

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

5

2024
Vol.38-No.5

【特集】

青森県の地域医療の 現状と将来

企画 松岡史彦 六ヶ所村地域家庭医療センター センター長

●インタビュー

「青森県内のネットワークで 継続性のある地域医療を」

吉岡秀樹 深浦町国民健康保険深浦診療所 所長

JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 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。



「末梢動脈疾患患者を ハートチームでどう治療するか？」

3月1日配信 ▶

仲間達也先生

東京ベイ・浦安市川医療センター 循環器内科 部長

仲間先生は、東京ベイのハートチームが、全身の血管をどう治療しているかについて、特にここでは下肢の血管治療を中心にレクチャーしています。

末梢動脈疾患の中でCLTI(Chronic Limb Threatening Ischemia: 包括的高度慢性下肢虚血)患者は、チームで「包括的アプローチ」をすることが重要であると、具体的に診断、治療、経過を紹介し、解説しています。



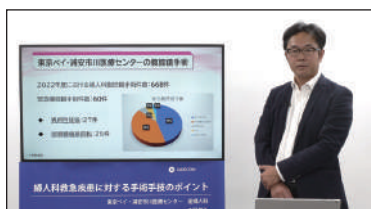
「婦人科救急疾患に対する 手術手技のポイント」

4月1日配信 ▶

本田能久先生

東京ベイ・浦安市川医療センター 産婦人科 部長

本田先生は、東京ベイで行っている腹腔鏡手術の中で、頻度の多い異所性妊娠(子宮外妊娠)と卵巣腫瘍捻転の手術手技についてレクチャーしています。いずれも手術動画を用い、実際の手技を解説。そしてトロッカー挿入方法についても、動画を用いて紹介しています。



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



月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.5(2024年)

目次

インタビュー

- 青森県内のネットワークで継続性のある地域医療を／吉岡秀樹 2

特集 青森県の地域医療の現状と将来

- エディトリアル／松岡史彦 12
- 総説:青森県の地域医療の現状と将来／松岡史彦 13
- 青森県立中央病院地域医療支援部の立場から／丸山博行 19
- 八戸市立市民病院が担う地域の救急医療／今 明秀 25
- 地域病院から
本州最北端にある病院「大間病院」／安齋 遥 31
三戸中央病院／葛西智徳 36
- へき地診療所から
東通村診療所／川原田 恒 40
深浦診療所／吉岡秀樹 46
- 開業医師の立場から／森 明彦 53
- 医師養成の立場から／米田博輝 59

活動報告

- 小笠原村診療所から学ぶ離島医療／小島祐依・西村裕樹・他 64

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127回“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例発生を未然防止する！
—マニュアル整備の視点から検討する未然防止対策—／石川雅彦 72

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 末梢動脈疾患患者をハートチームでどう治療するか？ 82

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑦／林 貴菜 83

REPORT

- 第2回へき地遠隔医療推進協議会 86

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 岐阜県 自治医大卒業生の地域奮闘記 ～日々和良あり、涙あり～／堀 翔大 90
- 三重県 地域医療と子育てと釣りニケーション／渡邊大和 94

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 脳外科単科病院での特定ケア看護師の役割／滝澤江里子 98

研修医日記

- 地域での学びをこれからの力に／細川裕司 100

百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～

- 第1回／才津旭弘・菅野 武 102

自治医大NOW

- 評議員会・理事会を開催／卒業式挙行／医学部入学試験終了 104

お知らせ.....108

求人病院紹介.....117

投稿要領.....124

編集後記.....巻末

INTERVIEW

深浦町国民健康保険深浦診療所 所長
吉岡秀樹先生



青森県内のネットワークで 継続性のある地域医療を

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

厳しい青森県の地域医療

山田隆司(聞き手) 今日は、青森県の津軽半島の深浦診療所に、吉岡秀樹先生をお訪ねしました。先生とは支部会でお会いするくらいでしたが、青森県の中でも厳しいこの深浦町に先生があえて赴任され地域を守っていらっしゃるのと知り、現地へ赴いてお話を伺いたいと考えました。

まず、先生のこれまでのご経歴を簡単に教えてくださいませんか。

吉岡秀樹 私は、1992年に自治医科大学を卒業しました。15期の卒業です。青森県は、県立中央病院で研修をしますのです、そこで2年間、初期研修をしました。当時、地方にはまだ台湾出身の先生などが結構大勢いらっしゃったので、3年

目には自治医大の卒業生が交代するような感じで各地域に散らばっていました。私は、病院が新しくなったばかりの一部事務組合下北医療センター国保大間病院に派遣されました。当時は外科系総合医と内科系総合医のどちらかを選ぶことになっていて、私は外科系総合医として派遣され、午前中は内科外来、午後は手術や大腸の検査などをしていました。

山田 大間病院は自治医大の先輩が多く行っていますよね。

吉岡 はい。今明秀先生、中林孝先生、野田頭達也先生、私、という感じで、外科系は代々救急系で継いでいました。私のあとが丸山博行先生

ですね。

山田 バリバリの地域医療の先生方がいらっしゃったのですね。確かに、大間病院は地域医療の軸ができるようなところがありますね。

吉岡 翌年、国保佐井診療所の所長として赴任しました。そこには2年間いて、県立中央病院に戻りました。県立中央病院に1年いたあとはまた大間病院に外科医長として戻り、県中と下北とを行ったり来たりで、下北で7年間働きました。途中、2000年から4年間、弘前大学麻酔科集中治療科に社会人枠で入学しました。3年間は土日に行って、研究して、帰って来るという感じで、大間からは片道4～5時間かかり大変でしたが、最後の1年間は後期研修として行かせてもらいました。

2002年に大間病院の副院長になったのですが、2003年には国保大畑病院の院長として赴任

することになりました。というのは、大畑病院は60床を内科医2人、外科医2人でやっていた病院だったのですが、年度の途中で弘前大学の先生が引き上げて、医者がいなくなってしまう。それで県から自治医大に何とかしてほしいと話があったのです。

山田 弘前大学は全部引き上げてしまったのですか？

吉岡 そうなんです。

山田 で、1人で行ったのですか？

吉岡 はい。病床は30床くらいまで減らして、外来、検査、入院と、1人でやっていました。ちょっときつかったですね。年度途中だったので8ヵ月頑張って、そのあとは自治医大の卒業生が派遣されました。

山田 それで義務年限が明けたわけですね。酷い義務年限明けでしたね(笑)。

海外の日本国大使館の医務官を歴任

山田 義務が明けた後はどうされたのですか。

吉岡 青森県立中央病院が救命救急センターを立ち上げるといことで、入職しました。2年後に自治医大から人事交流でモンゴルへ行かないかという話があり、自治医大の地域医療学教室に所属した形で外務省に出向し、在モンゴル日本国大使館に外務技官医療職として赴任しました。

山田 大使館の医師というのはどういうことをするのですか。

吉岡 原則として、大使館の日本人職員と現地の日本人の健康管理が中心です。

モンゴルには2年間いて、帰国して県中に戻って2年いた後、次は在ナイジェリア日本国大使館に3年、在ウクライナ日本国大使館に3年、在ネパール日本国大使館に2年行きました。

山田 そういった経歴が長かったのですね。

吉岡 そうですね。大使館の中にはクリニックがあって、顕微鏡も超音波も末梢血・生化学検査もできるし、小手術もできる。医者は1人しかなくて看護師もいないので、全部1人でやらなければいけないのですが、現地の変った感染症があったり、その予防接種もしなくてはいけなかったり、そういう意味ではプライマリ・



聞き手:地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

ケアとしては面白かったですね。

山田 ナイジェリアはマラリアなど感染症が酷そうですね。ウクライナにもいらしたのですね。

吉岡 ちょうどクリミア半島の強制併合で内戦が起きていて、とても大変な時でした。

山田 3年間キーウにいたのでは、今回のことは胸が痛みますね。

吉岡 はい。知っている人も大勢いますので、今も連絡を取ったりしています

山田 ウクライナにいた時に、キーウから東の方には行かなかったのですか。

吉岡 内戦が始まっていたので東側には旅行はできませんでしたが、車で西側のリビウやさらにポーランドまで、南側のオデーサ、モルドバやルーマニアまで旅行しました。

山田 広大な国ですよね。私は映画「ひまわり」の延々と続くひまわり畑や麦畑のイメージしか知りませんが。

吉岡 ずーっと真っ直ぐな道路で、広い農地だなあとびっくりしました。

山田 貴重な体験ですね。その後はネパールに行かれているのですね。

吉岡 はい。ネパールの大地震があって、復興の仕事もあって行かないと言われて、行くことにしました。まだ計画停電をされていて、1日のうち半分は停電していました。

山田 大変でしたね。ネパールは登山客が多いと思いますが、日本人も結構多いのですか？

吉岡 多いですね。旅行者が高山病になったというと呼ばれて行きました。

ネパール大使館が外務省の仕事の最後で、その後、ここ深浦町国保深浦診療所に赴任しました。

青森県に戻って

山田 どうしてここに赴任することになったのですか。

吉岡 両親が2人で青森県に住んでいたのですが、高齢になって二人暮らしのサポートが必要となり、青森県でどこかないかな？と探していた時に、こちらの募集を知りました。

山田 深浦町には、もともと自治医大の卒業生が来

ていた経緯はあるのですか？

吉岡 全くないのです。以前に柳善佑先生というカリスマ的な先生がいらしたのですが、2014年3月に退職して10月に亡くなりました。それから医者が次々と交代する暗黒時代があり、2018年に町が建物を新築したタイミングで私が着任したわけです。

山田 町民はその間どうしていたのですか。

吉岡 町の南側の人たちは秋田県の能代に通院するようになって、北側の人たちは鰯ヶ沢や五所川原に通院するようになりました。

山田 深浦町の人口はどのくらいですか。

吉岡 当時9千人くらいだったらしいです。私が来た時は8千人少しで今は7千人台です。

山田 町は南北に長いですね。

吉岡 約80キロあります。動線が南北にしかないの
で、昨年7月の大雨では遮断されて陸の孤島になりました。

山田 先生が着任された時は医師1人ですか。

吉岡 当初は私を含め3人だったのですが、1人はすぐに辞めて、当時70歳代後半だった先生と2人でやっていました。その先生は現在82歳ですが今も非常勤として働いていらっしゃいます。深浦町は高齢化率が51%で、高齢者の一人暮らしか夫婦二人暮らしが多いですね。そうする

と車で遠くまで行けないし、町がバスを出してくれたので、患者さんがどんどん戻ってきて、新しい診療所に集まる形になりました。

山田 そういう状況で2人でやってきて、今は自治医大の義務内派遣の先生が来てくれるようになったのですね。

吉岡 昨年2023年の4月から義務年限内の先生が来てくれるようになりました。

山田 診療所は立派な施設だし、保健センターも隣にあるし、役場も近いし、また、深浦町は自然に恵まれていて良い地域だと思います。ただ、医療だけが一時期大変だったようですが、2018年に先生が赴任してからこの6年間で、ようやく安定してきたという感じではないでしょうか。自治医大の義務年限内派遣が始まって、先述の大間病院のように、義務内派遣で来た人たちが、ここで育っていく流れができることを期待したいですね。

若いうちこそ一人診療所長の経験を

山田 先生は、先ほどの日本大使館の医務技官として働いた際にも、1人でいろいろ調整しながら仕事することの楽しさ、それがプライマリ・ケアの醍醐味だと感じていらっしゃったのですね。

吉岡 青森県はだんだん一人診療所をなくそうという方向に動いています。若い人を孤立させてはいけないというのですが、私の考え方は逆で、若いうちに一人診療所に行って、苦情に対応したり、看護師さんとうまくいかなかったりというのを経験したり、臨床を1人ですするという経

験が大切だと思うのです。そういう中で、マネジメントの力も付く。地域医療ってマネジメントの力も必要であると思うのです。自分自身のマネジメント、仕事のマネジメント、町長、首長さんとの関係など、一人診療所ではそれが学べたと私は思っています。今、青森県で地域医療に残っている先生方は、みんな一人診療所を経験していると思います。松岡史彦先生は市浦診療所、葛西智徳先生も市浦、今先生は倉石診療所、野田頭先生も私と同じ佐井診療所です。一人診療所を経験した人は、自信も付

くし、何かが違ってくるのではないかと思います。

山田 私も一人診療所が長かったのですが、一人診療所では自分が地域で丸裸にされるけれど、一方で、頑張れば地域から評価される手応えも大きいと思います。若い時に責任を伴う仕事を経験することはとても重要で、そういう経験をすることで、どこへ行っても、どんな事に遭遇しても、逃げないで向き合う習性が身につくように思います。

吉岡 医師は社会性がなく育っていきがちですが、否が応にも社会的な付き合いをしなければならぬというのは大切な時間だと思います。

山田 自治医大の卒業生は、一人診療所の経験をすることで、他ではできないトレーニングを受け

ていると言えますよね。

吉岡 それが自治医大の特長だと思います。

山田 ここではこれまでも学生実習などは受け入れてきたと思うのですが、今後、卒後の地域医療研修を受け入れていくということについては、いかがですか。

吉岡 最初のころ、何でもやろうと思って、1回だけ、弘前大学の学生さんの実習を1ヵ月ぐらい引き受けたことがあるのですが、こちらの臨床的な余裕もなかったのも、ちゃんとしたものを示せなかったという反省があり、もう少し体制が整ったらずひやりたいと思っています。

山田 これだけの設備や自然環境、町の魅力からすると、いろいろやり様があるのではないかと思います。

次世代に譲って傍らで支える

山田 先生は深浦診療所で6年目に入られたわけですが、今後の展望としてはいかがですか。

吉岡 地域医療も60歳が定年でいいのではないかと私は思っています。医局の先生などはそうやってターンオーバーしていきますよね。あまり同じところに長くいて変にカリスマ的になってしまふと次に来る人が大変ですし、その人がいなくなった時にそれが継続できなくなってしまう。だから60歳で定年にしたほうが良いと私は思っていて(もちろん60歳は例であって61歳でも62歳でもいいのですが)、私は今59歳になりましたが、60歳で辞めたら、ここに限らずこれまで勤務経験のある医療機関に派遣されている若い先生方に対して代診などのサポートができ

ると思っています。そういう形がいいと思っています。新たにどこかで何かやるというよりも、後方からの援護射撃というか、次に来た先生が夏休みを取るときに応援に入るとか、そんなことができればいいかなと漠然と思っています。そのほうが県全体で地域医療も活性化していくと思うのです。若い人はマネージメントの経験がないのでただ派遣先をぐるぐる回されて終わりという感覚を持ってしまい、そのうえポストがないから県外に出て行く人が多い気がします。

県内全体の退職した医師で、ネットワークを作って、結びつけてサポートをしていくということができればいいかなと思います。

山田 それはいいですね。私も賛成です。長くなってくると居心地もよくなって独善的にもなりがちですよ。

吉岡 患者さんから「先生がいないと困る」とか、「先生に看取ってもらいたい」とか言われると、何だか気持ちよくなって余計に自分の居場所のよさに思ってしまうがちです。

山田 そこはやはり先生が言うように、継続性がうまく保たれるように世代交代していくことが必要でしょうね。「私の後輩で信頼できる優秀な医者ですよ」と患者さんにしっかり伝えれば、信頼関係のバトンは比較的簡単に渡せると思うのです。それを結構自分で握りしめてというふうになりがちなのですが。

先生は、そういう意味で求められることを求められるタイミングに応じて、やってきたのだという感じですね。

吉岡 自分ではカメレオンドクターだと思っていて、そこで必要なものを自分で感じて、その色に染まっていけばいいのではないかと考えています。

山田 先生の大使館の仕事はまさにそうですね。国も違えば文化も違って、言葉も、状況も違って、やらなければいけない業務というのは多分その国によって違うと思うのです。先生のそういった経験がここでも活かしていて、ここですべきことを、プライオリティを決めて、できる範

囲で坦々とこなしている。

吉岡 私は自治医大の1年生の時に、Early Exposureで奥野正孝先生の神島に行ったのです。ちょうどその当時、地域医療で有名な先生が何人かいらっしゃったのですが、その時に奥野先生が「カリスマ的な先生を作るのがわれわれの仕事ではない」と。「その先生を10割としたら、継続的に人を派遣して8割ぐらいを継続していくのがわれわれ自治医大の仕事なんだ。だから勘違いしてはいけない」という話をされて、それがずっと強く頭に残っています。

山田 自らがカリスマを目指すのではなく、継続できる仕組みを作ることがより重要なのです。そのためには責任あるポジションを早めに後輩に渡すというのも非常に重要なことで、一方的に地域を見捨ててしまうというのではなく、その後も応援するという立場で関わる。単に代診をするというだけでなく上の世代の人たちがグループで後進をサポートする立場にまわるというのは、とても良い形だと思います。

現在佐賀の1期生の小柳孝太郎先生が協会医師となり、全国を股にかけて困っている地域の代診という事で大活躍してもらっていますが、今後そういったことをシステムとしてできるようにしたいですね。良いヒントをもらったような気がします。

地域医療を楽しむ

山田 深浦の厳しい状況を前から聞いていたのですが、先生は1人で大丈夫かなと心配していたのですが、結構先生は楽しんでやっていたんですね。

吉岡 はい、楽しんでやっています。

ここに来たきっかけも、ネパールから深浦町役場の人とメールでやり取りをしていて「どうして自治医大はここに派遣していないのか?」と思って、では自分が行くしかないと決めました。

山田 なるほど、それによって、ここで卒業生が活躍できるチャンスが大きく膨らんだのは良かったです、ここで石にかじりついて自分が守っていくという使命感よりも、次にバトンを渡せるような仕組み、ネットワークを考えているということは、この町にとっても青森県の卒業生にとってもいいですね。

吉岡 そこに居続けなければいけないと思ったら、みんなそこを選ばなくなってしまうですね。

山田 そうですね。「楽しい」がうまく伝わっていくといいなと思いました。

では、最後になりましたが、今、義務年限内で頑張っている全国の若い先生たちに向けて、エールをお願いします。

吉岡 自治医大を卒業したら田舎に行かなければならないのは当然ですが、いろいろな世界が開けるので、医師の免許というのはやはりいいと思うんですね、いい意味でつぶしがきくし、私も

外務省に行って視野が広がりましたし、いろいろな職業の人とつき合ったり、話をしたり、関係を作ったりして学んできました。いろいろな経験をしながらやっていけば、楽しい世界があるので、みんな頑張っていたきたい。そして楽しんでほしいと思います。

山田 へき地や離島に何年も閉じ込められるような形で義務を果たすのがわれわれのミッションだというと夢のない話になりますが、先生は厳しい地域医療を経験した後に救急や集中治療を学び、さらにはモンゴルやウクライナなど海外での体験を経て、再び日本の地域に戻って今地域医療を楽しんでいる。いろいろ学んだことでさらに地域医療の面白さが分かる、地域医療にはそんな魅力、奥深さ、夢があるように思います。

吉岡 地域の中で、診療所が核になってできていくことがあると思うので、そこでそれまでの経験が活かされてくると思います。

山田 そうですね。先生は、非常に厳しいところに赴任して、困っているのかなと思いきや、案外飄々と対応されていて(笑)、そういうセンスで地域に関わっておられることに安心しましたし、ぜひ先生が言われるような新しい形を作っていければと思いました。地域医療の苦しいところにばかり焦点が当てられがちですが、そうではなくて楽しいところを伝えていかなければいけないと改めて感じました。

吉岡先生、今日はありがとうございました。

吉岡秀樹(よしおか ひでき)先生 プロフィール

1992年自治医科大学卒業。青森県立中央病院で研修後、下北半島の一部事務組合下北医療センター国保大間病院、国保佐井診療所勤務を経て、県立中央病院、弘前大学医学部附属病院(後期研修・大学院)に勤務。2003年に国保大畑病院に院長として赴任。2006年より外務省医務官としてモンゴル(2年)、ナイジェリア(3年)、ウクライナ(3年)、ネパール(2年)にて医療に携わる。2018年深浦町国民健康保険深浦診療所 所長に着任し、現在に至る。

●吉岡秀樹先生からのメッセージです

<https://www.youtube.com/watch?v=MZFK2qpy-2s>



第37回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。

1. 研究対象分野

へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与する臨床医学的ならびに社会医学的研究とする。

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2024年9月1日～2025年8月31日

4. 研究助成賞

総額200万円とし、受賞者数や提出された研究計画に応じて分配を行う。

※費消できなかった助成金については返却を要するものとする。

5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書(下記URLよりダウンロード)に必要事項を記載し、下記事務局に提出すること。

参照先：地域医療振興協会ホームページの最新情報/ニュース欄

URL：<https://www.jadecom.or.jp/recruitment/detail.html?pageid=1080>



6. 応募締切日

2024年6月30日(日)(当日消印有効)

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の発表時期

2024年9月上旬に決定し、受賞者に通知する。

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

●問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 研究所事務部

〒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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

研究者を支援いたします

長年研究活動に従事した専門家らによる、研究活動への支援を得ることができます。

<支援内容>

- ・研究申請書の記載方法・研究内容・研究計画に関する助言
- ・研究助成決定後の研究活動への助言
- ・研究実施後の学術論文の作成、学会発表への助言
- ・その他研究事業全般に対する質問への対応

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
E-mail:health-promotion@jadecom.jp

青森県の地域医療の現状と将来

企画：六ヶ所村地域家庭医療センター センター長 松岡史彦

特集

●エディトリアル

●総説：青森県の地域医療の現状と将来

●青森県立中央病院地域医療支援部の立場から

●八戸市立市民病院が担う地域の救急医療

●地域病院から

- ・本州最北端にある病院「大間病院」
 - ・三戸中央病院
-

●へき地診療所から

- ・東通村診療所
 - ・深浦診療所
-

●開業医師の立場から

●医師養成の立場から

エディトリアル

六ヶ所村地域家庭医療センター センター長 松岡史彦

今回『月刊地域医学』で、青森県の地域医療の現状と将来について特集が組まれたことに感謝している。1期生から始まった自治医科大学・青森県卒業生の実直で多様性に富んだ波乱万丈な旅の成果を誌面に残し、読者にお届けできるからである。

1972年に自治医科大学が設立され、1期生が1978年に出身県に戻り、全く予備知識も経験もないまま医師としてのキャリアを始めてから46年経ったが、地域医療を担う医師の育成やへき地医療をシステムとして捉えるあり方に一定の型ができたのはごく最近である。

この特集は医療計画にあるへき地医療事業を縦軸とし、へき地医療のシステムを構成する医療施設とその役割を担う卒業生の立場から現状と将来について執筆いただいた。へき地を支える救急医療と医学教育についても県内卒業生に依頼した。何よりこの長い旅路を見つめてきた1期生の森明彦先生に執筆いただいたことは個人的に大変感慨深い。

県立中央病院の丸山博之医師は自治医大卒業生の人事を統括するとともに、へき地医療に従事する医師とその地域を育成するという大きな役目を担う。へき地医療の成立要件と今後の人口減少を見据えた将来像が提示されている。

八戸市立市民病院の今明秀医師は、全国的に有名な救急医療を立ち上げ機能向上や医師確保に成功した。これにより近隣の病院支援や入院受け入れの他、ドクターヘリやドクターカーでへき地救急医療の質を劇的に改善した。

大間病院は厳しい地理的な条件から基本的に義務年限の卒業生だけで運用されるようになった。安齋遥医師より医療環境や子育てを含めた現状の報告と、看護師不足への対策、ICTの活用など先進的な取り組みが述べられている。

三戸中央病院の葛西智徳医師は田子病院の診療所化と三戸中央病院との連携に尽力された。現在は三戸中央病院の院長としてへき地医療拠点病院の運営を担っている。連携までの経緯や看護師不足の現状等を報告いただいた。

東通診療所の川原田恒医師に地域医療振興協会の診療所として開設した経緯から現況まで報告いただいた。地方自治体の診療所との違いや総合医教育、包括ケア、さらに地域を挙げて行う健康教育や県外からの支援など、地域医療のお手本となる活動が展開されている。

自治体の運営するへき地診療は深浦診療所の吉岡秀樹医師に報告いただいた。深浦診療所の沿革や困難の要因を論述している。へき地医療を個人に頼らないために外交官の人事システムを参考にするなど、外務省医務官としての経験が生かされた興味深い論文である。

森総合クリニック院長の森明彦医師は卒業後の経験や開業医から見た地域医療の問題点ならびに早期発見の重要性と病診連携の必要性を述べている。常に地域住民を基盤にする有り様は後輩たちに受け継がれている。

弘前大学の米田博輝医師は、現状の医療状況を俯瞰しつつ地域を基盤にした医師教育の重要性を述べている。総合診療医教育、自治医大卒業生と弘前大学医学生の交流が地域医療に変化をもたらしていること、地域での研究の重要性や今後の展開が述べられている。

総説：青森県の地域医療の現状と将来

六ヶ所村地域家庭医療センター センター長 松岡史彦

抄録

第8次医療計画に基づいて青森県内のへき地医療を概説するとともに、へき地医療とそれに関わる教育や救急分野での卒業生の活躍を述べた。今後も自治医科大学卒業生がへき地医療の根幹を支え続けことになるが、依然として医師確保は大きな課題である。持続的なへき地医療の実現と医師確保には教育を中心とした制度の改革と診療看護師等によるタスク・シフト/シェアが必要である。

はじめに

地域医療という言葉は、それを使う者の立場によって異なった意味合いを含んでしまう。例えば自治医科大学の卒業生であれば、特に意識することなく、へき地を中心とした医療とその背景を考えるだろうし、三次医療機関の管理者であれば専門医療を提供する体制をイメージするだろう。ここでは厚生労働省による医療計画にある“へき地医療”を、地域で実践されている医療の最も基本的な単位と捉え、それが教育や救急などに深く関与する様子を示しながら青森県の地域医療の現状と将来展望を概説したい。

医療計画について

1985年に始まった厚生労働省による医療計画は、その時々に必要な医療体制や重点項目を国が方針を示し都道府県の実情に合わせて実施されおよそ5年ごとに改訂されてきたが、2024年度からは新たに第8次医療計画が始まる¹⁾。医

療圏や病床数、地域医療構想などの構造的なもののから、いわゆる5疾病6事業(へき地医療は6事業の中の一つ)などの具体的な重点項目が含まれており日常診療と密接な関係を持っている。第8次医療計画では医師の働き方改革・医師確保やそれまでの5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)に加えて“新興感染症”が新たに加わり6事業となった。働き方改革ではワーク・タスクシェアやICTの活用などが盛り込まれ、へき地医療においてもICT活用が推奨されている。つまり高齢化社会とそれを支える医療者人口の相対的な減少を見据えた医療計画となっている。なお、5疾病とはがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患であり、今回の医療計画で変更や追加はない。

第8次医療計画“へき地医療”の概要

第8次医療計画は2022年より検討が始まり2024年度から実施される。青森県でも2023年度

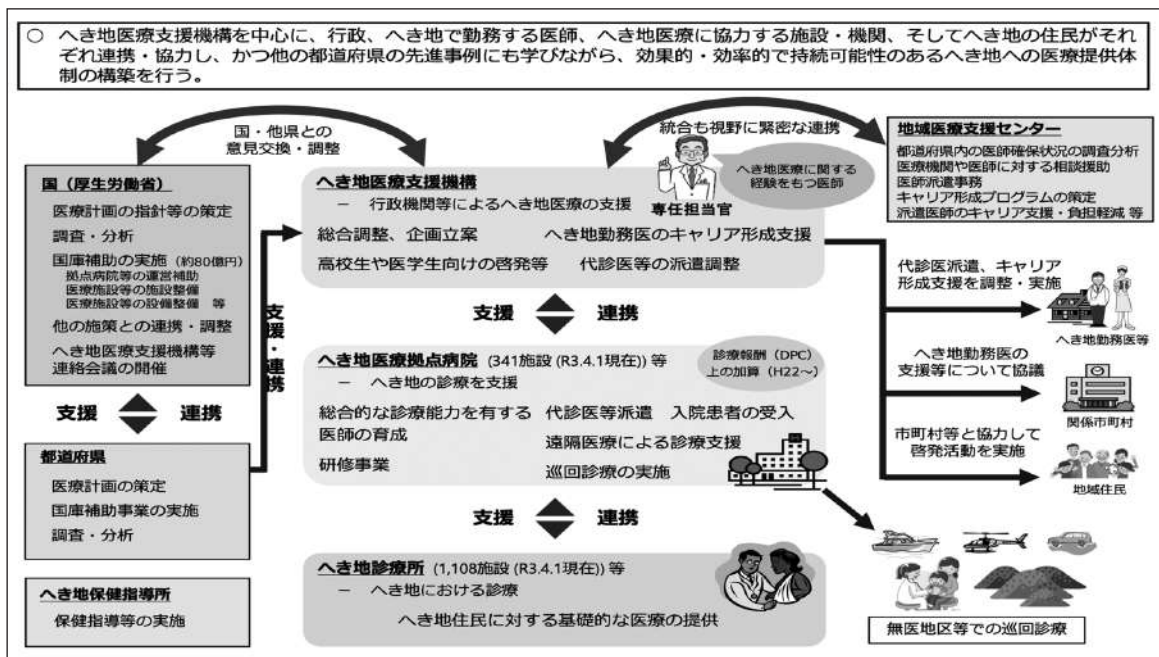


図1 へき地における医療の体系図

に県が主催する地域医療対策協議会において検討された²⁾。

医療計画の中で“へき地”は次のように定義されている。“へき地とは無医地区、あるいは準無医地区などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされる地域”であり、さらに無医地区を“原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径4 kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用できない地区”であり、準無医地区は“無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣が認めた地区”とされる。

この中で事業を構成する医療機関とその内容が定められている。構成機関は地域医療支援センター、へき地医療拠点病院、へき地診療所であり、無医地区等で実施する事業は主要3事業（巡回診療、医師派遣、代診）ならびにその他の事業として医師確保・養成、ICTを利用した遠隔診療等がある。

へき地医療を構成する医療機関と役割

ここではへき地医療を構成する機関とその役

割を厚生労働省のホームページにある“へき地における医療の体系図”（図1）を参考に説明する³⁾（なお、へき地医療支援機構は現在地域医療支援センターに統合されているため支援機構は地域医療支援センターと同一のものとして扱う）。

まずこの事業はへき地への保健医療支援が目的であり、3事業の一つであるへき地巡回診療をへき地医療拠点病院が行っている。3事業の残り2つの代診と医師派遣もへき地医療拠点病院がへき地診療所を対象にして行う事業である。県の資料²⁾によれば現在へき地診療所は青森県内に15施設、へき地は30ヵ所である。へき地医療拠点病院はその他にも総合的な診療能力を有する医師の育成や研修事業などが期待されている。3事業の中ではへき地巡回診療は国が求める基準を満たしているが、医師派遣や代診事業は医師不足のため対応が不十分である。このように医療計画における“へき地医療”はへき地医療拠点病院が事業の要になっており、診療報酬上の優遇は得られるが現場の負担は大きい。県内には昨年1施設が医師不足を理由に拠点病院から離脱し、現在は6施設で運営されている。この中で県内の代表的な総合病院である青森県立中央病院も2020年よりへき地医療拠点病院として活動を始め、地域医療支援センターと密接

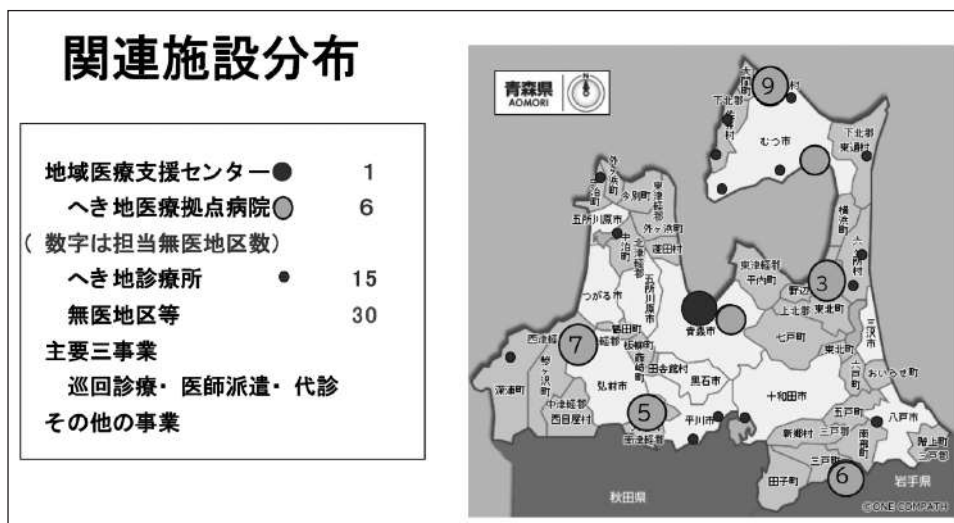


図2 青森県のへき地医療関連施設分布

な関係を持ちながら，他のへき地医療拠点病院では実施困難な代診・医師派遣業務を主に担当している（本特集19頁：県立中央病院地域支援部の立場から 丸山博行医師）。

地域医療支援センターは，県庁医療業務課の中に設置され1名の専任の医師を中心に運営されている。医師派遣の調整の他に，地域の医師確保を目的として地域枠学生の進路相談やUターン，Uターン事業に関わっている。青森の西海岸にある深浦診療所の医師はUターンした青森県出身の自治医科大学卒業生である。また県庁に所属する義務年後の自治医科大学卒業医師が2名おり，深浦診療所や小泊診療所の長期医師派遣や代診業務を行っている。

青森県における “へき地医療”関連施設の所在

次に実際のへき地医療を担う施設について具体的にその場所を示す（図2）。地域医療支援センターは青森県庁内に設置されている（図中大きな黒丸）。へき地医療の中核を担うへき地医療拠点病院は全部で6つあり（図中グレーの丸），マサカリ型の下北半島に3ヵ所と県境，西海岸に設置されている。なおグレー丸の中に記載された数字は各施設が担当する無医地区と準無医地区の数を表している（県内で30地区）。本州最北端の大間病院が9地域，岩手県と境に

ある三戸中央病院は6地域を担当している。なお大間病院と三戸中央病院はいずれも卒業生が担っており，大間病院（本特集31頁：安齋遥院長），三戸中央病院（本特集36頁：葛西智徳院長）より現状と課題につき報告される。

なお秋田県との県境にある5の数字のグレーの丸はへき地医療拠点病院を表していない。この地域に無医地区等が5ヵ所あるものの担当できる医療機関が近隣になく，都市部の医療機関を利用している状況である。

へき地診療所は県内で15ヵ所（図中小さな黒丸）が登録されている。図からは半島と県境に多いことがわかる。下北半島では大間町に隣接した風間浦村，下北半島の太平洋側にある東通村・六ヶ所村のへき地診療所はいずれも自治医大卒業生が担っている。また津軽半島日本海側の小泊診療所とその南にある市浦診療所（岩村有泰所長），西海岸の深浦診療所にも卒業生がいる。なお東通村診療所，六ヶ所村地域家庭医療センターは地域医療振興協会（以下，協会）が村からの管理運営を委託され10年以上の運営実績がある。青森県内の自治医科大学卒業生のみならず，県内の研修医や県外の関連施設から応援を得てへき地の医療を継続させている。県の枠組みだけではないシステムでへき地医療を展開している東通診療所（本特集40頁：川原田恒所長）と深浦診療所（本特集46頁：吉岡秀樹所長）をこの特集で対比的に取り上げる。

拠点病院の事業

・地域医療6事業の一つ

地域医療支援センター 1

へき地医療拠点病院 6

へき地診療所 15

無医地区等 30

・主要三事業

巡回診療・医師派遣・代診

・その他の事業

巡回診療年次変化

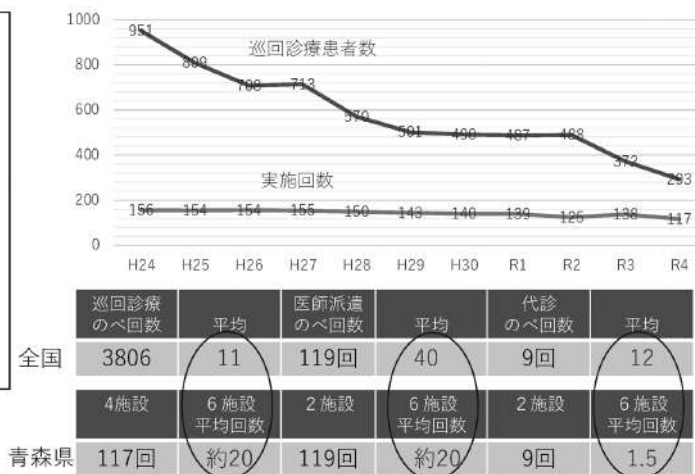


図3 へき地医療拠点病院の事業

これらの分布からも自治医科大学卒業生が青森県のへき地医療で重要な役割を担っていることが理解できる。黙々となすべきことをなしてきた自治医科大学1期生(本特集53頁:森明彦先生)から続く伝統は形を変えつつもへき地医療の根幹となっている。

へき地医療拠点病院の事業²⁾

既述のとおり、へき地医療拠点病院はへき地医療の中核を担い、その主な事業は主要3事業である巡回診療、医師派遣、代診である。主な事業として巡回診療の年次変化を見ると(図3)、年間実施回数はほぼ変化がないもののへき地の人口減少に伴って診療患者数が減少しており、令和4年では1回の巡回診療あたり平均2.5人となっている。また診療内容も通常の保険診療ではなく、湿布や風邪薬などの一時的な対応にとどまり、日常的には近隣の医療機関を利用する者が多い。3事業を全国(336施設)と比較すると、巡回診療の年間平均回数は上回っているが、医師派遣ならびに代診数には大きな差がある。また青森県では医師派遣の実施は6施設中2施設に限られており、施設の医師数に余裕がなければ難しい。なお県内のへき地医療拠点病院の医師数は県立中央病院などの大規模病院を

除けば多くは6～10名で運営されており、通常業務や当直を含めて他院から医師が派遣されている。

その他の事業ではICT等による遠隔診療があり、3事業を含めて必須事業とされる。第8次医療計画の検討会においても、ICTを用いた遠隔診療の実例が示され、へき地医療の負担軽減に役立つことが紹介されている。青森県では、大間病院と野辺地病院で遠隔診療に関連する事例がある。大間病院では青森県の補助事業を活用して遠隔画像相談システムを構築しており、診断精度の向上、転院依頼や入院適応の適正化に役立っている。また野辺地病院も同様に補助事業を利用してICT搭載巡回診療車が納車されたが実施には至っていない。

へき地診療所における 特定ケア看護師・診療看護師

へき地診療所である六ヶ所村地域家庭医療センターの特定ケア看護師(特定行為を行う看護師)・診療看護師による診療支援について紹介する。現在は協会の施設からの派遣や研修として数ヵ月単位で支援を得ている。病院内では主に専門領域の補助を行うが、プライマリ・ケア領域では外来予診や簡単な処置・投薬、病棟管

理さらに訪問看護や施設での回診補助など医師とタスク・シフト/シェアを行っている。また往診、施設回診の場合は遠隔端末で医師とつなぎ、確認を取りつつ診療が可能である。

ここで特定行為について概説する。特定行為を行う看護師の研修制度⁴⁾は高齢化社会に対応し在宅医療等を支える看護師を養成するため2015年に法律化された。認定された施設で特定行為の研修を受けることで、医師があらかじめ指示した手順に従って特定行為を自分の判断で行い、処置等の効率化と迅速化を図る。入院時の予測指示と類似性があり、例えば“発熱時に解熱剤を使う”といった状況になぞらえると、“脱水時に点滴を行う”という指示・手順があった場合、特定ケア看護師は患者をアセスメントし脱水と判断すれば点滴を行う。特定行為は全部で38あり領域では21に区分されている(38行為21区分)。研修を受ける特定行為の数は看護師によって異なり、在宅点滴のための1行為のみ取得する場合もあれば、38行為21区分全てを行う場合もある。診療看護師は日本においては法律上の取り決めがないが大学院の修士課程で全ての行為を履修する。欧米ではへき地の医療需要から生まれた職種で約30年の歴史があり、研修・認定制度が整えられ処方もできる。なお、“特定ケア看護師”は協会での呼称で、全ての特定行為を履修している。特定行為の中には人工呼吸器の管理など集中治療で使用する行為もあるが、点滴や褥瘡管理、インスリンの調整、一時的な抗生剤や抗不安剤の投与などプライマリ・ケア領域で必要な特定行為も含まれ日常診療に対応可能である。

