

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

8

2022  
Vol.36-No.8

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

# 総合診療専門医の 現状と課題

【企画】木下順二 地域医療振興協会 常務理事  
豊頃町立豊頃医院/大津診療所 管理者兼診療所長

●インタビュー

「地域に合わせた、  
病院づくりを考える」

八木田一雄 松前町立松前病院 院長

# JADECOM 生涯教育 e-Learning

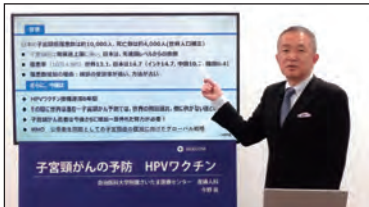
## 会員向けのContents



生涯教育センター長  
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



## 「子宮頸がんの予防 HPVワクチン」 [前編・後編]

7月1日、8月1日配信 ▶

### 今野 良先生

自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 教授

今野先生は自治医科大学を卒業後、義務年限内に子宮頸がんとHPV(ヒトパピローマウイルス)の研究をはじめ、「子宮頸部扁平上皮癌および異形成の進展とHPV感染」のテーマで医学博士の学位を得、現在もライフワークとして研究を続けています。

HPVワクチンは日本では誤解が広まり、積極的接種勧奨が8年以上停まっていたが、2021年に積極的接種勧奨が再開され、接種の機会を逸してしまった人にも提供されることが決まりました。ここではその詳細をお話しています。

前編では子宮頸がんの背景、HPVワクチンに関するこれまでの経緯を解説し、日本における副反応騒動は科学的に解決済みであるとし、その安全性について述べています。

後編ではHPVワクチンの有効性についてレクチャーしています。日本対がん協会の受診者34,281人を対象に行った生体病理診断結果では91%という非常に高い有効性を示しており、英国、北欧諸国での有効性の報告も示しています。

先生は今回のこのテーマを参考にして、地域医療を対象とする公衆衛生の理解を深めてもらいたいと話を結んでいます。



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



# 月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.36—No.8(2022年)

## 目次

### インタビュー

- 地域に合わせた、病院づくりを考える／八木田一雄 2

### 特集 総合診療専門医の現状と課題

- エディトリアル／木下順二 12
- 総論 専門医制度と総合診療専門医／北村 聖 13
- 総合診療研修プログラムの運営・指導の実際と課題／井上陽介 19
- 三位一体改革のなか、病院総合医を考える／末永裕之 24
- 地区医師会の立場から／和座一弘 29
- 大学病院の中の総合診療科の立場から 自分も診てほしいと思える総合診療専門医育成を目指して  
—その立ち上げと現状—／西尾健治 35

### 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106回 腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”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 42

### ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断②⑤／牧田幸三 51

### 離島交換日記

- 島に来て変わったこと／池上雄亮 56

### JADECOM NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 地域支援を通して学んだ特定ケア看護師のニーズ／山田大地 58

### 研修医日記

- 研修振り返り／稲葉 新 60

### 自治医大NOW

- 自治医科大学 創立50周年記念式典挙行／記念植樹が行われました／理事会・評議員会開催／  
令和5年度大学院入学試験の実施について／スチューデントドクター認定証授与式ならびにBSL学生  
最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式挙行／各講座等における義務年限終了卒業生の令和5年度  
採用計画について 62

お知らせ.....70

求人病院紹介.....77

投稿要領.....80

編集後記..... 巻末

## INTERVIEW

松前町立松前病院 院長  
八木田一雄 先生



# 地域に合わせた、 病院づくりを考える

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

## 全科診療医の病院として

山田隆司(聞き手) 今日松前町立松前病院に院長の八木田一雄先生をお訪ねしました。先生は昨年「やぶ医者大賞」を受賞されました、まずはおめでとうございます。この病院は以前から地域医療を志す研修医が大勢集まっていたし、現在山本和利先生が病院の事業管理者に就任されているということもあり、病院のお話も合わせて伺えればと思います。

まず先生の経歴から紹介していただけますか。

八木田一雄 私は1995年の自治医科大学卒業で青森県18期生になります。卒後1、2年目は青森県立中央病院にて2年間のローテート初期研修を行いまして、卒後3、4年目は県南にある町立田子病院に赴任致しました。同院では自治医大

の大先輩である木村雅章院長と葛西智徳副院長との3人体制で、外来・病棟診療、救急外来、訪問診療、介護施設往診、上下部内視鏡検査、気管支鏡検査、地域包括ケア、レセプトの評価などなど、たくさんのことを一から教えていただきました。卒後5～7年目までの3年間は、津軽半島にある当時人口3,000人の市浦村唯一の国保市浦診療所(無床)に赴任して一人診療所勤務を経験致しました。当時はまだやる気に満ち溢れておりましたので在宅診療や時間外診療も積極的に取り組んで頑張っていました。一方で一人医師体制の限界を痛感させられることも多々ありました。

山田 3,000人で医師1人はちょっときついですね。

**八木田** 当時は若さで何とかカバーしていたと思います。また、ちょうどそのころ後期研修を選択する時期でもありまして、卒後8年目は「総合診療」の研修をと考えておりましたので、諸先輩方に相談致しましたところ、六ヶ所村国保尾駮診療所(当時)の松岡史彦先生から「札幌医科大学で自治医大1期生の山本先生が地域医療総合医学講座(総合診療科)の教授をされているので見学をしてきたらどうか」との助言をいただいて見学に伺いました。同教室は1999年に創設されたばかりの新しい教室で、山本教授のほか、後に松前町立松前病院(以下、松前病院)の院長となる木村眞司先生、自治医大8期生の宮田靖志先生、川畑秀伸先生の計4名の先生と初期研修医数名が在籍しており、アカデミックでとても精力的に活動されている印象を受けましたので、卒後8年目は後期研修医枠の研究生として1年間お世話になりました。卒後9年目は再び青森県内の町立田子病院に赴任し、当時は新医師臨床研修制度が開始された時期でありましたので、地域保健・医療研修の2年目初期研修医を受け入れて現場での地域医療教育にも携わりました。9年間の義務年限終了後、卒後10、11年目まで同院で勤務した後、再び札幌医科大学

地域医療総合医学講座へ助教として赴任し、附属病院総合診療科外来、道内医療機関の診療支援、卒前教育に携わりましたが、地域医療の現場での臨床に対する思いが捨てきれず、2年後の2008年に派遣助教という形で当時木村先生が院長をされていた松前病院に赴任致しました。

それまでの松前病院は大学医局からの専門医派遣による常勤医で構成されておりましたが、さまざまな経緯から私が赴任した時には専門医は小児科医1名のみで、他は私を含めた総合診療医3名と北海道家庭医療学センター所属の後期研修医2名の総合診療系医師5名で計6名体制でした。外科系医師が不在で全身麻酔手術はできない状況にありましたので、全身麻酔手術を要する患者さんは体制の整備された函館市内の後方病院に紹介して対応していただくこととし、当院では内科、外科、整形外科外来、救急、時に小児科を総合診療系医師が担当し、当時は「総合診療医」という言葉に馴染みがなかったこと、内科系と外科系の診療を限られた医師で対応する必要がありましたので、町民向けではありませんでしたが「全科診療医」と銘打って総合診療にあたることと致しました。

## 院長として新たな出発

**八木田** それからはさまざまな創意工夫が功を奏して幸い病院経営も安定しまして、2008年から2018年までの11年間は何とか黒字を計上することができて、2018年に自治体立優良病院会長表彰を、翌2019年に自治体立優良病院総務大臣表

彰を受賞することができました。

**山田** 自治体病院というと以前はどこも大学からの医局派遣に頼っていたところがあるので、臨床研修制度が始まったころには派遣医師が引き上げとなった事例が相次ぎました。そういう中に

あって、専門医がいなくなったあとに、全科診療医という形で、総合診療、家庭医だけで病院を動かしていくというのは当時は目新しかったと思いますし、町民に理解してもらうのも大変だったのではないかと思います。

**八木田** そうですね。それまで患者さんにとっては臓器専門医による診療が当たり前でしたので、当初は毎日のように常勤医の担当する診療科が変わることに戸惑いを隠せず、一部懐疑的な様子も見受けましたが、日々の診療を継続していくうちに次第に浸透して認知されてきたと思っています。

**山田** 木村先生は当時としては珍しかったネットを通しての全国規模のプライマリ・ケアカンファレンスを主宰されたりして、教育研修に本当に熱心に取り組んでおられましたよね。

**八木田** はい、その通りです。そのため、木村院長を慕って当院に赴任される医師が徐々に増えてきて、これまで最大で12名の常勤医が在籍していた時期もありました。

**山田** 全科診療医、今で言う総合診療医が頑張れば、一次医療から二次医療の一部まで十分質のいいサービスを提供できるということを実証したわけで、それはすごいことだと思います。

**八木田** そうですね。諸条件があったとはいえ、病院経営的にも赤字とはなりませんでしたが、医療対象人口を考慮したマンパワーとしても「全科診療医」という方法は間違っていないと感じていました。ところが、町側との医療に関する方向性の相違から、2016年6月、突如木村院長が8月で退職されることとなり、当時の常勤医も7名体制から4名体制へ、初期研修医の受け入れをキャンセル、後期研修医は当院の後期研修プログラムから他のプログラムへ移籍、函館市内の一部病院からの診療支援が打ち切り、

といったことが重なりまして、しばらくは常勤医4名体制のままでそれまでの業務を一部縮小して粛々と行う日々が続きました。院長ポストが空席となっていた状況では診療支援の再開が望めない状況でもありましたので、熟慮に熟慮を重ねた上で、2016年12月に私が院長職を引き受けることと致しました。

**山田** やらざるをえなかったわけですね。

**八木田** 当時の状況を考えますとそういうことになります。ただ、院長職が決まったことで、函館市内の病院からの診療支援をすぐに再開していただけるようになりました。

**山田** 支援というのは総合診療科以外の専門科ですね。

**八木田** そうです。小児科、循環器内科、外科の外来診療支援になります。

**山田** 木村先生は研修教育に本当に熱心で、そういう意味でこの病院はとて有名になっていたわけですが、行政との間にズレができてしまって、最後は地域医療の継続ができない状況になってしまった。

**八木田** 個人的にはすごく悩ましい時期でした。それまでの8年間は木村先生と一緒に松前での地域医療を実践しておりましたので、木村先生に追随すべきかどうか……、一方で、ここまで築き上げてきた全科診療医による地域医療の実践を断念するということは本意ではありませんでしたが、当時は諸先輩方にいろいろと相談させていただいて皆さんに励まされながら継続してきたという感じです。

**山田** 先生たちが一番優先すべきは地域の人たちへの医療サービスを守ることだから、行動を共にしなかったこと、ここに残られたのはある意味立派だと私は思います。しかしそのことで先生が2倍も3倍も苦勞を背負わされてしまったの



ではないかとそれが心配です。

木村先生が辞められて研修医たちも一旦離れてしまっていたと思いますが、医療サービスを継続することで少しでも活気が戻ってくれば、やり方次第でまた良い方向に転じるのではないのでしょうか。

**八木田** 木村先生が院長をされていたときのようにはいきませんが、「松前」という名前は徐々に認知されておりましたので、少しずつではありましたが2年目初期研修医が研修先として選択してくれるようになり、現在は指導する側のマンパワーや診療内容・業務量等を考慮して、月に2名の2年目初期研修医と不定期の医学生の地域医療実習を受け入れており、2019年に病院事



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

業管理者として赴任された山本先生にも研修医・医学生教育を積極的に担当していただいております。

## 松前町と松前病院の現状

**山田** この病床は何床ですか。

**八木田** もともと急性期病床の2病棟100床でしたが、人口減少に伴って入院患者数が減少してきたことや地元の看護師さんが複数名退職されたことから夜勤体制の維持が厳しい状況となりました。以前から応援看護師さんを常時8名程度雇用して何とか体制を維持しておりましたが、今後さらに雇用を増員して現体制を維持していくよりは病床を縮小して運営していく方が賢明であるとの判断から、令和3年6月より一部を休床として実質的には1病棟60床と致しました。

**山田** それは一般急性期ですか。

**八木田** 当時は急性期病床60床でした。ただ、令和4年4月からは急性期病床48床、地域包括ケア

病床12床の計60床と一部機能転換をしております。

**山田** 松前町は、介護施設はいくつあるのですか？

**八木田** 介護施設は7施設あります。70床の特別養護老人ホームが1施設、グループホームが2施設、有料老人ホームが4施設です。この7つの介護施設に入所している約200名の入所者に対して当院から定期的に往診を行っております。また、在宅医療を受けている患者さんは現在約50名おり、2名の担当医師が原則月1回の頻度で訪問診察を行っております。

少し話が逸れますが、私が赴任した2008年当時の松前町の人口は10,000人弱で高齢化率は34%でしたが、現在は人口が6,400人弱で高齢化率が52%、75歳以上の後期高齢化率は25%で、

いずれも北海道内179自治体の中で第2位という状況にあります。

山田 開業の先生は何人ぐらいいらっしゃるのですか。

八木田 私が赴任する前年まで当院に勤務されていた整形外科の先生が開業された整形外科クリニックが1つあります。

山田 訪問診療は50名ほどのことですが、終末期を家で看取る人もいますか。

八木田 残念ながら在宅での看取りはできておりません。当院で実施している在宅医療は通院が困難な患者さんに対するの定期訪問診察が主体で、常勤医のマンパワー不足から緊急往診に対応できておらず、また、訪問看護ステーションがないことや当院からの訪問看護が対応できない状況などの諸事情で在宅看取りに対応できていない状況です。

## この先の松前町の医療を考える

山田 先生が苦勞をしながら病院を維持して今日までできたわけですが、やはりこの先はさらに厳しい状況になると思います。先生はどうお考えですか。

八木田 現在は過渡期にあるかと思います。人口減少、ベッド稼働率減少、看護師数減少の一方で収益のことも考えていかなければいけませんので、地域包括ケア病床の導入や必要な人材の確保など、公的病院でも赤字にならないような形態を考えつつ、かつ住民のニーズにお応えする医療サービスが提供できるシステム作りを職員皆で知恵を出し合って少しずつやっていかなければならないと考えています。

その地域地域によって最適なシステムは異なると思いますが、松前において特徴的なのは地理的環境だと思います。当院で対応できない患者さんを紹介・搬送する後方病院のほとんどは函館市内の病院となりますが、片道約95kmで2時間、往復4時間を要します。そのため、容易に後方病院へ紹介するという訳にもいきませんので、限られたマンパワーである程度の疾患に

対応しつつ地域の医療を支えていく必要があります。そしてその役割を担うのは総合診療医でなければ難しいと思いますし、スタッフ全員で協力して実践していくチーム医療がとても大切だと思います。そのような総合診療医が役割を担う公的病院としてのシステムづくりのために、毎週各セクションとの連絡会議を開催して現場レベルにおける問題や課題を挙げて、改善すべきところがあれば、月末に開催される院内の経営企画会議で議論して今後の病院運営に反映させています。ある意味、2026年度を開業目標としている新病院づくりに向けて進めているような感じです。新病院建設においては、現在は基本構想の段階でこれから基本計画に移行していく予定ですが、病床数を60床で運用することだけは決定しております。この地域に適した住民のニーズに応えられるような病院にするためにはどのような形が望ましいかということも皆で意見を出し合って検討しています。各々が自分の役割をきちんと担いつつチームの一員として病院機能を維持していくということが目標でも



あります。大切なのは、そのことが公的病院としてどこまでできるかということです。経営的に赤字状態が続けば町の財政にも影響が及びますから、危機感を持って先を見据えた医療提供環境づくりをやっていかななくてはならないと思っています。

**山田** この先の2026年の新病院構想も含めて現在大きなターニングポイントを迎えているわけですね。木村先生が2008年に病院を総合診療科にシフトしたというのは大きな1つのチャレンジだったし、それがいったんは非常に功を奏して、自治体病院の取り組みとしては全国にも高い評価を受けた。今、それから15年が経ち2回目の大きな節目ということですよ。

やはり病院の維持というのが課題になると思いますが、ここの約6,000人の人口というのは、はっきり言って病院を維持するにはぎりぎりの数です。一方で、総合診療系の医師にとって大事なところはやはりプライマリ・ケア、住民に直結したサービスなので、そこを優先的にしっかり守るべきだろうと思います。専門的なところは町民に不便を強いてでもある程度函館の病院にお願いせざるを得ないのではないかと思います。

どちらかという在宅診療、在宅の看取り、訪問看護などにもっとシフトして、入院機能は最低限の対応にとどめる。病院という形態に拘らずむしろ在宅サービスを支える地域包括ケア施設といった方向に舵取りするほうが、より経営的にも無理なく住民の安心につながるような気がします。

**八木田** そうですね。今後ますます人口減少が進んで高齢化率も上昇していくことと思います。そのことを考慮しますと、将来的には先生のおっしゃるような病院機能へ転換していく必要性が

あると思います。年代は異なりますが、青森県で訪問診療に携わっていた頃は、胃瘻が造設されてほぼ寝たきり全介助のADLで在宅介護されている方が多かった記憶があります。一方で、この地域では在宅介護を希望される方が少ない印象がありまして、当院が対応している約50名の在宅患者さんも自宅内では比較的ADLが自立しているものの一人では通院が困難という方が多いです。そのような背景もあって、徐々に介護施設も増えて現在合計で約200名の高齢者が入所できる環境となったことで独居高齢者はかなり減りましたが、一方で、その入所者約200名に対する急性期疾患時の受け入れが可能な病院としての役割も必要になるかと思っています。ご高齢の方が多くて入院が長期化する傾向にありますので、有床診療所19床ですと自立から要介護状態にADLが低下した状態であっても早期に自宅や施設への退院を進めていかなければならない状況がでてくることが予想されます。

**山田** 介護施設の後方支援としての病院病床にも限りがあるような気がします。人口減少が進み10年先に再び病院の縮小、廃止等を検討しなければならぬという事態を避けるためにも、やはりより一層厳しい縮小プランも検討しておくべきかと思います。勝手な意見で申し訳ありませんが。

**八木田** いえいえ、当然検討しておく必要があると思います。

**山田** われわれ協会もいろいろな相談を受けることがありますが、やはり、卒業生のネットワークで、常時からそういったことに関して意見交換や情報共有をして、今までに培ってきた知恵を集めるような場があるといいような気がします。卒業生はいろいろな地域で頑張っていてある程度評価されていますが、一方では必ずしも

行政側から十分な評価が得られず、使い捨てにされてしまうようなケースもあります。だからもう少しみんなでスクラムを組んでうまく情報共有できると、さらに地域に長く貢献できる仕組みができるようにも思います。

先生、ここに来て何年になるのですか。

八木田 今年で15年目になります。青森県で地域医療に従事していた期間以上になります。

山田 青森県も医師不足ですから帰って来いと言われてませんか。

八木田 お声がけいただくこともありますが、青森県には地域医療にとっても熱心で優秀な先生がたくさんおられますので……。

山田 先生のように責任感をもって地域に残って医療を続けているということはすごいことだなと



思いますし、それが今回の「やぶ医者大賞」につながったのだと思います。またいろいろな意味で交流できると協会としてもありがたいです。

## 自分に向いている環境で仕事に臨めば頑張れる

山田 最後に、地域で頑張っている後輩の皆さんにエールを送っていただけますか。

八木田 そうですね……。日々の診療において同じようにエネルギーを注力するのであれば、どのようなフィールドで仕事をするかということがとても大切なことだと思っています。私自身、大学や附属病院という環境での計3年間の勤務はとても勉強にはなりましたが、自身が理想として思い描いていた地域医療、プライマリ・ケアという視点からですと自分にはあまり向いてないと思いましたし、それよりも医療過疎地で地域医療、プライマリ・ケア、地域包括ケアを実践する方がよりやりがいを持ってできるものと感じました。皆さんも、研修中あるいは日々

の診療を行いながら自分に適していると感じられるフィールドを見出すことでモチベーションを高く保ちつつ仕事に臨むことができると思いますので、自身の目標に向かって頑張っていただければと思います。

山田 先生には、松前町が合っていたわけですね。

八木田 そういうことにおきましようか(笑)。

山田 函館から来ると、松前はアクセスとしては大変だと感じましたが、ひとたびここに来ると、歴史がありここが起点になって北海道が発展していったというのも合点がいきました。こういう歴史のある地域で医療に貢献ができるのも素晴らしいことだと思いました。

八木田先生、今日はありがとうございました。

八木田一雄(やぎた かずお)先生プロフィール

1995年自治医科大学卒業、青森県立中央病院にて初期研修後、町立田子病院、国保市浦診療所勤務を経て、札幌医科大学地域医療総合医学講座の研究生となる。2003年に町立田子病院へ再度赴任し、2006年に札幌医科大学地域医療総合医学講座助教に着任。2008年に松前町立松前病院に赴任し、2016年より病院長に就任し現在に至る。





## 投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

# 総合診療専門医の現状と課題

企画：地域医療振興協会 常務理事  
豊頃町立豊頃医院/大津診療所 管理者兼診療所長 木下順二

## 特集

### ●エディトリアル

---

### ●総論 専門医制度と総合診療専門医

---

### ●総合診療研修プログラムの運営・指導の実際と課題

---

### ●三位一体改革のなか，病院総合医を考える

---

### ●地区医師会の立場から

---

### ●大学病院の中の総合診療科の立場から 自分も診てほしいと思える総合診療専門医育成を目指して —その立ち上げと現状—

---

# エディトリアル

地域医療振興協会 常務理事

豊頃町立豊頃医院/大津診療所 管理者兼診療所長 木下順二

2018年4月にスタートした新専門医制度も5年目を迎えた。19番目の基本領域として生まれた総合診療についても、その専門研修1期生が3年間の研修と専門医試験を終え、80名弱の少数ではあるが初の総合診療専門医が誕生した。

