

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

6

2023
Vol.37-No.6

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

岐阜県の へき地医療の現状と将来

【企画】山田隆司 地域医療振興協会 地域医療研究所長

●インタビュー

「市長となって、故郷の地域医療施策に取り組む」

都竹淳也 岐阜県 飛騨市長

会員向け



JADECOM 生涯教育 e-Learning

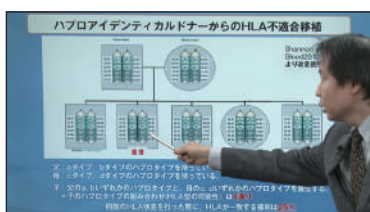
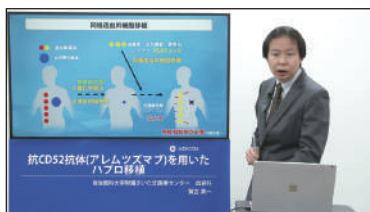
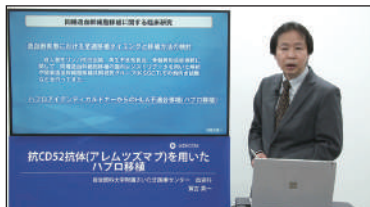
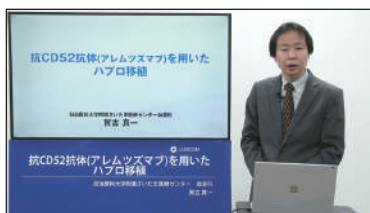
会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 真一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



「抗CD52抗体(アテムツズマブ)を用いたハプロ移植」

5月1日配信 ▶

賀古真一先生

自治医科大学附属さいたま医療センター 血液科 教授

賀古先生は東京大学医学部卒業後、21年半のほぼ全ての期間、臨床に従事。自治医科大学附属さいたま医療センターには延べ約17年勤務し、同種造血幹細胞移植に関する臨床研究をしてきました。

ここではまずさいたま医療センターの血液内科が地域で担う役割を示し、年間80件前後の造血幹細胞移植を行っている実績を紹介しています。

そして、造血幹細胞移植について、HLA不適合、ハプロアイデンティカルドナーや、アテムツズマブ(抗CD52モノクローナル抗体)の特徴についてレクチャーしています。

また、自院で行われているアテムツズマブを用いたハプロアイデンティカルドナーからのHLA不適合移植について、症例を提示して詳しく解説しています。

先生は「ハプロ移植が行われるようになり、必要な患者に適切なタイミングで移植を行うことがこれまで以上に可能となりましたが、高リスク患者の再発予防を中心に今後も治療方法の改善が必要です」と述べています。

最後に血液疾患の治療について、少しでも興味を持っていただきたいと結ばれました。

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



JADECOM

◎お問い合わせ

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

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.37—No.6(2023年)

目次

インタビュー

- 市長となって、故郷の地域医療施策に取り組む／都竹淳也 2

特集 岐阜県のへき地医療の現状と将来

- エディトリアル／山田隆司 12
- 総論 岐阜県のへき地医療／伊左次 悟 13
- 南高山地域医療センターの取り組み／川尻宏昭 18
- 県北西部地域医療センターの取り組み／後藤忠雄 24
- 揖斐郡北西部地域医療センターの取り組み／横田修一・西脇健太郎 29
- 恵那市の取り組み／細江雅彦 36
- 岐阜大学地域卒業者の現状と今後／牛越博昭 42
- 初期研修医が年間40名集まる県北部へき地病院 - 神通川プロジェクトと里山ナース／黒木嘉人 50

原著

- 組織球形壊死性リンパ節炎小児入院症例の検討／石井瑤子・山口明日香・他 56

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116回“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然防止する！
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -／石川雅彦 62

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断クイズ／林 貴菜 71

Zoom In

- 伊東市民病院 74

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 急性大動脈解離の基礎と臨床 後編 77

報告

- 中国ブロック福祉と医療を語る会 第6回 研修会報告 78

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師を目指した二つの理由／田畑亜希 80

研修医日記

- トウキョーでの総合診療研修／山路修平 82

自治医大NOW

- 自治医科大学入学式挙行／第117回 医師国家試験結果 84

お知らせ 88

求人病院紹介 96

投稿要領 102

編集後記 巻末

岐阜県 飛騨市長
都竹淳也氏



市長となって、 故郷の地域医療施策に取り組む

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

岐阜県で初めて障害児者医療に取り組む

山田隆司(聞き手) 今日には飛騨市役所に都竹淳也市長をお訪ねしました。まず、読者の皆さんに都竹市長のこれまでのご経歴を紹介していただきたいと思います。

都竹淳也 私は岐阜県古川町(現在の飛騨市)生まれ、古川町育ちで、家も市役所から280メートルのところにあります。大学は筑波大学へ進み法学を勉強しました。大学卒業後は祭りが大好きなので、どうしても古川に帰りたくて、町役場を受けようと思ったのです。ところが当時大学卒の採用がなく、県職員でも飛騨地域で勤務する場所があるということを知ったので、県職員になりました。最初は飛騨に配属されました

が、3年後には岐阜県庁の勤務になり結局故郷を離れることになりました。

県職員としていろいろな仕事をしましたが、一番長かったのは知事秘書です。知事秘書を7年やり、その後総合政策課で岐阜県の10年の総合計画を担当しました。人口減少を正面から受け止めた県政を考え、人口のメカニズムを勉強しました。人口のメカニズムは女性の妊娠、出産に関わる部分がたくさんあるため、医療関係者との接点ができました。その後も在宅医療のドクターと接する機会などもあり、医療には関心を持っていました。そうした中で、自分の次男に重度の障害があって、私は障害児の親とし

での経験をしていることもあって、公務員というのは福祉の世界をきちんとみなければ一人前になれないのではないかという思いを強く持ったのですね。そこで「福祉をやりたい。できれば障害がいい」と希望を出し、総合療育推進室に室長として配属されました。

総合療育推進室というのは地域医療推進課の中にあり、当時岐阜県が整備を計画していた岐阜県立希望が丘こども医療福祉センターと岐阜県総合医療センターの障害児病棟の2つの医療型障害児入所施設整備を担当していました。それが私が医療と本格的に関わる転機になりました。重症心身障害児や医療的ケア児、小児在宅医療については、岐阜県庁の中で本格的に扱っている部署がなく、自分の課が関わられる機会だと思いました。しかし何しろ初めての分野ですから難しいし、言葉も分かりません。そこで、いろいろ勉強しようと、県内の関係者回りを始めました。

その最初にあるドクターのところに挨拶に行ったときに、課の名前を聞き直されたのです。

「もう1回課の名前を言ってください」といわれ、「地域医療推進課です」と答えたところ、「安心しました。福祉課の方だと話が通じないので」と言われたのですね。その瞬間に福祉と医療の間には壁があるということを感じました。それなら医療面で障害を支援するという流れを作ればいい。トンネルというのは片方から掘るだけではなく両方から掘れば、早くゴールに行き着けるだろうと思いました。

調べたところ、名古屋大学に障害児(者)医療学寄附講座があったので、教授の三浦清邦先生を訪ねました。三浦先生からいろいろなことを教えていただいて、障害児に医療から関わることは、県として正面から取り組んでいくべき政策だと確信しました。6月下旬に翌年度の政策の柱立ての会議があるので、「障害児者医療という分野を新たに立てたい」と知事にプレゼンテーションしたところ、知事も了承して下さってそこから本格的に取り組むようになりました。

小児在宅医療を実現

都竹 当時、厚労省の小児在宅医療の拠点事業を全国のいくつかの県でやっていたので、1年目の後半から、長野県立こども病院からスタートして、埼玉医科大学、神奈川県立こども医療センター、あるいは広島や熊本にも見学に行きました。その一方で、県としては、障害児のショートステイ、医療型短期入所をどうやって増やすかに注力していました。特に重視したのは人材

の育成でした。

重症心身障害の看護の専門人材育成研修を企画した際には看護協会がバックアップしてくれて、翌年看護協会と一緒に事業を立ち上げ、それは今も続いています。それと併せて、岐阜大学大学院医学系研究科小児病態学講座に障がい児者医療学寄附講座を開設しました。さらに翌年には小児在宅についても取り組むようになり

ましたが、実際の現場を知らなかったため、県総合医療センターのNICUのドクターに紹介していただき県内十数軒の小児在宅の患者さんの家庭を回りました。

山田 直接行かれたのですか。

都竹 行きました。現場を回っているうちにサチュレーションの変化が読めるようになってきたり、吸引チューブを入れるタイミングなども分かるようになってきました。その頃になると、小児在宅というのは子どものときだけではなく、家庭にとっては生涯にわたることなのだというを理解しました。

山田 本当にそうですね。

都竹 県として、小児が大人になるまで関わらなくてはならないと考え、成人の在宅医療をやっていらっしゃる先生方のところを回って、小児の在宅医療への協力をお願いしました。シティ・タワー診療所の島崎亮司先生のところにも伺って、その時に山田先生とお会いすることになったのです。

山田 当時われわれが在宅医療の対象としていたのは、ほとんどが高齢者で、身体障害のある方や認知症の方、あるいは終末期の方々などで、医療的ケア児や重度身障者については全く未経験でした。そういった方々にはご家族に強い思いがあったり、ケアについて非常に精通されておられることも多く、そこに必ずしも十分な経験があるわけではない医師が関わって重責を担うということに対して躊躇していたというのが実情でした。社会としては誰かが担当すべき仕事だとは思いつつ、今われわれが取り組める時機ではないとその時は思っていたのです。

都竹 そうだったと思います。

山田 都竹さんにお会いしたときには、今伺ったようなことを立て板に水のように話されたので、

これはすごいと感じました。われわれは公益社団法人として医療確保に困った地域を担当しています。岐阜市で小児在宅を担当するということは、基本的には地域の中のへき地・離島を担当していることと何ら変わらないのではないかと感じました。困った分野があれば良質なサービスを提供するように頑張るのが自分たちのミッションであるはずだと思いました。ただ、それに十分応えられるだけの技能が当時から備わっていたかという、そうではなかったのですね。でも島崎先生は、自分が医師として一生懸命関われば、患者さんや家族の人たちにとっては不十分であったとしても、協力者として認めてもらえるのではないかと強く信じていて、非常にチャレンジングに挑んでくれました。

都竹 おっしゃる通りです。島崎先生が熱い気持ちで応じてくださって、最初のご家庭が島崎先生を信頼されて、本当にスーッと入っていかれたので、先生がおっしゃったように、気持ちが通じれば家族は必ず信頼してくれると、私なりに先がパッと明るく広がった感じをととてもよく覚えています。

山田 自分が一生懸命やったことに感謝してもらえる……島崎先生にとっても医師としての醍醐味を感じられる場面だったのではないかと思います。技術だけに頼ることなく、むしろ患者さんやご家族と接する中で信頼を得ていくという医師のプロフェッショナルリズムのようなもの、それは医学部教育の中ではなかなか学ぶことができないのですが、しかし医療にとってはコアな部分だと思います。在宅医療にはそういう力があるのではないかと思います。

都竹 本当にそう思います。地域医療に理解のあるドクターは、話をしていると共鳴するところがあります。私は揖斐の西脇健太郎先生とも親く



4年ぶりに行われた古川祭 起し太鼓の櫓に乗る都竹市長(向かって右)

させていただいていますが、やはり共鳴するものを感じます。そういった意味では、現場を理解して共感し合えるドクターと連携していくと

いうことが、この分野を変えていくと強く感じています。

市長として故郷に帰る

山田 都竹さんにお会いして、行政の担当者でこれだけ深い理解がある人なら、一緒に事業をやっていくことで、地域の人たちに貢献できるのではないかと考えました。その際、「都竹さん、ずっとこの担当をしてもらおうという訳にはいかないんですよ」と言った記憶があるのですが、都竹さんが、「県職員だから異動は当たり前にあります。事業の継続は担保するから安心してください」と答えられて、その答えにも安心しました。ところが、本当にそうってしまった。

都竹 先生とお会したのは夏ごろだったと思いますが、それから2ヵ月しないうちに急に市長選挙の話が出てきました。

山田 急でしたよね。

都竹 9月の終わりくらいに市長選挙の話が出て、はじめは真剣には捉えていなかったのですが、

だんだん本当になってきて、私自身はもともと故郷で働きたいと思っていましたので、たぶん自分の人生で最初で最後のチャンスだろうと思いました。それで腹を決めて、12月1日に岐阜県庁を退職したのです。先生がおっしゃったように、自分のやってきた事業がかなりのボリュームがあったので、後の体制のことが心配ではないかと問われましたが、実は心配していませんでした。私の下にいた担当者3人が最初から私と一緒に在宅の患者さんの家を回って、医療的ケア児の暮らしについて体感的に理解していました。また看護協会や信頼できるドクターとの関係もしっかり構築できていました。

山田 なるほど。

都竹 なので、そういう意味では安心して県庁を辞めて飛騨市に戻ってきました。

地域で医師を育てることの価値

都竹 それまで医療の仕事に関わってきた程度
の基礎知識はありましたので、ここに帰ってき
て、この超過疎地の問題というものがすぐに分
かりました。市長になるということは、市民病
院の開設者になるわけです。私が市長になった
頃、市民病院はどん底の医師不足でした。許可
病床は91床で、常勤医3人、それで救急もやっ
ていたのですよ。

山田 それは大変な状況ですね。

都竹 今は81床で、昨年度は一時期常勤医は7人
になりましたが、当初は本当に危機的な状況でし
た。しかし教育病院として地域医療研修のドク
ターを受け入れていこうという流れを院長が作
り始めていた時だったので、院長と相談して私
も一緒にいくつかの病院に頼みに行きました。
そうして院長をはじめとする先生方のご努力の
お陰で、地域医療研修の希望者は年々増え、今
年は40人です。40人ということは、病院の側か
らみると、仮に一人1ヵ月とすると40ヵ月分
です。外来をやってもらったり主治医も担って
もらうので、常勤医が3人いる換算になります。
研修医にとっては主治医として地域医療を最前
線で学べるということで、当院の売りにもなっ
ています。そこで市の行政としても研修医住宅
を作ったり、新たに医師住宅を作る計画も進め
ています。この他にも病院に繰り出す予算を増
やせるように調整したり、とにかく現場に頑
張ってもらおうとバックアップしています。

山田 自治医科大学の卒業生は岐阜県では診療所に
派遣されることも多いのですが、東北などでは
派遣先は地域の50~100床くらいの病院がほ
とんどなのですね。そういった病院は医師不足
だけでなく、コメディカルも少なく、大赤字

のところも多い。しかも救急車の受け入れも多
く何でも診なければいけない。臨床研修制度導
入時には大学医局からの医師派遣が真っ先に引
き揚げられたようなところですよ。

大学で研修している専攻医にとっては、専門
領域を決めて研修するのが主流です。ところが
地域の病院に行くと、今お話ししたような状況
で、自分は循環器内科だといっても腹痛の患者
が来たら診なければいけないし、夜間当直して
いたら怪我も診なければいけない。場合によっ
ては妊婦が受診することもあるし、当然子ども
も受診します。なので、今の専門医制度は地域
の何でも診るという医療とは相反するような状
態になってしまっています。でも先ほど都竹
さんのお話にあったように、医療的ケア児の在
宅医療で島崎先生が感じたマインドは、地域の
病院で地域の人たちに接することで同質のもの
を得ることができると思っています。実際にわれ
われの組織の初期研修医が地域医療実習で地
域の施設を経験すると、自分の故郷のように感
じたとか、また訪れたいといった感想が多く、
それ以来、往診に興味を持ったという人は珍し
くないのです。地域ではジェネラルな志向が
必要とされていますので、さらに総合診療専門
医を目指す専攻医や幅の広い診療ができる医師
を育成する場としてはうってつけです。

とはいえ、病院が大赤字だと医者がいくら一
生懸命やってもなかなか行政側から評価は
されず、山間地域の中小病院、それが日本の中
で最も大きなボリュームを占めるわけですが、
苦勞して悩んでいるところが多いのです。行政
が都竹さんのように価値を認めてくださって応
援をしてもらえると本当にありがたいですが、

学生を教えて何になるんだと無償の投資と思われがちです。

都竹 初期研修で来てくださった先生方のアラムナイを作っているのですが、年々同窓生が増えていきます。でもそのうち何人がその後飛騨市民病院に来てくれるのかということではないと思っています。そういう勘定をしていると教育病院にはなれないのですよ。ここで学んだことが、全国の地方の役に立てばいいと思っていますし、それが結果として飛騨市民病院に来たいというドクターを増やすことになると思うのです。少なくとも1ヵ月は来て貢献して下さっているわけですね。そこはしっかり受け入れてそして送り出す。そういう気持ちで院長はじめ先生方はやっておられますし、私も同じ考えです。

山田 自治医大の卒業生の中には地域の中小病院や国保の診療所を、10年、20年担当してきた人が多くいます。しかし平成の大合併などでいくつかの市町村が合併されると、市の中心部の中核病院には注力して非常に大事にされるけれど、吸収合併された側にあった地域の診療所や中小病院は整理統合されることが多いのですね。そうすると、長年地域で頑張ってきた卒業生は、言ってみれば使い捨てのような感じになってしまっていて、自治体と培ってきた信頼関係も無駄骨になってしまうことも多々あります。地域で限られた資源の中、ニーズに応じて誠意をもって対応してきた人たちには非常に優秀な先生がいるので、それがしっかり評価されるような仕組みになってほしいと思っています。今までのお話にあったように、都竹さんにはそういう観点で周辺部を見守っていただけるとわれわれとしては非常にありがたいです。

都竹 われわれ行政としては先生方のお陰で市民が

助けられていて、感謝しているということをしつかり伝えていくのが大事だと思っています。開業医の先生方も含めて、先生方には本当に感謝しています。ですから、医師会などからもいろいろな要望がありますが、基本的にほとんど全部受けています。「私の市政の最重点項目は弱い立場の人たちの支援」と言っているのですが、その分野には医療、福祉全般が入ります。そこは行政としてやるべき最優先事項のひとつだと位置付けています。

また、横のネットワーク作りというのは、これからの過疎地域の医療の中では絶対不可欠だと思っています。これからの過疎の時代、人口減少の時代においては、貴重なドクターをみんなでお互いに共有して、みんなでドクターを支えていく。これからは連携しないと、地域の医療は成り立っていかないと思うのですね。実は先日も厚生連の病院の会議に出席した際に、今後は地域医療連携推進法人を上手に使わなければいけないのではないかと発言させていただきました。その後、飛騨地域の市長、村長にも、各市村の病院、診療所も含めて、1つの組織の中で動くというような形をイメージしながら、制度的にも連携を担保していく必要があると話しています。

山田 そうですね。いろいろなやり方があると思います。私が長年赴任していた揖斐川町でも揖斐厚生病院が合併して移転することになり、その跡にわれわれが運営している診療所・老人保健施設が移転して中核的な診療所を担うことになりました。

都竹 その話を伺ってとてもいい形ができて、うらやましいと思っていたところです。

山田 そういう意味では、いろいろな連携の仕方があるのかなと思います。

医療過疎地だからこそ発信できる意見

山田 都竹さんは県政に長くおられたので、今は飛騨市長になられたとはいえ、幅広い視点に立って、岐阜県の地域医療についてもご指導いただければありがたいですね。

都竹 私は全国市長会の地域医療確保対策会議の副座長を拝命しているのですが、その流れで、今、厚労省の社会保障審議会の医療部会の委員も務めています。

山田 そうなのですか。そういう場所でぜひ発言していただきたいです。私は今、日本専門医機構の総合診療専門医検討委員会の委員になっているのですが、委員の中には領域別の専門医の学会の代表や大学の教授などが多く、そういう人たちが総合診療の枠組みを決めるような形になっています。その中で私は先ほどのお話にもあったような地域での研修を推奨する側にいるわけですが、地域研修については専攻医側に抵抗があったり、研修の質という観点から必ずしも前向きな評価がされにくいのですね。でも委員会には外郭の委員として行政や市民団体も入っていて、そういう人たちの意見で地域研修が重視される一面があります。そういう意味でも総合診療を育てていくためには、地域から、行政からの発言がとても重いと思っています。地域での研修は地域を助けることになる、あるいは医師にとっても若いうちは地域に行った方が良い、医療過疎地だからこそ学べることがあるというようなことを、大いに発言していただきたいと思います。

都竹 医療部会の昨年の会議のときに発言したことがあります。今の初期研修の地域医療研修は1ヵ月弱ですが、3ヵ月にすべきだと。そうすることによって、その期間、医師不足に悩む地

方の病院も助かるし、何と言ってもそうやってきちんと地域住民と向き合って医療をするということは、研修医にとってその後それぞれ違う専門の道に進まれたとしても、マイナスなことは絶対ないと。

山田 そうです。私もいつも同じことを言っています。

都竹 地域医療確保対策会議には医政局長なども出席するので、機会あるごとに地域医療研修を3ヵ月にしてほしいと発言しています。医療部会でも、地域の実情を知って発言できる人は少ないのですね。私のように医療過疎地にて日々苦しんでいる人間が言うと言説力が違うと思っておりますので、引き続き頑張りたいと思います。

山田 ぜひお願いします。

最後になりましたが、「月刊地域医学」の読者には義務年限でへき地や離島など厳しい地域に赴任している卒業生が多いのですが、今そういった地域で頑張っている卒業生や若い医師に対してエールをお願いします。

都竹 過疎地のドクターというのは、特に高齢者にとっては本当に自分を支えてくださっている存在なのです。しかも自分だけではなく、家族や自分の生活全体を支えてくださっています。それは現場で市民の人たちと接しているとよく分かります。だからこそ、何かあったらとにかくドクターに相談しようという雰囲気は地域ではあるのだと思います。全国各地で人口がだんだん減少して地域の維持が難しいというところも増えてきています。そういう中であっても、ドクターはそこに居てそこに住んでいる人たちを支えてくれています。それは地域住民を支え

ているけれど、地域の存続そのものも支えていることになっていると思います。高度急性期や大きな総合病院の専門医の先生ももちろんとても大事ですが、地域や人の生活を丸ごと支えることができるのは、やはり地域の診療所のドクターだと私は信じています。なので、自信と誇りを持っていただきたい。またそこでの経験を生かして、そこで得たものをいろいろな形

で発揮してほしいと思います。地域の人みんなが期待していますので、大いに頑張ってくださいというのが私の思いです。

山田 そう言っていただけると、卒業生も元気百倍だと思います。

都竹市長、お忙しい中今日はありがとうございました。

都竹淳也(つづくじゅんや)氏 プロフィール

1989年筑波大学卒業後、岐阜県庁入庁。総務部税務課、自治体国際化協会シンガポール事務所、知事公室秘書課等を経て、2013年健康福祉部地域医療推進課障がい児者医療推進室長に着任。2016年飛騨市長に就任し、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

岐阜県のへき地医療の現状と将来

企画：地域医療振興協会地域医療研究所長 山田隆司

特集

●エディトリアル

●総論 岐阜県のへき地医療

●南高山地域医療センターの取り組み

●県北西部地域医療センターの取り組み

●揖斐郡北西部地域医療センターの取り組み

●恵那市の取り組み

●岐阜大学地域卒業者の現状と今後

●初期研修医が年間40名集まる県北部へき地病院 ー神通川プロジェクトと里山ナースー

エディトリアル

地域医療振興協会地域医療研究所長 山田隆司

今回は岐阜県の特集である。岐阜県は海に面していない内陸県で、南部の濃尾平野に含まれる地域を除くと、ほとんどが河川沿いに縦長に集落が点在している。そのため隣接する地域でも山を越えての交流は乏しく、自ずと孤立する小規模の過疎地域を多く抱えているのが実情である。伊左次悟論文が示しているように自治医科大学卒業生の多くはそういった地域の小規模病院またはへき地診療所にそれぞれ単身で派遣され、これまで長期にわたってそれぞれの地域を支えてきた実績がある。

多くの卒業生は他との交流が乏しく、それぞれが24時間365日を担うという非効率な任務に耐えてきたが、近年になって自治体を跨って広域で互いに支え合い、それを組織化する取り組みがなされてきた。川尻宏昭論文では医師退職を契機に連携を進めてこられた実態と、今後も進む人口減少に対しての方向性を改めて考えさせられる内容となっている。後藤忠雄論文は広域合併を起点として医療機関同士の連携が進み、その後地域医療連携推進法人としてさらに広範囲の連携を構築してこられた地域の先進事例として示唆に富んでいる。

一方、揖斐郡北西部医療センター(横田修一・西脇健太郎論文)、恵那病院(細江雅彦論文)は地域医療振興協会が共に指定管理者制度のもと運営する施設であるが、開設後に広域合併や病院移転等の地域の医療再編が進む中で今後の地域医療計画の中心的な役割を担っており、やはり先進事例として動向が注目されている。

現在、岐阜大学では地域枠制度を活用し卒業生の県内定着に対して一定の成果を挙げているが、さらに地域医療を志す意欲的な学生が増えるよう取り組みがされており、牛越博昭論文でそういった医師育成に関わる現状が報告されている。

今月号のインタビューではそういった地域を守っておられる飛騨市の都竹淳也市長にご登場いただいたが、行政側に地域医療の理解者がいることがいかに地域医療を守る上で重要かを思い知らされた次第である。黒木嘉人論文ではそういった支援を受けながら質の高い地域研修を提供し、それが地域医療の継続に一役を担っている優れた実例として報告されている。

岐阜県に医療過疎地が多いという困難は、一方で優れた地域医療システムを多く生み出す原動力となっていると言って過言ではなかろう。これまでへき地医療に真剣に取り組んできた人材がへき地の問題だからという理由で軽んぜられることなく、むしろ広域の地域医療計画の中で中核的な役割が担えるような流れを作っていきたい。

総論 岐阜県のへき地医療

前 岐阜県へき地医療支援機構 専任担当官 伊左次 悟
県北西部地域医療センター国保白鳥病院 総合診療科・内科・地域連携室

POINT

- ① 岐阜県は広域に多くの山間へき地とへき地診療所を抱える
- ② 拠点病院とその医師派遣，代診派遣は一定確保と評価もなされている
- ③ 岐阜県へき地医療支援機構では継続教育や子育て支援等を課題に取り組んでいる
- ④ センター化をはじめ，へき地医療の質と継続性確保の取り組み事例が多くある
- ⑤ もはや1～2名の常勤医確保や自施設のみではへき地医療は成り立たないのでは

へき地医療に関わる地理

岐阜県の面積は10,621km²で全国7番目の広さを誇る。うち森林が81.2%を占め，その森林率は全国2番目となる。その広い面積の中に多くの山間へき地を抱え，それは西部，北部，東部と広範囲に分布する。例えば，岐阜県北部で多くのへき地を抱える高山市の面積(2,178km²)は香川県1県分(1,877km²)を超えるため，そうした広さや距離感の中でへき地医療を考えることとなる。冬季は豪雪となるへき地も多い。一方で，令和2年に東海北陸自動車道の全線開通があるなど交通事情は年々改善している。

へき地診療所とへき地拠点病院

県内には出張診療所を含めると47カ所のへき地診療所がある。それらは県の北部を主として

西部東部も含め広範囲に分散している。

一方でへき地拠点病院も多いのが特徴であり，令和5年4月1日現在で15病院となっている。

へき地医療の現状

へき地診療所，へき地拠点病院の関わりを主とした岐阜県のへき地医療の現状(令和2年度実績と令和3年4月1日現在の状況)を図に示す。図中の拠点病院ではない国保白鳥病院と広域のへき地診療所が相互支援を行っている県北西部地域医療ネットについては後述される(26頁)。

へき地診療所の医療設備

令和元年に平成30年度市町村立医療施設調査

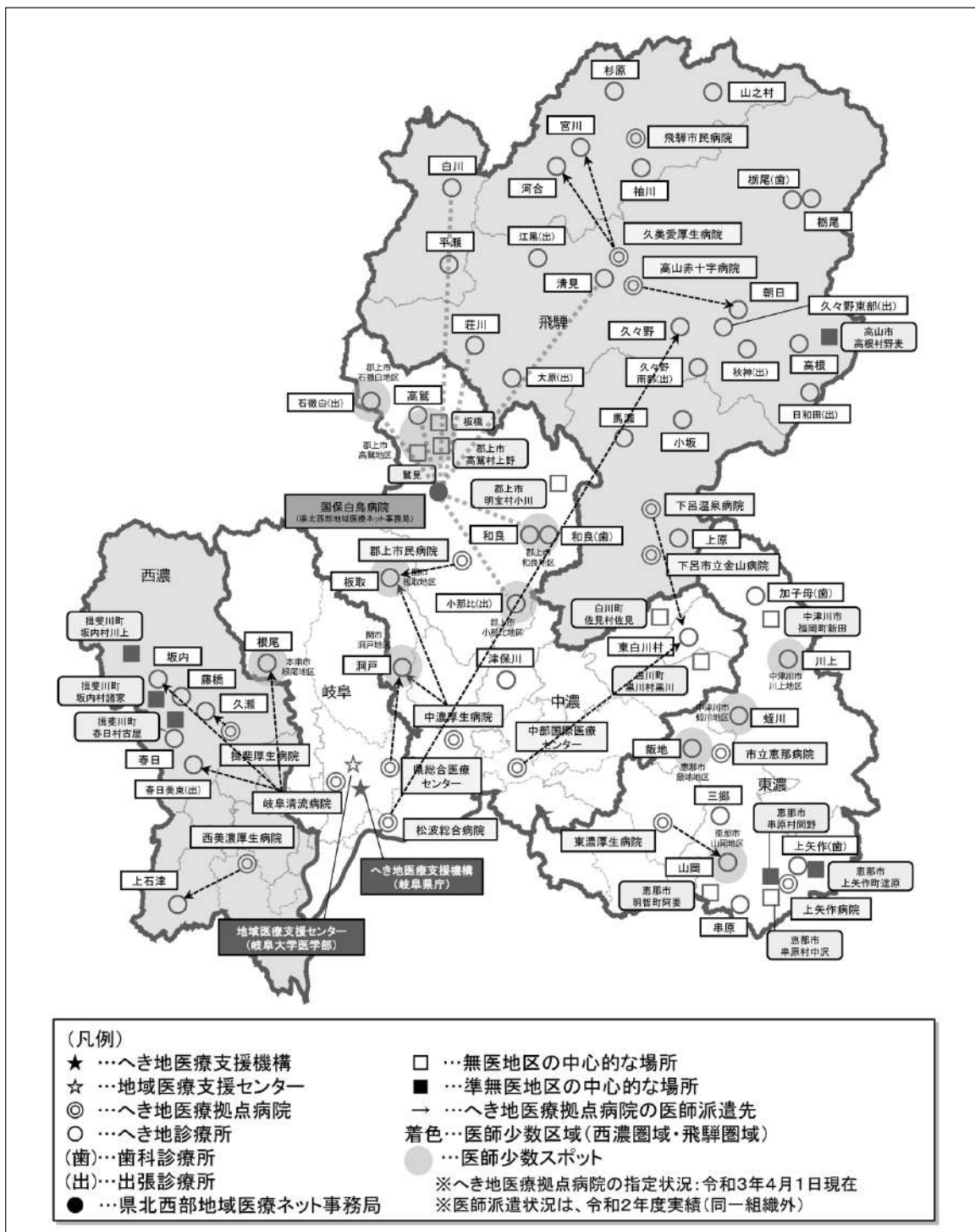


図 岐阜県へき地医療の現状
令和2年度実績と令和3年4月1日の状況から県医療福祉連携推進課で作成し公開されているもの。

より県内へき地診療所(出張診療所を除く)の医療機器の状況をへき地医療支援機構で調べた。整備されている割合は超音波診断装置86.5%、胸部X線診断装置75.7%、上部内視鏡48.6%、オージオメーター48.6%、眼底鏡33.3%、スパイロメー

ター27.0%、CT 16.2%、下部内視鏡12.1%であった。自治医科大学卒業医師を含めてへき地診療所に赴任する医師はこの現状とニーズに対応する知識と技量が求められることになる。

へき地拠点病院の役割と評価

拠点病院については「へき地の医療体制構築に係る指針」にてへき地医療拠点病院は「巡回診療，医師派遣，代診医派遣を，いずれか月1回以上あるいは年12回以上実施する」ことが示されたため，県はこれを最低限の基準にとらえている。県のへき地医療対策委員会においては各拠点病院の巡回診療，医師派遣，代診医派遣の年間の実績，次年度の計画とその評価(評価は県とへき地医療支援機構で行う)の一覧が提示される。基準に満たない場合の拠点病院取り消しも議論されており，平成30年度以降に新たに指定された拠点病院については基準に満たない場合の取り消しが明記された。

へき地拠点病院からの医師派遣，代診派遣

前述のごとく15拠点病院から基準を超える数のへき地診療所への医師派遣が行われている。また臨時の代診派遣要請をへき地医療支援機構で調整しており令和3年度41回，令和4年度24回の拠点病院からの代診派遣につなげている。近年は診療所医師の高齢化を含む健康上の事由や産育休子育てに関わる臨時の依頼が増えている。

こうした医師派遣，代診派遣について支援機構では令和2年度に複数のへき地診療所に出向き支援の質に関する聞き取り調査を行った。診療所側からみて多くの拠点病院からの医師派遣は質的に問題なく現場の支援が行われていた。一部には「診療の対応範囲」「医師の姿勢やふるまい」「代診費用」「代診医の高齢化」など課題があった。なお，診療所側から「常勤医全員が定年を超えている」「医師の定年を75歳としたが目前」「常勤医師がむしろ休暇をとらない」などが同時に聞き取られた。

