

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

12  
2023  
Vol.37-No.12

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

# 発達障害を地域で診る

【企画】宮本朋幸 横須賀市立うわまち病院 副管理者・小児医療センター長

●インタビュー

「総合診療医を育成し、  
留萌の地域医療を守る。」

高橋文彦 留萌市立病院 院長

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



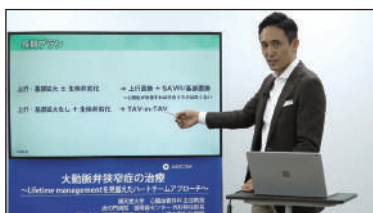
田端先生は東京大学卒業後、コロンビア大学、OLV clinic等への留学を経て、榊原記念病院に着任。2013年からは東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科部長に就任し、2019年より虎の門病院特任部長を兼任。現在は主に順天堂大学心臓血管外科主任教授として活躍しています。

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

- 総合診療医を育成し、留萌の地域医療を守る。／高橋文彦 2

### 特集 発達障害を地域で診る

- エディトリアル／宮本朋幸 12
- 総論 発達障害とは  
－発達障害者支援法、厚生労働省における発達障害者支援施策からの概観－／加藤永歳 13
- 自閉スペクトラム症／庄 紀子 19
- 注意欠如・多動症／山下裕史朗 25
- 限局性学習症(学習障害)／岡 牧郎 30
- プライマリ・ケアにおける対応法／本田真美 36
- 発達障害の支援体制：児童精神科の待機問題／杉山登志郎 41
- 科学技術を用いた発達障害支援の試み／熊崎博一 48

### 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122回 “同意書の不備”に関わる事例発生を未然防止する！  
－事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策－／石川雅彦 54

### JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 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 64

### ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断④／牧田幸三 65

### 全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療08

- 栃木県 妊娠、出産、子育てのSOSをキャッチする！  
～NPOを立ち上げ、地域にコアラのポケットのような居場所をつくる～／増田卓哉 68

### 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(NDC)の活動がもたらす院内全体の医療の質向上／鈴木和美 72

### 研修医日記

- 「地域支援大賞」を受賞しました／井上知紀 74

### 自治医大NOW

- 高校の進路指導教員向け大学説明会を開催 76

お知らせ ..... 78

求人病院紹介 ..... 85

投稿要領 ..... 91

総目次 ..... 93

編集後記 ..... 巻末

# INTERVIEW

留萌市立病院 院長  
高橋文彦先生



## 総合診療医を育成し、 留萌の地域医療を守る。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

### 北海道の自治医大卒業生として

山田隆司(聞き手) 今日は留萌市立病院を訪問しました。先日地域医療振興協会(以下、協会)内の会議の折に高橋文彦先生がこの院長に就任されてご活躍されていることを知りましたので、ぜひお話を伺いたいと思い今回訪問させていただきました。お話をお伺いする前にまず、先生のご経歴を紹介していただけますか。

高橋文彦 私は1990年に自治医科大学を卒業しました。13期です。当時、北海道では旭川医科大学が唯一の研修病院で、卒業生は皆旭川医大の医局に入局して初期研修をすることになっていましたので、第一内科という、循環器と呼吸器を主に担当する教室に入りました。循環器や呼吸

器に興味があったのと、将来のへき地勤務を意識して救急が一番近い内科ということで選択しました。

山田 初期研修の時期から入局したのですね。

高橋 はい。当時はストレート研修の時代でしたが、自治医大の研修医だけは多科ローテーション研修が認められました。3年目には名寄市立総合病院の内科に派遣され、病棟主治医として多くの患者さんを診療することができ、よい経験になりました。そこでは消化器のトレーニングもしました。

4～5年目はへき地勤務で、当時の道立静内病院に派遣になりました。1年後に静内町に移

管することが決まっています、内科系のプライマリ・ケアを学びながら町への病院移管のお手伝いをしました。

山田 そこはどのぐらいの大きさの病院だったのですか。

高橋 80床でしたが入院患者さんは少なかったです。

山田 4年目、5年目がいわゆる道のへき地派遣だったわけですね。

高橋 はい。そして6～7年目が後期研修で、旭川医大病院の循環器の中堅として病棟主治医、検査、外来を担当しました。この時リサーチの手ほどきも受け、2年後に学位を取得することができました。

8～9年目がへき地勤務で、道立羽幌病院に派遣されました。羽幌町には2つの離島があるのですが私は焼尻島の焼尻診療所と羽幌病院を兼務しました。2年間で半年ずつ、通算1年勤務したことになります。義務年限の中では思い出深い、貴重な経験だったと思っています。

山田 焼尻島の人口はどのぐらいですか。

高橋 当時は400人くらいですね。今はもう200人を切っています。

山田 今もそこには卒業生が派遣されているのですか。

高橋 いえ、その何年かだけの道のモデル事業で卒業生が派遣されたのですが、続いてはいません。

山田 なるほど。それで義務が終わったのですね。

高橋 はい。義務が終わって旭川医大に戻り、診療をしながら研修医を指導するような立場になりました。

山田 自治医大の卒業生は全員旭川医大で初期研修をするわけだから、自治医大の後輩のほとんどを教えるというような形だったのですね。

高橋 そうですね。自治医大の後輩で第一内科に入局する後輩も割と多かったですね。大学も人手不足で心エコーチームのリーダーを3年ほど務めました。指導医といいながら実際には研修医と一緒に学んでいるような感じでした。

## 卒後臨床研修制度の影響を受ける地域病院

高橋 大学には5年間いましたが、やはり地域で幅広くやりたいという気持ちがあり、一方大学も医師不足だったのでこのまま大学にいることになるのかなと思っていたところ、北海道から声がかかって道立釧路病院を経由して道立羽幌病院に赴任することになりました。道立釧路病院は公立病院の統廃合政策によって、市立釧路総合病院に移管されることがすでに決まっていたのです。その対応に当たり、赴任して10ヵ月で釧路病院は閉院しました。そして羽幌病院が

新築移転する直前の2005年4月に、副院長として赴任しました。道立静内病院で指導を受けた6期の阿部昌彦先生が副院長でいらっしゃいました。

当時の羽幌病院は医師が最大11人おり、整形、外科の全麻手術やお産もやっていましたし、もちろん小児科医もいました。内科は阿部先生を筆頭に5人いて、充実していました。ところが卒後臨床研修制度の影響を受けて大学医局が撤退してしまい、全麻手術もお産もできなくなり、



聞き手:地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

小児科医もいなくなり、内科と外科だけになってしまいました。そんな中で阿部先生が別の病院に異動されて、私が内科のトップになり、自治医大の後輩と一緒に内科を切り盛りすることになりました。赴任して2年目のことです。後

輩は自治医大の義務年限のローテーションですから、1年か2年で変わってしまうため、常に私が仕切っていなければならない状態でした。

山田 内科のトップで副院長だったわけですね。

高橋 そうです。なので、ずっと羽幌にることになるのだろうと思っていたのですが、同じ頃に同じ医療圏内の留萌市立病院も、大学医局の引き揚げで脳外科や循環器が撤退したり縮小したりして機能低下してしまったのです。そこで旭川医大の医局から留萌に行かないかという話がありました。

山田 なるほど。羽幌に何年いて、ここにはいつ異動されたのですか。

高橋 羽幌に5年いて、2010年にこちらに来て、もう13年以上経ちます。

## 病院長に就任して

山田 留萌市の公的病院はここだけですか。

高橋 そうです。医療圏は南は増毛町から北は天塩町まで縦長に150kmぐらいあるのですが、唯一の総合病院です。

山田 カバーしている人口はどのくらいですか。病床規模は？

高橋 人口は4万4千人ぐらいです。一般病床が246床で、50床が療養病床です。

山田 診療科は揃っているのですか。

高橋 診療科はあるのですが、常勤医が18名のみでほかは出張医体制です。

山田 先生が院長に就任されたのはいつからですか。

高橋 前任の院長が体力的に厳しいということで2023年1月末に離職されて、私が4月に就任しました。

山田 それまで先生は10年以上副院長をされていたわけで、それで先生に白羽の矢が立ったわけですね。4月に就任されて半年経って院長職としてはいかがですか。

高橋 まず患者さんあつての医療職だと思うので住民に信頼される病院にしたいと考えています。そのためにはどうしたらいいのかと。自分は一例一例を大切に診療にあたってきたつもりですが、世の中がコロナでの診療制限や働き方改革など逆方向に向いていて、ジレンマを感じてい

ます。ただこの病院は私が赴任したときから、看護師さんやコメディカルスタッフがとてもやる気あって協力的なので、そういう人たちを中心に、患者さんへの丁寧な説明や接遇面などの改善をしようとしています。

**山田** この3年間、ここは公的病院としてコロナへの対応がかなり大変だったのではないかと思うのですが、ピーク時にはどのぐらいの病床を空けていたのですか。

**高橋** 確保病床は15床でしたが、第8波の時はほぼ倍の患者さんを受け入れていました。高齢者が合併症で亡くなるような状況でしたが、基礎疾患があっても入院できない人がかなり増えてしまいました。そういう状況だったので第8波のときは高齢者施設のクラスターに対応しきれなくなり、DMATが留萌の保健所に入ったのです。私もDMATの隊員として少しお手伝いしました。第7、8波の時は本当に大変でしたが、それ以前はコロナを恐れるあまり、通常診療が制限されてジレンマを感じていました。

**山田** 流行当初のころに旭川市内の介護施設のクラスターがなかなか治らないということで、当協会の宇田英典先生が元全国保健所長会会長というお立場もあってか派遣要請され、旭川へ乗り込まれたのを覚えています。当初は大学を含めて診療制限するところが多かったですよね。施設内でのクラスターが起これると患者の転送もままならず、残された施設職員がギリギリの状態です。患者対応を迫られたという事例が全国的にも珍しくありませんでした。

**高橋** そうですね。当院でも確かにクラスターは出たのですが、今振り返ると過度の感染対策や診療制限をしてしまったのではないかと思うところはあります。

**山田** ここが破綻してしまうと、患者さんは行き場がないということになりかねないですからね。それだけの責任を課せられたところだから慎重になって、感染対策を強化するというのは当然のようにも思います。

## 総合医が中心となる診療体制を目指して

**山田** 現在、出張医体制に頼らざるを得ない状況ということでしたが、今後どうやって病院を維持していくかというのが悩ましいところだと思います。市からの援助は、財政的なことも含めてしっかり手厚いのですか。

**高橋** そうですね。これまでは院長が事業管理者も兼務していましたが、負担が大きいということで、市の医療に詳しい事務職員が事業管理者に就いてくれたため非常に助かっています。財政

的には市からの繰入金は年間11億円という状況です。

**山田** 今、医師確保や一方では働き方改革の対応、さらには財政の健全化といったことで、二重苦、三重苦の状態かと思いますが、先生としては、院長としてどんな方向を目指していますか。

**高橋** 基幹病院なので、地域医療を守るということでは、周産期や二次医療全般、透析を含めて守らなくてはいけないのですが、常勤の専門医が

減っているので、少数の専門医と総合診療医という組み合わせでこの病院を運営できるかと思っています。専門医はここに何年かの派遣で来た後は、技術を磨くためにまた大きい病院に行くというローテーションをしたいと思います。なので、何とか総合診療医を育成して、専門医と支え合ってこの病院を運営していければと思っています。

**山田** 総合診療のプログラムは持っているのですか。

**高橋** はい。実は前々院長が総合診療に関心が高く、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療プログラムをすでに持っていたのです。そこに研修医はいなかったのですが、それをベースに総合診療のプログラムを作りました。

**山田** 早い時期から考えられていたのですか。総診のプログラムに入ってきた人はいたのですか。

**高橋** 初年度、次年度はいなかったのですが、2020年に応募があって採用しました。北海道大学出身で、総合診療をやりたくて倶知安厚生病院で初期研修を受け、当院のプログラムを選んでくれました。非常に優秀で、現在は2階建てのサブスの研修で羽幌町に行っています。その先生を3年間で送り出したということで実績にもなりましたし、私にとっても勉強になりました。

**山田** それは一条の光ですね。後から続く人もきつと思います。プログラムがあるだけで専攻医が全く来ず、結局指導医も転勤してプログラムが事実上なくなってしまうという事例が相次いでいますから、何とか広報して継続できるかいいですね。ここのプログラムの売り、「実

践に強い」とか、留萌という地域の魅力など…。地域病院で総合診療を優れた指導医のもと研修できるというのは大きなメリットだと思うので、総合診療では診療所ベースの研修が主体になっているところもありますが、やはり多様な救急や入院管理ができるという点は若い人にとって臨床能力の向上に直接つながるところだと思います。そこを強調してほしいと思いますね。

今、総合診療というと、とかくコンピテンシーだとか、ポートフォリオの書き方などが重視されがちですが、もちろんそれも大事ですが、最前線の現場では目の前に生身の患者さんがいてまずどこまで対応できるかという臨床能力が問われます。特にお年寄りなどは1つの疾患だけではなく多疾患並存の場合が多いので必然的に総合的な対応が求められる。自治医大の卒業生はへき地の第一線という逃げ場のない状況の中、全ての患者さんの全ての健康問題に対して断らずに対応するという経験を積むわけですよ。私は基本的には自治医大の卒業生のような育ち方が、総合診療医の育成には適しているのではないかと思います。

**高橋** 私も同感です。そのためには大病院ではなく地方のこういった中規模病院で、何でも診るというスタイルが一番トレーニングになるのではないかと思います。

協会にもお願いしたいのですが、協会の総合診療プログラムに入っている人が、1ヵ月の選択などで当院に研修に来ていただくと、こういう地域を知ってもらえるきっかけになるのではないかと思います。





## 卒業生のネットワークの強化を

**山田** 地域の最前線には先生のように地域に引き止められ、苦勞しながらも歯を食いしばって頑張っている卒業生が多いと思います。与えられた課題に真正面からあたるといことが自治医大生は習い性のようにになっているから、その地域では必要とされる人材になってはいるけれど、まさしく孤軍奮闘している感じで、全体としての組織的な力にはなっていない。何とか卒業生のネットワークを強くして、先生が今おっしゃったように人材交流や人材育成ができるといいと思うのですね。

協会も医師不足や財政的に困っている地域病院の運営を任されることが多く、そういうところはマイナスからのスタートで、そこがやっと軌道に乗ったくらいに、また別の病院を頼まれるといった具合で、結局慢性的な人材不足なのです。ようやく協会内では人事交流や人材派遣ができつつありますが、まだ余力が十分では

ない。もっともっと組織的に卒業生が格闘しているところに、協会の研修医や専攻医の力を活用できるようにしたいと思っています。先生のように地域で頑張っている卒業生に報いることができるように、われわれも頑張らなければいけないと思っています。

先生のお話を伺っていて、改めて先生が真摯に地域医療に取り組んでこられた姿勢を感じました。何とか先生の頑張りを後進につなげたいですね。ただ北海道はあまりにも広いので自治医大の卒業生が最前線で踏ん張って戦っていても、砂漠に水といった感じでしょうか。大学からの派遣の引き上げもあるようで現実には本当に厳しいですね。

**高橋** 大学からの派遣が厳しくなっているのは、そもそも内科医のなり手が減っているようで、それが大学の専門研修プログラムに影響しているのかもしれないですね。

山田 なるほど。地域医療のやりがいをもっとアピールできればそれに惹かれてくる人もいる気がします。医学生の中には一定の割合でそういうことを志して医学部に入ってきた人たちがいると思うのですね。そういう人たちにもっとうまく伝えられればいいのではないかと思います。一方で地域枠の影響もあってか、自治医大にもなかなか受験生が集まらないそうですが、本当にやりがいがあって、医師らしい人生が送れる、地域が豊かな現場であることは、自分たちが身をもって感じているので、そういうこと

を志向する若い人たちにバトンが渡せるように、学生募集も含めて知恵を絞らないといけなかなと思います。もっと卒業生同士情報共有したり、何かイベントを共同で企画するなど打開策がありそうな気がします。隠岐島前病院におられた白石吉彦先生のように、離島でこそ教えられる研修をアピールしたり…。

高橋 白石先生はすごいなあと思っています。自分もいろいろ考えているのですが、なかなか…。

山田 能力はみんなそれぞれだから、お互いにそれを共有できるといいですね。

## 今が一番良い時かもしれないと思って仕事をする

山田 最後に今も地域で頑張っている若い人たちにエールをお願いします。

高橋 臨床医としてしっかり診立てのいい実力のあるドクターになってほしいというのが第一です。恵まれない環境にいるかもしれませんが、まず目の前の患者さんの問題解決に心を砕くことで、それが実現できるのではないかと思います。私自身の経験でも継続的に患者さんを診ている中で、思いがけない診断にたどり着いたり、問題の本質に迫れたりすることがありました。やはり目の前の患者さん一例一例を大切にすることが大事です。キャリア形成というのも大事かもしれませんが、まずは患者さんに信頼される医師を目指してほしいと思います。

それから、自治医大の卒業生に限らず、へき地や離島などの医療に恵まれない地域にいるということは、それだけで尊いことだと思います。今は、若いときからいい条件を選ぶ医療者も多

いと思いますが、そういう人たちと対極にいるわけですね。地方勤務というのは過酷であったり、あるいは刺激が少なかったりするかもしれませんが、後から振り返ると自分の視野を広げてくれるものであったことが分かります。離島に勤務していたときに思ったのは、離島には小中学校の教員も警察も必ずいます。それは社会共通資本として当然なのです。それなのに医者だけは どうして そうならないのかと疑問に思っていましたし、今も自ら問い続けている課題です。

どんな環境でも、今が一番良い時かもしれないと思いながら仕事をするといいと思っています。現状に満足するという意味ではなく、ないものねだりをしないで、今しかできないことをしっかりやろうということです。例えば私がお勧めするのは、ケースレポートを書くことです。それによって臨床医としての洞察力がつくと考

えています。後になって、あの時にやっておけばよかったと思うことが結構ありますので、今できることをやってください。「今が一番良い時なんだ」と思って、前向きな気持ちで仕事に取り組んでほしいと思います。

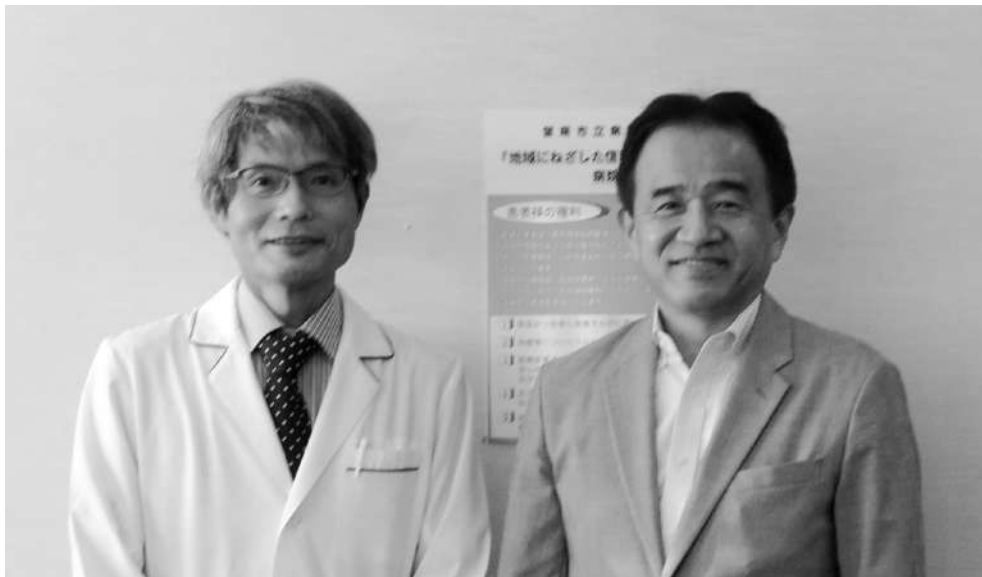
**山田** 目の前の患者さん一人ひとりに一生懸命対応していると、時に何でこんな例にあたってしまったのだろうと、貧乏くじを引かされたように感じる時もあるかもしれないけれど、実は

そういった厄介な事例にあたったときこそ一番成長できる瞬間だったりするのですよね。ずっと継続的に丁寧に診ることで、自分が思ってもみなかったような収穫を、一人の患者さんから得られるチャンスもあると思います。一生懸命やった分だけ自分がそこから学んでいるというのは、地域医療の奥深さだと、先生のお話を聞いていて改めて思いました。

高橋先生、今日はありがとうございました。

#### 高橋文彦(たかはし ふみひこ)先生 プロフィール

1990年自治医科大学卒業。旭川医科大学第一内科にて初期研修、名寄市立総合病院、北海道立静内病院(後の静内町立病院)に勤務。旭川医科大学第一内科で後期研修、北海道立羽幌病院(道立焼尻診療所兼任)に勤務後、1999年から旭川医科大学第一内科で、集中治療部の助手などを務める。2004年北海道立釧路病院への赴任を経て、2005年副院長として北海道立羽幌病院に着任。2010年留萌市立病院副院長に就任し、2023年より院長となり現在に至る。



## 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

# 発達障害を地域で診る

企画：横須賀市立うわまち病院 副管理者・小児医療センター センター長 宮本朋幸

## 特集

### ●エディトリアル

---

### ●総論 発達障害とは

－発達障害者支援法，厚生労働省における発達障害者支援  
施策からの概観－

---

### ●自閉スペクトラム症

---

### ●注意欠如・多動症

---

### ●限局性学習症(学習障害)

---

### ●プライマリ・ケアにおける対応法

---

### ●発達障害の支援体制：児童精神科の待機問題

---

### ●科学技術を用いた発達障害支援の試み

---

## エディトリアル

横須賀市立うわまち病院 副管理者・小児医療センター長 宮本朋幸

今回は、地域医療を支える皆さんにとって、診断するのも、治療するのも、管理するのも困難を伴う疾患群である発達障害について特集を組んだ。国民の認知も広がっている「発達障害」という疾患概念は有病率も高く、地域で遭遇する機会も多い。本特集では、7名のエキスパートの方々に寄稿していただいた。

加藤永歳先生には、総論として発達障害者支援法に基づく厚生労働省の支援策を中心に述べていただいた。自治体規模に応じた支援システムの在り方が提示され、地域医療を担う医療者たちの心構えを説いていただいた。

庄紀子先生には、自閉症スペクトラムをお願いした。庄先生が勤務する神奈川県立こども医療センターの児童精神科を受診する初診患者の40%が自閉症スペクトラムであるという事実は、この疾患群の有病率の高さを示唆する。本稿では、各年齢層での対応法や、薬物治療まで詳細に解説されている。

山下裕史朗先生には注意欠如・多動症についてお願いした。診断のポイントが詳しく解説され、治療法のひとつであるペアレントトレーニングは示唆に富む。地域で活動する医療者の役目についても語られており有用である。

限局性学習症(SLD:Specific Learning Disorder)という最新版のDSM-5-TRで定義された疾患概念について、岡牧郎先生に解説していただいた。SLDの各種の病型や特徴が記載され、診断へのフローチャートは役に立つ。また、医療資源が少ない地域でのこのような子どもたちに対処する方法や心構えも教えていただいている。

プライマリ・ケアにおける対応法としては、実際にクリニックで活躍されている本田真美先生をお願いした。外来での発見方法や、日常診療へのアドバイスなど、地域を守る医療者にとって参考になることが多い。さらに、地域での多くの機関との連携についても解説していただいている。

杉山登志郎先生には児童精神科の待機問題を主に解説していただいた。有病率が高いこの疾患群の担い手が少ないことが原因であり、医師の層を厚くしなければならないとされている。地域医療を担う本誌の読者も、この疾患群に向き合うことは避けては通れず、本稿に示されたシステムを地域で展開できるようになることが望まれる。

熊崎博一先生には、AI、ロボットを発達障害の診療に導入する試みについて書いていただいた。離島医療にロボット診療を取り入れるアイデアは、本誌の読者のみにとどまらず、全ての医療者の参考になるだろう。さらに、育休中などの医師のスキル維持に役立つ方法も解説していただいた。

本特集は、地域で診療に取り組んでいる方たちにも、さらには、発達障害の診療に困難を感じている方たちにもとても有用なものとなっている。ぜひ、お仲間にも推薦していただきたい。

# 総論 発達障害とは

## — 発達障害者支援法, 厚生労働省における 発達障害者支援施策からの概観 —

社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会／大田区立障がい者総合サポートセンター 加藤永歳

### POINT

- ① 障害福祉対策の谷間にあった発達障害支援を講じる必要性からできた発達障害者支援法。施行から18年が経過し、国民の認知も広がってきた
- ② 発達障害者支援法の趣旨に則り、厚生労働省の発達障害者支援施策として、地域における発達障害者支援体制の整備、早期発見に関する体制整備、家族支援、初診待機解消に向けた取り組み、家庭・教育・福祉の連携等が展開されている
- ③ 自治体が自らの地域特性を把握し、地域の実態に即した支援システム構築を目指す方向性が求められている

### はじめに

平成17年4月に発達障害者支援法が施行されてから18年が経過し、この間、日本における発達障害者支援施策はさまざまなかたちで進展を遂げてきた。平成26年の内閣府の世論調査報告<sup>1)</sup>によると、発達障害について「知っていた」と答えた国民の割合が9割近くに達しており、発達障害に対する国民の認知も広がっていることがうかがえる。現に近年では発達障害を題材にしたドラマや映画等を目にすることも多くなってきた印象がある。そのような中で、筆者は、これまで発達障害者支援センターにて地域における発達障害者支援に従事してきた。また、厚生労働省において発達障害対策専門官として福祉行政の立場から発達障害者支援施策の立案や推進に携わってきた。本稿では、発達障害について、発達障害者支援法、厚生労働省の発達障害

者支援施策をなぞりながら概観する。なお、文中の意見に係る部分は、筆者の所属するないし所属した組織ではなく、筆者の私見であることをあらかじめ申し添える。

### 発達障害者支援法からみる発達障害

発達障害者支援法が制定される以前は、発達障害はそれまでの障害福祉施策に関する法制度の対象には正式にはなっておらず、いわゆる「谷間の障害」であった。障害としての認識も一般的とは言えず、その発見や対応に遅れが生じる傾向もあり、発達障害者やその家族の負担も大きかった。そのような中、発達障害者支援施策を講ずる必要性が認められたことから成立・施行した発達障害者支援法の主な趣旨は、発達障害者に対する障害の定義と発達障害への理解の促進、発達生活全般にわたる支援の促進、発達

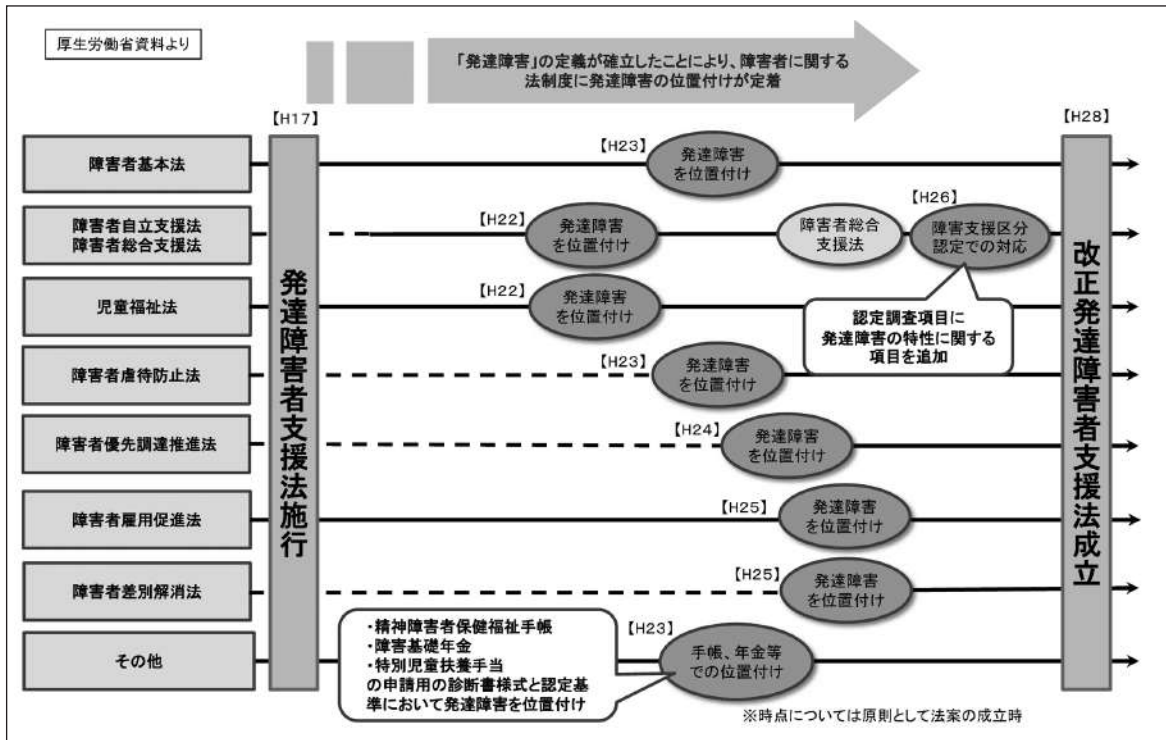


図1 法制度における発達障害の位置付け

障害者支援を担当する部局相互の緊密な連携の確保、関係機関との協力体制の整備等となっており、乳幼児期から学齢期、そして青年期以降の成人発達障害者まで幅広く支援の対象としている。

発達障害者支援のより一層の充実を図るため、平成28年に改正発達障害者支援法が成立した。改正の要点は「ライフステージを通じた切れ目ない支援」「家族などを含めた、きめ細やかな支援」「地域の身近な場所で受けられる支援」となっている。この改正により、乳幼児期から学齢期、成人期、高齢期に至るまでのライフステージに応じた支援が重要であるとの認識のもと、保健・医療・福祉・教育・労働医療等のさまざまな分野にわたりきめ細やかな地域支援について強化された。

発達障害の定義として、発達障害者支援法第2条において「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢で発現するもの」とされており、ICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)におけるF80-98に含まれる障

害である旨、文部科学事務次官、厚生労働事務次官連名通知(平成17年4月1日付)で示されている。F90-98には、トゥレット症候群や吃音症も含まれている。なお、発達障害者とは発達障害がある者であって、発達障害および社会的障壁によって日常生活や社会生活に制限を受ける者で、発達障害児は発達障害者のうち18歳未満の者をいう。なお、DSM-5において発達障害は、知的能力障害(知的障害)、コミュニケーション障害、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、限局性学習症、発達性協調運動障害、チック症に分けられている。また、ICD-10からICD-11に切り替わることによる各病名や用語の和訳については現段階で確定していない。

発達障害者に係る障害者手帳については、知的障害が認められる場合は療育手帳、知的障害が伴わない場合は精神障害者保健福祉手帳の取得が可能となっている(療育手帳と精神障害者保健福祉手帳を両方取得することも可能)。

