

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

2
2024
Vol.38-No.2

【特集】

エビデンスから見たがん検診

[企画] 山田誠史 市立恵那病院 管理者

●インタビュー

「やりたい医療を実現するために、
診療所の医師に。」

中嶋 裕 山口市徳地診療所 管理者兼診療所長

JADECOM 生涯教育 e-Learning



会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 真一

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。

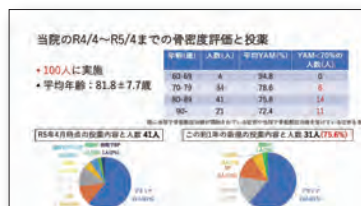
「私の地域医療」

中編 1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。

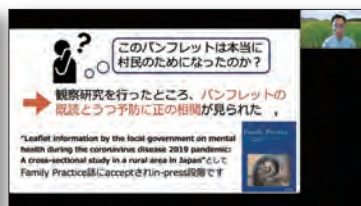
一人診療所長の苦勞事例・ 地域のために始めたこと

田島幸治先生 (和歌山県 38 期)
新宮市国民健康保険直営熊野川診療所



パンフレットが教えてくれた 地域医療

深瀬 龍先生 (山形県 36 期)
山形県立河北病院 内科 (総合診療)



大間病院における 情報通信機器 (ICT) の活用

安齋 遥先生 (青森県 37 期)
国民健康保険大間病院 内科



月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.2(2024年)

目次

インタビュー

- やりたい医療を実現するために、診療所の医師に。／中嶋 裕 2

特集 エビデンスから見たがん検診

- エディトリアル／山田誠史 12
●がん検診総論／祖父江友孝 13
●肺がん検診／中山富雄 19
●大腸がん検診／斎藤 博 23
●胃がん検診／濱島ちさと 30
●子宮頸がん検診／森定 徹・青木大輔 34
●乳がん検診／鈴木昭彦 39
●前立腺がん検診／大島 明 44

原著

- 地域診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に関する質改善活動のための
診療監査とコーチングの効果／西村正大・西岡大輔・他 50

Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全！“未然防止の取り組み”

- 第124回“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を未然防止する！
－事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策－／石川雅彦 56

REPORT

- 第15回 JADECOM学術大会 64

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑤／林 貴菜 111

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 千葉県 凡人のカルテ ～彼の最期の言葉～／鶴巻利宜 114

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 離島の小規模病院から特定ケア看護師を／太田紀子 118

研修医日記

- 「子どもの健康を守る家庭医」を目指して／中村浩史郎 120

自治医大NOW

- 令和5年度都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議が開催 123

お知らせ 126

求人病院紹介 135

投稿要領 142

編集後記 巻末

INTERVIEW

山口市徳地診療所 管理者兼診療所長
中嶋 裕先生



やりたい医療を実現するために、 診療所の医師に。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

へき地医療支援部で自治医大後輩の支援

山田隆司(聞き手) 今日は、山口県の徳地診療所に中嶋裕先生を訪問しました。徳地診療所は3年前に開院し、一昨年当地へ新築移転して1年余りが経ったわけですね。

早速ですが、先生が卒業されてからこれまでの経緯を簡単に紹介していただければと思います。

中嶋 裕 2002年に自治医科大学を卒業して、2年間山口県立総合医療センターで研修をしました。そのあと、山間部の小規模病院、当時75床だったと思いますが、下関市立豊田中央病院で内科の常勤医として勤務しました。そこは人口7,500人ほどの地域で、私を含めて内科医3人、外科医1人、眼科医2人の6人体制でした。

そこに3年間いた後は、後期研修で県立病院に戻り、主に循環器内科を研修しました。その後、日本海側にある萩市の離島見島の診療所に2年間年間勤務しました。義務年限の最後1年を下関市の角島という、私が赴任する10年前に橋がかかった島の診療所で勤務しました。義務年限明けなのでその年に離れることもできましたが、もう1年延長して10年目までそこにいました。

山田 義務は明けていたのですね。それからどうされたのですか。

中嶋 私が10年目を終える1年前に、JADECORE理事(山口県23期)自治医大のラグビー部の先輩で

もある原田昌範先生がその総合医療センターのへき地医療支援部に戻ってこられていて、一緒に仕事をすることにしました。

山田 原田先生がへき地医療支援部に呼んでくれたという形ですか。

中嶋 声をかけてくれたこともあります。10年目に今後どうするかと考えたときに、特に専門には興味はなかったし、角島では結構地域の活動が楽しかったのですが、楽しいところは自分ではなくても後輩も楽しくやってくれるだろうと思いました。ただ、義務年限内にはそれなりにへき地勤務では苦勞もしましたので、そういった苦勞しながらも楽しくやっていけるよう医師のサポートでその地域が盛り上がりたと思うに至り、へき地医療支援部を選びました。

山田 なるほど。普通は楽しいと自分が続けてしまうものなのに、そこはえらいなあ(笑)。へき地医療支援部というのは、その年から始まったのですか。

中嶋 もともと県立病院には地域医療部というのがありました。でも当時ちょうど地元大学に地域医療推進学講座ができ、似たような名前になってしまうため、地域医療支援部ではなくへき地医療支援部にされました。機能はそれまでと変わっていません。

山田 へき地医療支援部では、どんな仕事をしてい

たのですか。

中嶋 巡回診療と代診がメインの仕事でした。

山田 総合医療センターに籍を置いて、そこでの仕事も兼務していたということですか。

中嶋 そうです。

山田 そうすると外来とか病棟業務なども持っていたのですか。

中嶋 原田先生と私で始めたときには、救急の平日半日の2コマを2人でやり、定期の巡回診療2ヵ所と定期の代診を2診療所抱えていたもので、毎日どちらかは出ていました。

山田 代診といっても定期的な代診があったということですね。

中嶋 へき地診療所の代診も予定されているものであれば、ある程度の地域また受診患者の調整もつきます。定期代診のために、緊急的な代診が発生した際にそのやりくり大変苦勞し、時には緊急代診に応えることができていない現状がありました。代診はできるだけ使わずに定期的な研修が取れるように、自治体にも理解してもらいながら徐々に変更してもらいました。

山田 なるほど。そういうふうに卒業生が自ら後輩のへき地診療所の業務を支援する仕組みを作ってきたというのが山口県の立派なところだと思います。

行政医を経験して

山田 へき地医療支援部ではどのくらい勤められたのですか。

中嶋 4年です。内科の病棟管理をやりたいという思いがずっとあったので、もう1人入ってもらって3人体制になったところで、4～5床の

内科ベッドを持つようになりました。一応「へき地医療支援ベッド」ということでしたが、実際には救急でどの科にも属さない、いわゆる総合内科が中心でした。

山田 その枠組みでは何年くらいやったのですか。

中嶋 2年ぐらいだったと思います。そのあとに保健所長の仕事をしました。

山田 どうして保健所の仕事をするようになったのですか。

中嶋 行政医が足りないというのは聞いていて、以前からお誘いはあったのですがお断りしていました。でも、今の県立病院の理事長が、県健康福祉部当時に「いよいよやらないか」と個別に來られて、もう断れないなという感じでした。

山田 保健所長というのは、保健医療科学院で1年間の研修が必要ですよ？

中嶋 今は3ヵ月です。最近はオンラインでも研修を受けられるようです。私のときは3ヵ月、合宿のような生活を過ごしました。

山田 どの保健所長になられたのですか。

中嶋 周南保健所という瀬戸内海側にある周南市、下松市、光市を管轄する保健所です。

山田 保健所の仕事は面白かったですか。

中嶋 面白かったです。臨床が分かる保健所長とし

て、保健師さんとも仲よくできたと思います。保健所長の仕事を受ける際にお願いして、保健所の勤務とへき地医療支援も兼務させてもらいました。救急の外来と代診、当直はやっていましたし、週1回の島の巡回診療は続けていました。

山田 先生は、義務年限が終わってから、へき地医療支援や総合内科的な病棟業務、保健所長など、バランスよくいろいろな立場を経験し、学んできたという感じですね。

その保健所長の後はどうされたのですか。

中嶋 保健所の仕事は向いているかなとも思ったのですが、3年間で戻ると決めていて、行政ともその約束をしていたので、3年勤務してまたへき地医療支援部に戻りました。

でも病院に戻ってきた頃からどうも病院が窮屈な気がしてきて…元気なうちにもう一度、本当にやりたい、もっと地域に根ざしたことをやりたいという思いが強くなりました。

地域の診療所の医師として働きたい

山田 ではへき地医療支援部に戻った頃に今回の話が出たのですか。

中嶋 自分では「診療所」という発想しかなかったのですが、開業しようかと思ったのですが、開業したら、自分も歳を取った時にその開業医の先生と同じ悩みを感じることになると思いました。元気なうちだけやれば済むという話ではないという気持ちを原田先生に話したら、「協会に何かノウハウがあるのではないか」とおっしゃって、協会に相談に行くことになりました。

山田 そうだったのですね。先生が、開業しようかどうかと悩まれたときに、良いタイミングで相談してもらったわけですね。よかったです。開業すること自体は先生方それぞれ人生の道だと思いますし、個人事業主になるというのも一つの立派な選択肢だと思います。一方協会の中で仕事をするととなるとやはり組織の一員であって、いろいろな制約もあるわけですが、同じ志を持つチームみんなでより強力に地域に貢献していると実感できます。そこが肝だと私自身は

感じています。

それで、その時はこことは別の場所で診療所を始めることになったのですよね。

中嶋 2021年5月に廃業された医院の建物をお借りしてスタートしました。

山田 その時は、支所に入るスタイルの診療所の構想はまだなかったのですか。

中嶋 すでに構想はありました。ただ、診療所に手挙げをする医師がいなかったことで、当初は新しく移転する支所には診療所ではなくて保健センターとして開設する予定でした。地域医療振興協会とくち診療所の開設に際し、いろいろ

と行政サイドとも協議をして、その後に市長の判断で現在のように診療所として開設することが決まり、指定管理の公募があったので応募しました。開設時のこれらの協議にはコロナ禍ではありましたが、理事長の吉新通康先生にも何度も山口県までお越しいただき、行政との話し合いに一緒になって取り組んでいただきました。

山田 最初から決まった路線があったわけではなく、いろいろなことが重なりあってこの開院になったということが、よく分かりました。

NPが活躍できるプライマリ・ケアのフィールド

山田 ということで、こちらで新たにスタートしたのが2022年11月で、1年余りが経過したわけですが、ここでの手応えはどうですか。

中嶋 かつてお借りしていたのは、旧街道沿いで住宅地の中にある昔の診療所だったこともあり、バス停からの距離もかなりあり、入口が狭く駐車場のスペースも非常に限られていました。車の誘導にスタッフが四苦八苦していました。外来患者さんは1日25～30人程度でしたが、今は45～50人で倍近くなりました。新しい診療所はバス停が目の前にあり、駐車場もスペースがあって停めやすい場所です。また、地元の口コミですが「あの診療所へ行ったら、みんなやさしい」という言葉もかけていただいています。

山田 総合診療という形でお子さんからお年寄りまで診ているわけですね。在宅の看取りもあるの

ですか。

中嶋 月1～2件ぐらいですが対応しています。

山田 先生以外の医師の体制はどうなっているのですか。

中嶋 開設当時から現在で二人目の医師になります。が、子育て世代の女性医師が、8時半から14時半まで週2回、勤務してくれています。それからNP(診療看護師)の方に働いていただいています。

山田 NPの採用に至ったのはどういう経緯ですか。

中嶋 もともと同じ市内にいたのですがその方の存在は知らず、たまたま日本プライマリ・ケア連合学会の仲間が「先生の近くにNPがいますよ」と教えてくれて、4年前に初めて声をかけました。私たちが離島巡回診療に行っていたところ「付いて行っているいいですか?」とNPの方から



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

声をかけてくれて、まずプライマリ・ケアの診療を見学してもらったところ興味を持ってくれました。巡回診療先の待合室でフットケアなどを自分から展開され始めたので、この人はすごいなと思って「一緒に仕事をしてもらえませんか」とお願いしました。その方はフリーランスで週1日しか空いていないので、週1日、勤務してもらっています。

山田 週1日、何を担当されているのですか。

中嶋 診察室を1つ渡して、外来診療をしてもらっています。

山田 NPも最近は存在が多少知られるようになってきましたが、病院のICU、救急、あるいは病棟管理など、かなり目的が特化されたような形で働いているNPが多いと思います。このようなプライマリ・ケアのフィールドで、ジェネラルに対応するNPは少ないと思うので、たまたまそういう人に巡り会えたというのは幸運でしたね。

協会と交流がある米国のOHSU(オレゴン健康科学大学)の地域の関連施設には大勢のNPが働いています。みんな聴診器を下げて、ごく普通に診察や薬剤処方をしていて、へき地

の家庭医にとって非常に頼もしい同僚という感じです。なのでリソースが少ないこういう山間へき地や離島でこそNPの活躍する場が大いにあると思います。

中嶋 そうですね、NP外来に続けて通うと患者さんが元気になったり、訴えが変わり安定してくる人を多く目にしています。やはりそこに看護の役割、医者には出せない味が看護師のバックグラウンドにはあるのではないかと思います。

山田 医師は診断、介入を重視するわけですが、一方で看護は寄り添う立場ですからね。その人にとって気持ちのいいような、安心につながるようなアプローチになるのだと思います。そもそも姿勢が違うわけですね。

中嶋 そうですね。われわれ医者とは違うし、またハビリ・スタッフとも違うし、そうではない治し方というのが看護師の得意分野なのかなと感じます。

山田 例えば鹿児島県の十島村などは住民が百数十人、数十人しかいないような島がいくつもあって、医者は常駐していないけれど各島に看護師さんが必ずいるのですね。そういう看護師さんがNPや特定ケア看護師などの研修を受ければとても強力になるのではないかと思います。離島では条件付きで看護師による死亡確認、死亡診断ができるような特例的な措置ができましたが、実際には離島を離れられないため研修を受けられず、中々進まないのが現状のようです。ですから、ここで実際にNPが役に立っている事例をしっかりとアピールして、NPあるいは特定ケア看護師の真価が認められ、さらに多くの山間へき地や離島など、活躍する場が広がるといいですね。

巡回診療車(医療MaaS)での無医地区診療

山田 徳地診療所では、巡回診療車を導入してNPが巡回診療を行っているとのことですが、いつから稼働したのですか。

中嶋 2023年10月から動き出しました。

山田 巡回診療車(写真)を診察室にするわけで、他の患者さんはどこかで待っている場所があるんですね。

中嶋 そうです。元々小学校だったところが廃校になり集会所となっていますが、そこが待合室になっています。看護師が待合室で問診をしてNPが診療している車まで案内します。NPは診療を終えると「つなぎます」と、私にメッセージが来ます。ケースによっては、例えば皮膚所見などの時には、私がモニターを通して診察することもあります。

山田 基本的にはNPが診察して先生がそれをバックアップする形なのですね。

中嶋 はい。でも最初は私の方がどうしたらよいか分からなくて、モニター越しに「先生、すごく不安そうな顔をしていますね」と言われました(笑)。

山田 巡回診療は1ヵ所だけですか。

中嶋 今は1ヵ所です。市役所からは、もう1ヵ所でやってほしいと言われていますが、逆にそこが無医地区に指定されてなく、優先的にその地域にいく理由が公的にはありません。

山田 無医地区であればNPが乗って、Webでドクターとやり取りしながら診療することが許されるということなのですね。

中嶋 現在はその理解ですが、色々な制度が議論中のところも多いと聞いていますので、慎重に確認しながら行っています。



山田 巡回診療車によってNPの仕事の幅が広がりますね。医師がバックアップさえできれば、山間へき地などの診療をもっと委ねてしまうこともできると思います。医師の数に比べれば伸び代が多いと思います。

中嶋 実際に行ってみると、足が痛いとか爪を切ってほしいなど、日常の困り事のほうが多断然多いですね。看護師さんと話をする時間を設けてあげたほうが、患者さんにとっても良いのではないかと感じます。

山田 私が長くいた岐阜県揖斐川町でも山間部の人口減少が極端で、施設の事業継続が難しくなっていました。しかし運良く中心部の病院の移転に伴い、その跡地を利用することで事業継続の目処が立ちました。ところが、一方で問題となったのは、今後の山間部のケアをどうするかということです。医師を配置すればまた同じことになってしまうので中央集約してそこから巡回することを考えていますが、それとても町部の診療を担いながらということで厳しい状況です。ということで人材を有効に使わなければいけない。そう考えると先生が始められたように、NPに山間部に行ってもらい医師が遠隔でバックアップするシステムです。早速今年トライアル

を始める予定ですが、ここがそのお手本で、新たな課題や提案など、ぜひまた話を聞かせてほ

しいと思います。

今後の展望

山田 今後はどのように考えていらっしゃいますか。

中嶋 これまでは走ってきた感じですが、3年目を迎えて、やはり5,000人の人口で広い面積を有するこの地域を1人でやるのはだんだん厳しいと思うようになってきました。賛同してくれて一緒にやれる若いドクターにつなげる準備をしていきたいと考えています。

山田 先生は今、学生や研修医、専攻医に関わっていらっしゃるのですね。そういう人たちの中から、ここで学びたい、先生に教わりたいという人が出てくるのを期待したいですね。

中嶋 自分も診療所や地域の小規模病院そして3次救急病院を行ったり来たりして学んできました。ここに就職してずっとこういったへき地診療所で働き続けると思うときついかもしれませんが、1年働いてみようとか、2年働いてまた順繰りにという感じに、ドクターもナースも含めて、そういうふうにここで学び、育っていったら、また帰ってくる場であってほしいと思います。

山田 患者さんとは継続性があったほうが確かに信頼関係は醸成されやすいと思いますが、一人の医師だけに頼ったらリタイアしたら終わってしまう。だから、チーム、グループで、地域に関わり続けることが大事だと思うのです。医療者側が地域を愛して、ここで一生懸命やりたいと

いう思いが共有できていれば、患者さんたちは、人が変わっても安心してくれると思います。

最後に、今も地域で頑張っている若い先生たちにエールをお願いします。

中嶋 若い人には、へき地の診療所でやっていることを見てもらいたいと思っています。そこに医者があることの意味を改めて突き詰めて考えた上で、いろいろな職種が協働し、医者だけではなく達成できているということを知ってもらって、そこに目を向けていただきたいと思います。そのときにそこに残る医師の存在価値も同時にとても大事だと思います。

山田 一生懸命やっていけばそれが見えてくるということですね。先生のお話を聞いていて、それを誠実にやっていらっしゃるというのを、すごく感じました。そういう意味では、とても豊かな医師人生ではないかという気がします。

中嶋 そう思います。楽しくやらせてもらっています。

山田 縁あって、協会の診療所として先生に関わっていただける枠組みができたということなので、それをうまく活用して、いろいろな人たち、他職種ともつながって、さらに発展できるように力を貸していただければありがたいです。よろしくお願いします。

中嶋先生、今日はありがとうございました。

中嶋 裕(なかしま ゆたか)先生 プロフィール

2002年自治医科大学卒業。山口県立総合医療センター、下関市立豊田中央病院での勤務を経て、萩市見島診療所、下関市立角島診療所に所長として務める。山口県立総合医療センターへき地医療支援部にもどり部長を務め、山口県周南健康福祉センター・周南環境保健所に、救急の外来や代診を続けながら勤務。2021年公益社団法人地域医療振興会とくち診療所に着任。2022年11月より山口市徳地診療所としてリスタートし、現在に至る。



投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

エビデンスから見たがん検診

企画：市立恵那病院 管理者 山田誠史

企画協力：地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●がん検診総論

●肺がん検診

●大腸がん検診

●胃がん検診

●子宮頸がん検診

●乳がん検診

●前立腺がん検診

エディトリアル

市立恵那病院 管理者 山田誠史

一口に『がん検診』と言っても、職場で実施するもの、市町村が主体となるもの、法的義務のない任意の人間ドックなど、実施主体、内容などさまざまである。地域医療の現場では、日常診療の中で患者にがん検診の受診勧奨を行ったり、施設として受託しているがん検診事業を実施するほか、市町村などから助言や指導を求められることも多い。しかし、がん検診の有効性や精度、過剰診断に伴う不利益などの問題点について十分理解されていないことも多いと思われる。

そこで本特集では、対策型検診の対象となる5つのがんに加えて、日常診療でも身近なPSAによる前立腺がん検診をテーマとし、地域医療の現場で有効ながん検診を実践するために必要な考え方と最近のエビデンスについて解説をしていただいた。

祖父江友孝氏にはがん検診総論を記述していただいた。臨床医はともすれば検診については受診勧奨に偏りがちだが、検診による不利益やバイアスなど十分考慮すべきであることを改めて理解できた。中山富雄氏には肺がん検診について記述していただいた。肺がん検診についてはこれまでもその有効性に対して議論があるところではあったが、低線量CT検診も含めてエビデンスをご紹介いただいた。斎藤博氏には大腸がん検診について記述していただいた。便潜血検査の大腸がん死亡減少効果については明らかであるが、今後内視鏡検診に関するエビデンスが増えてくことも期待したい。濱島ちさと氏には胃がん検診について記述していただいた。日本ではいまだX線による検診が主流であり、全国市町村の約半数が内視鏡検診を導入していないとのこと。実際私の勤務地でも今年度に始まったばかりであり、有効性の検討にはまだ時間がかかると思われた。森定徹氏、青木大輔氏には子宮頸がん検診について記述していただいた。HPV検査を用いた検診について詳しく述べられており、病変ではなく感染を検出する検査の検診への応用についての難しさを実感した。鈴木昭彦氏には乳がん検診について記述していただいた。乳がんは日本人女性で最も多く、またピンクリボン運動をはじめとして啓発活動も広く行われおり、一般住民にとってもなじみのある検診であろう。本論文では若年者での精度が落ちるといわれるマンモグラフィへの対策としての超音波検診についても述べられている。大島明氏には前立腺がん検診について記述していただいた。PSA検査による前立腺がん検診は指針に定められていないものの約8割の市町村で行われているが、過剰診断による不利益を十分考慮すべきと考えられた。

本特集により、スクリーニングについての基本的な理解が深まり、日常診療を含め地域医療活動の中で、不利益を最小化し、利益を最大化する有効ながん検診の実践活動が広がることを期待したい。また今回の特集内容はあくまでも集団を対象とした対策型検診のエビデンスであり、個々を対象としたものではないことには十分注意する必要がある。

がん検診総論

大阪大学大学院医学系研究科環境医学 教授 祖父江友孝

POINT

- ① がん検診の主目的(=利益)は、当該がんによる死亡減少である
- ② 一方で、がん検診は一部の受診者に必ず不利益をもたらす
- ③ 従って、がん検診を実施するかどうかは、利益と不利益のバランスを検討して決定すべきであり、無条件に検診を行うべきではない
- ④ がん検診は、がん対策の目的であるがん死亡減少を達成するための手段の1つであり、対策としての導入は、利益不利益バランスを集団レベルで判断して決定する
- ⑤ 一方で、個人レベルで利益不利益バランス判断する場合もありうる

がん検診の利益と不利益

がん検診は、無症状の健常人に対して検査を行うことによりがんを早期に診断し、有効な治療に結び付けることにより、対象とするがんで死亡することを防ぐことを目的として行う。

図1に、がん検診の流れと利益・不利益の計測・発生ポイントを示した。がん検診の主たる利益は、当該がんによる死亡を減少させることにある。すなわち、スクリーニング受診者におけるがん死亡を減少させることにある(A)。検診発見がんにおける早期がん割合(B)の増加や生存率(C)の向上は、必要条件ではあるが、十分条件ではない。すなわち、早期がん割合の増加や生存率の向上が確認されても、スクリーニング受診者全体のがん死亡は減少しない場合

があるということである。従って、がん検診の目的を達成できるかどうかは、死亡減少を指標とすることが必須である。

一方で、不利益は検診の各段階で生じる。図1において、(1)スクリーニング実施に伴う偶発症(胃バリウム検査における検査台からの転落など)、(2)精検が必要といわれたことによる心理的不安、(3)精検実施に伴う偶発症(大腸内視鏡による出血・穿孔など)、(4)過剰診断(ただし、計測は不可能)、(5)がん治療に伴う合併症、などが不利益として考えられ、これらは一定の割合で必ず発生する。

従って、がん検診を実施するかどうかは、利益と不利益のバランスを検討して実施すべきであり、無条件に検診を実施すべきではない。

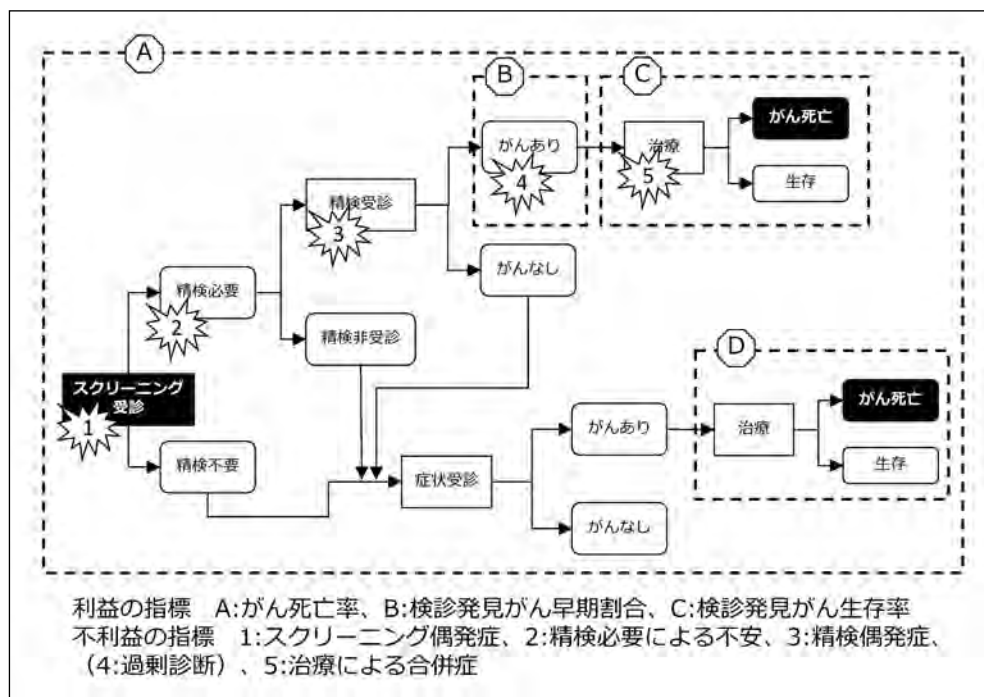


図1 がん検診の流れと利益・不利益

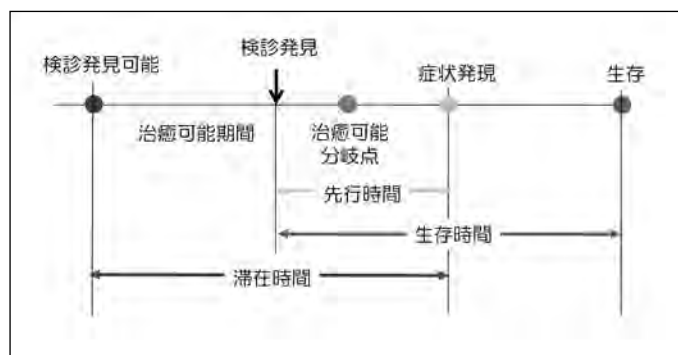


図2 がん検診に係わる時間に関する用語の説明

利益の指標に影響するバイアス

図2にがん検診に係わる時間に関する用語を示した。がんは、成長の過程の中で、ある時点で検診発見可能となる。しばらくすると、症状が発現し、医療機関を受診してがんと診断される。検診発見可能時点から症状発現時点までの無症状だが検診で発見可能な時期(検診発見可能前臨床期と呼び、この長さを滞在時間と呼ぶ)に、検診を受けることで、早期発見につなげる。検診発見から症状発現までの長さを先行時間と呼ぶ。

がん検診の有効性を発見経緯別に生存率を比較して評価する場合がある。すなわち、症状

で発見されたがん患者の生存率に比べて、検診で発見されたがん患者の生存率が高いことで、がん検診が有効である、とする立場である。しかし、生存率による有効性評価は、バイアスの影響により検診の有効性が過大に見積もられることが知られている。先行時間バイアスと滞在時間の長さ(レンジス)バイアスである。

図3に示したように、先行時間分だけ検診発見がんの生存時間は長く見えるため、生存率が改善したように見える(先行時間バイアス)。図4に示したように、滞在時間の長いがんはがん検診で見つかりやすく、結果的に検診発見がんは、症状発見がんに比べて、滞在時間の長いがんの割合が高くなる。その結果、検診発見

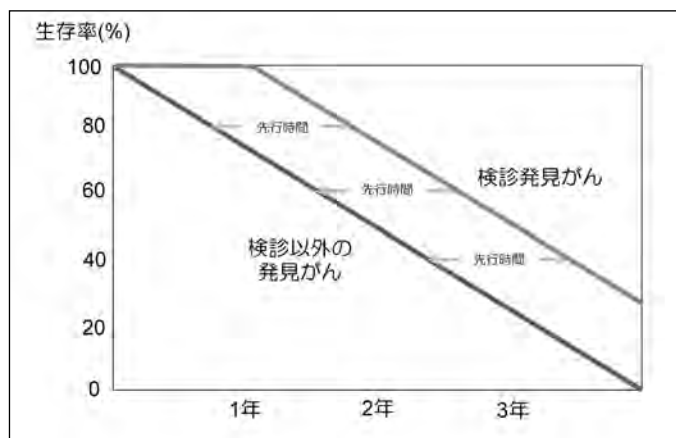


図3 先行時間分だけ検診発見がんの生存時間は長く見える

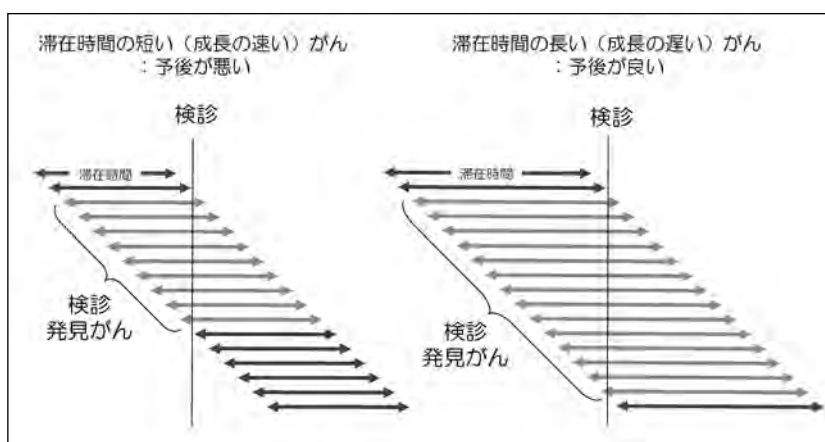


図4 滞在時間の長い（成長の遅い）がんは見つかりやすい

表1 生存率（割合）と死亡率（割合）の違い

	致命割合 (1-生存割合)	累積死亡割合 (死亡リスク)
分子	死亡数	死亡数
分母	患者数	対象者数
観察起点	個々の患者の診断日	対象者全体の観察開始日

分母が違ふ ➡ 滞在時間の長さ（レンジ）バイアス
(検診発見群)成長速度の遅い例が対象となりやすい

観察起点が違ふ ➡ 先行時間バイアス
(検診発見群)生存時間が先行時間分だけ長くなる

がんの生存率は早期発見による治療効果の改善がなくてもよく見える。

これを防ぐために、がん死亡率による有効性評価が行われる。表1に示すように、がん死亡率はがん患者ではなく、対象者(受診群であればスクリーニング受診者)を分母とし、生存時間の起点を個々の患者の診断日ではなく、集団全体の観察開始日とするため、両バイアスの影

響を受けない。これが、がん検診の有効性は、がん死亡率による評価が必須と言われる理由である。

利益と不利益を比べる視点

がん検診をがん対策として導入する場合、利益と不利益のバランスを集団レベルで検討し、対象集団全体として利益が不利益を上回ると判断できる場合に対策として導入する(対策型検診)。一方、利益と不利益のバランスを個人レベルで判断する場合もありうる(任意型検診)。表2に両者の相違点を列記した。前者の例としては、市町村が行うがん検診、後者の例としては、自己負担で行う人間ドックが想定される。ただし、高齢者の場合、利益不利益バランスの判断が個人によって異なる度合いが大きくなるので、市町村が行う場合でも、一律に受診勧奨

表2 対策型検診と任意型検診の比較

	対策型検診	任意型検診
基本条件	当該がんの死亡率を下げることを目的として公共政策として行うがん検診	対策型がん検診以外のもの
検診対象者	検診対象として特定された集団構成員の全員(一定の年齢範囲の住民など) ただし、無症状であること。症状があり、診療の対象となる者は該当しない	定義されない ただし、無症状であること。有症状者や診療の対象となる者は該当しない
検診方法	当該がんの死亡率減少効果が確立している方法を実施する	当該がんの死亡率減少効果が確立している方法を実施する
利益と不利益	利益と不利益のバランスを考慮する。利益が不利益を上回り、不利益を最小化する	検診提供者が適切な情報を提供した上で、個人のレベルで判断する
検診費用	公的資金を使用 無料あるいは一部少額の自己負担が設定される	全額自己負担 ただし、保険者などが一定の補助を行っている場合もある
受診率対策	受診率を100%に近づけることが求められる	一定の方針はない
具体例	健康増進事業による市町村の住民対象のがん検診(特定の検診施設や車検診による集団方式と、検診実施主体が認定した個別の医療機関で実施する個別方式がある)	検診機関や医療機関で行う人間ドックや総合健診 保険者が福利厚生を目的として提供する人間ドック

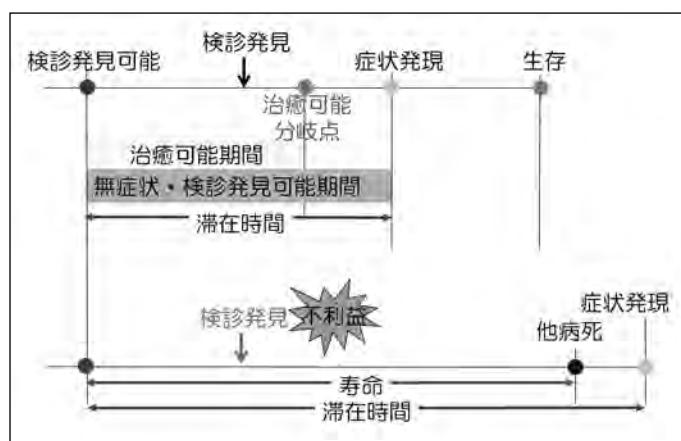


図5 がんの過剰診断とは？

を行うことには配慮が必要である。

過剰診断

過剰診断は、放置しても当該個人が他因死するまでに症状を呈さないがんを検診で発見することであり、がん検診の主要な不利益の1つである。過剰診断とは、検診発見可能前臨床期の

間に、本人が他病死してしまう例と定義できる(図5)。過剰診断という表現からは、病理学的にがんでないものを間違ってがんと診断したという意味にとらえられがちだが、そうではなく、病理学的には正しくがんと診断されたものである。

過剰診断は、①がんの成長速度が遅いこと、②受診者の余命が限られていること、の2つの

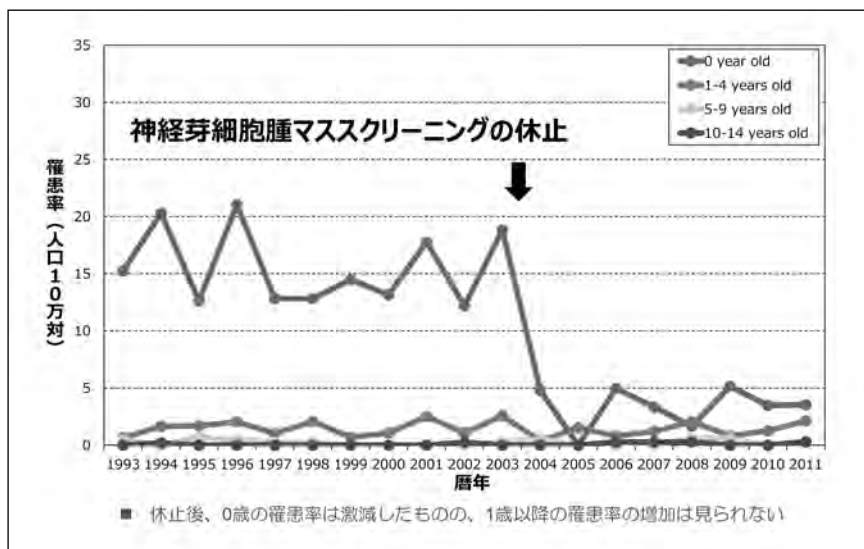


図6 神経芽細胞腫罹患率の年次推移
[Shinagawa T, et al: The incidence and mortality rates of neuroblastoma cases before and after the cessation of the mass screening program in Japan: A descriptive study. Int J Cancer 2017; 140: 618-625. より引用]

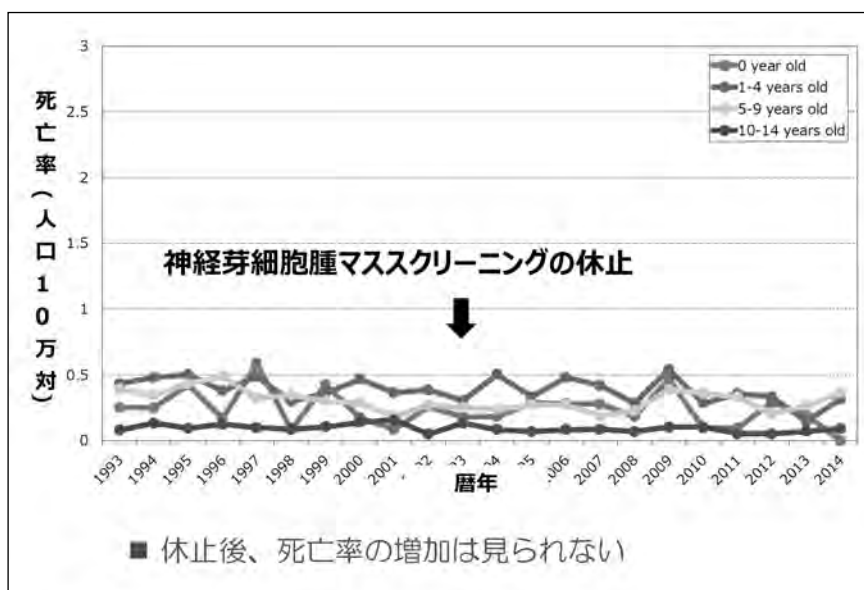


図7 神経芽細胞腫死亡率の年次推移
[Shinagawa T, et al: The incidence and mortality rates of neuroblastoma cases before and after the cessation of the mass screening program in Japan: A descriptive study. Int J Cancer 2017; 140: 618-625. より引用]

要因に依存する。通常、余命の短い高齢者に生じる進行のゆっくりとしたがんが過剰診断となりやすいが、余命が非常に限られている人にとっては、進行したがんであっても無症状であれば過剰診断となる可能性はある。

過剰診断の理解しにくい点として、個々のがんについて、過剰診断かどうかを判断することは困難な点がある。診断時に、放置可能かど

うかを判断することは難しい。結果的に、手術等の治療がなされる場合が多いので、放置したらどうなったかの確認はできず、個々のがんについて過剰診断かどうかの結果を確認することができない。過剰診断の判断は、専ら集団レベルのデータによる。

過剰診断が認識されるようになったのは、ランダム割り付け比較試験における検診群と対

照群の罹患率の動向とである。1970年代に実施された肺がん検診(胸部X線と喀痰細胞診の併用)の有効性評価であるMayo Lung Projectにおいて、対照群に比べて検診群での肺がん罹患率が高く、1999年までの観察でも高いままであったため、過剰診断と解釈された(ただし、この解釈には異論もある)。その後、前立腺がん検診(PSA)、肺がん検診(低線量CT)に対するランダム割り付け比較試験で、対照群に比べて検診群での肺がん罹患率が高い現象がみられた。ランダム割り付けされた2群での罹患率は本来等しいはずであり、これらは過剰診断と判断されている。

また、がん検診の導入に伴うがん罹患率の動向(検診導入後に増加)により、前立腺がん、乳がん、甲状腺がん、悪性黒色腫、腎がんで過剰診断が示唆されている。我が国における特有の例として神経芽細胞腫マスキングがある。尿中のカテコラミン代謝産物をマーカーとして、生後6ヵ月の乳幼児に対して1980年代から実施されてきたが(全出生児の概ね80%以上の受診率)、諸外国の比較試験で死亡減少効果が確認されなかったため、2004年に休止された。その後の神経芽細胞腫の罹患率、死亡率の動向をみると、休止後罹患率は急激に減少したが、死亡率はほぼ不変であった(図6, 7)。検診実

施期間中に過剰診断例がなければ、休止後に1歳以降の罹患率が増加するはずだが、そうではない。また、死亡率減少効果があれば、休止後に1歳以降の死亡率が増加するはずだがそうならない。検診実施時の罹患率の増加分の大多数は、過剰診断例と判断できる。このように、過剰診断は集団レベルの罹患率が期待されるレベルよりも増加することを証拠としている。

精度管理の基本的な考え方

対策として導入されたがん検診について、利益不利益バランスを保つためには、精度管理が必要となる。精度管理の基本的な考え方としては、良好な利益不利益バランスが観察された質の高い研究におけるがん検診の実施状況を再現することである。そのために、種々の精度管理指標について、研究で観察された値を維持できているかを確認することが原則となる。指標としては、要精検率、精検受診率、がん発見率が通常用いられるが、近年、がん登録やレセプトデータを用いて偽陰性例を把握することにより、感度・特異度、精検受診率、がん有病割合を計測し、指標とすることが提唱されている。

肺がん検診

国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部長 中山富雄

POINT

- ① 胸部X線は、肺がん検診用に最適化された条件で撮影し、肺がんを標的疾患として読影しないと、肺がんの早期発見、死亡率減少にはつながらない
- ② 低線量CT検診は重喫煙者に対する死亡率減少効果が一部の無作為化比較試験で証明されたが、非喫煙者に対するエビデンスはない
- ③ 台湾では非喫煙女性への低線量CT検診のキャンペーンの結果、女性の限局型肺がんの罹患率が急増したが、進行がんと死亡率は減少せず、過剰診断を招いたと言われている
- ④ 非喫煙者への低線量CT検診の利益は不明で不利益は明らかであるものの、健康意識の高い非喫煙者の納得感を得るためには、まず医療者の理解を深め、適切な情報提供ができるようにしなければならない

はじめに

肺がんは、男女計および男性のがん死亡の中で1位、女性でも2位を占める。2022年には76,663人が肺がんで死亡しており、がん死亡の中で最多のがん種である。

昭和の時代に、一般診療所等でも広く普及していた胸部単純X線検査(CXP)を用いて、肺がん検診が行われるようになったが、その精度には永らく疑問が投げかけられ、現在に至っている。一方で、低線量CT(LDCT)を用いた肺がん検診への期待は大きいもののさまざまな課題が山積している。ここでは肺がん検診の課題について解説する。

胸部単純X線を用いた検診の課題

老人保健法に基づき、住民検診で肺がん検診

が導入されたのは、昭和58年のことである。この前年に日本肺癌学会は、「肺がん集団検診の手引き」を作成し、肺がん検診としての標準的なX線撮影の方法や二重読影などの方法を取り決めた。これはそれまでの結核検診が特に撮影方法や読影方法の取り決めがなく行われていたのに一線をひいたものであり、「治しうる肺がん」を発見できるための当時の最低限の方法として提唱された。昭和から平成の初めまでは肺がん検診は集団検診が主体で行われており、集団検診施設ではこの肺がん検診の方法は遵守されていた。しかし、平成12年のがん検診一般財源化の影響から、肺がん検診も集団検診から個別検診へと移行が進んだ。日程に融通が利きやすい個別検診への移行は受診率向上の上では自然な流れであったが、X線撮影の質という専門的な問題に関しては放置されたまま「肺がん検診」として普及してしまった。未だに肺がん検診とし

特集

表1 肺がん検診，胸部健康診断，医療機関受診をモデルに加えた症例対照研究

	受診率 (%)		喫煙調整肺がん死亡 オッズ比 (95%信頼区間)
	症例群	対称群	
肺がん検診	35	57	0.42(0.28-0.64)
胸部健康診断*	28	29	0.86(0.55-1.33)
医療機関受診	66	55	1.49(1.00-2.23)

*; 肺がん検診以外の結核検診などを含む。〔文献1〕より引用

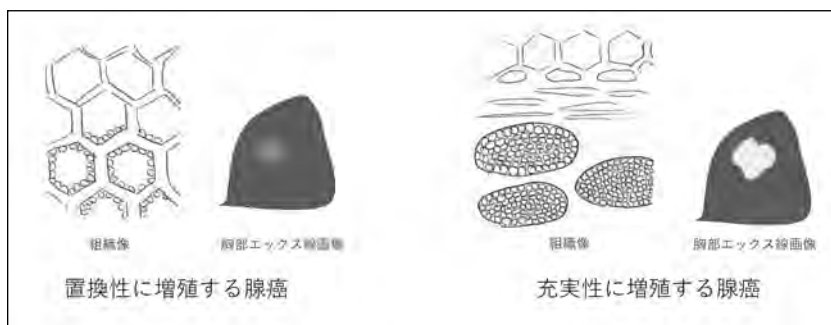


図1 肺がんの進展形式と組織像，X線画像

置換性増殖は，肺胞構築が保たれ，その内腔に正常の肺胞上皮細胞を置換するように腫瘍細胞が進展する。含気が保たれていることから，X線の透過率は高く，淡い境界不明瞭な陰影を呈する。充実性増殖は，肺胞構築が破壊され胞巣を呈する形で周辺の肺胞を圧排しながら進展する。X線の透過率は低く，濃い境界明瞭な陰影を呈する。

て全く不適切な撮影が一部の医療機関では行われている。表1は，国内での肺がん検診の有効性を評価した症例対照研究の一つ¹⁾であるが，肺がん診断前1年以内の受診と肺がん死亡率との関連を比較した結果，肺がん検診受診のみが統計学的有意に肺がん死亡オッズ比の減少が確認されており，肺がん検診以外の胸部の健康診断(結核検診を含む)では，肺がん死亡への影響がないことが示されている。これは撮影条件が最適化されていないことに加えて，標的疾患を肺がんと決めずに，心拡大や大動脈瘤など胸部X線に反映される多種多様な疾患の全てを標的とする“胸部の検診”として読影しても肺がんの早期発見にはつながらないことを意味している。日本肺癌学会はホームページ上で「肺がん検診のための胸部X線読影・自己演習システム」を公開しており²⁾，非学会員にも有料で利用が可能である。本システムは1,028症例を内在しており，難易度も3段階設けられており，自己研鑽として有益性が高い。また日本肺癌学会は，肺がん検診の読影医として，年1回以上の症例検討会への参加を必須条件とした³⁾。症例検討会

に参加することで標準的なX線画像とは何か？手術ができた肺がんはどんな陰影をしていたのか？前年度の画像で発見できなかったのか？について読影医が目合わせを行い，自由な意見交換が可能であり，学習の機会として非常に意義深いと考えられている。

