

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

10
2023
Vol.37-No.10

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

第16回 へき地・地域医療学会
医療の谷間に灯をともして50年
～おもろいやん、地域医療～

●インタビュー

「地域医療の魂をつなげていきたい」

深瀬 龍 山形県立河北病院 内科(総合診療)

会員向け



JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



「睡眠不足症候群をご存知ですか？ ～ICD-11にsleep-wake disorders が記載されました～」

9月1日配信▶

神山 潤先生

公益社団法人地域医療振興協会理事
日本子育て学会理事
東京ベイ・浦安市川医療センター 管理者

2023年7月まで日本睡眠学会理事を務め、東京ベイ・浦安市川医療センター管理者である神山潤先生が、ここではICD-11に記載されたsleep-wake disordersの一つである睡眠不足症候群についてレクチャーしています。

まずナルコレプシータイプ1 典型例(12歳、女子)や、ナルコレプシー疑いで投薬されていた睡眠不足症候群の症例(14歳、男子)を取り上げて、診断と治療、経過を解説。

個人によって必要な睡眠時間には大きな幅があることを前提に、本来どのくらいの睡眠時間が必要で、その睡眠不足を解消するのにどれくらいの期間が必要になるのか、ある実験を紹介し「睡眠の返済期間」について述べています。

そして「睡眠不足とアルツハイマー症発症の関係」、「寝ないと太る」、「睡眠不足に伴う経済的損失」などについて、興味深い観点から睡眠不足の影響についてお話しています。

最後に「寝不足は万病のもと。最も身近な自然である身体に、畏れと謙虚さをもちかつ奢りを捨てて相対してください」と結んでいます。

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



JADECOM

◎お問い合わせ

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

目次

インタビュー

- 地域医療の魂をつなげていきたい／深瀬 龍 2

特集 第16回へき地・地域医療学会

- 会長兼理事長講演 JADECOM2023概況報告／吉新通康 13
- 大会長講演 へき地医療が教えてくれた～自分史とへき地医療の歴史～／武田以知郎 15
- 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 19
- メインシンポジウム
地域医療の過去と未来～さあ行こう、新しい景色へ～／武田以知郎 24
わたしのワークライフバランスへの取り組み－離島医療と大学での経験から－／白石裕子 26
プロフェッショナルとしての自分を育てる～つなげる、つながること～／菅野 武 28
総合診療の“見える化”で地域医療／へき地医療を支える／天野雅之 30
- 若手医師と学生が本音と夢を語る 34
- 高久賞 候補演題「私の地域医療」 37
- わが町の在宅医療の課題と展望～湖北から全国に発信～ 45
- 地域における救急医療のスペシャリストに聞く 54
- 事例で学ぶおもろいコミュニティケア～その本質を探る～ 59
- おもろいで!! 地域医療!! 68
- 今この時代だからこそ地域医療と公衆衛生 74
- 都市部の地域医療 81

研究レポート

- 地域医療をになう病院におけるマネジメント・システムについての調査／梅屋 崇・荒井 耕 90

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120回 “研修医のルールの遵守”に関わる事例発生を未然防止する！
－事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策－／石川雅彦 96

全国の地域からリレーでつなく 私の地域医療

- 山形県 へき地診療所に新しい風を／矢萩 舜 104
- 岩手県 第二の故郷にて／高橋成明 106

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師が組織にもたらす効果と看護師の新たなキャリアデザイン／伊藤佳子 108

研修医日記

- これまでを振り返って／徳田紋華 110

自治医大NOW

- 令和6年度医学部・看護学部入試日程等決定／令和5年度 学長・学生懇談会開催 113

- 第36回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定 120
- 報告 六合診療所開所式 121
- お知らせ 122
- 求人病院紹介 127
- 投稿要領 134
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

山形県立河北病院 内科(総合診療)
深瀬 龍先生



地域医療の魂をつなげていきたい

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

小児科医になりたかった

山田隆司(聞き手) 今日は山形県立河北病院に深瀬龍先生をお訪ねしました。先生は今年のへき地・地域医療学会で高久賞を受賞されました。まずはおめでとうございます。毎年高久賞に応募していらっしゃる先生たちの作品は優劣付けがたいものがあります。中でも先生の発表は素晴らしく、印象深いものがありました。今回受賞者ということで先生のインタビューをさせていただくことになりました。

深瀬 龍 ありがとうございます。

山田 まず、先生のこれまでの経歴を簡単に紹介してください。先生は自治医科大学卒業生二世ということですよね。その辺りもお話しいただけ

ますか。

深瀬 自分の年代ぐらいから二世が出つつあると思います。父親の義務年限の派遣中に、官舎から医局に「ご飯ができたよー」と父親を呼びに行くのが、物心ついた自分の最初の記憶です。入学して5年生の地域実習のときに、父が赴任していた病院に実習に行く機会があり、その際に過去の記憶と同じ風景が見えてとても感動しました。

山田 それはどこの病院ですか。

深瀬 以前の八幡町立病院です。現在は日本海八幡クリニックになりましたが、もともと自治医大に行きたいと思っていたわけではなく、浪人し

てたまたま自治医大に受かったから行ったという感じだったのですが、その学生時代の地域実習で自治医大という文脈が近くなった気がしました。

山田 でも医師を目指そうと思ったのは、お父さんの影響があったということでしょうね。

深瀬 そうですね。でも自分は子どものための医療がしたくて医者を目指しました。だから自治医大の説明会のときにも、「義務年限があっても小児科医になれますか？」と質問しました。今の言葉で言えば、専門志向が強かったのではないかと思います。

山田 学生時代はそれが普通だと思いますよ。

深瀬 自分の父親が消化器専門医でその背中を見ていたので、医者とは専門ありきだと思っていたのですね。でも自分は実は東北初の二世、全国初留年した二世で(笑)、当時は父親と母親に顔

向けできませんでした。

山田 何年生で留年したのですか。

深瀬 1年生のときに物理ができなくて(笑)。

山田 それは珍しいね(笑)。

深瀬 「物理で留年する人間は10年に1人いないよ」と、物理の先生に言われました。で、そこから何とか卒業できて医師になったわけですが、やはり小児科医になりたいと思っていました。ところが県立中央病院での初期研修2年目にターニングポイントがありました。酸素投与が必要な誤嚥性肺炎の患者さんが運ばれてきて、どの科も受け入れてくれなくて困っていたときに、県中の自治医大の先輩が「困っているなら救急だ」と言って受け入れてくれたのです。困っているときに手を挙げられるのはすごいと感じ、「何でも診るって格好いい!」と思うようになりました。

総合診療に傾倒する

深瀬 3年目から義務年限の地域派遣に入り、小児科と総合診療で気持ちが揺れていたのですが、一度田舎を見てこようと思って、最上町立最上病院に2年間行きました。そこは本当に楽しかったです。何が楽しかったって、町には少なからず子どもがいて、その子どもがアクセスしてきて、不登校の子や起立性調節障害の子などを自分の外来で診て、何とか学校に行けるようにしたといった経験ができたことです。地域医療の中に自分のやりたい小児科が内包されていると気付いたのですね。

山田 町立病院の病床数は？

深瀬 50床で医師は5人体制で、全員内科でした。

山田 自治医大の卒業生は？

深瀬 私一人でした。でも自治医大卒業生が必ず派遣されていた病院です。

山田 外科がなくて手術はしないけれど、内科の入院や、外来では小児を含めて幅広く診たわけですね。

深瀬 はい、子どものワクチンも打ち、内視鏡もやり、検診もやり、在宅もやり、何でも診るといった感じでしたね。

山田 最上町の人口はどのくらいでしたか。

深瀬 9千人くらいですね。医療機関は開業のク



聞き手:地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

クリニック1つと当院の2つでした。

そこで地域医療に携わるうちに総合診療により傾いていって、オンラインで家庭医療の勉強会に参加するようになりました。JADECOMの「地域医療のススメ」出身の三浦太郎先生と名古屋大学の近藤猛先生が中心になって始められた『はっちぼっちステーション』と言う勉強会なのですが、今も続いています。バトンタッチして今は自分が運営に関わっています。

山田 それは最上町立病院のときにやっていたのですか。

深瀬 そうです。専門医は取れないけれど、オンラインで振り返りやポートフォリオを通して概念を学んだりしながら田舎で2年やって、やはり小児科ではなくこの方向なのではないかと、自分の中で思うようになりました。

その後5年目からは山形県立新庄病院へ行

きました。そこは400床で地域の基幹病院という大きい病院でしたが、医者が足りないということで派遣されていました。最上町立病院から県立新庄病院を経験したことで、結果として家庭医療プログラムの研修を実地でやっていたような感じでした。

山田 総合診療I、IIをやったようなものですね。

深瀬 そういう感じでした(笑)。新庄病院で勤務していたときには、たくさんの問題を持った人をうまくケアするとか、社会的問題をうまく調整するといったことに携わり、自分の原点を噛みしめていた1年間でした。

1年間新庄病院にいた後、6年目に後期研修をさせてもらえることになりました。ここで家庭医療プログラムに入れば専門医が取れる。が、今までやったことの繰り返しをすることが必要なのか?と迷って、総合診療の専門医を取らない選択をしました。代わりに県立中央病院に戻って緩和ケアを1年間研修しました。ちょうどがんの人と関わるが多く、悔しい思いをしていたころだったので、1年間研修して緩和ケアの認定医を取りました。県中で緩和ケアのエッセンスをいろいろ教えてもらって、緩和ケアはすごく大事だと思う一方で、自分は緩和ケアを専門とするのではなく、総合診療の中に緩和ケアを入れていければ楽しいのではないかと思います。

そして、その後の3年間、大蔵村に赴任したのです。この3年間で自分の中でインパクトがあったのでそれを高久賞に出しました。

コロナ禍の中, 村民のために何かしたい

深瀬 大蔵村は人口3千人で診療所は1つ。本当に何でも来るし、病床がないので在宅もやりましたし、施設に入所している方の看取りもしていました。施設に入所している方の看取りもしていました。そこで初めてコミュニティケア、地域で生きるといった文脈を学びました。結婚して子どもが生まれたのですが、私のことを知らなくても私の娘が散歩しているのを見ているというおばちゃんたちが診療所に来ました。娘と嫁が自分を診療所の外にアクセスさせてくれて、それによって診療所でそのおばちゃんとの会話が広がりました。家族でそこに暮らすということがすごく大きいということを強く感じましたね。

山田 地域に住むこと自体が診療に役立つのですよね。

深瀬 そうなのです。なまりも覚えて、集落の名前や〇〇さんの横の家ですね、といったことが分かるようになる。その経験を通じて「総合診療ってこういうことなんだ」と腑に落ちた感じでした。そういう醍醐味を味わっている中でコロナ禍がきたのですね。自分にとってもう大蔵村は“おらが村”だったので、“おらが村”が困っているからとりあえず自分が何かやらなければと思いました。それで村民のためのパンフレットを作ったのです。

山田 コロナについては、日本中の誰もが未経験で誰も知見を持っていないときだったので、みんなが躊躇して手をこまねいていたと思います。でも先生はそこをすんなりと踏み出して、自作で村民啓発のためのパンフレットを作ったというのはすごいなと思いました。

深瀬 ありがとうございます。あのときは、論文レ

ベルと、各国でこんな対応をしているといった断片的な情報はたくさんあったのですね。ただそれは村の高齢者が読み解けるものではない。当時自分は発熱外来の対応だけになっていたので結構時間もあり、あふれる時間の中で何かやろうと思いました。自分のやったことは情報を集めて整えただけなのですが、保健師さんに「こんなのを作りました」と見せたら、思った以上に反応がよかったのですね。それがどんどんいろいろなところに取り上げられて、びっくりしました。

山田 出来の良いパンフレット作りが先生の目的だったわけではなく、困っている村民が少しでも正しい知識を身に付けて、備えることができるようにと考えた結果がパンフレットだったのですね。

深瀬 パンフレット以外にも取り組んだことがあります。例えば田舎だと各集落に放送を流すためのスピーカーがありますよね、大蔵村にもありました。あれは役場から一斉配信できるので、村民が頑張れるようなメッセージを流しましょうということになり、3日間だけ特別に「コロナはしんどいと思うけど、とにかく明けない夜はないから踏ん張りましょう」といった2分くらいのメッセージを自分の声で流しました。それから隣接している精神科の病院でクラスターが起きたときに、その先生方に自分の作ったパンフレットを渡したり、外来に来る患者さんには直接話をしたり、パンフレット以外にも細々といろいろやったことが大蔵村の人のためになったならよかったなと思います。

地域に生きることのできる医療

山田 先生は総合診療、そして地域医療という視点で、コミュニティに役に立つ医者として踏ん張ったということですね。東京は資源が豊富にあるわけですが、豊富にあるばかりにコロナという騒動で、状況にどう対応するかを考える以前にシャッターを閉めてしまう医療機関も少なからずありました。そういう意味では先生が大蔵村の人のために対応しようと行動したのは、まさしく医療の原点だと思います。

深瀬 母親から、「お父さんは専門医なのに、どうしてそんな赤ひげ先生になっちゃったの?」と言われてました。何が自分をこう為らしめたのかは分からないのですが、困っている人に何かしてあげたいという強烈な原点と、その原点から突き進んで1人だけのフェローシップのような期間を経て、大蔵村3年間の中で、地域で生きて地域の一部として医療を行うという紹介をしました。自治医大の先輩たちが「地域医療は楽しいよ」と言っていたところに辿り着いたことで、総合診療医に成ったのだと思います。総合診療専門医ではありませんが、自分は総合診療医だと名乗れるようになってきました。

山田 素晴らしいと思います。総合診療の議論をしていても、われわれが地域について言及すると、「地域に行かなければいけないのか」とか、「医療過疎地のためだけにプライマリ・ケアをやっているわけではない」という言い方をする人たちも一方ではいます。でもプライマリ・ケアや家庭医療の神髄は地域医療にこそあるわけで、先生のような学び方をしたからこそ、楽しさ、豊かさ、その本質的な部分を経験的に獲得できたのではないかと思うのですね。

深瀬 マックウィニー先生も「家庭医は地域で暮らすこと」ということを言っています。一方で自

分がそれをできたのは、自治医大の寮生活で自分のプライバシーが侵食される日々に慣れていたからだだと思います。田舎に住んでいると突然コンコンと玄関がノックされて「野菜がたくさんとれたから」と持ってきてくれたり、娘が散歩から帰ってきたらお重を抱えていて朝煮たというお煮しめがたくさん入っていたり。そういう垣根の低さに田舎の喜びや面白さが隠れていることに気づけたのは、自治医大の寮生活で先輩後輩とプライバシーの垣根が低い日々を送っていたからかなと思います。とはいえ、それはかなり侵襲的なので人によっては合わない人がいると思うのです。でも診察室の中だけで患者と医師を超えた関係性に辿り着くのはちょっと難しく、それを簡単に突破させてくれるのが地域に生きることだと思うのですね。

山田 そういうことを許容してくれるドクターに、間違いなく患者さんは自分の胸襟を開きたくなくなる、この人に助けてほしいと思うようになるのだと思います。先生にそういう心意気があったから、それを患者さんは敏感に感じ取ったのだと思います。

深瀬 患者さんの喜ぶ姿を見て、自分自身がケアされるような経験をして、総合診療医になっていく。この経験が大蔵村では一番大きかったと思っています。

山田 小さなコミュニティで、逃げられない環境というのは、担当する者にとっては厳しくて辛いところもあるけれど、むしろそこでしか体得できないものがあります。先ほど先生は垣根の低さを許さなければいけないと言ったけれど、でもそれでも医者としてコミュニティに入っていると、かなり守られる部分があります。

深瀬 そうなのですね。結局「お医者さま」として

扱われるんですよ。それに慣れてしまうと結局線を引かれる。大蔵村では自分には「娘」という緩衝材がいて、その娘を連れて散歩しているときには、医者子どもを連れてくるのではなく、娘さんが父親を連れてきたという構図になるので、住民の方といろいろなことを話せる。トマトの収穫の仕方、美味しいトマトの見極め方、米の刈り取り方、そういう知らないことをたくさん教えてもらいました。その経験をどう後輩たちに伝えるかが、今の自分の課題です。

山田 ぜひ伝えてほしいと思います。私たちの年代が、いくら地域はいい！ 地域に行かないと学べ

ないことがある！と言っても、若い人たちになかなか響きません。

深瀬 よく分かります。自分も含めて医学部を卒業したこれからの世代は、コミュニティに参加せずに育っているのが当たり前の状況なので、そういう人が突然地域に飛び込めと言われても困ると思うのです。でも、医者と患者を超えた、人と人とのつながりの中で癒される、ケアされるという経験を、「いいな」と思ってくれる医者が増えれば、山形は幸せになると思うのです。それが今自分がやりたいことですね。

次の世代を育成するために

深瀬 そういう意味で、自分は今、後期研修という身分でここ県立河北病院に赴任していて、総合診療のプログラムを立ち上げさせてもらいました。自分がプログラム責任者で、次の世代を育成する立場になろうとしています。今年申請しているので、来年には1期生に来てほしいなと思います。

山田 先生はいつからここに来ているのですか。

深瀬 昨年4月からです。町も病院も以前より規模が大きいので大蔵村の時のような関わりはできないのですが、あの時の経験があるから、「こんなに癒される仕事があって、それが総合診療、家庭医療という分野で、それを山形で学べるのがここなんだ」と、教育者として伝えていきたいと思っています。

山田 先生は総合診療のプログラムには入らなかったけれど、勉強会に参加して自己学習してポー

トフォリオを作成し、普通にプログラムを修了した人よりも、総合診療の魂のようなものを学んでいると思います。そして次に後輩を育成する取り組みを始めたわけですね。素晴らしいと思います。

深瀬 三浦先生や近藤先生の2人が、自分にとって総合診療の師匠みたいなものなのですが、自分は山形でそういう出会いがなかったのですね。だから自分より若い世代には、山形で総合診療の選択肢があることを知ってもらいたいし、あるならやりたいという人がいたら取り組めるようにしていきたい。山形では置賜総合病院の高橋潤先生が頑張っているしやるので、そういうところと連携しながらやっていきたいですね。自分が山形県では同世代の第一投目という自覚もあって、だからこそまだまだ研鑽していきたい。そして患者さんやコメディカルの人に

も総合診療という選択肢があることを伝えたい。困ってどうしたらよいか分からないときには飛び込んでくれば、何とかするということが知ってもらいたいと思っています。

自分は自治医大の二世で、自治医大の魂みたいなものを明確に受け継いでいる自覚もあります。

す。これを今の世代の文脈に即して翻訳して伝えていきたい。そうやって地域医療の魂みたいなものを良い形でバトンパスする中間走者として、これからもやれたらと思っています。

山田 ぜひ頑張ってもらいたいと思います。

地域医療の研究

山田 今、地域医療振興協会では海外交流の一つとしてオレゴン健康科学大学との交流がありますが、北米に限らずイギリスやオランダなど海外の家庭医たちと話をすると、今日先生からお伺いしたような話題になることがしばしばあります。家庭医としてのうち震えるような経験や喜びは、国や文化、言葉が違ってても全く変わらないのですね。医師としての信条や価値観、地域での楽しみなど不思議なほど共通するものがあります。そういった意味から家庭医として家族や地域に関わって仕事をするには、国や文化を超えてグローバルに支えられる共通の価値があるように思います。そういうことも先生には学んでほしい気がします。

深瀬 そういうところにも目を向けて勉強していきたいです。

今は山形大学大学院の医療政策学講座に所属して、山形県のDPCデータをもとにした研究をしています。今年が最終学年で卒業を目指してやっていますが、地域医療の文脈をDPCデータから見直すというのは、総合診療にとっても自治医大の文脈においても大事な研究テーマかなと思います。

山田 それはまさしく地域医療の研究ですね。

深瀬 データから見ると医療のあり方と、現場で総合診療を実行している部分のあり方をうまく調和させて、それを2つとも語れるというのが、自分の立場だから目指せることと思っています。

山田 産業医大の松田晋哉教授などは膨大なDPCデータを集めて地域医療を分析しておられます。ぜひ幅広い視点を持ってさまざまなテーマに貪欲に首を突っ込んで追求してほしいと思います。そういったことが地域医療の本当の意味での質向上につながると思います。

一方で医療界全体としては、地域のニーズ、国民のニーズに合わせた医療のスタイルになかなかついていけないと感じるのですね。旧態依然とした人たちの力で変わらせない部分もあるかもしれませんが、だからこそ自治医大卒業生はへき地での経験を活かして、もっとネットワークを強力にして、もう少し社会に対して改善を促すようスクラムを組んでもいいのではないかと考えています。そうでないと個々の評価に甘んじて「あの先生はいい人だった」で終わってしまう。今回のコロナ禍を見ても、報道で出てくるのは自治医大の卒業生が多かったで

すよね。だから自治医大ブランドをもっと押し出しても良いのではないかと思います。お話を伺って、先生のような若い世代が育っているの

を知り、頼もしく感じ、少し安心しました。これからみんなで力を合わせて地域医療をしっかりと前進させてほしいと思います。

バトンをつなぐ

山田 最後になりましたが、今、地域で悪戦苦闘している若い人たちにぜひエールを送ってください。

深瀬 臨床現場でどうしてもうまくいかない時は、臓器別の勉強では答えは得られなかったりするのですね。その境界を超えさせてくれたのが、自分にとっては家庭医療、総合診療だったので、将来は臓器別の専門に進もうと思っている人であっても、地域医療を9年間走りきる上で、総合診療のエッセンスは知っていてもいいのではないかと思います。

地域医療って、面白い人には面白いと思うのですね。それを義務年限が終わっても飯のタネ

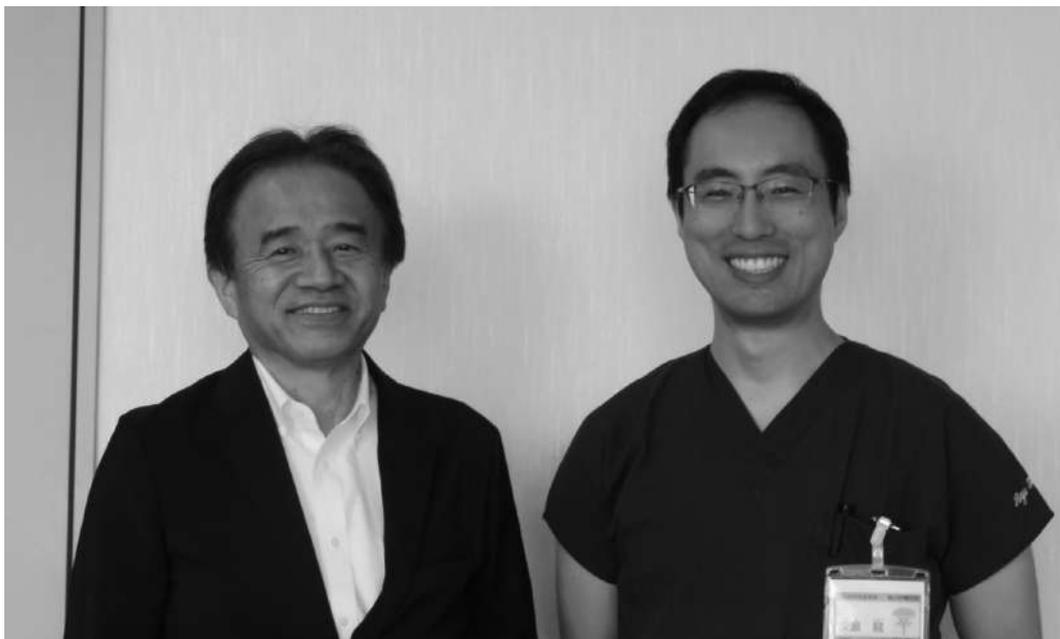
としてやっていく道が総合診療専門医、家庭医療専門医だと私は思っています。自治医大は良くも悪くもそれに強烈に暴露される機会が多い。だからこそ自治医大の魂は総合診療の中で多く共感が得られるのだと思います。なので、そういう魂に共感してバトンを受け取ってくれる人たちが増えてほしい。自分は父親たちの世代からバトンをもらったので、これからは自分が次にバトンを渡していきたいと思っています。

山田 ぜひバトンをたくさん渡してください。

深瀬先生、今日はありがとうございました。

深瀬 龍(ふかせ りゅう)先生 プロフィール

2013年自治医科大学医学部を卒業後、山形県立中央病院にて初期研修修了。医師3年目からは、最上町立最上病院、山形県立新庄病院にて診療を行う。2018年より山形県立中央病院にて研修後、大蔵村診療所に赴任。2022年4月に山形県立河北病院に着任し、現在に至る。



第16回へき地・地域医療学会 医療の谷間に灯をともして50年 ～おもろいやん、地域医療～

特集

- 会長兼理事長講演「JADECOM 2023 概況報告」
- 大会長講演
「へき地医療が教えてくれた ～自分史とへき地医療の歴史～」
- 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」
- 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～」
- 若手医師と学生が本音と夢を語る
- 高久賞 候補演題 「私の地域医療」
- わが町の在宅医療の課題と展望 ～湖北から全国に発信～
- 地域における救急医療のスペシャリストに聞く
- 事例で学ぶおもろいコミュニティケア ～その本質を探る～
- おもろいで!! 地域医療!!
- 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

第16回 へき地・地域医療学会
医療の谷間に灯をともして50年
～おもろいやん、地域医療～

2023年6月24日(土)・25日(日)
海運ビルとオンラインのハイブリッド開催

6月24日、25日の2日間、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」が開催された。昨年に引き続き、東京都千代田区平河町にある海運ビルの会場と、オンラインによるハイブリッド開催となった。主幹は近畿ブロック(滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山)が担当した。「医療の谷間に灯をともして50年 ～おもろいやん、地域医療～」というテーマのもと、自治医科大学の開学から50年の歴史を振り返るとともに、過去の価値観にとらわれないニューノーマルな地域医療を目指すために“おもろい”，Interestingな企画満載で臨んだ。

ここでは講演・シンポジウム・セッションの様子を報告する。



会長兼理事長講演

JADECOM 2023 概況報告

地域医療振興協会 理事長 吉新通康

こんにちは、昨年度からのJADECOMの概況報告です。

今日は、近畿ブロック、武田以知郎先生が大会長の第16回へき地・地域医療学会。多くの会員が集い大変賑わっています。

昭和56年ごろ、長崎有川の離島医療ワークショップで「住民・行政・医療人が三位一体となって、担当する地域の医療資源を最大限活用し、継続的に保健医療福祉の包括的なサービスを、計画、実践、評価するプロセス」という地域医療の定義を知り、それまでの地域医療ってなんだろう？というモヤモヤが解消され、その瞬間から、これを地域医療の定義と目標として

活動してきました。協会も大きくなり過ぎたか、少し当時の不自由さや遠慮を思い出した方がよいなと思うこともあります。これからは組織の意思疎通が重要です。自治医大同窓会から離れ、以来37年、活動を続けてきた結果、協会は医療業で大きな組織になってきました。運営施設も全国で26病院を含む84施設に増えました。



図1は、皆様よくご存じの高久史磨会長が手掛けられたへき地医療の体系図ですが、この中

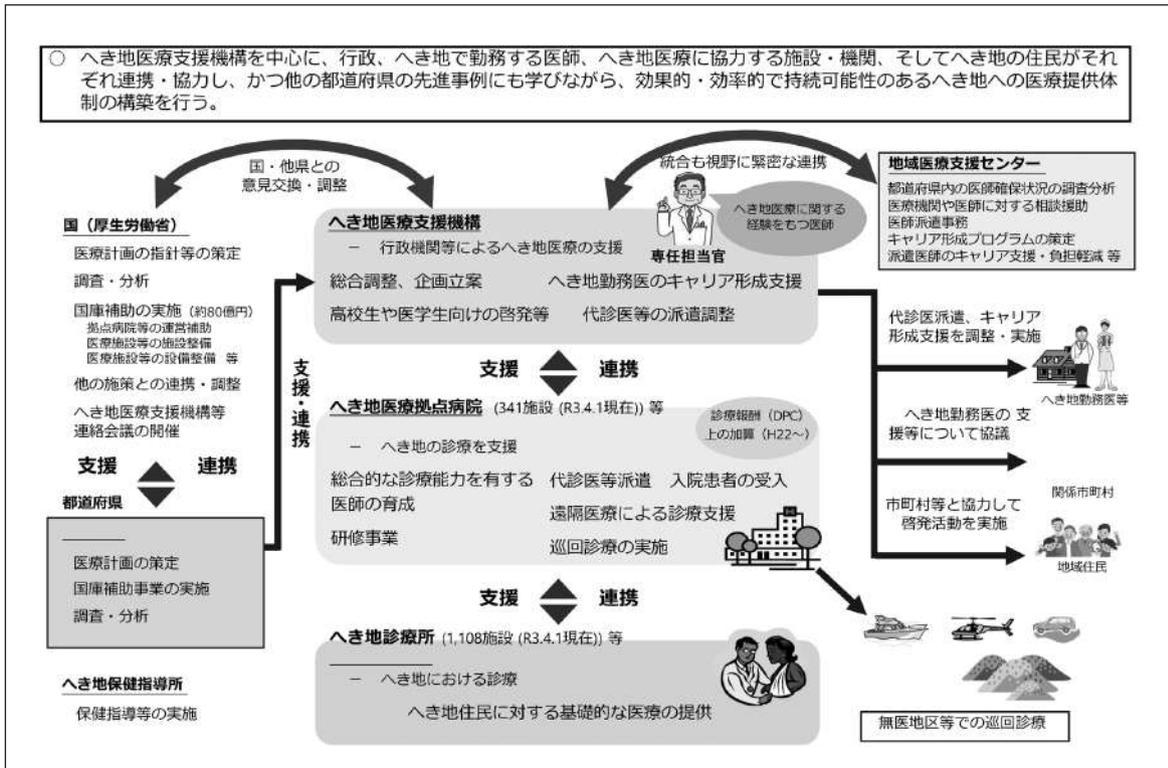


図1 へき地における医療の体系図

にへき地医療支援機構の役割として、へき地勤務医のキャリア形成支援があります。今後、医療人を取り巻く環境も変わります。早期に専門医や別の認定医の資格が欲しいという方がいれば、協会の施設に勤務していただき、より効率的に研修実績が積めるような制度も整えていきたいと考えています。大学に行ったり、拠点病院で専門医になったり、総合医で診療所に勤務する。さらに、創薬、ICTはじめ急速に医療環境は変化しています。キャリアの形成を支援する仕組みは医師だけではなく、医療人全体に及びます。

これまで教育研修の一環としての職員や会員の海外研修を実施してきました。研修先はトーマス・ジェファーソン大学、ハワイ大学、オレゴン健康科学大学です。オレゴン健康科学大学との交流事業は平成19年から実施しており、大勢の研修医が研修に参加。協会による寄附講座も設置しました。フィラデルフィアには、ジャパンセンターも設置してあり、同じへき地や病院の分野の視察は互いに励みになると好評です。

さて、2023年4月現在の協会の正職員数は、9,541人。ドクターが1,280人、ナースが4,200人です。介護・看護の不足が深刻です。運営施設には、昨年4月から香川県の介護老人保健施設あやがわ、三重県の志摩市立国民健康保険浜島診療所、そして今年の4月から和歌山県有田市立病院が新たに加わりました。

これまで施設の運営事業、医師派遣事業、医師の研修事業を進めてきましたが、今後はより教育に力を入れられるように、定款を改正して「学校の設置、運営等の事業」を加えました。こ

寄附講座の概要

| | | |
|------|-----------------------------|---|
| 講座名 | 医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 |  |
| 設置時期 | 令和5年4月1日 | |
| 寄附金額 | 年間 25百万円 × 5年間 全体 125百万円 | |
| 主任教授 | 医学教育センター長 岡崎教授 | |
| 教員構成 | 特命教授1名、特命助教1名 | |
| 開設場所 | 医学教育センター内 (記念棟9F) | |

図2 寄附講座の概要

れからはキャリア支援が大事だと考え、4月から自治医科大学に寄附講座を開設しました(図2)。

また、シルバーパワーの新たな制度としてシニアフェローとベテラン・ドクターズ制度をスタートさせています。シニアフェローとは、定年後エグゼクティブフェローとも称し、理事、管理者等協会の重要な役割を担った者が退任し、引き続き留まり業務を遂行する者を指し、担当会務にコミットすることができます。またベテラン・ドクターズ制度は定年後も協会で地域医療を実践していただく医師を考えています。この区分は暫定的なもので今後検討します。地域医療を定年後も実践したい人たちの集まりです。

本年3年目になりますが、総務省と地域医療の確保事業を共同で実施しています。町村合併、少子高齢化、都市への人口集中で地域は大きく変わろうとしています。協会の役割は、これからは重要です。

今後とも、協会の活動にご支援、ご理解をよろしく願います。

へき地医療が教えてくれた ～自分史とへき地医療の歴史～

明日香村国民健康保険診療所 管理者 武田以知郎

日本の医療制度の変遷とへき地医療と私

私は1959(昭和34)年生まれである。当時は日本の高度成長時代が始まる前で、明るい話題としては皇太子殿下(現在の上皇陛下)の成婚(昭和34年)、そして現在の天皇陛下の誕生(昭和35年)などがある。

この時代に我が国の新たな医療制度がスタートした。日本の国民健康保険法(旧法, 任意加入)は1938年につくられたが, 1958年に新たな国民健康保険法が全ての市町村に制定され, 1961年に国民皆保険が達成された。1973年には70歳以上は医療費の自己負担ゼロが始まる。1983年に老人保健法の施行, 自己負担率は1割, 2割, 3割と増加してゆく。2008年, 後期高齢者医療制度が始まる。2018年, 国民健康保険の財政運営が市町村単位から都道府県単位に変更される(図1)。

1960年代, 無医地区が多く存在した。国民皆保険となる前, 1956年にへき地保健医療計画が始まった(図2)。国民皆保険が達成され, 保険料を支払っているものの医師がいないという地域があった。第2次へき地保健医療計画では, 地域に診療所設置のための補助金が設けられた。第3次計画では医師確保, へき地勤務医師等確保修学資金が設置された。この時期, 村長の重要ミッションは医師確保であり, 村長みずから大学などに赴いて医師派遣を願い出るなどをしてきた。

このころ私は中学生, フォークソング全盛期であった。「戦争を知らない子供たち」の北山修

に憧れて私もバンドでベースを演奏していた。手塚治虫の「ブラック・ジャック」の連載が開始され, A. J. クローニンの「城砦」というイギリスの炭鉱町における青年医師の小説を読み, へき地医療を志す基盤となった。



1972(昭和47)年, 自治医科大学が開学となった。これに先立ち, 1964年に佐久総合病院の若月俊一先生の提案により, 全国厚生農業協同組合連合会に農村医科大学の設立準備委員会が設置されたが, 構想のまま終わる。1970年に秋田大助自治大臣がへき地医療の充実を目的に医学高等専門学校設立構想を表明。1971年, 医科大学設立発起人会発足, 栃木県河内郡南河内町の畜産試験場跡地に校地を決定。1972年4月, 第1回入学式が執り行われた。当時は進学課程の校舎は建設中であり, 看護学校棟から始まったが, 1期生の先生の中には校舎建設のアルバイトに従事した方もおり, 一部何年か経って天井が落ちた? とかの話を聞いたが, 名実ともに自治医大を造り上げたのが1期生だった。そして, この自治医大も今年が開学51周年である。

やがて1期生が卒業し, 同窓会が発足。このころに私が自治医大に入学している。入学当時の写真を見ると, 同級生は受験明けでみんな真っ白な顔であるが, 私だけ真っ黒に日焼けした顔をしている。卒業旅行で海外旅行をしてき

国民皆保険制度

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 昭和 1938年 | (旧)国民健康保険法 |
| 1958年 | 国民健康保険法の制定(全ての市町村に) 1959年 武田以知郎誕生 |
| 1961年 | 国民皆保険の実現 |
| 1973年 | 70歳以上の医療費が無料に(自己負担ゼロ) |
| 1983年 | 老人保健法の施行 |
| 1984年 | 職域保険(被用者保険)本人の自己負担1割 |
| 平成 1997年 | 同自己負担2割 |
| 2003年 | 同自己負担3割 |
| 2008年 | 後期高齢者医療制度始まる |
| 2018年 | 国民健康保険の財政運営が、市町村から都道府 県単位に変更 |

図1 国民皆保険制度の変遷

へき地保健医療計画

- ・第1次計画(昭和31年度～昭和37年度)
診療所の設置・へき地診療所の整備【人口が多く、かつ、交通の不便な無医地区に設置】
- ・第2次計画(昭和38年度～昭和42年度)
1. 診療所の設置 2. 機動力の利用・患者輸送車、巡回診療車等の整備【運営と医師確保の問題から】
- ・第3次計画(昭和43年度～昭和49年度)
1. 診療所の設置 2. 機動力の利用
3. 医師派遣の協力助成・へき地担当病院医師派遣事業
4. へき地医療地域連携対策・へき地医療地域連携対策事業
地域内の保健所、医療機関、市町村等の有機的連携
5. 医師の確保・へき地勤務医師等確保修学資金

自治医大設立

図2 へき地保健医療計画

た……訳ではなく、自治医大入学が決まり、春休みに10日間かけて奈良から栃木まで自転車でいったからだ。途中の木曾路あたりで、奈良県知事との面会があるから「すぐに戻るように」と宿泊先に電話が入った。当時は国立二期校などに学生が逃げないように、試験日に合わせて知事との面会がセッティングされていた。私は自転車を置いていった電車で奈良まで戻り、知事と面会し「よっしゃ、頑張ってたな！」の一言をいただき、また木曾路まで戻って自転車で軽井沢を通過して栃木へと向かった。

1975年から、へき地保健医療計画は第4次計画となり、へき地中核病院の整備・運営が主体となってきた。自治医大1期生はへき地赴任に向けて初期研修に取り組んでいた。

1980年から第5次へき地保健医療計画が始まり、医療情報システムの導入・へき地診療所診療支援システムに注力していくこととなる。私は学生時代を謳歌していた。旅行が好きで、北海道・東北ヒッチハイカー一人旅をしたり、四国一周、東京から浜松まで東海自然歩道を歩いたりしていた。フォークソングクラブで「道しるべ」というバンドを組みヤマハのポップコン関東甲信越大会に栃木群馬代表で出場、本選進出は叶わなかったが、この年のグランプリの杉山清貴らと争った。1981年、地域医療学講座が開設された。私が6年生の時に地域家庭診療センターで地域医療実習が始まる。私は吉新通康先生が勤務している診療所に実習でうかがった。印象に残っているのは肩のトリガーポイントブロック注射をさせてもらえたことで、医師に

なる自覚を感じることができた。また、初めてドン・ペリニオンを奮発してもらったのに、その時風邪の鼻づまりで全く味が分からなかったのが残念でならない。1985年4月、私は自治医大を卒業。1986年、地域医療振興協会が設立される。

第6次へき地保健医療計画(1986年から)では、画像伝送システム、研修機能の強化、代診医の派遣などが盛り込まれた。第7次計画(1991年から)では、へき地勤務医師等確保事業(ローテイト計画)やへき地医療担当指導医が設定されるなど、少しずつバージョンアップしている。第8次計画(1996年から)ではへき地医療支援病院の設定がうたわれ、現場で支援する病院の制度ができた。そのころ、私は最初の任地である天川村南日裏国保診療所に赴任した。その後9年間の義務を順調に履行し、奈良医大小児科に入局して国立福井病院に派遣された。1995年、奈良県立五條病院を奈良県初のへき地中核病院に指定するために、県から呼び戻されてへき地医療支援部を立ち上げることになり、約8年間支援事業に携わることとなった。

まず、Macintoshのパソコンを購入してもらい、当時普及し始めのISDNを設定してまだ研究レベルだったインターネット回線に接続した。Appleのデジタルカメラ(35万画素)も購入、デジカメでレントゲン写真を撮影して、パソコンを介して画像を大学病院に送る実験を試みた。1枚の画像送信に30分かかり、先方(医大)に到着した画像を読み取ってもらうと「こんな読まれへん」と、レントゲン写真であることは分

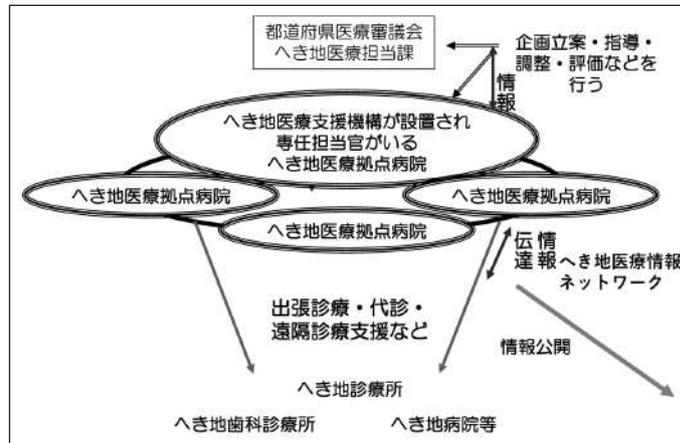


図3 これからのへき地医療支援体制

かるものの、読影には値しない画像レベルであった。NTTのテレビ会議システムでへき地診療所とつないでカンファレンスをしようとしたが、音声は届くものの、画像は断続的に動くのが精いっぱい使え物にはならなかった。最先端技術を取り入れたものの、時代が十数年早過ぎた。とはいえ、県内の各へき地診療所にモデムを設置し、インターネットに接続することによって横の連携をとることはできたと思う。

このようなことをしていたら、高久史磨先生から第9次計画(2001年から)策定にあたって現場の意見を聴きたいと、厚生労働省のメンバーに入れていただき、へき地医療支援の話を見せていただいた。この時に決まったのは、地域中核病院などをへき地医療拠点病院に統合、へき地医療支援機構を設置しようということだった。

第10次計画(2006年から)では、へき地医療情報システムにおける24時間相談体制の整備、へき地・離島医療を担う医師および医療機関の確保などがあげられた。いくつかの県では独自のシステムを構築しているところもある。

そのころ、自治医大地域医療学教授だった五十嵐正紘先生の発案で、全国のへき地医療支援の仕組みの情報交換を集まって行ってはどうかということで、杉田義博先生が音頭をとって2009年に第1回へき地医療支援機構連絡会が開催された。

現在のへき地医療支援体制(図3)は、支援機

構の専任担当官が県庁ないしはへき地医療拠点病院に配置され、医師派遣計画や代診のコーディネートをしている。

明日香村で地域医療に取り組む

2004年に市立奈良病院が開設された。これに先立ち、私は2003年に地域医療振興協会に入職し、山添村国保波多野診療所に勤務していた。国立奈良病院が国立病院の統廃合により廃止が決定し、その後の医療を市立病院として地域医療振興協会が指定管理者となり運営することになった。すでにへき地医療拠点病院として県立五條病院があったが、市街地で医師を集めて総合医を養成しながら広域的に支援をするべきということで、私も決意を固めた。私は市立奈良病院の副管理者として開設にあたったが、一番大きな功績は院内にコンビニエンスストアのローソンを入れたことかもしれない。現在では当たり前のように病院内にコンビニが入っているが、当時は全国でも2、3番目のことだった。当初は20数名の医師でやっていたが、現在は100人以上の医師がいる大きな病院になっている。

私自身は近畿地域医療支援センター長、総合診療科医師として、全国の地域の代診に赴いた。南は鹿児島県喜界島から北は青森県東通村まで、多くの地域に接してきた。現地に行ったら、現地の食べ物を楽しみ、現地の人と仲良くなり、きちんと地域を楽しむことを心掛けた。