自治医科大学卒業医師(義務年限中)の現状

自治医大卒業医師の義務年限中(へき地)の派遣先は診療所が通常である。一部に小病院派遣もあるが原則は1年程度の派遣となり，全員が数年は診療所赴任を経験することになる。令和4年度実績ではへき地赴任先は9診療所，3病院となっている。岐阜県卒業生では留年等はほとんどないが，近年は複数の結婚協定により派遣人数の増減がある。

自治医大卒業医師(義務年限終了後)の現状

令和5年4月1日現在で県内に勤務する岐阜県出身の卒業生は53名(67.0%)いる。また義務後も県内のへき地医療に従事している卒業生(県外出身含む)12名，へき地拠点病院で従事している卒業生(県外出身含む)24名となっている。

自治医大の学生・卒業医師への教育

県出身の自治医大医学生，卒業医師に対して一貫した教育体制を目指している。医学生に対しては正規の実習等が比較的充実しているが，県と支援機構では年2回のブロック会議時に講義やグループワークなどのセッションを行っている。初期研修医へのへき地医療教育は不足していたため，平成30年度より秋に自治医科大学受け入れ市町村会総会に合わせて半日の研修会を開始した。これは研修病院の了承の下で県出身自治医大卒初期研修医を全員集め，初期研修の振り返りやショートレクチャーなどへき地赴任への準備教育としている。併せて春にオンラインで専任担当官が各研修医と振り返りを行っている。多忙な研修医へのへき地赴任の準備教育のさらなる充実は課題である。卒後3年目以降のへき地赴任後の教育も欠かせなくなっている。へき地赴任後は週1回の実務研修(受

け入れ市町村がへき地医療の実務のための研修機会を確保するもの)はあるが、実際は専門医制度の関連もあり自分の志望科の研修のみとなっている。この打開には初期臨床研修時の技術を含むへき地への準備教育の充実や、後述されるセンター化による複数の医師でへき地医療を担う仕組みの中での教育体制が鍵となる。

岐阜大学地域卒学生と卒業医師との関わり

支援機構の地域卒との関わりは、岐阜大学におけるコンソーシアムミーティングへの参加、また岐阜大学夏季実習のへき地を含む実習先の調整などにとどまる。前述のごとくへき地診療所の多い当県において、地域卒卒業医師がその手前の地方中小病院を担っていただけることが理想であるが、現実には県内に医師をとどめる役割までが制度の限界である。なお平成31年度入試から新たに地域卒の中に市町村も一部負担をする地域医療コースが開始された。これは初期研修を出身圏域で、その後の7年間のうち4年間を出身圏域(2年以上を出身市町村)で勤務する契約であり、その成果が今後期待される。

産育休子育て支援

産育休子育て支援と義務年限の平等性との両立は課題で、結婚協定の増加に伴い他県の特例扱いなどの影響も状況を複雑にする。個別の配慮だけでは卒業生間の軋轢を生む可能性もあり、卒業生と、さらに受け入れ市町村を含めて全体でオープンな仕組みとして取り組む必要がある。

義務年限と産育休に関わる制度の説明は常時求められ、自治医科大学の発行するJPASSも分かりやすいが、当県の実状と経験を踏まえたパンフレット作成を目指している。また令和3年度には受け入れ市町村に「産育休対応を含めた計画や取り組み」「医師が産育休になった場合の備え」「託児、病児保育、保育園の状況」「時間外勤務の現状」「その他育児支援の配慮」の調査

を行った。特に保育サービス等の設置状況は必要に応じて卒業生に提示している。その他、年度途中の産休に対する代診派遣調整も経験し、令和5年度は男性育休取得の対応を予定している。今後もさらなる議論や取り組みが求められる。

令和元年度に「へき地医療を支える女性医師の会」を支援機構事業で立ち上げ、おおむね自主的な運営の下に継続している。令和4年度は鳥取県との合同開催で先輩医師の講演やグループディスカッションと交流が行われた。医学生も多く参加しているのが当県の会の特徴である。今後は岐阜大学地域卒における同活動との情報共有や連携を予定している。

センター化

拠点病院とその医師派遣、代診派遣が充実しているとはいえ、それらはへき地医療を主として支えるものではなく、やはり常勤の医師の役割こそが大きい。一方で個別の医師の努力だけでは負担も大きく、質の保証や継続性の確保も困難である。

医師側の生活の質と負担の軽減、研修機会の確保、また継続した家庭医機能の提供を目指して平成10年に(旧)4ヵ村による揖斐郡北西部地域医療センターが立ち上がり、包括ケアから地域医療教育まで取り組みを始めたこと¹⁾が、おそらく県内へき地医療に関わる最初のセンター化の事例となる。その後、郡上市地域医療センター(現 県北西部地域医療センター)、南高山地域医療センターが立ち上がっている。またそれら以外にも現場に応じてさまざまな継続性確保の取り組みがなされている。詳しくは本特集の各論でそれぞれ紹介される。

一方で本特集に挙がらない単独のままのへき地診療所等もまだまだ多くあり、それらの施設や抱える市町村および県も含めた取り組みを進めていくことは今後必須である。

自身のへき地勤務と専任担当官の経験を踏まえて

自身は義務年限で卒後3年目に白川村国保白川診療所に赴任して10年間医師1人体制で従事した。白川村11年目から県北西部地域医療センターに加わり、1年後に基幹の白鳥病院に異動して7年が経つ。医師1人体制では「休暇や代診確保が困難」「24時間365日の確実的確な対応は不可能」「1人で医療を標準化できない」「次第に維持継続・保守的な発想になる」「自分の枠の中だけでの問題解決になる」と分かったとともに「誰も後任をやりたがらなくなる」「明るく前向きにうまく交代できない」ことを経験した。また平成30年4月から県へき地医療支援機構の

専任担当官としてさまざまなへき地医療の現状を知り、卒業生を主とした各種の課題の支援や解決に5年間取り組んだ。

もはや医師1～2名の常勤が確保されれば良いという考えや自施設のみでの検討では、へき地医療は質も継続性も成り立たないのではと考える。本特集で提示される岐阜県のへき地医療の取り組みと今後のさらなる発展は、へき地医療を支える全国のモデルとなりうるものであろう。

参考文献

- 1) 山田隆司:広域圏での地域医療の展開, 吉新通康, 折茂賢一郎. 現代地域医療のパラダイム, 岐阜, 株式会社みらい, 1999, 245-252.

南高山地域医療センターの取り組み

南高山地域医療センター 川尻宏昭

POINT

- ① 人口減少地区の医療提供体制の維持には、共同体化が一つの解決策になりうる
- ② 共同体化の成功には、組織の再編とともに「目指す姿の共有」と「よき医療人の確保と育成」が大きな鍵である
- ③ 「医療における教育」の力を信じ、その活用に積極的に取り組んでいくことが、質の高い医療を継続的で安定的に提供するために必要である
- ④ これからのへき地医療の実践は、「地域の看取り」という課題にどう向き合うか？ということが、私たちに与えられた命題である

特集

はじめに

南高山地域とは、平成の大合併[2005(平成17)年]にて、1市2町6村が合併し日本一広い市域(東京都とほぼ同じ面積)を有する市となった岐阜県高山市の南東部の地域を指しており、旧久々野町、旧朝日村、旧高根村の1町2村を合わせた地域(図1)である。旧町村には、それぞれ、国保診療所が一つずつ開設(久々野診療所、朝日診療所、高根診療所)されており、合併後もそれぞれの診療所運営を高山市が行ってきた。しかしながら、「ある理由」から、2014(平成26)年度以降「南高山地域医療センター」として「より広い地域の安定的な医療提供体制の維持」を目指し、3診療所の共同体化を進めることとなった。本稿では、私たちがこれまで約10

年間取り組んできた「南高山地域医療センター」について紹介をさせていただきたい。

なぜ「南高山地域医療センター」なのか？

「南高山地域医療センター」として、3診療所の共同体化を進めた「ある理由」とは何だったのか？それは、「高根診療所の医師の退職に伴う同地区の医師不在」である。

高根診療所のある旧高根村(現:高根地区)は、合併当時に、すでに人口1,000人以下となっていた少子高齢化の進んだ人口減少地区であり、かつ、市の中心部から最も離れている地区であった。かつては、自治医科大学卒業の県派遣医師が同地区に住み、診療所の診療を担ってくれて



図1 高山市国保診療所と南高山地域医療センター
 ・市の直営事業で、平成17年の合併時に各町村から移管
 ・現在6診療所（+6出張診療所）で、各診療所とも医師1名の無床診療所
 ・久々野・朝日・高根の3診療所は、「南高山地域医療センター」として共同・協働体制で運営

いた。その後、2007(平成19)年には、市職員として医師が採用され、2012(平成24)年まで献身的に高根地区の医療を支えてくれており、住民からの信頼も集めていた。しかしながら、2012(平成24)年にその医師が退職することとなった。高山市は、後任の医師探しに奔走し、県に再度の派遣も依頼したが、すでに、同地区の人口は「500人以下」となっており、「診療所の維持の必要性」という点からもさまざまな意見があり、医師の確保が難しい状況となった。この状況を受けて、高山市は、「人口減少が著しい高根地区に、本当に診療所が必要なのか?」という根本的な問題に向き合いつつ、当面の対応として「近隣の医療機関からの非常勤医師の派遣」を依頼し、「週3日の診療開設」を継続させつつ、その根本的な解決策を協議することとなった。

解決策を検討する上で、最も問題となったのは「へき地における唯一の医療機関である診療所が、一診療所一医師の体制で運営されている場合、医師が不在となれば、すぐさま同地区における診療は100から0になってしまう」という状況への対応であった。

このような状況の中で、市としては、「住民が暮らす限り、医療の提供体制を維持することが

必要である」という基本的な方向性を確認するとともに、「今後、国保診療所が開設されている市内の他の地区でも同様の状況が起こる可能性がある」ことや「医療体制の維持は、地域の維持そのものに影響する可能性がある」(図2)ということを踏まえて、高根診療所の維持を目指し、「隣接する2地区(朝日、久々野)の国保診療所との協働体制(共同体化)」を構築することで、「施設の統合ということではなく、3診療所の機能的一体化」を図り「人口減少地区での安定的医療提供体制」を確立していく取り組み=南高山地域医療センター構想(図3)を計画し、その実現に向けて動き出した。

筆者は、当時、名古屋にある国立病院機構にて総合内科医として勤務していたが、もともと生まれが高山市であったこともあり、縁あって本構想の実現に関わることとなった。赴任1年前の2013(平成25)年より、高山市の地域医療アドバイザーとして委嘱を受け、2014(平成26)年に高山市に赴任、現在までこの構想の実現に、市の医療行政を担う市職員として、また、現場の診療所にて診療を行う現場の医師として参加している。

■高根地区における医療確保の問題

高根地区の特徴：さらなる少子高齢化と人口減が見込まれ、かつ市中心部からのアクセスが悪い

- ①地域の維持そのものが課題
- ②診療所を単独で運営維持することが難しい
- ☑医療を担う人材（特に地域密着の）の確保が難しい（医師，看護師，事務職等）
- ☑医療経営上の課題⇒常に赤字経営⇒施設維持や整備の課題

■診療所は必要か？という議論

- ☑同地区の医療を維持することが、地域を維持することへ
Ex)学校の統合・廃校の影響
- ☑単独での維持⇒共同体化・広域化での維持へ
- ☑今後、他支所地域でも同様の状態が予測される

図2 南高山地域においてセンター化＝共同体化・広域化を進めた理由

平成17年	市町村合併に伴い、運営が高根村から高山市へ移管。
平成19年	自治医大派遣医師に代わり、市職員として常勤医師就任。
平成24年3月	<u>常勤医師退職、後任医師見つからず、</u>
平成24年4月	緊急対応として、高山市国保診療所と周辺基幹病院・医師会の協力により、週3日外来診療開設。
平成24年7月	「（仮称）南高山地域医療センター構想」が市内部にて協議
平成25年9月	平成26年度から <u>久々野・朝日地域とともに、南高山地域として広域での医療を行うことを市として決定。</u>
平成26年4月	常勤医師1名を確保し、常勤医師3名体制となり、 <u>「南高山地域医療センター」としての3地区診療所の連携運営体制＝共同体化・広域化を開始。</u>

図3 高根診療所の医師不在とセンター化

3本の柱で南高山地域の医療を守っていく。

- ① 地域に則したきめ細かい医療の提供
- ② 継続性のある安定した医療の提供
- ③ 次世代の医療人の育成⇒確保

センター化＝
医師・看護師・事務職が3地域を行き来し（共同体化）、
3地域全体で医療を幅広く展開（広域化）することで、
上記3本の柱を実現してゆくこと

施設の統廃合ありきではなく、組織面の再構築で既存施設を運営

図4 南高山地域医療センターとは？

「南高山地域医療センター」(図4)のこれまで

「南高山地域医療センター」とは、何を指し、

何を実現するのか？ 私たちは、「本構想の基本的な考え方」について、これまで幾度となく確認をしてきた。

本構想の全体像として、その目的は「人口減

- 常勤医師3名は、週1回カンファレンスで互いの地域の情報を共有⇒24時間365日の対応を可能にする
- **電子カルテの導入による業務の統一化と情報の共有化**
- 3診療所スタッフでの月1回カンファレンスに、**行政職（市医療課職員）も交えて情報共有**
⇒現在の課題や今後のセンターのあり方についての議論も
- 看護職の勤務協力体制を構築で、看護師の外部研修を可能に
⇒**特定行為研修修了看護師や地域ケアスキル等の研修修了看護師の誕生**
- 事務職の協力体制で働きやすい職場の実現へ
- 医学生、研修医、総合診療専攻医を受け入れ、次世代の医療人の育成を行う
⇒**今年度から「看護学生」の受け入れも開始（看護実習指導者の養成も）**

目指せIPEのよきフィールド！

- 地域住民との交流を通して理解を得るために
「南高山の医療を考える会」を開催

≪これまでの研修医・医学生受け入れ提携先≫
高山赤十字病院，JA岐阜厚生連久美愛病院，岐阜県総合医療センター，大垣市民病院，岐阜市民病院，東海中央病院，名古屋医療センター，名古屋第二赤十字病院，自治医科大学，岐阜大学，徳島大学，北里大学など

図5 これまでの取り組み

少地区における診療所の維持＝医療提供体制の維持」であり、それをどう実現するのか？という方法論として、「隣接する診療所間の機能的一体化＝共同体化」を図ることで「より広い地域の一次医療を守る」というものである。一方で、この全体像は、その具体性においてなかなか理解しにくいものであり、かつ、本構想で協力体制を構築することになった3診療所は、もともと、それぞれの運営方針や考え方のもとで診療を継続しており、その目指すところにそれぞれの思いがあり、3診療所としてこの構想を共有することは簡単なことではなかった。

そこで、センター化の3本の柱として、「地域に即したきめ細かい医療の提供」「継続性のある安定した医療の提供」「次世代の医療人の育成と確保」を示し、まずは、職員間での理解を深めることを目指した。そして、この柱の実現を目指し、医師・看護師・医療事務職が、従来の一診療所に固定して勤務するという形ではなく、3診療所を行き来する形の勤務体制を進めることとした。また、医師の定期的なカンファレンス(週1回)、3診療所スタッフおよび市行政職員による月1回のミーティングの実施、電子カルテの導入による業務の統一化と患者情報の共

有などを行うとともに、人材の育成として、医師や看護師および事務職の研修機会の確保や医学生、研修医、看護学生の実習受け入れ体制を整備し、その受け入れを実施してきた。このような取り組みの結果、人材育成という点では、年間20名以上の医学生や研修医の受け入れとともに、岐阜大学の総合内科から、総合診療専門医取得を目指す専攻医の受け入れが実現。また、診療所看護師では、看護実習の指導者資格を取得者や特定行為研修修了者が生まれ、現場における医師との業務においてタスクシフトができるようになり、また、2023(令和5)年春には、看護学修士を取得した看護師も生まれ、働きながらキャリアアップを図ることができる環境の整備も進んできた。このような取り組みを継続したことで、「3診療所は一つのグループであり、常にお互いに協力支援できる体制である」という認識が職員間に生まれはじめ、また、「地域からのニーズに応えるために、次世代を育てることが必要で、そのためには、医療に関わるプロフェッショナルとして、職員一人一人が自身の能力向上を常に目指すことが必要である」という考え方や価値観が少しずつ醸成されてきたのではないかと感じている。さらには、この

- ☑出張診療所：現在の機能を維持。診療日は地区の状況等を考慮。
⇒今後、市全体として、出張診療所のあり方を検討
(移動診療車、オンライン診療の併用なども視野)
- ☑地域拠点診療所（朝日・高根診療所）
・各地域における地域包括ケアシステムの確立維持を目指し、地域の保健医療福祉（プライマリ・ケア）の拠点としての役割を果たす。
- ☑センター拠点診療所（久々野診療所建て替え後）
・「地域拠点診療所」の持つ役割及び機能に加えて、以下の機能を有するものとする。
 - ①地域拠点及び出張診療所をサポートする機能
 - ②災害時の拠点診療所としての機能
 - ③センター拠点のみが有する検査機器等の設備
 - ④リハビリテーション機能
 - ⑤救急医療体制（大野分署）との連携
 - ⑥人材育成の拠点としての整備（医療系学生、研修生、生涯教育等）

図6 南高山地域医療センター施設群

体制の変化が地域の皆さんに対する一方的な押し付けにならないように、「南高山の医療を考える会」を企画し、診療所スタッフが行う寸劇を交えて、この地域の医療についての情報提供や私たちの提案をお伝えし、その後、いろいろと意見交換を行った。このような住民へのアプローチは、それなりに労力を有することではあるが、お互いの事情を知り、地域全体でこの地域の医療をどうしていくべきか？と考える良い機会になったと感じている(図5)。

「南高山地域医療センター」 －10年の振り返りと今後－

ここまで、南高山地域の「診療所の医師不在」に端を発する医療提供体制の見直しを迫られた高山市行政と私たち現場医療人の取り組みについて、述べさせていただいた。

10年間の取り組みに対する私個人の評価としては、3診療所の共同体化と広域化は、安定的で質の高い一次医療の提供とその維持、また、住民が安心して生活できる地域の維持に、一定の貢献ができているとらえている。一方で、さまざまな課題があるということも認識している。

南高山地域医療センター3診療所のうち、久々野診療所および高根診療所は、施設の老朽

化もあり、現在、その移転建設事業が始まり、2025(令和7)年度にはいずれの新診療所でも診療開始が予定されている。それに伴い、3つの診療所の施設としての協体制についても、見直しを図る予定である。3つの診療所の中で、久々野診療所を南高山地域医療センター拠点診療所と位置づけ、昨今、当地でも発生している災害時を想定した設備や装備、他2診療所に対して人的なバックアップができるような人員配置、人材育成の拠点としての設備、IT技術を利用した診療体制も可能とするような設備等、これまでのへき地および地域の診療所という機能を維持しつつ、センター化の中での拠点としての役割を果たすことができる体制を新診療所建設とともに確立したいと考えている。

また、高根診療所は、人口減少が著しい地区ではあるが、市役所の高根支所の建て替えと同時に、診療所が支所と一体化し、地域の方、特に高齢者にも利用しやすく、行政との協力関係もより一層深められるようにしていくことを考えている。

一方で、久々野地区にある2つの出張診療所は、廃止として、新しい診療所へのアクセスの向上などを、行政や地域と相談し、質の高い医療を受けていただけるような体制をとることとしている。すでに、住民の方への説明会も該当地区で何回か開催し、新診療所の機能とともに、出

張診療所の廃止について了解を得ている(図6)。

このような動きは、これまで私たちが行ってきたことを、「建物」を作ること、より具現化し、住民の方に分かりやすい形でお伝えする機会であるにとらえている。

一方で、建物や組織の体制整備を行えば行うほど、私たち現場にとっては、職員一人一人の資質の向上がこの構想の実現に最も重要であると認識するようになった。職員一人一人が、「センター化が目指す方向やその意味を理解し、かつ、それを職員間で共有すること」、「それぞれの職種が医療を担う人材としての能力の向上を常に目指すこと」、そして「医療に関わる者として、お互いを思いやり、人に共感することができること」。このような「スタッフの確保と育成」が最もこの取り組みを成功させる上で大切なことではないかと強く感じるようになっていく。

今後、私たちが、継続的に取り組むべきことは、「よき人材を育てるために、人材育成や自己研鑽に理解があり、個人の取り組みに協力・支援できる職場を作ること」であると考えており、そのためには「医療における教育」という考え方や手法を、私たちの現場に積極的に導入し、それを生かしていく必要があると考えている。

最後に 「地域が消える？ なくなる？」

私たちのこれまでの取り組みは、「人が住み続ける限り、そこに医療は必要である」という考えのもとに進めてきたという背景がある。

一方で、今、私たちの目の前に起こっている現実には、「地域に人が住まなくなってきた」というものである。

同県で私たちの取り組みのモデルとなっている「県北西部地域医療センター」のセンター長である後藤忠雄先生からは、「地域の看取りが現実的になってきており、私たちへき地医療を担う医療人として、この現実とどう向きあっていくべきか？」という大きな課題を問われたことがある。

ある。

この課題は、私たちがこれから常に考え続けなければいけない、向き合わなければいけないものであると認識している。

へき地医療の定義の前提には、そこに「医療を必要としている人がいる」ということがあるのだとすれば、「人がいなくなれば、医療は必要ない」ということになる。

一方で、「学校がなくなったから、お店がなくなったから、この地区にはもう住めない」と言っていて、地区を出ていく人たちがいることも現実である。

10年前に、高根診療所に赴任した時には、「あと10年したら、この診療所はなくなっているかもしれない。そうせざるを得なくなっているかもしれない」と漠然と感じていたが、今、10年が経過し、診療所は継続し、かつ、新しい診療所の建設も進んでいる。地区を、地域を、維持するためには、医療のみならず、保健、介護、福祉と連動して動く地域の拠点の一つとしての診療所が存在し続ける必要もあるのではないかとこの考えが、今自らの中にはある。「人口が減少すれば、必然的に診療所は廃止に向かう」という考え方と「診療所がなくなることで地域が維持できなくなるかもしれない＝地域がなくなる(地域の看取り)」という2つの考えは、どちらも間違いではないのかもしれない。私たちの「南高山地域医療センター構想」の取り組みは、これから、この2つの相対する考えのはざままで、「理想を忘れずに、現実と向き合っていくこと」が求められていると感じている。10年後の未来がどうなっているのか？ 個人的には大変興味を抱いている。

参考文献

- 1) 川尻宏昭:人口減少地域の医療体制を維持するために -システムの構築と、それを担う人材の大切さ-. 公衆衛生 2018; 82(7): 565-569.
- 2) 川尻宏昭:人口減少地区のへき地診療所における医師としての学び. 全国国民健康保険診療施設協議会「地域医療」2019; 56(2): 172-175.
- 3) 川尻宏昭:南高山地域医療センター構想10年目を迎えて～これまでとこれから～. 第38回岐阜県地域医療研究会発表スライド, 2022.

県北西部地域医療センターの取り組み

地域医療連携推進法人県北西部地域医療ネット 代表理事 後藤忠雄
県北西部地域医療センター・同センター国保白鳥病院 院長

POINT

- ① 少子高齢化・人口減少や医療そのものの進歩により地域医療，特にへき地医療を取り巻く環境は大きく変化している
- ② 従来の地域医療・へき地医療モデルだけではこうした時代に対する適用は容易ではなく，我々は一つの方法として基礎自治体枠を超えた広域ネットワークによる地域医療・へき地医療展開を行っている
- ③ さらなる社会情勢の変化が予測される中で，こうした仕組みをいかに継続していくかが今後の課題である

特集

はじめに

岐阜県は平野部が少なく，いわゆる中山間地域に週数回開設の診療所や出張診療も含めて多くのへき地診療所が設置されており，その大部分が一人診療所，さらに半数以上が義務年限内外の自治医科大学卒業生あるいは地域医療振興協会関連医師がその運営に携わっている。しかし，こうした派遣医師個人の努力で運営を継続していく限界や少子高齢化・人口減少に代表されるさまざまな社会的背景の中で，へき地を含めた地域医療を支えることが必要な中山間地域の小病院や診療所の医療体制を維持継続していくには，どういったモデルが適しているかは常に検討していかなければならない。その一つの方法として我々は複数医療機関のネットワーク化，それも広域的ネットワーク化が必要であると考え取り組みを行っているのでその現状と今

後の展望を報告する。

医療を取り巻く現状

地域医療を歴史的に俯瞰すると，地域，特に中山間地域のいわゆるへき地に位置する自治体においては医療を確保することが地域の安心・安全のみならず政治的な意味においても大きな命題であった。こうした地域を支える医師を確保すること，あるいは先達の先生方がおられてもそのあとを承継する医師を確保することは必ずしも容易ではなく，自治医大卒業生を中心としてその点をカバーしてきたことは大きな社会貢献であったと思われる。人口増加時代には，医療施設を整備し常勤医を確保，さらには医療施設と保健福祉介護関係施設の併設・連携あるいは一体化を展開する横軸と，医療のコモディティー化つまり大学病院あるいは大病院で行わ

れている高度専門医療を地域にも導入し、それに付随した医師の異動によって地方においても専門医療を提供するといった総合病院化を展開する縦軸からなる象限のいずれかの位置において自治体内での地域医療が展開されてきた。へき地医療においてはその大部分が前者のパターン、つまり診療所に介護福祉施設の併設あるいは保健センターの併設といったハードの整備が行われ、こうした状況下で医療に限定せず幅広く保健福祉にも対応する自治医大卒業の諸先輩方はへき地医療の質の向上に大きく貢献してきたと言える。一方、後者のパターンに近い「小さな町の大きな病院」という組織形態もないわけではなく、人口増加時代であればこそ可能であったともいえるかもしれない。その後、いわゆる人口減への変曲点を迎え、自治体の広域合併が推進され、合併前自治体おのおのが持っていた地域医療・へき地医療の独自性が薄まるとともに、合併周辺地域の特にへき地医療は量的にも質的にも縮小方向へ検討されることも多く見られた。さらに少子高齢化・人口減少が顕著化し、医師のみならずさまざまな医療介護福祉専門職の不足、診療圏域内人口減に伴う医療需要の縮小とそれによる経営悪化、投資が容易ではなく限られた地域資源の下で運営せざるを得ないなど地域医療、特に中山間地域のへき地医療は大きな影響を受けている。加えて新医師臨床研修制度や新専門医制度など、医師のキャリア形成プロセスの変化や、医療のさらなる高度専門化によって機器、技術、人材などを地域に持ち込むというコモディティ化戦略による地域医療の確保は困難となり、都市部大病院に医師が集中せざるを得ない状況を作り出している。さらには「地域医療構想」「働き方改革」「医師偏在対策」の推進などといった医療政策の影響も必ずしも小さなものではない。

こうした中、若手医師の中山間地域での地域医療参画を期待したいが、その多くは自治医大出身者等による義務内短期循環型赴任によるものであり、必ずしも長期赴任につながっていない。一人診療所を運営していく上でのさまざまな不安、キャリア形成に対する不安、短期循

環型赴任のもとでの地域に適した保健医療福祉システム、いわゆる地域包括ケアシステムの構築の困難さなど課題は多い。複数医師配置が期待できる小規模病院であったとしても、少数人数医師であり専門医としての活動の場として魅力がなかったり、地域医療の最前線において多様な医療ニーズに対応しなければならなかったり、働き方改革への対応が必要であったりと診療所同様課題が多い。

合併:国保和良病院から 郡上市地域医療センターへ

人口減少という流れの中で、2004年の郡上郡7町村の対等合併による郡上市誕生を契機に病院長を務めていた国保和良病院を国保和良診療所とし、次いで合併に伴う諸課題と医師不足への対応のため、合併周辺地域の地域医療を継続するために複数の診療所をネットワーク化し複数の総合診療医で支える仕組みとして、市内公的診療所のネットワーク組織である郡上市地域医療センターを設置した。人口2,000人程度の和良村には国保病院から診療所に転換した国保診療所と併設する介護老人保健施設、保健福祉歯科総合施設(保健センター)が村内唯一の保健医療福祉介護関係施設であったが、合併により合併市人口は約49,000人となり、市内には2つの公立病院と精神科1病院を含む民間3病院、20を超える診療所があることとなり、このうちへき地医療機関である和良診療所、高鷲診療所、小那比診療所と和良歯科診療所、和良介護老人保健施設でセンターを構成し、これに加え市内公的病院から医師派遣をしていた小川出張診療、および石徹白診療所もこれら公的病院支援を介してセンター医師が診療を行い、郡上市内にある全ての公立へき地診療所を管理運営あるいは運営補助する体制とした。

自治体合併は、財政、広大な市域と低人口密度、あるいは旧市町村間の平均化の困難性といった合併に伴う課題を生じさせ、ちょうどそのころ新医師研修制度の導入により顕著化した医師不足は、中小病院の状況がクローズアップ

されその対応が重要視されるといったこと、あるいは再編という名目によって地域の中核医療機関だけに人員・機能を集中させ周辺部の医療機能を弱体化させるといったことによりへき地医療の優先性の低下を生じさせ、加えてへき地医療の専門性の軽視などによって、へき地医療が量的にも質的にも縮小の方向で検討されることが、全国各地で多かれ少なかれ生じ、当時の郡上市においてもその対応が検討された。一方、こうしたへき地医療を取り巻く環境変化は、システムとしてへき地医療を支える方向への転換を検討したり、ともすると医療供給側に主導権があった医療政策を、住民とともに考える方向への転換に取り組むことが可能となったり、地域で医師をはじめ医療従事者を育てる方向への転換を図ることができたりするチャンスとしてとらえることもできないわけではない。へき地医療を支えるモデルとしては従来、中核病院に医師を集め、へき地に定期的に派遣するというモデルが主流で、臓器専門医療に対するニーズの高い中核病院においては、現在の医師の大部分がそうである医療が専門分化した中で教育を受けているいわゆる臓器専門医にはマッチしやすいこととなるが、臓器にとらわれないさまざまなより一般的な疾病を保健福祉介護も含めて支えるいわゆる総合医療・包括医療に対するニーズが高いへき地においては必ずしも、そのニーズに応えられない可能性がある。これに対して、中核病院には臓器専門医を配し、へき地の複数の診療所を複数の地域医療を専門とする総合医によって支えるというモデルを考えると、それぞれの医療機関の役割が明確化されるとともに、次代を担う若手医師たちにも理解しやすいシステムになると考え、郡上市においては後者のモデルに基づいてへき地医療機関を総括して管理運営する郡上市地域医療センターを設置したわけである。郡上市地域医療センターは、市内の他の病院群に対する診療所群としての役割として外来診療、一次医療、在宅医療をより重視し、特に医療過疎地域の支援を行うとともに、保健福祉事業として、特定健診、特定高齢者把握も含めた介護保険事業の支援、老人

保健施設の運営、研修医や医学生・看護学生に対する教育への関与や、住民と地域医療を考えるために郡上市で行われた「郡上の地域医療を考える市民フォーラム」の運営支援、また自治会公民館といったより地域住民の身近なところで住民とへき地医療を考え意見交換を行う地域医療懇話会の実施なども積極的に行ってきた。

一方で、その診療圏人口の減少が急速に進むへき地において、医師のバッファ機能を持つために少なくとも診療所数よりも多い医師を配置して運営する診療所のみで構成されるセンターの中長期的継続は財政的課題や費用対効果を考慮すると困難であるという課題もあり、この対処も検討する必要が生まれてきた。

さらなる少子高齢化・人口減少： 郡上市地域医療センターから 県北西部地域医療センターへ

合併後は、さらに一段階ギアが上がって人口減少が進み、郡上市においても年平均約500人の人口減少があるとともに、当市のような地方都市ではすでに高齢者人口ですら増減均衡の平衡状態から減少方向へ、市内周辺地域ですでに減少に転じ、それ以上に若年人口減が大きいため高齢化率は増加するといった状況となり、現在もこの傾向は続いている。こうした右肩下がりの時代に突入しているにもかかわらず医療体制は右肩上がりの時代のままの仕組みを引きずっており、これに加えて医師不足やメディカルスタッフ不足が加わって、先述した診療所運営のみならず病院ですらどういった役割を果たし、どう存在継続していくかが大きな課題となっていた。加えて市内の公立病院の一つである国保白鳥病院においては、院長定年退職に伴う後任不在やそもそも存続をどうするかといった課題もあった。目を転じて周辺自治体を見ると、岐阜県は自治医大卒業生の1人診療所赴任も多くの赴任卒業生の精神的・肉体的負担があったり、中には長期赴任してくれる卒業生がいても長期になることで地域との微妙な軋轢を生じたり、逆に自治医大がそのモデル

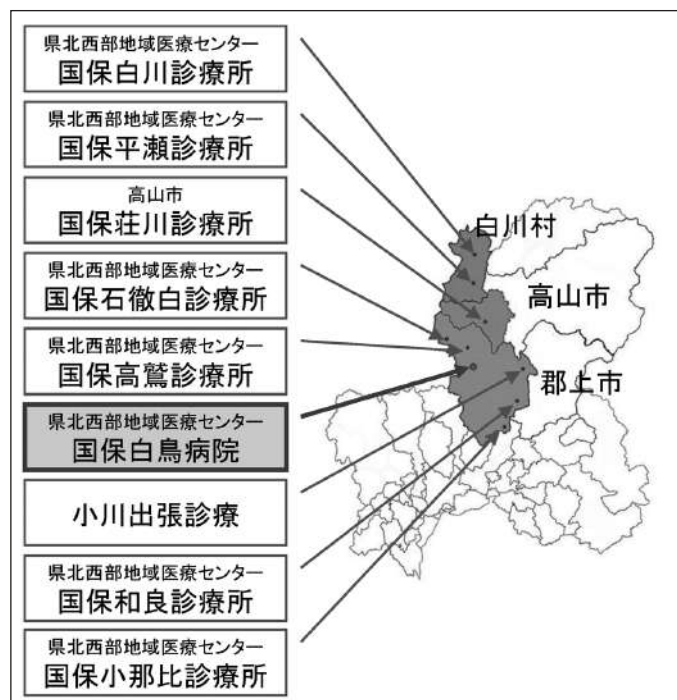


図1 県北西部地域医療センター構成医療機関

である短期循環型赴任では地域に適した保健医療福祉システムの構築が困難であったりということも見られ、さらに初期臨床研修制度や新専門医制度の変更に伴って、自治医大卒業生自体のある種のアイデンティティ・クライシスを感じられるといった状況であった。こうした諸課題に対応するため、周辺の高山市、白川村の2自治体も巻き込んで、これらの地域の診療所を支えることも含んだ小病院である白鳥病院を基幹医療機関とする県北西部地域医療センターを立ち上げた。さらに令和2(2020)年4月には、自治体枠を超えるネットワークを構築したこともあって、その組織の安定化と医療従事者派遣などの法的担保も考えて、県北西部地域医療センターを法人化し、地域医療連携推進法人県北西部地域医療ネットを設立した。

