

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

9
2023
Vol.37-No.9

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

地域医療実習・ 研修でなにを学ぶのか

[企画] 北村 聖 公益社団法人地域医療振興協会 顧問

●インタビュー

「地域の病院としての役割を果たすために。」

加藤正哉 有田市立病院 管理者

会員向け



JADECOM 生涯教育 e-Learning

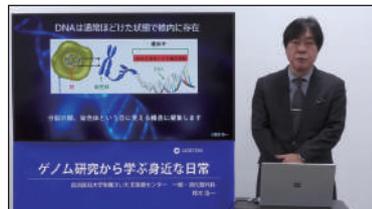
会員向けのContents



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。



「ゲノム研究から学ぶ 身近な日常」[前編・後編]

7月1日、8月1日配信 ▶

鈴木浩一先生

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科 教授

鈴木浩一先生は1988年浜松医科大学卒業後、1995年より浜松医大大学院をはじめとして約10年間基礎研究に携わりました。2006年自治医科大学さいたま医療センター 一般・消化器外科に着任し、現在はオンコロジーセンターで主に消化器がんの化学療法に従事しています。

ここではゲノム研究を、身近な日常とからめてお話しています。

前編では遺伝子研究の歴史を振り返り、二重らせん構造モデルの構築までの経緯、2003年にヒトの全ゲノム情報が解読されたことを解説。がんに生じた複数の傷、ゲノムの異常をとらえ、それをがん治療に応用したのが「ゲノム医療」であると述べています。そしてゲノムを制御するすべての情報であるエピゲノムについて解説しています。

後編では、がん抑制遺伝子・がん遺伝子が蓄積されることによって発がんに至る経緯について、遺伝子修飾異常とがん研究の歴史からレクチャーしています。

また研究という科学を診療という実学が、両輪のように同時に進行しなければならないと述べ、ゲノムを紐解く研究は、日常とかけ離れた学問のようで、多分に実学の側面がある非常に興味深いテーマであると、研究の面白さを語っています。



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



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)

目次

インタビュー

- 地域の病院としての役割を果たすために。／加藤正哉 2

特集 地域医療実習・研修でなにを学ぶのか

- エディトリアル／北村 聖 12
- 総論
- 臨床研修制度の変革の歴史 -改革の目的はなんだったのか-／北村 聖 13
- 地域医療研修について
- 臨床研修における地域医療研修について／木下順二 18
- 地域医療を学ぶ -高知で起きていること-／倉本 秋・西 満子・他 23
- JADECOMの初期臨床研修・地域医療研修／井上陽介 30
- 実際に学ぶこと
- 初診一般外来を学ぶ／船越 樹 34
- 地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)を学ぶ／高木史江 41
- 在宅医療・終末期医療とACP・リビングウィルを学ぶ／金子 稔 47
- 介護を学ぶ／横田修一 53
- プロフェッショナルリズムを学ぶ／吉村 学 60
- 文化人類学的医療を学ぶ／宮地純一郎・錦織 宏 65
- 研修評価
- 研修医の評価とフィードバック -360度評価について-／廣田俊夫 71
- EPOCを用いた研修評価について／高橋 誠 78

原著

- COVID-19流行初期の都内二次救急病院における救急外来受診パターンの変化／福田詩織・西村正大・他 84

症例

- Smart Eye Cameraを用いた遠隔診療が有用であった角膜潰瘍の一例／中山慎太郎・須藤篤史・他 90

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119回“個人情報管理”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 96

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- ゲノム研究から学ぶ身近な日常 前編・後編 104

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断②／林 貴菜 105

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 卒後23年、人生勉強継続中／秋元正年 108
- 「関係人口」の一員として、義務年限を楽しく過ごす ~元プログラマー 内科医・たきいの今~／滝井孝英 110

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定行為研修修了看護師の活動の基盤づくりと高齢者看護の質向上 -病院・施設管理者としての立場から／中野博美 116

研修医日記

- 後期研修が始まって／安原千晴 118

自治医大NOW

- 令和5年度 都道府県自治医科大学主管課長会議開催／令和5年度 第1回看護学部オープンキャンパス・高等学校進路指導
担当教諭への進学説明会開催／各講座等における義務年限終了卒業生の令和6年度採用計画について 120

- 報告 理事会・総会レポート124
- お知らせ136
- 求人病院紹介142
- 投稿要領148
- 編集後記巻末

INTERVIEW

有田市立病院 管理者
加藤正哉先生



地域の病院としての役割を 果たすために。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

脳外科医として地域へ

山田隆司(聞き手) 今日、和歌山県の有田市立病院に管理者の加藤正哉先生を訪問しました。ここは4月から地域医療振興協会が指定管理者として運営を開始し、先生に管理者として着任していただいたわけですが、まずは先生のこれまでの経歴を簡単に紹介していただけますか。

加藤正哉 私は自治医科大学の宮城県5期卒業です。宮城県は当時、国立仙台病院が研修病院だったので、2年間そこで研修しました。1年目は内科、外科、産科、小児科をローテーションした後、2年目は希望の診療科を選択できたので、半年間脳外科を回ったことでその面白さと忙しさに魅了されました。

初期研修を終えて3年目に地域に派遣される時に、気仙沼市立病院に脳外科が開設されるタイミングと一致した幸運に恵まれ、県からの派遣ではありましたが、東北大学の医局に入って、指導医と一緒に脳外科医として気仙沼市立病院に赴任させてもらいました。

山田 指導医と先生の2人だけですか。

加藤 実は宮城県同期の鈴木晋介先生も脳神経外科志望だったので、指導医と私と鈴木先生の3人体制でした。

気仙沼市立病院には3年間在籍しましたが、その間気仙沼と東北大学を3~6ヵ月ごとに行ったり来たりして、大学病院での臨床や研究

にも関わらせてもらいました。その後、後期研修として東北大学に1年間戻った後、脳神経外科医の専門医を取得しました。自治医大の卒業生は義務年限中に専門医を取得するのは難しい場合が多いのですが、私は恵まれていて、他大学卒業の先生と同じタイミングで専門医を取ることができました。その後、七ヶ宿町国民健康保険診療所に2年間、赴任しました。

山田 七ヶ宿町診療所は私も何回か代診で行きましたが、山形県高島町との県境にあって自然に恵まれた良いところですよ。脳外科の専門医を取ってから一人診療所へ出たわけですね。

加藤 はい。卒後7、8年目でした。最後の9年目は公立佐沼病院(現 登米市立登米市民病院)に脳

外科開設のために医局から派遣され、今度は一人脳外科科長として赴任しました。一人だったので外科の先生に手伝っていただいて手術もしてはいましたが、そこでは未熟で何もできなかったという思いがあります。

山田 その1年で義務は終了したわけですね。義務明けはどうされたのですか。

加藤 東北大学の脳外科の人事で、福島市の大原医療センターへ脳外科医として赴任しました。4人体制の3番目という立場でしたが、緊急を含めて手術もたくさんさせていただき、そこでようやく脳外科医らしい仕事ができたと感じました。

自治医大救急科の立ち上げ

加藤 その2年後に自治医大に戻る機会が訪れます。当時は多くの大学病院に救急診療部門が設置された時期で、自治医大でもこの年に東京大学を退官された沼田克雄先生をお迎えして、新しい救急医学講座と救急部が作られました。このスタッフとして声をかけていただいたことで卒後11年目に母校に戻った次第です。

山田 救急科の立ち上げのために自治医大に戻られたのですね。

加藤 救急医学講座開設が1992年4月で、私が加わったのは9月からになります。自分は脳外科医として救急診療に関わっていくつもりでしたが、10年以上自治医大の脳外科の先生方とは接点がなかったので、最初の半年は脳外科に所属させていただいて顔つなぎをしてくれませんか、と沼田先生に配慮していただいたのが、その後大

変役に立ちました。

山田 当時の救急は、脳外科や消化器外科、循環器科、麻酔科などといったいろいろなバックグラウンドを持った人たちが集まって成り立っていましたよね。

加藤 そうですね。教授の沼田先生が麻酔、それから循環器の夏目隆史先生、麻酔・集中治療の鈴木正之先生、消化器外科の安田是和先生を中心に口腔外科や地域医療講座からもたくさんの先生方に手伝っていただいて始まったと記憶しています。

私自身の脳外科医としての経歴は、東北大学を離れた関連病院ではもっぱら脳卒中や頭部外傷等いわゆる一般脳神経外科診療に従事していましたが、大学での臨床や研究では定位脳手術などの機能外科をやっていました。佐藤文明先



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

生が始められた自治医大脳外科の初期には、我が国でも数少ない東海理化製の定位脳手術装置の機械があり、石島武一助教授が機能外科手術をされていました。しかし、石島先生が東京都立神経病院に移られた後、長年機能外科をやる人がいなくてその領域はすっかり中断されました。そこに、救急部付けではありましたが、他の脳外科スタッフが誰も関わっていない領域のサブスペを持っていた私に加わったので、増沢紀男教授のご配慮で、新たに大学の脳外科医としてステレオの手術を再開させていただくことができました。

山田 ステレオの手術の対象となるのはどんな患者さんが多かったのですか。

加藤 パーキンソン病や本態性振戦など、神経内科で診断がついた患者さんのADLを上げるための

手術ですね。90年代後半は不随意運動に対する定位脳手術の手技が破壊術から刺激術に移りつつある時期で、神経内科の藤本健一先生と一緒に、全国に先駆けて視床下核の脳深部刺激療法を始められました。2000年代になると村松慎一先生がNIHからアデノ随伴ウイルスをベクターとする遺伝子治療の技術を持って帰国されたのをきっかけに、当時の自治医大分子病態治療研究センター長をされていた小澤敬也先生のグループでドパミン合成酵素の1つであるAADC(芳香族アミノ酸脱炭酸酵素)を大脳基底核の神経細胞に導入するパーキンソン病の遺伝子治療を開始して、研究にも関わらせていただきました(https://hematopaseo.jp/expert/17_ozawa_02/)。

山田 なるほど。時代の最先端の仕事に関わったんですね。

一方で救急では脳外科医といいながらも、外傷であれ基本的にはジェネラルな対応をしなければならなかったわけですね。自治医大の救急は重度の、高度救命的な例も多かったのですか。

加藤 結構ありました。2002年に救命救急センターになってからは、年間約5,000台を超える救急車を受け入れていましたが、それ以前も本館東口に急拵えされた8床の狭い病棟で2,000台ほどの救急搬送に対応していましたし、重症患者も多かったですね。

和歌山県立医大の救急の教授として

山田 和歌山県立医科大学に行かれたのはどういきっかけだったのですか。

加藤 人づてに教授選の公募があることを教えていただいて、自治医大内外のそれまでいろいろなところで関わってきた先生方のお力添えもあって、2011年8月に着任しました。実は和歌山には縁もゆかりもありませんでした。

山田 縁があったわけではないのですね。和歌山医大は脳外科ではなく救急ですよ。

加藤 そうです。救急・集中治療医学講座の教授と高度救命救急センター長を務めました。実は和歌山医大の脳外科には定位脳手術領域では全国でも有名な先生がいらっしたので、かつて自分がそれをやっていたことは黙って(笑)、救急に専念しました。

山田 和歌山医大には自治医大の卒業生も研修に行くのですか。

加藤 和歌山県は県立病院がないので自治医大の卒業生の多くが和歌山医大で初期研修をします。

救命センターにも毎年2～3人の自治医大卒業生が回っており、その後救急に入職してくれる人もいます。今も救命センターに卒業生が4、5人います。

山田 では和歌山の自治医大卒業生はほとんど顔見知りですね。

加藤 はい。和歌山に来てから和歌山県人会に入れていただいて、いろいろ助けてもらっています。

山田 卒業生は和歌山医大のどこかの講座に入局して公立病院に派遣される例が多いのですね。そうすると義務年限の9年間に専門医が取れて、専門医として派遣してもらえるのですか。

加藤 みんながそうできると良いのですが、自治医大卒業生が義務年限内で地域の病院に出るときは、内科医として勤務することが求められていますので、希望の診療科によっては必ずしも専門医取得が義務内でできるわけではありません。

山田 なるほど、そんな状況なんですね。

有田市立病院に救急総合診療科設置

山田 さて、いよいよ今日の本題、有田市立病院について伺いたいと思いますが、先生はこの3月に和歌山医大を退官され、4月から着任していただきました。ここは医師確保や経営難の問題を抱えておられ、総務省から「公立病院医療提供体制確保支援事業」による専門的支援を受ける自治体選ばれ、その後協会が指定管理者となったわけです。専門医制度ができてから大学

からの医師派遣が難しくなっている状況ですが、和歌山県内でも存続の厳しい病院は他にも出てくるのではないのでしょうか。

加藤 人手のかかる、緊急性のある診療科は医療圏の中で集約をしないとやっていけないのではないかと考えています。例えばこの有田地域には、隣の有田川町に済生会有田病院があります。ここから車で15分くらいのところですよ。どちらも



(厚生労働省ホームページ 福祉・介護 地域包括ケアシステムより)

和歌山医大の医局の関連病院で、整形外科はそれぞれ3人ずつ医師を出しているので、2つの病院が1つになれば4人の医師を出せばよいはずだとみんなが考えています。また済生会有田病院は2019年に厚生労働省が出した再編統合の424病院のリストに入っていますが、それでも統廃合というのは難しいのが現状です。

山田 地方自治体が公務員を抱えて病院を運営するのは改革や再編が進みにくいということで、このたび有田市は指定管理という手法を選ばれたのだと思うのですね。それも含めて今後の病院の展望についてはどのように考えられていますか。

加藤 実は済生会有田病院の院長は自治医大の7期生です。よく知っている後輩なので、病院自体の統合はできませんが中身を統合しようという話をしました。この4月から大学から済生会への外科医の派遣が1人減らされ、当院も1人減っているのです。手術の際には両院が調整して外科医の行き来をしようと2人で相談して始めました。手術のために当院の外科医が済生会に行ってもここで働いているという考え方で、給料などはそのままです。人のやり取りだけをし

ています。

山田 いろいろなセクターが入っていると統廃合というのは難しい。そういう中で、最近では地域医療推進機構などの試みもありますが、なかなか進んでいないところが多いようです。でも、先生がおっしゃるように、両方のトップが自治医大卒業生で、派遣元の大学が同じということであれば、比較的調整しやすいかもしれないですね。円満に、地域内のリソースを効率よく活用できるという点で、相互に担保しあう良い仕組みができるといいですね。

加藤 昨年までは自分が派遣元において、人が足りないことはよく理解しているので、何とかうまくできればいいと思っています。

また、この4月から内科で「救急総合診療科」を標榜しました。内科の中で救急車の対応に専任を置いて救急医療に取り組み、実態として1次から2次のさまざまな疾患を取り扱っていくとの考えです。厚労省が掲げている「地域包括ケアの図」では、10時の方向に救急車がいます。「10時の救急車」という言い方をしますが、地域包括ケアシステムは、「おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域

を単位として想定し、その中で治療しケアしていきましょう、そして本当に具合が悪くなったら救急車を呼びましょう」という考え方です。でも10時の救急車の穴は結構あって、高齢者は救急車で地域から出てしまうと元の居住地に戻ってこられなくなってしまう。包括ケアシステムをいくら作っても、中で納まらず、出た先でみんなが困っているわけです。その穴をゼロにはできませんが、10時の救急車を呼ばなくてもいいように、あるいはその救急車が地域の中を向いて搬送できる仕組みが必要だと思っています。

山田 そうですね。在宅で介護されている高齢者が

急に具合が悪くなったような場合、全てを救急車で搬送して大学病院に運ぶのが適切だとは思えません。やはり状況に応じてある程度は地域の中で対応できないと、そのためには地域病院にも救急の能力は必須です。そういう意味では先生が救急というバックグラウンドをもって有田市立病院に着任されたのは、この地域にとっても心強いですね。

加藤 大学病院の救急にいたときは「何でこういう患者がうちに運ばれてきたのか？」という現場の声を数多く聞いていたので、これからはそうならないように自分たちがしっかり受け入れていきたいと思っています。

病棟管理のできる医師の育成

加藤 また、この規模の病院で一番必要とされる医師は病棟を診られる医師だと思っています。つまり内科医といっても胃カメラができて心電図を読む医者はいても、肺炎の高齢者をきちんと管理する人がいない。言葉を変えれば肺炎治療のガイドラインは知っているけれど自分の役割はそれではないので、やりたくないとする医師が多くなってしまったように思います。総合医であるけれど診断する総合医ではなく、ジェネラルな入院管理をするホスピタリストが一番必要だと考えています。

山田 本当にそう思います。地域の病院に必要なのは病棟医ですね。高齢者は内臓全ての機能が落ちていて簡単には在宅に復帰できないような人たちが多くいます。それを総合的に診る病棟医というのは地域にとってますます必要になって

くると思います。

加藤 でも今の研修医制度では、そういう医師を養成する仕組みが足りないのではないのでしょうか。そのため和歌山医大にいるときに、初期研修医と卒後3年目の各科の専攻医は必ず3ヵ月間、救命救急センターで働くというルールを作りました。救急で運ばれてきた人は全て救命センターに入院しますので、入院患者を診られる体制ができるのではないかと考えたのです。

山田 それは素晴らしいですね。救命センターで救急の専門医を育てるというだけではなく、どんな専門科を目指していても救急対応ができるように、あるいは入院患者を適切に管理できるように、救急のローテーション研修を充実させるというのは的を得ていると思います。協会も現在いくつか研修基幹病院を運営していますが、

人気のある病院の研修でコアとなっているのは救急とICU、そして総合診療または総合内科、つまりホスピタリストにとって必須の研修です。自分は専門しか診ないと言っていたら地域の病院は破綻してしまいます。多くの若い人たちが育っていく中で、救急や総合的な入院管理がセットになって学べれば地域の病院にとって有用だと思います。

新しく標榜した救急総合診療科が中心になって急病の人、入院管理が必要な人たちをまずは

幅広く受け入れ、必要に応じて高次の医療機関に転送する。地域の病院としての役割が明確になり周りとの機能連携が進めば、ここは1つの好事例になるのではないのでしょうか。

現在、協会の運営病院は26を数えますが、先生にはぜひ協会全体との交流もお願いしたいです。先生の人材育成やここでの病院再建の経験は他の地域でも参考になると思いますし、後進にもアピールできると思います。ぜひ力を貸してください。

専門医取得について考えること

加藤 自分は良い巡り合わせで義務年限内に脳神経外科専門医を取ることができた、と先ほど話しましたが、卒業生がみんなそうできたらいいと私は思っています。和歌山医大でも学生に地域医療の講義をしていますし、地域医療支援センターを設置して、地域枠学生の卒後キャリアパスを作っていくとはしていますが、その先もずっと医者をやるといって、長い目で見た視点がないのです。もう少し違った育て方があるのではないかと感じていました。自分自身の経験で言うと、9年という義務年限は十分長いので、早く専門医を取らせたほうがいいと思います。何科の医者にしても県内では足りない地域があるはずなので、専門医を取ってそういうところに派遣される方が、本人も幸せで、住民も幸せで、病院も助かると思います。にもかかわらず、何の資格も取らせないままに8年目、9年目の医師を一律内科医として外に送るといっては、みんながストレスだと思っています。和歌山医大にいる間はそう言い続けたのですが、在任12

年ではそこまでできませんでした。

山田 旧来の専門医制度は、各専門科の研修を効率よく早く修めるといって少し偏りすぎた傾向があって、その反省のもとに若干方向性が変わってきました。総合医は専門医の対極としてあるわけではなく、基本的には卒前や初期研修は、みんなが同じように総合医的な視野を学んでジェネラルなベースの技能を身に付ける。その後も多くの臨床現場で必要とされる幅広い総合的な研修を土台にすべきだと思うのです。高次の医療機関で狭い領域だけを学んでそれ以外の分野の診療はできないということになると、それでは日本全体の医療を支えられません。優秀な臨床医を育てたいと思ったら、やはり日本の医療ニーズに見合った研修、高齢者を診る、入院管理をする、救急にも対応するのは当たり前で、それを学べる卒後の研修体制ができればいいと思うのです。そういったことの方針をつける研修のあり方が、自治医大式としてあっていいのではないかと思います。

加藤 おっしゃる通りだと思います。私もそう思っています。ただ若い時、特に義務内の9年間は専門医を取れていないというのは、結構気持ちが悪いですよね。であれば、早くに専門医を取らせて「自分は専門医なんだ！」と言わせておいて(笑)、きちんと患者を診る医者になっても良かった方がいいのではないかと思います。

山田 確かにそれもありますね。今は専門医を取ることが目的ようになってしまっているところがあり、先生のおっしゃるようによく専門医を取れるようにするというのも一つかもしれません。しかしきちんと患者を診る医師になるためにへき地勤務は役立っているわけで、そういった経験

が何らかの形で研修履歴として認めてもらえるようになれば良いようにも思います。都道府県でいろいろ事情が違いますが、卒後2年間の初期研修の仕組みを自治医大が先駆けて作った時のように、専門研修についても地域に役立つ何らかの共通の仕組みを自治医大として提案できるとよいのではないかと思います。

先生が脳外科の専門を超えて和歌山医大で救急医療の指導者として活躍されてきたように、ここでもいろいろ提案していただいて、地域にとってふさわしい医師育成ができるようにしたいですね。

まずは患者を診る

山田 最後に、現在も地域で頑張っている後輩たちにエールをお願いします。

加藤 専門医を取得したり、研究をすることはどのタイミングでもできますが、「患者を診る」ことは継続していかないと身に付きません。専門的に患者を診ることができればジェネラルに患者を診られるし、ジェネラルに診ることができればどんな専門家になっても患者を診られる。患者を診られないと医者は仕事にならないので、「患者を診る」という態度だけは、立場にかかわらず、忘れないでほしいと思います。

今、改めて感じているのは、大学のカンファランスなどで「鑑別診断をしてから検査をしない」と教えてきたつもりなのですが、自分が教えた研修医たちが、「技師さんがいなくてCTを撮れないから頭部外傷は診られません」と言うのです。そうではないだろうと思うんですよ。

「CTが要るかどうかが診るのが診察なので、まず患者を診て、CTが必要なのに撮れないならどこかへ送ればいいし、撮れば撮って読めばいい」と。でもCTが撮れない日は「診られません」と断る。その発想は正しくないなと思います。専門医だろうが、総合医だろうが、とりあえず患者を診るという姿勢が大事なのです。それは専門研修をしたから身につくものでもないし、総合医の研修をしたから身につくものでもない。それをぜひ、若い先生方には心がけてほしいと思います。

山田 診ないことには、学ぶこともできないし、自分たちの能力も上がらない。常に率先して診るという気持ちが必要ですよ。本当にそう思います。

加藤先生、今日はありがとうございました。今後もよろしくお願いします。

加藤正哉先生(かとう せいや)先生 プロフィール

1982年自治医科大学卒業。国立仙台病院で勤務の後、東北大学医学部脳疾患研究施設脳神経外科に入局。公立気仙沼病院はじめ宮城県内の公立病院、へき地診療所などに勤務。1992年自治医科大学救急医学講座助手に着任し、1994年同講師となる。1997年ニューメキシコ大学医学部神経学講座(MEG laboratory)に留学。2002年自治医科大学救急医学助教授、2007年同准教授に就任。2011年和歌山県立医科大学救急集中治療医学講座教授、同附属病院高度救命救急センター長に就任。2023年有田市立病院管理者となり現在に至る。



地域医療実習・研修で なにを学ぶのか

企画：公益社団法人地域医療振興協会 顧問 北村 聖

特集

●エディトリアル

総論

- 臨床研修制度の変革の歴史 - 改革の目的はなんだったのか -

地域医療研修について

- 臨床研修における地域医療研修について
- 地域医療を学ぶ - 高知で起きていること -
- JADECOMの初期臨床研修・地域医療研修

実際に学ぶこと

- 初診一般外来を学ぶ
- 地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)を学ぶ
- 在宅医療・終末期医療とACP・リビングウィルを学ぶ
- 介護を学ぶ
- プロフェッショナリズムを学ぶ
- 文化人類学的医療を学ぶ

研修評価

- 研修医の評価とフィードバック - 360度評価について -
- EPOCを用いた研修評価について

エディトリアル

公益社団法人地域医療振興協会 顧問 北村 聖

我が国の医学教育は2000年以降、大きく改革され、6年間の学部教育と、2年間の臨床研修(いわゆる必修化初期臨床研修)、そしてその後の専門医研修(いわゆる後期研修)に分けられ、それぞれの段階で、地域医療を学ぶことになっている。学部教育では、主には座学で、地域医療とはなにかを学び、短期間とはいえ地域医療の現場で実習を行う。今は、学生時代から診療参加型臨床実習を行う方向にあるが、まだまだ見学型が多く壁は高い。

一方、必修初期臨床研修では1ヵ月以上の地域医療研修が義務付けられており、プログラムにより大きな差異があるものの、地域医療の現場に研修医が入って多くの体験をしている。今月号では、この初期臨床研修における「地域医療研修」に焦点を当てる。総論では、初期臨床研修制度に地域医療研修が取り入れられた背景と目的、そしてその変革の歴史について解説している。

各論では、制度として、地域医療研修の協力病院に求められることが解説されている。各診療科での研修と異なり、地域医療ではその現場での体験を重視するべきで、協力病院に求められる条件はそれほど厳しくはない。むしろ、指導医がどのように研修医を導くかが問われる。具体的には、日々の振り返り(reflection)を通じて、真の臨床力、応用力を高めることが重要と思われる。

さらに、初期臨床研修に先進的に取り組んできた組織の実際の例が紹介されている。そして研修医が地域医療研修で実際になにを学ぶのかを、地域実習に力を入れている各施設の指導医に執筆していただいた。

最後に研修医の評価とそのフィードバックについて解説。

全体を通して、研修医にとって知っておくべき内容であると同時に指導医にとっても参考となるものとなっている。

全体を通して、「そもそも、地域医療ってなんだ？」という疑問の答えが得られれば良いと思っている。労災病院は勤労者医療を行い、市民病院は生活者医療を行うと言われてもその違いがよく分からない。保険医療との対比で地域医療を見たほうが分かりやすい。大学病院などの大病院の活動は一部の高度先進医療を除くとほとんどが国民皆保険の保険医療の範囲である。すなわち、収入のほとんどはレセプトを介したもののみである。一方、地域医療は保険医療が大きな部分を占めるものの、乳児検診や学校医などの予防医学、健康増進など地域活動、さらに介護保険の部分や終末期医療などもその範囲である。住民が生まれ落ちてからこの世を旅立つまで全てに関与するのが地域医療と研修医諸君に身をもって体験してもらえれば素晴らしい研修だと思う。

臨床研修制度の変革の歴史 —改革の目的はなんだったのか—

公益社団法人地域医療振興協会 顧問 北村 聖

POINT

- ① 新研修制度の目的は、人格の涵養と、基本的診療能力の獲得
- ② 新研修制度の評価は客観的にも、ナレーティブにも高い
- ③ 研修基幹で学ぶ地域医療研修は重要な意味を持つ

はじめに

我が国の医学教育の大きな改革は、2000(平成12)年前後に始まった。その引き金は文部省(当時)の有識者会議「21世紀医学・医療懇談会」の提言にあった。第1次報告(表1a)において医学教育の改革の必要性を述べ、第4次報告(表1b)で改革の方向性を示している。これに則った形で、アクティブラーニングの導入や、医学教育モデル・コア・カリキュラムの導入や共用試験の実施、診療参加型臨床実習の導入が行われてきた。

学部教育に引き続いて、卒後臨床研修の改革の必要性も強く主張され、臨床研修の必修化が合言葉のように用いられたことを思い出す。本稿では、卒後臨床研修の改革に的を絞って振り返り、改革の意図を今一度確認する。

新研修制度以前(表2, 3)

明治維新後、日本は西洋医学、それも相良知安の強引ともいえる働きによりドイツ医学を導

入することになった。ドイツ医学の中心的制度は大学・研究所に付属する病院という位置づけであり、臨床研修制度と呼べるものではないが、医師修練制度というものがあつた。実際は、大学卒業とともに、新入医局員として先輩から研究と臨床の手ほどきを受けるものであつたよう

表1a 文部省 21 世紀医学・医療懇談会 第1次報告 (1996 年 12 月)

- なぜ医学教育改革が必要なのか
- 患者中心、患者本位の立場に立った医療の必要性
 - 先端医療と生命の尊厳との調和が必要
 - 受験学力の高いものが医学部に進学する疑問
 - 知識の伝授のみで、態度・技能の習得が充分に行われていない
 - 人間性豊かな医療人を世に送り出す必要性

表1b 21 世紀医学・医療懇談会 第4次報告(1999 年)

- 医学教育体制の改善の方向
- 学部教育の改善
- 入学者選抜方法の改善
 - 豊かな人間性の涵養とコミュニケーション能力等の育成
 - 少人数教育の推進と臨床実習の充実
 - 教育内容の精選と多様化
 - 適切な進級認定システムの構築と進路指導の充実
 - 今日の医療の課題に応じた諸分野の教育の充実

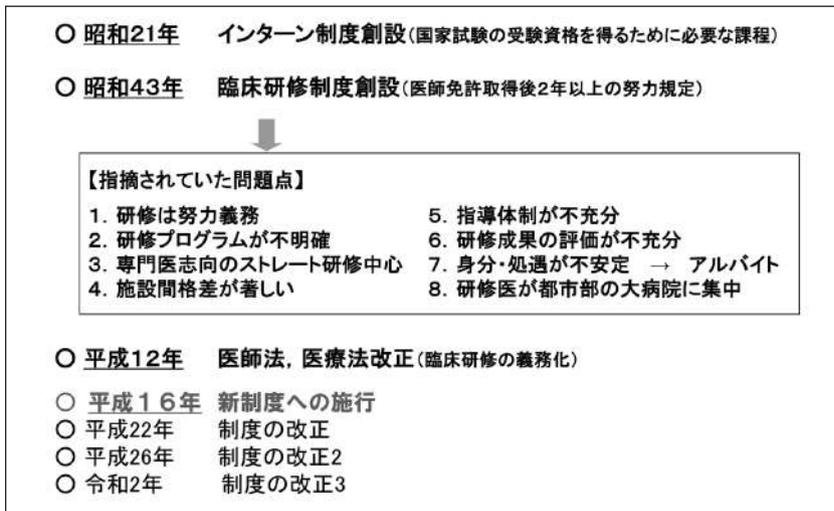
表2 新臨床研修制度：その前は

- 戦前：医師修練制度
 - 修練医という言葉の残っている大学がある。
- 戦後：インターン制度が始まる。
 - GHQの指導により米国と同じ制度を導入
 - 1年間のスーパーローテーション
 - 無給
 - インターン後に医師国家試験受験(受験資格)
- 学園紛争→臨床研修制度の設立 昭和43年
 - 臨床系大学院のポイコット

表3 改革前の医師臨床研修の問題点

- 研修は努力義務
- ストレート研修中心(専門医志向)
 - 眼科医は眼科しか知らない
 - 基礎医学者は臨床研修をしないことも多い
- プログラムが不明確、施設間格差が著しい
- 指導体制、研修成果の評価が不十分
- 処遇、身分が不明確、不十分→アルバイト
- 研修施設が都市部に集中
- 大学病院と一部の研修病院

表4 臨床研修制度に関する経緯のまとめ



である。関西を中心に、まだ修練医という言葉が残っている。

第二次世界大戦後、クロフォード・F・サムス准将をはじめとするGHQ(連合軍)の指導で、米国と同じ「インターン」制度が取り入れられた。これは、大学6年を修了・卒業後、1年間無給で病院でインターンとしてスーパーローテイト(内科、外科、保健所など)しながら働くものであった。インターン終了後、医師国家試験を受験して正式に医師になる。経験者に聞くと、大学でのインターンと、市中病院でのインターンはほぼ半数であったようで、大学でのインターンは結構のんびりしたもので、アルバイトなどもできたようである。一方、市中病院のほうはめちゃくちゃ忙しく、あとで振り返れば一番の臨床教育であったと述べる先輩が多い。

大学卒業後、無給で働くことが一番の欠点であり、昭和43年前後のいわゆる学園紛争のきつ

かけとなった。その解決策として、臨床研修制度が設けられた。国家試験を学部卒業直後に行い、医師免許を与え、有給で今までの臨床教育を行うものであり、単に有給にするための弥縫策でしかなかった。

昭和43年から行われた臨床研修制度(旧制度と呼ぶ)の欠点を表3にまとめた。最大の欠点は努力義務であったことである。また、一部の市中大病院を除いて、単科研修であり、内科希望者は内科だけをローテイトするものであった。また、研修の施設認定を受け入れるのは大学病院と一部の市中大病院だけであり、研修施設は都市部に限られていた。

新研修制度

全ての医師が必ず受ける、そのような研修制度を目指して「必修化臨床研修」制度が平成12年に定められ、平成16年から実施され、もう間も

表5 新医師臨床研修制度の基本理念

臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

— 医師法第16条の2第1項に規定する医師臨床研修に関する省令 —

なく20年になる(表4)。表5に新臨床研修の基本理念を掲げる。キーワードは「人格の涵養」と「基本的診療能力の獲得」である。これらは、当時の患者、国民、社会の医師への不満が表れたもので、多忙のためか、患者の話をろくに聴かない医師、専門とする分野でしか働かない医師に対する社会不満を反映したものと言える。2000(平成12)年前後に社会問題となった医療事故の影響も大きい(図1)。

プログラムの概略は当初のものは内科6ヵ月、救急3ヵ月、外科3ヵ月、そして2年目で小児科、産婦人科、精神科、地域医療をそれぞれ1ヵ月以上、残り8ヵ月が自由選択というのが大きな骨格であった。地域医療は当初から組み入れられていたものの、どこで(協力施設)は決められているが何を学ぶかは現在に至るまで定められていない。

臨床研修の効果として福井次矢博士の研究があるので紹介する(表6)。基礎的な処置・手技はもとより、やや専門的なものも有意に新制度の研修医ができるようになっていく。挨拶や、患者の話を聴くという基本的なこともナレーティブであるが高く評価を受けている。

臨床研修の副作用については、大学の医局から卒業したての若い人が消えたことが社会問題となった。旧制度では卒業生の75%が大学で研修したが、新制度では約50%と激減した。法律改正から実施まで5年間があり、その準備をしていた大学では大きな問題とはならなかったものの、準備不足の大学・医局では2年間新入医局員がおらず、関連病院への医師派遣が滞り、地域の市中病院を中心に医師不足が叫ばれた。

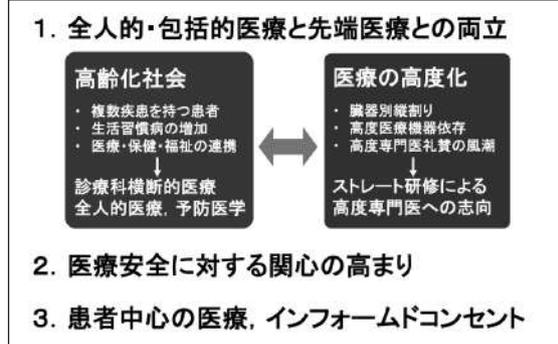


図1 国民の医療に対するニーズの変化

研修医の研修先を決めるのに「マッチング制度」が導入されたため、内実を知らない人を中心に「マッチングにより地域医療が崩壊した」と喧伝された。実際は研修医の移動性が上がったものの、それは地方から都市へではなく、大学から市中病院への移動であった。また大学・医局の混乱は研修医の移動のみならず、保険点数の切り下げや、国立大学の独立行政法人化が同時に起こったことによるものと思われる(表7)。多くの要因が関与し、地域医療崩壊が叫ばれたが、冷静に考えれば若手医師の流動性の増加は一つの因子であり、多くの隠された問題が顕在化したためと言える(図2)。

このように必修化臨床研修の導入は社会問題を顕在化したため、その後何度か見直しが行われた。特に最初の見直しでは、旧制度に近いものにしようとする反発力が働いたためか、ストレート研修に近いものが提案されたが、若い医師の賛同が少なく、その後はスーパーローテイトに戻っている。見直しのもう一つの特徴は、「学修成果基盤型教育」の実質化で、到達目標を明確にすることにより研修の質が向上している。

臨床研修制度の評価

教育制度の改革の評価は非常に難しく、また長期間の観察を要する。新研修制度により研修医の診療技能が良くなったことは前述したが、研修医から見て、この研修制度はどう感じられたかを表8abに示す。良かった点は旧制度も新制度もモチベーションの高い同僚に刺激を受けたというものであり、若い人の学びはプログラ

表6 二極化(できる vs. できない) のできる割合

調査項目	質問内容	新制度導入前 (H15)		新制度導入後 (H18)		chi-square p
		度数	%	度数	%	
a. 基礎的な臨床知識技能						
細菌培養	グラム染色を行い、結果の解釈ができる	771	31.37	633	54.24	<0.0001
術後合併症	術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる	1295	52.81	863	74.59	<0.0001
輸液	輸液の種類と適応をあげ、輸液の量を決定できる	1912	77.88	1017	87.45	<0.0001
創傷	傷病の基本的処置として、デブリードマンができる	1188	48.37	801	69.05	<0.0001
症例呈示	カンファレンス等で簡潔に受持患者をプレゼンテーションできる	2136	87.15	1051	90.68	0.0021
凝固検査	血液凝固機構に関する検査を指示し、結果が判定できる	2112	85.99	1083	92.72	<0.0001
b. やや専門化した臨床知識・技能						
各種検査医学の診断	胸部CTで肺病による所見を見出すことができる	1491	60.73	952	81.86	<0.0001
各種検査医学の診断	頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる	1536	62.54	945	81.19	<0.0001
骨折	骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	729	29.74	556	47.64	<0.0001
妊娠	妊娠の初期兆候を把握できる	489	19.91	584	50.00	<0.0001
眼底	眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる	282	11.49	241	20.67	<0.0001
鼓膜	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	562	22.90	473	40.50	<0.0001
(以下略)						

(出典) 2/5 医師臨床研修部会 福井次矢参考人提出資料より抜粋

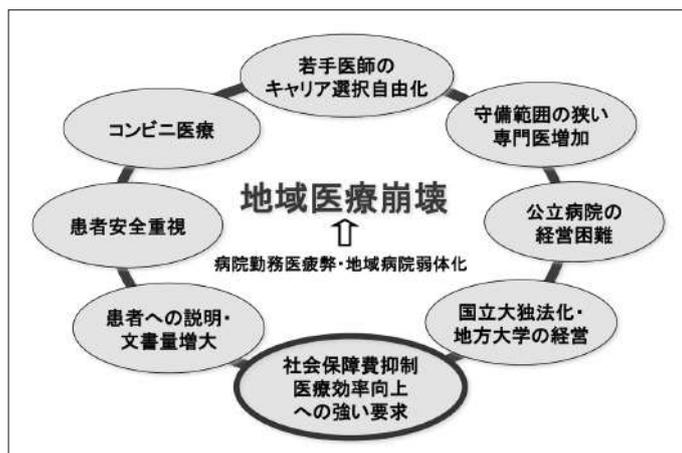
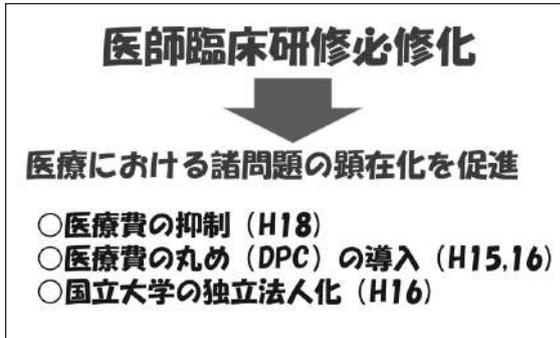


図2 地域医療崩壊の背景と本質

ムというより人間関係を含めた学習環境に依存することが多いことが明らかになった。その他良い点、悪い点は、ストレート研修かスーパーローテイトかによる違いによると思われる。指導医によるこの制度の評価などもアンケートを行っているが、自分が受けた研修との比較にな

り、ある意味主観的な結果であった。厚生労働省から数値的なものも発表されているが、概ね新研修制度で当初の目的が達せられたとするものが多い。

表7 医師臨床研修必修化



臨床研修における地域医療研修； まとめにかえて

臨床研修における地域医療研修の実態を明らかにした研究論文は少ない。体験記に属するものが多く、多施設にまたがる研究や比較試験などは少ない。むしろ、今回の特集が初めてのまとまった文献になると思われ、好事例は教科書になると思われる。地域医療研修は教育研究の対象になると思われるが、固まったカリキュラ

表8a 研修でよかった点：東京大学研修医

旧制度	新制度
<input type="checkbox"/> モチベーションの高い同期	<input type="checkbox"/> モチベーションの高い同期
<input type="checkbox"/> ローテーション期間が2,3か月以上あった	<input type="checkbox"/> 救急外来の研修
<input type="checkbox"/> 自分の志望する科で最初からできた	<input type="checkbox"/> コメディカルと仲良くなった
<input type="checkbox"/> 将来必要となる知識のみを選択し研修できた	<input type="checkbox"/> 出身大学以外の状況が分かった
<input type="checkbox"/> 大学の先輩、後輩がいてよい指導だった	<input type="checkbox"/> 他の科の実態が分かった
	<input type="checkbox"/> 知り合いが増えた
	<input type="checkbox"/> いろいろな体験ができた

表8b 研修で悪かった点：東京大学研修医

旧制度	新制度
<input type="checkbox"/> 研修医向けのカンファが少ない	<input type="checkbox"/> 外来診療が少ない
<input type="checkbox"/> 社会的立場が不安定	<input type="checkbox"/> 一つの科が短期間
<input type="checkbox"/> プログラムがなく伝統芸能の継承だった	<input type="checkbox"/> アカデミックでなかった
<input type="checkbox"/> 救急がしっかりしていなかった	<input type="checkbox"/> お客様扱いであった
<input type="checkbox"/> 多くの診療科が選択できなかった	<input type="checkbox"/> 医師でなくとも可能な業務が多すぎる
	<input type="checkbox"/> 救急当直など研修医に頼りすぎ

ムで学修するというより、日々の医療を体験することに重きを置かれているため、特殊な評価法を採用して評価する必要がある。

臨床研修における 地域医療研修について

公益社団法人地域医療振興協会 常務理事・与那国町診療所 管理者 木下順二

POINT

- ① 地域医療研修は臨床研修の到達目標や指導ガイドラインに則った内容であることが求められる
- ② 一般外来研修，特に慢性疾患の継続診療研修の場として地域医療研修は重要な役割を果たしている
- ③ 患者の日常生活や地域の特性を理解するためには，医療機関外での研修メニューも重要であり，地域内のさまざまな職種や住民の協力を得ていく必要がある
- ④ 基幹型臨床研修病院のプログラム責任者や研修管理委員会は，地域医療研修の内容や実施状況の全体像を把握し，到達目標が達成できる研修となるよう，研修協力施設と連携して取り組む必要がある

特集

はじめに

平成16年に医師臨床研修が必修化された当初は，“地域保健・医療(必修)”として「地域保健・医療については，へき地・離島診療所，中小病院・診療所，保健所，介護老人保健施設，社会福祉施設，赤十字社血液センター，各種検診・健診の実施施設等を適宜選択して研修を行うこと。」とのみ記載されていたが，平成22年に“地域医療(必修)”に変更され「適切な指導体制の下で，患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療(在宅医療を含む)について理解し，実践するという考え方に基づいて，へき地・離島診療所，中小病院・診療所を適宜選択して研修を行うこと。」とされた。令和2年度の制度見直しでは，平成29年臨床研修修了者アンケー

トの結果に基づき，在宅医療や退院調整等の経験を得られやすい許可病床数200床未満の病院または診療所に研修先が限定された¹⁾。

このような変遷はあったものの地域医療研修は一貫して必修として位置づけられてきた。これは医師臨床研修の基本理念である「臨床研修は，医師が，医師として的人格をかん養し，将来専門とする分野にかかわらず，医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ，一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう，基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」を実現するためには，地域での研修は欠くことができない要素と考えられているからにはほかならないだろう。

表1 臨床研修の到達目標（抜粋）

<p>(3) 地域医療</p> <p>地域医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、</p> <p>1) 患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践する。</p> <p>2) 診療所の役割（病診連携への理解を含む。）について理解し、実践する。</p> <p>3) へき地・離島医療について理解し、実践する。</p> <p>必修項目</p> <p>へき地・離島診療所、中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験すること</p>

表2 医師臨床研修指導ガイドライン 2020年度版における地域医療に関連する項目

<p>C. 基本的診療業務</p> <p>コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。</p> <p>1. 一般外来診療</p> <p>頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。</p> <p>2. 病棟診療</p> <p>急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域医療に配慮した退院調整ができる。</p> <p>4. 地域医療</p> <p>地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。</p> <p>⑪ 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに、研修内容としては以下に留意すること。</p> <p>1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。</p> <p>2) 病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。</p> <p>3) 医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実践について学ぶ機会を十分に含めること。</p>
--

地域医療研修において提供すべき研修内容は何か

臨床研修の到達目標²⁾の中で地域医療については表1のように記されている。また、医師臨床研修指導ガイドライン 2020年度版³⁾においては、地域医療に関連する項目として表2の記載がある。これらの記載から地域医療研修において提供すべき研修内容を具体化すると以下のよう項目になるのではないだろうか。

- ・一般外来。初診だけでなく慢性疾患の継続診療を含む。ひとりで診療を完結できるようにするのが目標
- ・患者の日常生活や地域の特性を理解するための経験(地域の歴史・伝統・文化・産業などについての学習、自身も地域での生活をエンジョイすることなど)
- ・在宅医療の経験(往診、訪問診療のほか患者宅等において生活に触れることを含んでも良い)※他のローテーションで在宅医療の研修

が受けられている場合は必須ではない。

- ・地域医療研修先が病院など病棟を持つ場合においては、一般病棟だけでなく慢性期・回復期病棟でも研修
- ・診療所の果たすさまざまな保険診療以外の役割についての経験(予防接種, 特定健診, 学校医, 地域の行事への協力, 自治体等の会議への同席など)
- ・急性期病院から退院調整を受ける側の立場を経験
- ・その地域における地域包括ケアについて学ぶ機会
- ・地域の介護リソースの理解と経験(通所・入所介護サービスの見学やボランティア体験, 訪問看護同行など)
- ・地域の保健・福祉リソースの理解と経験(保健師・民生委員・駐在所警察官などの活動に同行)
- ・院内や保険薬局での調剤や服薬指導への参加
- ・地域ケア会議への参加

地域医療研修において 遵守されるべき事項は何か

地域医療研修は原則として2年次に行うこととされている。これはリソースが限られる指導側の負担や一般外来を一人で完結できるようになる時期についての配慮から、ある程度の臨床経験を経てから研修するのが望ましいということと思料される。地域医療振興協会の臨床研修病院の多くでは地域医療研修を2年間のうち3ヵ月実施しており、一部の病院では1年次と2年次に分けて実施している。現時点では全てを2年次にするようという指導は、所属都県からは受けていない。

1, 2年次に分けて研修することで研修医が自身の成長を実感できるようになる, 3年目以降の進路が確定する前に地域医療を早期に経験することで地域医療への関心を持ち積極的に研修してもらいやすい, 基幹型病院に戻ってから地域での生活を念頭においた診療ができるようになる, といったメリットもある。(2年次

の終わり頃に地域医療研修に来た研修医の中には、将来の進路と関係ないからと、研修へのモチベーションが低い者も残念ながら見受けられる。)

地域医療研修を行う施設においても指導医は必要であり、研修実施責任者の医師に対し指導医講習会の受講を促すことが求められる。しかし、特に診療所など1~2名の医師しかいない施設においては、研修実施責任者である医師に指導医講習会を受講する機会を持っていただけない、人事の入れ替わりで研修実施責任者が指導医資格を持たない医師に交代する、といった事情で指導医不在となってしまうことがある。このような場合においては、基幹型臨床研修病院で地域医療研修を担当する指導医が、研修の最終責任を負うことになる。協力型病院・協力施設の研修実施責任者に対し、臨床研修の理念や地域医療研修の役割、地域医療研修で提供すべき事項などについて説明し、研修内容が到達目標に沿ったものになるよう依頼し、適切に研修評価が行われるよう確認することなどが必要だろう。サイトビジットやオンライン会議なども行い、研修が丸投げにならないようにしたい。

ブロック研修としてまとまった期間研修医を受け入れていただける連携施設を確保できていないプログラムにおいては、行政や地域医師会の協力を得て複数の研修施設(地域医師会所属の開業医院, 新型コロナ電話相談センター, ワクチン接種会場など)に日替わりで行っているようなケースもある。このような場合特に研修施設との連携が不十分になりがちなので、基幹型臨床研修病院の指導医が責任を持って、地域医療研修全体として地域医療研修の目標が達成できる研修になっているのかを確認し、各施設での研修内容について調整していく必要がある。

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の第七条で、基幹型臨床研修病院の研修管理委員会の委員には、「当該病院に係る臨床研修病院群を構成するすべての関係施設の研修実施責任者」が含まれることになっている。地域医療の研修施設についても漏れることなく研修実施責任者の研修管理委員会への招聘が必

表3 JCEP 評価調査票 Oct 2022 における地域医療関連評価項目

<p>Pg.2.2.3 指導医が確保され、機能している</p> <p>◇地域医療を研修する病院の指導医の氏名や連携方法が明文化されている</p>
<p>Pg.5.1.2 研修プログラムには研修プロセス（到達目標、方略、評価）などの必要事項が明示されている</p> <p>◇地域医療研修や精神科研修などを協力型研修施設で行う場合には、それぞれの研修プログラムについても必要事項が明示されている</p>
<p>Pg.5.4.1 頻度の高い症候・病態、主な慢性疾患について、一般外来での研修が行われている</p> <p>①頻度の高い症候について、病歴情報と身体所見に基づき、適切な臨床推論プロセスを経て指導医のもとで研修医が初診患者を診療している</p> <p>②慢性疾患の再診患者を研修医が診療している</p> <p>③外来診療録の記載が指導医によりチェックされている</p> <p>④診察・検査・手技の実施中・実施後に患者の状態・反応を観察している</p> <p>◇一般外来とは、総合診療科外来や一般内科外来、一般外科外来、小児科外来などを指し、糖尿病外来などの専門外来や慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来は該当しない</p> <p>◇初診患者とは紹介状を持たない患者あるいは紹介状を有していても臨床問題や診断が特定されていない患者を指す</p> <p>◇一般外来診療が可能な場が少ない大学病院など自院で研修体制を整備することが困難な場合は、地域医療の研修など協力型臨床研修病院で一般外来のブロック研修が行われている必要がある</p> <p>◇研修医はチーム医療の視点から外来における看護の役割についても把握している必要がある</p>
<p>Pg.5.4.5 地域医療を理解し、種々の施設や組織と連携することを学ぶ研修が行われている</p> <p>①原則として2年次にへき地・離島の医療機関、200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行っている</p> <p>②一般外来研修が含まれている</p> <p>③在宅医療研修が含まれている（ただし地域医療以外で在宅医療研修を行っている場合は除く）</p> <p>④地域包括ケアの実際について学ぶ機会がある</p> <p>⑤地域医療の重要な要素である、地域住民の日常的な健康管理などに関する研修が含まれ、実践されている</p> <p>⇒◇協力型臨床研修病院や臨床研修協力施設との連携がとられていて、任せきりでないことが研修プログラムにおいて明確である</p>
<p>Pg.8.1.1 専門研修の情報提供や紹介をする仕組みがある</p> <p>③積極的に地域医療への貢献をすすめている</p>

要である。遠隔地の研修施設では会議への対面出席が難しく、委任状出席のみとなってしまうことも多いと思われるが、オンライン会議の活用や、事前に研修についての意見を伺っておくなどの工夫で、地域医療研修の状況が研修病院側にも十分フィードバックされるようにしたい。

卒後臨床研修評価機構サーベイヤーとしての評価着眼点

筆者は、NPO法人卒後臨床研修評価機構(以下JCEP)の研修を受け、サーベイヤーとして臨床研修プログラムの第三者評価のため訪問調査

に参加している。まだトレーニングを含めて6つの研修病院の調査に携わっただけでサーベイヤーターとしての経験は不十分ではあるが、訪問調査での地域医療研修に関する着眼点についてまとめた。

JCEP評価調査票 Oct 2022⁹⁾において、地域医療に特に関連が深い評価項目を表3にまとめた。訪問調査では地域医療研修の実施責任者に話を伺う機会はないため、研修評価票や研修管理委員会の議事録といった書類を通じて適切な研修が実施されているかを確認するほか、研修医へのインタビューにおいても、地域医療研修での研修内容や経験について尋ねるようにしている。

指導医に関する項目としては、地域医療研修の各研修施設における指導医が明確か、指導医資格(指導医講習会受講証)が確認されているか、研修実施責任者である医師が研修管理委員会に招聘され、出席した実績があるかといった点を確認している。研修医による指導医評価が行われ、その結果が研修管理委員会に報告され、地域医療研修施設の指導医にフィードバックされているのかも確認している。

プログラムに関しては、地域医療の研修施設ごとにその施設の特色を踏まえた到達目標、方略、評価者と評価方法が、明記され研修医に知らされているかを確認している。地域医療研修先が有床施設の場合は、一般病棟以外での研修が実施されているか確認している。また実際の研修医評価内容や、研修管理委員会への報告がされているのかも確認している。サイトビジットやオンラインインタビューなど施設との連携・情報共有などの実施状況も確認している。

必須とされる一般外来研修の大部分を地域医療研修に頼っている研修プログラムは多い。その場合、地域医療研修施設での外来研修の状況について、基幹型臨床研修病院が把握し、目標達成ができる研修になっているか評価しているのか確認している。

Pg.8.1.1の「積極的に地域医療への貢献をすすめている」は都市部の基幹型臨床研修病院ではほとんど実践されていないのが実情であろう。

与那国町診療所での地域医療研修

筆者は2023年6月より日本最西端の遠隔離島である与那国島にて診療に従事しており、地域医療研修の受け入れ側となった。沖縄県内のみならず、遠くは秋田県からも研修医を受け入れている。サーベイヤーターとしては有言実行しなければというプレッシャーもあるが、地域医療を理解し、将来従事することを希望する医師を養成するため、地域社会にも協力していただき研修内容を充実させていきたいと考えている。

外来診療においては、発熱対応など急性期疾患のみならず、慢性疾患の継続診療も担当してもらっている。慢性疾患の外来では、治療方針や薬剤の選択、副作用や相互作用の確認などにも留意して指導している。基幹型病院の意向にもよるが、時間外診療にも一部従事してもらっている。診療内容の指導の中では診療報酬算定や、査定についても触れている。(月刊地域医学の過去記事⁵⁾⁶⁾がとても役に立つ。)在宅医療については訪問診療・往診に加え訪問看護にも同行してもらっている。デイサービス、保険薬局での調剤、駐在所の地域見回りなど施設外の方々にも研修に協力していただいている。

遠隔離島での生活は研修医でなくても不慣れなことが多いので、研修状況のみならず生活・健康面についても、声かけや調整がより重要である。

参考文献

- 1) 厚生労働省ウェブサイト 第3回医道審議会医師分科会 医師臨床研修部会資料 地域医療研修について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000703923.pdf> (Accessed 2023 Jun 17)
- 2) 厚生労働省ウェブサイト 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について 別添 臨床研修の到達目標. <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html> (Accessed 2023 Jun 17)
- 3) 厚生労働省ウェブサイト 医師臨床研修指導ガイドライン 2020年度版. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/ishirinsyokensyu_guideline_2020.pdf (Accessed 2023 Jun 17)
- 4) NPO法人卒後臨床研修評価機構ウェブサイト JCEP評価調査票 2022 October. <http://www.jce-pct.jp/jcep-npw/img/40.pdf> (Accessed 2023 Jun 17)
- 5) 南雲裕司医師行為はどのようにしてお金が変わるのか. 月刊地域医学 2018; 32(2): 105-110.
- 6) 南雲裕司医師に必要な適切な算定のためのTIPS集 - 査定・返戻対策-. 月刊地域医学 2018; 32(2): 111-117.