発達障害者支援法で発達障害の定義が明確となったことにより、障害者に関するさまざまな法制度に発達障害が位置付けられるようになった(図1)。



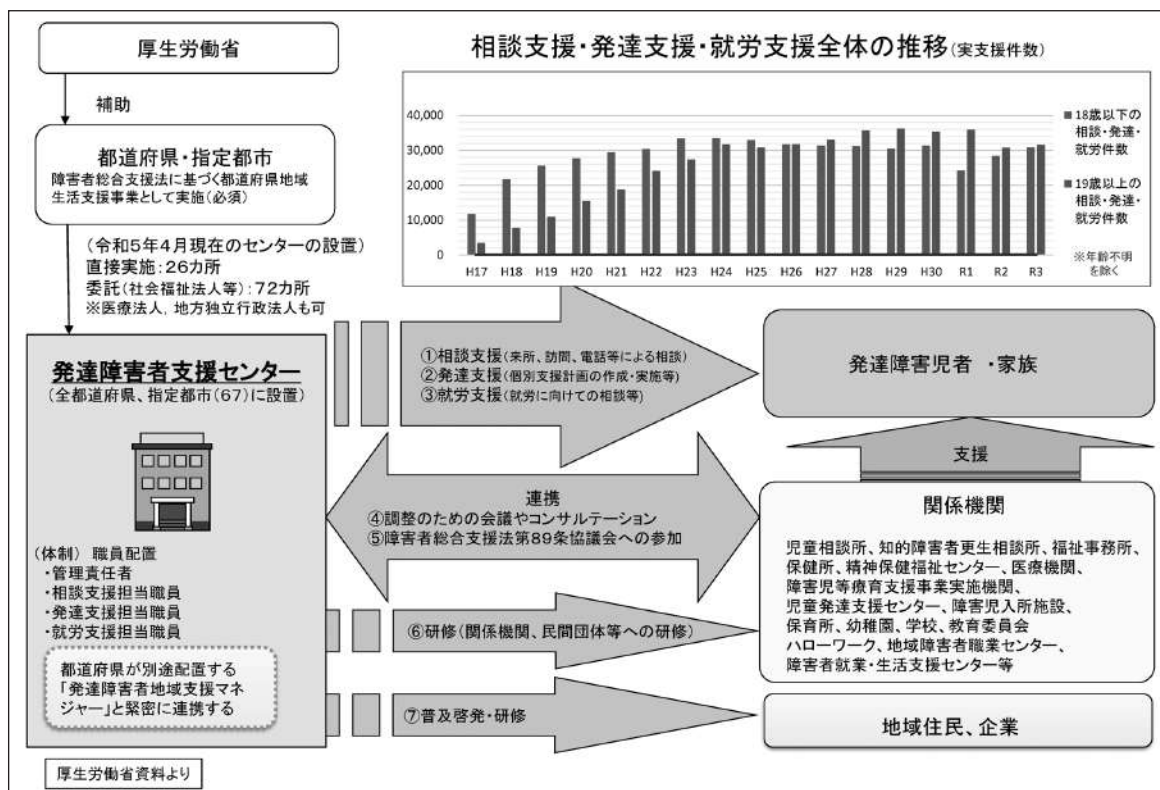


図2 発達障害者支援センター運営事業

## 厚生労働省における発達障害者支援施策

発達障害者支援法において、国や地方公共団体等が発達障害者への支援を推進するよう規定されていることから、厚生労働省においてさまざまな発達障害者支援施策が講じられている。ここでは厚生労働省における発達障害者支援施策について、その概要に触れる。

### 1. 地域における発達障害者支援体制

都道府県においては、発達障害者支援センターを設置できるようになっており、相談支援、情報提供、研修等、早期支援から学齢期支援、就労支援まで、総合的かつ複合的に発達障害児者およびその家族への支援を地域の実情に合わせて実施している。なお、発達障害者支援センター運営事業は全ての都道府県および指定都市にて取り組まれており、全国に90を越えるセンターが設置されている(図2)。

発達障害者支援センターを中心とした地域における発達障害者支援について、更なる強化を

図るために、発達障害者地域支援マネジャーを配置できることとしており、市町村や事業所等への支援、医療機関との連携や困難ケースへの対応等、地域のニーズにより沿った支援を展開している。

地域における発達障害支援の現状や課題を整理する場として、都道府県と指定都市において発達障害者支援地域協議会を設置することとなり、自治体の支援ニーズや支援体制の現状把握を行い、地域としてどのような支援体制が望ましいのかを検討している。

### 2. 早期発見に関する体制整備

発達障害者支援法第5条では、1歳半健診や3歳児健診で発達障害の早期発見に十分に留意しなければならないとなっている。

発達障害の早期発見についてはM-CHAT(乳幼児期自閉症チェックリスト修正版)やPARSTR(親面接式自閉スペクトラム症評価尺度テキスト改訂版)といったアセスメントツールの乳幼児検診等での活用を促進している。

また、読み書きやチック、吃音、不器用等と

### 【事業概要】

発達障害者の家族が互いに支え合うための活動等を行うことを目的とし、ペアレントメンターの養成や活動の支援、ペアレントプログラム、ペアレントトレーニングの導入、ピアサポートの推進及び青年期の居場所作り等を行い、発達障害児者及びその家族に対する支援体制の構築を図る。

【実施主体】都道府県、市区町村 【補助率】1/2

H30より実施

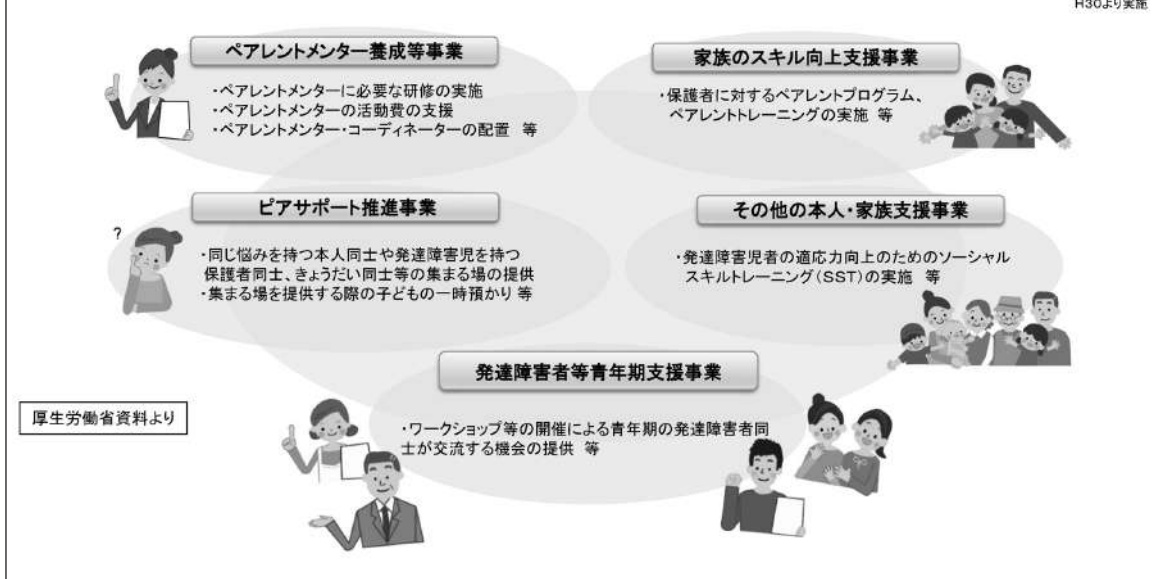


図3 発達障害児者および家族等支援事業

## 特集

いった顕在化しにくい発達障害についても早期発見、早期支援が重要であることから、幼稚園や保育所等の現場で先生たちも使うことができるように顕在化しにくい発達障害の評価シートCLASPが開発されている。

早期発見・早期支援を目的に市町村において巡回や戸別訪問等が実施できる巡回支援専門員整備事業が展開されていたが、この事業は令和5年度からこども家庭庁の所管事業となり、地域障害児支援体制強化事業の中に児童発達支援センターの強化とともに組み入れられている。

### 3. 家族支援

発達障害者支援法において、第13条に都道府県および市町村の発達障害者の家族等への支援について明記されており、また、平成28年の改正された発達障害者支援法では、家族が互いに支え合うための活動の支援を行うことを努めるよう明記された。これらを受け、都道府県のみならず身近な支援を実施するため対象自治体を市町村まで拡大した発達障害児者および家族等支援事業を実施している(図3)。

この事業の具体的なメニューとしては、①ペアレントメンター養成等事業、②家族のスキル向上支援事業、③ピアサポート推進事業、④発達障害者等青年期支援事業、⑤その他の本人・家族支援事業、となっている。

①ペアレントメンター養成等事業は、ペアレントメンターの活動費の支援やメンター養成研修、ペアレントメンターやコーディネーターの配置等を行う。ペアレントメンターは、発達障害児の子育て経験のある親で、その育児経験を活かして子どもが発達障害の診断を受けて間もない親などに対して相談や助言・情報提供等を行う人である。支援者ではなく「親」という同じ立場での交流の効果もあり、全国的に取り組まれている事業となっている。②家族のスキル向上支援事業は、保護者に対するペアレントトレーニング(以下、ペアトレ)等の実施等となっている。ペアトレは、親が自分の子どもの行動を捉えて、良い行動をほめて伸ばし、不適切な行動は低減にむけて取り組めるような対応を学ぶプログラムである。令和元年厚生労働省の調査研究事業<sup>2)</sup>において、発達障害支援における

ペアトレの核となるプログラム要素等がまとめられている。③ピアサポート推進事業は、同じ悩みを持つ発達障害の本人同士や発達障害児を持つ保護者同士等がピアの関係で集まる場の提供等を実施する事業である。④青年期支援事業は、地域における青年期を中心とした発達障害者等の居場所作り等を進める事業となっている。⑤その他の本人・家族支援事業では、地域における発達障害者の適応力向上のためのスキルトレーニング実施等を行えることとなっており、発達障害児者および家族等支援事業全体として、幅広く本人や家族に資する地域支援の展開が可能となっている。

#### 4. 発達障害の初診待機期間の解消に向けた取り組み

平成28年度から実施されている「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業」は、地域のかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を実施し、どの地域においても一定水準の発達障害の診療や対応ができるように早期発見・早期支援の推進を図るものである。

平成30年度から「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」を実施している。この事業は、都道府県や政令指定都市が拠点となる医療機関を指定し、そこで実地研修を行い、発達障害の診療や支援ができる医師の養成を図るものである。またコーディネーターを配置して地域の医療機関のネットワークの構築や専門的な医療機関の確保を進めるための取り組みである。

さらに令和元年度から「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」に加えて「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」を創設し、両事業を「発達障害初診待機解消事業」として実施している。「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」は、医療機関にアセスメントやカウンセリング等をするための職員を配置することや、医療機関以外でアセスメントやカウンセリング等ができる職員や機関を委託し、医療機関での診断に至るまでの対応時間を短縮し待機解消を図ることを目的としている。また、親子が参加でき

る集団場面等を設定し、子どもの行動観察や保護者からの聞き取り等で得られた情報を事前情報として診断に活用すること等も可能としている。

#### 5. 家庭・教育・福祉連携推進事業

平成29年12月に文部科学省と厚生労働省の両副大臣により「家庭と教育と福祉の連携トライアングルプロジェクト」が立ち上げられ、平成30年3月に報告がとりまとめられた。これを受け、各市町村において教育と福祉の連携と保護者支援を推進するための方策を実施し、その検証結果について報告を行う「家庭・教育・福祉連携推進事業」が令和元年度より設けられた。具体的には、教育と福祉の連携のつなぎ役として地域連携推進マネジャーを市町村に配置し、教育と福祉等の関係構築の場の設置や会議の開催や教育委員会や福祉部局等の合同研修の実施、そして保護者支援として相談窓口の明確化等を進め、より適切な地域支援につなげることとしている。

#### 地域特性に応じた発達障害支援体制

今回の特集は「発達障害を地域で診る」であるが、地域を意識した発達障害支援とは何だろうか。本田ら(2015年)の厚生労働科学研究<sup>3)</sup>では、地域特性に応じた支援システムづくりに関する提言がまとめられている。この提言では、知的障害児を想定して施設通所型の療育を中心として組まれていた従来の支援システムの限界、そして各地域の実情等のすなわち「地域特性」に応じた支援システムづくりの重要性が示されている。この「地域特性」は、人口規模・動態、自治体の経済状態、住民の社会経済階層など、多様な要素で構成されており、地域格差も大きい。今後は自治体が自らの地域特性をよく把握し、地域の実態に即した支援システム構築を目指す方向性が求められている。

提言では、地域特性に応じた継続的な発達障害支援の在り方として、人口規模により「政令指定都市」、「中核市・特例市・特別区」、「小規模

表1 自治体規模に応じた発達障害支援システムのあり方

	政令指定都市	中核市・特例市・特別区	小規模市	小規模町村
ハードウェア	-複数拠点施設(複数機能のある児童発達支援センター)、さらにそれらの中核センターの設置	-全直接支援機能(発見・子育て・専門療育・医療・統合保育・教育・相談)の整備 ※中核市と特別区は、地域支援機能と診療機能を備えた市立・区立の児童発達支援センターを設置	-「発達支援室」等の中核機能を担う組織を設置 -高い専門性は都道府県または圏域による支援体制を活用 -児童発達支援事業所と保育所・幼稚園の充実	-人口1万人以上(可能なら5千人以上)は児童発達支援事業所を設置、それ未満は統合保育や圏域を活用
ソフトウェア	-早期支援の3本柱:早期療育、保護者支援、地域支援それぞれのプログラム開発 -学齢障害児に対する外来診療および学校と連携した支援活動	-間接支援機能(連携・システム運営・人材育成・研究・行政への提言)の整備と自治体による連携組織の運営	-多職種の巡回相談等によるインクルージョン支援	-研修体制の整備、組織的連携体制の整備(自立支援協議会発達支援部会等と調整担当機関の設置)
ヒューマンウェア	-拠点施設で働く専門スタッフの育成、地域でのインクルージョンに携わる職員の研修	-市立の児童発達支援センターにそれぞれ常勤の心理職・言語聴覚士・作業療法士を複数人配置	-都道府県による人材育成の強化と「アウトリーチ型」の市への支援の強化	-都道府県(発達障害者支援センター等)による「アウトリーチ型」の町村支援の強化、ICTを活用した支援事業の創設

〔厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業（平成25～27年度）「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価」（研究代表者：本田秀夫）より作成〕

## 特集

市]、「小規模町村」の4つのグループに分け、それぞれの規模における方向性がまとめられた。具体的には、各グループにおける「ハードウェア」、「ソフトウェア」「ヒューマンウェア(人材の育成と供給)」の在り方が提示された(表1)。

厚生労働省の発達障害者支援施策について触れたが、各自治体は、これらの施策の方向性を踏まえた今後の地域における発達障害支援の在り方を検討すべきであり、都道府県における発達障害者支援センターが中心となって、各自治体の地域特性に応じた発達障害支援システムの構築の後方支援が進むことを期待する。

## おわりに

発達障害者支援法、厚生労働省における発達障害者支援施策を概観し、地域特性に応じた発達障害者支援体制についても触れた。医療体制の整備、青年期以降の発達障害者の支援、貧困等を含めた発達障害者の生活支援、発達障害者の高齢化<sup>4),5)</sup>、強度行動障害の支援体制の整備<sup>6),7)</sup>

等、まだまだ検討すべき課題も多い。そのような地域での課題に対しては、月並みだが、医師をはじめ多職種でスクラムを組んで取り組むことが必要であり、自治体による地域特性を踏まえた支援体制の構築が進むことが望まれる。

## 参考文献

- 1) 内閣府:母子保健に関する世論調査 報告書. 2014.
- 2) 一般社団法人日本発達障害ネットワーク:発達障害支援における家族支援プログラムの地域普及に向けたプログラム実施基準策定及び実施ガイドブックの作成. 厚生労働省障害者総合福祉推進事業, 2019.
- 3) 本田秀夫, 他:発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価. 厚生労働科学研究, 2013-2015.
- 4) 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園:発達障害者支援における高齢期支援に関する実態調査. 厚生労働省障害者総合福祉推進事業, 2020.
- 5) 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園:高齢期発達障害者支援における関係機関の役割と地域連携の在り方に関する実態調査. 厚生労働省障害者総合福祉推進事業, 2021.
- 6) PwCコンサルティング合同会社:強度行動障害児者の実態把握等に関する調査研究. 厚生労働省障害者総合福祉推進事業, 2021.
- 7) 厚生労働省:強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会 報告書. 2023.

# 自閉スペクトラム症

神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科 部長 庄 紀子

## POINT

- ① 幼児期には、養育者に対して丁寧に自閉スペクトラム症について説明し、難しい特性を持つ子どもをいかに育てるかを共に考える
- ② 早期から支援を行うことにより、特性を持つ子どもの愛着形成が順調に進み、子どもが深刻な心的外傷を受けずに成長できると良い
- ③ 学童期には、子どもの“相談する力”を育むよう意識する
- ④ 薬物療法は環境調整などを行っても状況が改善しない場合に検討する

## はじめに

神奈川県立こども医療センターは400床(病院340床、施設60床)を有する小児の総合医療施設であり、難病・重症疾患・慢性疾患を持つ小児などを対象として高度先進医療を行っている。そのうち40床は児童精神科病床(児童精神科専門病棟、準開放病棟)であり、5名の児童精神科医師、2名の児童精神科レジデント、2名の精神保健福祉士などが勤務している。

当センターの外來初診は完全紹介予約制である。原則として初診は中学3年までで、18歳まで診療できる。筆者が当科に入職した21年前は、児童思春期精神科(以下、当科)への心理的な敷居は高く、年間初診患者数は400名台であり、紹介状が到着してから初診までの平均待機期間は1~2ヵ月であった。その後、発達障害(神経発達症)の特性を持つ子どもへの早期介入の

必要性が広く知られるようになり、児童虐待の影響などさまざまな子どもの心の問題への関心も増したことから、児童精神科受診を希望する方は増加の一途をたどり、一方で、専門医の絶対数は少ないままであり、2019年には年間600名前後の初診患者を診察したもののその平均待機期間は7ヵ月以上と長期化した。2021年度から緊急度によって初診待機期間を4段階に分ける取り組みを開始し、生命危機状態もしくは重篤な精神症状を有する患者を2ヵ月以内に診察できるよう努めているが、一般的な発達相談の場合には、初診までの待機期間が1年6ヵ月程度と長期化している。

神経発達症の特性を持つ子どもが健やかに成長するには、地域の小児科医や精神科医をはじめとする支援者の理解と適切な対応が必要である。本稿では、主に筆者の臨床経験に基づき、自閉スペクトラム症を持つ子どもへの対応方法

についていくつかの観点から述べる。

## 自閉スペクトラム症の診断

自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder: ASD) は米国精神医学会が発行する精神疾患の診断・統計マニュアル第5版(DSM-5)による診断名である(神経発達症もDSM-5による診断名)。世界保健機関(WHO)が発刊する国際疾病分類第10版(ICD-10)に基づく、自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害を包含する診断でもあり、近年最もよく使用されている。

ASDなど神経発達症の診断は医師の判断で行う。子どもの生育歴や家族歴を聴取し、診察室での様子を観察し、必要に応じて各種心理検査を行い、可能であれば教師など第三者からの評価を得た上で次のように診断する。すなわち、社会性やコミュニケーションの問題や行動・興味・活動における限定的で反復的な様式により、日常生活や社会生活などにおける機能障害が明らかであると判断すれば障害と診断し、機能障害が明らかでないとは判断すれば、その言動は診断閾値下の特性もしくは個性と考える。実際に医師によって診断の違いが生じることがあり、家族や支援者の混乱を招く場合がある。他診療科の医師からみても理解しにくい診断基準であると思われるが、子どもの健やかな心理的発達を目標に治療を行う児童精神科医にとっては、極めて重要な基準である。子どもを診療する臨床医にとって、神経発達症の診断は特性を持つ子どもの生きづらさを軽減する必要がある際にするものである。

特性や機能障害が乳幼児期から明らかであれば、乳幼児健診などで指摘を受け、医療や療育につながる場合が多い。特性が十分に揃わなかったり、発達特性以外の課題がある場合には、1回の診察で診断することは難しく、数年間の観察を行う場合もある。例えば、小学校低学年での場をわきまえない発言は社会的に許容され得る可能性があるが、中学生になっても同様の言動が続く場合には機能障害と判断して診断をする。

また、養育者から虐待を受けるなど不安定な養育環境で生育し、愛着形成の問題やトラウマ関連症状を持つと、共感性の乏しさや社会的相互性の問題など一見ASD類似の症状を呈することにも注意が必要である。逆に、子どもに発達特性があることで養育が困難となり、結果的に愛着形成やトラウマの問題に発展することもあり、その見極めは児童精神科医であっても容易ではない。いずれにしろ、臨床医としてはさまざまな可能性を考慮しつつも、今現在目の前にいる子どもと養育者にとって必要な助言や環境調整は何かを考える。

参考までに、2021年4月から2022年3月に当科を初めて受診した1,146名うちASDと診断をした460名(初診患者全体の40.1%)の併存診断を示した(表1)。診察を重ねた上であらためてASDと診断する場合もあるため、実際のASD患者数はもっと多いと思われる。知的障害を伴わない、いわゆる高機能ASDが352名(ASD全体の76.5%)おり、就学後に問題が顕在化した子どもも多い。

## 治療・支援の目標

### 1. 幼児期

発達特性のうち優れた能力は個性として強みになる一方で、多くの特性は対人関係や集団適応上の困難や本人の苦痛の原因になる。乳幼児期の子どものや、発達の遅れなどにより言葉で表現することができない子どもは、困難や苦痛を不機嫌、かんしゃく、拒否、衝動行為などで表現する。養育者があるような非言語的表出がなされる理由を感覚的に理解でき、感情的に叱責したり過度に躰ようとはせず、子どもが心地良さを感じられるように対応を工夫できる場合には、子どもの愛着形成は順調に進み、子どもは基本的信頼感<sup>1)</sup>(大人への信頼感や自己肯定感)を得られ、情緒が安定する。基本的信頼感は、生きていこうとする意欲の源となる。このような順調な経過を辿る場合には、「早期から介入を受ける」という過程を経る必要は少ない。しかし、子どもの非言語的表出を適切に理解した上

表1 2021～2022年度に当科を初めて受診し、ASDと診断した460名の併存障害（ICD-10）、被虐待歴、不登校（重複あり）

		男子	女子	計	
2年間の初診患者1,146名中ASD診断を受けた者		296	164	460	
併存障害なし		44	28	72	
併存障害 (発達障害)	多動性障害(F90.0)	61	18	79	
	知的障害 (F7)	軽度	28	15	43
		中等度	6	6	12
		重度	20	9	29
		最重度	14	7	21
詳細不明	2	1	3		
併存障害 (いわゆる二次 障害)	神経症性障害(F4)	38	24	62	
	摂食障害(F5)	6	11	17	
	行為障害圏(F90.1,F91,F92)	36	11	47	
	情緒障害(F93)	18	11	29	
被虐待歴あり		46	15	61	
初診時に不登校の状態		67	42	109	

で対処することは、誰にでもできることではない。

こだわりや切り替えの苦手さから遊びを中断できずに暴れたり、聴覚過敏により掃除機や洗濯機などの生活音で不機嫌になり泣き叫ぶ場合には、興奮する理由が分かっても解決は難しい。甘えてこようとせず、感覚過敏から抱っこも嫌がるような子どもの場合にも養育者は困惑しやすい。いずれの場合にも、外来診療では丁寧にASDの特性について説明し、育て方によって特性が生じるわけではなく、難しい特性を持つ子どもをいかに育てるかが大切であると伝え、その方法を共に考える。しかし、「定型発達の子どもの育児と比べず、目の前の子どもの特性に合わせた育児をしましょう」とは、言うは易く行うは難しである。日々の生活はさせなければならないことの連続であり、養育者にも体調や感情に波がある。当面のところ、何を諦め、何を頑張らせれば良いかの目標設定は容易ではない。

養育者は近視眼的になりがちであり、医師は時々会う第三者であるからこそ子どもへの適切な目標設定について助言できたり、成長や変化に気が付きやすい面がある。筆者は、子どもと養育者との関係が悪化しておらず、子どもの情緒がより不安定になっていなければ、現在の育

児は大きく間違っていないと判断している。また、養育者が疲労困憊している時には、養育者の了承を得て市区町村や療育機関と情報共有をするなど養育者の実質的な負担を軽減できるよう配慮する。特性を持つ子どもの愛着形成ができるだけ順調に進み、深刻なトラウマを受けずに成長できるように配慮すること、それが早期介入の要であると考えている。

## 2. 学童期

子どもが小学1～2年程度のコミュニケーションができるようになった段階で、子ども自身にもその特性を伝え始めると良い。生まれた時から特性を持つ子どもは、当然のことながら特性を持たずに生活をしたことはない。他の子どもが難なく生活している様子を目の当たりにし、自分は駄目だとか、努力が足りないと感じていることは珍しくない。子どもに対して、努力不足ではなく特性による困難であること、困難を軽減するために大人が手助けしたいと考えていること、困ったことがあれば話してほしいことなどを伝える。医師は、子どもの特性、能力、性質などを考慮し、本人の立場に立って考えた上で助言をする意識を持つ必要がある。できれば子どもが学童期のうちに、大人に相談すると気持ちが楽になったり、対処法が分かるなど良

い結果になることを経験できると良い。

養育者に対しては、子どもが、できないことを他者に伝えて助けを求めることができ、他者や社会と折り合いながら居心地が良い居場所を得られるような大人に成長するよう支えていこうと伝える。

学童期に、特性のみを伝えるべきか診断を伝えるかべきかについては医師や養育者の考え方の差が大きい<sup>2)</sup>。著者の経験では、学童期の子どもは、診断への関心の乏しさ故か、障害があることを認めたくない気持ちがある故か、など理由は分からないが、医師が診断を伝えた後に質問や疑問などを発することは少ない。うまく伝えられたという実感は得にくいものの、医師が誠実に何かを伝えようとしていると感じてもらいたいと考えている。近年、臨床倫理においても、学童期から子ども自身に病状と治療内容を説明し、賛意を得ることが推奨されている<sup>3)</sup>。医師は、診察室で子どもに話しかけることを習慣づけると良い。学童期には子どもの“相談する力”を育むことが重要である。

### 3. 思春期

思春期の子どもは多角的視点を持ち始めるとともに他者からの評価に敏感になり、「普通でありたい」と強く思うことも多い。また、大人が望むように子どもが動くことはそれまで以上に難しくなる。大人が勧める選択肢とその理由などを伝えた上で、子どもの決断を尊重することになる。

養育者には話したがらず、ほかの大人には本音を話す子どももいる。診察時に、本人単独での面接もできることを伝えと良い。障害受容についての悩みや、それまで行っていた服薬を止めたい意向などを話す場合には、真摯に傾聴し、医師としての見解を伝える。できる限り本人の意向を尊重した方針を立てた上で、経過をみながら話し合いを続けようとする。

高校生年齢になると、切実に自身の特性や課題に悩み、医師の意見を求める子どもが増える。あらためて診断を告げるとともに、発達特性だけでなく、愛着形成の問題やトラウマ体験の影

響などについても率直に医師の見解を伝えると良い。その際に、「医師はこのように考えているけれどあなたはどう思う？」と子どもの意見を求めることで、子どもが主体的に考えることを支えられると良い。

## 自閉スペクトラム症の併存診断 (いわゆる二次障害)

神経発達症(一次障害)の特性による常同反復行為、変化への抵抗、一方的な言動、こだわりやかんしゃくなどは、養育者や教師から問題行動と捉えられて叱られやすく、仲間関係も形成しにくい。悪いことをしているつもりがないのに叱られたり、仲良くしたいのに友達ができないうらやまや不満を抱えて活動することになり、さらに強く叱責を受けたり、同年代の集団から孤立するような行動を続けやすい。その結果、自尊感情の低下や大人への不信感の増大など深刻な心理的問題とともに、情緒不安定、暴言や暴力、自傷行為、抑うつ症状、不安・恐怖など、さまざまな精神症状が出現する可能性がある。このように、神経発達症を持つ子どもが、成長の過程で周囲からのさまざまな影響を受けて、本来の症状とは違った症状を呈することを発達障害の二次障害と呼ぶ<sup>4)</sup>。

二次障害であるか一次障害であるかの判断は実は難しい面があるものの、表1で示したように、初診時にASDと診断した460名のうち、不安や強迫症状などを呈する神経症性障害が62名、暴力や器物破損などを呈する行為障害圏が47名、顕著な情緒不安定を呈する情緒障害が29名だった。尚、被虐待歴は61名(13.2%)にあり、初診時に109名(23.7%)が不登校の状態であった。

本稿では二次障害の各論には触れないが、二次障害が生じないためにも、早期からの適切な支援が重要である。

### 1. 架空症例提示

<初診までの経過>幼少時からこだわりが強く、意が通らないと地団駄を踏み、物を投げた。



表2 ASDの小児に適応がある向精神薬

薬剤名	適応症	適応年齢	備考
リスペリドン (リスパダール®)	小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性	5-17 歳	高血糖、脂質代謝異常などの代謝異常を惹起する可能性がある。
アリピプラゾール (エビリファイ®)	小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性	6-17 歳	
メラトニン (メラトベル®)	小児期の神経発達症に伴う入眠困難の改善	6-15 歳	フルボキサミンマレイン酸塩と併用禁忌

標準下位の知能であり、小学校は特別支援級に在籍した。些細な出来事から興奮し、他児を叩いた。教師が注意すると蹴り返した。小学3年時に初診。

**<主治医の見立てと母への助言>**「ASDの特性が明確にあり、相手の意図を理解しにくく、こだわりや感覚過敏が強いですね。多動性障害の特性もあり、衝動的に行動しがちですね。生まれつきの気性も激しいと思います。お子さんにとっては、きっと世界は思うようにならないことばかりですね。このような特性があるお子さんはすごく苦勞します。悪いことをするつもりがないのに怒られてしまって、自分はどうせ駄目だとか、大人は信用できないと感じるかもしれません。そうするとさらに頑張ることができなくなります。健やかな成長を促すには、子どもの苦しさを理解しようとする大人の存在が必要だと思います。」

**<母の受け止め>**「どうしてこの子はみんなと同じことができないんだろうって、ずっとこの子を責めていました。一番可哀そうでつらいのは親である自分だって思っていました。この子が一番苦しいんですね。よく分かりました。子どもを支えられるようにやってみます。」

**<本人への対応>**特性を説明し、これまでの苦しさを労った上で、衝動行為はできる限り抑えた方が楽しいことが増えると伝えた。診察室のおもちゃで遊びながらではあったが、しっかりと頷いた。

**<治療経過>**父母ともに、家庭では学校での言動を注意せず、許容できる範囲でこだわりによる常同行為を止めなくなったところ、学校での衝動行為はなくなった。本人、父母ともに家庭

で笑い合える時間が増えた。

## 2. 強い興奮時の対応

激しい興奮や衝動行為がみられた場合、さらに子どもを刺激して興奮を増悪させないことが大切である。他に子どもがいる場合には、本人か他児のどちらかを別室に誘導し、本人の周囲にある危険な物を取り除くなどして安全を確保し、興奮がおさまるのを待つ。「つらいね」「大丈夫だよ」など簡単な言葉を穏やかな口調で繰り返す。自傷や他害が激しく、やむを得ず身体に触れて抑える時には、「抑えるよ。身体に触れるよ」などと予告し、大人が感情的な言動を見せないように自制しながら身体を抑える。

活動の場所や内容を本人に合うように再設定するなど、次に同様の状態にならないように配慮することが大切である。

当日でも後日でも構わないが、本人との振り返りも大切である。まず、叱責ではないことを伝え、興奮した理由は何か、興奮しないように自分なりに工夫したことはあるか、次はしたら良いと思うか、大人にどうしてほしいかなどを確認する。自身の感情と行動を客観的に把握し、自分で自分の言動を変えていけることを経験できると良い。

## 3. 向精神薬による薬物療法(表2)

薬物療法は出現した症状に対する対症療法であり、根治療法ではない。本人の特性について説明を続け、環境調整を行っても、子どもと養育者との関係が悪化し続けるなど状況が改善しない場合に開始を検討する。そして、例えば興奮や衝動行為に関しては、薬物療法により子

もが落ち着いて物事に取り組めるようになり、大人からの叱責が減って認められる機会が増えることで、子どもの意欲が増し、感情や衝動の制御を意識的にできるように成長し、いずれは薬物療法が不要になることが理想的である。

重度の知的障害がある場合には、自傷行為や興奮は大切な感情の表現方法でもある。薬物療法により、その程度や頻度が何割か軽減する可能性があるが、症状が消失することはない。強い自傷がある場合には、装具などを使用して身体を守ることを検討する必要がある。筆者は、薬物調整の基準は睡眠確保を目安としている。服薬をしても眠りにくくなる時期が周期的に見られる場合もあるが、増薬が続かないよう配慮する。

ASDの易刺激性に対して、リスペリドン(リスパダール<sup>®</sup>)とアリピプラゾール(エビリファイ<sup>®</sup>)の使用が2016年に承認された。小児に対する用法・用量が添付文書に具体的に記載されており、使用しやすい。強い興奮、衝動行為、情緒不安定、不安などASDの子どもが示すさまざまな精神症状に対する第一選択薬はこの2剤のいずれかが妥当である。一般的にリスペリドンの方が鎮静作用が強いため、不眠を伴う子どもにはリスペリドンを選択する。不眠が主症状である場合には、2020年に承認されたメラトニン(メラトベル<sup>®</sup>)を選択することもできる。

向精神薬は効果と副作用の出現に個人差が大きい。前2剤について、特に児童青年期患者では、高血糖もしくはⅡ型糖尿病、そして脂質代謝異常などの将来の心血管リスクにつながる代謝異常を惹起する可能性があることに注意する必要がある<sup>5)</sup>。必要最小限の使用にとどめ、継続の必要性を常に検討する。無効と判断した場合には中止を指示することも大切である。

薬物療法を行う際には、子どもが低年齢であっても、薬物療法の目的を説明した上で質問の有無を確認する。例えば、「いらいらが減った方が、友達と仲良くできて楽しいと思うから、薬を飲むことをすすめるよ。でも、合わない場合もあって、そういう時はすぐにやめるから、大人に言ってね」などと声をかけている。

## 児童精神科受診を勧めるとき

「どの時期に受診をすべきか？」に明確な答えはない。近年、児童精神科医療は逼迫しており受診と通院継続には根気を要す。また、子どもの発達の課題や精神的問題の改善には、子どもと養育者の“状態を良くしたい”という意識が必要である。児童精神科受診が決まった場合には、子どもにも「叱られる場所ではなくて、困っていることを相談できる場所だよ」「どんなアドバイスをもらったかまた教えてね。先生も一緒に考えるから」などと伝えていただけると幸いである。

### 参考文献

- 1) Erik H. Erikson: Identity and the Life Cycle. W.W.Norton & Co., New York, 1980. 西平直, 中島由恵 訳:アイデンティティとライフサイクル. 誠信書房, 東京, 2011.
- 2) 新井卓, 他:子どもへの病名・障害告知を考える(令和元年度神奈川県立こども医療センターこどものこころのケアネットワーク事業). こども医療センター誌 2020; 49(1): 45-51. [https://kcmc.kanagawa-pho.jp/data/media/kanagawa-pho/page/department/heart\\_care/r01jldouseishinka-seminar.pdf](https://kcmc.kanagawa-pho.jp/data/media/kanagawa-pho/page/department/heart_care/r01jldouseishinka-seminar.pdf)
- 3) American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics: Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995; 2: 314-317.
- 4) 斎藤万比古:発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート. 学研, 東京, 2009, p12-13.
- 5) 藤田純一, 他:児童・青年への抗精神病薬の代謝・内分泌リスクと求められる副作用モニタリング・スケジュール. 児童青年精神医学とその近接領域 2020; 61(1): 55-66.

