

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

1  
2024  
Vol.38-No.1

【特集】

## 日常診療シリーズ 皮膚科編 へき地診療所で皮膚を診る

[企画] 小宮根真弓 自治医科大学皮膚科学 教授

杉田義博 日光市民病院 管理者

●インタビュー

### 「2024年を迎えて」

吉新通康 公益社団法人地域医療振興協会 理事長

会員向け

# JADECOM 生涯教育 e-Learning



## 会員向けのContents



生涯教育センター長  
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。

## 「私の地域医療」

前編 12月1日配信 ▶

「第16回へき地・地域医療学会」(2023年6月24日開催)において、高久賞候補演題として発表された9名の先生方の「私の地域医療」。前編・中編・後編の3回にわたってe-learningのコンテンツとして配信します。それぞれの先生の義務年限中の地域での医療活動や業績をぜひご視聴ください。

### 地域で産み、育てながら働く

堤 龍子先生 (熊本県 38期)  
上天草総合病院

妊娠～出産～育児での問題点(私の場合)

- 熊本県人会では、女性医師の産休が数年なく、代診についての制度がなかった。
- 義務内派遣医師で代診を希望してくださった医師もいたが、病院間の協定などの問題で、実行につかなかった。
- 産休に入ってから2週間程度遅れて、週の数日のみ代診医の派遣があった。

地域医療振興協会の活動について

### Sustainableな地域医療を目指して ～医療経済の観点から～

矢萩 舜先生 (山形県 38期)  
大蔵村診療所



提言後の変化

- 2023/4月より下診を算定開始  
在宅科医学総合管理科(佐島管)4900点/月  
【佐島管は、単一診療科(診療科目)以外、在宅科診療科、産科診療科が算定可能。佐島管は、在宅科診療科、産科診療科が算定可能。】
- 施設入居障害者福祉管理料(施設費)12456点/月  
【佐島管は、単一診療科(診療科目)以外、在宅科診療科、産科診療科が算定可能。佐島管は、在宅科診療科、産科診療科が算定可能。】
- 対象患者の公費負担医療申請  
(後定費助成制度、重度心身障害者医療費助成制度)
- 地域勉強会への参加会の増加

### 「潮が干ったであさりかきに行かまい！」 生きがい溢れる健康の島・佐久島を つくろう！

酒井貴央先生 (愛知県 38期)  
西尾市佐久島診療所

離島相当サービス

- 先人真では介護保険サービスの提供が困難
- 「島のこはら」で「島の健康」
- 医師個人で「島のこはら」提供が困難
- 島に馴染んでいく必要不可欠な生活の生活者のニーズ

離島相当サービスとして  
佐久島専用の介護保険サービスが必要

離島相当  
訪問介護

島に馴染んでいく必要不可欠な生活の生活者のニーズ  
島に馴染んでいく必要不可欠な生活の生活者のニーズ

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



JADECOM

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

# 月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.1 (2024年)

## 目次

### 年頭のご挨拶

- 令和6年 新年のご挨拶／吉新通康 2

### インタビュー

- 2024年を迎えて／吉新通康 4

### 特集 日常診療シリーズ 皮膚科編 へき地診療所で皮膚を診る

- エディトリアル／大槻マミ太郎 12
- 総論 診療所のできる皮膚科診療と最新の皮膚科学／小宮根真弓 14
- 湿疹・皮膚炎／神谷浩二 19
- 水疱性疾患／中野尚美 23
- 角化症／杉原夏子 28
- 皮膚感染症／岡田寛文 33
- 高齢者の皮膚疾患・小児の皮膚疾患／佐藤篤子 38
- フットケア／村田 哲 43
- 悪性腫瘍／日置智之 47
- 基底細胞癌&良性腫瘍／角 総一郎 52
- へき地診療における皮膚科の重要性／田中美奈子 59

### 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123回 “対話力の発揮”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 64

### 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 後編 75

### 全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 福島県 地域で育ち、地域で働く／佐竹隼輔 76
- 埼玉県 診療所にだっているいろいろな経験がある！～医師4年目の葛藤～／柄村亮太 78

### JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 当院で初めての特定ケア看護師に期待を寄せて／鍋倉多恵 84

### 研修医日記

- ススメ！地域での成長と挑戦／梁 祐輔 86

### 自治医大NOW

- 第50回自治医科大学慰霊祭執行／「第14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2023」開催／研究生の受け入れについて／令和6年度後期研修・短期実習研修の  
受け入れについて 88

お知らせ ..... 92

求人病院紹介 ..... 99

投稿要領 ..... 106

編集後記 ..... 巻末

# 令和6年 新年のご挨拶

明けましておめでとうございます。公益社団法人地域医療振興協会38回目の元旦です。令和5年の1年、皆さまご苦勞様でした。恒例によりまして、新年の理事長挨拶を、昨年1年間を振り返りつつ、今後を展望してみましよう。

令和5年は、4月にみかんの産地で有名な和歌山県有田市で、有田市民病院の運営を指定管理者として開始しました。同病院はこれから新病院に移転改築する予定で、施設の設計や運営についてまさに検討中です。和歌山市にも近く、有田地域の拠点病院として活躍が期待されます。そして、10月には岐阜県で揖斐川町診療所の指定管理での運営が開始されました。旧揖斐厚生病院の移転に伴い、移転後の施設の譲渡を受け運営します。とてもきれいに改装されており、施設も大きく、今後、旧町村をまとめた新たな自治体としてさまざまな医療福祉事業が、展開されると思います。

JADECOMは、この両施設を入れると運営施設数が、26病院18老健を含む85となります。一昨年の、山口市徳地診療所、香川県綾川町介護老人保健施設あやがわも順調に推移しています。

総務省との共同事業である「地域医療の確保事業」も4年目を迎え、現在、調査提案中のものの他、いくつかの自治体から依頼があります。これまで4つの施設で重要な改善の提案ができたと考えています。この事業は、病院を持つ自治体の関心が高く、実際のところ個々の計画の調整や実現までには困難なものがありますが、今後もJADECOMの重要な事業として継続していきたいと思います。

令和5年度、施設運営で重大な問題が起きました。ダブルチェックを怠り、適切に現金の管理ができていないというコンプライアンス違反とでもいうべき初歩的なミスによる事例でした。協会に多い小さな施設で十分な人的資源のない、職員間の信頼で運営している施設での事故で、残念です。しかしながら、今後の戒めとなるよう、全社を挙げて事件の全貌を明らかにし、認識を新たにし再発のないようにしなければなりません。

さて、新型コロナウイルス感染症が5類に移行して、コロナによる大きな助成金は終了しました。この助成金による公益事業推進の資金を事業に有効に活用し、予想される患者減による収支対策、働き方改革での費用増対策などだけでなく、さらに公益事業の一層の充実のため既存施設の改善や改良をやっておかななくてはなりません。

施設で最も大きな動きがあるのは、移転新築中の横須賀市立うわまち病院でしょう。現在地から少し離れた新天地とも言える久里浜に移転します。全くこれまでの医療圏から離れる印象がありますが、横須賀の南部の基幹病院としてさらなる発展を期待しましょう。

公益社団法人地域医療振興協会 理事長

吉新通康



また、東京北医療センターの放射線治療施設と救急センターなどの施設改修、救急救命の指定を受けた東京ベイ・浦安市川医療センターの増床、救急部門の増改築の検討などが進んでいます。2年目を迎えて、練馬光が丘病院ではさらなる診療機能の強化に取り組んでいます。

事業拡大とともに収支が気になる場所ですが、稼働率の低下、看護師不足など日常の活動などが問われる問題があります。フリーキャッシュフローを低下させる問題をどのように解決するか、各協会施設の問題解決能力が問われると思います。

看護師養成については、従来の看護専門学校2校について一歩踏み込んだ計画を考えています。まず、横須賀市立うわまち病院の久里浜移転に伴い跡地の利用計画で、現在の市立看護専門学校から保健医療系の公立大学法人にしようという計画が進行しています。さいたまでは、久喜市にあった東京理科大学跡地に浦和から移転し、南埼玉郡市医師会久喜看護専門学校と統合し、定員を80に増やして、「さいたま看護専門学校」とする計画が進行中です。また、近年の高学歴志向の中、奈良、さいたまの看護専門学校を4年制の大学にする意見もありますが、これは大学設置という次元の違う、人材や資金が問われる許認可の世界ですので、慎重に関係者と協議をしていきたいと思っています。

看護師不足も深刻ですが、医師、介護士の不足も深刻です。短期の派遣は看護介護部などや派遣医師を何とか確保して小康状態ですが、エリアや施設単位にさらに全国をカバーする抜本的な仕組みを検討する必要があるのかもしれませんが、この点では、協会医師全員で取り組んでいただいています。その中でも木下順二、藤来靖士両理事や一期生の小柳孝太郎先生、志賀清悟先生に感謝申し上げます。

その他、自治医大の寄附講座(医療人キャリア開発講座)が始動開始。従来の米国3大学(オレゴン健康科学大、トーマス・ジェファーソン大、ハワイ大)の主要メンバーは一部変わりましたが、コロナ後再会することができ、必要な契約更改を結ぶことができました。寄附講座がコロナを超え活動を再開し始めました。これからいろいろ交流事業を進めていきましょう。

まだまだ、振り返りは続きますが、この辺で切り上げましょう。

最後になりますが、会員、職員、関係自治体の皆さま、そして、自治医大をはじめとする関係者の皆さま、新年も何卒ご支援ご鞭撻の程、よろしくお願い申し上げます。

# INTERVIEW

公益社団法人地域医療振興協会  
吉新通康 理事長



## 2024年を迎えて

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

### 自治医大卒業生の歩みを振り返る

山田隆司(聞き手) 今日「2024年を迎えて」ということで、地域医療振興協会の理事長である吉新通康先生に今後の展望を伺えればと思います。

吉新通康 地域医療振興協会は自治医科大学の同窓会から袂を分かって37年目になります。自治医大は1972年に47都道府県と自治省が協同して創設した大学ですが、おおむねその目的は達成できたのではないかと考えています。卒業生の95%は卒後9年間、出身県の地域医療を担うという義務を果たし、義務後も35%が出身県やへき地に残っています。全国のいろいろなところで地域医療のことが話題になると、そこには必ずと言っていいほど卒業生がいる。そういう意

味では自治医大の功績は大きいと思っています。

ただ、当時他大学は、ほとんどの卒業生が母校に残って、大学の医局講座制の中で専門医を目指していたわけですが、自治医大は、県立病院で研修をして県の人事で、その県の医療事情にに応じていくというのが通常の姿だったわけです。当初、地域に赴任する卒業生の研修システムが整っていなかった中、卒業生は大学から出身県に放り出された気がしました。でも長い目で見ると、初代中尾喜久学長や高久史磨前学長が意図したような形になってきているように思います。とはいえ、残念ながら大学の医局の強

い都道府県では、まだ医局人事と卒業生の動き方に齟齬があるようですが、徐々に解決していくことを期待しています。

大事なのは、中尾学長もよく言っておられたのですが、自治医大の卒業生が自分たちの医療の拠点を手に入れることと、もう一つは、しっかりとした教育を受けられるような仕組みづくりです。それは卒業生本人にとってはもちろんですが、一方で卒業生がいろいろな医療人に教育を提供できるかどうかというのがキーになるのではないかと、最近考えています。

協会としても、地域医療の定義や法人としてのミッションはずっと変わっていませんが、事業内容は少しずつ変わってきています。今後もへき地を支えるべく医療拠点を確保すること、そこから医師を派遣して地域の医療需要に細やかに対応できるようにすること、医師をはじめとした職員の教育に力を入れること、という3つの大きな柱をもっともっと強化していかなくてはいけないと思っています。

将来的に地域医療は生活支援型になっていきます。医療側から一方的にケアを提供するのではなく、地域の人と共に仕組みをつくり、生活の場として理想郷をつくっていくというのが国の地域包括ケアシステムの方針だと思うので、われわれもそれに向けて、地域こそ、へき地こそ、都市部に負けないケアシステムがあるということを目指していくのが、協会の今後の方向性だと考えています。

**山田** 先生の最初のお話にありましたが、他大学が従来の医局講座制の中で専門医を目指す中、自治医大卒業生は当初からローテーション研修を受けて地域に赴き、そこでそれぞれが地域ニーズに応えながら踏ん張って生き残ってきたように思います。一方で、協会という枠組みができたこ

とによって、拠点を確保したり、人材育成をしたりということができるようになったわけで、卒業生にとってはこれまでの経験を発展させるチャンスが広がってきたのだと思うのです。

**吉新** そうです。だから37年前に地域医療振興協会ができなかったら卒業生の行く末が定まらなかったわけで、みんな他大学の医局に取り込まれることになって終わったのではないかと思います。そうすると自治医大の実績、「今」の姿はなかったと思います。そうならないために、われわれ卒業生が自分たちで動いたわけですね。

**山田** 本当ですね。各県に分散して従来の医局の仕組みの中だけで生きるということになると、義務年限という9年間はまさしくハンディになり、各都道府県で都合よく使われるだけで終わってしまいかねない。へき地医療で培った力をその後も十分発揮することなく、自治医大の使命は中途半端になってしまったのではないかと思います。

**吉新** 言ってみれば、自治医大と同じように目的別大学として設立された防衛医大や産業医大がそうですね。でも自治医大は、地域の隅っこや離島へ行けばそこに志を同じくした卒業生が多く残って頑張っている。これは大したものだと思います。

**山田** 協会がここまで大きく成長できたのは、卒業生の地域での経験であり、言ってみれば個々の卒業生の力ですよね。それを思うと卒業生がもっと求心力を持って集まれば、さらなる地域医療の大改革になるのではないかと思います。

**吉新** このくらいがちょうどいいのかもしれないですよ。アクセルを踏めば音はするけれど、前には進んでいない。でも進んでいないように見えて実は少しずつ前に進んでいるんです。

**山田** 1期生も70歳くらいになるわけで、少しずつここまで来たわけですね。

**吉新** 一生懸命やって、前にビューッと勢いよく進んでいたら、今までに息切れしていたかもしれない。勢いはあるのだけど進まない。これが精いっぱいだった。音は100km/時で飛ばしているようだけど、前には2kmぐらいしか進んでいないという感じですね。でもそうしてきたことで、今持っているリソースが、姿かたちを変えて大変な財産になっているのだと思っています。しかも卒業生は全国にいて、同じようにいろいろなことを共有し、そして話ができる。すごいことですね。

**山田** いろいろなところで、例えば自治体病院で、卒業生が5～6人集まっているとか、大分のように卒業生が起こした民間病院を中心にネットワークができているとか、あるいは岩手県のように県立病院に卒業生がいて、県の中で大きな力を発揮できるようになっているとか…卒業生が各都道府県で、それぞれまとまって力になってきていますよね。

**吉新** だけど、まだそれぞれがバラバラで、全体としてつながったり、仕組みとしてはできていないのですね。

協会も本当はリソースを集中して、うまくできそうなところを選んでやれば効率がいいのだけれど、われわれは浪花節だから、困っていると聞くと何とかしようということになる。

だけど、協会に今これだけ多くの運営施設が

できたのは、その浪花節あってだと思っています。中には引き受けられど採算が取れなくて苦労したところもあるけれど、やっぱり続いてきたのはへき地医療の精神があるからだと思います。誰もがもう駄目だと思った公立病院や、労災病院、社会保険病院を磨いて、削って、使って、この組織をつくってきた。

**山田** ぎりぎりの状況で、誠実に、一生懸命やってきましたよね。

**吉新** そうです。地域に貢献しようという思いからです。それが他の人たちとは路線が違うんですね。無手勝流でなんでもやってきたところが。

11月から、旧揖斐厚生病院健診センター棟を譲り受けていびがわ診療所ができました。2年後にはそこに老健も併設されるわけですが、これまでのように、単に病院が老健に変わったのではなく、そこを地域の賑わいの中心にして、おじいちゃん、おばあちゃんが毎日通って来るような楽しいところにする。そういうことをやりたいですね。それがまさにこれからの地域包括ケアシステムだと思います。

**山田** ともすると病院や施設というと地域から隔絶されているような感じがありますが、もっとオープンにして、地域の交流の場として育てていくような。地域おこしにもつながりますよね。地域で長年頑張っている卒業生も多いし、協会でもそういった取り組みが活発になってきています。卒業生同士もっと情報共有できるといいと思います。



## 協会の方向性

**吉新** 協会は、国立病院の統廃合による委譲などで、東京近郊を中心に5つの大きな病院を運営するようになりました。救急車受け入れ年間5,000台を超えるような救急機能を果たしているところもあります。症例が多いということは、イコール研修の場として有用で、特に心臓外科や脳外科など、非常に高度な、ある程度の患者数がないと成立しないような診療科の研修の評判が良いと言われるようになってきました。医療に困っている地域の医療はもちろんですが、救急においても地域医療振興協会が一定の役割を果たせるような時代がくるのではないかと考えています。

**山田** 高度医療を提供する病院では専門医療に特化しているところが多いですが、都市部であっても地域の困っている部分に応えるとなると、やはり「救急」が重要ですね。今回のコロナ禍でも、協会は基幹病院を中心に積極的に感染者を受け入れ、地域のニーズに応えたと思います。

**吉新** 救急はパーティカルで、ホリゾンタルな診療科ですからね。

そういうこともあり、最近は各病院に研修医が多く集まるようになりました。ジュニア、シニア合わせて安定して260人前後の体制になっています。今海外への留学制度も展開していますが、若いうちになるべく米国の医師の資格を取れるような制度をつくりたいと思っています。グローバルな時代がすぐそこに来ていると思うので、そのときに協会がひと仕事できるように、若い人を積極的に米国に送って、米国のライセンスを取って帰ってきてもらうようにしたいですね。

**山田** 協会の研修制度で育った若い人たちの中で、



聞き手: 地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

協会の施設の管理者などに就く人が少しずつ増えてきているのも心強いなと思っています。

**吉新** また、現在協会の職員数は9,446名で(2023年1月1日現在)、そのうちナースが4,100名です。協会にとってナースの役割は非常に重要で、看護師さんは、現在NP、NDC、准看護師、保健師、助産師、さらには看護助手がいて、非常にキャリアが複雑です。彼女たちにどのように働いてもらうかということは、マネジメントの中心的な課題になっています。協会には稼働率が56%の病院も、100%を常に超えるような病院もあって、経営は同じシステムで動いているわけで、人事の部分で、希望すれば、行き来できるような形が実現するようなキャリア教育ができるようになると思っています。もちろんこれは看護師だけではなく、他の職種でも同様で、例えば専門学校を卒業した理学療法士が大学卒の資格を取って、かつ修士を取ったり、博士号を取るといったような進路も実現できればいいと思うのです。少なくとも希望すれば、協会内でそういうチャンスが得られるようにしたいと思っています。

山田 協会の職員の大半はコメディカルで、その確保と育成が重要な課題となっています。それに応えていくには長いスパンのキャリアプランを考える必要がありますね。

先生が言われるように、組織横断的に動くような人材が必要で、コメディカルも医師と同じように都心部の病院から、田舎のへき地、離島まで、何処でも対応できる総合的な能力を持った人材を育成することが重要になるのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

吉新 おっしゃるように、いわゆる地域医療に役立ちたいと考えている人も多いと思いますが、場合によってはサイエンスを追求したいという人がいてもいいと思っています。薬剤師の一部が分子生物学を追求するというのも悪くはないので、そういう人にはそれができる道をつくって

あげたいと思います。だから、少し協会も分化してくるのかもしれないですね。そこはアンテナを高くして、良い人材がほかに流出しないようにしていきたいですね。

山田 それにはやはり協会自らコメディカルを育成できるような仕組みというのが重要ですね。

吉新 そう思います。組織の遺伝子が大事だと思います。医療系大学開設の構想は、残念ながら白紙になりましたが、今後もいろいろ考えていきたいと思っています。

山田 医師の場合は、地域を志向する若い人たちがだんだん集まって来るようになったので、コメディカルも同じように、若いうちから育成ができると法人のミッションもうまく伝わりますね。

吉新 そう思っています。

## 今後の社会を見据えた地域医療

吉新 日本全国を見渡すと無医地区はどんどん減っていますが、山間・へき地・離島はあるわけで、われわれの役割が増えることはあっても減ることはありません。

山田 無医地区は減ったものの、医師不足地域というのが逆に増えているという現状がありますよね。特に多くの地域の公的病院、自治体病院などは医師確保がままならない状況です。

吉新 そうですね。ですからやはりキャリアチェンジシステムが大事だと思います。そしてキャリアアデベロップメントですね。そこについては、協会が2023年4月に自治医大に開設した「医療人キャリア教育開発部門」という寄附講座を中心

に進めていけるのではないかと思います。

無医地区に関しては、例えば東通村の「元気ですカー」や、徳地診療所の往診車で巡回診療をする。今後はヘリも導入する予定ですが、往診船も必要だと思っています。

山田 無医地区に医者を配置すれば問題解決というのではなく、効率よく医療のサービスを提供する仕組みを提案していくというのが重要なことだと思います。それにはICTやさまざまな新しい移動手段の活用というのは非常に有用ですね。

それから、総務省と協会が、持続可能な質の高い地域医療提供体制の確保に向けた公立病院

の支援に関する協定を令和3年から結び、基礎的支援として南魚沼市民病院(新潟県南魚沼市)、国保備前病院(岡山県備前市)、専門的支援として有田市民病院(和歌山県有田市)の指定管理などの実績を上げられているのは、われわれのこれまでの指定管理の取り組みが一定以上評価された証だと思うのですね。

**吉新** 国にも認められたということですね。

**山田** 閉院になってしまうような自治体病院を引き受けてわれわれは残してきたわけですよね。こういった地域の中小病院の今後のあり方をわれわれが先んじて提案しないといけない時期なのではないかと思います。

**吉新** 地域医療構想での病床再編で、高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期がある中で、高度急性期病棟は16万9千床を13万1千床に、一般病棟は59万床を40万床に減らし、回復期は13万床を38万床に25万床増やし、慢性期はさらに減らせということです。協会は地方の病院中心だ

から、その辺りを要請されているということですね。

**山田** われわれが指定管理を受け持つというのは、この機能変更をやりやすくしているということも確かにありますね。

**吉新** まさにこの仕事はそれだと思います。地域医療は、人口が減ったり、財政が厳しくなったり、合併があったりということで、需要環境が常に変わっているわけです。だから、われわれはそれに対応しなくてはいけないということです。

**山田** なるほど。変わっていくことを厭わないというか、積極的に変わらなければいけないということですね。

最後に、今後、先生として何を強力に押し進めたいと考えていらっしゃいますか。

**吉新** やはり早く保健医療大学を開設して、卒業生の皆さんを直接サポートできるような仕組みを確立したいと思います。頑張りましょう。

**山田** 吉新先生、今日はありがとうございました。

**吉新通康(よしあら みちやす)先生 プロフィール**

1978年自治医科大学卒業(1期生). 同年同窓会「地域医学研究会」を発足. 会長に就任. 1986年社団法人地域医療振興協会を設立し理事長に就任. 伊豆 安良里診療所所長, 東京北医療センター管理者などを兼務. 2009年公益社団法人へ移行し, 理事長として現在に至る.



# 日常診療シリーズ 皮膚科編 へき地診療所で皮膚を診る

企画：自治医科大学皮膚科学 教授 小宮根真弓  
日光市民病院 管理者 杉田義博

## 特集

### ●エディトリアル

#### <総論>

---

### ●診療所でできる皮膚科診療と最新の皮膚科学

---

#### <各論>

---

### ●湿疹・皮膚炎

---

### ●水疱性疾患

---

### ●角化症

---

### ●皮膚感染症

---

### ●高齢者の皮膚疾患・小児の皮膚疾患

---

### ●フットケア

---

### ●悪性腫瘍

---

### ●基底細胞癌&良性腫瘍

---

### ●へき地診療における皮膚科の重要性

---

## エディトリアル

自治医科大学 副学長/皮膚科学 教授 大槻マミ太郎

へき地の皮膚科特集号という嬉しいご依頼をお受けするにあたり、編集企画は皮膚科学講座教授で診療科長も務めている小宮根真弓先生に一任し、私はエディトリアルのみ担当することになった。本誌への関わりは、副学長(兼地域医療振興協会理事; 2019年就任)の立場でインタビューを掲載していただいた2021年4月号以来となるが、皮膚科特集は私が講座を担当した20年間で初めてである。

これまで、「へき地の・・・」というタイトルで講義をしたことはないが、1998年に本学に助教として赴任後、ポリクリやセミナーで力説していたのは水疱症診療である。赴任してまず驚いたのは自己免疫性水疱症、特に高齢者の類天疱瘡に頻繁に遭遇することで、当時は入院も多かった。教授就任と相前後して、病原性を有する自己抗体である抗デスマグレイン抗体(2003年)および抗BP180抗体(2007年)の血清検査が保険収載されたことから、へき地でも稀ではない高齢者の水疱症をみたら、直ちに2つの血液検査を同時に行うこと、そして一般に重症で専門医紹介が望ましい天疱瘡が除外できて、抗BP180抗体のみ陽性で比較的限局性の類天疱瘡であることが分かったら、専門医紹介による皮膚生検や蛍光抗体法等の検査はパスし、自身が類天疱瘡の主治医となってステロイド内服も開始する気概をもつこと、これらを学生に訴えていた頃が懐かしく想起される。

セミナーではプライマリ皮膚科というのをやっており、皮膚科の醍醐味はまず「見て分かる」(臨床診断)、そして「すぐ取って調べられる」(病理診断)、この両者を常に対比、フィードバックさせながら自身で臨床能力を生涯向上していける点である、と教えてきた。専門医でなくても、一瞥で診断できるものが少数でもあればすぐに役立つし、また調べる方も皮膚生検以外の最小限の検査さえ押さえておけば、プライマリでの仕事は立派にこなすことができる。地域での皮膚科のニーズに関する学生の意識は常に高く、選択必修BSLが無制限にとれた時代は、なんと1年で30人の学生が皮膚科の追加実習を志望したこともあるほどだった。

へき地皮膚科プロジェクトという観点では、ダーモスコピーを用いたほくろ検診を考えたこともあった。へき地に赴任する卒業生にカメラ付きダーモスコブを送り、足底のメラノーマや顔の基底細胞癌を1つでも発見できないか、という狙いだったが、立ち消えとなってしまったのは残念でならない。

さて本号の内容であるが、責任編集の小宮根先生に総論と各論割り振りをお願いした。各論では先に触れた水疱性疾患を含め、湿疹・皮膚炎から良性・悪性腫瘍に至るま

---

で、症例のカラー写真を豊富に提示するとともに、初診時の鑑別診断のポイント、専門医依頼のタイミング、自施設で経過観察する際の注意点、専門医から逆紹介時のフォローアップ、患者セルフケアの指導、介護施設や学校における注意点、診療所に置く有用な機器や薬剤、そして最近のトピックスやエビデンス等も盛り込んでいただいている。

何はともあれ、本企画が10年前であったなら当科に卒業生は一人も存在しなかったわけであり、企画依頼されてもモチベーションは上がらなかったに違いない。しかし、教授就任以来念願だった卒業生入局が2016年(実に36年ぶり)に叶った今は、へき地を含む地域での総合医を経験した卒業生パワーに溢れている。本特集号には、現在准教授の神谷浩二先生を筆頭に、卒業生皮膚科医の執筆者は4人を数え(全員学位も取得ないし取得見込み)、私が学会時に声かけして集っていた彼らとこのような興味深い企画を共有できることは、この上ない喜びである。快くご執筆いただいた当講座スタッフにもあらためて感謝の意を表するとともに、本号が地域医療全体のレベルアップにつながることを願ってやまない。

# 総論 診療所でできる皮膚科診療と 最新の皮膚科学

自治医科大学医学部 医師・研究者キャリア支援センター 教授  
自治医科大学医学部皮膚科学 教授

小宮根真弓

## POINT

- ① 医学の進歩は目覚ましく皮膚科領域も例外ではない
- ② 診療所でも実施可能な新規治療や検査は多数あり、日頃の情報収集が重要である
- ③ 生物学的製剤やJAK阻害剤などの高度な治療も、導入前検査やフォローアップ検査を大学や総合病院で行い、その間のフォローアップを地域診療所で行うことで患者負担が軽減でき、その結果、地域医療全体のレベルアップが可能となる

特集

## はじめに

最近の医学の進歩は目覚ましく、皮膚科領域においてもさまざまな新しい治療が可能となっている。

乾癬やアトピー性皮膚炎における生物学的製剤やヤヌスキナーゼ(JAK)阻害剤、悪性黒色腫をはじめとする悪性腫瘍診療における免疫チェックポイント阻害剤や低分子のシグナル伝達阻害剤、抗体製剤が使用可能となっている。円形脱毛症については、これまであまり有効な治療がなかったところにJAK阻害剤という有望な薬剤が使用可能となった。

また、外用剤においても新たな作用機序の薬剤が次々に保険適用となっている。ざ瘡においてはレチノイド、過酸化ベンゾイル、抗菌薬外用剤、およびそれらの混合製剤が使用可能であり、酒さに対するメトロニダゾールゲル、多汗症に対する抗コリン剤ローション、アトピー性

皮膚炎については、JAK阻害剤やホスホジエステラーゼ4(PDE4)阻害剤の外用剤が使用できるようになっている。

検査試薬においては、爪白癬の検出キットをはじめ、水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV)、単純ヘルペスウイルス(HSV)の検出キットが保険適用となった。

これらの新規薬剤は、徐々に使用できる薬剤が増えてきた、というよりも、ここ数年で一機に増加したという方が現実を正しく表している。

生物学的製剤やJAK阻害剤などが必要な患者や悪性腫瘍の治療は皮膚科専門医に任せるとして、これらの新規の外用剤や検査キットは皮膚科専門医のいない診療所においても使用することが比較的容易であろう。

このように皮膚科診療も高度化しているが、新しい情報は必ずしも地域医療全体には浸透していない。そのため、重症あるいは高度なQOL低下があるにもかかわらず最新医療の恩恵を受



けられずにいる患者さんもまだ多く存在する。地域の先生方のところにも、高血圧や糖尿病などの疾患で受診している方で、皮膚疾患については外用剤のみの処方では終わらせている患者さんも多いのではないだろうか。軽症であればよいのだが、中等症から重症のアトピー性皮膚炎や乾癬の患者さんでは、ほとんど皮疹が消失するような治療が可能となっている現在、外用剤のみで加療することは患者に大きな負担を強いることになり、QOLが大きく損なわれることになる。これからは、総合病院と地域の診療所が協力して病診連携を密に行い、より多くの専門的治療を必要とする患者さんに最新の治療を導入することで、地域医療のレベルアップと医療の均てん化を期待したい。多くの科がそろっている総合病院では、さまざまな検査、合併症の検索などが必要である。初期診断と治療法の決定・導入を行い、ある程度症状が安定した時点で、地域の診療所にお返りする。その後は1年に1～2回総合病院の専門医を受診することで、地元での通常診療に加えて、専門医による経過のフォローアップと検査を行うことで、より効率的な診療が可能となり、また診療所での診療のレベルアップが期待できるのではないか。そのためにも、地域医療を担う地域の先生方に、専門的治療が必要な患者さんを積極的に皮膚科専門医に紹介していただきたい。軽症であっても、病診連携をすることにより、さまざまな治療法や新しい薬剤が存在するということを患者さんにお知らせすることができる。さらに、その後の重症化を予防することも可能である。また、そのような情報があれば、今後万が一悪化した場合にすぐに専門医を受診できることになる。

病診連携を密に行うことで、診療所のみでは対応が難しい重症例についても診療できるようになり、診療の質は向上する。上記のように、重症な症例は大学など多くの科がそろった総合病院で診断と治療導入を行い、ある程度症状が治まった段階で地域の診療所に戻してもらい、通常の診療は地域の診療所で、1年に1回くらい総合病院で定期検査、というのが理

想的な皮膚科における病診連携の形と思われる。

ここでは、皮膚科専門医不在の診療所において、どの程度まで皮膚科診療ができるのかを、最近新たに登場した薬剤を中心に提示したい。

## 診療所でできる皮膚科診療

### 1. 乾癬

乾癬は、一般的には重症度に応じて治療する。中等症から重症例は皮膚科専門医に送っていただければ内服や光線療法、生物学的製剤などの専門的治療が可能なので紹介してほしい。

診療所では皮疹が下腿などのごく一部に局限した軽症例が治療の対象となると思われる。これらの症例では、ステロイド・活性型ビタミンD<sub>3</sub>混合外用剤が有効である。フォーム剤という新しい剤型のもも出ており、現時点ではフォーム剤が最も有効性が高い。

診療所でも、中等症例に対してエトレチナートやシクロスポリン内服をすることもできるかもしれない。この場合には、エトレチナートについては肝機能や脂質異常、シクロスポリンについては腎機能や血圧に注意して投与する。PDE4阻害剤(アプレミラスト)は、腎障害や肝障害などの臓器障害がほとんどなく、導入前の検査の義務付けもないため、比較的使いやすい薬剤である。導入初期の消化器症状には注意する必要がある。下痢がひどい場合には減量や休薬が可能であることをあらかじめ患者に説明しておくとうい。

