

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

8

2024
Vol.38-No.8

【特集】

医学教育モデル・ コア・カリキュラムの改訂と 最新の地域医療実習

【企画】佐藤新平 大分市医師会立アルメイダ病院 婦人科 部長

●インタビュー

「しなやかに、地域医療に取り組む」

吉嶺文俊 新潟県立十日町病院 病院長

JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



へき地医療対策に遠隔医療を どう組み合わせるか [前編]

7月1日配信 

原田昌範先生

山口県総合医療センターへき地医療支援センター長
地域医療振興協会理事・山口県支部長

原田昌範先生は、山口県総合医療センターへき地医療支援センターでの実績を踏まえ、へき地医療にどのように遠隔医療を組み合わせるかについて、2回にわたって講義しています。

前編では、県全体の人口減少、過疎化、高齢化や医師の偏在、若手医師の減少、診療科の偏在など、山口県のへき地医療の現状と課題を述べています。そして離島・へき地で「地域包括ケアシステム」を構築するため、10年前からクラウド型電子カルテを導入し、へき地医療拠点病院と各診療所をつないだ取り組みや、「へき地遠隔医療推進協議会」の活動等を解説しています。

また、コロナ禍で大きく規制が緩和されたオンライン診療について、2019年から米国やオーストラリアなど海外での好事例の実証実験を行った、厚生労働省実証事業につ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.8(2024年)

目次

インタビュー

- しなやかに、地域医療に取り組む／吉嶺文俊 2

特集 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂と最新の地域医療実習

- エディトリアル／佐藤新平 12
- 総論 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂点／松山 泰 13
- 大学の地域医療実習
 - 地域医療のプレイヤー兼マネージャー育成を目指して－自治医大の新たな取り組み－／小谷和彦・阿江竜介・小池創一・松山 泰 18
 - 卒前医学教育における長期臨床実習(Longitudinal Integrated Clerkships)の取り組み／高村昭輝 22
 - 医学部早期からの島根県全体での総合診療医育成:高度総合診療力修得コース／樋口 大 28
- 地域医療実習の現場から
 - 地域コミュニティを活用した地域医療実習／孫 大輔 35
 - やまぐち地域医療セミナーの実際／宮野 馨 40
- 学生の視点から
 - 自治医科大学の地域医療臨床実習を通じた医学生の学修内容／中村晃久・小谷和彦 46

活動報告

- 三宅島国保診療所からみた離島での眼科医療の現状と、眼科遠隔診療の今後／慶野晴美・戸澤小春・他 54

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130回“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止する！－事例の発生要因の“見える化”から考える未然防止対策－／石川雅彦 62

ちょっと画像でCoffeeBreak

- よろずX線画像診断⑨／林 貴菜 71

自由投稿

- 改正医療法の先にある中長期的な課題と取り組み／八巻孝之 74
- 遠隔離島医療からみたプライマリ・ケア－経験しておきたい疾患・修得すべき技術 改訂版－／瑞木 亨・大木 準・他 78

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 構造的な心疾患「最新カテーテル治療」後編 83

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 奈良県 打診のようにコツコツと～下北山村の未来のために自分ができること～／田口浩之 84
- 和歌山県 和歌山での一期一会－地域中核病院や診療所での勤務を振り返って－／伊藤恭平 88

JADECOM NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 地域を愛し、愛されるよう、日々精進／日高佑紀 90

研修医日記

- なんだかんだ突き進んできた医師生活／須江成美 92

百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～

- 第4回 患者さん目線の地域医療について考えた私の“JADECOM施設訪問”／中村友香 94

自治医大NOW

- 理事会・評議会開催／令和7年度大学院医学研究科入学試験実施について／臨床実習生認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞・優秀賞表彰式挙行 96

お知らせ.....102

求人病院紹介.....109

投稿要領.....116

編集後記.....巻末

INTERVIEW

新潟県立十日町病院 病院長
吉嶺文俊先生



しなやかに, 地域医療に取り組む

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

県立病院のみで義務を終える新潟県の特徴

山田隆司(聞き手) 今日吉嶺文俊先生にお話を伺います。吉嶺先生は新潟県立十日町病院の病院長として今秋に開催される第62回全国自治体病院学会の会長を務められます。学会に向けての意気込みや新潟県の地域医療の現状、方向性などについて伺いたと思います。まずは先生の簡単なご経歴をご紹介しますか。

吉嶺文俊 私は新潟県出身の自治医科大学卒業、8期生です。新潟県は中山間地が多く佐渡などの離島もありますが、それほど住みにくい地域ではなく、また、県立病院も含め自治体立病院が全国でも多い県です。ゆえに自治医大卒業生は県立病院等への派遣で9年間が終わることが多

く、義務派遣内で診療所に赴任することは今までありませんでした。他県の方は羨ましく思うかもしれませんね。

山田 初期研修は新潟大学ですか。

吉嶺 そうです。私の時は1年目が新潟大学でナンバー内科を半年ずつまわり、2年目、3年目に研修のできる大きめの県立病院へ行きました。北の県立新発田病院か、西の上越市高田にある県立中央病院です。新潟県では、概ね4～5年目がへき地の小さい病院の勤務、6年目に後期研修として新潟大学か先ほどの県立病院に1年戻り、7～9年目はへき地の中規模病院、例えば当院にて義務が終わるというのが典型的モデ

ルです。最初のころは卒業生が少なかったので、6年目に後期研修で大学に戻るのが難しかった時期もありましたが、本人が希望すれば新潟大学の各教室に所属して県も含めてみんなで相談しながらキャリアを積めるという仕組みがあります。それが義務後に活かされてきていて、自治医大の新潟県卒業生は義務後の残県率が確か全国1位か2位だったと思います。他の県に行くところではないという状況もあるのですが(笑)。私は新潟大学で研修後、2～3年目が新発田病院、4年目が六日町国保城内病院(後に城内診療所に再編され、令和5年には南魚沼市民病院附属診療所になりました)。その後県立六日町病院と大学に行き、9～10年目の2年間を県立妙高病院で勤めている時に義務が明けました。そして縁があって指導して下さった院長先生に引っぱりいただこうな感じで、県立六日町病院に再び赴任しました。

山田 新潟県では義務年限内に県立病院に派遣され、義務が明けてまた県立病院に就職するという形が多かったのですね。

吉嶺 自分たちの時代はそうでした。

山田 六日町病院にはどれくらいいたのですか。

吉嶺 義務内を合わせると10年ですね。その後県立津川病院に行きました。新潟県は小さい県立病院の院長人事に、私たちの世代をうまく活用してくれました。私の先輩がまず松代病院の院長になり、次に私が津川病院の院長になって、その後ひとつ下の学年の後輩が妙高病院の院長になってというふうに、順々に小さい病院の院長に就きました。

山田 津川病院というのはどのぐらいの規模ですか。

吉嶺 約50床です。私たちの世代が院長になった病院は大体50床程度のへき地の小病院です。でも県立病院だったわけです。

山田 50床では医者も少ないでしょうね。

吉嶺 津川に着任したときはわずか3人でした。

山田 県立病院で3人ですか？人の2倍、3倍働かないといけない状況ですね。当直も大変ですよ。

吉嶺 昔話になりますが、私が研修医2年目の12月の当直は11回でした。でもその月の忘年会はそれ以上あった(笑)。津川病院の院長でも当然当直していました。臨床研修制度が始まってから研修医が来てくれるようになって、医師数が5人に増えてからは回数が減ってよかったのですが。

山田 でも救急車も来るし、子どもも怪我も何でも来ますよね。

吉嶺 何でも診る時代でしたからね。今はそういう時代ではありませんが。

山田 でもそういう経験が、一番実力がつきましたよね。

吉嶺 「1人で勝負してこい」という感じでしたね。住民も協力的で、「先生も大変だから」という感じで見てくれていたので成り立っていたのだと思います。

山田 津川病院の院長に就任されたのは何歳くらいですか。

吉嶺 40代半ばです。当時40代の院長が新潟県内で5人生まれました。

新潟大学総合地域医療学講座で医学教育を学ぶ

吉嶺 津川病院の院長を10年務め、50代になって次のステップに進んだほうがいいかなと思うようになり、大学で教育や指導を勉強してみたいと思うようになりました。新潟大学総合地域医療学講座の教授に教室同門の後輩である井口清太郎先生が就任していたので、お願いしてその特任准教授として平成25年に赴任させていただきました。ちょうど新潟大学の地域枠の1, 2期生が出てきたころだったので、私にとっても大変勉強になりました。

医学教育に関わりたと思ったのは、津川病院時代に新臨床研修制度における地域医療研修が始まり、県立がんセンター新潟病院などの基幹型病院の研修医の受け入れを始めたことがきっかけでした。基幹型病院にとっても新潟市から一番近いへき地にある津川病院の地域医療研修は渡りに船というか、ある意味組みやすい手軽な関連施設だったようです。そのうち東大病院の地域医療研修の話も手挙げし、首都圏からも研修医が来てくれるようになりました。

山田 そのころから初期研修医の受け入れをしていたのですね。

吉嶺 はい。医師不足対策が動機なのですが、やはり研修医教育は重要だと思いました。

山田 先生が新潟大学にいるころ、地域枠の学生はどのくらいいましたか。

吉嶺 地域枠が始まった時は3～5人です。そこから7～8人と増えていって、私がいた時には10人くらいになりました。今はもう県費修学生を合わせると合計80人近くになっていると思います。

山田 地域枠の卒業生が赴任するのはどういうところですか。

吉嶺 まだはっきりと傾向が見えているわけではないのですが、新潟大学の各教室人事に組み込まれていくという感じですね。基本的に診療科の選択は自由なのでマイナー科に行く人も多く、個人的にはもう少し医師不足の地域のニーズに呼応して一緒に働いてくれる仲間が増えてほしい気持ちもあります。

県立十日町病院の院長として着任

山田 新潟大学には何年いらしたのですか。

吉嶺 3年です。その後平成28年に今の県立十日町病院に院長として赴任しました。

山田 十日町病院の病床数はどのくらいですか。

吉嶺 許可病床は275床、稼働は250床です。ちょう

ど病院建替えの時期に着任し、なんと9年後の今年6月によりやく外構工事が全部終わりました。概ね10年かかりました。設計当時回復期病床の名称として「回復期リハビリテーション病棟」しかありませんでした。なのでオープン時

に「地域包括ケア病棟」と見直しました。

山田 移転の時に、旧病棟から新病棟に患者さんを移動させるのは大変だったと思います。事前に稼働を下げたのですか。

吉嶺 そうなんです。病床稼働率を下げて、下げて、やっとオープンだ！と思ったら、今度はコロナ禍になってしまった。

山田 コロナのときはコロナ病棟を作ったのですか。

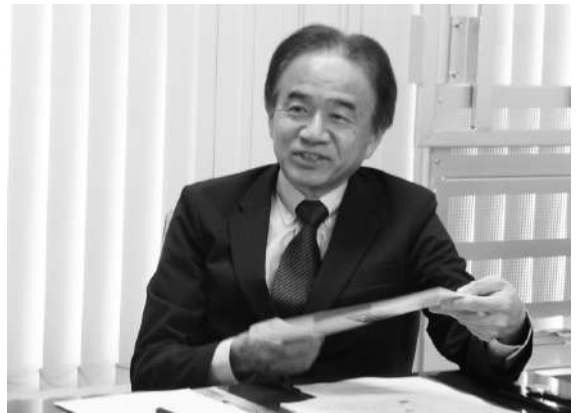
吉嶺 オープン前の旧病院は部屋も手狭で病棟がうまく使えなかったので、「絶対この町からコロナ患者を出さないでほしい」と地元の新聞社やテレビも使って住民に自粛を呼びかけたのですね。そうしたらみんなが協力してくれて、コロナ患者さんがなんと見事に半年間一切出なかったのです。ただし2020年9月に新病院が全面運用を始めたら、ちゃんと患者が出始めました（笑）。新病院には全室個室の緩和ケア病棟を設置する予定でしたので、そこをとりあえずコロナ病棟として使いました。

山田 最も多いときは何人ぐらい入っていましたか。

吉嶺 フルの40人近くまで使いました。

山田 県立病院だから、率先して受け入れなくてはいけなかったわけですね。

吉嶺 はい、その通りです。ただし今年からやっと平時の医療に戻ったのですが、今度は県立病院改革が始まりました。新潟県の県立病院の問題は実は20年くらい前に遡ります。小泉内閣の時に社会医療法人が誕生し、その後指定管理者や地方独立行政法人の制度ができたわけですね。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

全国的に公立病院改革の議論が始まった当時、新潟県では県立病院の独法化の議論があったのです。ところが2004年に新潟県中越地震が起きた時に知事が変わり、独法化の話がなくなった。そしていわゆる第三セクター的な県の財団法人をつくって指定管理をするという流れになったのです。それでできたのが同じ医療圏にある魚沼基幹病院です。

実はあのとき独法化を成し遂げていたら今の新潟県立病院の状況は少し違っていただろうかと私は思っています。何が違うかというところ、私自身も含めた病院の職員や本庁の人たち、そして地元自治体や住民のみなさんそれぞれの「当事者意識」ですね。自分たちの医療、自分たちの職場という意識が違う。今から考えるとその時が変革の大きなチャンスだったのではないかと思います。

山田 そうでしたね。当時公立病院改革ガイドラインということで、いろいろな県の自治体病院で活発に議論されましたね。

医学生教育と研修に力を入れて

山田 先生は十日町病院に院長として赴任し、最初は建て替え、そしてコロナ禍への対応など、安寧の日がなかったわけですね。

吉嶺 本当にそうです。でもそんな中でも学生教育と研修に関しては継続して取り組んできました。地域医療学講座に勤めた最大のメリットは、地域枠も含めた新潟大学の医学生の実習との関わりができて、医学生の総合診療実習を当院で行ってもらえることになったことです。現在、医学生120人のうち40人ぐらいが、毎週2人ずつ当院に実習に来ています。

山田 何年生ですか。

吉嶺 4～5年生の選択実習Ⅰです。5～6年生の選択実習Ⅱもポツポツ来るようになり、その中で初期研修の病院として選んでくれる人が出てきて、今は初期研修医が毎年2人ぐらい来るようになっています。また首都圏の大学の一般外来研修と地域医療研修も受け入れるようになり、年間延べ15人くらい来てくれています。1ヵ月余りという短い期間ですが、医師不足で悩む当院の貴重なマンパワーとしても助かっています。さらに県内の基幹病院からの一般外来研修も受け入れていて、多いときは4～5人以上が重なったりするので、受け入れ数を平坦にしないといけないなど、この数年は贅沢な悩みになっています。

山田 そうすると常時医学生や初期研修医がいて、専攻医もいるのですか。

吉嶺 はい。さらに後期研修として内科専門研修プログラムを作り、また日本専門医機構の総合診療専門研修プログラムも設置しました。医学生、

初期研修、後期研修が細々とつながってようやく屋根瓦式教育ができるかなというところまでコロナ禍を乗り越えて頑張りました。

山田 医学生のうちから関わりをもったのは大きいですね。

吉嶺 そう思います。大学に行かせてもらったのがよかったと思っています。ただし新潟大学の内科教室からの派遣は魚沼基幹病院への派遣が中心で、当院に直接派遣してくれることはほとんどなくなってきました。今当院に一番医師を派遣してくれるのは整形外科です。新潟大学の手の外科は結構有名です。それでも整形外科志向型の「骨太コース」という独自の臨床研修プログラムをつくるなどして自分たちの手で医師を集めなければならないという努力を続けています。

山田 新潟県は地方へ行くと雪が半端なく多いし、そういった地理的にも過酷なところで院長として病院の運営を任されるというのは、本当に大変だと思います。

吉嶺 確かにそういう面もありますが、それよりも今の後輩たちを見ていると少しやりにくそうですね。自分たちの時代とはニーズが変わっているし、地域枠の卒業生が大勢いる中で自治医大卒業生はどういう立ち位置なのだろうかと、周囲も自分たちも悩んでいる感じがします。われわれはへき地医療を担う使命があるんだと思っていたけれど、今は専門医取得を優先する人も多いですね。

山田 自治医大の卒業生は困難な時代に厳しい仕事を任されて生き残ってきたものの、地域枠がで

き、県によっては「今後は地域枠がいるから安心だ」という物言いもあったりするようです。そうすると自治医大卒業生は足元をすくわれたような気がするし、一方で義務年限の縛りは今も緩くなってはいないので、自分たちのキャリア形成が不安定な気がするのだと思います。

吉嶺 そうですね。自治医大のアイデンティティが薄くなってしまっていますよね。

山田 自治医大そのものの評価が低くなったのではないかと、そして自分たちは貧乏くじを引かされているのではないかと。

吉嶺 そう思うってしまう人が出てくるのではないかと

と危惧していたら、やはり出てきていますね。

山田 高校生が自治医大を選んでくれる魅力が、以前に比べて乏しくなってしまったのではないかというのが心配なところですよ。だから、卒業生が地域で頑張っている、その輝いている姿をもっとアピールして、地域医療をやるのだったら自治医大だと、それをうまく伝えられるといいと思うのです。せっかく素晴らしい人材を多く輩出してきたのだから、そういう人材がさらに豊かになって、卒業生が全体として評価されるようになってほしいと思います。

将来の医療はどうあるべきなのかを考える

山田 先生としては今後に向けて、どういうことをお考えですか。

吉嶺 今回の全国自治体病院学会長を受けるにあたってテーマを考えました。今、近視眼的な政策が多いように思うのですが、そうではなく、百年先まで見て社会がどう変わるかを予想した上で、医療はこうあるべきだというビジョンを持って、1年後、5年後、10年後どうするかを考えなければいけない。自分たちの子どもや孫が、今の私たちと同じように平均寿命の80歳を超えるくらいまで、疾病や健康において余計な心配がなく人生を送れることを想像しながら今、目の前の医療をどうするのか、という議論をしないといけないと思っています。といっても自分が自治医大に在籍していたときに現在の医療を想像できていたわけではないし、100年

先を想像するというのは難しいけれど、分からないなりにどの方向へ行くのかということは、みんなで共有したほうがいいと思っています。

山田先生と私は経験的に阿吽の呼吸で「そうだね」で話が通じると思いますが、世代が違えば同じ言葉を聞いても全然通じない。いわゆる昭和の歌謡曲を聴いているような感じで、「だれの歌ですか？」ということになる。そこを伝えるにはどうしたらよいのでしょうかね。

山田 今の日本の医療の中で、高度医療や最先端医療が困っているわけではなく、社会的に困っている部分はやはりこれまでわれわれ卒業生が担当してきたようなところ。過疎地の医療や資源の乏しい中での救急、災害対応など、コロナ対策もそうでしたが、みんなが敬遠する、嫌がるような地域、状況での医療提供です。われ

われに求められるのはそういう回復が困難な状況に対して可能な範囲で柔軟に対応できる能力、いわゆるレジリエンスということになるでしょうか。

吉嶺 おっしゃるように柔軟性ですね。十日町病院の方針に「しっかりと急性期医療をこなし、しなやかに包括ケアを支える」と、「しなやかに」という言葉を入れました。

包括ケアというのは、柔軟性、レジリエンスが必要です。それを表現するのが結構難しく、結局「しなやか」にしてみました。中尾喜久学長が「黒と白だけではない、灰色が重要だ」とおっしゃっていましたが、そういう考え方だと思います。

山田 国民が求めるそういう難しいところに卒業生は貢献してきた、医療の谷間に灯をともしてきたのだと思います。われわれこそ国民のニーズに合わせて、柔軟に変幻自在に対応できる能力を培ってきたということを、卒業生が一体となってもっと戦略的にアピールできると、卒業生がもっと元気になるのではないかという気がします。

吉嶺 表現というのは難しいですね。ここ最近、都市部集中の社会構造が少し行き過ぎている感じがします。先日出された「骨太の方針2024」でも地方創生がそれほど重要視されていません。そろそろ都市集中をやり戻す時期に入ってきたのではないかと思います。これからは都市部集中により田舎が増える。そうすると自治医大の真骨頂のへき地医療が面積的にはものすごく増える。だから、活躍する場はむしろ広がる可能性があるのかなとも考えています。

山田 ぜひ大学、同窓会、地域医療振興協会をうまく活用して、いろいろな展開を卒業生ができる

といいと思います。

吉嶺 協会は組織として既にしっかり完成しているので、それはそれで拡充していかなければいけない。それに自治医大本学や、協会に入っていない卒業生、他大学の卒業生がどう絡んで全体として良い変革をできるか、というところですね。そこを俯瞰しているのは誰かというところも難しい課題ですね。

山田 「令和の医療に灯をともせ」というテーマ(副題)のもと、先生が全国自治体病院学会の会長を務められるのはとても誇らしいことで、自治医大の卒業生が果たしたひとつの功績として共有したいですね。

吉嶺 学会では自治医大をあまり前面に出せませんので、こっそりと灯をともしておいて、あとで「自治医大生が大勢集まったんですね!」という話にしたいと思っています(笑)。

山田 学会は10月31日、11月1日に開催ということで、ぜひ頑張ってください。

最後になりましたが、「月刊地域医学」の読者の多くは、今地域で頑張っている若い後輩の先生たちです。全国の、特に義務年限内で頑張っている後輩に向けてエールを送っていただければと思います。

吉嶺 私から3つあります。1つは、押さえるところは「しっかり」押さえて、「しなやかに」臨機応変にやっていくという姿勢が必要だと思います。自分の反省も込めて。

2つ目はやはり仲間が重要です。大学のときの仲間、卒業してからの仲間、そして私の場合は予備校の仲間もいます。そういう大勢の仲間たちがお互いにとても役に立つ場面があります。今、周りにいる人たち、仲間を大切にしていってください。

もう1つは、自分がワクワクすることがないと、人をワクワクさせることはできない。「ワクワク」するものを持ちながら、長い人生を歩んでいただきたいと思います。

山田 ありがとうございます。「しなやかに、仲間と

一緒に、ワクワクする」と、いろいろなことにぶつかることもあるだろうけど、それに対して逃げないで、仲間と一緒に挑んで、かつその仕事を楽しむ、味わうことが大事ですね。

吉嶺先生、今日はありがとうございました。

吉嶺文俊(よしみね ふみとし)先生 プロフィール

新潟県出身。1985年自治医科大学卒業。新潟大学で研修後、新潟県立新発田病院、六日町国保城内病院、県立六日町病院、県立妙高病院等での勤務を経て、2003年県立津川病院 病院長に就任。2013年新潟大学総合地域医療学講座特任准教授に着任。2016年県立十日町病院 病院長に就任し、現在に至る。



●吉嶺文俊先生インタビューを見る

<https://www.youtube.com/watch?v=74J6LCIJ69w>



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

医学教育モデル・コア・カリキュラム の改訂と最新の地域医療実習

企画：大分市医師会立アルメイダ病院婦人科 部長 佐藤新平

特集

●エディトリアル

●総論 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂点

大学の地域医療実習

- 地域医療のプレイヤー兼マネージャー育成を目指して
ー自治医大の新たな取り組みー
 - 卒前医学教育における長期臨床実習 (Longitudinal Integrated Clerkships) の取り組み
 - 医学部早期からの島根県全体での総合診療医育成：高度総合診療力修得コース
-

地域医療実習の現場から

- 地域コミュニティを活用した地域医療実習
 - やまぐち地域医療セミナーの実際
-

学生の視点から

- 自治医科大学の地域医療臨床実習を通じた医学生の学修内容
-

エディトリアル

大分市医師会立アルメイダ病院婦人科 部長 佐藤新平

令和4年度、医学教育モデル・コア・カリキュラム(以下、コアカリ)が改訂され、令和6年度医学部入学生から適用されています(令和5年度は準備期間)。コアカリは、医学生および歯学生が卒業時まで身に付けるべき必須の実践的診療能力、すなわち知識・技能・態度に関する学修目標を示したものであり、これに基づいて医学部の教育や実習が計画されます。コアカリは、現段階で理想とされる医師の設計図ともいえる存在です。

私自身、地域医療に従事する医師として医学生の地域医療実習の指導に当たることがこれまでにありましたが、その際に実習プログラムの内容や指導方法について悩むケースもありました。地域医療実習を計画・実践するために、コアカリの要点・改訂点を理解すること、各地域で行われている先進的な地域医療実習の事例について学びたいと考えました。その共有は、全国の地域医療を実践されている読者の方々、これからの地域医療を担う医療系学部の学生にとっても、大変参考になるのではないかと考えた次第です。

今回の特集では、松山泰先生に令和4年度に改訂されたコアカリの要点や改訂点についての総論をお願いしました。「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」というキャッチフレーズの背景にある未来の日本の医療予想、その対応に必要な「10の基本的資質・能力」をご解説いただき、実践教育の場としての地域医療実習の重要性についてもご説明いただいています。続いて、各地域で地域医療実習を担当されている先生方に具体的な実践についての各論をお願いしました。富山大学「長期地域滞在型プライマリ・ケア実習」、島根大学「高度総合診療力修得コース」、鳥取大学「参与観察型の実習」「地域協働型の実習」、山口県「やまぐち地域医療セミナー」、自治医科大学「地域医療臨床実習」「医療行政・医療政策への取り組み」について、ご解説いただいています。

本特集が、地域医療実習の指導に当たっておられる読者の方々にとって有用な情報となることを願っています。

●編集委員会のメンバー佐藤新平先生からのコメントです

<https://www.youtube.com/watch?v=3Rtvj1KiBZ0>



総論 医学教育モデル・ コア・カリキュラムの改訂点

自治医科大学 医学教育センター センター長・教授 松山 泰

抄録

令和4(2022)年11月に、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂された。今回の改訂ではアウトカム基盤型教育のアプローチを明確にし、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」というキャッチフレーズのもと、2040年以降の我が国を見据え、医療人に必要な10の基本的な資質・能力が更新された。これからの医師は医療機関でのケアにとどまらず、医学・医療の概念を幅広く捉え、さまざまなステイクホルダーと協働して、患者や住民の日常生活の場である地域社会にアウトリーチしていくことが求められる。改訂された資質・能力を育む場として、地域医療実習がますます重視されるであろう。

医学教育モデル・コア・カリキュラム (コアカリ)とは

医学教育モデル・コア・カリキュラム(以下、コアカリ)は、日本の医学部における教育の共通基盤を形成するための指針である。各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分抽出し、「モデル」として体系的に整理したものである¹⁾。生命科学・医学や情報通信技術の進歩により情報量は著しく増え、専門分化と同時に高度化している。限られた大学教育課程の中で、医療専門職が保有すべき膨大な知識や技術等を完全に習得することは不可能である。そのため、コアカリでは、将来どの医学分野に進むにせよ必要とされる基本的な資質・能力を定め、それを教育プログラムに組み込むことで、卒後の臨床研修、専門研修および生涯教育へとスムーズに移行できる医学教育を目指している。

コアカリに準拠した医学部教育の具体的な目安として、「各大学の学修時間数の3分の2程度を目安にコアカリを踏まえたものとし、残りの3分の1程度の内容は、各大学の入学者受け入れの方針、教育課程編成・実施の方針、卒業認定・学位授与の方針等に基づき、大学が自主的・自律的に編成するもの²⁾と明記されている。これには法的強制力はないが³⁾、コアカリの内容が平成18(2006)年度から公的に実施されている臨床実習前共用試験における出題基準として参照されており³⁾、平成29(2017)年から実施されている医学教育分野別評価においてもコアカリ改訂への適応体制は審査の対象となりやすいため¹⁾²⁾、実際は、ほぼ全ての大学において、コアカリの改訂に準じた教育プログラムの見直しが行われている。

コアカリは平成13(2001)年に初版が公表されたあと、平成19(2007)年、平成22(2010)年、平成28(2016)年に改訂された。そして、直近の令

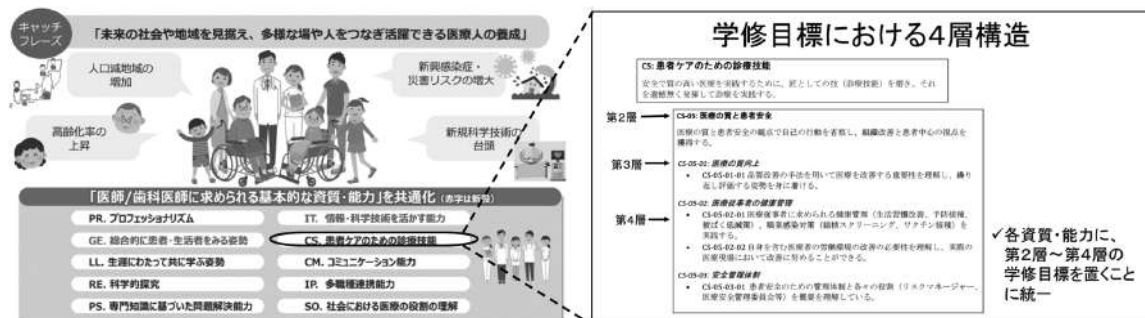


図1 医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）のキャッチフレーズ、10の基本的な資質・能力および4層構造の学修目標の例

〔令和4年度改訂版コアカリ¹⁾より〕

和4（2022）年の改訂では、はじめに医学教育学会員を中心に構成されたモデル・コア・カリキュラム調査研究チームらの国内外の調査が行われ、その結果を踏まえて改訂内容が検討され、パブリック・コメントと計5回の連絡調整委員会の審議とを経て、完成に至った¹⁾。

令和4（2022）年度版の改訂点¹⁾

1. アウトカム基盤型教育の推進

令和4（2022）年のコアカリ改訂において考慮されたのは、生命科学・医学や情報通信技術の進歩による情報量の増大だけではない。人口構造や社会制度の変化、社会における医療の役割の変容、医療プロフェッショナリズムに対する認識の変化なども考慮された。

また、医学教育の国際的な潮流もコアカリ改訂に影響を与えた。成人学習理論が活用され、「教員が何を教えたか」ではなく「学修者が何を学び、どのような能力を獲得したか」を重視する学修者中心型教育へのシフトがみられ、アウトカム基盤型教育（到達目標を掲げ、それを達成するようにカリキュラムを含む教育全体をデザインし実践する教育）が医学教育の国際標準となった背景も影響している。アウトカムである学修者が獲得すべき能力を表現する際、医療専門職の高度で複雑な専門業務に必要な実践能力の特性が考慮され、「コンピテンシー」という概念が世界的に用いられる。令和4（2022）年度改訂版のコアカリにおいても「コンピテンシー」の概念が採用され、その和訳として「資質・能

力」が使用されている。

この「コンピテンシー（資質・能力）」にはいくつかの異なる定義があるが、令和4（2022）年度改訂版のコアカリでは、「知識・技能・価値観・態度等の要素を包含する観察・評価可能な能力¹⁾と説明されている。これは、我が国の従来の医学教育における、学修目標を知識、技能、態度に明確に分類して記述する考え方とは異なるため⁴⁾、本特集号やコアカリを読む際には注意が必要である。

令和4（2022）年度改訂版では、第1章に10の基本的な資質・能力が示され、続く第2章に、これらの資質・能力に紐付けた医学部卒業時まで獲得すべき具体的な能力が学修目標として4層構造で記述されている（図1）。第3章では、各大学のカリキュラムにおいて学修目標への到達を支援できるよう、成人学習理論やアウトカム基盤型教育に関連した学修方略が概説されており、さらに、学修目標への到達を保証するために推奨される学修評価方法が記述されている。また、コンピテンシーの特性から、実践業務に参加して能力を獲得することが必要であり、診療参加型臨床実習実施ガイドラインが別章で設けられている。

コンピテンシーの概念を適用したアウトカム基盤型教育の医学教育カリキュラムのモデルを記述している資料は、アメリカ、イギリス、オランダ、カナダ、シンガポールなどにもある。令和4（2022）年度改訂版は、このような諸外国の資料を調査したうえで、我が国の社会、文化、医療体制、教育制度を考慮しながら改訂を行っ

ている⁵⁾。

2. 2040年以降を見据えたキャッチフレーズの作成と資質・能力の改訂

我が国では超高齢社会における多疾患併存患者の増加などによる医療の変化が進行しており、それに応じた医学教育の在り方が長年議論されている。また、前回の改訂後には新型コロナウイルス感染症のパンデミックを経験し、最近では、人工知能のような情報科学技術の進展や遠隔医療技術の高度化などを身近に感じるようになった。このような背景で、令和4(2022)年には医学・歯学・薬学のコアカリの同時改訂が行われ、共通したキャッチフレーズとして「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」が採用された(図1)。

このキャッチフレーズの中にある「未来の社会や地域を見据え」とはどのようなものであろうか。今回の改訂では、教育対象となる医学生が医療人として活躍する2040年以降を見据えている。2040年頃、日本の高齢人口はピークを迎えるが、それ以降も高齢化率は上昇を続けると予測されている。これに伴い、多疾患の併存や、さまざまな社会的背景を有する患者等の割合の増大が見込まれ、これらの患者・生活者を総合的にみる姿勢が、医療人として求められる。さらに、生産年齢人口負担がますます増加することが予測されるとともに、全国の居住地域の約半数で人口が半減することが予測されており、この急激な人口構造の変化に応じて、大幅な医療需要の変化に対応できる医療人の養成が、社会的に重要である。加えて、将来医療現場において活用されうる新規科学技術について、倫理面も含めて適切に活用する能力を身に付ける必要がある。このような背景から、令和4(2022)年改訂版では基本的資質・能力に、新規に「総合的に患者・生活者をみる姿勢」、「情報・科学技術を活かす能力」の2つが加わった。

一方、キャッチフレーズ内の「多様な場や人をつなぎ活躍できる」ことを達成するためには、医学・医療の概念を幅広く捉えることが求められよう。医療機関での患者ケアだけでなく、健

