

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

11

2023
Vol.37-No.11

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

連携を考える

[企画] 田中 拓 川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長

●インタビュー

「地域の人々の「生きる」を支援する」

神野正博 社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 理事長

会員向け



JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



「大動脈弁狭窄症の治療 Lifetime managementを見据えた ハートチームアプローチ」[前編・後編]

前編10月1日配信 後編11月1日配信 ▶



田端 実先生

順天堂大学心臓血管外科 主任教授
虎の門病院循環器センター外科 特任部長
東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科 顧問



田端先生は東京大学卒業後、コロンビア大学、OLV clinic等への留学を経て、榊原記念病院に着任。2013年からは東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科部長に就任し、2019年より虎の門病院特任部長を兼任。現在は主に順天堂大学心臓血管外科主任教授として活躍しています。

ここでは、大動脈弁狭窄症(AS)の長期治療について、前・後編に分けてレクチャーしています。

前編では、AS患者の治療方針について、主に年齢(余命)・手術リスク・TAVI解剖リスク、AS以外の心疾患の要素を検討し、患者ごとに外科的手術かカテーテル治療かをハートチームで話し合い、決定していると解説。具体的に4つの選択肢を示し、実例を術中の動画などを提示しながら紹介しています。

後編ではASの長期治療において重要な「TAV-in-TAV」「TAV-in-SAV」の問題点や課題について解説。実例として生体弁劣化による重度AS患者に行った弁輪拡大AVR術を紹介し、ハートチームアプローチとして何が重要かを講義しています。

最後に田端先生は「地域で大動脈弁狭窄症患者で困った際には、是非ご相談いただきたい」と話を結びました。



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



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 生涯教育センター 担当:佐々木 TEL: 03-5212-9152(代)

目次

インタビュー

- 地域の人の「生きる」を支援する／神野正博 2

特集 連携を考える

- エディトリアル／田中 拓 12
- 地域での生活を支える／花戸貴司 13
- ゆけむり医療ネット／田能村祐一・岡田豊和・他 19
- 「地域医療連携推進法人」と日光ヘルスケアネット／杉田義博 27
- ポストコロナにおける保健所の役割／永井仁美 33
- 地域における在宅療養支援診療所と後方支援病院の連携／日下勝博 40
- 院内での多職種連携 - 連携による効率的なしくみ - / 宮本朋幸 45
- 当施設における卒後多職種連携教育と連携の実践 - 連携が生み出す効果 - / 楠本直紀・玉井杏奈・他 50

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121回“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施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 56

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断③／林 貴菜 65

Zoom In

- 介護老人保健施設あやがわ 68

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 睡眠不足症候群をご存じですか？～ICD-11にsleep-wake disordersが記載されました～ 71

レポート

- 第31回日本健康教育学会学術大会 72

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療07

- 群馬県 へき地って良いよね？／平山恭平 78

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師の活躍の場を／平賀京子 80

研修医日記

- 市立奈良病院での研修生活／小城拳士郎 82

自治医大NOW

- 高校生小論文・スピーチ動画コンテスト、「地域医療プレキャン」開催 84

お知らせ 86

求人病院紹介 91

投稿要領 98

編集後記 巻末

INTERVIEW

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 理事長
神野正博先生



地域の人の「生きる」を支援する

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

理事長となって経営改善に着手

山田隆司(聞き手) 今日は、石川県七尾市の恵寿総合病院理事長の神野正博先生をお訪ねしました。

神野先生には先日地域医療振興協会での病院経営についてレクチャーをしていただきました。また私自身、以前に病院関係の月刊誌の編集委員をご一緒させていただいておりましたので、先生のご活躍ぶりは承知していました。そんなご縁があり今回は先生の病院経営の取り組みを、ぜひ「月刊地域医学」の読者の皆さんに紹介したいと思い、直接病院の方へお伺いしました。

神野正博 ようこそお越しくださいました。当院は、現状、医師不足、看護師不足だけではなく、患

者不足でもあります。それだけ人口が減少して、高齢化が進んでいるという地域で、これからどう生きていくのかというのは、私たちにとって大きな課題です。

さて、本題に入る前にまず、私の経歴を少し話したいと思います。

山田 はい、よろしくお願いします。

神野 私は1980年に日本医科大学を卒業して、金沢大学第二外科(消化器外科)に入局しました。1年目は大学にいて、2年目は富山県立中央病院という超急性期で手術に明け暮れました。3年目は大学に戻って、4年目に珠洲市総合病院へ行くことになりました。ここに行くと、実は私

の意識が変わったのですね。それまで消化器外科しかやっていた人間が、内科医数人、外科医3人、産婦人科、整形外科各1人という総合病院に外科医として行って、でも外科以外のことも何でもやらなくてはならない。当直は週1回ありましたし、横に教科書を開いて小外科手術をやったりもしました。それが許されたし、もちろんやったことに対して責任は持たなければいけなかったですし、「どうしてもこれは無理だ」と思ったら、救急車に同乗して七尾や金沢まで行ったという経験をしました。それはあとあと地域医療を考える上で非常によい経験だったと思っています。

山田 珠洲市総合病院は地域の唯一の公立病院ですね。何年ぐらいそこにいらしたのですか。

神野 たった1年です。そこではへき地診療所に週1回、出張診療にも行っていました。

ほんの1年だけでしたが、へき地医療に従事する先生方の気持ちが分かった気がしました。

その後はずっと金沢大学でバリバリの消化器外科医として、臨床に加えて実験をしたり、論文を書いたり、学会発表をしたりしました。日本癌学会の学術総会で、癌の転移のメカニズムというような内容で発表したら、「癌の転移のメカニズム判明！」と、読売新聞の全国版に載ったこともありました(笑)。「嘘つけ」ですよ(笑)。

そして、1992年、医師になって12年目にこの病院に来ました。ここは祖父が作った病院で私は3代目になります。最初は外科科長として戻ってきて、1年後に病院長になり、その1年半後に理事長になりました。

山田 帰ってこられたときは、お父さまが理事長

だったのですか。

神野 そうです。父が理事長兼病院長でした。だから帰ってきて私も外科医として若い医師と一緒にやっていたのですね、ところが、病院長になり、理事長になったら、銀行の担当者が来て、「今の経営状態をどうするのですか？このままでは職員のボーナスが出せませんよ」と言われ、ハッとしました。実は拡大戦略でかなり投資をしていたので、借入金が大きかったのですね。

山田 それは銀行も必死ですね。

神野 はい。それで何とかしなければいけないと思ったのですが、考えてみたら自分は病院長ですが、ほとんどのドクターも事務長も、スタッフたちも私より年上なのですね。この人たちに自分の思いを告げるときに、経験則からしても同じ土俵に立ったら駄目だと思い、当時、コンピュータというものがようやく出てきた頃で、ニューフロンティアはICTだというので、そちらを推し進めることにしました。若いドクター何人か、私よりも得意な人たちもいたので、その人たちにも協力してもらいました。

そこでまず、医材の仕入れの効率化を図れば少し赤字が解消するのではないかと考えて、いろいろチャレンジを始め、最終的に1994年にSPD(Supply Processing and Distribution)、病院が使用する医薬品などの医療消耗品の供給・在庫・加工などの物流の一元管理を導入しました。つまり物品にバーコードをつけて管理するスーパーマーケットと同じシステムですね。それを病院で初めて導入しました。

山田 今では当たり前のことになっていますが、先生の病院が最初だったのですね。

ICTを導入した物の管理から情報の管理まで

神野 始まりはSPDでしたね。でもSPDも最初から今の形があったわけではなく、たまたま院内清掃に入ってもらっている会社の人と話していたら、物品管理システムを持っているというのですね。それでやってもらうことにしました。方法は、今のエクセルのようなソフトに各現場からの数年分毎週の発注伝票と払い出し伝票のデータを入力して、各部署が1週間にどれだけ使用するかというデータを出し、それをもとに在庫定数を設定しようというものでした。ところが、実際に「誰が物品を請求して運搬するのか?」ということが問題になりました。みんな忙しくて誰もできないと言う。「人を増やせばできるか?」という、きちんと分かる人を増やさなければいけないから一朝一夕にはできない。それで約1年でこの契約は解消しました。

ところがそのときのデータをABC分析するとおもしろいことが分かったのです。数量では2割なのに価格では8割のものをカテーテル室と手術室で使っていたのです。そこでその部署で最も納品の多い卸の会社と交渉して、カテ室・オペ室の医材管理を一括委託して、病院は使った物だけ支払うというシステムを立ち上げました。管理業務は無償としてもらいました。

ところが、これらの部署では製品の入れ替わりが激しく、価格が次第に高騰していることが分かったのです。委託した卸と交渉したところ、卸が「恵寿病院のために800万円くらい在庫リスクを抱えている」ということで、それが価格転嫁されていることが分かりました。それは当たり前の論理で、「物流」について考えていな

かったことに気づき、即座に契約を解消しました。

それから新たなソリューションを検討していたところ、三菱商事が新しい物流業務のアイデアのプレゼンに来たのです。話を聞いてその場で、「明日からやりましょう」ということになりました。価格は病院が卸に交渉し、病院が決めた医材が物流センターに運ばれる。物流センターで全ての品物にバーコードを付けて、物流業者が各部署の棚に納品する。病院は使ったときにバーコードを読んで、それで支払いが発生する。価格と物流経費は別建てとし、物流業者には管理費を支払う。そのシステムを立ち上げて今に至るわけです。

山田 三菱商事が物流センターを持って在庫を抱えたわけですね。いくつかの病院と契約したのですか。

神野 当初は当院だけでしたが、今は石川県では金沢大学や金沢医療センターはじめ、大手のほとんどが導入し、全国で300以上の病院で導入されています。それからこのSPD導入病院が中心となって、NPO法人で共同購入グループを作りました。また薬剤のSPDも卸と一緒に構築しました。

ICTを導入して物の管理から始めた改革は、電子カルテと統合カルテ、コールセンターを確立して医療・介護・福祉を一元化したデータベースの構築、ユニバーサル外来による外来の効率化、「カルテコ」サービスなど、情報の管理へつながっていきました。

病院経営の難しさ

山田 まず物品管理から経営改善に取り組まれたお話を伺いましたが、それ以後も次々に新しいことを導入していらっしゃる、その行動力がすごいですね。

神野 いやいや、最初に赤字を指摘してくれた銀行の担当者のおかげですね。

でもうまくいかなかったこともたくさんあります。うまくいったことというのは、どちらかというとしばらく自分が関わった案件で、うまくいかなかったのは、「これでいいだろう」と思って任せてしまったものが多いですね。

山田 先生は多角的に新しい取り組みをされているので、セクションごとに担当者を育てる必要があるのですが、ただ、直接先生が時間をかけて関わらないと難しい部分もあるのかもしれないね。

神野 そうですね。現在、当院の全てのシステムは院内クラウドに仮想化し、2019年から仮想化サーバはハイパーコンバージドインフラストラクチャ(HCI)に更新しました。実は息子が数年前に当院に戻ってきて、息子の方が私より、さらにそちらの方に強いので、そこから生まれるデータ分析は息子が担当しています。

山田 それは大変心強いですね。

われわれ地域医療振興協会はいくつかの病院を運営しており公的病院の指定管理というケースが多いのですが、管理者といっても基本的には個人が全面的に経営の責任を持つというわけではないのですね。でも、民間病院の理事長となると個人的な経営責任も重く、さまざまな努力を重ねて事業を継続させたり、病院を発展させたりしているのだということを、先生のお話



聞き手: 地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

を伺って強く感じました。

神野 今は違いますが、10年ほど前まで借金は全部、私がサインしていたのですね。普通1千万円の借金のサインをする時は「どうしようかな……」と思いますよね。でも10億、20億、30億になると、「どうでもいいや。どうせ返せっこない」という感じで、サインしていました。それがあある意味、責任というか、覚悟になったのだと思います。今はそれをしなくてよくなりましたが、例えばトヨタ自動車の社長は、トヨタ自動車の借金のサインを個人的にするわけではないはずです。だって、会社として借りているのであって個人で借りるわけではないのですから。それと同じだということを主張し続けたら、だんだん借金の保証人はしなくてもよくなりました。公的病院の場合には、派遣された院長が借金の何億円かの個人保証はしませんよね。

山田 しないですね。

神野 それが気持ち的には大きかったですね。

山田 そう思います。でも「職員のボーナスが払えない」と言われ、自分の責任だと思う覚悟がな

いと、先生のように大胆な経営改革はできない気がします。

ただ、一方で、他業種の民間企業と違って、医療というのは公定価格、人員配置の基準などいろいろな制限がある中で運営をし、事業を堅持しなくてはならないという特殊な環境だと思うのです。私が思うに、日本の医療環境は、病院医療に非常に厳しく一次医療に甘い。政治的にも病院の意見は診療所に比べて届きにくい印象です。

神野 おっしゃる通りです。コロナ患者を多く診たのは病院だし、例えば東日本大震災のときにも石川県のJMAT隊員の9割方は病院職員でし

たよ。

山田 本当にそうですね。病院医療についても、日本の病院の大半は中小規模で、実はそういう病院が地域医療を守っています。一方で大学病院や大病院の先端医療にはハイライトが当たるのに、地道に地域を守っている中小病院のことはあまり知られていない気がします。現在地域の医療を守る病院が事業を維持すること自体がいかに厳しいかということも、もっと声を大きくして言いたいですね。覚悟を持って地域医療を守っているところには、もっと手厚い仕組みにしてほしいと感じます。

けいじゅヘルスケアシステムで「生活」を支援する

山田 ところで先日の先生のレクチャーの中で、総合診療、高齢者医療、地域包括ケアなど、地域のニーズに応えられるようになっていかないと、これからの病院は厳しいのではないかというお話があったかと思いますが、今後、先生の病院も含めて、われわれが選ばれる医療提供者になるためには、どうしたら良いのか。先生はどのように考えていらっしゃいますか。

神野 私たちの法人で、唯一この地域にないのは金沢の病院なのですが、それ以外はこの能登地域に病院、外来クリニック、介護施設、デイサービス、デイケアなどをみんな集約しています。私の目指すモデルとしては、「医療も介護もなく一気通貫でサービスを提供する」という仕組みです。それが「けいじゅヘルスケアシステム」です。地域の中で、医療・介護を連携、統合する

だけでなく、そこに「生活」を統合して、必要なサービスを考えていくということが今後の道だと思っています。

患者が住む生活の場を主体として、医療や介護の提供を図る。生活の場で医療が必要になったら外来クリニックや訪問医療を受ける。具合が悪くなったらすぐに病院で診てもらえる。病院で医療を受けたら生活の場に帰ってもらう。そして自宅で生活するのが困難になったら通所介護、訪問介護、そして介護施設で介護サービスを受けることができる。

病院がなく、外来クリニックや介護施設だけだったら最後の砦がないわけで、またこの病院だけだったら、患者さんが生活の場に居ることが困難になったときに何もできないことになります。もちろん他と連携するという方法もあり



ますが、われわれは一法人だから風通しよく、患者さんの流れを作ることができる。そのフローをきちんと作れるのは一法人だからこそだと思っています。

山田 そう思います。東京だと、通院できる間は大学病院や大病院であらゆる検査やあらゆる処方を受けていた人が、要介護状態になったら医療も含めまるめ方式になり、介護施設にとっては「どうしてこんなにたくさんの薬を飲んでいるのか？」ということになる。医療と介護の断絶があって、糖尿病の治療が優先なのか、癌の継続した療養が必要なのかも分からない。そこで突然、医療難民のようになってしまうという事例も珍しくありません。先生が言われるように医療と介護の一体化は、本来当然のことだと思うのですが、リソースが豊富なところでは、受診する患者をそれぞれ臓器毎パーツとして診ているだけで、患者さん中心のPersonal Health Record (PHR) のような考え方自体が希薄です。そういう意味では、ある程度資源が限られてい

る地域や、1つの法人でサービスを提供されることで、その質を保つことができるのではないかと思います。

それにしても先生のところがすごいのは、「カルテコ」というシステムで、患者さん側に全ての診療情報を提供して、患者さんがどこへ行っても、ある程度質が担保されるように配慮されているところだと思います。「カルテコ」について少し教えていただけますか。

神野 当院では2011年から国の補助金を使ったPHRの試行を始め、2017年からは、患者の病名、手術・処置名、検査データ、処方内容、画像データ、健診データを患者自らがスマートフォンやパソコンで管理できるようにしました。これがカルテコというシステムです。医療を介した生活支援と患者の医療への参加は、私が長年試行してきたものです。

山田 この「能登モデル」は、いろいろな地域で参考にできますね。

神野 先生のいる台東病院がある東京では、この病

院のモデルは無理だと思います。病院はいっぱいあるし、人も多いし。でも地域医療振興協会が指定管理者になったり、自治医大卒業生が赴任しているような地方には、ここのモデルはありだと思います。

山田 私もそう思います。

神野 みんな顔が見えているからできるのです。新患で受診した人も5年前に一度かかったことがあるとか、ここに通院している患者の子どもだったりなど、何らかの関わりがある人ばかりです。そういうある程度限られた人口だからできるのだと思います。だから、当院のシステムは人口減少地域モデルです。

山田 そうですね。でも、人口減少、高齢化というのは全国的な課題で、それなのに変わっていない病院が多く、424の公的病院の再編成の話が出るのは当たり前のことのようにも思います。

神野 みんな5年後、10年後にどうなるかは分かっていると思うけれど、「現状が良ければいい」という感じだと思います。それからやはり「医療安全」を考えたら、新しいことをしないほうが良いのです。今まで通り、マニュアル通りの仕事をするのが一番安全です。マニュアルから外れたことをすると「医療安全は大丈夫なのか？」という話になる。これは医療職の特徴で今までやったことのないことを始めることには抵抗があって、なかなか進まないですね。

未来のことを考えたら、今やっている仕事を変えなければいけない。過疎地ではオンラインで対応すればいいと思います。でも今、実際に

患者が来ているのだから、オンラインは必要ない。コロナのときならいざ知らずということになってしまっているのです。

山田 なるほど。でも、コロナは一方ではインパクトがあったわけで、医療も、コロナ以前には戻れないし、戻らない。だから、むしろその何年かの改革が否応なしに進んだという部分がありました。でも先生はそれを、いつも最先端でやっていたに決まっていますよね。

神野 伝道師のように、「変わらなければ！現状維持は悪なんだ！」と何回言ったか。そう言っていないと、われわれの意識は変わらないのですよ。結構エネルギーが要りますが。

山田 そうですね。病院のマネジメントがいかに大変かというのは、先生のお話を聞けば聞くほど感じますが、でもやはり医師がマネジメントを担っていくというのは、非常に重要なところかなと思います。

神野 その通りです。チームといっても、やはり医師の指示がないとできない仕事ですから、ある程度医師がきちんと責任を持つことも含めて、やらないといけないと思います。

例えば電子カルテを入れるとか、システムを作るというのは、業者さんをお願いすればいい。ただ、その中の文化は自分たちの問題です。仕組みそのものは外に頼んでも、「変えます」というのは病院の責任として、宣言しないとイケない。誰かがやってくれる、というのに頼るわけにはいかないと思います。

覚悟を持って事に当たる

山田 最後に、次世代の若い先生たちに向けて、メッセージをお願いします。

神野 物事をするときには、やはり覚悟が必要で、覚悟がないと上っ面だけで、誰もついてきません。大きなプロジェクトであろうが小さなプロジェクトであろうが同じです。

どれだけ自分たちの課題、危機意識を認識して、覚悟を持って事に当たることができるか。危機意識というのは、病院の場合には経営環境かもしれないし、人口の問題かもしれないし、

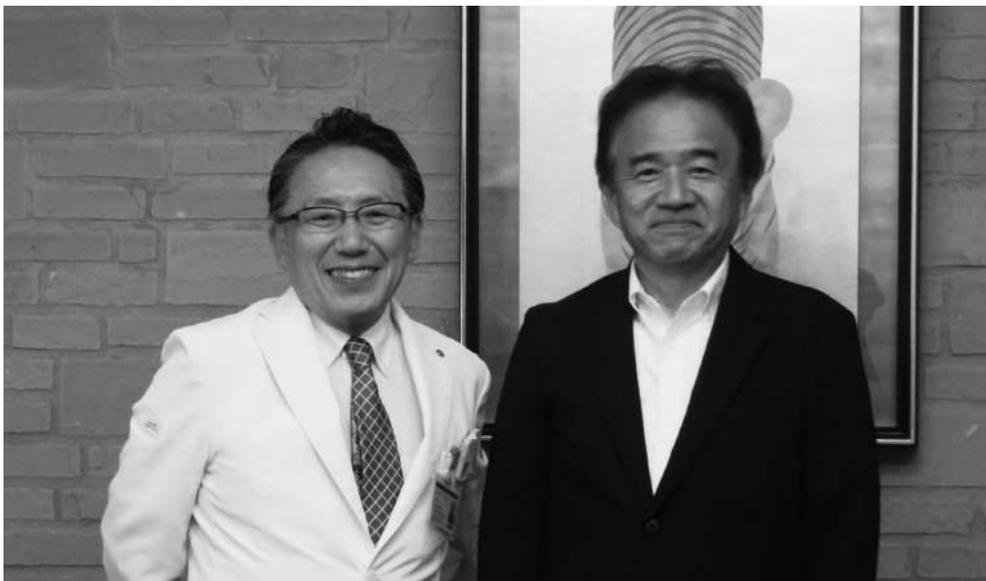
その他にもいろいろあると思います。それに対してどう向き合うか、どうその課題に取り組むかというところに、「自分がやるんだ」という覚悟が必要だと思います。

山田 良質な医療を守っていくためには、やはり覚悟を持って、自分がリーダーシップを取らなければいけないということですね。

神野先生、今日はお忙しい中、ありがとうございました。

神野正博(かんの まさひろ)先生 プロフィール

1980年日本医科大学卒業。金沢大学大学院医学専攻科卒業後、金沢大学第二外科助手などを経て、1992年恵寿総合病院外科科長に着任し、1993年同病院長となる。1995年特定医療法人財団薫仙会(2008年11月より社会医療法人財団に改称)理事長に就任し、2011年より社会福祉法人徳充会理事長を兼任し、現在に至る。



投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

連携を考える

企画：川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長 田中 拓

特集

●エディトリアル

●地域での生活を支える

●ゆけむり医療ネット

●「地域医療連携推進法人」と日光ヘルスケアネット

●ポストコロナにおける保健所の役割

●地域における在宅療養支援診療所と後方支援病院の連携

●院内での多職種連携 - 連携による効率的なしくみ -

●当施設における卒後多職種連携教育と連携の実践
- 連携が生み出す効果 -

エディトリアル

川崎市立多摩病院 救急災害医療センター センター長 田中 拓

今回は連携をテーマにさまざまな立場から工夫と実際をご紹介いただいた。コロナ禍を経て、働き方にも変化が求められる昨今、多くの地域、病院、診療所、施設などで多部署、多職種での連携、協働の必要性が再認識され、そのあり方も変化している。単に顔の見える関係から、関係部署全体がより有機的に関係を構築し、住民の生活を支えることが求められている。

花戸貴司先生からは地域共生社会、地域まるごとケアをキーワードに東近江における「三方よし研究会」「チーム永源寺」についてご紹介いただいた。医療福祉関係者、行政関係者や市民がつながり、職種や立場を越えて連携し、コロナ禍においても絶えることのない顔の見える関係がしっかりと地域に根付いている様子が分かる。

田能村祐一氏には別府市における地域医療連携の仕組みである「ゆけむり医療ネット」についてご紹介いただいた。医療現場においてもIT技術の躍進は目を見張るものがあり、全国でも率先した地域医療でのDX活用を知ることができる。

杉田義博先生には「地域医療連携推進法人」について解説をいただいた。人口減少の進む地域で複数の医療機関が法人を形成し、効率的な病床運用、経営を行う地域連携の一つの形であり、地域課題解決に向かう仕組みである。

永井仁美先生には保健所が地域の連携に果たす役割についてお示しいただいた。コロナ禍において保健所業務は市民対応、医療機関対応、行政対応、ワクチン、データ収集、調査追跡など多岐にわたり、その役割の大きさを市民も強く認識したと思う。地域生活のインフラであり、健康危機管理の拠点である保健所の平時からの備えを知り、より良い連携に結び付けたい。

日下勝博先生の論文では在宅療養を担う立場から患者、家族と寄り添うことが連携をより有効に活かすことにつながる事が分かる。患者、家族の思いをもとにイニシアチブをもって必要な病院と連携を図る。本当の意味での個別化した医療の提供を知ることができる。

宮本朋幸先生からは院内での多職種連携についてご紹介いただいた。チーム医療を統括する推進委員会があり、それぞれのチームがチームダイナミクスの要素を踏まえ活動している。限られた院内の職員が自身の役割を認識し、業務を遂行するための仕組み作りのヒントになる。

最後に少し視点を変えて、若手職員の教育というアプローチから楠本直紀先生にお示しいただいた。多職種連携を教育、研修という観点から整理し、入職時から経験を積むことで、より高度な現場に即した連携ができる人材を育成する仕組みである。

いずれの論文からも、突然連携ができ上がるわけではなく、経験を積み重ね、改善を繰り返しながら形作られ、コロナ禍に揺さぶられながらも現在に至り、これからの時代に合った変化を見通している事が分かる。読者の各地域においても、それぞれの地域の特性にあった連携構築を模索されていることと思う。本特集はその一助になればと考える。

地域での生活を支える

The Connection of Integrated and Community based Care

東近江市永源寺診療所 所長 花戸貴司

POINT

- ① 目の前の患者さんに対する医療の役割が変化している
- ② 多職種連携会議，どのようなことがあっても始めたものは必ず続ける
- ③ 具体的に行動できるシステムづくり
- ④ メーリングリストによる日々の情報交換

はじめに

東近江市永源寺地域は，滋賀県南東部に位置し，三重県との県境に接する山間農村地域である。地域の人口は4,800人，高齢化率は38%を超え，集落によっては50~80%と高齢化率の高い地区もある。この地域には当診療所以外はもう1軒の開業医さん，調剤薬局は2軒，デイサービスやショートステイを提供する介護施設はあるものの，訪問看護ステーションやリハビリ施設はない。ましてや病院などの入院施設もない。そのような医療介護資源の乏しい地域である一方で，年老いても地域での生活を続けたいと希望される方は多い。医療・介護資源の少ないこの永源寺地域でも，地域包括ケアシステムを進めるため，介護保険スタート時からさまざまな取り組みを行ってきた。高齢化率が全国平均よりも10年以上も進んだこの地域での取り組み，人々の生活の営み，そしてそれを支える多職種と地域のつながりを紹介させていただき，今後の地域共生社会の可能性について考察する。

多職種連携で生活を支える

筆者がこの永源寺診療所に赴任して23年が経つ。それまでは大病院に勤務し仕事を中心の生活であり，たくさんの病気を診ることがとても楽しく，また，それを治療することに充実感を覚えた時期でもあった。しかし，運ばれてくる患者さんの中には老衰あるいは，がん末期など，医療で手を尽くしても救うことのできない人々もあり，彼らを目の前にして，医療の限界を感じるとともに，「本人にとって最善を尽くしているのだろうか？」という疑問があった。病院へ運ばれてくる方の中には，すでに意思表示ができなくなっている人々も多く，そのような時にどのような治療を行うかを決定するのは，本人ではなく家族であることが多い。突然に突きつけられた身内の生死を選択する判断を迫られた時，無条件に身内の死を選択できる家族はほとんどおられなかった。当然といえば当然である。そのような大病院での研修は，充実した仕事の一方で，病院から施設あるいは在宅へと，

特集

慌ただしく目の前を通り過ぎていく患者さんと家族を眺めながら、その先のことまでは理解できない日々であった。

しかし、診療所に赴任すると急性疾患ばかりではなく慢性疾患を診る機会が増え、小児はもちろん高齢者の方、在宅で過ごされる方々を診察する機会が増えた。仕事以外にも地域の行事やボランティアなどにも積極的に参加した。患者さんとは病気以外の話をすることが多くなったが、話を聴いてもらうだけで満足して帰る患者さんたちの後ろ姿を見ながら「この人たちは、何のために診療所に来ているのか？」と戸惑うこともあった。今から考えると、自分が診療所で何をすればいいのか分かっていなかったのだと思う。

地域には身体的あるいは社会的問題を抱えた多くの人が生活している。高血圧や糖尿病、がん、障がい、難病といった「疾患」だけではなく、高齢者世帯あるいは一人暮らし、ひきこもりや貧困など、社会的困難な「状態」を抱えた人などがたくさんおられる。病院勤務時代は、このような状態までどのように医学的に管理しようかと思案したがうまくできなかった。今から考えると、医療で解決できる問題は少しばかりでしかないことが分かっていなかったのだと思う。しかし、診療所勤務となり、そのような人たちを支えるために地域に存在する多くの社会資源を知った。そして、医師一人ではできないことも、看護師、介護スタッフ、薬局、行政、そして、ご近所の方など多くの方の連携があれば、支えることができることを数多くの事例で経験した。

地域での顔の見える関係づくり

年老いても地域の人々が、安心して生活するために必要なことは何であろうか？ その一つの答えが「地域共生社会」であるかもしれない。筆者は、さまざまな分野の専門職が各々の立場でアセスメントしながら、医療・看護・介護といった「目に見えるサービス」を提供する一方で、精神的にも孤立しない安心感を持てる



写真 毎月第3木曜日に地域の多職種が集まる「三方よし研究会」中央が筆者

「目に見えないつながり」こそが、地域での生活を支える両輪になると考えている。「目に見えないつながり」とは、医師や看護師などの専門職といつでも連絡がとれることや、24時間対応の訪問サービスだけではない。家庭や地域の中で自分自身の居場所や役割を持つこと、家にいても顔見知りのご近所の方々が訪ねてきてくれたり、心配なことがあれば、すぐに相談できる人がそばにいることなど、その家庭あるいは地域コミュニティのインフォーマルなつながりである。重ねて書くが、在宅生活を支える専門職にとって、医療介護連携のような「目に見えるサービス」と地域の人たちの「目に見えないつながり」をいかに相互協力させていくか、それこそが、本来目指すべき「地域共生社会」の姿だと考える。

永源寺地域が属する東近江医療圏は、人口22.9万人、高齢化率25.4%の地域である。病院数は11、診療所は136、医師数は404と人口10万人あたりの病床数、診療所数、医師数は全国平均を下回っている¹⁾。この地域では2007(平成19)年9月より毎月第3木曜日夜に「三方よし研究会」を開催している(写真)。この研究会は地域の多職種が月に1回集まり、地域の保健・医療・福祉の話題について話し合っている。会議は車座になり、時間厳守というのが基本的なルールである。この研究会は、「脳卒中連携パス」検討会からスタートし、当初は脳卒中連携パスの議題が中心