中等症から重症例については、皮膚科専門医に相談しつつ、常勤の皮膚科専門医がいる日本皮膚科学会の承認を受けた施設で生物学的製剤の導入を行い、その後診療所で維持投与を行うことも可能である。特に皮膚科専門医のいる病院が遠方である場合には、症状のコントロールがつけば、半年～1年に1回皮膚科専門医を受診し、通常診療は地域の診療所で行うことで、患者の通院負担はかなり軽減できる。

### 2. アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎についても、中等症から重症例は皮膚科専門医に相談しながら診療にあた

るのが望ましい。皮膚科専門医でデュピルマブなどの生物学的製剤を導入した患者も、皮疹のコントロールがついていれば、通常診療は地元の診療所で行い、1年に1回くらい専門医を受診して定期的な検査や治療方針についての見直しをする、ということも可能である。

軽症例については、ステロイド外用剤以外にも、デルゴシチニブ軟膏やジフェミラスト軟膏が使用できるようになったが、外用剤の変更などに不安がある場合には、皮膚科専門医に相談しながら、3回に1回は専門医で診察、2回は地域診療所で診察など、ダブル主治医制で診療を進めていくとよいと思われる。

### 3. 蕁麻疹

蕁麻疹の治療は抗アレルギー剤内服が中心であるが、まれに周期的発熱を伴う蕁麻疹で自己炎症性疾患であったり、エリテマトーデスなどの膠原病が隠れていたりすることがあるので、典型的な慢性蕁麻疹とは少し違うかな？と思うような症例は皮膚科専門医に紹介することが望ましい。皮膚科専門医で一通り検査を行って問題なければ、診療所での診療を行う。最近ではオマリズマブという生物学的製剤が使用可能となっており、抗アレルギー剤内服に抵抗性の慢性蕁麻疹では有用な治療薬であるが、導入時には皮膚科専門医への紹介が望ましい。

### 4. ざ瘡

ざ瘡は、軽症から中等症の症例については、1日2回の石鹸を使用しての洗顔を励行し、抗菌薬、アダパレンゲル、過酸化ベンゾイルゲル、あるいはその合剤を使用する。症状悪化時には抗菌薬の内服も有効である。抗菌薬としては抗炎症作用が期待できるマクロライド系あるいはミノサイクリン系、またはニューキノロン系を使用する。

重症例については皮膚科専門医へ紹介することが望ましい。まれに化膿性汗腺炎や壞疽性膿皮症の部分症状である可能性もある。

### 5. 多汗症

抗コリン作用のあるローションが保険適用となっている。腋窩多汗症、手掌多汗症が対象である。全身性の場合には抗コリン剤内服が保険

適用となっているが、神経疾患や内分泌疾患などが隠れている可能性があるため精査が必要であり、専門医への紹介が望ましい。

### 6. 足白癬・爪白癬

日常診療でよく遭遇する疾患であり、臨床診断のみで治療されていることも多いが、KOH法にてしっかり菌糸を確認し正しい診断をすることが必要である。最近、爪白癬については、抗原抗体反応を用いた診断キットが保険適用となっており、皮膚科専門医でない先生方も比較的正しく爪白癬を診断できるようになっている。

正しく診断された足白癬・爪白癬であれば、抗真菌剤の外用あるいは内服にて治療可能である。

白癬と違って抗真菌剤を使っているがよくなる場合には、白癬以外の疾患の可能性を考慮すべきである。足白癬の場合には接触皮膚炎、紅色陰癬、爪白癬の場合には扁平苔癬や乾癬などが鑑別となる。このような場合には皮膚科専門医に相談してほしい。

### 7. ヘルペス感染症

帯状疱疹・単純疱疹は日常診療でしばしば経験する疾患であり、診療所でもよく治療されていると思われる。抗ヘルペスウイルス薬の内服が有効である。

免疫抑制状態の患者の臀部などにできる難治性潰瘍は、HSVあるいはサイトメガロウイルス(CMV)感染によるものである場合があり、皮膚生検などでウイルスの存在を証明することで診断可能であるが、PCR法や免疫染色法は保険適用がないので大学病院などに紹介することが望ましい。

最近、抗原抗体反応を基盤とした診断キットが保険適用となっており、典型的な臨床像を示さないような症例でも正しい診断が可能となっている。HSVであれば、難治性潰瘍部のスメアでも陽性所見が出れば診断可能である。毛包炎と紛らわしい症例もあり、積極的な導入をお勧めしたい。

### 8. 悪性腫瘍

悪性腫瘍の治療はもちろん大学やがんセンターなどの総合病院で行うが、治療が一段落したのちは診療所での定期的フォローアップも、



図1 生物学的製剤で治療した乾癬患者症例

病診連携の一環として可能である。総合病院での診療は1年に1～2回、その間の診療を地元の診療所で行っていただくことで、患者さんの総合病院への通院の負担が軽減すると、総合病院自体の負担軽減にもなる。また不幸にも病状が進行してしまった際に、地元で最期を迎えたいと希望される患者さんも多い。地域の療養施設や自宅などから地元の診療所への通院でのフォローアップや訪問診療などで、そのような患者さんの希望がかなえられるのではないかと思います。

## 最新の皮膚科学

皮膚科学を含めた医療の進歩は、年々スピードアップしている。5年前には考えもしなかったような医療が現在行われており、今後ますますそのスピードは速くなることが予想される。そのような中、最新の知識を常にブラッシュアップしていくことは努力が必要なことである。

地域の患者さんが重症度に応じた最新の医療を受けることができるよう、常に新しい情報を仕入れていく必要がある。そのためには、医師のみの努力だけでなく、薬局や製薬会社の方々にも協力いただいて、新しい薬剤や検査などの情報を、地域の診療所まで届けていただくこと

も重要である。

地域の患者さんの中には、新しい治療薬について全く情報がないような方も多く、“そんなよい治療があるなら受けてみたい”という患者さんもきっとたくさんいるはずである。

以下に、最新の治療で治療可能な疾患をいくつか紹介する。

### 1. 尋常性乾癬・掌蹠膿疱症

尋常性乾癬の治療は、2010年に初めての生物学的製剤が導入されて以降、現在約13種類の生物学的製剤が使用可能となっている。いずれも非常に効果が高く、ほぼ全身に分布するような皮疹を持つ患者さんでも、皮疹がほぼ消失するくらいまで改善することが期待できる。そのような一例を図1に示す。

掌蹠膿疱症に対しても生物学的製剤が保険適用となっている。掌蹠膿疱症では、齲菌や扁桃炎、副鼻腔炎などの感染病巣の治療が優先されるため、その検索も重要である。

### 2. アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎の患者さんには、軽症から重症までさまざまな重症度の患者さんがおり、軽症でも何かのきっかけで急激に悪化することもある。生物学的製剤やJAK阻害剤により、掻痒が早期に消失することが、患者さんのQOL



デュピクセントによる治療前後の顔面の臨床像

デュピクセントによる治療前後の躯幹の臨床像

図2 デュピクセントによる治療前後のアトピー性皮膚炎の臨床像

向上に役立っている。普段のスキンケアも重要であり、軽症のうちから皮膚科専門医にコンサルトして、総合病院と地元の診療所で病診連携を取りながら診療することで、重症化を防ぐことも可能である。中等症から重症例については積極的に皮膚科専門医を紹介していただくことで、総合病院で適切な全身治療を導入し、コントロールが付いた段階で、連携を維持しながら地元の診療所での通常診療を行っていただくのが理想的な形と思う。

アトピー性皮膚炎の重症例を生物学的製剤の一つであるデュピルマブ(抗IL-4受容体抗体製剤)で治療した一例を記す(図2)。

アトピー性皮膚炎と同様、タイプ2炎症が主体である結節性痒疹についてもデュピルマブが保険適用となった。結節性痒疹では抗アレルギー剤のみでは痒疹が抑制できない症例が多く難治であったが、デュピルマブにより痒疹の消失が期待できるようになった。

### 3. 結節性痒疹

慢性痒疹の代表格である結節性痒疹に対して、デュピルマブが保険適用となり、難治性の痒疹に苦しんでいた患者さんには大きな恩恵となっている。

### 4. 化膿性汗腺炎

以前は外科的治療が中心であったが、最近では抗TNF抗体製剤であるアダリムマブが保険適

用となり、早期から導入することで重症化を予防することができ、また重症例においても保存的に加療することも可能となっている。

### 5. 円形脱毛症

円形脱毛症では、従来よりステロイド外用や局注、あるいはステロイドパルス療法、光線療法、SADBE(squaric acid dibutylester)による局所免疫療法、液体窒素による凍結療法などが行われているが、JAK阻害剤であるバリシチニブ、リトシチニブが保険適用となり、これまで難治であった全頭脱毛・汎発性脱毛の患者さんにもある程度の効果が得られるようになった。

### 参考文献

- 1) 佐伯秀久, 他: 乾癬における生物学的製剤の使用ガイダンス(2022年版). 日皮会誌 2022; 132(10): 2271-2296.
- 2) 朝比奈昭彦, 他: 乾癬性関節炎診療ガイドライン2019. 日皮会誌 2019; 129(13): 2675-2733.
- 3) 佐伯秀久, 他: アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2021. 日皮会誌 2021; 131(13): 2691-2777.
- 4) 常深祐一郎, 他: ジフェミラスト軟膏安全使用マニュアル. 日皮会誌 2022; 132(7): 1627-1635.
- 5) 中村晃一郎, 他: デルゴシチニブ軟膏安全使用マニュアル. 日皮会誌 2020; 130(7): 1581-1588.
- 6) 秀道弘, 他: 蕁麻疹診療ガイドライン2018. 日皮会誌 2018; 128(12): 2503-2624.
- 7) 山崎研志, 他: 尋常性ざ瘡・酒さ治療ガイドライン2023. 日皮会誌 2023; 133(3): 407-450.
- 8) 望月隆, 他: 皮膚真菌症診療ガイドライン2019. 日皮会誌 2019; 129(13): 2639-2673.
- 9) 藤本智子, 他: 原発性局所多汗症診療ガイドライン. 日皮会誌 2023; 133(2): 157-188.

# 湿疹・皮膚炎

自治医科大学皮膚科学 准教授 神谷浩二

## POINT

- ① 湿疹の性状は多彩で、原因も複雑である
- ② 湿疹の治療は、ステロイド外用薬が中心となる
- ③ アトピー性皮膚炎では、ステロイドと異なる作用機序による抗炎症外用薬がある
- ④ アトピー性皮膚炎では、生物学的製剤や経口JAK阻害薬の登場によって、中等症から重症例でも高い治療効果が期待できる

特集

## はじめに

湿疹は、紅斑、丘疹、水疱、膿疱、湿潤、痂皮、落屑が時間経過によって変化するため病変は多彩である。原因も複雑であるが、代表的疾患には、アトピー性皮膚炎、接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎がある。湿疹の治療は、ステロイド外用薬が中心となる。ステロイド外用薬は部位や皮疹の状態に合わせて強さや剤型の選択ができる。一方で、長期使用による副作用が問題となる。それぞれの疾患の特徴を理解し、ステロイド外用薬以外の治療法についても考える必要がある。

## アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎は、増悪と軽快を繰り返す痒痒のある湿疹を主病変とする疾患である<sup>1)</sup>。日本皮膚科学会による「アトピー性皮膚炎の定義・

診断基準」では、①痒痒、②特徴的皮疹と分布、③慢性・反復性経過の3基本項目を満たすものを、症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断している。鑑別すべき疾患には、接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎、疥癬、皮膚リンパ腫、乾癬、膠原病などがあり、これらの疾患はアトピー性皮膚炎に合併することもある。アトピー性皮膚炎では、急性病変と慢性病変が混在し(図1)、さらに乾燥傾向も特徴である(図2)。慢性病変とは、苔癬化(図3)と痒疹結節(図4)である。痒疹は、湿疹との異同を考慮すべき疾患である。痒疹は、痒疹丘疹または結節を主徴とする反応性皮膚疾患とされている<sup>2)</sup>。痒疹丘疹とは強い痒みを伴う孤立性の丘疹をいう。湿疹丘疹とは異なり他の発疹に変化しないが、経過の中で結節性病変となることがある。つまり、アトピー性皮膚炎でみられる痒疹の表現型の解釈はとても難しい。アトピー性皮膚炎は、年齢によって病



図1 アトピー性皮膚炎 湿疹



図3 アトピー性皮膚炎 苔癬化



図2 アトピー性皮膚炎 乾燥



図4 アトピー性皮膚炎 痒疹結節

変の好発部位が異なる<sup>1)</sup>。乳児早期には、顔面、頭部に乾燥、次いで潮紅を生じる。その後、頸部、腋窩、肘窩、膝窩などの間擦部に滲出性紅斑が生じ、さらに、体幹や四肢にも紅斑、丘疹が出現する。幼児期から学童期にかけては、顔面の皮疹は減少する。思春期以降は顔面、頸部、胸部、背部など上半身に皮疹が強い傾向がみられるようになる。小児期に寛解する場合もあれば、成人でも症状が続く場合がある。

アトピー性皮膚炎の治療は、外用療法、スキンケア、悪化因子の除去が中心となる<sup>1)</sup>。外用療法のなかで、ステロイド外用薬は抗炎症外用薬の中心となる薬剤である。部位や重症度に応じて適切な薬剤を使用し、速やかに寛解導入を目指す。寛解導入後は、長期の寛解状態を維持する必要がある。乾燥肌に対しては保湿外用薬を併用する。抗炎症外用薬での寛解導入後も、保湿外用薬を継続することは寛解維持に有効である。悪化因子は、食物、生活習慣、生活環境な

どにあるが、それを同定するためには詳細な問診が必要となる。小児で食物が悪化因子となっている場合、学校生活管理指導表を活用すると、幼稚園、保育園、学校からの協力を得られやすい。ステロイド以外の抗炎症外用薬には、タクロリムス、デルゴシチニブ、ジファミラストがあり、ステロイドと異なる作用機序で炎症を抑制する。タクロリムスは細胞内のカルシニューリンを阻害する。デルゴシチニブはヤヌスキナーゼ(Janus Kinase:JAK)阻害薬で、JAKファミリーのキナーゼ(JAK1, JAK2, JAK3, TYK2)を全て阻害し、免疫細胞の活性化を抑える。ジファミラストは、phosphodiesterase 4 (PDE4)を阻害することによって、炎症性サイトカインを抑制する。これらの抗炎症外用薬をうまく使い分けることで、有効性と安全性のバランスがとれた治療を継続できる。寛解維持期の外用方法としては、プロアクティブ療法が推奨される。プロアクティブ療法は、寛解導入後、保湿外用薬によるスキンケアと、抗炎症外用薬を週2~3回ほど外用し、長期の寛解状態を維

持する治療法である。外用薬だけで寛解導入が難しい場合、シクロスポリンを用いる。その場合、連続投与期間は12週までとし、再投与が必要な場合は2週間以上の休薬期間を設ける。中等症から重症で長期に経過している場合、休薬期間中の症状悪化があり、病状が不安定となる。近年では、アトピー性皮膚炎に対する治療薬の開発がめざましく、生物学的製剤や経口JAK阻害薬の登場によって、治療が大きく変わった。アトピー性皮膚炎に対する生物学的製剤にはデュピルマブ、ネモリズマブがある。デュピルマブは、Interleukin(IL)-4とIL-13の受容体を構成するIL-4受容体アルファサブユニット(IL-4R $\alpha$ )に結合し、IL-4とIL-13を介したシグナル伝達を阻害する抗体製剤である。高い治療効果が長期間持続し、安全性も高いことから、寛解導入だけでなく、寛解維持にも適した薬剤である。ネモリズマブは、抗IL-31受容体Aに対する抗体製剤で、IL-31はかゆみを惹起することが知られており、かゆみに対して高い治療効果が得られる。経口JAK阻害薬には、バリシチニブ、ウパダシチニブ、アプロシチニブがある。バリシチニブはJAK1/2に作用し、ウパダシチニブとアプロシチニブはJAK1に作用する。これらの薬剤は、使用可能な施設や投与対象となる患者の条件があるが、高い治療効果が得られるため、難治の症例は、皮膚科専門医への紹介が望ましい。



図5 接触皮膚炎



図6 全身性接触皮膚炎

## 接触皮膚炎

接触皮膚炎は、原因物質が皮膚に接触することによって発症する湿疹性の炎症反応である<sup>3)</sup>。一般にかぶれと呼ばれているが、病態によっていくつかに分類される。まず、接触皮膚炎は、刺激性とアレルギー性がある。刺激性接触皮膚炎は、原因物質の毒性によって生じる。酸やアルカリなどが原因の場合は重症度が高く、化学熱傷とされる。灯油やセメントが原因となり、重症となることもある。アレルギー性接触皮膚炎は、遅発型(IV型)アレルギー反応で生じる。発症には、原因物質による感作相と惹起相の2つがあるとされている。光感受性物質によって

症状を来す光接触皮膚炎という病態があり、露光部に湿疹反応がみられるのが特徴である(図5)。代表的なものとして、湿布薬に含まれるケトプロフェンがあげられる。使用中止後3～4週間ほど経過してから症状を来すこともあるため注意が必要である。原因物質によって接触皮膚炎の症状を繰り返すことで、接触部位以外にも症状がみられることがあり、接触皮膚炎症候群と呼ばれている。経皮的に原因物質が吸収されて血行性に散布されることで症状を来すと考えられている。また、原因物質の経口、吸入、注射など非経皮的に生じる症状は全身性接触皮膚炎と呼ばれている(図6)。接触皮膚炎の治療

では、原因物質の除去が最も重要である。原因物質を同定するには詳細な問診が必要となる。職業性が原因の場合には、同定が難しいことがある。また、化粧品、サンスクリーン剤、毛染め、アクセサリ、手袋、洗剤など、日用品のなかにもさまざまな原因がある。植物による接触皮膚炎では、刺激性とアレルギー性のどちらの可能性もある。治療目的で使用している外用薬が原因となることもあり、ステロイド外用薬でも接触皮膚炎を起こすことがある。眼周囲の症状をみた際には、原因として点眼薬を疑う必要がある。アレルギー性接触皮膚炎の診断には、パッチテストが最も有用とされている。

## 脂漏性皮膚炎

脂漏性皮膚炎は、皮脂の分泌が多い被髪頭部、顔面、耳、胸部などの脂漏部位に好発する。発症年齢から、乳児脂漏性皮膚炎と成人期脂漏性皮膚炎に分類される<sup>4)</sup>。乳児脂漏性皮膚炎は、生後2～4週頃から症状がみられる。生後2～3ヵ月頃までは生理的に皮脂が過剰になりやすいが、この時期を過ぎて皮脂が減ってくると軽快する。乳児期を過ぎると自然軽快することが多い。アトピー性皮膚炎との鑑別を要することがあるが、アトピー性皮膚炎では脂漏部位以外にも症状がみられるようになる。成人期脂漏性皮膚炎は、成人期以降にみられ、40～60歳代に好発する。成人の場合は慢性の経過となることが多い。顔面の症状は、頬部、鼻唇溝、眉間にみられやすい(図7)。顔面の症状は、酒皸との鑑別を要することがある。長期間のステロイド外用によって酒皸様皮膚炎(ステロイド皮膚炎)を合併することもあるため注意が必要である。また、頭部の症状は、頭部湿疹や乾癬との鑑別を要する。

脂漏性皮膚炎では、スキンケアと外用薬による治療を行う<sup>4)</sup>。まず、過剰な皮脂を除くために、石鹸、洗顔料、シャンプーなどを適切に使用し、洗顔や洗髪によって清潔を保つ。乳児期は油性脂漏が特徴で、成人期は乾性脂漏が特徴とされる。乳児では、頭部に厚く固着した鱗屑、



図7 脂漏性皮膚炎

痂皮がみられることがあるが、亜鉛化軟膏をしばらく外用し、オリーブ油を塗布してから洗髪すると除去しやすい。成人でみられる鱗屑は、フケと認識されることが多いが、頭皮に固着している場合には、浸水軟膏を塗布し、ラップなどで覆うことによって、洗髪時に除去しやすくなる。軽症例ではケトコナゾール外用薬でも軽快する場合がある。ステロイド外用薬で寛解導入後にケトコナゾール外用薬で寛解維持する方法もある。

## 最後に

皮膚科のなかで最も多く診る疾患は湿疹であり、プライマリ・ケアでも避けて通ることはできない。しかし、湿疹は多彩で、原因も複雑なため、湿疹を理解することは難しい。慢性の経過となる疾患も多いが、治療に難渋する場合には、診断を見直す必要がある。アトピー性皮膚炎のように専門性の高い疾患もある。病状に応じて積極的に皮膚科専門医をご紹介いただきたい。また、幅広い地域医療の現場でも専門的治療を継続できるよう、病診連携を一緒に考えていく必要がある。

## 参考文献

- 1) 佐伯秀久, 他:アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2021. 日皮会誌 2021; 131(13): 2691-2777.
- 2) 佐藤貴浩, 他:痒疹診療ガイドライン2020. 日皮会誌 2020; 130(7): 1607-1626.
- 3) 高山かおる, 他:接触皮膚炎診療ガイドライン2020. 日皮会誌 2020; 130(4): 523-567.
- 4) 神谷浩二:脂漏性皮膚炎の臨床像と成因. 湿疹のすべて. 秀潤社. 2022. 125-129.



# 水疱性疾患

自治医科大学皮膚科学 助教 中野尚美

## POINT

- ① 水疱症かどうか診断に迷う場合は、皮膚科専門医のいる医療機関への紹介を検討する
- ② 中等症以上の水疱症は皮膚科専門医のいる二次・三次医療機関への紹介を検討する
- ③ 薬剤投与(DPP-4阻害薬や免疫チェックポイント阻害薬など)に伴う水疱性類天疱瘡が増加中であることに注意する

## はじめに

水疱症(水疱性疾患)とは水疱を多数生じる疾患を総称して水疱症と表現する。一般的に物理的皮膚障害や感染によるものは狭義の水疱症には含まれない。

水疱症は先天性と後天性に大別され、前者の代表は表皮水疱症であり、後者の代表は天疱瘡、水疱性類天疱瘡などの自己免疫性水疱症である。それぞれの疾患については後述する。

まず、水疱症の理解のための用語を確認する。

・水疱:直径5 mm以上のものを水疱、これ以下のものを小水疱という。透明な水溶性の内容物を持ち、天蓋に被膜をもつ皮膚隆起である。内容物の成分は血漿成分や細胞成分などが主であるが、特に血液を含むものを血疱という。

・弛緩性水疱:被膜に張りが無い水疱で、破れやすい。組織学的には有棘層が離開することで生じる表皮内水疱である場合が多い(天疱瘡な

ど)(図1, 2)。

・緊満性水疱:弛緩性水疱と比較して破れにくい。組織学的には表皮下水疱が形成されている場合が多い(水疱性類天疱瘡など)(図3, 4)。

・蛍光抗体直接法(direct immunofluorescence:DIF): 検索したい物質を抗原とするような抗体を作成し、その抗体を蛍光色素で標識する。組織に標識抗体を作用させると、目的の物質が存在する部位のみに蛍光が現れるため、それを蛍光顕微鏡下に観察する。組織中に*in vivo*で沈着する自己抗体や補体の検索(天疱瘡や水疱性類天疱瘡など)などに利用されている。DIFは感度の高い検査で、陰性の場合には自己免疫性水疱症の可能性は低くなる。

・蛍光抗体間接法(indirect immunofluorescence:IIF): 未標識の1次抗体を目的物に作用させたのちに、1次抗体と反応する2次抗体を作用させるもので、主に検出感度の向上を目的に2段階のステップを踏んで蛍光顕微鏡下で観察する手法の

特集



図1 弛緩性水疱



図3 緊満性水疱

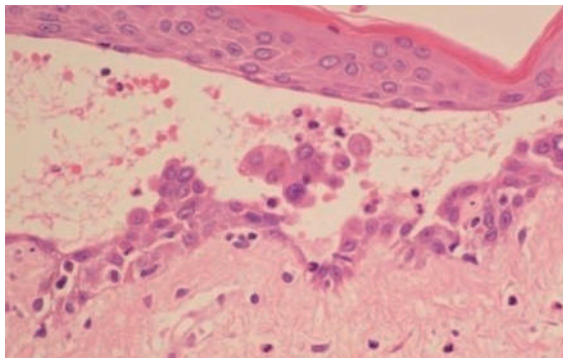


図2 表皮内水疱

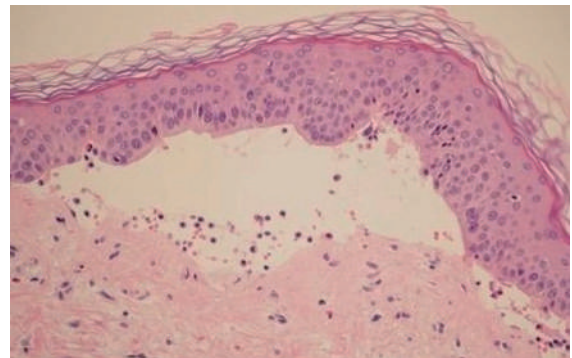


図4 表皮下水疱

こと。皮膚科領域では、血中の自己抗体を標識抗体で検出する方法をさす場合が多い。すなわち、健常皮膚成分に反応する患者血中の自己抗体を検出する手段である。病変部囲の*in vivo*の抗体沈着を直接証明するものではない。

・ELISA(酵素結合免疫吸着法: enzyme-linked immunosorbent assay)法: 発色・発光反応に関する酵素と抗体を用いて、特定の蛋白濃度を測定する方法である。天疱瘡ではデスマグレイン1と3に対する自己抗体を、水疱性類天疱瘡ではBP180(17型コラーゲン)に対する自己抗体を、それぞれ証明することが診断において重要である。最近はより簡便に定量化する化学発光酵素免疫測定法(chemiluminescent immunoassay: CLEIA)の普及が進んでいる。

## 類天疱瘡群

自己免疫性(後天性)水疱症の代表的な疾患である。基底膜構成蛋白に対する自己抗体によって、表皮下水疱を来す自己免疫性水疱症。緊満性水疱、ときに血疱や稗粒腫を生じる。水

疱性類天疱瘡、線状IgA水疱性皮膚症、後天性表皮水疱症などに分類される。蛍光抗体法やELISA/CLEIA法が診断に有用である。

類天疱瘡群の中でも地域医療で遭遇する頻度が高いと思われる水疱性類天疱瘡について詳しく述べる。

水疱性類天疱瘡(bullous pemphigoid: BP)は60歳以上の高齢者に好発するもっとも頻度の高い自己免疫性水疱症である。典型例では掻痒を伴う浮腫性紅斑と緊満性水疱が全身に生じる。粘膜疹の頻度は低く10~15%程度である。病理組織学的には表皮下水疱と好酸球浸潤を呈し、蛍光抗体直接法(DIF)や間接法(IIF)では表皮基底膜部にIgG自己抗体が線状に沈着する。自己抗体の標的抗原は表皮基底膜部に存在するヘミデスモソームの構成蛋白であるBP180(17型コラーゲン)とBP230で、特にBP180のNC16a領域に対する自己抗体の病原性が高い(図5, 6)。

近年では薬剤関連(DPP-4阻害薬や免疫チェックポイント阻害薬)のBPも増加してきている。DPP-4(dipeptidyl peptidase-4)阻害薬の中ではビルダグリプチン、テネリグリプチン、リナグ



図5 水疱性類天疱瘡の臨床像

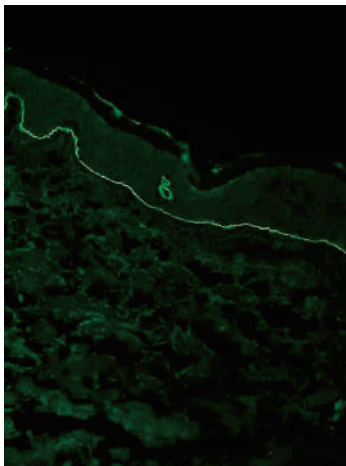


図6 DIF: 基底膜部にIgGが線状沈着

リプチンによるBP発症頻度が高い。DPP-4阻害薬関連BPはDPP-4阻害薬の内服開始から数ヵ月～数年程度経過後に発症する。臨床的特徴として、通常型のBPでみられる浮腫性紅斑がDPP-4阻害薬関連BPでは乏しい症例が比較的多い。また、免疫チェックポイント阻害薬 (immune checkpoint inhibitor: ICI) 投与に伴うBPの報告も増加傾向である。なかでも抗PD-1抗体 (ニボルマブ、ペムブロリズマブ) によるBPの頻度が高い。

治療は重症度に応じて異なる。まずBPDAI (bullous pemphigoid disease area index: 参考文献4) を測定し、類天疱瘡重症度判定基準に従い重症度分類を行う。軽症と中等症以上に分け治療法を選択する。軽症例では局所外用療法に加え、テトラサイクリン (ミノサイクリンなど) + ニコチン酸アミド、ジアフェニルスルホン (レクチゾール®) あるいは少量のステロイド (PSL 0.2~0.3mg/kg/日) を投与する。軽症例は一次医療機関において治療可能であるが、こ

れらの治療により軽快しない症例や中等症以上の症例は、二次・三次医療機関に紹介し治療を要請する。

## 天疱瘡群

角化細胞間を結合するデスモソームの構成分子、デスモグレイン1と3に対する自己抗体によって棘融解が生じ、表皮内水疱 (弛緩性水疱) を形成する自己免疫性水疱症である。尋常性天疱瘡 (pemphigus vulgaris: PV) と落葉状天疱瘡 (pemphigus foliaceus: PF) が2大病型である。中高年に好発する。DIFで自己抗体の沈着を確認し、ELISA/CLEIA法で抗デスモグレイン抗体の存在を確認する。治療はステロイド全身投与や免疫グロブリン大量常注療法など重症度に応じて選択する。

まず尋常性天疱瘡 (PV) について述べる。中高年に好発で、70~80%の症例では突然発生する有痛性の口腔粘膜病変が初発症状となる。やがて健常皮膚に水疱が発生するが、圧迫や摩擦の多い部位に好発する。Nikolsky現象 (正常にみえる皮膚に摩擦など外力を加えると表皮が剥離する現象) 陽性である。角化細胞同士を接着するデスモグレイン3に対する自己抗体の存在が必須で、DIFやELISA/CLEIA法で確認する。抗デスモグレイン3抗体のみでは粘膜優位型、抗デスモグレイン1と3抗体が存在する場合は全身に水疱が多発する粘膜皮膚型となる。天疱瘡の診断基準を満たし診断が確定したら、PDAI (pemphigus disease activity index: 参考文献5) を参照) を測定し重症度判定を行う。PVは早期診断、治療が望ましく、治療は皮膚科専門医に依頼するのが妥当である。軽症例ではPSL 0.5mg/kg/日程度、中等症~重症ではPSL 1.0mg/kg/日が標準的投与量である (図7, 8)。

つぎに落葉状天疱瘡 (PF) について述べる。こちらも中高年に好発で、脆弱な水疱 (弛緩性水疱) や落屑、痂皮を伴うびらんが全身に生じる。粘膜病変はない。顔面、頭部、背部、胸部などの脂漏部位に好発する。進行して汎発化し紅皮症になることもある。全身状態は比較的良好で

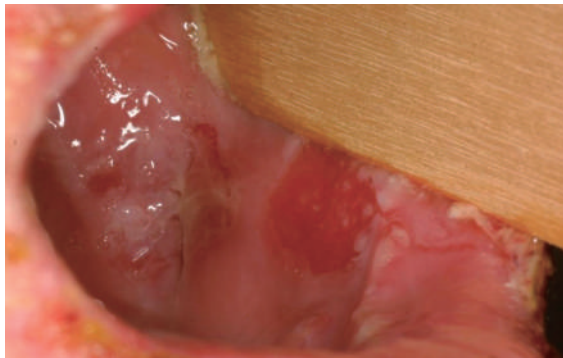


図7 PVの口腔内びらん



図9 PFの臨床像

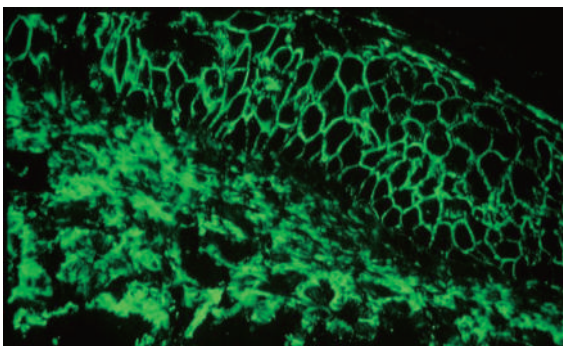


図8 DIF: 表皮細胞間にIgG沈着



図10 単純型表皮水疱症の臨床像

ある。DIFやELISA/CLEIA法で抗デスマogleイン1抗体の存在を確認する。治療はPVに準じることが多い(PSL 0.5mg/kg/日程度)(図9)。

### 先天性(遺伝性)水疱症

先天性水疱症は狭義では表皮水疱症(先天性表皮水疱症)を指す場合が多い。表皮水疱症は障害される部位により単純型、接合部型、栄養障害型の3型に大別されるが、本稿では日常臨床での遭遇頻度が比較的高い単純型表皮水疱症について述べる。また、その他の先天性水疱症としてHailey-Hailey病が挙げられる。Hailey-Hailey病は成人以降に発症しやすいため地域医療で遭遇する可能性があるため取り上げる。

表皮水疱症は発症時の臨床所見では単純型、接合部型、栄養障害型を区別することが難しく、電子顕微鏡、免疫染色、遺伝子診断、成長とともに変化する臨床所見と併せて総合的に診断する。早期診断は皮膚と全身をうまく管理する上で有用な情報となる。稀少難治性疾患のため診断・治療には専門医/専門施設での検査やアド

バイスが必要となるので、難病情報センターのホームページ等を参照いただきたい。

単純型表皮水疱症は、生後～乳幼児期から物理的刺激を受けやすい手足などに水疱を形成する。ほとんどが常染色体顕性(優性)遺伝形式をとる。水疱が限局性の限局型、水疱が全身に生じる重症汎発型、その中間の中等症汎発型はケラチン5ないし14遺伝子の変異で発症する。予後は一般的に良好で、成長とともに軽快する。治療は基本的に対症療法である。物理的刺激を避け、外用や創傷被覆材などで局所療法を行う(図10)。

次にHailey-Hailey病(家族性良性慢性天疱瘡)について述べる。常染色体顕性(優性)遺伝であるが、30～40歳代で発症する。角化細胞内Golgi装置のカルシウムポンプを発現するATP2CI遺伝子の変異により発症する。組織学的には表皮の棘融解の結果、表皮内裂隙が形成される(“壊れたがれき状”と表現される)。臨床的には腋窩や鼠径部などの間擦部位に好発し、紅斑と小水疱が集簇する。水疱は破れてびらんになり、これに痂皮や膿疱などが加わり一見膿痂疹に類似する。掻痒があり色素沈着を残して治癒するが

反復する。夏季に悪化し冬季に軽快する。物理的の刺激や発汗、感染などで増悪する。治療はステロイド外用が有効であるが、細菌感染や真菌感染を伴っていることが多く、それらの治療も必要である。

## おわりに

---

水疱症の診療において重要なことはまず診断を確認することである。診断に迷う症例の場合は皮膚科専門医のいる医療機関への紹介を検討するのが妥当と考える。診断確定後の軽症の水疱症については、一次医療機関でも治療可能である。都市部の医療機関への受診が困難な高齢

患者などでは、二次・三次医療機関と連携の上、一次医療機関で治療を継続することも選択肢となるだろう。

## 参考文献

- 1) 清水宏:あたらしい皮膚科学 第3版. 中山書店, 2018.
- 2) 大塚藤男, 藤本学 編集:皮膚科学 第11版, 金芳堂, 2022.
- 3) 氏家英之:後期研修医が知っておくべき「水疱性類天疱瘡」3つのポイント. Visual Dermatology 2022; 21(4): 384-388.
- 4) 類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む)診療ガイドライン:日皮会誌 127(7)
- 5) 天疱瘡診療ガイドライン:日皮会誌 2010; 120(7): 1443-1460.
- 6) 青山裕美, 他:診断の手引きアトラス集Ⅲ 表皮水疱症(hyouhi3.pdf (nanbyou.or.jp)).