低線量CT検診のエビデンス

ヘリカルCT(スパイラルCT)の開発後，1回呼吸停止下に全肺野を撮影することが可能となり低線量CTを用いた肺がん検診が行われるようになった。「東京から肺がんをなくす会」では，重喫煙者を対象とした年2回の会員制検診を導入し，微小肺がんの高い発見率を報告した⁴⁾。発見肺がんのほとんどは，肺胞上皮置換性増殖を示す腺がん(図1)で，単純X線上淡い境界不明瞭な陰影を示し視認性は著しく悪い。しかしCTでは置換性増殖であっても容易に指摘が可能で，またその生存率も，浸潤がなければほぼ100%である。これを受けて長野県や大阪府など各地で，低線量CT検診を用いた介入研究が

表2 低線量CT検診による肺がん死亡率について検討した主な無作為化比較試験

研究名	発表年	国	検診回数	追跡年	参加人数	Pack-years	肺がん死亡ハザード比
NLST	2011	USA	3	7	53454	30以上	0.80*
DLCST	2012	Denmark	5	5	4104	20以上	1.36
MILD\$	2012	Italia	記載なし	6	4099	20以上	0.80
DANTE	2015	Italia	5	6	2450	20以上	0.99
ITALUNG	2017	Italia	4	7	3208	15以上	0.70
LUSI	2020	Germany	5	8.8	4052	15以上	0.74
NELSON	2020	Nederland / Belgium	4	6	15789	15以上	0.76~
UKLS	2021	UK	1	7.3	4055	#	0.65

*: 統計学的有意差あり, \$: 毎年検診と隔年検診の比較, #: 喫煙歴を含むリスク因子のスコアで対象を決定

行われたが、当時は死亡率減少効果を評価するための大規模無作為化比較試験は予算的に行うことができなかった。

一方、諸外国では重喫煙者を対象とした無作為化比較試験が多数行われた。表2にその結果の要約を示す。初期に報告された小規模な研究では、肺がん死亡率減少効果は確認されなかったが、米国で行われたNLST研究、オランダ/ベルギーで行われたNELSON研究という2つの大規模研究を中心に近年の研究では統計学的有意に肺がん死亡ハザードの低下を示している。不利益として最も問題となる過剰診断割合(LDCT群とCXP群の罹患の差/LDCT群の発見肺がん数)については、NLSTの長期追跡結果によると、発見肺がん全体で3.1%、BAC(Bronchial-Alveolar Carcinoma)という腺がんの亜型に限ると79%と報告されていた⁵⁾。米国ではUSPSTF(US Preventive Service Task Force)が2013年末に重喫煙者への低線量CT検診を推奨した⁶⁾。その結果、2015年に公的な医療保険であるMedicare、Medicaidが55~77歳の30pack-years以上の重喫煙者に対する年1回の検診プログラム(同時に禁煙指導を行う)の保険適応を開始した(米国は医療保険が検診の財源である)。しかし、これまで発表されている受診率は5%台と低迷しており、重喫煙者に検診と禁煙指導の受診を強いることの困難さが懸念されている。Englandの一部でも2023年7月から重喫煙者を対象としたLung Health Checkというプログラムが開始された。禁煙指導と肺活量検査が行われる他、COPDなど既往歴などを

持つハイリスク者に限定して低線量CT検診が行われる予定である。

わが国での低線量CT検診の課題

欧米では肺がん死亡のほとんどが重喫煙者に限られ、非喫煙者ではまれである。このため複数のモデル分析では、非喫煙者への低線量CTは利益が低く、不利益は大きいとされ、全ての肺がん検診ガイドラインで非喫煙者は検診の対象から外されている。一方、日本や中国などの東アジアでは、非喫煙者の肺がん罹患/死亡リスクは欧米より高く、非喫煙者を検診の対象に含めるか否かが課題となっている。非喫煙者に対して低線量CT検診の有効性を評価する研究は日本医療機能評価機構によるJECs研究(The Japanese Randomized Trial for Evaluating the Efficacy of Low-dose Thoracic CT Screening for Lung Cancer)であり、世界で唯一の研究であるが、まだ解析には至っていない。このため非喫煙者に対する低線量CT検診の有効性/利益に関しての「エビデンスはない」と言わざるを得ない。

一方で、国内の低線量CT検診で発見される肺がんのほとんどは、置換性増殖のパターンを示すもので、欧米で発見される充実性増殖を示す肺がんとは異なる。置換性増殖のパターンを示すものは、当時の病理組織分類ではBAC typeと分類されており、NLSTでのBAC typeの8割近くが過剰診断であったと報告されている⁵⁾ことから考えると、国内の低線量CT検診の発見がんのほとんどが過剰診断なのかもしれな

い。もちろん国内でも重喫煙者の場合は、欧米のような充実性増殖を示す肺がんが見つかるのだが、発見肺がんに占める割合は小さい。ましてや、非喫煙者については、充実性増殖を示す肺がんの発見はまれである。低線量CT検診の肺がん死亡率減少効果が、充実性増殖を示す肺がんに対する効果なのであれば、非喫煙者に対しては、ほとんど効果が期待されないのかもしれない。台湾では、非喫煙女性に対する低線量CT検診の受診を促すべくメディアを使って大々的なキャンペーンを行った。その結果微小な0～I期肺がんがたくさん見つかり切除された。W. Gyaoらの報告によると、女性の限局がんの罹患率は14年間で6倍に増加し、女性全体の肺がん生存率も9年間で18%から40%に上昇した⁷⁾。しかし、進行がん罹患率と死亡率は限局がん罹患率の上昇前後で全く変わらず、発見された肺がんの大半は過剰診断に過ぎなかったのではないかと警鐘を鳴らしている。このように非喫煙者に対する低線量CT検診の効果は未だ不明であり、大きな不利益(過剰診断)を招く恐れがある。

実務的な問題として、撮影線量の問題が以前から指摘されている。国内では人間ドックにおいて“CT検診”が広く行われているが、その多くは診療線量で撮影されたものである。2019年に報告された日本人間ドック学会の全国調査では、低線量の基準であるCTDIvol 2.5mGy以下で撮影している施設は34.8%と報告されている⁸⁾。低線量は被ばく軽減のため必須の事項のはずであるが、画像ノイズを嫌って通常線量が採用されている施設が多い。現在、低線量に伴いやすい画像ノイズ低減法として逐次近似応用再構成法やdeep learning reconstruction法の併用、Snフィルタによる被ばく低減技術などが導入されており、低線量撮影による肺野画像読影の障害はもはや無くなってきている。

また日本CT検診学会の全国調査では、CT検診受診者の過半数が非喫煙者だったと報告されている⁹⁾。国内では台湾のように、非喫煙者に特化して受診のキャンペーンは行われておらず、健康意識の高い非喫煙者が、自主的に低線量CT検診を受診したと考えられる。今後重喫煙

者に限定して低線量CT検診の実施が推奨されたとしても、非喫煙者が「非喫煙者の利益を判断する根拠が不明で、不利益は明らかにある」という判断を理解し、納得感が得られるかが社会的な大きな課題となる。

終わりに

胸部X線を用いた肺がん検診は、臨床現場での胸部X線撮影と明確に区別して行われるべきものであるが、その理解が進まないまま現在に至っている。またエビデンスが蓄積した低線量CT検診についても“CT検診”という誤解が未だ医療界にはびこっている。これまでのがん検診と異なり、低線量CT検診はハイリスク者に限った提供が検討されているが、そのためには国民の大多数を占める非喫煙者の理解が前提条件である。少なくとも専門家という立場の医療者の誤解がないよう理解の促進が不可欠であり、国民の疑問への窓口となることが期待される。

参考文献

- 1) Tsukada H, Kurita Y, Yokoyama A, et al: An evaluation of screening for lung cancer in Niigata Prefecture, Japan: a population-based case-control study. *Br J Cancer* 2001; 85(9): 1326-1331.
- 2) 小林健, 丸山雄一郎, 村田喜代史, 他: 日本肺癌学会肺がん検診委員会 肺がん検診のための胸部単純X線写真読影演習システムの開発と現状. *肺癌* 2021; 61(2): 69-76.
- 3) 佐川元保, 中山富雄, 芦澤和人, 他: 「肺がん検診の手引き」2020改訂のねらい—特に「読影医の条件」と「症例検討会の実施」について—. *肺癌* 2020; 60(7): 929-935.
- 4) Kaneko M, Kusumoto M, Kobayashi T, et al: Computed tomography screening for lung carcinoma in Japan. *Cancer* 2000; 89(11 Suppl): 2485-2488.
- 5) National Lung Screening Trial Research Team. Lung Cancer Incidence and Mortality with Extended Follow-up in the National Lung Screening Trial. *J Thorac Oncol* 2019; 14(10): 1732-1742.
- 6) Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Lung Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2014; 160: 330-338.
- 7) W Gyao, et al: Association of Computed Tomographic Screening Promotion With Lung Cancer Overdiagnosis Among Asian Women. *JAMA Int Med* 2021; 182(3): 283-290.
- 8) 瀧澤弘隆, 丸山雄一郎, 笹森齊, 他, 低線量CT肺がん検診推進委員会: 本学会会員施設における低線量CT肺がん検診の実施状況に関する調査報告書—第3回調査報告—. *人間ドック (Ningen Dock)* 2019; 33(5): 739-750.
- 9) 中山富雄: 委員会報告 精度管理部会—日本CT検診学会全国集計 (呼吸器: 令和4年度). *日本CT検診学会誌* 2023; 30(2): 74-76.

大腸がん検診

青森県立中央病院 医療顧問 斎藤 博

POINT

- ① 化学便潜血検査による検診のエビデンスはランダム化比較試験(RCT)により確立
- ② 免疫便潜血検査は化学便潜血検査より優位なスクリーニング法との評価が確立
- ③ Flexible sigmoidoscopy による検診の有効性はRCTにより確立
- ④ Colonoscopyによる検診の有効性の大きさや不利益の判断には進行中のRCTの結果が重要
- ⑤ 高齢者では利益/不利益の個人差のため対策型検診では対応できず、年齢上限の設定が必要

はじめに

免疫便潜血検査2日法をスクリーニング検査とした現在の大腸がん検診プログラムは、1992年厚生労働省指針で推奨された。当時は推奨決定の根拠とすべきがん検診ガイドラインがまだなく、2005年に初めてのガイドラインとして現在の大腸がん検診ガイドラインが出版された¹⁾。その後、Flexible sigmoidoscopy (FS)の検診に関する有効性のエビデンスが確立したことをはじめ、大腸がん検診に関する膨大な数の研究が報告されている。また免疫便潜血検査については代替指標を用いた評価方法が妥当性のある方法として位置づけられた。このように大腸がん検診を取り巻く状況は大きく変化しており、ガイドラインの更新が俟たれるところである。

本稿では現在のガイドライン出版以降に報告

された主たる報告を基に便潜血検査と大腸内視鏡検査に関する「エビデンス」を簡単に述べ、今後の在り方を考える。なお2種類の便潜血検査の名称については日本消化器がん検診学会が採用している用語に従い化学便潜血検査、免疫便潜血検査と表記する。

有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン(2005年版)での推奨

大腸がん検診ガイドライン2005年版¹⁾(2005GL)における推奨の概要を以下にまとめる。

1. 化学便潜血検査

直接的証拠である死亡率減少効果について化学便潜血検査は3件のランダム比較化試験(RCT)で死亡率減少効果が確認され、うち1

特集

件で罹患率減少効果も報告されていた。不利益は、偽陽性を減らすための食事制限、精密検査に伴う偶発症などが指摘された。証拠のレベルは(1++) (信頼性が極めて高い)と判定され、推奨グレードはA(対策型・任意型検診で推奨)とされた。

2. 免疫便潜血検査

直接的証拠は複数の症例対照研究で報告された。間接的証拠として、感度・特異度は化学便潜血検査に比べて同等以上であり、食事・薬剤制限を必要としない点から、免疫便潜血検査が望ましいと判断された。不利益は精密検査の偶発症は化学便潜血検査に比べて要精検率が低く少ないとされた。証拠のレベルは(1+) (信頼性が高い)、推奨グレードはA(対策型・任意型検診で推奨)とされた。

3. (硬性)S状結腸鏡検査

直接的証拠は複数の症例対照研究とコホート研究で死亡率減少効果が報告されていた。証拠のレベルは証拠の信頼性が高い(1+)、内視鏡到達範囲外については死亡率減少効果を期待できず、推奨グレードはC(対策型検診不可・任意型検診で条件付き実施)とされた。

4. S状結腸鏡検査と化学便潜血検査の併用法

S状結腸鏡検査と化学便潜血検査の併用法についての評価はコホート研究1件のみであり、証拠のレベルは(2+)、推奨グレードはC(対策型検診不可・任意型検診で条件付き実施)とされた。

5. 全大腸内視鏡検査

直接的証拠は症例対照研究とコホート研究を認めた。近位大腸がん罹患・死亡の減少に寄与する可能性があり、ポリペクトミーによる大腸がん罹患減少効果を期待できる。不利益は検査およびその前処置、ポリペクトミー、内視鏡による偶発症や感染症が指摘された。証拠のレベルは(2+)、推奨グレードはC(対策型検診不可・任意型検診で条件付き実施)で、実施にあたり、偶発症に関する事前説明が必要とされた。

2005年ガイドライン(2005GL)以降に追加された主なエビデンス/知見

1. 便潜血検査の評価研究

化学便潜血検査のRCTの追跡結果が数件報告された。免疫便潜血検査の有効性についてはRCTが存在しないが、新たに検討・開発された代替指標による化学便潜血検査との比較評価(後述)でその優位性が認められている。

(1) 化学便潜血検査の評価研究

2005GLで対象となったRCTのその後の追跡結果が報告され、いずれも死亡率減少効果が確認されている。この中でMinnesota研究では2群(逐年および隔年検診)設定された介入群のうち逐年検診群で32% [相対危険度(RR): 0.68, 95%信頼区間(95%CI): 0.56-0.82], 隔年検診群で22% (RR: 0.78, 95%CI: 0.65-0.93)の死亡率減少効果が割り付け後30年の時点でも観察されている²⁾。他の研究でも死亡率減少が報告されている。

(2) 免疫便潜血検査

免疫便潜血検査(Fecal Immunochemical Test: FIT)の中間指標による評価³⁾と位置づけ、2005GL以降もFITに関するRCTは行われていないが、現在ではRCTで有効性が確立した化学便潜血検査より優位なスクリーニング法と評価されている。この背景は、近年、RCTによる検診の評価が相対的にむつかしくなる中、がん検診によっては代替指標で検診の有効性評価ができる可能性があると判断され、大腸がん検診がそのように位置づけられたことである。このような評価が適切に適用されうるのは、評価しようとする新スクリーニング法がすでにエビデンスの確立した標準となるスクリーニング法(Comparator test)と同様のコンセプトやメカニズムに基づく検査法であり、かつ生物学的に同等の病変を標的とする場合である。大腸がん検診における化学便潜血検査とFITはいずれもその誘導体も含めヘモグロビンを標的とするものである。また全大腸内視鏡検査による精検の対象を絞り、大腸がん、およびそのprecursor lesionである腺腫を標的として診断・治療を行う介入のプログラ

表1 大腸がん検診の代替指標による評価

評価 phase	概要	主目的	測定対象	研究方法
Phase 1	がんと対照（がんなし）が区別できるか確認する予備段階	標準法に比べ臨床診断がんがより検出できるかを検討	臨床診断がんと対照	後ろ向き ペアテスト
Phase 2	前臨床期がん、precursorが検出できるかの評価	前臨床期病変の検出ができるかを検討	全段階の腫瘍病変 無症状*な早期がん及びAdvanced neoplasiaと対照	前向き（スクリーニング検査は診断より前に実施）
Phase 3	プログラムの初回1ラウンドの評価	検診で見つかる病変の特徴を明らかにする。及び偽陽性、受容度の評価	検診対象者	前向き、RCT
Phase 4	プログラムの複数回ラウンドの評価	プログラムの死亡率減少効果 不利益	検診対象者	前向き、RCT コホート

*もしくは症状の有無把握のうえ、有症状例も可〔文献3〕より引用

ムも同一である。このことからRCTでエビデンスの確立している化学便潜血検査を標準検査、Comparator testとした比較による評価が検討された（世界内視鏡機構：WEO，当時はOMED）³⁾。

この方法のプロセスは4段階あり、2段階目で検診の対象者である健常者において感度・特異度が測定される（表1）。1段階目の臨床診断がんを用いる検討は実施が容易であるが、有症状な進行がんが主体なので、それを用いて測定した感度は自ずと過大評価になり、健常者中の前臨床期がんに対する検診の感度を代表しない。検診の感度を測定するには健常者集団を用いた前向き試験が不可欠である。さらに3段階目では健常者集団でRCTにより、新スクリーニング法のプログラムをエビデンスの確立した標準法のプログラムとパフォーマンス（要精検率、がん発見率等）を比較し、新検診法のプログラムが実際に効果を上げられるかが検証される³⁾。FITについては早い時期から、2段階目の健常者での前向き試験による感度測定の研究があり、化学便潜血検査より感度・特異度が優れていることが報告されている⁴⁾。さらに近年3段階目に該当するRCTも複数報告されている^{5),6)}。図1にオランダの研究を示す。FIT群で受診率、がんの発見率およびadvanced adenomaも含めた発見率が高いことが示された。要精検率はFIT群でやや高かった。いずれの研究も

FITが化学便潜血検査と同等以上であるという結果を報告しており、これらから、免疫便潜血検査が化学便潜血検査より優位な方法と判断されている。なお今後の新スクリーニング技術の評価をFITをComparatorとして行うための原則も示されている⁷⁾。

(3) 対象年齢と検診間隔

化学便潜血検査のRCTでの対象年齢は50～80歳、45～74歳、あるいは60～64歳と多様である。年齢階層別の解析によるとミネソタ研究の長期間追跡研究では60歳代(RR: 0.58, 95%CI: 0.43-0.78)、および70歳以上(RR: 0.47, 95%CI: 0.26-0.84)で有意な死亡率減少効果が検出されている²⁾。FITの研究では40～79歳が対象であり⁸⁾、およそこの年代に有効性があるものと考えられる。有効性のある年齢上限は不明である。検診間隔についてはRCT全研究で隔年の検診による介入が行われ、隔年検診の有効性が示されたとみなせる。なおミネソタ研究では逐年を加え3群で検討されている。逐年と隔年の比較では逐年の死亡率減少効果が大きいと示唆される。FITについては日本の研究では逐年検診が対象であり⁸⁾、イタリアの研究は隔年の設定での結果である。隔年までの効果が示されていると考えられる。

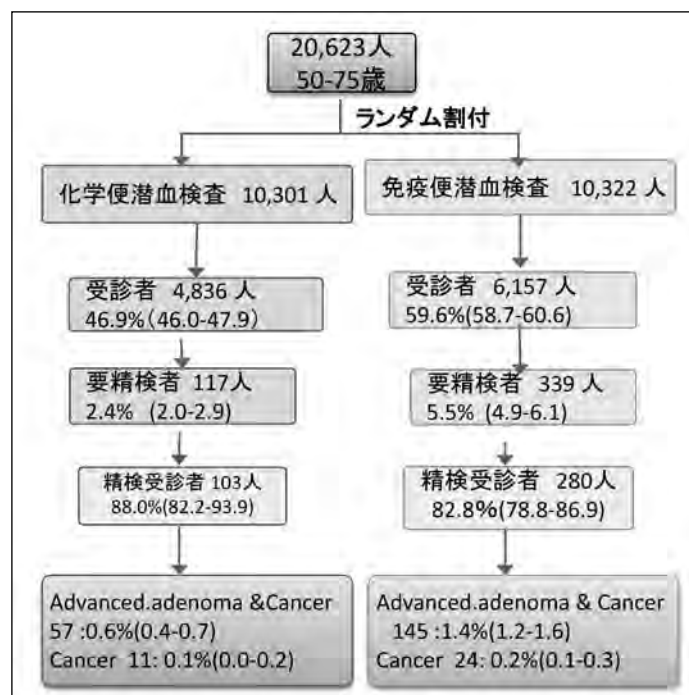


図1 免疫便潜血検査と化学便潜血検査のパフォーマンスを比較するRCTの例(表1 Phase 3)

〔文献5〕より引用

表2 Flexible sigmoidoscopy (FS) による検診のRCT

報告年	報告者/国	Journal	対象年齢	介入	Relative Risk(95% 信頼区間)	
					罹患	死亡
2012	Schoen 米国	N Engl J Med	55-74 歳	Baseline & second FS(3-5年後)	全大腸 0.79 (0.72-0.85) Distal 0.71 (0.64-0.80) Proximal 0.86 (0.76-0.97)	全大腸 0.74 (0.63-0.87) Distal 0.50 (0.38-0.64) Proximal 0.97 (0.77-1.22)
2014	Holme ノルウェー	JAMA	50-64 歳	One shot	全大腸 0.80 (0.70-0.92) Distal 0.76 (0.63-0.92) Proximal 0.90 (0.73-1.12)	全大腸 0.73 (0.56-0.94) Distal 0.79 (0.55-1.11) Proximal 0.73 (0.69-1.20)
2017	Atkin 英国	Lancet	55-64 歳	One shot	全大腸 0.74 (0.70-0.80) Distal 0.59(0.54-0.64) Proximal 0.96 (0.87-1.06)	全大腸 0.70 (0.62-0.79) Distal 0.54 (0.45-0.65) Proximal 0.91 (0.76-1.08)
2021	Senore イタリア	Ann Int Med	55-64 歳	One shot	全大腸 0.81 (0.71-0.93) Distal 0.70 (0.49-1.090.84) Proximal 1.03 (0.83~1.28)	全大腸 0.78 (0.61-0.98) Distal 0.69 (0.50-0.95) Proximal 0.82 (0.57-1.19)

2. 大腸内視鏡検査(FSおよびCS)による大腸がん検診の評価研究

内視鏡についてはFSについて複数のRCTの最終結果が報告され、有効性が確立した^{9)~12)}。Colonoscopy(CS)の有効性のエビデンスは観察研究によるものに留まるが、ほぼ全研究で一致して有効性が示唆されている。現在CSに関する複数のRCT^{13)~17)}が進行中であるが、最終結果はまだ報告されていない。

(1) FSによる検診のRCT^{9)~12)}(表2)

RCTは、英国、イタリア、ノルウェー、米国で行われた。介入方法は、米国PLCOではベスラインと3年あるいは5年後の2回のスクリーニングを行っているが、ほかは全て介入はone shotである。4研究の効果はほぼ一致し、大腸がん罹患率および死亡率の減少効果が認められている。罹患率については全研究で遠位結腸がんについて低下(24~36%)していたほか大

腸がん全体として分析しても19～23%の減少を観察している。死亡率は全大腸がんについて全研究で22～31%の低下を認めた。直接の標的である遠位結腸がん死亡率は2研究で低下(31%, 50%)が報告/記載されている。これらにより、FSの1回のスクリーニングによるプログラムの有効性が確立した。

(2) CSによる検診のRCT^{13)~17)}および観察研究¹⁸⁾

全大腸内視鏡のRCTは現在進行中の研究が5研究あり、いずれの研究も最終結果は報告されていない。国内の1研究を除く少なくとも3研究は通常のRCTのように割り付け前の同意取得をしておらず、コンプライアンスを含めて2群を比較するmanagement RCTと考えられる。そのため内視鏡群の受診率が低い。

FITによる介入を対照群とした2研究(スウェーデン、スウェーデン)ではベースラインの検診結果が報告されている。いずれもFIT群での受診率が高く(それぞれの研究でFIT/CSが25/35%および35/55%)、腺腫の発見率はCS群で高かったが大腸がん発見率は2群で差がなかった。なお、北欧の1研究で罹患率と死亡率が中間報告され、大腸がん罹患率は介入群で18%減少したが(RR: 0.82, 95%CI: 0.70-0.93)、大腸がん死亡率は両群で差がなかった(RR: 0.90, 95%CI: 0.64-1.16)と報告されている¹⁹⁾。

観察研究はコホート研究をはじめ10件以上の報告があり、ほぼ一致して有効性が示唆されている。しかし、ほとんどが検診の設定下に行った研究ではないため、「受診歴」の正確な把握ができず、受診した内視鏡検査がスクリーニング検査であったか、臨床診断目的の診断検査か十分な区別が可能ではない。診断検査の混入は大きな偏りの原因となる。

Nishiharaらの大規模コホート研究¹⁸⁾では、アンケート調査により受診歴を把握しているためやはり上記の偏りは免れないが、医療記録によりCSとFSを識別するなど、診断検査の混入に配慮している。全大腸内視鏡検査による大腸がん死亡率減少効果は68%(ハザード比0.32, 95%CI: 0.24-0.45)であり、近位のがんについても遠位大腸がんでの効果より小さい死亡率減少

効果を認めている。

他に、観察研究では有効性は近位と遠位のがんで異なることや、右側結腸がんにするリスクが低下しない可能性も示唆されている。

(3) 対象年齢

FSのRCTでは対象年齢は2研究で55～64歳であり、50歳前半も含めている1研究とさらに1研究ではそれに74歳までが加わる。3研究のプール解析では全大腸がんのリスクについて男性では罹患、死亡とも低下したが、女性では60歳未満での罹患リスクの低下が有意であったのみで、60歳以上では罹患、死亡とも低下は見られなかった²⁰⁾。

今後の展望

大腸がん死亡率減少の実現には現在のFITによるプログラムを整備して国際的な水準に引き上げて行うことが重要である。その上で、将来の内視鏡検診の導入と対象年齢上限について言及したい。

1. 内視鏡検診導入の要件²²⁾と課題

検診の導入の要件のうち最も重要なのはまず有効性のエビデンスが確立していること、不利益が小さいこと、プログラムとして死亡率減少が可能な実施体制が整備されていることの3点である。

まず内視鏡検診としてはFSによるプログラムも検討すべきと考えるが、日本ではCS検診への志向が強く、以下ではそれに限定して述べる。CS検診の有効性についてはFSの有効性が確立していることから理論的には確実と考えてよいが、プログラムとしての効果の大きさは不明で慎重な判断が必要である。RCTの結果を見ることは重要である。

不利益については主たるものとして偶発症についてみると、日本消化器内視鏡学会の集計では約20万件の治療を伴わないCSでの主な偶発症発生率は0.26%とされ²¹⁾、検診対象者で考えると低い数字とは必ずしも言えない。現在進行中のRCTなど検診でのデータを見る必要がある。

3番目の要件は例えば10年に一度、あるいは

一度のみの受診という決められた検診の実施が徹底できるような管理体制の整備が不可欠である。検診プログラムの導入後は医療資源の需要が増大する。精検としての検査、がんやその前駆病変の発見による検査・治療が新たに発生するからである。大腸がん検診の場合、高率な腺腫の発見のため、治療内視鏡やサーベイランス内視鏡の著明な増加は避けられず、通常の臨床上の内視鏡検査のキャパシティを圧迫する懸念が大きい。検診のために高リスク者が対象の臨床上の診断検査が圧迫されてはならない。導入による既存の医療システムへの影響を十分精査する必要がある。また検査数の増加によって偶発症は一定の頻度で増加するのでそのモニタリングは不可欠である。

米国では10年に一度のCS検診が行われているが、余分なCSを回避できる保険の仕組み等で可能になっていると推定される。日本では現状、この問題に対応できる仕組みはない。エビデンスを待ちながら、このような検討もしておくべきである。

2. 対象年齢

大腸がん検診の有効性は前述のように70歳代までは認められており、さらに高齢層でも保持される可能性がある。しかし、有効性のエビデンスを根拠の主体として対象年齢を決めるべきではないだろう。高齢者では不利益が特に大きな要件となる。大腸がん検診の精検はその前処置を含め、他の検診よりはるかに肉体的負担が大きく利益と不利益の差は60歳代などに比べ相対的に減少するものと考えられる。

また高齢者は個人差が大きく、不利益を被るリスクのある個人がそれより若年の年齢層の受診者より多くなる可能性が高い。個人ごとに身体活動度や健康状態を把握し、受診の利益/不利益を判断する必要がある。より丁寧な説明が必要になる。これは検診では可能ではなく、診療の環境でしか対応できない。自身の利益と不利益を理解した上で主体的に受診の意思決定を行うべき原則が損なわれてはならない。

大腸がん検診の精度管理上の問題の一つは精

検受診率が低いことである。とりわけ高齢者では受診率が増加しているが、その中身は精検を受診しない受診者の増加である。精検を受けないとあらかじめ決めている個人は検診を受けるべきではなく、提供側も受けさせるべきではない。無駄な受診となるばかりでなく、不利益しかもたらさないからである。

以上のように高齢者では若年層に比べ受診者の不利益への対応が問題となる。具体的な対応としては一定年齢以上の高齢者は正規の対象者とはせず、別途対応して希望者には受診してもらう体制が合理的と考える。現状では任意型検診で対応することであろう。正規の対象者の年齢上限は明確な決定根拠はまだなく、年齢層別の有効性の大きさと不利益の詳細な検討、さらには必要な研究を行って決定されることを期待したい。

参考文献

- 1) 有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2005年版。
http://canscreen.ncc.go.jp/guideline/colon_full080319.pdf
(accessed 2023 Dec 20)
- 2) Shaikat A, Mongin SJ, Geisser MS, et al: Longterm mortality after screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2013; 369(12): 1106-1114.
- 3) Young GP, Senore C, Mandel JS, et al: Recommendations for a step-wise comparative approach to the evaluation of new screening tests for colorectal cancer. Cancer 2016; 122(6): 826-839.
- 4) Saito H: Screening for colorectal cancer by immunochemical fecal occult blood testing. Jpn J Cancer Res 1996; 87: 1011-1024.
- 5) van Rossum LG, van Rijn AF, Laheij RJ, et al: Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. Gastroenterology 2008; 135(1): 82-90.
- 6) Hol L, van Leerdam ME, van Ballegooijen M, et al: Screening for colorectal cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy. Gut 2010; 59(1): 62-68.
- 7) Bresalier RS, Senore C, Young GP et al: An efficient strategy for evaluating new non-invasive screening tests for colorectal cancer: the guiding principles. Gut 2023; 72(10): 1904-1918.
- 8) Saito H, Soma Y, Koeda J, et al: Reduction in risk of mortality from colorectal cancer by fecal occult blood screening with immunochemical hemagglutination test. A case-control study. Int J Cancer 1995; 61(4): 465-469.
- 9) Atkin W, Wooldrage K, Parkin DM, et al: Long term effects of once-only flexible sigmoidoscopy screening after 17 years of follow-up: the UK Flexible Sigmoidoscopy Screening randomised controlled trial. Lancet 2017; 389(10076): 1299-1311.

- 10) Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, et al: Colorectal cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 2012; 366(25): 2345-2357.
- 11) Senore C, Riggi E, Armaroli P, et al: Long-Term Follow-up of the Italian Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial. *Ann Intern Med* 2022; 175(1): 36-45.
- 12) Holme Ø, Løberg M, Kalager M, et al: Long-Term Effectiveness of Sigmoidoscopy Screening on Colorectal Cancer Incidence and Mortality in Women and Men: A Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2018; 168(11): 775-782.
- 13) Quintero E, Castells A, Bujanda L, et al: Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal cancer screening. *N Engl J Med* 2012; 366: 697-706.
- 14) Kaminski MF, Bretthauer M, Zauber AG, et al: The NordICC study: rationale and design of randomized trial on colonoscopy screening for colorectal cancer. *Endoscopy* 2012; 44: 695-702.
- 15) Bretthauer M, Kaminski MF, Løberg M, et al: 178 Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2016; 176(7): 894-902.
- 16) Dominitz JA, Robertson DJ, Ahnen DJ, et al: Colonoscopy vs. Fecal Immunochemical Test in Reducing Mortality From Colorectal Cancer (CONFIRM): Rationale for Study Design. *Am J Gastroenterol* 2017; 112(11): 1736-1746.
- 17) Saito H, Kudo S, Takahashi N, et al: Efficacy of screening using annual fecal immunochemical test alone versus combined with one-time colonoscopy in reducing colorectal cancer mortality: the Akita Japan population-based colonoscopy screening trial (Akita popcolon trial). *Int J Colorectal Dis* 2020; 35(5): 933-939.
- 18) Nishihara R, Wu K, Lochhead P, et al: Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. *N Engl J Med* 2013; 369(12): 1095-1105.
- 19) Bretthauer M, Løberg M, Wieszczky P, et al: Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. *N Engl J Med* 2022; 387(17): 1547-1556.
- 20) Holme Ø, Schoen RE, Senore C, et al: Effectiveness of flexible sigmoidoscopy screening in men and women and different age groups: pooled analysis of randomised trials. *BMJ* 2017; 356: i6673.
- 21) JED白書 日本消化器内視鏡学会 https://www.jges.net/medical/content/jed_whitepaper (accessed 2023 Dec 25)
- 22) スクリーニングプログラム: ガイドブック 松阪方士, 雑賀公美子訳, 斎藤博監訳, 弘前大学出版会, WHO Regional Office Europe 2020 <https://gankenshin.jp> (accessed 2023 Dec 20)

胃がん検診

帝京大学医療技術学部看護学科保健政策分野 教授 濱島ちさと

POINT

- ① 胃X線検診，胃内視鏡検診は対策型検診として全国で実施されている
- ② 胃X線検診，胃内視鏡検診の胃がん検診の死亡率減少効果は観察研究の評価に留まる
- ③ ペプシノゲン法・ヘリコバクター・ピロリ抗体による検診は偽陽性率が高く一次検診には適しておらず，有効性評価はほとんど行われていない
- ④ 胃がん検診については国際的に関心が高まっており，さらなる評価やリスク層別化の研究が必要である

はじめに

胃がんはがん死亡の第3位を占め¹⁾，胃がん検診の役割は今なお重要である。胃X線検診は1960年代から推進され，1983年に老人保健法により対策型検診として導入された²⁾。2016年の厚生労働省の指針改訂に伴い，胃内視鏡検診も対策型検診に追加された³⁾。

胃X線検診のエビデンス

胃X線検診は，わが国において間接X線撮影装置が開発され，胃がん罹患率の高い宮城県などで実用化され，全国に普及した。対策型検診導入以前にも小規模の評価研究は行われたが，導入後の評価研究により有効性が確立した。その結果に基づき，2004年版有効性評価に基づく胃がん検診ガイドラインでは，胃X線検診が対

策型検診として推奨された⁴⁾。さらに，2014年度版では新たに国内外の4件の研究が追加検討され，再確認された(表1)⁵⁾。

しかしながら，近年の研究ではその効果が必ずしも認められていない。胃内視鏡検診の評価と同時に行われた国内の症例対照研究では，死亡率減少効果の傾向は認められるものの有意な結果は得られなかった⁶⁾。また，韓国で行われた症例対照研究では，未受診と比較して死亡率減少効果は5%にすぎなかった(RR=0.95, 95% CI: 0.92-0.97)⁷⁾。これまで行われたコホート研究7件と症例対照研究8件のメタ・アナリシスでは，X線検診では胃がん死亡率効果の傾向は認めたが，統計学的には有意な結果ではなかった(RR=0.20, 95% CI: 0.60-1.06)(表2)⁸⁾。

表1 胃がん検診ガイドラインの推奨

	推奨の内容	対策型検診	任意型検診
胃X線	複数の観察研究において死亡率減少効果を示す相応な証拠があり、その結果には一貫性がある。 不利益については、高濃度バリウムの普及により誤嚥の報告が増加している、その他の不利益には、偽陽性、過剰診断、放射線被ばくがある。	推奨	推奨
胃内視鏡	複数の観察研究において死亡率減少効果を示す相応な証拠がある。 不利益については偽陽性、過剰診断の他、咽喉麻酔による前処置や穿孔・出血など検査による偶発症があり、重篤な場合は死亡例もありうる。	推奨	推奨
ペプシノゲン (単独法)	複数の観察研究において死亡率減少効果が示唆されたが、研究の質が低いため、確定的な判断は得られなかった。 不利益については偽陰性、偽陽性、過剰診断の可能性がある。	推奨しない	実施可。適切な説明に基づき、受診者個人が判断する。
ヘリコバクター・ピロリ抗体 (単独法)	死亡率減少効果を検討した研究は無かった。 不利益については偽陰性、偽陽性、過剰診断の可能性がある。	推奨しない	実施可。適切な説明に基づき、受診者個人が判断する。
ペプシノゲンとヘリコバクター・ ピロリ抗体の併用法	死亡率減少効果を検討した研究は無かった。 不利益については偽陰性、偽陽性、過剰診断の可能性がある。	推奨しない	実施可。適切な説明に基づき、受診者個人が判断する。

〔「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン 2014 年度版」5) より抜粋、一部改変〕

胃内視鏡検診のエビデンス

2004年版有効性評価に基づく胃がん検診ガイドラインでは、胃内視鏡検診を科学的根拠が不十分として対策型検診として推奨されなかった⁴⁾。その後、日韓で行われた症例対照研究に基づき、2014年版では推奨に至った(表1)⁵⁾。

国内で行われた研究のうち、鳥取・新潟研究は症例群410人、対照群2,292人と、先行する胃X線検診の症例対照研究とほぼ同等の規模であった⁶⁾。研究は鳥取県4市と新潟市を対象とした。がん登録で胃がん死亡が確認された症例群に対応し、年齢、性、居住地でマッチさせ、症例群の胃がん診断日に胃がんなしの健常者を1:6で抽出している。症例群、対照群の胃がん検診受診歴は、各地域の受診者名簿を用いて確認している。この結果、胃がん診断日から遡ること3年以内に1度でも胃内視鏡検診を受診した場合のオッズ比は0.695(95%CI: 0.489-0.986)となり、統計学的に有意な胃がん死亡率減少効果を

認めた。

韓国研究は、国家データベースに基づく大規模研究であり、54,418組が対象である⁷⁾。過去1度でも胃内視鏡検診を受診した場合、40~74歳に限定すると47%の胃がん死亡率減少効果を確認した(オッズ比0.53, 95%CI: 0.51-0.56)。同様に、過去1度でも胃内視鏡検診を受診した場合、全死因死亡率も39%減少した(オッズ比0.61, 95%CI: 0.58-0.63)。

Hibinoらはコホート研究7件と症例対照研究8件の対象1,667,117人を含むメタ・アナリシスを行った⁸⁾。この結果からは、内視鏡検診により48%の胃がん死亡率減少効果が示された(RR=0.52, 95%CI: 0.39-0.79)(表2)。

X線検診と内視鏡検診の比較

X線検診は日本国内に限定した検診方法であったが、内視鏡検診については国際的に関心が高まっている⁹⁾。

表2 胃がん検診のメタ・アナリシス

胃がん検診の方法	解析方法別 relative risk (95%CI)	
	per protocol 解析	Intention to screen 解析
X線	0.80 (0.60-1.06)	0.98 (0.86-1.09)
内視鏡	0.52 (0.39-0.79)	0.94 (0.71-1.28)

〔文献8〕より引用〕

先行研究のメタ・アナリシスでは、対象となる検診を受けた人を対象としたper protocol解析を行うと、内視鏡検診では胃がん死亡率は減少したが、X線検診で認められなかった⁸⁾。しかし、プログラムとして参加率を考慮した場合(intention to screen analysis)、内視鏡検診、X線検診共に統計学的に有意な胃がん死亡率減少効果は確認できなかった(表2)。

韓国では日本に先駆けて内視鏡検診を対策型検診として導入したが、わが国では内視鏡検診導入以後も依然X線検診が主流である^{10,11)}。全国市町村の約半数が未だ胃内視鏡検診を導入していない。合成コントロール法(synthetic control method)を用いて検討すると、胃がん検診導入後の胃がん死亡率は韓国では低下しているが、日本ではほとんど変化を見られなかった¹²⁾。すなわち、わが国の胃がん検診の効果は不確実であり、両国の差は胃がん検診方法や受診率の影響が考えられる。

リスク層別化

ペプシノゲン法、ヘリコバクター・ピロリ抗体の併用による、いわゆるABC法が国内で汎用されている。「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2004年度版」では両者ともに単独法・併用法も科学的根拠が不十分として推奨されなかった⁴⁾。以降も評価研究は行われず、2014年度版でも同様の結果であった(表1)⁵⁾。

ヘリコバクター・ピロリ感染は胃がん発症の重要なリスクファクターではあるが、感染からがん発症には長期間を有し、生活習慣をはじめとする他のリスクファクターの影響もある。こ

のため、一次検診とリスク層別化の両者への応用が期待されていた。

ペプシノゲン法による一次検診の感度・特異度のメタ・アナリシスが行われている¹³⁾。ペプシノゲン法はカットオフ値を変化させても感度も50~77%、特異度70~85%と両者共に胃がん検診としての精度は高くない。死亡率減少効果については小規模な研究はあるが、確定的結果は得られなかった^{14,15)}。

リスク層別化については、国内コホート研究による胃がん発症リスクのメタ・アナリシスが行われている。ペプシノゲン法、ヘリコバクター・ピロリ抗体の両者陰性を比較対照とした場合(A群)に比べ、いずれかが陽性であるBCD群では胃がん発症率リスクが増加することが示された¹⁶⁾。しかし、大規模コホートに基づく研究からは、平均6年間の追跡期間における胃がん発症予測の感度97.2%、特異度21.1%に過ぎず、いずれの方法もROC分析からは予測精度の低い方法と判定された¹⁷⁾。

わが国では2013年に健常者のヘリコバクター・ピロリ除菌が医療保険の適用となり、年間150万人が受療しているとの報告がある¹⁸⁾。除菌の普及に伴い、血清診断によるリスク層別化の応用は限定されている。しかし、リスク層別化は必ずしも新たな方法を追加するだけではなく、既存情報を活用しても対応できる。萎縮性胃炎はX線、内視鏡共に診断可能となっており、その結果を利用した研究も報告されている。内視鏡検診に血清診断の概念を導入する動きもある。金沢医師会の報告では、木村・竹本分類¹⁹⁾により萎縮の進んだ状態(0~3)では年率0.31%で胃がん発症を認め、内視鏡診断による

胃がんリスクの層別化を可能としている²⁰⁾。背景リスク別の検診間隔の設定のために、AMED 個別リスクに基づく適切な胃がん検診提供体制構築に関する研究(研究代表者 深尾彰)が全国規模で行われ、感染萎縮診断の併用により、低リスク群の検診間隔を延長することを検討している²¹⁾。

まとめ

「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版」により内視鏡検診が推奨され、胃がん検診は新たな世代を迎えた。これまでのX線検診とは異なり内視鏡検診については、国際標準に基づく評価研究を推進していく必要がある。また、血清診断そのものをがん検診に応用することは困難だが、その概念を内視鏡検診に応用し、効率の運用を目指すべきである。

引用文献

- 国立がん研究センターがん情報サービス:がんの統計. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (accessed 2023 Nov 25)
- Oshima A: A critical review of cancer screening programs in Japan. *Int J Technol Assess Health Care* 1994; 10: 346-358.
- Hamashima C: Cancer screening guidelines and policy making: 15 years of experience in cancer screening guideline development in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2018; 48: 278-286.
- 国立がん研究センター がん予防・検診研究センター:有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2004年度版. 国立がん研究センター, 東京, 2005.
- 国立がん研究センター がん予防・検診研究センター:有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版. 国立がん研究センター, 東京, 2015.
- Hamashima C, Ogoshi K, Okamoto M, et al: A community-based, case-control study evaluating mortality reduction from gastric cancer by endoscopic screening in Japan. *PLoS One* 2013; 8(11): e79088.
- Jun JK, Choi KS, Lee HY, et al: Effectiveness of the Korean National Cancer Screening Program in reducing gastric cancer mortality. *Gastroenterol* 2017; 152(6): 1319-1328.e7.
- Hibino M, Hamashima C, Iwata M, et al: Radiographic and endoscopic screening to reduce gastric cancer mortality: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health West Pac* 2023; 35: 100741.
- Huang RJ, Koh H, Hwang JH, et al: A summary of the 2020 gastric cancer summit at Stanford University. *Gastroenterology* 2020; 159(4): 1221-1226.
- Ryu JE, Choi E, Lee K, et al: Trends in the Performance of the Korean National Cancer Screening Program for Gastric Cancer from 2007 to 2016. *Cancer Res Treat* 2022; 54: 842-849.
- 厚生労働省:市区町村におけるがん検診の実施状況調査. 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html (accessed 2023 Nov 25)
- Sun D, Mulder DT, Li Y, et al: The effect of nationwide organized cancer screening programs on gastric cancer mortality: Asynthetic control study. *Gastroenterology* 2023; S0016-5085 (23) 05562-2.
- Dinis-Ribeiro M, Yamaki G, Miki K, et al: Meta-analysis on the validity of pepsinogen test for gastric carcinoma, dysplasia or chronic atrophic gastritis screening. *J Med Screen* 2004; 11: 141-147.
- Yoshihara M, Hiyama T, Yoshida S, et al: Reduction in gastric cancer mortality by screening based on serum pepsinogen concentration: a case-control study. *Scand J Gastroenterol* 2007; 42: 760-764.
- Vohlonen I, Härkönen M, Malila N, et al: Challenges in evaluation of screening for gastric cancer among men based on nonrandomized design. *Acta Oncol* 2017; 56: 917-922.
- Terasawa T, Nishida H, Kato K, et al: Prediction of gastric cancer development by serum pepsinogen test and *Helicobacter pylori* seropositivity in Eastern Asians: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9: e109783.
- Hamashima C, Sasazuki S, Inoue M, et al: Receiver operating characteristic analysis of prediction for gastric cancer development using serum pepsinogen and *Helicobacter pylori* antibody tests. *BMC Cancer* 2017; 17: 183.
- Tsuda M, Asaka M, Kato M, et al: Effect on *Helicobacter pylori* eradication therapy against gastric cancer in Japan. *Helicobacter* 2017; 22: e12415.
- Kimura K, Takemoto T: An endoscopic recognition for the atrophic border and its significance in chronic gastritis. *Endoscopy* 1969; 1: 87-97.
- Kaji K, Hashiba A, Uotani C, et al: Grading of atrophic gastritis is useful for risk stratification in endoscopic screening for gastric cancer. *Am J Gastroenterol* 2019; 114: 71-79.
- Hamashima C, Yoshimura K, Fukao A: A study protocol for expanding the screening interval of endoscopic screening for gastric cancer based on individual risks: prospective cohort study of gastric cancer screening. *Ann Transl* 2020; 8: 1604.