地域医療研修について

地域医療を学ぶ —高知で起きていること—

高知医療再生機構 倉本 秋

西 満子¹⁾ 澤村武宏¹⁾ 清野宏美¹⁾ 吉村彰人²⁾ 児玉佳奈³⁾ 藤野晋太郎⁴⁾ 川内敦文⁵⁾ 家保英隆⁶⁾
瀬尾宏美⁷⁾ 阿波谷敏英⁸⁾ 脇口 宏⁹⁾ 佐野正幸¹⁰⁾ 竹内三晴¹¹⁾ 大窪秀直¹²⁾ 川上雅史¹³⁾ 田中公章¹⁴⁾ 臼井大介¹⁵⁾
田中 肇¹⁶⁾ 杉本和彦¹⁷⁾

POINT

- ① 全ての県内臨床研修プログラムで、あるべき場、あるべき姿の地域医療研修を19年間実施した
- ② 高知県外の研修医も14年間で364人が高知の地域医療研修を修了した
- ③ 基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院と研修医とを、横の関係でコーディネートする機能が大切である
- ④ コーディネート機能によってより安全なプログラム運用ができ、またリスク対応も可能になる
- ⑤ 一般外来研修にも、場を考慮し、より望ましいスタイルを求めていく必要がある

はじめに

2004年4月に必修化された新医師臨床研修制度に合わせて、そして2010年2月、高知県が高知医療再生機構(以下、再生機構)を設立して以降、高知県内の医師養成には大きな変化がもたらされた。ここでは再生機構が若手医師のキャリア形成支援に果たす役割は割愛して、高知県の地域医療研修の成り立ちと形象を述べてみたい。そ

して2020年からの臨床研修の到達目標の「C. 基本的診療業務」4項目のうち、地域医療と一般外来診療の向かうべきところを考えてみたい。

高知県の医師臨床研修のスタートと地域医療研修

高知県における臨床研修(旧制度)の場は2003年度まで、主として高知医科大学附属病院(当

1) 高知医療再生機構 2) 高知医療センター地域医療科長 3) 高知県医療政策課長補佐 4) 高知県医療政策課長 5) 高知県健康対策課長
6) 高知県健康政策部長 7) 高知大学医学部附属病院総合診療部 教授 8) 高知大学医学部家庭医療学 教授9) 高知大学地域医療支援センター
10) 嶺北中央病院 11) 精原病院12) 大月病院 13) 高北病院 14) 大井田病院15) 田野病院 16) 土佐市民病院 17) くぼかわ病院

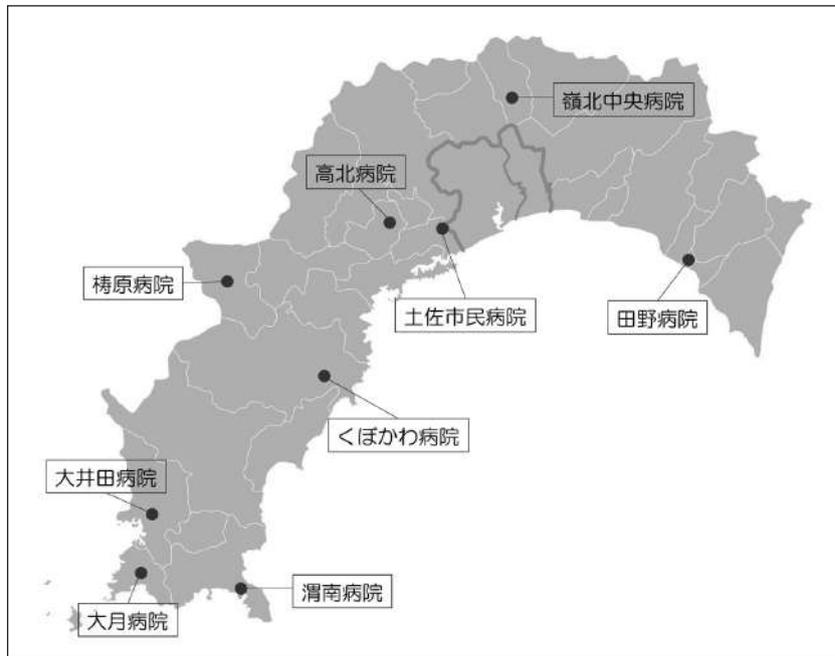


図1 現在の高知県の協力型臨床研修病院（地域医療研修）

時、2003年10月から高知大学医学部附属病院）、一部、高知県立中央病院（当時、2005年から高知市民病院と統合して高知医療センター）に限られていた。2病院に加えて、国立高知病院（現 国立病院機構高知病院）、高知赤十字病院、幡多けんみん病院、県立安芸病院（現 あき総合病院）、近森病院、細木病院が2004年度から管理型（現在は基幹型）研修病院として研修医募集を行うことになった。この時、県内全ての病院の研修医が集合して共通の研修オリエンテーションやACLSを週単位で長めに実施することにした。加えて、「諸外国の卒前医学教育は、GP（General Practitioner）研修を数ヵ月以上の単位で組んでいる。それが行えていない日本の卒前教育を補うことが高知県のプログラムでできないか」との理想論で、どの病院にマッチした研修医にも共通の高知県版地域医療研修を適用することになった。プログラムの特徴は2つにまとめられる。「県内全てのプログラムにマッチした研修医が全員参加する」と、「指導医のもと、“主治医”の一人として行動し、地域医療の姿を体感する」とことである。そのためには研修の場こそ重要で、「専門は地域医療」「専門は〇〇町」の意識と意欲を持つ自治医科大学卒業の医師が護る、国保直営診療施設や市町村立病院に

共通の目標とスケジュールでお願いすることになった。その後、同じ志、似た特性をもった私立病院もその任を担ってくれるようになった（図1）。2004年4月のスタートに向けて整備した研修中の身分保証や医療事故発生時に関する病院間の協定¹⁾や、共通の地域医療研修目標はその後大きな変更を要することなく経過している。

これらの病院は全て、「無医地区」あるいは「無医地区に準じる地域」が存在する中山間や海沿いに立地し、その立地市町村はそれぞれが農林水産業を主産業とし、「へき地」としての問題を抱えている。まず、医療環境そのものに課題があり、三次救急医療機関が集中する高知市までの距離、あるいは時間的距離は住民の日常の医療へのアクセス、そして救急医療の大きな障害となっている。2004年に比べると、高速道路の一部開通による時間的距離の短縮、県内医師数の漸増傾向によって環境の改善はみられるものの、障害の高さを少し低減した程度に過ぎない。

2022年度までの19年間、高知県地域医療研修修了者は1,219人となり、うち364人を県外からの2年目研修医が占めている（図2）。首都圏、関西圏の大学病院を中心に、臨床研修管理部門（卒後臨床研修センターなど）の協力を得て、『本物の地域医療研修を高知県以外の研修医にも』

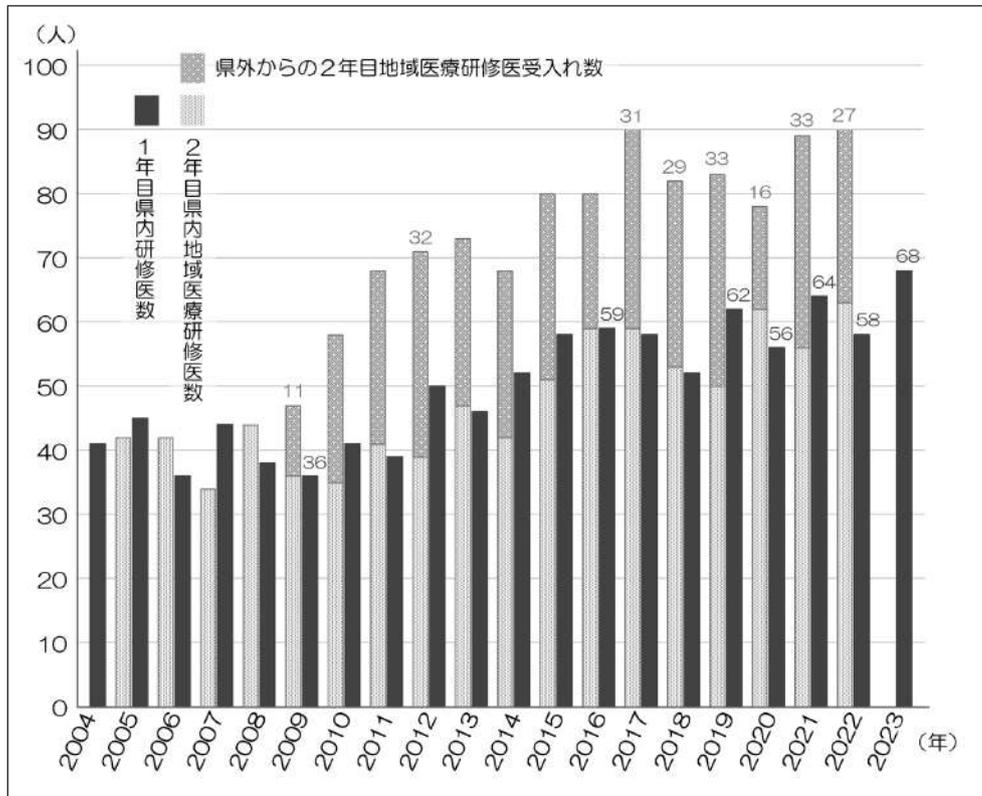


図2 2022年度終了時の地域医療研修修了者数

と取り組んできた成果である。2009年度から受け入れを始めたこの制度で、研修医は飛行機を降りた時点から、所属する施設の中で経験したこととは別の空気を吸う、感じることになる。その空気は、福祉・保健・介護が、ハード、ソフトともに医療と一体になっている、住民と医療スタッフがすぐそこにいる、他職種の顔も見える、声も聞こえる場所につながっている。

高知龍馬空港(あるいはJR高知駅)に降り立った研修医は、再生機構が地域医療研修病院に送り届けている。移動をスムーズにという配慮であるが、活動はこれだけにとどまらずその1年前から始まっている。翌年度の地域医療研修医の配置表が決定する(病院と研修医がマッチする)のが、県内研修医は9月、県外研修医は翌年2月であるからである。表1に県外の研修医を迎えるためのルーチン業務を列举してみたが、このようなコーディネート業務は不安なく知らない土地に出かけるために役立ち、また予期せぬ事態の発生を少なくするものと考えられる。

地域医療研修、19年間の事象あるいは顛末

高知県内の基幹型臨床研修病院(以下、基幹型病院)は高知県臨床研修連絡協議会を設けて、臨床研修全体の議論や調整を年に3回行っている。各病院の研修管理者、研修管理委員会(研修センター)の助力を得ながら、再生機構が臨床研修連絡協議会の事務を担っている。地域医療に限れば、高知県内の基幹型病院に所属する研修医の調整にはCOVID-19対応以外は大きな課題はなかった。県内基幹型病院にマッチした研修医の多くは、高知大学で地域医療に親和性のあるカリキュラムおよび実体験を経て卒業しているものの、地域医療研修4週間という期間にはこれまでとは違ったインパクトがあるようである。ここからは、県内、県外研修医の地域医療研修に共通する19年間の出来事を、課題ごとに述べてみたい。

1. 研修ターム

研修プログラム全体のローテーション時期の

表1 高知医療再生機構が行っている地域医療研修コーディネート機能

- 施設選択とローテーション時期の希望を最大限尊重する
- 来県の1ヵ月前から、基幹施設臨床研修管理部門と研修医にコンタクトする
- 来高時にコーディネーターが出迎え、食事をとりながら、対面で4週間の説明を行い、疑問点を解消する
- 地域医療研修病院（または最寄りの駅）に送る
- 送迎中の事故等に備えた保険を完備する
- 研修期間中、研修医にメール等で状況を確認する
- 研修修了後、研修報告書（A4 1～2枚）を依頼し、医療再生機構ホームページにアップする

設定は大きな問題である。「4～9月は内科、10月が小児科、11、12月が外科……」と決める方がイメージとしては分かりやすい。しかし同じ病院内のローテーションに限ればそうなるが、複数の病院・施設にまたがるスケジュールでは、診療科にとっても移動を伴う研修医にとっても負担が大きい。「患者さんについて、きちんと申し送りをしたい」という専門職としての思いを、場合によっては小さな引越しと並行して満たすのは平日の31日、1日では難しいからである。当初、臨床研修制度が求める期間は月単位で記載されていた。高知県の（地域医療に限らず）研修プログラムは当初から1ヵ月を4週と読んで、週単位のローテーションを行ってきた。しかし、「月単位でなければならない」という指導を受け、月単位とした時期もあった。

2020年4月の新研修医から適用される臨床研修の指針では「外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療、一般外来診療は4週以上（8週以上が望ましい）」とされ、晴れて週単位が採用されている。土日を挟む、金曜日から月曜日の間に、研修医がお互いに自分たちの病院スケジュールを考慮しながら、申し送れることは精神的な余裕を生み、広く言えば医療安全にもつながる。首都圏、関西圏からの移動では月単位、週単位いずれのターム設定を行っても対面での申し送りは難しく、指導医・上級医のサポートを受けている。また、県外の基幹型病院のタームが月単位の場合には、4週間1枠を無駄にしても、例えば12週間で2人を受け入れるなどの工夫で対応している。

2. 診療所研修

2020年度から、高知の地域医療研修の内容が県内基幹型バージョンと首都圏基幹型バージョンに分かれることになった。関西圏や四国から来る研修医については、県内バージョンで対応できている。小さな変更ともいえるが、実は大きな問題である。

なぜか、診療所研修に行くことは許されないという指導があったためである。基幹型から協力型臨床研修病院（子：以下、協力型病院）に向い、その期間中に診療所（孫）研修に1～数日出ることは、「孫出しであり、認められない」とされて、基幹型病院も私たちも混乱に陥った。病院や役所（役場）、福祉センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、介護老人福祉施設、そして診療所が連携して、住民と共に進めるのが地域医療である。特に病院と診療所の関係が密であれば、医療資源のロスなく、健康の維持、病いを持つ人のケアが行える。そのために、郡部、へき地にいけば、診療所とこれらセンター等の建物が近接して設置されることが多い²⁾。

地域の病院に紹介されてくる患者さんの住んでいる場所にある診療所と関連施設を体感しない地域医療研修は、大切なものを置き忘れてくる。首都圏からの研修医が、協力型病院で県内の研修医と一緒にすることもある。その人たちからは「診療所研修を加えてほしかった」という要望もよく聞かれる。プログラムの認可主体も厚生局（厚生労働省）から都道府県に移った今、首都圏の研修医に診療所研修を提供できないかと切望している。

3. 就業規則

基幹型病院(甲)と協力型病院(乙)との出向契約(高知県バージョン)では、「就業規則は乙に従うが休暇等は甲の規程を優先する」とこととなっている¹⁾。実際に、友人の結婚式に出席するなどのイベントは、甲の規程に拠って地域医療研修中も取得されており、労災や医療事故対応も含めて契約通りに運営されてきた。研修医の地域医療研修中の年休希望日が多く修了認定に差し支えそうなケースでは、再生機構が仲介して協力型病院に成り代わって調整することもある。幸にして、労災や医療事故は発生していない。

最近では医師の働き方改革がうたわれるようになってきたが、一方では労働者(研修医)の労働契約に関する認識は正しく深まっているとは言えない。超過勤務手当の申請一つをとっても、上長の指示や病院からの呼び出しがない場合でも、病院についた時刻から始業時刻までの超過勤務手当を甲の病院に申請し、経費が甲から乙に請求されるケースもある。受け入れ窓口になっている再生機構が、甲と乙の調整をすることもある。これまで「医者の仕事ってね、お金じゃないよ。でもお金は大事」と、身分保証や労働の対価を大切に考えてきた。現在再生機構は高知労働局および高知県から委託を受け、高知県医療勤務環境改善支援センターの業務も行っている。A水準の病院の宿日直許可申請や、B水準の病院の労働時間短縮計画を一緒に考える立場にある。2年間の臨床研修の場で、あるべき労働とその対価を理解してもらうことも研修であろう。病院側は土日の申し送りを時間外勤務として手続きさせ、手当を支払うことも大切である。

4. COVID-19対応

2020年春には新型コロナウイルス感染症の患者数増加に伴って、日本全国でさまざまな措置が必要になった。医政局医事課から3月に「国外に滞在している臨床研修予定者がいる場合は、可能な範囲で連絡を取り、速やかに帰国するよう働きかけること」が求められ、さらに2年目研修医について「地域医療研修の実施が困

難な場合は、新型コロナウイルス感染症対応への従事等、所属する基幹型病院の指示に従い適切に研修を行い、地域医療研修の実施時期については調整を行うこと」と4月に通知された。

高知県では臨床研修連絡協議会、高知県健康政策部医療政策課と再生機構で調整を行い、2020年4月28日に「医師免許と医師としての知識、態度及び技能を有する研修医の人格を尊重し、大学からの診療応援など病院間の医師の移動に制限がかからない限り2020年度の地域医療研修を保証してほしい」と協力型病院に要請した。基幹型病院が「状況判断をしている」場合には、6月までの地域医療研修を10月以降に振り替え、それ以外の場合は基幹型病院の方針に従うことにした。結果として、基幹型病院が地域医療研修を断念した場合と、来県直前に研修医自身が感染者や濃厚接触者になった場合を除き、多くの研修医が地域医療研修を修了することができた。むしろ濃厚接触者になった研修医のために、協力型病院が日程をスライドさせてくれる配慮もあった。臨時的な対応として、協力型病院でPCR検査が実施できない場合には高知市内の検査実施病院でPCR検査(再生機構負担)を行い、陰性確認後そのまま最寄駅に案内することもあった。

複数の病院が分担する地域医療研修を、研修センターに代わって把握し、研修センターに情報を届けることが再生機構の役割である。県内はともかく県外の基幹型病院からみれば、複数の道府県に地域医療研修を依頼しており、これが道府県ごと、さらに病院ごとに受け入れ基準が異なっているのは対応に大混乱を来す事態が発生する。新型コロナウイルス感染症に限らず、標準に向かってコーディネートすることが大切と考えている。協力型病院の理解もとてもありがたいものであった。

5. 一般外来研修

2020年4月以降採用の研修医を対象とする臨床研修の指針で、「C. 基本的診療業務」に一般外来診療が加えられたことは歓迎すべき変化である。言い方は悪いかもしれないが、これまで卒

表2 地域医療研修修了者の意見（抜粋）

環境や病院，研修体制

- 方針や解釈に悩んだ際にはすぐ上級医に相談できる
- 指導医の下，外来診療で医療面接，検査，処方，時には入院決定まで主導できた
- 多職種の方々と顔を合わせて話し合うと情報共有がスムーズである
- 大学病院と違って地域の病院では
 - ✓ 時間外になるとできる検査が限られる，夜間はさらに資源が乏しい
 - ✓ 診療科や部門を横断して診療に当たれる
- 施設や診療所など，医師としては行ったことがないところに行けた
- 訪問診療では医療者の顔を見た瞬間にみんな安心した表情になる
- 入院がADL悪化のトリガーになりかねない，高齢化という壁を目の当たりにした
- 病を治すことも大事だが，自分らしく生きる手助けをすることが重要である
- 自宅に帰ると病院に入院している時より表情が良くなったり食事がとれる
- 人生初の看取りを経験させてもらったのも往診の場でした
- 災害時に一時的に来院できなくなる地域の人への内服薬の長期処方など，地域性を考慮した工夫がある
- 自分の病院で完結できるかどうかを判断した淀みない医療連携に刺激を受けた
- 時間的距離があるのに高知県は脳梗塞の血栓溶解療法の実施割合が高い
- 移動距離や手間に応じて加算がつけられるよう診療報酬制度の見直しが必要である

自分の成長

- 自分は何ができていなくて何が足りないのか気づいた
- 漫然と検査オーダーしていたが，検査によって何が変わるかを考えるようになった
- 普段考えないようなことについて多くの時間を費やし思考を巡らせた
- 介護関連のことについてほとんど何も知らないことがわかった
- 多くの外科的な手技を経験できた，修練が大切である
- スムーズに流れる先輩医師の診療は，自分がやってみると難しいものだった
- 内科医が外傷の処置を行ったり，訪問診療で褥瘡の処置を行っていた，なんでもコンサルトではない医療がある

後3年目の4月に突然「じゃあ，外来頼むね！」となる可能性があった部分を，2年の研修期間中に経験し，フィードバックを受けて，段階的に，より安全に3年目の医師生活を迎えられるようになったからである。しかし，研修医用の外来ブース等スペースのない，あるいは外来指導体制を確立しにくいほとんどの基幹型病院にとっては，4週間以上の外来診療を確保することはとっさには難しい面があった。

そこで目をつけられたのが地域医療研修である。4週間の地域医療研修中に実施する，協力型病院の外来診療を，「一般外来診療」の日数にカウントしようということになった。カウント

すること自体は公式に認められていることであるし，地域医療研修の中にも外来研修が組み込まれていることも120%望ましいことである。協力型病院も外来ブースが余っている状況にはないが，精一杯，努力して外来研修を担保しようとしている。高知県の地域医療研修の報告書³⁾の中で，外来研修が入院診療につながり，場合によっては退院後の自宅の生活まで継続的に見られた経験を喜んだり，外来で行う処置のバラエティに感動する様子も記載されている。その一部を表2にまとめた。

概して地域の患者さんは，「研修医に診てもらおう」ことをポジティブに捉えている。医師を育

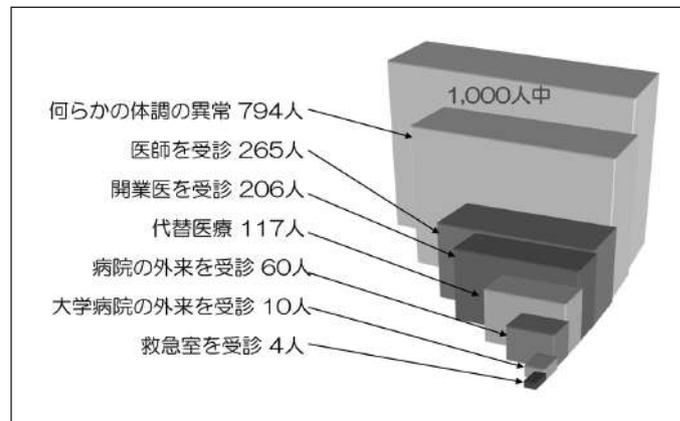


図3 健康問題の発生頻度と受療行動:2013年の調査(n=4,548人)
(文献4)を一部改変)

てるのは、住民の仕事でもあることをきちんとわきまえている。育てた医師が継続的に診てくれるようになること、また若い医師を育てる循環が理解できている。首都圏からの研修医の中には、「(研修医である)私が診せてもらっているのに、診てくれてありがとうと言ってもらえた」という声も聞かれる。ただ、地域の協力型病院には「フレッシュな受診動機を持った新患さん」は数が少ない。今日は新しい症状を訴えてきても、顔見知りの先生や看護師と「顔見知りの会話」で病歴を述べることも多い。

このような状況を勘案すれば、現状も適切であるが、しかし、さらにより研修体制、研修プログラムを作り、医師を育てるために何か方策はないだろうかと考えたくなる。福井ら⁴⁾の健康問題の発生頻度と受療行動のデータ(図3)を見るまでもなく、大学病院あるいは専門性の高い基幹型病院に一般外来研修を押し戻しても誰の利益にもならない。基幹型病院が紹介連携施設としてコラボレーションしている中規模の市中病院に、地域医療研修と同じように一般外来研修をお願いすることがベストだと思える。場合によっては、指導医、上級医付きでも、可能性を探ってみることができないだろうか。

6. COVID-19と研修医

地域医療研修の一般外来研修枠で研修医と一緒に診療して思うことがある。2023年度の2年目研修医は、2020年4月に医学部5年生となり、大学や病院に来ることさえ難しかった、医局に

出入りしてカンファレンスに出席することすらできなかった人たちである。2024年度に地域医療研修に来る人たちは、医学部4年生で行う臨床実習、OSCE前の「身体診察、医療面接の演習」からコロナ禍の影響を受けている。いずれも、患者さんと話し、患者さんに触れさせてもらう機会は従来よりもかなり少ない世代になる。

具体的な違いを言葉にすることは難しいが、医師にアプローチする、質問する力や、自信を持って身体診察を行う能力で、なにか一歩引いたそぶりを感じることもある。私たちはそんな特性も考慮に入れながら、彼(女)らを育てていくことが使命だと思える。

おわりに

実は、笑い話のようなエピソードには事欠かないが、誌面の関係もある。医師養成に携わるものは、理想像(龍や餅)を画きたくなる。地域医療に関しては百人百様の思いがあるが、関係する組織や人の協力を得ながら、アイデアを瞳のある龍、食べられる餅に昇華させる努力こそが肝要である。

参考文献

- 1) 倉本秋, 岡林まり子, 毛利優里, 他:臨床研修を終えて-10年間の地域医療研修を振り返る-. 地域医療 2015; 53(2): 48-54.
- 2) 河野公一, 福井次也, 倉本秋, 他編:研修医・指導医のための地域医療・地域保健. 内田望:診療所の特徴と役割. p9-17, 金芳堂, 2013.
- 3) 地域医療研修報告. 高知医療再生機構ホームページ. <https://www.kochi-mrr.or.jp> (accessed 2023 Jun 30)
- 4) Fukui T, Rahman M, Ohde S, et al: Reassessing the Ecology of Medical Care in Japan. Community Health 2017; 42(5): 935-941.

JADECOMの初期臨床研修・ 地域医療研修

湯沢町保健医療センター管理者 井上陽介
JADECOM総合診療専門研修プログラム「地域医療のススメ」全体プログラム統括責任者

POINT

- ① 長めの期間設定で、たっぷり地域医療
- ② いろいろなセッティングの施設で研修し、さまざまな地域の実情を経験
- ③ キャリアを考える中でのきっかけに

特集

はじめに

私は、2002年8月から地域医療振興協会(以下JADECOM)の施設である湯沢町保健医療センターの管理者をしている。当センターでは、開院以来医学生、初期研修医の地域医療実習を受け入れてきた。初期研修医は2004年の初期臨床研修必修化以後も地域医療研修として受け入れており、JADECOMの初期臨床研修、特に地域医療研修に長く関わってきた。

そのようなこともあり、今回はJADECOMの初期研修、地域医療研修について述べる。

地域医療振興協会の初期臨床研修

JADECOMの初期臨床研修は、臨床研修開始当時(2004年)は横須賀市立うわまち病院と伊東市民病院のみであったが、徐々に増えて現在は、東京北医療センター、市立奈良病院、東京ベイ浦安・市川医療センター、横須賀市立市民病院、県立志摩病院、練馬光ヶ丘病院と8つの病院で臨床研修を行っている。

地域医療研修は当初「地域医療・保健」となっていたので、保健所のみで1ヵ月、地方都市の中核病院で1ヵ月というようなプログラムもあったと聞いている。JADECOMには臨床研修必修化当時から多くのへき地に診療施設があったので、その多様な施設を活用して3ヵ月間の地域医療研修を行っていた。

制度が始まってみると、内科・外科・救急・産婦人科・小児科・精神科・地域医療保健の必修が16ヵ月もあり、選択研修が少なめだという不満が出てきた。また、研修医の研修場所が大学病院から市中病院に流れたことから大学病院の医師が減少した。医局の医師の減少=地域に派遣できる医師の減少が地域医療の崩壊につながっているのではないかという批判があり、2010年度からの臨床研修の見直しが行われることになった。

この見直しで必修は内科6ヵ月・救急3ヵ月・地域医療1ヵ月と選択必修(麻酔科・小児科・産婦人科・精神科から2科目選択)を行えばOKで、最大12ヵ月は選択研修にできることになった¹⁾(図1)。

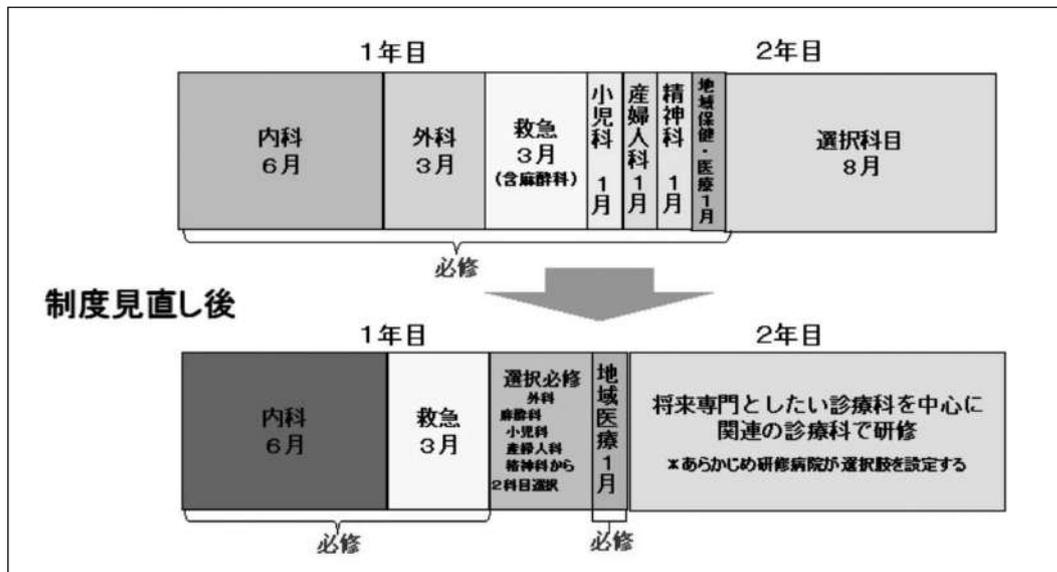


図1 2010年度臨床研修見直し

JADECOMとして研修指定病院が増えていたこともあり、この時に組織としてのミッションを達成し、かつ研修病院としての魅力をどうやって発信していくのか、地域医療研修をどういう形でやるのかということを見直すこととなった。本部に研修運営委員会が組織され、話し合いが行われた。結果、JADECOMの目的である「地域医療の推進」「地域で活躍できる医師の育成」のために、できるだけいろいろな診療科での研修(スーパーローテーション方式)を堅持することで基本的臨床技能の習得を行い、地域医療研修は3ヵ月間を原則とし、地域医療の現場で学ぶ機会を多くすることとした。

その後も臨床研修制度自体は改定され、2020年度からは一般外来研修4週間が必修化されたが、JADECOMでは地域医療研修期間が3ヵ月間あり、地域医療研修の中で外来研修を以前から行っていたため、特に大きな変更は必要なかった。

JADECOM全体では1学年約50名の初期研修医がいる。せっかくたくさん同期がJADECOM内にいるので、横のつながりをつくるために、入職時にJADECOM全体で研修医の集合オリエンテーション、1年目の秋に地域医療セミナーを開催することで、施設をまたいでの研修医の交流ができるように工夫をしている。

研修運営委員会は現在年に8回ほどオンラインで開催されており、その中で医学生のリクルート、研修医の現状把握、地域医療セミナーなどの企画立案、研修全般についての評価などを行っている。臨床研修指導医の育成も研修運営委員会が企画し、指導医講習会を開催することで研修指導医の質を保ち、臨床研修に支障が起らないようにしている。

地域医療振興協会の 地域医療研修の特徴

1. 長めの地域医療研修期間

JADECOMとしては、地域医療の推進のために地域で活躍できる医師を養成したいと考えている。そのためにはやはり現場を知ってもらうことが一番必要ではないかと思っている。

地域医療研修が3ヵ月間(=12週間)あるが、3ヵ月間という研修期間を長過ぎると感じず、いろいろなところに研修に行けて楽しそうと感じる医学生は、地域医療に親和性が高い可能性があると思う。そのような医学生が各研修病院にマッチングすることは、そこから将来地域医療に進んでくれる可能性が高くなるのではと考える。

地域医療研修をどの施設で研修するかは、それぞれの研修プログラムに任されている。地元

医師会の診療所を研修先としたり、地元の県内のJADEC COM施設を必ずローテーションすることにしたたり、2年間で1つの施設にしか行かないが、1年目1ヵ月、2年目2ヵ月に分割してみることで継続性も感じられるようにしたりとさまざまである。

研修医からの評価としては、稀に地域医療研修期間が長くて選択研修期間が少なくなるといふ評価もみられることがあるが、ほとんどの研修医は多くの施設でたっぴりと地域医療研修ができたことを非常にpositiveにとらえており満足度も高いと感じている。

2. いろいろなセッティングでの研修

JADEC COMには北は北海道から南は与那国島まで日本全国に多くの施設がある。それらの施設の指導医たちが研修期間中に楽しく、いろいろな経験を積むことができるように工夫をしている。

天候に左右される難しい離島の救急搬送の現場を経験する研修や雪の多く降る地域での雪に囲まれての研修などは、地域での生活の楽しさや苦勞を感じながらの研修になる。限られた医療資源をどのようにフル活用して患者にベストの対応を行うかを考える研修は、医師としての能力を育てる非常によい研修ではないだろうか。地域の観光をしたり、食事をする中から、その地域での最適な医療・保健・福祉などを考え、地域を診る目を養う良い機会となっていると感じる。

外来研修もCOVID-19流行下では、発熱外来がメインだったりしがちであるが、地域研修では慢性疾患患者の定期外来を担当することができるので、新しい経験を積むことができる。そしてなんとといっても訪問診療に行くことは、研修医にとって非常に大きな経験になっている。患者だけでなく家族との交流や、診察室ではないセッティングでの診療は大きな経験となると思う。

3ヵ月間で複数の施設をまわることで、JADEC COMの他の研修施設の研修医やJADEC COM外の研修医と同じ期間に研修する

こともある。他施設の研修医とも交流できるチャンスはお互いが刺激し合う、なかなか得難い機会ではないかと思っている。

そのような他施設の研修医との交流のチャンスとして、研修医1年目の秋に地域医療セミナーを行っている。地域医療セミナーはJADEC COMの施設が中心となって開催し、地域医療に必要な視点や考え方を学ぶことを目的としている。COVID-19流行前までは2泊3日での集合研修を行っていたが、COVID-19流行で一時中止を余儀なくされていた。ようやく流行も落ち着いてきており、昨年度から個別に地域施設で短期間のミニ地域研修と人数規模を減らした地域セミナーを再開した。こちらも他施設研修医との交流ができ、自分の地域医療研修で行くことのできない施設での研修機会としている。

3. 地域医療へのリクルート

先ほどからの繰り返しになるが、JADEC COMとしては、地域医療の推進のために地域で活躍できる医師を養成したいと考えている。地域での専門診療科も必要であるし、地域の小規模医療施設ではやはり総合診療医が必要になる。

JADEC COM内には総合診療、内科、外科、小児科、救急、麻酔科の専門研修プログラムがある。地域施設には、JADEC COMの専門研修の専攻医が地域施設での研修+診療支援という形で行っていることがある。彼らは地域施設で後輩たちの指導を行ってくれており、そのような先輩たちをみることも、進路を決める理由のひとつになることもあるようだ。

中でも総合診療プログラム「地域医療のススメ」は今までに多くの総合診療医・家庭医療専門医を輩出している。実際に地域医療研修で指導する指導医たちの多くは「地域医療のススメ」の指導医、もしくは研修修了後に地域に残っている医師である。指導医たちの働きぶりや地域研修から総合診療の魅力を感じてもらって、総合診療の道に進んでもらい、JADEC COMの施設で勤務をしてもらえるとありがたいと思っている。「地域医療のススメ」の場合、この数年間は

内部研修病院から毎年2～4名の研修医がプログラムにエントリーしてくれている。

最近では医学生時代に将来の志望診療科を決めていて、後期研修プログラムに進む時に有利なように初期研修病院を選ぶ医学生の割合が5割程度あると聞いた。そういう意味では、JADECOMの欲しい医師を育てる専門研修プログラムを充実させ、初期研修の段階で地域医療に貢献したいという志向の医学生をしっかり捉まえておくことは非常に重要ではないかと考えている。

今後の地域医療研修の重要性について

地域医療研修ではさまざまな医療分野との協

働、外来を中心としたいろいろな診療技術、その地域をみる目線などを学ぶことができる。これは将来どのようなセッティングで働くことになっても重要な視点・考え方だと思う。これからも充実した地域医療研修の提供を行うことで、将来の地域医療の担い手を増やしていきたいと思う。

皆様もぜひ地域医療研修にご理解をいただき、今後ご指導、ご協力よろしくお願いたします。

参考資料

- 1) 厚生労働省HP. 医師臨床研修制度の見直しについて. <https://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/08/04.html> (accessed 2023 Jul 30)

初診一般外来を学ぶ

六ヶ所村地域家庭医療センター 副センター長・介護老人保健施設ニッコウキスゲ 施設長 船越 樹

POINT

- ① 2020年度から一般外来研修が必修化され、地域医療研修中の初診一般外来研修の量、質の担保が大きな課題となっている
- ② 当院では、診断レベルの「時と場」(詳細な時間経過と組織解剖レベルまで考慮した障害部位の診察)、生活レベルの「時と場」(正確な疾患の治療とともに、illnessの回復をめざす、生活等の支援を含めた「solution」の実践)、地域の「時と場」(地域のリソース、高次医療機関との距離的な関係を考慮した支援、医療連携の個別化)という、3つの「時と場」を重視した診療、指導を行っている
- ③ 初期臨床研修医は、致命的・重篤な疾患の除外診断は慣れているが、確定診断や検査所見がない時の診断仮説を挙げる経験はほとんどないため、研修初期は確定診断・診断仮説を挙げる時の意思決定支援が重要である
- ④ 経験した外来診察について、診察中・直後、その日の夕方、その週末の3回振り返る機会を確保している。いわゆる3段階のreflection(reflection in action, on action, for action)を経験し、Reflective Practitioner(省察的実践家)としての基礎を学ぶ機会としている
- ⑤ 1ヵ月で60~120人の外来診療を経験することで、外来診療に自信をもってもらえるよう心掛けている

はじめに

地域医療研修において、初診一般外来研修(以下、外来研修)は最も重要かつ大きな研修項目のひとつである。さらに、2020年度から一般外来研修が必修化され¹⁾、その研修の場として地域医療研修がさらに重要になった。最近では基幹型研修病院から、地域医療研修中に一定の一般外来研修時間の確保を要請されることもあ

り、その量、質の担保が大きな課題となっている。

筆者の勤務する六ヶ所村地域家庭医療センターは、青森県北部に位置する六ヶ所村(人口約9,800人)において、唯一24時間対応で診療している有床診療所(19床)で、29床の介護老人保健施設を併設している。1日当たりの外来患者は平均110人、救急車も年200件程度受け入れ(うち高次搬送が年150件、ドクターヘリ搬送が年

20件ほど)、新型コロナウイルス感染症の発熱外来、軽症の入院対応も行っている。

当院は初期臨床研修必修化の初期から青森県内、大阪府および地域医療振興協会の臨床研修病院の地域医療研修協力施設となっていて、年間15~20人程度の初期臨床研修医(以下、研修医)を受け入れ、これまで延べ300人近くが当院で研修を行った。そこでこの稿では、当院で行っている外来研修の概要について述べる。

当院の初診一般外来研修の特色

当院の外来研修では、「外来コミュニケーションのABC」「診療の『時と場』」という言葉キーワードとして用いている²⁾。

1. 外来コミュニケーションのABC

当院では外来診療を以下の3構造に分類して、用いるコミュニケーションの手法を選択している²⁾。

A: Acute 初診、通院中で急性期の問題が生じたとき行う会話、詳細な診断、EBM

B: Basic 急性・慢性疾患共に良好な時の会話。挨拶や天候の話、家族の話など、直接診断にない内容の会話〔person, context(後述)の情報収集〕, B(background), A(affection), T(trouble), E(empathy)³⁾

C: Chronic 慢性疾患に対する場合の基本的な会話構成。①コントロール状況の確認 ②行動変容をテーマにした会話

研修医にも、外来見学から、実際の診療を通して、外来診察ごとにこのABC分類を行うよう指導している。

2. 診断レベルでの「時と場」

当院では、初診一般外来での診察の際、

①「場」解剖部位(上咽頭、髄膜、皮膚など)あるいはシステム(循環器系、神経系等)

②「時」病理変化(炎症、出血、穿孔、変性、腫瘍、機能性等)=時間経過を詳細に聴取、診察し、

③病因(etiology)(ウイルス、細菌、自己免疫、心理、家族関係など)

も含めて、

診断=①障害部位(解剖、システム)×②時間経過(=病理変化)×③病因(etiology)

その掛け合わせで診断を行っている²⁾。

通常診断学では、痛み等症状の経過に関するOPQRST⁴⁾、原因疾患の鑑別に用いるVINDICATE⁵⁾等、半構造化された質問リストがよく用いられるが、単語の羅列が多く、まず記憶が大変である。項目をしっかりと埋めればもなく情報が収集できるが、一方で問診の会話の流れから外れた質問を立て続けに行うことが多くなり、情報収集が散漫になることがある。

当院で行っている診断手順は要素がシンプルなので、会話の流れを断ち切ることなく情報がとりやすいが、その分個々の要素に必要な情報は詳細になる。障害部位では、例えば「膝が痛い」患者の訴えを「膝関節痛」とするのではなく、「骨膜」「滑膜」「筋膜」「靭帯」「皮下組織」「皮膚」といった組織解剖のレベルまで障害部位を絞り込むよう意識して問診、診察を行うよう指導している。

時間経過は図1のようにパターンで分類していて、そのパターンと鑑別すべき病因を紐づけている²⁾。時間経過を正確に聴取することで、OPQRST、VINDICATEの要素を同時に情報収集することができる。さらに日内変動を確認することで、増悪・緩解因子のヒントが得られることが多い。この問診方法は用語があやふやでも経過のグラフのイメージができていれば利用できるため、研修医のみならず、医学生・看護学生、ナース、コメディカル、介護スタッフ等でも利用が可能である。そのため当院では学生指導や多職種連携の共通言語としても利用している。