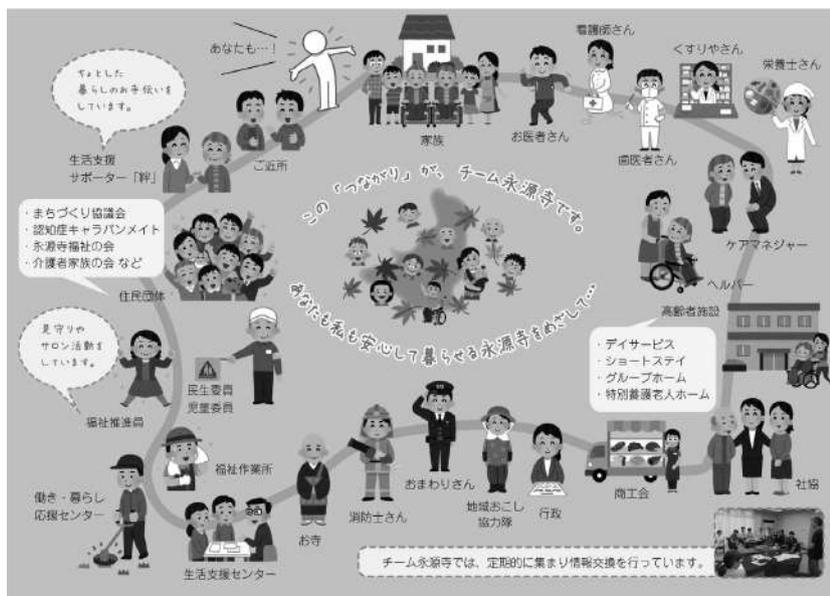


図1 「チーム永源寺」は医療・介護の専門職だけでなく、地域住民も参加する。

であったが、糖尿病、CKD、がん、難病、在宅支援、そして認知症など多岐にわたり、参加する職種も医療・介護職のみならず、薬剤師、行政、ジャーナリスト、地域で活動する団体、患者の会など幅広い。参加者も圏域内のみならず県内・県外から毎回120～150人を数える。この研究会に参加することにより、地域の多職種がまさに顔の見える関係になっているのである。また、月に一度の研究会以外にも日々メーリングリストを通して会員間で情報交換を行っている。このような日々どこかでつながっているという関係が、顔の見える関係づくり、そして支える人たちのネットワークづくりの一助となっている。この研究会のおかげで、急性期・回復期・維持期の各施設、そして在宅チームの顔の見える関係ができていてと感じている。

近年、新型コロナウイルス感染症の流行により、密を避け対面で集う機会がはばかれるようになったが、三方よし研究会はこの月に一度の集まりを継続するため2020年3月からはオンラインで開催している。当初は慣れないことも多かったが比較的スムーズに移行できたと感じている。

また、保健所の圏域レベルのような広域の多職種連携だけではなく、各々の現場での顔の見える関係づくりを行うため、永源寺地域でも月

に一度、地域の多職種が集まる連携会議「チーム永源寺」を開催している。こちらの会議には、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパー、介護施設職員、社会福祉協議会、行政などの専門職、そして、それ以外にも、商工会、地域おこし協力隊、警察、宗教者、障がい者福祉作業所、働き暮らし応援センター、地区民生委員、まちづくり協議会、認知症キャラバンメイト、地域ボランティアグループ「絆」が参加し、まさに地域の多様な人々が参加する会議となっている(図1)。こちらも三方よし研究会同様に毎月の開催を続けている。双方ともに筆者が実行委員長ならびに主催者となっているが、一度始めたものは必ず続けることを念頭においている。コロナ禍でこのような地域の連携の場は大きく二つに分かれたと考えている。一つはオンライン・対面・ハイブリッド、どのような形でも今までと同じ頻度で開催したグループ、そしてもう一つはコロナを理由に「中止」あるいは「延期」をしたグループである。どちらが平素からつながりが保てているかは自明である。

地域まるごとケア

一般的に「地域包括ケア」が語られる時、疾患を発症した後の治療、そしてリハビリ、摂

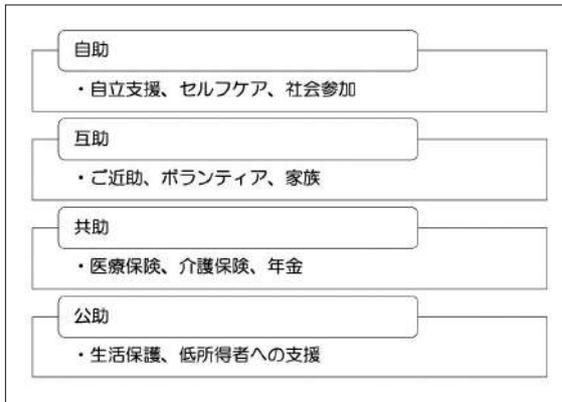


図2 多様な地域資源

食・嚥下、再発予防など、医療と介護の連携についてはしばしば口にされることである。しかし、それらは言い換えると、病になった臓器を連続的にみる仕組みづくりでしかない。それだけで地域の人々の生活を支えることはできるだろうか。先ほど述べたように、目に見えるサービスである医療と介護のみで地域の人たちの生活を支えるのは難しいのではないかと考えている。その一方で、地域社会に目を向けると、目に見えないサービスが数多くある。それは、自立支援やセルフケアといった「自助」、ご近所さんやボランティアなどお金の発生しないインフォーマルサービスである「互助」、そして我々が活動している医療保険や介護保険サービスとしての「共助」、行政などが行うインフラ整備や低所得者への支援、地域福祉計画などの「公助」がある(図2)。筆者は地域の人たちの生活を支えるためにはこれらの「自助」「互助」「共助」「公助」が互いに結びつくことが重要であると考えている。正直なところ、病院で仕事をしていた時は、「共助」、その中でも医療しか経験するこ

とがなく、退院後に医療管理以外にどのようなサポートを受けて患者さんが生活しておられるのか、なかなか想像がつかなかった。しかし、地域に目を向けると我々医療・介護スタッフ以外にも、数多くの支える人たちがいたのである。前述したように年老いても、認知症になっても、あるいは障がいを抱えても、地域の人たちがコミュニティの中で支えあって生活していたのである。実はここに、超高齢社会で目指すべき「地域共生社会」の姿があるように思う。つまり疾病中心で考える医療・介護の連携であるIntegrated care(総合ケア)と、地域コミュニティの中で支え合うCommunity based care(コミュニティ基盤型ケア)がうまくつながり合うことなのである(図3)。筆者はこのようにつながりを、「地域共生社会」よりもさらに広くつながることを意味する「地域まるごとケア」と呼んでいる。

そのような地域まるごとケアが実現している地域で生活をし、また、人生の最終章をどのような場所で誰と生活をしたいか、そして、どのような治療や療養を希望されるかということを事前に確認しておく。すると、病気を患ったとしても患者さんや家族の方々は、「安全な」病院や施設に入ることよりも、「安心して」地域で生活することを希望される方が多い。そのような取り組みもあって永源寺地域での在宅看取りの割合は約50%に達しているのである。全国平均の18%と比べてもそれなりに高い割合である。これは永源寺地域の人が年老いても安心して暮らしておられる結果なのだと思う。

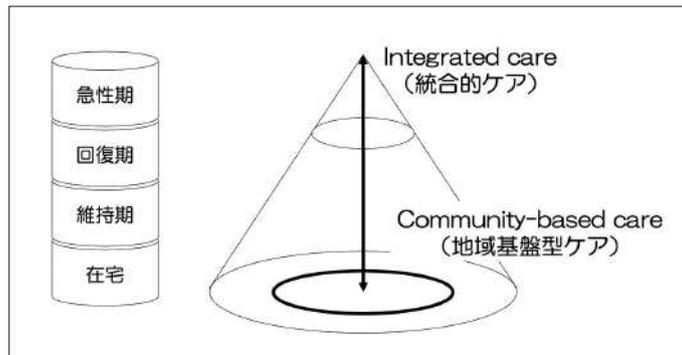


図3 地域まるごとケアのイメージ

表 二人主治医をすすめる状態像

年齢が85歳以上
4つ以上の診療科に継続受診している
訪問看護指示書を病院医師が発行している
認知症と診断されており、指導を理解実行できない
1年以内に死亡しても驚かない(サブライズクエスチョン)
要介護1以上の介護認定をすでに受けている
服薬管理ができない
待合室で長時間待つことが辛い
タクシーを用いて受診している
院内移動に車椅子が必要

地域の人たちに支えられ

高齢になるにつれ、管理すべき疾患の数が増え、生活の支援が必要になることはしばしば経験することである。しかし、そのようなときに疾患ばかりに目を奪われてしまうと、疾患ごとの専門医が増える一方で、生活上の課題を相談できるかかりつけ医機能が失われ「医療化」が進む傾向になる。著者が所属する東近江医師会では、表のような状態であれば、病院専門医だけでなく、地域のかかりつけ医を持つように、地域の基幹病院と地域医師会員との間で申し合わせをしている。専門医とかかりつけ医の二人主治医制を進めることにより、支えるチームとして疾患だけではなく生活上の課題を解決する視点を取り入れることができ、より早い時期から多職種で関わるのが可能になる。そして、その医療・ケアの方針を決める際に重要となるのが当事者の言葉である。

しかし、実際の現場では、今まであまり関わってこなかった遠方に住む子が突然やってきて、本人と我々スタッフが話し合ってきた医療・ケアの方針が揺らぐことがある。かと言って、離れて暮らす家族に本人との対話を促すだけでは、すんなりと進むわけではない。そこで、著者は、外来診療の場面で、人生の最終章を「どこで」「どのような療養を受けながら」過ごしたかを元気なうちから患者本人に尋ね、カルテに記載している^{2),3)}。カルテは毎回プリントアウトし、お薬手帳に貼り付け、患者に渡し、家族

や介護支援専門員等の介護スタッフも目にしていく。また、一医療機関の取り組みだけでなく、東近江医師会では2018年度より介護保険新規申請および更新時に、本人あるいは家族が記入する「主治医意見書作成のための問診票」を作成した⁴⁾。このなかに人生の最終章に関する本人の希望を話し合うように勧める項目を設けている。この判断が決して最終決定ではないことを付記し、家族や専門職が本人と人生の最終章を含めた対話を繰り返すよう促している。このように、生活上の課題に目を向けよう、人生の最終章について対話をしよう、と掛け声をかけるだけではなく、家族や専門職が具体的に行動できる地域の仕組みづくりに努めている。

超高齢社会の到来とともに医療の役割は変化し、疾患の管理だけではなく、生活の支援、そして、本人との対話へと広がりつつある(図4)。現在の日本では、男性で約9年、女性で約12年の健康寿命と平均寿命の差があるが、これは患者にとって何らかの支援が必要な期間である。かかりつけ医は、医療だけではないさまざまな対応を求められることが多くなるが、課題解決のためには、専門職のみならず、コミュニティとの連携が大きな力になることを認識せねばならない。そして、何かしらの支援が必要な場面で、人生の最終章について語り合うことを「縁起でもない」と目を背ける家族もいるかもしれないが、我々は、本人と家族、専門職が何度も対話を行えるよう促し、そして、かかりつけ医自身もその場に参加できるよう意識すべきであ

健康に影響する要因	対応
急性（救急）疾患 感染症、周産期管理 など	公衆衛生活動、医療の介入
慢性疾患 高血圧、糖尿病、肺気腫、がん など	薬物療法、医学管理、生活指導
状態 障がい、老い、認知症、貧困、孤独 など	当事者の声

図4 疾患や状態に対する医療の役割

る。それは決して元気うちから積極的な治療を諦める約束を取り付けるものではなく、病や老いを抱えていても、本人がどのような場所で、どのような生き方を望むかという希望を語り合う場なのである。一人ひとり違う、そして、答えのない問いだからこそ、本人との対話を繰り返すことが大切なのである。

“Nothing about us without us”（私たち抜きで私たちのことを決めないで）

当事者からの声は、これからの時代の「健康」を考える上でのキーワードになるはずである。

大病院ではできないことでも地域ならできるところがある、そう信じている。

文献

- 1) 滋賀県保健医療計画. 2022年9月.
- 2) ご飯が食べられなくなったらどうしますか 永源寺の地域まるごとケア. 文 花戸貴司, 写真 國森康弘, 農山漁村文化協会, 2015年3月.
- 3) いのちつぐ「みとりびと」第1集(全4巻). 文・写真 國森康弘, 農山漁村文化協会, 2012年.
- 4) 東近江医師会: 主治医意見書作成のための問診票. Ver.6 <https://eigenji-clinic.jp/files/ishikai/files20200118074426.pdf> (accessed 2023 Sep 29)

ゆけむり医療ネット

別府市医師会ICT・地域医療連携室 室長 田能村祐一
別府市医師会 会長 岡田豊和
大分県医師会 会長(元別府市医師会会長) 河野幸治
矢田こどもクリニック 院長(前別府市医師会会長) 矢田公裕
渡部内科循環器科クリニック 院長(元別府市医師会副会長) 渡部純郎

POINT

- ① 「全国医療情報プラットフォーム」との協働と住み分け
- ② セキュリティーと操作の簡略化，運営面と費用面のバランス調整
- ③ EHRとPHRの連携と共有
- ④ 個人で医療情報等を管理し，自分の意思で医療従事者への情報提示
- ⑤ 生活に密着した無くてはならない「地域医療連携ネットワークシステム」

はじめに

ゆけむり医療ネットは2010年に誕生し，今年で13年目を迎える。この13年間を振り返り，誕生した経緯，地域医療連携の背景，システム内容，経験した実証事業と研究，今も続く課題と国の動向からの将来の展望を紹介する。

ゆけむり医療ネットの誕生

ひと昔前までは地域医療連携というと基幹病院に患者を紹介した場合は紹介状を手書きで患者に渡し，返書が郵送で紹介した基幹病院より届くという仕組みだった。複写の紙に手書きで書く作業に手間を取られ，返書が届くまでの間は入院状態などが気になり，担当医へ電話で連

絡を取るが基幹病院の担当医も忙しくなかなか電話に出られないことも多く，患者の情報を共有するにはお互いに診療の合間をぬっての電話対応となり時間を取られていた。インターネットが急速に普及され，緊急なこと以外はメールでやり取りができるようになり，時間に余裕が生まれるかと思いきや個人情報保護法などの法律により医療データは機密性の高い情報として位置づけられ，インターネット上では到底やり取りできるものではなく従来の連携スタイルを余儀なくされていた。

厚生労働省は2007年，第5次医療法改正において，地域の医療施設を急性期病院，回復期・慢性期病院，診療所などに機能を分化し，それらの医療施設を連携させて地域で医療を完結させる「地域完結型医療」の構築を推進しており，

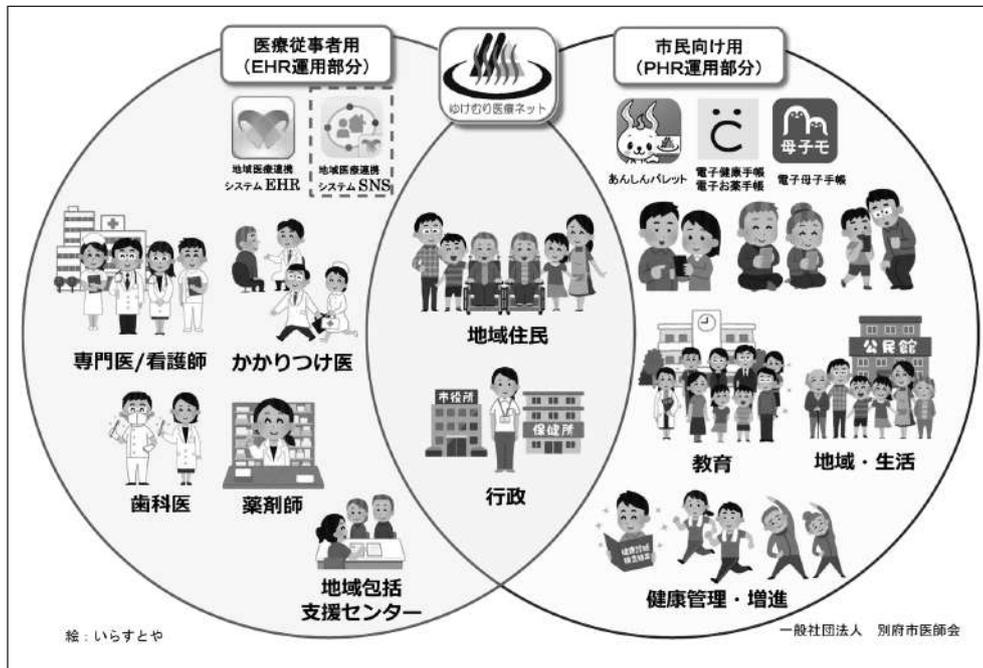


図1 現在のゆけむり医療ネット

地域包括ケアシステムにおいては「地域」という枠組みの中で、医師をはじめ、地域ケアを担う多様な職種・人材(訪問看護師、介護支援専門員、理学・作業療法士、介護福祉士、ヘルパー、ボランティア等)の連携による医療と介護・福祉の連携も推進するようにと県や自治体へ通達をしており、2009年以降に地域医療再生基金を利用した、地域医療連携を効率よく進めるためにシステムの導入が全国各地で進んできた。

別府市医師会でもIT化に積極的に取り組んでおり、医師会業務をはじめ、病診連携においては2002年に所属する病院・診療所の施設機能情報を載せた紙媒体(ルーズリーフ)とエクセルで検索できるシステムを皮切りに、2009年に長崎県大村市医師会が取り組んでいた「あじさいネット」を視察し、ヒューマンネットワークの構築と地域医療連携に対する必要性と情熱を学び、翌年の2010年に「あじさいネット」を参考に地域医療の質の向上を目的としたセキュリティレベルの高いネットワーク網「ゆけむり医療ネット」を整備した。

この「ゆけむり医療ネット」は医師会員の病院・診療所を通じたネットワークによって結

び、医師会業務を中心にそれぞれの医療機関が院内ネットワークのようにつながり、自由に情報を交換することを目的に整備していたが、基幹病院の電子カルテ化が進み5施設それぞれがバラバラに情報を公開することになると情報を受ける病院や診療所側が困惑すると考え、中立的な立場の医師会が中心となって運用と管理を行うようになり、医師会業務システムと地域医療連携システムの2本柱で稼働している。

地域医療連携の背景とシステム

大分県別府市は人口が約12万人で医療機関が118施設あり、1,000人に1つの医療機関がある密集した地域で基幹病院が5施設もある。その内訳は急性期の機能を持つ医療機関が3施設、大学系の医療機関が1施設、結核や重症心身障害児(者)、筋ジストロフィー等に特化した機能を持つ医療機関が1施設と、さまざまな役割で機能しており地域医療に貢献している。

インフラ整備としては、希望する79施設のうち71施設に光回線を整備している。4つの基幹病院と健診・検査センターの情報、院外調剤情報が患者個人の同意の基に共有できるように

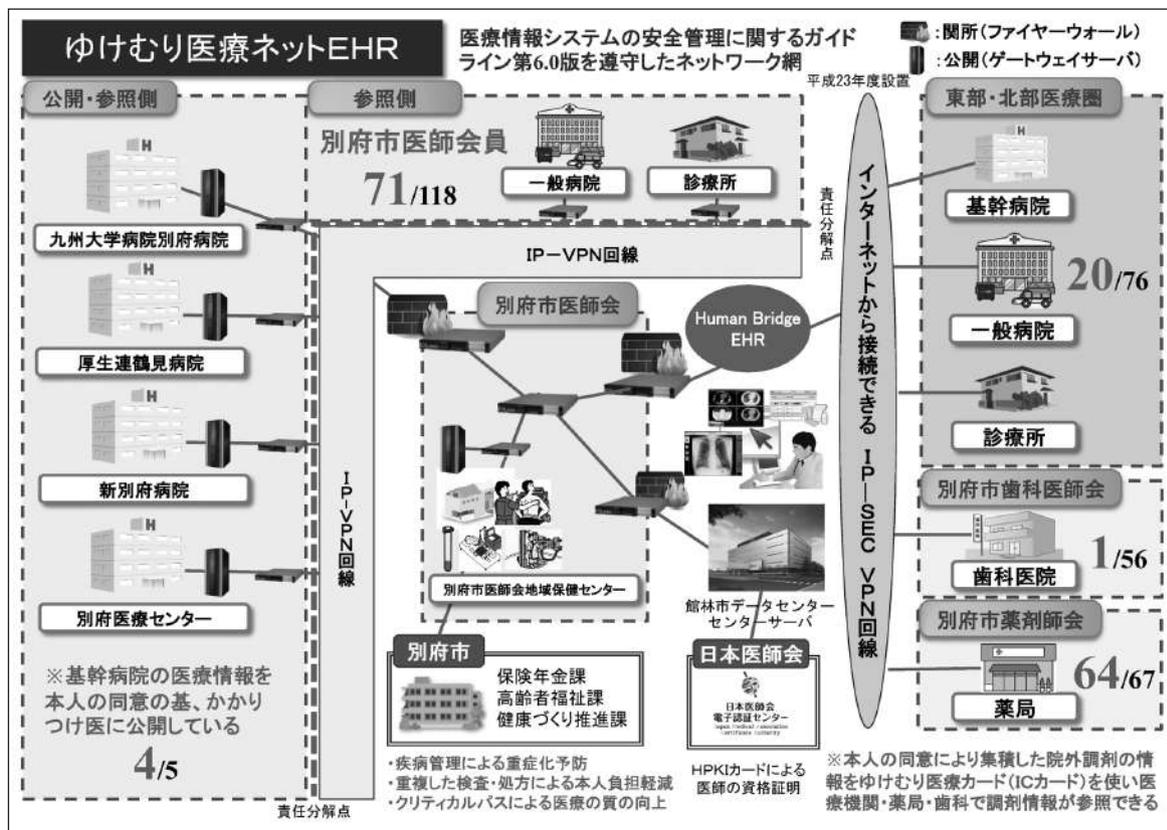


図2 ゆけむり医療ネットEHR

なっている。さらに別府市以外の二次医療圏の市町村(日出町・杵築市・国東市・姫島村)や在宅医療などへの接続が可能となる仕組みを取り入れ、18の医療機関にモニターとして参加してもらっている。さらに北部医療圏の2施設がモニターを希望したため接続している。二次医療圏に所属する医師会とも話し合い、契約を交わし年間利用料をいただいている。

地域医療連携システムについては医療従事者間で連携するEHR(Electronic Health Record)と地域住民が自ら健診データや薬情報等を管理するPHR(Personal Health Record)で構成されている(図1)。

医療従事者間で連携するEHR部分は3つの基幹病院(急性期病院)の電子カルテベンダーが富士通社だったことから「HumanBridge EHR」を採用し、紹介した患者の診療情報(診療録、画像・検査・薬剤情報など)の他に入院の経過表・退院サマリー等の病歴を含む医療情報が患者の同意の基に病院・診療所側の参照アクションによって情報を集め表示するオンデマンド方式に

より安全かつスピーディーに参照可能な地域医療連携システムを構築している。実際に行われた医療行為とその結果を迅速、正確、詳細に把握することができ、基幹病院を受診した過去歴を見たい場合も時系列に参照できるため、紹介元施設におけるより適切な高度医療の理解と詳細な患者説明が可能となり、日々の診療に非常に役立っている。

在宅医療・介護に関しては、多職種連携をテーマに人との連携構築を重要視し、主治医との一般診療を妨げないITを用いた連携ツールの導入に関しては、地域医療連携システムと同期できる「HumanBridge SNS」を採用している。

また、医師会立の健診センターで受診した特定健診、事業所検診、人間ドック、各種がん検診(肺がん、胃がん、前立腺がん、大腸がん等)、学童検診(腎臓・心臓検診、小児生活習慣病健診等)等が基幹病院と同じように受診者の同意の基に健診データ、画像、心電図、各種所見レポートが閲覧できる。かかりつけの患者が健診を受けて精密検査が必要となり基幹病院を紹介

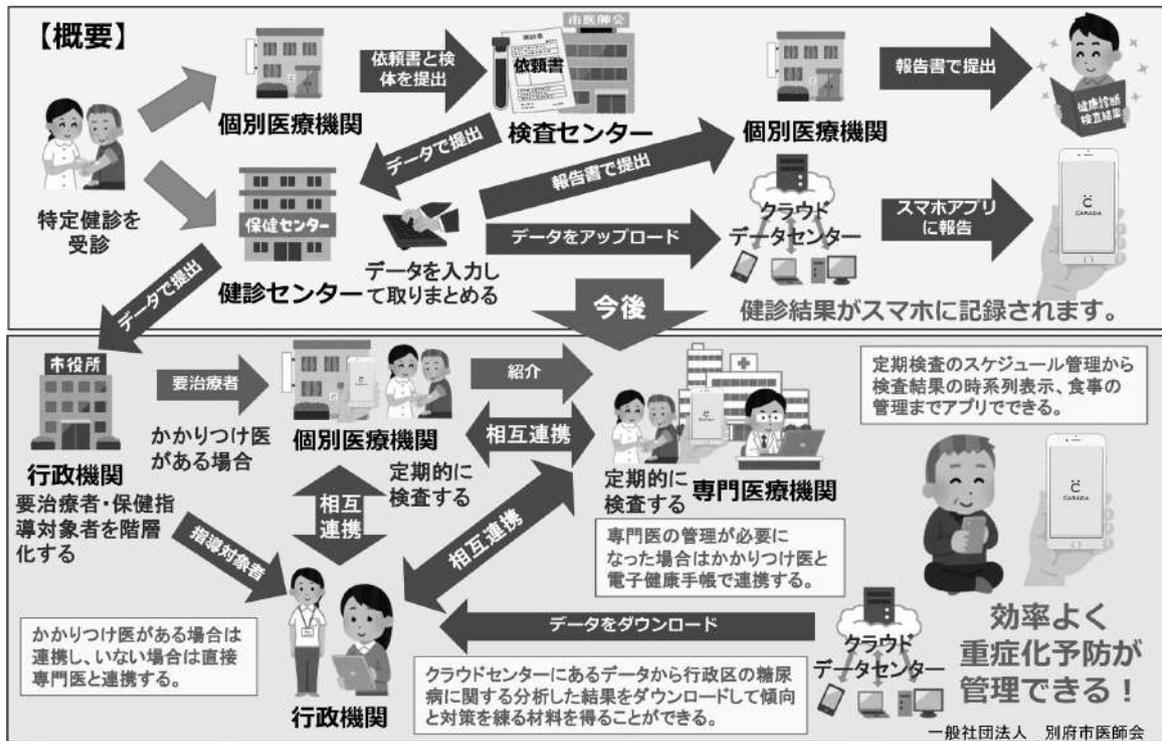


図3 ゆけむり医療ネットPHR

特集

して精密検査を受診する一連の動きに医療情報が時系列に閲覧できるため、詳細な患者説明が可能となり同じく役立っている(図2)。

これらの取り組みが評価され、2021年に第一生命保険株式会社が主催する「第73回保健文化賞」を受賞した。

地域住民が自ら健診データや薬情報等を管理するPHR部分は2020年から健診センターの健診結果をスマートフォンへ報告する取り組みを開始し、現在では特定健診・がん検診の個別の実施医療機関70施設で受診したデータも医師会立の健診センター経由でデータを反映する仕組みを作り、新たなPHRサービスとして健康管理アプリ「CARADA」の利用を無償で地域住民へ勧めている(図3)。現在は別府市内の2つの健診センターでも採用され、登録者が増えている。今後は各疾病の連携手帳としてこのアプリを活用し疾病管理に役立てていきたい。

各実証事業および研究への参加

2012~2013年度に厚労省の「処方箋の電子化に向けた検討のための実証事業」に参加し、処

方箋情報を電子化して保存する際に医師と薬剤師による電子認証と署名に保健医療福祉分野公開鍵基盤(HPKI)を用いて真正性を担保し、紙で保存することとなっている処方箋を電子化した場合にとどのようになるかを実証した。

2014~2015年度に「公的個人認証サービス民間活用実証事業」に参加し、病院1、診療所3、薬局6の10医療機関と別府市の国保および患者約200名の協力を得て、実施医療機関と薬局に保険資格確認端末とICカードリーダー式を設置し行った。患者受診時に患者自身がマイナンバーカードをICカードリーダーにタッチすることで別府市国保の保険資格情報がオンラインで表示される。医療機関はオンラインで表示された該当患者の保険資格情報を医療機関の資格情報との目視確認を行う。患者はマイナンバーカードのタッチのみで、PINコード(暗証番号)を入力せずに本人確認ができる仕組みである。公的個人認証サービスに利用者用電子証明書(認証用)を新たに機能追加することで、保険資格情報と紐付するIDをプラットフォームで付番し、マイナンバーカードの電子証明書で本人認証と資格情報を受付で参照できる実証をした(現在



図4 診察室で利用するコンテキスト・スイッチ技術

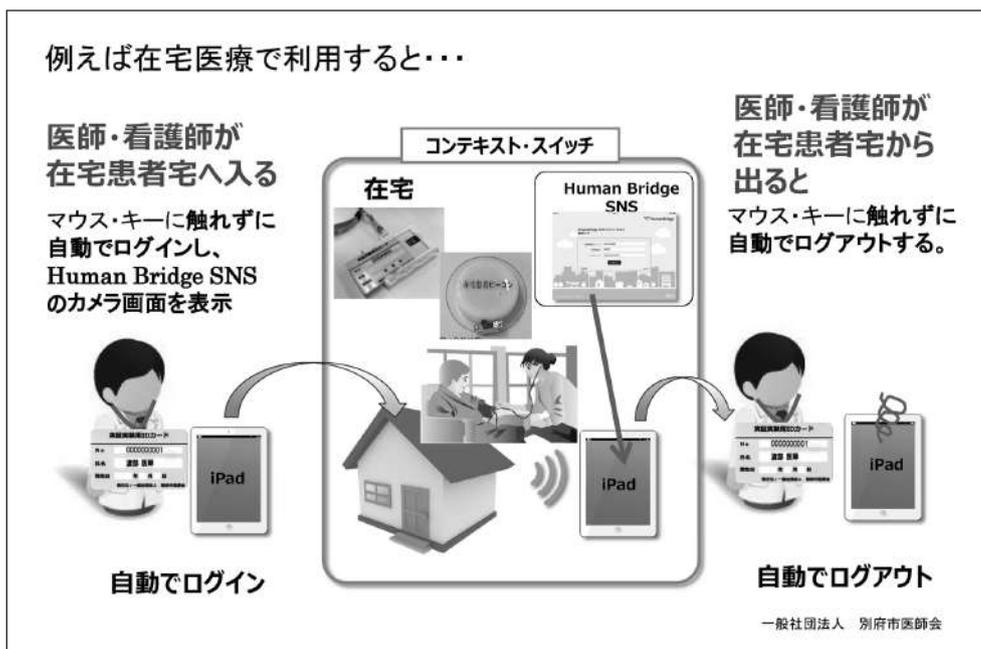


図5 在宅医療で利用するコンテキスト・スイッチ技術

のマイナンバー保険証の実証)。

2015～2016年度に医療現場における「コンテキスト・スイッチ」技術の応用研究をベンダーと共同で行った。コンテキスト・スイッチとは「時間」、「場所」、「資格」、「人やモノ」を組み合わせで認証する技術で、この時はBluetoothを使い専用機器と端末を接続し、アプリケーションを起動して開きたい画面まで自動で立ち上げる実験を行った。専用機器はボタン電池の大きさに