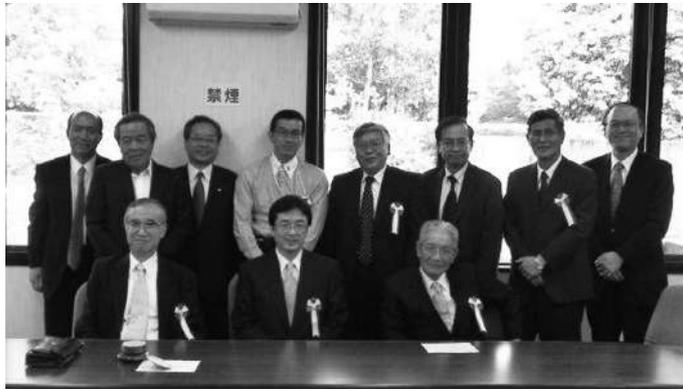


写真 明日香村国民健康保険診療所開所式にて

そうこうしているうちに2010年、明日香村の診療所に着地させてもらった。私自身、地域をみたい、人をみたいという気持ちが大きかったので、病院あるいは大きなシステムよりは地域に根差した医療をしてゆきたいと思っていた。

明日香村診療所は後継者不足と継続する赤字から廃止も検討されていたが、地域医療振興協会に指定管理で運営できるか打診され村と協会の双方で合意を得た。議会で廃止の意見もあったことから、最初の1年間は議会の特別チームが付き、1年間やってダメなら廃止という約束でスタートした。在宅もやっていないし、地域に必要な医療もやっていない、歴代定年退職後の医師のポストとして、限定的な医療しかしていなかったのだ。私が描いていた総合診療、あるいは地域医療を一つずつ実践していったところ、赤字は減少し、2年目から黒字が出せる診療所になっていった。

写真は開所式の時に撮影したものだ。高久先生、尾身茂先生にも出席いただいた。尾身先生は唐招提寺の鑑真和上像を見たいということで特別公開期間に合わせての開所式となった。高久先生は名古屋で東洋医学会が午前中にあるので、昼からなら行けるということで出席いただくことができた。

今、明日香村で診療を始めて13年になる。私自身が明日香村で行っている診療をテーマとして、「明日香に生きる」と題したドキュメンタリー映画がこの春公開された。私の何気ない日常診療、在宅や小児医療、地域づくりのようなことを撮っていただいた。明日香村は世界遺産

登録に向けた計画が具体化しているところである。星野リゾートが2施設できる予定で、これから明日香はもっとよくなっていくだろう。診療所はこれから移転新築し、小規模多機能型施設も併設してNext Stageに向かうことになる。リハビリ施設、ホスピスホーム機能、サービス付き高齢者住宅、カフェなども造りたい。完成した暁には、新しくなった明日香にぜひお越しいただきたい。

医療の谷間に灯をともして50年、 そしてこれからの未来へ

私が自治医科大学に入学したころは中尾喜久先生が健在で、中尾先生から地域医療への愛の洗脳を受けたという感じで、本当にたくさんのへき地医療のメッセージをいただいていた。高久先生にもたくさん支えていただき、とても尊敬している方である。お二人の先生方の影響で、地域医療をずっと続けられていると言っても過言ではない。

今回の学会のテーマは「医療の谷間に灯をともして50年 ～おもろいやん、地域医療～」として、この50年が本当にどうであったかということと、これからの50年とは言わないまでも10年、20年後、我々はこれをどう足場にして次の新しい形を作っていくか、それを熱く語り合う、あるいはそれを考えるヒントになる2日間にしていただきたいと思う。「おもろいやん、地域医療」として、真面目に語り合うことも大事だが、面白い夢を語る、面白く語る、そういった2日間にしていただけたらと思っている。

招聘講演

座長:大阪府健康医療部保健医療室 副理事 宮園将哉

グローバルヘルスからみる 地域医療の新しい景色

公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金 (GHIT Fund) CEO 國井 修

医学生時代の活動

私は高校時代、医師になってシブサイツァーのようにアフリカで働きたいという夢を持っていた。その思いを胸に自治医科大学に入学、地域医療の実習に参加したり、自治医大卒業生の元などを訪問し、医師と行政と住民とのケミストリーの中で地域医療が作り上げられていくことを知った。一方で、国際協力をやりたかったので、アルバイトをして海外にも出かけた。そして海外の現場を見れば見るほど、世界のいろいろな問題、状況をさらに知っておきたいと思うようになり、自治医大に1年間ギャップイヤーをもらってインドの伝統医学の大学へ行った。9ヵ月ほどインドにいて、残りの2、3ヵ月はアフリカのソマリアで、当時70万人いた難民の医療ボランティアをさせてもらった。その経験から自分が医者になっても、できることは限られているのではないかと、医療以上にもっと必要なこと、安全な水や衛生、食事や栄養といったものがあるのではないかと感じるようになった。

地域医療の実践から留学、そしてグローバルな現場へ

医者になって2年間は栃木県栗山村でへき地診療に従事したが、村にいる間に国際医療ボランティア組織AMDAを立ち上げ、年に1～2回海外で緊急援助に携わった。そこで改めて、安全な水や衛生、食事や栄養が医療以上に必要だと痛感し、翌年、公衆衛生を学ぶために米国留学をした。ここでは日本の「公衆衛生」とはま

た異なる「パブリックヘルス」のダイナミズムを知った。

帰国後は自治医大衛生学助手を経て、国立国際医療センターに就職した。1995年から2000年の5年間、日本が世界一の政府開発援助 (ODA) 額を誇っていた時期であり、さまざまな海外支援プロジェクトに派遣された。ブラジルでの地域保健、ニカラグアの病院プロジェクト、アフガニスタンでの医療復興支援サポート、バングラデシュ竜巻災害援助、ペルーの日本大使公邸占拠事件での日本人人質への医療支援、エボラ出血熱の現地での疫学調査など、その活動は多岐にわたり、1年の3分の2は海外に派遣されている状況だった。世界のさまざまな国・地域の多様な健康問題に対するアプローチやソリューションを学び、プロジェクト・マネジメントや危機管理も身に付けることができた。さらに「タテ(歴史)、ヨコ(国)、ソロバン(データ)」を活用して、自ら学び分析する習慣がついた。また、現場での課題はできるだけ突き詰めて、なぜ起こったのか、どうすれば予防・改善できるのかということを考え、調査をしてデータ・情報を収集・分析してできるだけ英文で発表して現場に還元したり世界に発信したりすることを心掛けた。



研究・教育と保健外交・保健援助政策

私はこれまでいくつかの大学で研究・教育に関わり、現在も携わっているが、大切だと思ったことがある。それは現場でさまざまなプロジェクトを行った成果や、意味、価値などを立ち止まって評価したり熟考したりすること。そしてデータ・情報・エビデンスを提供して世界に貢献することである。

例えば、長崎大学に勤務していた時にスマトラ沖地震・インド洋津波が発生した際に、我々の役割と思って、現地でさまざまな調査研究を行い、世界に発信した。また、他の災害、例えば竜巻や洪水による健康被害、それを将来どのように予防・軽減すべきかといった調査研究は、途上国からはなかなか出てこない。そこで現地調査などを通じて、現場で使える方法を検討して現地に提言していくことで、次の竜巻の時の死亡率低下対策につながる可能性がある。そうした実践や調査研究、さらに世界の現場に役立つ人材育成を大学で行ってきた。

外務省でも3年間勤務したが、特に2000年に九州・沖縄で日本が議長国となって開催したG8サミットでは、初めて保健医療・感染症対策が議題になり、外務省として民間の専門家を任用する制度の第一号として私が登用された。ここでは保健外交とも呼ばれる、グローバルヘルス分野の国際協力・協調を推進するための議論・交渉や、日本の保健ODAや援助政策に関する助言・指導などを行い、イニシアティブの監理・運営に携わった。ここで勉強になったのは、世界の大きな流れを掴むことができたこと。また、グローバルヘルス・ガバナンスもかなりみえて、日本のグローバルヘルスに対する政治的・政策的・財政的な動きもしっかり理解できたことである。

再び現場へ

それから国連児童基金(UNICEF)のニューヨーク本部に就職し、やはり途上国の現場で働きたいと思い、ミャンマーとソマリアでそれぞれ3年間活動した。これらの国は、世界でも最も子どもの死亡率と子どもの数が多く、また軍

事政権や武装勢力の林立で、国がある意味で破綻している。政府がほとんど機能していないため、国の母子保健政策・戦略づくりから、事業の計画・実施、モニタリング評価まで幅広い仕事をすることができた。国連組織の中でも、WHOではなくUNICEFを選んで良かった点は、保健医療だけではなく栄養、水・衛生、教育、子どもの保護など、子どもの命を守り救うための主要なアプローチに関わることができたことである。特にミャンマーやソマリアではワクチンを含む母子に対する必須医薬品をUNICEFが購入・調達して現場まで届けるための全面的支援をしていたので、それに必要なロジスティクスやコミュニケーションも学ぶことができた。

またUNICEFは緊急支援に強いため、多民族が敵対する複雑な政治状況、複雑な地形、厳しい気象条件の中で起こるさまざまな災害・緊急事態に対する緊急・復興支援を多く経験できた。

私にとって3回目となったソマリア支援は、内戦と無政府状態が続き、60年来の大干ばつの被害もあって、多くの子どもたちが栄養失調や感染症で死亡していた。マラリア、コレラ、破傷風など病気のオンパレードだったが、病院がなくとも地域で死亡率を減らす方法はある。特に重度栄養失調にはプランピー・ナッツというタンパク質、脂質、ビタミン、ミネラルがバランスよく含まれた栄養治療食が非常に効果的だった。

ソマリアでは地域に行くときは四輪駆動車を使うが、車移動が困難なところは国連のセスナを使ったり、アフリカ連合軍の装甲車に乗って護衛してもらいながら支援活動をする場合もある。最悪のシナリオを考えながらのリスクマネジメント、特にリスクを最小限にするための走行ルートの確認を含むロジスティクスがとても重要だった。また年に2～3回であるが全国レベルの“Child Health Days”というキャンペーンを展開した。その期間中には1～2週間停戦してもらい、何万人というヘルスワーカーなどを総動員して7種類のワクチン接種からビタミンA補給や栄養治療など、母子の命を守る介入パッケージを提供した。

現場で見えたことは、どんな状況でも希望を捨てず前に進もうと努力すれば、何らかのソリューションが見つかるということ。特に、現場のリソースを探せば結構見つかるもので、地域の人材を見つけ育てて、現場のデータ情報を駆使しながら戦略を立ててオペレーションを行っていくこと、これが大切だと思った。

国連・国際機関の中枢での活動

2013年にUNICEFからジュネーブにあるグローバルファンドに移り、約10年間国際機関の幹部として働いた。ここでは戦略局長として、VMOSA(ビジョン・ミッション・目標・戦略・行動計画)をつくり、組織運営に加わり、ヒト・カネ・モノ・データを動かした。またグローバルファンドはグローバルヘルスにおける21世紀型パートナーシップ・モデルとも言われており、世界のさまざまな国・組織との戦略的なパートナーシップを促進した。

グローバルファンドではHIV/AIDS、結核、マラリアの終焉という国際目標に向かっての成果を重視し、現場の感染・死亡を低減するための仕組み作りを行った。グローバルファンドがART(抗HIV療法)をはじめ現場で徹底的にサービスを広げたところ、急激に死亡を減らすことができた。

国連・国際機関の中枢での活動を通じ、一つひとつの国や地域を見つつも、世界全体を見渡し、Good practiceや教訓を活用し、森を診ながら木を診て世界全体と各国や地域の戦略や行動計画を同時に支援していくことが重要と感じた。

東日本大震災を通じて

2011年の東日本大震災では、グローバルヘルスと地域医療とパブリックヘルスの実践がまさに重なった。2011年に私はアフリカでソマリア支援をしていたが、たまたま東京医科歯科大学での講義のために、震災2日後に日本に帰国した。そしてすぐに被災地で緊急支援を始めることになった。宮城県知事から災害保健医療アドバイザーを任命され、UNICEFの災害支援



写真 災害から学んだ教訓を行動に移すための提言

フィールドマネージャーと2つの帽子を被ることになった。UNICEFには世界中の自然災害や紛争の現場で活躍している日本人がいる。特にハイチ、イラク、アフガニスタンなどで活躍した、医師のみならず、水・衛生、教育、ロジスティクスなどの百戦錬磨の専門家がすぐ駆けつけてくれた。我々は“Build Back Better”(よりよい復興)を目指し、保健・栄養・教育などを総合的に支援することを決めた。コペンハーゲンなどにあるUNICEFの倉庫から支援物質を送ってもらい、日本国内のさまざまな組織・団体ともタグを組んで、最終的には宮城県のみならず、岩手県、福島県などでも幅広い支援を行った。

公衆衛生分野でもいくつかの地域で支援が必要として全国に呼びかけたところ、浜松や沖縄などから自治医大卒医が支援に駆けつけてくれた。避難所のみならず、地域の医療・保健・福祉のニーズを知るため石巻市でローラー作戦をしたが、そこでも自治医大卒医や日本プライマリ・ケア連合学会が協力してくれた。地域医療やプライマリ・ヘルスケアをやっている人たちはつくづく実践力、現場力、課題解決能力が高いと感じた。

ただし、現場の状況をじっくり観察すると、阪神淡路大震災の時とあまり変わっていないと感じるものもあった。世界の災害現場ではその支援に最低基準を設けて、それに近づくように努力をするが、日本国内ではそのようなスタンダードや目標の設定をしていないことが多く、発災後1ヵ月経っても、避難所の衛生面の軽視、一人当たりに割り当てられる場所の狭さ、栄養

摂取カロリーの少なさなどが見られた。そこで東日本大震災の教訓をきちんと提言や行動に移すためのテキストをつくらうということで、出版した(写真)。

日本国内の健康危機管理

約20年ぶりに日本に帰国して新たな組織で活動しているが、日本国内の健康危機管理を見ると、その専門家が少なく、その人材育成も十分になされていない。災害時の医療コーディネーターは育成されているが、水・衛生、食事・栄養、精神衛生などを含むパブリックヘルスのコーディネーターは育成されていない。また、日本の危機管理の問題として、危機管理の基本である「最悪の事態に備える」そして「失敗・教訓に学ぶ」ことができていない。新型コロナのパンデミックでもいろいろな教訓があったが、ここから学んで将来につなげるための提言・行動計画がない。

医療に関してはコーディネーターはいるが、公衆衛生になると全体を俯瞰できる人・組織が少なく、その介入・モニタリング評価における協力・調整メカニズムができていない。東日本大震災後に私はDMAT(Disaster Medical Assistance Team:災害派遣医療チーム)のパブリックヘルス版、DPHAT(Disaster Public Health Assistance Team:災害派遣公衆衛生チーム)をつくったらいいのではないかと提言をした。現在、DHEAT(Disaster Health Emergency Assistance Team:災害時健康危機管理支援チーム)が設置され、その人材育成も国立保健医療科学院などで行われていると聞いている。これが真に機能するものにするには、どんどん実践で活用し、改善させていく必要がある。

現在の活動と地域医療への提言

私は現在、グローバルヘルス技術振興基金(GHIT Fund:ジーヒット・ファンド)のCEOを務めている。研究開発は私の専門分野ではないが、新薬がなければ2030年までのSDGs目標、さまざまな感染症撲滅の国際目標は達成できな

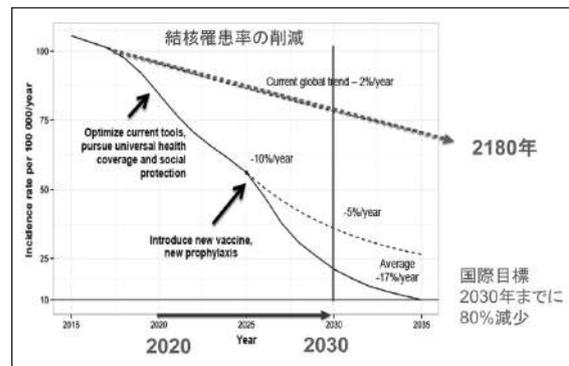


図 結核罹患率の削減

い。特に結核対策の国際目標は現在の罹患減少率のままでは2030年の目標達成は全く無理で、その達成には100年以上かかる(図)。課題解決にはイノベーションが必要であることから、GHIT Fundは日本初の官民連携パートナーシップ組織としてのグローバルな連携協力の促進を行っている。我々の対象は特に開発途上国に蔓延する感染症で、新薬・検査薬を必要としており、資金は日本政府以外に、ゲイツ財団やウェルカム財団、シオノギやタケダなどの製薬会社などから寄付を頂いている。研究開発を支援している組織・機関は世界に150以上、そのうち3分の2が海外である。新型コロナのワクチン開発は1年以内に診断、ワクチン、治療の開発が成功した。成功の鍵として莫大な資金、新たな技術、国際的な協力・連携などがあげられる。一方で、開発後にワクチンなどを必要な場所に届けるアクセス・デリバリーが十分ではなく、特にアフリカなどの開発途上国には十分に行き渡らなかった点は、これからの課題だ。

日本は安全で安心、物価も安く、美味しいものも食べられる、本当にいい国である。しかし未来のVisionづくりとそれに向けたPassionが不足している。またそれがあってもそこに向かうDecisionとActionが非常に遅い。世界の多くの国に、例えば研究論文数などでも抜かれているし、さまざまな面でその前進が遅い。まずは指導者・政策決定者・メディア・一般市民の硬直したマインドセットを変えることが必要である。

それには、本当の意味でのグローバリゼーションが必要だと思う。さらに女性や若者、外

国人, いろいろな人が参画できる多様性と包括性. そして, GDP崇拜からの脱却, 今後は成長よりも成熟, ウェルス(wealth)よりもウェルビーイング(well-being), 経済成長よりも大切にすべき人間や社会の幸せは何か, それをいかに追求するかを大切にすべきだと思っている.

地域医療への提言としては, どんな未来の地域医療をつくりたいか, どんなモデルがあるのかといったビジョンづくりがとても重要だと思っている. 多くの人たちは現実に横たわる問題が多すぎるので, そこで悩んで前に進めなくなるのだが, 逆にそんな中での発想の転換や新たなビジョン作りが前進させるエネルギーをもたらす可能性がある. 「タテ・ヨコ・ソロバン」で, 過去を紐解きながら, またさまざまな国の成功や失敗を見ながら, データ情報を分析・統合しつつ, 未来づくりをする必要がある. 欧米だけでなく, 例えばタイの田舎で, 今高齢者のウェルビーイングを高める活動などは参考になり, 多様な事例から学ぶことの大切さを感じている. また自分の地域だけではなく, 他の地域や世界にいる専門家もどんどん活用していくこと. 今は遠隔でもあらゆる情報が入る時代であり, 国内外と活発に情報・意見交換することで, 見えてくるものもある. さらに, 地域医療は医師中心, 医療中心, 治療中心から脱却すべき時期かもしれない. 地域で人々がいかに生まれて, 健康を享受して, また増進して, 病気と闘い,