県北西部地域医療センターは、国保白鳥病院を基幹医療機関とする2市(郡上市、高山市)1村(白川村)による自治体枠を超えた医療広域連携の提案を岐阜県に行い、岐阜県の支援もあって立ち上げたものである(図1)。病院は複数医師を雇用できるという利点があること、また、小病院存続のためにへき地医療支援など新たな存在価値・役割を付加することができるこ

と、周辺へき地診療所は1人での苦労や不安を軽減し持続可能なシステムにすることができること、日々の診療の質の保証や将来に向けて継続していくための医療の質の保証などに取り組みやすくなることなどからこうした仕組みを導入したわけである。我々のこのセンターは、広域的に地域医療を支えるモデルとして、総合診療医が主体となって支えるモデルとして、基礎自治体の枠組みを超えた連携による住民サービス提供のモデルとして情報発信するとともに、取り組み事業によってその対象コミュニティを旧白鳥町・郡上市北部・郡上市あるいは県北西部地域と検討しながら、一般診療に加えて在宅医療やへき地医療支援、健康づくりなどを中心にこれらの地域に住む人々の人生の大部分を支えるべく、さらには人材育成や教育の場としてもその役割を果たすべく取り組みを行っている。令和5(2023)年4月現在病院医師12名(自治医大義務内派遣医師3名を含む)、診療所医師4名(自治医大義務内派遣医師3名)の相互支援で運営(図2)しており、診療所医師は所属診療所の立地地域の地域包括ケアに取り組みつつ、このネットワーク内で勤務の融通をつけ合い研修機会の確保や働き方の調整を行ってい

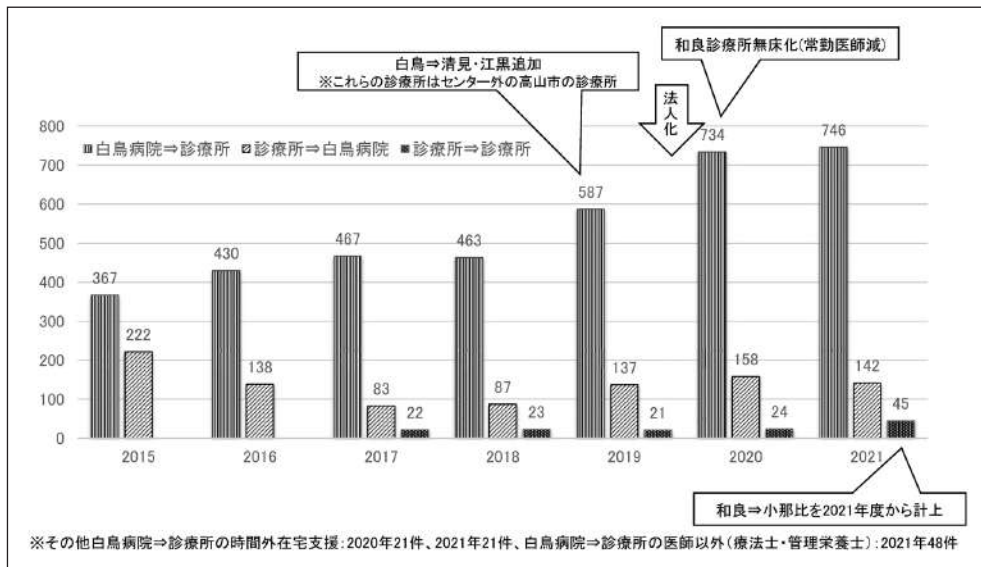


図2 診療連携年間件数

る。実際診療所においては医師複数の時間帯も設定し1人での負担や不安を軽減、日々の診療の質や継続的な医療の質の保証に取り組むとともに、在宅のバックベッドとしての病院の利用や、診療所常勤医不在のときの看取りの対応、あるいは急な出来事による医師不在への対応なども行われている。病院においても診療所医師が外来診療を行ったり日当直支援を行ったりと病院医師の働き方の調整にも一役買っている。

今後の県北西部地域医療センターはいかに？

県北西部地域医療センターの立ち上げから地域医療連携推進法人化とその組織基盤は比較的安定した。今後はより少子化が進み支える側が大きく減少する中でこの仕組みをいかに継続していくかが課題であり、医師の入退職があっても大きな増減がないように確保していくことや、センター内の他のメディカルスタッフもその確保が困難となりつつある中で、確保のみならずより一層人材育成への取り組みが求められる。特に地域住民の生活に密着した地域包括ケアを展開するためには、そうしたことに通じた総合診療医の確保育成が必要であり自治医大卒業生や地域枠卒業生への期待は大きい。こうし

た人材がへき地医療に関わることで燃え尽きてしまうことがないようにその楽しさを伝え、そうした中から義務明け後も継続してへき地医療に関わる人が少しでも増加するよう努力していきたい。

さらにこうした広域的ネットワークを単に一つのモデルとして終わらせるのではなく、県内外の他地域へ横展開することも課題である。それぞれの地域の事情への配慮や、行政や議会あるいは地域住民の理解がないと、単に医療サイドだけがこうした仕組みを構築したいといってもその構築は容易ではない。少しでも参考例となるよう運営継続していくことでこうした方々の理解・協力の一助となればと思う次第である。

終わりに

当地域で取り組んでいる広域的ネットワークによる地域医療・へき地医療体制を社会的背景やその設立経緯を含めて提示した。必ずしも同様な取り組みが各地で構築できるわけではないと思われるが、少子高齢化・人口減少は今後都市部でも起きてくることは間違いなく、我々の取り組みが少しでも参考になれば幸いである。

揖斐郡北西部地域医療センターの 取り組み

揖斐郡北西部地域医療センター 管理者 横田修一
谷汲中央診療所 管理者 西脇健太郎

POINT

- ① 岐阜県揖斐川町の山間部の医療は、地域医療振興協会(以下JADECOCM)の指定管理で運営されてきた。街の中心部には揖斐厚生病院が設置されているが、移転計画が発表され、2021年10月に病院跡地を活用するための覚書が揖斐川町、厚生連、JADECOCMの間で締結された
- ② 揖斐川町では、「地域まるごと、全世代まるごと」を基本として「全世代地域包括ケア」を提供することを医療保健福祉計画の基本的な考え方として示し、その基本計画を指定管理で実践する施設として揖斐厚生病院跡地を活用することとなった
- ③ 行政との密な連携を図りつつ、次世代の医療・福祉に携わる全職種を育成することを今後も継続し、地域振興につながる医療・福祉の提供を今後も続けていきたい

概要

2021(令和3)年10月26日、揖斐川町、揖斐厚生連、地域医療振興協会(以下、JADECOCM)との三者において、「揖斐厚生病院跡地の利活用にかかわる覚書」を締結した。高齢化や人口減少が急速に進行している揖斐川町を含む岐阜県西濃地域では、地域医療構想により、これまで揖斐川町の中核病院であった揖斐厚生病院が2023(令和5)年10月に移転することが決定している。その中で、三者が協力し、病院跡地に医療介護福祉の拠点整備を行う計画が進行中であり、2023(令和5)年4月時点の状況を報告する。

揖斐川町とJADECOCMの関係は、自治医科大学の1期生である石黒源之先生が久瀬村診療所

に赴任され、その後、JADECOCM現副理事長である山田隆司先生のもと介護老人保健施設山びこの郷(以下、老健)を伴う複合施設となった。2005(平成17)年に旧久瀬村を含む5村と揖斐川町が合併した後も引き続き指定管理を受け、同じくJADECOCMの指定管理で運営する春日、谷汲中央診療所と連携をとりながら、主に山間へき地の医療・介護に従事してきた。しかし、山間へき地の高齢化と人口減少は著しく、今後のサービス提供を継続することが難しくなると予想され、今回、揖斐川町中心部に拠点を設置することが、町部はもちろん、山間部における医療介護体制の維持につながると考え、町、厚生連と協力しながら揖斐川町の医療・保健・福祉を担っていくこととなった。

特集

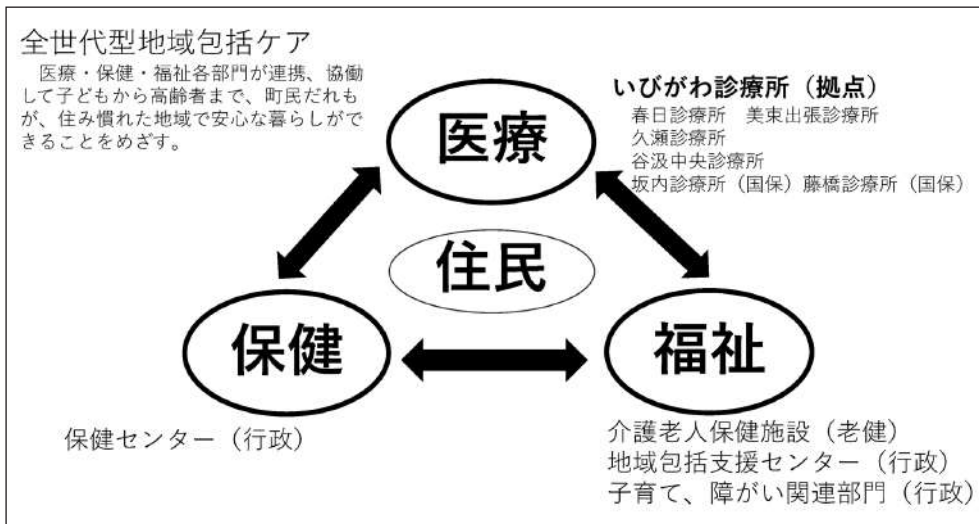


図1 揖斐川医療保健福祉総合センター (仮) のイメージ

今後の計画

揖斐厚生病院の跡地利活用については、2期的に進めていく計画である。2023(令和5)年10月の病院移転以降、医療の空白を作らないために、同年11月に病院健診センターを利用して新たな診療所の立ち上げを行う計画としている。一方、現在の病棟を改修し、2026(令和8)年4月に老健や関係する行政機能を集約させ、揖斐川町の医療・保健・福祉の拠点整備を進めていく方針である。揖斐川町では、「地域まるごと、全世代まるごと」を基本として「全世代地域包括ケア」を提供することを医療保健福祉計画の基本的な考え方として示した(図1)。JADECOMは、町の基本計画を指定管理で実践する機関として今後具体的な活動を展開していく予定である。本稿では医療・保健・福祉それぞれの立場から今後の展望を述べさせていただく。

総合診療医が行う 全世代を対象とした診療所

1. 病院跡地を診療所に転換する背景

揖斐厚生病院の歴史は、1944(昭和19)年、岐阜県農業会により岐阜県揖斐郡揖斐川町に開設した揖斐診療所まで遡る。1952(昭和27)年に揖斐厚生病院を開設、その後、へき地中核病院の

指定、増築工事が進められ、2005(平成17)年に揖斐厚生病院に名称変更された。病床数281床で、訪問看護ステーション、健診センター、人工透析センター、居宅介護支援事務所を併設し、西濃圏域の医療の中核を担う施設として運営されている。

人口減少や医師不足などの医療状況を鑑み、同じ西濃圏域にある西美濃厚生病院との病床再編成を行う計画が2021(令和3)年6月正式に発表された。前述の通り、この発表後に町、厚生連、JADECOM間で覚書を締結、病院跡地を診療所として再整備することとなった。

揖斐厚生病院は2023(令和5)年9月末に閉院し、同じ西濃圏域にある西美濃厚生病院と病床再編され、揖斐川町の南東に位置する大野町に西濃厚生病院として開院することとなった。医師数も倍増、緩和ケア病棟等も整備され、これまで揖斐厚生病院では対応できなかった診療科や治療の多くが可能となる見込みである。

一方、揖斐厚生病院は閉院となるため、このままでは、医療の空白地帯となることが見込まれている。近隣住民の一次医療的な側面も対応していたこともあり、閉院となると、他医療機関に通院できない住民にとっては、「医療の谷間」になることが想定された。そのため、病院跡地に建物等を利用しつつ、診療所とすることとなった(図2, 写真1)。

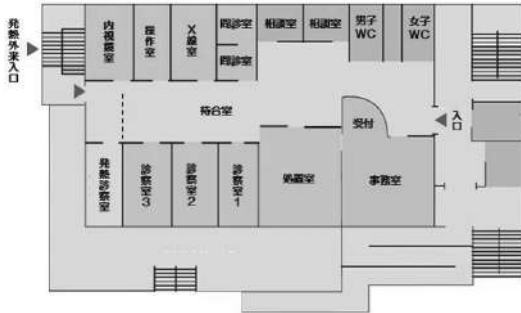


図2 いびがわ診療所の配置案



写真1 現在の揖斐厚生病院手前側が診療所開設予定の健診センター棟

当初、行政としては、診療所に転換する際に全ての診療科や救急外来の機能を残したいという意向もあったが、医師確保や施設の管理維持の側面から極めて困難であるという意見もあった。三者間の協議を続ける中で、複数の総合診療医を配置する計画が採択された。病院を診療所に再編するそもそもの目的の一つは、病院周辺の住民が新病院まで通院が困難であることであったため、山間部の診療所を総合診療医でカバーする感覚と極めて近い、診療所の基本方針・コンセプトとして「あらゆる世代やひとに寄り添う診療所」を掲げ、診療所で提供する総合診療ならではの時間軸の共有を地域・家族・患者と行っていきたいと考えている。現在のところ診療所の開院は2023年11月1日に予定しており、外来患者数50名/日程度を想定している。

2. 訪問診療について

揖斐郡内では約10年前より在宅医療を普及させる協議会が発足し、医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネジャーや施設などの団体での本格的な連携を目指した協議会が発足した。これにより、山間部から町の中心部へと在宅医療が普及し、さらには、周辺の町へも動きが広がってきた。

山間部の人口減と町の中心部(合併前の旧揖斐川町)の高齢人口の増加が進み、町の中心部での在宅医療のニーズが高まった。時間外の往診対応等が必要となることから、協会3施設が連携型の強化型在宅支援診療所となり、さらには、町の役場の近隣にある保健センター内に訪

問診療の拠点事務所「サテライト」を開設した。結果、大幅に在宅医療の件数が増加した。「サテライト」設置は、いびがわ診療所の在宅医療の需要見込みを推定するための展開であったが、当初から想定していた以上に地域から在宅医療が求められることが判明した。揖斐郡医師会としても、民間では困難なグループ診療の体制で、揖斐郡内全域の在宅医療を支える組織ができることは歓迎で、ぜひともJADECOMにその役割を担っていただきたいという大変ありがたいお言葉を頂いている。

いびがわ診療所を在宅の拠点とすると、車で片道15分程度の距離に隣の池田町・大野町の全域が入ることになり、これまでの山間部の診療所でカバーしていたエリアを合わせれば、揖斐郡全域の在宅医療を提供することは十分に可能となる(図3)。

揖斐厚生病院の移転で、病院に附属していた訪問看護ステーションも西濃厚生病院に移転する見込みであり、訪問看護が厳しくなることは予測されているが、何らかの形でそれを補えるようにさえすれば、これまで以上に充実した在宅医療を提供することが可能ではないかと考えている。

3. 電子カルテの整備について

揖斐川町立の診療所は、2017(平成29)年度より電子カルテを一斉に同一の機種(PHC製 medicom HR-V)で導入した。町内の診療所間で職員の移動があり行先によって異なる環境であるよりも、全く同じ環境を構築し、どこに誰が

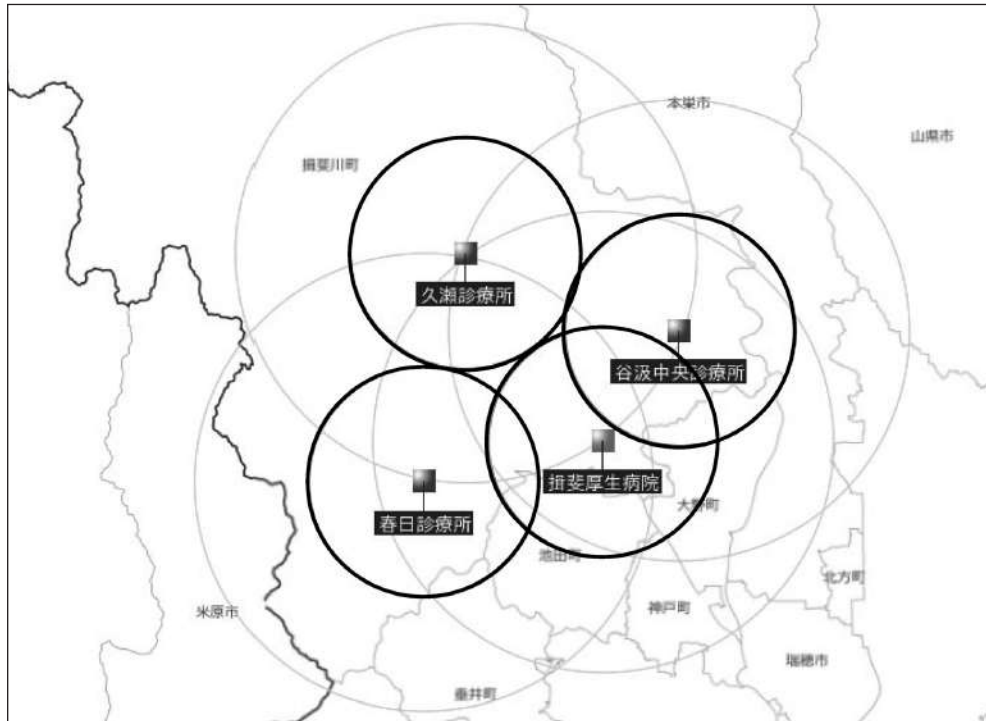


図3 各診療所からの距離
5km圏内を太線、10kmを細線で表示している。

特集

移動しても同じ操作ができるようにした。また、オンプレミス型で整備し、外部からのリモートデスクトップを利用しての接続を、医師個人が持ち歩くノートパソコンから、いずれの診療所へも可能とし、複数の診療所の時間外の往診を効率良く行えるようにした。加えて、外部の組織との情報共有を目的として、揖斐郡内で帝人ファーマ株式会社の情報共有システム「バイタルリンク」を導入し、できるかぎりの仕事をリモート環境下で可能であるように整備した。結果、モバイルルーターが通信圏内にさえあれば、電子カルテの情報にフルアクセスできる環境となり在宅医療での業務効率が格段に向上した。

いびがわ診療所の開設時に電子カルテを更新することが確定している。これまでの情報資産を極力継承していくために、同じベンダーでの導入が妥当と判断し、行政とも合意に至り、現在の後継機を導入することになった。この更新で、これまで、モバイル環境からの接続がリモートデスクトップのみしかできなかったものが、モバイルパソコンのアプリケーションからの同時アクセスが、各診療所3台分まで可能となる。

診療所内のデスクトップ機が外部接続時に占有されてしまうことがなくなり、業務効率が改善するものと考えている。

医療的ケア，認知症から予防まで 対応可能なマルチ老健の整備

これまで老健山びこの郷では、主に旧村部の住民を多く受け入れ、リハビリ施設として利用者の方のリハビリを通じて在宅復帰に特に力を入れてきた。引き続き在宅復帰および在宅支援は老健の基本となるが、今後は町内に入院施設がなくなるため、短期療養介護を活用して、要介護者の急性期治療を行うこと、西濃厚生病院においては療養病棟の設置がなくなるため、慢性的な医療ケアを必要とする利用者の受け入れなど、医療に強い老健として町民のニーズに応じていく方針である。加えて、揖斐川町を含めた揖斐郡内では障がい者支援施設が圧倒的に不足していることから、障がい者についても通所や入所について、老健で受け入れていくことを検討している。

また今年度より、町と揖斐広域連合からの要請により、認知症初期集中支援チームを施設内に設置した。チームは看護職をリーダーに認知症ケア専門士を持つ介護スタッフに作業療法士、事務職で構成され、当面は揖斐川町を中心に活動することを予定している。揖斐川町役場内に設置されている地域包括ケアセンターとの連携を大切に、住民からの相談があった場合にはできるだけ速やかに相談者の自宅を訪問し、西濃厚生病院と連携して速やかな診断から治療方針の検討、かかりつけ医による治療と介護保険による支援ができるよう関わっていきたいと考えている。

現在、山びこの郷では「青春塾」という町が行う介護予防事業にも協力をしている。ここでは介護保険導入に至る前の予防活動を行っている。まだまだ予防という意識が住民に定着しているとは言い難い現状ではあるが、こちらも町の高齢福祉課と協力しながら住民に予防への意識を高めていただけるように取り組んでいきたい。

行政との連携に向けての取り組み

指定管理での医療機関の運営は、民間の自由度と自治体の医療機関としての財政メリットを活かし、継続的に医療資源の確保が可能となる。ただし、行政の直営診療所と異なり、自治体組織の外に所属するものが実際の運営にあたるため、行政と指定管理者間意思疎通、風通しを良くしておく必要がある。

これまで、揖斐川町とJADECOCOMは、毎月1回程度、行政の部課長クラスと各施設の管理者および事務責任者が参加しての連絡会議を開催し、医療機関運営の打ち合わせを行ってきた。また、町長・副町長等、行政組織の幹部クラスとの協議も年数回開催し、山田隆司副理事長はじめ協会本部からも参加していただき、強力な支援をいただきながら、指定管理での運営内容の調整にあたってきた。

今後の揖斐川町の医療施設の指定管理が長期にわたることが予測されるため、10年、20年先

を考えることができる。若手、中堅職員と協会職員との交流も必要であると考えられる一方、これまで行政職員と揖斐川町内のJADECOCOMの職員の接点は決して多かったわけではなかった。2021(令和3)年10月の揖斐川町、岐阜県厚生連、JADECOCOMによる「揖斐厚生病院跡地の利活用にかかわる覚書」を締結したところから、揖斐川町の現状と将来を見据えて、医療・福祉分野での住民支援について互いに協力して検討しようという機運が高まった。そこで、揖斐川町の医療・保健・福祉分野の担当者と、JADECOCOMの職員が、揖斐川町の現状と課題を支援し、ともに協力して、これからの地域住民に必要な支援の在り方について考え、実践することができることを目標とし、二者の職員が共に参加する形でのワークショップを開催することとなった。行政の中堅、若手職員が主体となり、協会の職員と和やかな雰囲気ワークショップに取り組む企画を発足させた。

行政の各組織の細かな動きは、協会の職員が知らないことであり、一方、協会の介護老人保健施設や診療所の仕組みも、特に保健福祉分野とは異なる他部署から異動してきた職員にとっては、未知の分野であると思われた。そこで、月1回程度のペースで、テーマをお互いの組織から「持ち寄り」の形式で行うこととし、「お互いを知る」ことを行いながら、職員間の交流をはかることにした。

これまでに、診療所、老健、といった協会の組織について知っていただくワークショップを開催し、在宅医療と診療所・老健のつながり、そこに包括支援センターなど行政組織がどう関わっているのかを事例を通じて知っていただくこととした。協会職員にとっては、行政職員の考え方を垣間見るよい機会となっている(写真2)。今後、保健センター、福祉分野など、行政の各担当課ごとの持ち寄り企画を実施し、継続して開催していく予定である。今回のプロジェクトの一つの着地点が、今のところ2年後に予定されている、いびがわ診療所の建物内に行政の医療・福祉分野の移転であり、移転した際に協会の診療所と密に連携できるような体制をできる



写真2 ワークショップ開催
2023年3月1日に山びこの郷で行われた町職員とのワークショップの様子。当日は診療所が担当となり、総合診療医の役割や訪問診療、訪問看護についての説明、事例検討などを行い、盛り上がった。

だけ早く構築したいと考えている。

地域包括ケアシステムをさらに普及させ、町の中心に医療・福祉の公的サービスをワンストップで受けられるような施設を作りつつ、長期的に存続するであろう町の山間へき地のコミュニティを支えられるようなへき地医療の中核施設として整備していくことを目指していきたいと考えている。

人材育成と山間へき地の医療体制維持

1. 積極的な研修の受け入れ

山びこの郷では、「全職種において、若手を育成できる教育、学習体制を備える」というビジョンの元、各職種において多くの実習生を受け入れてきた。2022(令和4)年度は約50名に実習をしていただいたのだが、現在現職として働く若手世代の多くが、学生時代に当施設での実習経験がある。このうち、医師については協会や岐阜県内の初期臨床研修医の受け入れを積極的に行い、地域研修を通じて総合診療や家庭医療の基本的な内容を実際の診療や住民との交流を通じて学んでいただく機会を大切にしている。また、近年では、総合診療医研修の一環としてへき地での研修が必須となった背景から、

揖斐川町より医師確保のための財政的支援をいただいて、毎年総合診療や家庭医を目指す専攻医の研修を受け入れることが可能となっている。長年研修生を受け入れてきたこともあり、スタッフや地域住民の受け入れも良好で、研修生も意欲的に関わることで両者にとってWin-Winの関係が成り立つ場面が多く見られる。当施設で研修を終えた専攻医が、スタッフとして定着してくれた医師もあり、人材育成がそのまま人材確保につながる確かな手ごたえを感じている。こうした研修生の受け入れは、現在山びこの郷がある久瀬地区が中心であるが、今後は町内全域で研修ができる環境を整え、行政や住民一体となって医師を含め人材確保につなげていきたいと考えている。

2. 地域の子供たちとの交流

揖斐川町と協力して、地域の子供たちとの交流を通じて、医療・保健・福祉の仕事についても興味を持っていただくことに力を入れている。2018(平成30)年度より地元の公立高校の生徒との交流事業として、1・2年の生徒が山びこの郷で、職種の体験をしていただく取り組みを行い、夏休みには高校生ワークショップを開催、高校生が医療・福祉系の大学や専門学校で学ぶ先輩と交流する機会を提供し、より高度な



写真3 地元高校生の施設実習の記事
地元高校生が施設での実習を行ったことが中日新聞に取り上げられた。この活動に参加した高校生3名が施設の介護職として当施設に、また多くの生徒が郡内の医療介護施設に就職しており、地域における医療介護の担い手として活躍している。

技術、知識を身に着けることができる専門分野への進学支援にも力を入れている(写真3)。また2022(令和4)年度からは、「夏休みお仕事体験教室」を開設、山びこの郷で小学生や中学生にも専門職種の仕事を体験していただく取り組みを始めた。こうした取り組みもあり、地元高校からの人材確保にもつながっており、今後も取り組みを続けていきたいと考えている。

3. 新たな医療職種の業務開発

揖斐川町は東京23区以上の面積を持ち、山間部に集落が点在し、拠点病院の移転とともに特に中山間地域において医師不足の状態に陥る。そこで医師の業務をサポートする立場として診療看護師(Nurse Practitioner: NP)に注目している。JADECOMでは、東京ベイ・浦安市川医療センターに総合内科のGIM-NP研修プログラムを立ち上げており、昨年よりプログラム内の3ヵ月間の地域研修の受け入れを開始した。今

年度より地域志向型NPフェローシップのプログラムを作成し、GIM-NPプログラムを終了したNPの方が、患者家族との信頼関係を構築し、地域の文化に精通しながら医療介護系の多職種と協働して地域包括ケアの担い手として、医師のサポートにあたっていただくことを期待している。

4. 人材育成を通じた地域おこし

上記のように、山びこの郷では開設以来、地域における医療介護の人材育成に力を入れ、教育を通じてスタッフや施設の成長、進化を続けている。今後も地域の子どもたちから日本全国の専門職種を目指す人、そして事務系スタッフに至るまで、あらゆる人材が学びを得ることができるフィールドとして、人が集まること、ひいては地域振興につながることを目指していきたいと考えている。

恵那市の取り組み

市立恵那病院 管理者 細江雅彦

POINT

- ① われわれが行いたい地域包括医療を具現化したものが、新病院である
- ② それは、地域包括医療の拠点であり、大きな成果を上げて投資効果を生んでいる
- ③ 今後は、恵南地区への効果的投資(センター化・広域化)を考え地域包括医療・ケアの再編・発展に取り組む

特集

はじめに

2019(令和元)年、厚生労働省は、地域医療構想で「病院機能の見直しが必要」として、一定数以上の各種手術、がん治療、救急医療を実施しているかという視点で公立・公的病院を評価した。いわゆる424病院問題で、実名リストを公表した。このことが波紋を呼んで久しい。この動きは、我が国には急速な人口減少、少子高齢化という問題があり、急性期の病院数を限定して亜急性期から在宅へ戻る前の回復期・慢性期の病床を増やすことを目指しているが故の動きである。医師の偏在、高齢化、後継者不足等による医師不足、看護師等の医療人材の確保の困難、人口減少に伴う患者数の減少等による厳しい経営状況など、地域医療を取り巻く環境は年々厳しさを増している。いつまでも安心して暮らしていける地域であり続けるためには、住民、行政、医療機関が一体となって地域の医療を守っていかなければならない。

今回、地域医療振興協会(以下、協会)が恵那市の医療・介護施設の指定管理者として恵那市の地域医療体制の構築にどのように関与してきたかを紹介する機会を得た。約20年にわたる活動を検証して今後の恵那市の地域医療体制について論じてみたい。

恵那市および市立恵那病院について^{2),3)}

市立恵那病院の開設者である恵那市は、岐阜県南東部に位置する人口約5万人の地方都市である。名古屋市からおよそ60km、愛知県と長野県に隣接した、山紫水明の豊かな自然に恵まれた地域である。2004(平成16)年10月、旧恵那市と恵那郡の5つの町村(岩村町、山岡町、明智町、串原村、上矢作町)が合併し、新恵那市として誕生した経緯をもつ。医療圏としては、多治見市、瑞浪市、土岐市の東濃西部地域と中津川市、恵那市の東濃東部地域との5市からな

表1 市立恵那病院の整備構想

<p>• 市立恵那病院の目指す方向</p> <p>市民の目線で、市民に安心できる医療を提供すること</p> <p>• 整備計画の基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 安定的な医療の提供 2) 高齢者社会への対応 3) 他の医療機関との連携 4) 患者アメニティーの向上 5) 情報技術の活用 6) 健全な経営 	<p>• 市立恵那病院の特色</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 地域密着型の医療機関として、地域の医療機関との連携 2) 施設整備などによる二次救急医療の充実 3) 高齢者をはじめとする医療・介護・保健との連携 4) 地域の診療所に対する支援、巡回診療をはじめとするへき地支援 5) MRI・マルチスライスCTなどを活用した高度な診断機能 6) 前身である国立療養所恵那病院の築いてきた結核診療も継続 7) リハビリテーション機能の充実 8) サービスの向上を目指した医療等相談室の整備 9) 人間ドック、通院リハビリテーションの整備 10) IT技術を活用した院内情報システムの導入
--	---

り、面積は1562.8km²で県全体の14.7%を占める東濃医療圏に位置する。

市立恵那病院は、開設者である恵那市より当協会が2003(平成15)年12月に指定管理者としての指定を受け運営している公設民営の医療機関である。21診療科、199床の病床を持つ地域密着型の医療機関であり、救急医療やへき地医療支援をはじめ、産婦人科、血液浄化センター、腫瘍総合ケアセンター、健康管理センター機能、回復期リハビリテーション病棟を持つ恵那市の中核病院である。また、訪問看護ステーション、通所施設「ほほ恵み」を併設する、地域包括ケアを支援する施設でもある。424病院の一つとして名前を公表はされているが、恵那市にとっては重要な地域の中核病院で軽症の急性期と回復期リハビリ機能を有し、地域包括医療・ケア体制の一翼を担う医療機関である。

表1にあるように国からの委譲を前に有識者と市民代表、医療人である協会の三者により整備構想がまとめられた。これに沿って表2にあるように市立恵那病院の整備が進んだ。詳しくは、月刊地域医学¹⁾に発表しているのご参照されたい。

恵那市は、第2次恵那市総合計画〔2016(平成28)年度～2025(令和7)年度〕の中で、「人・地域・自然が輝く交流都市～誇り・愛着を持ち住み続けるまち～」を、目指すまちの姿、すなわち将来像に掲げ、安心・快適・活力を理念とし、基本目標を定めている。特に基本目標の一つで

ある安心には、住民の生命と財産を守ることに重点を置き、病院や診療所との連携など地域の医療体制を充実するとともに、急病やけがなどから命を救うことができる救急体制の充実を目指すとしている。これらは行政のみで進める計画ではなく、市民・地域自治体・企業・各種団体などのさまざまな主体による目標達成に向けた施策や事業の連携・参画を見込んでいるが、それは恵那市の「人口減少対策」と「市(財政)の存続」を視野に入れている。

その恵那市と足並みを揃え、車の両輪のごとく、当協会も医療を通じ地域の安心・安全に寄与すべく尽力し続けている。当協会も、まさに恵那市の総合計画にうたわれているのと同じく、目指す地域医療を「医療人、住民と行政が三位一体になって、担当する地域の限られた医療資源を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医療を計画・実践・評価するプロセス」と定義した上で、「いついかなる時でも医療を受けられる安心を、すべての地域の方々にお届けしたい」という信念のもと、それぞれの地域で住民の声に真摯に耳を傾け、住民および行政と連携して、医療を通じ地域に貢献している。