よって形状を変えることができるため、診察室と在宅医療をテーマに地域医療連携システムで実験を行った。

診察室の事例は首からぶら下げたカードケース型の形状をした専用機器にHPKIカードを挿入して診察室へ入るとマウス・キーに触れずに自動的に地域医療連携システムを起動し、ログインして必要な画面を開いてくれる。診察室から退出するとマウス・キーに触れずに自動的に

ログアウトされる。カードケース型専用機器からHPKIカードを抜き差しすることでも同じログインとログアウトができることから、処方箋の電子化の際に必要なHPKIカードの資格確認と電子署名などへ応用できることを実証した(図4)。

在宅医療の事例では訪問先の家に専用機器(500円玉くらいの大きさ)を置き、玄関に入る前から首からかけたカードケース型専用機器と持ってきたモバイル型の端末機器がBluetoothでそれぞれ接続し、地域医療連携システムを起動し、自動的にログインをして在宅患者の画面を開いてくれる。家から退出すると自動的にログアウトする。在宅の場合は複数の自宅へ訪問するため、あらかじめ患者IDを設定した専用機器を家に置いておくことにより、端末は患者IDを認識して該当する患者の画面を自動的に開いてくれることにより、煩雑なVPN接続からログイン、患者画面遷移、ログアウトを自動的にサポートできることを実証した(図5)(現在、この技術が医療に応用されているケースがあるかは不明)。

2022年度は日本リウマチ学会とファイザーで立ち上げた公募型の医学教育プロジェクト助成に地域連携パス委員会リウマチ班が応募した結果、その助成金で診断未確定リウマチ性疾患の病診連携モデル構築プログラムとしてスマートフォンのアプリケーションソフトを使用した患者主体の関節炎スクリーニングツールが完成した。健診受診者の中で関節痛の症状がある人にアプリを通じて問診票に答えてもらうと紹介状が自動的に作成される仕組みとなり、専門医受診の際にその問診票のIDを伝えれば紹介状のデータがパソコン内に表示されるため、患者さんにとっては問診票の記載が不要になり、専門医は紹介状のデータを見ながら必要な分の聞き取りだけで済むようになるため、スムーズな受診が実現できる。2023年12月まで実証研究期間となっており、専門のワーキンググループで月1回評価と検討をしている。

運営面と費用面の課題

いろいろな機能を取り揃えているゆけむり医療ネットだが、良いところばかりではない。HumanBridge EHRの運用面では接続率約60%(71/118施設)に対し、利用率は約30%(35/118施設)と利用するユーザーが決まっており、接続はしているものの利用しないユーザーも30%いる。利用していないユーザーには2通りの要素があり、一般診療が手いっばいで情報を自ら操作して取得する時間が無い場合とそもそも連携が必要ない診療科とに分かれる。

ITリテラシーの問題も当初からあったが、医師自身がパソコン操作ができなくても、DA(ドクターズアシスタント)や受付事務などが医師の指示のもとに代行して情報を取り出して参照できるようにしていることなどから、利用しない理由としては少なくなったと言える。とはいえ医療情報ネットワークの利用価値を高めるために簡便で使いやすい環境を求められるが、セキュリティ面と相反することが多く悩ましいところは何処のネットワークでも課題となっている。

もう一つの課題は運用に係るコストの問題である。前述のゆけむり医療ネットの誕生にも書いたように、基幹病院の電子カルテ化が進み5施設それぞれがバラバラに情報を公開することになると情報を受ける病院や診療所側が困惑することが予想され、複数の基幹病院の情報を時系列に見やすくするためにはN対Nのネットワークを構築する必要があるが、その場合はセンターサーバーを設置しなければならず、最初に電子カルテを導入した基幹病院の英断で補助金申請の際にセンターサーバーも含めて申請してくれたことにより導入費用面では非常に助かった。場所は医師会館に設置し医師会で管理することとなり、当時はクラウド技術がまだ無く、拠点設置型となり設置費用は最初に電子カルテを導入した基幹病院が支払ってくれたため、メンテナンス費用は医師会と後発に参加した基幹病院で按分して支払った。

5年が経過し、センターサーバーが拠点設置型ゆえにベンターからリプレース時期の案内が

全国医療情報PFとゆけむり医療ネットのサービス・機能配置の比較

・ゆけむり医療ネットでは民間サービスが提供している多様な機能をニーズに合わせて運用している。
 ・全国医療情報PFではカバーできていない情報種別（医師記録、看護記録、患者メモ等）が出来ることや画面含めて医療機関を横断的に時系列に情報が閲覧できる機能（ワークフロー）やコミュニケーション機能、PHR機能も使えることがゆけむり医療ネットのメリットの一部である。

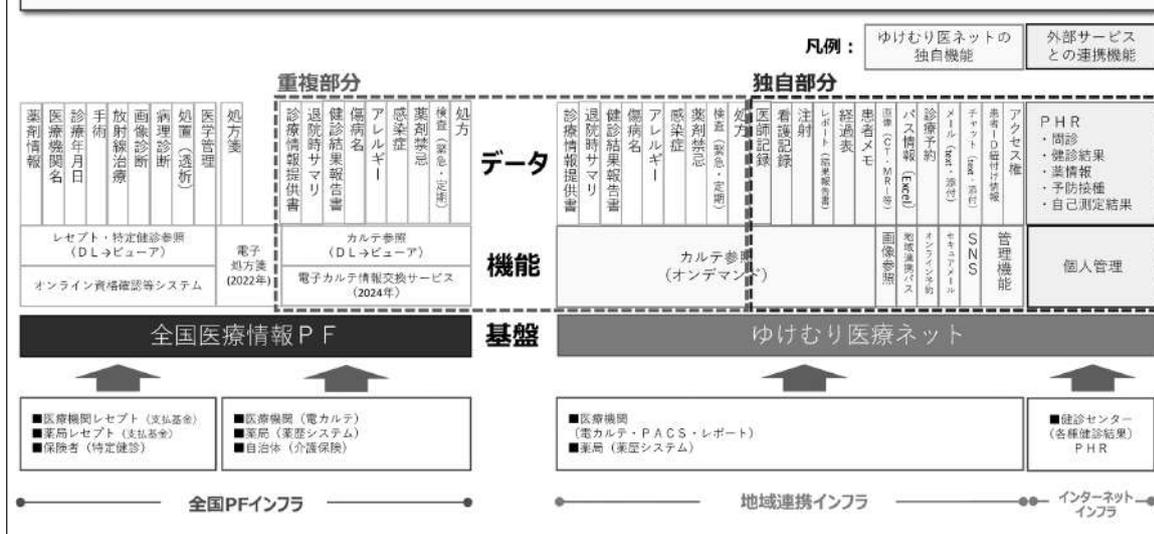


図6 全国医療情報PFとゆけむり医療ネットの比較

全体イメージ《現状～移行期～相互補完のあるべき姿》

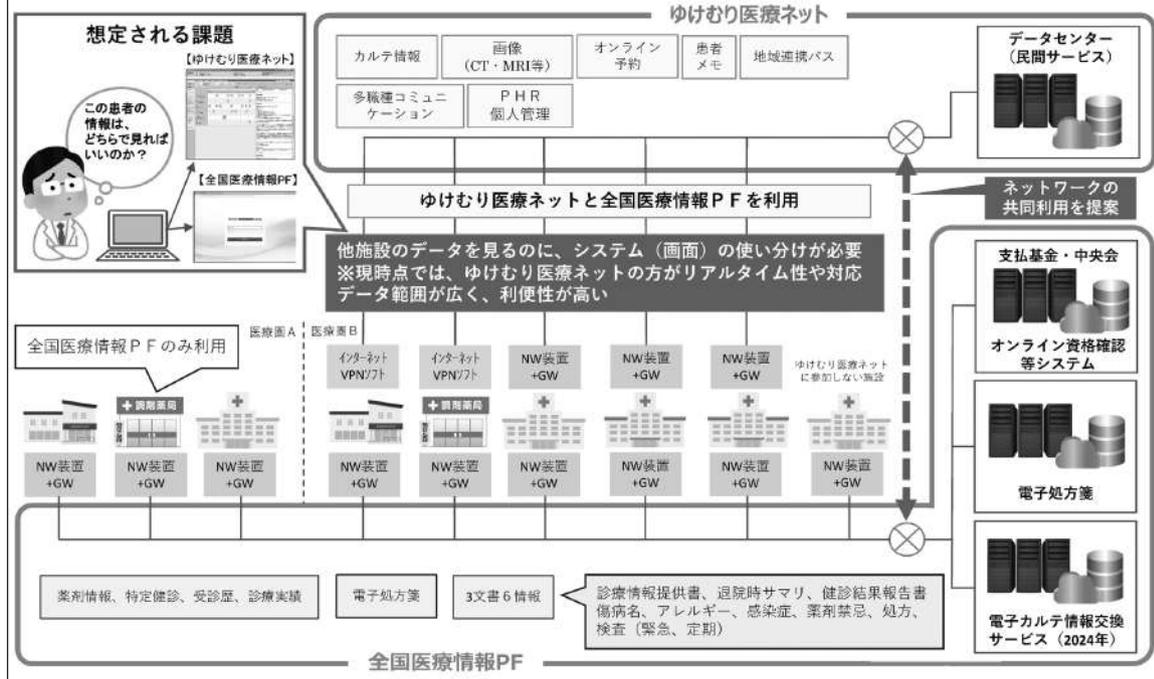


図7 ゆけむり医療ネットの今後

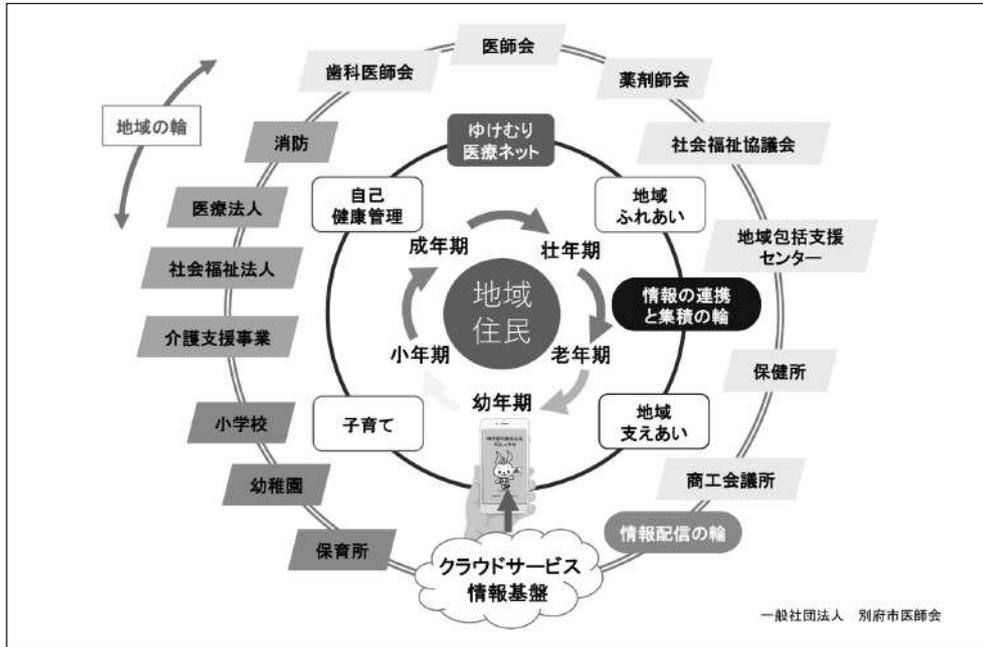


図8 住民参加型 DX ネットワーク

届き、機器の老朽化も含め最長でも7年間の期限から、委員会で「継続」か「廃止」、リプレイスする場合は「拠点設置型」か「クラウド型」、費用について検討された。委員会で検討した結果、医師会が運用費だけを支払うクラウド型へ移行する方向で決議されたが、移設費用には数千万円かかることから反対意見もあり、約半年間協議検討した結果、医師会が移設費を支払い、利用する基幹病院と按分してクラウドの利用料を支払うことで合意し、何とか継続できた。今後は国が整備する「全国医療情報プラットフォーム」との住み分けが新たな課題となる。

国の動向とゆけむり医療ネットのこれから

医療従事者間で連携するEHRについては国の方針の「全国医療情報プラットフォーム」「電子カルテ情報の標準化」「診療報酬改定DX」という医療DX推進の3本柱とゆけむり医療ネットを

比較し、情報項目を整理した上で重複する部分が多くなれば縮小化も考えねばならないと考えている。現段階では情報量の差があり、ゆけむり医療ネットの方が情報量としては多いため、国の情報をうまく取り込んで現システムで参照することがベターだと感じている(図6, 7)。

PHRについては地域住民が自ら健診データや薬情報等を管理し、自分の意思で医療従事者へ情報提示するスタイルは究極のプライバシー保護と同意取得の簡素化にもつながり、救急時や災害にも利用できるように家族や身元引受人などの第三者にも個人データが共有できる仕組みを考えている(図8)。また、マイナポータルと連携した個人認証や実証事業・研究で培った経験を生かしてIoT(Internet of Things)機器からのデータ取得、在宅の見守りから医療まで幅広いシーンで利用でき、生活に密着した無くてはならない「地域医療連携ネットワークシステム」へ成長させていきたいと考えている。

「地域医療連携推進法人」と 日光ヘルスケアネット

日光市民病院 管理者・内科 杉田義博

POINT

- ① 地域医療連携推進法人は日本の医療・介護提供体制を持続可能にすることを目的に「競争よりも協調」をキーワードに2017年にスタートした
- ② 現時点で約40の地域医療連携推進法人が地域の実情や必要とされる医療・介護提供体制に合わせて設立されている
- ③ 栃木県日光市では急速な人口減少に対応するための医療提供体制を整えることを第一の目的として2019年に日光ヘルスケアネットが発足した
- ④ 日光ヘルスケアネットは地域の病院、開業医、介護施設と行政で組織され、少子高齢化が進む日光地区の実情に合わせた医療・介護の連携をはじめさまざまな活動を行うとともに、病床転換と削減を含む日光地区の将来を見据えた医療・介護提供体制の構築を進めている

特集

はじめに

当院は栃木県の北西部、有名な観光地である日光市に位置する100床のケアミックス病院である。筆者は2018年に管理者として赴任後、広大な面積を持ちながら急速に人口が減少する日光市に2019年に発足した地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネットに理事として参画し、地域の医療・介護連携と地域医療構想の実現が進んでいくのを見てきた。この稿では日光ヘルスケアネットの経緯と現状を中心に、地域医療連携推進法人全般について解説する。

地域医療連携推進法人のモデル IHN

地域医療連携推進法人(以下、連携法人)はア

メリカの統合型ヘルスケアネットワークであるIHN(Integrated Healthcare Network)をモデルにしたと言われている。1995年にスタートしたIHNは「地域コミュニティに対して幅広い医療サービスを提供するために協力し合う病院、医師、その他の医療従事者、保険者、コミュニティ組織が形成するグループ」と定義され、さまざまな機能を持つ医療施設、介護施設と医療従事者が一定の地域で垂直統合した仕組みである。これをもとに「日本再興戦略」改訂2014で「医療・介護等を一体的に提供する非営利ホールディングカンパニー型法人制度」を創設することが提言され、2015年9月28日に医療法の一部を改正、2017年4月連携法人制度が創設された¹⁾。

地域医療連携推進法人の目的と概要

連携法人は日本の医療・介護提供体制を持続可能にするために、地域の中で複数の医療法人等が医療資源を共有し、効率的かつ質の高い、包括的な医療・介護を提供することを目的とし、競争よりも協調で地域の医療・介護を守りつつ、地域医療構想を実現するために連携法人内病院等の機能分担を進め、連携業務を推進するとされる。

そのために医療連携推進区域(原則地域医療構想区域内)の非営利である病院、診療所、老健、介護医療院いずれかを運営する法人、個人、育成機関、自治体等が一般社団法人を設立し、医療連携推進事業等を実施する。それぞれの参加法人は社員と呼ばれ、社員を束ねる法人が連携法人である。株式会社であれば持ち株会社が傘下法人を強力に束ねるが、連携法人は前述した非営利ホールディングカンパニーといわれ、緩やかな「連携以上、統合未満」の束ね方を特徴とする。参加法人の予算・事業計画等重要事項の決定や借り入れの際は連携法人の意見を求める必要があり、参加法人の独立性を規制することになるが、全国的な病院グループ等が参加する場合は、本体の法人全体ではなく参加する病院等が連携推進区域で行う事業についてのみ連携法人の意見を求めればよい²⁾。

連携法人では3名以上の理事と1名以上の監事を置いた理事会が業務を執行し、社員総会が事項の決議を行う。法人内部に地域の関係者(医師会等)を構成員とする地域医療連携推進評議会を設置し、連携法人を内部から監視する。

医療連携推進業務には医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、資金貸付等が挙げられる。連携法人のみに認められるのが病床の融通で、連携法人全体の病床数が増加しない限り参加法人間で病床を融通することが認められている。実施に当たっては都道府県が地域医療構想調整会議の協議の方向に沿ったものであることを確認し、都道府県医療審議会に諮る必要がある³⁾。

地域医療連携推進法人の現状

2021年10月に厚生労働省が行ったアンケートによると、連携法人のメリットとして参加法人のトップが顔を合わせて連携や機能分担について話し合う場であること、参加法人の役割分担の明確化と病床融通、共同研修や共同購入、人事交流や人材確保、新型コロナウイルス対策が挙げられた⁴⁾。

2021年日医総研のリサーチレポートでは連携法人を地域包括型、垂直統合型、医師確保型、再編統合型、特定機能強化型の5類型に分類している。この分類をもとに代表的な連携法人を解説する⁵⁾。

- ・日光ヘルスケアネット(栃木県、地域包括型):
後述
- ・日本海ヘルスケアネット(山形県、地域包括型): 2018年4月市立酒田病院と県立日本海病院が経営統合した日本海総合病院が中心となり、地域の病院間で病床融通を伴う透析医療の集約化や在宅サービスの統合を含めた機能分担、在籍出向による人事交流、共同研修、地域フォーミュラを推進。
- ・尾三会(愛知県、垂直統合型): 特定機能病院である藤田医科大学病院が主導し地域包括ケアモデルを展開、電子カルテの共同利用、共同購入、無料職業紹介事業、研修、医療事故調査等を行う。
- ・湖南メディカル・コンソーシアム(滋賀県、地域包括型): 草津総合病院などを運営する社会医療法人誠光会が中心となり、事務受託統合、セントラルキッチンによる給食の一体提供、医薬品共同購入に加え患者データ分析によるPFM(Patient Flow Management)や勤怠管理を行うコマンドセンター(GEヘルスケア・ジャパン)を連携法人内で運用する予定。
- ・さがみメディカルパートナーズ(神奈川県、特定機能強化型): 海老名総合病院を運営する社会医療法人ジャパンメディカルアライアンスが中心となり電子カルテの共有で入退院調整、がん診療や救急医療の充実を目指す⁶⁾。
- ・備北メディカルネット(広島県、医師確保型): 地域の4病院が一体となり大学からの医師適正

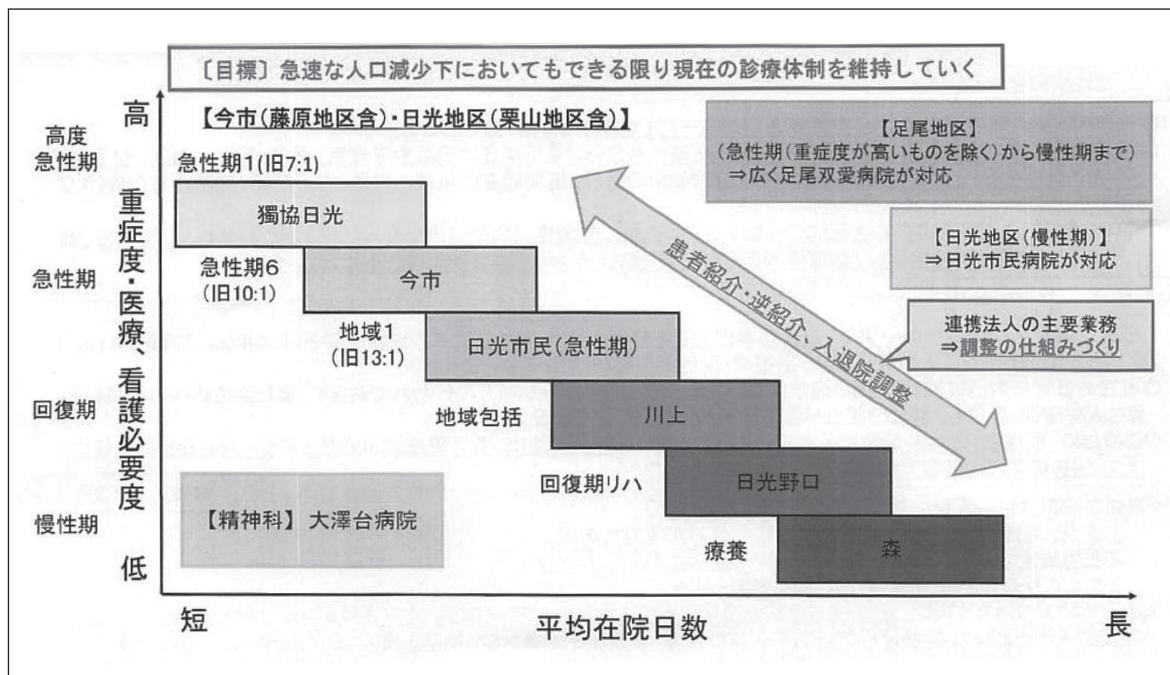


図1 入院基本料を踏まえた医療機能の位置づけ

配置を目指すために設立。連携法人に派遣された医師を地域の病院に派遣する仕組みを構築。
・はりま姫路総合医療センター整備推進機構(兵庫県, 再編統合型): 県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合のために連携法人を設立。

日光ヘルスケアネット

日光ヘルスケアネットは広大な面積に過疎や豪雪、公共交通空白地域を持つ日光市において急激な人口減少と少子高齢化が進行する中、医療需要の変化に対応し、患者の状態に応じて必要かつ十分な医療を効率的に受けられるよう、参加法人による恒常的な話し合いを通じて医療機関の機能分担・連携推進を図り、将来にわたって安定的な医療提供体制の構築を目指すことを目的に設立した法人である⁷⁾。日光市を含む日光市内の11法人28施設が参加し、代表理事を日光市副市長が務める。

前述のように設立目的は人口減少かつ医療提供過剰地域である日光市において連携を図りつつ地域医療構想を実現することである。多くの連携法人が地域の中核病院を中心に連携体制を

構築しているのに比べ、日光市においては中核施設である獨協医科大学日光医療センターでも199床であり、公立の医療機関はない。行政が主導し、中小規模の民間医療機関が参画した連携法人によって地域医療構想、具体的には病床の削減を成し遂げつつ、地域の連携体制を構築してきたことが大きな特徴である。

1. 発足までの経緯

日光ヘルスケアネットは栃木県の主導で構想から約1年という短期間で発足した。2018年1月25日に県主催で地域の医療機関等による勉強会「第1回日光地域の医療連携に関する勉強会」が開かれ、日本海ヘルスケアネットで経験を持つ野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー株式会社が連携法人について情報提供を行った。3月に開催された第2回で栃木県が日光市における診療科・疾病別受療状況について情報提供し、5月の第3回では県が日光市を取り巻く状況と日光地域の医療連携体制および病院機能に関する意向調査の結果およびこれから目指す日光地域の医療連携のイメージが図示され、日光市民病院は地域の3番手急性期病院として、日光市全体の救急医療と旧日光市の地域

包括ケアを担う施設と位置付けられた(図1)。6月に医療機関等に対して連携法人に関する意向調査が行われ、7月には全体として連携法人を推進する方向であるという調査結果が示された。9月に急性期部会と回復期・慢性期部会が開かれ、急性期医療のニーズが減少する中で役割の分担によって医業収益を確保し経営を継続すること、回復期・慢性期医療においては役割分担に加え安定的な人材確保が重要であると説明された。これらの調査結果と地域の医療機関等のコンセンサスを元に、適切な役割分担や人材確保のために恒常的な話し合いの枠組みを確保し、意思決定のルールを定め金銭的な負担を伴う連携事業を行うためには連携法人の設立が最も有効とされ、実務者協議会で定款等について検討していくことになった。同月地元紙である下野新聞に「医療連携法人設立へ」という記事が掲載された。

10、11月に3回の実務者協議会が開催され、連携法人設立に向けた具体的な項目の検討、参画を予定する施設の職員年齢構成調査と患者紹介・逆紹介状況調査の実施、事業計画・予算案・組織構成・事務局体制・法人名称が検討された。2019年1月に実務者協議会案として4つの重点施策(クリティカルパス、病院横断的入院調整機能、市民向けの啓発、地域の病院・診療所を支援できる機能の整備)を決定し、2月5日の「第6回日光地域の医療連携に関する勉強会」で実務者協議会案を承認した。2月9日一般社団法人日光ヘルスケアネット設立時社員総会が開かれ、3月5日県西構想区域病院および有床診療所会議で連携法人の発足を報告し、3月8日持ち回り理事会を経て3月28日栃木県庁で法人認定式が開催された。県知事による認定証の授与と記者会見、盛大な懇親会が行われた。

2. 発足後の経緯

11法人(日光市、個人開業医を含む)27施設でスタートした日光ヘルスケアネットにおいては、2019年4月1日に第1回理事会、5月に定時社員総会、6月に第1回実務者協議会が開か

れ、以後理事会が年2回、社員総会と地域医療連携推進評議会が年1回、実務者協議会が適宜開催されている。以降公開情報を中心にこれまでの活動状況をまとめてみる⁸⁾。

(1) 連携業務

2019年7月に日光市在宅医療・介護連携推進会議を開催、8月から具体的な連携項目に関する4つのワーキンググループ(WG)がスタートした。

- ・入退院調整機能検討WG:在宅から急性期、回復期、慢性期への入退院調整を行う。地域連携室相談員、看護師、地域包括支援センター職員らが参加。

- ・クリティカルパス導入検討WG:地域連携パスの導入を進める。看護部長、連携担当看護師らが参加。

- ・介護施設への患者紹介検討WG:各介護施設の状況を共有し、入院中の患者が介護施設に利用申し込みを行う手続きや書式を統一化しスムーズに利用できるようにする。老健相談員、病院連携担当者、地域包括支援センター職員らが参加。

- ・医療機器共同利用検討WG:病院が所有する医療機器の共同利用を進めるために手続き・書式を統一する。放射線技師、医事課職員らが参加。

これらは2019年度から2020年度にかけて新型コロナウイルス流行中もオンライン会議を利用して継続的に開催され、大腿骨頸部骨折の地域連携パス導入、医療機器共同利用の統一手続き導入が始まった一方、入退院調整機能と介護施設への紹介は今後も検討を続けるとされた。

2020年度には医療資材の共同購入WGが開催され、診療所が日光医療センターの購買ルートを利用することが可能となった。日本海ヘルスケアネット等で実施されている地域フォーミュラリについては2020年度に検討開始、生活習慣病治療薬使用状況調査等を行ったが、現時点でメリットが少ないことから継続協議となった。

現在進められているのは「非常時の医療・介護連携マニュアル」策定である。大事故を含む大規模災害時、新型コロナウイルス感染症等新興感染症の拡大時に地域の医療と介護が受ける

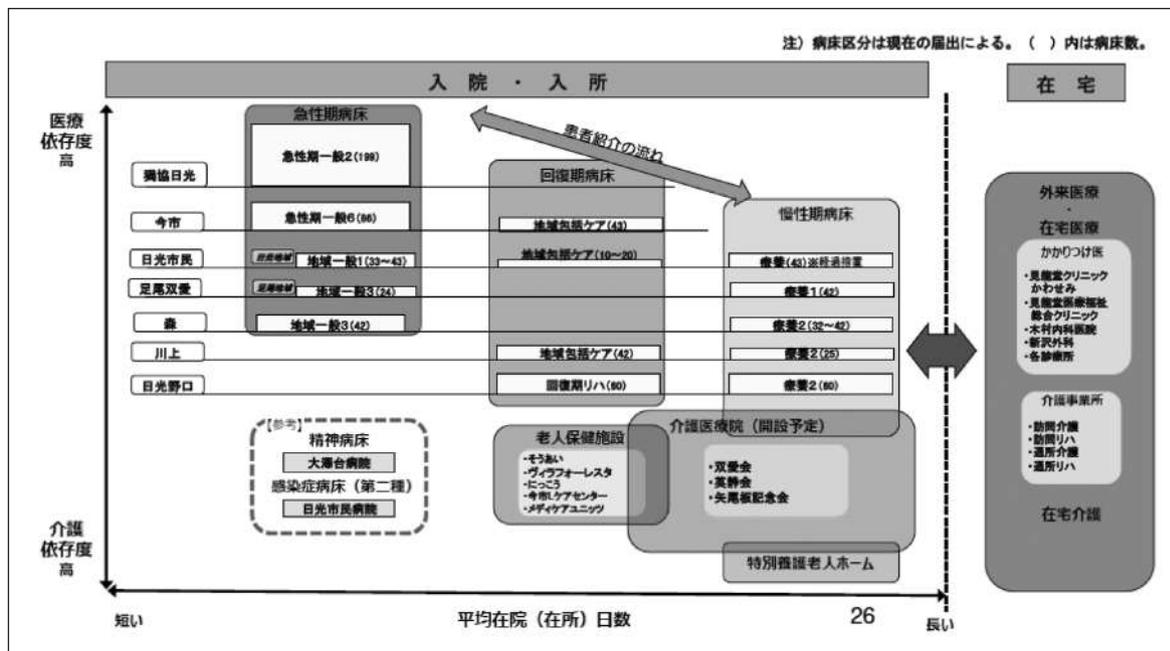


図2 医療機能の分担イメージ

打撃を少なくするために、平時から参加法人間で情報共有を進めるとともに協力体制を築くことを目的とする。2022年に検討を始め、10月に参加法人の施設管理者等が広く参加し開催された第1回管理者・病院長会議でマニュアルの作成について説明、2023年5月に大規模災害、新興感染症の拡大など非常時における医療・介護体制のあり方などについて協議・調整する場として行政や保健所を交えた第1回保健医療対策会議を開催した。今後研修会、保健所と連携した机上・実地訓練、BCP(事業継続計画)の共有を進める予定である。