一方で、詳細な時間経過を得るためには、患者が自身の言葉で語る病歴を正確に医学用語に「翻訳」することが必要である。例えば主訴は「めまい」であったが、よく聞くと「めまい」が実は「立ち眩み」であったとする(この部分の翻訳がまず重要である)。さらに詳細に聞くと、「立ち上がろうとして顔を上げた瞬間のめまい(頸部筋痛)」

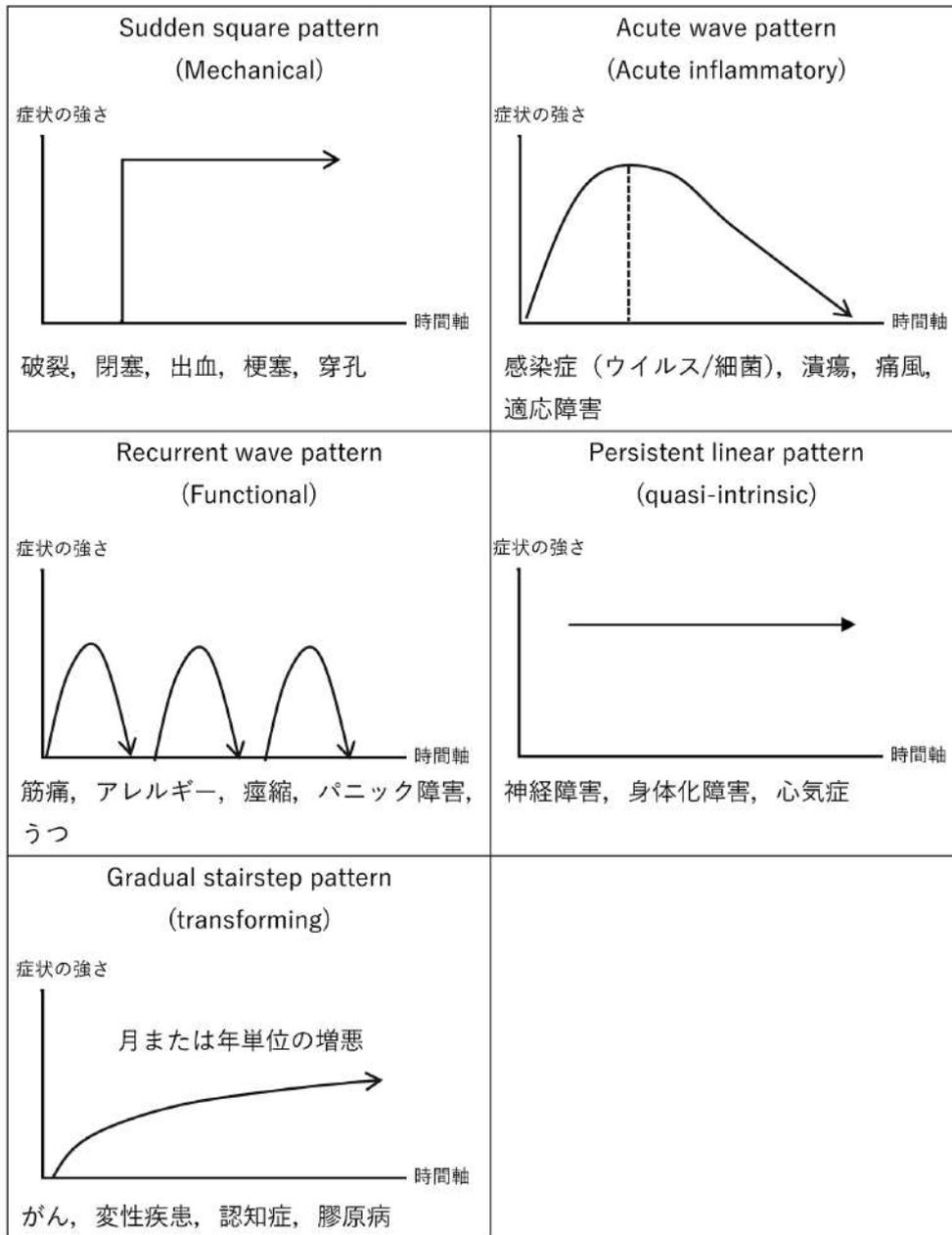


図1 時による変化パターン

[文献2)より引用]

「立ち上がろうとして下肢に力を入れた瞬間のめまい(下肢, 臀部の筋痛)」

「立ち上がりきった数秒後のめまい(一過性の脳血流低下)」

「立ちあがって歩き始めのめまい(下肢筋痛・感覚障害等)」

「歩き始めて数秒後のめまい(迷走神経反射, アダムストークス症候群等)」

「歩いて方向転換した瞬間のめまい[頸部筋痛, BPPV(クプラ結石症)]」

「方向転換して数秒後のめまい[BPPV(半規管結石型)]」

などのように、「めまい」のタイミングが秒単位で異なるだけで、診断仮説が大きく変化していく²⁾。

また、ギックリ腰など、本来間欠的である機能的疼痛が、少しの動きで高頻度に出現し続ける場合などは、実際はRecurrent wave patternであるのに、「動かなくてもずっと痛い」と、Persistent linear patternのような表現で患者が

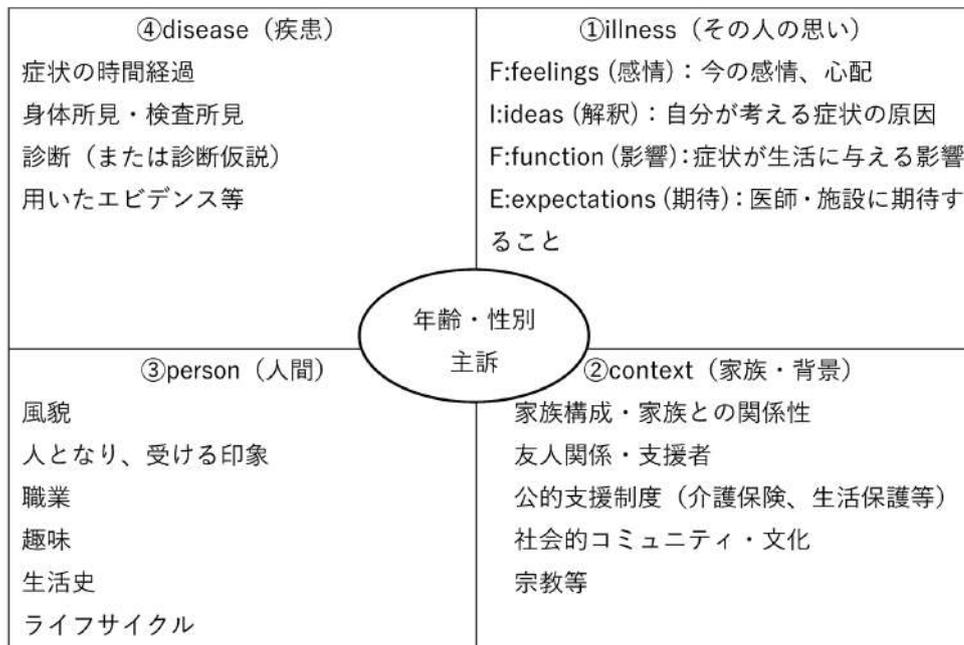


図2 PCCM レビューシート

[文献2),6)より引用]

症状を説明することがあり、目くらしの要因となる。

考えた診断仮説と、得られた障害部位や時間経過の情報が矛盾する場合などは、経験上どこかの聴取が不十分であることが多いため、矛盾する部分の詳細な病歴聴取を適宜追加することを意識するよう指導している。

3. 治療・問題解決に関する、生活レベルでの「時と場」

当院での診療では、診察の情報を家庭医療・総合診療での主要な技法のひとつである「患者中心の医療の方法(Patient-centered Clinical Method: PCCM)」の要素を用いたレビューシート(図2)に診療情報をまとめ、治療、問題解決に落とし込んでいる^{2),6)}。外来診療ではいわゆる「疾患」(disease)が適切に治療されることはもちろん重要であるが、それと同様、またはそれ以上に「やまい」(illness)が回復、救済されることが重要である。

例えば、疾患としては単純な「筋膜性腰痛」であったとしても、その原因は何らかの生活上(仕事、家事、介護など)の負荷などによることが多く、その情報はillnessからでないと得られな

い。こういった場合は単純な「治療」は応急の対応に過ぎず、illnessが回復されないと根本的な解決にはならない。illnessの回復のためには生活上の負荷の軽減が継続的になされなければならない。そのためには仕事・家事の制限、負荷がかかる姿勢の修正、家族の協力、公的支援制度の利用など、「治療」ではない支援(一部は「社会的処方」とも言える)が必須となる⁷⁾。いわゆる「治療」から拡大した支援を、どういう「場所」(家庭、職場、学校等)と「時」(支援のタイミング)で行えるかを議論して問題解決を図る。当院ではその総合的な支援を「solution」と名付けている。指導の際は、研修医が基本的な「治療」と総合的な「solution」を考え提示してもらい、適宜フィードバックしている。

4. 「地域」という「時と場」

当院では救急患者は受け入れているもののあくまで有床診療所であるため、急変リスクが高い患者や、緊急手術、インターベンション等が考慮される患者などは、受け入れた後長時間当院に留めておいてはいけない。そのため、診断に重要ではあるが準備、施行に時間がかかる検査(造影CT、緊急内視鏡など)はあえてスキッ

(外来実習用ノート) ABC/PCCM

日付 年 月 日
 指導医
 カルテ番号

- 1) 今の外来は (E) ABC のどの状態かを確認する。
- 2) PCCM マトリックスを片手に外来診療を分析しよう。
 終了後に1分間だけ以下1) から5)を確認しよう。



- 1) 各マトリックスは満たされているか? 空欄の理由は?
- 2) その人の思い (illness) は把握されたか?
- 3) 診断 (disease) :時間の分析と解剖の分析を図に書いてみよう。
- 4) その人の思い(illness)は診察を通してどのように変わったか?

図3 実際に用いる外来実習用ノート

プして、診断が不明瞭ながら迅速な高次搬送を優先することも多い。しかし、多忙な高次病院で救急業務を経験している研修医は、鑑別診断が上がった段階で全ての検査を同時進行で進めていくよう指導されていることが多いため、検査手順の運用で混乱を来すことも多い。

また、当院の医療圏には回復期リハビリり病床がなく、強度のリハビリを要する患者は数ヵ月の間、医療圏外の60~70km遠方のリハビリり病院に転院せざるを得ない。そのため患者・家族の移動手段等に制限のある患者は、急性期病院から、回復期リハビリりをスキップして当院に

転院することも多い(当院にはリハスタッフは常勤しているので、1日当たりの時間が短いもののリハビリり入院自体は可能である)。

こういった、地域のリソース、高次医療機関の位置関係等によって、治療、solutionの内容、タイミングが個々で変化していくことを当院では「地域の『時と場』」と呼んでいる²⁾。研修医自身がこのような状況を自立的にマネジメントしていく場面は少ないが、経験した段階で適宜議論するよう心掛けている。特に研修医が自ら同乗し、自身の所属する基幹型研修病院に高次搬送する経験は、地域の「時と場」の相違を実感し、

医療連携の実際を学ぶよい機会であるため、可能な限り経験させるようにしている。

当院での初診一般外来研修の流れ

当院の地域医療研修では、まず初日オリエンテーションとして、院内の案内および研修スケジュール、前出の外来研修の説明に加え、六ヶ所村の概要(地理的環境、人口構成、産業など)を詳細に説明している(コロナ禍以前は村内の主要施設を実際に訪問していた)。これは、研修医に村の概要を早期に把握してもらうことで、実際に来院した患者が、どのような生活を送っているのかをイメージしやすくするためである。

初日午後からは指導医の外来業務見学を行う。研修医は前出のABC/PCCMに沿った実習用ノート(図3)を持参し、印象に残ったケースを記載、分析してもらう。指導医は適宜実習用ノートの形式に即して、外来のケースに関して質問、補足の解説などを行う。同様に2日ほど、複数の指導医の外来を見学する。外来診察開始前に合計10~12ケースの記載、分析を経験する。この作業でABC/PCCMに沿った外来診療の手順を早期に把握できるようにしている。

基本的には、3日目を目安に実際の外来診療を開始している(研修医各々の診療手順の把握の程度に応じて、見学期間は調整している)。患者に、研修医であるため診察時間が長くなることを説明し、その上で診察の同意をもらった後、診察を開始する。

まず問診、身体診察まで行った後、指導医にプレゼンテーションを行う。この時点では

- ・外来のABCの分類
- ・disease, illness, person, contextで得られた情報を説明してもらう。

検査を行いたい場合は、その検査を要する理由(診断の確定のため、鑑別疾患の除外のため、illnessの回復(検査を行うことで安心するなど)のため、など)を明確化してもらう。

指導医は情報収集に関する修正、不足部分の指摘、検査適応等に関してフィードバックし、

研修医はフィードバック内容に応じて診察の補足、検査の施行を行う。そして情報がそろったところで、研修医は最終診断(または診断仮説)と必要な治療およびillnessの回復に必要なsolution、再評価が必要な時は再診時期を指導医に提示する。指導医が提示した内容を修正した後、実際の治療、illnessの回復を行う。

文章化すると冗長にも見えるが、実際の症例提示、フィードバックは3分程度で収まるように行っている。また実際の診察も、15~20分を超えないよう指導している(経験上20分を超えると患者から不満が出ることが多い)。もし超えそうな時は途中でもいったん診察を打ち切り、不足部分は指導医が補足して患者が不満を抱えないよう心掛けている。

また研修医は通常救急外来または夜間当直外来を経験していることが多い。そのため、致死性・重篤な疾患を除外する診断プロセスは比較的慣れていることが多い。しかし確定診断、または診断仮説を立てる経験は非常に乏しく、当初は非常に苦勞することが多い。研修医によってはそのプロセス自体が想起できないこともある。そのため「この外来は夜間当直外来の翌日の外来と同様である」と説明し、普段の診療からの継続性をイメージしながら診療してもらう。しかし「確定診断」という意思決定に関して、最初は自信を持って決定することができず、逡巡することも多い。

しかも、そもそも当院のようなへき地医療機関へ受診する健康問題の多くは、込み入った精密検査の存在しない、いわゆるcommon diseaseであることが多い⁸⁾。さらには専門医で精査され器質的疾患を否定され経過観察とされるも、健康問題自体が解決しないまま当院を受診する患者も少なからず存在する。これらの患者は、精密検査のいわゆるgold standardが存在しないため、障害部位と時間経過のみで診断仮説を挙げるしかない。これは研修医にとって、検査結果込みの確定診断よりはるかに意思決定の難易度が高いものである。このような場合は、指導医が診断仮説を挙げる手順を明示して相違がないことを確認しつつ、早めの再診察を行い、時

間経過の追加情報を得ることで、診断仮説の検証を得るよう指導している。

そして、外来終了後、当院では全ての画像所見を医師全員で検討する時間を設けている。この場で研修医が経験したケースを改めてプレゼンテーションして、診断・solutionについてフィードバックを行う(この際に指導医の、外来中の指導についても評価される)。また、この画像所見の検討では、検診の心電図・胸部レントゲンが多数登場するため、研修医は多数の正常所見と正常亜型を経験することができる(1日10件以上あるため、1ヵ月の研修で200件以上は経験できる)。

さらに毎週末に、管理者が各研修医と週間振り返りを行い、印象に残った外来のケースに関して改めてフィードバックを行う。このように経験した外来診療に関して、診察中・直後、その日の夕方、その週末の3回振り返る機会を確保している。いわゆる3段階のreflection (reflection in action, on action, for action)を経験し、Reflective Practitioner(省察的実践家)としての基礎を学ぶ機会としている⁹⁾。

このような形で、各研修医は半日で2~4人、1日で4~8人程度外来診察研修を行う。1ヵ月の研修で、外来診察は正味15日程度あるため、1ヵ月の地域医療研修で60~120人程度の外来研修を経験している。

外来研修の効果に関して、正確な統計を取っているわけではないが、当院の外来研修では、最終週に院内で研修医による成果発表を行っている。その中でほぼ全ての研修医が、外来研修での一定の成果を述べている(外来の流れがスムーズになった、診断仮説を立てられようになった、diseaseとillnessを双方聴取できるようになった、治療以外のsolutionを提示できた、など)。また、その際に多職種のスタッフからコメントをもらっており、疑似的な360度評価のような形となっている。また、簡単ではあるが研修終了証を授与して、ご褒美的な効果を

狙っている。実際多数の外来経験と、細かい振り返りを繰り返すことで、1ヵ月程度の研修でも外来の進め方、診断仮説、鑑別疾患の立て方、治療・solutionの提示など、見違えるような進歩を常に目の当たりにしている。

終わりに

当院での初診一般外来研修の実際について概説した。多忙な外来時間の中で振り返りの時間を確保するのは実際のところ大変ではあるが、その苦勞を上回る成果は容易に実感できる。また、実は研修医にフィードバックすることが、自分自身の診療の振り返りになることも多い(下手なことを言えないので都度勉強する機会が増える)。また若い研修医が定期的に自院に来ると、院内の雰囲気が明るくなったり、他のスタッフの業務の活性化につながることも多い。ぜひ積極的に研修医を受け入れていただき、初診一般外来研修の機会が増えることができれば幸いである。

参考資料

- 1) 厚生労働省. 医師臨床研修ガイドライン-2020年度版-. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03924.html(accessed 2023 Jul 1)
- 2) 松岡史彦, 小林只:プライマリ・ケア-地域医療の方法-. メディカルサイエンス社, 2012.
- 3) Stuart MR, Lieberman JA: The Fifteen Minute Hour: Efficient and Effective Patient-Centered Consultation Skills, Sixth Edition. CRC Press, 2018.
- 4) 鈴木慎吾, 上原孝紀, 生坂政臣:診断のための医療面接. 日内会誌 2017; 106: 2568-2573.
- 5) Collins RD: Differential Diagnosis and Treatment in Primary Care 6th Edition. LWW, 2017.
- 6) Stewart M, et al: Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method 3rd Edition. CRC Press, 2017.
- 7) 澤憲明, 堀田聰子:英国における社会的処方. ジェネラリスト教育コンソーシアム consortium vol.10, 2017, カイ書林, 138-144.
- 8) 山田隆司, 他:日常病・日常的健康問題とはICPC(プライマリケア国際分類)を用いた診療統計から(第1報). 日本プライマリケア学会誌 2000; 23: 80-89.
- 9) Schön D, 柳沢昌一, 三輪建二 訳:省察的実践とは何か-プロフェッショナルの行為と思考-. 鳳書房, 2007.

実際に学ぶこと

地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)を学ぶ

一関市国民健康保険藤沢病院 院長・暮らしのケアサポートセンター 所長 高木史江

POINT

- ① 地域医療に貢献する医療従事者の人材育成には、地域に根ざした多職種連携教育(IPE)が重要である
- ② 医療，住民，行政が協働で約40年をかけて地域包括ケアシステムを育ててきた経験を有する藤沢町では，多職種スタッフおよび住民が参加し支援する地域医療研修を実施しており，研修医は「地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)」を効果的に体験・研修でき，biomedicalな視点だけでなくpsychosocialな視点で，また，包括性と継続性や住民の生活の視点も有して診療するようになる

はじめに

地域包括ケアシステムにおけるチーム医療は、「地域を巻き込んだ多職種連携(IPW: InterProfessional Work)」という表現がよりの確であろう。地域医療に貢献する医療従事者の人材育成には、医療だけでなく、その人らしい生活を包括的に支援する視点も取り入れ、地域に根ざした多職種連携教育(IPE: InterProfessional Education)が重要である。

日本における多職種連携教育の推進のために、多職種連携コンピテンシー開発チームは、「協働的能力としての多職種連携コンピテンシーモデル」を開発した。このコンピテンシーモデルは、2つのコア・ドメインとコア・ドメインを支え合う4つのドメインから構成されている(図1, 表1)。

初期臨床研修の1ないし2ヵ月という限られ

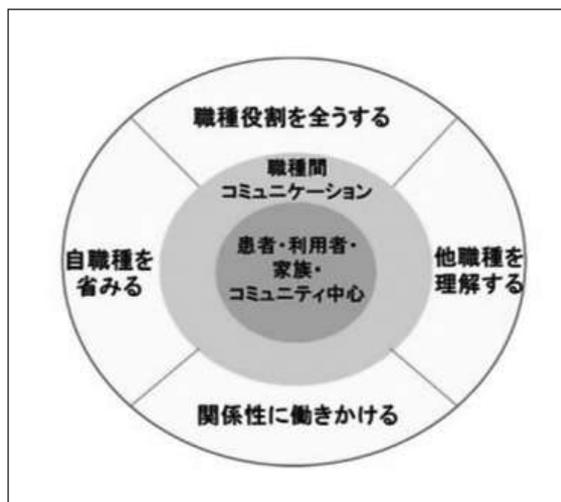


図1 協働的能力としての多職種連携コンピテンシーモデル

た期間の地域医療研修で、上記のコンピテンシーを獲得することは難しいが、地域医療研修終了後も自己研鑽を継続できるモチベーションを育成することも研修の成果と考える。

表1 協働的能力としての多職種連携コンピテンシーモデル

●コア・ドメイン

○患者・利用者・家族・コミュニティ中心：Patient-/Client-/Family-/Community-Centered
患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、協働する職種で患者や利用者、家族、地域にとっての重要な関心事 / 課題に焦点を当て、共通の目標を設定することができる。

○職種間コミュニケーション：Interprofessional Communication

患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる。

●コア・ドメインを支え合う4つのドメイン

○職種としての役割を全うする：Role Contribution

互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合い、職種としての役割を全うする。

○関係性に働きかける：Facilitation of Relationship

複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。また、時に生じる職種間の葛藤に、適切に対応することができる。

○自職種を省みる：Reflection

自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことができる。

○他職種を理解する：Understanding of Others

他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことができる。

特集

地域医療教育の一つのアプローチとして地域基盤型医学教育(Community-Based Medical Education: CBME)がある。CBMEは地域の実情に合わせた形でカリキュラムが設定されることが望ましく、世界中で試行錯誤されている。この「地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)」も、地域の医療や地域の人々と関わる場において、包括的に医療、福祉、保健分野を実体験しながら学ぶことが大切である。

一関市国保藤沢病院事業と地域の取り組み

ここでは、一関市国保藤沢病院と併設事業および藤沢町の地域医療研修における「地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)」の取り組みを紹介する。

1. 藤沢町で育てられた地域包括ケア

藤沢町は、2011年に一関市に編入合併したが、岩手県の南端、山間部に位置し、人口7,116人、高齢化率43.7%(2023年3月末現在)の過疎

の町である。2歯科開業医を除けば、藤沢病院が唯一の医療機関で、町の歴史の中では病院が無かった時期もある医療過疎の地域だが、1982年頃から医療、住民、行政が協働で約40年をかけて地域包括ケアシステムをつくってきた経験を有する。中核となる藤沢町民病院は1993年に開設され、その後、介護事業を経営統合して現在は、病院、老健、特養、デイサービスセンター、グループホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、包括支援センターから構成する地方公営企業になっている(図2-1)。(以前は、保健センターも福祉医療センターとして一つの組織だったが、合併後、保健分野は直接の管轄から外れた。)これらの病院事業の組織は、全て町の中心に近接して位置しており、多様な職種のスタッフが、日々情報交換を行い、連携してサービスを提供している(図2-2)。

さらに、藤沢町が地域包括ケアを育ててきた中で大切にしてきたことがある。医療者が住民を知り、住民の役に立つ医療を実践する、つまり「生活を支える医療」を提供すること、そして、住民が「病院を知り、理解し、育て、支える」こ



図2-1 近接して位置する一関市国保藤沢病院事業の組織



図2-2 町の中心に位置する一関市国保藤沢病院事業

とである。

このような藤沢町における経験の蓄積と文化が、多職種スタッフおよび住民が参加し支援する地域医療研修を可能にしているのであろう。

2. 一関市国保藤沢病院の地域医療研修

図3に一関市国保藤沢病院の「地域医療研修概要」を示す。(注:近年の新型コロナウイルス感染症の流行のために、地域包括ケア研究会、地域ナイトスクール、藤沢地域医療セミナーなどの、多くの人々が集まり学ぶ活動は休止状態が続いているが、再開の準備を進めている。スケジュール例は1ヵ月で作成している。)

当院では、自治医科大学附属病院と岩手県立磐井病院から卒後2年目の初期臨床研修医の地域医療研修を受け入れている。研修期間は1～2ヵ月で、年間の初期臨床研修医の受け入れ人

数は、以前は年に約10人だったが、自治医科大学附属病院の地域医療研修の期間が2021年度から2ヵ月となり、近年は年に5～6人である。

これらの研修医が藤沢病院を研修の場を選んだ理由としては、「先輩医師のおすすめ・口コミ」が最も多く、外来・在宅医療・介護関連など大病院では研修できない経験について期待が大きい。

研修スケジュールの調整では、研修目標や研修医の希望の他にも配慮していることがある。研修医2年目は、自分がどのような医師になるかまだ迷いの中にあり、未知のものに貪欲で、経験から多くを学ぶことができる時期である。筆者も、医学生時代から研修医の後期研修の頃までは、途上国も含めた多様な地域と医療の現場を訪問し、医師や医師以外の医療関係者や非医療者から学ばせていただいた経験があり、研

地域医療研修概要

2022年9月14日

一関市国民健康保険藤沢病院

岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏 52-2
<https://fmhe.net>



1 研修の特徴

藤沢病院は、人口約7,300人、高齢化率43%の民間医療機関が存在しない山間過疎地域において、医療と介護（老健、特養、デイケア、デイサービス、グループホーム、訪問看護、居宅介護支援、地域包括支援センター）を一体的に展開している。研修医は、地域を知り、総合診療、地域包括ケア、多職種連携等を効果的に体験・研修できる。

2 研修目標

(1) GIO（一般目標）

地域包括ケアを実際に経験して、医療・介護・保健・福祉に関わる多職種と連携できる。
 また、行政、住民と一体の活動の必要性を理解する。

(2) SBOs（行動目標）

- ・外来診療（内科・総合診療方式）を体験し慢性疾患の治療管理を経験する。
- ・患者の意向や生活背景を考慮した臨床判断と介護、保健、福祉の多職種と連携した診療を経験する。
- ・患者の心理、社会的背景、家族関係を踏まえて適切な関係性を持ち、社会資源への接続を支援する。（社会的処方）
- ・医療資源に乏しい過疎地における医療を理解し、自院の資源を活用しながら適切な専門医療への接続に必要な診療能力の修得に努める。
- ・山間過疎地域の在宅医療を体験し住民の生活を知る。
- ・地域を知る、地域住民を知る・地域住民と交流する。
- ・児童生徒の健康診断、予防接種、予防医療に従事し住民の健康増進に関わる。

3 研修内容（研修医のニーズや希望に沿って調整。新型コロナ対応により実施できない活動あり。）

- ・外来診療（全症例に指導医のフィードバック）、訪問診療、病棟診療、緊急搬送
- ・健康増進外来（生活習慣病）、もの忘れ外来、禁煙外来、睡眠外来、フットケア外来
- ・超音波、上部消化管内視鏡、下部消化管内視鏡
- ・リハビリテーション、摂食嚥下
- ・幼児・小児・学童健診、予防接種
- ・訪問看護、訪問入浴、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業の高齢者支援
- ・介護施設、障がい者支援施設の健康管理
- ・回診・カンファレンス・ミーティング・勉強会・住民との交流の機会への参加
 - 内科回診、褥瘡回診、認知症回診、NST回診、ポリファーマシー回診

図3 一関市国保藤沢病院 地域医療研修概要（初期研修 令和4年度）

研修医には、現場から考え、気づきを見出す機会を提供したいと思い、藤沢だから研修できること・研修してほしいことは何かを考えている。

研修スケジュールの調整では、時間経過や研修内容の順序にも配慮している。研修医が地域の状況や文化に早い時期からなじみ、体感できるように、地域の活動や現場に出る医療・看護・介護の活動をなるべく早い時期にスケジュールする。外来・病棟・訪問診療の研修で医療の視点から地域の患者の様子を理解したのちに、在宅支援サービスや介護施設の研修をスケジュー

ルすることで、これらのニーズを理解し、連携・協働を実感し、医師としての連携・協働における役割と可能性を考えるきっかけになる。日常的に行われている多職種が参加する各種のカンファレンスやミーティングへの参加も研修期間の前半からスケジュールすることで、顔を合わせた日々の情報共有が、患者のニーズが生じたときにタイムリーな支援行動を可能にしていることの理解を助けている。研修期間の後半で、研修医が担当した症例の退院支援の調整や退院前の多職種合同カンファレンスへの参加、退院

- 入院患者カンファレンス（入院患者・リハビリ・画像等の総合カンファ、デスカンファ、退院調整カンファ）
 - 在宅サービス事業所連絡会
 - 地域包括ケア研究会（F-net）、初期研修医研修報告会
 - 岩手医科大学総合診療部 WEB カンファ、地区医師会症例検討会（第3木曜日）
 - 地域ナイトスクール（年1回10-11月頃）
 - 藤沢地域医療セミナー / 野焼き祭り（8月）
 - 岩手県地域医療研究会（春・秋）
 - 住民主体の健康保健活動（ここにこ来歩、介護予防通所サービス）

4 研修実施責任者・指導医等
 研修実施責任者：佐藤 元美（病院事業管理者）
 指導医：佐藤元美、高木史江、佐藤俊郎、菅澤学、椎名良直

5 週間スケジュール（例）

		月	火	水	木	金	土	日
第1週	午前	オリエンテーション、電子カルテ操作指導	内科外来	病棟	病棟リハ	内科外来		
	午後	訪問診療	外来レビュー 専門外来 在宅サービス事業所連絡会	町内視察	内視鏡	認知症回診 褥瘡回診		
第2週	午前	内視鏡	内科外来	病棟	内科外来	住民地域活動参加		
	午後	訪問診療	外来レビュー 専門外来 在宅サービス事業所連絡会	訪問診療 NST 回診 入院総合カンファ	外来レビュー 学校健診	介護施設・障がい者施設健診		
第3週	午前	内視鏡	内科外来	内科外来	内視鏡	訪問診療		
	午後	画像診断	外来レビュー 病棟カンファ 在宅サービス事業所連絡会	健診 入院総合カンファ	訪問看護 夕：地区症例検討会	認知症回診 褥瘡回診 睡眠外来		
第4週	午前	内視鏡	フットケア外来	病棟リハ	住民地域活動参加	内科外来		
	午後	訪問診療	外来レビュー 専門外来 在宅サービス事業所連絡会	訪問診療 NST 回診 入院総合カンファ	訪問リハ	認知症回診 褥瘡回診 夕：★研修報告会		

以降の週は、第4週までの内容に準じて調整。

○勤務時間 8:00-17:00（第1、第3土曜日に半日勤務する場合がある。）
 ○専門外来 健康増進外来、もの忘れ外来、禁煙外来、睡眠外来、ペースメーカークリニック、フットケア外来
 ○当直 従事する場合あり

図3（続き）

後の家庭訪問や訪問診療への同行をスケジュールすることで、包括性と継続性を体感できる。

さらに、藤沢病院事業のコメディカルスタッフや住民は、研修医に対して、あたたかく熱心に自分たちの業務や活動を語り、また、それぞれの立場から他の職種との連携・協働について語ってくれるので、研修医は多様な視点で、連携・協働について経験し考えることができる。

研修期間が2ヵ月の研修では、外来診療や病棟診療の研修を増やすことが多いが、研修期間の前半で地域の現場での研修を経験したことで、biomedicalな視点だけでなく psychosocialな

視点で、また、包括性と継続性や住民の生活の視点も有しながら、多職種とともに診療することを意識できるようになっていると思われる。

3. 多職種および住民の協力で研修医が育つ

研修医は多くのことを経験する。総合診療方式での外来診療、病棟診療、救急外来診療、訪問診療、訪問看護、訪問入浴、通所サービス、住民が参加・支援する地域交流事業、老健・特養・グループホーム訪問、居宅や包括のスタッフの家庭訪問、外来・病棟・在宅支援部門の連携会議や日々の情報交換など。中でも、外来診

療研修，家庭や地域を訪問する研修，住民による地域活動への参加，住民による地域紹介，住民参加型の研修報告会は，住民の理解と協力のおかげで実施できている。

佐藤元美病院事業管理者の、「研修医に住民の医療に対する期待を感じてほしい」「住民には，自分たちの地域で必要な医師を育てる気概をもってもらいたい。医師が育つ研修過程を理解してほしい。社会人2年目の研修医を励ましてほしい」という思いから，研修の最終週の午後5時半から開催される地域医療研修報告会（以前は「意見交換会」の名称）には，病院事業職員の多職種のスタッフだけでなく，住民も毎回参加する。この地域医療研修報告会は2023年2月末で121回を数えた。2人の研修医が発表した会もあるので，総計では136人目の研修医だった。

地域医療研修報告会では，研修医が現場の経験からの学びを素直な言葉で自由に語る。患者を生活する人としてみることで，患者と家族について多面的に考えること，退院後の患者の生活を考えること，治療から生活まで，および入院から在宅に戻るまでの継続した支援を多職種チームで連携して行うこと，そして，「藤沢町を好きになった」ことも研修医は語ってくれる。参加した住民は，「藤沢の印象は？」「岩手のどこに行ったの？」「おいしいものは何だった？」「どうしてお医者さんになろうと，〇〇科のお医者さんになろうと思ったの？」などの素朴な質問とともに，「これからも研修頑張ってください

ね」「よいお医者さんになってくださいね」「また藤沢に来てくださいね」とあたたかい言葉で研修医を励まし送り出してくださる。

終わりに

藤沢で地域医療研修を終了した研修医の多くは，卒後3年目からの後期研修では大学病院等で専門医になるための研修を志向する。どのような専門科を専攻した医師であっても，「地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)」を通して学習した能力，コンピテンシーの向上のために努力し続ける医師は，日本の医療を豊かにするであろう。そして，医師としてさまざまなキャリアを重ねたのちに，地域包括ケアシステムにおけるチーム医療「地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)」の魅力と可能性を再認識し，地域医療の第一線で活躍することを選択をする医師が増えることを期待したい。

参考文献

- 1) 多職種連携コンピテンシー開発チーム(主催):医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー:Interprofessional Competency in Japan. 2016年3月31日第1版, 2016. https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryu/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf(accessed 2023 Jun 29)
- 2) 日本プライマリ・ケア連合学会編:日本プライマリ・ケア連合学会 基本研修ハンドブック 改訂第2版, 南山堂, 東京, 2017.

実際に学ぶこと

在宅医療・終末期医療と ACP・リビングウィルを学ぶ

長野原町へき地診療所 所長 金子 稔

POINT

- ① 在宅看取りゼロからのスタート
- ② 在宅医療を必要としている人たちを把握する
- ③ もしもの時の話をする
- ④ 学生のうちからへき地医療，在宅看取りに興味を持ってもらおう
- ⑤ 向き合い，支え，寄り添う医療・介護をしていこう

はじめに

「自宅で最期まで過ごしたい」そのような相談をよく受けるようになった。医療資源の少ない地域では在宅医療が十分に提供できないこともある。当診療所でも2015年までは在宅看取りができない状況であった。筆者が赴任してから訪問診療の拡充，在宅看取りをゼロからスタートすることを始めた。そこで，地域包括ケアシステムを推進していく中で，在宅医療の必要性やAdvance Care Planning(以下，ACP)の重要性について肌で感じた。また，外来診療から在宅へつながる方も多い。へき地診療所という人口の少ない地域，職種の少ない地域での在宅医療の取り組みについて述べていくとともに，へき地医療に興味を持つ学生に対して，どのような対応や指導をしているかについて取り上げていく。

診療所の現状

長野原町は群馬県の北西部に位置する人口5,200人程度の町だ。診療所の周辺人口とすると2,500人程度である。長野原町だけではなく，近隣の嬭恋村からの受診者も多くなっている状況であり，それ以上の方が診療所の守備範囲となる。外来患者の推移について図1に示す。2015年に筆者が赴任してから徐々に外来患者数も増えた。診療所稼働日が年210日程度であり1日平均40名程度まで増えた。診療内容としてはプライマリ・ケア全般である。小児の受診者数が全体の2～3割程度というのもへき地診療所としては珍しいのではないかと。町内の人口が増えたかという減少傾向である。訪問診療件数も現在は年間250～300回程度で推移している。平均で診ている患者さんは15名前後である。在宅看取りについて2022年度は7名の方が自宅で最期を迎えられた。8年間で31名の在宅看取りを経験した(図2)。まだまだスタートしてから8

特集

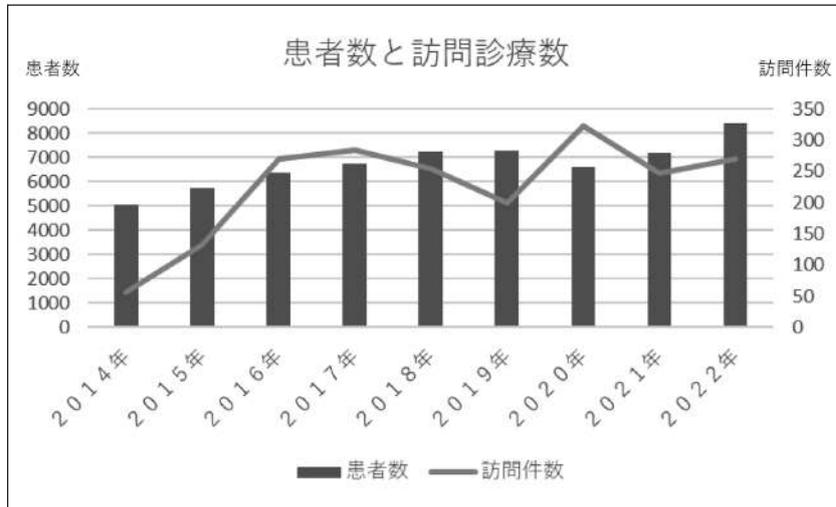


図1 患者数と訪問診療数

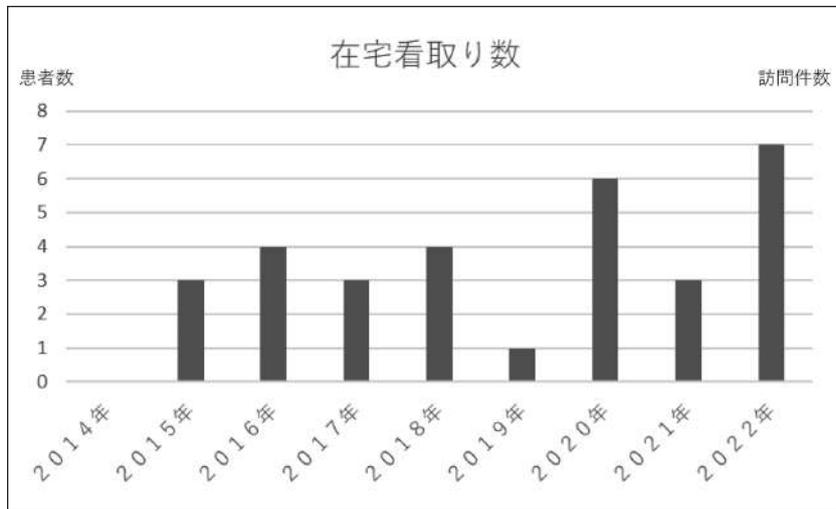


図2 在宅看取り患者数

年なのでこれからも徐々に年間の看取りは増えてくるだろう。

在宅看取りゼロからのスタート

皆さんも経験があるかもしれないが、ゼロから始めることにはさまざまな困難がある。へき地診療所で看取りが行われなかった理由は医師の対応、訪問看護ステーションが少ないことが課題であったのかと振り返ると思う。運よく、2015年に訪問看護ステーションが孺恋村に新設された。24時間365日対応のステーションだ。現在もこのステーションとの連携が多い。ここと共有している思いは「どんな患者さんでも家で生活することができて、最期の時を家で迎え

られるようにしよう」というものだ。へき地というと在宅看取りが盛んに行われていると思われるがちだが、全国的にみてもへき地の在宅看取り率が突出しているわけではない。ゼロからのスタートを切ることは私自身の技量だけではなく、診療所スタッフが協力的でなければ成り立たない。また、地域に訪問看護ステーションなどがなければならぬだろうし、後方支援病院の存在も大きいと思う。家で死亡確認をするだけでは決してない。在宅看取りというのは本人が家に居たいという思いがあり、少しでも元気な時期があり、家族とともに生活をした上で最期の時を自宅で迎えらるるようにはほんの少しであるが、私たち医療者が苦痛をできるだけ取り除く、そして、安心感を得てもらうということ

が肝要である。

診療所赴任前、私は救急医であった。在宅医療はもちろん経験がない。しかし、自治医科大学の卒業生が近くの病院で働いており、へき地診療所勤務の経験もあったためこんな時どうしたらよいか、何を準備したらよいかなどのことは容易に聞くことができた。大変恵まれた状況だと思う。

在宅看取りを継続していくと感じることであるが、「自宅で最期を迎えられる。家に居ることもできる」そんな感覚を住民の方々が持ってくればよいと思う。医療を紡ぐということ。そしてその紡いだものがより太くなり、医療介護福祉のレベルが向上していく。このように在宅医療・看取りを継続した先にあるものは、各々の職種のレベルアップであること。また、核となる人材がいなくなったとしても、残った人材が新たな核となり継続できることが重要であると考え。

在宅医療が必要な人たちを見つけて出す

地域には医療や介護が必要な状態にもかかわらず、誰も関与していない状態の方々がいるということである。誰が見つめるのか。民生委員の方から地域包括支援センターに連絡が入り本人の状況を確認し医療につなげるということである。私は役場職員であるので包括支援センターの保健師からはよく相談を受ける。アパートで独り暮らししている高齢者の生活が崩壊している。部屋がゴミ屋敷になっている。「先生一緒に行ってくれませんか」という相談は少なからずある。訪れてみると、認知機能の低下した高齢者がほとんどである。その方々には医療ではなく介護が必要な場合が多い。何回か訪問診療を行いやつのことで病院受診を承諾された方もいた。その方は入院治療の後に独居生活が困難なため施設入所になった。本人は家に居たいという思いがあったが、マンション暮らしであったためゴミ屋敷となると独居生活継続が困難であった。

外来診療ではいろいろな相談を受けることもしばしばだ。例えば、「妻ががん治療中で先日抗がん剤治療はもうできないと言われた。先生どうしたらよいですか」という相談も受ける。いろいろな背景がありいろいろな悩みがあることを感じる。また、患者さん自身から「私のがんになって治療法がなかったら家で最期を看取ってね」などお願いされることもある。

県外の医療機関からの紹介も多い。長野原町が長野県との県境ということもあり、佐久市や上田市の医療機関に通院している方もいる。がん治療を進めてきて、がんの進行により動けなくなったり、食べられなくなったり、遠方の医療機関に受診ができなくなり、自宅で最期を迎えたいという方の紹介も多々あった。

老衰から難病まで

在宅看取りを始めて最初の数年間は、老衰、認知症の方が多かった。100歳を超える方を自宅で看取ることから始まった。最初に看取った方は102歳の女性の方だ。その取り組みから徐々に同じような老衰の方々が増えた。自宅に最期まで居ることができるということが住民に広まり、数年するとがん患者さんを看取ることも増えてきた。がん終末期で通院も困難な方が在宅医療を受けてこのまま家にずっと居たいと思ひ、家族もそれを受け入れて自宅で最期を迎えられている。2015～2022年で非がん患者とがん患者の割合は1：1程度になった。また、最も若い方では54歳の方がいた。ALSの方や原発性免疫不全症候群の方も含まれる。へき地にも難病患者がいらないわけではない。難病の方の場合は専門病院の先生にもチームに入ってもらい直接電話で病状を相談したり、医療者用の連絡ツールで連絡を取り合ったりしている。

どのように対応しているか

診療所では週1回木曜日の午後を訪問診療の時間帯としている。通常は2～4週に1回の訪問をしている。しかし、死期が近い方や病状が

不安定な方などは、週に2回程度訪問診療に行くこともしばしばだ。もちろんその間の往診についても対応する。本人から「先生の顔を見ると安心するんさ」などと言われれば、つい時間を作って行ってしまうのは私がお調子者だからだろうか。2015年～2021年までに在宅看取りをした方に対する訪問診療・往診については死亡までの2週間の間で平均4.28回と週に2回訪問している程度であった。夜間や休日の対応であるが、基本的には訪問看護師にお任せしている。しかし、看取りの状況では対応が違う。食事が全く摂れなくなってきたり、意識混濁が出現していたり、無尿や乏尿の状態であれば、すぐに駆け付けられるように、長野原町にある宿舎に寝泊まりして対応している。ここで予後予測が重要になってくる。いくつかの書籍で学びその内容に合わせて予測をするわけであるが、これがなかなか難しい。2週間程度は自宅に帰れないこともある。さて、私の自宅は前橋市という長野原町へは車で1時間30分程度の場所にある。急なことが起こり看取りに対応する場合などもあるため、終末期の方を抱えている状況では移動できるようにしている。もちろん予定していた旅行などをキャンセルしなければならない状況もあるが、この辺りは家族や私の両親も理解してくれているところだ。

終末期で気を付けていること

終末期ではさまざまな不安が本人にあり、それと同様に介護をする家族も不安を抱いている。その不安をゼロにすることは無理であるが、不安を共有することで少しでも不安の軽減につながると思われる。また、終末期には診療所スタッフ、訪問看護師、ケアマネージャー、介護福祉士などの多職種が関わることが多い。その人たちへの配慮も必要となる。困難事例については振り返りという形で多職種を集めてカンファレンスをすることもある。

退院後、できるだけ早く患家に伺うようにする。これには、入院中の医療機関との情報共有も必要である。また、すでに介護保険の認定を

受けている方はケアマネージャーや訪問看護との連携もとやすい。初回訪問日を調整し、可能な限り関わる職種は初回訪問日に合わせてもらい、そこで本人の想いを聞く。具体的には何を聞くかという点、①今の病状をどれだけ把握しているか。②どのような生活を送りたいか。③自宅に帰ってきた感想。④今、一番苦しいこと。⑤家に帰ってきたら何をしたいか。などである。大抵の場合は自宅で最期をとるという思いで帰ってきているのでそのあたりももちろん確認しておく。初回の訪問ではADLが自立されている方が多いのであまり暗い雰囲気にならないように心がけている。自宅で希望をもってその人らしく生きていけるように私は邪魔をしないようにしている。医療的なことでどのようなことをしているかという点、癌性疼痛であればオピオイドなども利用する。在宅酸素や中心静脈栄養のポンプも使う。鎮痛に関しては今まで対応してきた方々は、貼付薬のみで対応できたが、いずれは持続皮下注射も使用しなければならないだろう。腹水穿刺や胸水穿刺も安全な範囲で実施しなるべく苦痛を取れるようにしている。手技や投薬で痛みを取ることはもちろん大事であるが、それだけでは取り除けない苦しみがある。

私の意思表示帳

「あがつま医療アカデミー」というNPO法人がある。その団体と吾妻郡医師会、各関係団体が協力して作った「私の意思表示帳」がある(図3)。冊子は20ページほどのものである。作成するときに地域の老人クラブの方々にも協力いただいた。内容としては、自分が今まで大事にしてきたことから始まり、生きがいなどを記入する部分もある。食事が食べられなくなった時にどのような医療を受けたいか、認知症になった時にどのような療養を受けたいかなど医療や療養の希望を記載する。代理人についても、自分が意思表示ができなくなった場合に誰に代理人を頼むかというページもある。終盤には、在宅で受けられる医療や用語の説明も盛り込んでいる。作成委員会で大事にしたことは、実際に使うで



図3 私の意思表示帳

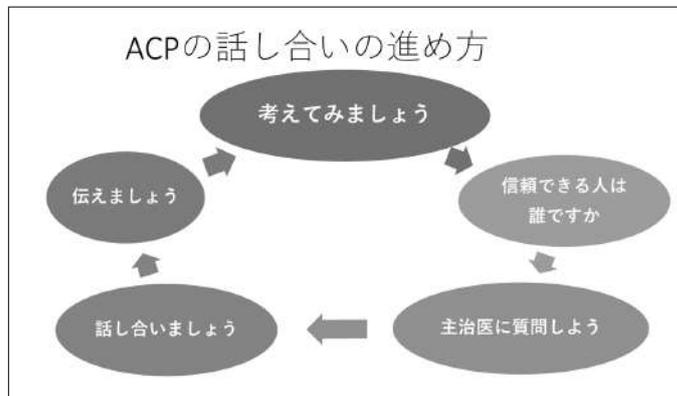


図4 ACPの話し合いの進め方

あろう高齢者の方に分かりやすく、使いやすいようにしていくことであった。この冊子をもとに、長野原町老人クラブに向けて勉強会を開いたりもした。集団に向けた勉強会にも使用するが、外来患者さんに「こんなものがありますよ」と使う場面もある。読みやすいように字も大きくしてあるので手に取りこれを書いてみようかなという方々も多くいる。ACPについては本人だけではなく、家族や医療者、介護従事者など関わる人たちとともに話し合うプロセスが重要であり、チェック項目も少しあるが自由記載にする部分を多くするような工夫もした。吾妻郡全体でACPに対する取り組みも行っている。私の感覚としてはACPは堅苦しく行うものではなく、例えばこうなったらどうしようか？みたいな軽い感じで定期通院中の方には話している。なぜならば、その方たちはまだ死に直面していないからだ。しかし、死に直面した時に少しで