# 注意欠如・多動症

久留米大学医学部小児科 主任教授 山下裕史朗

## POINT

- ① 診断のポイントは、年齢に不釣り合いな「不注意」および/あるいは「多動性・衝動性」が6項目以上あり、社会的(友達関係, 教師や親との関係), かつ学業(学習ができていない, 学力の低下)に障害を来している点である
- ② 鑑別疾患として、虐待によるADHD様症状やてんかんなどを考える。自閉スペクトラム症等他の神経発達症との併存が多いことを念頭に置く
- ③ 治療は、環境調整やペアレント・トレーニングをまず行い、うまくいかない場合に薬物療法併用を考える

## 注意欠如・多動症の診断方法

米国精神医学会によるDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders第5版(DSM-5)の操作的診断基準に基づいて診断が行われている<sup>1)</sup>(表)。

診断のポイントは、年齢に不釣り合いな「不注意」および/あるいは「多動性・衝動性」が6項目以上あり、社会的(友達関係, 教師や親との関係), かつ学業(学習ができていない, 学力の低下)に障害を来している点である。機能障害を評価し、適切に診断するためには、乳幼児からの詳細な発達歴および幼稚園・保育所や学校など多方面からの情報を収集することが不可欠である。家庭と学校など、複数の生活場面で機能障害があることが診断の鍵である。

ADHD(Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)の幼児期の症状として、じっとして

おれない・動き回る、すぐに飽きて次々に遊びを変える、指示を聞いていない、待てない、勝手に友達のおもちゃを取るなどが目立つ。症状は12歳以前(たいていは幼児期)から存在し、小学校入学後に目立ってくることが多い。不注意優勢病像のADHD児は多動・衝動性がないので、教室で目立たなく見逃されていることも多いが、学習面の遅れが出やすい。約2/3が併存障害を持つことを念頭におく。運動や手先が不器用な場合、発達性協調運動症の併存を考える。反抗挑発症や素行症などの「行動障害」、不安症、強迫症などの「情緒障害」、他の発達障害(30~60%に限局性学習症を合併)、神経性習癖(夜尿症などの排尿障害やチック症)、睡眠覚醒リズム障害の併存も多いので評価を要する。

鑑別診断としては、虐待によるADHD様の症状、うつ病、気分障害、不安症、双極性障害、てんかん(前頭葉てんかんや欠伸てんかん)、甲状腺

特集

機能亢進症、神経変性疾患(副腎白質ジストロフィー)などがあげられる。ADHD自体でも入眠困難や中途覚醒など睡眠障害がよくみられるが、閉塞性無呼吸症候群により注意集中困難を来すこともあり鑑別すべきである。DSM-5では、現時点での重症度を、下記のように「軽度」「中等度」「重度」と明記することが示された。

**軽度:** 診断に必要とされる症状は満たすが、必要項目数を上回るのはわずかであり、社会的、

職業的機能の障害は少ない。

**中等度:** 「軽度」と「重度」の間の症状または機能障害が存在する。

**重度:** 診断に必要とされる項目数を上回る多くの症状がみられる。もしくは、いくつかの重い症状が存在し、社会的、職業的機能に著しい障害を来す。

ADHD症状の評価尺度として、ADHDレーティングスケール(DuPaul)を用いることが多

表 ADHDの診断基準(DSM-5)

A. (1) および/または(2)によって特徴づけられる、不注意および/または多動性-衝動性の持続的な様式で、機能または発達の妨げとなっているもの:

(1) 不注意: 以下の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6か月持続したことがあり、その程度は、発達の水準に不相応で、社会的および学業的/職業的活動に直接、悪影響を及ぼすほどである:

注) その症状は、単なる反抗的行動、挑戦、敵意の表れではなく、課題や指示を理解できないことでもない。青年・成人(17歳以上)では少なくとも5つの症状が必要である。

<不注意>

- (a) 学業、仕事、またはその他の活動の間において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす(例: 細部を見過ごしたり、見逃す、仕事が不正確)
- (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である(例 講義、会話、長時間の読書に集中し続けることが難しい)
- (c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないようにみえる(例: 明らかに気を散らすようなことがなくとも、心ここにあらずのようにみえる)
- (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない(例: 課題を始めるが、すぐに集中を失い、容易に他のことを始めてしまう)
- (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である(例: 一連の課題を遂行することが困難、資料や持ち物を整理しておくことが難しい、作業が乱雑でまとまりがない、時間の管理が苦手、締め切りを守れない)
- (f) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う(例: 学業や宿題、青年期後期や成人では報告書の作成、書類に漏れなく記入すること、長文の見直し)
- (g) 課題や活動に必要なものをしばしばなくす(例: 学校の教材、鉛筆、本、道具、財布、鍵、書類、眼鏡、携帯電話)
- (h) しばしば外的な刺激によってすぐに気が散ってしまう(例: 青年期後期や成人では、無関係な考えも含む)
- (i) しばしば日々の活動を忘れてしまう(雑用、お使い、青年期後期や成人では、電話を折り返す、お金の支払い、会合の約束を守ること)

(2) 多動性および衝動性: 以下の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6か月持続したことがあり、その程度は、発達の水準に不相応で、社会的および学業的/職業的活動に直接、悪影響を及ぼすほどである:

注) その症状は、単なる反抗的態度、挑戦、敵意の表れではなく、課題や指示を理解できないことでもない。青年・成人(17歳以上)では少なくとも5つの症状が必要である。

<多動性>

- (a) しばしば手足をそわそわ動かしたりトントン叩いたりする、またはいすの上でもじもじする
- (b) 席についていることが求められる場面ではしばしば席を離れる(例: 教室、職場、その他の作業場所で、またはその場にいることが要求される場面で自分の場所を離れる)
- (c) 不適切な状況ではしばしば走り回ったり高い所へ登ったりする(注: 青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)
- (d) 静かに遊んだり余暇活動につくことがしばしばできない
- (e) しばしばまるで“エンジンで動かされている”ように“じっとしていられない”ように行動する(例: レス

トラン、会議に長時間とどまることができないかまたは不快に感じる：他の人たちには落ち着かないとか、一緒にいることが困難と感じられるかもしれない)

(f) しばしばしゃべりすぎる

<衝動性>

(g) しばしば質問が終る前に出し抜けに答えてしまう(例：他の人の会話を終わらせて会話を始めてしまう、会話で自分の番を待たない)

(h) しばしば自分の順番を待つことが困難である(例：列に並んでいるとき)

(i) しばしば他人を妨害し、邪魔する(例：会話、ゲーム、または活動に干渉する、相手に聞かずにまたは許可を得ずに他人の物を使い始める、青年や成人では他人がしていることに干渉したり横取りしたりする)

- B. 不注意または多動性—衝動性の症状のいくつかが12歳になる前から存在していた
- C. これらの症状のうちいくつかが2つ以上の状況(例：家庭、学校、職場；友人や親戚といるとき；その他の活動中)において存在する
- D. これらの症状が社会的、学業的、または職業的機能を損なわせているまたはその質を低下させているという明確な証拠がある
- E. その症状は、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、他の精神疾患(例：気分障害、不安症、解離性症、パーソナリティ障害、物質中毒または離脱)ではうまく説明されない

[文献1)より引用]

い<sup>2)</sup>。また、わが国では、「子どもの日常生活チェックリスト(Questionnaire-Children with Difficulties:QCD)」<sup>3)</sup>が1日を通じての困難度を評価するのに用いられており、いずれの尺度も治療効果の評価としても使える。

## 治療の実際

### 1. 環境調整

井上は、子どもの問題行動には教室内の物理的環境要因と教師や周囲の対応やルールなど人的な環境要因の2つが影響しているとし、教室内の物理的環境要因と人的環境要因のチェックポイントを作成し、担任教師のセルフチェックに用いている<sup>4)</sup>。隣に誰を座らせるなどは人的環境要因の調整であり、壁に刺激になるような掲示物を極力貼らないなどは物理的環境要因の調整である。教室の活動のきまりを明確にし、きまりを大きな紙に書いて掲示する。指示の出しかたは、具体的、簡潔に1つだけ、冷静(クール)に付き合うことを心がける。新しい学校、学年、学期で行動が落ち着かなくなることが多いので物理的環境と人的環境の調整が重要である。特に自閉スペクトラム症を併存している場合、環境の変化が苦手なのでより配慮が必要となる。

### 2. ペアレント・トレーニング(Parent Training: PT)、行動療法

家族の理解を促し、子どもへの対応法を変えることで、悪循環に陥っている親子関係をよい方向へ改善する必要がある。PTとは「親が自分の子どもに対する最良の治療者になれるという考えに基づき、親を対象に子どもの養育技術を獲得させるトレーニング」である。わが国では、大隈らの肥前方式親訓練プログラム、岩坂や上林、北らによるUCLA(University of California, Los Angeles)のPTをベースとしたPT、トリプルPなどが実践されてきた歴史があり、優れた実践書が出版されている<sup>5-7)</sup>。

PTの基礎にある理論は「行動療法」である。まず子どもの行動特徴をよく観察し(行動観察)、なぜそのような行動をとるのかを考える(行動分析)。行動療法の理論に基づいて、対応・修正を必要に応じて行うことによって「望ましい行動」を増やし、「望ましくない行動」を減らしていく。PTの目的は、①「悪い行動をして親が叱る」関係から「よい行動をして親が褒める」という、より安定した親子関係へと導くこと、②子どものやる気や自信、保護者の自己評価を高めることである。通常、親のグループで週1回～隔週程度のペースで約10セッション行われる。

PTの初期は子どもの行動を客観的に観察し、①好ましい行動(増やしたい行動)、②好ましくない行動(減らしたい行動)、③破壊的、他人を傷つける可能性がある行動(すぐ止めるべき行動)、に分ける。①の場合、注目してすぐに褒める、ごほうび(トークン:シールやポイントなど)で強化する。②の場合、その行動を無視する、余計な注目をしない、冷静に中立的に対応する。子どもの好ましくない行動から注目をはずし、褒めるチャンスを待つ。③の場合、警告しても止めないときはタイムアウトを用いる。

叱ってはいけないと言われたという親が時にいるが、危険な行動やルール違反に対しては毅然とした態度で接する。子どもがその行動を止めたときも延々と叱責し続けるのは良くない。子どもが落ち着いて、その行動を褒めた上でなぜ叱ったのかを簡潔に説明する。

PTでは、行動を少しずつ修正することや一貫性を持つことを常に強調する。目標行動とゴールを決め、ゴールが達成できたら次のゴールを設定する。保護者は親訓練を通じて、行動の記録方法、目標行動の設定、強化、トークンシステム(適切な行動に随伴してシールやスタンプやポイント得点などのトークンがもらえ、それを集めると好きなものや活動と交換できるシステム)、環境調整などの具体的方法を学ぶ。

### 3. 薬物療法<sup>8),9)</sup>

薬物療法は、環境調整や行動療法を行っても行動の改善が認められないときに実施すべき選択肢である。薬物療法が必要となるケースでも薬物療法単独で治療目標が達成できることはまれであり、必ず心理社会的治療を併用することが目標達成のために重要である。

現在わが国でADHDに使える薬剤として、メチルフェニデート徐放剤(コンサータ<sup>®</sup>;ドパミン・ノルアドレナリン受容体の再取り込み阻害)、リスデキサメフェタミン(ビバンセ<sup>®</sup>;神経末端からのドパミン、ノルアドレナリンの放出促進とドパミン・ノルアドレナリン受容体再取り込み阻害)、アトモキセチン(ストラテラ<sup>®</sup>;選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤)、グ

アンファシン塩酸塩徐放錠(インチュニブ<sup>®</sup>;  $\alpha_{2A}$  アドレナリン受容体作動薬)の4剤がある。ただし、中枢刺激薬のメチルフェニデート徐放剤とリスデキサメフェタミンは、適性流通管理委員会の管理のもと、リストに登録された医師/医療機関・薬剤師/薬局のみで処方・取り扱いが可能である。いずれの薬剤も6歳以上が適応年齢である。

コンサータ<sup>®</sup>は、朝1回の内服で約12時間効果が持続する。18mg, 27mg, 36mgの3種類の製剤があり、まず18mgからスタートする。増量が必要な場合は、1週間以上の間隔をあけて1日用量として9mgずつ漸増する(1日投与量54mgを超えない)。副作用は、食欲不振、不眠、体重減少、悪心、頭痛、腹痛などであるが、重篤なものはない。食事摂取量の変化、体重や身長モニタリングを要する。

メチルフェニデート徐放剤内服によって学習が改善するかについては、Pelhamらの研究によると行動面での改善は認められるものの学習そのものへの改善は認められていない<sup>10)</sup>。内服中は課題により集中できてきかなかったことができるようになることで周囲からの叱責が減り、褒められることも増える。薬が効いている間により良い生活習慣を身につけることが投薬の目的であることを親にも説明する。

ビバンセ<sup>®</sup>は、コンサータ<sup>®</sup>に続く2番目に市販された中枢刺激薬である。副作用はコンサータ<sup>®</sup>とほぼ同じである。1日1回30mg朝に投与、症状に応じて1日70mgを超えない範囲で適宜増減する。20mgと30mgのカプセル製剤がある。2019年に市販され、使用実態下における乱用・依存性に関する評価が行われるまでの間、他のADHD薬が効果不十分の場合にのみ使用することとなっている。コンサータ<sup>®</sup>もビバンセ<sup>®</sup>も運動性チックやTourette症候群のある患者には禁忌となっているため、下記2種類の非中枢刺激薬のいずれかを用いる。中枢刺激薬の処方登録をしていない医師にとっては、下記の2種類のいずれかを選択する。

アトモキセチンは、夜間や早朝の症状改善、チックや睡眠への影響がコンサータ<sup>®</sup>よりも少な

いという報告がある反面、効果発現がゆっくりで6～8週間待つ必要がある。通常1日0.5mg/kgより開始し、その後1日0.8mg/kgとし、さらに1.2mg/kgまで増量した後、1日1.2～1.8mg/kgで維持する。増量は1週間以上の間隔をあけて行い、1日2回に分けて経口投与する。1日の最大量が1.8mg/kgまたは120mgのいずれか少ない量を超えないように症状により適宜増減する。副作用は、食欲不振、頭痛、眠気、体重減少、心拍数・血圧増加などで、いずれも軽微である。アトモキシチンは内服液があるので、カプセルが飲みにくい子どもには使いやすい。

インチュニブ®は、1mgと3mgの2種類の製剤がある。通常、体重50kg未満の小児では1日1mg、体重50kg以上の小児には1日2mgより投与を開始し、1週間以上の間隔をあけて1mgずつ維持用量まで増量する。弱い鎮静作用があるので1日1回夕食後か寝る前に内服する。副作用として眠気と血圧低下が多い。血圧や脈拍数および心電図の確認をした上で対応する。それ以外にも心拍数減少やQT延長なども認める。房室ブロック(第2度、第3度)の有る患者には禁忌になっている。眠気は服薬後すぐに強かった場合も1週間ほどで改善消失する例もある。本剤はチック症状の増悪はなく、むしろチック症状の改善も期待できる。クラリスロマイシンとの併用でインチュニブ®の血中濃度が上がるとされているので併用するときは減量または休薬を考える。

## 専門医・専門機関への紹介のタイミング

幼児期の対応は、環境調整や養育者へのアドバイスが主体であるが、保育園・幼稚園での多動や友達とのトラブルがひどい場合や母親が疲弊したり、うつ状態になっているときは、専門的な評価を受け、療育やフォローアップを受けるために専門機関を紹介する。

## 地域で継続して診療していく時の注意点・工夫

療育機関でのフォローが就学後なくなることが多く、情報を学校と共有し伝えていくことが重要である。就学前までに個別のサポートブックを作成し、学校に伝えていくことを勧めている。就学相談時や担任が変わるときにも有用である。医療機関は就学前から就学後も長期にわたってフォローできるメリットがある。就学後の学校適応や薬物療法の必要性を判断する。家庭、学校、医療機関間の連携が継続的サポートに不可欠で、スクールカウンセラーによる本人・家族、学校へのアドバイスが役に立つことが多い。中学生以降の患者には、「自分のトリセツと一緒に書いてみよう」と勧めて、自己理解を促し、対処スキルを考える<sup>1)</sup>。

### 参考文献

- 1) 高橋三郎,他 訳:American Psychiatric Association:DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル.医学書院,2014.
- 2) 市川宏伸,他 監,坂本律 訳,DuPaul GJ,et al:診断・対応のためのADHD評価スケールADHD-RS[DSM準拠]-チェックリスト,標準値とその臨床的解釈.明石書店,2008.
- 3) 後藤太郎,他:小児の生活機能評価のためのツール「子どもの日常生活チェックリストQCD」の臨床応用の可能性.小児科臨床2011;64:99-106.
- 4) 井上雅彦:そだちの科学 2006;6:62-66.
- 5) 岩坂英巳,他:困っている子をほめて育てるベアレント・トレーニングガイドブック 第2版.じほう,2021.
- 6) 北道子,他:発達障害のベアレント・トレーニング実践マニュアル.中央法規出版,2009.
- 7) 加藤則子 編:トリプルP 改訂第2版.診断と治療社,2022.
- 8) こころの治療薬ハンドブック第12版.星和書店,2019.
- 9) 齊藤万比古,飯田順三 編:注意欠如・多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン 第5版.じほう,2022.
- 10) Pelham WE,III, et al: The effect of stimulant medication on learning of academic curricula in children with ADHD: A randomized crossover study. J Consult Clin Psychol 2022; 90(5): 367-380.
- 11) 辻翔太,山下裕史朗:ADHDの子どもの心理社会的な支え方～「トリセツ」作成を通じたADHDの子どもへの自己理解促進～.チャイルドヘルス 2019;22:23-28.

# 限局性学習症(学習障害)

国立成育医療研究センター こころの診療科 診療部長 岡 牧郎

## POINT

- ① 限局性学習症(学習障害)は、不相応な学習困難を主症状とする神経発達症(発達障害)である
- ② 背景には読み、書き、算数に関連した認知機能の障害が存在し、学習への取り組みが悪い、怠けているといったことが、学習困難の直接的原因ではない
- ③ しばしば他の神経発達症が併存したり、二次障害を引き起こしたりする
- ④ 限局性学習症の児童に対しては、医療機関、学校、他の専門機関の連携、協働が望まれる

## 特集

### はじめに

発達障害(神経発達症)の診断やその病名・分類については、米国精神医学会が作成した精神疾患の診断・統計マニュアル(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)や、世界保健機関(WHO)が作成した疾病及び関連保健問題の国際疾病分類(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems: ICD)により定義されている。本稿執筆時点では、DSM第5版改訂版(DSM-5-TR)とICD第10版(ICD-10)が使用されており、ICD第11版(ICD-11)日本語版は未発表である。DSM-5-TRでは発達障害と同意語として神経発達症が定義されており、その1つとして限局性学習症(specific learning disorder: 以下SLD)が定義されている<sup>1)</sup>。第4版改訂版(DSM-IV-TR)の病名は学習障害(learning disorder: LD)であり、現在も、SLDよりLDのほうが一般に広く認知されている。DSMやICDで病名や分類が異なる

ため混乱を招きやすいが(表1)、本稿では主にDSM-5-TRに沿って解説する。

### SLDの定義

SLDとは、単語を正確かつ流暢に読むこと、読解力、書字表出および綴字、算数の計算、数学的推理(数学的問題を解くこと)などの基本的な学習的スキルが年齢相応に期待される程度よりも極端に劣っていることを示す<sup>1)</sup>。知的能力の低さや、読み書き・計算に影響する視覚・聴覚障害、および身体障害が学習困難の直接的な原因ではなく、また、不登校などにより学習の機会が極端に少ないといった環境的な問題や、学習への取り組みが悪い、怠けているといったことが直接的な原因ではない。なお、SLDの病態の背景には、読み書きや計算の習得に関連した認知機能の障害が存在する。

SLDは、①読字不全を伴うもの、②書字表出不全を伴うもの、③算数不全を伴うものに大別



表1 病名とその下位分類 (ICD-11 の日本語版は未発表)

DSM-IV-TR	DSM-5-TR	ICD-10	ICD-11
学習障害 learning disorder	限局性学習症 specific learning disorder	学習能力の特異的発達障害 specific developmental disorders of scholastic skills	発達性学習症 developmental learning disorder
読字障害 書字表出障害 算数障害 特定不能の学習障害	読字不全を伴う 書字表出不全を伴う 算数不全を伴う	特異的読字障害 特異的書字障害 算数能力の特異的障害 学習能力の混合性障害 その他の学習能力発達障害 学習能力発達障害 特定不能のもの	with impairment in reading with impairment in written expression with impairment in mathematics

される。①で示す読字とは読字の正確さ、読字の速度または流暢性、読解力として表され、②で示す書字表出とは綴字の正確さ、文法と句読点の正確さ、書字表出の明確さまたは構成力として表される。また、③で示す算数とは数の感覚、数学的事実の記憶、計算の正確さまたは流暢性、数学的推理の正確さで表される<sup>1)</sup>。本稿では①を代表して発達性ディスレクシア(以下、ディスレクシア)、②を書字障害、③を算数障害として解説する。

## ディスレクシア

国際ディスレクシア協会の定義によると、ディスレクシアは単語認識の正確かつ/または流暢な単語認識の困難さ、綴りやデコーディング(decoding: 単語や文字を音に変換すること、または解読)の拙劣さによって特徴づけられる。これらの困難さは主に言語の音韻的要素の障害によるものであり、二次的に読解力が低下したり読む機会が減少したりすることで、語彙や知識の増加が妨げられる<sup>2)</sup>。なお、ディスレクシアを日本語訳すると失読症と表現されるが、通常、読字が困難な場合には書字困難を伴うため、発達性読み書き障害とも呼ばれる。

### 1. ディスレクシアの症状

ディスレクシアでみられる具体的な読み書きの問題や症状を表2に示す。ディスレクシアの定義に触れたように、小学校低学年ではデコーディングの問題が表れやすいため、読みの正確性や流暢性を欠く。すなわち、音読が不正確で、

非常に時間がかかる。さらに、文字単語を読む場合には、その単語の意味を理解しながら読むことが難しいため、結果として読解が困難になる。仮名清音のデコーディングが可能になっても、拗音(例:しゃ)や拗濁音(例:ぎゅ)、拗半濁音(例:びょ)、促音が含まれた単語(例:にっぽん)、拗長音や拗促音が含まれた単語(例:きょうかしょ、しゅっぱつ)などの読字困難が小中高学年まで継続する場合がある。デコーディングの正確性が向上した後も、読みの流暢性の欠如は成人になっても継続するとされている。

### 2. ディスレクシアの病態生理

日本語は表音文字である仮名と表意文字である漢字を有し、仮名文字はモーラ(拍)と呼ばれる言語音の単位から構成される。例えば「きつね」、「かいしゃ」は3モーラで、「あさって」は4モーラの単語である。言語は異なるがアルファベットを使用する欧米諸国と同様に、日本語話者におけるディスレクシアの主たる病態は音韻認識障害であると考えられている<sup>3,4)</sup>。音韻認識能力とは、音声言語がどのような音素(phoneme)から構成されているのかを理解する能力と言える。

ディスレクシアに関連した他の病態としては、急速聴覚処理障害、大細胞系機能障害、視覚認知障害、小脳機能障害、実行機能やワーキングメモリの障害、不注意などが報告されており、これらの有無や併存症により、ディスレクシアの個々の臨床特性は多様になる<sup>5,6)</sup>。

機能的MRI(fMRI)を用いた研究では、読字においては縁上回や下頭頂小葉を中心とする左頭

表2 読み書き困難の症状

読みの問題	書きの問題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・字を読むことを嫌う</li> <li>・長い文章を読むと疲れる</li> <li>・流暢に読めない、音読に時間がかかる</li> <li>・読んで理解しにくい</li> <li>・逐次読みになる</li> <li>・誤読が多い、行を飛ばす、文末を正確に読めない</li> <li>・特殊音節 [拗音 (きゃ) 促音 (さっ) 撥音 (ん) など] が読めない</li> <li>・助詞を読み誤る (例: 「わたしは」 → 「watashiha」)</li> <li>・片仮名が読めない</li> <li>・漢字の読み方が変わると難しい</li> <li>・文章題が苦手</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・字を書くことを嫌う</li> <li>・書くことに時間がかかる</li> <li>・書き順を間違える、気にしない</li> <li>・板書を書き写すことが難しい</li> <li>・字体の歪みが強い、マス目や行に収められない</li> <li>・形の似た字を間違える (例: 「ぬ」と「め」)</li> <li>・特殊音節が書けない</li> <li>・筆圧が強すぎる、または弱すぎる</li> <li>・助詞を書き誤る (例: ごはんおたべる)</li> <li>・片仮名が書けない</li> <li>・漢字を書きたがらない、画数の多い漢字を誤る</li> <li>・作文が書けない</li> </ul>

〔文献5〕を参考に作成

頂側頭移行部、紡錘状回を中心とする左下後頭側頭回、および左下前頭回が関係すると報告されている。その中で左頭頂側頭移行部が音韻認識に関わる部位で、左下後頭側頭回が単語形態認識に関わる部位と考えられており、ディスレクシア児においてはこれらの部位の活動低下が示唆されている<sup>5)7)</sup>。

## 書字障害

書字障害は綴字の困難さ、書字表出の困難さで表され、具体的な問題や症状は表2に示すものと同様である。ディスレクシアと区別して、読字障害を伴わない場合に書字障害の診断がなされることが多い。漢字書字困難が主症状であるケースは、視覚認知能力(視覚記銘力、視空間ワーキングメモリ、視覚イメージの想起、図形構成力など)の問題を有することがあり、しばしば漢字の書き順も不正である。また、協調運動の拙劣さを伴う場合は運筆がスムーズでなく、筆圧が強すぎたり弱すぎたりするなどの問題を生じる。

このような書字困難を有する場合には、書くことに多大な労力を費やすため、授業中に板書の写しをしてもその内容が理解しにくい。また、口頭では上手に説明できても、同じ内容を書き表すことが困難であるため、作文を書かせると拙い内容や構成になりやすい。

## 算数障害

算数とは本来、数と計算、量と測定、図形、および質量関係に関する内容を含んでいる。量と測定は単位、大きさの比較、長さ、面積、体積、時刻の読み取りなどを示し、質量関係は数量やその関係を言葉、数、式、図などに表したり読み取ったりすることを示す。続いて中学校・高校では数学を学ぶが、算数に比べて数学では、問題を整理して答えを導くことで論理的な思考を身に付けることが要求される。算数に関する能力は、言語に関する能力よりも高次であると考えられており、定型発達児においても得意・不得意の範疇内で学力差がつきやすい教科である。このことは算数障害の評価・診断の難しさの理由の一つといえる。

### 1. 算数障害の症状

熊谷らは、算数障害を数処理、数概念、計算、数的推論の4つの領域における障害と定義している<sup>8)</sup>。数処理とは、数字と数詞と具体物の数の関係を理解することであり、数を数える、数詞から物の数を把握する、数字を読むなどが該当する。数概念とは、序数性(順番)と基数性(量的関係)を理解することである。計算は最も基本的なものだけでも加減乗除の4種類があり、数的推論とは問題文から数字への変換を行ったり、数式を立てたりするといった文章問題を解くことが該当する。