死を迎えるか, これを総合的に考えた上で, 多種多様な人たちと一緒に考え, 計画し, 行動することが必要だ. また, 地球環境の悪化, 気候変動などは我々と無関係のものではなくなっている. 地域レベルでも, 地球レベルの環境と健康問題を考え, ウェルビーイングとエコをつなぎながら, Think global/planet, Act local, すなわち, 世界そして地球のことを考えつつ, 地域でアクションを起こし, 実践していきたいものである.

~~~~~

質疑応答では, フロアからの「予算のある地域ではウェルビーイングをどうつくっていったらいいか」の問いに対し, 國井先生より「地域の特色や特性が異なるので, これがよいという1つの回答はなく, さまざまな地域のグッドプラクティス(好事例)を見られるといい. そのまま導入できるものと, 地域の特徴によって難しかったり変える必要のあるものがある. 大切なのは医師や行政がトップダウンでつくらず, 計画段階から次の世代を背負う若者などを絡め, アイデアを出させて彼らに行動させることが大切だと思っている. 住民参加というが, 計画の段階から一緒になって考え, 一緒になって試行錯誤しながら進めていくのが重要だ」というアドバイスがあった.

# 地域医療の過去と未来 ～さあ行こう,新しい景色へ～

座長：明日香村国民健康保険診療所 管理者 武田以知郎

コーディネーター：山梨市立牧丘病院 古屋 聡

コメンテーター：公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金(GHIT Fund)CEO 國井 修

メインシンポジウムでは4名の自治医科大学卒業生が世代順に登壇した。まず1桁世代がこれまでの地域医療の歩みと地域医療のノスタルジー、次に10期代が地域医療の形とワークライフバランスを軸とした変化の兆しについて語った。そして20期代がこれからの人材の育て方、30期代が総合診療や地域医療の新しい形について話をつなげていくことで、地域医療の未来を描いていった。

## 地域医療の過去と未来 ～さあ行こう,新しい景色へ～

明日香村国民健康保険診療所 管理者 武田以知郎

国民皆保険制度の歴史は、日本の地域医療を語る中で非常に大事な過渡期になっており、この制度で、医療が受けられないへき地に国保の病院あるいは診療所ができた。さらにへき地保健医療計画が動き出して診療所の設置や巡回診療の整備、医師確保、医師を支援する中核病院が設立されていった経緯がある。そしてその中で自治医科大学が誕生し、1期生が卒業したのが第4次計画あたりとなる。

私が自治医大を卒業した時は本当に鉄砲玉のようで、医師不在のへき地へただ行かされるという状況だった。その後、試行錯誤していく中で第7次のローテート計画や第8次、第9次のへき地医療支援機構の設置によるへき地の医師派遣、代診の整備などを経て、第11次の現在ではさまざまなシステムや事業をきちんとまとめ、計画的に行うことが進んでいる。

「へき地医療と医師確保」をChatGPTにたずねてみると、「へき地の医療計画と医療確保計画を

連動して進める」、「遠隔診療や移動診療の活用の推進」、「へき地医療に関心のある医学生や若手医師に対する支援や教育を充実させる」、「へき地医療に従事する医師や看護師などの医療人材に対する待遇や福利厚生を改善する」などが書かれていた。

自治医大初代学長の中尾喜久先生から奈良県人会に送っていただいた色紙は「和の心」であるが、中尾学長の「医療の谷間に灯をともし」という言葉は本当に私の頭の中に焼き付いている。

そして二代目学長である高久史磨先生には、学生時代にはじまり明日香村診療所の開所式には自ら多忙の中出席していただくなど、いろいろな場面で大変お世話になった。その高久先生は自治医大でさまざまな施策をつくられている。箕輪良行先生が編著された「自治医大をもうひとつ創る」という本の中から少し紹介させ



|       | 成功だった | もうひとつ創る | 学長から感化 |
|-------|-------|---------|--------|
| 仲田 和正 | ○     | 地域枠が    | ○      |
| 塚田 次郎 | ○     | ○       | —      |
| 今 秀明  | ◎     | △       | ○      |
| 林 寛之  | ○     | ◎       | ○      |
| 中村 伸一 | ○     | 産業医大から  | ○      |
| 白石 吉彦 | ◎     | ○       | ◎      |
| 倉澤 美和 | ○     | ○       | —      |
| 小倉 高志 | ○     | ○       | —      |
| 武田以知郎 | ◎     | 地域枠再構築  | ◎      |

図1 卒業生の自治医大に対する意見

てもらおう。

自治医大が成功だったかどうか、皆さんの心の中ではどうだろうか(図1)。私は成功だったと考える。自治医大が地域医療を動かしてきた。そして今の時代では自治医大にとどまらず、地域医療振興協会や国保など、いろいろなところの先生方が真剣に地域に向き合い、地域医療を動かしている。もうひとつ自治医大をつくらどうかという構想が元々あったらしいが、私は、これからは地域枠の人たちも一緒になって地域を守り、地域医療を支えていくという意識が非常に大事だと考えている。

「中尾学長、高久学長から感化されたか」というアンケート結果も紹介する。感化度は個々によって違うが、私は非常に感化された一人である。「自治医大が成功したか」については、地域・都道府県で入学者を選抜してきたこと、奨学金と義務年限があったことに加え全寮制だったことが重要だ。加えて同窓生の存在とつながりで、仲間がいることは大きい。もちろん優秀な教授陣を集めていただいたことや、臨床実習重視で地域志向型をやってきたことも挙げられよう。そして卒業生の県人会ごとの勤務ポストの確保

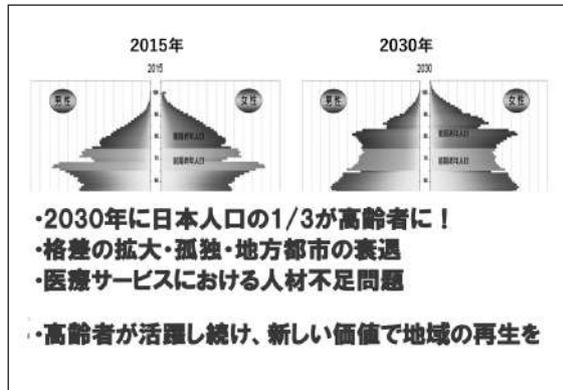


図2 今後の日本のゆくえ

とキャリア明確化の確立に加え、私がこの発表のテーマとしている“感化の連鎖”。「医療の谷間に灯をともし」という言葉の感化の連鎖が皆さんの心の中にどれだけ伝わっているかも自治医大の成功につながるのではないかと考えている。

今後の日本のゆくえとしては、高齢化社会に入り働く人の減少に伴い、医師だけでなく介護も含めた医療サービスにおける人材不足問題が懸念される(図2)。高齢者が医療や介護を使わず元気でいてくれる仕掛けづくりが、これからの日本に必要なのではないだろうか。

そして地域医療の課題は、地域医療体制の構築が必要であることや、地域医療における医師不足である。一方で、地域医療の面白さとしては、地域住民とのコミュニケーションが密接になることや、地域に密着した医療活動ができることが挙げられる。やはり地域住民や行政とのコミュニケーションが地域においてますます大事になっていくだろうと思っている。

医療の谷間に灯をともし続けるためにも、“感化の連鎖”で次世代につなぎ、新しい地域医療の形をつくっていききたい。

## わたしのワークライフバランスへの取り組み — 離島医療と大学での経験から —

自治医科大学 総合診療内科 助教 白石裕子

私は自治医科大学を17期で卒業し、約20年島根県の隠岐で離島医療に携わり、令和元年からは自治医大に戻り医療・教育・研究に従事している。

離島では小児科系総合医として毎日働いていたが、診療所と43床の病院を行ったり来たりの生活で、外来診療や学校検診、検査、CTなども行っていた。救急のヘリ搬送はおよそ年間20~30件あり、その中でも消化器外科の手術が必要なものや循環器、脳神経外科の疾患が6割を占め多かった。さまざまな経験を通して感じたのは、やはり離島医療はゆりかごから墓場までを診る現場であり、急性期から慢性期、がんや高齢者の看取り、在宅診療に至るまで全てを引き受け、いろいろなフェーズを経験できるという特徴だ。こういうことから離島医療というのは総合診療医としての良い経験となるし、人材育成の場として適しているのではないかと考えている。

1997年に第1子を出産後3人の子に恵まれたが、子どもの発熱時に自分が休んで家に帰り面倒をみようと思うことはほとんどなかった。近隣の住民や病院のコメディカルの方など、サポートをたくさん受けたからである。できない

ことは人に頼む、機関に頼るという受援力はへき地で生きていく強い力になると感じている。

そんな中でワークライフバランスに興味を持つようになった。日本プライマリ・ケア連合学会でワークライフバランスを考えるワールドカフェの開催や、「やめない女医の作り方」という女性医師の自治医大卒業生の会への参加をはじめ、さまざまな場所で女医を取り巻く生き方や問題点を議論してきた。仕事も育児も家事も忙しい中で活動に取り組んでいたが、次第に多忙で気の毒な女医さんをどれだけ支えるかということがワークライフバランスではないと思うようになった。

自治医大の取り組みについて述べると、桃井眞里子先生の時代からワーキンググループが立ち上がり、医師だけでなくコメディカルも対象とするキャリア支援センターができた。2014年には女性に限らない卒業生と学生への支援と働きかけを行うJ-PASSが始動、その活動に私も携わっている。ただ、実際にはこうした学生や卒業生のキャリアに関する窓口があることが知ら



### 特集

| このような会は必要だと思いますか |           |
|------------------|-----------|
| 必要               | 77 (84%)  |
| どちらかといえば必要       | 13        |
| どちらかといえば不要       | 0         |
| 不要               | 0         |
| わからない            | 2         |
| 計 (学生と卒業生)       | 92 (100%) |

| キャリアに関する授業があればよいと思いますか |           |
|------------------------|-----------|
| そう思う                   | 50        |
| どちらかといえばそう思う           | 28        |
| どちらかといえば思わない           | 0         |
| 不要                     | 0         |
| 計 (学生のみ)               | 78 (100%) |

| 学生や卒業生へのキャリアに関する相談窓口があるのを知っていますか |           |
|----------------------------------|-----------|
| はい                               | 24 (31%)  |
| いいえ                              | 54 (69%)  |
| 計 (学生のみ)                         | 78 (100%) |

図1 自治医大のWLBを考える会に関して 参加者アンケート

|      | 教授  |             | 准教授 |    | 講師  |    | 助教    |     | 計     |              |
|------|-----|-------------|-----|----|-----|----|-------|-----|-------|--------------|
|      | 男性  | 女性          | 男性  | 女性 | 男性  | 女性 | 男性    | 女性  | 男性    | 女性           |
|      | 136 |             | 111 |    | 179 |    | 1,032 |     | 1,458 |              |
| 医学部  | 119 | 4           | 92  | 10 | 142 | 26 | 668   | 350 | 1,021 | 390          |
| 看護学部 | 2   | 11          | 4   | 5  | 1   | 10 | 2     | 12  | 9     | 38           |
| 計    | 121 | 15<br>(11%) | 96  | 15 | 143 | 36 | 670   | 362 | 1,030 | 428<br>(29%) |

[https://www.jichi.ac.jp/gaiyo/public\\_info/education/](https://www.jichi.ac.jp/gaiyo/public_info/education/)

自治医大医学生では36%、ジュニアレジデントでは45%が女性。  
2018 女性医師等のキャリア支援に関する実態調査結果とほぼ同等。  
(教授の10%、専攻医や初期臨床研修医では40%が女性)

図2 自治医科大学医師における職階別男女別人数

れていない現実がある(図1)。

全医師数の年次推移でみると女性医師数は増えているし、自治医大医学部の女性卒業生数も増えているが、職階別で比べるとジュニアレジデントで45%が女性なのに対し、教授となると1割に減っている(図2)。医学生のアンケート調査では「医師も多職種と同程度の勤務時間に抑えるべき」という人が4割だが、医師にアンケートを取ると「時間に追われ余裕がない」「仕事の負担が大きい」と、ワークライフバランスは二の次三の次といった結果も出ている。

育休制度に関しては昨年10月に産後パパ育休制度が開始され男性の育休取得約10%と増えてきたが、取得日数は1週間以内の人がほとんどという報告がある。また、保育園待機児童は減ってきた反面、今度は学童保育の待機問題が深刻になっている現実もある。さらに自治医大生特有だと思うが、義務年限内は1,2年おきに転勤するので、病院のルールによっては時短制度が使えず保育園に行けないから働けないという

後輩もいる。自治医大ができて50年、世の中も大きく変わってきたことは分かる。しかし、変わっていないこともたくさんあり、これから何を变えればいいのかを考えていくべきだし、男性も女性も意識改革が必要だ。

結婚や子育てに関連する価値観、働き方についての考え方は多様化してきている。男性も介護で休むことがあるかもしれない。子育て・復職支援だけではなく、性別や子どもの有る無しにかかわらず、全ての人が休みやすく働きやすい、人を育てやすく生きやすい、そんな世の中になるように祈っている。セレンディピティという言葉があるが、これは探し物をしている時にたまたま見つけた別のものが、自分にとってとても大切だったということ。キャリアの8割は当初予定していない偶発的に起こる事象に左右されると言われている(計画的偶発性理論)ので、私はこれからも出会う素敵なことと共にワークライフバランスも大切にしていきたい。

# プロフェッショナルとしての自分を育てる ～つなげる, つながること～

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  
東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野 准教授 菅野 武

医療のプロフェッショナルのひとつの考え方として、臨床能力、コミュニケーションスキル、倫理的・法的理解を基盤とし、その上に卓越性、ヒューマニズム、説明責任、利他主義の4本の柱が立っているという説がある(図1)。基盤となる臨床能力、コミュニケーションスキル、倫理的・法的理解については医学部教育で学んでいると思われるが、4つの柱のひとつである卓越性に引かかっている自治医科大学卒業生、特に義務年限内の人たちは多いのではないかと、医学部卒業後に継続して研鑽する生涯学習、自己主導的活動、情報探索能力が卓越性であり、これはイコール資格としての専門医ではない。残りの3つの柱を説明すると、まずヒューマニズムは「尊敬、共感、思いやり、敬意、誠実性」を指す。説明責任は「患者・社会のニーズに応える、求めに応じること」、利他主義は「自分の

利益ではなくて患者の利益を優先すること」である。

卒後の臨床において目の前のことから1個ずつ広げていくとできることは変わってくるし、向き合うものが違ってくる。患者一人ひとりの幸せにきちんと向き合っているかどうかという核の部分は、若い医師から年配の医師まで同じ課題に向き合っている。この感覚を持つと、自分がプロとして育てる時に、先ほど挙げた4本柱があるということに気づく。専門医を取るかどうかだけで、(プロフェッショナルであるかどうか)が決まるわけではないということを多くの自治医大卒業生に強調したい。

私にとって東日本大震災の経験は大きな失敗



## 特集

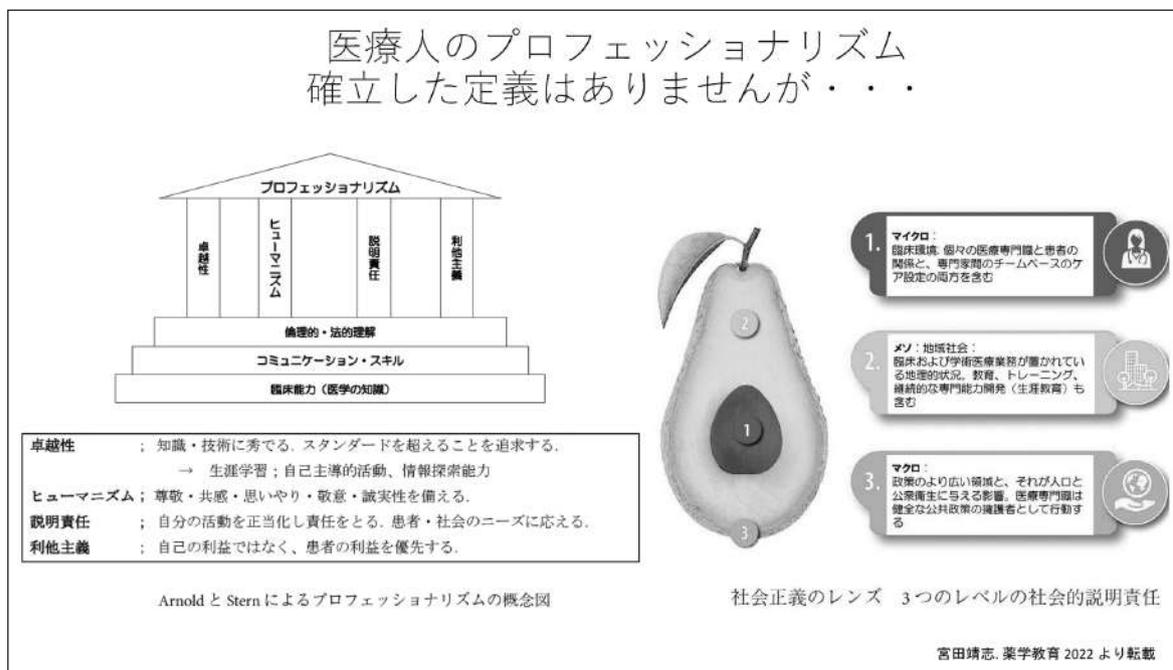


図1 医療人のプロフェッショナリズム

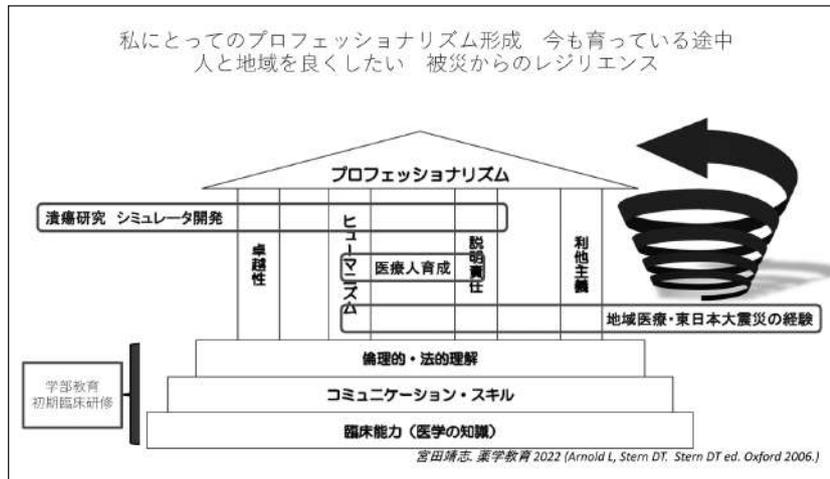


図2 私にとってのプロフェッショナリズム形成

で、できないことの集合体だった。何もできない中でたくさんの命が失われ、全病院避難をして命からがら残った人たちを運び出した、というのが被災そのもので、大きな損失の物語だった。そして本当に大変な時期に助けに来てくれた人たちの支援を受け止める作業に取り組んでいたのが災害後の1ヵ月だった。私自身は何も成してはいない。周りの人や社会に「困っている、助けてくれ」と言っている状況が東日本大震災だった。ただ、言えることは、逃げられないし逃げたくなかった。ひたすら、地域のじいちゃん、ばあちゃんの顔がずっと頭を離れなかった1ヵ月だった。

TIMEの「世界で最も影響力のある100人」の1人には、南三陸の様子を世界へ伝えようとしてカメラを持った英語を話す記者に「とにかく困っている、生き延びている人たちも多くいて、何とかしたいんだ」と被災と現状を説明したことがきっかけで選ばれた。そして、皆とつながりたいという熱意だけでメッセンジャーとして伝える意味があることを教えてもらったのがTIMEの記事だった。このお陰で私には出会いが山ほど訪れ、自らの悩みや苦しみを共有し、議論し、共に考える機会をたくさんもらった。

出会いと議論のひとつが形となったものが東北大学での研究だ。私が地元東北大学で学位をとった理由は、地域の現場で患者さんと向き合う時にいつも勉強していた当時の診療ガイドラインの基礎となるデータがほぼ外国のものだっ

たことにある。外国のデータをそのまま日本の医療へ当てはめることができるのか、と思ったのだ。そのタイミングで災害に遭い、震災ストレスと消化性潰瘍についての研究を東北大学と関連病院の連携でまとめた。これは、いろいろな人が少しずつ手を貸してくれた結果が残ったのだと感じている。

私自身のプロフェッショナリズム形成を見ると、医学部の教育だけでは全く完結していない(図2)。卒業したらプロなのではなく、さまざまな事柄を経てプロに育っている途中だと思っている。災害の経験も大変だったが、その先にさまざまな出会いがあった。結局、専門医かどうかはあまり関係ない。目の前のことと真摯に向き合い、自分が何とかしたいから手伝ってくれというパッションを持って課題や診療に臨めば、自然と人とのつながりが生まれ、世の中は変わっていき、新しい景色が見えるのではないかと思う。

このたび、自治医科大学に「医学教育センター医療人キャリア教育開発部門」という新しい寄附講座ができた。ぜひ遊びに来てほしいし、一緒につながるきっかけになればと思っている。皆さんがキャリアを自分で育てるための力を一緒に育みたいと考えている。「医療の谷間に灯をともし」の先に、「自分も助けてもらいつつ次の人を育てる」という、感化の連鎖をつくっていければ誰もが医療人としてよりプロフェッショナルな存在へと変わる。

## 総合診療の“見える化”で地域医療／へき地医療を支える

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 天野雅之

私とへき地医療の出会いは18年前の学生時代の研修だ。当時、私の目には何でも1人でできるスーパードクターがへき地を支えているように見えた。そこで研修医時代には“何でもできるプレイヤー”を目指し、全科ローテーションで内視鏡や関節注射など手技を中心に研修をした。しかし、いざ現場に出ると、人口減少の村で求められるのは手技よりもリーダーシップだった。多疾患併存状態の高齢住民を地域で支えることが求められて、孤高のプレイヤーではなく協力できるマネージャーが求められていると感じた。

時を同じくして奈良県南部では医療再編が進んだ。3つの公立病院は、地域の基幹病院である南奈良総合医療センター(急性期／回復期)と、2つの慢性期病院に分かれた。交通整備が進み各村に救急車が配備され、ドクターヘリも運用開始、医師がへき地に通うことも可能になり、基幹病院との連携で診療所でのグループ診療も始まった。さらにここに、地域医療に携わることが前提条件となっている総合診療専門医制度が誕生したのである。前述の通り、地域／へき地で求められるのは、基本的なプライマリ・ケア能力や多職種連携で事業を遂行するマネジ

メント能力を有し、領域別専門医との有機的な連携の上での医療を実施できる医師であった。これは「総合診療」が成功の鍵になるだろうと直観した(図1)。



このように、私がへき地医療／地域医療に関わりだした頃は外部環境が大きく変化した時期だった。当時、卒後4年目の私には、思いがけず5つの偶然が重なった。①南奈良総合医療センターの立ち上げへの関与、②グループ診療が開始されたへき地診療所の週1回勤務と所長任命、③総合診療の専攻、④医学教育への興味、⑤ビジネススクールへの入学。大会長である武田以知郎先生をはじめ、奈良県の諸先輩方が尽力し導いてきた地域／へき地医療を引き継ぎ、南和地域の医療再編の成功と奈良県の地域医療の維持向上のために自分にできることは、教育を通して“総合診療のファン”を増やしていくことだろうと考え、行動に移した。

まずは外部から学生や研修医の受け入れを積極的に行った。見学を除く延べ研修人数は現在まで学生102名、研修医99名にのぼり、地域研

### 外部環境の大変化『人口減少、医療再編、専門医制度』



- へき地を含む南和の地域医療を南奈良という新しい基幹病院を中心にチームで守るシステム
- 孤高のスーパープレイヤーではなく、基本的プライマリケア能力(これだけでも大変!)多職種連携で事業を遂行するマネジメント能力領域別専門医との有機的な連携のうえでの医療

「総合診療」が成功の鍵になるのでは?

図1 外部環境の大変化

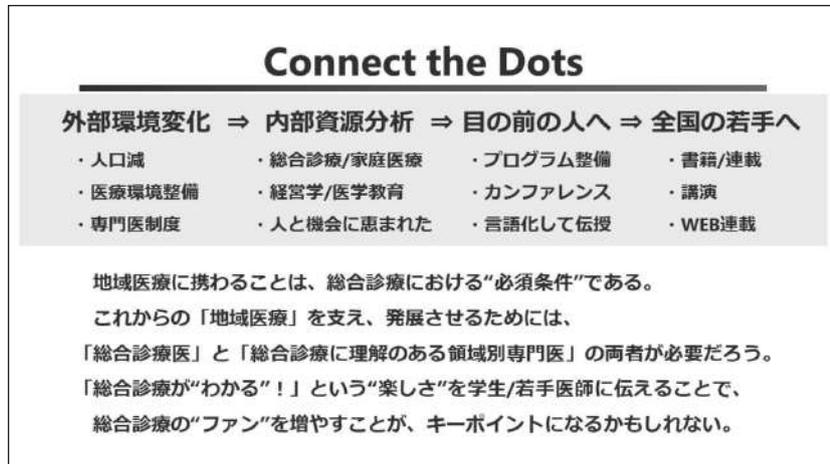


図2 Connect the Dots

修後に専攻医として当院に赴任した人数は24名、うち11名は総合診療科に所属した。さらに基幹型の臨床研修を開始した。4年間で11名を受け入れ、ここ数年は毎年フルマッチで倍率も2倍程度というところまで来た。専門研修の整備も実施し、総合診療専門医、家庭医療専門医、在宅医療専門医、病院総合診療専門医、地域総合診療専門医という総合診療関連の全ての専門医資格を取得できるようになった。総合診療科のメンバーは現在18名となっている。

これらの活動と同時に、「家庭医療学と経営学を用いて、総合診療のさまざまな理論をかみ砕き言語化する」という“総合診療の見える化”に着手した。卒後4年目当時は目の前にいる学習者に伝えることを頑張っていたが、現在はその“見える化”したものを全国の若手医師に伝えてさらに総合診療のファンを増やしたいと考え、総合診療の理論に関する学術論文の投稿や、実践方法を書籍やWEB連載として発表したり、講演会をしたりするなど、さまざまな形を通じて、

「総合診療が必要だけれども、なかなか手が届かない」という全国の方々に伝え、全国レベルでの地域医療の発展への貢献を目指している。

改めて振り返ると、外部環境の変化を捉え、自分の手元にある内部資源を分析し、それを元手にまずは目の前の人に貢献し、それを徐々に広げる形で全国の若手の方に伝えていきたくという流れになっている。その時々で強く意識していたわけではないが、結果的に全てがうまくつながっていた(図2)。

地域医療に携わるということは、総合診療における必須条件である。医師に限って述べると、これからの地域医療を支え、発展させるために「総合診療医」と「総合診療に理解のある領域別専門医」の両者が必要だろう。総合診療が“分かる”という楽しさを学生や若手医師に伝え、総合診療のファンを増やすことが地域医療の未来づくりのキーポイントになると信じ、今後も活動を続けていきたい。

## ディスカッション

国井 修(コメンテーター) 私は、ワークライフバランスをワークとライフの2つの対峙するものではなく、ワークを含めたライフを6つ、Input(学びや経験など)、Output(仕事や家事を含む生産的な活動)、Tool(健康や精神的意欲など)、Belongings(収入や財産など)、Mother Earth(家族や友人との人間関係など)、New Challenges(趣味や新たな挑戦など)に分け、全てを均等にバランスをとる必要はないが、自分の人生のどの時期に何に重点を置くべきか、不足しているものがないかなどを考えながら調整していくことが重要だと思っている。白石先生の話聞いて思ったのは、特に女性医師で自分の家族を大切にすることに今まで通りのやり方では無理なこと。これを変えるには地域の資源を活用する以外に、多様なサービスの導入や活性化が必要ではないかと感じた。

菅野先生はまさにメッセージャー。インプットしたことをアウトプットし、言語化して伝えていき、そこから自分も学び成長している。彼の経験をさらに一般化・普遍化させることで、また新たな意義や価値を創造していけると思う。

天野先生はクリティカルシンキングをしながら新しい概念やメカニズムを創造して具現化していくことに非常に長けていると感じた。新しい概念やメカニズムをつくっていくときには、内部環境を見ながら外部環境にも影響を与えながら時代の趨勢(トレンド)をつくっていく必要もある。その過程では試行錯誤が伴うので、いろいろなことを試しながら状況を分析しつつ、対外的にも発信や情報交換しながら前進・進化させていくことが大切だ。

3人の話を聞いていて、時代の潮流や未来はやはり現場から作られると感じた。現場で感じた問題意識、改善に向けた試行錯誤をできる限り一般化・普遍化して伝えることで、地方自治体や中央政府が何をなすべきかの方向

性も示し、トップダウンの変化を引き起こすことも不可能ではない、重要ではないかと思っている。

古屋 聡(コーディネーター) 南奈良総合医療センターで取り組んでいるワークライフバランスについて天野先生に伺いたい。

天野 私自身、現在妻が臨月で合計6週間の休みを取らせていただく。お互いさまだと思うし、やはり上が休まないと下が休めない。休むことをまず決めてからどうすればいいのか考えていけばいいので、まず実際に取り組んでみるのが大事だと考えている。

古屋 この会場に外部の方が2人ほどいるので、その方たちが今回の話の中でどういうことに関心を抱いたか、どう感じられたかなど伺いたいと思う。

フロア1 私自身は現場が一番だと思っており、現場から何が伝えられるかということで10年間同じ研修医たちを追いかけ、総合診療科の彼らがどういうふうに医師になっていくのかを自分なりにカメラを通しながら伝えていこうと番組をつくった。国井先生の招聘公演の中ではマスコミも概念を変えていかなければいけないという言葉があったが、そのことをもう少し伺いたい。

国井 マスコミでは大衆に喜ばれるように番組をつくっているケースが結構多いので、そうやって現場を見ながらきちんと伝えていくことは素晴らしいと思う。海外だとマスコミ関係者が公衆衛生大学院などで勉強して、内容をしっかり学んだ上で報道している人も少なくないが、日本のマスコミの方はあまり勉強せずに取材して報道している人が多いように感じる。ただ、既成概念を持たず、真っ白なキャンバスに描きながら報道することがいい場合もあるので使い分けが必要かと思う。

武田 このたび「明日香に生きる」というドキュメント映画を撮っていただいた。溝淵監督には研修医の研修や地域の中でどれだけ育って

いくかということ映像で捉えていただいている。私の後ろにカメラがついて、私の活動あるいは明日香村の活動を追ってもらっているだけだが、オールドファッションの地域医療を一度見ていただきたい。そして次の若い世代、これから卒業していく、義務年限が明けていく方々にどんな形をつくってもらえるか非常に楽しみにしている。

**古屋** 看護師2年目の方にも来ていただいているが、どんなことを感じ取ったか。

**フロア2** へき地で診療されている皆さんは医師であると同時に生活や人が好きで温かく、素敵だと思った。現場でしっかり見る中で必要なニーズを確実に汲み取って若い世代に引き継いでいくという志を持っておられて、未来が明るいと感ずることができた。

**古屋** 我々もつながりの中でもいろいろ情報発信できるといいかなと思う。では高久賞候補になった方はどう思ったか。

**フロア3** 私が何かをやるうとしたときに仲間をつくっていくことが大変だったが、皆さんものすごく苦勞されて地域でいろいろやってこられたことがよく分かった。そこで、仲間のつくり方をぜひ教えていただきたい。

**武田** 自治医大卒業1期生・2期生の先生たちが最初にへき地に行った時には、本当に派遣先に仲間も情報もなく不安ばかりだった。それが今、天野先生がいるような基幹病院・中核病院・拠点病院ができ、そこに仲間もいて情報も集まってきて、また勉強もキャリアもできるというシステムが構築され、この20～30年で進化したと感ずている。高久先生がさまざまなへき地医療計画の中で少しずつ積み上げていってくださった結果だと思ふ。

**白石** 自分の思っていることや理念を人に話してみる。仲間を自分からも募集し、いろいろな人に声を掛けて発信することはすごく大事で、それだけかなと思う。自分のことを話しながら相手の話も聞き、人と人とのつながりを大事にすることだ。

**菅野** 助けてもらう力をどうつくるかだと思っている。特に義務年限内の先生方は異動がよ

くあるため、名前のない誰かとして2年働かなくてはならないというプレッシャーにさらされると思うが、その中で自分らしさがあるといい。目の前にあることに、自分もその一部として関わっていると自覚できるかどうかで変わることは多い。そうすれば人がどんどん寄ってくる。場所が変わっても、あるいは先輩・後輩が変わってもつなげていく、自分と関係あるはずだと思つて食い込んでいくことが仲間をつくることに大きくつながるのではないかと思ふ。

**天野** 仲間のつくり方は難しいと思ふが、まず自分が楽しむことだ。何か楽しむ方法はないかなと思つてやってみるとなんだか楽しくなつてきて、その姿を周りで見ている人が何か良さそうだなと思つてもらえる。そこから先は誰でもいいから手伝ってくれる人と、とりあえずやってみる。そうすると少しずつ何かの力を借りて最終的に何かできましたということになっていくと思ふ。

**國井** 好きなことをやっていると仲間は集まるものだ。自分が信念をもって何かに真剣に取り組んでいけば、それをサポートしてくれる人がどこかに出てくる。最近ではインターネットの普及で容易に人と人がつながれるので、目的達成のためにどんどん人を巻き込むといい。

**古屋** 最後に、会場におられるプロフェッショナルのエースであられる今先生にこのシンポジウムをまとめていただきたい。

**今明秀** 私たちの集団は地域で一人前に働くこと、当たり前前働くことを目的にしている。その教育を先輩から受けつつ工夫しながらやっているので、自分ができることを一生懸命やるのがまずひとつ。そして、他人を思い支えることを非常に認識しながらやらなくてはならない時代になったと思ふ。これは女性に限らず、割と弱めな男性医師、若干奥手で成長が遅れ気味の医師、喋りの下手な医師もいるので、そういった人も同じように支えていくことで花開く時期があるのではないかと思っている。

# 若手医師と学生が本音と夢を語る

座長：奈良市立都祁診療所 管理者 西村正大

西村正大(座長) 第16回へき地・地域医療学会のオープニングセッションとして「若手医師と学生が本音と夢を語る」というテーマで開催する。

## 私の夢と本音

自治医科大学医学部6年 小林奏美

私の夢は身近な健康相談にのれるような、子どもから大人まで幅広く診られるような医師になることである。また自治医科大学の卒業生として、北海道の地域医療に少しでも貢献できるような医師になりたい。そのため将来は、総合診療医や、その先の家庭医として、臓器横断的に、幅広く疾患を診られるようになりたいと考えている。

医学部に通っているということで、親戚や家族から、健康相談をされる機会が多いが、なかなか自信をもって答えられない。「健康診断の尿検査がひっかった」、「こういう症状があるけれど病院へ行ったほうがいいか?」、「ストレスのせいかな?」、「この薬、効くかな?」といった相談を受ける。低学年のうち、「そのうち分かるようになるだろう」とごまかせていたが、最近「将来、同じことを外来で患者さんに聞かれたら……」と考えるようになり、こういった身近な健康相談に答えられる医療者でありたいと思うようになった。

自分の夢に対する本音であるが、先述した夢は医師としての理想像であって、本当に自分が将来やりたいことなのかということ、最近考えるようになった。まだ夢中になれることが見

つかっていないというのが正直なところである。そこで、自分なりに解決策を考えている。私は現在フリーコース・ステューデント制度でさまざまな場所で実習させていただく機会をもらったため、この実習期間で多くの人と出会い、コミュニケーションを取って、ロールモデルとなる人を見つけないかと考えている。また、初期研修の2年間で、自分が夢中になれることを積極的に探していきたいと思う。



武田以知郎(大会長) 高校時代から総合診療医、そして地域のために役に立ちたいという気持ちで、今も変わっていないというのが素晴らしいと思う。私も、いろいろな学生・研修医の指導をしているが、最初のうちは、人のためにになりたい、地域に貢献したい、総合医になりたいと言っているが、6年生になると、「内視鏡の専門医を目指したい」など絞られていく人が多い。6年生であっても、総合医・家庭医、そして地域を診たいという希望をしっかりと持っているというのがとても嬉しいと感じた。

総合診療専門医は「人を診る、そして地域を診る」をモットーにしているが、目の前にいる人たちを診るだけではなくて、地域を診る醍醐

味があるので、ぜひ北海道の手助けをしてほしいと思う。

## 若手医師と学生が本音と夢を語る

奈良県総合医療センター 樋口智紀

私が興味をもっているのは家族である。そのきっかけになった、学生実習の時に経験した患者さんについてまず話したい。

46歳男性で、初発の糖尿病、ケトアシドーシスで入院されていた。10年前に発症し自宅で過ごされる時間が多かった。食事の面倒は主に母親がしていた。その母親が来院されたときに「自分がもっと食事を管理してあげていれば」と涙を流された。当時された治療介入はインスリンの管理だけであったが、私は医学的治療だけでなく、この親子の家族関係の管理も必要なのではないかと疑問を持った。

それから「家族」に興味をもち、将来の夢として、患者さんだけでなく家族のことも考えられる医師になりたいと思っている。

研修中には家族のことを意識するさまざまな場面があった。患者さんと接する機会が増えたことで患者さんの背景をよく知ることができたと実感している。

この経験から、将来、私が家族について考えられる医師になるために、3つの目標を考えた。1つ目は患者さんと接する機会を多く持つこと。2つ目はコミュニケーション能力を身に付

けること。そして3つ目として、患者さんの背景にいる家族についても考えられる医師になることである。

私は自治医大卒業生なので、将来、へき地医療に関わることが決定している。患者さんのことを知り、家族を知り、それによってその背景にある地域や社会についても視野を広げていきたいと考えている。



**西村** 家族をみていきたいというところが、総合診療・家庭医療の方向性のど真ん中という印象を受けた。現在研修中の病院にはそういうことを話してくれる指導医がたくさんいると思うので、さらにその領域を深めていってほしい。そして同時に、ある時期に敢えてそのど真ん中から少し出ることもしてみしてほしい。地域医療において総合診療は機能の一部であり、多くのスペシャリストと協力しながらやっていく。いろいろな視点で、それぞれに大きな価値があるので、多様な考え方を学びながら夢に向かって進んでいってほしいと思う。

特集

## 義務年限を過ぎて語る夢と本音

講師：山形県立河北病院 深瀬 龍

私の最初の夢は、15歳の時に再従兄弟が生まれたのをきっかけに、「小児科医になりたい」と思ったことである。自治医大の諮問のときにも、「地域に行っても小児科医になれますか？」と質問したし、大学実習中も小児科しか興味がなかった。

ところが、研修医になって初めて壁に直面した。救急外来で施設から運ばれてきた誤嚥性肺炎の患者をどの科も受け入れてくれない。そんな時に救急科の先生が、「困っているなら救急科だ」と言って、入院を取ってくれた姿が格好よく、十何年夢みていた小児科の夢が大きく揺らいだ。

「自分は小児科医になると思い込んでいたが、本当にやりたい仕事は何なんだろう？」と、揺らいだまま、自治医大卒業生の義務派遣で田舎に出た。田舎で待っていたのは、何でも診る日々だった。誤嚥性肺炎だけでなく、心不全の挿管や腎性調節障害の子どもなど、地域医療は本当にいろいろなことを教えてくれた。結婚して子どもが生まれ、自分が村民の一人として地域で暮らしながら医療をするという経験を積んで、「地域医療や総合診療は面白い」と思えるようになり、気づいたら、「山形県産の総合診療医」と名乗って活動するようになっていく。

自分の中で、小児科医を諦めることには葛藤があったし、義務年限の間には辛いこともあった。専門医を持っていない…ロールモデルがない…独り善がりになっていないか…医者としての実力が足りないのではないか…。

しかし、辛い時期こそ自分の夢を問い直す。問い続けて全力でそこを乗り切るという経験をする。また新しい出会いがやってきて、新しいものが見えてくるのだと思う。

今、自分は山形県に総合診療という選択肢をつくるという新しい夢を持っている。これからも夢を追い続けて地域医療に挑んでいきたいと思う。

**西村** 次の山形県産の総合診療医をつくるという夢について、具体的な活動があれば教えてほしい。

**深瀬** 現在勤務している県立河北病院で、総合診療プログラムをつくって承認を待っているところである。実際に、担い手を増やすことが1つで、もう1つの目標は、山形の皆さんに、「総合診療」というものを知ってもらうことであり、どんな形で発信できるかを今、考えている。

**武田** 奈良県でも総合診療医を養成しているが、そのために周囲の病院同士が日ごろからつながりを持ち、プログラムの相互乗り入れや、県を巻き込んだ総合診療医のプログラムができている。つながることを大事にして、つなげる。それをしていけば、総合診療の輪が広がっていくと思うので、山形の総合診療のメッカになるように、深瀬先生のリーダーシップに期待したい。



## 高久賞 候補演題

## 私の地域医療

座長：地域医療振興協会 シニアアドバイザー 志賀清悟  
和歌山県立医科大学 地域医療支援センター 副センター長・講師 蒸野寿紀

地域医療振興協会では義務年限終了の自治医科大学卒業生に対し、期間を通じてのへき地・地域医療への貢献を称えるべく「へき地医療功労者表彰」を行っている。2018年からはこの表彰を受けられる方を対象に、義務年限期間中の地域での医療活動や業績を演題として発表する機会を設け、優秀な発表者へ高久賞の授与を行ってきた。今年度から賞が増え、5分間のビデオ動画での発表を行った9名の中から高久賞1名と優秀賞2名が選ばれた。

## 高久賞

## パンフレットが教えてくれた地域医療

山形県立河北病院 内科(総合診療) 深瀬 龍(山形県36期)

私の長い10年半の義務年限から地域医療を語るなら、COVID-19と向き合った3年間がもっとも印象的だった。その時のことをお話しさせていただきたい。

皆さんはコロナ禍に入った当初のことを覚えておられるだろうか。私はCOVID-19が日本に上陸した2020年、山形県北部にある無床診療所の大蔵村診療所で勤務していた。田舎にいる自分にとって、当初COVID-19はまだどこか遠い話のように思っていた。それが突然、我が身に降りかかってきたのが4月。家族でピクニックをしていた昼下がり、所長から突然「村でコロナが出た。明日から対応しないといけない」と電話がかかってきたのだ。そして翌日からCOVID-19との戦いが始まったのである。村内で発生したCOVID-19はあっという間に村内唯一の特別養護老人ホームでクラスターとなってしまった。そうした状況の中、仕事に行けない人、学校に行くか悩むご両親、自分の体調を心配する高齢の方など、村は多くの不安にあふれていた。自分は村に居合わせたただの医者に過ぎないが、それでも村民のために何かできないかと考えていた。

そこで思いついたのが情報提供であった。適

切な情報を知ることですく怖がることのできる。目の前で困っている大蔵村民のためだけにパンフレットをつくる価値があるのではないかと思います。

立ち、オンラインで全国の同級生に相談しつつ、当時の最新情報を分かりやすく伝えるパンフレットを作成した。この手書きでつくった冊子を保健師に見せたところ、「これは役場の事業で村民全員に届けましょう」と言ってくれ、そこから役場総出で発行作業を行ってくれた。こうして出来上がったのが『大蔵村版 新型コロナウイルスの説明書』である。この冊子は無料で村内に全戸配布された。そして村のホームページにも公開したところ、村内だけでなく山形県内外からも評判の声が届くようになり、さらにこの活動が地元の新聞やテレビでも取り上げられるようになった。さらにメディアに取り上げられたことをきっかけに県庁からも連絡が入り「ぜひ、県の事業としても取り上げたい」ということで、大蔵村にとどまらず山形県の予防事業として県内の全世帯に1部ずつ無料配布されることとなったのである。



ここまで広がったパンフレットだが、気になったのは本当に村民の役に立ったのかという点である。ちょうど大学院に入ったこともあり、パンフレットの効果についての調査研究を行った。その結果、大蔵村民のうつ予防とパンフレットに正の相関がみられたこと、計算上ではあるがパンフレットの予防効果がNNT 6.85と計算されることが分かった。こちらはFamily Practice誌にアクセプトされている。

さまざま紹介したが、なにより嬉しかったのは外来の時に言ってもらった「ありがとさまなあ」という村民からの感謝の声である。自分はただ、村にいた医者として困っている村民のために何かできることをしてあげたかった、こ

の一心だった。その一心で踏み出した一歩だけである。パンフレットをつくった、たったそれだけだが、多くの村民の安心につなげることができた。私は地域医療のひとつの形を体感することができたのではないだろうか。地域医療のフィールドは診察室の外にも広がっており、一歩踏み出したことでその広さと奥深さを知ることができたように思っている。

この経験を通じて、『私の地域医療とは』と語るなら、目の前の“困った”に応えること、そして、診察室の一步外に踏み出すこと、とまとめたいと思っている。この経験を糧にこれからも山形県で地域医療を実践していきたい。

## 優秀賞

### 大間病院における情報通信機器(ICT)の活用

国民健康保険大間病院 内科 安齋 遥(青森県37期)

私が院長として赴任している大間病院は青森県の本州最北端、「大間まぐろ」で有名な大間町にある。病床は48床で、常勤医6名全員が自治医大卒の義務年限内派遣医師であり、私を含め3年目から10年目程度の若手医師で構成されている特徴がある。今回、当院で活用しているICTについて報告する。

まずひとつめは「LINE WORKS」で、仕事で使えるよう調整されたLINEと言えるアプリである。当院では2021年より医局内の調整に使用していたが、2022年11月に初めてコロナ患者の入院を受け入れた際、「迅速で正確な院内情報を早めに知りたい」という要望に応えるべく院内全体での運用を開始した。LINEと同じ感覚で使用でき、特にグループチャット、スケジュール管理機能を便利に使っている。

医療関係者間コミュニケーションアプリ「JOIN」は、CTなどの画像を匿名化して他院と共有できる。2020年に当院から車で1時間かかる高次医療機関のむつ総合病院に導入いただき、患者紹介の相談に大活躍している。当院に

おけるJOINを活用した患者相談件数の推移を見ると、初年度は70例、2021年度は63例、昨年度に至っては98例で活用され、なくてはならない存在と



なってきた。なお、昨年度の98例を科ごとの相談件数で分析すると圧倒的に整形外科への相談が多く、次に消化器外科、消化器内科の順であった。画像送信した時間帯では平日日勤帯での相談が約6割、日勤帯以外の夜間・休日・時間外の相談が約4割。年齢分布では高齢者が多く、ピークは80歳代にあった。また、画像共有したモダリティはCTが最多で約7割を占めていた。相談後の方針を見ると、7%の症例はむつ病院で対応困難として高次医療機関へ搬送、54%はむつ病院へ搬送してそのまま入院、17%は当院で入院、残りの22%は後日外来フォローとなっていた。こうしたJOIN活動実績を受け、青森県立中央病院にも導入していただけないかと考え、私から働きかけて今年5月JOIN配置を完了

することができた。今後は青森県立中央病院での患者紹介にも活用していく予定である。

面会・面談には「Zoom」を使っているが、きっかけはコロナの大流行に伴い遠方の家族から要望を受けたことだった。それを機にiPadを活用したオンライン面会のやり方をマニュアル化し確立、さらに転院前カンファレンスにもZoomを活用し、顔が見える関係で患者の状態の共有、

信頼関係の構築に役立っている。

私の義務年限10年を振り返るとICT以外にも我ながらいろいろやったという思いがある。そして学んだことは、何かしたいと思っただけで自分から動くということ。昨今は敬遠されがちな飲み会や雑談、会議の前後の時間が非常に重要な根回しの場だと感じた。やりたいことをやりたいようにやって、やりがいのあった10年だったと思う。

## 奄美大島で学び、実践した地域医療

鹿児島県立大島病院 総合診療科 榎木康人(鹿児島県38期)

私の義務年限は、後期研修での1年間を除けば全て奄美大島内での勤務であった。地域医療を行う上では、住民の健康を守るため精いっぱい診療に取り組む、地域医療を担う後進を育て継続・発展させる、地域に従事しながら学術的な功績を残し医学の発展に寄与する、これら臨床・教育・研究を目標の三本柱とし頑張った。

瀬戸内町へき地診療所では、診療所業務に加えてさまざまなことを行ったが、地域医療連携も非常に重要だと考えていた。瀬戸内町は加計呂麻島、請島、与路島と3つの有人離島を抱える特殊な地域であり、隣の宇検村も医療過疎地域である。そこで各医療機関・行政で医療連携システムの構築を行い、医療提供体制の強化・適正化を図った。また、医療フォーラム、生活習慣病に関する講演、消防や保健師と合同での健康教育イベントの開催などを通じ、地域住民に医療に興味を持っていただくよう尽力した。他にも2町村の検視業務を担当していたが、ある特殊な刑事事件で医師として捜査協力した際、鹿児島県に前例がなかったためマニュアルを作成、これらの業績から瀬戸内警察署より感謝状を頂戴した。

後進育成に関しては鹿児島大学医学部学生の実習施設として担当指導医となり、3年間で約150名の学生実習、自治医科大学医学部の地域医療実習や地域医療派遣団、選択実習で約30名の学生を受け入れている。鹿児島県立大島病院・鹿児島大学病院・横浜市立大学病院初期臨床研

修医の地域研修施設として指導医にもなった。研修医・学生指導においては診療所での診察だけでなく、訪問診療や巡回診療にも参加してもらい、将来の勤務に必要な知識・技術を体験、自覚してもらうことを目標に実践的に指導を行った。

地域離島で経験した症例を国際学会で発表し、投稿論文も承認された。現在は地域に従事する中で経験した症例をもとに英語論文作成中である。

地域医療の辛かった点としては、大病院に紹介したいが行けない、専門的な知識が足りず応えられない、私自身の知識が足りず分からないなど、自身の力不足を強く痛感することが多々あった。また経験年数が浅く未熟にもかかわらず、医療だけでなく自治体の方針決定などを追られる場面もあった。コロナ禍では町内の感染症対策責任者となった。

地域医療の良かった点としては、まず地域住民の喜ぶ姿が直接的に伝わること、そして個人に合わせた医療展開ができたことも挙げられる。地域に溶け込むことで社会背景が分かり、学んで努力した分だけ提供できる医療が増える。現場のあらゆる環境が最高の学び場であり、地域住民・患者さんから多くのことを学ばせていただいた。本当に楽しかった。

地域医療従事は住民、指導医、医療機関／行政スタッフ、家族、全ての方々に支えられ、継続で



きた。また自治医科大学で学んだからこそ、このよ

うな貴重な経験をさせていただけたと思っている。

## 高久賞候補演題

### 地域で産み、育てながら働く

私は、義務年限内で大きな業績を残したり、地域での画期的な仕組みづくりをしたりしてはいない。地域での仕事をこつこつやりながら、その期間にたまたま妊娠・出産・育児を経験した。代診について問題があり、県人会内や県庁の方と議論、相談した。この経験が皆さんに役立つこと、何か新たな解決策が見つかることを期待して今回発表することにした。

私は義務年限5年目に妊娠・出産し、産休8週間あけて仕事復帰した。医師数が少なく、早く復帰して恩返ししたいという気持ちから産休のみとした。8年目の後期研修、9年目の地域派遣では夫の勤務地と違うため子どもと2人で暮らしている。

妊娠や育児をしつつ地域で働く上での問題点として、休み中の代診や勤務地による周りのサポートの得られにくさがある。そもそも医師不足の地域では、産休のように予定された休みも代診医の確保が難しいことが多い。勤務地を選択できず、家族のサポートを得るのが難しい場合もある。ここ数年熊本県人会では女性医師の産休がなく、代診制度がなかった。代診を希望してくださった義務内の医師もいたが病院間の協定などの問題で実行に移せず、産休2週間後に、週に数日のみの代診医派遣があった。

令和元年に県人会メンバーで全都道府県の同級生に産休や育休の際の代診制度についてのアンケートを行った。22都道府県から回答が得られ、代診医制度がある8都道府県で、大病院からの派遣やドクタープール制度などの利用があった。代診制度がないのが14都道府県で、病院内や義務内医師間での調整などがあった。

#### 上天草総合病院 堤 龍子(熊本県38期)

産休中の代診について熊本県人会内と県庁で複数回協議、今年度から熊本県庁医療政策課が地域勤務医師等支援枠という義務内医師同士で代診を



補う制度ができた。派遣前の時点で代診希望を確認し、実際に産休などで必要になった場合に代診医を派遣する流れで、今年度は県人会で9名の代診医の希望登録がある。こうした制度によって代診の不安が減ると考える。

義務内で妊娠・出産・育児を経験した医師にアンケートを行った。良かった点で「出産後は考え方が大きく変わった」「前例や仕組みがなくても、自分でつくれることが地域医療の醍醐味」などの回答がある一方、大変だったことや困ったことについては、「育休は義務外だが半年～1年間ぐらい義務内にならないか」「異動で勤続年数が足りず育休が無給となった」「病院によって、短時間勤務や育休が認められない」「県や職場の制度で不妊休暇があればいい」などの回答が得られた。

女性のワークライフバランスを語る時、「困りごと」扱いされることを多く感じる。人の誕生は本来素晴らしいイベントであるはずだ。出産するもしないも各人に選ぶ権利があり、周りはその権利を尊重し、叶えられる環境となるよう制度を整えていくことが重要である。女性にとって働きやすい環境は男性にとっても働きやすいはずで、地域だから、女性だからこそできることも多いはず。妊娠・出産を経てそうした気付きを得られたことが人生の一番の糧になった。

## Sustainableな地域医療を目指して～医療経済の観点から～

大蔵村診療所 矢萩 舜(山形県38期)

山形県大蔵村は総人口2,939人(2023年1月1日時点)と、県内で最も人口の少ない村で高齢化率は約40%である。村内唯一の医療機関である大蔵村診療所は常勤医師2名体制で在宅療養支援診療所を標榜、外来診療のほか在宅医療にも力を入れている。

村の人口は年100人程のペースで右肩下がり、それに伴い外来患者数も徐々に減少傾向にあり、このままでは現行の医療体制を維持するのは困難である。そして、公的医療機関の特長である数年ごとの人事異動で、特に事務職においては医療分野未経験の自治体職員の配属が日常的であり、経営のプロが不在という現状がある。また、厚生労働省が推し進める地域医療構想により病床削減、機能分化が進んでいる一方で在宅医療需要は今後増加が見込まれ、当診療所でも訪問診療延べ患者数は減少傾向にあるが在宅看取り数は増加している。

赴任して約半年後、これらの状況を踏まえ提言を行った。ひとつは適正な管理料や各種加算の適応、算定漏れを防ぐということ、もうひとつは地域の勉強会への積極的参加の推奨である。今までは在宅療養支援診療所を標榜しながらも在宅時医学総合管理料が算定されておらず、適正な診療報酬の請求ができていなかった。対象患者で公費負担医療制度の未申請者も多くいたため指定難病や重度心身障害者の申請を推し進め、患者負担が極力上がることのないよう準備をした上で2023年4月より算定を開始し

た。また提言後、医師はもとより、看護師の地域勉強会への参加が増加した。良質な医療を提供し適切な診療報酬を請求することで診療所の経営を維持し、さらにより良い医療を提供するという正のサイクルを回していくことが、地域の医療機関としての務めと考える。加えて複雑な在宅医療の診療報酬を包括的に理解すべく、2023年秋に開催される全国在宅医療テストを医師および医療事務職員が受験することにした。

それでもまだ訪問診療患者数は少ない。今後の課題として1点目「こんな状態では退院できない」と考える病院勤務医へのアプローチがある。各種研修会等にも積極的に参加して関係各所(病院、訪問看護ステーション、包括支援センター等)に認知してもらうことが必要だ。2点目は「在宅で診ていくのは不安」という家族へのアプローチで、まず当診療所が在宅医療も行っているという住民への広報活動が必要である。実際は在宅医療を検討する段階に至っても不安だというご家族も多いが、小さい村で互いに顔の見える関係で生活背景まで分かるという利点を活かし、関係者でその都度会議を開いている。

へき地の診療所においては訪問診療にさらに注力し、診療に関わるスタッフ全員が診療報酬制度や社会福祉制度に精通する必要があると考える。



特集

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

西尾市佐久島診療所 酒井貴央(愛知県38期)

佐久島は愛知県の三河湾の中心部に位置する離島で、人口約200人が暮らしている。この島では、3月中旬から4月下旬にかけて、島民全

員で行う潮干狩りが「あさりかき」と呼ばれ、島民たちにとって生きがいの一つとなっている。島の人々はこのイベントに向けて体調を整え、

あさりかきの前には佐久島診療所での受診が増える傾向がある。

島内で提供されている介護保険サービスは訪問介護や福祉用具貸与など、非常に限られている。救急搬送に関しては海上タクシーが利用されるが、特に冬季や強風の日には救急搬送が難しい状況が生じることがある。こうした状況を踏まえて、予防が重要であると考え、佐久島診療所ではロコモティブシンドロームのテストを診察の一環として実施した。65歳以上の受診者に対して、問診票や立ち上がりテスト、2ステップテストを行い、ロコモティブシンドロームの重症度を総合的に評価した。その結果、ロコモ度2以上の方が70%以上存在し、特に女性の中でロコモ度の高い人が多い傾向が見られた。このテストはコミュニケーションを促進し、運動機能低下の原因を把握し、適切な治療につながる可能性があった。また、高齢で一人暮らしの女性の生活支援が島の課題であることが明らかになった。

本土にある介護保険サービス事業所は佐久島を営業範囲から除外する傾向があり、介護保険サービスの確保が難しい状況であった。そこで、私は介護保険法に基づく離島相当サービスの規定を活用し、佐久島に特化した介護保険サービスを提供することを考えた。例えば、離島相当訪問介護として渡船の荷物の取り扱いや、診療所や金融機関への連れて行きなど、少しの手助

けで高齢者たちが佐久島で暮らし続けるためのサービスを提供できるようになる。佐久島専用の訪問介護利用者が増えれば、サービスの利用そのものが見守りにつながることもある。また、このサービスは離島における貴重な収入源となり、支える世代の経済的負担を軽減する一助となるであろう。実現させるために島民や行政関係者の意思形成を働きかけていく。

そもそも空気もきれいで新鮮な魚が豊富な佐久島は健康づくりのための環境に優れている。介護が必要な高齢者にとっては離島相当サービスによって、島民同士の助け合いが促進される。元気な世代は健康づくりのリーダーとして、健康科学を学び実践し、ウェルネスアイランド佐久島を築いていくことができる。これまで支援を受ける側とされていた離島が、健康づくりの主導的役割を果たし、自立した生活を送り続けることができることが佐久島診療所の活動の目標である。そして、こうした場所での経験は、離島や地方に縁のない人々にとっても、非常に貴重なものになるであろう。

私の地域医療における役割は、医師としてだけでなく、地域の一員として、住民の皆さんから学び成長し、できる限りのことを全力で行うことだと思っている。



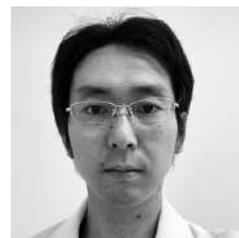
## 一人診療所長の苦勞事例・地域のために始めたこと

新宮市国民健康保険直営熊野川診療所 田島幸治(和歌山県38期)

自治医大卒業生はへき地に派遣となるため一人診療所長になることも多く、私も現在、一人診療所長を務めている。施設の管理者として大変なことが多々あり、病院勤務では経験しないような困難に立ち向かうことも多い。

一人診療所長の苦勞事例に触れる。医師1人、看護師3人体制の熊野川診療所には2020年から派遣開始となった。その年、看護師による麻薬の誤廃棄と報告遅滞(半年間)に関する報告を事

務長より受けた。すぐさま保健所に報告を行い、聞き取りや確認調査、経過と対策の顛末書への記載と提出など、密なやり取りを経て口頭にての厳重注意となった。さらにその中で1人の看護師が適応障害となって日常業務でミスが目立つようになり、他の看護師の業務を逼迫し退職の相



談まで受けるに至ってしまった。そこで事務と連携を取りながら解決策を模索、新規看護師の採用へとつなげ、診察を続けている。

そうした苦労を抱えつつも予防医療について積極的に取り組み、実践した。ひとつは肺炎球菌ワクチン接種である。派遣された当初、肺炎球菌ワクチンは積極的には打っていなかったが、今後医師が変わり打ち損ねてもある程度の予防効果、さらにブースト効果も期待できると考え13価を可能な限り勧め、その後23価を勧めるようにした。その結果、約1年で肺炎球菌ワクチン接種は162人に達し、内71%は13価の接種となった。続いて骨密度検診についてだが、市での実施を知っている方が少なく教えても行かないため、当院で骨密度を測定することとし、約1年で100人に実施した。その結果、YAM値70%未満を計31人発見し、投薬につなげること

ができた。

和歌山県では遠隔診療支援に力を入れており、年々利用件数が増えている。慢性疾患で治療に難渋した際に皮膚科の遠隔診療支援を受け、この症例を日本プライマリ・ケア学会で発表し論文にもした。最近は栄養指導を積極的に取り入れ、高血圧、糖尿病の方などに遠隔診療を受けていただいている。

一人診療所長は想像以上に大変で、医療以外での困難も多々あった。それでも地域医療には魅力がある。患者さんとは非常に近い関係になるし、地域医療をより良くしたいと考え提案したことにも協力的である。公開講座や、地元の小中学生を診療所に招いた医療体験も行い、地域住民からも非常に感謝され、達成感を感じられる。こうして私は地域医療に魅了され、現在地域総合診療専門医の専攻医としても研修している。

## 義務年限を通じて感じた地域外科診療のおもしろさ

秩父市立病院 木村恭彰(埼玉県38期)

埼玉県の義務年限内の主な派遣先は秩父地域である。秩父地域は面積が埼玉県の約5分の1で人口が9万人弱と減少傾向にあり、高齢者の割合が高い。また、急性期医療の提供能力が低い医療圏と言われている。

私は義務年限のほとんどを地域の中核病院である秩父市立病院で勤務した。外科医不足の時期だったため義務年限中はずっと外科医として働いており、珍しいケースだと思う。

地域の外科診療では消化器癌は少なく、大腸癌などの手術が月に1回あるかないかであり、化学療法を地元で続ける方が多かった。一方で良性疾患のCommon diseaseである痔や鼠径ヘルニア、胆嚢炎が多く見受けられた。また高齢者が多いため、常に手術がそもそもできるか否か、メリット・デメリットを考慮する必要があった。

地域における良性疾患の診療だが、痔に関しては、ほとんどが保存的治療で良くなるため手術はあまり行わなかった一方、直腸診、肛門鏡

を毎回行うので誰に対しても抵抗なく直腸診をできるようにする。また生活指導の大切さを学び、実感することができた。

鼠径ヘルニア・胆嚢炎は外科医にとって初歩の手術のイメージがあるが、症例によって難易度が異なり奥の深い疾患である。また手術の基礎が詰まっており、繰り返すことで自分の成長を実感できる。実際に私も地域で行った手術症例数と手術時間のグラフを作成すると右肩下がりに早くなっていた。地域では症例が貴重で1症例1症例とても大切にすることで、少ない症例数でも十分に成長できると感じた。

高齢者の外科診療はガイドラインにはおさまらず、症例ごとに自分たちで判断する必要があるが、エビデンスがないことが多く、胆嚢炎や癌診療の際に悩むケースが



多々あり、治療のメリットとデメリット、患者さんの意向などを調整して毎回治療方針を決断していた。こうした悩ましい症例と向き合うことが自分を成長させ、臨床疑問から視野を広げることにつながった。実は高齢者に対しての最善の医療を考える上では地域の方がむしろ最前線で、こうしたデータの蓄積が今後の高齢者医

療のエビデンスになると期待している。

地域での外科診療のおもしろさは、一見地味な診療の積み重ねが自分の成長につながることで、そして、悩むことも多い高齢者の外科診療の症例に真摯に向き合うことで自分の成長や視野の拡大につながる。今後も患者さんに真摯に対峙し続け成長していきたいと思う。

## 地域医療を支える多職種連携

鹿児島県立北薩病院 内科 末永勝士(鹿児島県37期)

私は自治医科大学を卒業後、主に離島の医療機関に勤務した。今回は甌島鹿島地域での看取りと、コロナワクチン予防接種事業について話をさせていただく。

甌島は鹿児島県の西側に位置し、私が赴任した6年前は公的診療所が5ヵ所あり、下甌では手打診療所のみが有床診療所であった。鹿島地域には特別養護老人ホーム「鹿島園」はあるものの入院施設の手打診療所へは遠く、またその診療所も医療スタッフ不足や長期入院患者が多いことから入院が困難になることが多かった。そのため、多くの老衰や各疾患での終末期の患者は本土の病院へ入院し、鹿島地域内での看取りは2割程度だった。私は、人生のほとんどを鹿島地域で過ごしてきたにもかかわらず、その最期を見知らぬ土地で迎えてしまっよいかと疑問に思い、鹿島園入所者、要介護認定者、多数の基礎疾患で加療中の鹿島地域の高齢者およびその家族へ、現在の病状と今後についての説明を行った。結果、患者自身は鹿島地域で終末期を迎えたいと考える人が多いことを知った。そこで鹿島園入所者に対しては本人と家族に施設訪問のたびに説明を行い施設職員と情報共有し、鹿島園未入所者に対しては説明した情報をもとに在宅医療連携シートを作成、自宅の冷蔵庫など目につくところに設置し、急変時に救急隊や受診先病院へ情報共有できるようにした。また、3ヵ月ごとに開催される鹿島園入所者検

討委員会での施設入所予定者の検討に併せて、在宅医療連携シートをもとに地域内の要注意高齢者の情報を共有していた。

こうして事前に本人・家族の終末期に対する意向を確認し、鹿島診療所、鹿島園、民生委員、行政で情報共有することで、鹿島地域の終末期患者の7割以上を鹿島地域で看取るまでに至った。

次にコロナワクチン予防接種事業についてだが、鹿児島本土と奄美大島の間位置する三島村・十島村の各島では医療資源に乏しいため、高齢者予防接種に併せて令和3年5月から全島民対象にコロナワクチン先行接種の方針となった。接種スケジュール、副反応時の対応、会場の配置、接種者の密集回避など多くの課題があったが、鹿児島赤十字病院三島村担当医、三島村役場、診療所看護師、地域住民でオンラインや現地視察等で事前に綿密な計画を練ることとし、その後予防接種協力機関へ情報共有した。全島民一斉予防接種の機会は稀だが、それぞれの課題に対し対策を講じつつ連携による事前準備を徹底することで予定通り予防接種を終えることができた。

地域医療を通して、地域のニーズに合ったより良い医療を提供するためには、多職種連携が極めて重要であると学んだ。



# わが町の在宅医療の課題と展望 ～湖北から全国に発信～

座長：にしあざい診療所 管理者 上田祐樹  
近江八幡市立総合医療センター 内田晃史

上田(座長) このセッションは、学会実行委員会にて「滋賀県は昔から在宅医療の盛んな地の一つ」との意見があったことから、滋賀県支部が「在宅医療」をテーマに企画した。住民意識や医療社会情勢の変化、最近ではコロナ禍の影響により、在宅医療の形も多様化している。今回、滋賀県湖北地域の取り組みを通して、地域医療における在宅医療のあり方を考え、これからの在宅医療の展開におけるヒントとなるような「おもろいやん」が生まれることを期待し開催した。

## 地域唯一の診療所における在宅医療の現状と将来展望 ～にしあざい診療所の取り組み～

にしあざい診療所 管理者 上田祐樹

私は2002年に自治医科大学を卒業し、2008年に初めて長浜市西浅井地域に赴任し、途中転勤もあったが、2015年からは指定管理者として務め、計12年間当地で活動している。

西浅井地区は滋賀県の最北部に当たる地域で、琵琶湖の最北端に位置する。以前は西浅井町だったが、平成の大合併で長浜市に吸収合併された。地域の人口は約3,600人、高齢化率は39%であり、人口は毎年80人程度減少しているが、高齢化率は上昇している。滋賀県というと、あまり雪のイメージはないかもしれないが、西浅井地区は豪雪地帯指定を受けている。

このような西浅井地域で、にしあざい診療所を拠点に、2ヵ所の出張診療所とともに、地域唯一の医療機関として、医師2名を含む合計14名のスタッフで運営している。

当院の在宅診療の様子を紹介する。西浅井全

域を対象に、30名前後の在宅診療と、認知症対応型グループホームや特別養護老人ホームなどの施設での診療も行っている。夜間休日の往診、在宅での看取りにも対応しており、「家で過ごしたい気持ちにできる限り応える」というスタンスで取り組んでいる。

がんの終末期患者に、PCAポンプや在宅酸素療法などを積極的に導入し対応している。ただ、自然の障壁が大きく、降雪時期の訪問や看取りに苦勞している。

看取りの実績は徐々に増えている。看取った患者は、ほとんどが90歳以上で、死因は圧倒的に非がん、老衰であった。逆に若い人の場合はがんが多かった。また、看取りの場所では、自



## 以前からの課題 ～へき地でありがちな状況～

## 【当施設での2019年以降に実施した解決策】

- |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・一人診療所（2か所運営）</li> <li>・院内処方（調剤薬局なし）</li> <li>・訪問看護の介入が少ない</li> <li>・医療介護連携とりにくい</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所の拠点化（統廃合）⇒医師二人体制</li> <li>・主治医－副主治医制</li> <li>・在宅療養支援診療所の届出</li> <li>・調剤薬局の誘致</li> <li>・調剤薬局による服薬管理の介入</li> <li>・在宅患者訪問薬剤管理指導の実施</li> <li>・地域外の訪問看護ステーションの連携、利用</li> <li>・他事業所と情報共有</li> <li>⇒ 在宅患者ケア会議（定例）の開催</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

図 2019年以降に実施した解決策

宅で亡くられる方は老衰とがんが半々、グループホーム・特別養護老人ホームは老衰が多かった。

これまでには課題もあった。2018年以前は医師1人の診療所を2か所運営していたが、在宅診療に関しては完全主治医制であり、2つの診療所は連携するといっても緊急時の相互補完的な支援にしか過ぎず、各々の負担が大きくなっていった。診療報酬上の利点も少なく、また調剤薬局が地区内になかったため院内調剤であり、薬の配達や服薬管理など全て自前という状況であった。さらに訪問看護も、地域には24時間対応の訪問看護ステーションはないため、診療所の看護師がみなし訪問看護を行う体制であった。その影響か、地域的にも訪問看護を積極的に受けるという文化が浸透していなかったため、何か起こったときには診療所医師がファーストタッチになるという状況であった。その結果、診療所、主治医のみで問題を抱えがちになり、他職種連携の時間も十分とれなくなっていた。

そこで、当施設では診療所の拠点化事業に取り組んだ(図)。にしあざい診療所を拠点として、2つの出張診療所を管理し、調剤薬局を誘致した。一施設で医師2人体制となることで、2人の医師が在宅医療に関われるようになった。在宅療養支援診療所の届け出も可能となり、診療報酬上のメリットもできた。調剤薬局ができて、薬剤師による服薬指導や訪問薬剤管理指導の実

施も可能になった。訪問看護に関しては、地域外の訪問看護ステーションとの連携を増やす取り組みを行った。その結果、診療所、医師の負担が軽減し、他の事業所との情報共有などに回す時間も確保できるようになった。現在では定例で在宅患者ケア会議として、診療所内で個々のケースに関してケアマネージャー等でディスカッションできる場を設けることができていく。

これからは、在宅医療に長期的に関われる人の確保が課題である。へき地・地域医療医の養成ということで、われわれのところでは総合診療専門研修プログラムの設立をしたが、残念ながらまだ応募者がなく、大募集中である。最終的には地元から医療従事者の輩出が大事になってくるのではないかと考えている。

また、後方支援病院の連携が挙げられる。現在でも入院と後方病床ということで連携しているが、さらに進化させて、レスパイトだけでなく、ホスピス的な利用、専門診療科の診療支援等での連携も提案していきたい。

加えて訪問看護ステーションの容量不足感という問題がある。ICTをうまく取り入れることも課題解決のひとつであると思う。

そして、さらなる人口減少、高齢化に向けて、地域での在宅医療、看取りの理解、「自宅が最期まで」の文化醸成が大事になってくると思う。地域でのACP(人生会議)の普及、実践である。現在行っているACPの普及、実践活動の取り組

みを紹介する。地域医療振興協会の運営施設での研修会に参加し、「チームにしあざい」と称し、診療所全体のミッションとして、全員が関与するようにしている。普及活動に関しては、全戸配布の診療所広報で特集したり、地区巡回型健康教室で専攻医と人生会議の紹介をしたりしている。関係している介護施設職員向けに看取りに関する研修も行っている。院内では、診療所外来の待ち時間に、看護師から患者にACPの案内をしたり、診療所内で関連掲示をしている。また人生会議動画を当院スタッフが作成し、待合室や健康教室で上映して、ACPの認知度上昇を図っている。実践については、ACP相談会を看護師中心に行っている。「こころづもりシート」を活用して、主に自宅で、家族等の代理決定者やケアマネージャーなどと一緒に実施している。今後はさらに地域での人生会議の認知度を上げ、普段の会話の話題に出るくらいまでにしたい。最終的に人生会議をした本人や家族が、そのメリットを享受し、やっておいて良かったという実感を持てることで、他へ広がっていくという正の連鎖を起こしていくことが、当施設の目指すところである。

最後に、へき地診療所が在宅医療を行うメリットは、診療所としては地域との信頼関係も

構築され、外来診療からの継続性、経営上のメリット、教育上の効果がある。地域としては医療の連続性、安心感が住み慣れた場所で療養する選択肢にもなる。介護事業者としても、連携の緊密化や、介護サービスのレベルアップにつながる。また、へき地診療所の強みとしては、地域と診療所は密な関係性が構築されていて、患者の人柄や希望、困り事などを把握しやすい。医療介護資源が限られている分、事業所と診療所の関係が密になる。地域包括ケアシステムの中核を担いやすいことから地域のチームとして機動性を発揮しやすいと思われる。

以上から、へき地診療所では、さまざまな課題が多く存在するかもしれないが、在宅医療の需要は多くなると予想され、地域全体、多職種と連携して乗り越えてでも、在宅医療に取り組む価値が大きいものと考えている。その課題は在宅医療に関わる資源、人と時間である。体制や仕組みの見直しで解決できることもあると思うが、持続可能なへき地医療の構築にはまだ残る課題もある。しかし、へき地は将来の日本を先行した社会構造であり、課題解決のための取り組みが最先端・モデルケースになりうる。今後も頑張っていきたいと思っている。

## 病院にきやんす方々に提供している在宅診療の現状と課題

長浜市立湖北病院内科 部長 久田祥雄

はじめに、タイトルの「きやんす」という、かなりインパクトのある言葉は、私は湖北地域の出身ではないが、ぜひこの機会に全国発信で知っていただきたいと思って用いた。「きやんす」とは動詞の「来る、来ている」に「やんす」がついて親しみや敬意のニュアンスを込めて使う湖北地域の方言である。

私は九州の出身だが、2020年4月に滋賀県長浜市に移住してきた。当時病院で在宅医療を

担っていた医師は退職されており、病院で抱えている在宅患者は1人であった。入院・外来業務をしながら、ニーズに合わせて在宅診療を開始した。

当院は140床で一般病棟が48床、地域包括ケア病棟が35床、療養病棟が57床である。赴任当時は、地域包括ケア病棟は閉鎖されており



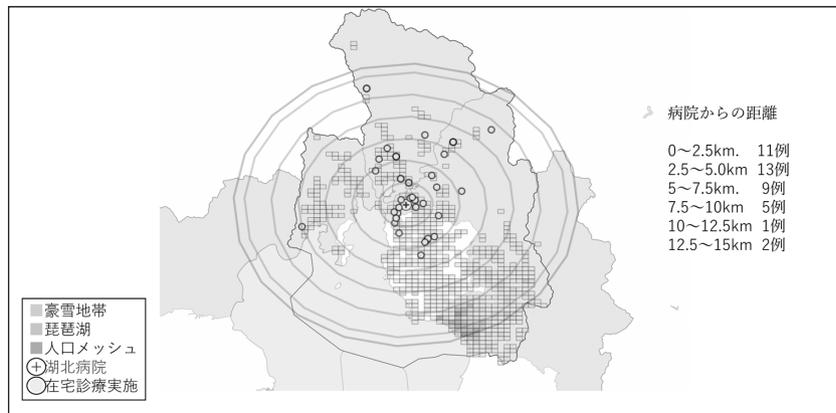


図 病院から患者自宅前の距離を測定

COVID-19病床10床になっていた。病院の特徴として、へき地医療拠点病院に指定されており、豪雪地帯に位置していることが挙げられる。

赴任後に気づいた点だが、入院・外来・施設・在宅のどの診療セッティングにもニーズがあり、地理的に広範囲の診療所圏をカバーしなければならず、また近隣の診療所は医師が高齢になっており長期的に閉院が見込まれ、機能維持に課題があると思った。在宅診療についての相談は、へき地の住民に限らず市街地在住の患者であったり、高次医療機関や院外の訪問看護ステーションから直接相談を受けることもあった。

今回の発表では経験した看取り症例や在宅医療症例を検討し、へき地の病院が提供する在宅診療にフォーカスして、当院における在宅診療の課題と展望について考察した。

研究デザインはカルテレビューによる記述研究・観察横断研究と、GISを用いた地域マッピングによる分析研究である。期間と対象は2020年から2022年度に当院で担当した入院、外来、在宅、施設の患者である。測定項目は、担当患者の人数、性別、年齢、看取り場所、死因、地域や医療機関および患者の地理的データになる。解析の手順は測定項目を集計した後に、セッティング別の経年的な変化をグラフにして概観し、看取り件数を全国平均と比較、診療セッティングと死因の関係を検討、医療機関や在宅患者の住所をプロットして、距離を集計した。

結果は、2020年34人、2021年46人、2022年65人、

合計135人の看取り患者を担当し、男性が70人、女性が65人、平均年齢86.7歳であった。場所の内訳は自宅34人、施設19人、病院82人で、担当患者における自宅看取り率は25.1%であった。

看取りの件数と場所の推移を年度別にみると、自宅看取りや施設看取りの数は増え、病院看取りは若干減少した。ある全国調査と比較してみたが、当院は11症例で、一番多かった神奈川県14例や、岩手10例、長崎8、9例と比較して、在宅看取り件数は多く、地域のニーズは高いといえる。

性別と死因別の比較をした。男性が82歳、女性が90歳と女性の方が高齢で亡くなっていた。死因は老衰、がん、脳血管障害、臓器不全、神経難病、医療的ケア児、認知症、それ以外の急死で集計した。老衰は女性に多い傾向、がんは男性に多い傾向、脳血管障害は男性に多い傾向があった。当院で神経難病、医療的ケア児の担当症例数が少ないのは地域の潜在的ニーズに答えられていない可能性があり、課題と考えた。

看取り場所別、死因の頻度については、在宅患者ではがんが半数以上を占めており、病院では脳血管障害関連、臓器不全、それ以外の急死で亡くなる傾向が、施設では老衰、認知症などで亡くなる傾向が多くみられた。

在宅診療提供者の位置をマッピングしてみたが、半数弱は5 km以上の距離があるところであり、34例(82.9%)は豪雪地帯に位置していた(図)。

以下考察になる。自験例における看取り数の

変化について、自宅の看取りが増加した背景には業務体制の確立と周知が影響していると考えた。施設の看取りが増加し、病院の看取りが減少した要因としては、施設との連携が経年的に改善したことによると考えた。

看取りの場所について、病院で在宅診療をしていると入院の敷居が下がりやすいためか、最後の最後に病院に来られるケースも何例か経験した。事前準備をしても、消化管閉塞による嘔吐の症例や、肺病変を伴う呼吸困難の症例では、特に難しい印象を受けた。本人が望む最期になったのか日々自問自答しているが、住民へのACP教育、関係スタッフの教育、早期からの連続的な介入も必要と考えている。道府県別に自宅看取りについてみると、滋賀県は訪問看護の利用率が高いということもあり、自宅看取りも多い結果が得られている。当院は幸い24時間体制の訪問看護ステーションが併設されており、比較的連携が取りやすいが、今後は院外のステーションとの連携を目指したいと考える。

一昨年に地域包括ケアセンターいぶきの畑野秀樹先生のところに伺って、訪問診療の同行体験をさせてもらった。そのときの5症例を通じて感じたのは、介護度はそれほど高くない人や見守りで自立できている人が多いという印象があったこと。当院では、ここ3年間動き回れるような認知症の方を在宅診療した経験はなく、ほぼADLがベッド上の方で、患者の考え方や生き方は家族から聞いて推測することも多かった。

人生の最終段階に、有名な機能低下の4パターンがあるが、これとあわせてADLがどのよ

うに下がっていくかを検討した報告がある。当院の今後の在宅診療の目標としては、ADLが低下する以前から在宅診療の介入ができるようになるということが目標になってくるかと考えている。

3年間の53件のオンコール対応の内訳は、5件は日勤帯で自分や他の先生で対応してもらい、9件はほとんど施設だが24時間ルールを使って対応し、祝日や時間外の呼び出しは39件であった。今後若手や後任の医師に負担なく仕事が任せられるよう、持続可能な自宅看取り体制の構築が課題と考えている。

巡回・出張診療所利用者は、在宅への移行後も巡回・出張診療の後に訪問して診せてもらうことが多く、他の症例と比べて継続的・効率的に実施ができるというメリットがあった。その中で、継続的な連続性のある関わりや、継続的なケアの重要性を学ぶことができる。夫婦で通院していた方などで、その後の家族のグリーフケアや、本人の病状や過ごし方など、生活に近い視線で生き方も含めてフォローアップして学べる。家族や親族にも近い距離でケアを提供できている。こうした経験は市街地や大きい病院では難しい点かと思われる。

最後にへき地の病院が提供する在宅診療についての私見を述べる。病院というのは地域の要所にあるので、距離があったり、診療所がなかったり、入院を要する可能性がある症例は良い適応である。一方で、入院の敷居が下がりやすいというところで、本人の希望が置き去りになっていないか注意が必要で、新規の患者では過去に十分な関わりがないこともあるのは課題である。

## 全世代対応の訪問診療を目指して学んだこと

米原市地域包括医療福祉センター「ふくしあ」管理者 中村泰之

私のいる「米原市地域包括医療福祉センターふくしあ」は、湖北地域でありながら交通の便に恵まれ、新幹線の駅も近く、また北陸自動車道のインターチェンジもあり、遠い在宅の小児の往診は自動車道を使っている。

まず私たちの施設だが、旧近江診療所と米原診療所に2人の医師がそれぞれいたのを1つにというコンセプトから始まり、プラスで児童発達支援センターと病児・病後児保育室、地域包括支援センター事業を併設した。在宅支援診療所に関しては移転前から継続しており、月に300件超えの往診をしている。看取りは年60件から70件で、在宅看取りがそのうち40件ぐらいになっている。成人・高齢者の通所リハビリおよび訪問リハビリも行っているが、加えて感覚統合療法を中心とした小児のリハビリも行っている。また、児童発達支援センターを併設しており、未就学児の発達がちょっと気になる方の療育教室、および小学校から高校までの特別支援学級・学校に通っている子の放課後児童デイをしている。約3年前からは、地域包括支援センターも米原市全域を担当している。

私どもは幸運なことに、平成30年5月25日に現天皇陛下、皇后陛下の公式訪問を受けた。

成人高齢者の在宅医療の例を紹介する。

1人目が102歳女性。一人暮らしで全く身寄りのない方で、最終的には血縁関係の遠い親戚の方と連携をとりながら在宅で看取らせていただいた。5年以上前から、廃用症候群で寝たきり状態になられ、自分でオムツ交換をしており、また食事宅配を寝たままスプーンですくって食べている状態で生活していた。98歳ぐらいに、ネズミに耳をかじられて蜂窩織炎になり入院されたが、もう絶対入院しないとわれ、自宅で何とか看取るという状態だった。最後の方は、その親戚の方が毎朝見に行っており、在宅看取りになったというケースである。

次が43歳女性。中学生の娘、小学校5年生の息子がいる方で、卵巣がん



で手術。どうしても最期は在宅で看取ってほしいということで、私どもに依頼があった。途中腸閉塞、人工肛門造設、CVポートの造設等もあり入退院を繰り返されたが、本人の強い要望で自宅で暮らされていた。看取りの1週間切ったぐらいの頃に、ご夫婦でフラフラになりながら買い物に行かれ腕時計を買ってこられ、亡くなる1日前の少しか意識が戻ったときに、2人のお子さんにその時計を渡され、次の日に家族に囲まれて亡くなられた患者だ。この方には後日談がある。ご主人は今も私のところで、高血圧治療をしているのだが、当時中学生の娘が、その後過敏性腸症候群のような状態で来院し、薬で何とか乗り越え、その後、栄養士の専門学校に進学した。母親が闘病当時、嘔吐もあり美味しく食べられなかったことから、「私は病院の栄養士になって、ちょっとでも患者さんが最後まで美味しいものを食べられるようにしたい」と言って栄養士の道に進んでいる。

包括から依頼があった認知症の方。易怒性が強く、ご近所でも有名で、観光客にも棒を振り回して暴力をふるう大変な方だった。午後になるとアルコールも入り怒りモード爆発状態で、トラブルが絶えず、奥さんが医院でパッチの認知症の薬だけもらって、午後寝るとその背中に貼っていた状態であった。私が白衣を脱いでトレーナー姿で診に行くと、怒りで棒を振りまわされたが、怒られても怒られても行き続けたところ、雪が降った際、駐車場の雪かきをしてもらえるようになり、途中からはテープも「貼てるぞ」と見せてくれるようになったので、飲み薬を勧めてみると飲めるようになった。その後

奥さんが交通事故に遭われ、もう在宅では無理という状況になったが、薬が使えるようになっていたので、無事に施設に入所できたという症例である。

小児の在宅医療の話をする。私は、内科医の在宅をしていた中で、初めは予防接種のみをする形で入っていった。そのうちに発熱した際、すぐに病院に診てもらえないので私が行ったのだが、そのときはインフルエンザですぐに薬を使えた。そうした中で信頼関係が構築されていき、胃瘻交換まで行うようになってきた。今までは滋賀県の湖北から南の方まで片道1時間半かけて、両親で胃瘻交換だけに行かれていたが、今は朝8時半に診療所に来てもらい、胃瘻交換すればすぐに養護学校へ行ったり、デイに行けるのでお母さん1人で来られている。現在は十二指腸までいっている胃瘻交換、気管切開カニューレ交換なども積極的に取り組んでいる。

小児の在宅看取りを経験させていただいた。以前からたんぱく尿があり、急に腎機能が悪化し、既に胃瘻がついている難治性てんかんを持っておられるお子さんで、腹膜透析もできないという形で、ご家族が在宅での看取りを希望された。2019年4月、急遽当センターに依頼があり即行で往診させていただいた。その後、何とか安定して、養護学校にも通っていたが、夏休みの終わる直前に、お母さんの腕の中で亡くなられた症例である。

私自身がこういう往診を通して、人生の先輩の精神力や生きていくことの強さ、自分の人生だけでなく子どもや子孫、残される人に引き継いでいかれる強さと素晴らしさを学ばせていただき、この世の全ての生き物の重さとありがたさを症例ごとにすごく勉強させていただき、日々、ありがたいなと思っている。

現在の取り組みだが、後継の医師を探すのが非常に難しい中、全国に地域医療マインドとノウハウを持った医師を輩出したいという想いで、滋賀県の弓削メディカルクリニックの雨森正記先生と協働し、「開業前研修」をスタートさせた。

そして一人目が来てくれた。麻酔科専門医

## 研修医と往診や訪問看護師と共同で



現在26歳

図 研修医と往診や訪問看護師と共同で

だったが、父親の後を継ぐために研修に来て、3年後北九州に帰り、父親の後を継いだ。2代目は救急専門医で、約2年いて愛媛で父親の後を継いで在宅もしてくれている。3代目は循環器専門医が約1年いて、今年の4月に旦那さんに付き添って沖縄へ行った。現在の4代目は腎臓の専門医で、来年、熊本で現在閉院している奥さんの実家を継いで地域医療に取り組む予定になっている。

また、特定ケア看護師(NDC)の導入をしている。当施設で採用し、1年間の研修を経て、今は小児から成人までの胃瘻交換、気管カニューレ交換等をしており、私が新型コロナウイルス感染症で休んでいた10日間も、予定通り、小児の胃瘻交換、気管管理もできたという状態であった。熱傷・褥瘡の処置等もやり、往診の患者の急変に際して私より先に行って対応してくれている。現在もう一歩進んで、訪問看護ステーションが特定ケア看護師を養成する実習を当センターでと考え、特定看護師を地域でつくるという取り組みをしている。

コロナ禍、どこでも外来患者数が減少したと思われるが、私どもは在宅診療があったおかげで、黒字で推移することができている。令和2年6月には、感染外来用の建物を地域企業から寄贈していただき、感染外来も初期からできた。『お互いに助け合わないと生きていけないところに、人間の最大の弱みがあり、その弱みをお互いに助け合うところに、人間の最大の強みがある。』人生に寄り添う医療人でいたいと思っている。