当協会による市立恵那病院の運営は2003(平成15)年12月の開始以来、協会内の他の施設からの医師や看護師の派遣支援等(協会の支援システム)を受けながら、医療人材不足を中心とする運営上の諸問題を乗り越え、病院機能を充実させてきた。

表2 恵那市における地域医療振興協会の歩み

2003(平成15)年12月	国より移譲 ⇒ 病棟改築工事, リハビリ施設拡充:一つの特徴!!
2004(平成16)年 9月	ほほ恵み開設
2004(平成16)年10月	新恵那市誕生
2004(平成16)年11月	眼科開設 ← 開設前の新病院検討委員会提案
2005(平成17)年 6月	全病棟開棟:看護師不足深刻化:16名不足(10:1)
2005(平成17)年 4月	人間ドック, 健康診断開始
2006(平成18)年 4月	リハビリテーション充実:ST補充 運動器, 脳卒中リハビリ充実
2006(平成18)年 5月	レジデント2名の赴任:教育病院へ
2006(平成18)年 9月	地域医療連携室設置:病診連携開始
2008(平成20)年 3月	電子カルテ導入 遠隔画像診断が可能になる(地域格差の解消)
2008(平成20)年 7月	7:1看護体制取得の 救急医療の充実に尽力:救急車受け入れ増加 H20年 1000台(H15:560台)を越える
2009(平成21)年 4月	耳鼻咽喉科開設 DPCによる運営開始 山岡診療所医師派遣 岩村診療所耳鼻科医派遣 保育所開設運営開始
2010(平成22)年4月	禁煙外来を開設
2013(平成25)年4月	山岡診療所 に当院の電子カルテ端末を設置 *耳鼻科 非常勤
2010(平成22)年9月	病院機能評価機構の審査合格 標準的な病院として認められた。
2014(平成26)年7月	回復期リハビリ病棟開設
2014(平成26)年10月	訪問看護ステーション開設 *在宅医療部の創設
2016(平成28)年11月	新病院での診療を開始
2017(平成29)年4月	山岡診療指定管理者として運営開始
2018(平成30)年4月	老健 ひまわり 指定管理者として運営開始
	新専門医制度開始 総合診療専門医 専攻医 1名プログラムに登録 ⇨ 現在に至る

救急医療には特に注力し、当初救急車受け入れ台数は年間約600台であったところ、2022(令和4)年末には年間2,000台超、1日5.5台弱を受け入れるまでとなった。また回復期リハビリテーション病棟設置や訪問看護ステーションを開設し、急性期医療実施後の亜急性期、回復期の医療にも力を入れてきたところである。

新病院の開設と機能強化

こうした中、恵那市では、2010(平成22)年度に、医療施設の再整備計画と地域医療を安定的かつ継続的に提供していける経営の在り方を市民レベルで検討する「恵那市公立病院等の在り方検討委員会」が設置された。そこでの意見などから、市立恵那病院(協会)は、医療機関として恵那市の推進する「健幸都市」のまちづくりにおいて果たす使命をさらに強く認識し、住民の

「ずっとこのまちで暮らし続けたい」という思いに沿い、これを実現するため、新病院の開設に当たり、特に次の4つの機能を新設し、さらなる医療機能の充実・強化を図った。

1つは、安心して子どもを産み育てることができる環境を整え、住民の産婦人科開設の強い要望に応え、市内唯一となる「産婦人科」を設置したことである。2つ目として「血液浄化センター」を新たに開設し、恵那市内の約130名の人工透析患者を対象に診療を行うこととした。3つ目として「腫瘍総合ケアセンター」(化学療法室)を設置し、がんと診断された時から患者の不安に寄り添い、いかなる段階においても患者のより良い生活を維持できるよう、がん患者を包括的にケアできるようにした。そして4つ目として「健康管理センター」を開設し、がんや脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病の早期発見と保健指導を充実させた。2016(平

成28)年11月21日、新病院での診療がスタートし投資に見合った成果、つまり分娩数が300件を超え、救急車受け入れ台数も大幅増化し、人工透析患者も徐々に増加、回復期リハビリ病棟の稼働率は80%を超え、化学療法患者も30例以上を保っている。

この中で産婦人科医療については、産婦人科医療を今までの方式で行うには無理があるだろうということから協会としても組織的なバックアップとともに運営上の工夫をしていくことが必要不可欠と考えていた。そこで「総合診療産婦人科養成センター」という体制を立ち上げた。今までの産婦人科医のみに頼る体制ではなく、妊産婦ケアや分娩も行うことができる総合診療医を育てそれを専門医(産婦人科)がバックアップするという、チームで妊婦の健診と分娩を担うことを特徴とする体制である。このことの詳細は、当院事務部長が公営企業という雑誌に「多職種チームによる分娩体制の構築」という題で詳細に紹介しているので、そちらをぜひ参照していただきたい⁴⁾。

実際、開設後に当院の産婦人科で研修を積んだ総合診療医を目指す専攻医は、10数名に及んでいることと産婦人科研修を盛り込んだ「中山道恵那総合診療地域包括医療研修プログラム」を履修している専攻医もいる。今後、総合診療医が増えて地方でのお産に関わることで安心して産める地域が増えて行くことが期待できる。

さらに地域課題に向き合う 医療機関として

恵那市との緊密な連携による地域の安心安全の確保に努める中で、市立恵那病院は地域においてさらなる役割を担うよう前進している。

恵那市との協議の上で、当協会は2017(平成29)年度から恵那市内(山岡町)の国保山岡診療所(へき地診療所:無床)の管理運営を受託し、市立恵那病院との連携により当該地域での医療確保の役割を果たしている。2018(平成30)年度から恵那市内(明智町)の介護老人保健施設ひまわり(入所定員95名、通所リハビリテーション

定員15名)の管理運営を受託した。地域包括医療・ケアを実践するため、市立恵那病院を中心とした医療と福祉の連携、施設間での人材の交流(人事異動と長期研修)や経営の効率化を実施し、関連施設全体で提供する医療の質の向上に努めている。医療人材不足が表面化する中で、特に確保が困難とされる職種である介護福祉士については、市立恵那病院と介護老人保健施設ひまわりが連携しながら、協会の職員を教員とする**実務者養成施設(市立恵那病院研修センター)**の認可を岐阜県から取得し、2021(令和3)年度からは、近隣施設からも受講生を募集できる体制とし開設し、3年の実務経験のある受講生には、介護福祉士試験への支援も併せて実施している。また、岐阜県へき地医療支援機構のもとで、恵那市のみならず岐阜県内の医師の指導・調整の役割も担うことになり、へき地診療所で勤務する医師の休暇等の代診医の派遣も実施するなど、へき地医療拠点病院としての責務を全うし地域医療の一端を担っている。

さらには新型コロナウイルス感染症が蔓延する中、2021(令和3)年4月には、コロナ病床を作りコロナ禍に対応している。新病院についても20年先の変化にも耐えられるように、病棟再編をしやすい設計・建設したところである。

今後の展望

表3にあげたように人口減少、少子化高齢化という問題は、今後の地方自治体の医療・介護関係の体制崩壊を招きかねない重要な問題である。

2023(令和5)年度、恵那市は、将来にわたって継続的に医療を提供し安定的な経営を行うために市の公的医療機関の運営実態を踏まえた検証を行い、時代のニーズに合わせた医療提供の在り方について検討をする「恵那市地域医療ビジョン策定委員会」を開催する。経営的な問題(患者数の減少、収益の減少など)、医師や看護師などの医療人材の確保が困難であることが、開催する大きな動機である。

新病院は、恵那市の中核病院としての役割を

表3 地方全体に存在する問題と課題

<ul style="list-style-type: none"> • 急速に進む人口減少と高齢化 • 医療機関の持続的健全経営の維持が困難 • 地域の医療資源の維持が困難、医療・介護人材の確保をどうするか <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 地域の病院や診療所の在り方を検討 ⇒ 複数施設の発展的統廃合の実施 ⇒ 地域医療の発展に有効な投資を考える ⇒ 人材の育成を考えて複数施設で共同で活用する • 恵那市の地域包括医療・ケア体制構築のために恵那市とともに協働して事に当たる

表4 複数医療機関による連携診療

<p>センター化＝共同体化・広域化を進める利点</p> <p>①複数の医師や人材の共有化で運営する 訪問看護, NDC, 病院医師(総合診療医, リハビリ医, 緩和医療医)でチームを構成し, 派遣で診療を実践する</p> <p>②医療などの質の維持, 均霑化 施設に統一された電子カルテを導入 * 恵那病院とも連携する</p> <p>③危機管理の共有化を図る * 災害時など</p>
--

担うべく回復期病棟を持ち、地域包括医療・ケアの一端を担う訪問看護、在宅医療部門、人工透析部門を備えて安定した経営を行っている。今後、10年間は、この体制で運営できると考えているが、その先は、また新たな改革が必要と考えている。

問題となるのは、恵南地域にある直営の国保上矢作病院、国保岩村診療所、串原診療所と当協会が指定管理者として運営している2施設の在り方と、それぞれとの関係であろう。われわれは、指定管理者として運営している3施設間での人材の交流や前述した介護福祉士の育成を行うプログラムを作り実践していて、恵那病院をセンターとした共同体化・広域化(＝センター化)を進めている。利点としては、表4に挙げたとおりで10～20年先には、至るところでこの制度の構築が進んでいると考える。今後、恵那市内の他の施設においてもセンター化を進めるべきだと考える。

具体的には、恵那市全体を俯瞰してみて、恵南地域は3つに大きく分けられる(図1)。つまり、岩村-上矢作地区、明智-串原地区、山岡地区の3つである。2040年までは、高齢者人口は、

ほぼ横ばいから微減といったところから、診療所と老健を組み合わせた施設の運営が一つ考えられるのではないだろうか。老健は、医療から在宅への橋渡し役として創設されたが、厚生労働省は、ショートステイや、リハビリ機能などがあるのでこの施設を地域包括医療・ケアの中心とも捉えている。診療所に併設された形が最も良く、老健単独での運営は難しく、さらにデイケア機能が多ければさらに経営上プラスになる。明智町にある老健ひまわりはそれであり、医療ニーズの高い入所者の受け入れを行っていることから、診療所が必要であろう。串原診療所を加えて広域化を図るのが良いのではないかと考える。さらに診断機器を整備して診療機能の向上を図り「恵南地域包括医療・ケアセンター(仮称)」とするのも一案である。山岡診療所は、施設としてはまだ新しく「市立恵那病院訪問看護ステーション山岡支所」があること、併設される施設ではすでにデイサービス事業も行われており、2つの地域の間で存在することから隣り合う地域の住民に対してのサービスが行いやすい地点であること、人材も両地点へ移動しやすいこともあってKey Stationとするこ

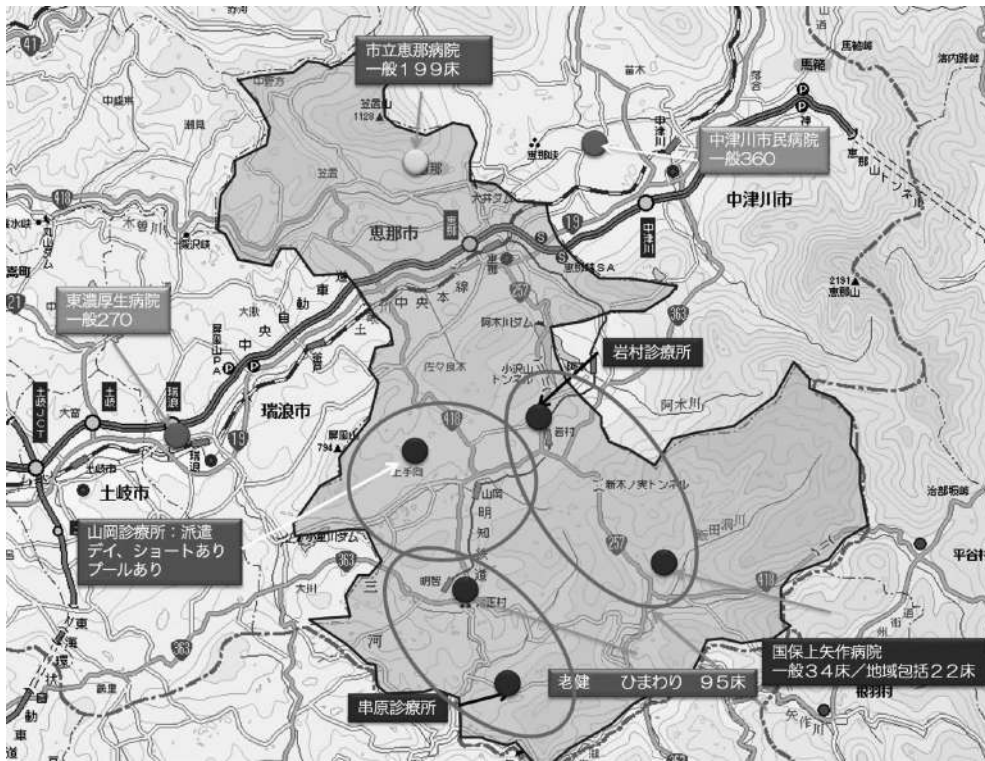


図1 恵那市内の主な公的医療機関と老健

とも可能である。このようなビジョンを持って医療ビジョン策定会議に臨みたい。

もう一つの恵那市直営の岩村診療所と上矢作病院は、それぞれの歴史を踏まえて岩村には透析センターを残す、上矢作は、有床診療所とする、あるいは人口減少もはなはだしいので一気に統合して、老健か地域包括病棟を持つことを考えるのも一案と考える。それを直営で行うか、われわれを指定管理者として恵那市全体の公的医療機関の一体運営を行うかを今後、議論していかなければならない。

先進事例を見ると県内では、3地区でセンター化が進んでいる〔2017(平成29)年度へき地医療対策委員会報告資料より〕。へき地医療対策委員会では、このセンター化を推奨している。

- ① 揖斐郡北西部地域医療センター：地域医療振興協会(揖斐川町) 6診療所
- ② 南高山地域医療センター：高山市 5診療所
- ③ 県北西部地域医療センター：郡上市，高山市 1病院8診療所

恵那市もセンター化を行うにあたり当協会を指定管理者として選ぶとするのであれば、協会が培ってきた経験、ノウハウを生かし、その支援を行っていくことはやぶさかではない。今後とも日本の地域医療の充実・発展に貢献してまいりたいと考えている。

参考文献

- 1) 細江雅彦:公設民営という運営方式を成功させる秘訣. 月刊地域医学 2017; 31(2): 101-106.
- 2) 恵那市ホームページ. <https://www.city.ena.lg.jp/shiseijoho/enashinoshokai/3394.html>(accessed 2023 Mar 29)
- 3) 恵那市ホームページ. <https://www.city.ena.lg.jp/material/files/group/5/02soukeigaigyau.pdf>(accessed 2023 Mar 29)
- 4) 森井尚之:住民と行政、医療人で創る地域医療の取り組み:市立恵那病院の歩みと今後の展望, 公営企業 2021;No9: 63-71.

岐阜大学地域枠卒業生の現状と今後

岐阜大学医学部附属地域医療医学センター センター長・教授 牛越博昭

POINT

- ① 岐阜県は医師少数県であり，岐阜大学医学部は唯一の医師養成機関として地域医療を担う人材を育成する使命がある
- ② 岐阜大学医学部の地域枠制度は岐阜県の医療計画に合わせて見直しをしてきた
- ③ 離脱を防止するために岐阜大学医学部附属地域医療医学センターのスタッフが学生・卒業生のフォローをきめ細やかに行い，一定の成果を上げている
- ④ 専門医機構の診療科選択と専攻医プログラムとキャリア支援が今後の課題である
- ⑤ 文部科学省の補助事業において新しい視点を持った地域医療を担う人材育成を行う

特集

はじめに

岐阜大学医学部は，岐阜県立女子医学専門学校をルーツとして昭和25(1950)年開設の岐阜県立医科大学から，昭和39年に国立大学に移管された歴史がある。また岐阜県唯一の医師養成機関である。そのため，岐阜県内の一部の基幹病院が隣県：愛知県にある4大学医学部の関連施設であるが，本学が岐阜県の地域医療体制を整備する上で中心的な役割を担っている。岐阜大学が掲げる“学び，究め，貢献する”の理念¹⁾は医学部においてもその基本方針は変わらない。現在の社会状況や人口動態を考慮すれば，どの医学の分野においても“地域医療”が重要なキーワードとなってくることは間違いない。このこ

とは「地域医療への貢献」が医学教育モデル・コア・カリキュラムで必須となったことや最新の改訂版²⁾においてもさらに強調されていることから理解できる。本稿では，岐阜大学地域枠卒業生の現状を報告するとともに今後の課題についても提示する。

岐阜県の医療事情と 岐阜大学医学部の取り組み

岐阜県は全国7番目の面積であるが，うち森林面積は8割近く(全国第2位)を占めており可住地面積は狭い。また人口当たりの医師数も少なく，県南部の平野部への人口および医師の偏在化がある。地域医療の診療・教育・研究の

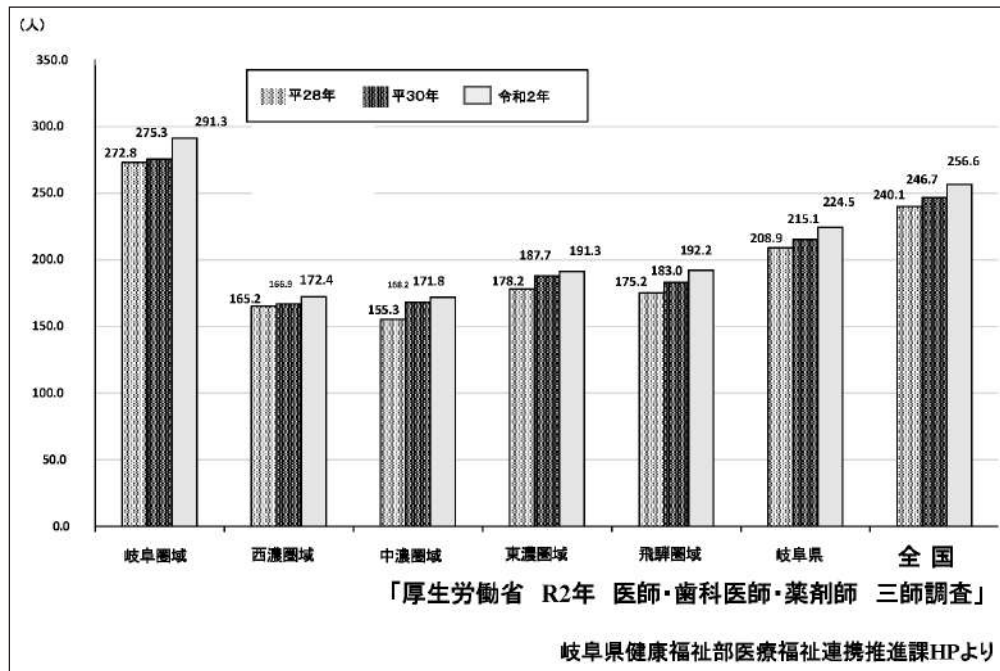


図1 岐阜県の二次医療圏域別人口10万人対医療施設従事医師数の推移

充実とそれを担う人材の育成と確保のために、2007年4月、岐阜大学医学部に地域医療医学センターが発足した³⁾。この時点で、岐阜県の人口10万人当たりの医師数は全国平均212.9人を大きく下回る177.8人でワースト7であった。その後、岐阜県との協力のもと、2008年より岐阜県医学生修学資金(第1種)を受給条件としたいわゆる奨学金ありの地域枠学生の受け入れを開始した。地域枠入試制度や行政の協力により医師数は少しずつ増加し、2020年段階でも岐阜県全体で224.5人となったが、全国37位と医師少数県を脱却できていない。さらに5つの二次医療圏(岐阜、西濃、中濃、東濃、飛騨)ごとに見てみるとそれぞれ(人/10万人)291.3、172.4、171.8、191.3、192.2となっており、岐阜圏域以外は極めて少ない状況である。この傾向は図1に示す通り継続している。国の新たな医師偏在指標でも西濃、飛騨圏域は下位1/3(全国335区域中226位、243位)であり、医師少数区域に該当している⁴⁾。また病院勤務と診療所勤務別の統計では、岐阜県全体の病院勤務医師が診療所勤務医師より不足している状況であるため、病院勤務医師の育成が重要課題となっている。

岐阜大学医学部地域枠制度の変遷

岐阜県の医療事情を踏まえ、2008年より岐阜県医学生修学資金(第1種)を受給条件とした地域枠学生の入学定員も各高校推薦1名の1学年10名でスタートし、翌年には2名の15名、2010年からは各高校7名までの25名、2015年からは28名定員としている(臨時定員25名の申請と恒久定員3名)。定員増員に加え、従来の指定勤務期間を11年(臨床研修2年+義務年限9年)から段階的に勤務地を岐阜圏域外の医師不足地域への勤務を誘導・義務化するルールを導入し、医師の偏在対策と岐阜県の医師確保計画に沿うようにした。具体的には、5年経過後の2013年度入学地域枠学生より、努力義務であった岐阜圏域外医療施設での勤務条件(少なくとも3年以上)を修学資金返還免除要件に加え、圏域外格差の是正に努めるようにルールを変更した。この条件は大学入試時の募集要項に提示する必要があること、さらに臨床研修修了後より適応されるため最低でも8年は要し、偏在解消効果には長期化が考えられたため、医師数の多い岐阜圏域から他の不足4圏域への医師誘導をさらに図る目的に2019年度に大きな制度の見直

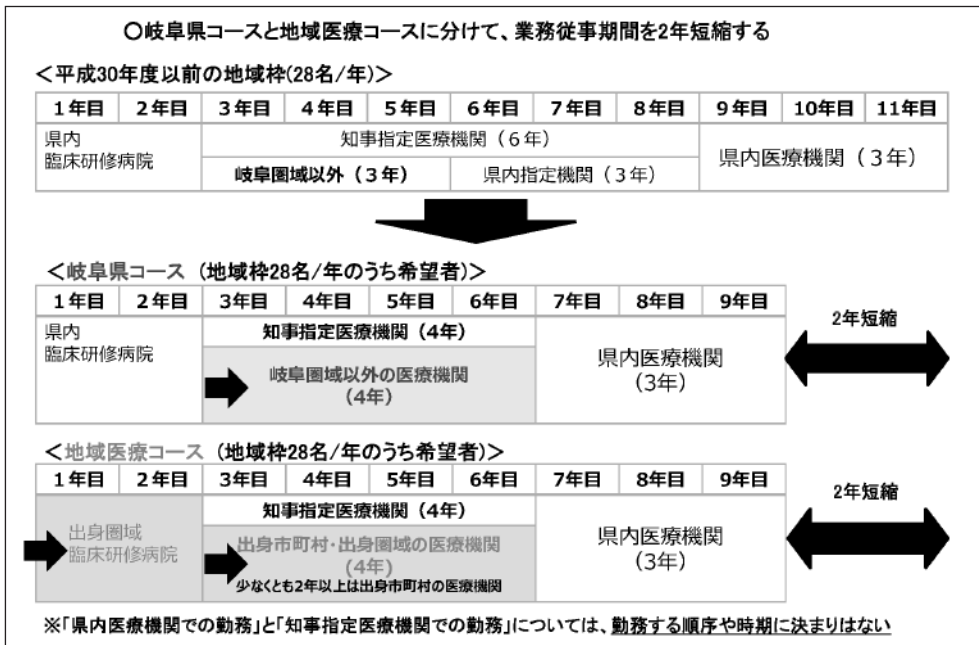


図2 地域枠入学者制度の見直し (平成31年度～)

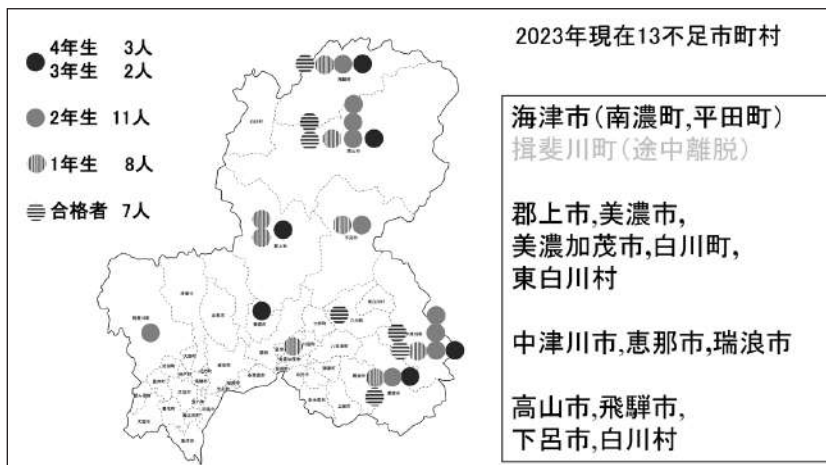


図3 地域医療コースの入学者出身地

しと改変を行った(図2)。従来からの地域枠を岐阜県コースとしてこれまでの指定勤務期間を県内初期臨床研修(2年)、岐阜県内医療機関勤務(9年)合計11年を2年短縮する代わりに確実に7年の勤務期間のうち、4年間は岐阜圏域外勤務する内容とした。さらに医師少数地域出身者に対する地域医療コースを新設し、14市町村からの推薦による入学生を受け入れるようになった(現在は基幹病院の移転に伴い13市町村)。本コースでは出身各市町村の修学資金支援を追加で受けることになり、その返還免除条件として、出身圏域での臨床研修を義務化さらに出身

市町村(すべて医師不足の岐阜圏域以外)での2年以上の勤務を必須としている。このような方策は全国調査でも勤務地誘導に効果があることが報告されている⁹⁾。2023年現在5期目となり本年(2023年)は7名が入学し、10市町村(高山市(7)、中津川市(7)、飛騨市(4)、恵那市(4)、郡上市(3)、下呂市(2)、以下各1名:美濃市、美濃加茂市、白川町、揖斐川町)からの推薦を受け入学し、31名が在籍している(図3)。この制度の導入により、地域枠学生入学者も出身高校所在地は県南部が多い(図4)が、出身地別では図5に示すようにほぼ岐阜県全域となった。

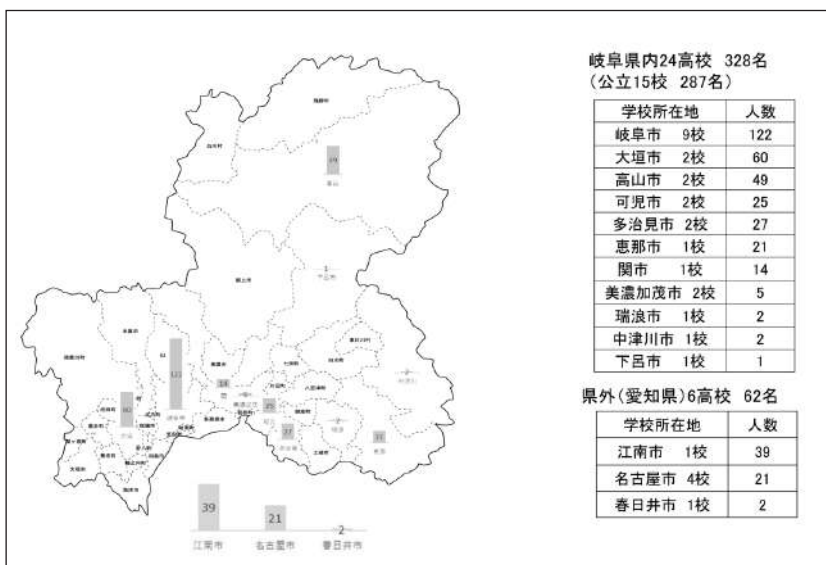


図4 出身高校所在地別岐阜大学地域枠医学生

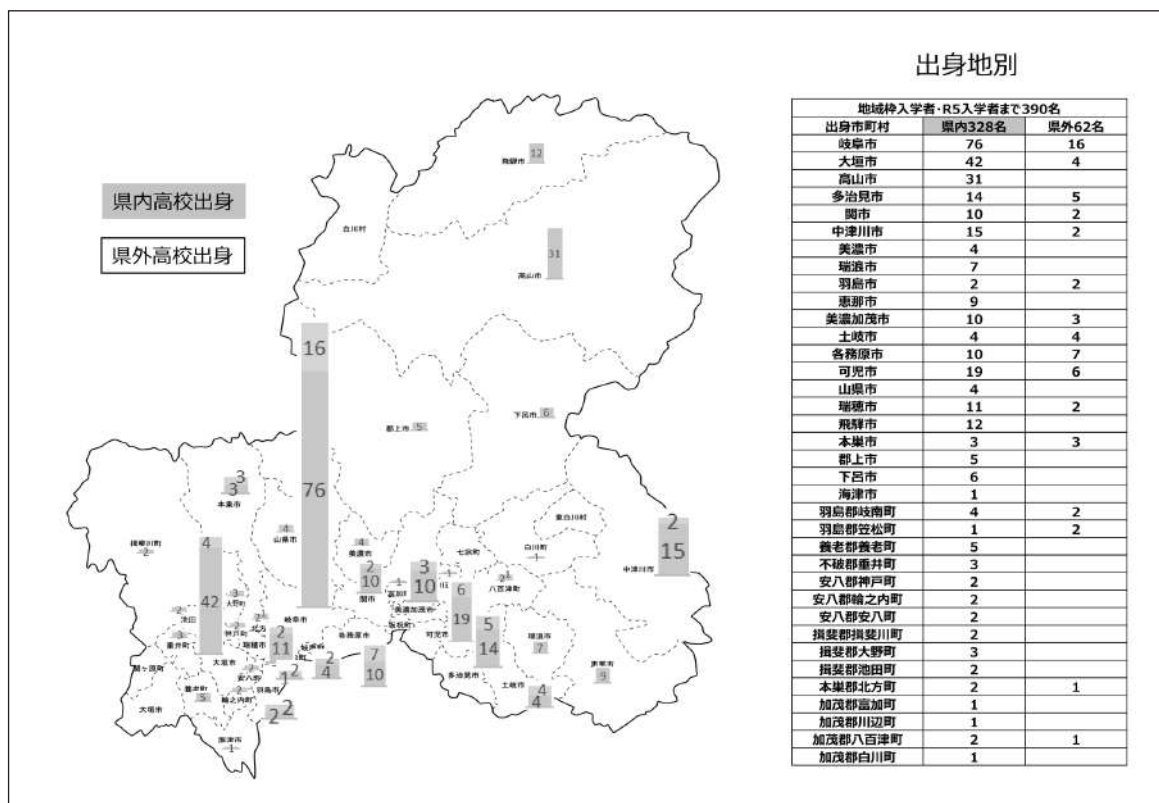


図5 出身地別岐阜大学地域枠医学生

本学では県内出身者が4割前後で推移しており、うち約半数が地域枠制度入学者であり、確実に岐阜県の医師不足地域での活躍が今後期待される。

岐阜大学地域枠学生の現状と課題

岐阜大学医学部地域枠入学者は2008年～2023年現在、390名〔男女比：206名(53%)：184名(47%)〕となった(表)。出身圏域(居住地)別では、岐阜：150名(38%)、西濃：67名(17%)、

表 岐阜大学医学部地域枠入学者一覧

年度	居住地 ※うち()内は地域医療コース					県内高校	他県高校	男	女
	岐阜	西濃	中濃	東濃	飛騨				
2008(10)～各1	4	2	1	2	1	8	2	7	3
2009(15)～各2	6	2	3	3	1	12	3	8	7
2010(25)～各7	10	4	3	7	1	18	7	15	10
2011 "	10	2	4	3	6	22	3	16	9
2012 "	8	5	5	5	2	22	3	16	9
2013 "	7	2	7	5	4	22	3	11	14
2014 "	8	4	3	6	4	21	4	16	9
2015(28)～各7	9	6	6	2	5	25	3	16	12
2016 "	14	7	2	1	4	23	5	12	16
2017 "	10	4	4	7	3	23	5	14	14
2018 "	12	4	5	2	5	24	4	16	12
2019 "	16	3	3(1)	4(1)	2(2)	22	6	14	14
2020 "	9	5	4(1)	2(1)	0	18	2	10	10
2021 "	8	7(1)	3	5(4)	5(5)	21	7	14	14
2022 "	9	5	5(3)	2(2)	3(3)	22	2	10	14
2023 "	10	5	6(1)	4(3)	3(3)	25	3	11	17
合計 (390)	150	67(1)	64(6)	60(11)	49(13)	328 (84%)	62 (16%)	206 (53%)	184 (47%)

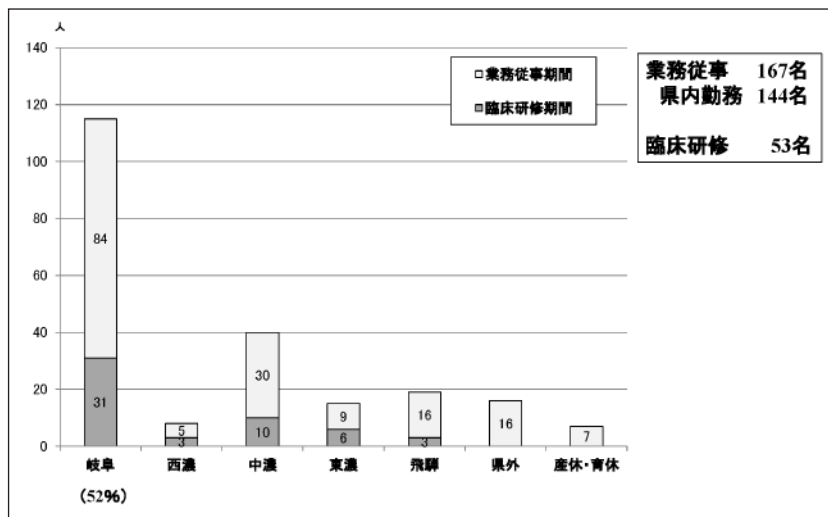


図6 岐阜大学地域枠卒業医師の圏域別勤務先

中濃：64名(16%)，東濃：60名(15%)，飛騨：49名(13%)であり，県南部の平野部出身者が半数を占めている．今年度も16期生28名(岐阜県コース21名，地域医療コース7名)が入学したが，岐阜県コースと地域医療コースは成績上位より選抜しているため，入学者の内訳は合格発表までは不明であり，18歳人口動態等からも必ずしも医師不足地域から医学生が受け入れられるとは限らない．実際地域枠卒業医師の勤務先追跡調査において，卒業医師220名のうち53名が県