(2) 地域医療構想の実現

日光市は毎年約1.5%の人口が減少し医療提供体制としては急性期・慢性期病床が過剰、回復期病床が不足する地域である。2021年3月の医療機能分担・業務連携計画(概要版)で日光ヘルスケアネット発足時に想定していた医療機能の分担をさらに進め、急性期病院間の機能分担に加え精神、感染症、在宅療養と介護施設まで含めた機能分担イメージを作った(図2)。連携法人では意見聴取を通して各参加法人が整備計画を共有し、医療機関の機能分担・連携推進を図ることになっているが、日光ヘルスケアネットでは栃木県医療機能分化・連携支援事業費補

助金を活用して再編統合や機能転換を進めてきた。

栃木県医療機能分化・連携支援事業費補助金は複数の医療機関での再編について連携法人による調整を前提に地域医療連携推進法人等医療機能分化・連携促進事業費として計画の策定に200万円(1/2補助 3団体)、機能転換等施設設備整備助成費として500万円/床(40床上限 1/2補助)を補助するもので、使用目的は限定されず、急性期から地域包括ケア病床であっても補助の対象となる。

2022年に当院の一般病床から地域包括ケア病床への転換をはじめとする4病院の病床機能転換と病床の廃止について意見聴取され、いずれも問題なしとして補助金の交付対象となった。その後急性期病床が約100床減、回復期病床が60床増、慢性期病床が60床減、有床診療所が19床減、さらに介護医療院が90床増、サービス付き高齢者向け住宅が20床増となる計画で現在準備が進められている。

(3) 広報

日光ヘルスケアネットは積極的に広報を行っており、ホームページを2019年10月に公開、2020年12月に独自のロゴマークを策定した。2022年12月に日光市広報誌に連携法人について

の説明記事を掲載，2022年度より年3回「日光ヘルスケアネット通信」というリーフレットを作成し市内各所に配布している。2022年8月発行のVol.1では代表理事の挨拶，日光ヘルスケアネットの説明と参加社員，運営施設一覧，これまでの取り組みとホームページの紹介，QRコードを使った専門職，退職者再就職の人材登録を，12月のVol.2では2022年度の事業計画，2023年4月のVol.3では保健医療対策会議の開催，非常時の医療・介護連携マニュアルについて広報した。2023年8月のVol.4には日光市民病院と老健にっこうが紹介されている。

日光ヘルスケアネットと 地域医療連携推進法人の今後

地域において切れ目ない医療と介護サービスを提供するための仕組みとして始まった地域医療連携推進法人は，地域の実情に合わせてゆっくりではあるが全国的に普及しつつある。多くが中核的病院主導である中，日光ヘルスケアネットは行政主導で始まったものの地域の中小規模医療施設と介護施設とが協調しながら人口減少地域における持続可能な医療と介護提供体制の構築，地域医療構想の実現を目的に掲げ，成果を挙げてきた。さまざまな連携事業も進められており，法人発足前と比べ地域の医療・介

護が顔の見える形で連携を深めている実感がある。

地域に合わせてさまざまな連携の在り方があると思われるが，重要なのは地域の医療・介護提供者が目先のメリットだけでなく「地域の未来図」を共有していくことだろう。地域，住民とサービス提供者である参加法人とがWin-Winの関係を保ち，地域が発展していけるような形で全国に普及していくことを願っている。

参考文献

- 1) 松山幸弘:IHN 統合ヘルスケアネットワーク日本版の可能性. JAHMC 2011;June: 19-23.
- 2) 徳永信, 他:次世代医療経営. 税務経理協会, 2016.
- 3) 厚生労働省:地域医療連携推進法人の概要. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000205204.pdf> (accessed 2023 Aug 19)
- 4) 厚生労働省:地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果(令和3年12月実施). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000958995.pdf>(accessed 2023 Aug 19)
- 5) 前田由美子:日医総研リサーチ・レポートNo.120 地域医療連携推進法人について. <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2021/12/RR120.pdf>(accessed 2023 Aug 17)
- 6) 佐藤秀也, 他:特集「地域医療連携推進法人」活用法. 最新医療経営 2022; 459: 12-35.
- 7) 日光ヘルスケアネット 理念，運営方針 | 地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット(公式ホームページ) (nikko-hcn.or.jp) (accessed 2023 Aug 20)
- 8) 日光ヘルスケアネット 情報公開 | 地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット(公式ホームページ) (nikko-hcn.or.jp) (accessed 2023 Aug 24)

ポストコロナにおける保健所の役割

大阪府茨木保健所 所長 永井仁美

POINT

- ① 健康危機管理の拠点としての保健所
- ② 自治体枠を超えた患者情報の一元化
- ③ 感染症対策における医療と福祉の関係
- ④ 保健所における健康危機管理体制構築への課題

はじめに

令和2年1月より始まった新型コロナウイルス感染症対応も令和5年5月8日に法律上の位置付けが5類感染症と変更されさまざまな変化があったが、その一方で、保健所は従来の業務としての集団感染の拡大防止のための助言・指導や医療機関等と地域ネットワークの構築・発展など、引き続き感染症対策における地域の拠点として活動を行っている。約3年半に及ぶ新型コロナウイルス感染症の拡大により、皮肉にもそれまで保健所業務についてあまり理解していなかった住民にも、公衆衛生・保健所の役割が認識されるきっかけとなった。保健所では、陽性者が一人確認されると積極的疫学調査により感染経路を追跡し、さらなる感染拡大の防止に努めるとともに、陽性者の療養先決定から回復後の相談まで実に多くの業務が発生していた。流行の波を繰り返すたびにその対応をよりハイリスク者に重点化するなどの工夫を行って

きたが、その背景には医療アクセスの構築など医療療養体制の裾野を広げる取り組みが必須であった。さまざまな関係者と常に連携・協力をしながら対峙してきた新型コロナウイルス感染症であるが、これまでの対応を振り返りつつ、5類化となった今後の保健所に求められる役割について考えてみたい。

健康危機管理の拠点としての保健所

保健所は「地域保健法(H6年)」に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針(H27年改正)」により、地域における健康危機管理の拠点となる役割をもち、また、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)」を根拠法令とした事業を実施している。今回の新型コロナウイルス感染症対応においては、「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令」(令和2年政令第11号)により2月1日から感染症法に従って保健所の新



図1 府・市の枠を超えた取り組み

型コロナウイルス感染症対応が全国一斉に開始された¹⁾。

感染症法に加えて地域保健法に示されているとおり、保健所は健康危機管理の要として新型コロナウイルス感染者の届出を受理した場合に、24時間365日連絡可能で直ちに動けるよう、相談・検査をはじめ、入院調整や患者の移送および健康観察、接触者等についての積極的疫学調査などの感染対策および、入院勧告や就業制限通知などに対応する業務体制を設置自治体とともに整備することとなった。

また、保健所は健康危機管理だけでなく、普段より地域住民の健康づくりや安心・安全な衛生環境、医療安全の確保など非常に多岐にわたる業務を担っているが、新型コロナウイルス感染症発生後は、所内BCP(Business Continuity Plan)発令により緊急性の高いものや、住民の安心安全を守る観点から軽減不可な業務など優先順位を考慮しながら、この何度もの大流行に対応してきた。流行の波による感染サージには地域差があり、国の方針内容やその方針決定時期がサージとなっている地域の実情に応じたものとは限らない。そのため、人口規模も大きく陽性者数が非常に大きくなる都市部の自治体では、「住民の命を守る」ことを第一に考え、全ての陽性者に同じように対応するのではなく、ハ

イリスク者へ重点化するなどの工夫を講じるとともに、他の業務の優先順位を考慮したが、これはまさに自然災害発生時における基本的な考え方と同じである。

患者情報の一元化

筆者がこの約3年半に及ぶ期間を通じて、最も有用だったと感じることの一つに患者情報の一元化があげられる。本来、感染症法に基づき感染症対策は都道府県と保健所設置市に権限があることから患者情報の管理もそれぞれが行うことが基本である。しかし、大阪府においては府内18保健所のうち政令市・中核市保健所が9カ所であり、その管轄する人口は府域全体の約7割を占めている(図1)。また、大阪府の特徴として、府域が狭く都市交通網が発達しているため、府民が日中と夜間で圏域を超えて移動するという特徴を有しており、感染情報を保健所単位で完結させると府域での一元化対応が難しくなる。

そこで、大阪府ではパンデミックに至る感染症発生時には保健所管轄を超えた一元化情報共有が必須との課題意識のもと、令和元年1月～3月の麻しん集団感染発生時や、同年6月のG20大阪サミット開催時に政令市・中核市保健

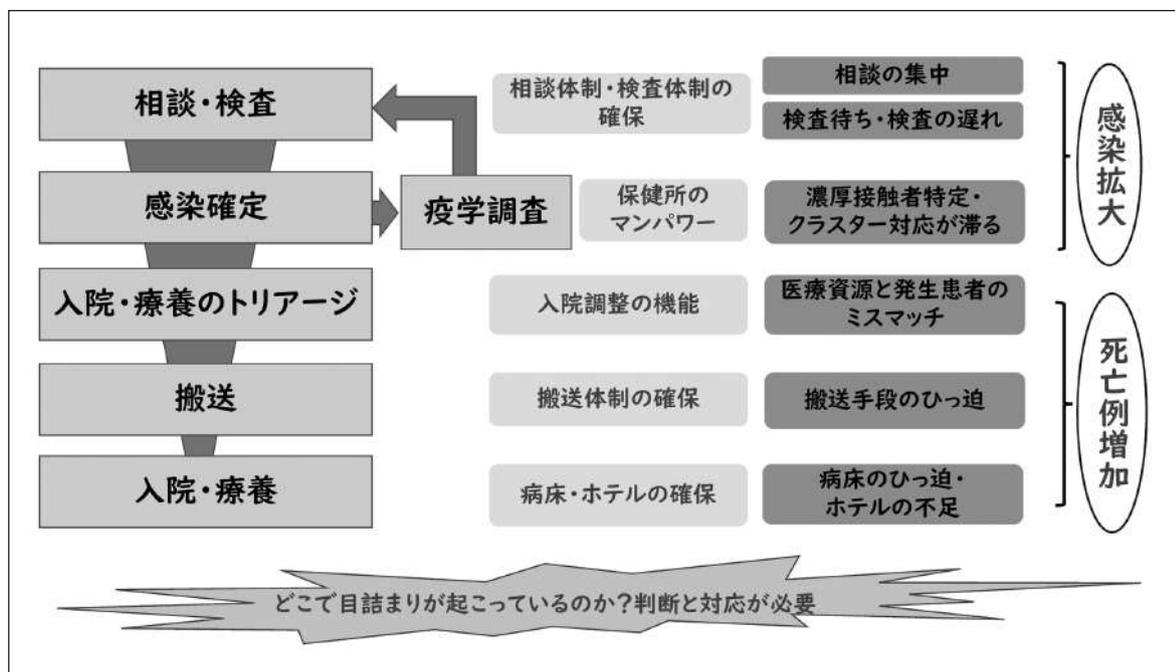


図2 新型コロナウイルス感染症患者発生時の対応の基本的な流れ

所とも連携して感染症対策を実施してきた。そのような経験がベースにあったため、今回の新型コロナウイルス感染症においても、令和2年1月に大阪府と保健所設置市での感染症連携会議を開催し、疑い患者の情報共有や大阪府による公表の一元化を決定した。患者情報の一元化により府内全体の感染状況の把握が可能となり、大阪モデルの策定や患者の居住地を問わない夜の街の滞在歴情報の集約、学生・生徒の共通行動歴や接触歴の集約、その後の医療ニーズの早期探知、病床確保・入院調整、検査体制の整備等の広域的な対応の推進につながった²⁾。

患者情報の公表については、当初は府民の不安の解消と一人ひとりの適切な行動につなげるため、年代・性別・居住地・職業・濃厚接触者の有無・マスク着用の有無などプライバシーと感染拡大防止の双方の観点に配慮しながら陽性者やクラスターの情報を公表した。当初は、「どこの市町村か?」「患者の家はどこか? 明らかにせよ」「同じ地域に住んでいて感染しないのか?」「入院している or 外来受診した病院名を公表せよ」といった過度な不安による問い合わせや患者・家族に対する誹謗中傷の電話も保健所には多くかかってきた。感染状況などの情

報発信、感染症に対する正しい知識の啓発、差別は決して許されないことの周知等、リスクコミュニケーションの重要性も感じた。

新型コロナウイルス感染症 対応の実際

新型コロナウイルス感染症患者発生時の対応の基本的な流れを図2に示す。第3波を迎える頃までは図2に示す通り実際に患者発生があると、積極的疫学調査、療養方針の決定・入院先の調整、患者移送、接触者の検査・健康観察とさまざまな業務が発生した。しかし、このサイクルの中のどこかで目詰まりが生じると患者対応の遅れや感染拡大、死亡例の増加につながるため、常にどこで目詰まりが起きているのか、また解消に向けてどう舵を取ればいいのかといった判断と対応が求められた。

第3波の頃より大阪府では保健所業務の逼迫を回避するため、感染状況に応じて保健所長判断に基づく積極的疫学調査の重点化、重症化リスクの低い患者等の健康観察の受動化等の業務の重点化・効率化を進めた。具体的には、疫学調査項目の重点化や、IT等を活用した健康観察

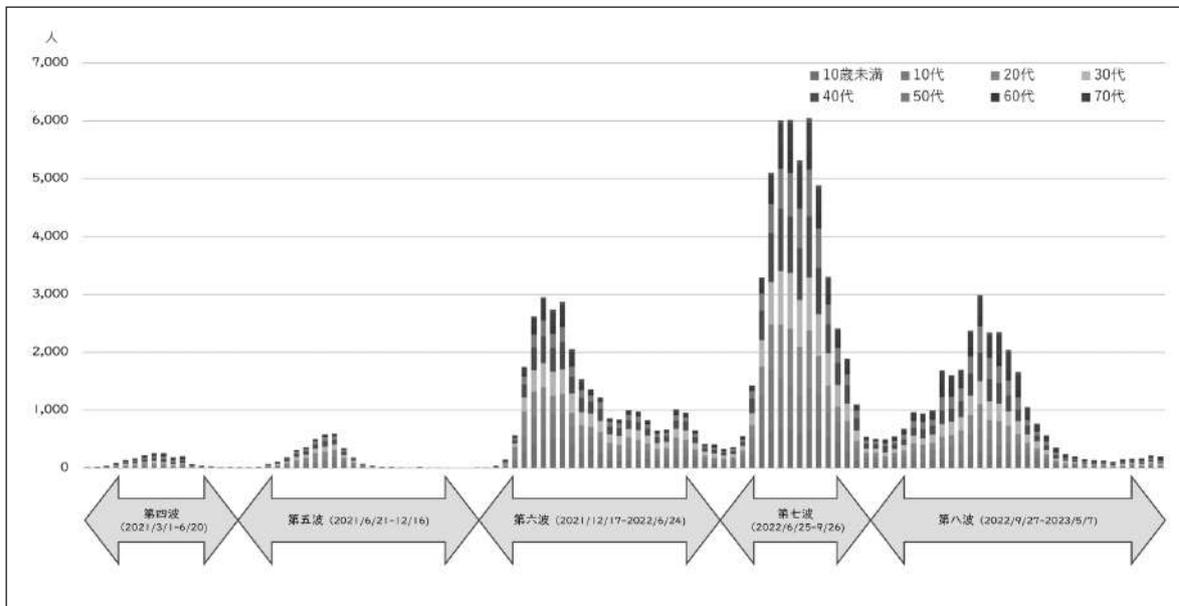


図3 報告日別1週間あたりの茨木保健所管内陽性者数
2021年3月1日(第4波)～2023年5月7日(第8波) 全数届出は2023年9月25日まで

の受動化，保健所における検査の予約システムの導入などさまざまな工夫を取り入れた。

その後も第8波まで流行の波が押し寄せてきたが(図3)，当保健所において1日あたりの陽性者数は第7波に入ると連日1,000人を超えるようになり2023年8月9日には1,244人まで増加した。重点化・効率化を図ってはいたが，1日に1,000～1,200人分の発生届を前に，医療機関より早急に入院調整が必要な患者の連絡を受けた事例や，重症化リスクの高い患者をピックアップして適切な医療・療養体制につなげることは，相当な労力と緊張感を強いられることとなった。臨床の場面と違い，実際の患者を診ないままトリアージ(入院の優先順位付け)をするといった，通常の医療にはないことが行われていたのである。

感染症対策における 医療と福祉の関係

第1波当初の患者は武漢市に滞在歴を有する等，感染経路が確認されていたが，2020年3月中下旬以降には，感染経路が明らかではない患者が散発的に発生し，4月上旬にかけて感染が急拡大し，4月7日には国から大阪府を含む7

都道府県に緊急事態宣言が発令され，大阪府でも生活や健康維持のために必要な場合を除く府民への外出自粛要請，生活の安定確保に不可欠な業務を行う事業者を除く施設の使用制限等の要請，イベントの開催自粛要請など，それまで国民が経験したことのないようなさまざまな措置・要請が行われた。地域での流行をできる限り抑えるというゼロコロナ施策にも近い対策のもと，医療機関の中でも限定した病院で感染対策を厳密に行うことで一般医療機関と分断された対応となった。

それまで療養型病床に入院していた患者でも，新型コロナウイルス感染症と診断されたとともに，急性期医療を提供するコロナ患者受入医療機関に入院することとなったのである。このことは，患者が必要とする医療や，介護を得意とする施設との間にミスマッチが生じることとなり，これまで築かれてきた地域医療連携が崩れることとなった。また，もともと在宅での看取りを希望し住み慣れた我が家で余生を過ごしている高齢者が陽性となった場合においても，かかりつけ医にそれまで同様に訪問診療や往診をしてもらえるとは限らず，そのような場合には，保健所・自治体が入院調整を行ったりかかりつけ医とは別の医師へ往診を依頼するな

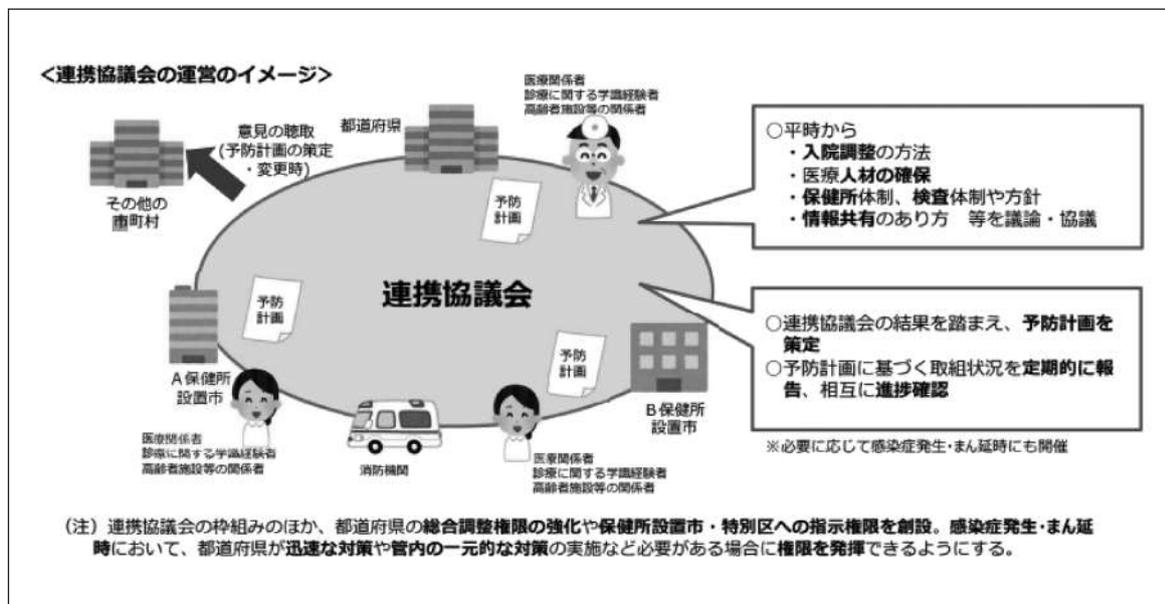


図4 連携協議会のイメージ

どの必要があり、新型コロナウイルス感染症の医療提供が「特別」なものとなった。

高齢者施設でのクラスターが多数発生し、医療提供の場である入院病床とのバランスが崩れ、さらにアルファ株への置き換わりで重症患者が急増した第4波の頃には、病床確保にどれだけ努めてもそれを大きく超える患者発生となり、入院調整は難航を極めた。やむを得ず、施設内にて陽性者対応を求める場合も多々あったが、特に医療職のいない施設等に対しては保健所からも陽性者の状態把握を慎重に行い、入院が必要と考えられる場合は入院調整に努めた。その後、流行波を乗り越える度に陽性者対応の経験によって、高齢者施設でも自施設での療養ができるよう認識が変わってきた。もちろん、施設医が対応できない場合の保健所・自治体による施設医以外へ往診依頼やその体制整備など高齢者施設への医療介入の困難性への対応は必須であった。保健所は医療と福祉のつなぎ役として、平常時から感染症に強い地域医療福祉の体制を構築する役割もあろう。

医療計画および 感染症予防計画の見直し

現在、大阪府においても第8次医療計画およ

び感染症予防計画の見直し作業中である。大阪府では新興感染症の発生・まん延時や災害時等に備えた平時からの医療体制の計画的な整備を新計画のポイントの一つとしている。感染症危機発生時に行政、医療機関、民間事業者、高齢者施設等が感染症の特性も踏まえて必要な対策を迅速かつ効果的に行うことで、府民にとって安心・安全な医療・療養体制を構築することを目指すものである。これには平時からの新興感染症への着実な備えと、有事における機動的な対応が求められる。検査・外来・入院・宿泊施設・人材派遣・人材育成など、多くの項目で協定の締結など数値目標も掲げることになるが関係者が一丸となって次なる健康危機管理事象に臨まなければ今回の苦難が活かされないことになる。

前述の通り大阪府では当初より患者情報の一元化を府および保健所設置市で進め、また入院調整の一元化も国通知より先んじて実施していた。しかし、全国的には都道府県と保健所設置市との間で入院調整が円滑に進まない、応援職員の派遣ニーズを共有できない、迅速な情報共有ができないなど連携の不十分さが指摘もされている。このため、改正感染症法では都道府県と保健所設置市や特別区を構成員とする「連携協議会」を創設し(図4)、入院調整の方法、医

健康危機事象が発生した際、保健所固有の業務が増大する場合、専門職種の応援体制は、どのような対応になっていますか。(複数回答可)

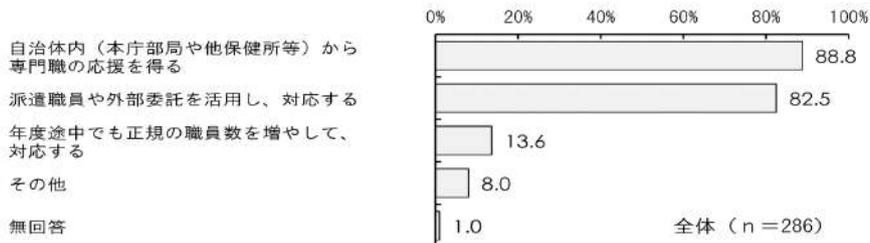


図5 健康危機事象発生時の専門職種の応援体制

行政職員以外の地域の専門職や非専門職などについて、感染症パンデミックや災害等の今後の健康危機に向けて、平常時から確保、育成することについて、保健所の役割をどのように思いますか。(単数回答)

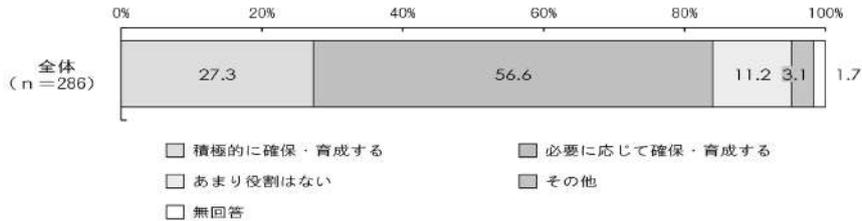


図6 地域の専門職確保・育成における保健所の役割

療人材の確保、保健所体制、検査体制や方針、情報共有のあり方などについて平時から議論・協議しその結果を踏まえて予防計画を策定することとされている³⁾。これにより、現在、全国の都道府県で地域の実情に応じた構成員等を考慮し予防計画を鋭意策定中である。

保健所における健康危機管理体制構築における課題

保健所は地域における健康危機管理の拠点として各種の健康危機事象に対応することが求められているが、しかし今回の新型コロナウイルス感染症対応では全国の保健所でハード面、ソフト面における課題や今後必要な対策が浮かび上がった。尾島らは健康危機管理の拠点としての保健所が十分な役割を果たすための課題や今後の整備等に向けた対応策などについて全国の保健所への調査結果(回答率61.1%)を踏まえて

報告している⁴⁾。

調査結果によると、健康危機事象の発生時、保健所固有の業務が増大した際の専門職種の応援体制についての設問では、「自治体内(本庁部局や他保健所等)から専門職の応援を得る」が88.8%と最も多く、次いで「派遣職員や外部委託を活用し対応する」が82.5%、「年度途中でも正規の職員数を増やして対応する」が13.6%であり、年度途中での職員の増員は簡単ではないことが伺える(図5)。新型コロナ対応においては、IHEAT(Infectious disease Health Emergency Assistance Team)のほか、筆者の保健所含め管内市町村の保健師等の応援や、看護系の学校から協力を得た自治体も複数あった。一方、健康危機に向けて平常時から地域の専門職を確保・育成するかという問いには、「必要に応じて確保・育成する」が56.6%と最も多く、次いで「積極的に確保・育成する」が27.3%、「あまり役割はない」が11.2%であった(図6)。この背景には

保健所職員自体に余裕がないため平常時より地域の専門職確保育成は困難という意見や、地方においては人材そのものが不足しているという意見、また専門職種にこだわらない業務内容・体制の見直しが必要という意見もあったことを考えると、いかに保健所における人員の確保を感染症流行開始時期と同時に有事体制に早急に移行できるかが決め手となろう。自治体の定数は平常時に増員しておくことは非常に困難である。そのため想定される業務量を見込んだ上で、計画化した研修・訓練の実施や応援協定を締結しておかなければならない。

また、保健所が夜間休日を含めた健康危機管理対応を行う上で今後改善した方がよい点として、人員の増強や代休取得の徹底といったソフト面のみならず、執務室・会議室の拡大や当直室・仮眠室の整備、24時間稼働可能な空調設備など施設・設備の整備をあげている保健所も多く、これまで全国の保健所の多くが夜間休日対応を想定した施設になっておらず、ハード面の整備も大きな課題であろう。

今後に向けて

健康危機管理の拠点としての保健所であるが、平時より保健所に求められる役割の一つに「地域のつなぎ役」があると考えられる。例えば、地域の感染症ネットワークの中心となっているICD(Infection Control Doctor: 感染制御ドク

ター)やICN(Infection Control Nurse: 感染制御ナース)を、専門家の視点からの協力者として管内の医療機関や施設につなぐこと、またクラスターとなっている施設等の現状を把握し、現場指導のみならず今後の感染予測をしながら入院調整部門や地域の医療機関へ事前依頼をし、医療提供体制を確保することなどである。さらには感染症予防のための正確な情報発信や患者のプライバシー・人権の保護の観点の啓発のために管内市町村の広報誌等の大きな力につなぐことなど、あらゆる面で保健所は「地域のつなぎ役」として活動・活躍できるのである。

地域の安心・安全を守るため保健所は存在する。今後もさまざまな専門家、関係者の協力を得ながら、地域をつなぐ役割を果たしていきたい。

引用文献

- 1) 白井千香, 内田勝彦, 清古愛弓, 他:新型コロナウイルス感染症に対する地方自治体および保健所の対応. 保健医療科学 2022; 71(4): 292-304.
- 2) 大阪府健康医療部:保健・医療分野における新型コロナウイルス感染症への対応についての検証報告書. 2022.12.27.4
- 3) 厚生労働省:感染症法等の一部を改正する法律案について.第92回社会保障審議会医療部会参考資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001000543.pdf>(accessed 2023 Sep 27)
- 4) 尾島俊之, 内田勝彦, 白井千香, 他:厚生労働科学研究費補助金 健康安全・危機管理対策総合研究事業 地域保健における保健所に求められる役割の明確化に向けた研究. 令和4年度 総括・分担研究報告書.

