に慢性咳嗽について立て板に水で語ったのです。実は診断は結核だったのですが、太っている人で、まさか結核だとは思わなかった。だから、診断は完全に外していました。ところがその時のビデオが教授会で評価が高かったそうです。唯一マイナス点がついたのは、後から聞いたのですが、しゃべりすぎ(笑)。

山田 (笑)

生坂 もう少し学生さんにしゃべらせれば完璧だったけど、一人でしゃべっていたよねと言われました。それでも教授会には新鮮に映ったのかもしれない。

山田 鑑別診断名がたくさん挙がったことが新鮮だったと思いますよ。

生坂 そうですね。診断がつかないからと、「呼吸器内科に紹介」とした候補者もいたと聞いたので、

何とか対応しようとする姿勢は良かったのかもしれない。そのあと教授会でプレゼンテーションと併せて業績を審査したので、順番が変わってれば違う結果だったと思います。

山田 いやいや、千葉大はいい人を選んだと思いました。臨床推論や診断学教育を総合診療に委ねたいという意図があったのではないかと思います。

大学病院の中で総合診療科の役割を模索する

山田 大学病院の総合診療に取り組み始めて、実際にはいかがでしたか。

生坂 ちょうど臨床研修制度が始まったところで、研修医を集めなければいけなかったのが、大学としてはそういった臨床教育を多少期待していたのだと思います。私自身は大学には人は集まるだろうとあまり危機感を持っていなかったのですが、蓋を開けてみたら、特に千葉大は東京出身の学生が多いせいか、みんな東京に戻ってしまいました。加えて千葉大はERもないので、プライマリ・ケアの研修が弱くて、なかなか残ってもらえないという状況が続きました。

山田 先生が教授に就任された時に初期臨床研修制度が始まったため、多くの卒業生が大学に残らない傾向になり、専門研修としてのプライマリ・ケアの充実、あるいは総合診療の枠組みをしっかり作ろうということだったのでしょか。

生坂 そうですね。

山田 なるほど。総合診療では外来診療を重視しているのですか。

生坂 私を含めて教室員2名でのスタートでした

し、病院側からも、病棟を持ってほしいという事はなかったので、外来に専任しています。

山田 大学病院の外来というのは、熱が出たとかお腹が痛くなったという人が受診することは少ないと思うので、総合診療の外来というのは難しいのではないですか。

生坂 おっしゃる通りです。ただ、私が赴任した当時、病診連携が不徹底だった時期があって紹介状なしで患者さんが大勢受診していました。2～3年後に紹介状を持っていないと今でいう選定療養費を払わなくてはならなくなったため、だんだん紹介状患者さんだけになり、現在は緊急性の高い患者以外は原則セカンドオピニオン外来、つまり自費診療にしています。

山田 そうなんですか？

生坂 紹介患者さんはバイオサイコソーシャルに複雑な症例ばかりで半日以上かかってしまうため、保険診療での採算性が経営陣から問題視されていました。ちょうどその頃、米国のfamily medicineでも保険に縛られた短時間診療や書類作成の雑務から逃れるための、保険会社を通さ



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

ないdirect primary careや、内科領域でもセカンドオピニオンに特化したスタンフォードやメイヨークリニックのconsultative medicineが目目されており、国内では例がないことは知っていましたが、全面自費診療に踏み切りました。自費診療の費用も日本で一番高いと思います。5万円＋消費税です。心配だったのは患者さんが来なくなるのではないかということでしたが、幸い、患者さんは来てくださって、数週間の待ちがあるくらいです。保険診療時代も数ヶ月待ちのために脱落する患者さんが多かったので、結局自費にしても診療する患者数は変わっていません。また「5万円払っているのだから教授を出せ」と言われることも心配だったのですが、以前はそういう患者さんもいたのに、逆に自費診療にしてからほとんどいなくなりました。

山田 なるほど。先生たちが非常に質の高い外来診療を徹底してきたということがそういった流れを生み出して、自費診療になってもニーズがあるということですね。

ただ、総合診療科はどこかの大学病院でも生き残りにくい状態になっていると思うので、すごく残念だなと思います。

生坂 本当にそう思います。外来教育が初期臨床研

修で重要になっていますが、すべての研修医に提供するほどのキャパシティはありません。病棟に関してもジェネラルな研修が必要だと思っていたので、以前にバーチャル病棟を作って、各科で比較的コモンと思われる症例を出してもらって、総合診療科でマネジメントする、それで専攻医、学生を連れて行って一緒に診るということを始めました。一時うまくいったのですが、複数の主治医による現場の混乱などの問題が起きて、2年くらいで頓挫したという経緯があります。

今、次の生き残り方略として医療安全に着目しています。院内ではヒヤリハットを超えたような状況がたくさんあって、総合診療はそこへの介入ができそうなのですね。

こんな例がありました。便秘の患者さんがいて、浣腸したら、その後急変して最後はNOMI(非閉塞性腸管虚血)と敗血症で亡くなった。浣腸からの腸損傷を死因とする死亡事例検討委員会だったのですが、ショックになったときに普通は頰脈になるはずなのに、徐脈になっていたのに気づき、何の下剤が使われていたかを聞いたら、便秘にカマ(酸化マグネシウム)がずっと投与され続けていました。血清マグネシウム濃度を見たらショックになる前に13mg/dLになっていて、実は高マグネシウム血症だったのですね。酸化マグネシウム製剤は便秘薬なのですが、要注意患者に便秘症の患者があるのです。本当に出なくなったら絶対に使ってはいけないということです。それが周知されていなかったのもそういうことが起きたわけですね。このように医療には気づかれない問題が多数存在するので、診療依頼を待つのではなく、こちらから問題を探しに行くプラクティスを通して、医療安全の部分で貢献できるように動いています。ただし、

このような病棟支援は診療報酬がつかないので、将来それも併せて解決できればと思っています。

ます。

臨床推論の大事なところ

生坂 最近、私は「ドクターG」の功罪というのを少し感じています。どういうことかという、世界的にみてもプライマリ・ケア領域の研修に診断学というのではないのです。というのは、プライマリ・ケアは、先生もリサーチされている、ICPC(International Classification of Primary Care)の、140個くらいコモンディゼーズを知っていれば90%カバーできるわけです。なので診断学はいらぬのではないかと思います。ただ、総合診療の強みというのは、その場に応じて対応できるマルチポテンシャルなスキル、つまり診断が要求されれば、それに対応できる場所と言えるところですね。

山田 最初に診療にあたるフロントラインなので、

限られた情報だけで、経時的に診断を進めていくという臨床推論、診断学はとても重要だと思います。

生坂 はい、私もそれを全領域でトレーニングを受けているから、分かることがあると思っています。たとえ内科疾患であっても、小児科や婦人科をはじめ、すべての基本領域の経験が推論に役立ちます。

山田 体全体のことだけでなく、患者さんがうなだれていること、ちょっと汚れた服を着ていること、全てをみる。プライマリ・ケアの真髄みたいなところを先生は大学のフロントラインでやっているから尊敬します。

総合診療専門医の進むべき先

山田 先生は現在、日本専門医機構総合診療専門医検討委員会の委員長を務めていらっしゃいますが、総合診療専門医はさまざまな経緯があって2018年に19番目の専門医となったわけですが、5年が経過し未だ総合診療を目指す人たちが増えてきてはいません。そこを何とかしなければいけないとみんな感じていると思います。何が

課題でその改善に向けてどうしていこうという先生のお考えはありますか。

生坂 黎明期は抜け出せたかなと、大分良い方向に収束してきていると思うのですが、先生のご指摘のように、総合診療専門医を志すのは卒業生の3%未満です。国民への周知も十分とは言えません。ただ、国民に理解されにくい理由は、

われわれ当事者にもあると思うのですね。つまり関係しているいろいろな団体、学会が複数あって、それらが必ずしも一枚岩ではないというような状況です。それを何とか解決したい。呼称の問題にしても、今、総合診療専門医に加えて、「プライマリ・ケア医」「家庭医」「病院総合医」などもあります。たかが名称、されど名称ですよね。そのほかの地域医療関係の団体、学会もあります。それぞれの団体、学会が大団結してほしいのですが、すぐには実現しそうでないので、次善策としてコンソーシアムという考え方で、ステークホルダーが代表を出し合って、ある程度コンセンサスを形成して、国民にメッセージを発信していくというような形がベターかなと思っています。

山田 なるほど。コンソーシアムのような形で、できるだけいろいろな団体、学会が寄り添って、1つの塊になれるようにということですね。

生坂 そうです。今の総合診療の状況は、いわば政党のような感じで、自民党や共産党の主張は分かるけれど、その他の野党って、はっきり違いが分からないところがある。国民から見た総合診療の各ステークホルダーもそんな感じだと思うのですね。だから、1つにドーンと大きくまとまって、今まで日本のプライマリ・ケアを支えてきた日本医師会や日本内科学会ときちんと話し合える、対峙できるような団体を作って交渉していかないといけない。譲るところは譲って、言うべきところは言うって、という関係が巨大な組織との間にこれまで構築できなかったの、そこに向かって少しでも前進したいですね。

山田 日本プライマリ・ケア連合学会は総合診療医学会と日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会の3学会が一緒になってできたのですよね。そのことがきっかけとなって日本病院総合

診療医学会ができたわけですから、大局的に見ればその人たちも元は同根です。

プライマリ・ケア連合学会の中にも、病院総合医と家庭医の2つのグループがありますし、家庭医を志す若い世代の人たちも、診療所でずっと研修し続けているという人はあまりなくて、研修中は地域の病院に所属して総合的なトレーニングをしている人が多いと思います。そういう意味でも病院総合医と家庭医は同じジェネラリストとして同根であって、今の過渡期はいろいろな人材を幅広く包含しながら徐々に進化していくべきではないでしょうか。

生坂 そうですよ。

山田 日本内科学会が、「総合内科」と言い始めたことは、総合診療専門医ができたということから影響を受けていると思うので、ある意味良い影響を与えていると言えると思いますし、今後病院総合医の枠組みについて両方で協議していくことになろうかと思っています。あとはかかりつけ医との問題がありますが。

生坂 かかりつけ医制度については制度論なので、今期、本委員会の視野に入れていません。

山田 ただ、国民にとって何が分かりにくいかというと、やはりかかりつけ医と総合診療医という別の名称があることだと思うのですね。日本医師会ですでにかかりつけ医として長年従事していらっしゃる先生方を、総合診療の枠組みに入っていただくようにすることが非常に重要だと思っています。そこを経過措置などの手段を使いながら丁寧に対応していければ……。生坂委員長時代に、道筋をつけるきっかけを作ってほしい、扉をノックするだけでもしてほしいと思います。

生坂 そうですよ。プロフェッショナルオートノミーの責務の範囲でやっていきたいとは思って

います。

山田 もとものかかりつけ医，日本ではかつては町医者と言っていたと思うのですが，そういった地域を守る気概ある尊い先達たちが実際に多くいたのです。マクウィニー先生やテイラー先生だけではなくて，日本にも永井友二郎先生や

渡辺淳先生，鈴木莊一先生など，名だたる家庭医がいたのですね。そういった日本のプライマリ・ケアの源流も大切にしていけるといいと思っています。

研修プログラムをブラッシュアップするために

山田 最後になりましたが，今後の抱負をお願いします。

生坂 今の研修プログラムは当然完璧ではないので，これをブラッシュアップしていきたいと思っています。サブスペシャリティーに関しては，ニーズはかなりあると思うのですが，例えば米国の家庭医がサブスペシャリティーに進む割合は1割以下ですし，多分英国ではほぼいないのではないかと思います。そのかわりフェロシップであったり，GP with Extended Roles (GPwER)のためのポストレジデンシートレーニングが充実しています。そちらを充実させて，わざわざサブスペシャリティーに手を伸ばさなくても済むようなシステムを作っていきたいと思っています。何より専攻医，専門医が総合診療専門研修プログラムと生涯教育だけで十分魅力を感じてもらえるように，この領域での学修の質を上げていきたいと思っています。

私がラッキーだったなと思うのは，どの学会の執行部にも属していないので，いろいろなステークホルダーの人たちの話を公平に聞いた上

で，やるべきことは誰にも気兼ねなくできる立場にあることです。今も山田先生に言っていたように，多少なりとも期待していただいているようですので，それにお応えすべく，残り1年半，全力で頑張りたいと思っています。

山田 先生のそういう潔いところに本当に期待しています。専攻医や，プログラムを修了した人たちが，国民の皆さんが困っているところで先ずは力を発揮していけるような流れができることを願っています。今回，コロナ禍の中で，最前線で活躍していたのは総合診療の人たちが多かったですね。まさしく時代のニーズに彼らが柔軟に対応しているということを感じました。

先生に期待していますので，頑張ってください。

生坂 ありがとうございます。今日は私も大変勉強になりました。

山田 生坂先生，今日はお忙しい中，ありがとうございました。

生坂政臣(いくさか まさとみ)先生 プロフィール

1985年鳥取大学医学部卒業. 1989年東京女子医科大学大学院博士課程(神経内科)修了. 1990年アイオワ大学家庭医療学レジデントとなり, 1993年米国家庭医療学専門医取得. 1997年聖マリアンナ医科大学総合診療内科主任医長, 講師などを経て, 2002年生坂医院副院長に就任. 2003年千葉大学医学部附属病院総合診療科教授に就任し, 現在に至る.



公衆衛生から地域医療へのメッセージ

—両者のさらなる連携・協働の推進を目指して—

企画：地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●総論 —地域医療と公衆衛生との連携・協働の重要性と展望—

●感染症対策 —新型コロナウイルス感染症を中心に—

●災害時における保健・医療・福祉活動の連携

●地域医療のレジェンドの温故知新

●フレイル対策

●連携・協働で取り組む地域包括ケアシステムのPDCA

エディトリアル

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

少子高齢化，疾病構造の変化，さらに近年頻発する災害や新興感染症の流行の中で，地域医療と公衆衛生の一層の連携・協働が求められている。

本特集では，地域医療のいくつかの課題を取り上げ，公衆衛生に従事する医師から，地域医療関係者に，課題解決のための相互の連携・協働に向けた熱いラブコールの提示を意図した。

まず総論として，地域医療振興協会のシニアアドバイザーで公衆衛生委員会委員長である宇田英典先生から，ご自身が離島医療を通じて認識された公衆衛生の重要性を熱く語っていただくとともに，地域包括ケアシステムの推進と健康危機事象の発生時における連携・協働の方向性や進め方，当協会の活動，今後の展望を解説していただいた。地域医療と公衆衛生のどちらも熟知されておられる著者ならではの説得力のある内容である。

次に，各論として，大分県東部保健所所長で全国保健所長会会長の内田勝彦先生から，新型コロナウイルス感染症対策の経験をもとに，今後の新興感染症対策における医療と公衆衛生の役割分担と連携のあり方について解説いただいた。新型コロナウイルス感染症対策で明らかになった連携の課題が具体的に整理され，地域医療の現場にとっても大変参考になる。

熊本県人吉保健所所長の服部希世子先生からは，熊本地震での経験や厚生労働科学研究の成果を踏まえて，災害時における保健医療福祉活動が相互に効果的に連携するためのポイントを明快にまとめていただいた。「平時にできないことは，災害時には絶対できない」とあり，平時からのシステムの構築と，情報収集・共有システムの整備の必要性を強調された。

大阪府の八尾市保健所所長の高山佳洋先生からは，長年にわたる循環器疾患の予防対策の研究や行政の経験を踏まえて，大阪府や国の健康政策を俯瞰しながら，増大する健康格差の問題，現在取り組んでおられる健康まちづくりについて紹介いただいた。関係者間でのデータの共有，医療施設も含めた小規模事業所の健康経営を地域ぐるみで行う重要性を指摘していただいた。

女子栄養大学教授の新開省二先生からは，フレイルの疫学研究や地域での対策の経験をもとに，地域でのフレイル予防は医学モデルでなく生活機能モデルで捉える重要性と，疾病面と生活面の対策に分けて役割分担することの必要性を解説いただいた。また，地域特性や人口規模の異なる3つの自治体での取り組み事例を紹介しながら，地域医療との連携・協働の課題を提示していただいた。

最後に，富山県新川厚生センター所長の大江浩先生から，地域包括ケアシステムの推進にあたって行政計画や組織を横断したPDCAの重要性が高まっていることを受けて，その背景や実際について解説いただいた。公表データや分析ツールを活用した資源・取り組み・成果の見える化は必須であることが改めて認識された。

地域医療と公衆衛生の連携・協働を推進するキーワードは，複数の著者が異口同音に語っているように，平時からの地域医療と公衆衛生の枠を越えた連携・協働体制の構築である。また，連携・協働のために情報や課題の共有，取り組みや成果の見える化が必要である。まさにアクションリサーチの手順，「みんなで見て，みんなで考えて，みんなで行動する」である。

平時のみならず，健康危機事象時にも地域住民の命や健康が守れる社会の仕組みを構築するため，本特集が地域医療と公衆衛生の連携・協働のあり方や役割を考える契機となれば幸いである。

総論

—地域医療と公衆衛生との連携・協働の重要性と展望—

地域医療振興協会 公衆衛生委員会委員長 宇田英典

POINT

- ① 人々の健康を規定する要因は、1. 遺伝的要因と感受性素因、2. 社会経済的環境、3. ライフスタイル、4. 感染症および物理・化学的環境、5. 保健医療の水準・サービスへのアクセス等、多岐にわたることから、人々の健康を保持・増進していくためには、これらの要因に対し、バランスよく、多角的に対応していく必要がある
- ② 産業基盤が脆弱で過疎高齢化が進む離島においては、健康格差の現実に直面することも少なくない。個の対応力の強化と同時に、政策等の制度設計や組織的対応といった集団へのアプローチの両者が必要である
- ③ 高齢化が進む我が国において重要な政策課題の一つである地域包括ケアシステムの推進のためには、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供されることが基本となる
- ④ 日常生活に甚大な影響を及ぼす大規模な健康危機事象が発生した際には、個への対応と同時に組織やシステムに働きかける危機管理対応システムが重要である

特集

健康の保持・増進を図るために

人々の健康を規定する要因は、1. 遺伝的要因と感受性素因、2. 社会経済的環境、3. ライフスタイル、4. 感染症および物理・化学的環境、5. 保健医療の水準・サービスへのアクセス等、多岐にわたる(図1)。健康状態は、それぞれの個体が有する遺伝的要因をベースとしながら、ライフスタイルや環境要因、それらに対する感受性、保健医療提供体制等によって左右される¹⁾。人々の健康を保持・増進していくためには、これらの要因に対し、バランスよく、

多角的に対応していく必要がある。

世界保健機関(WHO)では、公衆衛生の役割を「地域社会の組織的努力を通して、疾病を予防し、生命を延長し、身体的・精神的増進を図る科学であり技術である」としている。この中で、重要な「地域社会の組織的努力」とは、地域住民はもとより、医療、保健、福祉といった地域を構成するさまざまな団体や施設、専門家が連携・協力して行うものと考えられている。

地域住民の健康の保持・増進のためには、地域医療と公衆衛生は不可分の関係にある。

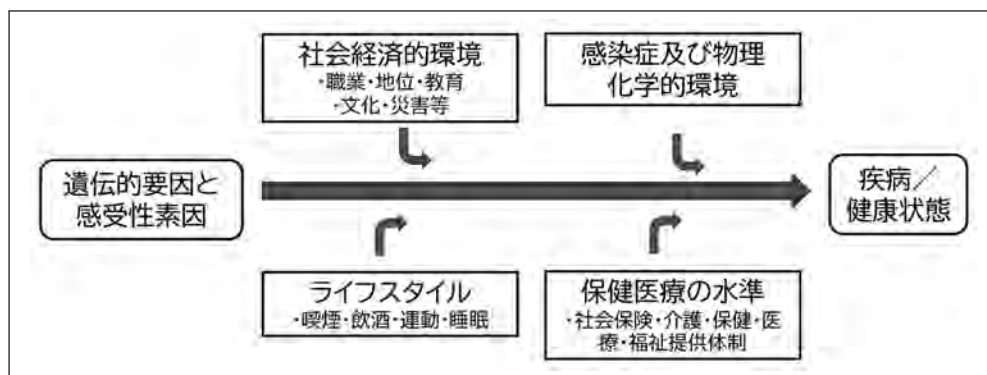


図1 健康を規定する要因

離島医療を通じて認識した 公衆衛生の重要性

筆者は自治医科大学卒業後、鹿児島大学、県立病院、国立病院等での研修・勤務を経て、九州西方約45kmに位置する鹿島村診療所(甌島)や鹿児島市から南に約400km離れた瀬戸内町へき地診療所(奄美大島)で離島医療に従事する等、10年間の義務年限を地域医療の現場で過ごすことができた。

義務年限終了後は、母校の建学の精神に則って、漠然と地域医療に従事するものと考えていたが、離島医療の経験や、当時、厚生省から鹿児島県に赴任していた郡司篤晃先生との出会いがきっかけとなり、公衆衛生の道を選択することにした。

離島やへき地等の限られた生活空間では、診療所を訪れる患者に対する診療だけでは、地域の健康を支えるには十分とは言えない。往診や在宅診療、訪問看護や訪問介護との連携、散在する乳幼児施設、小・中学校、高齢者・障害者施設等での健診や予防接種といった保健活動、住民からのよろず相談や日頃のご近所付き合いといった日常活動等、健康に関連する活動は多い。

また健康格差も看過できない課題の一つである。離島の良さは、自然の美しさや人情の深さ、新鮮な食べ物等、枚挙にいとまはないが、中でも最大の長所は、さまざまな境遇の人たちが暮らしていける懐の深さではないだろうか。産業基盤が脆弱で過疎高齢化が進む中であっても、地域の支え合いの中で生き生きとした生活が営

まれている。しかし一方では、さまざまな社会的課題や困難を抱える住民も少なくない。健康格差は、地域格差と所得格差の2つの要素から生じる。

巡回診療の際に訪れた加計呂麻島の集落において、精神を病んだ40代女性の住宅へ往診を依頼されたことがあった。進行した疾患による身体所見、病識の欠如といった病状だけではなく、生活の基盤となる衣食の貧相さ、非衛生的な生活環境、近隣住民だけの脆弱な支え等、複合的、難度の高い課題を抱えた患者への対応は、医師の力の及ぶ範疇を超えていた。保健・医療・福祉・介護・建築・総務等の幅広い行政組織や医療以外の関係機関・団体とも協議しながら、対策を模索していった経験は強烈な印象として残っている。

医療従事者は医療を通じて地域住民の健康や生活を支援していくことが大きな役割であるが、同時に、地域全体を健康で住みやすいものにしていく地域づくりの一部も担っている。健康増進・疾病予防に資する地域住民のヘルスリテラシーの向上、医師のみならず保健師や薬剤師、看護師等のコメディカルスタッフの確保、疾患や外傷の背景にある生活習慣や生活環境・地理的状況の分析・評価、行政施策への提案、中核的病院との医療連携体制の整備や充実・強化、医療従事者を支える遠隔教育や遠隔診療体制の整備等、医療従事者自身の対応力の強化とともに、政策等の制度設計や組織的対応といった集団へのアプローチの両者が必要なことを、離島医療を通じて痛感した。

地域包括ケアシステムの推進に 必要な連携・協働

地域包括ケアシステムは、高齢化が進む我が国においては重要な政策課題の一つである。国立社会保障・人口問題研究所によると、2060年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。複数の疾患を有し、多様な健康課題を抱え、心理社会的にも継続的・包括的ケアを必要とする高齢者への対応は待ったなしである。

国においては、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めている。

在宅での生活が可能であれば、外来診療や訪問診療を活用しながら住み慣れた地域での生活を継続する。症状が悪化したり、入院が必要な状態になったりした場合には、最寄りの病院で入院診療を受け、退院できる状態になったら自宅に戻り地域での生活を続ける。介護を必要とする高齢者に対しては、ケアマネジャーがさまざまな介護保険サービスをマネジメントし在宅での生活を支える。

筆者が鹿児島県伊集院保健所に在勤中、管内の病院とケアマネジャーとの関係を強化するために行った医療介護連携事業について紹介したい²⁾。対象とした鹿児島保健医療圏は、県都鹿児島市を含め3市、人口約70万人で構成される。病院数85カ所(うち急性期病院53カ所)、ケアマネ事業所204カ所の地域である。本事業には、85病院のうち47カ所(うち53カ所の急性期病院の32カ所)、204カ所のケアマネ事業所は204カ所全ての事業所の参加が得られた。

事業開始時の入院完結率については、鹿児島市民の場合は市内の病院に94%が入院していたが、近隣の2市の住民の場合には居住地の病院に入院する割合は約45%(2013年)であった。入退院時の患者情報については、入院時にケアマネジャーから病院への患者情報の提供は57%

(要支援16%、要介護70%)、退院時に病院からケアマネジャーへは約70%(要支援45%、要介護75%)と、必ずしも情報共有は十分とは言えなかった。特に、居住地と異なる地域に入院した患者情報の共有化の割合は低く、行政圏域を跨いだ医療介護連携の難しさが示唆された。

伊集院保健所が県庁の支援も得て、医療機関、医師会、ケアマネ事業所、ケアマネ協議会等との調整、進捗状況の把握と調査結果の還元提供等を行った結果、現時点では両者からの情報の提供漏れは1割に満たない状況まで改善している。本事業は、全国各地で行われている医療介護連携構築の一つであるが³⁾、公衆衛生が地域医療と関係機関・団体との連携・協働に重要な役割を果たした好事例と言える。

健康危機事象発生時に 必要とされる連携・協働

近年、地球温暖化の進行や世界的な流通網の発展等により、自然災害や感染症の蔓延といった健康危機事象が増加傾向にある。比較的限局した地域における小規模の健康危機事象の場合には、これまでの経験や知識・技術、体制・ネットワークを駆使して、通常業務の延長線上でなんとか対応することができる。

ただし、パンデミックや広域にわたる自然災害といった規模の大きい健康危機事象が発生した場合には、平時の体制で対応することは難しい。まして、災害救助法が適応される規模の大規模災害や、COVID-19のような国際的規模のパンデミック等では、平時の体制を危機管理体制に切り替えなければ対応することは困難である。

大規模災害時には、長期にわたり、多岐に及ぶ多様なニーズが発生することから、健康被害を最小化するためには発災後のフェーズに応じて、医療救護活動、保健予防、生活衛生対策を総合的に進めることが重要である。災害直後の急性期には、控滅症候群や外傷等の直接的な健康被害への対応とともに、医療機関が被災したことにより投薬や診療を受けることができない

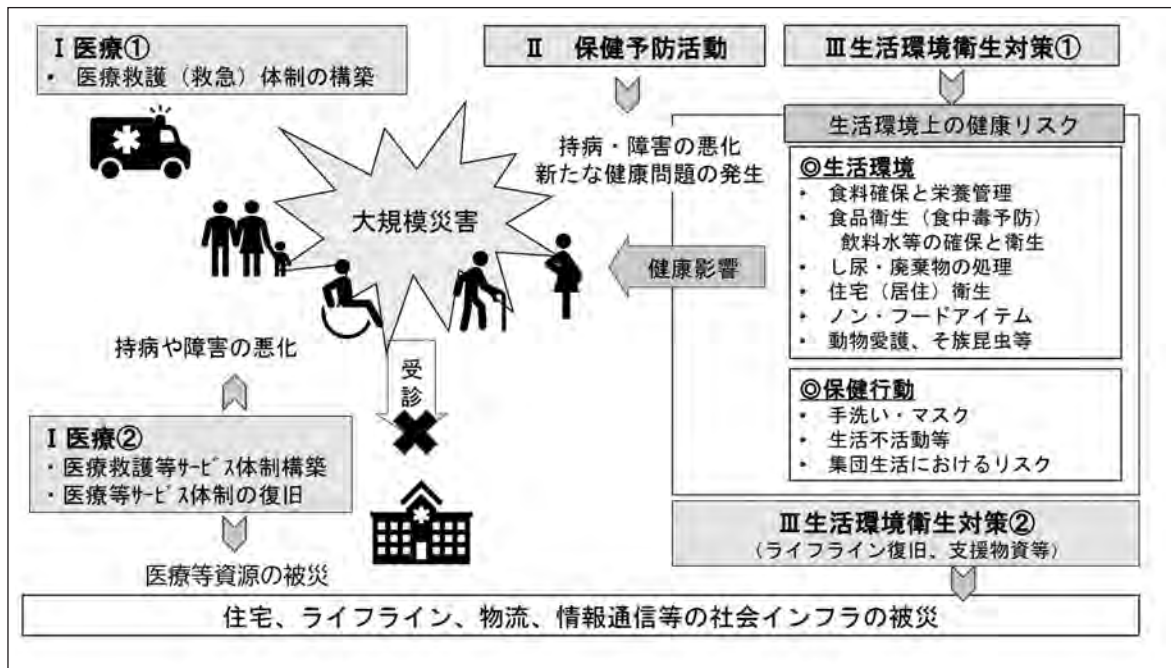


図2 災害時保健医療対策3本柱 二次健康被害の最小化

慢性疾患患者や障害者等の地域住民に対して、広域で迅速な医療救護が必要である(図2)。

さらに、亜急性期以降には、集団で生活している避難所等において発生する健康リスクに対応するため、手洗い・マスク着用等の感染予防、生活不活化病やエコノミークラス症候群予防等の保健予防活動、食料確保や栄養管理、飲料水等の確保、し尿・廃棄物の処理等の生活環境衛生対策を総合的に実施することが求められる。