少子高齢化・2025年問題に加えて、2020年からの新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、医療環境を大きく変えた。病院での急性期治療に加え、発熱外来、在宅感染者のマネジメント、各地の医師会などを中心とした地域内での組織的対応など、総合診療の領域にも新たな展開が加わった。一度このタイミングで総合診療専門医の現状を総括してみようというのが本特集の企画意図である。

総論では医学教育分野の第一人者である北村聖先生から専門医制度の歴史的経緯から現状と今後の課題までを詳細に解説していただいた。各論では、まず総合診療研修プログラムの責任者の立場から井上陽介先生に新専門医制度とコロナ禍がプログラムと専攻医指導に与えた影響について解説していただいた。次に日本病院会や自治体病院の立場から小牧市民病院の末永裕之先生に病院総合医に求められる役割と新たな育成プログラムについてご紹介いただいた。地区医師会の立場からは松戸市医師会の和座一弘先生に、多岐にわたる医師会活動と総合診療医との関わり、活躍への期待について記していただいた。最後に大学病院の総合診療科の立場から奈良県立医科大学の西尾健治先生に、教室の立ち上げから大学の枠にとられない教育研修の実際を生き生きとご紹介いただいた。

各記事を拝読して、総合診療専門医に期待される役割が極めて広範囲に及んでいることを改めて実感した。その全てについて第一線の知識を維持し常時経験を積むことは不可能であるが、現場で求められる役割に応じて己の姿を変える柔軟性、未知の課題への好奇心、問題解決のための情報収集能力、多職種連携のための人的ネットワークの構築力といったことこそが総合診療医に求められる中核的特質・醍醐味ということだろう。それは必ずしも制度に則って研修していれば自然に醸成されるというものでもなく、必ずしも試験で評価できるというわけではないかも知れない。

このように多くの魅力に溢れ、多彩な活躍が期待される総合診療である。新しい専門医の活躍の広がり、総合診療の門を叩く若い医師の増加につながるものと信じている。



# 総論 専門医制度と総合診療専門医

地域医療振興協会 顧問 北村 聖

## POINT

- ① 専門医制度の整備の目的の第1は、患者にとってわかりやすい専門医制度をつくることである
- ② 「広告可能な専門医」は外形条件だけで多くの専門医を認めたため、患者にとってもわかりにくく混乱を招いた
- ③ 総合診療専門医はこれからの我が国社会にとって大きな役割を果たすことが期待される

## はじめに

専門医機構が設立されて4期8年が経過した。また総合診療専門医も第1期の修了生を輩出し、手探りの状況から安定的な制度へと成長した。この段階で、専門医制度の変遷と目指すものを振り返り、今後の課題を整理することが意味あることと考える。

## 専門医機構以前

少し専門医機構設立以前の状況を振り返っておく。

1962年に麻酔科指導医制度が発足しているが、これは診療科の特性もあり、専門医制度として別格に早い段階で制定された。その後、1970年代において、診療科の専門性の確立とともに多くの学会で専門医あるいは認定制度が発足した。しかし、この頃からすでに診療科により専門医になりやすいかどうか、学会員である

ことが条件になっているかどうかなど学会による違いが明らかになってきた。1980年に内科学会をはじめ20学会の認定医制関係者が、専門医認定制度の充実と発展を図るために協議していくことで合意したが、この頃はまだ、患者・国民に分かりやすい制度という視点はなかったようである。

1981年日本医学会加盟22学会による学会認定医制協議会(学認協)が発足し、1984年「臨床的に幅広い領域の認定(専門)医制度に重点をおき活動する」ことが申し合わせされ、日本医学会加盟学会を学認協会員の条件とされた。この頃の一般医師の感覚では、従来のように医局で研究して博士号をいただければ医師として活動を続けられるものと考えており、専門医や認定の位置づけについては霧中のものであったように記憶している。

1986年に日本医師会、日本医学会、学会認定医制協議会の三者懇談会が発足(2002年7月末まで継続)し、専門医制度整備に中心的な役割を

特集

表1 広告可能な専門医資格に関する規定について

<p>医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資する観点から、次に掲げる研修体制、試験制度その他の事項に関する基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が認定する専門性資格を広告可能としている。</p> <p>一 学術団体として法人格を有していること                  二 会員数が1000人以上であり、かつ、その8割以上が当該認定に係る医療従事者であること                  三 一定の活動実績を有し、かつ、その内容を公表していること                  四 外部からの問い合わせに対応できる体制が整備されていること                  五 当該認定に係る医療従事者の専門性に関する資格（以下「資格」という。）の取得条件を公表していること                  六 資格の認定に際して、医師、歯科医師、薬剤師においては5年以上、看護師その他の医療従事者においては3年以上の研修の受講を条件としていること                  七 資格の認定に際して適正な試験を実施していること                  八 資格を定期的に更新する制度を設けていること                  九 会員及び資格を認定した医療従事者の名簿が公表されていること</p>
---

\* 平成23年8月23日現在、広告可能な医師の専門医資格は、55資格  
 〔「専門医の在り方に関する検討会 報告書」より第1回事務局提出資料〕<sup>1)</sup>

表2 広告可能な専門医

資格名の数55(団体の数57)(平成23年8月23日現在)		○日本リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医
○日本整形外科学会	整形外科専門医	○日本老年医学会	老年病専門医
○日本皮膚科学会	皮膚科専門医	○日本胸部外科学会	心臓血管外科専門医
○日本麻酔科学会	麻酔科専門医	○日本血管外科学会	心臓血管外科専門医
○日本医学放射線学会	放射線科専門医	○日本心臓血管外科学会	心臓血管外科専門医
○日本眼科学会	眼科専門医	○日本胸部外科学会	呼吸器外科専門医
○日本産科婦人科学会	産婦人科専門医	○日本呼吸器外科学会	呼吸器外科専門医
○日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	○日本消化器内視鏡学会	消化器内視鏡専門医
○日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	○日本小児外科学会	小児外科専門医
○日本形成外科学会	形成外科専門医	○日本神経学会	神経内科専門医
○日本病理学会	病理専門医	○日本リウマチ学会	リウマチ専門医
○日本内科学会	総合内科専門医	○日本乳癌学会	乳腺専門医
○日本外科学会	外科専門医	○日本人類遺伝学会	臨床遺伝専門医
○日本糖尿病学会	糖尿病専門医	○日本東洋医学会	漢方専門医
○日本肝臓学会	肝臓専門医	○日本レーザー医学会	レーザー専門医
○日本感染症学会	感染症専門医	○日本呼吸器内視鏡学会	気管支鏡専門医
○日本救急医学会	救急科専門医	○日本アレルギー学会	アレルギー専門医
○日本血液学会	血液専門医	○日本アレルギー学会	アレルギー専門医
○日本循環器学会	循環器専門医	○日本核医学会	核医学専門医
○日本呼吸器学会	呼吸器専門医	○日本気管食道科学会	気管食道科専門医
○日本消化器病学会	消化器病専門医	○日本大腸肛門病学会	大腸肛門病専門医
○日本腎臓学会	腎臓専門医	○日本婦人科腫瘍学会	婦人科腫瘍専門医
○日本小児科学会	小児科専門医	○日本ペインクリニック学会	ペインクリニック専門医
○日本内分泌学会	内分泌代謝科専門医	○日本熱傷学会	熱傷専門医
○日本消化器外科学会	消化器外科専門医	○日本脳神経血管内治療学会	脳血管内治療専門医
○日本超音波医学会	超音波専門医	○日本臨床腫瘍学会	がん薬物療法専門医
○日本臨床細胞学会	細胞診専門医	○日本周産期・新生児医学会	周産期(新生児)専門医
○日本透折医学会	透折専門医	○日本生殖医学会	生殖医療専門医
○日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医	○日本小児神経学会	小児神経専門医
		○日本心療内科学会	心療内科専門医
		○日本総合病院精神医学会	一般病院連携精神医学専門医

〔「専門医の在り方に関する検討会 報告書」より〕<sup>1)</sup>

果たすことになる。とはいえ、会員に開業医の多い医師会としては専門医制度の整備にはそれほど積極的ではなく、活動は遅々たるものにならざるを得なかった。

2001年に名前だけの問題ではあるが、専門医を名乗る学会が大勢を占めるようになったため、学会認定医制協議会(学認協)を専門医認定制協議会(専認協)に改名・改組した。2002年に

医療機関の広告規制が緩和され、厚生労働大臣告示で定める外形基準を満たすものとして届出がなされた団体(学会)が認定する資格名を広告できることとなった(表1, 表2)。このことは、よい意味でも悪い意味でも専門医制度に大きなインパクトを与えた。広告できる学会は学会員数や医師の割合などといった外形基準が条件とされ、学術的な意味づけや歴史などは考慮され

なかった。いまだインターネットのホームページが一般的でなかった時代でもあり、医院の看板や駅の広告などに専門医を公示できることは医師会員を含め、専門医取得へと流れを変えた感があった。2002年に専認協から発展した日本専門医制評価・認定機構は、法人格の取得の関係から、有限責任中間法人日本専門医認定機構に改組している。

2004年4月に医師の新臨床研修(初期臨床研修)制度がスタートし、医師のキャリアパスの観点から、劇的な変化が起こった。端的に言えば、従来の卒業大学の医局に入局してその関連病院で診療する医局制度から離れて、新卒医師は日本中の研修プログラムから自由に選択できるようになり、医局に入るかどうかの選択や、入る医局の選択幅が格段に広がった。その結果、研修期間の2年間だけでなく、地方大学を中心に入局者が激減し、社会的問題にすらなった。ただ、多くは語られないが同じ時期に、国立大学の独立法人化が行われ、それによる経費縮小なども大きく影響していたと思われる。

一方、総合診療医の観点からも、この新臨床研修制度はエポックメイキングなことであり、研修でスーパーローテイトしたうえで、どこの医局にも属さず、研修先の病院のある地域に求められる医療を提供する総合医が少ないながらも登場してきた。

専門医制度を整備することで、学会を活性化し、また大学に人を戻す必要があり、専門医制度の整備が火急の課題となった。2006年に外部から第三者的視点で機構を評価することを目的として、日本医学会、日本医師会、専門医認定機構および学識経験者からなる日本専門医制審議会が発足し、2007年からは専門医制評価・認定機構は、17学会(精神科を除く)の専門医制度を認定し、認定証を発行した。

2008年法人に関する法律の改訂があり、社団法人日本専門医制評価・認定機構として公益法人となり本格的な専門医制度の整備が始まった。

2009年「第1回 市民健康フォーラム -安全・安心な医療と専門医」を開催、この頃から、専門医の整備の第一義的な目的として、患者・国

民・社会に分かりやすい制度に整備することがあげられるようになった。

## 専門医制度に関する検討会

専門医制度全体の整備の観点からも、また総合診療専門医の観点からも画期的なものが、2013年厚生労働省の「専門医の在り方検討委員会」(高久史磨座長)の最終答申であった。この中で、「中立的な第三者機関による専門医と養成プログラム認定の統一化」「基本的診療領域と subspecialty 領域からなる二段階制」「総合診療医を基本領域に追加」など、今後の日本の専門医制度の方向性が提示された。ここでは、総合診療専門医を中心にこの最終答申を振り返ってみる。

その当時の現状分析では、専門医に関して3つの課題があげられている。第1は専門医の質であり、学会認定では専門医の認定基準が統一化されておらず、学会ごとに質が異なり質の担保が必要であるとされる。第2は専門医像が、医師と国民との間でとらえ方に乖離があると指摘されている。すなわち、医師は専門医とは専門領域の知識と技能を備えているものと考え、一方国民は患者の声に耳を傾け、患者に寄り添う「良い医師」ととらえている。第3は医師の地域偏在、診療科偏在の問題であり、専門医制度でも取り組む課題ととらえている。

これらの課題を踏まえて、報告書の基本的な考え方としては、新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築するとされた。そして、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義し、いわゆる「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではないと明言している。そして、新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計するとしていたが、その後は時には行政との折衝が必要となる場面があった。



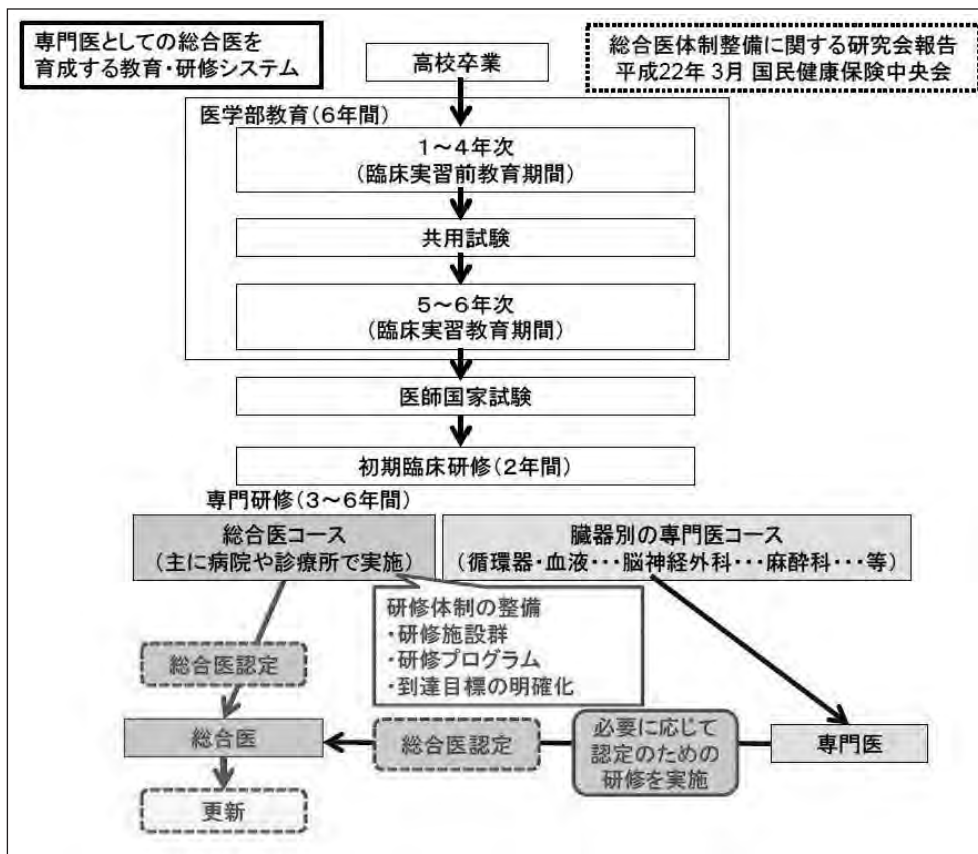


図1 総合診療専門医と他の専門医とのダブルボード

〔「専門医の在り方に関する検討会 報告書」より〕<sup>1)</sup>

総合診療専門医に関しては、名称は、「総合診療専門医」とするとされ、その活動は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められると定義された。さらに「総合診療専門医」には、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待すると付記されている。実務的には、「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加えることと、「総合診療専門医」の認定・更新基準や養成プログラムの基準は、関連学会や医師会等が協力して第三者機関すなわち専門医機構において作成することとされた。さらに、臨床研修修了後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医へ移行可能なプログラムも別に用意する必要があるとされた(図1)。

もう少し詳細に報告書を見ていくことにす

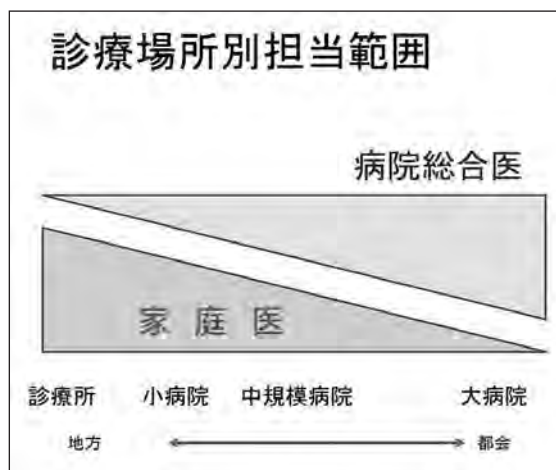


図2 家庭医と病院総合医

〔「専門医の在り方に関する検討会 報告書」より〕<sup>1)</sup>

る。まず、総合的な診療能力を有する医師(以下、総合診療医)の必要性については、①特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要であること(図2)、②複数の疾患等の問題を抱える患者にとっては、複数

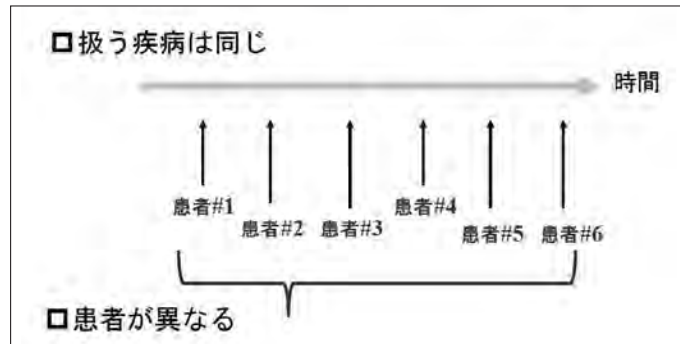
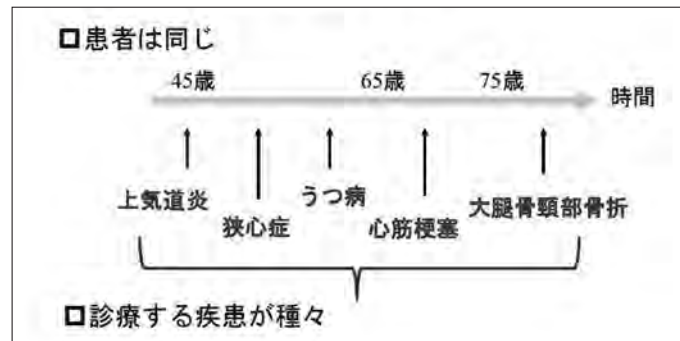


図3 総合医の必要性  
A 臓器別・疾患別専門医の診療



B 総合医の診療

〔「専門医の在り方に関する検討会 報告書」より〕<sup>1)</sup>

の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること、③地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと、④高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えること、などの視点が挙げられる、としている（図3A, B）。このように総合医の必要性については論を待たないものの、実際の医師養成現場では多くの教員が診療科ごとに分かれた専門医であり、この必要性が浸透していないのが現状である。

総合診療専門医の位置づけについては、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている現状を考慮し、今後の急速な高齢化等を踏まえると、健康に関わる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当であると報告書に述べられ

ている。そして、総合診療専門医は、領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきであるとされた。さらに、総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待されると記載されている。

検討委員会の答申を受けて2014年5月、日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議の3者を社員として、一般社団法人日本専門医機構が発足し、4期8年が経過した。そして2022年6月に新しい理事長の下、第5期がスタートした。高久班の「専門医の在り方検討委員会」報告書は今もって、専門医制度のバイブル的な位置づけにあり、特に総合診療専門医に関しては、その目指す位置に届いていないのが現状である。

## 専門医制度の現状と課題

現在の専門医制度の課題とその改善策に関しては各論で多くが語られている。ここでは課題と考えられる点に関して項目を挙げるにとどめたい。

### 1. 専門医制度全体の課題として

#### (1) サブスペシャリティの制度化の推進

すでに24のサブスペシャリティが2階部分として認められようとしている。さらに多くの学会認定専門医が機構との関わりを希望しているが、当初の患者・国民・社会に分かりやすい制度とかけ離れてしまっただけでは本末転倒である。

#### (2) 選考過程の透明化

現在、基幹病院で面接試験などで専攻医の募集がなされているが、いわゆる青田買いがあったり、また地域特別枠の割り振りなどで一部透明性に欠ける部分がある。臨床研修で行われているマッチングなどを適応してより透明性の採用制度を確立すべきと考える。

#### (3) 更新システムの実質化

新専門医制度ではまだ更新までには達していないが、更新制度が教育的観点から実質的な研修が行われたことを担保するものにする必要がある。専門医に必要なものは臨床教育であり、経験症例の振り返り (reflection) が重要な要素になると考える。

### 2. 総合診療専門医に特有な課題として

#### (1) 総合診療専門医数の伸び悩み

毎年専攻医の希望は250名足らずで専攻医の2.5%程度に過ぎない。令和3年度は新たに80名弱の機構認定総合診療専門医が誕生し、専門医機構の事業報告には「ロールモデルができ、次の段階に進み、希望者も増えるものと期待される」とあるが、総合診療専門医数の増加のためには日本の医療全体の課題というべき、より深い複合的な課題があると思われる。

#### (2) 総合診療専門医の医師像

図2に見られるように地域医療や家庭医療に重きを置いた医師像と、病院で総合診療を担う医師像に大別されるが、当然両方を兼ね備えた医師や、両方を行き来する医師がいる。これらを踏まえた総合診療専門医プログラムの充実が望まれる。

#### (3) 教育課程や評価の複雑化

いろいろな立場の意見を集約したために、教育課程や評価制度が複雑化している。整理して分かりやすいものにする必要があると考える。

#### (4) ダブルボード

基本領域の専門医資格を複数取得することをダブルボードと呼んでいる。本来3年+3年の6年かかるところを、重複する領域を評価して5年で取得できるようにする制度が考案されている。総合診療でいえば、内科、救急などで整備されているが、より広い領域とも連携することが求められる。

#### (5) 専門医機構のガバナンス

専門医機構の中に総合診療専門医検討委員会を立ち上げ、実質的には他の領域での学会が果たしている機能を持たせている。いまだ、学会などに比べてガバナンスが成熟していない感がある。プログラムの認定と評価、専攻医の評価と認定などより組織的に効率的な活動が期待される。

## おわりに

専門医制度の成り立ちと、特に総合診療専門医の成り立ちについて述べた。今後に向けた期待と課題については各論で述べられているので、多くは述べなかったが、まだまだ発展途中の制度であり、関係者、特に当事者が改善のための提言をすることが期待されている。

#### 引用文献

- 1) 専門医の在り方に関する検討会 報告書 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)