康問題の発生プロセスや背景に着目し、スポーツ・運動や栄養・食育の重要性についても深く理解して、予防医学的なアプローチを行うことも重要である。「社会における医療の役割」を理解し、患者の日常生活の場である地域社会にアウトリーチし、そこに発生している、もしくは発生しうる問題に対して「専門知識に基づいた問題解決能力」を活かし、さまざまなステイクホルダーとの「多職種連携能力」を発揮して問題を解決していくべきであろう。新型コロナウイルス感染症のパンデミックのような未曾有の問題には、「科学的探究」を実践する能力と「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」が求められる。これらは、適切な「プロフェッショナリズム」を備えてこそ、公益性の高い成果へと結び付くはずである。これらの基本的な資質・能力は旧版にも記述はあったが、今回の改訂においてはアウトカム基盤型教育の先進国のカリキュラムガイドを参照したうえ、医療関係者だけでなく医学生や一般国民も対象に含め、学術的手法(修正Delphi法)を用いて資質・能力の改変に努めた。その結果、「プロフェッショナリズム」、「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」、「科学的探究」、「専門知識に基づいた問題解決能力」、「多職種連携能力」、「社会における医療の役割の理解」などの表現が採用された(図1)。

3. 医師法改正に伴う診療参加型臨床実習実施ガイドラインの改訂⁶⁾

令和3(2021)年5月21日に成立した、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」において、医師法の改正が行われ、共用試験に合格した医学生は、臨床実習において医師の指導監督の下、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業を行うことができることとされた。改正医師法は令和5(2023)年4月1日に施行され、臨床実習における医学生の医業が法的に位置付けられることにより、診療参加型臨床実習の充実を促し、卒前教育の更なる質の向上が期待されている。診療参加型臨床実習は、単に臨床経験を積み、技能を向上させ

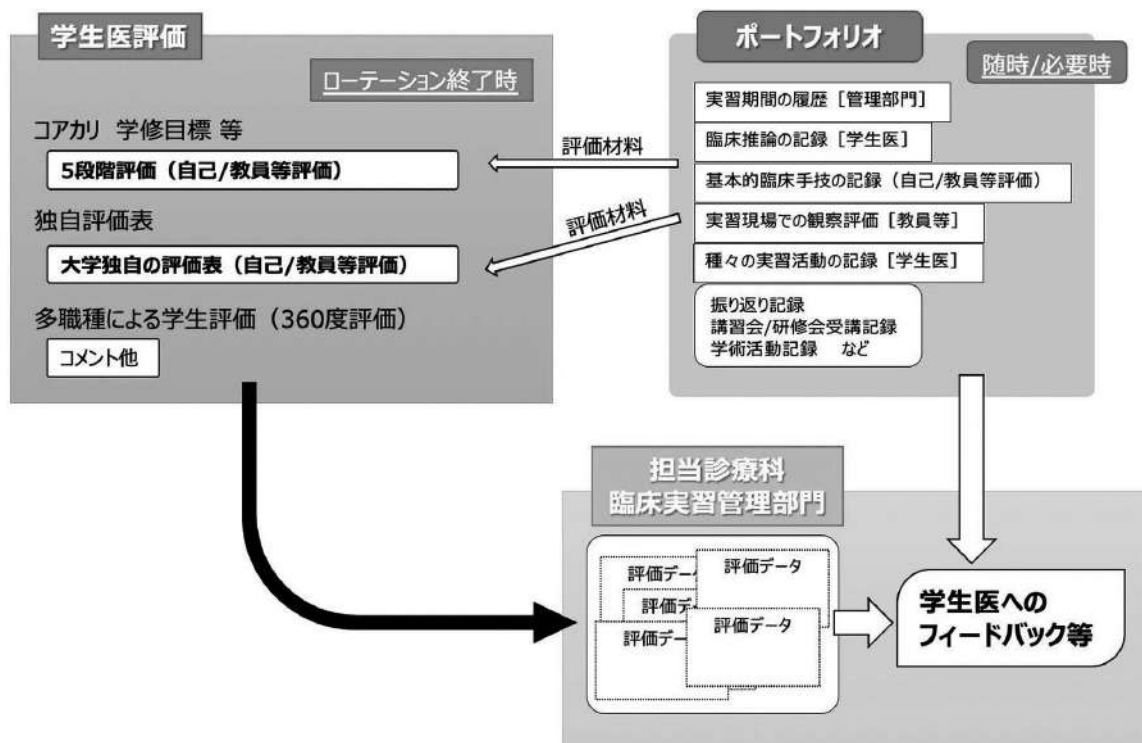


図2 ポートフォリオを用いた臨床実習評価のモデル
〔令和4年度改訂版コアカリ 診療参加型臨床実習実施ガイドライン¹⁾より〕

特集

るのみならず、診療チームの一員として診療業務を分担し、主体性を持ち積極的に診療に参加することで、患者の背景や価値観、経済的な要因、家族との関係性等、全人的・総合的な医療に必要な視座を高め、医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶ機会となることなどが期待される。このような観点で、診療参加型臨床実習実施ガイドラインの改訂が行われた。

以下に改訂点を述べる。まず、臨床実習する診療科については、日本専門医機構が示している19の診療科を「基本診療科」とし、医学教育分野別評価の審査基準との整合を図り、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療の6診療科を「原則1診療科あたり連続3週間以上」、救急科を「原則3週間以上」とした。ただし、「全人的な診療能力・態度を涵養する目的で、4週間以上連続して配属する診療科を1診療科以上確保することが重要」と推奨を加えている。なお、学外施設における診療参加型臨床実習も大学での実習を補完するものとして可能として

おり、現在、全国の多くの医学部において大学附属病院外の地域の一次、二次医療機関での実習の充実に取り組み始めている。

次に、医学生が臨床実習で行う医業の具体的な範囲については、各大学の実習統括部門が定めるものとし、その参考となる資料として平成30(2018)年に公表された、医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書(門田レポート)における「医学生に許容される医行為の範囲の例示」を引用している。その結果、①侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること、②指導医による指導・監督の下に行われること、③臨床実習に当たり事前に医学生の評価を行うこと、④患者等の同意を得ること、という条件はあるが、初期臨床研修医が経験すべき手技と比較的多くの範囲で一致することとなった。しかし、処方箋の交付は医学生が実施できる医行為から除かれていることから、処方薬の計画と処方箋の下書きにとどめる必要がある。

また、臨床実習中に資質・能力(≡コンピテン

シー)を適切に評価するには、従来のような筆記試験や単回の疑似設定による実技試験では不十分な可能性が指摘されている。改訂版コアカリでは、簡易型臨床能力評価(mini-CEX)や直接観察による臨床手技の評価(DOPS)などの実習現場での観察評価や種々の実習活動の記録などをポートフォリオとしてまとめ、医学生へ教育的にフィードバックするとともに、実習修了時の可否判定に利用するモデルが提示されている(図2)。

4. 読み手や利用方法を想定した情報の電子化^{2),7)}

旧版コアカリでは、PDFや冊子のみが利用可能であったが、令和4(2022)年改訂版では、①エクセルファイルによる旧版からの改訂された点の確認や現在のカリキュラムとの照合、②改訂版コアカリ専用Webサイト(通称コアカリナビ)からの資質・能力、学修目標、別表などの閲覧と検索、③同Webサイトから授業とコアカリとの関連性を示すためのURL、QRコードの発行、④コアカリリポジトリからのデータ分析ソフトに取り込み可能な形式のダウンロード、⑤電子ポートフォリオやシラバスなどの開発業者に提供できるさまざまなシステムと連携可能なコアカリデータの提示、が可能となっている。

なお、コアカリナビ²⁾では10の基本的な資質・能力についての解説動画や、関連する医学教育論文のリスト、従来の医学部カリキュラムでは扱われにくかった領域に関する講義動画、コアカリに関するQ&Aなども閲覧することができ、全国の医学部におけるカリキュラム改変を支援するさまざまなコンテンツが利用可能である。

おわりに

医学教育モデル・コア・カリキュラムの令和4(2022)年度の改訂点を概説した。「未来の社会

や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」というキャッチフレーズのもと、「総合的に患者・生活者をみる姿勢」、「情報・科学技術を活かす能力」という領域が新設され、10の基本的な資質・能力の記述が見直された。2040年頃の医師は、医療機関での患者ケアにとどまらず、患者の日常生活の場である地域へのアウトリーチが求められる。これからの地域医療で求められている医師像が、今回改訂された10の基本的な資質・能力でまさに描かれている。そして、そのような資質・能力を育む実践教育の場は、本誌の多くの読者が関わる地域医療の現場に他ならない。地域医療教育の担い手となりうる本誌の読者が、新しく改訂されたコアカリに関心を持っていただければ幸いである。

参考文献

- 1) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会:医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)。文部科学省、東京、2022。
- 2) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会:コアカリナビ。https://core-curriculum.jp/ (accessed 2024 May 13)
- 3) 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構:共用試験ガイドブック第21版(令和5年)。東京、2023。
- 4) 菰田孝行, 阿部幸恵, 大滝純司:日本の医学教育における学習目標の表現に関する一考察。医学教育 2009; 40(4): 259-263。
- 5) Matsuyama Y, Nomura O, Oikawa S, et al: Competency-based medical education guidelines are context-based: Lessons from a survey of national guidelines in five countries. Medical Teacher 2024. (in print)
- 6) 高橋誠, 松島加代子, 高村昭輝, 他:医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)と共用試験公的化/診療参加型臨床実習。医学教育 2023; 54(2): 164-170。
- 7) 近藤猛, 磯部真倫:医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)のデジタル・トランスフォーメーション。医学教育 2023; 54(2): 187-193。

地域医療のプレイヤー兼マネージャー育成を 目指してー自治医大の新たな取り組みー

自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 教授 小谷和彦
同 公衆衛生学部門 教授 阿江竜介
同 地域医療政策部門 教授 小池創一
自治医科大学 医学教育センター センター長・教授 松山 泰

抄録

自治医科大学は、高齢化や人口減少が進む医療資源が乏しい地域で活躍できる臨床医（プレイヤー）の育成に長年携わってきた。プレイヤーの経験を通じて地域の医療体制や住民の生活の実態を知る人材が、次に、都道府県庁や衛生行政機関で、政策等を通じて地域の保健・医療・介護・福祉の質を向上させる人材（マネージャー）になることは有意義と考える。本稿では、地域医療の「プレイヤー兼マネージャー」を育成する観点で取り組んだ教育実践を紹介する。本学の卒業生が活躍している地域とは、令和4（2022）年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムが示す、我が国の「2040年以降の社会や地域」の縮図といえる。本学での取り組みが、我が国の地域医療教育の参考になれば幸いである。

はじめに

自治医科大学（以下、自治医大）の卒業医師には、地域の医療機関での臨床とともに、広義の医療、すなわち保健や介護・福祉の分野と連携した医療を提供することが求められ、医学教育においてはその実践能力の涵養を大切にしている¹⁾。実際、自治医大のディプロマ・ポリシーには、保健や介護・福祉職等との連携（多職種連携）、地域包括ケア、予防的な保健活動の実践能力の修得が挙げられている。また、地域医療に従事する中で、地域特性の分析、地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想への関与も求められる。こうした背景から、へき地等での医療現場における行政機関の関わりにとどまらず、都

道府県や国の行政の場で行われる政策的な取り組みを理解することは重要と考えられる。

近年、我が国では人口構造や疾病構造の急速な変化が見られ、社会における医療の役割の変容が求められている。令和4（2022）年度改訂版の医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、コアカリ）のキャッチフレーズは「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」となった²⁾。まさに、現在の医学生が医療人として活躍する2040年以降は、医師はこれまで以上に、医療制度や行政との関わりについて理解するとともに、医療を福祉、介護、街づくり等と関連づけ、地域の生活全体の中で幅広く捉え、「多様な場や人をつなぎ活躍できる」ことが必要になっている³⁾。

そこで自治医大は、臨床現場で活躍できる医師だけでなく行政の分野にもコミットできる医師、すなわち地域医療のプレイヤーだけでなくマネージャーとなる医師を育成することを、新たなミッションと考えた。保健・医療・介護・福祉の体制が脆弱となりがちなへき地医療にプレイヤーとして従事し、へき地で生活した経験を活かし、各都道府県の地理的特徴や交通網などのインフラ体制に詳しく、住民の生活実態を知る人材が、都道府県庁等でマネージャーとして活躍することを1つのキャリアパスとして想定した。地域の隅々まで目を配らせて、保健所等の衛生行政機関や医療機関をつないで、地域の保健・医療・介護・福祉体制を向上させる人材を育成できないかと考えた。そして、2040年以降の未来の社会や地域を見据え、「地域医療のプレイヤー兼マネージャーを育成する」教育モデルの探索を始めたところである。本稿では、探索の中ですでに実践が進められている幾つかの取り組みを紹介する。

地域医療臨床実習での行政関連実習

自治医大では、医学部5年生に対する「地域医療臨床実習」(必修)を出身都道府県で実施している^{1),4)}。主要な実習場所はへき地等の病院や診療所であるが、2週間のプログラム中に行政に関連する実習を含めるように、プログラムを改変した。すなわち、地域包括ケアや介護・福祉系サービス、また地域診断(社会医学的視点)を標準的に経験する事項に挙げた。これに基づいて、例えば、行政機関において実習地域の医療情報を見聞したり、地域包括支援センターや社会福祉施設の業務、また介護保険の認定業務を見学したり、多職種連携会議に参加したりする機会が設けられるようになった。こうした実習を通して、行政との関わりや保健・医療・介護・福祉の連携を認識しながら、多職種と協働し、患者のケアにあたることのできる臨床医の育成に取り組んでいる。昭和47(1972)年の開学以来、自治医大の卒業生の総数は4,857人にのぼるが、多くの卒業生がへき地等の医療現場で継

続的に活動しており⁵⁾、この場合、行政機関との連携は欠かせない。この実習は、卒前から行政との関わりを認識させられる観点で、保健・医療・介護・福祉体制に親和性の高い臨床医を育成する地域医療教育のモデルを示していると考えられる。

都道府県庁に幅を広げた地域保健実習

自治医大では、医学部5年生を対象に「地域保健実習」を行っている。この実習は医学部カリキュラム「社会医学」に含まれる「公衆衛生学」の一環として行われている。学生は1週間の実習期間中、出身都道府県の保健所や市町村保健センターに赴き、さまざまな対人・対物保健事業に参加し、地域住民を支える公衆衛生サービスの体系的な仕組みを学ぶ。

都道府県が共同で設立した自治医大の強みは「47全ての都道府県庁とのネットワークを有していること」にある。この独自性を活かし、全ての都道府県と協働して、「臨床だけでなく行政にもコミットできる人材」を養成することは有意義である。そこで、「地域保健実習」の枠組みの中で、令和5(2023)年度以降、保健所等の衛生行政機関に加えて都道府県庁でも実習をする新たなプログラムを導入した。導入初年度は、新潟、大阪、兵庫、山口など、一部の府県において試験的に新プログラムを実施した。その結果、実習受け入れ機関と実習に参加した学生との双方から高い評価を得ることができた。例えば、府県庁+保健所で実習した30名と保健所のみで実習した96名の学生に実習後アンケートを行ったところ、「保健所の役割について理解が深まった」と答えた割合は2群間にほとんど差を認めなかった(府県庁+保健所: 93% vs 保健所: 98%)。一方、「都道府県庁の役割について理解が深まった」と答えた割合には大きな差が認められた(府県庁+保健所: 87% vs 保健所: 60%)。令和6(2024)年度は11の道府県庁から実習受け入れの承諾が得られており、今後の拡大と発展が期待される。将来的には全ての学生

がそれぞれの出身都道府県に戻り、各都道府県の医療ニーズや医療政策に基づいて各都道府県庁が独自に考案したプログラムに従って実習を展開することを目指したい。

医療行政・医療政策に特化した取り組み

1. 医療行政・医療政策へのearly exposure

自治医大の卒業生は、卒業後、出身都道府県の公務員(医師)となり地域医療に貢献する等、行政との関わりが非常に強いという特徴がある。今回のコアカリの見直しも踏まえると、医学に関する知識とともに、入学後早期から「行政」や「政策」について理解を深めることが、これまで以上に重要となってきたと考えられる。そこで、医学部1年生に対して、以下のようなカリキュラムの見直しを行った。

(1) 新科目「医療政策学」の開講

「医療政策学」は、行政の仕組みや医療政策について、その基本的な考え方を講義・演習を通じて学ぶことを目的とした新規科目で1年生の1学期に実施される。この科目では、医療政策学の基礎的な概念を学ぶとともに、学内外の行政官(総務省・厚生労働省)の経験者から行政や政策の実践についての講義が行われる。

(2) 地元市町村における学習機会の提供

自治医大では、入学後まもなく始まる専門教育への導入として、1年生に「医科教養」という科目を設けている。「医科教養」では、プロフェッショナルリズムや情報リテラシーなどの普遍的なテーマの学習と合わせ、医学部における学習内容を俯瞰し、学際的な知識や話題に触れることで、「人」「社会」をめぐる問題の大きさや多様性について展望し、医学生としてあるべき教養を身につけるための機会を提供している。この「医科教養」の中に、本年度から「行政演習」4コマを新たに設け、地元基礎自治体である下野市において地方行政の仕組みを学ぶことを目的に、下野市役所を訪問し、基礎自治体の行政について学生の理解を深めることを目指している。自治医大は下野市と相互の発展および地域社会の

活性化のために包括連携協定を締結し、地元誌にも「医大生は市から行政学ぶ」として報道され注目を集めている⁹⁾。

2. 厚生労働省での選択実習

自治医大の診療参加型臨床実習(以下、BSL)は、4年次では主に内科系の16科、5年次ではその他の14科を回る。また5年次の3学期には1クール4週間の選択必修BSLを2クール、6年次では、選択必修BSLとして、学生の選択により臨床系1科で4週間、出身都道府県の病院で4週間の選択制のBSLを行う機会がある。その選択必修BSLの実習先の一つとして、行政機関(厚生労働省)での実習を新たに設けた。本実習は令和5(2023)年度に試行的に実施され、2名の学生が1ヵ月間、厚生労働省で実習を行った。実習の希望者は定員を大幅に上回る等、学生の関心も高く、実習参加者からは、国の行政の現場での経験が非常に貴重なものとなり大きな刺激と学びを得たことがうかがえる。令和6(2024)年度からは、正式な選択実習先として位置づけられ、具体的な受け入れ部署や実習内容は、学生の希望と受け入れ先との調整によるが、厚生労働省における業務の実践を体験し、国と都道府県の役割分担や行政機関の業務や意思決定の仕組みを理解し、実習先の指示に従い行動を共にしながら、行政機関の考え方やさまざまなステークホルダーとの関係性について学ぶこととしている。

今後の展望

自治医大では、地域医療に関わるさまざまな側面から、教育、研究に取り組むために地域医療学センターが設置され、各構成部門(地域医療学部門、総合診療部門、公衆衛生学部門、地域医療人材育成部門、地域医療政策部門等)が連携し、一体的な取り組みを行っている。地域医療に関連する教育については、医学教育センターや総合教育部門とも連携を取りながら、カリキュラム委員会の地域医療学系カリキュラム改善部会で検討を行う体制が整えられている。

自治医大では、今後とも、未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成に取り組みたい。特に、高齢化や人口減少が進む医療資源が乏しい地域における医療は、日本の社会や未来の縮図であり最先端の課題でもある。簡単な解決はないかもしれないが、未来の課題解決に向けて、読者の皆様方を含め、内外の関係者とともに取り組むことを目指していきたい。

参考文献

- 1) 山中崇, 小谷和彦: 地域医療学実習における在宅医療、医療と検査機器・試薬 2021; 44: 247-253.
- 2) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会: 医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版). 文部科学省, 東京, 2022.
- 3) 自治医科大学: これからの地域医療を担う人たち～場や人をつなぐ医療人の育成時代に向けて～. 地域医療白書第5号. 随想舎, 栃木, 2023.
- 4) 中村晃久, 小谷和彦: 自治医科大学の地域医療臨床実習を通じた医学生の学修内容. 月刊地域医学 2024; 38: 832-838.
- 5) Matsumoto M, Matsuyama Y, Kashima S, et al: Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study. Hum Resour Health 2021; 19: 102.
- 6) 下野新聞「医療のまち」推進へ 下野市と自治医大が連携協定締結. 医大生は市から行政学ぶ. <https://www.shimotsuke.co.jp/articles/-/906535> (accessed 2024 July 3)

卒前医学教育における長期臨床実習 (Longitudinal Integrated Clerkships)の 取り組み

富山大学学術研究部医学系 医学教育学講座 教授 高村昭輝

抄録

地域医療における教育はこれからの日本の医療においてますます非常に重要になってきている。しかし、卒前医学教育においてその実情をしっかりと学び、実装する機会は医療系学生にとって決して十分に提供されているとは言えない。欧米で多くの医学校に導入されている地域医療を学ぶ教育方略としてのLIC (Longitudinal Integrated Clerkships) について日本での必要性和妥当性を教育理論も踏まえて論じ、その一般化に向けての実践例を提示してみたいと思う。

特集

はじめに

臨床現場、特に地域医療においては国際的にも国内的にも医学・医療の発達に伴い、医療機関は専門分化と細分化、そして効率化により最先端・高度医療を提供する3次医療機関とプライマリ・ケアを行う1次医療機関に分けられ、2次医療機関はプライマリ・ケアのバックアップとしてCommon Diseaseの入院機能を担うようになってきている¹⁾。普段の患者ケアの主たる場が大病院から地域の診療所や小病院にシフトし、より医療機関の役割が明確化してきている。これらの動きは今後、少子高齢化の加速と人口の都市部への集中でさらに進むと予測され、1次医療機関、2次医療機関では領域専門医が専門的診療のみをするのでは患者数や医療レベルの点から臨床的にも経営的にも成り立っていかず、総合診療医と総合的診療をすることを厭わない領域専門医の共存になっていくと思われる。

では、医学教育においてはどうか？

医療の細分化に伴い、世界的に、特に医療先進国では医学生に対する健康増進や予防医療を含むプライマリ・ヘルス・ケア教育の重要性が再認識され、2010年の時点で北米、欧州、豪州を中心に50校を超える医学部が20週間以上の1次もしくは2次医療機関での長期臨床実習を導入している²⁾。一方で日本における医療者教育、特に医学生教育はここ数年で地域での医療者教育の重要性に対する認識は徐々に深まってきているものの、今でも臨床実習のかなりの期間を大学病院での短期間臓器別ローテーションで過ごし、地域医療機関と言っても3次医療機関でのローテート実習であったり、診療所や小病院におけるプライマリ・ヘルス・ケア実習は短いと1週間、長くても4週間前後であったり、長期プライマリ・ケア実習が臨床教育において重要とは言える状況にはなく、教育資源として地域を活用できているとは言い難い³⁾。大学病院などの最先端医療を担う3次医療機関は医療者教育でも特に初学者である学生教育に“コンピテン

シー基盤型教育＝医師としての基本的能力修得”という観点で本当に適しているのであろうか？ 3次医療機関の地域からのニーズは難しい疾患の診断や最先端の治療を求める患者に応えるための高度先進医療の提供とその研究、また、それを担うことができる専門医や研究者の教育であるに疑いはない。しかし、行われている医療は学問的基礎知識を修得したばかりの学生が第一歩として踏み出すには非常に難易度が高いものであり、そこにチームの一員として参加型・能力修得型の医療者教育を設定することはかなり難しいと言える。大学病院の担うべき医療と学生がまず修得すべき医療に乖離があるのではないか。このようなことは世界中で議論され、医学生への臨床教育で行われるべき基本的診療能力の涵養はよりプライマリ・ヘルス・ケアの場で行われるほうが理にかなっているという結論に到達するのはごく自然の流れであり、それが世界的な医学教育の中で地域での医療者教育＝地域基盤型医学教育がこの20年間で重要な位置を占めるようになり、長期統合型プライマリ・ケア実習 (Longitudinal Integrated Clerkships) が導入されるに至った大きな一つの理由といえる^{4,5)}。

教育資源としての地域で 何が学べるのか

日本における地域基盤型医学教育と地域医療教育とは別の意味、別の次元で捉えるべきだと考えている。Community-based Medical Educationは英語圏からの論文においても日本における地域医療教育を包含し、ほぼ同義として用いられている⁶⁾。地域基盤型医学教育は医学教育資源としての地域を考える学問であり、地域での医療実践を実装するための地域医療教育の背景理論学という位置づけとしたほうが良いように思われる。地域基盤型医学教育はある地域の構成要素を現場での実情から理論的に分析し、それらの構成要素を医学とリンクさせることによって医療者教育に反映させるための学問であり、分析に必要な学問分野として文化人類学、歴史学、政治学、法学、経済学、地理学、

災害学、都市工学、公衆衛生学などの多岐にわたる観点が必要になる⁷⁻⁹⁾。これらの学問的観点をもって地域を分析し、医療者としてその地域でどのような医療を実践すべきか、どのようにサポートすれば“その地域”に暮らす人々の生活を医学的側面からどう支援ができるのかを考えることを求められる学問であろう。

一方で地域医療教育とはまさに地域での医療実践を経験し、それを医師として実装するための学問と言える。地域基盤型医学教育の理論に基づいて組み立てられた実装のためのカリキュラムを現場で実践することが地域医療教育と言えるのではないか。地域基盤型医学教育と地域医療教育の原則に基づき、地域で医療者、特に医療系学生は何を学ぶべきなのであるか？ 地域教育担当医療者からのインタビューなどからの質的研究で学習目標を設定した先行研究も出ている¹⁰⁾。科学的根拠に基づいてCommon Diseaseをケアしていくことが地域医療においても求められるわけだが、そこには歴史や文化、気候などに起因する地域性や暮らしている患者の家族背景、教育背景、居住区域などを含めた環境としての個別性もかなり強く影響してくる。例えば、とある患者の糖尿病の状態から科学的根拠としてはインスリンの1日4回投与が正しかったとしても一人暮らし、遠方に住んでいる、認知症、障がいなどの日常生活の観点から糖尿病の厳密な管理がままならず、その人の生活の質を優先して、1日2回で完全ではないながらも管理していくことも重要な管理戦略になりえる¹¹⁾。また、医師が医学的に重要と判断しても訪問看護師の看護の観点や理学療法士のリハビリの観点等から生活の質の方がより健康維持のために重要と判断して方針が変わることも日常的である。

つまり、診療のFocusが疾患それ自体よりも生活の質やさまざまな価値観を踏まえたうえでの社会的疾患管理に当てられることも多いため、地域実習において学習目標＝診療技能を修得するというものを設定することは学生が赴く地域によって、実情が異なることを踏まえなくてはならない。そのような点で逆に学習目標が

具体的すぎると目標に設定されていないさまざまな観点を涵養すべき学生の潜在的能力の芽をつぶしてしまう可能性すらあるように思える。それよりも地域による価値観の違い、個人による価値観の違い、多職種による観点的の違いなど、科学的根拠を踏まえたうえでの多様性と不確実性の存在を“認識し、対応できる”ことこそが医療系学生が地域で修得しなくてはならない学習目標になり、それこそが3次医療機関では学びづらい地域医療教育の重要な学習目標と言えるかもしれない¹²⁾。

令和4年度版 医学教育モデル・コア・カリキュラム

医学教育モデル・コア・カリキュラムは卒前医学教育において学生が学ばなくてはならない内容を示したものであるが、これまで到達すべきコンピテンシーとして9つの資質能力が掲げられていた。令和4年度版医学教育モデル・コア・カリキュラムでは10の資質能力が新たに示された¹³⁾。文言が微妙に変化したものもあるが、明らかに新しく付け加えられたものは「総合的に患者・生活者をみる姿勢」と「情報・科学技術を活かす能力」である。そのうち、後者についてはここでは触れないが、前者においては「生活者」つまり場合によっては未病の地域の人たちも含まれることになったと言える。

これまで述べてきたように今までの医学部における医療者教育では「病気になった人」を中心に診る術を取り扱ってきたが、今後は「病気ではない人」もしくは「病気になった人の生活」を取り扱わなくてはならなくなった。その下位項目にも地域の視点とアプローチ、さらに下位項目には種々のプライマリ・ケアに関する項目が記されている。これらを卒前の医療者教育としてどのようにして学生が学べるようにするのがよいであろうか。大学の講義室で座学として提供することは可能であろう。しかし、将来、地域に行って活かすことができる生活者をみる姿勢を医師として修得しようと思うと臨床実習にもそれを取り入れる必要があり、今の大学や大

病院専門領域ローテートもしくは小病院や診療所の短期実習では十分な学びになるとは思えない。そのほかの資質能力においても、CS: 患者ケアのための診療技能 (Clinical Skills), CM: コミュニケーション能力 (Communication), IP: 多職種連携能力 (Interprofessional Collaboration), SO: 社会における医療の役割の理解 (Medicine in Society) などの実装を目標にするのであれば地域で学ぶ利点はかなり大きいはずである。

長期臨床実習 (Longitudinal Integrated Clinical Clerkships) の特徴

前述のように医学の進歩によって医療者教育の現場は地域の現場から3次医療機関に移ってきた。しかし、その一方で特に卒前教育において新しい医学教育モデル・コア・カリキュラムにも示されたように予防医療や健康増進、プライマリ・ヘルス・ケア能力の涵養が重要であることが再認識され、そのための学習方略が模索されるようになってきた。さらには都市部への人口集中により、へき地での医療労働者確保も問題となっている。

それらの問題を解決する試みとして1990年代に広大な国土を持つオーストラリアではへき地での勤務をしてくれる医師を増やすために教育からのアプローチが提案された。オーストラリアという国にとって主要な輸出産物である鉱山資源や農作物は主にへき地で産み出される。そのため、そこには労働者が存在し、労働者がいれば病気や外傷が発生するため、必然的に医療従事者も必要になる。根本的なアプローチの必要性が論じられ、1997年に南オーストラリア州立フリンダース大学でRural Clinical Schoolが設置された。もともとRural General Practitionerであったこの部門の教授Paul Worleyと同大学の医学教育部門の教授David PrideauxによってParallel Rural Community Curriculumという今ではLongitudinal Integrated Clerkships (以下LIC) と呼ばれる臨床実習が少数学生によるパイロットとして始められた¹⁴⁾。Longitudinal

Integrated ClerkshipsはConsortium of LIC (CLIC)にその定義づけがされている¹⁵⁾。①長期にわたって患者の包括的ケアに参加する、②患者の臨床医との継続的な学習関係に参加する、③複数の分野にまたがる中核的臨床能力の大部分を同時に満たす現場設定となっており、海外ではプライマリ・ヘルス・ケアの現場で基本的には実施されている。その期間については現時点では定義はないが、およそ20週以上とされている。日本のような診療科が決まったプライマリ・ヘルス・ケアの現場ではなく、小児も成人も男性も女性も若い人も高齢者も受診するような診療科を超えた(病気横断的)、急性期も慢性期も外来も入院も超えた(病期横断的) = Integratedされた現場で患者に長く継続的に関わる = Longitudinalな臨床実習である。一言でいうと“さまざまな健康問題を抱えた地域住民がランダムに訪れるような医療現場で長く行われる臨床実習”といえよう。このような臨床実習は日本で行われているところは少ない。当時のオーストラリアも日本と同じように専門診療科を数週間ごとにローテートする臨床実習が一般的であったが、数人の学生を試行的にRural areaに1年間にわたって滞在させ、現地のRural General Practitionerと共に実習をさせるという当時としては画期的なカリキュラムであった。イギリスの医療制度の流れをくむオーストラリアは全医師数の約3割前後がGeneral Practitioner (GP)と呼ばれる総合診療医である。そのあたりは日本と大きく歴史も文化も異なり、導入のハードルは低かったかもしれないがプライマリ・ヘルス・ケアを実践している臨床家の下で学生が学ぶという点では妥当な流れであったのではないかと。結果的にプライマリ・ヘルス・ケアの最前線で学ぶ学生は事実上、臨床医として医療チームの一員となり、1年間にわたって地域医療を実践することを半ば強いられることで医師としての技能・態度が自然と身に付くことは容易に想像ができる。フォローアップ調査によっても技能・態度だけではなく、懸案事項の一つでもあった知識に関しても大学をローテーションした学生と比較して遜色

ないことが示されている¹⁶⁾。

学習方略としての長期臨床実習

では、先の新しい医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける「総合的に患者生活者を見る姿勢」を修得するための学習方略として、プライマリ・ヘルス・ケアの学習方略として日本でのLICの実施はどうであろうか。いくつかの障壁について考えてみたい。まずは期間についてである。日本の卒前医学教育のカリキュラムに合わせると1年間という期間はなかなか難しいと思われる。4週間では十分とは言えないし、Longitudinalとは呼べないだろう。現時点では12~16週間程度が導入可能な期間として妥当ではないかと思われる。ただ、欧米で20週間しているものを12週間とする場合、到達できるレベルはそこよりも低くなることを考慮しなくてはいけないと思われる。どのくらいの期間でどのくらいの到達目標達成を期待できるのかは現在進行中の研究結果を待っていただきたい。

受け入れ医療機関については、単独診療をしている診療所に学生を長期で送るのはなかなか受け入れ側の負担が大きいのではないかとと思われる。一人で四六時中、学生と行動を共にすると指導する側にも負担が大きいだろう。昨今、日本でもグループで総合診療をしている診療所が増えてきている。そのような医療機関は最適かもしれない。また、日本に多く存在する田舎の小病院(100~200床規模)は現時点での最適解の一つであると考えている。さまざまな医療場面、複数の医師、管理する事務方など条件は整いやすい。ここで重要になるのは総合的に患者を診ることができる、学生を教えることに熱意のある指導医の確保である。医師としての臨床能力が高いという意味ではなく、日常的に患者のさまざまな健康問題に直面し、マネジメントを実践している指導医である。短期間で学生を受け入れている地域医療機関は今でも多い。長期になると負担は大きくなるであろうか。過去の研究では逆である¹⁷⁾。長期で受け入れた方がスケジュールを詰め込む必要はなく、学生の自