災害救助法やいわゆる感染症法、新型インフルエンザ等対策特別措置法といった健康危機管理の根拠法に基づき住民の生活や生命の安全、健康を守るために行政が責任を持って対策を講じている。保健所や都道府県庁が指揮命令系統の中核となり医療機関や消防の他、DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)やDMAT(災害派遣医療チーム)、IHEAT(新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材)等の応援派遣者の協力を得ながら、多岐にわたる組織による一体的な対策が行われる構造となっている(図3)。

災害対策と同様に感染症対策においても、地域医療の現場で行われる個々の患者への診療と、地域住民や職場等の集団を対象とした公衆

衛生活動は密接に関連している。対象となる感染症患者を診察した医師は法に基づき、公衆衛生の専門機関である保健所に届け出を行う。保健所は、積極的疫学調査や健康診断の勧告等を通じて感染の蔓延状況を把握し、就業禁止命令や入院勧告等により感染拡大防止対策を行う。

また、医療機関や高齢者施設、障害者(児)施設等での集団感染は、入院・外来患者やその家族、医療従事者、医業経営への影響といった当該医療機関へ大きなダメージを与えるとともに、地域の医療提供体制の脆弱化、受診抑制や保健予防活動の見直し・中止等による住民の健康悪化等、地域社会に与える影響も小さくない。

医療機関等の施設内感染防止には、発生防止や早期探知、感染拡大防止等、医療機関自ら院内感染対策の充実を図るとともに、公衆衛生の立場からは地域の医療連携体制の構築、院内感染発生時の指導・支援、地域住民への適切な情報提供、入院、転院調整といった医療連携体制や必要に応じた施設等への人員の支援体制を整える必要がある。

このように、生命や健康、日常生活に甚大な影響を及ぼす大規模な健康危機事象が発生した際には、個への対応と同時に組織やシステム

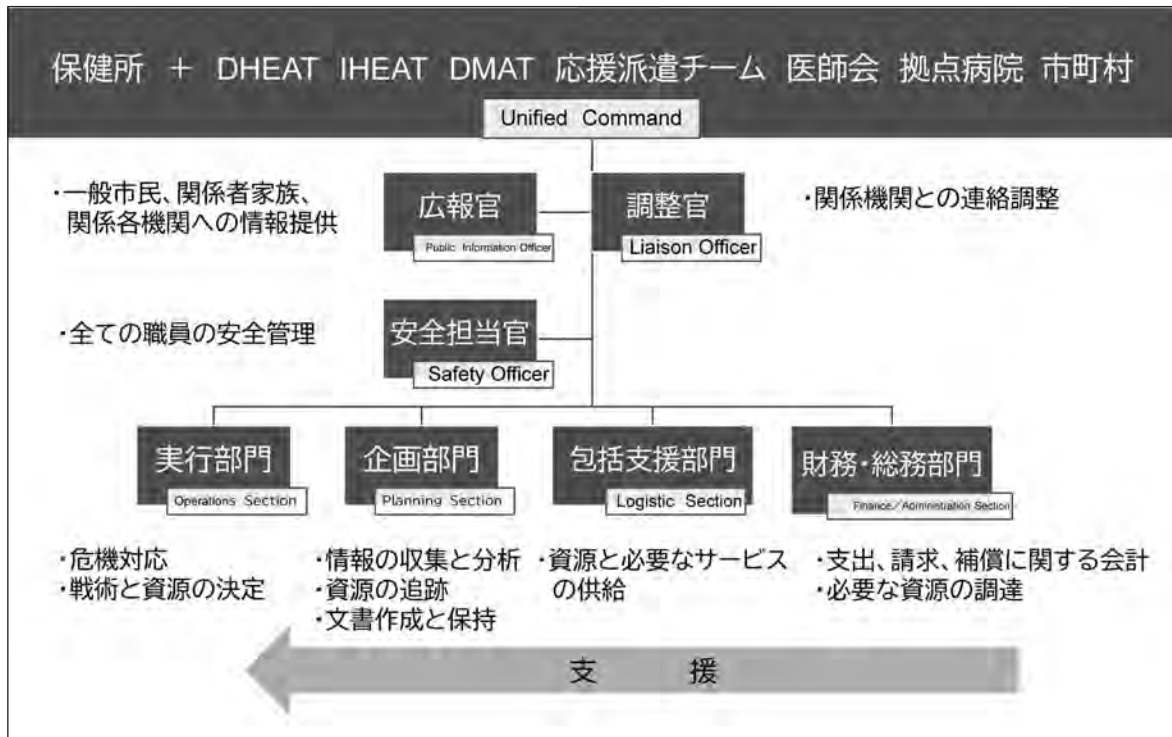


図3 大規模健康危機事象発生時の統合チームによる指揮のイメージ
 DMAT (災害派遣医療チーム) Disaster Medical Assistance Team
 DHEAT (災害時健康危機管理支援チーム) Disaster Health Emergency Assistance Team
 IHEAT (新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材) Infectious disease Health Emergency Assistance Team

に働きかける危機管理対応システムが重要である。行政や医療機関、応援派遣者等が連携・協働したシステムティックな対応がなされなければ、それぞれの組織が烏合の衆になりかねず対策の効果を上げにくくなる。健康危機事象の発生時には、地域医療と公衆衛生の連携・協働は不可欠である。

地域医療振興協会の 公衆衛生委員会活動

地域医療振興協会(JADECOM)に設置されている公衆衛生委員会の活動を紹介したい。2020年に京都で開催された公衆衛生学会で、COVID-19に対する対応をテーマとして、初めてJADECOM主催のセミナーを開催した。JADECOMから吉田卓義先生(練馬光が丘病院副管理者)、望月崇紘先生(君津市国保小櫃診療所管理者兼診療所長)、公衆衛生の立場から内田勝彦先生(大分県東部保健所所長:全国保健所長会会長)に地域医療と公衆衛生の連携・協働

に関して発表・議論していただいた。

以後、2021年の第80回日本公衆衛生学会総会(東京)では、中村正和先生(ヘルスプロモーション研究センターセンター長)と梅屋崇先生(あま市民病院事業管理者兼病院長)から、群馬県嬭恋村でのフレイル予防、青森県東通村での短命県返上プロジェクト、東京都台東区立台東病院や愛知県あま市民病院でのヘルスプロモーション病院活動について、また2022年の第81回日本公衆衛生学会(甲府)では、嶋田雅子管理栄養士(地域医療振興協会本部)から真鶴町国保診療所の取り組み、楠本直紀作業療法士、野本潤矢作業療法士(台東区立台東病院/老人保健施設千束)からは、病院が地域住民と協働で取り組んでいるヘルスプロモーション活動に関する発表がなされた。

地域住民が「ずっとこのまちで暮らし続けられる」ための活動、また職員が多職種で連携しながら実施している「ずっとこの施設で働き続けられる」ための活動等、JADECOMの施設が診療業務の中で取り組んでいる、地域医療と公

衆衛生の連携・協働した優れた活動事例として全国の公衆衛生関係者に示すことができたと考えている。

さらに、JADECOCOMの25の病院を対象として、京都大学社会健康医学系専攻(今中雄一教授)と共同で実施したヘルスプロモーション活動の調査結果についても紹介しておきたい。病院で行われるヘルスプロモーション活動とは、医療従事者はもとより、患者や地域住民、職員およびその家族を対象として、それぞれの立場の人たちが、健康に影響するさまざまな生活習慣、環境について考え、より良くするためのさまざまなサポートやプロセスを包含するものである⁴⁾。

25病院全てから、病院の規模・機能、地域特性、ニーズに応じて、食事や運動、休養、飲酒、喫煙対策といったさまざまな健康規程要因に関する創意工夫あふれる活動事例が寄せられた⁵⁾。JADECOCOMの施設は市町村等から管理運営を委託され、行政と一体的、あるいは密接な連携体制のもとで地域医療を展開している例が多い。そのような背景を持つJADECOCOMだからこそ、公衆衛生の大切な概念の一つであるヘルスプロモーション活動が実践されているのではないかと考えられた。

病院は医療を通じて人々の健康づくりに寄与しているが、今回の調査結果から患者、職員、あるいは地域住民を対象として、さまざまなヘルスプロモーション活動が行われているといった、心強い実態が把握された。今後も、医療機関のさまざまな日常的取り組みの中で、このような活動が拡充していくことを期待したい。

地域医療と公衆衛生との 連携・協働に関する展望

身体・精神いずれの障害・疾病の有無にかかわらず、住み慣れた地域で生活していくためには、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの推進が重要である。

また、感染症や食中毒、災害対策等の健康危機事象の発生の際には、地域住民の生活や生命の安全、健康を守るために都道府県庁や保健所といった行政機関と、地域医療との連携・協働による対応が不可欠である。

地域医療と公衆衛生との連携・協働は、健康の保持・増進のために大切な関係性を有する。今後とも相互連携のもとで地域医療が展開していくことが望まれる。

参考文献

- 1) NEW予防医学・公衆衛生学(改訂第4版),岸玲子,他 編集,南江堂,2018.
- 2) 鹿児島保健医療圏域入退院支援ルールについて. <http://www.pref.kagoshima.jp/ak06/kenko/nyutaiinn/ru-ru.html>(accessed 2023 Feb 27)
- 3) 平成27年度高齢者リハビリテーションの機能強化事業 都道府県医療介護連携調整実証事業 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000143737.pdf>(accessed 2023 Mar 1)
- 4) 日本ヘルスプロモーション学会. <https://plaza.umin.ac.jp/~jshp-gakkai/intro.html>(accessed 2023 Jan 27)
- 5) 地域医療振興協会公衆衛生委員会, 病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査結果報告. <https://www.jadecom.or.jp/library/movie2/pdf/phpreport.pdf>(accessed 2023 Jan 18)

感染症対策

—新型コロナウイルス感染症を中心に—

全国保健所長会 会長(大分県東部保健所 所長) 内田勝彦

POINT

- ① 新興感染症発生時に、できるだけ短期間に診断に資する検査体制が臨床医に提供される必要がある
- ② 新興感染症であっても、病診連携、病病連携によって入院する医療連携体制が整備される必要がある
- ③ 新興感染症まん延時に、自宅療養者、施設療養者、宿泊療養者について委託も含め迅速に療養管理体制を確立する必要がある
- ④ 地域感染期に全ての医療機関が外来対応できる医療体制整備が必要である

特集

はじめに

新型コロナウイルス感染症では、保健所は地域の医療機関と連携を取りながら3年を超える期間対応した。本感染症の位置付けは新型インフルエンザ等感染症から五類感染症に変更され、次の新興感染症に対しての準備も始まっている。本稿では今回の対応を振り返り、今後の新興感染症対策における地域医療と公衆衛生の連携・役割分担について考える。

感染症に対する 医療と公衆衛生の役割

感染症に罹患した患者への対応は医療の役割であるが、感染症の種類によっては感染拡大防止のために公衆衛生対応が必要な場合があり、そのため感染症の予防及び感染症の患者に対す

る医療に関する法律(以下、感染症法)第12条では感染症患者を診断した医師に届出義務を課し、そこから地域医療と公衆衛生(行政)の連携が開始される。届出に患者氏名など個人属性が必要な感染症は一類、二類、三類、四類、新型インフルエンザ等感染症、新感染症および一部の五類感染症(麻しん、風しん、侵襲性髄膜炎菌感染症)であり、直ちに届け出る必要がある。

届出を受けた行政(保健所)は、必要に応じ積極的疫学調査を行い当該感染症の感染拡大防止対応が必要と判断された場合は感染症法に規定されるさまざまな措置を実施することになる(表1)。これら措置の中に入院も含まれるが、平常時において届出件数が多い結核(二類感染症)では、届出を受けた時点で、すでに病診連携・病病連携により結核病床を有する医療機関に入院していることが多いため入院勧告は形式的に行われるにすぎず、行政は積極的疫学調査によ

表1 感染症法に規定される措置

感染症法	条文見出し	一類	二類	三類	四類	新型インフルエンザ等感染症
16条の3	検体の採取等	○	○			○
17条	健康診断	○	○	○		○
18条	就業制限	○	○	○		○
19条・20条	入院	○	○			○
26条の3	検体の取去等	○	○			○
27条	病原体に汚染された場所の消毒	○	○	○	○	○
28条	ねずみ族、昆虫等の駆除	○	○	○	○	○
29条	物件に係る措置	○	○	○	○	○
30条	死体の移動制限等	○	○	○		○
31条	生活の用に供される水の使用制限等	○	○	○		○
32条	建物に係る措置	○				
33条	交通の制限又は遮断	○				

り感染源追求や感染拡大可能性把握を行い、健康診断、就業制限などの措置を実施する。

また、感染症(疑いを含む)患者に対する外来診療については感染症法に特段の定めはなく、診断までは全ての医療機関が対応する前提となっている。

新型インフルエンザ等政府行動計画で想定された対応

新型インフルエンザ等政府行動計画(以下、行動計画)は2005年11月に策定、数次の改定を経て2009年2月に全面改定され、発生段階を前段階(未発生期)、第一段階(海外発生期)、第二段階(国内発生早期)、第三段階(感染拡大期、まん延期、回復期)、第四段階(小康期)とした。未発生期には各都道府県がまん延期における医療体制の確保を行い、海外発生期には検疫体制およびサーベイランス体制を強化、パンデミックワクチン接種、パンデミックワクチン生産開始、発熱相談センターの設置などを行い、国内発生早期には発生地域で外出自粛要請等の感染拡大防止対策、発熱外来の整備、患者への入院勧告などを行い、感染拡大期には検疫は縮小し、病院・高齢者施設等における感染対策を強化し、パンデミックワクチンの接種などを行い、まん延期には患者の入院措置を中止し原則として全ての入院医療機関において診断・治療を行うとともに、入院治療は重症患者を対象とすることとし、小康期には発生前の通常の医療体制に戻し、発熱相談センターおよび発熱外来を縮小・中止するなどとした。

2009年2月頃、メキシコとアメリカで新型インフルエンザの局地的な発生が確認された。このウイルスA(H1N1)pdm09の感染は拡大しWHOは同年4月25日に「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」を宣言した。国内で初めて患者が確認されたのは5月9日で帰国者であった。当初は新型インフルエンザ等感染症として入院勧告の対象であったが流行地域では自宅療養を認める取扱いとなり、6月19日には全国で入院勧告は中止され季節性インフルエンザと同様に原則として全ての医療機関で診療することになった。

この経験を踏まえ、2011年9月に行動計画は現行計画に改定された。この改定では、発生段階に地域性を加味し、国内発生早期、国内感染期の期間中に地域未発生期、地域発生早期、地域感染期を想定した。また、地域発生早期から地域感染期への移行は各都道府県において患者の接触歴が疫学調査で追えなくなった時点が目安とされた。医療体制は海外発生期から帰国者・接触者相談センターと帰国者・接触者外来を設置し、発生早期には入院勧告を行い、感染期には帰国者・接触者相談センター、帰国者・接触者外来、入院措置を中止し、原則として一般の医療機関において新型インフルエンザの患者の診療を行うこととされた。

新型コロナウイルス感染症での実際の対応

新型コロナウイルス感染症は2020年2月1日から指定感染症としての対応が開始され、同年

3月28日の基本的対処方針にも記載されているとおり、行動計画の発生早期に相当する対策すなわち帰国者・接触者相談センター、帰国者・接触者外来での対応、入院勧告・措置といった対応がとられた。また「患者が増加し重症者等に対する入院医療の提供に支障をきたすおそれがあると判断する都道府県では、厚生労働省に相談の上、重症者等に対する医療提供に重点を移す観点から、入院治療が必要ない軽症者等は自宅療養とし、電話等情報通信機器を用いて遠隔で健康状態を把握していくとともに、医師が必要とした場合には電話等情報通信機器を用いて診療を行う体制を整備すること」および「患者が増加し増設した帰国者・接触者外来での医療提供の限度を超えるおそれがあると判断する都道府県では、厚生労働省に相談の上、必要な感染予防策を講じたうえで、一般の医療機関での外来診療を行うこと」といった内容も記載されている。また、「自宅療養とする際、家族構成等から高齢者や基礎疾患を有する者等への感染のおそれがある場合には、地方公共団体は、軽症者が宿泊施設等での療養を行うことや、同居家族が一時的に別の場所に滞在すること等、家族内感染のリスクを下げるための取り組みを講じること」として宿泊療養を提案している。

2020年5月4日(第1波の頃)の基本的対処方針では、重症者等に対する医療提供に重点を置くべき地域では、入院治療が必要ない無症状病原体保有者および軽症者(以下「軽症者等」)は、宿泊施設等での療養とすることで、入院治療が必要な患者への医療提供体制の確保を図ることとされ、実質的に行動計画の地域感染期に相当する対応を取ることになったが、入院勧告・措置は中止されず、感染拡大防止のため人権を制限する入院勧告・措置制度が地方行政の重症度判断に基づき行われるという問題が生じることになった。

2020年9月15日(第2波の頃)に事務連絡「令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金にかかる対応について」において診療・検査医療機関の指定要件が示され、外来対応医療機関が帰国者・接触者外

来から診療・検査医療機関に移行することになり、2021年1月7日(第3波の頃)の基本的対処方針では「患者が増加し(中略)一般の医療機関での外来診療を行うこと」との記載が削除された。

2020年10月14日(第3波の前)に入院勧告・措置の対象が患者(65歳以上の者、呼吸器疾患を有する者その他の厚生労働省令で定める者およびこれら以外の者であって当該感染症のまん延を防止するため必要な事項として厚生労働省令で定める事項を守ることに同意しないもの)に明確化されたが、2021年1月7日(第3波の頃)の基本的対処方針で「病床がひっ迫する場合には、高齢者も含め軽症者等は宿泊施設(適切な場合は自宅)での療養とすることで入院治療が必要な患者への医療提供体制の確保を図ること」とされているように、入院勧告・措置が地方行政の重症度判断に委ねられる状況は続いた。2021年2月3日に特措法等が改正され新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症に位置付けられたが、基本的な対応に変化はなかった。

第4波(2021年春・アルファ株)では兵庫県や大阪府での医療ひっ迫が、オリンピック期間中の第5波(2021年夏・デルタ株)では東京都をはじめこれまで大きな感染拡大がなかった地方都市でも医療ひっ迫がみられた。2021年11月19日の基本的対処方針では更なる感染拡大時への対応が示され、「医療の確保に向けて、政府の責任において、入院対象者の範囲を明確にするとともに、法で与えられた権限に基づき、政府及び都道府県知事が、自宅療養者等の健康管理・重症化予防を図るため、地域の医療機関に対し、健康観察・診療等について最大限の協力を要請する」とされた。すなわち入院対応については限られた病床の運用が地方行政の重症度判断に委ねられる状況が続く一方で、入院できない自宅療養者の健康観察の医療機関委託が推奨された。

第6波(2022年冬・オミクロン株)では全国的に軽症の感染者が増加し、高齢患者を中心に、基礎疾患悪化、他傷病、誤嚥性肺炎、体動困難などによる入院により病床がひっ迫した地域も

多く、高齢者施設での集団感染がこれに拍車をかけた。第7波(2022年夏)、第8波(2023年冬)ではさらに感染者が増加し、全国的に病床逼迫が起こった。

新型コロナウイルス感染症対応で明らかとなった連携の課題

1. 診断に至るまでの行政の関与(第1波:2020年春)

本来、感染診断の検査適応については診察した医師が判断すべき事項であるが、新興感染症では検査体制未整備という理由で検査適応を行政(保健所)が判断せざるを得ない状況が生じることが経験された。診断手段がPCR検査しかなく、しかもプライマーが地方衛生研究所にしかない状況では、検査件数は地方衛生研究所の検査能力に依存するため行政検査を受け付ける保健所が検査件数を制限せざるを得ない。帰国者・接触者相談センターに位置付けられていた保健所は発熱者等からの相談を受け、海外渡航歴や行動歴、接触歴を聞き取り、新型コロナウイルス感染症の可能性があると判断した場合は帰国者・接触者外来に受診調整し、保健所は鼻咽頭拭い液検体を確保し地方衛生研究所に搬入していた。検査件数が上限に近づき制限が必要になると感染可能性の高い事例から優先順位をつけて検査を割り振る必要もあった。2月17日の厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について」で、帰国者・接触者相談センターへの相談は発熱が4日以上継続した場合とされたが、これがPCR検査の適応基準と勘違いされて「4日以上発熱があるのになぜPCR検査を受けられないのか」とか、「手遅れになる」といった苦情が多く寄せられた。また、同日の事務連絡「新型コロナウイルス感染症に関する行政検査について(依頼)」で、検査対象は医師の総合的な判断で柔軟に、と補足されたが、検査件数に制限があることに変わりはなく、医師から「PCR検査が必要と判断しているのにどうして行政検査を受け付けられないのか」といった苦情を受けることもあった。

3月6日からPCR検査「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出」が保険適用され、PCR機器を導入する医療機関(主に急性期病院)が徐々に増えていったが、それ以外の医療機関にとって民間検査機関のPCR検査は、時間がかかるため普及せず、保健所を介したPCR検査がメインであった。5月13日から「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)抗原検出」が保険適用されてからは、医師が必要と判断した患者への即時検査が可能となり、診断に至るまでの行政の関与は必要なくなった。

検査体制未整備時を想定した連携訓練を実施するとともに、今回導入が進んだPCR機器の今後の活用について具体策を検討する必要がある。新興感染症発生時には、できる限り短期間で、臨床医が必要と判断した場合に診断可能な検査体制を整備することが重要である。

2. 入院勧告・措置と入院調整

結核など入院勧告・措置が必要な感染症について、その患者数は感染症病床、結核病床で対応可能な範囲であり、これら病床を有する医療機関は周知されているため病診連携・病病連携で入院しており特段の入院調整は要しない。

新型インフルエンザ等感染症においては、これらの病床では対応できないことが予想されるため、各都道府県は新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき新型インフルエンザ患者入院医療機関を確保している。この医療機関名は非公表であったが、2019年1月の第31回厚生科学審議会感染症部会において、「新型インフルエンザ対策における医療体制に関する情報提供・共有について」が審議され、新型インフルエンザ対策医療機関について、厚生労働省ホームページに掲載し公表することになった。

新型コロナウイルス感染症においては、新型インフルエンザ患者入院医療機関がそのまま利用されたわけではなく、2020年3月26日の事務連絡「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について(改訂)」の別添「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた

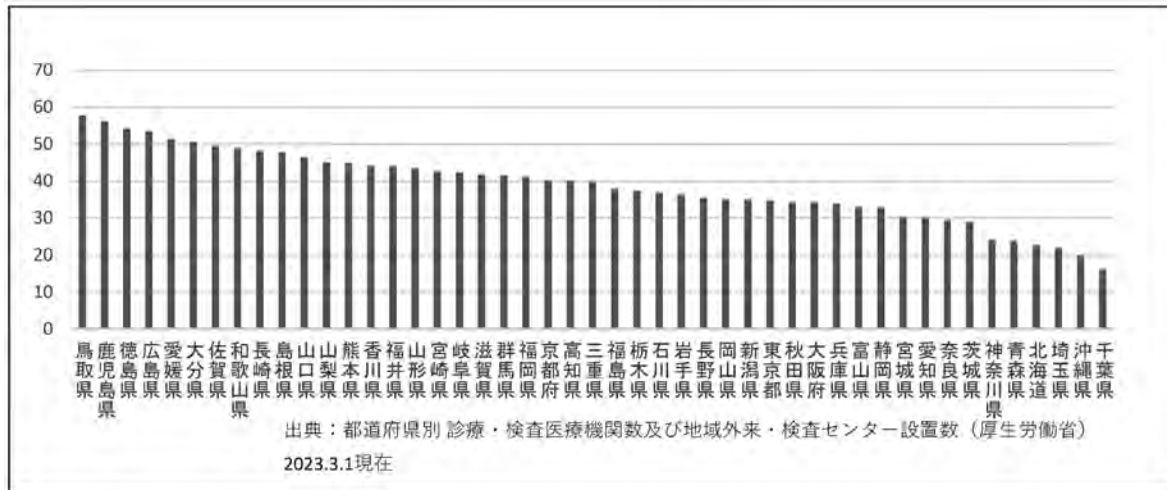


図1 都道府県別人口10万人対診療・検査医療機関数

入院医療提供体制等の整備について(第2版)」に示された、新型コロナウイルス感染症患者を重点的に受け入れる医療機関「重点医療機関」の確保が進められた。患者の殺到や風評被害に配慮して医療機関名は非公表であったが、2022年4月の診療報酬改定で感染対策向上加算1の施設基準に「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体ホームページで公開している」が加えられ公表されることになった。重点医療機関が公表されれば病診連携・病病連携による入院も可能であり、実際に行政の入院調整から移行した地域もあったが、多くの地域で行政による入院調整が続けられた。

行政が入院調整を続けたことによる最も大きな弊害は、新型コロナウイルス感染症の臨床経過や治療法を理解しない、入院判断ができない臨床医を生み出したことである。第8波においても本疾患を診断し発生届をすれば後は行政任せの臨床医が存在した。

新興感染症であっても入院は病診連携・病病連携によるべきで、行政は臨床医に入院受入病院の状況等十分な情報提供をしてこれを支援する体制を整備していくことが重要である。

3. 健康観察

本来入院勧告すべき患者が自宅療養せざるを得ない状況であったため、このような在宅患者

の健康観察を行政が実施するようになり、第5波後にはこれを医療機関に委託することが推奨され、2022年12月の感染症法改正時に法定化された。しかしながら個別医療機関への委託は契約時および個別事例依頼時に行政に多大な事務量を要し件数が伸び悩んだ。

患者の療養管理はかかりつけ医を含む臨床医が担当するのが合理的であり、新興感染症発生時に迅速に委託も含めて自宅療養者、施設療養者、宿泊療養者の療養管理体制を確立することが重要である。

4. 診療・検査医療機関

新型コロナウイルス感染症の外来診療体制では、国内感染期においても一般医療機関での対応に移行せず診療・検査医療機関において対応したことは前述のとおりであるが、人口10万人あたりの診療・検査医療機関数を都道府県別にみると(図1)、4倍近い差があり、医療機関への受診のしやすさにかかなりの差があったことが分かる。地域により感染者数も異なり受診のしやすさも異なることを考えると、行動計画どおりに地域感染期には一般医療機関での対応に移行するのが合理的と考えられる。

地域感染期になったらできるだけ早期に医療機関が院内感染対策をした上で外来診療対応できる体制づくりを医療機関と地方行政とで準備しておくことが重要である。

次の新興感染症に備えた 連携・役割分担のあり方

改正感染症法により、各都道府県は医療関係者、消防機関、診療に関する学識経験者、市町村、保健所などからなる連携協議会を設置して入院調整の方法、医療人材の確保、保健所体制、検査体制、情報共有のあり方などを平時から協議し、予防計画を策定することになる。

患者の診断、治療、療養管理は医療が担当し、接触者管理、感染拡大防止対策は行政が担当するという共通認識のもと、各地域で医療機関と行政が連携し、検査体制未整備時の対応、感染症患者入院に際しての病診連携・病病連携と行

政の関与、自宅療養・施設療養・宿泊療養患者の療養管理体制、地域感染期の外来診療体制等について準備していくことが求められる。

参考文献

- 1) 新型インフルエンザ等政府行動計画(内閣官房ホームページ)<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku.html>(accessed 2023 Mar 1)
- 2) 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(内閣官房新型コロナウイルス感染症対策ホームページ)https://corona.go.jp/news/news_20200411_53.html(accessed 2023 Mar 1)
- 3) 白井千香, 他:新型コロナウイルス感染症に対する地方自治体および保健所の対応-流行状況の推移およびウイルス変異に応じた感染症対応の模索-. 保健医療科学 2022; 71(4): 292-304.