# 総合診療研修プログラムの 運営・指導の実際と課題

湯沢町保健医療センター 管理者 井上陽介  
JADECOR総合診療プログラム「地域医療のススメ」プログラム全体責任者

## POINT

- ① 総合診療専門医制度は、研修の記録・評価がオンライン化された一方、専攻医・指導医の負担が増加した部分もある
- ② コロナ感染はオンラインでの教育機会の拡大につながった
- ③ オンラインと対面をうまく使い分けて、教育の質をあげ、総合診療分野で働く人材を増やすことが重要である

## 総合診療医の現状

皆さんは「総合診療医」と聞いて、何を思われるだろうか？「月刊地域医学」をお読みの皆さんであるから、きっと地域医療とか総合診療という言葉には馴染みがあることと思う。

「総合診療医」は「幅広い視野で患者と地域を診る医師」と定義されている<sup>1)</sup>。幅広い視野とは、

- ・ 予防医療(保健)から急性期の診断・治療、そして回復期から慢性期～終末期まで
- ・ 個々の臓器系統の単一疾患から心理社会的問題までの複合的な問題を全人的に捉える視点
- ・ 一人の行動から集団の行動～社会制度まで
- ・ 日常の診療から非日常の災害医療～感染症パンデミックまで
- ・ 地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点

などのことで、地域医療振興協会の研修事業の目的である「あらゆる問題に対応できる、地域医療を担う総合医の育成」と一致するところで

ある。

ただ、まだまだ「総合診療医」の認知度は低いと思う。2018(平成30)年に行われた厚生労働省の住民の「総合診療医」についての意識調査では、「総合診療医を知っている」は17.2%と8割以上の人が知らないという状況であった。

「総合診療医」のイメージを聞くと「大きな病院でどここの診療科に行けばよいか、最初に診てくれる医師(その後の診断・治療はしない)」が36.8%、「いろいろな病気を総合的に診てくれる医師」が29.9%、「患者や家族に寄り添って、外来診療に加えて在宅医療・往診をしてくれる医師」はわずか0.8%だった。専門医機構のイメージする医師像は、まだまだ一般の人には認知されていないことが分かる<sup>2)</sup>。

医学生ではどうだろうか？日本専門医機構発表の2022年度研修開始の新専攻医は9,448名。その中で総合診療の専攻医は250名。昨年度から44名増えたとはいえ、全体の2.6%(2021年度2.2%)である<sup>3)</sup>。1つの医科大学の一学年の卒業



生の中で2～3人いるかどうかというところであるから、知っている医学生は増えていると思うが、まだまだ専門研修として選ばれることは少ない状況であると思う。

## プログラム運営について

### 1. 新専門医制度以前

地域医療振興協会では、2003年から地域医療を担う総合医の養成を目的として、「地域医療のススメ」という研修プログラムの運営を開始。その後、日本家庭医療学会の認定専門研修プログラム → 日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療後期研修認定プログラムとバージョンアップを続け、修了生を家庭医療専門医として地域に送り出してきた。

「地域医療のススメ」で育てる目標としている医師は、無床診療所から400床程度の中規模病院で「求められる役割に応じて、協調・変容でき、あらゆる問題に対応できる能力を持った医師」である。

私は「地域医療のススメ」のプログラム責任者として、前責任者である名郷直樹先生から運営を引き継いだ。運営の中で指導スタッフ一同気を付けてきたことがある。「地域で学ぶことで、地域で働く医師は育てられる」という言葉があるが、人手の少ない医療機関での研修が、研修ではなく単なる人手不足をうめる労働にならないようにという点である。あくまでプログラムで学ぶ専攻医は「人手ではなく、研修」ということが守られることが大事だと意識し、専攻医が現場でいろいろなことを学ぶことのできるよう地域の研修先と話し合いながら、研修内容を考えてきた。

イギリスのGPプログラムやアメリカのオレゴン健康科学大学(OHSU)の家庭医療プログラムなどを参考にして、「地域医療のススメ」のプログラム内容、評価方法を考え、バージョンアップを行ってきた。専攻医が充実した研修ができる環境を整えるため、プログラムの基幹施設は地域医療振興協会本部臨床研修センターとして協会内各施設にいろいろとお願いができるよう

にし、専攻医は臨床研修センター所属とした。地域の指導医も研修センター指導医となることで、地域現場の声が汲み取れるように考えて運営を行っていた。

また独自の修了評価試験(面談やOSCE)を行うことで、専攻医の普段直接観察できない部分なども評価していた。

### 2. 新専門医制度以後

2018年4月に新専門医制度がスタートし、「総合診療」が第19番目の基本領域となった。総合診療プログラムでは、「基幹施設は医療機関であること」という整備基準ができたため、「地域医療のススメ」は今までの地域医療振興協会本部という医療機関でない事務所が基幹施設という形では運営ができなくなった。

そこで、東京北医療センター、市立奈良病院、台東区立台東病院の3つの施設を基幹施設(現在練馬光が丘病院が新たにプログラム申請中。2023年度から基幹施設は4つになる予定。)とした。個別の現場指導はそれぞれの施設の指導医が行う一方で、研修センターは今までどおり研修全体の運営を考え、1つであった「地域医療のススメ」がバラバラにならないよう、共通のWeb勉強会、共通のミーティング、共通の修了認定などを行い、地域医療振興協会ですべてとなって運営を続けていくこととした。

日本プライマリ・ケア連合学会が総合診療専門医の二階建て部分として設定した新家庭医療専門医制度との連動研修も可能となるように、研修施設を選定し、総合診療プログラムの運営を計画した。

総合診療プログラムになって、最初はなかなか研修制度の詳細が確定しなかったり、終了後の専門医試験の概要が決まらなかったりしたため、我々指導医もついていくのがやっとであった。

研修施設については、今までの家庭医療研修プログラムの施設基準で総合診療プログラムの基準をクリアできていたこと、各施設の指導医にすぐに特任指導医資格を取得していただけたこと、東京に基幹施設のあるプログラムは医師不足地域での1年の研修が義務付けられた



(2023年度から6ヵ月で可)が、もともと「地域医療のススメ」では医師不足地域の施設で研修することになっていたこともあったため、施設群はすぐに組むことができた。

前述した総合診療医に求められる能力は、以前から「地域医療のススメ」で必要であると考えていた能力とほぼ同じであったため、現場の指導医から専攻医への臨床的指導については大きな変化はなく、その必要とする臨床能力については現在もしっかり指導できていると感じている。

学会発表や論文の作成については、より一層意識をして経験をつませるように指導医サイドから専攻医のお尻を叩く形とした。

専攻医評価の部分では、360度評価は以前から進めていたが、Mini-CEX、CbD(Case-based Discussion)は新制度前では本格導入までは進んではいなかった。そのため専門医機構が評価フォーマットを作成するまでは独自の評価フォーマットを作って運用していた。これらの現場での専攻医評価については、まだ指導医側にも慣れない部分もあるため、研修施設によって多少凸凹があると感じている。

ポートフォリオ(経験省察研修録)については、専門医試験での評価方法、記載するフォーマットがなかなか決まらず、プログラム内で議論の結果、既存の日本プライマリ・ケア連合学会のフォーマットで記載するという事になった。

た。こちらは新家庭医療専門医プログラムとの連動研修を行っていることも大きな要素であるが、振り返りを行うことで進歩していくことは、医師の成長過程として非常に重要なことだと感じている。ポートフォリオはその手段の1つとして有用だと感じているので、馴染みのあるフォーマットを利用しながら進めている。

研修手帳は紙→Word版→J-GOAL(Web版)と変遷したため、指導医のみならず専攻医は本当に大変だったと思う。記載内容については、今まで用いていた日本プライマリ・ケア連合学会の研修手帳と同様の記載部分もあったため、指導医・事務局で制度の理解をすすめ、専攻医に記載を促すという状況である。真面目に記載する専攻医とまったく記載しない専攻医がいることは紙バージョンの時とあまり変わらない。Web版になったことで、指導医のいる施設と離れた施設で専攻医が研修をしても指導医はチェックをやりやすくなったと感じている。

また必須の12ヵ月の内科研修においては、J-Oslerという内科の研修症例登録システムを利用しなければならない。これはJ-GOALとも違うシステムであり、内科指導医によるチェック、ローテーション中の評価が別に必要である。専攻医からすると全体の研修内容の記載が複雑であり、指導医側もチェックがふえて時間がとられるようになった。

修了評価は新制度以前と同様に独自の評価項目(面談, OSCE, 研修手帳チェック)を用いて行っている。

現場での指導に加えて, 研修手帳を利用した個々の研修の進捗のチェック, プログラム全体の管理などもあり, 研修事務局や指導医の負担は増加する傾向にある印象である。専攻医を指導するスタッフの確保なども重要なポイントであると考えている。

## 新型コロナウイルス感染流行下で

今回新型コロナウイルス感染症の流行下で, プログラム運営において最も変わったけれども非常に役に立ったと感じるのは, やはりWeb会議システム(地域医療振興協会ではMicrosoft Teamsを使用)の利用だと思う。今までも一部勉強会をオンラインで行ってはいたが, 感染流行となり対面方式で行っていたミーティングや勉強会, 修了評価は全てオンラインとなった。以前からCiscoというテレビ会議システムが導入され, 研修でも利用されていたこともあり, Microsoft TeamsになってもWebミーティングに違和感なく一体感をもって研修をすすめていくということができたと思う。

最初は操作などで慣れない部分もあったが, 慣れるにつれメリットも見えてきた。メリットは移動時間が不要になったことではないかと思う。「地域医療のススメ」は医師不足地域での研修があるため, 日本全国に専攻医がちらばっている。感染流行前の対面ミーティングは集まりやすい東京で開催されることが多かった。交通の便の良い東京が会場でも移動時間がかかることは参加者の負担となっていたと思う。Webミーティングになり, 移動時間がなくなったことは, ミーティング参加のハードルを下げていると感じる。オンラインでの研修内容の質については, 工夫することで以前の質を維持することができていると思う。

一方リアルで会えないため, プログラムに所属する専攻医同士の横の関係はどうしても希薄になりがちである。そういう部分は, Web会議

で専攻医の学年別ミーティングを行ったりすることで横の関係をつくれるように試みている。少しずつコロナ感染もおちつく方向に向かっているのではと感じている。対面でのミーティングも今年度から一部復活させて, より専攻医同士の連帯感が深められるようにしたいと考えている。

逆に新型コロナウイルス感染症の流行でも変わらなかったのは, プログラム指導医によるサイトビジットだと思う。

現地の指導医, スタッフからの話を聞くこと, 現場で専攻医と話すことは, やはり画面越しでは得られない情報が多く得られると感じている。施設の規模・雰囲気, 地域での施設の立ち位置, 交通手段, 周囲の状況, 研修医の住居などはオンラインでは感じづらいものではないかと思う。実際現場に行き行って感じることで得られるものは大きいので, 全面的にWebに切り替えることはちょっと難しいと感じている。

## 今後の課題

総合診療専門医は, 今後の高齢化社会において社会からより求められるようになる専門医だと思う。「総合」に対して「専門」ではなく, 「総合という専門」に対して「領域別という専門」という図式を一般の人だけでなく, 医療界の中でも理解してもらうことが必要なのではないだろうか。現段階では前述したように確かに認知度は低いが, 2~3年単位ではなく, 10年単位でみていくと確実にその認知度は上がってきている。今後も10年単位で認知度が上がり, より総合診療に従事する医師は増えていくと思う。

プログラムとしては,

- ・よりよい研修のために常にブラッシュアップをつづけること
- ・オンラインと対面の研修における上手な使い分け
- ・総合診療に興味を持っている人材を発掘し, 教育し, プログラムを卒業した若手がまた指導医として後輩を育てていくというサイクルを作ること

が, 必要だと思われる。

特に最後のサイクルを回していくことが、今後の総合診療の発展に必要ではないかと強く感じている。今後も総合診療の発展を目指して、プログラム全体として頑張っていきたい。

#### 参考文献

- 1) 日本専門医機構HP 総合診療専門医検討委員会。“委員長からのメッセージ” <https://jbgm.org/menu/%e7%b7%8f%e5%90%88%e8%a8%ba%e7%99%82%e5%b0%82%e9%96%80%e5%8c%bb%e6%a4%9c%e8%a8%8e%e5%a7%94%e5%93%a1%e4%bc%9a/#con2> (accessed 2022 Jun 29)
- 2) 厚生労働行政推進調査事業費補助金「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」報告書。“第3部総合診療医に対する住民の意識調査” [https://soshin.pcmcd-tsukuba.jp/education/report/pdf/03\\_001.pdf](https://soshin.pcmcd-tsukuba.jp/education/report/pdf/03_001.pdf) (accessed 2022 Jun 29)
- 3) 日本専門医機構HP。“2022年度採用状況(2022年3月末日現在)” [https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2022/04/recruit\\_2022\\_03.pdf](https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2022/04/recruit_2022_03.pdf) (accessed 2022 Jun 29)



# 三位一体改革のなか、 病院総合医を考える

小牧市民病院 病院事業管理者 末永裕之

## POINT

- ① 長期化したCOVID-19パンデミック下の医療提供体制のなかで、総合診療医、救急医などの、求められれば断らない医師を育成する必要性が認識された
- ② 「地域医療構想・働き方改革・医師の地域偏在、診療科偏在の解消」の三位一体改革を成し遂げるためには、そもそも病院における医師不足の解消が必要である
- ③ 短期的には医師不足解消が望めないなか、中小病院の医師不足では病院総合医が、大病院でも「隙間を埋める」病院総合医が求められている
- ④ 総合診療専門医を増やすにはセカンドキャリアを含めたキャリアパスを示し、若手医師に総合診療専門医の未来像を示すことが重要である

## はじめに

2019年12月31日、中国からWHOに武漢で原因不明の肺炎クラスターが発生したと報告された。その後、新型コロナウイルス感染症はCOVID-19と命名され、2020年1月30日にはWHOは緊急事態宣言を、さらに3月11日にパンデミック宣言を発出した。

パンデミック宣言後2年以上が経過した現在、COVID-19は日本ではオミクロン株による第6波が下がりきらずに第7波へ突入することも懸念されている。振り返れば第1、2波時にはCOVID-19の病態も明らかでなく対応策も手探りで、さらにPPE(personal protective equipment: 個人用防護具)不足も相まって

COVID-19を受け入れる医療施設ではかなりの緊張感を強いられた。しかし、一方では「医療者に感謝を」といった、医療界を応援する風潮を感じた時期もあったが、二木は『コロナ危機は中期的には日本医療への「弱い追い風」になる』と述べていた<sup>1)</sup>。

COVID-19が2類相当となり、その後2020年2月には新型インフルエンザ等感染症に位置付けられ、2020年10月には入院の基準が原則全員から重症者、あるいは重症化リスクのある人へと対応の変遷があった。しかし、当初に感染者は保健所を介して指定医療機関に隔離するとしたことはその後にもさまざまな影響をもたらした。

第3波では感染者数の増加とともに感染者が

入院できない状況、さらには一般急性期医療にも制限を来すことになる「医療崩壊」が言われ始めた。第5波になると病院間、病院・施設、診療所間との連携の悪さも指摘された。COVID-19の入院患者が「目詰まり」により指定・協力医療機関に停滞し、入院治療が受けられない感染者の増加、酸素投与さえ受けられずに在宅で死亡する事例がセンセーショナルに報道されるようになった。さらに救急患者の搬送困難例の増加が報じられたりすると、我が国の医療提供体制そのものに対しての批判も噴出し始めて、この状況が継続すればCOVID-19対応で当初に感じられた医療界にとっての順風は、一気に大きな逆風になるようにも感じられた。

COVID-19の受け入れ病院においても感染症の専門医、呼吸器内科専門医が十分に在籍しているわけではない。また救急医、総合診療医などを除き自らの専門領域以外を診たがらない医師が増加している傾向があり（訴訟社会のなかで専門領域以外に関わることに躊躇する風潮も影響しているが）、今回は救急医、総合診療医、集中治療医、呼吸器内科医に過度な負担がかかったと感じている。COVID-19の感染者に対応できる医師の圧倒的な不足は、今までの医師育成のあり方の問題点を露呈した感があった。

## 医師の地域偏在・診療科偏在と三位一体改革

医師の地域偏在、診療科偏在が言われて久しい。国は2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革として新たな課題に対応するために、地域医療構想の実現に向けた取り組み、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進し総合的な医療提供体制を構築するとしている<sup>2)</sup>。

地域医療構想の実現に向けた取り組みでは医療施設の最適配置の実現と連携を目標とした地域医療構想の実現を2025年度までに求めている。医師・医療従事者の働き方改革は2024年度から始まることになる。また実効性のある医師偏在対策に関しては、偏在是正の目標年は2036

年とされている。

働き方改革による医師の時間外労働に対する上限規制が始まるなかで三位一体の改革を成し遂げるためには、病院としては勤務医不足の解消、地域偏在・診療科偏在の解消がまず必要と思われる。しかし、医師偏在是正の目標年は2036年で、それまでの間の医師不足、医師偏在への対応を考えておく必要がある。

## 医師需給の問題

医師の需給に関しては医療従事者の需給に関する検討会、医師需給分科会で本年2月7日には第5次中間とりまとめも発表された<sup>3)</sup>。これまでも医師需給推計から計画的に医師養成数が決められてきたが、高齢者が増えて少子化が進みかつ労働人口が減少する2040年以降を想定した医師養成数が検討されている。

近年女性医師数の増加は著しく、病院には今後増加していく女性医師が産休・育休をとった後も研鑽ができ、かつ生涯にわたり医師を続けることができるような環境整備をしていくことが求められている。そのためには余裕のある職場環境が前提となるが、現状よりも多くの医師の採用が必要となってくる。育成医師数を人口減、労働人口減に合わせて減らしていく議論のなかでは、女性医師がさらに増加することに対しての一定の配慮が求められる。

今後の偏在対策などに関する提言では新たな医師養成課程を通じた医師偏在対策や都道府県における偏在対策、医師養成課程における地域・診療科偏在対策等に関しても言及されて、かつ総合的な診療能力を有する医師の育成の項目が挙げられた。診療科偏在の背景に医師の専門分化が進んだことが一因として、高い専門性が求められる領域の対応は今後も必要である一方、限られた医療資源において幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を有する医師を育成することが重要と書き込まれている<sup>3)</sup>。

それぞれの医療機関においては、今後二次医療圏のなかで自院の果たすべき役割を考えると、医師不足、偏在への対応が短期的にはでき

ない以上、病院総合医、総合診療医の育成が重要になってくる。

2022年度の総合診療専門医の専攻医は、前年度と比べ44名増加したとはいえ250名と未だ少なく、学生、研修医らに総合診療専門医の魅力あるキャリアパスを示し、また参加しやすいようなプログラムの見直しも含めた検討を推進していく必要がある。

## 病院における医師不足の問題

全国自治体病院開設者協議会、全国自治体病院協議会、全国知事会、全国市長会等の10団体は国・各省庁に対し例年要望書<sup>1)</sup>を提出しているが、そのなかで医師確保・医師偏在解消についての項目がある。そこでは医師不足、医師偏在解消の実効性を高めることが重要で、医師の地域偏在、診療科偏在、無床診療所の都市部への偏在を解消するため、需給調整に必要な開業規制、診療科ごとの必要専門医数の養成と地域への配置、一定期間医師不足地域における勤務の義務付けなど、医療提供体制の均てん化政策を早急に実行することが必要と記されている。医師需給分化会からの検討を基に少しずつ改善されてはいるものの、地域医療を守る自治体病院の現場感覚としては切実なものがある。

### 1. 中小規模病院における課題

医師不足、診療科偏在の影響が如実に表れているのが中小規模の病院である。そもそも新医師臨床研修制度が開始されて以降、大学病院で初期研修を受ける医師が減少し、かつ帰局する医師が減少したことから大学医局の医師派遣機能の低下があり、かつての教授(医局)命令による関連する市中病院への強制的な医師派遣が困難となってきた。

人材確保に苦しむ中小規模の病院では多数の細分化された専門領域の医師の雇用ができるわけもなく、また専門領域しか診ない医師よりも幅広く診る病院総合医的な人材が求められていた。

現在、日本病院会では医師のセカンドキャリアとしての病院総合医育成事業が、また全日本

病院協会、JCHO(地域医療機能推進機構)においてもそれぞれの病院団体認定の病院総合医としての育成事業が行われており<sup>5)6)</sup>、日本病院会ではセカンドキャリアとしての病院総合医育成事業は本年度の重点事業のひとつとして位置付けられている。

地域医療構想が叫ばれるなか、患者を地域のなかでトータルに診ることができて、生活にも配慮できるような病院総合医の育成がさらに展開されることが期待されている。病院総合医は地域包括ケアを実施する、特に中小規模の病院での活躍の場が今後さらに広がるものと思われる。

### 2. 大規模病院における課題

高度急性期、急性期を担う大規模病院には中小病院と比べて医師数は多いとはいうものの、各科のサブスペシャル領域の専門医は自身の専門領域以外を診ない、診たがらないという現実がある。入院患者の高齢化は大規模病院も同様で、今後さらに複数疾患を抱える患者は増加してくる。診療科の隙間を埋めることができ、複数の疾患にも対応が可能で、チーム医療の中心となるような病院総合医が大規模病院でもますます必要とされてくる。

また、高齢者の術後管理はマイナー科では困難なため、手術は各診療科で行うが術後管理などはホスピタリスト的な病院総合医が行っている聖路加国際病院の例もある。さらに地域医療構想を実践していくなかで地域での役割分担がより求められることになるが、地域の医療事情をよく理解している医師が必要であり、その役割も病院総合医に求められるところである。

今回のCOVID-19の重症、中等症患者の対応においては、少ない感染症専門医、呼吸器内科医、救急医、集中治療医に負荷がかかったが、パンデミック時には多くの医師が対応できることが求められる。常日頃から断らない医師、逃げない医師を育てておくこと、緊急時には多くの医師が対応できるような教育システムを作っていくことが重要である。