ももしもの時のことを前もって考える機会があればどうだろうか。それを家族とも話し合う機会を少しでも持つことが、お互いの理解になり、ACPがより充実したものになるのではないか。そのようなことを図4に示した。循環するようなプロセスを経ることで、ACPは熟成していくのだと感じる。

学生に興味を持ってもらうこと

へき地医療というと、医学生には少し特別な印象があるようだ。実習前にはへき地診療所に対する先入観を聴くようにしている。「患者は少なく、休み時間が多いのではないか」「ほとんどが高齢者の慢性疾患の診療なのではないか」という印象を持っている学生が多い。確かに私もそのような印象を持ってへき地に赴任したのであるが、実際は違う。小児から高齢者、内科か

ら外科、整形外科疾患も訪れる。心筋梗塞患者は歩いてくる。へき地医療は幅が広いことも教えなければならない。基本的に外来は見学であるが、何人かの患者さんを診療してもらうようにはしている。もちろん発熱外来も手伝ってもらう。地域を知ってもらうことも重要である。診療所のある北軽井沢には満蒙開拓地がある。そこではどのような産業が行われているのか。酪農がメインであり農業を営む方も多い。酪農家の一日や農家の人たちの暮らし方などを知ることが重要だ。なぜ、これが重要かという在宅医療を行うということはより患者さんの生活に入っていくことになるからだ。患者さんの生活の中に医療が入っていくのは難しい部分もあるが、患者さんの家のペースにも合わせて訪問しなければならない。当たり前かもしれないが、デイサービスやショートステイの日程を把握することも必要だ。

患者さんの家に行ったことはない学生が多い。訪問前にはカルテを見せて患者さんの疾患やどのような治療をしているかなどはもちろん、犬がいる家とか、ここはどんな家なのかも事前に学生に共有しておく。最初のうちはポカンとしている学生が多いが、この前情報が意外に大事だったりもする。訪問時のアイスブレイクのネタにもなる。実習で教えることは「話を聞くこと」「忙しそうにしないこと」を学生には常々教えている。

さて、長野原町へき地診療所は自治医科大学と群馬大学医学部の臨床実習協力施設となっているので、両大学の学生を引き受けている。群馬大学については公衆衛生学の実習の一環で当診療所に実習に来ることもある。もちろん教える内容は同じである。医療資源の少ない中でどのように医療を行うか。地域を丸ごと診るとはどういうことかなどを学生とディスカッションする。

しかし、限られた実習期間で全てのことを教えることはできない。在宅専門でやっている診療所であれば症例数も多く、手技やノウハウなどのことは十分に教えられると思う。一方で、外来診療の合間に訪問診療を行っているため症

例数が限られること。また、在宅看取りの場面には今まで学生は遭遇できていないこと。そのことを考慮すると苦しみに直面している患者さんとどのようなコミュニケーションをとれるだろうか。運の良い学生は初回の訪問診療に同行することもある。

今後の展望

医学生や高校生にへき地医療、在宅医療に興味を持ってもらうことは続けていくつもりだ。そして、今後は研修医、総合診療の専攻医の受け入れも徐々に始めていけるように現在施設の整備を進めているところだ。テクニックを教えること、理論を教えることはもちろんのこと、「向き合う」という根っこのマインドが一人でも多くの方に伝えられるように今以上の工夫をしていきたいと思う。

まとめ

在宅医療の延長線上に、在宅看取りがある。しかし、その出発点はACPであると思う。ACPを住民主体で、医療従事者、介護従事者などが協力して悩み考えることでどのような医療が必要であるかが見えてくるはずだ。もちろん限られた資源の中でやりくりしなければならないが、在宅医療には決して特別なモノが必要というわけではない。また、特別なヒトが必要なわけでもないと感じる。家に居たいという患者さんの想いに医師や看護師などの職種が真摯に向き合うことで実現可能であり、その取り組みがゼロからのスタートであっても継続することで徐々に充実していくはずである。まずは、始めなければ分からないことが多いはずである。2040年という節目の年が迫っている。自宅で笑顔で過ごせる方々が一人でも多くなってくれることを切に願う。

参考

- 1) 私の意思表示帳:編集・発行 NPOあがつま医療アカデミー・吾妻郡老人クラブ連合会。

実際に学ぶこと

介護を学ぶ

揖斐郡北西部地域医療センター 管理者 横田修一

POINT

- ① 揖斐郡北西部地域医療センターがある岐阜県揖斐川町は人口減少，高齢化が進む中で，介護について学ぶよいフィールドである
- ② 研修では，患者中心の医療の方法，高齢者総合評価，国際生活機能分類の理論が学びを深める項目である
- ③ 研修では担当患者の主治医意見書作成や担当者会議への出席などを通じ，専門職(医師)としての意見を述べるができるように指導する
- ④ 介護老人保健施設では，利用者の目標を多職種で共有してその実現のために協力して取り組む
- ⑤ 地域包括支援センター，地域ケア会議への参加など，地域の関係施設とのつながりも学びの場として有効である

特集

揖斐川町の現状

揖斐郡北西部地域医療センターは平成10年に，旧久瀬村(現在の岐阜県揖斐川町東津汲)に，近隣の3ヵ村(春日，坂内，藤橋)が合資して介護老人保健施設と診療所の複合施設として誕生した。中山間地域で加速度的に進む，高齢化と介護の担い手が不足する過疎化を見据えての対応であった。当時の久瀬村の人口は1,500名を超えていたが，令和5年4月には750名程度まで減少し，約25年で地区の人口が半減している。旧久瀬村は，平成17年に前述の3ヵ村に加えて，谷汲村と旧揖斐川町と合併して，新たに揖斐川町となり現在に至っている。

図1には令和5年4月の揖斐川町における地区別の人口と高齢化率を示している。合併した揖斐川町においては，山間地域では高齢化と人口減少が進み，こうした流れは旧揖斐川町地区にも及んでいる。一方，図2には揖斐川町における年齢構成と将来の予想人口推移を示しているが，2040年には人口が現在の半分まで減少する上，特に生産年齢人口や年少人口の減少が著しいことが予想されている。一方，65歳以上の高齢者数は大幅に減少することがないため，今後も介護を必要とする方の数は多く，介護保険の需要は継続するものと考えられる。平成12年より開始された介護保険は年々需要が拡大され，医療との関係も密接となってきた。それに伴い

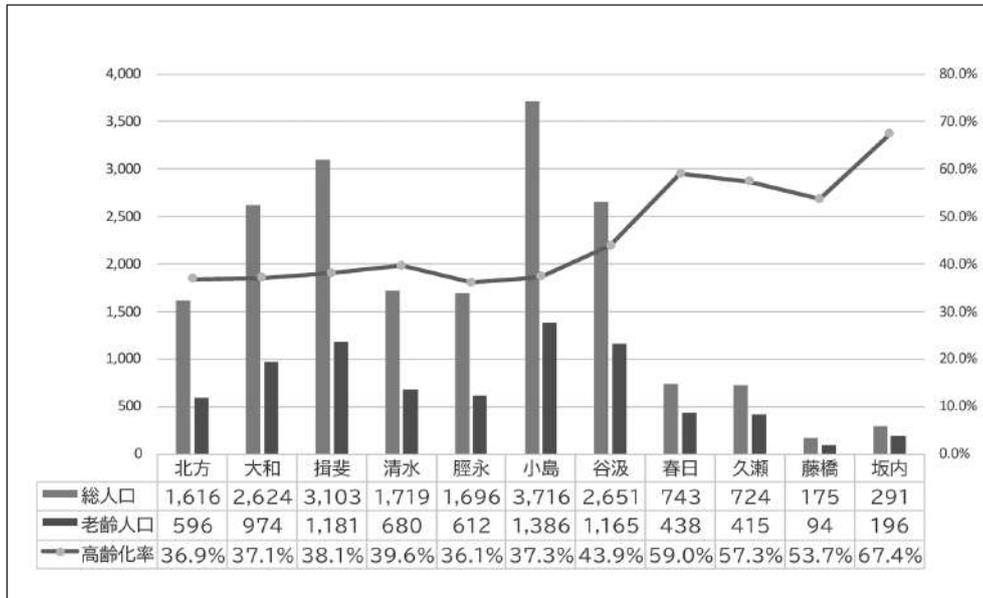


図1 揖斐川町各地域の人口と高齢化率(令和5年3月31日現在) [揖斐川町住民課より]

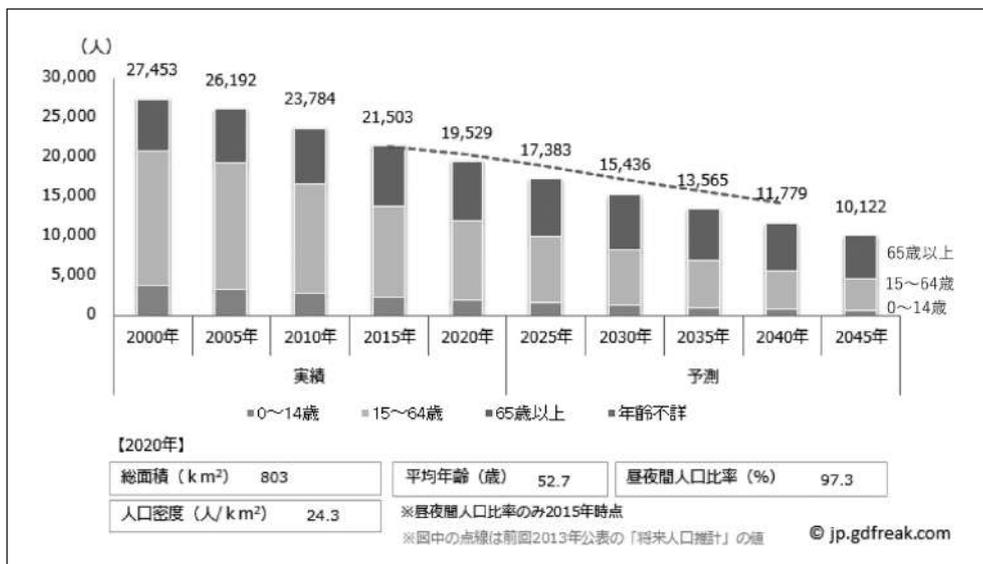


図2 揖斐川町の人口推移

介護保険への医師の関与も重要視されている。

揖斐郡北西部地域医療センターでの取り組み

当施設では、開設以来、「地域で学び、地域で育てる」を合言葉に、医学生はもちろん、看護、介護、リハビリといった専門職種の実習を積極的に受け入れてきた。筆者も専攻医時代に当施設での研修を半年経験し、縁あって現職に就いている。図3は平成28年に当時の副管理

者であった菅波祐太先生(現 春日診療所管理者)や当時の管理・監督職と共同で作成した山びこの郷のビジョンであるが、この中には利用者の目線として、個別ケアや地域全体をケアしていく介護の視点が多く含まれている。本稿では地域研修を「介護」という視点からどのように教育していくかということについて述べることとする。当地における研修の特徴としては、一人の患者との出会いをきっかけに、担当医となり、さまざまな角度から介護について学ぶという方法を取っている。

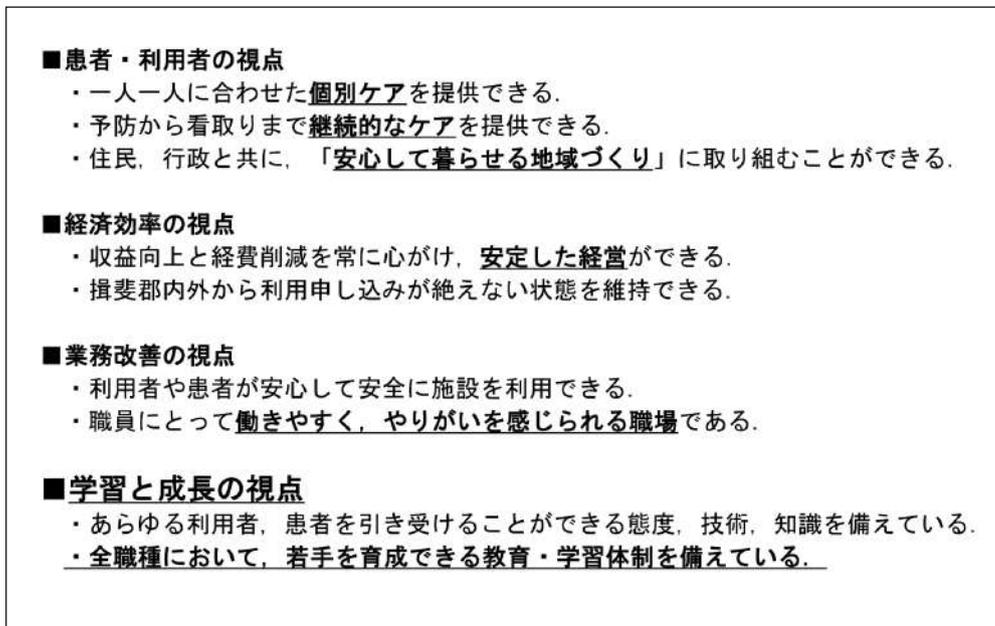


図3 山びこの郷のビジョン

1. 患者中心の医療の方法を意識して高齢者の診察を行う

介護保険においては、医療以上にフラットな関係での多職種連携が求められる。医療において医師はリーダー的役割を果たすことが多いが、介護におけるリーダーは介護支援専門員(以下:ケアマネージャー)であり、利用者への支援はケアプランに沿って行われるものである。この中であって、医師の役割はより正確な診断や病態を把握した上で、利用者が希望する生活を支援するために、いかに医療を活用するのかがということが重要であると考えている。図4には患者中心の医療の方法について図式化したものを載せている。患者中心の医療の方法は、私たち家庭医が最も重要としている概念である。つまり、担当している患者を疾患のみで評価するのではなく、病体験(感情, 期待, 解釈, 影響)や患者を取り巻く家族や地域といった背景も踏まえて、治療についての共通目標を設定するというものである。この考え方は、介護保険のケアプランを作成する上でのアセスメントと非常に類似していると考えている。揖斐での研修の中で、自身の診察を患者中心の医療の方法を用いて振り返ることを全研修医に行っており、介護の視点に自然と近づくことを意識している。

2. 主治医意見書の作成を通じて介護保険の制度を知る

主治医意見書の作成は介護保険についても指導をする上で非常に良い経験であると考えている。当施設では外来、訪問診療、老健施設に入所中の患者について月に10件以上の主治医意見書作成がある。機会があれば初回の申請者に対する主治医意見書の作成を担当するが、最近体調変化があって変更申請や更新時期での作成を行うことでも十分に学ぶ機会がある。意見書作成の前に、介護保険に関する大まかな制度についての講義を行っている。社会保険制度であることや財源、対象年齢や1号・2号保険者、特定疾病について、介護認定を受けるにあたって申請から認定、サービス開始に至るまでの流れについて、ケアマネージャーの仕事内容についてといったところである。

続いては患者の診察に必要な知識として、当施設では高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)を指導している³⁾。特に対象者のベースラインとなるADL, IADLの項目について、また認知機能の評価方法とその解釈、現在の本人の支援状況(家族や近隣住民および公的サービスの利用について)といった項目、さらには個別に抱える疾患についての

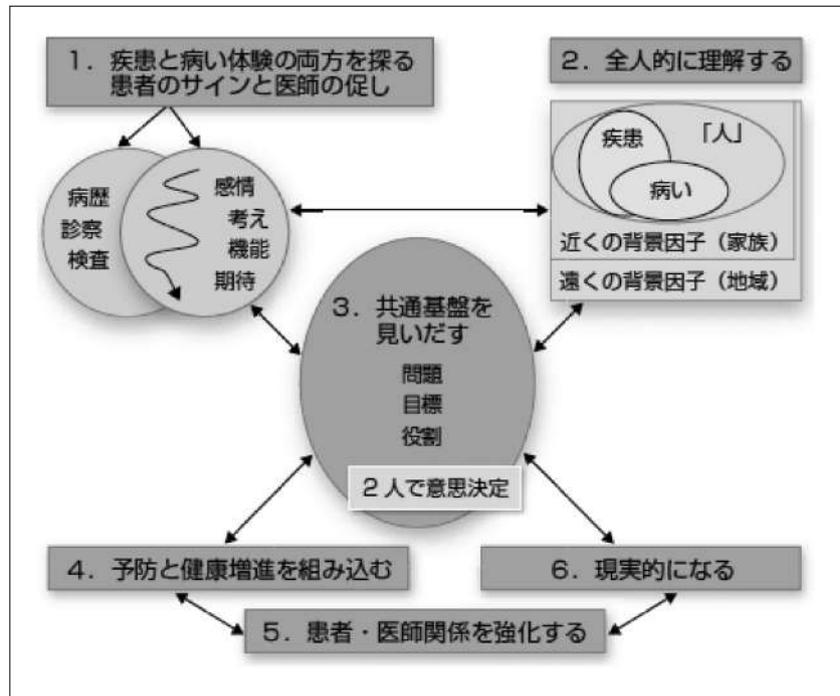


図4 患者中心の医療の方法の考え方

(文献 1) 2) から引用)

病態や治療内容が生活に及ぼす影響について、資料から学ぶ。その後実際の診察を行うが、可能な限り対象者の主たる生活の場(患者さんのご自宅)にて行うようにセッティングを行う。介護保険が生活を支援する制度であるため、主たる生活の場を研修医自身が実際に見ることが重要な経験となると考えているためである。仮に当日の診察が診察室となったとしても、機会を作って自宅や日常生活を送る施設を見に行く機会を設定することを心がけている。

診察記録を基に、現行の介護保険サービスの内容を学習し、対象者にとってどのような支援が必要であるかと考察する。その後可能であれば主介護者や担当となるケアマネージャーへのインタビュー、また認定調査への立ち合いなどを行い、総合的に判断して主治医意見書の作成を自分自身で行い、指導医の指導を受ける。

指導する研修医のうち、実際に主治医意見書の作成を行ったことがある医師は、およそ半数程度であるが、実際の作成までに介護保険の制度を勉強することや実際の生活の場を見る、家族やケアマネージャーとのインタビューまで経験したということはほぼないということで、こうした経験が、意見書の作成についての意識を

高めることにつながると期待している。

3. サービス担当者会議への出席やサービスの実施状況を見て学ぶ

実際に主治医意見書を作成した場合、あるいは体調不良等で診察を担当した患者が新たな介護サービスの利用が開始となる場合などは、積極的にサービス担当者会議への参加を促している。ケアマネージャーを中心に、それぞれのサービス担当者がどのような役割を持ち、患者の支援にあたっているのかを知ることができる。また担当者会議においては、介護保険課のフォーマルな支援のほかに、介護者である家族の思いや役割を認識することができ、場合によっては親せきや近隣の人の互助関係などについても知ることができる上で、大変貴重な情報収集の場になることを学ぶことができる。研修医にはサービス担当者会議の席で、診察やCGAで得た医学的な情報を基に、サービスを提供する上での留意点、利用者が必要と考えられる支援について主治医としての意見を述べるように準備をしていく。可能であれば各サービスへの同行を依頼し、できるだけサービスが行われている現場に多職種と同行することを勧め

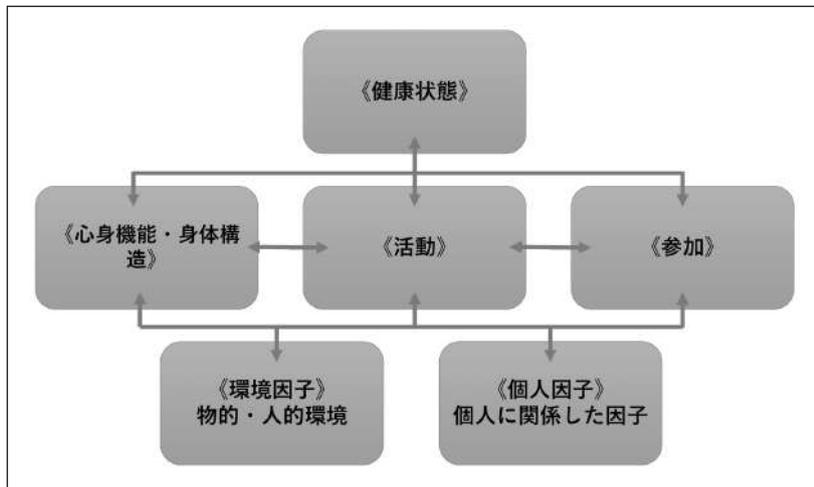


図5 国際生活機能分類 (ICF)

ている。数多くの患者の自宅や通所系サービスに出向くことによって、利用者の生活や支援の様子を見ることができ、患者や多職種との信頼関係の構築が期待できる。

4. 老健施設における利用者との関わり

複合施設である山びこの郷の介護老人保健施設(以下、老健)は、介護施設であり、研修医が介護を学ぶ上で最も適している環境である。リハビリ施設である老健では、入所してくる利用者を担当しながら、多職種連携や国際生活機能分類(International Classification of Functioning: ICF)(図5)について学ぶことを目標としている。老健では利用者の多くが、疾患や外傷を機に生活機能が大きく低下し、退院後に自宅に戻ることが困難となって、施設入所になることが多い。図6は老健の入所から退所までの流れを記載したが、研修医は利用者が入所する以前に相談員と共に調査に同行するところから関わりを開始していく。自身で集めた情報を基に、患者のプロブレムリストの整理をし、入所に際して、医師としてどのようなケアをしていくか(Doctor's care plan)を立てることとしている。具体的には糖尿病患者の血糖コントロールについて、施設入所直後は1日1回の血糖測定を行うが、自宅では朝の血糖測定が難しいようであれば、昼に測定を行い、インスリンを打つことを計画するといった内容で、在宅復帰を見据

えて、利用者や支援を行う家族やスタッフが継続可能な方法を検討する。この医師ケアプランを基に、入所判定会議に臨み、自身のプランを多職種に紹介し(上記インスリンのことであれば主に看護スタッフと)意見交換を行いながら、それぞれの職種のプランを総合して、施設ケアマネージャーが個別プランの作成を行う。

入所時は診察や必要な検査を行い、自身のプランに変更がないかを確認する。入所生活が始まった後はフロアでの食事風景やリハビリにも同席して生活の様子を観察するように指導している。利用者の嚥下状態や食事摂取に問題があれば、栄養士や言語聴覚士と連携を取り、利用者の意向も大切にしながら、より適切な食事形態や栄養摂取の方法を検討する。また入所後1週間以内に施設担当者(介護、理学・作業療法士、施設ケアマネ)と共に利用者の自宅訪問を行い、在宅復帰後の生活環境や支援状況を確認すること、本人や介護者の思いを知り、在宅復帰に向けてどのような取り組みをしていくことが必要かを考える機会としている。

入所前から入所後の流れを経て、入所後2週間を目途にケアプランの妥当性を評価するためにスタッフでのカンファレンスが行われるため、研修医は担当医として参加をしながら、スタッフとさらなる意見交換を行う。このような老健の取り組みの中で私たちが大切にしている目標志向ケア(Goal Oriented Care: GOC)につ

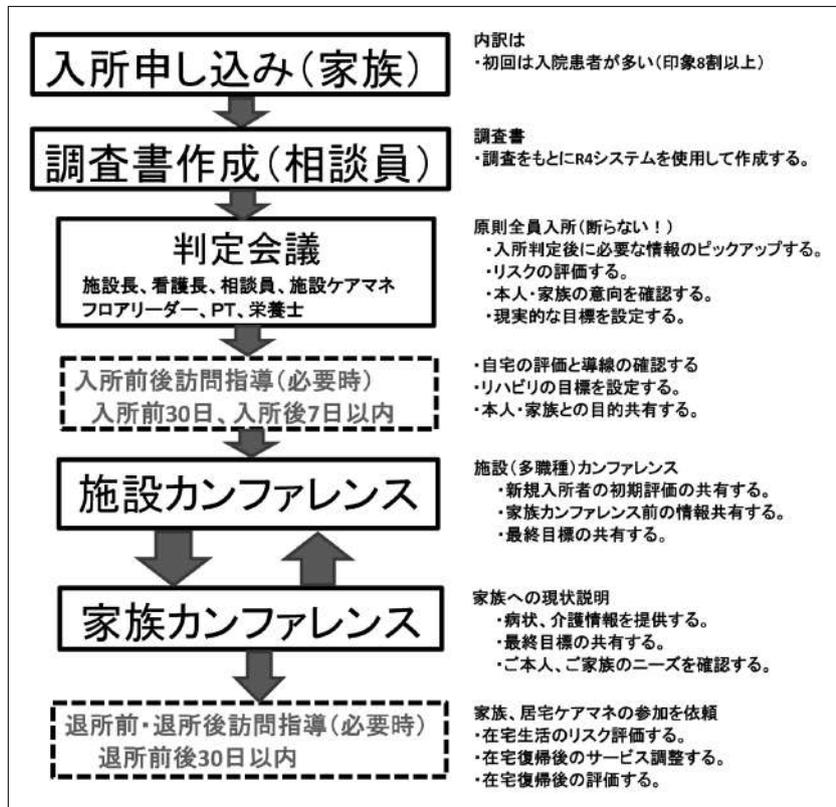


図6 山びこの郷 入所から退所までの流れ

特集

いて触れる機会を持つようにしている。GOCはあくまでも山びこの郷の中での用語であるが、ICFにおける参加を意識するために私たちが大切にしていることである。つまり、利用者がさまざまな疾患や障がいを持ち、活動制限がある状況においても、本人が希望する目標を設定し、スタッフが共有することで、参加を促すことができるのである。例えば、終末期を迎えた利用者がもう一度なじみの喫茶店に出かけてみたい、家で晩酌をしたいといったケースや、骨折をして施設入所となったが、地域のゲートボールに参加したいといった目標を、スタッフが協力して実現する取り組みなどがその具体例である。研修医も医師としてこのチームに加わり、体調の安定や他のスタッフが懸念することへの対応を行うようにしている。

5. 多職種連携教育

山びこの郷のビジョン「学習と成長の視点」では、全職種において若手を育成できる教育・学習体制を整えているとあることから、施設では

研修医以外にも看護や介護、リハビリ部門にも多くの研修生が実習を行っている。施設ではこうした学生たちが集まって行う、多職種連携教育(Interprofessional Education: IPE)を行ってきた。過去には全国から参加者を募って合宿形式にて行ってきた歴史もあるが、コロナ禍以降の近年では、同時期に実習している各職種の研修生が、山びこの郷で経験したケースの事例検討会を行い、彼ら自身のケアプランを立案して、現職とディスカッションをするという方式を取っている。研修医も機会があれば参加することになっているが、これまでの研修では多職種の視点や考え方に触れる機会が少ないことから、新たな発見や学びの場となっている。

6. 地域包括ケアセンターでの研修

山びこの郷がある揖斐川町では行政の住民福祉部の中に地域包括支援センターが設置されている。揖斐川町から指定管理を受ける当施設は地域包括支援センターとの交流も活発であることから、センターでの研修を依頼することも

行っている。センターの研修では実際の現場で地域包括支援センターの果たす役割や、家庭訪問や相談への同行、同席を経験し、介護保険が導入になるまでのプロセスを学ぶとともに、高齢者虐待や権利擁護といった診療所や老健では経験しにくい内容を学ぶことができる。

7. 認知症啓発活動や地域ケア会議への参加

山びこの郷では5年前より認知症地域支援推進員を、また今年度より認知症初期集中支援チームの委託を受け、認知症啓発や民生委員や地域包括から相談のあった認知症高齢者の受診や治療開始への支援を行っている。この中で認知症サポーター養成講座や地域住民への認知症ケアや発症予防に向けての啓発活動を、地域包括支援センターや社会福祉協議会と協働して行っている。機会があれば研修医も講師として参加する。自らの知識の整理や一般の人に向けてどのように説明すれば分かりやすいか、試行錯誤しながらの取り組みを行っている。

また月に1回程度地区別の地域ケア会議が開催される。住民代表の民生委員と地域包括支援センター、保健センター、社会福祉協議会、駐在、郵便局と施設職員が加わって、地域で支援や見守りが必要な人、最近心配な人についての相談を行っている。研修医は地域ケア会議の目

的等を予習した上で、医師の代表として参加し、必要な意見を述べる役割を持っている。

終わりに

以上、簡潔ではあるが、揖斐郡北西部地域医療センターでの研修を介護の観点から紹介した。介護保険においては利用者中心のケアをケアマネージャーや介護職種が中心となって行っていくことが重要である。その中で、利用者が希望する生活を支える、また介護職種が安心してケアに臨むことができるように支援することが医師を含む医療職種の役割であると私は考えている。研修医にもこうした考えを伝えた上で、利用者の思いに寄り添い、多職種と目標を共有しながら、利用者や他のスタッフと喜びを分かち合える経験を積んでもらい、将来のキャリアに活かしていただくことを期待している。

参考文献

- 1) M・スチュワート、山本和利 監訳:患者中心の医療、診断と治療社、2002.
- 2) Stewart M, et al: Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method. 2nd ed. Radcliffe Medical Press, 2003.
- 3) ジョン・P・スローン、藤沼康樹 訳:プライマリ・ケア老年医学 第2章(p26~38).プリメド社、2001.

プロフェッショナリズムを学ぶ

宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座 教授 吉村 学

POINT

- ① プロフェッショナリズムは明確に取り上げて、共に学ぶべきである
- ② 地域医療研修でさまざまなことを経験して、振り返りを行って議論する場を提供する
- ③ 地域で活躍している保健・医療・福祉領域の方々をロールモデルとして捉え直す

特集

はじめに

地域医療研修で何を学ぶか。研修を終えた研修医から「先生、医療の原点に触れることができました」とか「先生や看護師さんたちが本当に患者さんとの深い信頼関係を構築して、なおかつ地域のことを一生懸命に考えて行動しているのがとても印象に残りました」とかの感想をよく聞く。本稿のテーマは「プロフェッショナリズムを学ぶ」である。共に地域医療の現場で働いて自分たちやスタッフの背中をみて「大切な何か」を学んでほしいが、それだけでは今の時代は不十分で、明確に教え、共に学ぶことが大切である。また不確実で複雑な事例が多く、何が正解かが分かりにくい時代において、プロフェッショナリズムの教育は重要性が増している。プロフェッショナリズムの教育全般についての総説は他を参考にされたい¹⁾。今回は地域医療研修の場でどう学ぶかについて、学習者

は初期研修医を想定して、一部医学生(student doctor)向けの実習経験を織り交ぜて、本テーマについて現在の知見や著者の経験を踏まえて具体的に紹介する。

プロフェッショナリズムの定義

本稿で取り扱うプロフェッショナリズムの定義は医師臨床研修指導ガイドライン2020年度のものとした²⁾。表1に示す。すなわち、医師としての基本的価値観として4つの項目、すなわち社会的使命と公衆衛生への寄与、利他的な態度、人間性の尊重、自らを高める姿勢である。しかも研修ローテーションごとに6段階評価で評価する必要がある。初期臨床研修終了時に到達するレベルを6段階の4段階としているのも大きな特徴であり、測定可能である。

表1 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）の定義

<p>1.社会的使命と公衆衛生への寄与： 社会的使命を自覚し，説明責任を果たしつつ，限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。</p>
<p>2.利他的な態度： 患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し，患者の価値観や自己決定権を尊重する。</p>
<p>3.人間性の尊重： 患者や家族の多様な価値観，感情，知識に配慮し，尊敬の念と思いやりの心を持って接する。</p>
<p>4.自らを高める姿勢： 自らの言動及び医療の内容を省察し，常に資質・能力の向上に努める。</p>

(文献2)より

行うこと(does)から あり方(being)へ

医学教育の領域でもさまざまな反省のもとに，Cruesららは医学教育のパラダイムとして，医学教育の先駆者Millerの三角形の底辺の知識(Know)，知識の応用(Know how)，条件下での実施(Performance)，そしてその上位である可視化される行動(does)の評価から，さらに上位のあり方(being)の重要性を提唱している³⁾。上記の4つを内在化して獲得するにはさまざまな経験を経て成長していく。そのプロセスをプロフェッショナルとしてのアイデンティティ形成(Professional Identity Formation: PIF)と定義して盛んに議論されている。具体的には，医学部に入学した時からさまざまな経験をしながら，PIFが徐々に構築されていく。PIFを促す教育方略は，医学概論などの正式な講義，解剖実習への参加，臨床実習への参加，初めて患者の採血実習などがある⁴⁾。教育計画を立てる時の参考にされたい。

地域医療研修の文脈で

地域医療研修が始まる前に研修医とやりとりして今回の研修目標を具体的に設定する。例え

ば，在宅医療を経験したい，救急車初期対応，胃カメラをやりたいなど。併せて研修医自身をしっかりと理解するために，出身や趣味，これまでの研修ローテーション，得意不得意分野なども聞き出しておく。そしてプロフェッショナリズムの4項目について研修医と話をし，話をすること自体が教育機会となる。

研修環境として「チームの一員として 扱う雰囲気」を醸成する

研修効果を最大限にする方略として，主体性を持って研修医が取り組めるように学習環境を醸成することも重要である。そのためには受け入れる側の心構えとして，お客さん扱いではなく，職場の同僚，チームの一員であるとの認識に変える。そのためには研修受け入れ担当の指導医や責任者レベルで自施設内の全てのスタッフへの根回しが欠かせない。院内の会議や朝礼などの機会を使って浸透させる。受け入れを開始した後も，360度評価に参加してもらったり，最終日の報告会に可能な限り参加してもらうことで研修医の成長や変化を感じて次回以降の受け入れ雰囲気醸成につなげていく。

初日にコミュニケーショントレーニングと心構えの刷り込みを行う

最近の研修医は言葉によるコミュニケーションが苦手な方が多い。地域医療研修が1、2ヵ月と短いことや自らチームの一員となって働く際には細やかなコミュニケーションスキルが欠かせない。場面ごとの挨拶や不得手なことを教えてもらう時などのセリフなど具体的に練習をするのである。著者が担当している宮崎大学医学部高学年の地域包括ケア実習(必修4週間)では、初日に2時間かけて、こうした訓練をもつばらロールプレイで行っている。心構えについても受け身の見学型ではなく主体性を持って研修に臨むように指導している。キャッチコピーとして、医学生であるが「研修医0年目」と意識するようにマインドセットを変えるように強くパッションを持って働きかけている。実際にこうした働きかけをすることで徐々に彼らの積極性や意識が変化しつつある⁹⁾。

できるだけたくさんの経験学習機会を提供する

地域医療研修では医療機関内の業務(外来・病棟・救急・在宅医療等)だけでなく、その地域内で行われている保健医療福祉領域のあらゆる活動が学びの機会になる。この部分が地域では多様で豊かであり、楽しい。まさに地域医療研修の醍醐味である。研修生にとって何が最も感情を揺さぶられる経験になるのかは全く予想がつかない。病棟中心の研修に慣れている研修医が、それまでに経験のない在宅医療や地域活動に参加するのはVygotskyの発達最近接領域理論でいうところの快適ゾーンからパニック領域に揺さぶられるようなものである⁷⁾。こうした機会が数多く地域では存在する。著者らが開発した在宅医療の患者宅にお泊まりして学ぶ通称「お泊まり実習」もこうした地域医療の実践の中から編み出されたものでPIF促進の一例である⁹⁾。指導医だけでなく多職種のスタッフからも積極的にアイデアを募って研修企画を作ってい

ただきたい。研修終了時にはぜひその効果を確認して共有するとよい。

研修医自身の内面を理解する方法として振り返り記載を義務化

知識、技能、態度領域とは異なり、プロフェッショナルリズムは価値観(Value)に関することであり、それを他者が理解するには本人から表出させる必要がある、至難の技である。その前提として研修医の指導に関わる指導医との間に信頼関係があるべきである。その上で、日々の研修経験の後に生じた気づきや戸惑い、学びを正直に振り返り、記載すること(reflective writing)が欠かせない。MountらはPIF促進の教育方略でreflective writingの有用性を報告している⁹⁾。これはmustとすべきである。研修開始時にそのことをしっかりと説明しておく。振り返りは構造化されたものが望ましく、著者が活用している例を示す。日々の振り返りシートでは、①今日うまくいったこと、②改善すべき点、③今の感情、④明日に向けてのプラン。週間振り返りシートでは、①今週の感想、②最も印象に残ったできごと・場面、③来週への抱負を記載する。同時期に研修をしている学習者がいたらぜひこの内容を共有していただきたい。

一人ひとりのエピソードから学ぶ

研修医や医学生は本当にいろいろな経験をしている。可能であれば同時期に一緒に研修をしている人は全員集合してグループで経験を共有できると良い。その際には場の雰囲気作りが欠かせない。No blameのルール、できるだけポジティブなフィードバックを行うなどのグラドルールの事前設定、効果的なファシリテーションスキルが司会者や指導医には求められる。著者が地域包括ケア実習最終日に医学生に課しているのは、「実習期間中で最も印象に残った場面をイラストにしてください。それを皆で共有しますので後で説明してください」と呼びかけて書いてもらうものでSignificant Event



図1 エピソード1

Illustration(SEI)として実施している¹⁰⁾。作成には5分間、共有のための発表は1分、フィードバックに1分間、班員10名で共有する。著者が司会を担当する。文字で記載するものよりも手軽であり、共有しやすい特徴がある。具体的なものを以下に紹介する。

エピソード1：認知症のご夫婦を支える多職種チームの心意気(図1)

地域包括ケア実習最終日に同級生10名で共有したもの。訪問看護実習で90代認知症の夫を90歳の虚弱な奥さんが支えている老々介護の現場。ケアマネージャーやヘルパーさんたちと担当者会議に参加した。本当にギリギリの状態であるが、二人の仲がとても良くて笑いが絶えない。ちょうどご飯時で配食サービスの弁当を二人で仲良く食べていた。学生は「そこに居合わせたメンバー全員が胸がキュンキュンして、なんとか支えたいと心一つにできた!」と熱く語ってくれた。他のメンバーからは「絵がすてき! キュンです。ほんわかあったかくなりますね! ほっこり。幸せそう、感動ですね。」とポジティブなコメントが大半を占めた。指導医としてのコメントは「老々介護、認認介護の厳しい現実にもかかわらず、ご夫妻の希望を尊重する姿勢や心から患者さんのことを第一に考えている姿勢を学べたね」とプロフェッショナルリズムの定義を意識した解説を加えた。

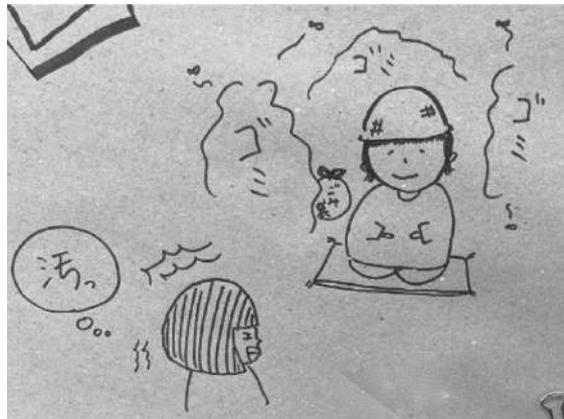


図2 エピソード2

エピソード2：ゴミ屋敷に住む患者さん(図2)

訪問看護実習での一場面を切り取ってイラストにしてくれた。統合失調症があり、家族の支援が得られず、経済的にも困窮しているが、訪問看護により医療が提供されていてなんとか健康管理されている。ご自宅の衛生環境は大変厳しいが、それにもかかわらずごく普通に振る舞って患者さん宅にお邪魔して接しておられる訪問看護師さんの姿勢に感銘を受けた。「自分にとってはある意味カルチャーショックで、こうした人を初めて見たのでしばらく頭から離れなかった」と述べていた。他のメンバーからは「訪問看護の方が見つけてくださってよかった!すごいね」と驚きがあった。同様の経験をした他の医学生もいることが分かった。この学生にとってはVygotskyのパニックゾーンに相当する経験であったと推定された。同じ経験をしたものがいたことや頑張ったことを褒めてもらったこと、患者さんの持つ疾患の影響でこうした環境になってしまう可能性について解説を加えたことでこうした精神疾患を抱えた人々を支えるプロの人たちがいる重要性、入院主体の流れから地域で支える流れへの理解などが進んだ。この経験の前後でこの医学生が精神疾患の患者さんへの見方(perspective)が変容していくのを指導医として立ち会うことができた。PIFが確実に進んだのだ。こうしたネガティブなものを選定して自分の戸惑いなどを表出しないかもしれない。「こうしたエピソードを選択しても良い」とか「大丈夫だ、安心して下さい」と呼

びかけるファシリテーションはとても重要である。

もう一つの大きな学びの宝庫, ロールモデルから学ぶ

地域医療研修の大きな強みのひとつは、素晴らしいロールモデルが医師だけでなく看護師など多職種の方々が豊富であるということだ。こうした人々と一緒に患者をケアしたり、支援する、共に悩むことを通じてその姿勢や熱意からプロフェッショナリズムの真髓を学ぶことができる。これまでの研修受け入れ経験から、こうした人材についてのリスト化をぜひやっていただきたい。その方々と一緒に仕事をして交流した後にできるだけ早い段階で振り返りができると理想である。KohらはロールモデルがPIFを促進することについて報告しているが、やはり指導者と学習者の関係性の基盤の上にあること、個別化された振り返りの支援やポートフォリオの作成支援などが継続的に行う必要があることを指摘している¹⁾。一方でネガティブなロールモデルと出会う危険性もあることは可能性は低いと考えておく必要があり、可能な限り事前にそうした機会の排除を行う。出会ってしまった場合には間髪おかず振り返りをしっかりと個別に行う。

おわりに

前職の揖斐郡北西部地域医療センターの受付の上には、故中尾喜久 自治医科大学初代学長直筆の「忘己利他」の書があったことを今回思い出した。地域医療を続ける上で壁にぶつかったり悩んだりしたときにこの「忘己利他」が頭をよ

ぎった。シンプルだがパワフルな言葉に力をもらっていたのだ。当時は分らなかったが本稿をまとめるにあたって、実はこの言葉でプロフェッショナリズムのことを教えていただいていたのだと省察することができた。中尾先生の先見性と重要性を改めて認識できた。キャッチコピー、シンプルな文言ほど金言として学習者には残るのかもしれない。指導医としても自らが成長し続けながら、このテーマについて明示的に議論する、そして研修医や医学生の内面の価値観になんらかの変容のきっかけを地域医療の現場で提供できるとすれば、こんなに嬉しいことはない。

参考文献

- 1) 宮田靖志:医療プロフェッショナリズム教育:何をどう教えるか. 薬学教育 2023; 7: 1-8.
- 2) 医師臨床研修指導ガイドライン 2020年度版. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/ishirinsyokensyu_guideline_2020.pdf (accessed 2023 Jul 1)
- 3) Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y: Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. Acad Med 2016; 91: 180-185.
- 4) Sarraf-Yazdi S, Teo N, How AEH, et al: A Scoping Review of Professional Identity Formation in Undergraduate Medical Education. J Gen Intern Med 2021; 36(11): 3511-3521.
- 5) 大槻佑生子:宮崎の「よか」医療を学ぶ. 日州医事 2020; 846(2): 62-63.
- 6) 亀山佑理:研修医0年目の私たち. 日州医事 2022; 870(2): 62-3.
- 7) ヴィゴツキー, 柴田義松 訳:思考と言語. 新読者社, 東京, 2001.
- 8) Yoshimura M, Saiki T, Imafuku R, et al: Experiential learning of overnight home care by medical trainees for professional development: an exploratory study. Int J Med Educ 2020; 11: 146-154.
- 9) Mount GR, Kahlke R, Melton J, et al: A Critical Review of Professional Identity Formation Interventions in Medical Education. Acad Med 2022; 97(11S): S96-S106.
- 10) Yoshimura M: Significant Event Illustration (SEI): innovative tool for enhancing student's reflection skill. 3rd EURACT Medical Education Conference, Slovenia, 2023.
- 11) Koh EYH, Koh KK, Renganathan Y, et al: Role modelling in professional identity formation: a systematic scoping review. BMC Med Educ 2023; 23(1): 194.