災害時における 保健・医療・福祉活動の連携

熊本県人吉保健所 所長 服部希世子

POINT

- ① 災害関連死を防ぎ、被災者の生活を守るためには、発災後早期から、医療救護活動だけでなく、保健予防活動、環境衛生対策および福祉支援活動の公衆衛生活動に着手し、保健・医療・福祉の分野横断的な支援体制を構築することが必要である
- ② 保健・医療・福祉の多職種が効果的に連携するために、都道府県庁に設置される保健医療福祉調整本部や保健所等における対策会議が有効である
- ③ 災害時の多職種連携を達成するためには、平時から地域包括ケアシステムの構築を着実に進めておくことが重要である
- ④ 現在、「災害時保健医療福祉活動支援システム(D24H)」の開発が進められており、情報の面でも連携強化が進むことが期待されている
- ⑤ 地域の医療従事者には、平時だけでなく災害時にも多職種連携のリーダーシップを発揮いただきたい

●
●
●
●
●
●
●
●
●
●

特集

はじめに

災害関連死は高齢者や基礎疾患を持つ者に多く、避難生活の負担が大きいことが分かっており¹⁾、平成28年熊本地震における災害関連死の数は直接死の4倍以上に上る²⁾。災害時における保健医療福祉行政の役割は、防ぎ得た死と二次健康被害を最小限に抑えること、そして、被災地の住民ができる限り早く通常の生活を取り戻すこと、である。

発災後は速やかに指定避難所や福祉避難所が開設されるほか、自主避難所や車中泊、在宅避難、縁故避難とさまざまな避難形態を取るよう

になる。ライフラインの途絶や医療機能の低下により、避難生活に伴う健康課題は、深部静脈血栓症、低体温症、熱中症、高血圧・糖尿病・喘息・精神疾患など慢性疾患の悪化、生活不活発病、感染症、食中毒、栄養不足や食物アレルギー、口腔衛生、メンタルヘルスなど多岐にわたり³⁾、また、近年多発する災害の経験から被災者に対する福祉的視点、生活支援の重要性が高まっている。

発災直後は救急救命の医療救護活動が中心になるが、避難所における避難生活も発災直後から始まり、保健・医療・福祉に関わる健康被害のリスクが一気に高まる。災害関連死を防ぐた

めには、発災直後から、医療対策だけでなく、保健予防活動、環境衛生対策および福祉支援活動等の公衆衛生活動に着手し、中長期的な視点で分野横断的な支援体制を構築することの重要性が認識されるようになった。また災害時には、平時のコミュニティの脆弱化、住環境や日常の暮らしの変化などから、高齢者、障がい者、精神疾患患者や母子など要配慮者の課題が顕在化しやすくなる点においても、医療支援のみならず、保健や福祉分野など多職種、多機関による支援が必要となることは珍しくない。

本稿では、これまでの災害経験を踏まえ、被災自治体における災害対応体制を踏まえた地域医療と保健、福祉との協働のあり方について、現状と課題を述べる。

実災害における 保健・医療・福祉活動の連携

1. 平成28年熊本地震の課題とマネジメント通知

阪神・淡路大震災以降、国は災害時の医療だけでなく被災者の健康管理活動の実施についても、災害現場に最も近いところの保健医療行政機関である保健所において、情報収集や分析評価、支援チームの配置調整等のコーディネート体制を整備するよう、繰り返し通知を发出してきた⁴⁾⁵⁾。平成23年東日本大震災では広範囲でライフラインや交通が遮断され、沿岸地域の市町村や保健所、市町村保健センターが被災し、行政機能そのものが麻痺に陥った⁶⁾。その結果、多岐にわたる大規模な公衆衛生支援活動を現場で指揮調整することが困難になり、避難所における衛生環境などの整備に相当の時間を要した。2012年3月厚生労働省がまとめた「地域保健対策検討会報告書」⁷⁾では、被災地における保健調整機能の確保の重要性と、健康危機管理の中心的役割を担う保健所が分野横断的・重層的な連携を通して災害時の調整役を担う必要性が記された。

平成28年熊本地震では、本震後も余震が頻発し、住家等の被害に加え、いつまた起こるか分からない大きな地震への恐怖や継続する地震活

動により、避難者数の増加や避難期間の長期化を招いた。被災者は避難所の過密の回避などから、指定避難所以外にも自主避難や車中泊避難、軒下避難などを選択した。役場や保健所では道路の遮断や通信手段の途絶等により、指定避難所のみならずさまざまな場所にいる被災者の状況把握が困難となり、必要な支援が遅れる場合もあった。

このように災害が発生すると、一気に被災地の支援ニーズが膨れ上がる一方で、被災都道府県等の指揮調整部門は混乱し情報の集約もままならず、限られた支援資源の有効活用や被災状況に応じた適正な分配が十分にできなくなり、迅速な保健医療福祉活動の展開が困難になることが繰り返されてきた。

熊本地震後に行われた国の検証から、被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの間で保健医療ニーズや支援チームの活動状況等について情報連携が行われず保健医療活動が効率的に行われない場合があったこと等を踏まえ、平成29年7月に厚生労働省通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」(通称「マネジメント通知」)が各局長連名で发出され、被災都道府県は保健医療調整本部を設置し保健所と連携すること、また保健所は市町村と連携し、支援チームへの活動調整や情報連携等の総合調整を行うこととされ、被災都道府県・保健所・市町村と3層の連携および地元関係機関や支援チームとの横の連携による総合調整の重要性と、体制構築の必要性が明確に示された(図1)⁸⁾。このマネジメント通知は画期的な通知であり、发出後、各自治体において本庁や保健所を拠点とした保健・医療の連携を進める取り組みが行われるようになった。

その後、毎年のように発生する災害対応の課題から福祉支援の重要性が認識され、自治体において医療・保健・福祉と防災との連携体制の構築を進めるため、令和元年度に厚生労働省が内閣府と連携して「医療・保健・福祉と防災の連携に関する作業グループ」を設置し、各分野の行政組織が分野横断的に被災者支援に関する情報を収集し共有するための情報連携の在り方

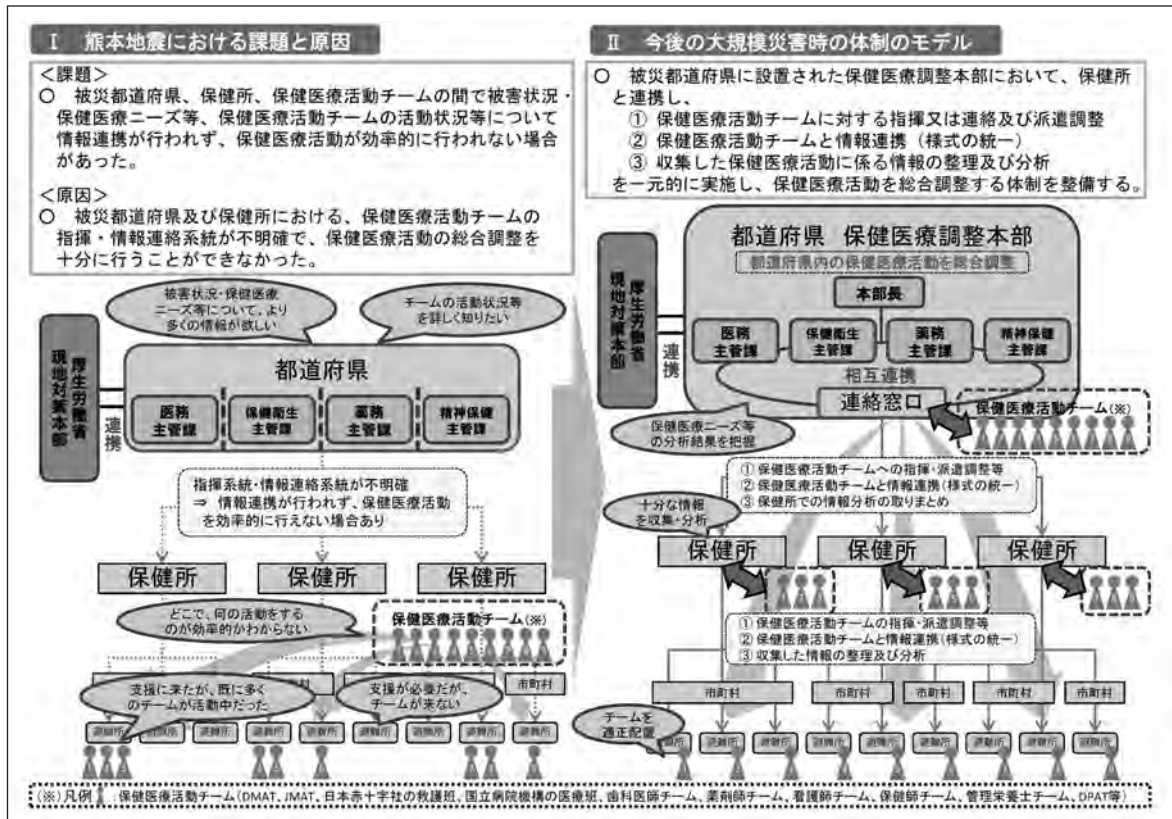


図1 大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について

や、災害発生を想定して、平時からあらかじめ医療・保健・福祉関係者と防災関係者が円滑に連携、調整するための体制の在り方について検討が行われた⁹⁾。この作業グループの検討結果等を踏まえ、令和4年7月厚生労働省通知「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について」¹⁰⁾が発出され、保健医療調整本部の名称が「保健医療福祉調整本部」へ変更された。この保健医療福祉調整本部の設置により、今後、保健・医療・福祉の連携が加速化することが期待されている。

2. 保健・医療・福祉が参加する対策会議の有効性

災害時に支援活動を行う保健・医療・福祉チームが多様化、増加しており、また医療救護活動だけでなく、保健衛生活動や福祉活動も被災後早期から開始されるようになってきた。保健・医療・福祉それぞれの領域の連携と協働がなければ、特に被災後急性期から亜急性期にかけてニーズが大きく増大する時期に適切に対処

できず、二次健康被害の増大を招くことになる。効率的に保健・医療・福祉を連携させ協働するための「調整」が重要なポイントであり、官民合わせた多職種による連携と協働を達成するために最も効果的な「調整」の場となるのが、都道府県・保健所・市町村の各本部がそれぞれ開催する対策会議である(写真1)。この対策会議において被災地内・外の関係団体やチームが、被災状況、避難所の状況や活動内容等を共有することで、支援の漏れや重複を防ぎ効率的な支援を



写真1 令和2年7月豪雨時の水俣・芦北地域保健医療対策会議



図2 阿蘇圏域災害保健医療連絡会議

展開することができる。対策会議において、意思決定に必要な情報を保健医療福祉関係者と共有し、現状と課題を把握、対策の優先順位付と方針等について協議し、決定する。対策会議の開催頻度は、発災直後から急性期は1日2回程度、その後は1日～数日間に1回と調整していくことが多い。

熊本地震で被災した保健所では、本震4日後に被災保健所長を会長、災害拠点病院長をチームリーダーとする会議体が立ち上がり、被災地内外の医療・保健・福祉が一体となり公衆衛生活動を進める拠点となった。対策会議の開催により、現状と課題を共有し、より効果的な被災者支援について話し合い、連携しながら活動することでタイムリーな被災者支援につながった。また、被災保健所管轄の市や村でも支部の会議体が機能し、指揮命令系統を一本化、明確化できたことで多職種連携が進み、被災地が一体となった二次健康被害予防活動が可能となった。保健所と市や村の双方でこの対策会議が機能した大きなポイントの1つは、地元の病院や診療所の医師、歯科医師、薬剤師および医師会・歯科医師会・薬剤師会等の医療関係者が早い段階から会議に参加し、保健所や役場と共に主体となって調整に関わっていただいたことであ

る。地域の医療従事者の参画により、支援者が現場の方針を受け止め、現場の声を活かした被災者への迅速・効率的な支援につながった。支援者が撤退した後も、地元の保健医療福祉関係者で会議体を引き継ぎ、被災者の健康課題への対応、救急医療、見守り支援等、被災地の保健医療福祉体制の復旧・復興を中長期にわたり一体となって推進することができた(図2)¹¹⁾。

熊本地震において、発災直後から避難所、在宅や施設等における被災者への保健医療福祉活動が始まることを経験し、いかに速やかに関係者を集めた対策会議を開催できるかがその後の二次健康被害の予防につながるということが認識された。速やかな対策会議の開催にあたっては、平時の準備が必要である。駐車場スペースも考慮した会議開催場所の候補を複数選定しておくこと、関係者との連絡網の作成や物品の確保などが挙げられる。また、対策会議では扱う情報の量も多いため、関係者との協議時間が長くなる傾向にある。特に被災地の関係者は長期にわたる災害対応を余儀なくされるため、連日、長時間に及ぶ会議は心身ともに負担のかかることが考えられる。あらかじめ時間を設定するなど、会議運営に係る工夫も必要である。

D24H ALL JAPAN 保健・医療・福祉 支援チームを情報システムで支援
 D24H : 災害時保健医療福祉活動支援システム (Disaster/Digital information system for Health and well-being)

D24H は、SIP4D (府省庁連携防災情報共有システム) 及び被災地で支援活動を行う保健・医療・福祉チーム (DMAT, DPAT, DHEAT, 日赤等) のそれぞれの独自システムと連携し、災害時の保健医療福祉支援活動に必要な情報を収集、整理統合、加工分析し、支援活動の意思決定判断に必要な情報を提供するシステムです。被災地で活動する全ての保健医療福祉支援チームが、D24H を介してリアルタイムに同じ災害情報を共有できるワンストップ型情報提供を実現しました。また、分析指標を搭載し、各支援チームの支援活動の必要に応じてデータを統計処理、分析結果や被害予測、支援分配計算を提示します。

D24H がつなぐ ALL JAPAN 保健医療福祉システム連携イメージ
 全ての保健医療福祉支援チームと行政及び厚生労働省が**同じ情報**を共有
 異なる支援チーム間でも**容易な意思疎通**を可能に

各府省庁・関連機関
 国土交通省 DiMAPS
 内閣府 ImPACT
 農水省等

人・社会活動
 GPS SNS
 ボランティア活動

ライフライン事業者
 運送業者
 小売業者
 インフラ管理者
 その他民間企業

ISUT
 都道府県
 市町村

情報を output

被災地における保健医療福祉支援チームの支援活動方針の意思決定に必要な情報を提供

様々なデータタイプ+リアルタイムで災害情報を出力
 災害情報は、各支援チームの必要に応じた形式でアウトプット。ダウンロード可能な CSV (表計算ソフト対応) やグラフ形式のファイル、情報を一元化して可視化した地図 (災害時保健医療福祉活動支援地図) で、災害時支援活動の意思決定判断を支えます。

データの可視化
 災害時保健医療福祉活動支援地図
 施設情報 / 医療機関情報 / 道路情報 / ライフライン情報等。データを地図上でまとめて表示

データのダウンロード/情報検索
 CSV ファイル
 避難所リスト / 医療機関情報等
 データのグラフ表示

分析指標搭載。統計処理してデータをカスタマイズ-予測と予測-
 各保健医療福祉支援チームの活動内容や必要に合わせてデータを分析、統計処理して地図上に表示。例えば、「平常時人口分布+避難所情報+道路情報」からある地区の被災者の予想避難移動距離を算出したり、「被災地災害拠点病院患者数+道路情報+現地支援チーム稼働状況」などから被災地入りする支援チーム分配量や移動経路の最適化計算結果を算出。的確な予測・予測技術で支援活動方針決定を支えます。

データの予測と予測
 被災地
 被災地人口
 避難所情報
 道路情報
 ライフライン状況
 被災地
 被災地人口
 避難所情報
 道路情報
 ライフライン状況

図3 D24H ALL JAPAN 保健・医療・福祉 支援チームを情報システムで支援

災害時の効率的な 保健・医療・福祉連携のために

1. 平時における地域包括ケアシステムの活用

平時にできないことは、災害時には絶対できないと言われ、災害時には公助よりも自助や共助が力を発揮する。熊本地震における医療的ケア児への対応では、平時から多職種で子どもを支える地域のネットワークが存在していたことが、子どもたちの安全確保と健康の維持につながった。ライフラインが途絶されたなか、在宅で人工呼吸器を使用している子どもで犠牲者は1人も出ていない¹²⁾。一方で、平時に社会資源をほとんど使わずにケアを続けていた家庭は孤立しやすい。

現在、災害時にも機能する地域包括ケアシステムの構築が求められている。このことにより発災後もコミュニティを壊さずに災害対応を行い、平時のサポートの仕組みが継続的な支援の機能を保つことにつながる¹³⁾。災害時にも地域包括ケアシステムが機能するためのポイントと

しては、平時から行政主導ではなく、地域の住民、介護施設や福祉事業所、医療機関等、さまざまな機関が参加して地域全体で作り上げていくことである。その際に、他職種が担う役割や行っている活動に対する理解は必要であり、多職種が集まった災害を想定した机上訓練等は相互理解の機会として大いに活用できる。また、多職種連携のためには、つなぎ役によるリーダーシップを必要とする場合が多い。地域の医療従事者はリーダーシップを取り得る存在であり、周囲の期待も高い。平時から積極的に地域包括ケアシステムの構築に取り組まれることが望まれる。

2. 情報収集・情報共有の仕組み

保健医療福祉連携のために、情報収集と共有化は必須である。災害時の情報収集では、投入できる時間や手段、要員が制約されるため、優先度を考慮し必要な情報を効果的に収集すると同時に分析を進め、アクションにつなげることが必要となる¹⁴⁾。災害の情報に関する特徴とし

施設・避難所等ラピッドアセスメントシート (OCR 対応様式)

ver.20210907

□の欄は、使用可能・該当・対応済であれば、✓を入れてください

* A: 充足 B: 改善の余地あり C: 不足 D: 不全

避難所コード

調査日	2	0	年		月		日	#A-D 選択式の項目が全て A 評価になるまで 連日記入 # 人数は概算可
	AM		PM		時		分	

調査者氏名											調査者所属										
電話番号																					

施設名											固定電話										
所在地											携帯電話										
											FAX										

避難所運営組織	<input type="checkbox"/>	代表者名										
---------	--------------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

避難者数 (A)											内訳 男性 (人)											内訳 女性 (人)										
食事提供人数 (B)											避難所以外の避難者数 (推計) ※ 食事提供数 (B) - 避難者数 (A)																					

避難者数 (再掲)	昼間人数 (人)											夜間人数 (人)											車中泊人数 (人)										
	75 歳以上 (人)											未就学児 (人)											乳児 (人)										

ライフライン / 通信	飲料水	A~D		食事	A~D		使用可能トイレ	A~D	
	電気	A~D		ガス	A~D		生活用水	A~D	
	固定電話	<input type="checkbox"/>		携帯電話	<input type="checkbox"/>		衛星電話	<input type="checkbox"/>	データ通信

医療支援	救護所設置	<input type="checkbox"/>	医療チームの巡回	<input type="checkbox"/>
------	-------	--------------------------	----------	--------------------------

避難所の 環境	過密度	A~D		毛布等寝具	A~D		室温管理	A~D		手洗い環境	A~D				
	トイレ 掃除	<input type="checkbox"/>		土足禁止	<input type="checkbox"/>		下水	<input type="checkbox"/>		ごみ 集積場所	-	館内 禁煙	<input type="checkbox"/>	ベット 取替所	<input type="checkbox"/>
	男女別 更衣室	<input type="checkbox"/>		男女別 トイレ	<input type="checkbox"/>		男女別 居住スペース	<input type="checkbox"/>		授乳室等 母子専用スペース	<input type="checkbox"/>	障害者用 トイレ	<input type="checkbox"/>		
	感染予防・ 清掃用品	<input type="checkbox"/>		パーテーション による区切り	<input type="checkbox"/>		段ボールベッド	<input type="checkbox"/>							

伝達事項

問合せ先: 芝浦工業大学 システム理工学部 市川 学 (m-ichi@shibaura-it.ac.jp)

図4 施設・避難所等ラピッドアセスメントシート (OCR 対応様式)

て、被災が大きいところほど情報が得られにくい、情報の正しさを確認する手段に限られる、現場の状況とニーズが急速に変化する等が挙げられる。特に災害発生後の急性期や亜急性期は、完璧よりも迅速に情報収集することが重要である。

現在、災害時の情報を分野横断的に収集・共有する「災害時保健医療福祉活動支援システム (D24H)」^{9),15)}(図3)が国の研究開発段階にある。また国は、保健医療福祉各分野の関係者が共通で把握しなければならない項目が記載されている、統一的な避難所情報収集シートとして、「施

設・避難所等ラピッドアセスメントシート」(図4)を推奨している¹⁰⁾。

今後、多職種が連携した災害訓練等の中で、これら情報共有ツールや統一様式を用いた演習を行い操作に慣れておくことが重要である。また収集した情報をどのように対策の意思決定につなげるのか、一定の標準化が求められる。

おわりに

災害時には多くの医療支援チームの応援を必要とするが、被災地住民のこと、また地域のさまざまなリソースを一番理解している地域の医療従事者が、その能力を発揮することにより、被災者の支援活動がさらに効果を発揮する。平時において、多職種による連携の事例を1つ1つ積み重ねていくことが災害時に活かされることは間違いない。医療従事者にはマネジメント通知等に基づく災害対応の仕組みを理解し、災害時には平時のノウハウを活かして、多職種連携のリーダーシップを取り、積極的に被災者の支援に取り組まれることが期待される。

参考文献

- 1) 内閣府:災害関連死事例集. 2021年4月.
- 2) 熊本県:平成28年熊本地震に関する被害状況について(330報).

2022年11月11日<https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/200527.pdf>(accessed 2023 Feb 24)

- 3) 松本珠実, 他:令和元年度 地域保健総合推進事業「災害時の保健活動推進マニュアルの推進」報告書「令和元年度 災害時の保健活動推進マニュアル」. p33-71, 日本公衆衛生協会/全国保健師長会, 2020.
- 4) 厚生省健康政策局長:災害時における初期救急医療体制の充実強化について. 健政発第451号, 1996年5月10日.
- 5) 厚生労働省医政局長:災害時における医療体制の充実強化について. 医政発0321第2号, 2012年3月21日.
- 6) 遠藤幸男:平成25年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「大規模地震に対する地域保健盤整備実践研究」厚生労働科学研究成果データベース.201330015A. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23470> (accessed 2023 Feb 24)
- 7) 厚生労働省地域保健対策検討会:地域保健対策総合報告書 ~今後の地域保健対策のあり方について~. 2012年3月27日<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000027ec0-att/2r98520000027ehg.pdf>(accessed 2023 Feb 24)
- 8) 厚生労働省大臣官房厚生科学課長, 他:大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について. 科発0705第3号, 2017年7月5日.
- 9) 厚生労働省大臣官房厚生科学課 健康危機管理・災害対策室:理恵和元年度医療・保健・福祉と防災の連携に関する作業グループにおける議論のとりまとめについて(情報提供). 令和2年5月7日.
- 10) 厚生労働省大臣官房厚生科学課長, 他:大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について. 科発0722第2号, 2022年7月22日.
- 11) 熊本県阿蘇保健所:熊本地震における阿蘇保健所の活動. 平成29年4月.
- 12) 高田哲, 他:災害時の子どもへの支援 ~障がいのある子どもたちに焦点をあてて~. 脳と発達 2019; 51: 202-205.
- 13) 認定特定非営利活動法人災害福祉広域支援ネットワーク・サンダーバード:平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「災害支援の視点にたった地域包括ケアシステムの検討」. 平成29(2017)年3月.
- 14) 上原鳴夫:迅速ニーズアセスメント, 國井修(編):災害時の公衆衛生私たちにできること. p53-71. 南山堂, 東京, 2012.
- 15) 芝浦工業大学システム理工学部環境システム学科 市川学 市川研究室 https://www.ds.se.shibaura-it.ac.jp/?page_id=19 (accessed 2023 Mar 2)

地域医療のレジェンドの温故知新

八尾市保健所 所長 高山佳洋

POINT

- ① 戦後の半世紀で平均寿命世界一を達成した主な要因は、初期の公衆衛生対策、続いての国民皆保険制度による高血圧治療の普及、減塩、生活習慣改善、日本の食文化だったが、今後の生活習慣の変化、健康格差の拡大は軽視すべきでない
- ② 長寿国への道程には地域差があり、大阪市の中高年死亡率の高さが例示する都市の健康問題、健康格差がその背景にあった。地域、職域、国を挙げて健康格差の是正、健康寿命の延伸、医療、介護費用の適正化が喫緊の政策課題である
- ③ 制度化された特定健診、特定保健指導等が効果を上げ、地域を医する新たな総合診療医のレジェンドが生まれるには、集団医学と連携した地域ごとのデータ分析、利活用、健康経営が不可欠である

特集

はじめに

自治医科大学の開学当時の地域医療のレジェンドと言えば、岩波新書「村で病気がたたかう」にへき地診療所から佐久総合病院への発展、農村医学を築いた足跡が記された若月俊一先生、同「自分たちで生命を守った村」沢内村の深澤晟雄村長と共に、全国ワースト1の乳幼児死亡率の村で、老人医療無料化のへき地医療を実践し、起死回生の偉業を成した増田進先生が有名だった。若月先生は、自治医大に何度も招かれ、増田先生には研究事業でお目にかかる奇遇を得て、両先生の熱く高い志に感動した日を鮮明に憶えている。いずれも、個人の命を救う点の医療から、患者や家族を継続して支える線

の医療、さらには全村健康管理という地域全体を変える面の医療へと発展させた地域医療の回天の嚆矢である。

今や若月・増田両先生に比肩しうるレジェンドと呼ぶにふさわしい貢献をしている自治医大の卒業生や地域医療振興協会に集まる有志の医師が、全国各地で輩出されている。その多彩な活躍においては、総合診療専門医として、最先端の医療水準の医療の提供を目指すとともに、地域社会全体を面として癒す働きも見られている。そのような潮流に資するために、筆者が大阪で長年携わってきた、循環器病やがんをはじめとする生活習慣病の予防、健康づくり、公衆衛生の分野の仕事を振り返り、地域医療に貢献する総合診療医や拠点病院、施設等の現場に期

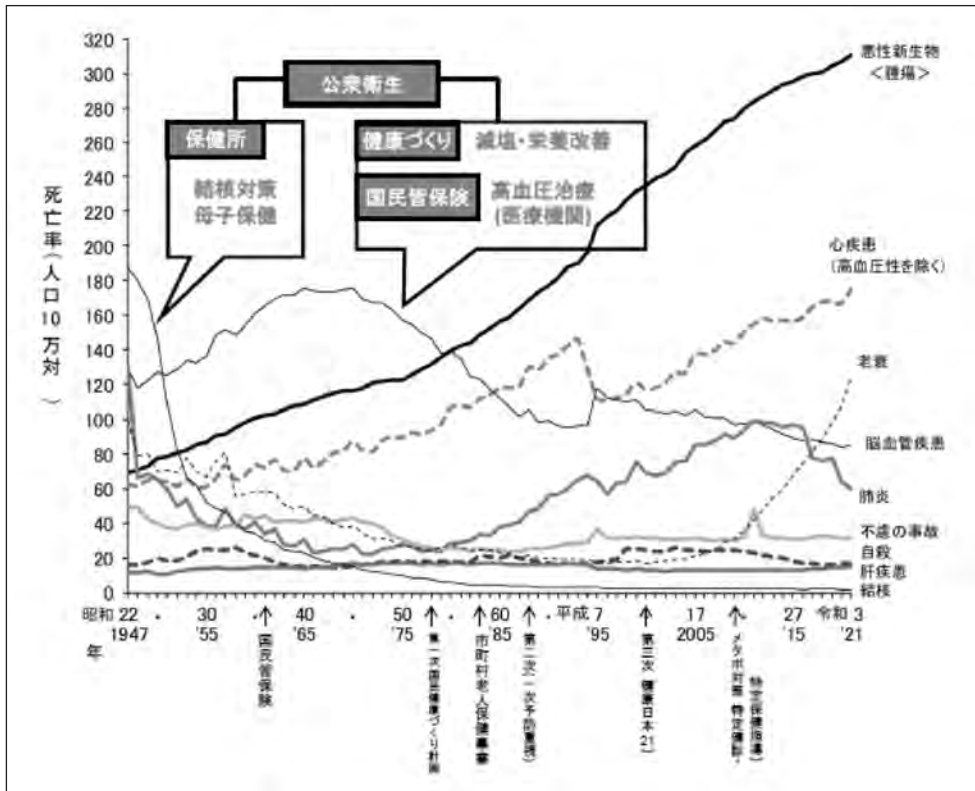


図1 主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移

〔文献1〕から筆者編集

待する役割や具体的な取り組みについて、私見を述べてみたい。

ランセット日本特集号「国民皆保険達成から50年」の示すもの

日本が、第二次世界大戦の敗戦後の荒廃期に、現在のアフリカ、サハラ以南諸国並みの惨状を呈した感染症の蔓延、高い乳児死亡率といった劣悪な健康水準に陥っていた状態から、半世紀後には平均寿命世界一のレベルにまで到達した奇跡的な回復は、どうして達成されたのか？ランセットが2011年8月に特集号¹⁾で世界に紹介したが、図1はそのエッセンスを筆者が独断と偏見で見える化したものである。日本の主要疾病による粗死亡率の戦後から今日に至る変遷と、その中にエポックになったと検証された対策を書き込んである。