表1 日本病院会総合診療医 到達目標

高い倫理観、人間性、社会性を持って総合的な医療を展開する病院総合医として次の5つのスキルを身につけることを到達目標とする。

1. 多様な病態に対応できる幅広い知識や診断・治療によって包括的な医療を展開・実践できる
2. 患者へ適切な初期対応を行い、専門的な処置・治療が必要な場合には然るべき専門診療科への速やかな相談・依頼を実践できる
3. 各専門科医師、薬剤師、看護師、メディカルスタッフ、その他全てのスタッフとの連携を重視し、その調整者としての役割を実践できる
4. 多職種協働による患者中心のチーム医療の活動を推進・実践できる
5. 総合的な病院経営・管理の素養を身につけ、地域包括ケアシステムや日本全体の医療を考慮した病院経営を実践できる

〔日本病院会 総合診療医育成プログラム基準より〕

## 病院総合医育成

日本病院会では2015年から専門医に関する委員会を立ち上げ、2016年10月には委員会のなかに会員からのニーズに応えるべく「病院総合医に関するWG」を設置し、「日本病院会認定病院総合医」を育成するための「育成プログラム基準」を検討してきた。

2018年4月より医師のセカンドキャリアとしての「日本病院会認定“病院総合医”育成事業」を開始し、2022年5月時点で165名の病院総合医が認定を受けている。

日本病院会認定「病院総合医」の到達目標として

1. 多様な病態を有する患者に、包括的かつ柔軟に対応できる総合的診断能力を有する医師を育成する
2. 複数の診療科、また介護、福祉、生活等の分野と連携・調節し全人的に対応できる医師を育成する
3. 地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携の中心的役割を担うことができる医師を育成する
4. 多職種をまとめチーム医療を推進できる医師を育成する
5. 総合的な病院経営・管理の能力があり、病院だけでなく地域の医療にも貢献できる医師を育成する

とされており、理念に基づき到達目標が定められている（表1）。

個別目標設定のなかのチーム医療の推進の項目ではICT (Infection Control Team) について、チームの一員としての活動や院内感染対策委員会などを通じて学び、アウトブレイク対応にも可能な限り関与すると記載されている。

一方、日本専門医機構の総合診療専門研修プログラム整備基準では理念で、『今後の日本社会の急速な高齢化を踏まえると、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価し、新たな基本診療領域の専門家として位置づける。総合診療専門医の質の向上を図り、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目標とする』としている<sup>7)</sup>。

領域専門医の使命に関しては「日常遭遇する疾病と障害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担う」とされている。

日本病院会認定病院総合医、日本専門医機構の総合診療専門医ともに提供する医療の場の違



いはあるとしても、地域を意識して包括的に患者を診察し、全人的に対応できる医師を育成していく方向性は共通している。

総合診療医学を有賀は医学という観点で医科学たる内科学を中核に置きつつ、同時に現象学的な人間観をもって患者の人格ないし尊厳を至上のものとして、患者の生活から人生における生き甲斐などの側面まで含めて、患者をトータルに俯瞰する方法論と論じている<sup>8)</sup>。また病院医療のなかで、この方法論が医療チームのネットワークとして機能しなければならないとしているが、まさに総合診療専門医・病院総合医に求められている核心であろう。

## 総合診療医を増やすために

新専門医制度の中で目玉であった総合診療専門医の志望者が意外に伸びていない。寺本日本専門医機構理事長は当面毎年500人ぐらまで増やす必要があるが、総合診療専門医の仕事、医師像がよく知られていないとして、総合診療専門医の立場を確立する必要があるとしている<sup>9)</sup>。

そのためにも現在病院、診療所で活躍する総合診療に携わる先人たちの働く現場を体験させることも必要であるし、また総合診療を選択した後のさまざまな選択肢を示すことも必要であろう。野村は総合診療専門医のキャリアパスとして、多様で将来性のあるキャリアとしての外来総合診療専門医、病院総合診療専門医、地域総合診療専門医、さらには横断的専門医、社会医学系専門医に内視鏡、透析、術後管理などの技能認定制度を加えて挙げているが<sup>10)</sup>、内科サブスペシャル領域への道も閉ざされないような配慮が期待される。

基本領域の専門医を認定されても、それぞれの診療科の途上についたに過ぎない。他の17基本領域ではサブスペシャル領域に進むことで専門性を深めていくことになるが、総合診療専門医には現在サブスペシャル領域は決められていない。また、全日本病院協会から総合診療専門医のサブスペシャル領域の設定は時期尚早との意見も出されているが、専門医機構認定の如何

にかかわらずキャリアパスを提示しておくことは、研修医が総合診療専門医領域を選択する上での安心感につながるのではないと思われる。

病院総合医は病院の規模にかかわらず求められているが、未だ認定者は少ない。総合医育成事業も今後さらに充実させていく必要があるが、病院の管理者は使い勝手の良い医師を育成するのではなく、病院で居なくてはならない人材として育成していただきたいと考えている。

## まとめ

COVID-19のパンデミック下で、専門領域以外でも要請があれば患者を診る医師が不足していることが明らかとなった。医師不足、診療科偏在は短期間では解消されず、さらに進む少子・高齢社会のなかで、また今後も発生し得るパンデミックに備えるためにも総合診療医、救急医等の何でも相談に乗る、診察する医師の育成は重要である。

総合診療専門医を目指す医師にキャリアパスを提示し、診療所での勤務だけではなく大病院から中小規模病院等でもさらに活躍する場があることを示した。

## 参考文献

- 1) 二本立：二本立の医療経済・政策学関連ニューズレター（通巻192号）2020.7.1
- 2) 厚生労働省：当面の地域医療構想等の推進に向けた取り組みについて地域医療構想に関する国との意見交換会資料 2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革。2019.12.17
- 3) 厚生労働省：医療従事者の需給に関する検討会、医師需給分科会第5次中間とりまとめ資料。2022.2.7
- 4) 全国自治体病院開設者協議会、全国自治体病院協議会、全国自治体病院経営都市議会協議会、全国知事会、全国都道府県議会議長会、全国市長会、全国町村会、全国町村議会議長会、国民健康保険中央会：要望書。全国自治体病院協議会雑誌 2022；3：81-106。
- 5) 井上健一郎：全日本病院協会認定総合医育成事業について。日本病院会雑誌 2021；11：22-26。
- 6) 末永裕之：今こそ病院総合医の育成を－コロナ禍で明らかとなった診療科偏在－。日本病院会雑誌 2021；11：27-31。
- 7) 日本専門医機構：総合診療専門研修プログラム整備基準。
- 8) 有賀徹、千賀豊、栗原正則、他：総合診療医学と病院総合医の意義－現象学的人間観から学ぶ－。日本病院会雑誌 2021；9：78-83。
- 9) 総合診療の専攻医、年間500人程度目指す－寺本民雄・日本専門医機構理事長に聞く。Vol. 3 医療維新 2021.3.30
- 10) 総合診療専門医のキャリアパス、野村英樹、日本専門医機構総合診療あり方検討WG資料。2022.3.9

# 地区医師会の立場から

松戸市医師会顧問・わざクリニック院長 和座一弘

## POINT

- ① 総合診療医は、幅広い視野で、「患者と地域を診る」医師である
- ② 医師会は、地域独自のニーズを把握・診断して、行政・多職種と連携しながら、施策を立案する
- ③ それゆえ、総合診療医にとって、医師会活動は、本質的に必須要素である
- ④ 総合診療医養成のためには、医師会活動とのコミットメントが肝要である
- ⑤ 地域システムとして「赤ひげ」になる医師会事業は、楽しくやり甲斐に満ちたものである

## はじめに

総合診療医とは、「専門医の在り方に関する検討会」報告書によれば、「幅広い視野で患者と地域を診る医師」としている。幅広い視野とは、生物学・心理・社会的で多様な側面から、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的にとらえることとされている<sup>1)</sup>。

一方、医師会は、地域の個別的な医療ニーズを、患者に身近な主治医として日々診療する中で把握し、会員間でまとめ上げることができる。医師会は、地区医師会・都道府県医師会・日本医師会の3層構造の中で、各々そのカウンターパートナーとして、市町村・都道府県・日本政府が対応する構造である。その過程で作られた施策を、地区医師会であれば、その市町村の行政・多職種団体と十分に連携しながら、実施し

ていくことが可能である。個人の1人医師・医療機関が、施策を市町村の自治体に提案・実行することは、極めて困難であるが、地区医師会からの施策提案なら、市町村は、それを受け止めて検討し、場合によっては実施可能である<sup>2)</sup>。

総合診療医が持つべき要素としての「地域を診ていく」<sup>1)</sup>とは、地域独自の医療・福祉・介護のニーズを診断・把握して、治療としての施策を実行し、「社会的処方」を実施することにほかならない。この過程には、施策を行政と共に実施可能である医師会が必須なのである。

総合診療医が持つべき予防的な側面や、社会制度に取り組む等の多角的視野は、具体的には、予防接種・基本健診・癌検診・産業保健・在宅医療・学校医活動・災害医療・感染症対策・病診連携など多岐にわたり、これは、医師会の幅広い多様性に富んだ活動に重なる。

特集

本文では、医師会としては、主に地区医師会を基本に、本論を展開していきたい。なぜなら、地区医師会・都道府県医師会・日本医師会は、本来上下関係ではなく、お互い自立的で独立した社団法人であると同時に、綿密に関連し合う関係を持つ。そのため、地区医師会の問題・課題は、医師会全体に広く敷衍することが可能であると考えからである。それでは、以下、地区医師会では、具体的にどのように「幅広い視野で、患者・地域を診ていく」のかを、私が所属する松戸市医師会を例に、具体的に明らかにしたい。

## 地域医療が持つ独自かつ普遍的な医療課題の抽出

我が国の社会の最重要課題は、超高齢化と少子化である。千葉県北西部にある東葛北部地域医療圏(約130万人)に位置する松戸市も、この2つの課題をより強く宿命的に背負った地域である。ここ最近10年間の高齢化のスピードは、松戸市を含めた東京周辺3県が全国で最も顕著であった<sup>3)</sup>。

また、一方で、少子化も大きな社会問題となっている。松戸市で実施される子育て支援に関するアンケートでは、施策として住民から最も実施してほしいこととして、常に上位にあるものは、「いつでも受診できる小児医療・救急体制の確立」であった。また、仕事をしている母親にとっては、病児保育に対するニーズも高いものがあつた。さらには、核家族化が高度に進んだ松戸市では、子育ての情報や、援助してくれる人材も不足し、大きな課題となっていた<sup>4)</sup>。さらには、子供の虐待についても、野田市での虐待死の問題など、近年、東葛北部地域での子供の虐待・不登校・体罰などが表面化し、地域でこの話題がクローズアップすることとなった。

さらには、働く世代の課題としては、千葉県下でも、松戸市は、胃がん・乳がんの検診率が低いことが、課題であった<sup>5)</sup>。そのため、検診率を上げ精度の管理を実行する重要性が認識された。

最後に、新型の感染症の広がりにはいかに対処すべきかが、2020年初頭、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが発生してからは、切実な課題となった。

以上、この地域で指摘され抽出された課題について、順次分析・施策を述べたい。

## 課題解決のための施策・実績

### 1. 超高齢化に対する施策・実績

超高齢化のスピードの波を最小限に押さえて、軟着陸させるためには、医療・介護の連携がキーワードである。この考え方に沿って、1) 住民への公開講座などの広報啓発事業、2) 多職種の症例検討会、3) 在宅医と訪問看護師間の連携促進、4) 病診連携事業、5) 医療困難事例に対するアウトリーチ事業の5つの事業をまとめて、2018年に医師会事業部門として、松戸市在宅医療・介護連携支援センターを立ち上げた。このセンターでは、病院勤務医とかかりつけ医が連携して主治医となる2人主治医制や、新たに在宅診療を立ち上げるためのノウハウを教授するスタートアップ支援事業なども加えて、現在事業展開をしている。

住民の医療介護支援には、地域包括支援センター(15ヵ所)がその任にあたる。それに対して、この在宅医療・介護連携支援センターは、医療介護スタッフ(医師、看護師、薬剤師、歯科医師、介護士、ケアマネジャー、等)の支援のための機関である。要するに、上記2つのセンターは、各々、住民と多職種医療スタッフのための機関であり、両輪の歯車である。

また、アウトリーチ事業により、診察室には現れない患者への「社会的な処方」が可能となっている。2021年度は、15ヵ所の地域包括支援センターに配置した21名の地域サポート医と、5名の専門サポート医(精神科、小児科、等)がアウトリーチ(訪問支援)を43件実施した。この中で、特に困難な事例については、精神科等の専門医による16件の訪問支援が行われた<sup>6)</sup>。

### 2. 少子化に対する施策・実績



次に少子化問題である。市民の強い要請から、小児救急体制の構築を、松戸市、松戸市医師会、松戸市薬剤師会、松戸市総合医療センター(650床の基幹病院)の4者連携で、2005年に立ち上げた。松戸市が、人事を含めた運営を松戸市医師会に委託している。準夜帯は、夜間小児急病センターの診療であり、深夜帯は、総合医療センターと小児科診療所と民間病院が診療担当するシステムである<sup>7)</sup>。夜間小児急病センターは、2018年12月に松戸市総合医療センター内に新たに改装設置され、総合医療センターの小児科医師と、松戸市医師会所属の診療所・病院医師(小児科、他科医師)で、2～3診体制365日無休で、開設されている。本センターの特徴は、地区の開業医・民間病院勤務医、総合医療センターの医師のローテーション・共同診療体制であり、また、小児科と小児以外の他科の合同医師チームによる診療体制である。このチーム間の診療により、病診連携としての顔と顔が見える関係が構築され、しかも、勤務医の労働条件の改善のために、開業医がバックアップする側面もある。さらには、センター内では、お互いに医師が診療内容について、コンサルトすることが奨励され、生涯教育の場ともなっている。この小児救急事業は、松戸市医師会の継続的事業の1つである。コロナ感染拡大以前の5年間の本施設の年間利用患者数平均は8,171人であった。この利用者数は、東葛北部地区の小児夜間救急施設のなかでは、開設以来常にトップである。また、松戸市の子育て世代へのアンケートでも、周辺他市の施策との比較で評価が高い事項が、小児医療・救急医療の充実であった<sup>8)</sup>。

予防接種は、子供の命を守る基本の1つである。おたふくかぜワクチンは、現在任意接種であるが、松戸市は、医師会要請を了承して、2017年から、就学前までは2回接種とも自治体半額助成を達成した。また、B型肝炎ワクチンは公費負担開始3年前から、ロタウイルスワクチンでは公費負担2年前から既に同様に、自治体半額助成を達成していた。まさに、国の政策が松戸市の政策の後追いとなっていたわけである。松戸市のおたふくかぜワクチン接種率は、

助成開始以後着実に伸び、2021年度は86.2%と、一般の全国平均値30%前後より高い値である<sup>9)</sup>。

さらに、2022年4月からは、いよいよ子宮頸がんワクチンの積極的勧奨が再開された。同時に、2011年に積極的勧奨が中止されてから、本ワクチンの接種率が急激に下がり、接種の機会を失った世代に対するキャッチアップ接種も本年から始まった。本接種の積極的勧奨の再開については、既に2021年から、独自の助成を含めて、キャッチアップへの制度導入を、松戸市医師会が市へ提案してきた過程もあり、今回の事業再開の取り組みは、順調に進んでいる。

また、虐待については、2022年から体罰についての支援プロジェクトが、子供の人権の立場から、松戸市・教育委員会の事業として開始した。具体的には、医師会主導の下で、教育関係者や保護者に対して、体罰に代わる子育て支援のプログラムを援助・教育するプログラムの導入を実施する予定である。また、児童虐待の防止ネットワークの活動も活発であり、横のつながりとして、松戸市では、児童・障害者・高齢者の虐待防止条例の制定があった。この3者の連携も活発である。

さらには、「松戸DE子育てLINE」というLINEを使ったプッシュ型の情報伝達も2018年に開設された<sup>10)</sup>。これは、0歳から3歳までの子供の子育て情報として、事故防止、予防接種勧奨、病気やその対処の仕方、発達・成長について等のさまざまなトピックを、親御さんのLINEに、プッシュ型で、子供の月齢に合わせて、250字程度のメッセージ情報として送るシステムである。また、松戸市の子育てに関する企画などの紹介も、このメッセージにリンクしていて、これらの情報を、親御さんが共有可能となる。現在、出生数が年間3,000人ほどの松戸市で、利用者は2022年5月時点で4,343人であり、その89.3%が満足しているとの結果であった。

また、病児・病後児保育については、市からの要請もあり、医師会主導で2015年に開始された。その後、他に4ヵ所の病児保育施設が開院し、コロナ感染拡大前の2019年度は、年間利用者数は、1,304人までに増加した。その後、コロ



ナ感染拡大に伴い、一時利用者の激減をみたが、最近再び増加に転じている。

以上のLINE、SNS等子育て情報提供、病児・病後児保育事業、児童虐待の支援拠点の整備などを含む子育て支援策の充実により、日本経済新聞社主催の「自治体の子育て支援制度に関する調査」によれば、全国160自治体から得た回答を基に、2021年版「共働き子育てしやすい街ランキング」として、松戸市は、全国1位となっている。

### 3. がん検診に対する施策・実績

働き盛りの女性の命を奪うトップの疾患は、乳がんである。乳がんは、進行している場合、救命が極めて難しくなる。しかし、早期に発見すれば、救命できる率は、極端に上がる。我々の会員のなかでも、この東葛北部で最も多くの乳がんを手術している外科医から、この地区の乳がんの早期発見の必要性を医師会に提案いただいた。現在、40歳以上の女性に対して、超音波検査、マンモグラフィを組み合わせた検診システムを医師会と松戸市で構築している。また、胃がんについては、2018年から以前のバリウム検査内視鏡に加えて、内視鏡検査も利用できるようにした。地区の「かかりつけ医」を中心として内視鏡検診を実施し、専門医が、ダブルチェックするものである。これらの「かかりつけ医」の癌一次検診については、定期的な講習会を実施して、精度管理に務めている。この試みは、一次検診を担当している医師の生涯教育としても優れていると考える。本事業開始後の3年間の平均胃がん発見率は、1%程度であり、国の許容値や、内視鏡がん検診の先進地域と比較しても、遜色のないものであった<sup>11)</sup>。その後も、一時コロナ感染拡大に伴い、内視鏡検診数の減少をみたが、2021年度は増加に転じている。

### 4. コロナ感染症に対する施策・実績

次にコロナ対策を述べてみたい。2020年の年度初頭から広がった新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、その後、瞬く間にパンデミックを起こして世界全体に拡大した。現在も終局

を診ていない段階であるが、現在までの施策を分析・総括したい。

#### (1) 検査体制・発熱外来等

COVID-19の蔓延に伴い、医療現場では当初発熱外来を設置するにあたり、一般の患者さんとの時間的・空間的区分けや検査態勢、さらには職員の感染防護の設備や、防護服などの準備等、さまざまな課題が挙がった。これらに対しては、松戸市では、コロナ対策の司令塔となるべき部署を早急に設置し、医師会と週1回は、市長・医師会幹部・保健所職員などの各会の代表者が集まり、情報を共有して対策を順次実行した。

まず、検査態勢であるが、病院、診療所の形態や環境によって、発熱外来の設定が困難である場合が想定された。そこで松戸市では、医療機関を、検査に十分対応できるグループと、発熱患者の診察は行いが検査ができないグループ、全く発熱患者は診ないグループなどに形態分類し、お互いの情報を共有して、連絡を取り合って患者紹介をするシステムを構築した<sup>12)</sup>。これにより、一部の医療機関に検査依頼が殺到することを防ぐことができた。また、医師会が松戸市と共同して、2020年6月にPCR検査のドライブスルーセンターを立ち上げ、まとめてPCR検査を医師会会員が当番制で実施する方式を、千葉県で最初に構築した。さらに2022年3月には、夜間小児急病センターでもコロナ抗原迅速検査を開始した。以上のような検査態勢の整備により、一部の診療所に患者が偏り医師会会員が疲弊することを防ぎ、患者も検査の行き場を失わないように考慮した。

#### (2) 予防接種体制

予防接種に対しては、いち早く、松戸市医師会との検討を通して、市にコロナ予防接種対策委員会を設置して、予約システムの構築・管理、予防接種の配送方法、集団・個別接種の実施方法、費用の請求支払などを一元的に管理する部署を設けた。そのため、周辺の市町村に比較して、よりスピードの速い予防接種が達成された。

在宅医療の分野においては、居宅介護従事者や、障害者・見向け訪問形サービス事業者を松

表1 松戸市医師会で実現した施策（最近10年間での一部抜粋）

<p>高齢者対策</p> <p>医療介護支援センターの設立・活動（医療・介護・福祉のスタッフのための援助） アウトリーチ事業の拡充（診察室に來れない人々のケア・治療） 超急性期医療のネットワーク化：脳卒中ネットワーク GIB（消化管出血）ネットワーク 救急と在宅医療の連携プロジェクト</p> <p>少子化対策</p> <p>夜間小児急病センターの設立・活動（小児救急体制の充実） 予防接種の充実（おたふくワクチン・B型肝炎ワクチン・ロタワクチン助成） 子宮頸がんワクチンの積極的勧奨の再開に伴う啓発活動（キャッチアップの促進） 病児保育の施設拡充 子育てのメールプロジェクト（外国人のための優しい日本語のプロジェクトも進行中） 体罰・虐待防止のためのプログラム作成・実施</p> <p>成人病対策</p> <p>癌検診の充実（胃がん内視鏡健診、乳がん検診：超音波・マンモグラフィー、PSA前立腺検査）</p> <p>感染症対策</p> <p>コロナ対策の充実</p> <p>予防接種の効率化 発熱外来等検査体制の充実（診療所の機能別のグループ分けと情報共有） 在宅医療での情報共有システム 濃厚接触者・発熱者マッチングシステム</p> <p>全世代型対策</p> <p>共生対策・健康啓発活動（街っ子プロジェクト）</p>
--