子宮頸がん検診

杏林大学医学部 産科婦人科 准教授 森定 徹

国際医療福祉大学大学院 教授・赤坂山王メディカルセンター 院長 青木大輔

POINT

- ① 子宮頸がんの発生にはヒトパピローマウイルス(HPV: human papillomavirus)の感染が関与しているため、HPV感染を捉えるHPV検査が新たな検診手法として注目されている
- ② HPV検査は、前癌病変に対する高い感度を有するが、偽陽性などの検診としての不利益も存在する
- ③ HPV検査の導入を考える際には、検診の精度管理の充実、アルゴリズム(検診プログラムの手順と運用方法)の構築、さらにそのアルゴリズムを遵守できるような方策を事前に講じることが重要である

はじめに

わが国の市町村における子宮頸がん検診は、国の定める健康増進法に定められた健康増進事業として地方自治体を実施主体とした対策型検診として行われており、現在その検査手法は「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(指針)」¹⁾に基づいて、子宮頸部の細胞診が採用されている。一方で、子宮頸がんの発生にはヒトパピローマウイルス(HPV: human papillomavirus)の感染が関与していることが知られている。HPV感染のほとんどは一過性の感染であるが、ごく一部の持続感染例では数年から数10年の時間をかけて前がん病変を経て浸潤がんが発生するとされる。HPV検査(子宮頸がんの発癌に関係する13~14種類のHPVを検出する

検査)を用いた子宮頸がん検診は、子宮頸部浸潤がんの罹患率減少効果があるということについて海外でのエビデンス²⁾があり、欧州、オセアニアを中心に国の対策型検診として導入する動きがある。HPV検査は前癌病変に対する感度の高さから検診に導入したい検診手法であるが、一方で偽陽性などの検診としての不利益も存在する。わが国の検診実施体制も考えてfeasibilityがあり、かつ実効性を期待できるHPV検査の導入の仕方については、検診従事者だけでなく、受診者の事前の理解とコンセンサスが必要である。

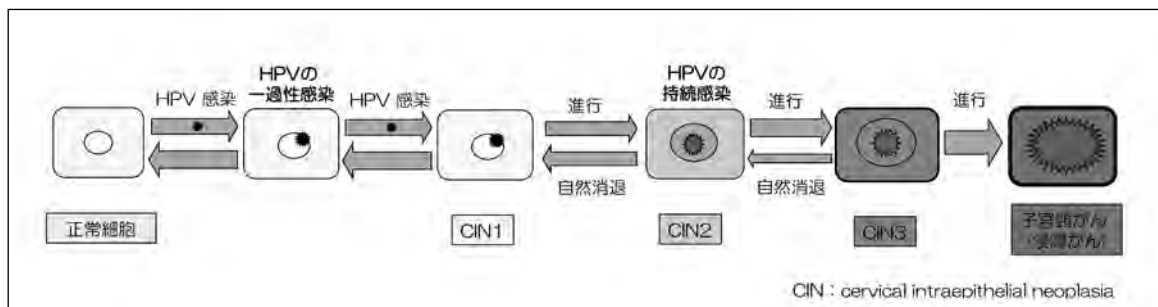


図1 子宮頸がん和前がん病変の自然史

子宮頸がん検診における細胞診、HPV検査の有効性

図1に前がん病変を含めた子宮頸がんの自然史についての概念図を示す。HPVの感染自体は性交渉を経験した女性の約80%が患うものであり、そのうちの一部が慢性的な感染となり、さらにごく一部から子宮頸部上皮内腫瘍(cervical intraepithelial neoplasia: CIN)のCIN1, CIN2, CIN3, 浸潤がんへと進展する。子宮頸部の細胞診は、細胞の形態変化を検出し、HPV検査は細胞の形態変化が起こる前の感染の段階からの検出が可能である。このためHPV検査は細胞診よりもより発がんの初期からの発見が理論的には可能とされる。しかしここで注意すべきことは、HPV感染率は、子宮頸がんの有病率に比べてはるかに高いことである。逆にいえば、HPV感染者のほとんどは一過性感染で、2～3年以内に自然に検査の感度以下に落ち着いてしまうものであり、感染者のほんの少数しか子宮頸がんにならない。

さて、細胞診検査は、子宮頸部からブラシなどの専用の器具で擦過して採取した細胞の形態を顕微鏡で観察して、前がん病変や浸潤がんの細胞が存在するか評価する方法である。具体的には細胞標本をパパニコロウ染色という染色を行った上で、細胞診専門医が鏡視下に細胞形態の所見をベセスダシステムという子宮頸部擦過細胞診報告様式に則って判断する診断法である。細胞診は形態評価であることから、検査としての感度や再現性は低くなる場合があり、時に偽陰性が問題視される。細胞診による子宮頸

がん検診は、わが国では1983年に老人保健事業として市区町村が実施主体の住民検診として開始され、1998年度から一般財源化され「指針」に沿った検診が実施され、現在に至っている。

がん死亡率を減少させるためにどの検診手法が有効であるかを評価する際に、もっとも信頼性が高いのは無作為化比較対照試験(randomized controlled trial: RCT)であるが、子宮頸部細胞診による子宮頸がん死亡率減少効果を示したRCTはこれまで存在しない。しかしながら、世界中で行われた多くの観察研究により、子宮頸部細胞診を定期的に受診すると、子宮頸がん死亡率と浸潤がん罹患率が減少することが分かっている。定期的な検診受診により、子宮頸がんによる死亡率を最大80%まで減少させることができるとされている。わが国では、10年間の観察において検診を受けた人が40%以上の検診の高実施地区では、子宮頸がん死亡率が63.5%減少したのに対して、検診を受けた人が10%台の地区では、子宮頸がん死亡率減少は33.3%に留まっていることが報告されている³⁾。

HPV検査は、子宮頸がんの発がんの原因であるHPVを検出する検査である。そのため浸潤がんや前がん病変のみならず、HPVの一過性感染の状態でも陽性となる。カナダの大規模RCTでは、CIN2以上の病変を検出する感度は、細胞診(56.4%)よりもHPV検査(97.4%)のほうが有意に高かったが、特異度は細胞診(97.3%)よりHPV単独検査(94.3%)の方が低かった⁴⁾。HPV検査は子宮頸がん検診において、がん罹患するリスクが低い集団の検診間隔を延長したり、浸潤がんの発生率を減少させることを見込めたた

め、それを検証するためにHPV検査を用いた検診を検証する臨床試験が実施されてきた。国立がん研究センターから公表された「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版」⁵⁾の作成において、HPV検査を用いた検診方法による浸潤がん罹患率減少効果について欧州の6件(NTCC第1相および第2相⁶⁾, ARTISTIC⁷⁾, Swedescreen⁸⁾, POBASCAM⁹⁾, Finnish trial¹⁰⁾)のランダム化比較試験を対象としたネットワーク・メタアナリシスが行われた。その結果、HPV検査に基づく検診法は、細胞診単独と比較して平均31%の浸潤がん罹患率減少効果が認められた。しかしながら信用区間(credible interval: CrI)はnull effectを含み強い証拠ではなかった(ハザード比 0.69, 95%CrI: 0.42-1.08, I²=27%)と記載されている。一方、HPV検査を用いた検診では、細胞診に比べて要精検率が上昇し、偽陽性者が増加すると試算されている。

有効性評価に基づく 子宮頸がん検診ガイドラインにおける HPV検査の立ち位置

2009年に刊行された「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」¹¹⁾では、1985年1月から2007年10月に至る関連文献が抽出され、以下の検診方法について子宮頸がん死亡率減少効果、不利益、検診精度などが検討された。細胞診(従来法)については、子宮頸がん死亡率減少効果の直接的証拠として、RCTは行われていなかったが、複数のコホート研究、症例対照研究が存在し、その結果は極めて一致性が高かった。死亡率減少効果には相応の証拠があると判断され、対策型検診でも任意型検診でも実施することを推奨する(推奨グレードB)とされた。一方、HPV検査単独法、細胞診・HPV検査併用法、HPV検査陽性者への細胞診トリアージについては、死亡率減少効果や浸潤がん罹患率減少効果などの直接的証拠はその時点ではなく、間接的証拠としてCIN2+、CIN3+の発見率を細胞診と比較した研究など精度を比較した報告のみが存

在していた。このため死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であり、対策型検診として実施は勧められず、任意型検診として実施する場合は、死亡率減少効果が不明であることと不利益について適切に説明する必要がある(推奨グレードI)とされていた。

2020年に刊行された「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版」⁵⁾と前回(2009年)のガイドラインと比べた特徴としては以下の事項が挙げられる。

- 1) 諸外国のデータに基づき、それぞれの検診手法により対象年齢および検診間隔を定めた。
- 2) 従来の細胞診による検診に加え、HPV検査を検診手法として推奨した。ただし、その導入にあたっては、国内で統一された検診結果ごとの診療方針を定めたアルゴリズムの構築が必須と提言している。
- 3) HPV検査単独法の自己採取法については、国内でのエビデンスが不足しており、受診率向上につながるか、精密検査以降のプロセスにつながるかなどのfeasibilityについての研究が必要であると提言した。

それぞれの検診手法の検診対象と推奨度は以下のように公表された。

1) 細胞診単独法 [推奨レベルA]

30～69歳では浸潤がん減少のエビデンスがある一方、20歳代でのエビデンスは乏しいが効果を否定できない。したがって検診対象は20～69歳、検診間隔は2年が望ましい。検体は医師採取のみとする。

2) HPV検査単独法 [推奨レベルA]

浸潤がん罹患率減少効果のエビデンスがある。しかし、本検診手法の採用にあたっては精度管理体制の構築が前提となる。細胞診単独法に比べ偽陽性は1,000人あたり42人増加する。検診対象は30～60歳、検診間隔は5年が望ましい。検体は医師採取を原則とする。

3) 細胞診・HPV検査併用法 [推奨レベルC]

浸潤がん罹患率減少効果のエビデンスがある。しかし、本検診手法の採用にあたっては精度管理体制の構築が前提となる。細胞診単独法に比べ偽陽性は1,000人あたり101人増加する。

検診対象は30～60歳，検診間隔は5年が望ましい．細胞診は液状化検体を採用することを原則とし，検体は医師採取を原則とする．

このように，HPV検査を用いた検診においては検診の不利益としての偽陽性の増加が指摘された．HPV検査陽性が意味する“浸潤がん発生のリスク”とは，数年から数十年後にがんを発症する症例を含む集団である．つまりHPV検査陽性の場合には，無治療で正常に回復する可能性もあれば，数年後や数十年後に発がんすることもある．1回の子宮頸がん検診だけで浸潤がんの発生を適切に管理できるわけではないので，検診結果に応じてアルゴリズム化された対応や経過観察が実施できる環境が重要となる．実際に，HPV検査単独法による検診は，オランダやオーストラリアなどではすでに実施されており，米国でも2020年のAmerican Cancer Society(ACS)ガイドラインでは，25～65歳までの女性に対して5年ごとのHPV検査単独法を推奨している¹²⁾．

HPV検査を対策型がん検診として導入する際の課題

がん検診の本来の目的であるがん死亡の減少のためには，検診対象者の決定，適切な受診勧奨，高い検診受診率，検診陽性者に対する適切な精密検査とその結果の把握，高次医療機関での治療につなげるだけでなく，検診陰性者に対しての継続的ながん検診の受診勧奨と受診が必要である．この観点からがん検診事業においては，検診手法の選択もさることながら，検診の実施から要精検者の精密検査，結果に基づく臨床的な対応等を一連の検診事業ととらえて本来の目的を達するべく各ステップを適切に運用することが重要である．

実際にHPV検査を導入すると，HPV検査が「病変」でなく「感染」を検出するリスク検査であるため，検診陽性者の多くはトリアージ(リスクのふり分けの検査)として行った細胞診検査では異常を認めないリスク保持者である．このHPV検査陽性/細胞診陰性者の多くは検診時に

は病変を有しないと想定され，そのため即時のコルポ診・組織診は偽陽性の不利益を考えると避けるべきであり，一定期間後に細胞診やHPV検査で追跡するアルゴリズム(検診プログラムの手順と運用方法のこと)が考慮される．実際，HPV検査単独法を導入した国では，オランダはHPV検査陽性/細胞診陰性者に6ヵ月後の細胞診，英国，オーストラリアは12ヵ月後のHPV検査をアルゴリズムに定めている．つまりHPV検査を導入した検診では精密検査に関して，検査内容や施行時期についてバリエーションが出てくることは不可避である．2018年度のわが国の子宮頸がん検診の精密検査受診率は75.4%であり，住民検診では精検未受診者に自治体で受診勧奨を行うところもあるが多くはない．検診受診率，精検受診率，どのデータ(プロセス指標)をとっても検診の精度管理が十分とは言えないわが国においてこの複雑化したアルゴリズムを遵守し，HPV検査陽性者の中から然るべく有病者を発見してゆくことは決して容易ではない．

HPV検査陽性/細胞診陰性者はリスクが低いものの，年率1%でCIN3+が発生する．この集団をどうやって追跡管理するのかは大きな課題である．北欧やイタリアでは，国内統一のアルゴリズムの作成とともに，検診結果と精密検査の医療記録・病理検査記録を統合して管理する受診者データベースが構築され，定期的な受診勧奨が行える環境ができています．わが国では自治体事業のIT化・ネットワーク化の遅れは顕著であり，医療情報の電子化，レジストリも進んでいない．

HPV検査を用いた検診では，要精検率の増加も問題となる．わが国の報告では検診対象者のHPV陽性率は6.8%¹³⁾，7.6%¹⁴⁾などと報告されている．そのため，現在細胞診による子宮頸がん検診において約2%である要精検率は，3～4倍に増加することが予想される．要精検者の中には，病変に進展しない一過性の感染者がかなりの程度含まれるが，「要精検」とされた受診者の精神的負担，精密検査を担当する医療機関やその受診勧奨などを担う行政機関の業務負担は大きくなると予想される．自然消退するものを含む

CIN1やCIN2の発見は増えるが、発見がんはそれほど増えないと予想されるため、陽性反応の中度の低下が見込まれる。これは「要精検」と言われたのに滅多に「がん」は見つからず、多くが偽陽性であることであり、そのことはそのがん検診自体への信頼の失墜にもつながり得る。

こうした観点から、HPV検査を導入することに伴う、検診の精度管理の充実、精密検査以降を含む検診全体のアルゴリズムの構築、さらには検診受診者が子宮頸がん検診のアルゴリズムを遵守できるような方策を事前に講じることが重要となる。

検診を推奨する年齢の上限

細胞診については海外の症例対照研究の検討から、60歳代の受診に関して60歳代後半までに受診した場合は一貫してその後も一定期間浸潤がん罹患率、死亡率減少効果が持続することが示されている。70歳代の受診については確定的な証拠がなかった。しかし50～69歳の受診でそれ以降の効果も80代前半まで期待できる。そのため、利益と不利益のバランスを考慮すれば、60代すべてをカバーして69歳を、推奨される終了年齢とすることが妥当と考えられる。HPV検査の年齢上限(60歳)については、検討の対象となった無作為化比較試験の対象年齢が25～65歳であったこと、HPV検査の将来予測の信頼性が高く、60歳以上での新規HPV感染率が低いことを考慮している。

年齢上限については、年齢上限までに検診の受診歴が長期間ないものが、受診しても効果がないという意味ではない点に注意が必要である。また、高齢者で子宮頸がんの検診を打ち切りにする場合は、それ以上の年齢でも症状があ

れば保険診療として医療機関を受診するようにという啓発も必要である。

参考文献

- 1) 厚生労働省：がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針。健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知別添。
- 2) Ronco G, et al: Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 2014; 383(9916): 524-532.
- 3) がん検診受診向上アドバイザーパネル委員会：かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック。平成21年度厚生労働省がん検診受診向上指導事業。
- 4) Mayrand MH, et al: Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N Engl J Med* 2007; 357: 1579-1588.
- 5) 国立がん研究センター 社会と健康研究センター：有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年版。
- 6) Ronco G, et al: Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2010; 11(3): 249-257.
- 7) Kitchener HC, et al: A comparison of HPV DNA testing and liquid based cytology over three rounds of primary cervical screening: extended follow up in the ARTISTIC trial. *Eur J Cancer* 2011; 47(6): 864-871.
- 8) Naucier P, et al: Human papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for cervical cancer. *N Engl J Med* 2007; 357(16): 1589-1597.
- 9) Rijkaart DC, et al: Human papillomavirus testing for the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer: final results of the POBASCAM randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2012; 13(1): 78-88.
- 10) Leinonen MK, et al: Detection rates of precancerous and cancerous cervical lesions within one screening round of primary human papillomavirus DNA testing: prospective randomised trial in Finland. *BMJ* 2012; 345: e7789.
- 11) 国立がん研究センター：有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン。2009。
- 12) Fontham ETH, et al: Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin* 2020; 70: 321-346.
- 13) Kurokawa T, et al: The ideal strategy for cervical cancer screening in Japan: Result from the Fukui Cervical Cancer Screening Study. *Cytopathology* 2018; 29(4): 361-367.
- 14) Kono K, et al: The first-round results of a population-based cohort study of HPV testing in Japanese cervical cancer screening: baseline characteristics, screening results, and referral rate. *J Gynecol Oncol* 2021; 32(3): e29.

乳がん検診

東北医科薬科大学医学部乳腺・内分泌外科 教授 鈴木昭彦

POINT

- ① 日本人女性で最も罹患の多いがんは乳がんであり、若年世代での死亡率が高い
- ② がん検診の目的は死亡率の減少。乳がん検診で死亡率減少効果がエビデンスとして確立しているのはマンモグラフィ検診のみ
- ③ マンモグラフィ検診は高濃度乳房において検診精度が低下する
- ④ 高濃度乳房対策として超音波検診の追加が有望視されているが、死亡率低減のエビデンスの証明には今しばらく時間がかかる
- ⑤ ブレスト・アウェアネスの理解と実践が検診の弱点を補完する

特集

はじめに

乳がんから命を守るための大きな柱の一つが乳がん検診である。マンモグラフィは唯一死亡率減少のエビデンスが証明された検診であり、わが国でも40歳以上の女性に対して2年ごとのマンモグラフィ検診が推奨されている。そのマンモグラフィと言えども、一定確率での偽陰性は避けることができず、特に高濃度乳房では診断精度が低下することも知られている。本稿では乳がん検診のエビデンスを紹介し、現状のマンモグラフィ検診の問題点や解決へ向けた超音波併用の検診に関する研究などを解説する。

わが国の乳がん

日本人女性にとって全ての部位別がん罹患率で乳がんは最も罹患率が高く、2019年の統計では109,980人が罹患している（上皮内がん含む）（図1）¹⁾。日本人女性はその生涯のうちに9人に1人が乳がん罹患する計算である。また死亡数は2020年の統計で14,650名、これは女性のがん死亡の部位別統計で肺がん、膵臓がん、結腸がんに次ぐ4位の数値であり、さらに年齢階級別、部位別の死亡数の統計では30歳から60歳までの比較的若い世代の女性のがん死亡において、乳がんは最も死亡数の多いがんである。30～60歳といえば社会においても家庭においても最も生産性も高く頼りとされる年代であり、この年代の女性を救命することは社会的意義が極めて大きい。

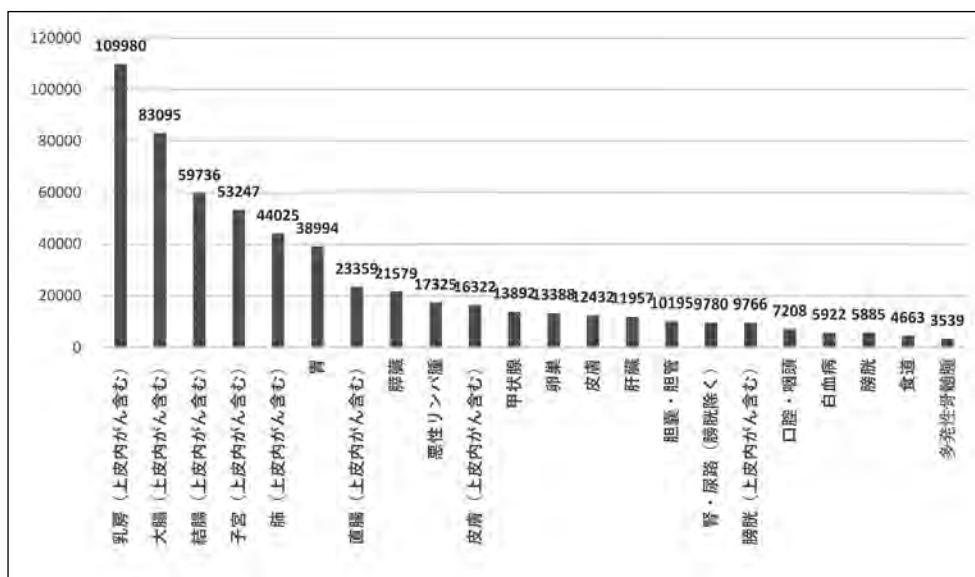


図1 日本人女性部位別罹患数 (2019年)

〔がん情報サービス 全国がん登録 全国がん罹患データより作成〕

乳がん検診の歴史とエビデンス

わが国の乳がん検診は1987年に老人保健法のもとで30歳以上の女性に対し視触診検診が導入された。検診の効果に関する科学的なエビデンスの存在しない導入であった。視触診検診の導入後、厚生省(当時)の班研究により視触診検診では受診者の死亡率の減少効果が見られないことが明らかとなり、現在では視触診単独での検診は推奨されていない。死亡率減少効果が見られなかった原因は、視触診検診で発見された乳がんは外来発見乳がんと比較してリンパ節転移陽性の割合に有意な差が見られず、発見時の病期に差が見られないことが挙げられている。

一方、欧米では1960年代よりマンモグラフィ検診に関するランダム化比較試験(RCT)が実施され、複数の試験の統合解析の結果、死亡率の減少効果があることが明らかとなった。この結果を受け、欧米では乳がん検診開始の初期からその手法としてマンモグラフィが用いられ、乳がん死亡率の減少に寄与したと言われている。

わが国においては、視触診検診の結果に対する評価と欧米でのマンモグラフィ検診の有効性に関する報告を受け、1990年代前半に宮城、徳島で試験的にマンモグラフィ検診を施行し、先行の欧米のRCTと遜色ない感度、特異度、がん

発見率などの値が得られることが確認された後に、2000年から50歳以上の女性、さらに2004年からは40歳以上の女性まで範囲を拡大し、マンモグラフィによる検診を実施している。

マンモグラフィ検診と高濃度乳房

マンモグラフィ検診の有効性は40～74歳の女性で死亡率減少効果が証明されているが、年代別で解析を行った場合若年者で検診の精度が低下することが知られており、その主要原因の一つが乳房構成の違いによる偽陰性率の上昇である。若年女性では乳房を構成する乳腺(マンモグラフィ上白く描出される)と脂肪組織(マンモグラフィ上黒く描出)との比率で乳腺が多いため、乳腺と同様に白く描出されることの多い乳がん組織が乳腺に覆い隠される危険性が高くなるためである。このような診断の難しい乳腺組織の多い乳房を「高濃度乳房」と称し、2016年頃からわが国でもその対応について議論が続いている。日本乳癌学会、日本乳癌検診学会、日本乳がん検診精度管理中央機構の三者共同で2017年3月に、対策型検診における「高濃度乳房」問題の対応に関する提言を発表し、わが国においては乳房構成を通知した際の情報提供や追加の検査に関するエビデンスが整備されてい

表1 J-START 結果 (感度・特異度・がん発見率)

	介入群 (MG+US)	コントロール群 (MG only)	合計
ランダム化割付数	36,859	36,139	72,998
適格症例数	36,841	36,122	72,963
解析症例数	36,752	35,965	72,717
要精検数 (要精検率)	4,647 (12.6%)	3,153 (8.8%)	7,800 (10.7%)
がん発見数 (発見率)	184 (0.50%)	117 (0.33%)	301 (0.41%)
中間期癌	18	35	53
感度	91.1%	77.0%	
特異度	87.7%	91.4%	

〔文献4〕より著者作成〕

ない現状を鑑みて、一律に受診者に対して乳房構成を通知するのは時期尚早であるとされた。それと同時に高濃度乳房の実態、乳房超音波検査などの検診方法の効果、高濃度乳房を正しく理解するための方策などを、国および関係各団体は協力して検討して行く必要があると明記されているが、現状では具体的な対応策は示されていない。

一方、米国では2017年当時でおよそ半分の州でマンモグラフィ検診時の乳房構成を受診者に通知することが法制化されていたが、2023年3月にFDAから全米すべての州で乳房構成を受診者に通知すべきとの見解が示された²⁾。この見解では、高濃度乳房における偽陰性の可能性に加えて、高濃度乳房が乳癌発生リスク因子であることの説明や、懸念のある場合に追加する検査として超音波検査やトモシンセシス、MRIを例示しているものの、具体的にどのように対応するかはHealth Care Programの担当医と相談することを勧めるに留めている。

40代の乳がん検診とJ-START

マンモグラフィ検診が導入され実際の検診現場での検診精度をモニタリングした結果、マンモグラフィ検診の感度は50～59歳で85.8%、60～69歳で87.2%とされたが、40～49歳では71.4%と明らかに低い感度を示していた³⁾。年代別の

罹患率は、年齢の上昇に伴って罹患率も上昇する欧米のパターンとは異なり、わが国では40歳以降50歳までは急上昇、その後は大きな変化なく罹患率は横ばいで推移する傾向があり、欧米よりも40歳代への検診精度の向上策はより重要であると考えられる。

J-START (Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial)「乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験」は、高濃度乳房が多く、マンモグラフィ検診の精度が低下する40歳代での対応策として企画された。マンモグラフィ検診での追加的超音波検査の役割を検証する目的の世界初、さらに最大規模のランダム化比較試験で、2007年から症例登録を開始、2011年までに介入群(マンモグラフィ+超音波)、コントロール群(マンモグラフィ)合わせておよそ76,000名の登録を完了している。

J-STARTの初回検診の成績は2016年にLancetに報告された(表1)⁴⁾。発見がん数は介入群で184例、コントロール群で117例であり、およそ1.5倍の乳癌発見数となった。同時に中間期がん(検診では異常なしと判定されたが、次の検診を受診する前に何らかの自覚症状の出現により発見されたがん)は介入群で18例、コントロール群で35例と、こちらは介入群で半減していた。これに伴い初回検診での感度はコントロール群が77%であったのに対し介入群では91.1%と大きく改善したことが明らかとなった。

特集

超音波検査のエビデンス

J-STARTの結果は非常に有望な結果であり、エビデンスとして極めて高い価値がある。しかしながら、マンモグラフィ検診の補助的手段として推奨できるエビデンスであるかと問われれば、現時点での答えは「No」である。J-STARTでは多くの乳がんを発見することに成功したが、この発見が救命につながる発見かどうかの判定は、追跡調査後の死亡率減少効果の結果を待たなければならない。超音波の追加で先取りされる乳がんが、実は次回の検診のマンモグラフィで診断できることでも同じく救命できるのであれば、超音波の追加価値は極めて低いと考えられるのである。さらにJ-STARTの初回検診では要精検率も上昇し、それに伴い特異度がコントロール群で91.4%であるのに対し、介入群では87.7%に低下していた。基本的に健康な女性を対象としている検診において、特異度の低下は本来不要であるはずの通院、追加検査、不安の助長などの検診の不利益を増大させる結果であり、改善へ向けての取り組みが不可欠である。J-STARTでは研究のデザイン上、マンモグラフィか超音波のどちらか一方でも要精査に値する所見と判定された場合には精密検査が行われた経緯があり、要精検率の上昇はやむを得ない事情であった。現状ではマンモグラフィと超音波の所見を比較しながら判定する総合判定基準が整備されており、感度の上昇と特異度の上昇を同時に実現する方策としてその利用が不可欠と考えられている。

ガイドライン上の 超音波検診の位置づけ

日本乳癌学会の刊行する乳癌診療ガイドラインでは乳がん検診における超音波検査についてのクリニカルクエストが設定されている⁵⁾。マンモグラフィとの併用で施行される場合は、マンモグラフィの弱点とされる高濃度乳房での補完的な役割が感度上昇や早期乳がんの発見に有用であり、受診者の安心感の向上にもつなが

るため、死亡率低減のエビデンスはまだ証明されていないが超音波検査を行うことは弱く推奨できるとされている。一方、超音波検診単独の乳がん検診は、マンモグラフィ検診と比較して、超音波の優位性を証明するエビデンスが存在しないため、行わないことを弱く推奨するとされている。なお、40歳未満の乳がん検診に関してはマンモグラフィ検診、超音波検診、両者の併用検診のいずれも判断材料となるエビデンスが存在せず、推奨は行われていない。

その他の検診

市町村の住民検診に代表される対策型検診では、公共の施策として施行されるその性格上、対象の集団(地域住民等)レベルでの死亡率低下が目的であり、科学的にその根拠の示された検診を提供し、検診によって得られる利益(早期発見による医療費軽減、死亡率減少による社会的利益など)が不利益(検診費用、偽陽性での精査など)を上回ることが最低条件である。現状でこの条件を満たす検診はマンモグラフィ検診が唯一であり、その次の候補としてマンモグラフィ+超音波検診が研究・評価の途上なのは上述したとおりである。

一方、受診者が個人の死亡リスク低下の目的で受診する任意型検診も存在する。任意型検診は個人レベルでの死亡率低下を目的とし、個人が許容できる費用と侵襲の範囲で検診を行うため、費用対効果の根拠は不要で、受診者個人や検診提供者によって検診の方法はさまざまである。この目的でMRI、PET-CT、などを用いた乳がん検診がオプション設定されている例もあるが、いずれの検査も一般リスクの女性に対する検診のエビデンスの証明が無いため、本稿での解説は割愛する。

ブレスト・アウェアネス

ブレスト・アウェアネスは1990年代に英国で提唱された概念で、わが国では「乳房を意識した生活習慣」と定義されている。従来指導され

表2 プレスト・アウェアネスの4要素

- 自分の乳房の状態を知る
- 乳房の変化に気をつける
- 変化に気づいたらすぐ医師に相談する
- 40歳になったら2年に1回乳がん検診を受ける

てきた「自己検診」は自分で乳房に生じた異常所見を診察・診断する診察行為としての位置づけであり、乳房の触り方など手技の習得に指導の重点が置かれ、正確性や継続性などの実効性に疑問があった。一方プレスト・アウェアネスは乳房の普段の状態を知る、変化に気をつける、見る・触る・感じる、月経周期に伴う変化を知るといった「生活習慣」と解釈される。プレスト・アウェアネスでは定型的な方法を用いずに、いつもの乳房と変わりがいかと変化に気をつける生活習慣であり、女性自身が自分の乳房の状態に関心をもち生活すること、乳房に変化があった場合にはすぐに医療機関を受診する適切な行動を取ることで、がん予防健康教育の一貫としてその啓発が進められている(表2)。

プレスト・アウェアネスの死亡率低減効果に関するエビデンスは存在しないが、がん予防健康教育における重要性は疑いの余地はない。その普及によって乳がん検診対象以下の若年性乳癌の早期発見や、高濃度乳房に代表される乳がん検診の偽陰性対策、中間期乳がん対策となることが期待される。

おわりに

検診の効果が最大化されるためには、有効性の示されている検診を、正しく精度管理された状態で施行し、より多くの(有効性が確立している)対象者に施行することが重要である。エビデンスの観点からはマンモグラフィが乳がん検診では唯一の選択肢となるが、高濃度乳房での精度低下の問題など、改善の余地は多く残されている。次善の策としての超音波検診はがん発見率の高さなど大いに期待できる方法であるが、正しく精度管理された運用がなされなければ特異度の低下などの不利益を助長しかねない。本稿で詳しく述べることはできなかったが、検診は検診受診率の向上や、検診後の精密検査機関の診断精度などまでも含めたシステム全体でその価値が評価される。システム全体の精度向上を常に目指す姿勢を忘れてはならない。

文献

- 1) がん情報サービス 集計表ダウンロード 全国がん登録 全国がん罹患データ. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#a14(accessed 2023 Dec 5)
- 2) <https://densebreast-info.org/legislative-information/national-reporting-standard/>(accessed 2023 Dec 5)
- 3) Suzuki A, Kuriyama S, Kawai M, et al: Age-specific interval breast cancers in Japan: estimation of the proper sensitivity of screening using a population-based cancer registry. *Cancer Sci* 2008; 99(11): 2264-2267.
- 4) Ohuchi N, Suzuki A, Sobue T, et al: Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial (J-START): a randomised controlled trial. *Lancet* 2016; 387(10016): 341-348.
- 5) 乳癌診療ガイドライン2022年版 検診・画像診断 CQ1. https://jbcs.xsrv.jp/guideline/2022/k_index/cq1/(accessed 2023 Dec 5)

特集

前立腺がん検診

大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座環境医学 招聘教員
大阪国際がんセンターがん対策センター 特別研究員

大島 明

POINT

- ① 前立腺特異抗原(PSA)による前立腺がん検診の前立腺がん死亡率減少効果は、米国でのPLCO(the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial)と欧州でのERSPC(the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer)によってほぼ確立している
- ② ただし、前立腺がんの治療には尿漏れや性機能障害などの後遺症を伴うので、前立腺がん検診を対策型検診として実施することは勧められない。任意型検診として実施する場合は死亡率減少効果だけでなく過剰診断による不利益をきちんと説明するべきである
- ③ 2021年度には全国の1,734市区町村のうち79.3%もの多くが、前立腺特異抗原(PSA)検査による前立腺がん検診を対策として実施していた

特集

前立腺がんの問題の大きさ

国立がんセンターがん情報サービス¹⁾によると、日本の前立腺がんによる死亡数は、2020年12,759人で、一方、2019年に前立腺がんを診断されたもの(罹患数)は94,748例であった。図1に示したように、前立腺がんの年齢調整死亡率はほぼ一定であるのに対して、前立腺がんの年齢調整罹患率は、1995年以降2012年まで増加していた。この前立腺がん罹患率の増加はPSA検診に伴う過剰診断によるものと考え、検診で発見されるがんの中には、進行がゆっくりしていて、生涯の間に致死的なものとならないケースがあるが、これを見つけて診断することを過剰診断という。

比較のために、図2には、米国における前立腺がんの罹患率と死亡率の推移を示した。罹患率は1992年にピークを示し、その後は減少、不変、減少、やや増加のかなり複雑な推移を示している。これには、USPSTF(United States Preventive Services Task Force, 米国予防医療専門委員会)による前立腺がん検診に対する勧告の変化によるものと考え、すなわち、1996年1月の勧告ではDグレード(検診導入に反対、The USPSTF recommends against the service.)、2002年12月の勧告ではIグレード(証拠不十分、The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service.)、2008年8月の勧告では75歳以上はDグレード、

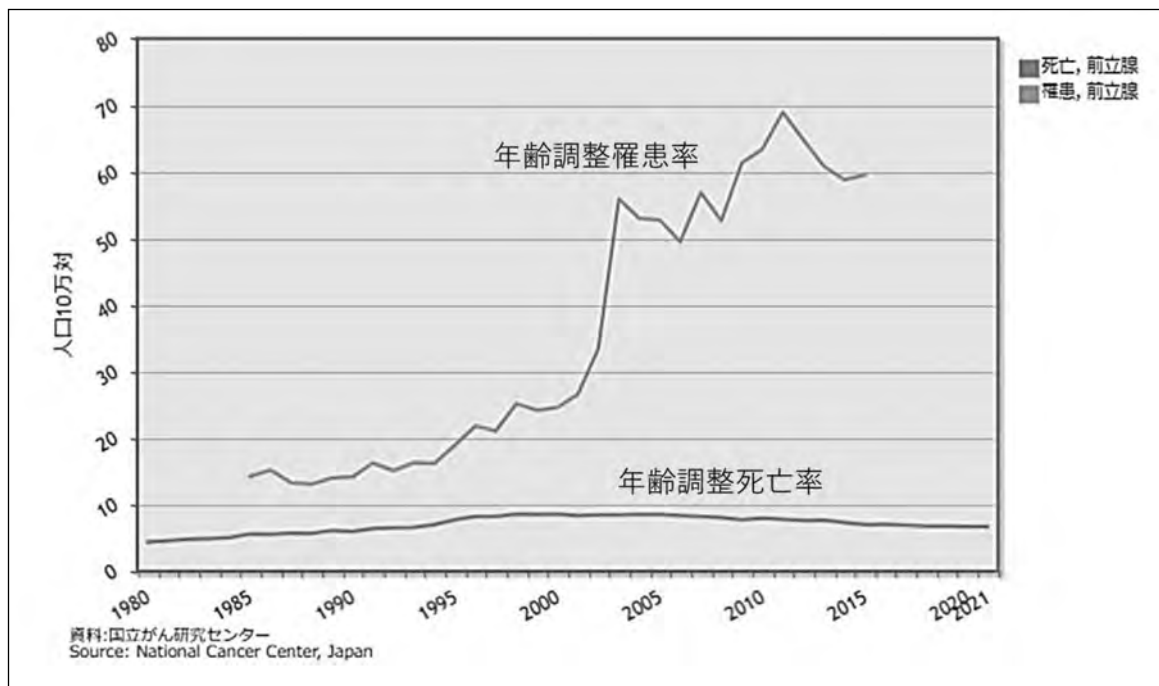


図1 前立腺がんの年齢調整罹患率（高精度地域）と年齢調整死亡率（全国）の推移，日本
〔資料：国立がん研究センターがん情報サービス〕

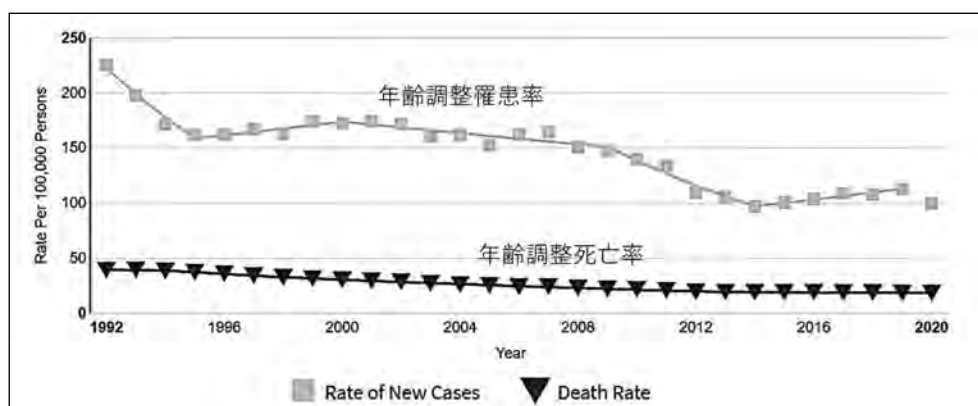


図2 米国における前立腺がんの罹患率と死亡率の推移
New cases come from SEER 12. Deaths come from U.S. Mortality.
All Races, Males. Rates are Age-Adjusted.
〔出典：SEER Cancer Stats Facts : Prostate Cancer〕

75歳未満はIグレード，2012年5月の勧告ではDグレード，そして2018年5月の勧告では70歳以上はDグレード，55～69歳はCグレード（一部のものに検診受診を勧奨，The USPSTF recommends selectively offering or providing this service to individual patients based on professional judgment and patient preferences. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.）と，目まぐるしく変化したことを受けてのものと考える。

前立腺がん治療とその後遺症

前立腺がんの治療としては，外科切除と放射線治療があるが，いずれも排尿障害や勃起障害などの後遺症をもたらす可能性がある。前立腺がん治療による後遺症とその対処に関しては，Professor Suzanne Chambers (Dean of the Faculty of Health at the University of Technology Sydney，看護師と健康心理士の資格を有し，がん患者の心理的サポートの実践と

表1 PLCO と ERSPC における前立腺がん死亡への検診効果の比較

	前立腺がん死亡率の相対的減少 ()内は 95%信頼区間	前立腺がん死亡率の 絶対的減少(10 年間)	注
PLCO (米国)	1.04 (0.87-1.24)	検診群と対照群との間に有意差なし	対照群の 46%が検診を受けていた。PLCO は組織的検診と任意検診とを比較するトライアルと見るべきである。
ERSPC (欧州)	0.79 (0.69-0.91)	検診群では対照群に比し 1,000 人年対 1.1 減少	

〔資料：2018 USPSTF Evidence Synthesis - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518890/>〕

研究に長年従事)による著書“Facing the Tiger: A Guide for Men with Prostate Cancer and the People Who Love Them”(2014)²⁾に前立腺がん と診断されることを虎に出会うことに例えて、詳しく示されている。この書物の各章の筆者による仮訳は下記の通りで、各章に適切な個人的な体験談が示されている。

- 第1章 虎に出会って
- 第2章 なんで私が？ 前立腺がん と診断されて
- 第3章 私も同じだ 前立腺がんを有するものを愛して
- 第4章 私たちは共にいる
- 第5章 共に生きるものとの決意の仕方
- 第6章 セックス:今何を？
- 第7章 われ思うゆえに我あり
- 第8章 ストレス解消－自分自身の面倒をみて元気に暮らす方法
- 第9章 治療後の問題の解決
- 第10章 とらわれないで 定義:とらわれることから自由になること
- 第11章 炎の下の恵み
- 第12章 生き残ること

なお、限局性前立腺がんに対する外科治療と放射線治療と待機療法(active surveillance)のトライアルの15年にわたる追跡調査結果³⁾がNEJM (The New England Journal of Medicine)の2023年4月23日号に公表されたが、いずれのグループにおいても前立腺がんによる死亡は少なく(待機療法群で3.1%, 外科治療群で2.2%, 放射線治療群で2.9%, 待機療法群で3.1%), 患者は医師からきちんと各治療法の利害得失、特に各治療に伴う後遺症に関する情報をも得た上で治療法の選択をするべきことが示された。

また、NEJMの2023年10月5日号では、61歳男性で家族歴あり、PSAレベル:5.2mg/mL、超

音波検査で24cm³、12ヵ所の生検のうち2ヵ所で腺がん、Gleason score: 6の患者のあらましを示してその治療法の選択を読者に質問している⁴⁾。2023年11月30日の締め切り時点の集計(投票総数: 1,993人)では、根治治療を勧めるもの23%、待機療法を勧めるものが76%であった。

前立腺がん検診の有効性評価のための2つのトライアルの解釈

これまでにPSAによる前立腺がん検診の有効性評価のために2つのトライアル、すなわち米国でのPLCO(the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial)と欧州でのERSPC(the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer)が実施されている。2009年3月にNEJMに公表された結果は表1に示したとおり、ERSPCでは検診群で対照群に比し21%の前立腺がん死亡の減少が認められた⁵⁾のに対して、PLCOでは両群の前立腺がん死亡の有意差は認められなかった⁶⁾。後者については2018 USPSTF Evidence Synthesis⁸⁾の下記の表1の注に示されたとおり、PLCOでの対照群の46%が検診を受けていたことによるものである。すなわち、PSA検診による前立腺がん死亡率減少効果は確立していると筆者は考える。

これに対して、「有効性評価に基づく前立腺がん検診ガイドライン ERSPC・PLCOに関する更新ステートメン」(2011年3月31日)では、上記の2009年3月にNEJMに公表されたERSPCおよびPLCOの結果を受けて次のように判定した。すなわち、ERSPCおよびPLCOの研究の質は中等度であり、両者の結果は一貫していないことからPSA検診に関する確定的な結果は得られなかった。また、現段階では両者ともに中間

表2 前立腺がん検診を実施した市町村の割合の推移

年	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
前立腺がん検診（PSA 検査）を実施した市区町村の割合（％）	80.4	81.6	82.8	82.4	80.8	81.3	79.3

〔資料：全国がん検診実施状況データブック＜2022＞〕

的結果であり、追跡調査が継続されている。従って、「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン作成手順」の証拠のレベルの判定基準に基づき、PSA検診の証拠のレベルは「1-」と判定した。そして、推奨グレードとしては、PSA検査は、前立腺がんの早期診断をする上で有用な検査である。しかし、死亡率減少効果の有無を判断する証拠が現状では不十分であるため、現在のところ対策型検診として実施することは勧められない。任意型検診として実施する場合には、死亡率減少効果が未だ確定していないこと、利益の可能性と、過剰診断を含む不利益について適切に説明する必要がある。

この更新ステートメントに対して、筆者は、PLCOでの対照群の46％が検診を受けていたことを考慮すればERSPCおよびPLCOの結果は一貫しておりPSA検査によるスクリーニングによる前立腺がん死亡率減少効果はすでに確立していると考ええる。ただし、過剰診断による不利益が大きいので、対策型検診としては勧められない。任意型検診として実施する場合は死亡率減少効果だけでなく過剰診断による不利益をきちんと説明するべきである。

全国の市町村におけるPSA検査による前立腺がん検診の実態

「全国がん検診実施状況データブック＜2022＞」の「指針に基づかない検診実施状況」によると、2021年度には全国の1,734市区町村のうち79.3％もの多くが、「指針」に基づかないで、前立腺特異抗原（PSA）検査による前立腺がん検診を実施していた。表2に2015年度以降の前立腺特異抗原（PSA：prostate-specific antigen）検査を実施した市区町村の割合の推移を示したが、この割合は80％前後でほぼ変化が認められなかった。

ここで「指針」というのは「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（健発第0331058号2008年3月31日厚生労働省健康局長通知別添、2013年3月28日一部改正、2014年6月25日一部改正、2016年2月4日一部改正）のことであり、データブックに示された「指針」で定める検診の内容は表3の通りである。

PSA検査による前立腺がん検診を巡って、Medical Tribune誌への筆者の投稿⁶⁾、これに対する泌尿器科医からの反論⁷⁾、さらに両者による対談^{9),10)}があるので、参考にされたい。

なお、東京都杉並区では、令和2年度をもって前立腺がん検診事業を終了しているが（<https://www.city.suginami.tokyo.jp/guide/kenko/kensin/gankensin/1070282.html>）、その理由として、前立腺がん検査は、国のがん検診の指針（注1）に位置付けられておらず、また、「東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会通知」（注2）が発出されており、国のがん検診の指針以外の検診を実施している場合は見直すよう求められているため、としている。

（注1）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（健発第0331058号平成20年3月31日 厚生労働省健康局長通知）におけるがん検診の種類は、胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診とされている。

（注2）「令和元年東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会における意見について」（2福保保健第432号令和2年8月3日 東京都福祉保健局保健政策部長通知）

次に、「全国がん検診実施状況データブック＜2022＞」からPSA検査による前立腺がん検診を実施していた市区町村の割合を都道府県別に見ると、岩手県、秋田県、栃木県、群馬県、富山県、

表3 指針で定める検診の内容

厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

指針で定めるがん検診の内容

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問(問診)、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ) ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

石川県、愛知県、愛媛県、長崎県では100%であった。これに対して、青森県(57.5%)、東京都(51.6%)、福井県(58.8%)、滋賀県(5.3%)、大阪府(46.5%)、奈良県(59%)、和歌山県(26.7%)、島根県(57.9%)、沖縄県(51.2%)では低くとどまっていた。この差は各都道府県的生活習慣病検診管理指導協議会がん部会の果たす役割の差によるものと考え、各都道府県的生活習慣病検診管理指導協議会がん部会は、エビデンスに基づくがん検診の推進、すなわちPSA検査による前立腺がん検診を対策として導入することには反対の立場で努力するべきである。

参考文献

- 1) 国立がんセンターがん情報サービス. <https://ganjoho.jp/public/index.htm>(accessed 2023 Nov 20)
- 2) Chambers S: Facing the Tiger: A Guide for Men with Prostate Cancer and the People Who Love Them. Australian Academic Press, 2014.
- 3) Hamdy FC, Donovan JL, Lane JL, et al: Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2023; 388(17): 1547-1558.
- 4) Nadamuni M, D'Amico AV, Donovan JL, et al: Decision making in prostate cancer. *N Engl J Med* 2023; 389: 1335-1338. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMclde2307619> (accessed 2024 January 11)
- 5) Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al: Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009; 360(13): 1320-1328.
- 6) Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al: Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009; 360(13): 1310-1319.
- 7) 大島明: 指針無視のがん検診が招く過剰診断の弊害「全国がん検診実施状況データブック」を読んで. *Medical Tribune* 2022年05月09日. <https://medical-tribune.co.jp/rensai/2022/0509545421/>(accessed 2023 Nov 20)
- 8) 赤倉功一郎: 時代遅れの厚労省「前立腺がん検診ガイドライン」はぜひ改訂を. *Medical Tribune* 2022年06月09日. <https://medical-tribune.co.jp/rensai/2022/0609545930/>(accessed 2023 Nov 20)
- 9) <対談>日本の前立腺がん検診はかくあるべし!(前編)大島明氏(大阪国際がんセンター)×赤倉功一郎氏(JCHO東京新宿メディカルセンター). <https://medical-tribune.co.jp/rensai/2022/0720546478/>(accessed 2023 Nov 20)
- 10) <対談>日本の前立腺がん検診はかくあるべし!(後編)大島明氏(大阪国際がんセンター)×赤倉功一郎氏(JCHO東京新宿メディカルセンター). <https://medical-tribune.co.jp/rensai/2022/0720546486/>(accessed 2023 Nov 20)

JADECOMの 求人情報

東京ベイ・浦安市川 医療センター

〒279-0001 千葉県浦安市当代島3-4-32

Tel. 047-351-3101

<https://tokyobay-mc.jp/>

問い合わせ／外科 溝上 賢 kenmi@jadecm.jp



施設からのメッセージ

**外科的救急疾患から悪性腫瘍の治療に至るまで、
幅広い医療ニーズに対応、新しい体制と一緒につくっていける
医師を求めています。**

当院外科は一般外科として年間650件ほどの手術がありますが、半数以上は準緊急や緊急手術であり虫垂炎や胆嚢炎および消化管穿孔、絞扼性腸閉塞などは数多く術者として経験できます。心外も盛んで心血管系の外科疾患を救急やICUとともに緊急対応する機会も多くあり、急性期外科を目指す先生方にとっては良い経験になると思います。脾、肝、腸管損傷など純粋な外傷手術例はまだ少ないですが、救命救急センターになり症例は増えていきますので、これから新しい体制と一緒に作っていただければと考えています。まずはぜひ一度見学に来てお話しさせていただければと思います。ご連絡お待ちしております

募集科目／一般外科数名

規模・機能

□ 病床数：344床、□ 職員数：約800名（常勤医師約150名、非常勤医師約20名）

当センターは、病床数344床のコンパクトな病院ですが、年間10,000台の救急車を受け入れる救命救急センターとして地域社会に貢献しています。病院としての使命は、専門性の高い医療提供と共に、医療を通じた地域との結びつきを深めることにあります。

医療機器・設備

手術室6室・ICU(集中治療室)・CCU(冠動脈疾患)・HCU(重症患者病棟)・Angio(血管造影室)中心機能を一つのフロアに集約しています。

アクセス

□ 東京メトロ浦安駅から徒歩8分
[Tkyobay-mc.jp/access](https://tokyobay-mc.jp/access)

こんな環境です！

東京ディズニーリゾートまで車で15分ほどの浦安市と市川市の境にあります。当地域は子育て世代が増加する住宅都市としてマンション建設が相次いでいる地域でもあります。

ここに注目！



一般外科部門では、新専門医制度に基づき毎年2名の外科専攻医を育成しており、年間650件の手術を行い、外科的救急疾患から悪性腫瘍の治療まで一緒に指導していただければありがたいです。

地域診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の 適正使用に関する質改善活動のための診療監査と コーチングの効果

Effectiveness of Clinical Audit and Coaching for Quality Improvement Activities on Appropriate Use of Benzodiazepine Receptor Agonists in Community Clinics

西村正大^{1),2)} 西岡大輔³⁾ 伊藤ゆり³⁾ 中村正和⁴⁾

望月崇紘^{1),5)} 藤原直樹^{1),6)} 山下大輔⁷⁾

Masahiro Nishimura M.D.^{1),2)}, Daisuke Nishioka M.D. Ph.D.³⁾, Yuri Ito Ph.D.³⁾, Masakazu Nakamura M.D.⁴⁾,
Takahiro Mochizuki M.D.^{1),5)}, Naoki Fujiwara M.D.^{1),6)}, Daisuke Yamashita M.D.⁷⁾

要旨

目的: 診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬 (Benzodiazepine receptor agonists: BZRAs) 適正使用に関する質改善活動のための診療監査とコーチングの介入効果を調べる。

方法: 参加9診療所を診療監査単独群 (単独群), 診療監査+コーチング群 (コーチング群) に割り付け, BZRAs処方患者割合 (指標1) とかかりつけ患者数あたりのBZRAs処方量 (指標2) を毎月測定し返却した。コーチング群には月1回の面談を実施した。介入前後9ヵ月間の指標トレンドを統計学的プロセスコントロール法で, 指標の変化量を差の差法で検証した。

結果: 統計学的プロセスコントロール分析では, 単独群に比べコーチング群にダウンシフトが多く発生した (2回vs5回)。差の差分析では, 単独群でBZRAs処方量の改善が認められた (指標1: -0.62%, $p=0.06$), 指標2: -0.32錠, $p=0.03$)。コーチング群では変化量は増加したものの, 統計学的有意差は認めなかった (指標1: -0.95%, $p=0.48$), 指標2: -0.37錠, $p=0.80$)。

結論: 地域の診療所に対するBZRAs適正使用に関する質改善活動は, 一部の指標で有効である可能性が示唆された。

Abstract

Objective To determine the effectiveness of a quality improvement intervention on the appropriate use of benzodiazepine receptor agonists (BZRAs) in community clinics.