# 角化症

自治医科大学皮膚科学 助教 杉原夏子

## POINT

- ① 角化症疾患は日常診療でよくみられる
- ② 外用治療が基本であるが、近年数多くの内服薬や生物学的製剤が開発されている
- ③ 全身治療や遺伝子検査などの診断を行う場合は皮膚科専門医への受診を推奨する

## 特集

### はじめに

角化症は遺伝性角化症と後天性角化症に大別され、後天性角化症は炎症性角化症と非炎症性角化症に分類される。角化症は稀な疾患ではなく、日常診療でよく遭遇する疾患である。本稿では、近年治療薬が次々と出てきた炎症性角化症の一つの乾癬と、原因遺伝子が同定されてきている遺伝性角化症を主体とした魚鱗癬について最近の知見を踏まえて概説する。

### 乾癬

乾癬は慢性炎症性皮膚疾患であり、全身の皮膚に角化を伴う紅斑がみられる。尋常性乾癬、乾癬性関節炎、膿疱性乾癬、滴状乾癬、乾癬性紅皮症の5病型に分けられる。乾癬の日本人における有病率は0.3%程度で、20歳代～50歳代で発症することが多い<sup>1)</sup>。男女比は2:1の割合で男性に多い。また遺伝的素因が推測されているが、父親が乾癬に罹患している症例が多い<sup>2)</sup>。



図1 尋常性乾癬の皮疹  
体幹四肢に境界明瞭な角化性紅斑・局面が散見される。

#### 1. 尋常性乾癬(図1)

表面に銀白色の厚い鱗屑が付着した境界明瞭な紅斑が特徴である。被髪頭部や肘頭、膝蓋などが皮疹の好発部位であるが、他の部位にも見



図2 乾癬性関節炎に伴う手指の変形

られることも多く、多くは対称性に皮疹が多発する。皮膚の表面を擦ると鱗屑が浮いてくる「蠟片現象」や点状の出血を来す「アウスピッツ現象」、物理的な刺激で皮疹が誘発される「ケプネル現象」などが特徴である。苔癬状枇糠疹、ジベル薔薇色枇糠疹、貨幣状湿疹、扁平苔癬、斑状類乾癬/菌状息肉症、第2期梅毒などが鑑別となる。特に被髪頭部の脂漏性皮膚炎と乾癬の皮疹は区別がつかず、診断に苦慮することがしばしばある。

## 2. 乾癬性関節炎(図2)

本邦の乾癬患者の15%が乾癬性関節炎と推定され、本邦における乾癬性関節炎の有病率は上昇傾向である<sup>3)</sup>。その理由として生活様式・食生活の欧米化による乾癬性関節炎のリスク因子の増加も考えられるが、乾癬性関節炎の疾患概念が広く知られるようになってきたことも挙げられる。乾癬性関節炎の多くは皮膚症状が先行するが、特に被髪頭部や爪、臀裂部に皮疹がある場合は、乾癬性関節炎を発症するリスクが高いため注意深く経過をみていくことが必要である。関節症状は、関節リウマチや変形性関節症などとの鑑別を要するため、リウマチ科医や整形外科医に診察を依頼することも重要である。

## 3. 膿疱性乾癬(図3)

本邦における膿疱性乾癬の有病率は尋常性乾癬の1%程度と言われている<sup>4)</sup>。膿疱性乾癬は、汎発性膿疱性乾癬と局限性膿疱性乾癬に大別される。このうち汎発性膿疱性乾癬は、上気道感染症などの感染症や外傷、薬剤、妊娠、ス



図3 膿疱性乾癬  
膜様鱗屑をふす紅斑に小膿疱が集簇している。

テロイドの全身投与などに誘発され生じ、急激な発熱、全身性の無菌性膿疱と紅潮などを来し、再発を繰り返すことが特徴である。IL-36受容体アンタゴニスト遺伝子やCARD14遺伝子変異が原因となっている症例が多い。鑑別としては、急性汎発性発疹性膿疱症(acute generalized exanthematous pustulosis: AGEP)、急性汎発性膿疱性細菌疹(acute generalized pustular bacterid: AGPB)、角層下膿疱症、妊娠性疱疹などがある。汎発性膿疱性乾癬は、全身炎症に伴い急性呼吸窮迫症候群(acute respiratory distress syndrome: ARDS)や毛細血管漏出症候群などの臓器不全を来すことがあり、急性期には全身管理を要し注意が必要な疾患である。近年、膿疱性乾癬の急性期症状に対してIL-36受容体阻害薬(スベソリマブ)が発売された。適切な診断のもと、早期に使うことで炎症症状を抑えることができる。なお汎発性膿疱性乾癬は、厚生労働省の指定難病となっている。

## 4. 滴状乾癬(図4)

滴状乾癬は、1.0cm大程度までの乾癬の皮疹が急性に出現するものである。若年者に生じやすい。尋常性乾癬の経過中に、滴状乾癬の症状を生じることもある。数週間から数ヵ月程度で自然消退する症例もあるが、尋常性乾癬に移行する症例もある。多くはレンサ球菌による上気道感染症の症状が先行している。またTNF- $\alpha$ 阻害薬の逆説的反応(パラドキシカル反応)によって生じる例もある。ジベル薔薇色枇糠疹、慢性苔癬状枇糠疹、梅毒性ばら疹、薬疹などが鑑別



図4 滴状乾癬  
1.0 cm程度までの乾癬の皮疹が散在。

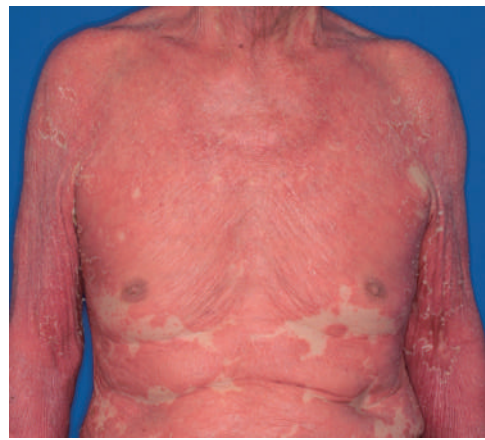


図5 乾癬性紅皮症  
全身の広範囲に落屑性・角化性紅斑がみられる。

になる。再発性扁桃炎が滴状乾癬発症の誘因となっている場合は、扁桃摘除も検討される。

#### 5. 乾癬性紅皮症(図5)

乾癬の皮疹が全身性に拡大し、紅皮症に至った状態である。感染症やストレスが発症因子になることもあるが、乾癬の治療の中断が引き金になることが多い。患者には、急に治療を中断しないように指導が必要である。

#### 6. 生活指導

乾癬の患者は肥満、メタボリックシンドローム、心血管系疾患、糖尿病などの多くの疾患を合併していることが知られていたが、近年「乾癬マーチ」の概念が知られ、乾癬は全身性慢性炎症の一つであることが分かってきた<sup>5)</sup>。全身の炎症によって皮膚や関節の炎症が引き起こされ、肥満に伴う脂肪細胞の炎症によって促進されることで、インスリン抵抗性が増し、血管内皮機能の障害、アテローム性動脈硬化症、ひいては心筋梗塞などの心血管障害につながるとする概念である。そのため肥満、メタボリックシンドローム、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症などの改善は皮疹や関節症状および皮疹の改善にもつながるため、内科との連携は必須である。またこれらの併存症の早期発見のために、健康診断の定期受診を勧めることも重要である。

乾癬皮疹は紫外線照射で良くなることが多

く、適度な日光浴は有効である。一方乾燥が強くなる冬場は乾癬も悪化しやすいため、適切な保湿・スキンケアの指導も必要である。入浴時にナイロンタオルなどで擦るとケブネル現象により乾癬の皮疹を誘発しやすいことも伝えた方がよい。

#### 7. 治療

乾癬の治療の基本は外用療法である。ステロイド外用剤と活性型ビタミンD<sub>3</sub>外用剤の併用が推奨される。ステロイド外用剤と活性型ビタミンD<sub>3</sub>外用剤が薬局にて混合調整されることもあるが、それぞれの薬剤濃度が半減することや、至適pHが異なることから効果が減弱しかねないなどの問題点がある。そのような問題点を解決するために、現在ステロイド外用剤と活性型ビタミンD<sub>3</sub>外用剤の配合剤が発売されている。

外用療法の効果をさらに上げるため、光線療法が併用されることがある。以前より乾癬は日光照射により軽快することが知られており、内服ソラレン(Psoralein)UVA療法(PUVA)が行われていたが、副作用の面から現在は311±2nmのナローバンドUVBもしくは308nmのターゲット型エキシマライトが多く用いられている。

内服療法としてはエトレチナート、アプレミラスト、シクロスポリン、メトトレキサート、デュークラバシチニブ、ウパタシチニブなどがある。エトレチナートは表皮細胞の角質化抑制と炎症抑制などに働く。免疫抑制作用はないが



催奇形性があるため、高齢者に選択されることが多い。アプレミラストはPDE4阻害薬で、細胞内のcAMPを上昇させることで免疫調整作用を持つ。臓器障害の副作用は少ない一方、下痢、嘔吐、頭痛などの症状が多くの症例で見られる。シクロスポリンはカルシニューリン阻害剤であり、T細胞からのサイトカインの産生を抑制する免疫抑制薬である。血圧上昇や長期間内服することで腎機能障害を来すことがあるため、定期的なモニタリングが必要である。メトトレキサートは関節炎症状に対して有効である。比較的安価な薬剤で、週2、3回の内服ですむ点有利点である一方、血球減少、肝障害、間質性肺炎などの副作用があるため定期的なモニタリングが必要である。デュークラバシチニブ、ウパタシチニブはJAK(ヤヌスキナーゼ)阻害薬で、重篤な副作用を引き起こす可能性もある薬剤である。そのため投与前のスクリーニング検査や投与後の定期的なモニタリングは、後述する生物学的製剤に準ずる必要がある。

生物学的製剤は、「皮疹が体表面積の10%以上」、「PASI(Psoriasis Area Severity Index)が10以上」、「DLQI(Dermatology Life Quality Index)が10以上」のいずれか1つでも満たした中等症～重症の乾癬の患者に適応となる治療である。乾癬性関節炎の場合は、関節破壊の進行を抑えるために、早期に生物学的製剤などの十分な全身療法導入を考慮すべきである。現時点で、本邦ではTNF阻害薬、IL-17阻害薬、IL-12/23p40阻害薬、IL-23p19阻害薬、IL-36阻害薬が保険適用となっている。いずれの薬剤においても、投与前には感染症や悪性腫瘍の除外が必要である。またB型肝炎ウイルス(HBV)の再活性化のおそれがあるため、投与前にはHBVの抗原のみならず抗体価の測定が必要である。

なおJAK阻害薬および生物学的製剤については、新規導入に当たっては日本皮膚科学会の乾癬分子標的薬使用承認施設で行うことになっている。中等症～重症の乾癬の患者を診察した際には、一度皮膚科専門医への紹介を検討いただきたい。



図6 尋常性魚鱗癬  
四肢伸側中心に皮膚の乾燥、小葉状落屑あり。

## 魚鱗癬

魚鱗癬は、全身の皮膚に乾燥と塑造、角質増殖を来す状態である。疾患数としては先天性魚鱗癬が多いが、患者数としては後天性魚鱗癬が多い。先天性魚鱗癬の一部は、厚生労働省の指定難病である。病型は多くあるが、現在はそれぞれの責任遺伝子が同定されつつある。比較的軽症な尋常性魚鱗癬やX連鎖性魚鱗癬から、重症の表皮融解性魚鱗癬、ロリクリン角皮症、先天性魚鱗癬様紅皮症、葉状魚鱗癬、道化師様魚鱗癬等のさまざまな病型がある。本稿では、これらの中から外来診療で遭遇することの多い尋常性魚鱗癬とX連鎖性魚鱗癬、および後天性魚鱗癬について概説する。

### 1. 尋常性魚鱗癬(図6)

先天性魚鱗癬では最も多い病型で、乳幼児期には発症することが多い。四肢伸側の「さめ肌」である。過去には250人に1人の有病率と報告されていたが、2006年にフィラゲリン遺伝子変異が原因であることが明らかになり、フィラゲリン遺伝子変異の保有率からは人口の10%程度に患者がいると考えられている(なおフィラゲリン遺伝子変異は、アトピー性皮膚炎の重要な発症因子でもある<sup>6)</sup>。軽症例が皮脂欠乏症と診断されていると推測され、実際よりも有病率が低く見積もられている要因と考えられる。常染色体半優性遺伝を示し、変異をホモ接合性に有する患者はより重症になる。四肢伸側や腰部の皮膚乾燥と落屑以外に、掌紋増強も診断に有用

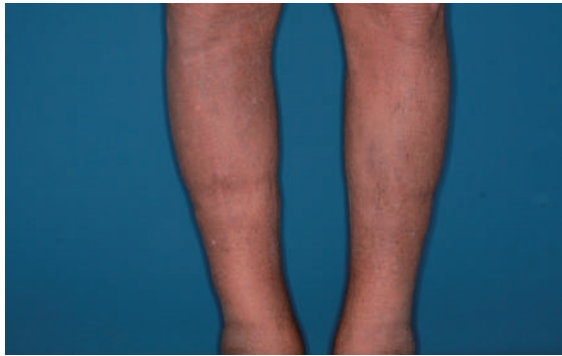


図7 後天性魚鱗癬  
皮膚の乾燥と塑造が目立つ。

である。尋常性魚鱗癬は難病には指定されていない。

## 2. X連鎖性魚鱗癬

尋常性魚鱗癬に次いで多い病型。出生時もしくは幼少期から発症することが多く、X連鎖性劣性遺伝である。ステロイドスルファターゼ遺伝子の変異で生じる。尋常性魚鱗癬より皮膚症状が広範囲に及び、鱗屑は大きく暗褐色を呈し、四肢屈側や頭皮などにも症状を認めることが多い。一方掌蹠は侵されない。また角膜に点状混濁を伴うことがある。多くの症例で遺伝子の広範囲な欠損があるため、発達異常や性腺発育不全などの他の症候を伴うことが多い。発達については、注意欠陥・多動症(ADHD)が多く、またてんかんの発症リスクも高いと報告されている。

## 3. 後天性魚鱗癬(図7)

悪性腫瘍(菌状息肉症、悪性リンパ腫、白血病、内臓悪性腫瘍)や甲状腺機能低下症、AIDS、サルコイドーシスなどの症状として出現する。ま

た薬剤を背景として生じることもある。四肢伸側のみならず屈側も侵される。臨床経過の詳細な聴取や基礎疾患の検索が診断に有用である。

## 4. 生活指導・治療

軽症例では、保湿剤やサリチル酸ワセリン外用などの対症療法が主体となる。湿度の低い冬場に悪化しやすいので注意が必要である。皮脂が減るので長時間の入浴は避け、体を擦らないように指導する。バリア機能が低下しているので、真菌やブドウ球菌などの細菌感染に注意する。後天性魚鱗癬については、基礎疾患があればその治療も行う。

## 最後に

本稿で取り上げた疾患は、日常診療でも比較的遭遇することが多いものである。症状によっては、生活の質を著しく害する疾患でもあるため、患者に寄り添った治療ができるように心がけることが重要である。

## 引用文献

- 1) 多田弥生:乾癬. 皮膚臨床 2020; 62: 592-602.
- 2) Kamiya K, et al: Epidemiological survey of the psoriasis patients in the Japanese Society for Psoriasis Research from 2013 to 2018. J Dermatol 2021; 48: 864-875.
- 3) Ohara Y, et al: Prevalence and Clinical Characteristics of Psoriatic Arthritis in Japan. J Rheumatol 2015; 42: 1439-1442.
- 4) 山本俊幸 編:乾癬・掌蹠膿疱症 病態の理解と治療最前線. 中山書店, 2020. 284-289.
- 5) Gisondi P, et al: Pathogenesis of Chronic Plaque Psoriasis and Its Intersection With Cardio-Metabolic Comorbidities. Front Pharmacol 2020; 11: 117.
- 6) 河野通浩:比較的多い魚鱗癬. MB Derma 2021; 312: 1-8.

# 皮膚感染症

自治医科大学皮膚科学 岡田寛文

## POINT

- ① 目に見えない感染症起因菌を推察するためには問診に加え視診や触診による皮膚所見から得られる情報が重要であるため、診察力を磨いてほしい
- ② 感染症の成立には細菌側の要因と、宿主の防御機構の相対的な力関係に依存するため、患者の既往歴や症状経過聴取なども重要である
- ③ 施設ごとに設備と実施可能な検査には差異があると考えるが、光学顕微鏡検査の手技を習得していると診察の幅が広がる
- ④ 最近のトピックとして帯状疱疹はデルマクイック<sup>®</sup>VZV検査、アメナメビルによる内服治療、ワクチンによる予防などが盛り込まれている疾患である。ぜひ、知識をアップデートしていただきたい

## はじめに

皮膚という臓器は、体温調節や水分の喪失や透過を防ぐという生命を維持するための必要不可欠な機能を持っているが、微生物や物理化学的な刺激から生体を守る皮膚バリア機能も有している<sup>1)</sup>。皮膚感染症の成立には皮膚バリア機能が大きく関わっている。皮膚科医は問診に加え、皮膚所見を正確に診断して、そこにどのような異常がありどのような疾患が想定されるかを考えながら診療をしている。皮疹診察時に確認すべき所見としては部位(片側か両側か)、大きさ、色調、形、分布などが挙げられる<sup>2)</sup>。感染症はそれぞれの起因菌ごとに、典型的な所見というものがある。人間に感染症を引き起こす病原微生物はいろいろあり、主なものとしてウイル

ス、細菌、真菌、節足動物による皮膚疾患などが知られている<sup>3)</sup>。生物それぞれの特徴と性質を理解することが、診断に寄与する領域であると考える。

## 高頻度に遭遇する皮膚疾患

表1は日本皮膚科学会が行った多施設大規模調査の結果であり、外来・入院全ての皮膚科受診患者に対してアンケート形式で、自身に告げられた診断名を記入させて集計したものである<sup>4)</sup>。皮膚科の全ての疾患のなかで、高頻度の上位10疾患とその割合を提示している。なお、1位の<その他の湿疹>とは、手湿疹や脂漏性皮膚炎、接触性皮膚炎などを詰め込んだ幅広い疾患群を指す。この表中で感染症に分類されるも

表1 皮膚科領域で高頻度の上位10疾患とその割合

| 順位 | 疾患名      | 全症例数に占める割合(%) |
|----|----------|---------------|
| 1  | その他の湿疹   | 18.67         |
| 2  | アトピー性皮膚炎 | 9.98          |
| 3  | 足白癬      | 6.49          |
| 4  | 蕁麻疹・血管浮腫 | 4.99          |
| 5  | 爪白癬      | 4.79          |
| 6  | ウイルス性疣贅  | 4.49          |
| 7  | 乾癬       | 4.43          |
| 8  | 接触皮膚炎    | 3.92          |
| 9  | ざ瘡       | 3.60          |
| 10 | 脂漏性皮膚炎   | 3.28          |

[文献4) より引用]



図1 白癬

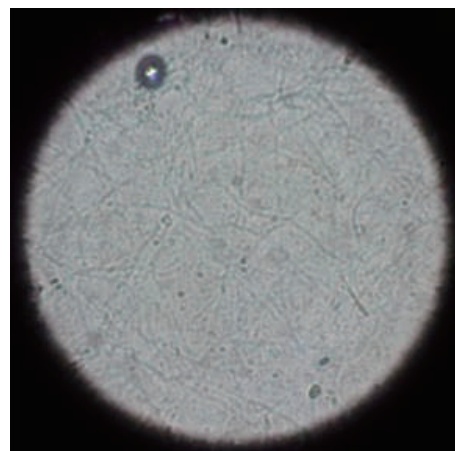


図2 光顕微鏡で検出した白癬菌

のは白癬，ウイルス性疣贅，そしてざ瘡であるためまずそれらの解説から開始する。

### 1. 白癬

白癬菌が皮膚の角層およびその特殊形である毛や爪に寄生する感染症で，いわゆる水虫である。足底や足趾間の高湿多湿となる部位に鱗屑を辺縁に有する落屑性紅斑が数ヵ月から数年の経過で存在している経過が典型例である。疫学調査によると日本人は5人に1人が足白癬を，10人に1人が爪白癬を持っているといわれる<sup>5)</sup>。びらんから細菌の二次感染を生じて，疼痛や蜂

窩織炎を発症することもある(図1)。特に糖尿病患者では難治性潰瘍，蜂窩織炎，リンパ管炎や壊死性筋膜炎を生じる母地となりうる。白癬の診断には病変部に真菌が存在することを証明することが必須である(図2)。見た目の臨床像だけでの診断は専門医といえども困難であり，直接鏡検で病変部から皮膚糸状菌を検出する診断法が簡便性・迅速性・感度・経済性のバランスに優れている。施設に光学顕微鏡の設備があればぜひ習得していただきたい技法である。その他，真菌検査には培養・分子生物学的検査・抗原検出などがある。皮膚科医の立場としては白癬疑いの病変に対して，試しに抗真菌薬を塗布することは禁忌であることには留意していただきたい<sup>5)</sup>。治療として足白癬は抗真菌薬外用が

基本であるが、重症度により経口抗真菌薬を積極的に活用することにより治癒率が高まる。爪白癬では経口抗真菌薬が第一選択である。内服薬としてはホスラブコナゾールが、高い有効率と12週間飲みきり終了でよい点の特徴である。

## 2. 尋常性疣贅

ヒト乳頭腫ウイルス(HPV)感染によるいわゆるイボである。手指足趾や手背足底に好発し、自覚症状はほとんどない。足底疣贅の場合、外觀が胼胝(たこ)や鶏眼(うおのめ)に類似するが、表面の角層を削ると点状出血を来す点や非荷重部にも出現する点で鑑別可能である。主に液体窒素による凍結療法を行う。難治性の場合外科的切除や炭酸ガスレーザーによる焼灼も行われる<sup>3)</sup>。

## 3. ざ瘡, 毛包炎

毛包の浅層に局限した細菌感染症で、毛孔に一致した紅斑や膿疱を生じ、軽い疼痛を伴ういわゆるにきびである。表皮ブドウ球菌、黄色ブドウ球菌などの起病菌が毛包に感染し、炎症を起こす。多汗、浸軟、衣類による摩擦、間擦部の自然密閉、高温多湿が誘引となる。治療として軽症の場合は抗菌薬の外用治療を行うが、合併症などがあり難治の場合は抗菌薬内服を併用する。

## 重要度の高い皮膚疾患とそのポイント

次に皮膚感染症の領域の中で日常診療中に遭遇する可能性の高い重要な疾患とそのポイントについて解説する。

### 1. 帯状疱疹

水痘帯状疱疹ウイルス(varicella zoster virus: VZV)の初感染が水痘(水ぼうそう)であり、その際VZVは水疱部位の知覚神経末端から求心性に、あるいはウイルス血症により血行性に知覚神経に到達し潜伏感染する。潜伏したVZVは、加齢や免疫力が低下する状況下で再活性化



図3 左片側性に生じた帯状疱疹

され、神経支配領域に一致した部位に、帯状に小水疱の集簇を形成して、神経に沿った疼痛を伴うという極めて特徴的な臨床症状を呈する(図3)。疱疹の新生は5日間ほど続き、やがて痂皮形成ないし乾燥化して全経過2~3週間で自然治癒するが、後遺症として帯状疱疹後神経痛が残ることがある。検査はウイルス性巨細胞を顕微鏡で観察するTzanckテストが方法で簡便であるとされているが、ギムザ染色には試薬が必要となる。現在デルマクイック®VZVという迅速性と正確性に優れたキットがあり、発症初期などで診断の決め手にかける臨床像を呈している際などには診断の助けになる。内服治療薬のアメナメビルはクレアチニンクリアランスに応じた投与量設定の必要がないため外来で投与前採血が必須ではないという利点がある。また予防策として50歳以上であれば水痘ワクチンが接種可能である。有効性のデータとして米国で50歳以上の者に水痘ワクチンを接種し、その後の帯状疱疹出現頻度、重症度、帯状疱疹後神経痛の有無など4万人を対象に調査を行った結果、重症度61.1%、帯状疱疹後神経痛への移行66.5%、帯状疱疹罹患頻度51.3%に減少したと報告されている<sup>6)</sup>。

### 2. 細菌感染症:特に後述の蜂窩織炎と壊死性筋膜炎が重要である

皮膚細菌感染症は、毛包や汗腺など皮膚バリア機能の低下している部位や創部などから侵入して生じる。感染が成立して発症するかどうかは、菌量・毒性など細菌側の要因と、宿主の防

御機構の相対的な力関係によって左右される。皮膚細菌感染症を疑った場合には、細菌培養・同定・薬剤感受性試験を行い、適切な抗菌薬を選択することが大切である。

### 3. 蜂窩織炎

真皮深層から皮下組織に生じる急性化膿性炎症で、顔面や四肢に突然発症し、境界不明瞭な紅斑・局所熱感・腫脹および疼痛という感染徴候を認める。下腿片側性に生じることが典型的であり、菌の侵入門戸である中心部が軟化し、水疱や膿疱を形成することがある。血栓性静脈炎、深部静脈血栓症、結節性紅斑、虫刺症、好酸球性蜂窩織炎、帯状疱疹などとの鑑別を必要とする。治療はセフェム系抗菌薬の全身投与や局所安静（運動や就労を避けて患肢挙上と冷却）が重要である。高熱、白血球数やCRPの異常高値、全身症状が顕著な場合は入院して抗菌薬点滴投与の検討や壊死性筋膜炎の発症を考慮して対処する。

### 4. 壊死性筋膜炎

皮下脂肪組織および浅層筋膜の急性細菌性炎症で、中高年の四肢や陰部に好発する。激痛を伴う発赤腫脹や潰瘍と発熱などの全身症状を伴う。早期の抗菌薬大量投与と十分なデブリドマンが必要であり、多臓器不全で死亡する場合もある。限局性の発赤腫脹から始まり、1～3日のうちに紫斑、水疱や血疱、壊死、潰瘍を見る。進行とともに患部の知覚は低下する。辺縁の臨床的に一見正常に見える部位でもその皮下組織では病変が進行している。高熱、著しい関節痛、筋肉痛、ショック症状、多臓器不全などきわめて強い全身症状を伴う。男性の陰部に生じた壊死性筋膜炎を特にFournier壊疽と呼ぶ。蜂窩織炎とは鑑別困難なことがあるが、急速に進展する皮膚病変、紫斑や血疱の出現、著しい全身症状は本症を強く示唆する。LRINECスコア（壊死性筋膜炎の早期診断目的に開発された評価スコア）やfinger test（局所麻酔下で筋膜まで小切開し、指を入れて組織が抵抗なく剥離されるとき本症を疑う）なども参考になる<sup>1)</sup>。

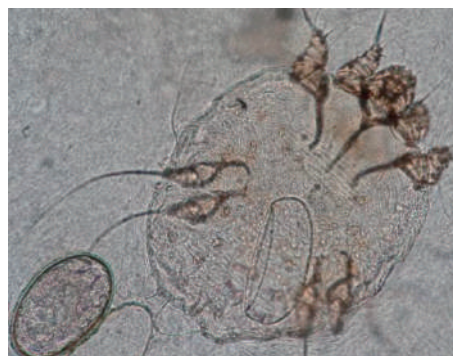


図4 ヒゼンダニの虫体と虫卵

### 5. 疥癬

疥癬はヒゼンダニによる感染症であり、極めて掻痒感の強い小丘疹が体幹や陰部、大腿および上腕内側、指間部といった皮膚の柔らかい部分に多発する。それに加えてアレルギー反応により広範囲の紅斑と搔爬により非特異的な湿疹病変の臨床像を呈することが多い。疥癬の臨床像は多岐にわたり、初期診断では薬疹やアトピー性皮膚炎などの他疾患として加療される例もある。また、経過中に他の皮膚疾患を発症することもある。診断は疥癬虫体あるいは虫卵を顕微鏡下に検出することで確定しているが（図4）、疥癬の皮疹であっても顕微鏡検査でヒゼンダニを検出できるのは10%から70%と幅があり、容易ではない<sup>7)</sup>。専門医が疥癬を疑う皮疹から複数回検査を行っても偽陰性となることもしばしば経験する。治療はイベルメクチンの内服が第一選択となる。成虫に対しては有効であるが虫卵に対しては無効であるため、1～2週間後に再度顕微鏡検査をしてヒゼンダニが証明されれば再投与する。外用療法としてはフェノトリンローション、イオウカンフルローション、クロタミトン軟膏、安息香酸ベンジルローションなどを用いる。ヒゼンダニが駆除されても、掻痒を伴う結節などが長期間持続することも多く、漫然とイベルメクチン内服を継続しないことが肝要である。ヒゼンダニの繁殖しやすい環境についてだが、最近では空調設備も完備されており、疥癬が好む適温度、適湿度が1年中保たれていてADLの低下した高齢者は寝たきりのため高湿度となり、免疫力が低下してい

る場合が多く、疥癬を排除しにくい環境が整う機会が多くなっていることが指摘されている<sup>9)</sup>。

## まとめ

---

皮膚感染症の領域で高頻度に遭遇する疾患群の重要なポイントについて解説した。丁寧な問診と皮膚所見の診察が診断に結びつく領域である。また、顕微鏡検査が可能であれば白癬や疥癬の早期診断と治療につながるため、ぜひ習得していただきたい技術である。

## 参考文献

- 1) 清水宏:新しい皮膚科学 第3版. 中山書店, 2018.
- 2) 宇原久:どう診る? どう治す? 皮膚診療はじめの一步. 羊土社, 2013.
- 3) 岩月啓氏 監修:標準皮膚科学 第11版. 医学書院, 2020.
- 4) 古江増隆, 山崎雙次, 神保孝一:本邦における皮膚科受診患者の多施設横断四季別全国調査. 日皮会誌 2009; 119(9): 1795-1809.
- 5) 常深祐一郎:毎日診ている皮膚真菌症. 南山堂, 2010.
- 6) 日本皮膚科学会ホームページ. <https://www.dermatol.or.jp/> (accessed 2023 Dec 1)
- 7) 石井則久, 他:日本皮膚科学会ガイドライン 疥癬診療ガイドライン(第3版)日皮会誌 2015; 125(11): 2023-2048.
- 8) 石黒和守:老人施設型疥癬 - 通常型から角化型に至る中間型疥癬の提唱. 臨床皮膚科 2018; 72(5): 162-164.