へき地医療と教育

医療計画における“へき地医療”では、人材確保のため地域医療支援センターとへき地医療拠点病院が総合的な医師の育成を担当するが、正式に定められたプログラムはなく、現場での実地体験に代えられている。一方、弘前大学医学部在学中の地域実習ならびに総合診療教育(本特集59頁:米田博輝先生)や初期研修を行う県内

研修病院での地域研修がへき地医療に及ぼす影響は大きい。

クリニカルクラークシップや地域研修をへき地医療拠点病院やへき地診療所で経験する学生や若手医師が増えることで、へき地医療の仕組みや課題を知り、また総合的な医師のあり方を学び個人的な面識も得られるため、将来的に専門医療を行うとしても協力関係が構築されやすい。特にへき地診療所での体験を契機に総合診療に興味を持ち、その後専攻医で活躍する学生たちがいる。総合診療の専門研修を受ける医師は少ないが、自治医大卒業生の他にも徐々に数が増えており、彼らが研修(総合診療Ⅰ)としてへき地医療、特にへき地診療所の診療を支える可能性がある。総合診療プログラムは県内には青森県立中央病院・八戸市立市民病院・十和田中央病院・弘前大学附属病院・弘前健生病院・健生黒石診療所の6施設で運用され、年度や施設間でのばらつきはあるが、2023年度は6名の新規採用があり(東北で1位)、これは同年度の外科や整形外科と同数であった⁵⁾。

へき地医療と救急

へき地医療でも救急医療はその根幹であり一次から三次までの迅速な連携が必要である。へき地では高齢化と過疎化が進行しているが、これは急病の発症率が高く、また医療アクセスに時間を要することを意味する。市部の診療所とは異なりジェネラルな対応が必要である。特にへき地診療所の少数医師で対応する場合、総合診療的な診療が要求され、医師不在時を含めて救急隊や後方病院との事前の取り決めも必要となる。青森県内のへき地診療所やへき地医療拠点病院は自治医科大学卒業生が多く、へき地における救急の質はある程度保たれている。後方施設への転院時、受け手の対応によって紹介の時間や難易度が変わるため、依頼する場合の形式や方法などの規格統一化が望ましいと考える。

青森県内で特筆すべきは、2台のドクターヘリによる救急体制である。これはへき地の救急

体制で問題となる質と時間を一挙に解決する切り札になっている。青森県立中央病院と八戸市立市民病院に配置され、いずれも自治医科大学卒業生が運用に当たっている。これは先鞭となった八戸市立市民病院の現管理者である今明秀医師(本特集25頁)の功績が大きい。夜間や悪天候に対応するドクターカーによりへき地医療への支援はさらに強化された。このような積極的な救急医療を展開することで優秀な研修医が集まり、近隣の小規模病院への医師派遣を通じて地域医療に貢献している。

将来展望

医療計画にある“へき地医療”事業計画をもとに青森県の地域医療の概要を述べた。その根幹を支えているのが自治医科大学卒業生であることは論を待たず、将来も基本的には同様であると思われる。へき地医療全般に共通する問題は医療人の確保にあるが、解決には教育を中心にしたシステムの再構築とタスク・シフト/シェアが重要な要素になると思われる。

現在、へき地医療における医師の供給は、1) 県による義務年限内・外の自治医科大学卒業生の派遣、Iターン・Uターン事業、2) 協会によるへき地診療所委託管理、3) 専攻医の地域研修、総合診療専攻医の総合診療I研修によってろうじて維持されている。この中では専攻医の地域研修や総合診療専攻医によるへき地診療所・へき地医療拠点病院での研修による医師供給に将来性がある。例えば内科専門研修中であればへき地医療拠点病院での勤務に特別な措置を講じ、総合診療ではへき地診療所での研修を優先して疫学研究や海外視察などの機会が得られるように調整する。また地域枠や特別枠の卒業生は、このような形で専門研修中にへき地医療に関わっていただく。これらは学生時代・初期研修時代に触れたへき地医療、特にへき地診療所での経験が影響することから、地域医療の教育はへき地診療所での研修を優先する。このように教育を中心にしたへき地医療計画の変更は県単位で実行可能である。

タスク・シフト/シェアは働き方改革の中で、すでに青森県立中央病院等で始まっている⁹⁾。診療看護師の活用により心臓外科や救急医療分野で医師の時間外勤務が減少しているという。また六ヶ所村では特定ケア看護師・診療看護師たちが外来・往診や病棟管理、救急搬送で活躍している。今後ICT搭載の巡回診療車に診療看護師が乗り、遠隔で医師、薬剤師や栄養士等とつながれば現在の巡回診療の質は飛躍的に向上し、将来的には同じ方法でへき地診療所を運用できるかもしれない。この実現には特定ケア看護師・診療看護師の育成プログラムや組織を県が主体となって構築することが望ましい。

参考文献

- 1) “第8次医療計画等に関する検討会”厚生労働省. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127276_00005.html (accessed 2024 Mar 2)
- 2) “青森保健医療計画(へき地医療)”令和5年第2回地域医療対策協議会。資料3.青森県健康福祉部医療業務課。
- 3) “へき地における医療の体系図”。厚生労働省.医政局地域医療計画課。2022-04-01. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001145608.pdf> (accessed 2024 Mar 2)
- 4) “看護師の特定行為研修制度”。日本看護協会ポータルサイト. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/portal/about/> (accessed 2024 Mar 2)
- 5) 令和5年度第1回医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会“令和5年度の専攻医採用と令和6年度の専攻医募集について”。日本専門医機構資料。2023-06-22. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001110966.pdf> (accessed 2024 Mar 2)
- 6) シンポジウムⅡ“これから始める働き方改-医師少数県における工夫と苦悩-”令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会。2023-10-07。

自己紹介

自治医科大学7期生。深浦町生まれの弘前育ち。六ヶ所村で30年間プライマリ・ケア三昧。県人会会長。女房は栃木生まれでお茶の師匠。長男は東京で小学校の先生(孫2人)、次男は現在医師5年目の消化器内科医です。大学ではフォークソングクラブに所属。JADECOMに3曲楽曲を提供し、現在松岡バンドとしてご老人を相手に演奏活動中。バンド仲間募集しています。書籍『地域医療の方法』。

青森県立中央病院 地域医療支援部の立場から

青森県立中央病院地域医療支援部 部長 丸山博行

抄録

青森県のへき地でさらに役に立つ医師になりたいと考え、自治医科大学に戻り外科の勉強をしていたが、青森県立中央病院内に自治医科大学卒業医師の人事を主な業務とする地域医療支援部が設置され、青森県に戻ってきた。

本州最北での10年以上に及ぶへき地医療の経験を通して、1. 医師以外の地域医療のキーパーソンを見つける、2. 医師と気軽に語り合える場をつくり顔の見える関係を目指す、3. 医師を含む職員にとって魅力ある病院・診療所にする、4. 医師が“患者さん、地域”を知る、5. “お医者さん”を知ってもらう、6. ある程度の妥協の関係を目指す、ことが「より良い地域医療のために」必要と考えていた。以上の6項目を県内のできるだけ多くの地域で達成したいと思い、「『先生でいいよと頼りにされる医師』の育成と『先生でいいよと頼りにする地域』づくりを通し、『先生がいいよ』と地域で総合診療医が成長できる青森県を目指して」総合診療医を中心とした青森県地域医療連携を推進している。

はじめに

平成8(1996)年に自治医科大学を卒業し、平成12(2000)年より10年3ヵ月、青森県下北半島にある大間病院と佐井診療所に勤務した。この時のへき地医療の経験を中心に「より良い地域医療には何が必要か？」を考えてみたのでまずは「より良い地域医療のために」を述べることにする。

より良い地域医療のために

1. 医師以外の地域医療のキーパーソンを見つける

平成18(2006)年11月に青森県・地域社会振興財団主催で開催された「地域医療を考える県民フォーラム」への参加を目的に県の提案で北通

り(大間町・風間浦村・佐井村)地域医療研究会が発足した。会員は北通りの一般住民3名のみであったが、一緒にさまざまな活動を行った(図1)。私もそうであったが、医師のキャリア形成の問題や家族の都合でへき地に長くいられないのが現実である。この北通り地域医療研究会が行った活動を通し、医師が替わっても地域にあった医療の継続が可能になると考えている。

2. 医師と気軽に語り合える場をつくり顔の見える関係を目指す

平成19(2007)年6月～平成23(2011)年6月までの間に北通り各地で地域医療教室が30回開催され参加した。プライマリ・ケアや大間病院医師の紹介を中心とした上手な病院のかかり方、認知症、高血圧症、メタボリックシンドロームなどをテーマに講演し、講演後、病气や健康に

- 平成18年11月：地域医療を考える県民フォーラムに参加
- 平成19年6月～平成23年6月まで：地域医療教室を計30回開催
- 平成20年1月：北通り地域医療フォーラムを主催
- 平成20年10月：もの忘れフォーラム in 下北北通りを後援
- 平成21年7月：青森・大阪 地域医療シンポジウム in 大間を後援
- 平成21年9月：第2回もの忘れフォーラム in 下北北通りを後援
- 平成22年1月：第2回北通り地域医療フォーラムを主催
- 平成22年10月：第3回もの忘れフォーラム in 下北北通りを後援
- 平成22年12月：大間・大阪市立大学交流講演会を後援

図1 北通り地域医療研究会

ついてざっくばらんに語り合ったように記憶している。

地域医療教室では今でも地域医療に携わっているきっかけとなり、そして地域住民と一緒に地域医療について考えた症例がある。それは医師になって3年目に「4年ほど前から右下腹部が痛い、慢性の盲腸ではないか？」と訴えて午前4時に救急外来を受診した患者についてである。医師の立場からすれば「前から痛みがあるのなら平日の日中に受診してほしい」と考えるのは当然であるが、病気に関する知識の少ない患者や家族にとっては我慢できなくなって、たとえ数年前からの痛みであっても不安になり深夜未明に受診してしまうということが起こり得るのだと気付かされた症例であった。特に医療資源の乏しい地域では早期受診、早期治療のために住民が病気を知ることや健康を保つための啓発活動が必要であり、この啓発活動と病気や健康について地域住民と一緒に勉強していくことにより医師の負担軽減につながるだけでなく、地域住民が健康になり、救急を要する患者を減らすことができると思われる。また住民への病気や健康に関する啓発活動を通して医師が病院・診療所から地域に出ることにより、地域住民と医師や病院・診療所との精神的近接性を高めることができるだけでなく、医師によっては感じる“地域との壁”を低くし地域に出やす

くなると考えている。

3. 医師を含む職員にとって魅力ある病院・診療所にする

卒後10年目で大間病院長となり「医師にとって魅力ある大間病院にするには」どうしたらよいか考えてみた。

(1) 医師7名の確保

以前、大間病院の常勤医師数が4名の時があり、実際私も月に8回当直したことがあったが、自治医科大学卒業医師が1名派遣されていた隣村の佐井診療所を大間病院に統合し6名体制にした。今話題の宿日直の許可基準にある「宿直勤務については週1回を限度」を目標に取り組んだと記憶している。

(2) 1回/週以上の定期研修

大間病院に派遣されている医師は義務年限内の若手医師が中心であり、臨床研修病院等で内視鏡やカテーテル、手術等の週に1回以上の定期研修を確保することにより、医師個人のスキルアップとへき地医療に対するモチベーションの維持をはかった。現在は研修病院への移動時間を考え1週間続けての定期研修が可能になっている。

(3) 住民への健康や病気に関する啓発活動

前述の4年前からの右下腹部痛を訴え午前4時に救急外来を受診した症例のような不適切な

受診を減らす等の啓発活動を行うことにより、医師と地域住民がWin-Winの関係になると考えられる。令和6(2024)年4月から医師の働き方改革の新制度が開始になるが、厚生労働省も「上手な医療のかかり方」プロジェクトを推進し、「病院・診療所にかかるすべての国民の健康をまもるため、日夜力を尽くす医師・医療従事者をまもるために」とうたっている。

以上より、医師を含む職員がいきいきと働いている病院・診療所は患者さんにとっても魅力ある病院・診療所、職員が自分の家族も診てもらいたいと思える病院・診療所が理想と考えている。

4. 医師が“患者さん、地域”を知る

深夜から漁に出て朝食を食べないために朝の降圧薬を飲まずいつまでも血圧が下がらなかった漁師さんや午後5時に眠剤を飲んで午後11時に目が覚める不眠を訴える患者さんがいた。勝手に普通と考えていたライフスタイルが地域や家庭によっては一般的ではないことを痛感させられ、地域を知らないとその患者さんにとって“医者常識は非常識”になることがあると考えられた。また医師が自ら病院・診療所から地域に出て“目の前の医者を信じてもらえるように”地域を知る努力をすることの重要性を強く感じた。

5. “お医者さん”を知ってもらう

茨城県の病院にいた時に健康教室の講師依頼があり、病院の上手なかかり方をテーマに講演を行った。この時に「医師は当直の翌日は休み」「当直明けの医師の手術を受けたくない」と思っている参加者が結構いた。Dawsonら¹⁾の「睡眠不足は、アルコール血中濃度と同様に認知・精神運動作業能力(cognitive psychomotor performance)に負の相関を示し、24時間覚醒時にはアルコール血中濃度0.10%と同程度の注意力しかない(イギリスで自動車運転を禁じられるレベルを超える)」等を紹介し、あるテレビドラマの女医の有名なセリフ「私、失敗しないので」は寝不足だと失敗する可能性が出てくると

いうことを説明した。不適切な受診を減らし“医者はスーパーマンではなくただのヒト”であることを知ってもらう啓発活動が必要と考えている。

6. ある程度の妥協の関係を目指す

平成28(2016)年6月の東京で開催された第7回日本プライマリ・ケア連合学会学術集会の区民公開講座「地域を支える医師－総合診療医って、どんなお医者さん?－」で講師の医師が「患者さんから『先生でいいよ(better)』と言われるが、本当は『先生がいいよ! (best)』と言われたい。でも『先生でいいよ(better)』と言われる“妥協の関係”が大切だね」といった話をされていた。つまりbestな専門医療を受けることができない地域(へき地)では『先生でいいよ』というbetterな医療でも構わない、医師と住民とのある程度の妥協の関係を目指すことが大切だと考えている。

地域医療支援部

青森県のへき地で更に役に立つ医師になりたいと考え、自治医科大学に戻り外科の勉強をしていた。青森県には専門医療を受けることができない地域が多く存在し「心地よい医師(医療)と患者(地域住民)の妥協の関係を築くための活動が必要と考えていたところ、青森県から声をかけていただき平成30(2018)年10月、青森県に戻ってきた。

平成31(2019)年2月1日に青森県立中央病院に地域医療支援部が設置され、県内自治体医療機関に派遣されている自治医科大学卒業医師の所属先となり、またへき地等の自治体医療機関への派遣を一元管理している。

主な業務は、1.自治医科大学卒業医師の人事、2.代診・診療応援、3.総合診療医を中心とした青森県地域医療連携の推進である。

1. 自治医科大学卒業医師の人事

年に2回、自治医科大学卒業医師との意見交換会をオンラインで開催し、派遣先医療機関における処遇等の勤務条件に関すること、人事異

動に関して派遣先医療機関として希望すること等を話し合っている。また医師および事務長ヒアリングを現地またはオンラインで県医療業務課良医育成支援特別顧問と私とで行い、これらで得られた情報をもとに県医療業務課と病院局とで構成された自治医科大学卒業医師等派遣検討会議で具体的な派遣先や医師数を検討・決定している。今年から各医療機関ごとに市町村長、院長・所長を含む医師、事務長、県医療業務課と病院局とで自治医科大学卒業医師等派遣連携会議をオンラインで開催し、前述の情報をもとに派遣先医療機関の体制や処遇に関する話し合いを行っている。

2. 代診・診療応援

令和5(2023)年度は大間病院に6名、三戸中央病院に4名、深浦診療所に2名、小泊診療所と田子診療所に1名ずつ医師を派遣し、青森県立中央病院内にいる代診や診療応援が可能な医師は私一人である。学会等の日単位での代診の他に産休・育休等の月単位での代診として田子診療所に6ヵ月間、小泊診療所に10ヵ月間勤務した。今後の月～年単位での代診を可能にするため、生活に必要な最低限の家具や家電をそろえた住宅を代診先医療機関に準備していただいた。また2週に1度ではあるが深浦診療所等に診療応援に行っている。

地域医療支援部のまとまりを強くする目的で奇数月の第2水曜日に地域医療支援部オンライン勉強会を開催し、各派遣先医療機関に関する情報交換や地域医療に関する講演会を行っている。今後は「研修医が知りたいへき地医療の疑問」をテーマに勉強会を開催する予定である。

3. 総合診療医を中心とした青森県地域医療連携の推進

現在、青森県内で専門医の充実している病院は数ヵ所しかなく、専門医に直接かかることができないのが現実である。実際のところ専門医でなければ対応できない疾患はそれほど多くないと考えられる。一方、地域住民においては、多種多様な健康問題を直接専門医にかかること

で解決するしかなく、診療範囲の広い医師にかかることで解決できる健康問題が多くあることを学ぶ機会がなかった。したがって県内の多くの地域の医療機関で働く医師に求められる能力は、地域住民の多種多様な健康問題に対応できることであり、またこのような健康問題に介入できる診療範囲の広い医師にかかるといった住民教育も必要である。

これからの青森県の地域医療に必要な医師は総合診療医と考えられ、狭い範囲の診療しか行わない専門医では医師が何人いても足りない。また青森県が平成30(2018)年度に実施した「青森県民の意識に関する調査」において「病気のときに適切な診断や治療が受けられること」の重要度が最も高い(91.9%)という結果が出ている。

以上のような問題を解決するためには、「病気のときに適切に診断し、適切な治療の判断ができる」総合診療医を中心とした地域医療連携を推進する必要がある。

総合診療医を中心とした青森県地域医療連携

スローガン

『先生でいいよと頼りにされる医師』の育成と『先生でいいよと頼りにする地域』づくりを通して、『先生がいいよ』と地域で総合診療医が成長できる青森県を目指して』

前述の第7回日本プライマリ・ケア連合学会学術集会の区民公開講座での「医師と住民との心地良い妥協の関係」を築くことにより、将来的には『先生がいいよ』といったbestな関係に発展し、総合診療医が地域で成長するとともに地域住民が安心して暮らせる青森県になると考えている。

スローガンの達成のため、

1. 総合診療医が働きやすい拠点づくり(地域医療連携を含む)
2. 総合診療医を受け入れられる地域づくり
3. 総合診療医の育成
4. 義務年限終了後の自治医科大学卒業医師の地域定着

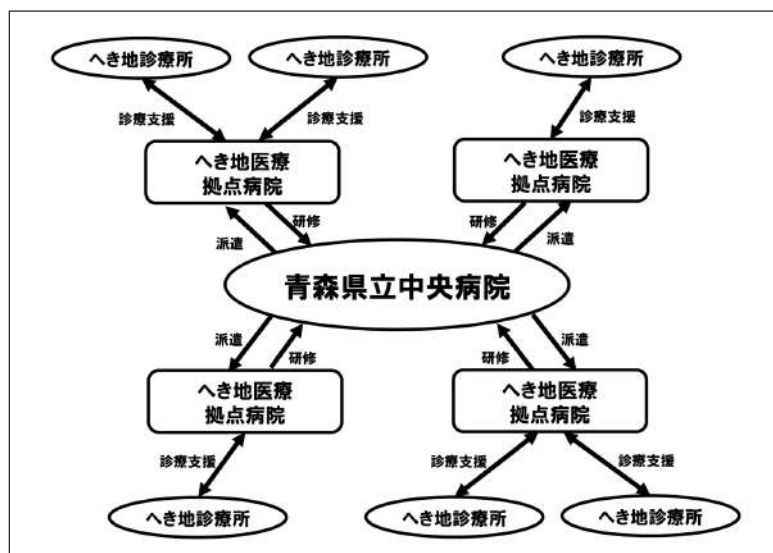


図2 地域医療連携

以上の4プロジェクトを提案し、推進している。

プロジェクト1 総合診療医が働きやすい拠点づくり(地域医療連携を含む)

「地域に総合診療医が集まれば住民だけではなく医師もHAPPYになれる！」

①県立中央病院から総合診療医(指導医を含む)を年単位でへき地医療拠点病院等に派遣し、そのへき地医療拠点病院等からへき地診療所等への診療支援体制を整える(図2)。病院から無床診療所への診療支援は医師が数ヵ月単位で診療所業務を行うといった病院兼務などの体制の構築が望ましいと考えている。このような診療支援体制のモデルケースとして三戸中央病院と田子診療所の連携を考え、令和3(2021)年10月より、三戸・田子連携会議を開催している。

②県立中央病院で研修(知識や技術のアップデート)できる体制を整える。

プロジェクト2 総合診療医を受け入れられる地域づくり

「医師と気軽に語り合える場をつくり、顔の見える関係を目指す」

前述の北通り地域医療研究会をもとに医療機関と地域住民との懸け橋となりそして地域医療のキーパーソンである地域医療支援員を令和4(2022)年1月5日に制度化した。地域医療支援員の役割として、①「医師と語ろう会」や健康教

室の日程調整、会場の確保、集客、②「地域医療を考えるシンポジウム」のシンポジストの人选、宣伝、集客、③その他、関係医療機関と地域住民との調整に係る活動などがあり、大間町と中泊町小泊ですでに活動が始まっている。また令和6(2024)年2月に三戸町と田子町で地域医療支援員養成講座を開催し、来年度より活動が始まる予定である。

プロジェクト3 総合診療医の育成

「青森県の総合診療医は地域で育てる」

①県、各自治体、各医療機関そして地域住民が一丸となり地域で総合診療医を育てることを共通認識としてはかり、「地域総合診療医」の正当な評価を検討・実践することにより、総合診療医の地域定着を目指す。

②県立中央病院で研修(知識や技術のアップデート)できる体制を整えるため、地域医療支援部所属とし、各科との調整を行う。将来的には、看護師等の研修や派遣にもかかわりを持ち、医師派遣以外の地域医療支援を総合的に行うことを目指す。

③弘前大学と連携し、学位取得もできる仕組みづくり。

④現在の臨床研修プログラムの中に総合診療重点カリキュラムを組み込み、また魅力ある総合診療専門研修プログラムを県立中央病院総合診療部と協力して作成し、総合診療に興味のある

県立中央病院臨床研修医だけではなく県内外の臨床研修医の獲得を目指す。

プロジェクト4 義務年限終了後の自治医科大学卒業医師の地域定着

「忘れていませんか『医療の谷間に灯をともし』ことを」

①自治医科大学進学説明会時に「青森県のへき地医療」に関するワークショップを行い、「青森県のへき地医療」に興味のある受験生の獲得を目指す。

②卒業時、臨床研修修了時、義務年限終了時に青森県知事と懇談を行い、「青森県からへき地医療を担う人材として期待されている」ことを感じてもらう。

③地域医療振興協会とコラボした総合診療専門医研修が令和3(2021)年度から可能になった。

④弘前大学と連携し、学位取得もできる仕組みづくり。

⑤「病院総合診療のできる総合診療医」や「臓器別専門のできる総合診療医」の地域医療支援部での受け入れ。

⑥令和元(2019)年度入学者より総合診療と内科専攻医を対象に2年間の後期研修取得が可能になる予定。

おわりに

青森県立中央病院に地域医療支援部が設置されてから5年が経過し、自治医科大学卒業医師が派遣されている地域だけではなく医師不足に悩む地域の医療の問題点が集まるようになってきた。人事の参考にするため年に一度、医師を含む職員数や患者数、将来のビジョンなど22項目におよぶ調査票を派遣先医療機関に記入してもらっている。この調査票によると平成24(2012)年度から令和4(2022)年度の1日平均外来患者数の推移であるが、大間病院が194.9人から136人の58.9人減、三戸中央病院が281.7人から187.4人の94.3人減、小泊診療所が66人から35.4人の30.6人減、田子診療所が80人から42人の38

人減となっている。また将来のビジョンに関しては、病院は適切な時期に縮小や慢性期病床への移行、診療所は存続と考えている医療機関がほとんどであった。今後も人口と患者数は減ることが容易に予想され、派遣先医療機関と周辺医療機関との機能分担と連携強化に積極的に取り組んで行きたいと考えている。

令和3(2021)年1月より深浦診療所に医師派遣を開始したが、深浦診療所以外のほとんどの派遣先医療機関で医師募集をしていなかった。ある病院では「募集してもどうせ来ない」「募集して医師が確保できたら自治医大の先生方を引き上げるでしょ」と言われたことがある。派遣先医療機関に変更はあったがほぼ固定されているのが現実であり、「地域医療に興味のある医師がいきなり県立中央病院に応募することはあり得ないので地域医療機関に窓口になっていただきたい」と派遣先にお願ひし、青森県のへき地(地域)医療のために働く医師を各自治体と連携しながら募集していく予定である。またある医療機関では定年後の医師や期間限定で働きたい医師などから応募があったとの情報があり、しっかりとした医師のプール制度の確立も必要であると考えている。

最後に、自治医科大学卒業医師だけではなく他大学卒業医師を含めた「総合診療医の育成と総合診療医を受け入れられる地域づくり」に今後も積極的に取り組んで行きたいと考えている。

参考文献

- 1) Dawson D, Reid K: Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature 1997; 388: 235.

自己紹介

大間にいた時に生まれた長女が高校受験を迎え、あるテレビ番組で「受験に最も必要ないものは？」との質問に「父親」との答えを聞き、強い共感を覚えた二児の父。

自治医科大学19期生。現在、青森市に妻と長男・長女と四人暮らし。今後も青森県内であるが単身赴任の予定あり。いつまで続くやら……。専門分野はへき地医療と手術(のお手伝い)。

八戸市立市民病院が担う 地域の救急医療

八戸市立市民病院 事業管理者 今 明秀

抄録

へき地病院は自己完結が不可能となり、基幹病院の応援が必要となってきた。しかし基幹病院も医師・看護師不足が顕著でへき地応援は満足にできていなかった。ブランド化により救命救急センターに十分な医師を確保できるようになり機能が充実した。その結果へき地支援が可能となった。転院依頼は救急病床が豊富にあり、救急医師が受け持ちとなるので断ることがなかった。転院依頼時はドクターヘリとドクターカーでへき地医療施設の診察室まで迎えに出た。

はじめに

2004年、筆者は八戸市立市民病院からの勧誘を受けて、一人救急医として八戸市立市民病院救命救急センター所長で赴任した。筆者が勤務していた時代はできるだけ自己完結できるへき地病院を目指していた本州最北端の大間病院は、その頃、外科手術や集中治療は徐々に行われなくなっていた。峠越えの道路が整備され直近の総合病院へ搬送時間が1時間を切ったことで、へき地の住民が地元での高度医療を望まなくなってきた。2009年、筆者が始めた青森県ドクターヘリができたことで搬送時間はさらに短縮となった。このような時代背景で、へき地では手術が行われなくなり、後輩たちは外科医より総合診療を重要視するようになった。その結果外科医志望者が少なくなり、へき地での手術が不可能になった。2011年、大間病院手術室は閉鎖された。手術だけでなく、集中治療、緊急ペーシング、緊急血管造影も行われなくなった。へき地を救うために導入されたドク

ターヘリは、へき地病院から外科医師の需要をなくし、自治医科大学卒業生から外科医師育成の情熱を外してしまった。その代わりに総合診療のレベルは格段に上がっている。

重装備ができなくなったへき地病院を救済する救命救急センターを作る

2004年、筆者は川口市立医療センター救命救急センター(埼玉県)から八戸市立市民病院救命救急センター(青森県)に赴任した。青森県で唯一ヘリポートを持っている総合病院であったが、救急専従医は不在だった。それまで八戸市立市民病院では各科専門医を呼び出す相乗り型救急を行っていた。筆者は救急専従医師一人のできる以下の5項目を始めた。①若手医師へERでon the job training, ②ERシステムの構築と自ら実践, ③院内専門医との連携強化, ④特殊三次救急、特に重症外傷の主治医になること, ⑤ドクターヘリ誘致である。

当院は基幹病院であったが市立病院レベルで

は、医師・看護師不足が顕著でへき地応援は満足にできていなかった。5年を目標に、救急医一人常勤体制からマンパワーを増やし、実力をつけて、その先でへき地支援を行いたかった。

臨床研修医獲得の開始

ERを立ち上げるには、救急医と研修医の力が必要だ。研修医の学習目標は、救急の対応と総合的診療能力を身につけることにある。実はこの2つはまさに救急医療そのものである。筆者は八戸赴任2年目に臨床研修センターの責任者を兼務した。数多くの人形を使った救急トレーニングを開催してきた。外傷初期診療講習会(Primary-care Trauma Life Support: PTLS)、CV実技セミナー、Difficult airway実技セミナー、ERのtriage & action、産科救急講習会(Basic Life Support in Obstetrics:BLSO)、大規模災害講習会、ドクターカー病院前外傷救護(Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care:JPTEC)、被爆医療訓練、中毒セミナー、敗血症実技セミナー、脳卒中セミナーを企画運営してきた。

救命救急医師獲得のためのブランド化

良質の救急医療を提供するには、救急医師の存在とその教育・指導体制が必要である。しかし、救急医師は全国的に不足している。赴任後2年間、救急医師は筆者一人だった。普通の診療科の医師が不足している青森県に救急医師を集めることはさらに困難だった。医師集めには有名病院に変身すればいいと気づいた。有名病院になるにはブランド病院になることだった。ブランド化には鉄則があることを知った。

1. ブランド化の方法

ブランド化とは、ある商品やサービスのコンセプトを特定のユーザーに価値があると認識させ、市場でのポジショニングを築く戦略のことを言う。企業(病院)はブランド化の確立により、

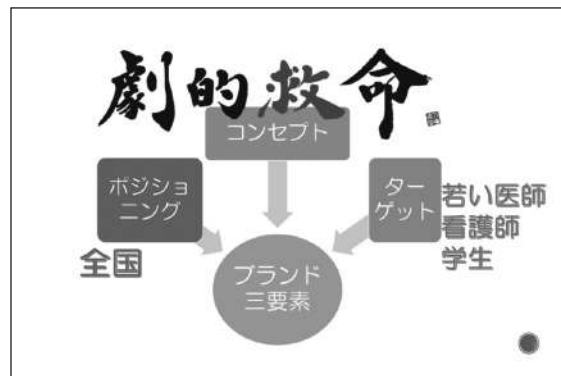


図1 ブランド戦略の3要素

商品に対する価値と共に信頼を得るため、差別化ができた顧客(医師)を獲得することができる。ブランド化には3要素としてコンセプト、ターゲティング、ポジショニングが必要と言われる¹⁾。また、ブランドには他と差別化させるための商品が必ずある。

(1) ブランドコンセプト

筆者は「劇的救命」をコンセプトに据えた(図1)。「劇的救命」とは、「unexpected survivors: 予測外救命」の意識である。予測救命率が50%未満と低い重症患者を予測外(劇的)に救命することである。

(2) ブランド化のターゲティング

コンセプトを誰に伝えるか、商品を誰に売ることが、ターゲティングである。日常診療は患者本位でよいのだが、ブランド化の行動や努力のターゲットは患者にはない。ターゲットは若手医師と医学生である。

(3) ブランド化のポジショニング

これまで病院では医師確保のために地元大学との関係を強化してきた。また医療圏を意識した広報をしてきた。過去、当院に地元出身、地元大学卒業の救急医が採用されることは一度もなかった。それはポジショニングが誤っていたからである。ポジショニングは、地元ではなく全国である。

ブランド商品の3品目とその広報

ブランド商品の3品目、①先駆者の商品、②頂点の商品、③唯一の商品を開発した²⁾。そしてこ

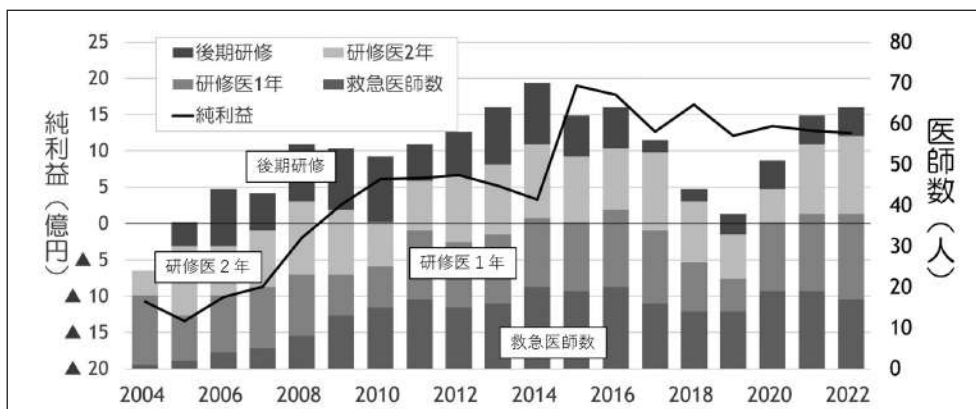


図2 純利益と救急医師・研修医師数・救急を除いた後期研修医
後期研修を含めた救急医師数 1→19 人 (19 倍), 研修医数 23→40 人 (1.6 倍)

れら商品を広報した。商品は一度にできたわけではなく、年月を経るごとに増加、充実していった。

1. 先駆者の商品の開発

ブランド化の先駆者商品開発とは、世の中に全く存在しない新しい商品を作り、需要を創出すること。まずは三次救急だけにこだわるのではなく、へき地を救うドクターヘリの先駆者となった。次に筆者らはドクターヘリとドクターカーを空陸同時出動させる「サンダーバード作戦」を開発した。

2. 頂点の商品の開発

頂点の商品開発とは、今後伸びて行きそうな市場をいち早く認識しパイオニアになること。当センターは2009年度から連続して病院機能評価の救急部門で評点5の獲得、救命救急センター充実度評価で90点越え、重症外傷の防ぎ得る死の少なさは全国2位となった。

3. 唯一の商品の開発

唯一の商品の開発とは、既にある市場の中で独自性を築き、特定層からの価値を得ること。筆者らが開発した「唯一の商品」としては「全部やる八戸型救急」である³⁾。ドクターヘリとドクターカーで病院前出動～一次から三次救急まで扱うER～手術もIVRも麻酔も救急医が行う～救急総合診療入院受け持ち～救命病棟120床でリハビリまで行う～終末期医療～病理解剖～脳死

臓器提供まで、これら全てを日常診療として行うことである。これを実行できているのは国内で八戸だけ。医師不足の当院にはこれらの需要が十分あった。

4. ブランド化のための広報

研修医は医学雑誌を読む。特に商業誌はよく読む。研修医をターゲットにした平易な論文をたくさん書き、商業雑誌に投稿する。1年間に掲載された40編前後の論文は広告効果が大きい。自身の業績のための論文なら学会誌であるが、ブランド化の広報を目的にした論文は商業誌に限る。

インターネットを使った広告手法では、学生、研修医、救急医にターゲットを絞ることができ効果が大きい。ブログへ高頻度に文章を掲載することで、検索エンジンの上位に食い込める。八戸で修業した医師が救急専門医となり、全国で活躍している。彼らは強力な広告塔となり、口コミで「劇的救命」を日本の各地で広報してくれる。

ブランド化の成功

八戸赴任の2年後、2006年に5人の救急後期研修医が集まり、その後は順調に増えて現在に至っている(図2)。これまで75人を専門医試験合格に導いた。国民が医療に望むことに、救急医療の充実がある。八戸市の市民アンケート調

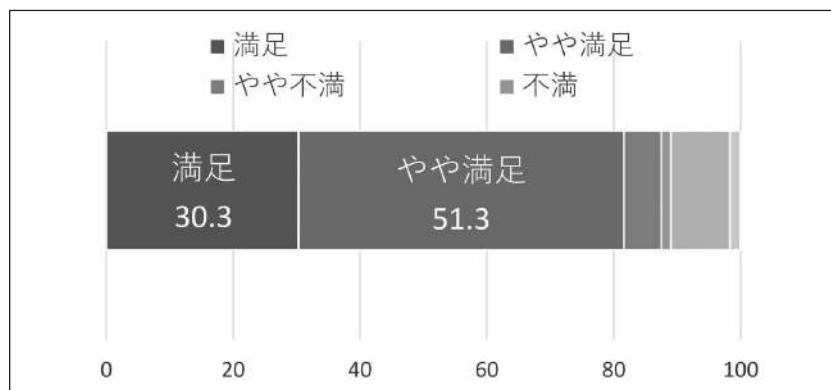


図3 2020年第7次八戸市総合計画に関する市民アンケート結果
設問：ドクターヘリやドクターカーの運用，医療従事者の確保など地域医療の充実が図られているか

査によると，救急医療が充実していると答えた人は80%を超える（図3）。救急医師集めにブランド化は間違いなかった。

指導者・後継者育成には新たな商品開発とターゲットの追加変更

救急後期研修医を集めるためのブランド化は成功した。しかし，残る問題は後継者育成であった。育てた後期研修医は，専門医取得後に他施設に移ることが多かった。専門医取得後も，救急指導医取得や学位取得を目的に当センターに留まる救急専門医師を確保する方法を考えた。ターゲットをそれまでの医学生や臨床研修医だけでなく，後期研修医または救急専門医へ拡大と変更した。救急専門医師をターゲットにした新たなブランド商品の開発と，そのターゲット変更に応じて広報媒体を変えることを始めた。

救急専門医が興味を持つ，唯一・頂点・先駆者の商品が必要だった。へき地に出動し緊急手術や経皮心肺補助装置を行う車両「移動緊急手術室・ドクターカーV3」を開発した⁴⁾。テレビドラマ「東京MER」で活躍する車の実働版である。国内では前例がなく，フランスのパリが先行して成功事例を発表した直後であった。2015年12月車両が完成し，2016年6月青森県と厚生労働省から使用許可が下りた。

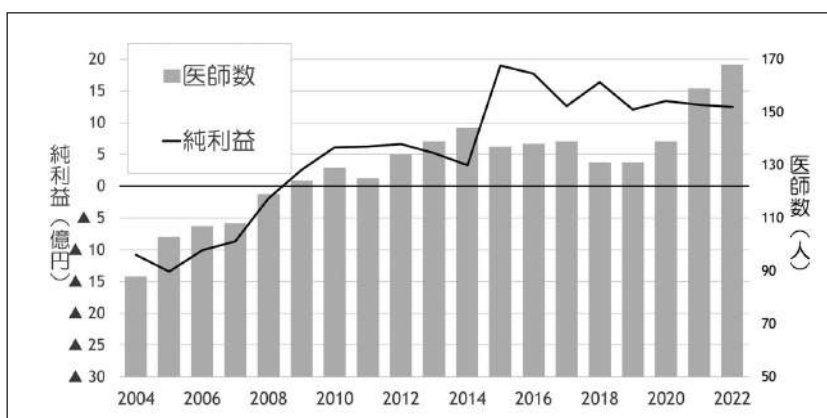
後期研修医を集める広報媒体としての商業誌への投稿を継続していたがその数を減らし，その代わり救急専門医がよく読む学会雑誌へ学術

論文を投稿する事を始めた。平行して救急専門医が読む専門性が高く，難易度が高い内容を書いた書籍を出版することを始めた。

へき地支援

八戸市から20km外へ出ると，農村，漁村が広がる。そこには自治医大の後輩が奮闘するへき地病院・診療所が散在する。小規模施設で診療不可能な患者を地域の医師がストレスなく転送できる環境が必要である。敷居の高い高次医療施設でなく，電話一本で速やかに，曜日，昼夜を問わず引き受けてくれる。そのような後方病院があればへき地の小規模施設も安心だ。さらに，緊急転送時は高次施設から医師が迎えに来てくれる体制があればなおいい。念願だったへき地支援はマンパワーの充実とドクターヘリとドクターカーの運用で実現できた（図4）。当センターには十分な救急病床があるので，相談を受けた患者を三次救急適応ではないからと断ることはしない。救急医が自ら受け持ちするので，他科の医師への伺いをすることなく入院させることができる。ドクターヘリ・ドクターカーでへき地施設の診察室，病室まで迎えに行くことができる。

マンパワーの充実とともに，へき地の救急医療を学ぶことを目的に，地域小規模施設に医師派遣をできるようになった。ゆったりとした時間軸で進むへき地の医療を救急医が経験することは，いい医師になる近道と思っている。



医師数増加(図5)

当院では、救急医師数、研修医数の増加だけでなく、各科専門医も増えてきた。病院経営も赤字から黒字に転換した。見方によっては、救急医師の増加が総医師数増加と黒字を牽引したことになる。救急医の立場から見ると、県庁所在地以外の地方公的病院であっても、救急部門がしっかりと機能している病院では、年々医師数が増加し、活性化している事例が多くあることを認識している(表1)。公的病院では、地域住民サービスとして救急医療の提供は必須であるが、救急部門の弱い病院では、内科医・外科

医などが救急診療を担うこととなる。その結果、自身の専門領域外の診療を強いられることや救急当直の負担に耐えかねた勤務医が、開業や都会の病院への異動という形で離職する。そして残った勤務医の業務負担がさらに増加するという悪循環に陥る。これが、地方の公的病院での勤務医離れ・地域における医師不足の実態と思われる。

まとめ

一人救急医からスタートした救命救急センターだったが、ブランド化に成功し、救急医数を増やすことができた。増えたマンパワーでド

表1 地方における 地方自治体および公的医療機関での医師数増減における特徴

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

〔文献 5〕より引用〕

「地方」かつ設置母体が「地方自治体または公的医療機関」という医師集めに最も苦戦する条件がそろっている場合、救急科専門医数が医師数増加に最も寄与していることが判明した。地方の定義：政令指定都市と県庁所在地以外。医師数増加の定義：過去 10 年間で 1.3 倍以上。

クターカー・ドクターヘリを開始し、へき地支援が可能となった。全部やる八戸型救急と救急病床数120床のおかげで、へき地からの転院依頼は断ることはなくなり電話依頼のハードルは下がった。

推測。月刊新医療 2015; 491: 122-125.