戸市へ医師会から要望して、接種の優先順位をあげてもらった。さらには、要介護者のなかで、施設居住者を除く自宅居住者を中心に、通所介護所における巡回診療・接種のシステムを構築した<sup>13)</sup>。

### (3) 介護現場における情報共有をはかること

コロナ感染症陽性や濃厚接触者として認定された介護者・家族・介護職員の情報が共有されていないために、業務に支障が出る場合が多々派生した。そのため、前もって陽性者が出た場合の情報の流れを整理して、迅速に関係者に伝わるシステムを構築した<sup>14)</sup>。

## 施策に対する今後の課題

医師会から地域に対して、今までにさまざまな施策を提案・実行してきた。それを表1で示す。今回は、誌面の関係上、これらの事業の問題点や課題を、具体的には述べられなかったが、

今後は、定期的にそれらを洗い出しながらフィードバックし、より優れた施策に引き上げてゆく必要がある。

## おわりに：総合診療専門医養成の課題

総合診療専門医の必須要素である「地域を診る」とは、地域の持つさまざまな医療・介護・福祉に関する課題を抽出して、分析し、社会的な処方箋である施策により、それを解決していくことにほかならない。この過程においては、医師会の存在は、最も本質的なものである。

医師会会員は、診療所の「かかりつけ医」として、また、病院等の専門医として、もっとも近くで、患者さんと触れ合う人間である。それだからこそ、内蔵する問題・課題を広い多様性の視点をもって把握することを最も得意とするプロフェッショナル(専門家)であると言える。こ

の専門家が英知を集めて医療政策を立案することが、医師会の大きな役目である。多職種集団と行政とで、さらに揉みながら、現実に応じた施策に練り上げていくのである。これは「地域を診ていく」医師としては、極めて楽しい過程であり、醍醐味である。1人の「赤ひげ」にできる仕事は、個人的に多大な犠牲をはらいながらも、限られたものである。しかし、医師を含めた多職種の専門家がチームを作り、一人ひとりが通常業務を地道に実行していくなかで、システムとして「赤ひげ」となることは、効率的であり持続可能な事業となりうる<sup>2)</sup>。

以上の観点から、総合診療専門医を養成するためには、地域医療を支えている「かかりつけ医」、特に、多職種との多様性ある全人的な触れ合い、社会的観点から施策を実行している地域医師会等の協力が、実地研修上必須である。この点が、現行総合診療専門医養成カリキュラムの中で、十分にいかされていないように思われる。地域の医師会活動を受け継ぎ、診療継続することが、「幅広い視野で、患者と地域を診る」総合診療専門医にとって基本的に大切なことであることを強調したい。

**謝意** 日夜、地域の課題に取り組んでいる松戸市医師会の役員、会員諸氏の皆様に感謝するとともに、今後のさらなる活躍を祈念します。

#### 引用文献

- 1) 専門医の在り方に関する検討会報告書. 2013. p7-8.
- 2) 和座一弘, 東仲宣, 山口卓秀, 他: 地域を耕す医師会 健康で生きがいに溢れる街づくりに地区医師会ができることは, 千葉県医師会雑誌 2019;71:1-5.
- 3) 千葉県医療計画(平成30年度-平成35年度)第3編 第3章. p372-373.
- 4) 松戸市こども・子育て支援に関するアンケート調査報告書. 2014. p134.
- 5) 松戸市国民健康保険 第3期特定健康診査等実施計画(平成30年度-35年度). p9.
- 6) 沼沢祥行, 井上スエ子, 川越正平: 医療関連困難事例に対して「地域サポート医」が行うアウトリーチ事業. 日本在宅医療連合学会大会プログラム/講演抄録集 2019. p117.
- 7) 和座一弘, 平本龍吾, 山口卓秀, 他: 松戸市小児急病システム4年間の歩み 地域連携型の夜間小児急病センターの現状と問題点. 日本医事新報 2008;4412:77-81.
- 8) 松戸市こども・子育て支援に関するアンケート調査報告書. 2019. p299-300.
- 9) 野口雄史, 草野泰造, 他: ホントに必要? おたふくかぜワクチン. 小児感染免疫 2014;26(4):509-516.
- 10) 平本龍吾, 川村和久, 他: 孤立した育児予防のための「子育てきずなメール」の取り組み. 日本小児科学会雑誌 2017;121(2):289.
- 11) 成澤林太郎, 他: 胃がん検診の現状と今後の展望. 新潟がんセンター病院医誌 2015;54:9-15.
- 12) 川越正平: 発熱診療・検査協力医療機関ネットワーク. 日本医事新報 2021;5050:73.
- 13) 川越正平: 通所介護における要介護者の巡回接種. 日本医事新報 2021;5063:93.
- 14) 川越正平: 介護現場における情報共有ローカルルール. 日本医事新報 2021;5058:57.

# 大学病院の中の総合診療科の立場から 自分も診てほしいと思える 総合診療専門医育成を目指して —その立ち上げと現状—

奈良県立医科大学総合医療学講座 教授 西尾健治

## POINT

- ① 最新のエビデンスに触れ、各領域の最先端の知識を学べる
- ② 時間をかけて患者さんの心理社会的な背景もさぐり、納得してもらえる医療を目指す
- ③ 後進を教育することにより、自分を振り返り、さらなる進歩を目指す

## はじめに

上記題名と副題を頂いた私は、自治医科大学(以下、自治医大)奈良県5期卒業である。

2018年4月1日に総合診療専門医制度が始まった。4年コースである奈良県立医科大学総合診療専門医後期研修プログラムには、研修修了者も含めて現在16名が在籍している。大学病院の総合診療の形は各地さまざまで、大学病院では外来や入院を持たず、地域の病院で研修を行うところ、大学病院では外来だけを持つところ、私どものように外来と入院を持つところなどが存在している。これらは、各地域の事情、各大学の事情、指導者が研修には何が重要と考えているか、などの結果であり、それぞれの場で日々変化しているのが現状である。よって総合診療専門医研修の状況も各大学さまざまであるが、私が何に重点を置いて少しずつ研修体制を組んできたか、今までの経過を説明させていただきたいと思う。そこからどのような医師を育てたいと思って総合診療専門医研修の体制を

築いてきたか、どのような期待をしているか、理解していただけるものと思う。また、ここまで、いろいろな苦勞もあり、おそらくたった1人で始まった総合診療科など、同様の状況におられる指導医も多いと思うので、その方々にも何らかの参考になればと思う。

## 旧総合診療科との関わりと 新生総合診療科の立ち上げ

私が奈良県立医科大学(以下、奈良医大)の総合診療と関わりを持つようになったのは、2010年4月である。その当時私は奈良医大の救急科の准教授をしていたが、週に1回の総合診療科の外来をやってほしいと院長より頼まれ、関わるようになった。当時の奈良医大の総合診療科は2000年に血液専門の医師を教授として、第一から第三の各ナンバー内科より1~2人ずつ集めて作られたものであり、個人は専門医だが科全体としては総合を教え得るのではないかというコンセプトにより作られていた。しかし、総

特集



合診療専門医のようなものを育てることができず、教授の退官と共に、総合診療科を廃止すべきか、どのような総合診療科にすべきかの議論をしているとのことであった。このことは私にとって、「総合診療医は総合を体現する指導医のもとでこそ育成される」という、大きな教訓となっている。多くの大学の総合診療関係の科、部、教室がなくなっていったが、同様のことが起こっていたのではないかと推測している。このことが、大学では総合診療医は育てることができないし、大学に存在する意義がないという風潮が育成されたものと考えている。しかしながら、アメリカにおいては数多くの大学が中心となり家庭医療専門医が育成されており、総合診療医育成において大学が中心となる育成システムに問題はなく、私は全領域の最先端を学べるので、むしろ拠点として最適と考えている。

私が週1回の外来を続けていると、奈良医大の執行部に私の存在(大学の中でもほとんど知られていなかった)、自治医大卒業生ということに目を留めていただき、自治医大の卒業生なら総合診療ができるのではと救急科から総合診療への転科を勧められるようになった。当初は断っていたが、押し切られ2011年4月より転科することとなった。旧総合診療の方々は全て辞めるか、転科しておられ、私一人で新生総合診療科の誕生となった。新生総合診療科は教室にお金もなく、旧総合診療科の百数十万円の借金まで請求され、秘書さんにも私一人だしお金もないので辞めてもらえないかと頼むような状況であった。病棟は取り上げられていたので、初期研修医のローテーターの指導は、臓器別専門医とは異なる総合というものを指導することに注意しながら外来のみで行っていた。当時は多い時には初診患者が1日20名ほど訪れ、どのように外来をこなしていたのか、よっぽどバタバタしていたためか、今はその時の状況をよく覚えていない。あまりにも人手がなかったが、外来診療の助けを大学内および地域医療振興協会に乞い、幸い助けていただけた。大学内の自治医大卒業生で、現在は輸血部教授である12期の松本雅則先生には週1回、市立奈良病院の現管

理者の西尾博至先生には同病院の総合診療部長の山口恭一先生と1週交代で2週に1回ずつ、さらに横須賀市立うわまち病院の管理者である沼田裕一先生より3年目の医師を1ヵ月交代で派遣していただいた(給料の差額や宿泊場所も確保していただきました!)。彼らの助けがなければ外来を維持することも難しかったと思う。本当にありがとうございました。支援も臓器別専門医ではなく、自治医大卒業生もしくは総合医に依頼できたことは幸いであった。この方法は1人や2人で総合診療を任せられて助けが必要な指導医の方々にも応用できるものと思われる。

この段階で総合診療科の目標として、奈良医大のある橿原市の状況に応じた、奈良に必要な総合診療医を育成するための科にしたいと思い、方向性が他の地域の総合診療から影響を受けるのを恐れて、他の地域の総合診療医育成の状況や体制は、5年間はまったく見ない、調べないと心に決めていた(5年後に大学の総合診療で病棟を持たないところがあるのを初めて知った時には驚いた)。

助けを得てどうにか1年を乗り切り、幸いなことに義務年限が明けた25期の吉本清巳医師を含め5人の入局者を迎え、私も含めみんなで当直体制を組むことができるようになったため、病棟も5床持つこととなった(病棟をいただくのにもかなり苦勞した。旧総合診療科の病棟は各科に配分されて無くなっていたため、院長と交渉の上、どうにか乳腺外科と共用という形で5床いただいた。現在では重症部屋も4床有する新病棟において16床を有している)。しかし、3年目が主体で、当直も怖いという状況だったのでほとんどの急変などには私が指導しながら一緒に対応した。自分たちが外来で診た患者さんが夜間に来院希望がある場合、当初は各内科に当番制で頼んでいた(かなり各内科に反発され、「先生が1人でもできるだけ当直して診たらどうですか」と言われたりしていた)、自分たちで診られるようになったのは非常に嬉しかった。入院も同じで入院が必要な場合1年目は他科に頼んでいたが、それも反発が強かった

ので、入院患者を自分たちで診られるようになったのも嬉しかった。それから10年たち、現在では36名の入局者という仲間を得ることができ、研修体制はさらに充実したものとなっている。

総合診療医育成の柱として病院総合・救急医療・家庭医療・災害医療の実践をかけた、根底には“病い(やまい)”を診る科、精神(精神疾患という意味ではなく、患者さんの症状や身体所見などから想像する心理状態)と身体を同時に診ていこうとする科という思いを伝えていくことにした。

## 病院総合

病院総合としては、初期研修医や後期研修医にも大学の初診・再診外来を研修としてこなしてもらうこととした。実際、一般の臨床科では、初診や救急患者や入院患者は上級医と一緒に診療することはあるが、再診などを上級医と一緒に所見をとって指導してもらったりすることはほとんどないが、総合診療科ではできるだけ外来でも診察も一緒に行って指導するようにしていった。研修医が大学病院の外来診療を行うので、ミスがないように努め、各科から後ろ指をさされないように、外来にて実地指導の後も全例夕方に振り返りを行った(振り返りはエビデンスなども交えて行うので21時を超えることも多く、ブラック企業と言われていたらしい)。他科に紹介してもできるだけ一緒に診させてくださいというスタンスで再診を続け、各科の考えを学ぶことに専念してもらった。Common diseaseの診かたなどを各科の先生に講義を依頼し、医局に来て教えてもらったりしていた。当初は入院患者を他科に紹介しても「総診では診れないでしょ!」と言われて、患者は転科となり継続診療ができない時もあったが、徐々にそういう症例は減り、「その治療のままで変化があればまた紹介してください」という感じになっていった。このように、いろいろな科の疾患を診ることができるようになったので、総合診療専門医制度が始まる前までは(私も内科指導医

の資格を得ているので)、当科の研修だけで総合内科専門医受験のため必要な症例を経験することができており、今まで10人の医局員が総合内科専門医を取得している(コロナのため2年間試験は行われていないため受験待機者が数名いる)。また、リウマチ専門医(私も取得している)や糖尿病専門医を取得した者もいる。当科以外の研修としては、心エコー研修はできるだけ全員研修してもらっているが、ほかは本人の希望により、循環器内科研修、皮膚科外来研修、放射線科研修、糖尿病外来研修、リウマチ外来研修なども行ってもらっている。また、継続性も非常に大事であると考えたため、研修当初より家庭医療専門医研修や総合診療専門医研修のため、他院や遠いへき地診療所に行ってもらっている間にも、最低2週間に1回は帰院してもらって(青森でのへき地研修中にも奈良に2週間に一度帰院してもらった)、同じ患者の再診を担当してもらったので、当科で研修を始めてからずっと診ている患者さんを全員持っている状況である。当初より入院患者においては、看護師、薬剤師、理学療法士などと一緒に総診カンファと称して毎週集まり、全ての入院患者の不満や不安を共有して対応方針を決定し、チェック項目の確認ではなく、患者さんが家で笑顔で過ごしている状態に持っていくことを目標に治療方針も共有していった(当初は看護師さんからも時間がない、担当者同士で十分など反発が強かったが、徐々に受け入れてもらえた)。

## 救急医療

救急医療としては、気持ちを入れた救急を“病い”をも診る救急をとということで、当初より救急医療にNarrative医療をとり入れた救急「奈良から始めるNARrATIVE救急(奈良ティブ救急)」とのキャッチフレーズで、平日だけだが、朝の9時から20時まで、救急車や開業医さんからのどんな相談も紹介も受けるという体制を整え、研修医や専攻医にもその対応をしてもらってきた。20時までにしたのは、当初は若い医師ばかりなので救急対応には必ず私(救急専門医でも

ある)が参加しなければいけなかったので、救急患者が20時に来院して入院になったとしても、遅くとも23時には帰れるならいいかなという算段があったことと、開業医さんの夜診が20時ころには終わるだろうということで設定した。救急を一つの柱にしたのは、地域で働くために単純に救急疾患に慣れてもらいたいということもあったが、それだけではない。研修中は初診には1時間以上かけてじっくり患者さんを診るということを心がけてもらっているの、患者さんが目の前で苦しくなったら対応が遅くなる傾向があり、患者さんの急変に対してはNarrativeを心に置くも、考え方や対応方法を急に切り替え、人を呼び内科系も外科系もABCDEアプローチで診ていくことが必要だと、肝に銘じてもらうために救急患者を診てもらった。この体制は開業医さんたちの医師会には非常に好評でいろいろな面で奈良医大総合診療科を支援していただいた。20時まで毎日当番を決めてお金も少しは出るようにしていたが、当初の6～7年は開業医さんや救急車からダイレクトにかかってくるPHSは当番の者に持ってもらうのは強制せず、朝から夜までほとんど私が持っていたが、ここ2～3年は当番の者が自分から「PHS持ちます」と申し出て持ってくれるようになってきた。PHSを持つことに、救急患者を診ることに不安を感じなくなったのだと非常に嬉しかったのを覚えている。現在では7年前に奈良医大全科で行う土日ERを立ち上げ、2022年4月より5科(消化器外科、呼吸器内科、腎臓内科、救急科、総合診療科)で行う平日ERを立ち上げ救急対応を学んでもらっているが、開業医さんからの相談業務は続けている。救急研修としては和歌山日赤病院で研修させていただいたりもしている。思い返せば、当初の総合診療の外来は狭く、救急患者を診るといってもストレッチャーと自分たちが一緒に入れにくい入り口も部屋も狭く、部屋に入った後も医師や看護師がいったん患者の頭側に立つと、患者の対側への移動もできないくらい狭かったのが懐かしい。現在では同時に二人の救急患者を診療できる処置室を有している。



大きくなった外来処置室

## 家庭医療

家庭医療に関してはやっと自分たちの目指す家庭医療が実践できるようになってきた。当初は、まずは大学の外来でじっくり患者さんを診られるように訓練して、医師という技術者としての技術をできるだけしっかり身に付けてから、地域に出て各職種にもまれて家庭医になるべきという持論を展開し、医師になって5年日以降に初めて大学外に出るような体制としてきた(週1回の地域病院での外来診療は行ってもらい、そこでは在宅医療なども経験してもらいながらではある)。このようにまずは大学病院での研修を重視するようになったのは、私の体験による。自治医大を卒業し3年目よりへき地勤務を行い、5年目に大学病院に1年半ほど研修に来た時には何でもだいたいできる気になっていたが、11年目にじっくり大学に来た時に臨床の深さにびっくりした。私のように「まあだいたいできるかな」という妄想に取りつかれないためにも、常に批判されながら、患者一人ひとりを念入りに分析するというのを、まずは大学病院でしっかりやったほうがいいという思いからきたものである。しかし、これをあまりに主張すると、大学で研修していないとダメだと主張しているように、まわりの家庭医の方々に響くことがあり要注意であると数年経ってから気づいた。もちろん地域での研修を否定するのではない。地域で多職種と患者にもまれなければ、総合診療専門医はできあがらないのは明



白である。ただ、地域に行く前にじっくり時間をかけて患者を診療することで、年齢、性、疾患、症状にかかわらず、生物学的背景だけではなく、社会心理学的背景も必ず捉え、患者さんの症状の原因を追究することに力を入れた医療を学んでほしいと考えるからだ。特に、心理学的な“病い”の部分をつまえることを重要視してきたため、現在では「その人の“かきかえ”は？」(か:解釈、なぜこの症状がおこったと考えるのか、き:期待、なぜ来院されたのかやどうなりたいのか、か:感情、この症状で辛いことや不安なことや怖いことなど、え:影響、この症状でできなくなったことなど)(患者中心の医療のFIFE)とカンファレンスで述べるのが普通となっている。また、同時に大事にしていることは、病気の診断基準からではなく、患者さんの症状や所見から、起こっていることを考えその原因を追究する姿勢である。この姿勢を習得した多くの専攻医には、自分が病気になった時に素直に診てほしいと思えるようになる。知識や技術は未熟であっても、その姿勢があれば安心して、身を任せられるような気がする。そのためにも、身体所見を細かくとることに注意を払った指導をしている。例えば、筋肉を触り関節を触ると、どの筋肉を使い、どの関節をよく使っているかが分かるので、その人の行動様式を理解しながら話をしていくと、かなり信頼感を得やすくなることを実感してもらっている。さらに他の理学的所見も、例えば胸部の打診や呼吸音聴取でも、かなり細かく聞く研修を行っている。触診・打診・視診だけでも肺のボリュームを3次元的に把握したり、聴診と打診だけで肺水腫と間質性肺炎を区別したり、bronchoalveolar soundの発生で肺内の腫瘍形成を疑ったり、心音からCRBBBを推測したりするなど、念入りに診察してもらうことを心がけている。このように身体所見を細かくとることにより、不定愁訴と言われるものでさえ、何らかの身体的な変化が症状の発現や維持に関与していることを実感し、単純な不定愁訴と感じなくなってくるものである。

大学でしっかり研修をしたものは違うと思っただけのように、そんな思いを込めた研修



WONCA 韓国に参加して

が済み次第、小児科研修やへき地研修に出てもらっている。へき地研修としては各地の地域医療振興協会の診療所にお世話になってきた。明日香村国民健康保険診療所の武田以知郎先生、奈良市立都祁診療所(旧都祁村)の西村正大先生と佐々木貫太郎先生、滋賀県米原市地域包括医療福祉センターの中村泰之先生、新潟県湯沢町保健医療センターの井上陽介先生、青森県東通地域医療センターの川原田恒先生などに、当科の専攻医の指導をお願いしてきた(ありがとうございました)。やっと最近、自分たちで奈良県旧室生村の診療所や高取町の診療所を運営できるようになり、へき地診療所の研修指導施設として運営し、へき地診療所の研修施設が増加してきたので、へき地診療所の研修期間を1年から1年半(診療所経験を長くということと新家庭医療専門医取得も考慮して)お願いしたりしてきている。私がVisionとして持っている家庭医療の体制は、グループでの複数医師による診療である。赤ひげ先生のように地域で良い先生と慕われる医師もよいのだが、その先生が亡くなればその地域の保健医療は崩壊してしまうことになる。以前のように後継者がどうにか見つかっていけばいいが、これからは後継者を見つけていくことはさらに難しくなると思われる。よって、救急医療と同じように家庭医療や在宅医療も集約化が必要と考えてそのように指導してきた。関連病院である宇陀市立病院では診療所、在宅診療、病院の診療、往診バス(2022年5月からレントゲン・エコーなどと処置室を





吉野さくらカンファレンス ポスター

備えた往診バスを導入することになった。患者さんの背景の把握が希薄となりそうで不安であるが、などを日替わりで医師が代わって務めることを目指している。それぞれが良い医師であるのならば、たとえ在宅診療でも患者さんもしろいろな医師が来てくれる方を望まれる状況を目指している。