実際に学ぶこと

文化人類学的医療を学ぶ

名古屋大学大学院医学系研究科総合医学教育センター 特任講師
医療法人 北海道家庭医療学センター 浅井東診療所 副所長

宮地純一郎

名古屋大学大学院医学系研究科総合医学教育センター 教授

錦織 宏

POINT

- ① 文化人類学は現場に自分の生身の体を置くフィールドワーク、参与観察、文脈を踏まえた視点、自己相対化と自己変容を特徴とした学問である
- ② 文化人類学は、文脈にまつわる探究および医療者集団の価値体系と習慣に対する感受性と言語化を通じて臨床実践を変えうる
- ③ 文化人類学の特徴を地域医療教育に加味することで、ただ現場に行くだけでは届かない深み・厚みが生まれうる

はじめに

国内において、かつては地域医療教育と文化人類学および医療人類学(以下、本項では文化人類学と医療人類学の両方に共通する特徴を記述するにあたっては、単に人類学とする)の結びつきは医学と人類学の連携に取り組む教育者や研究者の間での個別のプロジェクトが主であった^{注1}。しかし、医学教育モデル・コア・カリキュラムの2016年度の改訂において、健康・病い・医療に関する文化人類学・社会学(主に医療人類学・医療社会学)の視点・方法・理論が含まれて以降、卒前教育に携わる教員の間でこれまでになく注目を浴びるようになった。

本稿では、人類学を学び、人類学者と共同してきた著者らの経験からその特徴がどのように臨床に接続しうるのか示しつつ、それを踏まえた地域医療教育のあり方を探る。なお、地域医療教育は、郡部・離島で働く医療者養成のため

の教育と、大学の外側の医療現場の特徴を活かした全ての医療者養成のための教育の両方の意味があるが、本稿ではその両方を視野に入れて考察する。

注1 プロジェクトの一例に、科学研究費基盤(C)「医学教育におけるフィールドワークの意義」があり、その成果の一部は、[渥美一弥他編:医師と人類学者との対話。協同医書出版社、2021。]および、[特集論文 医学×人類学×臨床。文化人類学研究 2022: 23巻]にまとめられている。

文化人類学・医療人類学とは

近年、医療者向けおよび一般向けの文化人類学・医療人類学についての解説書は増えてきたため^{1)~3)}、学問の特徴の詳細な説明はそうした書籍に任せ、本稿の主たる読者層である郡部や離島の医療従事者に向けて明示した方が良い点に絞って概説する。

まず、文化人類学は、日本から遠い発展途上

国を対象とした学問、あるいは、地域の文化を理解・分析するための学問であり、医療者にとっては、「他者」となりがちな地域の住民の背景や価値観・生活上の習慣を知るために役に立つ、というイメージを持たれることがある。確かに人類学には、対象となる人々を、その人たちが生きる文化的・社会的文脈を踏まえて理解しようとする側面がある。しかし、それはあくまで数ある側面の一つに過ぎない。筆者の一人である宮地は英国で医療人類学を座学で学び、自らの診療場面の記述を人類学者と議論し、帰国後、患者・同僚・他業種との出会いと人類学の共通点を探りながら診療してきた。その経験から地域医療教育と関連深い人類学の特徴を列挙すると以下のような点があるだろう。

1. **フィールドワーク**: 人々の営みの現場に実際に自分の生身の体を置くからこそ分かることを重視した調査方法

2. **参与観察**: 目の前の人々の発言や行動に、自分がそこにいて、関わっていることがどのように影響しているかを慮った観察

3. **文脈を踏まえた視点**: 目の前の出来事を、その場だけでは分からない長いいきさつや広い関係性の一部として捉えようとする視点

4. **自己相対化と自己変容**: 対象の理解だけでなく、それを通して自己の深い前提の変容を伴う、そうした自分の前提の変容に対して開かれた構え

まとめると、人類学とは、研究者が慣れ親しんだ人の集まりから離れ、前提や営みが(極端に)異なる人の集まりの中に身を置いて営みを共にしつつ、その集まりと自分が慣れ親しんだ集まりを多角的に、時に大胆に比較検討することを通して、自分の視野の狭さと盲点に気づきながら視野を拡張させる過程そのものであり、その過程にまつわる知見が蓄積した分野だと言える。

人類学を踏まえた診療の可能性

上記のような人類学の特徴は、実際の診療にどのように影響しうるか、筆者らの経験を元に、

いくつか述べてみたい。

1. 文脈にまつわる2種類の探究

診察室にしても患者の自宅にしても目の前の患者や家族にまつわるさまざまな出来事について、文脈、つまり、その場では分からないあるいは見えにくいいきさつや関係性の一部の表現である、と仮定して、その自分に見えていない経緯や関係性とは何か?を意識するようになった。ここで言う患者にまつわる出来事には、怒る・泣くといった感情を伴った反応、医師の提案を断る・引き受けるといった「意思決定」、繰り返し症状を訴えるといった特定の受診の形など幅広いことが含まれる。そして、文脈を探るにあたっては、「何がそうさせているのか」という問いを立てることが有用である。「なぜ」よりは「何がそうさせているのか」という問いは、ともすれば患者の内面(それは症状の診断においても、心理的側面についても)に向かいやすい医療者の分析を、外側に向けてくれる。

この際に、医療者が同じ医療機関や土地に長く勤めていて、既にその土地のさまざまな風習・習慣・人間関係などに知悉している場合は、その医療者にとって既知の文脈から目の前の出来事を捉えるのは容易いように思われるかもしれない。しかし、人類学を学んだ筆者(宮地)は、目の前の出来事から遡行的に未知の文脈を探る、あるいは目の前の相手と創る構えを持つようになった。こうした探究や創造の仕方は、ある土地にまだ馴染みがない医療者が診療の中からその土地やその患者の文脈を知る上でも、既にさまざまな文脈に知悉している医療者が、この目の前の患者に、まさに今関係があるのはどのような文脈なのか?を患者と共に創る上でも重要な構えだと考える。

この「既知の文脈から出来事を捉える」「出来事から未知の文脈を探る」という2つの文脈にまつわる探究は生活と医療の境目で働く医療者にとってはカギとなるであろう。

2. 文脈に自分自身が含まれうるという構え

出来事から未知の文脈を探る、と言うと診察

室の中にいない人との関係性や時間的に長い歴史や習慣のようなものを多くの方が思い浮かべるだろう。もちろんそういったことを加味する価値は十分ある。しかし、フィールドワークや参与観察の核となる特徴のひとつである、自分の生身の体がそこにあることがいかに目の前の出来事に影響しているかを加味する姿勢で診療場面を鑑みて気がついたのは、未知の文脈のうち、最も手近にもかかわらず、最も見えにくいことが、医師である自分自身がその場にいることや、これまでの言動の影響である、ということだった。

「何がそうさせているのか？」を考えるに当たって、直前の、あるいは長期的にみている患者であれば過去の自分、そしてさまざまな医療にかかっている場合はその場その場の医療者の言動が、その患者にとっての重要な文脈となり、今ここでの出来事を引き起こしているのでは？ということ、はじめにとまでは言わないがしばしば仮説として立てるようになった。患者の反応や発言についても、「患者が～した」というよりは、自分が(あるいはその場にいた医療者が)「患者のそういった面を呼び出した」と捉えて、同僚にもそう話すことが増えた。

こうした捉え方の影響のひとつとして、細心の注意を払って患者や家族と決めた方針(療養場所や終末期の治療方針のような深いことから、外来における投薬変更まで)について、後で話が変わることに心の準備をするようになった。例えば進行した認知症を持つ高齢者の繰り返し返される肺炎にあたって、家族の意向を十分聞き取ったのちに、改善の見込みが薄い家で看取りも含めて加療する方針を決めた際に、家族が「覚悟はできています」と発言したとする。のちに別の職種の訪問時に同じ家族が「今回はなかなか回復してこない、これで良いのだろうか」と述べたとしよう。このように、場面によって発言が変わる患者や家族について、「言うことが一貫しないのはなぜか？」とか「本音は何なのか？」という問いをすぐには立てなくなった。代わりに、まずは、どの発言も患者の中に同居していて、その葛藤や迷いにチームとして出

会っているのかもしれない、とか、患者の発言の振れ幅は患者自身よりは出会う医療者の患者にとっての立場や関係性の振れ幅をみているのかもしれない、という仮説を立てるようになった。

3. 医療者が無意識に持つ前提や習慣に基づく価値体系の通訳

人類学者によるエスノグラフィから世の中には驚くほどさまざまなことについて異なる前提が多様にあることを知り、診療において患者と自分の前提の違いを考え続ける中で、医療者が無意識に持つ前提や価値体系、そして習慣化された実践の特徴について仮説を持ち、診療の中でその影響に注意し、言葉にすることが増えた。例えば、前述した「本音は何か？」という問いを医療者が重視する背景について、病気を診断してから方針を決めるというやり方が日常的であるが故に、人の心情についてもそのやり方をスライドさせて、本音を「診断」してから方針を決めたい、と無意識に考える傾向を鑑みるといった具合である。加えて、医療者は仕事の中で用いる独特な言い回しや慣用句(例:病識がない、不安が強い、キャラが濃い)は、しばしば医療者の前提や価値体系、習慣化された実践について知る糸口になりうるということに、人類学者と医療現場の人々の言動を検討する中で気づかされた。たとえば、「不安が強い」という言い回しは日常生活ではほとんど出てこない。それが語られる場面をつぶさにみると、患者や家族が同じ症状や相談について繰り返し訴えたときに「訴えが強い」と表現され、さらにそれが転じて「不安が強い」となっている場合がある。日常生活で人が同じ話題を繰り返したくなる時は、確かに強調したい時もあるだろうが、聞き手がその意図を取り違えている時にも起こりうる。よって、「不安が強い」は患者の不安ではない相談事を全て不安としてくくる乱暴さが隠れているかもしれない。しかし、ある人類学者と議論した際には、そうした単純化の面だけではなく、場面によっては時間がない中で、その患者は通常の対応ではうまくいかない何かがあるという

アラートを短く伝える役割も持っているという指摘を受け、必ずしも負の側面だけでなく、医療者が自ら置かれた環境に適合して生み出した側面もあることに気づかされた。それ以降、「不安が強い」という情報共有がされた場合に、後者の側面が濃い場合はあえて指摘はせず、前者の可能性がある場合は、具体的な状況や場面を確認して、より弁別的に対応するようになったように思う。

また、診療において患者の相談や受診について「何がそうさせているのか」を鑑みる中で、病気や治療そのものだけでなく、その方が過去に受けてきた医療者の言葉や介入に対するちょっとした「腑に落ちなさ」「違和感」が関与している状況が意外と多いことにも気づいた。そしてその相談を解決するにあたって、こうして考察してきた医療者の前提を言葉にする試みはしばしば役に立ちうる。例えば、頸部骨折術後の高齢男性が受診した際に、相談がないかを尋ねると「手術の後の足の痛みが続くが、術後検査では順調と言われた」と述べたとしよう。つい、我々は痛みの性状を尋ね、その原因が問題ないかを探りがちだが、同時に後半の「術後検査では順調と言われた」方に力点があるケースもある。他にも喘息の子供を連れてA小児科を受診したが、そこでもらった薬を使ってよいか気になって受診した場合に、薬の説明が不十分だったのではなく、その説明が過去に治療を受けた際に説明されたことと矛盾していたことが気になり、薬を使うのが良いか迷っていたケースもある。その際に、例えば「その医師が言う『順調』とはどういう意味や目的があったのか」「同じ病気に対して異なる医師が真逆のアドバイスを伝えるのはなぜか？」という問いを診察中に持ち出し、その背景に医療者のどういった考えや前提があるかを伝える方が、単純に病状や治療の説明を行うよりも必要であることに気がついた。こうしたアプローチはいわゆる生物医学に基づいた知識と能力と、人類学に基づいた視点が融合させるからこそ可能な診療かもしれない。

このように、医療者の前提・価値体系・習慣

の影響を鑑みながら、患者の言動が医療チームの間でより(正しく、ではなくてよいので)建設的に伝わるように調整し、医療者の前提や価値体系についての違和感を持つ患者・家族に対して、説明を行う試みはいずれも通訳的な振る舞いを生かした橋渡しとしての臨床実践と言い換えることができるだろう。

人類学に基づいた臨床実践から 地域医療教育を再考する

このような人類学の特徴は、既存の地域医療教育に共通する、実際に人々が生活を営み、医療がその中で行われる場に身を置いてさまざまな経験をする、という側面と相性が良いばかりでなく、ただ現場に行くだけでは届かない深み・厚みを実習にもたらしうる。ここではそのための具体的な教育方法や実習をうまく進めるコツを列挙してみる。実習生の受け入れ時のみならず、医療職が自らの臨床や地域活動で患者・住民と出会う場面を違った目線から捉え直す上でも参考になれば幸いである。

1. まずは実習生が地域のさまざまな現場にアクセスできるようにしよう

慣れ親しんだ場所から離れて学ぶ地域医療教育では、馴染みのやり方が通用しないと感じる「カルチャーショック」に出会えるように、いざなうことが鍵となる⁴⁾。つい目標やニーズから始めたくもなるが、それだけでなく、思い切って「カルチャーショック」の種が埋まっているさまざまな場面に同行させることが出発点となるだろう。

2. 実習生が個別の場面を記録し、そこから感じたことを話せるよう後押ししよう

さまざまな場面に同行しても、実習生が自然とその場面で起きていることの厚みに気がつくことは難しい。よって、個人的なメモ帳でも、振り返りシートでもよいので記録をしてもらい、それに基づいて対話する機会を設けよう。その際に総論で抽象的な記録を書く人にはそれ

を感じた具体的な場面が何だったのかを尋ね、その場面もセットで記録するよう促すのも一案である。また、文字での記述が苦手な実習生の場合は、対話をメインにする、スケッチなど文字以外の媒体を勧めるという方法も検討の余地がある。

3. 語りの中にあるカルチャーショックの「種」を探そう

実習生の振り返りを聞くにあたっては、その内容だけでなく、その背後にどんな関心や視点を持っていたのか？を自問自答しながら聞き、実習生にもどんな関心と視点を持っていたのか？を話してもらうよう促してみる。そうして関心や視点を話すうちに、さまざまな反応や感情が引き起こされるので、その中にあるカルチャーショックの「種」を探すのが有用だろう。その際に、「種」は必ずしも驚きや意外さとして表現されないことに留意しよう。例えば、扱づらい感情(嫌悪感, 焦り)や、気にもとめないような引っ掛かり、曖昧で言葉にならない違和感やもやもや、あるいは理解不能な混乱として表現されることもある。その多様な反応がありえるものとして承認しつつも、それを感じた経緯について考える機会を持つてみるとよいだろう。

4. 地域医療教育は実習生自身の背景の探究の機会になりうることを覚えておこう

我々は実習生の振り返りを通じて、ついそのきっかけとなった場面を深める話題をしがちだが、実習者の反応の背景に実習生が重ねてきた経験や社会的背景が影響していることもある。可能な範囲でそれについても対話することは、実習生が「他者を通じて自分を知る」ことを経験するきっかけとなりうる。ただ、表現したくない生育歴などの個人的な側面に関わる可能性もあるため、表現が良いきっかけになりうることは伝え、話さなくてもよいことを保証しながら、対話を進めるのがよいだろう。

5. カルチャーショックから生まれた「問い」を軸に実習を組み立てよう

実習生が経験する「カルチャーショック」は地域と那人自身の両方の深い前提を知る上で良い入り口になるため、その具体的な内容について話し、そこから素朴なものでもよいので問いを作ってみよう。そして、その問いにまつわることが観察できる場面にアクセスできるように支援してみるとよい。

6. 一人の患者に多彩な職種が関わる場面に同行させてみよう

自分の生身の体が「場」にあることで他者の言動がどう変わりうるのかを認識することは容易ではない。よって代わりに、医療職が異なると同じ患者でもいかに異なる言動を見せるのかを、目撃する機会が役に立ちうる。例えば、同じ患者・家族に異なる職種が関わる場面に同行してもらい、言動の違いおよび、その違いを引き出した直前の医療者の言動を記録するよう促すという方法がある。こうすることで、医療職がその「場」にすることがいかに患者や家族の言動を変えうるかに気づき、翻って自らの生身の体が場に与える影響を想像するきっかけを作れるだろう。

7. 使い慣れた言い回しをいったん「禁止」してみよう

前述したように、使い慣れた言い回しには、自分たちの前提や価値体系、習慣化されたものの進め方が潜んでいる。実習生がそれに気づいたり、医療者自身が使い慣れている言葉をいったん使わずに、別の表現を試みたり、自分が何を表現したいときにそれを使う傾向にあるのか？を考えてみることは、気がついていなかった自分の価値体系や習慣に気がつくきっかけとなるかもしれない。

8. 実習生や研修医の語りや振り返りを専門用語に置き換えずにそのまま扱ってみよう

実習生が経験したことが、医療者にとって重視している価値観や概念とぴったりにくるように

見える時に、我々は安易に馴染みのある概念や考え方に当てはめ、それについての講義をしてしまいがちである。しかし、それは実習生が見聞きしたことを深く考える機会を削ぐ可能性がある。場面にもよるが、前述した実習生が見出した「問い」と深く関わる場合は、いったんそういった置き換えを保留し、むしろ現場をよく観察してもらうことに注力してもらうのも一案だろう。

終わりに

本稿では、近年着目されるようになった人類学の学問・研究方法の特徴を抜粋し、それが診療や地域医療教育をどのように変えうるかに

ついて検討してきた。地域の現場に出る機会の潜在性はまだまだ探究し尽くされていない。本稿がさまざまな医療者の教育のみならず、診療の新たな形の模索のきっかけとなれば幸いである。

参考文献

- 1) 松村圭一郎, 他 編:文化人類学の思考法. 世界思想社, 2019.
- 2) 松村圭一郎:旋回する人類学. 講談社, 2023.
- 3) 飯田淳子, 錦織宏 編:医師・医学生のための人類学・社会学. ナカニシヤ出版, 2021.
- 4) Howe A: Twelve tips for community-based medical education. Med Teach 2002; 24(1): 9-12.

研修評価

研修医の評価とフィードバック —360度評価について—

関市国民健康保険津保川診療所 管理者・診療所長 廣田俊夫

POINT

- ① 態度を学ぶために必要な360度評価
- ② 360度評価に必要な学習者-評価者の精神的安全性
- ③ 理想的な360度評価は学習者の励ましと気づきを促す

地域で何を学ぶか、学ばせるか

地域医療研修は、初期臨床研修において、平成17年の制度開始から2度の改定を経ながらも、必修項目として位置づけられている。患者が生活を営む地域の特性に即した医療の理解と実践、診療所の役割についての理解と実践、へき地・離島医療についての理解と実践の3項目がその到達目標とされている。到達目標を学ぶことはもちろんではあるが、研修医たちは何を学びたいと期待して地域にやってくるのだろうか。他方、指導医は地域で何を学ばせたいと願っているのだろうか。

当施設では、研修医が地域医療研修を開始する前に、学習目標とそれらのうち最優先な目標について聴取している。研修医にとって優先度の高い学習目標を示す(表1)。コモンディーズの診断と外来でのマネジメント、地域包括ケアや大学病院をはじめとする基幹病院との役割の違いについての学びがあげられている。その他、患者の期待や必要といった受療行動に関わ

る内容や、地域の文化についても興味を持っている。

他方、指導医は地域で何を学ばせたいと考えているのだろうか。月刊地域医学2008年11月号(Vol.22 No.11)のインタビュー記事が興味深い¹⁾。

一般的に教育というと、最初に知識を上げて、次に技術を上げて、態度は最後になる。しかし総合医は、最初に態度を上げて、次に技術を上げて、最後に知識を上げる。そういう意味では学問は必要だけど、「〇〇学です」などというよりは、まずはそういうことをする態度、そういうことをするための技術、そして知識は3番目なのだと思えます。(中略)

そういうものが身につくには、いくら講義を聞いても駄目で、一番大事なのは、吉村先生なら吉村先生のところにボンと放り込まれて、地域医療の「ち」も知らなくてもいいからそこでやりながら、何が本質なのかというようなことを勉強しながら、最初に態度を学ぶ。その次に技術を学ぶ。最後に知識を学ぶ、それがベースだと思います。

指導医が地域で学ばせたいそれを、五十嵐は

表1 研修医の学習目標 (2023年度)

- ・地域医療を経験し、患者さんが期待すること、必要とすることを学ぶ
- ・外来診療で初診の患者さんに適切な検査・処方をする
- ・入院を必要とする急性期疾患以外の疾患を学ぶ
- ・外来診療で過不足なく適切な問診ができるようになる
- ・生活習慣病などの慢性疾患の管理を学ぶ
- ・外来におけるコモンディジーズのマネジメントを学ぶ
- ・訪問診療
- ・根拠をもった外来マネジメントを学ぶ
- ・大病院との違いや地域の限られた医療リソースでのマネジメントを学ぶ
- ・地元の方々との対話や実際に食や自然を体験して地域を肌で感じたい
- ・地域の中で多職種連携を学ぶ
- ・地域診断をしたい
- ・予防医療について具体的にアクションを試みたい

表2 医学生もしくは研修医が到達すべき個別目標〈プロフェッショナリズム〉

- ・自分の理解の外にある個人もしくは集団の価値観や行動を、立場の違いを認識した上で尊重することができる。あるいは、理解しようとする態度をもつ。(態度)
- ・医師憲章の内容について説明できる。(知識 想起)
- ・医療専門職が持つ特権と、特権を持つことによって懸念される問題点について述べるができる。(知識 問題解決)
- ・個別事例に対して、医療専門職のプロフェッショナリズムについて倫理的規範に基づき検討することができる。(知識 問題解決)
- ・医師として行うべき行動や考え方について、友人や教官等からの意見を積極的に受け入れ、自らを修正することができる。(態度)
- ・患者に対して正直であることの重要性について述べるとともに、事例に基づいて考察することができる。(知識 問題解決)
- ・患者と適切な関係を構築する上で必要な要件について説明できる。(知識 想起)
- ・(模擬)患者に対し、プロフェッショナリズムを持った態度で医療面接を行うことができる(態度 技能)
- ・自らの医学生としての能力を内省し、今後の学習計画に反映することができる。(態度)

[文献2)より引用]

「態度」と表現しているが、プロフェッショナル教育と換言できるのではなかろうか。筆者も、研修医の学びたいコモンディジーズの診療や訪問診療をしながら、診療の中で発生する患者や患者家族や他職種との関係性の中におい

て、プロフェッショナルリズムを学んでほしいと願っている。

尾藤は、表2に示す9項目を、プロフェッショナルリズム教育における到達目標に挙げている²⁾。この中で、特に「態度」に関する項目は、

表3 ACGME Outcome Project「プロフェッショナルリズム」の項における、レジデントが到達するべきアウトカム

レジデントはプロフェッショナルとしての責任と倫理規範に基づき、以下のことを表現できなくてはならない。

- ・思いやりと合意形成，他者に対する尊敬の念
- ・患者自身が考える利益を優先した対応
- ・患者のプライバシーと自律性の尊重
- ・患者，社会に対する説明責任
- ・多様な患者集団に対する感受性と適切な対応

〔文献3〕より引用

表4 文献上推奨されているプロフェッショナルリズム評価の方法

- ・診療行為/模擬診療行為の観察評価
- ・コ・メディカル等からの評価
- ・プロフェッショナルとして問題な行動のピックアップ
- ・インシデントレポート
- ・シミュレーション（OSCE含む）
- ・筆記試験
- ・患者調査
- ・指導医/教官からの主観的評価
- ・自己記入式定量評価

〔文献6〕より引用

ACGMEがOutcome Projectにおいて提唱している到達目標³⁾と一致する(表3)。五十嵐の主張の如く、「態度」に関わる学びは、研修医たちが地域医療の現場に投げ込まれることで、効果的に学習できると筆者も実感している。では、よりアクティブに研修医が態度を学習する秘訣は何かであろうか。

態度の学びをアクティブにする 360度評価

診療所での研修医教育で大切にしていることは、月刊地域医学2022年7月号(Vol.36 No.7)で述べたように、GRIT(GRIT: Guts, Resilience, Initiative, Tenacity)を刺激することである⁴⁾。そして、GRITを刺激する効果的な方法は、適切な学習支援と、評価、すなわちフィードバックだと考えている。拙著で述べたように、効果的なフィードバックには、指導医からだけでなく、他職種や患者からのフィードバックが欠かせない。こうした多方面からのフィードバック、すなわち360度評価は、研修医にとって学習を促進させる形成的評価として作用する。教育が学習者中心の教育に転換し、プロフェッショナルリズム教育等が学習項目に加わってきたことで、個々の学習者の能力習得を継続して支援する必要性、重要性が認識された結果、形成的評価の重要性が高まってきた⁵⁾。

プロフェッショナルリズム教育において推奨される評価方法として、Wilkinsonらが行った系

統的総説における評価方法を示す⁶⁾(表4)。コ・メディカル等からの評価や患者調査が列挙されているように、360度評価は卒後研修において最も妥当性の高い評価方法の一つであり、評価者に患者を加えることができれば、さらに妥当性は高まると思われる⁷⁾。ただ、他職種が行うような一定のフォーマットに従う360度評価を患者から得ることは難しいが、診察室や在宅医療の現場で、実際の患者-医師関係性から得られるフィードバック=生の声は、研修医の気づきと励みになる。

多職種による360度評価を行うにあたり重要なことは、組織の心理的安全性だと考えている。組織の心理的安全性とは、個人が、意見の相違、質問、ミスの報告などの対人的にリスクのある行動を行っても、悪影響を受けることはないという信念である。助けやフィードバックを求め、情報を共有すること、エラーや懸念について話し合うこと、革新すること、他のチームとコミュニケーションをとることなどは、医療専門職の教育において極めて重要な学習行動を支援することができる⁷⁾。つまり、診療所のような、医療チーム内や患者-医師関係において、互いに気心が知れた小さな組織に研修医を迎え入れる時は、組織の心理的安全性が教育する土台となる。特に、卒後教育においては、医師としてのあるべき態度に著しい欠如が見られる研修医の存在なども想定されるため、360度評価を初期臨床研修もしくは後期臨床研修の修了条件として総括評価に用いることは適切な選択と

表5 Team Psychological Safety Assessmentに基づくチームの心理的安全性を評価する質問項目

1. チーム内でミスを起こしても、非難されることはない
2. チームのメンバー内で、課題やネガティブなことを言い合うことができる
3. チーム内のメンバーは、異質なものを受け入れる傾向にある
4. チームに対して、リスクが考えられるアクションを取っても安心感がある
5. チーム内のメンバーに助けを求めることができる
6. チーム内で自分を騙すようなメンバーはいない
7. 現在のチームで業務を進める際、自分のスキルが発揮されていると感じる

〔文献11〕より引用〕

なる⁵⁾。その場合はなおさらのこと、教育する組織の心理的安全性が欠かせない。

清水は、学習に影響する外的要因として、特に医療安全教育を例に取り、以下のように述べている⁸⁾。

心理的安全性を担保するとは、決して目標を低く設定することではない。目標の高低と心理的安全性の高低は別の問題である。例えば、目標が低く、心理的安全性も低い場合、学習者と教育者は互いに無関心になり、結果として、取り返しの付かない段階になるまで放置される。逆に、目標は低いまま、心理的安全性だけが高い状態では、能力は向上しない。適切な基準で評価されなければ、学習者は能力を向上させられないばかりか、いわゆる「学習者を落とし損なう (Failure to fail)」現象の一因になる。所属者の学習態度を醸成できるのは、目標への責任が高く、かつ心理的安全性が高い環境である。この意図はひいては、単に学習者と教育者の関係性にとどまらず、構成員の意欲と学習能力を生かす方略を有する集団を作ることにつながる。

2022年度に当施設で2週間以上の地域医療研修を行った研修医・医学生(平均研修期間1.3ヵ月)に、当施設に対する心理的安全性についての調査を行った(調査期間2023年5月1日から5月14日)。19名に回答を依頼し16名の回答を得た。調査は、O' Donovanら(2020)の作成した⁹⁾医療従事者向け心理的安全性尺度の日本語版¹⁰⁾を、Google Formsを用いて匿名性に配慮し施行した。セクション1(9項目):チームのリーダー、(またはチームをまとめる上司)、セクション2

(7項目):同僚/チームの他のメンバー、セクション3(3項目):チーム全体、に対する評価を7段階で行う3つのセクションから成る。参考として、Edmondsonの提唱するチームの心理的安全性と学習行動を測定する尺度¹¹⁾を示す(表5)。

調査結果は以下のごとくであった。チームのリーダーの心理的安全性は5.4/7、同僚/チームの他のメンバーは5.3/7、チーム全体は5.4/7、全体では5.4/7であった。同様の調査を診療所チーム内でも行い、著者以外の全職員7名による回答を得た。職員の内訳は、事務職3名看護師4名である。チームのリーダーの心理的安全性は4.0/7、同僚/チームの他のメンバーは5.4/7、チーム全体は5.3/7、全体では4.7/7であった。診療所内メンバー相互の心理的安全性よりも、学習者が診療所チームに対して感じる心理的安全性が同等あるいは高いことが興味深い。指導医のみならず、多職種が、受容的支援的に学習者を受け入れていることが分かる。

態度面の教育は、研修医の医師としてのアイデンティティーに触れることである。チームの心理的安全性を高めることは、1ヵ月前後の短期間の関わりであるからこそ、学習者の段階的な自立性を支援し、柔軟な思考力と失敗から学ぶ能力を強化することができる。すなわち、学習の足場を作り、自己効力感を促進する⁷⁾。

実は、360度評価について、残念に感じていることがある。当施設で360度評価を導入した当初は、構造的評価に加えて手書きでコメントを記入する評価用紙を用いていた。実に多彩な視点から研修医を評価し支援する内容にあふれ、評価用紙を用いて最終日の振り返りを行う

際には、研修医のみならず指導医の私も大いに励まされた。この数年は、研修医への評価が全ての基幹病院でEPOC IIを用いて電子化された。電子化によって評価の利便性と確実性は得られたものの、研修医と指導医が相互に励ましを受ける貴重な機会が失われてしまった。当施設では、研修医に、研修前後の自己変化、ビフォーアフターを発表してもらい、診療所スタッフ全員で360度からのコメントを伝えている。評価が電子化される以前からこの発表を続けているが、360度コメントが、電子化によって失われたものを補う貴重な機会となっている。

次に、研修医たちのビフォーアフターと、診療所スタッフによる360度コメントを紹介する。

地域での学びと評価の実際

【研修医A】ビフォーアフター：

これまで、病棟や救急外来で指導医から要求されることを忙しくこなす毎日で、この患者さんは何故こうなったのだろうか、もっと早い段階で何かできなかったのだろうか、この先この患者さんはどうなっていくのだろうか、等にまで考えが及びきらなかった。

行動変容を起こそうと指導してきたが、行動には必ず理由があって、それには疾患に関する理解や因果関係だけでなく、これまでの人生経験や家族など周りの人々への配慮もあることに気が付いた。それらを聞いて受け止め、そして日常の生活を思い描いて、さらに信頼してもらってやっと行動変容につながる関係構築ができるのだと分かった。

人々の健康を支えているのは何だろう、この方が何故健康なのだろうと考えたときに、家族や地域とのつながり、支えがあることに気が付いた。そして、支えだけではなく自分が地域へ貢献し続けていることも、何よりその方を健康にしているのだと分かった。

360度コメント：

・患者さんにアドバイスする中で、行動には理由があることに気が付いて、行動の理由を聞き、生活の様子を思い描いてからアドバイスされて

いたことが印象的で、成長されていることが分かった。一緒に癌終末期の退院調整会議に参加したときも、会議とは別に患者さんの家族と話をする時間を確保されていた。先生と言葉を交わした後に、緊張した様子だった患者さん家族の緊張が解けたのがみられた。思いを聞かれたのだと分かりました。

・患者さんの行動の理由を探りながら、行動変容を促す外来をされていることが分かった。1ヵ月ではその結果を得ることができなかったかもしれませんが、ぜひとも続けていかれて、患者さんの行動の思いを受け止める総合診療医になってください。

・患者さんの家庭に入って、その人を健康にしているものは何かについて考えられていたことに、私たちも教えられた。

・自炊して食事を整えながらきちんとした研修生活をしておられて、若い男性なのに感心しました。

・話を聞いてまず全て受け止める、その患者さんとの関わり方から入って、そして一緒に考える姿勢がとても印象的でした。私たち他職種ともそういう関係を築いておられたことも嬉しく思いました。

【研修医B】ビフォーアフター：

コモンディーズについて、今必要な知識をテキストやガイドライン、UpToDate等の二次資料集を用いて学ぶようになった。しかも、調べることがプラクティスに直結するように、具体化するようになった。

患者さんの生活背景、思想の背景、文化の背景を把握する意識がついた。実際の生活を想像できるようになった。

網羅的に検査をするのではなくて、早い判断をするために優先順位を考えて検査を選択するようになった。

地域の互助があること、それらがどのように人々を助けているのかについて考えるようになった。

診療ができるようになるにはどう勉強したら良いのか、それが自動化されていくには何を意

識したら良いのかを考えて学ぶようになった。

360度コメント:

・いろいろなことをドンドン吸収されている姿が印象的でした。同時に、患者さんに対してとても一生懸命な姿も印象的でした。学校健診や訪問診療、患者さんのお宅にお泊まりされたあとには、とてもいい顔に変化していかれた。自己分析を「インドアタイプ」と言っておられたけれども、人と関わることを楽しんでおられたと思います。地域の方々と関わることを楽しんでいただいて、私も嬉しく思いました。

・「自動化」というキーワードが印象的です。診察前にカルテから事前の情報をしっかり収集して、診察に備えることを丁寧に実践しておられた。できることが「自動化される」ように頑張っていて繰り返しておられたのだと分かりました。毎朝、スタッフに対して、わざわざ挨拶に来ていただいたことが嬉しかった。

・〇×県から、田舎に来られて、1ヵ月で「勉強の仕方」という一生の財産を手に入れられた。素晴らしいことです。初日に、「なにか必要なことはありますか」と尋ねたら、「Wi-Fiのパスワードを」と返答されて、田舎に来てとても不安だったのだらうと思います。おつかれさまでした。

・地域の案内をしましたが、ゲームを愛する研修医さんということで、診療の学びを、ゲームを攻略していくように楽しかったと表現されていましたが、ゲームのキャラクターを攻略する時のように、患者さんや病気の情報収集をして、作戦を立てて…ということに、楽しくて夢中になられたのだらうと感じました。知識というアイテムを得て、患者さんのために戦う様子に感動しました。

・大きな声の発表をありがとうございました。メールのやり取りで「Wi-Fiのパスワードを」と返答されて、田舎に来るのが不安だったのだらうと思います。それが、楽しくて充実した1ヵ月になったのは嬉しく思います。山間へき地で得たことを、これからの診療に生かして下さい。癒やしが必要になったら、いつでも来て下さい。

・「インドア」という自己分析を伺っていました

し、温和しい方だらうとの印象でした。発表の声ははっきりとした大きな声で、この1ヵ月の経験が自信につながったのだと思います。一緒に卓球をやりましたが、先生の中の熱い闘志が見えました。「インドア」とは全然違う印象でした。前向きでいろいろなことに挑戦できる先生なのだらうと思いますので、ますます頑張ってください。

【研修医C】ビフォーアフター:

患者さんに辛い症状がある。それに対して何かを処方してそれで終わるわけではないのだと分かった。何故受診したのか、何を期待して受診したのか、その困ったことに対してどうなりたいのか、という患者さんが受診された文脈、背景が大事だと思った。

生活習慣病に対してさまざまなことを学んだのだけれども、同時にまだまだ学び切れていないことも知った。

一見科学的に正しいことでも、広い視野で見直すとその患者さんにとっては正しいとはならないことも学んだ。今まではガイドラインや論文をそのまま信じていたけど、それらの背景や根拠となっている研究が、目の前の患者さんに当てはめてもよいのか、実は対象が全く違うのかも知れないと考えるようになった。

診療以外でも多くの人と巡り会えて、マクロの広い視野で考えないといけないことを学んだ。いつもマクロ的に考える癖を付けようと思います。

360度コメント:

・もともとお話を聞くのが好きなのだらうなと思っていましたが、研修の開始時と終わりとは関わり方に変化が見られて、患者さんたちが何故来たのか、どうしてほしいのかを大切にされていることが分かった。

・いろいろなことに躓きながらも頑張っておられた。将来への課題を発見されたことは一生の宝を得られたのだと思います。

・視野を広く、と意識しておられた。

・会う人全てに平等に話しかけられていて、人に配慮される優しい方だと思った。

・帰りにお会計される患者さんが、本当は210円なのに2,100円を出そうとされた。「210円ですよ」と声を掛けたら、「こんなに丁寧に診察してもらって、210円でイイかね?」と言って帰られた方がおられた。しっかり患者さんのお話を聞かれて、丁寧に診察されていたのだろうなと思った。次に進まれる専門科ではゆっくり話を聞く時間がないかも知れませんが、その気持ちを忘れずに頑張してほしいと思いました。とても魅力的な先生だと思います。これからも変わらずにいてください。

理想の360度評価

先に述べたごとく、プロフェッショナリズムを評価する360度評価は、評価者に患者が加えられることが理想である。もちろん、診察室で発生する患者からのフィードバックは、研修医にとって貴重な形成的評価になる。しかし、初期臨床研修は、医師国家試験とともに、国家あるいは専門職集団が医師として能力を有していることを認めて法的にも権利を与え、社会・市民に影響を及ぼし、適切に実施されることを研修医だけでなく市民が求めている以上、尾藤の主張のように、プロフェッショナリズム教育の評価が、卒後研修における終了条件として総括評価に用いられることは当然の帰結である²⁾。アナログな360度評価を、より客観的で妥当性のある定量的評価に開発していく必要がある。

他方、形成的評価の側面が強い360度評価に定量的側面を含ませることそのものが、電子化されたことで、筆者が感じた負の側面をつくり出してしまふかもしれない。より質的な評価の方が、研修医の気づきを促進させるのも事実である。患者からの活き活きとしたフィードバックや、研修医に対する他職種からの文字通りの360度なコメントを維持しつつ、総括評価に用いることが理想的である。

理想とする360度評価とは、筆者の意見とし

ては、①研修医が心理的安全性を感じられる教育チームによって評価されること、②患者による構造化された評価に加え、例えば診療後の患者の様子を、多職種から研修医にフィードバックすること、③定量的で電子化された評価とともに、手書きやコメントの発言といった質的評価を研修医と指導医で共有できることだと考える。

最後に、態度を教育するとき、自らの態度が試されていることを自覚する。教育と評価をしながら自分への気づきへと導かれる。360度評価のような評価法は、単に研修医を教育評価するに留まらない、そういう類いのモノだと思う。それ故に、プロフェッショナリズムを教育評価することと、これを担うチームを育て続けることは、プロフェッションを与えられた者に課せられた責務だと感じている。

参考文献

- 1) 五十嵐正紘, 山田隆司, 名郷直樹, 他: INTERVIEW あらためて, ジェネラルを師に学ぶ. 月刊地域医学 2008; 22(11): 1126-1135.
- 2) 尾藤誠司: プロフェッショナリズムの教育. 医学教育白書 2010: 167-172.
- 3) https://www.acgme.org/globalassets/PDFs/commonguide/IVA5e_EducationalProgram_ACGMECompetencies_Professionalism_Explanation.pdf (accessed 2023 Jun 8)
- 4) 廣田俊夫: 地域の診療所での指導. 月刊地域医学 2022; 36(7): 545-549.
- 5) 田川まさみ, 西城卓也: 医学教育における学習者の評価① 総論. 医学教育 2013; 44(5): 345-357.
- 6) Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD: A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. Acad Med 2009; 84(5): 551-558.
- 7) Lee EH, Pitts S, Pignataro S, et al: Establishing psychological safety in clinical supervision: Multi-professional perspectives. Clinical Teacher 2022; 19(2): 71-78.
- 8) 清水郁夫, 川上ちひろ: 学習に影響する外在的な問題 - 医療安全教育を例に -. 医学教育 2022; 53(1): 57-63.
- 9) O'Donovan R, Dun DV, McAuliffe E: Measuring psychological safety in healthcare teams: developing an observational measure to complement survey methods. BMC Med Res Methodol 2020; 20(1): 203.
- 10) International journal of environmental research and public health 2022; 19(16).
- 11) Edmondson A: Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. Adm Sci Q 1999; 44 (2): 350-383.

EPOCを用いた研修評価について

北海道大学大学院医学研究院 医学教育・国際交流推進センター 統括副センター長 高橋 誠

POINT

- ① さまざまな研修活動を電子的に記録できるe-ポートフォリオシステム
- ② 研修施設が遠隔地でも研修医，指導医，研修管理部門がリアルタイムに情報共有可能
- ③ 記録された情報は研修修了後も学修者本人が引き続き閲覧可能

特集

EPOCとは？

2004年に、医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するとともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な考え方として構築された、新たな医師臨床研修制度が必修化された。臨床研修の到達目標が示され、それらを達成することが研修修了に必要とされたことから、研修医の研修評価とそれを記録するためのツールとして、オンライン卒後臨床研修評価システム (Evaluation system of POstgraduate Clinical training: EPOC) が国立大学病院長会議で開発され、2004年から供用が開始された。

当時の臨床研修の到達目標¹⁾は、行動目標および経験目標からなり、行動目標として医療人として必要な基本姿勢・態度が、経験目標としてA 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患、およびC 特定の医療現場の経験、が示された。EPOCは、インターネット

を介していつでもどこからでもリアルタイムにアクセス可能で、評価の入力と閲覧ができるシステムで、行動目標、経験すべき診察法・検査・手技および特定の医療現場の経験を3段階(十分できる、できる、要努力)で、経験すべき症状・病態・疾患を2段階(済、未)で研修医が自己評価を記録し、それを指導医が確認するという流れで研修医の研修評価が行われた。

地域医療に関する研修の到達目標は、C 特定の医療現場の経験の中の(3)地域医療の項に、「へき地・離島診療所、中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験すること」と記述され、少なくとも1) 患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療(在宅医療を含む)について理解し実践する、2) 診療所の役割(病診連携への理解を含む)について理解し実践する、3) へき地・離島医療について理解し実践する、のいずれかを満たすことが求められたが、当時のEPOCでは、上記のように、3段階(十分できる、できる、要努力)で評価し記録するにとどまっていた。

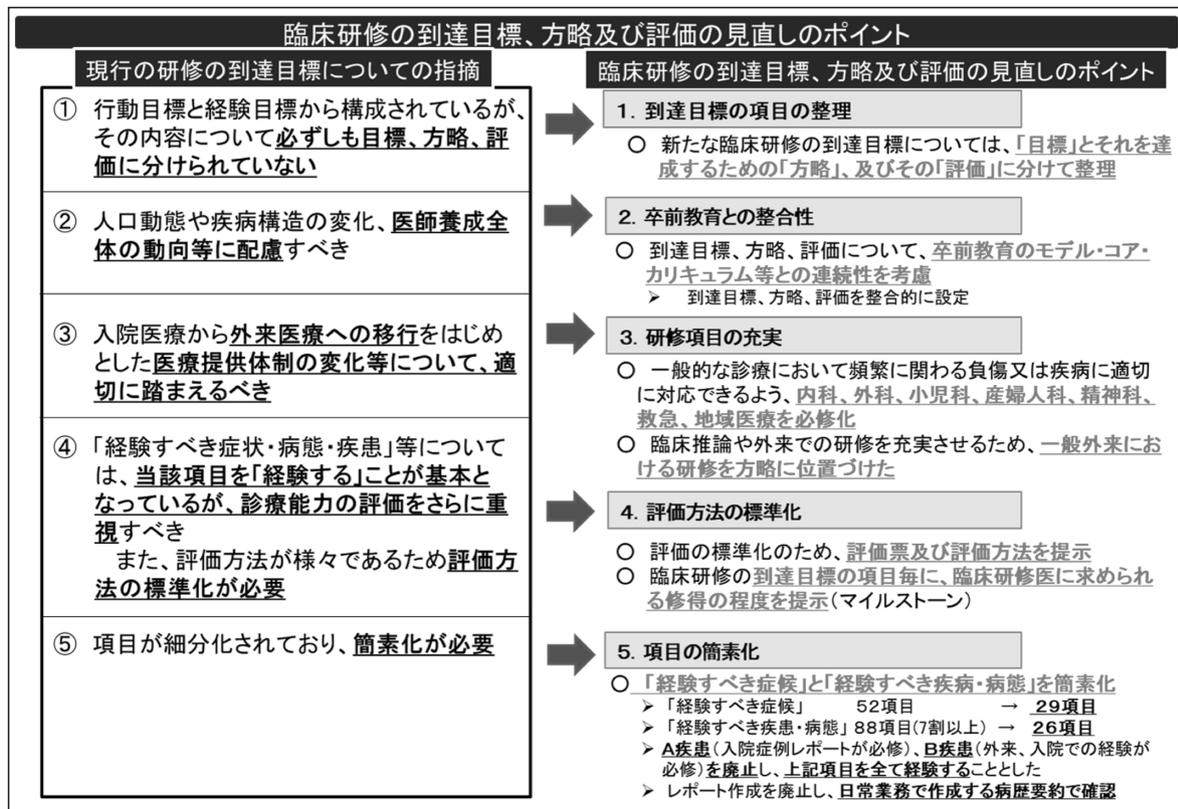


図1 臨床研修の到達目標、方略及び評価の見直しのポイント
(医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 報告書 参考資料 (H30.3.30) より引用)

メジャーアップデートされた EPOC2(PG-EPOCとCC-EPOC)

2020年に医師臨床医研修制度が見直され(図1)、新たに臨床研修の到達目標、方略および評価が示された²⁾。到達目標は、A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)、B. 資質・能力、C. 基本的診療業務で構成され、項目ごとに研修医に求められる修得の程度がマイルストーンとして提示された。それらに基づいた評価票が策定され、項目ごとにレベル1からレベル4の4段階で評価することになった。これらの評価を行うための根拠となる情報として、経験症候や疾病、病態の記録と、感染対策、予防医療などの横断的な研修の記録が求められ、さらに、臨床手技や検査手技、Mini-CEXなどの臨床現場での観察評価の記録や、研修会や講習会、学術活動といった研修活動の記録など、さまざまな研修活動を記録して、研修ポートフォリオとして活用することが提案され

た(図2)³⁾。また、研修医は、指導医だけでなく、メディカルスタッフや患者さんなどからも評価を受けること(360度評価)が求められることになった。

上記のような研修評価の見直しを踏まえ、EPOCも新たな評価票に対応するため、EPOC2へメジャーアップデートを行った(図3)。スマートフォンなどの携帯端末からの入力を想定し、入力を簡単に行えるようにしたほか、新たな評価票や360度評価に対応するとともに、さまざまな研修活動を電子的に記録できる研修e-ポートフォリオの機能を搭載した。このようにEPOC2は、e-ポートフォリオ機能を搭載するとともに、卒後の臨床研修の評価だけでなく、卒前の臨床実習の評価にも流用できるよう設計したことから、名称を卒後臨床研修医用オンライン臨床教育評価システム(E-Portfolio of Clinical training: EPOC2)に変更した。

2021年9月には、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)に準拠した

臨床研修の到達目標、方略及び評価 達成度評価の構造 (2019.2.26版)

実務研修の方略

- 研修期間/臨床研修を行う分野・診療科
- 経験すべき症候/経験すべき疾病・病態
- 全研修期間を通じて、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修

到達目標

- A. 医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム)**
- 社会的使命と公衆衛生への寄与
 - 利他的な態度
 - 人間的な尊重
 - 自らを高める姿勢
- B. 資質・能力**
- 医学・医療における倫理性
 - 医学知識と問題対応能力
 - 診療技能と患者ケア
 - コミュニケーション能力
 - チーム医療の実践
 - 医療の質と安全管理
 - 社会における医療の実践
 - 科学的探求
 - 生涯にわたって共に学ぶ姿勢
- C. 基本的診療業務**
- 一般外来診療
 - 病棟診療
 - 初期救急対応
 - 地域医療

到達目標の達成度評価

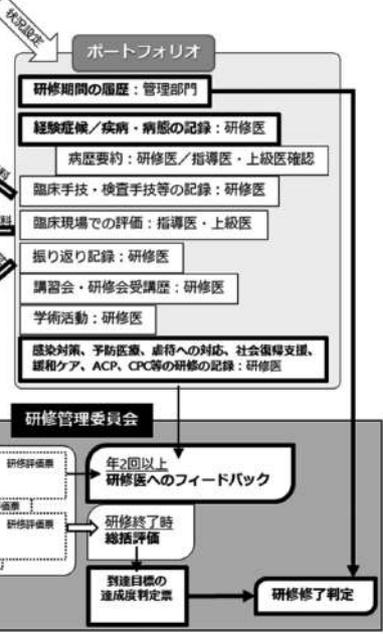


図2 研修医の達成度評価の構造

(文献3) より引用

特集

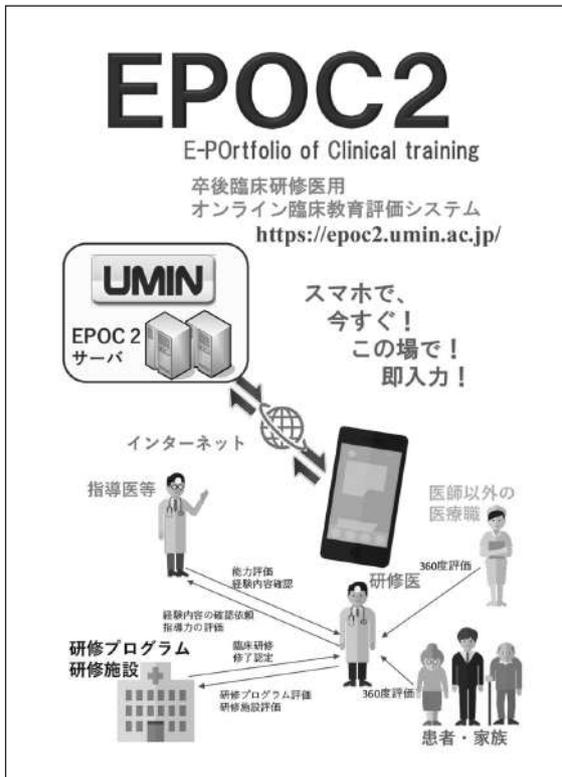


図3 EPOC2 パンフレット
※ EPOC2 は、2023 年から PG-EPOC (E-Portfolio of Clinical training for PostGraduates) と呼称している。

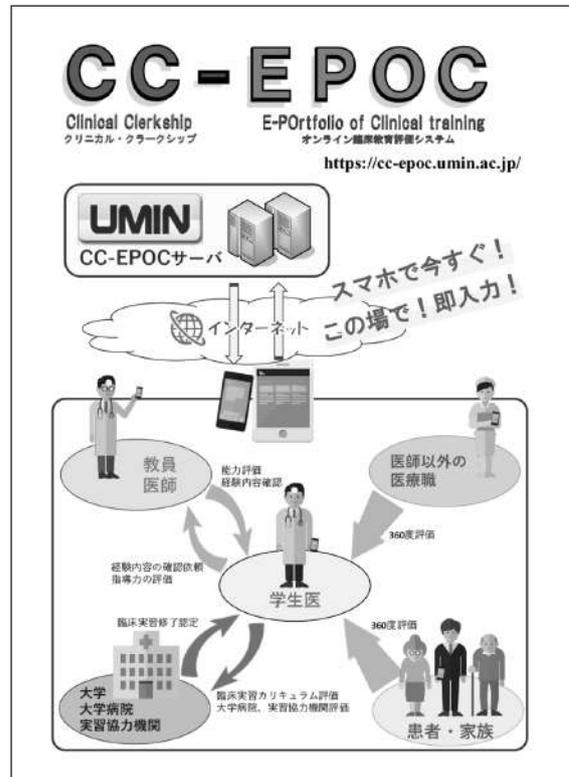


図4 CC-EPOC パンフレット

研修医評価票 III 様式 16

「C. 基本的診療業務」に関する評価

研修医名 _____

研修分野・診療科 _____

観察者 氏名 _____ 区分 医師 医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____年____月____日 ~ _____年____月____日

記載日 _____年____月____日

レベル	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	観察機会なし
0-1. 一般外来診療 頻度の高い症状・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。	<input type="checkbox"/>				
0-2. 病棟診療 急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。	<input type="checkbox"/>				
0-3. 初期救急対応 緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。	<input type="checkbox"/>				
0-4. 地域医療 地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。	<input type="checkbox"/>				

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

図5 研修医評価票 III
 医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について
 (令和 5 年 3 月 31 日一部改正) 様式 16

卒前の臨床実習の評価記録ツールとして、卒前学生医用オンライン臨床教育評価システム(Clinical Clerkship E-Portfolio of Clinical training: CC-EPOC)の運用を開始した(図4)。さらに2023年には、IH-EPOCの運用がほぼ終了したことから、CC-EPOCに合わせてEPOC2をPG-EPOC(E-Portfolio of Clinical training for PostGraduates)と改称した。

地域医療研修でのPG-EPOCの活用

2020年の医師臨床研修制度の見直し後の臨床

研修の到達目標には、地域医療に関する到達目標として、C. 基本的診療業務(図5)の4. 地域医療の項目に「地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。」と記載されている。また、これを研修する方略として、医師臨床研修指導ガイドライン³⁾には、「許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに、研修内容としては以下に留意すること。1)一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場