~~~~~

フロアから、「若年者のターミナルを在宅で看取ってほしいと言われたとき、大切なスキルとか、姿勢があったら教えてほしい」という質問があった。中村先生は、「そこが一番難しく、い

つも葛藤している。周りの看護師やスタッフ、地域の訪問看護ステーションなど、強力なバックアップがあって成り立っている。本人もだが、家族との関係が大事である。最初の若年者を看取ったとき、私が鬱になっていたことに1ヵ月後に気が付いた経験がある」と答えた。

住み慣れた地域で人生の最終章まで

地域包括ケアセンターいぶき 管理者 畑野秀樹

地域包括ケアセンターいぶきは2006年4月に地域包括ケアの実験場として立ち上げ、今年で17年目、公設民営で米原市が建て、公益社団法人地域医療振興協会が運営している。医療・介護の複合施設として、診療所3カ所(出張所2カ所を含む)、介護老人保健施設60床(内ショートステイ30床)、通所リハビリテーション(定員25名)、居宅介護支援事業所を運営している。

診療所は1日70~80人の患者があり、何でも診ることをモットーにしている。年間60名程度の研修医や医学生を受け入れている。

米原市は3万9千人くらいの小さな町だが、面積が広く、ケアセンターいぶきは伊吹山の麓にある。姉川の上流の吉槻診療所(週2回)と山東診療所(週2回)で診療している。

リハビリを重視し、リハビリ職員の力に非常に期待を込めている。現在スタッフは6名おり、医療や介護予防のリハビリとして、訪問リハビリ、老健入所者のリハビリ、通所リハビリなどをやっている。

訪問看護ではみなしの訪問看護を実施しており、看護師は現在4名、24時間対応をしている。他の訪問看護ステーションとの連携も多い。

ケアマネージャーが施設内に4名おり、生活を支えるキーパーソンとして、適宜医師と携帯電話で連絡、連携が取れる体制になっている。

デイケア(通所リハビリ)は定員25名、米原市の住民を対象としており、リハビリに特化して

いる。

老健の理念は「地域支援とリハビリ」。60床を運営しており、入所期間は4ヵ月、現在の在宅復帰率は約6割である。ショートステイをスタッフから30床に増やしたいと提案があり、60床の半分をその枠にしている。これにより孤立感の解消、機能維持の回復、家族の介護負担の軽減につながっている。また施設での看取りをしているが、亡くなる直前に家に帰るケースもある。

中規模多機能施設の老健だが、地域支援、レスパイトとしての利用もあり、しっかり食事をし、入浴して清潔になり、リハビリで少しでも元気になり家に帰ってもらう。認知症ケア専門員もいるので、薬の調整も含め、家族が対応しやすいようにと努めている。

看取りや、次の施設へのつなぎなども、気楽に相談できる施設として役割を担っている。

現在スタッフは、常勤医師は2名、非常勤医師が3名おり、看護師、介護士、相談員、ケアマネージャー、PT、OT、管理栄養士など計79名で運営している。「地域の暮らしを支える」ということで、診療所医師は診療や訪問診療を行っている。

米原市には病院がないというハンディキャップがあるが、急性期は近隣市の病院で、回復期



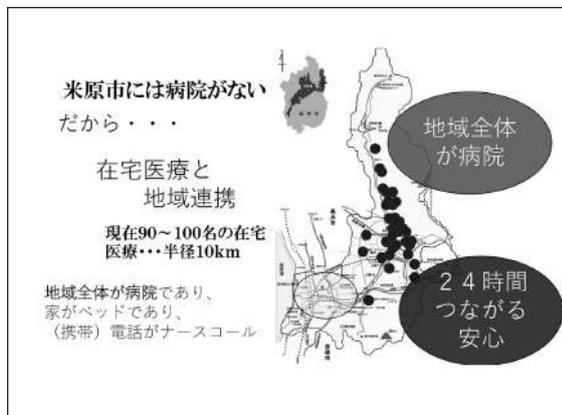


図 地域全体を病院と考える

になると老健やショートステイを利用しながら、家に帰ってもらうという地域循環型を目指している。在宅の場合は、訪問診療や往診、デイケア、訪問リハビリ等の医療・介護サービスを提供している。現在90名ぐらいの在宅医療を行っている。

地域全体を病院と考え、家をベッド、携帯電話がナースコールと考え、医師や看護師が車で走っている(図)。現在の往診等の件数だが、令和4年度は、訪問診療往診は1,500件から1,600件ぐらいである。訪問看護はみなしだが1,600件ぐらい、訪問リハビリは1,000件ほどである。在宅看取りは令和4年度が29人、老健では15人あった。老健での看取りは若干増えているような印象がある。私たちが在宅医療を応援するわけは、生きて、老いて、病んで、死んでいくという一連の流れが、若い世代に生きることの大切さを伝える、命の教育の場となるように思っているからだ。現在在宅死は15%ぐらいだが、なるべく「家で過ごしたい」という思いを支えたいと思っている。これが30年後、60年後の日

本のためになるのではないかと考えてやっている。

在宅医療は1人ではできない。医師や看護師以外にも、ホームヘルプ、デイサービス、デイケアのスタッフ、PT、OTや薬剤師の力を借りている。多職種の連携が大事で、週1回、地域包括支援センターの職員、社会福祉協議会のスタッフ、デイケア、デイサービスのスタッフが集まって情報提供、情報交換をしている。

在宅医療・ケアというのは生きることへの集大成への支援であると思う。「いのちの長さ」ではなく、「いのちの豊かさ」を大切に考える考え方、「生きること」を高齢者が若い世代に伝えていく大切な教育の場にもなる。地域の資源を使って多職種協働でやるのがポイントだ。医療者、介護者が24時間の支援、つながっている安心があれば、病院がなくてもやっていけると考えている。

このような在宅医療を30年やってきたが、自宅で過ごしたい人は自宅で過ごしてほしいと思っている。しかし、在宅ケアを支える家族力は最近、特に弱っているようで、老健や特養で最期を迎える人が増えてきている。また在宅医療を支える医師や看護師が高齢化している現状がある。将来の在宅医療を担う人材の育成が近々の課題だと思う。

後進の育成ということで、令和4年度は研修医13名を335日受け入れており、学生(看護師、薬剤師、留学生含む)は49名延べ233日来ており、何とか私たちの在宅医療に興味を持ってもらえ人を増やしたいと思っている。

「最期まで住み慣れた地域や在宅で暮らし続けたい」という願いを叶えるために、医療や介護に携わる私たちも協力したいと思っている。

地域における救急医療の スペシャリストに聞く

座長：有田市立病院 管理者 加藤正哉
市立奈良病院 管理者 西尾博至

救急の充実で病院総力が上がる

八戸市立市民病院 事業管理者 今 明秀

地域やへき地で働く医師と救急医の違いは重症度と数であり、対象とする疾患、外傷、突然死などは同じである。だから私は自治医科大学卒業後の青森県での経験を、上手に生かしながら、拡大して救急医としてやっている。

現在の八戸市立市民病院に、私は2004年に1人だけの救急医として赴任した。当時八戸市立市民病院の救命救急センターは、厚生労働省の充実段階でいうBランクで、そのときの病院の経営は、単年度で10億円の赤字、日本に約1,000ある自治体病院のなかで960位。600床の病院に医師は87人しかいないという状況だった。そこでまずはERの改革、病院前診療の体制の整備、仲間を増やすための医師集めを開始した。

まずERの充実の方法として、米国に倣って救急初期診療の標準化、救急看護師の教育を行い、1次から3次まで1つの部門で全部診る「全次型ER」を開始。病院内だけでなく外にも出ていき、2005年には市民対象のAED講習会を開催した。また研修医を集めるために、2006年臨床研修センターを立ち上げて、私個人が全ての研修医を教えた。中心静脈穿刺、多発外傷初期治療、分娩後出血と新生児蘇生、ERの初期診療とトリアージ・アンド・アクション、挿管換気困難例に対するDifficult airway management、災害CSCATTT講習会など、実技講習会を月1回程度で開始した。

次の改革は、病院前診療の体制の整備である。消防との連携を強化し、2009年青森県ドクターヘリを八戸で開始、2010年ドクターカー1号、2号の運用を開始した。



医師集めと看護師集めには大変苦勞したが、集めるための条件として、八戸のブランド化を開始した。ブランドの3要素として、ポジショニングは全国、看護師・若手医師・医学生をターゲットとして、「劇的救命」をコンセプトとして広報するという方法をとった。

また、広報するには、ブランドの3つの商品、「唯一」「頂点」「先駆者」が必要であり、この3つの商品を開発した(図1)。広報の方法として、自分たちの取り組みを論文にしたり、医学書を書いたりした。それによってメディアに毎月のように八戸の名前が掲載される。これは最大の広報と言える。

しかし、研修医や後期研修の若い医師を集めることには成功したが、彼らが指導医として定着することがなく地元へ帰ってしまう。そこで、定着してもらえるような魅力的な商品の追加が必要だった。そこで、「移動緊急手術室・ドクターカーV3」の開発に入ったのである。



図1 ブランドの3つの商品



図2 救急部門医師数増加と黒字

このようにさまざまな取り組みをしてきた結果、救急医療については研修医のマッチングでは100万都市以外で、沖縄中部病院、倉敷中央病院に次ぐ3位の人気となり、救急を学びたい研修医が八戸に集まるようになった。また救急科専門医試験合格者は47人。救急指導医施設に昇格した。私が赴任したときはBランクだった救命センターは、最高ランクのSランクになった。

市役所が市民に実施したアンケート調査では、「迅速かつ的確に対応できる救急体制の評価」では市民満足度は70%だった。ブランド化では、Googleで「救命救急ブランド」を検索すると、八戸が9位に検索される。

救急部門の医師数の増加と黒字について図2に示す。2004年に救急医は私一人だったが、現在は20人、研修医も40人に増えた。2009年ぐらいから病院の純利益が黒字に転化し、その後連続ずっと黒字を保っている。また救命救急の医師だけでなく病院全体の医師数を増やすことにも成功した。看護師も、都会で勤務していた看護師のUターンが始まり、それまで、看護師採

地方自治体および地方公的医療機関の分析 (日本救急医学会の調査2016)

| グループ | 救急科専門医数 | 病床数 | 救急車台数 | 医師数 | 病院数 |
|-------|---------|-------|-------|-------|-----|
| 医師数増加 | 3.5 | 401.8 | 3591 | 67.73 | 26 |
| 不変 | 1.8 | 405 | 3409 | 74.52 | 47 |
| 減少 | 1.7 | 312.3 | 2153 | 48.96 | 18 |

図3 医師数増加がみられる病院は救急科専門医数が多い

用数に占めるUターンの看護師の比率は10%台だったものが20%を突破するようになった。

偶然がもたらした結果として、2009年に初黒字になってから連続で黒字を記録しており、2018年には全国1位の収益をあげたことが分かり、自分たちでも驚く結果となった。最高で143億円あった累積赤字は現在0である。

考察

厚労省のデータによると、総人口と総医師数の変化の割合には正の相関がある。一方、救急科は人口増減との相関はない。日本救急医学会

の調査によると医師数が増えている病院は救急医師数が多い病院だと言われている(図3)。つまり救急専門医数が医師数増加に寄与していると考えられるのである。

総医師数が増えている八戸市立市民病院では、救急医と研修医が救急診療を担うことで、

それ以外の医師は救急当直を免除され、専門領域の診療のみに注力できるのである。医師会や二次救急病院、消防から信頼されることで症例数が増え、症例数が増えると専門医も増える。このようなことが今、八戸で起きている。八戸では救急医の増加が病院総力を上げたのである。

救急医療すなわち地域医療 地味にER —à la demande—

福井県立病院救命救急センター 科長・主任医長 前田重信

福井県立病院のERは1983年に寺澤秀一先生1名で日勤平日からスタートし、2004年に新病院になってからER5名体制、365日24時間、日勤準夜深夜をシフト制で対応している。2023年現在ではER15名である。仕事の内容としては、災害医療、DMAT、へき地医療支援のほか、麻酔科の応援、ICUの担当、感染症対策、総合診療外来。そして2021年から病院前診療ということでドクターヘリを導入している。対象人口は40万人、病床は現在759床(精神科含む)である。

ERの患者は現在年間2万人くらいで、救急車25%、walk-inが75%くらいで、トリアージを行って救急医、初期研修医、当直医等が初療を担当し、それから専門診療(小児科、産婦人科、ICU、精神科、当直+全科拘束体制30分以内)+入院、帰宅という体制を取っている。

最近5年間のERの受診者数の推移をみると、患者数は少し減っているが、入院率、救急車率が増えて、より重症化にシフトしている(図1)。救命救急センターを受診した全症例について、連続700日、36,362例を、看護師による応援医

師数調査票(22診療科別)を用いて、後方視的に検討したところ、8,985人、約25%の症例で各専門診療科に診療依頼したという結果だった(図2)。



図3を見るとどの時間帯に診療依頼しているかが分かる。消化器・呼吸器・循環器・整形外科疾患を診療する応援医師の呼び出し率が半数以上を占めた。ER運営にあたり効率よい医療資源の活用のため、今回のデータを生かして人材確保や当直体制・勤務体制の参考になることを期待した。

また、時代の医療ニーズとして緊急被ばく医療・原子力災害医療への対応がある。福井県は実は原子力発電所の数が多く、全国55基のうち廃炉も含め15基が福井県にあって、これは全国平均の93倍になる。2004年8月9日の美浜原子力発電所3号機で事故が発生した際にも、90%熱傷の患者が運ばれてきて治療にあたった。この時に情報伝達や専門用語などの課題を感じ、

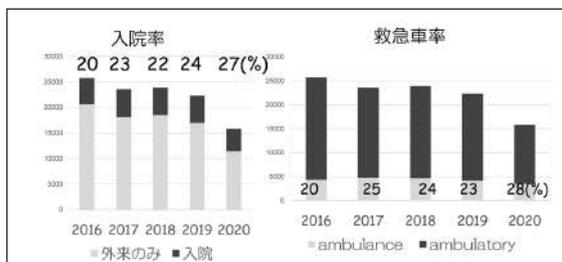


図1 5年間のER受診者数推移(2016～2020年)

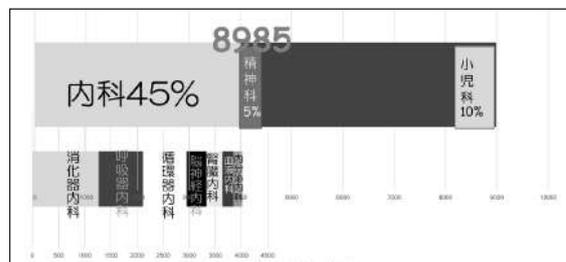


図2 各専門診療科に依頼した症例割合

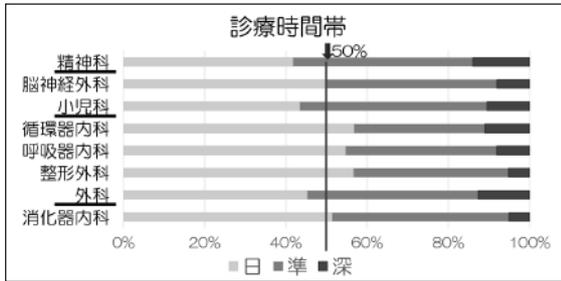


図3 時間帯別診療依頼割合

●**総括統括医師**
●**医師派遣の目的(役割)**
 >汚染・被ばく傷病者の除染・トリアージ、初期診療
 >多数傷病者発生時の統括医師
 ●**日本救急医学会会員で、被ばく医療に精通*していて、リーダーシップのとれる救急医。**
 *被ばく医療講習会の講師、または、上級コース受講者
 >寺澤秀一、定光大海、阪本雄一郎、
 朽方規喜、林寛之、橋口尚幸、山内 健嗣、吉野篤人、
 前田重信、又野秀行、小淵岳恒、平原健司、
 徳永日呂伸、郡山一明、坂本雄一郎、西山隆、
 浅利靖(班長)

15/

図4 Jビレッジメディカルセンターメンバー

多職種のネットワークの重要性を認識した。そして米国テネシー州オークリッジやフランスの軍病院などで研修をしたが、その半年後に、東日本大震災でDMATとして福島の本部に派遣され、放射線被ばくや汚染患者に対応することになったのである。Jビレッジメディカルセンターにも派遣されたが、16名の医師のうち6名が福井からのメンバーだった(図4)。

**教育病院の場としてのER、
臨床研究の場としてのER**

初期研修・専門研修は、図5のような体制である。各種トレーニングコースは、PTLS, ICLS, ACKS, FACE, 緊急被ばく医療、トリアージ、災害医療、福井超音波講習会、気道コースなどがある。論文投稿も積極的に行っている。

ERにおいて2004年ころから、15万例くらいの

- 症例数が豊富 (MAX33000/年)
- 他職種(医師、看護師、救命士研修、学生研修等)
- 多科に及び診療科

初期研修
 1年目：6回/月のER当直、2ヶ月ローテーション
 2年目：4回/月のER当直、選択性
 シフト性の勤務
 毎週ER勉強会
 専門研修
 スタッフER Drと同時にシフト勤務に入る
 毎月2回指導医による勉強会
 希望があれば他科ローテート

図5 教育研究の場としてのER

| | | |
|----|------------|---|
| 1位 | ・虫垂炎 | 4 |
| | ・脳出血(皮質下) | 4 |
| | ・上腸間膜動脈解離 | 4 |
| 2位 | ・慢性硬膜下血腫 | 3 |
| 3位 | ・椎骨動脈解離 | 2 |
| | ・腸閉塞(虚血なし) | 2 |

Service des Urgences - Hôpital Préfectoral de Fukuï, JAPON

図6 夜間の画像診断見逃しの内容

画像レビューを行ってきた。夜間には放射線科の読影がないので、読影がないときにどれくらいを見逃しているのかを調べた。2016年1月1日～2020年12月31日までの60ヵ月間に、66,856例の画像施行したうち、緊急対応が必要だったのは0.04%であった。見逃しの内容を図6に示したが、そもそも疾患の発生頻度が高いために見逃される症例、あるいは疑って、読影すれば指摘できたかもしれないものが含まれていることが分かった。こういうERのハイボリュームならではの勉強会や研究なども実施している。

地域・時代にそのとき求められる医療に対応するということが重要で、持続可能性という意味では、教育、研究、ワークライフバランスが大事だと思う。また、行ったところで一生懸命やっていると、いろいろ課題も見えて面白いことができる。Do My Best!