Methods Nine clinics of JADEC (Japan Association for the Development of Community Medicine) were assigned to either audit only group or audit plus coaching group. The percentage of patients prescribed BZRAs (Measurement 1) and the amount of BZRAs prescribed per patient panel (Measurement 2) were measured monthly, and feedback was provided. Coaching clinics had additional monthly online coaching sessions.

Results In the statistical process control analysis, downshifts occurred more frequently in the audit + coaching groups than in the audit only group (2vs5). Difference-in-differences analysis showed an improvement in the amount of BZRAs prescribed in the audit only group (index 1: -0.62%, $p=0.06$) and index 2: -0.32 tablets, $p=0.03$). In the coaching group, the amount of change increased but did not reach statistical significance (index 1: -0.95%, $p=0.48$), index 2: -0.37 tablets, $p=0.80$).

Conclusions The results suggest that quality improvement activities on the use of BZRAs for local clinics may be effective for some indicators.

KEY WORD 医療の質改善, へき地医療, プライマリ・ケア, ベンゾジアゼピン

Keywords quality improvement, rural health care, primary care, benzodiazepine

1) 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所, 2) 奈良市立都祁診療所, 3) 大阪医科薬科大学 医学研究支援センター 医療統計室, 4) 公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター, 5) 君津市国保小櫃診療所, 6) 台東区立台東病院, 7) Oregon Health & Science University (OHSU) Department of Family Medicine

(筆頭著者連絡先: 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所)

原稿受付2023年9月4日/掲載承認2023年12月15日

I. はじめに

診療の質改善 (Quality Improvement: QI) は, “医療ケアのばらつきを減らしアウトカムを改善するために, 体系的にプロセスと構造を標準化しようとする枠組み” と定義されている¹⁾. 診療の質改善の領域として, 健康アウトカム, 患者の医療経験, 医療コスト, 医療者の満足度, そして, 公正医療の提供の5つがあげられている²⁾. 本邦における医療の質は, 平均寿命や乳幼児死亡率などいくつかの健康アウトカム指標において優れているという評価があるものの³⁾, 質の評価と改善活動は計画性に乏しいものが多く, システムレベルでの医療の質評価体制は未発達であることが指摘されている⁴⁾. 特に, 地域医療の要となる診療所医療の領域には第三者評価プログラムは存在せず, 課題として, 医療の質に関する教育機会の不足, 電子カルテの質評価における利便性に課題があると言われている⁵⁾. これらのことから, 本邦の診療所における質改善活動の有効性は未知数と言える.

ベンゾジアゼピン受容体作動薬 (Benzodiazepine receptor agonists: BZRAs) の不適切な処方による依存や副作用は, 高齢化が進む地域医療にとって重要な課題の一つである⁶⁾. 診療報酬制度では, 2014 年から向精神薬の多剤処方が⁷⁾, 2018 年から向精神薬の長期処方が減算対象となった⁸⁾. しかしながら, 対象となる長期処方とは 12 ヶ月以上の同一処方のみと基準が緩く, また, 指定する講義を1度受講するだけで免除される⁸⁾. 国際的にも BZRAs の過剰使用は注目されており, 2021 年,

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) は 64 の共通 QI 指標である Healthcare Quality and Outcome の一つとして「ベンゾジアゼピンまたは関連薬の長期処方を受けた高齢患者」を導入したが, 日本はこのデータを提出していない⁹⁾.

そこで, 本研究では, 地域の診療所における診療の質改善活動の普及とその体制整備の実現を目指して, ベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用をテーマとし, その診療の質改善の体制を構築し, 介入効果を調査することを目的とした.

II. 方 法

1. 研究デザイン

医療の質改善のために行われた教育的介入のデータを二次利用した観察研究.

2. セッティング

介入対象は, 公益社団法人地域医療振興協会 (以下, 地域医療振興協会) の地域医療研究所内に設置された診療所研究ネットワーク (Practice Based Research Network: PBRN) に所属する診療所のうち, 参加に同意した 11 の診療所であった. これらの診療所は 1 施設を除いて, 全てへき地または山間部に位置する無床診療所であった. パイロット 2 施設を除いた 9 施設の 1 日の外来患者数の中央値は 32 人, 勤務する常勤医師数の中央値は 1 人, 勤務する常勤医師の卒後年数の中央値は 21 年であった (表 1).

表 1 参加施設の背景

参加施設	平均外来患者数 (人/日)	常勤医師数(人)	参加常勤医師の 卒後年次 (年)	介入の種類
A	43	1	8	診療監査単独
B	13	1	36	診療監査+コーチング
C	20	1	19	診療監査+コーチング
D	15	1	35	診療監査+コーチング
E	32	1	36	診療監査単独
F	36	2	10	診療監査単独
G	80	2	13	診療監査単独
H	19	2	13	診療監査単独
I	108	3	37	診療監査+コーチング
			23	
中央値	32	1	21	

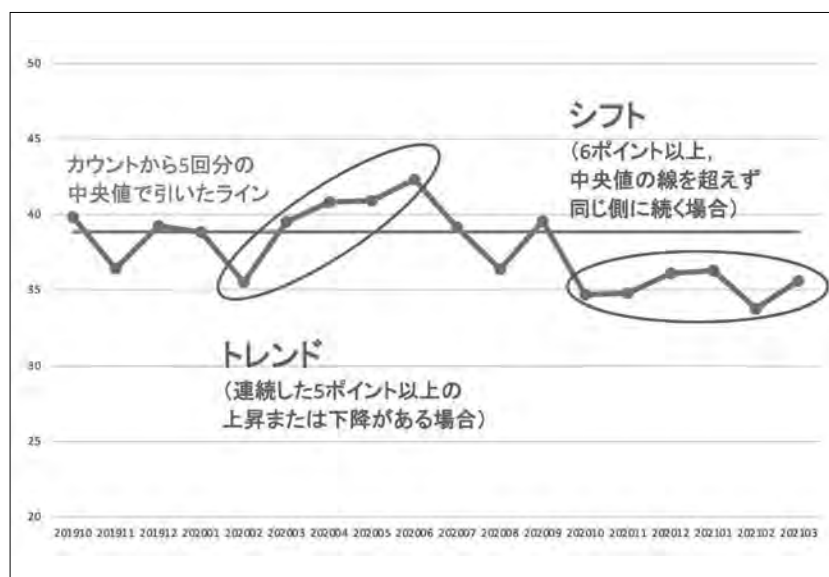


図1 統計学的プロセスコントロール分析における”シグナル”の定義

3. 介入内容

2020年4月から7月までをパイロット期間と位置付け、2施設を対象に本活動全体を試験的に実施し、フィードバックを得て活動計画の修正を行った。続いて、2020年7月に本活動9施設を対象に2時間のBZRAsの適正使用についての勉強会を実施し知識の標準化を行った。次に、本活動9施設を診療監査単独群（単独群）、診療監査＋コーチング群（コーチング群）にランダムに割り付けた。測定指標としては、BZRAs処方患者割合（測定月にBZRAsが1種類以上処方された患者数 / かかりつけ患者数）（指標1）、かかりつけ患者数あたりのBZRAs処方量（測定月に処方されたBZRAs総処方量 / かかりつけ患者数）（指標2）を用いた。かかりつけ患者数は、「測定月から過去1年間に何らかの内服薬処方が90日以上ある患者数」と定義した。2020年7月から2021年3月までを本活動と位置付け、本活動9施設を対象に2種類の教育的介入を実施した。診療監査としては、①参加施設がBZRAsの処方データを含むレセプトデータをPBRNデータセンターに送付、②データセンターがレセプトデータから測定指標を抽出、③研究代表者が、抽出データからQIレポートを作成し参加者に送付、④参加者が閲覧、という手順を毎月実施した。コーチングとしては、各参加者に対して、研究代表者が月に1回のオンライン面談を実施した。面談では、Institute

of Health Improvement (IHI) の講義資料¹⁰⁾を用いてQI活動の知識の講義（QIの概念、要因分析法、ランチャートの読み方、PDSAの記述等）と、実際の活動内容の確認とアドバイスを行った。本QI活動における研究代表者と参加者との情報交換は、地域医療振興協会が業務上で運用中のMicrosoft Teamsのチャット機能、ファイル共有機能、ビデオ通話機能を通じて実施した。

4. 解析

介入前後の効果を2種類の異なる方法で解析した。1つ目は、統計学的プロセスコントロール分析と呼ばれる品質改善の評価に用いる手法¹¹⁾で、活動に伴い生じうる変動（誤差）と、何らかの変化が生じたといえる有意な変動（シグナル）を区別するための既知の法則（図1）¹⁰⁾を用いて評価を行った。2つ目は、差の差分析法（DID法：Difference in difference method¹²⁾）で、本実施8施設の介入前（Pre：2019年10月から2020年6月）と介入後（Pre：2020年7月から2021年3月）の各9ヵ月間の平均値を指標ごとに分析した。施設の常勤医師数（1人または2人以上）、常勤医師の卒後年次（19年未満または20年以上）を、調整変数として分析に加えた。統計解析ソフトは、Stata (ver.17.0 MP Parallel edition) (TX,USA)を使用した。

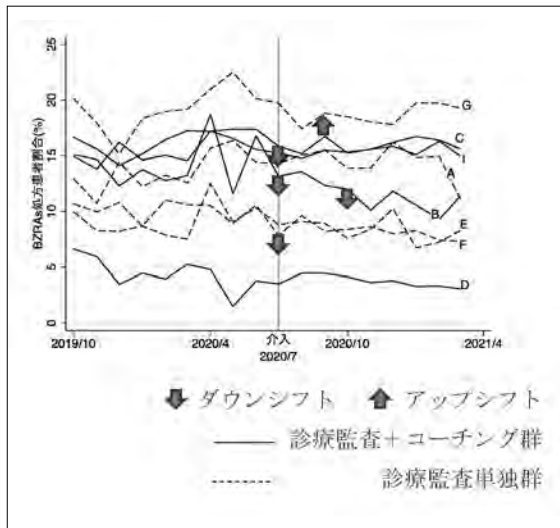


図2 BZRAs処方患者割合(指標1)のランチャート

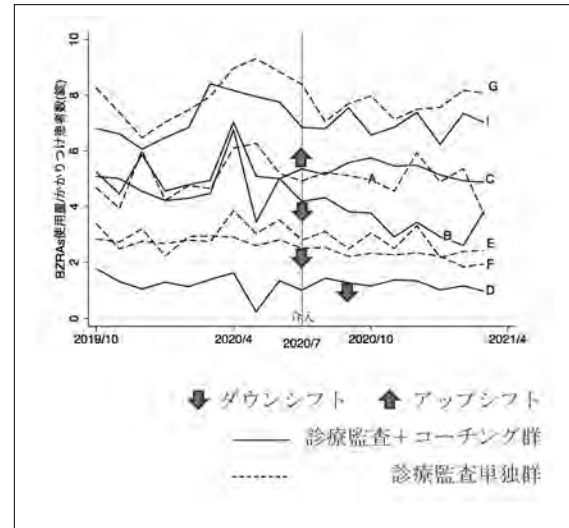


図3 かかりつけ患者数あたりのBZRAs使用量(指標2)のランチャート

表2 統計学的プロセスコントロールにおける介入後のシグナルの発生回数：指標1

施設	介入の種類	介入後のシグナル発生回数	
		アップシフト	ダウンシフト
A	診療監査単独群	0	0
B	診療監査+コーチング	0	2
C	診療監査+コーチング	1	0
D	診療監査+コーチング	0	0
E	診療監査単独群	0	0
F	診療監査単独群	0	1
G	診療監査単独群	0	0
I	診療監査+コーチング	0	1

表3 統計学的プロセスコントロールにおける介入後のシグナルの発生回数：指標2

施設	介入の種類	介入後のシグナル発生回数	
		アップシフト	ダウンシフト
A	診療監査単独群	0	0
B	診療監査+コーチング	0	1
C	診療監査+コーチング	1	0
D	診療監査+コーチング	0	1
E	診療監査単独群	0	0
F	診療監査単独群	0	1
G	診療監査単独群	0	0
I	診療監査+コーチング	0	0

5. 倫理的課題

本研究で取り扱ったレセプトデータは、セキュリティを備えた電子媒体で扱い、PBRN データセンターで個人情報と個人識別情報を削除した後、研究に必要な情報を抽出した。本研究は、地域医療振興協会の倫理委員会で審査、認定されている(認定番号 20200312-03)。

Ⅲ. 結 果

単独群の1施設が新型コロナの業務負担により途中で活動を中断したため、残り8施設に月1回の診療監査を9ヵ月間実施した。コーチング群4施設に対しては、診療監査に加え、1施設あたり合計9回のコーチングを実施した。

BZRAs 処方患者割合(指標1)のランチャートを図2に示す。介入後の変化における統計学的プロセスコントロール分析では、ダウンシフトがコーチング群である施設Bに2回、施設Iに1回、単独群である施設Fに1回認められた。アップシフトは、コーチング群である施設Cに1回認められた(表2)。続いて、かかりつけ患者数あたりのBZRAs 処方量(指標2)のランチャートを図3に示す。ダウンシフトはコーチング群である施設Bと施設Dに1回ずつ、単独群である施設Fに1回認められた。アップシフトは、コーチング群である施設Cに1回認められた(表3)。いずれの指標においても、介入後期間中にトレンドに該当する変化は認められなかった。

差の差分分析では、BZRAs 処方患者割合(指標

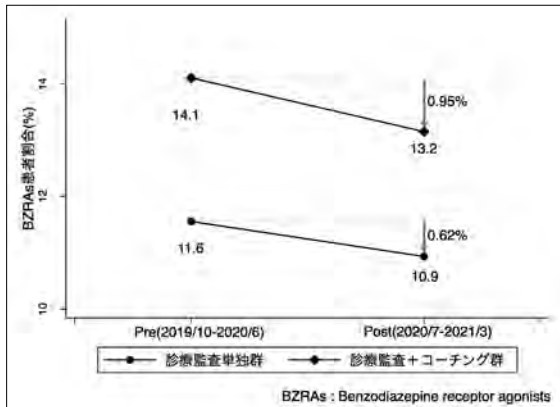


図4 介入前後のBZRAs処方患者割合(指標1)

1)は、介入前後で単独群で0.62%ポイント減る傾向が認められた(95%信頼区間 -1.272-0.026, $p=0.06$)。コーチング群は、単独群と比べてもともと処方割合が2.55%ポイント高い傾向があったが(95%信頼区間 5.907-11.002, $p=0.56$)、介入前後でさらに0.33%ポイント減る傾向が認められ(95%信頼区間 -1.253-0.584, $p=0.48$)、合計0.95%の減少傾向が認められた(図4)。その他の関連要因として、全期間において常勤医師が1名の施設の方で処方割合は3.13%ポイント少なく、常勤医師の卒後年次が20年以上の施設の方が、処方割合は4.4%ポイント少ない傾向が認められた。

かかりつけ患者数あたりのBZRAs処方量(指標2)においては、介入前後で単独群の処方数は1施設あたり0.32錠分有意に減少した(95%信頼区間 -0.601-0.030, $p=0.03$)。コーチング群は、単独群と比べて、もともと1施設あたりのBZRAs平均処方数は1.08錠多い傾向が観察されていたが(95%信頼区間 -2.961-5.122, $p=0.60$)が、介入前後で0.05錠分(95%信頼区間 -0.457-0.351, $p=0.80$)の追加減量効果が推定され、合計0.37錠の減少傾向が認められた(図5)。その他の関連要因として、全期間において常勤医師が1名の施設の方で2.04錠少なく、常勤医師の卒後年次が20年以上の施設の方が、1.35錠少ない傾向が認められた。

IV. 考 察

統計学的プロセスコントロール分析では、2指標を併せた全体で、ダウンシフトの発生回数(7回)

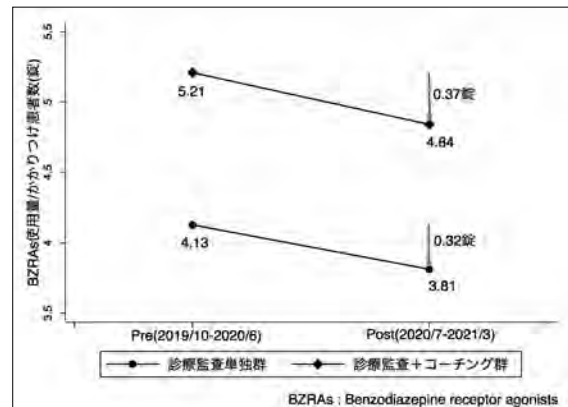


図5 介入前後のかかりつけ患者数あたりのBZRAs使用量(指標2)

は、アップシフトの発生回数(2回)を上回った。ダウンシフトは単独群(2回)に比べコーチング群(5回)に多く発生した。差の差分析では、単独群では2指標共に前後で指標が改善する方向への変化が認められた。コーチング群では、単独群に比べて変化量大きい傾向が認められたものの、統計学的有意差を伴ったコーチングの追加減少効果を示すことはできなかった。

QIの効果に関する研究としては、診療所へのEBMの導入に対するファシリテーション介入には中等度の頑固性を伴った有効性が認められた¹³⁾という報告がある一方、最も効果的な介入はシステムに基づくものであり、行動変容を目的とするものは、安全ではあるが効果は低い¹⁴⁾という報告もある。システマティックレビューでは、診療監査とコーチングを含めたフィードバックの効果は様々であり有効性に関する議論は分かれていると結論づけられている¹⁵⁾。

本研究の差の差分析で、有意差が得られた単独群の指標2の介入前後の減少量0.32錠は指標の特性上少なく見えるが、8施設のかかりつけ患者の合計4,807人(介入後9ヵ月間の平均)で換算すると、 $4,807 \times 0.32 = 1,538$ 錠/月のBZRAsが活動前後で減少したことになる。2021年度に実施された診療報酬改定の効果研究として、睡眠薬・抗不安薬の長期・高用量処方の実態に大きな変化はなく診療報酬改定の効果を示すことはできなかったという報告¹⁶⁾があることを考慮すると、本QI活動の一部は効果を示すことができたと言える。

今回の統計学的プロセスコントロール分析では、

その特性上、施設間の統計学的な解釈はできない。さらに、倫理的な視点から対照群としての非介入群を設定しなかったことから、診療監査単独群がみられた指標2の有意の改善についても、診療監査の効果と結論づけることはできない。介入をデザイン上の限界としては、本研究では診療所のパフォーマンスを単位にしたため、患者数の多寡が反映できていない点、BZRAsの処方行動に影響すると思われる処方医師や患者の行動要因や心理社会的な要因に関する変数を調整できていない点、観察期間が短い点などが挙げられる。外的要因としては、活動期間が新型コロナパンデミックの初期と一致していたことから、各施設の質改善への関心、活動量、オンラインコミュニケーション環境に影響を与えた可能性も考えられる。

これらの限界がある一方、複雑な現場の事象を扱う診療の質改善活動に関する研究は、現実的な実行可能性と頑強な科学的手法とのバランスが重要であるとも言われている¹⁷⁾。本邦の診療所医療における診療の質改善活動の実績と研究報告が少ない現状を踏まえると、地域診療所の日常診療の中で実行可能な体制のもとで、質改善活動のモデルを探索、検証する意義は少なからずあると考える。本研究を通じて得られた知見と活動の基盤を元に、今後、他の指標も含め、わが国のプライマリ・ケアの実情に則した形での質改善活動の体制作りを進展させていくことが重要である。

参考文献

- 1) CMS.gov, <https://mmshub.cms.gov/> (Accessed 2023 Aug 10)
- 2) Nundy S, Cooper LA, Mate KS: The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 2022; 327(6): 521-522.
- 3) Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al: What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; 378(9796): 1094-105.
- 4) OECD (2015) "OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards" <https://doi.org/10.1787/9789264225817-en> (Accessed 2020 Feb 16)
- 5) Aoki T, Taguchi K: Third-party Evaluation Program for Primary care Facilities: Situation in Other Countries and Suggestions for Our Country. *An Off J Japan Prim Care Assoc* 2018; 41(4): 179-183.
- 6) 日本老年医学会, 日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班: 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015.
- 7) 厚生労働省, 平成 26 年厚生労働省告示第 57 号.
- 8) 厚生労働省, 平成 30 年厚生労働省告示第 43 号.
- 9) OECD, "OECD.Stat," <https://www.oecd.org/health/health-care-quality-outcomes-indicators.htm> (Accessed 2023 Aug 10)
- 10) Institute for Healthcare Improvement. "IHI Open School" <https://www.ihio.org/education/ihio-open-school/Pages/default.aspx> (Accessed 2023 Aug 10)
- 11) Thor J, Lundberg J, Ask J, et al: Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review. *Qual Saf Health Care* 2007; 16(5): 387-399.
- 12) Sasabuchi Y: Introduction to Difference-in-differences Design. *Ann Clin Epidemiol* 2021; 3(3): 74-77.
- 13) Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al: Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jun 13 (6): CD000259
- 14) Boyle A, Keep J. Clinical audit does not work, is quality improvement any better? *Br J Hosp Med* 2018; 79(9): 508-510.
- 15) Baskerville NB, Liddy C, Hogg W: Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med* 2012; 10(1): 63-74.
- 16) 高江洲義和, 睡眠薬・抗不安薬の処方実態調査ならびに共同意思決定による適正使用・出口戦略のための研修プログラムの開発と効果検証研究, 令和 3(2021) 年度, 厚生労働科学研究成果データベース, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/158053> (Accessed 2023 Aug 24)
- 17) Hirschhorn LR, Ramaswamy R, Devnani M, et al: Research versus practice in quality improvement? Understanding how we can bridge the gap. *Int J Qual Health Care* 2018; 30(suppl_1): 24-28.

第124回

“リハビリテーション実施中の急変”に関わる 事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

医療機関において発生しているインシデント・アクシデント事例では、リハビリテーションに関わる事例がある。リハビリテーションを必要とする患者の状況は、運動機能の低下や障害により、歩行が不安定で転倒のリスクが高いことが想定され、リスク発生の可能性を考慮した対応が望まれる。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における、第62回報告書¹⁾、および第63回報告書²⁾では、「リハビリテーションを受けている患者に関連した事例」を「分析テーマ」として取り上げている。第63回報告書²⁾によると、2019年1月～2020年6月に報告された医療事故情報において、分析対象とした66件中、「リハビリテーションの際に発生した事例」は49件、「リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例」は17件であることが挙げられている。また、2020年1月～6月に報告されたヒヤリ・ハット事例情報において、分析対象とした179件中、「リハビリテーションの際に発生した事例」は168件、「リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例」は11件であることが挙げられている。

本連載でもこれまでに、リハビリテーション

に関わる内容として、「リハビリテーション部門と病棟の情報共有」に関わるアクシデント(第90回)」というテーマで、インシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策について、具体的事例から検討している。

自施設では、「リハビリテーションの際に発生した事例」は報告されていないだろうか。これまでにインシデント・アクシデント事例が発生していない場合でも、事例発生の未然防止対策は十分だろうか。

リハビリテーション実施に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「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、リハビリテーション実施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。

明らかになった自施設の傾向や課題と向き合い、関与する医師、看護師はもとより、理学療法士、作業療法士、および言語聴覚士などのリハビリテーションに関わる専門職を含めた多職種が、個々の専門性とチーム力を発揮して事例発生の未然防止に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、リハビリテーション実施に関わる事例の中から、特に、“リハビリテーション実施中の急変”に焦点を当てて、事例の発生プロセス、および事例の発生要因の“見える化”から課題を明らかにすることで、事例発生の未然

防止対策について検討する。また，“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例としては，機能訓練室などで急変した事例はもとより，病棟のベッドサイドなどでリハビリテーションを実施中に急変した事例なども対象として検討する。

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，アクシデントを「医療事故」，インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

“リハビリテーション実施中の急変” に関わる事例

本事業の事例検索³⁾では，2023年9月中旬現在，キーワード“リハビリテーション”で1,650件，“リハビリ室”で280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，キーワード“リハビリ中”“急変”で22件，“機能訓練室”“急変”で10件，“リハビリ室”“急変”で7件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本稿では“リハビリテーション実施中の急変”に焦点を当てて検討するため，上記のキーワード“リハビリ中”“急変”で検索された22件，“機能訓練室”“急変”で検索された10件，および“リハビリ室”“急変”で検索された7件に注目し，これらの合計39件の事例を検討した。この中で，事例の発生・経過に，“リハビリテーション実施中の急変”が関連していない18件を対象外とし，21件を対象として検討を実施した。

報告書に記載されている「事故の程度」は，「死亡：8件」「死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる：4件」「障害残存の可能性が高い：4件」「障害残存の可能性が低い：3件」「障害残存の可能性なし：1件」「不明（未記載）：1件」であり，「事故の治療の程度」は，「医療の実施の有無」で「実施なし」であった7件を除く14件の内訳では，「濃厚な治療：11件」「軽微な治

表 “リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の分類

事故の程度	件数	事故の治療の程度	件数
死亡	8	濃厚な治療	11
死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	4		
障害残存の可能性が高い(高い)	4	軽微な治療	3
障害残存の可能性が高い(低い)	3		
障害残存の可能性なし	1	※「医療の実施の有無」で、「実施なし」であった7件を除く14件の内訳を示す。	
不明(未記載)	1		
合 計	21		

〔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21件の事例を基に作成〕

療：3件」であったことが挙げられている（表）。

“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例として，事例検索³⁾にて検索された事例としては，

「胃癌にて入院した患者（60歳代，男性）は，既往歴に狭心症があり，循環器内科より内服薬が処方されていた。術後，ベッドサイドでのリハビリテーションが開始された。リハビリテーション開始の翌々日（術後8日目），理学療法士が訪室した際，患者が自転車エルゴメーターでの訓練を希望し，独歩で機能訓練室に移動した。機能訓練室に到着直後，努力性呼吸を認め，患者に自覚症状を確認したが特に訴えはなかった。軽い負荷でリハビリテーションを開始し，1分程度経過した時点で軽度の息切れが出現し，その後，意識消失を認めた。院内救急コールで応援を要請し，患者をベッドまで移動させた。医療チームが到着してCPRなどが実施されたが患者は死亡した。

ヘパリンナトリウム注射液の投与は入院時から開始され，手術当日のみ中止し，術後1日目から再開しており，深部静脈血栓症の予防対策は実施していた。主治医は循環器疾患のリスクを認知していたが，特に，患者が定期的に受診している循環器内科への診察依頼を行っていなかった。患者はベッドサイドから個室内のトイレには歩行していたが，個室外への歩行は行っていなかった。『早く元気になって帰りたい』という患者の希望もあり，機能訓練室まで，理学療法士が付き添いをして，独歩で移動した。機

能訓練室に移動してリハビリテーションを実施することについて、主治医に可否の確認は行われておらず、担当の理学療法士の判断で患者を独歩で移動させ、自転車エルゴメーターでのリハビリテーションが実施された。病棟から機能訓練室までの患者の歩行距離は約177m(実測)であった。事例検討委員会からは、“急性心筋梗塞発症の可能性がある、虚血による致死性不整脈での突然死が推測される。死後画像(CT検査)の読影によると上行大動脈破裂の可能性もある”との報告があった」

「気管切開孔より酸素吸入中の患者(80歳代、女性)に対して、リハビリテーション実施のためにベッドから車椅子に移乗させた。病棟出発時、家族の『行ってらっしゃい』の声に手を上げて応えており、意識や呼吸状態に著変はなかった。看護助手が搬送し、機能訓練室に到着後、看護助手は、移動中に患者の体が車椅子の下方にずれたので修正するように作業療法士に声をかけた。この時、患者にも声をかけたが、顔面は上を向いていて著変はなかった。他の業務を終えた作業療法士が患者のそばに行き、中央配管の場所に移動した際に、患者の頸部が前屈し、酸素チューブが外れ、顎が気管切開チューブの上に載っているのを発見した。意識消失、呼吸停止を認め、直ちに医師と病棟に連絡し、医師が到着後にCPRなどが実施されたが、その後、死亡が確認された。

病棟出発時、酸素ボンベへの切り替え、酸素ボンベ内の酸素残量の確認は適切に行われた。意識のある患者だったので車椅子のベルトは未使用で、車椅子上の滑り防止対策は未実施だった。機能訓練室はワンフロアに複数の職員がいて、ある程度の患者の観察はできるが、患者が病棟から到着後、担当の作業療法士が対応するまでに時間差があった。作業療法士は、患者の状態を認識後、直ちに血圧や血中酸素飽和度の測定、機能訓練室の職員への応援要請、および医師・病棟への連絡を行った。速やかに対応できたが、機能訓練室には、救急カートなどは配置されていなかった(リハビリテーション外来に配置、当該患者の位置から約39m)。救急カート

は機能訓練室の職員専用区域の細い通路を通らないと出せない状況があった。当日の外来の看護師は物品配置に習熟していなかった(今回、モニタや救急カートは持ち出されていなかった)」などがある。

これら“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例は、リハビリテーションの本来の目的を達成できないことはもとより、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性が想定され、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、“リハビリテーション実施中の急変”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策として、リハビリテーション実施前の患者の評価、リハビリテーション実施前の患者の状態観察・確認のルールの整備、多職種参加のカンファレンス、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“リハビリテーション実施中の急変”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、自施設における現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索³⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生プロセスの“見える化”から課題を明らかにし、事例発生の未然防止対策について検討する。

事例「リハビリテーション実施中に意識消失、心肺停止。発生する可能性のあるリスクの予測は?」

【事故の内容】

- ・患者(60歳代、女性)は、悪性神経膠腫にて入院し、脳腫瘍摘出術を施行した。
- ・術後の経過は良好であった。
- ・術後16日目、病棟でのリハビリテーション実施中に、意識消失、心肺停止を認め、CPRを開始した

- ・蘇生に成功後、緊急カテーテル検査を実施し、肺血栓塞栓症を認めた。
- ・その後、腫瘍摘出部位、および消化管から出血を認めたが、外科的処置はできなかった。
- ・薬剤、輸血、呼吸管理などによる治療を実施したが、患者は死亡した。

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

本事例の背景要因としては、「術前に、深部静脈血栓症(以下、DVT)発生予測スケールによる評価を行わなかった」「術後1週間目の血液検査でD-dimerが上昇していたが、血栓を生じる可能性がある値であるとの認識がなかった」「D-dimerの上昇に気づいていた他職種の職員がいたが、情報共有ができなかった」「DVTの発生予防のために、術後1週間、弾性ストッキングを着用してもらったが、その後のDVTの発生予防のケアは行わなかった」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、術後のリハビリテーション実施中に患者が死亡に至る状況を未然防止できなかったのか?」「なぜ、医師、看護師、リハビリテーション担当者など複数の専門職が関与していたにもかかわらず、事例発生を回避できなかったのか?」「なぜ、術前に、DVT発生予測スケールによる評価を行わなかったのか?」「なぜ、術後1週間目の血液検査でD-dimerが上昇していたにもかかわらず、血栓を生じる可能性がある値であると認識されなかったのか?」「なぜ、D-dimerの上昇に気づいていた他職種の職員がいたにもかかわらず、情報共有ができなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「術前に、DVT発生予測スケールによる評価を行

わなかった」ことに注目することが重要である。当該施設では、肺血栓塞栓症の発生のリスクアセスメントを実施していなかったことが想定され、ここには、今後の未然防止対策の検討に活用できるポイントがある。これらを踏まえて、DVTや肺血栓塞栓症の発生予防に関わるシステム整備の状況を振り返ることが望まれる。また、「なぜ、術後1週間目の血液検査でD-dimerが上昇していたにもかかわらず、血栓を生じる可能性がある値であると認識されなかったのか?」と疑問を深めることで、リスクの回避の可能性につなげたい。

さらに、本事例の背景要因に挙げられている「D-dimerの上昇に気づいていた他職種の職員がいたが、情報共有ができなかった」については、「なぜ、D-dimerの上昇に気づいていた他職種の職員がいたにもかかわらず、情報共有ができなかったのか?」という疑問を深めて、当該職員の職種や職種経験年数、職位など、権威勾配も含めた情報共有を妨げる要因を考慮して、分析を実施することを期待したい。

“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を未然防止するため、本事業における事例検索³⁾にて検索された事例の中で、本稿の対象とした21件の事例の記載内容を参考にして、「“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例) (図1)を作成した。ここでは、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生プロセスを、「事前の評価」「開始前の判断・実施中の観察」「急変時の対応」として、事例の発生要因の“見える化”を実施した。このように事例の発生プロセスにおける、さまざまな背景を考慮して、発生要因を検討することにより、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“リハビリテーション実施中の急変”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“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生要因を明らかにするためには、「情報共有不足」「確認不足」「経験不

足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討することが望まれる。

“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例を、発生プロセスの視点で分析することが未実施、2)事例分析による自施設の現状評価、課題の明確化が未実施、3)患者の状況を踏まえた、リハビリテーション実施に関わる多職種でのリスクアセスメントが未実施、4)リスクアセスメントの結果を踏まえた、実践的医療安全トレーニング⁴⁾、および評価結果のフィードバックが未実施、5)他施設の事例も含めた情報提供・情報共有を含む職員教育が未実施、6)トレーニングや、職員教育実施後の職員の認識の変化、知識の獲得の有無などの現状評価が未実施、などが考えられる。

“リハビリテーション実施中の急変” に関わる事例発生 of 未然防止対策

本事例の改善策としては、「術前のDVT発生予測スケールを用いた評価を徹底する」「術後のDVTのハイリスク例に関しては、D-dimerの検査を術後1週間以内に行い、当院の基準値以上であれば、下肢静脈の超音波検査を実施してDVTの有無を確認する」「術後のDVTのハイリスク例における急変は、肺血栓塞栓症を疑って積極的に対処する」「多職種間の職員で、積極的に患者の情報交換を行う」などが挙げられていた。

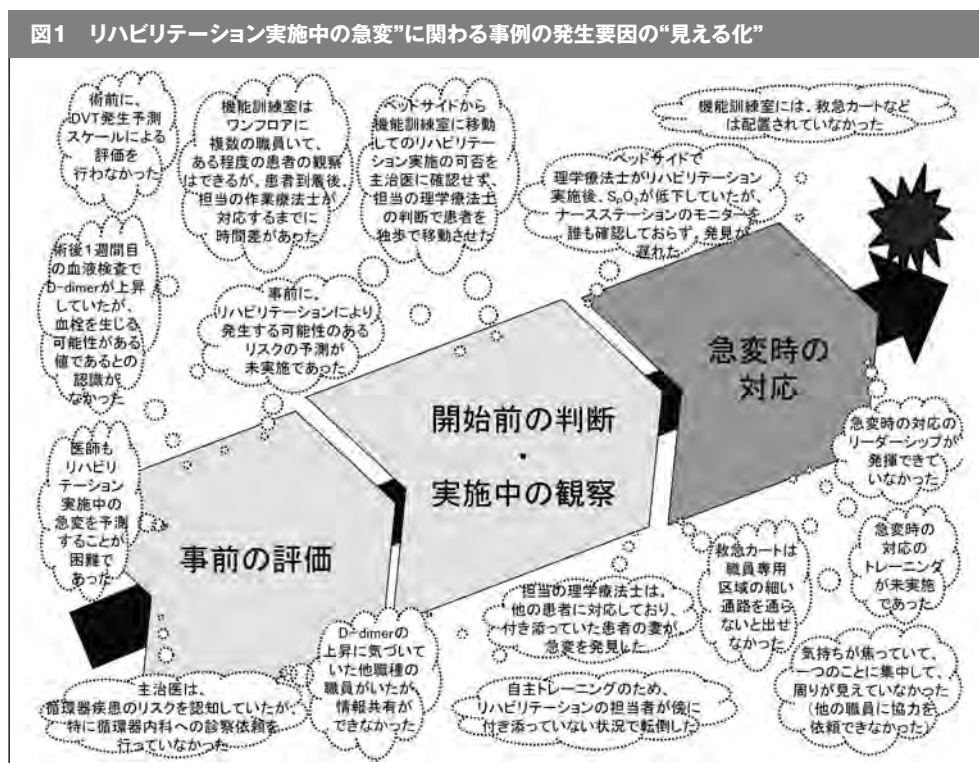
“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかにした発生要因に対応して、1)自施設における“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例を、発生プロセスの視点で分析することの実施、2)事例分析による自施設の現状評価、課題の明確化の実施、3)患者の状況を踏まえた、リハビリテーション実施に関わる多職種でのリスクアセスメントの実施、4)リスクアセスメント

の結果を踏まえた、実践的医療安全トレーニング⁴⁾、および評価結果のフィードバックの実施、5)他施設の事例も含めた情報提供・情報共有を含む職員教育の実施、6)トレーニングや、職員教育実施後の職員の認識の変化、知識の獲得の有無などの現状評価の実施、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「情報共有不足」「確認不足」「思い込み」などを防止すること、および患者の状況を踏まえたリハビリテーション実施に関わるリスクアセスメントの実施や、防止対策の検討などにより、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を回避することが期待される。また、急変の徴候に早期に気づくことで、患者への影響を最小にできる可能性にも目を向けたい。

1)の「自施設における“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例を、発生プロセスの視点で分析することの実施」では、何らかの視点を活用することで、広い視野で事例分析を実施することを検討したい。本稿では、「事前の評価」「開始前の判断・実施中の観察」「急変時の対応」という3つの“事例の発生プロセス”という視点の活用を提案している(図1)。もちろん、これらに限らず、自施設の状態に応じたさまざまな視点の活用も期待したい。

さらに、本事業における事例検索³⁾にて検索された事例の中で、本稿の対象とした21件の事例の記載内容を参考にして、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生プロセスから検討する未然防止対策(例) (図2)を作成した。自施設において、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例に関連して、さまざまな発生プロセスにおける未然防止対策を検討することを勧めたい。また、検討の際には、関与する医師、看護師はもとより、理学療法士、作業療法士、および言語聴覚士などのリハビリテーションに関わる専門職によるリスクアセスメントの実施や、事例発生 of 未然防止のためのシステム整備などについても焦点を当てることを期待したい。



(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21件の事例の記載内容を参考に作成)

2)の「事例分析による自施設の現状評価、課題の明確化の実施」では、はじめに自施設における、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生の有無の確認が必要である。自施設では、これまで類似事例が発生していない場合には、今後、発生する可能性を想定して検討することが望まれる。1)で提案した、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生プロセスから検討する未然防止対策(例)」（図2）を参考に、自施設では、「事前の評価」「開始前の判断・実施中の観察」「急変時の対応」において、どのプロセスに課題があるのか、ということをはっきりとすることを推奨したい。

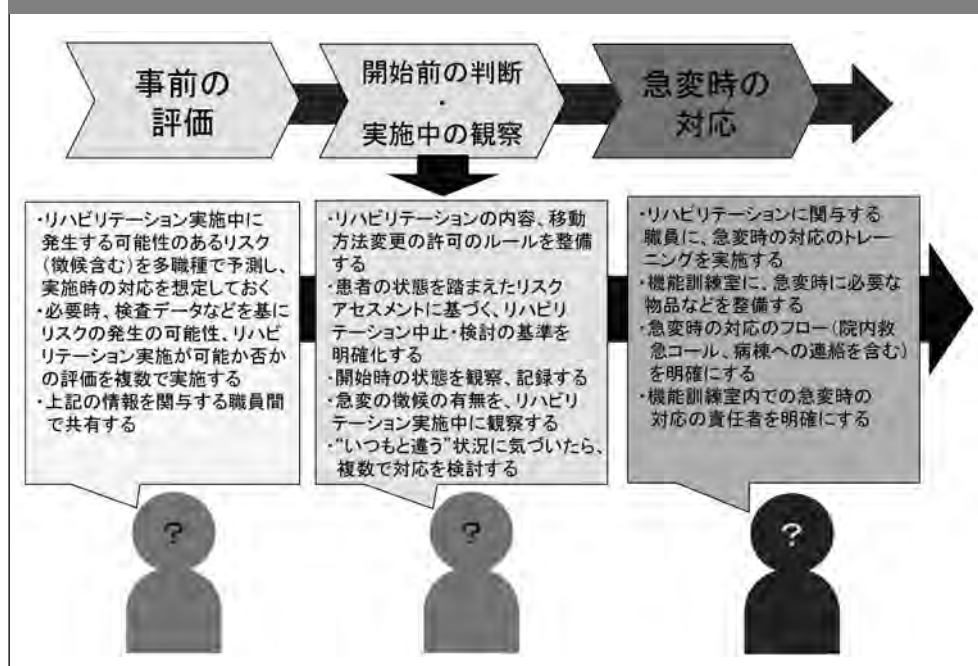
3)の「患者の状況を踏まえた、リハビリテーション実施に関わる多職種でのリスクアセスメントの実施」では、自施設で発生した事例はもとより、他施設で発生した事例に関する情報収集が重要となる。

例えば、本事例の背景要因に挙げられている「術前に、DVT発生予測スケールによる評価を行わなかった」「術後1週間目の血液検査でD-dimerが上昇していたが、血栓を生じる可能性が

ある値であるとの認識がなかった」「D-dimerの上昇に気づいていた他職種の職員がいたが、情報共有ができなかった」などを検討すると、今後、さまざまな未然防止の取り組みが想定される。実際に“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を経験していない場合でも、多職種で、「もしも、〇〇していたら？」と具体的に考え、自施設の現状と照らし合わせることで、リスクを予測することが望まれる。

4)の「リスクアセスメントの結果を踏まえた、実践的医療安全トレーニング⁴⁾、および評価結果のフィードバックの実施」では、自施設、および他施設で発生した事例を参考に、具体的事例を活用したトレーニングの実施が求められる。実践的医療安全トレーニング⁴⁾の企画を検討する際には、3)のリスクアセスメントの結果を活用してもよい。ここでは、自施設の現状に即した内容で、職員個々が自分も遭遇する可能性があるということを共感できる教材作成が望まれる。また、トレーニングの終了後には、評価結果のフィードバックを、どのような範囲で、どのように実施するのかも、企画時に検討しておくこ

図2 “リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例の発生プロセスから検討する未然防止対策(例)



[日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された21件の事例の記載内容を参考に作成]

とを勧めたい。

5)の「他施設の事例も含めた情報提供・情報共有を含む職員教育の実施」では、全職員対象の医療安全研修を実施する際に、自施設はもちろん、他施設ではどのような事例が発生しているのか、ということの情報提供が望まれる。その上で、研修企画者側が、どのような認識の共有を意図しているのかを明確にし、意図したことを正しく伝達して、受け手の認識を確認できる内容を提供することを検討したい。

6)の「トレーニングや、職員教育実施後の職員の認識の変化、知識の獲得の有無などの現状評価の実施」では、研修やトレーニングの実施後の評価方法、評価時期、およびフィードバック方法を企画時に明らかにしておくことが必要である。併せて、自施設の現状や、明らかになった課題を踏まえて、どのような目標達成を目指しているのか、ということも提示する。最終的な評価は、その後の類似事例の発生の有無と、発生時の要因の分析などで検討することが望まれる。必ずしも、一度のトレーニング、一度の研修で期待する成果が得られるとは限らないため、繰り返しの実施により、事例発生の未然防止に向けた

取り組みを実施することが期待される。

前記の事例の改善策としては「リハビリテーションにおいて、ベッドサイドでの実施から機能訓練室での実施へ移行は、必ず医師の指示を確認する。医師の指示が無い場合には実施しない(担当の理学療法士などが、単独の判断で実施しない)。患者の状態に関して、多職種で連携して情報共有し、リスクに関わる情報交換をタイムリーに実施する。主治医は、患者の状況に関して自身の専門とは異なる場合には、異常に気づいた時点で、早期に当該分野の専門医に相談、あるいは診察依頼をする」「機能訓練室における物品の配置を検討する。理学療法士などの機能訓練室の職員に関して、患者の急変時の初期対応の知識・技術の習得について検討する。機能訓練室で、患者が急変した場合の連絡・対応に関するマニュアルの作成や、その内容の共有を実施する。患者が機能訓練室に到着後の、理学療法士などとの引き継ぎについて検討する」などが挙げられていた。

今後、自施設における“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自

施設の現状と課題に対応したい。

“リハビリテーション実施中の急変” に関わる事例発生を未然防止と 今後の展望

本稿では、リハビリテーション実施に関わる事例の中から、特に、“リハビリテーション実施中の急変”に焦点を当てて、事例の発生プロセス、および事例の発生要因の“見える化”から課題を明らかにすることで、事例発生を未然防止対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、適切なリスクアセスメントが未実施であること、ルールの不遵守、および安全を確保するシステムが機能していないことなどにより、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を未然防止できずに、患者に重大な影響が発生する可能性があることを指摘したい。

入院中の患者が、機能訓練室でリハビリテーションを実施する場合には、患者は病棟から機能訓練室へ移動し、リハビリテーションの終了後に病棟に戻る、という“場の移動”があるため、関与する職員が、患者の状況に関わる情報共有をタイムリーに実施することが、必ずしも容易ではない場合も想定される⁵⁾。同じ職種でも、認識や、受けとめ方が異なる可能性があること、および職種が異なれば視点も異なる可能性がある⁵⁾、チームとしての対応が期待される⁵⁾。

さらに“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例が発生した際には、施設内のさまざまな状況を鑑みて、適切な対応を迅速・スムーズに実施することが、患者への影響拡大の防止とトラブル発生を未然防止につながる可能性がある⁶⁾、今後、自施設の現状に対応して、さらなる検

討を実施することが望まれる。

“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を未然防止における今後の展望としては、リスクを回避できる可能性に目を向けることが重要である。これまで、自施設では類似事例が発生していない場合には、他施設で発生した事例も含めて、“リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例が、どのような状況で、どのような発生要因で発生しているのか、ということの情報を得ることを勧めたい。そして、リスクアセスメントの結果を防止対策に反映することや、実施後の評価を含めたシステム整備を検討することが望まれる。

併せて、部門を超えた多職種によるリスクアセスメントの実施、リハビリテーション実施前の評価実施に関わるルールの整備、およびこれらの実施状況の評価を含むシステム整備を提案したい。リハビリテーションに関わるプロフェッショナルが個々の能力を結集し、得られた情報を有効に活用したリスクの予測に基づく、リスクの発生を回避する未然防止対策を検討することが期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第62回報告書.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_62.pdf (accessed 2023 Oct 23)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第63回報告書.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_63.pdf (accessed 2023 Oct 23)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索.
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2023 Oct 23)
- 4) 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, 190-201.
- 5) 石川雅彦: リハビリテーションに関わる医療安全管理. リハビリに関わるプロセスの特徴とチームの取り組み. 看護管理 2013;23(5):345-349.
- 6) 石川雅彦: 手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第5回アクシデントを発生前に想定し, 適切な未然防止策と実施している. 臨床外科 2016;71(8):996-999.