上越総合病院
糸魚川総合病院
かみいち総合病院
あさひ総合病院
飛騨市民病院
南砺市民病院
富山協立病院



図1 富山大学のLIC

表1 富山大学LICでの効果

陽性効果	陰性効果
医行為の経験 未診断患者の経験 急性期～慢性期、在宅 ケアの継続性 家族へのケア 非典型例への対応 地域医療の重要性	孤立感、不安感 終了時間のあいまいさ (忙しい) 指導医との関係性 (相性が悪い際の対応) 解決できない問題の不消化感

特集

主性に任せて自由に学習できる時間を確保ができ、頻回なオリエンテーションの実施も必要ない。多職種に任せる時間も効果的であろう。そして、何より、医療機関の外の地域そのものをじっくりと見せることができる。そして、何よりも長く居ると学生が戦力になってくる。救急外来のワンタッチ目、長く待っている患者さんの予診、処置の代行…学生が長くいることによるメリットの方が大きい。

もう一つ、重要なのは送り出す大学の医学教育部門の働きである。実習受け入れ病院とのやり取りも含めたマネジメントはもちろんであるが、定期的な学生との振り返りを大学教員が確実に実施していくことが学修を深め、学生からの聞き取りによって複数の地域受け入れ医療機関の個性を尊重しつつ、負け組を作らないことは重要な役割である。そして、遠隔地で実習する場合には学生の孤立感を防ぐ意味合いも強い。長期の学生実習で素晴らしい陽性体験をした学生は将来、医師になってその病院に戻ってくる可能性が上がる。先のオーストラリアのフォローアップ調査でもLICを受けた学生の将

来のキャリアではへき地での勤務を一定期間している医師が多いこと、将来のへき地労働力確保にも寄与していることが証明されている¹⁸⁾。つまり、今の努力は将来につながるのである。日本では三重大学、宮崎大学、富山大学で12週間のLICがすでに実施されている。富山大学では2022年から20人/年の学生が長期地域滞在型プライマリ・ケア実習を行っている。富山県内の小病院、新潟県境、岐阜県境の小病院で富山大学の学生はたくさんの経験を積んでおり、修了後の学生からの聞き取り調査の結果からさまざまな効果が出ている(図1, 表1)。

まとめ

世界の地域医療教育の構図を変えてきているLICを日本でも実施できる準備は整っていると思っている。日本における地域でのプライマリ・ヘルス・ケアの担い手はこれまで専門医のキャリア後半でのキャリアチェンジが多かったように見える。しかし、プライマリ・ヘルス・ケアの専門性をしっかりと教育し、追及していくこ

とが今後は重要である。学生や若い医師が Common disease とは何なのかを理解し、プライマリ・ヘルス・ケアを実装するためには Common な病気が Common な頻度で来る現場での実践が重要である。そのためには大学病院の役割をしっかりと理解するためのローテート実習だけでなく、地域医療の第一線でプライマリ・ヘルス・ケア能力をしっかりと身につける長期地域プライマリ・ケア実習が全国医学部でできるようになることで学生が卒業までにしっかりと臨床能力を身につけることができるのではないかと期待している。

参考文献

- 1) 井上健一郎: 大学病院は地域病院を支えられるか。地域病院から見た地域医療構想策定における医学部・大学病院の役割(解説/特集)。病院 2021; 80(2): 136-140.
- 2) Worley P, Couper I, Strasser R, et al: A typology of longitudinal integrated clerkships. Med Educ 2016; 50: 922-932.
- 3) 片岡義裕, 前野哲博, 阿波谷敏英, 他: 地域医療教育に関する医学部全国調査 第2報。医学教育 2017; 48(3): 143-146.
- 4) Worley P: Relationships: A New Way to Analyse Community-based Medical Education? (Part One). Educ Health (Abingdon) 2002; 15(2): 117-128.
- 5) Worley P: Integrity: The Key to Quality in Community-based Medical Education? (Part Two). Educ Health (Abingdon) 2002; 15(2): 129-138.
- 6) Len Kelly: Community-based Medical Education a teacher's handbook. Radcliffe Publishing Ltd, London, 2012.
- 7) 星野晋: 医学教育における文化人類学の関わり方についての考察。国立民族学博物館調査報告 2009; 85: 77-92.
- 8) 阿南英明: 災害医療教育とは何か、そしてどう学ぶのか。日内会誌 2014; 103(6): 1433-1437.
- 9) 中村千賀子, 星野晋, 沖田一彦, 他: 提言「医学教育における行動科学・社会科学」。医学教育 2015; 46(4): 349-353.
- 10) Kato D, Wakabayashi H, Takamura A, et al: Identifying the learning objectives of clinical clerkship in community health in Japan: Focus group. J Gen Fam Med. 2020; 21(2): 3-8.
- 11) Stewart M, Brown JB, Weston W, et al: Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. CRC Press, Boca Raton, 2013.
- 12) Takamura A, Imafuku R: What is the impact of the Rashomon approach in primary care education?: An educational case report of implementing dialogue and improvisation into medical education. BMC Med Educ 2021; 21(1): 143.
- 13) 医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版。https://www.mext.go.jp/content/20240220_mxt_igaku-000028108_01.pdf (accessed 2024 Jun 21)
- 14) Worley P, Silagy C, Prideaux D, et al: The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. Med Educ 2000; 34(7): 558-565.
- 15) CLIC - The Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships. https://climed.com/ (accessed 2024 Jun 21)
- 16) Walters L, Greenhill J, Richards J, et al: Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society. Med Educ 2012; 46(11): 1028-1041.
- 17) Takamura A, Ie K, Takamura Y: Overcoming challenges in primary care education: a trial of a longitudinal integrated clerkship in a rural community hospital setting in Japan. Educ Prim Care 2015; 26(2): 122-126.
- 18) Walker L, Isaac V, Walters L, et al: Flinders university rural medical school student program outcomes. Aust J Gen Pract 2021; 50(5): 319-321. https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.764399031057188 (accessed 2024 Jun 21)

医学部早期からの島根県全体での 総合診療医育成：高度総合診療力修得コース

島根県立中央病院 救命救急科 医長 樋口 大

抄録

「高度総合診療力修得コース」は、2022年度より島根大学医学部で展開している、総合診療マインドを持つ医学生の育成に特化した教育コースである。島根県の地域の最前線で活動している総合診療指導医や若手総合診療医を講師として招致し、島根県全体で島根大学医学生の総合診療マインドを育てている。医学生の多様なニーズに応えるべく複数のメニューを展開しており、医学生の総合診療マインドを育成する環境作りに成功している。2022年度からの2年間で延べ265名の応募があり、延べ約200名が履修をしている。

背景

2022年4月、厚生労働省の「総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業」の一環で、島根大学に島根大学医学部附属病院総合診療医センター（以後、しまね総合診療医センター）が設立された。

島根県の地域医療は、地域の家庭医や自治医科大学卒業生に支えられてきたが、この数年、地域枠医学生の卒業や総合診療医の需要の向上とともに、地元の島根大学からも総合診療医が輩出され始めている。現在在学中の医学生にも、地域医療を支えたいという思いを持っている医学生がたくさんいる。また、地域行政や地域医療機関も、地域枠出身の医学生が総合診療医として戻ってしてくれるのを期待している。とはいえ、島根大学の中で地域医療を担う総合診療医を育成する教育土壌が十分とはいえない現状で、医学部卒業や初期臨床研修修了と同時に、いわゆる都会の医療機関に離れていく傾向にあった。

医学生が総合診療について学べる環境を作り、地域の総合診療医が総合診療について医学生に伝える環境を作るために、しまね総合診療医センターが中心となり、総合診療マインドを持つ医学生の育成に特化した教育コース「高度総合診療力修得コース」を設置した。

筆者は自治医科大学卒業生としてたくさんのことを島根の地域医療から教えてもらい、育ってもらった。地域医療の魅力やエッセンスを詰め込み、「総合医を目指すなら島大」と言われる未来を思い描き、自治医科大学への若干の後ろめたさを感じつつもこのコースを準備し展開した。

学習目標と展開戦術

「高度総合診療力修得コース」の専門教育科目は特別系、履修区分は自由とし、履修者に対しては単位付与を行った。総合診療マインドを持つ医学生が、通常の臨床実習に比してより実践的で実用的な総合診療に接することで、その資質を修得することを学習目標とした(表1)。具

表1 学習目標

1. 総合診療マインドを持つ医学生が、通常の臨床実習に比して、より実践的で実用的な総合診療に接することで、その資質を修得する
2. 診療所や病院において、通常の臨床実習では修得が困難な、人間中心の医療についての知識・技能・態度を修得する
3. 実臨床で有用とされるレベルのエコーの実技履修とエコーレポートの作成ができる
4. 実臨床で活用できる、臨床疫学・統計学・EBMについての知識・技能を身につける
5. 総合診療に関する学会発表や論文作成を行う
6. 上記について6年間で縦断的にコースに取り組むことで、総合診療領域におけるコア・コンピテンシーについて、6年生修了時に初期臨床研修医修了時の習熟度に達することを目標とする

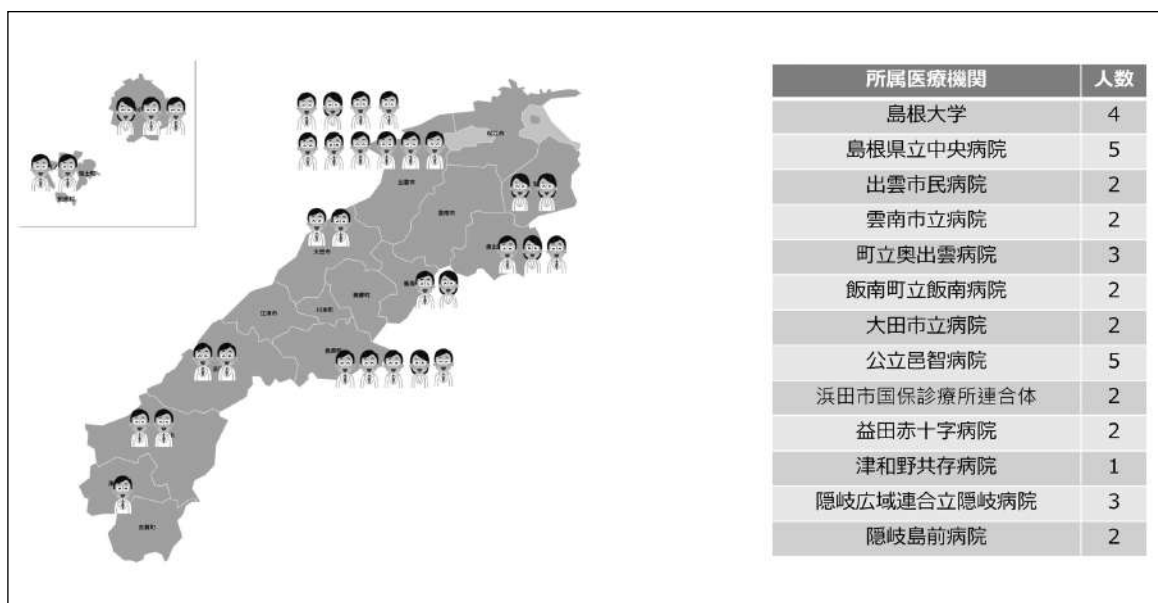


図1 島根県全土から講師を招致

体的な戦術として、3つのポイントを意識してコース作りを行った。

戦術1. 島根県全土から講師を招致する(図1)

島根県全体で島根大学の医学生を育てるという意識づけをするため、島根県内の総合診療医が勤務している各医療機関に働きかけ、隠岐諸島や島根県西部を含む県内13の医療機関から35名の講師を招致した。地域の最前線で活躍する熱い心を持った現場ばりばりの総合診療医に医学生の前に立ってもらっている。また、地域の医療現場に出てみたいという医学生に対しては、希望する地域の医療機関での3～5日間の現地実習を可能とした。

戦術2. 医学生の多彩なニーズに応え、医学生との継続的なつながりをつくる

医学生の多彩なニーズに応えられるように、また医学生が毎年別にコースを履修できるように、4つのコースメニューを設置した。コースの詳細は後述する。基本的には全コース、1年生からの履修を認めている。Bコース、Cコースは低学年と高学年で履修内容に違いを作り、6年間の中で繰り返し履修することも可能とした。

戦術3. 医学生のうちに初期臨床研修修了時の習熟度を目指す

各コースが該当分野において、医学部卒業時には初期臨床研修医修了時の習熟度に達していることを、到達目標の目安とした。特に超音波

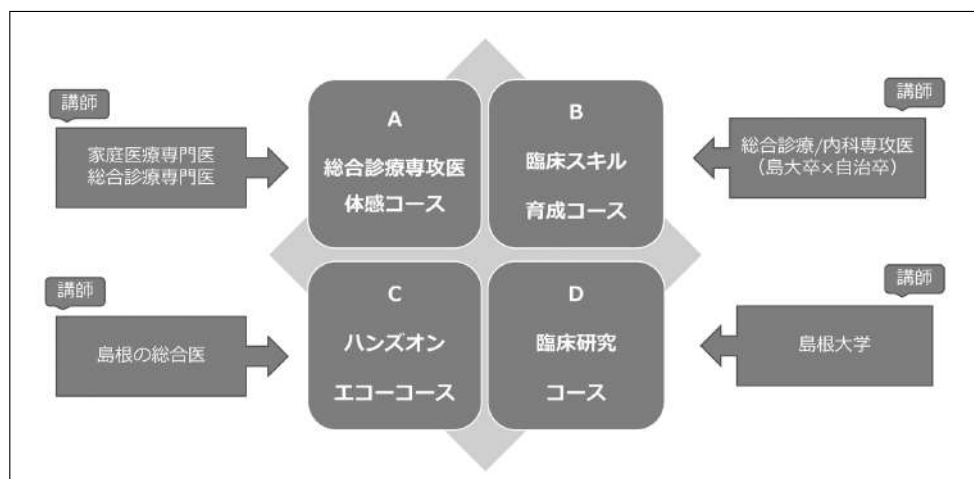


図2 選べる4つのコース

手技・論文作成の分野においては「医学生のうちから医師と同様の技術を修得できる」というキーワードが、医学生のモチベーションの向上につながっている。

コースの概略(図2)

Aコース:総合診療専攻医体感コース

総合診療専攻医が学ぶことを1年間かけて体感するコースで、全コースの中で最も内容が濃いコースである。実際に総合診療医になるビジョンが明確な医学生にとって、総合診療専攻医の生活や学びを先取りするようなコースにした。講師は島根県の総合診療指導医たちで構成した。

Bコース:臨床スキル育成コース

島根県の若手総合診療医が講師として活躍しているコースで、医学生にとって最も親しみやすいコースである。医学生にとって身近な背中である若手総合診療医たちが、自分たちが総合診療医として大切だと思っているエッセンスを伝え、医学生と若手総合診療医たちがともに学び合うようなコースを展開している。

Cコース:ハンズオンエコーコース

島根の地域の総合診療医や検査技師が講師となった、エコースキルを修得するコースである。地域の医療現場で大活躍するエコーは医学生の

うちにできるようになってしまおう、という実技コースである。特に心臓超音波検査と腹部超音波検査を修得してもらっている。人気ナンバーワンコースである。

Dコース:臨床研究コース

指導をきちんと行えば、医学生でも医者と同レベルの臨床研究や論文作成ができることを体感するコースである。実際に臨床研究を展開し、学会発表や論文執筆まで支援している。講師は島根大学の総合診療医が中心となっている。素晴らしい学術実績を残している。

コースの実際

事前準備

島根大学医学部の学務課と連携をしながら約1年間の準備を要した。2022年3月末に開催したコース説明会には、新2～6年生の500名の医学生のうち90名が参加し、医学生たちの総合診療に対する興味やモチベーションを感じることができた。

2022年度は66名の定員枠に対して、延べ138名の応募があった。2023年度は定員枠を82名に拡充し、延べ127名の応募があった。

Aコース:総合診療専攻医体感コース(図3)

コースの概略は、座学→地域実習→ポートフォリオ作成→発表、とした。

まず5月から7月にかけて、総合診療のコア・

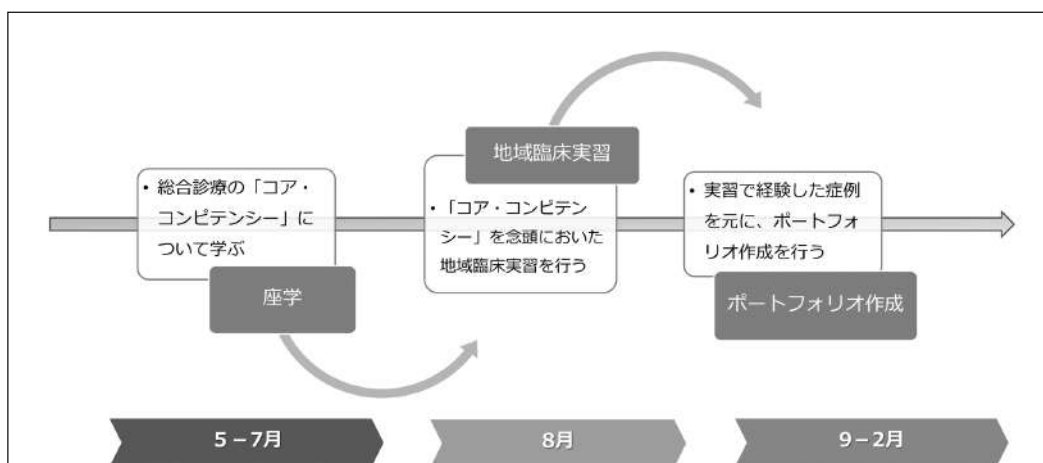


図3-1 Aコース：コース概要



図3-2 Aコース：座学
総合診療のコア・コンピテンシーについて学ぶ



図3-3 Aコース：地域臨床実習
指導医のいる地域の医療機関で実習し、ポートフォリオ作成を開始



図3-4 Aコース：ポートフォリオ作成と発表
秋にポートフォリオを作成し、冬のしまね総合診療医のついで発表

図3 Aコース：総合診療専攻医体感コース

コンピテンシーについての座学を行った。そして夏休みを利用して地域の医療機関で臨床実習を行い、指導医とともにポートフォリオ作成を開始した。ポートフォリオは総合診療専攻医や新・家庭医療専門医に課せられたルーブリックに準じて作成した。作成過程で、島根県内の総合診療医と親交を深めながら総合診療についての知見を深めた。成果物であるポートフォリオは、しまね総合診療医の集いで島根県内の総合診療医や医学生に対して発表し、喝采を得た。

Bコース：臨床スキル育成コース（図4）

救急外来を舞台として、臨床現場に即した実践的なセミナーが展開されている。患者背景も見据えた全人的医療を提供できるようになることを目指している。患者情報をもとに、医学生たちが調べ、考え、自分たちなりの結論を出し、それを若手総合診療医が指導している。

若手総合診療医が準備した症例は以下のような症例である。

例：「お腹が痛い」のコマにて

授業日	授業内容
5月17日	身体所見の取り方（総論）
5月24日	息が苦しい
5月28日	血圧が低い
6月7日	意識がない
6月11日	一歩先を見据えた問診の仕方（総論）
6月21日	熱が出た
6月28日	胸が痛い
7月5日	頭が痛い
9月3日	おなかが痛い
9月13日	目が回る
7-8月	現地実習

図4- 1 B コース：コース概要
実臨床トレーニングに加えて、患者背景も見据えた全人的医療を意識



図4- 2 B コース：コース風景
実臨床トレーニングに加えて、患者背景も見据えた全人的医療を意識



図4- 3 現地実習
若手総合診療医が勤務する地域の医療機関に行き、学びを実践

図4 B コース：臨床スキル育成コース

Stage1:腹痛患者さんに対して、イレウスの診断に至るまでの初期対応を実践。

Stage2:患者さんは認知症がある中でイレウスの外科的治療を拒否している。主治医としてどう対応をしていくか。

Stage1では疾病の救急初期対応について学び、Stage2では患者さんの背景も考慮しながら、どのように全人的医療を提供していくか、医学

生と若手総合診療医で熱のこもったディスカッションが展開される。

Cコース:ハンズオンエコーコース(図5)

「医学生のうちから初期臨床研修医修了レベルのエコー技術を身に付けちゃおう」を合言葉に、エコーの実技トレーニングを行った。島根大学のエコーレポートを雛形に、エコーレポー

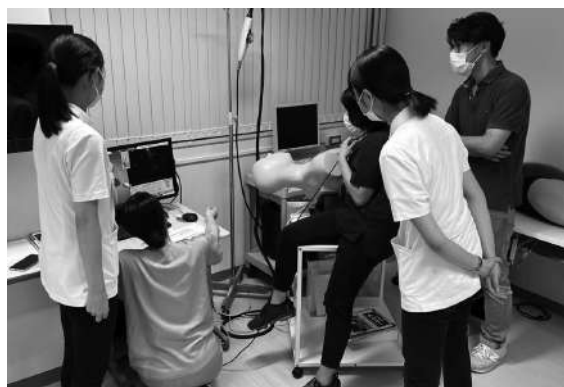


図5 Cコース：ハンズオンエコーコース
ハンズオントレーニングで技術を習得

ト作成のトレーニングを積んだ。指導医が講義資料をオンライン上で事前共有することで座学は個々が事前に行い、当日はシミュレーターや模擬患者によるハンズオン実習を重視した。最終的には実技テストとエコーレポート作成を課題とした。

島根県ではしまね総合診療医センター長である白石吉彦氏が地域医療機関でも積極的にPoint of care ultrasoundを普及している。そのため、地域の医療現場でも身近にエコーがある医療機関が多く、島根の総合診療医たちにとってエコーは身近な武器である。全身にエコーをあてる技術は医学生にとって魅力的であり、本コースは人気ナンバーワンコースである。

Dコース：臨床研究コース(図6)

実臨床で活用できる、臨床研究についての知識・技能を身に付け、実際に研究・学会発表・論文作成を行うことを目的としている。しまね総合診療医センターの副センター長である和足孝之氏がそのノウハウを惜しみなく医学生に伝えている。オンラインとグループワークを中心に活動している。2024年3月末時点で、医学生が9本の論文作成に関わっており、うち3本の論文はfirst authorが医学生である。現在2本の研究が進行しており、医学生たちがすばらしい学術成果を修めている。

医学生の声

修了時に、医学生に対してアンケート方式で

学びを表現してもらった。

まず、総合診療医の概念についての声が多数寄せられた。総合診療医とは結局どのような仕事をするのか、臓器別専門医との役割の違いについて学ぶことができています。総合診療医が、生活背景の難しい患者への対応を得意とするプロ集団であることを体感し、総合診療への理解が進んだという声が聞かれる。

臨床面においても、実際に臨床スキルやエコー技術を身に付け、論文や研究を行うなどの体験をすることが、モチベーションの向上につながっている。また、実際に体感することでその難しさも実感できており、初期臨床研修時にあたるような壁を先取りして体感することができている。

地域での実習を積極的に取り入れており、地域で働く医療者が患者さんと笑顔で過ごしている光景は医学生の心に響き、指導医と医学生の継続的なつながりを生み出している。地域住民と医療者が地域の中で協働していることに地域医療の真髄を見出し始めている医学生もあり、島根大学の医学生が地域で働く総合診療医に惹きつけられ始めている。島根の地域で提供する医療内容と技術の幅の広さも、医学生にとって魅力的に映っている。

これらの医学生の声が、地域医療に従事する者が地域医療実習で何を医学生にみせなければいけないのかということを教えてくれている。

まとめとNext Step

総合診療や地域医療を実際に体感することで、総合診療マインドや実臨床技術の向上を図ることができている。複数のコースメニューを用意したことで、地域の医療者にとっても自分に関わりやすい分野を選択して指導できることで、医学生教育への心理的抵抗感が軽減している。医学生・指導医の双方が楽しくコースを進めることができていることが、コースの継続と発展につながっている。また、履修した医学生が新規履修の医学生を教育するために次年度に講師役として参画する、ピア・ラーニングの形



図6 Dコース：臨床研究コース
医学生による臨床研究・学会発表・論文作成を支援

もできつつあり、教育体制についても発展をみせている。

島根県全土の指導医と協働し、島根県全体で総合診療マインドを持つ島根大学医学生を育てていくという流れ作りに成功したことは社会的に意味を持ち、2022年度の島根大学の優良教育実践として表彰された。

Next Stepとして、これからも医学生の思いに応えるべく、質の向上に努める。特に医学生のニーズと地域の指導医が伝えたいことを各々調査しながらマッチングさせ、両者が能動的に取り組めるような体制を維持する。2024年度は新たな5番目のコースとして、胸部レントゲンや胸部CT画像の読影について、初期臨床研修修了レベルの実力を目指した「胸部画像読影コース」を新たに設置した(図7)。初期募集で早くも応募数が定員を超過している。

「総合医を目指すなら島大」と呼ばれるような総合診療教育体制が、島根県の中では整ってき

白石・和足が
島大生に捧ぐ珠玉の教育コース

高度総合診療力 修得コース2024

オンライン説明会

2024.3.26 17:00-17:45 | 対象：全医学生
事前申し込み不要

総合診療専攻医学生 1年時から修得	A. 総合診療専攻医学生コース	若手から臨床で重要役 担担や経験を担担
医学生のうちに 修得	B. 臨床スキル育成コース	
医学生のうちに 胸部画像読影修得	C. パンズオンエコーコース	医学生のうちに 論文作成修得
	D. 臨床研究コース	
	E. 胸部画像読影コース	

2023年度修得者が伝える
「こんなコースだよ!」「これができる!」

A. 二宮あさひ B. 大平志子 C. 足立裕規 D. 上西潤太郎

ZOOM ID: 876 5552 0341 Pass: 975301
問い合わせ: shimanegp@gmail.com

図7 2024年度は5つのコースで開催中

ている。このコースで育った医学生が、指導医たちとともに島根の地域医療を支えるようになる未来を願ってやまない。

地域医療実習の現場から

地域コミュニティを活用した 地域医療実習

鳥取大学地域医療学講座 准教授 孫 大輔

抄録

地域コミュニティを活用した地域医療実習においては、「地域志向性」が重要となるが、そのとき地域に関わりつつ、地域を一步引いた眼で理解する「自覚的コミットメント」が鍵となる。具体的な方法論として、文化人類学(エスノグラフィー)の手法を応用した実習や、地域住民や福祉関係者と協働する形での実習が有効である。地域と「協働」するためには、教育学者のフレイレが提唱した地域とのパートナーシップの構築が重要となる。

はじめに

各大学の地域医療実習においては学生を「地域に出す」ということは基本的なこととして実施されているだろう。しかしながら、地域の病院において実習を行っても、学生は患者の生活者としての側面や、地域における日常生活がどのように健康に影響を与えているのか十分に学んでいないかもしれない。そのためには、病院の外に実際に出る経験や、病院というコンテキストを離れたさまざまな形態の学習にも価値があると思われる。本稿では、地域コミュニティを活用した実習について事例を紹介しながら、その可能性について考察してみたい。

地域志向性と「自覚的コミットメント」

地域とはそもそも何であろうか。地域医療における「地域」は、住民が生活しているそれぞれの地域を意味し、必ずしも地方やへき地を指すものではない。また「地域志向」とは何だろうか。プライマリ・ケアの文脈では、「地域志向性ブラ

イマリ・ケア (community-oriented primary care)」の概念があるが、ここでは、もっと広い意味での「地域志向」について探ってみたい。

社会学者の白石壮一郎氏は、これからの「地域志向」において重要になる概念として「自覚的コミットメント」を挙げている¹⁾。ここでいうコミットメントは、その地域(あるいは組織、共同体、場)に深く入り込み、関わっていくことを指す言葉である。これに「自覚的」がつくと、単に地域に深く入り込むという意味に加えて、地域の歴史的な背景や文化、そこで暮らす人々の関わり方などを(そこに関わる自分自身も含めた)全体として捉える「一步引いた眼」を持ちつつ、地域に関わっていく姿を指す言葉になる。近年の文化人類学において、現地社会に関わる態度として、この自覚的コミットメントが重視されている。

自覚的コミットメントは、地域を外から理解するだけでなく、その理解を伴って地域に入り、さらに関わっていく過程で、地域の「現場」への理解を進めることを指している。ある地域で生きていくということは、その地域の歴史や文化、

特集

表1 各回のポートフォリオの設問

【設問1】今回の実習で実際に見学したこと、やったことを記述してください（500字以上）。あなたの解釈をできるだけ入れないようにして、見学したこと、やったことの事実のみをできるだけ記述してください。 ※学内実習の人は、観察した対象の詳細・観察した対象を選んだ理由を記述してください。 【設問2】実習中（観察中）感じた問いを3つ以上書き出してください（わからない人は、そこにいる人の言動やその場の風景などに着目してみて、書き出してください）。 【設問3】「設問2」で挙げた問いを感じたのは、なぜでしょうか？記述してください（500字以上）。
--

人々のことを理解することには収まりきらないものである。そもそも一人の人間が地域全体を見通すことは到底できない。「現場」の生活世界はそうしたさまざまな歴史・文化・知識・関係のつぼであり、個人の理解を越えた部分についても受け入れていき、「一歩引いた眼」で地域を理解していくことが重要となる。

文化人類学で「自覚的コミットメント」が重視されるようになった背景には、文化相対主義の考え方がある。自文化中心主義から脱却し、他者を理解し尊重する上で文化相対主義が重視されるようになった。しかし、地域社会の現状を尊重するだけでは、「うちがうち、よそはよそ」という他者化をもたらすことになる。つまり、現状を尊重し理解する態度だけでなく、さらにそれを踏まえた地域や異文化への参加という、「関わり」に立脚した理解と行為が重要となる。そうしたことを踏まえた概念が「自覚的コミットメント」ということになる。

地域コミュニティを活用した 地域医療実習の例

1. 参与観察型(エスノグラフィー型)の実習

鳥取大学医学部では、医学科4年生のときに「地域医療体験実習」を行っている。文化人類学のエスノグラフィーの方法論を応用し、参与観察者として現場に入り、学習者の「当たり前」を相対化してみることを目標とする実習となっている。

事前のオリエンテーションでは、文化人類学の先生のオンデマンド講義を見てもらい、参与観察とエスノグラフィーについて学んでもらっ

ている。具体的には、医療現場で観察・記録を行う場面、観察するポイント（誰と誰が話しているか、話の内容、どういう言葉遣いか、ボディ・ランゲージ、座る位置など）、観察する視点（医療者と患者・家族との関係、医師と他職種の関係、診療科ごとの文化、医療に関する制度、患者の背景など）などである。また「文化」とは、人間関係や暗黙のルール、慣習・行事、服装、モノ（掲示物、機器類、装飾品など）に反映されることを伝えている。またフィールドノーツの記録の仕方、どのように書くか（ギアーツの「厚い記述」）、事実と解釈を分けて書くこと、エスノグラフィーを通じて「問い」を育てること、「違和感」を大事にして自己を相対化することなどを学ぶ。

一人の学生は4回の参与観察をする実習があり、医療機関や介護施設に行って参与観察を行う「学外実習」と、自ら観察する場所を選んで参与観察を行う「学内実習」に分かれる。いずれの実習においても、学生は「現場」に入り込み観察をする「参加者としての観察者」となり、フィールドノーツをとりながら、問いを育てることになる。

毎回実習が終わった後には、フィールドノーツをもとにeポートフォリオに記入してもらう。ポートフォリオには3つの設問があり（表1）、設問1で観察した事実を記述してもらい、設問2で感じた問いを3つ以上挙げてもらう。さらに設問3で、その問いを感じたのはなぜかを考えて書いてもらう。

多くの学生は、参与観察によって対象を「一歩引いた眼」で相対化して見たり、フィールドノーツを詳細に記録したりすることを新鮮と感

表2 終末期患者の訪問診療における参与観察（一部抜粋）

【設問 1】14 時半から車で介護施設に向かう。入ってすぐのベッドに寝たきりの女性の患者さんがいる。もうあと数日だと先生は言った。尿は 30ml しか出ていなくてももう数週間食べていないという。旦那さんが 3 日前にがんて亡くなったばかりだという。先生は「もうお父さんのところに行くか」と患者さんに声をかけた。患者さんは口が空いていて、声をかけても目が開かない。聴診をさせてもらおうと時々脈が飛ぶのがわかった。自宅で看取るために今日の夕方に家族が迎えにくるらしい。先生は介護の方に、輸液を入れる指示を出していた。途中、患者さんが目を開けた。「自分のこと話してるってわかるんやね」とスタッフは言った。クリニックに戻ってから患者さんの娘さんと電話で話していた。「もしかしたら今日亡くなるかもしれない、輸液をして血圧が上がれば数日持つかも、可哀想じゃない、あれは綺麗に枯れてる。」と先生は伝えた。娘さんは泣いていたそうだ。（以下略）

【設問 2】① 意識がハッキリしていない末期の患者さんでも耳は聞こえているのではないかと、② 住み慣れた自宅で看取るのが良いというのは、本当にそうだろうか？（以下略）