図6 PG-EPOC (EPOC2)「経験症候／疾患の記録」の閲覧画面

特集

合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。2)病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。3)医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実際について学ぶ機会を十分に含めること。」と記載されている。多くの場合、これらの研修は、主に研修を行う基幹型臨床研修を離れ、協力型病院や協力施設で実施されると想定されるが、PG-EPOCであれば、研修医、指導医、メディカルスタッフ、そして研修管理部門がインターネットを介してどこからでもリアルタイムに評価記録にアクセスできることから、研修の場がどこであっても活用することが可能である。

前章でも述べたように、PG-EPOCはe-ポートフォリオ機能を搭載しており、経験症例(図6)のほか、「その他の研修活動の記録」でさまざまな研修活動を記録することができる(図7)。「その他の研修活動の記録」は、研修の場〔勉強会等(科内)、講習会等(院内)、講習会等(院外)、チーム活動、学会参加・発表、その他〕、名称、研修日・研修期間、研修内容(感染対策、予防医療、

虐待対応、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC、チーム活動、児童精神、薬剤耐性菌、ゲノム医療、その他、複数の選択も可)、そしてメモ(1,000文字まで)を登録可能である。メモは、経験症例の記録でも登録することができる。地域医療研修の目標である「地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる」能力を身に付けることができた研修活動を記録に残し、評価するため、このメモ機能が活用されることが期待される。同様に、C. 基本的診療業務(図5)の2. 病棟診療の「地域連携に配慮した退院調整ができる。」に関係した研修活動の記録にも、このメモ機能が活用されることが期待される。

振り返りへのPG-EPOCの活用

同じ生物学的疾病でも、患者・家族、地域の状況で対応が異なるのが地域医療の特性の1つであり、地域医療研修では、それを理解し対応できるようになることが求められる。そのため

研修医メニュー

https://center8.umin

その他の研修活動の記録

戻る 登録

研修の場
チーム活動

研修の場を選択

名称
訪問診療への同行

8 / 80文字

研修日(期間)
2022 / 07 / 07

参加日を期間で指定する

研修内容
緩和ケア 削除
ACP 削除
+ 研修内容を追加・変更

メモ
3回目の訪問。〇〇使用し疼痛コントロールはできているが、傾眠傾向で、経口摂取がほとんどできていない。今後の治療方針について、ご本人・家族と相談に同席。……………

82 / 1000文字

戻る 登録

図7 PG-EPOC (EPOC2)「その他の研修活動の記録」の登録画面

には、研修医は研修での経験を振り返り、指導者は適切なフィードバックを実施することが効果的と考えられる。この振り返りを実施するのに、PG-EPOCのポートフォリオ機能が活用されることが期待される。

最後に

臨床研修の評価記録システムとして開発されたEPOCと、そのアップデート版のPG-EPOC (EPOC2)について概説した。研修e-ポートフォリオの機能は、地域医療研修において振り返りや評価に活用されることが期待される。卒前の臨床実習の評価記録ができるCC-EPOCと合わせて、卒前・卒後のシームレスな臨床教育のポートフォリオ作成と評価が実現可能となったことから、地域医療の実習および研修も、卒前・卒後シームレスに実施されることが期待される。

参考文献

- 1) 厚生労働省. 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について 別添1 臨床研修の到達目標. <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html>(accessed 2023 Jul 1)
- 2) 厚生労働省. 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について 別添 臨床研修の到達目標、方略及び評価. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000341137.pdf>(accessed 2023 Jul 1)
- 3) 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費「新たな臨床研修の到達目標・方略・評価を踏まえた指導ガイドラインに関する研究」研究班. 医師臨床研修指導ガイドライン -2020年度版-. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03924.html(accessed 2023 Jul 1)

COVID-19 流行初期の都内二次救急病院における 救急外来受診パターンの変化

福田詩織¹⁾ 西村正大²⁾ 坂上達也³⁾ 望月崇紘²⁾ 弘田義人²⁾

【目的】COVID-19流行初期の東京都二次救急医療機関における救急外来の患者受診パターンを前年度と比較し、その変化を記述する。

【方法】COVID-19流行初期の2020年4月17～30日と、流行前の前年同期間に救急外来を受診した、小児科と産婦人科を除く全患者を対象とする単施設後ろ向き横断研究を行った。主要評価項目は患者数、受診経路、転帰、診断名とした。

【結果】2019年と比較して2020年は全患者数が480人から341人へ減少した。救急車で受診した数は187人(39%)から225人(66%)へ有意に増加した。入院となった患者数は100人(21%)から109人(32%)へ有意に増加した。診断名は外傷、インフルエンザ、胃腸炎が有意に減少し、糖尿病緊急症が有意に増加した。

【結論】軽症者数は減少したが、重症者数は減少しなかった。外傷の減少や糖尿病緊急症の増加を認め、社会生活の変化が影響を与えた可能性が示唆された。

KEY WORD パンデミック

I. はじめに

新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) による急性呼吸器疾患 (COVID-19) は世界的な大流行を引き起こした。日本でも感染者数が急増し、国は2020年4月7日に緊急事態宣言を発令し、飲食店の時間短縮営業やリモートワークを呼びかけ、東京の街は一時閑散とした。このパンデミックは医療にも大きな影響を与えている。米国のユタ州の研究では、救急外来受診率は最大約30%減少し、特に軽症疾患の受診率が約35～40%低下、緊急疾患の受診は横ばい、下気道疾患は約68%増加したと結果が出ている¹⁾。米国のミネソタ州三次救急救命センターの研究でも約35%の救急外来受診率の低下があり、診断

項目別では失神 (70.5%減)、脳血管障害 (58.3%減)、腹痛 (43.3%減)、尿路結石 (70.0%減)、腰痛 (50.7%減) の割合が有意に減少、また息切れ (25.1%増) は有意に増加、上気道感染症 (10.0%減)、胸痛 (13.1%減) は受診率の低下に対し相対的に増加したと報告がある²⁾。本邦ではDPC病院のデータから同時期の市中肺炎の入院患者が減少したと結果が出ている³⁾。しかし、救急外来での具体的な受診患者疾患割合を明記した研究はなかった。今回、都内の二次救急医療機関である当施設におけるCOVID-19の初期流行時期の患者受診パターン患者数、受診経路、転帰、救急外来最終診断名を前年度と比較し、その変化を記述する。

1) 東京北医療センター 総合診療科, 2) 地域医療振興協会 地域医療研究所, 3) 公立昭和病院 救急科
(筆頭著者連絡先: 〒115-0053 東京都北区赤羽台4-17-56 東京北医療センター 総合診療科 鳥取大学2014年卒業)

原稿受付2023年5月11日/掲載承認2023年7月5日

表 1 患者数, 受診経路, 転帰

	2019	2020	変化比	P*
	No (%)	No (%)		
患者数	480	341	0.71	
受診経路				
徒歩	288 (60)	114 (33)	0.56	<0.001
ドクターカー	5 (1)	2 (1)	0.56	0.706
救急車	187 (39)	225 (66)	1.69	<0.001
救急外来転帰				
帰宅	380 (79)	232 (68)	0.86	<0.001
入院	100 (21)	109 (32)	1.79	<0.001
一般病棟	85 (18)	87 (26)	1.44	0.009
ICU/HCU	15 (3)	22 (6)	2.06	0.027

* Fisher 検定

II. 方法

当施設において, 2019年4月17~30日, 2020年4月17~30日に救急外来を受診した患者1,368例のうち小児科, 産婦人科症例を除く821例を対象とし, 後ろ向き横断研究を行った. 主要評価項目は患者数, 受診経路, 転帰, 最終診断名とした. 患者数, 受診経路, 転帰については, 定期的に収集している救急診療基礎データから, 該当期間の情報を抽出した. 最終診断名については, まず電子カルテから対象期間の患者リストとレセプト病名を抽出し, その後患者リストに記載されている全患者のカルテレビューを実施した. 救急外来診察時の診療録とレセプト病名の情報を目視し, 最適と考えられる診断名の記録と対応するコーディングを行った. カルテレビューは研究責任者と研究分担者1名が, まず分担して実施し, 判断に迷う症例は2名が相談して合意した診断名を記入した. コーディングにはICPC-2 (International Classification of Primary Care-2) 分類を採用した. 研究責任者と(前述のカルテレビューとは)別の研究分担者1名が分担して実施し, 判断に迷う症例は2名が相談して合意したコード名を

記入した. 上記の評価項目について, 研究対象期間(2020年4月)と比較対象期間(2019年4月)の間に統計学的に有意な差が認められるかを解析した. 有意差の検定は, Fisherの正確確率検定で行い, 統計ソフトはR(version 4.0.4)を用いた. 本研究は, 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」を遵守し, 東京北医療センター倫理委員会の承認を得ている(受付番号337).

III. 結果

1. 患者数, 受診経路, 転帰

結果を表1に示す. 患者数は2019年480人と比較して, 2020年は341人と29%減少した. 受診経路は徒歩が2019年288人(60%)に対し, 2020年114人(33%)と有意に減少した($P<0.001$). 救急車は2019年187人(39%)に対し, 2020年225人(66%)と有意に増加した($P<0.001$). 転帰は帰宅となった患者は2019年380人(79%)に対し2020年232人(68%)と減少し($P<0.001$), 入院となった患者は2019年100人(21%)に対し2020年109人(32%)と増加した($P<0.001$).

表2 救急外来最終診断名：領域別

ICPC-2	2019	2020	変化比	P*
	No (%)	No (%)		
A 全身および部位が特定できないもの	26 (5.4)	25 (7.3)	1.35	0.305
B 血液, 造血器, リンパ組織, 脾臓	4 (0.8)	2 (0.6)	0.7	1
D 消化器	90 (18.8)	47 (13.8)	0.74	0.071
F 眼	0 (0.0)	0 (0.0)	-	1
H 耳	9 (1.9)	7 (2.1)	1.09	1
K 循環器	32 (6.7)	26 (7.6)	1.14	0.679
L 筋骨格系の感染症	56 (11.7)	46 (13.5)	1.16	0.453
N 神経	15 (3.1)	13 (3.8)	1.22	0.697
P 心理, 精神	23 (4.8)	11 (3.2)	0.67	0.467
R 呼吸器	74 (15.4)	72 (21.1)	1.37	0.054
S 皮膚	126 (26.3)	57 (16.7)	0.64	0.001
T 内分泌・代謝・栄養	7 (1.5)	11 (3.2)	2.21	0.096
U 泌尿器	13 (2.7)	21 (6.2)	2.27	0.02
W 妊娠, 育児, 家族計画	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
X 女性性器 (乳房を含む)	4 (0.8)	3 (0.9)	1.06	1
Y 男性性器	1 (0.2)	0 (0.0)	0	1
Z 社会問題	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-

* Fisher 検定

2. 救急外来最終診断名

領域別の結果を表2に、疾患・症候別の結果を表3に示す。ICPC-2分類の領域別では皮膚領域が2019年126人(26.3%),2020年57人(16.7%)と減少した(P=0.001)。泌尿器領域は2019年13人(2.7%),2020年21人(6.2%)と増加がみられた(P=0.02)。領域内の疾患・症候別では、胃腸炎が2019年40人(8.3%),2020年は14人(4.1%)と減少した(P=0.015)。足の靭帯損傷・捻挫は2019年11人(2.3%),2020年は1人(0.3%)と減少した(P=0.018)。腰部脊柱管狭窄症は2019年1人(0.2%),2020年6人(1.8%)と増加した(P=0.023)。しびれは2019年0人(0.0%),2020年5人(1.5%)と増加した(P=0.012)。インフルエンザは2019年6人(1.3%),2020年は0人(0.0%)と減少した(P=0.044)。その他COVID-19を除く上気道炎(P=0.725)や肺炎(P=0.264)は有意差を認めなかった。挫傷/打撲傷が2019

年85人(17.7%),2020年は39人(11.4%)と大幅に減少した(P=0.014)。帯状疱疹は2019年6人(1.3%),2020年0人(0.0%)と減少した(P=0.044)。糖尿病緊急症は2019年1人(0.2%),2020年は10人(2.9%)と増加した(P=0.001)。腎盂腎炎は2019年5人(1.0%),2020年12人(3.5%)と増加した(P=0.022)。

IV. 考 察

COVID-19パンデミック前の2019年に比較して、パンデミック中の2020年の救急外来受診患者数は約3割の減少を認め、他国の既存のデータと同様の結果となった¹²⁾。またパンデミックに伴って、受診経路の割合は、徒歩での受診が減少、救急車での受診は増加した。転帰の割合では、帰宅患者は減少、入院患者は増加していた。このことから、徒歩での受診や、帰宅の転帰となる非緊急患者を中心に減少がみら

表3 救急外来最終診断名：疾患・症候別

ICPC-2		2019	2020	変化比	P*
		No (%)	No (%)		
L77	足の靭帯損傷・捻挫	11 (2.3)	1 (0.3)	0.13	0.018
L86	腰部脊柱管狭窄症	1 (0.2)	6 (1.8)	8.45	0.023
N94	しびれ	0 (0.0)	5 (1.5)	-	0.012
S16	挫傷/打撲傷	85 (17.7)	39 (11.4)	0.65	0.014
S70	带状疱疹	6 (1.3)	0 (0.0)	0	0.044
R74	急性上気道炎	22 (4.6)	22 (6.5)	1.41	0.725
R80	インフルエンザ	6 (1.3)	0 (0.0)	0	0.044
R81	肺炎(COVID-19 除く)	21 (4.4)	21 (6.2)	1.41	0.264
R83	COVID-19	0 (0.0)	4 (1.2)	-	0.029
R84	呼吸器悪性新生物	0 (0.0)	4 (1.2)	-	0.029
D73	胃腸炎	40 (8.3)	14 (4.1)	0.49	0.015
T99	糖尿病緊急症	1 (0.2)	10 (2.9)	14.08	0.001
U70	腎盂腎炎	5 (1.0)	12 (3.5)	3.38	0.022

* Fisher 検定

れ、本来救急外来を受診すべき緊急患者の受診は減少していないと考えた。米国コロラド州、コネチカット州、マサチューセッツ州、ニューヨーク州、ノースカロライナ州の救急外来受診率と入院率を調査した研究では、救急外来受診者は減少したが入院率は少ない州で22.0%、多い州で最大149.0%増加したとの報告がある⁴⁾。本研究とは解析方法が異なり正確な比較は困難であるが、同じトレンドを認めたとと言える。

疾患別では挫傷/打撲傷が35.6%減少、また足の靭帯損傷/捻挫が87.0%減少した。米国ユタ州の救急外来のデータでは、2020年3月中旬から4月下旬にかけて、捻挫・変形・骨折(23.3%減)、表在性損傷(33.3%減)に関する外来患者数が2019年の同時期に比べて減少¹⁾、イタリアのロックダウン下でも外傷は2019年816人(12.9%)、2020年332人(8.4%)で34.9%減少したと報告されており⁵⁾、同様の減少を認める。本邦は2020年4月7日に緊急事態宣言が発令され、政府は外出の自粛を呼びかけた。20～21時の1時間で渋谷センター街に滞在した平均人口は、発令前の約6分の1に減少した⁶⁾。外

傷患者の減少は外出規制に伴う影響が考えられた。

胃腸炎は減少、インフルエンザも減少した。米国では、インフルエンザの検体提出数は61%減少し、検体の陽性率は98%減少⁷⁾、また消化管感染症も26%減少したと報告がある⁸⁾。このような軽症感染症の減少は、マスクの着用や手指衛生、学校閉鎖、在宅勤務など社会的政策による暴露の減少、また受診行動の変化に伴う検出率の低下の関与が影響したと考えられる。Naganoらは、本邦の262病院を対象とした調査でCOVID-19パンデミック期間中(2020年3月～7月と定義)に市中肺炎の入院患者が48.1%減少したと報告している³⁾が、本研究ではCOVID-19感染症を除く肺炎全体としては有意差を認めなかった。この違いの理由は以下のように考察される。文献3)が対象とした医療機関の入院病床数は、30床から1,151床であった。厚生労働省が資料を公開している「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」⁹⁾によると、病床数が多い高次医療機関であるほど、また、救急車の受け入れ台数が多く救急の

活動度が高いほど、多くの COVID-19 患者の入院受け入れをしている傾向があった。そのため、Nagano らの報告³⁾には、呼吸器症状を呈する COVID-19 疑似症例の受け入れ数が少なかった医療機関が一定数含まれていた可能性がある。一方、本研究対象とした単施設は、入院病床数が 351 床で、救急車の年間受け入れ台数は 6,254 台 (2021 年) と中規模の救急病院であり、また地域の急性期病院としてパンデミック中も積極的に救急車の受け入れを行っていたことから、Nagano らの報告³⁾と比べて呼吸器症状を呈する COVID-19 疑似症例の受診割合が高かった可能性がある。したがって、本研究では COVID-19 を除く肺炎全体の入院患者数は減少しなかった可能性がある。

糖尿病性ケトアシドーシスなどの糖尿病緊急症においては有意な増加がみられた。パンデミック下で HbA1c が増悪するという結果が本邦をはじめとする各研究でみられている。本邦の研究では HbA1c 7.45% から 7.53%、米国では HbA1c 7.16% から 7.73% と有意に上昇している^{10,11)}。またイングランドの COVID-19 流行第 1 波時 (2020 年 3 月 1 日～6 月 30 日) の研究で、糖尿病性ケトアシドーシスが前年度と比較し 6% 増加したという報告があり、行動変化や受診の減少による関与が言われている¹²⁾。今回、本邦でもパンデミックの生活環境変化に伴い糖尿病緊急症が増加する可能性が示唆された。

本研究の限界として次の 2 点があげられる。まず 1 つ目に、本研究は単施設における 2 週間という短い期間のデータをもとにしており、外的妥当性に限界がある。2 つ目に、ICPC-2 分類をカルテレビューにより後ろ向きにコーディングしたことにより、外来診療のプロセスを分析することには限界がある。しかし、2 名でのレセプト病名と診療録の確認により、最終診断については正確にコーディングできているものと考えられる。

V. 結 語

COVID-19 パンデミックに伴い、救急外来受

診患者数は減少した。軽症患者の受診が減少したが、本来救急外来を受診すべき重症患者の受診は減少していなかったと考えられる。

外傷患者の減少や糖尿病緊急症の増加などに有意差が認められ、社会生活の変化が救急外来の受診トレンドに影響を与えた可能性が示唆された。

文 献

- 1) Giannouchos TV, Biskupiak J, Moss MJ, et al: Trends in outpatient emergency department visits during the COVID-19 pandemic at a large, urban, academic hospital system. *Am J Emerg Med* 2021; 40: 20-26.
- 2) Westgard BC, Morgan MW, Vazquez-Benitez G, et al: An Analysis of Changes in Emergency Department Visits After a State Declaration During the Time of COVID-19. *Ann Emerg Med* 2020; 76(5): 595-601.
- 3) Nagano H, Takada D, Shin JH, et al: Hospitalization of mild cases of community-acquired pneumonia decreased more than severe cases during the COVID-19 pandemic. *Int J Infect Dis* 2021; 106: 323-328.
- 4) Jeffery MM, D'Onofrio G, Paek H, et al: Trends in Emergency Department Visits and Hospital Admissions in Health Care Systems in 5 States in the First Months of the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Intern Med* 2020; 180(10): 1328-1333.
- 5) Ojetti V, Covino M, Brigida M, et al: Non-COVID Diseases during the Pandemic: Where Have All Other Emergencies Gone? *Medicina (Kaunas)* 2020; 56(10): 512.
- 6) 株式会社 Agoop. 主要繁華街の人流解析～20 時台における人流変化の解析～. 東京: 株式会社 Agoop. [revised 11 March 2022/ cited 11 March 2022]. Available from : https://corporate-web.agoop.net/pdf/covid-19/agoop_analysis_downtown.pdf (2022 年 8 月)
- 7) Olsen SJ, Azziz-Baumgartner E, Budd AP, et al: Decreased Influenza Activity During the COVID-19 Pandemic - United States, Australia, Chile, and South Africa, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69(37): 1305-1309.
- 8) Ray LC, Collins JP, Griffin PM, et al: Decreased Incidence of Infections Caused by Pathogens Transmitted Commonly Through Food During the COVID-19 Pandemic - Foodborne Diseases Active Surveillance Network, 10 U.S. Sites, 2017-2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70(38): 1332-1336.
- 9) 厚生労働省. 第 25 回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000807221.pdf> (accessed 2023 Jun 24)
- 10) Tanji Y, Sawada S, Watanabe T, et al: Impact of COVID-19 pandemic on glycemic control among outpatients with type 2 diabetes in Japan: A hospital-based survey from a country without lockdown. *Diabetes Res Clin Pract* 2021; 176: 108840.
- 11) Ledford CJW, Roberts C, Whisenant E, et al: Quantifying Worsened Glycemic Control During the COVID-19 Pandemic. *J Am Board Fam Med* 2021; 34(Suppl): S192-S195.
- 12) Misra S, Barron E, Vamos E, et al: Temporal trends in emergency admissions for diabetic ketoacidosis in people with diabetes in England before and during the COVID-19 pandemic: a population-based study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021; 9(10): 671-680.

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

Smart Eye Camera を用いた遠隔診療が 有用であった角膜潰瘍の一例

A case of corneal ulcer that has been treated by the teleophthalmology with
Smart Eye Camera

中山慎太郎^{1),2)} 須藤篤史³⁾ 斎藤惣太³⁾ 横岩良太²⁾

西村裕樹^{1),2),4)} ローハン ケムラニ^{2),4)} 佐藤真理^{1),4)} 清水映輔^{1),2),4)}

抄録:東京都の離島11島では眼科専門医の常駐はなく、眼科診療のために本土への受診が必要である。今回、遠隔眼科診療システムを使用した、離島のプライマリ・ケア医による前眼部撮影と本土の眼科医による遠隔読影により、島内で治療が完結した症例を経験したので報告する。症例は右眼の充血を主訴に受診した60代女性。島のプライマリ・ケア医と本土の眼科医による遠隔診療によって、自己免疫性の角膜潰瘍と診断、ステロイド点眼の処方となり、1週間後には改善が認められた。また、その後の血液検査において、抗好中球細胞質抗体関連血管炎と診断された。遠隔眼科診療システムの利用により、専門医と非専門医が連携することによって同疾患の早期治療と島内での治療が可能となった。また、当時は緊急事態宣言下であったため、将来の社会的な背景に応じた治療の可能性が示唆された。今後島嶼医療だけでなく、発展途上国においても眼科遠隔診療の応用が期待される。

KEY WORD 島嶼医療, 遠隔診療, 細隙灯顕微鏡, 角膜潰瘍, Smart Eye Camera

I. 背景

東京都の11の有人離島（大島、利島、式根島、新島、神津島、三宅島、御蔵島、八丈島、青ヶ島、父島、母島）には、医師は常駐しているが、眼科専門医は駐在していない¹⁾。離島の住民は島の診療所で一次診療は受診可能だが、眼科専門医の診療を受けるには本土まで移動する必要がある。しかし、本土への移動手段は高速船または飛行機に限られている。神津島は東京本土から約200km南に位置し、面積は約20km²、人口は約2,000人の離島である。神津島への渡航方法と所要時間は、飛行機で約45分、高速ジェット船で約4時間、夜行汽船で約12時間である。ただし、飛行機の本数は1日数本に限

られている。

神津島の唯一の医療機関である「神津島村民健康保険診療所」では、本土から派遣されているプライマリ・ケア医2名が常駐しており、診療所には内科外来の他に透析施設や入院施設も備えられている。標榜科は内科・外科・小児科であり、他の診療科に関しては、各専門領域の専門医が半年に1度程度訪問する¹⁾。

眼科診療は主に画像診断に基づいており、専用の医療機器を使用して前眼部や眼底の画像を撮影し、それらの画像を評価（読影）して所見を得て、診断を行う。しかし、現在のところ眼科の遠隔診療は利用可能なツールが限られており、一般的には普及していない。また、東京都の離島には、眼科専門医の常駐はなく、診療機

1) 慶應義塾大学医学部眼科学教室, 2) 株式会社OUI, 3) 神津島村民健康保険診療所, 4) 医療法人慶眼会横浜けいあい眼科 和田町院 (筆頭著者連絡先: 〒160-8582 東京都新宿区信濃町35 慶應義塾大学医学部眼科学教室/株式会社OUI)

原稿受付2023年6月12日/掲載承認2023年7月14日



図1 ファイリングシステム付きの手持ち細隙灯顕微鏡：Smart Eye Camera

器も制限されているため、専門的な眼科診療を島の診療所で行うことは困難であり、専門的な眼科診療を島の住民が受けるには、本土まで移動して眼科を受診しないといけない。離島におけるマイナー診療科における眼科診療が制限されているという問題点がある¹⁾²⁾。

この問題に対し、神津島村国民健康保険診療所では、ファイリングシステム付きの手持ち細隙灯顕微鏡（SEC: Smart Eye Camera, 眼診察機器 SLM-i07: 株式会社リベルワークス、東京都、図1）を導入し、眼科の前眼部診療においては、CTの遠隔読影のように、眼科専門医による眼科前眼部読影が実施されている¹⁾。

今回我々は、右眼の充血を主訴に受診した60代女性が、島のプライマリ・ケア医と本土の眼科医によるファイリングシステム付きの手持ち細隙灯顕微鏡を用いた遠隔診療によって、自己免疫性角膜潰瘍と診断し、島内で治療が完了した1例を経験したので、報告する。

II. 症例

症例は、特に眼科・糖尿病を含めた全身疾患の既往歴なし、アレルギー、コンタクトレンズ装用歴もなしの60代の女性である。右眼の異物感を主訴に、2021年5月、神津島村国民健康保険診療所を受診した。診療所のプライマリ・

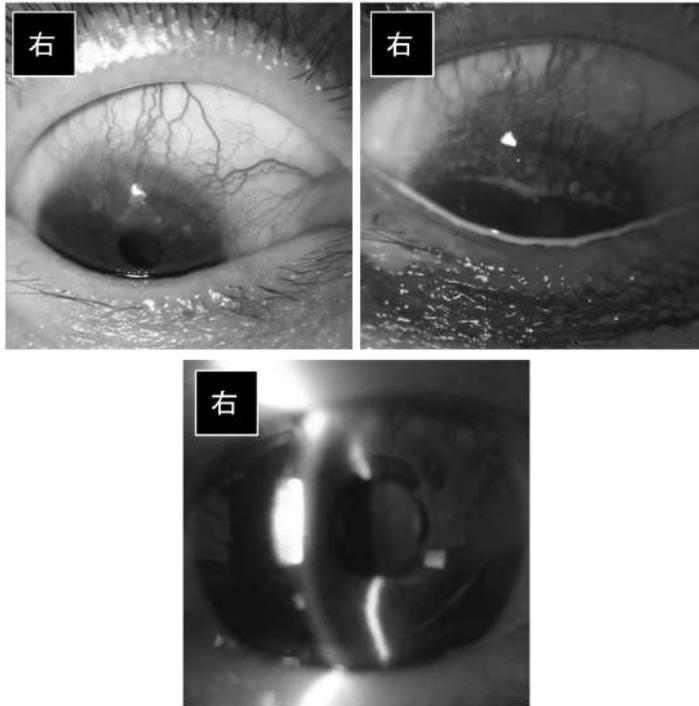
ケア医がファイリングシステム付きの手持ち細隙灯顕微鏡（SEC）を用い、前眼部の撮影と診察を行った。

プライマリ・ケア医の診察所見では右眼充血、フルオレセイン染色にて角膜に染色される部位を認めた（図2）。翼状片が疑われたが、本土の眼科医へと遠隔コンサルテーションを行った。

本土眼科専門医が、右眼充血以外に、右眼の11' -2' までの角膜輪部まで伸びる結膜充血、充血部位に連なる11' -1' までの角膜潰瘍を認め、右眼充血とフルオレセイン染色陽性所見は、周辺部角膜潰瘍と診断された。

鑑別としては、角膜感染あるいは自己免疫反応が考えられた。症例はステロイド使用等の非感染性の病歴、その他既往歴なども認められなかった。角膜潰瘍の辺縁は平滑であり、軽度のマイボーム腺機能不全は認められたが、透明帯は認められなかった。以上から、角膜感染というより、自己免疫反応が主体の周辺部角膜潰瘍が疑われたため、防腐剤フリーのステロイド点眼（0.1%ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム）と、抗菌薬の点眼（1.5%レボフロキサシン）1日4回投与と1週間後の再診指示を実施した。

第10病日の再診日の診察も、SECを用いて眼科専門医への遠隔コンサルテーション下で実施した（図3）。右眼の結膜充血・角膜潰瘍と



神 神津島村診療所
 眼の異物感で受診された方です。虹彩から白膜の所にかけて、フローレス染色のマダラな初見がありました。
 角膜潰瘍などでしょうか？宜しくお願い致します
 2021/05/17 11:15

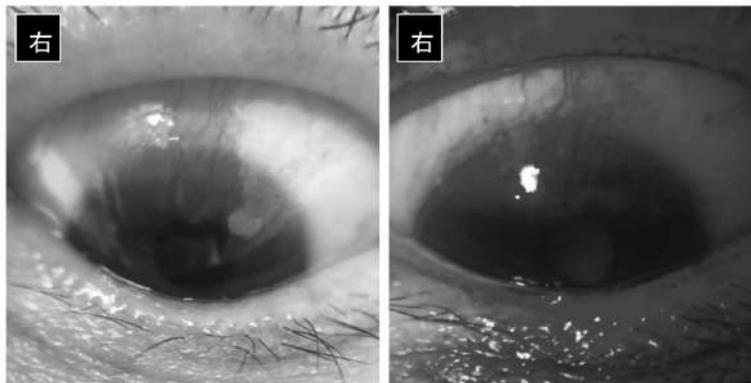
神 神津島村診療所
 ちなみに、ガチフロキサロンとヒアレン点眼を処方したのですが、追加で処方した方が良い薬剤はありますか？
 また、今後上京して眼科を早めに受診したほうが宜しいのでしょうか？
 2021/05/17 13:50

E Eisuke Shimizu/KEIO ***
 ご紹介ありがとうございます！
 症例の患者様ですが、以下の対処でよろしくお願ひします。
 症例は右眼の自己免疫性角膜潰瘍です。
 ガチフロキサロンとヒアロン酸では改善しません。
 ガチフロキサロンとヒアロン酸点眼 4xRに加えて、可能であれば、ステロイド点眼の処方をお願いします。
 以下の処方が可能であればよろしくお願ひします！
 ・ベタメタゾンリン酸エステル点眼 4xR (リンデロンの防腐剤フリーの点眼液)
 上記なければ、
 ・リンデロン点眼 4xR
 上記なければ、
 ・フルオロメトロン 0.1% 5xR
 もしステロイド点眼が処方可能であれば、本土に戻る必要はないので、1週間後のフォローで大丈夫です！
 どうぞ宜しくお願い申し上げます！

神 神津島村診療所
 こちら先程のフルオレセイン染色の方です。
 異状片でしょうか？
 お忙しい中、すみませんが宜しくお願い致します。
 2021/05/17 13:23

E Eisuke Shimizu/KEIO ***
 異状片ではなく、角膜周辺部の自己免疫性潰瘍です。
 フルオレセイン画像に対処法を記載いたします。
 2021/05/17 18:39

図2 初診時の症例写真とD to Dコンサルテーション（一部抜粋）



E Eisuke Shimizu/KEIO ***
 改善しているように見えます！！
 2021/05/24 20:13

E Eisuke Shimizu/KEIO ***
 充血の先端にあった、角膜上皮障害が改善しております。
 このままステロイドの回数を4x→3x→2xと1週間毎にテーパリングしていただくのが良いと思います！
 抗菌薬も同じ回数で、ヒアレンは使い切り終了で大丈夫です！
 2021/05/24 20:21

神 神津島村診療所
 拝見しました、免疫性疾患でしたね。治療は正しいです。
 2021/06/06 10:28

図3 第10病日の症例写真とD to Dコンサルテーション（一部抜粋）

もに改善していたため、点眼回数を1週間に1回ずつ減らしていく、点眼テーパリングが実施された。当初は本土の眼科専門医を受診することも検討されたが、島内での薬剤治療により、治癒することができた。また、同症例は、その後の血液検査において抗好中球細胞質抗体（ANCA）関連血管炎と診断され、内科的な専門治療を受けている。

Ⅲ. 考 察

本症例は、眼科医の常駐しない神津島村国民健康保険診療所において、右眼の異物感で受診され、島のプライマリ・ケア医と本土の眼科専門医が遠隔に協力して診療を行うことで、自己免疫反応が主体の周辺部角膜潰瘍と診断し、島内に存在する点眼薬を用いた保存的治療により治癒を得ることができ、さらに自己免疫疾患であるANCA関連血管炎を発見した症例である。

周辺部角膜潰瘍はその発症機序によって、感

染性と非感染性で治療が異なり、原因として膠原病などの自己免疫反応による内因性のものと、細菌・ウイルスなどの外因性のものがある³⁾。重症例の場合、急速に角膜潰瘍が進行し、角膜穿孔に至り、角膜移植など外科的治療の必要性も検討され、視機能に多大な影響を及ぼす可能性があり、見過ごせない眼科疾患である⁴⁾。

感染性周辺部角膜潰瘍の場合、辺縁不整の角膜混濁、角膜浸潤を伴い、コンタクトレンズの使用（使用したまま就寝してしまったなど）の病歴や、ステロイド使用、糖尿病などの易感染の既往などが特徴となる⁵⁾。治療は抗菌薬・抗真菌薬点眼や内服が主体となり、30分～1時間ごとの頻回点眼が推奨されている⁶⁾。

非感染性周辺部角膜潰瘍の場合、角膜抗原に対する自己免疫反応と考えられる特発性周辺部角膜潰瘍⁶⁾、リウマチなどの自己免疫性角膜潰瘍⁷⁾などが原因として挙げられる。周辺部角膜潰瘍の治療の第一選択は消炎であり、局所のステロイド点眼や免疫抑制剤点眼が投与され、本症例のように保存的治療で軽快が期待可能である⁷⁾。一方で、角膜穿孔に至る、あるいは高度の角膜不正乱視を残し、視機能に影響を有する症例の場合、角膜移植などの観血的治療が選択される⁷⁾。

本症例では、SECを用いたドクター to ドクター (D to D) の眼科遠隔診療が行われた。SECはスマートフォンのカメラと光源を利用して、眼科の細隙灯顕微鏡と同等に、前眼部の診断を可能とするスマートフォンタッチメント型の眼科医療機器である。本症例以外にも、SECを用いたD to D遠隔診療は、Stevens-Johnson症候群関連重症ドライアイの症例に対して、眼科専門医同士の間で可能であったとの報告がある⁸⁾。

本症例は、プライマリ・ケア医と眼科専門医の間で、D to Dの眼科遠隔診療が行われた。SECは既存の細隙灯顕微鏡と同等に眼科疾患の診断が可能というエビデンスがあり⁹⁾、画像診断が主体の本症例において、プライマリ・ケア医が撮影した画像のクオリティが、眼科専門医でも読影可能であったことも示している。実際

に、海外ではコメディカルがSECを使用して画像を取得、遠隔にいる眼科専門医が白内障の手術の必要性を判断し、必要な症例を自分の病院に送るシステムが構築されている¹⁰⁾。

一方で、眼科診療は前眼部だけでなく、網膜・硝子体・視神経を含んだ、眼底の評価も必要であり、今後SECのように遠隔診療が可能かつプライマリ・ケア医やコメディカルでも使用可能な医療機器の開発が必要である。また、D to D遠隔診療においては、コンサルテーションを受ける側の眼科専門医が常駐していないと、リアルタイムにコンサルテーションの返信ができないため、今後、診断AIなどの自動診断支援システムの開発も必要となる¹¹⁾。

本症例は、専門的な眼科症例を、島のプライマリ・ケア医と本土の眼科専門医が遠隔で協力して診療を行うことで、患者にとって最良の治療が行えたと考えられる。2021年5月、東京都には「新型コロナウイルス感染拡大防止のための東京都における緊急事態措置等」が発令され、日中も含めた不要不急の外出・移動の自粛要請が要請されていた。島の住民が本土まで眼科受診に訪れることが通常より難しい社会背景の中で、SECを用いたD to D遠隔診療によって島内で治療を行うことができた意義は大きいと考えられる。

一方で、特に眼科診療においては、対面による診察を通じ、種々の医療機器を用いて観察や計測を行い、診断の精度を上げることが可能であり、遠隔診療が対面診療に勝るとはいえない。特に離島の眼科診療においては、遠隔診療と対面診療をバランスよく提供し、患者にとっての最良な眼科医療を追求し続ける必要があると考えられる。

文献

- 1) 清水映輔, 矢津啓之, 中山慎太郎, 他: 離島における眼科診療の実態調査と前眼部遠隔診療. 日本眼科 2022; 93(7): 944-947.
- 2) 清水映輔: スマートアイカメラ (SEC) を用いた, 前眼部遠隔診療. 視覚の科学 2021; 42(2): 32-34.

- 3) Mondino BJ: Inflammatory diseases of the peripheral cornea. *Ophthalmology* 1988; 95(4): 463-472.
- 4) 末岡千絵, 近間泰一郎: 抗菌薬点眼使用中に発症し遷延化した周辺部角膜潰瘍. *臨床眼科* 2022; 76(1): 7-9.
- 5) 井上幸次: 感染性角膜炎診療ガイドライン (第2版). *眼科* 2022; 64(13): 1235-1241.
- 6) 後藤周, 外園千恵, 稲富勉, 他: 特発性周辺部角膜潰瘍の発症および臨床経過に関する検討. *日本眼科学会雑誌* 2018; 122(4): 287-292.
- 7) 難波広幸, 成味真梨, 山下英俊: 角膜潰瘍および角膜穿孔病態の臨床的検討. *臨床眼科* 2012; 66(6): 807-811.
- 8) 伊藤賀一, 清水映輔, 佐藤真理, 他: 遠隔診療支援を行った急性期 Stevens-Johnson 症候群の 1 例. *あたらしい眼科* 2022; 39(12): 1676-1680.
- 9) Yazu H, Shimizu E, Okuyama S, et al: Evaluation of Nuclear Cataract with Smartphone-Attachable Slit-Lamp Device. *Diagnostics* 2020; 10(8): 576.
- 10) 清水映輔, 中山慎太郎: 【オンライン診療・遠隔医療のノウハウー海外の状況も含めてー】他科のオンライン診療・遠隔医療の実際. *眼科領域*. *ENTONI* 2023; 279: 89-97.
- 11) 清水映輔, 中山慎太郎, 丹治信: 医療 DX 進展するデジタル医療に関する最新動向と関連知識 (Vol.11) スマートフォン医療機器 “Smart Eye Camera” を使用した眼科遠隔診療. *医学のあゆみ* 2023; 284(10): 828-833.

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

へき地の
健康づくり

健康
危機管理

疫学

保健
福祉
行政

ヘルス
プロモーション

市民協働



地域医療・
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

地域医療・公衆衛生ねっと

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

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

登録数 約1600人
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！

【メールで届く情報】

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

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

第119回 “個人情報管理”に関する事例発生を 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

医療機関では、医療の提供に際して患者の個人情報を知り得る機会があり、個人情報が記載された書類などが作成・管理される状況がある。このため、医療機関、および介護老人保健施設などにおける情報管理に関しては、医療安全の観点からの取り組みを実施するか、あるいは組織としてのリスクマネジメントとしての取り組みを実施するかの別はあっても、“個人情報の管理”は患者・家族などからの信頼にも関わる重大な課題である。

医療の現場における電子化はより一層進んでおり、便利になる反面、その使用に関わるエラーなどによって“個人情報の管理”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生も想定される。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)における事例検索¹⁾では、「多数の患者の個人情報を掲載した私物のパソコンを電車内に置き忘れた」「患者の個人情報を保存したUSBメモリを紛失した」など、“個人情報の管理”に関連する事例が複数、検索されている。これらに関しては、平成23年6月29日の厚生労働省からの事務連絡「医療機関における個人情報の適切な取扱いについて(再周知)」²⁾には、「最近、医療機関において個人情報が入った

パソコン等の盗難・紛失の事件が頻発しております」ということが挙げられ、注意喚起がなされている。

また、厚生労働省からは、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス(平成29年4月14日、令和5年3月一部改正)」³⁾や、「『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版』の策定について(令和5年5月31日)」⁴⁾などでも、個人情報や、医療情報システムの適切な取扱いについての情報提供が実施されている。

個人情報保護に関わる状況は急激に変化しており、医療機関においても周囲の状況を踏まえて、“個人情報の管理”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できるシステム整備が必要である。この際、“個人情報の管理”に関わる適切な情報を把握していること、および自施設の現状評価を踏まえた取り組みが実施されていることなどが重要となる。

本連載でも、これまでに、「医療機関における情報管理の現状評価—組織としての個人情報保護と職員教育—(第4回)」というテーマで、“個人情報の管理”に関わるアクシデント事例について検討している。

自施設ではこれまでに、“個人情報の管理”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だろうか。マニュアルやルールを遵守しているにもかかわらず発生した事例はないだ

表 “個人情報の管理”に関わる事例	
“個人情報の管理”に関わる事例の内容	件数
個人情報の紛失・持ち出し	18
個人情報の記載された書類の渡し間違い	13
個人情報の記載された書類をFAXで誤送信	3
病状説明、およびインフォームドコンセントを別の患者の家族に実施（画像の供覧、データの提供）	2
個人情報保護を申請していたが、受付の職員がリストを見間違えて見舞客に情報を伝え、見舞客が当該患者の病室を訪問した	1
職員が、患者（著名人）に写真撮影を依頼し、実施した	1
職員が、患者にコミュニケーションツールにおける連絡先の交換を強要し、他の患者の情報を伝え、当該患者の情報を他の患者にも伝えた	1
保護者の許可なく、入院中の小児患者の写真が掲載された（スポーツ選手による慰問時の様子）	1
製薬会社から委託された担当者が、治験参加者の個人情報（氏名）を持ち出した	1
個人情報の記載された書類を置いて離席中に、不審者が書類を持ち去った（防犯カメラの映像で確認）	1
合計	42

〔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より作成〕

ろうか。類似事例が発生していない場合でも、事例発生の未然防止対策や、現状評価は十分だろうか。

“個人情報の管理”に関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、ルールの整備や職員教育が実施されているにもかかわらず、“個人情報の管理”に関わる事例発生の未然防止ができなかったのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。ここで明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、現状の防止対策を検討し、必要に応じてルールの見直しを実施することにより、“個人情報の管理”に関わる事例発生を回避できるシステムの整備に取り組むことが望まれる⁵⁾。

そこで、本稿では、「なぜ、ルールの整備や職員教育が実施されているにもかかわらず、“個人情報の管理”に関わる事例発生の未然防止ができなかったのか？」という疑問に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然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。

“個人情報の管理”に関わる事例

2023年6月中旬現在、本事業の事例検索¹⁾では、キーワード“個人情報”で58件、“個人情報”“間違い”で13件、“個人情報”“漏洩”で8件、“個人情報”“閲覧”で2件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

キーワード“個人情報”で検索された58件中、“個人情報の管理”が事例の発生・経過に関与していない16件を対象外とし、42件を対象として検討を実施した。

“個人情報の管理”に関わる42件の事例の内容としては、「個人情報の紛失・持ち出し：18件」が最も多かった(表)。次いで、「個人情報の記載された書類の渡し間違い：13件」「個人情報の記載された書類をFAXで誤送信：3件」「病状説明、およびインフォームドコンセントを別の患者の家族に実施(画像の供覧、データの提供)：2件」などが検索されている。また、それぞれ1件ずつではあるが、「個人情報保護を申請していたが、受付の職員がリストを見間違えて見舞客に情報を伝え、見舞客が当該患者の病室を訪問し

た「職員が、患者(著名人)に写真撮影を依頼し、実施した」「職員が、患者にコミュニケーションツールにおける連絡先の交換を強要し、他の患者の情報を伝え、当該患者の情報を他の患者にも伝えた」「保護者の許可なく、入院中の小児患者の写真が掲載された(スポーツ選手による慰問時の様子)」「製薬会社から委託された担当者が、治験参加者の個人情報(氏名)を持ち出した」「個人情報の記載された書類を置いて離席中に、不審者が書類を持ち去った(防犯カメラの映像で確認)」など、さまざまな状況における、“個人情報の管理”に関わる事例が検索されている。

事例検索¹⁾にて検索された“個人情報の管理”に関わる事例としては、

「看護師は、健診目的で入院中の患者(30歳代、男性)の病室を訪室した。患者はメディアなどで活躍している著名人であり、看護師は業務のついでに患者に写真撮影を依頼した。患者から看護師に対して『誰に見せるのか』との質問があり、看護師は『両親に見せる』と回答した。患者は看護師の回答に納得し、写真撮影を了承したため、看護師は患者と写真を撮影した。その後、他部署の職員から看護師の所属長に、看護師が患者と写真を撮影したことの報告が届き、看護師が、個人情報保護などに関連する院内の規定に違反したことが発覚した。看護師の所属長から看護師に注意勧告が行われ、看護師が患者と撮影した写真は消去された。

患者に写真撮影を依頼することは、業務上の地位を利用して個人の便宜をはかる行為であり、院内の人事規定では懲戒に該当するとの認識、および患者と写真を撮影することは個人情報の漏洩に類する行為であるということの認識が、看護師にはなかった。病院では職員に、個人情報保護に関する研修会などで周知していたが、職員の行動変容にはつながっていなかった」

「スポーツ選手による小児患者への慰問の様子が、紙面に掲載された(顔写真と名前が記載されたサイン入り色紙が掲載された)。その紙面に掲載された小児患者(0歳代、男性)の父親から、『写真掲載の許可をしていないのに勝手に掲載されたので、スポーツ団体にその旨申し入

れをしたい』と、病棟を通じて事務部門に連絡があった。

患者が識別できるような形で紙面などに掲載する際は、個別に患者に許可をとることを、事務職員からマスコミ各社へ連絡をしていたが、取材にきた全ての会社に対して連絡をすることができていなかった。スポーツ団体に対して、マスコミ各社へ、患者が識別できるような形で紙面などに掲載する際は、個別に患者に許可をとることを連絡してもらい依頼をしていなかった」

「スマートフォンのアプリを利用して薬剤情報提供書をPDFで受け取っている外来通院患者に対し、別の患者のPDFファイルが送信されるということが4件発生した。そのうち1件の患者からの報告で状況が発覚し、残りの3件は閲覧前に削除し、本システムの利用を停止した。

データのPDFファイル名が、部門システムに届いた『時分秒』としていたため、同時刻に届いたデータのPDFが同じファイル名となり、別の患者に送信されたことが原因であった」などがある。

これら“個人情報の管理”に関わる事例では、医療機関における個人情報管理の在り方はもちろんのこと、職員への教育を含むシステム整備の現状が課題となると考える。併せて、このような事例が発生した場合には、医療機関、および職員への信頼を揺るがす可能性も想定される。自施設では類似事例が発生していない場合でも、事例の発生を回避、あるいは影響を最小にするシステムの整備が望まれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“個人情報の管理”に関わる事例発生 of 未然防止対策として、“個人情報の管理”に関わるマニュアルの整備、および守秘義務も含めた個人情報保護に関する職員教育など、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、“個人情報の管理”

に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設の防止対策の現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索¹⁾にて検索された事例（以下、本事例）を基に、“個人情報の管理”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「インフォームドコンセントの実施時に、患者の家族を取り違え。個人情報漏洩？」

【事故の内容】

- ・担当医師と立会い看護師により、肺炎で入院中の患者Aの家族に、患者Bの病状の説明が行われ、誤った説明書とデータが、患者Aの家族に手渡された。
- ・間違いに気づいた医師が看護師に伝え、医師の指示で患者Aの家族に確認した。
- ・医師、看護師ともに、『説明内容は同じ、そのまま問題ない』と対応した。
- ・後日、訂正とお詫びが担当医師と看護師から行われたが、『なぜ間違えたのかの説明が不十分であること、個人情報保護についての認識がないこと』に患者Aの家族は納得せず、病院に苦情を訴えた。

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された事例、一部改変〕

本事例の背景要因としては、「患者Aと患者Bのインフォームドコンセントの実施が2日間にわたり予定されていた」「患者Aと患者Bは、入院日、疾患名、退院予定が共に同じであった」「担当医師がインフォームドコンセントの実施前に説明書を作成した」「担当医師、立会い看護師、患者Aの家族の3者での患者確認が行われなかった」「個人情報保護・誤認について、担当医師、および立会い看護師の認識不足があった」「間違えて提供された書類が、速やかに回収されなかった」などが挙げられている。