5) 日本救急医学会：日本救急医学会の取り組み。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000167573.pdf(accessed 2024 Mar 26)

参考文献

- 1) さいがなかと：ブランディングとは？ ブランド戦略に必要な3つの要素と3つの環境。http://wakarukoto.com/?p=16213 (accessed 2024 Mar 26)
- 2) 福山健：「杉田クリップ」開発物語。PART1 https://xtech.nikkei.com/dm/article/COLUMN/20150601/421091/?P=9 (accessed 2024 Mar 26)
- 3) 丸橋孝昭，勝田賢，今明秀：救命救急センターにおける新たなER救急体制。八戸市立市民病院医誌 2015; 12-15.
- 4) 今明秀，吉村有矢，村田信也，他：移動緊急手術室の有用性の

自己紹介

1958年青森市生まれ，65歳。1983年自治医科大学卒業。青森県立中央病院で初期研修。倉石村診療所，大間病院，六戸病院でへき地医療を5年間。野辺地病院，青森県立中央病院で外科医師を8年間。日本医大救急医学教室と川口市立医療センターで三次救急研修6年間。

2004年八戸市立市民病院救命救急センターに一人所長で赴任。2017年病院長。2023年事業管理者。フライトドクター現役で現場挿管と左開胸術を行っている。

地域病院から

本州最北端にある病院「大間病院」

国民健康保険大間病院 院長 安齋 遥

抄録

大間病院は青森県下北郡大間町に位置する本州最北端の病院である。その独特な地理的条件から医師・看護師・その他のスタッフ確保が難しく、令和3年に地域の高齢化率は40%を超え、介護者の確保も課題となっている。少子化も進み、地域の子どもの数は減っているが最寄りの小児科までは1時間かかるため、大間病院には小児対応も求められる。

一方で、大間町には大間原子力発電所の建設が進められており、2030年の稼働を目指しているため、関連事業によって人流・物流は比較的保たれている。今後も少子高齢化に伴い人口減少は避けられないが、高齢化に伴う医療費・介護費のピークと推測されている2040年まで、大間病院へのニーズは維持～増加傾向が予測される。最新のICT(情報通信機器)などを柔軟に取り入れつつ、持続可能な医療の模索が今後必要である。

青森県下北半島と大間病院について

大間病院(写真1)は青森県下北郡大間町(図1)に位置し、本州最北端の病院である。一般病床48床を有し、常勤医6名(内科・総合診療科)全員が義務年限内の自治医科大学卒業医師で構成されているため、院長であっても医師8～10年目程度の若手である。

大間町の医療機関は、大間病院およびちよや

歯科クリニックのみである。後方医療機関は同じ下北半島のむつ市内にあるむつ総合病院であり、車で1時間の距離だ。一方、北海道函館市まで津軽海峡フェリーが運航しており1時間半で函館に行けるため、函館市内の医療機関への紹介も少なくない。

大間町に隣接する佐井村にはさいクリニック(整形外科)・佐井歯科診療所(歯科)・福浦診療所・牛滝診療所があり、福浦診療所・牛滝診療



写真1 大間病院

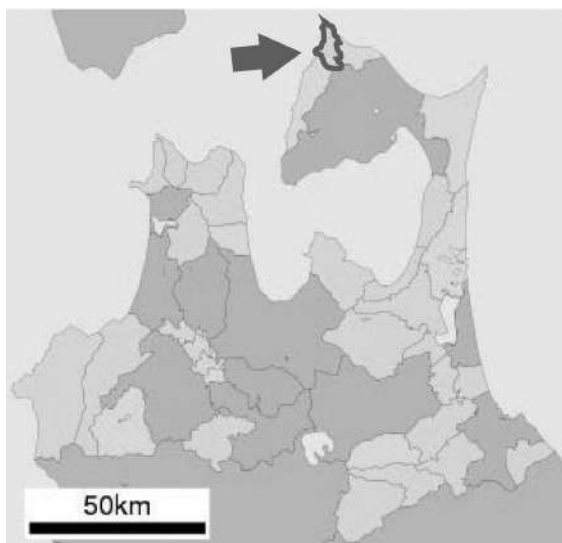


図1 大間町の位置

所には大間病院から週1回医師と看護師を派遣して内科診療を行っている。佐井歯科診療所は前任歯科医師が逝去されたことで数年休診していたが、2022年10月より弘前大学歯科口腔外科が歯科医師を派遣することで診療再開となった。

佐井村と反対側に隣接する風間浦村には風間浦診療所があり、医師1名常勤で平日診療を行っている。無床診療所であるため、入院が必要な患者に関しては当院またはむつ総合病院へ紹介されることが多い。

青森県下北半島の大部分を占めるむつ市は、むつ総合病院を拠点として開業医院など医療機関が複数あるが、開業医院の院長の多くは高齢化が進んでいる。

大間町には特別養護老人ホーム2施設・グループホーム2施設、佐井村には特別養護老人ホーム1施設・グループホーム1施設、風間浦村にはグループホーム1施設がある。いずれの施設もほぼ満床で常に経過しているが、働く職員の人手不足から施設看取りを休止せざるを得ない状況になっている施設や入所者数を制限している施設もある。

課題

1. 地理的条件

大間病院への自治医大卒業医師派遣が開始されたのは昭和58年であり、40年以上の歴史を積

み上げてきた。しかし、義務年限終了後も大間病院で働くことを選択した医師は数えるほどであり、これまで赴任してきた医師の最長赴任期間は7年で、平均2～3年の赴任期間を終えると、再度大間病院で働く意思を示した医師はいない。医師の勤続年数が伸びない最大の理由は地理的条件である。アンケートによると、大間病院での業務・給与や医師以外のスタッフに関する不満はほぼ聞かれず、大間病院で働き続けることの一番の難点は地理的条件が挙げられていることが多い。

県庁所在地である青森市から大間町までは車で3時間、公共交通機関では4時間半かかり、県内唯一の医学部を有する弘前大学からは車で4時間かかる。私生活で見ると、スーパーマーケットやドラッグストアは大間町内にあり生活に困ることはないが、最寄りのショッピングモール・映画館までは3時間、新幹線駅までは2時間半かかる。そのため、専門医や学位を取得し家庭の子育てが一段落した後であっても、大間病院が就職先として選ばれることはなかなか難しい。この解決のために、かつてのむつ市長が医師のヘリコプター通勤などを提案したこともあったが、実現には至らなかった。地理的条件を覆すことは不可能であり、それを補って余りある魅力を発信することが重要であると考ええる。

2. 下北半島の医療機関

下北半島の下北医療圏は、一部事務組合下北医療センターが管轄するむつ総合病院・むつリハビリテーション病院・大間病院の3病院および6診療所・1歯科診療所がある他、むつ市内には約20の開業医院、また約20の歯科医院がある。

2017年大畑診療所が医師不足で無床化、2022年5月川内診療所が入院休止、2023年10月には有床だった田村胃腸科内科医院の院長先生が逝去され実質的な閉院状態となり、むつ市内はむつ総合病院以外の急性期病床がほぼ稼働していない状況である。急性期病床として稼働しているのはむつ総合病院・大間病院・東通診療所の3施設のみと言って過言ではなく、2017年度救

急搬送状況統計データを参照すると、下北消防本部の救急車要請合計数は2,990件であり、そのうち85.2% 2,547件をむつ総合病院が受け入れており、7.6% 226件を大間病院、2.4% 71件を東通村診療所と、この3施設で95.1%の救急要請を受け入れていた。

一方で慢性期病床が充実しているわけではなく、自宅から大間病院へ救急搬送され入院し急性期加療を行った後、そのまま大間病院でリハビリを施行し、退院先の調整まで自院で行うことが多い。同様の状況がむつ総合病院でも見られており、病院に求められる機能が急性期～慢性期～在宅医療まで多岐に渡り、負担を強いられている。

更に、開業医院の医師高齢化に伴う閉院や規模縮小の動きがみられており、2世代にわたって地域の医療を担ってきた開業医の3代目後継者がおらず、新規の開業意向を示す医師はなく、下北医療圏の外来機能に関しても集約化が進む見込みである。内科のみならず、皮膚科・眼科・泌尿器科・産婦人科・整形外科・精神科などいずれの領域の開業医院も少なく、検査・治療の選択によっては医療圏を超えての通院が必要となる。

また、調剤薬局に関しても課題がある。大間病院の門前薬局は1施設しかなく、次に近い調剤薬局はむつ市内であり1時間かかる。そのため院内薬局・門前薬局に在庫がない薬は処方が難しく、昨今の流通制限によって門前薬局に入荷できない薬を継続処方する場合、患者側はかなりの手間を要する。

さらに、佐井村の福浦診療所・牛滝診療所は院内調剤不可であり、受診した患者は処方箋を発行されるが最寄りの調剤薬局が大間病院の門前薬局となり、車で40分～1時間かかる。そのため、この2診療所で発行された処方箋は大間病院の門前薬局にFAXされ、診療所内でオンライン服薬指導を受け、後日薬剤が患者宅に配達される仕組みが構築された。地域の医療を継続していくため、病院だけでなく薬局も努力しており、今後も連携を取っていくことで双方の利益となるようお互いに配慮していきたい。

3. 子育て環境

筆者は今、巷で話題の「小学校1年生の壁」を実感している。保育園であれば子どもを7:40に預け、7:50出勤、8:00の朝カンファに間に合っていたのだ。しかし、上の子が小学校1年生になろうとしている。大間町および佐井村・風間浦村には給食センターがなく小中学校では給食が出ないため、家庭から弁当を持参して昼食としている。また、最近は教師の働き方改革も進んでおり、8時前の登校は控えるよう保護者に説明される。お弁当を準備し、8:00～8:15の間に小学校に到着するよう早過ぎず遅過ぎず上の子を送り出し、下の子を保育園に送り、かつ自分の出勤も遅刻せず、というスケジュールをこなすと朝の忙しさがかなりのものになるだろうと感じている。

また、小学校1年生の下校時間は14時～15時であるが、医師の仕事はもちろんこの時間には終わらない。放課後学童の利用が必須となるが、果たしてこの目まぐるしい環境の変化に子どもはついていけるのかというのも心配である。

そして、どこのへき地でもそうであろうが、子どもの高校進学を考える際、へき地に居続けることは大きなハードルとなってくる。特に偏差値が高い高校・大学への進学を検討する際、大間町含めへき地には対応できる塾などがなく、子どもを遠くに下宿させるか、家族ごと転居してしまった方が金銭面含めいろいろと都合が良かったため、受験期に入る子どもがいるような医師の家庭はへき地から離れることがほとんどである。

現代日本では共働き夫婦が7割であり、女性医師の結婚相手の8割は男性医師というデータがある。医師はどこでも働ける職業であり、地域で子どもを育てながら仕事を続けてもらうには、それなりのメリットがなければ難しいだろう。筆者は16歳未満の子どもを二人扶養しているが、高所得者に該当するため児童手当の支給はなく、扶養控除もない。子育て支援が充実している自治体に移住先として選ばれる事例が増えてきたように、所得制限を撤廃しての子育て支援の充実、地域の医師を確保する1つの手段となり得るかもしれない。

4. 介護・地域活動

大間町・佐井村・風間浦村の3町村の人口は毎年約250人ずつ減少しており、2015年ころには約10,000人だったが、現在は約8,100人まで減少している。高齢化率は2021年に40%を超え、2024年3月現在約42%となっている。90歳代の独居も珍しくなく、孤独死することなく生活が続けてもらうために役場保健師や社会福祉協議会の活動はもちろん、地域住民の協力も重要である。

2023年12月に大間町が住民に実施した「地域福祉に関する意識調査」によると、地域役員の活動について「やりがいを感じている」「感じている」の合計が80.9%と前向きな感情をもっている結果だったが、「負担感を強く感じている」「感じている」の合計が71.4%と高い数字であった。地域で見守りや活動をしてきている住民も高齢化が進んでおり、どこまでこの体制を維持できるか課題である。

5. 災害への備え

令和3年8月9日、むつ市～風間浦村に降った豪雨により国道279号が10ヵ所以上土砂崩れを起こし、約10kmにわたり寸断された。この国道は大間町とむつ市内をつなぐ道であり、寸断されると30kmほど遠回りして山の中の道を通らなければならず、通常1時間の道中が2時間かかることとなった。幸い人的被害はなく大間病院への被害もなかったが、住民約800人が一時孤立し、職員6名と在宅看取り予定患者1名・血液透析患者1名が含まれていた。透析患者については速やかに情報共有され、自衛隊ヘリで救出の後、入院対応となった。土砂崩れの土砂を撤去し、落橋した川に仮設橋を設置し、救急車・一般車両ともに通行可能となるまで約1ヵ月かかった。その後も道路工事は続き、被災から1年7ヵ月で新橋が完成、1年10ヵ月でほぼ全ての道路工事が完了し、被災以前と同じ程度の時間で行き来できるようになった。

この豪雨被害によって大間病院は断水や床上浸水などの影響を受けなかったが、下北半島の端にあるため地震などの災害で道や水・電気が寸断すると回復するまでに非常に長い時間を必

要とすることが予想された。令和6年1月1日に発生した石川県能登半島地震で被害を受けた地域は下北半島と地理的条件が類似しており、同様の状況に陥った際、適切に対処できるよう備えが必要である。

活動報告

1. 医師の働き方改革の推進

医師の働き方改革に向け、大間病院は2019年に電子カルテを導入し運用を開始した。病棟・救急外来対応を主治医制からチーム制・当直医制に切り替え、常勤医1名を必ず院外業務や研修に出せるよう体制を構築した。

また、1～3時間かかる医師同乗での救急搬送をなるべく減らせるよう、医療従事者間コミュニケーションアプリ「JOIN」を2020年に導入した。これにより、大間病院で施行した画像検査や血液検査結果を共有できるようになり、治療方針についてエキスパートオピニオンをもらうことで搬送が約半分になった。その他、画像遠隔読影の導入、院内情報共有のために「LINE WORKS」運用開始など、ICT(情報通信機器)を積極的に取り入れ、働き方改革に備えている。

2. 看護師確保に向けた取り組み

求人は常に出しているが応募はほぼないため、短期の看護師派遣事業を活用している。NPO法人ジャパンハートが行っている離島・へき地への看護師派遣事業に2020年から病院情報を掲載、Instagramで宣伝動画を流すなど活動したところ、「大間で働いてみたい」という遠方からの応募があり、2024年まで約半年ごとに7名の看護師派遣を頂いた。

また、青森県看護協会が主催する「地域に必要な看護職確保推進事業 ワーキンググループ」が2023年から始動し、県内より潜在看護師を募集した結果、青森市内在住の3名から応募があり、3～6ヵ月の短期で働いていただくことができた。

3. メディカルスタッフ確保に向けた取り組み

下北半島の端では、求人雑誌や公式ホーム

ページでいくら募集をかけても応募は来ず、資格職以外にも厨房・清掃・事務員などどの職種も、正職員・臨時・パートどの雇用形態であっても人員確保が容易ではない。

そんな中、大間病院の事務長・総看護師長は地元出身で、若い頃から当院の現場で経験を積んだ後に管理職となっており、勤続20年を越えている。その地元情報把握力は筆者からみるとすごい！としか表現できず、「〇〇の息子さんは関東で検査技師をしているらしい。うちの病院で働いてくれないかな〜、とお父さんに軽く声かけてみたが、コロナ禍でも戻ってこなかったから難しいだろう、だそうだ」「あの建築会社で働いている事務の女性が、実は看護師資格もっていて、今度会社をやめるらしい。ちょっとスカウトしてみます」「あそこのパン屋が店をたたんだ。店主が高齢でこの前癌を宣告されたらしいから仕方ないのだろう。そこで働いていた方が、職を失ったのでどこか次の職場を探しているらしい。資格は特に持ってないけど、介護職や事務ならどうだろう。応募要項を渡してみます」と、入職につながった方がこの3年で3名以上いる。地道な声かけが人員確保につながった一例である。

その他、2019年から大間病院PR委員会を発足し、高校生の職場体験の受け入れ、地域の地域おこし団体へ職員募集用パンフレット作成委託、県内医療系大学へ就職案内の訪問説明(町長、事務長、役場健康づくり推進課長)などを行っている。

4. 自治体の動き

大間町は子育て環境の改善に向け、小中学生に給食を提供する給食センターの設立に向け予算を計上、2027年の完成・稼働を目指している。

また、大間町健康福祉センター「スマイリー」が旧大間病院・旧大間町役場跡地に完成し、2024年4月に開設となった。高齢者の使用も想定したスポーツジムや、子どもが遊べる室内・屋外大型遊戯場ができ、住民が集まる場になるよう調理室・和室・会議室が併設され、フリーWi-Fiや通信カラオケも設置された。今後の活

用に期待される。

そして、令和3年の豪雨被害による国道279号寸断を受け、「下北地域広域避難路確保対策」が計画され、バイパスを作ることとなった。ルート案を3つ比較し住民にアンケートをとり、大間病院を含む関連企業・団体にヒアリングの後、概略計画が決定した。完成まで10年程度と長期計画となったが、是非とも全線完成を目指してほしい。

将来性

大間町は本州最北端に位置し、北海道とのフェリー発着場という地理的特徴を持つ。

「大間マグロ」はブランド化されており、世界的なクロマグロの漁獲量制限の影響を受けているが、地域の産業の中心となっており、今後も重要な収入源として活用されるだろう。

大間原子力発電所は2012年に稼働予定であったが、東日本大震災により工事が延期となり、その後も安全対策関係の追加工事などで延期を重ね、2028年頃とされていた運用開始もさらに延期となり2030年頃の稼働を目指すこととなった。原発マネーは地元には大きな雇用と人流・物流を生み出しており、現時点では恩恵の方が大きく、稼働するか否かにかかわらず常に基幹産業の中心に据えられている。

今後、人口減少・少子高齢化は全国の多くの自治体と大差なく進んでいくだろうが、大間病院が果たすべき役割は多岐に渡っている。団塊の世代が75歳を超え、医療費・介護費のピークと推測されている2040年まで、大間病院へのニーズは維持～増加傾向が予測される。最新のICT(情報通信機器)などを柔軟に取り入れつつ、持続可能な医療の模索が今後必要である。

自己紹介

青森県三戸郡南郷村(現 八戸市)で育ち、八戸高校卒業後、自治医科大学医学部37期生卒。医師3年目で結婚・出産し、現在2児の母。大間病院としては初めて女性医師が院長就任となった。大間町に家族で転居し、4年目になる。

三戸中央病院

三戸中央病院 病院長 葛西智徳

抄録

青森県八戸医療圏に属する三戸町の医療機関と医療状況のこれまでの経緯，現状と問題点について検討し報告する．田子町との医療連携についての報告をする．

三戸町

三戸町は岩手県境にあり，かつて南部藩が一時居城を構えていたことでも知られる城下町である．町の中心部は，三戸城を構える城山を含む名久井岳県立自然公園等の山に囲まれた盆地となっており，葉たばこや稲作，りんご等の果樹の生産が盛んな地域である．人口9,000人，高齢化率40％であるが，毎年200人程度人口減少が続いている．主要産業は農業であるが，産業人口は1次産業30％，2次産業20％，3次産業50％である．町出身の有名人には「11ぴきのねこ」で知られる漫画家 馬場のぼる氏，相撲の横綱 鏡里などがある．「11ぴきのねこ」は町を上げてアピールしており記念館やグッズは人気となっている(写真1)．

三戸町医療状況

三戸町は青森県6医療圏のうち八戸医療圏に属する(図1)．田子町，南部町，岩手県二戸市に隣接している．

かつて町内には内科，外科，小児科，眼科，産婦人科など8軒の医療機関があったが，現在では三戸中央病院と内科開業医1軒となり近い



写真1 11ぴきのねこ 石像

将来三戸中央病院のみとなる可能性が高い．三戸中央病院では一次から二次医療を担っているが，さらに高次の医療については車で40～50分の八戸赤十字病院，八戸市立市民病院へ搬送される．疾患によっては県をまたいで二戸病院へ搬送されることもある．南部町には私立病院があり整形外科，眼科医が常勤しているため，そちらに紹介する機会も多い．重症疾患の場合は八戸市民病院あるいは県立中央病院からのドク

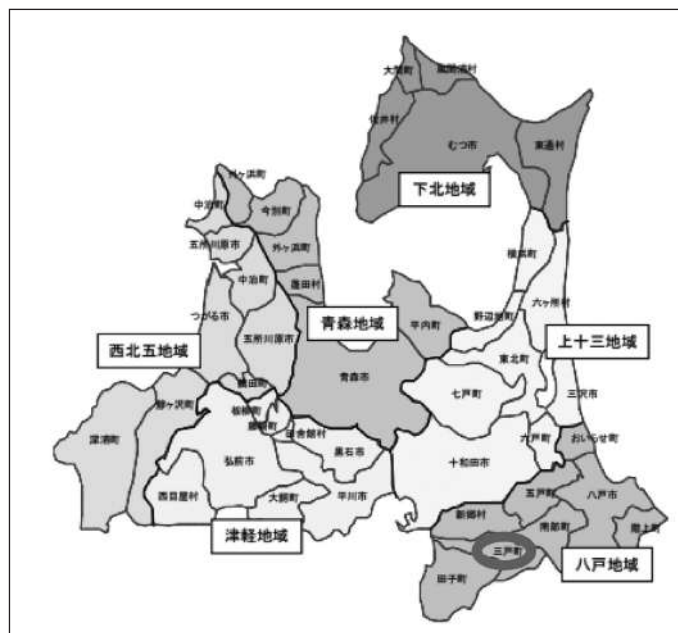


図1 青森県6医療圏と三戸町

〔青森県ホームページより引用〕

表1 八戸医療圏入院先

市町村	施設住所	率	施設住所	率	施設住所	率
八戸市	八戸	95.5	おいらせ	1.6	三沢	1.1
おいらせ町	八戸	47.5	おいらせ	27.8	三沢	15.2
三戸町	八戸	53.5	三戸	22.8	南部	18.1
五戸町	五戸	44.1	八戸	34.2	十和田	10.9
田子町	八戸	56.1	三戸	28.8	南部	13.8
南部町	八戸	63.1	南部	33	三沢	1.9
階上町	八戸	91.9	三沢	4	青森	2.4
新郷村	八戸	39	五戸	31.7	十和田	22

〔青森県ホームページより引用〕

ターヘリで対応してもらうこともある。夜間は八戸市立市民病院のドクターカーに対応してもらうこともあり、大変役に立っている。

入院先は八戸が多いが住民の20%程度は当院に入院している。田子町には診療所が2軒あるが、入院施設は無く入院が必要な症例は当院へ紹介されることも多い(表1)。

三戸中央病院沿革

三戸中央病院は1956年(昭和31年)病床50床で開設、1964年(昭和39年)病床100床、1967年(昭和42年)救急告示病院となった。1976年(昭和51年)へき地中核病院の指定を受け、その後病床数144床となり2000年(平成12年)現病院へ新築

移転された(写真2)。当時は内科、外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、小児科など総勢10数人の常勤医がおり眼科、耳鼻科、皮膚科も開設されており1日患者数が800人を超える総合病院であった。しかしその後、外科、整形外科、小児科、産婦人科、泌尿器科が医師不在となり2007年(平成19年)より自治医科大学卒業生が県から派遣されている。その後、整形外科医が常勤となって現在に至っている。現在非常勤で皮膚科、耳鼻科、泌尿器科、眼科、小児科、メンタルヘルス、循環器、脳外科の診療も行っている。2020年には病床数96床としている。院内にはかなり立派な手術室があるが現在は物置になっている。透析は10床あり、現在20名ほどの透析患者がいる。画像診断装置にはCT、MRI、



写真2 三戸中央病院

マンモグラフィ、上下部内視鏡、超音波検査機器等がある。若手医師には週1回の研修機会を設けている。常勤医師は7名、看護師50名、放射線技師4名、臨床工学技士3名、薬剤師1名、理学療法士3名、作業療法士3名、言語療法士2名が勤務している。

三戸中央病院の現状

常勤医師は先述したとおり7名。うち自治医大出身医師は5名である。外来は内科、総合診療科、整形外科外来が常設。他に小児科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、メンタルヘルス科、婦人科などの診療を行っている。外科外来が無い場合傷処置などは総合診療科で行っている。午前中は外来と上部内視鏡、腹部超音波検査を当番を決めて行っている。午後は病棟回診、大腸内視鏡検査、心臓超音波検査、訪問診察、巡回診療、ワクチン接種などを行っている。田子診療所には自治医大卒業医師が2名勤務しており週1回の内科外来と当直の支援を受けている。若手医師の研修先は八戸市立市民病院、八戸赤十字病院、青森県立中央病院、県立二戸病院、自治医大など本人が希望する施設で行っている。毎日夕方にその日撮った画像チェックを行い、週1回病棟カンファランスを行っている。若手へのフィードバックの機会でもあるが、通常業務以外に各種会議などもあり全員参加できることはほとんど無い状況である。令和4年度の入院患者数は1日平均54名、外来患者数は1日平均187名である(表2)。人

口減少の他、新型コロナ感染の影響もあり減少傾向が続いている。

へき地医療拠点病院としての活動

へき地医療拠点病院として無医地区への巡回診療を行っている。無医地区の過疎化が進んでおり受診者は年々減少しており今後の活動方針の見直しも迫られている(表3)。

田子病院との連携

私は1995年から2007年まで隣町にあった田子病院の院長をしていた。もともと田子病院も三戸中央病院も地元の弘前大学医局から医師派遣されていたが、田子病院では派遣が徐々に減らされ、私が田子に赴任した年にはとうとう派遣が打ち切られてしまった。県から派遣された医師は2人だけだったので病床60の病院を維持していくのはそのままでは不可能であった。病棟、外来、検査、訪問診察、そして病院当直を2日に1回やっていくのは心身のみならず家庭が破壊されてしまう。そこで県の自治医大派遣病院に協力してもらいながら自治医大に派遣要請を行ったところ大変な同情を買って当直を含めて週3日医師派遣をしてもらうことができたのである。こうして何とか急場をしのぐことができた。卒業すると大学との接点はほとんど無きに等しかったが、困った時にはちゃんと手を差し伸べてもらえた心から感謝している。翌年からは県からの派遣医師を増やしてもらい最終的に4人体制で病院運営を行った。しかし4人で病院体制を維持していくことも本来難しく、その後も医師不足に悩まされながら病院を維持していたのである。2000年、三戸中央病院が新築移転して地元大学の教授を招いて盛大な開院式典が行われた。後から聞いた話によると挨拶で教授は将来にわたってこの病院を守っていくと言われたそうである。しかし、その数年後に外科医が去り、小児科医が去り、整形外科医が去ることになってしまった。そして内科医師まで開業することになり後任が来ないということに

表2 入院外来患者数

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
入院延患者数	24,172	23,741	27,522	27,148	26,616	23,370	24,212	19,919
1日平均	66.0	65.0	75.4	74.4	72.7	64.0	66.3	54.6
外来患者数	55,212	50,077	50,892	50,748	48,141	47,023	46,152	45,530
1日平均	227.2	206.1	208.7	208.0	200.6	193.5	190.7	187.4

表3 へき地巡回診療実績

無医地区名	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	回数	受診者	回数	受診者	回数	受診者	回数	受診者	回数	受診者
大平・泉	10	1	10	2	10	1	10	0	5	18
太舌	12	34	12	32	12	35	12	22	10	27
横沢	5	11	5	10	5	8	5	13	3	6
蛇沼	9	20	10	37	10	43	10	35	8	29

なった。病院機能の維持が難しくなることは明らかであった。もともと三戸町はこの地方の交通の要所であり病院機能を維持していく必要性が高いのは田子町よりも三戸町なのである。私は県と協力をして田子病院を診療所化し、三戸中央病院へ自治医大卒業生を派遣してもらうように働きかけた。田子病院は無床とし入院病棟は老人保健施設とすることになった、これは構想から2年というスピードで実現したのであるが、その理由は大きな世の中の流れに対しやむを得ないという思いを町も住民も抱いていたからだと思われる。田子診療所の入院が必要な患者は三戸中央病院で支障なく受けてもらうよう連携することにしたのであるが、それがうまく行くよう私が三戸中央病院へ入って院内体制を整えるようにした。私は3年間三戸中央病院で勤務し、その後10数年他の病院に勤務してから再び三戸中央病院院長として赴任したのであるが、その後も協力体制はうまく行っており、振り返ってみてもこの地域の医療提供体制はうまく機能していると考えている。

三戸町医療の展望と問題点

町が抱える問題は人口減少とそれに伴う人口構成の変化である。これまで人口減少が続いても高齢者人口は伸び続けていた。今後は高齢者人口も減少に転じる。今後10年で病院規模がさらに縮小することは避けられないと考えら

れる。その中において現在の最大の問題はコメディカルスタッフの不足である。私は田子赴任時から医師不足を最大の問題として頭を悩ませてきたが、最近は看護師不足が喫緊の課題となってきた。看護師の高齢化が進行して再任用を増やしても夜勤ができないなど病院機能の維持に支障が生じてきているのである。待遇改善、業務改善、派遣業者の活用などいろいろ手を打ってはいるものの効果的対策とはなっていない。薬剤師や放射線技師も同様に今後さらに不足するものの確保の目は立っていない。過疎化が進む地域での人材確保は今後の大きな課題である。青森県では医師不足に対し県を上げて取り組んできており一定の効果を上げてきた。しかし今後はコメディカルの確保も同様に取り組んでいく必要がある。町では医療従事者用の奨学金制度があるが、若い担い手を育てるための働きかけを病院自体でも検討していく必要があると考えている。

自己紹介

青森県青森市出身、自治医科大学9期生。大学時代はフォークソング部に所属しリードギターを担当。卒業後は各種スポーツや釣り、山菜採り、菜園など幅広い趣味をこなし、60歳を過ぎてからオンラインゲームFPSに没頭している。長く地域で勤務していたが、2010年より青森県立中央病院総合診療部部長として後進の指導に当たり、2021年より現職の三戸中央病院院長として勤務している。

東通村診療所

東通地域医療センター 管理者 川原田 恒

抄録

地域医療振興協会(以下、協会)が1999年に東通村からの指定管理を受けて有床診療所を核とした複合施設を運営して25周年になる。自治体運営の診療所との違いは何か?協会が運営計画から診療所の設計など一から関わった経緯¹⁾と、圏域の変遷を振り返ると自治体の持つ「モノ」、「カネ」、「情報」を協会の「ヒト」が動かすことで意味(価値)を持たせ、それを活用して地域医療の要である“総合医”育成を行っていることであろう。さらに医師などの人材確保には「支援は文化」という協会の合言葉によって全国の施設からの派遣がある。

そして人口減少と産業構造が変化しつつある現状から、協会の理念である「医療人、行政、住民が三位一体となって」を基本に包括ケアの一環で産業保健連絡協議会を結成し、産業保健と地域保健の融合を目指す取り組みを紹介する。

委託前～指定管理に向けて

1. 役場と医療を隣自治体に依存!「ヤドカリ村」から自立へ

青森県最北の下北半島の東方に位置する東通村は、面積が約300km²と広大な村域の中に29の集落が点在する。圏域の中心地むつ市からは北端の尻屋までは約30km、南端の白糠まで約33kmと車で40～50分の距離である。かつて中心地が存在せず道路も隣のむつ市に集中していたため、役場をむつ市に置いていたという特殊な事情があり「ヤドカリ村」とも称されたことも。村内の最大集落は最南端の白糠地区(全人口の約2割強)で、医療機関としてはその白糠地区に白糠診療所があり、外国籍(台湾)の医師が委託開業していた。他には4ヵ所の巡回診療所が点在し、隣のむつ市のむつ総合病院から週1回医

師が来ていたに過ぎず、村内の大部分が医療のへき地でまさに「医療に困っている地域」であった。国保の統計では村内の医療の8割を主にむつ市の医療機関が担っていて、役場も医療も隣接自治体に依存している状況だった。

1965年に東通村村議会が原発誘致を決定し、現在の中心地整備が動き出す。道路網が整備され1988年、村政100周年事業として砂子又地区(むつ市から約15km)に悲願の役場新築・移転がなされた。さらに原発の交付金を活用し1995年に基本構想の『新総合開発振興計画』がまとめられ、その中で中心地(砂子又地区)整備の一環で「快適な生活、定住の促進のために健康福祉複合施設」が計画された²⁾が医療福祉の人材はもとより、施設運営の経験もない村は関係機関に人材確保など打診するもかなわず、村に関わりのある私に1996年に相談の話が来た次第。

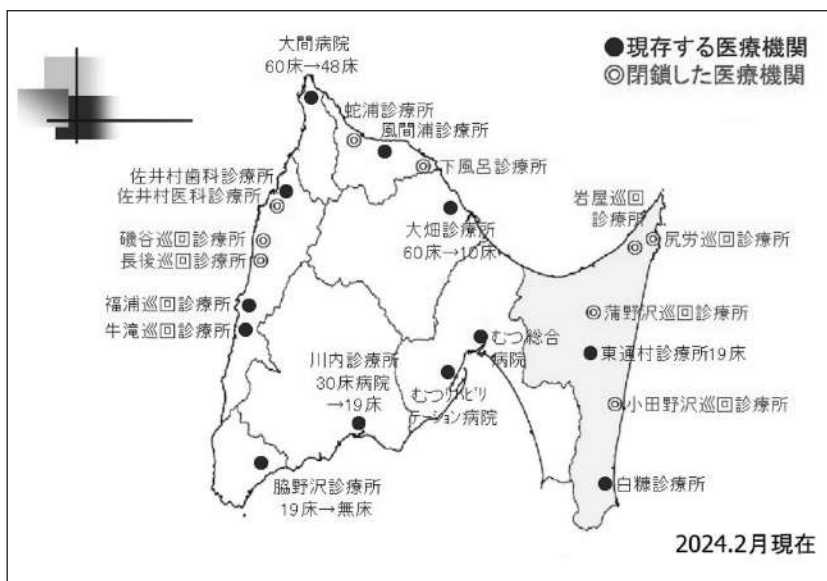


図1 むつ下北圏域の医療機関変遷

2. 自治医科大学～協会という卒業生のネットワーク、ヒトが財産

健康福祉複合施設は大規模なものだったので、自治医科大学の地域医療学教室に相談し1期生の奥野正孝助教授から協会を紹介され、早速、協会の理事長で1期生の吉新通康先生の元へ役場関係者と一緒に訪れた。計画書を説明したところ「やろう、やろう」のひと一言で一氣に村の医療福祉は動き出すことになる。

協会は1997年に健康福祉推進の調査を、1998年に複合施設の運営計画策定を依頼される。医療福祉のデータ分析を行いアンケートや、ワークショップで情報を共有し、協会の目指す「総合医」育成を融合させて「包括ケア」と「地域医療教育」を二大事業とし、『新総合開発振興計画』では無床の計画だった診療所を村民の要望を踏まえ有床診療所とし“24時間、365日やる”こととした。

1999年に第1期の保健福祉センターのオープンに合わせて協会が管理委託を受けることになり、現在、保健福祉センター、有床診療所、老健で構成されるこの健康福祉複合施設と白糠診療所は、当センター職員約100人で運営されていて、多職種で包括ケアを実践し、地域医療研修で医学生や研修医を毎年30人ほど受け入れている。まさに「モノ」(健康福祉複合施設)・「カ

ネ」(交付金)・「情報」(振興計画)は「ヒト」(協会の人材)が動かすことで意味をなし、理事長の「協会はヒトが財産」ということを実感する。

むつ下北圏域の変遷、東通村の変遷

1. 医療機関が減少し無医地区は増えた。その中で頑張る自治医大卒医師！

人口減少と医師の確保困難で圏域の医療機関は減少し、そのためかえって無医地区・準無医地区が増加しているのが現状である³⁾(図1)。

平成の大合併で大畑町、川内町、脇野沢村はむつ市に併合されたが、25年前には大畑町と川内町には町立病院があり、主に地元医学部から医師が派遣されていた。しかし、臨床研修制度や自治体再編計画により両病院は有床診療所となるも医師不足で現在は実質無床となっていて、旧むつ市以外で病床を有する施設は、自治医大卒医師が派遣されている大間町の国保大間病院と当診療所のみとなった。その旧むつ市でも後継者不足などで25年前には24施設あった医院が15施設閉鎖、新規で10施設と合計で5施設減となった。医師会の会員も高齢化し、内視鏡検査や訪問診療などできなくなってきていて、地方都市の中心地でも協会のノウハウが今後必要とされるのではないだろうか。

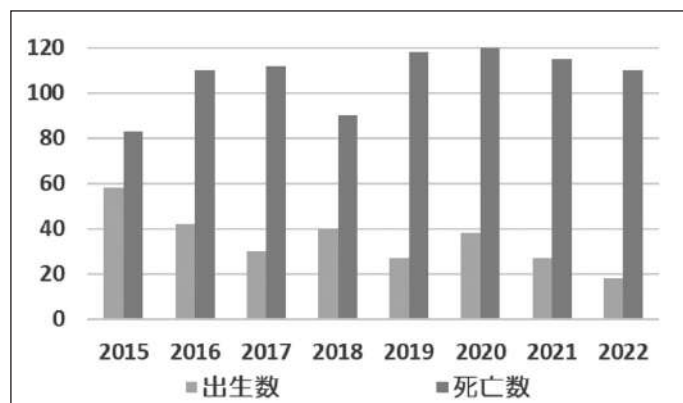


図2 青森県東通村の出生数と死亡数

2. 東通村の人口減少と産業構造の変遷、漁師の子どもがいなくなる？

25年前に8,000人を越えていた村の人口は毎年100人以上減少し、現在は5,000人台になっている。村の主産業は水産業と建設業であるが、沿岸漁業の不振で年々漁獲量が減少している。建設業も原発建設の停滞で従業員は高齢化・減少傾向である。2015年には漁業約700人、建設業約500人、原発関連は約300人、農業約250人だったが、若者で漁師になる人は減少し、2020年の統計では漁業者は480人ほどまで減少している。そしてもっと深刻なのが、出生数の減少でかつては毎年40人ほど生まれていたが、コロナ禍以降は20人台と半減⁴⁾していて(図2)、役場関係者は「原発関連で働いている人の子どもの割合が多くて、このままでは漁師の子どもがいなくなる」と心配している。