【設問 3】① 先生と介護施設のスタッフが、（患者さんが）あと数日しか持たないという話をされていたが、途中で患者さんは目を開けたので、もしかしたら聞こえているのではないかと考えた。旦那さんが 3 日前に亡くなったことを患者さんは知っているのだろうか。スタッフ同士の会話がもし聞こえているとしたらどう感じているのか…と複雑な気持ちになった。② 今回の介護施設の患者さんも、施設から自宅に帰るという話があった。一般的に、病院より住み慣れた自宅で看取るのが良いという話をよく聞くけれど、患者さんは本当にそう思っているのか？それは患者さんの希望なのだろうかと不思議に思った。自宅で家族に迷惑をかけたくない、病院で専門的な医療を受けたいと考えている患者さんもあるかもしれないし、私も実家がそこまで居心地のよい場所ではないので、家に帰りたいとは思わない。（以下略）

じるようである。また、そこから3つ以上の問いを考え、さらにその問いの背景・理由まで考えることは初めて経験したという学生も多い。その問いや問いの背景を考察する姿勢から、観察したことを鵜呑みにするのではなく、相対化して見ることで、対象となる人々やコミュニティの「文化」を考えるという訓練になっている。ある学生のポートフォリオの例を表2（学外実習）と表3（学内実習）で紹介する。

実習の評価は、複数の教員によってeポートフォリオの評価を中心に行う。教員はすべての記述を読み、ループリックに沿って評価した上でフィードバックのコメントを返す。実習後の最終授業では、振り返りを行い、優秀ポートフォリオ賞の授賞を行っている。この実習によって、「自覚的コミットメント」にも通じるような、地域に関わりながらも自己を相対化して観察する地域志向性の実習が可能になると考えている。

2. 地域協働型の実習

学生が地域に出て実習を行う際に、地域住民と協働して何らかの実践をするような形の実習も大きな可能性を持つ。ここで「協働 (collaboration)」の意味を改めて考えてみたい。専門家が地域と協働するモデルにはCBPR (community-based participatory research)がある。これは参加型アクションリサーチの一種で、研究自体よりもコミュニティの状況改善や社会正義の実現に力点が置かれている活動である²⁾。CBPRは「パートナーシップ」を重視し、「関わるすべての人が平等に協働しあうこと」が強調されている。CBPRの源流には、ブラジルの教育学者パウロ・フレイレの活動がある。彼は1950年代から貧困地域の文盲の農夫たちに識字教育を行ったのだが、同時に彼らの社会的状況を改善させる能力と自信をつけさせるような活動を行った。彼の活動は後の「エンパワメント (権限委譲, 能力開花)」のモデルとなった。地域との

表3 地域の図書館における参与観察（一部抜粋）

【設問1】16時市立図書館に着く。私の隣の席の老人は週刊誌を読んでいる。姉妹らしき小学生くらいの2人が本を何冊か抱えて、本を探し回って館内を歩いている。各本棚の間に小さな椅子が置いてある。背もたれもないその椅子で、荷物も地面に置き熱心に本を読んでいる女性がいる。やけに日焼けしている。隣の本棚には車椅子の女性と介護のスタッフらしき女性が2人いる。車椅子の女性はスタッフと話しながら漫画を選び、どんどん自分の膝の上に重ねていく。「1, 2, 3…9. いま9冊だからあと1冊だ」と言って、借りられる。あと1冊を探しに違うコーナーに行ってしまった。館内専用のブックカートを押している短髪の女性がいた。荷物は持っていない。スーパーのカートよりも小さく軽そうである。（以下略）

【設問2】① この地域では図書館で過ごすことが日頃のルーティンになっている人が多いのだろうか。② ルールがあるわけではないのに、図書館ではみんな自然と小声で話してしまうのはなぜだろうか。（以下略）

【設問3】① 観察をしていると高齢の方が多く、またほとんど荷物を持ってきていない方も多いとわかった。本を借りて帰るつもりなら本を入れるために大きなカバンを持ってくるだろう。手ぶらで来ているということは、借りるつもりはなく、ただ目に付いた本を読んで過ごすために来ているのではないかと思ったから。② 図書館で大きな声で叫んだりするのが迷惑なことは誰でもわかる。しかし、普通の会話が制限されているわけではないし、実際、本の貸出受付では司書さんと普通の音量で話すだろう。今日の観察では、誰もが申し訳なさそうに小さな声で話していた。自分がもし友達と図書館に行ったら、確かに私語は遠慮してしまう気がする。よく考えたら不思議な習慣だと思ったから。（以下略）

「協働」を行う際に、フレイレから学ぶことは多い。例えば、すべてのプロセスに住民を巻き込むことや、対等性と透明性を担保すること、あるいは、何かを達成することより共に楽しみ分かち合うことを重視することなどである³⁾。こうしたことのすべてが「パートナーシップ」を育む。これらの原則を大事にしながら、地域と協働した形での地域医療実習を行うこともできる。

ここでは、令和4年度の鳥取大学医学部3年生の「研究室配属実習」で、地域医療学講座に配属された学生の実習内容を紹介する。学生たちは、鳥取県大山町（人口約1万5千人）をフィールドとして、この地域の主に高齢者のウェルビーイング（生きがい）と社会参加に関する調査を行う実習に従事した。この際、単に地域住民を対象にした調査を行うだけではなく、地域の人々の実践活動に学生も参加しながら、地域と協働する形での実習を行った。

大山町では数年前からコミュニティナース（地域で働く看護師）を中心とした「暮らしの保健室」の活動が展開されている。コミュニティナースは元看護師などの専門職や、地域福祉活

動などを行う住民などからなる。彼らは、地域の中で住民がよく集っている場所（公民館、スーパーマーケット、お祭りなど）で、困りごとを抱える人々の伴走支援を行いながら、地域のつながり形成を促進する役割を担っている。今回、学生たちはコミュニティナースと協働し、共に「暮らしの保健室」の活動を担いながら、住民の生活を知り、調査を行った。具体的に参加した活動は、高齢者サロン、スーパーマーケット、公民館祭りなどにおける保健室である（図1～3）。学生たちはコミュニティナースが行う健康相談や暮らしの相談を体験しながら、住民と密なコミュニケーションをとった上で、質問紙調査を実施することができた。このことは、外部者である研究者が単にフィールドに入って調査するのではなく、コミュニティとパートナーシップや関係性を築きながら調査を行うCBPRの原則に則ったものである。この実習によって、学生は「地域を見る眼」を養いつつ、住民の生活世界を深く理解するためには、住民との信頼関係やパートナーシップの構築が重要であることを学んでいた。



図1 高齢者サロンで体操指導をする学生



図3 公民館祭りでの暮らしの保健室



図2 スーパーマーケットでの暮らしの保健室

本実習に参加した学生の感想の一部を紹介する。

「高齢者の方一人一人が違った背景を持っているし、自分から積極的に話される方もいれば、あまり話したがない方もいて、治療を行うのと同じように、コミュニケーションも柔軟性というものがとても大事なのだと学ぶことができた。『住民からポロッと出るつぶやきは本音であることが多いので、そういったつぶやきを拾い上げていくことを大切にしている』とコミュニティナースさんが言っていたが、医療の現場でもこのことを大切にしていきたいと思った。その上でやはり、どうお互いの信頼関係を築いていくかが重要だとこの実習で学ぶことができた。話し始めは、やはり警戒心を持たれているからか、あまりスムーズに話が進まなかったが、話していくうちに徐々に打ち解けていき、相手も本音で話してくれるようになったということ

が実習中に何回かあった。警戒心を解き、信頼関係を築いて行くためには話し始めの何気ない会話が大事だと身をもって実感できた。」

おわりに

地域コミュニティを活用した地域医療実習の目的は、単に学生が「地域に出る」だけではなく、「地域を見る眼」を養うということでもある。このとき、外から観察する視点だけではなく、コミュニティの内側から見る視点を学生は学ぶ。そのために、地域に関わりながら観察する「参与観察」や、地域と「協働」するモデルに大きな可能性があることを本稿では提示した。地域コミュニティを活用した実習によって、学習者は自己を相対化し、異文化や他者を深く理解するための視点を学ぶことができる可能性がある。

参考文献

- 1) 白石壮一郎：地域志向とは何か―自覚的コミットメントから見た地域志向【1】。弘前大学地域創生本部ホームページ。 https://chiiki.hirosaki-u.ac.jp/network/coc/rubric/local_orientation/shiraishi01/ (accessed 2024 Jun 5)
- 2) 武田丈：参加型アクションリサーチ(CBPR)の理論と実践―社会変革のための研究方法論。世界思想社。2015。
- 3) 孫大輔：CBPR コミュニティをエンパワメントする実践研究。Gノート 2018; 5(3): 364-370。

やまぐち地域医療セミナーの実際

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 副センター長 宮野 馨

抄録

山口県では、学生の夏期休暇期間を利用して、自治医科大学医学生、地元山口大学医学生、看護学生、薬学部生を含む、多職種学生ごちゃまぜの「やまぐち地域医療セミナー」を開催している。コロナ禍での開催も含めた現在に至るまでの歩みを、セミナーに込められた思いとともに紹介する。

はじめに

筆者が所属する山口県立総合医療センターへき地医療支援センターは、自治医科大学卒業医師を中心としたメンバーで構成され、「へき地診療支援」「仕組みづくり」「次世代の育成」の3本柱をミッションとして、県内のへき地医療の充実に取り組んでいる。特に次世代の育成については、へき地医療の経験やネットワークを活かし、院内外のさまざまなフィールドで、総合診療やプライマリ・ケアのエッセンスを若手に伝えている。今回は、その中でも学生を対象にした「やまぐち地域医療セミナー」について紹介する。

始まりは……

そもそもは、自治医大生が夏期休暇中に出身都道府県で地域医療実習を行う、いわゆる「夏期研修」に端を発している。都道府県ごとにその内容はさまざまと聞いているが、山口県では自治医大卒業医師が勤務する地域の現場で、数日間の実習を行うことが多かった。へき地医療

やへき地そのものの在り様を知り、先輩医師と語らう中で同郷の縦のつながりを実感し、学生が将来の自分をイメージすることができる貴重な機会であった。

その後、地元の山口大学に地域医療に関わる県寄付講座が設置され、山口大学医学生の希望者を対象に地域医療セミナーが企画されるようになった。その協力施設の多くが自治医大卒業医師の勤務する医療機関であった縁から、2010年に自治医大生と山口大学生との合同セミナーが企画され、縦だけでなく横のつながりもできた。これが、現在の「やまぐち地域医療セミナー（以下、セミナー）」の始まりである。

込められた思い

当時の議論の中で、セミナーの基本的なコンセプトは「基幹病院ではなかなか学べない内容を学ぶ」「地域住民を通じて、山口県の地域医療の実情を感じとる」とされた。学生や若手医師の学びの場の中心となる大学病院や高度急性期病院では、どうしても臓器や疾患についての学びに主眼が置かれる。日進月歩の医学において、

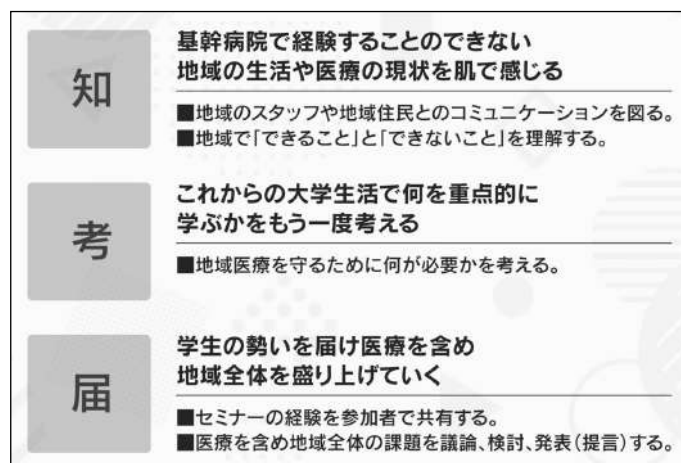


図1 セミナー到達目標

それらは当然重要なのだが、患者や地域住民が医療に期待していることはそれだけではない。そのことを、現場で地域住民の生の声に耳を傾け身をもって実感してほしい、という思いが反映されたコンセプトである。また、こうした経験をできるだけ大学教育の早期から、つまり臓器別の専門性の追求する前の段階から積むことで、医師としての土台の部分に「地域医療マインド」を育むことを目指した。この「地域医療マインド」という言葉は、さまざまな意味を包含していると思うが、筆者は「地域に関心を持ち、地域に寄り添う医療を届けるという志」と解釈している。

また、セミナーの到達目標を紹介する(図1)。これはセミナーが始まった当時の学生が考案してくれたものだが、ずっと変わらず受け継がれており、色褪せることのない素晴らしい目標だと思う。単なる診療所や病院実習だけではなく、暮らしや家族・コミュニティとの関わり、地域の文化などにも触れることで、地域において必要とされる医療のリアルを体感する。単に経験しただけで終わることなく、そこから地域の魅力や課題を探り、若者・よそ者ならではの視点で地域にできることを考え提言する。学生は地域から多くの学びやモチベーションを得られるし、地域も学生のパワーをもらって元気になる、そんな化学反応や好循環が期待された。

なお、開催の形式は、原則として1つの市町をフィールドに、懇親会や報告会を含む2泊3

日～3泊4日の合宿形式であった。企画・運営に当たっては、その市町の地域医療の担当部署に協力をお願いした。実習の中で自治体としてのメッセージを伝えていただくことはもちろん、実習以外のさまざまな部分(地域のリソースの紹介、学生の移動や宿泊、会場準備など)で予算面も含めて多くのサポートをいただくことができた。自治体側からすれば負担は相当大きかったであろうが、自治医大卒業医師の勤務地がへき地の公的医療機関で、担当部署とはもともと顔の見える関係があったことや、地域医療を支える人材の確保への危機感を共有できていたことなどが活きたと思う。

セミナーの歩み

当初は20名程度の医学生が、複数の医療機関を中心に実習を行った。実習に当たっては、単純な見学だけで終わらせず、学生が主体的に取り組めるような参加型のメニューや、患者や地域住民・医療スタッフへのインタビューの時間をとっていただくなどの工夫をお願いした(図2)。インタビューについては、医療面接の経験のない低学年でも取り組みやすいよう、あらかじめインタビューシートを準備した(図3)。このシートに沿って質問をすれば、自然とその方の社会生活背景や健康観といった内容も聴取できる。他にも、「Meet the Expert」として、一見医療とは無関係な職種の方(例:錦帯橋架け替えの



図2 実習の様子
左上：外来見学，右上：訪問診療，左下：地域ケア会議，右下：住民インタビュー

棟梁，ロードレーサー，酒造社長，お寺の住職）に講演をいただくなど，学生や我々企画側も含めて石（医師）頭をほぐし視野を広げ，地域住民の生活や地域そのものに目を向けられるような工夫をこらした。

また，当時へき地医療支援センターと交流のあった高知県と，学生を交換する取り組みも行った。該当の学生は，県どうしの違いや共通点などから，他の学生とは一味違った意見をくれることも多かった。

2015年からは口コミで看護学生の参加が始まり，徐々にその人数も増え，数年で総勢40名近い規模となった。それに合わせて，看護学生のニーズや既存の受け入れ施設のキャパシティの問題もあり，介護福祉施設や事業所，訪問看護ステーション，地域包括支援センター，地域サロンなど，地域全体にフィールドを広げていく必要があった。自治体にリストアップしてもらった施設や団体に協力をお願いしていくのだが，その際に思いの外大変だったのは，医師以外の職種からの「医学生アレルギー」であった。

「医学生に教えられるようなものはないですよ。看護学生なら良いですけど。何を準備したらよいのか……」という反応がとて多く，医学生実習には「医学的」な内容を組み込まなければならないと，自然とハードルを上げられている印象だった。過去のセミナーの内容を紹介し，「このセミナーは，医学的な知識や技術の習得が主目的ではありません。ありのままに，地域の方の生活の様子や医療に対する生の声，他職種の方々の視点や大切にされていること，地域医療における役割などを伝えてあげてほしい。医学生も看護学生も関係なく，地域医療について考えるきっかけを与えていただければそれで十分です。もし余裕があれば，懇親会や報告会にも参加していただいて，セミナーでの経験を通じて，彼らが何を感じどう考えたのかを聞いていただければありがたい。」とお話すると，やや後ろ向きながらも受け入れていただけることが多かった（多少強引ではあったかもしれない）。そして，いざ実習の受け入れを経験されると，学生を通じて新しい発見や刺激が得られること

1)年齢 ()歳	2)性別 (男性 ・ 女性)	3)在住年数()年
4)世帯構成 (人暮らし:具体的に 子供や親せきの住んでいる所)		
5)(患者さんのみ) 今日(この医療機関に)来られた目的はなんですか？		
1. 定期受診・治療経過観察中: 病名や治療内容		
2. 新規受診: 主訴や診断名		
3. その他(健診、講習会など):		
6)主観的健康感・「自分のことを健康だと思いますか？」		
(5. 健康 4. まあ健康な方 3. 普通 2. あまり健康ではない 1. 健康ではない)		
7)現在・過去の仕事、日課について		
8)今一番楽しみにしていること(趣味など)		
9)自分の健康のために気をつけていること		
10)通院や買い物などに行くときの移動手段		

図3 インタビューシート (一部抜粋)

も多かったようで、「また開催されますか？ぜひ声をかけてください！」と言われることも珍しくなかった。

看護学生の参加は、こうした実習のフィールドの拡大をもたらしただけでなく、多職種連携や介護・保健・福祉の視点が、学生同士のディスカッションに自然と反映されるようになった。また、一部の看護学生から、夏のセミナーの中では学びきれなかったこと、興味が湧いたことについて、もう一度現地を訪れて実習したいという申し出があり、「セミナーそのあとで」として、そうした学生を応援する形もできた(図4)。例えば、フィールドワーク+地域診断をしたり、住民を招いた「健康カフェ」を開いたり、さまざまな企画が学生主体で行われた。振り返ってみると、医学生だけを対象にしていた頃とは違う、「多職種ごちゃまぜ」という新しい風が、セミナーを新しい段階へ動かした頃であったと思う。

このように少しずつ変化しながら、市町持ち回りでの開催を繰り返し、県・自治体・大学等を巻き込んだ企画・運営の形が、ある程度パッ



図4 「セミナーそのあとで」の一例

ケージ化できるようになった。2015年度からは実行委員会方式をとっていたこともあり、各団体・組織の協力体制も見える化され、それまで開催経験の無かった市町での開催にもつながった。

コロナ禍を経て

順調に規模を拡大していたセミナーであったが、一つの市町で受け入れられるキャパシティを超える応募が出てくるようになり、うれしい



図5 全体報告会の様子

悲鳴を上げることになった。より多くの学生に地域医療に触れていただくべく、過去にセミナー受け入れ実績のあった市町に協力を呼びかけ、2020年度からは7市町に分散する形での開催が計画された。県からは高校生の参加も含めた企画依頼もあり、また新しい挑戦をする1年になるはずであった。ところが、そのタイミングでやってきたのが、あのコロナ禍である。大学内での実習ですらさまざまな制限を受ける中、地域医療への負荷や感染拡大の懸念から、セミナーも当然のように中止やむなしの空気が流れた。ただ、ちょうどその頃、へき地医療支援センターではへき地遠隔診療についての研究や実証を行っていた。医療現場をオンラインでつなぐことについて、一定の理解や経験があったことから、これをセミナーに応用できないかと考えた。今となってはオンライン診療もオンラインセミナーも珍しくないが、当時は本当にやれるのかという不安も大きかった。実行委員会で「中止にすることは簡単だが、学生の学びの場を絶やしたくない。コロナ禍だからこそ伝えたいといけなこともある。ゼロにするより

も、できる範囲でのオンライン開催を検討したい。」と提案すると、こちらが拍子抜けするほどの市町からも反対はなく、むしろ積極的にご支援いただけたことは本当にありがたかった。実際には、コロナ対策と並行しながらの準備や、セミナー当日は通信環境の問題や慣れない機器操作などにも悩まされ、決して簡単ではなかったが、iPadとZoomを駆使して、どうにか7市町で60名程度の学生の実習を行うことができた。

なお、高校生についてもオンラインセミナーとし、事前に診療の様子を撮影した動画（プロのカメラマンに依頼）を利用した医師の1日の追体験、地域の健康課題についてのディスカッション、医学生や医師とのフリートークなど、充実したメニューを準備し大変好評であった。実際に現地を訪れて生身の経験をしてほしいと思う反面、まずは地域医療に興味を持っていただく段階と考えれば参加のしやすさが重要と考え、その後もオンライン形式は継続している。

翌2021年もオンライン中心での開催を余儀なくされたが、前年度の反省点も生かし、よりス

ムーズに実施できた。なお、この年から山口県内に新設された薬学部の学生も参加するようになり、多職種連携の輪がさらに広がった。2022年からは対面開催が可能となり、受け入れていただく市町も増え、トライアルとして数名の地元高校生が大学生に混ざって参加する取り組みも始まった。対面に戻ったことで、各市町の地域性やリソースを活かした特徴的な実習が増えた印象があり、色とりどりの内容で楽しませていただいている。現在は、10市町に分かれて総勢70～80名の学生が参加する一大イベントとなり、各自の経験を持ちよりディスカッションする全体報告会(図5)も大いに盛り上がっている。もちろん今年度も開催予定である。

おわりに

こうして10年以上継続してきた本セミナーだが、その教育効果を明確に評価することは難しい。ただ、低学年でセミナーに参加した医学生

が、高学年の選択研修で地域実習を選択したり、参加看護学生が自治体の保健師や当院の看護師として就職し、今度はセミナーを支える側になってくれたりと、「つながっている」ことを実感する場面は確実に増えている。大学の正規授業にへき地医療を伝える時間を持てるようになったりへき地をフィールドとした研究活動につながったりといった副産物もあった。

これからもセミナーを通じて地域と学生をつなぎ、今回ご紹介したような根っこにある思いを学生にも地域にも伝え続けることで、「地域医療マインド」溢れる医療人の輪が広がり、ひいては地域医療の充実や地域住民の幸せにつながることを願っている。

なお、今回はセミナーの具体的な内容にはあまり触れられなかったが、ホームページ「やまぐち地域医療セミナー」(<https://www.yamaguchi-mirainotane.com/>)を開設しており、ご興味のある方はぜひそちらもご覧いただければ幸いである。

自治医科大学の地域医療臨床実習を通じた 医学生の学修内容

自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 講師 中村晃久
同 教授 小谷和彦

抄録

自治医科大学の地域医療臨床実習は、大学の設立の趣旨から医学生各々の出身都道府県のへき地等を含む地域の医療機関で実施されている。各医学生の出身都道府県で実習が実施されるよう、大学教員、各都道府県の臨床教員、実習施設の指導医の間で連携が図られ、実習の事前準備・実習期間・終了後まで一貫した教育体制がとられている。実習報告書を基に医学生の学修内容を分析すると、大学病院では経験しがたい、例えば、地域の医療機関で行われる医療にとどまらず、介護・福祉・行政の連携の中で行う多職種連携によるケアを体験している。地域医療臨床実習は「地域医療における理解と実践」の達成に欠かせない実習である。

はじめに

自治医科大学は、医療に恵まれないへき地等における医療の確保向上を謳って全国の都道府県の共同で1972年に設立された¹⁾。医学生は全国の各都道府県の出身者から構成され、大学を卒業すると各自の出身都道府県において地域医療に従事する^{2,3)}。

地域医療臨床実習(Community based clinical clerkship: CBCLまたはCBL)は、各出身都道府県において卒業後に赴任するへき地・離島の医療機関で実習を行うという点で、キャリア形成の上で特別な意味を持つ。本稿では、医学生がCBCLを通じて学修している内容について報告する。

CBCL

CBCLは医学部5年生全員に対して必修科目

として実施される。CBCLの目的は、次の3つである。

- ①地域医療(含へき地医療)を第一線の現場で体験する。
- ②地域医療に対する動機を明確にする。
- ③地域医療従事者としての将来設計(キャリア形成)をする⁴⁾。

ここでいう第一線の現場とは、医師不足等地域の診療所や中小規模の病院を意味する。キャリア形成の点に関しては、2018年の医療法の改正に伴い、医師不足地域における医師の確保とその医師のキャリア形成の両立を目指し、都道府県はキャリア形成プログラムを策定することとなった^{5,6)}。この中には、キャリア形成卒前支援プランとして、卒前から地域医療への従事が図れるよう医学生を支援することも含まれている^{7,8)}。医学生が卒後に勤務する可能性がある地域で医療を経験するCBCLは、このキャリア形成プログラムの卒前支援プロジェクトに相当し



図1 地域医療臨床実習の実習指導体制

得る。

本実習は、例年、8月の下旬頃から9月上旬にかけて2週間実施される。CBCLは診療参加型実習であり、医学生は基本的には医療チームの一員として活動し、外来と病棟の総合的な診療に加えて、次の6つの項目を経験する。

- ①地域包括ケア
- ②予防医療
- ③在宅医療
- ④介護・福祉系サービス
- ⑤地域診断〔社会医学的視点〕
- ⑥多職種連携とチーム医療

これに加えて、地域の文化に接する機会も推奨されている。我々は、外来と病棟の診療にこれら6つを加えた8項目を標準プログラムと呼んでいる。この標準プログラムは、医学生と地域の臨床教員の意見を参考にして作成された。

1. 実習体制

CBCLでは、出身都道府県の実情に合わせた実習が採用される。例えば、卒後に離島で勤務する場合には離島医療の経験を、一方で、卒業後に中山間地域で勤務する場合には中山間地域での医療を経験する。このような地域の実情に合わせた実習は、都道府県ごとにいる臨床教員（複数名）がコーディネートしている。この臨床教員が実習プログラムを作成し、実習医療機関の選定を行っている。また、臨床教員から依頼を受けた医療機関の医師（指導医）が医学生の教



図2 全国地域医療臨床教員研修会の様子

育にあたる。こうして、例年、概ね70名の臨床教員と約200名の指導医が学生教育を行っている（図1）。毎年、本実習を終えた時期に、ファカルティ・ディベロップメントの一環として、臨床教員に向けて全国地域医療臨床教員研修会が実施されている（図2）。臨床教員はこの研修会への参加を通じて、実習プログラムの改善に取り組んでいる。

2. 実施に向けた準備

CBCLの実施に向けて、入念な準備を行っている。実習の開始時期は8月下旬であるものの、その準備は既に4月から始まっている。本実習の1回目のオリエンテーションが4月に実施され、本実習の趣旨および目的が医学生に伝えられる。このオリエンテーションを終えると、医学生は、標準プログラムに関する大項目についての意向を回答する。大項目には、それぞれ小項目も設けられており、学生は全体でおよそ50程度の主として選択式の質問に回答する。学生

1 週目：診療所

	月	火	水	木	金
午前	外来	外来	巡回診療	訪問看護	巡回診療
午後	訪問看護	訪問診療	予防接種	4か月健診	老健

2 週目：中小規模病院

	月	火	水	木	金
午前	救急外来	ケアマネ ジャー同行	上部消化管 内視鏡検査	内科外来	訪問 リハビリ
午後	訪問診療	訪問看護	病棟	カンファ	介護認定 審査会

図3 実習プログラムの一例

表1 地域医療臨床実習に向けた講義の構成

講義項目	
1	地域包括ケアと多職種連携
2	地域における外来診療
3	社会的視点のある地域医療
4	福祉・介護系サービス
5	病診連携（ICTの活用を含む）
6	診療関連書類や指示書の作成と活用
7	医療機関の運営（働き方改革を含む）
8	地域予防医療（行動科学を含む）
9	在宅医療
10	へき地・離島医療

が記入した意向調査票は、学生の出身都道府県の臨床教員に共有され、学生の実習プログラムの作成や受け入れ医療機関の選定に役立てられる。

受け入れ医療機関が決まると、学生はその医療機関の医師、すなわち指導医に連絡をとって、実習スケジュールを決める。指導医とのコミュニケーションを通じて、実習に臨むことで学修効果が高まることが期待される。ここで、CBCLの一般的な実習プログラム例を図3に示す。

また、CBCLに向けて5年生の1学期の期間（4～7月）に、全10回の実習前講義がある。講

義の構成を表1に示す。実習に臨む前に、このような講義を通じて、地域医療に求められる知識、技術、態度を確認しておくことで、CBCLの学修効果の最大化を図っている。なお、本科目のプログラムは継続的に改良されている。

3. 振り返り

医学生は現地でのCBCLを終えると、実習報告書を提出する。この報告書の中で、医学生は、本実習を通じて学修したことについて記述する。また、実習終了後、学内において実習報告会を実施している。医学生は各々の出身都道府



図4 実習報告会のグループワークの様子

県において、地域の実情に合わせた実習を経験しており、実習報告会を通じて医学生らの学びの全国的な共通化を図っている。この実習報告会でのグループワークの様子を図4に示す。

学修内容

1. 実習報告書の分析

我々は、医学生が提出した実習報告書を分析し、医学生がCBCLを通じて学んだ学修内容を評価している⁴⁾⁹⁾。テキストマイニングを用いることもある。テキストマイニングとは、ソフトウェアによってデータの中から自動的に言葉を取り出し探索的な分析を行う手法である¹⁰⁾。実習報告書から抽出された上位20の抽出語は表2の通りであった。ここから、「患者」「地域」「医療」を中心に、「介護」「訪問」「家族」という単語の抽出回数が多かったことが分かる。また、テキストマイニングによる共起ネットワーク分析(出現パターンの似通った単語を線で結び(共起)、お互いに強く結びついている部分ごとにグループ分けする手法)を行っており¹⁰⁾、その結果を図5に示す。この共起ネットワーク図では、「患者」「地域」「医療」を中心に「訪問」「看護」「連携」「在宅」「介護」「施設」「家族」という単語が共起されており、医学生はCBCLを通じて、多職種連携、在宅医療(訪問診療、訪問看護)、介護サービスなどのさまざまな項目について学修していることがうかがえる。超高齢社会や共生社会にあつては、地域の医療機関で行われる医療にとどまらず、介護・福祉・行政との連携の中で行うケ

表2 地域医療臨床実習の実習報告書における抽出語(上位20単語)

抽出順位	抽出語	抽出回数
1	患者	1247
2	地域	984
3	病院	891
4	医療	801
5	診療	755
6	実習	587
7	医師	555
8	感じる	450
9	行う	425
10	思う	384
11	多い	363
12	介護	361
13	必要	343
14	先生	328
15	考える	326
16	訪問	314
17	外来	312
18	自分	272
19	家族	265
20	見学	243

〔文献4〕より一部改変して引用〕

ア(広義の医療)が求められる^{11)~13)}。医学生は地域の第一線の医療機関での実習を通じて、このことを実感している。

ここで、単語の抽出回数が多いサブグラフに着目すると、「地域」「医療」「できる」「医師」「患者」「ある」「感じる」「必要」「なる」といった単語の共起から構成されており、「地域医療の必要性」が医学生の印象に残り、認知されていたこともうかがえる。この中で、我々は、「感じる」という単語の出現に着目している。一般に「感じる」という言葉には、理屈よりも感受性を通じて判断するという意味も込められている。実習報告書において「実習を通じて、地域医療のやりがいを肌で感じた」という表現や「地域の住民と深く関われる地域医療の良さを感じた」という表現もみられた。医学生に対して、講義を

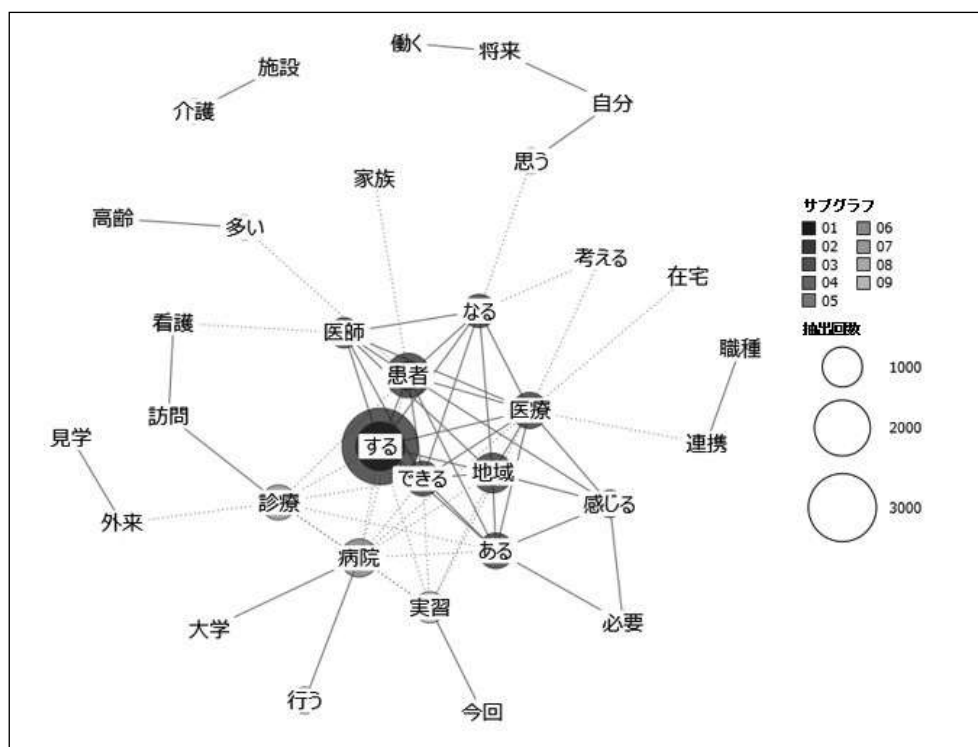


図5 地域医療臨床実習の実習報告書に関する共起ネットワーク図

〔文献4〕より一部改変して引用〕

通じて、「地域医療の必要性」の知識を持たせることはできるかもしれないが、講義だけでは、その必要性を感じさせることはいささか難しい。医学生は、実習中に他者との触れ合いによって「地域医療の必要性」を認識した可能性があり、これは本実習の大切な効能の一つではないかと我々は考えている。