表3 学習の評価ツール（一部を記載）

名称	主な評価項目・内容	発売元
特異的発達障害 診断・治療のための実践ガイドライン	平仮名音読の流暢性(音読時間), 正確性(誤読数), 症状チェック表, 計算, 算数的推論	診断と治療社
STRAW-R: 改訂版 標準読み書きスクリーニング検査	音読の流暢性(速読), 平仮名・片仮名・漢字の音読と書取りの正確性, 計算	インテルナ出版
SCTAW: 標準抽象語理解力検査	抽象語を刺激とした言語理解	インテルナ出版
日本版 KABC-II	認知尺度(継次, 同時, 学習, 計画尺度), 習得尺度(語彙, 読み, 書き, 算数尺度)	丸善出版
CARD: 包括的領域別読み能力検査	上位(文・文章)と下位(文字・単語)プロセスにわたって読み能力を評価	ウィードプランニング
URAWSS-II: 小中学生の読み書きの理解	読み書き速度	atacLab
LCSA: 学齢版 言語・コミュニケーション発達スケール	文や文章の聴覚的理解, 語彙や定型句の知識, 発話表現, 柔軟性, リテラシー	学苑社
Reading-Test: 読書力診断検査	読字力, 語彙力, 文法力, 読解力	図書文化
J.COSS: 日本語理解テスト	語彙の理解, 文の理解など	風間書房
LDI-R: LD 判断のための調査票	質問紙を用いて基礎的学力や行動・社会性を評価	日本文化科学社
PVT-R: 絵画語い発達検査	語彙力	日本文化科学社

〔文献11〕より一部改変引用

## 2. 算数障害の病態生理

算数においてはさまざまな脳機能部位が関与する。数や量の概念、数処理に直接的に関わる領域と、ワーキングメモリや視空間能力、注意などに関わる領域とが複雑なネットワークを形成していると考えられている<sup>9,10)</sup>。

数や量の概念、数処理に関わる領域としては、頭頂間溝を中心に上頭頂小葉、下頭頂小葉(角回や縁上回)などが考えられ、その他、前頭前野(背外側部, 背内側部), 紡錘状回, 海馬などが考えられている。

ディスレクシアに比べ、算数障害の病態に関する研究の歴史はまだ浅く、特に日本においては日常の診療で算数障害の診断を行うことすら困難なことが多い。

## SLDの診断

現在の学力が暦年齢や全般的能力、与えられた教育機会などから推測される読み書き・算数能力として妥当かどうかを判定するが、通常は知的能力の評価のために、ウェクスラー式知能検査(WISC-IV, WISC-Vなど)や田中ビネー知能検査Vなどが用いられる。その上で、就学前の読み書きの様子や数字の理解(数処理や数概念)、就学以降の平仮名や片仮名、漢字の読み書き、計算の様子などについて、経時的に詳し

く聴取することが重要になる。その際、普段使用しているノートやプリント、テスト結果や成績表なども参考にすると良い。加えて、表3に示すような標準化された学習の評価ツールを用いる<sup>11)</sup>。検査により内容は異なるが、読み書きや計算の正確性に加えて、音読時間から読みの流暢性を評価したり、読解力や作文の構成力を評価したりする課題が中心になる。

その他には、音韻認識課題(音韻削除または音韻逆唱課題)、視機能検査、語音明瞭度検査などがあり、学習に影響を及ぼす身体的原因や他の基礎疾患が考えられる場合には、血液検査、頭部MRI検査、脳波検査などを検討する。

## 鑑別診断・併存症

図1に学習困難に対する診断フローチャートを示す<sup>11)</sup>。知的発達症や境界域知能、不登校などの環境要因による学習困難とSLDとの鑑別を要する。また、自閉スペクトラム症(autism spectrum disorder: 以下ASD)や注意欠如多動症(attention-deficit/hyperactivity disorder: 以下ADHD)など、他の神経発達症による学習への影響や併存の有無を確認する。その中でも、特に不注意は学習に影響を及ぼす。

なお、日本ではADHDには30~40%、ASDには約26%の頻度でディスレクシアが併存すると

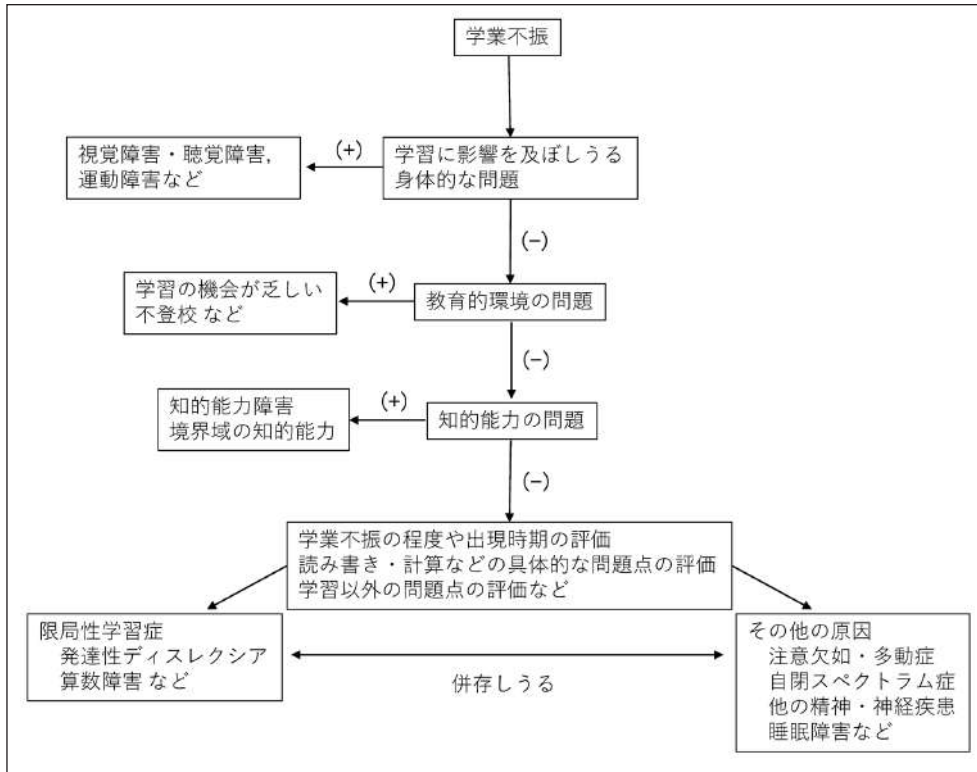


図1 学習困難に対する診断フローチャート

〔文献11〕より引用

考えられている<sup>6)</sup>。ASDやADHDを併存する児童は学習への取り組みが悪いことも多く、また、行動や情緒の問題が強い場合には学習困難に気づかれていなかったり、気づかれていたとしても対応が後回しになったりすることがある。こういったケースでは、SLDの早期診断が遅れ、その後の学習支援に支障を来す。

その他の鑑別としては、精神疾患群(不安症、抑うつ症群、強迫症、適応障害など)や睡眠障害などが挙げられ、不注意や学習意欲の減退を来す。なお、これらはSLDの二次障害として出現することがある。

## SLDの支援・指導

困難を来している読み書きや計算などを向上させるための指導や支援が軸となるが、これに加えて合理的配慮が求められる。

### 1. 学習の技能向上

検査や評価から得られた情報を元に、障害特性に合わせた指導や支援、トレーニングを行う。

学校以外の指導では、必要に応じて言語療法や作業療法を検討する。国立成育医療研究センターではディスレクシア児に対して二段階方式による解読指導を行っており、成果がみられている<sup>12)</sup>。その他の指導の詳細については本稿では省略する。

### 2. 合理的配慮

SLDの児童は通常学級に在籍していることがほとんどであるため、当該学年の学習内容に対しては合理的配慮が必要になる。合理的配慮については、障害者の権利に関する条約第2条により定義されており、文部科学省のホームページにも記載されている<sup>13)</sup>。具体的には、書字が困難な場合には、板書の書き写しの代わりに写真撮影を許可する、または板書と同じ内容が書かれたプリントを配布する、漢字の読み書きが困難な場合に漢字にルビを振る、当該学年相応の漢字の書字を免除する、読解が困難な場合には問題文を読みあげるなどがある。これらの教育的配慮は負担軽減になるとともに、学習

意欲の維持につながる。パソコンやタブレット端末などICT(Information and Communication Technology)を活用した合理的配慮も普及しつつある。条件はあるが、学校の定期試験や入学試験時にも合理的配慮を申請することが可能である。

SLDの児童も学習能力は向上するが、定型発達児との学力の差は埋まりにくい。SLDの児童の個々の特性に配慮しながら、学習の技能向上と合理的配慮とがバランスよく行われることが望ましい。

## SLDに対する地域医療の関わり

SLDをはじめとした学習困難に対して、専門的な診療を掲げている医療機関は全国的にも少ない。SLDの診断自体は決して難しいことではないが、診断後の対応や指導法が分からないことがその主たる原因の一つと考える。周辺地域で受診できる医療機関を探すことは困難であることが多く、また、そのような医療機関が比較的身近にあっても、受診を希望する患者が集中するため、受診までに半年以上かかることは珍しくない。

## 地域医療ができること

まずは、その児童がどのような学習困難を抱えているのかを家庭や学校が認識することが重要である。患者家族から相談を受けた場合には、医学的な診断はできなくとも、その情報を学校と共有するためのパイプ役になることが時には必要であり、そこから適切な指導・支援につながることはよくある。なお、十分な評価も行っていないにもかかわらず、診察医の主観で「大丈夫ですよ」「問題ないですよ」といった安易な発言をすることは控えたい。

専門的な医療機関の受診が難しい場合は、地域の教育センター、学習指導に長けた放課後等デイサービス等を紹介するのも良い。SLDの知識のある職員は実は多く、適切な評価に加えて、学校と情報共有することも可能である。医療資

源が限られている中で、学校や他の専門機関(教育センターや放課後等デイサービスなど)とうまく連携、協働して、患者家族を支援する体制づくりが望まれる。

## おわりに

最近では患者家族も書籍やネット情報から多くの知識を得ており、我が子がSLDなのではないかと疑って相談するケースも増えている。学習困難を抱える児童の苦悩は多大であり、適切な指導や支援につながらなければ、学校不応や二次的な精神疾患を来したりすることがある。また、その後の進路や就労にまで強く影響する。SLDは教育現場だけの問題ではなく、ASDやADHDとともにメジャーな神経発達症であり、医療の介入が必要であることを知る必要がある。

## 引用文献

- 1) 高橋 三郎, 大野 裕 監訳:DSM-5-TR精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2023.
- 2) International Dyslexia Association. Definition of Dyslexia. <https://dyslexiaida.org/definition-of-dyslexia/> (accessed 2023 Sep 25)
- 3) Shaywitz SE, Shaywitz BA: Dyslexia (specific reading disability). Biol Psychiatry 2005; 57: 1301-1309.
- 4) Seki A, Kassai K, Uchiyama H, et al: Reading ability and Phonological awareness in Japanese children with dyslexia. Brain Dev 2008; 30: 179-188.
- 5) 特異的発達障害の臨床診断と治療指針作成に関する研究チーム, 稲垣真澄 編:特異的発達障害 診断・治療のための実践ガイドライン-わかりやすい診断手順と支援の実践. 東京, 診断と治療社, 2010.
- 6) 岡牧郎:併存症, 遺伝子研究から発達性読み書き障害の病態を展望する. 脳と発達2018; 50: 253-258.
- 7) Seki A, Koeda T, Sugihara S, et al: A functional magnetic resonance imaging study during sentence reading in Japanese dyslexic children. Brain Dev 2001; 23: 312-316.
- 8) 熊谷 恵子, 山本 ゆう:通常学級で役立つ算数障害の理解と指導法. 東京, 学研, 2018.
- 9) Kaufmann L, Mazzocco MM, Dowker A, et al: Dyscalculia from a developmental and differential perspective. Front Psychol 2013; 4: 516.
- 10) Vogel SE, De Smedt B: Developmental brain dynamics of numerical and arithmetic abilities. NPJ Sci Learn 2021; 6: 1-11.
- 11) 岡牧郎:学業不振. 小児科診療増刊号-エキスパートの経験に学ぶ-小児科Decision Making. 小児科診療 2021; 104-107.
- 12) 小枝 達也, 関 あゆみ:T式ひらがな音読支援. T式ひらがな音読支援の理論と実践 ディスレクシアから読みの苦手な子まで. 東京, 中山書店, 2022.
- 13) 文部科学省ホームページ. 資料3 合理的配慮について. [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1297380.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1297380.htm) (accessed 2023 Sep 25)

# プライマリ・ケアにおける対応法

みくりキッズクリニック 院長 本田真美

## POINT

- ① 神経発達症はスペクトラムであり，小児科外来ではcommon diseaseである
- ② 神経発達症は「生まれながらの特性」と「育つ環境」により，その社会的予後が大きく変わる
- ③ 早期に適切な介入をすることで社会性スキルの獲得，家族関係の好転，二次障害の予防などにつながる
- ④ 神経発達症の診療は多職種連携が必要である
- ⑤ 近年，social prescribing(社会的処方)という取り組みが実践されている

特集

## はじめに

米国精神医学会による精神疾患の診断分類DSM-5(2013)によって発達障害は神経発達症と呼ばれるようになり，スペクトラム概念が広まったことでその臨床も大きく変容した。障害と個性とは個人の特性の連続体として捉えられるようになり，最近の小児科領域において神経発達症はアレルギー疾患同様にcommon disease(有病率が高く，日常的に高頻度で遭遇する疾患)として位置づけられるようになった。地域の小児科クリニックの日常診療でもよく相談される「保護者の感じる育てにくさ」「子どもの習癖」「ちょっとした発達のつまづき」の根底には神経発達症の特性が存在することは多い。

開業小児科医と発達専門外来を行う小児神経

専門医の両方の立場から地域診療所における神経発達症のプライマリ・ケアについて述べる。

## 神経発達症とは

### 1. 自閉スペクトラム症 (Autism Spectrum Disorder: ASD)

対人的・情緒的関係を築くことが難しく，社会的コミュニケーションが苦手，限定された行動・興味によるこだわりや常同的な行動，感覚刺激に対する異常反応などを特徴とし，これらは乳幼児期より出現する。ASDの各症状は『社会性イマジネーションの問題』と捉えると理解しやすい。コミュニケーションは相手の感情や意図を互いに想像し合いながら進んでいくものだが，そこをイメージすることが難しいために

意図理解が弱く、一方的で行間や間合いがとれず、字義とおりの解釈になり(嫌味や皮肉が読み取れない)、知的能力に見合わない不自然なコミュニケーションとなってしまう。秩序あるルーティーン、パターンの思考や行動を得意とする一方で、新規場面や予期しない状況で柔軟に対応することが難しい。

## 2. 注意欠如多動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD)

「多動・衝動」「不注意」は『コントロールの問題』と捉えると理解しやすい。注意のコントロールがうまくいかないために集中力が続かず気が散りやすく、ミスや忘れ物を繰り返す。行動のコントロールが悪いために我慢ができない。落ち着きがなくじっとしてられず、おしゃべりが止まらない。情動のコントロールが悪いためにカッとなってしまふ易怒性を認め、モチベーションのコントロールが悪いために興味のない物事への取り組みが悪い一方で、好きなことへの過集中が認められる。

## 3. 限局性学習障害 (Specific Learning Disorder: SLD)

適切な教育環境の中で、実年齢や実際の知的能力よりも学業的スキルが著明に低く、①読字、②読解、③綴字、④文章記述、⑤数概念や計算、⑥数学的推論の中の一つ以上に困難を生じている状態である。具体的には意味を理解しながら区切って読めない、文字を読み間違える、拗音・促音が読めない、文字の形を正しく捉えられない、鏡文字など文字を書き間違える、計算がうまくできない、文章問題ができないなどの症状がある。その背景には音韻認知や視知覚認知あるいは後述する協調運動の苦手さなど、さまざまな要因がある。

## 4. 発達性協調運動症 (Developmental Coordination Disorder: DCD)

協調運動とは複数の筋肉が連動して運動を行うことであり、その発達レベルが実年齢に比して低く、いわゆる不器用な状態を指す。速く走

る、高く飛ぶという筋力やパワーではなく、スムーズでなめらかな動き、からだの多次元的な動きが円滑にできるかが重要である。自分のからだ空間の中でどれくらいの大きさ・スピード・力加減で動くのか、左右の認識などボディイメージの獲得、SLDとの関与も大きい。

## 小児科外来における 早期スクリーニング

神経発達症の早期スクリーニングは特に3歳までが重要な時期である。診察や健診などで保護者が訴える乳幼児の「育てにくさ」は神経発達症をスクリーニングするための大きなヒントとなる。

1歳前の乳児を育てる保護者が「育てにくい」と感じる要因には、睡眠が安定しない・泣きが激しい・反り返って抱きにくい・離乳食が進まないなど、乳児の「生理行動的な側面」と「生活習慣の獲得の難しさ」があげられる<sup>1)</sup>。これらは聴覚・視覚・触覚・味覚・嗅覚・前庭覚・固有覚など感覚刺激に対する異常な反応性や生体リズム獲得の弱さなど、神経発達症の原因である脳の神経ネットワーク障害が幼い時期から存在していることを示唆する。

さらに、目が合わない・あやしても笑わない・ヒトよりモノへの興味が強いなど「社会的反応性の低さ」も育てにくさを感じる要因となる。乳児の低反応さはコミュニケーションスキルの習得を遅らせ、保護者が子どもに対応する機会を少なくする。

この「育てにくさ」と「乳児の低反応さ」は出生後早期からの母子アタッチメントに非常に大きな影響を与える。特に初めての子育てでは、児の生まれ持った特性ゆえの「育てにくさ」に気づかずに保護者が育児にストレスを感じているケースも多い。

神経発達症は脳の神経ネットワーク障害が病態の本質であり、その症状や適応性は環境などにより変化していくものであることから、低反応な乳児に対して親の反応が良いほど、その後の児のコミュニケーションスキルが上がるとい

う報告<sup>3)</sup>もあり、特に乳児期早期は子どもの行動や様子だけでなく、保護者自身の特性や育児に対する姿勢まで注意深く観察することが重要である。

出生後まもなくからの母子アタッチメントを観察する点でもう一つ重要なポイントは乳児の視線である。後にASDと診断された児の生後3ヵ月時点での神経学的行動を調査した研究<sup>3)</sup>では、顔ではなく物体への注意の向けられやすさがASDの重要な初期の指標であったと示されている。

また乳幼児期の運動発達の神経学的分析も早期スクリーニングには有用である。本来消失する原始反射が幼児期になっても残存していたり、中脳レベルの立ち直り反射や皮質レベルの平衡反応がなかなか完成しにくく、さらに筋緊張の低さや各感覚の統合がされにくいため、粗大運動の発達や巧緻動作の獲得に影響が出る場合がある<sup>4)</sup>。寝返りやハイハイ、独歩の獲得など、単に発達月齢に期待されるマイルストーンとしての運動発達の獲得が遅い「運動発達遅滞」という診断だけでなく、「発達性協調運動障害」という概念を念頭に入れながら診察する。特にハイハイは重要な運動でありシャッフリング(いざり)や背ばい・ズリばいが長く続く、逆にハイハイをせずに独歩を獲得したケースなどは幼児期以降の発達も注意深く見守る必要がある。

## 神経発達症を診る

小児科外来では、診察室に入る前から子どもの行動や様子、親子の関係性などを観察しつつ、子ども本人あるいは保護者からのさまざまな困り感を拝聴し、スクリーニング、評価、診断を行う。それぞれの子どもの年齢に応じて成長の度合いや発達レベルを確認し、成育歴や既往歴、家庭環境や集団参加の状況などを聴取する。乳幼児期には生活習慣の獲得のほか、三項関係が成立しているか、視線や共感性、人見知りや場所見知りの有無、かんしゃくなど情動行動などをチェックする。幼児期以降にはことば

の発達について子どもとの会話のなかで、その質と量について丁寧に確認していく。あわせて更衣、排泄、食事などの日常生活動作(ADL)の確認も重要である。ADL獲得の遅れは知的発達、こだわり、不器用さなどが要因となることがあり、箸やハサミなど道具の操作の苦手さは就学後の書字にも影響するため、ことばや認知発達の観察と同様に早期から意識することが必要である。

診察室で動き回る、衝動的に机の上のものを触る、椅子をくるくる回したり、足をバタバタさせる、視線を合わせず黙り込む、距離感が近く妙に馴れ馴れしい、診察を過度に恐れて泣きわめくなど、子どもたちの気になる行動やコミュニケーション態度はかかりつけ医として継続的に注意深く観察する。コミュニケーションの基本は「依頼」「要求」「報告」「拒否」であり、4つのスキルが年齢に相応しく適切であるかを確認する。泣きわめいて要求する、困ったときに黙り込んでしまう、わざとふざけてやらないなど社会性発達段階で「誤学習」して身につけたコミュニケーションスキルには丁寧に介入する必要がある。

Dworzynski Dら<sup>5)</sup>は、高機能ASD女児の認識のしづらさを指摘しているが、乳幼児期にはそれなりに集団に適応していた女児が、就学後にASDやADHDと診断されるケースについても述べておく。松田<sup>6)</sup>は男性のコミュニケーションは目的や要件を伝えるために直接的であるが、女性は周囲との関係を大切にするため相手に感じ取ってもらうような湾曲的であると、ジェンダーによるコミュニケーションスタイルの違いを述べている。たしかに男児に比べ女児の社会性コミュニティにおける相互関係性の複雑さについては臨床場面でもよく経験するが、Cridlandら<sup>7)</sup>は12~17歳の女児と母親の半構造化面接で、男児に囲まれる環境の多さがASD女児の共通点の一つであったと述べている。小学校中学年以上で女児よりも男児と遊ぶことを好む女児や、「友達は何人いますか?」の質問にクラス全員の人数を答える女児についてはASDを疑う(友達は「仲の良い」「よく遊ぶ」人ではなく「自



分が所属するクラスメート全員」という概念)。コミュニケーションが複雑な思春期女兒のグループよりも男児の方が仲良くなりやすいという認識や、ASD女兒にとっては共通の興味で関係性が築かれるため友人の性別は重要ではないという可能性も示唆されている。

さらに社会性イマジネーションに問題があるASD児は不安が強いことが多い。新規場面で想像することが苦手なために不安を感じると考えられるが、自身にとっての恐怖場面に執拗に固執し、トラウマ体験として過度な不安や強迫的な思考を抱えるケースも経験する。またかんしゃくやパニックなどの情動のコントロールや爆発性・衝動性の制御の難しさ、セルフモニタリングの弱さも神経発達症の特徴である。DCD児は疲れやすいことが知られている<sup>8)</sup>が、疲労に気づきにくく、空腹や眠気など生理的反応への気づきも弱いために情動的なイライラや爆発につながることもある。

習癖や併存疾患として、吃音や爪かみ、抜毛、チック、マスターベーション、場面緘黙、夜尿症、起立性調節障害、不登校など上記の診断基準には当てはまらない主訴で来院されるケースのなかにも、その症状の背景に神経発達症が併存していることがあるため、常に念頭に置きながら注意深く診療にあたっている。

## 神経発達症のプライマリ・ケア

小児科クリニックは予防接種や健診、風邪の診療以外にもさまざまな子どもたちが来院する。睡眠・食事・排泄といった生活スキル獲得の困難さ、神経習癖や行動・感覚面での偏り、認知発達やコミュニケーション、学力の課題、性の問題までその相談内容は多様である。子どもたちは日常生活を過ごす上で理由が分からずに困っている場合もあれば、困っていることにすら気づけていない場合もある。こちらが神経発達症を疑っても保護者が気にしていないケースもあるため、診断をつけることに重きをおくのではなく、外来で信頼関係を築きながら日常生活や集団生活で困っていることがないかを世

間話のように聴取することも大切である。当院では外来で子どもの話を聞く時には、親の同席の希望を親と子の両者に問い、同席されたくないという場合には子どもから聞いた話を親に伝えることも伝えないこともできることを説明し、内服やカウンセリングなどの継続的な治療を受けるかどうかについても、できる限り子どもの声を尊重するよう心がけている。

確定診断をつけることが子どもたちの困りを救うきっかけとなることもあるが、診断名にとらわれず子ども一人ひとりの困りの本質を、発達のマイルストーンや心身機能の構造としてエビデンスに基づき理解し、代弁することのほうが重要である。

神経発達症の状態像は多様であり、外見からだけではその子の抱える困難さを判断したり定量化することは難しいため、診療を通して子どもたちには「セルフアドボカシースキル(自己権利擁護力)」を身につけさせていくことが重要である。セルフアドボカシースキルについて片岡は「自分一人ですることと、周りの支援を得てできることが分かる力」「何を、どのようにしてほしいのかを他者に求められる力」の2つを定義つけている<sup>9)</sup>。

苦手なことは誰にでもあるのだから、自分も周囲も困らないためにどのような支援をどの程度受けるべきかを子どもと一緒に話し合いながら、子どもが周囲に意見表明できるようエンパワメントする。学校での配慮や投薬に関しても、どのような支援の選択肢があるのか、薬は何のために誰のためにどうして内服をする必要があるのか、その副作用についてまでも彼らの理解レベルに応じて説明し、彼らの意思決定を尊重する。子どもたちは生活の中で多くの時間を学校で過ごしている。担任から医療機関の受診や投薬を勧められて来院するケースをよく経験する。医師と教師は立場も視点も異なるため、集団生活スキルと学習スキルという点から教室内で子どもがどのように困っているのかを定期的に情報共有を行い、集団あるいは個別でどのような支援ができるのかを一緒に検討する必要がある。その際に、診断は子どもにレッテルを貼

るためのものではなく、子どもの特性を知り、周囲が適切な対応を知り、必要な支援を適切に選択でき、子ども本人が生活しやすくなるためのものであること、投薬は一つの補助的な手段であることを伝えている。

## 他機関連携

神経発達症の子どもの診療は多職種が連携しなくてはならない。医師の診療だけでなく、看護師・リハビリスタッフ・児童支援員・ケースワーカーなど院内のさまざまな職種がチームとなり、それぞれの専門的視点から子どもたちに必要な支援を考える必要がある。

しかしながら、子どもたちの権利が尊重され、彼らが地域のなかで安心した生活をおくるためには、医療における診断や投薬、リハビリテーションだけでは限界がある。近年social prescribing(社会的処方)という取り組みが実践されており<sup>10)</sup>、多職種連携は院内だけにはとどまらない。社会的処方とは「医療機関、主にgeneral practitionerが患者をコミュニティの中の非医療的なサポート資源につなぐ仕組み」のことで、医療が教育・福祉・行政と適切につながり情報を共有することで、子どもたちの健全なライフスタイルが得られる効果が実証されている<sup>11)</sup>。開業小児科医は園医や学校医、保健所での集団健診など院外での地域医療活動を通して教育機関や福祉機関と連携している。開業医が院外に出向くことで地域の他機関と顔の見える関係が築かれ、子どもたちの健全な生活を支えるための社会資源のネットワーク構築へとつながる。

## 最後に

神経発達症の症状は誰もが多かれ少なかれ持っている特性であり、発達は多面的かつ多様性があるため個人内差はどの子どもにもみられる。特性を持っていても本人や周囲が困ることがなく、日常生活や集団生活に適応している場

合は神経発達症として診断を下す必要はないが、診察室で目の前に座る子どもが「神経発達症の特性を持っていない」と言い切ることはなかなか難しい。

子どもの社会適応は親や教師、友人など周囲の人々の捉え方や意識、取り巻く環境が変われば大きく変わるものである。神経発達症は「生まれながらの特性」と「育つ環境」により、その社会的予後が大きく変わるため、なるべく早期に適切な介入をすることが将来的な症状緩和や社会性スキルの獲得、家族関係の好転、二次障害の予防などにつながることから、専門医に限らず地域のかかりつけ小児科医は早期のスクリーニングや育児アドバイス、必要時には専門機関との連携が求められる。

## 参考文献

- 1) 本田真美:神経発達症のスクリーニング。総合リハビリテーション 2022; 50(7): 869-874.
- 2) Grzadzinski R, et al: Parent responsiveness mediates the association between hyporeactivity at age 1 year and communication at age 2 years in children at elevated likelihood of ASD. Autism Res 2021; 14(9): 2027-2037.
- 3) Bradshaw J, et al: Neonatal neurobehavior in infants with autism spectrum disorder. Dev Med Child Neurol 2022; 64(5): 600-607.
- 4) 宮尾益知:発達障害の代替医療-どんぐり発達クリニックにおける実践-. Jpn J Rehabil Med 2018; 55: 989-993.
- 5) Dworzynski K, et al: How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 51(8): 788-797.
- 6) 松田哲:コミュニケーションにおける性差についての考察。流通経済大学スポーツ健康科学部紀要 2015; 8: 49-54.
- 7) Cridland EK, et al: Being a Girl in a Boys' World: Investigating the Experiences of Girls with Autism Spectrum Disorders During Adolescence. J Autism Dev Disord 2014; 44(6): 1261-1274.
- 8) Wiggs L, et al: Parent Report and Actigraphically Defined Sleep in Children with and without Developmental Coordination Disorder: Links with Fatigue and Sleepiness. Front Pediatr 2016; 4: 81.
- 9) 片岡美華:セルフアドボカシー・スキル形成のための先進的プログラム:ランドマーク大学の取り組みから。日本LD学会第19回大会自主シンポジウム, 2010.
- 10) 亀田義人, 近藤克則:医療機関における社会的弱者対策の現状と課題。治療 2017; 99: 28-32.
- 11) 蜂谷明子:クリニックできるアドボカシー活動-子育て支援:貧困対策, 障害者支援。小児内科 2020; 52(2): 257-262.