# 高齢者の皮膚疾患・小児の皮膚疾患

自治医科大学皮膚科学 講師 佐藤篤子

## POINT

- ① 高齢者の掻痒のもっとも一般的な原因が乾皮症である
- ② 伝染性膿痂疹は黄色ブドウ球菌による水疱性膿痂疹と溶血性連鎖球菌による痂皮性膿痂疹に分類される
- ③ ヘルペスウイルス感染症では、近年イムノクロマト法を用いたウイルス抗原の検出による迅速診断が汎用されている

特集

## はじめに

高齢者は皮脂腺や汗腺などの皮膚生理機能の低下がみられ、外気や室内の低湿度環境、過度の入浴や擦り洗いなどの外的刺激により、容易に皮膚の乾燥を引き起こし、しばしば掻痒を伴い、皮膚バリア機能が破綻し湿疹になりやすい。一方で小児は、急に皮膚病変を伴って細菌、ウイルスなどの感染症を発症するが、原因は多種多様であり、鑑別に難渋することも少なくない。日常診療で遭遇する機会の多い疾患について記載する。

## 老人性乾皮症

乾皮症は皮脂欠乏症と同義の疾患であり<sup>1)</sup>、水分保持機能や表皮被覆機能の破綻により皮膚乾燥を呈する疾患の総称で、重症化すると強い掻痒を伴い、皮脂欠乏性湿疹を発症する<sup>2)</sup>。高

齢者では高い頻度で発症することが知られており、高齢者の7割以上で皮膚の乾燥が認められているという<sup>3,4)</sup>。高齢者の掻痒のもっとも一般的な原因が乾皮症であり、乾燥する要因として3つに大別され、①加齢による生理的要因、②環境要因として寒冷や、乾燥、空調による低湿度、紫外線暴露、過度の入浴や擦り洗いなどの不適切なスキンケア、③皮膚疾患や全身性疾患、医原性などに分けられる。主な症状は、皮膚の乾燥、細かい鱗屑、落屑に始まり、徐々に悪化すると、鱗屑が粗大化し、表面がさざ波状、菱型模様の亀裂を生じる(図1A)。治療の基本は生活指導と外用治療である。例えば入浴時にナイロンタオルを使用せず手で洗う、空調など過度の乾燥を避ける等である。保湿剤は主に、皮膚を被覆することにより、水分蒸散を抑え、間接的に角層水分を増加させるエモリエントと、直接的に角層水分を増加させるモイスチャライザーとに分類される<sup>2)</sup>。エモリエントにはワセ





図1 老人性乾皮症, SSSS

A 老人性乾皮症. 両下腿伸側は好発部位で鱗屑が粗大化し, 表面がざざ波状, 菱型模様の亀裂を伴う紅斑を認める. B-F SSSS. B 鼻汁, 口周囲の紅斑. C-D 腋窩や頸部などの間擦部に強い発赤, びらん, 痂皮を認める. E-F びまん性の潮紅を認める.

リンなどがあり, 油脂膜を形成して水分蒸発を防ぐがべたつく. モイスチャライザーにはヘパリン類似物質や尿素といった保水成分を含み, エモリエントよりも使用感がべたつかず, スプレーやフォームなどもあり剤型も豊富である. 外用量の目安として1 FTU (finger tip unit) が提唱されている<sup>5)</sup>. この1 FTUは, 開口部5 mm径のチューブから, 軟膏を成人示指の第一関節から先端まで押し出した量(約0.5g)で, 成人の掌2枚分(約2%)の面積に塗布するように指導する. 成人では全身塗布時に1回約20g, 1週間で約140gが使用量の目安になる.

### 伝染性膿痂疹(とびひ), ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 (Staphylococcal Scalded Skin syndrome: SSSS)

伝染性膿痂疹は黄色ブドウ球菌による水疱性膿痂疹と溶血性連鎖球菌による痂皮性膿痂疹に

分類される. とびひと言われ, 5歳以下が多く, 夏, 特に7, 8月に多くみられる<sup>6)</sup>.

主に四肢に痂皮を伴うびらんが多発する. 鼻腔内が感染源になることが多く, 鼻周囲に鼻汁や紅斑, びらんがみられる. びらん面には多数の菌が存在し, 接触により容易に感染するため, プールや水泳は治るまで控える. SSSSは黄色ブドウ球菌が産生する表皮剥奪毒素による全身性の有痛性の紅斑, びらんで<sup>7,8)</sup>, 5歳未満の乳幼児に好発し, 発熱を伴い, 全身倦怠感, 不機嫌で発症し, 眼脂, 鼻汁, 口周囲の発赤, 放射状のしわがみられる特有の顔貌を呈する(図1B). 初期症状を見逃さないためには, 症状が, 特に頭頸部に出現することに注目する. 進行すると全身にびまん性の潮紅を認め, 痛みも伴い, 特に腋窩や鼠径, 頸部などの間擦部に強い発赤やびらんを呈する(図1C-F). 原因菌として, 鼻腔や咽頭から表皮剥奪毒素産生性のブドウ球菌が検出される. 小児の発症率が高いのは毒素の腎排泄効果が低いことと, 免疫学的未熟さが原



図2 ウイルス性発疹症

- A 伝染性軟属腫。眼囲に中心が陥凹した小丘疹を認める。
- B-C 尋常性疥癬。点状の出血を伴う角化性丘疹を多数認める。
- D 口唇ヘルペス。口囲に紅暈を伴う小水疱が集簇する。
- E カポジ水痘様発疹症（上腕）。播種状に広がる膿疱やびらんが多発。
- F 水痘。紅暈を伴う小水疱が多発。
- G 帯状疱疹（左腰部 - 臀部）デルマトームに一致して帯状に小水疱，紅斑が多発。

因と考えられている<sup>7)</sup>。治療は、βラクタム系抗菌薬の投与で、とびひなど軽症例であれば内服を行い、SSSSの場合は原則入院ができる病院に紹介し、補液などの全身管理とともに、第一世代セフェム系(CEZなど)の点滴を開始する。薬剤感受性結果をもとに、抗菌薬の変更を行う。外用は抗生物質含有軟膏やワセリンなどを使用する。SSSSは治療が迅速に開始されれば、重症化はまれで7～10日程度で治癒する。

### 伝染性軟属腫，尋常性疥癬， ウイルス性発疹症

ウイルスはDNAまたはRNAとタンパク質から構成され、ウイルス自身では生活できず、宿主細胞内でのみ増殖する。主な感染経路には空気感染(飛沫核感染)、飛沫感染、接触感染、経口感染(糞口感染)、節足動物媒介感染等がある<sup>9)</sup>。

#### 1. 伝染性軟属腫(水いぼ)

pox virusの一種で、感染経路は主として病変部への直接接触感染だが、間接触感染も起こり、スイミングスクールでの直接接触やビート板やタオルの共用による感染が知られている<sup>10)</sup>。皮膚病変は、点状～小豆粒大程度までの中心が陥凹した小丘疹である(図2A)。摘み取ると白色粒状の内容物がみられる。アトピー性皮膚炎など乾燥して皮膚バリアが崩れている状態で多発しやすく、また搔抓により湿疹も悪化することがある。経過は自然消退があることが知られていて、放置していても2～4年、または6ヵ月～5年で消失することがある<sup>6)</sup>。治療は放置するか摘除するかで、軟属腫ウイルスに対する抗体が存在することが知られており、明らかな関与は不明ながら、消失する事実があるため、放置を薦める意見もある。放置すると、自家接種により増数、拡大し、他人への感染リスクもあるため、摘除も選択肢となる。摘除の際は、無

麻酔でピンセット(トラコーマ鑷子)を使用して摘み取るか、局所麻酔としてのペンレス<sup>®</sup>テープを小さく切って患部に30分～1時間貼付後に摘み取ると、ほとんど疼痛なく摘除することができる。ペンレス<sup>®</sup>テープは伝染性軟属腫に保険適応であり、疼痛をなくすことができる反面、麻酔薬のため、ショックを起こす可能性もあるため注意が必要である。なお、プールには入っても構わないが、直接、間接接触で感染するので指導を行う<sup>11)</sup>。

## 2. 尋常性疣贅(いぼ)

ヒト乳頭腫ウイルス感染症による。手足に単発または多発する直径数mm～1cm大の表面角化する丘疹で、表面内部に点状の出血を多数認める(図2B-C)。足底では鶏眼(うおのめ)や胼胝(たこ)と迷う場合もあるが、表面をメスなどで少し削って患部を観察すると点状の出血がみられることで疣贅と診断できる。治療は液体窒素による凍結療法、ヨクイニンエキス内服の併用、スピール<sup>®</sup>膏(患部に小さく切って貼付し、数日後、白く浸軟した角質をメスや剪刃で削り取る)などが保険適応になっている。保険適応外では活性型ビタミンD<sub>3</sub>軟膏の密封療法や、モノクロル酢酸またはトリクロル酢酸の腐食作用による治療などが有効である。

## 3. ウイルス性発疹症

### (1) ヘルペスウイルス感染症

#### 単純ヘルペス(HS)

単純ヘルペスウイルス(HSV)による皮膚粘膜感染症で、HSVは皮膚、粘膜、神経に高い親和性を示す。もっとも一般的な皮膚、粘膜感染症である。粘膜、皮膚に直接接触することで表皮細胞に侵入し、増殖して感染を起こす。この初感染の後、三叉神経節あるいは脊髄後根神経節の神経細胞に潜伏感染し、発熱や紫外線、ストレス、疲労、外傷、手術、免疫低下などによりウイルスが再活性化し、再発病変を形成する<sup>12)</sup>。HSの中で、最もよくみられるのが口唇ヘルペスで、宿主の免疫低下によりHSV-1が再活性化して口唇や口腔粘膜部に浮腫性紅斑が出現し、紅暈を

伴う小水疱が集簇して出現する(図2D)。水疱はびらんから痂皮化して治癒する。HSV-1初感染の90%が無症状で、ごく一部が菌肉口内炎を発症する。一方、HSV-2の初感染はSTDとして性器、陰部に発症する。HSV-1は上半身、HSV-2は下半身の病変から分離されることが多い。HSV-1感染による重症感染症にカポジ水痘様発疹症がある。カポジ水痘様発疹症は、アトピー性皮膚炎など皮膚のバリア機能が障害されている患者に発生し、発熱、リンパ節腫脹などの前駆症状とともに、顔面、頸部を主体として小水疱が多発出現し、播種状に拡大し、膿疱やびらんを混じる(図2E)。HSの診断には、Tzanck試験、血清抗体価測定、イムノクロマト法を用いたウイルス抗原の検出(デルマクイック<sup>®</sup>HSV)がある。治療として外用療法はアシクロビル軟膏またはピダラビン軟膏の塗布、内服には、アシクロビル、バラシクロビル、ファミシクロビルなどがあり、重症例や新生児にはアシクロビル点滴がある。また、再発性には事前に処方し発症時患者判断で内服するアメナメビルの単回投与等が保険適応となっている。

### (2) 水痘

水痘带状疱疹ウイルス(VZV)の初感染による。空気感染、飛沫感染、接触感染による。好発年齢が6ヵ月～6歳で、約90%が10歳以前に発症する<sup>12)</sup>。冬に多く、夏に少ない。潜伏期間は14～16日で発熱とともに全身に小紅斑が出現、すぐに紅暈を伴う小丘疹、小水疱が多発し(図2F)、小膿疱へと変化し、痂皮化して10日ほどで治癒する。顔面に皮疹が見られるのが大きな特徴である。鑑別としてカポジ水痘様発疹症では発疹の分布がアトピー性皮膚炎罹患部位に一致して偏る傾向があるが水痘では全身に均等に生じていて水疱も大きい<sup>9)</sup>。成人や免疫不全状態、妊婦では重症化しやすく、脳炎や肺炎を合併することがある。妊娠初期(8～20週頃)に水痘感染すると先天性水痘症候群という児の先天異常(癩痕性皮膚病変、眼異常、四肢の低形成など)を生じることがある(1.4%程度)<sup>13)</sup>。妊娠末期特に分娩5日前から分娩後2日以内に母親

が水痘感染すると重症の新生児水痘が生じる。診断は特徴的な皮疹，Tzanck試験，血清抗体価測定，イムノクロマト法を用いたウイルス抗原の検出(デルマクイック®VZV)がある。ワクチンによる予防が可能で，特に小児予防接種が導入されて以降，患者数は激減している。治療には，内服のアシクロビル，バラシクロビルがあり，重症例は入院の上，アシクロビル点滴と全身管理を行う。また，特に6～12歳までの小児水痘患者でアスピリンなどのサリチル酸系製剤内服により，Reye症候群を併発する場合があるのでアスピリンの使用は禁忌である。

### (3) 帯状疱疹

VZVの再活性化による。水痘罹患後，ウイルスは三叉神経節や脊髄後根神経節の細胞に感染して，数年から数十年の潜伏感染後に，宿主の免疫低下により再発する。神経支配領域いわゆるデルマトームに一致して帯状に小水疱，紅斑が多発し，通常強い痛みを訴える(図2G)。診断は特徴的な臨床所見，水痘と同様の検査となる。特にイムノクロマト法を用いたウイルス抗原の検出法は迅速で簡便なため汎用されている。治療は抗ウイルス薬のアシクロビル，バラシクロビル，ファムシクロビル，アメナメビル等の内服と，消炎鎮痛剤の併用である。重症例にはアシクロビル点滴を行う。ステロイド全身投与は，Ramsay Hunt症候群，局所の炎症や浮腫が強い症例に短期間使用する。帯状疱疹関連痛は皮疹発症前に生じる痛み(前駆痛または先行痛)，急性期の痛み，そして帯状疱疹後神経痛(PHN)を合わせたもので，高齢者では特にPHNが問題となる。疼痛に対してはプレガバリンやミロガバリン，三環系抗うつ剤，ノイロトロピン®やトラマドール製剤，難治性の疼痛にはオピオイド鎮痛薬などを使用する<sup>14)</sup>。ほか，

神経ブロック，ビタミンB<sub>12</sub>内服なども選択肢である。予防として，主に50歳以上の人に不活化ワクチンや生ワクチンが適応となっている。

## まとめ

皮疹の性状や分布をよく観察することが診断，治療につながる。近年，あらたな診断法や治療法も増えており，個々の患者の状況に合わせた診療を行うことが大切と考える。

## 文献

- 1) 菊地克子，他:皮脂欠乏症(乾皮症)について 皮脂欠乏症の定義とその治療課題. 日皮会誌 2019; 129: 2763-2770.
- 2) 佐伯秀久，他:皮脂欠乏症診療の手引き2021. 日皮会誌 2021; 131: 2255-2270.
- 3) Ikoma A, et al: Prevalence of Pruritus in the Elderly with Dementia: A Multicenter Survey of Japanese Patients. Acta Derm Venereol 2020; 100: adv00210.
- 4) Kimura N, et al: Prevalence of asteatosis and asteatotic eczema among elderly residents in facilities covered by long-term care insurance. J Dermatol 2013; 40: 770-771.
- 5) Long CC, et al: The finger-tip unit a new practical measure. Clin Exp Dermatol 1991; 16: 444-447.
- 6) 日野治子 編著:こどもの発疹のみかた 第4版. 中外医学社, 2015.
- 7) Liy-Wong C, et al: Staphylococcal scalded skin syndrome: An epidemiological and clinical review of 84 cases. Pediatr Dermatol 2021; 38: 149-153.
- 8) Amagai M, et al: Toxin in bullous impetigo and staphylococcal scalded skin syndrome targets desmoglein 1. Nat Med 2000; 6: 1275-1279.
- 9) 日本学校保健会:学校において予防すべき感染症の解説. 2018年3月発行.
- 10) 日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会:学校，幼稚園，保育所において予防すべき感染症の解説 2020年 改訂版.
- 11) 山本剛伸，他:学校感染症 第三種 その他の感染症:皮膚の学校感染症とプールに関する統一見解に関する解説. 日皮会誌 2015; 125(6): 1203-1204.
- 12) 玉置邦彦 総編集:最新皮膚科学大系 第15巻 ウイルス性疾患性感染症. 中山書店, 2003.
- 13) 日本産婦人科学会 日本産婦人科医会 編集監修:産婦人科診療ガイドライン 産科編2020.
- 14) 日本ペインクリニック学会:神経障害性疼痛薬物ガイドライン改訂第2版 2016年改訂版.

# フットケア

村田皮膚科医院 院長 村田 哲

## POINT

- ① フットケアは、患者に靴を脱いでもらうことから始まる
- ② 入室時に、歩行を観察する。履いていた靴を見て、ベッド上で素足を視診・触診する
- ③ 正しい靴の選択、履き方、歩き方、爪の切り方、足の洗い方などを指導する
- ④ 糖尿病患者の足病変は、トラブルの早期発見、重症化予防を行う
- ⑤ 足・爪白癬は、診断を確定し治癒をめざした治療目標を患者と共有する

## はじめに

足のトラブルは、全年齢において頻度が高く、QOL低下に直結するにもかかわらず、日本では、一般に適切な靴の選択や履き方、足の洗い方や正しい爪切り方法などを教えられることもなく、悩みをかかえながらも、どうすればよいか分からず放置されていることが少なくない。医学教育においても、系統的に講義されることのない分野であり、日常の医療現場で適切に対応されているとは言い難いが、不適切な対応が行われると、重症化し不可逆的障害を残してしまう。

この原稿では、足のトラブルを起こさないための靴の履き方、選び方、正しい足の爪の切り方を説明することの重要性、頻度の高いトラブルである鶏眼・胼胝、巻爪・陥入爪、厚爪甲・爪甲鉤弯症、足白癬・爪白癬の診断と治療、最後に、糖尿病患者診察の注意点について説明する。

## 足の診察の仕方

フットケアは、患者に靴を脱いでもらうことから始まる。ベッドに上がり、素足になり、両足を揃えてもらう。この時、脱いだ靴も観察する。

足背の診察では膝を軽く曲げて、足底をベッドにつけた状態で上から診察、足底・足趾・趾間は、膝を伸ばしてもらい、足底側から観察する。

診察時に注意すべき点は、足全体の形や足趾の変形・変位・左右非対称等、爪の形や色、長さ、厚さ、爪囲の紅斑や鱗屑の有無、足底・趾間では、鱗屑、紅斑、紫斑、色素斑、丘疹、結節の有無、触診による皮膚温度や皮膚知覚の確認、足背動脈の拍動触知などを行う。忘れてはならないのは、患者の履いていた靴の観察である。靴の形が崩れてないか、サイズは合っているか、汚れ具合、中敷きやソールのすり減り方、足をしっかり固定できるデザインかどうかなど



図1 胼胝・鶏眼と尋常性疣贅の鑑別  
54歳女性，左右足底前足部に胼胝が多発するが，図1aの黒い→で示した部分は，中央で表面が白く凹凸粗造となり，削ってダーモスコピーで観察すると，図1bのように点状に上昇してきている血管がみられ，尋常性疣贅を合併していると診断できる。

を観察する。

フットケアは，正しい靴の選択と履き方，足爪の切り方，足の洗い方など，教育が重要で，診察と同時に問診しながら，一般的に知っておいてほしい情報を伝える。パンフレットを用意しておくのもよい。

## 胼胝・鶏眼

皮膚は，圧迫，摩擦刺激を慢性的に受けると，角層が肥厚する。レンズ状に肥厚するものを胼胝(タコ)，円錐形に肥厚するものを鶏眼(魚の目)という。これらは靴の不適切な選択や履き方が原因であるが，高齢者では，すでに骨の変形が起こっていて，既製品の靴で対応できなくなっていることも多い。特に足の横アーチが減少する開張足では，胼胝，鶏眼を来しやすい。

診断では，尋常性疣贅との鑑別が必要で，鑑別点は，小児でないこと，物理的な圧がかかる場所に存在していて，角質が均一で透明感があり，尋常性疣贅の特徴である内部に垂直に上昇する血管がみられないことである(図1)。

治療は，コーンカッターで肥厚した角層を慎重に少しずつ除去し，ある程度の角質を除去したら，グラインダーを使用して周囲皮膚と同じ厚さに近づける。色や硬さを周囲皮膚と比較しながら進め，摩擦熱を感じるようなら終了する。適切な靴への変更と正しい履き方ができると，必要な処置の間隔は，2週間，4週間，8週間と徐々に間をあけることができるようになる。足底アーチを持ち上げるインソールや，足趾を

保護するシリコンゲル用品も有効である。

## 巻爪・陥入爪

医学的には，巻爪と陥入爪は異なる疾患で，巻爪は爪の変形，陥入爪は爪による爪周囲皮膚の外傷である。

巻爪の原因は，家族歴があり，全足趾に同様に変形がみられるような先天的なものと，靴，ストッキングや5本指ソックスなどによる外的要因。すり足歩行による歩行時蹴り返しの不足，自傷や不適切な爪切り習慣による深爪など後天的なものがある。

治療は基本的に保険適応外，自費診療となる。プレートに爪を貼付したり，ワイヤー(図2)や金属器具(図3)を装着して矯正を行うが，それぞれ長所・短所があるので，それを理解した上で使い分ける。発症原因の改善が行われないと，再発は免れないため維持療法や増悪因子についての教育，指導も必要である。

陥入爪は，軽症なら，靴や爪切りの指導と無麻酔での爪棘除去(図4)，テーピング法で治療可能であるが，強い疼痛，湿潤，肉芽形成を合併する場合，局所麻酔下での斜め爪甲除去もしくはガター法を行う。先天的に爪の幅が広く，このような処置・指導を行っても，再発を繰り返すようなら，爪母をフェノールや水酸化Naで処理することで過剰な爪を除去する外来手術(保険適応)が可能であるが，熟練した繊細な手技が必要で，不適切な処置が行われると，不可逆的な変形を残す。

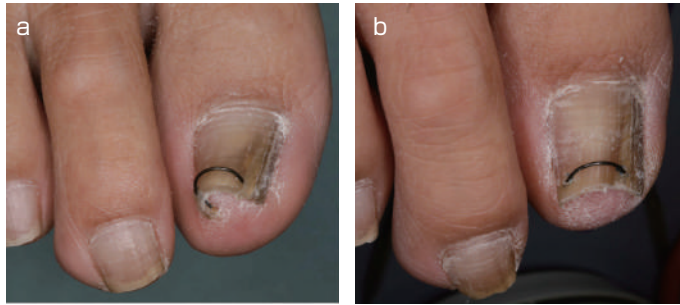


図2 超弾性ワイヤー法による巻爪治療  
52歳女性，右第1趾巻爪有り，ワイヤー挿入（図2a），3ヵ月後ワイヤー再挿入（図2b）．巻爪変形改善，爪白癬あり，ネイリン®内服開始．

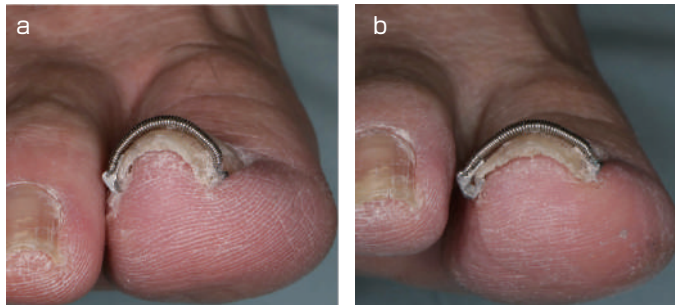


図3 巻爪マイスターによる巻爪治療  
57歳女性，右第1趾巻爪あり，巻爪マイスター®装着開始（図3a），1ヵ月後（図3b）．

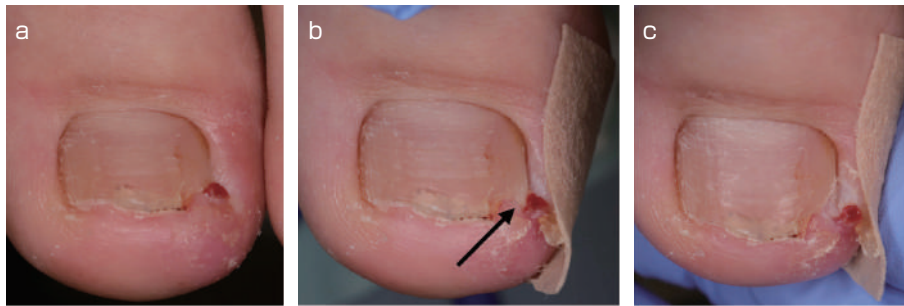


図4 陥入爪の爪甲除去術とテーピング法  
19歳女性，左第1趾陥入爪．外側爪遊離端で紅斑腫脹，肉芽形成あり（図4a）．テーピング法で側爪郭を牽引して爪断端を露出されると，不適切な爪切りで爪棘（矢印）を形成している（図4b）．無麻酔で爪棘を爪切りして，テーピング指導・爪切り指導を行った（図4c）．

足に合わない靴を履いたり，不適切な靴の履き方をして歩くことにより，爪甲が圧迫され，それを避けるため，爪甲遊離縁の角を切るようになり，さらに深爪を繰り返す，爪が食い込み，靴に圧迫され陥入爪を発症する．このような悪循環を繰り返さないように，自分の足にあった靴を正しく履き，スクエアオフカットに爪を切る習慣を身につけるように指導する．

### 厚爪甲・爪甲鉤弯症

不適切な靴の着用により，爪の伸長が障害さ

れると，爪は肥厚し黄色をおび，多くの横方向の線条を形成し最終的に重層するようになる．高齢になると，肥厚した爪を自己処置できず，放置され，鉤爪のように肥厚変形することもある．このような爪でも，爪切りとグラインダーなどで，徐々に形を整えていくと，改善していく．爪切りのコツは，爪甲と皮膚との間の角質や汚れを丁寧に除去したあとに，爪床との隙間を目視しながら，ニッパーの刃を爪に添わせて挿入し，数mmずつ切り進めることである．爪内部の白色混濁や爪甲下の角質増殖があるときは，爪白癬の可能性があり，KOH法で菌糸を確



図5 爪甲鉤弯症の治療  
78歳女性，左第1趾爪甲鉤弯症（図5a）．ニッパーで爪切り施行．靴指導，爪切り指導行う．3ヵ月後，軽度肥厚混濁残存する（図5b）．1年後，まだ爪甲肥厚が残るが概ね爪の形状は保たれている（図5c）．

認し，爪白癬の治療を行う（図5）．

## 足白癬・爪白癬

足白癬・爪白癬は，真菌感染症であり，また，薬剤耐性は稀なので，診断が正確に行われ，適切な治療薬が正しく使用されれば，完治できる感染症である．

白癬の診断は，KOH法が必須で，視診のみで診断はできない．

爪白癬も鑑別診断すべき疾患が数多く存在し，しかも他疾患に合併していることもあるため，治療開始前にKOH法での診断が必須であるが，標本作成に熟練が必要で偽陰性の頻度が高く，臨床的に強く爪白癬を疑うが，KOH法で菌体を確認できない場合も少なくない．そのようなときは，繰り返しKOH法を行うが，さらに，イムノクロマト法を使用したデルマクイック®爪白癬が使用可能となっている．検体は爪のみ，反応時間は5分以上30分以内．使用目的は，あくまでも，KOH直接鏡検法の補助として使用する．白癬菌以外の真菌にも陽性となるが，カンジダは検出できない．爪白癬が否定できたら，診断をやり直し，靴による障害，爪乾癬，爪扁平苔癬などの可能性を検討する．

治療は，足白癬では，外用方法を具体的に患者に指導する．外用剤は，糸状菌に対する薬効の高いラノコナゾールやルリコナゾール等を選択し，皮疹の有無にかかわらず，両側の足底，趾間，足縁，踵に，1日1回，入浴後か就寝前

に塗布する．これを3ヵ月継続させる．このとき，強調すべき点は，決してすり込まないこと．優しく塗り上げるように塗布する．爪白癬では，まず，第1選択は内服治療で，現在は，3ヵ月で治療完了可能なホスラブコナゾールが使用しやすい．

## 糖尿病の足病変

糖尿病患者のフットケアは，トラブルの早期発見，足病変の重症化予防のため必要だが，自己処置は危険で必ず医療従事者が行う．糖尿病患者は，知覚低下による意識されない外傷を起こしたり，網膜症による視覚低下で，初期の小さな変化を見逃しがちである．また，微小血管病変や動脈硬化・閉塞による血流障害が存在し，靴の圧迫や，温熱，寒冷，外傷などにより，容易に水疱，潰瘍，壊疽などを来しやすく，陥入爪のテーピングや胼胝用軟化剤使用などの自己処理は危険なため勧めない．胼胝と思われた皮膚病変の下に糖尿病性潰瘍が存在していたり，陥入爪と思われたものが，初期の糖尿病性壊疽のこともあり，不用意に侵襲のある処置を行うと，急速に症状を悪化させるリスクもあり，特別な配慮が必要である．トラブル回避のため，糖尿病患者のフットケア施行時に参照すべきチェックリストがあり，参考にするとよい．

AAA 3分間足病チェック ([https://aaa-amputation.net/aaa\\_score/3minutes\\_footcheck/](https://aaa-amputation.net/aaa_score/3minutes_footcheck/))



# 悪性腫瘍

中部国際医療センター 皮膚科/皮膚がんセンター 日置智之

## POINT

- ① 悪性黒色腫，有棘細胞癌，皮膚血管肉腫は高齢者に多く，進行すると予後不良である
- ② 皮膚悪性腫瘍の治療は近年急速に発展したが，治療の基本は早期診断・早期切除である
- ③ 将来的に人工知能(AI)による皮膚悪性腫瘍診断補助システムが実用化する可能性がある

## はじめに

2025年にはいわゆる「団塊の世代」が後期高齢者の年齢に達し，高齢化率が30%を超える超高齢社会が目前に迫っている。皮膚悪性腫瘍は本邦において高齢化を背景に増加傾向にあり，1997年に900人程度であった皮膚悪性腫瘍による死亡者数は2020年には約2倍に当たる1,707人まで増加しており，その対応は喫緊の課題である。

皮膚悪性腫瘍には悪性黒色腫，有棘細胞癌，基底細胞癌，付属器癌，乳房外Paget病，悪性軟部腫瘍などさまざまな癌腫があるが，本稿で取り上げる悪性黒色腫，有棘細胞癌，皮膚血管肉腫は進行すると予後不良であり，早期の診断・治療が極めて重要な皮膚悪性腫瘍である。皮膚科専門医がない，もしくは皮膚科専門医へのアクセスが悪い地域において，患者はまずかか

りつけの病院や診療所を受診するため，地域医療においてプライマリ・ケア医が皮膚悪性腫瘍の診断と治療について見識を深め，その対応を身に付けておくことが望ましい。

悪性黒色腫をはじめとする皮膚悪性腫瘍に対する治療について，近年さまざまな新規薬物療法の有効性が示され，さらに現在多くの臨床試験が進行中である。その中でも悪性黒色腫の治療については，ニボルマブ(オプジーボ®)やイピリムマブ(ヤーボイ®)などの免疫チェックポイント阻害薬(Immune Checkpoint Inhibitor: ICI)，分子標的薬を含めた新規薬物療法の登場を受けて大きく変貌している。これらの新規治療薬は進行期悪性黒色腫患者の予後を改善し，他の悪性腫瘍についても適応が拡大し続けている。しかし，これらの治療法が進歩しても，皮膚悪性腫瘍を標準治療に導く第一歩は「臨床医が悪性腫瘍を疑う」ことから始まり，皮膚科専

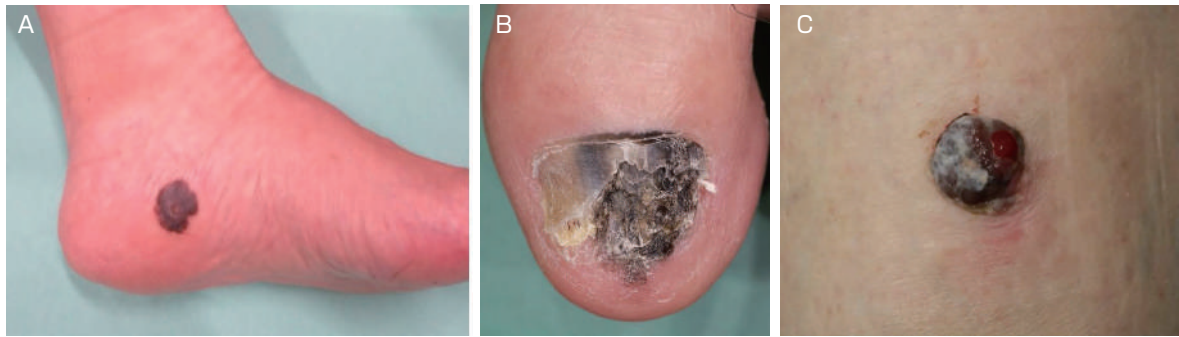


図1 悪性黒色腫 (MM)  
A: 足底に生じたMM B: 爪部に生じたMM C: 下腿に生じたMM

門医への迅速な紹介・受診がその後の患者の予後に大きく影響する。

本稿では、高齢者に多く発生し早期の対応が必要となる悪性黒色腫、皮膚有棘細胞癌、皮膚血管肉腫の3つの皮膚悪性腫瘍について解説する。また、最新のトピックスとして皮膚悪性腫瘍の人工知能(AI)診断についても取り上げる。