第15回 JADECOM学術大会

大会テーマ：未来思考で地域をささえる

会期：2023年10月7日(土)～8日(日)

主催：公益社団法人地域医療振興協会

第15回JADECOM学術大会が、東京・永田町にある海運ビル・砂防会館別館にて開催された。公立丹南病院を主幹施設とした「西ブロック」22施設が幹事を担当し、昨年に引き続き現地およびオンライン参加によるハイブリッドで行われた。

テーマは「未来思考で地域をささえる」。全22プログラムが実施され、参加者は2日間合わせ、現地在960人、オンラインが720人を超える大盛況であった。

ここでは下記のプログラムについて紹介する。

- 理事長挨拶
- 大会長挨拶
- 基調講演「おもしろく有意義に生きるための7つのヒント」
- メインシンポジウム「未来思考で地域をささえる」
- チーム医療セッション「チームで考えよう！ 患者視点から考える課題解決の実践
～患者になった時どんなケアを受けたいですか～」
- NP・NDC研修センター／NDC部門「特定ケア看護師の挑戦：NDCの活動で未来思考へ！」
- 病院管理研究会「2024年医療・介護同時改定を見据えた対応」
- シミュレーションセンター「今すぐ、誰でもできる！ もっと効果的なコミュニケーション
で人に教えるための3つの秘訣」
- JADECOM-PBRN「第3回 JADECOM-PBRN Annual Convocation
～診療所における糖尿病診療カイゼン活動報告～」
- NP・NDC研修センター／NP部門「地域の未来×NPの未来
～見せる、魅せるNPになるために～」
- 公衆衛生委員会「JADECOM施設におけるヘルスプロモーション活動の推進に向けて
～Part2～」
- 看護介護 病院・診療所部門「つながる看護で地域をささえる」
- 看護介護 老健部門「老健施設におけるケアの質の確保について」
- 栄養部会「未来思考で地域を支える管理栄養士」
- リハビリテーション部会「未来に向けてリハ職として求められる力」
- 薬剤部会「薬剤師のタスクシフト・薬剤師からのタスクシフト
～薬剤師業務の過去・現在・未来～」
- ACP相談チーム養成研修企画チーム「地域で取り組むアドバンス・ケア・プランニング
～いつ、だれが、どうやって～」

理事長挨拶

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

地域医療振興協会は誕生して37年、自治医科大学の同窓会から誕生し、地域医療のために「施設運営」「医師派遣・診療支援」「医師研修」に取り組んできました。

われわれは自治医大の卒業生を中心にした法人ですので、へき地医療をどうするかを問われています。各都道府県にはへき地医療支援機構があり、医師確保のために知恵をしばっています。その一つとして、勤務医のキャリア形成の支援が言われており、実は協会は昨年から自治医大に寄附講座を設け、医療人のキャリアを支援する仕組みを考えています。

医師だけではなく、ナースやコメディカルの方もこれからキャリア改善してほしいと考えています。協会は今まで看護学校を2つ運営してきましたが、さいたま看護学校を久喜の東京理科大学の跡地に移転し、南埼玉郡市医師会久喜

看護専門学校と一緒に、令和7年に開始するということが検討されています。また、横須賀市立うわまち病院が久里浜に移転後、その跡地に横須賀市が運営する看護大学をつくろうという構想があります。

また協会は、ハワイ大学、トーマス・ジェファソン大学、オレゴン健康科学大学の3大学と交流がありますが、ハワイ大学とは新たに5年契約を締結しました。米国の医療やシステム、例えばNPや、へき地におけるプライマリ・ケアなどを研修できるよう今後も続けていきたいと思っています。

今後とも、よろしくお願いします。



大会長挨拶

公立丹南病院 管理者 布施田哲也

写真1は開院20周年記念にドローン撮影した公立丹南病院の全景写真です。これを見るとまわりに多くの人々が住んでいて病院が成り立っていることが分かります。コロナ禍の3年間は各施設ご苦労が多かったと思いますが、一方で多くの応援メッセージや寄付がありました。当院でも「さしあたり使いみちがないので」と言って特別定額給付金10万円を匿名希望で持参された高齢女性の方がおられました。私はそのお気持ちに深謝して長いお礼の手紙を書きました。このようなことがあると医療施設は地域からもささえられていると感じます。いろんな事情で

皆様の勤務されている施設が存在していると思いますが、今回のテーマである「未来思考で地域をささえる」ということを広く考えていただけたらと思います。

私の医療の原点とも言える写真(写真2)を紹介します。地域の診療所にいた30年前に、当時80歳ぐらいの方との写真です。定期受診以外にも、野菜を持ってきたり、うちの子どもを見にきたりして診療所の横の住宅をよく訪れてくれ





写真1

ました。地域の情報や暮らし方を教えてくれました。「診療所以外はどこにも行かん」といって、最期は自宅で私が看取りました。それ以来私はずっと地域医療をしています。

チャーチルは「過去をより遠くまで振り返ることができれば、未来もそれだけ遠くまで見渡せるだろう」と言っています。この当時、30年後に私が砂防会館で大会長として大勢の方を前に話をするのは全く想像できませんでした。



写真2

これからの社会がどのように変化するか想像つきませんが、日々の生活、仕事をきちんと継続して続けていくことは大事であると感じます。

今回の大会で、皆さんにとって感じるところが少しでもあり、明日からの生活や仕事や人生にも良い変化が生まれることを願っております。簡単ではありますが開会の挨拶とさせていただきます。2日間よろしくお願いいたします。

基調講演

おもろく有意義に生きるために7つのヒント

大阪大学 名誉教授 仲野 徹

企画責任者：公立丹南病院 管理者 布施田哲也

ここでは、私が仕事をしながらエッセイなどを書きながら考えた7つのヒントについて、どのような経験からこの7つに行きついたのかという話をする。

1. 複数の優れた師匠に師事すること

人生思い通りにいかないこともあったが、その間に3人の先生に仕えた(図)。3人ともご存命で、だいたい80歳前後である。最初は研究室の先代の教授 北村幸彦先生、ドイツ時代の師匠はThomas Graf先生、3人目が本庶佑先生である。三人三様、全く違うタイプの先生で、北村先生は研究における一番の興味はいかに研究を

安くあげるか、「経営」と書いたが、要は「ケチ」なのである。ドイツには2年しかいなかったが、Graf先生は本当の科学者だった。私生活は口癖が「My life is not simple」なのだが、科学については非常にシンプルに研ぎ澄まされた思い付きを次々にやっている。その先生から科学の真髓について学んだ。その後、本庶先生から学問の王道を学んだ。本庶先生は20代から研究のフィールドでトップサイエンティストであり、現在に至るまで50年以上にわたって





それを続けるというのは本当にすごいことだ。高い能力と負けず嫌いで物事に固執する、一緒に仕事をする大変なところもあったけれど、全く違う3人の先生から学んだことは、自分にはいい勉強になったと思う。

内田樹先生には「先生はえらい」(ちくまプリマー新書)という中学・高校生向けの著書があるが、そこに「師匠と思えば、その人が師匠」と書いておられる。向こうはこちらを弟子とは思っていない、会ったことはなくても、本を読んだりして師匠と思えば師匠である。私が勝手に決めた師匠の伊藤礼さんは「チャタレイ夫人の恋人」の翻訳で有名な伊藤整氏の次男で、「こぐこぐ自転車」という本を出しておられる。私が50歳くらいのころ、ちょっと高い自転車を買うかどうか悩んでいるときに読んだ。伊藤先生は70歳くらいで自転車に乗り始めツーリングまでやられた。とても勇気づけられて師匠としてついていきたいと思った。もう一つは「ダダダ菜園記」で、家庭菜園をしたという本である。私も定年になってから家の裏で菜園を始めた。この2冊に大きな影響を受けたので、師匠と呼んでもいいと思っている。

2. 時には上手に騙されること

人には迷惑をかけない、お金がかかりすぎない、自分が楽しいという条件があるけれど、若い間は上手に騙されることも大事だ。直接の師匠ではないが須田年生先生、今はシンガポール

の研究所の教授で、自治医科大学にも長い間在籍されたのでご存じの方もいるかと思う。もう一人は西川伸一先生で京都大学の名誉教授で、今はNPO法人で患者支援をしておられる。私は、最初は古典的な血液学の研究をしていて、その後分子生物学の研究をするために留学した。その時、須田先生は「素晴らしいですね。これから分子生物学の時代ですから頑張ってください」と励ましてくださった。西川先生は煽り系の先生で「教授になったら新しいことを始めるとあかんで！」とおっしゃったが、教授になってすぐに新しいことを始めるのはリスクで、ほかの先生からはやめておけと言われたが、煽られて始めた。新しく生殖細胞の研究を始めたのは、最終的にはエピジェネティクスの研究に結び付いてよかった。しかし、他人はそれほど本気で人のことを考えてくれないのである。須田先生にいたっては後に、「よく思い切りましたね。あのとき仲野はもうこれで駄目かと思いましたよ」とまでおっしゃったほどだ。とはいえ、人のことはあまり言えない。私のところにもキャリアパスの相談に来られると、もちろんその時は一生懸命に考えて言うのだが、がっかりさせては駄目なので上向きにオーバー気味に言ったりすることがよくあった。しかし、自分で逡巡しているときに最後に背中を押してもらおうというのは大事なことはないか。信頼している先生に相談して「ちょっと騙されているかもしれないなあ」と疑っても「やってみよう

か」と思うのが大事なのだ。

3. 考えすぎずにやってみる、やっているとしたらいろんなことをしてみる

やらなかった後悔はやった後悔よりもはるかに大きい。やってみて駄目だったらやめればいいだけのことである。

気持ちが黄昏ていた時代が生涯に二度あって、一つは本庶先生のところで2年くらい全く研究データが出なくて、研究をやめようかなと思っていた時期である。二度目は40代後半だった。研究は順調に進むようになっていて、これから新しい研究のフィールドに手を出すこともないだろうし、友達ができるといっても若いころみたいな親しい仲でもなかろうということに気が付いて、定年までの15年をこのまま行くんかいなと、結構気が滅入ってきた。そのときに出会ったのが、上大岡トメさんの「キッパリ！」という本である。「これまでに一番影響を受けた本はなんですか？」と問われたら「『キッパリ！』です」と答えることもある。小さな生活習慣を変えていくことで、黄昏ていた40歳代後半に生まれ変わることができた。例をあげると「迷ったときは勇気がある方を選ぶ」「光るものを磨く」「疲れたと思ったらとにかく眠る」「夜空を見上げる」「ラジオ体操をする」などのいくつかの習慣を変えていった。そうすることにより、いくつかになっても人間変われると知ることができた。変わらないと思っていると変わることはできない。

40代後半からの10年間は多忙を極めた。微生物病研究所から医学部への異動、大型研究費(21世紀COE)の取得、医学系研究科副研究科長になる、テニユアトラックのリーダー、研究の順調な進捗、頻繁な海外出張、などで、疲れていることに気づかないほど忙しい日々であった。そのような中で、50歳でキリマンジャロ登頂したり、翌年には国際学会出席のために夫婦でイランに行ったりした。イランは予想とは異なり、出会う人々は非常にあたたかく、ペルセポリスなどは観光客もまばらで遺跡を堪能できた。行ってみないと分からないことがあると知り、

2年後に国民総幸福量の国ブータンを訪れた。年度の変わり目であったが、春祭りを見たくて出かけた。年度の変わり目に休暇を取ると大変なことになるかと思ったが、特に何も起きなかった。とりあえずやってみる、行ってみるの精神である。

4. 貪欲に学び、経験を蓄積させていくこと

急に何かができるようにはならない。読書が好きで、とりわけ伝記が好きなので、2008年から「生命科学者の伝記を読む」と題して雑誌連載を隔月で行った。伝記は子どもが読むものと思われているが、外国の書店には伝記のコーナーがあるほど人気がある。日本では、例えばキュリー夫人の伝記は、夫ピエールとともにノーベル物理学賞を受賞し、ピエールが事故死となったのちにキュリー夫人がノーベル化学賞を受賞するというあたりで終わるのだが、実際に面白いのは不倫騒動などピエール事故死後の波乱に満ちた人生なのだ。この連載は単行本にまとめられ、現在は「生命科学者たちのむこうみずな日常と華麗なる研究」と改題されて河出書房新社から文庫化されている。

内田樹先生との出会いから2011年から甲南麻雀連盟に参加し、月に1回、さまざまな経歴の人たちと交流するようになった。共通点は麻雀が好きというだけ。機嫌のよい人たちばかりで、自分の機嫌もよくなるのが面白い。

5. 文章を書くこと、できれば他人の目にさらすこと

2012年から月に1回ずつブログを開始した。時々思うことを書き記すことで、論理的に考える習慣となり、その時の思考の記録となった。書いてみると、頭の中で考えたことが分かったつもりにすぎなかったということが分かる。また、書きとめておかないと、時を経て同じ考えに至ることもある。

成毛眞さんからHONZへの誘いを受けて本のレビューを書くようになったのも2012年である。HONZではノンフィクションを賞賛するレ

ビューが義務なので、褒める力が養われた。

2020～2021年には読売新聞の読書委員を務めた。2020年には21冊、2021年には22冊の小説、医学・生物、科学、その他と多岐にわたる本を「本よみうり堂」という書評欄で紹介した。

2017年に出版した「こわいもの知らずの病理学講義」という本が23刷、7万8千部発行となった。「医学界騒然！名物教授によるボケとツッコミで学ぶ」「大阪のお節介なおちゃんが書きました」などのキャッチフレーズで紹介された。

6. アウェイに出る勇気を持つこと

知り合いばかりのパーティと知り合いのいないパーティがブッキングしたら、知り合いのいないパーティに出席する。知人のいないパーティは面白くはないが、思いもかけない人と知り合い、時には世界が大きく広がることもある。

縁があって義太夫を習い始めて10年になる。非常に深い世界である。師匠は六代目豊竹呂太夫、おそらくは人間国宝になれる可能性のある師匠である。いずれノーベル賞受賞の本庶佑先生、人間国宝の豊竹呂太夫師匠の二人に師事したことが私の自慢になるだろう。

おもしろく生きていくには変わっていく能力が大事である。11月にNHK出版から「SWITCHCRAFT 切り替える力」が刊行される。著者は認知心理学者・神経科学者のアデレード大学エレーヌ・フォックス教授である。「素早く柔軟に対応する（メンタル・アジリティー）」「自分を知る」「感情への気づき」「状況をつかむ」この4つの柱が幸福に生きていくために必要だと説いている。

自分が変わるためにはへき地への旅行がよい。異なる文化に身を置いて体験することで自分を知り、変化していくことができる。

7. 生産性をあげ、楽しみながら暮らすこと

効率よく、そして楽しく仕事することが大事だ。時間は湧いてこないのだから、優先順位を明確にして効率を上げるべきだ。ポモドーロテクニックというのがあって、これでは25分間、ネットやメールは見ずに仕事に集中する。人間はマルチタスクはできない。マルチタスクのように見えるのは頻繁に切り替えを行っているだけで、切り替えるたびに集中力は途切れるので効率は低下する。集中力を高めるために瞑想するのもよい。

定年後に家庭菜園を始めた。我が家には50坪ほどの畑がある。畑は妻名義の土地なので、私は小作農として畑仕事をしている。野菜は好きではなかったが、自分で作ったものはとても美味しいと思う。

短歌を新聞の歌壇に取り上げてもらったこともある。平成24年には永田和宏先生に「ネイチャーに受理されましたと涙声君より知らず君の苦労は」をとっていただいた。令和3年には「冴えわたる最終講義さわやかに散髪された永田先生」の歌が入選を果たし、同日の紙面に国立循環器病センターの医師による論文について不正があったと調査委員会が認定したという記事が掲載された。調査委員会の委員長は私であった。私はこれを「令和3年1月31日の奇跡」と呼んでいる。

尊敬する人は立命館アジア太平洋大学の出口治明学長である。脳卒中発症からリハビリを経て復活され、「復活への底力」という本を出された。その中に「人・本・旅、人間が賢くなるために必要なのはこの3つだけだと僕は思います」「たくさん人と会い、たくさん本を読み、たくさん旅をすることで人生が豊かになる。大切なお金はそういうことに優先的に使いたいと思います」という言葉があった。前向きに生きる姿勢に学びたい。

未来思考で地域をささえる

座長：公立丹南病院 管理者 布施田哲也
公立丹南病院 看護部長 山田美佳

メインシンポジウムでは「未来思考で地域をささえる」のテーマに基づき、医師、助産師、保健師、管理栄養士、リハビリ職と、立場の異なる5名による発表が行われた。各部署それぞれが地域での活動に積極的に取り組み、まさに「ゆりかごから墓場まで」とも言える切れ目のない支援が行われていることが浮き彫りとなり、それらの取り組み内容やアイデアを通じて未来に向けた施策を考えるきっかけとなった。

福井県における母子支援

～「気がかりな妊婦・親子を支援する連携システム」の紹介と運用～

公立丹南病院 産婦人科科長 医師 知野陽子

出産後の養育について
出産前支援が特に求められる妊婦（特定妊婦）は年々増加している。福井県ではこの特定妊婦を「気がかり」という言葉で表現し、2017年より「気がかりな妊婦・親子を支援するための連携システム」を運用している。要支援の妊婦がいた場合、産婦人科医療施設は市町に情報を提供する。情報提供を受けた市町は妊婦と面談などを行い、時に児童相談所が介入しつつ支援の必要性を検討するシステムで、連絡票を使用することで産婦人科医療施設と行政の連携はうまくいくようになったが、問題となったのが精神科との連携だった。

2019年に福井県子ども未来課と福井大学産婦人科、神経科、精神科が合同で「精神疾患を有する気がかりな妊婦の支援システム構築」に関するワーキンググループを立ち上げ、多職種が参加できる産婦人科精神科合同研修会をこれまでに4回開催した。その中で、産科スタッフから、妊産婦を紹介できる精神科が分からないという不安が出た。そこで子ども未来課が26の精神科医療施設に対して調査を行った。「妊産婦で



精神科の通院歴がある場合、病歴を受診先の産科医療施設に情報提供できるか」という質問に対してすべての精神科医療施設から可能という回答を得て、精神科の受診歴が判明したら本人の同意を得て産科側から精神科へ診療情報提供を依頼することが周知された。さらにメンタルヘルスの不調を訴える妊産婦の診察に関しても、ほぼすべての県内の精神科医療施設で可能という結果を得たことで産科スタッフの精神科へのコンサルトのハードルが下がり、産科と行政と精神科の連携がスムーズになってきた。

また乳児の家庭訪問を直接行う行政担当者（保健師）からは、介入を拒否された精神疾患を有する妊産婦への対応に困っているという声が多く寄せられた。こちらに関しては研修会で精神科医師から「精神科につなげることをゴール」と思いがちだが、細く長く市町の担当者やかかりつけ医が相談にのり変化を見ていくことが大事」という助言を受けたことで、行政担当者も自分の立場で考え対応することへの自信につながったようだ。

さまざまな不安からメンタルヘルスの不調を訴える妊婦が最近よく見られる。産科は妊娠中から産後1ヵ月までは妊婦と密に関わることができるが、その後は関係性が薄れてしまうため、その前に産科医療スタッフと行政が時にはカンファレンスを行って顔の見える関係を築くことでサポート側の土台作りとなり、行政と精神科

への引き継ぎをスムーズに行うことができる。医療スタッフのみならず行政や地域に見守られていることを妊婦とその家族が認識し、安心して生活できることは、福井県のような小さなコミュニティでは実現可能なのではないかと考える。今後も地域特性を活かしながら母子支援を続けていきたい。

公立丹南病院における未来ある親子への支援 —産後ケア事業と気がかりな妊婦・親子カンファレンスの実際—

公立丹南病院 看護師長 助産師 瀬野寛子

当施設では平成29年度より、出産、子育て応援事業の一環として産後ケア事業を開始した。徐々に依頼が増加し、現在では医療圏全体をカバーしている。平成29年度の1件から令和4年度は16件と漸増していることから、その必要性がうかがえる。



気がかりな妊婦・親子への支援については、自施設では令和元年度より福井県健康福祉部こども未来課や丹南地区、市、町役場の健康福祉課と協働し、連携を図るためカンファレンス強化に取り組んでいる。支援が必要と感じる要因が県から設定され、該当となった場合は早期から助産師が介入し、必ず県、市、町と情報共有をしていく。主な要因としては育児不安、家族関係不和、未婚などであった。

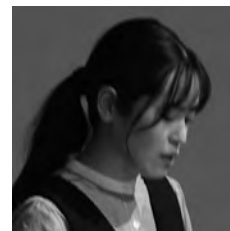
産後ケア事業の需要は高まり、地域に根差した支援が必要だ。共に過ごし、見て聴いて触れて話すことで不安の解消につながる。親子を取り巻く環境や社会的心理的背景を知ることが必要であり、行政を含めた多職種で関わり、切れ目のない支援が重要である。

地域包括支援センターにおける地域との連携 米原市地域包括医療福祉センター「ふくしあ」

米原近江地域包括支援センター 保健師
吉田真帆

米原近江地域包括支援センターはさまざまな

世代の多種多様な相談に対応し、高齢者訪問での実態把握や各種制度・サービスにつながる支援、ケアマネジャーが適切にケアマネジメントするための支援や高齢者虐待の対応などを行っている。



地域包括支援センターでは、支援者が支援の困難さを感じたり、一世帯が複数の課題を抱えたりしている場合には地域ケア個別会議を開催し、関係者間で情報共有や課題整理、役割分担を行うなど、支援者が抱え込まずに協働している。また、生活困窮や50～60歳代の引きこもりなど包括センターだけでは解決できない問題や、世帯全体の課題を抱えるケースにも対応できるよう他機関との連携に務めている。さらに課題を抱える人を早期に発見できるよう、民生委員との情報交換会や見守りネットワーク会議への参加などを通して地域との情報交換を行っている。地域や関係機関との顔の見えるつながりの構築、一つひとつのケースで連携・協働した対応の積み重ねが大切だと感じている。全国の地域包括支援センターは多くが支援対象を65歳以上としている。しかし、複数機関や支援者が連携して関わる必要があるケースはますます増加するであろう。高齢者のみでなく世帯を丸ごと支える仕組みが必要であり、そのために地域包括支援センターが果たす役割は大きい。さらに連携先の拡大とネットワーク構築を推し進め、全世代型対応の地域包括支援センターを目指したい。

病院管理栄養士として地域ケア会議に参加して

越前町国民健康保険織田病院 医療技術部
室長 管理栄養士 久守勘司

5年ほど前、鯖江市の地域ケア会議への出席依頼があり自己研鑽の一環として受け、現在も業務外として出席している。地域ケア会議は、主に行



政や地域包括支援センターの方が対象者の課題を提出，それに対して医師，薬剤師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，歯科医師，管理栄養士，それぞれが専門的な立場に立ってどのように自宅で過ごしていけるか提言をしたり，データ不足の場合には対象者について質問をしてから提言を行っている。

病院では対象者と対面できるが，会議だと患者データのみでの提言であり，家庭環境や地域特性なども踏まえた提言が必要である。さらに災害時対応やゴミ屋敷問題などの地域課題について意見を求められるなど，幅広い議題についても意見を交わしている。情報をイメージして話をしなければならないこの会議を通じ，私自身が自己研鑽として3つ行ったことがある。1つ目は他の市町村の地域ケア会議に参加している同職の管理栄養士にアドバイスや教を乞うこと，2つ目は助言者に対する研修への参加，3つ目は地域の話，課題，取り組みなどの情報収集だ。

しかし，新型コロナウイルスの流行により令和2年3月から対面式の地域ケア会議は軒並みいったん中止となった。1年後に再開したが，コロナ禍による問題も発生していた。まず，地域活動が縮小し訪問事業が難しく事業対象者の抽出が大きく減少した。また，なかなか出歩かない高齢者のフレイルが進行，さらに受診控えて高齢者の基礎疾患の増悪や重症化した症例が多数あった。今年5月から5類感染症に移行になり，対面式，一部ハイブリッド方式でも会議が再開となったが，コロナ禍で増えたフレイル患者への対応などいろいろ求められるため，鯖江市では事業強化を目標に，会議の開催区域を4つに細分化して対応課題の増加を図っている。

こうしたことから，地域ケア会議をはじめとする地域に必要な管理栄養士の働きが増している。専門外の地域課題を含め，地域住民に対して健康増進を担っていけるよう管理栄養士がアピールしていく必要がある。医療スタッフ全員が地域の中で必要とされていることを感じ，ぜひ多くの方に積極的に活動に参加していただきたい。

予防を行う上で必要な概念の提案

～揖斐川町の一般介護予防事業に参加して～

揖斐郡北西部地域医療センター「やまびこの郷」

理学療法士 島岡和彦

私が予防事業を意識したのは30年も前のことで「機能訓練より，脳卒中にならない予防を考えてほしい」と保健師に言われたことに衝撃を受けたから



だ。治療成果やエビデンスに疑問を抱いていたので，予防と治療を考えることは地域で生きていくためにも保健師に認められる意義があると感じ，自身のライフワークにすべきと決めた。

2017年には一般介護予防事業(青春塾)に参画することになった。要介護認定率19.97%という数字をどう下げることが課題であった。当事業所は栄養士と作業療法士と理学療法士共同で栄養指導や認知症予防のためのレクなどに加え，徒手操作を行うことを企画し，施設内および行政に申請した。生まれてから死ぬまでの間に，動作や行為はある程度の高さの能力として推移し，やがて衰えていく。衰え方にもいろいろあり，何かイベントがあれば動作性が下がり健康とは言えない状況になる。その状況でリハビリや予防体操を行うが，なかなか正常ラインに到達しづらい。徒手操作では内部骨格にかかる筋の張力の均衡を得ることで高度に最後まで動いていけることを期待している。こうしたことを目標とした予防や治療の考え方はどうだろうか。

青春塾の参加を決める方は既にさまざまな身体の動きにくさを抱えている。高齢になると筋や骨の変性，弾力性の低下，再生の遅さ，習慣の定着など多くの要因が予防を妨げる。地域性も非常に大きく関わっている。青春塾は申し込みをされた方との面会から始まり，ほとんどの状況を見ると既に困難さがあることが分かっていたが，経過として7年間で26名の申し込みのうち17名の介護保険移行となってしまった。認知症の増悪や独居を家人が心配することによるデイ移行や引っ越しなどが要因である。そのた

めサロンとしての役割を果たすほうがよいのではと感じ、継続的に関わる機会を手前のサービスの中で提供することは大変重要だと考えている。予防の概念は最も正常という考え方の提案であり、面積を広げることは予防・治療に共通するエビデンスを得ることにつながると思われる。

多くの行政機関と共に地域包括医療・保健・福祉センターとして連携を強め、全世代型地域包括支援を確立できるようにしていく。健康寿命の延伸ができるように成果を追求していきたい。最後に、揖斐川町では、現在は16.7%と少し介護認定率が下がっている。

チーム医療セッション

チームで考えよう！ 患者視点から考える課題解決の実践 ～患者になった時どんなケアを受けたいですか～

企画責任者：地域看護介護部 部長代行 三浦稚郁子

チーム医療セッションでは、老健施設を対象に現在取り組んでいるPJM(Patient Journey Mapping)を活用した「ケアの質改善」を取り上げた。予定していたワークショップは参加人数の関係でできなかったが、なぜPJMを活用して患者視点から考えると課題解決ができるのかを知ってもらえるセッションとなった。

Patient Journey Mapping 患者・利用者の旅 台東区立台東病院・老人保健施設千束 作業療法士 楠本直紀

私たちはPJMの手法を使った、ケアの質改善に向けた取り組みについてお話しする。

2020年度に地域医療振興協会の研究助成に応募し、「介護老人保健施設版PX調査票の作成に向けた質問項目の抽出と内容妥当性の検討」が採択され、研究を開始した「PX(patient experience: 患者経験価値)」が肝になっている。PXとは患者が医療サービスを受ける中で経験する全ての事象である。PXは医療者の評価ではなく、患者・住民が主体となる評価で、患者満足度調査(PS)との違いは、PXは結果ではなく、そのプロセスの評価であるということだ。

実際の手順を紹介する。まず「ペルソナ」という架空の利用者を想定する。そしてペルソナが老健を利用する上でたどる一連の道のりを、その経験における感情とともにマッピングしていく。その利用者の経験を左右するポイントはどんなプ

ロセス、環境が関連しているのか探索すること。正解があるわけではなく、他者と違ってよいので、意見を出し合っていく作業になる。

介護老人保健施設「にっこう」で行ったワークショップの様子を紹介する。模造紙と付箋を用紙して、ペルソナになりきって施設に入所して経験したこと、そのときの感情を、参加者が和やかな雰囲気でわいわい意見を出し合い、マッピングを行った。

多職種で行ったほうが、いろいろな視点で見ることができ、より患者・利用者の深い気持ちに入れると思われた。

実際JADECOREの10施設で実施し、参加者へのアンケートでは「多職種の意見を聞くことが新鮮だった」「利用者目線になれた」など前向きな意見が多数聞かれた。

PJMを多職種で実践し、利用者の立場になって経験を語ることは、患者・利用者中心性に関する実践にポジティブな影響を与える可能性が示唆された。そして令和5年度研修として「ケア経験

改善に向けた研修プログラム」を運用している。

この活動を通して私自身、ヘルスケア改善の目標の1つである医療者のwell-beingも非常に高まったと実感している。

PJMから改善策・対応策を考える

東京北医療センター リハビリテーション室
理学療法士 六鹿健児

私からはPatient Journey Mapping(PJM)を行った後、どのように改善策を立案して実現していくかお伝えしたい。

PJMを行うと患者の経験、感情、要望が明らかになってくる。そこで患者の感情、要望に注目し、明確な改善策を考えていく。

改善策を立てる際のポイントは、①いつ、どこで、誰が、何を、どうすれば改善につながるかを明確にする、②施設の制約や制限を加味せず、自由にアイデアを数多く出し、その上で、実現可能な対応策を分析する。

実際に行う改善策を選択する際、4つのマトリックスを使用する方法を紹介する。縦に利用者にとっての影響の大小、横にすぐできること、できないことの枠を作り分類していく。左上のマトリックスに入ったもの、影響が大きくすぐできることが、実行しやすく効果的な改善策となる。例えば「家族と会いたい」という患者の希望に対して、面会制限を緩和する、オンライン面会を導入するなどの改善策が上がる。面会制限の緩和は施設としてリスクが大きいので効果的だがすぐにはできないので右上に、オンライン面会は、タブレットなど機材がそろえばすぐに可能ということで、効果的ですぐにできる左上に分類することになる。ほかにも多くの条件でマトリックスを作ることができる。

最後にPJMの後、改善策を立案して実行する際のポイントを確認する。PJMから出た「してもらえたら嬉しい」から改善策を考え、奇想天外でもよいのでアイデアを多く出す。その際5W1Hを明確にする。そしてその改善策をマトリックスで分類し、実現のしやすさ、利用者への影響度などを明らかにし、優先順位を決める。

その後に方法・期限・責任者・運用後の振り返り時期を決めて実行することをお勧めしたい。

病院で行うPatient Journey Mapの実践

練馬光が丘病院 医療技術部リハビリテーション室

作業療法士 松原三香子

病院の多職種で行ったPJMと、リハビリ室内で行ったPJMの紹介をする。

練馬光が丘病院の総合診療医、ST、OTと在宅チームの訪問診療医、訪問歯科医師の多職種でPJMを行った。誤嚥性肺炎で入院した患者を、6つのステージに分けて、患者行動や感情の変化について意見を出した。改善点は約40項目挙がった。そしてそれを整理すると9つの課題が出てきた。これをマトリックスに当てはめ、患者にとって大きな影響があり、すぐできることは4つあり、院内だけで解決できることが多いことが分かった。すぐにできないことには教育が必要、施設のシステムの調整が必要など、多職種、多施設を巻き込む必要があったが、大きな影響があることに関しては、実施できるようチームをつくって考えるなど、さらに具体的な案を出しやすくなった。

次にリハビリスタッフだけでPJMを行った。COPD急性増悪で入院し、退院時に在宅酸素療法を導入するという症例を設定し4つのステージに区切ってJourney Mapを作成した。リハビリ室で、業務終了後1時間程度行った。

結果として部署内で実行可能かつ患者に影響が大きい解決策を抽出できた。今回参加したスタッフにはPJM経験者がいたこと、事前にオンライン入力していたということもあり、1時間という短い時間で行うことができた。PJMをよりスムーズに行うためには、事前の目的の共有やファシリテーションが重要になってくる。

PJMを用いることで、患者視点で考え、患者中心性に特化した課題が明確化する可能性がある。認知症や、せん妄を有する患者は訴えができず、意向が示せないという問題があり、これに対しPJMを通して医療者が患者視点で考え、ケアを変えていくことで、患者の経験価値が向

上することが考えられる。さらには、医療やケアの質が改善することで、病院の評価が上がるのではないかと考えている。

いつものケアを良くするワークショップ

台東区立台東病院・老人保健施設千束
作業療法士 亀井将太

昨年は、介護老人保健施設版PX調査票を作成するため、協会内の10の老人保健施設でPJMを実施した。利用者の立場になって経験や感情を語るというPJMの要素が参加者にも非常に有益なものとなると考え、PJMの副産物として利用者中心性がPJM実施前後で変わることを検証した。

昨年の研究結果を受け、今年度は「いつものケアを良くするワークショップ」と題した研修を実施している。

この研修の目的は、「老健施設におけるケアの質」の改善のために具体的な取り組みを考え、継続的に実施できる人材を育成することである。また、利用者の立場に立って考えられるようになること、多職種と連携できるようになることも研修の目標としている。現在、応募があった4つの施設が本研修に参加している。

研修の具体的な流れは、5ステップある。ステップ1は、PJM実施方法の伝達である。今年の7月に協会本部で、応募のあった4施設から各2名、合計8名が参加し、PJMに関する講義と体験を行った。ステップ2は、各施設でのPJMの実施である。ステップ1でPJMを体験した2名を中心に、各々の施設でPJMを実施した。ステップ3は、PJMの結果をもとに改善に取り組む課題を抽出することである。次にステップ4で実際に課題解決に取り組む。最後のステップ5では、課題に対する各施設の取り組みを発表して共有する。現在、2施設がステップ3まで進んでおり、来年の2月頃にステップ5の実施を予定している。

不安軽減のために研修運営チームがサポートする体制を作っている。具体的には、ステップ2で現地に赴きPJMのファシリテートを行ったり、Teamsを用いて随時相談を受けたりしている。

本研修を通して、利用者中心性を念頭に置いた課題抽出および課題解決手法が身に付き、この技能は、ケアの質向上につながると考える。今後はこのような研修を手軽にできるようにして、ケアの質向上につなげていきたい。

NP・NDC 研修センター / NDC 部門

特定ケア看護師の挑戦：NDCの活動で未来思考へ！

企画責任者：NP・NDC研修センター 次長 鈴木靖子

NDC部門では、今地域を支える急性期病院における特定ケア看護師(NDC)の活躍、そして管理者の立場からの発表が合計4演題あり、議論を深めるセッションとなった。

特定ケア看護師が地域医療を支える

伊東市民病院 管理者 川合耕治

同 看護部長 鈴木和美

同 特定ケア看護師 坂本真弓 小川法之 進士勇介

当院にはJADECOREM-NDC研修センターの修了生1期生が3名在籍している。看護部に所属

し、診療部の医局に机を構え、1名が外科系に、2名が内科に配属されている。3人とも看護師として10年以上のキャリアを積んでから特定ケア看護師となった。これは意義があると私は思っている。

現在の業務内容だが、外科系配属の特定ケア

看護師は病棟管理が中心である。回診やチャートラウンドに帯同し、外科病棟50名の入院患者の病棟管理、検査、処置が主な業務になっている。特に外科系の医師たちが手術や外来で病棟に不在になっている場面が非常に多く、その病棟管理は必須な戦力になっている。

当院では内科入院患者100名を2チームで見しており、1チーム当たり担当医師が専攻医・研修医も含めて6名、特定ケア看護師1名で管理している。朝夕のチャートラウンド、回診に参加し、病棟管理業務を担当している。内科配属特定ケア看護師は、研修医ら若手医師の指導にも関わっている。

一番の特徴は、看護師経験から、患者への寄り添いができ、入院患者の状態の変化をいち早く察知対応できるという能力が感じられる。

特定行為は38行為全て関わるが、栄養、水分出納の管理、特に脱水などを察知し、PICC(末梢留置型中心静脈カテーテル)挿入や中心静脈カテーテル管理を行っている。特に入院患者の感染徴候の察知、抗菌薬の管理はとても大事なところである。また精神神経症状を迅速に察知し、抗精神病薬の臨時投与にも関わってくれている。特に外科系の業務としては、カテーテル管理、ドレーンの管理、硬膜外チューブからの投薬の調整などもやっている。内科系の業務としては、人工呼吸器管理などは若手の医師以上にきちんと管理している印象がある。

また当院は末期がん患者の在宅診療を行っており特定ケア看護師も同行している。「最期は自宅で過ごしたい」という希望をかなえることは、地域医療でとても大事な部分だと感じている。

当院は「急性期疾患診療、地域包括ケア、教育」の3つのミッションを掲げているが、全てにおいて特定ケア看護師3名に、文字通り八面六臂の活躍で支えてもらっている。

これから病棟管理は、特定ケア看護師が中心になっていく時代になるだろうと思われる。管理者としては彼らに形のある評価をどうするかが一番の課題だと考えている。

総合診療領域で期待する特定ケア看護師の役割 練馬光が丘病院 総合救急診療科総合診療部門

科長 仲井 盛

当院の総合診療科は内科を中心としたさまざまな健康問題を有する患者の一般病床と外来を担っている。教育・研修に関しては、専攻医10名、ローテート研修医に加えNP・NDC研修における教育を担当している。3チーム制で指導医2～3人、専攻医1～3名のチームに特定ケア看護師1名を配置している。

特定ケア看護師が総合診療科所属になっているのは、当院の総合診療科の苦難の歩みと重なっている。2017年に院内の看護師1名の研修を受け入れ、翌年からは他院の研修生も受け入れを開始した。そして2019年3月末に大量の医師が離職するという大変な事態になった。その大変な状況において、特定ケア看護師に多くを担ってもらい、何とか体制を維持することができた。その後専攻医の数や、指導医の数を維持することができ、現在も特定ケア看護師を配置することができている。

現在直面しているのは、専攻医が増えて医療面での仕事量が減ってくるのではないかと、包括的指示の名のもと、人手が足りないため多くの仕事も依頼してきたが、問題はないのかという疑問である。そのような中、問題意識、管理上の意識から各指導医と特定ケア看護師との直接の話し合いの場を定期的に設けている。各人の目標の進捗状況を確認、フィードバックを毎月行い、現状はかなり軌道に乗っている。

特徴ある活動の一つとしてPICC(末梢留置型中心静脈カテーテル)がある。技術的にかなり高い水準に達しており、proPICC認定を受けた者が、依頼があった患者に対応するとともに経験の浅い者への指導も行う。今後はmidlineカテーテルへ対応させたいと思っている。また、急性期病院から在宅への移行にも関わっている。

病棟スタッフの教育は特定ケア看護師にも担ってもらっており、非常に実践的な内容から、臨床推論に対するニーズまでである。

今後はさらに、高齢の入院患者が抱える複雑

な問題を解決する糸口を見つけられる、さらには患者の思いを代弁できる、チームをつなぐ要のような役割を期待したい。

特定ケア看護師との協働

上野原市立病院 看護師長 井上美佐

現在当施設では特定ケア看護師2名、派遣特定ケア看護師1名が病棟、透析に配属されている。看護師と特定ケア看護師の協働を事例で紹介する。

事例1 急性心不全増悪で入院し、酸素1L/分を経鼻カヌーで投与中であった患者。経皮的酸素飽和度は88~94%と不安定であった。連日、夜間せん妄で昼夜逆転、朝方に眠る生活リズムであった。ある日、朝の覚醒が悪く、反応も乏しい状態であった。夜勤看護師は、CO₂ナルコーシスで意識レベル低下しているのか、判断に迷う状況であった。朝一番に夜勤看護師は特定ケア看護師へ報告、特定ケア看護師が早期介入し動脈血液ガスを採取し、CO₂ナルコーシスと判断し、NPPV(非侵襲的陽圧換気)を装着した。

病棟看護師の日々の観察から、患者の異常の早期発見、特定ケア看護師が介入しフィジカルアセスメントを行い、医師と連携を図ることで早期治療に至った。

事例2 新型コロナウイルス感染症中等度Ⅱ、ホームケア中に低酸素血症を起こし入院した。入院時、経皮的酸素飽和度は80%後半、酸素5L/分マスク投与開始していた。外来診察中である主治医の診察・検査などは、実施できておらず、指示を待っている状態であった。看護師が特定ケア看護師に報告し、直ぐに主治医に患者の状態報告を行いながら、採血や画像検査を実施し、早期に抗ウイルス薬とステロイド剤投与開始した。特定ケア看護師の指導で、看護師が継続的に体位ドレナージを実施し、リハビリの介入の必要性もアドバイスされ、リハビリテーションの介入開始となった。その後、患者は回復しADL低下することなく退院した。

いずれも特定ケア看護師の持つ臨床推論力や病的判断に基づく看護実践のアドバイスを受け

ながら行うことで、患者へのタイムリーかつ安全・安心な医療、看護の提供ができた。その結果、患者満足度と看護師たちのモチベーションの向上につながったと思われる。

医師の行為の一部を特定ケア看護師にタスクシフト・タスクシェアすることで、医師の負担軽減が期待されている。またこれは医師からの指示を待つという看護師の残務の原因の一つを解決し、看護師の働きやすい環境作りの一環にもなっている。

現在自施設特定ケア看護師は、横断的に特定行為を実践できるように柔軟に働いている。看護師から評価の高い特定行為は、末梢留置型中心静脈カテーテル(PICC)の挿入である。2021年度はPICCの挿入数は6件だったが、特定ケア看護師が増えた2022年は82件となった。患者の苦痛軽減と、看護師の業務時間の短縮につながっている。

今後看護管理者として、多職種や地域住民に向けての特定ケア看護師の認知度向上、育成の推進、能力を発揮し活躍できるような組織づくりが課題だと考えている。

2施設での活動報告

~NDCとしての役割、可能性について~

練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門

NDC3期生 月坂裕里加

私はJADECOM NP・NDC研修センターが協会外から公開募集開始した2018年に応募し、NDC研修を修了した。研修期間含め3年間はJADECOM外施設で働き、内科を勉強するために練馬光が丘病院に就職した。

都心の急性期病院(高齢化率18.8%)では、卒後研修1年間で8科のローテーションを計画、その後2年間は脳外科と心臓血管外科に所属した。

そこでは特定行為の実施回数は月40件程度で、全ての行為を網羅していた。特定行為だけでなく、一看護師として看護が楽しいという気持ちに変わりはなく、患者に必要なケアを考え、病棟リハビリスタッフ、地域連携スタッフなど多職種とコミュニケーションをとることも心がけた。

そして自己を振り返るために、医師20人、看護師60人にアンケートを実施した。その結果からこの病院で求められていたのは、医師と看護師の橋渡し、病院を横断的に行動する力、患者へのタイムリーな介入であり、特定ケア看護師としては基礎看護力、コミュニケーション力、臨床推論、身体所見をとる力であった。

練馬光が丘病院では総合診療内科で、救急科、ICUを2～3ヵ月ずつローテーションし、NDCとしての働き方を模索した。

内科は3チームあり、医師4～5名の中でNDC1名配属の編成。入院から退院までの病棟管理、チーム患者のICに同席し、病状説明と意志決定支援、自宅への患者搬送等も行っている。訪問診療や施設へのケア移行、また医師への看護教育(ケア伝授)等も行っている。