ディスカッション

西尾 今先生にお聞きするが、多種多様な取り組みをなされている中で、ドクターヘリやドクターカーなど、モノを買うとき、市民病院として資金については八戸市にどのように交渉したのか教えてほしい。

今 ドクターヘリについては非常に苦勞した。ドクターヘリは年間2億円がかかる事業で半額を県が負担しないといけないが、結論として県は「出せない」と。そこでその分、国の負担を増やせるかを考え、結局はドクターヘリの特措法によってずい分と補助金が出るようになり、今、年間約2,000万円の県の資金で、2億円のドクターヘリ事業を実施している。ドクターカーに関してはヘリに比べて安価だし、ドクターカーが派手に格好よく走り回ると目立つので、地元の車の会社から寄付がきて2台目が実現した。

加藤 義務年限明けに、救急をやりたいという先生にとって、都会の救命センターを経験することが必要なのか、先生方がおられるような地方の施設でも充分なのか、後輩の先生方にサジェスチョンしてほしい。

今 私が育った時期は、地方で教育できるところがなかったので、東京の日本医科大学で学んだ。しかし現在は八戸オリジナルの救急医が47名専門医を取得しており、東京の大病院に引けはとらない。そして、彼らが全国に散らばって八戸スピリッツを受け継いで

やっている。だから我々のような地方にいきなり来ても、きちんとした救急医を育てられるし、その看板を背負ってこれからも生きていけると思っている。

前田 我々の施設もERを始めて40年経っており、我々のところで勉強して専門医を取った先生方が全国に散らばっている。なので専門研修プログラムという領域に関しては、問題ないと思う。ただ、今先生が八戸でされているような外傷治療になると、さらに上の段階になると思う。我々が求めている、地域で普通に戦えるER、救急専門医に関しては、地方でも十分にできるし、そういう人たちがすでに全国で活躍している。

加藤 西尾先生は大阪府泉州救命救急センターで学ばれたが、どう思うか。

西尾 泉州時代は、トラウマサージェリーもかなりやっていたが、現在、奈良では二次救急が中心で外傷の患者に接する機会がなくなり、若手の先生方も外傷に関してはハードルが高いと思う。

加藤 外傷症例の経験を積むには症例の数が圧倒的に必要なので、地方では無理だと思うが、救急のあり方は、必ずしも重傷外傷だけではない。総合診療と関連した救急はどこでもニーズがあり、地域、特に協会の各施設においても修練できる大切な要素があるのではないかと感じた。

事例で学ぶおもろいコミュニティケア ～その本質を探る～

座長：兵庫県立はりま姫路総合医療センター総合内科 診療科長 八幡晋輔
兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事 守本陽一

地域がいま必要としているコミュニティケアとはどのようなものだろうか。ここでは、個人に対するケア、地域に対するケアの双方の意味を含み、地域住民の主体形成と地域組織化を基盤としたケアとして考えていく。システムの成立過程を振り返り、今後はどのように発展していくのか、3人の演者から地域に根差したそれぞれのコミュニティケアについて報告していただき、ディスカッションで理解を深めた。

地域ケアシステム幸手モデルにおける理念や背景

東埼玉総合病院代謝内分泌科・地域糖尿病センター センター長／
北葛北部医師会地域ケア拠点菜のはな 室長 中野智紀

一人の生きるのが下手な男性がいる。いわゆる「くそじじい」という言葉が聞こえてきそうな、どこのデイサービスに行ってもちゃぶ台をひっくり返して帰ってきってしまうという男性である。もとは、バブル期に銀座で寿司を握っていた効率性の申し子のような人物で「障害をもったヤツは早く死ねばいい」と思って生きてきた。故郷の幸手に戻り寿司店を開いて数年後、脳梗塞を起こして今後は自分自身が障害をもつことになった。それからは「自分が早く死ねばいい」と思うようになり、毎日どうやって死ぬかと考えながら生活していた。このように生きることの苦しみは個別的で複雑であるが、社会的に認知されたプラスチックワードでしか認識されず、当事者の個別的生きづらさはあまり関心が持たれない。生きることの苦しみは多様な転機を招き、予測不可能で突然やってくる。

冒頭の男性が生きることを選んだのは、彼の言葉を借りれば「毎日まずいミカンを持ってく

るおばちゃんが出て、来てはつまらない話をして帰る」、民生委員が訪問していたのであるが、そこから男性はとりあえず生きることを選んだ。現在、生来の手先の器用さを生かして、割り箸を削って五重塔などの模型をつくっている。最終的に我々につながった。最近の訪問の際、男性が庭に植えた花を見つけた。彼はまだ死んだ方がいいと考えているが、そう考えながらも生きることができるようになったようだ。

ドラえもん本体と四次元ポケットはどちらがのび太を幸せにしているか？四次元ポケットは問題解決の象徴で、いろいろな問題を解決するが、おそらくドラえもんが出す道具自体でのび太が幸せになったことはほとんどないだろう。のび太はドラえもんを通じて、ジャイアンやスネ夫、しずかちゃんなどのコミュニティとつな



幸手・杉戸モデルの『アウトカム』

○生活モデルに基づいた地域ケアシステム

- ・ ケアリングを支援し、セーフティーネットを強化する。
- ・ 「生きることの苦しみを一人で抱え込む」という苦しみを終わりにする。
- ・ すべての人が信頼できる人と安心できる環境で生きていける。
- ・ ケア文化を醸成する。



幸手・杉戸モデルの4つの『戦略』

ケアシステムの包括化



縦割りの構造となっているケアシステムに横串を指すには、単にケアシステムを統合するだけでなく、個人の生活問題に対応できる（個別化）ようにケアシステム側が改変できなければならない。幸手・杉戸モデルでは、地域包括ケア会議、在宅医療介護連携協議会などで、それらを実現している。

アウトリーチ



ケアシステムの統合により、複雑の問題を複雑なエコシステムのまま受け止められる総合相談窓口を作り、伴走支援を目的として生きる力を失っている個人や、問題を抱え込む個人へアウトリーチする。

ケアリングとソーシャルワーク



ケアリングとは生きる力を育む支援であり、エコジカルソーシャルワークは複雑な生活問題のエコシステムを丁寧に解いていくことを示す。これらにより、個人と社会関係の調整を通じてケアリングコミュニティを形成し、それらの中で生きられるように支援する。

ケアリングコミュニティ



人が生きるには信頼できる人がいること、安心できる場所（具体的な場ではなくICFにおける環境因子）がある必要だ。また、そうした方向の活動を行う住民らを、『みんなのカンファ』にて支援していく。支援する人々も支援していく。

図1 コミュニティケア 幸手・杉戸モデル

がり、失敗を繰り返してはドラえもんが共に立ち向かってきている。この話は、我々は問題解決だけでなくケアリングを同時にしていることのメタファーだ。コミュニティケアとは生活モデル的支援が基本であり、生活モデルによる支援成立の根拠（どうしたら支援したことになるのか？）とは、QOL、すなわち生活的価値の実現へ向けた個人の正しいかどうか分からない意思決定のために、当事者と伴走しながら、一緒に悩んだり、考えたり、振り返ったり、向き合ったりと探索の過程を支えること、それ自体にあると考える。

社会は言語化可能な問題の解決を重視してきたが、そもそも言語化されても全てが解決するわけではない。問題を減らしたり、整理して見通しを立てていくこと自体、つまりメイヤロフ的な意味でのケアリングを行うことが本人の生きる力を育てていく。地域コミュニティでは多様な関係性のエコシステムの中でこのようなケアリングが行われている。

人はどのように共感、つまりエンパシーを高めてきたのか。霊長類学では共にごはんを食べる「共食（食の分配）」、共に子育てをする「共同保育（社会による子育て）」、この2つを通じて

エンパシーを育ててきたと考えられている。コロナ禍の中でこういったことが厳しくなっている中で、エンパシーの危機ということが起きている。

生活コミュニティでは「つなぐ」という言葉が使われるが、それはどれくらい有効なのだろうか。組織化して意思決定を早くすることは生産性を上げるために重要だが、組織の中の人間性は失われていく。上意下達ではなくさまざまな支援サービスを導入する（つなぐ）という厚生労働省をはじめとする社会保障モデルでは、いわゆる「鉄の檻」とマックス・ウェーバーが称した状況に陥りがちだ。組織・規制・効率化・専門性・主知主義でコミュニティは鉄の檻に依存してパワーレスになってきている。人類学者 山極寿一の言葉「制度や組織は時に安全をくれるが、安心はくれない。安心は信頼できる人たちの中でしか手に入らない」が示す通りであるといえよう。社会学者 宮台真司は「あれこれあって今がある、といった関係の履歴がかたちづくる入れ替え不可能性～関係の唯一性～だけが脆弱性の不安から人々を自由にし、孤独から人を救うでしょう」と述べている。

コミュニティケアを考えると、自由な社

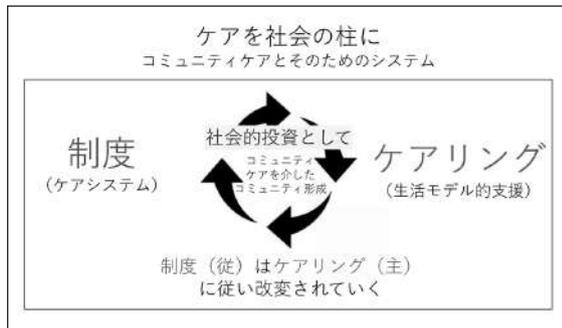


図2 ケアを社会の柱とするコミュニティケアの制度化

会というものを考えてみる。哲学者 井上達夫は国家・市場・共同体をもって「秩序のトゥリアード」と述べている。国家に依存すれば独裁国家となり、共同体に依存すれば田舎社会、市場に依存できるのは強者のみ(弱肉強食)となる。自助・互助・共助・公助は根拠のない恣意的な枠組みに過ぎない。自由な社会はいずれのセクターを活用しながらも依存(専制)させられず生きていくことができるという適切に秩序作られた社会が自由な社会と考えられる。

これまで生活に関わる問題は家族に放り込まれて蓋をされていた。一方で在宅ケアの広がりによってソーシャルワークが家庭の中に入ったようになった。では、ソーシャルワークはどれくらい社会的意義があるのかという、実はよく分かっていない。とはいえ、在宅ケアの広がりによって社会が家庭の中に少しでも入り込むようになり、個人や家族が抱え込んでいた多様な複雑な処遇が明らかになってきている。幸手市の令和2年の介護保険のアンケートでは、要介護状態になると社会から切り離されることが分かった。家族や友人・知人以外の相談相手は誰かという問いに対して「そのような人はいない」という答えが40%以上と一番多く、それに次ぐのが「医師・歯科医師・看護師」が25%である。「そのような人はいない」と答えた人たちを含め、彼らにどのようにしてアプローチしていけばいいのだろうか。

行政の枠組みではなく生活に根差した活動には人が集まる。いわゆる医療以外のコミュニティケア、共感や支え合い、人と人が向き合う

ような動きを我々はどのように支えることができるのか。幸手モデルは、コミュニティケアを支え育むことを目的に、地域のあらゆる場へアウトリーチする(図1)。個人を支援するとともに地域における集団が織りなすエコシステムは個人を支えているので、これと集団を一体的に支援する。全ての個人を支えることはできないかもしれないが、個人を支える集団を支えることで、全体を支援するというものが「幸手モデル」だ。

このような活動を続けていると個人を支える集団が変化してきていることに気づく。支え合いの基礎となっていた伝統的な「お互いさま」という互酬関係は、共感(ケアリング)と公共心(我がこと化)に満ちたコミュニティが受け皿を担っていくように変化していく。必ずしも自治会や地縁ではなく、ICFの環境因子のように複数に自立と分散されたコミュニティが担うようになってきている。

アドボカシーからソーシャルアクションに変化させるにはそのための制度や仕組みも必要だ。ケアを社会の柱として、コミュニティケアを制度化するならば、ケアリングをよりやりやすくするための環境をつくる支援や制度を提供できる仕組みが必要だ。おそらく、それがケアリングを支援する大きな枠組み(制度)として提案される(図2)。

社会は単純に公衆衛生的利益の見込まれるサービスを提供する一方で、個人がおかれている処遇に関心を持ってこなかった。あとは自己責任と個人や家族に放り投げるのではなく、個人がおかれる処遇に関心を持つべきだ。そして、個人が安心できる場で信頼できる人たちの中で暮らし、社会で子育てを行い、生病老死を含む生きることの困難に共に立ち向かうことで、個人や社会だけでなく国家自身も成長していくという新たな視点に立つべきだ。ケアを社会の柱にという考え方は、これらの社会的投資国家という考え方において実現できると幸手モデルの実践から考えている。

人とまちの、多面体を捉える

医療法人社団オレンジほっちのロッヂ 共同代表 藤岡聡子

現在、私は長野県軽井沢町で「診療所と大きな台所があるところ ほっちのロッヂ」を運営している。在宅医療、訪問看護の拠点、共生型通所介護やアトリエ、そして大きな台所が一体化した現場の総称が「ほっちのロッヂ」だ。軽井沢町発地という地名にある森小屋のような場所をイメージして名前をつけた。

私が今日ここにいるのは、遡れば私の父が医師だった、ということが関係している。その父は肺がんを患い、2年間の闘病を経て私が小学6年生の時、他界した。その時父は45歳の若さだった。「人を治す人がなぜ死んでしまうのだろう」と当時の私は悲しみ、傷つき、途方にくれたのだった。

父は徳島県で医師となり、じん肺患者のための診療所を開設したという熱血漢の塊のような人であった。国を相手取った裁判の原告団に入り、闘病中も熱心に活動を行っていた。その姿は、私にとっては非常に強く、まるでヒーローだった。そんな父は症状を伴いみるみる痩せていき、実際その姿をみることにずっと抵抗があったことは確かだ。ただ、父が闘病していた2年間のうち最も苦しかったのは、父を訪ねる人が誰一人として私が思っている英雄像の父を見るのではなく、父を病人として扱っていたということだ。それに気づいた瞬間が最も苦しい時だった。もちろん今となっては、周囲の優しさ、気遣いも痛いほど分かるのだが、私が捉えている父と、周囲が捉えている父がこんなに違うのだということが苦しかった。今振り返ると、人はあらゆる面を持っているはずだ、というある種希望にも似た気持ちが、私自身をすごく突き動かしていると思っている。人の営み、人の暮らしというものを考えると医療や介護はほんの一面でしかない。好きなこと得意なこともその人の一面であると、そう考えている。

私自身は医療や介護の資格は持っていない。

それでも医療活動に長けた人たちと一緒にチームでやっているという面では少々ユニークな存在かもしれない。医師や看護師などの資格を持っていても、それはその人の一面に過ぎない、それが私が常にいう言葉である。得意なことや好きなこと、あるいは苦手なことも含めていろいろな複雑なもので構成されているのだ、というように立ち戻らないと本当の意味で人のためというのは見えてこないと思う。医療は暮らしの一部であり、資格は人の一部であるのだと。

「診療所と大きな台所があるところ ほっちのロッヂ」の事業内容について、働き手(職員)が考えた言葉を紹介したい。診療所では内科・小児科・緩和ケア・在宅医療と書いているが、「自分の好きな暮らしを医療とともに考えるところ」と言う言葉を添えている。また病児保育では、「親も子も、自分の回復力を信じて過ごせる場所のこと」としている。これは私が言ったことではなく、共に活動している働き手が皆で考えた言葉である。

多少外から見えづらい「ほっちのロッヂ」の活動だが、制度上の活動は図に示したとおりである。開業2020年4月から1日たりとも休まず24時間体制で行っている。人の暮らしを守るという意味で当然のことであるし、外来もあらゆる年齢、国籍の方を含め細やかな対応を続けており、非常に高い満足度を得ている。近隣市町村に比べると軽井沢町は医療面では遅れをとっているが、私たちは町内2番目のチーム規模として在宅医療を行っている。医療型短期入所は医療的ケア児の預かり場所の機能として、最重度といわれるような子どもたち4人と共に活動している。

図の右側は本発表時点での非営利・制度外の



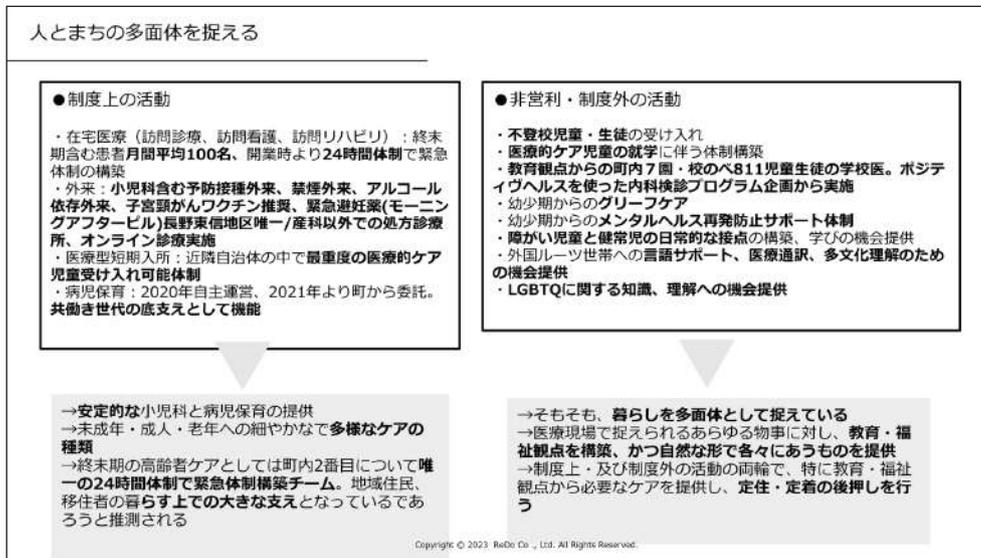


図 ほっちのロッヂの活動

活動を示している。所属や年齢，国籍，性別にももちろんとらわれない。あらゆる方たちの表現の場を目指し続けている。

ここで、本発表に寄せたコメント(抄録に掲載済み)をあげたい。

「ケアが必要な人たちを考えると、その人のある一面しか見えていない、と思う時はありませんか？」

他者との関係性なしに暮らそうと思う方が難しいほど、私たちの暮らしはあらゆる接点によって結ばれ、その様はまるで多面体そのものです。

私が多面体を捉えるようにするとき、頭に浮かぶ3つの問いがあります。

まずは、『目の前のその人の多面体を捉えたいと願ったときには、何が必要か。』

それには、『その人の好きなこと』を表現するきっかけだろうとすることがあります。

病気でであろうが、高齢であろうが、身体がままならない状態であろうが、ささやかな喜びや楽しさを感じとることに何の制限もありません。その『好き』をキャッチしようとする私たちのプロセスもまた、多面体へ近づく線になり

得るでしょう。

次に、『その人が住むまちはどんなまちだろうか。』郊外の住宅、集合住宅地帯、山あい、海沿い、島の中心地と沿岸。気候の変化や土地の地形。そのまち、または集合体と呼べるその存在が大切にしていること、困難を抱えていること、見聞きするうちに段々と輪郭が見えてくることがあります。

1人の人の多面性を捉えようとすると同時に、その人が住まうまち全体を捉えていくように動いてみると、モノゴトの解像度がおのずと上がっていきます。

そして私が最も自分に問うことは、『その人のささやかな心の機微を感じとる時、私たちケアに関わる1人1人はどんな状態か』ということです。

あなたの仕事は、あなたを幸せにしていますか？ あなたの周りにはどんな仲間がいますか？ それは同じ職種、あるいは自分と全く違うタイプの人かもしれません。1人でできること・見えることも限られているという前提に立ち、仲間と共に捉えていきたいと思っています。」

市民の内発性が生まれる図書館型地域共生拠点から 広がるコミュニティケア

兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事 守本陽一

私が活動している兵庫県北部の豊岡市は東京23区と同じ面積に人口8万人、高齢化・人口減・過疎化が進行している地域である。

まず、地域を知らなくてはという思いから、ヘルスプロモーション研究センターの先生方に来ていただき、教えてもらいながら地域診断を行ったのが大学4年生の頃。地域のいろいろな方に参加してもらって課題報告とアイデアを出していただいた。この時、救急要請に課題がありそうとなり、医療教室をやろうという話になり、当時一緒にやっていた学生と一緒に医療教室を開催したところ、来場者は1人だけだった。このころ、僕は「健康のためなら死んでもいい」、つまり「健康の押し売り」をしていたのだと思う。

理性的なことよりも直感的なことが優先されるという行動経済学のナッジという考え方がある。前述の失敗から、コミュニティに人を集めるために「楽しい」「美味しい」「オシャレ」な活動として始めたのが「YATAI CAFE」である。大学5年生の時に家庭医で現在鳥取大学に移られた孫大輔先生と一緒に、地域に出て行って、医療関係者であることは言わずにコーヒーを配るという怪しい組織を立ち上げた。コーヒーを作りながら話をし、健康の話が出てきたら相談に乗ったり、一緒に話をする取り組みを月に1回のペースで行った。白衣を着ると健康を押し付けていることと変わらないので、あえて白衣を着ずにコーヒーを飲みながら世間話をするという点を大切にしていた。続けていたら少しずつ存在が知られてきて、医療関係者が来ているから健康相談したいという人も出てきたりした。また、屋台そのものを面白そうだと寄ってくる人たちもいて、子どもから高齢者まで集まって井戸端会議のような感じになっていった。そこで出会った人たちがつながっていくと

ということもあった。

印象的な出来事があった。疾患により高次機能障害となって学校に通えなくなったという高校生。お母さんがたまたま



YATAI CAFEを見つけて遊びに来てくれて、外出の機会が少しずつ増えていった。YATAI CAFEで音楽イベントを企画している人と出会い、イベントに通うようになり元気を取り戻していった。

私はYATAI CAFEを小規模多機能な公共空間と捉えている。単に健康相談に乗るだけでなく、地域の資源を発見するというだけでもなく、そこに行って誰かにつないでくれることもあったり、この人は実はお医者さんだったみたいな体験がちょっと医療を近づけたり、いろいろな役割をこの場所は担っていると分かってきた。マックス・ウェーバーの「鉄の檻」、官僚制・サービス化された社会への警鐘として、サービス外のことが疎かになる可能性を指摘した。介護保険をはじめサービスとしての範囲が決められていて、サービスとサービスの間がやはり課題になる。サービスの範囲を超えて、行動を起こすことが難しい社会になっているのではないか。小規模多機能な公共空間はサービス外の狭間をうめる可能性があるのではないかと考えている。例として、昔の教会や寺は行けば何とかなるという場所だった。信頼できる場所が地域に複数あることが重要だと屋台をやりながら思い始めた。そこで月1回の場合でなく、店舗まで持つと面白いのではないかとできたのが、図書館型地域共生拠点「だいかい文庫」である。これは豊岡市の大開通り(駅前商店街)にオープンした。地域のみんなでつくるコミュニティ図書館で、一箱本棚オーナーとなる住民が定額で本棚

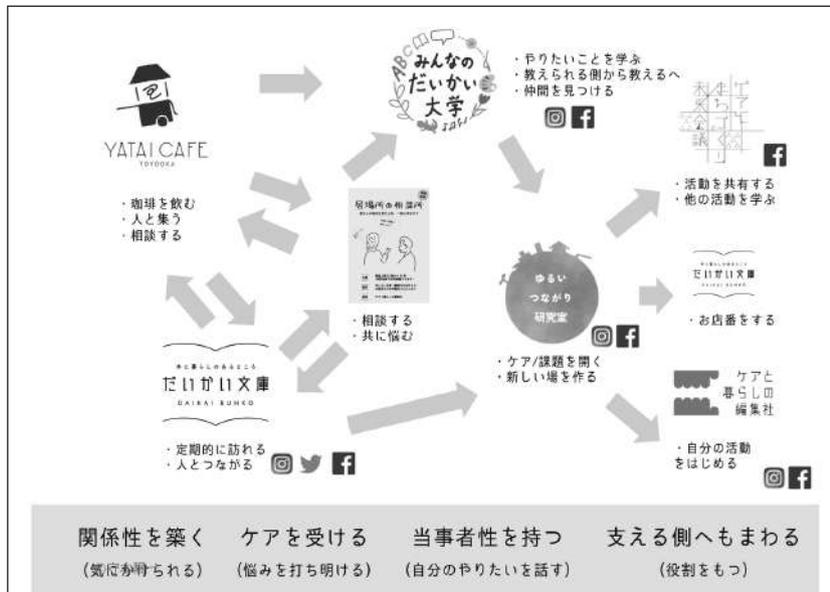


図 ゆるいつながり研究室（コミュニティ共創プラットフォーム）

をレンタルし、本を並べ、利用者はその本を無料で借りることができるシェア型図書館システムである。店番は交代で行い、新刊書籍の販売、カフェ営業も行う。週2回「居場所の相談所」も開設した。図書館の形式をとることで、あえてコミュニティと名付けずに、話をしたくない人でも利用しやすい形とした。オープンして2年半で、一緒に作っているメンバーが85人（一箱本棚のオーナー）、500名以上の図書カード登録者、2,500冊以上の貸し出し、延べ70名の居場所の相談所利用があった。一箱本棚オーナーは月2,400円を支払い、本棚を設置して、店番をする。アンケートでは、お金を払いながらも店番をするという人は「人との出会い」がよかったと答える人が多かった。店番をしながらお茶を提供したり、占いをしたり、自己表現の場になっているとも感じる。

ここには看護師を常勤でおいているが、地域の関係機関ともコミュニケーションをとってもらっている。精神疾患の人が多く、統合失調症やうつ病の方とか、いろいろな人が来る場所になっている。

高校時代に不登校気味で、大学進学後に中退し帰郷した女性。社会的つながりを失っていたが、商店街にあるだいかい文庫で店番をし、多様な人と話すことで自分の可能性が広がり、自

分にあった仕事を見つけ、回復していった。今はだいかい文庫に遊びに来ている。

一箱本棚のオーナーとして利用している女性。母親の物忘れについて心配になり、居場所の相談所を利用。認知症疾患医療センターへの受診を勧め、地域包括支援センターへ相談するように助言。介護保険サービスが使えると安心した。いつもつながっているからこそ、いざというときにすぐに安心して相談できる存在として役に立っている。支援とはサービスに当てはめることだけではなく、一緒に伴走することも大事だ。図書館には2週間に1回本を返却に来る。その時に「最近どうですか？」というようなゆるいつながりとしての伴走型支援を自然に継続できるところが良い。

最近は何か自己表現したい人に対して、1人で表現するのは難しいかもしれないが、みんなで一緒にやってみてはどうかということで、誰でも先生になれますという市民大学「みんなのだいかい大学」を始めた。相談に来られたうつ病の当事者の人が体験談を語ってくれたり、旅行好きで京都に行くのが好きという人が「京都を語る会」をしたりしている。

地域に困難を抱える人のための居場所がまだまだ少ないと思い、「ゆるいつながり研究室」というコミュニティ共創プラットフォームを半年

前から始めている。これは専門職だけでなく、学生や主婦の方などいろいろな方に参加してもらって、認知症や孤食など、テーマを決めて月に1回集って語り合い、新しいコミュニティを生み出している(図)。

社会学者の宮台真司が損得勘定にもとづく自発性と損得勘定にもとづかないうちから湧き上がる内発性を分けて語っている。ケアと暮らし

の編集社の多様な活動に関わる人々は当初は自発性かもしれないが、関わっている内に本人のやりたい、表現したい、この人と一緒にいたいという内発性をもとに活動されている印象だ。内発性をもとにした活動は環境が変わっても継続していくはずだ。内発性を重要視する場が重要である。

ディスカッション

座長 コミュニティケアを実践する上で、最も大事にされていることは何か。

藤岡 20歳の時に五木寛之著『大河の一滴』と出会った。「生きることは苦しみの連続である」という内容に共感したことを覚えている。その当時、生きることが苦しくて、生きている意味があるのかと思うほどだった。そういう前提があるので今は全てのことが喜ばしい。人と出会う時、前提として「まずは生きてくれていてありがとう」と思う。それはもちろん、幼児でも10代の子であっても同様だ。

中野 あまり幸せという言葉を使わない。やっぱりどこかで生きててよかったなど。ケアシステムの側としては、楽しいことは全て市民にやってもらう。お金をもらって仕事をしている側は楽しいことはやらないと、そういう楽しさがある。

守本 誰にお金を与えて、誰にお金を与えないのかみたいなことに気を遣うことを最近は考えている。うまく回っているからいいというわけではなく、おいおい違和感につながったり、いろいろなものに出てくると思うので、困難を抱えながらもやるところはやっぱりお金が払われなくてはと、もやもやしている。

フロア 地域の活動で、最初の一步をどのように踏み出したのか。

守本 失敗した経験もあって、そこから学ぶことはすごく多かった。地域診断から始めたことは、今でも大事なことだと思っている。地域のどこに強みがあるのか、どこにどういう人がいてケア的な役割を果たしているとか。オーソドックスであるが一番大事だ。地域を知る中で、課題や要望が見つかる小さい動きが出てくる。

中野 糖尿病の専門医として最初の気づきは、生涯孤独の人から「先生、いろいろやってくれてありがたいんだけど、自分が健康になっても誰にも喜んでもらえない」と言われて、ぐうの音も出なかったこと。それで臨床家として自分がやっていることを考えた。もう一つ、自分はシステム屋だったので、地域の医療情報の共有を病院に働きかけたところ反感をくらって怪文書を回されたりした。ただ、その時に、私のことを嫌っていると思っていた医師会長が助けてくれ、自分がもう駄目だと思ったときは駄目だと思っただけで、本当は駄目じゃないと知った。

藤岡 私は、最初の一步目は“誰かがすでにしている”と思っている。木を切った人がいて、そこに集落があって、人の暮らしがある。そうして地域はもう始まっていると捉え、すでに一步目を踏み出している方たちと出会う、

ということをずっと考えている。

中村正和(ヘルスプロモーション研究センター)

高齢化が進む中で新しい地域の共生をどう広げていくかという社会実装という立場で聞かせていただいた。中野先生の話の中で社会的投資という考え方も出た。国や行政を巻き込んで、地域医療とうまく絡めて日本全体に

広げていくプロジェクトができれば素晴らしいと思う。今、アクションリサーチが見直されている。これは制度につなげて果たしてうまくいかどうかという点があるので、SDGsの中で民間企業と一緒にモデルを拡大しつつ評価して結果として広がっていくと思う。



特集



おもろいで!! 地域医療!!

座長：国保北山村診療所 所長 内川宗大
和歌山県立医科大学地域医療支援センター 副センター長・講師 蒸野寿紀

内川(座長) 「おもろいで!! 地域医療!!」, このセッション名では表現できないほどパワフルで, 斬新でハートフルな先生方, ナースに講演いただいた. 実際に地域で実践されている取り組みを通して, 持続可能な地域医療への方策を考えたい.

無限に“おもしろい”地域医療の魅力を伝えたい! —紀宝町地域医療研修センターの設立と活動報告—

紀宝町立相野谷診療所 所長 森本真之助

地域医療の魅力を伝えるために紀宝町地域医療研修センターを設立したので, その設立と活動内容を報告する. 私が勤務する紀宝町は, 三重・和歌山・奈良の3県の自治医科大学卒業生が集まる熊野川流域に位置し, 人口は約1万人である. 2011年の紀伊半島大水害被災地であり, その後, 日本で初めて防災タイムラインを導入したことで有名な町である.

昨年, 私たちは町の事業として紀宝町地域医療研修センター(KIho Training Center for community Health Enjoying N: KITCHEN: キッチン)を設立した. キッチンのコンセプトは, メニューが無限の“学びの台所”を作り, 町全体で地域医療を楽しむことである. NはNarrative(物語), Nature(自然), Notice(気づき), New(新しいもの)など, 自分だけの楽しみをN=Nanika(何か)と表現した頭文字である.「地域医療を学べるまち」をスローガンに掲げて, 町内全ての医療機関(当院を含む4つの診療所)と高齢者ケア施設・訪問看護ステーション(11事業所), 社会福祉協議会, 地域包括支援センターが協力機関として事業に取り組んでいる. 三重県地域医

療研修センターや, 三重大学総合診療部ともパートナーシップがあり, 定期的に初期臨床研修医や医学生の家庭医療実習等を受け入れている(2022年度は延べ約60名).

私たちは地域医療研修において, 学習者が何を学び身に付けられるかを, 改めて簡単な言葉で表現し, 共有していくことに価値があると考えている. 共通のキーワードとして, 紀宝町における地域医療研修では「優しい医療」を学ぶことができると伝えている.「優しい医療」では, 患者や家族の価値観=大切にしているモノゴトを尊重する. 誰もが自分の価値観を尊重されたとき, 相手に対して優しさを感じるからである. そして, 私たちは地域医療の現場で多くの人と触れ合い, 多様な価値観やその尊重の仕方を, 実践を通じて学ぶことができる. それは“へき地は医師をステキにする”という三重県地域医療研修センターが掲げる言葉の通り, 医師のプロフェッショナルリズムを育む場として, 地域医



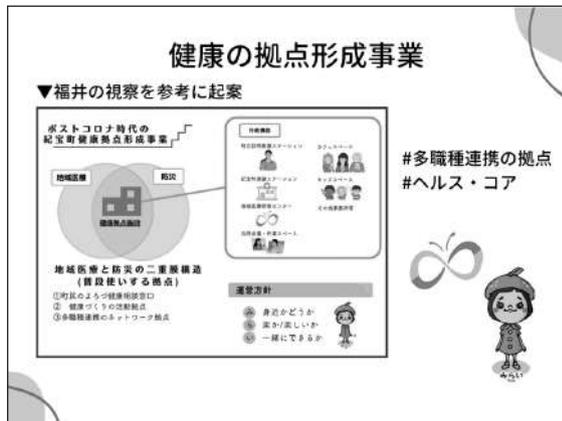


図 健康の拠点形成事業

療が大切な役割を担っていることに通ずると考えている。

目の前の患者の価値観を知るための具体的な方法として、Narrative-Based Medicine(ナラティブ・ベースド・メディスン、物語に基づいた医療)を紹介し、患者との対話から得られた物語を解釈する臨床技術を指導している。現場で見聞きするさまざまな物語に「おもしろい!」という感想が出ることも少なくない。物語には喪失体験の物語から、夫婦の馴れ初め話、若い頃の武勇伝など、バリエーションは豊かである。その一方で、研修のオリエンテーションに際し、学習者から「患者さんの背景が大事ってよく聞きますが、実際に(患者の目の前に座ると)何を話していいのかわからない」と聞くことがある。医学教育の現場では、特に近年はコロナ禍という背景もあり、患者と病気以外の話をする体験自体が稀なのかもしれない。そう考えると、デリケートな物語を患者から聞き出すことは、多くの“口下手”を自負する学習者にとって、チャレンジなテーマとなっている。

これを受け考案したのがBasic Background

Question(ベーシック・バックグラウンド・クエスチョン)、略してBBQアプローチである。BBQアプローチでは、患者の背景を聞き出すコミュニケーションを、馴染みのあるバーベキューに例えて理論化した。話の 카테고리は具材に例えて、大きく分けて4種類(家族、仕事、住まい、日課)とする。また、話す順序や話す程度は、焼き方と焼き加減に例えて、満遍なく記載シートを用いて進めていく。バーベキューでは自分も食べて楽しむように、相手を質問攻めにする事なく、程よく自己開示を織り交ぜながら相互にやりとりをしていく。すると自然と仲が深まり、興味深い物語が出てくるのである。多くの医学生や研修医に指導してきたが、ほとんど全員が患者と病気以外の話題を笑顔で話せるようになり、一部の学習者は私が知らない物語を患者から聞き出してみせたほどである。

キッチンでは、医学生・研修医教育以外にも、地域の医療従事者や住民を対象とした事業を予算の範囲内で提供している。年に1回、地域医療シンポジウムを開催しており、今年は福井県から中村伸一先生(名田庄診療所)をお招きする予定である。シンポジウムの企画では、住民を含む幅広い方々に、地域医療の魅力やそこから得られる学びを伝えることを意識している。その他、研修事業も今後は定期開催していく予定である。

最後に、研修事業を通じて生まれた人のつながりは、地域医療の枠組みを越え、防災や地方移住、コンパッション都市といった紀宝町のまちづくりに大きく影響を与えはじめています。私たちがおもしろいと感じる地域医療に興味がある方は、ぜひ一度、紀宝町までお越しください。

研修医が斬る！ココがへんだよ, 高野山!!

高野町立高野山総合診療所 所長 田中瑛一朗

私は自治医科大学を卒業し、9年間のへき地勤務を和歌山県の高野山総合診療所で終えた。

それから丸3年経つが、診療所に残り続けている。なぜ残っているのかとよく聞かれる。自分

でもよく分からないのだが、もしかするとそこに「おもろい」があるからではないかと思う。

高野山総合診療所では「①地域の方々の生活を支え、住民の方の幸せに貢献できる診療所でありたい、②専門を問わず、幅広く診療、③多くの支えに感謝、④ひとを育てる」の4つの理念を以て診療にあたっている。今回は「ひとを育てる」というところにフォーカスして話をする。

当院は初期研修医の地域医療研修機関である。今年は8名の研修医が来る予定になっている。研修医の1週間の過ごし方だが、月曜日から金曜日のウィークデーの診療、金曜はフィールドワーク(自由時間)になっている。この時間は自身の裁量で、自由に行動してよい。また木曜日の午後は研修医外来として、ローテートしてくる研修医から研修医へと引き継ぎ、同じ患者を診ていくという外来である。当然、指導医が万全のバックアップ体制で臨む。

今の研修医の多くはいわゆるZ世代であり、『付き合いが悪い』とか『何かにつけて楽をしたがる』省エネ気質の印象がある一方、『何か問題を出すと、パパッとスマホで答えを見つけてくる』情報処理能力の高さや、『失敗をしたくない』という完璧主義感があり、怒られながら、あえて失敗もさせられながらもそれを学びに変えていった、私たちの頃とはジェネレーションギャップを感じる。彼らの背景としては、物心ついたときからiPhoneを代表とするようなスマートフォンがあり、デジタルネイティブ世代と言われている。しかも多様性を認めてもらえ、頭ごなしに否定されない時代に社会へ出ている。SNSを使いこなし、それがゆえに承認欲求が強いという印象もある。また自分の承認欲求をかき立てられる情報に、より近づきやすい時代でもある。

実際に若手医師を対象に取られたアンケートでは、コミュニケーションにおける志向は『体育会系のノリは嫌い』が58.3%、『最低限のコミュニケーションだけ取ってほしい』25%とのことであった。また、新しい環境に身を置いたとき、『新しく人間関係を作るのが苦手』が41%と非常

に多い。ここから読み取れるZ世代の教育指導は、昔ながらの体育会系部活のノリではなく、困ったときだけ手助けする(ちゃんと表出しない子も



いるので、困っていないかをしっかりと観察することを忘れてはならない)、そういう気遣いが必要になってくる。

私なりのZ世代のトリセツは、“一緒に仕事をしていく”イメージである。それを地域医療研修に落とし込むとするならば、指導医が地域医療の実践で取り組んでいることを、研修医にチームの一員としてみてもらう。私の場合は高野町の職員なので、もっといい高野町や診療所を考えてもらい、それを発信してもらおうと位置づけている。研修医のローテート初日に、「研修終了時に高野町/診療所のイタラヌ点、改善策をプレゼンテーションする」という課題を与える。発表は、研修成果発表会という形をとって、町長、役場の各課の課長に参加してもらっている。外からの目という客観性、若い人ならではの発想力(新規性)、そして何人かが同じことを言えば再現性という点で以て、提案の価値を行政に感じてもらいやすいと考えている。そして良い提案を明日から形にしていく実行力という点で、この出席者の構成が重要なのだ。

コロナ禍前に来ていた研修医の例である。最初の1週間で、看護師は手を洗うが消毒してないことに気づいた。その研修医は、残りの3週間ずっと観察し、集計表を作成し、WHOのガイドラインも提示し、完璧に根拠を示して、感染予防対策の危うさを説いた。そして携帯ポンプ型の消毒液を推奨してくれたのだ。何度も言うが、これはコロナ禍前の話だ。

もう一例、紹介する。高野山は国際的な観光地ということで、街中では英語表記が当たり前だ。診療所にもたくさんの外国人が体調不良や怪我で来院するが、診療所内には英語表記が全くなかった。この指摘まで、私たちはこれに全然気づけていなかった。これは外から来た人だからこそ気づけたのだと思う。

『診療所や高野町の“イタラヌ点”を改善策とともに提示せよ』



図 研修成果発表会

また小児科志望の先生が『風邪をひいたときだけ小児の診療をしていて、それが総合医ですか?』と辛辣な指摘をした。その後、子育て世代の保護者や、養護教諭の先生を定期的に集めて、困っていることをみんなで話し合う機会を設けることになる。小児科の先生に介入してもらい、マザークラスを本格的に始動できた。他にも命の授業や、健康情報の発信をするようになった。

もう一例、研修医は高野山で過ごす間、食事は外食がメインとなる。高野山内の飲食店は、夜に行くと僧侶ばかりなのだが、お坊さんは精進料理を食べると思っていたのに、まんまるに太ったお坊さん軍団が、酒は浴びるほど飲むし、店が煙まみれになるぐらいタバコを吸う……。『あの人たち、大丈夫なんですか!?!』と言われた。大切だとみんな分かっているけど、なかなか腰を据えて取り組めない予防医学だ!『こういう人たちを何とかしなくては』と、多職種でワー

キンググループを作り、『減量を主要評価項目』とした、結果にコミットさせる企画を作った。まずは診療所職員の該当する人で、パイロットスタディを経て、プログラムを練り、どんな人でも再現性のあることを示した。プログラムは今年から役場職員対象に広げ、来年度からは高野町民全体に対して同じプログラムを行っていると思っている。

研修医のレベルもさまざまである。当たり前のように研修医に診療の先頭に立ってもらうことを、患者にもスタッフにも納得してもらうには、どんなレベルの医師が来ても同じレベルの医療を提供できることが重要で、看護師のレベルアップはそのための一つの要件と考えている。私たちは、看護師向けのレクチャーを、不定期ではあるが行っている。文句も言わず、貪欲に学ぼうとしてくれる当院スタッフには、頭があがらない。

実際に虫垂炎を疑う患者を研修医が診てくれた。診察を終わろうという時に看護師がそれとなく『左側臥位になってください』と腸腰筋サインを促す。研修医はそこで調べて『こんなサインがあるんですね』と聞いてくる。看護師のレベルアップで、学びが学びを産む、相乗効果が期待できるのだ。

研修で伝えたいことは、目の前の病気・患者だけでなく、周囲の環境や地域社会も診るやりがいや面白さである。自分たちも、研修医を通してそれを再確認させてもらっている。地域が診療所スタッフのみんなを素敵にしている。

へき地診療所看護師の奮闘記, 山口県も頑張っちゃうよ ～オンライン茶話会からリアル茶話会, その気づき～

山口市徳地診療所 管理者兼診療所長 中嶋 裕
岩国市立本郷診療所 森川真粧美

中嶋 山口県で行っている「へき地診療所の茶話会」からの気づきを2人で報告する。

森川 私は1999年6月に本郷診療所の開設時から、24年間勤務している。歴代の医師はほとん

どが自治医科大学出身で、住民からの信頼も厚く、24時間頼れる診療所としての役割を果たしてきた。本郷診療所は、山口県と広島県と島根県の県境の山間部にある。人口678名、

高齢化率65.7%という絵に描いたようなへき地である。高齢者が高齢者を支える地域だが、限られた資源を十分に活用し、住民と福祉と医療が連携し、みんなで支え合っている地域である。

中嶋 私は義務年限や本郷診療所の代診を通じて、へき地診療所の看護師は地域の要であると感じた。だが、看護師は看護業務以外で仕事に追われており、また相談できるバックアップ機関がなかった。地域医療振興協会の山口支部の企画として、義務年限内に派遣される離島の3つの診療所間で医師、看護師、事務スタッフが集う「離島診療所サミット」を行った。その後もコロナ禍ではへき地勤務医師が、各地域みんな元気か、どういう感染対策をしているのかなど連絡し、オンラインでつながっていた。また離島の診療所の看護師がメンタル不調で休んだ際、何かできなかったのかという思いもあった。それをきっかけに、私の伝手でリクルートし「オンライン茶話会」を始めることにした。

森川 2021年4月に中嶋先生からオンライン茶話会のお誘いを受けた。へき地の看護師をつなぐオンラインミーティングだと聞き、改めて他の診療所の看護師さんとうまく話せるか、理解してもらえるのかなどと思いが巡ったが、とりあえず茶話会をやってみた。

中嶋 茶話会のイメージとしては、1人1デバイスで参加してブレイクアウトで、少人数でやろうとしたが、蓋を開けてみると各診療所みんな勢ぞろいで、このシステムでやっている。毎週1回(木曜日)、お昼休みに30分で必ず終わるようにしている。

森川 茶話会を始めた当初は、パソコンとスピーカーと50インチのテレビ画面の接続に苦労したが、慣れると簡単にできるようになった。私は意気揚々と参加したが、昼休みを奪われることになる同僚の看護師に本音を聞くと「何となく楽しいし、リラックスして参加できるところが気に入っちゃうよ」と言われ安心した。茶話会をやってみて良かった点は、以前教えを請うた看護師さんや、代診で来て

くれていた医師に20年ぶりに会えたこと。もちろん新しい出会いもあり、診療所の体制や規模



が似ているため、話にもすっと入っていき、検査技師や薬剤師がいない苦労も分かち合え、その上で工夫や取り組みを伝え合える場にもなっている。

中嶋 オンライン茶話会を1年ぐらいうちやり、リアル茶話会を実施した。すると「つながってみるとつながっていなかったことが分かった」と言われた。先にへき地診療所の看護師の孤独、相談相手がないと言ったが、言われている本人たちは多分そういう意識がないのかもしれない。言い方には気をつけていかないと、と思った。

また今回、実際にここでの発表を森川さんに依頼したとき、行政の方から出張予算がついてないと言われた。改めて看護師には研修の機会もなく、予算もついていないことを知った。

へき地診療所の看護師がどういう頑張りをしている、どうやってつながっているのかをぜひ、特に若い人に見てもらいたいと思っている。

森川 茶話会を広めたい看護師としてのお願ひがある。看護師は、医師には遠慮があるので、こういった企画がある場合にはぜひ！医師から看護師を誘って参加してほしい。

そして医師不在のへき地を守る看護師として、理解ある医師とつながるシステムがほしいと思っている。そのへき地と住民を知っている医師とつながり、助言をいただけたら看護師として心強く、医師不在のへき地を守っていける。

最後に茶話会を通じて得られた私の思いを述べさせていただく。山口県の高齢化率は約30%であり、少子高齢化が進む全国の約10年先を行っていると言われている。本州最多の21の有人離島や中山間地域を含む多くは、既

へき地診療所サミット (リアル茶話会)



JADECOM 山口県支部企画として開催
地域看護介護部 次長 三浦 稚郁子 さん
に講師でお越し頂きました。

へき地医療をマルッと考える(研修会) 第1回 山口県へき地診療所サミット

■日 時 / 2022年11月27日(日) 10:00～15:00
■場 所 / 徳地域域複合型拠点施設 第1棟話室
■対象者 / へき地・離島医療にある医療機関に従事する人を中心に、
趣旨に賛同できる興味ある人なら誰でもOK
(看護員、事務スタッフ、メディカルスタッフ、学生、行政担当、医師)



CONCEPT / 会の趣旨

山口県のへき地診療所を中心に据え、
へき地医療について広い視点で「マルッと」考えたい。

VISION / 本研修会の目指すところ

- ◎リアルにあって人を知る
- ◎自分な意見がぶつかることを楽しむ
- ◎自分の意見を磨いてみる
- ◎仲間、同僚のネットワークを育み
- ◎明日のへき地医療に何かを届ける
- ◎一人一人に明日からの目標を持つ

GROUND RULE / グラウンドルール

- ◎自分とは違った意見を聞き
- ◎相手の意見を尊重する
- ◎話し過ぎない(お話ししたいトーンを直す)

SCHEDULE / 研修会スケジュール

- 10:00-10:15 本研修会
山口県立総合診療センターへき地医療本部
山口県看護協会へき地医療部
公益社団法人地域医療推進協会山口県支部 原田 昌範先生
- 10:15-10:45 開会挨拶
進行/本研修会チームリーダー 森川 真枝美さん
- 11:00-12:00 講演
公益社団法人地域医療推進協会 三浦 稚郁子先生
「アサーティブコミュニケーションとエンパワーマネジメント」
- 13:00-14:00 昼食タイム
進行/地域医療推進協会 チームリーダー 中山 法子さん
- 14:15-14:45 フォトリポートタイム(自由参加)
- 14:45-15:00 本研修会