内の臨床研修病院で臨床研修中であり，業務従事期間の医師167名のうち144名が県内勤務をしている(図6)．しかし，病院数や居住者人口の面からも岐阜圏域に50%以上が勤務している状況である．さらに日本専門医機構の各診療科専攻プログラムにおいては症例数や手術・手技件数が取得の条件で規定されており，地域枠卒業医師のキャリアパスの上でも影響があると考えられる．地域枠卒業医師の選択診療科調査(図7)によると内科，小児科，外科の順に多いが，

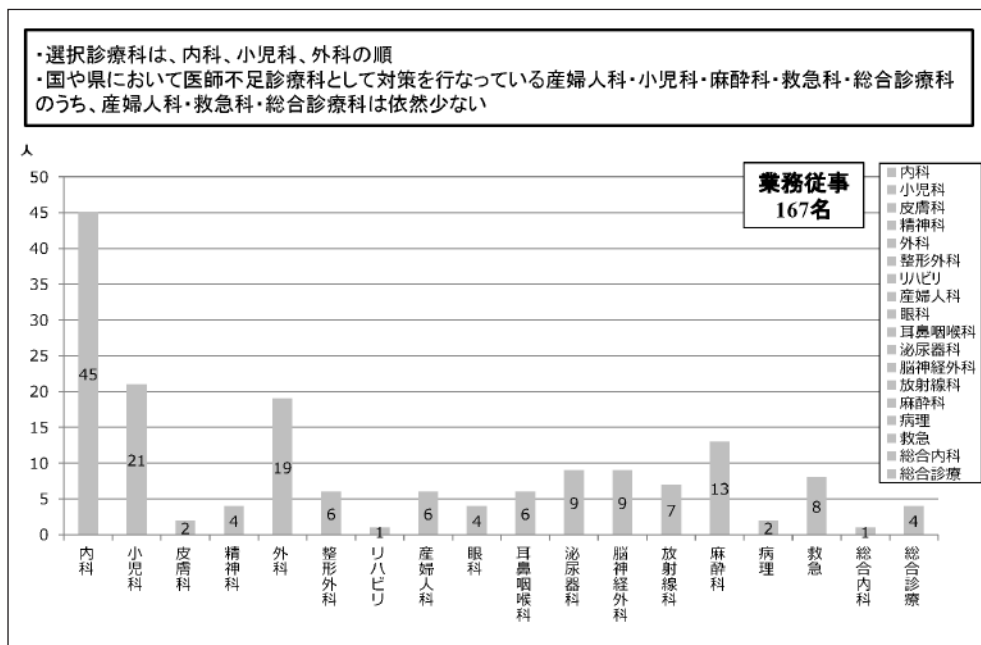


図7 岐阜大学地域枠卒業医師の選択診療科

1年次の地域医療オンライン遠隔実習



学生がオンラインで診療所を体験見学
(患者さんの承諾を得ています)



南高山医療センター 朝日診療所より中継授業
川尻宏昭先生(左)と筆者

2年次の研究室配属地域医療実習



学生が冬の豪雪地帯の飛騨市の診療所に同行



揖斐郡西北部地域医療センター 久瀬診療所にて
多職種連携を体験 スタッフに囲まれる学生
(中央)と筆者(右)

図8 地域医療医学センターの関わる授業風景



図9 ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業の採択プロジェクト

特集

近年はより短期間で専門医取得が可能ないわゆるマイナー系診療科を選択する医師も増えてきている。不足診療科として県として専攻医プログラム取得の奨学金支援を行っている産婦人科や救急科も多忙な診療科であり、志望者は伸び悩んでいる。その他サブスペシヤルとなる臓器別診療科(消化器内科、循環器内科、消化器外科)は、働き方改革や専門医取得により長期間を要するため、以前より人気は低下しており、基幹病院での診療に大きな影響を与えている。その他、地域医療を担う総合診療を志す医学生(地域枠医学生のみならず)が当県では極少数であり、ロールモデルや指導体制の確立も課題となっている。そのため、地域医療医学センターでは1年次の地域医療体験実習の遠隔授業や2年次の研究室配属実習(図8)において積極的に地域医療施設との関連付けを低学年から行うようにしている。さらに夏期休暇中は地域・へき地医療を志す県内の高校生に対する自治医科大学関係者の行う地域医療研修検討会のセミナーに参加することを促している。近年は女性医学生の入学割合も徐々に増加しており、ライフイベントのサポートやパートナー問題の相談も増えてきているため、当センターのスタッフもさ

まざまな診療科の女性医師を増員することにより多様な問題についても対応できるようにしている。

離脱問題とその防止策

地域枠制度医師の離脱は全国でも問題となっているが、岐阜大学においては定期的な対面式面談や随時の相談窓口、所属医局・診療科への働きかけ、関連基幹病院の教育責任者と岐阜県医師育成確保コンソーシアムを形成⁶⁾して連携を密にして情報共有することにより、離脱防止に役立っている。地域枠入学受け入れ390名で現在まで、8名(2%)が残念ながら離脱となった。2名は卒業ができず退学、4名(すべて女性)はパートナー問題で県外へ離脱、2名は希望する診療科の教育プログラムに不満があり、臨床研修後離脱となっている。そのため、届け出許可後の4年を限度とした県外国内留学制度も導入している。

最後に

令和4年度から文部科学省のポストコロナ時

代の医療人材養成拠点形成事業⁷⁾に東海国立大学機構として名古屋大学を基幹施設として岐阜大学も協力連携施設として採択された⁸⁾。岐阜県内の基幹病院の一部は名古屋大学の関連病院でもあり、本事業を通じて図9に示すような文化人類学的な新たな視点をもった地域医療人材を地域卒医学生中心に育成していく予定である。現在、地域卒卒業生の1期生は卒業10年でまだ指定勤務期間中であり、その後は地域医療の中核を担う指導医的立場が期待される。今後も毎年25名前後の地域卒卒業生が当地域で医師としての第一歩を踏み出すこととなるため、本事業の屋根瓦式地域医療教育が重要となる。岐阜大学では岐阜県の地域医療を守るために人材育成を継続して行っていくので、関係する方々の温かいご支援・ご協力をお願いしたい。

参考文献

- 1) 岐阜大学ホームページ 大学案内 理念と目標. <https://www.gifu-u.ac.jp/about/aims/aims.html>(2023 Apr 24)
- 2) 文部科学省 医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/116/toushin/mext_01280.html(2023 Apr 24)
- 3) 岐阜大学医学部附属地域医療医学センターホームページ センター紹介. <http://www.med.gifu-u.ac.jp/crm/center/index.html>(2023 Apr 24)
- 4) 岐阜県ホームページ 岐阜県における医師の現状 2022年3月31日更新データ 調査結果と医師確保計画の進捗について. <https://www.pref.gifu.lg.jp/page/12760.html>(2023 Apr 24)
- 5) Yoshida S, Matsumoto M, Kashima S, et al: Emigration of regional quota graduates of Japanese medical schools to non-designated prefectures: a prospective nationwide cohort study. *BMJ Open* 2019; 9(7): e029335.
- 6) 牛越博昭, 国立大学医学部長会議「卒前卒後の医学教育における国立大学医学部と地域医療機関との連携」第39回 卒前卒後の医学教育における岐阜大学医学部と地域医療機関との連携 ～岐阜県医師育成・確保コンソーシアムとの取り組み～ 2021.6.24掲載. http://www.chnmsj.jp/chiikiiryu_torikumi_new39.html(2023 Apr 24)
- 7) 文部科学省 ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業 概要. https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryu/2022001_00001.htm(2023 Apr 24)
- 8) 文部科学省補助事業 ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業の選定校. <https://plaza.umin.ac.jp/postcorona-GP/>(2023 Apr 24) www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku.html(accessed 2023 Mar 1)

初期研修医が年間40名集まる 県北部へき地病院 —神通川プロジェクトと里山ナース—

国民健康保険飛騨市民病院 管理者兼病院長 黒木嘉人

POINT

- ① 飛騨市は岐阜県最北部にあって人口が約23,000人、飛騨市神岡町は宇宙科学最先端の町でもあり高齢化最先端の町でもある
- ② 飛騨市民病院は岐阜県最北部の急性期から慢性期、保健、在宅医療までオールインワンの地域包括医療・ケアを実践し、地域に無くてはならない病院である
- ③ 医師不足対策として教育研修事業「神通川プロジェクト」を開始し、医学生や研修医の受け入れを積極的に行ってきた
- ④ 神通川プロジェクト開始10年を経て、年間40名の研修医を受け入れる人気の研修病院となり、専攻医の採用も含め医師確保対策に大きな成果を上げた
- ⑤ 看護師不足対策として看護師が生き生きと楽しく働くことを目指した独自の「里山ナース院内認定制度」を導入し、新卒看護師の採用実績につながった

宇宙科学と高齢化最先端の町 飛騨市神岡町

飛騨市は岐阜県最北部にあって富山県との県境に位置し2004年に2町2村(神岡町、古川町、河合村、宮川村)が合併して誕生した。人口約23,000人で、山林が92%を占める地域である。神岡町は、東洋一の鉱山として栄えた町で、あちこちには当時の栄華を極めた名残がある。現在は鉱山の地下空間を利用した世界最先端の宇宙科学研究施設(カミオカンデ、二世代目のスーパーカミオカンデ)があり、小柴昌俊先生、梶田隆章先生の2名もの先生がノーベル物理学賞

を受賞され一躍有名となった。現在ではスーパーカミオカンデより10倍の大きさのハイパーカミオカンデが建設中である。まだKAGRAという重力波研究施設も稼働中であり、町には「宇宙科学最先端の町」の看板が掲げられている。当院のある神岡町の人口は約7,500人で高齢化率が46%を超えており、「高齢社会最先端の町」でもある(図1)。飛騨市の南には東京都や香川県より大きな日本一の面積を有する高山市がある。

飛騨市民病院の概要

1943年に産業組合立高原診療所が誕生し、そ



図1 飛驒市の位置
岐阜県最北部にあって富山県との県境に位置している。

の後いくつかの変遷を経て1949年に国民健康保険神岡町病院に、そして2004年には国民健康保険飛驒市民病院(99床)となった。2021年2月には地域包括ケア病床を増床した81床〔一般病床54床(うち地域包括ケア病床20床)、医療療養型病床27床〕にダウンサイジングしている。2023年4月時点で常勤医は6名、外来診療科は17科あり、常勤医の担当は内科、外科、小児科、総合診療科、緩和ケアで、その他に循環器内科、呼吸器内科、腎臓内科、糖尿病内科、整形外科、脳神経外科、婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、泌尿器科、心臓血管外科は富山大学および富山市内の西能病院からの非常勤医師が担当している。二次救急指定病院を告示しており、救急車の受け入れは年間300~400台、原則断らない救急医療を展開し、救急車の応需率は95.5%(2022年度)である。富山県とのドクターヘリ共同運航協定もされており、重症患者は10分で富山県内の3次医療機関に搬送することができる。当院の医療圏は飛驒市神岡町と高山市上宝町および奥飛驒温泉郷含む対象人口約11,000人であるが、当院以外の公的病院や二次救急病院までは近隣の高山市や富山市まで車で1時間を要する地域である。急性期から慢性期、保健、

在宅医療までオールインワンの地域包括医療・ケアを実践し、地域に無くてはならない病院である。2019年9月には厚生労働省が発表した「再編・統合の必要な病院」424病院に挙げられたことは、地元住民や職員には「病院が無くなるのではないかと」の大きな不安と衝撃が走った。しかし、地域包括ケア病床を増床して回復期医療にシフトしつつ、当院の存在意義をしっかりと示しながら地域医療を守り続けており、2021年度には黒字経営を達成している。

医師確保対策への神通川プロジェクト

山間へき地小規模病院の当院は医師確保が重大な課題である。筆者が院長に就任した2005年度には12名いた常勤医は新医師臨床研修制度の影響で減少し、2013年度には最低の3名となった。大学医局に常勤医の派遣を依頼しても、「無い袖は振れない」と医師派遣はかなわず、民間医師派遣会社から紹介された医師では長続きする有能な人材確保はできなかった。そこで医師不足の解決策として教育研修に力を入れ、大学医局に対して当院の存在感を示すことが肝要と考えた。そんな折に、富山大学地域医療支援学

講座の有嶋拓郎教授より学生実習の受け入れの依頼があった。当初は院内でも学生や研修医受け入れに反発の声があった。しかし2012年より富山大学と協力し、岐阜県からの資金援助を得て、医学生や初期研修医の受入事業「神通川プロジェクト」を開始した。飛騨を流れる高原川は下流では神通川となって富山湾に続くため、飛騨と富山をつなぐ象徴をイメージした。神通川プロジェクトは、医学生、研修医、指導医などの人材は富山から、そして資金は岐阜県の地域医療確保事業費補助金からと、県を超えたコラボレーションによる教育研修事業である^{1),2),3)}。2022年度まで富山大学の医学生は152名を受け入れ、岐阜大学医学生も25名受け入れた。

魅力ある地域医療研修づくり

当院での地域医療研修を行う初期研修医確保のために、神通川プロジェクトは富山県以外の医療機関とも連携拡大を進めた。多くの研修医に来てもらうように魅力ある地域医療研修づくりを目指した。岐阜県、富山県、愛知県の派遣元の医療機関には院長自らが研修説明会に回り、さらに学会発表や医学誌、インターネットなどを通して情報発信を行った。

当院の研修のアピールポイントを以下に示す。

1. 入院の主治医を担当し、研修医の主体性を尊重すること

病棟主治医はチーム制として、研修医が主治医となった患者さんへは、チーム全体でバックアップする。

2. 一般外来を経験すること

毎日必ず一般外来を担当できるように調整し、初診患者をできるだけ担当し、診断から治療まで行う。入院適応であればそのまま主治医となり退院まで責任を持つ。

3. 丁寧な指導體制をとること

毎朝、院長の司会でチーム以外の全入院患者さんについてカンファレンスを行う。そして毎

日夕方には全員で振り返りを行った後で、チームごとにカルテを詳細に見ながらカンファレンスを行い指導した。日々の研修内容はポートフォリオを作成し、毎日院長がコメントし返却する。週2回「飛騨朝いち3分レクチャー」という勉強会を発表担当者持ち回り形式で開催している。

4. 整った学習環境と宿舍の整備

研修医や学生の専用の研修室には、一人ひとりに机とパソコンを配備し、医学用検索サイトや医学書、教材等を豊富に整備した。快適に過ごしていただくために2020年に病院から徒歩1分、無料の専用住宅を新築した。宿舍では研修医や学生同士の交流できるように共有部屋を準備した。

5. 地域医療ならではの多職種連携を経験すること

研修期間中には、薬剤師、検査技師、放射線技師、透析室、リハビリテーションなどの他職種の経験も組み入れた。毎週金曜日の病棟総カンファレンスは、医師、看護師の他にも多職種が参加し情報を共有している。特に担当患者の退院調整カンファレンスには、地域連携室や院外の介護支援専門員なども加わっており、多職種連携を肌で実感することができる。また介護、福祉、行政、調剤薬局、歯科医などの院外の多職種との研修会「高原郷ケアネット」へ参加し、お互い顔の見える関係づくりがなされている。

6. 地元の温かい人情と住民の歓迎

医師不足に危機感を感じた地域住民が自発的に2013年6月に「飛騨市民病院を守る会」を設立した。会員数は約500名で、会員の皆さんからは、各種ボランティア活動や行事のお手伝いの他、研修医や学生の歓迎食事会開催等で当院に力強い支援をいただいている。受診する患者さんも含めた地域住民の皆さんは研修医や学生を歓迎し温かく受け入れている。

7. 飛騨の豊かな自然・美味しいもの、地域を

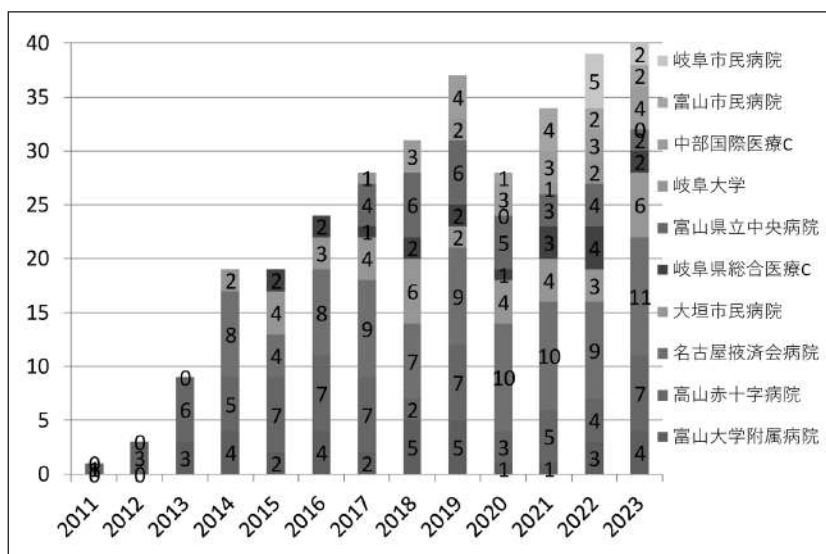


図2 初期研修医数
初期研修医数は年々増加して2023年度には10カ所の医療機関から年間40名を受けられるようになった。

楽しんでいただくこと

研修期間中には、地域の魅力を知っていただくために町中を案内し、美味しい飲食店なども紹介している。特にレールマウンテンバイクガッタンゴーを楽しんでもらっている。これは、廃線となった旧神岡鉄道のレールを専用のバイクで走るもので、大人気の観光スポットで全国から予約が殺到している。運営する地元NPO法人のご厚意で研修医や学生には無料で楽しませていただいている。

8. 患者さんのライフストーリーレポートを通して人生に寄り添う医療を経験すること

研修中の担当患者さんのこれまでの人生について聴き取り、考察を加えてレポートを作成する課題を行っている。患者さんを全人的な視点から診て、人生を物語として捉えるための「ナラティブ・ベイスド・メディシン」の学習である。レポートを作成することで、これまでは、患者さんを○歳男性(女性)、○○の疾患症例といった視点で見がちであったが、一人ひとりの患者さんにはそれぞれの人生背景があることに気付かされて、医師として患者さんに対する姿勢が変わったと、多くの研修医は感じている。

10年の成果がついに実った

神通川プロジェクトを開始してから年々初期研修医の受け入れ数が増加し、この活動は新聞やインターネット、テレビなどのマスコミにも掲載された。当初はこちらから初期研修医を出していただくようお願いしていたが、最近では派遣元の医療機関から地域医療研修の受け入れを依頼されるといった逆の立場になり、ついに2023年度には10施設から年間40名を受け入れることになった(図2)。こうして教育研修に力を注ぐことで、2017年からは富山大学総合診療科からの常勤医派遣、2018年には地元出身の小児科医の赴任、2020年度からは小児科医の専攻医、2022年には内科および総合診療の専攻医も受け入れるようになった。研修医が年間を通して3~4名程度いるために、常勤医数と合わせて医師が10名程度確保されることになり、2013年の常勤医師最低の3名からV字大逆転となった(図3)。神通川プロジェクト開始から10年を経て、医学生、初期研修医、専攻医そして指導医と屋根瓦式の教育体制がついに達成された。研修医アンケートによる研修全体の満足度は、100点満点中平均で93.4点(2022年度)と高評価であった。研修後に良かった点は、主治医となったことが最多で、サポート体制、主体的にでき

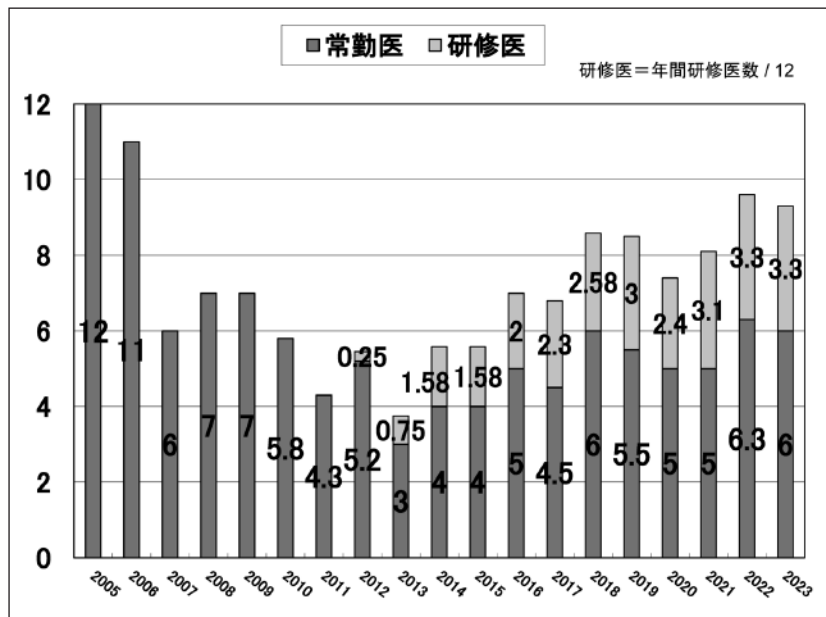


図3 医師数のV字逆転
常勤医師は2013年には最低の3名となったが、初期研修医が常に3～4名いることで常勤医師とあわせて10名程度の医師を確保することになった。

たことが上位となっていた。また医師確保の結果、病棟主治医チーム制をとることで休暇が取りやすくなり、時間外勤務も減少し「医師の働き方改革」が実践できることになった。

看護師不足対策

当院のようなへき地小規模病院では看護師確保も深刻な問題で、特に最大の問題は職員自体の高齢化である。併設看護学校や提携校もなく看護師の定期採用の道筋が確立されていない中での看護師の確保は困難である。2017年度の分析では、5年後には16%の看護師が定年退職し、30歳以下が8%までに減少することになり、医療提供体制の存続に直接影響を与えかねない局面を迎えていた。

そこで、より地域性に特化して地域のニーズに合致する魅力的な看護師像を可視化し、働く看護師のやりがいと今後の採用と教育に関する活動につなげていくための独自のシステムとして、岩崎美幸看護部長が中心となって2021年度から院内認定看護師制度「里山ナース」を導入した^{4)~7)}。

里山ナース院内認定制度の導入

「里山ナース」は、いのち・暮らし・尊厳を守り支える看護を大切に、病院の枠を超えて多職種との連携・調整を推進し、地域住民が望む場所でその人らしく生きることを家族も含めて支えていく看護師である。急性期から救急～慢性期、終末期、看取り、在宅支援、新人指導までに関わることを定義に入れた。まず人材育成プロジェクトチーム(JIP)を立ち上げ、実働的に計画推進する看護師、リハビリスタッフがコラボしたワーキンググループを組織化し活動を開始した。教育プログラムは日本看護協会クリニカルラダーに絡め、地域特性を活かした独自の院内認定看護師制度「里山ナース」教育ラダーの構築を行った。日々の視点からみた当院の看護を可視化し、3段階でステップアップするシステムである。第1段階の1st -SUPER-では、救急から看取り期までの理解を目的に既存の院内研修などを活用し、常勤の看護師の約9割が修了している。2段階目の2nd -HYPER-では、さらに幅広い看護を提供できるようになることを目的に、クリニカルラダーⅡ以上の取得と5分野【急性期】【慢性期】【終末期】【在宅看護】【地域



図4 里山ナース院内認定制度のイメージ図
日本看護協会が推奨するクリニカルリーダーに加えて当院独自の視点からみた看護を可視化し、3段階でステップアップするシステムである。

医療]全てにおいて基準を満たすことが研修の修了条件で、年間1人あたり3万円の研修費用の補助があり、挑戦者が増えている。3段階目の3rd -EXCELLENCE-はさらに専門性を活かす内容を検討中である(図4)。このように頑張っている看護師を承認し、さらに資格取得への道をひらくことが可能な制度とした。運営にはJIPチームメンバーの強みがフルに発揮されるように配慮しつつ、楽しみながらできるような「遊び心」を加え、マスコットキャラクターも誕生した。モチーフにしたミツバチは優れた記憶・学習能力をもち仲間を増やし里山の地域に花を咲かせる働き者の意味があり、里山のハチ「サッチ」とした。修了者にはサッチがデザインされたバッジや、伝統工芸「山中和紙」の修了証、そして2nd -HYPER-修了者には各自に好きな色のスクラブを贈呈し、里山ナースとしての誇りをもって看護に携わってもらっている。当院独自の「里山ナース」のコンセプトを確固とするために商標登録も行った。

新人看護師確保採用の成果に

里山ナース院内認定制度を進めながら、当院の看護をブランド化する活動を推進することで、看護師が生き生きと楽しく働くことができ「ここで一緒に働きたい」と思ってもらえれば、

人材確保につながると考えた。2022年度にはついに就職説明会を聴講した北海道出身で筑波大学新卒の看護師1名、2023年度には2名の新卒看護師採用の成果につながった。当院への看護実習受け入れや見学者も増えてきた。

おわりに

岐阜県北部のへき地小規模病院の地域医療の実情と人材確保について述べた。何より教育研修を重んじた人材育成こそが重要であり、地道に努力を継続することが肝要であると思われる。

文献

- 1) 黒木嘉人:臨床研修 新たな地平を拓く -飛騨市民病院の研修医劇的增加につながった神通川プロジェクトの成果. 地域医療2017; 55(2): 160-164.
- 2) 黒木嘉人:国保直診新時代への挑戦 -存続可能な地域医療への挑戦. 地域医療 2019; 57(1): 26-29.
- 3) 黒木嘉人:地域に必要な病院総合医とは 研修医, 多職種, 住民とともに歩む小規模病院の取り組み. 病院 2020; 79(8): 590-594.
- 4) 岩崎美幸:存続可能な地域医療に懸ける人材確保と育成への挑戦~人材育成プロジェクトチーム結成と当院独自の「里山ナース院内認定制度」の導入~. 地域医療 2021; 58(4): 396-400.
- 5) 岩崎美幸:変革の第一歩は危機感の可視化・共有, 新連載組織を変える変革魂. ナースマネジャー 2021; 23(7): 54-58.
- 6) 岩崎美幸:変革を軌道に乗せ, 周囲を巻き込み行動に移す~「里山ナース院内認定制度」の推進を例に, 連載第2回 組織を変える変革魂. ナースマネジャー 2021; 23(9): 73-78.
- 7) 岩崎美幸:変革の成果を評価し, さらなる推進と定着を図る, 連載第3回 組織を変える変革魂. ナースマネジャー 2021; 23(10): 59-64.

組織球性壊死性リンパ節炎小児入院症例の検討

石井瑤子^{1),2)} 山口明日香¹⁾ 宮田理英¹⁾ 清原鋼二¹⁾

要旨

【目的】組織球性壊死性リンパ節炎(histiocytic necrotizing lymphadenitis: 以下, HNL)の小児例について, その臨床的特徴を検討した。

【方法】2010年1月から2022年12月までに当院で経験したHNLと診断入院した症例について症状, 経過, 治療経過など検討した。

【結果】年齢は5~15歳(中央値13歳), 男9例女1例であった。発熱期間は8~28日(中央値13日)であった。造影CTは8例施行。リンパ節生検は2例に施行し, HNLに合致した所見であった。このうち, 1例は翌日解熱した。ステロイド使用で解熱した症例は, 2例であった。急性期にWBC, ALP減少, LDH増加し, 回復期に正常化する傾向を認めた。

【結論】リンパ節生検が確定診断に必要であるが, 侵襲を避けるため, 臨床的診断を行う場合がほとんどであり, 多くの検査や治療が行われている。HNLの臨床的特徴を理解して, 経過観察し, 発熱が2週間以上長引く場合や体力の消耗が激しい場合も, 選択的に造影CTなどを行うとともに, リンパ節生検を行うか, 生検を行わない場合でもステロイド治療を行うとよい。

KEY WORD 菊池病, 頸部リンパ節腫脹, 造影CT, リンパ節生検

I. 目的

発熱と頸部リンパ節腫脹を主訴に受診するケースは臨床でよく出会う。その中で, さまざまな感染症, 膠原病, 悪性疾患などを鑑別する必要がある。組織球性壊死性リンパ節炎(histiocytic necrotizing lymphadenitis: 以下, HNL)もその中に含まれ, 確定診断を行うには, 最終的にはリンパ節生検が必要となる。実際には, HNLは発熱, 有痛性頸部リンパ節腫脹などが特徴であり, リンパ節生検は侵襲があり, 特に小児の場合, 全例に行えないため, 臨床所見, 検査所見, 除外診断から, 臨床的診断をしている場合が多い。当院で経験したHNL入院

症例について, 今後の検査治療の方法を検討した。

II. 方法

2010年1月から2022年12月までに当院でHNLと診断し, 入院加療した症例について, HNLの臨床経過や検査所見などについて, 後方視的に検討した。

III. 結果

2010年1月から2022年12月までに当院にHNLと診断し, 入院した5歳から15歳までの

1) 東京北医療センター 小児科, 2) 現 公立久米島病院
(連絡責任者: 清原鋼二 〒115-0053 東京都北区4-17-56 東京北医療センター 小児科)

原稿受付2023年2月21日/掲載承認2023年4月4日

表 HNL 入院症例一覧

	年齢	性別	生検所見 (実施病日)	発熱期間 (入院病日)	CRP mg/dL	WBC/ μ L (好中球%)	ALP U/L	LDH U/L	画像、治療など
1	13y4m	男		13(12)	1.913	2170(62)	589	599	造影CT：膿瘍なし マイグラムマ抗体(+) MINO使用あり
2	13y4m	女		12(10)	0.504	5720(76)	データなし	593	造影CT：膿瘍なし 全身状態不良にてステロイド使用後解熱
3	15y1m	男	悪性所見なし 針生検(34)	26(25)	1.882	2110(50)	428	541	造影CT：膿瘍なし 体重減少10kg
4	10y5m	男	HNL所見あり (34)	35(33)	0.755	3970(59)	403	259	造影CT：膿瘍なし 生検後2日め解熱
5	5y5m	男		14(12)	0.794	3750(37)	427	326	造影CT：膿瘍なし CTX使用あり
6	6y3m	男		13(12)	0.529	1740(54)	317	805	CTなし
7	13y5m	男	HNL所見あり (34)	28(22)	3.177	4720(61)	701	251	造影CT：膿瘍なし 生検後解熱 なくステロイド使用後解熱
8	12y9m	男		10(4)	1.174	3460(19)	783	541	造影CT：膿瘍なし
9	6y4m	男		8(6)	0.332	3750(42)	480	720	CTなし
10	14y6m	男		18(14)	1.577	5320(67)	268	216	造影CT：膿瘍なし

患者は10例であった(中央値13歳)。男9例女1例であった。発熱期間は8～28日(中央値13日)であった。頸部リンパ節生検2例、ステロイド使用2例であった(表)。その後の経過観察の範囲内で再発例や、膠原病を発症した例はなかった。当院での外来において、HNLを診断する際は白血球(WBC)減少、乳酸脱水素酵素(LDH)上昇、C反応性蛋白(CRP)は正常ないし、軽度上昇を目安としており、10例のうちWBC 4,000/ μ L未滿が7例、LDH 400/U/L以上6例、CRPはいずれも5mg/dL未滿であった。川崎病の主要症状が4つ以上ある例はなかった。経過中、頸部のエコー検査は9例、造影CT検査は8例で施行している。造影CTで膿瘍を疑わせる陰影増強はいずれも見られなかった。

リンパ節生検は2例に行い、病理検査での特徴として、以下の項目は共通していた。症例4の病理組織像を図1に示す。①傍皮質領域の凝固壊死像があり、採取組織全体の1/3程度に壊死病巣が存在した(図1-A)。②壊死巣やその周囲に組織球が目立ち、nuclear debrisとよばれる核崩壊産物が見られる(図1-B)。③好中球や好酸球、形質細胞の浸潤は明らかには認めない(図1-B)。④免疫染色ではT細胞と組織球が多く、CD68陽性組織球の増生を認める(図1-D, E)。⑤壊死病巣外のリンパ節辺縁部

にB陽性細胞を認めた(図1-F)。⑥悪性とする所見は認めない。上記は、組織球性壊死性リンパ節炎を考える所見であり、2例ともこれらの所見からHNLの診断とした。症例4では、形質細胞様樹状細胞や核小体明瞭で泡沫状の大型核を有する免疫芽球様細胞を認めた(図1-C)。

なお、針生検のみを行った1例では、悪性細胞は認められないことが確認できたが、採取組織が不十分なため、上記のようなHNL特有の所見は得られなかった。

当院において行われた造影CTは10例中8例で、発熱開始後10～32日(中央値14日)であった。いずれも膿瘍を疑わせる造影効果は得られてない。8例中2例で、リンパ節内に相対的に造影効果の少ない壊死像を示唆する所見はあったが、診断を確定できるものではなかった。

頸部エコーは9例に施行したが、膿瘍形成がなく、複数のリンパ節の腫大を認めたが、HNL示唆するようなリンパ節内の壊死像の所見は判別できなかった。

当院で入院加療した10症例について、WBC、LDH、血清アルカリホスファターゼ(ALP)の推移を図2に示す。全例の罹患前、罹患後のデータはそろわなかったが、WBCの減少、LDHの上昇、ALPの低下が急性期に見られ、回復後改善している所見であった。

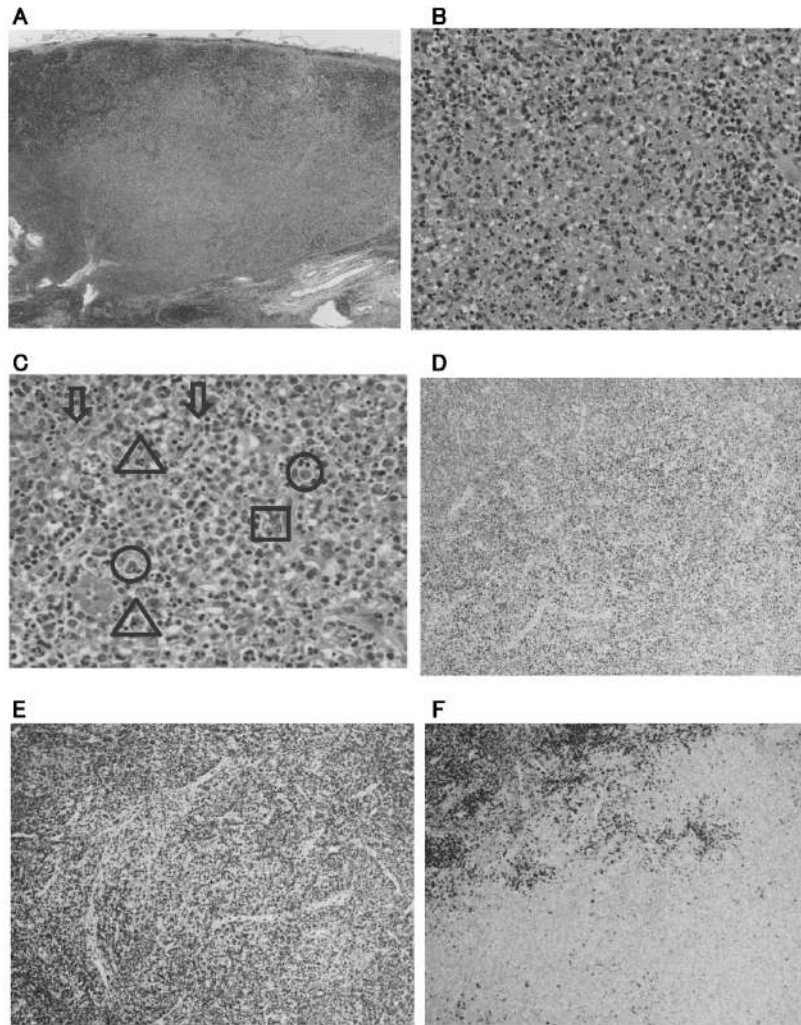


図1 症例4の病理組織像

- A. HE染色像(40倍). 傍皮質領域の凝固壊死像であり, 1/3程度に壊死領域が存在する.
- B. HE染色像(400倍). 壊死巣やその周囲には組織球が目立ち, nuclear debrisとよばれる核崩壊産物が存在する. 好中球や好酸球, 形質細胞の浸潤は明らかには認められない.
- C. HE染色像(400倍)の拡大. 形質細胞様樹状細胞や核小体明瞭で泡沫状の大型核を有する免疫芽球様細胞が存在する. □印: 大型化・芽球化したリンパ球 ○印: 組織球 △印: 核崩壊産物 矢印: 形質細胞様樹状細胞
- D. CD68(KP1)免疫染色像(100倍). CD68陽性組織球が集簇している.
- E. CD3免疫染色像(100倍). CD3陽性T細胞が集簇している.
- F. CD20免疫染色像(100倍). 壊死病巣外のリンパ節辺縁部にB陽性細胞を認める.