# 発達障害の支援体制： 児童精神科の待機問題

福井大学子どものこころの発達研究センター 客員教授 杉山登志郎

## POINT

- ① 発達障害診療を支える児童精神科の外来が、専門家の不足のために、長期の待機を作っていて、これが地域の支援体制における支障となっている
- ② 子どもの心専門医は以前より増えたが、A県の実態調査では、ほとんどの医療機関において長期の待機を作っている状況が継続している
- ③ 現在の発達障害診断は症状の診断なので、いくつかのグループに分けられ、全ての発達障害に専門医の診察が必要なのではない
- ④ 発達障害を巡る医療の階層化を作ることが有用な解決方法になる

## 児童精神科の待機問題

児童精神科領域は、これまでも需給バランスがもっとも不良な臨床領域であったが、このことが行政からも問題視されるようになって来た。2017年総務省から出された、「発達障害者支援に関する行政評価・監視」<sup>1)</sup>では、「発達障害に係る専門的な医療機関の積極的な公表の促進」を促す一方で、専門的医療機関の不足から、半数以上の医療機関において、初診までの待機が3ヵ月以上であり、最長約10ヵ月待ちの例まである、と大変に具体的な指摘がなされ、さらに調査を行った4割の医療機関で、発達障害診療の待機者が50人以上、中には316人の待機者を抱えていたという例(!)もあり、厚生労働省に向けて「専門的医療機関確保のための一層の取組」が勧告された。この問題は、発達障害の支

援体制を考える上で、避けて通れない問題であると思う。

なぜこんなことが起きるのか。これは、罹病率を集計してみれば直ちに明らかなことである。表1をご覧いただきたい。挙げている数字は、一般的に認められている罹病率と、括弧内は最新の報告に示されたもっと高い数値である<sup>2)</sup>。現在認められている罹病率の集計でも、発達障害10%以上、情緒障害10%以上という恐ろしい数になってくる。地域のほぼ全ての発達障害の子どもが集合する児童精神科の外来(例えば豊田市子ども発達センター)を受診する子どもは、全出生児の1割前後であるので、この表は実体から乖離していないと考える。40年以上にわたりさまざまな児童精神科臨床のシステム作りに従事した児童精神科医の実感として、地域に用意されている新患の年間の枠の数が、地域の子

特集

表1 子どもの心の問題

発達障害		情緒障害	
・自閉スペクトラム症	2(10)%	・不登校	3(6)%
・ADHD	5(10)%	・摂食症	2(4)%
・学習症	5(10)%	・心身症圏の病態	2(10)%
・知的発達症	0.8%	・子ども虐待	2(8)%
(境界知能)	14%	・精神病圏の病態	1(3)%

〔文献2〕より引用

どもの年間出生数の10%では待機を生じてしまう。15%がミニマムで、20%用意されていると、待機をほぼ作らないで診療ができている状態になる。

この問題の解決策と考えられてきた児童精神科領域の専門医制度、子どものこころ専門医機構<sup>3)</sup>に認定された専門医は、最新(2023年9月)の時点で計816名である。最多県は東京で146名、最小県は大分で2名であった。

わが国の年間出生80万人として単純に計算すると、わが国では年間16万人の児童精神科のニードが新たに生じる。専門医が全て年間200名の新患の診療を行えばほぼ待機を作らないという計算にはなる(ちなみに、東京都では専門医が1人当たり130名を、大分県では年間680名の新患を診る必要があることになるのだが)。筆者は継続して年間200名前後の新患を診療してきているので、実感として大変ではあるが実施が不可能な数ではない。

1つの資料として、A県内に限定し、県内を代表する児童精神科外来の現在の実情の調査を行った。ちなみにA県は子どものこころ専門医59名で、1名あたり年間180名の新患を診れば年間出生数(5万4千人)の約2割の人数に達する。その結果を表2に示す。アンケートの依頼に答えてくれなかった医療機関も多々あり(たぶん公表したくない多くの待機を抱えているのだろう)、全てが網羅できているのではないが、A県の状況がある程度把握できるのではないかと思う。さてこの一覧を見ると、施設Gをのぞき、押し寄せる新患に対して汲々と臨床を実施している実態が浮かび上がってくる。さらに唯一待機なしの施設Gは、担当の児童精神科医が年度

内に他の医療機関に異動が決まっており、後任の医師の候補者が未だ定まらず児童精神科専門外来存亡の危機に瀕しているのである。

一覧の中で、これは極めてまずいのではないかというシステムは県立病院であるAとBである。特にAは、週単位で、週の最初に日に次の週の開いている新患の枠を電話予約で入れて、枠がいっぱいになると、次週にまたというシステムになっている。予約の枠が埋まるまでの時間は1時間にも満たないことがあると聞く。つまりよほど熱心に予約電話を繰り返さないと新患にたどり着けない。児童相談所からの依頼などは、別枠で取っているとはいえ、大多数の希望者が新患ではじかれるシステムと言わざるを得ない。このようなシステムは公営の県立病院としてはいかがなものだろうか。

ここに見る実態はといえば、新患の待機を数ヵ月単位でどの医療機関も持っていて、さらには仕組みとしては問題がある新患システムが作られ、発達障害をはじめとする児童精神科の医療が非常に滞っている実情である。筆者は人口が多い地域は、どこもA県と似た状況ではないかと考えるが、どなたかわが国全体の実態調査をしていただけないものだろうか。

児童精神科については、背後のニードが大変に大きいので、地域における医療の階層化システムを作ることが必要になる。その中には、二重受診を避けるシステム作りが含まれることにも注意が必要である。わが国の児童精神科は、数少ない専門外来に患者が殺到する状況が常に生じて来た。表2に示されているように児童精神科の新患は非常に時間がかかるので、新患を診る数には限りがあり、専門外来は長期の新患

表2 A県内の児童精神科外来の新患受付方法と新患待機の実態

施設名	A	B	C	D	E	F	G	H
運営主体	県営	県営	県立民営	市営	市営	国立大学	国立病院機構	個人
外来以外の設備	児童専門病棟	児童専門病棟	地域の療育センター	地域の療育センター	地域の療育センター	一般病棟	児童専門病棟	デイケア
対象年齢	中学生まで	中学生まで	2-18歳	就学前児童	18歳まで	12歳まで	15歳まで	20歳未満
新患システム	週に1回、週初めに1週間分の枠を電話で予約	毎月1日に、翌月の予約受付、月6~7名予約	〇市の療育センターと連携、小児科からの難治例を対象	毎月10日から受付を開始し、2ヵ月先までの期間で受け付け	電話予約	全て紹介患者のみ、3ヵ月間の予約を行いそれ以上は待機	電話予約	電話で3ヵ月間の予約を埋める
新患に掛けている時間	90分	150分	60-75分	45-60分	90-120分	60分	90分	30-70分
待機の実態	正規ではほとんど受診に辿り着くことが出来ない	A程ではないが受診困難	概ね1ヵ月の待機	概ね2ヵ月の待機	1年	3-6ヵ月	待機なし	システム上3ヵ月
緊急時の対応	児童相談所などからの依頼は、ソーシャルワーカーが事前聴取をした上で別枠で対応	緊急〈当日受け入れ〉準緊急〈調整して早期に受け入れ〉患者あり	必要時には対応	再診枠の調整で対応	相談を先にいれてトリアージをしている、別枠で診療	摂食障害はなるべく待機なく受診している	児童相談所からの緊急入院依頼は別枠での対応もある	急ぐ症例はなるべく診療している
年間新患数	350	75	100	600前後	350-450	180	100	150-200名
新患担当医師数	5名	1名(他に緊急症例の担当医師)	1名	1名+非常勤医師数名	10名	3名	1名	1名(+非常勤医師2週間に1回)
新患時同席職種	心理士	心理士	外来担当看護師	心理士、保健師、ソーシャルワーカー	心理士、看護師	精神科研修医・心理レジデント	心理士	なし
その他	初診枠の開放日に電話が殺到。新患に対応できる医師の絶対数が少く、根本的な解決策が見出せていない	新患担当PSW	〇市の療育システムの一つとして活動	診察前から早期支援のサポート実施、就学後はフォローを他院へ依頼も	療育の見学は直ちに実施、療育参加は受診を待たずに可能	療育センターから就学後のフォローの依頼があり、地域への依頼をお願いしているが対応に困っている	8割以上が児童相談所からの紹介患者	院長の加齢に伴って新患の増加は困難

待機リストを作る。すると今度は、いつ診察してもらえるか分からないからともかく押さえておこうと、1人の患者が何ヵ所も予約を入れてしまう。そして既に専門医に受診しているのに、別の専門医にも受診を繰り返し、場合によっては何ヵ所も掛け持ち受診をし、また予約したまま忘れていて、直前にキャンセルをする、ある

いは受診当日にドタキャンをするということも生じてくる。

対策を論じる前に、児童精神科領域の患者が増え続けている要因についてさらに掘り下げておきたい。

表3 神経発達症の分類

	発達障害における分類	基盤となる病理
第1層	発達凸凹 (自閉スペクトラム症/注意欠如多動症・軽度知的発達症・発達性協調運動症)	正常からの偏り
第2層	自閉症 (コミュニケーション障害を持つ)	主として多型因子による脳機能の異常
第3層	発達性トラウマ症 (トラウマ系神経発達症)	トラウマ起因の脳の機能的、器質的変化と異常
第4層	器質的基盤のある自閉症 器質的基盤のある知的発達症	染色体異常、代謝病、器質的障害などによる脳機能の異常

〔文献7〕より引用〕

## 児童精神科を巡る諸問題

### 1. 診断の問題

これがなぜ、待機の問題につながるのかといえ、診断を受ける子ども全てが専門家の診療を必要とするわけではないという事実である。精神科の診断は、他の医学領域の診断とは著しく異なっている。今日といえども、脳の中で何が起きているのか、まだ本当に分かったという状況には遠い。最新のDSM-5あるいは、ICD-11においても診断は症状による診断であって、他の医学領域で一般的な疾病診断ではない<sup>4)</sup>。さらに診断において、病因を特定していないこと、つまりさまざまな病因を含むことにも注意が必要である。発達障害に関する最も有力な要因は、遺伝子(ゲノム)のさまざまな変異である。昨今の研究によって、多くの一塩基多型(SNP)、またコピー数多型(CNV)が同定されている。しかしゲノム変異の側から見ると、2つの重要な事実がある。1つは同一のSNPやCNVの変化が、精神科疾患の複数の診断カテゴリーに認められ、それらは発達障害のみならず、統合失調症や双極性障害など、よく知られた主要な精神科疾患にも広がりがあることが認められること。もう1つは正常との間に分節を持たず(つまり特異性を示さず)連続性が認められることである<sup>5)</sup>。ゲノム変異の単体ではなく、その集積によって精神科疾患の素因が生じ、それに加えて育ちの中で生じるさまざまな要因が絡み合って、発達障害を含む全ての精神科の「病気」に展開するというのが科学的に示された事実である。つまり多数のゲノム変異が累積した時に発達障害の臨床像が

生じ、しかしそれは他の疾患(発達障害だけではないことに注意)とも重なり合い、さらに正常との間にも切れ目ない連続性が認められる。このような連続性を持つ特性によって診断分類を分ける方が科学的な事実在即しており、このモデルによる診断はディメンジョナル・モデル診断(連続的な特性による診断)と呼ばれている<sup>6)</sup>。この視点に立つと、自閉スペクトラム症(ASD)か注意欠如多動症(ADHD)かという問いは意味を成さない。なぜなら両者は連続的に重なるので、どの症状が強く生じているのかという違いに過ぎない。それどころか、ASDか統合失調症かという問いすらも意味をなさないかもしれない。この両者も連続性を持っているからである。診断基準はこれから10年ぐらいの間に大きく変わるのではないだろうか。現行のカテゴリー診断は消失しなくとも、より科学的な方向に大きな変更を余儀なくされるのではないかと予想される。

上記のような議論を踏まえた上で、発達障害を筆者なりに分類すると4グループに分けられる(表3)<sup>7)</sup>。筆者が発達凸凹と記したグループは正常からの連続した偏りに属し、現在、小児科医や児童精神科医を受診する児童の9割を占めている。このグループは正常からの偏りであり、必ずしも医学的治療が必要ではない。幼児教育で問題がなく、学校教育で初めて問題が生じる。つまり状況依存性であり、環境を変えれば(例えば少人数クラスなど)不適応が生じなくなるし、小学校高学年以上において、マイナスと言われていた特性はむしろプラスにひっくり返ることも少なくない。

一方、自閉症は認知障害に基づくコミュニケーション障害を持つグループであり、その体験世界の理解は我々の体験の延長(正常心理学)では了解が困難で、精神病理学(医学的心理学)が必要になる。つまり正常からの偏りとの間には断裂があり、正常から一続きのスペクトラムとして捉えることには問題がある。このグループは特性としてさまざまな生理学的不安定さを抱えていて、幼児期早期から医療との関わりが避けられない。

トラウマ系発達障害(発達性トラウマ症)<sup>8)</sup>はASD・ADHDの診断になることが多いが、トラウマ起因の脳の機能的、器質的異常を持っており、難治性である。さらにこの親もまたかつての被虐待児であり、複雑性PTSDの診断基準を満たすものが多い。つまり慢性のトラウマへの治療と世代を越えた親子併行治療が必要になる。このグループもカテゴリー診断の中ではASD・ADHDと診断される。友田<sup>9)</sup>、Teicherら<sup>10)</sup>の一連の研究によって、被虐待が脳の器質的変化を引き起こすことが明らかになった。それは、性的虐待における後頭葉の萎縮、および脳梁の萎縮、暴言被曝による側頭葉の変形、体罰による前頭前野の萎縮、DV目撃による視覚野の萎縮、複合的虐待における海馬の萎縮など極めて広範かつ重篤であり、一般的な発達障害において、このような変化は認められないことから、慢性のトラウマによって引き起こされる発達障害の方が、一般的な発達障害よりもより器質的に近いグループに位置づけられる。極端なネグレクトが周囲に無関心でASDと区別がつかない子どもを作ることは、一連のチャウシェスク・ベビーの研究で明らかになった。一方、一般的な被虐待児、つまり安心が欠けた状況で育った子の場合、学童期において多動、注意の転導性、社会性の欠落が生じ、カテゴリー診断ではADHD・ASDの診断になる。従来ADHDはむしろこのトラウマ系発達障害が中心だったのかもしれない。わが国においてADHDはずっと発達障害として位置付けられて来たが、世界レベルでそれが公認されたのは2013年のDSM-5が最初なのである。

器質因子に基づく発達障害は、染色体異常、代謝病、てんかんなど、脳の器質的障害による知的発達症である。このうち、重症のものには自閉症の併存が多くに認められる。先のディメンショナル・モデル診断に基づけば、自閉症とこの器質因子による発達障害グループもまた重なり合う。脳の機能障害が重度であれば、社会的な行動を支える脳機能にも障害が生じ、従って自閉症の併存率は高くなるからである。自閉症への対応に加え、例えばてんかんであればてんかんへの治療など、器質因子に応じて医学的な治療が必要になる。

発達障害の診断は固定的な病気診断ではない。子どもは発達に沿って症状がどんどん変わっていくのである。こうして分けてみると9割を占める発達凸凹に属する子どもたちは、地域の小児科医のフォローで十分に対応が可能である。薬がなかったらどうしようといった重症の発達障害とは、実は第3グループ、発達性トラウマ症の子どもである。

## 2. 学校教育との関連

知的に遅れがない子どもを特別支援クラス・情緒クラスに通わせるために、医者の診断が必要という地域が少なからず存在する。しかし、これは教育サイドの責任回避であろう。集団教育の場で個別指導が必要かどうか、余程の経験を積んだとしても、診察室にいる医者に判断できるはずがないではないか。学校が教育の専門家として、個別教育が必要であることを子どもと親に伝えることが必要ではないだろうか。その上で、医療への受診の勧めは良いと思う。

学校教育において改善をお願いしたいことは多々ある。例えば、知的障害特別支援学校への入学が、知的ハンディがないと許可されないのはおかしいし、知的障害支援学校の高等部卒業生に高校卒業資格を与えないことも現在の状況からは乖離している。発達障害の治療は教育なので、1人1人の子どもに合った教育を積み重ねて行くことが将来のハンディキャップを減らす道であると考えられるのだが。

### 3. メガファーマの関与

教育以上に微妙な問題が、メガファーマの関与である。科学的エビデンスを求める社会全体の流れの中で、精神療法的な治療は認知行動療法が主流となり、薬物療法についてさまざまなエビデンスが示されるようになった。これが現行の症状による診断と掛け算になって、現在の症状のみの評価を実施し(エビデンスがあると信じられている)薬物療法が行われるという状況が、現在の精神科診療の姿になっている。これにメガファーマの商法戦略が重なっていて、あたかも現在の発達障害の病名があたかも実態があるものであるかのように喧伝されて「発達障害」の医療ニーズが増える要因の1つになっているのではないかと筆者は感じる。現行の診断の非科学性とその危うさについては先に述べた。診断が変わるといことは、今日の「エビデンス」がひっくり返ることに他ならないのである。

### 発達障害臨床の階層化の試み

筆者は長期の待機に対して、臨床の階層化を作るという方法で対応をした経験がある<sup>11)</sup>。その紹介を行う。筆者は2001年に発足した新しい子ども病院に、児童精神科のチーフとして赴任しそこで幾つか新しい工夫を行った。1つは曜日ごとの専門外来を設けるという方式である。これをしなければ全ての外来の新患が発達障害の受診者で占められるという予感があった。しかし、実際に開院してみると、子ども虐待のための「子育て支援外来」以外の全ての専門外来において長期間の待機を作るようになり、発達障害外来にいたっては3年半(!)という待機を作った。こうして外来のシステムを変更せざるを得なくなった。

私は、心ある小児科医の先生に、子どもの心の領域に関して一次医療をお願いできないだろうか考えた。そのためには、実践的な研修を受けてもらうことが必要になる。臨床医学のような実学は、講義を受けるだけでは不十分で、

どうしても実際の臨床を見てもらうことが必要なのだ。まず実践講座を立ち上げることにした。小児科医に呼びかけ、「あいち心の臨床研究会」という会を立ち上げた。この研究会主催の実践講座を連続で行い、その参加者には臨床陪席をお願いした。臨床陪席は、新患の陪席が少なくとも4名、再来の陪席が少なくとも40名という、かなり高いハードルを設けた。当初、われわれは応募する小児科の先生は10名程度だろうと考えていた。ところが、実際に開いてみると80名を超える小児科医(と精神科医)の先生が集まった。何とかしなくてはならないと多くの第一線の医師は実感していて、仕事を半日、2回にわたって休んでまで、臨床陪席に参加を望まれたのだ。

4年間に渡って実践講座を行い、その後、参加された小児科医に子どもの心の診療に関する一次医療をお願いできないかと打診したところ、大多数の医師が快く応じてくれた。

こうして、初診システムは大きく変わった。患者からの直接の診療申し込みは、一次医療の医師に逆紹介し、一方、一次医療の医師からの紹介は、なるべく早く診察を行う。筆者はこの新しいシステムに変わるに当たって、待機の患者さんに予約を取り直してもらうことにした。特に数年の待機を作った発達相談外来である。これらの患者さんに直接電話をかけて、既に専門外来に受診されているのであればそちらでの継続をお願いし、どうしても受診を望まれる方には空いた時間で診察を行うということをしばらく行った。すると実際に受診された方は2割程度で、予想以上に多くの方が既に専門医によって継続的な相談を受けていることが明らかになった。脱線であるが、この結果に対して筆者は考え込んでしまった。いわゆるセカンド・オピニオンは患者さんのまっとうな権利であり、受診した医師の見解に疑問を感じたときには、むしろ積極的に他の医師を受診することを自分自身も勧めて来た。しかし、長年の新患待機リストを作っている状況で、1人の方が何カ所も新患の場所を取ってしまう、あるいは何カ所も掛け持ち受診を行うことは、診察が必要な



他の子どもたちの席を奪っていることに他ならない。ただでさえ少ない専門医の臨床をよりハードにしているためである。こうして外来システムを変更した結果、新患の待機は激減し、4ヵ月までに縮小したのであった。

児童精神科領域の待機の問題はあまり良い解決法がない。しかしこのように、医療の階層化を積極的に作り出して行くことが、回り道のように見えて実は近道なのだと思う。

## 文献

- 1) 総務省:発達障害者支援に関する行政評価・監視:結果に基づく勧告. 2017.
- 2) 鷺見聡:発達障害の有病率の変遷について. 小児内科 2023; 54(7):

1076-1080.

- 3) 子どものこころ専門医機構. [https://kks-kokoro.jp/general/doctor\\_list\\_1](https://kks-kokoro.jp/general/doctor_list_1).(accessed 2023 Sep 30)
- 4) 古茶大樹:臨床精神病理学. 日本評論社, 東京, 2019.
- 5) 黒木俊秀:自閉スペクトラム症とアタッチメントの発達精神病理学. 内海健, 清水光恵, 鈴木國文 編:発達障害の精神病理II, 星和書店, 東京, 2020.
- 6) Krueger RF, Kotov R, Watson D, et al: Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. World Psychiatry 2018; 17: 282-293.
- 7) 杉山登志郎:発達性トラウマ症と複雑性PTSD親子への家族併行治療. 児童青年精神医学とその近接領域 2022; 63(3): 168-181.
- 8) van der Kolk BA: Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals 2005; 35(5): 401-408.
- 9) 友田明美:子どもの脳を傷つける親たち. NHK出版, 東京, 2017.
- 10) Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, et al: The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nature Reviews Neuroscience 2016; 17: 652-666.
- 11) 杉山登志郎:子どもの心療科. 杉山登志郎 編著:講座 子どもの心療科. 講談社, 東京, 2009.

# 科学技術を用いた発達障害支援の試み

## Attempts to Support Developmental Disabilities Using Science and Technology

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経学分野 教授 熊崎博一

### POINT

- ① AI, ロボットを用いた健診は標準的, 正確な健診を提供できる可能性がある
- ② 離島医療はできる限り島内で完結することが理想であり, ロボットを用いた支援は有用な可能性がある
- ③ 産休・育休中もロボットを用いることで, 精神科診療の感覚を落とさない試みが始まっている
- ④ アンドロイドを受付に設置する試みは, コミュニケーション改善の可能性がある
- ⑤ アンドロイドを用いた就職面接は自閉スペクトラム症者に有用な可能性がある

### 特集

## はじめに

発達障害の有病率は調査のたびに増加している。米国CDCの報告によると2007年の自閉スペクトラム症(以下ASD)の有病率は150人に1人であったのに、2022年の報告では36人に1人まで上昇している<sup>1)</sup>。また最近の報告によると中学生の20人に1人が不登校と言われている<sup>2)</sup>。今後もASD, 不登校とも増加が予想される。そういった中で発達障害の医療資源の不足は深刻である。児童精神科外来は初診が半年待ちを超えるケースが少なくない。また入院治療においては、児童精神科病棟が存在しない県も数多い。筆者は長崎県で長崎大学医学部精神科主任教授の傍ら、児童精神科診療が主の地域児童思春期精神医学講座部長を併任している児童精神科医である。現在まで発達障害者が生活する場で、

ロボット, 人工知能(AI)を用いた支援を行ってきた。本稿では現在まで筆者が行ってきた地域での取り組みについて報告する。

## 5歳児健診の場での AI, ロボットの使用

ASDにおいては正確な診断に長時間を要する中で、スクリーニングは重要である。日本では5歳児健診を行う自治体が近年増えてきている。就学前に発達障害のリスクについてのアセスメントが重要なのは言うまでもない。健診においても専門家の確保が困難な現状がある。専門家の質により健診の基準が異なると、地域の混乱を呼ぶことになる。日本各地で統一した基準のもとで標準的, 正確な健診を行うことは課題である。



図1 5歳児健診でのロボット導入のトライアル

人工知能を用いた健診には期待が高まる。Deep learningを用いることで今までの基準と異なる評価基準に気が付くことができれば、臨床家に気付きを促し、臨床能力の向上にも生かすことが可能となる。

視線追跡は嗅覚特性、感情理解と並びASDのバイオマーカーとして期待が高いもののひとつである<sup>3)</sup>。ZhaoらはASD児と定型発達児を対象とし、会話時の視線追跡データから両群分類の可能性を評価した<sup>4)</sup>。参加者はヘッドマウント型アイトラッカーを装着し、対話者と80cmの距離を置く設定とした。スクリーニングの精度とそれに対応する特徴量を決定するために、アルゴリズムとしてサポートベクターマシン(Support Vector Machines: SVM)を使用したところ、92.3%と高い分類精度を示した。

ASDでは発達性協調運動障害の合併が多いことが知られている。近年、運動障害はASDのバイオマーカーとしても注目を集めている。Simeoliらはスマートタブレット端末とタッチスクリーンセンサー技術を利用したソフトウェアツールを利用し、認知機能検査における子どもの運動の軌跡を比較した<sup>5)</sup>。情報としては主に速度や加速度などの運動情報、およびタスク中に描かれた軌跡の数が使用された。解析にはニューラルネットワーク(Neural Network: NN)が用いられた。本研究も93%と高い分類精度を示した。

このように機械学習を用いたスクリーニングは、現時点の技術でも適切なアルゴリズムを用いることで高い分類精度の達成が可能である。

筆者らのチームも5歳児健診の場でロボット、

AIを用いたトライアルを行っている(図1)。動作解析についてはAIの方が人間より得意な分野が多いことを考慮すれば、健診の場で機械学習を使用しない手はない。現在までのトライアルの結果、スタッフ、参加者からも受け入れていただいている(もちろん課題も多々ある)。後は全国的なデータが集まること、スタッフだけでなく当事者、家族がAIに慣れることが重要である。

AIを用いた健診は今後、自宅をはじめ、より日常的な状況に近い環境での社会的行動測定を行うことで、応用可能性が高い。さらにDeep learningを用いた、新たなASDスクリーニング評価システムの実現への期待も高まっている。

## 長崎大学で準備中の ロボットを用いた離島診療支援

長崎県ではその地域性もあり長崎大学病院はじめ各医療機関が行政と一体となってへき地、離島支援を行っている。長崎県の県域は東西213km、南北307kmに上る。陸地の総面積は4,095km<sup>2</sup>、県下大小594の島から成る。多くの半島・岬・湾・入江から構成され、海岸線の延長は4,197kmと全国2位である。有人島は72島に上り離島の総面積は約1,570km<sup>2</sup>(県の約40%)、離島人口は約12万人(全県民の約9%)を占める。離島ではほぼ全ての地域で高齢化率は30%を超えている。離島においても発達障害者は一定数いることが推定される。長崎県の精神科医療においても、医療・介護等の人材不足は深刻な課題となっている。離島、へき地では高齢化が進んだ小集落が点在している。地形が複雑な上に公共交通機

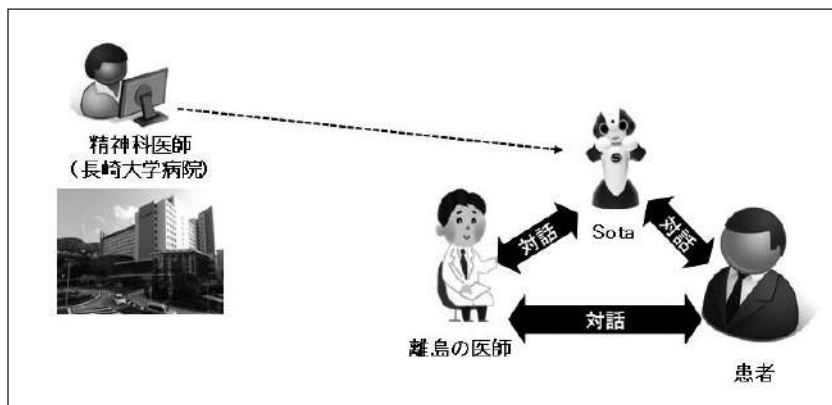


図2 精神科専門医が遠隔操作ロボットを介して、二次離島の医師に精神的助言をするイメージ

関が未発達な地域も多い。その結果、医療へのアプローチが困難な地域が多く存在する。出張診療所でもカバーできない小集落が存在する。患者にとって医療機関へのアクセスは悪く、受診、入院の際には相当数の距離を移動することも少なくない。病院から地域への退院計画にもへき地ならではの課題がある。中・長期的な地域住民のニーズを踏まえ、必要な急性期機能の維持、適正かつ効率的な医療機器や施設の整備・運営が求められている。

筆者らのチームは長崎大学から、(本土から直接行くことができない)二次離島への遠隔診療支援に向けて準備を進めている。二次離島では、診療所があっても医師一人で全診療科を担うケースが多い。精神科専門医が遠隔操作ロボットを介して、二次離島の医師に精神的助言をすれば離島在住の患者は自分の島に居ながらにして専門的助言を受けることが可能となる(図2)。発達障害者にも離島に居ながらにして助言が可能となる。離島から他島への移動は波が荒く身体的負担も大きい。また天候状態によってはそもそも移動が難しい。そういった中で離島医療に遠隔操作ロボットを介した支援を行う意義は大きいと考えている。

### 産休・育休中の医師への ロボットを用いた教育支援

2022年4月より育児介護休業法が改正され、国家全体の取り組みとして育児休業の取得が推

進されている。より柔軟に育休取得が可能な社会に移行することが予想される一方で、産休・育休中の医師支援は喫緊の課題となっている。特に女性医師は長期間研修を中断せざるを得ないことで職場復帰が困難になるケースも少なくない。医師の中には産休・育休中も自己研鑽を継続したいというニーズが少なからずある。筆者らは、産休・育休中でも自宅から体を労わりながら、自分のペースで診療に参加できるロボットシステムを開発した。本トライアルでは、診察室に遠隔操作型ロボットSota100を設置した。Sota100はカメラやスピーカが内蔵されており、自宅からPCやタブレットにアクセスすることで音声や視線、ジェスチャーの操作が可能なシステムとなっている。本研究では、産休・育休中の医師が自宅から診察室にあるSota100を遠隔操作する形で、新患外来に陪席した。診察室にはロボットの他に通常の診察同様、主治医および患者が存在する。遠隔操作型ロボットは、主治医の診察に陪席し、ある時は患者に質問、傾聴を行い、またある時は主治医に質問するという設定とした(図3)。

産休・育休中の医師はSota100を介して、自宅に居ながら、無理のない範囲で研修を継続することが可能であった。患者にとっても主治医と研修医師の2人から診察を受けることができる意義があった。本トライアルは、通信環境の不安定さが度々問題となり、操作者が産休・育休中のため、実施時期や介入時間など負担を軽減する工夫が必要であった。本システムは、今

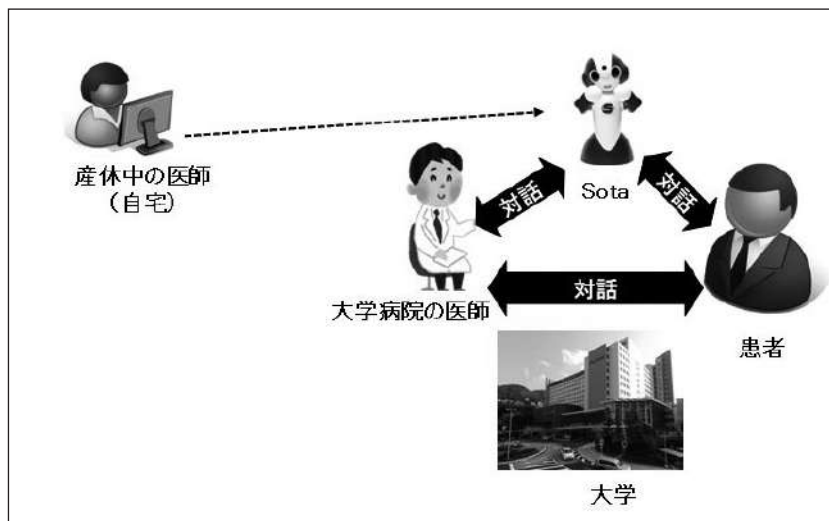


図3 産休・育休中の医師が自宅から診察室にある Sota100 を遠隔操作する形で、新患外来に陪席するイメージ

後通信が安定することで、女性医師だけでなく男性医師の育休取得時やコロナウイルス感染による隔離時など、汎用性の向上が期待された。

## 受付アンドロイドプロジェクト

ASD者が通う特別支援教育施設内で行っている取り組みについても紹介する。1つ目は、実際に施設内の受付に外見が人に酷似したロボットであるアンドロイド(図4)を設置することを前提としたプロジェクトである。ASD者にとってプログラムづくりの体験ができるだけでなく、受付であればどのような質問を受け、どう答えるかを考え、議論する必要がある、客観的に適切な対人コミュニケーションを学ぶきっかけになると考えている。生徒はアンドロイドの前や後ろに立ち、訪問者が来た時にアンドロイドがどのように振舞うことがサービスにつながるか真剣に考える。他者視点の取得が難しいASD者にとってアンドロイドは人と比較するとその視点になりやすいことが推測される。

さらに本プロジェクトはチームでの開発のため、他者と協力する力を養うことも期待できる。プロジェクトは毎回2時間程度、全10回のワークショップ、および受付アンドロイドのお披露目会の構成となっている。ASDの中には、ロボットやプログラミングへの興味強いケースも多



図4 受付に設置しているアンドロイド

く参加希望者は多い。プロジェクトを通して生徒同士の交流が進み、自分の考えを相手に伝えることができる、相手の目を見て話すことができるなど、他者とのコミュニケーション改善も示唆されている。

## アンドロイドを用いた就職面接支援

障害者の就職面接は難しくなっている現状がある。私たちは就労を控えるASD者が通う就労支援施設においてアンドロイドを用いた就職面



図5 アンドロイドを用いた就職面接練習場面

接練習を提供してきた(図5)。アンドロイドを用いた練習では、面接官が疲労することもなく、練習者は何度も気兼ねなしに面接練習可能なメリットがある。またASD者は他者視点に立つことが難しいことが一因で、面接練習にモチベーションを持ちにくい問題点があった。

アンドロイドは遠隔操作システムで操作可能である。ASD者がアンドロイドを操作することで、面接官役を疑似体験することも可能である。さらに面接の様子を何名かの他の当事者に見せ、評点してもらうことで人事部の視点に立つ契機となる。面接官役、さらには人事部役の経験は、面接時の自分のあるべき姿を理解させ、目標を確立するのみならず、目標が明確になることで今後の面接練習への意欲向上の契機となる。

## おわりに

本稿では筆者が地域で行っている、発達障害者、支援者支援の取り組みについて紹介した。2024年4月からは本格的に医師の働き方改革が開始になる。現在でも支援者不足が深刻な発達障害領域において、働き方改革は支援者不足の状況を悪化させることが推測される。本稿で紹介したロボット、AIを用いた支援は発達障害者およびその支援者支援に有用な可能性がある。私たちには発達障害者の増加、支援者不足を乗り切る手段として、科学技術との共生はよい手段かもしれない。

## 謝辞

現在まで研究に御参加くださった参加者の方々、日頃より研究を支えてくださっているスタッフに御礼申し上げます。新学術領域対話知能学、ムーンショット型開発事業「誰もが自在に活躍できるアバター共生社会の実現」で御指導いただいた石黒浩先生、河原達也先生、吉川雄一郎先生はじめ先生方には日頃より多大な御支援をいただいている。この場を借りて御礼申し上げます。

## 参考文献

- 1) Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, et al: Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveillance Summaries 2023; 72(2): 1-14.
- 2) 令和3年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について。文部科学省, 令和4年10月27日。
- 3) Del Valle Rubido M, McCracken JT, Hollander E, et al: In Search of Biomarkers for Autism Spectrum Disorder. Autism Research 2018; 11(11): 1567-1579.
- 4) Zhao Z, Tang H, Zhang X, et al: Classification of Children With Autism and Typical Development Using Eye-Tracking Data From Face-to-Face Conversations: Machine Learning Model Development and Performance Evaluation. J Med Internet Res 2021; 23(8): e29328.
- 5) Simeoli R, Milano N, Rega A, et al: Using Technology to Identify Children With Autism Through Motor Abnormalities. Front Psychol 2021; 12: 635696.

# あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

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

**担当/事務局 医療人材部**

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

**TEL:03-5210-2921**

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

## 第122回

## “同意書の不備”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

昨今の医療を取り巻く状況の変化、および患者・家族の意識の変化に伴い、患者への侵襲がある治療・検査などの実施における、説明と同意の取得に関わるインシデント・アクシデント事例と、これに起因するトラブルの発生が懸念される。

医療機関で実施されているインフォームド・コンセント(以下、IC)は、一般的に“説明と同意”として受けとめられている。国立国語研究所「病院の言葉」委員会による、「『病院の言葉』を分かりやすくする提案」によると、ICの意味として、「少し詳しく」では、「治療法などについて、医師から十分な説明を受けた上で、患者が正しく理解し納得して、同意することです」ということが挙げられ、認知率(非医療者に対して、その言葉を「見たり聞いたりしたこと」があるかどうかを尋ねた質問項目で、見聞きが「ある」と回答した人の比率)が70.8%、理解率(非医療者に対してその言葉の意味を示し、それを知っていたかどうかを尋ねた質問項目で、「知っていた」と回答した人の比率)は64.7%であったことが挙げられている<sup>1)</sup>。

説明を実施していても、トラブルが発生することが想定され、注目すべきことは、説明を実施

したか否かということに加えて、「患者が正しく理解し、納得し<sup>1)</sup>」、その上で意思決定できる十分な説明が実施されていたか否か、という、ICの目的に対応した説明の実施であると考えられる。

また、同意を取得していても、あるいは患者・家族の署名などが記載された同意書を取得していても、トラブルが発生することが想定される。この場合に注目すべきことは、同意書の取得の有無のみならず、「どのような内容に同意したのか」ということであり、医療者と患者・家族の認識が一致していること、および説明し、同意に至った内容が記載された記録があることが重要であると考えられる。これらの内容の記載方法としては、診療録への記載、あるいは標準的な書式としての同意書の使用なども想定される。

医療法(第1条の4第2項)には、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」ということが挙げられている<sup>2)</sup>。医療法では、「医療の担い手」には、「適切な説明を行う」とこと、「医療を受ける者の理解を得るよう努める」ことが求められていることを、改めて認識する必要性を指摘したい。

また、厚生労働省の「診療情報の提供等に関する指針」では、「診療情報の提供に関する一般原則」として、「医療従事者等は、患者等にとって理解を得やすいように、懇切丁寧に診療情報を提



供するよう努めなければならない。診療情報の提供は、①口頭による説明、②説明文書の交付、③診療記録の開示等具体的な状況に即した適切な方法により行われなければならない」ということが挙げられている<sup>3)</sup>。これらのことも、各医療機関の状況に合わせて、具体的な内容を検討することが望まれる。

自施設では、説明と同意の取得や、同意書に関わるインシデント・アクシデント事例、およびこれに起因するトラブルは発生していないだろうか。もし、発生している場合は、どのような課題があるのか、ということや、それらの対応の状況などについて、現状評価を実施しているだろうか。ここで問題としているインシデント・アクシデント事例、およびこれに起因するトラブルの発生については、個々の職員の対応に関してのみならず、組織におけるシステム整備の課題としてとらえて、現状評価を実施することが望まれる。

同意書に関しては、施設内で標準化された同意書を使用している施設、診療科ごとに標準化された同意書を使用している施設、および個々の医師が独自に作成した同意書を使用している施設などがあることが想定され、説明時に伝えるべき内容や、同意書に記載すべき内容などについて、最低限、含むべき内容を検討し、施設内での標準化を実施している施設もあると思われる。

本連載でもこれまでに、説明と同意の取得に関わる内容として、「説明と同意に関わるトラブルの防止(第10回)」「救急外来における説明に関わるトラブルの未然防止(第26回)」「“説明が不十分”に関わるトラブルの未然防止(第65回)」というテーマで、インシデント・アクシデント事例、およびこれに起因するトラブル発生を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、「同意書を取得するというルールがあるにもかかわらず、同意書を取得していない」「同意書を取得しているが、その内容に不備がある」など、“同意書の不備”に関わるインシデント・アクシデント事例は発生していないだろ

うか。これらの事例が発生していない場合でも、事例発生を未然防止する対策や、現状評価は十分だろうか。

“同意書の不備”に関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、ルールが整備され、説明を実施し、同意書を取得したにもかかわらず、“同意書の不備”に関わるインシデント・アクシデント事例と、これに起因するトラブルの発生を回避できなかったのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。

そこで、本稿では、説明と同意の取得に関わる事例の中でも、特に“同意書の不備”に焦点を当てて、「なぜ、ルールが整備され、説明を実施し、同意書を取得したにもかかわらず、“同意書の不備”に関わるインシデント・アクシデント事例と、これに起因するトラブルの発生を回避できなかったのか？」という疑問を深めて、同意書の取得の有無だけでなく、その内容(医師はどのような説明を実施したのか、患者はどのようなことに同意したのか、など)と、内容の不備の有無などにも焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止対策について検討する。本稿では、「同意書がない」「同意書を取得していない」という状況だけでなく、「同意書の内容に不備があった」という状況も含めて“同意書の不備”と表現する。

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。

## “同意書の不備”に関わる事例

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、医療事故情報収

集・分析・提供事業の2022年1月～12月(2022年年報分)の参加登録医療機関からの報告(報告月に基づいた集計)では、14,855件の事例に関して、発生要因の「当事者の行動に関わる要因」として、「患者への説明が不十分であった(怠った)」は649件(4.4%)、「記録などに不備があった」は、146件(1.0%)であることが挙げられている<sup>4)</sup>。

また、本事業のヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の2022年1月～12月(2022年年報分)の事例情報の報告では、86,501件の事例に関して、発生要因の「当事者の行動に関わる要因」として、「患者への説明が不十分であった(怠った)」は3,532件(4.1%)、「記録などに不備があった」は、872件(1.0%)であることが挙げられている<sup>5)</sup>。

本事業の事例検索<sup>6)</sup>では、2023年8月下旬現在、キーワード“同意書”で1,184件、“同意書”“ルールの不備”で133件、“同意書”“記録などに不備があった”で70件、“同意書”“確認不足”で34件、“同意書”“トラブル”で24件、“同意書”“説明不足”で20件、“同意書”“ルールの不備”“研修医”で8件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。ほかに、“同意書がない”で13件、“同意書の不備”で8件、“同意書”“認識の違い”で2件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

事例検索<sup>6)</sup>にて検索された、“同意書の不備”に関わる事例としては、

「経口摂取困難にて、水分・栄養維持が必要なS状結腸癌・転移性肝癌の患者(60歳代、男性)に対して、非常勤医師が左鎖骨下からCVカテーテルを挿入・留置した。留置直後の胸部エックス線検査にて、カテーテル先端の反転と軽度の左気胸を認め、カテーテルを少し引き抜いた状態で固定した。その後の胸部エックス線検査で気胸の進行を認め、主治医と呼吸器科の医師が検討し、保存的治療の実施を決定した。主治医が患者の妹に電話し、『静脈からカテーテルを挿入した際、左気胸が発生した。その後、気胸が進行したため、呼吸困難が進行する可能性がある。転移性肝癌が増大し、死期は時間の問題。苦痛を伴う胸腔穿刺や持続吸引は行わない』と説明したが、その後、気胸は消失した。

気胸の発生は合併症であるが、侵襲的治療に

関する説明などに不備があった。主治医はCVカテーテルの留置について説明したが、合併症(気胸)については説明していなかった。CVカテーテルの留置に関する説明内容、および家族の反応が時間経過に沿って診療録に記載されていなかった。CVカテーテルに関する説明、および同意書の内容が不足していた(目的、方法、合併症など)』

「うっ血性心不全、Wenckebach型Ⅱ度房室ブロックにて入院中の患者(90歳代、女性)に対して、医師は、家族に対しても、ペースメーカー留置の必要性を説明していたが、同意書は取得していなかった。担当の看護師は、医師より、2日後の午後にペースメーカー留置の手術を予定していると告げられた。看護師は、手術の前日までには、手術に対する説明と同意の取得(同意書を取得することも含む)をしっかりとしておいたほうがよいのではないかと医師に提言した。しかし、医師は、説明と同意の取得(同意書を取得することも含む)は手術当日に行うと発言した。2日後に家族が来院し、医師が手術の説明を実施した。病状の説明をしていた医師が、『15時入室』とHCU・手術室のスタッフに告げた。この時点で同意書は取得しておらず、家族に対して、医師からの病状と手術についての説明は続いていた。なお、家族は医師に対して、本当に手術が必要なのかという点や、病状について質問している、という状況であった。医師から指示のあった15時の時点でも、医師と家族の間で同様の話が継続されており、家族が本当に納得・同意している様子には見えなかった。

看護師は、よほどの緊急性がない限り、同意書を取得していないまま、患者が手術室に入室することはないと考えていた(今回は、緊急性があるということには当てはまらなないと考えていた)。医師は、『今回、自分が、必ず同意してもらうように説明するのだから、同意書を取得していなくても、15時入室させておいてほしかった。この症例は緊急だ』と主張した。看護師が、『緊急性がない限りは同意書を取得していない状況での患者の手術室入室はさせない』ということを告げると、医師は『融通がきかない』と発言した。

医師と看護師には認識の違いがあり、手術室に入室の際、患者の安全を守るためのルールを反故にするような医師の意識があった」

などがある。

これら“同意書の不備”に関わる事例は、患者に重大な影響を及ぼす可能性があるだけでなく、医療機関、および職員への信頼を揺るがす可能性も想定される。プロフェッショナルがその責務を再認識し、なぜマニュアルやルールが遵守されないのかということをはっきりと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整備を実施することが望まれる。

このシステム整備を進める際には、例えば、「原則、事前に適切な説明を実施し、同意書を取得する」というルールを整備した場合、職員個々に周知し、ルールが遵守されているか否かの現状評価の実施も求められる。前記の事例にもあるように、「医師と看護師には認識の違い」がある可能性もあり、ルールを整備する際には、緊急時、あるいは緊急性をどのように規定し、判断するのか、職員個々が共通認識を持てるような具体的な表現をすることや、関連する職員教育を実施することも検討したい。

## 具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“同意書の不備”に関わる事例発生を未然防止対策として、侵襲のある治療・検査などを実施する際の説明と同意の取得に関することや、同意書に関するマニュアルの整備、および職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“同意書の不備”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<sup>6)</sup>にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“同意書の不備”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「胸腔ドレーン挿入の際の左右の取り違い。同意書も取得していない？」

### 【事故の内容】

- ・プレシヨック状態で搬送された患者（70歳代、男性）が、横行結腸腫瘍疑い、イレウスと診断され、大腸ステントの留置後、入院となった。
- ・入院時から右肺に異常陰影があり、喀痰検査で肺結核を否定し、薬剤投与を行った。
- ・入院10日目、上部消化管内視鏡検査の際の咽頭麻酔後、激しい咳嗽が出現して呼吸状態が悪化したため、検査を中止して帰室した。
- ・病棟看護師の要請で診療看護師も参加した。
- ・その後、CT検査で右気胸、空洞形成する肺炎疑い、両側胸水が判明した。
- ・主治医がHCU入室を決定し、診療看護師がHCUの看護師にCPAP、および胸腔ドレナージの実施の準備をできるように伝達した。
- ・HCU入室後、病棟看護師がHCUの看護師に、右気胸であること、呼吸状態が急激に悪化した内容を申し送った。
- ・他のHCUの看護師が不足物品を準備している間、主治医が左側胸部にマーキングを実施した。
- ・その後、主治医が左胸腔ドレナージを実施した。
- ・しかし、SpO<sub>2</sub>の改善がなく、エアリーク（air leakage）もほぼなく、ドレナージの実施後の胸部エックス線検査で、主治医は左右を取り違えてドレナージを実施したことに気づいた。
- ・主治医は上級医師に報告・相談を行い、本来実施すべき右胸腔ドレナージを実施した。

〔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、「主治医は、胸部エックス線検査とCT検査の結果から右気胸と診断したが、胸部の両側に水泡音を聴取しており、身体所見上は判別しにくく、患者がHCUに入室した際に、ベッドの左側が回診車の定位置であったことから、左右の取り違いが生じやすい環境があった」「患者の呼吸状態が悪化した後に、診療看護師と病棟看護師は、胸部の聴診で右側の呼吸音の減弱を認識しており、CT検査後に医師が『左』と言っているのを聞き、疑問に感じていた。さらに、ドレナージの実施前に医師が左側胸部にマーキングを実施している時にも疑問を感じたが、自信のなさから声に出すことができなかった」「マーキングを実施後に主治医が再度、画像を確認していたことで、診療看護師は権威勾配の影響もあり、自分の思い込みであったと解釈した」「病棟看護師は卒後2年目であり、

当該患者の孫であったことから、言い出しにくい関係であったことが背景にあった。「HCUの看護師は、入室した患者の情報として『呼吸状態が悪化した患者』という情報しかリーダー看護師から得ておらず、その後、電子カルテから情報収集したが、十分な情報収集・アセスメントができないまま患者を受け入れた」「HCUの看護師は、病棟看護師から『右気胸』との申し送りを受けたが、リーダー看護師から、ドレナージのカテーテルは2種類のサイズを準備したと聞いていたため、主治医が左胸腔ドレナージを実施する際に、『両側のドレナージを実施するのかな』と解釈した」「主治医は、当月から新設された総合救急診療科の卒後4年目の医師で、赴任後2週間が経過していた。総合救急診療科に配属されているが、外科を希望しており、救急外来担当日以外は外科診療に携わり、入院患者の診療も行っていた。外科の上級医師の指導を受けているが、上級医師が外勤・手術などで迅速に応援できない場合の相談・支援体制は明確になっていなかった」「手術を除く侵襲的治療・検査時の同意書に、『左右』を記載することは明確にされていなかった」「侵襲的治療・検査の直前に、左右・部位を複数の職員で確認するルールが明文化されていなかった」「急激な呼吸状態の悪化により、ドレナージの実施後に同意書を作成し、署名を受領する予定であったが、左右の取り違えが発生したことにより、同意書が作成されなかった」「さらに、左右の取り違えの判明後、主治医は上級医師に対応の相談を行い、誤解が発生しないようにと診療録への記載をしないことが決定したため、主治医は病棟看護師には説明・謝罪をしたが、診療録には左右の取り違えの事実を記載していなかった」などが挙げられている。

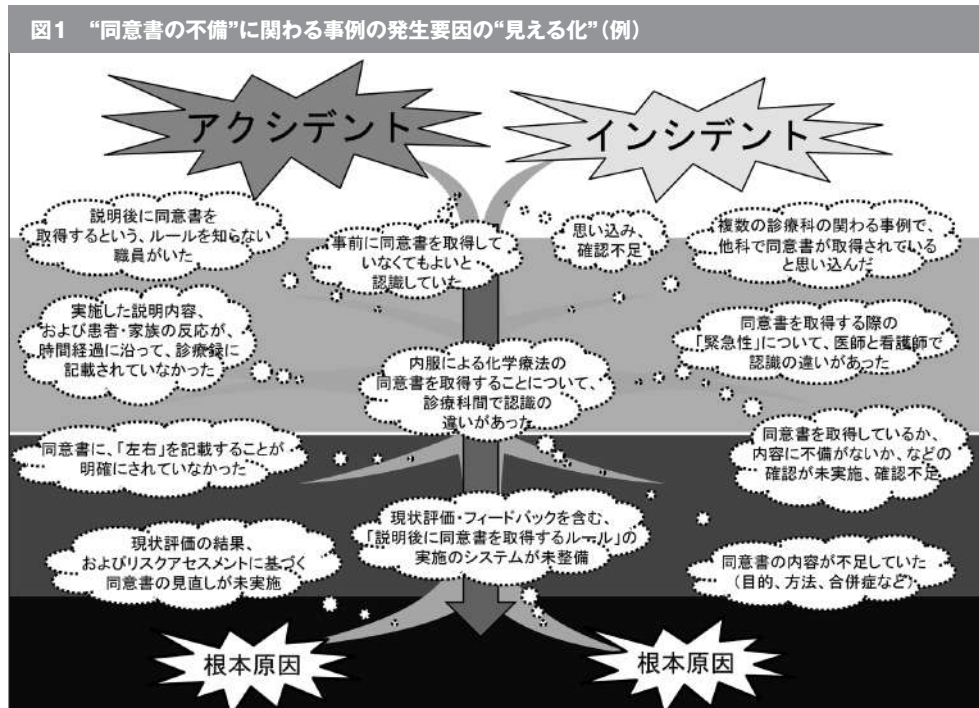
本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、事例発生の未然防止対策を検討する。

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、主治医は、右気胸と診断した患者に、左側胸部のマーキングを実施したのか?」「なぜ、主治医は、左右の取り違えに気づかぬまま、右気胸の患者に対して左胸腔ドレナージを実施したのか?」「なぜ、病棟看護師から『右気胸であること、呼吸状態が急激に悪化した内容』を申し送られたHCUの看護師は、主治医に、左右を取り違えてドレナージを実施していることを言い出さなかったのか?」「なぜ、主治医は、ドレナージの実施後の胸部エックス線検査の結果を確認するまで、左右を取り違えてドレナージを実施したこと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ているにもかかわらず、事例の発生を防止できなかったのか?」「なぜ、左右の取り違えの判明後、主治医は診療録に、左右の取り違えの事実を記載しなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「患者の呼吸状態が悪化した後に、診療看護師と病棟看護師は、胸部の聴診で右側の呼吸音の減弱を認識しており、CT検査後に医師が『左』と言っているのを聞き、疑問に感じていた。さらに、ドレナージの実施前に医師が左側胸部にマーキングを実施している時にも疑問を感じたが、自信のなさから声に出すことができなかった」「マーキングを実施後に主治医が再度、画像を確認していたことで、診療看護師は権威勾配の影響もあり、自分の思い込みであったと解釈した」「病棟看護師は卒後2年目であり、当該患者の孫であったことから、言い出しにくい関係であったことが背景にあった」などに注目することが重要である。

ここでは、「なぜ、患者の呼吸状態が悪化した後に、胸部の聴診で右側の呼吸音の減弱を認識していた診療看護師と病棟看護師は、CT検査後に医師が『左』と言っているのを聞き、疑問に感じ、さらにドレナージの実施前に医師が左側胸部にマーキングを実施している時にも疑問を感じたにもかかわらず、声に出すことができなかったのか?」という疑問に注目することが重



要である。

また、看護師本人が自覚している自信のなさや、権威勾配の影響、および患者との関係(親族)など、さまざまな状況を考慮しても、医師・看護師がチームとして協働しているプロフェッショナルであるという自覚を持って、疑問を声に出して確認するという行為を実施できるか否かということがポイントとなる。こうした状況における望ましい対応については、多職種参加のリスクアセスメントトレーニングで検討することを勧めたい。

“同意書の不備”に関わる事例発生を未然防止するため、事例検索<sup>6)</sup>にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「“同意書の不備”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、さまざまな状況が想定されることを指摘したい。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“同意書の不備”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、

“同意書の不備”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、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。

“同意書の不備”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“同意書の不備”に関わる事例の発生状況と発生要因の分析が未実施、2)“同意書の不備”に関わるリスクアセスメントが未実施、3)説明内容と同意を取得した内容を確認するシステムが未整備(確認のシステムが不十分)、4)説明後に同意書を取得するというルールが適切に遵守されているかの現状評価が未実施、5)ルールの遵守状況の評価結果を含むフィードバック、および情報提供が未実施、6)職員の認識の共有を含む職員教育が未実施、などが考えられる。

**“同意書の不備”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、「病名診断は、画像

所見, 身体所見から総合的に判断し, 必要に応じて超音波検査などを実施し, 複数の画像を組み合わせて行う「疑義は必ず声に出し, 複数の職員で安全確認することが重要であることを認識できるように研修を行う」「知識・コミュニケーション技術の向上のため, 患者の適切な状態把握とそれに応じた医療・看護が提供できるような教育・マネジメントの重要性を, 教育委員会を通じて発信する」「知識・技術の向上に向けて, 現場で支援できるように依頼し, 知識・技術が未熟な職員に対しては, 具体的な言葉での情報伝達と確認が必要であることを繰り返し, 指導する」「新設された診療科の医師や, 研修医の診療体制の明確化を組織で整備するように求める」「侵襲的治療・検査時の同意書への『左右』の記載, および複数の医師, または職員での左右・部位の確認を行うことをルールとして明文化する」「行った医療・管理とその結果, および対応を適切に診療録に記載することの重要性を再度, 医局会・記録委員会などで教育するとともに, 研修を行う」「誠実な対応が最も求められることを, 医療安全に関する委員会・研修会で伝達する」などが挙げられていた。

“同意書の不備”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“同意書の不備”に関わる事例の発生状況と発生要因の分析の実施, 2)“同意書の不備”に関わるリスクアセスメントの実施, 3)説明内容と同意を取得した内容を確認するシステムの整備(確認のシステムの充実), 4)説明後に同意書を取得するというルールが適切に遵守されているかの現状評価の実施, 5)ルールの遵守状況の評価結果を含むフィードバック, および情報提供の実施, 6)職員の認識の共有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, およびプロフェッショナルとして, 患者に及ぼす可能性がある不可逆的な影響を回避する責任の自覚と, 多職種の連携を図ることで, “同意書の不備”

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“同意書の不備”に関わる事例の発生状況と発生要因の分析の実施」では, 報告されているインシデントレポートの検討が重要となる。自施設において, “同意書の不備”に関わる事例が発生しているか否かということを確認し, 事例が発生していた場合は, その事例の分析が実施されているか否かを確認して, 分析が実施されている場合には分析内容を振り返り, 事例の発生要因について具体的に把握することが望まれる。もし, 複数の事例が確認された場合は, それらに共通する発生要因がないか, というところの確認も実施したい。

2)の「“同意書の不備”に関わるリスクアセスメントの実施」では, 多職種の参加によるリスクアセスメントトレーニングが実施されているか否かを確認し, “同意書の不備”に関わる事例が発生していない場合でも, 事例発生の可能性を想定してリスクアセスメントを実施することを検討したい。多職種が参加することで, 異なる認識に気づき, 視野の広い検討がなされることで, 職員個々のリスクアセスメント力が育まれる機会となり, 事例発生を未然防止に資する可能性も期待できる。

3)の「説明内容と同意を取得した内容を確認するシステムの整備(確認のシステムの充実)」では, 説明と同意の取得を実施後に, その実施された説明内容と取得した同意の内容の確認を, 「誰が」「いつ(いつまでに)」「どのように」実施するのか, というシステムの整備を検討したい。この機会に, 自施設のシステムの整備状況を振り返ることを勧めたい。

4)の「説明後に同意書を取得するというルールが適切に遵守されているかの現状評価の実施」では, 3)の「説明内容と同意を取得した内容を確認するシステムの整備(確認のシステムの充実)」とも併せて検討する必要がある。説明後に同意書を取得するというルールが適切に遵守されているかの現状評価については, 「誰が」「いつ」「どのように」実施するのか, ということも併せて検討したい。

5)の「ルールの遵守状況の評価結果を含むフィードバック, および情報提供の実施」では, その評価結果のフィードバックの「範囲(誰に)」や, 「いつ」「どのように」フィードバックするのか, という方法についても事前に検討しておくことが望まれる。

職員個々の能力を結集して, 組織の“医療安全力”を高めるためには, 情報提供と情報共有が欠かせない。自施設では, “同意書の不備”に関わる事例が発生していない場合でも, 今後, 発生する可能性を想定し, 自施設だけでなく他施設で発生した事例も含めて, 具体的な事例に関する情報を提供し, 多職種でリスクアセスメントを実施することで, 職員個々の関心を高めることを期待したい。その上で, 個々の職員としては, 自分には何ができるのかと主体的に考え, 行動することにつなげたい。

6)の「職員の認識の共有を含む職員教育の実施」では, 職員個々の認識の把握が重要となる。前記の事例では, 「医師と看護師には認識の違い」があったことが指摘されており, 医師や看護師など, 職種や経験年数などさまざまな違いにより, 認識の違いが発生することが想定される。

ここでは, 自施設内でルールとして決められている内容について, 職員個々の認識が共有できているか否かの確認が求められる。事例が発生する前に, リスクとなる「認識の違い」と, これに関わるルールの遵守に関わる認識などについて現状把握を実施することで, 自施設の課題に対応した職員教育の工夫を期待したい。

前記の事例における改善策としては, 「CVカテーテルの留置に関する同意書の改善。CVカテーテルの留置を含む侵襲的治療・処置は事前に同意書を用いたICを行うことを徹底する。説明内容, 本人・家族の反応を診療録に記載することを周知する」『よほどの緊急性がない限り, 『同意書を取得していない状況での患者の手術室入室はさせない』とスタッフが医師に対し, 統一した対応をする』などが挙げられていた。

今後, 自施設における“同意書の不備”に関わる事例発生を未然防止対策を検討する際には, これらの内容も参考にし, 自施設のシステム整

備に取り組むことを期待したい。

### “同意書の不備”に関わる 事例発生を未然防止と今後の展望

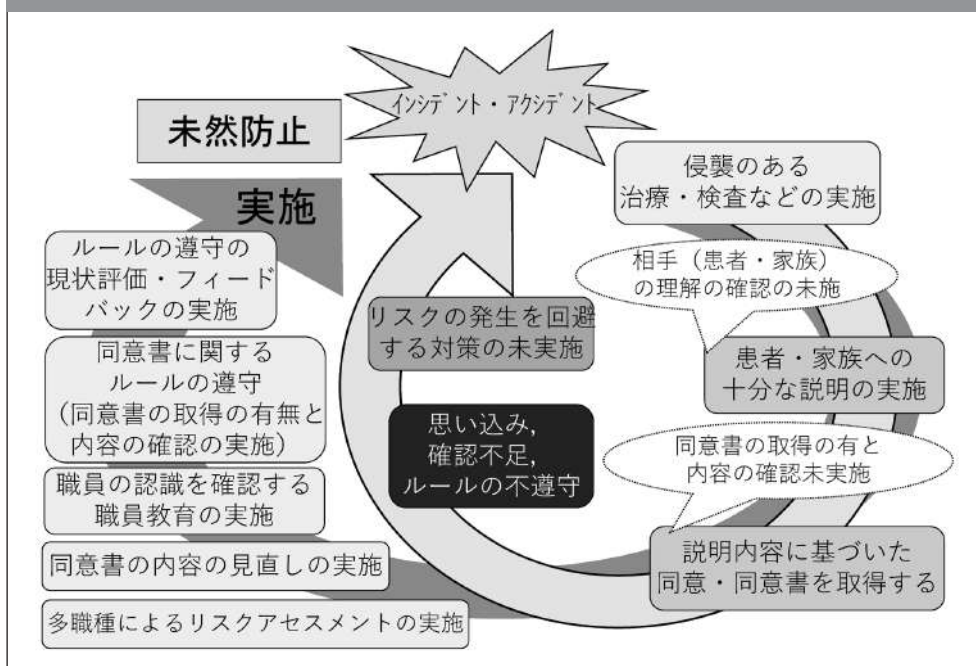
本稿では, 説明と同意の取得に関わる事例の中でも, 特に“同意書の不備”に焦点を当てて, 「なぜ, ルールが整備され, 説明を実施し, 同意書を取得したにもかかわらず, “同意書の不備”に関わるインシデント・アクシデント事例と, これに起因するトラブルの発生を回避できなかったのか?」という疑問を深めて, 同意書の取得の有無だけでなく, その内容(医師はどのような説明を実施したのか, 患者はどのようなことに同意したのか, など)と, 内容の不備の有無などにも焦点を当てて, 事例の発生要因の“見える化”から, 事例発生を未然防止対策について検討した。

自施設では, これまで類似事例は発生していないかもしれないが, 事例の発生要因が“見える化”されていないこと, 同意書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, “同意書の不備”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を指摘したい。

同意書の内容や説明の実施状況の現状評価を実施して, 必要に応じて同意書の見直しを実施することが望まれる<sup>7)</sup>。さらに, 説明と同意の取得の際には, インシデント・アクシデント事例の発生を想定した説明や, 説明に対する患者・家族の理解状況の確認, および患者の理解度を考慮した説明など, 患者・家族と双方向の対話を実施することなども検討することを勧めたい<sup>8)</sup>。

また, 患者・家族からのクレームやトラブルなどの発生, およびその結果として, 医療機関への信頼を揺るがす可能性が想定されることにも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, 事例の発生要因を未然防止することが, 医療者, および医療機関に期待されている。

図2 “同意書の不備”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”(例)



“同意書の不備”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、「“同意書の不備”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”(例)」を作成した(図2)。