NDCは臨床推論を含めた教育課程での成人学習である。学ぶ姿勢があれば、NDCはどこにいても、医師の考え方を想像できるようになると考える。また、医学を学び続ける看護のプロフェッショナルとして、異常の早期発見、早期介入が可能になる。さらに、多職種を巻き込み、架け橋となれる。組織横断的活動により患者の代弁者となり、チーム医療や地域に貢献できる可能性が高く、タイムリーな患者ケアや患者のニーズへつながると考えられる。

課題としては、総合診療科ではさまざまな疾患の患者がいるため、臨床推論や身体所見の取り方が医師と同等に必要で、これからも日々勉強していく必要がある。またほぼ全科、全職種と関わるためコミュニケーションが非常に重要である。

病院管理研究会

2024年医療・介護同時改定を見据えた対応

日本私立医科大学協会 参与 小山信彌

企画責任者：横須賀市立うわまち病院 管理者 沼田裕一

■2022年診療報酬改定について

2022年の診療報酬改定では0.43%のプラスとなった。その特徴として不妊治療が保険適用となり+0.20%、看護職員の処遇改善に+0.20%があげられる。特に看護職員の処遇改善は急遽決定されたため、混乱を来す原因ともなった。

改定にあたっての基本認識としては、①新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など、医療を取り巻く課題への対応、②健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現、③患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現、④社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和があげられる。社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを实

現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要である。

1. 外来改定の概要

外来医療の方向性として新たな定額負担(選定療養費)の設定がされた。外来医療の機能の明確化・連携の促進が図られた。その目的は医療資源を重点的に活用する外来のためであり、紹介受診重点医療機関(200床以上)が新設された。200床以上であっても地域の中核的役割を担っている病院にはそぐわないため、紹介受診重点医療機関は手挙げ方式で行われた。紹介受診重点医療機関であれば入院患者の入院診療加算として800点が算定できる。

医療資源を重点的に活用する外来として、基本的に次の3つの機能が考えられる。①医療資

源を重点的に活用する入院の前後外来，②高額医療機器・設備を必要とする外来，③特定の領域に特化した機能を有する外来。これらはクリニックと病院の機能分化を目的として設定された。

デジタル化の推進として保健医療機関・薬局にオンライン資格確認の導入を原則義務化した。

2. 入院改定の概要

入院医療の方向性として，①高度急性期医療の評価，②重症度，医療・看護必要度の見直し，③治療室用の重症度，医療・看護必要度について，④薬剤師，栄養管理，急性期リハビリテーションの評価，⑤精神科救急の評価があげられる。

特定の保険薬局との間で不動産賃貸借取引がないこととされる。敷地内薬局があると算定できない。医薬分業の大原則から当然のことであろう。24時間の救急医療の提供として年間2,000件以上の救急搬送を受け入れていること，手術実績として全身麻酔手術を年間2,000件以上（緊急手術350件／年），精神科リエゾンチーム加算または認知症ケア加算1もしくは2を届け出ていること，回復期・慢性期を担う医療機関との役割分担などがあげられる。

総合入院体制加算（240点×14日間）は精神科病棟があることが条件となる。急性期充実加算（340点×14日間）は敷地内薬局がないこと，慢性期病棟がないことが条件となる。

心電図モニターの管理は削除された。救急医療機関において心電図モニターは当然のものであるため，加算の対象から外れることになった。

重症度，医療・看護必要度Ⅱの要件化に「200床以上の保険医療機関であって，急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟」が追加された。

入院時重症患者対応メディエーターが新設された。

術後疼痛管理チーム加算が新設された。麻酔に従事する専任の常勤医師・術後患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師・薬剤師の3名でチームを構成するものとする。

入院栄養管理加算が特定機能病院入院基本料を算定している患者を対象として新設された。入

院後，早期からの回復に向けた取り組みとして早期栄養介入管理加算は，経腸栄養開始の有無に応じた評価に見直された。特定集中治療室だけで算定されていた早期離床・リハビリテーション加算は，加算できる治療室の幅が広がった。

周術期における薬学的管理の評価が新設された。周術期薬剤管理加算の算定要件は，病棟薬剤師等と連携して実施する，専任薬剤師の配置等がある。

勤務医の負担軽減の取り組みの推進として，手術及び処置の時間外加算1等に係る要件はこれまでに比べて加算しやすくなったが，まだ取りにくいと言われている。

医師事務作業補助体制加算の評価の充実がはかられた。3年以上の医師事務作業補助者が5割以上いることが加算要件となった。医療事務の資格を取得して，すぐに転職する人がいるので，3年間の経験が必要とされた。

3. DPC改定の概要

DPC制度の基本診療実績が評価される。前提として，平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）が設定される。さらに包括評価の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出される。短期滞在手術等基本料3に該当する診断分類等について，DPC/PDPSの点数算定方式Dにより設定する。

特定病院群の考え方として，特定病院群になると基礎係数は上がるが，機能評価係数Ⅱは下がる。病院運営上大事なのは「医療機関別係数」である。取得すべきは，急性期充実体制加算，総合入院体制加算であるが，特定病院群は自然体でなるもので，取りに行くものではない。

病院としての考え方は，目先の収益を上げることを目標としない，より良い安全な医療を効率よく提供する。病院としての評価を上げ，収益が上がる。患者中心の最適な医療提供を行うことである。

■2024年診療報酬改定の動向

2022年診療報酬改定に係る答申書付帯意見として，患者をはじめとする関係者にとって分か

りやすい診療報酬体系となるように検討する。更なる包括払いの在り方について検討する。かかりつけ医機能, リフィル処方, オンライン診療, 精神医療に関して調査・検証を行い検討する。医師の働き方改革の推進, 看護補助者の活用および夜間における看護業務の負担軽減, チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて, 調査・検証を行い検討する。診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から, ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し, 医療技術の評価のプロセスを含め検討する。プログラム医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について, 患者へ供給・提供させる観点を踏まえ適切な評価の在り方を検討する。バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について引き続き検討する。オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について引き続き検討する。

1. 外来医療:オンライン診療

オンライン診療は充実する方向で進化するだろう。さまざまな形態(D to P, D to P with D, D to P with N, 等)を活用して患者に親切的な医療を提供する手法になる。医療DXの一つであり, オンライン資格確認は1丁目1番地として

始まったばかりである。電子カルテの導入は必須要件となる。電子処方箋の導入も進んでいく。HPKI(Healthcare Public Key Infrastructure)の取得が必要になるだろう。

2. 外来医療:高齢者救急医療の在り方

年齢区分別搬送人員を見ると高齢者の比率は年々増えている。救急病院が搬送された高齢者を全て引き受けしまうと, 救急の現場が回らなくなる懸念がある。とはいえ, 地域包括ケアに全部任せるのは無理がある。救急病院でトリアージして下り搬送してもよいのでは, という議論が始まっている。

3. 入院医療:重症度, 医療・看護必要度

すでに一部の病院で心電図モニター管理が削除されているが, その範囲は拡大されるだろう。C項目の救急入院5日間は短くできるというデータが出ているため短縮されると思われる。急性期ではB項目以外の評価が行われるので, B項目は削除される可能性がある。平均在院日数は現在18日であるが, 実際のデータは2日間短いため短縮される方向で検討されている。急性期充実体制加算の課題も検討されている。

4. 入院医療:評価にSOFAの導入?

特定集中治療室管理料等についてSOFA(Sequential Organ Failure Assessment)スコア

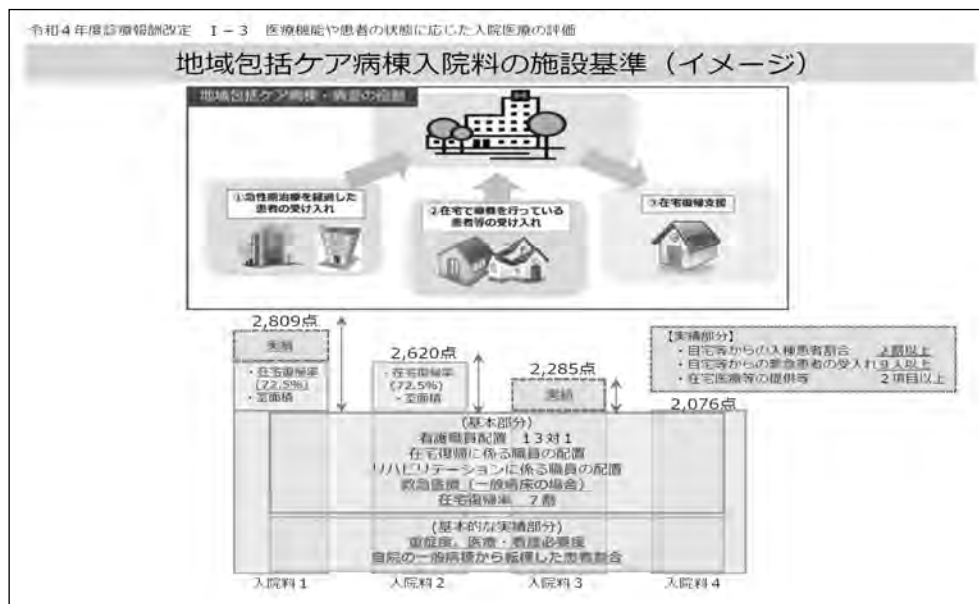


図 地域包括ケア病棟

は実際にどの程度現状を反映しているのだろうか。入室当日のSOFAスコア5以上と5未満の比較では、輸液ポンプの管理、動脈圧測定ではあまり差はなかったが、それ以外の項目ではスコア5以上の患者が高かった。調査・検証を重ねて検討していくと思われる。

5. DPC改定の方向性

保険診療指数はデータの評価のため、適切なデータ提出を要件化するだろう。データ数が少ない病院の取り扱いも退出も含めて検討される。短期滞在手術3の再検討は地域包括ケア病棟での対応は適切かどうか、評価を構築する必要がある(図)。

6. リハビリテーションの方向性

急性期病院における休日リハビリの評価が行われるだろう。土日の2日間のリハビリを休むと

回復が後戻りすることは自明である。第三者評価の受審も必要。入院栄養食事指導・栄養管理の必要性が認められる。身体拘束に対する指摘(是非が問われる)、退院前の自宅訪問を行っていくべきだ。

7. 働き方改革の推進について

第1ステージ(出退勤管理)、第2ステージ(労働時間上限時間設定)からいよいよ第3ステージとして勤務環境評価センター受審へ進んでいく。

■まとめ

改定の基礎は常にエビデンスベースである。医療機関経営において収益重視へ舵を切ると方向を失ってしまうだろう。常に患者中心の最速医療を提供することを心がけることが何よりも重要なことになる。

シミュレーションセンター

「今すぐ、誰でもできる！ もっと効果的なコミュニケーションで人に教えるための3つの秘訣」

企画責任者：シミュレーションセンター センター長 高橋 仁
国際医療福祉大学救急医学主任教授(協会アドバイザー) 志賀 隆

「厳選のコツ3つ－効果的コミュニケーション－」と題したシミュレーションセンターのセッション。学術大会で開催のたびに好評な本セッションは、コロナ禍もあり、2019年の第13回大会以来の開催となった。今回も定員いっぱい、さまざまな職種が集まり、参加型シミュレーションで効果的なコミュニケーションを学んだ。

今回の学習目標は次の3つ。

- ①相手の状態を確認して説明することの重要性を体験する。
- ②非言語コミュニケーションの重要性を体験する。
- ③語彙の選び方、相手を励ますことの重要性を体験する。

最初のセッションは、志賀隆先生がファシリテーターを務めた。

2～3名で1つのグループになり自己紹介、

名前、所属、好きな飲み物を尋ね合ってアイスブレイク。

その後シミュレーションセンターの職員が悪い役を演じたビデオを観て、どこが悪かったかをグループで話し合った。

「威圧的な話し方」「状況をはじめに説明しないと分からない」「挨拶、お礼がなかった」「笑顔がなかった」「うまくいったときに承認していない」等々の意見が出され、参加者たちは学習目標である「相手の状態を確認して説明すること

種類	学術用語	具体的内容
身体動作	動作学 (kinesics)	ジェスチャー、からだの動き・姿勢、表情、目の動き
身体特徴		魅力、体臭・口臭、頭髪、皮膚の色
空間の使い方	近接空間 (proxemics)	対人距離、縄張り
接触行動	接触学 (haptics)	撫でる、叩く、抱く、握手
準言語	パラ・ランゲージ (paralanguage)	音声の特徴、感情や体調から出る音、間の取り方
人工品	対物学 (objectics)	衣服、かつら、化粧品、香水、持ち物
環境要素		建物、色、室内装飾や照明、温度、音
時間の使い方	時間学 (chronemics)	物事の同時進行性、優先順位

図1 非言語的コミュニケーション

相手との関係	対人距離	
親密な関係	45cm以内	家族・恋人など、身体的接触が容易にできる距離
個人的関係	45～120cm	友人などと個人的な会話を交わすときの距離
社交的関係	120～360cm	職場の同僚と一緒に仕事をするとときの距離
公式的関係	360cm以上	公的な人物と公式的な場で対面するときの距離

図2 パーソナルスペース

の重要性」「非言語コミュニケーションの重要性」「語彙の選び方、相手を励ますことの重要性」を考えた。

次に、「悪いコミュニケーションだった人の話」「良いコミュニケーションだった人の話」をグループで話し合った。

志賀先生は、患者満足が高まるのには、前傾姿勢、距離を近く、うなずき、ジェスチャー、アイコンタクト、診療録をあまり見ないことが重要であるとし、米国の病院では医療者ではないビジネスパーソンが経営者になっていることが多く、そういう人には現場に行って話をする、新聞を持って患者と話しに行くことが推奨されていることが紹介された。

後半のセッションでは、ファシリテーターを高橋仁先生に交代し、効果的コミュニケーションを実践・体験した。

グループのメンバーを交代して、1人がモノを1つ選び、そのモノを相手にどう伝えるか1

分間で考える。そして相手に2分間で説明。その後受け手から、その品物を買うか、買わないか、なぜ買うのかを説明するという演習を行った。

受け手側が買おう！と思ったポイントとしては「使用感を伝えてもらえた」「実際に使用させてもらった」「非売品や他とは差別化できるポイントがあるモノだった」などがあげられた。これから述べる、成人教育の基本フレームを実践することができた。

成人教育で教える基本フレームは、挨拶、自己紹介、目標の提示、双方向型の指導、体験型(参加型)の指導、質問を受ける、まとめるということである。話し手が聞き手に与える影響がどのような要素で形成されるか測定したメラビアンの法則では、「矛盾したメッセージを受けとったとき、言葉以外の非言語的な情報が93%を占める」ということが分かっている。

高橋先生は、表情や声質等々が非常に大事だということで、非言語的コミュニケーションには何

があるか(図1)と、関係によって決まってくるパーソナルスペース(図2)について解説した。

褒めるときの2つのコツ(①些細なことを本気で誠実に褒める、②具体的に、焦点を絞って相手の行為や性質を褒める)の見本として、志賀先生が「高橋先生はセンスがいい！センスの良さは色調で決まる。自分に自信のない人は4色以上を身に着けてしまうというが、今日の高橋先生の服装は3色。それに高橋先生は姿勢もいい！」とめっちゃくちゃ褒め、高橋先生から「嬉しいです」との感想が聞かれた。

最後に志賀先生が、効果的なコミュニケーションのためには、使用経験／事例を伝え、発言を繰り返す、共感・促進・明確化を促す。何を一番伝えたいかを考え、会話の中で相手の理解度を探索する。そして自分が相手から学ぶことがある、ということが大事である、とまとめ、満場の拍手の中、セッションは終了した。

満場の拍手は効果的なコミュニケーションだな…と取材者も学んだ満足感で取材を終えた。

JADECUM-PBRN

第3回 JADECUM-PBRN Annual Convocation ～診療所における糖尿病診療カイゼン活動報告～

企画責任者：奈良市立都祁診療所 管理者 西村正大

今回、第3回を数えたJADECUM-PBRN Annual-Convocationでは、まず座長の望月崇紘先生からPBRNがよく分からないという人のために、JADECUM-PBRNの簡単な紹介、次に1年間のOHSU FMのリサーチフェローから帰ったばかりの佐々木航先生からへき地勤務医の満足度についての研究報告、そして西村正大先生から糖尿病診療の質改善の研究のまとめと、4つの研究参加施設からの報告が行われた。

JADECUM-PBRN 1年間の活動報告

君津市国保小櫃診療所 管理者兼所長
望月崇紘

PBRNは“Practice-Based Research Network”という言葉の略で、プライマリ・ケアを中心とした外来診療を実践する医療者たちが研究のために組んだネットワークのことである。JADECUMでは2018年にJADECUM-PBRNを発足し、この4年間で少しずつ活動の幅を広げている。このたび新規コアメンバーに、第4代OHSUリサーチフェローの井上博人医師と地域医療研究所研究員の弘田義人医師が加わった。

2023年のJADECUM-PBRNの活動の中で、最も大きかったのは、5月にOHSU家庭医療学副主任教授のDeborah Cohen先生とJADECUM寄

附講座教授の山下大輔先生を迎えて、Special PBRN meetingを開催したことである。今後もOHSUとの連携を深めながらPBRN活動をしていきたいと思っている。そのほか、学会発表やサイトビジットによるネットワークの強化、広報活動も行ってきた。来年度も頑張っていきたいと思っている。

へき地勤務医の満足度についての日米共同研究 —米国の医療と生活を肌で感じて

今泉記念館ゆきあかり診療所 管理者兼所長
佐々木 航

私は「地域医療のススメ」の地域医療研修で東通村診療所に赴任し、家庭医療専門医取得した後も、10年間、東通村の地域医療に従事した。

1=全くそう思わない 5=全くその通り	Oregon 中央値	日本 中央値
都市部の病院にいるときよりも多くの種類のケアを経験できている	4.5	3.8
自分で仕事の内容や時間を決めることができている	3.5	3.5
自分の仕事が地域に貢献しているという自信がある	4.1	4.1
患者の体だけでなく人間全体、家族、社会に関わっている	4.2	4.1
行政に意見が通りやすい	3.3	3.3
自分の仕事に対してこの給料は妥当だと思う	3.4	3.4
最新の医療情報を得やすい	4.3	2.7
業務の負担が大きくなりすぎないように配慮されている	3.0	3.0
仕事や生活で困ったときに相談できる人がいる	3.7	3.0
自分の時間を確保することができている	3.4	3.4
豊かな自然を気に入っている	4.7	4.1
地域社会の一員だと感じられる	4.4	3.8
生活の便利さは都会と比べて遜色ない	2.5	2.3
仕事外での私のプライバシーは尊重されている	3.6	3.1
へき地での勤務について家族が協力的だと感じている。	4.0	3.9
子供が満足な教育を受けられている	3.7	3.0

図1 へき地についての考え

その後1年間OHSU FMのリサーチフェローとしてへき地勤務医の満足度についての日米共同研究を行ったので、その内容を紹介する。

私が10年間赴任した東通村診療所は、外来は1日60人、入院は10～15人、終末期患者の緩和医療導入も担っている。訪問診療月100人、老健も併設しており、医療から在宅ケアまで一元管理できるプライマリ・ケアの診療所である。

私がへき地医療に興味を持ったきっかけは、「地域の医者」というアイデンティティへの憧れがあった。研修で行った東通村に赴任して3年ほどで念願の地域の医師としてのアイデンティティは得ることができたが、地域の医師であるためにどこに行っても誰でもない自分になれない苦しさを感じるようになった。そこで、へき地で働く医師の独特な立場、「生態」を明らかにしたいと考え、今回の研究を行った。

OHSU FMは、ポートランドから南に300マイル離れたクラマスフォールズにCascades East Family Medicine Centerという外来診療クリニックを運営している。そこは最新の設備で多様な医療職が勤務し、1人の患者に初期研修医、後期研修医、指導医が同時に関わっている。またオレゴン州北東部の町エンタープライズにはOHSU FMと連携しているクリニックがある。

そこで見たのは私がいた東通村診療所と同様の光景で、プライマリ・ケア医が外来、退院支援、訪問診療と切れ目のない医療を行っていた。

日本と米国の事情の違いを踏まえた上で、オレゴンと日本の医師にアンケート調査を行った。注目すべき結果としては、日本の医師の方がより多いコマ数をこなし、ほぼ毎日当直・待機・電話当番を担っている割合が高く、また医師1人体制が多いということが分かった。図1に示したへき地についての考えでは、特に「最新の医療情報を得やすい」という項目で、日本では満足度が低いことが示された。

今後の研究の方向としては、より詳細な日米比較を行い、記述的回答を分析、最終的にはどこを改善するかを突き止めて、苦労を上回るへき地の魅力を伝え、へき地に医師を呼び込みたいと考えている。

診療所における糖尿病診療カイゼン研究活動報告

奈良市立都祁診療所 管理者 西村正大

業務における質改善文化は産業界などで発展してきたが、それを医療に応用したものが「医療におけるQI(Quality Improvement)」である。近年、日本でも病院では病院機能評価によって医療の質評価が行われることも増えてきている

が、診療所では未だ稀である。米国では大規模かつ高いレベルで、質の評価・改善の取り組みが行われているようだ。私は、日本の診療所におけるQIの可能性にチャレンジしたいと考え、JADECORE-PBRNとJ-CHINという2つの仕組みを使って「プライマリ・ケアにおける糖尿病診療の質改善の体制の構築と有効性の検証」という研究に取り組むこととした。テーマとしては、診療所に通院中の糖尿病患者のABC-S(HbA1c, Blood Pressure, LDL-Cholesterol, Smoking)を選択した。参加施設は、ゆきあかり診療所(新潟県)、谷汲中央診療所(岐阜県)、君津市国保小櫃診療所(千葉県)、六ヶ所村医療センター(青森県)である。各施設の活動内容について紹介したい。

ゆきあかり診療所

診療所で使用されている電子カルテの標準機能ではABC-Sのデータを抽出する作業は非常に難しく、協会と電子カルテ業者のシステムエンジニアの方との密な相談、協力により、なんとかデータ抽出を自動で行うシステムを構築した。その上でコーチングとして、2年間で21回のオンライン面談を実施した。管理者の異動による中断という困難を経験したが、ゆきあかり診療所は看護師チームが非常に協力的なので、管理者が安定した今後の改善に期待したい。

谷汲中央診療所 風呂井 学(医師)

診療所には管理栄養士がいないので看護師と医師で生活状況の把握、食事・運動の指導を行っており、時間を割いて患者さんと話をしている。食事療法や薬物療法の自己管理を行う自信がない患者さんに対しては、意識的に受診間隔を短くしている。

本研究参加以前は、喫煙状況の把握が十分でなかったところがあり、電子カルテモニターの脇に「喫煙スクリーニング実施中」という付箋を患者さんから見えるところに貼って自分自身のリマインドをする、という工夫を行った。また、電子カルテ内にも、目に留まる場所に常に喫煙

状況が表示されるようにデザインを変更した。それによって喫煙状況の把握率はだいたい上がったと思う。現在はデータの抽出、送信、フィードバックは医師のみが行っているため、多職種に参加してもらうことで、診療の質がさらに上がるのではないかと考えている。

小櫃診療所 望月崇紘(医師)

小櫃診療所で血糖降下薬を使用している糖尿病かかりつけ患者は約80人おり、60日処方原則としている。

この研究への取り組みとしては、事務・看護師がデータ入力してJ-CHINへデータを提出している。月1～2回実施する小櫃診療所内のカンファレンスで糖尿病診療の質改善を議論し、その議論を基本に月1回西村医師のQIコーチングを受けている。これまでに電子カルテを利用した情報管理から糖尿病手帳の採用に変更、オンライン栄養相談、禁煙キャンペーンの実施、高齢者に対する低血糖リスク薬の減薬などの質改善活動を行った。

研究だからやれているという面もあり、今後さらに事務や看護師からの声を拾いながら継続していくことが課題である。また、今回の指標を他施設と比較できるとなお意義があるのではないかと考えている。

六ヶ所村医療センター 菊池愛来(管理栄養士)

当センターでは、本研究参加以前から、医師だけに頼らない糖尿病診療の質改善チーム「糖尿病サポートチーム健康おたすけ隊」が活動している。年単位で活動する中、おたすけ隊を続ける上での困難や課題を多く感じていた。そのような中、この研究の話があり、西村医師におたすけ隊のミーティングに参加してもらうことになった。2年間で19回のコーチングを受け、糖尿病患者さんに対するABC-Sの重要性、必ずしもガイドライン通りにすることが正解とは限らないこと、医療の質改善には患者だけでなく、医療者のハピネスも必要であることなど、医療における質改善活動における重要な視点を学ぶ

ことができた。また、それまで現場スタッフにとってもチームにとっても負担感が強かった項目や業務フローの見直し、効率のよい持続可能な体制への変化につなげることができた。これからは六ヶ所村医療センター独自のおたすけ隊の活動を発展させていきたい。

西村

今回の研究のねらいの大きな柱の1つは『日常診療データの見える化』である。4つの施設のデータを比較することでさまざまな発見があ

るのではないかと考えている(図2, 3)。研究としての評価はこれからであるが、データだけではなく、このような質改善活動を通じて、現場の人たちが何を学んで何に意義を感じるかということをインタビューやアンケートで明らかにしていきたいと考えている。

臨床研究や質改善活動は、大学や大病院で行うものだと思っている人も多いと思うが、その重要性は、地域医療の現場でも同様だと思う。今後も、JADECOM-PBRNとして地域医療の現場から発信する学術活動に取り組んでいきたい。

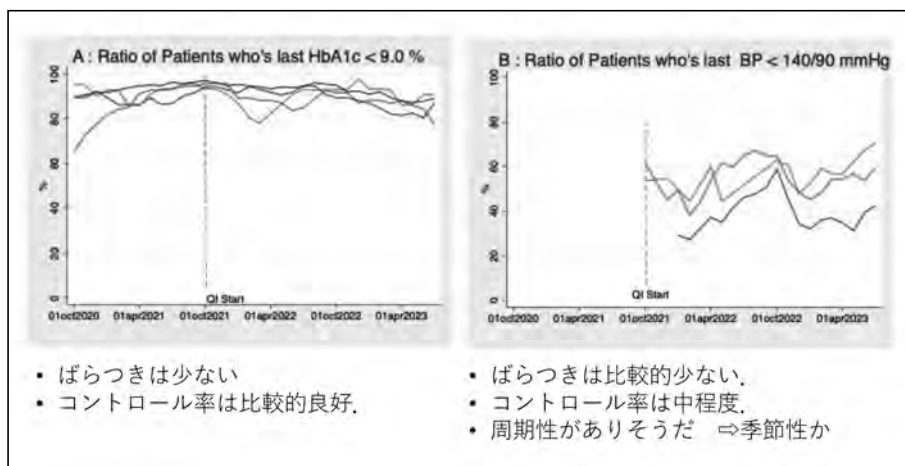


図2 各診療所の糖尿病患者さんの、最終HbA1c(A)と最終血圧(B)の目標到達割合(日毎)の推移

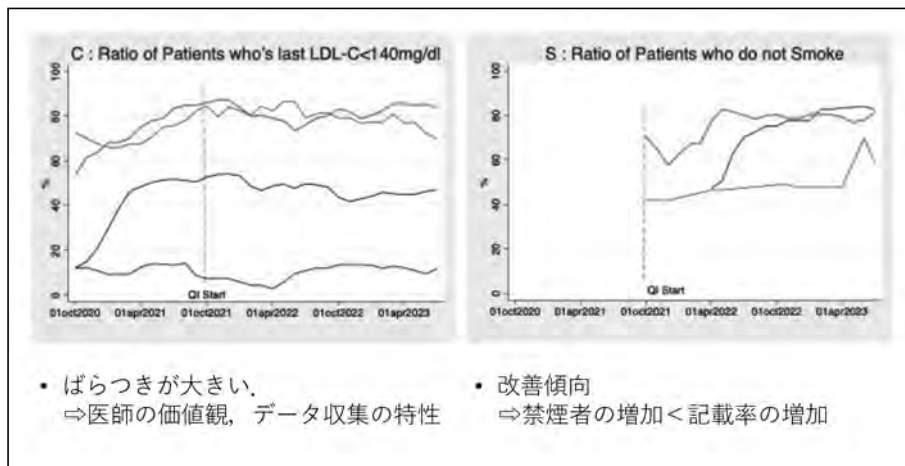


図3 各診療所の糖尿病患者さんの、最終LDL-コレステロール(C)と最終喫煙(S)の目標到達割合(日毎)の推移

地域の未来×NPの未来 —見せる, 魅せるNPになるために—

企画責任者：NP・NDC研修センター 課長 筑井菜々子

GIM(General Internal Medicine)NPプログラムを立ち上げて3年、卒後臨床研修である地域研修を体験した2名の2期生の発表を軸に地域に貢献できる魅力的なNPになるためにはどのような経験を積み、知識や技術を学ぶべきかディスカッションを行った。ここでは康由梨氏の発表を紹介する。

六ヶ所村における地域医療

東京ベイ・浦安市川医療センター 康 由梨

私は六ヶ所村医療センターで2023年7月～9月に研修を行った。院内では救急や一般外来の外来診療のほかに訪問診療や訪問看護の同行、毎日の症例検討会など医師たちと一緒にディスカッションを実施。課外活動では介護老人保健施設の日勤・夜勤体験や六ヶ所村で働いている方の人生観を聴取する実習、通院バスの同乗、地域ケア会議への参加など、地域ケア活動にも多く参加した。

外来では診察から検査オーダー、検査結果の確認、処方選択まで行い、画像検査結果については1つ1つ医師に確認を依頼し振り返りをした。8月に関わった症例数は209件におよび、4割近くのCOVID-19陽性の症例のほかにウイルス性上気道炎や気管支炎の症例、慢性疾患の外来などを経験。それまで急性期トレーニングを中心に受けており、一次外来は六ヶ所村での経験が初めてだった。慢性疾患では対処療法の薬の選択や処方アセスメントに苦労することが多かったが、一例ずつ医師と症例の振り返りをすることで多くの学びがあった。外来診療の中には重篤な症例が潜んでいることも多く、処方マネジメントだけでなく一般外来の中でも救急対応能力が問われることを感じた。

訪問看護では、関節リウマチで免疫抑制薬を内服している80代の独居女性を担当した。「でき

るだけ自宅で過ごしたい」という思いを汲み取り、訪問看護師や医師との連携により在宅で菌血症の治療を完遂できた症例は大変勉強になった。この経験から在宅医療での症状マネジメントや救急対応におけるNPの活躍幅の可能性を感じた。

センター長からは「NPはへき地の医師にとって希望であり、医師のパートナーと考えている」というコメントをいただいた。また、地域研修受け入れの際に行った医師やコメディカルスタッフでNPの能力評価においては救急対応や重篤な疾患の否定、チームワークやリーダーシップにおいて高評価を得ており、プライマリ・ケア能力においても省察能力やリーダーシップにおいて優れているとの評価をいただいている。一方で課題も多く、プライマリ・ケアではありふれた疾病に対するマネジメントの経験不足、在宅においては社会保険や介護保険の知識や経験が不十分と挙げられている。

NPはへき地において、在宅や高齢者施設、救急の初期対応、外来における慢性疾患などCommon diseaseの対応などにおいて、医師のパートナーとして診療実施を行うことができる可能性がある。そのためには、プライマリ・ケア領域で診るありふれた疾患に対する対応やトレーニングの充実、地域の特性や社会サービスに関する学習などが今後の課題として挙げられる。

JADECOM施設における ヘルスプロモーション活動の推進に向けて ～ Part 2～

企画責任者：公衆衛生委員会 委員長 宇田英典

ポストコロナ時代における「地域を支える未来思考」の一方法論として、ヘルスプロモーション活動の重要性は高まっている。地域医療振興協会 公衆衛生委員会では2023年3月に協会内診療所と介護老人保健施設を対象に、ヘルスプロモーション活動の実態や今後の取り組みの意向、支援ニーズ等に関するアンケート調査を行った。その結果報告とともに、積極的に取り組んでいる施設の活動を紹介し、今後の活動推進にあたっての課題や解決策を参加者も含めて意見交換をした。

協会施設の「ヘルスプロモーション活動に関する調査」結果報告

ヘルスプロモーション研究センター 川畑輝子

昨年は協会内の25病院を対象にヘルスプロモーション活動（HP活動）の実態把握調査を行った。今年は診療所と介護老人保健施設（老健）を対象に調査した。施設管理者または事務責任者にWebで回答してもらい、量的に集計するとともに、促進・阻害要因については自由記載の内容をコード化し、質的にカテゴライズした。本調査では、HP活動を「病気や障がいの有無に関わらず、全ての人が自分らしく充実した生活を送れるように、さまざまな方法を組み合わせる自らの健康をコントロールし改善できるようにする取り組み」と広く定義した。調査の回答率は100%であった。

HP活動の対象を①患者・利用者、②地域、③職員の3つに分けて比較すると、いずれも診療所の実施施設割合が病院・老健と比してやや低い結果となった。診療所は職員数も少なく、へき地・離島では正規職員は医師のみという施設もあるためだと考えられる。

患者・利用者対象の活動として、病院と老健では「コロナ対策」「リハビリの充実」が上位に、診療所では「教材作成」「待合室での情報提供」が上位に挙げられた。職員を対象とした活動は、診療所・老健では「法定外健診・予防接種補助」

「健康教育・情報提供」が、病院では「メンタルヘルス」「保育所の設置・保育支援」が上位となった。地域を対象とした活動内容は、施設の種類を問わず「講演、健康教育・イベント」「自治体との連携」が上位を占めた。

活動の促進要因は「体制づくり」「ノウハウの提供」「人材育成」、阻害要因は「人手不足」「コロナによる制限」「ヘルスプロモーションの理解不足」が挙げられた。

診療所と老健は、病院と比べて活動拡充に対する重要性の認識が高めであることが分かった。患者さん・利用者さん、地域との距離が近いためではないかと推察する。挙げられた促進要因より、教材やマニュアル、ノウハウ等を提供することで活動がさらに促進される可能性が示された。

活動を促進するためには、ヘルスプロモーションに対する理解を深めてもらう働きかけも大切だと考えられた。

■患者・利用者を対象とした活動紹介

東通村における地域と複合施設（診療所・地域包括支援センター・老健）の連携によるヘルスプロモーション活動

東通村診療所 江畑年巳（管理栄養士）

診療所を受診している患者の課題として、主に3つ挙げられる。まず、①どの世代でも「肥満」

を含む生活習慣病が多い。②村民の高齢化に伴い、高齢者の食事量の減少や食事内容の偏りがみられる。③地元企業では肥満や高血圧が多い。以上のことから、理解しやすい栄養指導や、実践しやすい食生活の支援が患者に必要と考えられた。そこで、外来や入院において医師より依頼を受け栄養指導を実施した。栄養指導で中心となったのは、高齢者への指導や、肥満の改善、高血圧の改善であった。また医師は、高血圧に影響する塩分とカリウムに注目した。さらに、令和5年から村の住民健診でも尿Na/K比の測定や、塩分、カリウムのチェックシートの運用が始まった。診療所でも、外来において尿Na/K比の測定が実施された。そこで、栄養指導において、特に高血圧の指導時には尿Na/K比の結果の活用と、指導患者全員に塩分チェックシートを実施した。この指導方法のねらいは、尿Na/K比ではよりリアルに塩分量と野菜摂取量を数字で実感してもらうこと、塩分チェックシートでは高血圧予備軍のあぶり出しと塩分過多の食事パターンを実感してもらうことであった。実施した結果、患者も指導内容が理解しやすい様子だった。

地域包括支援センターでは、村内の高齢者の食事内容に偏りが見られているため、正しい知識や食生活の支援が必要と考えた。さらに、地域包括支援センターから依頼を受けたため、各地域へ出向き食事や栄養の講話を実施した。講話の回数を重ねたのちに試食を行ったりする体験型の活動も行うようになった。

実施した結果、村民への食事や栄養を含めたヘルスプロモーションの必要性は高く、管理栄養士の役割は重要と言える。今後は一層の参加の促しや、フレイル予防の取り組み、買い物難民の支援なども行っていきたい。

作業活動が心身の健康促進に与える効果

女川町地域医療センター 介護老人保健施設のぞみ

菅原佳奈子(作業療法士)

通所リハビリテーションでは、個別リハビリ、入浴支援、作業活動、レクリエーション、机上

課題のサービスを提供している。作業活動を導入している目的は、心身機能向上、余暇時間の充実、生きがい(役割)づくり、他者交流などがある。活動提供で大切なことは「やってみたい」「やってよかった」という気持ちであり、結果が作品として見えると本人・家族に能力・可能性を伝える術になる。

日頃やっている作業のひとつに裁縫がある。世代的に和裁・洋裁の知識や経験が豊富で、難易度の調整がしやすい。病児病後児保育室で使ってもらうことを目的に、フェルトのおままごとやおもちゃをつくった。コロナ流行前期、マスクが入手困難だった時期には手縫いのマスクをつくり、使ってもらえる喜びと手に入らないから助かったという感謝の交流があった。粘土細工で干支の置物や縁起物をつくっている。コストパフォーマンスがよく、出来栄もよい。月刊デイに掲載してもらえて、モチベーションアップにつながった。壁面に飾る大きなものにも取り組んでいる。小さな部品を組み合わせで大作に仕上げる。能力の個人差があっても取り組みやすく、大きなものは見映えがよい。町民文化祭にも参加している。出展・見学は外出のきっかけづくりになる。

作業活動は「人のために」が一番の動機付けになる。自分の楽しみよりも誰かの喜びが嬉しい。数人が同じ場で行うほうが取り組みやすい。心身機能が低下しても、それに合わせた役割・生きがい探しを一緒に行い、エンパワメント向上の一助になるよう活動してゆきたい。

■地域を対象とした活動紹介

地域のドラッグストアとの連携による減塩を目標とした食環境整備

事務局企画調査部 嶋田雅子(管理栄養士)

真鶴町国民健康保険診療所 大平祐己(医師)

真鶴町は、虚血性心疾患の死亡率が高く、食塩摂取量が多いことが課題である。当診療所は2021年4月から町民と協働した「町の保健室」と称する保健活動を展開している。その活動の一環として、診療所近くのドラッグストアで減塩

を推進する食環境整備を開始した。

「えいようみてみよう」をコンセプトにPOP表示による情報提供を行った。①カップ麺・袋麺の全商品にエネルギー・食塩相当量を表示。②食塩が1食、またはスープを半分残すと3g以下になる商品にマークを表示。③陳列棚に食塩摂取量の目標量を実際の食塩と合わせて表示。④調味料・即席スープの減塩商品に立体型POPを表示。これらのPOPデザインは全て町民メンバーが作成した。

約1ヵ月半後、この取り組みの反応を把握するために店舗利用者の出口調査やPOSデータの分析を行った。結果としてPOPに気づいた人は少なかったが、食塩表示のニーズはあった。そこで、この課題を踏まえて、デザインをより目立つ色に一新した。食塩量を記載したカードは3段階にランク付けして色分け。POPは棚や通路に飛び出すように表示した。店頭で減塩商品の試食会を開催し、この活動の周知を行った。

今後も取り組みの評価を行いながら、情報提供や配置の工夫、減塩関連イベントなどの活動が続け、町民メンバーと協働して町ぐるみの健康づくりを目指したい。

山びこの郷における認知症初期集中支援事業 ～住み慣れた地域で暮らし続けるために～

揖斐郡北西部地域医療センター山びこの郷
栗野裕紀(介護福祉士) 古谷 玲(作業療法士)

揖斐川町版認知症初期集中支援チームのメンバーは、診療所医師を含む認知症サポート医3名、認知症地域支援推進員を兼務し訪問診療に携わっている看護師1名、施設リハビリ・訪問リハビリを行っている作業療法士1名、施設ケアに従事している介護福祉士1名の計6名のメンバーで構成されている。

チームの活動は認知症または疑いのある方の自宅を訪問し、診断のための受診を勧めたり、介護サービスの紹介、本人・家族への教育的支援、生活環境の改善に向けた支援を行っている。発足後5ヵ月で19件の依頼があり、うち5件の支援を行っている。チームの強みとして、訪問

診療を施設内で行っているため速やかな受診につながれること、地域包括支援センターの職員も一緒に訪問することで介護保険の申請がその場でできること、医療・福祉職の訪問で専門性を生かしたアセスメントが行えることがあげられる。対応が早いので、本人・家族の不安が軽減する。スムーズな支援の要因として、チーム内で情報共有アプリの活用がある。速やかに連携がとれ、対応につなげることができている。

支援チームの認知度はまだ低いため、今後も普及活動を行っていききたい。情報交換会や認知症サポーター養成講座を開催し啓発に努め、地域住民の認知症に対する理解を深め、共生社会を目指す。

■職員を対象とした活動紹介

職員の健康意識の強化についての取り組み

～アプリを活用した運動支援～

六ヶ所村医療センター「健康管理アプリ検討チーム」

安田俊彦(事務部長) 坂本悦子(管理栄養士)

下地直孝(医事課) 中村英樹(事務部SE)

「病気になってからかかる病院ではなく、病気になるようにかかる病院へ」というコンセプトのもと、コロナ禍がもたらしたポジティブな変化を活用する。変化のひとつとしてICTが急速に社会に浸透したことがあげられる。

ICTを活用した積極的な保健予防活動を実施するためにゲーミフィケーション(ゲーム化)を使うとうまくいくのではないかと思い、六ヶ所村医療センターのゲームアプリをつくって職員の健康増進に役立てたいと考えた。医療センターの職員にどのようなアプリが良いか議論してもらったところ「健康管理アプリを利用してポイントが貯まり、それを利用できるのがよい」「ポイントを利用して自分のアバターをドレスアップできる」「ほかの人と競争できると面白い」「導入に際してデータ入力などが簡単だとよい」などの意見が出された。

一からアプリをつくるのはハードルが高く、費用もかさむことが分かった。既存の健康管理アプリで「Welbyマイカルテ」があるので1ヵ月

使用してみたが、意外に入力に手間がかかる。しかし、記録していくことで行動様式の変容が見られた。

次に、ゲーム付き万歩計を1ヵ月使ってみた。歩いた歩数に応じて日本地図が描かれるというものであるが、家に置き忘れたり、休みの日は置きっぱなしだったりした。ほかの人との競争がないのでつまらない。スマートウォッチやスマートフォンが良いという意見が出た。

ウォーキングイベントアプリ「WeRUN」を3ヵ月使ってみた。成績上位者には賞品を用意してみた。3ヵ月のイベントの間の参加者の意識変化としては、健康に対する意識の向上が認められた。歩数をほかの人と競うことが楽しく、多くの人が今後もこのような取り組みを継続したいという結果であった。

今後は患者、村民へと利用範囲を広げていきたいと思っている。

看護介護 病院・診療所部門

つながる看護で地域をささえる

企画責任者：公立丹南病院 看護部長 山田美佳

総合司会：公立丹南病院 看護部副部長 大塚ゆかり

第1群 在宅療養支援に関する取り組み

座長：三重県立志摩病院 看護部長 中川佳代

特定ケア看護師の介入で受診回数が減らせた症例の報告と今後の展望

～在宅診療の補助としてのニーズ～

公立丹南病院 木下誠一

公立丹南病院は、訪問看護ステーションで、特定ケア看護師(NDC)が2022年7月より活動している。NDC介入により予定外の受診や検査希望が減少した事例を報告。訪問時にエコー検査を実施し、不安解消につながった。

在宅での特定行為の実施には、臨床推論や医療機器を駆使した状態観察、評価、対応連携といったスキルが必要となってくる。そのためには、訪問看護師のエコー研修や特定行為研修の受講が必要と考える。

病棟看護師が外来&地域へ出向く！

～医療ネイリスト活動～

公立黒川病院 佐久間ともみ 佐藤紗菜

爪に関する資格を取得し、2017年から入院患者のケアから始め、2021年から爪ケア外来を本

格的に開設した。現在爪ケア外来は月2回、1枠30分の予約制で行っている。

巻き爪や肥厚爪などの爪トラブルのケア、胼胝・鶏眼などの角質ケア、靴の履き方などの指導が内容である。

爪ケアで、「靴が履けるようになった」「手指のつまみ動作が改善した」等、QOLが明らかに変化する。従来皮膚科医や外科医が行っていた処置を、看護師が担うことで、医師の診察の効率化につなげている。

現在は看護外来のほか訪問診療への同行、まちの保健室の出店、保健福祉センターで高齢者への指導、看護協会で講義を行っている。今後は看護学生が学ぶ機会を作っていきたい。

退院後の母児をサポートして地域につなげる
～産後ケア事業の拡大を通して～

練馬光が丘病院 産婦人科病棟

平井成美 古泉恵美 内藤容子

産後ケア事業は妊娠中から子育て期を地域全

体で支えようと平成26年から開始。当院の産後ケアは、平成30年度に練馬区との業務契約から始まり、産後ケア費用の一部が公費負担になった。

取り組みとしては、令和5年度より事業契約地域を練馬区のみから4区1市に増やした。他院で出産された方も利用できるように変更した。また、他院入院中に産後ケアの利用申し込みができるようにWEB申し込みを開始した。双胎やNICUに入院となった方、母子同室ができないまま退院になった方なども受け入れた。

開始して半年後の成果は、利用件数はこれまで年平均10件程度だったが、今年度は4月からの5ヵ月間で30件と約6倍に増えている。利用者は練馬区在住が77%、他院分娩の方の需要も多い(43%)ことが分かった。利用後のアンケートでは、約9割以上の方が満足であった。

「まちの保健室」におけるエンパワーメントの実践 ～地域の健康づくりへの小さな一歩～

横須賀市立市民病院 今枝優美

「まちの保健室」とは、学校の保健室のように気軽に立ち寄り健康相談を行う、地域の住民が集まる交流の場である。われわれは、介護予防を目的とした地域密着型の介護支援事業であることに加え、看護職が在籍することで、医療と生活両方の視点で住民の健康をサポートする地域看護の一環であると位置付けている。

活動は月に1回、自分の住む街の町内会館を借りて実施、開始から2年目になるが、参加者は4～5名から20名程度である。

一人ひとり丁寧に相談を受けている。他にも、慢性心不全看護認定看護師といったリソースを生かし、フレイル予防や生活習慣などに関する健康教育を行っている。

健康相談の場面では特にコーチングを活用することが有効で、その1例を紹介。

介護予防活動支援事業を多く実施している市町村ほどフレイル高齢者が少なかったとも報告されており、緩やかなつながりを形成することが、フレイル予防そのものであり、地域のニーズに応える看護活動であると考える。

つながる看護で地域をささえる

～認知症看護認定看護師の活動と課題～

横須賀市立うわまち病院 小河浄女

私は認知症看護認定看護師の活動として、専門認定看護師による研修を行っている。病院外の医療従事者の参加者も増加、テーマ選定も地域につながる内容へと視点を広げて取り組んでいる。

高齢者クリティカルセミナーと題し、高齢者に特化した内容で勉強会を開催している。今後は院内外に広げ、地域の高齢者を支える人たちのサポート体制を整えていきたい。

また身体抑制適正化チームを発足した。退院後の生活を見据えた介入を考えていく上で、影響を及ぼす可能性が高い身体抑制から生じる廃用症候群や認知機能の低下、誤嚥、ADL低下を予防することが大切と考える。身体抑制を減らしていけるように、介入方法を一緒に考えていくことを目標に今活動している。

これらの活動の積み重ねを大切にし、認知症の人が安心して入退院でき、地域で安心して生活できるために、認知症看護を通じて地域を支えられるように、今後も活動していきたい。