2. 実習報告書の記述内容

学生の実習報告書の記述を紹介することで、CBCLの学修内容について示す。こちらは、医学生が多職種連携、地域包括ケアについて学修したことが分かる記述である。「多職種連携という言葉は、講義でよく聴いていたが、実際に現場で目にするのは初めてであった。1人の患者さんについて、幾つもの職種が関わり、何度も会議を重ね、患者さんに適切な食事やリハビリテーションを提供し、退院後の環境整備や介護保険の申請のサポートを行うプロセスは強く印象に残り、勉強になった。また、退院に向けた調整では、地域の訪問看護師やケアマネジャーも関わり、地域全体で患者さんをケアしており、

これが地域包括ケアだと感じた。」地域の小規模の病院での実習を通じて、患者に対し多職種が協働してアプローチしている姿や、退院後を見据え、院内に限らず地域の医療介護資源を活用して患者をケアしていこうとする姿(地域包括ケア)を捉え、記述しているように見える。

地域医療に対する動機を明確にし、CBCLを通じて地域医療従事者としての自覚が高まったことが分かる記述もある。「将来、自分が働く現場を体験したことで、卒業後の具体的なイメージが湧き、また、地域で働くという自覚を持った。1年半後には医師として現場に出る。自治医科大学の卒業生である先生方から、良いスペシャリストになるためには、まず良いジェネラリストでなければならないと学び、地域医療に従事できることが楽しみになった。自分も地域医療をやって良かったと後輩に自信を持って言えるような医師を目指したい。」地域医療に従事する卒業生の姿勢に触れ、地域医療に対する動機を再確認すると共に、このような場では幅広い診療スキルが求められることを理解しているように見える。

地域の文化に接していることも分かる。「診療所の先生は、やや砕けながらも方言を交えて話し、患者さんは話しやすそうに見えた。それは、先生が『その地域に住む仲間の一人』であり、一つの集団にいるからこそ、共有できる話題や信頼して話してもらえる情報があるためだと感じた。地域で開催された〇〇祭りに参加できたことも影響しているが、2週間の滞在で徐々に自分は地域のコミュニティに浸かっているという感覚を覚え、これが地域医療の楽しさの一つではないかと思った。」この記述は、指導医が、その地域で医師としての唯一無二の役割を果たしつつ、そのコミュニティの仲間として受け入れられている姿を捉えている¹⁴⁾。これは、病院医療と異なる地域医療の人材育成のありようである。実習を通じて医学生自身も徐々にコミュニティに浸かっていることを自覚しており、医学生はCBCLならではの経験を得ていた。

自治医科大学(医学部)のディプロマポリシーでは、「地域医療における理解と実践」という大項目の中に、「チーム医療と多職種連携について理解に基づき適切に実践する力を身につけている」、「地域包括ケアについて理解に基づき適切に実践する力を身につけている」、「地域特性を踏まえた地域医療を実践する力を身につけている」という小項目がある。CBCLを通じて、医学生は地域の文化に接しつつ、地域の実情に合わせた実習の中で、多職種連携や地域包括ケアを体験していた。このようなCBCLの実習内容や学修内容を踏まえると、CBCLはこれらの項目の達成に欠かせない実習であることが分かる。

今後の展望

CBCLが終わると、医学生が実習を行った実習施設の指導医から医学生の評価票が届く。現在、この評価票は、指導医による。しかし、時に、医師以外の職種からの評価票が届くこともあり、その職種からのフィードバックもまた有用である。現在、初期臨床研修の教育分野を中心に、多職種による育成と評価が注目されている^{15),16)}。CBCLでは多職種と関わる。このような

評価は重要である。

CBCLの実習期間は検討の余地がある^{17)~20)}。我々は、過去に、本邦の医学部で実施されている地域医療診療実習の実習期間の中央値は1週間であったと報告した¹³⁾。しかし、地域の現場で広く学び、また、その地域自体の理解を深めるためには、CBCLの実習期間の長期化を推す意見もある^{17)~19)}。実際に、我々のところでも、本稿で紹介した必修のCBCL以外に、選択の地域医療実習を準備しており、4週間の期間を設けている。一方、実習期間の長期化は、指導体制やプログラムに工夫を凝らさないと、徐々に学生のモチベーションが低下するという課題も含み得る²⁰⁾。実習期間の多寡に伴う長短所に配慮しながら、本実習の学修効果を効率的に高められるような期間を検討していく必要があるだろう。

最後に、CBCLは、各都道府県の臨床教員ならびに各実習施設の指導医の先生方およびスタッフの協力なしには成り立たない実習である。また、大学学事課の皆様が、各実習施設との連絡・調整の役割を担っている。CBCLに関わる全ての方々に、この場を借りて感謝の意を表したい。

参考文献

- 1) 自治医科大学: 設立の趣旨. <https://www.jichi.ac.jp/gaiyo/syushi/> (accessed 2024 May 25)
- 2) Matsumoto M, Matsuyama Y, Kashima S, et al: Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study. *Hum Resour Health* 2021; 19: 102-115.
- 3) 自治医科大学地域医療推進課: 自治医科大学医学部卒業生の現状(令和5年7月1日現在)2023. https://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo_data/r5hyoul.pdf (accessed 2024 May 25)
- 4) 佐藤新平, 中村晃久, 廣瀬英生, 他: 地域医療臨床実習における医学生の学修事項に関する認識: 診療参加型とオンライン型の方式による対比. *自治医大紀* 2022; 45: 49-54.
- 5) 岡崎研太郎, 小谷和彦, 中村晃久, 他: 都道府県の地域枠医師キャリア形成プログラム(2020年度)に関する調査. *医教育* 2024; 55: 8-12.
- 6) 佐藤新平, 中村晃久, 小池創一, 他: 自治医科大学卒業医師のキャリア形成プログラムについての現状. *自治医大紀* 2023; 46: 59-63.
- 7) 厚生労働省 医政局地域医療計画課. キャリア形成卒前支援プランについて 令和3年度 都道府県担当者向け説明会. https://www.city.chigasaki.kanagawa.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/044/979/1201-1-4.pdf (accessed

- 2024 May 25)
- 8) 中村晃久, 菅谷涼, 寺裏寛之, 他:「1学年生による自治医科大学と地域医療についてのワークショップ」における地域医療に関するテーマの変遷. 自治医大紀 2022; 45: 55-59.
 - 9) Lebowitz A, Kotani K, Matsuyama Y, et al: Using text mining to analyze reflective essays from Japanese medical students after rural community placement. BMC Medical Education 2020; 20: 1-7.
 - 10) 樋口耕一:内容分析から計量テキスト分析へー継承と発展を目指して. 樋口耕一 編. 社会調査のための計量テキスト分析. 京都, 株式会社ナカニシヤ出版, 2021, 1-16.
 - 11) 小谷和彦, 小池創一, 松村正巳:地域医療における多職種連携(概説). 日内会誌 2018; 107: 2294-2300.
 - 12) 四方哲:地域医療とは, ビジョンと戦略から始まる 地域医療学のブレイクスルー, 東京, 中外医学者, 2021, 1-12.
 - 13) 菅谷涼, 中村晃久, 寺裏寛之, 他:医学部医学科における地域医療臨床実習の実習施設の検討. 自治医大紀 2022; 45: 119-122.
 - 14) 松山泰, 小谷和彦, 前田隆浩:地域医療教育の現状と展望-特別シンポジウム「コロナ禍を経て見えてきた地域医療教育の進化と本質」を踏まえての論考. 医教育 2021; 52: 421-426.
 - 15) 渡辺直:臨床研修医の態度評価-指導医評価と看護師評価における乖離-. 医教育 2013; 44: 21-28.
 - 16) 岩崎栄:病院で働く医療職-病院という組織のなかで働く医療職に必要なチーム医療学修. JIM 2011; 21: 184-186.
 - 17) Takamura A, Ie K, Takemura Y: Overcoming challenges in primary care education: a trial of a longitudinal integrated clerkship in a rural community hospital setting in Japan. Educ Prim Care. 2015; 26: 122-126.
 - 18) Carson D, Wennberg P, Hultin M, et al: Umeå University's proposed "Rural Stream" - An effective alternative to the longitudinal integrated clerkship model for small rural communities?. Educ Health (Abingdon) 2020; 33: 3-7.
 - 19) Weston KM, Hudson JN: Clinical scholarship among preceptors supervising longitudinal integrated medical clerkships in regional and rural communities of practice. Aust J Rural Health 2014; 22: 80-85.
 - 20) 布施千尋, 伊藤智範, 松村翼, 他:学生の意識による影響する長期地域医療実習内容 学生アンケートの解析. 月刊地域医学 2021; 35: 255-263.

JADECOM

沖縄・離島の 求人情報

竹富町立竹富診療所



あなたの医療経験を, 沖縄の離島で、カタチにしませんか？

問い合わせ先

沖縄地域医療支援センター

〒900-0029 沖縄県那覇市旭町116-37

TEL 098-867-5866 FAX 098-867-5882

沖縄県へき地医療支援機構 ゆいまーるプロジェクト

<http://www.ritoushien.net/>

研修や休暇に関してもご要望に対応します。

所在地：〒907-1101 沖縄県八重山郡竹富町竹富323

診療科目：内科、総合診療科、救急

募集科目：内科・総合診療科 1名

HP：<https://www.ritoushien.net/taketomi.shtml>

連絡先：沖縄地域医療支援センター

TEL 098-867-5866 FAX 098-867-5882

担当：事務局長 真栄城 E-mail okinawa@jadecom.or.jp

令和6年9月から、または9月以降のできるだけ早い時期に、着任いただける医師1名を募集しています。

こんな環境です

竹富島は石垣島の南約6kmに位置し、赤瓦屋根の家々、サンゴの石垣、白砂の道、屋根の上のシーサー、原色の花々が咲き、美しい沖縄の原風景に触れることができる島です。

島で唯一の医療機関であり、医師1人、看護師1人体制で診療にあたっています。

島民のかかりつけ医として地域に密着したより良い地域医療の確保に努めています。診療所は、地域医療振興協会が竹富町から指定管理を受け、運営を行っています。

人口約350人の住民の医療を一緒に支えていきましょう。

着任時期については相談も可能です。ご関心のある方はぜひご連絡ください。

公立久米島病院



所在地：〒901-3121 沖縄県島尻郡久米島町字嘉手刈572-3

診療科目：常設科(4)：内科、外科、小児科、整形外科

非常設科(10)：循環器内科、糖尿病内科、神経内科、泌尿器科、産婦人科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科、精神科、リハビリテーション科

許可病床：40床

募集科目：内科・総合医 2名

病院HP：<https://kumejima.jadecom.or.jp>

連絡先：公立久米島病院

TEL 098-985-5555 FAX 098-985-5565

担当：事務部長 久田 E-mail takehikoh2@jadecom.or.jp

こんな環境です

久米島は、沖縄本島那覇市の西方約100kmの東シナ海に位置しています。飛行機で約30分のフライトで行ける離島です。島の南東海岸には、日本の渚百選に選ばれたイーブビーチがあり、東洋一といわれるサンゴでできた真っ白な砂とコバルトブルーだけの砂州・ハテの浜など美しい海浜があります。

病院は、地域医療振興協会が沖縄県離島医療組合から指定管理を受け、運営を行っています。島唯一の病院として、人口約7,500人の医療を支えています。一緒に働く医師を募集しています。

三宅島国保診療所からみた離島での眼科医療の現状と、眼科遠隔診療の今後

慶野晴美^{1),2)} 戸澤小春²⁾ 野尻晋太郎³⁾ 政谷 薫³⁾

西村裕樹^{2),4),5)} ロハン ケムラニ^{2),5)} 中山慎太郎^{2),4)} 清水映輔^{2),4),5)}

目的: 三宅島で島唯一の診療所を見学し、非眼科医が遠隔診療デバイスを用いて本土の眼科医と連携する D to D 遠隔診療を調査した。

方法: 三宅島を訪問し、診療所での一般外来や専門診療を見学した。また、実際にデバイスを使用している診療所の医師にインタビューを行った。

結果: 眼科医が常駐しておらず専門医外来が年3回のみの状況では日常的に十分な眼科医療を提供することは難しいが、遠隔診療デバイスの導入により非眼科医が島内で対応できる範囲が広がった。眼科受診に対する患者の経済的・心理的負担を圧倒的に軽減することができるため、離島医療において有益である。

結論: 遠隔診療デバイスを活用すればある程度の眼科診療がその場で成立し、眼科へのアクセスが難しかった層にも広く眼科医療を提供できる。三宅島で有効的に行われているモデルを発展させて全国各地に広げることで、より包摂的な眼科医療が実現可能と考える。

Introduction: We visited the only clinic in Miyakejima, a remote island of Tokyo, to investigate doctor-to-doctor telemedicine. The system was set up so that non-ophthalmologists could collaborate with ophthalmologists in the mainland, using a telemedicine device.

Methods: We visited Miyakejima and observed the clinic's general outpatient and specialty care units. We also interviewed doctors at the clinic who used the device.

Results: Since there are not any ophthalmologists and outpatient services provided by them are only available three times per year, there is an unfortunate lack of proper eye care. That being said, the introduction of the telemedicine device has expanded the range of services that non-ophthalmologists can provide to the island's inhabitants. This significantly reduces the economic burden, and the psychological stress on patients to visit the mainland for ophthalmological care.

Conclusion: Telemedicine devices can provide ophthalmological care to a certain extent on the spot, and can extend eye care services to a wide range of people who would otherwise not be able to do so. We believe that more inclusive ophthalmological care can be realized by developing the model effectively implemented in Miyakejima, and extending it to other parts of Japan.

KEY WORD 伊豆諸島, 島嶼医療, 遠隔医療, D to D, Smart Eye Camera

1) 聖マリアンナ医科大学, 2) 株式会社OUI, 3) 三宅村国民健康保険直営中央診療所, 4) 慶應義塾大学医学部眼科学教室, 5) 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2024年4月10日/掲載承認2024年6月13日

I. はじめに

近年、超高齢化社会の到来や地域の過疎化、医師の働き方改革などの影響により、遠隔医療の需要が高まってきている。筆頭著者は医学部医学科に在籍している3年生で、2023年8月4日に伊豆諸島・三宅島の三宅村国民健康保険直営中央診療所を見学し、診療所医師に離島医療についてインタビューを行った。本稿では、非眼科医が遠隔診療可能なデバイスを用いて本土の眼科医と連携する、Doctor to Doctor (D to D) 遠隔診療の現状と課題や、一般外来や専門診療の見学を通して得た学びについて報告する。

II. 三宅島とは

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。

三宅島は、伊豆諸島に属する東京都の離島である。東京から南へ約180kmに位置し、船では東京竹芝桟橋から片道約6時間半、飛行機では調布飛行場から19人乗りの飛行機で片道約50分で到着する。島の面積は55.26km²と東京の山手線の内側とほぼ同じ大きさで、伊豆諸島では大島、八丈島に次ぎ3番目に大きな島である¹⁾。2024年1月1日現在の総人口は2,254人で、総人口のうち65歳以上の高齢者人口が883人（約39.2%）と、高齢化率は高い²⁾。

III. 三宅村中央診療所

三宅村国民健康保険直営中央診療所（以下、三宅村中央診療所）は三宅村唯一の診療所であり、三宅島の医療を一手に担う医療機関である（表1）。医師3名、看護師12名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、臨床工学技士2名、事務職員3名、受付業務2名からなる医療スタッフで、通常の外来診療だけでなく平日休日夜間の急患対応を行っている（2023年7月現

在）。2022年度の受診者数は外来で53.8人/日、入院は4.5人/月であった³⁾。島唯一の診療所であるため、特別養護老人ホームからの受託で2007年度から診療所医師による受託診療業務や、医師と患者で調整し実施する予約診療も行っている。

IV. 本土との連携

医療の高度化および細分化が進む中、三宅村中央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、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、島嶼地域の診療所および病院と都立広尾病院との間には、胸腹部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都立広尾病院へ転送され、島嶼内医師と都立広尾病院の専門医との間で行われる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、三宅村中央診療所の医師は都立広尾病院の各診療科の医師と綿密に連携を取りながら、診断・治療を行っている。

また、三宅村中央診療所では、本土の協力病院から派遣された各科専門医による専門医外来を定期的実施している。三宅村中央診療所は内科・整形外科・小児科・耳鼻咽喉科・精神科・眼科・産婦人科を標榜しており、精神科は月2回、産婦人科は月1回、眼科は年3回（後述）、耳鼻咽喉科は年2回、整形外科は年3回の頻度で専門医外来を行っている。

V. 救急搬送

診療所内で対応が難しいかつ緊急度が高い場合には患者を東京消防庁や自衛隊のヘリコプ

表1 小笠原村診療所の職員と施設構成

名称	三宅村国民健康保険直営中央診療所
診療科目	総合科
標榜科	内科・整形外科・小児科・耳鼻咽喉科・精神科・眼科・産婦人科
医療スタッフ	医師3名，看護師12名，診療放射線技師1名，臨床検査技師1名，臨床工学技士2名，事務職員3名，受付業務2名
施設	1階：診察室1-3室・処置室・検査室・調剤室・人工透析室（4床）・CT室・レントゲン室・受付・事務室・病歴室・エレベーター・トイレ（男，女，だれでもトイレ） 2階：病室（4床×3室=12床）・ナースステーション・区局・更衣室・手術室・控え室・当直室・産婦人科室（専門外来用）・準備室・ボイラー室・倉庫・トイレ（男，女）・リネン室・洗面所・浴室・厨房 3階：エレベーター室 外部：変電室・自家用発電機室・脱硫室（倉庫）
機器	CT撮影装置，レントゲン撮影装置（エックス線テレビ用），超音波診断装置（エコー），耳鼻科ユニット，大腸ビデオスコープ，人工呼吸器，除細動機，生物顕微鏡，血液検査機，スパイロメーター（呼吸機能監査機器），産婦人科検診台，消化器上部内視鏡他，生化学自動分析装置，心電図解析計，オーディオメーター，デジタイザー，セントラルモニタ，バイポーラ凝固機，血液分析システム，吸入器，パルスオキシメータ，人工透析装置

ターで東京の連携病院に搬送することもあり，2022年度は三宅島から30件の島嶼救急ヘリ搬送を行っている．また2022年度は伊豆諸島，小笠原諸島からのヘリ搬送は合計で201件行われている．実際に要請を出してから病院に収容されるまでの緊急ヘリ搬送に要する時間は，過去10年のデータでは3時間40分から4時間10分程度である．

VI. 来院できない患者の対応

三宅島では介護資源が乏しく，自立した生活を送ることが難しい健康状態になると，家族等の協力を得られない場合には，自宅での生活が困難になってしまう．そのため，急性期疾患等で本土の病院に入院したのち，帰島できずに本土の施設等に入所したり，三宅島の特別養護老人ホームに入所したりするケースがある．三宅

村中央診療所では，ADLに応じて社会福祉協議会が提供する送迎サービスが利用でき，原則として直接来院しての受診を想定しているものの，特別養護老人ホームには週に一度訪問診療を行っており，在宅においても癌終末期患者や認知症末期等を対象に訪問診療を若干数であるが行っている．

VII. 一般診療（外来）

三宅村中央診療所では医師3名のうち2名が糖尿病や高血圧などの慢性疾患の定期外来を担当しており，1診察室につき1日15人から20人ほどを診察している．一般診療における患者の主訴としては，島の高齢化率が高いこともあり，定期外来の際に併せて相談される腰痛や膝の痛みなど整形外科的なものが多く，次いで不眠も多い．その他では頻尿，足の浮腫のほか，

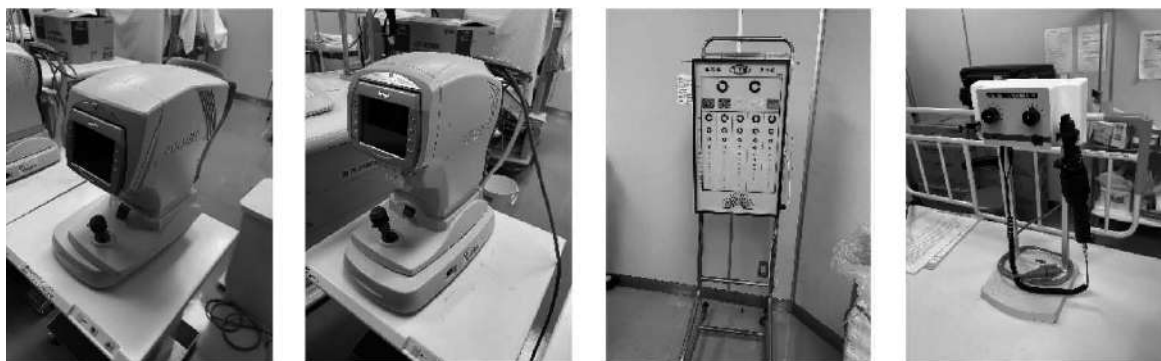


図1 三宅村中央診療所の眼科検査機器

手荒れや湿疹といった皮膚トラブルもよくみられる。診療科としては、整形外科、泌尿器科、皮膚科の対応が多い。

VIII. 非眼科医による眼科診療の現状

三宅村中央診療所における眼科医療は、主に非眼科医である常駐の医師が担っている。眼科検査機器は細隙灯顕微鏡、スマホアタッチメント型細隙灯顕微鏡、オートレフケラトメータ、ノンコンタクトトノメータ、視力検査表、眼底鏡があり（図1）、眼科関連の薬剤は基本的に院内薬局で用意しているもので対応している。三宅島唯一の院外薬局である薬局では院内にはない薬剤も扱っており、診療所で用意がないものが必要な場合にも、ある程度は対応できる。

しかし、眼科診療のための機器や薬剤がある程度揃っていても、ほとんどの場合非眼科医である医師が眼科の患者を担当するため、眼科を受診するまでの応急処置としての最低限の検査・処置しか行えていないのが現状である。眼の症状を訴えて三宅村中央診療所を受診する患者のうち多いのは結膜炎、異物（鉄粉など）、ヘルペスで、まずは細隙灯顕微鏡検査を実施して状況を確認、異物の場合は点眼麻酔を用い生理食塩水で洗浄するなどして処置している。見えづらさを訴える患者のほか、白内障、飛蚊症、糖尿病網膜症等の慢性的な疾患患者の場合は年3回の専門医外来を受診するよう案内するが、異物や眼の痒み、痛みなどは、救急対応の一環として常勤医師が対応する。

IX. 眼科の専門医外来

三宅村中央診療所では専門医外来を実施しており、眼科は年3回（15日×3回）の診療日を設けている。専門医外来の際には東京の眼科専門医と視能訓練士が直接診療所を訪れ、慢性的な疾患の診察や、眼鏡・コンタクトレンズの処方等を行う。眼科受診のために本土に行くことに対して経済的・心理的ハードルが高い高齢者のほか、白内障、飛蚊症、糖尿病網膜症等の慢性疾患患者がその機会に受診し、専門的な眼科診療を受けている。また、専門医外来受診の際に散瞳が必要な検査も行っているが、島内の主な移動手段が車であるため散瞳しての検査は難しい場合もあるという現状がある。

三宅島における眼科医療は、普段は常駐の非眼科医が最低限の検査と処置で対応し、専門的な診療を提供する機会として年3回の専門医外来を実施している。現状として、島内では対応が難しいとされ本土の眼科を受診する患者も多いが、下記に示す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。

X. 遠隔診断デバイスの導入

三宅村中央診療所では2020年から、眼科診療に用いる機器として、ファイリングシステム付きのスマホアタッチメント型細隙灯顕微鏡（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）を



図2 Smart Eye Camera

導入している（図2）。SECはスマートフォンの光源とカメラを利用しスリット光、白色拡散光、青色拡散光を出ることができるポータブルスリットランプで、非眼科医やコメディカルでも簡単に角膜や水晶体などを含む前眼部を撮影することができる眼科医療機器である。SECでは3種の光を通じ、眼科医による細隙灯顕微鏡検査の画像と同等の画像が簡単に撮影できる⁴⁾。SECで前眼部を撮影しクラウドにアップロードするとその画像をファイリングシステムで一括管理することができるが、画像がアップロードされると、アプリ内で直接眼科専門医にコンサルテーションを依頼することができる「診断依頼」機能が利用できるようになる。

非眼科医が診療の一環として眼科領域も対応している三宅村中央診療所においては、常駐の医師がSECを用いて前眼部を撮影し、本土にいる眼科専門医に遠隔でコンサルテーションを依頼することで、従来島内では対応が困難であった前眼部疾患について、非眼科医である常駐の医師でも対応することが可能となった（図3）。実際に、前眼部疾患であるヘルペス性結膜炎や重度のアトピー性結膜炎などに対してSECで検査を行い、治療を行っている。

眼科は基本的に検査によって得られた画像で診断を行う診療科であり、かつSECは据え置

き型の細隙灯顕微鏡との性能の同等性が証明された機器であるため^{5,6)}、眼科医は遠隔からであっても問題なく普段と同じ精度で読影することができる。来院した患者をSECで撮影しアプリ上で東京の眼科専門医にコンサルテーションを依頼、本来であれば本土の眼科を受診しなければならなかったが、SECでの眼科専門医との連携により島内で治療が完結したという事例もあった。眼科は専門性が高いとされる一方で、「見える」ということは非常に重要で眼に関心がある患者も多いため、非眼科医でもSECによって眼科専門医と直接コミュニケーションをとりながら眼科診療を行えることは、三宅島の医師にとっても患者にとっても大きなメリットである。

XI. 細隙灯顕微鏡とSECの使い分け

三宅村中央診療所には据え置き型の細隙灯顕微鏡が設置されているが、医師は据え置き型のものとSECを状況に合わせて使い分けている。据え置き型の細隙灯顕微鏡は本体のみでも重さ10～15kgほどで気軽に持ち運べる大きさではなく、基本的に診療所の2階に置かれている。そのため、診療所内の移動でも負担になる高齢者などに対しては使用のハードルが高く、準備



図3 三宅村中央診療所の非眼科医と本土の眼科医をつないだD to Dコンサルテーションの様子

と片付けに時間がかからずすぐに使用することができるSECを主に使用している。SECでは眼を撮影後に眼科専門医にコンサルトだけでなく、眼の状態を患者に見せながら説明することができるため、納得してもらいやすいというメリットもある。一方で、SECでの撮影の際は両手を空けることができないため、異物除去などの処置が必要な場合は、眼の状態を確認しながらでも両手が空く据え置き型ものを使用している。また、短期で来島している医師が馴染みのある据え置き型ものを使う場合や、患者からの求めに応じて据え置き型ものを使用する場合もある。

XII. 遠隔診断デバイスの導入に関して

三宅村中央診療所の医師へのインタビューでは、遠隔診療デバイスであるSEC導入のメリットについて、機動性に優れている点、アプリ内で簡単に眼科専門医にコンサルテーションを依頼できる点、そして導入コストが低く保守管理が容易な点が挙げられた。

三宅村中央診療所では据え置き型の細隙灯顕微鏡を2階に設置しているため、検査の際に患者が移動する手間がかかる。据え置き型のもの

は使用できる場所がケーブルの届く範囲に限られるが、SECは場所を問わずどこでも使用することができることに加え、白衣のポケットに入るサイズ感で自由度が高いため、車椅子の患者など、検査のために姿勢を変えたり検査を行う間、細隙灯顕微鏡の前に座っていたりすることが困難な患者に対しても使用しやすい。このような機動性の高さが、高齢者の多い三宅村でSECが評価されている理由の一つである。

アプリ内で簡単に眼科専門医にコンサルテーションを依頼できるという点については、他のポータブル眼科検査機器と比較しても特徴的なSEC導入のメリットである。既存の細隙灯顕微鏡では、遠隔の眼科医にコンサルテーションを依頼する場合に、撮影した画像をメール等の連絡手段を別に用いて送信しなければならない。それに対してSECは、アプリ内で直接診断依頼を送ることができ、撮影からコンサルテーションまでの一連の流れが全てSECのシステム内で完結するため、従来よりも手軽にD to Dの遠隔連携を行うことができる。さまざまな診療科について総合的に対応しなければならない三宅村中央診療所では、専門医外来の機会を除き、眼科のように専門性が高く頻度の低い領域に専門的に対応することは難しい。そのような

状況で、非眼科医でも簡単に使用できて専門医との連携がしやすいという点が、SEC のメリットとして評価されている。

また、三宅村中央診療所のような予算規模が小さく赤字の診療所では、初期投資と維持費が小さいことも SEC 導入のメリットとして挙げられた。保守管理も容易で、離島に技術者を呼んで保守管理しなければならない場合は出張料が増額されて負担になるが、SEC はデバイスやスマートフォンに不具合があれば郵送で交換などの対応が可能のため、金銭的な面でも負担を軽減することができる。

SEC のデメリットについては、使う頻度が高くなく操作に慣れないため、眼科専門医が求める画像を得ることが難しい場合もあるという点が挙げられた。三宅島中央診療所では常勤の非眼科医が主に SEC を使用しているが、常勤の医師は異動が多く、使い慣れる前に異動となってしまう。同じ医師が長期的に SEC を使用することが難しいため、SEC に慣れていない非眼科医でも手軽に使用できるようになることを期待しているとのことだった。

XIII. 考察

今回三宅島を訪問し、三宅島唯一の診療所である三宅村中央診療所で主に非眼科医が行う眼科診療の現実と課題が明らかになった。眼科医が常駐しておらず、専門医の診察を受ける機会が年3回のみの状況下で、日常的には、十分な眼科医療を提供することは難しい。しかし、スマホアタッチメント型眼科医療機器である SEC の導入により眼科領域の D to D 遠隔コンサルテーションが可能となったことで、非眼科医が島内で対応できる範囲が広がっている。SEC を利用することで患者が本土の眼科を受診することなく島内での対応で治療を得られる場合も多く⁷⁾、眼科受診に対する患者の経済的・心理的負担を圧倒的に軽減することができることに加え、島内で治療が完結しない場合に緊急性の有無の判断が可能な点のみを考慮しても、離島医療においては有益である。

また、公益財団法人東京都町村自治調査会は「島しょ地域における自治体の定住促進に関する調査研究報告書」⁸⁾にて、離島部では体制を整備し医療の充実を図るためには地理的条件からも ICT（情報通信技術）等を活用した遠隔医療への対応が必要としており、遠隔医療への対応への取り組みの必要性を述べている。専門性の高い医療を受診するには設備が十分でない場合も多いため、本土の医療機関と連携することによる専門性の役割分担も重要となってくる。また、医療機関間のネットワークができることで、島嶼医療に携わる医療従事者が抱く孤立感が軽減する可能性も考えられる。

東京都の離島である伊豆諸島および小笠原諸島のうち、有人島である 11 島の全てで眼科医は常駐しておらず、眼科の患者については三宅島以外の島でも同様に非眼科医が一時的に対応したり本土の眼科を受診させたりしているのが現状である⁹⁾。三宅島－本土間は最短 1 時間ほどで移動できるため、数ある離島の中では比較的本土へのアクセスが良い島であるが、中には渡航手段が定期船による海路に限られ片道 24 時間以上かかる島もあり、離島の住民が眼科医療にアクセスするハードルは全体的に高い。三宅島では、SEC により眼科診療を身近にしているが、SEC のような遠隔診療を可能にする医療機器を他の離島でも積極的に活用することで、各島での眼科医療の改善につながるのではないかと感じた。

一方で、課題もいくつかある。まず、SEC は細隙灯顕微鏡であるため、SEC によって観察できるのは前眼部に限られる¹⁰⁾。眼科医のいない離島では前眼部検査だけでなく、眼底検査や眼圧測定なども重要度が高いため、前眼部のみならず眼底部も簡便に検査し、遠隔の眼科医にコンサルテーションできるデバイス・システムの導入が待たれる¹¹⁾。次に、離島の非眼科医と本土の眼科専門医との連携がスムーズにいかない場合もある。例えば、夜間に急患があった場合に離島の医師が本土の眼科医に依頼を送ることを躊躇してしまうことや、また、コンサルテーションを受ける眼科専門医側の事情で、結果を

返すまでに時間を要してしまうこと¹²⁾などである。こうしたコミュニケーションに起因する課題を解決するには、離島の医師と本土の眼科専門医の日頃からの緊密な信頼関係の構築が必要となる。最後に、緊急での対応が必要な場合には、より定期的なコンサルテーション体制の構築が必要となるため、それをどう実現させていくかも考えていく必要がある。

上記のような課題はあるものの、高齢化社会、医師の働き方改革、パンデミック等により、遠隔診療の需要は今後急速に高まっていくと考えられる。SECのような遠隔診療を可能にする医療機器を活用すれば、その担い手が必ずしも眼科医でなくてもある程度の眼科診療がその場で成立し、眼科へのアクセスが難しかった層に対しても広く眼科医療を提供することができるようになる¹³⁾。

三宅島において有効的に行われている非眼科医と眼科医によるD to D遠隔診療のモデルをさらに発展させ、都市部／遠隔地にかかわらず全国各地に広げていくことで、より包摂的な眼科医療が実現可能と考える。

利益相反

〔COI開示〕戸澤小春：R OUI Inc.