地域における在宅療養支援診療所と 後方支援病院の連携

社会医療法人関東会江別訪問診療所 院長 日下勝博

POINT

- ① 病診連携の前提として、日々変わる患者の思いを的確にキャッチアップする
- ② 病院との連携には、それ自体に在宅ケアの質を高める効果がある
- ③ 在宅ケアの中でも、専門的な介入によるQOL改善のチャンスを見逃さない

特集

はじめに

日本における高齢化と、それに伴う在宅医療への需要は今後もしばらく拡大し続け、2040年頃にピークを迎えるといわれている。死亡者数も、2020年の137万人から2040年には170万人弱に達すると推定されている¹⁾。いわゆる「看取り難民」問題である。

今回、地域において在宅医療の果たす役割が拡大する中で、さまざまな連携の形、特に訪問診療を直接担う診療所と後方で支援する病院の医療連携というテーマで執筆の機会をいただいた。もう少し詳しく言うと、①患者、家族が受けてきた治療や環境、その思いといった情報を、在宅に関わる医療者と病院で関わる医療者が共有できているのか、②患者の病状悪化時に即座の救急搬送が困難な場合はどうしているのか、③病院とより有効な連携を行い、在宅での生活を支えるための工夫とは、といった質問をいただいた。当院の事例をもとに、できる限り答えていきたい。

当院の紹介と地域背景

当院は、北海道江別市に拠点をおく単独型の強化型在宅療養支援診療所である。江別市では唯一、訪問診療を専門に行っている。常勤医師は5人、看護師は10人で、うち2名が地域連携業務を担当している。また、ケアプランセンターを併設し、ケアマネージャーが1名常勤で在籍している。その他、機能強化型訪問看護ステーション(看護師12名、理学療法士・作業療法士4名)、ヘルパーステーション、ナーシングホームを併設しており、医療・看護・介護の包括的な在宅医療を提供している(写真1)。現在約400人/月の患者を対象に訪問診療しており、患者数は増加傾向が続いている。癌末期や神経難病など重症患者を積極的に診療しており、昨年度は170人弱の看取りを行った。

江別市は、札幌市の東に隣接する人口12万人弱のベッドタウンである。札幌駅から電車で30分、直線距離で15km圏内に位置している。高齢化率は30.3%(令和3年)で年々増加傾向であ



写真1 江別訪問診療所のスタッフ一同

る。令和3年時における在宅での看取り率は17%で、これは全国平均とほぼ等しく、全道平均13%をやや上回っている²⁾。なお、同年の江別市における自宅看取り242件のうち、112件が当院での看取り例であった(47%)。市内には50~200床クラスの急性期病院が3つ存在するが、高度急性期医療の大部分は札幌に依存している。一方、終末期を担う専門的な緩和ケア病棟やホスピスは江別市内には無い(札幌にはある)。江別市内の癌患者の多くは、札幌の高次機能病院で専門的治療を受け、やがて治療を終えた後、そのままホスピスケアを望む人は札幌で入院先を探し、自宅で緩和ケアを望む人の大半は当院に紹介されてくる。

このような地域背景から、当院の患者の大部分は他の医療機関、福祉施設等からの紹介で訪問を開始している。本人や家族からの直接の依頼で診療を開始するケースは、比較的少数である。他院との緊密な医療連携は、当院にとって重要な命題である。

当院は、特定の医療機関とだけ提携するのではなく、個々の患者ベースで問題や状況に合わせて柔軟に連携先を構築している。当院初診の時点でのパターンをいくつか例示する。

1. 紹介元の病院がそのままバックベッドとして機能するケース

末期癌の症例に多い。高次機能病院で一通り治療を行った後、病状悪化の際はバックベッド

として受け入れるという約束とともに紹介されてくる。基本的に予後が限られており(半年未満)、問題点をはっきりしており、それまでの情報が病院に全て揃っているため、連携において困ることはあまりない。

予後がはっきりと分からない難病の症例も、大学病院など基幹病院との連携を保ちつつ診療を行うケースが圧倒的に多い。

2. ホスピスなど、紹介元以外にバックベッドを設定しているケース

これも癌の症例が多い。患者・家族の希望に応じて当院で調整するか、急性期病院から紹介される際、あらかじめホスピスなど療養可能な病院の調整が済んだ後に紹介されて来る。この場合も、あまり連携業務に困ることはない。

3. バックベッドがあった方が望ましいが、特に決まっていないケース

非癌疾患の慢性期~終末期、フレイルな患者層が主となる。他のクリニックや、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、施設など病院以外の紹介で訪問診療が始まるケースに多く見られる。こうした患者の多くは、感染症等で全身状態が悪化しやすかったり、レスパイトなど普段から入院の潜在的なニーズがあるため、診療開始後に患者・家族と相談し、近隣の中核病院と連携してバックベッドの登録などを行っている。



写真2 オンラインで行うカンファランス

具体例としては、近隣の札幌北辰病院と地域連携協定を結び、症状が悪化した時に受け入れ先の選定が難しそうな患者を登録している。

4. バックベッドを特に決めていないケース

容体が安定しており、入院に関するリスクが外来患者とあまり変わらないと思われるケースは、特にバックベッドを定めていない。およそ半分ほどの患者が該当する。こうした患者は、肺炎が起きたら内科系救急、転倒して骨折したら整形外科に紹介、というように、何かトラブルが起きた際に一般的な救急診療のルートを用いて都度対応している。

各種病院との関係

当院と各種病院との関係をまとめた。これらの背景を踏まえ、質問に答えていきたい。

Q: 患者、家族が受けてきた治療や環境、その思いといった情報を、在宅に関わる医療者と病院で関わる医療者が共有できているのか？

A: できているが、情報共有の前にもっと重要なことがある。

患者の病歴や治療経過、家族背景や基本的な個人情報や医療者間で共有するのは、質の高い在宅ケアを行うために必要不可欠であり、そこには十分な仕事上のリソースを充てる必要がある。病歴が複雑な場合や重篤な場合は、退院前に病院の担当医やスタッフ、退院後に看護を担

う訪問看護師やケアマネージャー、訪問薬剤師など多職種によるカンファランスを開き、退院後の生活について情報共有を行っている。以前は直接病院に出向くことが多かったが、新型コロナウイルス感染症流行以後はオンラインでの開催が主となっている(写真2)。

当院では、地域連携室に病棟経験豊富な緩和ケア認定看護師を2名常駐させている。基幹病院の地域連携室の看護師と情報交換を密にすることで、患者の紹介とスムーズな連携につながっている。病院だけでなく、訪問看護ステーションやケアマネージャー、福祉施設からの情報も集約化できている。

一方、私が在宅ケアを行う上で最も重視している情報は、患者や家族が病気や生活、予後に対してどのような思い、ビジョンを抱いているか、という点である。この点については、紹介元の病院と必ずしも完璧に共有はしていないと感じる。なぜなら、そうした思いは病気の進行による肉体的変化とともに刻一刻と変わっていくことが多いからである。病院で癌治療を受けていた時に担当医と話し、考えていたことと、治療が終わって家に戻ってきたときの考え方が違っていても、なんら不思議ではない。最期を家で迎えるのか、入院するのかについても、大半の患者や家族は日々迷っている。退院時カンファランスの時に言っていたことと家に帰ってきてから言うことが違うのは、よく見られることである。病院から自宅に帰ってきた時、前医の手紙に書いてある予後予測と患者の認識が一致していないこと(たいてい予測より長生きできている)もよくある。医療者間での連携の前に、まず患者の思いをきちんとキャッチアップできているかが問われていると感じることが多い。

75歳、肺癌末期の女性のケースを示す。この患者は札幌の基幹病院で足掛け8年治療を受けていたが、体力低下と病状進行により積極的治療を終了し、当院に紹介された。初診の時点では、自宅で緩和ケアを受けるということについて具体的に想像がつかず、病状悪化したら入院するしかないと思うと語っており、前医とも

そういう方向で話がついていた。8年通った前医を、本人は非常に信頼していた。訪問診療開始後、ゆっくり容体は悪化していった。やがて本人は、内服の調整や胸水穿刺などの緩和的処置や、訪問看護師によるケアを通じて、病院に行くよりこのまま自宅で過ごすほうが楽かもしれないとコメントし、入院について悩むようになった。一方、ある程度本人が弱った時点で入院させるつもりだった主介護者の娘は、本人の心境の変化を理解しつつも、自宅で最期を看取することは精神的に耐えられそうにないと不安を訴えた。こうした本人・家族の意向の変化を受けて、再度本人・娘と今後の方向性について相談。折衷案として自宅近くのナーシングホームへの入所を提案した。入院より自由度が高く、面会も頻回に可能で、娘も介護負担を軽減できるということで両者の納得が得られた。最終的に施設で看取りを迎えたが、患者本人は最後まで前医に感謝しており、入院の約束をしていたのに果たせなかったことへの詫びを伝えてほしいとの希望があったため、その旨を手紙で情報共有させていただいた。

患者が自宅でどのように過ごし、どのようなケアを行い、最期を迎えたかを、紹介元の病院の医師になるべく詳しく伝えるようにしている。これもまた重要な病診間の情報共有であると思う。

終末期の在宅ケアにおいては、患者や家族の心は揺れ動き、方針が不安定になることが多い。本人、家族の意向をこまめにキャッチアップし、要所所で医療者間での情報共有を推進して意志の統一を図るのが、在宅における主治医の大切な仕事であると思う。

Q: 患者の病状悪化時に即座の救急搬送が困難な場合はどうしているのか?

A: 自宅でできる限りのことをしている。

離島・山間へき地ではない当院でこうした問題が起きるのは、たいてい、バックベッドに指定しておいた病院から満床などで受け入れ困難と言われた場合である。この場合選択肢は2つあって、他の救急対応可能な病院に依頼するか、

バックベッドが空くまで自宅で待機するかになる。どちらを選ぶかは医学的な緊急度や、予後の見通し、患者家族の希望などによって総合的に判断される。

実際のところ、札幌には救急対応可能な中規模～大規模病院が常に複数存在し、受け入れ先が見つからなくて本当に困る、といったことはこれまで無かった。よって、バックベッドが空くまで待つ選択をしたケースについて提示したい。

82歳男性、半年前に肺癌・多発肝転移を指摘され、認知症もあり積極的治療の適応なく緩和ケアの方針となった。しばらく他院に通院していたが、衰弱が進んで通院困難になったということで紹介された。初診の時点で悪液質が進行しており、余命1ヵ月未満と思われた。本人は入院に抵抗感があり、自宅での最期を希望。一方家族は自宅での介護に自信がなく、死の瞬間を直接看取ることにも不安があるということで最期は入院を希望されたため、市内の中核病院と地域連携室を通じて事前に情報を共有し、緊急時の受け入れ約束を得た。どっちに転んでもよいように準備し、経過を見守った。

その後病状は進行し、経口摂取困難・寝たきりとなり、ある日肺炎を併発して呼吸苦が悪化した。致命的な経過と思われた。家族が入院を希望したため病院に連絡したが、当番医から休日(土曜日)の夜だということで週明けまで受け入れが困難と断られた。

このまま週明けまで緩和処置を自宅で続けつつ様子を見るか、その日のうちに他の救急病院に受け入れを依頼するか。江別市の外(札幌)を探せば受け入れ先は見つかると思うが、これまでの経過からそろそろ肉体的には限界と思われる。数日もつかどうか分からないと家族に説明。家族としては、当初の予定通り、自宅近くの病院が良いということで週明けまで待つことになった。自宅で酸素、抗生剤、オピオイドの持続皮下注射を開始。症状のコントロール自体は比較的容易であり、翌朝には呼吸苦は改善し、本人は静かに眠っていた。

その後週明けの時点で再度入院について家族の意向を確認したが、この状態であればもう少

しだけ自宅で頑張ってみたいと家族が言い出したため、そのまま緩和ケアを続けることになった。結果、数日後に自宅で看取りに至った。

終末期に近づくと、医療的に有効な処置は限られてくる。医療的に病院でできることと自宅でできることにほとんど差がなくなってくる。入院するかどうかは、医療的な適応より、本人・家族の価値観や心理社会的な要素が大きくなっていく。また、仮にすぐ入院できなくとも、バックベッドが決まっているということ自体に患者・家族を安心させる効果があり、それが在宅での生活を支える一つの要因になっているように思われる。

Q: 病院とより有効な連携を行い、在宅での生活を支えるための工夫は？

A: 病院で治療した方がQOLが上がる問題はないか、医学的な評価を怠らないこと。

訪問診療に移行する患者の大半は、フレイルで通院困難になり、病院での専門的な治療の適応はないということで紹介されてくる。概ねそれは妥当だが、中には、まだ治療の余地があり、適切な専門医に相談することで、予後や生活の質が大きく変わることもある。

症例を提示する。89歳男性。慢性心房細動と肺気腫で近くのクリニックに通院していたが、1年ほど前から心不全増悪によって近隣の病院に入退院を繰り返し、体力が低下して通院困難になったということで当院に紹介された。訪問開始時点から労作時の息切れがひどく、心不全増悪を繰り返す要因が判然としなかったため、以前入院していた病院に情報提供を依頼した。すると入院時の心エコーのレポートで、重症の大動脈弁狭窄症が指摘されていた。この件については、担当医から以前に説明はあったのかもしれないが、本人は自身が特に弁膜症だという認識はなかった。本人と改めて相談したところ、庭いじりが好きだが今は息切れがひどくてとてもできない、できればもう少しADLが拡大できるような治療があれば試してみたいという希望があったため、TAVI(経カテーテル大動脈弁治

療術)について提案した。結局、札幌の循環器専門の医療機関に紹介することとなり、TAVIが行われた。治療は成功し、治療前後で浮腫は改善(体重が5kg減少)。息切れも改善して庭に出られるようになっていく。

在宅ケアを希望して紹介されてくる患者は、基本的に高齢で複数疾患を合併し、フレイルな傾向があるため、関わっている医療者も本人も家族も、あまり積極的な精査加療を望んでいないことが多い。それは必ずしも間違っていることではないが、そうした消極的な対応の陰に treatable な病態がマスクされていることが多いのも事実である。

できる限り医療的な問題を整理し、治療可能かそうでないのか、治療により患者の生活をどの程度改善が期待できるのかを明確にし、患者の思いをベースに生活をデザインし、コーディネートし、モデルプランを提示するのが在宅における主治医の役割だと考えている。

おわりに

医療連携というのは、単なる患者の病歴などの情報共有にとどまらず、患者のニーズをもとにした治療のゴールを共有することだと考えている。多様な病歴、背景を抱える患者のゴール設定は包括的な視点から行わなければならない。在宅医療を担う主治医の仕事である。ゴールをもとに、専門的治療なり、緩和ケアなり、レスパイトなり、サブアキュートなり、用途に合わせて病院を選択する。病院ではなく、診療所側がイニシアチブをもって病院の機能をうまく利用させてもらうという考え方で臨む方が、連携がスムーズにいくと思う。

参考文献

- 1) 厚生労働省:第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1. 2022.
- 2) 人口動態調査/人口動態統計 確定数 保管統計表 都道府県編 (報告書非掲載表) 死亡・乳児死亡. 政府統計の総合窓口(e-Stat). 2021.

院内での多職種連携 —連携による効率的なしくみ—

横須賀市立うわまち病院 副管理者 宮本朋幸

POINT

- ① 日本のチーム医療は「患者安全」、「効率化」、「質の向上」を目指して組織される
- ② 日本ではチーム医療が収益につながるものもある
- ③ チーム医療が医療の効果を最大限に発揮させるには、チームダイナミクスの要素が必要である
- ④ 各チームが医療の効率化に寄与しているかを評価・統括する部門が必要である
- ⑤ チーム医療が効果的に実践されていることを発信することは病院のブランド構築にも役立つ

はじめに

日本では病院におけるチーム医療に対してさまざまな加算が付き、さまざまな病院でさまざまな医療チームができています。一つ一つのチームが院内で活動し、患者の利益に資している。チームで活動することは、心肺蘇生を行う際にも必要で、チームダイナミクスを効率的に発揮するには、「クローズドループコミュニケーション」、「明確なメッセージ」、「明確な役割および責任」、「限界の把握」、「知識の共有」、「建設的介入」、「再評価と要約」、「相互尊重」が必要とされている。

蘇生現場のみならず、チーム医療を展開するためにもこの8つの要素が重要で、それぞれのチームリーダーは、この要素を意識してチームを管理することが必要である。それと同時に、病院

幹部は、各チームのチームダイナミクスを評価し、PDCAサイクルが回るように検証や助言をしていくことが必要である。

横須賀市立うわまち病院のチーム医療の活動実態を紹介し、病院として各チームをどのように管理しているかを述べる。

チーム医療の目的

アメリカでのチーム医療はタスクシェア、リスクシェアをまず目標に進んでいったといえる¹⁾。アメリカの医師は多くの場合病院への雇用ではなく、病院に常駐しているわけではない。そのため、多くの病院スタッフが患者を支えることに対してチームとして動いていた。

さらに、個人で活動するより、チームで動いた方が、責任の分散にも寄与する。一人の責任

になることを避けられるのである。それが、リスクシェアも目標の一部になっている理由でもある。

アメリカのある小児病院では、323床の病院に1,309人のメディカルスタッフ、5,569人の従業員が働いている。日本の病院と比較すると数倍の人員である。この潤沢なスタッフによるチーム医療が行われ、さまざまなスタッフによるリスクシェア、リスクシェアが行われ、チームとして活動している。

アテンダントドクターが常駐していないので、その不在の時に病院を支えるのがレジデントであるが、そのレジデントの労働条件が厳しく改訂されたことで、さらにリスクシェアをしなければならず、ナースプラクティショナー(NP: Nurse Practitioner)やフィジシャンアシスタント(PA: Physician Assistant)の役割が大きくなった。そして、NPやPAの導入が医療費の削減に役立ったことも、アメリカでこのようなリスクシェア・リスクシェアのチーム医療が発展していった理由でもある。

一方、日本のチーム医療の成り立ちは少々異なっており、「患者安全」、「効率化」、「質の向上」を大前提にしている²⁾。患者に資する方向性にあるチーム活動には保険点数が付与される。いわゆる病院の収入につながる。この点が、同じチーム医療でもアメリカと違う点である。そして、アメリカと比して少ないスタッフで、患者の安全を守り、効率的に医療の質を高める。ともすると、加算を目的としてしまいそうなチーム医療活動に、チームが何を考え、何のために動いているのかを把握し、活動の質を評価していくことが必要なのである。

横須賀市立うわまち病院の チーム医療

当院では、各医療チームを統括する部門として「チーム医療推進委員会」を設置している。その委員会で各チームの活動状況の報告、新チームの立ち上げへの助言・指導を行い、チーム立ち上げの進捗状況も確認している。現在、委員

会が統括している医療チームは立ち上げ中の1チームを含み、19のチームがある(表)。委員会は、月に1回、管理者、副管理者、担当副院長と各チームの責任者が集まり開催している。

19番目の身体抑制適正化チームは2023年9月現在立ち上げ中である。チームを立ち上げる際は職種の選択、人選など、さまざまに決めなければならないことがある。そのために「チーム医療推進委員会」は、チームの立ち上げの管理も行っている。

その他のチームは実際に院内で活動しており、今回は主だったチームの活動内容を紹介する。

1. 栄養サポートチーム

これは、NSTチーム(NST: Nutrition Support Team)と呼ばれ、チームで回診を行うと回診を行った患者に保険点数が付く。算定要件は、①対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回程度)、②対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療、③1日当たりの算定患者数は1チームにつき概ね30人以内とする、となっている。

チームの構成職種は、①栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師、②栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師、③栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師、④栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士となっており、1日30人の算定を得るには、このうちいずれかが専従とならなければならない。専任にするならば、1日あたり15人までしか算定できない。この点が、急性期病院でNSTが収益を上げるのが難しいところではある。

しかし、チームで患者の栄養状態を把握し、改善することは重要なことであるので、当院では、加算が取れない状態の時からNSTチームを結成し活動していた。

NSTチームは、まず各病棟から上がってくる栄養状態や栄養摂取に問題がある患者を集計、カンファレンスにかける。一方、栄養状態を考察する一助として、患者の血清蛋白濃度を検査科がチェックし、カンファレンスの資料を作成する。病棟から提出された患者のリストと、低

- ① 栄養サポートチーム
- ② 緩和ケア支援チーム
- ③ 呼吸サポートチーム
- ④ 摂食嚥下チーム
- ⑤ 褥瘡対策チーム
- ⑥ Intensive Care Unit (ICU) サポートチーム
- ⑦ Rapid Response System (RRS) チーム
- ⑧ 抗菌薬適正使用支援チーム
- ⑨ 臨床倫理コンサルテーションチーム
- ⑩ 静脈血栓塞栓症予防チーム
- ⑪ 包括的心不全センター
- ⑫ 心臓リハビリテーションチーム
- ⑬ 早期離床・リハビリテーションチーム
- ⑭ 認知症ケアサポートチーム
- ⑮ 骨粗鬆症リエゾンチーム
- ⑯ フットケアチーム
- ⑰ Trance Element Evaluation and Education Support and Study Team (TEST)
(微量元素チーム)
- ⑱ 術後疼痛管理チーム
- ⑲ 身体抑制適正化チーム

表 チーム医療推進委員会が統括している医療チーム

たんぱく血症患者の患者リストをカンファレンスで比較、実際に回診するときの参考とする。

このように、各職種が持っているデータをチームとして検討することで、効率よく、対象患者を選定することが可能となる。そうして、チームでの回診につなげている。

2. RRSチーム

入院患者の状態が悪化した時に初動チームとして動くRapid Response System(RRS)チーム。医師が外来や手術などで病棟に不在の時、病棟看護師の依頼によって動く。これは、アメリカでNPや看護師で構成されたチームが院内で動いていることに端を発し、日本でも取り入れられてきた。アテンダントドクターが病院に常駐していないこともあるアメリカらしいシステムであろう。

しかし、このRRSシステムは、医師数もスタッフ数も少ない日本にも非常に良いシステムで、

保険点数は付いていないが、患者安全のためと、医師の外来・手術がスムーズに効率的に進むことに役立っている。

当院ではこのチームは、特定行為看護師(NDC: Nursing Designated Care)と医師とで構成され、病棟から一報を受けたNDCが即座に患者のもとに行く。そして、状況の把握を行い、主治医またはRRS担当医師にアセスメントの結果を伝え、適宜、指示と助言を受け、急変対応を行う。

活動の振り返りはチーム内で月に1回行い、PDCAサイクルを回し活動のさらなる発展を期している。チーム医療推進委員会ではRRSの活動状況が報告される。

RRSが発動する数は徐々に増えている。これは、今まで主治医コールされていた患者の急変がRRSを発動されているということを示している。そして、主治医コールよりも効率的に主治医の医師を遠隔でも受けることができ、NDCが処置も行うことで、効率的に患者安全を守るこ

とにつながっている。

3. TEST (Trance Element Evaluation and Education Support and Study Team)

一風変わった名前のチームであるが、日本語では、微量元素チームと当院では称している。NSTに続く栄養系のチームである。褥瘡などのある患者さんの亜鉛、銅などの動態をチェックし、栄養改善から状態改善へとつなげるチームである。医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、検査技師などから組織されている。

NST回診と同じように、各病棟から問題提起された患者や、検査科からの微量元素の結果情報をもとに、介入する患者をチームで検討している。

微量元素に焦点を当てたチームなので、データ、患者を効率よくピックアップすることができる。NSTと情報交換することはあるが、基本、NSTとは別で活動している。特に、保険点数での加算はないが、患者さんを改善させたいという気持ちから発生したチームである。

4. 包括心不全センター

当院では今後心不全患者が増えていくとされている、いわゆる「心不全パンデミック」に備えるべく、包括心不全センターと呼ぶチームを結成している。心不全患者は、内服などの治療の他に、塩分制限を主体とした食事療法、適切な運動処方に基づいたリハビリ等を包括的に進めていく必要がある。このような包括的な管理が心不全患者の予後を改善する。また、回復不可能な末期心不全状態の患者には、緩和医療が必要になり、包括心不全センターのメンバーに緩和を担当する看護師や薬剤師も含まれている。

1年以内に心不全で2回以上入院した患者を、外来で包括的に管理すると保険での加算がある。しかし、それとは関係なく、心不全患者の再入院を防ぎ、予後の改善を目指して活動している。

このチームのカンファレンスは、包括的心不全センター運営会議で行われている。心臓病患者全体の予後改善のためのチームであるので、

この会議では、成人先天性心疾患患者の報告も行われている。成人先天性心疾患は、元来小児の疾患であるが、近年の手術成績の向上で成人期を迎える患者も多数存在するようになった。そのような患者は小児循環器科の医師のみでは対処できず、数多くの成人診療科やさまざまな職種の協力が不可欠である。

そのために、心臓病患者を包括的に管理するこの会議で情報を共有している。成人先天性心疾患患者をチームで管理するこのシステムも、関連学会から高く評価されている。

チーム医療を広めるための方策 —デジタルサイネージを用いた方法—

1. 職員向け周知

これだけ数多くのチームがあると、必要な患者がいてもどのチームに提示すればいいのか、または、チームそのものを認識できない場合もある。当院は、各部署に職員向けのデジタルサイネージを設置しているのので、それを利用することにしている。

各チームがデジタルサイネージ用のコンテンツを作成し、それを各部署に流し、各チームの活動目的、紹介してもらいたい患者のプロフィール、スタッフへの連絡方法を周知している。

当院のデジタルサイネージのコンテンツは数多くあるが、各部署の職員がいつも目に付くところに配置しているので、コンテンツのループのどこかではさまざまなチームのコンテンツが目に入るようになっており、チーム活動の活性化に役立っている。

2. 患者向け周知

患者向けにもデジタルサイネージが数多く配置されており、そこにも各チームの紹介を出している。患者向けには、そのチームが患者にどのようなメリットがあるのか、どのような状態になると、どのようなチームが介入してくるのかを解説している。さらに患者自身にも自分の状態が、チーム介入が必要な状態なのかもセル

フチェックできるようになっており、患者側からのアプローチも誘導している。

そうすることで、病院全体で患者のことを思って行動しているというメッセージを患者に送ることができる。患者は、さまざまなチーム医療活動があることを知り、病院への好感度も向上するであろう。そのことは、当院を選ぶという、病院のブランド構築にも寄与すると考えている。

チームダイナミクスの発揮のしかた

日本は未だ医師のトップダウンの体制なのでうまくチーム医療が成り立っていないと言われるが、現在行われているチーム医療は必ずしもそうとも言えないと私は思っている。

各チームは、各職種の職務範囲内でデータを取り(明確な役割および責任)、チームのカンファレンスにかけ(知識の共有)、自分の職務範囲外の時は他の職種に協力を依頼し(限界の認識)、互いに論議し修正が必要な時は修正し(建設的介入)、そしてチーム活動で得られた成果や反省点でPDCAサイクルを回し(再評価と要約)、患者安全、医療の質の向上と効率化に寄与している。そして、当院の各チームのカンファレンスをみていると、各人が自由に意見を交換し、発展的な議論がなされている(相互尊重)。このように、チームの能力を最大限に発揮する仕組みが、すでにできている。

日本におけるチーム医療は、医師の負担を軽くし、医師が効率的に患者管理をできるように、各職種の権限を広くして、それに保険点数が付くようになっている。チームで動く時と各職種が独自に動く時の調整もできている。

チーム医療の全体を把握し、統括する当院の

チーム医療推進委員会は、チーム活動のさらなる発展を見据えて機能している。

NDCやNPとのチーム医療

前述のようにアメリカではある意味、医療費削減を念頭に、そしてレジデントの労働条件改善のためにと発展してきたNPであり、レジデントを介さず、ダイレクトにNPからアテンディングドクターに連絡が行く患者も出てきている。

しかし、日本のNDCやNPはそこまで独立性が認められていないので、むしろチームの一員として働きやすい状態だといえる。当院では患者管理に関わるチームにNDCが所属し、医師との連携に一役買っている。

これからも、日本のNDCや、NPの権限の議論がさまざまになされるであろうが、日本的な相互尊重を維持したシステムに発展することを期待する。

まとめ

チーム医療は、それぞれの職種がばらばらに患者対応するよりも、チームで情報交換しながら対応した方が、効率的に管理ができる。当院では、各チームにそれぞれの自主的な動きを任せるとともに、統括する部門が絶えずその評価を行い、チーム医療の発展を促している。

参考文献

- 1) 早川佐知子:アメリカの病院における医療専門職種の役割分担に関する組織的要因 医師・看護師・Non-Physician Clinicianを中心に. 海外社会保障研究 2011; 174(spring): 5-15.
- 2) 河合佑亮, 他:多職種連携:チーム医療とタスク・シフト/シェアの歴史と展望. ICUとCCU 2023; 47(3): 213-222.