図 へき地診療所サミット (リアル茶話会)

に高齢化率が50%を超えている。若い世代が減ったへき地では診療所に求められている内容も多岐にわたり、医療だけではなく、生活を支える場にもなっている。看護師として求められるまま、どこまで踏み込んでいいのか、どこまで責任が負えるのか、その狭間で悩むことも多くある。へき地診療所の多くは、行政が関わっており、診療所看護師としての職務を超えたサービスを指摘されることもある。しかし、何か起きる前に動かなければ、その人の健康と生活を誰が守るのかという観点から、医師が不在のへき地で自分の判断で動いてきた。そんな孤独な日々、茶話会で同じ悩みを持つ仲間に出会い、共感し合い、心が折れそうなきは勇気をもらうことができた。また、自身が思いつかなかった方法も伝授してもらうことができ、へき地診療所の看護師がつながり、一緒に山口県のへき地を

守っていくという新たな思い、目標、志も持つことができるようになった。場所は違えど、同じ思いの仲間と一緒に、へき地医療を支え、住民の健康と生活を守っていきたいと思っている。

~~~~~

質疑応答ではフロアから「Z世代との付き合い方は大変参考になった。皆とても考えているのだが、表出してこない人たちがいる。田中先生が研修医に対して声かけする際、パワーワードがあったら教えてほしい」という問いに田中先生から「最適なワードは、人によるのではないかな。その人に響くことばを探る努力や、関係性の構築が一番大事だと思っている」との返答があった。

# 今この時代だからこそ 地域医療と公衆衛生

座長：たぎ内科医院 院長 田儀英昭

新型コロナウイルス感染症のパンデミックは地域医療に多大な影響を与えた。このような社会情勢の中で、地域医療に従事しながら精力的に研究活動を行った事例、感染症医療に携わる中で罹患率を減少させる取り組みの重要性に気づき公衆衛生の体系的学びに取り組んだ事例、これまで外科医・臨床疫学者・総合診療医・公衆衛生医として30年の医師生活の中で地域医療の軸を貫いてきた事例の報告を紹介する。

## 地域医療と研究

佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野／整形外科 小林孝巨

ここで伝えたいことは「地域での臨床研究は、自治医大卒業生のキャリア形成に役立つかもしれない」ということだ。私は整形外科を専攻していたが、離島勤務の際は思うように研鑽が積み重ならなかった。社会人大学院に進学することもかなわず、理想と現実のギャップに悩まされた。そこで、現状を整理してみた。離島勤務のメリットは地域医療に貢献できること、および専門研修中の医師よりも時間があることである。デメリットは専門研修ができないことである。そこで、この時間を使って知識では絶対に負けないように座学に集中した。

これまでに出版した論文は約50本。Original articleが17本、Review articleが8本、Case/Commentaryが10本である。ここでは心に残った4本の論文を紹介する。

1本目、Imperial College LondonのCharles Riviere先生の骨盤と脊椎の解剖学・動態学に関するレビュー論文に対するコメントリーであ

る。新たな骨盤の解剖学的基準線を見つけて、これに基づけばもっと手術がうまくいくのではないかという内容だ。すぐにCharles先生から返事が来て

て、小林の言う通りとコメントいただいた。嬉しくて、学生時代のバックパッカーが思い出され、直接連絡を取って会いに行った。Imperial College Londonで、手術の助手に入って教えていただいたり、外来での診察の仕方を指導してもらったりした。翌年はCharles先生が来日して再会し、有意義な時間を過ごした。新たな解剖学的基準線については佐賀大学整形外科のデータを使って検証した。同時にシステムティックレビュー・メタ解析の方法もご教示いただいた。大変光栄なことに、これらを世界の研究者に評価いただき、Scientific Reportsなどのメジャーナル、BMJシリーズ、BMCシリーズなどの国際





図 進展に夜相当応力と破壊状態

英文誌10誌のReviewerとして査読活動も続けている。たまにはリスクをとって冒険することも大事だと感じた。

2本目は島で担当した88歳の男性に関する症例報告である。自治医大のAlan T. Lefor先生と佐賀大学の森本忠嗣准教授に指導していただいた。内視鏡検査で後咽頭が膨隆していることに気づき、単純X線で前方骨棘と診断した。本土でCTを撮ってもらったが、無症状なので経過観察とした。内視鏡の写真が綺麗に撮れたので症例報告にして投稿してみた。何度もリジェクトされたが、諦めずに投稿し続けたところ掲載してもらえ、さらに雑誌の表紙を飾った。諦めずに修正していく姿勢が重要と感じた。

3本目はびまん性特発性骨増殖症(DISH)の有限要素解析である。有限要素解析とはCTから3Dモデルを作成し、条件を設定して骨折シミュレーションする基礎研究である。DISHは、前方骨棘が4つ以上の椎体につながった際に診断される。通常の椎体骨折とは異なり、軽微な伸展外力で3コラム骨折を来すのではないかと文献上で考察されていた。しかし、その力学的メカニズムは明らかになっていなかったため、有限要素解析を用いて骨折メカニズムを明らかにすることができた(図)。そのほかにも軸椎骨折のメカニズムの解明やロモソズマブの治療効果判定を有限要素解析で行った。これらは全て、離島で行ってきた研究である。どんな環境でもでき



写真 離島勤務が終わり島を離れる

ることを見つけて努力することは大事だと思う。

4本目は公衆衛生分野である。ロコモティブシンドローム(以下、ロコモ)は、運動器の障害のために移動機能が低下した状態を示す。地域、へき地、離島でも頻繁に直面する問題である。ロコモの診断ツールとしてロコモ25が有名である。痛み、ADL、不安を25個の質問項目にまとめて、各々4点満点の合計100点満点である。7点以上はロコモ度1で運動機能の低下が始まっている状態で、16点以上は移動機能が低下した状態で、24点以上は社会生活に支障を来している状態で整形外科の手術が選択肢になると考える。しかし、高齢者にとっては質問項目が多く、回答率は50~70%と言われている。そこで、ロコモ5というロコモ25の簡易版スクリーニングツールを用いて、簡易版のカットオフ値を算出した。このほかにもロコモに関するエビデンスを多数出版してきた。福島県立医科大学の大谷晃司先生にご指導いただき、公衆衛生に興味を持つようになった。そこで今年度から佐賀大学の社会学講座の大学院に進学した。臨床では整形外科医として地域に貢献し、社会人大学院で公衆衛生を学び、義務が明けた後は公衆衛生をしっかり勉強していきたい。キャリアは作りにいくのではなく、好きなことに没頭することでキャリアができていくと感じている。

以上より地域での研究は、自治医大卒業生のキャリア形成に役立つのではないかとということが伝われば幸いである。

## 地域医療と公衆衛生

大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課 北島平太

自治医科大学 38期(大阪府)卒業の卒後9年目で、感染症のうち、特に結核および抗酸菌症の診療を専門としている。資格としては感染症専門医を取得している。

大阪府は地理的にへき地がないため、自治医科大学卒業生は社会的へき地として医師不足の診療科である救急・精神・小児・周産期・感染症の中から自分が進む道を選択し、加えて公衆衛生医師が不足しているため、2年間は大阪府庁もしくは大阪府保健所のどちらかで勤務することになっている。私の場合は感染症科を選択し、留学の1年間を合わせた卒後8年目までは地域医療に、卒後9年目からは大阪府庁で公衆衛生に携わっている。

初期研修2年と後期研修の1年を過ごした大阪急性期・総合医療センターは病床数865床、36診療科、初期研修医は1学年20~25名と比較的大規模な病院である。総合診療と感染症診療の双方に重きを置く総合内科で勤務し、総合診療としては不明熱や主訴の多い患者から真の疾患を見つけるといった診断スキル、また、入院管理のスキルを学ぶことができた。感染症診療としては院内コンサルトが主で、発熱の原因精査に毎日奮闘し、およそ1日3~5件のコンサルトをこなして抗菌薬選択に詳しくなることができた。また、症例報告ではあるが初めて査読付き論文を投稿する経験も得た。さらに、後期研修教育として、大リーガー医教育セミナーという、毎月アメリカから医師を招聘し英語で症例のプレゼンテーションを行って、診療のTipsをもらう貴重な機会もあった。診療は楽しく、当時はこのまま臨床医として研鑽を積みたと思っていた。

卒後4年目は大阪医療センターの感染症内科に配属となった。病院の特徴としては西日本最大のAIDS拠点病院であることで、患者数はとても多く、累計4,000人近くのHIV患者を診察し

ていた。加えて、院内にHIVとAIDSの先端医療開発センターが設置されており、研究や啓発活動に積極的に取り組める環境であった。

仕事の内容としてはHIV診療と感染制御とに分けられ、HIV診療に関しては、入院や外来を含めて1年で100例以上経験することができた。感染制御に関しては先ほどの急性期総合医療センターの時代と同様にコンサルトと業務を日々行っていた。さらに知識と経験が増えたことから、院内・院外の感染対策指導を任されることになった。また、大阪市内の匿名無料HIV検査所に手伝いに行くことで、社会での感染制御側にも携わった。

この時期より予防を含めた感染症対策に興味を持つようになった。その中で、公衆衛生学を系統的に学ぶことは自分のため、さらに府民のためになるのではと考え、大阪府庁と義務年限を一時停止して留学できないかと交渉を開始した。実際に留学するまでに約3年かかったが、行かせていただいたことに本当に感謝している。

卒後5年目からは大阪はびきの医療センター感染症内科に勤務した。大阪府は全国と比して結核罹患率が高く、府立病院の中で唯一結核病



### 特集

#### LSHTMの概要

- 1899年設立
- 公衆衛生とグローバルヘルスの分野で世界最高水準の研究、教育
- 100カ国以上で多岐にわたる研究を実施
- 1200人(対面)、3000人(Distance learning)の学生数



図1 LSHTMの概要

| 講義内容                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Term1<br>(9/28-12/11) | 必修科目<br>・ Basic Epidemiology<br>・ Basic Statistics<br>・ Issues in Public Health<br>・ Principles of Social Research                                                                     | 選択科目 (以下から2つ)<br>・ Environment, Health & Sustainable Development<br>・ Foundations for Health Promotion<br>・ Health Policy, Process & Power<br>・ Health Services |
| Term2<br>(1/11-3/26)  | 35科目以上から4科目選択<br>・ Health Promotion Approaches and Methods<br>・ Statistical Methods in Epidemiology<br>・ Epidemiology of Infectious Diseases<br>・ Applied Communicable Disease Control |                                                                                                                                                                 |
| Term3<br>(4/19-5/21)  | 必修科目<br>・ Principles and Practice of Public Health                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                 |

選択しなかった科目もMoodleで配信あり

図2 講義内容

床を持つ大阪はびきの医療センターは、積極的に結核診療を担う役割がある病院であった。年間約400例の結核診療を実施しており、小児、妊婦、多剤耐性結核の経験も多く積むことができた。結核は診断・治療法が確立している疾患にもかかわらず罹患率が低下せず、医療機関だけではなく保健所を含めた各機関の連携が特に必要な感染症の一つである。DOTSカンファレンスを院内で実施することや、保健所に結核専門家として出向き診断・治療の検討会を行うことなど、臨床医としてできることを実施した。

2020年2月からはCOVID-19患者受け入れにも携わった。ダイヤモンド・プリンセス号の乗客が、横浜から10数時間もバスに乗って大阪まで搬送され、真夜中にPPEを着て受け入れたこともあった。当初は疾患の情報が乏しい状況だったので、臨床現場からの情報発信として日本感染症学会に全国で8番目となる症例報告を行った。また、2023年7月現在の評価として酸素投与が必要な患者にステロイドとトシリズマブを併用することで死亡率が低下するとされているが、大阪はびきの医療センターは当初よりトシリズマブの治験を実施していたので、症例を集計した報告を行い、この報告は日本感染症学会の薬物治療の考え方にも引用されている。加えて、当初はPCRよりも簡便なLAMP法の検査で診断を行っていた医療機関・保健所が多かったので、検査間の精度比較の論文も投稿し、現時点までに30近くの論文等に引用されてい

る。また、発症後に酸素が必要となる患者の予測計算式に関する論文も投稿し、小さなことではあるが、医療現場からでもできることを実施した。

そしてコロナ禍ではあったが、大阪府庁、大阪はびきの医療センターの先生方の協力でThe London School of Hygiene & Tropical Medicine (以下、LSHTM)へ公衆衛生を学びに留学した(図1)。LSHTMは植民地におけるイギリス人の健康を守るために1899年に設立され、現在は熱帯医学以外に公衆衛生とグローバルヘルスの分野で世界最高水準の研究・教育機関である。卒業生の勤務先はNHS等の公衆衛生分野や、大学での研究分野等と多岐にわたる。私がLSHTMを選択した主な理由は、感染症の公衆衛生に強いこと、学内に結核センターという大きい研究機関を持つこと、国際保健に進む卒業生数が比較的多いことであった。

授業の質は高く、オンラインレクチャーで事前学習し、授業本体はグループワーク・ディスカッションを行うことで、理解が深まる設計となっていた。3学期制で、1学期が基礎、2学期が1学期からの発展系ないし独立した興味のある分野を複数選択、3学期は総まとめという形になっていた(図2)。私の場合、1学期は公衆衛生学、基礎疫学、統計に加えてヘルスプロモーション、ヘルスサービスを学び、2学期はヘルスプロモーションの発展系、疫学の発展系および感染症疫学および感染制御学を受講した。

通常の授業の他に、私はLSHTMの持つ研究機関の一つである結核センターの学生代表となった。結核センターは全世界約50カ国に200人程度の研究者を有し、結核に関するモデリングから診断、ワクチン、医療コストなど様々な分野の研究を実施している。学生代表としてこれらの研究者や政策決定者とオンラインで交流する機会を得ることや、彼らと在学生とをつなぐ役割を担うことを通して、世界中の結核研究に携わる人々と繋がりを持つ事ができた。

上記、授業等で得たことは多くあったが、特に世界中の優秀でやる気に満ちた同級生達と友人になれたことが自分にとっては一番大きな収穫だったのではと考えている。

最後に、この4月より配属となった大阪府庁での業務に関して少し触れる。自治医科大学を

大阪府卒で卒業した者が行政機関に勤務となる際、臨床での専門分野に関わる部署が配属先となる事が多いが、私の場合は感染症分野ではない第8次医療計画の策定と地域医療構想に携わる部署に配属となった。とても面白くやりがいのある分野ではあるが、感染症分野に携わっていた気持ちも強く、高山佳洋先生(大阪2期、現八尾市保健所長)の指導のもとで大阪府下のデータを用いたCOVID-19関連の研究を実施検討している。

今後は、感染症疫学の修練を積み、地域医療で培った感染制御の知識・技術と患者に近い視点、公衆衛生の場で現在学んでいる広い視点を活用しながら、県境や国境のない感染症分野において、国内外を問わず、医療の谷間に灯をともし一助になりたいと考えている。

## 地域医療と公衆衛生

京都府立医科大学 総合医療・地域医療学 教授 四方 哲

私は、今年の春まで2年間京都府の保健所に勤務していた。政令指定都市の京都市を除くと、北の方から丹後、中丹、南丹、山城の4つの行政区域を京都府が管轄している。私は南の山城広域振興局にて健康福祉部長、山城北保健所長を兼務した。山城北保健所は4市3町、人口43万人をカバーする、京都府内で最も大きな保健所である。新型コロナウイルス感染症で大変になるので保健所に赴任してもらいたい、とのことで、全くの素人が大変な状況のところへ行った。

私が保健所長として赴任した2021年4月は新型コロナウイルス感染症第4波が始まりつつあった時期で、この2年間で4波から8波があった。京都府の新規感染者数は昨年夏の第7波が一番多く、最多では山城北保健所では1日2,466名の発生届が出て、自宅療養者は約9,000名という状況になった。自宅療養者から死亡者を出さないことを保健所の最大のミッションとして対応してきた。

人数では第7波が最多であったが、一番大変

だったのはデルタ株の第5波であった(第6波以降はオミクロン株だった)。多くの保健師等がメンタル的に耐えられず離脱していく状況であった。発生届があるとホワイトボードに名前や所在地を書き出していくのだが、ボード1枚に100名くらい書ける。100名を超えるとボードに書いていられなくなる。患者が病院・ホテル・自宅のどこに



にいるのか、最初は付箋紙を貼って一人ひとりを把握していたが、1日100名を超えると把握ができなくなる。そのような状況だったので、赴任後の最初の半年間は保健所内の体制づくりが必要であった。役所の縦割り社会は長年培われたもので、それを壊すことには抵抗される場面もあったが、コロナという緊急事態に対応するために13の班をつくり、それぞれに良いリーダーを任命した(図1)。それまでの日常業務は省略できるものは省略せざるを得ない状況だった。

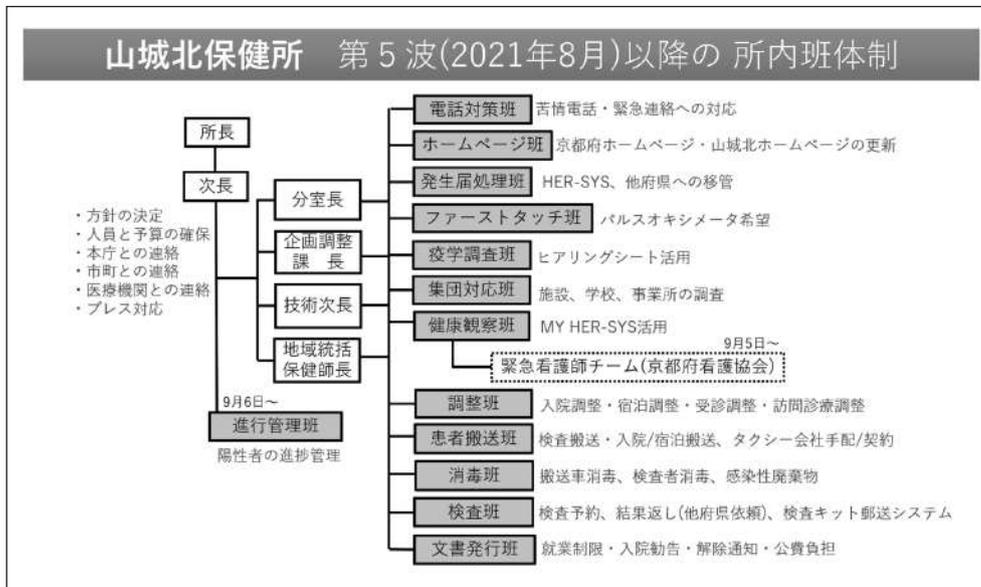


図1 山城北保健所 第5波以降の体制

| 地域医療と公衆衛生                      |         |            |         |
|--------------------------------|---------|------------|---------|
|                                | 政治家     | 行政者        | 医療者     |
| 人が変われば                         | 全て変わらう  | 踏襲される      | 変わらう    |
| 重視すること                         | 議会・住民   | 手続・文書      | 住民・経営   |
| 意識すること                         | 成果・投票   | 首長・議会・マスコミ | 職員の反応   |
| 取り組むこと                         | (信念・公約) | 業務・年間計画    | (必然・偶然) |
| 最重要な課題                         | 当選      | 予算確保と配分    | 人員確保    |
| 現時点でのKey point                 |         |            |         |
| ○各都道府県の第8次医療計画 (2024年度～2029年度) |         |            |         |
| ○地域医療構想調整会議                    |         |            |         |

図2 コロナ禍の保健所長として気づいたこと

毎朝の朝礼は密な状態で職員が集まり、私はマイクを使って職員を鼓舞することが続いた。京都府の公務員は前の知事のときに人員削減が進められ、カツカツの状態を回していたところで、さらにコロナの対応を行わなければいけない状況だった。2年前の8月、9月は毎日期制が変更となり、職員は深夜12時を過ぎても帰れない状況が続いていた。

第5波が非常に大変な状況で、マンパワーが圧倒的に足りなかった。第5波の患者数は1日最大130人だったが、第6波は1日625人となるだろうと予測したので備える必要があった。京都府の人事担当に「1日50人の応援部隊を派遣してほしい」と要望を出した。最低でも毎日夜8時まで、土日も働いてもらえるタフな方に

1ヵ月単位で来てもらいたいと。第6波の予想が当たり1日630人まで発生した。本庁からは30人の応援派遣があった。

日本をはじめ世界全体で大変なことになっていて、専門家の見解がマスコミ報道されていたが、信頼性を疑う見解が出されていることもあった。いくつかそれを裏付ける感染動向もある。

逆に驚いたこともある。医療機関で陽性と診断された人の背景に、ひっそりと家で感染している人が2～3倍いるだろうと予測していた。第6波以降の罹患率を計算してそのように思った。2022年2月に国立感染症研究所がIgG抗N抗体の測定結果を公開した。日本全体で4%、東京都下で6.4%という数値をみて、発生届から推

定される累積罹患率と血中抗体による罹患率にギャップがないことが分かり、日本国民は律儀に受診して発生届が出されていたことを知った。日本は非常にアクセシビリティが高い国であると驚いた。ちなみに同じ時期の米国では70%以上の人が罹患していて、国民性の違いに興味を持った。

## ディスカッション

**座長** 「今この時代だからこそ地域医療と公衆衛生」というテーマであるが、コロナ禍をきっかけに公衆衛生についていや応なしに意識せざるを得ない状況になったと思う。

**フロア1** 四方先生のスライドで、政治家と行政と医療者の違いが分かりやすく書かれていたが、保健所長のスタンスとしては、それぞれの良し悪しを含めて医療人としての行政官の役割があるのではないか。

**四方** 政治と行政、医療機関をコネクトするのが保健所の潜在的な機能の一つだと思う。確かに議員の先生方と事務職、各管内の病院等で良い関係を構築するには、最終的には個人と個人の人間関係、いつでも電話をかけられる関係性を作っていくのが保健所長の役割だと強く実感した。

**フロア2** 北島先生に伺いたい。これから行政において、医療人として行政に立つ心構えについて教えていただきたい。

**北島** この4月から行政に入った新米の身ではありますが、毎日仕事をしていく中で気をつけることは、医療系専門職として求められていることは何かということだ。例えば、社会が経済的に求めることと、医療者として府民の命を守ることに等、優先するものがぶつかってしまうことがあったとしても、自分の意見をしっかり伝え議論し、良い結果となるように頑張りたい。

コロナ禍の保健所長を経験して学んだことはたくさんある。医療機関側から見て、行政(県庁や市役所)の性質は人が変わっても内容は踏襲される。政治家や病院長ではそのようにはならない。行政では手続きと文書が残り申し送られている点が違いとしてあると思う(図2)。

**フロア3** 皆さん自治医大卒業生ですが、自治医大の学生さんに今のフェーズでどのようなメッセージを送るかを伺いたい。自治医大生が保健所実習に来た時に問われ、私自身がどのようなメッセージを送ったらよいか迷っている。

**小林** ロンドンのCharles先生に会いに行ってきたが、そのきっかけは学生時代にタイのチュラロンコン大学に研修に行ったり、バックパッカーで海外を旅したことが役立ったと思っている。好きなことに熱中するのは大事なことだと思う。

**北島** 学生のときは保健所実習等公衆衛生の勉強よりも循環器や消化器の勉強のほうが熱量が勝りがちな学生が散見されると思う。医療をするにあたり公衆衛生は必ず絡んでくるものなので、そういう視点を学生時代から持っているといふと考える。

**四方** 自治医大の卒業生は素晴らしい功績を上げてきたが、次のステップで重要なのは、アカデミックなアクティビティをどう展開していくかということだ。例えば、総合診療の研究分野は臨床疫学、地域医療に関するアカデミックな領域は公衆衛生だと思う。へき地で医療するのが地域医療、それも大変素晴らしいことだが、次の世代の先生方にはアカデミックな視点で取り組み、世界に向けて展開していただきたい。

# 都市部の地域医療

座長：大阪府健康医療部保健医療室 副理事 宮園将哉  
関西医科大学総合医療センター精神神経科 講師 池田俊一郎

宮園(座長) 私は現在大阪府庁で、府内の総合診療医の確保という課題にも取り組んでいる。ここでは医療資源に恵まれているとされる都市部の地域医療の現状を伺いながら、課題解決の方向性をさぐりたい。

## 大学病院総合診療科の立ち位置と都市部の地域医療

大阪医科薬科大学病院総合診療科 科長 鈴木富雄

新専門医制度で19番目の専門医として総合診療医ができた。「総合診療医ドクターG」という番組に、私も8年間で11回、最多出演している。「ドクターG」の功罪だが、良かった点として総合診療医の名前を知っていただけたこと、そして医療の世界で、診断をどうつけていくかというブラックボックスをお茶の間に届けられた。しかし総合診療医は診断をつける人という意味合いが強調され過ぎたきらいがあった。本当はもう少し広い。専門医機構での総合診療医の定義は、「適切な初期対応と継続医療を全人的に提供する。疾病の予防、介護、看取り、地域の保健・福祉活動と幅広い健康問題に携わる、そして領域別の専門医が深い専門性があるのに対し、私たちは扱う問題の広さと多様性に柔軟性を持って対応する」である。

総合診療医はそれぞれのニーズがある。都会の大学病院では初診外来と教育、複雑な病態の紹介患者の診断をつける。地域の中小病院では一般内科外来、病棟、救急と活躍の場が多い。

コロナ禍では感染対策もある。診療所では超高齢社会の中での高齢者への診療が多いが、小児も診るし、整形外科領域、在宅・緩和、そして終末期医療まで関わることができるのが大きな特徴である。大病院も診療所でも以下の点は変わらず、実はやっていることは一緒である。来院した人々のニーズにリソースを最大限に用いて応える。ニーズ主義、これが私たちの大きな特徴である。

ニーズ主義を体現するために、総合診療専門医の研修の中で、幼少時のワクチン注射を含む疾病予防から高齢者や終末期医療、メンタルヘルスからER型の救急、そして臓器別疾患に関しても専門家と連携をとりながら長く、包括的に継続的に診ていくことが必要である。しかし、大学病院では一般的に臓器別に専門科が林立する中で、この包括的な教育が難しいことは周知



のとおりである。

次に地域医療の話をする。高校生に「地域医療って何？」と聞くと、田舎が、へき地だと答えるが、実は田舎やへき地とは直接は関係ない。地域住民の健康維持増進を目的として、医療機関を指導し、その地域の行政機関、住民、企業なども含めて連携する総合的な医療活動であって、疾病の治療・予防、退院後の療養・介護、育児支援など幅広く、そこには田舎も都会もない。そこに住む人々があれば、そこが地域医療の現場である。

地域包括ケアシステムの概念であるが、コミュニティが必要だ。ここにへき地と都会で違った問題がある。へき地は農村や漁村などの生活共同体的な基盤があった地域が多く、コミュニティがすでにできあがっていたが、近年は人口が減り、面が線となり、点となりアクセスビリティの問題が大きくなっている。都会は逆に個人個人がバラバラであり、その中でも地域格差もあり、どうやってそのコミュニティを作っていけばいいか、これも大きな問題である。

超高齢社会での都市部の地域医療の課題だが、65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移は、年々単独世帯、夫婦のみの世帯が多くなってきている。65歳以上の単独世帯の性別年齢構成は、女性が多く、75歳以上では一人暮らしの女性が多いが、困ったときに頼れる人がいない割合は一人暮らしの男性が多く2割いる。都市別規模に見た65歳以上の人口指数だが、へき地は人口全体が減少しているのでそんなに増えず、むしろ今後は都会の高齢者が爆発的に増えることになる。

以前私が在宅診療をしていた京都北部のへき地である加佐診療所では、100歳の一人暮らしのおばあちゃんを、地域の人たちが声をかけて、見守っている。へき地では地域の関係性が非常に深い中でのコミュニティが出来上がっている。こういう中では、地域包括ケアが非常にやりやすいが、都会の大型マンションなどでは隣の住人の名前も知らない。そのような場所でコミュニティを作るといのは至難のわざである。地域包括ケアシステムの鍵は全体のコミュ

ニティがいかに作られるかである。

大阪の総合診療医育成について目を向ける。青木拓也先生が2023年に行った前向きコホート研究では、かかりつけ医機能が高いほど、入院リスクが低くなり、医療費もかからなくなるという。

コロナの第8波のとき、私のいる大学、いわゆる3次救急の高度専門医療機関にも、かかりつけがない高齢者が発熱で次々に救急車で運ばれてきた。またかかりつけがあってもそこでは診てもらえないケースも多かった。大学病院が高度専門機能病院ではなく、高齢者の誤嚥性肺炎、コロナ患者などであふれ、町全体、地域が動かない状況になってしまった。かかりつけ医が機能できているかが大きな問題である。

大阪府医師会員に対する2014年の調査によると、かかりつけ医の充実のための重要事項としては研修体制の充実、医師の教育が大切だが、かかりつけ医の研修・認定制度に関しては、現在の生涯研修システム制度でよいと言っている方が多かった。その背景には新たに始まる総合診療研修に対し疑念があったとも考えられる。総合診療機能のイメージは、外来のゲートキーパーや振り分け機能があるが、医師会員としてもかかりつけ医機能というのを意識していた。総合診療専門医の新設に対して「支持する」と考えた会員は非常に少なく、「支持しない」が41%であった。総合診療医を作ること自体で地域医療体制に支障を来す、かかりつけ医制度が整っている大阪にあっては、この総合診療専門医はなじまないという疑念が非常に初期は強かった。

総合診療専門医になるための専攻医の登録数の推移だが、全国的には徐々に増えて2023年に285人であり、非常に喜ばしいことだ。しかし、大都市大阪において登録数は年に一桁で推移している。

大阪の総合診療専門医育成の課題だが、大阪府医師会の当初の疑念に加えて、総合診療医育成に取り組んできた一般病院がとて少ないという事実がある。また卒前教育から総合診療に関する教育を一貫して提供する大学も少ない。

さらに大阪の大学の地域枠卒業生に総合診療医を目指す選択がなかった。結果として、ジェネラリスト育成の実績ある専門研修プログラムが極めて少なく、地域包括ケアを行える若い医師の育成が思うようにはできていない。

対策としては、まず行政のてこ入れだが、大阪府の総合診療科医師確保懇話会で各大学の総合診療の責任者や、一般病院の先生方を巻き込んで地域医療を担う若手の育成の方法について討議し始めている(図)。

今回、地域枠の卒業生に対して総合診療コースをつくった。そして、総合診療専門医の研修後、家庭医療専門医・病院総合診療専門医・他のサブスペ専門医の2階建てのキャリアパスをここに絡めていく、そういう活動を大阪全体で今検討し始めている。

大阪府の各大学の総合診療部門の連携強化と情報発信および専攻医のリクルートの整備、そして以前大阪府の大学総合診療部門が持ち回りで担当していた勉強会である「ええやんなにわの総合診療」を復活させた。これは学生、あるいは研修医を対象にして、総合診療の面白さを伝えるセミナーである、決して診断をつけるだけが総合診療の仕事ではなく、地域のコミュニティの中にどんどん出て行き、さまざまな診療

### 対策としての新たな動き

- **行政からのてこ入れ**  
(大阪府総合診療科医師確保懇話会)
- **地域枠医師のキャリア形成プログラム**  
(総合診療(総合診療コース)の検討)
- **大阪府の各大学総合診療部門の連携強化と情報発信およびリクルート戦略の実践**  
(ええやんなにわの総合診療の復活)
- **卒前教育からの暴露を増やす**  
(ドクター体験プロジェクト)

図 総合診療専門医の育成

活動があることを紹介している。

卒前教育からの暴露を増やすことも極めて大切で、「ドクター体験プロジェクト」は日本プライマリ・ケア連合学会の近畿ブロックの活動の一環ではあるが、大学の1～4年生を対象に、総合診療の現場の在宅であるとか診療所などを見学してもらっている。

大都市では病院や診療所は多いが、地域でのコミュニティがつくりやすく、医療機関のカバーが点であって、線にならず、線が面になっていかないきらいがある。その辺に対し、大学の総合診療科として、人材育成の面から尽力していきたいと思っている。

## 医師会の連携活動から見えてくる都市部の地域医療

どいクリニック(西京医師会・京都市)院長 土井たかし

京都市の西南部で開業し、医師会の地域連携の理事を16年務める中から見えてきた都市部の地域医療の課題についてお話する。

地域医療という言葉自体がかなり曖昧なものが含まれている。都市部では、病院を出て開業し、地域で医療を提供したら地域医療だと考えている方も少なくない。そして都市部の医療ニーズにはアクセスの容易性、高度医療・緊急医療への対応、専門性と個別性があるが、その

専門性の価値と限界を考えてみた。

都市部では専門性を生かした開業が多い。近隣にも乳腺専門、甲状腺専門、膝関節専門、下肢静脈瘤専門クリニックなどがある。患者にとってはメリットも大きい一方で、専門科以外の診療やかかりつけ医機能、周りの医療機関との連携



には限界があるように感じている。かかりつけ医に担当を希望されることの多い訪問診療についても同様で、訪問診療を行わない理由を医師会でアンケートをとって見たところ「経済的に困ってないから」「訪問診療専門クリニックがあるから」という回答があった。訪問診療が経済的メリットのある診療で専門性の高い医療だと考えられている方が少なくないように感じている。地区医師会単位で考える都市部の地域医療は「チーム」の機能を有しているとは言いがたく「グループ」に留まっているのが現状だと考えている。

地域におけるかかりつけ医の機能の中に、検診、学校保健、産業保健、地域保健などの社会的な役割や保健・介護・福祉関係者との連携がある。また、日医生涯教育制度のカリキュラムコード1番「医師のプロフェッショナリズム」にもあるように、医学的な知識があっても社会ニーズに応じていないと、それはエキスパートでしかなくプロではない。技術のみではテクニシャンでしかない。社会的視点や活動があっても真のプロフェッショナルといえるということだ。医学が高度化・深化し専門性が重視されていく中でこのプロフェッショナリズムが希薄化しているのかもしれない。

また、プロフェッショナリズムの中には患者中心医療がある(図)。医学教育のコアカリキュラムにも出てくるが、卒後教育の中でコミュニ

プロフェッショナリズム：患者中心医療

- ・人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師として道を究めていく  
(医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年版)
- ・来談者中心療法(カール・ロジャース)  
共感的に理解していくことで、相談者自身の気付きや成長を促し、問題解決を目指していくカウンセリングの方法



図 プロフェッショナリズム：患者中心医療

ケーションとして、共感的に理解する面談やカウンセリング技法を学ぶ機会は少ない。臨床研修におけるプロフェッショナリズムでは「リーダー的な態度」「自ら高める」「人間性の尊重」そして「社会的使命」が出てくる。

私は「Pedagogy of discomfort」という言葉が気になっている。宮田靖志氏が「医学教育2020」に書いていて「難しい臨床場面でこそ医師としての成長があるので、その難しい場面から目をそらさず、悩みながら課題に取り組んでほしい」とある。これは都市部では他者に「お願いします」が通用するため、学びの機会が失われているとも言える。

都市部の医療の谷間は、専門性の狭間や医療者の社会への関与の少なさ、連携の希薄さにより生まれているとも言え、医療者各人の「医師のプロフェッショナリズム」の醸成が解決の糸口になる可能性があると考えている。

## KISA2隊の活動を通して見えてきた地域の課題とnext action

葛西医院 院長/KISA2隊大阪 隊長 小林正宜

私は大阪市生野区で5年前から父親の後を継いで開業し、専門は総合診療・家庭医療である。生野区は大阪市の下町で、高齢化率も高い。外来を中心に訪問診療も行い、大学病院ではプロフェッショナリズムを含めた医学教育を年間10コマほど担当している。こうした取り組みの中、コロナ禍となり、大きく状況が変化した。

KISA2隊の取り組みをお話しさせていただく。新型コロナウイルス感染症の第1波、2波のときに大混乱が起きた。第3波の後に京都でKISA2隊(Kyoto Intensive area care unit for SARS cov2





図1 KISA2 隊大阪の実績

対策部隊)という新型コロナ患者のをするチームが立ち上がり、それを受けて第5波の途中で大阪も立ち上がった。KISA2隊は「鬼滅の刃」からインスピレーションを受けた命名である。

当時、私も診療所で診療にあたりながら、自宅療養の患者の対応や、かかりつけ以外の自宅療養患者の往診について、自分が感染したらという不安があり、踏み出せなかった。そこでチームでやっていくのはどうかと、KISA2隊京都の守上佳樹先生や宮本雄気先生に指導を受け、2021年9月に6診療所でやり始めた。多職種との連帯・連携、既存の組織、医師会や保健所、行政等との協働を重要視してきた。その中で命を守ることは当たり前だが、心もしっかり守ってやってきた。既存の医療システムを補完するということがだが、私たちはワンポイントだけの診療ではなく、患者が療養を終えるまでしっかり診ていくということが重要だと考え、24時間体制でフォローアップし、困ったときは電話連絡がつく体制で、患者に安心感をもってもらうことを理念にやってきた。

すると各方面からの共感をいただき、多くの診療所とチームを作ることができた。現在では大きく3つのエリア、5つの市で30の診療所が仲間になり、合計1,500人以上の往診をしたり、施設クラスターの介入も300件以上行った。自分一人では一步を踏み出せなかったが、チーム

でやることで、地域医療に取り組み、実績が出せた(図1)。

通常の診療に加えてコロナ診療を行うのは、実に大変だ。前向きになるプロジェクトをやるということ、例えば、当初は結構食料もないという高齢の方がいたので、「ほほえみバック」というものをつくり、食料やドリンクを入れて届けた。最初は自分たちのポケットマネーでやっていたが続かなかったところ、さだまささんが中身を約1,000食ほど提供して応援してください。こういったこともモチベーションにつながった。

医療チームなので、COVID-19関連の無料のセミナーを開催し、全国に情報提供をした。また我々の活動を論文化することも自分たちの使命だろうということで、英国のFamily Practiceに投稿し掲載となった。今現在も、いろいろな取り組み中で、子どもたちに命の大切さを伝える「命の授業」や、寺子屋を月1回行って子どもたちの教育、医療的な面でのサポートもやっている。

このコロナ禍を通して地域で次に何をしていけばいいのかと考え、生野区では困った時に相談できるよう、多職種間の互助を目的とするプラットフォームを作った。医師をはじめとした医療、介護職が困ったときに公的な機関を介さずに、我々の力だけで解決することが結果とし

## アフターコロナにおける地域医療の未来へのバトン

～地域を守りたいという想いを持つ全国の有志が立ち上がる～

コロナにより人、絆、社会などありとあらゆるつながりを分断・・・

逆にコロナをきっかけとし、仲間と

- 強固につながり前に突き進んだ
- 組織間連携
  - 医療介護連携
  - 多職種連携
  - 診療連携
  - 世代間連携



ありとあらゆる角度から多機関・多職種・多地域・多世代での超連携によって今まで立ちはだかっていた大きな壁を超える。未来の安心した地域医療社会のためコロナ禍を逆手にとって、今までより強固な連携で地域の力を高めるきっかけに

図2 アフターコロナにおける地域医療の未来へのバトン

て多数できた。これは実はコロナ禍においてではなく、通常の地域医療の困りごとについても応用できるのではないかとすることで、今後は発展形として、地域医療介護の問題を共有するプラットフォームにしようと考えている。

また、病院との連携も非常に大事だと思っている。病院とプライマリ・ケアネットワークが連携できないかということで、救急車で搬送された超高齢者の方、がんの末期の方が家に帰りたいと希望したとき、超急性期の状態で病院から帰せないという患者がいる。そうしたとき、KISA2隊がこのふれあい系ネットワークを生かしてその時期だけかかりつけ医機能を移行し、我々がその日のうちに救急科から逆搬送という形で患者を受け入れ、急性期の状態を乗り越えたらまたかかりつけの医師にお戻しするという

ようなことをやり始めた。

いろいろなことをお伝えしたが、私自身は何も変わっていない。本当に小さな診療所の特に何の取柄もない医師だが、仲間とともにやることで、大きな力が生まれると思っている。

既存の組織との連携も非常に大事だし、組織間を超えたことも大事だと思う。多機関、多職種、多地域、多世代の「超連携」によって、新たな医療リソースになり得る。コロナ禍を通じて大変な打撃を受けた医療業界、介護業界だが、これを逆手にとって、チームで作ったものを地域の力を高めるために生かしていきたい。そしてさらに、大阪や京都だけではなく、全国にそういうチーム作りを広げていきたいと考えている(図2)。

## 総合診療と精神医療の協働

### ～総合診療医の活躍する場としての精神科医療機関～

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター 院長 岩田和彦

精神科専門病院で長く勤めてきた精神科医の私からは、総合診療医の活躍する場の一つが精神科病院だというお話をします。

私が勤務する大阪精神医療センターは大阪府で唯一の公的精神科専門医療機関だ。1926年に開設し、現在医師39名、看護師282名で、医師

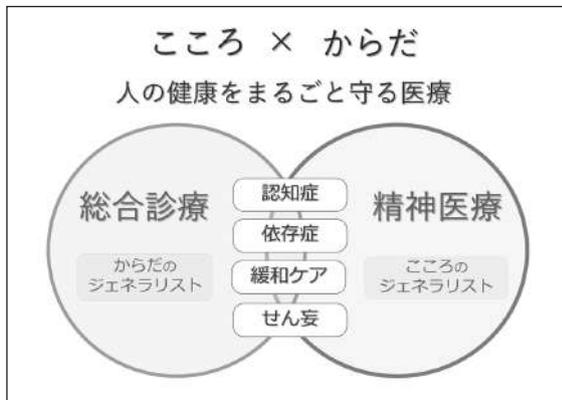


図 人の健康をまるごと守る医療

は全員精神科医である。あらゆる精神疾患の急性期から社会復帰まで、子どもから高齢者まで診ている。2020年の4月からは、COVID-19合併の精神科患者の診療も行い、500名ほどの患者を受け入れてきた。内科医が全くいない病院で、精神科の医師と看護師のみで対応してきた。

そんな病院に勤務しながら私が強く思うのは、これからの精神医療には総合診療のノウハウが必須で、精神科病院には総合診療科があるべきだということである。

その理由の一つは、精神科の患者にみられる早期死亡が加速しているという事実である。デンマークの疫学研究では、統合失調症の患者が亡くなる平均死亡年齢と、一般人口の平均死亡年齢のギャップがどんどん広がっていることが報告された。その原因は自殺ではなく、主に心血管障害やがんである。その後、多数の国や日本でも同じことが起こっていることが分かってきた。この問題は放ってはおけない。精神科病院の入院患者もどんどん高齢化している。私が医師になった頃は、65歳以上が30～40%ぐらいであったが、今では完全に逆転している。その結果、精神疾患はあるが、それだけではなくさまざまな身体合併症を複数もっているという患者さんが、非常に多くなってきた。統合失調症をもつ人の心血管障害危険因子の推定有病率が一般の方の2～3倍あるということも明らかになっている。

さらに精神科の私たちも身体管理のスキルが必要だと分かったのが、この3年間のコロナ禍だ。当院にコロナ合併の患者さんを外部から受

け入れるだけでなく、院内でもいくつもクラスターが発生したが、何とか対応してきた。精神疾患がある方は、自分の身を感染から守るということが難しい。実際全国の精神科病院で、相当な数のクラスターがこの3年間で起こり、転院ができずかなりの方が亡くなっている。



これらの現状から分かるように、精神疾患をもつ人の身体的な健康への介入というのは、非常に重要だということで、これは全世界的に直面している問題である。

この20～30年で精神医学も進歩してきたが、実は足元の非常に重要な、何か根本的な問題を見逃してきているのではないかと私自身は感じている。

精神科の中でもこの問題を非常に重く受け止めて、何人かの医師が声を上げ始めている。世界精神医学会の元会長のN.Sartorius先生は2021年のAnnals of General Psychiatry誌に、コメントを発表し「精神疾患をもつ人の早期死亡が加速している事態は“パブリックヘルス スキャンダル”だ」と表現している。そして、その要因を4つ指摘している。患者自身、精神科医、精神科医以外の医師、それからヘルスケアシステムである。具体的には「患者は、自分の健康には無関心で、健康診断を受けることが少なく、生活習慣と食生活が乱れている。精神科医は患者の身体面にはあまり介入しない、プライマリ・ケア医とはあまりコミュニケーションを取らない、精神科以外の医師は精神科患者に拒否的だったり、訴えを過小評価する傾向がある、そして、そもそも精神科は他の医療部門から切り離されていることも多い」等々である。これらは日本の現状と全く同じだと思う。

総合診療の側ではどうか調べてみた。British Journal of General Practice誌の2016年度のエディトリアルに「総合診療医と精神科医が常に誹謗中傷を受けている」という記事があった。専門診療の方が総合診療より上だと考えるヒエラルキーをもうやめるべきである、とあったが、

これも日本と同じだと思った。

特定の臓器に着目するのではなく、患者を多角的にみて、家族・生活背景、地域全体をもみるのがジェネラリストだが、精神科医も全く同じだと思っている。例えば統合失調症を診るのに、脳内の機能異常だけ考えて治療するのではなく、患者の家族や住んでいる地域の社会資源がどうか常に考えている。総合診療科と精神科の診療哲学は、ほぼ同じだと思う。

からだのジェネラリストの総合診療医と、こころのジェネラリストの精神科医が協働することで、「こころとからだ～人の健康をまるごと守る医療」を実現できると思う。ぜひ総合診療科の先生方のお力を借りたいと思っている。