参考文献

- 1) 東京都三宅村, “地理 (気候・地勢)” <https://www.vill.miyake.tokyo.jp/gyousei/syokai/chiri.html> (accessed 2024 Mar 30)
- 2) 東京都三宅村, “住民基本台帳による人口統計データ” https://www.vill.miyake.tokyo.jp/gyousei/syokai/jinkou_setai.html (accessed 2024 Mar 30)
- 3) 東京都三宅村, “診療所実績” <https://www.vill.miyake.tokyo.jp/iryou-shinryoujo/chuuou/jisseki.html> (accessed 2024 Mar 30)
- 4) Handayani AT, Valentina C, Suryaningrum IGAR, et al: Interobserver Reliability of Tear Break-Up Time Examination Using “Smart Eye Camera” in Indonesian Remote Area. *Clinical Ophthalmology* 2023; 17: 2097-2107.
- 5) Yazu H, Shimizu E, Sato S, et al: Clinical observation of allergic conjunctival diseases with portable and recordable slit-lamp device. *Diagnostics* 2021; 11(3): 535.
- 6) Yazu H, Shimizu E, Okuyama S, et al: Evaluation of Nuclear Cataract with Smartphone-Attachable Slit-Lamp Device. *Diagnostics* 2020; 10: 576.
- 7) 中山慎太郎, 須藤篤史, 斎藤惣太, 他: Smart Eye Cameraを用いた遠隔診療が有用であった角膜炎の一例. *地域医学* 2023; 37(9): 904-908.
- 8) 公益財団法人東京市町村自治調査会, “島しょ地域における自治体の定住促進に関する調査研究報告書” https://www.tama-100.or.jp/contents_detail.php?co=cat&frmId=475&frmCd=2-5-12-0-0 (accessed 2024 Mar 30)
- 9) 清水映輔, 矢津啓之, 中山慎太郎, 他: 離島における眼科診療の実態調査と前眼部遠隔診療. *日本の眼科* 2022; 93(7): 944-947.
- 10) 清水映輔, 中山慎太郎: 【臨床応用とその実態】スマートアイカメラについて 前眼部IoMT診療における課題とOUI Inc. の挑戦. *Journal of Internet of Medical Things* 2022; 5(1): 11-16.
- 11) 清水映輔, 中山慎太郎, 丹治信: 医療DX進展するデジタル医療に関する最新動向と関連知識 (Vol.11) スマートフォン医療機器 “Smart Eye Camera” を使用した眼科遠隔診療. *医学のあゆみ* 2023; 284(10): 828-833.
- 12) 伊藤賀一, 清水映輔, 佐藤真理, 他: 遠隔診療支援を行った急性期Stevens-Johnson症候群の1例. *あたらしい眼科* 2022; 39(12): 1676-1680.
- 13) 守屋潔, 林弘樹, 三上大季, 他: 眼科遠隔医療における有効性の検証. *日本遠隔医療学会雑誌* 2009; 5(2): 157-159.

第130回

“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止する！

—事例の発生要因の“見える化”から考える未然防止対策—

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

臨床現場で発生しているインシデント・アクシデント事例では、手術や処置に関わる事例を認めることがある。手術や処置には、医師、看護師をはじめ、さまざまなプロフェッショナルが関与する場合があります、それぞれの専門性を発揮しつつ、チーム力を発揮して安全な医療の提供に努めていることが想定される。

手術・処置に関わる取り違いとしては、「患者取り違い」「部位間違い」「左右間違い」などが考えられる。このうち、「左右間違い」に関しては、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、「No. 8:手術部位の左右の取り違い（2007年7月）」「No.50:手術部位の左右の取り違い（第2報）（2011年1月）」「No.99:胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い（2015年2月）」などの注意喚起が実施されている¹⁾。さらに、本事業の第48回報告書（以下、本報告書）²⁾では、「再発・類似事例の発生状況」として、「手術部位の左右の取り違い」を取り上げ、特に「脳神経外科手術における左右の取り違い」というテーマで検討を実施している。

本連載でも、これまでに、「患者誤認はなぜ発生するのか？（第11回）」「手術・処置部位の“左右間違い”に関わるアクシデント（第39回）」「手術

部位の“左右の取り違い”』に関わるアクシデント（第44回）」³⁾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。

本報告書では、『WHO安全な手術のためのガイドライン2009』の『手術安全チェックリスト（2009年改訂版）』では、手術を『麻酔導入前』『皮膚切開前』『手術室退室前』の3つのフェーズに分け、それぞれの段階において複数の医療スタッフにより口頭でチェックを行う項目を挙げている」ということが挙げられている。さらに、前記の「医療安全情報」における「No.50：手術部位の左右の取り違い（第2報）（2011年1月）」には、「総合評価部会の意見」として、「手術の際のタイムアウトは、①執刀直前に、②チーム全員で、③いったん手を止めて、④チェックリストに従って、⑤患者・部位・手技等を確認する、ことを意味します」ということが挙げられている¹⁾。

タイムアウトは、患者・部位誤認の防止なども含め、さまざまな確認のために実施されているが、タイムアウトを実施しない、あるいは実施してもインシデント・アクシデントが発生する可能性があり、実施方法、確認方法、実施タイミングなど、さまざまな課題がある⁴⁾。こうした状況から、“タイムアウトの形骸化”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が考えられ、事例発生のリスクを回避できず、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性も想定されるため、事例

発生を未然防止するための取り組みは喫緊の課題である。

自施設では、“タイムアウトの形骸化”に関わる事例が発生していないだろうか。これまでに、“タイムアウトの形骸化”に関わる事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を想定した取り組みは十分だろうか。ぜひ、この機会に、自施設の現状評価と事例発生の未然防止対策について取り組むことを勧めたい。“タイムアウトの形骸化”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、“タイムアウトの形骸化”に関わる事例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、「タイムアウトの形骸化」とは？」と、多職種で認識を共有することも重要である。

そこで、本稿では、“タイムアウトの形骸化”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生が防止されないのか？」「なぜ、“タイムアウトの形骸化”が、事例発生に至る前に改善されていないのか？」などの疑問を深めて、事例の発生状況と発生要因の“見える化”により、未然防止対策を検討する。“なぜ”を深める際には、自施設におけるタイムアウトの実施状況の現状評価、および“タイムアウトの形骸化”に関わる事例の発生状況の把握が重要となる。

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

“タイムアウトの形骸化” に関わる事例

本事業の事例検索⁵⁾では、2024年5月下旬現

在、キーワード“タイムアウト”で858件、“タイムアウト”“手術”で552件、“タイムアウト”“形骸化”で13件、“タイムアウト”“実施状況”で11件、“タイムアウト”“逸脱”で5件、“タイムアウト”“ルール違反”で3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、“タイムアウトの形骸化”に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“タイムアウト”“形骸化”で検索された13件、“タイムアウト”“実施状況”で検索された11件、“タイムアウト”“逸脱”で検索された5件、“タイムアウト”“ルール違反”で検索された3件の医療事故やヒヤリ・ハット事例に注目し、これらの計32件の事例を検討した。この中で、重複事例の2件を対象外とし、30件を対象として検討を実施した。

“タイムアウトの形骸化”に関わる事例として、事例検索⁵⁾にて検索された事例や、本報告書に掲載されている事例としては、

「患者(80歳代、女性)は、減圧開頭術にて左側の骨弁除去術が予定された。手術室で主治医は画像を確認し、体位固定の際に頭部を左側に向け、剃毛後にマーキングを実施した。タイムアウトの際、主治医が、『減圧開頭術を実施します』と言ったが、左右は未確認のまま手術を開始した。術後のCT検査で左右間違いが判明し、再手術を実施した。

緊急手術にて、手術室の看護師は情報収集不足で、手術部位の確認が不十分であった。手術申し込みの際、システム上、減圧開頭術の左右が未入力でも申し込みが可能であった。手術チェックカードには減圧開頭術と記載され、左右の明記がなかった。以前より、減圧開頭術の実施の際には左右の記載がないことが常態化しており、左右確認の体制が不十分であった。患者は意識がなく、手術室入室時の確認で手術部位の左右確認が実施されなかった(患者に左右を言ってもらうことができなかった)。剃毛は病棟では未実施で、病棟の看護師からの申し送り時にも左右確認が実施されなかった。麻酔導入前の確認を複数でチェックする体制が崩れており、看護師のシングルチェックのみであった。

患者入室時に、麻酔科の研修医は左側の手術と認識していたが、体位固定や剃毛の際は患者に麻酔導入中で関与できていなかった。体位固定や剃毛前に、左右に関して複数で声を出して確認することが実施されなかった。剃毛は助手が実施したが、左右を意識していなかった。麻酔科医はタイムアウトの際、次の緊急手術の対応のため不在であった。タイムアウトの際、主治医は『減圧開頭術を実施します』と言い、外回りの看護師が左右の記載のない手術の同意文書を読み上げ、タイムアウトが終了した。麻酔管理では左右どちらの開頭でも対応できるため、左右確認の必要性の認識が乏しかった。両側に急性硬膜下血腫があり、開頭した際に主治医も助手も違和感を覚えなかった。部位誤認防止マニュアル・手術安全マニュアルの周知不足があった。手術安全マニュアルの遵守・遂行における役割分担や照合手順が不明確であった。タイムアウトが形骸化していた。チーム内にコミュニケーション不足があった^{2),5)}

「右下眼瞼睫毛内反症の患者(10歳代、女性)が手術にて入院。手術当日の朝、主治医は病室で手術部位の右下眼瞼に油性のペンでマーキングを実施した。手術室に入室の際、手術時の患者安全チェックリストに沿い、主治医、麻酔科医、手術室の看護師、病棟の看護師で手術部位を確認した際、右下眼瞼のマーキングした印は涙で消失していた。主治医は、再度、マーキングを実施することを患者に説明し、患者は手術室に入室した。全身麻酔導入で麻酔科医が気管挿管を実施する間、主治医はいったん、部屋から退出した。気管挿管後、部屋に戻った主治医は、再度、マーキングを実施したが、誤って、手術部位とは逆の左下眼瞼にマーキングを実施した。左下眼瞼にも軽度の睫毛内反を認め、主治医は違和感を覚えなかった。手術準備が整い、主治医、麻酔科医、手術室の看護師でタイムアウトを実施した。主治医は、手術の同意文書を見ながら、『○○さんの左下眼瞼睫毛内反症に対し、睫毛内反症の手術変法を行います』と発言したが、麻酔科医や手術室の看護師は、主治医が左右を間違えて発言していることに気づかなか

かった。手術開始後、誰も左右間違いに気づくことなく手術は終了した。術後、患者が病室に戻った際に、病棟の看護師が左側の手術に気づき、左右間違いが判明した。同日、患者と両親に説明して謝罪し、翌日、右下眼瞼の手術を実施した。

マニュアルに定める手術部位のマーキングのルールを理解不足があった。タイムアウトが形骸化し、互いの発言内容に注意が向けられていなかった。手術室に入室の際に確認した看護師とタイムアウトを実施した看護師が異なっていた。並列の外科手術の応援で医師の人員に余裕がなく、執刀医1名で手術を実施した⁵⁾などがある。

これら“タイムアウトの形骸化”に関わる事例は、患者側の要因がほぼ関与していないこと、および医療者側のヒューマンファクターや環境要因、システム要因の影響が関与していることなどが想定される。タイムアウトのシステム整備の不足やルールが遵守されていない、および適切なタイムアウトが実施されていないことなどにより、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性があることや、結果として、医療機関およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性も想定し、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステム整備が急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関では、“タイムアウトの形骸化”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策として、手術・検査に関わる確認のルールの整備や、タイムアウトの実施、および職員への教育などさまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では“タイムアウトの形骸化”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⁵⁾にて検索された事例（以下、本事例）を基に、“タイムアウトの

形骸化”に関連したインシデント・アクシデント事例の発生要因の“見える化”から課題を明らかにし、未然防止対策を検討する。

事例「手術部位の左右間違い.タイムアウトを実施したにもかかわらず？」

【事故の内容】

- ・ 糖尿病,慢性腎不全(血液透析を実施中)を合併した下肢閉塞性動脈硬化症の患者(50歳代,男性).
- ・ 左下肢の間欠性跛行が出現し,左膝窩動脈の高度石灰化を認めた.
- ・ 左膝窩動脈はほぼ閉塞しており,左膝窩動脈内膜摘除術を予定した.
- ・ 閉塞性動脈硬化症,左膝窩動脈閉塞に対し手術予定であったが,手術の際に,左右を間違えて,右膝窩部を切開し,右膝窩動脈の内膜摘除術を実施した.
- ・ 今回は症状の強い左下肢の手術予定であったが,右にも同様の病変を認めており,今後の手術のしやすさなどを考慮して,右膝窩動脈の内膜摘除術を実施した.
- ・ その後,予定していた左膝窩動脈の内膜摘除術を実施した.

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

本事例の背景要因としては,「左右部位のある手術の場合の院内規則に従って,手術前日に左手背部にマーキングを実施しており,手術室に入室時は,手術室の看護師がマーキング部位を確認していた」「入室時の確認,および執刀開始前のタイムアウトは院内規則に則って実施され,その際には手術室に在室していた全員が左下肢に対する手術であることを認識していた」「その後,腹臥位になったため,左右が見かけ上で逆になり,さらに左上肢に内シヤントがあるため,左手にカバーがはめられ,左手背部のマーキング部位が目視できなくなっていた」「マーキング部位が目視できなくなり,露出されている部位が右膝窩であることに気がついた医療スタッフは執刀直前にはいなかった」などが挙げられている。

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

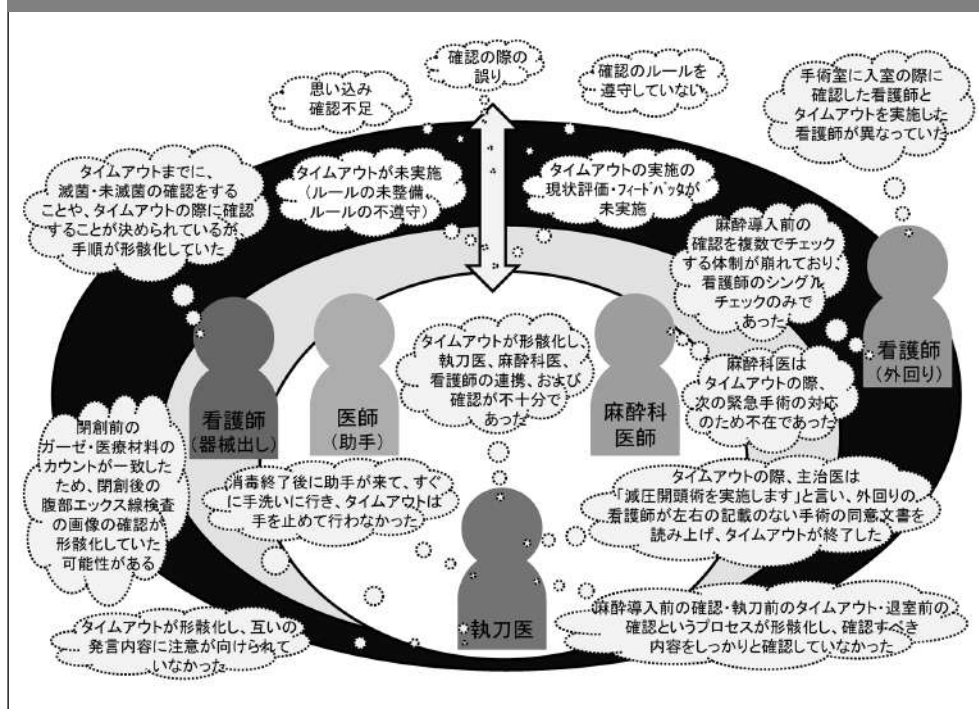
本事例を, RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討

すると,「なぜ,閉塞性動脈硬化症,左膝窩動脈閉塞に対し手術予定であったにもかかわらず,手術の際に左右を間違えたのか?」「なぜ,予定していなかった右膝窩部を切開し,右膝窩動脈の内膜摘除術を実施したのか?」「なぜ,左右部位のある手術の場合の院内規則に従って,手術前日に左手背部にマーキングを実施し,手術室に入室時は,手術室の看護師がマーキング部位を確認していたにもかかわらず,左右間違いが発生したのか?」「なぜ,入室時の確認,および執刀開始前のタイムアウトは院内規則に則って実施され,その際には手術室に在室していた全員が左下肢に対する手術であることを認識していたにもかかわらず,左右間違いが発生したのか?」「なぜ,腹臥位になったため,左右が見かけ上で逆になり,さらに左上肢に内シヤントがあるため,左手にカバーがはめられ,左手背部のマーキング部位が目視できなくなるということを想定した手術部位の確認の方法を検討していなかったのか?」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「マーキング部位が目視できなくなり,露出されている部位が右膝窩であることに気がついた医療スタッフは執刀直前にはいなかった」ということに目を向ける必要がある。そして,「なぜ,マーキング部位が目視できなくなり,露出されている部位が右膝窩であることに気がついた医療スタッフが執刀直前にはいなかったのか?」と疑問を深める必要がある。ここでは,「タイムアウトを実施したにもかかわらず,左右の部位間違いに誰も気づくことができなかった」という事実から,タイムアウトが適切に実施されていなかった可能性が想定される。

さらに注目すべきことは,本事例の内容に記載されている,「今回は症状の強い左下肢の手術予定であったが,右にも同様の病変を認めており,今後の手術の操作のしやすさなどを考慮して,右膝窩動脈の内膜摘除術を実施した」ということである。本事例では,術前に,「今回の手術で

図1 “タイムアウトの形骸化”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30件の事例の記載内容を参考に作成]

右膝窩動脈の内膜摘除術を実施すること」について、患者に説明をしていない可能性、および当該手術の実施の同意を得ていない可能性が想定される。もし、このような状況であったのであれば、ここでは、「なぜ、左右の部位間違いに気づいた際に、術前に患者に説明をしていない、および実施の同意を得ていない右膝窩動脈の内膜摘除術を実施したのか?」という疑問を深める必要がある。手術中に、患者に説明をしていない、および実施の同意を得ていない手術を実施することを検討する場合の患者・家族への説明と同意取得のルールの整備状況の確認や、ルールが整備されているか否かの現状把握も含めたシステム整備が急がれる。

“タイムアウトの形骸化”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⁵⁾にて検索された事例の中で、本稿の対象とした30件の事例の記載内容を参考にして、「“タイムアウトの形骸化”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」（図1）を作成した。作成の際には、手術に関わるタイムアウトの実施状況に焦点を当

てて、事例の発生要因の“見える化”に取り組んだ。自施設でこのような取り組みを実施するには、自施設における課題を考慮した視点での“見える化”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を考慮して、“なぜ”を深めて“タイムアウトの形骸化”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」「ルールの不遵守」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。

“タイムアウトの形骸化”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生の有無の確認と発生事例の分析が未実施、2)自施設におけるタイムアウトの実施状況の定期的な現状評価が未実施、3)タイムアウトを含めた部位確認のルールの遵守状況の現状評価・フィードバックが未実施、4)現状評価の結果を踏まえたタイムアウトの実施のシステム整備・見直しが未実施、5)タイムアウトの実施状況に関する多職種参加によるリスクアセスメントが未実施、6)リスクア

セスメントの結果と具体的な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。

“タイムアウトの形骸化”に関わる事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策

本事例の改善策としては、「左右誤認の防止策として、既に導入している手術室に入室する際の確認、およびタイムアウトのプロセスが、実施後、約4年を経過し、形骸化している可能性があり、タイムアウトの様式の一定期間ごとの修正など、変更を実施する」「マーキングの方法の見直しとして、手背のみならず、皮膚切開の部位にもマーキングを実施する。マーキングの実施の際には根拠となる画像と照合する」「体位変換後に部位確認のブリーフィングを実施する」「タイムアウトの際には手をいったん止めて、部位を再確認するなどのプロセスを追加する」「タイムアウトに先立ち、皮膚消毒の際にも、マーキング部位と手術部位が一致していることを目視で照らし合わせて確認する」「患者が参画して部位確認を実施する際には、診断根拠となる画像などと照合する」「説明・同意文書に記載が無い術式に変更する際や、左右を誤認した場合には、手術を中止するか否かの判断は外部の医師が行うという、『手術中止基準』を策定する」「術前に説明していない事象が術中に発生した場合には、直ちに手術を中止し、家族に適切な説明を実施する」「患者本人の同意が必要と判断した場合には、手術を中止するための処置を実施する」などが挙げられていた。

“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して1)自施設における“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生の有無の確認と発生事例の分析の実施、2)自施設におけるタイムアウトの実施状況の定期的な現状評価の実施、3)タイムアウトを含めた部位確認のルール遵守状況の現状評価・フィードバックの実施、4)現状評価の結果を踏まえたタイムアウ

トの実施のシステム整備・見直しの実施、5)タイムアウトの実施状況に関する多職種参加によるリスクアセスメントの実施、6)リスクアセスメントの結果と具体的な事例の情報共有を含む職員教育の実施、などが考えられる。

1)の「自施設における“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生の有無の確認と発生事例の分析の実施」では、自施設における“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生の有無の確認が必要である。事例が発生している場合には、発生した事例の分析が実施されているか否かの確認を行い、未実施の場合には事例の分析を実施する。この分析結果から、自施設の現状と課題を明らかにすることが望まれる。

2)の「自施設におけるタイムアウトの実施状況の定期的な現状評価の実施」では、決められたルールが遵守されていたか否かの確認が重要になる。この際には、「なぜ、タイムアウトの実施を取り決めたにもかかわらず、タイムアウトの実施が形骸化していたのか？」ということや、「なぜ、タイムアウトの実施を取り決めたにもかかわらず、タイムアウトの実施が形骸化していたことに事例発生前に気づくことができなかったのか？」という疑問に焦点を当てて検討したい。

これは、3)の「タイムアウトを含めた部位確認のルールの遵守状況の現状評価・フィードバックの実施」や、4)の「現状評価の結果を踏まえたタイムアウトの実施のシステム整備・見直しの実施」にも関連している。ここでは、タイムアウトの実施状況の定期的な現状評価についても、「いつ(どのタイミング)」「誰が」「何を(実施項目、実施方法、実施のタイミングなど)」「どのように」評価するのか、などについて、事前に検討する必要がある。

3)の「タイムアウトを含めた部位確認のルールの遵守状況の現状評価・フィードバックの実施」では、ルールの整備時に、評価内容とフィードバックの範囲・対象を決めておくことを勧めたい。ここでは、タイムアウトを実施しているか否か、およびタイムアウトを実施していても適切な実施ができていないか否か、などについて、

図2 “タイムアウトの形骸化”防止チェックリスト(例)

【執刀前】		【手術中】		手術終了後	
☐	タイムアウトの実施のルールを整備しており、関連する職員に周知している	☐	タイムアウトに関連する職員が同じように理解し、主体的な取り組みを促すために、タイムアウトの必要性や期待する成果などについて関連する職員に周知している	☐	評価結果を踏まえたルールの見直し・修正を実施し、タイムアウトに関連する職員にタイムリーな周知を実施している
☐	タイムアウトの実施状況の現状評価・フィードバックを定期的の実施している	☐	現状評価の結果を踏まえたタイムアウトの実施のシステム整備・見直しを実施している	☐	具体的な事例の情報提供を含む、多職種参加のリスクアセスメントトレーニングを実施している

インシデントレポートの報告事例なども参考にして検討することが重要である。これらの検討の結果、タイムアウトに関連するルールが遵守できない状況、あるいはルールの実施が困難な状況が判明した場合には、その根本原因を明確にして対応策を検討することを期待したい⁶⁾。

タイムアウトの不備に関わる事例が発生した場合における、患者に与える影響を鑑みると、タイムアウトを実施していても、「確認に必要な項目が含まれていない」「間違いに気づく確認を実施していない」など、内容や方法の不備がないかの評価が急がれる。併せて、“タイムアウトの形骸化”があるか否かの評価も重要であることを指摘したい。

前記の事例でも、「タイムアウトの際、主治医は『減圧開頭術を実施します』と言い、外回りの看護師が左右の記載のない手術の同意文書を読み上げ、タイムアウトが終了した」との記載があり、タイムアウトの実施の目的が、「タイムアウトを実施する」ということにすり替わっていた可能性、および適切な確認が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、“タイムアウトの形骸化”に関わるリスクに対する注意喚起を実施することが望まれる。

4)の「現状評価の結果を踏まえたタイムアウトの実施のシステム整備・見直しの実施」では、2)の「自施設におけるタイムアウトの実施

状況の定期的な現状評価の実施」で得た評価結果に基づき、必要に応じて、タイムアウトの実施のシステム整備・見直しを検討したい。

この際に活用するために、「“タイムアウトの形骸化”防止チェックリスト(例)」を作成した(図2)。チェック項目としては、「執刀前」「手術中」「手術終了後」というタイムアウトの実施のタイミングを考慮して、「タイムアウトの実施のルールを整備しており、関連する職員に周知している」「タイムアウトに関連する職員が同じように理解し、主体的な取り組みを促すために、タイムアウトの必要性や期待する成果などについて関連する職員に周知している」「評価結果を踏まえたルールの見直し・修正を実施し、タイムアウトに関連する職員にタイムリーな周知を実施している」「タイムアウトの実施状況の現状評価・フィードバックを定期的の実施している」「現状評価の結果を踏まえたタイムアウトの実施のシステム整備・見直しを実施している」「具体的な事例の情報提供を含む、多職種参加のリスクアセスメントトレーニングを実施している」などを挙げた。自施設の現状と課題を考慮してオリジナルのチェックリストを作成することを勧めたい。

5)の「タイムアウトの実施状況に関する多職種参加によるリスクアセスメントの実施」では、職員個々の認識を共有することが期待され

る。ここでは、タイムアウトの実施に関連する職員が、業務の中でリスクと感じていることがないかという問いかけも実施したい。タイムアウトの実施の際に、何らかの違和感を覚えても、多忙な業務の最中に、声に出さずにいるという状況が発生する可能性に気づき、多職種と情報を共有することで事例発生リスクとなる可能性を認識する機会にすることを検討したい。さらに、具体的な事例を活用して、「もしも、タイムアウトが適切な内容と方法で実施されていれば、事例発生を回避できたかもしれない」という可能性に気づくことができる機会を提供することが望まれる。

6)の「リスクアセスメントの結果と具体的な事例の情報共有を含む職員教育の実施」では、自施設におけるタイムアウトのルールや目的などについて、関連する職員に周知する機会として活用することを検討したい。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なども含めて、具体的な事例の情報を提供し、さらに、関連する職員個々が、タイムアウトの実施の際に、自分にどのような参加が求められているのか、個々の役割と責務を自覚する機会となるような工夫を実施したい。

前記の事例の改善策としては、「手術安全マニュアルの見直しを実施して、麻酔導入前の確認、執刀前のタイムアウト、退室前の確認を実施する際のタイミングや役割分担、および何をもとに確認をするのかということを明記する」「緊急通知文を発信し、①手術部位のマーキングのルール、②手術室で再度マーキングを実施する際には、麻酔導入前に患者と説明・同意文書を参照しながら実施する、③タイムアウトの実施の際には全員が手を止めて、それぞれの発言内容が正しいことを確認する、という3項目を周知した。全職員に対して、eラーニングを用いて、『左右誤認手術と改善に向けた対応』についての研修と確認テストを実施した。医療安全管理者が手術室をラウンドする際に、タイムアウトの実施状況を確認して指導を実施した」などが挙げられている。

今後、自施設における“タイムアウトの形骸

化”に関わる事例発生を未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止と今後の展望

本稿では、“タイムアウトの形骸化”に関わる事例に焦点を当て、「なぜ、“タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生が防止されないのか？」「なぜ、“タイムアウトの形骸化”が、事例発生に至る前に改善されていないのか？」などの疑問を深めて、事例の発生状況と発生要因の“見える化”により、未然防止対策を検討した。

本連載の、『手術部位の“左右の取り違い”』に関わるアクシデント(第44回)³⁾では、「臨床現場で活用されるシステムとして定着するためには、“タイムアウト”を導入するという取り決めをするだけでは十分とは言えない。全職員が同じように理解し、主体的な取り組みを促すためには、①“タイムアウト”導入が、なぜ必要なのか、②“タイムアウト”実施に、どのような成果を期待しているのか、③“タイムアウト”の具体的な実施方法、④“タイムアウト”実施時の留意点、⑤定期的な現状評価の実施(「いつ」「誰が」「どのように」を明示)、などの検討が重要である」ということを挙げた。

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、自施設において、「タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止と今後の展望」が未実施」や、「タイムアウトの実施状況の現状評価・フィードバックが未実施」、および「タイムアウトの実施のシステムの見直しが未実施」などの状況がある場合には、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可能性が想定されることに目を向けて検討することを勧めたい。これまで、自施設で類似事例が発生していない場合でも、今後に向けて、他施設で発生した事例などを検討し、“タイムアウトの形骸化”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、という情報を得ることが望まれる。

“タイムアウトの形骸化”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、タイムアウトは安全で良質な医療を提供するための業務プロセスの一部としての要件と考えて、タイムアウトの実施前後のさまざまな要件の整備も含めたシステム整備が必須であり⁷⁾、タイムアウトの実施に関わるマニュアルやルールを現状の課題に対応できるように、必要に応じて見直しを実施することを検討したい。タイムアウトの実施により、適切な確認を実施することは、プロフェッショナルに期待されていることと認識し、職員個々の能力を結集し、組織の“医療安全力”を発揮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 Jun 11)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第48回報告書. https://www.med-safe.jp/pdf/report_48pdf (accessed 2024 Jun 11)
- 3) 石川雅彦: 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44回 「手術部位の“左右の取り違い”」に関わるアクシデント! 月刊地域医学 2017; 31(6): 486-491.
- 4) 石川雅彦: 具体的事例から考える外科手術に関するリスクアセスメント 第5回 タイムアウトにかかわるトラブルをどう防ぐか. 臨床外科2015; 70(8): 1010-1014.
- 5) 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 Jun 11)
- 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 トラブル発生を未然防止する基盤を整える 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.
- 7) 石川雅彦: タイムアウトの効果的な実施—インシデント・アクシデント事例からみる検討. 手術医学 2013; 34(3): 72-74.

ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断⑨

練馬光が丘病院 放射線科 林 貴菜

?

症 例：10 代男性

主 訴：咽頭痛，胸痛

テーマパークで遊んだあとに息苦しさや吸気時左胸痛，咽頭痛を自覚

既往歴：なし

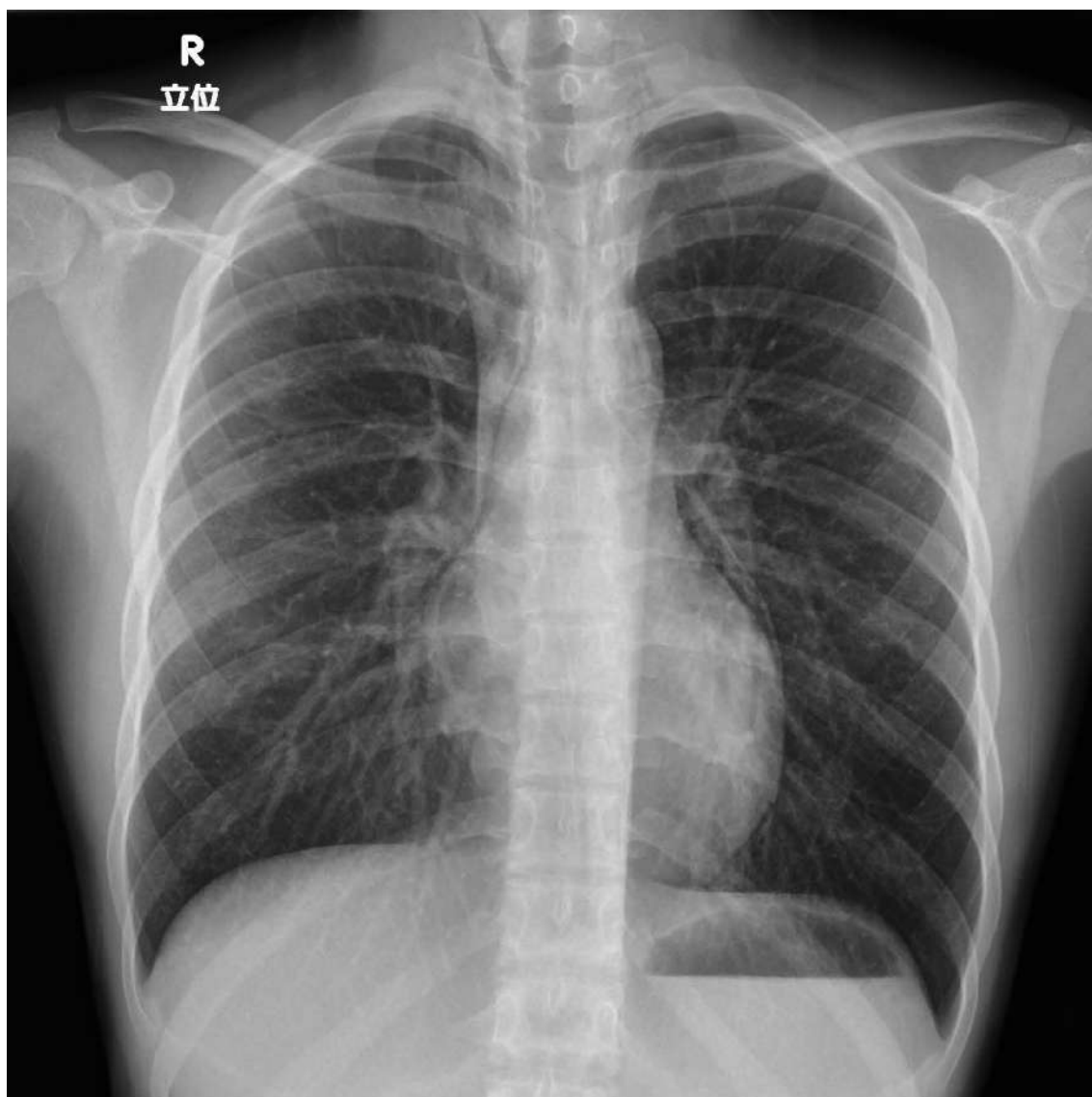


図 1 胸部単純X線 立位正面像



図2 胸部単純CT 肺野条件 軸位断

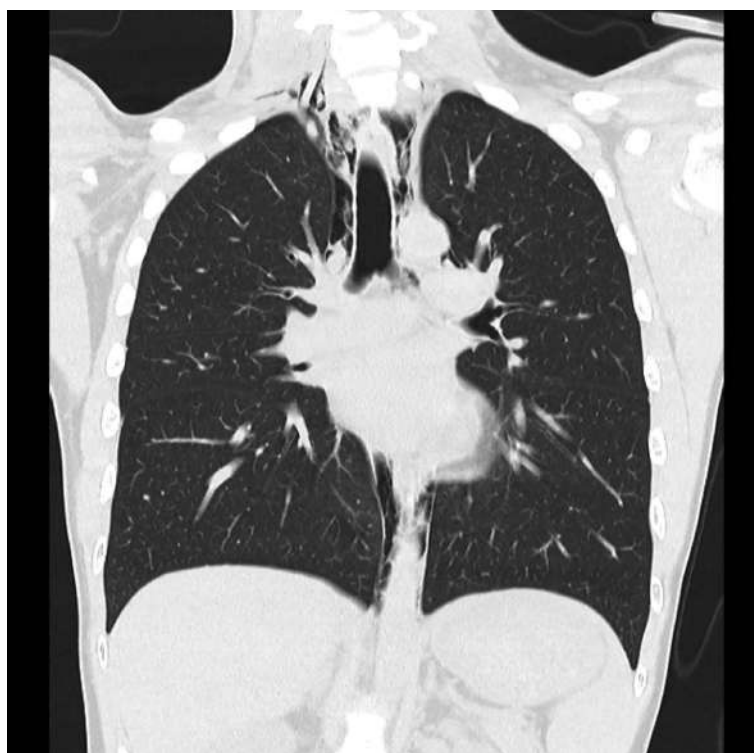


図3 胸部単純CT 肺野条件 冠状断

所見

胸部単純X線

両側の頸部下部の皮下領域に線状透亮域が多発している。気管両側、心陰影に沿った線状透亮域がみられる。縦隔気腫を疑う所見である。

肺野に明らかな異常なし。気胸を疑う像はみられない。

胸部単純CT

単純X線での所見と同様に、頸部の気道、咽頭周囲に広範にガス像が観察される。縦隔でも気管周囲や心大血管周囲に広くガス像が分布する。

肺野に明らかな異常なし。

診断

特発性縦隔気腫

縦隔気腫は肺胞内圧が高まった状態（人工呼吸器による陽圧換気、息こらえや強い咳）や肺や気道の外傷によって生じる。前者の場合は肺の間質に空気が移行、気管支や血管に沿って縦隔に到達し、縦隔気腫が発生すると考えられている。

症候性の縦隔気腫で最多の原因は気管支喘息である。ほか、神経食思不振症や糖尿病ケトアシドーシスなどの低栄養状態でもみられることがある。

単純撮影での異常所見で頻度の高い像は心陰影に平行してみられる線状透亮域である。解剖学的に気腫が比較的前後方向に分布しやすい箇所、単純X線で強調されやすいためと考えられる。

横隔膜上に気腫が広がり、横隔膜が連続したように描出される、continuous diaphragm sign も有名であるが頻度は低い。

今回のように比較的多量の気腫は単純X線でも検出可能であるが、軽度の縦隔気腫はCT なしには診断が困難であることが多い。

気腫が少量の場合はCT においても縦隔条件では空気と脂肪の弁別が難しく、肺野条件に近いウィンドウ幅、ウィンドウレベルで観察する必要がある。

参考文献

- 1) 佐藤雅史：胸部写真の読み方と楽しみ方。Gakkenメディカル出版事業部，2003.
- 2) 荒木 力：胸部CT診断90ステップー2. 縦隔・大血管. 中外医学社, 1998.