## 災害医療

災害医療に関しても、できるだけ接する機会を得てもらうためにも、総合診療科では4人にDMAT隊員になってもらっている。総合診療の外來のように患者さんとの距離が近い診療から、少し距離をとってあたりを見回し他の医療者の行動までを視野に入れる救急医療、さらに患者さんたちから距離をとってもっと視野を広げて、情報伝達上における自分たちにとっての下位組織や上位組織を意識した診療にまで、場に応じて意識を切り替えることを体得してもらえるよう指導している。そのためにも、災害医療活動には参加を促し、今までも熊本地震、パプアニューギニア、スリランカ、バングラデシュなどでの活動に参加してしてきた。

吉野さくらカンファレンス  
元英国王立家庭医療学会会長をお招きして

## 大学で総合診療医を育成すること

以上、研修の方法や意図を述べてきた。大学で総合診療医の育成を行うメリットとしては、まずは最先端の各分野の医療に触れ、各臓器別専門医の考え方に接することができる点があげられる。これは一生かけがえのないものになると考える。2つ目は、研究なども行うことにより、学位(医学博士)を取得でき(私が総合診療に移動してから4人の医師が学位を取得)、臨床にも応用できるような演繹的な考え方(例えば、臨床症状同士の正の相関関係を探すことにより患者さんに起こっている事柄を整理しやすくなる)を身につけることができる。3つ目としては、後進の医師や学生の教育に関わることにより、自分の足りないところが見えて、自分のためにもなり、責任感が芽生えやすいことなどがあげられる。

課題としては、大学病院ではcommon diseaseを診ることが少ない可能性がある(奈良医大はたまたま近くに県立、市立の病院や日赤の病院もなく、大学病院という敷居が低くcommon diseaseの方々も多く来られるが)。また、初期研修医もいるため、研修者の人数が多く、数多くの患者を受け持ちにくいことも難点である。さらに、それぞれの専門家がいるので紹介が欠かせず、自分で考える機会が減るなど、専門家に聞けるメリットがデメリットにもなりうることなどがあげられる。



2019年春，総合診療学講座の医局員たちと

## おわりに

以上が当大学での総合診療専門医研修の現状であるが、これらを約2年間から2年半大学で受けることにより、技術者としての医師の土台・姿勢を形成してもらっているが、私自身が思った場合、彼らに診てもらいたいと思えるようになったので、思いは伝わっていると安心している。そこから地域へと旅立ち、医師および多職種と交わり、患者さんたちの生活に触れ、それらの中で素晴らしい総合診療医が最終的に形成されるものと考えている。私としては、早期より多職種の中でもまれるより、まずは技術者としての医師の確立を目指してほしいと考えている。

患者さんの傍らにすくっと力強く立ち、学んできた医学を振りかざすのではなく心に秘め、いつ患者さんが寄りかかってきても微動だにし

ない力強さで患者さんを支える医師になってほしい。病変を探すのはいいが、病変を見つけたら、その病変が、からだどころからなる人という器にどのような影響を与えるかを考える医師になってほしい。そのような医師に私も私の家族も診てほしい。また、今後の期待としては地域の中の診療所や中小の病院では、総合診療医の必要性は年々増しており、高齢化社会を支えるためにも、新しく医師になる者の1/3くらいは総合診療医になってほしいと考えている。さらに、総合病院、特に臓器別専門科が多くある大学病院などにも、各科にまたがる疾患を持つ患者さんの全体を診ていく医師が必要と感じている。どこでも引っ張りだこの状況と思われるので、新しく医師になる人がどんどん総合診療の魅力に取りつかれてほしいと思う。

## 第106回

腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に  
関わる事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

## はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における、「医療安全情報」<sup>1)</sup>では、手術における異物遺残に関連した内容として、「No.152:手術時のガーゼの残存①-ガーゼカウント-(2019年7月)」「No.153:手術時のガーゼの残存②-X線画像の確認-(2019年8月)」などが公表され、注意喚起が繰り返されている。手術における異物遺残を防止するためには、異物遺残防止システムを効果的に発揮することが求められる<sup>2)</sup>。本連載でもこれまでに、手術における異物遺残に関連した内容として、「手術時のガーゼの残存」に関わるアクシデントの未然防止(第73回)」というテーマで、インシデント・アクシデント事例発生を未然防止対策について、発生要因から検討している。

さらに、本事業における、「医療安全情報」<sup>1)</sup>では、「No.181:腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残(2021年12月)」が公表されている。また、本事業の第63回報告書<sup>3)</sup>(以下、本報告書)では、「分析テーマ」として、「手術で切除した臓器や組織が体内に残存した事例」が取り上げられている。本報告書には、「手術の際に体内にガーゼが残存した事例以外に、手術時に使用する鉗子や腸圧定ヘラなどの器具や、血管テープや臓器圧排用スポンジなどの医療材料が体内に残存した

事例や、手術で切除した臓器や組織が残存した事例も報告されている」ということが記載されている。

手術の実施において、患者の負担ということから考えると、“臓器・組織の遺残”によって、再手術を実施し、遺残した臓器・組織を体外に取り出すことになった場合には、さらに患者の負担が増加することが想定され、このような事例の発生を未然防止することは重要である。患者への影響はもちろんのこと、医療機関への信頼を揺るがすことや、関与した職員への影響なども含めて、“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生を未然に防止することは組織全体で取り組む必要がある課題である。

自施設では、手術における“臓器・組織の遺残”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、事例の発生を未然に防止する対策や、現状評価は十分だろうか。手術における“臓器・組織の遺残”に関わる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、手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」という“なぜ”を深めることが欠かせない。明らかになった自施設の傾向と課題に向き合い、関与する医師や、看護師などの多職種が“連携力”を発揮し、手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発



気付いた時期	気付いたきっかけ	件数	
手術終了直後	標本を確認した際、摘出したはずの標本がなかった	3	4
	記載なし	1	
術後7日目	下腹部痛と炎症反応の遅延があり、CT検査を実施した	1	
退院前診察時	腹腔内に血腫様の腫瘍があり、CT検査を実施した	1	
退院後	術後4日目に腹腔内に3cm大の腫瘍を認め、経過観察として退院したが、その後、手術動画を見直した	1	2
	術後1ヶ月目に経腔超音波検査を行い、腹腔内に6cm大の腫瘍を認め、MRI検査を実施した	1	
記載なし	不明	1	
合計		9	

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第63回報告書より)

生を回避することができるシステムの整備に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、手術における“臓器・組織の遺残”事例において、特に腹腔鏡下手術における事例発生に着目し、「なぜ、腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生を未然に防止できなかったのか？」という疑問に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

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

### 腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例

本報告書における分析対象は、2015年1月～2020年9月に報告された、「手術で切除した臓器や組織が体内に残存した事例」9件であり、実施した術式は、全て腹腔鏡下手術であったことが挙げられている。「臓器や組織の残存に気付いた

時期」は、「手術終了直後：4件」が最も多く、次いで「退院後：2件」であったことが挙げられている(表1)。

「事故の程度」では、「死亡：0件」「障害残存の可能性が高い：0件」「障害残存の可能性が低い：2件」「障害残存の可能性なし：2件」「障害なし：5件」であり、「臓器や組織の体内残存発見後の対応」としては、9件中7件で、再手術が実施され、残存した臓器や組織が取り出されたことが挙げられている(表2)。

本事業の事例検索<sup>4)</sup>では、2022年1月上旬現在、キーワード“腹腔鏡下手術”“残存”で80件、“腹腔鏡下手術”“遺残”で13件、“腹腔鏡下手術”“残存”“組織”で9件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例として、事例検索<sup>4)</sup>入稿にて検索された事例や、本報告書に掲載されている事例としては、

「患者(80歳代、男性)に、直腸S状部癌に対する腹腔鏡下高位前方切除術を施行した直後、切除した直腸S状部癌に小腸の癒着を認め、合併切除した。執刀医は切除した標本を腹腔内から取り出し、看護師(外回り)へ渡した。手術が終了し、患者は手術室から退室した。標本整理をしていた医師は、標本内に切除した小腸がないことに気づき、執刀医に報告した。腹腔内遺残の可能性があるので、再手術を施行し、遺残した小腸



事故の程度	件数	対 応	件数
死亡	0	残存した臓器や組織を摘出	7
障害残存の可能性が高い	0	記載なし	2
障害残存の可能性が低い	2	合 計	9
障害残存の可能性なし	2		
障害なし	5		
合 計	9		

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第63回報告書より)

を体外に取り出した。

腫瘍切除は一括切除が原則のため、分離はせず、一緒に摘出した認識であり、執刀医は、標本は一緒になっていると考えていた。摘出標本を看護師(外回り)に手渡す前に目視確認を怠った。閉創前に腹腔内の確認をしたが、遺残に気づかなかった<sup>3),4)</sup>

「患者(40歳代、女性)に、多発性子宮筋腫に対する腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した。筋腫は10個核出し、1 cm大の筋腫数個は核出するたびに体外に取り出したが、大きい筋腫は核出後に腹腔内に留置し、まとめて収納袋に収容して体外に取り出した。術後4日目の超音波検査で3 cm大の腫瘍像を認め、血腫を疑うが、外来で経過観察の方針とし、患者は同日、退院した。後日、主治医が手術動画を見直した際、10個核出した筋腫が9個しか体外に取り出していないことに気づき、筋腫遺残の疑いがあることを執刀医に報告した。執刀医が手術動画を確認し、3 cm大の筋腫1個を体外に取り出していないことが判明した。

執刀医は、手術終了前に助手2人と核出した筋腫の個数を確認したが、その都度、体外に取り出す筋腫と、腹腔内に留置してまとめて体外に取り出す筋腫が混在し、核出した筋腫の個数を誤認した。これまで、核出した筋腫の個数は術者間でのみ共有し、看護師には伝えていなかった。今回も医師と看護師間で個数の共有はしなかった<sup>3),4)</sup>

「患者(40歳代、女性)に、子宮筋腫に対する腹腔鏡下子宮摘出術、両側卵管摘出術、尿管ステント留置術を施行した。執刀医は両側卵管摘出に際し、左卵管の単離が困難であったため、左付属器切除を行った。子宮は体外に取り出したが、左付属器は腹腔内で収納袋に収納したまま、手術を終了した。手術室で左付属器が摘出できていないことが判明し、再度、全身麻酔下に、腹腔鏡下手術で左付属器を体外に取り出した<sup>4)</sup>」などがある。

前記のように、本報告書では、分析対象とした9件中7件で、再手術が実施され、残存した臓器や組織が取り出されたことが挙げられており、「患者に予定外の侵襲を与えていた」ということも記載されていることを考えると、患者への負担や影響はもとより、併せて、医療者、および医療機関への信頼を揺るがすことも想定されるため、事例発生後にトラブルへと発展する可能性にも目を向けて、事例の発生を回避するシステムを整備することが急がれる。

### 具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生への未然防止対策として、サインアウトの実施や、確認ルールの整備、および職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、

腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”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<sup>4)</sup>にて検索され、本報告書にも掲載されている事例(以下、本事例)を基に、腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討する。

事例「虫垂が腹腔内に遺残．複数のプロフェッショナル間の情報共有不足?」

【事故の内容】

- ・患者（70歳代，男性）に，急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術を緊急手術で実施した。
- ・看護師A，Bの2名が手術を担当した。
- ・手術は，虫垂切除後に収納袋に虫垂を入れ，腹腔内洗浄，切除部の補強，ドレーン挿入，閉創，終了へと進行していた。
- ・腹腔内洗浄の実施中に，日勤帯の終了時間が近づいたため，看護師A，Bから，看護師C，Dに交替した。
- ・看護師A（器械出し）は，看護師Cに，「虫垂はとれて，中に収納袋がはいっています」と申し送った。
- ・これを受けた看護師Cは，虫垂は体外に取り出されていると思い込んだ。
- ・看護師B（外回り）は，看護師Dに，「今，虫垂は収納袋に入れ，洗浄しています」と申し送った。
- ・閉創時に，虫垂が腹腔内に残っていることに誰も気づかなかった。
- ・サインアウト時に，虫垂の確認はしていなかった。
- ・患者はHCUに入室し，主治医は手術室で虫垂がないことに気づいた。
- ・術中の録画を見なおし，虫垂を体外に取り出していないことを確認した。
- ・主治医は本人と家族に，虫垂が腹腔内に残っていることを説明し，再手術を実施して虫垂を体外に取り出した。

(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，第63回報告書にも掲載されている事例，一部改変)

本事例の背景要因としては、「サインアウトの項目に『標本摘出』とあるが，外科では統一して実施されていなかった」「カウントを記載するボードに，収納袋が体内に入っていることを記載していなかった(ボードにカウントを記載する手順には，収納袋をカウントする取り決めがなかった)」「タイムアウト表を確認しながらサインアウトを実施していなかった」「看護記録に記載すべきことが記載されていなかった(標本摘出，病棟への持参物品，標本名，個数など)」「主治医は，虫垂を体外に取り出した事を確認していなかった」などが挙げられている。

本事例を，インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり，事例発生の原因を当事者

のみの問題として終始せず，システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り，事例発生を未然防止対策を検討する。

本事例を，RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると，「なぜ，複数の医療者(医師・看護師)が関与しているにもかかわらず，閉創時に虫垂が腹腔内に残っていることに誰も気づかなかったのか?」「なぜ，執刀医と看護師間で，虫垂を体外に取り出したか否かの確認が実施されていなかったのか?」「なぜ，サインアウト時に，虫垂の確認はしていなかったのか?」「なぜ，看護師Cは，執刀医に確認しないまま，虫垂が体外に取り出されていると思い込んだのか?」「なぜ，主治医は，虫垂を体外に取り出したことを確認できていないまま手術を終えたのか?」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「カウントを記載するボードに，収納袋が体内に入っていることを記載していなかった(ボードにカウントを記載する手順には，収納袋をカウントする取り決めがなかった)」「タイムアウト表を確認しながらサインアウトを実施していなかった」「看護記録に記載すべきことが記載されていなかった(標本摘出，病棟への持参物品，標本名，個数など)」などにも注目することが重要である。

ここでは，さらに，「なぜ，医師，看護師など複数のプロフェッショナルが関与していたにもかかわらず，虫垂が体外に取り出されていないことに気づかなかったのか?」「なぜ，サインアウトを実施しているにもかかわらず，虫垂の腹腔内遺残を回避できなかったのか?」などの疑問を深め，事例発生を根本原因を明らかにすることが望まれる。

腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”の発生を未然に防止するため，本報告書，および事例検索<sup>4)</sup>にて検索された，さまざまな事例の記載内容を参考にして，「腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」「(図)」を作成した。





のカウントでは、『ガーゼ、器械、針』に加えて、標本の確認を行う」[短時間の手術の場合には、できるだけ看護師の交替がないような人員配置をする]「自分の役割だけでなく、先輩が後輩をフォローし、チームとして手術を担当できるようにする」[申し送りをする場合には、相手の理解度を確認しながら行う]「看護記録には、記載が決められたことを確実に記載する」などが挙げられていた。

腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設の腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施、2)自施設の事例発生の防止対策の現状評価の実施、3)サインアウトの実施状況の現状評価と見直しの実施、4)臓器・組織摘出に関する確認のルールを整備(ルールの遵守状況の評価を含む)、5)リスクアセスメントの結果や、自施設・他施設で発生した具体的事例の紹介を含めた情報提供・注意喚起の実施、6)具体的事例を活用した多職種参加による事例発生の未然防止の可能性の検討を含む職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「情報共有不足」「思い込み」「失念」などを防止すること、および患者に及ぼす影響の重大性を認識する機会の提供により、プロフェッショナルに期待される責務を再認識し、腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生に至る前に、多職種が“連携力”を発揮して、早期に“臓器・組織の遺残”に気づき、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「自施設の腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生の可能性のリスクアセスメントの実施」では、自施設における防止対策、および職員の認識などの現状評価の実施が急がれる。これは、2)の「自施設の事例発生の防止対策の現状評価の実施」と併せて、取り組みを検討したい。ここでは、現状の防止対策に事例発生のリスクがないか、ということが多職

種によるリスクアセスメントの実施により、検討することが望まれる。

2)の「自施設の事例発生の防止対策の現状評価の実施」では、はじめに自施設における腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生の有無の確認が求められる。アクシデント事例だけでなく、インシデント事例の発生の有無についても確認する。これについては、インシデントレポートの確認だけでなく、関与する職員からの聞き取りなども含めて具体的な内容に関する情報収集の実施も期待したい。

3)の「サインアウトの実施状況の現状評価と見直しの実施」では、サインアウトの実施状況の現状評価を実施しているか否かの確認が重要である。サインアウトを実施していない施設では、実施を決める際に実施状況(遵守状況)の評価も含めた検討が必要になる。サインアウトの実施状況の現状評価の結果を踏まえて課題を明確化し、必要に応じてサインアウトの内容の見直しを実施することが望まれる。

4)の「臓器・組織摘出に関する確認のルールを整備(ルールの遵守状況の評価を含む)」では、現状における確認のルールと臓器・組織摘出時の名称や数の確認方法を検証することから取り組みたい。ここでは、確認の方法として、口頭や目視のみでの確認か、ということの検証に加えて、臓器・組織の名称や数をホワイトボードなどに記載して、医師・看護師が視認できる状況にする取り組みなどの実施の有無についても検証することを期待したい。

5)の「リスクアセスメントの結果や、自施設・他施設で発生した具体的事例の紹介を含めた情報提供・注意喚起の実施」では、事例発生の未然防止に取り組む意義を職員間で共通認識とすることが求められる。そのためにも、自施設で発生した事例や、他施設で発生した事例、および事例検索<sup>4)</sup>などで検索された事例などの紹介を含めた情報提供の方法を検討したい。職員個々が関心を持てるように、具体的な注意喚起も併せた工夫が望まれる。

6)の「具体的事例を活用した多職種参加による事例発生の未然防止の可能性の検討を含む職



員教育の実施]では、職員の認識の確認が欠かされていない。現時点において、「自施設では類似事例は発生しない」「自施設ではこれまでも類似事例は発生していないから、今後も発生しない」などの認識があるか否かということ踏まえて、「腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例が発生する可能性」について、職員間で認識を共有することを期待したい。その上で、「事例の発生を未然に防止することが可能である」という気づきを得られるような、具体的事例を活用した職員教育の企画が望まれる。

前記の事例における改善策としては、「術中に、手術室内で、別の医師が標本の分離を行い、切除標本が全て含まれているかチェックする。医師と看護師(外回り)間で標本の受け渡しをする際は、一緒に目視で確認する。医師は、体内遺残の再手術は患者へ不利益を与えること、患者・家族からの苦情につながる可能性を認識し、閉創時の確認は、執刀医、助手、看護師(器械出し)間でコミュニケーションを取りながら確実に行う」「子宮筋腫を核出するたびに、腹腔内に留置しているのか、体外に取り出すのかを看護師(器械出し)に伝え、記載する。看護師(器械出し)は看護師(外回り)にも同じ情報を伝達し、多数のスタッフで情報共有する」「執刀医、助手、看護師(器械出し)、看護師(外回り)全員で摘出臓器を確認する。腹腔内に留置したもの、体外に取り出したものをホワイトボードなどに記載し、全員で確認する」などが挙げられていた。今後、自施設における腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生を未然に防止する対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

### 腹腔鏡下手術における “臓器・組織の遺残”に関わる 事例発生を未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生を未然に防止できなかったのか？」という疑問に焦点を当

てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然に防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないこと、適切なマニュアル・ルールの整備が実施されていないこと、マニュアル・ルールが遵守されていないこと、および多職種間の情報共有などが実施されないことなどより、腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生を未然防止できずに、患者への重大な影響が発生する可能性を指摘したい。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、事例の発生要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。さらに、手術におけるチェック機能という安全管理システムの構築、あるいは見直しを実施する際には、ルール・マニュアルなどの“形骸化”への対応も検討したい<sup>5)</sup>。

腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生を未然防止するためには、「腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例が発生する可能性がある」という認識を前提とした取り組みが求められる。事例発生を未然に防止するためには、事例の発生を“想定内”にして、これらの“想定内”の事例発生に対して、具体的な未然防止対策を検討することを期待したい。

自施設における事例の発生状況と防止対策の現状評価の結果を踏まえて、システムやプロセスのどの部分に課題があるのか、ということを検討し、必要に応じて、多職種によるリスクアセスメントを実施して課題を明らかにすることが望まれる。自施設の現状と課題を踏まえたオリジナルの「腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例の発生要因の“見える化”」を作成し、「もしも、〇〇していたら？」と想定し、ヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因などの関連性を踏まえて、事例発生を未然防止の可能性を検討することを提案したい。

これらの検討の結果では、どのような課題が見えてくるだろうか。どのような発生要因が関

連して事例発生を回避できていないのか、ということ具体的に検討すると、「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、腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」ということの原因が明らかになる可能性がある。こうした疑問は、事例発生後に判明する前に、事例の発生前に医療者が自ら問いかけ、多職種でさまざまな視点からリスクアセスメントを実施し、根本原因の究明と事例発生の未然防止対策を策定・実施することが望まれる。

腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、自施設における事例発生の防止対策の現状評価が欠かせない。具体的な事例に関する情報共有とリスクアセスメント、および多職種の連携で事例の発生を未然防止できる可能性に気づき、多職種の連携を促す職員教育の実施を検討したい。腹腔鏡下手術における“臓器・組織の遺残”に関わる事例発生を職員個々のヒュー

マンファクターとしてとらえるだけでなく、関与する多職種が、プロフェッショナルとしての個人の責任の自覚はもちろんのこと、リスクの発生を回避するための“連携力”を発揮して、事例発生を未然防止する取り組みを実施することが期待される。

#### 参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 <https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2022 Jan 6)
- 2) 石川雅彦: 具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント・1 異物遺残をどう防ぐか. 臨床外科 2015; 70(4): 476-480.
- 3) 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](https://www.med-safe.jp/pdf/report_63.pdf) (accessed 2022 Jan 6)
- 4) 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 2022 Jan 6)
- 5) 石川雅彦: 具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント・5 タイムアウトにかかわるトラブルをどう防ぐか. 臨床外科 2015; 70(8): 1010-1014.