GHQの指導の下に、保健所の公衆衛生体制による、結核・感染症と母子保健等の対策が顕著な成果を上げ、感染症が激減し、乳児死亡率

も大きく改善した。その後、脳卒中が国民病として登場するが、減塩や栄養改善運動等の生活習慣の改善、国民皆保険制度発足による高度高血圧の治療が普及する等の高血圧対策が推進され、見事に大きな減少に成功する。代わって、虚血性心疾患が増加しているが、ヘルシーな日本食の文化を背景とする罹患率の抑制や高度医療等の効果もあり、欧米の水準を未だ大きく下回っている。残念なことに、タバコ対策の遅延によりがん死亡率は未だ増加が止まらないが、まだ平均寿命世界一水準を持続できている。しかしながら、今後食生活の悪化、肥満、喫煙、健診未受診等による健康格差を軽視すれば、国民皆保険制度、介護保険制度も疲弊し、平均寿命世界トップレベルの保持が困難になることが危惧される。

大阪府の健康指標の推移の示すもの

長寿国となったわが国においても、その改善の度合いは一様ではなく、地域差が大きい。そ

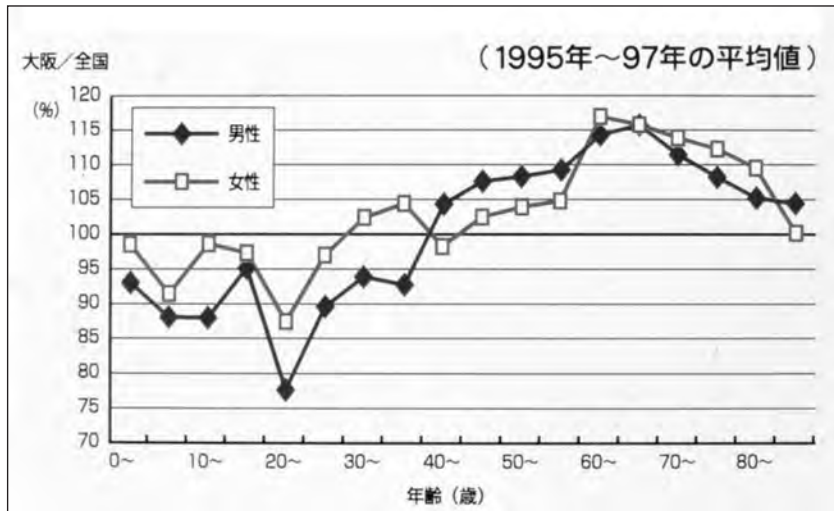


図2 年齢区分別死亡率の比較 (全国平均を100%とする)

の代表例として大阪府の健康指標の推移は都市の健康課題として、大きくクローズアップされた。というも、大阪府における平均寿命の伸びは、昭和45(1970)年ころから鈍化し始め、全国順位が昭和40(1965)年に男性12位、女性13位であったものが、昭和50(1975)年にはそれぞれ20位、32位、昭和60(1985)年には46位、47位(最下位)へと下降したからである。

大阪府の保健医療行政は、全国で最も早く成人病センターを設立し、母子保健総合医療センター、救命救急センターを整備するなど高度医療の拠点整備に尽力してきたにもかかわらず、ワースト1に転落した事態は、メディアや議会でも大きく取り上げられ、原因究明と対策が求められた。全国との差異はさほど大きい値ではなかったのだが、働き盛りの中高年齢層の高い死亡率など公衆衛生的に見逃せない、生活習慣病対策を考える上で重要な次のような特徴が見られた。

① がんが死因の第1位になったのが、全国より10年早く見られるなど疾病構造の変化が早く起こっていた。

② 死因別に見ると脳血管疾患の死亡率は低く、がん(特に肺がんと肝がん)、心疾患(特に虚血性心疾患)、糖尿病、慢性肝疾患の死亡率が全国に比べて高くなっていった。

③ 年齢区分別に見ると若年では全国より低い、中高年の死亡率が明らかに高く(図2)、そ

の傾向を地域別に見ると、大阪市以外の地域は全国と同レベルであったが、人口の約3割強を占める大阪府で顕著に表れていた²⁾。

この背景には、高度経済成長の歪みによる都市の健康問題が大阪府において特徴的に表れ継続していたことが指摘され、雇用不安や貧困、多量飲酒と関連が見られた中高年層の心疾患、慢性肝疾患、肺がん、自殺の死亡率の改善の遅れがあったと社会医学的に推論されている³⁾。

結核対策にならって基本健康診査やがん検診が、老人保健法に基づく保健事業として、市町村を実施主体として制度化された当時、国民健康づくり運動開始から日も浅く、健診結果に基づき生活習慣を改善する機運は未だ低調だった。地域住民対象の成人病健診の受診率は低く、知識伝達型の健康教育の効果は乏しかった。

また、中高年齢層の人々の多くは、小規模事業所の勤労者であり、労働安全衛生法上、定期健康診断が事業主に義務化されているが、報告義務が無いことから、小規模ほど未実施率が高く、健康管理は軽視されていた。健康増進を目的とした定期健診項目の充実と、制度としての推進(トータルヘルス・プロモーション・プラン:THP)も、地域保健より遅れていた。

健康指標ワースト1を克服するインパクトのある事業が強く求められた結果、保健所を起点に、地域保健、職域保健の成人病予防の取り組みを定着させ、生活習慣病予防の流れへと導く

起爆剤とする特別対策を企画し推進した。職域保健では、府の労働行政と連携し、小規模事業所勤労者の健康実態の把握と啓発を兼ね、労働安全衛生法に定められた項目を取り入れた特別の循環器検診事業を開始した。それと並行して、全ての保健所所管区域ごとに勤労者健康管理推進協議会が設置され、健診データの分析から高血圧、高脂血症、肥満、高血糖、高尿酸血症等の健康格差が明らかになり、健診受診の重要性が啓発された。当時、府内健診未実施5割の小規模事業所勤労者は約100万人と推計されており、これに対して約1万人の健診事業と、地域ごとの協議会を通じて職域保健関係者への啓発が継続された。波及効果の程度は未知数だが、健診未実施事業所の掘り起こし、受診勧奨が継続され、小規模事業所の定期健診実施率は年を追うごとに向上していった⁴⁾。

地域保健の対策においても、知識伝達型の陳腐化した健康教育を行動変容型に変える試みを全保健所でモデル的に展開した。効果が明らかになっていた軽度の有酸素運動を取り入れ、楽しく健康づくりを体験する長期コースの健康教育を実施した。教育終了後、この事業から自助グループが続々と生まれ、参加者の肥満や高血圧、糖尿病の改善をもたらす効果を上げた⁵⁾。

健康指標ワースト1対策を、さらに発展させるために、健康づくりの拠点施設(健康科学センター)を整備し、それを核にして、保健所のモデル事業、市町村や職域(特に小規模事業所)での法定保健事業での一般化を推進する健康づくりネットワークを構築することが構想された。健康づくり計画を指針とするPDCAサイクルに基づき、府内全域の各種健康づくり事業を組織的・系統的にフル稼働させる構想である。

しかしながら、整備された健康科学センターは、厳しい経済情勢による行政改革で、保健所の統廃合、事業の見直しと併せて、既存の施設と統合され、大阪がん循環器病予防センターとなって、機能も移転された。国保、協会けんぽのビッグデータの分析、各種保健事業の評価による、がん検診も併せて市町村の保健事業支援、地域・職域の連携は、その後継続されている⁶⁾。

ちなみに、大阪府の平均寿命の都道府県順位は、令和2年には男性41位、女性36位(80.81歳、87.37歳 vs 全国81.49歳、87.60歳)へとやや上昇し、男女共にワースト1の課題は、青森県が直面している。この大阪府での変化の要因として、戦後の劣悪な生活環境下で育ち、脆弱な健康状態が認められていた「昭和1桁世代」の動向がある。この世代に肝炎ウイルスの持続感染による肝がん、肝硬変の高い罹患率があり、中高年齢層の高い死亡率をもたらしていたのが経年的に低減したのである。このコホート効果が、大阪市において大きかったことが指摘されている。

国民健康づくり運動「健康日本21」が問われている政策課題

現在、生活習慣病予防対策は、健診に加えて、メタボリックシンドローム予防に重点を置いた保健指導が、法定事業として全国民に一般化して推進されている。地域においては高齢者医療確保法に基づく特定健診、特定保健指導が、国民健康保険加入者を対象として実施されている。また健康増進法に基づき、対策型のがん検診が市町村により実施されている。職域においては労働安全衛生法による定期健康診断が、メタボ健診を包摂して実施されている。

これらの対策は、21世紀における国民健康づくり運動「健康日本21(第二次)」の国の指針の下、都道府県、市町村の健康増進計画に基づき、数値目標を掲げてPDCAサイクルにより推進されている。

この後期に、新型コロナウイルス感染症の未曾有のパンデミックが襲来し、3年にわたり、全国的に生活習慣病対策は後退を余儀なくされた。各種事業が停滞し、健康格差の増大が危惧されているが、新型コロナウイルス感染症の重症化につながる合併症としての糖尿病、肥満等のリスク認識は深まった。10年周期の国民健康づくり運動の期限も1年延長され、第三次の方針が検討中であるが、健康寿命の延伸、健康格差の縮小を、最上位の目標に掲げることが明らかにされている。

一方で、経済の停滞と格差の拡大は、より深刻化し、医療・福祉のコスト上昇は、世界に誇る国民皆保険制度や介護保険制度を揺るがす保険料の急増を招いている。このため都道府県、市町村、地域、職域を挙げて健康づくりを推進するスキームの改善、改革が求められ、データヘルス計画等の医療費適正化計画による予防対策によって医療費の効率化、適正化が進む明らかな結果を出すことが喫緊の政策課題になっている。

中核市八尾市での健康まちづくりへの挑戦

半世紀間で平均寿命世界一にまで到達した国全体の成功体験は、食文化や生活習慣が医療とともに重要であることを示している。また、大阪府の健康指標ワースト1対策の経験から、地域特性、健康格差の把握によって、生活習慣病予防が具体的に、能動的に取り組まれる「集団医学」の視点の重要性が認識された。しかしながら、対策は未完のままである。その不全感を払拭するために、健康まちづくりを実際に自治体で具体化してみたいとの個人としての不遜な思いを抱いていたところ、筆者が最初に大阪府のへき地として勤務を命じられた保健所の所在地であった八尾市が中核市となり、保健所を設置することになり、保健所長として挑戦する縁に導かれた⁷⁾。

八尾市には、脳卒中、循環器病予防の疫学研究と地域活動が、長期にわたり継続され成果をあげている地区がある。約60年前に小町喜男先生の脳卒中予防の疫学研究が開始され、5年で発症率半減、重症化予防を達成し、高血圧や低コレステロール等の危険因子を解明した疫学フィールドである⁸⁾。年を経るにつれて、受診率は低減し、存続の危機に瀕した。これを成人病予防会という住民の自治組織を基にした自助活動育成に切り替えて、幾多の困難を経て今日まで半世紀以上にわたって、毎年1,000人規模の集団健診と健康づくりの諸活動が続いている。健診データ集約による、生活習慣病の危険因子や

地域特性の把握とそれに基づく、生活習慣改善指導と健康づくり運動が長期に持続され、地区全体の循環器病予防、医療費抑制、要介護認定率の抑制成果をあげている「集団医学」⁹⁾の元祖の地区である。

八尾市では、この健康コミュニティをモデルとして他の地区に波及させるために、保健師の地区分担制を敷き、疾病の動向を踏まえ健診項目を上乘せし、個別、集団方式を混ぜて特定健診、特定保健指導の推進が図られた。市議会も全会一致で、健康まちづくり宣言を採択し機運醸成に努めてきたが、特定健診やがん検診の受診率、特定保健指導実施率が伸び悩み、中核市に移行し、保健所を持つことで、その打開が図れないかとの期待感が大きかった。

健康まちづくりの司令塔、健康まちづくり科学センターの創設

保健所に、地域の課題を明らかにするために、個人情報保護も担保しながら、人口動態統計、国保データ、介護保険データ等のビッグデータにも行政的にアクセスし、調査研究する機能が期待されながら実働していなかった。そこで、この機能を担保するために、保健センターの組織再編を機に、令和3年に健康まちづくり科学センターという司令塔組織(医師1、事務職3、統計解析の非常勤職員1、兼務保健師4名)設置にこぎつけた¹⁰⁾。しかし、新型コロナウイルス感染症のパンデミックの対応に駆り出され、本格的な稼働は遅れた。先送りされていた八尾市健康まちづくり計画を策定した後、各種データ分析から重点課題とされた糖尿病、フレイル予防に重点を置いたプロジェクトの地域活動がようやく始動している。

集団医学的アプローチとして、地域ごとに健診データを分析し、疾病、死亡、要介護情報と逐次突合する。把握された地域特性、健康課題を市民に見える化し、自治会が主体的に策定する「わがまち推進計画」と調和を図る。地域ごとに保健師の活動を介して、ソーシャルキャピタルの地域活動を健康づくりと連動させ、成果を

検証する。このPDCAサイクルを回しながら健康コミュニティの育成を図るといふ漸進主義で対策を進めている¹¹⁾。

残された課題とかかりつけ医、総合診療医への期待

新しいプロジェクトにも、生活習慣病や要介護の健康課題の解決を阻む、手強い課題が残されている。今や無料で利用できるまでになった保健事業や健康づくり活動があるのに、それを活用しない、できない市民層である。国保加入者、協会けんぽに加入する小規模事業所勤労者に多く、健康格差も把握されている。

まず、健診受診につなげるために、未受診者を特定して、重点的に受診勧奨する「組織型健診」を推進している。集団健診は、職域保健での未受診者も受け入れ、がん検診と一体的実施を図っている。さらに、受診データを示すだけの保健指導に陳腐化させないために、自分達の健診データの多変量コホート分析からスコア化した、市民の健康リスク評価を結果説明に導入している。成果物の一例として、図3に八尾市民の健診データの分析による糖尿病予測リスクスコアを示した。今後、脳卒中、がん等の健康リスクや要介護度のリスク評価に、大阪大学の協力により最新の多変量解析が試みられる予定である。自助、共助できる市民層から、エビデンスに基づいた健康おたくが生まれることを目指している。

しかしながら、健診データの大半は、かかりつけ医の個別健診から得られ、結果のフィードバックも、かかりつけ医の予防活動、プライマリ・ヘルスケアが基盤となって初めて効果的に推進される。健診や保健指導未受診のかかりつけの患者に勧奨して、受診率の向上に貢献した好事例の報告もある。目標まで受診率が高まり、健診データがより多く集約されるほど、「集団医学」としての地域特性や健康課題の把握の精度が上がる。栄養、運動等の保健指導にも多く導ける。

生活習慣病等のコモンディジェズの医療を担

う総合診療医ならば、健康づくりにアクセスしない、できない患者の社会経済的困難を察知し、寄り添い、予防医学サービスの利活用を推奨できるのではないか。また、職域保健でも、小企業の事業主には、自分の院所での健康経営の実践を例示し、その意義を説く産業医にもなれるのではないか。保健所や保健センターと連携し、地域住民に拡大する健康格差を把握し、是正の行動を起こせると同時に、健康寿命の延伸につながる要因の解明、ヘルスプロモーションの牽引者になる「集団医学」のプロフェッショナルになれないだろうか。

地域医療振興協会公衆衛生委員会の昨年の調査研究では、協会傘下の25病院のヘルスプロモーションの好事例を明らかにされるなど、期待感に応えられる可能性と熱く高い志の萌芽が認められている¹²⁾。

生活習慣病予防、健康づくり、公衆衛生施策と連動した地域社会を医する医療を推進する新しいレジェンドが輩出し、バタフライ効果をもたらしことを切望して、これらの取り組みにエールを送りたい。

参考文献

- 1) Ikeda N, et al: Japan: Universal Health Care at 50 Years. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011; 378: 1094-1105.
- 2) 高山佳洋, 福島俊哉: 大都市の健康生態: 大阪から. 公衆衛生 2002; 66(9): 645-650.
- 3) 南沢孝夫: 大阪市における中年期の死亡率についての社会医学的検討. 日本公衛誌 1979; 26(3): 116-124.
- 4) 井戸正利, 福島俊也, 高山佳洋: 小規模事業所従業員の健康管理の推進—地域保健からのアプローチ. 保健婦雑誌 1997; 53(7): 544-548.
- 5) 高山佳洋: 健康づくり事業の推進—大阪府の保健所における先駆的健康づくり事業8年間の試み. 公衆衛生 1996; 60(8): 548-553.
- 6) 高山佳洋: 大阪府における公衆衛生体制の推移と課題 歴史的考察. 公衆衛生 2016; 80(1): 43-49.
- 7) 高山佳洋: 中核市保健所における公衆衛生ことはじめ 八尾市保健所の挑戦. 公衆衛生 2020; 84(6): 388-393.
- 8) 嶋本喬, 飯田稔 編, 小町喜男 監修: 地域における循環器疾患の疫学研究と予防対策の発展. 東京, 日本公衆衛生協会, 2007. p55-74.
- 9) 多田羅浩三: 大阪の公衆衛生: 集団医学の道. 日本公衛誌 2017; 64(4): 179-189. 1
- 10) 八尾市健康まちづくり科学センター <https://www.city.yao.osaka.jp/0000057613.html> (accessed 2023 Mar 25)
- 11) 八尾市健康まちづくり計画 <https://www.city.yao.osaka.jp/0000062203.html> (accessed 2023 Mar 25)
- 12) 病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査 結果報告 <https://www.jadecom.or.jp/library/movie2/pdf/phpreport.pdf> (accessed 2023 Mar 25)

健診結果から糖尿病発症確率を計算してみましょう！

八尾市では、約3人に2人は血糖値が高いことが分かっています！
 特定健診等の健康診断の結果を確認しご自身の糖尿病の発症確率を計算してみましょう！
 ※この発症確率計算はHbA1cの値が6.4%以下の人が対象です。6.5%以上の方は医療機関の受診、
 すでに治療中の方はかかりつけ医の受診を続けましょう。

1 あてはまる項目に○をつけましょう

	0点	1点	2点	3点	4点	5点	
◎ 年齢	40～49歳	50～59歳	60歳以上				○のついた点数を記入しましょう
◎ BMI	21未満	21～23未満	23以上				
◎ 腹囲 (男性85cm以上、女性90cm以上)	いいえ	はい					
◎ HbA1c (NGSP値) <small>※HbA1cは7%未満</small>	5.6未満		5.6～5.7		5.8～5.9	6.0～6.4	
◎ 尿糖	—		±	＋以上			
◎ 喫煙状況	なし		あり				
◎ 高血圧症 ※1	なし		あり				
◎ 脂質異常症 ※2	なし		あり				

※1 高血圧症：次の①～②いずれか1つ以上に該当 ①収縮期血圧140mmHgまたは拡張期血圧90mmHg以上、②降圧剤の使用
 ※2 脂質異常症：次の①～④いずれか1つ以上に該当
 ①中性脂肪150mg/dL以上、②HDLコレステロール39mg/dL以下
 ③LDLコレステロール140mg/dL以上、④脂質低下剤の使用

3 上の点数をすべて足しましょう

合計点数	
------	--

4 ③で計算した合計点数をもとにご自身の糖尿病発症確率を下の表で確認しましょう。

合計点数	糖尿病発症確率(%)		
	1年後	3年後	5年後
0点	1.0	2.9	4.9
1点	1.4	4.0	6.6
2点	1.9	5.4	9.0
3点	2.6	7.3	12.0
4点	3.5	9.8	16.1
5点	4.8	13.2	21.3
6点	6.5	17.6	27.9
7点	8.7	23.2	36.0
8点	11.7	30.3	45.7
9点	15.7	38.9	56.6
10点	20.8	49.0	68.0
11点	27.3	60.1	78.9
12点	35.3	71.5	88.1
13点	44.8	82.0	94.5
14点	55.6	90.4	98.1
15点	67.0	95.9	99.6
16点	78.0	98.7	99.9
17点	87.4	99.7	100.0
18点	94.1	100.0	100.0
19点	97.9	100.0	100.0

😊 20%未満：これまでの健康づくりを続けましょう

😬 20～39.9%：生活習慣を振り返りましょう

😱 40～59.9%：要注意！

😓 60～79.9%：早く改善を！

😡 80%以上：緊急アラーム！



【お問い合わせ】
 八尾市保健センター
 電話 072-993-8600
 F A X 072-996-1598

※空腹時血糖値≧126mg/dL、または非空腹時血糖値≧200mg/dL、またはHbA1c≧6.5%、および/またはインスリン注射または血糖降下薬服用を必要とされています。

八尾市国民健康保険の特定健診データより作成

図3 八尾市民の健診データの分析による糖尿病予測リスクスコア

フレイル対策

女子栄養大学栄養学部地域保健・老年学研究室 教授 新開省二

POINT

- ① フレイルは生活機能モデルで捉えるべきである
- ② フレイルは多要因が複雑に関与して生じるが、生活習慣病と老年症候群が2大要因である
- ③ フレイルの一次、二次、三次予防を担う保健医療職が連携し、住民に一体的なサービスが提供されるとき、予防効果は最大化される

フレイルの捉え方 -医学モデルから生活機能モデルへ-

私の専門とする老年学(ジェロントロジー)では、高齢者の健康として生活機能を重視する。生活機能は日常生活を送る上で必要な機能であり、生活の質とも密接に関連している。さらに健康余命の最大の予測因子でもある。では生活機能とは具体的には何を指すものであろうか。私は、国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)にある3つのドメイン、すなわち心身機能・構造、活動、参加を含む包括的なものと考えている。ICFでは、3つのドメインの間で双方向性の矢印が引かれており一方向性ではない。このことも生活機能を包括的に捉える重要性を示している。

フレイルを健常と要介護の中間の段階であるとするならば、フレイルを生活機能モデルで

捉えるべきである。健常とは病気がないことではなく、生活機能が高い状態を指す。一方、要介護とは身の回り動作で介助が必要な、生活機能はかなり低い状態を指す。したがって、フレイルとは“原因はともかくも”生活機能が低下して、のちのち要介護に移行しやすい状態である。フレイルを予防したり先送りしたりすることは、健康余命の延伸に直結するため極めて重要である(図1)。

フレイルを医学モデルではなく、生活機能モデルで定義することの利点をいくつか挙げたい。高齢期の生活機能の加齢変化は、個人によって千差万別である。しかし、我々はこれを大きく4パターンに分類することに成功した¹⁾。用いた生活機能の評価尺度は老研式活動能力指標である。群馬県草津町に在住する高齢者約2,700人を10年間追跡し、この間、繰り返し測定された老研式活動能力指標総得点に縦断的な統計解析法を適用して求めた¹⁾。

特集

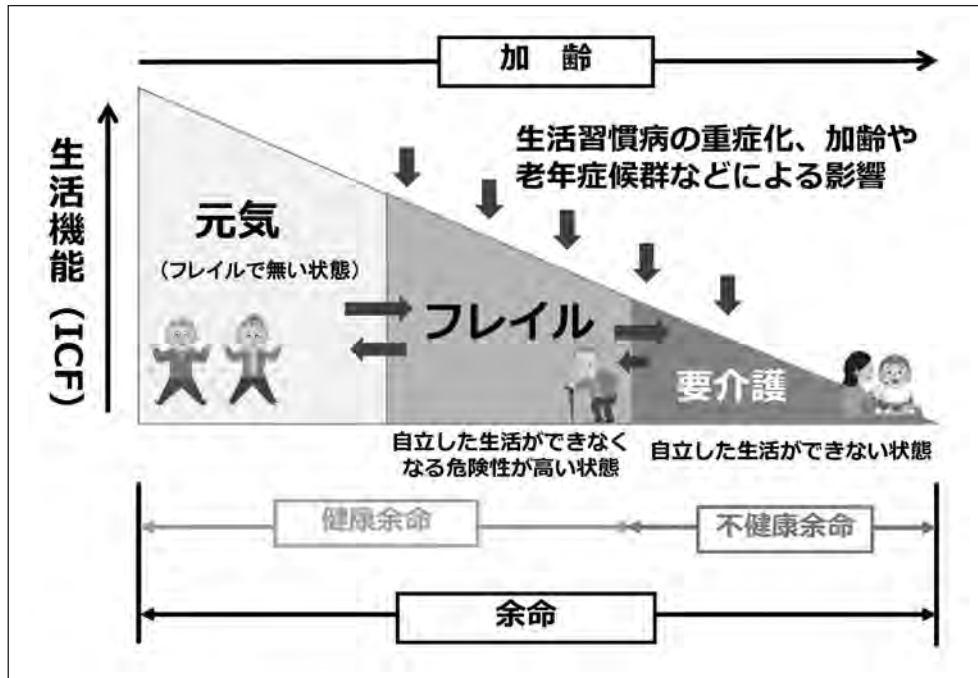


図1 フレイルと健康余命との関係

〔文献 葛谷：日老誌（2009）をもとに北村・新開・藤原が作図〕

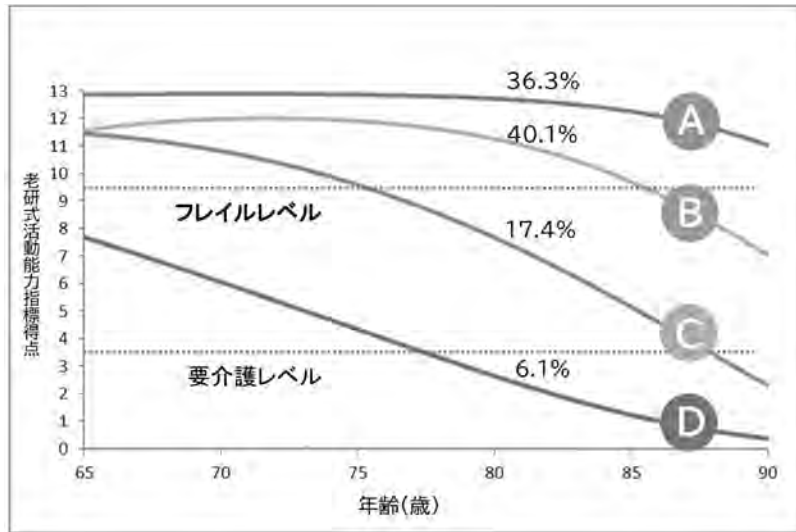


図2 生活機能の加齢変化 4つのパターン

健康長寿の戦略※

- A. サクセスフル・エイジング
- B. ロコモ・認知症など老年症候群対策によるフレイル予防
- C. 生活習慣病の重症化予防を通じたフレイル予防
- D. 中年期からの健康管理

※ 独自解析を経て新開が作成

〔文献 1) の Fig. 1 を新開が改変〕

4パターンごと、いつフレイルになり、また要介護になるのか、その違いが分かる(図2)。さらに、各パターンに分かれる疾病要因もおおよそ分かってきた。65歳時点でフレイルであったD群、65歳以降74歳の間に急速に生活機能が低下しフレイルになるC群の2つには、高血圧や糖尿病さらには脳卒中の既往者が多く、生活習慣病の重症化が主な原因となっていること、

一方、75歳以降徐々に生活機能が低下し、85歳頃フレイルになるB群では、初回調査時に握力や歩行速度さらには認知機能が低かった人が多く、ロコモティブシンドローム(ロコモ)や認知症などの老年症候群が主な原因であったのである。

フレイルを生活機能モデルで捉えると、高齢期にフレイルが生じる2大原因として生活習慣

病と老年症候群があり、それぞれが異なる時期にフレイルの発生に関係していることが分かる。一方、フレイルを医学モデルで捉える立場では、「フレイルと生活習慣病とは別々の病態である」「フレイル予防は従来の介護予防とは異なる」ということになる。一方、生活機能モデルで捉えると、フレイル予防は早期からの介護予防であることや、保健事業と介護予防事業の一体的実施の必要性がストンと理解できる。

フレイル予防の戦略

このようにフレイルを生活機能モデルで捉えると、フレイル予防とは生活機能低下および重症化の予防ということになる。疾病面では、前期高齢期の生活習慣病の重症化予防対策と後期高齢期の老年症候群対策が重要となる(図2)。また、生活面では、高齢者がいきいきとした生活を送る上で必要な栄養、体力、社会面の対策が重要である。栄養面では多様な食品摂取と食の楽しさが、体力面では筋力や歩行機能の維持・増進が、社会面では人や社会との絆づくりが、それぞれポイントとなる。