~~~~~

質疑応答ではフロアから「京都のKISA2隊は元々救急医療と行政のやり取りの中で出来上がったモデルで、プライマリ・ケアから立ち上がったのは大阪が初めてということだが、ここに至ったポイントはなにか」との質問があり、小林先生から「私がプライマリ・ケアをやって

いたからだと思う。踏み出せなかった私が同じ悩みを持つ同志とプライマリ・ケアの視点でどういうことができるか考え立ち上げた。まず大阪府医師会にこういうことをやりたいと相談にいき、理解いただけたことが大きかった」との返答があった。

最後にまとめの中で宮園先生は「コロナ禍で精神科の患者の受け入れに際して、最初に体制を整えたのは大阪精神医療センターであり、その中で大活躍していたのは実は自治医大の卒業生たちだった。また、これまで大阪府の自治医大卒業生の卒後は救急と行政しかないと言われて続けてきた一方で、総合診療や総合医など自治医大卒業生と同じ志を持つ仲間はほとんどいないと思っていた。しかし今回のコロナ禍の中で、自宅療養患者に対する訪問診療を引き受けていただき熱心に活動される小林先生らのお話を聞いて、大阪にも自分たちと同じ志を持つ仲間が実は大勢いたことを知った。これからもぜひ全国の仲間みなさんとつながりながら、大阪の地域医療や総合診療の分野の発展に向けて取り組みを進めていきたい」と語った。

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

地域医療をになう病院における マネジメント・システムについての調査

Research of Management Accounting System implemented by Community Hospitals in Japan

梅屋 崇¹⁾ 荒井 耕²⁾

Takashi UMEYA, M.D., Ph.D.¹⁾ Ko ARAI, Ph.D.²⁾

【目的】 地域医療をになう病院が導入しているマネジメント・システム (MS) について調査した。**【方法】** 2022年9月に25病院の病院経営層を対象としてアンケート調査を行い、病院所在、施設規模、経営形態により分類し、導入しているMSを分析した。**【結果】** 19病院 (76%) より回答を得た。所在は、都市部6施設 (31.6%)、地域13施設 (68.4%) であった。施設規模は、病床数200床未満が10施設 (52.6%)、200床以上が9施設 (47.4%) であった。200床未満の施設は平均2.8、200床以上は平均3.11のMSを導入していた。事業計画が17施設 (89.5%) で最も導入されており、原価企画や部門別原価計算を用いている施設は少なかった。**【結論】** 今回調査した地域医療をになう病院においては、設備投資計画や部門別原価計算の取り組み割合が低く、費用管理にさらに取り組む余地がある。

KEY WORD 事業計画, Balanced Scorecard, 指定管理者制度, 公立病院

I. はじめに

地域医療をになう公立病院の経営が困難となっていると指摘されて久しい。総務省が示す公立病院経営強化ガイドラインによると、公立病院の修正医業収支率¹⁾は病床が少なくなるほど低く、中小病院は医業単体による収支均衡が困難であることが分かる¹⁾。一方で、地域における公立病院の多くは200床以下の中小病院であり、医師数や職員数などの人的資源も自治体の財源も潤沢ではないことが多い。公立病院が機能を維持し、地域医療を確保する病院経営は大きな挑戦といえる。このような背景から、民間病院だけでなく公立病院においてもBalanced Scorecard (以下、BSC) やアメーバ経営などのマネジメント・システム (以下、MS) を活用して経営課題に取り組んでいる。2018年に日本管理会計研究学会スタディ・グループが行っ

た「医療機関におけるマネジメント・システムの実態把握」ⁱⁱ⁾ (以下、病院調査) では、医療機関で導入されている12のMSについて調査した (表1)。調査によると、先行研究で示された一般企業で採用されているMSと医療機関に採用されているMSは大きく異なっていた (表2)²⁾。一般企業の大半で行われている事業計画、中期計画、月次の差異分析に基づいた予算管理ⁱⁱⁱ⁾を行っている割合が病院では比較的少なく、BSCを導入している割合が高かった。調査は、本邦の全病院を対象に行われたが、経営が困難であると推測される地域の病院では、どのようなMSが採用されているのだろうか？

公益社団法人地域医療振興協会 (以下、協会) は、県や市町村などの自治体から病院や診療所、老人保健施設などの管理運営を委託された指定管理者として地域医療をになっている。今回、協会が運営する病院にアンケート調査を行い、

1) 公益社団法人地域医療振興協会 あま市民病院, 2) 一橋大学大学院経営管理研究科 (筆頭著者連絡先: 〒490-0011 愛知県あま市甚目寺畦田1 あま市民病院)

表1 医療機関で用いられているマネジメント・システムとその定義

| | |
|--------------------------------------|--|
| ABC(Activity-Based Costing:活動基準原価計算) | 原価を活動単位で把握し原価計算することである |
| BSC(Balanced Scorecard: バランス・スコアカード) | 戦略の策定と実行のマネジメント・システムである |
| 事業計画 | 3年もしくは1年の経営計画である |
| 予算管理 | 年度の予算編成と月次の差異分析に基づく管理である |
| 原価企画 | 新たなサービスを開発する際の戦略的なコストマネジメントである |
| 施設投資計画 | 電子カルテなど情報投資や医療設備の投資の経済計算のことである |
| 目標管理 | 個人の目標を上司と部下で握り合うことである |
| 方針管理 | トップの方針を目標と実施項目で現場に展開して管理することである |
| アメーバ経営 | 小グループに利益責任を持たせて、時間当たりの採算管理をすることである |
| 部門別原価計算 | 原価を部門単位に集計して原価計算をすることである |
| トヨタ生産システム リーン生産 | 改善活動によって効率的な生産体制を構築することである |
| TQM (総合的品質管理) | 全職員を巻き込んだ QC(Quality Control: 品質管理)ストーリーに基づいて改善することである |

〔文献2〕,2019,p139より改編〕

表2 一般企業と医療機関のマネジメント・システム比較

| (%) | 一般企業調査 | | | 病院調査 |
|---------|------------------|-------------|-------------|------------------|
| | 起業予算制度研究会 2012年度 | 川野調査 2012年度 | 上東調査 2014年度 | スタディ・グループ 2018年度 |
| ABC*1 | 8.5 | 12.8 | 11 | 6.4 |
| BSC*2 | 7.4 | 9.5 | 9 | 22.7 |
| 予算管理 | 98.9 | | 97 | 57.1 |
| 事業計画 | | | 99 | 66.1 |
| 原価企画 | | | 71 | 9 |
| 設備投資計画 | | 94.3 | | 33.9 |
| 目標管理 | | | | 37.8 |
| 方針管理 | | | | 29.2 |
| アメーバ経営 | | 16.4 | 6 | 0.4 |
| 部門別原価計算 | | | | 21.5 |
| トヨタ生産方式 | | | | 1.3 |
| TQM*3 | | | | 11.6 |

*1 ABC: Activity-Based Costing, *2 BSC: Balanced Scorecard, *3 TQM: Total Quality Management
〔文献2〕,2019,p19より改編〕

表3 回答病院の構成

| | | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 経営経営形態 | 指定管理者制度 | 直営 | 全体 |
| | 14 (73.7%) | 5 (26.3%) | 19 (100%) |
| 地理 | 都市部 | 地域 | 全体 |
| | 6 (31.6%) | 13 (68.4%) | 19 (100%) |
| 総病床数 採用している MS | 200 床未満 | 200 床以上 | 全体 |
| | 10 (52.6%) | 9 (47.4%) | 19 (100%) |
| | 2.8 | 3.11 | 2.95 |
| | $\sigma^2=2.40$ | $\sigma^2=1.11$ | ($p=0.61$) |

地域医療をになう病院がその使命を果たすために導入している MS について調査したので報告する。

II. 方法

2022 年 9 月に 25 病院の（病院事業）管理者、副管理者、病院長、事務部長、副院長など病院管理層を対象にマイクロソフト社の Forms を用いてアンケートを依頼した。同一施設から得られた複数の回答は、管理者の回答が施設を代表しているものとして集計した。施設背景を分類するために、病院の所在として、東京都近郊および神奈川県内の施設と県庁所在地にある施設を都市部の施設とし、その他を地域の施設とした。施設規模については、一般病床ならびに療養病床、精神病床の総和を総病床数として、200 床未満と 200 床以上の病院に分類した。

III. 結果

25 病院中 19 病院（76%）、27 名から回答を得た。内訳は、管理者と病院長を兼任している回答者が 2 名、管理者が 10 名、病院長が 2 名、副管理者が 1 名、副病院長が 1 名、事務部長が 10 名、総務課長が 1 名であった。施設を代表する回答者は、病院長の兼任を含む管理者が 13 名（68.4%）、病院長が 1 名（5.2%）、事務部長が 5 名（26.3%）であった。

病院の構成を表 3 に示す。施設の所在は、都市部に 6 施設（31.6%）、地域に 13 施設（68.4%）

であり、地域の病院が約 7 割を占めた。総病床数は、200 床未満が 10 施設（52.6%）、200 床以上が 9 施設（47.4%）であった。都市部にある 6 施設はすべて 200 床以上であった。経営形態は、指定管理者制度が 14 施設（73.7%）、法人直営が 5 施設（26.3%）であり、指定管理者制度の病院が 7 割を超えた。

1. 病院が採用している MS

図 1 に 19 病院が採用している MS を示す。最も採用割合が高かった MS は事業計画であり、17 施設（89.5%）であった。予算管理も 11 施設（57.9%）で導入されていた。目標管理、BSC、方針管理は 25% 以上の施設で用いられていた。原価企画や部門別原価計算といった管理会計的手法を用いている施設は少なかった。また、ABC（Activity-Based Costing: 活動基準原価計算）やアメーバ経営、トヨタ生産システムを導入している施設はなかった。

2. 総病床数にみる採用している MS 数

総病床数が多くなれば医師をはじめとした職員数は増加し、事業規模も拡大する。サービスを提供する外来部門や病棟などの入院部門におけるユニット数が増え、提供する医療についても、種類・量ともに増大する。それらの管理はより複雑になると考えた。そこで、200 床を基準として、事業規模が大きい群の方が用いている MS が多いのか否かを検討した。200 床以上の大きな病院において採用されている MS の数は平均 3.11 であり、200 床未満の平均 2.8 より多

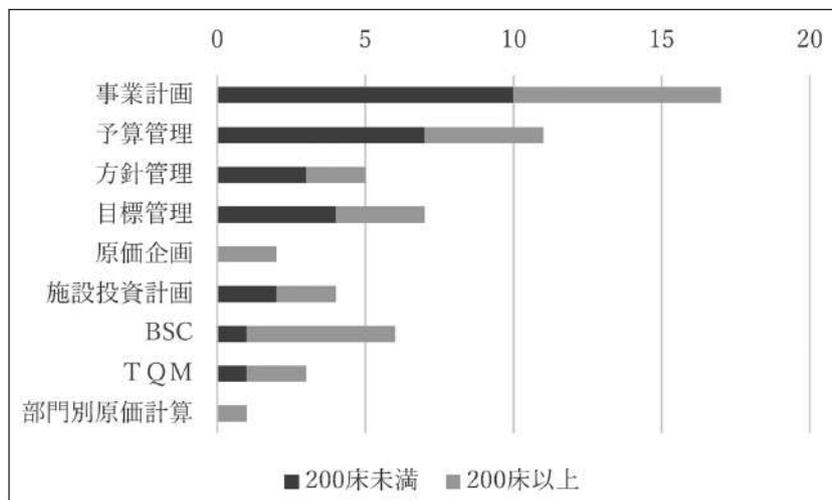


図1 19病院が採用しているMS

かった。しかし、Welchのt検定による有意差は認めなかった ($p=0.61$)。

IV. 考 察

地域の病院が採用しているMSは、事業計画が最も多かった。これは、表2の病院調査と比較して高く、一般企業に近い割合であった。事業計画が89.5%と非常に高い割合で用いられている理由は、1年間の事業計画を法人の年間事業計画と年度予算として統合し、公開しているからであると考えた。一方で、予算管理として作成された予算を用いて月次の差異分析を行っているという回答した施設は事業計画を作成している病院数よりかなり少なく、11件(57.9%)であった。この割合は病院調査の57.1%と近似していた。これは、月次の実績による推移を分析して、予算を達成することに対する要求が強くなり働いていないのではないかと考えた。その原因のひとつとして、月次収支報告の遅れがある。月次の収支報告は、早くても3週間の遅れがある。このため、月の収支が計上された時点における病院の環境が異なっている場合がある。例えば、入院患者数が少なく、入院収益が減少していた6月の月次が出た7月下旬には熱中症患者で入院患者数が増加していた場合などである。次に、予算を作成した時点と年度内の環境の変化がある。特に急性期の医療をにない、緊

急入院の割合が高い病院においては入院患者数や疾病の構成に季節変動がある。インフルエンザの流行や熱中症などの急病が流行する程度や時期などの変動に大きく影響される。急病の流行の程度や期間の推計が難しいことに加えて、外部要因であるために直接介入することができない。一般企業が操業量の変化に対応するために用いている変動予算などへの取り組みが弱く、「予算はあくまで予算」として扱われてしまっているのではないかと考えた。これらの理由で、事業計画を作成しているにもかかわらず、予算を達成する要求が働かず、予算管理がなされないのではないかと考えた。

方針管理、目標管理を採用している施設割合は、各々26.3%と36.8%であり、病院調査におけるそれぞれ29.2%と37.8%と近似していた。BSCを採用している割合は、31.6%と病院調査の22.7%より多かったが、調査病院数が少ないため顕著であるとはいえない結果であった。

一方で、原価企画、設備投資計画、部門別原価計算などの費用を管理する取り組み割合が少なかった。原価企画こそ10.5%と病院調査の9%と変わりなかったが、設備投資計画は21.1%と病院調査の33.9%より少なく、部門別原価計算は5.3%であり、病院調査の21.5%よりかなり少なかった。また、ABCを行っている施設がひとつも無かったことから費用面での管理に取り組む余地があると考えた。

V. 結 語

地域医療をになう病院で用いられている MS を検討した。事業計画と BSC のような戦略的マネジメント・システムを積極的に活用しているものの、予算管理や設備投資計画、部門別原価計算などの取り組み割合が低く、とりわけ費用管理にさらに取り組む余地がある。

注 釈

- i. 修正医業収益は、医業収益から交付金を含んだその他の医業収益を除いた収益である。修正医業収支率は、修正医業収益と事業費用の比率である。

- ii. 医療機関におけるマネジメント・システムのアンケート調査として、2018 年 2 月 1 日から 2 月 28 日に施行された。日本の全病院 8,392 件を対象に、表 1 に示す 12 のマネジメント・システムを調査し、回答数 248 (回答率 2.96%)、有効回答数 233 (有効回答率 2.78%) であった。
- iii. 予算管理には、施設全体もしくは部門別の管理や月次もしくは半期の管理など複数ある。本稿では年度の予算編成と月次の差異分析に基づく管理を予算管理とした。

文 献

- 1) 総務省自治財政局長：公立病院経営強化ガイドライン、2022。
- 2) 日本管理会計学会スタディ・グループ：医療機関におけるマネジメント・システムの導入とその成果に関する研究。2019。 <http://sitejama.jp/articles/docs/studygroup/JAMA2017-2019sg-report1.pdf> (accessed 2021 Dec 15)

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

へき地の
健康づくり

健康
危機管理

疫学

保健
福祉
行政

ヘルス
プロモーション

市民協働



地域医療・
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

地域医療・公衆衛生ねっと

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

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

https://www.jadecom.jp/overview/koshu_eisei.html/

登録数 約1600人
登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

★ こんなことができます ★

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

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

新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！

【メールで届く情報】

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

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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

第120回

“研修医のルールへの遵守”に関わる事例発生を
未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

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)では、第64回報告書¹⁾、および第65回報告書²⁾(以下、本報告書)の2回に渡って、「研修医に関連した事例」を「分析テーマ」として取り上げている。第64回報告書¹⁾では、「2018年1月～2020年12月に報告された医療事故情報と、2020年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例」を分析対象としたことが挙げられ、本報告書では、「事故防止のために共有が必要と考えられる事例を取り上げて紹介する」ということが挙げられている。

研修医に関わるインシデント・アクシデント事例を分析するにあたり、「なぜ、指導医をはじめとするさまざまなプロフェッショナルが連携する中で、“研修医に関わる事例”の発生を未然防止できなかったのか?」「なぜ、知識や経験の不足が想定される研修医が、事例発生に関与する可能性を予測した未然防止対策が実施されていないのか?」などの疑問を深めることが重要である。

研修医に関わる事例発生を未然防止するためには、はじめに研修医がどのような事例の発生に関与しているのか、という現状把握が必要である。研修医個々のヒューマンファクターだけ

でなく、指導医や他の医師、および看護師、薬剤師などの多職種との連携や、教育を含むシステム要因、そして、教育環境と人間関係が関わる環境要因などの影響にも注目することが望ましい。

本連載でもこれまでに、「『研修医』によるインスリンの調剤・投与」に関わるアクシデント(第36回)、「研修医に関わる事例」の未然防止(第94回)、「情報共有」で研修医に関わる事例発生を未然防止する(第99回)などのテーマで、研修医に関わる事例について検討している。また、「誤った患者への輸血」に関わるアクシデントの未然防止(第78回)では、研修医が当事者として関与した事例について、事例発生を未然防止する対策を検討している。

自施設では、研修医に関わるインシデント・アクシデント事例は発生していないだろうか。発生している場合、事例の情報共有は実施されているだろうか。自施設では発生していない場合でも、他施設で発生している研修医に関わる事例についての情報提供と情報共有が実施できているだろうか。これらの情報共有を含む、研修医に関わる事例発生を未然防止対策は十分だろうか。これまでに、自施設では研修医に関わる事例が発生していない場合には、この機会に自施設の取り組みの現状評価と、事例発生を防止対策の策定に取り組むことを勧めたい。

そこで、本稿では、研修医に関わる事例をテー

マとして、特に「ルールの遵守」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。併せて、研修医の業務に関与する多職種の職員との連携も含めて、ルールの遵守の現状評価と、ルールの遵守を可能にするシステム整備についても提案したい。

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。

“研修医のルールの遵守”に関わる事例

本事業の事例検索³⁾では、2023年7月初旬現在、キーワード“研修医”で1,383件、“研修医”“判断を誤った”で354件、“研修医”“ルール”で207件、“研修医”“判断を誤った”“ルール”で63件、“研修医”“ルール”“遵守”で11件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。これらの事例における研修医の関与は、全てが当事者としての関与とは限らず、居合わせたという状況も含まれている。

“研修医のルールの遵守”に関わる事例として、事例検索³⁾にて検索された事例としては、

「造影CT検査のための血管確保を、医学生が、自己紹介なく実施した。医師(卒後1年目の研修医)の監督下で医学生が血管確保を行い、検査は薬液の漏出などの有害事象もなく終了したが、検査終了後に患者(30歳代、男性)から『許可なく、医学生が血管確保を行った』ことに対するクレームがあった。教育の一環で、医学生に血管確保を実施させることがあることを説明したが、患者に理解してもらえなかった。医学生が、自己紹介なく実施したことに対して、謝罪した。

医学生の実施する医行為について、卒後1年目の研修医が判断してよい基準が診療科によって統一されていなかった。医学生の実習内容の決まりが遵守されていなかった。医学生が血管確保することの説明が未実施で、同意も得られていなかった」

「人工呼吸器管理をしている患者(60歳代、男性)に対し、MRI検査のためにMRI検査対応の可搬型人工呼吸器に切り替えて検査を実施した。検査中は、臨床工学技士が、人工呼吸器画面を待機画面にする設定をした。検査終了後、医師が人工呼吸器に再接続する際に、人工呼吸器の作動状況の確認が不十分なまま、待機状態で作動していない人工呼吸器に接続した。その後、患者の心拍数が低下し、 S_pO_2 も低下したため、CPRを開始し、患者の状態は回復した。

対応した職員の経験が浅く(卒後2年目の研修医と1年未満の看護師)、技術・手技が未熟であった。看護師は人工呼吸器の基礎知識の認定課程は終了していたが、研修医には技術・手技を獲得する教育体制が無かった。人工呼吸器を再接続する際に、始動前に点検するルールがあったが、遵守されていない現状があった。人工呼吸器の接続を外した際は、テスト肺に接続し、点検はせず、そのまま再接続することが現場では日常的に行われていた。確認項目が多く、後回しになることが多かった。職員間の連携が不十分であった。役割が不明確で、声をかけ、確認する体制ではなかった。お互いに相手が確認するだろうと思っていた」

「卵巣癌の患者(40歳代、女性)に手術を施行した。腹腔内播種を多数認め、根治手術が困難にて閉腹した。閉腹時にガーゼカウントは一致していた。院内ルールに則り、腹部エックス線検査を実施した。研修医がエックス線検査の画像を確認し、ガーゼの遺残がないことを看護師に伝えた。ガーゼカウントが一致し、エックス線検査の画像でガーゼの遺残がないため、患者は手術室を退室した。翌日、胸・腹部エックス線検査を実施した際に、エックス線検査の画像にガーゼの遺残を疑う所見を認めた。CT検査でも確認され、緊急手術を施行し、開腹時にガーゼ1枚を発見

した。

術中のガーゼカウントが一致しており、大丈夫だと思った。ガーゼカウントの際、焦っていたため、確認が不十分であった可能性がある。術後のエックス線検査の画像の確認は、臨床助手以上の医師が行うルールを知らなかった。看護師同士の連携が不十分で、新人看護師への教育も不十分であった」

などがある。

これら“研修医のルールの遵守”に関わる事例については、研修医個々のヒューマンファクターの関与はもちろんのこと、システム要因や環境要因などの関連も含めた分析が重要である。自施設では、類似事例は発生していない場合でも、事例発生を未然防止、あるいは影響を最小にするためのシステムの整備が望まれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生の未然防止対策として、マニュアル・ルールの整備、研修医への教育の実施、および指導体制の整備など、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、“研修医のルールの遵守”に関わる事例の発生が報告されており、自施設における現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索³⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“研修医のルールの遵守”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「輸血の実施時の患者間違い。患者認証のルールの不遵守？」

【事故の内容】

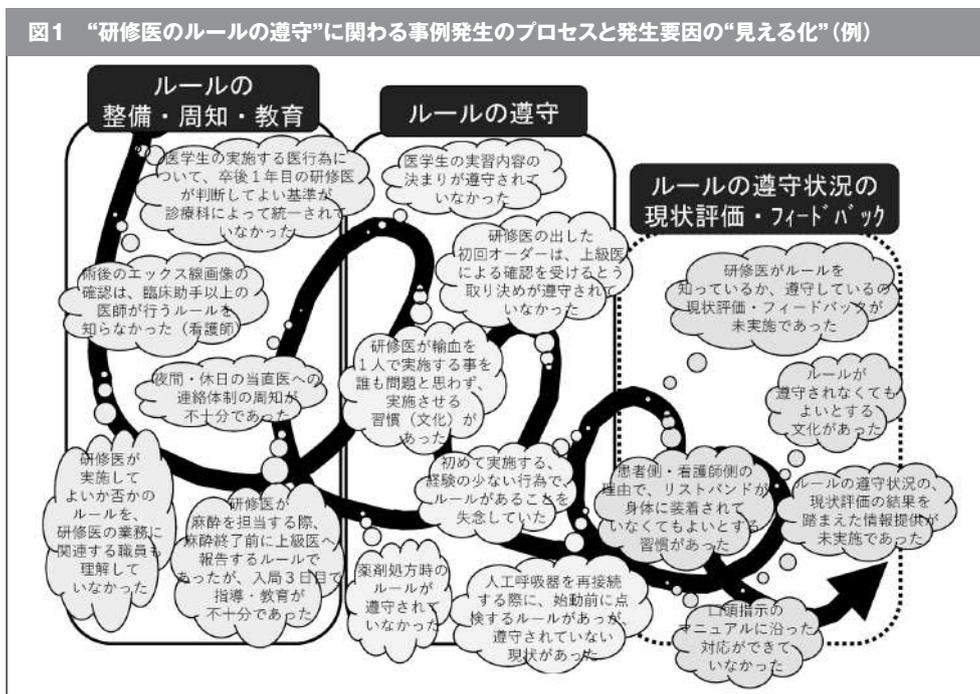
- ・化学療法実施後の骨髄抑制による造血機能の低下を捕うため、患者(60歳代、男性)には輸血の実施が必要であった。
- ・輸血部から、看護師が輸血用血液製剤(以下、製剤)を受け取り、ナースステーションで、医師A(上級医)と看護師の2名で患者の認証を実施した。
- ・医師A(上級医)が患者認証を行い、輸血の実施の準備を

処置台の上で行った。

- ・その時、医師B(研修医)に「やりましょうか」と声をかけられ、業務を委譲した。
- ・この時、医師A(上級医)は、「患者名、血液型」などを伝えなかった。
- ・医師B(研修医)は、血液型A型の患者Xに、血液型B型の患者Yの製剤を誤って投与した。
- ・患者が「皮膚が弱い、気になる」というため、リストバンドは患者の身体に装着されていなかった。
- ・患者間違いの発見時には、赤血球濃厚液2単位が投与されていた。

(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、「輸血の実施、および患者の認証がルール通りに実施されていなかった」「輸血確認票に患者名、ID番号、バーコードが印刷されており、ナースステーションで患者の認証ができてしまう環境にあった」「医師A(上級医)と医師B(研修医)の間のコミュニケーションが不足していた(患者名、血液型などを伝えなかった)」「医師B(研修医)は、輸血の実施に際し、患者のベッドサイドで、2名で患者の確認をすべきところ、自分1人で行き、1人では対象患者、および製剤の確認を行わないというルールに違反した」「当該部署では、患者側の理由や看護師側の理由で、リストバンドが身体に装着されていなくてもよいとする習慣があった」「リストバンドを装着しない看護師側の理由は、『認証しにくい、睡眠を妨げたくない』ということで、かわりにベッドネーム入れや、オーバーテーブルに貼り付けていた」「他にも、『患者の皮膚が脆弱、浮腫が強い』『切断などで装着できない』『外泊や手術で身体から外された後に、再装着を忘れた』『手首などにラインがあり装着しづらい』などの理由により、リストバンドが身体に装着されていない状況があった」「患者認証のためのノートパソコン(以下、PC)が使いにくい(台数の不足、バッテリーがすぐ充電切れとなり使えなくなる、夜間にPCを乗せたワゴンの動作音がうるさいなど)ため、ベッドサイドに持っていかなかった」「輸血のオーダーリング実施方法や、マニュアルが変更されたことの周知徹底が不足していた」「輸血のオーダーリングシステム導入時に輸血部で企画した操作訓練・説明会に参加する職員が少なかった」「マニュアルの変更時の説明



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

が不足していた「ルールが遵守されなくてもよいとする文化があった」「輸血が日常的に多く実施される病棟ならではの業務軽減策であった可能性がある」「医師B(研修医)が輸血を1人で実施することを誰も問題とは思わず、実施させる習慣(文化)があった」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、医師A(上級医)は、患者認証と輸血の準備まで行った後に、医師B(研修医)に業務を委譲したのか?」「なぜ、医師A(上級医)は、業務を委譲する際に、医師B(研修医)に『患者名、血液型』などを伝えなかったのか?」「なぜ、医師B(研修医)は、業務を引き継ぐ際に、医師A(上級医)に『患者名、血液型』などを確認しなかったのか?」「なぜ、医師B(研修医)は、血液型A型の患者Xに、血液型B型の患者Yの薬剤を誤って投与したの

か?」「なぜ、医師B(研修医)は、輸血の実施に際し、患者のベッドサイドで、2名で患者の確認をすべきところ、自分1人で行き、1人では対象患者、および薬剤の確認を行わないというルールの違反をしたのか?」「なぜ、医師B(研修医)が、輸血の実施に際し、患者のベッドサイドで、2名で患者の確認をすべきところ、自分1人で行き、1人では対象患者、および薬剤の確認を行わないというルールに違反する可能性に、誰も気づかなかったのか?」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、本事例では、背景要因に挙げられている「輸血の実施、および患者の認証がルール通りに実施されていなかった」「当該部署では、患者側の理由や看護師側の理由で、リストバンドが身体に装着されていなくてもよいとする習慣があった」「ルールが遵守されなくてもよいとする文化があった」「医師B(研修医)が輸血を1人で実施することを誰も問題とは思わず、実施させる習慣(文化)があった」などに注目することが重要である。これらのことから、ルールが遵守されないことが問題視されていない可能性があること、および“文化”と称して、ルールの遵守状況の現状評価・現状把握がされていない可能性が

あることについて、“なぜ”を深めることが望まれる。

これらのことには、“研修医の規則の遵守”に関わる事例発生のため未然防止対策を検討する際のヒントが示唆されている。これらの背景要因は、研修医を受け入れている医療機関では、どこでも発生する可能性のある背景要因であることが想定される。もちろん、既にこれらのリスクの発生を予測して、事例発生のため未然防止対策を充実させている医療機関も少なくないと考えられるが、自施設の現状評価を実施する際に、本事例の内容を参考にして検討することを勧めたい。

ここでは、本事業の事例検索³⁾にて検索された事例の記載内容を参考にして、事例発生のため未然防止対策を検討するために、“研修医の規則の遵守”に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例)(図1)を作成した。事例発生のプロセスとしては、「規則の整備・周知・教育」「規則の遵守」「規則の遵守状況の現状評価・フィードバック」を挙げた。このように、“研修医の規則の遵守”に関わる事例の発生要因を“見える化”することにより、自施設における課題が明確になることもある。この機会に自施設オリジナルの“研修医の規則の遵守”に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”に取り組むことを提案したい。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“研修医の規則の遵守”に関わる事例の発生要因を明らかにするには、研修医や、指導医、および研修医の業務に関与する多職種の職員の「失念」「思い込み」「確認不足」「誤った認識」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も含めて検討することが望まれる。

“研修医の規則の遵守”に関わる事例の発生要因としては、1)規則の整備後の周知状況・遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施、2)規則を周知した後の、職員個々の認識の変化の把握と再周知が未実施、3)研修医に関する規則を、研修医の業務に関与する多職種の職員も理解しているか否かの確認が未実施、4)自施設や、他施設で発生している事例を含む情報

提供・共有が未実施、5)規則の遵守は業務の一環であること、および規則の遵守の意義などを含む職員教育が未実施、6)規則の作成から周知、遵守、およびその状況の現状評価とフィードバックまで含むシステム整備が不十分、などが考えられる。

“研修医の規則の遵守”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、「輸血の実施規則を遵守する」「輸血確認票の患者バーコードを黒塗りにして認証できないようにした」「リストバンド装着の実態調査」「リストバンド装着の徹底と患者の協力を依頼し、入院の際に配布するパンフレットを作成した」「医療情報部によるPC台数の確認と台数の増加、バッテリー交換の実施」「輸血マニュアルの周知(組織リスクマネージャー連絡会議)」「輸血・輸液は必ず2人で患者認証を実施することを院内に周知した(職員研修)」などが挙げられていた。

“研修医の規則の遵守”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)規則の整備後の周知状況・遵守状況の現状評価・フィードバックの実施、2)規則を周知した後の、職員個々の認識の変化の把握と再周知の実施、3)研修医に関する規則を、研修医の業務に関与する多職種の職員も理解しているか否かの確認の実施、4)自施設や、他施設で発生している事例を含む情報提供・共有の実施、5)規則の遵守は業務の一環であること、および規則の遵守の意義などを含む職員教育の実施、6)規則の作成から周知、遵守、およびその状況の現状評価とフィードバックまで含むシステム整備の充実、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、研修医や指導医、および関与する多職種の職員の「失念」「思い込み」「確認不足」「誤った認識」などのヒューマンファクターを防止することが期待さ

れ、さらに“研修医のルールへの遵守”に関する認識の変化、および職員間の連携を図ることなどで、事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「ルールの整備後の周知状況・遵守状況の現状評価・フィードバックの実施」では、ルールを決めた後に、「全職員に周知」したとしても、必ずしも「全員が遵守」できているとは限らないということを想定する必要がある。ルールがあると知った後に、ルールを遵守するという行動につなげるためには、自施設の現状を踏まえたさまざまな取り組みが求められる。

ルールの遵守状況の現状評価の実施時に、ルールを遵守していない事実を確認した場合、「なぜ、ルールを遵守しなかったのか？」という疑問を深めて、「ルールを知らなかった」「ルールを理解していなかった」「ルールを知っていたにもかかわらず、遵守しなかった」などの状況の有無を把握することが急がれる。さらに、現状評価の結果を「誰に」「どこまで」「どのように」フィードバックするかも検討したい。

2)の「ルールを周知した後の、職員個々の認識の変化の把握と再周知の実施」では、1)の「ルールの整備後の周知状況・遵守状況の現状評価・フィードバックの実施」でも示しているとおり、ルールの周知後の職員個々の認識の変化が得られているか否かの把握が求められる。本事例を例にすると、「ルールが遵守されなくてもよいとする文化があった」「医師B(研修医)が輸血を1人で実施することを誰も問題とは思わず、実施させる習慣(文化)があった」という認識をもつ職員が存在していたという現状にも注目したい。

これらの記載から、当該施設では、ルールを遵守しない職員が複数名いる可能性、およびルールを遵守しないことが常態化しているという状況が存在する可能性が想定される。これは、もちろん、プロフェッショナルである個々の職員の認識の問題に加えて、複数の職員にこのような認識がある可能性や、ルールを遵守しないことが常態化している状況が存在する可能性を、組織側が把握していない可能性が想定されることも指摘したい。

ルールの遵守に関して、改善のための取り組みが継続的に実施されていないことは重大な問題であり、医療安全管理体制の整備においては、安全文化の醸成が大切であることを考慮すると、「ルールが遵守されなくてもよいとする文化があった」という点は、早急に対応すべき課題と考える。

3)の「研修医に関するルールを、研修医の業務に関与する多職種の職員も理解しているか否かの確認の実施」では、多職種間の連携による事例発生の防止の可能性を考慮する。本事例を例にすると、「研修医は輸血を1人では実施しない」というルールがあったとしても、上級医や指導医、および研修医の業務に関与する看護師などが、「医師B(研修医)が輸血を1人で実施することを誰も問題とは思わず、実施させる習慣(文化)があった」ことによって、事例発生を回避するチャンスが活かされないという結果につながる可能性がある。ここでは、“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生を未然防止するために、研修医の業務に関与する多職種の職員も研修医に関するルールに関心を持つこと、およびプロフェッショナルとしての責任を自覚することなどの取り組みが期待される。

4)の「自施設や、他施設で発生している事例を含む情報提供・共有の実施」では、知ること、関心を持つことで、事例発生が自分にも関与する可能性があるという認識を育む機会の提供を検討することが望まれる。多職種の職員で意見交換する機会を設けて、視野を広げてリスクアセスメントを実施することにつなげたい。

5)の「ルールの遵守は業務の一環であること、およびルールの遵守の意義などを含む職員教育の実施」では、職員個々の認識の把握が欠かせない。ここでは、職員個々の認識についてだけでなく、組織側がルールの遵守について、業務の一環であることや、ルールの遵守の意義を適切に伝えることができているのか否かということについても、評価ができているか振り返ることが望まれる。

6)の「ルールの作成から周知、遵守、およびその状況の現状評価とフィードバックまで含む

システム整備の充実」では、ルール作成後のプロセスを意識して、自施設の現状に対応したルールを整備することが望まれる。ルールは作成した後に、ルールを遵守した対応によって安全な医療を提供することが重要である。そのためには、ルールを知っていたにもかかわらず遵守していないという状況が確認された場合には、「なぜ？」という疑問を深めて、ルールの内容の問題なのか、職員の認識の問題なのか、などを明らかにすることが望まれる。その上で、必要に応じてルールの見直しや、修正を実施し、遵守を促すことも検討したい。

前記の事例における改善策としては、「『クリニカルクラークシップにおける医学生の医行為について』の内容を、通知文を出して、再度、周知する。診療グループ長の権限と責任のもとに実施させる。患者への協力依頼(掲示とパンフレット記載)を図る」「研修医も院内の人工呼吸器の認定課程の受講プログラムを受講する体制を整備する。認定課程終了後も、OJTで確認する体制(フォローアップ研修)を追加する。人工呼吸器の離脱・再接続の際の確認項目の段階を分けて、点検ができる体制を作る。人工呼吸器の離脱・再接続の際のルールと役割を決める(タイムアウト)」「手術室内のルールを徹底する(エックス線検査における、画像でのガーゼの遺残の確認は、臨床助手以上で行う)。医師から了承が出ない限り閉腹しない。エックス線検査の画像の確認が終わるまで、医師は手術室から離れない」などが挙げられていた。

今後、自施設における“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生の未然防止対策を検討する際には、本事例、および前記の事例の検討内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応することを期待したい。

“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生を未然防止するためには、研修医や、上級医・指導医に関わる発生要因だけでなく、システム要因・環境要因なども併せて検討し、多職種間の連携や、ルールの遵守に対する認識などの発生要因にも注目することが望まれる。自施設だけでなく、他施設で発生している“研修医のルー

ルの遵守”に関わる事例内容を共有することで、幅広い視野でリスク予測ができ、その結果、リスクを回避する行動につなげることを期待したい。

研修医のルールの遵守”に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、研修医に関わる事例をテーマとして、特に「ルールの遵守」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”されていないことや、ルールを遵守しなくても問題がないという認識を持つ職員がいること、多職種間の連携に関わるリスク予測が十分ではないこと、および自施設や、他施設で発生している事例の情報共有ができていないことなどにより、リスクを回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性を指摘したい。患者・家族への影響だけでなく、関与した職員への影響も考慮して、エラー発生の要因になる可能性を未然防止することは、喫緊の課題である。

患者・家族の視点で振り返ってみると、「なぜ、プロフェッショナルが複数関与しているにもかかわらず、“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生のリスクを回避することができなかったのか?」「なぜ、上級医・指導医や、多職種のチームによる連携が十分に発揮されて、事例発生を防止することができなかったのか?」という疑問が浮かぶことが想定される。これらの疑問は、患者・家族から問われる前に、医療機関が自ら問いかけ、自施設の課題を踏まえた、事例発生の未然防止の取り組みを実施することが望まれる。

自施設における“研修医に関わる事例”の発生を未然防止するために、「“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生防止チェックリスト(例)」(図2)を作成した。前記の「“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例)」(図1)に合わせて、「ルールの

図2 “研修医のルールの遵守”に関わる事例発生防止チェックリスト(例)

| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ルールの 整備・周知・教育 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ルールの遵守 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ルールの遵守状況の 現状評価・フィードバック </div> </div> | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 研修医へのルール・マニュアルの周知・教育について、「誰が」「いつ」「何(どのルール・マニュアル)を」「どのように」実施するか明示している |
| <input type="checkbox"/> | 研修医が必要なルールを把握しているか、「誰が」「いつ」「どのように」評価するかが明確である |
| <input type="checkbox"/> | 研修医の業務に関与する多職種の職員も、研修医が単独で実施できること・できないことについてのルールを認識しているかの確認を定期的実施している |
| <input type="checkbox"/> | 研修医のルールの遵守状況、および指導・教育の実際を含めた現状評価を実施している |
| <input type="checkbox"/> | 自施設・他施設で発生した事例を活用して、発生する可能性のあるリスクに関する情報提供を実施している |
| <input type="checkbox"/> | ルールの遵守状況の現状評価、および評価結果のフィードバックを実施している |

整備・周知・教育」「ルールの遵守」「ルールの遵守状況の現状評価・フィードバック」というプロセスを考慮して内容を検討した。

チェックする内容としては「研修医へのルール・マニュアルの周知・教育について、『誰が』『いつ』『何(どのルール・マニュアル)を』『どのように』実施するか明示している」「研修医が必要なルールを把握しているか、『誰が』『いつ』『どのように』評価するかが明確である」「研修医の業務に関与する多職種の職員も、研修医が単独で実施できること・できないことについてのルールを認識しているかの確認を定期的実施している」「研修医のルールの遵守状況、および指導・教育の実際を含めた現状評価を実施している」「自施設・他施設で発生した事例を活用して、発生する可能性のあるリスクに関する情報提供を実施している」「ルールの遵守状況の現状評価、および評価結果のフィードバックを実施している」などを挙げている。チェックの際には、特に、ルールの遵守状況の現状評価の把握と、評価結果に基づいた対応を検討する重要性を強調したい⁴⁾。

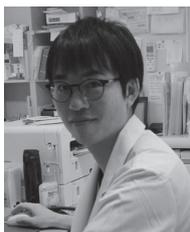
自施設における、研修医を取り巻くさまざまな状況を考慮し、情報共有や職員間の連携を阻害する要因に気づき、事例発生の未然防止につなげるために、オリジナルの「“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生防止チェックリスト」

の作成を検討することを提案したい。

“研修医のルールの遵守”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、ルールの整備のシステムを見直すことや、職員個々のルールの遵守に関する認識を把握すること、および組織側の対応も含めた現状評価・フィードバックを含む教育システムの整備を充実することなどが急がれる⁵⁾。その上で、評価と見直しを継続して実施し、自施設の現状と課題を明確にして、組織側や、職員個々、および双方の認識を統一し、ルールの遵守による安全な医療の提供を目指し、事例発生の未然防止対策を検討することが期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第64回報告書. https://www.med-safe.jp/pdf/report_64.pdf (accessed 2023 Jul 5)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第65回報告書. https://www.med-safe.jp/pdf/report_65.pdf (accessed 2023 Jul 5)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2023 Jul 5)
- 4) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第9回チェックリストなどを活用し、ルール・マニュアルを遵守している。臨床外科 2016；71(13)：1554-1557.
- 5) 石川雅彦，他：研修医指導に関連したインシデント・アクシデント事例の検討—日本医療機能評価機構の公開データ検索を用いて—。医学教育 2017；48(2)：87-90.