“同意書の不備”に関わる事例発生のプロセスを“見える化”すると、「侵襲のある治療・検査などの実施」に際して、「患者・家族への十分な説明の実施」や「説明内容に基づいた同意・同意書を取得する」ことが実施される。

ここで、「相手(患者・家族)の理解の確認の未実施」や、「同意書の取得の有無と内容の確認の未実施」などがあり、併せて、関わる職員の「思い込み」「確認不足」「ルールの不遵守」や、「リスクの発生を回避する対策の未実施」などがある場合には、インシデント・アクシデント事例の発生に至る可能性が想定される。

これに対して、「相手(患者・家族)の理解の確認の未実施」「同意書の取得の有無と内容の確認の未実施」などがあっても、「多職種によるリスクアセスメントの実施」「同意書の内容の見直しの実施」「職員の認識を確認する職員教育の実施」「同意書に関するルールの遵守(同意書

の取得の有無と内容の確認の実施)」「ルールの遵守の現状評価・フィードバックの実施」など、リスクの発生を回避する対策が実施されていれば、インシデント・アクシデント事例の発生を未然防止できる可能性がある。このように、「“同意書の不備”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”」を実施することより、自施設の現状と課題に向き合う取り組みを提案したい。

“同意書の不備”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、職員個々が自ら気づく機会としての職員教育の実施を含むシステム整備が期待される。ここでは、「“同意書の不備”に関わる事例発生防止チェックリスト(例)」を作成した(表)。

内容の例としては、「説明後に同意書を取得するというルールを取り決めており、実施すべき内容を具体的に示している」「説明後に同意書を取得するというルールを全職員に周知し、理解の状況を確認している」「同意書の取得の有無、および『どのような内容に同意したのか』ということを含めた、同意に至った内容を確認するルールを具体的に示している」「説明後に同意書を取得するというルール、同意書の取得の有無、



<input type="checkbox"/>	説明後に同意書を取得するというルールを取り決めており、実施すべき内容を具体的に示している
<input type="checkbox"/>	説明後に同意書を取得するというルールを全職員に周知し、理解の状況を確認している
<input type="checkbox"/>	同意書の取得の有無、および「どのような内容に同意したのか」ということを含めた、同意に至った内容を確認するルールを具体的に示している
<input type="checkbox"/>	説明後に同意書を取得するというルール、同意書の取得の有無、および内容の確認のルールの遵守状況の現状評価・フィードバックを実施している
<input type="checkbox"/>	現状評価の結果、およびインシデントレポートの分析結果を踏まえて、必要に応じて、同意書の内容の見直しを実施している
<input type="checkbox"/>	多職種によるリスクアセスメント、および“同意書の不備”に関わる事例の情報共有を含む職員教育を実施している

および内容の確認のルールの遵守状況の現状評価・フィードバックを実施している」「現状評価の結果、およびインシデントレポートの分析結果を踏まえて、必要に応じて、同意書の内容の見直しを実施している」「多職種によるリスクアセスメント、および“同意書の不備”に関わる事例の情報共有を含む職員教育を実施している」などを挙げた。

この機会に、自施設の現状と課題を踏まえて、自施設オリジナルの「“同意書の不備”に関わる事例発生防止チェックリスト」を作成し、職員個々が自ら気づく機会を提供するため、職員教育などに活用することを勧めたい。併せて、自施設で発生した事例はもちろんのこと、他施設で発生した事例に関する情報共有とリスクアセスメントの実施、職員個々が、説明と同意の取得の際に期待されているプロフェッショナルとしての行動まで含めて認識を共有すること、および多職種の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などが望まれる。

“同意書の不備”に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクターとしてとらえるだけでなく、職員個々の能力を結集し、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ること、

および、その上で、多職種の連携を図り、安全な医療を提供することが期待される。

#### 参考文献

- 1) 国立国語研究所.「病院の言葉」委員会(編).「『病院の言葉』を分かりやすくする提案」[https://www2.ninjal.ac.jp/byoin/pdf/byoin\\_teian200903.pdf](https://www2.ninjal.ac.jp/byoin/pdf/byoin_teian200903.pdf) (accessed 2023 Aug 20)
- 2) 厚生労働省 医療法. [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1) (accessed 2023 Aug 20)
- 3) 厚生労働省 診療情報の提供等に関する指針の策定について. [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb3403&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb3403&dataType=1&pageNo=1) (accessed 2023 Aug 20)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療事故情報収集・分析・提供事業. 2022年1月-12月(2022年年報分).YA-41 発生要因C. [https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2022/TTL253\\_YA-41-C.html](https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2022/TTL253_YA-41-C.html) (accessed 2023 Aug 20)
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業. 2022年1月-12月(2022年年報分).YH-36 発生要因. [https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2022/TTL292\\_YH-36.html](https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2022/TTL292_YH-36.html) (accessed 2023 Aug 20)
- 6) 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 20)
- 7) 石川雅彦: 具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント 第10回 説明と同意にかかわるトラブルをどう防ぐか. 臨床外科 2016; 71(1): 92-96.
- 8) 石川雅彦: 手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第12回 患者・家族と双方向の対話を実施している. 臨床外科 2017; 72(3): 338-342.

# 田端 実先生の 「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」

(10月1日配信)

順天堂大学心臓血管外科主任教授で、東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科顧問の田端実先生から大動脈弁狭窄症の治療について解説していただきます。

大動脈弁狭窄症(以下AS)は、心臓の出口にある大動脈弁が硬化、石灰化することで狭窄を起し、左心室の負荷上昇、心拍出量の低下を来す疾患です。高齢者に多く、若年者では先天性二尖弁のケースが多く認められます。心機能低下を伴う重度ASでは手術が必要になります。外科的手術(SAVR)では胸骨正中切開あるいは右小開胸で人工心肺を使い、硬化した弁を人工弁(生体弁もしくは機械弁)に交換します。カテーテル治療(TAVI)に使われるのは生体弁のみで、金属のフレームの中に動物の組織を弁に見立てて作ったものを使用します。鼠径部からカテーテルでデリバリーして、自己の硬化した弁の内側に植え込みます。

この2つの治療から患者ごとに最適な治療を選択します。ハートチームでディスカッションする内容はガイドラインに提示されており、患者の年齢(余命)、手術リスク、TAVI解剖リスク、AS以外の心疾患の有無の4つの要素で検討します。

余命が10年以内の場合の選択はシンプルですが、

若年患者の場合は長期的プランを立てる必要があります。若年者に対する標準的治療は機械弁による外科的治療になりますが、ワーファリンを飲み続けるというデメリットがあります。QOLを重視してワーファリンを飲まなくて済む生体弁を選ぶ患者もいます。生体弁が劣化した場合、生体弁の中にカテーテル弁を入れるTAV-in-SAVという流れも選択肢にあります。若年でも手術リスクが高い場合は、最初にTAVIを施行します。のちに手術リスクが下がった際に外科的に生体弁を植え込むこともあります。さらに、最初にTAVIを行い、その中にもう一つTAVIを行う方法(TAV-in-TAV)もあります(図)。

症例1は81歳男性、症候性重度AS。CTから高度石灰化した二尖弁が認められ、カテーテルでバルーンを広げることが困難と判断。手術リスクはやや高い。年齢的にはTAVIが第一選択となるが、解剖学的に不向きと判断し、石灰化した弁を切除できる外科手術を施行。生体弁を装着し、術後8日目に合併症なく退院しました。

症例2は71歳男性、無症候性の低拍出低圧較差重度AS。二尖弁(Type 0)、上行大動脈の径45mm。外科手術にて大動脈置換を同時に施行することが推奨されるが、患者は現役経営者で早期社会復帰したいと低侵襲手術を希望して受診。CT所見ではTAVIの適応はあり。EF 12%で手術リスクは高い。TAVI施行中も心機能の低下が起きる可能性があるため、全身麻酔+ECMOサポート下にてTAVIを施行した。術後心エコーでEF 21%と回復、現在はほぼ正常。大動脈が今後さらに拡大する可能性があるが、心機能が回復したので外科手術で対応できる。また弁輪径が29mmと大きかったので、TAV-in-TAVを行うことも可能。この患者は術後3日で退院しました。

後編ではTAV-in-TAV、TAV-in-SAVの問題点などについて解説します。

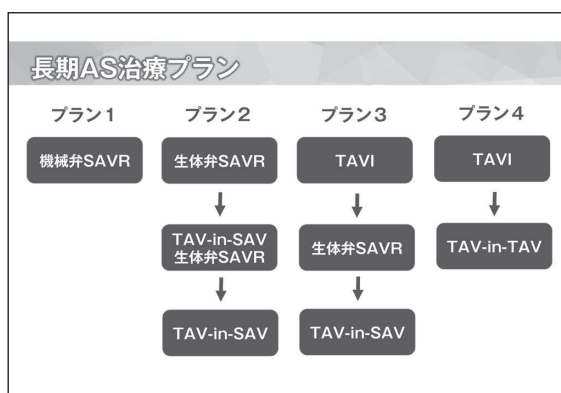


図 長期AS治療プラン

\*田端先生のレクチャーの詳細は、10月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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



## ちょっと画像でCoffee Break

# よろずX線画像診断④

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

?

症例は 30 歳代女性。2 歳児の子育て中。

昨夜 18 時頃から左側胸部痛～前胸部痛，左脇痛～背部痛を発症。

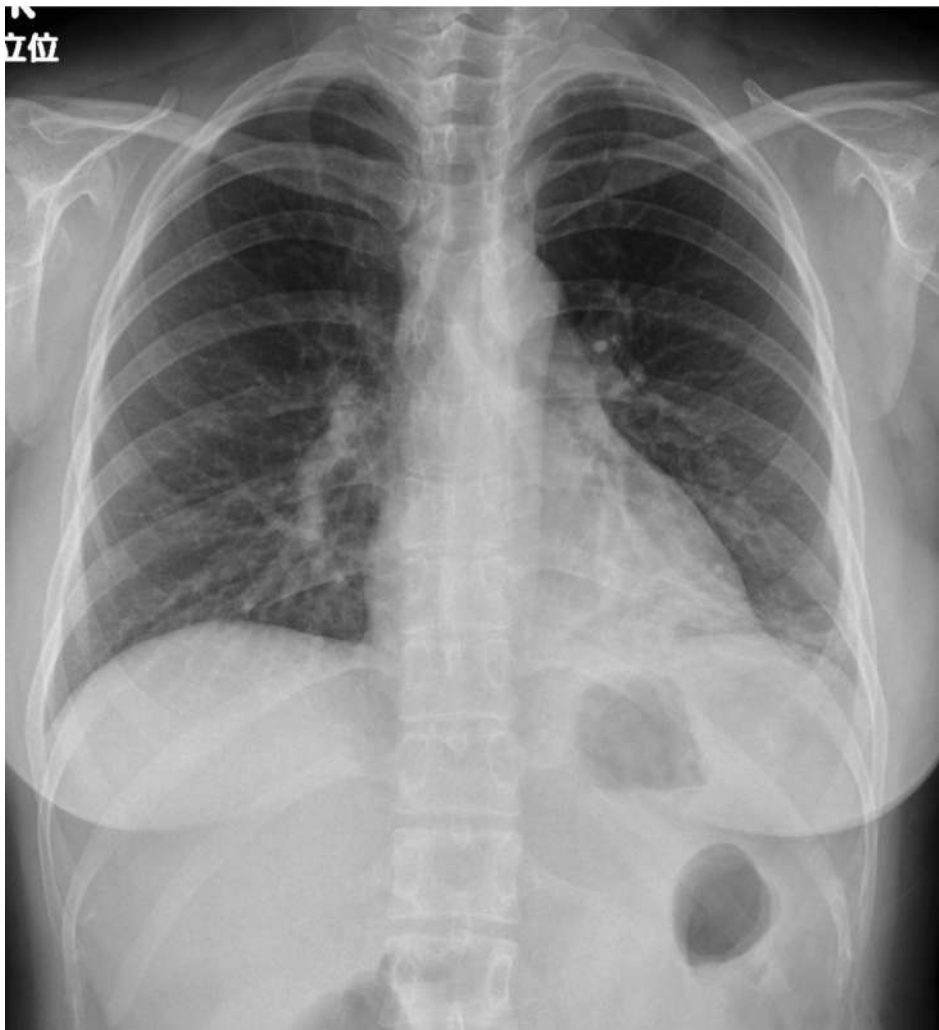
朝 5 時になって症状が悪化し，救急要請。

血圧 128/80mmHg，脈拍 114/分，腋窩体温 36.4℃，SpO<sub>2</sub>:94%，既往に，高血圧，うつ病あり。

救急外来より胸腹骨盤 CT のオーダーあり。

依頼状には，尿管結石症の疑い，左脇痛精査との記載。

発症 3 日後の胸部 X 線（立位 P→A）を供覧する。



画像 1 胸部X線(立位P→A)

レジデント X：混乱を招くようなプレゼンですね。なぜ、3日後の X 線なのですか？

ドクター X：ほんとは初診時に胸部 X 線はルーチンに撮影してほしいと思うが、聴診器代わりに CT が撮影される昨今、この症例のように、救急場面を含め、内科初診時に胸部 X 線が撮影されていないことも多い。個人的には胸部 X 線の価値が理解されていないからだろうと思っている。気にするような被ばくもなしに、いろんな情報が得られて、撮影も簡単なのにね（胸部 X 線正面1枚の被ばく量は0.06ミリシーベルト：日本での自然由来の放射線の被ばく量は年間平均2.1ミリシーベルト）。どんな疾患を疑うにせよ、理学所見では得られないような形態的情報が瞬時に得られるし、逆に所見が無いなら無いで（所見無しと診断するのはなかなか難しいが）となれば、そこから診断を考え始められる。古典的な内科診断学では心電図とともに基本のツールのはずなのだけだね。

この「ちょっと画像で CoffeeBreak」のコーナーは単純 X 線画像を呈示して話を始めるのをお作法にしているのだが、呈示する症例を探していると、しばしば初診時（初回診断時）の胸部 X 線の撮影が行われておらず、モヤモヤした思いになることがある。患者さんの主訴や身体症状からの内科的診断プロセスに胸部 X 線1枚加えることに躊躇する理由はないと思っている。もちろん胸部 X 線だけで診断ができるわけではないが、鑑別診断ツリーのどこかには必ず、X 線での所見有り、無しの分かれ目があるはずだし、撮ってびっくりの思わぬ所見が出ることもある。診断後の経過観察にも初診時の X 線が役に立つ。

解答代わりに、初診時（救急受診時）の CT 像を呈示する（つまり胸部 X 線撮影3日前の CT）。CT では左肺底部に浸潤影がみられる。胸水貯留や肋骨骨折の所見なく、尿管結石や水腎症の所見は認められなかった。



画像2 救急受診時のCT画像

救急外来で抗生剤の点滴が行われ、経口抗生剤処方の上、帰宅となった。経過観察時の内科医の間診によると、救急受診の数週間前から湿性咳嗽や喀痰症状があったとのこと。つまり、救急受診時は肺炎としてはすでにピークを過ぎていたものと思われる（救急受診までの経過中、抗生剤の服用なし）。救急受診に至ったのは、

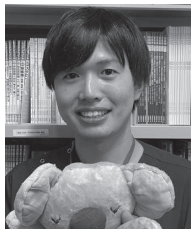
心療内科で処方された鎮痛剤が効かず、疼痛が増悪したためであったようである。疼痛原因としては肺炎そのものの痛みや合併した胸膜炎による痛み、激しい咳嗽に伴う肋骨不全骨折等が考えられる。「魔の2歳児」とも言われる、子育ての最も大変な時期にありがちな経過かもしれない。



画像3 症状消失、血液生化学データ正常化時の胸部X線



魔の2歳児



## 妊娠、出産、子育てのSOSをキャッチする！

～NPOを立ち上げ、地域にコアラのポケットのような居場所をつくる～

栃木県立リハビリテーションセンター小児科 増田卓哉

栃木県までバトンが届きました！私は自治医科大学を卒業後、2023年10月現在で医師9年目です。義務年限ラストイヤーにこのような機会を与えていただき感謝申し上げます。主に小児科医として勤務する中で、へき地診療所やリハビリ・療育分野に関わられたことはかけがえのない財産です。義務年限はあっという間でしたが、医師は夢の舞台だ、ということは今も忘れないようにしています。大量の診断書やレセプトに囲まれているときも、プレミアリーグで大歓声に囲まれる三管選手のメンタルです。それくらい高校時代の自分にとって医師という職業は特別なものでした。自治医大入試の時はHUNTER×HUNTERを読み過ぎて、集団面接の中に受験生として潜む大学側からの刺客を必死で探していました。誰がどんな方法で合格するかも分からない、ハンター試験のようなものだと思っていました。

### わたし、虐待しています

医学生るとき、自治医大滋賀8期の高橋昭彦先生からのご紹介で、DV被害女性と子どもたちを支援するNPOにボランティアとして参加し、その出会いの中で小児科医になりました。小児科医として特に印象に残っているのは、医師4年目の外来診察中、ある赤ちゃんのお母さんから「私、虐待しています、保護してください」と言われたことでした。当時勤務していた芳賀赤十字病院は、育児で困難を抱える可能性が高い家庭に出産前から関わり、子育てを見守



湯西川診療所での診療の様子

っていました。このお母さん自身も施設で育ち、知的な課題や周囲からの孤立があったため、妊娠中から小児科医として関係を築き、出産後も予防接種や健診の際に体重測定などしながら困り事がないか確認していました。お母さん自身も家庭内に居場所がないことを伝えてくれたことで、母子ともに重大な怪我なく、保護することができました。この大切なSOSを出してもらえたことは自分にとって特別な経験でした。さまざまな家庭環境の中で育ち、十分に助けてもらったことがない人は、大人になってからも、自分から「助けて」と発信することは非常に難しいと感じます。いくらシステムが整備されても、十分な支援につながらない親子が多くいることを目の当たりにし、なんとか「助けて」をなるべくハードルの低い方法で拾い上



第6回とちぎ次世代の力大賞 表彰式

げ、つなげられないか考えていました。

### 日光市湯西川での自粛生活、 SOSをキャッチする

2020年、日光市の雪深い地域、湯西川診療所に勤務することになりました。湯西川は知る人ぞ知る秘湯で、人口370人ほど、子どもはほとんどおらず、小児科医としての仕事はほぼありませんでした。極寒の冬には医師住宅のシャワーを凍結させてしまい、診療終わりは毎日のように地域の温泉に入り、患者さんと裸の付き合いをしていました。当時、新型コロナウイルス感染症の流行で世界が一変した中、私自身は鹿や熊に囲まれながら、自然に自粛生活のように過ごしていました。一方で社会は、閉鎖された生活の中で家庭の孤立がさらに深まり、虐待や思春期の自死が増加していました。この社会状況の中、SOSをキャッチする仕組みを具現化させるため、学生時代のボランティア仲間と声をかけ、NPO法人そらいろコアを立ち上げました。栃木県内を対象に、“妊娠、出産、子育てのあらゆる困った”を受け止める無料LINE相談窓口(年中無休、24時間受付)をスタートしました。ありがたいことに、関わりのあった助産師さんや保育士さん、社会福祉士さんなどが相談員として参加してくださり、栃木40期の木佐美

祥先生、山口41期の江副(向山)一花先生も産婦人科医や家庭医の視点で協力してくださいました。誰にも言えず、「妊娠したかもしれない」という学生からの相談や、育児に余裕がなく「子どもを可愛いと思えない」など、毎日多くの相談が寄せられています。未受診妊婦や飛び込み分娩、不適切な養育に至る前に、声なきSOSを受け止めることができている！と感じられたとき、皆さんへの感謝の気持ちでいっぱいになります。

### どんな空の色をみても、 地域に子どもたちの居場所を作る

もう一人、小児科医として働く中で、中学生の男の子との出会いがありました。彼は穏やかで優しい子でしたが、複雑な家庭環境の中で多くの兄弟の世話を取られ、どこにも居場所がないと外来で訴えました。入院で安全確保をしながら地域行政と話し合いを重ねましたが、どこにも彼にとって安全な居場所を見つけることができませんでした。地域に、家庭以外に安全で安心と思える居場所を作りたいと、2021年に栃木県真岡市に子どもと親の居場所、子ども食堂を作りました。過酷な環境を生き延びた子どもたちが、大人になって自分たちが子育てをする状況となったとき、うまく養育でき

ないのは彼ら彼女らの責任ではないと感じます。少なくとも彼らが子ども時代を子どもとして安全に安心して過ごせるような居場所を作り、さらには連続した関わりの中で子育てをする段階まで伴走することで、不適切な養育の連鎖を自分たちの世代でストップしたいというのが私たちのミッションです。

ありがたいことに、今年度は「とちぎ次世代の力大賞」をいただくこともできました。少し一般的にイメージする地域医療とは離れているかもしれませんが、先日、静岡17期の石川由紀

子先生に、「これは地域医療だ」とのお言葉をいただいたことに勇気づけられ、今回コアラの活動について書きました。病院や診察室から一歩外に出て、白衣も脱いで、(さらに)、地域に飛び出していくことは地域医療、湯西川で学んだことです。子どもたちが、どんな空の色を見て育ってきたとしても、コアラのポケットのような安心した居場所を見つけられるといいな。さまざまな子育ての困難が家庭内で閉じ込められることなく、社会全体で受け止められるといいな。医学生時代から、義務年限終了までの15年間、私が考えた地域医療です。

#### 増田卓哉 (ますだ たくや)先生 プロフィール

2015年自治医科大学卒業。自治医科大学附属病院、芳賀赤十字病院小児科、とちぎ子ども医療センター小児科、日光市立湯西川診療所(所長として)、栃木県医師会塩原温泉病院などに勤務し、2023年から栃木県立リハビリテーションセンター小児科に着任し、現在に至る。

特定非営利活動法人そらいろコアラ共同代表理事「妊娠、出産、子育て、医療の気づきを支援に繋げる」  
“共感してくださった方、右のQRコードからサポーター会員登録、SNSフォロー等いただけると嬉しいです。”





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

へき地の  
健康づくり

健康  
危機管理

疫学

保健  
福祉  
行政

ヘルス  
プロモーション

市民協働



地域医療・  
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

## 地域医療・公衆衛生ねっと

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

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

登録数 約1600人  
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

### ★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス  
関連の情報も  
入手できます！

### 【メールで届く情報】

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

### 地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

## 特定ケア看護師(NDC)の活動がもたらす 院内全体の医療の質向上

伊東市民病院 看護部長 鈴木和美

### 伊東市民病院にNDCが誕生

2014年6月「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」により「保健師助産師看護師法」(昭和23年法律第203号)の一部が改正され、2015年10月から看護師の特定行為の明確化と手順書による研修の創設が施行されました。地域医療振興協会においても、施行と同時にJADECOM-NDC研修センターが開校しました。

2015年6月、JADECOM-NDC研修センターより第1期生の募集通知がありました。新しい制度で具体的な働き方が明確になっていない中、院内から2名の応募者がありました。看護師としての力、部内外とのコミュニケーション力、本人の意志を貫く力など審議した結果、2人とも病院推薦することになりました。

2017年4月、e-learning、臨床研修修了後、自施設での研修が開始となりました。彼らの入学時より、卒後の院内体制を整えるため「NDC研修委員会」を立ち上げ、マニュアルを作成し準備をすすめました。委員会開設当初は、研修を受けた看護師の裁量権拡大は、各職種半信半疑の状況で、活動方法や業務範囲の検討は非常に困難なものでした。また、自施設での研修方法は各施設に委ねられていましたので、とにかく院内職員にNDCを知ってもらうためにもローテーション研修をすることにしました。臨床研修が終わったばかりのNDCですので、知識や技術が十分備わっていたわけではありませんから2人は随分大変なことだったと思います。今考えても、1人



訪問診療にも同行(左: NDC 坂本真弓)

ではなく2人で本当によかったと思います。そして、卒後3年目からNDCは3人になり、彼らの誠実で柔軟性のある職務遂行は多くの職員から認められるようになり、徐々にNDCの確固たる立場を確立していきました。

### 当院を取り巻く地域の状況

伊東市民病院(以下、当院)は、静岡県伊豆半島、東海岸に位置する人口6万8千人の伊東市にあり、救急を中心とした急性期疾患の治療と地域医療支援病院としての役割を担っています。伊東市は、高齢化率43.8%、3万の世帯数に対して、高齢単身世帯が20.3%、高齢夫婦世帯が19%と、こちらも合わせると4割に近い状況で、入院患者の平均年齢は81歳です。入院治療が終わっても社会的に多くの課題を抱える高齢者が多く、在宅での療養生活指導や退院調整困難症例が増加しています。



当院のNDC 左から進士勇介, 小川法之, 坂本真弓

## NDCの活動

当院には, JADECOSM-NDC研修センターの1期生が3人在籍しています. 所属は看護部ですが, 院内ローテーション研修を終えた2019年から, 外科・整形・脳外チームに1人, 内科チームで2人勤務しています. 外科系のNDCは, 医師が手術や検査・処置, 外来など, 不在になる病棟の管理, 内科系のNDCは, 患者数が多いため, 医師と共に病棟の管理, 検査・処置に関わっています. 特定行為は, チームの患者に発生した場合に実施していますが, 医師が一人の診療科については, 患者対応や処置等に携わることもあります. その他, 総合診療部と連携して在宅診療に関わり, オンコール対応も実施しています.

外科系, 内科系問わず, 彼らは, 看護師として繊細な感性で, 高齢入院患者の抱える複雑な問題に気づき, 援助が必要な人に対して, 異なる専門性を持つ人たちがより効果的な援助活動を行えるよう, 各方面へコンサルテーションし院内をつないでいます. 毎日医師と行動を共にすることで, 看護師の視点を持ちながら医師の考え方が想像できるようになり, 患者や家族, 看護師, コメディカルへの架け橋という役割を果たすことができます. 患者や家族が受ける恩恵だけでなく, 病院として, 医療の質, 安全の上でも大きな意味を成しています. その過程において, 3人が別々の科で勤務する体制は, 診療科

をまたいでNDC同士が相談できるということもあり大きなメリットになっています.

## 課題と今後の展望

ますます医療が高度化, 細分化し, 各職種の専門性が進んでいく中で, 治療方針や治療内容を熟知しているNDCは, 看護師としての生活を見る視点を持っているため, 患者のセルフケア行動の維持・向上への支援を一体的に行うことができます. そして, 複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で, 専門職の架け橋となるNDCの役割は一層重要性を増していくことでしょう.

現在, 院内看護部教育研修やOJTへの参画, 専門・認定看護師とのつながり等については不十分な部分があると考えます. NDCの役割を考えると, コメディカルの研修への関与についても検討の余地が十分あるのではないかと思います.

高齢者におけるQOLとは「生命の質」「生活の質」などと訳され, 「よりよく生きる」「その人らしく充実した生活を送る」という意味で用いられています. 当院のような, 少子高齢化率の進んだ地域の急性期病院に在籍するNDCの活動は, 医師の診る視点, 看護師の見る視点を持つ, その役割発揮が住民の健康寿命の延伸に寄与できると思います. NDCという新しい専門職の活動について, ますますの躍進を期待しています.