当施設における卒後多職種連携教育と 連携の実践ー連携が生み出す効果ー

台東区立台東病院/老人保健施設千束 作業療法士 楠本直紀
台東区立台東病院/老人保健施設千束 医師 玉井杏奈
台東区立台東病院/老人保健施設千束 医師 高橋麻衣子
東京北医療センター 総合診療科 綾香奈々

POINT

- ① 病院や施設における卒後の多職種連携教育(IPE)の重要性
- ② IPE研修は当施設の人材育成の中核である
- ③ IPEから地域での連携の実践につなげる

特集

はじめに

世界保健機関は、2010年に「専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み (Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice)」を報告し、その中で専門職連携の教育(以下、IPE)と連携医療の実践(Interprofessional Work:以下、IPW)が、世界的な医療従事者不足の危機を緩和する上で重要な役割を果たす¹⁾と述べ、重要な戦略と位置付けている。本邦においても、世界に類を見ない超高齢化社会の中で、医療・介護・福祉における多種多様なニーズに一人の専門職で応答することは困難であり、さまざまな専門職と連携して活動することが重要であると認識され、2009年には厚生労働省が「チーム医療の推進に関する検討会」を立ち上げ、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方を検討し、報告書をまとめている²⁾。また、

2008年に日本保健医療福祉連携教育学会(Japan Association for Interprofessional Education:以下、JAIPE)³⁾が設立され、健康長寿および自立・共生を支援する専門職に対する連携教育および現場協働の成果を共有し、健康・医療・福祉分野の連携に基づく教育・研究と実践を推進することを目的としており、我が国のIPEおよびIPWの推進やエビデンス創出に寄与している。このような背景の中、昨今のコロナ禍によって業務が分断されたことにより、医療・介護・福祉の活動の中で多職種との連携がより必要であることが強く認識された。今後、ICTの活用等も含めて新しい連携の在り方が模索され、ますます専門職間のIPE/IPWが重要になってくるのではないと思われる。

今回、コロナ禍の真只中である2020年度に計画し、2021年度から開始した当施設での卒後多職種連携研修(以下、IPE研修)を紹介するとともに、その効果および連携の実践について簡単

ではあるが報告する。なお、当施設におけるIPEは現在も模索しながら実施しており、その成果を実証できているものではない。IPEの参考事例としてご参照いただければと思う。

当施設における卒後IPE研修

ここで今一度IPE/IPW定義について振り返りたい。IPEは、「複数の領域の専門職者が、連携およびケアの質を改善するために、同じ場所とともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと⁴⁾と定義されており、IPWは、「複数の領域の専門職者(住民や当事者も含む)が、それぞれの技術と知識を提供し合い、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともにめざす協働した活動⁴⁾と定義されている。言うなれば、IPWを促進させるための教育がIPEである。当施設は理念を『ずっとこのまちで暮らし続けたい』を応援します。』としている。この点において、IPWは切っても切り離せない。当施設の開院当初から多職種合同で実施する研修は行われていたものの、単発の講義形式のものが多く、十分なIPEは行われてこなかった。2019年度から向こう10年の指定管理受託に際し、これまでの10年を振り返りながら、今後の運営方針として3つの柱を設定した。その柱は「地域包括ケア」「ヘルスプロモーション」およびそれらを担う「人材育成」である。「地域包括ケア」「ヘルスプロモーション」に資する人材を育成するにあたり、重要な要素としてIPWを掲げ、本格的に卒後のIPEを実施することとした。複雑で複数の慢性疾患が併存し、かつ時代や環境の変化の中でニーズが刻々と変遷する高齢者ケアにおいて、一専門職が自らの専門性をもとに治療するだけではなく、住み慣れた地域でできる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、多職種で多様な支援を提供する必要があるからである。これらを踏まえて、2020年度に医師、看護師、作業療法士が中心となり、IPE研修を計画し、2021年度の新入職員を皮切りに、業務時間内での研修を開始してい

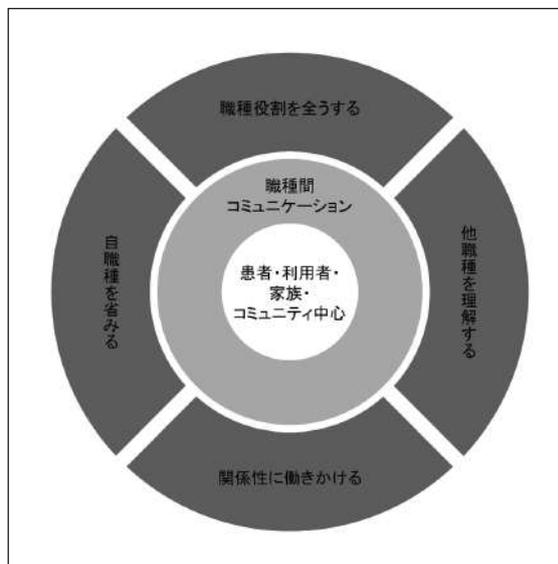


図1 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー
〔文献5〕より引用、一部改変

る。以下にその内容を示す。

1. コンピテンシー

当施設におけるIPEでは、獲得を目指す多職種連携コンピテンシーとして、JAIPEや日本医学教育学会などが開発した「医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー⁵⁾(図1)を参照している。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つのドメインに分かれている。

(1) 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。

(2) 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。

第1回	アイスブレイク, 院内クイズラリー, 自己紹介キャンペーン第一弾, 連想ゲーム 目的: お互いや職場を理解する, 困った時に相談できる他部署の先輩を作る, 多様な視点を理解する
第2回	自己紹介キャンペーン第二弾
第3回	職場の良いところポスター作り 目的: 自分たちの職場を客観的に見つめ直す
第4回	グループワーク①お互いの受けてきた教育を学ぶ 内容: 各職種が学校で学ぶこと, 実習の様子, 国家試験の内容などについて説明
第5回	グループワーク②先輩ゲストからキャリアを学ぶ 内容: 1年目にいない職種の先輩から専門性について話を聞く
第6回	模擬カンファレンス(自分と異なる職種として参加) 目的: 他職種の専門性に触れ, 自分の職種の専門性をより理解する
第7回	キッズニア台東 内容: 自分の職種の専門性について発表, 実体験
第8回	キッズニア台東 内容: 自分の職種の専門性について発表, 実体験
第9回	キッズニア台東 内容: 自分の職種の専門性について発表, 実体験

表1 1年目 IPE 研修 (2022 年度)

「関係性に働きかける: Facilitation 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 for 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。

2. 1年目 IPE 研修

当施設では, 入職当初に台東区の「七福神巡り」という課外研修を実施しており, これが初めての IPE 研修と言える。理念の『「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援します。』に基づいて, 台東区の地域性を知るための研修である。この活動では, 職種の異なるペアで協力しながら, 目的地を目指し, 新入職員同士がお互いのことを知る機会になっている。

その後, 1 ヶ月程度の全体での新人研修の後に, 職種ごとの研修に移るが, 引き続き毎月 1 回程度の IPE 研修を実施している。日時は毎月



図2 1年目 IPE 研修: キッズニア台東

第 3 月曜日: 15~16 時としている。対象者は, その年度に入職した新入職員と実習生や研修医などであり, 毎回 10 名以上が参加している。研修運営も多職種構成されたメンバーで担っており, 当施設では医師が参画しているのが大きな強みである。1 年後の目標として, 「困ったときに気軽に相談できるような関係性の構築」「この問題はこの部署・職種がプロだ, というのが思い浮かぶようになる」「誰も離職せず仕事を続けている」としている。2022 年度に実施した 1 年目 IPE 研修の内容を表 1 に示す。祝日が重なった月以外は, 毎月実施する予定を組んでいたが, コロナのまん延等で集合研修が難しい時期も

第1回	オリエンテーション スケジュールの公表,事前アンケート
第2回	他職種張り付き研修 2年間の多職種連携を踏まえた視点で他職種業務を見る
第3回	張り付き研修レポート報告会 研修で気づいたこと,印象に残ったこと,今後学びたいこと等をパワーポイント用いて報告する
第4回	Photo Voice(写真で一言) 日常の臨床場面を写真に納めて多職種でディスカッションする
第5回	入院～退院までの仮想症例報告 入院時と退院時の基本状況を元に各職種の視点で入院～退院までの間の経過を仮想症例報告として作成し,発表する
第6回	職種間コミュニケーション向上に向けた活動プラン コアドメインを意識して,今後多職種でどのような活動ができるかディスカッションを行い,計画案を立てる,事後アンケート

表2 3年目 IPE 研修 (2022 年度)

あった。内容に関しては、職員同士の関係性の構築や互いの専門職の理解の促進を主眼にしており、毎回和気あいあいとした雰囲気で行われている(図2)。

3. 2年目 IPE 研修

2年目になると少しずつ実践的および学術的な研修を取り入れている。2年目の IPE 研修の目標として、「職種間で異なる意見も含めて相手を不快に思わせずに伝えられるようになる」「自分の職種の強みを知り、多職種と患者を中心にした連携がとれるようになる」「自分の職種の役割をしっかりと果たしながら、自分から他の職種に患者について相談しチーム医療を意識したアプローチができるようになる」「教育する立場として、仕事を教える際に多職種連携を意識した指導ができる」としている。その年度の参加人数にもよるが、2チーム構成とし、1年目より少人数での研修を行っている。開催は主に毎月第2・4月曜日:15~16時としている。2年目の職員にとって、前年の1年目 IPE 研修の延長で行われていることから、研修の導入はスムーズであるものの、各職員の業務が多忙になり、業務調整の面で課題がある。1年目研修同様、コロナの蔓延等で集合研修が難しい時期があり、毎月の実施には至っていないが、年間を通して集まる機会があり、職種間の関係性の構築に寄与していると考えられる。

4. 3年目 IPE 研修

3年目 IPE 研修では、事前課題を課すなど、1・2年目よりも難易度が高い研修として取り組んでいる。3年目の目標として、「台東病院版 IPE 研修の集大成の1年とする」「自職種の役割を果たしながら、他の職種に患者さんについて相談をしたり、相談を受けたりし、多職種が連携したアプローチを立案できるようになる」「後進を教育する立場として、教育に際して多職種連携を意識した指導ができる」としている。開催頻度は1・2年目と違い2ヵ月に1回の開催とし、主に第1月曜日:15~16時に実施している。2年目同様、業務との兼ね合いの面で出席率確保は課題であるものの、3年目になると研修に参加する意識が変化し、自ら交渉して業務調整を行うことができるようになってくる。また、3年目の他職種張り付き研修では、自ら他部署に見学時間を相談しに行くなど、他職種に働きかける課題を設定し、より実践的な内容になっている。2022年度に実施した具体的な研修の内容を表2に示す。仮想症例報告は、架空の患者の情報を、入院時と退院時のみ用意し、図3のように経過の部分グループワークで作りあげ、その場で発表するセッションである。他職種の思考過程に触れることができ、より深い他職種の理解につながる。

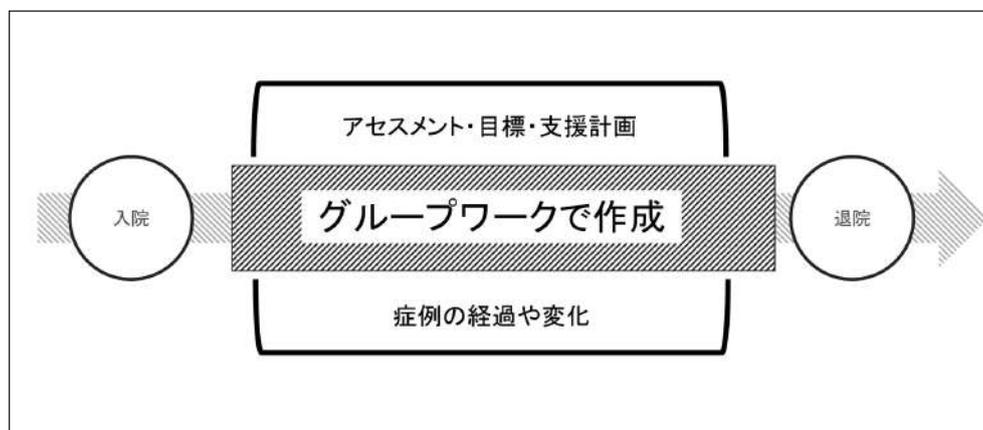


図3 模擬症例報告

連携の実践

当施設でのIPEの推進が、絵に描いた餅にならないよう、業務におけるIPWにつながらなければならない。そのために、日々の業務で患者や利用者の多様なニーズに気付き、チームとして応え、ケアの質の向上につながる取り組みが必要である。また、患者・利用者・家族・コミュニティ中心の認識と職種間コミュニケーションが一層の強化が必要になるであろう。これらのことから、当施設では、IPEと併行して、多職種が連携して実践する場としてのヘルスプロモーション活動を取り入れ、普段からIPWを意識して働けるよう取り組んでいる。ここでその取り組みを紹介したい。

当施設では、地域ヘルスプロモーション病院として、「患者・利用者の治療や療養支援だけでなく、患者や地域住民の予防活動に取り組む病院であることを住民に知ってもらうこと」「職員のヘルスプロモーションの理解や活動意欲の向上を図ること」「職種間のコミュニケーションを強化すること」を目的に、毎年地域住民に向けた病院祭を開催している⁶⁾。その開催に向けて、多職種で構成されたチームが形成され、病院祭本番ではチームごとの催しが実施される。この中で普段接することの少ない職種・職員同士のつながりが形成され、IPWの実践の場になっている。また、住民の禁煙推進を目的に毎月実施している病院周辺のゴミ拾い活動「禁煙クリーン作戦」では、部署単位でローテーション

するのではなく、フロア単位(そのフロアに関わっている多様な職種)で実践するように働きかけ、IPWの場としている。

おわりに

簡単ではあるが、当施設におけるIPEとIPWについて述べた。上記でも少し触れているが、これらのIPE/IPWに実習生等の学生も積極的に参加している。このような活動を学生も交えて実践することは、学生にとっても「魅力的な職場」「成長できる職場」に感じると考えられ、ひいては当施設で働きたいと思う学生の増加につながるのではないと思われる。今後もより一層IPE/IPWを推進していき、共に働く仲間が増えると幸いである。

参考文献

- 1) World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> (accessed 2023 Aug 31)
- 2) 厚生労働省. チーム医療の推進に関する検討会 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> (accessed 2023 Aug 31)
- 3) 日本保健医療福祉連携教育学会. <https://www.jaipe.jp> (accessed 2023 Aug 31)
- 4) 埼玉県立大学編:新しいIPWを学ぶ-利用者と地域とともに展開する保健医療福祉連携. 中央法規. 2022.
- 5) 多職種連携コンピテンシー開発チーム. 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー. https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryu/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf (accessed 2023 Aug 31)
- 6) 野本潤矢, 楠本直紀, 加藤淳平, 他:「台東病院・老健千束祭」の開催意義と職員の認識 -全職員を対象としたアンケート調査を通して-. 月刊地域医学 2020; 34: 704-709.

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。

第121回

“照合の未実施”による誤った患者への
放射線検査の実施に関わる事例発生を未然防止する!

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における「医療安全情報」¹⁾には、さまざまな内容が取り上げられており、繰り返し注意喚起が実施されている内容の一つとして、患者間違いがある。本事業における報告書²⁾では、第68回報告書(以下、本報告書)から第71回報告書まで、計4回にわたって「患者間違いに関連した事例」を「分析テーマ」として取り上げている。これらの報告書では、患者間違いに関わる事例をさまざまな視点で分析した結果が報告されている。

本事業の「医療安全情報」¹⁾では、「No.195：照合の未実施による誤った患者への検査・処置(2023年2月)」が公表されている。類似の内容としては、「No.25：診察時の患者取り違い(2008年12月)」「No.73：放射線検査での患者取り違い(2012年12月)」などで、注意喚起を実施している。「No.195：照合の未実施による誤った患者への検査・処置(2023年2月)」には、「患者を呼び込んだ際に、患者に氏名等を言ってもらったにもかかわらず、医療者が手元の情報と照合しなかったため、誤った患者に検査や治療・処置を実施した」ということが挙げられている。

この他に、「No.11：誤った患者への輸血(2007

年10月)」「No.42：セントラルモニタ受信患者間違い(2010年5月)」「No.110：誤った患者への輸血(第2報)(2016年1月)」「No.116：与薬時の患者取り違い(2016年7月)」「No.154：電子カルテ使用時の患者間違い(2019年9月)」など、さまざまな状況における患者間違いに関わる注意喚起が実施されている¹⁾。

現在ではどの医療機関でも基本的な対応となっていると思われる患者確認・照合の実施状況を分析し、現状把握と課題の明確化ができていくか否か、自施設の現状を振り返ることが重要である。患者確認・照合のルールが整備され、さまざまな対策が実施されているにもかかわらず、インシデント・アクシデント事例が発生している状況には、重大な問題が潜んでいると考える必要がある。

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

自施設では、患者間違いに関わるインシデン

ト・アクシデント事例が発生していないだろうか。患者確認・照合を実施したにもかかわらず、患者間違いの事例が発生したということはないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、事例発生の未然防止対策や、現状評価は十分だろうか。患者間違いに関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、患者確認・照合のルールが整備され、実施しているにもかかわらず、患者間違いに関わる事例発生を未然防止できなかったのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。

併せて、「なぜ、患者に影響が発生する前に、患者間違いに気づいて事例発生を未然防止できなかったのか？」「なぜ、ルールが整備されているにもかかわらず、患者確認・照合が適切に実施されなかったのか？」という疑問を明らかにすることも重要である。明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、関与する医師や、看護師など、多職種が連携を発揮することにより、患者間違い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。

そこで、本稿では、「なぜ、患者確認・照合のルールが整備され、実施しているにもかかわらず、患者間違いに関わる事例発生を未然防止できなかったのか？」という疑問をもち、特に、“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に焦点を当てて、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、「照合を実施しなかった」場合だけでなく、「適切な照合を実施しなかった（不適切、または不十分な照合を実施した）」場合も含めて“照合の未実施”とする。

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

“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例

本報告書によると、2019年1月～2021年12月に報告された医療事故情報のうち、対象とする事例は144件であることが挙げられ、このうち、「事例が発生した状況の分類」として、「患者を呼び込む」という状況では、19件の事例があり、「検査：10件」「治療・処置：6件」「診療：3件」であることが挙げられている。また、2021年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、対象とする事例は86件であることが挙げられている。

本事業の事例検索³⁾では、2023年8月初旬現在、キーワード“患者間違い”で2,460件、“患者間違い”“照合”で233件、“患者間違い”“検査”で180件、“患者間違い”“放射線”で45件、“患者間違い”“放射線”“照合”で10件、“患者間違い”“照合しなかった”で10件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。他に、“放射線”“照合”で58件、“放射線”“照合”“遵守”で5件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

事例検索³⁾にて検索された“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例としては、

「患者Aは、胃体部癌にてCT検査が予定された（造影剤過敏があるため単純CT検査が予定された）。患者A（胸部～骨盤単純CT検査予定）と患者B（胸部～骨盤造影CT検査予定）が、同時刻にCT検査室の待合ホールで検査を待っていた。診療放射線技師（以下、技師）Cが、患者Bの予約票を見ながら患者の氏名で呼び入れた。しかし、入室したのは、読みは同じで漢字は異なる氏名の患者Aであった。患者入室時に氏名と生年月日を患者に言ってもらい、予約票の患者の氏名・生年月日と照合して確認したが、生年月日の違いに気づかず検査を開始した。患者Bのオーダーは造影CT検査のため、看護師が造影剤の注射前に氏名と生年月日を患者に言ってもらい、予約票の患者の氏名・生年月日と照合して確認したが、生年月日の違いに気づかず、造影剤を注入して検査を実施した。患者Bからの『検査はまだか？』との

訴えで技師Dが確認したところ、患者Aに患者Bのオーダーである造影CT検査が実施されたことが判明した。患者Aは造影剤Xで嘔気が出現した既往があるが、今回は造影剤Yを使用しており、過敏症状の出現はなかった。

読みは同じで漢字は異なる氏名の患者2名が同時刻にCT検査の予約があることを把握していなかった。患者確認は、患者に氏名と生年月日を言ってもらい、予約票の患者の氏名・生年月日と照合して確認することになっているが、技師も看護師も、ルールを遵守していなかった。患者を呼び入れた技師は、『患者の氏名が合っていた(氏名の読みが同じであった)ので間違いない』という思い込みがあった。造影剤の注射前に患者確認をした看護師は、『患者確認をして入室している患者が別の人物であるわけがない』という思い込みがあり、生年月日が違うことに気づかなかった]

「右乳癌術後放射線治療のため患者X(80歳代、女性)が9時30分に来院。同日9時30分の予約枠は別の患者Y(左乳癌術後放射線治療の患者)であった。診療放射線技師が、患者Yの氏名で呼びかけると、患者Xが『はい』と返事をした。放射線治療室では患者確認のため顔写真をカルテに掲載しており、顔写真と照合する際にマスク着用のままで照合した。診療放射線技師は、患者Xを患者Yと思い込み、放射線治療室へ入室させ、患者Yの治療計画のとおり、患者Xに照射を実施した。その後、患者Yから『本日は体調不良のため治療を休みたい』との連絡を看護師が受け、診療放射線技師に報告したことで、患者誤認による誤照射が判明した。

院内ルールでは、患者誤認予防のため、『患者に氏名を言ってもらおう』となっていたが、放射線治療室では遵守されていなかった。診療放射線技師は、顔写真による患者照合を行っていたので大丈夫と思った。連日、治療に来院する患者に、氏名を言ってもらおうことは申し訳ないという思いが勝った」

などがある。

これら“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例は、複数の患者

に影響を及ぼす可能性があり、患者に不可逆的な影響が発生する可能性や、医療機関、および職員への信頼を揺るがす可能性が想定される。プロフェッショナルが連携を図り、なぜ、マニュアルやルールが遵守されなかったのか、ということを明らかにすることで、事例発生を回避、あるいは影響を最小にする職員教育を含むシステムを整備することが急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生の未然防止対策として、患者確認に関するマニュアルの整備、職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設の防止対策の現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索³⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施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「患者間違いで予定外の検査を実施。患者確認したにも関わらず？」

【事故の内容】

- ・診療放射線技師は、肝臓ダイナミックCT検査のために患者Aを呼んだ。
- ・肥大型心筋症にて冠動脈CT検査予定の患者B(70歳代、男性)が、氏名を聞き間違えて返事をした。
- ・診療放射線技師は、そのまま患者Bを検査室に呼び入れた。
- ・診療放射線技師は、入室の際、患者Bに氏名、生年月日を言ってもらい確認したが、間違い(患者Aではないこと)に気づかなかった。
- ・造影検査の開始前に、看護師が患者の氏名の確認をしたが、患者間違いに気づかなかった。
- ・医師がラインを確保した際にも、患者間違いに気づかなかった。
- ・患者B(冠動脈CT検査予定)に、患者Aに実施予定の

肝臓ダイナミックCT検査を実施した。

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

本事例の背景要因としては、「診療放射線技師は、患者確認の際、患者に氏名と生年月日を言ってもらったが、指示票との照合が不十分であった」「看護師は、患者に氏名を言ってもらい、確認した際、指示票との照合が不十分であった」「看護師は、派遣職員であり、患者確認の教育が不十分であった」「医師は、診療放射線技師と看護師が患者確認をしているので、自分は確認をしなくてもよいと考えていた」「医師には患者確認の教育を行っていなかった」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、冠動脈CT検査予定の患者Bに、患者Aに実施予定の肝臓ダイナミックCT検査を実施したのか?」「なぜ、診療放射線技師は、患者Aを呼んだ際に、氏名を聞き間違えて返事をした患者Bであることに気づかないまま検査室に呼び入れたのか?」「なぜ、診療放射線技師は、入室の際、患者Bに氏名、生年月日を言ってもらい確認したにもかかわらず、間違い(患者Aではないこと)に気づかなかったのか?」「なぜ、造影検査の開始前(造影剤を注入する前)に、看護師が患者の氏名の確認をしたにもかかわらず、患者間違いに気づかなかったのか?」「なぜ、医師がライン確保をした際に、患者間違いに気づかなかったのか?」「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与し、複数回の患者確認がなされたにもかかわらず、患者B(冠動脈CT検査予定)に、誤って患者Aに実施予定の肝臓ダイナミックCT検査を実施することを回避できなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「診療放射線技師は、患者確認の際、患者に氏名と生年月日を言ってもらったが、指示票との照合が不十分であった」「看護師は、患者に氏名を言ってもらい、確認した際、指示票との照合が不十分であった」「医師は、診療放射線技師と看護師が患者確認をしているので、自分は確認をしなくてもよいと考えていた」などに注目することが重要である。

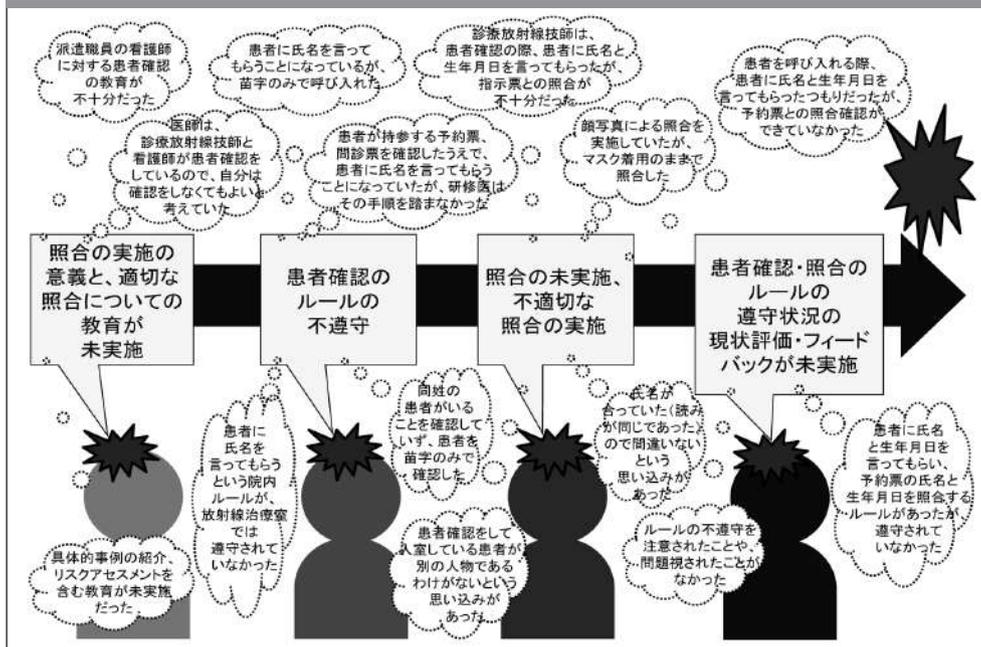
さらに、診療放射線技師や看護師の「指示票との照合が不十分であった」という記載にも注目したい。「なぜ、患者確認・照合が適切に実施されなかったのか?」「なぜ、事例が発生する前に、患者確認・照合が適切に実施されていないことに気づいて改善されなかったのか?」などの疑問を深め、事例発生の根本原因を明らかにすることが望まれる。

また、「医師は、診療放射線技師と看護師が患者確認をしているので、自分は確認をしなくてもよいと考えていた」という記載に注目して、「なぜ、医師は、診療放射線技師と看護師が患者確認をしているので、自分は確認をしなくてもよいと考えていたのか?」「なぜ、医師がこのような認識を持っていることに誰も気づいていなかったのか?」「なぜ、医師のこのような認識が問題視されていなかったのか?」などの疑問を深めることが望まれる。

“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生を未然防止するため、本事業の「医療安全情報」¹⁾、および事例検索³⁾にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」(図1)を作成した。

ここでは、事例の発生要因として、「照合の実施の意義と、適切な照合についての教育が未実施」「患者確認のルールの不遵守」「照合の未実施、不適切な照合の実施」「患者確認・照合のルールの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施」という視点を挙げた。このように、発生要因を“見える化”することにより、自施設におけ

図1 “照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生要因の“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 医療安全情報, および事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成)

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「照合の未実施」による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生要因の“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、「照合の未実施」による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生要因としては、「確認不足」「思い込み」「ルールの不遵守」などのヒューマンファクターだけでなく、「なぜ、ルールが遵守されなかったのか？」などについて、システム要因・環境要因などの関連性をも含めて広い視野で検討することが望まれる。

“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における患者確認・照合の実施状況の現状評価が未実施、2)患者確認・照合の意味をどのように認識しているかの把握と再教育が未実施、3)患者確認・照合の実施状況の現状評価の結果を踏まえて、多職種での自施設における発生要因の“見える化”が未実施、4)“照合の未実施”に関わる事例(自施設・他施設)の情報提供が未実施、5)“照合の未実施”に関わる具体的事

例を活用した多職種参加のリスクアセスメントトレーニングが未実施、6)患者確認・照合に関わるルールの遵守状況の現状評価結果のフィードバックを含む職員教育が未実施、などが考えられる。

“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施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、「診療放射線技師は、患者に氏名と生年月日を言ってもらい、患者とともに指示票と照合させる」「医師・看護師には、患者確認のマニュアルを作成し、それに基づいて教育を実施する」「これらの対策が実施できていることを定期的にモニタリングし、確認する」などが挙げられていた。

“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における患者確認・照合の実施状況の現状評価の実施、2)患者確認・照合の意味をど

のように認識しているかの把握と再教育を実施、3)患者確認・照合の実施状況の現状評価結果を踏まえて、多職種での自施設における発生要因の“見える化”の実施、4)“照合の未実施”に関わる事例(自施設・他施設)の情報提供の実施、5)“照合の未実施”に関わる具体的事例を活用した多職種参加のリスクアセスメントトレーニングの実施、6)患者確認・照合に関わるルールの遵守状況の現状評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「思い込み」「ルールの不遵守」などを防止すること、および患者に及ぼす可能性のある不可逆的な影響の重大性を再認識する機会の提供と、患者確認・照合の認識の共有を図ることで、“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「自施設における患者確認・照合の実施状況の現状評価の実施」では、自施設で報告されているインシデントレポートを検討し、不適切な患者確認や“照合の未実施”に関わる事例発生の有無を確認する。不適切な患者確認や“照合の未実施”に関わる事例発生を確認した場合、どのような不適切な患者確認や“照合の未実施”があったのか、状況を把握する。その後、「なぜ、適切な患者確認・照合が実施されなかったのか？」と、疑問を深めて事例発生の根本原因を追究することが求められる。

2)の「患者確認・照合の意味をどのように認識しているかの把握と再教育を実施」では、はじめに、「職員個々が、患者確認・照合の意味をどのように認識しているか」の調査を実施することを勧めたい。アンケート調査や聞き取り調査などの方法もあるが、多職種が参加してグループ討議を実施する方法もある。グループ討議を実施する場合には、本事例や前記の事例で、「照合を実施したにもかかわらず、患者間違いに気づかなかつた」という状況があったことを念頭に置いて、「照合とは？」という問いかけをテーマとして、個々の職員が自分の認識や実際の行動

を言葉にして表現することを検討したい。

ここでは、検査の実施の際に、患者確認・照合を実施する目的に関して、「患者が言った氏名や生年月日を手元の資料と照らし合わせて、相違ないかを確認する」という、適切な患者確認・照合を実施することにより、患者間違いを回避して、個々の患者に正しい検査を実施することが目的であることの共通理解を期待したい。

併せて「患者確認・照合の意味をどのように職員に伝えていたか」についても振り返る必要がある。これらの把握した事実を基に、再教育が必要と判断された場合には、「どのような内容」「どのような周知方法」「周知後の確認方法と時期」「周知後の確認結果をどのように活用するのか」などの検討を実施し、再教育の内容を工夫したい。

3)の「患者確認・照合の実施状況の現状評価結果を踏まえて、多職種での自施設における発生要因の“見える化”の実施」では、1)の「自施設における患者確認・照合の実施状況の現状評価の実施」の結果も活用できる。

ここでは、さまざまな事例の発生要因を列挙し、自施設の現状と課題を明確にすることが望まれる。また、定めているルールが遵守されず、不適切な患者確認や“照合の未実施”による事例発生が確認された場合、「なぜ、ルールが遵守されなかったのか？」という疑問を持ち、システム要因・環境要因などの関連性をも含めて広い視野で検討することを期待したい。

4)の“照合の未実施”に関わる事例(自施設・他施設)の情報提供の実施」では、「患者確認・照合のルールを多少逸脱しても、患者間違いの事例は発生しないだろう」という認識を持つ職員がいた場合には、その認識を変えてもらう機会としても活用できる。

自施設だけでなく、他施設で発生した事例も含めて、不適切な患者確認や“照合の未実施”による事例が発生していることを、職員に実感してもらうことが重要である。“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例が発生しているさまざまな状況を紹介し、それらの現状に気づく機会となるような工夫が

望まれる。

5)の「照合の未実施」に関わる具体的事例を活用した多職種参加のリスクアセスメントトレーニングの実施」では、4)の「照合の未実施」に関わる事例(自施設・他施設)の情報提供の実施」とも併せてリスクアセスメントトレーニングを企画してもよい。

ここでは、多職種の参加によりさまざまな視点から発生する可能性のあるリスクに気づくこと、および適切な患者確認・照合を実施することにより、事例発生を回避できる可能性に気づくことなども期待したい。そのためには、自施設の現状と課題についての気づきが得られるようにトレーニングで紹介する事例の選択も重要となる。

6)の「患者確認・照合に関わるルールの遵守状況の現状評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施」では、はじめに、どのような目的をもって現状評価結果のフィードバックを実施するのかの確認が必要になる。1)の「自施設における患者確認・照合の実施状況の現状評価の実施」の結果を分析し、「誰に」「どのような内容を」「どのように」フィードバックするのかについて、事前に検討することが望まれる。併せて、職員教育の実施後に、職員にどのような変化を期待するのかも明確にして、提供する内容を検討することが求められる。

前記の事例における改善策としては、「患者確認のルールは、患者から発信された2つの識別子である患者の氏名と生年月日を、手元の情報である予約票の患者の氏名・生年月日と照合して確認する。患者確認をルール通り徹底することを、該当部署の職員に周知した」「患者に氏名を言ってもらおうという、患者誤認予防対策を徹底する。患者誤認予防対策のポスターを掲示する。患者誤認予防対策の実際を確認する(毎月、医療安全管理室のラウンドで監査する)。医療安全研修で全職員への再教育を行う」などが挙げられていた。

今後、自施設における「照合の未実施」による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生の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、自施設のシステム整備に取り組むことを期待したい。