3. 東通村診療所の医師不足、医師派遣は協会の「支援は文化」のお陰です

25年前に開所した診療所は、常勤3人の予定だったが当初は私一人、白糠診療所に協会から派遣の医師の協力で1.5人体制でのスタートだった。

常勤が2人となったのは、2009年に協会の専攻医だった西村正大先生(現 都祁診療所)が派遣されるようになってからで、特に2012年からの佐々木 航先生(現 ゆきあかり診療所)には10年にわたり勤務していただき、診療はもちろん研修医への指導など多方面にわたり活躍していただいた。他にも当直や外来の支援には、数え

切れないほどの先生方が本州最北にまで足を運び、さらには看護師不足の際には看護師や特定看護師の派遣もあり、協会の「支援は文化」が村の地域医療を支えているといっても過言ではない。なお、看護師数に余裕があった10数年前は当院からも遠く奈良県や神奈川県など4施設に数ヵ月～1年間看護師を派遣していた。

4. 最近の医療状況

最近の外来数は、人口減少にもかかわらず比較的安定し1日あたり60～70人で推移している(図3)。病床利用率は60%程度であるが、病床は病診連携にとっても在宅医療にとってもなくてはならない包括ケアの要である。さらに研修医教育にも重要な役割を担っていて、朝の病棟カンファレンスと回診では専攻医の先生が幅広く深い知識のもとで研修医を指導し、また理学療法士やケアマネジャー、SWなどを交えての毎週の病棟カンファレンスで多方面からのアプローチができ、その結果平均在院日数は14日前後で診療所としては短い。

訪問診療は施設への訪問も含めて、年々増加傾向で月100件以上行っている。切れ目のないサービスを目指し、むつ市内の施設に村民が入所した時も訪問を行っているのも特徴で、また包括的高齢者評価を実践できる機会として研修医の教育には大事である。

5. 地域医療研修と総合医の増加

診療所開設以来、医学生や研修医を受け入れ

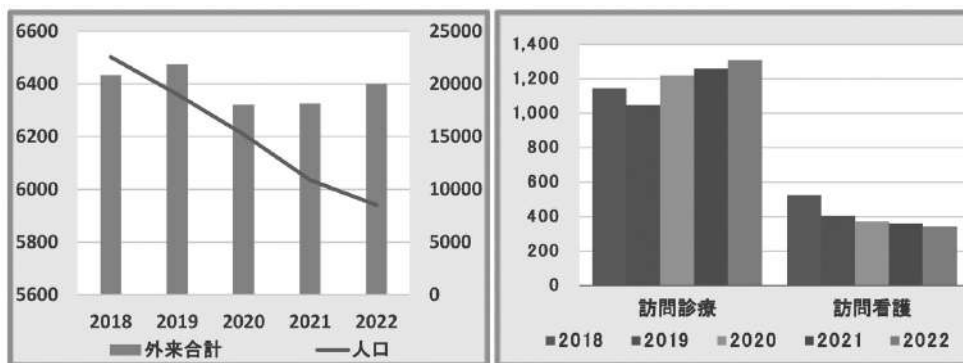


図3 東通村の人口推移と外来、訪問診療件数

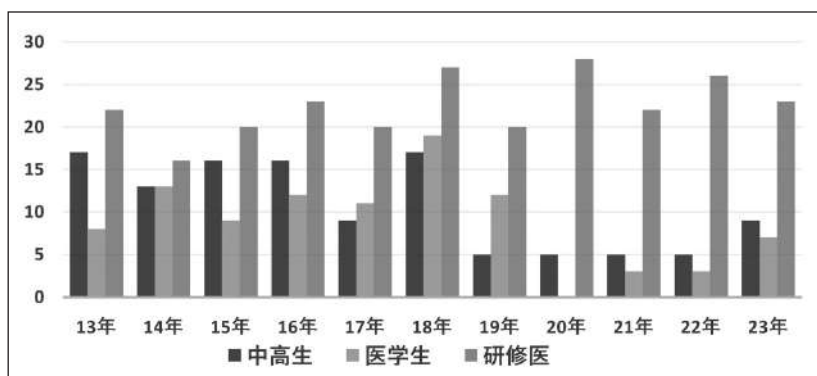


図4 地域医療研修受け入れ推移

てきた。医学生は毎年10人ほど、研修医は25人ほどである(図4)。外来での基本的診察指導(ビデオも利用)、毎日の画像やカルテの振り返り、診療後のフィードバックを行っている。また患者中心の医療や行動変容などのレクチャー、訪問診療、産業保健、さらには農業体験、お寺や集落の祭りへの参加、伝統芸能の鑑賞など地域の資源を有効に活用しているのも特徴である。さらに総合診療の専攻医の先生が6ヵ月～1年いてくれることが診療面はもちろん、研修医教育でも大きいものがあるが、当院での症例や多職種でのカンファ、村のヘルスプロモーションなどを通じてポートフォリオ作成の協力を行っている。ある専攻医のポートフォリオ20例の内訳では基幹病院の症例が6例、離島が6例、そして当院が最も多く8例であった。

受け入れ増加には2010年に建設した医師住宅群(医師住宅3棟、研修医棟=シングル3室、家族用1室)も貢献しているが、医学生や研修医を研修医棟の愛称「文殊の森レジデントハウス」にちなみ「文殊の森アラムナイ」と勝手に名

付けて毎年年賀状を送っていて、その返事で「医師6年目で家庭医に転科しました」とか、「救急医からポジションを変えて総合内科医として…」などと総合医になった方が今年は10名もいて、総合医が増加しているのを実感している。

包括ケアの実際

1. 基本とする包括ケアの定義

1999年、当センターの開設時に合わせるかのように、青森県が全国に先駆けて定義した包括ケア⁶⁾(表1)を目指している、これは介護保険制度を基本とし高齢者に重きをおいた厚労省の“地域包括ケアシステム”(2015年)とは違い、地域の全住民を対象として、ヘルスプロモーション(以下、ヘルプロ)など、保健事業までも包含するものである。その文脈で高齢者への包括ケア、産業保健と地域保健の融合を目指す産業保健連絡協議会についても紹介する。

表1 包括ケアの定義（1999年3月、青森県包括ケア指針）

地域の全ての住民を対象とし、生涯にわたり健康で安心した生活がおくられるよう、健康づくりや生きがい活動、地域の助け合い活動、及び保健・医療・福祉のサービスを必要な時に、一体的に提供するために、サービス提供に関わる機関が連携をはかるものである。

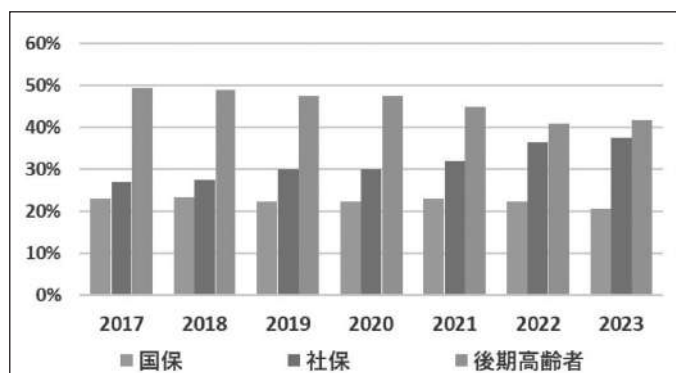


図5 保険別外来割合

2. 高齢者包括ケアの特徴

①**豊富な専門職**: ケアマネジャーは13名、社会福祉士は7名を有し圏域ではトップクラスである。さらには専任で訪問看護師2名と病棟にSWを配置。

②**豊富な組織**: 複合施設のメリットで有床診療所、老健（デイケア含む）、デイサービスセンター、包括支援センター、居宅介護支援事業所を有する。

③**広範で密な連携**: SWの主導で2週に1回多職種での包括ケア会議を開催、行政の保健師、調剤薬局の薬剤師（リモートで）の参加もあり切れ目のないサービスや、ポリファーマシー対策も強化している。主な情報はSWが電子カルテに記載し外来診療にも役立っている。

④**連携ツール活用**: 関係者間で多職種連携のSNSであるMCSを活用しタイムラグのない情報交換を行っている。終末期の在宅医療ではこれをご家族とも共有し支援を行っている。

⑤**ナースステーションをハブとして**: 2021年にナースステーションにSW（社会福祉士とケアマネの資格）を配置したことで、これまで以上に家族も含めて有機的な連携がさらに強化された。それまで基幹病院との病診連携や、入退院での家族やケアマネとの連絡は看護師長が行い

かなりの仕事量だったが、それらを今ではSWが担い、さらには医師と家族の面談調整や外来から包括支援センターへの連絡なども行っていて、ナースステーションが包括ケアのハブとなった。

3. 産業保健連絡協議会の設立経緯

①**村のヘルプロ**: 2012年に青森県との協働によるヘルプロカーの実証事業で集落だけでなく、職場も対象にすると共通認識ができた。地区診断から“思い、課題、長所など”を抽出し協働でヘルプロを行うことをミッションとした。2019年からのヘルプロ5ヵ年計画では運動習慣、たばこ対策、食生活改善を3つの重点事業とし、食生活改善では協会のヘルスプロモーション研究センター、青森県立保健大学との協働で尿ナトリウム比の測定を利用した減塩活動を職場も含めて行っている⁷⁾。

②**村の地域診断**: 運動不足と肥満が長年の課題、さらに原発関連の会社などで東通村に転勤すると車通勤、車での買い物、運動機会の減少で体重増加。

③**某事業所の事業所診断**: 2023年2月の安全衛生委員会で社員への健康づくりアンケートで不足しているのは運動がダントツだった。

表2

事業所の抱える健康課題は、村民の課題でもあり事業所、行政、住民が一体となって課題解決に以下のような活動を行う
1) 四季を通じて心身の健康づくりの運動、文化活動などのイベント開催
2) 健康課題の調査研究
3) 健康づくり活動の情報提供
4) サークル作り（運動・趣味など）の支援
5) 指導者育成支援

④診療所で社保の患者増加：外来で社保の方が増えた印象あり，保険別患者割合を調査したところ，6年前は20%ほどしかなかった社保の方が昨年には40%近くに増加していた(図5)．原発関連の社員が増えたことや，漁業の不振で漁師が会社勤務になる傾向，さらには建設・運輸業など若手不足で定年年齢が延長されたことなどが影響していると思われる．国保は減少傾向でこのままでは社保から国保を経ないで，75歳以上の後期高齢者になる方も出てくる可能性があり，村の健康づくりには会社勤務の方を外せない状況になった．

以上の状況と協会の理念から診療所代表の私(医療人)と村の健康福祉課長(行政)が呼びかけ人となり，産業医として関わっている7つの事業所(住民)を中心に声を掛けて「産業保健連絡協議会」(さんぽ連)を2023年4月に設立した．ワークショップを経て1社では年間のスポーツイベントはせいぜい1回しか開催できないが，各社が交代で運動などのイベントを通年で開催しようと5つの事業を決定した(表2)．

2023年度はウォーキング大会やフットサル大会，リレーマラソンなど関係機関とのコラボレーションで8つものイベントを開催することができ，大変好評だった．

村の産業構造の変遷に留意しながら，これからも協会の掲げる理念を具体的に推進していきたいところである．

【謝辞】

本論文の作成にあたり，行政の立場からご助言をいただいた東通村健康福祉課長三國正人氏には，心より感謝申し上げます．特に，論文読後に「村との関係は指定管理だけでなく，お互いに「総合医の育成」で全国の地域医療に貢献しているのですね」という言葉に協会の理念を感じた次第です．

参考文献

- 1) 地域医療振興協会：インタビュー．地域のつながりの中で，人として教える／川原田恒．月刊地域医学 2015；29：948-955．
- 2) 東通村企画課：東通村新総合開発振興計画 飛躍する未来を拓く村づくり．青森県東通村，1995：17，40．
- 3) 一部事務組合下北医療センター．組織について．<https://www.shimokita-mc.jp/organization.html> (accessed 2024 Mar 3)
- 4) 地域人口統計関連グラフの収納庫．青森県東通村．<https://pop-obay.sakura.ne.jp> (accessed 2024 Mar 3)
- 5) 川原田恒：発信！地域の診療所から．月刊地域医学 2011；25：80-83．
- 6) 青森県：青森県包括ケア指針．1999．
- 7) 川畑輝子：自然に減塩できる環境を地域社会につくる－東通村・台東病院における減塩のための食環境づくり－．月刊地域医学 2022；36：482-489．

自己紹介

青森県むつ市生まれ(父親は東通村出身)，自治医科大学5期生．当初外科医を志望するが，医師7年目に赴任した津軽半島の診療所で，5歳児の溺水事故に遭遇し，その際に地域の共同体(コミュニティ)を初めて実感し総合医に方向転換．以来，包括ケアを試行錯誤し現在に至る．

趣味はアート，デザイン，景観．特に感性社会資本としての景観を模索．

深浦診療所

深浦町国民健康保険深浦診療所 所長 吉岡秀樹

抄録

青森県は山岳地帯に阻まれる形で市町村が位置している。地域医療はカバーする範囲が広く、医師数の少ない青森県では効率的な配置が求められる。

長らく勤務医師の獲得に苦勞していた深浦町では、中心部に新しい診療所を建築し、医療を集約させる作戦に出た。新しい診療所には2018年に吉岡が着任したものの、医師不足は続いていた。2023年4月、青森県から自治医科大学卒業義務年限内医師の派遣が開始された。量の面での解決をみたが、今後は質の維持向上が課題となる。

継続的に地域医療に医師が派遣されて地域の医療が維持される一方で、派遣された医師間の負担が軽減されて不公平感がなくなるように、外交官の人事システムを紹介して地域医療医師の働き方改革への提言を行った。

プロローグ

医学部1年生の時、Early Exposureとして当時自治医科大学1期卒業の奥野正孝先生が勤務されていた三重県神島診療所を訪問した。

漁師さんたちと夜遅くまで飲食をし、白衣を着ないで診察する奥野先生の姿に接することができたのは、10代の自分には刺激的な日々だった。

「沢内村の増田進先生や下甕島の瀬戸上健二郎先生といった地域医療のカリスマを作るのが自治医大じゃない。カリスマがいなくなったらその地域医療はリセットがかかってしまう。彼らを10割の地域医療だとすると、自治医大卒医師は8割を継続的に提供できるのが強みなんだ」とおっしゃっていたのを記憶している。それがずっと頭の片隅に残っていた。

その数年後、奥野先生は自治医大地域医療学

教室に戻られ、私は学生時代から地域医療学教室にたむろする1人となっていた。

青森県の特徴

まずは、青森県の地理的・文化的な特徴と医療の関係について述べる。

1. 地域によって方言が大きく異なる

大きく津軽弁と南部弁と下北弁に分けられる。イントネーションが異なるだけではなく、単語や助詞や動詞も大きく異なる¹⁾。

2. 地域が山で隔てられている

青森県には山地が多く、海の沿岸か川沿いの平野に集落ができていく(図1)。山々をまたぐ道路はあっても冬季間は閉鎖となる。そのため、地方から主要市部へのアクセスに大きな労力を



図1 白神山地、奥羽山脈八甲田山系、恐山山系に分断される市町村

要し、患者の医療アクセスを制限し、紹介や搬送にとって大きな障害となる。

3. 弘前大学医局からの派遣は津軽地域に偏る

弘前大学からの医師の派遣先は、弘前市から車で片道1時間半ほどまでのところに偏る²⁾。それ以上の距離では引っ越しを伴うため避けられる傾向にある。さらに大学院生による金曜日夕方から週末にかけてのアルバイト当直が困難であることから、常勤医の労働時間や拘束時間が長くなってしまうのも避けられる要因の1つである。

必然的に、弘前大学からの派遣が手薄い県東側(八戸市、三戸郡、下北半島)や山を隔てた海岸線の町村に対して県からの医師が派遣されることが多くなる。

4. へき地医療の現場へのバックアップ体制が必ずしも成熟していない

弘前大学から派遣された医師の場合、病気などで長期の休みが必要となった場合には出身元医局から医師が応援する。現在、青森県からへ

き地に派遣された医師の代診などは丸山博行医師1人でやっているのが実情である。

5. 総合病院でさえも専門性を発揮するのが難しい

総合病院では臓器専門科の医師数も足りていない上に、押し寄せる一般外来の患者診療で疲弊してしまっている。専門医がいらないから受け入れられない、非常勤の麻酔科医が帰ったので手術できない、全員手術中で電話対応できない、ベッドがいっぱいだ、といった理由で紹介を断られることは稀ではない。青森県は臓器専門医も総合診療医も足りないのである。

6. 財政的に貧しい

毎年のように病院医師の充足率が低いことがニュースに取り上げられる。医師が少ないことも大きな理由であるが、「医師が少ないからこの程度の医療で適度にやってくればそれでいい」「今の人数で何とかなっているんだから、医師を増やして人件費がかかるよりもこのまま何とかやってほしい」という行政の本音が見え隠



市町村名	高齢化率 (%)	人口 (人)	高齢者数 (人)	医師数 (人)	医師1人あたりの高齢者数 (人)	直近のPCI可能病院への距離 (Km)
今別町	57.02	2,262	1,290	2	645	56.4
外ヶ浜町	51.42	5,260	2,705	8	338	31.6
深浦町	51.07	7,180	3,667	3	1,222	58.1
新郷村	50.02	2,180	1,090	2	545	31.1
佐井村	47.69	1,723	822	0		59.3
風間浦村	46.25	1,654	765	1	765	36.9
中泊町	45.92	9,894	4,543	4	1,136	19.5
鯉ヶ沢町	45.11	8,888	4,009	10	401	21.4
田子町	44.89	4,927	2,212	4	553	35.4
大鰐町	44.61	8,609	3,840	10	384	14.5
三戸町	42.91	9,114	3,911	9	435	25
平内町	42.79	10,121	4,331	7	619	21.6
蓬田村	42.33	2,541	1,076	1	1,076	22.6
七戸町	42.04	14,478	6,087	15	406	11.9
五戸町	41.63	15,922	6,628	13	510	17.2
西目屋村	40.44	1,260	510	0		16.4
野辺地町	39.88	12,187	4,860	18	270	35.4
横浜町	39.78	4,227	1,682	1	1,682	27.8
つがる市	39.64	29,873	11,842	15	789	6.7
南部町	39.62	16,815	6,662	21	317	8.1
板柳町	38.67	12,587	4,867	8	608	14.4
東北町	38.24	16,568	6,336	7	905	11.6
鶴田町	37.93	11,880	4,506	9	501	6.6
東通村	37.73	5,847	2,206	2	1,103	13.8
田舎館村	36.47	7,391	2,695	1	2,695	9.2
大間町	36.46	4,817	1,756	6	283	46.6
五所川原市	36.44	51,262	18,680	126	148	0
平川市	34.87	29,959	10,447	18	580	10.4
階上町	34.77	12,797	4,450	3	1,483	10.2
十和田市	34.75	58,555	20,348	121	168	0
黒石市	34.71	31,385	10,894	56	195	14.1
むつ市	34.49	53,325	18,392	95	194	0
青森県全体	34.38	1,215,079	417,744	2,773	151	
六戸町	33.75	10,774	3,636	4	909	10.9
藤崎町	33.39	14,521	4,849	19	255	8.8
弘前市	33.11	162,666	53,859	842	64	0
青森市	32.46	269,095	87,348	679	129	0
八戸市	31.75	219,733	69,765	551	127	0
六ヶ所村	27.98	9,831	2,751	4	688	38
おいらせ町	27.81	25,107	6,982	18	388	13.5
三沢市	27.39	37,864	10,371	60	173	0

図2 市町村高齢化率順にみた、医師1人あたりの高齢者数と直近PCI可能病院への距離

れする。

市町村は財政的に厳しく、医療に金をかけることが困難になってきている³⁾。これでは医療の質を上げるのが難しくなる。

7. 県からの配置は必ずしも適正ではない

青森県は地域が散在しているだけではなく、多くの町村の高齢化率が全国的に見ても高いのが特徴である(図2)。

高齢者は有病率も高くなるので、その分医療は手厚くしなければならないし、介護保険対象者も多くなる。図2右の表では、医師1人が何人の高齢者をカバーする必要があるかを市町村別に計算したものである。急性冠症候群に対するPCI治療を24時間対応する総合病院への距離

も併記した。総合病院までの距離が長ければ、住民も簡単には受診できない。50kmを超えれば救急車でさえも1時間以上かかる距離となる。

計算上医師1人あたりの高齢者数が多くても、総合病院までの距離が短ければ患者も隣の市町まで通院するし、重症対応もほぼ必要ないだろう。

医師1人あたりの高齢者数も多く、総合病院までの距離も長いところでは、高齢者医療でも、慢性疾患から急性重症疾患、広い年齢層の対応が必要になると予想できる。したがって、医師1人あたりの高齢者数も多くて、総合病院までの距離も長い町村への医師の投入を計画的に行うべきだと思う⁴⁾。

深浦町

人口：7,180人

高齢化率：51.07%（青森県市町村別 第3位）

白神山地と日本海に挟まれた、南北の動線（JR五能線と国道101号線）

最北地点（鯉ヶ沢町境）から最南地点（秋田県八峰町境）まで約65km

2001年4月 全国で初めて屋外のタバコ自動販売機撤去の条例施行

深浦診療所

町唯一の医療機関

直近の総合病院：能代厚生医療センター 63.3km つがる総合病院 56km

2018年開設：3地域の相次ぐ診療所閉鎖に伴い、中心地域1カ所に集約

2018年7月 吉岡着任

2023年4月 青森県から自治医大卒業義務年限内医師派遣開始

常勤医師3名、非常勤医師2名、常勤看護師3名、非常勤看護師4名

放射線技師1名、医療事務3名、管理事務4名

図3 深浦町と深浦診療所の特徴

深浦診療所の概要

深浦町は土地も動線も南北に伸びる町である。大きく3地域に分けられる。北部地域（北金ヶ沢・関地域）、中央地域（深浦中心部地域）、南部地域（岩崎地域）の3つである。

かつては3地域それぞれに医療機関が存在していた。南北に約25km離れて1軒ずつ診療所があったと考えるとイメージしやすいだろう。

中央部と南部には開業医院が、北部には町立の診療所（国保関診療所）が存在していた。しかし、医師の高齢化もあり中央部と南部の開業医院が相次いで閉院となり、町には北部の国保関診療所のみにってしまった。中央部と南部は無医地区となってしまったわけである。

国保関診療所では、2003年11月に大阪から赴任していた柳善佑医師が孤軍奮闘頑張っていたが、病に倒れ2014年3月で退職（同年11月に他界）された。町は無医地区を抱えるだけでなく、無医町になることに怯えることとなった。

柳医師の退職後は、綱渡りのような医師確保を続けながら、町の中心地域に診療所を集約することを決断し現在に至っている（図3）。

1カ所に集約して2018年に開設した国保深浦診療所であるが、最初は3医師で始まったものの1医師が退職して、2019年2月から2020年12月までは、私と80歳の医師の2人常勤状態が続いた。

県からの派遣開始

2021年1月1日から、36歳の医師（聖マリアンナ医科大学卒）が県から派遣された⁵⁾。2人のお子さん（4歳と5歳）を育てるシングルファザーである。医療面でもワクチン接種面でも大活躍してくれ、地域診療所でもシングルファザーをしながら医師を続けることができることを示してくれた。町を挙げて子育てのサポートをした。

同医師の2023年3月退職と入れ替わりに、県から自治医大卒業義務年限内の医師の派遣が始まった⁶⁾。

さらに、弘前大学医学部総合診療部大学院所属の平野貴大医師（自治医大卒）も非常勤医としてサポートしてくれることになり、瓢箪から駒、棚からぼたもち、青天の霹靂、快哉を叫んだ。

喜んでいるのも束の間、3月末に、私自身の艱難辛苦が始まった。両親の病気の治療や介護のサポートをする必要が出て、私自身が頻繁に休みを取得することになったのである。さらに、11月には私自身が1ヵ月の入院生活を余儀なくされた。退院してすぐの12月に、父親が薬石無効逝去。認知症の母親を施設にお願いして仕事に復帰した。

余裕のある医師数を確保することの有り難さを身に沁みて感じ、サポートしてくれた同僚たちに感謝した2023年度であった。

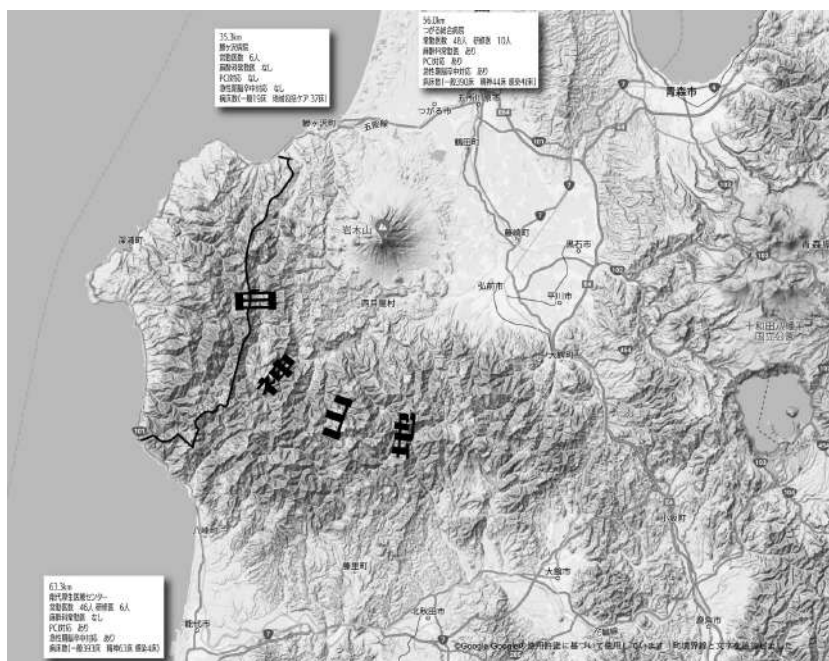


図4 深浦町と後方医療機関との位置関係

深浦診療所と後方医療機関

深浦町は南北の長い動線であるので、専門医療が必要な患者の紹介や重症患者の搬送には距離が問題となる。

深浦診療所の8割の患者さんは80歳以上である。しかも、ほとんどが夫婦二人暮らしか独居である。運転免許を返上していない人でも片道50kmを超える運転は厳しい。

図4に示すように、急性重症疾患を紹介する場合、北側はつがる総合病院(56km)、南側は能代厚生医療センター(63.3km)が直近となる。受け入れてくれたどちらかに送れば良いというわけには行かないのである。南側の住民は五所川原市にはほとんど行ったことがないし、北側の住民は能代市にはほぼ行ったことがない。そのため、病院選定の際には住民の住所を確認して本人や家族にも意向を確認する必要がある。

時には弘前市や青森市まで搬送をお願いすることがあり、片道1時間以上の救急搬送を毎度文句言わず引き受けてくれる深浦消防の救急隊には常日頃から頭が下がる思いである。

働き方改革と外交官人事

2018年に日本の医療機関に戻り、青森県の地域医療の現状はあまり改善されていないことに気づいた。地域医療でも臓器専門医療でもみんなギリギリのところで頑張り、疲弊して離れていってしまう。医師はそれほど余裕を持って働いてはいない⁷⁾。

縁があって私は12年間ほど外務省に所属して幾つかの国を異動した。世界各地の先進国・途上国の大使館や領事館などに派遣される外交官たちの人事は、どこか自治医大卒業生のへき地への派遣に似ていると感じた。長い歴史の中で欧米の常識や方法を真似て築き上げられた人事方法は参考になると思い紹介する。

1. 危険度、生活費の高さ、日本を含めて直行便のある都市、感染症の流行状況、生活必需品の価格などを毎年調査して級数をつけて手当を決定

例えば、ナイジェリア5級地、ウクライナ3級地、タイ1級地、フランス0級地といった感じ⁸⁾である。人事では10年間に級数の和が大きく偏らない人事を配慮する⁹⁾。

2. 異動は2, 3年周期, トップの大使も例外ではない¹⁰⁾

長期勤務することによって仕事がマンネリ化したり, 不正が起きたり, 癒着が起きたりするのを避けているものと思う。

3. 年間を通じて異動がある

一度に職員が変わらないように, 毎月のように人事異動が有る。5年ぐらいすると, 全員が入れ替わっているという具合である。これは, 仕事の停滞期間を作らないという理由もある。

例えば, 県からの派遣医師の異動は原則3月31日付け離任, 4月1日付け着任である。そうすると年度末は残された医師たちで回すため, 外来数や検査や手術を減らす。残された医師たちは連日の外来と入院患者と当直で疲弊し, 一方で異動する医師は, 引越し業者¹¹⁾を探すのに苦労し, 家族を伴った大移動と新しい仕事に慣れるために疲弊する。

4. 家具付きの住居に住む

国を超えての引っ越しは大変である。家具を持つの途上国間の異動は金額も莫大になるし, すぐ仕事に取り掛かることが困難である。そのため, 引越しを最低限にして生活と仕事をすぐにできるよう家具付きの住居が奨励される。

自治医大義務年限内の異動地が全て家具付き住宅だったら引っ越しがどんなに楽なことだろうか。洗濯機やテレビや冷蔵庫まで持って数年ごとに引越しさせられたら, 帯同している配偶者や子供たちは「もう田舎はいやだ」となって当然である。

5. 休暇取得を奨励する

大きなイベントがある時以外は積極的に休暇を取るよう奨励される。ストレス解消の意味だけではなく, 休暇を取らない人は仕事ができない人, 仕事の怠慢を隠している人, 何かしらの不正をしている人, と見なされる。患者を自分だけで抱え込んで他人には任せず, それでいていつも不機嫌なドクターは周囲にいないだろ

うか?

長期の休暇が取れるようにして, とにかく任地を離れてリフレッシュするべしとされた。ついつい出不精になってしまうが, 場所を変えるということは頭の中がリセットされて精神的にも良いようである。

6. 仕事に表裏の担当を決める

休暇で不在になっても仕事が滞らないよう, 仕事の主担当と副担当を決めて, 2人同時には休まないようにさせる。休暇を取るときだけではなく, 普段から主担当, 副担当は仕事を共有していることが重要となる¹²⁾。そうすることで, 普段から仕事を溜め込んでいる人や不正にはチェックが入るというメリットがある。

7. 申し送り期間を作る

異動では前任者と後任者が1週間程度一緒に働く。その間, 着任した後任者はホテルから出勤する。一緒に仕事をしながら段取りを引き継ぎ, カウンターパートへの挨拶と一緒に行く。最後に「引き継ぎ書」に互いにサインをしてきちんと引き継ぎが行われたことを確認する。

医者の世界は, やって覚える的なところがあり, 引き継ぎはきちんとされていない。それでいて「あいつちゃんとカルテを書いていなかったから分かんねえよ」と陰で前任者のことを非難しているドクターはいないだろうか? 引き継ぎがスムーズに行われず, 心も貧しくなり他人を非難するようになるのは引き継ぎシステムの問題だと思う。

8. 年次休暇の引き継ぎと共有

異動しても年次休暇の日数に不公平が生じないように, 事務間で年次休暇の残数引き継ぎが行われる。

3月に年休を消化して早めに休んで異動するドクターがいて, あいつずるいと思ったことはないだろうか? 医師の誠実性の問題になりがちだが, 不公平を引き起こしているのは異動システムの問題なのである。

エピソード

すでに限界集落となっている深浦町の人口は、10年後には5,000人ぐらいになると推計されている¹³⁾。



今後何が必要なのかを考えながら診療所の青写真を描く必要がある。

深浦診療所で働き始めて5年が過ぎた。多くの協力を得て、何とか新型コロナ騒動も乗り越えることができた。

プロローグに書いた奥野先生の教えが分かってきたように思う。

長く勤務していることもあって「先生に、看取ってもらいたい」「先生がいなくなると困る」といった声をいただくことも多くなった。ありがたい言葉なのだが、同時に誰々がいらないと困るような組織は正しいものではないとも思う。

自惚れずに謙虚にいつでも後進に道を譲れるような準備をしたいと思う。

文献と注釈

- 奥野先生が青森県に代診に行かれた際に、看護師がずっと患者の通訳をしてくれたそうである。
- 後方病院の1つである鰺ヶ沢病院の先生方は全員自家用車で1時間半ほどかけて弘前市から通勤している。「地域医療というのは、その地域に住んで地域を知り、地域で実践することが重要だ」と先輩方から諭されてきた自分には大きな驚きだった。
- 堀井三儀、西津鍊、齋藤学:レジデントノート。東京、羊土社、2023。
ドクターコトのモデルとなった下飯手打診療所は、現在人口1,700人の島に常勤医2名、看護師15名が勤務しているそうである。当院は、人口約7,200人に、常勤医師3名、常勤看護師3名、非常勤看護師4名である。
- 青森県立中央病院地域医療支援部の丸山部長のご尽力でかなり適正にはなってきたと思うが、
- 実際には十和田市立中央病院からの異動だったが、事務上県からの派遣ということになった。
- 深浦町のカリスマ医師柳先生が辞められてから実に9年かかった。
- 大幅に医師数が増えた青森県立中央病院一人勝ちの印象である。
- 実際の級数とは異なる。
- ある一定期間、例えば9年間の間に級数のトータル10点ぐらいになるようにする。5級地3年、0級地2年、3級地3年と異動したら、次は2級地に派遣されるという具合である。

- 特殊言語の専門家の場合には、数年してから再赴任することもあり得るのだが、それでも1回の派遣は2、3年である。
- 3月は引越し業者を探すだけで大変である。通常よりも高額になる。そんなことを都内の先生と話をしたところ、「え？引越しするの？異動があっても引越しするのは島に行く時ぐらい。通勤経路が変わるだけだよ。じゃないと大変でしょ！」と言われて驚いた。
- 日本の会社や役所に電話して「担当が不在ですから、後ほど担当からお電話差し上げます」と言われたことはないだろうか？それは24時間対応の大使館では許されないことなのである。
- 深浦町人口ビジョン(改訂版)令和2年3月https://www.town.fukaura.lg.jp/fixed_docs/2020033000011/file_contents/jinnkou.pdf(accessed 2024 Mar 31)
- 多言語医療問診票ウクライナ語 <https://kifjp.org/medical/ukraine>(accessed 2024 Mar 31)
- 神奈川新聞カナロコ <https://www.kanaloco.jp/news/social/article-914552.html>(accessed 2024 Mar 31)

自己紹介

五戸町という太平洋側の町で生まれましたが、父親が東京出身ということもあり、青森県のごく一部しか知らずに育ちました。1992年に卒業後、義務年限中には下北半島ばかり計7年間派遣されました。

青森県立中央病院や弘前大学医学部附属病院(後期研修&大学院)でも働きましたが、縁あって外務省医務官としてモンゴルで2年、ナイジェリアで3年、ウクライナで3年、ネパールで2年働き日本に戻りました。

ウクライナに暮らしている間にロシアによるウクライナ侵攻が始まり、一方的なクリミア半島併合が起きました。その頃から作り貯めていた日本語とウクライナ語間の医療問診票¹⁴⁾を完成させ、2022年に公表しました¹⁵⁾。



ウクライナ語医療問診票



神奈川新聞カナロコ

開業医師の立場から

森総合クリニック松原 院長 森 明彦

抄録

私は、自治医科大学卒業後出身地である青森県に戻り、市部から離れた町村部の病院・診療所に勤務し、その後に開業した。本県では、健診は定期的に受けるが、その後すぐに受診せず悪化してから受診する傾向がある。これでは、医療の目的である早期発見・早期治療、または病院につなぐことができず、重症化後では医療費が増え、紹介先の病院にも負担を強いることになる。地域で身近な開業医としてそれらに対応することも病・診連携のひとつと考える。

はじめに

私は、自治医科大学の1期生として入学し卒業後は、出身地である青森県に戻り、自治医大設立の目的である、医療に恵まれないへき地等における医療の確保と、地域住民の福祉の向上を図ることを使命として、県内主要市部から離れた、主に町村地域の病院、国保診療所等に勤務した。私と同じ1期生では、ご承知のとおり、政府の有識者による新型コロナウイルス感染症対策分科会会長としてご活躍された尾身 茂先生がおられる。

医師を目指し、 後に開業医となった理由

1. 医師を目指す

私が医師を目指すきっかけとなったのは、理系の勉強が好きだったこともあるが、マラソンなど足を使った運動が好きで、将来スポーツ医

学の道に進みたいと思ったからである。今でも診療前後にジョギングを欠かさず行っている。さすがに青森の冬は外では走れないので、フィットネスクラブに通い汗を流している。

医師を目指す学生さんと話す機会があり、聞くと理由はさまざまだが、共通することは、医師になって地域社会に貢献したいというのが最大の目的であり、俗に言われるお金儲けのためという学生はいない。

特に自治医大を選択した学生さんは、医師になって故郷に戻り現場で地域医療に貢献したいという崇高な理想を持って入学された方だと思う。私も同様の理由で本学を選択した。

2. 勤務医として働く

青森県で勤務医となった当時、本県では、病院(医療法上病床20床以上)と名がつくものは、100軒ほどあったが、県内で最も大きな規模の県立中央病院、弘前大学医学部附属病院を含めても1,000床を超える病院はなく、700床前後の

病院が市部にあり、100床弱の小規模病院が周辺にあった。

まだ、大学医学部には医局制度があり、診療科ごとに適切と思われる人材が派遣された。ただ、本県では当時、1町村に1病院という政策がとられていたため、市部から離れた郡部にも病院が点在しており、そこまで医局が医師を派遣するのは難しかった。そこで、自治医大の卒後研修プログラムが活用され、私の卒後勤務先となった。

とはいえ、常勤医師は、ほとんどが私一人、しかも周辺には連携できる病院や専門科の開業医もまだ少ない時代だった。そのような場所では「産科以外全て診る」状態がしばらく続いた。ある意味において、これが自治医大が目指す卒後研修プログラムでもあると自覚し、できることは全てやり、できないことは無理せず病院につないだ。その時の経験が開業後もさまざまな場面で活かされている。

3. 開業を決意する

田舎は、どこもそうだが住民は皆あたたかく、数年勤務していると家族的な付き合いも増えてくる。そんな中、次の勤務先が告げられると、診察中の患者も後医に委ねなければならない。まさに、「後ろ髪を引かれる思い」を何度も経験した。

次の勤務先では、つい最近まで診た患者や家族のことが気になってしまう。そろそろ腰を据えて患者を診られる病院に勤務したいと考えようになった。

タイミングよく、青森市内のショッピングモールでテナント開業を募集しているのを知り、その近くには中学から高校までスポーツ一貫教育を行う名門Y高校があり、高校生選手を相手に当初の目的でもあったスポーツに関係する医療ができると考え、1988年10月、一大決心して開業医の道を選択した。

4. 現在地で新たにスタート

さらに数年後、同校近くの個人病院が売却される情報を聞き、1996年4月から、同病院を買

い取り一部改築して有床診療所を新たにスタートした。

有床診療所を開業したことによるメリットは、テナント開業では得られないスペースが確保でき、リハビリ機器などさまざまな機材を設置することができた。また、診断の結果、在宅に帰すには心配な患者や、病院で受け入れていただく程ではないが気になる患者を一時入院させ外来の合間にゆっくり診ることができるのも有床診療所の利点だった。

開業医の現状

青森県、特に私が開業している津軽地域では、外来患者の動きにも多少の季節感があった。春の田植えの時期、秋の刈り入れ時期は、一家総出で農作業を行うため、忙しさから受診を控える、いわゆる「農繁期」である。