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

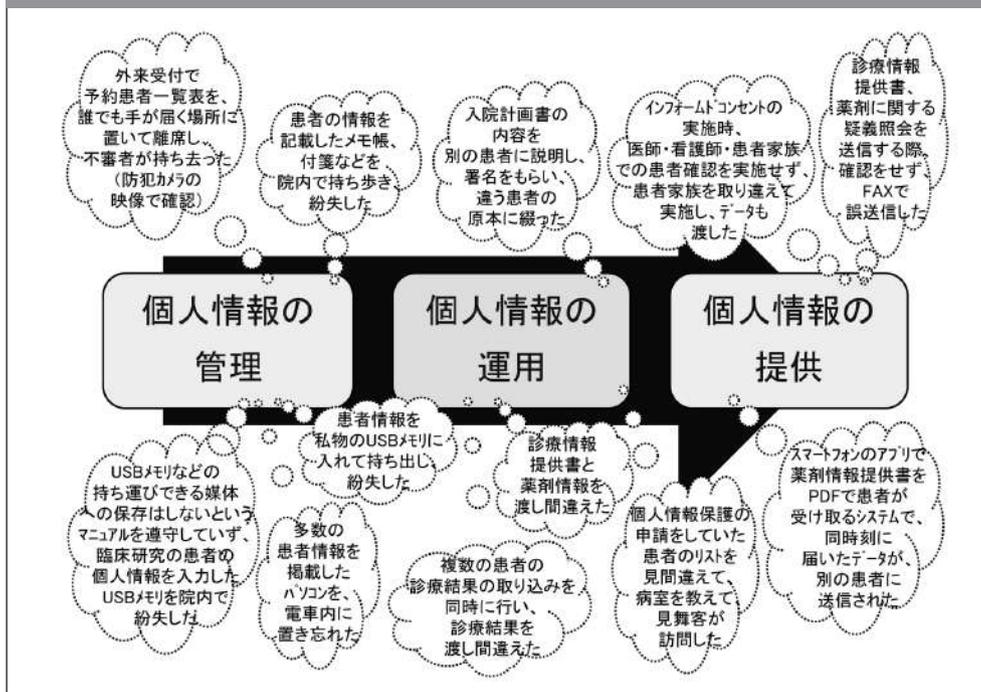
本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、プロフェッショナルである医師・看護師が

関与したにもかかわらず、患者の家族を取り違えてインフォームドコンセントを実施したのか？」「なぜ、誤った（患者Bについての）説明書とデータが、患者Aの家族に手渡されたのか？」「なぜ、訂正とお詫びが担当医師と看護師から行われたが、『なぜ間違えたのかの説明が不十分であること、個人情報保護についての認識がないこと』に患者Aの家族は納得せず、病院に苦情を訴えたのか？」「なぜ、担当医師、立会い看護師、患者Aの家族の3者での患者確認が行われなかったのか？」「なぜ、個人情報保護・誤認について、担当医師、および立会い看護師の認識不足があったことの評価・フィードバックが実施され、事例発生前に再教育などが実施されていなかったのか？」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「間違えて提供された書類が、速やかに回収されなかった」ということに注目することが重要である。これについては、“個人情報の管理”に関わる事例発生後の対応が、関連するマニュアルに明示されているか否かの確認と、影響を最小にする必要性に関して、職員教育も含めた検討を実施することが求められる。

さらに、患者の家族を取り違えて、他の患者の家族にインフォームドコンセントを実施したことが判明した後に、「医師、看護師ともに、『説明内容は同じ、そのまま問題ない』と対応した」ということにも注目したい。たとえ、疾患名が同じであっても、患者の年齢、既往歴、現在の状態など個々の状況により、治療内容、および発生しうる合併症やその程度、今後の見通しなど、全てが同じであることは考えにくい。また、患者の家族を取り違えて他の患者の家族にインフォームドコンセントを実施した医師から、このような対応を実施された患者の家族の心境を加味することも重要である。このようなことから、「なぜ、医師、看護師ともに、『説明内容は同じ、そのまま問題ない』と対応したのか？」という、疑問を深め、このことに関して、当該医療機関が問題視していたか否かというこ

図1 “個人情報の管理”に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例)



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

とを含めた検討を実施することが望まれる。

“個人情報の管理”に関わる事例発生を未然防止するため、本事業の事例検索¹⁾にて検索された事例の記載内容を参考にして、「個人情報の管理」に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例)(図1)を作成した。事例発生のプロセスとしては、「個人情報の管理」「個人情報の運用」「個人情報の提供」を挙げた。このように、“個人情報の管理”に関わる事例の発生要因を“見える化”することにより、自施設における現状と課題が見えてくることもある。この機会に自施設オリジナルの「個人情報の管理」に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”に取り組むことを提案したい。

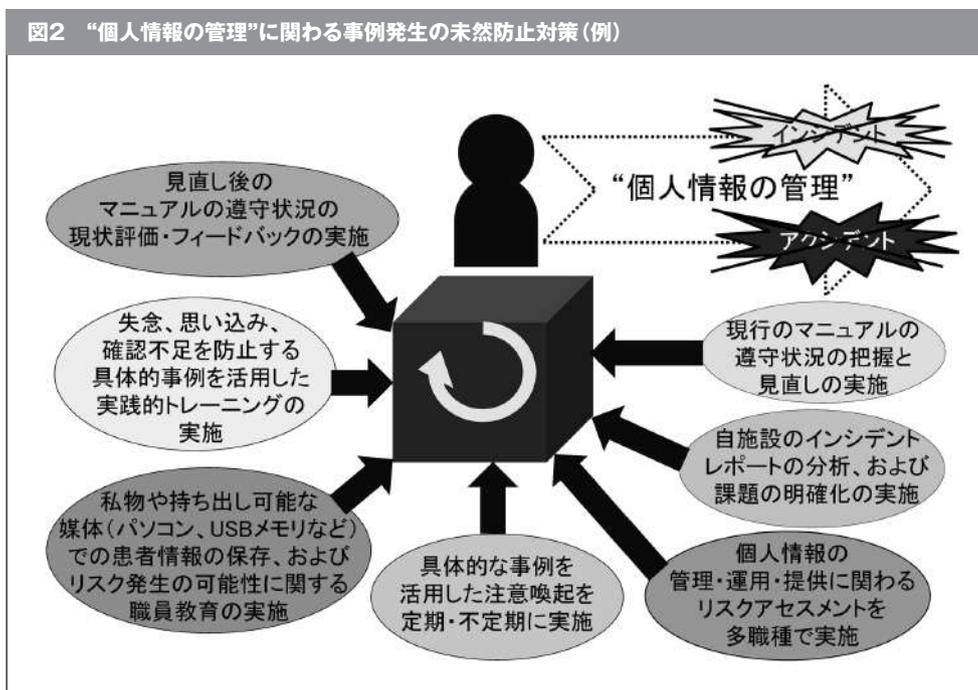
本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“個人情報の管理”に関わる事例の発生要因としては、「失念」「思い込み」「確認不足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因などの関連性を含めて広い視野で検討することが重要である。

“個人情報の管理”に関わる事例の発生要因としては、1) 現行の“個人情報の管理”に関わるマ

ニユアルの遵守状況の把握と見直しが未実施、2) 自施設のインシデントレポートの分析、および課題の明確化が未実施、3) 個人情報の管理・運用・提供に関わるリスクアセスメントを多職種で未実施、4) 具体的な事例を活用した注意喚起を定期・不定期に未実施、5) 私物や持ち出し可能な媒体(パソコン、USBメモリなど)での患者情報の保存、およびリスク発生の可能性に関する職員教育が未実施、6) 失念、思い込み、確認不足を防止する具体的事例を活用した実践的トレーニングが未実施、7) 見直し後の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、などが考えられる。

“個人情報の管理”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、「院内で決められている誤認防止の患者確認を、3者(医師、看護師、患者の家族)で実施することを徹底する」「全職員への再教育と周知徹底を行う目的で、個人情



報保護・誤認について、全職員対象の医療安全法定研修会を開催した」などが挙げられていた。

“個人情報の管理”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1) 現行の“個人情報の管理”に関わるマニュアルの遵守状況の把握と見直しの実施、2) 自施設のインシデントレポートの分析、および課題の明確化の実施、3) 個人情報の管理・運用・提供に関わるリスクアセスメントを多職種で実施、4) 具体的な事例を活用した注意喚起を定期・不定期に実施、5) 私物や持ち出し可能な媒体(パソコン、USBメモリなど)での患者情報の保存、およびリスク発生の可能性に関する職員教育の実施、6) 失念、思い込み、確認不足を防止する具体的事例を活用した実践的トレーニングの実施、7) 見直し後の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、などの未然防止対策が考えられる(図2)。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「失念」「思い込み」「確認不足」などを防止することが期待される。

また、「個人情報の管理」に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例)(図1)からも見えてきたように、“個人情報の管理”に

関わるマニュアルが遵守されていないことや、その事実が把握されても改善の取り組みが実施されていないこと、および個人情報の運用・提供時に適切な確認が実施されていないことなどにより、“個人情報の管理”に関わる事例発生を回避することができていないという状況が発生しうることを指摘したい。

1)の「現行の“個人情報の管理”に関わるマニュアルの遵守状況の把握と見直しの実施」では、自施設における“個人情報の管理”に関わるマニュアルの遵守状況の現状評価・フィードバックが急がれる。ここでは、「マニュアルを遵守していないことにより事例が発生している」のか、あるいは「マニュアルを遵守しているにもかかわらず事例が発生している」のか、などを見極めることが必要である。もしも、「マニュアルを遵守していないことにより事例が発生している」という状況が確認された場合は、「なぜ、マニュアルを遵守していないのか?」という疑問を深めて対策を検討したい。また、「マニュアルを遵守しているにもかかわらず事例が発生している」という状況が確認された場合は、必要に応じて、現行のマニュアルの見直し・修正を検討することを勧めたい。

2)の「自施設のインシデントレポートの分析、および課題の明確化の実施」では、まず、自施設で報告されているインシデントレポートを分析し、発生している事例の傾向を明らかにすることが求められる。その結果を踏まえて、「個人情報の管理」に関わる自施設の課題を明らかにすることが重要である。

3)の「個人情報の管理・運用・提供に関わるリスクアセスメントを多職種で実施」では、事例発生を回避できないことで、患者・家族はもちろんのこと、医療機関への信頼を揺るがす可能性など、直接的・間接的に発生しうる影響まで含めて検討することが望ましい。ここでは、多職種の参加によるリスクアセスメントの実施により、情報共有や連携の意義についても気づく機会にすることを工夫したい。

4)の「具体的な事例を活用した注意喚起を定期・不定期に実施」では、自施設で提供されている医療安全ニュースなどに掲載して注意喚起を実施することを勧めたい。他に、簡単な注意喚起の動画を作成して、全職員が集合する機会などに、短時間で視聴してもらうという方法も考えられる。この場合、医療安全管理部門の担当者(医療安全管理者など)だけでなく、各部門における多職種のメンバーの協力を得ることも検討したい。

5)の「私物や持ち出し可能な媒体(パソコン、USBメモリなど)での患者情報の保存、およびリスク発生の可能性に関する職員教育の実施」では、「持ち出した場合には置き忘れる、紛失する可能性がある」ということに気づく伝え方が重要となる。「個人情報の管理」に関わるマニュアルに「パソコンやUSBメモリなどの持ち出し可能な媒体への保存はしてはいけない」という記載があっても、現状では、私物のパソコンやUSBメモリなどに患者情報を保存して、院外へ持ち出すという状況が発生していないだろうか。

また、院内ではあるが、患者の個人情報を記載したメモ帳や、付箋などを落とした(紛失した)という事例も事例検索¹⁾で検索されている。こうした現状について職員に周知すること、および事例発生によるリスクの大きさ・影響など

を鑑みて、マニュアルを遵守する意義を職員個々が再認識してマニュアルの遵守につながるような職員教育の実施が期待される。

6)の「失念、思い込み、確認不足を防止する具体的事例を活用した実践的トレーニングの実施」では、多職種による連携や、疑問を声に出すこと、および声を掛け合うことなど、未然防止の可能性に職員個々が気づくことのできる実践的トレーニングの企画が求められる。自施設だけでなく、他施設で発生した事例も含めて具体的な事例を活用して、実際に遭遇する可能性のある状況で、どのように考え、どのように対応するのか、多職種で意見交換できる工夫が望まれる。また、現状に即した参加型のトレーニング実施により、職員個々が自分も関わる可能性がある身近な出来事であることに気づく機会を提供したい⁶⁾。

7)の「見直し後の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「現行の“個人情報の管理”に関わるマニュアルの遵守状況の把握と見直しの実施」でも述べているように、現状評価・フィードバックの実施が重要である。ここでは、マニュアルの見直し・修正を実施した後の現状評価・フィードバックの実施を提案している。マニュアルの見直し・修正を実施したにもかかわらず、事例が発生するという状況を想定し、マニュアルの見直し・修正を実施した後の現状評価・フィードバックを実施することの重要性を強調したい。

前記の事例における改善策としては、「医療安全に関連する各種委員会で事例を共有した。病院個人情報保護委員会からも全職員向けに再発防止を目的とした周知を行った」「スポーツ団体からマスコミ各社に対し、患者が識別できるような形で紙面などに掲載する際は、個別に患者に許可をとることを連絡してもらう。当日は取材対応窓口を設け、取材にくる会社を全て把握し、患者が識別できるような形で紙面などに掲載する際は、個別に患者に許可をとることを連絡する」「PDFファイル名を、重複する可能性がある『時分秒』ではなく、他と重複しない番号にて作成するように変更する」などが挙げられて

いた。

今後、自施設における“個人情報の管理”に関わる事例発生を未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

“個人情報の管理”に関わる 事例発生を未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、ルールの整備や職員教育が実施されているにもかかわらず、“個人情報の管理”に関わる事例発生を未然防止ができなかったのか？」という疑問に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないことや、自施設の現状と職員の認識の現状評価・フィードバックが未実施であること、および多職種間でのリスクアセスメントが実施されていないことなどの課題はないだろうか。これらの課題克服に向けた取り組みが実施されないことにより、“個人情報の管理”に関わる事例発生を未然防止できずに、患者の個人情報が漏洩する可能性や、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・家族から提供された個人情報の重要性を再認識し、事例発生を未然防止することを期待したい。

“個人情報の管理”に関わる事例発生を未然防止における今後の展望としては、自施設における現状評価の結果に基づき、必要に応じて“個人情報の管理”に関わるマニュアルの見直しを実施し、さらにマニュアルの周知や、職員教育の実施までを含めたシステム整備が求められる。職員教育では、「マニュアルを遵守して、事例発生を未然防止する」「リスク発生を想定した防止対策と、その適切な実施をする」ということを再認識する機会の提供を検討したい。

“個人情報の管理”に関わるマニュアルを整備

することはもとより、職員個々がマニュアルを遵守していることで事例発生を回避できているか否かの現状評価、およびその評価結果のフィードバックの実施までを含めたシステム整備を期待したい。併せて、自施設で発生した事例はもちろんのこと、他施設で発生している事例に関する情報共有とリスクアセスメントを実施して、職員個々が自分のこととして関心を持ち、プロフェッショナルとしての連携・協働を促す実践的トレーニングの実施も急がれる⁷⁾。

“個人情報の管理”に関わる事例の発生要因を職員個々のヒューマンファクターとして捉えるだけでなく、関与する多職種が、プロフェッショナルに期待されている責任の再確認はもちろん重要である。これに加えて、“個人情報の管理”に関わる事例が発生した場合の直接的・間接的な影響を多職種で検討し、職員個々が自分にも起こりうる可能性がある出来事として受け止めることが望まれる。さまざまなプロフェッショナルが連携し、組織の“医療安全力”を高めることで、患者・家族が安心できる環境を整え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 事例検索。 <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2023 Jun 20)
- 2) 厚生労働省：医療機関における個人情報の適切な取扱いについて（再周知）（平成23年6月29日，事務連絡）。 <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/2805314.pdf> (accessed 2023 Jun 20)
- 3) 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日，令和5年3月一部改正）。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf> (accessed 2023 Jun 20)
- 4) 厚生労働省：「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版」の策定について（令和5年5月31日）。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001102568.pdf> (accessed 2023 Jun 20)
- 5) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第10回 適切な情報管理・記録管理を実施している。臨床外科 2017；72(1)：72-75。
- 6) 石川雅彦，他：“自ら気づく力”を育む情報管理トレーニング。リスクアセスメント力が身につく実践的医療安全トレーニング。東京医学書院，2016，202-210。
- 7) 石川雅彦：具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント 第9回 情報管理・診療記録にかかわるトラブルをどう防ぐか。臨床外科 2015；70(13)：1524-1528。

鈴木浩一先生の 「ゲノム研究から学ぶ身近な日常 前編・後編」

(7月1日・8月1日配信)

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科 教授の鈴木浩一先生からゲノム研究について解説していただきます。

ゲノム(genome)とは遺伝子(gene)と染色体(chromosome)を合わせた造語です。DNAは1869年フレデリック・ミーシャーにより発見されました。1944年アベリーが遺伝物質を運ぶのはDNAであることを実験によって解明し、1953年にジェームズ・ワトソンとフランシス・クリックによりDNAの二重らせん構造が解明されました。同じ時期にモーリス・ウィルキンスとロザリンド・フランクリンはX線解析によりDNAの構造を画像としてとらえることに成功しました。二人はDNAが二重らせん構造であるとは考えず、またしばしば衝突していたことから、ウィルキンスがワトソンにこの写真を横流ししました。さらに蓄積された多くのデータから、ワトソンはDNAが二重らせん構造であることを理論として解明したのです。

それから50年後、2003年にはヒトゲノムの全解読が行われ、2013年には1日でヒト全ゲノムの解析が可能となりました。ゲノム解読を行う次世代シーケンサーを使ってがんに生じたゲノムの異常をとらえることが可能になり、その情報を利用した「ゲノム医療」が行えるようになりました。

ゲノムは全ての遺伝情報、エピゲノム(遺伝子修飾)はゲノムを制御する全ての情報です。DNAは8個のヒストンタンパクに1周半巻き付いてヌクレオソームという構造になっていますが、ヒストンのメチル

化修飾ではDNAがほどけたり凝集したりして遺伝子発現のスイッチが切り替わります(図)。身近な遺伝子修飾の例としては三毛猫が挙げられます。三色の体毛となる表現型はX染色体の不活性化に関わっています。X染色体はランダムに不活性化され、体毛が茶色もしくは黒となって現れます。

遺伝子配列の変化を伴う異常としては、遺伝子が増幅したり、欠失したり、ヘテロ接合性の消失(染色体レベルでの消失)があります。ヘテロ接合性の消失の解析はさまざまな癌抑制遺伝子の発見につながりました。癌抑制遺伝子や癌遺伝子のほかに遺伝子修飾異常があります。遺伝子修飾異常(メチル化、脱メチル化)は遺伝子配列の変化を伴いません。メチル化異常によって遺伝子発現の調節が破綻し、脱メチル化異常によって染色体の構造が不安定になります。それぞれに標的領域が存在します。細胞分裂の際にDNAは染色体となり、染色体中央のセントロメアに細胞内の紡錘体が接合し、染色体分配が行われます。このとき、Satellite aの制御が破綻して過剰発現が起こると染色体不安定性を生じます。Satellite aは種を超えてさまざまな癌種で亢進していることが分かっています。

現在、生命科学と医学は一つの学問として融合されているように思われます。21世紀になってはじめて、医学は経験による実学から因果関係による理論に基づいた科学へと考えられるようになりました。人体をひとつの生命体としてとらえ、分子、細胞、個体、集団レベルで解析されるようになりました。医学は科学と実学の二面性を持った特異な学問です。一卵性双生児におけるエピゲノムの研究から、生活習慣や環境の相違から遺伝子修飾の違いが発生し、同じDNAであっても異なる遺伝子発現を引き起こし、異なる表現型となることが分かりました。

このようにゲノムを紐解く研究は日常とかけ離れた学問のようで、実学の側面がある興味深いテーマです。

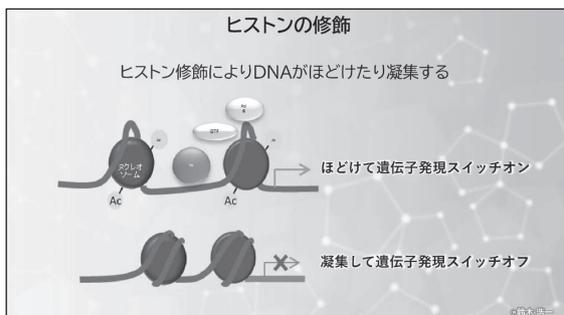


図 ヒストンのメチル化修飾により遺伝子発現のスイッチが切り替わる

*鈴木先生のレクチャーの詳細は、7月1日・8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/>



ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断②

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例：70代，女性

主訴：肩の痛み．1週間前から緩徐に増悪する肩，背部の疼痛．発熱なし．

既往歴：高血圧

診断は？



図1 頸椎単純撮影側面像

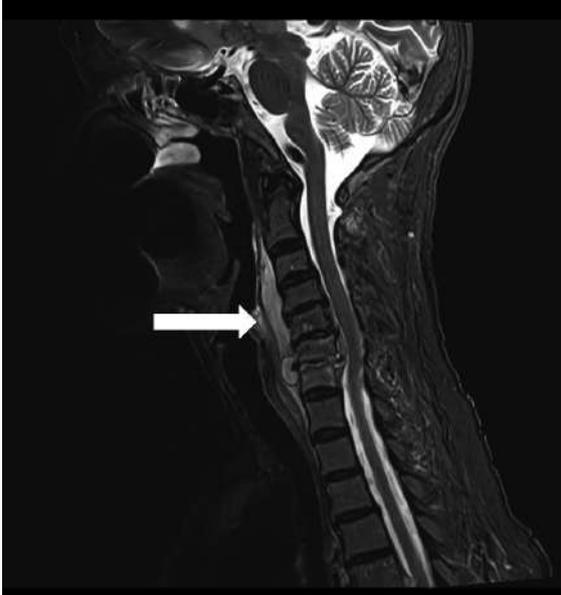


図2a 頸椎 脂肪抑制T2強調画像 矢状断

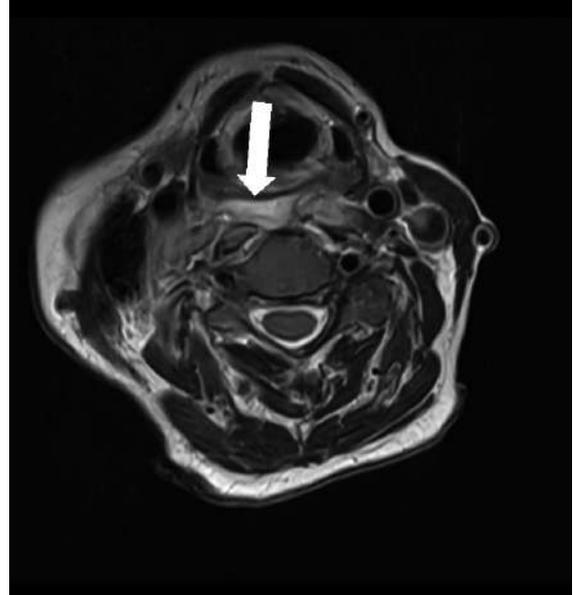


図 2 b 脂肪抑制T2W強調画像 軸位断

所見

頸椎椎体の配列は直線状。椎体には若干の変形性変化を認める。C6/7では椎間板腔の狭小化がみられる。椎体の骨折を示唆する所見は指摘できない。咽頭/気管後部から椎体前縁にあたる椎体前軟部陰影の著明な腫大がみられる。

診断

頸椎椎間板炎、椎体周囲間隙の膿瘍形成

初診時より症状に改善がなく、5日後に再診し頸椎MRIが追加された。こちらでC6/7椎間板腔の狭小化と椎間板のT2強調画像高信号化が観察された。連続するように椎体前方の椎体周囲間隙に浮腫と膿瘍と思われる脂肪抑制T2強調画像高信号域を認めた(図2)。

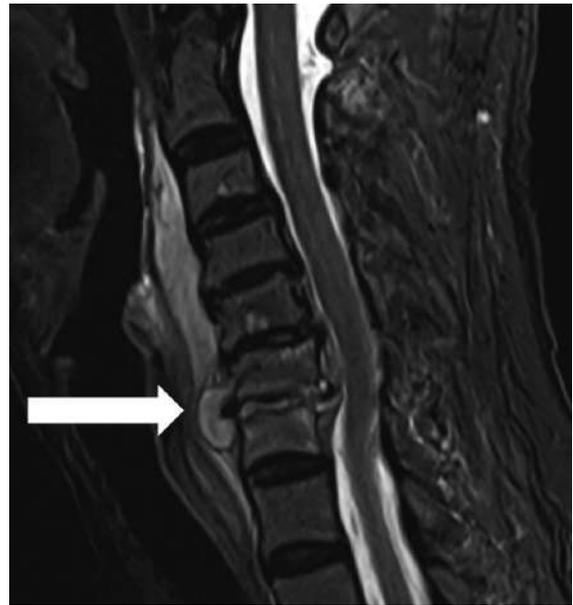


図 2 c T2強調画像 矢状断 矢印C6/7レベル

採血でWBC 15,850/ μ L, CRP 34.7mg/dLと著明な炎症反応の上昇を認め、血液培養からメチシリン感受性黄色ブドウ球菌(MSSA)が検出された。全身検索にて胸椎や腰椎にも椎間板炎/椎体炎を示唆する所見がみられた(非提示)。抗生剤による加療と外科的な洗浄にて病状は改善した。齧歯が目立ち、こちらが感染の門戸となった可能性がある判断された。



図3 参考症例 40代女性 正常例

頸椎の側面像で椎体周囲間隙の異常が推測できた症例である。気道の後縁から椎体前縁までの距離はC1-3ないしC4レベルでは数mmが正常であり、喉頭軟骨より下方ではもう少し広く見えるが、椎体の幅より小さいのが正常とされている(図3)。

本症例では同部の腫大が明瞭に描出されていた。同部の異常を見た際には、膿瘍形成や炎症(椎体炎/椎間板炎由来、咽後膿瘍、石灰化



図4 参考症例
転倒時に前額部を打撲した過伸展損傷例
C2椎体下縁に涙滴骨折がみられる(矢頭)。
外傷に伴う椎体前軟部陰影腫大が観察される(矢印間)。

頸長筋腱炎)、外傷後、腫瘍、放射線治療後や内頸静脈切除後の二次性浮腫などが鑑別に挙げられる。

本症例は初診時に発熱などの臨床像が顕著ではなく、本異常に気づくことが診断の一助となった。

文献

Helms CA, 栗井和夫 監訳: 骨関節画像診断入門 第4版. 診断と治療社, 2017.



卒後23年、人生勉強継続中

男鹿みなと市民病院内科 部長 秋元正年

私は大学へ入学した当初から、自分が、まっとうに卒業して地域で働く医師になれるのか、不安を抱えたまま学生時代を過ごしていた。もちろん、卒後についても自分の向き不向きを見極める余裕もないままだったが、なんとか2000年に卒業して、国家試験も通った。それからは内科医として、秋田県内をさまよって、時折、息抜きをしながら、現場で使える知識と人脈を作るのに躍起になっていたら、義務年限が終わっていた。

それからさらに10年が過ぎ、さまざまなことを若さに任せてやり過ごすことが難しい年頃になってきた。



胃カメラ施行中



桜の花びらを踏みしめつつ漁港を眺める

例えば、平日の当直。現在勤務している病院に、初めて赴任した義務年限の後半頃は、常勤医が6名しかおらず、土日の日当直を応援医師でやりくりしてもらって、それで毎月3~4回ずつやることになっていた。当直明けに午前中の外来やら検査やらを済ませても、午後にも入院患者の家族への面談や処置やらの予定を組まざるを得ず、くたびれかけていたが、それでもなんとかやり過ごした。それが、10年もの間に12名が当直参加可能となり、そのほかに、育児や持病で都合により当直ができない医師であっても、平日日中で対応可能な業務を行う形ができて、楽になった。ただ自分はどうと、当直の時間帯で来る患者が10人いても、0であってもそれなりに緊張している分、20年以上たった今も疲れ具合は変わらない。もちろん、当直が



出張診療の合間に見つけたハマナスの花

明けでも午前中から引き上げられるわけがなく、やはり通常業務をこなさなければならぬが、その時間の長さが身に染みるようになった。息抜きにすべきことを模索して時間をやり過ごすことも増えた。

私が住んでいる男鹿市は、高齢化率が2022年9月の時点で50%を超えている。そして、私の週3回の外来へ受診されるおおむね20~25名程度の患者の平均年齢も、80歳を超えることが珍しくなくなった。そんな中には持病で難聴を抱える人も何人かいる。こちらが診察して、必要な検査やら内服薬やらの説明をしても、返事をしながら不都合な内容についてはスルーするやり口を心得ているせいか、年の功的に斜め上をいく患者も少なからず混じっていて、時間がかかる。そして業務自体が、不謹慎にも流し気味になり、見落としがさらに増えて効率も下がる。もともと声の通りがよくなかったので、さらに大きな声で説明するため、その内容が隣近所のブースへ筒抜けになっていることは避けられまい。そんなときみんなはどうするのか。大学のBSLでも外来を見学したことはあったはずだが、そこに来た患者の、疾病を含んだ問題点

の洗い出しや解決方法を模索することに気がいってしまっていたせいも、外来でマネージメントの工夫について言われた記憶がない。こんなとき、ほかのみんなはどうやってしのいでいるのだろうか。

新型コロナウイルス感染症が蔓延しなければ、こうしたささやかな悩みを、もっと早く、あるときは学会で、あるときは飲み会で打ち明けて、その解決への工夫を聞き出せていたように思う。今なら医療系ウェブサイトで探したら見つかりそうなものかもしれない。でも、コロナ禍が終息に向かっていくこれからは、拙いなりにもっと直接語り合って、さまざまな工夫を知りたいと思っている。



息抜きの「乗り鉄」でテレビにも出ました

秋元正年(あきもと まさとし)先生プロフィール

2000年自治医科大学卒業。秋田大学医学部附属病院で初期研修後、町立羽後病院、秋田赤十字病院、男鹿みなと市民病院での勤務を経て、自治医大医学部附属病院消化器内科に勤務。2013年より男鹿みなと市民病院に着任し、現在に至る。

生まれ育った秋田県で、内科を中心に得てきた知識と経験を元に、ゆるく、一人ひとりに合う形を模索しつつ、地域に根ざした医療を実践中。



「関係人口」の一員として、義務年限を楽しく過ごす

～元ブロガー 内科医・たきいの今～

丸森町国民健康保険 丸森病院 滝井孝英

皆さま、こんにちは。自治医科大学宮城41期卒の滝井孝英と申します。自治医大生時代は、「医大生・たきいです。」というブログを毎日書いておりました。「ほんブログ村 大学生ブログランキング1位」、「医学部6年間毎日ブログ更新」、「医大生ブロガーオフ会名幹事」をキーワードに、当時のネット界ではちょっとした有名人でした。卒業後もたまにブログ記事を書いたこともありましたが、医師の仕事でてんでこ舞いになって、執筆業とはしばらく遠ざかっておりました。このたび、丸森病院の当直中に、医療圏の異なるはずの宮城県人会の大先輩からいきなりの入電、何かと思えば本稿の執筆依頼、慎んでお受けさせていただく所存です。この場をお借りして、これまでの義務年限生活を振り返ってまいります。プライベートな話題から仕事の話まで、ざっくばらんにブログを書くように綴ってみます。内科医・たきいです。

1. コロナ禍の若手医師の婚活事情

医師の初婚年齢は比較的若いような印象がありますが、とりわけ自治医大卒業生は早いと思います。義務年限で縛られているからこそ、みな早くから人生設計を真剣に考えているのでしょう。それまで結婚の話が出るような女性との出会いもなく、医師3年目で地方に出た私は焦りました。結婚したい。子どももほしい。でも地方では、気の合う未婚女性にコロナ禍もあってなかなか出会えない。こんな中で婚活をどうするか。悩んだ同志もきっとたくさんいるでしょう。

そんな私も2022年4月に結婚することができました。お相手は防衛大学校出身の元海上自衛官、宮城県に転職してきた1歳年上の彼女です。ヘリコプター操縦の免許を持っており、今でも仙台空港近くのヘリコプター基地で働いています。自治医大と防衛大は①全寮制、②学費免除といった点で共通点も多く、初めてのデートから盛り上がりました。「そんな人とどこで出会ったの？」と馴れ初めをよく聞かれますが、出会いは「マッチングアプリ」です。

今や5人に1人がマッチングアプリをきっかけに結婚する時代で、20～30代の市民権は得られているようです。この前結婚式に呼んでくれた私の出席番号2つ前の自治医大同期も出会いはマッチングアプリと言っていましたから、実のところはもっと多いのかもしれませんが。

マッチングアプリについて、簡単に解説します。多くは男性有料、女性無料です。私がお世話になった某P社は男性3,000～4,000円/月かかります。1年プランだとコミコミ2万円で大幅割引！という謳い文句につられて課金しました。

幸い良縁に恵まれたので結局2～3ヵ月しか使いませんでした。途中で退会してもお金は返ってきません。やられました。マッチングには、プロフィール文の作成が大事です。「年齢」「身長」「年収」「職業」……と記載事項は多岐にわたります。必須事項の数項目以外、公開は自由です。マッチングアプリユーザーの女性3大職業は「看護師」「保育士」「大学生」だそうです。はじめは「医師」と書いて病院の看護師さんに見つけれたら嫌だな、と職業非公開にしていたのですがあまりマッチせず、強気に「医



軽井沢での結婚式

師」と記述したら、途端にマッチングが途絶えなくなりました。ただ、思い返せば「医師」と明らかにしてから、「メシモク女(ご飯をおごってもらうことが目的の女性)」とマッチングしてしまったこともあり。婚活市場での立ち回りは難しいものです。ちなみに妻は「会社員」にしていたのですが、待ち合わせの仙台駅東口のアンパンマン像前から、イタリアンレストランに向かう道中に始まった難問の職業当てクイズから会話が盛り上がりました。「全然普通の会社員じゃないじゃん……、まさか自衛隊出身のパイロットだったとは」。彼女の逞しさとしなやかさに惹かれて、順調に交際がスタートしました。

マッチングアプリが広まったのも、コロナ禍の影響が強いと言われていています。私もその一人。出会いたいけど、出会えない。週1の研修日に行っていた古巣の仙台医療センターで、消化器内科の既婚の上級医から、「最近流行っているらしいから、興味があるけど既婚のオレがやるわけにはいかないから、滝井先生やってみてくれ」と内視鏡室で雑談中に始めたマッチングアプリ、それは人肌恋しくなる冬のことでした。緊急事態宣言を避けながらアポイント、今の妻と出会ったのは4、5人目だったでしょうか。価値観や視野が狭まらないように、違う職種の人と結婚したいという願望がもともとありましたが、コロナがなければ出会えなかったかもしれない理想の妻と出会えて満足していま

す。何度も延期や中止になった友人の結婚式をみて、なかなか大規模な式を挙げる気にはなれず、両家の家族だけを呼んで、軽井沢でリゾートウエディングを挙げました。盛大に有休を取らせていただいた前職場と、不在中代診をしてくれた後輩、自治医大宮城43期の山内健太郎先生には感謝しています。

仕事も家庭も支え合えるパートナーに出会えて、毎日幸せに暮らしています。アフターコロナを迎えて、今後の婚活事情もまた変わってくるかもしれませんが、地方生活で出会いにお悩みの独身の皆さまは、ぜひマッチングアプリを始めてみてください。

2. 県北のまち

宮城県の地域区分の種類はいくつかありますが、農林水産省「うちの郷土料理」によると、文化的には「県北」「三陸」「仙台・松島」「県南」とすると分かりやすいようです。高校生までは仙台圏のことしか知りませんでした。医師3年目、初めての地域勤務は県北のまち「栗原市」でした。渡り鳥の飛来で知られるラムサール条約の伊豆沼や内沼、田園地帯が広がる風光明媚な地域です。栗原市立栗原中央病院は臨床研修病院にも指定されている2次救急病院で、毎日忙しく過ごしました。内科医員の身分で、あらゆる疾患の初期対応から緩和ケア的なことまで対応しました。内科専攻医プログラムの症



耕耘機を操縦

例登録システムJ-OSLERの経験疾患を網羅するには十分すぎる環境でした。消化器内科の上級医に恵まれ、特に内視鏡診療に情熱をもって取り組みました。

現在の研修システムでは、若手は初期研修医明けの3年目の負荷が一番キツイと思います。御多分に漏れず私も苦勞しました。初めての主治医に、初めての予約外来、初めての一人での病状説明、毎週月曜日の新患の日は夜遅くまでかかることも。研修医のときの内視鏡の扱いは食道への挿入技術も怪しかったくらいで栗原に来ましたが、ゼロからスタートして、上下部スクリーニングにとどまらず、ERCPやESDまで治療内視鏡の経験もたくさん積ませていただき、目まぐるしく月日は流れていきました。

そんな月並みな内科専攻医でしたが、初めての県北は私を温かく迎えてくれました。自治医大2期生を父に持つ、小児科医の宮野峻輔先生との出会いも大きかったと考えます。自治卒のお父様の地域派遣の関係で栗原市出身の宮野先生は、県北の街づくりもライフワークにされていて、県北のアクティブな人とたくさん結んでくれました。本職が何なのか分からないとよく言われる趣味人の先生ですが、チームで日本酒づくりにも取り組んでいて、令和元年生まれの宮城の酒米「吟のいろは」づくりにも混ぜても

らいました。

耕耘機の操縦を教えてくれたのは、県北のまちなちの一つ加美町の農家の今野さん。鳴瀬川沿いの豊かな土壌で育ったお米は非常においしく、私はもうここのお米しか食べられません。

1年の仙台での後期研修をはさんで、もう一度栗原中央病院派遣となりました。スナックのママが「お帰りなさい」と、キープボトルのウイスキーを注いでくれたのも嬉しかった思い出です。病院の中で「滝井先生」とだけ呼ばれるのではなく、「農家としてはとても働けそうにない非力なタキイ君」とか「酒を飲むとゴキゲンになっていつもボトルを入れてくれるタッキー」とか、「いろんな自分」として地域に溶け込むことができると、地域勤務の毎日は楽しく過ごせると実感しました。「健全な多重人格」がウェルビーイングの鍵だそうですが、因らずともそれを達成できた1例を栗原市で経験できた気がしています。

3. 県南のまち

内科専攻医を終えて、医師6年目になりました。宮城県内を北から南へ、次の勤務地は「県南」の丸森町です。福島県との県境、雄大に流れる阿武隈川がきれいな「水と緑のまち」です。常勤医は自治医大宮城13期の大友正隆院長をはじめ、たった3名の内科医、副院長の外科医で診療を回しています。90床の小さな病院で、地域医療研修として同じ医療圏の研修病院から初期研修医を受け入れています。

2019（令和元）年東日本台風では、丸森町は甚大な被害を受けました。11名の死者、1名は依然行方不明のままです。当院にも床上18cmの浸水という甚大な被害がありました。MRIも被災して、今でも使えず、資金繰りの関係で再購入しない方針となっています。当時義務年限内で派遣されていたのは自治医大37期の菅谷涼先生で「引き継ぎマニュアル」に当時の様子も残されていました。「元々自宅用に買っておいた災害用リュックを持って水没していた病院に乗り込みました。『自分の食糧はいらぬ』と言って



絶賛工事中の砂防堰堤沿いの砂利道



訪問診療先のお宅にて

病院に行けたという点だけでも、心持が違いました」——果たして、自分も同様な環境に置かれたら、そんなに冷静に居られるでしょうか。とりあえず、ふるさと納税の返礼品にあった災害用バッグを私も自宅に忍ばせております。災害がないことに越したことはないですから、「もう賞味期限だね」なんて妻と言いながら非常食パーティーを開催できる日を心待ちにしています。

小規模な病院では上級医に一から十までなんでも相談して、というわけにもいきません。たくさん外来患者をさばいたり、タイムマネジメントがより重要になったり、新天地での苦労はもちろんいろいろあります。そんな中で、医師として初めての経験は、主治医として訪問診療に行くということ。自分の運転技術ではとても行けないような「酷道」を通り、山間の居宅に訪問する様は、まさに「医療の谷間に灯をともす」という感じで、仕事のモチベーションを高めてくれています。2019年東日本台風で被災し、2023年現在も町内各地で土砂災害予防の工事が行われていますが、写真の絶賛工事中の砂防堰堤沿いの砂利道も、訪問診療で通る道です。

訪問診療に赴く一つのお宅は、谷間にひっそりと佇む、畳張りの昔ながらの日本家屋。軍服を着たご先祖さまの肖像画が飾られてあって、歴史を感じます。そうそう、丸森町は猫が有名なんです。古くは養蚕をしていて、害獣のネズミを追い払うためにどこも猫を飼っていたんだ

とか。丸森では、猫は「猫神様」とも呼ばれて崇められています。

フィギュアスケートの織田信成さんがTwitterで「羽生結弦君からもらった!」と言って脚光を集めた「シーラカンスモナカ」、またの名を「バター最中」が仙台の新定番お土産として注目を集めています。最新スイーツにも精通している妻によると、仙台では人気がありすぎて、なかなか買えないそうです。この本家「バター最中」を売っているのは、仙台の有名パティシエ・カズノリイケダ氏のご実家「栄泉堂」で、なんと丸森病院の裏にあります。この栄泉堂では「猫神様が通る」という生どらやきも隠れた人気商品です。この原稿の取材という名目で、お昼休みに買って、私も一つ食べてみました。

訪問診療先のお家でも猫を飼っていて、猫ちゃんと一緒に診察することも。ご家族から排便の相談をされて、「今処方になっている薬はなんだっけ……」と慌ててカルテをめくっていたら、「ニャー」とお叱りを受けました。確



生どらやき「猫神様が通る」

かにそれくらいは頭に入れて診察に臨まねばなりません。ちなみに「カルテをめくる」というのもその通りで、当院は未だに紙カルテです。人生初めての紙カルテです！慣れません！と病棟でボヤいたら、「先生お若いのね」とベテラン看護師さんたちに目を丸くされました。

4. 関係人口

総務省によれば、「関係人口」とは、移住した「定住人口」でもなく、観光に来た「交流人口」でもない、地域と多様に関わる人々を指す言葉、とされます。東京生まれの妻は都会派で、二人で今後の住まいを相談して、仙台市内に35年ローンでマンションを買う選択をしました。北から南まで、宮城全体を愛したいと思ったとき、交通アクセスの点からは住居選びは仙台一択だと考えました。もちろん、妻が東京に帰りやすいとか、いざとなってもマンションなら売れるだろうとか、私たちに一軒家の庭や雑草の手入れは無理な気がするとか複合的な理由があります。単身赴任がマストな地域も、宮城県は東北新幹線と東北自動車道のおかげで、意外

にそこまで多くありません。気に入った田舎の土地に家を建てて一生暮らす、というのも当然一つの考え方とは思いますが、県庁所在地に居を構えて、フレキシブルに県内各地へ仕事でも、遊びでも気軽に行く！という生き方もありかなと考えました。

そこに住民票がなくとも、その土地が好きだと思えば、仕事に行く道中も前向きな気持ちでいられます。残りの義務年限も、県内各地にファンになれる場所や人をたくさん見つけて、楽しく働きたいと考えています。「関係人口」の一員として各地と多様に関わっていくのが、私の地域医療です。義務年限が終わったら、特にお気に入りの土地に就職するのもいいかもしれないなど、ぼんやりと考えているところです。

忘れかけていた「ブロガー魂」が蘇って、ついつい長くなってしまいました。お付き合いありがとうございます。それでは最後に、当時のブログ風にメらせてください。

(日曜出勤の妻に連れられ、空港のカフェでデキるビジネスマン風に原稿を慌てて仕上げた人(笑))

滝井孝英(たきい たかひで)先生 プロフィール

2018年自治医科大学医学部卒業。国立病院機構仙台医療センター初期臨床研修、同内科専門研修「地域にねざしたコース」修了。栗原市立栗原中央病院を経て、現在丸森町国民健康保険丸森病院内科医員。

『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

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

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

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。

多くの皆さまからのご応募をお待ちしています。

連絡先

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

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

特定行為研修修了看護師の活動の基盤づくり と高齢者看護の質向上

— 病院・施設管理者としての立場から —

台東区立台東病院・台東区立老人保健施設千束 看護・介護統括部長 中野博美

地域医療振興協会では「医療の提供がままならない山間へき地過疎地における医療の提供」を促進するため、2015年の特定行為研修制度導入当初よりJADECOM-NDC(Nursing Designated Care)研修を開設し、21領域38種類の特定行為を実践できる特定行為看護師(以下、特定ケア看護師と称する)の育成を図っています。

当院においては、2016年より特定ケア看護師の養成を開始し、2023年7月時点で4名が活動しています(写真1)。高齢者看護・ケアの現場に、臨床推論を学んだ特定ケア看護師を配置することにより、高齢者看護・ケアの質の向上のみならず、多忙を極める医師の負担軽減につながることも期待されています。当院では「特定ケア看護師育成委員会」を設けており、さらに看護管理者と特定ケア看護師との個別面談により、看護部の課題と、解決のための具体的な活動方針を明確にした上で看護実践を行う体制をとって

います。特定ケア看護師の活動を支えるための方策や継続教育のあり方についての検討に際し、診療部と看護部が協働して組織的に取り組むことで、特定ケア看護師の活動の体系化を目指しています。

これまでの特定ケア看護師による活動の成果として、より医療ニーズの高い高齢患者のケア(写真2)が可能となり、地域で在宅療養中の医療依存度の高い高齢者の体調管理・重症化予防の一環としてレスパイト入院を開始するなど、地域包括ケアの拠点として「地域医療」を支えることに貢献できるようになってきています。また、特定ケア看護師の活動の効果として、医師、看護・介護職は「患者の個別性に合わせたケア提供が可能となった」「安心してケアの提供ができる」「自身の業務上の精神的負担が軽減した」などと認識しており、高齢者看護・ケアの質の向上とスタッフの負担軽減を両立する可能性も期待



写真1 左から細川さん(3期生)、榊さん(4期生)、岡田さん(2期生)、チョヨンミンさん(7期生)



写真2 特定行為の気管カニューレの交換を2名の特定ケア看護師にて実施（左 細川さん、右 榊さん）



写真3 勤務中の勉強会（中央が岡田さん）

されています。

4名の特定ケア看護師がいることで、特定ケア看護師を各部署に配置することが可能となりました。このことで、看護師は患者の小さな変化や疑問も相談しやすくなり部署の課題を見つけやすくなりました。特定ケア看護師は、勤務時間内に病棟で患者ケアの勉強会を行うことでスタッフの理解度を高めるための活動を行っています(写真3)。これらの活動を通して、学ぶ習慣や機会づくりの役割も果たしています。また、日常の看護実践の中に特定行為に関わる活動を盛り込むため、特定ケア看護師たちは特に特定行為にこだわってはいません。臨床推論を駆使し、予防的介入に注力し、特定行為が必要な状態にしないことにプライドを持って活動している点は素晴らしいと思います。研修終了後の時間の経過と共に、特定行為に至るまでのプロセスと、日常の看護行為に至るプロセスに境界がなくなり、臨床推論が身に付いてくるためか、特定行為が特別なものとは考えなくなるようです。

将来的には、夜勤帯への配置による看護の質の向上を図ることや、看護管理者への起用による特定ケア看護師の組織化を図りたいと考えています。夢のような話ですが、ほとんどの看護師が特定ケア看護師となることを目指したい。そのためには、特定ケア看護師が自ら役割や機能



写真4 研修で聴診の実習を行う能登さん（8期生）

の開発、能力発揮により、患者・家族とスタッフにとって安心安全な環境を整えることができる力量が必要です。そして、先輩特定ケア看護師による、研修修了者の活動へのサポート体制の強化や、特定ケア看護師の現場での活動を通して、彼ら为目标とする看護師が増えることを意識して目指してほしいと考えます(写真4)。未来は、自分たちで切り開いてほしいです。

慢性期でケアミックスの当病院・施設において、高齢者看護・ケアの質の向上を図る上で、特定ケア看護師は不可欠な存在であり、特定ケア看護師の役割拡大や活動・活用への可能性は大きいと考えています。今後も、さらに特定ケア看護師が自らの職務に誇りを持ち主体的に活躍できるよう看護管理者としてサポートしたいと思います。

地域医療型後期研修

2023. 7. 14

後期研修が始まって

こんにちは。「地域医療のススメ」専攻医1年目で、東京北医療センター総合診療科所属の安原千晴と申します。今回初めて「研修医日記」執筆の機会をいただきました。4月から後期研修が始まって、3ヵ月が経った今の思いを綴りたいと思います。



プロフィール

2021年3月 大阪医科薬科大学卒業
2023年3月 東京北医療センター 初期研修修了
2023年4月 「地域医療のススメ」
東京北医療センター 後期研修

2023年4月から6月まで東京北医療センター総合診療科で研修し、7月からは小児科研修に切り替わりました。東京北医療センターは初期研修から継続してお世話になっている、慣れ親しんだ病院です。そこで後期研修をスタートできていることは、私にとって大きなアドバンテージになっています。例えば初期研修時にローテートした科の先生方とは既に顔見知りで、研修医として指導を受けた関係性であることから、患者さんについての相談がしやすいと感じています。他職種の方々とも同様です。新しく入職した専攻医1年目の同期たちには、病院のシステムやルール、裏ワザなど自分の経験を共有することで、役に立っているのが嬉しいです。また、病院のある赤羽に2年間暮らしたことで地域に対する理解が深まり、特性や地域資源を意識した診療につながっています。

総合診療科での研修は、忙しくも充実していました。科の特性上、受け入れる入院患者のほぼ全てが緊急入院であることから、忙しさの予測を立てにくいと感じました。予約なしの初診外来ではその日に何人が受診するか予想がつかず、日中に救急外来などから入院する患者の担当も予期しないタイミングで自分に回ってきます。ある程度は予測を立てて動きつつも、予測通りにならない不確実性を許容し、臨機応変に対応する柔軟性が求められると感じています。大変なことではありますが、この柔軟性こそが総合診療医の強みであると誇りに思います。さまざまな患者さんに対応しているうちに、自分のキャパシティがぐっと広がったのを感じます。

初期研修のころと変わったことに、病棟業務をしながら外来診療も行うということが挙げられ、1日に接する患者さんの数が増えました。その分、一人ひとりの患者さんの元で過ごす時間が減ってしまい、患者さんとのコミュニケーションが質量共に足りていないと感じた時期がありました。その時を振り返ると、仕事は全体的にやりがいが低下していたと思います。そこから、私にとってのやりがいは、やはり患者さんとのコミュニケーションの中で最も得られるのだと再認識しました。たとえ短くてもその時間、目の前の患者さんと良いコミュニケーションをとるために意識しているのが「ユマニチュード」です。ユマニチュードとは、特に認知機能が低下した高齢の方に対して、相手を大切に思う気持ちや優しさを、見る・話す・触れる方法でさまざまな感覚に訴えることで、効果的に伝える技術です。例えば、患者さんと目線の高さを合わせたり、優しく支えるように触れることです。このように患者さんと接することで、意思疎通できないと思っていた方から思わぬ表出があって、心が通ったと思える瞬間には何ものにも代え難い感動があります。認知症の患者さんでなくても、対等な医師患者関係を築くことにつながり、患者さんが困り事や、自身が大切にしていることを打ち明けやすくなると感じています。目の前の患者さんとの関わりを大切に思う。この初心を忘れることなく、今後も研修に邁進していきます。



院内の自分のデスク。勉強したり、同僚と団らんしたり...