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

へき地の  
健康づくり

健康  
危機管理

疫学

保健  
福祉  
行政

ヘルス  
プロモーション

市民協働



## 地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク 地域医療・公衆衛生ねっと

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

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

登録数 約1600人  
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

### ★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス  
関連の情報も  
入手できます！

### 【メールで届く情報】

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

### 地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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



## ちょっと画像でCoffee Break

# 胸部X線画像診断②

地域医療振興協会 へき地・離島支援センター センター長 牧田幸三

?

症例:70歳代 男性.

大腿骨頸部骨折, クロストリジウム・ディフィシル(*Clostridium difficile*)腸炎で入院加療中の胸部X線(座位A→P).

心臓は大きい? 胸水貯留はあるか? 下行大動脈線は消えている?  
加えて, それら以外の所見で気になるところはないか?



画像1 胸部X線 座位A→P

レジデントX：盛りだくさんですね……。心臓は大きいですね。右下肺野の透過性が低下していますが、肺野の血管影はみえていますね。右の肋骨横隔膜角（CP angle）は鋭なので胸水貯留はない？ とすると、右下肺にすりガラスの肺炎？ 肺水腫？ 下行大動脈線は尾側で消えていますね。ということは、左下肺に肺炎？ でも、心臓に重なる血管影はよく透見できますね。左のCP angleは鈍にみえますね？ そういえば、下行大動脈と重なって、頭尾方向にみえるまっすぐなラインはなんだろう？

ドクターX：ちょい待ち。まず、基本から。このX線の撮影体位は？

レジデントX：座位ですね。

ドクターX：座位、A→P像ということ？

レジデントX：心臓は拡大されて写りますね。

ドクターX：そうそう。だから、みんな心拡大があるようにみえてしまう。付け加えると、座位や臥位の撮影で、心臓が小さくみえたら、むしろ異常かもしれないので、その理由を考えたほうがいい。

レジデントX：では、まあ、心拡大があるかもしれない、くらいの評価にしておけばいいですかね。では、両側下肺野の病変は？

ドクターX：座位といっても、どうしても、前後に斜め、つまり半座位での撮影になるのが普通だね。特に、座位撮影しかできないような場合に、シャキッと直角に座れる人なんていないよね。それができるくらいなら立位で撮影できるはずだから。この患者さんの場合、さらに、多少、左側に傾いているようにみえるね。ところで、半座位だと胸水はどうなる？

レジデントX：あ、そうか、重力の影響で横隔膜上から背側～頭側に流れてしまいますね。

ドクターX：そうそう。CP angleが鈍、というのは、胸水が毛細管現象<sup>\*</sup>で肺と胸壁の隙間を重力に逆らって上昇するのをみているわけだから、座位や臥位では正面からの撮影像でのCP angleでは評価できない、ということになる。

レジデントX：では、この患者さんの下肺野の透過性低下は胸水ではないということ？

ドクターX：どうしてそう短絡的にものごとを考えるのかなあ……。座位や臥位ではCP angleだけで胸水の有無を評価できないと言ってるだけ。わかるかな？ つまり、逆は真ならず。CP angle ≠ 胸水、ということ。土台、立位正面P→Aでも、胸水は数百mL貯留しないと現れてこない所見であって、少量胸水の有無の評価はできないことも知っておいてほしい。

レジデントX：なるへそ。それは聞いたことがありますデスヨ。

ドクターX：ほんとにわかってんのかなあ……。この患者さんの下肺野の透過性低下は胸水で説明できる、というのが正解というか、解答なんだけどね。大丈夫？

レジデントX：だいじょぶ、だいじょぶ、グッジョブ。

レジデントXの指摘した、下行大動脈に重なる直線的な線は、左側の傍椎体線ということになるが、傍椎体線といっても、この患者さんの場合、おそらく下行大動脈～脊椎と左肺の間隙に入り込んだ胸水と左肺の境界線（接線効果）をみているものと思われる。脊椎のラインに対して多少尾側で幅広になっている点でも胸水をはみている可能性が高い。多少斜位になったことで、より拡大されて（偏位して）みえている可能性もある。では、なぜ、傍椎体部、左肺の内側と下行大動脈～脊椎の間隙に胸水が入り込んだのかというと、おそらくそれも、胸水貯留の際の立位正面像でのCP angleの鈍化現象の説明と同様、毛細管現象の働きによるものと思われる。つまり、胸水が、左肺の内側と椎体～下行大動脈の隙間を毛細管現象によって上昇したものと考えられる（半座位～臥位での撮影であるということ意識してほしい）。つまり、胸腔内はただのフリースペースではなく、肺という大きくて柔らかい構造物があるわけで、単に、胸水が重力のみに依存して分布しているのではなく、毛細管現象の働きは常に意識する必要があるということである。つまり、この患者さんの場合の傍椎体部への胸水の分

布は、重力依存性に流れ込んだ、のではなく、毛細管現象によって入り込んだ、と考えたほうがよい。ただし、尾側の拡がりには重力の影響があるものと思われる。ちなみに、胸膜の癒着などによってCP angleがみえにくくなることもあるが、そういう場合は、毛細管現象をみているわけではないので、CP angleが鈍、という表現は使わずに、CP angleが不明瞭というような表現のほうが適切だと思っている。

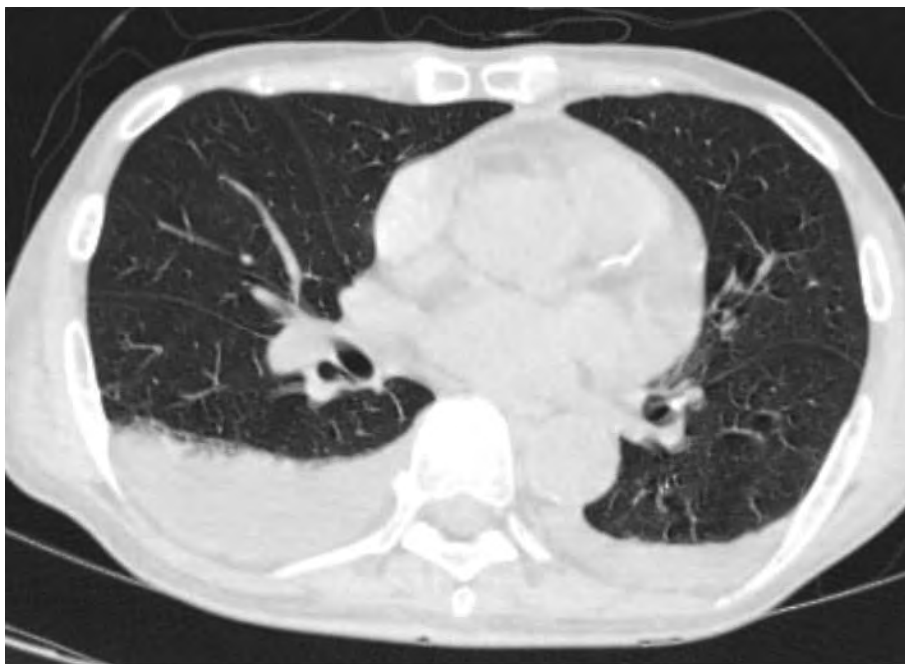
レジデントX：で、両側胸水はわかったとして、下行大動脈線の消失とそれ以外の所見というのは？

ドクターX：下行大動脈線の消失は、心臓と下

行大動脈と肺の境界線の接線効果が消失したから、ということになるけど、その説明については、このコーヒブレイクシリーズの最初のほうを読み返してほしいな。で、それ以外の所見というのは……、う～ん、すでに、コーヒブレイクにしてはかなり長くなっているから、続きはまた今度ってことにしようかね。

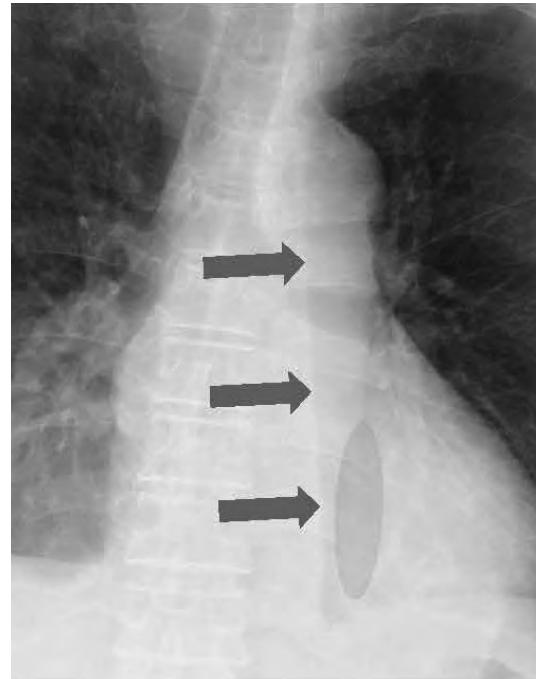
レジデントX：え～、そんなあ。何ヵ月もモヤモヤするじゃないですか。

ドクターX：まあ、たまにはモヤモヤしてください。では、今回の解答と次回のヒントの代わりに、この患者さんの胸部CTの断面像を一枚だけ呈示してこままでとしましょうね。





※毛細管現象：毛管現象ともいう。液体と接する壁面の関係、表面張力の垂直成分と重力のつり合いで、壁面に接する液面が上昇する（ときに下降する）現象を言い、非常に細いガラス管では数十センチの液面上昇をみることができる。毛細管現象という、小学校や中学校で行われるような、ガラス細管を水が上昇する実験のイメージが強いが、言い換えれば、毛細管で顕著にみられる現象ということであって、細管のみで起こる現象というわけではなく、胸腔内の胸水のように、構造物の壁面に接して存在する液体に働く現象である、ということであることに留意されたい。なお、表面張力は分子間力（静電気力による引き合いの力）が源となっている。ちなみに毛細管現象の最初の記載はレオナルド・ダ・ヴィンチであるが、さまざまな有名な物理学者や数学者が考察を加えており、アインシュタインの最初の論文は毛細管現象に関するものであった。



→ 胸水による傍脊椎線の偏位(拡大)



下行大動脈線の不明瞭化

## 『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

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

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

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。  
多くの皆さまからのご応募をお待ちしています。



### 連絡先

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



## 島に来て変わったこと



直島町立診療所 所長  
池上雄亮

濱平先生のいらっしゃる瀬戸内町も、豊富な観光資源と海の幸などがあり、とても魅力的なところですね。夏の行事が開催されている時に、一度訪れたいです。

私は大学時代にBBA(学生有志による新入生の世話人)活動をしていました。その影響なのか分かりませんが、濱平先生とは学生時代にお会いしたことがあるように思います。「自治医科大学の卒業生あるある」かもしれませんが、所属学会の学術大会で、他の県の方とお会いする時は、「初めまして感」がなく不思議な思いになります。「(学生時代、寮の玄関で何度かすれ違ったことがあります、もしかしたら何かの活動で話をしたことはあるかもしれないけど……)初めまして！」という挨拶になるのが、何とも言えないですね。濱平先生も「自治医大卒業生あるある」エピソードをお持ちでしょうか？

直島に来て、私の生活は大きく変わりました。私は単身赴任で直島に赴任しています。それまで、娘と妻の3人暮らしでした。4月末に新しい家族が一人増えました。今は当番以外の週末や研修日などを利用して、香川県高松市内の家に帰るのがとても楽しみです。それまで、ずっと一緒に過ごしていた娘は、私と一緒に過ごせないのを何となく理解し、納得しているようでした。最近、別れ際になると泣くことがあります。娘の泣いているところを見るのは辛いですね。子どもながらいろいろと感じながら成長しているのだなとしみじみ思います。今の生活でなければ、そういった子どもの変化も気づけなかったと思います。

新しい趣味として、釣りに行くようになりました。時間が空いたという時は、診療所から歩いて3分程度の防波堤に行き、1時間程度釣りを楽しんでいます。診療所に来ている患者さんと仲良くなれるきっかけにもなりました。防波堤で、「先生、何しよんな、今日は釣れたか？」と会話が生まれます。こちらから何か釣れたかを聞くと、もの凄く嬉しそうに話してくれます。先日、beginner's luckも重なって、今が旬の真鯛を釣ることができました。「本島では防波堤から鯛を狙う人はいないよ」とたまに直島に来る釣人から言われました。釣れた魚は、診療所の師長に手ほどきを受けながら、何とかさばくことができ、美味しくいただきました。この春に生まれた息子のお食い初めに向けて、鯛釣りを頑張ります。私は元々奈良県出身であり、海のない県出身です。奈良県では味わえない貴重な経験ができています。

また役場の方に誘われて、草野球チームに加わりました。中学





今は離れて暮らす娘と息子。娘は弟のことが大好きみたいです。

から大学まで野球部に所属していたのですが、ボールを投げ、バットを握るのは、かなり久しぶりです。気持ちは学生時代のままです。肉離れやアキレス腱断裂、捻挫などのけがをしないように注意をして運動しなければならないなあと思っている自分に、昔との違いを感じます。先週行われた試合では初ヒットを打つことができました。

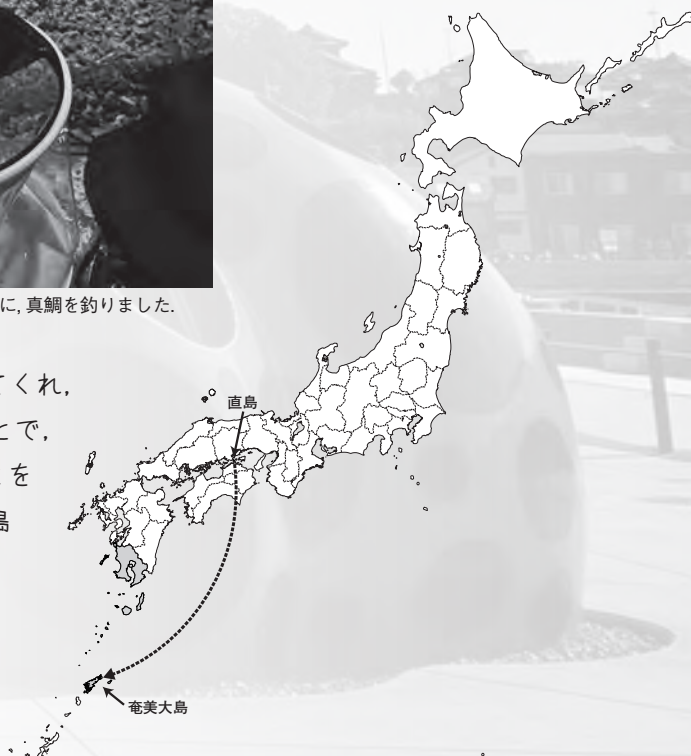
転勤によって、私の生活は変わりましたが、地域との強い関係を持つことがで

きました。家族が島にはいない分、いろいろな方が気にかけてくれ、さまざまな人とつながりができます。住民の方と接することで、この地域の方がどのような生活をしているのかということを感じることができ、その感覚を大切にしながら、島の時間の流れに逆らわず診療をしています。濱平先生と瀬戸内町の住民の方々との接点もぜひ聞いてみたいです。

青い空、白い雲、今日も直島は診療日和です。



診療所から歩いて3分の防波堤。仕事終わりに、真鯛を釣りました。





## 地域支援を通して学んだ 特定ケア看護師のニーズ

横須賀市立うわまち病院 山田大地

### はじめに

皆さん、初めまして。横須賀市立うわまち病院の特定ケア看護師の山田大地と申します。私は神奈川県横須賀で育ち、横須賀の看護学校で学び、横須賀で働く生粋の「横須賀人間(地元ではスカっ子と言います)」です。横須賀市は神奈川県三浦半島に位置し、約38万人の人口を有します。横須賀といえば、米海軍基地や山口百恵さんの「横須賀ストーリー」が有名でしょうか？横須賀市の中央に位置するうわまち病院は地域中核病院であり、三次救急医療に対応しています。そんな地元密着型の私ですが、この原稿は山梨県上野原市で執筆しました。何故かという、特定ケア看護師の臨床研修を今年の3月で終え、4月から地域支援という形で上野原市立病院で勤務することになったためです。期待と不安でいっぱいな状態で迎えた地域支援でしたが、2ヵ月が経過し、毎日充実した日々を過ごしています！本記事では地域での活動や魅力についてお話しできればと思います。

### 初めての地域支援を通して

まず、私の経歴についてお話しさせてください。私の両親の地元は北海道で、帰省の際には千歳空港から車を長時間走らせ、祖父母に会いに行っていました。肺がんを患っていた祖父は、車で2時間ほどの病院に毎月通っており、受診のための往復だけで疲労困憊だった様子が印象的でした。祖父の受診に付き添うこともあり、

地域の病院に興味を持つようになりました。ちょうど祖父が肺がんで他界したころに、地域医療振興協会のJADECOM NP・NDC研修センターの存在を知りました。当時救命救急センターで勤務していた私は、特定行為を通して救命救急センターのチーム医療に貢献できるだけでなく、地域支援という形で働くことができるJADECOM NP・NDC研修センターのプログラムを知って「これだ！」と思いました。2年間の養成期間を経て、4月から特定ケア看護師として活動することになりました。

上野原市立病院には2名の特定ケア看護師が在籍し(1名は研修中)、3つの内科病棟の管理を行っています。私は4月から3病棟のうち1つの病棟管理をさせていただきました。具体的な活動としては、入院患者のマネジメント(身体診察や検査などの代行入力)のほか、急変時の対応などを行っています。上野原の患者さまは90歳代でも元気な方が多く、毎日こちらが元気をいただいています。上野原市立病院を退院した癌末期の患者さまが、在宅療養中に末梢静脈路の確保が困難になった事案がありました。往診医から上野原市立病院に末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)の挿入の依頼があり、PICCの挿入を実施させてもらう貴重な経験をしました。在宅療養を継続する上でPICCは有用であることを再認識し、地域の往診医と病院とのシームレスな連携を前提とした地域ならではの症例でした。

地域支援での経験は病棟管理であり、全体の一部に過ぎませんが、特定ケア看護師は地域で



上野原市立病院近くを流れる桂川と満開の桜

こそ求められている存在だと感じました。地域の病院や施設では医療資源が都心に比較し限られており、上野原市立病院も病床数136に対して、常勤医は9名と非常に少ない状況でした。そうした中で常勤医は1日約250人の外来患者の診察と入院患者の管理を行っているため、多忙を極めていました。病棟での急変や患者の訴えに特定ケア看護師が対応し、トリアージすることで医師が外来診療に専念することだけでなく、迅速かつタイムリーな医療の提供につながったと考えています。病棟看護師が「何かおかしい」と感じる症例などについても相談対応を行い、エコーや動脈穿刺採血などを実施することで、病棟看護師と連携して異常の早期発見につながる症例が数多くありました。地域支援では特定ケア看護師の可能性を感じただけ

でなく、自己の課題も多く認識しました。7月から自施設に戻って、自己研鑽を続け、また地域支援にチャレンジしたいと思っています。

### 今後の展望

自施設に戻ってからは、総合診療センターに所属し、患者さまの入院管理を行います。

私の目標は「どんな病気・病期でも『見て』、『診る』ことができる」特定ケア看護師になることです。地域では急性期から終末期まで多種多様な疾患の患者さまが医療を求めて来院します。どんな患者さまにも寄り添える特定ケア看護師を目指して、学び続けていきます。



## 地域医療型後期研修

2022.6.15

### 研修振り返り

はじめまして。東京北医療センター所属、後期研修医1年目の稲葉新です。まだ後期研修が始まって間もないので、東京北での初期研修を振り返りつつ、後期研修への期待を書かせていただこうと思います。私は神奈川県小田原市出身なのですが、小田原市に住んでいたときによく診ていただいた小児科の先生に憧れて医師を志すようになりました。大学に在学時から徐々に「患者に寄り添える医師」「家族ぐるみで付き合える医師」になりたいと考えるようになり、総合診療科・家庭医を志望するようになりました。総合診療科が強い病院を調べたり、大学の実習で東京北にお邪魔させていただいたときに総合診療科志望の初期研修医の先生から熱い勧誘を受けたりで初期研修先として東京北医療センターを希望させていただきました。東京北医療センターに内定した際に、憧れの先生に報告したところ、その先生のご息女が東京北医療センターで勤務されていたことにはとても驚きました(笑)。



地域医療のススメ

稲葉新

#### プロフィール

2020年3月 東京大学医学部卒業

2020年4月～2022年3月

東京北医療センター

2022年4月～「地域医療のススメ」専攻医

東京北医療センター

東京北医療センターでの初期研修は、見学時や実習時に感じていた印象通りの和気あいあいとした雰囲気の中で手厚い指導を受けることのできる理想的な研修でした。1年目のときは、毎週のハーフデイバックでPHSが鳴る心配から解放されて、症候学からエコーや縫合の手技、EBMに基づく診療、プロフェッショナリズムや患者中心の医療などの総合診療科に必要なマインドまで多岐にわたる内容を学習したり、研修医同志でお互いに研修を振り返る時間を持たせていただいたりしました。もちろんハーフデイバック以外でも多くのことを先生方には指導していただき、非常に充実していました。

2年目には毎週外来を研修医一人に対して上級医が一人ついてくださる手厚い指導の下学ばせていただきました。私は将来的に家

庭医として外来を行っていきたいと考えており、診断推論から外来でのコミュニケーションスキル、BPSモデルに基づいた外来診療など、外来診療に必要な多くのことを学ばせていただいたことはとても貴重でした。1年間を通して外来診療の経験を積み、はっきりと成長を自覚することができました。



UKカンファの様子

生協浮間診療所と行われるUKカンファも本当に魅力的です。ザ・総合診療、ザ・家庭医療と言えるような一筋縄ではいかないさまざまな症例が検討される中で、生協浮間診療所の藤沼先生のユーモアにあふれた語り口でありながらクリニカルパールがごろごろ転がっている話に、毎回楽しみつつ学ばせていただいています。