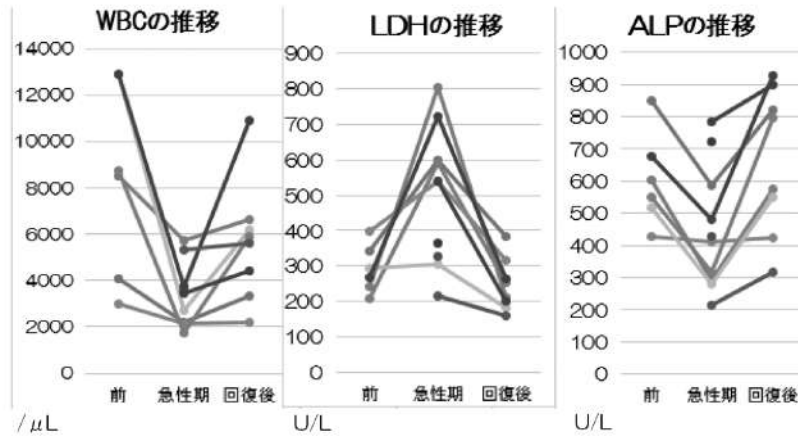


図2 WBC, LDH, ALP の推移

IV. 考 察

HNL は菊池病, 藤本病, 亜急性壊死性リンパ節炎などとも呼ばれ, 東洋人での報告が多い。発熱, 頸部リンパ節の腫大を特徴として, 症状発現の前後から発熱がみられ, 1 ヶ月近く解熱しない例もある。採血所見としては, WBC 減少, LDH 上昇, CRP 微増などが特徴である¹⁾。

20 ~ 30 代女性に好発するが, 小児は学童期に多いとされる。乳幼児期にもまれに発症し, 重症かつ多彩な症状を呈する¹⁾。成人の臨床像とは差異が存在する。男女の性差はなく, 発熱や頸部リンパ節腫脹, WBC 減少を高率に伴い, 再発の頻度も高い²⁾。今回検討した症例の年齢は5歳以上であり, 報告された年齢分布に一致していた。男児が多いが, 外来のみの症例が含まれていないことや, HNL と診断されていない症例がほかにある可能性もあり, 前方視的な観察をする必要と思われる。ただ, 外来症例を加えても, 小児では成人と異なり女児が多くはないと推測される。

HNL の症例の検査結果では, 表で示したように, 急性期 WBC 減少が特徴的な検査所見であり, CRP はわずかに増加する程度で, LDH の上昇も見られた。実際にほとんどの症例でこの条件は満たしており, 逆にこの所見が HNL を診断するきっかけになっているので, 当然とも言える。図2に示したように WBC は病状回

復後, 正常範囲になり, LDH は急性期の 2 / 3 以下に復帰していた。今回の症例群でも ALP が一過性に低下し, 回復期に上昇が多く見られた。ALP は年齢によって正常値がかなり異なるので, 通常診療では見逃しやすいが, 急性期は年齢正常値の下限以下になっていることが多く, 回復期には, 急性期の 1.5 倍程度になり, 年齢の正常は範囲に復帰しているものがほとんどであった。小児は成長期で, ALP は正常値が高く, 小児期に ALP が成人の正常値に近い場合は低いと考えるとよく, 診断の参考となりうる。この機序はまだ解明されていないが, 多数報告されており HNL の診断の手がかりになると考えられる^{1),3)}。これにより, リンパ節生検を施行せず, 臨床的診断にて行った検査や治療の妥当性を検討する手助けとなる。その他, 表には示していないが, 可溶性インターロイキン 2 (sIL-2) 受容体の高値, フェリチンの軽度上昇を認めた症例もあり, 免疫系の検査としては, C3, C4 が高値で一部抗核抗体が 80 倍以上の例も 2 例あった。HNL がその後全身性エリテマトーデス (SLE) を発症した例で抗核抗体陽性であったとする報告が多いため⁴⁾, 自己免疫疾患への進展の可能性があり, 慎重に経過を診ていく必要がある。現在までの当院での観察で膠原病を発症した症例は見られていない。

リンパ節生検の病理では, 前述したようにリンパ傍皮質領域に凝固壊死像を認め, 壊死巣に

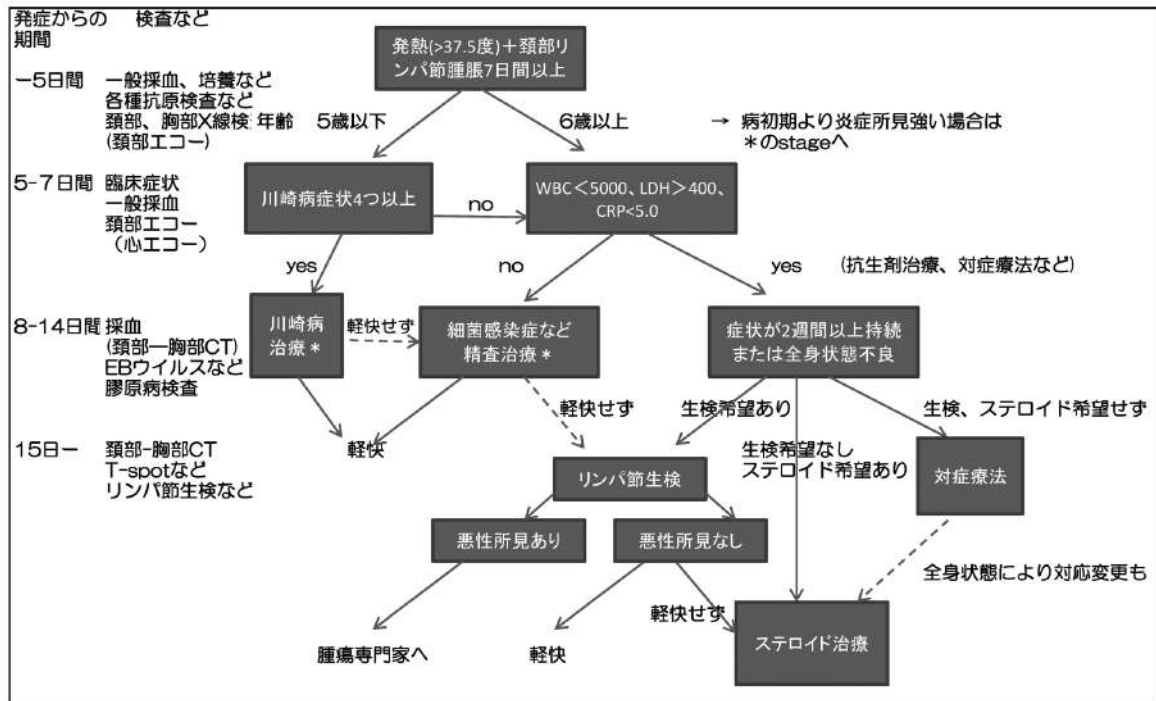


図3 当院での発熱+頸部リンパ節腫脹 (HNL 含む) 診断フローチャート

は組織球，T細胞が豊富に認められ，CD68陽性組織球に nuclear debris とよばれる核崩壊産物を伴うアポトーシスの所見があり，好中球や形質細胞はあまりみられないということが，共通して認められる．また，採取した検体の中に壊死変化が認められなくても，CD68陽性組織球の増生の証明で本症の診断が可能であるとする報告もある⁵⁾．

リンパ節生検は悪性リンパ腫などの悪性疾患の除外，およびHNLの確定診断のために行われる．また生検直後に症状軽快，解熱した症例が少なからず報告されている²⁾．Lee KYの研究では8人のHNL罹患児のうち7人がリンパ節切除後に解熱した⁶⁾．自験例においても，1ヵ月以上の長い経過であったが，生検直後に解熱した例があり，また，針生検の症例も解熱をしている．もう1例は，生検後発熱が持続して，全身状態不良でステロイド開始で解熱している．全例が解熱するわけではないが，生検により，何らかの免疫的な変化が起きている可能性がある．この病態の解明はいまだなされていない．さらに症例を重ね検討していく必要がある．HNLの診断にはリンパ節生検の侵襲などから，

臨床的診断が行われており，いずれも診断確定ができないまま，長期の療養を要することが多い．治療の選択に悩み，家族の不安や児の集団生活の制限などの問題もある．早く診断し，症状が落ち着くのを期待されるが，説明対応にも苦慮することが，臨床医にとっては悩ましい．鑑別診断において，多くの検査が行われているが，必要な検査を選択しつつも，不要な検査治療を減らすためには，検査治療の時期や適応を整理して，より負担の少ない方法を模索する必要がある．当院で現時点で使用しているフローチャートを提示した(図3)．

発熱，頸部リンパ節腫脹を主訴として来院した場合は，年齢なども考慮しつつ，化膿性リンパ節炎や川崎病をまず急ぎ鑑別する必要がある．早期に，治療が必要になるためである．年齢，経過や合併症状などから，採血，頸部エコー，心エコーなど一般的な検査や侵襲が少ないものから，選択している．これらの疾患が可能性少なく，症状が1週間程度続く場合に，WBC減少，LDH上昇，CRP正常ないし微増であれば，HNLの可能性が出てくるが，この段階から他のウイルス感染症(EBウイルスなど)，膠原病，

悪性疾患など鑑別する必要がある。その際に造影CTや、場合によっては、リンパ節生検が選択肢に入ってくる。熱が長びいて、本人・ご家族の不安も増えてくる時期のため、入院加療も必要になる場合が多く、本人の全身状態、原因の解明の必要性、侵襲のそれぞれを評価して、相談の上、検査治療を選択している。当院の検討では、造影CTに関しては、ほぼ全例に行われているが、検査適応や時期が少し早い例もあり、今後、被ばくや侵襲を考慮して、検査時期や順序を検証する必要がある。早期には化膿性炎症の鑑別治療を行い、後半は悪性リンパ腫などの鑑別を行うことは重要ではあるが、血液の炎症反応が軽度な症例が主体なので、結果として造影CTが不要であった例も存在する。また後半の悪性リンパ腫の除外も2週間を過ぎて、リンパ節の増大傾向のない状態であれば、不要な場合もありうる。このあたりは、前述の検査データの経過なども含めて、これらの検査の必要性を検討する必要がある。

地域の医療機関では、診療経験やできる検査等が限られている。今回のフローチャートのように、所属している施設で可能な検査の限界を見つつ、リンパ節生検や造影CTなどの精査を行うか、状況によりステロイド治療を選択するなどを行うのが良い。そのようなことを含め、経過の途中で、家族と今後の道程を示しておく、不安解消にもつながる。

V. 結 語

当院での13年間のHNLと診断入院した症例の検討を行った。

いずれも、さまざまな検査が必要になり、長い療養期間を要した。症状、年齢、WBC、LDH、ALP、CRPからは、ある程度診断が推定できる。ALPが成人の正常値に近い場合は

診断の参考になる。2週間以上の症状持続あるいは体力消耗などが強い場合に、選択的に造影CT（頸部～胸部）を行うなどの鑑別とリンパ節生検あるいは、ステロイド治療などを家族と相談して、選択するのがよいと考えられる。病状の特徴を理解し、検査データの推移も参考に過去の症例経験も評価検討を行い、診療を行っていくべきと考えた。

日本医学会 COI 管理ガイドラインに従って、開示すべき COI はありません。

すべて匿名化されており、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ております。説明と同意はオプトアウトにて行うとともに、当院の倫理委員会に於いて、承認を得ております。

石井瑤子は論文作成を行った。

山口明日香、宮田理英、清原鋼二は論文作成に関わる批判的校閲に関与した。

参考文献

- 1) 稲毛康司：菊池病（組織球性壊死性リンパ節炎）。小児内科 2018；50：209-212.
- 2) 後藤健、遠藤愛、大浦果寿美、他：単一施設における組織球性壊死性リンパ節炎10例の検討。小児科臨床 2019；72：1419-1423.
- 3) Inamo Y: Low serum alkaline phosphatase activity in Kikuchi-Fujimoto disease. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96: e6228.
- 4) Dumas G, Prendki V, Haroche J, et al: Kikuchi-Fujimoto disease: retrospective study of 91 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 2014; 93: 372-382.
- 5) 小松博史、河北亜希子、瀬川藍、他：小児の組織球性壊死性リンパ節炎8例の検討。小児科臨床 2006；59：1780-1786.
- 6) Lee KY, Yeong-Heum Yeon, Byung-Churl Lee : Kikuchi-Fujimoto disease with prolonged fever in children. *Pediatrics* 2004; 114(6): e752-e756.

第116回 “離床センサーの使用”に関わる 事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

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)における第71回報告書(以下、本報告書)¹⁾では、「離床センサーが電源の入れ忘れや使用方法の間違いにより作動しなかった事例」を分析テーマとして取り上げている。

本報告書には、「転倒・転落による外傷は、入院中の患者にとって回復やリハビリテーションの妨げとなり、退院後の生活にも影響を及ぼすことがある」ということや、「対策の一つである離床センサーは、患者が起き上がる前にベッドから身体を離れた際、あるいは立ち上がる前に床に足を着けた際に感知し、転倒や転落を防ぐ目的で広く使用されている。しかし、離床センサーを設置していても適切に使用していないと離床センサーが機能せず、患者が転倒・転落してしまうことがある」ということが挙げられている。

転倒・転落事例の発生を防止するため、医療機関ではさまざまな防止対策を検討・実施していると思われる。その一つの対策として“離床センサーの使用”が挙げられる。本報告書では、離床センサーの種類として、「マットセンサー」「クリップセンサー」「ベッドセンサー」「赤外線センサー」などがあることが挙げられており、

患者の状況に応じて単独あるいは併用して活用されている事例が挙げられている。使用する離床センサーの選択の誤りや、適切に使用されない場合にはリスク発生の可能性があるため、このような事例発生の未然防止を図ることは喫緊の課題である。

本連載でもこれまでに、転倒・転落に関わる内容として、「転倒・転落事例をどのように防止するか?(第3回)」「“ベッドへの移乗時の転落”に関わるアクシデント(第85回)」というテーマで、インシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策について、具体的事例から検討している。

自施設では、“離床センサーの使用”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、事例発生を未然防止する対策や、現状評価は十分だろうか。“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然防止するためには、「なぜ、転倒・転落を防ぐ目的で“離床センサー”を使用しているにもかかわらず、転倒・転落事例の発生を防止できなかったのか?」という“なぜ”を深めることが欠かせない。

併せて、「なぜ、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、“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然防止できなかったのか?」という疑問を明らかにすることも重要である。明らかになった自施設の傾向と課題

に向き合い、関与する医師や、看護師など、多職種が連携を発揮することにより、“離床センサーの使用”に関わる事例発生を回避できるシステムの整備に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、「なぜ、転倒・転落を防ぐ目的で“離床センサー”を使用しているにもかかわらず、転倒・転落事例の発生を防止できなかったのか？」という疑問を深め、電源の入れ忘れだけでなく、使用方法の間違いや不適切な使用などを含む“離床センサーの使用”の状況に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生の未然防止対策について検討する。本稿では、本報告書で挙げられている「マットセンサー」「クリップセンサー」「ベッドセンサー」「赤外線センサー」などのさまざまな種類の離床センサーを含めて、離床センサーと記載する。

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。

“離床センサーの使用”に関わる事例

本報告書によると、2020年1月～2022年9月に報告された医療事故情報のうち、対象とする事例は55件であり、「離床センサーの不具合と考えられる事例は除外し、電源を入れ忘れた事例や、電源が入っていたが使用手順や設定の間違いがあり、離床センサーが作動しなかった事例を対象とした」ということが挙げられている。

「事故の程度」は、「死亡：1件」「障害残存の可能性が高い：7件」「障害残存の可能性が低い：22件」「障害残存の可能性なし：11件」「障害なし：12件」「不明：2件」ということが挙げ

られている。また、「治療の程度」では、「医療の実施あり」を選択した44件の内訳として、「濃厚な治療：15件」「軽微な治療：25件」「治療なし：4件」ということが挙げられている。

本報告書で分析対象となった55件の「事例の分類」としては、「離床センサーの電源が入っていなかった事例：37件」「離床センサーの電源が入っていたが作動しなかった事例：18件」ということが挙げられている。

「離床センサーの電源が入っていなかった事例：37件」については、使用する医療者側の要因に加えてシステム要因、環境要因からの原因究明と対策の検討が重要と考えられる。これに対して、「離床センサーの電源が入っていたが作動しなかった事例：18件」に注目すると、使用方法の間違いや不適切な使用、およびマニュアルの不遵守などを含む“離床センサーの使用”の状況に関わる課題が見えてくる。

本事業の事例検索²⁾では、2023年2月下旬現在、キーワード“転倒”で13,738件、“離床センサー”で2,499件、“転倒”“離床センサー”で2,142件、“離床センサー”“作動しなかった”で55件、“離床センサー”“電源”“OFF”で36件、“離床センサー”“電源”“切れていた”で13件、“離床センサー”“電源”“入れ忘れ”で7件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

事例検索²⁾にて検索された“離床センサーの使用”に関わる事例の中で、電源の入れ忘れだけでなく、使用方法の間違いや不適切な使用などを含む“離床センサーの使用”の状況に関連した事例としては、

「間質性肺炎で入院した患者(70歳代、男性)は、入院時より、移動時にナースコールを押すように説明されていたが、実施されず、1人で移動していたため、離床センサー(マットセンサー)を設置した。入院の翌日、歩行時のふらつきが強いため、看護師の観察のしやすい部屋へ移動することになった。看護師2名でベッド移動を実施し、移動後に荷物も一緒に移動したことを患者に説明した。その後、病室の入口で、左側臥位になっている患者を発見した。患者は『荷物を取りに行こうとして、歩いてきて滑っ

た』と発言した。患者の歩行時には、離床センサーの電源が入っておらず、作動しなかった(スイッチはONだったが、コンセントにプラグを挿していなかった)。患者の膝を曲げると左股関節の痛みを訴えたため、主治医の指示でエックス線検査を実施し、左大腿骨頸部骨折と診断された。

ベッド移動後に離床センサーの作動確認を実施しなかった。看護師は、荷物も一緒に移動したことを患者に伝えたが、患者は理解していなかった。患者は、環境が変わったことで混乱していた。認知症のある患者への対応ができていなかった」

「夜間、看護師が病棟を巡視中に、病室の入り口で、気管支炎で入院した患者(80歳代、女性)が右足を伸展して座り込んでいたのを発見した。患者は『トイレに行きたかった。右足のつけ根が痛い』と発言した。患者をベッド上に移動後に当直医師に報告し、鎮痛剤を与薬した。朝になって家族に、患者が夜間にトイレに行こうとして転倒し、股関節を痛がっていることを伝えた。家族から、『離床センサーを使用していたのに、作動しなかったのか』と尋ねられたが、謝罪したのみで、詳しい説明はしなかった。主治医の指示でエックス線検査を実施し、右大腿骨転子部骨折と診断され、手術が実施された。

患者には認知症があり、転倒の危険性を回避できなかった。履物はリハビリ用のシューズを使用していたが、この時に履いていたかどうかは不明であった。4床室で、患者のベッドはカーテンで遮られ、観察しづらかった。患者は立位保持はできるが、普段から歩行はしていなかったため、歩くとは予測していなかった。4日間の臥床による筋力低下があった。4年前に購入した離床センサー付きのベッドで、患者がベッドサイドに坐位になった際のセンサーの反応が無く、ナースコールが鳴らなかった(メーカーと検証し、モーターと中継ケーブルの連携不具合の可能性が判明した)」

などがある。

これら“離床センサーの使用”に関わる事例は、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性があ

り、患者・家族の医療機関・職員への信頼を揺るがす可能性が想定されるため、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステム整備を実施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、“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然防止対策として、“離床センサーの使用”に関するマニュアルの整備や、事例情報の共有とリスクアセスメントの実施、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、“離床センサーの使用”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設の防止対策の現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索²⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“離床センサーの使用”に関わる事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「離床センサーを2種類使用するも、転倒が発生？」

【事故の内容】

- ・細菌性肺炎で入院した患者(80歳代、男性)は、入院時よりせん妄状態であった。
- ・歩行状態は不安定であり、車いすに乗る際には介助が必要であった。
- ・転倒前には、ベッドサイドの棚の引き出しを何度も開けたりするなどの行動を認め、夕刻に抗精神病剤を内服した。
- ・23時頃に落ち着き、クリップセンサーを装着し、さらにベッドセンサー(ベッドそのものにセンサーが内蔵されているベッド)も使用した。
- ・翌日1時頃、ドンという音がしたため訪室すると、ベッドサイドに尻もちをついている患者を発見した。
- ・ベッドの横に配置していたオーバーテーブルにつかまり、滑ったとのことであった。
- ・クリップセンサーのクリップ(患者の衣服に装着する側)は外れており、ベッドセンサーは作動しなかった。
- ・その後、患者が腰痛を訴えたため、CT検査を実施し、第12胸椎の圧迫骨折が判明した。
- ・ベッドセンサーの作動確認を実施すると、作動しないことが判明した。
- ・定期的に転倒・転落アセスメントで患者を評価する予定に

なっていたが、評価していなかったという現状も判明した。

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

本事例の背景要因としては、「離床センサーを2種類（クリップセンサー、ベッドセンサー）使用していたにもかかわらず、転倒が発生した」「クリップセンサーについては、患者自身で外す可能性が高く、転倒防止のための機器としては選択ミスであったと思われる」「ベッドセンサーが最も有効な手段であったが、作動しなかった」「機器の使用前に点検が実施されていなかったことと、機器を使用しているという安心感が油断につながったと考えられる」「転倒・転落アセスメントでの評価が適確に行われていなかったことから、十分なアセスメントができず、機器の選択ミスにつながったと思われる」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、事例発生後に、ベッドセンサーの作動確認を実施するまで、作動しないことに気づくことができなかったのか?」「なぜ、複数のプロフェッショナルが関与しているにもかかわらず、ベッドセンサーが作動しないことに気づくことができなかったのか?」「なぜ、定期的に転倒・転落アセスメントで患者を評価する予定になっていたにもかかわらず、評価していなかったのか?」「なぜ、定期的に転倒・転落アセスメントで患者を評価していなかったということが事例発生前に判明しなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「クリップセンサーについては、患者自身で外す可能性が高く、転倒防止のための機器とし

ては選択ミスであったと思われる」に注目することが重要である。ここでは、「なぜ、事例発生前に、転倒防止のための機器の選択ミスに気づき、改善策が実施されなかったのか?」という疑問を深め、事例発生の根本原因を明らかにすることが望まれる。

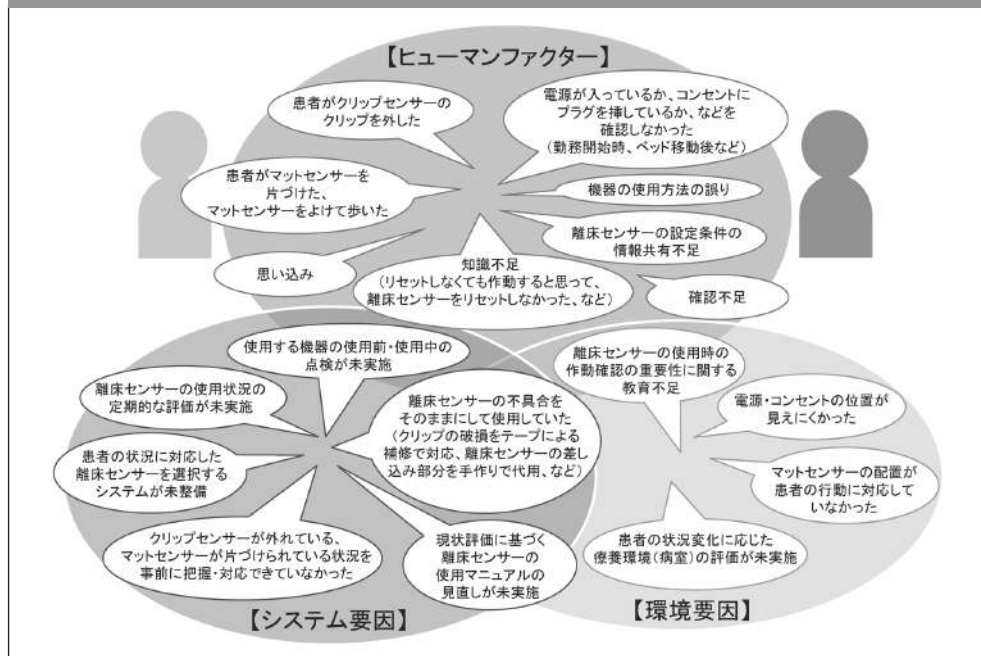
“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然防止するため、本報告書、および事例検索²⁾にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「離床センサーの使用”に関わる事例の発生要因の“見える化(例)”(図1)を作成した。ここでは、ヒューマンファクターのみならず、システム要因・環境要因の視点でも、事例の発生要因を“見える化”する取り組みを提案したい。本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“離床センサーの使用”に関わる事例の発生要因としては、「確認不足」「情報共有不足」「思い込み」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因などの関連性を含めて広い視野で検討することが望まれる。

“離床センサーの使用”に関わる事例の発生要因としては、1) 自施設における事例の発生状況の分析が未実施、2) 自施設における防止対策としての“離床センサーの使用”の現状評価・フィードバックが未実施、3) 患者の状況に応じた機器の選択のシステムが未整備、4) 多職種によるリスクアセスメントの結果を踏まえたマニュアルの見直しが未実施、5) “離床センサーの使用”に関わるマニュアルの遵守の意義についての教育が未実施、6) 情報提供・共有を含む多職種参加の職員教育が未実施、などが考えられる。

“離床センサーの使用”に関わる 事例の発生要因の“見える化”から 検討する未然防止対策

本事例の改善策としては、「転倒・転落アセス

図1 “離床センサーの使用”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第71回報告書,および事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成)

メントでの評価を適確な時期に実施する」[「医療機器(離床センサー)を使用する場合は、動作の確認を必ず実施する」などが挙げられていた。

“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における事例の発生状況の分析の実施、2)自施設における防止対策としての“離床センサーの使用”の現状評価・フィードバックの実施、3)患者の状況に応じた機器選択のシステム整備、4)多職種によるリスクアセスメントの結果を踏まえたマニュアルの見直しの実施、5)“離床センサーの使用”に関わるマニュアルの遵守の意義についての教育の実施、6)情報提供・共有を含む多職種参加の職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

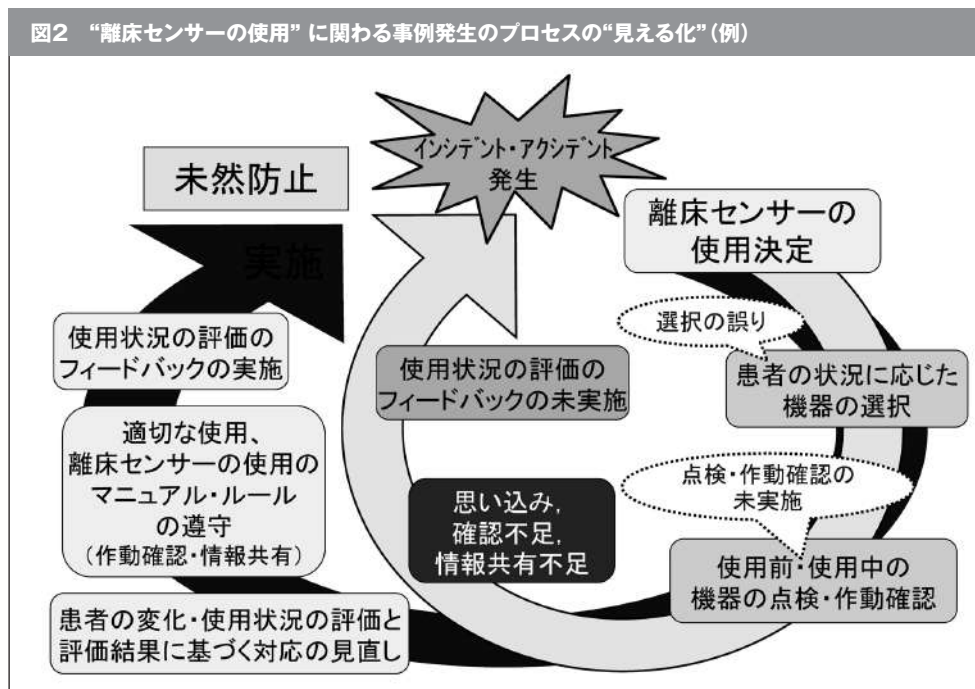
これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「情報共有不足」「思い込み」などを防止すること、および患者に及ぼす可能性のある不可逆的な影響の重大性を再認識する機会の提供により、“離床センサーの使用”に関わる事例の発生に至る前に、プロフェッショナルとしての責任を認識することや、多職種によるリスクアセスメントの結果

を共有することなどで、事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「自施設における事例の発生状況の分析の実施」では、“離床センサーの使用”に関わる事例発生のプロセスを意識して分析することが望まれる。ここでは、本報告書、および事例検索²⁾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「“離床センサーの使用”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”(例)」(図2)を作成した。

「離床センサーの使用決定」後に、「患者の状況に応じた機器の選択」「使用前・使用中の機器の点検・作動確認」というプロセスでは、機器の「選択の誤り」や「点検・作動確認の未実施」などにより、事例発生の可能性が想定される。併せて、“離床センサーの使用”の際の「思い込み、確認不足、情報共有不足」、および「使用状況の評価のフィードバックの未実施」などによって、リスクを回避できず、インシデント・アクシデント事例発生に至る可能性が想定される。

これに対して、「患者の状況に応じた機器の選択」「使用前・使用中の機器の点検・作動確認」「患者の変化・使用状況の評価と評価結果に基づく対応の見直し」「適切な使用、離床センサー



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第71回報告書,および事例検索にて検索された事例の記載内容を参考に作成)

の使用のマニュアル・ルールの遵守(作動確認・情報共有)」「使用状況の評価のフィードバックの実施」などの各プロセスで適切な対応が実施できた場合には、事例発生を未然防止できる可能性が想定される。