へき地診療所に新しい風を

大蔵村診療所 医科医長 矢萩 舜

こんにちは。山形県北部の大蔵村診療所で医科医長を務めております矢萩舜と申します。令和4年4月より赴任し、およそ1年半が経過しました。

山形県大蔵村は人口約2,900人程の、県内で一番人口の少ない自治体です。県内有数の湯治場である肘折温泉^{ひじあり}を有し、県内外から多くの方が来訪する観光の村です。豪雪地帯としても有名で大蔵村・肘折という地名は、青森県の酸ヶ湯温泉とならび、毎年冬になると豪雪のニュースで名前が出るので、聞いたことがある方も多いのではないのでしょうか。

大蔵村診療所は村内唯一の医療機関です。医科と歯科があり、医科では医師2名(所長1名+自治医科大学義務年限内派遣医師1名)、看護師4名、事務1名、医療事務2名、運転手1名の計10名が在籍しています。このような公立の小規模な診療所においては人材の流動性が低く、何十年とほぼ変わらないメンバーで診療所運営を行うことが全国でも珍しくないことと思います。そのような中で、自治医科大学義務年限内医師が派遣されてくることで、組織に新しい風を吹かせることができる点はこのシステムのメリットであり、派遣医師の使命でも感じています。

当診療所は平成3年に設立され、今年で33年目を迎えます。平成11年から自治医科大学の医師派遣が始まり、私が13人目の常勤派遣医師となります。過去の偉大な先輩方も、当診療所にさまざまな変革をもたらしてくれました。一例を挙げると、平成11年からは村民の利便性向上のため金曜日の夕方診療を開始しました。平成

15年からは村の事業として、診療所のCTを活用して肺がんCT検診を開始しました。平成29年からは業務効率化のため電子カルテを導入しました。当地域は訪問診療に対応している医療機関が極端に少ない二次医療圏のため、令和元年からはそれまで大蔵村内だけに限定していた訪問診療範囲を近隣市町村まで広げました。これらは今まで赴任した諸先輩方の発案によるもので、診療所の発展という面において派遣医師の果たす役割は大きいと感じています。

一方私もまた、診療所を患者さんにとっても職員にとってもより良いものとするべく、さまざまな新しいことを提案・導入させていただきました。

まずは令和4年4月よりコールドスネアポリペクトミー(CSP)を導入しました。私は消化器内科が専門で、ありがたいことに義務年限内に消化器病専門医、消化器内視鏡専門医を取得することができました。私が今回導入したCSPは、ここ10年くらいで一般的になってきた手技です。通常のポリペクトミーでは生理食塩水を粘膜下に注入して膨隆させ、ポリープをスネアで絞扼し通電して切除するのが一般的でした。比較的大きいポリープも切除できる反面、術後出血のリスクや大腸穿孔のリスクが以前より指摘されていました。一方CSPは生理食塩水の粘膜下注入は行わず、ポリープに直接スネアをかけて通電せずに鈍的に切除する方法です。これは有意に後出血率、穿孔率が低いことが分かっています。夜間休日の緊急内視鏡対応が難しい診療所においては、比較的小さめなポリープ、癌を積極的に疑わないポリープを安全に診療



大腸カメラ



CT撮影も自ら行います

所で切除し、大きめのものや癌を疑うものは病院へ紹介するというのが、患者さんにとっても診療所にとってもメリットがあり良い住み分けになっているのではないかと思います。おかげさまで赴任以来数十例のポリープをCSPで切除しましたが、一例も後出血や重篤な合併症なく経過しております。

また令和4年11月からは診療所の働き方改革を推し進めました。一例を挙げると、夕方診療は前述の通り平成11年から毎週金曜日17:00～18:30、医師1名ずつ交代で行っています。今までは夕方診療担当医師はサービス残業としてこの業務を行っていました。しかし働き方改革が叫ばれる昨今、サービス残業はSustainableな働き方ではないと感じていました。そこで、夕方診療担当医師は出勤時刻を朝10時とすることで労働時間の調整を図りました。朝子どもを幼稚園に送り出してから出勤する、なんてことも可能となりました。上記はあくまで一例ですがその他にもさまざまな面で働き方改革を行い、診療所職員にとって、そして今後赴任する私の後輩にとっても非常に働きやすい職場になったと

思っています。

令和5年7月からはCT遠隔読影を開始しました。それまではCT撮影後、消化器内科の私と、外科の所長と、2人で目を通してダブルチェックを行っていました。しかしやはり専門外の部位の読影には一抹の不安が付きまとうものでした。私が主導となり数多ある遠隔読影会社の中から比較検討を重ね、7月からついに遠隔読影をスタートすることができました。医療安全の面でも安全度が上がり、またCTの稼働率も上がりました。

私の9年間の義務年限も残り半年、大蔵村診療所勤務も残り半年となりました。大蔵村診療所は私にとって初めての無床診療所勤務であり、新たな地域医療の楽しさにも気づかせてくれました。今まで先輩方がつないできたバトンを途切れることなく後輩にスムーズにつないでいくとともに、私もまた今後も地域医療に邁進し続けようと思っています。

まもなく長い豪雪の冬を迎えようとする山形県大蔵村より。

矢萩 舜(やがし しゅん)先生 プロフィール

2009年山形県立山形東高等学校卒業。2015年自治医科大学卒業後、山形県立中央病院にて初期研修を行う。最上町立最上病院、山形県立中央病院、西川町立病院に勤務。2022年4月大蔵村診療所に着任し、現在に至る。



第二の故郷にて

岩手県立釜石病院 消化器内科 高橋成明

「鉄とさかなとラグビーのまち」として知られる岩手県釜石市は三陸海岸の中ほどに位置します。東日本大震災により甚大な被害を受けるも住民の方々の努力と多くの支援により復興が進み、綺麗な街並みを取り戻しつつあります。

2019年のラグビーW杯開催都市にも選ばれ、被災した学校の跡地には新しくスタジアムが建設されました。規模は大きくないものの、豊かな自然に囲まれた美しい競技場です。小学生の頃に新日鐵釜石ラグビー部の活躍を「プロジェクトX」(NHK)で知り胸打たれたことを覚えています。災禍を乗り越えW杯に沸く町を見ると、殊更感慨深いものがありました。私の勤務する県立釜石病院は海から少し離れており、防災無線で熊の出没情報が流れ、夜にはニホンジカが闊歩する、のどかな山間にあります。

初期研修を終え、消化器内科医と名乗りながらも専門的な知識や技能を持ち合わせていない状態でこの地に来ました。当時釜石医療圏の人口は5万人弱、消化器内科として診療を行っていたのは当科(科長と私)のみです。処方調整に慣れない外来、責任感で息の詰まる病棟管理、呼び出されては判断に苦悩する救急対応の日々繰り返し、とにかく目まぐるしく、当時の記憶はあまり残っていません。苦難の日々の中、科長はじめ応援の先生方のサポートを受けつつ、消化器内視鏡手技を多くの実践で学べたことは幸いでした。遠く離れた内陸部の高次医療機関への紹介に抵抗のある方もおり、胆道鏡下の胆管結石破碎やダブルバルーン内視鏡下ERCP等も機器を取り寄せて施行しました。

そして瞬く間に7年目となり、月日の過ぎる



新築されたスタジアム

早さには、ただ驚いています。転居もせず手狭な官舎暮らしのままですが、この間に2人の娘が家族に加わり、私の居場所は年々縮小傾向です。義務履行中にこれだけ異動が無いのは珍しい方だと思いますし、計画通りのキャリアだった訳でもありません。しかしこの地でこそ得られた経験も多くあります。外来にはお付き合いの長い患者さんも多くなり、治療中・治療後の経過をしばらく見守らせていただくことができました。中には初診時から見違えるほど若返ったような方もおられますが、残念ながら多くの別れもありました。進行を避けられない、治療の余地がない、そんな疾患に相対し無力さを感じることもしばしばです。かの有名な「人間が生きものの生き死にを自由にしようなんて、おこがましいとは思わんかね」*という台詞が思い出されます。

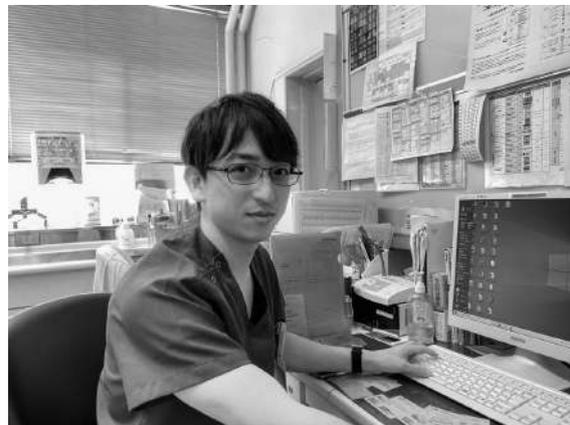
* 手塚治虫：『ブラック・ジャック』秋田書店



岩手県立釜石病院

とある終末期の患者さんが息を引き取られた日のことです。ご自身が苦しい状況にあるにもかかわらず、ご家族を病室に招き入れ、お一人お一人に「ありがとう」と伝えておられました。さらには私にまで頭を下げられたのです。お看取りの際にはご家族に「先生に診てもらえてよかった」とおっしゃっていただき、自分の中の虚無感が少し薄れたような気がしました。病気の治癒だけが目標ではなく、その人らしい人生を送る・全うする支えとなることが医療なのだ改めて実感する経験でした。普段の診療にはなかなか余裕が無く、効率ばかり追い求めてしまいがちですが、時には立ち止まり自省し、本質を見失わぬようにしたいものです。

先ほど当医療圏の人口について述べましたが、2030年前に4万人、2040年頃に3万人を割り、近く高齢化率は4割に達すると予想されています。過疎の進む地域で診療体制を維持すること、既に生じている医療格差を是正することは困難と言わざるを得ません。その中で医療の質を維持ないし向上させるためには、リソース



診察室にて

の集約やAI・IoTの活用等による効率化は不可欠と思います。先述の内容と一見矛盾するようですが、その分患者さんに寄り添う時間が産み出されるのであれば、それはより良い医療への発展と言えるのではないのでしょうか。

残念ながら私は近くこの地を離れてしまうのですが、研鑽を積み、いつか再び釜石の医療に貢献できることを願っています。

高橋成明(たかはし なるあき)先生 プロフィール

岩手県奥州市出身。2009年岩手県立水沢高校卒業、同年自治医科大学医学部入学(岩手38期)。2015年卒業、同年より岩手県立胆沢病院で初期研修。2017年岩手県立釜石病院に着任し、現在に至る。

特定ケア看護師が組織にもたらす効果と 看護師の新たなキャリアデザイン

横須賀市立うわまち病院 看護部長 伊藤佳子

特定行為研修制度がスタートして

「特定行為に係る看護師の研修制度」は、保健師助産師看護師法に位置付けられた研修制度で、2015年10月から開始されています。手順書により特定行為を行うには、必要な研修を受講しなければなりません。地域医療振興協会においても2015年からNDC研修センターが設立され、特定ケア看護師(以下NDC)の教育がスタートしました。

本部からは、当協会がNDCを育成する目的について説明があり、その趣旨は十分に理解することができました。しかし、当院でこの研修に興味をもつ職員がいるのか、またどのような人材を受講させるべきかについては頭を悩ませました。そして、院内にこの研修を周知する上では、看護管理者の理解が不可欠であるということも実感しました。本部からは定期的に、特定行為研修制度の概要や教育プログラムの説明を受けることができ、少しずつではありますが特定行為研修修了後の看護師の活動をイメージすることができました。

当院では2期生から研修に参加させていただきました。この2期生は、ICUを中心に勤務し、また集中ケア認定看護師として、すでに組織横断的な活動をしていましたので、特定行為研修を受講することでさらに活躍の場が広がると思いい、期待を込めて送り出したことを記憶しています。

そして、うわまち病院として、第1号のNDCの活動をサポートし、軌道にのせることが、次につ

なげる上で重要なポイントになると考えました。

うわまち病院におけるNDCの活動

当院は28診療科、病床数417床を有する一般急性期病院で、病院の理念である「私たちは、優しい心、深い知識、高い技術をもって安全に配慮した、良質な医療を提供し、地域社会に貢献します」ということを掲げています。地域の医療機関との診療連携を大切にし、3次救急医療機関として高度かつ専門性の高い医療を提供することを使命としています。

当院に在籍しているNDCは7名で、2021年度からは総合診療センターに配属され、総合診療科および集中治療部を中心に業務を行っています。

総合診療科においては、内科チームの一員として、医師とミーティングを行い、患者の診察や病棟マネジメントを行っています。

また、週1回は外来業務に従事し、問診や身体診察などを経験し、NDC自身の臨床推論の能力を高める機会にもなっています。

その他にもラピッドレスポンスシステム(以下RRS)やラインサポートチーム(PICC挿入)などの横断的な活動も行うことで、組織内にNDC



ICUにてPICCを挿入
(7期生 日高)

の活動が認知されてきていることも事実です。また、手術室経験の豊富なNDCは、周手術期分野で麻酔科医師と連携し、麻酔管理のサポート業務を行っています。このように個々のNDCが専門分野や得意分野を活かした活動も少しずつ進んできています。当院では、医師の理解や協力もあり、NDCが安心して活動できる土壌があることはとても大きいことだと思っています。



病棟にてPICC挿入の準備中（4期生 清雲）

課題と今後の展望

令和6年4月1日より医師の時間外・休日労働の上限規制が適用されるにあたり、特定行為研修修了者へのタスク・シフト／シェアによる医師の労働時間短縮の効果が大きいことが指摘されています。このような状況を踏まえ、特定行為研修修了者やその他の専門性の高い看護師の育成と確保が必要であることはいうまでもありません。看護師が診療の補助として医療行為を実施するときには医師の指示が必要です。しかし、特定行為に係る研修を修了した看護師は、手順書に基づき、患者さんの状態を見極め、タイムリーな介入ができます。

医師の業務負担の軽減だけでなく、患者の状態変化時に素早く対応することができることで、予期せぬ急変を減らすことにつながり、医師・看護師の負担軽減につながるのではないのでしょうか。

当院は協会施設の中では1番多い7名のNDCが在籍して活動を行っています。

さまざまな診療場で活躍するNDCの活動

は、医師・看護師をはじめ、コメディカルにも認知されるようになってきました。しかし、看護師全体からすれば、まだ一握りの存在です。

このようにまだ始まって数年のNDCの活動に対しては課題も多くあります。実際に動き始めたからこそ気づく内容も多く、課題に関しては1つ1つ丁寧に検討していく必要があります。

院内にはNDCだけでなく、専門看護師や認定看護師もスペシャリストとして活躍しています。このように専門的な知識や技術を有する看護師の存在は、臨床現場で教育的な関わりをし、看護の質を向上させる上では不可欠な存在です。そして、専門性の高い看護師の育成と確保は、今後さらに高度化する医療現場において重要な存在になることは間違いありません。看護師がキャリアデザインを考える上で、NDCを目指すことも選択肢の1つであると考えています。地域医療振興協会でも育成しているNDCは、特に医師不足における地域で活躍できる人材を育成するというミッションがあります。現時点では、病院内での活動が中心になっていますが、地域医療にも貢献できるように力をつけていってほしいと思っています。

NDCの活動が今後さらに発展するためには、研修受講に向けてのサポートや研修修了後の体制づくりを組織全体で構築していきたいと考えています。



総合診療センター所属の特定ケア看護師

地域医療型後期研修

2023. 8. 9

これまでを振り返って

はじめまして、東京北医療センター所属で「地域医療のススメ」プログラムに参加している専攻医2年目の徳田紋華と申します。初めてこちらの企画での執筆で何を書こうか悩みましたが、「これまでの振り返り」をメインに綴っていこうと思います。

1年目は東京北医療センターの総合診療科からスタートしました。1年間の臨床ブランクがあったので、最初はとても不安でしたが、周囲の皆さんに助けをもらいながら何とかキャッチアップすることができました。

9ヵ月間の総合診療科ローテーションは総合的に充実していました。私が初期研修を行っていた病院や出身の大学病院では総合診療科がなかったため、実際に働いてみて初めて知る内容が多くありました。例えば、誤嚥性肺炎には「ABCDEアプローチ」というものがあり、恥ずかしながら、私は後期研修医になって初めてこれを知りました。初期研修の時は「はいはい、誤嚥性肺炎ね、抗菌薬とリハビリ入れて早く退院させよう」としか考えておらず、自分の考えの浅さに反省しました。東京北ではこういった老年医学以外にもICUでの集中管理を必要とする症例まで幅広い患者の診療を行っています。正直なところ、ICUの患者の診療は自信がなく、最初に呼吸器管理を必要とする患者を担当した時にはとても不安でしたが、チーム体制をとっているためいつでも相談でき、安心して診療に当たることができました。ICUの患者も時折持つことで、自分にある程度の負荷も掛けることができたかと思います。

総合診療科の後は小児科のローテーションでした。ローテーション中に特に印象に残った症例は1型糖尿病の症例でした。1型糖尿病は発症すると成人期になっても付き合っていく疾患のため、(基本的には内分泌専門医の領域かもしれませんが)将来的には総合診療科でも出会っていくような疾患でもあり、大変興味深かったです。移行期(小児科から成人科へ移り変わる時期)医療が今注目さ



プロフィール

2019年3月 浜松医科大学卒業

2019年4月～2021年3月 磐田市民病院初期研修

2021年4月～2022年3月 厚生労働省医系技官として勤務

2022年4月～「地域医療のススメ」東京北医療センター 専攻医



職員寮からの景色

れており、成人科へ移行する年頃の患者が自分で自身の疾患の管理ができていないことが問題になっているようです。こういった問題にならないよう、この症例でも医療者がインスリンの打ち方やどういった疾患で学校や日常生活でどういふことに注意しなければいけないのかを教育していく様子を実際にみることができ、大変勉強になりました。

2年目に入ってから最初のローテーションは救急科でした。東京北では2年目から主当直になるため、ここで救急のイロハを学ぶことができ、主当直への不安を少し軽減することができたかと思います。小児科の先生も救急科の先生も他科である私にとっても丁寧に指導してください、大変ありがたかったです。

この原稿を執筆している現在は伊東市民病院で勤務をしております。この地域全体の医療を支える病院のため、さらに幅広い患者の診療に日々あたっております。勤務開始から1ヵ月経ちましたが、いろいろな症例・手技を経験させていただきました。

違う医療機関で働いたことで、毛色の異なる疾患に出会うことができ、勉強するモチベーションになっています。今後は地域研修が続くため、その地域で行っている医療保健的な取り組みにも参加していきたいらな、と考えています。せっかくなので、その地域の観光スポットもどんどん巡っていきたいです。



伊東グルメ(イカ墨黒カレー)

お詫び

「月刊地域医学」Vol.37 No.9「研修医日記」におきまして、933(119)頁の写真が間違っておりました。ここに深謝いたします。

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。

令和6年度医学部・看護学部入試日程等が決まりました ……………

令和6年度の入試日程等が次のとおり決定しました。

医学部

【入試日程】

| | | |
|----------|---|---|
| 学部・学科・定員 | 医学部 医学科 定員100名 ※ただし、令和6年度の募集人員も今年度と同じ123名で関係機関と調整中である。 | |
| 出願期間 | 令和6年1月4日(木)～令和6年1月17日(水)17:00必着(16日(火)消印有効) 出願地とする都道府県庁担当課へ郵送または持参にて出願 | |
| 第1次試験 | 試験日 | 【学力試験】令和6年1月22日(月) ※学力試験及第者の発表は、1月23日(火)9:00までに行います。 【面接試験】令和6年1月23日(火) ※学力試験及第者のみ実施 |
| | 合格発表日 | 令和6年1月26日(金)13:00 |
| 第2次試験 | 試験日 | 令和6年1月31日(水) 記述式学力試験・面接試験 |
| | 合格発表日 | 令和6年2月9日(金)17:00 |
| 入学手続日 | 【第1回目】令和6年2月25日(日) 【第2回目】令和6年3月12日(火) ※両日に、出願地の都道府県庁の入試担当課において、必ず本人が所定の入学手続きを行ってください。 | |

入学者選抜方法

第1次試験の学力試験（マークシート式）、面接試験、第2次試験の学力試験（記述式）、面接試験および出身学校長から提出された必要書類により総合判断するとともに、本学の建学の精神を理解し、進んで本学に学ぶ意思が確認できる者を各都道府県から2～3名ずつ選抜します。

試験日時・科目等

●第1次試験

- ・学力試験および面接試験を行います。ただし、面接試験は学力試験及第者のみが対象となります。
- ・試験会場：出願地となる都道府県が指定する場所

【学力試験（マークシート式）】

令和6年1月22日（月） 9：00～14：10

受付時間 8：20～8：40

| 教科 | | 科目 | 時間 | 配点 |
|-------------------|----|---|----------------------|-----------------|
| 数学 | | 数学Ⅰ（全範囲）・数学Ⅱ（全範囲） 数学Ⅲ（全範囲）・数学A（全範囲） 数学B（数列・ベクトル） | 9:00～10:20 (80分) | 25点 |
| 理科 (2科目 選択) | 物理 | 「物理基礎」と「物理」を併せた範囲 | 10:50～12:10 (80分) | 50点 (1科目25点) |
| | 化学 | 「化学基礎」と「化学」を併せた範囲 | | |
| | 生物 | 「生物基礎」と「生物」を併せた範囲 | | |
| 外国語 | | コミュニケーション英語Ⅰ コミュニケーション英語Ⅱ コミュニケーション英語Ⅲ 英語表現Ⅰ・英語表現Ⅱ | 13:10～14:10 (60分) | 25点 |

【面接試験】

令和6年1月23日（火） 10：10～16：00

受付時間 9：00～9：20

●第2次試験

- ・学力試験（記述式）および面接試験を行います。
 - ・試験会場：自治医科大学
- 試験日 令和6年1月31日（水） 8：50～18：00

【学力試験(記述式)】

| 教科 | 科目 | 配点 | 時間 |
|-----|---|-------|-----|
| 数学 | 数学Ⅰ(全範囲)・数学Ⅱ(全範囲) 数学Ⅲ(全範囲)・数学A(全範囲) 数学B(数列・ベクトル) | 12.5点 | 30分 |
| 外国語 | コミュニケーション英語Ⅰ コミュニケーション英語Ⅱ コミュニケーション英語Ⅲ 英語表現Ⅰ・英語表現Ⅱ | 12.5点 | 30分 |

【面接試験】

集団面接 約20分

個人面接 約10～15分

※集団面接と個人面接は都道府県単位で行います。

出願に必要な入学者募集要項(願書)は、大学ホームページからの資料請求または各都道府県庁の自治医科大学入試担当課の窓口を中心に9月上旬より無料で頒布する予定です。

医学部入学試験の詳細については、学事課入試広報係(直通電話 0285-58-7045)までお問い合わせください。

看護学部

●一般選抜

【入試日程】

| | | |
|--------|---|--------------------|
| 学部・学科 | 看護学部 看護学科 (定員105名のうち40名程度は学校推薦型選抜(指定校制)) | |
| 出願期間 | 令和6年1月4日(木)～令和6年1月12日(金) <消印有効> | |
| 第一次試験 | 試験日 | 令和6年1月20日(土) |
| | 合格発表 | 令和6年1月26日(金)11:00 |
| 第二次試験 | 試験日 | 令和6年2月3日(土) |
| | 合格発表 | 令和6年2月9日(金)11:00 ※ |
| 入学手続締切 | 令和6年2月27日(火)<消印有効> | |

※大学案内(Campus Guide2024)P.29『2024年度 看護学部 入試概要』に記載されている「第二次試験 合格発表」が『令和6年2月9日(金)』に変更となりました。

試験科目

【第一次試験(筆記試験)】

| 教科 | 区分 | 科目 | 時間 | 方式(1月20日) |
|----|----|-------------------------------|-------|-----------|
| 国語 | 必須 | 国語総合 (古文・漢文を除く) | (60分) | マークシート方式 |
| 英語 | 必須 | コミュニケーション英語Ⅰ・ コミュニケーション英語Ⅱ | (60分) | マークシート方式 |
| 数学 | 必須 | 数学Ⅰ・数学A | (60分) | マークシート方式 |

〈出題範囲〉

「数学Ⅰ」:「数と式」,「図形と計量」,「二次関数」
「数学A」:「場合の数と確率」,「図形の性質」

【第二次試験(面接試験)】

| 内容 | | 時間 |
|------|------|---------|
| 面接試験 | 個人面接 | 1人10分程度 |

●学校推薦型選抜入学試験

| | |
|--------|----------------------------------|
| 学部・学科 | 看護学部 看護学科 |
| 出願期間 | 令和5年11月1日(水)～令和5年11月6日(月) <消印有効> |
| 試験日 | 令和5年11月18日(土) |
| 試験科目 | 小論文(60分),面接試験(1人10分程度) |
| 合格発表 | 令和5年12月1日(金) |
| 入学手続締切 | 令和5年12月8日(金) <消印有効> |

出願に必要な学生募集要項(入学願書)一般選抜一式は、大学ホームページからの資料請求または看護学務課にて9月下旬から無料で頒布予定です。

なお、看護学部入学試験の詳細については、看護学務課(直通電話 0285-58-7433)までお問い合わせください。

令和5年度 学長・学生懇談会が開催されました ……………

令和5年度の第1回および、第2回学長・学生懇談会が、5月25日(木)と6月22日(木)の両日17時から記念棟12階会議室において開催されました。

この懇談会は、学長、副学長をはじめ教員と学生代表とが、自由に意見交換できる場です。和やかな雰囲気の中、この機会を通じて学生の教育および生活の現状を把握し、短期および中長期的な解決策を話し合うことを目的として、年3回実施しております。コロナウイルス感染症防止対策のために、昨年度は距離を保った質疑応答形式でしたが、今回はマスク着用で距離も近く、自由な会話の機会を持つことができました。

懇談会は興水崇鏡学生生活支援センター長の司会で始まり、はじめに永井良三学長、大槻マミ太郎副学長から学生に対してねぎらいや励ましのお言葉や、今後の医療体制の展望などのお話をいただきました。続いて参加した学生の代表から挨拶がありました。第1回は学生自治会、薬師祭実行委員、BBS幹部、カリキュラム委員が、第2回はサークル代表、都道府県代表が参加しました。充実した懇談の時間を持つことができ予定時間を超えるほどでしたが、学長、副学長をはじめ多くの先生方から直接お話を伺える貴重な機会となりました。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようにしました。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

第36回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定

地域保健医療に関する研究などの推進・奨励の一環として実施している地域保健医療研究助成事業において、公募研究テーマの中から「研究助成賞」4件が、令和4年度「月刊地域医学」に掲載された論文の中から「研究奨励賞」3編が、選考の結果決定しました。

選考委員会：吉新通康, 山田隆司, 川上正舒, 北村 聖, 安達秀雄



研究助成賞

助成金 総額 200 万円 (税込) (研究内容に応じて振り分ける)

研究期間 2023 年 9 月 1 日～2024 年 8 月 31 日

成果発表 研究期間終了後 1 年以内に原著論文を「月刊地域医学」に掲載

古橋柚莉 氏 日光市立国民健康保険 栗山診療所

助成金額 50 万円

研究テーマ

「へき地と中核市におけるアドバンス・ケア・プランニングに関する比較検討」

松岡保史 氏 三戸町国民健康保険三戸中央病院

助成金額 50 万円

研究テーマ

「地域診断の経験が現場の医師に与える意義についての検討」

小澤秀浩 氏 練馬光が丘病院

助成金額 50 万円

研究テーマ

「3Dモデルを用いた家屋調査による退院前カンファレンスによる患者/
患者家族並びに多職種への影響の評価」

酒井貴央 氏 西尾市佐久島診療所

助成金額 50 万円

研究テーマ

「リハビリ専門職によるリハビリアセスメントを活用した佐久島特有の
介護保険サービスのニーズの質的研究」



研究奨励賞

奨励金 30 万円 (税込) (1 名につき 10 万円)

塩谷竜之介 氏 千葉大学予防医学センター

研究テーマ

「コロナ禍におけるオンライン『通いの場』導入支援のプログラム評価」

村井達哉 氏 萩市国民健康保険大島診療所

研究テーマ

「離島診療所における新型コロナウイルス感染症流行第6波への取り組み」

山田航輔 氏 東京北医療センター 薬剤室

研究テーマ

「東京北医療センターにおける新型コロナウイルスワクチン調製業務体制の
構築と評価 -薬局薬剤師向けアンケート調査からみた考察-」

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。

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SSIONAL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

公益財団法人 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/>

募集

福島県沿岸地域での医院開業・勤務にご関心のある 医師の皆様へのご案内

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

特に募集している診療科等

内科、腎臓内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、産婦人科

募集地域

福島12市町村

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

各種支援制度

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

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

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

問い合わせ先

復興庁原子力災害復興班(担当：黒田・塩田)

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

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型肝炎を治療に導くべく研究に取り組んでいます。

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科
教授 菅原 斉(北海道1985年卒)
連絡先：福地貴彦(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 富永真一

会費のご案内

1. 年会費について

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

道内公的医療機関・道内保健所等

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

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

医師募集

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

医師＋北海道東京事務所＝北海道移住



○北海道の地域医療視察・体験
 1日～3日程度の旅費を負担します。
 まずは視察という方にオススメです！

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

ドクター×北海道移住「mateni」 無料配布中！
（※詳しくは、北海道東京事務所ホームページにアクセス！）

北海道東京事務所行政課（担当：佐々木）
※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
 HP771： <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>



受付 2022.7.6

本別町国民健康保険病院

●内科または外科 1名



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

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

受付 2021.10.25

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宇東雲町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ください。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

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/lfsrq0000001psv.html>

受付 2022.12.21

北海道

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名

診療科目：精神科，児童・思春期精神科
 病床数：168床（稼働病床77床）
 職員数：106名（うち常勤医師6名）
 所在地：〒080-0334 音更町緑が丘1
 連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail kume.akira@pref.hokkaido.lg.jp

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



青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名

診療科目：総合診療科（院内標榜）
 病床数：無床
 職員数：19名（うち常勤医師3名）
 所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3
 連絡先：事務長 竹内
 TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340
 E-mail jin_takeuchi@town.fukaura.lg.jp

特記事項：深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し、東には世界自然遺産に登録されている「白神山地」に連なっています。当診療所は、民間医療機関等の閉院により、平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行っております。へき地医療に関心のある先生方、短期間でも構いませんので、何卒ご協力をお願いします。なお、原則、土日祝日は休みであり、住居も完備しております。
<https://www.town.fukaura.lg.jp>

受付 2023.7.24



北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

診療科目：内科，外科，小児科，整形外科，耳鼻咽喉科，眼科，産婦人科，皮膚科，泌尿器科，精神科，リハビリテーション科
 病床数：120床（稼働病床45床）
 職員数：73名（うち常勤医師7名）
 所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110
 連絡先：北海道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail kume.akira@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立羽幌病院は、北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し、天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い、総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院長は自治医大卒です。）

受付 2022.6.16



宮城県

丸森町国民健康保険丸森病院

●内科 1名

診療科目：内科，外科，整形外科，歯科
 病床数：90床
 職員数：120名（うち常勤医師4名，非常勤医2.26名）
 所在地：〒981-2152 宮城県伊具郡丸森町字鳥屋27
 連絡先：事務長 大石
 TEL 0224-72-2131 FAX 0224-72-2474
 E-mail byoin@town.marumori.miyagi.jp

特記事項：当病院のある丸森町は宮城県の最南端に位置し、気候も比較的温暖で山の幸、川の幸に恵まれた自然豊かなところです。当病院は、町の保健・医療・福祉の中核施設としての役割を担うとともに、多様化する医療ニーズに応えられるよう、CTをはじめとする高度医療機器の整備を進めております。また、特定健診等の疾病予防事業にも積極的に取り組んでいます。地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。
<https://www.town.marumori.miyagi.jp>

受付 2023.7.31



※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 病院経営課 人材確保対策室（東田）
 TEL 011-231-4111（内線25-853）
 E-mail higashida.asami@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード(北海道立病院局ホームページ)をご参照ください。



大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪精神医療センター



- 総合診療医 4名（常勤・非常勤を問わず、応援医師でも応相談）

診療科目：精神科，児童思春期精神科，総合診療科（院内標榜）

病床数：473床

職員数：39名（うち常勤医師29名，非常勤医師10名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事マネージャー 下中

TEL 072-847-3261 FAX 072-840-6206

E-mail shimonakas@opho.jp

特記事項：大阪精神医療センターは総合診療医・総合内科医を募集します。当センターは、90年以上の歴史を有する大阪府の公的精神科病院です。地域の医療機関と連携を図り精神医学の高度な専門技術を提供し、日本の精神医療をリードしてきました。この度、認知症の増加や利用者の高齢化に対応するために「認知症・合併症診療部」を開設し、そこで活躍していただける総合診療医を求めています。ご関心のある方はぜひご連絡下さい。

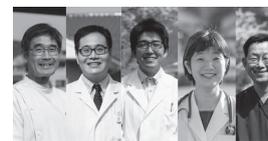
<https://pmc.opho.jp/index.html>

受付 2023.8.9

島根県

浜田市国保診療所連合体

（弥栄診療所・波佐診療所・あさひ診療所・大麻診療所）



- 総合診療医 1名

診療科目：内科，小児科

病床数：無床

職員数：24名（うち常勤医師2名，非常勤医師2名）

所在地：〒697-1122 島根県浜田市弥栄町木都賀イ530-1

（代表の弥栄診療所）

連絡先：健康医療対策課 地域医療対策係 田中

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

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

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

<https://teiju.joho-hamada.jp/recruit/>



受付 2023.7.24

岡山県

備前市国民健康保険 市立吉永病院



- 内科・外科・整形外科 若干名
（副院長候補）

診療科目：内科・外科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・脳神経内科・呼吸器外科・消化器外科・心臓血管外科・脳神経外科・整形外科・精神科・小児科・泌尿器科・婦人科・眼科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科

病床数：50床

職員数：160名（うち常勤医師5名，非常勤医師30名）

所在地：〒709-0224 備前市吉永町吉永中563-4

連絡先：事務局 事務長 尾崎

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

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

特記事項：当院は一般病床50床の中小病院ですが、外来は1日250人を超え、救急受入件数は令和3年度436件・4年度437件、外科・整形等手術件数は令和3年度191件（全麻137件）・4年度226件（全麻147件）と、救急医療、へき地医療、小児医療、健診・予防事業など地域に必要とされる病院として多くの役割を担っています。

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

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

受付 2023.5.24

熊本県

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 : 上天草市立上天草総合病院 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

球磨郡公立多良木病院

●訪問診療, 消化器内科, 泌尿器科 若干名



診療科目 : 内科総合診療科, 呼吸器科, 消化器科, 循環器科, 小児科, 外科, 整形外科, 脳神経外科, 心臓血管外科, 皮膚科, 泌尿器科, 産婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 歯科

病床数 : 183床

職員数 : 416名 (うち常勤医師23名, 非常勤医師6名)

所在地 : 〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210

連絡先 : 総務課 係長 増田
TEL 0966-42-2560 FAX 0966-42-6788

E-mail info@taragihp.jp

特記事項 : 球磨郡公立多良木病院は、熊本県南部の九州山地に囲まれた球磨盆地にあり、近くには日本三大急流の1つである球磨川が流れ、自然豊かなところに位置します。

当院は地域完結型医療を実践するへき地医療拠点病院として、附属施設の総合健診センター、介護老人保健施設、地域包括支援センター、在宅医療センター等を有しており、包括的な医療福祉提供の要として機能しています。また、へき地診療所2カ所等へ定期的に医師派遣をしており、へき地医療にも寄与しています。

「地域医療・へき地医療に貢献してみたいと思われる方」「地域密着型の医療をやりたい方」「熊本県内で条件の良いところを探している方」「自然を体感したい方」「仕事だけでなく、ゆとりを持った生活をしたい方」など、このような医師の方、ぜひ当院にて働いてみませんか。

www.taragihp.jp

受付 2023.7.24

北海道

保健福祉部総務課 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 若干名
 勤務先：道立保健所（26カ所）、本庁
 連絡先：北海道保健福祉部総務課 杉山
 〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目
 TEL 011-204-5243 FAX 011-232-8368
 E-mail hofuku.somu2@pref.hokkaido.lg.jp

PR事項：北海道では、道立保健所等に勤務する公衆衛生医師を随時募集しています。
 専門分野は問いません。保健所の勤務経験も不要です。
 採用時は、比較的規模の大きな保健所で経験を積んでいただき、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長となった後、状況に応じて本庁で勤務することもあります。
 北海道には、雄大な自然やおいしい食、アイヌ文化をはじめとする歴史・文化、多彩な魅力に満ちた179の市町村があり、勤務するそれぞれの地域で充実した生活を送ることができると思います。
 興味のある方は、道の公衆衛生医師による「WEB相談会」をご都合に合わせて開催しますので、お気軽にお問い合わせください。
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/139782.html>



大阪府

健康医療部 行政医師募集

募集数：行政医師 若干名
 勤務先：大阪府庁、大阪府保健所、大阪府こころの健康総合センター（精神保健福祉センター）など
 連絡先：大阪府庁 健康医療部 健康医療総務課 人事グループ 佐々木
 〒540-3570 大阪市中央区大手前2-1-22
 TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
 E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項：公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけでなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。
 私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康といのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。
 大阪府では、大阪府庁や保健所などに勤務する行政医師を募集しています。専門分野や行政機関での勤務経験などは問いません。業務内容や勤務場所、人材育成の体制や人事制度など、お気軽にお問い合わせください。また、府庁や保健所への訪問、見学なども随時受け付けています。詳しくは府の行政医師職員採用ガイドのページをご覧ください。
<https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/kousyueiseishi/index.html>



栃木県

公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 若干名
 勤務先：保健所（5カ所）、県庁
 連絡先：栃木県保健福祉部医療政策課
 早川（とちぎ地域医療支援センター専任医師）
 〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20
 TEL 028-623-3541 FAX 028-623-3131
 E-mail hayakawat03@pref.tochigi.lg.jp

PR事項：栃木県では県の行政を担う医師を募集しています。
 コロナ禍では地域での保健医療管理の重要性が再認識されました。また、少子高齢化や共生社会の構築など様々な社会課題に対する保健、医療、介護、福祉の提供、それらの連携体制を構築する地域の取り組みも待ったなしで求められています。
 このような中、栃木県では、公衆衛生の理念を持ち、管理技術や地域分析・介入手法を学ぶ意欲があり、保健所や本庁などの行政機関に身を置いて地域の施策を支える公衆衛生医師への期待が高まっています。
 現在、栃木県庁では常勤の公衆衛生医師が保健所5カ所に5人、本庁に2人の7人体制ですが、体制の強化充実を図るため、計画的な医師の採用と育成を予定しています。
 これまでの経験が活躍へと結びつきやすいように、いずれの年代の入職でもモデルとなるキャリアパスやジョブローテーションを用意いたします。また、国での研修受講や、県内大学と連携し作成された社会医学系専門医プログラムを適用した履修も考慮されます。
 問い合わせ、相談、見学など歓迎します。随時受け付けております。
 募集の詳細については県ホームページをご参照ください。
<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/work/shikaku/iryuu/1273123952513.html>

佐賀県

公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 若干名
 勤務先：保健福祉事務所、精神保健福祉センター、療育支援センター、本庁
 連絡先：佐賀県健康福祉部健康福祉政策課 古賀
 〒840-8570 佐賀県佐賀市内1-1-59
 TEL 0952-25-7052 FAX 0952-25-7268
 E-mail kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp

PR事項：佐賀県では、本庁や保健福祉事務所等で勤務する公衆衛生医師を募集しています。
 県の公衆衛生医師は、県民の健康な生活を守るため、感染症対策、生活習慣病対策、精神保健や母子保健の推進、医療提供体制の整備、食品や環境に関する生活衛生など、幅広く県の保健・医療・福祉行政に携わります。
 また、災害時には被災地で健康危機管理・公衆衛生学的支援を行うための派遣や、県職員の衛生管理を担う産業医をお願いする場合があります。
 佐賀県職員として勤務している医師の説明や、本庁、保健福祉事務所等の見学も行ってまいりますので、まずは下記ホームページをご覧ください。お気軽にお問い合わせください。
<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00387287/index.html>



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 江原

〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1

TEL 097-506-2614 FAX 097-506-1732

E-mail a12000@pref.oita.lg.jp

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

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

鹿児島県

くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 7名

勤務先: 保健所(県内13カ所)、県庁

連絡先: 鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 山崎

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

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

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

PR事項: 鹿児島県は、3つの世界遺産や和牛日本一に輝いた鹿児島県牛をはじめとする世界に誇れる食や優れた県産品の数々のほか、歴史や文化など、魅力的な資源、すなわち「宝物」を多く有しております。このような自然豊かな県内において、ワークライフバランスを実現しながら、疾病予防や保健分野の施策に携わり、地域住民の健康を守るため、保健所や県庁で働いてみたいという熱意のある公衆衛生医師を募集しております。専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。採用はご希望に合わせて随時行っております。業務内容や給与・休暇等の諸制度の紹介や県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください！世界に誇る自然環境、暮らしやすい温暖な気候、おいしい食材に恵まれた「くらし先進県」であなたの力を発揮してみませんか。詳しくは県のホームページ(QRコード)をご覧ください。
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshuu/hokendoc2.html>



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 4名

勤務先: 本庁、保健所等

連絡先: 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 政策班 内村

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870

E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

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

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



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(○年卒：西暦)で統一願います。
3. 連絡先：氏名(所属・肩書き)、TEL、FAX、E-mailを記載してください。

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

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

【書籍】

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

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

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

【転載・二次的利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

1) 掲載料金は無料とする。

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

3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒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 | 朝野春美(地域看護介護部長) |
| | 石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長) |
| | 伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者) |
| | 菅野 武(自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授) |
| | 北村 聖(地域医療振興協会 顧問) |
| | 木下順二(地域医療振興協会 常務理事) |
| | 佐藤新平(大分県済生会日田病院) |
| | 杉田義博(日光市民病院 管理者) |
| | 田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長) |
| | 中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長) |
| | 野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長) |
| | 原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長) |
| | 廣瀬英生(県北西部地域医療センター 国保白鳥病院) |
| | 本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長) |
| | 宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者) |
| | 森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任) |
| | 守本陽一(兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事) |

(50音順, 2023.9.12現在)

編集後記

今月のインタビューは山形県立河北病院 深瀬龍先生です。今年の学会で高久賞を受賞され、中堅地域医療医として活躍されています。特集は「第16回へき地・地域医療学会」です。特別講演やメインシンポジウムなど、どのようなことがテーマとなったかを知ることができます。ただ、誌面では、学会の迫力は伝えにくいです。

学会つながりで、思ったことを一つ紹介します。先日、医学教育の中に医学史の教育を入れようというシンポジウムに行きました。医学史は西洋ではヒポクラテスから始まり、中世を経て、パスツール、コッホの時代へと進みます。一方、東洋医学は漢方の起源から始まり華岡青洲、緒方洪庵へと続きます。そして明治以降の日本の医学史ならびに医学教育史などが面白いです。これらの医学史が、学部教育で教えていないかということ、実は医学教育モデルコア・カリキュラムに明確に書かれています。現行の平成28年版では「A-1 プロフェッショナリズム:医師としての道(みち)を究めていく」という項目の中に、「医学・医療の歴史的な流れとその意味を概説できる」とあります。来年度からの令和4年度版では社会医学の中に「歴史と医学・医療:医学・医療の歴史的変遷を踏まえ現代の医学的問題を相対化できる」と書かれています。相対化とは何でしょうか？なぜ、医学史を学ぶのか？その答えがここにあり、過去を学ぶことで現代をより深く理解し、そして未来を見通すことができるようになるためです。同じコンテキストで「地域医療の歴史を学び、現代の地域医療をより深く理解し、未来の地域医療を見通す」という、地域医療の歴史を教えるプロジェクトがあったらいいなと思っています。

北村 聖



月刊|地域|医学| 第37巻第10号(通巻444号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2023年10月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



9784909117762



1923047006004

ISBN978-4-909117-76-2
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)