## 悪性黒色腫

悪性黒色腫(malignant melanoma:MM)は、メラノサイト(メラニン色素産生細胞)や母斑細胞が癌化して生じる悪性腫瘍である。日本人では毎年10万人あたり1~2人が診断され、欧米と比べると少ないものの近年増加傾向にある。50歳代から増加し、60~70歳代で最も多く発症する。

多くは黒色調を呈し、日本人では手や足などの末端部に多く発生する(好発部位は足底)。無~低色素性の症例や、皮膚以外にも鼻腔口腔・消化管・外陰部などに生じる症例があるため、注意が必要である。患者自身や家族が色素性病変に気づき医療機関を受診するケースが多いが、診断時すでに転移を来している症例も少なくない。

悪性黒色腫を疑う重要なポイントは、病変の発症年齢と病変サイズである。成人後(特に中高年)に発症し、かつサイズが長径で7mm以上の場合は悪性黒色腫の可能性がより高くなるため、皮膚科専門医への紹介を考慮する。これらに加えて、色調の不均一、辺縁の不整、色の濃

淡差、大きさの変化の有無、変化の速度も悪性黒色腫の判断基準となる。紹介を受けたメラノサイト系病変に対して皮膚科医はダーモスコピー検査を行い、そのパターンや大きさなどを考慮し皮膚生検や手術治療の必要性を判断している。

悪性黒色腫は初期治療として、Stage IVを除外すれば9割以上の症例で治癒切除が行われる。しかし、そのうち2~3割は術後再発を来して進行期に至り、依然としてその治療の難しさがある。切除不能な悪性黒色腫の一次治療には、ニボルマブなどICIによる免疫チェックポイント阻害療法またはBRAF/MEK阻害薬による低分子分子標的療法が選択される。これら薬剤の登場によって悪性黒色腫の薬物療法は目覚ましい発展を遂げたが、進行期の患者の長期予後はいまだに不良であることを忘れてはならない。

## 有棘細胞癌

有棘細胞癌(squamous cell carcinoma: SCC)は、表皮および粘膜ケラチノサイトから発生する悪性腫瘍である。腫瘍細胞はケラチンを発現しているため、多少とも角化傾向を示すことが特徴である。高齢者に多く、顔面が好発部位である。

皮膚の有棘細胞癌にはさまざまな前癌病変あるいは早期病変が存在する。日光角化症やBowen病、ヒ素角化症は上皮内有棘細胞癌(SCC *in situ*)ないしはその早期病変であり、これらの

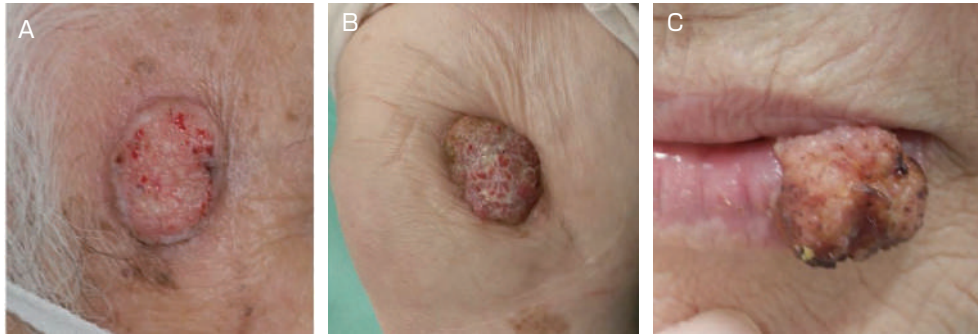


図2 有棘細胞癌 (SCC)

A: 顔面こめかみ部に生じた SCC B: 膝内側皮膚に生じた SCC C: 下口唇に発症した SCC (verrucous carcinoma)

病変部表皮には異型ケラチノサイトがすでに存在しているが真皮内への侵入・増殖はみられていない段階である。また、熱傷瘢痕、慢性放射線皮膚炎、先天性表皮水疱症、ヒトパピローマウイルス感染、化膿性汗腺炎、褥瘡などはSCC発生リスクの高い局所的狀態であり、これらの病変がある患者では注意が必要である。これらを理解しておく、SCCの予防や早期発見に有用である。

有棘細胞癌は増大してくるとケラチンや二次感染に伴う悪臭を放ち、易出血性の腫瘍・局面を形成する。治療は原則外科的切除を行うが、比較的放射線感受性が高いため小型の病変においては放射線治療も適応となる。一方、遠隔転移に対する標準的治療は確立しておらず予後不良であるため、早期発見・早期切除が望ましい。

有棘細胞癌の一亜型として疣状癌(verrucous carcinoma)がある。これは低悪性度で角化性の隆起性結節を形成する腫瘍で、病理学的には角化傾向が目立つ高分化の有棘細胞癌である。口唇や口腔粘膜、外陰部、足底に好発する。外科的根治切除が第一選択となるが、外陰部の場合は患者の訴えがある際はすでにサイズがかなり大きくなっていることがあるため注意が必要である。

#### トピック:皮膚悪性腫瘍の臭気軽減

進行・増大した有棘細胞癌や転移性皮膚がんによる皮膚腫瘍部において、嫌気性菌による悪臭が問題となる。紹介・手術までに時間がかかる場合や緩和医療期において、がん性皮膚潰瘍

の臭気はがん患者や家族のQOLを低下させる。メトロニダゾール外用薬(ロゼックス®ゲル0.75%)はその抗菌作用によりがん性皮膚潰瘍部の臭気改善に効果を示し、「がん性皮膚潰瘍部位の殺菌・臭気の軽減」として保険収載もされている。使用法は潰瘍面を洗浄もしくは清拭後に外用薬を1日1~2回ガーゼなどにのぼして貼付するか、患部に直接塗布しガーゼ等で保護する。塗布部の刺激症状がある場合には、塗布数時間後に除去してもよい。

#### トピック:皮膚悪性腫瘍の抗腫瘍薬外用による治療

日光角化症やBowen病といった*in situ*病変では、手術療法以外にも抗腫瘍薬外用による治療が考慮される場面がある。本邦ではイミキモド(ベセルナ®クリーム5%)が日光角化症で使用可能、プレオマイシン硫酸塩(プレオS®軟膏5mg/g)とフルオロウラシル(5-FU®軟膏5%)が日光角化症、Bowen病のいずれの病変でも使用可能である(保険適用あり)。海外のガイドラインでも、*in situ*の皮膚悪性腫瘍については手術よりも外用療法や凍結療法を優位に設定しているものが多く、外用薬でも治療効果が得られることが認知されている。ダーモスコピーや皮膚生検による確定診断は必要であるが、高齢で手術困難な場合や手術を行うと整容的に問題となる場合など外用薬による皮膚悪性腫瘍治療の需要は一定の割合で存在する。当科でも手術療法、凍結療法、抗腫瘍外用薬のそれぞれの利点と副作用について十分に説明し、外用療法を希

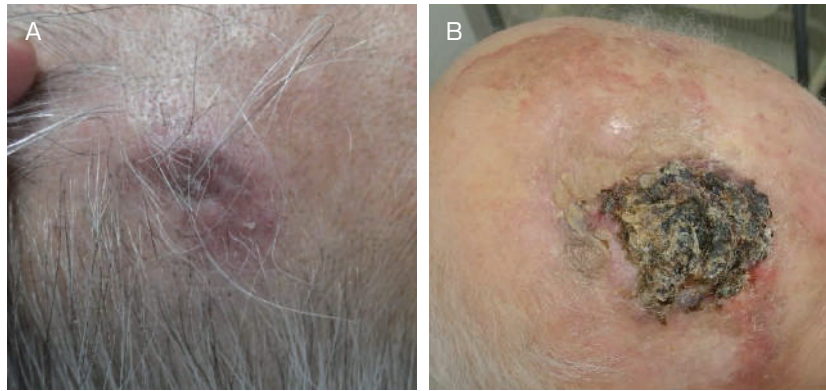


図3 皮膚血管肉腫の臨床像  
A: 皮膚血管肉腫の初期(頭部) B: 皮膚血管肉腫の進行期(写真Aと同一症例)

望された場合は同意を得た上でやっている。

## 皮膚血管肉腫

悪性軟部腫瘍には脂肪肉腫や平滑筋肉腫などさまざまな癌種がある。その中でも血管肉腫(angiosarcoma)は、血管およびリンパ管を構成する血管内皮細胞から生じる肉腫の一種である。発生部位別にはおよそ半数が皮膚に発症し、その他乳房や軟部組織、心臓、骨など皮膚以外の臓器に生じる。日本における皮膚血管肉腫の発症頻度は年間100万人あたり2.5人程度で、本邦での平均発症年齢は74.48歳と高齢者に多い。

皮膚原発の血管肉腫は頭部顔面に好発し、日本人皮膚血管肉腫の90%を占める。外傷や紫外線が誘因と考えられているが、いまだ因果関係は明確にはなっていない。血管内皮細胞由来であることから紫斑性または易出血性で、色調は赤色から暗紫赤色を呈する。発症後数ヵ月以内に急速に進行・拡大し、所属リンパ節転移または遠隔転移を起こす。最多遠隔転移臓器は肺で、血胸または気胸の原因となり多くの症例の死因となっている。予後不良因子としては、70歳以上、初診時の潰瘍形成、初診時の遠隔転移、手術切除マージンが1 cm未満、化学療法非施行群が挙げられる。

血管肉腫の治療法としては、化学療法(タキサン系抗腫瘍薬、エリブリン、トラベクテジン、バゾパニブ)、免疫療法(インターロイキン2)、外科的療法(拡大切除)、放射線療法(電子線ま

たはX線照射)が挙げられるが、おおむね予後不良である。現状ではタキサン系抗腫瘍薬を用いた化学放射線療法が初回治療の主流で、他の治療法と比して治療成績が優れている。

## テレダーマトロジーと人工知能

皮膚科領域は「テレダーマトロジー」と呼ばれる遠隔診断システムが、民間業者によりすでに実用化している。これは皮膚科医が写真や臨床情報を基に遠隔診断するもので、海外では皮膚腫瘍関連のアプリが多数存在している。本邦でも株式会社マイナビがリリースしている「ヒポクラ®」というアプリにおいて「ヒフミルくん」というコンサルトサイトが利用でき、患部の写真3枚と問診情報を送信すると皮膚科専門医から臨床アドバイスが返ってくるサービスがある(このアプリでは皮膚のほか、眼科、胸部X線、心電図といった事例についても専門医への相談が可能となっている)。無料で利用でき、平均回答時間は60分程度で(休日、深夜時間帯を除く)、山間部や離島といった皮膚科専門医へのアクセスが悪い地域での診療においては利用価値が高いと思われる。

人工知能(artificial intelligence: AI)は、人間と同様の知能を人工的に実現させようとする試みであり、近年急速に発展し医療応用が進んできた。AIにより自動診断するシステムの技術開発が進んでおり、深層畳み込みニューラルネットワークによるディープラーニングを用いるこ

とで、AI診断のエラー率が一気に改善され、近い将来AIによる皮膚画像自動読影・判別による皮膚悪性腫瘍診断補助システムが実用化される可能性が出てきている。将来的には皮膚科専門医のいない地域においても、スマートフォン型端末などで皮膚病変の臨床写真やダーモスコピー写真を撮影することで、かかりつけの病院や診療所においてAIによる皮膚画像診断補助(支援)システムによるスクリーニング検査が行える日が来るかもしれない(愛媛大学や信州大学などがシステム開発中)。Googleが2020年に複数枚の静止画といくつかの質問事項を入力すると皮膚科専門医に匹敵する精度で皮膚疾患を鑑別できるシステムを発表しており、このシステムをベースとして「DermAssist<sup>®</sup>」というアプ

リの開発についてリリースもされている。

今後テレダーマトロジー、AI双方の発展・普及によって、皮膚科専門医のいない地域でも「早期に重症例を拾い上げる」「進行期症例を減らす」ことが現実になることが望まれる。

## おわりに

---

本稿で紹介した皮膚悪性腫瘍は地域での高齢者診療で遭遇する可能性があり、皮膚病変を見たら常に悪性の可能性を念頭に置き、紹介のタイミングを逃さないことが重要である。皮膚科専門医や皮膚悪性腫瘍が治療可能な施設を調べておき、信頼できる紹介先を確保しておくことを勧める。

# 基底細胞癌 & 良性腫瘍

茨城県西部メディカルセンター 皮膚科 医長 角 総一郎

## POINT

- ① 基底細胞癌は、通常生命予後には影響しないが、深部へ浸潤することがある
- ② 皮膚良性腫瘍は通常生命に関わらないが、内臓悪性腫瘍と関連をもつ徴候が存在するものもある
- ③ 皮膚腫瘍の治療は日々進歩しており、乳児血管腫等では整容面にまで治療適応が広がっている
- ④ 懸念点があれば躊躇なく皮膚科へ紹介し、連携をとりながら、患者へより良い医療を提供することが理想である

## はじめに

基底細胞癌は、皮膚悪性腫瘍の中で最も頻度の高い腫瘍で、生命予後に影響しないという点では、「良性腫瘍に近い皮膚癌」と考えることもできるかもしれない。しかし、局所破壊性に増殖し、不完全な切除では再発率も高い点で、良性腫瘍とは大きく性質が異なる。そのため、基底細胞癌を疑い、治療につなげることは実臨床においてとても大切である。

一方、皮膚良性腫瘍は、種類がとても多く、医学生の教科書に記載のある腫瘍だけでも80種類以上は存在する。診療所で日常診療を行うにあたり、これらすべての腫瘍を正確に診断できる必要は当然ない。重要なのは、放置して良いものなのか、治療した方が良いものなのか、あるいは、少し経過観察が必要なものなのか等、その対応の判断である。

本稿では、基底細胞癌および診療所で相談されやすい良性腫瘍についてまとめ、その対応について概説する。

## 基底細胞癌

基底細胞癌は、最も頻度の高い皮膚悪性腫瘍である。悪性腫瘍の性質として、局所破壊性が強いという特徴があるが、遠隔転移はきわめてまれである<sup>1)</sup>。そのため、通常生命予後には影響しない。基底細胞癌の中で、最も頻度の高い結節・潰瘍型の典型例では、その特徴的な臨床像から、比較的診断は容易である。具体的な臨床像は、蠟様あるいは真珠様と形容される、光沢を持った灰青～黒色結節で、小結節が集簇した分葉状を呈し、辺縁が隆起し中央が陥凹した、堤防状外観を呈する<sup>2)</sup>(図1)。しかし、実際には基底細胞癌の臨床像は極めて多彩で、診断が難



図1 典型的な基底細胞癌の臨床像

光沢を持った灰青～黒色結節で、小結節が集簇した分葉状を呈しする。辺縁が隆起し中央が陥凹することもある。顔面に生じることが多い(左)が、体幹に生じることもある(右)。

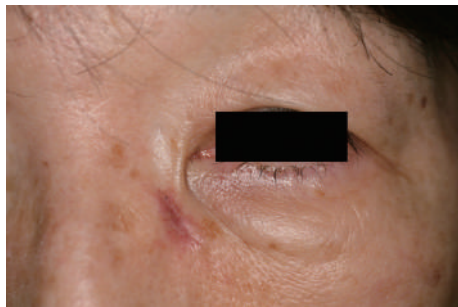


図2 黒色部分のない基底細胞癌の臨床像

本邦では黒色部分のある基底細胞癌がほとんどであり、黒色部分のない基底細胞癌の診断は難しい。自験例もダーモスコピー所見および生検で診断した。

しい場合も多い。特に、小型の病変や、黒色部分のない病変は、鑑別に苦慮することがある(図2)。海外や日本の皮膚科専門病院でさえも、その臨床診断正解率は70%程度<sup>3)</sup>、日本の民間施設(皮膚科以外の科を含む)では40%程度であった<sup>4)</sup>との報告もある。肉眼的な診断が難しい場合、通常、皮膚科診療ではダーモスコピーで腫瘍を評価する。ダーモスコピーを用いた診断の精度は高く、感度97%、特異度92%とされる<sup>5)</sup>。ダーモスコピーでも診断の判断に迷う場合には、皮膚生検で診断を確定させることもある。治療は外科的切除が第一選択となる。切除は通常、腫瘍の辺縁より数mmのマージンをつけて行う。小さい病変であれば、単純縫縮が可能であるが、部位や大きさによっては、皮弁や植皮で再建が必要な場合もある。

診療所で診察をする場合には、基底細胞癌を疑った段階で、治療可能な病院へ紹介する方が良い。基底細胞癌は生命予後に関わるものでは

なく、他の癌腫と比較すれば緊急性は高くはないが、深部への浸潤を伴うような進行例は治療が難しくなり、QOLを大きく損なう(図3)。そのため、早期発見、早期治療を行うことが重要である点は、他癌腫と同様である。紹介した結果、たとえ別疾患の診断に至った場合でも、患者は安心されることが多く、通院の負担以上に有益なことが多い。疑った時点で紹介する、その方針こそが重要と考える。

## 皮膚良性腫瘍

### 1. 脂漏性角化症(老人性疣贅)

通常20歳代から出現し、高齢者に好発する皮膚腫瘍で、いわゆる老化により生じる「いぼ」である。老人性色素斑から隆起してくることが多い(図4)。体表面のどこにでも生じるが、手掌、足底や粘膜表面には生じない。腫瘍の表面は疣贅状、乳頭状または平滑であるが、前述の基底細胞癌と異なり、光を反射しないため光沢がない<sup>6)</sup>。ダーモスコピーは診断に有用だが、診療所で所見を得るのは困難なため、ここでは詳細については割愛する。脂漏性角化症は、高齢者ではほぼ全員に認められる皮膚腫瘍であり、必ずしも治療を必要とする疾患ではない。整容上の問題で治療を希望される場合には、液体窒素による凍結療法、炭酸ガスレーザー療法、切除等を検討する。良性腫瘍であるものの、かなり増大することもある。悪性腫瘍との鑑別が必要な場合は切除生検を行う。

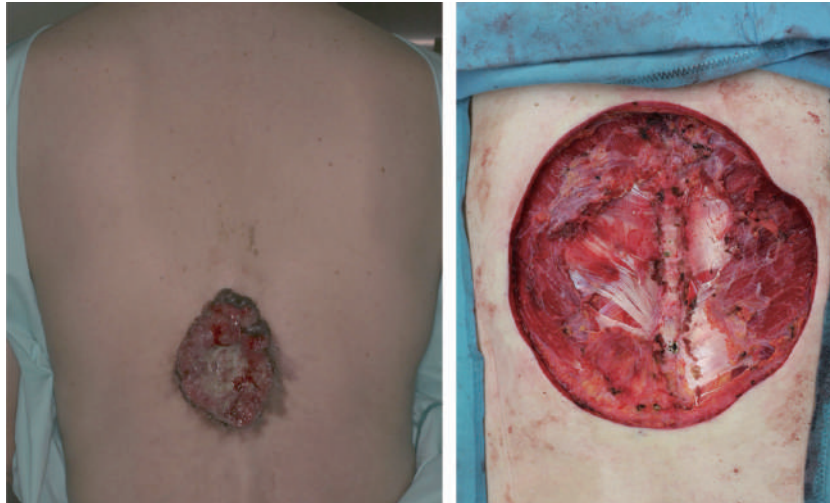


図3 骨浸潤を伴う基底細胞癌の臨床像  
背部基底細胞癌の症例。腫瘍は下床との可動性不良だった。右は手術時の臨床写真で、骨に達していた。



図4 典型的な脂漏性角化症の臨床像  
光沢のない表面は疣贅状、乳頭状で光沢はない。周囲に老人性色素斑が多発しており、自験例も老人性色素斑からの発生が疑われた。

診療所で脂漏性角化症を診察した際には、単発病変であれば、経過観察、終診でも問題ない。この際、急速な増大傾向があれば受診するようにお伝えしておき、その際には、診断の見直しを行う。脂漏性角化症は典型例であれば診断は容易であるが、中には基底細胞癌や悪性黒色腫、日光角化症や有棘細胞癌、尋常性疣贅等と鑑別が困難な場合もある。特に悪性疾患との鑑別が困難な場合には紹介が良いと思われる。

その他、注意すべきなのは、Leser-Trélat徴候である。これは数ヵ月のうちに脂漏性角化症が急激に多発するもので、この徴候がみられた時には、内臓悪性腫瘍(腺癌であることが多い、

本邦では特に胃癌)が背景に存在する可能性がある<sup>7)</sup>。Leser-Trélat徴候では、掻痒を伴いやすいことも特徴である。脂漏性角化症と内臓悪性腫瘍は、共に高齢者に好発する疾患であるため、それらの因果関係を証明することは簡単なことではない。そのため、Leser-Trélat徴候の概念自体を疑問視する考えもある<sup>8)</sup>。しかし、現在でもLeser-Trélat徴候を示唆する論文報告は散見され<sup>9)</sup>、その概念は広く認知されている。現状では、急激に増加する脂漏性角化症を見た際には、Leser-Trélat徴候の可能性も考慮し、内臓悪性腫瘍、特に胃癌の精査を検討するのが望ましいと考える。

## 2. 脂腺母斑

多くは出生時より存在し、出生時あるいは幼少時に皮疹に気づかれることが多い。95%は頭頸部に発生し、体幹がこれに続き、四肢に生じるものはまれである<sup>10)</sup>。皮疹は毛髪を欠き、限局性で境界明瞭、淡黄色から黄褐色の局面である。脂腺母斑は年齢とともに症状が変化するのが特徴である。思春期までは表面が平坦であるが、思春期になると皮疹表面の凹凸が目立つようになり、成人になると皮疹上に二次腫瘍が発生することがある(図5)。脂腺母斑に発生する二次腫瘍は、通常30歳代以降に多く、発生率は





図5 脂腺母斑 小児・成人・二次腫瘍の臨床像

脂腺母斑は思春期までは表面が平坦である（左）が、思春期になると皮膚表面の凹凸が目立つようになり（中央）、成人になると皮疹上に二次腫瘍が発生することがある（右）。

10%以下と考えられている<sup>11)</sup>。二次腫瘍は、以前は基底細胞癌が多いとされ、脂腺母斑は早期切除が推奨されていた<sup>12)</sup>。しかしその後、基底細胞癌の合併として報告された腫瘍の多くは良性腫瘍である毛芽腫等であったことが分かり<sup>13)</sup>、現在では悪性腫瘍の合併頻度は5%以下と考えられている。治療については、整容面から希望される場合や、二次性腫瘍が疑われる場合には切除する。病変が大きい場合には、皮弁や植皮、組織エキスパンダーを利用した再建を行うこともあるが、大きい病変でも傷跡を小さくすることを目的に分割切除(serial excision)を行うことも多い。

診療所で脂腺母斑を診た場合、小病変で切除希望がなければ、経過観察も選択肢である。この際、二次腫瘍の発生の可能性についてはお話しした方が良いが、発生率が10%以下と低いこと、悪性腫瘍が発生する可能性は極めて低いことをお伝えし、過度な心配を与えないようにする。切除を希望された場合には、紹介が良いと思われる。鑑別疾患として、先天性皮膚欠損症や円形脱毛症等、脱毛を来す疾患が挙げられる。黄色～黄褐色の局面がなく脱毛斑のみの場合には、特にこれらの疾患との鑑別が難しく、この場合も紹介を検討する。その他、知的障害、中枢神経異常、骨格異常などを伴う場合には、脂腺母斑症(表皮母斑症候群・Schimmelpenning症候群)の可能性が考慮され<sup>14)</sup>、紹介の上の精査を検討する。

### 3. 血管腫

血管腫という用語は広く使用されているが、vascular tumors(血管性腫瘍・血管腫)とvascular malformations(血管奇形)の両者の概念が含まれている。vascular tumorsは血管内皮細胞等の細胞性増殖を伴う疾患群であるのに対し、vascular malformationsは、脈管の異常拡張や形態異常が主体で、原則腫瘍性増殖を伴わない。vascular tumors・vascular malformationsには20種類以上の疾患が存在するが、代表的なものとして、乳児血管腫と毛細血管奇形について紹介する。

#### (1) 乳児血管腫(いちご状血管腫)

乳児血管腫は、従来より用いられている病名である、いちご状血管腫と同義で、上述の分類では、vascular tumorsの疾患群に分類される。乳児血管腫は乳児期で最も頻度の高い腫瘍の1つで、日本人での発症は0.8～1.7%とされている<sup>15)</sup>。臨床経過の多くは、出生時にはまだ存在しないか、わずかな毛細血管拡張のみであるが、生後2週間前後より出現し始め、その後1歳頃まで隆起性変化が続き(増殖期)、その後自然退縮傾向(退縮期)を示す<sup>16)</sup>(図6)。増殖期の中では、最初の3ヵ月、特に生後5.5～7.5週で最も急速に増大することが多い<sup>17)</sup>。治療については、ほとんどの症例で自然退縮する傾向があることから、機能障害を来さない場合には経過観察(wait and see policy)が一般的だった。しかし、乳児血管腫の自然退縮は、必ずしも完全な消失を指すわけではなく、最終的に弛緩した瘢痕を



図6 乳児血管腫 経過観察例  
 左は、生後3ヵ月時点の増殖期の臨床像。無治療経過観察で15年後には平坦化したか皮膚萎縮や瘢痕を残した(右)。自験例は機能障害こそなかったが、学童期の退縮途中ではたるみも顕著だった。現在であれば、治療の進歩に伴い、早期治療介入が検討される症例である。



図7 毛細血管奇形 色素レーザー照射例  
 顔面の毛細血管奇形(単純性血管腫)に対して、生後5ヵ月に初回レーザーを行った(右)。1年後には著明な紅斑の消退が確認された。

## 特集

形成することもある。報告によっては、乳児血管腫の54.9%に何らかの問題となる後遺症(血管拡張、線維性脂肪組織、皮膚萎縮、たるみ、瘢痕)が残存するとしているものもある<sup>18)</sup>。そのため、近年では、機能障害を来さない場合でも積極的に治療介入することが多くなってきている。治療介入には、さまざまな報告があるが、最近では色素レーザー治療や、2016年に保険収載されたプロプラノロールが用いられることが多い。プロプラノロールは、レーザーで治療効果が得られにくい腫瘍型に対しても有効性が期待でき、これらの治療の組み合わせもさまざまな施設で試みられている。

診療所で乳児血管腫を診た場合には、機能障害や、整容的な問題を惹起する可能性がないものであれば、従来通りに経過観察(wait and see policy)で良い。一方で、それらが少しでも懸念される場合には、近年の治療の進歩の状況を考慮し、一度紹介を検討しても良いと考える。

### (2) 毛細血管奇形(単純性血管腫)

毛細血管奇形は、従来より用いられている病名である、単純性血管腫と同義であるが、上述の分類では、vascular malformationsの疾患群

に分類される。日本語では「血管腫」という病名がついているが、本態は腫瘍性増殖ではなく、血管奇形である点に留意する。発症頻度は0.3%程度<sup>15)</sup>とされる。出生時より存在する紅斑で、好発部位は顔面、ついで体幹上部であるが、粘膜を含めてあらゆる部位に生じる<sup>19)</sup>。患者の体の成長に比例して面積が拡大し、顔面においては、中年以降に隆起性になることがあり、敷石状を呈するものもある。特殊なタイプとして、サーモンパッチとUnnna(ウンナ)母斑がある。サーモンパッチは、新生児期から乳児期にかけて、前額中央部、眼瞼にみられる境界不明瞭な淡紅色斑で色調にムラがあることが多く、1年以内に消失するものが多い。Unnna母斑は、サーモンパッチと同様な皮疹が項部にみられるもので、こちらは半数では成人まで残存する。治療については、サーモンパッチであれば通常治療を要さない。その他のタイプでは、成人になってから隆起してくる場合があるため、早期の色素レーザー治療を行った方が治療効果は高い(図7)。

診療所で毛細血管奇形を診た場合には、サーモンパッチ以外は、紹介した方が良いと考える。



図8 粉瘤の臨床像  
やや青色がかかった皮下結節で、中央に黒点を有する。  
下床との可動性は良好である。

#### 4. 皮下腫瘍(粉瘤, 石灰化上皮腫, 脂肪腫, 平滑筋腫, 神経鞘腫 etc)

皮下腫瘍は、表面からの視診のみでは診断は困難な場合が多い。触診や、時に聴診(血管病変でのbuirなど)等により疾患の性状を把握する必要がある<sup>20)</sup>。頻度が高いのは粉瘤(厳密には真皮からの病変であり「皮下」ではないが)や脂肪腫であり、実臨床でもどちらかのことが多い。ただし、視診・触診のみで脂肪腫を疑って局所麻酔下手術を行った結果、術前の予想と異なり、深部に神経と連続性のある腫瘍(神経鞘腫)が確認され、冷や汗をかくということもある。やはり視診・触診のみでは限界があり、皮下腫瘍の手術前には、超音波検査(エコー)やMRI等の画像検査を施行し、できる限り診断を絞っておくことが理想である。そのため、臨床像が典型的な粉瘤等は別として、手術は画像検査のできる施設へ紹介の上施行した方が安全である。

診療所で視診・触診のみで皮下腫瘍を診察する場合、まずは皮下腫瘍に感染徴候(熱感・発赤・腫脹)がないかを確認する。粉瘤や、浅い皮下腫瘍では二次感染を起こすことが稀ではなく、その場合には応急処置的に、(排膿があれば創部培養を採取の上)第一世代セフェム系等の

抗生剤加療を行う。切開・排膿ができるとなお良いが、診療所の環境にもよるところと思われる。

感染徴候がない場合には、触診で腫瘍の硬さを確認しながら、圧痛の有無も確認すると、診断を絞れる場合がある。圧痛を伴う皮膚腫瘍としては、血管脂肪腫、神経鞘腫、エクリンらせん腺腫、平滑筋腫などが有名で<sup>19)</sup>、疼痛の原因が皮膚腫瘍であれば、切除によって症状の改善が期待できる。その他、増大速度についての問診も重要である。良性腫瘍であっても皮下腫瘍は緩徐に増大することがあるため、増大傾向があるということのみでは悪性とは断定できない。脂肪腫でも、時に20cmを超える大きいものもある。問題は増大する速度で、1ヵ月の経過で明らかに増大しているような場合には、まず紹介を検討した方が良い。逆に、3ヵ月あるいは半年の経過でも全く不変であれば、急ぎの紹介は不要である。

上記のように、皮下腫瘍は視診・触診のみでは診断が難しい。そのため、ここでは、視診のみでも診断が可能なことの多い粉瘤について紹介する。

##### (1) 粉瘤(表皮嚢腫: epidermal cyst, 類表皮嚢腫: epidermoid cyst)

緩徐に増大する隆起性の円形で、弾性軟～硬に触知する皮内ないし皮下腫瘍で、通常1～5cmに到達すると増大が止まるような性質を有する<sup>21)</sup>。主に顔面や頸部、体幹上部、腰臀部に好発する。腫瘍は皮膚と癒着し、しばしば中央の黒点状の開口部があり、強く圧迫すると、時に悪臭のある粥状物の排出が見られる(図8)。黒点のはっきりしない粉瘤もあるが、その際には被覆した皮膚を皺の方向に沿って軽くつまみ、皺が生じる部位と生じない部位があれば、皺が生じていない部位は粉瘤の真皮と癒着している部位に一致する。色調は皮膚と同じ常色、ないしやや青色がかかった色調の場合もある。下床との可動性は良好である。通常自覚症状はないが、二次感染を来した場合には、発赤・腫脹・熱感・疼痛等の感染徴候が出現する。また、時に嚢腫壁より有棘細胞癌等の悪性腫瘍が発生す

ることがあるため、急に増大してくるような場合には、注意が必要である。手術の際に囊腫壁を残すと再発することがあるため、囊腫壁を含めて切除するようにする。

粉瘤は頻度の高い皮膚腫瘍であり、典型例であれば視診のみで診断可能である。適切な診断のもと、診療所によっては手術を行うことも可能かと思われるが、その際には、忘れずに病理検査へ提出し、客観的な診断を得るのが理想である。

## おわりに

皮膚悪性腫瘍の中で最も頻度の高い基底細胞癌と、頻度の高い皮膚良性腫瘍について概説した。ありふれた皮膚腫瘍の診察の中でも、時に紹介を検討した方が良い場面がある。少しでも懸念点がある場合には躊躇なくご紹介いただき、連携を図りながら患者により良い医療を提供できれば幸いである。

## 参考文献

- 1) 小野友道, 萱島研一, 若杉正司:基底細胞癌. 玉置邦彦 編:最新皮膚科学体系12 上皮系腫瘍. 2002, 82-98.
- 2) 前川武雄:皮疹(皮膚所見)からの診断と治療へのアプローチ<部位別>顔 顔の黒いできもの. 診断と治療 2019; 107: 52-55.
- 3) Presser SE, Taylor JR: Clinical diagnostic accuracy of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 1987; 16: 988-990.
- 4) 小野友道:皮膚悪性腫瘍の診断と治療の進歩. 基底細胞癌. 日皮会誌 1993; 103: 1576-1578.
- 5) 皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン改定委員会(基底細胞癌診療ガイド

ライングループ):皮膚悪性腫瘍ガイドライン第3版 基底細胞癌診療ガイドライン2021. 日皮会誌 2021; 131: 1467-1496.