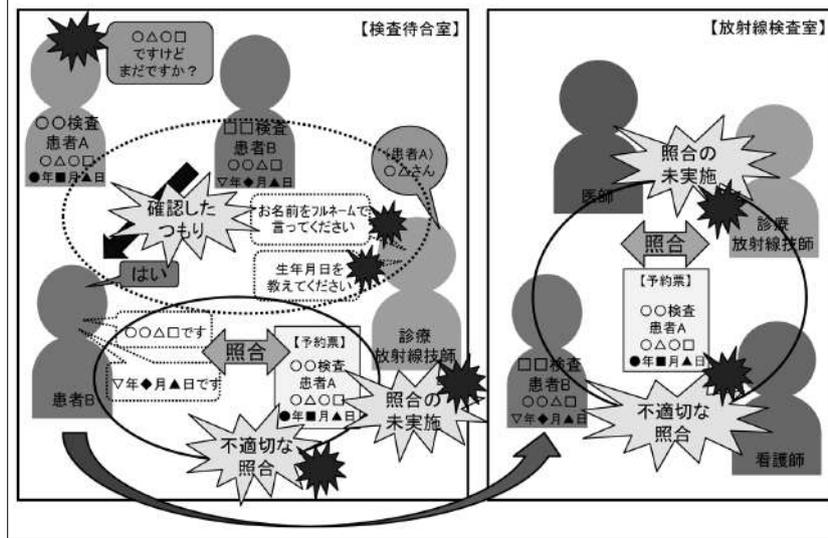
“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、患者確認・照合のルールが整備され、実施しているにもかかわらず、患者間違いに関わる事例発生を未然防止できなかったのか？」という疑問をもち、特に、「照合の未実施」による誤った患者への放射線検査の実施に焦点を当てて、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。しかし、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、患者確認・照合に関わるルールの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施であること、および職員個々の認識の把握と再教育が実施されていないことなどにより、「照合の未実施」による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生を未然防止できずに、患者への不可逆的な影響が発生する可能性に目を向ける必要がある。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、事例発生を未然防止することが望まれる。また、放射線検査に関わる業務プロセスの特徴として、“場の移動”があること⁴⁾、および、複数の職種・職員が関与している状況があるため、インシデント・アクシデント事例発生を再発防止や未然防止に関しては、多職種協働での対応を検討したい^{5),6)}。

“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施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、職員個々が自ら気づく機会としての職員教育の実施が期待される。“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例発生を未然防止するためには、事例の発生プロセスを“見える化”した上で取り組むことが望まれる。ここでは、「照合の未実施」による誤った患者への放射線検査の実施

図2 “照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生プロセスの“見える化”(例)



に関わる事例の発生プロセスの“見える化”(例)を提案したい(図2)。

放射線検査の実施の場面を想定すると、「検査待合室」と「放射線検査室」での状況が考えられる。

放射線検査を指示された患者は検査の予約票を持ち、放射線検査受付を行う。その後、「検査待合室」で自分が呼ばれるのを待つことになる。例えば、「検査待合室」に、患者A(〇〇検査、氏名：〇△〇□、生年月日：●年■月▲日)と患者B(□□検査、氏名：〇〇△□、生年月日：▽年◆月▲日)という2名の患者がいるとする。診療放射線技師が、「(患者A)〇△さん」と呼んだ際に、「(患者B)〇〇さん」が「はい」と応えて近づいていく。

ここで、診療放射線技師には、ルールを遵守し、適切な患者確認・照合の実施が求められている。しかし、診療放射線技師が、「お名前をフルネームで言ってください」「生年月日を教えてください」という患者確認を実施しない可能性がある。また、診療放射線技師が、「お名前をフルネームで言ってください」「生年月日を教えてください」という患者確認を実施しても、手元の予約票との照合を実施しないという可能性もある。さらに、手元の予約票に目を向けていても、その記載内容と患者の言っている内容を“照らし合わせて、相違ないかを確認する”ことを実施

しない可能性もある。

結果として、本来、呼び入れた患者Aではなく、患者Bが放射線検査室に入室し、ここでも診療放射線技師や看護師、医師などが「検査待合室」と同様に、適切な患者確認・照合を実施しないことにより、患者Bに患者Aの検査を実施するという事例発生に至る可能性がある。このように、“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生プロセスの“見える化”を活用して、適切な患者確認・照合に関して、具体的にどのような行動が求められているのか、職員個々に気づいてもらうことを期待したい。

この機会に、自施設オリジナルの“照合の未実施”による誤った患者への放射線検査の実施に関わる事例の発生プロセスの“見える化”を作成し、職員個々が自ら気づく機会を提供するため、職員教育への活用も検討したい。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の実施、および職員個々が、患者確認・照合の際に期待されている行動まで含めて認識を共有することや、多職種連携で事例発生を未然防止できる可能性に気づく職員教育の実施が望まれる。

“照合の未実施”による誤った患者への放射線

検査の実施に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクターとして捉えるだけでなく、リスクの発生を回避するために、プロフェッショナルとしての個々の責任の自覚について認識を改め、その上で、多職種連携を図り、“医療安全力”を発揮することが期待される。

参考文献

1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報
<https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed

2023 Aug 14)

- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書.
<https://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>
(accessed 2023 Aug 14)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索.
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>
(accessed 2023 Aug 14)
- 4) 石川雅彦：組織内“医療安全ネットワーク”の強化！放射線検査に関わる医療安全管理 放射線検査に関わるプロセスの特徴とリスクの予測.看護管理 2013；23(5)：350-354.
- 5) 石川雅彦：放射線検査に関わるインシデント・アクシデント事例からみる再発防止策.人間ドック 2013；28(1)：84-89.
- 6) 石川雅彦：具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント 第2回 誤認をどう防ぐか.臨床外科2015；70(5)：620-624.

ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断③

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例：50代，女性

胸部異常影を指摘された．喫煙歴 20本×36年

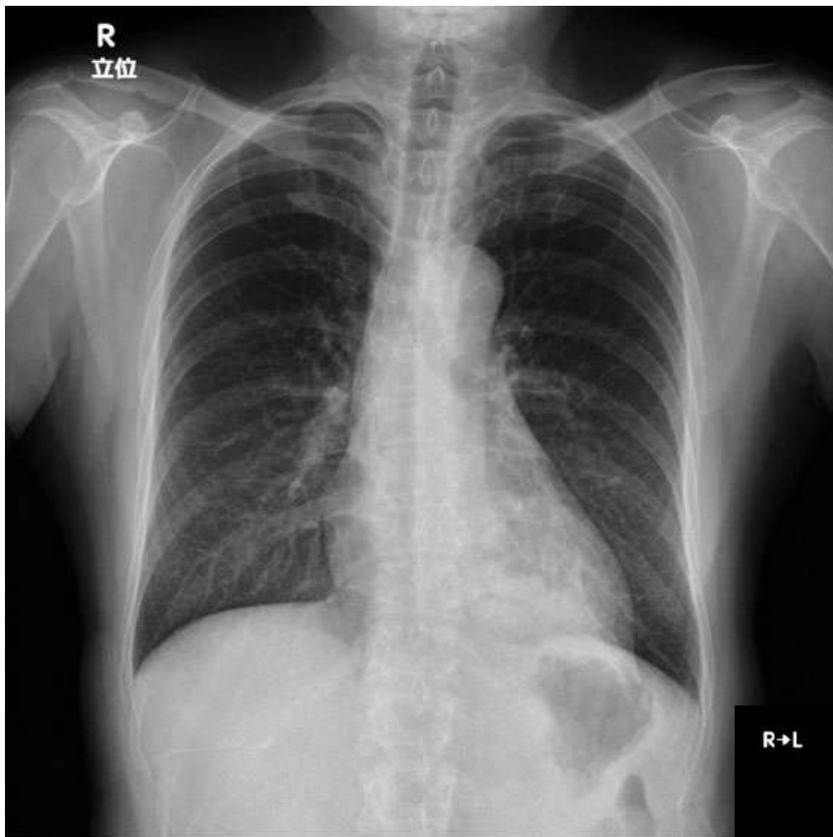


図1 胸部X線(立位正面:A→P, 立位側面:R→L)



図2 胸部単純CT(肺野条件)

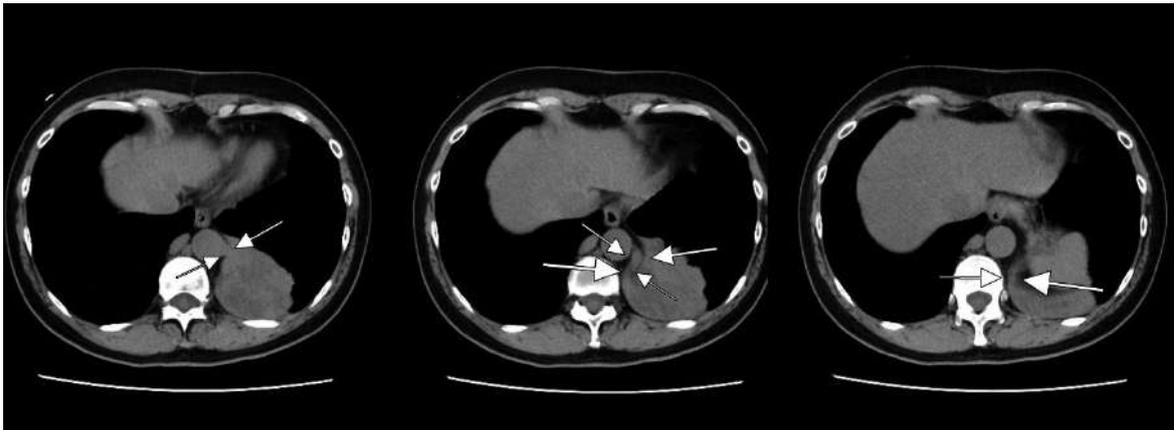


図3 胸部単純CT(縦隔条件)

所見

胸部 X 線

立位正面像にて左下肺野肺底部に心陰影と重なる浸潤影を認める。

陰影により、下行大動脈の左縁は一部不明瞭化している。

側面像では陰影は心後部に局在し椎体に重なる。左肺 S10 を主座とする病変と推測される。

胸部単純 CT

左肺 S10 に縦隔や横隔膜と広く接する腫瘤を認める。

縦隔条件では胸部下行大動脈から起始し、腫瘤へ流入する異常な動脈が観察された。

肺野条件では、左肺 B10 気管支は全体に低形

成で、病変への連続性は確認できなかった。

これらから分画症を疑い、造影 CT を追加したところ、胸部下行大動脈から起始する異常血管が明確に同定された。左肺動脈 A10 は腫瘤に流入しておらず、灌流静脈は肺静脈であった。これらの所見は肺内分画症を強く疑う所見であった。

診断

肺内分画症

肺分画症は正常の気管支や肺動脈との交通がない、異常な肺組織からなる病変である。

肺内分画症は肺分画症の約 75% を占める。正常肺との間に胸膜がないため感染をきたし、繰

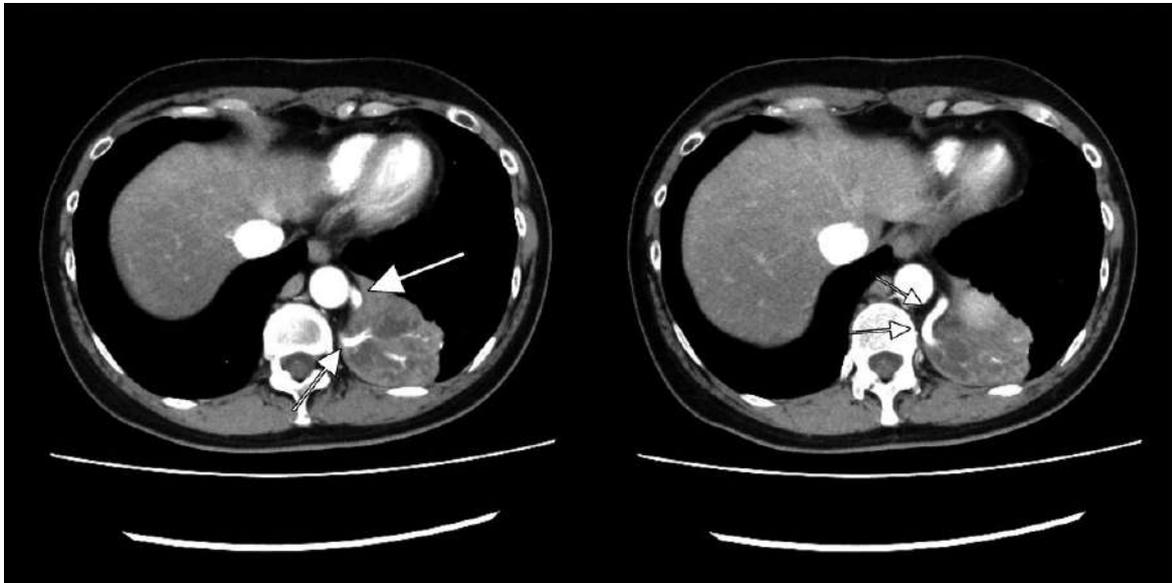


図4 胸部造影CT，動脈相(縦隔条件，軸位断)



図5 胸部造影CT，(縦隔条件，冠状断)

り返す肺炎症状を契機に診断されることが多い。本例も詳細に病歴を聴取すると、幼児期から繰り返す発熱の既往があった。

病変は左側に多く、98%が下葉S10に発生する。

本疾患は胎生期の遺残血管である異常動脈から灌流を受ける。この異常動脈は胸腹部大動脈から起始し、下肺韌帯内を經由し病変に流入する。灌流静脈は肺静脈である。肺外分画症は灌流静脈が下大静脈や奇静脈、門脈系という点が、肺内型との鑑別となるが、例外もある。

病変そのものは非特異的な軟部影を呈するが、感染をきたすと滲出液による水濃度を含み、嚢胞様にみえる。病変は通常、正常気管支との交通を持たないが、感染により経過で交通が生

じることもある。その際には前述の液体貯留と相まって液面形成をきたす。

分画症ではCA19-9やCEAといった腫瘍マーカーが高値となることもあり、悪性腫瘍との鑑別が問題となりえる。栄養血管は比較的発達していることが多く、生検は出血のリスクが高いとの報告もあり、画像診断が重要な疾患の一つである。

有症状の際には外科手術が標準的な選択となる。本症例も今後手術が検討されている。

肺下葉S10に腫瘤をみた際には分画症を鑑別の一つとして念頭におくことが重要である。周囲肺動脈や気管支との関係や異常血管の流入の有無が診断のポイントとなり、これらを丁寧に確認することが大切である。

Zoom In

介護老人保健施設あやがわ

2022年4月から公益社団法人地域医療振興協会が指定管理者として運営がスタートした、香川県綾川町の「介護老人保健施設あやがわ」を訪問した。



綾川町は、県中部に位置し中心都市である高松市からも程近い。高松空港からなだらかな山々と頻繁に立っている「うどん店」の看板を横目に車で約20分。少し小高くなった目的地に到着すると、ものすごく横に長い大きな建物が目に飛び込んできた。

綾川町は、県中部に位置し中心都市である高松市からも程近い。高松空港からなだらかな山々と頻繁に立っている「うどん店」の



介護老人保健施設あやがわ(左)、国保総合保健施設「えがお」(中央)、綾川町国民健康保険陶病院(右)



横に長い建物群の中心が、国保総合保健施設「えがお」(町の健康福祉課、老人介護支援センター、訪問看護ステーション)、その右が綾川町国民健康保険陶病院、そして左が介護老人保健施設あやがわで、これらの施設が中につな

がっていて、町の医療・介護・福祉を一体化して提供しているのだという。

あやがわは、定員は入所60名(施設サービス、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護)、通所25名(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション)。2階はラウンジ+居室のユニット式で、もみじ(ショート中心)、すいせん、うめ、3階はラウンジ+多床室(2人部屋または4人部屋)のさくらがある。医師は管理者兼施設長の佐々木宏起先生、スタッフは約50名の体制だ。



管理者兼施設長 佐々木宏起先生

この日は、朝10時から佐々木先生の回診日。それぞれの居室と広くて明るいラウンジで思い思いに過ごす入所者のところを先生が回る。

ラウンジのテーブルで話をしていた女性のうちの一人が話しかけてきた。「もうどこも痛くないしどンドン歩けるようになったから早く帰



って畑に出たいのよ」と。「おいつつですか?」と聞いたら、「93歳」と。向かい側の女性は100歳

だそうで「食欲もあるし元気よ!」とおしゃべりが楽しそう。この入所者は90歳代が多く100歳超の人も数人いる。でも皆さん話が弾み元気そう。それはもしかしたら一人ひとりの空間が広くて気持ちも明るくなるからかな……などと考えたりした。

ユニットの診察室に戻ると先生は電子カルテに向かう。この電子カルテは陶病院と連動しているので、もしもの時にも安心だ。



佐々木先生は、自治医科大学3期卒業生で、卒業後、川崎医科大学などにも所属し、ここに来る前は高知の民間病院の総合内科医として緩和医療にも取り組んできた。老健の医師として勤めるのは初めてだという先生は、「ここには入院とはならないギリギリの人たちがいますが、介護施設の報酬体系では治療・検査に多くをかけることはできず、病院勤務医が長かった経験から考えると、やれることが少なくてもどかしいという気持ちがありますね」と話してくれた。

看護介護長の井上香里さんにお話を伺った。「私はこれまで病院勤務が長かった看護師だったのですが、病棟では病気の部分しか見られないけれど、ここに来て利用者の「生活」も考えるようになって世界が広がりました。協会の運営になってからの新しい職員は特養やグループホームから来た人が多く、老健の『在宅復帰』という機能がイメージしづらいようでした。ここでは利用者さんと家族の方は何ヵ月間かりハビリをしたら自宅に帰りたいと思っています。それはリハビリ職員がするリハビリだけではなく、オムツをしていたのをトイレに行く練習をしてもらうなど、日常生活の中でする小さなリハビリです。それを介護職員や看護職員が担っていく必要があります。利用者さんの『帰りたい』という気持ちに寄り添う看護・介護の機能を何とかみんなに共有したいと考え、社会福祉



看護介護長 井上香里さん

士

士の資格を持っている介護職員に声をかけ、相談員を担ってもらうことにしました。彼は介護職でもあり、また自宅とのつながりができるので、メッセージャーの役をしてもらっています」。

相談員となってメッセージャーの役を担っているのは桂木徳史さん。「介護職をしているときは、利用者さんにここで安全に楽しく過ごしてもらうことを第一の目標に考えていました。



支援相談員・介護士 桂木徳史さん

でも今は家での暮らしぶりも見られ、利用者さん自身や家族の希望を聞きます。それによって全く違うものが見えてきました。それが他のスタッフにも少しずつ伝わっていければと思います」と話す。

患者さんが在宅に復帰すれば地域の力も必要になる。そして地域の人にも老健あやがわを知ってほしい。そこで、綾川町の協力を得て、地域に出ていき公民館などでアピールする機会も積極的に持つようになった。



主任介護支援専門員・支援相談員 新延浩一さん

夕方、ショートステイの利用者の送迎車が正面玄関に着いた。佐々木先生はじめ看護師や



リハビリスタッフ、そして事務長が集まってくる。スタッフが少ないので、職種に関係なく、

毎日みんなで対応している。この日の利用者さん、「自分は事務長の山崎さんと握手をしないと帰らないのよ」と教えてくれた。

事務長の山崎和樹さんはこの地域の出身だが4年ほど転勤で他県の病院にいて、令和2年に戻ってきた。でも老健の事務は初めての経験。中間施設だからこそ利用者を自宅に帰すことが第一義だが、かといって経営を考えると空床は避けたい。これまでは陶病院と連携して退院した患者さんを受け入れていたが、指定管理になっ



利用者さんと握手する事務長 山崎和樹さん

った今は、他の民間病院などにもどんどん営業をして、地域により広く利用してほしいと考えている。



看護師の漆原勝宣さんは、協会の指定管理前から勤務している。

「えがおや陶病院との連携がこの強みだと思っているので、さらに協会の理念である地域医療に取り組んでいきたいと思



志摩の里からリハビリ支援に来ている山本将秀さん。

「同じ老健であっても地域性、利用者の方も多様なので、いい刺激だし持ち帰れるものは持ち帰りたいと思っています」



食事場면을多職種で観察し、実際のお食事の摂取状況から咀嚼能力・口腔機能・嚥下機能・姿勢などに関して評価するミールラウンドにも取り組んでいる。

- 「協会の指定管理となって1年半以上が経過
- しました。これまでは黒字にすることが必至の
- 目標でしたが、軌道に乗った今、ここでどんな
- 介護を提供するか、みんなで模索し、もっとも
- っと頑張っていきたいと思います。今後は協会
- の他の施設にも見学に行き参考にしたり、ぜ
- ひ交流を深めていければと考えています」(佐々
- 木先生)

介護老人保健施設あやがわ

〒761-2103 香川県綾歌郡綾川町陶1720-1

TEL : 087-876-6260

神山 潤先生の 「睡眠不足症候群をご存じですか？」 ～ICD-11にsleep-wake disordersが収載されました～ (9月1日配信)

ICD-11に睡眠不足症候群が収載されました。ここでは頻度の高い中枢性過眠症群について東京ベイ・浦安市川医療センター 管理者の神山潤先生から解説していただきます。

一つはナルコレプシーです。眠気が強く、食事中にも眠ってしまう12歳女子の症例では、米国疾病管理予防センターの許容している睡眠時間は確保されていたため、ナルコレプシーを疑って脳波検査を施行しました。眼球運動も合わせて観察し、入眠2分後にLEM睡眠を認めました。髄液中のオキシトシンは異常低値でナルコレプシーであることが確認されました。この症例ではメチルフェニデートで治療開始し、十分な睡眠時間を確保するように繰り返し説明、現在は安定した生活となりました。

睡眠時間は、成人では6～10時間が許容範囲、7～9時間が推奨範囲とされています。ここで気を付けたいのが、許容範囲内の6時間で問題なしと判断するのは早計だということです。睡眠時間には大きな個人差があることを知っておくべきです。

もう一例は、ナルコレプシー疑いで紹介された14歳男子です。幼少期から皆が遊んでいるときに眠っていたり、授業中の居眠りを指摘されるようになり受診をしました。オレキシンの低下は認められなかつ

たが、日常生活に支障を来す過眠があるためモダフィニルを開始したものの症状の改善を認めず、紹介されてきました。カタプレキシーは認められず、睡眠時間は7時間半とこの年代の推奨時間よりもやや短めであったため、睡眠表を書いてもらうこと、睡眠時間を増やすことをアドバイスしました。1ヵ月後の外来では、9時間の睡眠により居眠りが少なくなり、起こされればすぐに起きようになり、モダフィニルは減薬しているということでした。さらに1ヵ月後には授業中の居眠りは2回のみ、朝は自分から起きようになっていたため服薬は中止としました。このような経過から睡眠不足症候群と診断した症例です。

睡眠不足症候群では正常な覚醒状態を維持するために必要な夜間の睡眠をとることができないため、眠気を生じ、集中力の欠如、意欲の低下、疲労、落ち着きのなさ、協調不全、不安・抑うつなどを生じる場合もあります。問題は患者自身が慢性の睡眠不足の自覚がないことです。朝起きるのがつらいという症状では起立性調節障害と言われることが多いのですが、その中には睡眠不足症候群の患者が潜んでいることも多いのです(図)。

十分な睡眠をとることで症状は改善しますが、睡眠不足の改善には3週間を要したという実験もあります。

睡眠不足により老化と同様の現象が起きます。NHKの調査では、夜10時に眠っている10歳以上の人の割合は、1960年では66%でしたが、2020年では25%と低下しています。日本人の睡眠不足はどんどん進行しています。睡眠不足は万病の元、最も身近な自然であるあなた自身の体に謙虚さを持って相対していただければと思います。

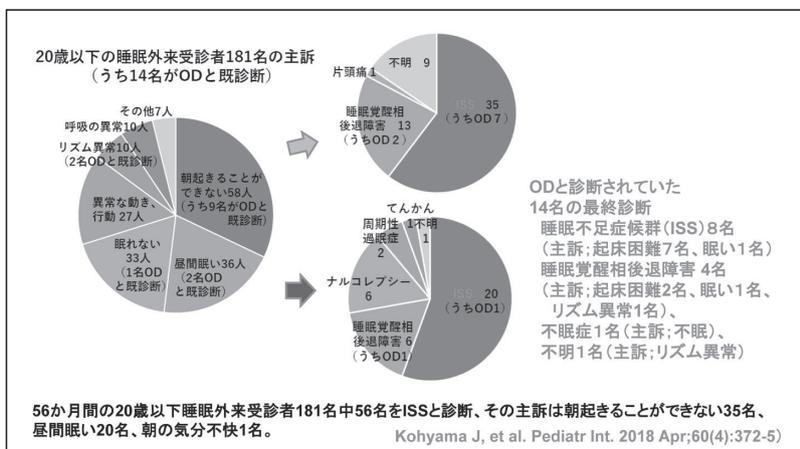


図 睡眠外来受診者の主訴と診断

* 神山先生のレクチャーの詳細は、9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/>



第31回 日本健康教育学会学術大会 エビデンスと実践のギャップに挑む

2023年7月22日(土)・23日(日), 全国町村会館において, 第31回日本健康教育学会学術大会が開催された. 本大会のテーマは「エビデンスと実践のギャップに挑む」. 学会長を務めたのは, 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターの中村正和先生. 同じくヘルスプロモーション研究センターの川畑輝子氏が実行委員長を務めた.

地域医療振興協会からは, 9名が演者として発表を行った. 本稿では, 学会長講演を紹介するとともに, 協会関係者が登壇したセッションを簡単にレポートする.

●学会長講演 「研究成果を社会に還元する」

中村正和(公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター)

●シンポジウム1

「医療におけるヘルスプロモーションと質改善-地域医療と公衆衛生の協働を目指して」

座長: 山田隆司(地域医療振興協会・台東区立台東病院)

1. 医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動

「地域ヘルスプロモーション病院の意義と実際」 梅屋崇(あま市民病院)

2. 医療の質を目指したアクションリサーチ

「多職種で進めるアドバンス・ケア・プランニング」 望月崇紘(君津市国保小櫃診療所)

「診療所におけるQI活動」 西村正大(奈良市立都祁診療所)

●一般演題

「公益法人が運営する医療・介護施設のヘルスプロモーション活動の実態と促進要因, 障害要因の検討」 川畑輝子(ヘルスプロモーション研究センター)

「公的病院における行政と連携した小中学校での喫煙防止プロジェクト」

高橋麻衣子(台東区立台東病院)

「地域ヘルスプロモーション病院活動の一環として行う地域の多機関と連携したフレイル予防の取り組み」 大橋大輔(あま市民病院)

「地域のヘルスプロモーション病院としての取り組み」 野本潤矢(台東区立台東病院)

「地域ヘルスプロモーション病院活動の一環として行う, 地域の商業施設およびプロバスケットボールチームとのコラボレーション事業」 西原敏順(あま市民病院)

●ランチョンセミナー1

ナッジを使ったヘルシーコンビニプロジェクト 川畑輝子(ヘルスプロモーション研究センター)

研究成果を社会に還元する

中村正和（公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター）

私は救急医療を志し、救急の疫学的な基礎を学ぶため、大阪府立成人病センターの調査部に勤務。そこで恩師の大島明先生と出会い、社会医学の道に転換することとなった。

1987年から大島先生とがんの一次予防として「たばこ対策」に取り組んだ。そしてがん対策研究の手順として、介入研究を個人または地域や職域の集団ベースで行ったあと、実地検証をやり政策につなげるという米国国立がん研究所が提唱したモデルに触れ、自分が日本でやるべき取り組みはこれだと確信した。

まず医療や健診の場で使える禁煙プログラムを開発。医療の場ではステージモデル、健診の場では行動科学を使ってプログラムをつくり、外来の場で介入研究を行って禁煙介入の有効性を明らかにした。

加えて、禁煙指導者のトレーニングプログラムを行動科学の理論、社会学習理論などを使って開発。トレーニング後のカウンセリングスキル上昇や、スキルと健診受診者の6ヵ月後の禁煙率の関係も研究し、公衆衛生学雑誌や海外誌にも投稿した。さらに地域や職域など特定集団を対象とした介入研究も行った。また研究を行う中で読んだ、「動機づけ面接法の開発者」や「ステージモデル提唱者」の著書の翻訳を行った。指導者トレーニングは2008年からJ-STOPというプロジェクトでeラーニングプログラムを開発、2022年にはWEB化に切り替え、持続可能なプログラムとして行っている。これまで1万人以上の方が受講、効果の有効性も確認して学会誌に投稿した。

2006年の禁煙治療の保険適用の制度化に研究者として関わり、大きな学びを得た。研究班でエビデンスを整理・構築しプログラム設計を行う中で、政策実現に必要なエビデンスの構築や手法、実現後のインパクト評価の重要性を学んだ。

たばこ規制の政策実現においてはエビデンスが非常に重要である一方、政治家へのアドボカシー、特に政策決定者の理解と支持を得るための説明や対話が必要である。英国では1971年にたばこ規制のアドボカシー団体Action and Smoking Health (ASH)が設立されている。今後日本でもアドボカシーを学問的、組織的に高め、社会的な課題、特に健康課題を解決するためのアプローチとすることが必要と考えている。

2015年からは公益社団法人地域医療振興協会のヘルスプロモーション研究センターで勤務している。ミッションは、地域医療の確保と質の向上を目的とした実践・研究活動をヘルスプロモーションの観点から行うことだ。現在は①医療の質改善の取り組みとして、診療所ベースの質改善研究の支援、医療施設が取り組むヘルスプロモーション活動の普及、自治医大生対象の「ともしび塾」の開催等の実践・研究活動、②自治体や協会施設、地元大学等と協働したヘルスプロモーション活動として、青森県東通村での短命県返上プロジェクトや減塩の取り組み、群馬県嬲恋村でのフレイル予防、民間事業者を巻き込んだフレイル予防の地域展開、を2本の柱として活動している。今後、民間事業者を含めた地域の関係団体との協働を働きかけ、さらに発展させていきたい。

医療におけるヘルスプロモーションと質改善 - 地域医療と公衆衛生の協働を目指して -

座長：山田隆司（地域医療振興協会・台東区立台東病院）

福田 洋（順天堂大学）

シンポジウム 1 では、「医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動」、「医療の質を目指したアクションリサーチ」という 2 つのテーマで、5 人のシンポジストが登壇した。その中で地域医療振興協会から参加した梅屋崇先生、望月崇紘先生、西村正大先生の発表を紹介する。ディスカッションではフロアから学会長を務める中村正和先生のコメントもあり、活発な意見交換がなされた。

1. 医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動 「地域ヘルスプロモーション病院の意義と実際」