疾病面の対策、特に重症化予防は、主に地域医療の領域である。生活習慣病だけでなくロコモ、認知症といった老年症候群の管理および重症化予防をぜひお願いしたい。生活面の対策は、主に公衆衛生の領域である。地域高齢者の栄養、体力、社会面の対策を行政のみでなく当事者を含む地域全体で進めていく。そのことが生活習慣病や老年症候群の予防にもつながるのである。

予防の3つの段階

公衆衛生では、予防の段階を一次、二次、三次予防の3つに分ける。一次予防とは、未然に防ぐこと、二次予防とは早期発見と適切な対応、さらに三次予防とは重症化予防である。地域医療が担うのは主に三次予防であり、公衆衛生は主に一次および二次予防を担う。一次予防の手段はヘルスプロモーション活動と健康教育であ

り、二次予防のそれは健診によるスクリーニングと保健指導である。

それぞれの地域において、一次、二次、三次予防を担う保健医療専門職が連携し、住民に一体的なサービスが提供されるとき、予防効果は最大化される。公衆衛生の父と呼ばれるウィンスロウが1926年The American Journal of Public Healthに発表した論文の中で、「公衆衛生とは、病気を予防し、寿命を延ばし、健康とよき生活をもたらす科学と技術である。そして組織化された地域社会の努力で、衛生的な環境、感染症の制圧、病気の早期診断と予防のための医療と介護サービス、個人への健康教育、健康の維持と改善のためにふさわしい生活を誰にでも保証するような社会システム作りをなすことをいう」とし、公衆衛生の概念・目標・手段を述べている。この内容は現代にも十分通用する。

フレイル対策においても、それぞれの地域の強みを生かした社会システムを構築し、住民を含む関係者がその狙いをしっかりと理解し協働して事業を進めていくこと、すなわち「組織化された地域社会の努力」が大事である。以下に、それぞれの地域の強みを生かしてフレイル予防の仕組みを構築し、対策を進めてきた我々の事例を3つ紹介する。

草津町におけるフレイル対策

今から20年以上前になるが、群馬県草津町の行政保健師が、当時私が働いていた東京都老人総合研究所に突然訪ねてきた。「国の補助金をとったので草津町に来て高齢者向けの健診を開発してほしい、できれば健康なまちづくりに一緒に取り組んでほしい」という。その頃は研究所に入職して間もない時期であり、長期に疫学研究ができる地域を探していたため、「一緒にやりましょう」と二つ返事した。同町は日本で名だたる観光温泉町であり、自主財源にも余裕があった。何年かして国や県による補助金が打ち切られても、同町単独で予算化して事業を継続することができた。同町の強みは、予防に理解のある首長と熱心な保健医療職の存在および

研修を受けたシルバー人材センターの会員が仕事として各地区
に出張し、フレイル予防教室を運営

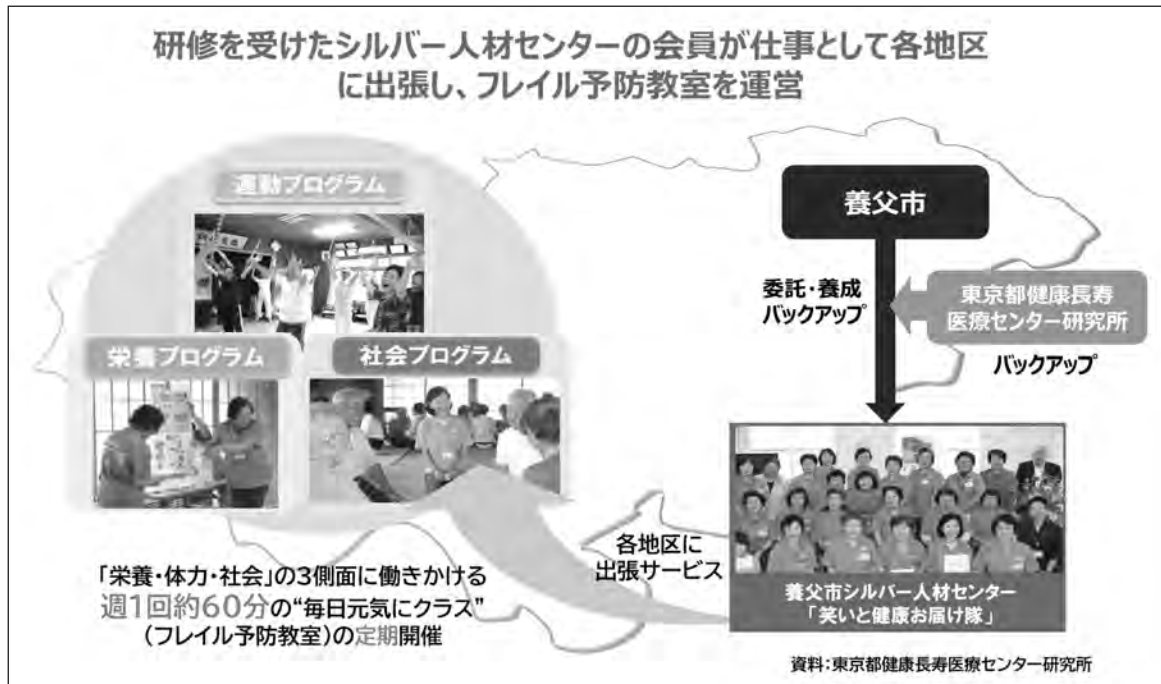


図3 養父モデルの構築

養父モデル：継続的に参加できるフレイル予防の拠点を徒歩圏域（行政区）ごとにつくる方式

特集

自主財源である。また、同町のフレイル対策の特徴は、既存の地域保健の仕組みを活用し、その内容をフレイルの観点から改変したことである。

紆余曲折があったが、高齢者の健康づくりの重点を、疾病予防・管理から機能的健康度の維持増進(=フレイル予防)に移すこととした。一次予防(健康教育)では機能的健康(栄養、体力、社会)の増進に重点を置き、住民の自主的な健康づくり活動を支援した(場の提供、等)。二次予防では、従来の健診に高齢者総合機能評価(CGA:Comprehensive Geriatric Assessment)を取り入れ、機能的評価とその結果に基づく保健相談を実施した。三次予防では、従来の介護予防教室を栄養、体力、社会的機能の改善を目的とした複合プログラムに変更した。

研究開始から5年ほど経過したころ、同町から住民の理解が得られなければこれ以上研究を続けられないという懸念が出された。また、研究では通常の健診にはない測定も行い、その保健指導も行っていったことから、地元の医師会や歯科医師会からもクレームが出されるようになった。この段階で同町と研究所との間で連携

協約書を締結し、保健活動への積極的な関与を通じて健康なまちづくりを目標とすること、また、その評価をきっちり行うことにした。また、同町の保健・福祉・医療に関する委員会にも出席し、地元医師会の理解を得ることを心がけた。なお、同町に隣接した町に地域医療振興協会が運営する病院が設立されたが、我々との接点はほとんどなかった。我々からもう少し積極的に動いていれば接点が見いだせたかもしれないと、今になって反省している。

最初の10年間の保健活動の結果、地域高齢者の機能的健康度は向上し、新規要介護認定率は大きく下がった^{2),3)}。また、介護保険財政も安定化し、1号被保険者基準額は全国最低を記録している。

養父市におけるフレイル対策

公衆衛生学会総会(松山)で知り合った兵庫県但馬地方局長寿の郷の方の紹介により、養父市を訪れ同市地域包括支援センターの保健師らと話し合う機会を持った。当時、同市では基本チェックリストでハイリスクと判定される人は

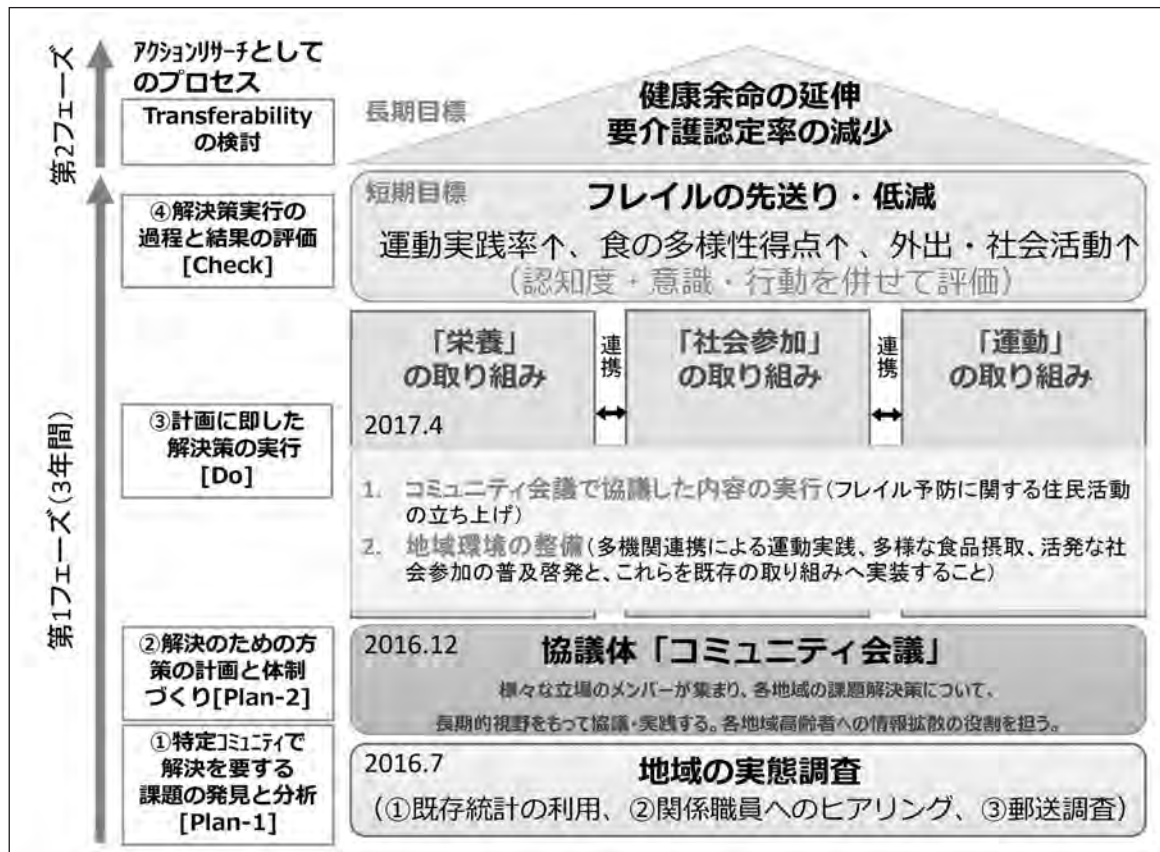


図4 大田区元気シニア・プロジェクト：ロードマップ

[文献6]より引用)

特集

ほんの一部で、その方々を対象に介護予防教室を開催しても参加者はわずかで効果が実感できないとのことであった。同市は典型的な中山間地域で、教室が開催される市役所まで車で1時間かかる地区もある、しかし、地域住民の横のつながりは強いので、これを生かした健康づくりをやりたいという問題意識であった。

ここでも紆余曲折を経て、最終的に「養父モデル」を構築することができた(図3)。研修を受けた養父市シルバー人材センターの会員がフレイル予防サポーターとなって、仕事として各地区に出張して合計10回、栄養、運動、社会面から成る複合プログラムを提供する、その後は行政区単位で自主グループ化してこの教室を継続していくというものである。もちろん行政保健師がサポーターと行政区の間に入って、コーディネーター役を担ったことは言うまでもない。2020年3月末時点で154の行政区のうち58行政区でフレイル予防教室が運営されるまでになった。この間、私どもが担ったのは、養父モ

デルの提案、フレイル予防サポーター養成講座の講師(最初の2回のみ)、1行政区でのフレイル予防教室の立ち上げ支援であった。3回目以降の養成講座、2ヵ所目以降の教室の立ち上げは、すべて行政保健師がコーディネーターとなって、シルバー人材センターや各区自治協議会、社会福祉協議会などと協働して実施していった。

養父市の強みは、保健活動に理解のある首長と有能な保健医療職の存在、地域社会の絆の強さ(組織・団体や人々)である。養父モデルの当初の5年間については、野藤らがPAIREMの枠組みを使って評価を行っている⁴⁾。また、最近、教室への参加によって要介護リスクが約半分まで低減する効果が得られていることが報告された⁵⁾。

地元の国保診療所の歯科医師には、養父モデル創設期にご支援をいただいた。一方、同市にある公立八鹿病院(地域中核病院)とは具体的に連携することはなかった。

東京都大田区におけるフレイル対策

今後のフレイル予防の本丸は、大都市部である。75歳以上の後期高齢者が激増し、また一人暮らし高齢者が多い反面、人間関係が希薄なコミュニティが多いからである。大田区在住で元東京都福祉局長が研究所(現東京都健康長寿医療センター研究所)に挨拶に来られ、大田区長の要望として元気高齢者対策をやりたいとのこと。当時私は研究所の副所長をしており、理事長から何か魅力的な提案をしてほしいという。大都市部のコミュニティは、養父市のような地縁型ではなく、目的ごとに集まる機能型である。機能型コミュニティを生かせば地域の力でフレイル予防を進められるのではないか。そこで「大田区元気シニア・プロジェクト」を立ち上げた⁶⁾。研究所側の責任者は私、実務担当は清野論研究員と決まった。同研究員は、行政との協議、地域団体との折衝、実態調査の実施、モデル地区でのコミュニティ会議の立ち上げなど、プロジェクトの根幹を一手に担った。3年間の研究のロードマップは図4とした。プロジェクト初年次の2016年に実施した「シニアの健康長寿に向けた実態調査」は、65~84歳の男女15,500名を対象とした12頁に及ぶアンケート調査(郵送式)であったが、応答率は77%と極めて高かった。同区は地域力の向上を区政の柱の一つとしており、区職員もその理念を理解し仕事をしているように感じる。本調査においても、区民が集まる場に区の職員がたびたび出向いて、調査の目的を説明し「自分ごととして調査に協力してほしい」と話していたことが印象的であった。18ある行政区のうち3つをモデル地域に選定し、まず協議体としての「コミュニティ会議」を設立した。そこでフレイル予防の3つの柱である、「栄養」「運動」「社会参加」の取り組みをどう進めるか協議し実行するのである。各コミュニティ会議にはプロジェクトの主旨に賛同する団体や施設、事業所、企業など

から20人ほどの委員が集まった。プロジェクトの理念は、地域の力(住民、行政、企業、法人、商店会など)でフレイル予防と健康寿命の延伸をめざすというものである。2019年までの3年間の取り組みとその評価についてはSeinoらがPreventive Medicineに詳しく記載している⁷⁾。

おわりに

老年学と公衆衛生学をバックグラウンドに持つ一研究者が、疫学研究と公衆衛生活動を両輪としてきた経歴を踏まえて、フレイル予防のエビデンスと地域における実践例を紹介した。フレイル対策においては、フレイルの概念やその原因の多様性をよく理解した上で、地域保健や地域医療で働く専門職が固いタッグを組んで、各地域の強みを生かした予防システムをつくることが求められている。

文献

- 1) Taniguchi Y, Kitamura A, Nofuji Y, et al: Association of Trajectories of Higher-Level Functional Capacity with Mortality and Medical and Long-Term Care Costs Among Community-Dwelling Older Japanese. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2019; 74(2): 211-218.
- 2) 新開省二, 吉田裕人, 藤原佳典, 他: 群馬県草津町における介護予防10年間の歩みと成果. *日本公衆衛生雑誌* 2013; 60(9): 596-605.
- 3) 清野論, 谷口優, 吉田裕人, 他: 群馬県草津町における介護予防10年間の取り組みと地域高齢者の身体、栄養、心理・社会機能の変化. *日本公衆衛生雑誌* 2014; 61(6): 286-298.
- 4) 野藤悠, 清野論, 村山洋史, 他: 兵庫県養父市におけるシルバー人材センターを機軸としたフレイル予防施策のプロセス評価およびアウトカム評価. *日本公衆衛生雑誌* 2019; 66(9): 560-573.
- 5) Nofuji Y, Seino S, Abe T, et al: Effects of community-based frailty-preventing intervention on all-cause and cause-specific functional disability in older adults living in rural Japan: A propensity score analysis. *Prev Med* 2023; 169: 107449.
- 6) Seino S, Kitamura A, Tomine Y, et al: A Community-Wide Intervention Trial for Preventing and Reducing Frailty Among Older Adults Living in Metropolitan Areas: Design and Baseline Survey for a Study Integrating Participatory Action Research With a Cluster Trial. *J Epidemiol* 2019; 29(2): 73-81.
- 7) Seino S, Tomine Y, Nishi M, et al: Effectiveness of a community-wide intervention for population-level frailty and functional health in older adults: A 2-year cluster nonrandomized controlled trial. *Prev Med* 2021; 149: 106620.

連携・協働で取り組む 地域包括ケアシステムのPDCA

富山県新川厚生センター 所長 大江 浩

POINT

- ① 医療計画では「在宅医療」も柱の一つで、目標値設定や指標評価によるPDCAが推進されている
- ② 医療、介護、障害に係る行政計画の計画期間や指標の整合が図られ、一体的に推進されている
- ③ 分析ツールの普及やオープンデータ化が進められ、資源の見える化、取り組みの見える化、成果の見える化によって、PDCAが推進しやすくなっている
- ④ 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築・推進には地域の関係機関・団体による連携・協働が欠かせない

●
●
●
●
●
●
●

特集

はじめに

2014年3月の全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関する見解(平成25年度報告)」¹⁾の「ヒューマンネットワークによる在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアを推進することが、地域における健康危機管理の強化にもつながる」の提言は、3年余のコロナ禍で実感される機会が少なくなかった。当管内では第7波以降、高齢者施設でのクラスターが頻発したが、普段からの医療介護連携の取り組みが急性期病院の負担の軽減に役立った。

ここでは、保健所が地域包括ケアシステムに関わる根拠と意義を述べるとともに、関係機関・

団体との連携・協働によるPDCAの実際を紹介する。

保健所が医療連携、医療介護連携、地域包括ケアに関与する根拠と意義

2006年の「医療制度改革」により、医療機能の分化・連携の推進と切れ目のない医療提供体制が打ち出され、医療計画で4疾病・5事業の具体的な医療連携体制が位置付けられた²⁾。2006年10月の全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「医療制度改革における保健所の役割強化に関する緊急アピール」³⁾では地域医療連携(医療機能の分化と連携)の推進、受け皿となる地域包括ケアシステムの整備を提言し、2007

年7月20日の厚生労働省通知(医政発第0720003号, 医政指発第0720001号)で「保健所が地域医師会等と連携して圏域連携会議を主催し, 医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど, 積極的な役割を果たすものとする. 状況に応じて, 地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う」と明記された。

連携ツールとしての地域連携クリティカルパスは, 2006年度診療報酬改定で大腿骨頸部骨折が評価され, 2008年度改定で脳卒中が追加されたが, 2007年度厚労省地域保健総合推進事業「地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究」⁴⁾で, 各地の運用状況を調査したところ, 保健所に対しては, 特に中核病院同士の調整, 地域住民に対する啓発での役割が期待された。当時, 地域連携診療計画管理料, 同退院時指導料の算定要件である「計画管理病院と連携する保険医療機関との間で, 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が年3回程度定期的に開催すること」について, 医療機関同士(急性期～回復期～維持期・生活期)は1対1ではなく, 多対多の有機的なつながりがあり, 地域における中立・公正な専門機関による調整役が必要⁵⁾であった。これは, 現在の感染対策向上加算のカンファレンス要件などにもあてはまるであろう。

次に, 2011年の「社会保障・税一体改革大綱」に基づき, 医療計画に在宅医療の医療連携体制に求められる機能が明示され, 2014年には社会保障と税の一体改革として, 効率的かつ質の高い医療提供体制構築と地域包括ケアシステムの構築を通じて医療と介護の総合的な確保を推進するとし, 病床機能報告制度, 地域医療構想が打ち出された²⁾。また, 2015年度からの第6期介護保険事業計画では, 地域支援事業で「在宅医療・介護連携推進事業」が設けられ, 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(医療介護総合確保方針2014年9月12日)」では「都道府県がより広域的な立場から, 保健所の活用により, 市町村の後方支援等を積極的に行うことが重要である」とされた。

地域保健法第4条による「地域保健対策の推

進に関する基本的な指針(2012年7月31日)」において, 保健所(県型, 市型共通)の運営事項として, 「地域の健康課題を把握し, 医療機関間の連携に係る調整, 都道府県による医療サービスと市町村による保健サービス及び福祉サービスとの連携に係る調整を行うことにより, 地域において保健, 医療, 福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築すること」が規定されている。

2014年度厚労省地域保健総合推進事業「在宅医療・介護連携, 地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究」⁶⁾では, 在宅医療・介護連携, 地域包括ケアシステムに取り組む保健所の取り組み状況を調査するとともに, 分野別(①市町村支援, ②圏域医療計画・地域医療構想, ③地域リハビリテーション, ④退院調整支援, ⑤認知症, ⑥緩和ケア, ⑦難病, 障害者)の推進ポイントをまとめている。拠点施設(基幹型地域包括支援センター, がん診療連携拠点病院, 認知症疾患医療センター, リハビリテーション広域支援センター等)や職能団体(医師会, 歯科医師会, 薬剤師会, 看護協会, 介護支援専門員協会等)でも地域包括ケアに係るさまざまな事業(会議, 研修, 普及啓発等)が実施されており, 保健所は地域における調整役・推進役としての役割が重要になっている。

地域包括ケアシステムのPDCAの背景

行政が地域包括ケアシステムのPDCA(Plan, Do, Check, Act)を進める最近の背景として, 以下の3点が考えられる。

1. 行政計画の一体的推進と指標評価

医療計画(計画期間6年), 介護保険事業(支援)計画(同3年), 障害(児)福祉計画(同3年)は有機的に関連⁷⁾しており, 計画期間と評価指標の整合が図られている。2022年12月には医療計画とがん対策推進計画, 循環器病対策推進計画も一体的に策定できることが明確化されてい

表1 富山県新川厚生センター（県型保健所）の概要

所管地域	県東部の2市2町（魚津市，黒部市，入善町，朝日町） 二次医療圏，老人福祉圏，障害保健福祉圏と一致
管内人口	11万3,512人，老年人口割合36.0%（2021年10月1日現在）
管内医療機関	管内病院14カ所・うち公的病院3カ所，一般診療所77カ所，歯科診療所51カ所，薬局59カ所（2021年10月1日現在）
厚生センターの組織機構	企画管理課（企画調整班，医務総務班），保健予防課（地域保健班，感染症疾病班），福祉課，試験検査課，支所
計画PDCA推進体制	企画調整班（班長 保健師）と地域保健班（同）が連携して取り組み，保健予防課長（同）と所長（医師）が総括

る⁹⁾。2024年度には，これらの行政計画が一斉にスタートするが，地域包括ケアとデータヘルスの推進がベースになっていると考えられる^{9),10)}。

2. 資源の見える化，分析ツール，実態調査

病床機能報告¹¹⁾，医療機能情報¹²⁾，薬局機能情報¹³⁾，介護サービス情報¹⁴⁾，障害福祉サービス情報¹⁵⁾，サービス付き高齢者向け住宅情報¹⁶⁾，セーフティネット住宅情報¹⁷⁾など法に基づく資源の見える化が進んでいる。また，厚労省「在宅医療にかかる地域別データ集」¹⁸⁾，日本医師会「地域医療情報システム」¹⁹⁾，地域包括ケア「見える化」システム²⁰⁾，経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト「医療提供状況の地域差」²¹⁾，NDBオープンデータ²²⁾，地域精神保健福祉資源分析データベース²³⁾といった分析データがネット公開されるとともに，医療計画作成支援データブックや国保データベース（KDB）システムのような分析ツールが普及してきている。さらに，介護保険事業計画の基礎資料として，3年ごとに，全国一斉で介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査²⁴⁾が行われ，フレイルリスク，生活支援・介護ニーズが把握されており，地域包括ケアシステムのPDCAが推進しやすくなっている。

3. 取り組み・成果の保険者インセンティブ

市町村国保，後期高齢者医療，介護保険では保険者の取り組み・成果による交付金制度が設けられており，その中には，地域包括ケアに関する項目も位置付けられている。また，評価結果の見える化が進められている。

富山県保健所における地域包括ケアのPDCAの実際

本県では，①県庁医務課所管の地域医療推進対策事業〔地域医療推進対策協議会（圏域連携会議），在宅医療部会，地域医療構想調整会議〕，②県庁高齢福祉課所管の地域包括ケア推進支援事業（医療・介護連携調整会議，在宅療養支援研修会），③県庁健康対策課所管のがん患者在宅療養支援研修会事業，難病患者地域支援対策推進事業（地域難病ケア連絡会，難病患者支援者研修会）などの事業として，管内市町村，拠点施設，職能団体と連携・協働しながらPDCAを推進している。ここでは当新川管内の代表的な取り組みを紹介する（表1）。

1. 地域医療推進対策協議会・地域医療構想調整会議

二次医療圏ごとに厚生センター（保健所）が事務局となって，地域医療構想調整会議を兼ねて地域医療推進対策協議会（関係機関・団体の代表者中心）を年2回開催し，さらに，医療計画の5疾病・5事業，在宅医療にかかる部会（実務者中心）を開催している。地域医療推進対策協議会では，病床機能報告および医療機能情報による病院ごとの機能別病床利用の状況，平均在棟日数，急性期医療や退院支援等の医療実績，将来人口推計などの資料を提示するとともに，各公的病院から改革プランに基づく取り組みについて説明してもらい，全体で協議している。管内では，あさひ総合病院が国による再検証対象医療機関になったが，①病床数の削減（199床

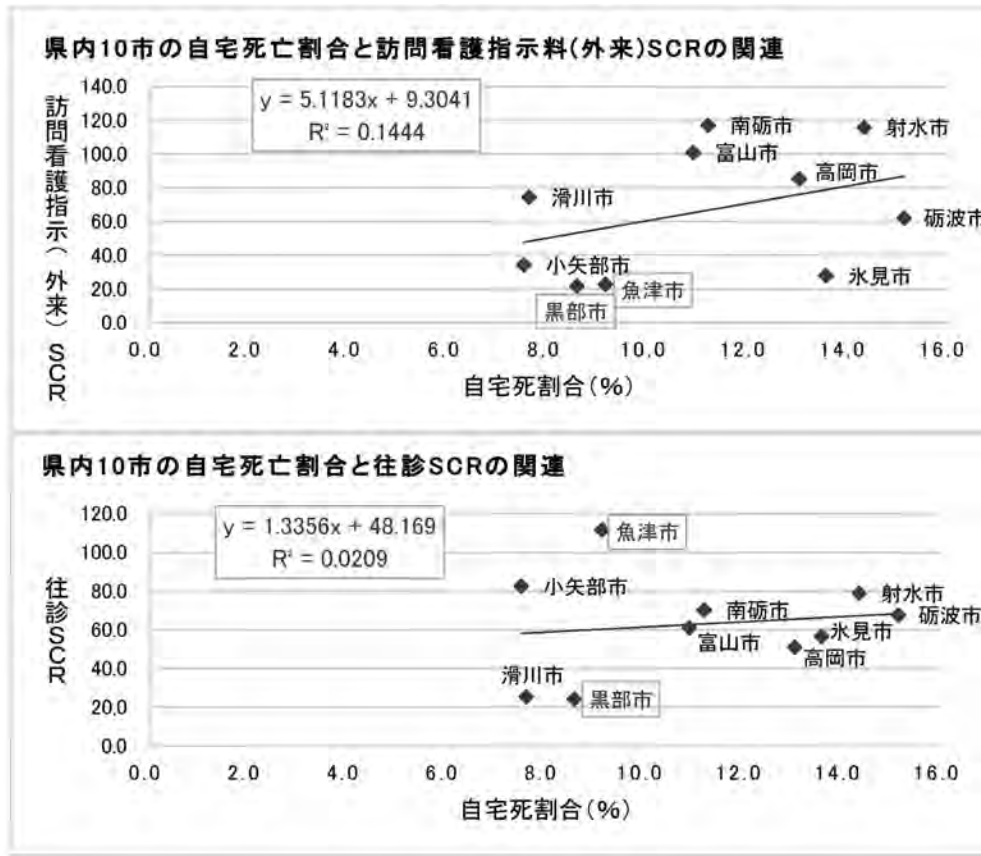


図1 自宅死亡割合とSCR（標準化レセプト出現化）
 ※ SCRは経済・財政と暮らしの関係「見える化」ポータルサイト²¹⁾2020年度診療分、自宅死亡割合は「在宅医療にかかる地域別データ集」¹⁸⁾による
 ※自宅死には孤独死も含まれ、医療計画のアウトカム指標ではないことに留意が必要であるが、管内2市の在宅看取りには訪問看護の充実が重要であることが示唆される