- 6) 三橋善比古:脂漏性角化症. 玉置邦彦 編:最新皮膚科学体系12 上皮系腫瘍. 2002, 2-9.
- 7) 西村香織, 竹中基, 小川文秀ほか:胃癌切除後に急速に疣贅状丘疹の消退を認めたLeser-Trelat徴候. 皮膚病診療 2000; 22: 461-464.
- 8) Rampen HJ, Schwengle LE: The sign of Leser-Trélat: does it exist? J Am Acad Dermatol 1989; 21: 50-55.
- 9) Mathien A, Kuraitis D: Leser-Trelat sign: Eruptive seborrheic keratoses and primary lung adenocarcinomas with an epidermal growth factor receptor mutation. JAAD Case Rep 2023; 37: 38-40.
- 10) 滝脇弘嗣:脂腺母斑. 玉置邦彦編. 最新皮膚科学体系12 上皮系腫瘍 2002, 148-151.
- 11) Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E: Tumors arising in nevus sebaceous: A study of 596 cases. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 263-268.
- 12) Mehregan AH, Pinkus H: Life History of Orogenoid Nevi. Special Reference to Nevus Sebaceous of Jadassohn. Arch Dermatol 1965; 91: 574-588.
- 13) Jaqueti G, Requena L, Sánchez Yus E: Trichoblastoma is the most common neoplasm developed in nevus sebaceous of Jadassohn: a clinicopathologic study of a series of 155 cases. Am J Dermatopathol 2000; 22: 109-118.
- 14) 久保亮治:表皮母斑症候群・脂腺母斑症候群. Derma 2022; 317: 51-58.
- 15) 難治性血管腫・血管奇形・リンパ管腫・リンパ管腫症および関連疾患についての調査研究班編:血管腫・血管奇形・リンパ管奇形診療ガイドライン2017(第2版), 2017 <https://www.marianna-u.ac.jp/va/files/vascular%20anomalies%20practice%20guideline%202017.pdf> (accessed 2023 Nov 28)
- 16) 川村みゆき, 王丸陽光, 大園秀一, 他: 当科における乳児血管腫治療の現状と治療法の選択. 皮膚病診療 2023; 45(4): 315-320
- 17) Tollefson MM, Frieden IJ: Early growth of infantile hemangiomas: what parents' photographs tell us. Pediatrics 2012; 130: e314-320.
- 18) Baselga E, Roe E, Coulie J, et al: Risk Factors for Degree and Type of Sequelae After Involution of Untreated Hemangiomas of Infancy. JAMA Dermatol 2016; 152: 1239-1243.
- 19) 倉持朗:いちご状血管腫. 玉置邦彦編. 最新皮膚科学体系13 神経系腫瘍 間葉系腫瘍 2002, 154-157.
- 20) 大畑恵之:皮下腫瘍の鑑別診断. Derma 2006; 121: 74-83.
- 21) 成澤寛:類上皮嚢腫. 玉置邦彦編. 最新皮膚科学体系12 上皮系腫瘍 2002, 252-254.

# へき地診療における皮膚科の重要性

和歌山県立医科大学 皮膚科 田中美奈子

## POINT

- ① 皮膚癌は誰でも見つけることができ、早期発見・早期治療ができる疾患である
- ② 熱傷の怖さは元気な人を一瞬で社会復帰できなくすることである
- ③ 皆に抱き寄せられるきれいな最期であるために医療が手助けできることとしてのモーズペーストや亜鉛華デンプン処置があることを知る

## はじめに

へき地診療所で困ることといえば、患者さんが皮膚科外来を受診することへの物理的な距離である。また高齢者が多いのも特徴であるといえる。ますます皮膚科外来受診へのハードルは高くならざるをえない。

## 癌を隠さない

あるあるなのだが、独居で誰も気づかない、年末年始に家族が会いに行くと、悪臭が出ていて、初めて気づいて連れてこられる。陰部や腹部など服で隠れている部位での悪性腫瘍。家族にすら見せてくれなかったという陰部の花が咲いたような乳房外パジェット癌、ダニにかまれた跡がこうなると話す20年来の10cm大の腹部の基底細胞癌、たとえ顔面であっても年だから、もう何もできないと思っていたと考え、治療しないことを決めて放置されていた皮膚癌な

ど。あえて断言させていただくと基本的には皮膚悪性腫瘍に関しては小さいうちに取ればそのほとんどが予後がよい(もし、その後再発、全身療法になったとしても、整容的な意味でも)、かつ特に顔面に関しては放置して後で後悔することが劇的に多い。また全身麻酔がかけられるうちは(あるいは小さければ局所麻酔に耐えることができれば)、よほどの全身状態でない限り手術可能なことが多い。それに加えて皮膚科の魅力でもあるのだが、「そこにある」ことが誰の目からみても明らかである。そして悪性であれば、大きくなる、それもまた誰の目からみても明らかである。ぜひ、診察時に全身を診る機会を作っていただくようお願いしたい。家族で銭湯や温泉に行く機会をつくってもらってほしい。

## 熱傷は死ぬ病気

皮膚科疾患で亡くなる病気といえば、一部特



図1 野焼きによる熱傷  
足からスポンに引火しとどん上上がる。ほぼ全て3度熱傷。

殊な癌をのぞくと、血管肉腫、悪性黒色腫と熱傷である。特に高齢者について熱傷に関しては、入浴熱傷・野焼きによる熱傷が目立つ。熱傷範囲が広い場合はたとえ救命できたとしても、度重なる植皮術、その間の感染症、低栄養、廃用で元のADLで帰宅できる人は少ない。せっかく一人で野焼きができる、入浴ができる方なのに、である。凝り固まった昔からの習慣を変えることは簡単にはできないが、野焼きは本当にしないようにしていただきたい。自分で消そうとして、全身熱傷、そんな場合一人でされていることも多く、火が燃えていても普通なのでしばらく気づかれないことが多い。慌てて足で消した、と足底だけの熱傷だとしてもたいてい深く、予後は悪い(図1)。また入浴時の熱傷は2パターンあり、1つは入浴時の失神など別のエピソードによる熱傷、もう1ついつも悔やまれるのが、太陽熱温水器(いわゆる天日)で70度近いお湯が入れられるものや、ハンドル混合水栓による熱湯と水の入れ間違いなどによる熱湯湯への入浴である。もちろん現在普及されている温度設定のできるタイプに変更していただければ安心だが、少なくともまず手を入れ、熱さを確認してから入浴する習慣をつけていただくとよい(足から入って、びっくりしてしりもちをついて、急いで抜いたが臀部熱傷となることも多い)。最後に深達性熱傷になりやすい低温熱傷についてお伝えしたい。クーラーが嫌いな方々が大好きなのが湯たんぽ、電気あんか、電気毛布であるが、冬場に長時間これらの暖房機器に触れていると低温熱傷を引き起こし、本人たちは「カイロ貼ったまま寝てしまった」だけでも臍が露出するような潰瘍に至ることが珍しく

ない。知識として低温熱傷を周知いただきたい。

## 皮膚掻痒症について

老人性乾皮症など加齢とともに掻痒をきたす場合があるが、日常生活指導(ナイロンたわし×、電気毛布×など)や湿疹治療で難治性である場合には鑑別診断として、疥癬や高齢者に多い水疱性類天疱瘡をあげる。

採血では内科的な糖尿病・腎障害・肝障害をみられることが多いと思うが、ついで好酸球を入れていただき、好酸球が高い場合(高くなくても可能であれば)薬剤整理(長期内服でも掻痒の原因薬剤となっている場合がある)・悪性腫瘍検索(がん検診を勧めるでも可)・水疱症採血(抗デスマグレイン1抗体・抗デスマグレイン3抗体・抗BP180抗体)をお願いしたい。水疱はあとから出てくることも多い。有名になったDPP-4阻害薬関連水疱性類天疱瘡をはじめ(陽性の場合も陰性の場合もある)、抗体陰性の水疱症もあるが、その場合は診断確定のためには免疫染色を要するため一般的には総合病院の皮膚科受診をお願いする(事前に蛍光抗体法対応あるか確認が必要)。水疱症はいずれも特定疾患であり、重症度により補助を受けることができる。

疥癬については夜間に強くなるかゆみがあること、身近に同じような症状の人がいることが特徴的である。ステロイド外用にて悪化することも疑うところとなる。デイサービスも含め施設利用している方も多く、地域では施設医や施設の産業医をされている先生も多いのではないだろうか。厚生労働省の高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版(2019年3月)にも



図2 疥癬トンネルのインク法

20歳男性皮膚の痒み (A), 紫のマーカーで色をつけて (B), アルコールでふき取ると疥癬トンネルが可視化される (C).



図3 モーズ治療前

悪臭と出血で処置も困難，本人と家人のQOLも低下していた。



図4 モーズ治療後

腫瘍は乾いて脱落し，処置が容易になった。

啓発のためパンフレットがあるのでご活用いただきたい。

また疥癬に関しては2023年8月のNEJMにて疥癬トンネルのインク法が紹介された<sup>1)</sup>。紫のマーカーで色をつけてアルコールでふき取ると疥癬のトンネルが明瞭に可視化されるもので疥癬トンネルを見つける手がかりとして有用である(図2)。顕微鏡検査は検査技師がしてくれるところもあると思うが、虫体は倍率を上げなくても見えるのでぜひ挑戦を。

ダニはダニでも疥癬は小さいヒゼンダニだが、マダニ咬傷については肌の露出をさけ虫よけを使用すること、道具としては「ティックツイスター<sup>®</sup>」を皮膚科でも使用する。以前は口器を残してはいけないということで、パンチで取り除いたり、アルコールやオリーブ油で窒息させたりとさまざまな方法がとられたが、まずfirstでこの道具でトライすることが多くなった。とても便利である。

## 終末期治療について

最期まで診るのも地域の魅力だと思っている。皮膚科的な内容としては、褥瘡と癌の皮膚転移・皮膚癌末期の対策となる。切除不能の皮膚癌や多臓器癌の皮膚転移など終末期治療としてはモーズペーストがあげられる。モーズペーストとは塩化亜鉛を精製水で溶解し亜鉛化デンプンに混合しグリセリンで粘度調製したもので、各病院の薬剤部で調剤されているのが現状である。主成分の塩化亜鉛が水分によりイオン化し、腫瘍細胞や腫瘍血管、および周囲正常組織を蛋白変性させて組織を固定、硬化させる。さらに細菌の細胞膜も硬化変性させるため抗菌作用をも有している(図3)。その適応は、①腫瘍の進行、全身状態不良、高齢などで切除の適応にならない体表部の悪性腫瘍、②体腔内と交通していないこと、③腫瘍の近傍に大きな血管がないこと、④表皮が脱落した状態であること、⑤出血や浸出液といった苦痛症状があることといわれている<sup>2)</sup>。我が国における使用実態では対

象患者の年齢は高齢者が多く適応となった疾患としては乳癌が最も多く40%を占め、次いで皮膚癌・頭頸部癌であったと報告されている<sup>3)</sup>。これらの腫瘍は増大するに伴い大量の滲出、出血、悪臭を伴うQOLが著しく低下する。本人だけでなく、施設の方や家族など周囲のサポートする方々にも心理的負担が大きい。デメリットとしては病院以外ではできないこと、浸出液とともにペーストが付着すると正常皮膚にも皮膚炎を起こすこと、処置時に疼痛を伴う場合がある点であり、特に深い潰瘍面に使用すると強い疼痛を訴えることがあることである。モーズペーストは病院以外では扱えないため、在宅での治療には難渋することがある。

そこで、亜鉛華デンプンのみを潰瘍面に散布する方法もある。亜鉛華デンプンは出生直後の新生児の臍帯処置などに古来用いられていたものであり、その収れん作用によって浸出液や悪臭を軽減できる。モーズペーストのような劇的な止血止臭効果は得られないが外来処方が可能で安価であり、散布するだけなので、がん性皮膚潰瘍臭改善薬として保険適応のあるロゼックス軟膏<sup>®</sup>とともに外用するなどして在宅などでも利用できると考えられる。

## 最後に

今日からできる皮膚癌/光老化予防として日焼け止めクリームの塗り方について

正しい塗り方:肌の上にはキメやシワなどの溝や凸凹が多数存在している。そのため伸ばすように塗っただけでは溝に日焼け止めが入らずミクロの塗りムラがしやすい。そこで塗りムラをなくするために円を描くようにくるくる塗ることが推奨される。また日焼け止めには真の効果を発揮するための適切な量があり、「1 cm<sup>2</sup>あたり2 mg」で多くの人はおよそ半分の量しか使用していないといわれる。でもいちいち量るのは面倒なので、2度塗りをお勧めしており<sup>4)</sup>、こちらも広めてほしいところである。

## 参考文献

- 1) Rauwerdink D, Balak D: Burrow Ink Test for Scabies. *N Engl J Med* 2023; 389: e12.
- 2) 佐藤淳也:モーズペースト。モーズペーストを使いこなす。適応となる症例・使用方法・調剤と管理。学研メディカル秀潤社、東京、2021、85-88.
- 3) 田口真穂:日本におけるモーズペーストの使用実態。モーズペーストを使いこなす。適応となる症例使用方法・調整と管理。学研メディカル秀潤社、東京、2021、38-40.
- 4) 水野誠:サンスクリーンの長期使用効果。日本化粧品学会誌 2017; 41(2): 113-118



## 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](mailto:chiiki-igaku@jadecom.jp)

## 第123回

## “対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

## はじめに

医療の現場において早急に取り組むべき課題として、インシデント・アクシデント事例発生の再発防止・未然防止はもとより、苦情・クレーム、および事例発生後のトラブル発生に関する対応などもあると思われる。

平成24年度の診療報酬改定において、「医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る」ことをねらい、患者サポート体制充実加算が新設された<sup>1), 2)</sup>。さらに、平成25年1月10日に、厚生労働省より、「『医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針-説明と対話の文化の醸成のために-』の送付について」が公表され<sup>3)</sup>、「医療機関内で患者・家族と医療従事者との十分な対話や意思疎通が円滑に行われるための支援を行う者」として、新たに“医療対話推進者”という名称が提唱されるとともに、「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針-説明と対話の文化の醸成のために-」という指針(以下、本指針)が公表された<sup>4)</sup>。

本指針には、「医療対話推進者は、各医療機関の管理者から患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を果たす者として権限が委譲され、管理者の指示に基づき、医療安全管理者、医療各

部門、事務関係部門と連携し、組織的に患者・家族からの相談等に対応することを業務とする者とする」ということが挙げられている。

さらに本指針には、「医療対話推進者の業務」のひとつとして、「説明と対話の文化の醸成」ということが挙げられ、「医療機関における説明と対話の文化を醸成するために行う業務」として、「患者・家族と医療者の対話が推進されるように、全職員に働きかける」ことや、「患者・家族支援体制の確保について、職員及び患者・家族の意識が高まるように働きかける」ことなどが挙げられている。今後、患者・家族相談支援体制を推進し、説明と対話の文化を醸成するためには、医療対話推進者が継続的なスキルアップを行うことが大切である<sup>5)</sup>。

医師、看護師、および薬剤師などを含めた医療者は、業務上、患者・家族に説明をする機会があるが、その際、患者・家族から、直接、および間接的に「説明がよく分からなかった」「もう少し分かりやすく説明してほしい」などと言われた経験はないだろうか<sup>6)</sup>。また、医療者-患者・家族間だけでなく、医療者間でも、認識の違いや解釈の違いなどのコミュニケーションエラーにより、インシデント・アクシデント事例の発生に至った経験はないだろうか。

医療法<sup>7)</sup>の第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おり、「適切な説明」を実施する対象は、「医療の担い手」という、医師以外の職員も含まれていることや、説明するだけでなく、「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ことを認識する必要がある。

説明を実施しても、コミュニケーションエラーなどにより、「患者・家族が、説明を理解できていなかった」「患者・家族が、医療者が説明した意味とは異なる理解をした」などの状況が発生した場合に、早い段階で把握して適切な対応を実施していなければ、トラブルが発生する可能性がある<sup>6)</sup>。このような状況における対応の際に、医療者には、“対話力の発揮”が求められる。自施設では、“対話力の発揮”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対策や、現状評価は十分だろうか。

“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止することができなかったのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。併せて、「なぜ、説明や、口頭指示を含む情報伝達を実施されているにもかかわらず、事例発生を未然防止することができなかったのか？」という疑問を明らかにすることも重要である。ここでは、事前に発生する可能性のあるリスクが想定されていたか、あるいは予測したリスクを考慮して、“対話力の発揮”が検討されていたか、などの視点で、自施設の傾向と課題に向き合うことが望まれる。

本連載でもこれまでに、「口頭指示・伝達による誤薬に関わるエラー(第5回)」「口頭指示・情報伝達の“解釈間違い”に関わるアクシデント(第25回)」「職種間の“情報伝達のエラー”に関連したアクシデント(第55回)」「異なる解釈」の可能性に気づくトレーニング実施の意義(第67回)」「口頭指示の“解釈間違い”に関わるアクシデント事例の未然防止(第84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(第113回)」などのテーマで、“口頭指示”や“解釈間違い”など、コミュニケーションエラーに関わる事例の発生要因と未然防止対策について検討している。

そこで、本稿では、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止することができなかったのか?」「なぜ、説明や、口頭指示を含む情報伝達を実施されているにもかかわらず、事例発生を未然防止することができなかったのか?」という疑問をもち、“対話力の発揮”に焦点を当てて、説明や、情報伝達(口頭指示を含む)に関わるリスクの予測と事例の発生要因の“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、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、日本医療機能評価機構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。

## “対話力の発揮”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)の事例検索<sup>8)</sup>では、2023年9月下旬現在、キーワード“コミュニケーション”で2,425件、“コミュニケーション不足”で1,007件、“コミュニケーションエラー”で209件、“説明不足”で515件、“苦情”で91件、“クレーム”で54件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。また、“コミュニケーション不足”“認識”で84件、“コミュニケーション不足”“認識”“確認を怠った”で62件、“コミュニケーション不足”“説明不足”で7件、“コミュニケーションエラー”

“説明不足”で3件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

医療者の説明に関わる提言としては、国立国語研究所が、『病院の言葉』を分かりやすくする提案<sup>9)</sup>(以下、本提案)を公表している。本提案では、『病院の言葉』を分かりやすくする工夫として、言葉の意味を伝えるレベルについて、「まずこれだけは」「少し詳しく」「時間をかけてじっくり」という3つのレベルの表現が挙げられている。

「まずこれだけは」は、「だいたいの意味を伝えたいときや、説明にかけられる時間が短いときなどに使うとよい表現」、「少し詳しく」は、「丁寧にきちんと伝えたいときに用いるとよい表現」、「時間をかけてじっくり」とは、「より深く正確な知識を持ってもらいたいときに役立つと思われる説明」であることが挙げられている。そして、『「まずこれだけは」でだいたいの理解をしてもらってから、『少し詳しく』さらに『時間をかけてじっくり』へと、段階的に詳しく踏み込んでいくことで患者の理解を確かなものしていくのも効果的」ということが挙げられている。今後、自施設における“対話力の発揮”を考慮した説明を検討する際に、本提案を活用することを勧めたい。

本提案では、「ショック」という言葉の説明として、「まず、これだけは」では、「血圧が下がり、生命の危険がある状態」ということが挙げられている。そして「こんな誤解がある」ということとして、「急な刺激を受けること」「びっくりすること」「ひどく悲しんだり落ち込んだりすること」という誤解があることが挙げられている。

本提案の内容を参考にすると、例えば、医師が、患者の家族に、患者が“ショック”に陥る可能性を説明したとしても、患者の家族が誤解し、医師の意図が正確に伝わらない可能性や、このことに起因したトラブルが発生する可能性が想定される<sup>6)</sup>。このような、“対話力の発揮”が求められる状況を鑑みて、あらかじめ、対応を考慮しておくことが望まれる。

“対話力の発揮”に関わる事例として、事例検索<sup>8)</sup>にて検索された事例としては、

「ICUに入院中の患者(0歳代、男児)に、塩化カリウム液(以下、A剤)を1時間かけて投与するべきところ、誤ってワンショットで静注した。看護師は、職種経験5ヵ月で3ヵ月前から夜勤に入って独り立ちしており、当日は4床を1人で受け持っていた。医師は、患者が以前にも血清カリウム値が低下し、不整脈を誘発した既往があったため、A剤の投与を急いでいた。電子カルテでのオーダー上、A剤の注射処方セットが『ショット薬』に分類され、医師が指示簿にその都度、『1時間かけて中心静脈から投与』などと記載していたが、今回はその記載がなかった。看護師は、A剤がワンショットでの静注が禁止されている薬剤であることを知っていたが、医師に急ぐよう言われたために、ワンショットで使用するほど急いでいるのだと思い込み、医師に確認しないでワンショットで静注を行った。

看護師は、『A剤 原液5mL投与』の指示のフリーコメントに、『1時間かけて投与』などの記載がないため、ワンショットに指示が変更されたと思った。看護師は、指示を受けた後も他の業務があり、A剤を投与する業務がなかなかできなかった。医師は作業を早くして欲しいという意味で、『急いで』と3回くらい言ったが、看護師は『急いで』の意味を、“ワンショット(速く投与する)”だと思った。ICUでは、ワンショットや1時間程度の時間をかけて投与するなど、一時的に使用する薬剤を『ショット薬』に分類しており、A剤は『ショット薬』に分類されていたが、薬剤部では把握していなかった。ICU以外の病棟では使用していない名称で、薬剤部で処方箋の指示を受けた薬剤師は、ICU内で投与方法の指示があると思い、『A剤 原液5mL投与』に対して疑義照会を行わなかった。ICU内での看護師-医師間、医師-医師間、若い医師-上級医師間などに、コミュニケーションが円滑でない事実があった

「患者(60歳代、男性)に、全身麻酔下で脊髄血管造影検査を実施した。脳神経外科医(以下、医師A)は、麻酔科研修医(以下、医師B)に、『(コントロールの)ACT(の結果)が出るのを待たなくてよいから、ヘパリンナトリウム注射液(以下、ヘパリン)5,000単位を早く投与するように』と指示

した。医師Bはヘパリンのバイアル(50,000単位/50mL)を探し出して、医師Aに『これですか』と声をかけて確認し、20mLのシリンジで、バイアルの全量を2回に分けて注入した。医師Bが医師Aに、『5,000単位ですか』と質問し、医師Aが『5,000単位です』と返答した。しばらくして、医師Aが『まだですか?』と問いかけ、医師Bは『まだです。あともう1回です。あと20mLです』と返答した。医師Aは『20mLって』と質問し、医師Bは『20mLのシリンジで吸ってしまったので』と返答した。医師Aは注入前にヘパリンのバイアルを見ておらず、20mLの注射器で希釈して5,000単位を注入したと思っていたが、医師Bが50,000単位/50mLを注入したことに気づいた。同室にいた看護師2名は、20mLはおかしいと思い、空になった50mLのバイアルを発見し、『入れたのは5mLですか?』と医師Bに質問した際に、医師Bは50,000単位/50mLを注入したことに気づいた。頭部CT検査では脳内出血は認めず、麻酔覚醒後も神経学的後遺症はなく、患者は2日後に退院した。

医師Bはヘパリンの使用経験はあるが、今回のバイアルは知らなかった。ヘパリンのバイアルの『50,000単位/50mL』という表示を、『5,000単位/50mL』と思い込んだ。医師Bは医師Aに投与量(mL)の確認はせず、医師Aからヘパリンを早く投与するようにと複数回、口頭指示を受けており、急ぐ気持ちが強く、余裕がなかった」などがある。

これら“対話力の発揮”に関わる事例は、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性があること、およびトラブルや、苦情の発生につながる可能性があり、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性も想定し、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステム整備が急がれる。

### 具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止対策として、患者・家族への説

明のマニュアルの整備、口頭指示に関わるルールの整備、および職員教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“対話力の発揮”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>8)</sup>にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“対話力の発揮”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対策について検討する。

事例「病理検査の検体が未提出で、再度、生検を実施。医師—医師間のコミュニケーションエラー?」

#### 【事故の内容】

- ・患者(50歳代、女性)は、健康診断で腹部腫瘤を指摘された。
- ・悪性リンパ腫の確定診断の目的で、腫瘍・血液内科医師(以下、内科医師)が、肝・胆・膵外科に、開腹手術によるリンパ節生検と、腫瘍の一部切除・検体提出を依頼した。
- ・肝・胆・膵外科医師(以下、外科医師)は内科医師に、生検時の対応を依頼した。
- ・この際の依頼書には、臨床検査会社への遺伝子検査などの伝票と取り扱い説明書を添付し、「病理検査の伝票はお願いします」と記載した。
- ・患者入院後、担当の外科医師は、検体の伝票記載が不慣れなため、内科医師に電話連絡して、検体の伝票記載を依頼した。
- ・内科医師は、病棟に行き、臨床検査会社への伝票を記載し、診療録に入れておくことを伝えた。
- ・通常、病理検査の伝票は外科医師が記載することになっているため、内科医師は、臨床検査会社への伝票のみ記載した。
- ・外科医師は、全身麻酔下にて、開腹で腫瘤切除を実施し、伝票と共に、臨床検査会社に検体を提出した。
- ・内科医師は、検体を病理検査室と臨床検査会社の2カ所に提出するように依頼したつもりであった。
- ・外科医師は、病理検査の伝票は入ってなかったため、臨床検査会社にのみ提出するものと思い、病理検査室には提出しなかった。
- ・その後、患者は退院した。
- ・退院後の外来受診時、内科医師が検査結果を確認したところ、病理検査の結果が出ていなかったため、病理検査室と外科医師に確認し、検体が未提出であることが判明した。
- ・CTガイド下で、再度、生検を実施する方針とした。
- ・患者に謝罪し、経緯を説明して、理解を得た。

〔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、「腫瘍・血液内科からの依頼は『肝・胆・膵外科』宛てとなっており、肝・胆・膵外科外来で、担当医師を振り分けて

いる「今回、担当した肝・胆・膵外科の外来医師が、自分が手術できる日程の手術枠がいっぱいだったため、当日、担当できる医師に手術を依頼した」「腫瘍・血液内科では、『造血管腫瘍が疑われるリンパ節検体の処理方法(術者用)』という説明書を作成しており、手術担当科には、それを見てもらっている」「今回の依頼時にも、肝・胆・膵外科外来に渡しており、そこには、『病理検査の伝票は貴科にてご用意ください』との記載がある」「『造血管腫瘍が疑われるリンパ節検体の処理方法(術者用)』という説明書は、肝・胆・膵外科外来の診療録に入っていたが、担当した肝・胆・膵外科医師はこの用紙を見ていなかった」「肝・胆・膵外科医師は、必要な伝票の全てを腫瘍・血液内科医師が記載してくれたと思っていた。病理検査の伝票はないため、病理検査室に検体は提出されなかった」「採取した検体は分割せず、全て臨床検査会社へ提出した」「腫瘍・血液内科医師は、病理検査の伝票は、外科医師が記載して提出すると思っていた、伝票記載が複雑で、肝・胆・膵外科医師が慣れていない臨床検査会社への伝票を記載し、診療録に入れたが、その際、病理検査の伝票は記載してほしいとは伝えていなかった」「生検した検体の中に、必ずリンパ腫の細胞が含まれているとは限らないため、検体を2つ取って、病理検査室と臨床検査会社に別々に提出するわけにはいかない」「リンパ腫の検体の取り扱い方法が複雑で、取り扱い方法が周知されていなかった」「肝・胆・膵外科医師と、腫瘍・血液内科医師間のコミュニケーションエラーがあった」「病理検査の伝票は、肝・胆・膵外科医師が記載すると思っている腫瘍・血液内科医師と、必要な伝票は記載して、診療録に入れてくれたはずと思っている肝・胆・膵外科医師の認識の違いがあった」「具体的な表現での確認不足があった」「外来の医師と、病棟の医師との連携不足があった」などが挙げられていた。

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

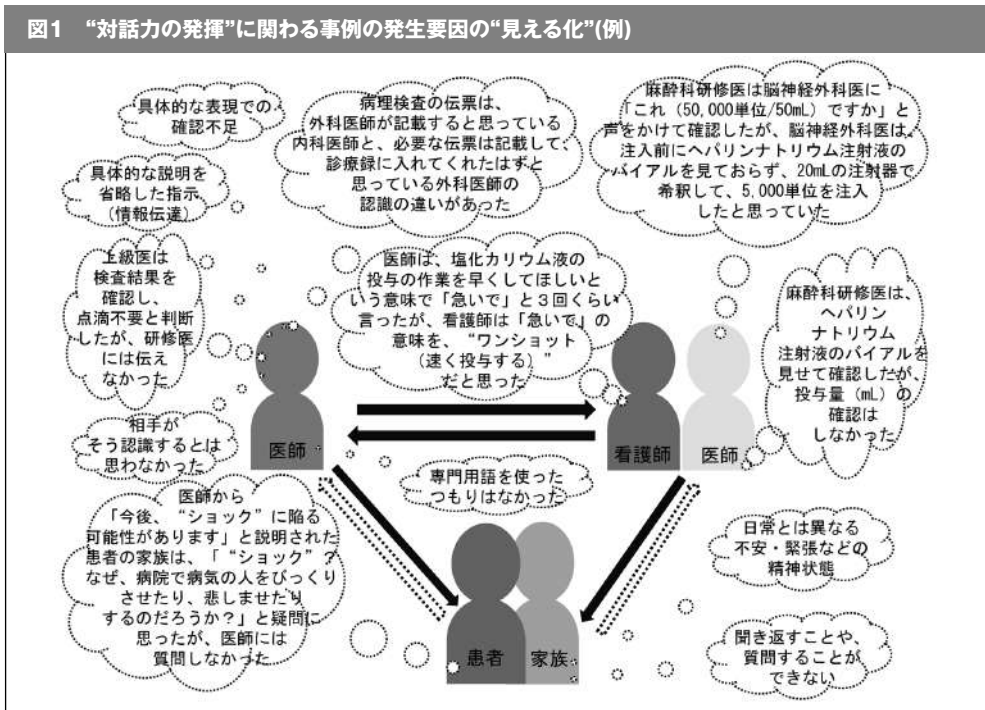
Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、事例発生の未然防止対策を検討する。

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、プロフェッショナルである複数の医師が関与しているにもかかわらず、事例発生を防止できなかったのか?」「なぜ、担当の肝・胆・膵外科医師は、検体の伝票記載が不慣れなため、内科医師に電話連絡して、検体の伝票記載を依頼したにもかかわらず、臨床検査会社への伝票のみ準備され、病理検査の伝票が準備されなかったのか?」「なぜ、『造血管腫瘍が疑われるリンパ節検体の処理方法(術者用)』という説明書は肝・胆・膵外科外来の診療録に入っていたのに、担当した肝・胆・膵外科医師はこの用紙を見ていなかったのか?」「なぜ、腫瘍・血液内科医師は、病理検査の伝票は、外科医師が記載して提出すると思っていた、伝票記載が複雑で、肝・胆・膵外科医師が慣れていない臨床検査会社への伝票を記載し、診療録に入れた際に、病理検査の伝票は記載してほしいと肝・胆・膵外科医師に伝えなかったのか?」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「肝・胆・膵外科医師と、腫瘍・血液内科医師間のコミュニケーションエラーがあった」「病理検査の伝票は、肝・胆・膵外科医師が記載すると思っている腫瘍・血液内科医師と、必要な伝票は記載して、診療録に入れてくれたはずと思っている肝・胆・膵外科医師の認識の違いがあった」などの疑問を検討する必要がある。

また、本事例の背景要因に挙げられている「具体的な表現での確認不足があった」にも、注目したい。ここでは、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、事例発生に至る前に、腫瘍・血液内科医師と肝・胆・膵外科医師の認識が違っていることに誰も気づかなかったのか?」「なぜ、伝えつつもりではなく、具体的に表現して確認ができなかったのか?」という疑問を深めて、事例発生の根本原因を明らかにすることが望まれる。

“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止



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

するため、事例検索<sup>8)</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、「対話力の発揮」に関わる事例の発生要因の“見える化”(例) (図1)を作成した。一般的に、医療機関は患者・家族にとっては慣れ親しんだ場所ではないことが想定され、患者・家族が医療者と対話する際には、「日常とは異なる不安・緊張などの精神状態」となっている可能性がある。医療者が説明を実施する時には、このような状況の発生を鑑みて、適切な対応を検討することを期待したい。このように、発生要因を“見える化”することにより、自施設の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「対話力の発揮」に関わる事例の発生要因の“見える化”に取り組むことを勧めたい。

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

“対話力の発揮”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“対話力の発揮”に関わ

る事例発生の状況の把握と事例分析が未実施、2)自施設における“対話力の発揮”に関わる事例発生の可能性のリスクアセスメントが未実施、3)“対話力の発揮”に関わる事例の情報提供・情報共有が未実施、4)説明、情報伝達(口頭指示を含む)に関わるマニュアル・ルールの見直しが未実施、5)職種による“対話力の発揮”を妨げる要因の共有と、未然防止の可能性に気づく多職種参加のトレーニングが未実施、6)具体的事例を活用した“対話力の発揮”に関わる職員教育が未実施、などが考えられる。