それでも当時は、患者やご家族との信頼関係があった。今は、患者窓口一部負担金や政府が示す医療費抑制策の余波なのか、不足する一部の診療科以外は、毎日が農繁期かと思う程に患者は減っている。疾病自体は減っているわけではなく、より悪化してから受診する傾向にある。これでは、開業医の目的である早期発見・早期治療はおろか、重症化してからの受診では、逆に医療費が上がり、紹介先である病院へも負担を強いることになり悪循環である。

政府は、国民医療費は増加傾向にあるというが、その理由は、早期受診できない環境と新技術や高額な医療機械、高薬価薬の保険導入等によるもので、医療機関としての直接的な収入増ではない。患者さんや医療機関にとっては、早期に受診し、診断、治療できる環境にすることが重要である。月の診療報酬が平均点以上になると、高点数個別指導という厄介な行政指導もあり、患者負担や診療点数を考えると、必要な検査、処置と思っても萎縮してしまうことが開業医の世界には少なからずある。

一方で、介護保険制度や障害を持つ患者への助成や利用回数の制限があったり、さらに廃止または縮小される傾向にあり、患者により近い

開業医の視点から、行き場を失う方が今後増えるのではないかと危惧する。

政府・厚労省の役割

ここ数年のコロナ禍で、医療機関経営への補助的な意味合いをもつ加算点数が一時的に付加されたことにより一件あたりの診療点数は上がったように見えるが、同時期に「不要不急の受診は控えるように」という政府の指示により一般患者数が激減し、比較的症状が重い患者の受診が継続されたことにより、レセプト(明細書)単価が一時的に上がっただけであり、長期的に見れば、開業医の収入は減少傾向にある。

私が有床診療所を開設した当時、本県では他県に比べ有床診療所が多いと言われていたが、今ではほとんどが無床診療所となった。

当時は、厚労省が示す人口あたりの病床数には、有床診療所の入院は含まれていないため、医療法上の19床以下は、特に厳しい規制もなくある程度自由に開設できた。

その後、医療費抑制策の流れが一気に有床診療所にも波及し、有床診療所の長期入院は、医療費増の要因とされ、入院基本料の減算など、診療報酬上も不利な点数が設定されるようになった。また、出来高病床(19床)の一部を療養型に転換させるなどの政策が取られ、後に出来高病床に戻すことはできないなど、梯子を外す政策がとられた。

同時に、都道府県における地域ごとの必要病床数には、有床診療所の入院も含め検討されるようになり、都道府県の認可がない地域では、新たな病院、有床診療所の開設許可が出されない状況となり、現在も続いている。

一方で、患者側は、医療費窓口負担が経済的に大きく影響してのことだろうと推察するが、入院を勧めても断る患者や家族が増えた。入院させずに帰したところで、後に「症状が悪化した」、「熱が下がらない」等で夜中に起こされる羽目になることもしばしばである。

このようなことから、私の診療所も有床診療所として維持することが困難となり、年齢的

な体力の変化も感じていたところに、有料老人ホーム併設型の門前クリニックの経営をお願いしたいというお誘いがあり、有床診療所を手放し現在に至る。

皮肉ではあるが、併設施設の患者さんや在宅訪問診療、看取りをやることで、やっとここに来て、ある意味腰を据えて最期まで責任をもって自分の患者を診られる環境になったと言える。全て自分で選択した道であり後悔はないが波乱万丈の日々だった。

これから開業を考えている方へ、 開業医の現状

これからの時代、開業医を目指す方は、全くゼロからの開業はかなり厳しくなっている。その理由からか本県でも年間で開業は数件に留まっている。開業医にとっても、連携は必要である。周辺に連携できる医療機関がない地域で、開業するのは大変である。

現在、本県の開業医がおかれている状況は、高齢化による閉院、後継者不足で、市部でさえ産科を含めて特定の診療科医が不足している。

病・診連携の重要性が言われて久しいが、地域には入院受け入れ先となる病院があって、周辺にはある程度の連携できる開業医があることで機能するが、今や、一昔前と違い、もはや有床診療所は、採算が取れず、無医地区で周辺町村に入院施設がない等でなければ、まず認可されない。高齢化と後継者不足、さまざまな理由による新規開業を志す医師の減少等により、専門医間での連携もままならず、本県では、診療科によっては、昼食時間返上で、平日200名以上の患者を診ている診療科があると聞く。

勤務医にも分かってほしい 開業医の苦慮

1. 開業医の苦慮

先頃、『勤務医にも分かってほしい「開業医の苦労」』と題した、開業医であり作家の、松永正訓先生のm3.comによるインタビュー配信記事

を読ませていただいた。

同じ医師でも勤務形態や収入が大きく異なる開業医と勤務医の世界。勤務医でも公立、私立病院によって収入格差があるが、記事の内容は、両方を経験したからこそ勤務医に伝えたい「開業医の苦労」や「開業医のストレス」という内容だった。

記事によると、「開業医にとって一番困るのは大きな病院が紹介患者を引き受けてくれないことです。クリニックにはスタッフも設備も限界があるので、提供できる医療にも限界があります。その上、外来患者を大勢診なくてはいけないので、軽症の再診患者などであれば、いわゆる『3分診療』で次の患者を診る必要があります。

そんな中で、患者の紹介先が見つからないとなると、その一人の患者への対応だけで30分とか45分とかすぐ経ってしまうわけです。これは本当に困りますよ。待合室には大勢の親子連れがいて、今か今かと待っていますから」

また、別の項では、「確かに開業医が診る患者はそれほど難しくない軽症の患者がほとんどです。難しくないとはいえ、1日100人診るとなると相当のエネルギーを使います。100人にはそれぞれの悩みやニーズがあるからです。もちろん、重症化リスクのある患者を見逃してはいけません」とおっしゃっているように、まさに平日200名以上もの患者を診ている先生が思うことであろうと推察する。

一方、受け入れる病院側にも当然同様の言い分がある。限られた人材で1日の外来数をこなし、午後は病棟回診、日中、深夜と急患を受け入れ、紹介状への返信や診療後には膨大な量の書類記載がある。開業医側からは、より精密な検査と診断、手術依頼が入ってくる。受け入れる側にも限界がある。

かつて県内でも、連携先など比較的医療資源の少ない群部の病院で、常勤医1人の環境で勤務した経験がある私には、勤務医の先生のご苦労は察するに余り有るものがある。

そのような中、「医師の働き方改革」なる政策

がいよいよ4月から実施されている。政府は、数年後、日本の人口、特に高齢者人口が減少に転じることを視野に入れ、現在の医師不足は認めず、医師を今より増やさず、偏在解消を行いながら進めるとしている。

私から見れば、勤務医のために改革を早急に実行していただきたいと思っているが、医師を増やさず、政府は、医師以外の医療スタッフによるタスク・シフト/シェアで対応できるとしているが、医師法(医業は医師しかできない)等の法的解釈の垣根があり、他職種で改革はできるのか危惧する。

高齢化に伴う自然増以外、全体の医療費を抑制して、医師を増やさず、お金をかけない改革を行うのが政府の目的であり、見方によってはそれも政策なのかもしれない。ただ、このままでは、勤務医、開業医、医療スタッフ双方、お互いを気遣い共倒れになりかねない危機的状況である。

2. 後継者不足の開業医

私が所属する青森県保険医協会では、2022年に山形県医師会が行った「後継者はいますか？」への問いに対する「後継者なしが6割」(m3.com配信)という結果に注目している。

同調査は、山形県内で診療所を営む開業医を対象に同県医師会がアンケート調査を実施したもので、回答した診療所の約6割が「後継者なし、今後の確保も困難」と答えていたことが昨年話題になった(アンケートは2023年6～7月に実施)。

調査結果では、「後継者は決まっていますか」との問いに対し、

- ①決まっていない。今後の確保も困難 58.7%
- ②決まっている。ほぼ決まっている 20.7%
- ③決まっていないが、今後確保見込み 14.9%

年代別には、

- ①60歳代 46.0%
- ②70歳代 19.2%
- ③80歳以上 5.1%

山形県医師会によると、多くの診療所で高齢

の医師が後継者の見通しが立たないまま、地域医療を支えている実態が浮き彫りとなった。診療所の減少が既に顕著になっている地域もある。最上地域では、過去10年ほどで7診療所が新たにできた一方で、2倍の14診療所が閉院した。また、酒田地区医師会が昨年5月、加盟する81診療所を対象に調査を行ったところ、回答した62診療所の半数近くに当たる29診療所が「このまま後継者がいない場合は、10年以内に閉院する予定か、可能性がある」との見通しを示したという。

同会会長によると「山形県内は開業医の減少時代に入った。自治体を含めて本格的に対策をしなければ、学校医や当番医といった医師会が担ってきた業務が回らなくなり地域全体の医療が崩壊しかねない」と危機感を示している(m3.com地域ニュース配信記事より)。

このアンケートの回答率は、会員621診療所中、276診療所(回答44.4%)となっており、本県の開業医数(550件)とほぼ同じ数が母数となっている中で、非常に高い回答数に驚いている。

3. 青森県では

私が所属する、青森県保険医協会では、30年ほど前から、税理士や会計士、銀行関係者を講師に招き新規開業・閉院・継承、それぞれセミナーを開催しているが、当初は新規開業セミナー参加者が多かったが、途中から閉院・継承セミナーへの参加者数が逆転した。

本県では、医師の高齢化が進み、後継者も不足し、さらに特定の診療科が閉院に伴い不足している。同保険医協会では、これらの記事を参考に、開業医会員向けアンケートを実施するため準備中である。

私が開業した当初は、ある程度、診療科ごとに程度バランスよく開業が増え「患者が医療機関を選ぶ時代」と言われていたが、今は、高齢化等による閉院により、かつてのように医療機関を選べない時代に逆戻りしているように思え、開業医が置かれている状況や患者の開業医に対する期待もだいぶ様変わりしている

と感じる。

大学病院やある程度規模の大きい病院を紹介された患者は、完治まではある程度時間がかかり、待ち時間もそれなりにかかると思って受診しているが、開業医受診の際は、すぐ治療してもらえするという感覚で受診される。

現在は、情報通信機器を用いた診療や一部特例はあるが、法律や療養担当規則上は、対面診療が原則であり、いくら混雑していても無診察による、注射、投薬、処置、リハ等は法的に認められない。

将来の医療資源開発のための「選定療養」(一部自費併用が認められる)は別にして、私たちが行っている医療は、社会保障、とりわけ公的医療保険制度、同介護保険制度においては、限られた財源で、点数表に従い「療養の給付」を行わなければならない。

この度、2月に諮問・答申、3月に告示された「2024診療報酬点数表改定」では、医科・歯科共に、人件費引き上げに関する以外は、現状維持か引き下げとなった。一方で、患者窓口負担は増えるという、どちらにも厳しい改定となった。

コロナ感染症が5類に移行し、さまざまな規制が撤廃された。患者は、コロナ前に戻りつつあり一気に患者が減ることはない。

早期発見・早期治療のためには、患者もそれを理解し、定期的な健康診断を受け、受診を勧められた場合は、早期に医療機関を受診することが必要である。

初期の診断や簡単な検査を開業医が行い、その後、必要と判断された場合に、専門性の高い検査や処置、手術と入院管理は、より専門性の高い病院につなぎ、その後のフォローは、再度診療所に対応するという関係が築かれてこそ、これからの病・診連携と言えるが、開業医は高齢化で後継者なし、病院は、医師、スタッフいずれも常態として不足する状況にある。

これらの問題を解消するには、医療資源は限られており、政府・厚労省は、「医療を必要とする人口は数年後にピークとなる」という理由で、医師を今以上に増やそうとしない。

数年後ではなく今、勤務医や医療従事者が必要なのである。当然、これまでも、これからも専門性の高い医師、スーパードクターは必要であるが、現状では、限られた医師が、専門以外の分野でもできる範囲で連携していくことが重要である。

4. 新たな連携の形をさぐる

厚生労働省の中にも、私たちと同じ志を持ち医師になり、医療現場ではないが、医系技官という立場で医療に貢献されている仲間がいる。最近では、入省後に各都道府県に出向し行政の立場で、医師確保や自治体病院運営等を担当される「現場を知る」先生もおられるようになった。

限られた人材、制度、資源の中で、共通の志を持つ、医師等が専門性を維持した上で、できる範囲で連携、共有し、今後は、歯科医師、薬剤師、看護師(衛生士)、その他の医療、介護従事者など垣根を越えた専門職との連携が必要となる。これが新たな連携の形ではないかと考える。

ここ数年の医師不足、偏在解消には、自治医大の地域研修プログラムを取り入れることが有効とする話も聞かれる。年明けの歯科専門紙に

よると、日本歯科医師会の高橋英登会長は、将来的に無歯科地区が広がることを危惧され、各歯科大学に特別枠を設けて、地方行政が授業料を払い、卒後一定期間はその地域で勤務することを条件にした仕組みを文科大臣に申し入れたことが紹介されていた。

私は、当初に抱いた「地域医療に貢献したい」という志は、開業後も変わらず持ち続けている。現在、外来診療の傍らクリニックに併設されている施設入所者に加え、訪問診療を行い、月数件の看取りも行っている。本来の「病・診連携」ではないが、これも連携の一つと考えている。

自治医科大学の精神を忘れず、引き続き開業医としての立場で皆様と連携し、地域医療に貢献したいと考えている。

自己紹介

1978年自治医科大学卒業。出身:青森市。現職:森総合クリニック松原 院長。全国保険医団体連合会理事、同 共済部長、社保審査指導対策部員。青森県保険医協会 副会長。

青森ねぶた祭りでは曳手10年を経て現在は囃し方(横笛)を担当。

医師養成の立場から

弘前大学大学院医学研究科 総合地域医療推進学講座 講師 米田博輝

抄録

青森県の地域医療は、人口減少や高齢化といったさまざまな課題に直面しつつある。入院患者数は増加し続ける一方で、医師やスタッフの労働力は制限されている。これらの課題に対処するためには、医療機能を集約化し、リソースを効率的に活用するだけでなく、医師やスタッフの連携を強化する必要がある。良好な連携を支えるのは目に見えない人と人との関係性であり、教育の果たす役割は大きい。地域医療の将来に向けて、変わらない価値観を守りながら、青森県の特徴を生かした教育を提供することが重要である。教育や学びの場を通じて、青森県の地域医療が更に発展することを期待したい。

はじめに

青森県の地域医療は、人口減少や高齢化といったさまざまな課題に直面しつつある。特に、64歳以下の人口割合が著しく減少し続けるのに対し、高齢者の割合は増加、もしくは当面の間高止まる(図1)。患者調査や国立社会保障・人口問題研究所(社人研)人口推計を基にした推測によると、青森県では2025年以降も、循環器系疾患や呼吸器系疾患による入院患者数は増加し続ける。また、消化器系疾患や整形疾患による入院は現状がしばらくの間維持される。一方で、医師の働き方改革やスタッフの高齢化などによる労働力の制限や低下は、すでに現場の医療(特に地域の医療機関)にとって優先度の高い課題として顕在化している。これらの現実に対応するためには、医療の機能を大胆に集約化させ、医師やメディカルスタッフの連携を緊密にし、有限の医療リソースを効率的に活用していくことが必要不可欠である。令和元年に開催さ

れた第47回青森県自治体医学会のシンポジウムにおいて、「人口減少社会が地域医療へ及ぼす影響をどう考え、どう対処するか?」というテーマが議論された¹⁾。このシンポジウムでの提言として、まず地域のジョブ²⁾を明らかにすること、つまり、地域の現場で本当に必要とされる解決すべき課題を、当事者として適切に共有する必要性が指摘された。その課題を解決するために、今あるリソースを有効に活用し維持するだけでなく、これまでの医療の枠にとらわれない時代に沿った大胆な発想(適切なテクノロジーの利用など)をすること、さまざまな職種の人々(医師、看護師、介護士、一般住民など)の役割を柔軟にシェアすること、教育や情報共有の機会を増やし、未来に新たな種を蒔くことの重要性を共有することができた。個人や施設単位で行えない問題については、行政との連携や長期的な改善計画が重要な点についても指摘された。社会の変化を憂い、無責任に警鐘をならすだけではいけない。一人ひとりの医療者が自分事と

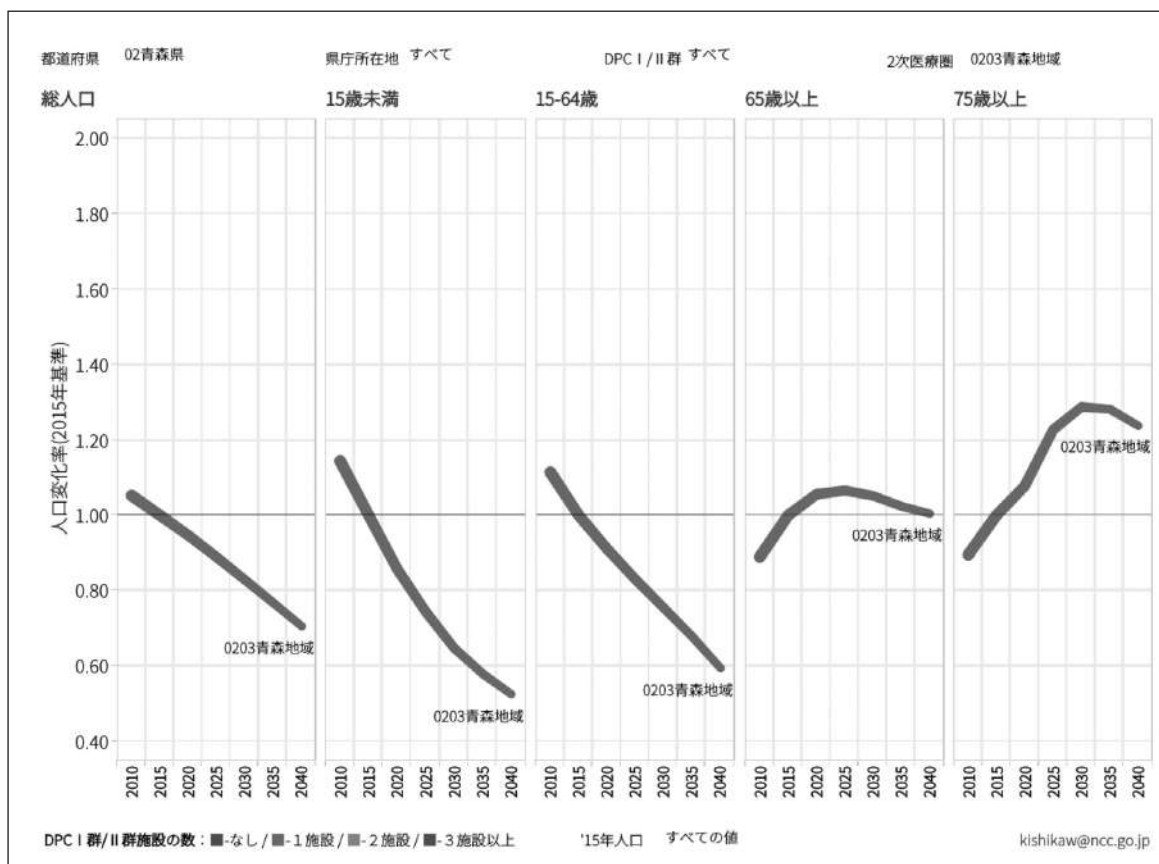


図1 青森県の年齢別人口の推移

国際医療福祉大学大学院の石川ベンジャミン光一先生が作成した Tableau Public に公開されているオープンデータを利用した地域医療分析

https://public.tableau.com/app/profile/kbishikawa/viz/EstPat2016/_11

して地域医療を改革する決意が求められる時代にすでに突入しているのである。本稿では、医師養成(教育)の立場から青森県の地域医療の現状と将来について論考を試みたい。

青森県の地域医療教育の現状

現在私は、弘前大学総合診療部(総合地域医療推進学講座)のスタッフの一人として勤務している。青森県の地域医療を考える上で、地域医療の担い手である自治医科大学の学生と弘前大学の学生とを区別することなく、地域医療の魅力を提供できるような教育の仕組みが重要だと考えている。互いを異質な集団として認識しあうより、同じ目的を持った仲間のような関係性を作ることが、良好な協力関係を支え、しなやかな地域医療を形成することにつながると信じている。大学のような大型の医療機関の医師

が地域医療の重要性を認めるのと同様に、地域の医師も研究や教育の重要性を認めるような関係が重要であり、そのような関係の中で医師が育成されるべきである。研究一つとってみても、対立構造にしてはならない。私は地域の医師と一緒に研究活動を行っているが、実際に現場で研究を行うことは労力が大きいことも理解しているし、研究をしたからと言って現場に即効性のある効果は期待できないことも認める。だからと言って、地域で「研究は意味がない」と簡単に考えてしまうことは、大学の医師が「地域の医師は落ちこぼれ」と安易に考えてしまうことと同じ構造であり、とても危険な考えと思う。お互いの価値観を理解し合うためには、理解のある者だけで集団を作ることでは解決できない。理解しにくい価値観にこそ歩み寄る価値があるのではないか。したがって、私たちは地域医療や総合診療に興味のある学生を支援するこ

表1 総合診療医を育成するための5つの原則

- | | |
|-----|--------------------------------------|
| 原則1 | 患者中心の視点に軸足に置き、しなやかに「総合」を取り扱うこと |
| 原則2 | 「総合」を目的化せず、目的達成のための実践的「方法」として位置づけること |
| 原則3 | 医師としての根源的な目的や使命感を一人ひとりの暮らしの中に見出せること |
| 原則4 | 地に足の着いた「社会」観と相互承認できる「総合」観を育成すること |
| 原則5 | 地域と大学で連携し「当事者意識」の涵養を図ること |

と以上に、むしろそうでない学生が偏見を持たず、地域医療の仲間として協力できるような環境づくりに重きを置いている。興味の有無にかかわらず、全ての学生に一様にアプローチできるのは大学ならではの特徴であり、決してこの機会を無駄にしないように授業に取り組んでいる。一方で、地域医療に興味のある学生は、実習や課外活動で十分に地域医療の魅力を伝えるチャンスがある。むしろ、大学の外で本当の地域医療や総合診療に暴露される方が学びは大きいだろう。本来異なる集団に対して、同じ目的を持った一つの集団のように行動してもらうことは思ったほど簡単ではなく、自然な形で使命感を感じられるまで、大学と地域の両面から能動的な教育アプローチをし続ける必要がある。共通する目的は、いうまでもなく、私たちが暮らす、地に足の着いた社会に暮らす患者・住民の健康や尊厳を守ることである。

改めて、なぜ地域で学ぶことが必要なのかと考えると、地域は日常の中で行われる医療の意義を学ぶ場として最適だからである。多くの学生が学びの中心にしている大学という環境は限られた患者が集まる特殊な環境なのである。大学病院や診察室の中だけでは見えにくい、根本的な医療の目的や使命感についてより効果的に学ぶことができるのは、地域医療の現場である。日常生活の中で、患者の病気やその治療の意義を捉えることで、医療者の押し付けではない患者自身の等身大の幸せを考えることができる。大学と地域が連携して医師を育成する重要性については、弘前大学の前総合診療医学講座教授の加藤博之先生との論文の中で記した³⁾。その中で、総合診療医を育成するための5つの原則を提案した(表1)。総合的な視点を持った医師が、

医療連携の輪に効果的に組み込まれ、効果的に医療を展開するためには、学生時代からそれに対応できる人材育成に力を注ぐ必要がある。地域医療や総合診療を、あらゆる分野と連携するための方法論として伝えていくことが、大学の総合診療医としての大きな役割の一つと感じている。総合診療医は患者の幸せを優先し、問題を独善的に取捨選択したり、家族や環境などと分離して扱わない。それと同じように、組織や専門性の観点からも、学生や医師の専門分野を不用意に分断・区別しないアプローチが可能だと考えている。

これまで、弘前大学の総合診療部が担当してきた教育は、すべからく地域医療実習での効果的な学びにつながるように工夫をしてきた。例えば、1学年の臨床医学入門では、プロフェッショナルリズム教育や地域のボランティアが参加したコミュニケーション実習。2学年の地域医療入門では地域のやりがいと課題をテーマにしたワークショップ授業。4学年の総合診療医学演習では疑似体験や当事者意識育成のための参加型の授業。5学年のクリニカルクラークシップでは症例検討や他職種連携をテーマとした演習。6学年のクリニカルクラークシップでは、へき地医療機関実習の実習先と大学を専用回線でつないで発表会や症例検討などを行ってきた。地域医療の卒前教育は、地域の第一線の医療機関の役割が非常に大きい。この貴重な体験をより効果的な学びに昇華するためには、それをキャッチするためのレセプターを事前に育てることが重要であり、この点が大学の役割だと考えている。へき地医療機関実習では自治医大の卒業生が勤務する医療機関での実習を希望する学生も多い。毎年発刊されるへき地医療機

関実習記録集によると、多くの学生が、患者背景の把握、患者との交流、患者ニーズの把握などの重要性を肌で実感していることが読み取れる。自分自身を振り返ると、20年前と比べ今は明らかに地域医療のしやすさが改善していると実感している。現在は、当時の学生(現在は各科の専門医)と連携をする機会が増えたが、地域の実情や患者の思いを大切にする医師が増えていることを実感している。これは、根気強く地域医療の最前線で教育に力を注いしてくれた、数多くの献身的な医師の力が大きいと信じている。

青森県の地域医療教育の将来

これからの教育を考える時に、新しくて独創的な教育に注目しがちだが、時代や場所によって変化しないことにこそ医療の本当の魅力があると考えられることも重要である。特に、学生や若手医師にとっては、最先端で都会的なことは魅力的に映るが、それは必ずしも医療の本質ではない。それは時代によって変化するからである。患者を癒し、尊厳を守るための方法論はいつの時代もその価値を失うことはないだろう。前述した5つの原則は、今もこれからも共通して守られるべき価値観のいずれである。地域の第一線で働く医師にとっては当たり前のこと過ぎて、もしかしたら魅力的に映らないかもしれない。しかしながら、あえてこのような信念を言葉にし、教育することの価値は、これからも失われることはないと考えている。むしろ変化する時代だからこそ、変わらない価値観が重要性を増す可能性もあるのではないか。

そのような教育の原則を共有した上で、青森県の特徴を生かした教育を考えることが効果的だと考えている。例えば、青森県には医学生の実習の受け入れ先として、自治医大の卒業生の派遣施設だけでなく、東通村診療所や六ヶ所村地域家庭医療センターのような地域医療振興協会の複数の施設がある。八戸市立市民病院は研修病院として全国的に有名であり、今 明秀先生を筆頭に多くの自治医大の卒業生が第一線で活躍している。全国から研修医や専攻医が集ま

るこれらの施設と県内の地域医療の医療機関が連携して教育を提供することで、学習者の多様なニーズに応えながら地域医療の魅力を発信できる。学生にとっても、県内外の若手医師との交流は大きな魅力となっている。また、弘前大学は医学部定員に占める地域卒学生の割合が多いことが特徴でもある。県内で直接・間接的に連携する仲間であり、たとえ臓器専門科を選択する場合でも、長期的には自治医大生と一緒に青森県全体の医療に貢献するはずである。また、近年は自治医大の卒業生もキャリアとしてさまざまな臓器専門を選択することが増えてきた。弘前大学の医局に入局したり、学位を取得する者も確実に増えてきた。学生時代から専門科にかかわらず教育を大切にする文化は、最終的には地域医療に役立つと確信している。また、青森県内の総合診療専門医の専攻医の数については、幸いなことに他県と比較して多いことが特徴である。若手医師が、専門医を取得してサブスペシャリティを伸ばせるような学術的なサポートだけでなく、総合診療医としてのアイデンティティを保つためのサポートが必要となるだろう。若手医師だけでなく、地域の第一線で活動する医療者にも地域医療に関する教育の場が広がっている。2023年から青森県立保健大学にMPH(Master of Public Health)コースが開設され、県内外から受講生集まっている。青森県内の医師、看護師、保健師、理学療法士などが公衆衛生学の観点から地域の問題を解決しようとする動きが出てきた。青森県全体を一つの教育の場と捉えて、効果的な教育に一人ひとりが参画することは、これからの地域医療が次のステージにステップアップするために重要な視点だと考える。

自治医大卒業生の教育の現状と将来

年間行事として、青森県の自治医大生が企画している学びの場には、総合診療学術フォーラム、県病サマー(オータム)セミナー、総合医学術集会、県南地域医療研究会などがある。総合医学術集会では後期研修報告会を行い、後期研

修を行った若手医師が1年間の研修期間の振り返りを行い、その学びを県内の医師が共有している。また、学術的な組織として青森県の自治医大卒業生は1998年に青森地域医療研究会(COMMER Net Aomori)を結成した。これは、卒業生を中心メンバーとし、地域で共に活動する看護師や保健師、介護職員あるいは福祉担当者などの多職種で構成された研究会である。日々地域の現場で発生する地域医療の課題を取り上げ、地域とともに解決のための方策を検討・実施することを目的としている。地域循環器診療研究会、地域包括ケア・地域共生社会研修会(前行動科学・面接技法研修会)、在宅認知症研修会などの活動が行われている。テーマとなった各論的な知識や技術だけでなく、地域の関係性を強化し、地域医療が展開しやすい環境を作るためにこれからも活動を継続していく予定である。

今後、自治医大の卒業生の働き方もますます多様化するはずである。地域医療の発展のためには、各専門領域における医師の確保と適切な配置が必要であるが、青森県はどの領域も十分に医師確保や効率的な医師配置が行われているとは言えない。だからこそ、連携が必要であり、良好な連携を支えるのは目に見えない人と人との関係性である。信頼のような強固な関係性で

なくても、話したことがある、知っている、見たことがある、聞いたことがあるだけでもないよりはいい。したがって、教育の場を通じて、学生と関わることも、後方病院の専門医と緩やかなつながりを作ることも、気心の知れた自治医大生が臓器専門領域に増えることも青森県の地域医療の進化と言えるだろう。教育や学びの場を通じて、青森県の地域医療が更に発展することを心から願っている。

参考文献

- 1) 米田博輝, 今明秀, 松岡史彦他:人口減少社会が地域医療へ及ぼす影響を考え、どう対処するか?～第47回青森県自治体医学会シンポジウムからの提言～, 第47回青森県自治体医学会誌 2020, 21-25.
- 2) クレイトン・M・クリステンセン:ジョブ理論:イノベーションを予測可能にする消費のメカニズム, 東京, ハーパーコリンズ・ジャパン, 2017.
- 3) 米田博輝, 加藤博之:大学と地域で連携して育てる病院総合医(特集 病院総合医を活かす), 病院 2020; 79(8): 604-608.

自己紹介

自治医科大学23期生。弘前大学で総合診療医として勤務。家庭医療専門医。MPH取得のため2度目の大学院生中。趣味は芝刈り。

小笠原村診療所から学ぶ離島医療

小島祐依^{1), 2)} 西村裕樹^{2), 5), 6)} 徳野 愛⁴⁾ 市邊義章³⁾

中山慎太郎^{2), 5)} 清水映輔^{2), 5), 6)} 亀崎 真⁴⁾

東京都には11の有人離島があり、小笠原諸島父島はその1つである。父島唯一の医療機関である小笠原村診療所を見学し、離島医療についてインタビュー調査を実施した。離島の診療所における一般外来や専門診療の見学を通じた学びについて、今回は特に眼科領域に着目して報告する。

KEY WORD 離島医療, 総合診療医, 遠隔診療, 遠隔診断デバイス, 小笠原諸島

I. はじめに

著者は医学部医学科に在籍している4年生で、春休み(2023年1月24～29日)を使い、東京都小笠原村父島の小笠原村診療所を見学した。そこで診療所医師に離島医療についてインタビューを行った。今回、一般外来の見学やインタビューを通じた学びについて、特に眼科領域に着目して報告する。

II. 小笠原諸島

東京都島嶼部は伊豆諸島と小笠原諸島の島々から構成され、うち伊豆諸島の9島(大島、利島、新島、式根島、神津島、三宅島、御蔵島、八丈島、青ヶ島)、小笠原諸島の2島(父島、母島)の計11島が有人島である。小笠原諸島は、小笠原群島(聳島列島、父島列島、母島列島)、火山列島(硫黄列島)、3つの孤立島(西之島、南鳥島、沖ノ鳥島)からなり、太平洋の30余りの島々で構成され、そのうち父島と

母島の2島が民間人の居住する有人島である。父島は23.45km²、母島は19.88km²の面積からなり、ほぼ同等の広さである。また、人口は父島が2,075人、母島が456人である(令和4年4月1日現在)¹⁾。父島は東京から南南東に約1,000kmの距離に位置する。父島には滑走路がなく、本土との交通手段は定期船による海路に限られている。父島-本土間は、定期船「おがさわら丸」が週に1回ほど運行しており、片道24時間かけて東京都港区の竹下桟橋と父島の二見港を結んでいる。小笠原諸島の年齢別人口構成は、年少人口割合15.3%、生産年齢人口割合67.6%、老年人口割合17.1%である²⁾。日本の総人口における割合(年少人口割合11.4%、生産年齢人口割合59.5%、老年人口割合29.1%)と比較して、小笠原諸島の人口の推移は、年少人口と生産年齢人口の割合は高く、老年人口割合は低く、高齢化率は極めて緩やかな状態である^{3), 4)}(図1)。医療環境としては、父島、母島に1つずつ村立診療所がある。父島にある小笠原村診療所には医師3名と歯科医師1名、母島

1) 日本医科大学医学部, 2) 株式会社OUI, 3) 神奈川歯科大学附属横浜クリニック眼科, 4) 小笠原村診療所, 5) 慶應義塾大学医学部眼科学教室,

6) 医療法人慶眼会 横浜けいあい眼科和田町院

(著者連絡先: 清水映輔 医療法人慶眼会 横浜けいあい眼科和田町院 〒240-0065 神奈川県横浜市保土ヶ谷区和田1-11-17 コートリーハウス2階)

原稿受付2023年12月26日/掲載承認2024年3月12日

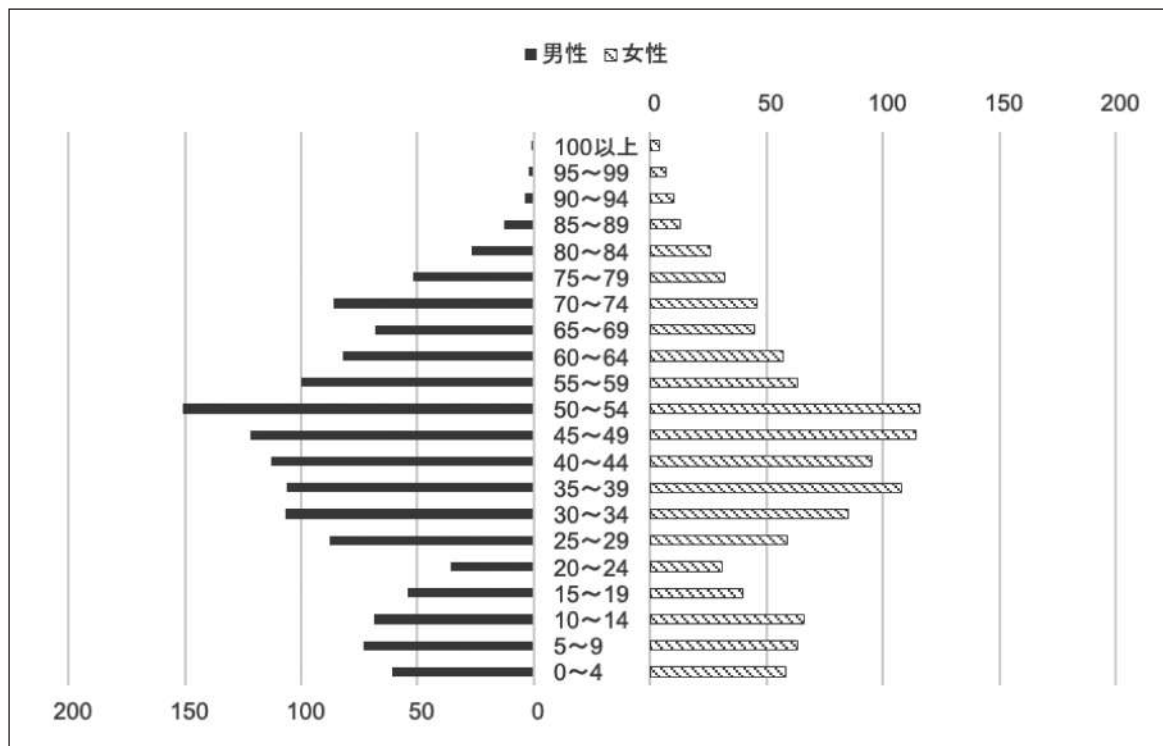


図1 小笠原村の人口ピラミッド（令和5年1月）
〔東京都総務局統計部，住民基本台帳による東京都の世帯と人口，2023，第6表より作成〕

にある母島診療所には医師1名と歯科医師1名が在駐している。

Ⅲ. 小笠原村診療所

小笠原村診療所は，村長を開設者とし，村役場医療課により運営されている有床診療所（9床）である．戦後米国統治下にあった小笠原諸島が昭和43年6月26日に日本に返還されたことに伴い，米国の診療所を引継ぐかたちで開設された⁵⁾．小笠原村診療所は平成22年に完成した鉄筋2階建ての建物であり，有料老人ホームが併設された複合施設となっている（図2，表1）．1階には医科・歯科の外来，検査室，事務室，手術室，2階には入院病床とリハビリテーション室に加えて有料老人ホームがある．

小笠原村診療所では，新生児から高齢者まで全世代の患者を全診療科にわたって受け入れており，島民をはじめ観光や仕事での来島者，南方海域における国内外の漁業操業者，船舶乗員など，国籍や疾患を問わず医療を提供している．そのため他の医療が行き届いていないへき地と



図2 小笠原村診療所

同様に，三次救急で対応するような疾患や外傷，急性期疾患，慢性疾患，在宅医療などと多岐にわたるニーズへの対応が必要である．島内の人口が少ない分，患者数は少ないが，全科・全世代の患者が受診するため，診療の数よりも質を問われるところがへき地医療としての難しさである．他のへき地との違いとして，乳児，小児，青壮年期の患者が多いこと，外傷やスポーツ障害の頻度も高いことを現場医師より聴取した．これは，年少人口と生産年齢人口の割合が高く，老年人口割合は低いという小笠原諸島の人口構成の特徴を反映している．

表1 小笠原村診療所の職員と施設構成

名称	小笠原村診療所
開設年月	平成 22 年 5 月
診療科目	内科、小児科、外科、整形外科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、産婦人科、精神科、歯科
病床数	9 床
職員構成	医師(3)、歯科医師(1)、看護師(9)、助産師(1)、歯科技工士(1)、歯科衛生士(1)、管理栄養士(1)、調理師(3)、臨床検査技師(1)、事務職員(4)、診療放射線技師(1)、理学療法士(1)
施設構成	診療室(2)、薬局(1)、X線撮影室(1)、CT撮影室(1)、相談室(1)、手術室(1)、手術準備室(1)、内診室(1)、検査室(2)、病室(8室8床)、歯科診療室(1)、技工室(1)、受付(1)、待合室(1)、事務室(1)、医局(1)、スタッフステーション(2)、浴室(2)、機械浴室(1)、洗濯室(1)、リハビリテーション室(1)、食堂(1)、調理室(1) 隔離病棟：病室(1室1床)

IV. 家庭医

小笠原村診療所の医師は、家庭医として患者の病状と生活環境の両方を考えて、検査や治療を進めていくことが求められる。特に小笠原諸島は遠隔地であるため、本土の専門医受診を勧めるタイミングについては、他のへき地以上に慎重に検討する必要がある。父島からおがさわら丸で離島し、本土の病院を受診し、再び島へ戻ってくるには、10～12日を要する。その間、交通費や滞在費に加え、休職によって生じる支障など、患者の負担は大きい。したがって、できる限り島内で対応し、必要に応じて本土への受診を検討する必要がある。