2023.10.18

### 「地域支援大賞」を受賞しました

東京北医療センター所属で「地域医療のススメ」プログラムに参加している専攻医4年目の井上知紀です。元気にはしていますか。10月7日に「地域支援大賞」を受賞しました。離島・へき地等での勤務・支援において特に功労があった功績に対して表彰をしていただきました。



「突然の受賞で狐につままれた気持ちです。神津島診療所、日光市民病院へ支援に行きました。神津島は研修医の時に大島医療センターへ行ったので2回目の離島診療所でした。某国から島にミサイルが撃ち込まれるとのことで警報が島中に鳴り響き、当時の所長と島で天命を待ったことを昨日のことに思い出します。そんな中、日光市民病院への支援の案内が届きました。救急車と同じように「断らない」がモットーであり、ぜひ支援をさせてほしいと返事をしました。それぞれの診療所、病院を旅立つとき贈り物をいただきました。葛酒と神津島スクラブです。日光市民病院の久保田病院長からいただいた葛酒は断酒中のため飲めず、神津島スクラブはまだ着ていません。私がこの地域に来て何ができたのか、何を残せたのか、支援の意味をこれからも考え、分かったときにこのスクラブを着ることができると思います」。上記のように受賞スピーチをしました。今振り返ると支援の意味が分かることはあるのか、難しいことを言ってしまったと反省しています。

#### プロフィール

2018年3月 高知大学卒業

2018年4月～2020年3月 東京医科大学病院初期研修

2020年4月～「地域医療のススメ」東京北医療センター専攻医

神津島は自治医科大学卒東京卒の若き所長と2人で診療をしました。医師がそれぞれ離島するとき代診医を立てる必要があり、たくさんの方の医師が来島します。そして島を離れるとき思い出の写真と共に、島での生活を振り返る代診ノートを書いて旅立ちます。医学生、研修医、スタッフ、1年以上島の医療を支えてくれた先生など数多くのコメントが数冊に渡り残っています。落ち込んで元気がなくなったときや寂しくなったとき、私はよくこのノートを開いていました。島で貝拾いをした思い出、島で虫が出て慌てふためいた思い



「地域支援大賞」授賞式  
某国からのミサイルの件で想定した以上に会場が静寂だったことだけは覚えています

出、何度も支援に来てくれて「また来ます！」と熱い気持ちを記す先生、当時のスタッフと楽しそうに一緒に映る写真を見てパワーをもらっていました。数ヶ月の離島医療で診療所には入院ベッドはなく、入院適応ひとつでも頭を悩ます日々で、私でなかったらもっと良い判断や医療が提供できたのではないかと自問していました。きっと写真の笑顔の中には私と同じく悩んだ先生もいらっやっったかもしれない思いを馳せ、また明日頑張ってみようと自身を鼓舞していました。毎月毎年診療医が目まぐるしく変わる診療所、島の生活を守るチームの一員となれたことを誇りに思います。私も一筆したため島を発ちました。研修医の時、大島医療センターで同じようなノートを書いたことがあります。その時何を学び書き残したのか……。まるでタイムカプセルのようにその島に行かなければ会うことのできない過去の自分の記憶です。

支援に行き何を残せたか。これから来島する医師や支援に来てくれた仲間たちへのエール。未熟な自分の記憶と成長への課題。「先生に会えてよかった」「またいつか一緒に働きましょう」と言ってくれたのは患者さんとその家族、そしてスタッフです。私はスタッフに「スクラブは島に帰ってくる祈りになる」と伝え、1年間の神津島勤務を終えた所長（彼はいつも初期研修医スクラブを着ていました）に、神津島スクラブをプレゼントとして贈ってほしいとお願いしました。

私もこの日記を書き終え、私に贈られてきた神津島スクラブに手を通します。



神津島スクラブ  
送り先を間違えたのでしょうか

## 高校の進路指導教員向け大学説明会が開催されました……………

高校の進路指導教員大学説明会は、本学に入学実績のある高等学校等で進路指導を担当している教員の方々に、本学を直接観ていただき、本学における医学教育、入試制度等をご理解いただくとともに、本学の学生として相応しい志の高い優秀な学生に受験を薦めていただくことを目的に開催してまいりました。

今年度は、4年ぶりの対面での開催となり、8月8日(火)に開催されました。全国各地からご参加いただき、22都道府県から参加者総数は31名(内7名はWEB参加)でした。

まず、同日開催であったオープンキャンパスのプログラムに参加いただき、会場移動後に武藤弘行入試検討委員長から本学が望む学生像と選抜方法について、藤本茂教務委員長から医学部の教育内容について、三浦光一卒後副指導委員長から卒業後の義務年限等についての説明が行われました。

その後、希望者に関しては本学教員・在学生との座談会、教育研究棟や学生寮、記念棟13F・シミュレーションセンターの施設見学を行いました。

参加者からは、「大学の特色がよく分かった」、「実地開催に参加でき、学生に勧めていきたい」といった声をいただきました。

また、WEB開催につきましては、昨年度に引き続き、特設サイトの公開とオンライン説明会を実施しました。

通年公開しております特設サイトは9月25日にリニューアルを行い、入試、教育、卒後関連の説明や募集要項の説明動画をはじめ、写真や360°カメラを使用したキャンパス紹介やQ&Aコーナー等のコンテンツを公開しました。

9月25日(月)にはオンライン説明会を実施し、全国各地からご参加いただき、14都道府県から参加者総数は15名でした。オンラインではございましたが、本学教員と高校教員の皆様による進路指導等に関する意見交換が行われ、本学を理解していただく有意義な説明会となりました。

報告  
各種お知らせ  
求人

セミナー

## 第19回 若手医師のための家庭医療学冬期セミナー

“若手医師のための家庭医療学冬期セミナー(通称：冬セミ)”は、若手医師による若手医師のためのセミナーとして始まり、家庭医療、総合診療、プライマリ・ケアに関わる多くの方々にご参加いただいております。

今回のテーマは「Soshin Juke Box ～騒ぎ繋がる場所～」です。第19回とかけた題名にできないかと考え、和名の“ジュウク”からjukeを連想し、全国の総合診療の専攻医が楽しめる場所になるという願いを込めて考えました。そんな場所が作れるよう尽力したいと思います。

今年度の冬セミも、さまざまな年次や環境にある同志と結びつき共に学ぶ、かけがえのない機会とできるよう、魅力的なプログラムを準備して参ります。

皆様のご参加をスタッフ一同、心よりお待ちしております。

**目的** 総合的な医療を目指す専攻医以上の医師が家庭医療・総合診療・プライマリ・ケアについて知識やスキルを習得し、仲間と交流と結束を深めることを目指しております。

**内容** 全体講演、特別企画、ワークショップ、キャリア支援などを予定。  
セミナーの趣旨にしたがって、参加した皆様それぞれに素晴らしい学びと出会いがあるよう企画しております。

### ホームページ

Facebookページ：<https://www.facebook.com/wakate.pc.seminar>

日本プライマリ・ケア連合学会：[https://www.primarycare-japan.com/assoc/seminar/sm\\_index\\_w/](https://www.primarycare-japan.com/assoc/seminar/sm_index_w/)

**日時** 開催日：令和6年2月10日(土)～11日(日)

### オンデマンド配信：

令和6年2月10日(土)～3月31日(木)

### 開催形式・場所

国立京都国際会館(〒606-0001 京都市左京区岩倉大鷲町422番地)

4年ぶりに現地開催となります。

オンデマンド配信も行います。全体講演のみLIVE配信を行います。

**対象** 現地：総合的な医療を目指す専攻医(後期研修医)、若手医師および初期研修医

オンデマンド：上記および“総合診療/家庭医療に関心のある医師”

全体講演：上記に加えて、学生・医師以外の医療介護福祉職・他職種など

### 登録参加料

現在調整中です。ホームページなどご参照ください。

[https://www.primarycare-japan.com/assoc/seminar/sm\\_index\\_w/](https://www.primarycare-japan.com/assoc/seminar/sm_index_w/)

### 一般参加受付期間(予定)

令和5年12月上旬を予定しております。開始の際は改めて告知いたします。



## 募集

# 福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

### 特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

### 募集地域

福島12市町村

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

### 各種支援制度

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

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

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

### 問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

TEL 03-6328-0242 E-mail [asumi.shiota.c3t@cas.go.jp](mailto: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](mailto:kuwata@jichi.ac.jp)

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部  
感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

## 自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

### 問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科

教授 菅原 斉(北海道1985年卒)

連絡先：福地 貞彦(准教授・埼玉2000年卒) E-mail [chicco@jichi.ac.jp](mailto:chicco@jichi.ac.jp)

募集

## 日本医科大学 乳腺外科学講座 人材募集

日本医科大学 乳腺外科学講座(大学院)は2012年に開講され、臨床、教育、研究、社会貢献を目的に活動しています。教室員派遣施設として、付属病院乳腺科(文京区)、多摩永山病院乳腺科(多摩市)、武蔵小杉病院乳腺外科(神奈川県川崎市)、千葉北総病院乳腺科(千葉県印西市)があります。

現在、武蔵小杉病院および千葉北総病院での部長職および教授職のスタッフを募集しております。また、専攻医研修、専門医取得、学位取得、スタッフ勤務などのさまざまな目的を持つ人材も広く募集しております。

ぜひ、お気軽にお問い合わせください。

### 問い合わせ・連絡先

日本医科大学乳腺外科学講座

大学院教授 武井寛幸(群馬1986年卒)

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

E-mail [takei-hiroyuki@nms.ac.jp](mailto:takei-hiroyuki@nms.ac.jp) TEL 03-3822-2131 FAX 03-3815-3040

# ●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

## 地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育  
センター

## 生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)  
準会員……………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](https://www.jadecom.or.jp/members/shibu_henkou.html))に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

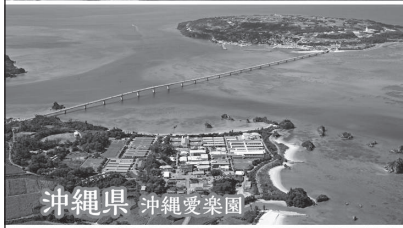
## 連絡先・書類送付先

---

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



沖縄県 宮古南静園



沖縄県 沖縄愛楽園



鹿児島県 奄美和光園



鹿児島県 星塚敬愛園



熊本県 菊池恵楓園



香川県 大島青松園



岡山県  
邑久光明園



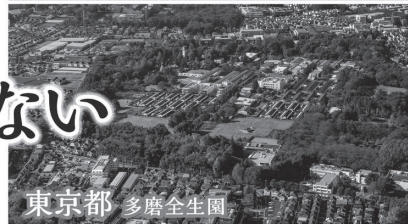
青森県 松丘保養園



宮城県 東北新生園



群馬県 栗生楽泉園



東京都 多磨全生園



静岡県 駿河療養所



岡山県 長島愛生園

# 国立ハンセン病療養所 医師募集

全国  
13ヶ所

## いま、ここにしかない 医療がある

プライマリケア主体で、勤務は概ね規則的です。  
ワークライフバランスの面など  
今までと違った医師としての新しい働き方を  
探することができる場です。

全国13ヶ所の国立ハンセン病療養所で  
あなたを待っている人たちがいます。

北は青森県から南は沖縄県宮古島まで、  
全国に13施設ある国立ハンセン病療養所。  
人生の大部分を療養所で過ごしてきた入所者の方々に寄り添い、  
文字通り全人的医療の提供をめざす仲間と共に、働いてみませんか。

厚生労働省 医政局医療経営支援課  
国立ハンセン病療養所対策室

詳細や見学希望などは、  
下記ホームページや募集  
パンフレットより、療養所  
各施設へ直接お問い合わせ  
ください。



国立ハンセン病療養所  
医師募集ホームページ

国立ハンセン病療養所の医師は  
特例により「兼業」が可能です。

令和5年4月から定年年齢を  
段階的に引き上げております。

国家公務員として  
安定した勤務が可能

大学等において研究等を  
しながらの勤務が可能



〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 tel 03-5253-1111 (内線2605・4412)

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HP  
 ※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  
 HP77 以： <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/shibosyu.html>



受付 2022.7.6

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 音更町緑ヶ丘1

連絡先：北海道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、とち帯広空港から約1時間の距離にあります。  
 当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。  
 地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。  
 病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。



受付 2022.6.16

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

診療科目：内科，外科，小児科，整形外科，耳鼻咽喉科，眼科，産婦人科，皮膚科，泌尿器科，精神科，リハビリテーション科

病床数：120床（稼働病床45床）  
 職員数：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

※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

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

お問い合わせ先

北海道道立病院局 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（北海道道立病院局ホームページ）をご参照ください。



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

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

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です。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います。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>

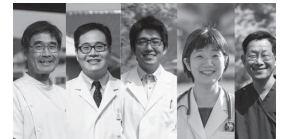
受付 2023.7.31

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「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**：事務部 事務長 尾崎

TEL 0869-84-2120 FAX 0869-84-3865

E-mail bzyoshinaga-hos@city.bizen.lg.jp

**特記事項**：当院は一般病床50床の中小病院ですが，外来は1日250人を超え，救急受入件数は令和3年度436件・4年度438件，外科・整形等手術件数は令和3年度191件（全麻137件）・4年度226件（全麻147件）と，救急医療，へき地医療，小児医療，健診・予防事業など地域に必要とされる病院として多くの役割を担っています。

また，3つの診療所を持ち，在宅医療，介護保険事業も積極的にを行い，国保直診の目指す地域包括ケアシステムの構築の促進を図っています。

<https://www.city.bizen.okayama.jp/soshiki/56/>

受付 2023.5.24

## 熊本県

### 球磨郡公立多良木病院

●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](http://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>

## 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>



## 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黒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>



## 各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

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

### 支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

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

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

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

## 6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

### 5)必要記載事項

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

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

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

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

### 6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

#### 文献表記例

##### 【雑誌】

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

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

##### 【書籍】

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

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

##### 【ウェブサイト】

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

#### 8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

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

#### 9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

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

#### 10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

##### 【著作権】

1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)は、公益社団法人地域医療振興協会に帰属する。

2) 当該協会は、当該論文等の全部または一部を、当協会ホームページ、当協会が認めたネットワーク媒体、その他の媒体において任意の言語で掲載、出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合、必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

##### 【転載・二次的利用について】

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

#### 11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

1) 掲載料金は無料とする。

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

3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

#### 12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

#### 13. 月刊地域医学編集室

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

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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



## 月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.37 No.1~No.12

## 2023年 年間総目次

月号(頁)

## 年頭のご挨拶

令和5年 新年のご挨拶	吉新通康	1(2)
-------------	------	------

## インタビュー

生活者である患者さん一人ひとりに添った医療を目指して へき地でこそ、最先端！	並木宏文	1(4)
若い頃に経験したさまざまな“点”が、今の自分につながっている！	仲田和正	2(192)
沖縄県の医療 - その現状と展望 -	山本博徳	3(284)
大同団結して総合診療専門医制度を確立していこう！	糸数 公	4(380)
市長となって、故郷の地域医療施策に取り組む	生坂政臣	5(464)
「寄り添う医療」と「地域との連携」を土台に、断らない在宅医療を実現。	都竹淳也	6(558)
自治医大にJADECOCOMの寄附講座誕生！	島崎亮司	7(602)
つながりを大事に、地域に向き合う人に対する総合医のような部門に、	菅野 武	8(716)
地域の病院としての役割を果たすために、	加藤正哉	9(816)
地域医療の魂をつなげていきたい	深瀬 龍	10(966)
地域の人々の「生きる」を支援する	神野正博	11(1102)
総合診療医を育成し、留萌の地域医療を守る。	高橋文彦	12(1202)

## 特集

●特集 地域で小児の感染症を診る		
エディトリアル	宮本朋幸	1(16)
溶連菌感染症	佐藤厚夫	1(17)
RSウイルス感染症	橋本浩一	1(22)
アデノウイルスおよびエンテロウイルスを中心とした夏風邪症候群	藤本嗣人	1(28)
マイコプラズマ感染症 - 薬剤耐性株, 検査, 治療の変遷 -	武井智昭	1(35)
インフルエンザ	高宮 光	1(39)
感染性胃腸炎 - ノロとロタ, 昔の名前を憶えていますか? -	佐々木暢彦	1(46)
インフルエンザ菌と肺炎球菌による感染症	岩田 敏	1(52)
●特集 日常診療シリーズ 耳鼻咽喉科編 へき地診療所で耳鼻喉を診る		
エディトリアル	杉田義博	2(202)
へき地診療所で耳鼻喉を診る時に気をつけること - Red Flagsと専門医紹介のタイミングについての概論 -	伊藤真人	2(203)
日常診療でよくみる症候への対応	藤澤嘉郎	2(210)
日常診療で見逃してはならない兆候: 主に診断	菊池 恒	2(216)
日常診療で見逃してはならない兆候: 救急外来	西野 宏	2(220)
へき地診療所における小児耳鼻咽喉科疾患への対応 - 小児で注意する疾患・症候 -	中村謙一	2(225)
高齢者で注意する疾患・症候	金澤丈治	2(231)

●特集 嘱託産業医として心得ておくべき最近のトピックス

エディトリアル	山田誠史	3(294)
産業医の要件と職務	堤 明純	3(295)
働き方改革関連法を含む最近の労働安全衛生に関連した法改正の動向	吉川 徹	3(301)
治療と仕事の両立支援における産業医の役割	江口 尚	3(308)
職場における新型コロナウイルスをはじめとする感染症予防対策の重要性	宮本俊明	3(313)
中小企業における産業医活動の実際	今井鉄平	3(320)
産業医活動と包括ケア	川原田 恒	3(326)

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

エディトリアル	伊藤雄二	4(390)
総論 - これまでの性教育とこれからの性教育 -	北村邦夫	4(391)
子どもの性教育	遠見才希子	4(398)
家庭医が関わるジェンダー教育と性教育(理論と実践)	坂井雄貴	4(403)
高齢者への包括的性教育	甲斐いづみ・高村一紘	4(409)
社会的に困難な状況にある女性へのプライマリ・ケア - トラウマインフォームドケアと包括的性教育 -	池田裕美枝	4(415)

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

エディトリアル	中村正和	5(474)
総論 - 地域医療と公衆衛生との連携・協働の重要性と展望 -	宇田英典	5(475)
感染症対策 - 新型コロナウイルス感染症を中心に -	内田勝彦	5(481)
災害時における保健・医療・福祉活動の連携	服部希世子	5(487)
地域医療のレジェンドの温故知新	高山佳洋	5(494)
フレイル対策	新開省二	5(501)
連携・協働で取り組む地域包括ケアシステムのPDCA	大江 浩	5(507)

●特集 岐阜県のへき地医療の現状と将来

エディトリアル	山田隆司	6(568)
総論 岐阜県のへき地医療	伊左次 悟	6(569)
南高山地域医療センターの取り組み	川尻宏昭	6(574)
県北西部地域医療センターの取り組み	後藤忠雄	6(580)
揖斐郡北西部地域医療センターの取り組み	横田修一・西脇健太郎	6(585)
恵那市の取り組み	細江雅彦	6(592)
岐阜大学地域卒業生の現状と今後	牛越博昭	6(598)
初期研修医が年間40名集まる県北部へき地病院 - 神通川プロジェクトと里山ナース	黒木嘉人	6(606)

●特集 疾患今昔物語 - 循環器・呼吸器編 -

エディトリアル	野村 悠	7(612)
急性心不全の急性期評価における今昔物語 - クリニカルシナリオという概念 -	岩澤孝昌	7(613)
心不全治療の変遷 - HFrEF, HFpEFの概念が誕生するまで -	菅原養厚	7(623)
NOACと言っていたのにいつの間にかDOACが定着していました		
- ここ10年にわたる心房細動の抗凝固療法 -	梅本富士	7(628)
重症大動脈弁狭窄症を治すにはタビをしなさい	貝原俊樹	7(633)
大動脈瘤・大動脈解離の治療の変遷	安達秀雄・北田悠一郎	7(638)
COPDですか？ 気管支喘息ですか？ いいえ、ACO(エイコ)です	山沢英明	7(642)
気管支喘息：治療の歴史とその変遷	高崎俊和・坂東政司	7(648)



名称が変わった呼吸器疾患 -ニューモシスチス肺炎など-	南木伸基	7(653)
結核治療の移り変わり -外科治療から内科治療, そして再び外科治療へ-	松島秀和	7(657)
<b>●特集 漫然処方をする</b>		
エディトリアル	木下順二	8(726)
総論 漫然処方が生じる背景・当施設での取り組み	山崎真里	8(727)
その酸分泌抑制薬は本当に必要か	皆川祐亮	8(734)
めまいに処方されている薬剤の必然性は?	森 玄・原田 拓	8(738)
自律神経系をゆさぶる薬たち	藏田康秀	8(743)
薬剤に起因する電解質異常	仁部光貴	8(748)
下剤処方を考える	石渡啓真	8(753)
その痛み止め, いつまで続けるか?	坪谷綾子	8(759)
<b>●特集 地域医療実習・研修でなにを学ぶのか</b>		
エディトリアル	北村 聖	9(826)
総論 臨床研修制度の変革の歴史 -改革の目的はなんだったのか-	北村 聖	9(827)
地域医療研修について		
・臨床研修における地域医療研修について	木下順二	9(832)
・地域医療を学ぶ -高知で起きていること-	倉本 秋・西 満子・他	9(837)
・JADECOMの初期臨床研修・地域医療研修	井上陽介	9(844)
実際に学ぶこと		
・初診一般外来を学ぶ	船越 樹	9(848)
・地域を巻き込んだ多職種連携(IPW)を学ぶ	高木史江	9(855)
・在宅医療・終末期医療とACP・リビングウィルを学ぶ	金子 稔	9(861)
・介護を学ぶ	横田修一	9(867)
・プロフェッショナルリズムを学ぶ	吉村 学	9(874)
・文化人類学的医療を学ぶ	宮地純一郎・錦織 宏	9(879)
研修評価		
・研修医の評価とフィードバック -360度評価について-	廣田俊夫	9(885)
・EPOCを用いた研修評価について	高橋 誠	9(892)
<b>●特集 第16回へき地・地域医療学会</b>		
会長兼理事長講演 JADECOM2023概況報告	吉新通康	10(977)
大会長講演 へき地医療が教えてくれた～自分史とへき地医療の歴史～	武田以知郎	10(979)
招聘講演 グローバルヘルスからみる地域医療の新しい景色	國井 修	10(983)
メインシンポジウム		
・地域医療の過去と未来 ～さあ行こう, 新しい景色へ～	武田以知郎	10(988)
・わたしのワークライフバランスへの取り組み -離島医療と大学での経験から-	白石裕子	10(990)
・プロフェッショナルとしての自分を育てる ～つなげる, つながること～	菅野 武	10(992)
・総合診療の“見える化”で地域医療/へき地医療を支える	天野雅之	10(994)
若手医師と学生が本音と夢を語る		10(998)
高久賞 候補演題「私の地域医療」		10(1001)
わが町の在宅医療の課題と展望 ～湖北から全国に発信～		10(1009)
地域における救急医療のスペシャリストに聞く		10(1018)
事例で学ぶおもしろいコミュニティケア ～その本質を探る～		10(1023)
おもしろいで !! 地域医療 !!		10(1032)

今この時代だからこそ地域医療と公衆衛生	10(1038)
都市部の地域医療	10(1045)

●特集 連携を考える

エディトリアル	田中 拓	11(1112)
地域での生活を支える	花戸貴司	11(1113)
ゆけむり医療ネット	田能村祐一・岡田豊和・他	11(1119)
「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	11(1127)
ポストコロナにおける保健所の役割	永井仁美	11(1133)
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	11(1140)
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	11(1145)
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	11(1150)

●特集 発達障害を地域で診る

エディトリアル	宮本朋幸	12(1212)
総論 発達障害とは - 発達障害者支援法, 厚生労働省における発達障害者支援施策からの概観 -	加藤永歳	12(1213)
自閉スペクトラム症	庄 紀子	12(1219)
注意欠如・多動症	山下裕史朗	12(1225)
限局性学習症(学習障害)	岡 牧郎	12(1230)
プライマリ・ケアにおける対応法	本田真美	12(1236)
発達障害の支援体制: 児童精神科の待機問題	杉山登志郎	12(1241)
科学技術を用いた発達障害支援の試み	熊崎博一	12(1248)

原著 第34回地域保健医療に関する研究助成賞報告論文

ソーシャルキャピタルとしての社会参加・社会的連帯・互酬性と主観的健康感および客観的健康状態の関連: 滋賀県長浜市西浅井町の住民を対象にした質問紙調査	久田祥雄・杉岡 隆・他	7(662)
---	-------------	--------

原著

東京北医療センターにおける新型コロナウイルスワクチン調製業務体制の構築と評価 - 薬局薬剤師向けアンケート調査からみた考察 -	山田航輔・野呂竜太郎・他	2(238)
地域の診療所外来における高齢者のポリファーマシーと転倒の関連性	田中 航・弘田義人・他	4(420)
組織球性壊死性リンパ節炎小児入院症例の検討	石井瑤子・山口明日香・他	6(612)
COVID-19流行初期の都内二次救急病院における救急外来受診パターンの変化	福田詩織・西村正大・他	9(898)

症例

マイクロバブル発生装置付き浴槽使用による急性過敏性肺炎	小林聡幸・山之内義尚・他	7(673)
Smart Eye Cameraを用いた遠隔診療が有用であった角膜潰瘍の一例	中山慎太郎・須藤篤史・他	9(904)

活動報告

自治医科大学卒業医師を対象にした『義務年限内の専門医資格取得』についてのアンケート調査	佐藤新平	3(332)
台東区立台東病院の認知症カフェにおける参加者の特徴と実施内容	野本潤矢・亀井将太・他	8(764)

研究レポート

地域医療をになう病院におけるマネジメント・システムについての調査	梅屋 崇・荒井 耕	10(1054)
----------------------------------	-----------	----------

## L e t ' s T r y 医療安全

第111回 “携帯電話の使用”に関わる“転倒・転落”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	1 (60)
第112回 “情報共有不足”に関わる事例発生を未然防止する！		
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -	石川雅彦	2 (248)
第113回 “口頭指示の認識の違い”に関わる事例発生を未然防止する！		
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -	石川雅彦	3 (342)
第114回 “輸血における患者間違い”に関わる事例発生を未然防止する！		
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -	石川雅彦	4 (426)
第115回 “マニュアルの不遵守”に関わる事例発生を未然防止する！		
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -	石川雅彦	5 (516)
第116回 “離床センサーの使用”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	6 (618)
第117回 “コンセントの容量を超えた医療機器などの接続”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	7 (680)
第118回 “ダブルチェック”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	8 (770)
第119回 “個人情報管理”に関わる事例発生を未然防止する！		
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -	石川雅彦	9 (910)
第120回 “研修医のルール遵守”に関わる事例発生を未然防止する！		
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -	石川雅彦	10 (1060)
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	11 (1156)
第122回 “同意書の不備”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	12 (1254)

## ちよつと画像でC o f f e e B r e a k

胸部X線画像診断㉗	牧田幸三	2 (257)
胸部X線画像クイズ	林 貴菜	3 (355)
胸部X線画像診断㉘	牧田幸三	5 (525)
胸部X線画像診断クイズ	林 貴菜	6 (627)
よろずX線画像診断①	牧田幸三	8 (780)
よろずX線画像診断②	林 貴菜	9 (919)
よろずX線画像診断③	林 貴菜	11 (1165)
よろずX線画像診断④	牧田幸三	12 (1265)

## Z o o m I n

伊東市民病院		6 (630)
介護老人保健施設あやがわ		11 (1168)

## R E P O R T

第14回 JADECOM学術大会		1 (68)
第31回日本健康教育学会学術大会		11 (1172)

## 報 告

自治医科大学医学部37期生 地域医療事例研究会 ～Okurairi case discovery (OCD)～	菅谷 涼	3 (352)
中国ブロック福祉と医療を語る会 第6回 研修会報告		6 (634)

## J A D E C O M 生涯教育 e - L e a r n i n g 紹介

ゼロから始めた骨軟部腫瘍診療と研究 ～当センターにおける骨軟部腫瘍11年の軌跡～		1(165)
急性大動脈解離の基礎と臨床 前編		5(529)
急性大動脈解離の基礎と臨床 後編		6(633)
抗CD52抗体(アレムツズマブ)を用いたハプロ移植		7(689)
急性心筋梗塞診療のTips		8(785)
ゲノム研究から学ぶ身近な日常 前編・後編		9(918)
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～		11(1171)
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		12(1264)

## 離島交換日記

戻りつつある日常	濱平秀代	1(166)
医師9年目で初めての経験	池上雄亮	2(260)
施設内感染の制御	濱平秀代	3(358)
直島での一期一会	池上雄亮	4(436)
地域医療とは	濱平秀代	5(530)

## 全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

北海道 私の地域医療	中山龍一	7(690)
青森県 院長先生ですか? はい, こんなんですが院長なんです ～やりたいことをやってたら楽しかったぜ! そんな10年～	安齋 遥	8(786)
秋田県 卒後23年, 人生勉強継続中	秋元正年	9(922)
宮城県 「関係人口」の一員として, 義務年限を楽しく過ごす ～元プログラマー 内科医・たきいの今～	滝井孝英	9(924)
山形県 へき地診療所に新しい風を	矢萩 舜	10(1068)
岩手県 第二の故郷にて	高橋成明	10(1070)
群馬県 へき地って良いよね?	平山恭平	11(1178)
栃木県 妊娠, 出産, 子育てのSOSをキャッチする! ～NPOを立ち上げ, 地域にコアラのポケットのような居場所をつくる～	増田卓哉	12(1268)

## J A D E C O M アカデミ - N P ・ N D C 研修センター

### 特定ケア看護師の挑戦

横須賀市立市民病院での活動	菱沼民子	1(168)
特定ケア看護師として働くということ	内藤貴基	2(262)
JADECOM全ての施設にNDCの力を届けたい!	鈴木靖子	3(360)
少しづつ	青木純子	4(438)
病院と在宅をつなぐ特定ケア看護師の責任 -在宅NPPV導入の患者とのかかわりを通して-	石橋侑香	5(532)
特定ケア看護師を目指した二つの理由	田畑亜希	6(636)
今できることを少しづつ	中村明日美	7(692)
特定ケア看護師の活躍がもたらす人材活用と期待したい看護への相乗効果	渡井 恵	8(790)
特定行為研修了看護師の活動の基盤づくりと高齢者看護の質向上 -病院・施設管理者としての立場から	中野博美	9(930)
特定ケア看護師が組織にもたらす効果と看護師の新たなキャリアデザイン	伊藤佳子	10(1072)
特定ケア看護師の活躍の場を	平賀京子	11(1180)
特定ケア看護師(NDC)の活動がもたらす院内全体の医療の質向上	鈴木和美	12(1272)

## 研修医日記

専攻医	松尾亮平	1(170)
「いい塩梅」なワークライフバランス	戸田智也	2(264)
マイペースに一歩一歩	福住美早樹	3(362)
全国各地を回った1年間	吉村 翼	4(440)
なんで私が東京北医療センターに!?	内木場香美	5(534)
トウキョーでの総合診療研修	山路修平	6(638)
専攻医4年目になりました	森田貴英	7(694)
郊外と都会, 両方の地域医療を経験して	野澤祥吾	8(792)
後期研修が始まって	安原千晴	9(932)
これまでを振り返って	徳田紋華	10(1074)
市立奈良病院での研修生活	小城拳士郎	11(1182)
「地域支援大賞」を受賞しました	井上知紀	12(1274)

## 自治医大NOW

川合病院長ならびに西野教授がモンゴル国立医科大学を訪問／第13回自治医科大学顧問指導・ 学外卒後指導委員合同会議開催／地域医療フォーラム2022開催／第49回自治医科大学慰霊祭執行／ 医学部公式Instagram・YouTube開始／研究生の受け入れについて／ 後期研修・短期実習研修の受け入れについて	1(172)
令和4年度都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議が開催／ 医学部WEBオープンキャンパスが開催	2(266)
「自治医科大学将来ビジョン2060」を策定	4(442)
評議員会・理事会を開催／自治医科大学卒業式挙行	5(536)
自治医科大学入学式挙行／第117回 医師国家試験結果	6(640)
自治医科大学高校生小論文・スピーチ動画コンテスト 地域医療体験プログラム開催	7(696)
理事会・評議員会開催／令和6年度大学院入学試験の実施について／スチューデントドクター認定証授与式 ならびにBSL学生最優秀賞・BSL学生優秀賞表彰式挙行／伊東紘一名誉教授が瑞宝小綬章を受章	8(794)
令和5年度 都道府県自治医科大学主管課長会議開催／令和5年度 第1回看護学部オープンキャンパス・ 高等学校進路指導担当教諭への進学説明会開催／各講座等における義務年限終了卒業生の令和6年度 採用計画について	9(934)
令和6年度医学部・看護学部入試日程等決定／令和5年度 学長・学生懇談会開催	10(1077)
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」開催	11(1184)
高校の進路指導教員向け大学説明会が開催	12(1276)

## 報告

第16回 地域医療貢献奨励賞 受賞者決定	4(448)
令和4年度 第2回地方支部長・都道府県支部長・施設責任者合同会議 開催	5(540)
有田市立病院 祝う会	8(800)
理事会・総会レポート	9(938)
第36回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定	10(1084)
六合診療所 開所式	10(1085)

## 「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)

---

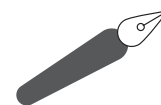
## 編集後記

今月のインタビューは留萌市立病院の高橋文彦先生です。焼尻島の診療所取材した帰り、羽幌病院から鯉御殿などを見て、日本海に沿って南下し、留萌市立病院を見たとき、巨大な病院に思え、「大都会に来たなあ」と思ったことを思い出します。

特集は「発達障害を地域で診る」です。そもそも発達障害は病気なのか？悩むことがあります。最近では小児だけでなく、成人期の自閉スペクトラム症やADHDの人に対する支援について話題になることも多いです。さらに、医師をはじめとして医療従事者の発達障害者に対する支援も重要と思われます。どこの職場でも、いろいろな形での摩擦があり、うまく支援することができれば労働環境がより良くなると思われる事例を経験されているのではないのでしょうか。また、近年は当事者研究や当事者の「カモフラージュ」なども話題になり、社会的にも大きな課題と考え、今月の特集は興味深い内容になっています。発達障害者を地域で支援するという姿勢が読者の皆さんに伝われば嬉しいと思います。

ところで、みなさんは「月刊地域医学」をどのように保存していますか？実は、J-STAGEというプラットフォームを借りて、もうすぐ、オンラインで読めるようになり、紙媒体での保存の必要がなくなります。現在は今年の第36巻4号から8号までです(<https://www.jstage.jst.go.jp/browse/chiikiigaku/list/-char/ja>)。将来的には電子データのある第32巻あたりからすべてオンラインで読めるようになる予定と聞いています。また、ついでにご紹介すると、和文雑誌の検索には医学中央雑誌の「医中誌WEB」がオススメです。地域医療振興協会の施設からは契約がされているので、非常に簡単にアクセスできます。なにか臨床上で困ったり、疑問に思ったら、まずは「医中誌WEB」で検索してみてください。文献によっては、検索結果から論文全文を読むことができるものもあります。英文の文献検索はどうも敷居が高いと敬遠されていた方にも朗報があります。最近翻訳ソフトが良くなり、あっという間にそこそこの日本語にしてくれるので「PubMed」や「UpToDate」を気軽に試して見ましょう。翻訳ソフトは「DeepL」がオススメです。ついでに、AIは「ChatGPT」や「Bard」がオススメです。怖がらずに、また、面倒がらずに一度試してみてください。そのうえで、生成AIの適正な使い方の議論に参加してきていただきたいと思います。

北村 聖



月刊地域医学 第37巻第12号(通巻446号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年12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

# 地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

*Mission for Tomorrow*



9784909117786



1923047006004

ISBN978-4-909117-78-6  
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)