**“対話力の発揮”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、「他の診療科にリンパ節生検を依頼する際に使用している説明用紙の内容や、指示の運用方法を分かりやすいように改定する」「臨床検査会社への伝票だけでなく、病理検査の伝票も、依頼した診療科である腫瘍・血液内科で準備する」などが挙げられている。

“対話力の発揮”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“対話力の発揮”に関わる事例発生の状況の把握と事例分析の実施、2)自施設における“対話力の発揮”に関わる事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施、3)“対話力の発揮”に関わる事例の情報提供・情報共有の実施、4)説明、情報伝達(口頭指示を含む)に関わるマニュアル・ルールの見直しの実施、5)職種による“対話力の発揮”を妨げる要因の共有と、未然防止の可能性に気づく多職種参加のトレーニングの実施、6)具体的事例を活用した“対話力の発揮”に関わる職員教育の実施、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」「説明不足」などを防止すること、および患者・家族に及ぼす可能性のある不可逆的な影響の重大性を再認識する機会の提供と、“対話力の発揮”に関わる事例発生に至る前に、想定したリスクを回避できるシステムを整備することで、事例発生や、トラブルの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“対話力の発揮”に関わる事例発生の状況の把握と事例分析の実施」では、自施設における現状評価が急がれる。類似事例の発生が確認された場合は、事例分析を実施し、自施設における発生要因の傾向と課題を明らかにすることが望まれる。この結果を防止対策に反映させることはもとより、全職員へのフィードバックの実施の有無や、その方法などについても併せて検討することを期待したい。

2)の「自施設における“対話力の発揮”に関わる事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施」では、前記の「“対話力の発揮”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」(図1)を参考にすることを勧めたい。ここで焦点を当てたいのは、「具体的な表現での確認不足」や、「具体的な説明を省略した指示(情報伝達)」などである。自施設では、「具体的な表現での確認不足」や、「具体的な説明を省略した指示(情報伝達)」などを実施したことに関連するインシデント・アクシ

デント事例は発生していないだろうか。さまざまな具体的な事例を活用して、多職種の参加によるリスクアセスメントの実施により、職員個々が、自身の状況を鑑みて、何らかの気づきを得ることを期待したい。

3)の「“対話力の発揮”に関わる事例の情報提供・情報共有の実施」では、職員個々が関心を持って取り組むことが望まれる。そのためには、“知る”ことから始める必要があり、自施設で発生した“対話力の発揮”に関わる事例はもちろんのこと、自施設では発生してなくても、他施設で発生している事例に関する情報提供が求められる。また、ここでは、単なる情報提供にとどまらず、情報共有のチャンスととらえて、職員に向けた発信も含めて検討したい。

4)の「説明、情報伝達(口頭指示を含む)に関わるマニュアル・ルールの見直しの実施」では、現在、実施している事例発生の防止対策としてのマニュアル・ルールの現状評価が急がれる。1)の現状評価の結果としても挙げられるかもしれないが、説明、情報伝達(口頭指示を含む)に関わるマニュアル・ルールが、遵守されているか否か、また、遵守することで事例発生を防止できているか否か、など、これらの検討を踏まえて、必要に応じて見直しの実施を検討することが望まれる。

5)の「職種による“対話力の発揮”を妨げる要因の共有と、未然防止の可能性に気づく多職種参加のトレーニングの実施」では、1)で実施した現状評価、および事例分析の結果を参考にしたい。“対話力の発揮”を妨げる要因としては、「伝え手と受け手の知識・経験の違い」「相手が理解した内容を具体的に確認しない(伝えたつもり)」「権威勾配により疑問を聞き返すことができない」「自分の理解した内容を具体的に確認しない(わかったつもり)」「たぶん、こういうこと?(思い込みで確認しない)」「双方の理解が違ってもいいかもしれないという認識の不足」「相手に応じた伝え方をしていない(相手の頭の中に同じ地図を描くという意識がない)」などが指摘されている<sup>6)</sup>。この機会に、自施設の現状を踏まえて、“対話力の発揮”を妨げる要因を検討することを



勧めたい。

6)の「具体的事例を活用した“対話力の発揮”に関わる職員教育の実施」では、自施設、もしくは他施設で発生した事例を活用し、多職種参加による気づきを得る機会として、実践的な職員教育を企画することが望まれる。ここでは、前記の本提案の活用を検討したい。本提案の活用により、日々の業務では、直接、患者・家族への説明や対応に関与しない職員でも、「自分が、患者・家族の立場だったら」という視点で考えることで、気づきを得ることが期待できる。

本提案には、医療者が普通に口にしている言葉が、患者・家族にとっては専門用語として受けとめられ、日常的に認識できていない可能性が想定されることが、調査結果に基づいて示されている。これは、必ずしも、医療者—患者・家族間だけでなく、医療者間でも起こりうる“認識の違い”と捉えて、事例発生 of 未然防止対策の検討に活用することを検討したい。

前記の事例における改善策としては、「ICUでは、塩化カリウム液を原液で使用していたが、2倍に希釈して1時間以上かけて投与することにした。また、その内容をマニュアルに記載し、『ワンショットはいかなる場合でも禁止』と追記した。処方システムを改修し、塩化カリウム液の処方が出されると、希釈液も一緒に処方されるようにした。薬剤部では、塩化カリウム液の表示を『塩化カリウム液 点滴注』から『【禁静注】塩化カリウム液 点滴注』に変更した。塩化カリウム液の払い出しの際、薬剤を入れたチャック付ビニール袋に、『静注・ワンショット禁止』と注意事項を記載した紙を封入することにした。指示の出され方に疑問がある場合は、自分で判断せず医師などに確認する」「研修医の教育・指導・研修体制を強化させる。研修医に試験を実施して、麻酔開始時期や、担当する麻酔を決定する。ヘパリンナトリウム注射液を使用する手術や検査では、予め準備する。ヘパリンナトリウム注射液の静注前には複数の医療者間で確認する」などが挙げられていた。

今後、自施設における“対話力の発揮”に関わる事例発生 of 未然防止対策を検討する際には、

これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

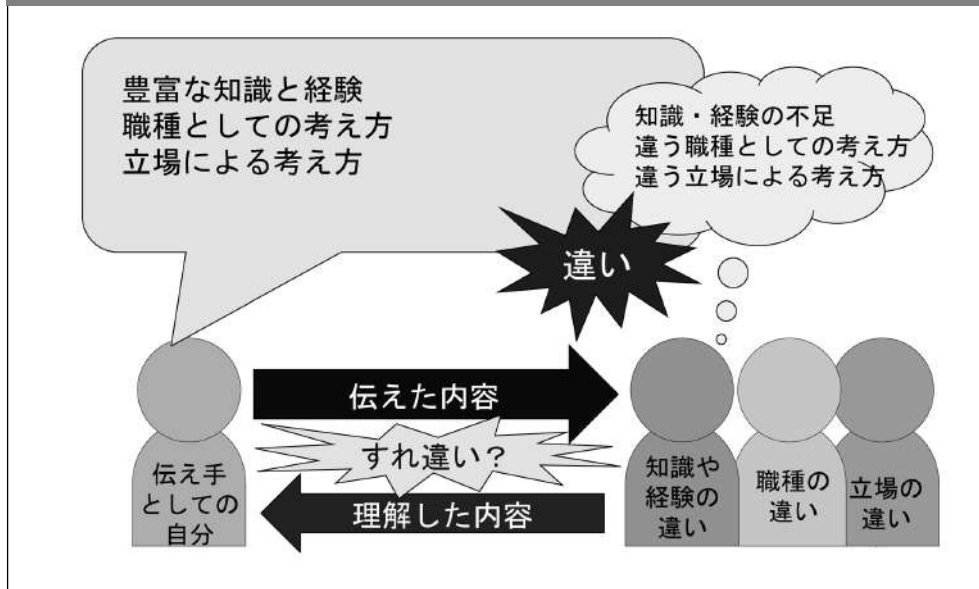
### “対話力の発揮”に関わる 事例発生 of 未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止することができなかったのか?」「なぜ、説明や、口頭指示を含む情報伝達が実施されているにもかかわらず、事例発生を未然防止することができなかったのか?」という疑問をもち、“対話力の発揮”に焦点を当てて、説明や、情報伝達(口頭指示を含む)に関わるリスクの予測と事例の発生要因の“見える化”から、事例発生 of 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。しかし、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、類似事例の発生状況の現状評価・フィードバックが未実施であること、および多職種間でのリスクアセスメントが実施されていないことなどにより、“対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止できていない状況はないだろうか。改めて、患者への不可逆的な影響が発生する可能性、および医療機関への信頼を揺るがす可能性にも目を向けて検討することを勧めたい。

“対話力の発揮”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への対応はもちろんのこと、“対話力の発揮”を妨げる要因も“見える化”することが望まれる。前記の、“対話力の発揮”を妨げる要因として指摘されている、「伝え手と受け手の知識・経験の違い」「双方の理解が違うかもしれないという認識の不足」<sup>6)</sup>などについて、職員個々に具体的に理解してもらう機会を設けることを勧めたい。職種間で、「伝えつつもり」や、「わかつつつもり」が看過され、タイムリーな確認が欠如すると、伝え手が伝達した内容と受け手が理解した内容が異なると、トラブル発生 of 要因になる可能性があり<sup>10)</sup>、

図2 「自分」と「他者」の“違いを認識”しているか？



十分留意することが望まれる。

ここでは、「『自分』と『他者』の“違いを認識”しているか？」(図2)ということを提案したい。指示や、情報の伝え手としての自分には、「豊富な知識と経験」「職種としての考え方」「立場による考え方」などがあるかもしれないが、指示や、情報の受け手としての相手は、「知識・経験の不足」「違う職種としての考え方」「違う立場による考え方」などの点で、自分と違いがある場合が想定される。

このような状況は日常的にありうると考えるが、医療の現場における指示や、情報伝達の際に、あまり意識されていない場合には、「(自分が)伝えた内容」と、「(相手が)理解した内容」に、“すれ違い”が発生する可能性が想定される。“自分の考える当たり前”は、“相手にとっては当たり前ではないかもしれない”ということに、自ら気づく機会を提供することが望まれる。職員教育を実施する際には、このようなことを認識する機会を設けることを推奨したい。

“対話力の発揮”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、自施設における事例発生の防止対策の現状評価が欠かせない。職員個々が自施設における現状を認識すること、問題意識を共有すること、および多職種の連

携により事例発生を未然防止したいという思いを共有することも重要である。プロフェッショナルであるが故に、患者・家族の認識や、気持ちに気づきにくい可能性があることに改めて目を向ける必要がある。併せて、医療者間でも、経験や知識の違い、職種・立場の違いなどによって、認識の違いが起こる可能性にも注目したい。

自施設では、「これで分かるだろうと、具体的な説明を省略した指示(情報伝達)があった」「たぶん、こういうことだろうと、具体的な表現での確認が不足していた」などにより、インシデント・アクシデント事例が発生したことはないだろうか。ほんの少しの具体的な言葉の省略で、リスクの発生を回避できずに事例発生に至る可能性を再認識する職員教育の機会の提供が重要である。

併せて、“対話力の発揮”に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクターとして捉えるだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて、プロフェッショナルであるからこそ気づくことができると認識を変化させる取り組みを実施することが期待される。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省：平成24年度診療報酬改定の概要. 患者サポート体制の評価. [https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24\\_01-03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_01-03.pdf) (accessed 2023 Oct 11)
- 2) 厚生労働省：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（別添3）入院基本料等加算の施設基準等 第21の2 患者サポート体制充実加算<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/5-2-1.pdf> (accessed 2023 Oct 11)
- 3) 厚生労働省：「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針—説明と対話の文化の醸成のために—」の送付について <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/130110-1.pdf> (accessed 2023 Oct 11)
- 4) 厚生労働省：（別添）医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針 —説明と対話の文化の醸成のために—<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/130110-2.pdf> (accessed 2023 Oct 11)
- 5) 石川雅彦, 他：医療機関における患者・家族支援体制の現状と課題—医療対話推進者に期待される役割と今後の展望—.日本医療・病院管理学会誌 2017;54(3):171-177.
- 6) 石川雅彦, 他：リスクアセスメント力が身につく 実践的医療安全トレーニング.東京,医学書院,2016,20-49.
- 7) 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 Oct 11)
- 8) 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 Oct 11)
- 9) 国立国語研究所：「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 Oct 11)
- 10) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第2回リーダーシップを発揮し, 円滑なコミュニケーションを発揮している.臨床外科 2016;71(5):622-625

# J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました!

J-STAGEにて「月刊地域医学」のバックナンバーが閲覧できるようになりました。

## ● J-STAGEとは

「科学技術情報発信・流通総合システム」(J-STAGE)は、国立研究開発法人科学技術振興機構(JST)が運営する電子ジャーナルプラットフォームです。J-STAGEは、日本から発表される科学技術(人文科学・社会科学を含む)情報の迅速な流通と国際情報発信力の強化、オープンアクセスの推進を目指し、学協会や研究機関等における科学技術刊行物の発行を支援しています。

現在J-STAGEでは、国内の1,500を超える発行機関が、3,000誌以上のジャーナルや会議録等の刊行物を、低コストかつスピーディーに公開しています。

## ● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

<https://www.jstage.jst.go.jp/browse/chiikiigaku/list/-char/ja>

J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

左側に表示されている巻数・号数から、号を選びクリックしてください。原稿タイトルが表示されますので、ご覧になりたいタイトルをクリックいただくと誌面を閲覧できます。

検索のところでキーワードをいれていただくか、閲覧のところに巻数、号数、ページ数を入れていただきましても、ご希望の誌面が閲覧できます。

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。  
ぜひ、ご活用ください。



# 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 後編」

(11月1日配信)

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に対する長期治療についての問題点や課題について解説していただきます。

本年度からTAV-in-TAVは保険適用になりました。初回のTAVI後に再度TAVIができるのであれば、初回は全部TAVIでよいのではと考えるかもしれませんが、リスクや欠点もあります。懸念のひとつは冠動脈閉塞リスクです。最初のTAVIで自己弁が冠動脈に接近しているため、2回目のTAVIによりバルサルバ洞には石灰化した自己弁、初回のTAVI弁が入ることで、冠動脈の基部を塞いでしまうことがあります。術中に冠動脈閉塞が起こらなかったとしても、後に心筋梗塞発症後のIVRにおいて、カテーテルの冠動脈へのアプローチが難しくなります。TAVI弁は外科弁よりも背が高いのでこのようなことが起こるのです。さらに、初回の弁の内側にTAVIを施行するので、2回目の弁は小さいものになってしまいます。患者の体格に比して小さな人工弁が入り、Prosthesis-patient mismatch(ppm)という十分な負荷解除ができない状況が引き起こされます。

また、初回のTAVI弁を外科的に除去するのは非常にハイリスクです。ステントの内側が内膜化してTAVI弁と上行大動脈が一体化してしまうため、大動脈内膜と一緒に剥離するか大動脈基部を人工血管に置換する必要があります。TAVI弁除去は術後死亡率が高い手技となります。

このようなことから若年者へのTAVI施行は慎重にすべきです。本邦の外科的VRにおける生体弁と機械弁の割合は2007年では半々ですが、現在は9割近くが生体弁になっています。生体弁劣化時にTAV in SAVができるからです。

若年成人の生体弁SAVR 19論文(2,686例、平均51歳)のメタ解析、マイクロシミュレーションでは、生体弁

の構造的劣化は17.3年(中央値)、弁に再介入した時期は16.9年(中央値)です。このデータから、若年患者では再度の治療が必要になることを念頭に置いて治療することが重要です。

初回SAVR生体弁サイズが大きい場合(23mm以上)と小さい場合に分けて、8年間の生存率を見ると、大きい場合は40%、小さい場合は33%で有意差(p=0.01)があります。さらにSAVR弁が小さいとTAV in SAV後は予後不良というデータも出ています。

近年、SAVR生体弁はより大きい生体弁を使うようになりました(図)。ただし、大きければよいわけではなく、大きすぎる場合はバルサルバ洞に干渉するので術前CTで冠動脈と生体弁との距離を確認しています。バルサルバ洞が小さい場合は、大動脈弁輪拡大術を行います。

さらにライフタイムマネジメントを考慮して胸骨正中切開をせずに、右肋骨間開胸によるMICSアプローチを行います。正中切開に比べて早期回復・早期社会復帰、出血量が少ない、胸骨合併症がないというメリットがあります。胸骨を温存しておくことで、次の手術では胸骨正中からのアプローチも容易になります。

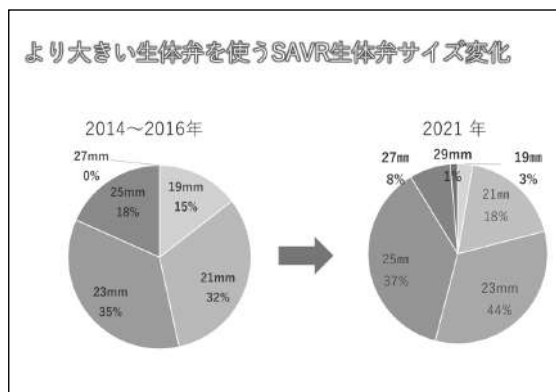


図 より大きい生体弁を使うSAVR生体弁サイズ変化

\* 田端先生のレクチャーの詳細は、11月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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





## 地域で育ち，地域で働く

福島県立南会津病院内科・消化器内科 佐竹隼輔

こんにちは。福島県39期の佐竹隼輔と申します。現在は福島県立南会津病院で内科・消化器内科として勤務しています。現在の職場から実家までは車で5分程度のところにあり、まさに地元の病院で勤務しています。自分の育った地域に貢献できることを大変嬉しく思いながら日々診療をしています。

### 1. 自分の生まれと地域医療

私の生まれ育ったのは南会津郡南会津町という所です。南会津郡は福島県の中でも新潟県、群馬県、栃木県との県境にあり、只見町、下郷町、檜枝岐村と南会津町の3町1村で形成されています。面積は2341.64km<sup>2</sup>と神奈川県に匹敵する広さを誇る一方で、人口は郡内で合わせて22,000人程度であり、人口密度は神奈川県の400分の1という過疎地域です。面積の93%が森林を占めています。また、日本海側の気候の影響を強く受けるため、冬には大量の雪が降り、特別豪雪地帯に指定される地域もあります。しかしその分、豊かな山に囲まれ、のびのびと過ごすことができる地域です。私はこの南会津町で高校卒業まで生活しましたが、この地域で過ごすようになったのは同じ自治医科大学卒業生である父の影響です。

父は自治医大 福島県10期卒の医師で、義務年限終了後もへき地である南会津に残り勤務を続けました。私は父から「医者になれ」とか、「地域医療がいいぞ」とか、少なくとも「自治医大に入れ」とは、覚えている限りでは言われた記憶はありません。しかし、地域で働く父の姿に少なからず影響を受け、自分も地元



祇園祭に参加する父と私

できるような仕事がしたい、と思うようになり今に至ります。

### 2. はじめての地域医療

初期研修が終わった後、医師3年目から地元である南会津病院で勤務することになりました。外来では知り合いの方が来たり、「おれ〇〇（地元の同級生）のじいちゃんだ」、とかいう患者さんが受診したりしました。はじめて主治医や外来業務を行う中で緊張や知識・技量が足りない点も多くありましたが、地元というアットホームな環境に支えられながら日々を乗り切ることができました。地域医療に重要だと思うのは、「その地域のことをよく知ること」だと思っています。その点では、幼少期を過ごした地域であったため、地域にとけ込んで医療を行うことができました。

また、地域にとけ込むためには仕事以外にも地域のイベントに積極的に参加することがとても大事と考えています。南会津町では7月下旬に日本三大祇園祭の一つである“会津田島祇園祭”が行われます。それに世話人として神事に参加



院内クリスマスコンサート



2023年3月病院前にてスタッフと一緒に

させていただいたり、提灯や彫刻で彩られた大屋台を引いたりしました。ほかにも南会津町の日本酒に関連したイベントや、秋のそば祭りなどさまざまな行事に参加し、家族ぐるみで地域住民との交流を持つことができました。そして、コロナ禍前の2018年12月には、同僚3人とその妻1人、理学療法士1人、自分の6人で即席バンド「さすけねえ（会津弁で大丈夫、の意）ズ」を結成し、地域住民を招待して病院の受付でクリスマスコンサートを開きました。地域の方々と触れ合う中で、子どもの頃には分からなかった地元の魅力を肌で感じ、この2年間で医者としても、1人の人間としても成長できました。

### 3. 地元以外での地域医療

後期研修が明けた医師7年目には福島県立宮下病院に勤務となり、はじめて地元以外で地域医療をすることになりました。この病院の診療圏には福島県の高齢化率上位3町村があり、小児がほとんどいない地域で、入院患者さんのほとんどが90歳以上の超高齢です。病院への通院が困難な患者さんが多く、100人ほどの患者さんが訪問診療を導入されています。また、近隣の町村の診療所への診療応援や介護施設の回診など、医師が現場に向かって患者さんを診る機会が多い病院でした。高齢化の進んでいる当地域での医療は、10年後の日本の縮図のようであり、今後どここの地域にも起こり得る状況と思わ

れました。実際に診療圏内を自分達で移動して診療を行うことで、この地域をより深く知ることができたと思います。

また、初めて地元以外の地域医療に携わったことで、自分は「地元で仕事がしたい」、というよりも「地域医療がしたい」、という気持ちを持っていることに気づかされました。自分の知らない地域であったとしても、その土地を知り、文化を知り、人を知ることが重要で、それを実践することでよりよい地域医療が提供できると実感しました。そして、それがとてもおもしろく、やりがいのある仕事と気づきました。

### 4. 義務年限後の地域医療

9年間の義務年限も、いつの間にか残り1年ちょっとになってしまいました。この8年で、地域で医療を提供する楽しさを身に染みて感じてきました。一方で、住民の少子高齢化や地域を支える医師の高齢化・開業医の閉院など、今後もさまざまな問題があることも実感します。

医師になった8年前に、義務が明けても地域に関わることのできる医師でありたいと思っていましたが、さまざまな経験をした今でもその気持ちに変わりはありません。地元のみならず、福島県の地域医療全体をより良くできるように、そして一人の医師として住民に貢献できるように、今後も地域で頑張っていきたいと思っています。

#### 佐竹隼輔(さたけ しゅんすけ)先生 プロフィール

2016年自治医科大学医学部卒業。福島県立医科大学附属病院初期臨床研修、同内科専門医研修プログラム修了。現在、福島県立南会津病院 内科医長。



## 診療所にだっているいろいろな経験がある！ ～医師4年目の葛藤～

秩父市大滝国民健康保険診療所 柝村亮太

### 自己紹介

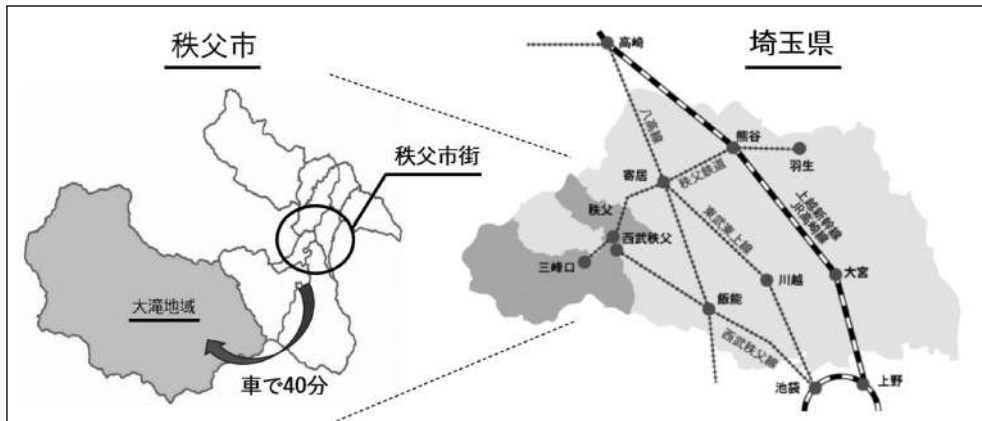
はじめまして、令和2年に自治医科大学（43期）を卒業し、映画『翔んで埼玉』で有名になった“あの埼玉県”に勤務しております現在医師4年目（総合診療科専攻）の柝村亮太と申します。映画で『ださいたま、くさいたま、うるさいたま』などと称され、東京へ行くのに通行手形を必要とされた埼玉県は、人口に対する医師数が全国最下位、かつ医師偏在指数が全国下位5位といった非常に医師不足が深刻な県でございます。

現在私は、その埼玉県の中で一番山奥にある秩父市大滝国民健康保険診療所（以下、大滝診療所）に勤務し、診療をさせていただいております。この度貴重な執筆の機会をいただきましたが、まだ4年目でたいした経験もないため、以下、大滝診療所の紹介と診療所で経験した症例について綴ってきたいと思っております。

### 「秩父市大滝」とは何処に？

大滝診療所のある秩父市は、埼玉県の中でも西側に位置する盆地で、高齢化率も非常に高い環境のため、県内で医師不足がとても深刻な地域です。とはいいつつも、「秩父」っていうと関東地方の中では日光、草津、箱根に次ぐくらい有名で、東京の池袋から電車1本、1時間半で来ることができる観光地です。そのため、週末は多くの観光客で賑わう地域でもあり、COVID-19流行前の2016年には秩父で冬に行われる“秩父夜祭”が世界遺産にも登録され、より多くの観光客が押し寄せたこともありました。そんな秩父市街から車で40分ほど山梨方面に山道を進んでいくと出てくるのが大滝地区であり、高いところでは標高1,000mにも達し、関東平野が広がる埼玉県の中では十分な山岳地域になります。

大滝は現在秩父市と合併していますが、以前は“大滝村”として独立していたので、大滝の面積



秩父市大滝の地図





秩父市大滝国民健康保険診療所

は埼玉県の約10%、秩父市の約50%と非常に広大です。それに引き換え、人口は現在500人程度であり、730万人の人口を誇る埼玉県全体と比べると0.01%にも満たない小さな地域です。広大な土地のほとんどが木々や川であり、その中に集落がポツンポツンと位置しております。集落と集落の間にはかなり距離があり、車なしには生活できません。大滝診療所はそんな大滝に唯一の医療機関なのです。

## 大滝診療所について

診療所職員は、医療職が医師1人、看護師3人（常勤1人）、放射線技師1人（一時的な派遣）で、事務職が市役所事務員2人、受付事務2人、運転手1人です。通院患者さんは現在200人程度で、午前は定期・初診外来、午後は訪問診療・往診といった診療体制です。

患者さんは免許返納、歩行機能低下などの理由から自力で診療所へ通院できない方も多く、半数程度が当診療所からの送迎バスを用い、残りの半数が自家用車で来院しています。送迎バスは大滝地区が広く、集落を1日に全部回りきれないので、曜日ごとに集落を決めて運行しています。1日の午前中の患者さんは多くて20人程度で、少ないと5人程度のこともあります。コンスタントに10人程度来ることが多いです。

診療録は未だ昔ながらの紙カルテで、手書き文字のため誤読のエラーが多いことや、ふもとの市立病院と連携強化増進などのために、市に相談をしていますが、電子カルテの導入は見送

られております。薬局は、院外薬局が一番近くても診療所から車で30分かかる（患者さんたちが住む集落からは1時間くらいかかる）ため、院内薬局となっております。可能な検査としては血液検査（全部外注）、心電図、超音波、レントゲン、上部消化管内視鏡があり、比較的充実しております。入院機能は現在ないため、入院を要する症例はふもとの市立病院（救急車でも40分）へお願いすることが多いです。その市立病院の一般内科・外科のほとんどが私と同じ自治医科大学卒業後義務年限中の先生方であるため、大滝地区への状況理解が良く、基本的に快く受け入れていただける環境になっています。

開院日は平日日中で、夜間休日は診療所への連絡が転送される携帯電話を持ち歩き、電話相談があった際には緊急往診、または救急車要請を促すような形で対応しています。

## 診療所ルーティーン

診療所の業務は8時30分に職員のミーティングから始まり、同時に患者さんの受付も始まります。3分後には受付事務職員が紙カルテを棚から取り出し、僕の手元に届きます。それを手に取り、廊下を10歩進むと、賑やかな待合室に着き、一声の挨拶を交わし、患者さんを診察室に呼び入れます。時には片手を貸し、患者さんはもう片方の手で杖をつきながら診察室に一緒に入ります。座る前にお決まりの体重測定を行い、患者さんが椅子に座ります。「体調はどうですか」と聞くと、患者さんが5～10分程度お話をしてくれるので、それを聞き終えてから、血



掃除も診療所の仕事



訪問診療へ向かう道中



圧測定，聴診，その他一般診察を行い，その診察の結果を踏まえ経過が良いか悪いかを伝えます。それに一喜一憂する患者さんとまた少しお話をし，だいたい入室して15分くらい経過したところでお別れを告げ，足の悪い患者さんの場合はドアを開けてお見送りします。そこからは大忙しでカルテ記載と処方箋記載を行い，院内薬局にいる看護師のもとへカルテを届けます。足早に自席に戻り，次のカルテを手にとってまた賑やかな待合室へと向かい，午前の診療が続きます。お昼になると，午前中のカルテ記載に漏れがないかの確認を行い，午後を迎える準備をします。

午後は車でだいたい20～30分くらいのお家を目指して看護師を連れ，木々に囲まれた道に車を走らせます。お待ちしていましたと言わんばかりの患者さんにお出迎えを受け，ご自宅で診察を行い，15分程度お話を伺います。ご自宅での診療の方は基本的に普段は一人で外出できない方が多いので，ここぞと言わんばかりに，たくさんのお話を聞かせてくれます。「これで笑わせよう」とでも用意してきたのかというお話も聞き，ひと笑いした後，また山道に車を走らせ，次の患者さんがいれば次へ向かいます。診療所へ帰宅後は所長としての管理職業務に目と手を走らせ，終わり次第，よく鹿が飛び出してくる山道に車を20kmくらい走らせて自宅を目指し，1日が終わります。

## 診療への思い

ここまで長々と大滝地区・診療所紹介と業務紹介をしてきましたが（お付き合いありがとうございます），ここから私の思いを中心に文字を連ねていきたいと思います。

すでに感じ取っている方もいるかと思いますが，大滝診療所に通院している患者さんは診療所へお話しに来るのを楽しみにしている方が非常に多いです。待合室でのご近所さんとのお話はもちろん，診察室での私とのお話も楽しみにして来てくださいます。地区内にはご高齢の方が多いためか，「若い先生と話す」ということを本当に楽しみにしているようです。そのようなことから，私は診療所で診療を行うにあたって，外来1人15～20分を目標にしています。その日の受診人数によって短くなってしまう場合もありますが，あまり人と話す機会の多くない患者さんたちが溜めてきた話を遮らないように心がけています。カルテ記載も患者さんが話しているときは基本的に行わないようにし，話すときは患者さんと極力眼や体を向かい合わせてお話しします。話の中には，世間的な雑談もありますが，患者さんたちの生活の様子が垣間見える内容が多く，地域で医療をするにあたっては重要な情報ばかりです。もちろん話の合間に診察もしっかり行いますし，このお話重視の診療スタイルが大滝診療所の“うり”です。

診療所勤務をしていて私が嬉しく思うのは，「月1回こうやって先生に元気な姿を見せに来るのが仕事なんだ」や「普段痛いところもある

けど、先生を見るとなんでか元気になっちゃうから大丈夫」などと言いながら、90歳を超えた患者さんたちが受診してくることで、お世辞的な意味合いも含んでいるのはもちろんですが、普段日常生活をするのがやっとであるはずの患者さんたちがそんなことを言いながら元気におしゃべりをして帰っていく、そんな元気で帰っていく姿を見ると、なぜか嬉しく「ここで頑張ろう」と思わせてくれます。通院が大変な地域ではよくあることかもしれませんが、「元気じゃないと診療所に来られない」、「調子が悪い時は休むんだ」という方が多く、中には「調子が悪い時を先生に診てもらわねばいけない」といった患者さんもおり、「調子が悪いから受診した」ということをよく聞く病院勤務とは逆説的で、面白いと言ってはいけないものの、個人的に興味深いと思っています。そのような患者さんたちが少しでも長く大滝で暮らせるように、診療所内での外来診療だけでなく、訪問診療や往診も提供しながらふっ軽さ(フットワークの軽さ)を大事にしようと思っています。

### “診療所”，“総合診療医”という経験

診療所勤務で私が一番やりきれない思いを感じた症例を紹介させていただきます。90歳代のお母さんを介護するために東京から帰郷した娘さんがいました。娘さんは血液腫瘍を患っており、一時寛解もしていたそうですが、私が赴任した頃に再発してしまいました。上述の内容からご察しの方もいると思いますが、大滝は山奥にあるため、専門的治療を受けるには車の運転ができない方の場合、朝早くから20～30分かけて坂の多い道を歩いて最寄りのバス停に行き、そこからバスと電車を乗り継いで病院へ行かなければなりません。入院での化学療法となれば良いのですが、都合よくそうもいかず、途中から外来通院下での化学療法となりました。その娘さんも高齢だったため化学療法による体調不良も合わさり、通院は本当に、本当に大変なものでした。