東京北医療センター総合診療科の集合写真

令和5年度 都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました……………

6月15日(木)10時から地域医療情報研修センター大講堂において、令和5年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました。

はじめに永井良三学長から挨拶があり、遠藤仁司教務副委員長から大学の現況について、松村正巳入試検討委員長から令和5年度入学試験の結果ならびに令和6年度入学試験方法について説明がなされました。

続いて、福岡敬宜医学部広報委員長から令和6年度入試に向けた広報について、伊藤真人学生委員長から在学生の関連事項について、岩崎容子卒後指導部長ならびに小坂仁卒後指導委員長から卒業生の関連事項について、藤田康幸総務部長から令和4年度決算と令和5年度予算の概要について、川合謙介附属病院院長ならびに遠藤俊輔さいたま医療センター長から、附属病院ならびに附属さいたま医療センターの概況について、大槻マミ太郎副学長から自治医科大学将来ビジョン2060についてそれぞれ報告があり、佐藤清美大学事務部長から学生への生活費支給措置について各都道府県へ要望を行い、大槻副学長の挨拶で閉会となりました。

また、前日(14日)と当日の2グループに分かれて、卒後指導委員会都道府県担当等による各都道府県との個別協議のほか、学生生活支援センター、医学教育センターおよび教務委員会による在学生に係る個別協議が行われ、17時30分からは医学部教育・研究棟において、都道府県ごとに主管課の方々、卒後指導委員会委員および県担当の先生方、在学生(医学部4・5・6年生)との懇談会が和やかに行われました。

令和5年度 第1回看護学部オープンキャンパスおよび 高等学校進路指導担当教諭への進学説明会が開催されました……………

5月20日(土)に看護学部校舎において、第1回看護学部オープンキャンパスおよび高等学校進路指導担当教諭への進学説明会を開催しました。

午前中の進学説明会には22校22名の参加があり、質問やご要望をいただきました。

午後からのオープンキャンパスにおいては、保護者等を含む147名の方々が栃木県をはじめとする関東甲信越地方だけでなく、東北地方、北陸地方、東海地方からもご参加いただきました。

COVID-19が5類に移行してから初めてのオープンキャンパスとなり、全ての企画を対面で実施しました。

具体的には、「看護学部説明会」、「模擬授業」、「看護学部施設ツアー」の企画を通して、本看護学部の特徴と魅力的な学生生活について伝えることができました。

また、高校生等の参加者が在学生との交流ができる「学生広場」も3年ぶりに対面で行い、「受験対策や入学後の学生生活などの話を直接聞いて楽しかった」などと大変好評でした。



各講座等における義務年限終了卒業生の令和6年度採用計画について……………

大学といたしましては、卒業医師の皆様が義務年限を終了した後も出身都道府県に長くとどまり、医療、福祉、保健等の各分野において広く活躍されることを期待しておりますが、一方において、地域医療で培った貴重な経験、技術等を母校の研修医や医学生に伝えていただく必要性もあると考えております。また、ご自身の医療技術のさらなる研鑽、研究の深化等のため、母校に一定期間戻りたいとの考えをお持ちの方もおられるのではないかと拝察いたしております。

つきましては、各講座における義務年限終了卒業生の令和6年度採用計画の状況を地域医療推進課ホームページに掲載しておりますので、必要に応じてご参照くださいますようお願い申し上げます。

ホームページアドレスは次のとおりです。

<https://www.jichi.ac.jp/chisuika/etc.htm>

『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

令和5年度 公益社団法人地域医療振興協会総会を終えて

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

令和5年度の定例総会が、6月24日協会本部のある平河町の日本海運会館3階で開かれました。ここ数年コロナ禍で、委任状出席が多い総会でしたが、本年は、参加者数が回復してきたようです。

定例総会の付議する議案は、報告事項1 令和4年度事業報告 報告事項2 令和4年度決算報告 第1号議案 理事20名選任の件 第2号議案 監事2名選任の件 第3号議案 退任役員に対する退職功労金贈呈の件となっており、総会では原案の通り報告、新理事、監事選任などの議決がなされました。

令和4年度は、施設運営では、香川県綾川町老健施設「あやがわ」、三重県志摩市浜島にある「浜島診療所」、令和5年4月からの和歌山県有田市立病院の指定管理の準備、山口市のとくち診療所が開始されました。これで、令和5年4月現在、協会施設は26病院を含む84施設となりました。また、総務省との2年目になる「地域医療の確保事業」も、調査を希望する2つの自治体と今後の構想や進め方について現地と話し合いを進めました。

令和4年度の会計報告についての概況ですが、貸借対照表の概要では、資産の部で流動資産は512億、固定資産693億で資産の部は1,205億でした。負債の部では、流動負債は372億、固定負債は314億で負債は686億、正味財産は519億でした。また、正味財産増減の部では、事業収益は1,557億、費用は1,456億となり、一般正味財産増減額は102億の増でした。2年前コロナの当初、当月の資金繰りさえ心配されましたが、補助金や手当てで財務は一時的に改善しています。今後、練馬光が丘病院の改築移転に伴う償還、横須賀市立うわまち病院の移転と市立看護大学計画の予定、東京北医療センターの増築など重要な事業が続く見込みであり、一層の慎重な財務管理と施設運営が求められます。なお、財務状況は総会資料をご覧ください。一昨年の総会議案となった協会が「学校法人を開設し運営できる」許可を内閣府から昨年秋にいただき、具体の検討を行ってきました。しかしながら、事業の見込みが厳しく、新たな大学の開設運営の機会を待つこととなりました。候補となった学校法人にも多大なご迷惑をおかけし、また、関係の皆様ご期待に応えられず申し訳ありませんでした。

1期生が古希を迎えるころとなりました。自分が院長を務めた病院の前で診療所を始めた洪間久先生。Dr.コトーの離島支援を始めた小柳孝太郎先生はじめ、吉新、吉野浄先生、相良洋三先生、築地治久先生、志賀清悟先生、宇田英典先生、村石修先生など懐かしい1期生が協会で皆さんを待っています。定年後も協会ベテラントクターズという名称で、個々に合った形態で勤務できる派遣チームを検討したいと考えています。まだ、支援施設の整備などこれからですが、今後、ベテラントクターズが支援事業で大きく育ってほしいと思います。

去る5月27日に本年度定例理事会, 6月24日に総会が日本海運会館において開催されました。令和4年度事業報告, 決算報告が承認されました。

なお, 令和5年度の予算は, 去る3月18日の定例理事会にて承認されています。

I 令和5年度 第1回定例理事会

- 1 開催日時 令和5年5月27日(土)12時00分～14時00分
- 2 会場 日本海運会館4階会議室
- 3 理事定数 20名
- 4 出席者数 18名(理事16名, 監事2名)
- 5 議決事項
 - 第1号議案 総会の招集の件
 - 第2号議案 令和4年度事業報告
 - 第3号議案 令和4年度決算報告
 - 第4号議案 令和4年度の経常利益に係る特定費用準備資金の積み立ての件
 - 第5号議案 理事20名の選任の件
 - 第6号議案 監事2名の選任の件
 - 第7号議案 退任役員に対する退職功労金贈呈の件
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

II 令和5年度 総会

- 1 開催日時 令和5年6月24日(土)12時00分～13時30分
- 2 会場 日本海運会館3階303会議室
- 3 会員数 1,643名(うち, 書面表決者数551名, 表決委任者数292名)
- 4 出席者数 875名(うち, 書面評決者602名, 表決委任者260名)
- 5 報告事項
 - 1) 令和4年度事業報告について
 - 2) 令和4年度決算報告について
- 6 議決事項
 - 第1号議案 理事20名選任の件
 - 第2号議案 監事2名選任の件
 - 第3号議案 退任役員に対する退職功労金贈呈の件
- 7 議事概要 原案のとおり承認されました。

III 令和4年度 第4回定例理事会

- 1 開催日時 令和5年3月18日(土)12時00分～14時00分
- 2 会場 日本海運会館4階会議室
- 3 理事定数 19名
- 4 出席者数 19名(理事17名, 監事2名)
- 5 議決事項
 - 第1号議案 令和5年度事業計画および予算について
 - 第2号議案 令和5年度の金融機関からの借入れについて
 - 第3号議案 協会が運営する施設の管理者の選考について
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

公益社団法人地域医療振興協会役員名簿

令和5年6月24日現在

会長	川上 正舒	自治医科大学名誉教授, 公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院名誉院長
理事長	吉新 通康	公益社団法人地域医療振興協会
副理事長	山田 隆司	公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長, 台東区立台東病院管理者兼病院長
副理事長	沼田 裕一	公益社団法人地域医療振興協会横須賀市立うわまち病院管理者兼病院長
常務理事	吉野 淨	公益社団法人地域医療振興協会石岡第一病院病院長
常務理事	白崎 信二	公益社団法人地域医療振興協会西日本事務局担当常務理事, おおい町保健・医療・福祉総合施設管理者
常務理事	宮崎 国久	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター管理者
常務理事	木下 順二	公益社団法人地域医療振興協会与那国町診療所管理者兼診療所長
常務理事	西尾 博至	公益社団法人地域医療振興協会市立奈良病院管理者
常務理事	藤来 靖士	公益社団法人地域医療振興協会豊頃町立豊頃医院・ 豊頃町立大津診療所管理者兼診療所長
理事	神山 潤	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター管理者
理事	光定 誠	公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院管理者
理事	川合 耕治	公益社団法人地域医療振興協会伊東市民病院管理者
理事	伊藤 雄二	公益社団法人地域医療振興協会市立恵那病院副管理者
理事	杉田 義博	公益社団法人地域医療振興協会日光市民病院管理者
理事	井上 陽介	公益社団法人地域医療振興協会湯沢町保健医療センター管理者
理事	梅屋 崇	公益社団法人地域医療振興協会あま市民病院管理者兼病院長
理事	大槻マミ太郎	自治医科大学副学長
理事	岡山 雅信	神戸大学大学院 地域医療教育学部門 特命教授
理事	原田 昌範	山口県立総合医療センター へき地医療支援部診療部長兼へき地地域医療支援センターセンター長
監事	茶川 治樹	岩国市医療センター医師会病院病院長
監事	永井 慎昌	日本赤十字社鹿児島赤十字病院内科部長兼総合診療科部長兼 へき地医療担当特任医師

令和4年度事業報告書

1 医学生及び卒業生のへき地医療研修活動の指導(公1-1)

医学生, コメディカル学生及び医療従事者を対象に, 地域医療実習等指導施設として受け入れを行った。研修受入実績は延べ日数41,162日であった。

2 へき地医療における診療活動基準の研究と確立(公1-2)

地域医療セミナーを開催した。

3 総合医の確立についての研究と研修会の開催及び総合医の養成(公1-3)

臨床研修医養成事業では臨床研修医は100名, 専攻医は125名であった。

また, 臨床研修センター, NP・NDC研修センター及びシミュレーションセンター並びにヘルスプロモーション研究センターの運営等を行った。

4 医療情報の提供(公1-4)

遠隔画像診断支援システムの運営, 医師向け生涯学習コンテンツ等の提供, ホームページによる情報提供を行った。

5 地域保健医療に関する研究会及び講習会の開催(公1-5)

救急, 周産期, 外科, 内科, 麻酔に係る標準化講習会ならびにオリジナル講習会を開催した。

6 へき地等に勤務する医師等の職業紹介及び派遣(公1-6)

へき地等への医師等派遣事業等を行った。へき地等の協会外施設への代診実績は, 延べ日数1,766日であった。

7 会報・会誌の発行(公1-7)

「月刊地域医学」を編集し, 発行した。

8 へき地等に勤務する医師の確保等へき地等の医療(介護を含む)を支援する病院等の開設及び運営管理の受託(公1-8)

令和4年4月より志摩市立国民健康保険浜島診療所の運営を開始した。

令和4年4月より介護老人保健施設あやがわの運営を開始した。

令和4年11月よりとくち地域医療センターは直営から指定管理に移行した。

運営施設は病院25施設, 診療所(附属診療所及び出張診療所を含まない。)49施設, 介護老人保健施設18施設となった。

地域看護研究センター, 地域医療安全推進センターの運営を行った。

9 へき地等の医療を支援する病院等に勤務する看護師等を養成するための学校の運営事業等の養成事業(公1-9)

(1) さいたま看護専門学校

4月, 37名が入学した1年生は41名となり, 2年生には29名(含, 再履修者), 3年生には25名がそれぞれ進級した。翌3月には卒業生24名を輩出した。

(2) 奈良市立看護専門学校

4月, 41名が入学した1年生は41名となり, 2年生には39名, 3年生には34名がそれぞれ進級した。翌3月には卒業生30名を輩出した。

へき地等の医療を支援する病院等の運営の状況

		令和4年度	令和3年度	前年比	増減数
病院	病院数	25施設	25施設	100.0%	0施設
	病床数	5,157床	5,042床	102.3%	115床
	入院患者数	3,327人/日	3,312人/日	100.5%	15人/日
	病床利用率	64.5%	65.7%	98.2%	▲1.2%
	外来患者数	8,139人/日	8,009人/日	101.6%	130人/日
診療所	診療所数	49施設	48施設	102.1%	1施設
	うち有床診療所数	6施設	6施設	100.0%	0施設
	病床数	110床	110床	100.0%	0床
	入院患者数	64人/日	61人/日	104.9%	3人/日
	病床利用率	58.2%	55.5%	104.9%	2.7%
	外来患者数	1,844人/日	1,794人/日	102.8%	50人/日
介護老人 保健施設	施設数	18施設	17施設	105.9%	1施設
	入所定員数	1,467人	1,407人	104.3%	60人
	入所者数	1,280人/日	1,242人/日	103.1%	38人/日
	利用率	87.3%	88.3%	98.9%	▲1.0%
通所リハビリ テーション	施設数	23施設	22施設	104.5%	1施設
	通所定員数	753人	732人	102.9%	21人
	通所者数	447人/日	448人/日	99.8%	▲1人/日
	稼働率	59.4%	61.2%	97.1%	▲1.8%
通所介護	施設数	3施設	3施設	100.0%	0施設
	通所定員数	80人	80人	100.0%	0人
	通所者数	56人/日	42人/日	133.3%	14人/日
	稼働率	70.0%	52.5%	133.3%	17.5%
その他の指標	居宅ケアプラン作成 (月平均)	1,061件/月	1,042件/月	101.8%	19件/月
	訪問看護	212人/日	201人/日	105.5%	11人/日
	訪問リハビリ	128人/日	126人/日	101.6%	2人/日
	居宅療養管理指導	31人/日	36人/日	86.1%	▲5人/日

別表1 病院等の一覧

	施設名	病院	診療所	老健	開設	運営形態
1	石岡第一病院	1			平成4年7月1日	直営
2	六合温泉医療センター		1		平成5年9月1日	中之条町から指定管理
3	西伊豆町安良里診療所		2		平成6年1月5日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
4	揖斐郡北西部地域医療センター		3	1	平成10年4月1日	揖斐川町から指定管理
5	東通村保健福祉センター				平成11年2月1日	東通村から指定管理
6	白糠診療所		4		平成11年2月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
7	西伊豆町田子診療所		5		平成11年5月1日	直営から平成27年3月1日西伊豆町からの指定管理
8	公立丹南病院	2			平成12年2月1日	公立丹南病院組合から指定管理
9	日光市民病院	3			平成12年4月1日	直営
10	磐梯町保健医療福祉センター		6	2	平成12年4月1日	磐梯町から指定管理
11	東通村診療所		7		平成12年4月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
12	奥日光診療所		8		平成12年5月1日	日光市から指定管理
13	市立伊東市民病院	4			平成13年3月1日	伊東市から指定管理
14	揖斐川町春日診療所		9		平成13年7月1日	揖斐川町から指定管理
15	西吾妻福祉病院	5			平成14年2月1日	西吾妻福祉病院組合から指定管理
16	介護老人保健施設にっこう			3	平成14年4月1日	直営
17	横須賀市立うねまら病院	6			平成14年7月1日	横須賀市から指定管理
18	湯沢町保健医療センター	7			平成14年8月1日	湯沢町から指定管理
19	加賀地域医療支援センター		10		平成15年3月1日	加賀市から指定管理、平成27年9月30日山中温泉医療センターの指定管理終了
20	東通村介護老人保健施設のはなしょうぶ		4		平成15年4月1日	東通村から指定管理
21	公設宮代福祉医療センター		11	5	平成15年10月1日	宮代町から指定管理
22	市立恵那病院	8			平成15年12月1日	恵那市から指定管理
23	東京北医療センター介護老人保健施設さくらの杜			6	平成16年1月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
24	東京北医療センター	9			平成16年4月1日	(独)年金健康保険福祉施設整理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
25	市立奈良病院	10			平成16年12月1日	奈良市から指定管理
26	公立黒川病院	11			平成17年4月1日	黒川地域行政事務組合から指定管理
27	いなずみ診療所		12		平成17年6月1日	直営
28	介護老人保健施設みはらし			7	平成18年4月1日	伊東市から指定管理
29	村立東海病院	12			平成18年5月1日	東海村から指定管理
30	地域包括ケアセンターいぶき		13	8	平成19年4月1日	米原市から指定管理
31	おおい町保健・医療・福祉総合施設		14	9	平成19年4月1日	おおい町から指定管理
32	志摩地域医療福祉センター		15	10	平成20年4月1日	志摩市から指定管理
33	飯塚市立病院	13			平成20年4月1日	飯塚市から指定管理
34	市立大村市民病院	14			平成20年4月1日	大村市から指定管理
35	奈良市立柳生診療所		16		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
36	奈良市立田原診療所		17		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
37	上野原市立病院	15			平成20年10月1日	上野原市から指定管理
38	台東区立台東病院・台東区立老人保健施設千東	16		11	平成21年4月1日	台東区から指定管理
39	山北町立山北診療所		18		平成20年12月1日	山北町から指定管理
40	東京ベイ・浦安市川医療センター	17			平成21年4月1日	直営
41	横須賀市立市民病院	18			平成22年4月1日	横須賀市から指定管理
42	上河津診療所		19		平成22年1月12日	直営
43	シティ・タワー診療所		20		平成22年3月1日	直営
44	奈良市立月ヶ瀬診療所		21		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
45	奈良市立都祁診療所		22		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
46	明日香村国民健康保険診療所		23		平成22年4月1日	明日香村から指定管理
47	伊豆今井浜病院	19			平成22年7月1日	直営
48	関市国民健康保険津保川診療所		24		平成23年4月1日	関市から指定管理
49	十勝いけだ地域医療センター	20		12	平成23年10月1日	池田町から指定管理
50	女川町地域医療センター		25	13	平成23年10月1日	女川町から指定管理
51	与那国町診療所		26		平成23年10月1日	与那国町から指定管理
52	練馬光が丘病院	21			平成24年4月1日	直営
53	嬭恋村国民健康保険診療所		27		平成24年4月1日	嬭恋村から指定管理
54	三重県立志摩病院	22			平成24年4月1日	三重県から指定管理
55	越前町国民健康保険織田病院	23			平成24年4月1日	越前町から指定管理

56	公立久米島病院	24			平成24年4月1日	沖縄県離島医療組合から指定管理
57	伊豆下田診療所		28		平成24年5月1日	直営
58	真鶴町国民健康保険診療所		29		平成25年8月1日	真鶴町から指定管理
59	今泉記念館ゆきあかり診療所		30		平成25年10月1日	直営
60	六ヶ所村医療センター		31	14	平成26年4月1日	六ヶ所村から指定管理
61	戸田診療所		32		平成26年4月1日	沼津市から指定管理
62	西浅井地区診療所		33		平成27年4月1日	長浜市から指定管理
63	掛斐川町谷汲中央診療所		34		平成27年4月1日	掛斐川町から指定管理
64	米原市地域包括医療福祉センター		35		平成27年10月1日	米原市から指定管理
65	介護老人保健施設市川ゆうゆう			15	平成28年4月1日	市川市から経営移譲
66	鳥羽市立長岡診療所		36		平成28年4月1日	鳥羽市から指定管理
67	竹富町立黒島診療所		37		平成28年4月1日	竹富町から指定管理
68	奈良市立興東診療所		38		平成28年6月1日	奈良市から指定管理
69	日光市立小来川診療所		39		平成29年4月1日	日光市から指定管理
70	恵那市国民健康保険山岡診療所		40		平成29年4月1日	恵那市から指定管理
71	千早赤阪村国民健康保険診療所		41		平成29年4月1日	千早赤阪村から指定管理
72	国頭村立東部へき地診療所		42		平成29年4月1日	国頭村から指定管理
73	恵那市介護老人保健施設ひまわり			16	平成30年4月1日	恵那市から指定管理
74	介護老人保健施設富谷の郷			17	平成30年6月1日	直営
75	あま市民病院	25			平成31年4月1日	あま市から指定管理
76	古里診療所		43		令和元年9月1日	奥多摩町から指定管理
77	小櫃診療所		44		令和2年4月1日	君津市から指定管理
78	おきたまフラワークリニック		45		令和2年7月1日	直営
79	竹富町立竹富診療所		46		令和3年4月1日	竹富町から指定管理
80	とくち地域医療センター		47		令和4年11月1日	山口市から指定管理
81	豊頃町立豊頃医院		48		令和3年11月1日	豊頃町から指定管理
82	介護老人保健施設あやがわ			18	令和4年4月1日	綾川町から指定管理
83	志摩市立国民健康保険浜島診療所		49		令和4年4月1日	志摩市から指定管理
84	さいたま看護専門学校				平成24年4月1日	直営
	合 計	25	49	18		

貸借対照表
令和 5年 3月 31日現在

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I. 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金	19,597,570,040	23,627,984,038	△ 4,030,413,998
医業未収金	22,024,753,542	20,800,696,317	1,224,057,225
未収金	7,898,670,958	5,864,148,931	2,034,522,027
医薬品	776,365,910	766,500,646	9,865,264
診療材料	661,589,343	574,232,454	87,356,889
貯蔵品	66,411,475	60,806,759	5,604,716
前払費用	119,532,777	119,977,984	△ 445,207
短期貸付金	228,089,604	315,411,341	△ 87,321,737
その他流動資産	11,622,989	31,805,134	△ 20,182,145
貸倒引当金	△ 193,704,999	△ 130,620,963	△ 63,084,036
流動資産合計	51,190,901,639	52,030,942,641	△ 840,041,002
2. 固定資産			
特定資産			
建物	32,699,994,591	19,564,659,896	13,135,334,695
構築物	890,783,131	600,550,768	290,232,363
医療用器械備品	5,879,292,823	2,906,214,444	2,973,078,379
その他器械備品	1,032,363,384	785,353,288	247,010,096
車両	35,473,703	34,893,172	580,531
土地	7,079,502,990	6,858,570,421	220,932,569
リース資産	5,760,845,724	3,222,494,355	2,538,351,369
建設仮勘定	46,242,840	8,072,446,487	△ 8,026,203,647
電話加入権	6,402,699	6,402,699	0
ソフトウェア	869,083,369	407,094,924	461,988,445
ソフトウェア仮勘定	14,185,600	0	14,185,600
リース無形固定資産	206,002,717	117,510,733	88,491,984
その他無形固定資産	12,328,317	15,736,874	△ 3,408,557
出資金	52,000	52,000	0
長期貸付金	696,191,544	705,226,735	△ 9,035,191
長期前払費用	573,102,936	630,418,240	△ 57,315,304
敷金等	142,745,906	135,724,109	7,021,797
保険積立金	133,514,201	123,603,401	9,910,800
特定費用準備資金	13,200,000,000	3,400,015,179	9,799,984,821
特定資産合計	69,278,108,475	47,586,967,725	21,691,140,750
固定資産合計	69,278,108,475	47,586,967,725	21,691,140,750
資産合計	120,469,010,114	99,617,910,366	20,851,099,748

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
II. 負債の部			
1. 流動負債			
買掛金	4,663,226,949	4,393,169,318	270,057,631
短期借入金	15,564,757,800	20,050,000,000	△ 4,485,242,200
1年以内返済予定長期借入金	4,183,210,425	4,052,497,704	130,712,721
リース債務	1,680,152,170	1,185,207,376	494,944,794
未払金	7,423,321,099	5,263,518,124	2,159,802,975
未払費用	435,607,768	481,260,604	△ 45,652,836
預り金	55,534,048	54,294,679	1,239,369
従業員預り金	578,404,755	643,954,081	△ 65,549,326
未払消費税等	65,343,700	190,237,800	△ 124,894,100
金利スワップ債務	8,432,896	19,261,970	△ 10,829,074
賞与引当金	2,537,319,277	2,958,142,034	△ 420,822,757
その他流動負債	42,041,899	33,598,113	8,443,786
流動負債合計	37,237,352,786	39,325,141,803	△ 2,087,789,017
2. 固定負債			
長期借入金	26,699,033,540	20,837,528,965	5,861,504,575
長期リース債務	4,464,640,101	2,194,836,504	2,269,803,597
役員退職慰労引当金	130,137,300	119,779,100	10,358,200
長期未払金	67,898,429	105,283,622	△ 37,385,193
固定負債合計	31,361,709,370	23,257,428,191	8,104,281,179
負債合計	68,599,062,156	62,582,569,994	6,016,492,162
III. 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
国等補助金	241,697,806	307,100,055	△ 65,402,249
地方公共団体補助金	15,326,438,956	10,573,311,726	4,753,127,230
民間補助金	26,630,294	31,967,626	△ 5,337,332
寄付金	353,242,330	369,184,170	△ 15,941,840
指定正味財産合計	15,948,009,386	11,281,563,577	4,666,445,809
(うち特定資産への充当額)	(15,948,009,386)	(11,281,563,577)	(4,666,445,809)
2. 一般正味財産	35,921,938,572	25,753,776,795	10,168,161,777
(うち特定資産への充当額)	(28,677,407,592)	(16,061,663,181)	(12,615,744,411)
正味財産合計	51,869,947,958	37,035,340,372	14,834,607,586
負債及び正味財産合計	120,469,010,114	99,617,910,366	20,851,099,748

正味財産増減計算書
令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I.一般正味財産増減の部			
I.経常増減の部			
(1)経常収益			
①受取入会金	150,000	70,000	80,000
②受取会費	17,545,000	17,470,000	75,000
正会員受取会費	16,005,000	15,950,000	55,000
賛助会員受取会費	1,540,000	1,520,000	20,000
③事業収益	125,625,657,592	122,123,693,836	3,501,963,756
入院診療収益	75,877,136,087	73,611,159,773	2,265,976,314
室料差額収益	1,214,379,376	1,190,186,467	24,192,909
外来診療収益	34,788,265,697	33,185,471,802	1,602,793,895
歯科収益	372,695,626	375,773,962	△ 3,078,336
保健予防活動収益	3,435,198,875	4,196,107,361	△ 760,908,486
受託検査・施設利用収益	1,822,887	1,216,145	606,742
その他の医薬収益	561,676,140	563,914,120	△ 2,237,980
介護保険収益	9,313,673,106	9,015,706,975	297,966,131
児童社会福祉収益	276,963,616	271,378,098	5,585,518
支援センター委託等収益	97,650,100	102,943,300	△ 5,293,200
健康増進施設収益	3,417,800	2,889,100	528,700
その他の事業収益	105,108,810	136,237,858	△ 31,129,048
合 計	126,047,988,120	122,652,984,961	3,395,003,159
保険等査定減	422,330,528	529,291,125	△ 106,960,597
④受取補助金等	28,560,837,140	27,647,690,694	913,146,446
その他受取補助金等	28,560,837,140	27,647,690,694	913,146,446
⑤雑収益	1,473,110,409	1,488,750,256	△ 15,639,847
受取利息及び配当	2,192,472	2,063,606	128,866
患者外給食収益	52,196,700	54,382,318	△ 2,185,618
保育料収入	38,642,619	44,265,159	△ 5,622,540
職員宿舎・駐車場収益	408,894,978	394,820,452	14,074,526
代診等収益	330,091,343	353,775,371	△ 23,684,028
その他の収益	641,092,297	639,443,350	1,648,947
経常収益計	155,677,300,141	151,277,674,786	4,399,625,355
(2)経常費用			
1)事業費	141,222,884,513	135,179,008,013	6,043,876,500
①材料費	29,616,607,913	28,048,033,892	1,568,574,021
医薬品費	15,574,687,282	14,070,541,793	1,504,145,489
診療材料費	12,599,081,982	12,597,661,305	1,420,677
医療消耗器具備品費	437,602,010	367,986,880	69,615,130
給食用材料費	909,667,116	912,958,716	△ 3,291,600
その他の材料費	95,569,523	98,885,198	△ 3,315,675
②給与費	78,770,523,414	77,868,721,382	901,802,032
役員報酬	312,356,926	322,338,157	△ 9,981,231
給料	59,305,225,571	58,121,682,727	1,183,542,844
賞与	6,193,432,645	6,196,151,523	△ 2,718,878
賞与引当金繰入額	2,535,458,316	2,956,025,593	△ 420,567,277
退職給付費用	1,572,351,252	1,534,482,756	37,868,496
役員退職慰労引当金繰入額	9,597,427	9,689,038	△ 91,611
法定福利費	8,842,101,277	8,728,351,588	113,749,689
③委託費	10,277,644,248	9,805,591,908	472,052,340
検査委託費	901,591,817	963,356,746	△ 61,764,929
給食委託費	2,420,448,872	2,312,613,437	107,835,435
寝具委託費	218,717,464	201,010,951	17,706,513
事務等委託費	2,159,132,998	2,026,430,549	132,702,449
清掃委託費	1,039,907,279	1,045,181,873	△ 5,274,594
施設設備保守委託費	1,045,033,276	1,003,418,287	41,614,989
その他の委託費	2,492,812,542	2,253,580,065	239,232,477

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
④設備関係費	13,396,776,090	12,002,511,418	1,394,264,672
減価償却費	5,661,375,785	4,210,205,672	1,451,170,113
器機賃借料	1,525,711,255	1,493,203,896	32,507,359
地代家賃	784,940,982	775,381,004	9,559,978
修繕費	845,553,738	983,180,055	△ 137,626,317
固定資産税等	351,183,296	320,964,298	30,218,998
器機保守料	2,751,364,295	2,732,756,729	18,607,566
機械設備保険料	889,789	1,310,352	△ 420,563
車両関係費	122,840,496	127,415,144	△ 4,574,648
管理受託等負担金	1,352,916,454	1,358,094,268	△ 5,177,814
⑤研究研修費	196,255,942	148,851,714	47,404,228
研究費	69,745,971	63,324,833	6,421,138
研修費	126,509,971	85,526,881	40,983,090
⑥経費	8,965,076,906	7,305,297,699	1,659,779,207
福利厚生費	213,870,364	205,501,404	8,368,960
旅費交通費	188,507,587	159,910,269	28,597,318
職員被服費	368,661,890	363,798,279	4,863,611
通信費	305,039,234	264,932,855	40,106,379
広告宣伝費	134,893,592	105,470,260	29,423,332
印刷製本費	86,235,617	89,919,645	△ 3,684,028
消耗品費	821,171,927	774,969,330	46,202,597
消耗器具備品費	243,726,159	308,413,683	△ 64,687,524
会議費	59,132,271	33,575,215	25,557,056
水道光熱費	4,349,245,765	2,922,885,028	1,426,360,737
保険料	197,603,991	194,942,490	2,661,501
諸会費	105,337,491	103,144,743	2,192,748
租税公課	537,630,449	563,595,479	△ 25,965,030
図書費	144,636,667	115,170,977	29,465,690
支払報酬手数料	579,986,488	558,380,297	21,606,191
奨学金費	254,469,660	286,832,588	△ 32,362,928
支払寄付金	86,840,985	85,283,854	1,557,131
貸倒引当金繰入額	119,786,019	35,525,445	84,260,574
長期前払費用償却	71,504,145	74,303,138	△ 2,798,993
支払負担金	79,099,477	41,263,138	37,836,339
雑費	17,697,128	17,479,582	217,546
2)その他費用	2,245,750,893	603,331,209	1,642,419,684
支払利息	461,953,860	455,247,678	6,706,182
患者外給食委託費	80,762,798	80,636,735	126,063
患者外給食用材料費	47,027,891	45,089,893	1,937,998
診療費減免額	0	167,150	△ 167,150
その他の費用	1,656,006,344	22,189,753	1,633,816,591
3)管理費	302,541,460	300,520,524	2,020,936
役員報酬	45,680,582	38,237,795	7,442,787
役員退職慰労引当金繰入額	760,773	731,862	28,911
給料手当	74,555,094	87,684,419	△ 13,129,325
賞与	6,491,836	5,438,564	1,053,272
賞与引当金繰入額	1,860,961	2,187,460	△ 326,499
法定福利費	10,446,798	11,871,867	△ 1,425,069
退職給付費用	1,333,004	1,252,757	80,247
福利厚生費	4,020,329	3,918,760	101,569
会議費	7,875,727	2,314,322	5,561,405
諸会費	61,432	43,608	17,824
旅費交通費	12,868,308	6,948,754	5,919,554
通信費	7,963,142	7,157,440	805,702
消耗品費	932,859	880,635	52,224
消耗器具備品費	3,599,667	1,983,734	1,615,933
修繕費	463,252	237,413	225,839
固定資産税等	377,612	467,390	△ 89,778
器機保守料	5,154,234	4,500,072	654,162
減価償却費	3,469,877	4,889,072	△ 1,419,195
印刷製本費	8,122,382	7,741,790	380,592
水道光熱費	832,765	777,263	55,502
地代家賃	42,048,088	44,811,006	△ 2,762,918
保険料	882,830	894,739	△ 11,909

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
地代家賃	42,048,088	44,811,006	△ 2,762,918
保険料	882,830	894,739	△ 11,909
租税公課	68,104	2,083,116	△ 2,015,012
支払負担金	8,685,751	9,172,342	△ 486,591
支払利息	123,158	204,302	△ 81,144
清掃委託費	1,240,390	1,282,413	△ 42,023
施設設備保守委託費	62,696	80,832	△ 18,136
その他の委託費	13,208,849	13,273,881	△ 65,032
支払手数料	26,649,606	26,556,273	93,333
長期前払費用償却	51,103	57,491	△ 6,388
図書費	258,865	324,380	△ 65,515
支払寄付金	68,200	72,000	△ 3,800
器機賃借料	1,201,943	1,256,020	△ 54,077
車両関係費	204,788	264,024	△ 59,236
研修費	0	22,828	△ 22,828
広告宣伝費	10,884,542	10,899,900	△ 15,358
雑費	31,913	0	31,913
経常費用計	143,771,176,866	136,082,859,746	7,688,317,120
当期経常増減額(A)	11,906,123,275	15,194,815,040	△ 3,288,691,765
2.経常外増減の部			
(1)経常外収益			
固定資産売却益	631,565	1,512,569	△ 881,004
金利スワップ評価益	10,829,074	17,406,648	△ 6,577,574
その他の臨時収益	42,585,375	8,374,700	34,210,675
経常外収益計	54,046,014	27,293,917	26,752,097
(2)経常外費用			
固定資産売却損	0	1,096,319	△ 1,096,319
固定資産除却損	356,826,557	1,348,477	355,478,080
その他の臨時費用	1,435,029,955	53,774,883	1,381,255,072
経常外費用計	1,791,856,512	56,219,679	1,735,636,833
当期経常外増減額(B)	△ 1,737,810,498	△ 28,925,762	△ 1,708,884,736
税引前当期一般正味財産増減額(C)=(A)+(B)	10,168,312,777	15,165,889,278	△ 4,997,576,501
住民税	151,000	151,000	0
当期一般正味財産増減額(D)	10,168,161,777	15,165,738,278	△ 4,997,576,501
一般正味財産期首残高(E)	25,753,776,795	10,588,038,517	15,165,738,278
一般正味財産期末残高(F)=(D)+(E)	35,921,938,572	25,753,776,795	10,168,161,777
II 指定正味財産増減の部			
受取地方公共団体補助金等	6,349,947,620	3,851,488,880	2,498,458,740
受取民間補助金等	7,868,400	13,660,900	△ 5,792,500
一般正味財産への振替額	△ 1,691,370,211	△ 1,018,198,788	△ 673,171,423
当期指定正味財産増減額(G)	4,666,445,809	2,846,950,992	1,819,494,817
指定正味財産期首残高(H)	11,281,563,577	8,434,612,585	2,846,950,992
指定正味財産期末残高(I)=(G)+(H)	15,948,009,386	11,281,563,577	4,666,445,809
III 正味財産期末残高(J)=(F)+(I)	51,869,947,958	37,035,340,372	14,834,607,586

研修会

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。

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

公益財団法人 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/>

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リティ資格取得の指導や、学位の指導まで幅広く行います。

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野良(岩手1984年卒)

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

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

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

●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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 富永眞一

会費のご案内

1. 年会費について

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

準会員(変更無し)……………10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

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

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

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。

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

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

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

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です！

○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×北海道移住「mateni」無料配布中！
（※詳しくは、北海道東京事務所ホームページにアクセス！）

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

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，対岸に秀峰駒ヶ岳と渡島連山，北に蝦夷富士の異名を持つ羊蹄山やニセコ連山を眺望する風光明媚な，人口約3,700人の町です。
 生まれ育った町で医療を受け，人生の最後を安心して迎える病院として，地域一般病床から療養型病床へ令和5年4月より転換，再スタートしました。新たなスタートを応援してください。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

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 北海道爾志郡乙部町字緑町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

北海道

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：106名（うち常勤医師6名）

所在地：〒080-0334 音更町緑が丘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 久米
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109

E-mail kume.akira@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立緑ヶ丘病院がある音更町は、北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり、とから帯広空港から約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



青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名

診療科目：総合診療科（院内標榜）

病床数：無床

職員数：19名（うち常勤医師3名）

所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340

E-mail jin_takeuchi@town.fukaura.lg.jp

特記事項：深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し、東には世界自然遺産に登録されている「白神山地」に連なっています。

当診療所は、民間医療機関等の閉院により、平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行ってあります。

へき地医療に関心のある先生方、短期間でも構いませんので、何卒ご協力をお願いします。なお、原則、土日祝日は休みであり、住居も完備してあります。

<https://www.town.fukaura.lg.jp>

受付 2023.7.24



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：73名（うち常勤医師7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 久米
TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109

E-mail kume.akira@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



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

※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 病院経営課 人材確保対策室（東田）

TEL 011-231-4111（内線25-853）

E-mail higashida.asami@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。

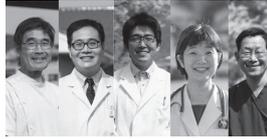


島根県

浜田市国保診療所連合体

(弥栄診療所・波佐診療所・あさひ診療所・大麻診療所)

●総合診療医 1名



診療科目：内科、小児科
 病床数：無床
 職員数：24名（うち常勤医師2名、非常勤医師2名）
 所在地：〒697-1122 島根県浜田市弥栄町木都賀1530-1

連絡先：健康医療対策課 地域医療対策係 田中
 TEL 0855-25-9310 FAX 0855-23-3440
 E-mail kenko@city.hamada.lg.jp

特記事項：①特色あるグループ診療：中山間地域の4つの診療所が市内の中核病院と連携しグループ診療を行っています。家庭医療専門医が在籍し、乳児から超高齢者、予防から在宅まで地域医療に総合的に携わっています。②多様な働きの「場」：公衆衛生的視点から保健医療福祉政策に参画するポストもあります。また、小学生から若手医師まで年間200人以上の地域医療実習を受け入れています。ぜひ一緒に働きませんか？
<https://teiju.joho-hamada.jp/recruit/>



受付 2023.7.24

熊本県

上天草市立上天草総合病院

●内科、外科、整形外科 若干名



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

病床数：195床
 職員数：360名（うち常勤医師13名）
 所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19
 連絡先：上天草市立上天草病院 事務部長 須崎
 TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546
 E-mail t.susaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

特記事項：上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、ほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれている自然豊かな地域です。当院は、「信頼される地域医療」を基本理念としており、看護学校、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター等を併設し、上天草地域包括ケアの中心的な役割を担っています。現在、地域の医療ニーズに応えるため、急性期、回復期、慢性期の医療を行っていますが、医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。何卒よろしくお願ひします。
<http://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2022.2.2

岡山県

備前市国民健康保険市立吉永病院

●内科・外科・整形外科 若干名
 (副院長候補)



診療科目：内科・外科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・脳神経内科・呼吸器外科・消化器外科・心臓血管外科・脳神経外科・整形外科・精神科・小児科・泌尿器科・婦人科・眼科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科

病床数：50床
 職員数：160名（うち常勤医師5名、非常勤医師30名）
 所在地：〒709-0224 備前市吉永町吉永中563-4
 連絡先：事務部 事務長 尾崎
 TEL 0869-84-2120 FAX 0869-84-3865
 E-mail bzyoshinaga-hos@city.bizen.lg.jp

特記事項：当院は一般病床50床の中小病院ですが、外来は1日250人を超え、救急受入件数は令和3年度436件・4年度438件、外科・整形等手術件数は令和3年度191件（全麻137件）・4年度226件（全麻147件）と、救急医療、へき地医療、小児医療、健診・予防事業など地域に必要とされる病院として多くの役割を担っています。また、3つの診療所を持ち、在宅医療、介護保険事業も積極的にを行い、国保直診の目指す地域包括ケアシステムの構築の促進を図っています。
<https://www.city.bizen.okayama.jp/soshiki/56/>

受付 2023.5.24

熊本県

球磨郡公立多良木病院企業団

●訪問診療、消化器内科、泌尿器科 若干名



診療科目：内科総合診療科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科

病床数：183床
 職員数：416名（うち常勤医師23名、常勤医師6名）
 所在地：〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210 9
 連絡先：総務課 係長 増田
 TEL 0966-42-2560 FAX 0966-42-6788
 E-mail info@taragihp.jp

特記事項：球磨郡公立多良木病院は、熊本県南部の九州山地に囲まれた球磨盆地にあり、近くには日本三大急流の1つである球磨川が流れ、自然豊かなところに位置します。当院は地域完結型医療を実践するへき地医療拠点病院として、附属施設の総合健診センター、介護老人保健施設、地域包括支援センター、在宅医療センター等を有しており、包括的な医療福祉提供の要として機能しています。また、へき地診療所2カ所等へ定期的に医師派遣をしており、へき地医療にも寄与しています。「地域医療・へき地医療に貢献してみたいと思われる方」「地域密着型の医療をやりたい方」「熊本県内で条件の良いところを探している方」「自然を体感したい方」「仕事だけでなく、ゆとりを持った生活をしたい方」など、このような医師の方、ぜひ当院にて働いてみませんか。
www.taragihp.jp

受付 2023.7.24

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」をご都合に合わせて開催しますので、お気軽にお問い合わせください。
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/139782.html>



大阪府

健康医療部 行政医師募集

募集数：行政医師 若干名
 勤務先：大阪府庁、大阪府保健所、大阪府こころの健康総合センター（精神保健福祉センター）など
 連絡先：大阪府庁 健康医療部 健康医療総務課 人事グループ 佐々木
 〒540-3570 大阪市中央区大手前2-1-22
 TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
 E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項：公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけでなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。
 私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康といのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。
 大阪府では、大阪府庁や保健所などに勤務する行政医師を募集しています。専門分野や行政機関での勤務経験などは問いません。業務内容や勤務場所、人材育成の体制や人事制度など、お気軽にお問い合わせください。また、府庁や保健所への訪問、見学なども随時受け付けています。詳しくは府の行政医師職員採用ガイドのページをご覧ください。
<https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/kousyueiseishi/index.html>



栃木県

公衆衛生医師募集

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

PR事項：栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。
 コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待ったなしで求められています。
 このような中、栃木県では、公衆衛生の理念を持ち、管理技術や地域分析・介入手法を学ぶ意欲があり、保健所や本庁などの行政機関に身を置いて地域の施策を支える公衆衛生医師への期待が高まっています。
 現在、栃木県庁では常勤の公衆衛生医師が保健所5カ所に5人、本庁に2人の7人体制ですが、体制の強化充実を図るため、計画的な医師の採用と育成を予定しています。
 これまでの経験が活躍へと結びつきやすいように、いずれの年代の入職でもモデルとなるキャリアパスやジョブローテーションを用意いたします。また、国での研修受講や、県内大学と連携し作成された社会医学系専門医プログラムを適用した履修も考慮されます。
 問い合わせ、相談、見学など歓迎します。随時受け付けております。
 募集の詳細については県ホームページをご参照ください。
<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/work/shikaku/iryuu/1273123952513.html>

佐賀県

公衆衛生医師募集

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

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



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 江原

〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1

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

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

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

<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12000/kousyueiseishiboshu.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(県内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: 鹿児島県は、3つの世界遺産や和牛日本一に輝いた鹿児島県牛をはじめとする世界に誇れる食や優れた県産品の数々のほか、歴史や文化など、魅力的な資源、すなわち「宝物」を多く有しております。このような自然豊かな県内において、ワークライフバランスを実現しながら、疾病予防や保健分野の施策に携わり、地域住民の健康を守るため、保健所や県庁で働いてみたいという熱意のある公衆衛生医師を募集しております。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・休暇等の諸制度の紹介や県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください！世界に誇る自然環境、暮らしやすい温暖な気候、おいしい食材に恵まれた「くらし先進県」であなたの力を発揮してみませんか。詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshuu/hokendoc2.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>

各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

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

【書籍】

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

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

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

【転載・二次的利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

1) 掲載料金は無料とする。

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

3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤雄二(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 副センター長)
	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 管理者)

(50音順, 2023.7.1現在)

編集後記

今月のインタビューは、2023年4月から地域医療振興協会が指定管理者となった和歌山県の有田市立病院管理者である加藤正哉先生です。以前、醤油で有名な湯浅町から美人の湯で有名な龍神温泉に行く途中に、立派な病院の前を通りました。記事からは地域の中核病院としての抱負が伺えます。

特集は「地域医療実習・研修でなにを学ぶのか」です。多くの高評価の事例が紹介されています。どれも素晴らしい中、「プロフェッショナリズム」の教育と、「文化人類学」を基盤にした地域医療学は、あまり耳慣れないものであり、大変参考になります。

先日、公益財団法人日本尊厳死協会の講演会に行きました。改めて人生の最終段階における自己決定権について考えさせられました。ACP(Advance Care Planning 人生会議)についても、より深く理解できました。地域医療は、保険診療のみならず、日常時の健康増進や予防医学から、終末期の医療までカバーするのであるならば、もっともっと深く考え、話し合うことが必要だと思います。我が国ではタブー視されている医師の幫助による安楽死までも視野に入れる必要があるのかもしれませんが、松山千春の曲に「人生の空から」というのがあります。読み方は「たびのそらから」です。これに倣うと「人生の終わりに」は「たびの終わりに」と読みますが、「人生会議」は「たび会議」と呼ぶのかなあ。リビングウィルを求めて「たび会議」しましょう。

北村 聖



月刊|地域|医学| 第37巻第9号(通巻443号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年9月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域をこえて、 かがやく未来へ。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



9784909117755



1923047006004

ISBN978-4-909117-75-5
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）