→109床)、②地域包括ケア病棟の開設、③圏域の中核病院である黒部市民病院との双方向のカルテ連携、④機能強化型訪問看護ステーションの設置、④訪問診療・訪問リハビリの拡充、⑤診療所と連携した在宅看取りなど、「高齢者医療の先進モデル病院」を目指す取り組みは当協議会で高く評価されている。管内公的3病院はコロナ重点医療機関として入院医療に対応するとともに、高齢者施設のクラスター発生時には施設に向いてゾーニング指導や治療支援にあたっており、こうした取り組みを踏まえて、協議会では、地域医療構想における2025年の機能別必要病床数にとらわれず、地域包括ケアの推進が大命題であるという合意ができています。

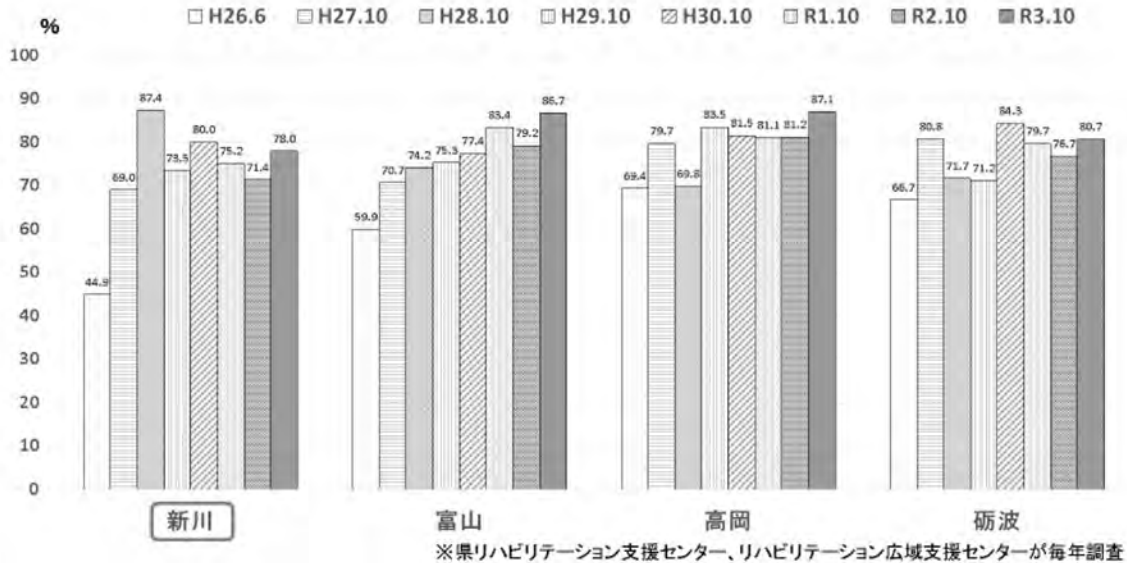
また、下部会議の一つである在宅医療部会では、在宅医療にかかる地域別データ集、医療計画作成支援データブック、医療提供状況の地域

差の在宅医療関連データを提示し、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」のフェーズごとに、県内他圏域と比較した強み・弱みを関係者間で認識してもらっている。例えば、在宅看取りを進める上で、図1のような比較分析は効果的である。

2. 看護管理者連絡会、地域リハビリテーション連絡協議会

管内病院の看護部長・地域連携室師長、介護支援専門員協会役員、地域包括支援センター担当者と定例会を開催し、「入退院支援ルール」²⁵⁾を作成・更新するとともに、厚労省「都道府県医療介護連携調整実証事業」²⁶⁾で用いられた方法により、入院時情報提供率と退院時情報提供率を経年的に把握し、「退院支援」の評価指標の一つとして活用している(図2)。また、急性期・回

入院時情報提供率(ケアマネ⇒病院)



退院時情報提供率(病院⇒ケアマネ)

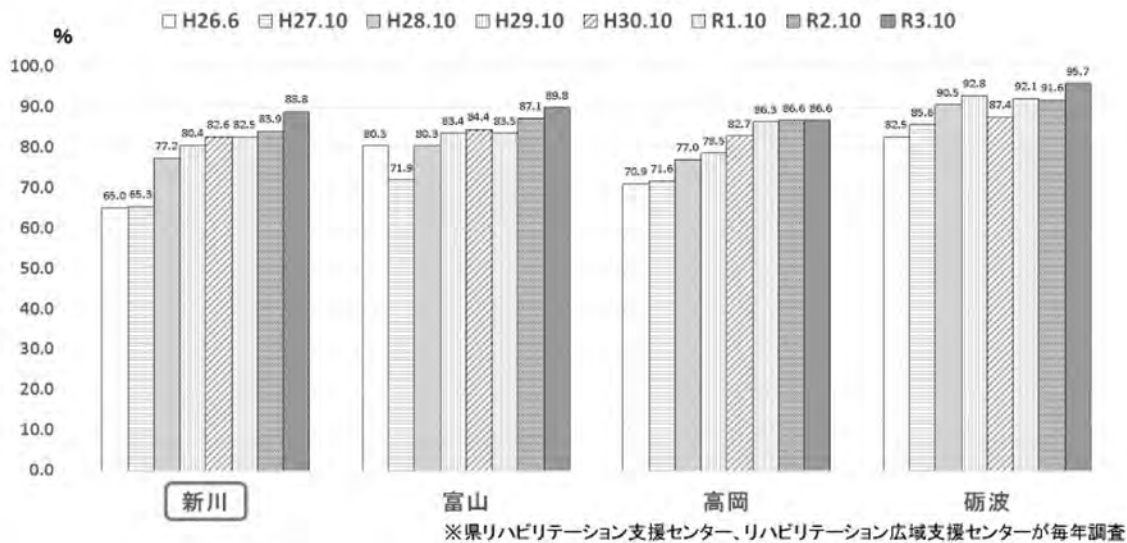


図2 入退院に関わる情報提供率

※退院支援の評価には、診療報酬の入退院支援加算、介護支援等連携指導料、介護報酬の入院時情報連携加算、退院・退所加算に関する分析も重要で算定件数が増加傾向にある。

復期・生活期のリハビリ関係機関で構成する地域リハビリテーション連絡協議会では施設における各種医療処置や、地域におけるリハビリテーション、認知症支援の実施状況等をまとめた「圏域地域リハビリテーション活動マップ」²⁷⁾を作成・更新している。認知症対策については、精神保健福祉ネットワーク会議でも重点的に協議²⁸⁾し、管内では器質性精神障害(F0)による医

療保護入院数が減少傾向になっている。

地域包括ケアシステムの推進には、地域における看護職ネットワーク(保健所、地域包括支援センター、医療機関、訪問看護ステーション、介護支援専門員協会等)はポイントの一つと考える。

3. 在宅医療介護連携推進研修会(写真1)

厚生センター、管内市町、公的3病院、医師



写真1 第3回在宅医療介護連携推進研修会(2019年9月17日)
テーマ「地域で医療的ケア児を支援するためのより良い連携のあり方について」(新川地域在宅医療支援センター²⁹⁾提供)

会在宅医療支援センター、看護協会支部、地区薬剤師会の共催で、例年、医療、介護、福祉の多職種による研修会(①ミニ講義、②事例を踏まえたグループワーク、③関係機関・団体の活動紹介)を開催している。参加者アンケートからは顔の見える関係の推進に役立つと好評であるが、事前の企画・打ち合わせを通じてのコアグループが重要であることを実感している。

4. がん患者在宅療養支援事例検討会

厚生センター、管内市町、がん診療連携拠点病院の2病院(国指定、県指定)、医師会在宅医療支援センター²⁹⁾、看護協会支部、地区薬剤師会の共催で、パネルディスカッション形式により、多機関・多職種関わった、終末期がん患者事例(入退院～看取り)の振り返り検討会を開催している。厚生センター保健師と拠点病院担当看護師による事前の準備(開催日時・場所、テーマ、事例選定、発表者、進行・役割、アンケート等)が重要で、平日夜間の開催にもかかわらず、毎回幅広い職種の参加がある。末期がんは比較的短期間に状態が変化するため、急変時の対応や看取りを含めて関係機関とタイムリーに連携調整する必要がある。また、最期まで本人の意思が表明でき、「可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営む」という地域包括ケアの趣旨が凝縮されている³⁰⁾。

5. 医師会在宅医療支援センターとの連携・協働

新川地域在宅医療支援センター²⁹⁾は、2005年

度に開業医8名でスタートした新川地域医療連携懇話会が母体となり、2010年度に下新川郡医師会に設置され、市町から在宅医療・介護連携推進事業の一部委託を受けている。常勤職員は1名であるが、企画・運営に厚生センターが全面的に協力し、共催で市民公開講座や医療・介護・福祉従事者研修会を開催するとともに、人生会議(ACP)のアニメーション動画を作成している。また、2009年度に県の在宅患者情報共有モデル事業で導入したMicrosoft Office Grooveは、2019年度に「あんしん在宅ネット(Net4U)」に切り替えて、運用管理・利用支援を行い、タイムリーな情報連携を推進している(2022年度76事業所が利用)。

コロナ禍における地域包括ケアの取り組み

大きな流行の波の繰り返しで、医療・介護現場や厚生センターが逼迫し、各種会議や研修を中止せざるを得ない状況であったが、Withコロナ政策が打ち出された2022年9月以降はオンラインを活用しながら各種事業を再開している。グループワークは五類化後に再開する予定である。

2023年2月14日の在宅医療部会では、①対面の面会を制限している病院では在宅療養の希望が多くなり、病棟からの退院前・退院後訪問指導に力を入れていること、②訪問看護ステーションのスタッフの感染では、顔の見える関係の他事業所と協力し合って対応していること、③クラスター発生施設では口腔ケアの重要性が増していることなどが報告された。

2020年の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(要介護以外の高齢者に実施)では高齢者の外出頻度は以前とそれほど変わらなかったが、うつ傾向がやや増加していた。地域包括ケア「見える化」システム²⁰⁾で公表される、市町における身近な場での「週1回の通いの場」は当初制限されていたが、ワクチン接種の普及とともに再開されるようになってきており、2023年のニーズ調査結果が注目されている(図3)。

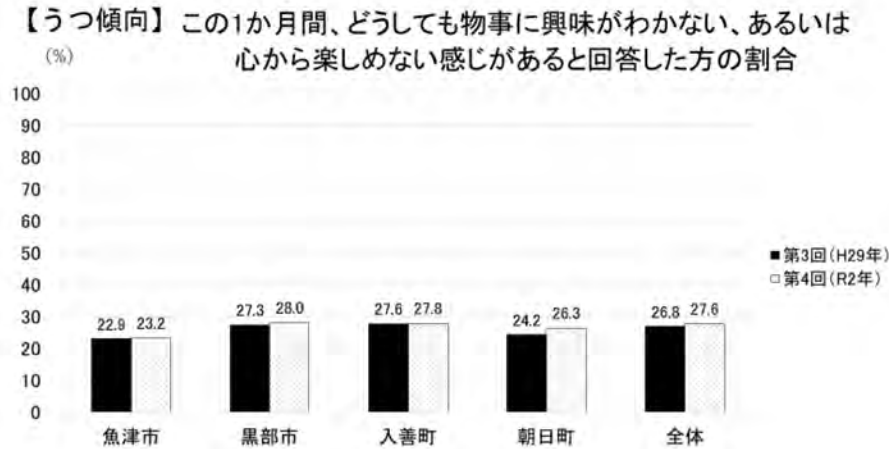
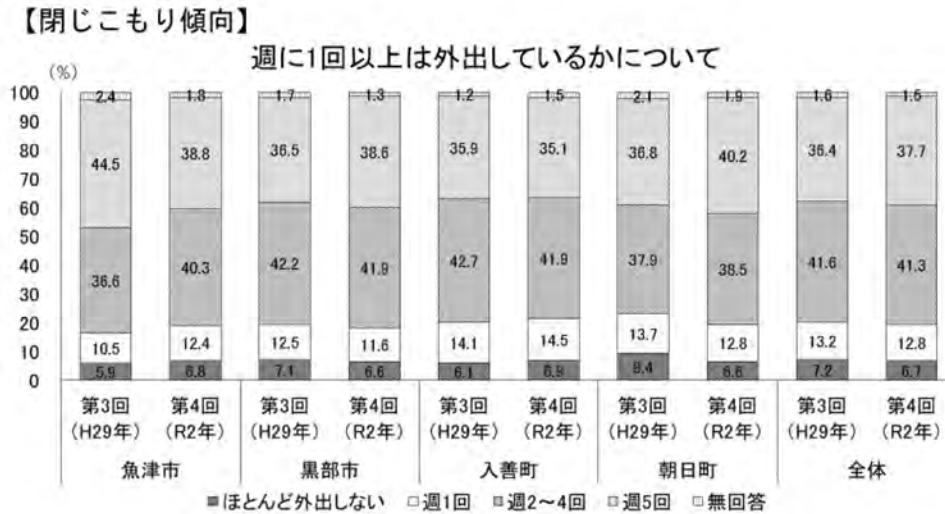


図3 閉じこもり傾向とうつ傾向 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から)

終わりに

地域包括ケアシステムのあり方は、地域資源の状況によって異なるため、画一的に進めることができない。また、関係する機関・団体が多く、地域における連携・協働によるPDCAが欠かせない。高齢者を対象にした地域包括ケアは、医療的ケア児支援ネットワークや精神障害にも対応した地域包括ケアシステムなどへと、全世代対象に発展しており、今後一層、公衆衛生と地域医療がタッグを組んだ取り組みを推進していきたい。

文献

- 1) 2014年3月全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関する見解(平成25年度報告)」http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_H25_tmp01.pdf(accessed 2023 Mar 27)
- 2) 2021年6月18日第1回 第8次医療計画等に関する検討会資料2 p25「医療計画に係る医療法の改正の主な経緯」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000794328.pdf>(accessed 2023 Mar 27)
- 3) 2006年10月全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「医療制度改革における保健所の役割強化に関する緊急アピール」http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_2006_02.pdf(accessed 2023 Mar 27)
- 4) 2007年度厚労省地域保健総合推進事業 地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究報告書(分担事業者 大江浩)。(財)日本公衆衛生協会. 2008 <http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/html/2007.html>(accessed 2023 Mar 27)
- 5) 武藤正樹監修: 一歩進んだ医療連携実践Q&A. 東京, じほう, 2009.
- 6) 2014年度厚労省地域保健総合推進事業 在宅医療・介護連携, 地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究報

- 告書(分担事業者 大江浩).(財)日本公衆衛生協会. 2015. http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2014_H26_tmp05.pdf (accessed 2023 Mar 27)
- 7) 大江浩:保健師が知っておきたい! 行政計画の一体的推進の全体像と実践. 保健師ジャーナル 2018; 74(3): 226-230.
 - 8) 2022年12月20日閣議決定「令和4年の地方からの提案等に関する対応方針」https://www.cao.go.jp/bunken-suishin/doc/r04/k_tb_r4_honbun.pdf(accessed 2023 Mar 27)
 - 9) 大江浩:地域共生社会に向けてのデータヘルス. 保健師ジャーナル 2018; 74(10): 843-848.
 - 10) 大江浩:地域診断と実践-地域包括ケアとデータヘルス-. 保健医療科学 2018; 67(2): 166-172.
 - 11) 病床機能報告<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>(accessed 2023 Mar 27)
 - 12) 医療機能情報http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html(accessed 2023 Mar 27)
 - 13) 薬局機能情報http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/kinoujouhou/index.html (accessed 2023 Mar 27)
 - 14) 介護サービス情報<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 15) 障害福祉サービス等情報<https://www.wam.go.jp/sfkooyoout/COP000100E0000.do>(accessed 2023 Mar 27)
 - 16) サービス付き高齢者向け住宅情報<http://www.satsuki-jutaku.jp/index.php>(accessed 2023 Mar 27)
 - 17) セーフティネット住宅情報<https://www.safetynet-jutaku.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 18) 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (accessed 2023 Mar 27)
 - 19) 日本医師会「地域医療情報システム」<http://jmap.jp/>(accessed 2023 Mar 27)
 - 20) 地域包括ケア「見える化」システム<http://mieruka.mhlw.go.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 21) 経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト「医療提供状況の地域差」<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/tiikisa.html>(accessed 2023 Mar 27)
 - 22) NDBオープンデータ<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>(accessed 2023 Mar 27)
 - 23) 地域精神保健福祉資源分析データベース<https://remhrad.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 24) 介護保険事業計画策定に向けた各種調査等に関する説明会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_384533.html (accessed 2023 Mar 27)
 - 25) 新川医療圏在宅医療・介護ネットワークの手引き「入退院支援ルール」<https://www.pref.toyama.jp/1268/kurashi/kenkou/kenkou/1268/renkei/zaitakuiryoutebiki00.html>(accessed 2023 Mar 27)
 - 26) 2015年度高齢者リハビリテーションの機能強化事業 都道府県医療介護連携調整実証事業 報告書<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000143737.pdf> (accessed 2023 Mar 27)
 - 27) 新川圏地域リハビリテーション活動マップ<https://www.pref.toyama.jp/1268/kurashi/kenkou/kenkou/1268/renkei/rehamap/index.html>(accessed 2023 Mar 27)
 - 28) 藤田喜代美, 大江浩他:精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援の取り組み. 看護 2019; 71(6): 54-58
 - 29) 新川地域在宅医療支援センター<http://www.niikawa-zaitaku.net/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 30) 林ひとみ, 大江浩:がん医療・緩和ケアの地域診断と地域連携の推進. 保健師ジャーナル 2017; 73(12): 1008-1013.

投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

第115回

“マニュアルの不遵守”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

医療機関におけるインシデント・アクシデント事例の発生要因の一つとして“ルールの不備”が挙げられる。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)の、2021年1月～12月(2021年年報分)における、参加登録医療機関からの報告(報告月に基づいた集計、複数回答可能)では、医療事故14,296件中、「ルールの不備」は、383件(2.7%)ということが挙げられ、ヒヤリ・ハット事例に関しては、2021年1月～12月(2021年年報分)における事例情報の報告(複数回答可能)として、83,218件中、「ルールの不備」は、1,237件(1.5%)ということが挙げられている¹⁾。これらの報告では、発生要因を「当事者の行動に関わる要因」「ヒューマンファクター」「環境・設備機器」「その他」で分類しており、「ルールの不備」は「その他」の項目として挙げられている。

発生要因に焦点を当てた検討としては、本連載でもこれまでに、「確認不足」「説明が不十分」「判断の誤り」などをテーマとして取り上げ、検討している。また、「ルールの不備」に関しても、「“ルールの不備”に関わるアクシデント事例の未然防止(第82回)」「ルール整備のプロセスから考えるアクシデントの未然防止(第86回)」など

のテーマで検討している。

医療の現場ではさまざまなプロフェッショナルが個々の専門性を発揮し、連携して業務を実施しており、インシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、ルールの整備、およびルールの遵守が重要である²⁾。もちろん、各医療機関では自施設の現状に対応して、さまざまなルールを整備していることと思われるが、“ルールの不備”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生している。

また、“ルールの不備”に関わる事例を分析する過程で、“マニュアルの不備”に焦点を当ててみると、本連載でもこれまでに、「なぜ、マニュアル・ルールが遵守されないのか?(第21回)」というテーマで“マニュアル・ルール違反”に関わる事例を取り上げて検討している。

“マニュアルの不備”としては、「マニュアルが整備されていない」「マニュアルの内容の不備(不足)」「マニュアルの内容が現状に対応していない(遵守困難)」「マニュアルの不遵守」「マニュアルの周知不足」などが考えられる。これら“マニュアルの不備”の中でも、プロフェッショナルに期待される専門性の発揮という視点で検討すると、“マニュアルの不遵守”に関わる現状評価が欠かせない。

自施設では、“マニュアルの不遵守”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、防止対策や現状評価は十分だろうか。 “マニュアルの不遵守”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「“マニュアルの不遵守”とは？」と疑問をもつこと、多職種の認識を共有すること、および “マニュアルの不遵守”に関わる“なぜ”を深めることが重要である。その上で、関与する医師、看護師はもとより、非医療職も含めた多職種がチームとして個々の専門性を発揮できるマニュアルの整備が望まれる。

そこで、本稿では、インシデント・アクシデント事例の発生要因としての“マニュアルの不備”の中でも“マニュアルの不遵守”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、マニュアルが示されているにもかかわらず、マニュアルが遵守されなかったのか？」という疑問を深め、事例の発生要因の“見える化”から、“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生を未然防止する対策について検討する。

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

“マニュアルの不遵守”に関わる事例

本事業の事例検索³⁾では、2023年1月上旬現在、キーワード“マニュアル”で5,530件、“マニュアル”“不遵守”で143件、“マニュアル”“不遵守”“医師”で22件、“マニュアル”“遵守しなかった”で21件、“マニュアル”“遵守しなかった”“医師”で10件、“マニュアル”“守らなかった”で38件、“マニュアル”“知らなかった”で193件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“マニュアルの不遵守”に関わる事例として、

事例検索³⁾にて検索された事例としては、

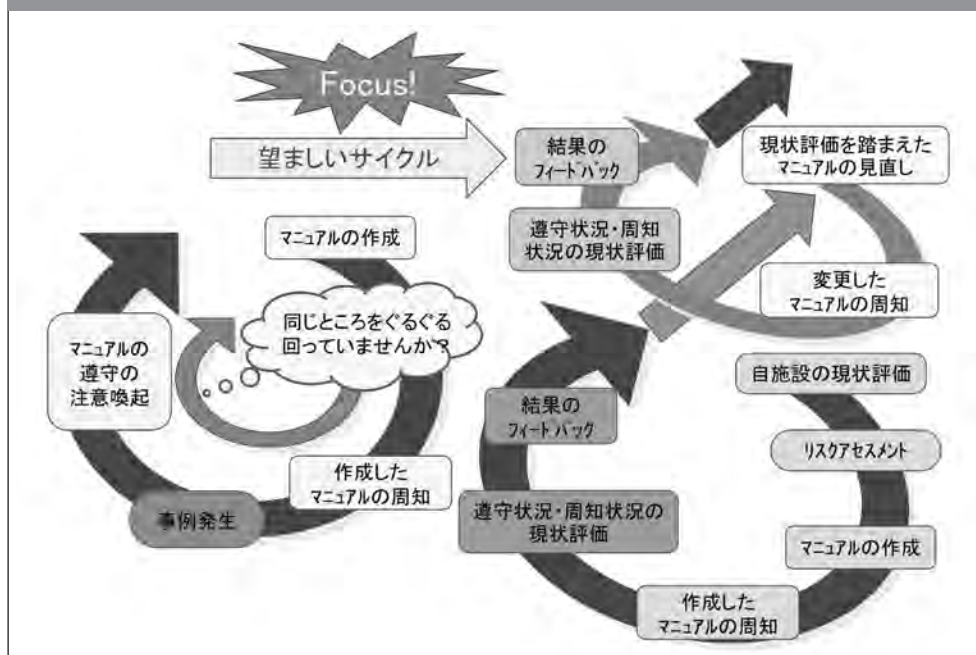
「下顎骨エナメル上皮腫の患者(60歳代、男性)に、下顎骨区域切除、および肩甲骨皮弁再建術を実施し、術中に採取した肩甲骨皮弁(以下、皮弁)はガーゼに包み、膿盆に保管していた。医師は、皮弁を膿盆から取り出してトリミングを実施した後、ガーゼに包み、器械台の上に置いた。しばらくして、間接介助の看護師が、使用済みのガーゼを入れるガーゼ缶の中のガーゼを回収する際に、ガーゼに包まれた皮弁が廃棄されているのに気づいた。他に皮弁の代用がなかったため、皮弁を大量の生食で洗浄し、再建を実施した。

医師は、皮弁を膿盆から取り出してトリミングを実施した後、皮弁を膿盆に戻さずにガーゼに包んだ状態で器械台の上に置いた。直接介助の看護師は、医師と皮弁の所在についての情報を共有しておらず、皮弁が包まれたガーゼを使用済みと思い込み、ガーゼ缶に入れた。直接介助の看護師は、ガーゼ缶にガーゼを入れる際に、ガーゼを広げて中に何も無いことを確認するという取り決めを遵守しなかった」

「筋委縮性側索硬化症の患者(70歳代、男性)の腹痛が持続していたため、看護師は、医師に電話で報告したところ、『薬剤A(向精神薬)1A+生食20mLを1/2静注』という指示を受けたため、紙に記録した。看護師は、指示を実施する前に、他の患者からのナースコールに対応しているうちに、指示を記録した紙を紛失した。看護師は、病棟に配置されている薬剤の中から薬剤B(催眠鎮静剤)を取り出し、当該患者に投与した。5分後に患者は眠り始めた。翌日、薬剤の整理をしていた他の看護師が、投与の間違い(医師からの指示の薬剤Aではなく、薬剤Bを投与したこと)に気づいた。

当該看護師は、口頭指示を受けた内容を実施する際に、他の看護師と確認を実施しなかった。当該看護師は、口頭指示受けマニュアルを遵守しなかった。当該看護師は、紙に記録した電話での指示内容を、直ちに診療録に記載(代筆)しなかった」
などがある。

図1 マニュアルの整備の望ましいサイクルの“見える化”



これら“マニュアルの不遵守”に関わると思われる事例は、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対策の整備が急がれる。

前記の事例を含むさまざまな事例を検討すると、“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生の可能性が見えてくる。「なぜ、マニュアルが示されているにもかかわらず、マニュアルが遵守されなかったのか？」という疑問を深めると、マニュアルの整備のサイクルを意識できているか否かの確認が重要となる。

そこで、「マニュアルの整備の望ましいサイクルの“見える化”」(図1)を作成した。「マニュアルの作成」「作成したマニュアルの周知」を実施した後に「事例発生」があった場合には、「マニュアルの遵守の注意喚起」が実施されることが想定される。

マニュアルの整備の望ましいサイクルとして、「自施設の現状評価」「リスクアセスメント」の後に、「マニュアルの作成」を実施し、「作成したマニュアルの周知」「遵守状況・周知状況の現状評価」「結果のフィードバック」まで実施した

後に、さらに「現状評価を踏まえたマニュアルの見直し」「変更したマニュアルの周知」「遵守状況・周知状況の現状評価」「結果のフィードバック」へと、“マニュアルの不遵守”を防止するためのマニュアルの改善を含む質向上のサイクルを展開することを提案したい。このようにして、自施設のマニュアルの整備のサイクルにおける課題を明確にし、マニュアルの整備の望ましいサイクルを検討することが期待される。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“マニュアルの不遵守”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策として、マニュアルの整備や周知、職員教育など、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、“マニュアルの不遵守”に関わるさまざまなインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索³⁾にて検索され

た事例（以下、本事例）を基に，“マニュアルの不遵守”に関わる事例の発生要因と事例発生を未然防止するためのシステム整備について検討する。

事例「乳癌の手術後に、ドレーンが遺残？ 異物遺残を伝えたにもかかわらず、発見・対応の遅れ」

【事故の内容】

- ・両側乳癌の患者（70歳代、女性）に、皮下乳腺全摘術（右側）、および乳房部分切除術（左側）を実施し、乳房（右側）にドレーンを2本留置した。
- ・そのうち1本のドレーンは、先端から約10cmのところで切断した。
- ・手術終了時にエックス線検査を実施したが、主治医は、異物遺残に気づかなかった。
- ・患者は、術後4日目に病棟でドレーンを抜去し、退院した。
- ・約1ヵ月後、放射線治療の治療計画を立てるためのCT検査を実施した際に、放射線科の医師が異物遺残を発見した。
- ・8日後に乳房（左側）に照射後、放射線科の医師は、主治医に異物遺残がある事を伝えた。
- ・その際、主治医はドレーンが遺残したとの認識がなく、エックス線検査の画像を確認しなかった。
- ・退院して1ヵ月半後、主治医は手術直後のエックス線検査の画像に、ドレーンの遺残があることを確認した。
- ・その翌日、患者が外来に受診した際に、ドレーンが遺残していることを説明し、外来処置室で、局所麻酔下で異物（約10cmのドレーン）の摘出を実施した。