私はその娘さん本人とお母さんの定期的な訪

問診療に関わっておりました。お母さんは認知症でなかなか娘さんの苦労を理解できなかったため、娘さんは精神的にもぎりぎりの状態でした。その中、力ない私にできたのは、ただただ娘さんの苦労や病状を聞き、励ますことだけでした。

頑張る通院を継続し、抗癌剤の投与クールも終盤になってきたところで、不運にも病院で新型コロナウイルス感染症をもらってきてしまい、それがお母さんにうつってしまいました。気を使って、休日には往診依頼をしないような方だったのですが、依頼があり往診に行きました。ご自宅へ着くと、「(超高齢の)母にうつってしまった、どうしよう」という心配と自責の念の嵐で、今までつらい治療に耐えに耐えてきた心がついに壊れてしまっていました。娘さん本人も化学療法中+新型コロナウイルス感染で体調が悪い中にもかかわらず、お母さんの看病をして、姉妹(車で1時間はかかる)へ相談するも、すぐには駆けつけられないとのことでどこにも助けを求められなかったようでした。幸いにもお母さんのコロナは軽症で、かつ比較的元気であったため対症療法で十分でしたが、娘さんは自分のおかれている状況に涙を流していました。私自身、一人診療所のため感染するわけにいかない状況ではありながら、娘さんの思いを傾聴し、姉妹に私からも療養中の手伝いをしに来るよう伝え、娘さんの気持ちが落ち着いたところでその日は帰宅しました。

週明け、病状確認のためご自宅へいくと、順調に娘さんとお母さんのコロナは改善傾向で、娘さんの気持ちもいくらか落ち着いておりました。改善が順調とはいえ心配だったので、いつも1ヵ月後である訪問診療を2週間後としてお宅に訪問しました。すると、なぜか娘さんはそこにはおらず、妹さんがおりました。数日前に舌が急に白くなり熱が出たとのことで抗がん剤治療中の病院に緊急入院になったそうです。今までも化学療法中に熱で入院になったことは何回かあったので、また元気になって帰って来ると思っていました。

しかし、その時は1ヵ月たっても来ませんで

した。偶然会った包括支援センターの職員から「娘さんが亡くなったらしい」との情報が入りました。自分の中では信じたくなく、何かの間違いであってくれと思いながらも、娘さんの家族に電話で確認するわけにもいかず、数日が過ぎたとき、娘さんの妹さんから診療所に電話がありました。悔しくも、訃報の連絡でした。

後日、お母さんの訪問診療の際、妹さんから娘さんが亡くなる前、亡くなった時の話を伺い、あんなに頑張っていた娘さんにもっと何かできなかったのか、何か気づけなかったのか改めて考えました。今までは病状の悪い患者さんの紹介を受け、“病院”に入院してもらって治す、または緩和的治療を行い看取る、という立場だったため、その方が亡くなるとしても、亡くなる際の本人・家族の精神的状況をみられる環境にありました。しかし、今回はコロナが治って元気になった姿を最後に、その後どのような経過をたどったのか分からない状態で、見えない姿となって私のもとに帰ってきました。最期は無菌室にいたため家族も本人と直接会話できず、娘さんがどのような心境だったのかは誰も知りえませんでした。

情けないことに今まで偶然にも、自分が診療していた患者さんが自分の所属する医療機関以外で亡くなった経験がなく、私にとっては非常に大きな衝撃で、悔しくて仕方ありませんでした。もともと訪問診療専門の医師になりたくて医学部に入学した自分にとっては、非常にもどかしく、心に槍が刺さったような思いでした。「私が診療所勤務の総合診療医でなく、病院でもっと専門的な治療を行える医師だったら…」と人生で一番思った瞬間でした。

## これからの自分へ

診療所勤務が始まって7ヶ月がたちました。人口は少ないにもかかわらず、すでにたくさんの方のドラマがありました。この文章を書いている3日前にも、慢性心不全+末期腎不全の女性をご自宅で看取りました。3ヶ月前あたりからいつ亡くなくてもおかしくない状態で、息子さんが介護休暇を取得して東京から帰郷していたのですが、死亡診断の後に息子さんから「明日が父の命日なんです」と言われたときは驚きました。

これから自分がどのような経験をして、最終的にどのような医師になるのかは分かりませんが、自分がこの診療所に派遣されたからにはこの大滝に住んでいる方々が安心して暮らせるように、日々努力していきたいと思います。

長く単調な内容になってしまいましたが、お付き合いいただき、ありがとうございました。



亡くなった娘さんのご家族からのお礼品  
立派な胡蝶蘭

### 栃村亮太(とちむら りょうた)先生 プロフィール

2020年自治医科大学医学部卒業。さいたま赤十字病院、国民健康保険町立小鹿野中央病院を経て、2023年度より秩父市大滝国民健康保険診療所所長に就任。“在宅医療志向”の総合診療専攻医として日々勉強中。趣味は釣り。

# 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  
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。

## 当院で初めての特定ケア看護師に 期待を寄せて

飯塚市立病院看護次長 鍋倉多恵

### 飯塚市立病院の現状

当院は16診療科、病床数250床(急性期一般病棟150床、回復期リハビリ病棟50床、地域包括ケア病棟50床)の2次救急医療機関として運営しています。

2022年4月の救急専門医着任後から救急搬送受入件数は増加の一途を辿り、圏内搬送率は33%前後を推移しています。

2023年4月には地域医療支援病院の承認を受け、9月に病院ヘリポートの運用を開始しました。また、連携先の高齢者施設からの受診依頼時に、軽微な医療行為(酸素吸入、吸引等)が必要な患者をスムーズに受け入れるために、当院の病院救急車で迎えに行く“お迎え救急搬送”の運用も始めました。

### 特定ケア看護師の誕生

JADECOM NP-NDC研修センターでは厚生労働省で定める21区分38の特定行為研修を2016年に開始しました。これは2015年10月に「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等に関する法律」により保健師助産師看護師法の一部が改正されて始まった研修です。研修を修了した看護師は特定ケア看護師(以下NDC)として手順書に基づき特定行為を行うことができます。

当院でもこの制度に深く関心を示した看護師が1名おりました。津川直也さんは急性期病院で働いていたのですが「地域へ貢献したい」とい



NDC 7期生 津川さん

う志を持ち、特定行為看護師に強く惹かれて2020年4月に当院へ入職してきました。同時に院内では「医師のタスクシフト」が話題になっていましたので、2022年にNDC研修センターへ津川さんを送り出すことができました。研修期間の1年間はコロナ禍のため看護部では人員不足が続いていましたが、地域医療振興協会の看護師派遣制度を活用し、乗り越えることができました。大変な時期ではありましたが、組織や家族の支援を得ながら2023年3月に当院で初めてのNDCが誕生しました。

### NDCの活動

NDCは現在、内科、内視鏡、救急部、外科の指導医の下で臨床研修を行っています。毎朝行われる医師とのミーティングでは診療内容や治療方針を確認して、外来や病棟の診療に関わり、NDC研修センターで培った専門知識・技術や臨



病棟にて気切チューブの交換（7期生 津川さん）

床推論力を駆使し、実践を通して経験を積み重ねています。医師と連携が図れ、指導を受ける謙虚な姿勢によって医師からも声をよくかけていただき、特定行為の経験回数が増えていると感じます。

NDC研修センターとオンラインミーティングが毎月行われています。指導者からのアドバイスや他のNDCとの情報交換の場になり、津川さんの横断的な活動を進めていく上で大切な時間になっているようです。

津川さんの活躍は、医師の負担軽減につながります。「お待たせしない医療」を提供することは、患者や家族に高い満足をもたらすことでしょう。当初はNDCの役割や活動内容を知らない職員も多くいましたが、医局会、師長会、医療技術部門、病棟・外来などでの啓発により徐々にその活動範囲を拡げています。地道な努力が実を結び、看護師からACLS研修の依頼を受けて勉強会も開催しました。この勉強会は看護の質を高める良い機会になっています。また、同僚看護師のキャリア形成は看護部全体の動機付けに

つながると考えます。NDCならではの患者との関わりや、安全で効果的な医療の実現は後輩看護師のロールモデルになり得るものと思います。

## これからの展望

当院では初めてのNDCであり、医療ニーズに基づき、安全に特定行為を実践するためには環境づくりが重要です。人材を育成するには人材確保が必要であり、看護師が研修に臨める体制の構築が私の役割と考えます。

現在当院では、救急医療を強化し災害拠点病院を目指して準備を進めています。組織の変換期にNDCを養成することができ、チーム医療を推進する上で大きな期待を寄せています。NDCは今後、災害医療やへき地医療に携わることもあると思います。まずは当院で研鑽を積み、いつでもどこでも医療や看護の多様な場面で活躍できるように、看護管理者としてサポートしていきたいと思っています。

## 地域医療型後期研修

2023. 11. 16

### ススメ! 地域での成長と挑戦

はじめまして! 台東区立台東病院所属で総合診療専門研修プログラム「地域医療のススメ」台東2年次の梁 祐輔と申します。このたび投稿の機会をいただきありがとうございます。私は静岡で育ち、大学は金沢、初期研修を京都で過ごしました。家庭医療・総合診療のプログラムへ進みたいと考えていたところ、縁あって医師3年次より「地域医療のススメ」台東で専攻研修させていただくこととなりました。

専攻医1年次は、4月から台東病院 総合診療科で半年間、続いて東京ベイ・浦安市川医療センター 救急集中治療科(救急外来部門)で3ヵ月、石岡第一病院 小児科で3ヵ月研修させていただきました。未だに新型コロナが猛威をふるう中、はじめての東京・関東で、不安がいっぱいだったのを覚えています。そんな中でも、指導医の先生方や先輩・多職種スタッフの方々にも恵まれ、台東病院では独りでの当直もこなせるようになりました。

台東病院は、一般病棟40床、回復期リハビリ病棟40床、療養病棟40床の計120床からなり、さらに老人保健施設150床が併設されています。病院をあげて多職種連携に力を入れており、私も台東新入職員として定期的に開催される多職種研修会に、事務や介護・看護職員とともに参加させていただきました。ワークショップや他部署研修があり、なかでも春の同期一同での七福神めぐりは貴重な経験となりました。



プロフィール

2020年4月 医仁会武田総合病院(京都)初期研修  
2022年4月 台東区立台東病院「地域医療のススメ」  
専攻研修







「川の流れるように」を演奏しました

趣味で続けていた楽器を披露させていただく機会にも恵まれました。台東病院公式Instagramよりご覧いただけます([https://www.instagram.com/taito\\_hp/](https://www.instagram.com/taito_hp/))。「川の流れるように」の演奏に、ふだん不穏がちな利用者さんが穏やかに口ずさんでいたのが印象に残っています。これからもこうした機会を大切にできたらと思っています。

専攻医2年次となり、揖斐郡北西部地域医療センターにて丸一年間の研修の機会をいただきました。久瀬診療所では、主に在宅部門で訪問診療に携わることになり、病院内・施設内とは全く異なる環境で、はじめは困惑を隠せま

せんでした。専攻医1年次で学ばせていただいた総合診療・救急・小児科を基礎に、地域医療を学ばせていただいています。診療所や病院内では叶えることの難しい、その方らしい生き方があるのだと、診療を通して改めて気付きました。

診療業務とあわせ、「小学校」やまちの高齢者を対象とした「ことぶき大学」で講演する機会がありました。小学校では「認知症サポーター養成講座」の講師として、「認知症について」「認知症の方との関わり方」「認知症の方を目の前にした際、自分に出来る事を考える」といった内容で、授業させていただきました。

「ことぶき大学」では「带状疱疹のはなし」をテーマに、健康講座を担当しました。今年度町での带状疱疹ワクチン助成開始もあり、現在指導医の先生方と「带状疱疹の罹患率」をテーマに臨床研究を進められたらと奮闘しているところです。

今後の目標は、自信をもって診療を担えるようになることです。また、自分自身新型コロナに罹患したりと心身万全でないことがあり、カラダづくりを頑張ろうと思います。引き続き、何卒よろしく願いします。



小学校での講義「認知症ってなあに？」

## 第50回 自治医科大学慰霊祭が執り行われました ……………

去る10月11日(水)に第50回自治医科大学慰霊祭が下野市内の生雲山龍興寺(以下、龍興寺)において厳かに執り行われ、令和4年9月1日から令和5年8月31日までに本学の医学の教育・研究のためにご献体いただいた方々ならびに医療の発展向上のために病理解剖・法理解剖にご協力をいただいた方々158名の御霊のご供養が行われました。

令和2年度以降、「新型コロナ」の影響で慰霊祭は縮小規模での開催や中止となっておりますが、必要な感染対策を講じた上で4年振りに通常規模で開催されました。

県内外から多くのご遺族をはじめ、来賓として栃木県保健福祉部長代理 高橋一貴 保健福祉部次長、下野市長 代理 川嶋恵美子 健康増進課長、栃木県警察関係者、松韻会会長をはじめ役員の方々等が参列され、また本学からは、祭主の永井良三学長、大石利雄理事長、常務理事、副学長、監事、事務局長、総務部長、附属病院長、附属さいたま医療センター長他、幹部および教職員および医学部2年生127名が参列いたしました。

慰霊祭は、秋晴れの静寂かつ厳粛な雰囲気にも包まれた龍興寺境内に梵鐘が響き渡る中、午後1時30分から開始され、諸霊位に対する黙祷から始まり、学長による祭文、導師による158名の御霊の精霊<sup>しょうりょうしょうご</sup>称呼、参列の皆様によるご焼香が行われました。続いて、学生代表・松韻会会長・附属病院長・来賓代表の慰霊の言葉があり参列者約320名が解剖させていただいた尊い御霊とご遺族の御厚志に心から感謝の意を表するとともにご遺族代表(熊倉光代様)からは丁重なるお礼の言葉がありました。式は午後3時に滞りなく終了し、その後、永井学長から献体者のご遺族(25遺族)に対し、ご遺骨の返還ならびに文部科学大臣からの感謝状の贈呈がありました。

最後に、大学納骨堂「聖霊殿」にお引き取りの叶わなかった6御柱のご遺骨の納骨式が解剖学教員および学生の手によって行われ、全ての行事が滞りなく終了いたしました。なお、参列されたご遺族からは「大変丁重に故人を供養していただき心から感謝申し上げます」等の言葉を多数いただきました。

## 「第14回自治医科大学顧問指導・学外卒後指導委員合同会議」が

### 開催されました ……………

10月14日(土)、自治医科大学 教育・研究棟1階講堂での現地開催とWeb会議システム「Zoom」を使用して第14回自治医科大学顧問指導・学外卒後指導委員合同会議が開催されました。

この会議は、本学卒業生の勤務、研修等の円滑な実施および地域医療推進に関する提言や情報交換、さらに、顧問指導委員と学外卒後指導委員とが交流・連携を図り、本学卒業生の課題を共有するため、毎年1回、開催されています。

今回は「IT時代の医療情報システムと診療」をテーマとして、永井良三学長から「地域医療におけるITの活用と課題」について、岩手医科大学医学部小児科学講座教授 赤坂真奈美先生(岩手16期)から「岩手

県の医師不足をICTで補う地域医療支援体制の構築」について、山口県立総合医療センターへき地医療支援センターセンター長 原田昌範先生(山口23期)から「山口県のへき地医療対策～医療DXをどう組み合わせるか」について、ご講演いただきました。

今回は、顧問指導委員36名、学外卒後指導委員32名および学内関係者49名、計117名の出席のもと、有意義な情報提供と活発な意見交換が行われました。

## 「地域医療フォーラム2023」が開催されました……………

地域医療を取り巻く環境は大きく変化しています。同時に、地域医療に関わるさまざまな問題点がクローズアップされる昨今、国や各自治体ではそれぞれの取り組みが行われています。

「地域医療フォーラム」は、「地域医療の充実とその持続」という目的を共有し、お互いの立場や役割を尊重し、全国規模で課題を討議する場として設けられてきました。わが国の地域医療の現状と課題をもとに重要なテーマを設定し、医療従事者、教育・研究者、行政関係者、介護関係者、住民などさまざまな組織や団体の方々が集って広く意見交換を重ねてきており、今年で16回目を迎えました。

今年度は、10月14日(土)、自治医科大学 教育・研究棟1階講堂において、「人をつなぐ地域の拠点づくりからみる“これからの地域包括ケア”」をテーマに開催しました。全国各地から多数の参加がありました。

はじめに、「国の地域医療対策について」と題して厚生労働省 医政局地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室長 谷口倫子先生からの基調講演がありました。次に「地域包括ケアを巡る動向」と題して地域医療学センター地域医療学部門 小谷和彦教授、「“お互い様”が救う へき地の地域包括ケア」と題しておおい町国民健康保険名田庄診療所 所長 中村伸一先生、「都市部の中でのこれからの地域包括ケア～一人暮らしだけれど独りぼっちじゃないを目指して～」と題して認定NPO法人マギーズ東京 センター長/(株)ケアーズ代表取締役/白十字訪問看護ステーション 統括所長/暮らしの保健室 室長 秋山正子先生よりご講演をいただきました。「総括討論」では永井良三学長と小谷教授を座長に、講師の先生方から、参加された方からの質問にお答えいただきながら、議論を深め、最後に永井学長より総括をいただきました。

講演を通して、地域包括ケアを進める上で、ワンストップ対応を実現するようなコアとなる医療、保健、看護、介護の拠点が必要であることが示されました。総括討論では、拠点づくりの方策、また、これに関連して、かかりつけ医機能の要件や、情報連携(DX)の推進について議論しました。

【開会挨拶】小谷 和彦(地域医療フォーラム実行委員長)

【基調講演】谷口 倫子(厚生労働省 医政局地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室長)

【指定講演】小谷 和彦(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 教授)

中村 伸一(おおい町国保名田庄診療所 所長)

秋山 正子(認定NPO法人マギーズ東京 センター長/(株)ケアーズ代表取締役/  
白十字訪問看護ステーション 統括所長/暮らしの保健室 室長)

- 【指定発言】春山 早苗(自治医科大学 看護学部長)  
【総括討論】永井 良三(自治医科大学 学長)  
                  小谷 和彦(地域医療フォーラム実行委員長)  
【閉会挨拶】小池 創一(自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門 教授)

## 研究生の受け入れについて……………

医学部卒業生が総合医としての素養の上に、それぞれの資質や希望に基づき、ある一定の高度な専門性(サブスペシャリティ)を身に付けることは、地域医療の資質向上を図るためにも重要なことと考えております。その一環として、臨床研修を終了した卒業生に対して、本学では、研究生となる道を開いております。

卒業生の勤務の実態を考慮し、定期的に来学して教員の指導を受けることは義務付けずに、へき地等に勤務しながら、電話・FAX・Eメール等により指導を受けられるように配慮しております。また、研究生として登録された期間は、将来学位を取得するときに必要な研究歴となります。

登録を希望される方は、地域医療推進課ホームページの研究生のページ上の「研究生登録希望調」に記入の上、FAXにてお送りください。受付後、必要書類を送付いたします。

なお、不明な点等ございましたら、地域医療推進課卒業指導係までお問い合わせください。

地域医療推進課ホームページの研究生のページ

[http://www.jichi.ac.jp/chisuika/kenshu\\_kenkyu.htm#2](http://www.jichi.ac.jp/chisuika/kenshu_kenkyu.htm#2)

連絡先 地域医療推進課卒業指導係

TEL 0285-58-7055, FAX 0285-44-6274, E-mail chisui@jichi.ac.jp

## 令和6年度後期研修・短期実習研修の受け入れについて……………

本学では、医学部卒業生に対する研修教育の一環として、引き続き令和6年度も後期研修・短期実習研修の受け入れを実施いたします。

義務年限内の卒業生の皆さんには、すでに案内文を送付しておりますので、研修を希望される方は、都道府県担当課、勤務先病院等の関係者と十分調整の上、現時点の予定(研修講座・時期・身分・給与等)を所定の書類に記入し、令和6年1月12日(金)までに地域医療推進課(TEL: 0285-58-7055, FAX: 0285-44-6274, E-mail: chisui@jichi.ac.jp)までご連絡ください。

報告  
各種お知らせ  
求人

## 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。

## 会員企画事業 自治WEBセミナーのご案内

義務年限内の先生は、キャリアについて多くの悩みを抱えながら、地域で頑張っておられることと思います。そんな中で、後期研修は専門性を追求できる貴重な機会ですが、取得までが難しいこともあります。

義務年限のちょうど中間で、後期研修中の杉山先生・桃崎先生に、これまでの悩みをお話いただきたいと思います。そして、義務年限を修了された紙本先生に、自治医大卒業生としてのキャリアについてのとらえ方を教えていただきたいと思います。

今の(将来の)皆さんが感じておられる悩みの解決法が、見つかるかもしれません。先生方のお話を聞いてみませんか？

**開催日** 2024年2月12日(月・祝)19時開始(ZOOM)

**主催** 地域医療振興協会 大分県支部

**共催** 公益社団法人地域医療振興協会

**テーマ** 「後輩から先輩へ ～義務年限中のキャリアの悩み、どうすれば～」

第1部 19時00分～20時00分 Web講演会

- 1) 杉山佳歩(園田)先生／大分42期 大分県立病院後期研修
- 2) 桃崎さゆり(沼澤)先生／山形42期 山形県立中央病院後期研修
- 3) 紙本美菜子(山口)先生／鳥取31期 鳥取大学医学部附属病院

第2部 20時00分～20時30分 Web交流会

※義務年限中の先生方からの悩みや相談に対応します

### お申し込み

下記、URLのGoogleフォームにてお申し込みください。

<https://forms.gle/GirxgKyR3HiLBM5V7>





## 福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

### 特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

### 募集地域

福島12市町村

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

### 各種支援制度

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

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

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

### 問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

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



## 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型肝炎を治癒に導くべく研究に取り組んでいます。

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

### 問い合わせ・連絡先

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

募集

## 自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

### 問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科

教授 菅原 斉(北海道1985年卒)

連絡先：福地貴彦(准教授・埼玉2000年卒) E-mail chicco@jichi.ac.jp

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 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としています。

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

# ●●●会員の皆さまへ

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

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

準会員……………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/>

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  
ほっかいどうスクエア1階  
北海道東京事務所行政課（医師確保）  
TEL 03-3581-3425 FAX 03-3581-3695  
E-mail tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp

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

**北海道医師募集**  
好きな北海道で、素敵な医療を！

北海道で働きたいと思ったら！  
北海道東京事務所におまかせ！！

- 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。
- 御希望を踏まえた勤務先の調整 公的医療機関等の求人情報を把握！ 北海道職員が丁寧に対応します。

ドクターズ北海道移住マガジン「Mateni」 無料配布中！  
（※）詳しくは、北海道東京事務所HPをご覧ください。

北海道東京事務所行政課（担当：佐々木）※北海道職員です。  
※道外医師招聘を専門としている北海道職員です。 03-3581-3425（直通）  
E-mail : tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp  
HPアドレス : <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>



受付 2022.7.6

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、こ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おります。また、特定健診等の疾病予防事業にも積極的に取り組んでいます。地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。  
<https://www.town.marumori.miyagi.jp>

受付 2023.7.31

兵庫県

豊岡市立国民健康保険  
資母診療所

●総合診療医 1名 内科希望



診療科目：内科、外科、脳神経外科、形成外科  
 病床数：無床  
 職員数：6名（うち常勤医師1名、非常勤医師1名）  
 所在地：〒666-0345 兵庫県豊岡市但東町中山788  
 連絡先：豊岡市健康福祉部健康増進課 課長 宮本  
 TEL 0796-24-11271 FAX 0796-24-9605  
 E-mail kenkou@city.toyooka.lg.jp  
**特記事項**：昭和61年に但東町立国民健康保険資母診療所として開設、豊かな自然に包まれた兵庫県北東部に位置し、近くにはのどかな美人の湯のたんたん温泉やシルク温泉、磁器や皿そばの出石があります。平成17年に合併し、豊岡市立国民健康保険資母診療所となり、市域がひろがり山陰海岸国立公園やコウノトリなど、一層自然環境に恵まれた中にあります。その中で地域の皆さんと信頼関係を深め、親しまれる診療所を目指しています。

受付 2023.11.7.

## 岡山県

### 岡山市久米南町組合立 国民健康保険福渡病院



●内科・外科・整形外科 若干名

診療科目：内科：糖尿病、内分泌、血液、循環器、呼吸器、消化器、内視鏡、腎臓、透析 など  
整形外科、リハビリテーション科、眼科、心臓血管外科、皮膚科、心療科（精神科）

病床数：52床

職員数：69名（うち常勤医師2名、非常勤医師3.3名）

所在地：〒709-3111 岡山県岡山市北区建部町福渡1000

連絡先：事務局 事務長 杉本

TEL 086-722-05250 FAX 086-722-0038

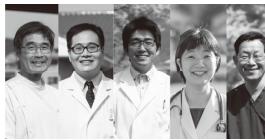
E-mail fukuhos8@po10.oninet.ne.jp

特記事項：福渡病院は岡山県のほぼ中央部の、岡山市北区建部町地域と久米南町の人口約10,000人の地域にあります。この地域にはほかに入院施設が無く、地域医療を支える最前線の自治体病院です。外来診療（一般、専門）、透析、入院診療、訪問診療、可能な範囲の救急医療等を行い、地域を愛する病院として頑張っています。副院長、将来の院長候補となり、医療の谷間に灯をともしていく仲間を求めています。  
<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023年11月15日

## 島根県

### 浜田市国保診療所連合体 (弥栄診療所・波佐診療所・ あさひ診療所・大麻診療所)



●総合診療医 1名

診療科目：内科、小児科

病床数：無床

職員数：24名（うち常勤医師2名、非常勤医師2名）

所在地：〒697-1122 島根県浜田市弥栄町木都賀イ530-1

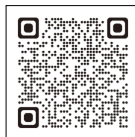
（代表の弥栄診療所）

連絡先：健康医療対策課 地域医療対策係 田中

TEL 0855-25-9310 FAX 0855-23-3440

E-mail kenko@city.hamada.lg.jp

特記事項：①特色あるグループ診療：中山間地域の4つの診療所が市内の中核病院と連携しグループ診療を行っています。家庭医療専門医が在籍し、乳児から超高齢者、予防から在宅まで地域医療に総合的に携わっています。②多様な働きの「場」：公衆衛生的視点から保健医療福祉政策に参画するポストもあります。また、小学生から若手医師まで年間200人以上の地域医療実習を受け入れています。ぜひ一緒に働きませんか？  
<https://teiju.joho-hamada.jp/recruit/>



受付 2023.7.24

## 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

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 人事係 下道  
 〒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、道立保健所や本庁に勤務する公衆衛生医師を募集しています。  
 保健所では、市町村や医療機関などと連携し、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策など、道民の健康を支える専門的業務・危機管理対策に携わります。また、本庁では、保健・医療・福祉に関する計画策定や施策立案に携わります。  
 採用時は、比較的規模の大きな保健所で所長のもと必要な知識・経験を培い、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長として勤務します。また、本庁で勤務することもあります。専門分野は問いません。行政機関での勤務経験も不要です。困ったときには、全道で30名を超える公衆衛生医師の先輩・仲間に相談することができます。  
 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ます。  
 「WEB相談会」を随時開催しています。保健所の見学もできますので、お気軽にお問い合わせください。  
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/139782.html>



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 栃木県宇都宮市埴田1-1-20  
 TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131  
 E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

**PR事項:** 栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待たなしで求められています。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/iyou/1273123952513.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>





## 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.jp

**PR事項:** 日本一のおんせん県おおいたは、健康寿命も日本一です！令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。

公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。

日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。

専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！

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



## 鹿児島県

### くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 7名

**勤務先:** 保健所(県内13カ所)、県庁

**連絡先:** 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 山崎

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

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

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

**PR事項:** 鹿児島県は、3つの世界遺産や和牛日本一に輝いた鹿児島県牛をはじめとする世界に誇れる食や優れた県産品の数々のほか、歴史や文化など、魅力的な資源、すなわち「宝物」を多く有しております。

このような自然豊かな県内において、ワークライフバランスを実現しながら、疾病予防や保健分野の施策に携わり、地域住民の健康を守るため、保健所や県庁で働いてみたいという熱意のある公衆衛生医師を募集しております。

専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。

採用はご希望に合わせて随時行っております。

業務内容や給与・休暇等の諸制度の紹介や県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください！

世界に誇る自然環境、暮らしやすい温暖な気候、おいしい食材に恵まれた「くらし先進県」であなたの力を発揮してみませんか。

詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。

<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshu/hokendoc2.html>



## 熊本県

### 健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

**募集数:** 公衆衛生医師 6名

**勤務先:** 本庁、保健所、精神保険福祉センター、児童相談所等

**連絡先:** 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒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、県民の生命や健康を守るために県庁や保健所に勤務して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、がん・糖尿病などの生活習慣病の予防はもちろんですが、医療提供体制の確保、感染症や災害への対応など多岐にわたります。近年は超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築が重要な課題となっています。

他にも、県の精神保健福祉センターでは精神保健福祉に関する知識の普及、調査研究、相談や指導を行うための医師を、児童相談所では児童の健康および心身の発達に関して助言や指導を行う医師を求めています。

専門分野や経験年数は問いません。これまで培った医師としてのキャリアを行政で活かしてみませんか。

ご興味のある方、ぜひお問合せください。

保健所見学等も歓迎いたします。

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>



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

# 医師募集

## 国立ハンセン病療養所

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)

## 各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

### 支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

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

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

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

## 6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

- 1) 原則として、パソコンで執筆する。
- 2) 原稿は抄録、図表・図表の説明、文献を含めて14,500字(掲載時8ページ)以内とする。1ページは約1,800字に相当。図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)の

もので約380字に相当。

- 3) 原稿の体裁：文字サイズは10.5～11ポイント。A4判白紙に(1行35字、1ページ30行程度)で印刷する。半角ひらがな、半角カタカナ、機種依存文字は使用しない。表紙を第1ページとしたページ番号を明記する(文献を除く)。「表紙」「抄録・キーワード」「本文」「図表」「参考文献」ごとに改ページする。
- 4) 原稿の表記：原則として日本語とする。句読点として全角の「、カンマ」、ピリオドを用いる。薬品は原則として商品名ではなく一般名とする。日本語化していない外国語、人名、地名、薬品名は原語のまま用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所て内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身\*)とする。(※必要な場合のみ)
- 5) 必要記載事項

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

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

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

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

## 6) 図表

- ① 図表は厳選し、本文中の記載よりも図表を用いた方が明らかに理解しやすくなる場合に限り使用する。
- ② 図表は原則としてモノクロで掲載する。
- ③ 図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

#### 文献表記例

##### 【雑誌】

- 1) 山脇博士, 二神生爾, 坂本長逸, 他: 日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016; 43: 121-125.
- 2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

##### 【書籍】

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

##### 【ウェブサイト】

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

#### 8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

#### 9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

#### 10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

##### 【著作権】

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

##### 【転載・二次的利用について】

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

#### 11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

#### 12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail [chiiki-igaku@jadecom.jp](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」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)

---

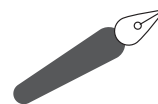
## 編集後記

特集は皮膚科疾患です。総合医、あるいは一般内科医が知っておくべき皮膚科疾患がカラー写真で示されています。大学時代、皮膚科学の最初の講義のときに、教授が「皮膚は体の中で最も大きな臓器である。しっかり勉強するように」とおっしゃったのを覚えています。「へえーそうなんだ」と思う一面、何か騙されたような感じもありました。いずれにしても頻度が高く重要な疾患が多く、この機会に整理して学び直したいです。AIが医療の中に随分入り込んできていますが、皮膚科疾患のAI診断というのは可能なのか、そんなことも考えたりしています。

「やりがいの搾取」という言葉をご存知でしょうか。我が国の貧困と教育などの研究をされている社会教育学者の本田由紀氏が使った言葉で、やりがい搾取とは、「やりがいを利用して低賃金で長時間労働をさせること」です。やりがいのある仕事は自己実現的なものではあるものの、長時間にわたれば、そのモチベーションも萎えてくるし、社会や、企業が意図的に作り出している場合もあり、長期的にみれば良いことはありません。やりがい搾取が起こりやすい業種として、接客業に加えて、医療・介護・保育等が挙げられています。11月20日の朝日新聞に、医師の使命感の「やりがい搾取」という記事が載っていました。若手医師の過労死に関係した記事です。医師でいえば、プロフェッショナルリズムの搾取ともいえると思います。地域医療を医師のやりがいやプロフェッショナルリズムだけで支えるのではなく、報酬はもとより、有給休暇と代診やローテーションのシステム整備、子弟の教育支援など医師の労働環境の面で社会は搾取から支援に転換すべきと思うのですがいかがなものでしょうか。

参考文献：本田由紀著『軋む社会—教育・仕事・若者の現在』河出文庫 2011年

北村 聖



月刊地域医学 第38巻第1号(通巻447号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2024年1月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

# 地域をこえて、 かがやく未来へ。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

*Mission for Tomorrow*



9784909117823



1923047006004

ISBN978-4-909117-82-3  
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）