V. 連携に関して

医療の高度化および細分化が進む中、小笠原村診療所では島内の幅広い医療に対応するため、さまざまなサポート体制の構築やツールの活用が進められている。

サポート体制としては、都による島嶼部と本土の医療を結ぶネットワークの構築が挙げられる。東京都は都立広尾病院を島嶼医療の基幹病院に位置づけ、広尾病院・各島・都庁を結んだオンラインネットワークを構築し、島嶼医療を都としてサポートしている。その一例とし

て、都立広尾病院との間には、X線やCT画像などの画像検査結果の転送システムがある。このシステムがあることで、日々の診察内での画像検査結果が本土の病院へ転送され、島嶼内医師と本土の専門医との間で行われる Doctor to Doctor(D to D)の遠隔コンサルテーションが可能になっている。このように小笠原村診療所の医師は、本土の基幹病院の各診療科の医師と綿密に連携を取りながら診断から治療まで進めている。また、小笠原村診療所では本土の協力病院から派遣された各科専門医の医師による、専門診療を定期的実施している。この専門診療は、産婦人科は年6回、精神科は年3回、耳鼻咽喉科・眼科・小児科は年2回ずつ、皮膚科・整形外科は年1回ずつの頻度で行われている⁵⁾。

VI. 救急搬送

父島には消防機関がないため、時間外の患者からの要請は疾患の程度にかかわらず、当番看護師が119番の電話で対応する。看護師は症状や体調等の主訴を聞き取った上で、対処方法を説明し経過観察するか、診療所に受診するか、あるいは緊急性を判断し、救急車出動の必要があるかを判断し必要な対応をとる。本土のような消防機関がないので、救急車は事務職員の運転で医師・看護師が乗り込んで出動する。本土

の消防機関による救急車出動に比べ、現地へ到着する迅速さこそ劣るが、時間外で受診すべきか悩むような時、119番に連絡すれば、診療所の看護師の対応が即座に受けられる上に、必要があれば診療所の医師に対応してもらえる点で島民からの安心や信頼を得ている。

島内で対応不可能な重篤な急患が発生した場合には、他の地域とも同様に高次医療機関への転送を行うが、地理的な距離が問題になる。例えば、伊豆諸島で救急搬送を行う場合、東京消防庁のヘリコプターで本土へ搬送することは可能である。しかし、小笠原諸島と本土は約1,000km離れており、燃料等の問題でヘリコプターでの本土搬送は不可能である。また、小笠原諸島には飛行場や滑走路もないため航空機搬送も不可能である。このため小笠原諸島で本土への救急搬送を要する急患が発生した場合、東京都知事からの自衛隊への災害派遣要請により、硫黄島を経由した本土の高次医療機関への搬送が数時間かけて行われる。父島から南南西に約270km離れたところに位置する硫黄島には、自衛隊の硫黄島航空基地がある。基地には自衛隊の医官が常駐しており、救難ヘリコプターや滑走路もある。搬送は以下の流れで行われる。はじめに患者は診療所から海上自衛隊の父島基地へ搬送される。同時に、硫黄島からは自衛隊の医官が搭乗した救難ヘリが父島基地へ向かい、父島基地で患者をピックアップし硫黄島に引き返す。また、本土の受け入れ病院の医師を乗せた飛行機は硫黄島の硫黄島航空基地へ向かう。そして、硫黄島航空基地で救難ヘリから飛行機へ急患を移し、自衛隊厚木基地もしくは羽田空港へ急患を運ぶ。さらに着陸後、急患は救急車に移され、陸路で収容病院へ搬送される。この搬送システムは、搬送要請から収容病院到着まで平均9～10時間を要し、小笠原村全体で年間約30件発生する。本土搬送にはかなりの時間を要するため対応が間に合わない場合や、天候の問題ですぐに搬送できないこともあり、本土から遠く離れた離島医療では避けられない問題である⁵⁾。

VII. 訪問診療

訪問診療は、自宅から診療所への受診が困難な患者がいる場合など、必要に応じて行われている。しかし、その頻度は低く、滞在中にも訪問診療を必要とする患者は島内にいないため行われていなかった。その理由として、島の高齢化率が極めて低く、老年人口が少ないこと、島民の居住エリアが限られていることが挙げられる。診療所から最も離れている家からでさえ、車で片道15分ほどである。患者本人に車などの交通手段がない場合には、村と介護事業所によって行われる送迎サービスがあり、診療所への交通手段は保たれている。また、診療所で診察を行うことは検査や治療の幅が広がる以外にも、外出の機会につながるなど、患者にとってのメリットが多いため、診療所での診察を中心に行っている。

VIII. 一般診療（外来）

一般診療における患者の主訴として多いのは関節や体の痛みの訴えや発疹であり、診療科としては整形外科と皮膚科の頻度が高く、眼科、耳鼻咽喉科と続く。そして、一般外来でよく対応する診療科のなかで、眼科は特に専門性の高い診療科である。

IX. 眼科診療の現場

眼科の医療機器として、細隙灯顕微鏡（図3a）、眼底カメラ（図3b）、そして2023年に新しくOCT（Optical Coherence Tomography：光干渉断層計）（図3c）が導入された。細隙灯顕微鏡は主に前眼部（角膜、結膜）疾患が対象となる。診断が困難な場合は、搭載しているカメラで撮影し、画像を介して本土の眼科専門医にコンサルトしている。また、従来、眼底の診察には眼底カメラが使用されていたが、カメラで得られる画像は視神経、黄斑部を含む眼底後極部の平面画像である。それに対し、新しく導入されたOCTはカラーの眼底後極部写真と眼底後極部



図3a 細隙灯顕微鏡



図3b 眼底カメラ



図3c OCT

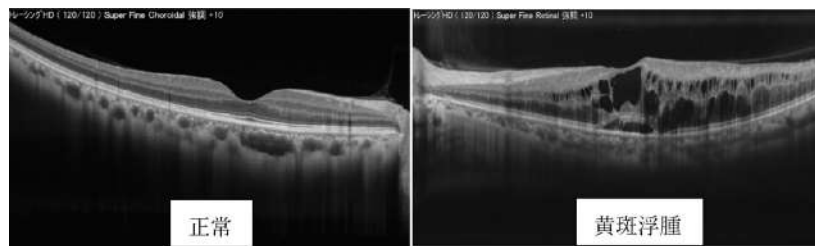


図3d OCT 画像

の奥行きを含めた立体画像が同時に得ることができ、黄斑浮腫などの網膜所見のみならず島内に比較的多い緑内障患者の視神経所見を本土に行かずとも詳細に観察することが可能となった(図3d)。しかし、その画像読影は難しく画像を眼科専門医に送ってのコンサルトが必要なことも多い。更に診療所には緑内障の確定診断に必要な視野計がまだ導入されておらず、視野検査をするためには本土へ行く必要があるなどの課題が残っている。

1. 眼科の好発疾患

眼科領域で頻度の高い疾患は、白内障や緑内障、アレルギー性結膜炎で、これは本土と同様である。また、父島での裸眼視力不良者数が増えているという報告もある⁶⁾。本土との違いとしては、島内では翼状片の患者が多いことがある。これは、翼状片のリスクである紫外線が、本土に比べて小笠原諸島で強いことが理由として考えられている。

2. 眼科の薬剤

眼科の薬剤は他科の薬と同様に処方できる。緊急を要する薬や処方頻度の高い薬は、院内薬局に在庫があり院内処方し、頻度の高くない薬は院外処方に対応している。父島には調剤薬局がないため、院外処方の薬は、業務提携している本土の調剤薬局に院外処方箋を送り、薬を患者の自宅に送ってもらっている。ただし、薬の郵送は船便であるため、タイムラグが生じてしまう。

3. 眼科の手術

以前、眼科では白内障の手術を行っていたが、現在、小笠原村診療所では、眼科を含む全ての診療科の手術は行っていない。それは以下のような理由による。

一つ目は、手術には一般外来で要する医療スタッフや医療機器などのリソースに比べ、非常に多くのリソースを割かなくてはならず、一般外来などの通常業務に支障が及ぶことや、限られた島内の医療資源に対して大きな負担となる

ことである。

二つ目は、手術の件数が圧倒的に多い本土の病院の方が、術後経過や合併症など安全性の面で優れていることである。そして、高齢者や体が不自由な患者でも、ある程度のサポートがあれば本土で手術を受けることが可能なことが多く、島内で手術を行わなくなったことによる島民の手術の機会の損失など、患者に不利益は生じていない。

4. コンタクトレンズや眼鏡

父島には専門の眼鏡店、コンタクトレンズ店はない。眼鏡は年2回の眼科専門診療で処方箋発行が可能で、患者はその処方箋を持って本土に行き眼鏡を作成するか、本土の眼鏡店にそのデータを送り、完成したものを船便で受け取っている。また、ネット通販などを利用して眼鏡を作成、購入しているケースもある。コンタクトレンズに関しては島内では処方を行っていない。コンタクトレンズは眼鏡と違い、眼球そのものに装着するため、トライアルやフィッティング検査等が必要であるが、ネット通販ではそれができないため、通販による購入はリスクが高く、本土での作成を勧めている。

5. 眼科専門医による専門診療

眼科専門医による専門診療（父島と母島）は年に2回ある。専門診療期間中に生じた眼の症状の診療、学校の眼科検診で「要受診」となった児童・生徒の診療、白内障・緑内障・糖尿病網膜症などの慢性疾患患者の定期検査が主な業務である。小笠原村診療所の医師によると、それぞれの割合は1～5%程度、5～10%程度、90%程度である。

この年に2回の専門診療期間外での日々の眼科疾患の患者の対応は、小笠原村診療所の総合診療医によって行われている。

6. 眼科領域の急患

眼科領域の急患で最も頻度が高いのは、結膜異物や角膜異物である。異物の内容としては木片、鉄粉が多い。木片などの洗って取れる異物

での急患は月に数人、鉄粉などの削りながら取らないと取れない異物での急性期症例は年に2～3人程度の頻度である。その他の緊急度の高い疾患に対しては、その対応に必要な技術や緊急度に応じて対応をとる。例えば、急性緑内障発作の初期対応や非穿孔性外傷は小笠原村診療所で対応可能であるが、初期対応では改善しない緑内障発作や角膜、眼球穿孔、眼球破裂を伴う眼外傷や網膜剥離の場合には本土へ搬送されている。本土への搬送にも航空機搬送とかがさわ丸での航路の2通りがある。緊急度が高い穿孔や破裂を伴う眼外傷の場合は、本土への航空機搬送が行われるが、黄斑部にまで剥離が達していない網膜剥離などの場合は、なるべく安静を保ったうえで、次のおがさわ丸の出港日に合わせて本土の病院の受診を勧めている。実際、網膜剥離は周辺から発症するので非眼科医の小笠原村診療所の医師が確定診断をすることは難しい。しかし、下記に示すようなデバイスを利用することによって、ある程度の診断は眼科医がいなくとも可能となりうる。

7. 遠隔診断デバイスの導入

小笠原村診療所では、眼科の医療機器（図3a-c）に加えて、ファイリングシステム付きの手持ち細隙灯顕微鏡（SEC: Smart Eye Camera, 眼診察機器 SLM-i07: 株式会社リベルワークス、東京都、図4）を導入している。ファイリングシステム付きの手持ち細隙灯顕微鏡（SEC）はスマートフォンアタッチメント型の眼科医療機器で、スマートフォンのカメラと光源を利用して、眼科の細隙灯顕微鏡と同等な前眼部診断を可能とするデバイスである。診察室の間に充電器につないで、いつでも使える状態にされており、小笠原村診療所の医師3名で使用している。

8. 細隙灯顕微鏡と SEC の使い分け

小笠原村診療所には細隙灯顕微鏡が設置してあるが、それぞれの医師は SEC と細隙灯顕微鏡を用途に応じて使い分けている。主な使用方法として、診察内での前眼部の観察には基本的

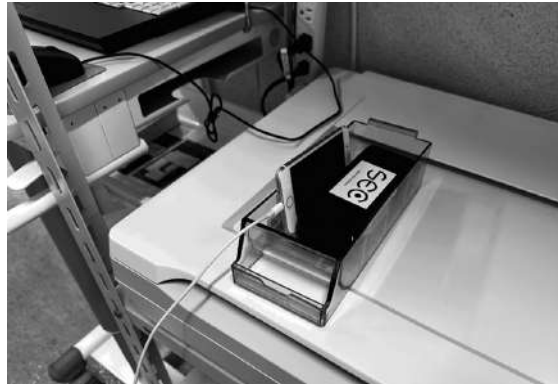


図4 遠隔診断デバイス (SEC: Smart Eye Camera)

に細隙灯顕微鏡で撮影した画像を介して本土の専門医に相談しながら、診断・治療を進めている。一方で、眼外傷の処置後のチェックや結膜炎の鑑別などを即座に確認したい場合や、どのような疾患か全く検討がつかない時、夜間などに早急に専門医のコメントが必要な場合にSECを使用している。また、SECは技術取得時間を要さないため、派遣医は診療の中で主に使用しており、ユーザビリティの高さがうかがえる。他にも小児や感染の疑いがある症例では、ポータブルで患者の顔を固定する必要のないSECが使用されていた。

9. 遠隔診断デバイスの導入に関して

遠隔診断デバイスSEC導入の利点として小笠原村診療所の医師は、以下の2点を挙げている。

一つ目は、診断に必要な画像を簡単に綺麗に撮れることである。小笠原村診療所の外来は本土に比べて、患者数は少ないが、さまざまな診療科の患者を次々と診なければならないため騒々しい。眼科専門の診察室ではすぐに使いやすい位置に細隙灯顕微鏡を設置してあるが、小笠原村診療所は他の診療科の医療機器もおり、細隙灯顕微鏡を取り出すのに手間がかかる。そのような中で、すぐに前眼部を観察したい時に細隙灯顕微鏡をセッティングするよりも、SECのように白衣のポケットに入るサイズのデバイスはユーザビリティも高く非常に便利である。

二つ目は、一つのデバイスで撮影とコンサル

テーション機能が完結することである。既存の細隙灯顕微鏡は、撮影した画像を介してコンサルテーションを依頼しなければならないため、メールでのやりとりが間に入るためステップを踏む必要である。一方で、SECは画像の撮影からコンサルテーションが一つのデバイスで完結するため、手軽にD to Dの遠隔相談を取ることができる。実際、父島で遠洋漁業の漁師が眼球打撲（マグロ用の釣り針）で受診され、SEC診療を実施、本土の眼科専門医より水晶体脱臼が認められるため、受診を指示された事例がある。

X. 考 察

最後に、今回の小笠原村診療所への訪問を通しての学びをまとめる。

一つ目は、離島やへき地といってもその地域によって抱えている課題や環境など、状況は大きく異なるということである。離島医療やへき地医療では、高齢化や訪問診療などが論点に上がることが多いが、離島の中でも遠隔離島にあたる小笠原諸島父島では訪問診療は必要とされておらず、高齢化もとりのけ問題とされていなかった。また、実際に島民の方々が本土へ行く唯一の方法であるおがさわら丸で渡航し、数日間滞在することで、普段本土で目にする調剤薬局や眼鏡店などがいないこと、本土の遠さ、本土への渡航の大変さなどを体感することができた。現地に関する情報は、本土からも十分検索することはできるが、実際に現地を訪ねること

で得られる、現地の方々の話や自らの体験からこそ、真のニーズに気がつくことができるのではないかと考えた。したがって、離島やへき地との遠隔診断などでへき地医療に携わる医療従事者が、専門医診療の機会などに実際に現地を訪問して診療に関わる機会は、現状を実体験として学ぶ重要な機会となっているのではないかと考えた。遠隔での D to D のやり取りが非常にやりやすくなった現代においても、遠隔の医師が実際に現地を訪れる機会の重要性は高いと考える。

二つ目は、総合診療医とそれを支えるデバイスの重要性である。小笠原村診療所の医師に全診療科・全世代の患者の対応が求められるように、各診療科の専門医が常駐していないへき地医療の現場においては、全科の疾患を診ることが求められる。小笠原村診療所では本土の専門医による定期的な専門診療が行われていたが、それも普段の外来患者に対応するには頻度が少なすぎる上に、頻度を上げることによる解決も現実的ではない。したがって、へき地に常駐する医師が全ての診療科に対応する必要があるが、医療の専門分化や高度化が加速的に進む現代医療を一人の医師で対応するには負担が大きい。この課題解決の一助になるのが、小笠原村診療所で導入していた SEC のような遠隔診断デバイスなのではないかと考えた。へき地における医療の質を保つには、専門医によるサポートが必要になるが、全てのへき地に十分な回数専門医が実際に訪問して診療するのは難しい。したがって、その専門でない医師でも使いやすい構造で、すぐに遠隔にいる専門医に D to D のコンサルテーションをとれるような診断デバイスは、へき地の総合診療医が専門性の高い診療科などに対応するのに非常に優れたツールになると考えた。

総合診療医の必要性は、離島やへき地だけでなく、全国的に高まっている。理由の一つに、医師の地域偏在・診療科偏在により十分な専門医を確保できていないことが挙げられる⁷⁾。厚生労働省は、医師の診療科偏在の一因として医師の専門分化が進んだことを挙げ、総合的な診療

能力を有する医師を育成することの重要性を述べている⁷⁾。特に医療資源に乏しいへき地や中小病院においては、限られた中で幅広いニーズに対応できる総合的な診療能力が必要とされる。

また、高齢化に伴う疾病構造の変化により、複数の疾患が併存する患者の増加が予想されていることも理由として挙げられる⁸⁾。急速な高齢化に伴い、複数の慢性疾患を抱える患者は全国的に増加傾向にあり、へき地や中小病院に限らず大規模病院においても総合診療医の重要性は高まることが予想される。

このように、地域や病院の規模にかかわらず、全国的に総合診療医の育成に力が入れていることから、専門医以外が別の科の診療科の疾患を初診で診る機会は、今後増加すると考えられる。現段階では、総合診療医の診察を補助する遠隔診断デバイスはへき地医療などを中心に導入が進んでいるが、今後、へき地医療に従事する総合診療医だけでなく、総合診療に関わる全ての医師にとって有効なツールとなることが期待される。

参考文献

- 1) 東京小笠原支庁総務課. 令和4年度版管内概要. 2023, p.17-35, 175 (online), <https://www.soumu.metro.tokyo.lg.jp/07ogasawara/common/pdf/R04gaiyou.pdf> (accessed 2024 Dec 23)
- 2) 東京都総務局統計部. 住民基本台帳による東京都の世帯と人口, 2023, 第6表 (online), <https://www.toukei.metro.tokyo.lg.jp/juukiy/2023/jy23q10601.htm> (accessed 2024 Dec 23)
- 3) 国土交通省. 第100回小笠原諸島振興開発審議会資料：小笠原諸島の現状, 2023, p.2,3 (online), <https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/content/001603351.pdf> (accessed 2024 Dec 23)
- 4) 総務省統計局. 人口推定 - 2023年(令和5年)10月報 -, 2023, p.1 (online), <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202310.pdf> (accessed 2024 Dec 23)
- 5) 亀崎真：父島の医療と生活について. 診療研究 2020；599：23-30.
- 6) 伊藤美沙絵. 他：東京都小笠原村における裸眼視力の変化. 日眼会報 2016；120(4)：296-302.
- 7) 厚生労働省. 医療従事者の重要に関する討論会 医師需要分科会第5次中間とりまとめ. 2023, p.5 (online) <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000894411.pdf> (accessed 2024 Dec 23)
- 8) 厚生労働省. 専門医の在り方に関する検討会報告書. 2013, p.7 (online) <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf> (accessed 2024 Dec 23)

第127回 “酸素ボンベの残量確認”に関わる 事例発生を未然防止する！

—マニュアルの整備の視点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

酸素療法は、患者の呼吸状態に応じて、さまざまな方法で提供され、その中断やトラブルの発生は、生命の危機にもつながる可能性がある。酸素ボンベを必要とする患者の状況を考慮すると、エラーが発生し、酸素の供給に障害が発生した場合、患者への重大な影響が発生する可能性が想定されるため、早急な対応が望まれる。

酸素ボンベの使用に関わるインシデント・アクシデント事例に関して、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における「医療安全情報」では、「No.48：酸素残量の未確認(2010年11月)」「No.146：酸素残量の確認不足(第2報)(2019年1月)」「No.168：酸素ボンベの開栓の未確認(2020年11月)」など、酸素ボンベの使用に関わる注意喚起が繰り返されている¹⁾。

本事業における第44回報告書²⁾では、「共有すべき医療事故情報『酸素ボンベ残量の管理に関連した事例』」をテーマとして、「再発・類似事例の発生状況」で取り上げている。さらに、第73回報告書³⁾(以下、本報告書)では、「酸素残量の確認不足」をテーマとして、「再発・類似事例の分析」で取り上げ、検討した内容が報告されている。

本連載でも、これまでに、酸素ボンベの使用に関しては、「酸素ボンベ残量の管理に関わるアク

シデント(第31回)」「酸素残量の確認不足」に関わるアクシデントの未然防止(第66回)」「酸素ボンベの開栓の未確認」に関わるアクシデント(第89回)」というテーマで、具体的事例から考える未然防止のシステム整備について検討している。

自施設では、「酸素ボンベの残量確認」に関わる事例は報告されていないだろうか。これまでにインシデント・アクシデント事例が発生していない場合でも、事例発生を未然防止対策は十分だろうか。ぜひ、この機会に、「酸素ボンベの残量確認」に関わる事例発生を未然防止するためのシステム整備に関して、必要に応じて見直しを実施し、職員教育を含めた体制整備に取り組むことを提案したい。

“酸素ボンベの残量確認”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、酸素ボンベの使用に関わるマニュアルが整備されているにもかかわらず、“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生が防止されないのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。この際、マニュアルの整備のプロセスを意識して、それぞれのプロセスに関わる発生要因を“見える化”することが重要である。ここで、明らかになった自施設の傾向や課題と向き合い、マニュアルの遵守状況の現状評価・フィードバックを含めたシステム整備を検討し、プロフェッショナルに期待される“医療安全

力”を発揮し、事例発生の未然防止に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例を取り上げ、「なぜ、“酸素ボンベの残量確認”に関わるルールがマニュアルで決められているにもかかわらず、残量確認の未実施や確認不足など、マニュアルの不遵守による事例発生が防止できないのか？」という疑問を深める。この際、マニュアルの整備の視点から、事例の発生要因の“見える化”により、未然防止対策を検討したい。

“なぜ”を深める際には、関与する医師、看護師はもとより、理学療法士、看護補助者など、酸素ボンベの使用に関わる多職種によるリスクアセスメントの実施、および事例発生の未然防止のためのシステム整備などについても焦点を当てる必要がある。

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

“酸素ボンベの残量確認” に関わる事例

本報告書によると、検討対象とした25件の事例の「事故の程度」は、「死亡：2件」「障害残存の可能性が高い：2件」「障害残存の可能性が低い：2件」「障害残存の可能性なし：6件」「障害なし：12件」「不明：1件」であり、「治療の程度」としては、「『医療の実施あり』を選択した23件の内訳」として、「濃厚な治療：8件」「軽微な治療：8件」「治療なし：6件」「不明：1件」であることが挙げられている。また、「酸素ボンベの使用状況」については、「移動時のみ使用：10件」「移動時以外にも使用：15件」であることが挙げられ

ている。

本事業の事例検索⁴⁾では、2024年2月中旬現在、キーワード“酸素療法”で1,339件、“酸素ボンベ”で712件、“酸素残量”で56件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。また、“酸素ボンベ”“残量を確認していなかった”で15件、“酸素ボンベ”“残量不足”で10件、“酸素ボンベ”“空になった”で9件、“酸素ボンベ”“未確認”で6件、“酸素ボンベ”“残量確認不足”で3件、“酸素ボンベ”“残量確認をしなかった”で1件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本稿では、“酸素ボンベの残量確認”に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“酸素ボンベ”“残量を確認していなかった”で検索された15件、“酸素ボンベ”“残量不足”で検索された10件、“酸素ボンベ”“空になった”で検索された9件、“酸素ボンベ”“未確認”で検索された6件、“酸素ボンベ”“残量確認不足”で検索された3件、“酸素ボンベ”“残量確認をしなかった”で検索された1件の医療事故やヒヤリ・ハット事例に注目し、これらの合計44件の事例を検討した。この中で、事例の発生・経過に“酸素ボンベの残量確認”が関連をしていない事例、および重複事例の合計10件を対象外とし、34件を対象として検討を実施した。

これらの34件の事例の発生要因を分析すると、「酸素ボンベの残量確認が未実施：30件」「酸素ボンベの残量確認のマニュアルの不備（未整備、遵守状況の現状評価が未実施、不遵守を含む）：9件」「判断の誤り（酸素ボンベの残量の計算の誤り、リスクの認識不足を含む）：9件」「酸素ボンベの残量の確認不足：8件」「酸素ボンベの管理不足：7件」「情報共有不足・連携不足：7件」「患者の移動時以外にも酸素ボンベを使用（中央配管につなぎ変えなかった）：6件」「観察の不備、準備不足：4件」「予備の酸素ボンベを持参しなかった：3件」などに分類された（1事例で複数の発生要因が挙げられているものも含む）（表）。

“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例として、事例検索⁴⁾にて検索された事例としては、

「患者（30歳代、女性）は、帝王切開の手術後1

表 “酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生要因の分類	
発 生 要 因	件 数
酸素ボンベの残量確認が未実施	30
酸素ボンベの残量確認のマニュアルの不備 (未整備、遵守状況の現状評価が未実施、不遵守を含む)	9
判断の誤り(酸素ボンベの残量の計算の誤り、リスクの認識不足を含む)	9
酸素ボンベの残量の確認不足	8
酸素ボンベの管理不足	7
情報共有不足・連携不足	7
患者の移動時以外にも酸素ボンベを使用(中央配管につながり変えなかった)	6
観察の不備、準備不足	4
予備の酸素ボンベを持参しなかった	3

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された34件の事例を基に作成〕

日目に呼吸苦を訴えたため、深部静脈血栓症を疑い、下肢の超音波検査を実施した。検査終了の連絡が検査室から入り、研修医が1人で迎えに行った。検査室から帰棟の途中、エレベーターに乗車する前にSpO₂の低下を認めたため確認すると、酸素ボンベの残量が不足していた。病棟に連絡し、酸素ボンベを取り寄せたが、その間、エレベーターホールで待機していた。

検査室への移送も迎えの時と同じ研修医が実施したが、出棟時に酸素ボンベの残量を確認していなかった。検査室から出るときに、既にSpO₂が低下し始めていたが研修医は移送を開始した」

「看護師Aは、看護師Bから、腎不全、肺炎にて入院し、酸素療法をしている患者(70歳代、男性)が透析療法の実施にて出棟するため、酸素ボンベを交換してほしいと依頼された。酸素ボンベの残量が少なかったため、看護師Aは、いつも未使用の酸素ボンベが配置されている場所から酸素ボンベを取り出して交換し、患者を透析室へ移送した。透析室の前で患者が息苦しさを訴え、その時に、交換した酸素ボンベの残量がゼロになっていたこと、および使用済みの酸素ボンベと交換したことが判明した。

看護師Aは、酸素ボンベの交換時に、いつも

未使用の酸素ボンベが配置されている場所から取り出したが、それが未使用か否かは分からなかった(確認しなかった)。看護師Aは、未使用の酸素ボンベは流量計の取り付け部分などにラベルが貼付されていることを知っていたが、今回はラベルの貼付がないため、看護師Bがラベルを外してくれたと思っていた。看護師Aは、酸素ボンベの交換時に残量確認をしなかった。酸素ボンベは、使用済みと未使用の酸素ボンベが混在して配置されていた」

「肺癌にて通院中の患者(70歳代、男性)が、呼吸困難を主訴に外来受診した。受診時、冷汗あり、SpO₂が62%で、会話はなんとか可能な状態であった。4L/分で酸素療法を開始し、SpO₂が94%まで回復した。診察後に入院が決まり、入院時の検査結果を待っていたところ、酸素ボンベの残量が少なくなったため、看護師が新しい酸素ボンベに交換した。患者は家族とともに外来のトイレに向かったが、その後、他の患者から、トイレ内で助けが必要との要請があった。看護師がトイレに向かうと、患者は車椅子からずり落ち、他の患者が4人がかりで抱えている状態であった。患者は顔面蒼白で多量の冷汗を認め、SpO₂は77~78%、呼吸促拍であった。酸素ボンベを確認すると残量がゼロになってい

た。酸素マスクに交換し、酸素流量を10L/分まで増量したところ、SpO₂が92～93%に改善し、病棟に向かった。

呼吸困難を認め、酸素療法を開始し、入院が決定した患者を、患者と家族のみでトイレに移動させていた。看護師は、酸素ボンベは残量の有無の確認のみで、酸素流量に対して、どれくらい使用できるのか全く計算していなかった（普段から計算していない）。患者は外来で待ち続けており（入院決定から病棟に入るまで約6時間経過）、患者の状態を考慮した対応ができていなかった」などがある。

これら“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例は、患者に必要な酸素が供給されないことによる状態悪化や苦痛が発生する可能性はもちろんのこと、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性も想定され、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性も想定されるため、事例発生を回避、あるいは事例発生による影響を最小にするシステム整備が急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“酸素ボンベの残量確認”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生の未然防止対策として、酸素ボンベの使用・管理に関わるマニュアルの作成・周知、酸素ボンベの交換・残量確認に関する職員教育の実施など、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“酸素ボンベの残量確認”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索⁴⁾にて検索された事例（以下、本事例）を基に、“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生要因の“見える化”から課題を明らかにし、事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「患者のS_pO₂低下。酸素ボンベの残量がゼロ？ 酸素ボンベの残量確認は？」

【事故の内容】

- ・肺癌で術後再発の患者（80歳代、男性）はCOPDの既往があり、2L/分で、経鼻酸素カニューレで酸素が投与されていた。
- ・10時頃、呼吸器内科外来から、患者が外来受診の順番であるという連絡が入った。
- ・担当看護師は、オーダー確認票の余白に「酸素」「車椅子」と手書きして、看護助手に手渡し、患者の移送を依頼した。
- ・看護助手は、オーダー確認票を受け取り、酸素ボンベを準備するため、器材庫に行った。
- ・酸素流量調節器が付いた酸素ボンベがなかったため、看護助手は、新しい酸素ボンベに酸素流量調節器を取り付けた。
- ・看護助手は、酸素ボンベの元栓と酸素流量調節器を開き、視流計（赤いボールが浮いていること）で酸素が流れることを確認し、酸素流量調節器を閉め、酸素ボンベの元栓も閉めた。
- ・看護助手は、車椅子に酸素ボンベをセットして患者の部屋に訪室した。
- ・看護助手は、患者に呼吸器内科受診の順番が来たことを告げ、病室の酸素流量計から酸素ボンベに経鼻酸素カニューレをつなぎ替えた。
- ・看護助手は、投与中の酸素流量計の表示（2L/分）を見て、酸素ボンベの酸素流量調節器の流量を「2」にし、視流計（赤いボールが浮いていること）で酸素が流れていることを確認した。
- ・看護助手は、車椅子で患者を呼吸器内科外来に移送する際、患者に声をかけて、患者が苦しくない、という状況を確認した。
- ・看護助手は、呼吸器内科外来の受付で、患者が到着したことを伝え、病棟へ戻った。
- ・患者は、待合室で車椅子に座ったまま順番を待っていた。
- ・外来看護師は、患者の診察の順番になったため、車椅子に座っている患者を診察室に移送した。
- ・医師が患者のS_pO₂を測定すると、いつもより低値（90%以下）になっていた。
- ・外来看護師が、酸素ボンベの視流計を見たところ、酸素が流れていなかった。
- ・外来看護師は、酸素ボンベの残量がゼロだと思い、別の酸素ボンベに交換し、酸素を投与した。
- ・患者のS_pO₂は、直ちに回復した。
- ・外来看護師が、残量がゼロになったと思った酸素ボンベを確認したところ、残量は十分にあり、元栓が閉まっていたことに気づいた。

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

本事例の背景要因としては、「院内には患者の移送に関する明確なルールがなく、当該病棟では酸素吸入中の患者の移送の準備・移送は看護助手が実施していた」「看護助手は、点滴による治療の実施中や酸素吸入中の患者の移送に関しては、当該病棟の看護師や先輩の看護助手から、

その都度、指導されていた」看護助手は、患者の傍で酸素吸入の準備をする際、視流計で酸素が流れていることを確認したため、移送中も酸素が流れていると思った(酸素ボンベの元栓と酸素流量調節器の間に残留していた酸素のみが流れた可能性が高い)「酸素ボンベの元栓が古いもので、黒地に黒い文字で記載されている『開閉』の文字が見づらい表示だった」看護助手は、酸素吸入中の患者の移送の際、SpO₂の測定機器を装着して観察をしなかった」などが挙げられている。

本事例は、一見すると「酸素ボンベの元栓の開栓忘れによる事例」と認識されるかもしれない。しかし、“なぜ”を深めて事例の根本原因を検討すると、“酸素ボンベの残量確認”が適切に実施されていないことや、“酸素ボンベの残量確認”に関わるマニュアルの未整備、およびマニュアルの遵守状況の現状評価が未実施であった可能性が想定される。このため、本事例は“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例として検討する。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、担当看護師は、オーダ確認票の余白に『酸素』『車椅子』と手書きして、看護助手に手渡し、患者の移送を依頼した際に、酸素ボンベの準備を確認しなかったのか?」「なぜ、看護助手は、酸素ボンベの元栓と酸素流量調節器を開け、視流計(赤いボールが浮いていること)で酸素が流れることを確認し、酸素流量調節器を閉めた後に、酸素ボンベの元栓も閉めたのか?」「なぜ、看護助手は、酸素吸入中の患者の移送の際、SpO₂の測定機器を装着して観察をしなかったのか?」「なぜ、看護助手が酸素吸入中の患者の移送の際、SpO₂の測定機器を装着して観察をしなかったことに対して担当看護師が指導をしなかったのか?」

「なぜ、看護助手は、呼吸器内科外来の受付に、患者が来たことを伝えた際に、外来看護師に酸素ボンベの使用状況の情報共有を実施しなかったのか?」「なぜ、外来看護師は、酸素ボンベの視流計を見たところ、酸素が流れていなかったことに気づいた際に、酸素ボンベの残量がゼロだと思い、別の酸素ボンベに交換する前に、酸素ボンベの元栓を確認しなかったのか?」「なぜ、医師が診察時に、患者のSpO₂を測定し、いつもより低値(90%以下)であることに気づく前に、関与した担当看護師、看護助手、外来看護師などが、患者のSpO₂が低いことや、酸素ボンベの元栓が開かれていない(患者に酸素が提供されていない)ことなどに気づくことができなかったのか?」「なぜ、関与した担当看護師、看護助手、外来看護師、医師などが、途中で酸素ボンベの残量確認を実施しようとしなかったのか?」

などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「院内には患者の移送に関する明確なルールがなく、当該病棟では酸素吸入中の患者の移送の準備・移送は看護助手が実施していた」看護助手は、点滴による治療の実施中や酸素吸入中の患者の移送に関しては、当該病棟の看護師や先輩の看護助手から、その都度、指導されていた」などに注目することが重要である。ここには、今後の事例発生の未然防止対策の検討に活用できるヒントが示唆されている。

これらの視点を踏まえたうえで、「なぜ、患者の移送に関する明確なルールがないまま、リスクのある酸素吸入中の患者の移送を看護助手に実施させていたのか?」「なぜ、看護助手は、点滴による治療の実施中や酸素吸入中の患者の移送に関しては、当該病棟の看護師や先輩の看護助手から、その都度、指導されていたにもかかわらず、患者に酸素が提供されていないことに誰も気づかなかったのか?」という疑問を持ち、自施設におけるシステム整備の状況を振り返ることを期待したい。

他に注目すべき点としては、本事例の背景要因に挙げられている「看護助手は、患者の傍で酸

図1 マニュアルの整備の視点から見た“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)



（日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された34件の事例の記載内容を参考に作成）

素吸入の準備をする際、視流計で酸素が流れていることを確認したため、移送中も酸素が流れていると思った（酸素ボンベの元栓と酸素流量調節器の間に残留していた酸素のみが流れた可能性が高い）」という発生要因である。

これに対しては、「なぜ、看護助手が酸素ボンベの取り扱いを熟知していないことによるリスク発生の可能性に、事例発生前に気づいて再教育を実施する、などという検討が実施されなかったのか？」「なぜ、酸素ボンベの取り扱いを熟知していない看護助手に、酸素吸入中の患者の移送を任せただのか？」という疑問を深めることで、リスク回避の可能性につなげたい。

“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例発生を未然防止するため、本事業における事例検索⁴⁾にて検索された事例の中で、本稿の対象とした34件の事例の記載内容を参考にして、「マニュアルの整備の視点から見た“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」（図1）を作成した。この際、マニュアルの整備のプロセスとして、「マニュアルの作成」「マニュアルの周知・周知後の評価」「マニュアルの遵守状

況の現状評価・フィードバック」「評価結果に基づくマニュアルの見直し・改定」を意識し、それぞれのプロセスにおける発生要因の“見える化”に取り組んだ。自施設において、“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例に関連して、マニュアルの整備のプロセスを意識し、さまざまな背景を考慮して、発生要因を検討することを勧めたい。

本事例、および前記の事例なども参考にして、“なぜ”を深めて“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生要因を明らかにするためには、「思い込み」「確認不足」「マニュアルの不遵守」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討することが望まれる。

“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設のインシデントレポートの分析結果に基づく課題の明確化が未実施、2)マニュアルの周知後の周知状況の評価が未実施、3)事例の発生状況の確認とマニュアルの遵守状況の現状評価が未実施、4)事例分析と分析結果に基づくマニュアルの見直し・修正が未実施、5)修正後の事例発生の有無とマニュアル

の遵守状況の現状評価が未実施, 6)多職種の参加によるリスクアセスメントが未実施, 7)具体的事例の情報共有を含む職員教育が未実施, などが考えられる。

“酸素ボンベの残量確認”に関わる 事例発生の未然防止対策

本事例の改善策としては、「看護部は、患者に直接関わる看護助手の業務範囲や内容を決める」「看護部は、看護助手に業務に関わる教育を行う」「当該病棟の看護師は、点滴による治療の実施中や酸素吸入中の患者の移送を看護助手に依頼する際には、付属物(点滴ルートや酸素ボンベなど)が正しくセットされていることを確認後、移送を依頼する」「医療安全管理部は、酸素ボンベの元栓に、黒地に白い文字で『開閉』の文字が記載され、見やすい状態になっている新しい酸素ボンベに早急に交換する」「酸素吸入中の患者を移送する際は、SpO₂の測定機器を装着して患者観察を行う」などが挙げられていた。

“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設のインシデントレポートの分析結果に基づく課題の明確化の実施, 2)マニュアルの周知後の周知状況の評価の実施, 3)事例の発生状況の確認とマニュアルの遵守状況の現状評価の実施, 4)事例分析と分析結果に基づくマニュアルの見直し・修正の実施, 5)修正後の事例発生の有無とマニュアルの遵守状況の現状評価の実施, 6)多職種の参加によるリスクアセスメントの実施, 7)具体的事例の情報共有を含む職員教育の実施, などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「思い込み」「確認不足」「マニュアルの不遵守」を防止することや、「酸素ボンベの残量確認」の不足による患者への影響を再認識し、多職種によるリスクアセスメントの実施などにより、“酸素ボンベの残量確

認”に関わる事例発生を未然防止することが期待される。

1)の「自施設のインシデントレポートの分析結果に基づく課題の明確化の実施」では、防止対策としての酸素ボンベの使用、および“酸素ボンベの残量確認”に関わるマニュアルを作成する前に、インシデントレポートの分析結果に基づく課題の明確化の実施を勧めたい。自施設における現状と課題を意識することで、適切なマニュアルの作成が可能になることもある。この取り組みは、初回のみではなく、定期的なマニュアルの見直しの際にも実施することを期待したい。