東京北のみんなで頑張っていこうとするととても良い雰囲気と素晴らしい指導に惹かれ、現在もこうして東京北で後期研修を続けさせていただいています。後期研修では以前から興味を持っていた予防医療に関する研究もしてみたいと思っており、現在健診の効果について先行研究を調べているところです。健診についての研究はまだ十分ではないですが、病気の予防や早期発見、寿命の延伸に期待できる健診の効果は限定的なのではないかと考え始めています。患者の些細な訴えから病気を早期発見できる可能性があったり、患者と長く関わっていく中で行動変容の機会を持つことができたりする総合診療科の役割というものを、健診について調べていく中で再評価しています。

まだ後期研修は始まったばかりですが、総合診療医として成長していける環境の中でこれからの研修にとってもわくわくしています。これからもどうぞよろしくお願いします！



東京北医療センターでの初期研修修了式

## 自治医科大学 創立50周年記念式典が挙行されました ……………

5月14日(土)、地域医療情報研修センター大講堂において自治医科大学創立50周年記念式典を開催いたしました。

記念式典には、金子恭之総務大臣、平井伸治全国知事会会長(鳥取県知事)、福田富一栃木県知事、長島公之日本医師会常任理事(中川俊男日本医師会会長代理)をはじめ約50名の来賓のご臨席を賜り、本学の教職員も含め約260名が出席し厳かに執り行われました。

開催にあたりましては、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、皆様の健康と感染拡大防止を最優先する観点から規模を縮小し執り行いました。また、当日はマスク着用、検温、手指消毒などの感染予防対策を実施いたしました。

式典の様子はライブ配信しましたが、編集した映像を50周年特設サイトに掲載しましたのでご覧ください。( <https://www.jichi.ac.jp/50th/> )



式辞 大石利雄 理事長



挨拶 永井良三 学長



祝辞 金子恭之 総務大臣



祝辞 平井伸治 全国知事会会長（鳥取県知事）



祝辞 福田富一 栃木県知事



祝辞 長島公之 日本医師会常任理事

## 記念植樹が行われました .....

本学の創立50周年を記念して、5月14日(土)に記念植樹が行われました。

地域医療情報研修センター南側において、金子恭之総務大臣により記念植樹(ボタン)が行われました。植樹の際には、大石利雄理事長、永井良三学長も参列しました。

### 「ボタン」

ボタン科，落葉小低木。

別名「二十日草」などとも言われ，中国を原産とし，日本には奈良時代に薬用として入ってきたと言われております。艶やかで大型の花を咲かせることから，古くから人々に愛されている花木になります。

花言葉は「王者の風格」や「高貴」で，非常に縁起の良い木とされており，これからの本学の更なる発展を祈念し，植樹いたしました。





医学部教育・研究棟東側において、平井伸治全国知事会会長、大石利雄理事長、永井良三学長により記念植樹(ヤマボウシ)が行われました。

### 「ヤマボウシ」

ミズキ科，落葉高木。

別名ヤマグワとも言われ，中国，朝鮮半島，日本を原産とし，日本では本州から沖縄にかけての山地帯に生育しております。

成長すると5～10mの高さにまでなり，花の時期は5～7月と比較的観賞期間が長いのが特徴です。開花期には白やピンクの繊細な花を咲かせ，秋は真っ赤に紅葉します。

花言葉は「友情」で，教育施設として相応しい樹木として植樹いたしました。



## 理事会・評議員会が開催されました .....

5月31日(火)に東京の都道府県会館において理事会および評議員会が開催されました。

14時30分から開催された理事会では，寄附行為の定めるところにより大石理事長が議長に就き，理事長の挨拶の後，議案の審議が行われました。

審議された議案は，次のとおりです。

議案第1号 評議員の推薦

議案第2号 令和3年度学校法人自治医科大学事業の実績

議案第3号 令和3年度学校法人自治医科大学決算

議案第1号では法人職員の評議員として竹下克志氏(自治医科大学教授)，松村正巳氏(同上)，西野宏氏(同上)が推薦されました。

議案第2号および第3号については，原案どおり承認されました。

また，報告事項として，

- 1 令和3年度監査報告
- 2 令和3年度理事の利益相反取引の報告
- 3 自治医科大学学則の一部改正

の報告がなされました。

15時30分から開催された評議員会では，中島評議員(全国知事会事務総長)が互選により議長に選出され，大石理事長の挨拶ならびに永井学長，川合病院長および遠藤さいたま医療センター長からの現況報告の後，議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 理事の互選

議案第2号 理事の選出

議案第3号 令和3年度学校法人自治医科大学事業の実績

議案第4号 令和3年度学校法人自治医科大学決算

議案第1号では、評議員会互選の理事として中島正信氏(全国知事会事務総長)が互選されました。また、議案第2号では学識経験者の理事として川合謙介氏(自治医科大学附属病院長)が選出されました。議案第3号および第4号については、原案どおり承認されました。また、報告事項として、令和3年度監査報告がなされました。

## 令和5年度大学院入学試験の実施について .....

(1) 修士課程(募集人員: 10名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和4年7月19日(火) ～令和4年7月29日(金)	令和5年1月16日(月) ～令和5年1月27日(金)
試験日	令和4年8月22日(月)	令和5年2月20日(月)
合格者発表	令和4年9月26日(月)	令和5年3月17日(金)

### 【試験科目】

- ・一般選抜, 社会人特別選抜: 専門科目試験, 口頭試問および面接試験
- ・学生納付金免除者特別選抜: 共通科目試験, 専門科目試験, 口頭試問および面接試験, 人物評価面接試験

### ※学生納付金免除者特別選抜について

- ・出願時における学業成績の平均値が3.8以上の者で、世帯総収入額が一定の基準以下である場合に、学生納付金(入学科, 授業料)の納入が免除されるものです。(詳細は募集要項でご確認ください。)
- ・原則第1回試験のみの募集とし、合格者が募集人員1名に満たない場合のみ、追加募集を行うことがあります。

(2) 博士課程(募集人員: 25名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和4年7月19日(火) ～令和4年7月29日(金)	令和5年1月16日(月) ～令和5年1月27日(金)
試験日	令和4年8月22日(月)	令和5年2月20日(月)
合格者発表	令和4年9月26日(月)	令和5年3月17日(金)

【試験科目】

- ・一般選抜, 社会人特別選抜: 専門科目試験, 口頭試問および面接試験
- ・学生納付金免除者特別選抜: 共通科目試験, 専門科目試験, 口頭試問および面接試験, 人物評価面接試験

※学生納付金免除者特別選抜について

- ・出願時における学業成績の平均値が3.8以上の者で, 世帯総収入額が一定の基準以下である場合に, 学生納付金(入学料, 授業料)の納入が免除されるものです。(詳細は募集要項でご確認ください。)
- ・原則第1回試験のみの募集とし, 合格者が募集人員1名に満たない場合のみ, 追加募集を行うことがあります。

募集要項等出願書類は, 学事課(医学部教育・研究棟1階)にて無料配布しています。

また, 出願にはTOEICテスト(またはTOEIC IPテスト)の受験が必要になります。本学で実施するTOEIC IPテストについては, 医学研究科のホームページ等でご確認ください。

問い合わせ先

学事課 大学院係

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL 0285-58-7477

E-mail graduate@jichi.ac.jp

## スチューデントドクター認定証授与式ならびに BSL 学生最優秀賞（長坂賞）・BSL 学生優秀賞表彰式が挙行されました ……………

5月12日(木), 医学部教育・研究棟講堂において, スチューデントドクター認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式が厳かに挙行されました。

スチューデントドクター制度は, 臨床実習のなかで, 医学生が「スチューデントドクター」と称して, 医師を目指す医学生としての自覚, 心構え, 医療に携わる人間としての責任感や使命感を再認識させることと併せて, 社会および患者様に対し, スチューデントドクターであれば, 一定レベルの知識と技量を有していることを示すことで, その者の医療行為を大学が保証することを目的として実施するものです。

式典は, 学長から共用試験に合格した4年生124名一人ひとりに対し, スチューデントドクター認定証が授与され, 代表の笹倉聖也さん(青森県)から, これから実習に臨むにあたっての宣誓がありました。続いて, 永井学長からの式辞, 附属病院の竹下副病院長, 大海看護部長, 附属さいたま医療センターの遠藤センター長からは, 激励のお言葉をいただきました。

また, 卒業生の寄付金を基金とした「BSL学生最優秀賞(長坂賞)」には, 6年生高木爽太郎さん(福岡県), 5年生高野大河さん(栃木県)の2名, 学生のモチベーションの向上を図ることを目的に創設された「BSL学生優秀賞」には, 6年生片山健朗さん(大阪府), 小林奏美さん(北海道)の2名が選ばれ, 永井学長から賞状と副賞が授与されました。

## 各講座等における義務年限終了卒業生の令和5年度採用計画について ……………

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

つきましては, 各講座における義務年限終了卒業生の令和5年度採用計画の状況を地域医療推進課ホームページに掲載しておりますので, 必要に応じてご参照くださいますようお願い申し上げます。ホームページアドレスは次のとおりです。

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



## 『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。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](mailto:chiiki-igaku@jadecom.jp)  
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告  
各種お知らせ  
求人

## 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主催 禁煙支援・治療のWEB学習教材「J-STOPネクスト」と 完成記念セミナーのご案内

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が日本禁煙推進医師歯科医師連盟と協働して開発・普及を行っている禁煙支援・治療のための指導者トレーニングが、2022年8月20日から通年で学習できるWEB学習教材「J-STOPネクスト」に生まれ変わります。新しいコンテンツとして加熱式たばこ使用者の禁煙支援、オンライン診療や禁煙治療アプリ、新型コロナと喫煙、などが加わります。禁煙支援・治療の自己学習ツールとして、J-STOPネクストをぜひご活用ください。

このJ-STOPネクストの完成記念セミナーを、2022年8月20日に開催します。このセミナーではJ-STOPネクストの概要の紹介のほか、「禁煙支援なんでも相談」として、日常診療での禁煙支援や禁煙外来での治療において、現場での困りごとを事前に寄せていただき、当日、複数の専門家が意見を述べる形式で、困りごとの解決策について回答します。

WEB教材「J-STOPネクスト」のご利用と合わせて、セミナーへのご参加をお待ちしています。詳細は以下の資料をご参照ください。

WEB教材：<https://www.j-stop.jp/news/pdf/20211124.pdf>

セミナー：<https://www.j-stop.jp/topics/pdf/20220820.pdf>

### ● WEB学習教材「J-STOPネクスト」の特徴

- ・ これまでに9,000人が受講し有効性が確認されたeラーニングの学習内容をWEB教材として作成しています。
- ・ 禁煙支援や治療に必要な知識を学習するほか、仮想の面接や症例検討などを用いた演習により、実践に役立つ知識やスキルを学ぶことができます。
- ・ 年間を通して自分のペースで学習できます。受講料無料、申し込み不要です。
- ・ J-STOPホームページからいつでも学習を始めることができます。

J-STOPホームページ：<http://www.j-stop.jp/>（2022年8月20日開講）

### ● 完成記念セミナーのご案内

『禁煙支援の困りごと解決! スキルアップセミナー』

**日時** 8月20日(土) 13:30～16:00 オンライン開催 (Zoom)

**プログラム** 13:30～14:00 「J-STOPネクスト」のご紹介

14:00～16:00 禁煙支援なんでも相談

加熱式たばこ、オンライン診療、禁煙補助剤の欠品などを主なテーマとして、参加者から事前に寄せられた疑問や困りごとについて専門家が回答します。

### 申込方法

下記の専用フォームに必要事項と困りごとを記入してお申し込みください。

<https://forms.office.com/r/FpffdhJ6tL>



### 問い合わせ先

地域医療振興協会 西日本事務局 阪本 康子

E-mail：[yasukosaka@jadecom.jp](mailto:yasukosaka@jadecom.jp) TEL:075-353-5051

## 令和4年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、自治医科大学との密接な連携のもとに、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を開催しています。ぜひご参加ください。

公益財団法人 地域社会振興財団

### 中央研修会

当研修会は、地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々が、最新の医学知識と医療技術を習得することにより、地域住民が安心して生活することができることを目的に開催しています。

講師には、自治医科大学の教職員およびそれぞれの分野において活躍されている方々を招き、最新の医療情報の講義や技術の向上を図るための演習等を実施しています。

令和4年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ (<https://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

- 8月 健康企画・評価研修会、保健活動研修会
- 9月 看護師特定行為研修修了者スキルアップ研修会、口腔ケア研修会
- 10月 健康学習研修会、リハビリテーション研修会、災害保健研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会

※新型コロナウイルス感染拡大状況により、中止またはオンラインで開催する場合があります。

### 現地研修会

当研修会は、地方公共団体等が推進する健やかな長寿社会づくりに寄与することを目的に、地域住民の方々や地域社会において、保健・医療・福祉事業に携わる方々を対象として、保健・医療・福祉事業に関するテーマで、当該団体と当財団が共催の形をとり全国各地で開催しています。

応募要件等詳細につきましては、当財団ホームページ (<https://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

### 問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課  
 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160  
 TEL 0285-58-7436 FAX 0285-44-7839  
 E-mail [fdc@jichi.ac.jp](mailto:fdc@jichi.ac.jp) URL <https://www.zcssz.or.jp/>



募集

## 福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

### 特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

### 募集地域

福島12市町村

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

### 各種支援制度

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

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

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

### 問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

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

## 研修・入局

### 自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

#### 連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

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

## 募集

### 富山県公衆衛生医師募集

富山県では公衆衛生医師を募集しています。

富山県公衆衛生医師の業務は、県民の生命や健康を守るために、保健、医療に関する政策の立案・実行に加え、感染症の予防や発生時の対応など多岐にわたります。

専門分野や保健所での勤務経験および知見の有無は問いません。臨床現場などにおける経験を公衆衛生の分野で活かしてみませんか。熱意をもって業務を遂行していただける方を募集しています。

ご興味のある方は、お気軽にご連絡いただければ幸いです。職場見学も歓迎いたします。

#### 配属先

本庁、県内厚生センター(保健所)等

募集科目・人数：公衆衛生医師 若干名

所在地：富山県富山市新総曲輪1-7

ホームページアドレス：<https://www.pref.toyama.jp/1204/kurashi/kenkou/iryuu/kousyuuiseishi.html>

#### 問い合わせ・連絡先

〒930-8501 富山県富山市新総曲輪1-7

富山県庁医務課 担当：小川

TEL 076-444-3218 FAX 076-444-3495

E-mail yuki.ogawa@pref.toyama.lg.jp

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・診療が行われているのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知ることがしばしばありました。

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)  
準会員(変更無し)……………10,000円  
法人賛助会員(変更無し)…50,000円  
個人賛助会員(変更無し)…10,000円

### 2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)  
準会員, 法人・個人賛助会員…なし

### 3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落とし)を導入しています。  
自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

- ・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会
- ・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083  
名義:公益社団法人地域医療振興協会

## 住所が変更になったときは

---

ご転勤などによりご勤務先またはご自宅住所が変更となった場合は、「月刊地域医学」の送付先を変更させていただきま

すので、新しいご住所をご連絡ください。

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

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

## 連絡先・書類送付先

---

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



# あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

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

**担当/事務局 医療人材部**

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

**TEL:03-5210-2921**

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

豊頃町立豊頃医院

●内科 1名

診療科目：内科  
 病床数：19床（休床中）  
 職員数：5名（うち常勤医師1名）  
 所在地：〒089-5313 北海道中川郡豊頃町茂岩栄町107-17  
 連絡先：企画調査部 次長 田波  
 TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924  
 E-mail tanamit@jadecom.jp

特記事項：令和3年11月1日より指定管理者制度にて公益社団法人地域医療振興協会が運営開始。同町内にある豊頃町立大津診療所も合わせて運営予定（週1日程度）。隣接する池田町には地域医療振興協会と同じく指定管理者制度で運営している十勝いけだ地域医療センター（老健併設）あり（車で20分程度）。運営に当たっては十勝いけだ地域医療センターと連携を図りながら運営を行っている。

受付 2021.8.18



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：101名（うち常勤医師5名）  
 所在地：〒080-0334 音更町緑ヶ丘1  
 連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
 E-mail shibata.yasuko@pref.hokkaido.lg.jp

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



本別町国民健康保険病院

●内科または外科 1名

診療科目：内科、外科、整形外科、眼科、小児科、泌尿器科、脳神経外科、皮膚科、精神科  
 病床数：60床（一般、うち地域包括ケア病床管理料算定10床）  
 職員数：107名（パート含む、うち常勤医師4名、非常勤医師1.9人）  
 所在地：〒089-3306 北海道中川郡本別町西美里別6-8  
 連絡先：事務長 松本  
 TEL 0156-22-2025 FAX 0156-22-2752  
 E-mail hp.jimt@town.honbetsu.hokkaido.jp

特記事項：本別町は道東十勝地方の東北部に位置する人口約6,500人の自然豊かな町です。当院は、一般外来はもとより人工透析や町民ドックを実施しています。本別町で一緒に地域住民の暮らしの安心を支えてみませんか。  
<http://www.honbetsu-kokuho-hp.jp/>

受付 2021.10.25



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：67名（うち常勤医師5名）  
 所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110  
 連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 柴田  
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109  
 E-mail shibata.yasuko@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



北海道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します

対象：北海道内外の①医師または医学生、②薬剤師または薬学生

対象病院：募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先

北海道立病院局人材確保対策室（佐藤）  
 TEL 011-231-4111（内線25-853）  
 E-mail satou.renichi@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード（北海道立病院局ホームページ）をご参照ください。



熊本県

上天草市立上天草総合病院

●内科, 外科, 整形外科 若干名



**診療科目**：内科, 精神科, 代謝内科, 呼吸器内科, 消化器内科, 循環器内科, アレルギー科, 小児科, 外科, 整形外科, 泌尿器科, 肛門外科, 産婦人科, 眼科, 耳鼻いんこう科, リハビリテーション科, 放射線科, 麻酔科, 消化器外科, 皮膚科, 神経内科, 腎臓内科, 歯科, 歯科口腔外科

**病床数**：195床

**職員数**：360名（うち常勤医師13名）

**所在地**：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

**連絡先**：上天草市立上天草病院 事務部長 須崎  
TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546  
E-mail t.susaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

**特記事項**：上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、ほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれている自然豊かな地域です。

当院は、「信頼される地域医療」を基本理念としており、看護学校、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター等を併設し、上天草地域包括ケアの中心的な役割を担っています。

現在、地域の医療ニーズに応えるため、急性期、回復期、慢性期の医療を行っていますが、医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。何卒よろしくお願い致します。

<http://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2022.2.2

鹿児島県

出水総合医療センター 野田診療所

●内科 1名



**診療科目**：循環器科, 消化器科, 呼吸器科, 内科

**病床数**：無床

**職員数**：12名（うち常勤医師1名）

**所在地**：〒899-0501 鹿児島県出水市野田町上名6103

**連絡先**：出水総合医療センター 事務部長 福濱  
TEL 0996-67-1611 FAX 0996-67-1661  
E-mail mail1@hospital-city.izumi.kagoshima.jp

**特記事項**：野田診療所は、市町合併により出水市病院事業の出水総合医療センター野田診療所としてへき地の患者に寄り添った身近な医療を提供しています。診療は、内科系外来診療と訪問診療等を行い地域の医療を支えています。患者数が減少傾向にありますので、将来は、出水総合医療センターに籍を置き、野田診療所に派遣する形での勤務になる可能性があります。また、今回は、所長が体調の不安を感じ引退しますことから急ぎ募集することになりました。

受付 2022.1.20

## 各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

### 支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名, 教室名
2. 科・教室紹介: 約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は、苗字だけとし卒年度(〇年卒: 西暦)で統一願います。
3. 連絡先: 氏名(所属・肩書き), TEL, FAX, E-mailを記載してください。

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上, お送りください。

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

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp



## 1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

## 2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

## 3. 採否について

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

## 4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

## 5. 倫理的配慮

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

## 6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

## 7. 原稿規定

1) 原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

4) 原稿の表記：原則として日本語とする。句読点として全角の「、カンマ」、ピリオドを用いる。薬品は原則として商品名ではなく一般名とする。日本語化していない外国語、人名、地名、薬品名は原語のまま用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所の内容を明記する。年号は西暦とする。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, 二生生爾, 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著作者の権利を含む)は、公益社団法人地域医療振興協会に帰属する。
- 2) 当該協会は、当該論文等の全部または一部を、当協会ホームページ、当協会が認めたネットワーク媒体、その他の媒体において任意の言語で掲載、出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合、必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

##### 【転載・二次的利用について】

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

#### 11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

#### 12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先 :

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

#### 13. 月刊地域医学編集室

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

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

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



## 「月刊地域医学」編集委員

---

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)
	北村 聖(地域医療振興協会 顧問)
	木下順二(地域医療振興協会 常務理事)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)
	菅波祐太(揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長)
	原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)
	本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長)
	宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	山田誠史(市立恵那病院 副病院長)

(50音順, 2022.4.1現在)

---

## 編集後記

盛夏の季節がやってきました。

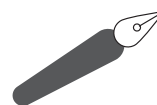
今月号の本誌には、地域医療の実践に関わる問題提起を含めた、さまざまな内容が掲載されています。

特集では、「総合診療専門医の現状と課題」というテーマで、総合診療専門医に関して、総合診療研修プログラムや、病院総合医に関する現状と課題、および医師会の立場や、大学病院の総合診療科の立場における現状と課題について、具体的な取り組みの内容が展開されています。

「離島交換日記」「研修医日記」では、執筆者の先生方から、ご自身の業務や研修の状況について、詳細な内容が発信されています。

地域医療の実践では、自分を取り巻く環境に柔軟に対応し、自分なりの楽しみを見出すことが、次の一歩につながる可能性がある、そのような印象を受けました。

石川雅彦



月刊地域医学 第36巻第8号(通巻430号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2022年8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*



9784909117625



1923047006004

ISBN978-4-909117-62-5  
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円+税10%）