訪問看護におけるACPへの取り組み

～ACPシートの内容分析と今後の課題～

有田市立病院 訪問看護ステーション 山野嘉子

がん療養者は予後予測が立てやすいのに対し、非がん療養者は長期療養生活の中でACPのタイミングが難しいと言われているが、60%の割合でできていた。医療機関から在宅への移行期は14%だった。病状の安定期、病状の悪化時はともに4割であった。

ACPの内容は、治療について、終末期の過ごし場所が60%。以下、療養者の何気ない思い、介護に関することと続いている。これらは当スタッフが何をACPと捉えているかの認識傾向を反映している。

ACPを行った対象は家族が57%、療養者自身は13%であった。病識に対しては7割が理解できていないという結果であった。実はここに本人にACPが行われていない理由があるのではないかと

考える。ACPの支援で誰の意向が尊重されたかは、本人が34%、家族が33%であった。本人の意向を尊重するためには、病識の理解からはじめ、本人の大切にしていることや思いを聞きながら、何度も問い続けていくプロセスが必要である。

ACPの充実には、機会や内容にとらわれずに、日常的なケアとしてプロセス重視の関わりが課題と考える。個人の価値観が大切にされ、その人らしく生きられるよう、ACPの理解と経験の構築が必要である。

第2群 患者のQOL向上に関する取り組み

座長：有田市立病院 看護部長 御前有美

嘔吐症の患児が家族と自宅で健やかに過ごすための支援について

～産後うつ母親との関わりを通して考える～

東京北医療センター 5階西病棟 大沼美郷

嘔吐症の乳児を抱え、強い不安を持った産後うつの母親に対して、育児やケアの指導をしながら支持的な支援を行った。患児が自宅で家族と健やかに過ごせるように整えることを目標に看護介入を行い、危機的状況にある母親に対し、効果的な関わりができたので報告する。

対象となるA君は、繰り返す嘔吐症で入院となった生後6ヵ月の男児である。

まずA君の嘔吐の改善を図るために内服治療を開始し、離乳食の援助を始めた。母親には自身の身体精神の安定を図ることを最優先とし、その上でA君に必要な援助の手技を習得すること、退院後の生活に前向きなイメージをもてることを目標にした。

今回の事例から社会資源の調整を図る際は、資源を導入することがサポートなのではなく、本人や家族の意向をも尊重し、時には見守ることも重要であると考えた。入院中だけでなく、退院後も医師や外来、スタッフ、関係機関と共同しながら成長していく患児や家族のニーズを捉え適したサポート方法を検討して行く必要があることを学んだ。

がん相談支援センターにおけるがん患者支援拡大に向けての取り組み

～がん看護専門看護師の特性を生かした活動～

市立奈良病院 がん相談支援センター

増尾由紀 高岸真一 大久保和子 米杉郁子 小山拓史

がん相談支援センターにがん看護専門看護師が配置された後の活動の内容を明らかにするため、2020年4月から2023年3月の内容を後方視的に集計した。

対応した相談者の平均年齢は59.9歳と低め、男女比は4対6で、女性がやや多かった。相談件数は前年度比約2.5倍になった。診療科別指導料算定の内訳は、乳腺外科、泌尿器科、外科の3科で9割近くを占めた。がん患者指導管理料の昨年度算定結果では、1,255件となり、病院全体の指導料の算定も前年度の20倍となった。

がん看護専門看護師の特性を生かし、診察時の同席を積極的に行うことで、がん患者および家族への相談支援が拡大している。また、それにより指導料の算定が可能であり、病院経営に貢献している。副次的な効果として、がん看護専門看護師の同席で診療部の意識が高まり、チーム医療が促進しつつあることを実感している。

今後の課題は、相談内容の質の評価、相談対応や同席件数を維持していくことを考えている。

セル看護提供方式[®]導入への取り組み

三重県立志摩病院 石井あゆみ

2022年7月からセル看護提供方式[®]の導入に取り組んだ。まず導入理由とセル看護提供方式[®]の内容の説明を行い、ベッドサイドでの記録をあらためて啓発し、ペアから個人でのラウンドに変更した。共同業務の割り振り、入院受け入れの担当の順番化、業務タイムスケジュールも新しく作り直し、12月から完全移行した。

若いスタッフが看護計画について積極的に発言することもあり、看護記録が充実した。

2023年2月に行った施行後のアンケート結果では、モチベーションとやりがい達成感が最高得点で、患者の思いを傾聴して向き合い、寄り添う看護の実践が可能となった。加えて、時間外勤務が約30～50%の削減になった。今後はタイムスケジュールを微調整し、寄り添う看護の定着と職員満足度の向上を目指していきたいと考えている。

透析患者が健康な足で歩き続けるために

練馬光が丘病院 腎センター 石田美穂

当院の腎センターは30床、入院および外来透析を扱っている。外来透析患者数は約25人である。

フットケア外来看護師と協働し、フットチェック・ケアを始動した。指導前の準備としてフットチェック表の作成、チェック後のケアフローを作成した。患者にはポスターを提示しアナウンスを行った。誰でも簡単に統一したチェック評価ができるようPADスコアリングを用いた。

初回のチェックは外来患者24名に実施した。PADスコア10点以上だった患者の1人は潰瘍様病変があるも、自己判断で様子を見ていたようで、形成外科受診となり現在治療中である。患者本人のセルフケア意識が高くないと、ケアや受診に結びつかないことを痛感した。

今後の課題は3つ。まずはスタッフの知識不足の解消で、勉強会開催や研修へ参加し、フットケア関連の資格取得につなげていきたい。患者、家族への指導教育が必要で、やはり無関心が大きな課題である。家族も巻き込むことで、患者自身の意識を高め、ケアへの協力も期待できると考えている。チェックケア体制の課題としては、継続および拡大を図るため、評価修正を定期的に行い、マンパワーの確保に努めていく。

回復期リハビリテーション病棟における患者の日常生活動作の活動参加向上に向けての取り組み ～入浴関連動作に着目して～

市立恵那病院 回復期リハビリテーション病棟

岡山清乃 永井亜湖 長瀬美穂

ADLの中で自立が難しい入浴関連動作に着目

し、患者にできる入浴関連動作を促し、自立度上昇がみられるかを明らかにした。

入院時と退院時の入浴関連動作項目についてFIM評価上昇率を算出し、前年度・同期間のFIM評価と比較。入浴関連動作項目の有意差の有無を調査した。対象はA病院回復期リハ病棟入院患者のうち、本研究の同意を得られた患者で2021年、2022年共に77名。研究期間は7月から10月の同一期間とした。

FIMの勉強会を実施後、声かけにより患者にできる入浴関連動作を実施してもらうよう病棟スタッフへ周知した。一般浴室、特別浴室にポスターを掲示し、患者にできる入浴関連動作の促しを開始した。対象期間の入院患者の清拭と浴槽移乗についてのFIMを調査し、平均点有意差の有無を調べた。

結果、入院時の清拭・FIM運動項目、FIM利得の清拭・FIM運動項目には有意差があり、それ以外は有意差なしとなった。

2022年診療報酬改定により重傷度の高い患者が多く入院したが、退院時浴槽移乗項目FIM平均利得は2021年と大差はなく、退院時清拭項目のFIM平均利得は2021年を大きく上回った。特に前年比入浴関連項目増加率の結果を鑑みても、自立度の上昇は明らかである。浴槽移乗については、いずれも有意差は見られなかったが、2021年並みに自立度が改善した。

在宅での看取りを見据えた退院支援

東京北医療センター 6西病棟 佐藤知香

87歳男性、COVID-19陽性で入院し、誤嚥性肺炎を併発、在宅での看取りを希望され、自宅退院に向けた退院支援が必要となった。

「自宅で好きなものを食べさせたい」という家族の強い希望を尊重し、食事メニューや摂取方法、口腔ケアの指導、誤嚥予防の必要性を指導した。排泄に関しては、オムツ交換や陰部洗浄の指導を行い、排便コントロールに関しては訪問看護に依頼をする方針となった。

10日間の家族指導ののち自宅退院され、翌週に家族に電話での聞き取りを行った。誤嚥予防

もでき、在宅生活は順調に進んでいた。一方物品の購入方法や点滴や吸引チューブの交換のタイミング、洗浄方法等、説明不足だった内容については、訪問看護から再度指導が行われた。

ケアマネージャー、訪問看護師との調整に関して、入院中に検討すること、主治医との調整

に関しては、可能であれば点滴更新のタイミングは入院中から変更し、退院後の生活を見据えた指導を行う必要があること、手技だけでなく、準備から片付けまでの一連の流れをイメージすることが課題であると感じた。

第3群 COVID-19対応

座長：市立奈良病院 看護部長 濱田智子

新型コロナウイルス感染症患者の看護を経験した看護師の心理

～アンケート調査から見てきたもの～

越前町国民健康保険織田病院 稲菊美菜
東 幸代

コロナ看護にあたった看護師が、どのような心理状態にあったのか調査を実施した。

看護前より看護後の方が、自分が感染する不安が強いことが分かった。第1波から第6波に移行する中で、自立患者から介護度が高い患者、認知機能が低下した患者看護へと変化したことが要因と考えられる。

新型コロナウイルス感染症に関する知識や技術不足の不安が、コロナ看護後に減少した。一方で介護度が高くなるとレッドゾーンに入る回数が増え、防護具の着脱で疲労を感じ、終わりが見えなく心が折れるということも分かった。

仕事へのモチベーションにつながったものに、コロナ看護にあたった看護師同士の情報共有ノートがある。日々の患者の様子はもちろん、不安や悩みを共有し、励まし合い相談する時などに使った。さらに患者からのねぎらいの言葉や、子どもからのイラスト、相談できる認定看護師の存在や相談できる仲間との関係性があった。

正しい知識や感染対策の手技を習得することで、コロナ看護をする覚悟と自信につながった。今後も介護度が高い患者のコロナ看護を行うにあたり、1人で行う看護には限界がある。看護師の業務実態をスタッフと共有し、体制の見直しや整備が必要であり、1人でも多くの医療従事者が知識や技術を習得できるよう、私たちの経験を踏まえて指導教育していきたい。

新型コロナウイルス環境下で妊娠出産を迎える女性が分娩施設に求めるもの

東京ベイ・浦安市川医療センター 産婦人科病棟
日根野谷麻央 古谷優莉絵 近藤杏子

COVID-19が蔓延する中、当院を分娩施設に選択した理由、病院へ求めるものはCOVID-19流行前から変化があるか、助産師が考え実施しているケアと相違があるかアンケート調査を行った。

16名中13名より回答を得られ、属性は初産婦6名、経産婦7名だった。経産婦のうち、当院で1人目出産したのは6名(85.7%)だった。

結果、高水準であった4項目「ホームページを見た」「自宅から近い」「コロナ禍でお産ができる」「お産セットが充実している」を出産経験別にカイ2乗検定を実施した結果、全て有意差なしの結果となった。

「総合病院である」という項目は、13名全員が「当てはまる」と回答した。

当院の産婦人科では「すくすくダイアリー」というWEBブログを掲載しており、医師の紹介や病棟での取り組み、行事食など情報発信をしている。育児情報源としてインターネットを利用していた母親は92.7%、SNSは75.1%とされており、ホームページを利用して当院の強みや、特長を発信していくことが効果的であると考えた。

妊産婦一人ひとりの要望・背景を的確に捉え、医療提供していきたい。

COVID-19対応をしている病院に勤務する看護職者のワークモチベーション要因の検討

東京ベイ・浦安市川医療センター
松本沙織 植木琴美 佐藤歩実 小澤あゆみ

当院の看護職のワークモチベーションの構造因子を抽出すること、COVID-19対応によるモチベーションへの影響の有無を明らかにすることとして本研究を実施した。

有効回答数は106名、有効回答率は98%。質問紙調査の回答分析し、志向的モチベーションのセクションごとに平均値と標準偏差を出した。この結果から傾向として協力志向的、達成志向的、学習志向的、競争志向的の順で高くなっていることが分かった。また先行研究の分析結果と傾向が一致しており、当院の傾向は、一般的な看護職者の傾向と同様であり、COVID-19対応が関与せず、志向的モチベーションが優先されているということが分かった。

またCOVID-19対応の有無と同居家族の有無という2つの要素との間には、優位性がなく、関連性は認められなかったことから、COVID-19対応がモチベーションの低下に直接関係するという結果は得られなかった。

COVID-19対応経験グループは、多くが行動制限を行っており、自らが感染しないことで、集団における協力体制を守る傾向が強くなっているからと考えられ、COVID-19対応が間接的に協力し、公的モチベーションに関与している可能性があると推察される。

当院の協力志向的モチベーションを高めるためには、同僚や上司、チーム内での関係性を重要視し、お互いの関係性をよくするよう働きかけることと推察される。特にチームの人間関係を大切に、多職種の専門性や価値観を尊重して働きかけを行うことで、全体的なワークモチベーションの向上につながると考えられる。

これらの成果を今後の活動に活かしていきたい。

COVID-19感染後に人工呼吸器管理から離脱し社会復帰した70代女性の症例報告

あま市民病院 齋藤恵美子 元山理依子

鬼頭ゆきえ 山野井浩子 藤原友香子
深谷貴美子 吉田伴美 宗長涼美
中野美香 大留弘幹 大矢泰斗
箕浦章太 斎藤智奈美 市原智史

患者は入所施設でコロナに感染し、当院受診。重症と判断され、高次医療機関へ転送された。その後、前医で人工呼吸器離脱困難と評価され、感染後44日目にⅡ型呼吸不全と廃用症候群のリハビリ目的で当院に転院した。

当院は人工呼吸器の稼働がほとんど無いため、患者が転院してくる前に多職種カンファレンスを行った。その際、退院に向けての目標を人工呼吸器から離脱し、入院前の施設へ退院すると設定した。また、人工呼吸器の勉強会を実施し、さらに病棟看護師でチームをつくり、多職種との連携がスムーズにいくよう、リハビリ、栄養、RSTの担当者を決めた。

患者は人工呼吸器を外すことに不安があり、このままでいいと言う発言があった。そこで入所していた施設に連絡し、施設での暮らしや患者本人の背景・性格を聴取し、本人のペースに合わせて看護を行った。さらに、患者と目標を共有し、患者自身が主体的に取り組めるよう療養日記を作成した。日記は家族と共有することで面会でできずとも日々の変化が分かり、患者が回復していく喜びを味わうことができた。

担当医との連携を密にとりながら、患者の状態を日々評価し、PTと共に看護師でも呼吸リハが行えるようなマニュアル作り、車いすへの移乗を行った。CO₂がたまらないよう呼気の促しを積極的に行い、STと管理栄養士で本人の希望に合わせた食形態や内容の相談を行った。そして発症131日後に以前の入所施設の系列施設へ退院となった。

退院時、患者本人の口から「ありがとう」という言葉をいただいた。患者と私たちが目標を共有し、達成できたと感じた瞬間であった。

老健施設におけるケアの質の確保について

企画責任者：地域包括ケアセンターいぶき 看護介護部長 新川康子

シンポジウム

「未来思考で地域の老健をささえる 看護と介護職の育成をどうするか」

看護師のクリニカルラダーの活用

介護老人保健施設あやがわ 井上香里

JADECUMのジェネラリスト看護師育成プログラムのクリニカルラダーを使用した人材育成の取り組みについて報告する。

クリニカルラダーの対象者は6名の常勤看護師。マニュアルを配布後あらかじめ自己学習を行ってもらい、チャレンジレベルの自己申告をしてもらったが、チャレンジレベルを低く設定するスタッフが多かった。年度末に面接を行い、コロナ禍でご家族・ケアマネージャー・地域との交流の機会が激減したことや、看護師が入所前後の自宅訪問に行くことがないことなどから、利用者の生活上のニーズや課題について情報を得ることができなかったのではないかと考えた。このままではクリニカルラダーがあっても老健に求められる人材育成ができていないと感じた。

面接の結果、今年度も同じレベルでチャレンジし、自分自身が強化したい項目をあげた上で、行動目標を立ててもらった。

私自身、生活モデルへ転換したケアの学習ができる環境をつくるという目標をあげた。まず、自宅からの入所者を増やす取り組みを行った。7月から面会を解禁し、担当者会議も再開したところ、徐々に入所紹介者数が増え、本年度は8月末で13名(以前は年間12名程度)となった。8月下旬から看護師が入所前後訪問に行く機会を作ることができ、ラダーレベルⅢの職員1名が3回連続で経験した。レポートを提出しても

らい、得た情報を多職種と共有できるようシートを作成している。また施設のアセスメント表を、実際に即し細い動作に分けて評価できるよう改定中である。

クリニカルラダーを始めてから、人材育成のさまざまな課題が見つかり、それを解決するため試行錯誤を続けている。個々の成長だけでなく、ジェネラリストとして医療過疎地域を支援できる看護師に成長できるよう活用していきたい。

フィリピン人留学生入職に向けての取り組み

おい町保健医療福祉総合施設なごみ

山崎美佳

当施設において、不足する介護職員の人材確保に向けて、フィリピン人留学生の受け入れを始めたので経過を報告する。

現在、青池学園の「外国人留学生介護人材育成」を通じて1期生3名、2期生2名を留学生として受け入れている。青池学園は、フィリピンのボホール州立大学と協定を結び、同校内で日本語学講座を運営しており、プログラムを理解した上で、日本で介護福祉士を目指す希望者に学習を開始し、日本語能力が一定水準を満たしたもののから施設との面接を行う。

奨学金は、施設から就学支度金、渡航費(2ヵ月分の生活費含む)の貸与、日本語学校および介護福祉士養成専門学校の学費の貸与と住宅費助成、在学中のアルバイト雇用がある。返済は入職以降、毎月定額を返済し、入職後6年間経過した時点で当施設に在籍していれば借入残額の返済を免除する。

令和4年5月より1期生が令和7年の入職に向けて週末アルバイトを開始し、日本語・介護

技術の取得・日本の介護現場への理解を深めてもらっている。主に物品の消毒、環境整備などの雑務を担当。はじめは携帯翻訳機を使ってコミュニケーションをとっていた。夏休みには勤務日数を増やしたいとの申し出があり、移乗介助、食事介助など職員と一緒にやってもらった。

令和5年2月ごろより体調不良を訴えたため、他のバイトの現状も提出してもらい、シフトの調整を行った。

令和5年4月からは2期生が施設でのアルバイトを開始。1期生が指導する形で、雑務を行っている。

職員からは当初不安の声があったが、現在はおおむね良好な評価を得ている。

振り返りでは、「雑務を担当してもらうことにより、職員の負担が軽減され、利用者と関わる時間が増えた」「留学生の指導を通じて、自分の業務姿勢や介護技術を見つめ直す機会となった」などの意見が聞かれた。

留学生をフォローしながら、施設側の要望も踏まえ、双方にとって働きやすい、やりがいのある職場にしていく必要がある。

介護職育成プログラム作成プロジェクト

介護老人保健施設市川ゆうゆう 治部拓也
地域包括ケアセンターいぶき 山本隆典
市立大村市民病院 西郷美帆

協会内の全介護職を対象とした介護職を育成するためのプログラムを作成するために、プロジェクトを立ち上げた。

目標は協会共通の介護職育成体制を構築することとし、2024年4月導入を目指す。病院・老健の主任以上の介護福祉士でチームを構成し、育成プログラムの作成と施設への導入を行う。

求める介護職像は「専門職としての自覚を持ち、地域で生活する全ての人々の思いを汲み取りながら、あたたかい心で寄り添い、チームケアを実践する介護職」とした。

教育目標は

1. 地域医療振興協会の理念を理解し、地域の特性を視野に入れた介護実践ができる介護職を

育てる。

2. その人らしさを保つために、根拠に基づいた個別ケアを安全・正確に思いやりを持って実践できる介護職を育てる。

3. 多職種と協働・連携を図り、より良いチームケアが実践できる介護職を育てる。

4. 地域包括ケアの一員としての自覚を持ち、地域で活躍できる介護職を育てる。

5. 介護福祉士の倫理綱領に基づいた介護ができる介護職を育てる。

6. アサーティブコミュニケーションができる介護職を育てる。

7. サービスの質を高めるため、常に新しい知識・技術の習得に向けて自己研鑽できる介護職を育てる。

協会の介護職全員が統一されたクリニカルラダーを活用することで、協会内全ての施設・病院で一定以上の技術や知識を身に付けた職員が増え、介護の質が向上すると思っている。まだクリニカルラダーは完成していないが、少しでも介護職皆が納得でき、成長することができるものにしていきたい。

研究発表

・コロナクラスターを経験して

伊東市介護老人保健施設みはらし 市村妙子

・対面面会における実態調査から勘案される課題と展望 ～利用者様の笑顔のためにできること～

磐梯町保健医療福祉センター介護老人保健施設

「りんどう」 横田嘉代子 秋山久美子

鈴木光江 村上大貴、五十嵐稔 岡崎尚子

・面会制限 ～コロナ5類以降に見えてきたもの
十勝いけだ地域医療センター小規模介護老人保健施設
びりか 坂下知恵美 蛸嶋直人
・摂食嚥下障害、失語症等、複合障害を持った
寝たきり利用者へのQOL向上の取り組み

介護老人保健施設につこう 大橋節子

・異文化理解とコミュニケーションエラーの原因
台東区立台東病院・台東区立老人保健施設千束

飛田正敏 田中沢弥 中野博美

・震災から12年を経て見える支援の変遷

～復興と共に変わる介護ニーズと課題～

女川町地域医療センター「のぞみ」 木村陽一

・高齢者虐待の実態と防止に向けて

東京北医療センター介護老人保健施設

さくらの杜 福島暁人

・みとりケアチームの現状と今後の取り組みに

ついて ～私たちにできること～

東京北医療センター介護老人保健施設

さくらの杜 九鬼夏海

・ACPの取り組み

～アンケート調査を実施して～

志摩地域医療福祉センター志摩市介護老人保健

施設志摩の里 高橋京子 谷口篤

河邑隆史 山田弘子 天白貴子

・ACPで寄り添う(真面目に生きる)の集大成～

最後の願いをかなえるために～

地域包括ケアセンターいぶき 田畑さゆり

市村妙子氏は「みはらし」で発生したコロナクラスターの経験を報告し、「この経験を生かし、より一層の感染予防策、健康観察を行い、感染症を持ち込ませない、感染を拡大させない取り組みを施設全体で考えていく」と述べた。

今年5月から対面面会を再開した「りんどう」では、利用者、家族、職員にアンケート調査を行い、その結果から考察をまとめた。横田嘉代子氏は「課題は山積だが、今回の調査結果をふまえて、利用者と家族の笑顔を引き出すため、サービス向上に努めていきたい」と結んだ。

坂下知恵美氏は「ぴりか」で取り組んだ面会制限中の工夫を紹介し、5類移行後の対面面会の様子の記録から、新たな気づきがあったとし、「今後も対面面会が継続できるよう取り組んでいく」と述べた。

寝たきりの利用者へのQOL向上の取り組みを行い、本人の反応や職員の意識の変化を報告し

た「にっこう」の大橋節子氏は、「利用者の新たな能力の発見や満足感につながり、ひいては心身のバランスも整えられていく」と考え、今後も貢献していきたいという意欲を語った。

現在14名の外国人介護福祉士が在籍している「千束」では、異文化理解に関するアンケートとグループワークを行い、コミュニケーションエラーの原因を探った。飛田正敏氏は「文化や風習による影響は小さく、コミュニケーション不足や日本語の理解力が原因。同じ課題に取り組む仲間であると認識し、日本人側の異文化理解が最重要課題」と提示した。

「のぞみ」の木村陽一氏は、東日本大震災から3年目、7年目、12年目の今年行ったデイケアへのアンケート調査から、変遷してきた介護ニーズについて報告した。「12年が経過し、やっと本来の役割に戻った」とし、今後は介護予防やフレイルに視点を置いていくと述べた。

高齢者虐待の実態と、その防止策について「さくらの杜」福島暁人氏は発表した。この話を聞いて虐待防止について考慮してもらえたらとの希望を伝えた。

「さくらの杜」で発足したみとりケアチームの主旨と実際の活動について、九鬼夏海氏は報告した。「実践してきたことを振り返り、改善を繰り返しながら社会の体制づくりへの基礎となるよう取り組んでいく」と述べた。

高橋京子氏は「志摩の里」でのACPの取り組みについて、アンケート調査を行いその結果を報告した。「今後もその人らしい最期を迎えてもらえるよう、継続してACPに取り組んでいく」と結んだ。

「いぶき」で実施したACPの中で、その取り組みに大きな変化をもたらしたケースを紹介したのは田畑さゆり氏。「このケースをきっかけに職員全体にACPは有意義であるといった意識が芽生えた、今後も、寄り添うケア、後悔の少ないケアが提供できるよう尽力したい」と報告した。

未来思考で地域を支える管理栄養士

企画責任者:公立丹南病院栄養室長 橋本貴子

講演

給食栄養・経営プロジェクト栄養部会の取り組み

湯沢町保健医療センター 医療技術部副部長兼
栄養室長 柳真紀

国全体で生産人口の減少が問題視される中、医療業界でも人手不足によって給食が提供できなくなるという事実がある。そこでJADECOMでは2021年4月から持続可能な給食に向けたプロジェクトを立ち上げることになった。

経営管理の分析により、支出超過の施設は39施設中、病院16、老健15であり、栄養管理収益を伸ばすには、給食提供や事務作業の削減・効率化が必須である。そこで、4つの提言を掲げた(図)。

栄養部門の経営管理の取り組みとして、栄養収支管理では「栄養部門収支」を管理範囲とし、それぞれの施設調査をする好事例の施設があることが分かり、それを横展開することで収益の改善を見込めるのではないかと考えた。具体的には、業務量調査から6項目(①早期栄養介入管理加算、②栄養指導、③特定保健指導、④療養食加算、⑤経口維持加算、⑥栄養マネジメント強化加算)の伸ばすべき栄養管理を抽出し、横展開の拡大と問題抽出をする、栄養管理ストレッチジムを実施した。

2022年10月からまず4施設、2023年2月からは3施設が、基準とどれだけ差があるかを見ていくという形で始めている。標準化を進める手順としては、自分たちの施設が協会の定めた基準のどこに差があるのかを1つ1つ抽出していく。差があった時、その差を基準に合わせていくためにはどうしたら良いか、施設で計画を立

て取り組んでいく。

今、協会の43施設中、19施設が標準化の目標の設定を終了している。2025年3月には全43施設の完了を目標としている。持続可能な給食提供と栄養管理を通じた患者の早期回復・QOL向上を目指して、前向きな協力をお願いしたいと思う。

一般演題

練馬光が丘病院廣瀬桂子氏は、「『病院給食収支の実態』および『厨房床清掃への集塵機能付き床洗浄機導入』の費用対効果」と題して発表した。まず、病院給食収支の実態について、10病院の給食経営の記録からデータ収集を行い、後ろ向きに調査したところ、赤字に陥っていることが分かったが、食材費を削減することは食事の質の低下につながり、他の経費削減対策が必要であると思われる。そこで集塵機能付き床洗浄機を導入した場合と、ほうき、モップ、スクイジーを使用した従来法の場合の費用対効果を比較したところ、時間は短縮、人件費も削減となった。「離職率低下を目指す一環として、職場満足度向上を念頭に置いた厨房の経費削減や、厨房スタッフの『おいしい食事を作りたい』という思いを具現化できる厨房システムに尽力することも病院管理栄養士の責務ではないか」と廣瀬氏は話を結んだ。

越前町国民健康保険織田病院の矢尾祐子氏は「当院における給食業務への取り組み」と題して、調理工程や個別対応での負担が多い嚥下調整食に対する新しい給食管理の取り組みについて報告した。ミールラウンド時に得た情報や調理師からの意見を踏まえて、嚥下調整食の中で負担となっているコード2-1、コード3の食事

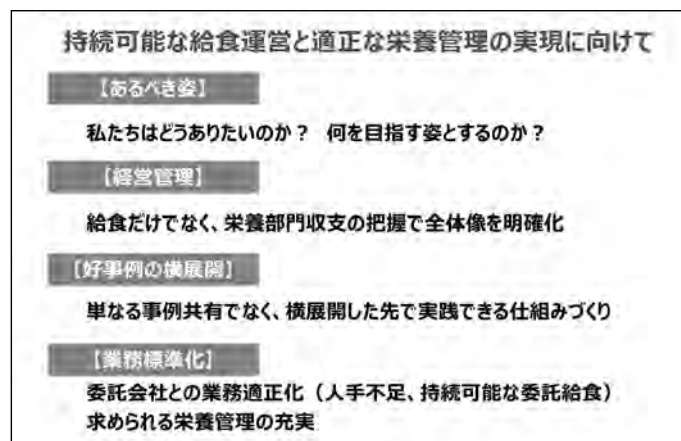


図 4つの提言

構成を4点変更した結果、残食量45%から20%に減少、価格1食当たり10円削減、個別対応件数は45%から32%に減少した。「人員不足、食材費の高騰については今後も厳しい対応が求められる。適切な栄養管理と給食運営の両立について業務の効率化は急務であり今後も取り組んでいく必要がある」と矢尾氏は考えている。

「へき地診療所の外来患者に対するオンライン栄養指導の試み」と題した事務局企画調査部(兼)古里診療所の嶋田雅子氏の発表では、古里診療所の管理栄養士が、小櫃診療所の外来患者に対しZoomを用いて栄養指導を実施した取り組みについて評価を行った。管理栄養士にとっては効率よく指導ができ、施設の収入に貢献できる。施設にとっても経費負担が少なく、必要性の高い患者に栄養指導を提供できる。患者支援の幅が広がり診療所の活性化につながるなどのメリットがあった。一方、外来受診日は遠隔指導が算定できないことから、診察日以外に患者に来所してもらう必要があるという課題も見えた。嶋田氏は「ICTの活用により、マンパワーに乏しい診療所においても管理栄養士による栄養指導が可能になることが実証できた」と話を結んだ。

「デイケアでの多職種連携 ～管理栄養士の役割～」と題して藤木衣見子氏は、公立丹南病院・通所リハビリセンターなごみの里で実施してい

る集団指導について発表した。なごみの里では栄養アセスメント加算を利用者全員算定しているが、厚生労働省からのフィードバックによって、本人の意欲、食欲・食事の満足感、食事に対する意識が全国平均より低いという指摘があった。コロナ禍で中止していた集団指導が関係していると考え、再開することにした。「集団指導によって利用者や利用者家族だけでなく、スタッフのリハ栄養への意識の高まりという効果が得られている」と藤木氏は話した。

介護老人保健施設 市川ゆうゆうは、療養食加算の好事例としてあげられ、梶原治美氏は「協会老健における好事例展開 ストレッチジム(療養食加算)～講師の立場から～」というタイトルで発表した。

ストレッチジムは1回のセミナー、3回のミーティング、1回の中間まとめミーティングの合計5回の参加で終了する流れになっている。セミナーでは、好事例施設が講師となり、施設の運用の紹介や算定手順、その方法を細かく説明する。セミナー受講者は算定手順をトレーニングメニューとしてこなしていきながら、3回のミーティングに参加し、進捗報告や意見交換の中で課題抽出を行う。最後に中間まとめとして進捗確認とこれまでの評価を行いいったん終了となる。トレーニングメニューを最後までこなすと算定につながる仕組みだ。

トレーニングでは、参加者はワークシートを

使って自施設の現状把握と目標設定を行いながら、1週間に1回のペースでミーティングに参加。参加者は実質のワークシートを画面共有しながら進捗を報告し合う。その場で問題点があれば相談し、講師側がアドバイスするだけでなく、参加施設間で情報共有できるようになっている。ミーティングでは、筋力強化セルフモニタリングをした内容を確認し、次の課題を抽出する作業を繰り返した。中間まとめでは各施設で完了スピードは異なるものの、各自がトレーニングの結果を実感していた。

梶原氏は、最後に「今回講師という立場で参加したことで、改めて加算算定の必要性や方法、施設の考え方を見直す良い機会となり自施設では多職種の意欲改善にもつながった。他施設との活発な情報交換ができ、相互に好事例を得ることもできた」と話を結んだ。

恵那市介護老人保健施設ひまわりの水野恵美氏は、「協会老健における好事例展開～ストレッチジム(療養食加算)受講者の立場から～」と題して、受講したことによる自施設の変化を報告した。受講前から療養食加算の算定率は30%を維持しており、療養食加算について特に問題意識はなく実施していた。実際に受講してみると、加算算定率には変化はなかったものの、療養食についてルーティンワークではなく、栄養部門のあるべき姿やその意義を念頭におきながら実施するようになった。「ストレッチジムのプロセスでは、自施設の課題を抽出することができ、また受講者の立場であった自施設が、療養食の献立展開方法について他施設へ事例を共有することもできた。参加施設が相互研鑽することができた」と水野氏は述べた。

公設宮代福祉医療センター六花 佐藤和美氏は「協会老健における好事例展開～ストレッチジム(経口維持加算)～講師の立場から」と題して、講師として参加したセミナーについて発表した。ストレッチジム開催に向けた準備やワークシート作成、セミナーの流れは療養食加算と

ほぼ同じ内容になる。チームの中では多くの質疑応答があり、他の施設の悩みを聞くことで自施設のやり方を振り返ることができた。佐藤氏は「今回、講師としての参加であったが、自身も学び、多くの情報を得ることができた」と感想を述べた。

地域包括ケアセンターいぶき 谷口由季氏は、「協会老健における好事例展開～ストレッチジム(経口維持加算)～受講者の立場から」と題して、ストレッチジムを受講後の自施設について考察した。いぶきでは以前から食支援委員会にて算定の流れを決めたり、独自の評価表を作成したりしていたため、比較的経口維持加算の算定は定着していたが、ストレッチジムへの参加によって他施設を知るよい機会になるのではと期待していた。受講後には、他施設のやり方だけでなく評価表や計画書の書式も共有できたため、とても参考になったし、自施設の振り返りもできた。「算定率の把握をすることで、経営面にも意識を向けることができた」と谷口氏は考えている。

「当院での入退院支援における管理栄養士の実践について」と題し、藤本修也氏が取り組みを報告した。市立奈良病院では管理栄養士による入院前の介入は少なかった。しかし特に消化器外科は術後に低栄養リスクが影響されるため、2022年4月から周術期栄養管理の取り組みを開始した。従来はクリニカルパスで術前後に栄養介入していたが、現在は外科手術決定時の外来診察時に初回介入している。また退院時の介入としては栄養情報提供書、退院前共同カンファレンスを行っている。藤井氏は、「入院中の栄養管理の強化のためには入院前の食生活の情報収集、入退院支援部門との連携強化などの体制づくりが求められる」と話を結んだ。

最後に、新規施設である「介護老人保健施設あやがわ」「有田市立病院」の紹介が行われ、盛会のうちに閉会した。

リハビリテーション部会

未来に向けてリハ職として求められる力

企画責任者：公立丹南病院リハビリテーション室長 四谷昌嗣

リハビリテーション部会では、教育講演に参議院議員で理学療法士の田中昌史氏を迎え、教育講演を行った。続く一般演題では、地域医療振興協会の8施設から9題の発表があり、有意義な学術大会となった。

教育講演

未来に向けてリハ職として求められる力

講師：参議院議員 田中昌史氏

田中氏は「未来に向けてリハ職として求められる力」というタイトルで講演を行い、「少子高齢化社会、そして人口減少社会、日本の社会構造自体がこれから大きく変わろうとしている状況の中で、リハビリテーション専門職の役割はこれからますます大きく、重要なものになってくる。一方でさまざまな課題を抱えているのも事実であるが、地域医療振興協会が、地域の中で医療・介護・福祉の領域で、地域を支える大きな役割を担っている」と述べた。

一般演題

「当院リハビリテーション室における妊娠期の働き方支援の検討」と題した東京北医療センター 荒木紗都美氏の発表では、院内リハビリ室を対象に行ったアンケート調査で考えられた課題から、妊娠中のスタッフ、妊娠中の策の主体的な選択が取りやすい方法を考える一方で、周りのスタッフのサポートも非常に重要となる。そして「何より当事者だけでなく、支える側のスタッフの理解やサポートを行っている側も評価し合える体制作りを考えている」と述べた。

三重県立志摩病院 柴原景氏は、「Zenker憩室による嚥下障害に対し、内視鏡的憩室隔壁切開術及び嚥下リハビリテーションを実施し、3食経口摂取が可能となった1例」について報告した。Zenker憩室の発生頻度は日本では稀である

が、嚥下障害となりうる疾患である。志摩病院ではVF検査を実施したことで介入早期から直接訓練の実施が可能であった。「Zenker憩室の治療中であっても、少量の経口訓練を進めることが重要である」と柴原氏は考察した。

横須賀市立うわまち病院 木口葵氏は「装具選定に難渋した左MCA脳梗塞により重度右片麻痺を呈した症例」について報告した。本例は自宅退院を目指して介入したが、初めての装具の選定に難渋した例である。装具の選定には動作分析や予後予測だけでなく、特性を比較し理解した上で装具を作成することが重要である。本例においては「装具作成による動作改善と介助量の軽減が、自宅退院の一助となった」と木口氏は考えている。

「リハビリテーション室におけるインシデント・アクシデントレポートに対する意識改革への取り組み」と題した松岡慎吾氏の発表では、東京北医療センターリハ室内において、リスクマネージャー中心にインシデント・アクシデントレポートの啓発を実施したところ、前年の2倍以上の報告が上がった。その取り組みについて報告した。「今回はレポート報告の総件数を増やす取り組みであったが、個人間で報告数に差が出たので、2023年度は個人到達率を語る目標設定にして取り組んでいきたい」と述べた。

2023年4月に地域医療振興協会が指定管理者として新たに運営を開始した有田市立病院のり

ハビリテーション室について、奈良岡隆也氏が紹介した。

あま市民病院 服部康衣氏は「骨棘によって嚥下障害が始まり、脳梗塞と廃用症候群で障害が悪化した一例」について報告した。本症例は、数年前から骨棘の影響で嚥下障害が始まっていたが、脳梗塞・血糖コントロール不良・廃用症候群など複合的な要因によって障害が悪化した。「原因を複合的に捉えてそれぞれにアプローチすることが重要である」と服部氏は考察した。

横須賀市立うわまち病院 森下あすか氏は「麻痺側上肢への集中的なアプローチによる機能回復とそれに伴った行動変容～食事動作にフォーカスを当てた介入の一例」について報告した。本例では「右手で食事をしたい」と本人と合意目標を立て、食事動作訓練を開始した。その後本人の意識変容で食事以外のADL動作にも汎化。「本人にとって意味のある作業になり行動変容が起こった」と考察した。

「言語聴覚士が介護老人保健施設に介入する意義についての検討」と題し、東京北医療センター長澤主紀氏は、7年間に入所した延べ3,812名を対象にST介入の有無で2群に分けて検討した結果について報告した。結果はST介入ありの方が50%、誤嚥性肺炎の発症を抑制した。「今回の検討では常勤のSTではなく、支援の体制で勤務日数が少なくても誤嚥性肺炎の発症を抑制することができることが確認できた」と長澤氏は考察した。

志摩地域医療福祉センター 天白夏未氏は、入所者の栄養状態(MNA)とADL(FIM)の関係性について調査し、「介護老人保健施設入所者の栄養状態と日常生活動作能力の関係」と題して発表した。病院やりハビリテーション施設では40～50%は低栄養状態である。老健に3ヵ月入所したところ栄養状態は優位に向上し、ADLは向上する傾向を示した。「多職種と連携し栄養障害の原因を評価し介入する必要がある」と天白氏は考察した。

薬剤部会

薬剤師へのタスクシフト・薬剤師からのタスクシフト ～薬剤師業務の過去・現在・未来～

総会司会:公立丹南病院 薬剤室長 玉村 晃

「ALL JADECOMで考える薬剤部会の未来」と題した部会長講演では、3代目の薬剤部会会長の鈴木慶介先生が講演。続く一般演題では9題の発表があった。現地では47名、Webでは28名が参加し、質疑応答も活発で、熱い部会となった。

部会長講演

～医療から介護、高度急性期から慢性期、大規模病院から診療所、都心部からへき地まで～
ALL JADECOMで考える薬剤部会の未来
台東区立台東病院・台東区立老人保健施設 千束 鈴木慶介

JADECOMの全国84施設で常勤薬剤師がいる施設は30,270名の薬剤師が勤務している。医療と介護は、キュアとケア、そして医療保険と会議保険の違いなどがある。施設の役割や性質・患者の流れによる違いもある。病院薬剤師の働き方に関する調査では、現就職先を決めた理由

は、「働きがいがある」が第一位であった。薬剤師の充足感は小規模で慢性期施設が高い割合を示した。しかし病棟業務は現在実施していないところが多く、今後も実施する予定がないという回答が多かった。その理由は常駐の薬剤師の不足である。

さて、JADECOM薬剤部は部会代表制が敷かれ8年がたつ。5つのブロック会議、4つのグループ会議を行っている。経営・収支グループでは、共同購入、後発品推奨切り替えによる削減効果が5億円を突破した。教育・研修グループでは、寺小屋(協会内)、薬剤部会地域医療連携研修会(協会内外)を始めた。人事・広報グループでは、相互研修、ホームページリニューアルを始め、ロゴも作成した。レジデントグループは3年目を迎え、JADECOM薬剤師レジデントが始動し地域も規模も医療ステージも異なる3+α施設で研修ができるようになっている。今後の展望としては、全員チームの活用、学ぶ場の提供、地域偏在の解消、相互研修・支援、施設間異動などを目指し、私たちも楽しみながら、私たちの心も人生も豊かにしていきたいと考えている。

一般演題

玉村晃氏は「当院における薬剤師業務負担軽減の取り組み」と題して、定員6名が1年で薬剤師2名になってしまった公立丹南病院の取り組みについて発表した。医師の働き方改革が始まるが、薬剤部としては医師の業務負担に対応している場合ではないと考え、助手へのタスクシフトを考え、助手の増員とピッキングサポートシステムを導入した。ピッキングサポートシステムは薬剤のマスターメンテナンスが大変であるが、薬剤師が調剤するより間違いが少ないという利点がある。「薬剤師の業務負担軽減が薬剤師の確保と離職防止につながる」と玉村氏は述べた。

練馬光が丘病院 萩原卓也氏は「新病院移転による薬剤師業務改善 ～術前PFM導入にむけた取り組みと課題～」と題して発表した。薬剤師による術前の内服薬のチェック、休薬指導は、

外来看護師の業務負担軽減、休薬ミスによる手術延期の防止につながる。そこで術前中止薬の見直し(若手でも迷わない統一した基準)とチェックリストの作成に取り組んだ。「介入による業務量の増加が予測困難、また休薬のためのコンサルテーションを行った際のフローが不明瞭であること」が見えてきた課題であるとし、現状把握のために看護師業務を見学予定である。

「院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」と題した東京北医療センター 田村亜優夏氏の発表では、処方箋の問い合わせについて簡素化を行うことで薬剤師タスクを省略化し業務改善が達成された内容について紹介した。2023年2月から8月末までのプロトコル使用状況は、合意取得済み薬局が14件、問い合わせ件数が307件と全体の疑義照会件数の約15%をしめた。「今後は、ホームページ以外での案内やZoomなどを用いて周知を継続する、薬薬連携を強化し疑問点があれば早期に解決する、問い合わせ不要例について定期的に薬剤室内で検討を行う、医療DXを用いた業務改善を進めていくなどを考えている」と田村氏は話した。

「Do処方とは正義か? ～薬剤師さん、あなたはこの薬飲みますか?～」と題した発表で、村立東海病院 菅原一祥氏は、まず「大前提としてDo処方=正しいではない!」と投げかけた。そして病院で薬を一番気にしているのは薬剤師で、薬剤師がもっと薬物治療に積極的に介入すべきである。ポリファーマシー改善に必要なものは、まず患者に会って薬剤師目線のAssessmentをすべきであるとし、「自分・もしくは家族が、目の前の患者のADL、既往や主訴、食事形態で今の処方薬を飲むか? もし飲まない薬、自己調節する薬があれば、それこそがキードラッグだと思う」と述べた。

「当院における医療機器導入により業務軽減できた事例と今後」と題した三重県立志摩病院 大石輝樹氏の発表では、薬剤師業務が軽減した

お勧め機器ベスト5プラスαを紹介した。お勧め度第5位は全自動軟膏練り機「ひとひ練り」、第4位は抗がん剤調整支援システムケモロードII、第3位は散薬調剤ロボットMini DimeRo、第2位はPTP除包機パラスターN-2CSM、第1位は一包化錠剤仕分け装置(タブソート+)であるとし、それぞれのメリット・デメリットについて説明した。「各種医療機器の導入により、薬剤師の仕事を薬剤助手にタスクシフトができ、仕事の効率を上昇させることができた」と述べた。

市立奈良病院 高山綾子氏は「持参薬の運用と薬剤室の業務効率化について」というタイトルで、病棟薬剤業務実施時間の半分以上を割いていた持参薬の運用方法について、病棟薬剤業務実施時間の捻出につなげる対策について報告した。薬剤師が医師の指示に従って持参薬処方を代行入力することで医師の負担が軽減。そしてそれによって持参薬の処方箋や薬袋の発行、看護師による実施入力が可能になった。また処方監査においても、持参薬を含めた重複投与の防止および相互作用の確認が容易となった。「機械化の推進および調剤助手による業務補助等を行うことで、さらに薬剤室の業務が効率的に実施されると思う」と高山氏は考察した。

「当センターにおける手術室薬剤師と麻酔科医の関わり」と題して、**中村友哉氏**は、**東京ベイ・浦安市川医療センター**で取り組んだ手術室業務のタスクシフトについて発表した。以前は手術室業務は管理薬補充のみだったので、病棟担当が日替わりで2時間くらいかけてやっていた。その中で主に麻酔科医から不満の声が上がったので、手術室薬剤師が常駐し、管理薬セット作成、麻薬処方箋代行入力、薬品管理・補充などを行うことにした。そういったタスクシフトにより麻酔科医・手術室看護師と良好な関係を

築けるようになっただけでなく、「専門的な協議の場に参画できるようになり、周術期薬剤管理加算の算定が可能になった」と中村氏は述べた。

横須賀市立市民病院 村松聡美氏は「一包化調剤仕分け装置の導入による業務量の変化」というタイトルで発表した。同院では入院患者の院内調剤は看護師・患者による管理を簡便化するため一包化調剤を行っているが、中止される薬剤は年間6万個以上、金額にして200万円以上となり、中止薬は院内在庫に返品する。返品作業は手作業で行っていたため、仕分け間違いの可能性もあり、時間内では返品作業は終わらないという問題点があった。そこで一包化錠剤仕分け装置タブソート®を導入したところ、仕分け間違いリスクが軽減され、返品作業時間も短縮した。「全てが仕分けられるわけではなく、目視確認が重要である」と、村松氏は述べた。

「療養病棟における薬剤師業務の開拓 ～シームレスな医療連携を目指して～」と題した**台東区立台東病院・老人保健施設千束 山嵯真里氏**の発表では、経験のなかった療養病棟に常駐するようになった山嵯氏が多職種に支えられて取り組んだ内容について発表した。嚥下状況の確認や服薬回数の集約、減少、ポリファーマシー対策などを行ったところ、薬剤総合評価調整加算が算定できスタッフ全員の喜びにつながった。入院前から介入することにより、事前に必要な薬剤の準備ができることで受け入れがスムーズになり、退院患者への介入で、退院時薬剤情報連携加算が算定できるようになった。「療養病棟に関わる全職種を対象にアンケートを実施したところ『相談しやすくなった、安心感がある』との回答が得られた」と山嵯氏は嬉しい感想を述べた。