2)の「マニュアルの周知後の周知状況の評価の実施」では、“酸素ボンベの残量確認”の実施に関わるマニュアルが遵守されていない状況について、“なぜ”を深めることが望まれる。“酸素ボンベの残量確認”が未実施の原因としては、“酸素ボンベの残量確認”を行うというマニュアルを「知らなかった」「忘れていた」「焦っていた・急いでいたので省略した」「残量の確認をしたつもりだった」「自分に依頼した人が実施してくれたと思っていた」などが想定される。

この中の「知らなかった」という状況は、マニュアルの周知方法が適切に実施されていないこと、および周知後の周知状況の評価が実施されていないことなどに起因することが想定される。医療機関では、常に職員の移動などがありうるため、マニュアルの周知が全職員に適切に実施されているか否か、および周知された内容がマニュアルの遵守につながっているか否かという、周知後の評価が重要である。改めて、自施設の現状を振り返り、検討したい。

3)の「事例の発生状況の確認とマニュアルの遵守状況の現状評価の実施」では、2)の「マニュアルの周知後の周知状況の評価の実施」でも挙げている“酸素ボンベの残量確認”を実施するというマニュアルが遵守されているか否かという現状を把握することから取り組みを開始する。

ここでは、マニュアルを遵守するために、患者に及ぼす影響について職員が認識できるように、具体的事例を活用した職員教育の実施も含

めて検討することを勧めたい。マニュアルの遵守状況の現状評価を実施しないまま、「今後は、遵守する・注意する」という防止対策を立案しても、事例発生を回避することは必ずしも容易ではないということを再認識する機会にすることも検討したい。

4)の「事例分析と分析結果に基づくマニュアルの見直し・修正の実施」では、自施設で“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例の発生が認められる場合には、事例の分析実施が急がれる。そこから見えてくる自施設の課題に対応した防止対策が実施されているのか否か、現状のマニュアルで対応できているのか否か、判断することが重要である。その分析結果に基づき、必要に応じて、マニュアルの見直しと修正をすることが望まれる。

また、マニュアルの見直しに際しては、マニュアルを遵守しているにもかかわらず事例が発生した状況があるか否かということも検討したい。今回、本稿で検討した事例の中にも、「酸素ボンベの残量を確認したが、途中で残量がゼロになった」という事例が認められた。これは、“酸素ボンベの残量確認”の実施後に酸素ボンベの交換、あるいは予備の酸素ボンベの持参が必要か否かの判断が適切に実施されていなかった、という可能性が想定される。このような場合には、知識不足や経験不足、判断の誤りなどのヒューマンエラーの検討はもとより、知識や経験の違いがあっても、誰でも適切に対応できるマニュアルなのか否か、記載内容に焦点を当てて検討することも期待したい。

5)の「修正後の事例発生の有無とマニュアルの遵守状況の現状評価の実施」では、修正したマニュアルの周知後に、3)の「事例の発生状況の確認とマニュアルの遵守状況の現状評価の実施」をすることが望まれる。マニュアルの遵守状況の現状評価を繰り返して実施することは、職員個々の認識を高めることにもつながり、マニュアルを遵守することは業務でもある、ということを伝えるチャンスにもなることを指摘したい。

6)の「多職種の参加によるリスクアセスメン

トの実施」では、職員がプロフェッショナルとしての求めに応えることを再認識できる機会として提供することが望まれる。自施設の現状と課題に近い事例を選択し、多職種の参加によるリスクアセスメントを実施し、自身と視点が異なることが想定される職種の異なる職員と意見交換することで、チーム力を高めることも期待される。

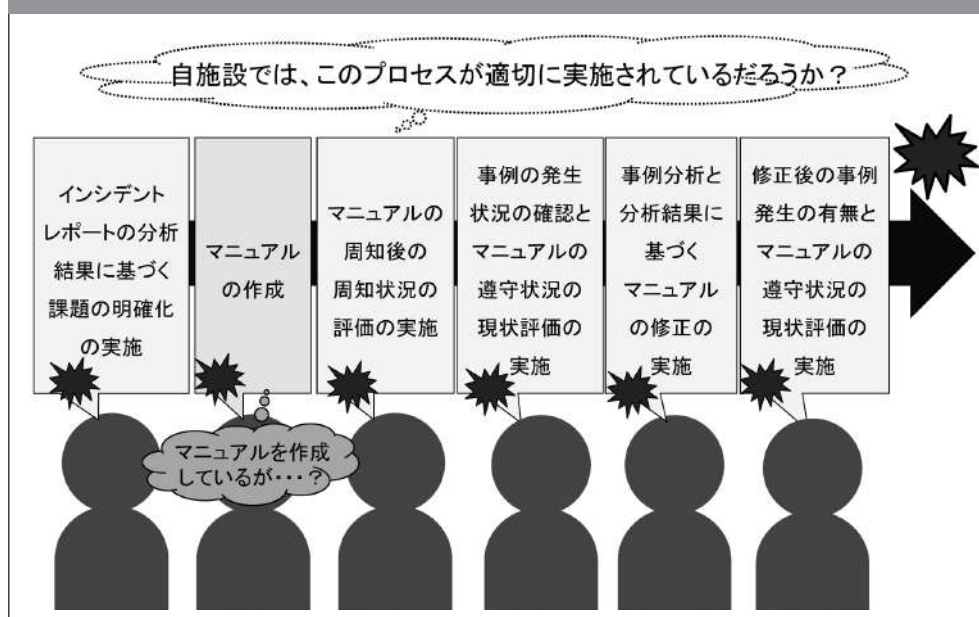
7)の「具体的事例の情報共有を含む職員教育の実施」では、自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例も含めて情報提供を検討したい。職員研修の企画時には、酸素ボンベの使用、あるいは“酸素ボンベの残量確認”に関わるマニュアルの遵守についても考えを深められる内容の工夫も必要になる。このような研修が職員個々にとって、情報を得ることや、知ること、より関心を持つこと、および自分もチームの一員としてできることは何かと考える機会にしたい。

また、自施設の現状と課題に適切に対応した内容のマニュアルを遵守することで、事例発生を未然防止できる可能性、あるいは事例発生による影響を最小にできる可能性にも目を向ける機会にすることも期待したい。必ずしも、一度のトレーニング、一度の研修で期待する成果を得られるとは限らないため、反復・繰り返しの実施により、事例発生の未然防止が可能となる取り組みが期待される。

前記の事例の改善策としては「酸素ボンベの使用時は、必ず残量を確認し、途中で残量がゼロになることが予測される場合には予備の酸素ボンベを持参する。検査室から出る際には、酸素ボンベの残量を確認し、少ない場合は予備の酸素ボンベが到着するまで検査室や廊下の中央配管を使用する」「未使用の酸素ボンベと使用済みの酸素ボンベの保管場所を変更した。酸素ボンベを交換した時は、酸素の充填量を必ず確認する」「酸素ボンベを使用するときには、必ず残量を確認し、使用可能時間を明らかにして準備して対応する」などが挙げられている。

今後、自施設における“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例発生の未然防止対策を検討す

図2 マニュアルの整備の視点から考える事例発生の未然防止対策



る際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例を取り上げ、「なぜ、“酸素ボンベの残量確認”に関わるルールがマニュアルで決められているにもかかわらず、残量確認の未実施や確認不足など、マニュアルの不遵守による事例発生が防止できないのか？」という疑問を深め、マニュアルの整備の視点から、事例の発生要因の“見える化”により、未然防止対策を検討した。

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、酸素ボンベの使用や管理に関わるマニュアルが未整備、および酸素ボンベの交換・残量確認に関するルールの不遵守などで、リスク発生を回避できずに患者への重大な影響が発生することを防止するためにも、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。特に、患者の移送中に酸

素供給が断たれる場合が発生することを想定した安全管理体制の構築が望まれる⁵⁾。

本稿では、分析実施に際して、マニュアルの整備のプロセスを意識して、それぞれのプロセスに関わる発生要因を“見える化”している。そこで、「マニュアルの整備の視点から考える事例発生の未然防止対策」(図2)を作成した。ここでは、マニュアルの整備のプロセスとして、「インシデントレポートの分析結果に基づく課題の明確化の実施」「マニュアルの作成」「マニュアルの周知後の周知状況の評価の実施」「事例の発生状況の確認とマニュアルの遵守状況の現状評価の実施」「事例分析と分析結果に基づくマニュアルの修正の実施」「修正後の事例発生の有無とマニュアルの遵守状況の現状評価の実施」などを挙げている。

自施設では、これらのマニュアルの整備のプロセスが適切に実施されているだろうか。施設によっては、「マニュアルは作成しているが、他のプロセスは一部しか実施していない」「評価を意識的に実施していない」「マニュアルの作成時に評価まで具体的に検討していない」など、さまざまな課題が見えてくる可能性がある。今後、“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例発生

の未然防止対策を検討する際は、“マニュアルの整備”の視点にも注目して、自施設オリジナルのプロセスの“見える化”に取り組むことを推奨したい。

“酸素ボンベの残量確認”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、現状評価の実施により、「適切に実施できていること」「適切に実施できていないこと(課題があること)」を明確にすることから取り組むことが重要である。これまで、自施設で類似事例が発生していない場合でも、他施設で発生した事例も含めて、“酸素ボンベの残量確認”に関わる事例が、どのような状況で、どのような発生要因で発生しているのか、という情報を得て対応することを勧めたい。

リスクアセスメントの結果を防止対策に反映すること、およびマニュアルの整備の視点や実施後の評価を含めたシステム整備をすることが望まれる。さらに、マニュアルを遵守したことで、インシデント・アクシデント事例の発生を防止できた事例を抽出し、マニュアルを遵守することの意味や重要性を職員にフィードバックすることも検討したい⁶⁾。

医療機関の統一した方針として、マニュアルを遵守することは業務として求められているこ

とを職員個々に折に触れて伝えることを推奨したい。併せて、マニュアルの周知状況や、マニュアルの遵守状況の現状評価を定期・不定期に実施することで、その意図を伝える取り組みを継続することが望まれる。職員個々がプロフェッショナルであることを自覚して、リスク発生を回避する未然防止対策を検討することが期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報
<https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2024 Mar14)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第44回報告書
https://www.med-safe.jp/pdf/report_44.pdf (accessed 2024 Mar 14)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第73回報告書
https://www.med-safe.jp/pdf/report_73.pdf (accessed 2024 Mar 14)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2024 Mar 14)
- 5) 石川雅彦, 他: 医療ガスに関わるインシデント・アクシデント事例からみる再発防止の検討. 医療機器学 2014 ; 84(3) : 354-360.
- 6) 石川雅彦: 手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第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.

仲間達也先生の 「末梢動脈疾患患者をハートチームでどう治療するか？」 (3月1日配信)

東京ベイ・浦安市川医療センター 循環器内科部長の仲間達也先生から末梢動脈疾患の治療について解説していただきます。

末梢動脈疾患(PAD:Peripheral Artery Disease)の中でも包括的高度慢性下肢虚血(CLTI:Chronic Limb-Threatening Ischemia)は放置すると予後が悪い疾患です。動脈硬化の末期像で、放置すると3割が大切断、25%が死亡と言われています。ヨーロッパのガイドラインでは、かつては重症下肢虚血(CLI)と呼ばれていましたが、下肢の血流が悪いだけでなく感染などのさまざまな要因を伴って悪化するので、包括的概念として2017年にCLTIと定義されました。日本のガイドラインでは2022年の改訂からCLTIが使用されています。

本邦では①超高齢化社会の到来、②糖尿病患者の増加、③透析患者の増加により、CLTIが増加しています。動脈硬化の末期なので足の壊疽が始まったら医療介入が必要です。まず、血流回復のため循環器内科をはじめとする整形外科・形成外科・皮膚科・心臓外科・血管外科と協力して集学的アプローチを行います。血管径、狭窄か閉塞か、石灰化の程度など、病変と重症度に応じた治療方針となります。基礎疾患に応じて内分泌代謝科、腎臓内科なども参加します。当院では下肢救済チームを立ち上げて治療に取り組んでいます(図)。循環器内科が窓口となって、血行再建の結果、創傷の状態、全身状態、社会的背景、ACP介入などの情報を共有しています。

治療介入において、足の局所治療は当然であるが、全身の動脈硬化も非常に進行しているので、脳梗塞や心筋梗塞、腸管動脈閉塞症など、心血管イベントが引き起こされる確率が高く、全身のマネジメントも重要です。そのため至適薬物療法が重要で、動脈硬化の

基礎的な治療が行われているかどうかで予後が変わってきます。

壊死した組織を切除したのちに創傷が治癒するためには血流再開が重要となります。血行再建には自家静脈を使ったバイパス手術と血管内治療の2つがあります。どちらの治療が良いかを検討した研究がありますが、元々の患者群によって結果が変わってくるのでランダム化試験の結果を日常診療に当てはめることは非常に難しいことが分かります。低侵襲の血管内治療は患者負担は軽いですが、血流量はさほど多くはなく再狭窄を来しやすいです。創の治癒が得られない場合は再度の血管内治療が必要になります。バイパス手術は侵襲度は高いが、血流量も多く、長時間の血行改善が得られるので得られるメリットも大きくなります。したがって治療方法の選択を見極める目が必要と言えます。

このように比較的専門性が高い中で治療し、かつ多職種専門チームで診療してアプローチすることがとても大事なので、積極的に治療している施設に相談していただくことが患者さんにとってメリットになると思います。

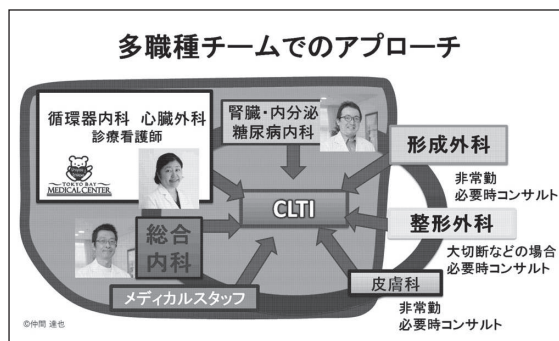


図 多職種チームでのアプローチ

* 仲間先生のレクチャーの詳細は、3月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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



ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断⑦

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症例：70代，男性 主訴：心窩部不快感

既往歴：糖尿病，アスベスト肺で定期健診（他院）

職歴：粉塵曝露歴あり 喫煙歴：20本×53年



図1a 胸部単純X線 立位正面像



図 1 b 胸部単純X線 立位正面像 (受診7年前)

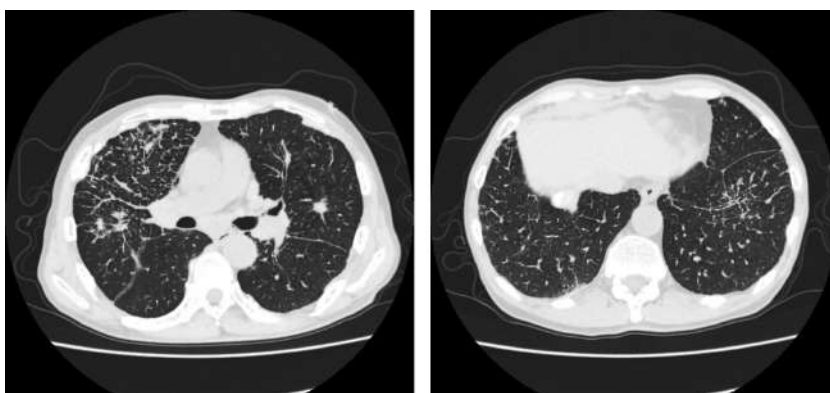


図 2 a 胸部単純CT 肺野条件 軸位断

所見

胸部単純 X 線 (図 1 a)

右中肺野から両下肺野に粒状網状影と血管影の増強・辺縁不鮮明化がみられる。特に右小葉間裂付近には濃厚な陰影がみられる。

上肺野には粒状影が散見される。

右肺門の上昇が生じ、上肺の容積減少が示唆された。また、右肺門の透過性も低下してみえる。肺野縦隔併せCTでの精査が必要と考える。

胸部単純 CT (図 2 a)

右上葉 S2, S3 下部末梢領域に小葉間隔壁と気管支血管周囲束の肥厚が生じている。同部で



図 2 b 参考画像 胸部単純CT 肺野条件 軸位断 (受診7年前)

は肺の容積減少が生じ、X 線での所見と同様に、葉間裂に沿った濃厚影が確認される。広義間質を主座とする、線維化の強い病変である。

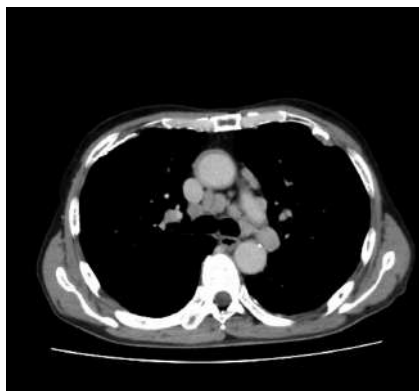


図3 胸部造影CT縦隔条件 軸位断

両肺下葉や上葉にも同様の性質の所見がわずかに広がり、一部では癒合し、不整形結節状を呈していた。

7年前の画像（図2b）では同所見は観察されず、新たに出現した異常である。

背景肺には上葉を主座とする気腫性変化がみられ、気管支壁肥厚がみられる。

両側の胸膜にはプラーク状の肥厚が散見され、石灰化が多発している。石綿の曝露歴に対応する所見である。

胸部造影 CT（図3）

両側の縦隔，肺門部に多発する腫大リンパ節がみられる。明らかな壊死は見られず，癒合傾向は比較的乏しい。

胸部大動脈の壁に増強効果を有する肥厚が観察される。

腹部造影 CT（図4）

臍体尾部は造影早期で臍頭部に比し，全体に乏血性を呈する。同部の臍臓は正常みられうる分葉状輪郭が消失，ソーセージ状の形態を呈する。

胃周囲に腫大リンパ節が多発している（非提示）。

典型的な臍の画像所見，大動脈周囲の軟部影と全身性のリンパ節腫大から，IgG4関連疾患が疑われた。血液検査が施行され，IgG4値は875mg/dLと著明増加していた。



図4 腹部造影CT早期相 軸位断

診断

IgG4関連疾患（準確診例）

心窩部不快感を主訴に来院し，典型的な画像所見と血液検査の結果からIgG4関連疾患と強く疑われている症例である。

腹部CTでは臍体尾部に限局性の腫大がみられ，正常の分葉状構造の消失を伴うソーセージ状の形態変化がみられた。IgG4関連膵炎に典型的な所見と思われる。

加え全身の多発腫大リンパ節と大動脈周囲軟部影もIgG4関連疾患に合致する。

総合的に全身の異常所見はIgG4関連疾患で説明可能と考えられる。

本症例の肺病変は小葉間隔壁を主体に気管支血管束に沿って広がる，いわゆる広義間質を主座とする病変であった。加えて肺容積に減少が生じ，線維化を示唆する所見がみられた。

IgG4関連疾患の肺病変には複数のタイプが報告されているが，本症例のように，小葉間隔壁の肥厚と気管支血管束の肥厚を主たる所見とするものが最も多いタイプと考えられている。

このような，広義間質を主体に病変の広がりを呈する病変の鑑別に癌性リンパ管症やサルコイドーシス，ほかのリンパ増殖性疾患（悪性リンパ腫，Castleman病など），間質性肺水腫が挙げられる。

肺の所見のみでは鑑別を絞ることは難しいが，特徴的な臍所見，胸部大動脈周囲の軟部影が観察され，IgG4関連疾患と画像から強く疑うことができた症例である。

第2回 へき地遠隔医療推進協議会

公益社団法人地域医療振興協会(本部会員企画・中国ブロック支部・山口県支部)

日本遠隔医療学会 へき地遠隔医療分科会

山口県立総合医療センター へき地医療支援部

2024年3月16日、第2回へき地遠隔医療推進協議会が、公益社団法人地域医療振興協会(本部会員企画・中国ブロック支部・山口県支部)、日本遠隔医療学会へき地遠隔医療分科会、山口県立総合医療センターへき地医療支援部の共催のもと山口市で開催された。対面・オンラインで約150名が参加し、充実したディスカッションが展開された。

●特別講演「オンライン診療の現状とこれから」

特別講演の前半では、厚生労働省医政局医事課 坂下美沙氏が登壇し、オンライン診療の制度概要について解説した。

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下、オンライン診療指針)は、令和4年に見直しが行われ、原則としてかかりつけの医師であれば初診からオンライン診療が認められ、かかりつけの医師以外による初診の場合は「診療前相談」や医師が必要な医学的情報を把握すること等が必要とされた。また日本医学会連合の作成する「オンライン診療の初診に適さない症状」「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等のガイドラインを踏まえて実施することが求められている。

また、へき地診療所等が実施するD to P with N(Doctor to Patient with Nurse)を推進するために、令和6年度診療報酬改定においては、新しい診療料「看護師等遠隔診療補助加算」が新設されることになった。

オンライン診療はへき地や離島など医師不足の地域においては非常に有用であるが、一方でダイエット目的での糖尿病治療薬の処方など、不適切診療も報告されており、今後の課題となっている。

最後に坂下氏は、「遠隔健康医療相談」について言及し、令和5年11月に公表されたオンライン診療指針に関する新たなQ&Aにおいて、医師及び医師以外の者による遠隔健康医療相談とし

て実施可能な具体例の明示等がなされたことを説明して話を結んだ。

特別講演後半では、厚生労働省医政局総務課 オンライン診療推進専門官 守川義信氏が登壇した。守川氏は2010年から2016年まで地域医療振興協会に在籍し、2011年の東日本大震災時には女川町立病院(現 女川町地域医療センター)の診療も経験しているので、へき地や離島の医療の実情には理解が深い。

守川氏は、「2022年度入院・外来医療等における実態調査」のデータを示し、「現在、8,500医療機関がオンライン診療を実施していると言われているが、実際の算定数を見ると多くはないというのが現実である」と口火を切った。

オンライン診療推進のために厚労省は2024年1月に、「医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設」について、へき地などに限らず、オンライン診療のための医師非常駐の診療所について、必要性があると認めた場合においては、特例的に、医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設を認めることとすること、また、オンライン診療が、定期的に反覆継続して行われることのない場合または一定の地点において継続して行われることのない場合については、巡回診療と同様にとらえ、診療所の開設届を必要としないという通知を発出した。

オンライン診療が進まない要因の一つとして医療機関職員のリテラシー不足や患者の理解不足があるため、現在、「オンライン診療その他の

遠隔医療の推進に向けた基本方針」に従って、医療機関が導入時に参考になれるような事例集、手引書、チェックリストなどを作成中で、2023年度中に発出する予定である。

一方、先出の実態調査によると「情報通信機器を用いた診療の届出の意向」について、届け出していない491施設(800施設中)のうち「今後届け出を行う意向あり」は17.7%にとどまり、その理由は「対面診療のほうが優れているため」という医師の回答が多かった。オンライン診療に係るエビデンスが十分に蓄積されていないため、医師がそのように判断することもオンライン診療が進まない要因の一つになっていると言える。

へき地・離島においては、D to P with Nでオンライン診療を実施する際の調剤について課題がある。荒天時には離島等において、当該診療所の医師または薬剤師が、オンラインで看護師等が行う医薬品の取り揃え状況等を確認することで患者に医薬品を提供可能とするとされているが、今後議論が進み適応が拡大されれば、へき地・離島でのオンライン診療はさらに進むのではないかと考えている。

年始に発生した能登半島地震では現在も避難生活を続けている人が多い。そういう人たちに對して現地に残っている医療機関の医師がカルテを確認し、オンライン診療を実施したところ、非常にうまくいった。今回のことでオンライン診療が災害時にも有用であることがわかったが、時間、場所、空間を隔てるさまざまな場面でオンライン診療の可能性が考えられるのではないか。災害時やへき地・離島など医療資源の限られている地域の医療のフォロー、忙しくて病院にいけない若い人や子育て世代の慢性疾患のフォロー、対面診療を望まない人の心のケア、あるいは感染症流行時の医療提供などがオンライン診療に期待される役割だと思っている。

最後に守川氏は、「対面診療の方が優れていると考えている人が多いことは先述したが、どうした場合にどのような診療形態が有用であるかを示す研究が必要である。海外では多くの研究がありさまざまなエビデンスが示されている。我が国でも対面のみの診療と対面とオンライン

診療を組み合わせた診療とを比較した研究を行い、ガイドラインに落とし込んでいくことで、オンライン診療の推進がさらに進むと思う」と話を結んだ。

●厚生労働行政推進調査事業(厚労省科研費)研究班報告

2018年にスタートした山口県遠隔医療推進協議会は、2019年度から厚生労働省の厚生労働行政推進調査事業(班長:山口県立総合医療センターへき地医療支援部 原田昌範氏)となり、5年が経過した。当事業の研究班から、海外事例、国内事例、オンライン服薬指導と電子処方箋について報告があった。

まず、西村謙祐氏(山口県立総合医療センターへき地医療支援部)が「カナダの事例」として、日本遠隔医療学会のランチョンセミナーでのカナダのMendez先生の講演内容を紹介した。

大月雅也氏(自治医科大学6年生)はWONCAへの参加、オーストラリアのRural GPへのインタビュー、文献検索などから情報収集した、「オーストラリアの遠隔医療」について発表した。

続いて国内事例として、鳥羽市健康福祉課健康係 中村孝之氏・西山安奈氏が「鳥羽市のオンライン診療」について報告した。4つの有人離島と半島部から構成される鳥羽市には病院がなく各離島に1ヵ所ずつ本土側に4ヵ所の市立診療所を設置している。そこで離島における医療確保のために、令和2年度から段階的にオンライン診療の実施、オンライン診察室の設置、オンライン服薬指導を実施してきた。そのノウハウなどを活用し、次には本土診療所においてオンライン診療とMaaS(Mobility as a Service)を組み



合わせることに取り組んできた。中村氏は「高齢化と人口減少が著しい離島においては今のところオンライン診療の活用以外に方法が見当たらない。高齢者の多い地域では、D to P with Nが有用で、そこに不可欠なのが、患者さんや地域のことをよく知っている看護師である」と述べた。

「山口県柳内市の取り組み」として、**柳内市健康増進課長 上田隆弘氏**が発表した。柳内市には平都島という県内でも2番目に大きな有人離島がある。診療所ではフェリー欠航や医師体調不良時の診療確保、薬の対応等が大きな課題であった。そこでフェリー欠航時を想定したオンライン診療の実証実験や、スマート診療とドローンを活用した処方薬の配送、さらに対面診療とオンライン診療を組み合わせた医療提供の検討を始めているという。

「へき地医療×メディカルムーバーの展望」と題して、**山口市徳地診療所 中嶋裕氏**は、県内初の医療MaaSの取り組みについて発表した。徳地地区は山間部にあり高齢化率は55%超。公共交通機関はバスのみである。そこで無医地区の巡回診療を、実診療、オンライン診療の組み合わせで行っている。オンライン診療では、集会所を待合室にメディカルムーバーを仮設診察室として診察を行う。「ただ現地に行かないと分からないニーズもあり、これを足掛かりに訪問診療等も開始した。また現地のナースの目線が大事だと思っているので、この度D to P with Nに診療報酬がついたことは有難いと思う」と中嶋先生は述べた。

「オンライン服薬指導と電子処方箋」と題して**山口県薬事課 久保田明子氏**は、へき地などではいかに薬剤を届けるかというのが大きな課題であり、また薬剤師がオンライン服薬指導で関わり薬学的サービスを提供する意義について発表した。

●Up To Date「医療DXで変わる未来」

6人の演者がそれぞれのテーマで発表した。

神山内科医院 神山育男氏は、伊那市モバイルクリニック事業からスタートし、現在は医療MaaSも含め、先進的にオンライン診療に取り組んでいる「長野県伊那市の取り組み」について紹介した。

岐阜県郡上市県北西部地域医療センター 廣瀬英生氏は、「山間へき地における遠隔診療活用事例」と題して、岐阜県の助成を受け、初めて遠隔診療を実施した3つのモデルについて発表した。1つ目のモデルはへき地診療所を利用したD to P with N。2つ目は集会場を利用したD to P with N。そして3つ目は訪問看護におけるD to P with Nである。その実際を紹介し、そこから上がってきた課題について言及した。

日本郵便 地方創生推進部 伊村三四郎氏の発表では、「郵便局の活用」ということで、総務省の郵便局等の公的地域基盤連携推進事業に協力する形で、石川県七尾市南大呑郵便局で取り組んだオンライン診療について紹介した。

葉田甲太氏(エレコムヘルスケア)は地域医療振興協会でも勤務歴のある総合診療医でもあり、現在代表取締役としてヘルスケアの分野に取り組んでいる。その内容を「PHR×バイタル機器の未来」と題して紹介した。

「電子カルテと遠隔デバイス」では、**宮脇伸次氏、小暮武男氏(WEMEX株式会社)**が山口県でも導入されているクラウド型電子カルテと遠隔医療システムについて紹介した。

「医療DXで変わる未来～救急医療～」について発表した**園生智弘氏(TXPメディカル株式会社)**は、「救急現場ではホワイトボードを使用した方がむしろ早い場合があるが、紙による情報管理は蓄積できず、オンライン診療や救急においてもデー



タを集めてエビデンスを作ってく必要がある」と述べ、自社が展開するDXについて紹介した。

●クロストーク「へき地におけるオンライン診療の推進に向けて」

クロストークは、小泉圭吾氏(鳥羽市立神島診療所)と安江輝氏(伊那市役所)の質問に、大高俊一氏(厚生労働省医政局医事課)、守川義信氏が回答する形で進められた。

小泉氏は三重県のへき地医療総括官を務めており、三重県のへき地医療のDX化を図ろうという立場から、「離島で創傷を診ることになった時に、D to P with Nで看護師が処置をすると診療報酬の点数は取れないのか？また、インフルエンザとコロナの同時検査をしてどちらか分かった時に、これまでは看護師が薬剤の処方をしてできなかったが、どうなのか？」という2つの質問をした。

1つめの質問に対して守川氏は、「令和6年度の診療報酬改定においては、いろいろなエビデンスの蓄積によってオンライン診療系もかなり点数がついている。オンライン診療の中のwith Nがどういう役割を果たして、どういった効果があるかということが数値化されて、はじめて点数に反映されると思うので、研究も含めて推進していくことが大事である」と回答した。2つめの質問には大高氏が、「特別講演でも触れられていたが、看護師は処方調剤はできず、例えば医師が院外処方箋を発行して薬局に送ってもらうという対応になる。離島等の診療所において、荒天等により医師および薬剤師が渡航できないことにより不在時となる場合において、看護師の調剤が認められている」と回答した。

安江氏からの「オンライン診療の先に目指しているものは何かについて聞きたい」との質問に、守川氏は「オンライン診療という視点ではなく、2040年、2050年という将来の保健医療福祉の姿を

描いて、地域全体で住民の方を支えるために何が必要で、どういう情報をどのように共有していけばいいかを考えながら、その中のデバイスの一つとして、オンライン診療はどうあるべきかを考えているところである」と述べた。

●おわりに

「山口県へき地遠隔医療推進協議会として2018年に始まり、2019年度から厚生労働省の厚生労働行政推進調査事業となった本事業も2023年度で無事終了する。同じ時期にオンライン診療の診療報酬が



原田昌範先生

新たに始まり、いろいろな規制がある中、議論を重ねて課題を見つけ、国に届けてきた。そのような中、コロナ禍となり、この感染症の流行はこれまで先送りにしてきた課題を『見える化』したところもあり、その一つが医療DXの遅れだったと思う。私自身、山口県コロナ対策室を兼務し、医療DXの可能性を実感した。多くの職種、多くの異業種の人に支えられて乗り越えられたと思っている。コロナ禍と災害は共通するところがあると実感したが、同様にへき地医療も医療資源が限られており、通じるところが多いと今日も感じたところである。今後、どんな社会を想像しながら、それを解決するために取り組んでいくかということが極めて重要で、オンライン診療vs対面診療ではなく、どうやって組み合わせるのか、黄金比は何かということ、医療者の目線でもしっかり捉え、へき地医療からのイノベーションにチャレンジしていきたいと思っている。そう述べた原田昌範氏の挨拶で、この日の充実した会は終了した。

●「第2回へき地遠隔医療推進協議会」の企画の中心となった原田昌範先生(山口県立総合医療センターへき地医療支援部)は、月刊地域医学編集委員会のメンバーです。原田先生からのメッセージです。
<https://www.youtube.com/watch?v=D6Sj6xv1Djk>





自治医大卒業生の地域奮闘記 ～日々和良いあり，涙あり～

国保和良診療所 所長 堀 翔大

皆さん初めまして，堀翔大と申します．平成6年4月この世に生を授かり，令和2年に自治医科大学(岐阜県43期)を卒業，今年で医師5年目となりました．現在は岐阜県郡上市の県北西部地域医療センター国保和良診療所で勤務しております．昨年4月に同診療所へ赴任，一人診療所所長としては今年で2年目です．慣れないことばかりではありますがスタッフ，地域住民の方々に助けられながら日々奮闘中でございます．

そんな私の地域での日々を綴らせていただければと思います．しばしお付き合いください．

郡上市和良町の紹介

診療所のある郡上市和良町は，岐阜県のほぼ中央(観光地である郡上八幡と下呂市の中間)に位置しています．人口は1,500人程度，そのうち高齢者人口は770人程(なんと高齢化率50%以上!)の“超”高齢化地域です．和良町の名物といえば，何ととっても鮎です．毎年開催される鮎の塩焼きを食べ比べる大会，「清流めぐり利き鮎会」(通称「利き鮎」)で4度目のグランプリを獲得しております．旬の時期になると，飲食店や旅館などで鮎を堪能できる機会が多くあります．ぜひ皆さん，和良鮎を食べにいらしてください．

第1章 初めての内科業務…そして「治す」ということ

さて，初期研修修了後から本格的な医師人生のスタートということで，無事に研修医を終了

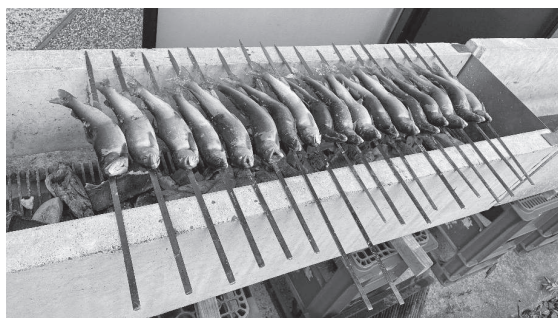


写真1 串に刺して塩焼きにした鮎は最高です 身がとても大きく骨まで丸ごと食べられます

し地域の総合病院での勤務が始まりました．入院，外来対応，夜間上級医不在の救急外来，透析業務，胃カメラ，訪問診療…初期研修医の頃，まともに病棟業務や内科診療をやったことがなかった自分にとっては初めての経験ばかり．上級医の先生方のお力もお借りしながら(時には看護師さんたちから愛あるお叱りを受けながら)，院内を走り回る毎日でした．そんな日々の中で気づかされたことは，「患者さんを治す」ということの本当の意味でした．

とある入院患者さんが本日，退院するとします．その患者さんは果たして本当の意味で治療が完了したのでしょうか．退院後，その人は果たしてきちんと自宅で生活できるのでしょうか，自宅で過ごすことができる程家族の介護力はあるのでしょうか，自宅の環境はどうなっているのでしょうか(自宅は段差・階段が多いのか，手すりはあるのか，トイレは自室から近いのか等)，自宅退院が難しいのであればその人の介護度に合う施設は利用できるのでしょうか，また普段の生活習慣に関して，運動習慣の有無は？ 元々転びやすかった？ 食事の際のむせは



写真2 地域住民に対して、認知症のミニレクチャーを行いました

あった？ 今までの生活からあらかじめリスクを考え予防することはできなかったのでしょうか…「治療」と一言でいっても入院期間の間だけでは到底足りない、考えなければならないたくさんの方がいると痛感させられました。

それらの患者さんの情報を数多く収集し課題、改善策を考えるためには、医師一人では到底不可能です。看護師(病棟、外来、訪問など)、理学療法士、作業療法士等の院内スタッフ、患者さんの普段の生活をよく知っているご家族・デイサービススタッフ、時には近所の人々の力を借りながら総合的な判断が必要だと思われまます。これらの情報収集のしやすさ、改善策の見つけやすさという点において、地域医療ならではの大きなメリットがあるのではないかと認識させられました。また、「治す」ことの本当の意味合いを改めて確認することができました。

第2章 一人診療所へ赴任、より地域へ…

令和5年4月から、現在の国保和良診療所に赴任し1年が経過しました。病棟業務がなくなり外来・訪問診療が業務の大半を占め、そして併設する介護老人保健施設の責任者という肩書きが加わることとなりました。

外来に通う患者さんたちは本当に気さくで優

しい方々ばかり。時には「晴れた日で絶好の畑日和だから受診をやめます…」「狩猟罠にシカが引っ掛かっていたから受診やめます…」等マイペースぶりを遺憾なく発揮します。改めて「自分は今地域にいます…」と感じる場面でもあります。

地域には、ご自宅で最期を過ごされる方が多くいらっしゃいます。がんの終末期、寝たきり、経口摂取もほとんど不可能…ご本人も苦しまれて過ごされていますが、それを支えようとするご家族の方々も相当苦しんでいるに違いありません。ご本人の苦しみだけでなくご家族の苦しみも少しでも取り除いてあげたい…そのために何か他にできることはないのか、新しく利用できるサービスはないのか…日々悩み、スタッフ同士で協議を重ねながら方針を決定していきます。後日、患者さんやそのご家族から感謝の言葉をいただいた時の達成感は何ものにも代えられません。

また「予防を主として、治療に従とする」という診療所のモットーから、予防医療にも特に力を入れております。健診受診を強く推奨しており(先日は92歳の方が住民健診にみえました！すごい…)、健康教室を地域の方々にいきなり、小・中学校へ予防医療をテーマに出張授業に行かせていただきました。とても貴重な経験ばかりで、毎日地域の方々の温かさに触れながら日々励ん



写真3 中学校へ出張授業 防煙教室と題して喫煙の怖さ、副流煙の恐ろしさを
レクチャーしてきました

でおります。

第3章 結局どこに行ってもチーム医療 は大切

さて、こんな私ですが将来は産婦人科医を目指して日々精進中です。週1日は産婦人科医として市中周産期病院で勤務させていただいております。

お産、手術など、診療所としての勤務とはガラリと変わるため、頭を切り替えなくてはならない場面が多くあります。しかし、大切なことは周囲の協力がなければどんな医療も成立しないということだと私は思います。

お産や手術も、助産師、看護師、麻酔科医、新生児科医、患者家族などが関わって協力し合うことで初めて成し遂げることができます。地

域医療も同様です。看護師、介護士、技師、ケアマネージャー、理学療法士、事務職、地域住民の方々に支えていただきながら、ようやく1人の患者さんと向き合い問題解決に取り組んでいくことができるのです。自分1人の力だけで達成できることはほとんど限られていると思いますが、逆に言えば周囲の人々の協力や支えさえあれば最善の解決策は見つかるのではないのでしょうか。

このように診療所一丸となって、分からないこと困ったことは周りを上手に(?)巻き込みながら、一人診療所でも明るく楽しくやっております。長文でしたがお付き合いいただきありがとうございます。ぜひ和良町にいらしたときは一声おかけください。お待ちしております。

堀 翔大(ほり しょうだい)先生 プロフィール

2020年自治医科大学医学部卒業。岐阜県総合医療センター初期臨床研修、郡上市県西北部地域医療センター国保白鳥病院を経て、現在 同センター国保和良診療所 所長。

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました！

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

● J-STAGEとは

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

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

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

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

J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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

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

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。

ぜひ、ご活用ください。





地域医療と子育てと釣りニケーション

紀南病院内科 医長 兼 紀和診療所 診療所長代理 **渡邊大和**

自己紹介

はじめまして、自治医科大学三重県38期の渡邊大和と申します。あっという間に9年が経ち、気が付けば義務ラストイヤーとなってしまいましたが、育休取得の関係で、もう1年この地に貢献できればと考えている今日この頃です。

私はもともと外科志望ですが、三重県では外科での地域派遣がありません。働き始めた頃は、外科医として遅れをとるのではないかと考えていたこともありましたが、今では、内科的知識や経験を持ち、どんな患者さんにも対応できる外科医を目指して、地域にいる間に内科専門医を取得しました。