（日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変）

本事例の背景要因としては、「ドレーンの先端部分を切断後、切断したドレーンが創部に入った」「直接介助の看護師は、ドレーン切断の有無や、切断したドレーンの数を確認せず、切断したドレーンを所定のトレイに置く手順を遵守しなかった」「助手の医師は、術後にエックス線検査の画像を確認したが、切断したドレーンと挿入したドレーンとが重なっていたため、遺残に気づかなかった」「手術終了時のエックス線検査の画像を、複数の医師で確認していなかった」「異物遺残の発見時における、医療事故に対する報告体制が周知できていなかった」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにする

という特徴がある根本原因分析法（Root Cause Analysis, 以下RCA）の考え方で振り返り、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て検討すると、「なぜ、切断したドレーンの先端部分が創部に入ったことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、手術終了時のエックス線検査の実施時に、複数の医師で異物遺残を含めた画像の確認が実施されなかったのか?」「なぜ、直接介助の看護師は、ドレーン切断の有無や、切断したドレーンの数を確認せず、切断したドレーンを所定のトレイに置くという手順を遵守しなかったのか?」「なぜ、執刀医、助手の医師、他の看護師は、直接介助の看護師が手順を遵守していないことに気づかなかったのか?」「なぜ、患者が退院するまでの期間に、異物遺残に気づかなかったのか?」「なぜ、約1ヵ月後に、放射線治療の治療計画を立てるためのCT検査を実施した際に、放射線科の医師は異物遺残を発見したにもかかわらず、主治医に伝えなかったのか（伝えたのは、発見の8日後）?」「なぜ、主治医は、放射線科の医師から異物遺残があることを伝えられた際に、ドレーンが遺残したとの認識がなく、エックス線検査の画像を確認しなかったのか?」「なぜ、主治医が手術終了時のエックス線検査の画像にドレーンの遺残を確認するまでに、退院後1ヵ月半もの時間が経過したのか?」「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、異物遺残の未然防止や早期発見ができなかったのか?」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「直接介助の看護師は、ドレーン切断の有無や、切断したドレーンの数を確認せず、切断したドレーンを所定のトレイに置く手順を遵守しなかった」という、“マニュアルの不遵守”に関わる事が想定される内容に注目したい。また、「異物遺残の発見時における、医療事故に対する報告体制が周知できていなかった」という背景要因に注目すると、“マニュアルの不遵守”はもちろんのこと、その前提であるルール・マニ

アルの整備後の周知や、周知結果の評価が実施されていない課題があることも想定される。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“マニュアルの不遵守”に関わる事例の発生要因を明らかにするためには、「思い込み」「確認不足」「知識不足」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も含めて広い視野で検討することが望まれる。

“マニュアルの不遵守”に関わる事例の発生要因としては、1) マニュアルの周知後の定期的な現状評価が未実施、2) “マニュアルの不遵守”に関わる事例の発生状況を含めたマニュアルの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施、3) 評価結果に基づくマニュアルの内容の見直し・修正が未実施、4) “マニュアルの不遵守”と事例発生の関連を明らかにする事例分析が未実施、5) “マニュアルの不遵守”に関わる事例の情報共有を含む職員教育が未実施、6) 発生する可能性のあるリスクに気づく機会、および多職種でのリスクアセスメントを実施する医療安全トレーニングの企画が未整備、などが考えられる。

“マニュアルの不遵守”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、「ドレーンを切断したら、切断部を体内に入れない」「直接介助の看護師は、ドレーンを切断するための手術器具を医師に渡したら、必ず医師にドレーン切断の有無と切断したドレーンの数を確認し、切断したドレーンを受け取って、所定の位置に置く」「間接介助の看護師は、直接介助の看護師と、切断したドレーンが戻っているか否かを確認する」「エックス線検査の実施後は、執刀医や助手の医師だけでなく、看護師などを含めた複数の職員で、異物遺残の有無について画像を確認する」「体内異物遺残防止マニュアルを見直し、マニ

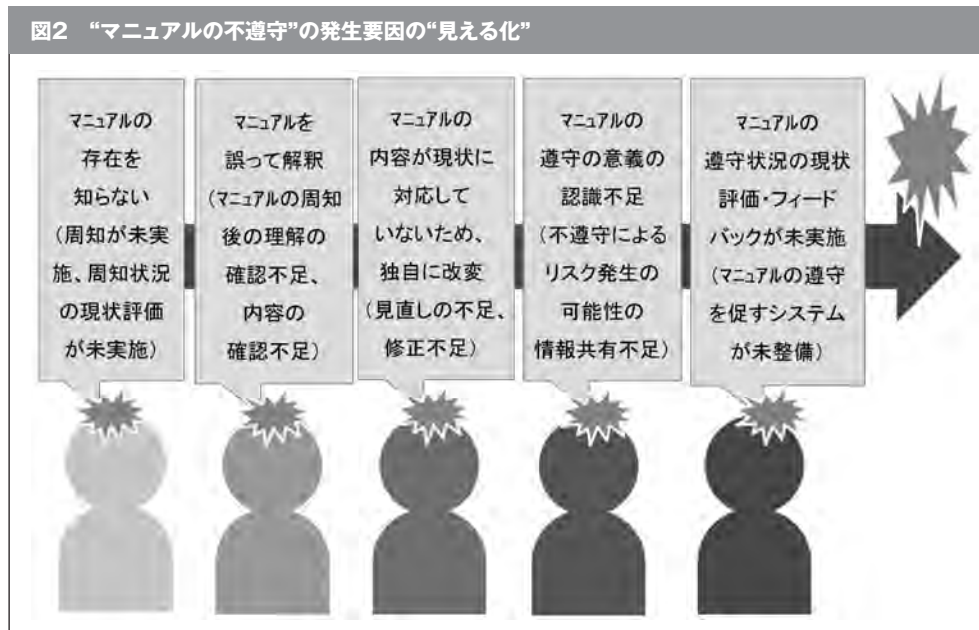
アルに沿って確認をする」「異物遺残に気づいた時点で報告し、病院として患者・家族への対応を検討する」などが挙げられていた。

“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生を未然防止するためには、前記のごとく、「なぜ、マニュアルが示されているにもかかわらず、マニュアルが遵守されなかったのか？」という疑問をもつことが重要である。ここでは、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、「“マニュアルの不遵守”の発生要因の“見える化”(例)」（図2）を作成した。自施設では、これらの発生要因に関わる事例は発生していないだろうか。事例発生の再発防止を検討するにあたっては、自施設で報告されているインシデント事例の分析の実施などにより、発生要因の“見える化”に取り組むことを提案したい。

“マニュアルの不遵守”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原因に対応して、1) マニュアルの周知後の定期的な現状評価の実施、2) “マニュアルの不遵守”に関わる事例の発生状況を含めたマニュアルの遵守状況の現状評価・フィードバックの実施、3) 評価結果に基づくマニュアルの内容の見直し・修正の実施、4) “マニュアルの不遵守”と事例発生の関連を明らかにする事例分析の実施、5) “マニュアルの不遵守”に関わる事例の情報共有を含む職員教育の実施、6) 発生する可能性のあるリスクに気づく機会、および多職種でのリスクアセスメントを実施する医療安全トレーニングの企画の整備、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「思い込み」「確認不足」「知識不足」などを防止、あるいは診療科間・多職種間のチーム力を発揮し、事例発生に至る前に“マニュアルの不遵守”の状況に気づくことで、事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「マニュアルの周知後の定期的な現状評価の実施」では、周知されたマニュアルを、職員が正確に理解できているか否かの現状評価が欠かせない。自施設では、マニュアルの周知後



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

の定期的な現状評価が実施されているだろうか。ここでは、周知後1回だけでなく、定期的な現状評価の実施が望まれる。時間の経過とともに知識が曖昧になること、および新たに入職した職員が周知対象から漏れていることなど、さまざま状況を考慮すると、新入職者が想定される時期も含めた定期的な周知と、周知後の評価時期の設定が重要である。

2)の「“マニュアルの不遵守”に関わる事例の発生状況を含めたマニュアルの遵守状況の現状評価・フィードバックの実施」では、1)の「マニュアルの周知後の定期的な現状評価の実施」と併せて検討することが求められる。マニュアルの遵守状況の現状評価を実施する際は、“マニュアルの不遵守”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生状況の有無を確認し、事例が発生している場合には、事例の発生要因に“マニュアルの不遵守”が関与しているか否かの分析が求められる。

ここで、“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生が確認された場合には、「なぜ、示されているマニュアルが遵守されなかったのか?」という疑問を深めて事実を確認し、根本原因を明らかにすることが望まれる。また、評価結果のフィードバックについても、事前に「何を」「ど

のように」「誰に」伝えるのか、ということを具体的に明らかにしておくことを検討したい。

3)の「評価結果に基づくマニュアルの内容の見直し・修正の実施」では1)、2)の評価結果のフィードバックの一つの在り方として、現状のマニュアルの内容や、周知方法などの不備を見直す機会として実施する。“マニュアルの不遵守”の原因として、「現状に対応していない内容で、実施が難しい」ということが確認された場合には、「マニュアルを遵守してください」という注意喚起だけでは改善が期待できないことが想定されるため、現状に対応して遵守可能な内容に修正することも検討したい。併せて、マニュアルの修正後の評価時期を明らかにしておくことが重要である。

4)の「“マニュアルの不遵守”と事例発生の関連を明らかにする事例分析の実施」では、3)でも示したように、複数挙げられる可能性がある事例の発生要因における相互の関連性を考慮しつつ、自施設の課題を明らかにすることが望まれる。ここでは、“マニュアルの不遵守”の現状が評価されていないこと、および“マニュアルの不遵守”の状況が日常化していることなどが判明した場合には、それらの現状を正確に把握することが求められる。

5)の「“マニュアルの不遵守”に関わる事例の情報共有を含む職員教育の実施」では、職員が、“マニュアルの不遵守”による事例発生のリスクについて認識する機会の提供を検討したい。そのため、自施設内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も含めて、情報共有を図る機会として職員教育を実施することが望まれる。

6)の「発生する可能性のあるリスクに気づく機会、および多職種でのリスクアセスメントを実施する医療安全トレーニングの企画の整備」では、具体的な事例を活用して、“マニュアルの不遵守”により発生する可能性のあるリスクに気づくことができる内容の企画が求められる。また、多職種が参加することで、さまざまな視点からリスクアセスメントを実施できる機会を提供し、幅広いリスクアセスメントの結果も共有し、課題を明らかにして、未然防止対策の検討につなげることが望まれる。

前記の事例における改善策としては、「医師-看護師間で皮弁を取り扱う際には声かけを行う。清潔野で標本を保管する場合には、必ず容器に入れる。移植組織等取扱いマニュアルについての再周知を図る。直接介助の看護師は、ガーゼ缶に使用済みのガーゼを入れる際には、ガーゼを1枚ずつ広げ、中に何も無いことを確認してから入れる」「紙に記録した電話での指示内容は、直ちに診療録に記載(代筆)する。薬剤の確認は2名で行う。思い込みで行動せず、手順を守って行動する」などが挙げられていた。

今後、自施設における“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生の未然防止対策を検討する際には、本事例、および本稿で紹介した事例の検討内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、インシデント・アクシデント事例の発生要因としての“マニュアルの不備”の中

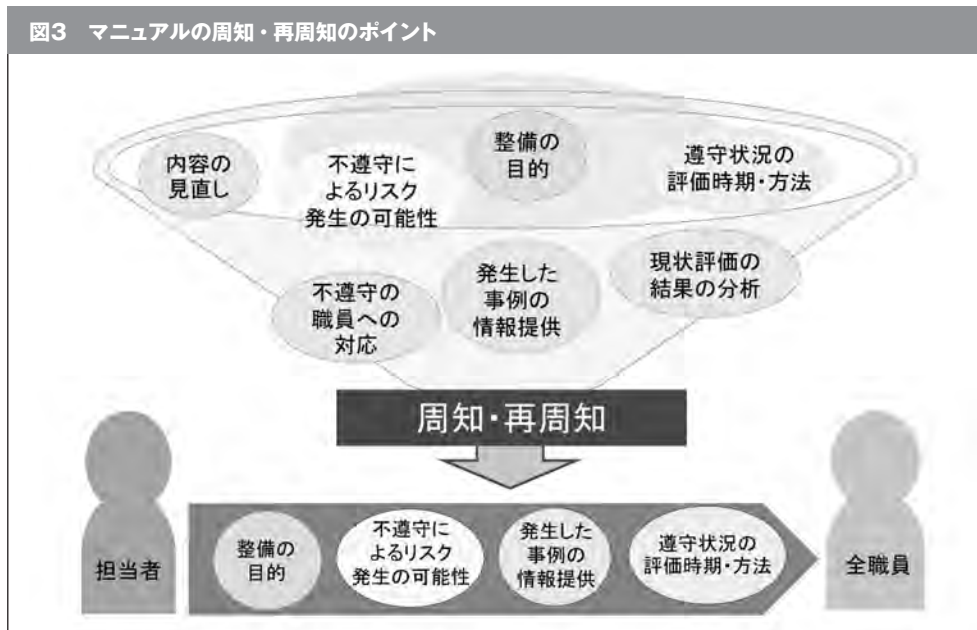
でも“マニュアルの不遵守”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、マニュアルが示されているにもかかわらず、マニュアルが遵守されなかったのか?」という疑問を深め、“マニュアルの不遵守”に関わるインシデント・アクシデント事例発生を未然防止する対策について検討した。

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、マニュアルの整備が不十分であること、および整備されたマニュアルが適切に活用されないことなどにより、リスクを回避できずに患者への重大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。

患者・家族の視点で振り返ってみると、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているのにマニュアルが整備されていなかったのか?」「なぜ、マニュアルが整備されていたのに遵守されなかったのか?」などの疑問が浮かぶことが想定される。これらの疑問は、患者・家族から問われる前に、医療者が自ら問いかけ、自施設の課題を踏まえた事例発生の未然防止の取り組みを実施することが望まれる。

自施設における“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生を未然防止するためには、取り組みの第一歩として、整備されたマニュアルを正確に認識することが欠かせない。そこで、「マニュアル周知・再周知のポイント」(図3)を作成した。

自施設で整備したマニュアルを全職員に周知・再周知する際には、さまざまな内容を検討した上で実施していると思われる。さまざまな内容の中でも、特に「(マニュアルの)内容の見直し」「(マニュアルの)不遵守によるリスク発生の可能性」「(マニュアルの)整備の目的」「(マニュアルの)遵守状況の評価時期・方法」「(マニュアルの)不遵守の職員への対応」「(“マニュアルの不遵守”に関わる)発生した事例の情報提供」「(マニュアルの遵守



状況の) 現状評価の結果の分析」などを含んだ内容を検討したい。

これらの中でも、特に、「(マニュアルの) 整備の目的」「(マニュアルの) 不遵守によるリスク発生の可能性」「(“マニュアルの不遵守”に関わる) 発生した事例の情報提供」「(マニュアルの) 遵守状況の評価時期・方法」などに焦点を当てて周知・再周知することを勧めたい。さらに、自施設のインシデントレポートを検討し、マニュアルを遵守したことでインシデント・アクシデント事例の発生が防止された状況などが判明した場合には、周知・再周知の際に、その情報を提供することも検討したい⁴⁾。この機会に、プロフェッショナルにはマニュアルを遵守して安全な業務の遂行が期待されていることを、改めて確認することが望まれる。

“マニュアルの不遵守”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、プロフェッショナルに期待されている、良質で安全な医療を提供するためのマニュアルの遵守を促すシ

ステムの整備が求められる。その上で、“マニュアルの不遵守”に関わる事例の発生要因を排除するため、自施設における、マニュアルの周知状況の現状評価を含む、マニュアルの遵守を促すシステムの整備状況の現状評価を実施し、評価結果に基づいて、より実践的なシステム整備などの未然防止対策を検討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 2021年1月～12月(2021年年報分) 発生要因. <https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2021/index.html> (accessed 2023 Jan 17)
- 2) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性. 第5回 アクシデントに適切に対応する. アクシデントを発生前に想定し、適切な未然防止策を実施している. 臨床外科 2016;71(8):996-999.
- 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 17)
- 4) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性. 第9回 トラブル発生を未然防止する基盤を整える. チェックリストなどを活用し、ルール・マニュアルを遵守している. 臨床外科 2016;71(13):1554-1557.

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

へき地の
健康づくり

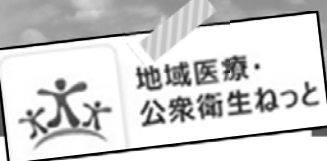
健康
危機管理

疫学

保健
福祉
行政

ヘルス
プロモーション

市民協働



地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク 地域医療・公衆衛生ねっと

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

https://www.jadecom.jp/overview/koshu_eisei.html/

登録数 約1600人
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！

【メールで届く情報】

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

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

ちょっと画像でCoffee Break

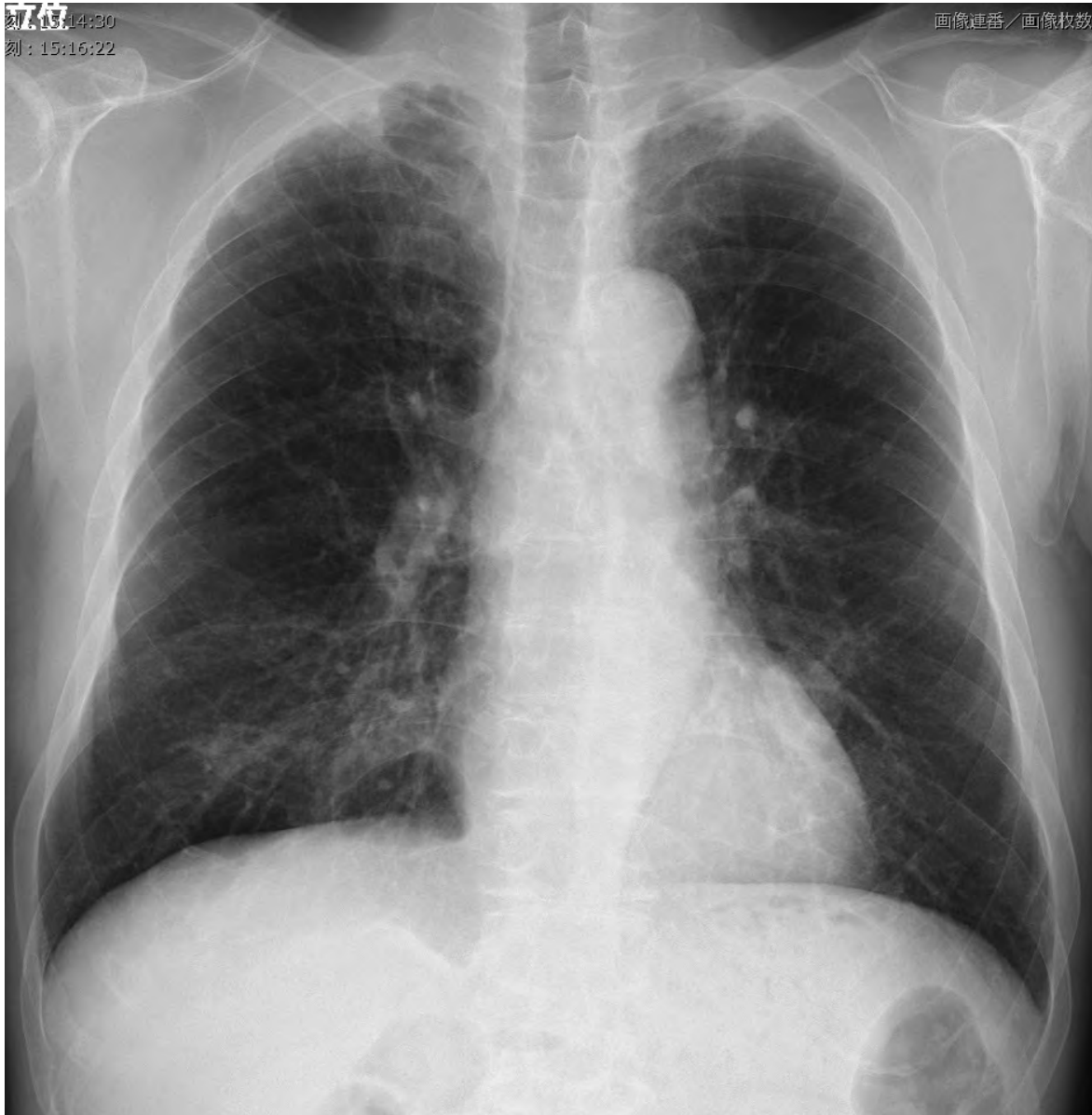
胸部X線画像診断②⑧

地域医療振興協会 へき地・離島支援センター センター長 牧田幸三

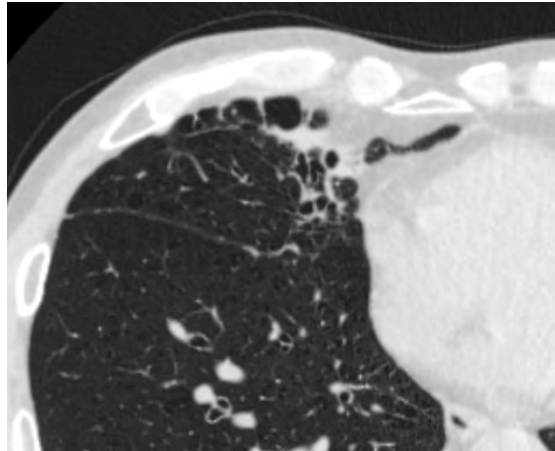
?

症例:70歳代 男性

直腸がん術後, 数ヵ月ごとの経過観察中. 特に呼吸器症状なし.
どこに所見が隠れているでしょう?



画像1 胸部X線 立位P→A



画像2 CTでは右肺中葉に気道炎症病変あり。いわゆる中葉症候群。

こういう紙面で所見を探す（読影する）には限界があることは重々承知。さて、どこに所見が隠れているでしょう？

レジデントX：右下肺野の心陰影に接する部分の透過性低下があるように思います。

ドクターX：そうそう。心臓の右縁は少し不明瞭化していて、右肺中葉の病変かもしれない、と思えるね。右下肺野の血管影が追える点でも中葉病変っぽいといえるかもね（画像2）。ほかには？

レジデントX：ちなみに、直腸がんの再発はあるのでしょうか？

ドクターX：おっ、いい質問だね。これまではなく、順調な経過だよ。

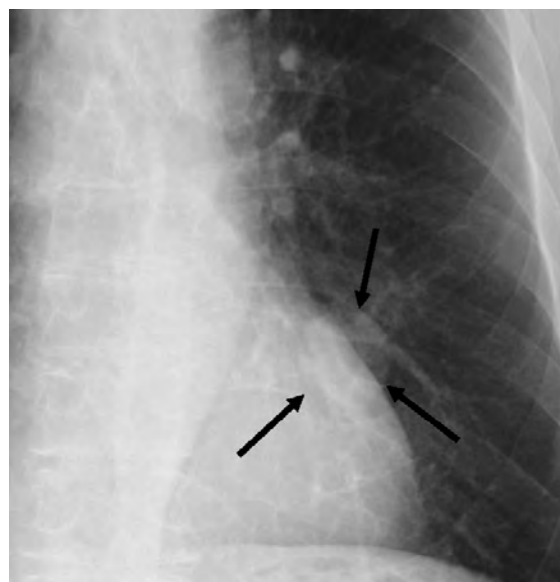
レジデントX：半分、心臓左縁に隠れた円形結節影ですかね？

ドクターX：そうそう。いわゆる coin lesion っていうやつね。今回の検査でみつかった（画像3）。

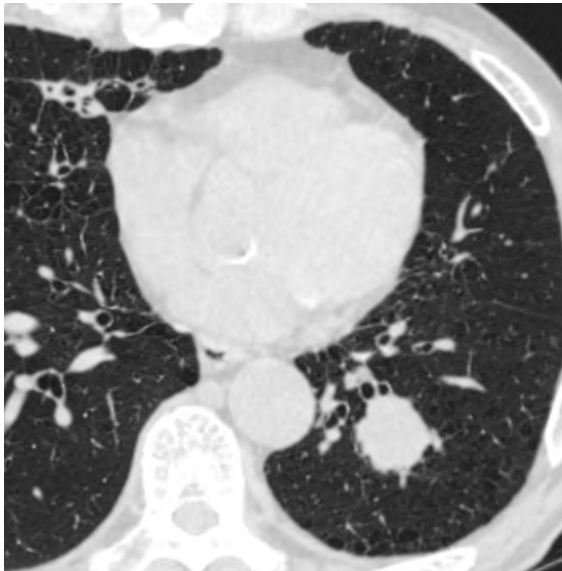
レジデントX：ほかには病変は見当たらないから、ひょっとして新出の肺がん？

ドクターX：ま、そう慌てない。鑑別は良性～悪性までなんでも挙がる。いまどき、胸部X線だけで鑑別を考える時代でもないし。直腸がんの転移、肺がん、結核、真菌感染、円形肺炎……。今回の検査でみつかったから、過誤腫や良性腫瘍ではないでしょうね。

レジデントX：Coin lesion はコインっていうくらいだから、大きさは2～3cm程度のものを言



画像3



画像4 左下肺野に円形結節が認められる。孤立性転移だったようで、下葉切除後の再発なし。

うのでしょうか？

ドクターX：あんまり厳密な定義はないね。数センチ大、親指と人差し指で摘まめるくらいまでの大きさかな。Coin lesionは、円形とか楕円形態で、辺縁境界明瞭で、孤立して存在するもの（画像4）を言うのが原則で、coin lesionが多発、とか表現されると、ちょっと違和感がある。径5～6cmを超えるようなら、腫瘤影、って表現したほうがいい。まあ、ふつうその大きさになると、円滑で境界明瞭ってことはないはずだけど。辺縁不整な陰影だったり、病変の拡大、進行に伴ういろんな変化があるのがふつうだよ。逆に径1cmに満たないような小さな結節、箸でつまむようなレベルだとcoin lesionという表現は使わないほうがいいと思うね。微小結節とか粒、粒状影って表現したほうがいいと思う。スイスの連邦造幣局の発行した25サンチームの記念金貨は直径2.96mm、重さ0.063g

で世界最小のギネス認定されてたそうだけど。
レジデントX：空洞や石灰化を含んでいる場合はどうなのでしょう？

ドクターX：石灰化を含んでいるのはcoin lesionでいいと思うけど、空洞のあるものをcoin lesionと呼ぶのはちょっと微妙だね。なぜなら、実は世界で穴あき硬貨を発行している国はごくわずかで、日本以外には、デンマーク、最近まで発行されていた国を加えてもノルウェー、フィリピン、パプアニューギニアくらいだそう（日本銀行の広報誌「にちぎん」の記事 - 貨幣の世界 - より）。

レジデントX：例によって、なんとなく、話がずれているような……。

ドクターX：穴あき50円の穴ずれのエラーコインは、かなりのプレミアが付くらしいよ。そういえば亡くなった母が無孔の50円硬貨を集めていたのを思い出した。どこにいったんだらうなあ……。



無孔の50円ニッケル硬貨は1955年～1958年、その後、有孔の50円ニッケル硬貨は1959年～1966年まで発行されていた。同時期に発行された100円硬貨と区別しづらいのが発行理由だったとそうで、今の50円硬貨も穴あきデザインが踏襲されている¹⁾。

文献

- 1) にちぎん, 貨幣の世界, 2019, No.57 https://www.boj.or.jp/about/koho_nichigin/backnumber/data/nichigin57-6.pdf

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。

木村直行先生の 「急性大動脈解離の基礎と臨床」前編 (3月1日配信)

自治医科大学附属さいたま医療センター心臓血管外科 教授の木村直行先生から急性大動脈解離について、前編では疾患分類・病因・疫学について解説していただきます。

大動脈解離は血管内膜に亀裂が生じ、そこから血液が中膜に入り込み縦方向に裂ける状態です。近年では、①急性大動脈解離、②大動脈壁内血種、③穿通性粥状硬化性潰瘍、④胸部大動脈瘤破裂・切迫破裂、⑤外傷性大動脈損傷をまとめて急性大動脈症候群として報告されることもあります。大動脈解離の病型分類は図に示すとおりです。

大動脈解離の発生率は約3人/10万人・年、1年のうち冬期と1日の寒暖差の大きい春・秋に多く発症しています。発症しやすい原因として、高血圧、Marfan症候群、大動脈二尖弁、家族歴、大動脈拡大、重量挙げ、コカイン摂取があげられます。発症については、血管分支部、曲線部において血圧や血流によるせん断応力がかかり、血管内皮細胞が損傷することで解離が引き起こされると考えられています。

胸部大動脈拡大と大動脈解離の関係では、大動脈瘤径が大きいほど大動脈解離発症が多くなることが報告されています。また、大動脈解離発症により大動脈径は平均1.3倍に拡大するという報告もあります。