梅屋崇（あま市民病院）

あま市民病院では、2018年度に地域医療振興協会が指定管理者となることが決まった際に、職員ワークショップ（あまカフェ）を立ち上げ、今後どんな医療を提供していくべきかという議論を行った。そこで決まった運営方針の 1 つの軸が、「地域ヘルスプロモーション病院」であり、①糖尿病チーム、②職員の健康プロジェクト、③健診プロジェクトの、3 つのプロジェクトを立ち上げ、チームで活動を行っていくこととした。

糖尿病チームは、市民公開講座に力を入れ、院内だけでなく地域に出てさまざまな場で開催している。感染管理チームは、コロナ流行に際して、市、医師会、薬剤師会と連携し、住民にもボランティアとして参加してもらって、ワクチン接種に取り組んだ。

梅屋崇先生は、「病院が行うヘルスプロモーション活動は、多職種協働チームが活躍できる場になる。医療者にとって学びの機会となる。地域連携の機会になり、地域包括ケアを促進する。そして住民参加の場にもなる」と述べた。

2. 医療の質を目指したアクションリサーチ 「多職種で進めるアドバンス・ケア・プランニング」

望月崇紘（君津市国保小櫃診療所）

地域医療振興協会では、2018年にJADECOPBRN (Practice-Based Research Network) を発足させ、「ACP」をテーマとして研究を開始した。ACPとは「Advance Care Planning」の略で、厚生労働省では「人生会議」と呼んでいる。年齢や病状に関わらず、個人的価値観、人生の目標、将来の医療に関する趣向を理解し共有するプロセスのことである。

望月崇紘医師を中心とするACPの第1弾研究では、ACPをどのように実践するかという視点に立って、コメディカル職員がACP相談員を務めることの実行可能性を調べた。アンケートと事後インタビューで評価を行ったところ、患者さんからの受け入れは良好であり、コメディカル職員がACP相談員を務めることは実行可能であると判断した。その研究成果は日本プライマリ・ケア連合学会の英文誌に掲載された。第2弾の研究として、地域の特性や施設の実態を踏まえて地域に必要なACPを普及させるために、チームでACPをするための促進・阻害要因を表出して、いかに実装していくかという研究を開始した。

「まずACPを知ってもらうことが非常に大事であり、ACPの啓発についても今後力を入れて取り組んでいきたい」と望月医師は述べた。

「診療所におけるQI活動」

西村正大(奈良市立都祁診療所)

QIというのはQuality improvementの略で、「医療の質改善」の意である。西村正大医師らは「ベンゾジアゼピン系薬剤の適正使用活動」をテーマとして、地域医療振興協会内の11のPBRN診療所を対象にレセプトデータを収集し、見える化するという業務のフローを作った。そしてそれを現場に返し、コーチングするという介入を行った。「診療監査のみ」と「診療監査+コーチング」の2種類の介入を行ったが、「診療監査+コーチング」を組み合わせの方が診療監査のみより、指標の改善を得ることができた。これによって、小規模診療所の環境においてもQI活動は実装可能であることが分かった。現在、論文をとりまとめ、投稿の準備を進めている。2021年からは2弾目の研究として、「糖尿病患者の診療の質評価」研究を開始している。

西村医師は最後に、「自分が診療所医療をしていて感じている構造的問題について伝えたい」と話し、「医療と保健予防事業(公衆衛生)が縦割りに感じられることがある。目の前の患者さんは、医療と保健予防事業(公衆衛生)が重なり合ったところにいるので、我々がもっと予防医療に関心を持ち、データを収集し、評価を受ける仕組みが必要だと考えている」と話を結んだ。

ディスカッション

ディカッションでは特に「ACP」について、質問が集中した。

「ACPに歯科医療者は関わっているのか」、「ACPは何歳くらいからすべきなのか」、などについて、望月先生は「現在は歯科医療者との連携はないが、食べる、口腔衛生といった観点で将来のケアについて歯科医師と連携できれば有難いと思う。またACPの定義上は18歳以上の成人すべてを対象としているが、あまり若い人にするよりも、自分の両親、祖父母の話聞くとき

のために若い人にはまず知ってもらうことが大事だと思う」と返答した。

フロアからは中村正和学会長が、「ACPは患者さんの幸せを実現するためのもので、終末期に受けたい医療、ケアだけでなく、そこに至るまでの段階をいかに幸せに生きていくかということも大きい。オーラルフレイルの予防は『食べる』ことの大前提になる。今後、ACPを核にして、フレイル予防の取り組みが診療所に広がっていくとよい」とコメントした。

座長の山田隆司先生は、「地域で家庭医として長く住民と付き合っていると、その時間が長ければ長いほど、同じ家族を見送る中で、父親を見送った息子が今度は終末期を迎えるということに当たり前に遭遇する。だから終末期だけのためというよりは、医療の継続性、そしてある程度家族を見守り続けるような意識がプライマリ・ケアのACPには重要だと思う」と述べた。

また、「ヘルスプロモーション活動」についての質問に対して、梅屋先生は、「人生100歳時代と言われ、病院は疾病を治すところではなく、地域の求める役割を果たすために、『コミュニティホスピタル』に近づく必要があると考えている」と述べた。

西村先生は、「医療と公衆衛生の間にはずいぶんギャップがあると発表の中で述べたが、『地域医療』という言葉を使うと、ヘルスプロモーションというのはまさに地域医療の中に含まれていると思っている」と発言した。

満場のオーディエンスは非常に熱心に聴き入っており、今回のテーマである「地域ヘルスプロモーション病院」、「ACP」、「QI活動」に、地域医療振興協会がこれほど積極的に取り組んでいることについて、驚嘆の思いを抱いていることが感じられた。これを機に、これらの活動が協会の中でますます活発になっていくことがうかがえるシンポジウムだった。

一般演題発表（口演）

一般演題は2日間に渡り、7つのテーマで63の口演があった。地域医療振興協会からは5人が登壇し、それぞれの活動の成果を発表した。

川畑輝子氏は、協会が運営する25病院、48診療所、18介護老人保健施設を対象にヘルスプロモーション活動の実態を把握し、今後の活動推進方策を検討するために行った調査研究について発表した。すでに全施設さまざまな取り組みを行い、活動拡充に対しても意欲的であった。教材やマニュアル、ノウハウ等の提供がさらなる促進要因になり得ると報告した。

高橋麻衣子先生の発表では、地域のヘルスプロモーション病院として活動を行っている台東区立台東病院が、2018年から保健所と連携して小中学生に行ってきた喫煙防止教育について報告した。また高橋先生は禁煙に対するポピュレーションアプローチをする中で、子どもが父親に禁煙を促したことで成果が得られた例をあげ、「自分の喫煙が受動喫煙として家族に影響することを子どもや孫から伝えられることが効果的な禁煙の促しとなることを日々の臨床の中でも実感している」と述べた。

あま市民病院の大橋大輔氏は、院内多職種で

編成しているフレイル予防プロジェクトチームの、地域への出張フレイル予防教室の内容と成果について報告し、「今後はフレイル外来の立ち上げに向けて課題を一つずつ解消している最中である」と次なる方向性について言及した。

台東病院のヘルスプロモーション活動は、「認知症ケア」「フレイル予防」「禁煙推進」「食生活改善支援」の重点テーマについて活動を展開している。野本潤矢氏は、上記のテーマについてこれまでの活動の概要を報告し、「今後も職員が日常業務にヘルスプロモーション活動を取り入れ、地域住民がずっとこの町で暮らし続けられる取り組みを推進していきたい」と抱負を述べた。

西原敏順氏は、あま市民病院のヘルスプロモーション病院としての活動の中で、地域のさまざまな団体と連携した活動について報告した。特に、プロバスケットボールチームB1のファイティングイーグルス名古屋との連携を深めた活動を行っており、「今後も楽しみながら取り組めるコラボレーション事業をファイティングイーグルス名古屋と考え実践していきたい」と話を結んだ。

ランチョンセミナー1

「ナッジを使ったヘルシーコンビニプロジェクト」

川畑輝子

(ヘルスプロモーション研究センター)

台東区立台東病院は運営方針の一つとして「地域ヘルスプロモーションに病院として取り組む」を掲げ、「健康推進委員会」が設置されている。川畑輝子氏は台東病院と協働で、院内コンビニの食環境整備を職員の食改善につなげた活動について報告した。

台東病院には職員食堂はなく、職員の約3割が院内の2階にあるコンビニで食事を購入している。職員を対象に食事調査と尿検査を行った結

果、主食・主菜・副菜のそろった食事を1日2回以上摂る割合は14.4%(全国平均は45%)で、野菜・果物の摂取量も不足、食塩の摂取量はほぼ全員過剰という結果であった。そこで院内のコンビニの整備が職場の食改善の一助となると考え、このプロジェクトを始動した。

ヘルシーセット(主食・主菜・副菜を揃え、650±200kcal、食塩相当量は約3gの弁当)を作成し、レジの横で販売。メニュー表を更衣室などに掲示して情報提供との相乗効果を狙った。飲料コーナーでは加糖と無糖飲料を分け、無糖飲料を手に取りやすい場所に配置。カップ麺コー

ナーでは食塩量の少ないものを目に付きやすい上段に配置した。食塩の含有量が一目でわかるようイラストで表示し、実際の食塩と共に提示した。そして全ての食品にエネルギー量と食塩相当量を表示した。

得られた効果は、主食・主菜・副菜のそろった食事を摂る職員の割合が増加し、果物、乳製品の摂取が増え、菓子類が減り、嗜好飲料も減った。

最後に、川畑氏は、「食の問題は個人では解決できないことが多い。病院も含め社会全体で環境整備に取り組んでいくことが重要である。ナッジを活用することで、職員にも好意的に受け入れてもらったのだと思っている。今回紹介した内容は、ちょっとしたアイデアと工夫で大きな投資を必要としない。地域のどんなセッティングでも応用できる」と述べた。

取材を終えて

われわれのような医療を専門とする出版社は、医療関連の学会を取材する機会がよくあるが、専門医学の学会では、会場ごとに個別の疾患の診断・治療をテーマとしていることが多い。ところが今回の学会では、会場ごとに掲げるテーマはそれぞれ違っても、一貫して健康・予防というところに視点があつた。

そういえば専門医学の学会でも、最近ではそういった視点のセッションが登場するようになったように思う。振り返ってみると、それは地域医療や総合診療が医療界の中で、一定の場所を得るようになってからではないかという気がする。

自分は100歳まで長生きしたいとは思わないが、もしも長生きするなら、できるだけ健康でありたい。そう思いながら、取材者の立場ではなく、つつい患者の視点で、演者の発表に熱心に聴き入った2日間だった。

(取材:月刊地域医学編集室)

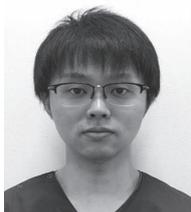
ご案内

第31回日本健康教育学会学術大会の特集記事が、日本健康教育学会誌31巻4号(2023年11月末日刊行予定)に掲載されます。J-STAGEで同時公開され、誰でもインターネットで閲覧できます。ご興味のある方はぜひご覧ください。

【日本健康教育学会誌での大会特集の概要】

1. 第31回日本健康教育学会学術大会の概要報告
2. 学会長講演「研究成果を社会に還元する」
3. 鼎談「ヘルスプロモーションの谷間に火を灯す－健康行動を促す環境整備をどう進めるか？」
4. 教育講演1「住民の喫煙率低減を目指したアドボカシー活動」

※本稿で紹介したシンポジウム1は、月刊地域医学2024年4月号の特集企画「地域医療におけるヘルスプロモーションと質改善-地域医療の新たな挑戦-」として掲載予定です。あわせてご覧ください。



へき地って良いよね？

神流町国民健康保険直営中里診療所 平山恭平

私は群馬県と沖縄県の結婚協定のため、群馬2年→沖縄5年→群馬3年のように過ごし、医師10年目になります。いつの間にか9年間の義務年限を終えましたが、群馬県のへき地勤務を完遂すべく、へき地診療所に勤務中です。なお、結婚協定は決して甘くなく、妻と子どもは今年度沖縄県の離島に赴任し別居の状態です。

地域医療を志して自治医科大学に入学した私にとっては、願ったり叶ったりなのか(?)、結婚協定やライフイベントの関係で、私は両県で医師1人のへき地診療所に3年ずつ勤務する機会を得ました。沖縄県の伊是名診療所は、沖縄本島からフェリーで1時間の距離にある人口約1,500人の伊是名島(伊是名村)にあり、島唯一の診療所です。本島への移動ならびに他の医療機関へのアクセスは決してよくない中で、多様な疾患の対応を行い、新型コロナウイルスの出現後は島の多くの方々と連携して対策を考えるなど、忙しいながらも多くの経験をさせてもらいました。群馬県の中里診療所は群馬県の南西部に位置する山間部にある人口約1,600人の神流町にあります。高齢化率が62%と全国トップレベルの自治体で、町内には医師1人の診療所が2つ存在し、もう一方の熟練医師と協働して町の医療を支えています。高齢の患者が多く、予防・健康増進から多疾患併存のケア・看取りまで多角的な視点で総合診療医として日々やりがいのある診療をさせてもらっています。他県でも多いと思いますが、両診療所とも長い間自治医科大学の卒業生が継続して勤務してきており、大先輩方が記載した(と思われる読めなさそうでやっぱり読めない)紙カルテの文字を見て、自

治医大の歴史を感じることもありました。

2つのへき地診療所に勤務することで、診療所医師として求められる能力や考慮すべきポイントが地域によって想像以上に異なることがあると感じています。同じへき地でも、立地・交通手段、人口規模・構成、観光客数、歴史的・文化的背景など多岐にわたる地域間の差異が存在し、そのような背景を診療に落とし込むことがへき地では特に重要です。また、医師が定期的に交代する場合、上記のような地域についての捉え方は医師それぞれですし、医師の専門・得意不得意・性格などの差異も患者の診療や診療所運営に影響し、少なからず患者も感じるところがあるでしょう。

そうした背景を踏まえて、私は個人的に「継続性」ということを強く意識してへき地で診療しています。大きな変革が必要な時もありますが、歴代の医師からつながれた診療を全般的にブラッシュアップし続けて無理がない範囲で後続の医師へ引き継いでいく、診療所運営も無駄なくトラブルなく継続できるように配慮する、患者が穏やかに医師交代を受け入れられる、以上のことが最重要事項と思っています。へき地の医療分野の小さいけれど欠かせない歯車の一つとして地域に貢献し、その大切な役割を別の医師が担って紡がれていくことがなんと喜ばしいことか。

本誌を読んでいる方は、こうしたへき地医療が医師にとって良い影響があったと思っていることでしょう。沖縄県の受け売りで恐縮ですが、「島医者は島が育てる」という言い伝えがあります。私自身、2つへき地を経験すること



中里診療所から見た風景



伊是名島から見た風景

で医師として、また総合診療医として成長できたと思っています。なので、「良い医者はへき地が育てる」と勝手に結論づけ、今後に続く多くの自治医大卒業生とへき地に興味がある医師が、へき地勤務を少しでもポジティブに捉えて楽しく過ごせるように、少しずつ良い方向に向かってほしいです。自治医大のへき地勤務が地域のニーズに合わせながらもより流動的になる（結婚協定の肩代わりを条件付きで可とする、各都道府県のへき地勤務体制を見直す、専門医

を取りやすいようにする）とか、各大学の地域枠の義務がより地域やへき地のニーズを満たしつつ働きやすい研修プログラムを受けられるとか、より良いシステムになることを祈っています。

決して良いことや楽なことばかりではないですが、総合的にへき地勤務は楽しく、良い学びを得られているので、「へき地って良いよね」と思います。

平山恭平(ひらやま きょうへい)先生 プロフィール

2014年自治医科大学卒業。群馬大学医学部附属病院で初期研修後、沖縄県立中部病院で島医者養成プログラムに所属し家庭医療専門医を取得。沖縄県立北部病院附属伊是名診療所を経て、2021年に神流町国民健康保険直営中里診療所に着任し、現在に至る。

特定ケア看護師の活躍の場を

石岡第一病院 看護部長 平賀京子

はじめに

近年、わが国において、医療介護総合確保推進法の成立により、保健師助産師看護師法の一部が改正され、特定行為看護師の養成が2015年から施行されることとなりました。目標数を10万人とする中、現在特定行為研修修了者は令和5年3月現在6,875人となっており、茨城県内において21区分38行為の修了者は、当院の2人だけです。県内の医師不足を考えると、より多くの特定行為看護師の育成が急務であると考えます。地域医療振興協会での特定ケア研修は、21区分38行為を取得できる研修機関であり、診療所研修を含め、充実した特定ケア看護師(NDC)の養成ができます。臨床推論を基に「診る」と「看る」で、医師と患者、看護師と医師の架け橋となり、なくてはならない存在となっております。

協会1号店として

当院は、茨城県のほぼ中央部に位置しており、関東の名峰筑波山や日本第2位の大きさを誇る湖、霞ヶ浦も近くにあり、都心から1時間圏内にあります。人口は約71,000人で、年々減少してきており、高齢化率は32%と全国平均を上回り、年々増加しています。

平成4年7月、地域医療振興協会の1号店として誕生しました。当院の病床数は126床(一般病棟86床、地域包括ケア病棟40床)、診療科は内科・外科・整形外科・小児科・歯科口腔外科・泌尿器科・リハビリテーション科・耳鼻咽喉科・形成

外科・皮膚科・小児皮膚科・循環器科・消化器科・呼吸器科・肛門科・放射線科の16診療科です。三次医療機関・地域の病院・診療所と連携を取りながら地域包括ケアシステムの拠点として、石岡地域の医療を担っており、昨年30周年を迎えることができました。

外来と病棟で活躍中

特定ケア看護師2名は、3期生と6期生で、今年度より外来配属としました。3期生は医師のタスクシフト/タスクシェアで、救急外来での外来看護師のプロトコルを外来看護師と一緒に4事例作成しました。救急外来患者の対応を、特定ケア看護師と外来看護師と一緒に、プロトコルに沿って医師の診察前に実施し救急患者に対して、医師の指示を待たずに対応できています。整形外科手術前の患者さんに対し、手術に対応できるか、全身状態を観察し主治医と一緒にチェックしています。看護師からの相談や医師に依頼された患者さんに対し、臨床推論を基に医師と連携をとり、高度な診療の補助業務と看護に対して日々活躍しています。6期生はコロナ禍の中で、整形手術患者に対しての学びがなかったため、指導医と一緒に手術前・手術中・手術後の患者さんに対してアドバイスを受けながら学び、現在は救急外来で先輩特定ケア看護師と活躍中です。また、入院中の患者さんに対し、医師・看護師との連携を図り患者を待たせず対応ができています。

内科カンファレンスに参加し、医師と患者さ



NDC 3期生褥瘡回診中

んについての情報共有や処置の依頼をしているのをよく耳にします。とても誇らしく、特定ケア看護師として活躍していると感じております。最近では、「創傷に対する陰圧閉鎖療法」を主治医・形成外科の医師と連携をとりながら、2人の特定ケア看護師と病棟看護師と情報を共有しながら実施できており、特定ケア看護師としての役割が果たせています。

また、新人看護職員研修や教育委員会の急変時の対応BLS講師として、看護職員への技術向上にも関与しています。

日々努力研鑽

当院の理念である「日々努力研鑽」するための目標管理として、特定行為看護師のラダーがあることで自分の目指すものが見つかるのではないかと考えます。

どうしても看護師より少し知識・技術が優れているため、また自信がそうさせるのか、同じ看護師であるのについつい「謙虚な気持ち」を見失ってしまうことがあります。人としての態度が基本であると特定ケア看護師の目標にありま

す。研修修了後の人間関係論や自律性・関心性・計画性の内容を取り入れた、人間性を磨くような研修を院内で計画を立てていきたいと考えています。

また、当院に併設している訪問看護ステーションへ処置等の同行訪問ができるとさらに、退院後の患者さんの継続看護と、特定ケア看護師としての活躍の場が広がると考えます。

おわりに

特定ケア看護師は、患者さんについての気づきを看護師へ声かけすることが重要であり、技術だけでなく知識をスタッフ教育につなげられるように、その役割が果たせることを期待したいと考えます。今後、医師のタスクシフト/タスクシェアを鑑み、より一層特定ケア看護師の活躍が期待されると思われます。管理者は、当院に3人の特定ケア看護師を配置することを望んでおり、あと1ポストと職員に伝えて募っております。そのためには、特定ケア看護師の教育体制が重要であると考えます。

地域医療型後期研修

2023. 9. 20

市立奈良病院での研修生活

市立奈良病院総合診療科専攻医 1年目の小城拳士郎と申します。初めて投稿の機会をいただきましたので、自己紹介からはじめようと思います。私は滋賀県出身で高校までは滋賀県の学校に通い、その後奈良県立医科大学に進学しました。大学では拳士郎の名に恥じぬよう空手道に邁進していました。卒業後は市立奈良病院に就職したので18歳以降は奈良県に住んでいることとなります。奈良県というと鹿や大仏のイメージがあるかと思いますが、奈良医大がある橿原市では鹿や大仏を見ることはできず少しがっかりした思い出があります。一方で初期研修から勤務している市立奈良病院は奈良公園から徒歩圏内にあり、鹿が病院の前や宿舎の近くまで来ていることもよくあります。少し足を延ばせば観光地に行くこともでき、充実した奈良生活を過ごしています。



地域医療のススメ
小城拳士郎

プロフィール

2021年3月 奈良県立医科大学卒業
2021年4月 市立奈良病院初期研修
2023年4月 市立奈良病院 地域医療のススメ
専攻研修



自分的ベストショットの奈良公園の鹿

仕事面では、現在専攻医 1年目として総合診療や救急、小児のローテートをしています。今は小児科ローテート中で子どもたちとたくさん触れ合って癒やされながらも、将来的に地域などで小児を診たときに正しい初期対応ができることを意識して研修しています。専攻医となって感じる初期研修医との一番の違いは、裁量権が増えて自分の行動が患者さんの結果に直結することです。もちろん治療がうまくいけばやりがいを感じる一方で、日々自分の知識不足を痛感しています。一つひとつの症例を通じて勉強させていただき、少しずつでも成長していければと思っています。私が総合診療科に進んだ理由の一つとして、さまざまな場所で役割を果たすことができることがあります。市立奈良病院のような地域の中核都市でホス



興福寺と桜

ピタリストとして働くこともできれば、湯沢町保健医療センターや都祁診療所などで地域医療に携わることもできます。研修医として湯沢や都祁に1ヵ月研修に行ったことは自分にとって貴重な経験でした。総合病院のように豊富な医療資源がない中で、患者さんを第一に考えて、患者さん個人だけでなく家族やその地域全体を健康にするような活動を見て、自分も将来はそういったことに携わりたいと感じました。今はちょうど来年以降のローテートの希望を出す時期なのですが、地域医療のススメではさまざまな施設で研修を行えることを実感しています。今年一年は市立奈良病院で救急や病棟管理をしっかりできるように努力して、来年以降に院外の施設で研修させていただき、家庭医療を含めたさまざまなことを学んでいきたいと考えています。

私生活では、なるべくオンオフを意識してリラックスするようにしています。筋トレやキックボクシングジムで体を動かすことが好きなので、日常生活でのストレスをそこで発散しています。また、今まであまり奈良県から出ていなかったもので、関西はもちろんのこと、関東や九州、東北などさまざまなところに旅行に行けたらと考えています。特に私の世代はコロナ禍の影響で卒業旅行として海外に行けなかったもので、いつの日か海外旅行をすることを目標にしています。

まわりの方々に恵まれて、毎日楽しく笑顔で充実した日々を過ごすことができます。患者さんやその家族、同僚など自分のまわりの人を笑顔にできるような医師になれるようにこれからも努力していきますので、今後ともご指導のほどよろしくお願いいたします。



旅行で行った黒部ダム

高校生小論文・スピーチ動画コンテスト、 「地域医療プレキャンプ」が開催されました……………

医学部では優秀な学生の確保を目的に、高校生小論文・スピーチ動画コンテストを開催しております。今年度は「私のまちの地域医療」というテーマで全国の高校生から多数の応募をいただき、審査の結果選ばれた入賞者を、7月27日(木)～28日(金)の地域医療プレキャンプに招待しました。

1日目は、模擬講義、体験実習(心肺蘇生、気管挿管、超音波検査、気管支鏡、手洗い体験)ののち、表彰式を行いました。夕食では、特別審査員や教員、在学生との懇親会が行われ、その後、学生寮内を見学し、高校生には学生寮臨泊室に宿泊いただきました。

2日目は、グループ討論、研究室見学(循環器内科学部門)、糸結び・ダヴィンチシミュレーター体験をしていただきました。

参加した高校生からは、「コンテストへの応募を機に、自分が住む地域の医療について調べ、新たな気づきを得ることができた」「グループ討論には、高校生としてではなく、地域を担う一人として参加した。今回得ることのできた多様な視点を、今後活かしていきたい」との感想をいただきました。

今後、入賞者から選抜された若干名は、読売新聞東京本社が主催する医療体験プログラムに参加する予定です。

【高校生小論文・スピーチ動画コンテスト結果】(敬称略)

大賞

小論文部門	京都府立洛北高等学校	1年	藤居 壬楽
スピーチ動画部門	筑紫女学園高等学校	1年	中村 桃花

優秀賞

小論文部門	市川高等学校	2年	藤原 綾香
	青森県立青森高等学校	3年	相馬 光希
	近畿大学附属豊岡高等学校	3年	鹿野 真央
スピーチ動画部門	水城高等学校	2年	須田 明衣
	千代田区立九段中等教育学校	2年	山口 晃乃莉
	昭和薬科大学附属高等学校	3年	玉城 日華梨

※他の入賞者・受賞作品は自治医科大学ホームページをご覧ください。

報告
各種お知らせ
求人

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。

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、飯館村)

各種支援制度

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

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

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

問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

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

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野良(岩手1984年卒)

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

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

誠心誠意治療を行っていても患者を救えないことが多々あります。当教室ではC型慢性肝炎に対する治療で多くの方が健康を取り戻したように、B型肝炎を治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ージメントを担当します。症例報告や研究も多数行っています。

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

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

●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永真一

会費のご案内

1. 年会費について

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

準会員……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

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

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

北海道

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）東京事務所社印
※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
 HP771： <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下さる医師を募集しています。ぜひ一度見学にいらっしやいませんか。

<https://www.town.toyoura.hokkaido.jp>

受付 2022.10.26

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、とちかち帯広空港から約1時間の距離にあります。

当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。

地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。

病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。

受付 2022.6.16



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おります。

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、住居も完備しております。

<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



宮城県

丸森町国民健康保険丸森病院

●内科 1名

診療科目：内科，外科，整形外科，歯科

病床数：90床

職員数：120名（うち常勤医師4名，非常勤医2.26名）

所在地：〒981-2152 宮城県伊具郡丸森町字鳥屋27

連絡先：事務長 大石

TEL 0224-72-2131 FAX 0224-72-2474

E-mail byoin@town.marumori.miyagi.jp

特記事項：当病院のある丸森町は宮城県の最南端に位置し、気候も比較的温暖で山の幸、川の幸に恵まれた自然豊かなところ。当病院は、町の保健・医療・福祉の中核施設としての役割を担うとともに、多様化する医療ニーズに応えられるよう、CTをはじめとする高度医療機器の整備を進めております。

また、特定健診等の疾病予防事業にも積極的に取り組んでいます。地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。

<https://www.town.marumori.miyagi.jp>

受付 2023.7.31



※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。



大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪精神医療センター



- 総合診療医 4名（常勤・非常勤を問わず、応援医師でも応相談）

診療科目：精神科，児童思春期精神科，総合診療科（院内標榜）

病床数：473床

職員数：39名（うち常勤医師29名，非常勤医師10名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事マネージャー 下中

TEL 072-847-3261 FAX 072-840-6206

E-mail shimonakas@opho.jp

特記事項：大阪精神医療センターは総合診療医・総合内科医を募集します。当センターは、90年以上の歴史を有する大阪府の公的精神科病院です。地域の医療機関と連携を図り精神医学の高度な専門技術を提供し、日本の精神医療をリードしてきました。この度、認知症の増加や利用者の高齢化に対応するために「認知症・合併症診療部」を開設し、そこで活躍していただける総合診療医を求めています。ご関心のある方はぜひご連絡下さい。

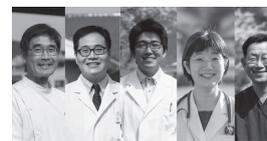
<https://pmc.opho.jp/index.html>

受付 2023.8.9

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イ530-1

（代表の弥栄診療所）

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

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：事務局 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437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

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 : 上天草市立上天草総合病院 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

球磨郡公立多良木病院

●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, 非常勤医師6名)

所在地 : 〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210

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 の締め切りは毎月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内容で内容を明記する。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	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)
	菅野 武(自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授)
	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)
	佐藤新平(大分県済生会日田病院)
	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)
	廣瀬英生(県北西部地域医療センター 国保白鳥病院)
	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)
	守本陽一(兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事)

(50音順, 2023.9.12現在)

編集後記

今月のインタビューは石川県七尾市にある恵寿総合病院の神野正博先生です。実は、同じ高校の出身で、この原稿を書くまでは先輩とと思っていましたが、確認したら自分が先輩でした。昔からのお付き合いで、まさしく「行動力のあるアイデアマン」です。病院の中にコンビニエンスストアを入れたのは日本第1号です。インタビューの端々に行動力と、斬新性が感じられると思います。

特集のテーマは「連携」です。病診連携とか病病連携など医療機関の連携や、多職種連携など個人のレベルでの連携も盛んです。「たとえ一人医師診療所であっても、現代の医療において、一人でできる医療は絶対はない」と学生に話しています。さらに、最近では「チーム医療において必ずしも医師がリーダーである必要はない、ときには優れたフォロワーであることが求められる」と加えています。多職種連携教育(interprofessional education:IPE) といって学生の段階から多職種の学生が混ざり合って議論するようなことも多くなってきています。誌上では、いろいろな連携の現場を感じることができると思います。

今年のノーベル生理学・医学賞はカタリン・カリコー博士が受賞しました。写真は2022年4月に、日本国際賞を受賞された際に東京のハンガリー大使館でのものです。mRNAワクチンの生みの親で、長年、苦勞してRNAの研究を続けてきたことで有名です。ハンガリー人でセゲド大学を卒業し、同大学で研究を始めましたが、30歳のときに亡命同然の形で米国にわたり、研究してきたそうです。地域医療振興協会と親交のあるトーマス・ジェファーソン大学と同じくフィラデルフィアにあるペンシルベニア大学に在籍しておられます。娘さんは、ボート競技の選手でアメリカ代表としてオリンピック2連覇を成し遂げています。金メダリストの母がノーベルプライザーというのはすごい話です。



右から北村義浩教授(ウイルス学)、カリコー博士、著者

北村 聖



月刊地域医学 第37巻第11号(通巻445号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年11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



9784909117779



1923047006004

ISBN978-4-909117-77-9
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）