現在、三重県最南端の中核病院である紀南病院と和歌山県・奈良県の県境付近にある紀和診

療所で勤務しています。紀南病院からは熊野市から紀宝町に至る約22km続く日本で一番長い砂礫海岸である七里御浜が一望でき、毎年8月17日には当地域では非常に有名な熊野大花火大会が開催されています。熊野古道などの観光地も多く、紀和地区には日本の棚田百選に選ばれた丸山千枚田があり、普段は当たり前の風景とは思っていませんでしたが、今考えると数々の名勝に囲まれた地域で働いているのだと実感しています。

私にとっての地域医療

さて私自身田舎出身ということもあり、地域医療に関してそれほど抵抗なくスタートしましたが、改めて振り返るとさまざまなことがありました。書き始めるとキリがないので、ここで



医局からの風景



往診風景

多くはお話しできませんが、皆さんご存知の通りやはり地域においてできる検査・できる治療は限られており、どうしても大病院へ紹介しないといけない場面があります。しかし、治療できる可能性を説明し、選択できる治療法を提示しても、その地域から離れたたくなく、ここで可能な範囲内でと希望される方がいることが印象的でした。地域医療では、積極的な治療介入だけが医療ではなく、患者さんや家族の背景、価値観に応じて、時には『できるけどしない』が選択肢であることを何度も感じました。もちろん大病院で命を救うために全力で治療することも大切ですが、そこではその後の生活を考え、一人ひとりに介入していくことは難しい場合もあると思います。その人にとっての幸せとは何なのか、今の生活で一番重要なことは何なのか、一人ひとりの人生に触れられるところに地域医療の魅力を感じています。

同期との釣りニケーション

医師7年目、現在勤務している病院に前赴任中のことです。年次的に私と私の自治医大の同期が実質内科のトップのような立ち位置にいました。やはり医師7年目の経験値ですので、全ての疾患に対する答えを持っているわけでも



釣りニケーション中に爆釣した日

なく、後輩たちのマネジメントを全て完璧にできるわけでもなく、一人だったらいろいろと大変だったかもしれませんが、幸い私には心強い同期がいました。その同期とのコミュニケーションの場が釣りでした。もちろん病院でも話しますが、お互いにバタバタとしていたもので、仕事に追われていない釣りの場での会話が一番落ち着きました。もともと釣りは少しやっていた程度で、当時は道具も何も持っていませんでしたが、同期からの誘いではじめ、気づけばほぼ毎日のように一緒に釣りに行っていました。大半は各々黙々と釣りに没頭しているわけですが、疲れた時や一段楽した時に集合しては何気ない会話をしていました。あの当時全てを自分一人でまとめてやっていくのは大変であり、この何気ない会話が地域医療の糧となっていたと思います。私にとって地域医療と釣りは切っても切れない関係にあるといっても過言ではありません。

長男、次男からの長女爆誕

最後にお話しするのは、子育てに関することです。地域医療をこれまでやってきてこれまたよかったなと思うことは子どもとの時間を多く取れたことではないでしょうか。もちろん勤務時間内や日当直中はいろいろと多忙ではありますが、オンオフの区別がしっかりしているため、申し送りさえしっかりできていれば、基本休日に連絡がくることはありません。また、学年関係なく、まとまって休みがとれるように配



妹にデレデレのお兄ちゃんたち

慮して勤務を決めています。自治医大出身の先輩後輩が多く、有休や育休が取りやすい環境にあったことも本当によかったと思います。実際、周囲の協力のおかげで当時はまだ浸透していなかった男性育休の取得をさせてもらいました。育児の大変さを実感するとともに、今後の働き方を考える良いきっかけになりましたし、

なにより子どもの成長を間近にみることでよかったです。ただ自分の思った通りに時間が使えず、特に何もしないままに夕方になっていることがザラにあることに困惑の日々でした。妊娠から出産、子育てに至るまで今でも日々奮闘してくれている妻には感謝の気持ちしかありません。渡邊家の現状はというと、長男・次男がすくすくと育ち、家は常にいろんな叫び声が飛び交うかなり賑やかな家庭となっていますが、最近待望の長女が爆誕し、みんな娘にメロメロになっています。今後ますます親バカに拍車がかかっていきそうですが、長女の誕生で今後渡邊家がどうなっていくのか乞うご期待です。

そんなこんなでいろいろとお話ししてきましたが、とりあえず日々楽しく生活させてもらってます。派遣された身という考えではなく、地域の一員としてさらに地域をよりよくしていくためにはどうしたらいいかを考えながら、引き続き地域医療に貢献できればと思います。今回の記事で少しでも多くの人に地域の魅力が伝われば幸いです。

渡邊大和(わたなべ やまと)先生 プロフィール

2015年自治医科大学卒業。済生会松阪総合病院での初期研修の後、町立南伊勢病院、紀南病院、済生会松阪総合病院等での勤務を経て、2023年より紀南病院内科医長として着任し、紀和診療所所長代理も兼任し、現在に至る。

投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

脳外科単科病院での 特定ケア看護師の役割

脳神経外科東横浜病院 滝澤江里子

はじめに

はじめまして、今月担当させていただく、脳神経外科東横浜病院所属 NDC 7 期生 滝澤江里子と申します。

脳神経外科東横浜病院は、年間の救急受入患者数は3,000人、手術件数は300件を超えている急性期を中心とした、地域医療へ貢献を目標にしている脳外科単科の病院です。2023年3月に特定行為の臨床研修を終了し、現在は特定ストロークナースという名称で、内科的管理(主に電解質やインスリン、利尿薬、降圧薬調整)、急変対応や血管内や開頭手術の助手、救急の初期治療、初診外来の身体診察の業務をさせていただいています。当院では初めての特定看護師であり、手術件数が多い当院では、多忙な医師と看護師、パラメディカルとの橋渡しができる役割をしたいと思い、日々尽力しております。

特定ケア看護師を目指したのは

私がNDCを目指した理由は、私の看護師としての目標でもある、「患者、家族の一番の味方になる」というものに一歩近づけるのではないかなと思ったからです。

なぜ、この目標にしているかというところからお話しさせていただきます。私がそもそも看護師を目指したのは、循環器専門病院で看護助手と病棟クラークの兼務をしていた際に、長期入院していた患者さんと病室でいつも通りにお話をさせていただいていた時、突然反応がなく



回診中

なってしまう、ナースコールを押すことしかできませんでした。すぐに看護師や医師が来てくださり、私は病室から出ることとなり、現状をのみこめないまま病室の前に立ち尽くしていました。ご家族が来院されましたが、ご家族になんて言葉をかけていいのかわからず、また現状も理解できていなかったもので、一緒に処置が終わるのを待つことしかできませんでした。その後看護師からご家族と一緒に入室するよう言われました。

患者さんは亡くなってしまいましたが、とても穏やかな顔でした。

後日ご家族から、一通の手紙を受け取りました。そこには、『一緒に悲しんだり、喜んだりしてくれてありがとう。一番の味方になってくれてありがとう』などと、書かれていました。そして、病室の前で立ちすくんでいた私の姿を見ていた看護師から勧められ、看護師の道に進みました。

看護師になり、待っていた現実は…

看護の世界に入り、待っていたのは、日々多忙で業務をこなすことで必死な毎日でした。ある程度経験も積んだ頃には、後輩指導などもあり必死に業務を行っていました。

ある時、救急搬送された患者に違和感をおぼえましたが、数日後に病状悪化された際、医師が来るまで何もできず、『あの時の違和感をちゃんとアセスメントしていたら』と後悔して、患者さんやご家族に対して寄り添えていないことに気づきました。そこから初心を忘れていたことに気づき、患者さんや家族に寄り添うことのできる看護師を目指して日々業務をしてきました。しかし、患者さんに寄り添おうと思うほど、患者さんの全身状態をアセスメントする際に躓くようになってしまいました。

また、救急や病棟での多忙な医師を待つ間の不安を少しでも減らしたいという気持ちで『診る』と『看る』ができる特定ケア看護師の道に進みました。

特定ケア看護師として、脳外科単科での役割は…

1年前は、JADECOM NDC研修センター(藤谷塾)での課題に迫られ、実習や研修はとても大変でしたが、自施設や家族、メンターさん方、NDCの先輩方、内藤貴基先生、指導医の先生方、何より7期生のみんなに助けられ、何とか卒業することができました。7期生の同期とは、今でも連絡を取り合い、実習や研修の思い出話、困っている事などを相談したりしています。

臨床研修では、初めての特定看護師であるため、まずは業務を知ってもらうように全体ミーティングでプレゼンテーションを行い、日常業務でも積極的に介入し各部署との関わりを持つようにしました。

この一年間の臨床研修で、たくさんの壁に当たってきましたが、一つ一つ壁を乗り越えてい

くことで、指導医から求められるレベルも上がりますが、壁にぶつかるたびに初心を思い出しています。

私が思う脳外科単科病院での特定ケア看護師の役割は、救



常時携帯品

急車台数や手術件数が多い当院では、医師や看護師は一人に対して寄り添える時間が持ちたくても限られています。そのため、医師と看護師の代わりにモニターを頻回にチェック、身体診察や検査、傾聴など丁寧に一人に対してかけ、急変予測や病状の悪化などを未然に防ぐことが役割なのではないかと考えます。その先に医師とパラメディカルとの患者情報の連携などができるのではないかと思います。今では、急変対応や救急の初期診療、外来初診患者の問診、内科的な介入、手術助手、指示簿の代行入力、診療情報提供書の作成代行などの業務を行っており、医師とパラメディカルの橋渡しには、まだまだ遠いですが、『いてくれてよかった』や『不安が解消された』、『患者対応がスムーズになった』などのお声をいただけるので、一歩近づけているのではないかと考えて日々頑張っております。

これからも『患者に寄り添い、一番の味方になれる看護師』を目指して一歩ずつ成長していきたいと思います。



時々7期生のみんなと息抜き会

地域医療型後期研修

2024. 2. 15

地域での学びをこれからの力に

はじめまして. 総合診療専門研修プログラム「地域医療のススメ練馬」で研修中の後期研修2年次の細川裕司と申します. 私は, 奈良県の小さな町で育ちました. 京都の大学で工学を学び, 電気系エンジニアとして通信機器や半導体製造装置などの開発に7年間従事しました. 技術者の仕事は世に新しいものを送り出し, 世の中の進歩に寄与することができると思うと非常に魅力的な仕事でした. そして, 妻との結婚を機に医学の道に進むことを決め, ご縁があり2023年4月より練馬光が丘病院の総合診療科専攻医として日々研鑽を積んでおります.



プロフィール

2021年4月 日本大学病院初期研修プログラム
2023年4月 練馬光が丘病院「地域医療のススメ」

入職後は練馬光が丘病院の総合救急診療科総合診療部門で5ヵ月, 集中治療部門で2ヵ月, さらに総合診療部門で2ヵ月間研修を行いました. そして2024年1月より山梨県の上野原市立病院にて地域研修をしております. 練馬では, 指導医の先生方から指導やフィードバックをいただきながら診療を進めることのできる環境で, 経験も知識もまだ未熟な私にとって一つ一つ着実に力をつけていくことができる良い環境にありました. 一方で, 上野原市立病院では, 外来や救急車をこなしながらも同時に病棟業務も進めていくことが必要となり, スピード感をもって自ら判断して診療を進めていく力をつけていけるように, 日々業務に励んでいます. 患者を取り巻く家族の関係性も都市部に比べより密接で, 家族みんなで看ようという印象が強く, 地域性というものを感じることは多々あります. 普段の診療では内科の先生方にご指導いただくことはもちろん, 外科や整形外科など普段は関わるのが少ない他科の先生との距離も近くご指導賜ることができることは非常に大きい経験です. 現在は練馬光が丘病院の同期の荒井先生と板橋中央総合病院から研修にいらしている専攻医の和才先生と共に研修に励んでおり, 専攻医で症例カンファレンスをして治療方針を共有したり, お二人に助けられつつ知識や経験を積み, 貴重な時間を過ごしております.



森のアスレチックに挑戦

休日のリフレッシュは家族との時間です。6歳になる娘の遊びにお付き合い。先日は娘が「やってみたい！」と強い希望で森の中に作られたアスレチックへ。高さ10m以上はある木々の間に作られた本格的なアスレチックで、本当にできるのかと心配に思いつつ一緒に挑戦しました。娘は途中で恐くて泣きながらも最後までやり切って満足げ。もう一回やりたい！と制限時間内にさらにコースを数周回、

毎回怖くて泣きながらもやり切っていました。いろいろなことに興味を持ってスポンジのように新しい経験を吸収していく娘の姿を見てみると、医師としてまだまだこれから貪欲に学んでいかないといけない、自分も負けていけないという気持ちになります。そして、これからも娘の「やってみたい」を一緒にやっていければと思います。が、アスレチックで父の足はずっと震えていたことは娘には内緒です。

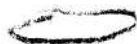
将来は、東京の地で総合診療医として地域に貢献できればと考えております。地域医療は、都市部であれ地方であれ、各地域の個性があり、それぞれの地域性に合った総合診療医としての役目があるかと思っております。JADECOMの総合診療プログラムの専攻医の魅力は、さまざまな地域でその地に合った診療の形を経験し学ぶ環境が準備されていることだと考えております。これから続く専攻医としての研修期間の間にそのような環境を享受しながら、総合診療医としての幅を広げ医療に貢献していきたいと思っております。



上野原市立病院にて 同期とともに



百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～



第1回



才津旭弘 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 特命助教
自治医科大学卒業（熊本県36期）

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
自治医科大学卒業（宮城県28期）



こんにちは。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の才津旭弘です。今回、自治医科大学医学部3年の学生3名と共に滋賀県のJADECOM施設「地域包括ケアセンターいぶき」と「米原市地域包括医療福祉センターふくしあ」を訪問いたしました。

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は、開学50周年を迎えた自治医科大学にJADECOMが2023年度に開設した寄附講座です。当部門は名前の通り「キャリア教育」に取り組む部門であり、プロフェッショナルとして、自分を育てる力を教育し、開発することをミッションの1つとしています(資料1)。都市部もへき地・離島でもJADECOMは地域医

療を展開し、その中核を担うのは義務年限後の自治医大卒業生です。今回は滋賀県のJADECOM施設の先輩医師である畑野秀樹先生(滋賀県12期卒)と中村泰之先生(滋賀県17期卒)を訪ね、医学生のカリヤ教育の場として勉強させていただきました。

今回の実習で自治医科大学卒業の医師がどのような環境で何を考えキャリアを築いてきたのか、地域医療の最前線でご活躍されている先生方を「見て」、「聞いて」、「学んで」きました。その経験に3名の医学生が「百聞一見～地域の先輩を訪ねて～」というタイトルをつけてくれました。JADECOM施設訪問を通して、地域医療におけるキャリア形成について感じたこと、考



米原駅での写真（左から JADECOM西日本の増居様、医学部3年生の中村さん、吉川さん、中村さん）

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
 R & D Division of Career Education for Medical Professionals,
 Medical Education Center, Jichi Medical University

開学50周年を迎えた自治医大に  **地域医療振興協会** が
 2023年度に開設した寄附講座です

Think globally. Act locally in each situation.
That is a "Glocal" hero as JMU alumna/ alumnus.

都市部もへき地・離島でも地域医療振興協会(JADECOM)は地域医療を展開し、
 年限終了後の自治医大卒業生がその中核を果たしています。
 年限内だけでなく、終了後の先輩たちの活躍の場の一つです。

当部門では 学内外の様々な組織と協力し
医療の谷間に灯をともし、の先へ
いつでも、どこにいても卒業生を応援します

- ・研究、報告してみたい 新しいことに取り組んでみたい
- ・先輩、後輩に会いたい 会いに来てほしい
- ・県人会・同窓会に面白い先輩を呼んで話を聞いてみたい
- ・地元大学との関係を考えたい

そんな時は、お気軽にご連絡ください

みんなで応援し、仲間とつながります！


 部門長・教授
 岡崎仁昭先生


 特命教授
 菅野武先生


 特命助教
 才津旭弘先生


 教授
 松山泰先生


 准教授
 浅田義和先生

連絡先: 自治医科大学 記念棟9階
 TEL: 0285-58-7067 E-mail: mecjmu@jichi.ac.jp

 医学教育センター
 ホームページ

資料1

えたこと、医学生としてこれからどう過ごしていくのかを、学生自身の視点でまとめてもらいましたので次号から報告します。

学生は、①医師の視点からのキャリア形成、②医師以外の医療従事者が求める医師像、③地域の患者や家族からみた理想の医師、これら3つをそれぞれにテーマとして訪問前に設定し、現場の医療・介護・福祉を見学しました。多角的な視点で地域医療を見ることで、各自の地域における卒後のキャリア形成を具体的にイメージし、現在の自分たちには何が必要で、これから何をすべきなのかを考える機会とすることが目的です。そして、今回の報告を通して先輩方の考えや足跡を広く共有することにより、次に

つながる活動へ発展させるとともに、まとめる作業を通して学生自身の学びが深まることを期待しています。

今後、医学生また若手医師のキャリア教育の場として施設訪問に協力していただける先生方がいらっしゃればご一報いただけましたら幸いです。

末尾になりますが、お忙しい中、施設訪問を快諾してくださった、地域包括ケアセンターいぶきの畑野秀樹センター長、米原市地域包括医療福祉センターふくしあの中村泰之センター長、また両施設の職員の方々、コーディネーターのJADECOM西日本事務局の増居志津子様に、改めて感謝申し上げます。

自治医大「医療人キャリア教育開発部門」(地域医療振興協会寄附講座)の特命教授を務める菅野武先生は、編集委員会のメンバーです。

菅野先生からのメッセージです。

<https://www.youtube.com/watch?v=5cel8kA07zA>



評議員会・理事会が開催されました……………

2月21日(水)に東京の都道府県会館において評議員会および理事会が開催されました。

10時から開催された評議員会では、中島正信評議員(全国知事会事務総長)が互選により議長に選出され、大石利雄理事長の挨拶ならびに永井良三学長、川合謙介病院長および遠藤俊輔さいたま医療センター長からの現況報告の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 令和6年度学校法人自治医科大学事業計画

議案第2号 令和6年度学校法人自治医科大学収支予算

審議の結果、議案第1号および第2号について原案どおり承認されました。

11時から開催された理事会では、寄附行為の定めるところにより大石理事長が議長に就き、理事長の挨拶の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 令和6年度学校法人自治医科大学事業計画

議案第2号 令和6年度学校法人自治医科大学収支予算

議案第3号 役員賠償責任保険契約の締結

議案第4号 田谷聡常務理事の利益相反取引の承認

議案第5号 村井嘉浩理事の利益相反取引の承認

議案第6号 中島正信理事の利益相反取引の承認

審議の結果、議案第1号から第6号について原案どおり承認されました。

また、報告事項として、

1 自治医科大学学則の一部改正

2 自治医科大学医学部修学資金返還債務の一部免除

の報告がなされました。

自治医科大学卒業式が挙行されました……………

3月1日(金)、地域医療情報研修センター大講堂において、総務大臣(代理:海老原諭総務省総括審議官)、栃木県知事(代理:岩佐景一郎栃木県保健福祉部長)、松本吉郎日本医師会会長、稲野秀孝栃木県医師会会長、小熊豊全国自治体病院協議会会長、朝野春美栃木県看護協会会長、森岡恭彦日本赤十字社医療センター名誉院長(本学名誉教授)をはじめ各界を代表される先生方の出席のもと、令和5年度自治医科大学卒業式が厳かに挙行されました。式典では医学部第47期生121名を代表して渡邊悠真君(栃木県)に、看護学部第19期生101名を代表して柿沼莉里花さんに、永井良三学長から卒業証書・

学位記が授与されました。

なお、毎年、学業成績および人格が優れた卒業生に対して学長賞が授与されており、今年度は医学部からは白石萌佳さん(大阪府)、渡邊悠真君(栃木県)、渡会瑠斗君(山形県)が、看護学部からは柿沼莉里花さん、佐々木千春さん、田中来実さんが選ばれ永井学長から賞状と記念の楯が授与されました。

式典終了後、記念写真撮影を挟み、医学部は永井学長から、看護学部は春山早苗看護学部長から、学部別にそれぞれ卒業証書・学位記の伝達式が行われました。

今回の卒業生を含め、本学から巣立った医学部卒業生数は4,978名、看護学部卒業生は、1,976名となりました。

また、医学部および看護学部卒業生(記念品贈呈代表者:医学部 常長咲希さん、看護学部 太田望尋さん)から次の卒業記念品を贈呈していただきました。

〔医 学 部〕 集会用テント1張、テントウェイト6個、高速イメージスキャナー2台

〔看護学部〕 空気清浄機10台、交換用フィルター10個

医学部入学試験が終了しました……………

令和6年度自治医科大学医学部入学試験は、各都道府県および本学関係各位のご協力のもと無事終了し、2月9日(金)に各都道府県2～3名、合計123名の合格者が決定し、発表しました。

志願者数および第1・2次受験者数などにつきましては下表のとおりですが、次年度もオープンキャンパスや各都道府県で開催される大学説明会など広報活動における充実を図り、引き続き本学に相応しい優秀な学生の確保に努めて参ります。

入学者選抜試験の実施状況 (単位:名)

項 目	令和6年度	令和5年度	比 較
志願者数	2,026 (811)	1,923 (777)	103 (34)
第1次受験者数	1,944 (781)	1,829 (745)	115 (36)
第1次合格者数	542 (195)	534 (219)	8 (△24)
第2次受験者数	516 (185)	506 (211)	10 (△26)
第2次合格者数	123 (40)	123 (51)	0 (△11)

※()内は、内数で女子の数

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

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

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



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

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

報告
各種お知らせ
求人



公益社団法人地域医療振興協会主催
第17回 へき地・地域医療学会開催のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では2024年 6月29日(土)、6月30日(日)の両日、第17回へき地・地域医療学会を下記のとおり開催します。

今回の学会では「豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～」をテーマに、ハイブリッド形式で開催予定です。地域に、患者さんに感謝しつつ、実行委員一同この学会に取り組んでおります。多くの皆さまのご参加をお待ちしております。

詳細は順次、本誌や特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2024/>)にて発信してまいります。



- 開催日程** 2024年 6月29日(土)、30日(日)
開催方法 会場(海運ビル：東京都千代田区平河町)オンラインとのハイブリッド形式
参加費 無料
対象 会員、医師、専攻医、臨床研修医、医学生、地域医療に関心のある方
開催テーマ 「豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～」
主 幹 地域医療振興協会 東海・北陸地方支部
大 会 長 小田和弘(伊豆今井浜病院 名誉院長)
実行委員長 川合耕治(伊東市民病院 管理者)
副 委 員 長 梅屋崇(あま市民病院 管理者)

プログラム (時間は現時点での予定であり、変更する場合があります)

- 6月29日(土)
13:30～14:10 開会宣言 大会長講演「もっともっと ずっとずっと へき地医療」
14:10～15:40 高久賞候補演題発表
14:20～15:40 患者さんのための医療とは何か？
15:50～17:10 令和6年能登半島地震：被災地の今と地域医療の未来
15:50～17:10 総合診療医のキャリアパス
17:20～18:20 医師の働き方改革で、地域医療はもっと魅力的になる
17:20～18:20 一般演題発表
17:20～18:20 オレゴン健康科学大学 Jinnel Lewis先生 講演
18:30～18:45 理事長講演
18:45～20:45 表彰式・交流会
- 6月30日(日)
9:00～10:00 地域医療におけるWell-being
9:00～10:00 待ったなし?! 医療の再編・ダウンサイジングの事例から今後のへき地・地域医療を考える
10:10～11:10 招聘講演「へき地は医者ステキにする」
奥野正孝先生(元々 鳥羽市立神島診療所 所長)
11:10～12:40 メインシンポジウム「豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～」
座長 川合耕治(伊東市民病院 管理者)
梅屋 崇(あま市民病院 管理者)
シンポジスト
中村伸一先生(おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長)
吉村 学先生(宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学講座 教授)
荻尾七臣先生(自治医科大学 内科学講座 循環器内科学部門 教授)

高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)動画募集

募集演題 テーマ「私の地域医療」義務年定期間中の地域での医療活動や業績について

応募資格 (対象者には3月末にご案内を郵送しました)

自治医大卒業医師であって令和6年7月から令和7年7月末までに義務年限を終了する予定の方で、第17回へき地・地域医療学会に参加する意思があり、期限までに発表資料(音声付き演題動画・演題概要書)の提出ができること

応募方法 応募用紙提出等 郵送した応募用紙記載の要領でご応募ください。

募集締切 応募用紙提出期限 5月8日(水)17時必着

演題動画提出 5月24日(金)17時必着 *5分以内の音声付動画

ご提出いただく動画ファイルの形式や提出方法などは受付後にご案内します。

採否連絡 6月初旬に通知

応募された方々全員を「へき地医療功労者」として表彰いたします。また応募演題の中から予め10編を選出し、選出された方々には学会当日29日(土)14時10分より高久賞候補演題としてご発表いただきます。発表後、高久賞選考委員会にて高久賞(最優秀へき地医療功労者賞)ならびに優秀へき地医療功労者賞を選考し、29日(土)18時45分からの表彰式にて授与します。

なお、ご提出いただきました動画ファイルは義務年限内の貴重な医療活動のご報告として、協会の事業活動(ホームページ、e-Learning、月刊地域医学、協会の広報媒体等)で利用させていただきますので予めご了承ください。

一般演題募集

皆さまの日々の地域医療活動に関わる幅広い演題を募集します。

募集演題 1. 地域医療に関する「研究報告」「実践報告」「症例報告」等としテーマは問わないものとする。

2. 既発表、未発表の別は問わないこととする。

応募資格 6月29日(土)17:20~18:20の時間に現地会場での発表が可能な方。

演題名 日本語全角50字以内、英語は半角100字以内

抄録本文 日本語は全角800字以内、英語は半角1600字以内

プログラム開催日時

ポスター貼付時間 6月29日(土)12:00~13:00

ポスター掲示時間 6月29日(土)13:00~6月30日(日)13:00

ポスター発表時間 6月29日(土)17:20~18:20

発表形式 示説発表(1演題につき発表5分、質疑応答3分の予定)

※一般演題(ポスター)は、発表会場に1演題ごとに縦2,100mm×横900mmの縦長のパネルをご用意します。当日は、座長が進行しますので、指示に従って発表を行ってください。

※会場での現地開催です。発表者は現地に参集して、発表してください。

現地会場 海運ビル2階 ホワイエでの発表。学会終了後は、ポスターのみ学会ホームページで公開する予定。

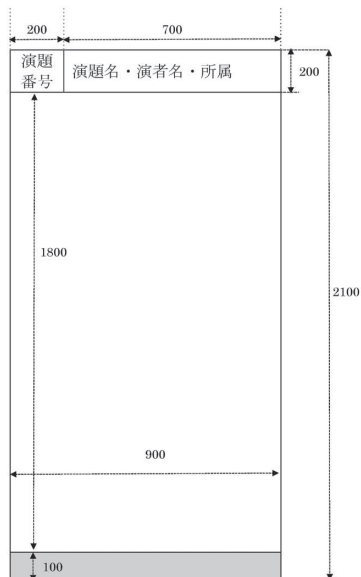
応募方法 特設ホームページ(<https://jadecom-hekichi.com/2024/>)をご覧ください。

応募フォームURL <https://forms.office.com/r/lf5nYiqbfw>

一般演題発表者は、別途本学会への参加申込が必要です。

募集締切 2024年5月20日(月)17:00

採否連絡 2024年5月27日(月)17:00までに通知します。



応募フォーム QR コード

お問い合わせ先

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

学会参加申し込み

下記特設ホームページからお申し込みください

特設ホームページURL: <https://jadecom-hekichi.com/2024/>



研修会

令和6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6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。

- 6月 診療放射線技師研修会、薬剤師研修会、栄養管理研修会、臨床検査技師研修会
- 7月 看護補助者の活用推進のための看護管理者研修会
- 8月 健康企画・評価研修会、保健活動研修会、看護師特定行為研修修了者スキルアップ研修会
- 9月 健康学習研修会
- 10月 口腔ケア研修会、リハビリテーション研修会、災害保健研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会、
チーム医療充実を目指したメディカルプロフェッショナル研修会

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地域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@jichiac.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

募集

日本医科大学 乳腺外科学講座 人材募集

日本医科大学 乳腺外科学講座(大学院)は2012年に開講され、臨床、教育、研究、社会貢献を目的に活動しています。教室員派遣施設として、付属病院乳腺科(文京区)、多摩永山病院乳腺科(多摩市)、武蔵小杉病院乳腺外科(神奈川県川崎市)、千葉北総病院乳腺科(千葉県印西市)があります。

専攻医研修、専門医取得、学位取得、スタッフ勤務などのさまざまな目的を持つ人材を広く募集しております。ぜひ、お気軽にお問い合わせください。

問い合わせ・連絡先

日本医科大学乳腺外科学講座

大学院教授 武井寛幸(群馬1986年卒)

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

E-mail takei-hiroyuki@nms.ac.jp TEL 03-3822-2131 FAX 03-3815-3040

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育 センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

会費のご案内

1. 年会費について

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

準会員……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

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。

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

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

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

北海道医師募集

好きな北海道で、素敵な医療を！



北海道で
お待ちしています。

北海道で働きたいと思ったら！
北海道東京事務所におまかせ！！

- 北海道の地域医療視察・体験
1日～3日程度の旅費を負担します。
- 御希望を踏まえた勤務先の調整
公的医療機関等の求人情報を把握！
北海道職員が丁寧にサポートします。

ドクター×北海道移住マガジン「Mateni」 無料配布中！
(※)詳しくは、北海道東京事務所ホームページをご覧ください！

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



受付 2022.7.6

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名

診療科目: 精神科, 児童・思春期精神科
病床数: 168床(稼働病床77床)
職員数: 106名(うち常勤医師6名)
所在地: 〒080-0334 音更町緑が丘1

連絡先: 北海道道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail kume.akira@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項: 道立緑ヶ丘病院がある音更町は、北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり、とち帯広空港から約1時間の距離にあります。

当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。

地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。

病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。

受付 2022.6.16



北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

診療科目: 内科, 外科, 小児科, 整形外科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 産婦人科, 皮膚科, 泌尿器科, 精神科, リハビリテーション科

病床数: 120床(稼働病床45床)
職員数: 73名(うち常勤医師7名)

所在地: 〒078-4197 羽幌町栄町110

連絡先: 北海道道立病院局病院経営課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail kume.akira@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項: 道立羽幌病院は、北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し、天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。

当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い、総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。

地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。

視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方の連絡をお待ちしております。(院長・副院長は自治医大卒です。)

受付 2022.6.16



※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用: 北海道で負担します

対象: 北海道内外の①医師または医学生、②薬剤師または薬学生

対象病院: 募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先

北海道道立病院局 病院経営課 人材確保対策室(東田)
 TEL 011-231-4111(内線25-853)
 E-mail higashida.asami@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード(北海道道立病院局ホームページ)をご参照ください。



北海道

夕張市立診療所

●総合診療科 1名



診療科目：内科，整形外科，リハビリテーション科，循環器内科，婦人科，耳鼻咽喉科，泌尿器科，小児科，歯科

病床数：19床

職員数：94名（うち常勤医師2名，非常勤医師2名）

所在地：〒068-0425 北海道夕張市若菜8-12

連絡先：事務課 課長 青木

TEL 0123-57-7781 FAX 0123-57-7783

E-mail husashige_aoki@houseikai.or.jp

特記事項：令和5年9月に若菜地区へ新築移転した当診療所は，夕張市内唯一の有床医療機関で保健・医療・介護の中核施設としての役割を担い，救急から在宅医療，介護サービスまで行っています。かかりつけ医としての役割のほか，市内外の医療・介護・福祉機関と連携し，市民の方々が安心して暮らしていただけるよう支えています。

また，東京医療センターからの研修医を受入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ので，ぜひご連絡をお待ちしています。

<https://www.houseikai.or.jp/yubari/>

受付 2024.2.16

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

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2名，非常勤医師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，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。

地域医療に意欲的な方をお待ちしております。お気軽にお問い合わせください。

<https://www.town.fukaura.lg.jp>

受付 2023.7.24

兵庫県

豊岡市立国民健康保険 資母診療所

●総合診療医 1名 内科希望



診療科目：内科，外科，脳神経外科，形成外科

病床数：無床

職員数：6名（うち常勤医師1名，非常勤医師1名）

所在地：〒666-0345 兵庫県豊岡市但東町中山788

連絡先：豊岡市健康福祉部健康増進課 課長 宮本

TEL 0796-24-1127 FAX 0796-24-9605

E-mail kenkou@city.toyooka.lg.jp

特記事項：昭和61年に但東町立国民健康保険資母診療所として開設，豊かな自然に包まれた兵庫県北東部に位置し，近くにはのどかな美人の湯のたんたん温泉やシルク温泉，磁器や皿そばの出石があります。平成17年に合併し，豊岡市立国民健康保険資母診療所となり，市域がひろがり山陰海岸国立公園やコウノトリなど，一層自然環境に恵まれた中にあります。その中で地域の皆さんと信頼関係を深め，親しまれる診療所を目指しています。

受付 2023.11.7.

岡山県

岡山市久米南町組合立 国民健康保険福渡病院



●内科・外科・整形外科 若干名

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

病床数：52床

職員数：69名（うち常勤医師2名、非常勤医師3.3名）

所在地：〒709-3111 岡山県岡山市北区建部町福渡1000

連絡先：事務局 事務長 杉本

TEL 086-722-0525 FAX 086-722-0038

E-mail fukuhs8@po10.oninet.ne.jp

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

<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023.11.15

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14名）

所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

連絡先：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、上天草地域の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。医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。

何卒よろしくお願いいたします。

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

受付 2024.2.1

熊本県

球磨郡公立多良木病院企業団



●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、ぜひ当院に働いてみませんか。

<https://www.taragihp.jp>

受付 2024.3.5

北海道

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 道立保健所 (26ヵ所), 本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 人事係 下道

〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目

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

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

PR事項: 北海道では、道立保健所や本庁に勤務する公衆衛生医師を募集しています。

保健所では、市町村や医療機関などと連携し、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策など、道民の健康を支える専門的業務・危機管理対策に携わります。また、本庁では、保健・医療・福祉に関する計画策定や施策立案に携わります。

採用時は、比較的規模の大きな保健所で所長のもと必要な知識・経験を培い、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長として勤務します。また、本庁で勤務することもあります。専門分野は問いません。行政機関での勤務経験も不要です。困ったときには、全道で30名を超える公衆衛生医師の先輩・仲間に相談することができます。

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

「WEB相談会」を随時開催しています。保健所の見学もできますので、お気軽にお問い合わせください。

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



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 松岡

〒540-3570 大阪府中央区大手前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はなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康といのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。

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

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



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 徳丸

〒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いたは、健康寿命も日本一です!

令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。

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

日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいと和牛」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>



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 6名

勤務先: 本庁, 保健所, 精神保健福祉センター, 児童相談所等

連絡先: 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870

E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

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

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

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

ご興味のある方、ぜひお問合せください。

保健所見学等も歓迎いたします。

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



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黒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>





沖縄県 宮古南静園



沖縄県 沖縄愛楽園



鹿児島県 奄美和光園



鹿児島県 星塚敬愛園



熊本県 菊池恵楓園



香川県 大島青松園



岡山県
邑久光明園



青森県 松丘保養園



宮城県 東北新生園



群馬県 栗生楽泉園



東京都 多磨全生園



静岡県 駿河療養所



岡山県 長島愛生園

国立ハンセン病療養所 医師募集

全国
13ヶ所

いま、ここにしかない 医療がある

プライマリケア主体で、勤務は概ね規則的です。
ワークライフバランスの面など
今までと違った医師としての新しい働き方を
探すことができる場です。

全国13ヶ所の国立ハンセン病療養所で
あなたを待っている人たちがいます。

北は青森県から南は沖縄県宮古島まで、
全国に13施設ある国立ハンセン病療養所。
人生の大部分を療養所で過ごしてきた入所者の方々に寄り添い、
文字通り全人的医療の提供をめざす仲間と共に、働いてみませんか。

厚生労働省 医政局医療経営支援課
国立ハンセン病療養所対策室

詳細や見学希望などは、
下記ホームページや募集
パンフレットより、療養所
各施設へ直接お問い合わせ
ください。



国立ハンセン病療養所
医師募集ホームページ

国立ハンセン病療養所の医師は
特例により「兼業」が可能です。

令和5年4月から定年年齢を
段階的に引き上げております。

国家公務員として
安定した勤務が可能

大学等において研究等を
しながらの勤務が可能

ひとくらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 tel 03-5253-1111 (内線2605・4412)

各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度、第○回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨：議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論：議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他：講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。

文字量目安：約950字で1/2ページ分, 1,900字で1ページ分となります。

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

4)原稿の表記：原則として日本語とする。句読点として全角の「、カンマ」、ピリオドを用いる。薬品は原則として商品名ではなく一般名とする。日本語化していない外国語、人名、地名、薬品名は原語のまま用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身*)とする。(※必要な場合のみ)

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「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	大海佳子(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 病院長)
	本多英喜(伊豆今井浜病院 管理者兼病院長)
	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, 2024.4.8現在)

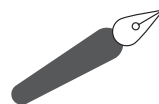
編集後記

2度目の編集後記、皆さまより先に学びの多い記事を読ませていただき感謝です。今月の特集は「青森県」です。吉岡秀樹先生の巻頭インタビューに引き続き、青森県でご活躍の先生方から青森県の現状や課題・取り組みを詳細に伝えていただいています。2010年、東通村診療所の川原田恒先生と一緒に米国オレゴンに視察に行きました。そのご縁で、初めて青森県に伺ったのは、東日本大震災の前日の2011年3月10日でした。2016年11月には大間病院を訪ね、その足で青森県人会にも参加させていただき、ちょうど同期の米田博輝先生が弘前大学に赴任した時期でした。当時を思い出し、皆さまの記事を感慨深く拝見しました。県単位の「特集」は貴重な資料となりますので、ぜひ47都道府県でリレーしてほしいです。

今月から始まった「自治医大生がJADECOM施設を訪問する」シリーズ企画の名称は「百聞一見」に決まりました。実は私も数年前、滋賀県の両施設に訪問させていただき、多くの発見と学びがありました。やはり行ってみないと分からない、伝わることがあります。医学生に詳細にご報告いただいた小笠原村診療所はまだ行ったことがなく、さまざまな支援の取り組みを知り、ぜひ一度行ってみたくなりました。岐阜県の和良には行きましたが、三重県の紀南には行ったことがありませんので、今年三重に行きます！

今年3月に山口県で開催した「第2回へき地遠隔医療推進協議会」の報告を本号でさせていただきました。特別講演にご登壇いただいた厚生労働省の守川義信先生は、JADECOM施設でも勤務された経歴や女川町立病院の支援のご経験もあります。実は今年度から青森県健康福祉部長に就任されています。協議会の夜、本州の両端から日本のへき地・地域医療を盛り上げようとお話しさせていただいたところでした。ワクワク。

原田昌範



月刊地域医学 第38巻第5号(通巻451号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日／2024年5月10日

発行所／公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元／株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan



伊豆・河津桜

大会長 **小田和弘**
伊豆今井浜病院 名誉院長

実行委員長 **川合耕治**
伊東市民病院 管理者

副委員長 **梅屋 崇**
あま市民病院 管理者



招聘講演
『へき地は医者をステキにする』
奥野正孝 先生
元々 鳥羽市立神島診療所 所長

メインシンポジウム



シンポジスト
中村伸一 先生
おい町国民健康保険
名田庄診療所 所長



シンポジスト
吉村 学 先生
宮崎大学医学部地域医療
総合診療医学講座 教授



シンポジスト
菊尾七臣 先生
自治医科大学内科学講座
循環器内科学部門 教授

特設ホームページ: <https://jadecom-hekichi.com/2024/>



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



ISBN978-4-909117-86-1
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)