発症には性差があり、若年発症では男性が多く、高齢者では女性が多く発症しています。また、若年男性では肥満がリスクファクターとなっています。遺伝的因子としては、Marfan症候群、Loeys Dietz症候群があげられるほか、家族性発症例も多くみられます。非症候群性急性解離症例の22%は第一親等に大動脈解離の発症例が認められるという報告もあります。

スポーツ中の発症も時々みられ、運動に伴う急激な血圧上昇が発症を招いていると考えられます。自治医大さいたま医療センターでの症例では、日中発症の急性A型解離479例中5%にあたる25症例はスポーツ中に発症しています。内訳はゴルフが最多で、以下水泳・自転車・筋力トレーニング・その他です。

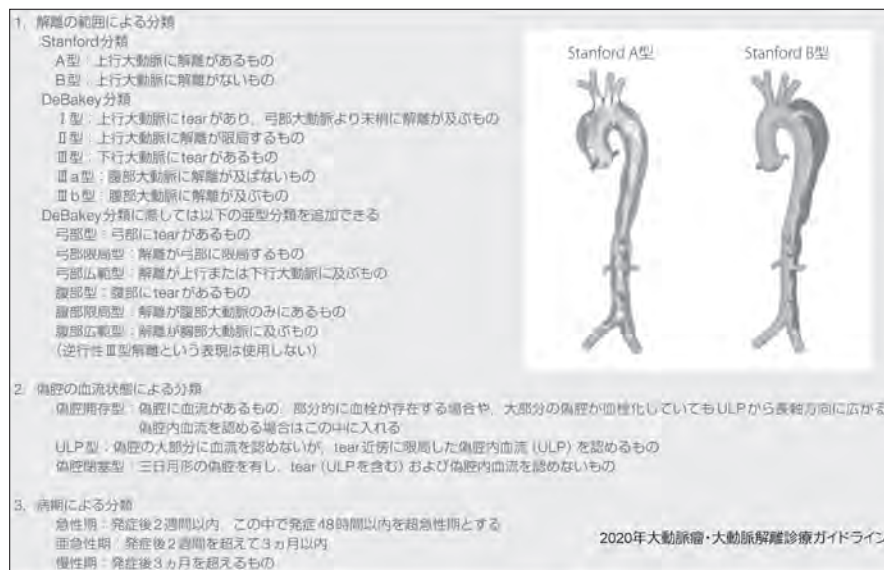


図 大動脈解離の分類

* 木村先生のレクチャーの詳細は、3月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。



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



地域医療とは



瀬戸内町へき地診療所
濱平秀代

この交換日記を執筆してもう1年が経過しました。今年度は初めての診療所勤務ということで、慣れないことも多々あり、さまざまな方に助けていただいた1年でした。今までは、ある程度の規模がある病院での勤務だったので、二次医療圏以上での診療でしたが、今年からはいわゆる一次医療圏として、どのような違いや共通点があるのか、日々学びながら診療を行っていました。多くは慢性期の疾患の管理でしたが、急性期の疾患だった際にどこまで自分たちで対応しどこからは高次医療圏へ紹介するのか、未だに判断に迷うこともあります。しかし、この1年を通して幾分か成長できたのではないかと思います。また、特別養護老人ホームの嘱託医の動き方、通院が困難な方や看取りを含めた往診、海を隔てた離島での巡回診療……これまで経験のなかった業務についても、手探りではありますが少しずつできることも増やせたのではないかと感じています。

2月から3月にかけて、立て続けに看取りを含めた往診の紹介がありました。1例目は腭頭部癌に対し化学療法を行っていたものの徐々に病勢が強くなり、治療継続が困難となった方でした。この方については、①家族が病状をきちんと理解できていなかった、②終末期に差し掛かっていたが急変時を含む最期の希望が聴取されていなかった、といった点で未解決の問題がありました。紹介を受けた後、家族のみ・本人のみ・家族と本人それぞれでインフォームドコンセントを繰り返し行い、病状の理解をしていただき、急変時に侵襲的なことは望まず自宅で穏やかに亡くなりたいとの希望で全員一致の同意が得られました。特に困難を極めたのが患者本人の配偶者で、病状悪化と配偶者の理解・心境変化とでずれが生じ、現実逃避のような状況になっていました。往診を開始してからも話はおろか姿を見ることもできず(自宅の一室にはいました)、いよいよというときに長男さんからお力添えいただいたおかげで、家族全員でインフォームドコンセントを行うことができました。時間はかかってしまいましたが、最終的に全員にお話をするのができて、希望に沿うことができたのではないかと考えております。2例目は胃癌穿孔に対し緊急手術後化学療法を行っていましたが、1例目同様病勢が強くなり治療困難となった方でした。この方については、家族の受け入れや関わり方について適宜介入しました。病状の増悪が急速に進んだこともあり、配偶者の理解が追い付かず不安や恐怖で心理的負担が大きくなっていました。配偶者の話

FROM 奄美大島 (鹿児島県)



診療所から車で1時間離れたところに、夕日が有名なスポットがあります。観光客も多く、天気にもまれた日はきれいに沈んでいく様子を見ることができます。



海上タクシーを使い、今日も巡回診療に行ってきます。

を傾聴し、質問や不安には一つずつお答えして、理解が徐々にでき少しでも不安や恐怖を軽減できるよう努めました。また、本格的に自宅で看ることとなった際に、本人だけでなく家族も休息の時間が取れるような関わり方を、訪問看護の方とも連携して介入していきました。いずれの方も先日亡くなりましたが、最期は穏やかだったと聞いております。

私がこの1年間経験した内容が地域医療の全てではありませんが、一例として本当にたくさんの事を学び考えることができました。来年度も引き続き、瀬戸内町へき地診療所で勤務させていただきますが、この1年で得られたスキルや経験を生かして地域住民の方に安心してもらえる医療を提供していきたいと思っております。



それでは今回はこの辺で。池上先生、毎回楽しい交換日記をありがとうございました。このようなご縁をいただき感謝しております。また、読みづらいことも多々あったかと思いますが、1年間お付き合いいただき本当にありがとうございました。

先日、患者さんよりいただいたタンカンです。この季節が旬で甘くおいしいです。





病院と在宅をつなぐ特定ケア看護師の責任 —在宅NPPV導入の患者とのかかわりを通して—

石岡第一病院 石橋侑香

はじめに

4月も後半になり、新年度のあわただしさが落ち着いたころと思いますが、皆様いかがお過ごしでしょうか。はじめまして、今月担当させていただき、石岡第一病院所属 NDC 6期生 石橋侑香と申します。

石岡第一病院は茨城県の県南に位置し、石岡周辺医療圏の中核病院として、コロナ患者の受け入れを含め、地域医療の発展に努めている病床数126床の病院です。私は2023年3月に特定行為の臨床研修を修了し、現在は特定ケア看護師として病棟や救急外来と幅広く活動しています。当院には特定ケア看護師が私を含め2人います。先輩の特定ケア看護師の活動する姿を目の当たりにしていると、とても頼りになる反面、これから私は同じように活動できるのだろうかと不安に思いながら日々を送っています。

特定ケア看護師を目指したのは

私が特定ケア看護師を目指した話をさせてください。私は最初、強い希望を持って看護師を目指したわけではありません。高校卒業後、手に職を得たいという考えで、働きながら看護師免許を取得しました。看護師として業務に携わる中で、さまざまな人に支えられ、患者様が元気に退院していく姿や「ありがとう」という一言に支えられ、あっという間に10年が過ぎ、今では看護師になってよかったと思っています。

茨城県は医療過疎地です。今まで、私自身が勤めた病院は中規模な病院であり、患者様の急変や病棟での「何かおかしいこと」に医師がすぐに対応困難なことが多々ありました。そんな中、不安を感じる場面をいくつも経験してきました。たとえ医師不足地域の病院であっても患者様に影響があってはいけないと思います。そう考えたとき、医師を支援し地域医療に貢献できる、特定ケア看護師の存在を知りました。そして、総合的なフィジカルアセスメントにより、自分で考え自分の判断に責任を持てる特定ケア看護師にいつしか私もなりたいと思うようになり、2021年4月特定ケア看護師になることに挑戦しました。

今はまだ、特定ケア看護師として働き始めたばかりで、まだまだ努力が必要であると痛感する日々ですが、少しでも多くの患者様に質の高い医療を提供できるよう努力を続けていきたいと思っています。

臨床研修中の経験から

今回臨床研修中に、在宅NPPV(非侵襲的陽圧換気)導入となった患者様の担当をさせていただきました。患者様は呼吸状態が不安定ではありませんでしたが、連日訪室し身体所見を取り、呼吸状態の観察だけでなく、声掛けを行いながら信頼関係を築くことができました。信頼関係を築くことで、在宅NPPV導入という患者様や家族にとって生活環境が大きく変わることでありましたが、受け入れていただくきっかけになった



石岡第一病院



診察の様子

と思います。また、導入に関しては、医師、病棟スタッフ、退院支援看護師、在宅酸素の業者など多くの方と情報共有、情報提供をすることで無事退院へつなげることができました。退院時の患者様の嬉しそうな顔は、今でも忘れません。「ときどき入院、ほぼ在宅」を目指す社会の中で、患者様のニーズに合わせた病院の医療・看護を在宅へつなぐことの重要性と、特定ケア看護師という立場の責任の重さ、地域医療の役割を強く感じた症例でした。

特定ケア看護師となり、私自身、一番不安であったことは、救急対応です。特定ケア看護師に

なる前は、内科病棟の経験しかありませんでした。特定ケア看護師となり、初めて救急外来対応を経験し、緊急性の高い患者様に、焦ることなく冷静に身体所見を取り、必要な検査や処置を行わなければならないので、今でも、分からないことで焦ってしまうことも多く、医師に指導を受けながら日々対応しています。

1年間の臨床研修を修了することができたのは、周りのスタッフに支えられたからだと思っています。今後もこのつながりを大切にして多くの方と協働し地域の皆様のために活動していきたいと思っています。

最後に

以前と比べより多くの患者様、スタッフと関わる機会が増え、活動の場も広がっています。これは、ご指導ご支援いただきました多くの方々のおかげであると感謝しております。特定ケア看護師としての活動は始まったばかりです。知識として足りないことがたくさんあると思います。身体所見の取り方、臨床推論、診断能力などもっと身に付けていきたいと思っています。特定ケア看護師として、「診る」と「見る」の視点で、一人でも多くの患者様に関わり、力になれるよう、これからも頑張っていきます。

地域医療型後期研修

2023. 3. 14

なんで私が東京北医療センターに!?

皆様はじめまして。

「地域医療のススメ」東京北医療センタープログラム所属、専攻医1年目の内木場です。早いもので専攻医1年目も終わりに近づき、ますます身の引き締まる思いの今日この頃です。

今回は研修医日記を執筆させていただける貴重な機会をいただいたので、『なんで私が東京北医療センターに!?!』と題して今までの経歴をつらつらと書いていきます。

神奈川県にある某大学に通っていた当時の私は、このまま大学病院で初期研修医でもしようかな〜と、就職活動もせずに気付くと6年生になっていました。

実はJADECOM奨学生でもあった私は、後期研修はJADECOM内で専攻医を行う定めとなっていました。だったら初期研修医から協会内で研修した方が得なのでは? と思い、慌てて就職活動を開始しました。この時点で6年生の5月頃でした。

いくつか病院を検索していたところ、伊東市民病院という病床数250床、伊豆半島東部唯一の二次救急病院には院内に源泉かけ流しの温泉があるらしいと知りました。卒業試験に追われていた当時の私は温泉というワードに大変惹かれ、やや不純な動機で病院見学に行きました(怒られませんが)。実際、病院見学へ行き、院内の温泉以外にも、教育体制がしっかりしていること、救急症例が豊富なこと、院外ローテーションが充実していること、研修内容の自由度が高い等々たくさん魅力があることを知り、伊東市民病院で初期研修を行うことを決めました。

卒後、念願叶って伊東市民病院で初期研修医をスタートしました。伊東市民病院には約20の診療科が揃っておりましたが、緊急カテーテル検査・治療等が必要な症例は近隣の三次救急病院へ搬送が必要でした。近隣といっても片道40分かけて峠を越えて行かねばなりません。人生初めての当直の日、右も左も分からず救急



プロフィール

2021年4月～2022年3月

伊東市民病院初期研修プログラム

2022年4月～「地域医療のススメ」東京北医療センター



初めての予防接種外来

外来にいた私は、上級医に「ごめん！ STEMIの患者さんの転院搬送行ってきて！」と告げられました。緊張と不安でパニックに近い状態で搬送に同乗した40分間は、まさに地域の二次救急病院の洗礼を受けた経験でした。

そんな当直デビューでしたが、その後は同期や上級医、コメディカルの方々に恵まれ、とても良い環境で研修医生活を送ることができました。研修医2年目になってからは、地域研修で公立久米島病院と、六ヶ所村診療所へ行き、離島医療や診療所の医療を学ぶことができました。また、選択期間を利用して東京北医療センターの総合診療科を2ヵ月ローテートしました。総合診療科はもちろん、病院全体の雰囲気や、他科へのコンサルトのしやすさなど、とても魅力的に感じました。また、自分のロールモデルとしたいような、女性の先生方がたくさん活躍されており、「地域医療のススメ」東京北プログラムへ進むことを決めました。

迎えた4月、晴れて東京北の総診で専攻医デビューを果たしました。専攻医になってからは、病棟管理のほかに初診外来や定期外来も始まり、外来の予習に追われる日もありましたが、毎日学ぶことがたくさんあり、充実した日々を送っています。

以上、私のこれまでの経歴となります。文字数も少なくなり、今回は趣味の話などできませんでしたが、再来年度からは地域医療研修も始まるので、次回また執筆の機会をいただけた際には、あわせて紹介したいと思います。



久米島で乗馬をした時

評議員会・理事会が開催されました……………

2月3日(金)に東京・都道府県会館において評議員会および理事会が開催されました。

13時から開催された評議員会では、中島正信評議員(全国知事会事務総長)が互選により議長に選出され、大石利雄理事長の挨拶ならび永井良三学長、川合謙介病院長および遠藤俊輔さいたま医療センター長からの現況報告の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 役員の改選

議案第2号 令和5年度学校法人自治医科大学事業計画

議案第3号 令和5年度学校法人自治医科大学収支予算

議案第4号 自治医大職員住宅及び敷地の売却

議案第1号の役員の改選では、2月18日で任期満了となる理事のうち「評議員会互選の理事」および「学識経験者の理事」が選出されました。

また、同じく任期満了となる監事選任の同意を得ました。

議案第2号、第3号および第4号については、原案どおり承認されました。

13時50分から開催された理事会では、寄附行為の定めるところにより大石理事長が議長に就き、理事長の挨拶の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 評議員の推薦

議案第2号 令和5年度学校法人自治医科大学事業計画

議案第3号 令和5年度学校法人自治医科大学収支予算

議案第4号 自治医大職員住宅及び敷地の売却

議案第5号 役員賠償責任保険契約の締結

議案第6号 田谷聡常務理事の利益相反取引の承認

議案第7号 平井伸治理事の利益相反取引の承認

議案第8号 中島正信理事の利益相反取引の承認

議案第1号の評議員の推薦は、3月13日の任期満了に伴うもので、「理事会推薦」の評議員について推薦が行われました。

議案第2号から第8号については、原案どおり承認されました。

また、報告事項として、

1 自治医科大学学則の一部改正

2 自治医科大学大学院学則の一部改正

の報告がなされました。

自治医科大学卒業式が挙行されました……………

3月3日(金)、地域医療情報研修センター大講堂において、総務大臣(代理:内藤尚志総務省総務審議官)、栃木県知事(代理:仲山信之栃木県保健福祉部長)、全国知事会会長(代理:中島正信全国知事会事務総長)、稲野秀孝栃木県医師会会長、小熊豊全国自治体病院協議会会長、朝野春美栃木県看護協会会長、森岡恭彦日本赤十字社医療センター名誉院長(本学名誉教授)をはじめ各界を代表される先生方の出席のもと、令和4年度自治医科大学卒業式が厳かに挙行されました。式典では医学部第46期生122名を代表して勝山貴啓君(長野県)に、看護学部第18期生100名を代表して茂木香里さんに、永井良三学長から卒業証書・学位記が授与されました。

また、毎年、学業成績および人格が優れた卒業生に対して学長賞が授与されており、今年度は医学部からは勝山貴啓君(長野県)、小泉幸基君(新潟県)、篠原圭一郎君(埼玉県)が、看護学部からは野川明日香さん、茂木香里さん、茂木理紗さんが選ばれ永井学長から賞状と記念の楯が授与されました。

式典終了後、記念写真撮影を挟み、医学部は永井学長から、看護学部は春山早苗看護学部長から、学部別にそれぞれ卒業証書・学位記の伝達式が行われました。

今回の卒業生を含め、本学から巣立った医学部卒業生数は4,857名、看護学部卒業生は1,875名となりました。

なお、医学部および看護学部卒業生(記念品贈呈代表者:医学部 上田雄亮君、看護学部 近藤千陽さん)から次の卒業記念品を贈呈していただきました。

[医学部] 製氷機1台、体組成計2台

[看護学部] プロジェクター1台

今年度の卒業式では、対面に学生のいない学長式辞、理事長挨拶、来賓祝辞はマスク着用を任意としました。

『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

公益社団法人地域医療振興協会
令和4年度

第2回地方支部長・都道府県支部長・施設責任者合同会議 開催

報告

令和4年度第2回地方支部長・都道府県支部長・施設責任者合同会議が、令和5年2月4日(土)14時から開催されました。開催方法は会場参加+オンラインのハイブリッド形式で、会場・オンライン合わせて56名の役員・支部長・施設長が出席されました。

会議では、挨拶および協会からの情報共有が行われた後、“医療系大学について～大学と協会支部・会員・施設の連携～”をメインテーマにグループワークが行われました。今回のグループワークは、令和4年11月18日に「医療系大学を運営する学校法人への寄附等支援事業」が内閣府に公益的事業として認められたことにより、協会が近い将来、大学の運営に携わることを目的として行われたものです。

グループワーク後には発表およびディスカッションが行われ、協会が大学を設置した際に各支部に期待すること、また各支部や施設が協会に期待すること等が確認され閉会となりました。



地域医療振興協会 会長兼理事長 吉新通康



会議の様

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“おもしろさ”を盛り込む味付けで皆様をお迎えしたいと思います。おもし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。

参加登録受付ならびに高久賞動画募集、写真コンテストの募集を開始しております。学会へのご参加、ふるってのご応募をお待ちしております。

学会の詳細は特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>)にて発信していますので、ぜひご覧ください。



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 ～おもしろいやん、地域医療～」

主幹 地域医療振興協会近畿地方支部

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)

プログラム

6月24日(土) 12:00～18:30 18:30から表彰式・交流会開催

若手医師と学生が本音と夢を語る

大会長講演

高久賞候補演題発表

わが町の在宅医療の課題と展望 ～湖北から全国に発信～

事例で学ぶおもしろいコミュニティケア ～その本質を探る～

地域における救急医療のスペシャリストに聞く

整形外傷対応のためのハンズオンセミナー

おもしろいで!! 地域医療!!

会長兼理事長講演

6月25日(日) 9:00～12:45

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

招聘講演「グローバルヘルスからみる地域医療の新しい景色」

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～」

座長 武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)

コーディネーター 古屋 聡先生(山梨市立牧丘病院)

コメンテーター 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)

シンポジスト

武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)

白石裕子先生(自治医科大学総合診療内科 助教)

菅野武先生(自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授)

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 医長/

教育研修センター副センター長)

6月24日・25日 おもしろ写真展

・・・お知らせ

高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)動画募集

- 募集演題** テーマ「私の地域医療」義務年限期間中の地域での医療活動や業績について
- 応募資格** (対象者には3月末にご案内を郵送しました)
自治医大卒業医師であって令和5年7月から令和6年7月末までに義務年限を終了する予定の方で、第16回へき地・地域医療学会に参加する意思があり、期限までに発表資料(音声付き演題動画・演題概要書)の提出ができること
- 応募方法** 応募用紙提出等郵送した応募用紙記載の要領でご応募ください。
- 募集締切** 応募用紙提出期限 5月8日(月)17時必着
演題動画提出 5月24日(水)17時必着 *5分以内の音声付動画
ご提出いただく動画ファイルの形式や提出方法などは受付後にご案内します。
- 採否連絡** 6月初旬に通知

応募された方々全員を「へき地医療功労者」として表彰いたします。また応募演題の中からあらかじめ10編を選出し、選出された方々には学会当日24日(土)高久賞候補演題としてご発表いただきます。発表後、高久賞選考委員会にて高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)ならびに優秀へき地医療功労者賞を選考し、24日(土)の表彰式にて授与します。

なお、ご提出いただきました動画ファイルは義務年限内の貴重な医療活動のご報告として、協会の事業活動(ホームページ、e-Learning、月刊地域医学、協会の広報媒体等)で利用させていただきますのであらかじめご了承ください。

おもしろい写真展 写真コンテスト募集

第16回へき地・地域医療学会では、へき地や地域の魅力を伝える、地元愛・地域愛にあふれる「おもしろい」写真を募集します。

募集締切 2023年5月31日(水)

応募方法・賞の詳細等は特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>)をご覧ください。

受賞作品は学会大会サイト・現地会場からの参加者投票、ならびに審査員の投票によって決定し、6月24日(土)の表彰式にて発表します。

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 E-mail hekichi@jadecom.jp

令和5年度 中央研修会および現地研修会のご案内

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

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

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

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

令和5年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ(<https://www.zcssz.or.jp/>)をご覧ください。

- 5月 看護補助者の活用推進のための看護管理者研修会
- 6月 診療放射線技師研修会, 薬剤師研修会, 栄養管理研修会, 臨床検査技師研修会
- 8月 健康企画・評価研修会, 保健活動研修会
- 9月 看護師特定行為研修修了者スキルアップ研修会, 健康学習研修会
- 10月 口腔ケア研修会, リハビリテーション研修会, 災害保健研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会,
チーム医療充実を目指したメディカルプロフェッショナル研修会

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

現地研修会

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

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

問い合わせ

公益社団法人 地域社会振興財団 事務局総務課研修係

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436 E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <https://www.zcssz.or.jp/>



第73回 日本東洋医学会学術総会 開催のお知らせ 「あなたの漢方 わたしの漢方 ～オンリー1とナンバー1～」

6月16日(金)～18日(日)の3日間、福岡国際会議場にて第73回日本東洋医学会学術総会が開催されます。「月刊地域医学」を購読されている先生方に即診療に役立てられる情報を提供すべく、日常診療で遭遇することが多いCOVID-19、救急、痛み、めまいなどに関するシンポジウムなどを用意しています。ホームページでは主なプログラムを掲載しておりますのでぜひご覧ください。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

開催形式 ハイブリッド形式

主催 一般社団法人日本東洋医学会

会期 2023年6月16日(金)～18日(日)

オンデマンド配信 2023年6月9日(金)～7月23日(日)

※プログラムごとに配信スケジュールが異なります。詳細についてはホームページでご確認ください。



現地会場 福岡国際会議場(〒812-0032 福岡県福岡市博多区石城町2-1)

登録受付期間 2次：2023年5月8日(月)10:00～2023年7月23日(日)17:00

参加費	区分	2次登録
	会員	15,000円
	非会員	16,000円
	学生	1,000円

申込方法 本総会の参加登録は、オンライン登録のみとなります。

「第73回日本東洋医学会学術総会」ホームページの「参加登録・宿泊予約」よりお申し込みください。



問い合わせ

第73回日本東洋医学会学術総会 運営事務局

〒810-0041 福岡県福岡市中央区大名2-6-5 天神西通り館6F

TEL 092-715-0633 FAX 050-3730-8614 E-mail contact@73jsom.com



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, 飯舘村)

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ル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

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永真一

・・・会員の皆さまへ

会費のご案内

1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)
準会員(変更無し)……………10,000円
法人賛助会員(変更無し)…50,000円
個人賛助会員(変更無し)…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)
準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。
自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会に負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

- ・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会
- ・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083
名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

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

北海道

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月で定年となったため、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、対岸に秀峰峠ヶ岳と渡島連山、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、再スタートしました。新たなスタートを応援してくだ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・暮らしがきっと「北海道」にあります。
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>

医師募集
 北海道で地域医療に貢献したい！
 北海道に移住したい！
 そんな夢や希望を叶えませんか！
 医師+北海道東京事務所=北海道移住

○北海道の地域医療視察・体験
 1日～3日程度の旅費を負担します。
 まずは視察という方にオススメ！
 ○御希望を踏まえた勤務先の調整
 公的医療機関等の求人情報を把握！
 北海道職員が丁寧に対応します。

ドクターズ北海道移住「mateni」 無料配布中！
（1）詳しくは、北海道東京事務所ホームページをご覧ください

北海道東京事務所行政課（担当：佐々木）
※道外医師招聘を専門としている北海道職員です。
 TEL：03-3581-3425（直通）
 E-mail：tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp
 HPアドレス：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 北海道志志郡乙部町字緑町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/lfsrq0000001psv.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_iryu/1_1/1317.html

受付 2022.7.6

熊本県

上天草市立上天草総合病院

●内科，外科，整形外科 若干名



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

病床数：195床
 職員数：360名（うち常勤医師13名）
 所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19
 連絡先：上天草市立上天草病院 事務部長 須崎
 TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546
 E-mail t.susaki@cityhosp-kamiyamakusa.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。医師を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。何卒よろしくお願ひします。
<http://www.cityhosp-kamiyamakusa.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だき、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おりますので、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たなしで求められております。

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

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

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

問い合わせ、相談、見学など歓迎します。随時受け付けております。

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

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿の категория 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 categoria 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といふ論文。

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を用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所て内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身*)とする。(※必要な場合のみ)

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

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

【書籍】

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

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)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

桜の時期も瞬く間に過ぎ、新緑が目にも鮮やかな初夏の季節になってきました。

今月号のインタビューは異色の経歴をお持ちの生坂政臣先生です。現在専門医機構で、総合診療専門医育成のリーダーをされています。

特集は「公衆衛生から地域医療へのメッセージ -両者のさらなる連携・協働の推進を目指して-」です。公衆衛生も、地域医療もカバーする領域が非常に広く、また深いので、この2つの連携・協働はありとあらゆる分野に関係すると思います。実際、特集でも感染症から、災害医療、フレイル対策と幅広く論じられています。社会医学としての医療の全てを包含していると言っても過言ではないように思います。

社会を学ぼうと最近のニュースを渉猟してみました。難しい漢字を多く学びました。皆さん、読んだり書いたりできますか？

捏造(ねつぞう)、忖度(そんたく)、辻褄(つじつま)、杜撰(ずさん)、慚愧(ざんき)、躊躇(ちゅうちよ)、魑魅魍魎(ちみもうりょう)。日本の社会はこんな漢字に溢れていました。若者に「この言葉は使えるから、覚えておけよ」と言える言葉が少なかったですね。ひとつ、侍(さむらい)という漢字は良かったです。医師は紹介状などに侍史(じし)とか机下(きか)とかを使うことが多いように思いますが、侍は訓読みでは侍る(はべる)であり、侍史は秘書・侍者を通じて提出するという意味だそうです。

石田波郷の句に、「雀らも海かけて飛べ吹流し」というのがあります。新入生、新研修医、新人たちがようやく慣れてきた時期です。鯉のぼりのように大きく成長してほしいものですね。

北村 聖



月刊地域医学 第37巻第5号(通巻439号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年5月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

第16回 へき地・地域医療学会 テーマ
医療の谷間に灯をともして50年

おもろいやん、 地域医療

開催日：2023年 6月24日(土) 25日(日)

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開催

大会長 **武田以知郎**

明日香村国民健康保険診療所 管理者

実行委員長 **堀井学**

市立奈良病院 副病院長



招聘講演

『グローバルヘルスからみる地域医療の新しい景色』

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(GHIT Fund) CEO

メインシンポジウム

テーマ 地域医療の過去と未来 ～さあ行こう、新しい景色へ～

座長

武田以知郎 先生



コーディネーター

古屋聡 先生

山梨市立牧丘病院

コメンテーター

國井修 先生



シンポジスト

武田以知郎 先生

明日香村国民健康保険診療所 管理者



シンポジスト

白石裕子 先生

自治医科大学総合診療内科 助教



シンポジスト

菅野武 先生

自治医科大学医学教育センター
医療人キャリア教育開発部門 特命教授



シンポジスト

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

明日香村の亂石

学会特設サイト：<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務局 へき地・地域医療学会担当

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 Email hekichi@jadecom.jp



9784909117717



1923047006004

ISBN978-4-909117-71-7
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)