改正医療法の先にある 中長期的な課題と取り組み

Medium- to long-term challenges and initiatives ahead of the revised Medical Law

八巻孝之¹⁾

Takayuki Yamaki, MD., PhD.¹⁾

I. はじめに

日本の医療供給体制は、コロナ禍中にその硬直性が問題になった。医師の残業時間を規制する働き方改革は、他の産業から5年遅れて2024年4月に始動した。今後は、本年4月に施行された改正医療法の先を見越した医療従事者の中長期的な働き方の視点から、働き方改革が真に現場に浸透するための実効的な施策について議論を深めていく必要がある。しかし、一言で医師の働き方改革といっても、地域医療構想などを含む医療提供体制の効率化、医療従事者不足への対策、各医療機関における業務の効率化など、多岐にわたる公的医療サービスの危機という課題が山積みである¹⁾。さらに、医療機関は地域、診療科、規模などさまざまな違いがあることから、一概には議論し尽くせないであろう。広範囲に論点が及ぶことを十分に踏まえて、ここでは特に医療機関内部の中長期的な課題と取り組みにフォーカスし、あるべき姿と現場との間におけるギャップや課題、その解決策について、私見を述べる。

II. 業務内容の見直し

各医療機関の体制や業務内容は多様である。そのため、各医療機関の経営トップや幹部らが内発的に、医療従事者の業務内容の実態把握からあるべき将来像を描き、ICTやタスク・シェ

ア、タスク・シフト等の導入を通じた業務の標準化や効率化の実践が必要になると考える。しかし、普遍的な働き方改革モデルの適用には限界があるため、現場の医療従事者が働き方改革の目的と意識を共通にした上で各部署長がリーダーシップをとって推進することが求められる。

III. フラットなチーム作り

医療現場における医療行為自体の責任は医師にある。その上で、実質的な実施や判断を多職種にシフティングしていくには、医師のフォロワーシップという概念のもとチームメンバーが自律的・主体的にタスク・シフト、タスク・シェアを組み立て、効率化を図り、業務量を適切に管理することが必要である。さらに、Information and Communication Technology (ICT) を活用したコミュニケーションが有効になるだろう。医師と他の医療専門職の間で、心理的安全性（後述する）を保ちつつ、円滑なコミュニケーションとともに業務を協働していくことが極めて重要になっていくと考える。

IV. 世代・職種間ギャップの解消

働き方改革に対する医療従事者の世代・職種間におけるギャップを解消し、意識改革を推進するためには、質の高い医療・看護の提供という共通の目標を共有し、効率的・効果的な医療

1) 独立行政法人国立病院機構宮城病院総合診療外科
(著者連絡先: 〒989-2202 宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原100 国立病院機構宮城病院)
原稿受付2024年5月10日 / 掲載承認2024年6月7日

の提供方法を共に検討し、協力して間接業務を減らすことが必要であると考える。また、中長期的視点から、適切な人材配置を行うとともに、質の高い人材育成によるタスク・シフトが重要であろう。

V. 心理的安全性

心理的安全性とは、組織や医療チームの中で自分の考えや気持ちを誰に対しても安心して発言できる状態のことを指す。心理的安全性が保たれている場合、自分がミスやリスクがある行動をしても、同じ組織やチームメンバーとの関係が破綻したり拒絶されたりしないと感じる状態にある。逆に、小さなミスでも非難されるかもしれないという不安をメンバーが抱えていれば、心理的安全性が低い状態といえる。心理的安全性が高いほうが活発な意見交換や新しいアイデアの創出などが期待できるため、特に組織内の人材育成において、心理的安全性を高めることで組織の活性化を目指す取り組みに注目が集まっている。

医療においても、職場における人間関係の良し悪しは職員のモチベーションを大きく左右する要因である。例えば、職員交流の少ない部署では、チャット機能が備わっているコミュニケーションツールを導入して自然に交流の機会を増やすという選択肢が考えられる。経営者は、良好な人間関係を築けるよう、コミュニケーションを活性化させる取り組みを行っているだろうか。“風通しの良い職場づくり”を単なる文言にしてはいけない。

VI. 外部専門職との連携

医療機関の経営・プロセスマネジメント、労務管理、情報技術などの導入は、外部の民間企業などの活用が必要になっていくだろう。さらに、医療事務職の役割拡大に加え、社会保険労務士などの専門職の活用、ICTの導入、ビジネスプロセス改革・アウトソーシングを専門にする企業との連携を強化していく必要がある。そ

のような外部知見を柔軟に受け入れる医療機関内部の体制構築が求められるのではないか。

VII. 経営トップの意識改革

今や、働き方の改革は経営トップが必ずやらなければいけない最重要テーマである。残業削減や各種休暇の充実、宿日直の基準、自己研鑽の解釈など、さまざまな対応を早急に進める中、現場が指摘する課題は“働きやすさと働きがい”のさらなる向上である。現場の実情や実態を無視した働き方改革には、多くの疑問を持つ職員も少なくない。

真の改革推進は、医療機関の経営トップのリーダーシップが必須である。トップの意識改革のためにトップ自らの判断で実行できることは、他医療機関の成功事例からわかる取り組みの重要度やポイントを共有し、職場内の横の関係、つまり風通しのよい職場環境を目指す取り組みである。さらに、医療機関内部の業務実態把握のノウハウの共有は、経営トップが発揮すべき実効力を助ける手段となりうるのではない。一方、トップ自らの判断で実行することができない重要課題として、国による予算措置、資金面でのインセンティブ付けなどが挙げられる。

VIII. 働きやすさと働きがい

働きやすさを向上させても、働きがいが低下しては本末転倒である。働きやすさを向上させることと働きがいを高めることは、似ているようで異なる概念である。アメリカの臨床心理学者フレデリック・ハーズバーグが提唱した二要因理論²⁾によると、職員の不満につながる要因、例えば、病院の方針や管理方法、労働の環境、給与・時間・役職などの条件、上司・部署長・同僚との関係性、職場の安全性などは、不満が解消されるとそれ以上に向上させても満足の上にはつながらないという特性を持つ。逆に、仕事に満足を感じる要因、例えば、業務そのものだけではなく、達成感や成果、業績の評価、昇進、責任の拡大、自己成長やチャレンジング

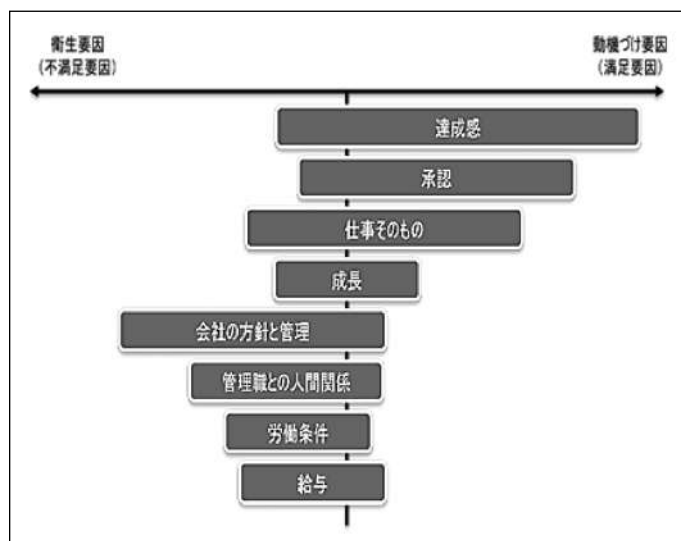


図1 ハーズバーグの二要因理論イメージ

〔筆者作成〕

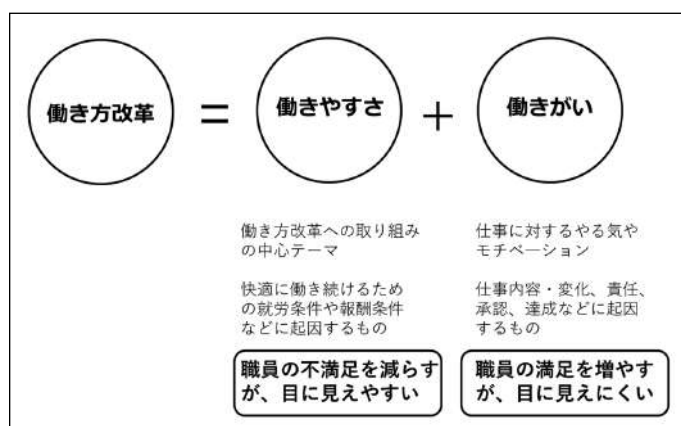


図2 改革のバランス：働きやすさの整備と働きがいの創出

〔筆者作成〕

の機会など、あればあるほど職員のモチベーションにつながると考えられる（図1）。すなわち、職員の不満は解消する必要性はあるが、それ自体が必ずしも満足につながるわけではない。働きやすさと働きがいの二つの要因は、双方の足りない要素を補い合う関係にあり（図2）、不満の要因を解消しつつ、同時に満足の要因を満たすことが重要である。

IX. 人材不足のマネジメント

未解決の医療人材不足により、適正勤務時間内の過密労働が増え、医療職の働きがいを損ねて、離職や転職の懸念³⁾が想定されている。人

材不足を解消するためには、新しい人材を獲得するという選択もあるが、新しい医療職を雇ったとしても、早期退職・転職してしまえば同じことの繰り返しであろう。既存の離職を防止することが何より重要であると考え、その鍵となるのは何であろうか。

先述の二要因理論²⁾に注目すれば、職員の不満を減らすヒントとして、適切な業績評価をすることが極めて重要である。業務への取り組みや成果が正当に評価されない場合には、職員の不満が増える。経営者は、現場の意見に耳を傾け、定期的に業績の評価内容や運用の仕方を十分見直しているだろうか。

医療現場には、個人の評価や賞賛を行う文化

が十分に浸透していない。働きがい向上の効果には、職員の能力開発とモチベーションの維持が見込まれる。例えば、感謝や賞賛の気持ちを伝え合う“意欲手当”を創出すれば、医療現場が活性化し、職員が満足できる要因も増えるだろう。働き方改革自体は、職員の満足を増やす要因には成り得ない。経営者が働きがいの向上を目指し、職員が活躍できる病院づくりを具現化することが求められる。そうすることで自ずと職員の離職が防止されるはずである。

X. 改正医療法の先を見据えて

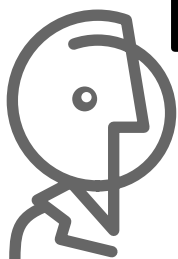
医療現場の実態に見合う真の改革を進めることは、医療従事者が個々の能力と役割を最大限に発揮できるような“働きやすさ”と“働きがい”を追求することに他ならない。それらを実現させる病院力を育むには、自院の特徴と職員の強みに固執するばかりではなく、働きがいの向上・効果を加えることが何より重要な取り組みであろう。

XI. おわりに

患者が質の高い医療を享受し続けられる、持続可能な医療提供体制の実現に向けた現実的かつ本格的な議論は、ようやく始まったばかりである。本稿で述べた課題が、真摯な議論の喚起と推進に向けた取り組みに少しでも寄与できれば幸いである。

参考文献

- 1) 八巻孝之：迫る医師の働き方改革，高まる公的医療サービスの危機．地域医療 2024；61(4)：80-82.
- 2) Dr. Aparna Sethi: Herzberg's Two-Factor Theory - The Key to Understanding Job Satisfaction. <https://www.protouchpro.com/herzbergs-two-factor-theory-the-key-to-understanding-job-satisfaction/> (accessed 2024 May 5)
- 3) NHK NEWS WEB：公立病院の看護師など約8割“職場 辞めたい” 労働組合の調査. <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20240305/k10014379871000.html> (accessed 2024 May 6)



… 自由投稿 …

遠隔離島医療からみたプライマリ・ケア —経験しておきたい疾患・修得すべき技術 改訂版—

瑞木 亨¹⁾ 大木 準¹⁾ 上村 健²⁾ 大木 岳²⁾
大木 武³⁾ 越智雅典⁴⁾ 山内忠彦⁵⁾

I. はじめに

筆者は1993年に自治医科大学を卒業し、9年間の卒後義務年限中に東京都の三宅島、青ヶ島、小笠原村母島で離島医療を経験した。青ヶ島と母島は島内に医師一人の小規模離島である。義務年限最後の2001年、当時の石原慎太郎都知事による東京ER構想が始動した。私は都立病院の救命救急センターで3次救急診療に携わっていたが、離島医療で総合医の経験があるため東京ERの立ち上げ要員とされた。準備期間には、ER外来で全科の初療にあたる若手当直医のためのマニュアル作成に関わった。こうした経緯から、月刊地域医学に私見に満ちた投稿をしたのが2004年¹⁾、総合医の経験が風化しないうちにといいながら一気に書いた。査読者からは内容が外科領域に偏っていると指摘されたが、文献や教科書をあえて引用せずに自分の経験を語るスタイルを貫くためにはやむを得なかった。本稿の目的は後に延々と続く一覧表を提示することである。このようなチェックリストは研修医時代に私自身が欲しいと思っていた。研修病院には将来の離島派遣を意識して指導してくれる上席医もいたが、系統的なカリキュラムはなく、離島医療に必要な知識と技術が何なのか見当もつかなかった。卒後11年目に自治医科大学消化器・一般外科に入局したのち、大学の部活に関わった学生が卒業するとき、前稿の別刷を手渡してきた。私の履歴は常に

臨床にあり、基礎系の研究などで臨床を離れた期間は全くない。学位も手術をテーマにした臨床研究論文で取得した。現在、取得している資格は外科学会専門医・指導医、消化器外科学会専門医・指導医、救急専門医、消化器内視鏡専門医、内視鏡外科技術認定医であり、前稿投稿時よりさらに専門性が偏っている。入局後10年で医局を辞し、現在の病院に就職してからも10年が経つ。主たる診療科は外科だが、手術だけでなく内視鏡治療、全科当直、急患対応と、離島医療ほど症例が多彩ではないものの、初期診療に従事する機会は多い。研修医になった二人の子供に別刷を渡そうとして内容を見直したところ、前稿からすでに20年が経ったことに気づいた。周囲の意見に耳を貸さずに書いた内容は、卒後30年を過ぎた今の眼で見てもさほど色褪せていないと自負する。それでも周囲の環境は変化し、経験とともに見解が変わった箇所も少なからずあり、改訂に着手することにした。

II. 本稿の目的

前稿と同様、重要度に関するランク分けは独断による。原則として、補足の記載は簡潔に一言だけ、必要があれば読者自身が調べて詳細な知識を得ていただきたい。診療マニュアルを意図したものではない。巷には極めて優秀なマニュアル本が多数ある。私も研修医時代には白

1) 1) 社会医療法人社団同樹会 結城病院 外科 2) 同 内科 3) 同 整形外科 4) 同 泌尿器科 5) 同 小児科
(筆頭著者連絡先: 〒307-0001 茨城県結城市結城9629-1 社会医療法人社団同樹会 結城病院, 自治医科大学1993年卒業)

衣のポケットに小型のマニュアル本を忍ばせていた。今ではスマートフォンや小型タブレットで、はるかに膨大な情報を持ち歩くこともできる。画像診断も様変わりした。かつては自分で撮影した映りの悪いレントゲン写真の読影に悩み、骨折では都内の整形外科医に長時間かけて画像を送って返事をじっと待った²⁾。今やレントゲン画像はデジタルで、拡大や色調修正も自在である。画面をスマートフォンで撮影して送信すれば、かつて何十分もかかっていた画像コンサルトが瞬時に済む。疾患の情報や文献も検索サイトを使えば一瞬、診療ガイドラインも容易に入手可能なので、手製のチェックリストなど無用かもしれない。しかし、急を要する患者を目の前にして、持ち場を離れてネット検索というのは避けたい。判断はその場で瞬時に、という局面は少なからずある。最後に頼りになるのは自分の知識と経験である。少なくとも一覧表に挙げた事項くらいは把握して診療にあたりたい。

私自身が一覧表の疾患をすべて熟知し、手技を完璧に修得しているなどと豪語する気は毛頭ない。理想論も随所に含まれている。これらを知らずに離島やへき地に行っていけないという意味でもない。研修時代の経験は紛れもなく自分の糧となり、宝となる。しかし、経験できる症例や手技は限られる。一度目にした手技は、次は指導者なしに一人きりで行わなければならないかもしれない。あるいは大学の講義で聞いたことしかない処置を必要とされることもあるだろう。陸続きであれば、救急車で高次医療機関に搬送することも比較的容易にできる。しかし、離島では、近い島でも消防庁のヘリコプターを要請し、小笠原では自衛隊飛行艇の出番だ。その詳細は別稿に譲るが³⁾、悪天候では動けない。瀕死の重症患者を目の前にして、離島でたった一人の医師として、自分にできることは何かと苦悶することになる。そこまで逼迫しなくとも、安易に「専門医に紹介します」とは言えない。「専門外」という逃げ口上は離島の住民には通用しない。高齢者は島を出たがらないし、「あんたも医者だろう」と言われるのが関の山

だ。思えば、私も青ヶ島赴任中には、青年団長から「やぶ」と呼ばれていた。その「やぶ」に彼は陥入爪の手術を依頼してくれた。それはともかく、危機感をもって症例や手技に真摯に向き合うのと、漫然と受け身の姿勢で研修期間を過ごすのでは、雲泥の差が生ずるのは言うまでもない。離島やへき地の臨床に、自分の専門が何かは関係ない。

改訂にあたり、今回も文献は引用しないというスタンスを通したかったが、頻繁に遭遇するはずなのに自分が経験しなかっただけという疾患や手技を確認する目的で、古い文献を参照した⁴⁾。さらに、内容に少しでも客観性と普遍性を持たせたいという理由で、現在勤務する病院の各科長の意見を拝借した。おかげで内科、小児科、整形外科、泌尿器科の項目も多少充実したように思う。しかし、最終的に事項の取捨選択とランク分けは独断で行ったので、記載内容の全責任は筆頭著者にある。

Ⅲ. 事項重要度のランク分け

重要度についてのランク分けは、前稿同様に小規模遠隔離島やへき地での診療を想定して行っている。離島の規模と設備によっても評価は当然異なる。東京都を例にすれば、三宅島では可能だが青ヶ島では不可能という事項は多数ある。疾患は住民の年齢分布や気候にも左右される。小笠原には若い住民が多く温暖な気候なので、診療する疾患の割合が伊豆七島とは明らかに異なる³⁾。こうした地域性もあって、遭遇する疾患の頻度や処置の重要度に客観的エビデンスを求めることは困難なので、独断で評価するしかない。表を見るときは論文を読むときの基本姿勢と同様、批判的な目で眺めていただきたい。ほぼすべての項目はすでに修了済みという若手総合医がいれば、非常に頼もしい。

A：頻繁（日または週単位）に遭遇するか、最低限身に付けておくべき事項

B：頻度は少ない（月単位）が、常に念頭におくべき、または身に付けておきたい有用な事項

離島やへき地での診療を想定したため、診断に専門性を要する稀な疾患や手技そのものが難しい専門的な技術は思い切って削除した。そのため、Dに該当する事項は少なくなっている。

医療情報は従事者でなくともネットで容易に入手でき、離島やへき地の患者も専門医や施設を検索できるようになった。今後は離島やへき地といえども総合医のニーズは薄れ、サブスベ

参考文献

- 1) 瑞木亨：遠隔離島医療からみたプライマリ・ケア～経験しておくべき疾患，修得しておくべき技術～，月刊地域医学 2004；18：147-155.
- 2) 瑞木亨，箕輪良行，軽部裕也：当初缶における通信ネットワークを用いた医療情報網の形成および定期通信症例検討会の有用性に関する研究，月刊地域医学 1999；13：718-727.
- 3) 瑞木亨，和田哲明：小笠原村母島における緊急搬送症例の検討，月刊地域医学 2001；15：282-290.
- 4) 谷村伸一，編：急性期疾患プライマリケア・マニュアル，救急医学 1994；18：1135-1526.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]

表紙	表紙	表紙	表紙
目次	目次	目次	目次
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

本論文の表は、下記サイトにてご覧いただけます。
<https://bit.ly/chiikiigaku-vol38-8>





小船井光太郎先生の 『構造的な心疾患『最新カテーテル治療』後編』

(6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小船井光太郎先生から2回に分けて構造的な心疾患のカテーテル治療について解説していただきます。後編は心房中隔欠損症(ASD)と動脈管開存症(PDA)の治療、脳卒中予防のレクチャーです。

■心房中隔欠損症の治療

ASDは成人で発見される先天性心疾患では大動脈二尖弁に次いで2番目に多く、発症は1,000人に1人と言われています。心房中隔の欠損孔により左心房から右心房に向けて慢性的に血液が流出し、その結果、肺高血圧・心房拡大を引き起こし、心房細動を生じるようになります。また、下肢静脈からの血栓が欠損孔を通して左心系に入り込み脳梗塞を発症させることもあります(図1)。治療の基本は欠損孔の閉鎖です。QP/QSが1.5未満であれば閉鎖の必要はないと思われがちですが、この数値は参考値にすぎません。脳梗塞の既往があれば絶対的適応です。カテーテル治療では2枚の傘のようなディスクで欠損孔を挟むようにして閉鎖します。大腿静脈からカテーテルを挿入し、欠損孔の左房側でディスクを展開、その後右房側ディスクを展開して挟み込みます。治療後は半年間、抗血小板療法を行い、年に一度の心エコーで経過観察します。



図1 心房中核欠損症

■動脈管開存症の治療

PDAは比較的にまれな病態で、カテーテル治療を実施している施設も非常に限られています。動脈管とは大動脈から肺動脈につながっている血管です。胎児のときは肺を使わずに血液の酸素化が保たれているため動脈管は開存している状態です。誕生後24時間程度でほとんどが閉鎖されますが、まれに十分に閉鎖されないことがあります。大動脈は圧力が高いため肺動脈にジェット状に血液が流出します。それにより肺高血圧を引き起こし、心房への負荷から心房細動が生じます。心臓の容量負荷で心拡大・心不全が引き起こされます。独特の連続性心雑音があれば閉鎖術適応となります。治療は大動脈からカテーテルを進めてガイドワイヤーを通します。このガイドワイヤーを掴むカテーテルを大腿静脈から挿入し大動脈側に引っ張り出します。閉鎖デバイスをデリバリーシースで開存箇所へ通し、場所・サイズを確認し、しっかり固定してデバイスを切り離します。この時点で肺動脈圧は正常値となります。

■脳卒中予防

卵円孔開存が原因と考えられる脳卒中の既往がある60歳未満の患者が閉鎖術適応となります。CHADS₂またはCHADS₂-VAScスコアで脳卒中リスクが高く、抗凝固療法を長期に実施できない患者は左心耳閉鎖術が適応となります。



図2 動脈管開存症

*小船井先生のレクチャーの詳細は、6月1日配信のJADECeLearning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/>





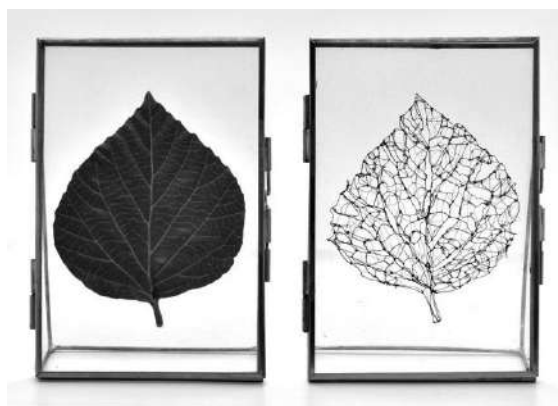
打診のようにコツコツと ～下北山村の未来のために自分ができること～

下北山村国民健康保険診療所 所長 田口浩之

自己紹介

皆さま、こんにちは。奈良県39期の田口浩之と申します。自治医科大学では1年だけ軟式テニス部に所属してすぐに音を上げ（当時の兵頭部長、有木園副部長、本当にすみません…!）、その後はアルバイトと薬師祭の実行委員でまったりと6年を過ごした自分が、体力勝負と目される医師の世界で果たしてやっていけるのか甚だ不安でしたが、そう言っている間に無事9年目になりました。現在は奈良県の下北山村という人口800人の村で一人診療所をしています。降水量日本一と言われる尾鷲市の隣なのでコレでもかというほど雨が振り（1回あたりの総雨量1,000mmは当たり前）、全てがカビてしまう地域ですが、豊かな自然と和やかな村民さんに癒やされながら日々診療を続けています。

自分は医師3年目の終わりに結婚し、現在5歳の長男と4歳の次男の4人で生活していま



す。妻は芸術に明るく、今は透過刺繍という溶ける布に溶剤を溶かした糸で刺繍をして水に入れ、糸だけで形を表現する独自の技法を編み出し、関西をはじめ、東京、福岡などさまざまなところで個展やグループ展を開くようになりました。またX（旧twitter）ではほんのちょっとしたインフルエンサーで、子どもたちの微笑ましい写真や透過刺繍がSNSで話題になり取材を受けるといった体験もしばしばです。そんな快活な妻を支えられるように、個展のテーマやス



テートメントと一緒に考えたりするのが自分の専らの趣味になりました。

奈良医大の総合診療科で

個人的なキャリアでは医師3年目より奈良県立医科大学総合医療学講座の門戸を叩き、へき地勤務中も週に1回の研修日は外来修行をさせていただいています。大学の総合診療科としては比較的規模が大きく、現在36人が在籍しています。奈良県は個人的に総合診療科が盛り上がっている地域の一つだと思っていて、赤ひげ大賞を取った明日香村診療所の武田以知郎先生や大福診療所の朝倉健太郎先生など、クリニックベースで大活躍されている先生その他、市立奈良病院、南奈良総合医療センター、天理よろづ相談所病院など総合診療専門医の基幹施設の登録をしている病院も多いです。中でも奈良県立医科大学附属病院が他の病院とは異なる最大の特徴は西尾健治元教授（奈良5期）から伝授された徹底した病態生理学的アプローチだと思っています。緻密な問診（初期研修医なら2時間かかることもザラです！）もさることながら、視診、触診、打診、聴診と病態生理学的を組み合わせた身体診察の妙技はここでしか学べないものでした。中でも胸部の打診は非常に便利で、西尾先生のすべての薫陶を得られたか分からない自分でも、この手技は非常に重宝しています。

ある日、70歳代の認知症男性が「機嫌が悪い」と家族に連れられて来院した際、レントゲンでははっきりしないものの左前胸部の一部分に打診上濁音と気管支呼吸音の増強があったため近隣の病院に精査依頼したところ左のS5区域の肺炎であったこともあります。また在宅訪問診療中の90歳男性が悪寒戦慄のため緊急往診の依頼があり、両背側に呼吸音減弱と体位転換で移動しない打診上濁音があり、両側誤嚥性肺炎を診断して抗菌薬加療を行うと、まず呼吸音減弱がとれ、打診上濁音の領域が小さくなっていくことで病状経過を把握することもできました。何より打診の仕方を看護師さんにお伝えすると、はじめは疑心暗鬼なんですけど徐々にその



Wonca2023にて

手技が有用であると実感され、最終的には「今日訪問看護で診察をしたら、また濁音の領域が小さくなってましたよ！」と手技を使って報告をくれるようになりました。ネタバラシをすると、携帯エコーでもBラインがくっきり見えていたので「たかが打診ごときで…」と思われる方もいるかも知れませんが、採血は3日後にしか結果が分らず、携帯エコー以外に検査機器がなくても、病態生理学的に病状経過を推測して一定の方針を立てられるかどうかは「まず診る」へき地診療所のマインドに凄く合致しているのではないかなと思います。ちなみに西尾先生は爪を診るだけで利き手を見分け、手を触れるだけで便秘がちかどうか判別し、さらに学生の実習では関節を押すだけで部活動をズバリ言い当てるので学生らから「よく当たる占い師」と呼ばれていました…。自分はまだその域に達していないので日々修行が必要だなと感じています。

また今年から吉本清巳先生（奈良25期）が教授に就任されることになり、先生が得意とされる地域医療、医学教育や膠原病診療にさらに厚みが出てくるので一医局員として非常にワクワクしています。

下北山村で足掛け6年

医師3～4年目の初期派遣と8～9年目の後期派遣でこの下北山村診療所の診療所長となっています。奈良医大で修行をしていた6～7年目も、村役場の嘱託産業医として下北山村に関わり続けていました。足掛け6年間も下北山村に関わることができて非常に幸せな一方、人口



総合診療専門研修修了記念に吉本教授と

は年間20人ずつ減り、そのうちの半分は診療所に通ってくれていた患者さんでした。それも村に住めなくなって村外の施設に移り住んでいます。村にある介護施設は、生活支援ハウスというケアハウスに似た15名程が入居できる設備とデイサービスのみであり、訪問介護に出られる職員はデイサービスとの掛け持ちの関係で週2回が限度と、「介護崩壊」が生じて久しい状態になっています。これは奈良県の南部の7ヵ村ほぼ全てで同様の状態になってしまっており、村内の世帯の大半が核家族化していて家族介護も期待できず、月の訪問診療件数は1～2件と惨憺たる状態です。この状態に対して自分は恥ずかしながら他の先生方のように社会的処方や新しい試みを行ったりという形を残すことは特にできていません。唯一できたことは「もしバナカード」を利用したアドバンス・ケア・プランニングを村民に向けて講習会を開いた程度です。介護資源の獲得に地域おこし協力隊の制度を活用できないか、各集落に認知症見守り隊を設置できないか、また夏場に公民館の集会室を開放して暑熱避難所を作ってコミュニティにできないかなどを方々に打診してみたのですが、ことごとく「人手が足りない！」との一点で実現しませんでした…。こちらの打診は苦手なのかもしれません。