ACP 相談チーム養成研修企画チーム

地域で取り組むアドバンス・ケア・プランニング ～いつ、だれが、どうやって～

企画責任者：地域医療振興協会事務局 地域看護介護部 部長代行 三浦稚佳子

地域医療振興協会(JADECUM)の人生会議ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは、終末期における治療やケアに対する患者の価値観を明らかにし、家族とともに共有するプロセスであると同時に、それぞれの価値観に寄り添いながら、医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送ることができるように、専門的な支援をするプロセスである。そのようなACP相談を実施できる多職種チームを養成するために、JADECUM本部では、2020年からACP相談チーム養成研修を開始し、2021年に1期生が卒業した。本セッションは、2022年度の2期生12チームが研修後の活動について、第1部から第3部に渡って発表を行った。

第1部

「いぶきのACP」

地域包括ケアセンターいぶき 布柴一真
「ACP活動による診療所職員の協働意識の変化」
真鶴町国民健康保険診療所 田中みのり
「ACPの取り組み」 台東区立老人保健施設千束
大塚千登勢
「ACP 2年目の取り組み」 山口市徳地診療所
下田奈津子

いぶきチームは、実際に自身で聴取を行ってみることからACPの取り組みを始めた。聴取は計14件行い、その際の意見をもとに独自のACPシートを作成した。A3用紙1枚分、選択肢を絞る、自由欄の作成、ジャンル別の選択肢、イラストの挿入の5つがポイントである。今後の課題としては、家族会議の実施、継続性をどう保つか。そして今回の学術大会のテーマでもある「未来思考で地域をささえるために」の3つを挙げ、ACPというプロセスが一般的なものとなり、ごく自然に本人の選択が共有尊重されるようにしていけたらと考えている。

まなっこチームがACP相談チームの活動で目指すものは「町の頼れる診療所」になることである。町の保健室での人生会議講演など町と町民への働きかけを行い独自のACP運用基準を作成。スタッフが意見を深めるために「もしばなカードゲーム」を全員で行った。その結果とし

て、各自がACPの意味を理解し「自分ごととして支えよう」という役割の認識につながり、研修の学びが協働意識の育成へとつながった。

千束2チームでは、看護介護ケア委員会を立ち上げACP活動に取り組んだ。ACP実施の目的は、利用者の状態に変化があったときに、慌てずに利用者の望む医療の対応や生活スタイルを尊重すること、急変時に過剰な医療対応にならないように日頃から話し合いを持つことでお互いが納得できる終末期を迎えることができること、の2つとし、委員会ではリーフレットの作成、マニュアルの作成、ACP相談から日々の個別支援につなげていくという3つを課題とした。今後の課題は、老健から地域へ発信していくことである。

とくちチームでは、1年目に残された課題を踏まえて2年目は第1段階から第3段階のACP実施方法を実践した。2023年2月以降5件ほど段階的に関わり、最終的に第3段階まで進めたケースは1件。他4件は第2段階までの状況である。実施患者の把握の方法に関しては、「ACPシート渡した方リスト」を作成して共有フォルダーに残し、誰でも確認できる方法をとった。今後は1年目の発表資料をMicrosoft Teamsに上げることで情報を共有し、勉強会の方法自体を検討する必要性を感じており、チーム会議の必要性についても感じている。

第2部

「ACP」

揖斐郡北西部地域医療センターやまびこの郷
本郷友哉

「ACPの歩み」

にしあざい診療所 國友恵子

「ACPチーム今井浜」

伊豆今井浜病院 鈴木拓己

「ACP活動報告」

湯沢町保健医療センター 石塚美穂

久瀬チームでは、月1回の委員会でチーム会議を行い、対象者の選定後、家族カンファレンスに合わせて本人への聞き取り、家族への依頼を行い、カンファレンス後に家族を交えてACP相談を実施している。91歳の女性Oさんは、口腔癌ということもあり、話せなくなる前にACP相談を実施しようと委員会で名前があがり、ACP相談を実施した。実施方法としては不安にならないように雑談中、作業療法中に話を聞き、病気のことはあまり触れないようにした。その結果リラックスできる環境づくりで気構えることなく行え、本人の思いを確認することができた。その情報は職員会議で共有し日々のケアに生かしている。老健だけでなく、デイサービス・訪問看護・診療所を含めた実施・共有、地域の若い世代へ周知、そして家族や本人からACPをやりたいと相談してもらえることが今後の課題である。

にしあざいチームでは、2021年に地域の高齢者向けサロンで人生会議についてのアンケートを実施した結果に基づき、独自で取り組みを行ってきた。スタッフの知識向上のために2022年度はACP相談チーム養成研修に参加。またACPフォローシートを作成し、声かけから会議開催、会議後のフォローアップまでの流れを1枚の紙面上で明確にできるようし、業務の統一を図った。しかし、スタッフから人生会議の実施に対する暗く重い声があり、スタッフ自身の意識革命が必要と考え、2023年はACP委員会を立ち上げて取り組んだ。その結果、人生会議の実施件数は、2022年度13人に対し、2023年度16

人となった。その要因は、人生会議の認知度が上がったこと、スタッフの意識が変わって声掛けがうまくできるようになったこと、業務を簡素化したことでスタッフ自身が負担に思わなくなったこと、完璧な人生会議を目指さなくなったことだと考えている。今後もACPの取り組みを続けることで、周辺地域にもにしあざいの取り組みを知ってもらうことが課題である。

チーム今井浜は、地域の特性として、高齢化率が高く、遠くに住む子どもより近所の人や親戚の意見が通され、時には本人の意見が尊重されないことがあるということから、本人の意思を尊重して支えることを目的にACPを実施している。関節リウマチ、うっ滞性皮膚炎などで通院中の独居の88歳の女性は、妹は岐阜、弟は東京在住で、要介護1でヘルパーが訪問していたが、入院となった。ある日の回診で「弟から施設入所を勧められているが、できるところまで家で過ごしたい。家で心臓が止まったら蘇生処置はしてほしくない。それがだめなら病院で看取ってほしい」と話をした。認知機能も保たれていたためACPシートを渡し、本人の同意を得て弟にも共有し理解してもらうことができた。こういう症例を踏まえて外来でACPシートを配布しているが、相談件数は伸び悩んでいる。患者と家族にACPの理解がないと難しいと感じ、今後の課題と考えている。

湯沢チームでは、「どう生きたいか・どうありたいか」を家族間で話し合い、共有するきっかけづくりになること、また施設でのケア、目標につなげることを目的としてACP相談を実施している。ACP活動は3F地域包括ケア病棟チーム、4F療養病棟チーム、コメディカルチームに分かれて活動しているが、3F地域包括ケア病棟チームはパンフレット配布、声掛けが17件。この中でACP相談まで行えたものは残念ながらなかった。4F療養病棟チームは新規入院患者への聞き取り実施は0件であったが、12月介護医療院開設に向けて「私の心づもり」の整備を行った。コメディカルチームは外来サイネージの活用、パンフレット配布後のインタビュー調査な

どを行った。しかし、2023年4月～8月のACP相談件数は、スタッフからの働きかけにより実現した1症例のみである。そこで、人生会議を行うまでの流れについても再検討し、今後もチームで役割分担をしながら、会議やTeams利用により情報共有し仲間を増やし施設全体でACPを希望している人に届くように取り組んで行こうと考えている。

第3部

「ACP相談を継続するための取り組み」

日光市民病院 小平貴子

「公立丹南病院 チーム:たんなん2」

公立丹南病院 阪井みと

「急性期病院でのACPの取り組み」

伊東市民病院 林 智春

「ACP活動報告」

台東区立台東病院 木村記子

日光チームでは、2022年度はACPの理解のために、勉強会、アンケート調査、ポスター掲示を行い、また施設独自のACPリレーシートを作成してそれを使用してACP相談を実践した。しかし2023年2月以降のACP相談件数は0件であり、チーム会議も0回であった。職員がACPは難しい、時間がかかって大変との認識であり、地域での認知度も低いことが分かった。そこで、ACP相談を継続するための課題を施設内と地域に分けて整理し、取り組みを検討し、ACP研修を看護部のクリニカルラダーに取り入れて、まず看護部で実践しACPの理解を深めていく取り組みを開始した。今後は、ACP相談チームを設置し多職種でのチーム活動によってACPの理解を深めていきたいと考えている。

たんなん2チームでは、スタッフのACPへの理解を深める取り組みが必要であると考えている。そして地域との連携を目的に併設の通所リハビリ施設なごみの里でACPを開始した。通所リハビリを選択した理由は、病院に比べて利用者の体調が安定していること、利用者の暮らしや生きる目標をスタッフが既に理解していること、キーパーソンやケアマネジャーとの接点

が多いことである。利用者には丹南病院のACP用紙と家族への案内文を持ち帰ってもらって実施することをお願いした。なごみの里では返却された記載内容を一つ一つ確認しながら、その背景や思いを聞き取り、追記することに重点を置いて実施している。今後も事例検討とその内容の周知を行い、全スタッフのACPへの理解を深め、ケアマネジャーの情報提供により地域連携を行っていききたいと思う。

いとうチームは、もともと臨床倫理委員会でACPの取り組みとして「リビングウィル」と「病状説明に関する意思確認書」を外科手術で入院する患者の同意書をまとめたファイルに追加し入院時に持参する取り組みを行っていた。ACP相談チーム養成研修終了後には、情報共有は緩和ケアチームのカルテ回診時に行い、JADECOREリレーシートを基にした伊東市民病院のリレーシート「人生会議の記録」を作成し、がん患者を中心に主に緩和ケアチームが緩和ケア外来で活動している。ACP相談を継続していくための今後の課題としては、「終活」のように「人生会議」「ACP」という言葉を浸透させていくことと、現在はがん患者への介入のみとなってしまうが、最終的には元気な外来通院患者全員へも広めていくことである。

あさがお台東チームでは、「いつでも、どこでも、だれでもACP相談ができる病院を目指します!」という決意表明をして、その実現のために活動を行った。地域住民への普及を目的として行った「看護の日」イベントには来訪者延べ人数254名があり、ACP「もしバナソリティア」を実施した。興味を持った人には「私の思い手帳ACP」を手渡した。2023年病院祭では医師による講演やもしバナカードのゲームを開催した。「もしバナカード総選挙」ではもしもの時に一番大事にしたいカードを投票してもらった。今後の課題としてはACPパンフレットをもらったら余命宣告という負のイメージをポジティブなイメージにチェンジし、元気なうちから話し合うことが大切という意識改革や地域への啓発活動が大事だと考えている。

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当／事務局 医療人材部

E-mail: hekichi@jadecom.jp

TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が 今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断⑤

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例：60代，男性

主訴：胸部違和感，胸痛



図1 胸部単純X線 ポータブル撮影

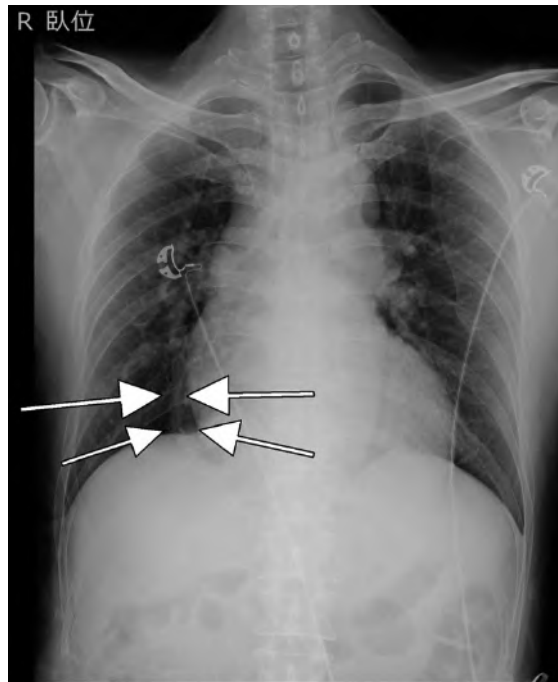


図2 胸部単純X線 ポータブル撮影(矢印)

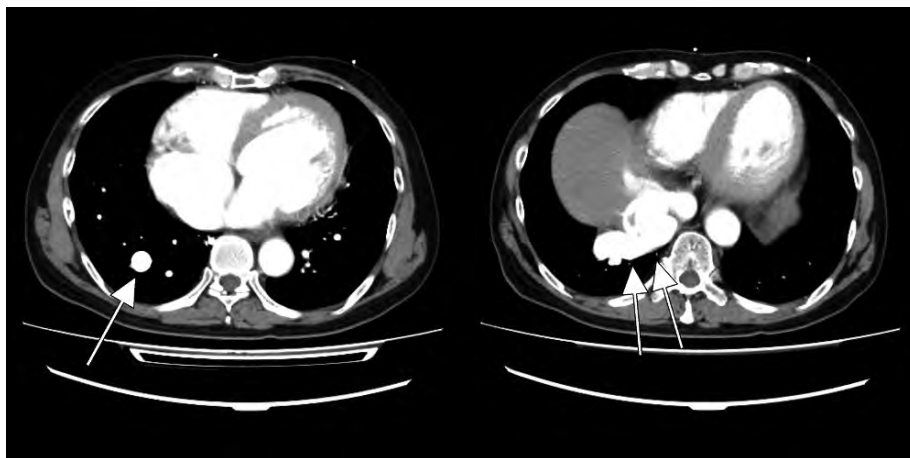


図3 胸部造影CT 動脈相 軸位断

所見

胸部単純X線 ポータブル撮影(図2)

右下肺野内側，右心縁に沿って頭尾方向に走行する帯状影を認める，通常肺血管としては走行が異なり，太い．右肺は左側に比べやや容積が小さく，縦隔は軽度右側に偏位してみえる．胸部上行大動脈から大動脈弓部に拡張ないし蛇行が生じている．心拡大を認める．

胸部単純造影CT(図3, 4, 5)

右肺は全体に低形成であり，肺底区がはっきり

りと確認できず，無形成ないし低形成と考えられた．右肺静脈はほぼ全体が拡張し，下大静脈へと灌流している．

画像所見から Scimitar 症候群と診断された．

診断

Scimitar 症候群(部分肺静脈還流異常)

Scimitar 症候群は部分肺静脈灌流異常症の一亜型である．右肺静脈の完全または部分的な下大静脈への灌流に加え，右肺の一葉以上の欠損または低形成と心臓の右方偏位を伴うものであ



図4 胸部造影CT 動脈相 冠状断



図5 胸部造影CT 肺野条件 軸位断

る。下大静脈へと灌流する異常血管が胸部単純撮影で右心縁に沿った三日月刀（Scimitar）に類似することからこの様に命名されている。左右シャントのため、右心負荷による右心不全のリスクがあるが、無症状でシャント量が少なく、肺高血圧がみられなければ経過観察でよいとされている。

Scimitar 症候群のみならず、部分肺静脈還流異常症は心室中隔欠損や心房中隔欠損、動脈管開存などの心奇形を合併することが多いとされている。特に、部分肺静脈還流異常症の85～90%に心房中隔欠損を合併するとされている。

同疾患をみた際には心臓の精査が併せて重要である。

本例は高度の大動脈弁逆流もあり、主訴の原因が本症のみによるものかは定かではない。Scimitar 症候群でも、右心負荷によると思われる胸痛や背部痛の症例報告が散見されており、原因の一部であった可能性は除外できない。今後精査加療の方針となっている。

Scimitar 症候群は特徴的な胸部単純撮影像を呈する肺静脈の anomaly であり、単純撮影での診断が可能な疾患の一つである。



凡人のカルテ ～彼の最期の言葉～

国保多古中央病院 内科 鶴巻利宜

Subject 「助けてほしい。頑張るから。」

Object 胸部CTで新規肺炎像あり

Assessment

#1. 四半人前（国保多古中央病院）

春、内科医として現在の病院に赴任した。3月まで暮らした旭市も大概だが、ここにはとりわけ何もなかった。ビルはおろか山すらもなく、4階建ての当院がこの町のシンボルだ。仕事が落ち着いている時や反対に余裕がなくなると、時々屋上に出て涼しい風を浴びる。度を超えれば何でもかえって気持ちが良いもので、広がる田畑や川沿いの桜並木をぼんやり眺めていると、内心では都心での生活に憧れる私ですらも、「田舎も結構良いな」などと思ってしまう。

医師3年目というのは半人前のさらに半人前、いわば四半人前なのだが、外来や病棟では主治医を務めるようになる。そうすると「患者って不思議だ」と思うようになった。時折「分かりません」とか「ちょっと次回までに調べて、他の先生とも相談してお答えします」などと堂々のたまう有様の私を、それでも気に入って一所懸命通院してくれる方が一定数いる。あまり話を聞かない代わりに予約時間通りに診察し、決まった薬を処方する医師を希望する方もいれば、威厳のある医師にズバズバと厳しいことを言われているうちに気持ちが良くなってくるのか、いつの間にか熱狂的なファンのようになっている方もいる。医師も患者も人間なのだから相性があるのは至極当然なのだが、医療というのは



コロナ診療はまだまだ続く

なかなか教科書通りにはいかない奥深いものと実感する。そんなこんなで試行錯誤を重ねながら、外来、終わったら病棟、と思ったら急患対応といった具合で毎日奔走していた。

#2. 重症心不全（70代 痩身男性 独居）

夏、彼は突然外来に訪れた。薄い頭髪に帽子を被り、汚れたTシャツをまとった彼は、車椅子にやっとこさバランスを保ち座っていた。なんでも昨年まではバスの運転手をしていたが、どうやら数ヵ月前から体が動かず自宅では這って生活していたらしい。最近ついに這うこともままならず金銭的にも困窮し、生活が立ち行かなくなったところで福祉の網に引っかかった。今後介護サービス導入のために主治医の設定が必要とのことで、九州に住む息子に代わり町役場、地域包括ケアセンターの職員に連れられ受診した。働き始めて分かったが、実はこういったケースは地域医療のあるあるだ。『ついに這えなくなった』『独居で身寄りなし』『内縁の妻・夫』『病院受診歴なし』この辺りはディープな地域医療には欠かせないキーワードになってくる。訪



仲良しの患者さんと、初めて会った時は本当に大変な状態だった…。

問診療ではことさら痛感するが、「一体どうやってこの環境で生きているのか」と純な心で疑問を抱いてしまうような方は大勢いる。医療者はビジネスマナーや常識をわきまえておらず世間知らずだと指摘されることがあるが、そういった立派なビジネスパーソンが知る由もない『世間』で良ければ、私たちも案外知っているのかもしれない。

彼はさらに一味違っていた。身体診察をしようと服を脱がせると胸部に大きな切開痕があり、抜糸すらされていなかった。彼は半年前に重症虚血性心疾患に対して大手術(冠動脈バイパス術)を受けたことを明かした。超音波を当てると彼の心臓はほとんど動いておらず、重症心不全だった。慌てて手術をした病院に問い合わせると、術後ICUから出て間もなくして極めて強い希望で、彼は強引に退院したらしい。リハビリもそこそこに退院したものだからADLも下がり、時々知人に冷凍食品を届けてもらいながら這って生活していたのだった。ひとまず私は頑なに拒否する彼にもう一度執刀医の外来にかかるよう懇願し、抜糸と術後フォローだけはしてもらえることになったが、正直今後彼の主治医になると思うと頭が痛かった。

それからしばらく経って、彼は肺炎に罹り入院した。術後嚥下能力も低下していたが無理やりに冷凍食品を食べていたので、誤嚥したらしい。そこからはとにかく苦悩した。初めの肺炎こそ抗菌薬治療で軽快したもののさらに体の動きは悪くなり、加えて腰痛もあってリハビリは

進まない。また食へのこだわりが強く、粥食や嚥下配慮食は断固摂取せず普通食やお菓子を食べ、そのうちにまた肺炎を起こす。敗血症性ショックとなったり、脳梗塞を併発したり、意識障害を起こしたりしては病棟からコールを受け、急変対応に追われるのであった。その度九州に住む息子に電話で病状説明を重ねたが、多忙のためと面会に訪れることは無かった。

#3. 初期研修 (国保旭中央病院)

秋、病棟からコールを受けたことを思い出していた。2年前のことだ。初期研修はいわゆる『ハイパー病院』と呼ばれる場所で勤めた。安本丹な学生時代を送っていた私が激しい労働環境に耐え得るのか、クビになるのではないかと大学の友人たちはしきりに心配していた。確かにハンドボールやバンドばかりで勉強がお留守な6年間だったことを認めるが、いくらなんでも失礼だろうと多少腹は立っていた。しかし友人たちは心底私を慮っている様子だったから、私は逆上することもできず、毎度「へへへ」と引き攣った気色の悪い笑顔で誤魔化していた。いざ働いてみると、何とか無事？研修を終えた。働き方改革が叫ばれるこのご時世、いくらハイパーといえど年がら年中常に忙しいわけではなかったのだ。YouTubeの動画を全て観きったくらいに暇な昼や、さっさと仕事を終え芋虫となり永遠に毛布にくるまる夕方もあった。しかしながら、患者の急変に怯えてブルブル震えた夜が無かったといえればそれも嘘になる。



病棟から出られる屋上庭園。時々サボってここから景色を眺めます。

真夜中に循環器病棟から血便のコールを受けた私は、まだ消化器内科こそローテートしていなかったが、「いざ直腸診！」と鼻息荒く病室へと向かった。ところが患者さんを診るとどうやらそれどころではないようだった。明らかに鮮血がオムツからトロトロと流れ、意識は低下、血圧も低くショック状態だった。すぐに消化器内科にコンサルトするも緊急内視鏡処置中。まずはバイタル安定化と造影CT施行を、と電話は切られた。ならば循環器内科の上級医をと思ったがこちらでも緊急カテーテル治療中。すぐに向かうことはできないと。まずは補液をと思ったが血管が虚脱しており上手な看護師2人がかりでも点滴が入らなかった。「ピコン！ピコン！」と血圧低下を伝えるアラームばかりが私を煽り、ほんの一瞬だったが正直「詰んだ」と頭が真っ白になった。結果、腹を括って慣れない超音波で血管を見ながら点滴を確保し、ついにはポンピングで輸血を行いながら昇圧薬をつないだところで上級医が到着し事無きを得た。考えてみれば救急医でも他の科でも病院内には医師はいたはずで、研修医の私が一人に対応するより誰でも良いから応援を呼ぶべきであった、と後になって気がついた。これは叱られるだろうと憂鬱だったが、朝になりあまりにヘロヘロな私を見た主治医は「夜助かった、ありがとね」とだけ伝えた。消化器内科や救急科の医師にとっては日常にありふれたシチュエーションだろうが、私は不思議とその日のことを鮮明に覚えて

いる。すでに1年目の秋も深まった頃であったが、不思議とその日から医師としてのキャリアがようやく始まったような感じなのだ。

#4. 最期の言葉

冬、彼はますます体調を落としていた。相変わらず定期的に致死的な合併症を起こしては、いつもギリギリのところで体力が勝り生還した。実際には病状が落ち着いていた期間もあり、退院調整を試みたこともあった。幾度となく看護師・社会福祉士・管理栄養士・理学療法士・薬剤師と会議を開き、家族とも電話や書類のやり取りでなんとか話を進めようとするも、一向に目処が立つ気配はなかった。そのうちに状態が悪化し、全て白紙に戻るのだ。本人は鹿児島に帰りたいと切望したが、それはあまりに非現実的で、入院生活は続いた。

るい瘦は一層著明となりいよいよ体力の限界が近づいてきた矢先、突然息子が九州から来院した。病室に案内すると、すっかり認知機能が低下し会話も成立せず、寝返りすら打てずただ虚空を見つめる我が親を、息子はしばらく見ていた。父親の変貌ぶりにショックを隠せない様子であった。息子が私に視線を移したところで、カンファレンスルームに誘導した。息子は大きく吸い込んだ虚無感を一度両頬に溜めると、それをフーっと吐き出さう話した。「ここまで悪いとは想像していなかった。電話では大丈夫だからお前は仕事しろっていつも言ってた

から、正直今の父を直視するのは怖い。今入っている中心静脈カテーテル、あれがもし詰まったらもう入れ替えないでください。もちろんいざという時も、心臓マッサージしないでください。それから、あと数日は千葉に留まるつもりですが、その後何かあった場合には役場と病院とで諸々全部任せます」

その晩、彼は肺炎とそれによる心不全の急性増悪を起こし急変した。彼はまさしく満身創痍でろくに発語もできない状態だったが、病室に行くと「助けてほしい。頑張るから」。力を振り絞って私にそう言った。すぐにできる限りの治療を尽くしたが徐々に意識・血圧は低下し、翌日の真夜中、彼は息を引き取った。不幸中の幸いという表現は不謹慎かもしれないが、私が当直医の夜中だった。私が看取った。息子も立ち合った。息子の職業は、父親と同じ運転手だ。

Plan 地域医療に求められるもの

あれからずっと、彼の最期の言葉は私の中をこだましている。対応は最善だったのだろうか。家族が望んでいないからと、どこかで妥協したところは無かっただろうか。もっと早く、出会った時から何か違う介入をしていたなら、主治医が私でなければ、もしかして今頃元気になっていたのでは。自分なりに頑張ったことは確かだし、周囲からは労いの言葉もかけてもらった。それでも、何かが心に引っかかっている。

無論元気になって退院していく患者も沢山いるが、地域に根ざしたこの病院は、多くの地域

住民にとって最期場となる。この病院に来て、彼が他界した後も、感染症・悪性腫瘍・心不全・腎不全・老衰、多くの患者を看取った。お看取りの後は未だに気持ちが沈むし、治りそうな患者の治療に注力したくなる自分がある。しかしそれでもプライドを保ち、現在の仕事に向き合っている自分もまた、確かにいるのだ。それは、私自身が『病気を治す』ためだけに仕事をしていないことを意味するのかもしれない。急性期病院では侵襲的な、また高額な治療を次々施行し、患者の予後を改善していくことが求められがちだが、この病院に必要なことはそれだけではない。たとえ治療は難しくても、笑顔のままに最期を迎える患者や家族は確かに存在し、そういった時には、私達医療者もこの上なく清々しくなるものだ。結局のところ私は、ひとえに患者やその家族が『満足』して病院から発つことを追い求めているのかもしれない。別に私に対してじゃなくて構わない。でももしいつかまた彼に出会ったならば、次こそは、きっと最期の言葉は『ありがとう』であってほしいのだ。



今はどんな清流よりも、この川が好きです。

鶴巻利宜(つるまき としたか)先生 プロフィール

千葉県出身。2021年自治医科大学卒業後、国保旭中央病院で2年の初期研修を経て、国保多古中央病院に内科医として勤務中。
専攻:循環器内科

離島の小規模病院から特定ケア看護師を

公立久米島病院 看護部長 太田紀子

はじめに

久米島は、沖縄本島から西に約100km離れた場所にあり、沖縄諸島での最西端にある人口約7,000人の離島です。琉球王朝時代、中国をはじめ東南アジアや朝鮮、日本との中継貿易により久米島は「寄港地」として栄えました。天与の恵みをうけ自然豊かな久米島は、琉球列島で最も美しい島であることから「球美の島」とも呼ばれてきました。素晴らしい環境にありますが、海により隔絶された離島であるが故の条件不利性があります。人口減少や少子高齢化をはじめ、沖縄本島と比べても産業の低迷および交通の利便性の低下などの社会的条件不利性が増大しています。

離島の小規模病院

当院は、内科、外科、小児科、整形外科を含む14診療科、急性期一般病床40床、透析10床を有する小規模病院です。2019年、院内にみなし訪問看護「つむぎ」を設置して在宅療養支援を行っています。また、もう一つの特徴として、小児科医を中心とした療育外来、小児発達相談外来、心理外来を設け「島でこどもを育てていく」環境づくりにも取り組んでいます。

小児から高齢者まで「患者様が安心できる医療を進めるとともに、病気や健康管理に気軽に相談できる久米島住民の主治医病院をめざします」の病院理念のもと、島内外の介護・福祉・行政と連携強化を図りながら島唯一の病院として、



BLS の研修

久米島町の地域包括ケアの一翼を担っています。

当院の職員は、北海道から沖縄まで全国各地から集まっており、離島の生活や医療・看護を経験したい、環境を変えて自分を見つめ直したい、離島に貢献したい、マリンスポーツを楽しみながら仕事をしたいなど働く理由は様々。育った環境や教育背景、価値観も異なりますが、互いを尊重し久米島の医療を支えるチームとして日々奮闘しています。

特定ケア看護師を久米島に！

私は師長時代、地域医療振興協会の特定行為研修が始まった頃に研修を受けさせてほしいと願い出ました。しかし、看護部長の答えは「NO」でした。長期研修に出す人的余裕がない状況と、研修を受けることで医学的知識や技術は身に付くが、看護に対しての意識が低くなるのではないかという懸念があったようです。

当時から、常勤の腎臓内科医はおらず現在も沖縄本島の総合病院より、月1回非常設科とし



NPPV マスクのフィッティングの研修



豚足を使ったデブリードメントの実習

て腎臓内科医の診療を設け、透析患者さんを診ています。日々のケアや病態・シャント管理は、内科常勤医・看護師・臨床工学技士が、試行錯誤しながら行っており、シャントトラブルなどの専門治療や検査などが必要な場合には、患者さんは沖縄本島へ渡り治療を受け、また島に戻って透析を継続します。専門医・スペシャリストがいない久米島には、専門技術と知識を用いて「患者さんに今なにが起こっているのか」臨床推論を展開しながら医師と看護師、患者さんをつなぐことができる特定ケア看護師が必要だと切実に感じていました。

昨年看護部長に就任した私のところに、現在NDC 8期生として研修中の富田さんから皮膚・排泄ケア認定看護師の道に進みたいと相談がありました。認定看護師養成機関へ入学するには症例の提出が求められます。しかし、当院で症例を取ることは困難なため良い方法はないかとNDC研修センターの鈴木靖子次長へ相談しました。鈴木次長は、私がNDC研修について相談した際のことを覚えてくださっており、とても感激しました。そして、皮膚・排泄ケア認定看護師ではなく、特定ケア看護師はどうかと勧められました。しかし、富田さんは膨大なeラーニングや21区分38の特定行為の研修を修了できるのかという不安と、皮膚・排泄ケア認定看護師へ進みた

いという気持ちの間で揺れていましたが、鈴木次長を交えた面談を重ねた結果、特定ケア看護師となるべく久米島から最初のNDC研修生が誕生しました。

現在、区分別科目実習中の富田さんから、「東京北医療センターの実習も2週目が終わりました。総合内科に入れてもらい、チームの先生方やNPさん、NDCの先輩方にフォローしていただきながら、なんとか頑張っています。eラーニングも頑張りましたが、まったく太刀打ちできず…。毎日毎日勉強漬けですが、とても楽しいです。周りがずっと勉強しているので、私も自然と勉強したくなるんですね(笑)。環境って大事だなんて思いました」とうれしい報告がありました。大変な中でも前向きに研修を受ける姿勢に成長を感じ、また誇らしく思います。この場を借りて、最適な環境を与えてくださる研修施設の皆さま、支えてくださる協会の方々に心より感謝申し上げます。

特定ケア看護師への期待

医師の働き方改革を離島で推進していくには、タスクシフト・タスクシェアできる特定ケア看護師の存在が重要と考えます。病棟をはじめ、在宅や介護施設への訪問診療・訪問看護、重症患者や高エネルギー外傷患者の受け入れ、ドクターヘリによる搬送までの集中ケアなど、離島における多様な医療ニーズに対し特定ケア看護師は、医師と協働し幅広い対応が可能であると考えます。

初めて、特定ケア看護師を迎えるにあたり不安な面もありますが、今後は病棟・外来救急・透析・訪問看護に特定ケア看護師を配置し、離島医療・看護の質の向上とその活動を特定ケア看護師自ら発信できることを期待します。

地域医療型後期研修

2023.12.5

「子どもの健康を守る家庭医」を目指して

はじめまして、「地域医療のススメ」にて東京北医療センター所属の専攻医1年目の中村浩史郎と申します。今回初めて本稿執筆の機会をいただき、簡単な自己紹介とこれまでの振り返り、そして今感じていることについて綴っていききたいと思います。

私は東京の都市部出身で、自分にとって身近な医療はクリニックの先生であり、子どもが好きだったので「町の身近な小児科クリニックの先生」が幼少期からの夢でした。大学入学後も第一志望は小児科で、学内・学外での小児ボランティア活動に力を入れていました。ただ今後の少子化への不安や親への対応の大変さが気かりで、大人の内科も選択肢として考えていました。そんな中、5年生の時に訪問診療に同行し、初めて総合診療医の存在を知り、その「地域をまるごと診る」「家族をまるごと診る」という理念をみて、自分の目指す「町の身近なお医者さん」にぴったりだと思いました。また小児ボランティアを通して、子どもの健康には家庭や地域の健康が大きく関わっていると感じ、「家族の健康を通して子どもの健康を守る家庭医」をvisionに総合診療医の道に進みました。

地域医療のススメでの研修は6ヵ月間の総合診療科から始まりました。チーム制で護送船団方式であった大学病院での研修医時代と違い、診察・診断・治療・説明の全てを自分でこなす主治医制は初めての経験でした。医学的側面のみならず身体機能や家庭環境も評価が必要なため、把握しなければいけない情報が膨大で、自分の想定や理想どおりにいかないことも数多くありました。また外来が始まったことも研修医時代とは決定的に違いました。限られた時間で診察を終えないといけないことや、病棟業務と併行して進めることの難しさに日々苦労しました。これまで経験したことのないことばかりで仕事量も多く、大変な場面が数多くありました。しかし職場の雰囲気が驚くほど良く、どの先輩に相談しても優しく手厚いサポートと指導をしてくださり、一度も精神的に疲弊することなく研



プロフィール

2021年3月 日本大学医学部卒業
2021年4月～ 日本大学医学部附属板橋病院
初期研修
2023年4月～ 東京北医療センター
「地域医療のススメ」後期研修



小児科にて、病棟のハロウィンイベントがあり、魔女の格好で子どもたちをおもてなしました。

修期間を過ごすことができました。

そして本稿執筆時の12月は3ヵ月間の小児科研修に取り組んでいます。私にとっては念願の小児科です。病棟業務の他、外来や乳児健診、新生児診察など幅広い経験ができています。研修医の時と違い外来対応や採血・点滴等の処置対応の機会が増え、総合診療科では診れなかった小児の経験が少しずつ積めてきているように感じています。

しかし小児科を回中である不安が浮かびました。東京の都市部では小児科クリニックが充実しており、子どもの大半は小

児科を受診するため、このままでは都市部で小児診療に携わる機会は少なくなってしまうのではないかという不安です。家庭医という進路自体に揺らぎはありませんが、専門医取得後に子どもと関われる機会はあるのか、家庭医という専門性を生かした子どもとの関わり方は何なのか、小児科専門医を取得したほうがいいのか、住む地域を変えるしかないのかとさまざまな考えが浮かび、自分の思い描く理想と現実の乖離に悩んでいます。しかし一方でこの悩みに対して、将来自分がどのような答えにたどり着けるのか、そこに至るまでどのような経験が待っているのか、それをワクワク楽しみにしている自分もいます。今後の研修でさまざまな病院・地域に行けることが楽しみです、その経験の中で自分なりの答えを探っていきたいと思っています。



総診の同期たちと、全員仲良く、よく飲みに行っています。

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。



令和5年度都道府県自治医科大学医学部

入試事務担当者会議が開催されました

11月8日(水)10時から地域医療情報研修センター大講堂において、令和5年度都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議が開催されました。

全都道府県の入試事務担当者が一堂に会する本会議では、永井良三学長からの挨拶に続き、武藤弘行入試検討委員長から令和6年度入学試験の概要、留意事項および広報活動などについての説明、次に海老原誠学事課長から入学試験に係る具体的な事務などについての説明を行いました。その後、藤本茂教務委員長および石川鎮清学生副委員長から、在学生の関連事項について、小坂仁卒後指導委員長および岩崎容子卒後指導部長から、卒業生の関連事項について、岡崎仁昭大学参与から学生教育の現況について説明があり、大槻マミ太郎副学長の挨拶で閉会となりました。

また、午後には、卒業生および在学生について、各都道府県担当と卒後指導委員会、学生生活支援センターおよび医学教育センターによる個別協議が行われました。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか?

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ(URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>)にアクセスいただき申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

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

報告
各種お知らせ
求人

セミナー

公益社団法人地域医療振興協会

OHSU准教授 Robert “Bob” Jackman 先生 オンライン勉強会

オレゴン健康科学大学(OHSU)准教授Robert “Bob” Jackman先生による「Finding the Ikigai of Training Rural Family Medicine Residents 地域の家庭医療研修医の“生きがい”を見つける」のハイブリッド形式勉強会を開催します。

協会内外、職種問わずご参加いただけますので、興味のあるかたはぜひご参加ください！

日時 2月8日(木)13:15～13:55

形式 ハイブリッド形式（現地会場とTeamsによるオンライン）

現地会場 六ヶ所村医療センター

対象 全医療職種

料金 無料

備考 地域医療振興協会の職員でない方もご参加いただけます。

協会職員ではない方は事前に下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

E-mail kouichiroum@jadecom.jp

開催詳細 当日は時間になりましたら、下記URLから、もしくは右のQRコードからご参加ください。

WEB参加用URL <https://x.gd/DTpX0>

当日の資料は下記URLからダウンロードできます。

URL <https://x.gd/AxfzZ>



お申込み・お問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 事務局

TEL 03-5212-9152 E-mail kouichiroum@jadecom.jp

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/

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(日)

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/

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。

セミナー

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

日時 開催日：令和6年2月10日(土)～11日(日)

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フォームにてお申込みください。

<https://forms.gle/GirxgKyR3HiLBM5V7>



公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所 ヘルスプロモーション研究センター主催

フレイル予防オンラインセミナー「医療の場におけるフレイル予防－超高齢社会に求められる医療機関の役割」開催のお知らせ

2024年2月21日(水)16:00～17:30、フレイル予防オンラインセミナーを開催します。テーマは「医療の場におけるフレイル予防－超高齢社会に求められる医療機関の役割」です。受講は無料です。

2019年「地域の力でフレイルを先送り 住民主体のフレイル予防の実践」、2022年の「フレイル予防の新たな地域展開を目指して」に続く、フレイル予防オンラインセミナー第3弾です。

本セミナーは、高齢化が急速に進行する中で、フレイル対策における医療機関の役割について、先進的な取組事例を通して学ぶ機会とすることを目的としています。過去2回のセミナーには多くの方々にご参加いただきましたが、今回は、皆さまの日常診療により直接関係したテーマです。奮ってのご参加をお待ちしています(事前申し込み必要)。

開催日時 2024年2月21日(水)16:00～17:30

開催方法 Zoomによるオンライン開催 後日アーカイブ配信予定

参加費 無料 要事前申込(締切2月16日)

申込方法 Web申し込み：<https://forms.office.com/r/kADgbyJnUy>

対象 地域医療振興協会職員、地域医療振興協会会員、自治医科大学卒業生、
関連自治体と管轄保健所職員など、フレイル予防に関心のある方などなたでも参加可



テーマ 「医療の場におけるフレイル予防－超高齢社会に求められる医療機関の役割」

プログラム

座長 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター 中村正和
地域医療振興協会 都祁診療所 管理者 西村正大

16:00～16:05 座長挨拶・趣旨説明(5分)

16:05～16:45 講演①(講演30分、質疑10分)

診療所が取り組む地域包括診療とフレイル予防

講師：医療法人社団 野村医院 院長 野村和至先生

16:45～17:25 講演②(講演30分、質疑10分)

病院における高齢者診療体制の構築とフレイル予防

講師：国家公務員共済組合連合会虎の門病院 顧問 大内尉義先生

17:25～17:30 まとめ

これまでのフレイル予防セミナーの内容は、ヘルスプロモーション研究センターホームページの活動レポからご覧いただくことができます。

フレイル予防セミナー 2019



フレイル予防セミナー 2022



問い合わせ先

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター

E-mail health-promotion@jadecom.jp TEL 03-5212-9152 (担当：川畑)

募集

福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

募集地域

福島12市町村

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

各種支援制度

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

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

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

問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

TEL 03-6328-0242 E-mail asumi.shiotac3t@cas.go.jp

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永真一

会費のご案内

1. 年会費について

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

準会員……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

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

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

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

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

北海道医師募集

好きな北海道で、素敵な医療を！



北海道で
お待ちしています。

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サポートします。

ドクターズ北海道移住マガジン「Matani」 無料配布中！
(※)詳しくは、北海道医師会事務局(札幌市中央区南一条西5丁目1番1号)までお問い合わせください。

北海道東京事務所行政課(担当:佐々木) 北海道医師会事務局
 ※道外医師招聘を専門としている北海道職員です。
 TEL: 03-3581-3425 (直通)
 E-mail: tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp
 HP: <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 音更町緑が丘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、とがち帯広空港から約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戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340

E-mail jin_takeuchi@town.fukaura.lg.jp

特記事項：深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し、東には世界自然遺産に登録されている『白神山地』に連なっています。

当診療所は、民間医療機関等の閉院により、平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行っております。

へき地医療に関心のある先生方、短期間でも構いませんので、何卒ご協力をお願いします。なお、原則、土日祝日は休みであり、住居も完備しております。

<https://www.town.fukaura.lg.jp>

受付 2023.7.24

大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪精神医療センター



●総合診療医 4名（常勤・非常勤を問わず、応援医師でも応相談）

診療科目：精神科、児童思春期精神科、総合診療科（院内標榜）

病床数：473床

職員数：39名（うち常勤医師29名、非常勤医師10名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事マネージャー 下中

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

E-mail shimonakas@opho.jp

特記事項：大阪精神医療センターは総合診療医・総合内科医を募集します。当センターは、90年以上の歴史を有する大阪府の公的精神科病院です。地域の医療機関と連携を図り精神医学の高度な専門技術を提供し、日本の精神医療をリードしてきました。

この度、認知症の増加や利用者の高齢化に対応するために「認知症・合併症診療部」を開設し、そこで活躍していただける総合診療医を求めています。ご関心のある方はぜひご連絡下さい。

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

受付 2023.8.9

宮城県

丸森町国民健康保険丸森病院

●内科 1名



診療科目：内科、外科、整形外科、歯科

病床数：90床

職員数：120名（うち常勤医師4名、非常勤医2.26名）

所在地：〒981-2152 宮城県伊具郡丸森町字鳥屋27

連絡先：事務長 大石

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

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

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

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

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・仲間と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 栃木県宇都宮市靖田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/iryuu/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/koushyueiseishi/index.html>



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 江原

〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1

TEL 097-506-2614 FAX 097-506-1732

E-mail a12000@pref.oita.lg.jp

PR事項: 日本一のおんせん県おおいたは、健康寿命も日本一です！令和3年に公表された大分県健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！

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



鹿児島県

くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 7名

勤務先: 保健所(県内13カ所)、県庁

連絡先: 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 山崎

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

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

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

PR事項: 鹿児島県は、3つの世界遺産や和牛日本一に輝いた鹿児島県牛をはじめとする世界に誇れる食や優れた県産品の数々のほか、歴史や文化など、魅力的な資源、すなわち「宝物」を多く有しております。このような自然豊かな県内において、ワークライフバランスを実現しながら、疾病予防や保健分野の施策に携わり、地域住民の健康を守るため、保健所や県庁で働いてみたいという熱意のある公衆衛生医師を募集しております。専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。採用はご希望に合わせて随時行っております。業務内容や給与・休暇等の諸制度の紹介や県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください！世界に誇る自然環境、暮らしやすい温暖な気候、おいしい食材に恵まれた「くらし先進県」であなたの力を発揮してみませんか。詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshuu/hokendoc2.html>



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 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 多摩全生園



静岡県 駿河療養所



岡山県 長島愛生園

国立ハンセン病療養所 医師募集

全国
13ヶ所

いま、ここにしかない 医療がある

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

ひとくらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

〒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・求人の締め切りは毎月10日です。受け付けた情報の掲載可否は、編集委員会にて決定いたします。
- ②継続して掲載を希望する場合も、原則として月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で内容を明記する。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: Gastroduodenal 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. “EvanstonPublic 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・二次利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



謝 辞

「月刊地域医学」では2023年1月～12月の期間、投稿論文の査読に関しまして、編集委員以外に下記の先生方にご協力をいただきました。
ここに感謝の意を表します。

新井悠介 先生（自治医科大学）
宇田英典 先生（公益社団法人地域医療振興協会）
杉山幸比古 先生（練馬光が丘病院）
沼田裕一 先生（横須賀市立うわまち病院）
森田光哉 先生（自治医科大学）

「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司（地域医療研究所長）
編集委員	朝野春美（地域看護介護部長）
	石川雅彦（地域医療安全推進センター センター長）
	伊藤雄二（市立恵那病院 副管理者）
	菅野 武（自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授）
	北村 聖（地域医療振興協会 顧問）
	木下順二（地域医療振興協会 常務理事）
	佐藤新平（大分県済生会日田病院）
	杉田義博（日光市民病院 管理者）
	田中 拓（川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長）
	中村正和（ヘルスプロモーション研究センター センター長）
	野村 悠（川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長）
	原田昌範（山口県立総合医療センター へき地医療支援部長）
	廣瀬英生（県北西部地域医療センター 国保白鳥病院）
	本多英喜（横須賀市立うわまち病院 副病院長）
	宮本朋幸（横須賀市立うわまち病院 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者）
	森 玄（練馬光が丘病院薬剤室 主任）
	守本陽一（兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事）

（50音順，2023.9.12現在）

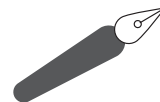
編集後記

今月のインタビューは山口市の中嶋裕先生です。NYタイムスを選ぶ今年行きたい場所52選で、皆既日食の北米、五輪のパリに次いで、世界第3位になったのが山口市です。湯田温泉や瑠璃光寺、山口祇園祭に加えて、巡回診療車も観ていただくといいかもしれません。

特集は、「エビデンスから見たがん検診」です。古くて新しいテーマです。かつては、便潜血2回法とマンモグラフィ、それに胸部CTくらいしか生命予後アウトカムとした場合エビデンスがないと言われたのですが、最近はどうでしょうか。エビデンスだけでなく、受検者の安心というアウトカムをどう扱うのか、PET-CTにどんなエビデンスがあるのか楽しい話題です。

こともあろうに元旦の夕方に大きな地震が能登北部を襲いました。200名以上の方が亡くなり、多くの家屋が倒壊し、大勢の方が環境の悪い避難所で生活しています。心からのお見舞いを申し上げます。かく言う私自身も、石川県出身ですが、実家は加賀の方で、大きく揺れたものの空家の被害は軽微でした。かつては奥能登と呼ばれた能登北部には100~200床の病院が4つあります。輪島、珠洲、能都、穴水でそれぞれが医師集め、看護師集め、さらに患者集めに苦戦しています。石川県の医療大使を務めていたときに、4病院を集約して高度医療もできる病院を作るのが効率的という提案がありました。しかし、高齢化の進んだ街には高度医療はいらないとの意見等で、合理化は叶いませんでしたが、最近になって患者が少なくなり病院の合併が再度語られるようになった矢先の地震です。合併して防災機能を持つ病院になっていたらどうだったろうと詮じてもしかたありませんが、人口減少と高齢化に加え、災害をも考慮した地域医療政策が求められると極めてハードルが高くなります。当たり前のことですが、能登の人の気持ちを大切に、寄り添った復興を心から期待します。

北村 聖



月刊地域医学 第38巻第2号(通巻448号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2024年2月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



ISBN978-4-909117-83-0
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）