2)の「自施設における防止対策としての“離床センサーの使用”の現状評価・フィードバックの実施」では、上記、「“離床センサーの使用”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”(例)」(図2)における、各プロセスを意識して現状評価を実施することを提案したい。どのプロセスで、どのようなリスクがあるのか、具体的に把握することで、効果的な対策を検討することが望まれる。また、使用する機器に関する正確な知識の有無も含めた現状評価の結果を職員にフィードバックすることで、職員への注意喚起の機会にすることを検討したい。

3)の「患者の状況に応じた機器選択のシステム整備」では、変化する患者の状況をタイムリーに評価することが求められる。複数のプロフェッショナルが関わるため、離床センサーの機器の選択を標準化することで、選択の誤りが発生しないようすること、および機器を選択して使用を開始した後も患者の状況の変化に応じ

て、評価と見直しの実施をシステム化することを期待したい。

4)の「多職種によるリスクアセスメントの結果を踏まえたマニュアルの見直しの実施」では、本稿でも紹介している事例検索²⁾にて検索された事例や、本報告書に掲載されている事例などを活用して、自施設で発生した事例のみならず、さまざまな情報を共有した上で、多職種によるリスクアセスメントを実施することを検討したい。ここでは、1)の「自施設における事例の発生状況の分析の実施」で得られた結果に基づき、多職種によるリスクアセスメントの結果も含めて、必要に応じてマニュアルの見直しを実施することが望まれる。

5)の「“離床センサーの使用”に関わるマニュアルの遵守の意義についての教育の実施」では、はじめに自施設における“離床センサーの使用”に関わるマニュアルの遵守状況の現状評価が欠かせない。評価結果を踏まえて、もし、マニュアルが遵守されていない状況が判明した場合には、どのプロセスで、どのようなマニュアルが遵守されていないのか、ということを明確にし、「なぜ、マニュアルが遵守されていないのか？」と疑問を深めることを勧めたい。これらの結果

に基づき、マニュアルの遵守の意義をどのように伝えるべきかを検討することが望まれる。ここでは、マニュアルが遵守されていないことによって、「どのような事例が発生する可能性が想定されるのか」ということや、「患者にどのような影響が発生する可能性が想定されるのか」ということを具体的な事例を活用して伝えることを検討したい。

6)の「情報提供・共有を含む多職種参加の職員教育の実施」では、自施設・他施設で発生した事例を活用して、職員への情報提供・共有を図りたい。多職種が参加するリスクアセスメントの実施により、どのプロセスで、どのようなリスクがあるのか、広い視点で意見交換を実施する機会を提供することが望まれる。本稿で紹介した事例や、本報告書に掲載されている事例などを活用して、多くの職員が当たり前と思うような知識でも、一部に知らない職員がいる可能性を示すことで、知識を再確認し、情報を共有できる機会としても職員教育の内容を検討したい。

事例検索²⁾にて検索された事例では、クリップセンサーを使用する際の事例の発生要因として、「患者が自分でクリップセンサーを外した」という事例が検索されている。これを患者側の要因としてとらえることもできるが、「『患者が自分でクリップセンサーを外した』という状況に気づかなかった」ということでもあり、医療者側の確認不足としてとらえることもできる。さらに、「『患者が自分でクリップセンサーを外した』という状況にタイムリーに気づくための確認方法や確認実施のタイミングのマニュアル化が不十分であった」というシステム要因としてとらえることもできる。このように、一つの事象をさまざまな視点から検討する意義に気づく機会として企画を工夫することが期待される。

前記の事例における改善策としては、「ベッドの移動後は、電源類の作動確認を実施する。患者の側を離れる際は、離床センサーの電源を確認する」「患者の転倒のリスクを予見して、患者に合った適切な離床センサーを選択する(起き

上がったら反応するセンサーの利用)。患者は予測できない行動をすることがあるということ認識する。離床センサーを使用する際には、正しい使用方法で設定し、動作確認をしてから使用する」などが挙げられていた。

今後、自施設における“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然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。

“離床センサーの使用”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、転倒・転落を防ぐ目的で“離床センサー”を使用しているにもかかわらず、転倒・転落事例の発生を防止できなかったのか？」という疑問を深め、電源の入れ忘れだけでなく、使用方法の間違いや不適切な使用などを含む“離床センサーの使用”の状況に焦点を当てて、事例の発生要因の“見える化”から、事例発生を未然防止する対策について検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、事例の発生要因が“見える化”されていないこと“離床センサーの使用”に関わるマニュアルの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施であること、および多職種間でのリスクアセスメントが実施されていないことなどにより、“離床センサーの使用”に関わる事例発生を未然防止できずに、患者への不可逆的な影響が発生する可能性や、医療機関への信頼を揺るがす可能性にも目を向けることが重要である。良質で安全な医療を提供するためにも、安全な療養環境を提供するプロフェSSIONALの責務を再認識し、事例発生を未然防止することを期待したい。

本報告書では、「離床センサーが設定間違いにより作動しなかった事例」として、「離床センサーの設定は、『起き上がり』となっており、端坐位から立ち上がった際にナースコールが鳴らない設定であった。看護師は離床センサーが『起き上がり』設定となっていることを認識し

ていたが、立ち上がった際にもナースコールが鳴ると思っていた」という事例が掲載されている。

さらに、「離床センサーが使用手順の間違いにより作動しなかった事例」として、「離床センサーは新機種で、反応後にリセットする必要があったが、担当看護師はそれを知らず、リセットしていなかった」という事例や、「看護師は、電源ONの状態でマットセンサーの上にオーバーテーブル、ポータブルトイレなどの物が載っていると、踏んでもアラームが鳴らないことを知らなかった。離れる際には離床センサーの鳴動を確認することになっていたが、怠った」という事例も掲載されている。

自施設では、“離床センサーの使用”に関わるリスクを回避するための対策は十分に整備されているだろうか。この機会に、自施設の取り組みを振り返り、現状評価の実施状況にも目を向けたい。併せて、自施設における現状や課題を考慮して、オリジナルの「“離床センサーの使用”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”」の取り組みを検討することを勧めたい。

“離床センサーの使用”に関わる事例発生 of 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 of 防止対策の現状評価が欠かせない。離床センサーという機器を使用しても転倒・転落事例が発生する可能性があるという認識を職員が共有することが望まれる。前記の事例では、「家族から、『離床センサーを使用していたのに、作動しなかったのか』と尋ねられたが、謝罪したのみで、詳しい説明はしなかった」ということが挙げられている。患者・家族との双方向の対話を実施することが、患者への

影響拡大の防止とトラブル発生 of 未然防止に資する可能性があり³⁾、自施設における防止対策のシステムが、ここまで含めた内容で整備され、適切に運用されているか否か、この機会に検討したい。

適切に機器を使用するためには、自施設で使用可能な離床センサーそれぞれの特徴や、使用方法を正しく認識するための職員教育が実施されていること、およびその現状評価が欠かせない。併せて、自施設で発生した事例はもちろんのこと、他施設で発生した事例に関する情報共有とリスクアセスメントの実施、および多職種・職員間の連携で事例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が望まれる。

“離床センサーの使用”に関わる事例発生を職員個々のヒューマンファクターとして捉えるだけでなく、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システム整備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 第71回報告書。
<https://www.med-safe.jp/pdf/report71.pdf> (accessed 2023 Mar 12)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索。
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2023 Mar 12)
- 3) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第12回患者・家族と双方向の対話を実施している。臨床外科 2017；72(3)：338-342。

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

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利用ください

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線画像診断クイズ

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例:70代男性

主訴:5ヵ月前から咳嗽あり。発熱や炎症反応上昇はみられない。

診断は?

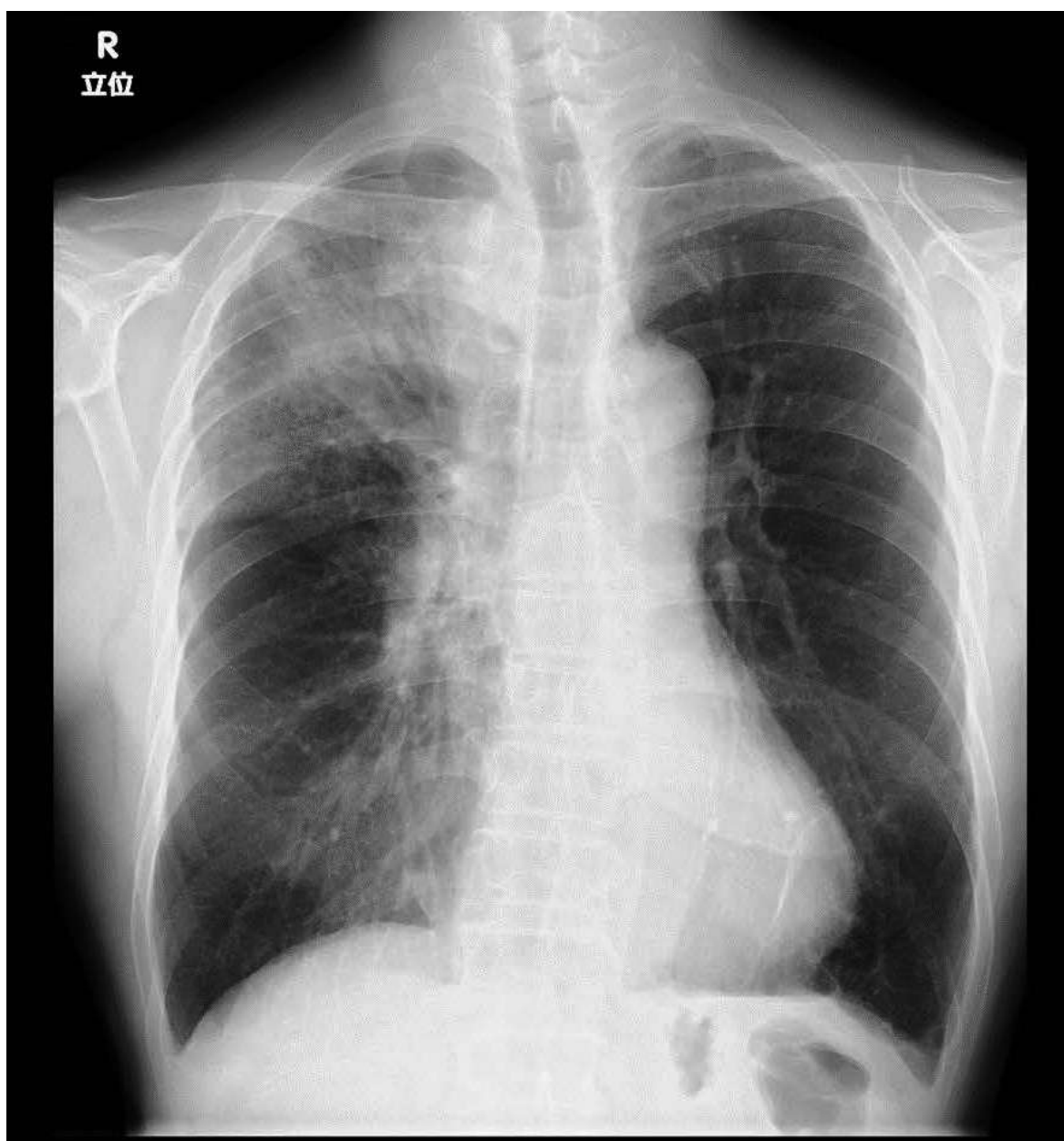


図1 胸部単純X線撮影(立位正面:A→P)

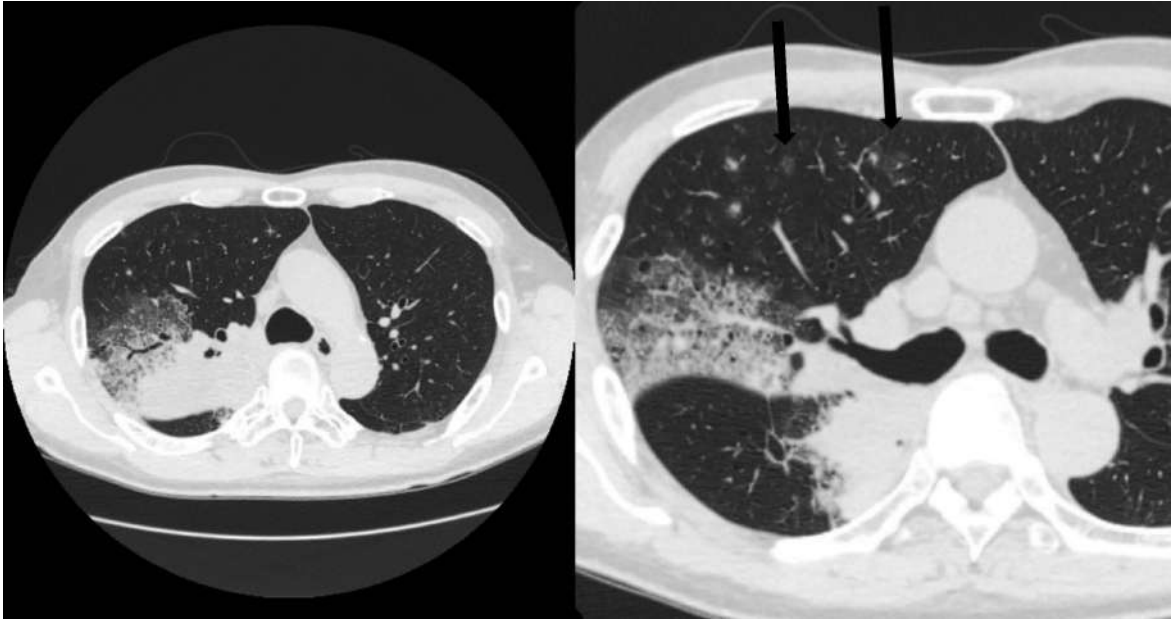


図2 胸部造影CT(肺野条件)

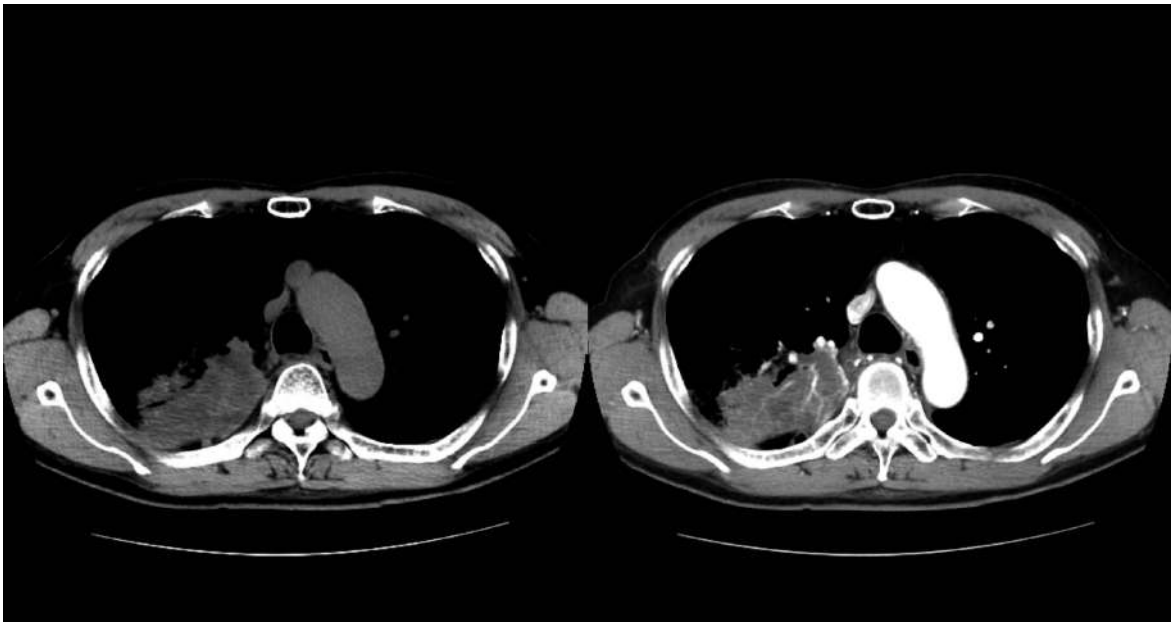


図3 胸部造影CT(縦隔条件)

所見

胸部単純X線撮影(図1)

右肺上葉に気管支透亮像を伴う浸潤影, 一部すりガラス影を認める。

病変は小葉間裂で境界されている。

右肺門から下肺野縦隔側にも透過性低下が広がっている。

胸部造影CT(図2, 3)

肺野条件では, X線と同様に右肺上葉や下葉

縦隔側を主体に浸潤影がみられる。一部は周囲にすりガラス影が観察される。

浸潤影は非区域性を示す部分も多く, 近傍にはすりガラス濃度の小結節が散見される(矢印)。

縦隔条件では浸潤影部は骨格筋より低濃度を示す。

造影後, 病変部の増強効果は乏しく, 内部を走行する肺動静脈の増強効果は保たれていた。

診断

肺癌 (invasive mucinous adenocarcinoma)

発熱や炎症反応の上昇がなく慢性経過を示す臨床像と、画像所見から上疾患が疑われた。

気管支鏡検査にて invasive mucinous adenocarcinoma (IMA) との最終診断となり、化学療法が施行されている。

かつて mucinous bronchioloalveolar carcinoma と呼称されていた腫瘍の中で、浸潤径が 0.5cm 以上のものが 2015 年 WHO 分類にて IMA と分類されるようになった。

IMA は肺腺癌の約 5% を占める特殊型肺腺癌である。細胞質内に粘液を有する杯細胞が、肺胞上皮を裏打ちするような鱗状の増殖パターンを呈するのが病理学的特徴である。IMA は顕微鏡的な skip lesion を形成することも特徴とされ、高い再発率の原因と考えられている。

IMA の画像所見にはいくつかのバリエーションがあるが、本例のように肺炎様の画像所見を呈することがあり、診断が遅れることがある。

CT での特徴として、粘液産生を反映し縦隔条件にて骨格筋よりも低濃度を示すことが知られている。

造影後も豊富な粘液により増強効果は乏しい。また、局所の浸潤性が強くないことから、内部の動静脈の増強効果が保たれていることも比較的特徴的であるとされている。

また、本例では観察されなかったが、浸潤影内に気腔様の所見が見られることもあるとされる。

このような知見はあるものの、実臨床において画像のみから感染性肺炎と鑑別することは困難である。

肺炎様の画像所見と臨床像が合致しない際に、鑑別の一つとして考慮し、精査に進めることが肝要と考える。

Zoom In

伊東市民病院

伊豆半島の東の玄関口である静岡県伊東市。国際観光温泉文化都市にあって、風光明媚な高台に位置する地域唯一の基幹病院が伊東市民病院だ。一口に地域といっても熱海・伊東医療圏と受け持つ範囲が広く、さらに伊豆半島の南3分の2で唯一の二次救急病院であることから、担っている役割の重要性をうかがい知ることができる。旧国立伊東温泉病院を引き継ぎ伊東市民病院として2001年に開院して以来、20年以上にわたり一貫して地域の医療を支え続けてきた。



伊東市民病院全景

高齢者に対して提供される医療の割合が必然的に高く、入院した時点から退院を見据えた関わりをしている。なかでも「住み慣れた家に戻りたい」という患者の願いを叶えるのに大きく寄与しているのが2013

2023年4月1日現在、伊東市の高齢化率は43.3%で国の高齢化率29.1%（2022年9月15日現在）をはるかに上回っている。そのため、伊東市民病院では
 2013年の新築・移転に伴って開設された回復期リハビリテーション病棟だ。特徴は急性期から在宅まで一貫してリハビリができること。病棟では看護師がセラピストと連携を密に取りながら患者のリハビリの進捗状況を把握、患者や家族の想いを尊重しながら地域で暮らす



ことを視野に入れた看護を行っている。



ボールを使ってリハビリ

また、地元
 の期待を集めているのが地域のお産を守る体制だ。静岡県では現在、
 高度な周産期医療は大病院でしか行えないが、「地元でお産ができる安心感が町の元気につながる」という信念のもと院内でお産ができる体制を整えている。「産婦人科の充実で、今後ますます地域性が強くなっていくと思う」と看護師長の伊藤美樹さんは語った。



回復期病棟ナースステーション

2020年からのコロナ禍で、伊東市民病院は県の要請に真っ先に手を挙げ「COVID-19感染対策重点医療機関」の指定を受けた。現在は17床のコロナ病床を抱えるが、太田早苗看護師長は、「ピーク時は妊婦、障がい児、精神疾患を抱える高齢者、入院後急激に呼吸器症状が悪化し人工呼吸器装着となった症例や、透析が必要になったが転院先が見つからずそのまま看ることになったケースなど、多岐にわたる症例への対応を迫られた」とその苦労を振り返りながらも「コロナ禍を経てスタッフの対応力は格段に上がった」と力強く言葉をつないだ。集中治療室の主任看護師、稲葉明子さんからも「レベルアップして退院調整に力が入るようになった。コロナ禍では入室する患者層も変わ



コロナ病棟

っていたが、それが皆の学びになったので今後
 に活かしていきたい」という声が聞かれた。

患者に寄り添った丁寧な看護体制づくりにおいて、看護部長の鈴木和美さんは「臨床の現場で、働くことと学ぶこと育つことが一体化した組織体制づくりを推進し、高い倫理観を持った看護師を育てたい」と語



鈴木和美看護部長

る。固定チームナーシングの見直しから始め、長年行っていた病棟会を大幅に変更した。そこでは、チームリーダーを中心に、チーム内の患者の看護問題の解決に向けた話し合いや、インシデントレポートの振り返りなど、グループ・ダイナミックスの効果を活用し、看護の質向上や個々の成長の場となるよう整えた。

ベテランから新人まで、自ら行った看護の思いや行動について、その患者さんを知っているメンバーに語り、よかったこと、苦労したこと、うまくいかなかったことなどを共有し、承認する機会をつくったことはやりがいにもつながっているという。

また、専門性のある看護を追求するための専門分野会活動が10年来行われている。脳卒中看護チーム、認知症ケアチーム、がん化学療法看護チーム、緩和ケアチーム、呼吸器ケアチーム、周産期チームなどがあり、地域住民に向けた健康増進のための情報発信は、伊東市民病院の看護職としての役割発揮にもつながり、一層看護の質を高めている。



地域住民へ向けた啓発活動

また、専門性のある看護を追求するための専門分野会活動が10年来行われている。脳卒中看護チーム、認知症ケアチーム、がん化学療法看護チーム、緩和ケアチーム、呼吸器ケアチーム、周産期チームなどがあり、地域住民に向けた健康増進のための情報発信は、伊東市民病院の看護職としての役割発揮にもつながり、一層看護の質を高めている。



職員用温泉

職場環境に目を向けてみると、注目度ナンバーワンは誰もがうらやむ源泉かけ流しの職員用温泉だろう。夜勤明け、勤務終

わりのタイミングで利用する職員が多く、癒しと活力を大地の恵みからもらっている。他にも職員用図書室は医学雑誌を中心に揃えられ、他病院の年報や記念誌など貴重な資料を閲覧できる。また、働くママ職員を応援する新生児～2歳児までを預けられる「たんぼぼ保育所」も整備されている。こうした施設の充実は、長期にわたる勤務の一助につながっている。



職員用図書室



たんぼぼ保育所

取材日は新年度が始まったばかりで、初々しい初期研修医たちのミーティングを見ることができた。伊東市民病院は大きな使命のひとつに後進の育成を掲げており、基幹型臨床研修指定病院として充実した臨床研修センターを持つ。研修センター長の田中まゆみ先生は「ここでは病理診断や画像診



初期研修医ミーティング

断をはじめ非常に良い教育を受けられる。同時に、地域包括ケアが整っている環境で患者にとって良い医療は何かを考え、垣根を超えたチーム医療を行うことが習慣として身に付く」と抱負を語る。実際、医学生



田中まゆみ研修センター長

た研修スタイルもあり、若い専攻医が地方病院を支えながら病院に新陳代謝をもたらし、健康に関わるあらゆる面に向き合える若い医師が着実に育っている。

地域医療連携室の設置も含め着実な地域完結型医療の推進が見て取れる伊東市民病院だが、管理者の川合耕治先生は決してその歩みを止めることはない。「伊東市で出動する年間5,000台の救急車の9割近くを



待合ロビーには地域医療連携に関わる開業医たちのリーフレットを設置

受け、初期研修医については2学年で14人いる。250床の小さな病院にもかかわらず、救急にしても教育にしても精いっぱい背伸びをしてやっている状況だと思う。他にも、当

病院で診断や治療を行った人の『最期まで自宅で過ごしたい』という希望を叶えるためにがん患者を中心とした在宅医療を始め、この1年で50人以上、がん患者の3分の1の在宅でのお看取りを行った。お産を当病院で行うことといい、機能分担が叫ばれている風潮に逆行した非常に大変なことだが、地域の病院として地元の期待に応えるためにはやるしかないし、良いことだと考えている」と笑顔を交えて熱く語り、「こうした取り組みを考えていくと伊東だけで話はずまなくて、『伊豆の皆で医療をやっていこう』となる。そこで、これからは伊豆半島全体の医療ネットワークを構築し、理想的な地域医療を作っていきたい」とさらに大きな夢を話してくれた。風景、食べ物、温泉という自然資源に地域医療を加えて伊豆半島全体をもっと魅力ある場所にしていきたいのだという。そして実際に伊豆半島のネットワークは、川合先生自身がJADECOM伊豆というチームを作り、2ヵ月に1回のオンラインミーティングを始動させている。伊東



川合耕治管理者

市民病院のスローガンは『みんなを元気にしたい』。これまで築いてきた信頼関係を軸に新しい知識と経験を加え、地元を愛してやまない川合先生を筆頭に職員一丸となってますます元気な地域医療づくりに取り組んでいく。



職員用廊下に掲示されていた川合先生の想いが詰まった歌

伊東市民病院

〒414-0055 静岡県伊東市岡196-1

TEL : 0557-37-2626

<http://www.ito-shimin-hp.jp>

木村直行先生の 「急性大動脈解離の基礎と臨床」後編 (4月1日配信)

自治医科大学附属さいたま医療センター心臓血管外科教授の木村直行先生から急性大動脈解離の病態・治療・血流解析研究について解説していただきます。

急性大動脈解離は胸部背部痛で発症する症例が70～80%と多く、意識消失や腹痛で発症する症例も認めます。解離の進展範囲により臓器灌流障害や大動脈破裂を認め、さまざまな臨床像を呈するため、造影CT検査が診断確定と病態評価のため重要となります。

A型解離では高頻度にショックを呈し、その原因としては、心タンポナーデが最多、以下冠虚血・大動脈弁閉鎖不全でした。心タンポナーデは緊急手術を要します。エコー検査で少量の心嚢水貯留でも実際には循環に影響を及ぼしていることもしばしば経験します。

臨床状態によるPenn分類では、A型解離の場合、ショック・臓器灌流障害がない安定型をAa, 臓器灌流障害を呈する症例をAb, 循環不全合併例をAc, 臓器灌流障害と循環不全双方を呈するものがAbcと定義されます。当院検討でも、循環不全を合併するAc・Abc型の在院死亡率は高値でした。

ST変化症例は冠灌流障害が疑われます。冠灌流障害のNeri分類では、起始部での偽腔圧排がA型、冠動脈末梢進展型をB型、入口部が断裂するものをC型とし、B型・C型は通常外科的血管再建の適応となります。

脳灌流障害も重篤な臓器灌流障害で、当院では基本的に意識障害があっても瞳孔が縮瞳している症例には家族に十分な説明をした上で手術を実施しています。

腸管虚血はA型解離の合併率は5～7%と低いです

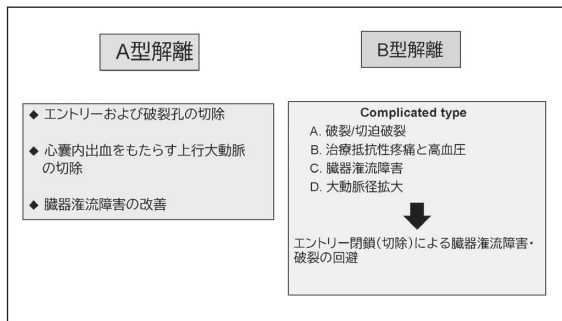


図1 急性大動脈解離の手術目標

が、最も重篤な臓器灌流障害です。乳酸アシドーシスがあれば壊死が進行していることもあり、腹痛の症状やエコーでの腸管蠕動消失などの所見が重要です。疑い症例では救命のため早期の試験開腹が重要となります。

大動脈解離では、破裂による多量出血や偽腔内の血栓形成により凝固障害が発生します。Dダイマーは診断的価値が高く、500ng/mLをカットオフとすると特異度46.6%、感度96.6%と高感度で除外診断に有用です。Dダイマー高値症例の周術期管理には十分な輸血剤の準備が重要です。

急性大動脈解離の手術目標は、A型解離の場合には、エントリーおよび破裂孔の切除、心嚢内出血をもたらす上行大動脈の切除、臓器灌流障害の改善が挙げられ、B型解離の場合には不安定型であるcomplicated typeに対するエントリー閉鎖や切除による臓器灌流障害・破裂の回避となります(図1)。

これまで造影CTやMRIのデータを用いて専用解析ソフトを使用し、名古屋工業大学中村匡徳教授の研究グループと共同で血流解析研究を行ってきました(図2)。Computational fluid dynamicsや4D flow MRIなどの新たな解析技術は低侵襲で詳細に患者個別の血行動態の状態確認が可能になります。予後予測の有用性も踏まえ、血流解析研究を継続していきたいと考えています。

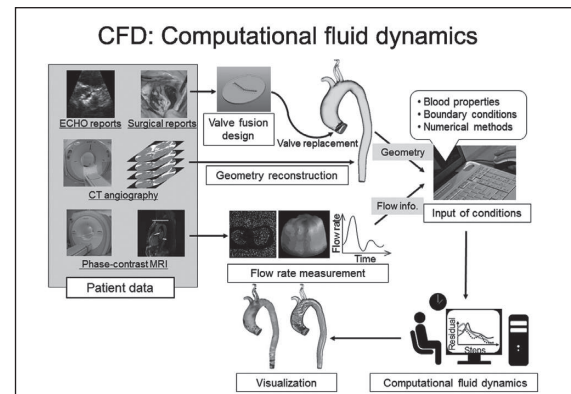


図2 大動脈疾患に関するCFD研究

* 木村先生のレクチャーの詳細は、4月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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



中国ブロック福祉と医療を語る会 第6回 研修会報告

県立広島病院 歯科・口腔外科 延原 浩

I. はじめに

「中国ブロック福祉と医療を語る会」は、医療、福祉、介護、保健などさまざまな分野からの参加者が本音で語り合うことをコンセプトに毎年研修会を開催しています。今年度は2023年3月4日（土）に、第6回研修会を公益社団法人地域医療振興協会中国地方支部と開催いたしましたので報告いたします。

今回のテーマは、「定年後の居場所－働き方、健康、地域とのつながりかたを考える－」です。高齢化、健康寿命の延伸、定年延長の時代を迎え年齢にかかわらず元気があれば仕事をするライフモデルへの移行に、どのように対応すれば良いのでしょうか。また、自分らしい定年後をどのように描き、各々の専門職として、どのように地域でシニアを支援することができるのでしょうか。今回はZoomを利用したオンライン開催に参加した32名が、このテーマに関する2つの講演を聞いた後、グループワークで語り合いました。

最初の講演は、シニア雇用を熟知するNPO法人悠々自在の山根浩氏。二番目の講演は津和野町でコミュニティナースに取り組み成果を

あげている、医療法人橋井堂津和野共存病院副院長・津和野町コミュニティドクターの飯島献一氏と、津和野町役場医療対策課係長で保健師の河野雅美氏にお願いしました。

II. 研修内容

最初に会代表の竹内啓祐氏（小坂内科医院）より開会の挨拶がありました。その後、総合司会の木下健一氏（坂町地域包括支援センター）と太原牧絵氏（広島文教大学）が軽妙なトークでアイスブレイクをした後、会の趣旨、進行について説明を行い、研修会が始まりました。

講演1では、「広島の働く“今”を知る」と題して山根氏による講演がありました。長年広島のシニア雇用に関わってきた経験から、ハローワーク経由の有効求人倍率は実情を表していないこと、シニアもシニア以外も働きたいのに働けない人が多く存在し、仕事探しが非常に難しい反面、一方では人手不足の企業・分野も存在しており、両者の間には情報の壁が存在することなどを指摘されました。

講演2では、「津和野町の取り組みから」と題して、飯島氏と河野氏より津和野町における地域支援の取り組みが紹介されました。一般の



司会の木下氏（左）と太原氏（右）



講演1 山根氏



講演2 飯島氏（左）と河野氏（右）



閉会の辞 茶川氏

ナースがいわゆる病人を対象とするのに対して、コミュニティナースは地域に密着して、健康増進、疾病の予防・早期発見、医療・福祉・行政への橋渡しなど、幅広く地域住民の健康づくりを支援しています。同様に地域に密着したコミュニティドクターや、生活支援コーディネーターが、コミュニティナースと共にチームによる地域支援事業を推進し、成果をあげている様子が紹介されました。

講演後、参加者はあらかじめ決められた5人前後の小グループに分かれ、ブレイクアウトルーム機能を利用して2回のグループワークを行いました。最初のグループワークでは、将来の生活に必要なものは何かを考え、2回目のグループワークでは、ありたい将来のために専門職がやるべきことについて語り合いました。

グループワークでは皆が活発に意見を述べて盛り上がりました。定年後の働き方は、その人の身体的・経済的事情や生きがいなどによって大きく異なるため、結局最後は自分自身で正解を導き出す必要があるのではないかと、地域でアクティブシニアを支援する方法として、シニアが集まる場所を提供する、若者との交流の場を設ける、学童保育に参加してもらう、デジタル（スマホなど）の支援をすることが有効である、など多くの意見が出て、あっという間に時間が過ぎました。