診療所スタッフと

そんな状態で、築45年経つ診療所の建て替え計画が立ち上がり、その検討委員会に参加することになりました。はじめは「40年後に果たして村は残っているのだろうか…。これがこの村の最後の診療所建て替えになるのだろうか…」と、その重圧と村の未来について暗い気持ちになっていました。また検討委員会では役場も設計スタッフも含めて診療所の建て替え経験がなく、どのように進めていけばいいのかが不明瞭な状態でした。しかし、ある日診療所で話し合いをしていると看護師から「先生なら未来を見据えた良い診療所を作れますよね！」と無垢な目を向けられてから、「できらあっ！」と気持ちを切り替えて取り組むことにしました。検討委員会で音頭を取る人がいないなら、診療所スタッフで牛耳ってしまえば良いやと、診療所スタッフで何度も夜中まで話し合いをして、第一に患者、第二にスタッフが動きやすい、使いやすい最強の間取りを考え出しました。設計スタッフには設計が実現可能か調整していただき、設備と建材、デザインに注力してもらい、役場には議会への働きかけと県との補助金申請に集中してもらいました。結果として診療所スタッフが提示した案に賛同いただき、2025年度中には建設がスタートする運びとなりました。20年後にはオンライン診療や遠隔診療が発達し、AIによる診断技術は実用レベルになるだろう、診療報酬体系ではもっと看護師や栄養士からの健康指導に重きが置かれるようになるかも知れないし、地域包括支援を担う診療所としてはリハビリテーションも常設でできるようにしたほう



下北山村国民健康保険診療所

が良い、COVID-19のような新興感染症の流行は人流がより活発になるからもっと早いスパンで回ってくるはずなので平時から運用が楽な感染症外来が必要だ、ほぼ確実に南海トラフ地震に見舞われるはずで、和歌山県南部から北山村を經由して多数の避難者が村にも来るかも知れない、2010年の紀伊水害よりも深刻な水害が襲い、村の道路が全て寸断されたら、ドローンで物資の輸送が行われるだろう…等々、村の現状だけを見ているとここまでいろんなことは思いつかなかったかも知れません。2040年には人口が半減し、他の市町村と合併したり、診療所の数も減らされるとしても、下北山村が地域の診療所として温存され、活躍できる未来を診療所

スタッフとともに考え抜くことができました。

これからの展望

おそらく義務年限が終わっても、自分は下北山村に関わり続けるんだろうなと予感しています。総合診療医・家庭医として、「この地域のことなら任せろ！」といえる地域を持つことができたのは自分のキャリアにとって、何より人生にとって非常に得難い宝物になりました。この6年間でできなかったことをできるように、打診のようにコツコツと進めていきたいと思います。

田口浩之(たぐちひろゆき)先生 プロフィール

2015年自治医科大学卒業。奈良県総合医療センター初期臨床研修、奈良県立医科大学総合診療後期研修プログラム修了。現在は下北山村国民健康保険診療所所長。



和歌山での一期一会 —地域中核病院や診療所での勤務を振り返って—

古座川町国保七川診療所 所長 伊藤恭平

自己紹介

私は和歌山県39期の伊藤恭平です。今年度が義務年限最後の年であり、今回自分が経験した地域医療について述べる機会をいただきましたので、簡単に自己紹介させていただきます。

私は和歌山県出身で、浪人を経て自治医科大学に入学し、卒後和歌山県で医師として働き始めました。現在は小児科を勉強しつつ、和歌山県の古座川町というところで診療所所長として勤務しています。大学時代は硬式庭球部に所属しておりました。

皆さまは和歌山県に来られたことがありますでしょうか。和歌山県は県北の和歌山市が人口最大地域となっており、より南部の医療過疎地域が自治医大卒業生の派遣先となることが多い状況です。現在私が勤務している古座川町も本州最南端の町、串本町の隣町で、高齢化率は県内で最も高い54%となっています。

地域医療の振り返り

私自身、これまで地域で働いてきたことを振り返ろうと思った時に、一番頭に思い浮かぶのは、それぞれのタイミングで、本当に人との出逢いに恵まれてよかったなということです。

私はこれまで、初期研修2年間を和歌山医科大学で終え、医師3年目は橋本市民病院、4年目は那智勝浦町立温泉病院、5年目は国保すさみ病院で勤務し、6～7年目は和歌山医大小児科で後期研修を行い、8～9年目の現在は古座川町国保七川診療所で勤務しています。

医師3年目は、まだまだ救急対応や病棟業務など分らないことが多い状況でしたが、橋本市民病院総合内科は指導体制がとても整っており、上級医の先生方もとても親身になって教えてくださる先生方ばかりで、医師としての礎を自分の中につくり上げてくれたところだと実感しています。今振り返っても日々に追われる忙





那智勝浦町立温泉病院内科のメンバーと



七川診療所での夏季研修の学生たちと一緒に

しい1年間でしたが、鑑別疾患の考え方やマネジメントについてなど、医師として今後仕事をしていく上で必要な知識、スキルを教えてもらった貴重な1年間でした。また診療所勤務となっても、少し上の学年の先輩とともに診療所ミーティングでつながることができ、日常的な疑問など共有できる、とてもありがたい場となっています。

また上級医だけではなく、社会人になってからかけがえのない友人ができたことも、とても思い出深いです。和歌山県では和歌山医大地域医療卒業者も、私たち自治医大卒業者と同様に和歌山県内の医療過疎地域に派遣されることとなります。これまで私は各病院で和歌山医大地域医療卒業者と同僚として働いてきましたが、いつも良いメンバーに恵まれて、同僚として、友人として、良い関係をつくれたと思います。一緒にご飯を食べに行ったり、温泉に行ったり、夏休みにラフティングに行ったりと、このメンバーでなければこんなに楽しくなかった

だろうと思うぐらい、とても恵まれていたと思います。また医師仲間だけではなく、看護師さんや事務の方とも飲み会をしたり、BBQをしたりと、地域のいい意味で大きくない病院、診療所だからこそできた人間関係だったなと思います。大学時代にできた友達、先輩・後輩、社会人になってからできた友人など、これからも人間関係、つながりを大事にしていけたらと思います。

終わりに

今は診療所所長として、患者さんの病気の側面だけではなく、生活相談や介護度が上がってきている患者さんのサポート体制を話し合ったりなど、日々患者さんから学ばせてもらい、自分の幅を広げられていると感じています。今後も自治医大魂を忘れず、どんな経験もプラスに捉えて、進んでいきたいと思っています。

伊藤恭平(いとう きょうへい)先生 プロフィール

2016年自治医科大学卒業。和歌山医科大学で初期研修後、橋本市民病院、那智勝浦町立温泉病院、国保ささみ病院に勤務。和歌山医大小児科で後期研修を行い、2023年古座川町国保七川診療所に所長として着任し、現在に至る。

地域を愛し、愛されるよう、日々精進

横須賀市立うわまち病院 総合診療センター診療支援部 日高佑紀

はじめに

初めまして、域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 特定看護師(NDC) 7期生、日高佑紀と申します。

横須賀市は神奈川県の中南部に位置する市で、三浦半島の北半分を占めています。市域の東側は東京湾(浦賀水道)、西側は相模湾に面しています。そのため、海が広がり夏はバーベキューや海水浴で訪れる場所としても人気です。また米海軍基地があり、国際色豊かな街として知られています。横須賀市の推計人口はおよそ39万人で、男性が193,430人、女性が194,767人となっています。そのうち高齢者(65歳以上)は人口の約32.3%を占めており、3.1人に1人が65歳以上、5.7人に1人が75歳以上です。日本の高齢者人口は、総人口に占める割合が29.1%なので、高齢者の多い地域であるといえます。

私の働く病院は417床の中規模地域密着型の、3次救急指定病院です。また、厚生労働省による救命センター充実段階評価において、当院の救命救急センターが4年連続で最高評価を受けま

した。2025年には市立総合医療センターとして移転する予定となっています。地域に貢献し、地域に愛されるよう日々努力しています。

NDCを目指したきっかけ

看護師として働く中で、COVID-19の流行がNDCを目指す大きなきっかけとなりました。新型コロナウイルスの流行という未曾有の事態が起こり、いつ収束するか分らない不安と、治療法が確立されない中、懸命な治療が行われていました。私もチームの一員として従事していましたが、医師や看護師の不足があり、医師の寝る間も惜しんで治療をする姿、それをサポートする先輩NDCの姿に尊敬の気持ちを抱きました。自分にできることが他にもあるのではないかと思います。NDCを目指しました。

現在の活動

現在、NDC卒後初期研修を終え、総合診療センターに所属し、指導医のもと診療にあたっ



ヴェルニー公園から見える米軍基地



TEST メンバー

います。Aライン挿入やPICC挿入などの特定行為をはじめ、病棟管理、外来の補助を行っています。またその他に、迅速対応システム(Rapid Response System:RRS)の対応や、栄養・微量元素サポートチーム(Trace Element Evaluation & Education Support & Study Team:TEST)の一員として栄養管理を行っています。

ここでTESTの紹介、活動報告をしたいと思います。TESTは医師、管理栄養士、皮膚・排泄ケア認定看護師、薬剤師、NDCで構成された多職種チームです。2022年に活動を開始し、微量元素のみならず栄養療法に関する依頼に介入してきました。依頼された患者さんの原疾患、既往歴の確認、血液検査などのオーダー・結果確認、栄養状態・提供栄養内容の評価、微量元素の欠乏または過剰の原因精査、補充方法の提案を主にしています。発足当初より全入院患者さんの栄養状態や食事摂取状況、褥瘡や創傷の有無などからスクリーニングにかけ、積極的に介入してきました。そのことが周知、評価され、医師からも栄養について直接依頼やカンファレンスの機会が増えました。現在は、回診予約枠に制限を設けず、敷居を低くし、いつでも誰でも依頼できる体制にしており、栄養状態に問題があるなど、どのような理由でも対応しています。例えば、食事摂取困難な患者さんのrefeeding syndrome予防や、長期中心静脈栄養患者のセレン欠乏の評価、褥瘡・創傷の銅・亜

鉛の評価、欠乏に対しての補充など行っています。NDCとしてTEST回診にまで及ばずとも栄養に対して心配な患者さんに対する相談を受けることや、患者さんに合わせた中心静脈栄養のレシピを考えています。生きるために食事、栄養は欠かせないもので、治療に際しても必要不可欠だと思っています。疾患のことだけでなく退院後の生活を考えて、これからも栄養のサポートをしていきたいと思っています。

今後の展望

横須賀市は高齢者が多く、これからも病院を必要とする方が増えてくると思われます。また、地域柄、日本語が話せない外国人の患者さんも多く入院されます。文化の違いだけでなく、言葉が通じないことを不安に思う方も多く、医療だけでなく英語力も鍛えています。

新型コロナウイルス感染症のように予測し得ない事態が襲ってくるかもしれません。その中で、NDCとして、今までの看護の経験、臨床推論の学びを深め、他職種との連携、架け橋となることや、特定行為の技術を向上させていきたいです。

目まぐるしく進化し続ける医療で勉強が追いつかないこともあります。それでも地域を愛し、愛されるよう、日々精進していく所存です。

2024. 6. 17

なんだかんだ突き進んできた医師生活

初めまして、東京北医療センター所属、“地域医療のススメ”専攻医3年目の須江成美と申します。私が医師を目指すようになったのは父を含め周囲に医療従事者が多かったため、幼いころから漠然と医療系に興味を持っていたことから始まります。とはいえ、私は勉学に対して真面目なタイプではなかったので当然のように浪人し、大学でもダラダラ講義を受け、部活漬けの生活を送っていたように思います。初期研修先も慣れている環境の方がストレスがないだろうという安直な考えで大学の系列病院を選択し、友人や先輩のいる環境でぬくぬく初期研修を過ごしました。総合診療科に興味を持つようになったのは学生の頃に訪問診療のあるクリニックで実習を行って、患者背景も含めて診ることの大切さを知ったことがきっかけでしたが、正直なところ特定の科に絞れず、広く浅く患者を診る中で自分が興味を持つ分野が見つかるかもしれない、という理由の方が大きかったかもしれません。当初は後期研修もそのまま大学病院に残るつもりではありましたが、初期研修先の総合診療科の指導医から外の病院を一度見たほうが良いと言われ、初期研修2年目の6月ようやく病院見学に行き始めました。東京北医療センターはFacebookで総合診療プログラムを検索した時に目に留まり、「ロールキャベツ系総診ってなんか面白いな」くらいの気持ちで見学を申し込んだような記憶があります。実際に見学に



地域医療のススメ

須江成美

プロフィール

2020年3月 埼玉医科大学卒業

2020年4月～ 2022年3月

埼玉医科大学総合医療センター

初期研修医

2022年4月～ 東京北医療センター

地域医療のススメ 専攻医



練馬光が丘病院での回診の風景

この時に指導医からレクチャーをいただくこともあります

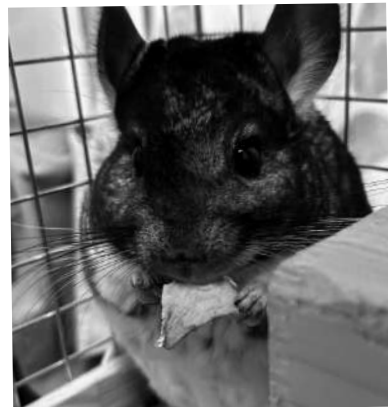


東京北医療センターで同じチームのメンバーと飲み会

行ってみて東京北医療センターの軽症～重症含めたさまざまな患者を診ることができる環境や教育に力を入れている点に魅力を感じ、科の雰囲気も後押しして後期研修先に決めました。正直なところあまり深く考えずに後期研修先を選んだため、東京北医療センターの先生方からは「なんでコイツが来たんだ?」と思われたに違いありません…というか、実際に一部の先生から言われました(笑)。

そんな私もなんだかんだ専攻医としては折り返しを迎えたところになります。専攻医1年目では初めて主治医として患者を受け持つようになり、内科的な知識も乏しいまま入院対応や外来をこなし、自分の不甲斐なさを実感し続けた日々でした。初期研修を真面目にこなしていた同期との差を嫌というほど感じていたように思います。2年目は初期研修医に教える機会も増え、自分の中で分かったつもりでいたことや足りない知識を再確認することができました。台東区立台東病院でも研修を行い、回復期や慢性期の患者を急性期とは異なる視点からマネジメントをすることで自分自身の考え方の幅が広がったように思います。そしてこれを執筆しているのが3年目の6月なのですが、練馬光が丘病院の集中治療科で研修をしています。もともと集中治療の分野は苦手と避けていたため一念発起してローテーション希望を出しました。知識不足や経験不足で変なことを言っでは上級医に指導を受ける日々ですが、新しく学ぶことが多くとても充実した日々を過ごしています。何より集中治療の分野に興味を持てるようになったのは大きな収穫だと思います。

7月以降は地域での研修が続くため、これからの研修で新しい経験ができることが今から楽しみです。来年度以降の進路に関してはまだ決めきれていないような状態ですが、自分自身が学んだことを将来どこかで還元できるようになればいいなと考えています。これからの研修も自分なりに良いものにできるよう頑張ります！



専攻医になってから飼い始めたチンチラ
疲れて帰宅した後の癒しです(笑)



百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～

第4回



患者さん目線の地域医療について考えた 私の“JADECOM施設訪問”

自治医科大学医学部医学科4年 中村友香

Profile

山梨県出身50期 出身高校：吉田高校

趣味：筋トレ、ゴルフ

指導教員：才津旭弘、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）



私は「患者さんが求める地域医療とは何か？」という患者さんの視点を意識しながら施設見学に参加しました。

まず印象的だったのは“地域包括医療福祉センターふくしあ”の中村泰之先生から伺ったお話です。認知症を患う男性の奥様から依頼があり、訪問診療をされていました。最初、男性は「自分は病気でない」と頑なでしたが、何度も訪問することで、信頼関係を築くことができ、今では「先生の言うことなら聞くで。気をつけて帰れよ」と言ってくれるようになったそうです。患者さんの目線に立った医療というのは、必ずしもAかBというような明確な答えを出そうとするのではなく、最後まで患者さんに寄り添い、その過程で揺れ動く気持ちや姿勢を受容し、そ

の覚悟を伝えることが大切であると学びました。

次に“地域包括ケアセンターいぶき”の畑野秀樹先生の訪問診療に同行させていただきました。そこで、心不全や肺炎を患っている90代女性とその娘さんにお話を伺ったところ、畑野先生が早朝にウォーキングをしていて、患者さんの家の前を通った際にその女性のお部屋の電気がついていたので見て、「昨晚から咳き込んで苦しかったのかな？」と心配してくれたことが嬉しかったと仰っていました。訪問した際は、診察だけで終わるのではなく「何か困っていることはないですか？」と患者さんのご家族にもお声がけされていて、そういった心の込もったコミュニケーションが、患者さんだけでなくご



「ふくしあ」中村先生の小児在宅医療の風景



「いぶき」畑野先生の在宅診療の患者さんと

家族とも信頼関係を築くために大切だと実感しました。訪問診療の帰り際に患者さんから「畑野先生みたいに、家族にまで気を配れる優しいお医者さんになって！」と激励の言葉をいただき、身が引き締まる思いでした。訪問診療の同行は初めてで、先生が患者さんとそのご家族に向き合う姿勢を直接見る事ができたことは、地域医療を志す私にとってはリアリティがあり貴重な経験となりました。

前述の中村先生の“ふくしあ”設立のきっかけは、小児医療から成人医療への移行期を診る医師不足だったそうです。主治医をしていた患者さんには医療的ケアが必要なお孫さんがいて、その子の診察をしたことが具体的契機だったそうです。おじいちゃんの主治医からお孫さんの主治医となり、まさに全世代を取り込んだ「地域包括ケア」だと感じました。この中村先生のお話を聞いたときに地域医療は患者さんに寄り添うべきであるということが自分の中でより具体的事例となりました。

今回の訪問で中村先生や畑野先生をはじめとする医師の方々やコメディカルスタッフの方々にお話を聞くことができました。患者さん視点ということを意識したときに、それぞれが自分の仕事のみをしていればいいのではなく、一人

ひとりが多職種と連携することを意識し、日頃からの信頼関係、コミュニケーションをとることが大切だと感じました。そうすることで、患者さんやご家族、地域のニーズに寄り添い、柔軟に対応できる患者さん視点の医療ケアができるのだと思いました。今後、私は全国各地の病院、施設を見学し、ロールモデルとなるような医師から地域医療の魅力や必要性を学び、医師としての誇りを持って地域医療を支えていきたいと思います。今回の実習に関わっていただいた全ての方に感謝申し上げます。

学生指導医からの一言アドバイス

患者さんのニーズと医師の想いが一致しないことがあります。その際にどうするのがベストなのか。今後の学生生活において、学び、悩み、考え、経験を積むことで感性を磨き、患者さんに寄り添いながら最善の選択ができる医師を目指してください。（才津旭弘）

患者中心の医療が叫ばれて久しいですが、真に患者さんの目線で考えることは容易ではありません。これから医学知識や経験を重ねても、ぜひ患者さんや家族の思いを直接確かめ、関係づくりができる医師になってください。（菅野 武）

理事会・評議員会が開催されました……………

5月28日(火)に東京都道府県会館において理事会および評議員会が開催されました。15時から開催された1回目の理事会では、寄附行為の定めるところにより大石利雄理事長が議長に就き、理事長の挨拶の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 評議員の推薦

議案第2号 令和5年度学校法人自治医科大学事業の実績

議案第3号 令和5年度学校法人自治医科大学決算

議案第1号では、法人職員の評議員として讃井将満氏(自治医科大学教授)、藤原寛行氏(同上)が推薦されました。

議案第2号および第3号については、原案どおり承認されました。

また、報告事項として、

- 1 令和5年度監査報告
- 2 令和5年度理事の利益相反取引の報告
- 3 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。

16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の現況報告の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 理事の選出

議案第2号 令和5年度学校法人自治医科大学事業の実績

議案第3号 令和5年度学校法人自治医科大学決算

議案第4号 大学敷地の一部の売却

議案第5号 学校法人自治医科大学寄附行為の変更

議案第6号 寄附金の募集

議案第1号では、学識経験者の理事として小原泉氏(自治医科大学看護学部長)が選出されました。議案第2号から第6号については、原案どおり承認されました。

また、報告事項として、令和5年度監査報告がなされました。

続いて17時から行われた2回目の理事会では、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、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 大学敷地の一部の売却
 - 議案第2号 福田富一理事の利益相反取引の承認
 - 議案第3号 学校法人自治医科大学寄附行為の変更
 - 議案第4号 寄附金の募集
- 議案第1号から第4号については、原案どおり承認されました。

令和7年度大学院医学研究科入学試験の実施について……………

(1)修士課程(募集人員: 10名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和6年7月16日(火) ～令和6年7月26日(金)	令和7年1月14日(火) ～令和7年1月24日(金)
試験日	令和6年8月19日(月)	令和7年2月17日(月)
合格者発表	令和6年9月27日(金)	令和7年3月14日(金)

【試験科目】

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

※学生納付金免除者特別選抜について

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

(2) 博士課程(募集人員: 25名)

	第1回入学試験	第2回入学試験
出願期間	令和6年7月16日(火) ～令和6年7月26日(金)	令和7年1月14日(火) ～令和7年1月24日(金)
試験日	令和6年8月19日(月)	令和7年2月17日(月)
合格者発表	令和6年9月27日(金)	令和7年3月14日(金)

【試験科目】

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

※学生納付金免除者特別選抜について

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

募集要項等出願書類は, 学事課(医学部教育・研究棟1階)にて無料配布しています。また, 出願にはTOEICテスト(またはTOEIC IPテスト)の受験が必要になります。本学で実施するTOEIC IPテストについては, 医学研究科のホームページ等でご確認ください。



臨床実習生(医学)認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・ BSL学生優秀賞表彰式が挙行されました……………

4月24日(水), 医学部教育・研究棟講堂において, 臨床実習生(医学)認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式が厳かに挙行されました。

臨床実習生(医学)制度は, 臨床実習の中で, 医学生が「臨床実習生(医学)」と称して, 医師を目指す医学生としての自覚, 心構え, 医療に携わる人間としての責任感や使命感を再認識させることと併せて, 社会および患者様に対し, 臨床実習生(医学)であれば, 一定レベルの知識と技量を有していることを示すことで, その者の医療行為を大学が保証することを目的として実施するものです。式典は, 永井良三学長から共用試験に合格した4年生117名一人ひとりに対し, 臨床実習生(医学)認定証が授与され, 代表の森谷奎太さん(山形県)から, これから実習に臨むにあたっての宣誓がありました。続いて, 永井学長からの式辞, 附属病院の川合謙介病院長, 附属さいたま医療センターの遠藤俊輔センター長からは, 激励のお言葉をいただきました。また, 卒業生の寄付金を基金とした「BSL学生最優秀賞(長坂賞)」には, 6年生高橋慧さん(三重県), 5年生北野優依さん(石川県)の2名, 学生のモチベーションの向上を図ることを目的に創設された「BSL学生優秀賞」には, 6年生肥谷うちなさん(沖縄県), 5年生福江拓人さん(岡山県)の2名が選ばれ, 永井学長から賞状と副賞が授与されました。

『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

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。

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SSIONAL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@jichi.ac.jp URL <https://www.zcssz.or.jp/>



募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

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

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

募集

自治医科大学消化器一般移植外科 内視鏡外科技術認定(大腸領域)取得コースの募集

自治医大の大腸グループは、豊富な手術症例を背景に、腹腔鏡手術の黎明期から積極的に定型化に取り組み、これまで17名の技術認定医が誕生し、各方面で活躍しています(本年度も2名合格)。これらの実績をもとに、消化器外科を専攻しておられる卒業生の先生方で、「技術認定医を取得したいけど今の環境では難しい」といった悩みを抱えている方に向けて「内視鏡外科技術認定(大腸領域)取得コース」を開設しました。皆様の積極的な応募をお待ちしています！都道府県により事情が異なると思いますので、個別に対応させていただきます。勤務開始時期や給与のこと、教育事情、研修後の進路相談も可能です。

募集人員：1名/年

応募資格：消化器外科専門医取得者(取得見込みも含む)

年齢：40歳以下(相談可)

期間：2025年4月から原則2年(大腸グループの診療に従事)

問い合わせ・連絡先

自治医科大学 消化器一般移植外科

講師：伊藤 誉(福井2002年卒)

E-mail 96003hi@jichi.ac.jp TEL 0285-58-7371 FAX 0285-44-3234

・・・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。自治医科大学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
お待ちしております。

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「Materij」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・FAX：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: 105名（うち常勤医師6名）
所在地: 〒080-0334 音更町緑ヶ丘1
連絡先: 北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@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、とかち帯広空港から約1時間の距離にあ
 ります。
 当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療
 の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」
 の専門外来・病床を有しています。
 地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちして
 います。
 病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方は
 ぜひご連絡ください。



受付 2022.6.16

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: 91床
職員数: 72名（うち常勤医師8名）
所在地: 〒078-4197 羽幌町栄町110
連絡先: 北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項: 道立羽幌病院は、北海道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 総務課 人材確保対策室 熊谷
 TEL 011-231-4111（内線25-853）
 E-mail hohuku.byokan1@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 北海道夕張市若葉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月に若葉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

神奈川県

独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院



●内科 常勤医師（部長職）1名

診療科目：整形外科，リウマチ科，形成外科，リハビリテーション科，内科，脳神経外科，麻酔科，消化器外科，婦人科
 病床数：150床
 職員数：182名（うち常勤医師15名）
 所在地：〒259-0396 神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6
 連絡先：総務企画課 採用担当 内山・富樫
 TEL 0465-63-2211 FAX 0465-62-3704
 E-mail main@yugawara.jcho.go.jp
 特記事項：神奈川県西部の気候温暖な小田原と熱海の間に位置する湯河原町で唯一の公的医療機関として主に東大整形外科医局の関連病院として薬物治療，外科的治療，リハビリテーションから装具的治療までを総合的な整形外科診療を中心とした医療を提供している。
 整形外科では膝・股関節の変形性関節症に対する多くの手術を施行し，リウマチ科においては，関節リウマチをはじめ膠原病などを専門に治療し，最新治療の生物学的製剤を使用した薬物療法を施行していることなどから，近隣の医療機関からの紹介だけではなく，遠方からの患者も少なくない。
<https://yugawara.jcho.go.jp/> 受付 2024.5.16

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名



診療科目：総合診療科（院内標榜）
 病床数：無床
 職員数：19名（うち常勤医師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まいります。
 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

大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪精神医療センター



●総合診療医 4名（常勤・非常勤を問わず。応援医師でも応相談）

診療科目：精神科，児童思春期精神科，総合診療科（院内標榜）
 病床数：473床
 職員数：39名（うち常勤医師29名，非常勤医師10名）
 所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21
 連絡先：事務局人事マネージャー 下中
 TEL 072-847-3261 FAX 072-840-6206
 E-mail shimonakas@opho.jp
 特記事項：大阪精神医療センターは総合診療医・総合内科医を募集します。当センターは，90年以上の歴史を有する大阪府の公的精神科病院です。地域の医療機関と連携を図り精神医学の高度な専門技術を提供し，日本の精神医療をリードしてきました。この度，認知症の増加や利用者の高齢化に対応するために「認知症・合併症診療部」を開設し，そこで活躍していただける総合診療医を求めています。ご関心のある方はぜひご連絡下さい。
<https://pmc.opho.jp/index.html> 受付 2023.8.9

宮城県

加美郡保健医療福祉行政事務組合 公立加美病院

●内科 2名



診療科目：内科，循環器科，糖尿病，腎内科，外科，乳腺科，耳鼻科，小児科，皮膚科
 病床数：一般病棟40床（内HCU2床），療養病棟50床
 職員数：109名（うち常勤医師4名，非常勤医師4.34名）
 所在地：〒981-4122 宮城県加美郡色麻町四電字形成9
 連絡先：加美病院事務次長 藤原
 TEL 0229-66-2500 FAX 0229-66-2501
 E-mail ijimu@kamihp.jp
 特記事項：【1】メリット：常勤医で当番以外は平日8:30-17:15だけの勤務（夜間，土日は大学の日当直医が対応）【2】詳細1）勤務：平日8:30-17:15，2）週1回：朝当番：8:00-8:30，夜当番：17:15-19:00大学医師の当直代行，3）年に2回日直【3】子供がいる医師勤務モデル：7:00-8:30子供を幼稚園に預ける，8:30-17:15勤務，17:15-19:00子供を幼稚園に迎えに行く
<https://kami-hospital.jp> 受付 2024.4.25

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 fukuhsos8@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：事務長 山川
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が、医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。何卒よろしくお願いいたします。

<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、ぜひ当院にて働いてみませんか。

<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カ所), 本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 人事係 下道

〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目
TEL 011-204-5243 FAX 011-232-8368
E-mail hofuku.somu2@pref.hokkaido.lg.jp

PR事項: 北海道では、道立保健所や本庁に勤務する公衆衛生医師を募集しています。

保健所では、市町村や医療機関などと連携し、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策など、道民の健康を支える専門的業務・危機管理対策に携わります。また、本庁では、保健・医療・福祉に関する計画策定や施策立案に携わります。

採用時は、比較的規模の大きな保健所で所長のもと必要な知識・経験を培い、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長として勤務します。また、本庁で勤務することもあります。専門分野は問いません。行政機関での勤務経験も不要です。困ったときには、全道で30名を超える公衆衛生医師の先輩・仲間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 大阪市中央区大手前2-1-22
TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項: 公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけではなく、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>



福岡県

保健医療介護部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 6名

勤務先：保健福祉環境事務所等（9カ所），福岡県庁

連絡先：福岡県保健医療介護部保健医療介護総務課
総務係 山田

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

TEL 092-643-3237 FAX 092-643-3241

E-mail hosomu@pref.fukuoka.lg.jp

PR事項：福岡県では、県内9カ所の保健福祉環境事務所等（保健所）や県庁で勤務する公衆衛生医師を募集しています。県民一人ひとりの健康を守るのが臨床医であるのに対し、地域全体の健康を守るのが公衆衛生医師です。新型コロナウイルス感染症の発生により、都道府県や保健所の役割が大きく注目され、また、公衆衛生の重要性が改めて認識されたところです。具体的な業務としては、①がん、生活習慣病の予防などの健康づくり、②自殺やうつ病、アルコール依存症などこころの健康づくり、③感染症や食中毒の予防、薬物乱用などによる健康被害の防止、④小児、周産期、救急医療などの医療提供体制の整備や在宅医療の推進などがあります。これらの施策の企画立案や事業の推進を通じて、社会のために貢献したいという熱意にあふれる皆さんをお待ちしています。専門分野や行政機関での勤務経験は問いません。先輩医師や他職種の方々と相談しながら業務を進めることができます。福岡県では、10日以上連続休暇の年2回以上の取得を促進するなど、職員のワークライフバランスの実現にも積極的に取り組んでおり、子育て中の医師も活躍しております。県庁や各保健福祉環境事務所等（保健所）の見学を随時受け付けておりますので、まずはお気軽にお問い合わせください。

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」であなただの力を発揮してみませんか。詳しくは県のホームページ（QRコード）をご覧ください。
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshuu/hokendoc2.html>



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 6名

勤務先：本庁、保健所、精神保健福祉センター、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>





医師募集

国立ハンセン病療養所

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、あいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

〒100-8916 東京都千代田区森が間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、原則として毎号締切日までに掲載希望の旨をご連絡ください。
「求人病院紹介」も継続を希望する場合は1ヵ月ごとに申し込みが必要です。掲載期間は原則として6ヵ月までです。掲載を中止する場合は速やかにご連絡ください。
- ③各コーナーの執筆要領に従って原稿を作成してください。
- ④組み上がりの原稿(ゲラ)校閲が必要な場合は、その旨をお書き添えください。
- ⑤原稿はメールまたは郵送、ファックスにてお送りください。郵送、ファックスの場合も、文字データ、写真データはできるかぎり記憶媒体(CD-ROM, DVDなど)でお送りください。

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名、教室名
2. 科・教室紹介：約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は、苗字だけとし卒年度(○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

投 稿 要 領

2021年9月改訂

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内容で内容を明記する。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: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

2) 原稿と必要書類は添付ファイルで送るか、容量が大きい場合には大容量データサーバを使う。

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原著者の権利を含む)は、公益社団法人地域医療振興協会に帰属する。

2) 当協会は、当該論文等の全部または一部を、当協会ホームページ、当協会が認めたネットワーク媒体、その他の媒体において任意の言語で掲載、出版(電子出版を含む)できるものとする。この場合、必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある。

【転載・二次的利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先 :

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	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)
	大海佳子(地域看護介護部長)
	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(大分市医師会立アルメイダ病院婦人科 部長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 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(横須賀市立うわまち病院 副管理者)
	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, 2024.7現在)	

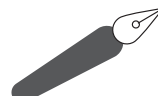
編集後記

いつも編集後記も読んでいただきありがとうございます。今月号も学びの多い記事ばかりでした。

巻頭インタビューは、今年度開催が予定されている「第62回全国自治体病院学会」の会長の吉嶺文俊先生です。今月号の特集テーマである「地域医療実習」にも力を入れていらっしゃいます。「しなやかに、仲間と一緒に、ワクワクする」というメッセージは、これからの地域医療を楽しむ、味わう合言葉ですね。

さて、今月号の特集は「地域医療実習」です。15年後の2040年頃に地域社会で活躍する医師を育成するための医学教育のキャッチフレーズは、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」とのこと。15年後とは、今年自治医科大学や地元地域枠に入学した学生さんが、ちょうど義務年限を終える頃ですね。その頃の地域社会はどうなって、どんな医師が必要とされているのか。特集で紹介されている各地の地域医療実習の取り組みやノウハウは必読です。眼の前の患者さんを、そして関係する地域医療を、将来にわたり持続的に守るためには、やはり次世代を担う医学生と一緒に考えることが大切ですね。佐藤新平先生、大切な企画、ありがとうございました。

原田昌範



月刊地域医学 第38巻第8号(通巻454号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2024年8月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 URL <https://www.jadecom.or.jp>

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03-5790-9831 FAX 03-5790-9645

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



9784909117892



1923047006004

ISBN978-4-909117-89-2
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）