グループワーク終了後、各人がキーワードや伝えたい一言をチャットに記入しました。その後、講師から一言ずつコメントをいただき、司会の木下氏と太原氏による総括がありました。

最後は、本会生え抜きのメンバーである茶川治樹氏(岩国市医療センター医師会病院)による

閉会の辞で終了しました。

Ⅲ. アンケート結果

1)研修会の全体的な評価では、約85%が「とても役に立った」約15%が「役に立った」と回答しました。2)オンライン研修会の感想としては、一部音声聞き取りづらいという問題点はありましたが、基本的には、場所や移動時間を気にせず、気軽に参加できるオンライン研修会に対して肯定的な意見がほとんどでした。一方で、今後の現地開催に期待する声もありました。3)グループワークの感想では、具体的に活動している人の話が聞いてよかった、目標がはっきりした、役に立つ内容であった、考える機会が得られた、などの意見が多くありました。4)次回の研修会のテーマとして、今回と同じテーマの第二弾、健康寿命や人間らしいエンディングのあり方、地域デビュー方法などを希望する意見がありました。

Ⅳ. おわりに

今回は、定年後について学び、語り合うという、本会で初めて扱うテーマでした。自分自身が本年度で定年退職を迎えるということもあり、楽しみな気持ちで研修に臨みましたが、アクティブシニアに対する精力的な支援の実態に触れ、新鮮な感動を覚えるとともに、まだまだ知らないこと、学ぶべきことがたくさんあることを痛感しました。さらに、地域社会のアクティブシニアに対して、自分の専門性を活かして支援する方法について改めて考えるきっかけになりました。支援をより有効にするために、今回の研修会で知り合ったアクティブシニアの参加者の方々とのご縁を今後も大切にしたいと思います。

最後に、長年この会をご支援いただいている公益社団法人地域医療振興協会ならびに西日本事務局には、今回も機材提供、受付業務、現場の設営など多大な支援を受けました。厚くお礼申し上げますと共に、今後ともご支援をよろしくお願いいたします。

特定ケア看護師を目指した二つの理由

三重県立志摩病院 田畑亜希

はじめに

今月担当させていただく三重県立志摩病院 NDC 6 期生 田畑亜希です。私たち 6 期生はコロナ渦であったため、さまざまな制限があり研修が思うように進められない状況にありましたが、自施設やNDC研修センターから尽力いただき令和3年度に研修を終了し、昨年度、自施設での臨床研修を終えました。私は三重県立志摩病院 2 人目の特定ケア看護師となりました。

志摩市の現状と志摩病院について

志摩市は全域が伊勢志摩国立公園に含まれ、他の国立公園と異なり大部分が私有地です。当院は伊勢志摩国立公園の南に位置する志摩市内唯一の総合病院です。志摩市の海岸はリアス式海岸で、中央に英虞湾、北東は鳥羽市とともに囲む的矢湾があり、英虞湾内には賢島と間崎島、的矢湾内には渡鹿野島と3つの有人島があります。国立公園やリアス式海岸と聞くと恵まれた環境に感じられます。確かに自然環境には恵まれています。人口減少は進み高齢者人口の割合は41%で超高齢化社会となっています。それを反映し、当院の患者層は80歳代が最も多く次いで70歳代、90歳代です。60歳以上が占める割合は全体の約85%、80歳以上は50%と高齢者が多く、39歳以下は4%と少ないです。医療依存度の高い人口は高齢化に比例し増えており、当院では高齢で通院できない離島に住まう人のため英虞湾内にある間崎島に回診を行っ

ています。地域唯一の総合病院であることに加え、災害拠点病院でもあり当院の背負う役割は多岐にわたっています。高齢化が進むことで医療や看護のニーズは急速に拡大しているにもかかわらず、医療を担う働き盛りの世代は減少し当院で働く医師や看護師にかかる負担は大きくなっている現状があります。

特定ケア看護師を目指した二つの理由

私が特定ケア看護師を目指した理由は二つあり、一つ目は大きくなり続ける医師や看護師の負担を軽減できる人材になりたいと思ったからです。当院では、医師不足により外来や手術中、外科領域の病棟患者対応が困難となる現状がありました。看護師が医療的介入を必要と判断する場面では、看護師は医師が手術を終えるまで待つか手術中の医師へ指示を仰ぎに行く必要があります。医師、看護師ともに多重課題に直面し大きな負担を強いられていました。特定ケア看護師は、医師の役割代行ができるため医師と看護師が揃うまで待つことなく、必要な時に必要なケアをタイムリーに提供することができます。この役割をこなすことで両者の負担軽減になると考え私は特定ケア看護師となりました。

もう一つの理由は、不安のある看護師の味方になりたいと思ったからです。私は30歳を過ぎて看護師になったため若い人と比べると覚えも悪く要領もよくありません。さらに心配性で自分が原因で患者さんに不利益なことが起きないか心配のあまり確認が多くラウンドに時間がか



志摩市の風景

かりました。それでもミスをする自分は仕事ができないと感じ、思い返すと考えすぎだと思っ場面もありますが、こんな質問をしたら怒られるのではないかとビクビク過ごすこともありました。そんな中で先輩ができ、自分が頼られ「怒られないようこっそり教えてほしい」「恥を忍んで教えてほしい」と質問されることが多くなり、主任の立場になってからはさらに質問されることが増えました。この頃から、自分は仕事ができない、先輩の目が気になって質問できないという思いのあるかつての自分のような先輩の質問に答えられる人になりたい、加えて検査や投薬の意図、医師が看護師に期待することも説明することで、不安の解消だけでなく不安の大きい看護師に自信を持ってもらいたいと思うようになりました。この思いを叶えることができるのは、特定ケア看護師であると考え目指すことにしました。

臨床研修

地域医療振興協会内の施設で研修を終えた後、自施設で1年間、臨床研修を行いました。臨床研修では院内各科を研修医と同じようにローテーションし、病棟患者の管理、救急、外来、離島回診を学び手術にも入らせていただきました。医師が簡単そうに行う手技も実際に行ってみると難しく、なぜできないのか、何が違うの

か分からずPICC挿入や動脈血採血、縫合の練習をひたすら行いました。

私たち看護師は、病名診断後から看護に入るため病名から症状を考えるのは得意ですが、逆に症状から病名を考えることが不得意です。特定ケア看護師は医師とともに症状から疾患を導き、致命的疾患の有無、可能性の高い疾患、検査、治療などを考えます。しかし、それが考えられなかったり、できない手技が続いたりすると無力感や悔しさから研修中に涙を流すことがありました。新しいことに挑戦することは楽しいことばかりではないですが、できることが増え、分からないことが理解できたときの喜びは何事にも代えがたいものです。何より自身が介入し治療できた患者さんが無事に退院する姿を見ると何とも言えない嬉しい気持ちになります。

終わりに

手術介助から離島回診まで志摩病院では、多くの学ぶ機会を与えてくれました。私が学べるよう医師だけでなく臨床工学技師や検査技師、放射線技師、皮膚・排泄ケア認定看護師やがん化学療法認定看護師まで力を貸してくれました。これからは、私の成長を助けてくれた院内の皆さまへ恩返しと、不安を抱える看護師の味方となり頑張っていきたいと思います。

地域医療型後期研修

2023. 4. 10

トウキョーでの総合診療研修

こんにちは、東京北医療センター総合診療科所属で「地域医療のススメ」専攻医2年目の山路修平と申します。今回は初めて投稿の機会をいただきました。私は兵庫県で育ち、中高は大阪、大学は兵庫、初期研修は大阪とずっと関西で過ごしてきたのですが、一度は関西以外のところで働いてみたいと思い、医師3年目から東京北医療センターの総合診療科で勤務させていただくこととなりました。

当初、東京23区内はビルが立ち並び東京タワーが見えると思っていたのですが、いざ来てみると赤羽は飲み屋街で団地に囲まれており、Googleマップでは分からない坂の多さに驚き、来て早々面食らったのを覚えています。そんな無知な私でしたが、総合診療科はアットホームで、同期や先輩後輩にも恵まれ、スーパーバイザーの菅波祐太先生にもいろいろとお世話になりながら、東京での生活もようやく慣れてきました。東京を感じたことといえば、医師になって3年連続の年越し当直で6階からスカイツリーをバックにした初日の出を拝めたことです。全く眠れず疲労困憊でしたが、いい思い出です。来年東京北で当直に当たった人は6階東病棟の端まで行ってみてください。(自分はもう見たので次年越し当直が当たったら代わりますよ！)



地域医療のススメ

山路修平

プロフィール

2020年3月 兵庫医科大学卒業

2020年4月 市立池田病院 初期研修

2022年4月 東京北医療センター「地域医療のススメ」専攻研修



スカイツリーと初日の出

仕事はというと初診外来から、慢性期フォローの再診外来、入院ではICU管理から糖尿病教育入院など急性期から慢性期まで経験することができました。忙しい日々の中で時の流れはあっという間に過ぎていき、気づけば2年目になっていますが、こうやって振り返ってみると1年でいろいろ成長できたなと実感しております。3年目から慣れ親しんだ関西を離れて東京に来るのは勇気のいることでしたが、多くの経験を得ることができ、大変満足しております。



銀座でお寿司(¥1,700)

私生活では、休みの日は東京観光をし、夢だった「銀座で寿司を食う」も達成できました(夜は高いので当直明けのランチですが…)。総合診療科のメンバーで謎解きをしたり、スキーに行ったり、フットサルをしたりといろいろな活動的でした。今年度は歌舞伎やミュージカルなどの文化的な経験もしたいと思っています。また、関西からは遠く感じた東北や関東周辺も今後は足を伸ばせたらと思っています。それとは逆

に研修医の時に通っていたジムがサボリ気味となり、東京に来てから5kg近く太ってしまいました。患者に運動を勧めているのも情けなく、もうすぐ30歳も近いので、20代最後の体作りをできたらと思っています。

4月からは半年間、湯沢町保健医療センターで勤務することとなりました。もともと、家庭医になりたいと学生の時から思っており、訪問診療や地域ならではの患者さんとの付き合い方に触れて、地域医療を学べたらと思っています。この研修医日記を書いているのはちょうど湯沢町保健医療センターに来て数日が経った頃ですが、皮疹や外傷など、幅広く診なくてはならず、毎日勉強の日々です。何事にも対応できる医師になれるように頑張りたいと思います。

今年の目標は外来をスムーズに回せるようになることや、足りない知識を補填しながら自信を持って医療を提供することです。将来的には離島や他の地域でも働ければと思います。今後、どこかでお会いしましたら何卒よろしくお願いします。



いつもお昼を食べている中庭

自治医科大学入学式が挙行されました……………

4月7日(金)、地域医療情報研修センター大講堂において、令和5年度自治医科大学入学式が執り行われました。開催にあたっては、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、ご来賓、入学生および学内者のみの開催となりました。

式では、永井良三学長の式辞、大石利雄理事長の挨拶に続き、総務大臣(代理:山野謙総務省総括審議官)、栃木県知事(代理:岩佐景一郎栃木県保健福祉部長)、稲野秀孝栃木県医師会会長、小熊豊全国自治体病院協議会会長、朝野春美栃木県看護協会会長からそれぞれご祝辞をいただきました。

今年度は、医学部123名(第52期生)、看護学部111名(第22期生)が入学し、医学部を代表して、神奈川県出身の武樋駿君から、看護学部を代表して、岩上寧々花さんからそれぞれ誓いの言葉が読み上げられ、式は滞りなく終了いたしました。

第117回 医師国家試験の結果について……………

去る2月4日(土)～5日(日)の2日間にわたり実施された第117回医師国家試験に、本学からは122名が受験し、3月16日(木)に合格者の発表がありました。

その結果は、121名が合格(合格率99.2%)し、全国第2位の成績を収めました。

<第117回 医師国家試験合格率順位上位校>

順位	学校名	合格率(%)
1	順天堂大学医学部	100.0
2	自治医科大学	99.2
2	国際医療福祉大学医学部	99.2
4	東北医科薬科大学医学部	98.9
5	産業医科大学	98.0
6	横浜市立大学医学部	97.9
7	兵庫医科大学	97.4
7	日本医科大学	96.7
9	愛知医科大学	96.7
10	慶應義塾大学医学部	96.6
10	藤田医科大学医学部	96.6

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当／事務局 医療人材部

E-mail: hekichi@jadecom.jp

TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか?

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ(URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>)にアクセスいただき申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告
各種お知らせ
求人

公益社団法人地域医療振興協会主催 第16回へき地・地域医療学会開催のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では2023年6月24日(土)、6月25日(日)の両日、第16回へき地・地域医療学会を下記のとおり開催します。

今回の学会では、自治医科大学が「医療の谷間に灯をともし」をスローガンに開学し50年を迎えたのを機に、へき地医療の今までを振り返り、これからのへき地・地域医療に新たな灯りをともせることを願って開催いたします。

今回の担当は近畿ブロックということで、関西ならではの“おもろさ”を盛り込む味付けで皆様をお迎えしたいと思います。おもろいは関西のノリというだけでなく、interestingな企画になるように努めてまいります。なるべくたくさんの方々に参加いただけるようにハイブリッド形式で開催予定です。

この学会でこれからの地域医療の新しい景色を感じていただけると期待しています。

参加登録受付ならびに写真コンテストの募集をしております。学会へのご参加、ふるってのご応募をお待ちしております。

学会の詳細は特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>)にて発信していますので、ぜひご覧ください。



開催日程 2023年6月24日(土)、25日(日)

開催方法 会場(海運ビル：東京都千代田区平河町)とオンラインのハイブリッド形式

参加費 無料

対象 会員、医師、専攻医、臨床研修医、医学生、地域医療に関心のある方

開催テーマ 「医療の谷間に灯をともし50年～おもろいやん、地域医療～」

主幹 地域医療振興協会近畿地方支部

大会長 武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)

プログラム

6月24日(土) 12:00～18:30 18:30から表彰式・交流会開催

若手医師と学生が本音と夢を語る

大会長講演

高久賞候補演題発表

わが町の在宅医療の課題と展望 ～湖北から全国に発信～

事例で学ぶおもろいコミュニティケア ～その本質を探る～

地域における救急医療のスペシャリストに聞く

整形外傷対応のためのハンズオンセミナー

おもろいで!! 地域医療!!

会長兼理事長講演

6月25日(日) 9:00～12:45

今この時代だからこそ地域医療と公衆衛生

都市部の地域医療

招聘講演「グローバルヘルスからみる地域医療の新しい景色」

國井修先生(公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金 CEO)

メインシンポジウム

「地域医療の過去と未来 ～さあ行こう、新しい景色へ～」

座長 武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)

コーディネーター 古屋 聡先生(山梨市立牧丘病院)

コメントーター 國井 修先生(公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金 CEO)

シンポジスト

武田以知郎先生(明日香村国民健康保険診療所 管理者)

白石裕子先生(自治医科大学総合診療内科 助教)

菅野武先生(自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授)

天野雅之先生(南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター総合診療科 医長/

教育研修センター副センター長)

6月24日・25日 おもろい写真展

おもしろ写真展 写真コンテスト募集

第16回へき地・地域医療学会では、へき地や地域の魅力を伝える、地元愛・地域愛にあふれる「おもしろ」写真を募集します。

募集締切 2023年5月31日(水)

応募方法・賞の詳細等は特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>)をご覧ください。

受賞作品は学会大会サイト・現地会場からの参加者投票,ならびに審査員の投票によって決定し,6月24日(土)の表彰式にて発表します。

問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 へき地・地域医療学会担当

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 E-mail hekichi@jadecom.jp

学会参加申込：下記,特設ホームページからお申し込みください

参加申込締切：6月10日(土)

特設ホームページURL：<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>



研修会

令和5年度 中央研修会および現地研修会のご案内

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

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

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

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

令和5年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ (<https://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

- 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、健康学習研修会
- 10月 口腔ケア研修会、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、
チーム医療充実を目指したメディカルプロフェッショナル研修会

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

現地研修会

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

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

問い合わせ

公益社団法人 地域社会振興財団 事務局総務課研修係

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436 E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <https://www.zcssz.or.jp/>

第31回 日本健康教育学会学術大会のご案内

第31回日本健康教育学会学術大会を下記の通り開催いたしますので、ご案内を申し上げます。本大会では「エビデンスと実践のギャップに挑む」をテーマに、基礎研究をはじめ、臨床研究や疫学研究などにより明らかになったエビデンスを、社会にいかにも還元し実践につなげるかという視点で、健康教育やヘルスプロモーションの果たすべき役割と方法について考える機会とします。

医療におけるヘルスプロモーションと質改善をテーマとしたシンポジウムのほか、ヘルスプロモーションの真髄ともいえる環境整備をテーマとした鼎談、ナッジとインセンティブの強みと限界に関するシンポジウム、実装研究の方法やアドボカシー活動に関する教育講演、アクションリサーチや性教育、ナッジ、無関心層ヘルスコミュニケーションをテーマとしたMeet the expertなど、地域医療に従事されている皆様にも関心をもっといただけるプログラムとなっています。

本大会は現地参加を前提として編成していますが、一般演題をオンラインで発表して、メインプログラムを学術大会後にオンデマンドで視聴するという参加形態も可能です。いずれの参加形態でも充実した参加が可能となると考えています。多数の先生方のご参加・ご発表をお待ち申し上げます。

第31回日本健康教育学会学術大会 学会長 中村正和

日時 2023年7月22日(土)～23日(日)

会場 全国町村会館(東京都千代田区永田町1丁目11-35)

テーマ エビデンスと実践のギャップに挑む

プログラム

学会長講演「研究成果を社会に還元する」

鼎談「ヘルスプロモーションの谷間に火を灯す－健康行動を促す環境整備をどう進めるか？」

シンポジウム 1「医療におけるヘルスプロモーションと質改善－地域医療と公衆衛生の協働を目指して」

シンポジウム 2「行動変容手法としてのナッジとインセンティブ－その強みと限界」

実装研究の方法やアドボカシー活動に関する教育講演

アクションリサーチや性教育、ナッジ、無関心層へのヘルスコミュニケーションをテーマとしたMeet the expertなど

参加費 正会員 事前7,000円、当日8,000円(学生会員各3,000円、4,000円)

非会員 事前8,000円、当日9,000円

事前参加登録期間 2023年3月1日(水)～6月15日(木)

詳細につきましては学術大会HP(<http://web.apollon.nta.co.jp/nkkg2023/index.html>)をご参照ください。

問い合わせ

第31回日本健康教育学会学術大会 運営事務局

株式会社プランドゥ・ジャパン 担当：小幡・山岸

E-mail：nkkg2023@nta.co.jp

募集

福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

募集地域

福島12市町村

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

各種支援制度

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

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

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

問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

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

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

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

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野良(岩手1984年卒)

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

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

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

●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

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

北海道

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。
本別町と一緒に地域住民の暮らしの安心を支えてみませんか。
<http://www.honbetsu-kokuho-hp.jp/>

受付 2021.10.25

豊浦町国民健康保険病院

●内科 2名

（医師2名が令和5年3月で定年となったため，外来診療が可能な方であれば内科専門にこだわりません）

診療科目：内科・外科・小児科
病床数：60床
職員数：63名（うち常勤医師3名，非常勤医師0.6名）
所在地：〒049-5411 北海道虻田郡豊浦町字東雲町16-1
連絡先：事務長 高橋



TEL 0142-83-2228 FAX 0142-83-2073
E-mail kokuhob@town.hokkaido-toyoura.lg.jp
特記事項：豊浦町は北海道の道南胆振地域の西端に位置しています。噴火湾に面していて，対岸に秀峰駒ヶ岳と渡島連山，北に蝦夷富士の異名を持つ羊蹄山やニセコ連山を眺望する風光明媚な，人口約3,700人の町です。
生まれ育った町で医療を受け，人生の最後を安心して迎える病院として，地域一般病床から療養型病床へ令和5年4月より転換，再スタートしました。新たなスタートを応援して下さる医師を募集しています。ぜひ一度見学にいらっしやいませんか。
<https://www.town.toyoura.hokkaido.jp>

受付 2022.10.26

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

受付 2022.6.16

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

診療科目：内科，外科，小児科，整形外科，
耳鼻咽喉科，眼科，産婦人科，皮膚科，泌尿器科，精神科，リハビリテーション科
病床数：120床（稼働病床45床）
職員数：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。



北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

連絡先：〒100-0014 東京都千代田区永田町2丁目17-17 永田町
 ぽっかいどうスクエア1階
 北海道東京事務所行政課（医師確保）
 TEL 03-3581-3425 FAX 03-3581-3695
 E-mail tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp

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

医師募集 北海道で地域医療に貢献したい！
 北海道に移住したい！
 そんな夢や希望を叶えませんか！

医師＋北海道東京事務所＝北海道移住



北海道の地域医療視察・体験
 1日～3日程度の旅費を負担します。
 まずは視察という方にオススメ！
 ○御希望を踏まえた勤務先の調整
 公的医療機関等の求人情報を把握！
 北海道職員が丁寧に対応します。

ドクター×北海道移住「mateni」 無料配布中！
（※詳しくは、北海道東京事務所ホームページをご覧ください）
 北海道東京事務所行政課（担当：佐々木）
 ※道外医師招聘を専門としている北海道職員です。
 TEL：03-3581-3425（直通）
 E-mail：tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp
 HPアドレス：<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>



受付 2022.7.6

乙部町国民健康保険病院

●内科・小児科 1名



診療科目：内科、小児科、外科
 病床数：62床
 職員数：47名（うち常勤医師1名）
 所在地：〒043-0103 北海道爾志郡乙部町字緑町704
 連絡先：事務長 宮本
 TEL 0139-62-2331 FAX 0139-62-3654
 E-mail y-miyamoto@town.otobe.lg.jp
 特記事項：乙部町は函館空港から約90分の距離に位置する、風光明媚な海岸線を有する、日本海に面した町です。
 町内唯一の医療機関として、内科を中心とした町民のかかりつけ医を担っております。定期訪問診療と訪問看護も実施しており、高齢化が進む地域で町民に根差した医療を実践しています。
 人口3,300人の小さな町ですが、町民に寄り添った診療を行う院長、スタッフと共に地域医療に従事いただける常勤医師を募集しております。
<https://www.town.otobe.lg.jp/lfsrqq000001psv.html>

受付 2022.12.21

兵庫県

養父市国民健康保険出合診療所

●内科（診療所 所長）1名

診療科目：内科、外科、整形外科、小児科、麻酔科
 病床数：0床
 職員数：4名（うち常勤医師1名）
 所在地：〒667-1112 兵庫県養父市出合223-2
 連絡先：養父市健康福祉部保険医療課 吉谷
 TEL 079-662-3165 FAX 079-662-2601
 E-mail kokuho@city.yabu.lg.jp

特記事項：「やぶ医者」の郷、兵庫県養父市の無床診療所で、診療所の所長になっていただける後継の方を募集しております。医師1人体制で、看護師2名、事務員1名が勤務し、現在は、高齢者の慢性疾患の管理を中心とした外来、訪問診療を行っています。就業支度金貸与制度（300万円）を設けており、3年間の勤務で返還義務が免除されます。令和5年開設に向けて診療所を新築予定です。就任時期、資格取得のための支援等、ご相談に応じます。
https://www.city.yabu.hyogo.jp/soshiki/kenkofukushi/hoken_iryou/1_1/1317.html

受付 2022.7.6

山口県

萩市国民健康保険福川診療所

●内科（診療所 所長）1名



診療科目：内科、小児科
 病床数：0床
 職員数：4名（うち非常勤医師1名）
 所在地：〒758-0212 萩市福井下3994-4
 連絡先：萩市保健部地域医療推進課 中村
 TEL 0838-25-2182 FAX 0838-25-1520
 E-mail iryou@city.hagi.lg.jp

特記事項：萩市は山口県北部の日本海側に位置する町で、診療所は萩市街地から車で約15分の山間地にあります。旧福栄村の地域をカバーしており、地域人口は約1,500人です。地域の高齢化率は59.1%と非常に高くなっており、患者さんもお年寄りが多く1日の患者数は約20名程度になります。萩市では離島・山間に10のへき地診療所を開設していますが、医療従事者が不足しており、萩の地域医療を担っていただけるような医師を募集しています。へき地医療にご興味のある方はぜひご連絡いただければと思います。勤務条件等はお相談に応じます。よろしくお願いたします。
<https://www.city.hagi.lg.jp/soshiki/41/h40289.html>

受付 2023.4.18

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。何卒よろしくお願ひします。

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

受付 2022.2.2

北海道

保健福祉部総務課 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 道立保健所 (26カ所), 本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 杉山

〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目

TEL 011-204-5243 FAX 011-232-8368

E-mail hofuku.somu2@pref.hokkaido.lg.jp

PR事項: 北海道では、道立保健所等に勤務する公衆衛生医師を随時募集しています。

専門分野は問いません。保健所の勤務経験も不要です。

採用時は、比較的規模の大きな保健所で経験を積んでいたが、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長となった後、状況に応じて本庁で勤務することもあります。

北海道には、雄大な自然やおいしい食、アイヌ文化をはじめとする歴史・文化、多彩な魅力に満ちた179の市町村があり、勤務するそれぞれの地域で充実した生活を送ることができると思います。

興味のある方は、道の公衆衛生医師による「WEB相談会」をご都合に合わせて開催しますので、お気軽にお問い合わせください。

<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/139782.html>



大阪府

健康医療部 行政医師募集

募集数: 行政医師 若干名

勤務先: 大阪府庁, 大阪府保健所, 大阪府こころの健康総合センター (精神保健福祉センター) など

連絡先: 大阪府庁 健康医療部 健康医療総務課 人事グループ 佐々木

〒540-3570 大阪市中央区大手前2-1-22

TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263

E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項: 公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけでなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。

私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康といのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。

大阪府では、大阪府庁や保健所などに勤務する行政医師を募集しています。専門分野や行政機関での勤務経験などは問いません。業務内容や勤務場所、人材育成の体制や人事制度など、お気軽にお問い合わせください。また、府庁や保健所への訪問、見学なども随時受け付けています。詳しくは府の行政医師職員採用ガイドのページをご覧ください。

<https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/kousyueiseishi/index.html>



栃木県

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 保健所 (5カ所), 県庁

連絡先: 栃木県保健福祉部医療政策課

早川 (とちぎ地域医療支援センター専任医師)

〒320-8501 栃木県宇都宮市埴田1-1-20

TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131

E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

PR事項: 栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。

コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待たなしで求められています。

このような中、栃木県では、公衆衛生の理念を持ち、管理技術や地域分析・介入手法を学ぶ意欲があり、保健所や本庁などの行政機関に身を置いて地域の施策を支える公衆衛生医師への期待が高まっています。

現在、栃木県庁では常勤の公衆衛生医師が保健所5カ所に5人、本庁に2人の7人体制ですが、体制の強化充実を図るため、計画的な医師の採用と育成を予定しています。

これまでの経験が活躍へと結びつきやすいように、いずれの年代の入職でもモデルとなるキャリアパスやジョブローテーションを用意いたします。また、国での研修受講や、県内大学と連携し作成された社会医学系専門医プログラムを適用した履修も考慮されます。

問い合わせ、相談、見学など歓迎します。随時受け付けております。

募集の詳細については県ホームページをご参照ください。

<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/work/shikaku/iryou/1273123952513.html>

佐賀県

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 保健福祉事務所, 精神保健福祉センター, 療育支援センター, 本庁

連絡先: 佐賀県健康福祉部健康福祉政策課 古賀

〒840-8570 佐賀県佐賀市内1-1-59

TEL 0952-25-7052 FAX 0952-25-7268

E-mail kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp

PR事項: 佐賀県では、本庁や保健福祉事務所等で勤務する公衆衛生医師を募集しています。

県の公衆衛生医師は、県民の健康な生活を守るため、感染症対策、生活習慣病対策、精神保健や母子保健の推進、医療提供体制の整備、食品や環境に関する生活衛生など、幅広く県の保健・医療・福祉行政に携わります。

また、災害時には被災地で健康危機管理・公衆衛生学的支援を行うための派遣や、県職員の衛生管理を担う産業医をお願いする場合があります。

佐賀県職員として勤務している医師の説明や、本庁、保健福祉事務所等の見学も行っておりますので、まずは下記ホームページをご覧ください。

<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00387287/index.html>



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名
勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等
連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 江原
 〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1
 TEL 097-506-2614 FAX 097-506-1732
 E-mail a12000@pref.oita.lg.jp

PR事項: 日本一のおんせん県おおいたは、健康寿命も日本一です！令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！
<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12000/kousyueiseishiboshu.html>

鹿児島県

くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 7名
勤務先: 保健所 (13カ所), 県庁
連絡先: 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 山崎
 〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1
 TEL 099-286-2656 FAX 099-286-5550
 E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

PR事項: あなたも自然豊かなかごしまで働いてみませんか。鹿児島県では、保健所や県庁で勤務いただける公衆衛生医師を募集しています。専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。採用はご希望に合わせて随時行っております。業務内容や給与・休暇等の諸制度など、お気軽にお問合せください。県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お申し付けください。詳しくは県のホームページ (QRコード) をご覧ください。



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 4名
勤務先: 本庁, 保健所等
連絡先: 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 政策班 内村
 〒862-8570 熊本県熊本市区水前寺6-18-1
 TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870
 E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

PR事項: 熊本県では、保健所をはじめ、県庁健康福祉部などに勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。公衆衛生医師の業務は、県民の生命や健康を守るために、がん・糖尿病などの予防、疾病対策や健康づくり、感染症対策などに関する施策の立案・実行など多岐にわたります。専門分野や保健所での勤務経験や知見の有無は問いません。臨床でのキャリアを公衆衛生で活かしてみませんか。

ご興味のある方、是非お問い合わせください。保健所見学も歓迎いたします。



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

各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

- ①各種お知らせ・報告・求人締め切りは毎月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、原則として毎月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て内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身*)とする。(※必要な場合のみ)

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次的利用について】

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

11. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

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

12. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先 :

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	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)

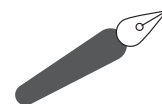
編集後記

インタビューは岐阜県飛騨市長の都竹淳也氏^{つづくじゅんや}にお話を伺いました。医療者ではない政治家にお話を伺うのは久しぶりではないでしょうか。都竹市長は「白線流し」で有名な岐阜県立斐太高等学校のご出身だそうです。卒業式の日、制帽の白線をつないで学校の前の川に流すドキュメンタリーを見て、目頭を熱くしたことを思い出します。

特集は「岐阜県のへき地医療の現状と将来」です。年に1度くらいのペースで、ひとつの県を特集しています。岐阜県は県の南端に県庁所在地の岐阜市があり、海がなく森林が多いという特徴があります。それに比べて奈良県は県庁所在地が県の北端にあり、岐阜県をひっくり返したようだと聞いたことがあります。いずれの県も、地域医療振興協会の施設が複数あり、ある意味、日本の地域医療やへき地医療の縮図がここにあるということでしょうか。

最近、生成AIの話題が喧しいですが、医師の診療、特に総合診療や地域医療にはいわゆる名人芸というものがあるのではないかと思います。ただ、名人芸があるとしても、それを巧く言語化できないところが名人芸の名人芸たる所以でもあり、なかなか教育で伝承できるものではないようです。YMOの坂本龍一氏が亡くなり、ニューズウィーク誌が追悼号を発行しており、その中に「この頃から坂本の楽曲は空間を重んじ、時の流れに寄り添うようになった。あるインタビューでは、自分の昔の曲を以前よりゆっくりと弾く理由を、こう説明していた。『音符を減らし、次の音符までの空間を増やしたい。空間は、無音ではない。空間には音が響いている。その響きを、私は楽しみたい』。無音の中の響きこそ名人芸だと思います。患者との対話の「聞」にこそ、寄り添う気持ちの交換があるというのは、生成AIには分からないのではないのでしょうか。中島敦の「名人伝」には、弓の名人が、最後の境地では弓が何するものか分からなくなった話が出てきます。無音の響きに似ていると思います。名人伝の最後に「画家は絵筆を隠し、楽人は瑟の絃を断ち、工匠は規矩を手にするのを恥じた」とあります。自分が、聴診器を見て何するものか分からなくなったら、名人の域に達したというより、認知症が進行したと言われるのは必定であります……。

北村 聖



月刊地域医学 第37巻第6号(通巻440号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年6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

第16回 へき地・地域医療学会 テーマ
医療の谷間に灯をともして50年

おもろいやん、 地域医療

開催日：2023年6月24日(土) 25日(日)

会場：海運ビル(東京都千代田区平河町)とオンラインのハイブリッド開催

大会長 **武田以知郎**

明日香村国民健康保険診療所 管理者

実行委員長 **堀井学**

市立奈良病院 副病院長



招聘講演

『グローバルヘルスからみる地域医療の新しい景色』

國井修先生

公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金(GHIT Fund) CEO

メインシンポジウム

テーマ 地域医療の過去と未来 ~さあ行こう、新しい景色へ~

座長

武田以知郎先生

コーディネーター

古屋聡先生

山梨市立牧丘病院

コメンテーター

國井修先生



シンポジスト

武田以知郎先生

明日香村国民健康保険診療所 管理者



シンポジスト

白石裕子先生

自治医科大学総合診療内科 助教



シンポジスト

菅野武先生

自治医科大学医学教育センター
医療人キャリア教育開発部門 特命教授



シンポジスト

天野雅之先生

南和広域医療企業団
南奈良総合医療センター 総合診療科

明日香村の亀石

学会特設サイト：<https://jadecom-hekichi.com/2023teaser/>



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 へき地・地域医療学会担当
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 Email hekichi@jadecom.jp



9784909117724



1923047006004

ISBN978-4-909117-72-4
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)