

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

10

2024
Vol.38-No.10

【特集】

第17回 へき地・地域医療学会

豊かなる地域医療

～患者も 地域も 医療者も～

●インタビュー

「へき地は医者ステキにする」

奥野正孝 元々 鳥羽市立神島診療所 所長



2024 年 4 月号から公開している、YouTube 月刊地域医学チャンネル。
毎月、編集委員のメッセージや特集企画者からのコメント、
巻頭インタビューなどを動画で紹介しています。

今号でも、奥野正孝先生の巻頭インタビューや、
第 17 回へき地・地域医療学会 小田和弘大会長のメッセージ、
そして 3 編集委員のメッセージを公開しています。

木下順二編集委員のメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=Jmm4-81TwB4>



伊藤雄二編集委員のメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=mMxLpAb2Z5U>



野村悠編集委員のメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=2UmXY7LhC70>



ますます充実した月刊地域医学、今後ともご愛読ください。

Now ON



YouTube

n o + e

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.10(2024年)

目次

インタビュー

- へき地は医者ステキにする／奥野正孝 2

特集 第17回 へき地・地域医療学会

- 理事長講演 JADECOM 2024 概況報告／吉新通康 13
- 大会長講演 もっともっと、ずっとずっと へき地医療／小田和弘 15
- 招聘講演 へき地は医者ステキにする／奥野正孝 17
- メインシンポジウム 豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～
人生で大切なことはすべて地域から学んだ／中村伸一 22
へき地、地域で学んだこと／吉村 学 25
地域医療から自治医科大学循環器内科の原点「目の前の一症例に全力を尽くす」／荻尾七臣 28
- 高久賞 候補演題「私の地域医療」 32
- 患者さんのための医療とは何か？ 42
- 令和6年能登半島地震：被災地の今と地域医療の未来 45
- 総合診療医のキャリアパス 51
- 医師の働き方改革で、地域医療はもっと魅力的になる 55
- オレゴン健康科学大学 特別講演「研修プログラムの立ち上げで地域医療を充実させる」 60
- 地域医療におけるWell-being:住民、地域、医療者の視点 63
- 待ったなし?! 医療の再編・ダウンサイジングの事例から今後のへき地・地域医療を考える 66

活動報告

- 山口県のへき地医療機関で勤務する男性看護師の職務上の困難／森川真粧美・中嶋 裕 70

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132回 “同意書の内容と異なる手術の実施”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 74

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- へき地医療対策に遠隔医療をどう組み合わせるか 後編 85

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 長野県 手術をしない外科医にできること／勝山翔太 86
- 山口県 日々の暮らしに、尊敬のまなざしをもって／江副一花 88

研修医日記

- 憧れの地域医療に従事して／清和寛二郎 92

自治医大NOW

- 令和6年度 学長・学生懇談会開催 94

報告 第37回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定

お知らせ 97

求人病院紹介 104

投稿要領 112

編集後記 巻末

- 今月の表紙写真の提供:奥野正孝先生

INTERVIEW

元々 鳥羽市立神島診療所 所長
奥野正孝先生



へき地は医者ステキにする

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

人との関わりをする医者というジャンル

山田隆司(聞き手) 今日は「第17回へき地・地域医療学会」の招聘講演でお話いただいた元々鳥羽市立神島診療所長の奥野正孝先生に、インタビューに登場していただきます。先生の講演を拝聴し、先生が長く地域医療に関わってきた歴史の中のご自身の医師としての感性のようなものを窺い知ることができました。今日のお話を振り返って、先生が何を伝えたかったのかを改めて伺いたいと思います。

奥野正孝 普通こういう講演では自分がこれまで何をやってきたかということを話すと思うけれど、私はそれはやめようと考えました。自分がやってきたことで何が残っているのかというこ

とを話そうと思いました。それはやはり「人」のことなんですね。聴いていて気づいたかどうか分からないけれど、私は臨床のことは1つも話さなかった。全部人のことを話したのですね。もちろん臨床の中でいろいろなことがあるのだけれど、でも、振り返ってみると、看護師さんとか事務の人とか、普通の地域の人たちのことがものすごく心に残っている。だから、それは医療者としてではなかったような気がするんですよ。それは一体どういうことなのでしょうね？

山田 人とのつながりというか、関わりというか……。

奥野 それを、ただ、その人がどうだったと言うと

「ああ、そうですか」という、単なる人と人との話で「ふーん」となる。だけどどんな医者になっていくかという1つとして、「そういう関わり合いをする医者」というのが、ジャンルとしてあってもいいのではないかと考えています。外科であれ、内科であれ。そういうことを今日話したかったのだけど、50分の中で伝えきるのは難しかったですね。

山田 私には充分響いて思わず涙ぐんだくらいでしたが、今、先生がおっしゃった、1つのジャンルである地域で働く医者のコアな要素を、もう少し分かりやすく明確にしたいですね。例えば「総合診療医」と言われている医者の定義も難しい。脳神経外科医とか、消化器内科医というのは分かりやすいけれど。

奥野 今まで医者というのは、縦で、外科だ、内科だと言っていて、総合というのはそれを集めたものみたいなイメージがあります。だけど、実はそうではない。「総合診療」という言葉が曖昧すぎて、中身の定義ができてないですね。だってそう言っている人たちが、それぞれ思惑が違うでしょう？

山田 全然違う。同床異夢のような感じですね。でも一番核心に近い部分は、やはりへき地や離島

など患者さんに近いところで、長くその地域に溶け込んで医者をやったことで、非常に豊かに感じたこと。そして患者さんや地域の人たちもそれを喜んでくれたこと。重要なものはそういうところだと思う。それは全ての医者に必要なものだと私は思っていますが。

奥野 そうそう、そうそう。

山田 でも、私たちが学んできた大学教育の中では、そういう価値観が必ずしも整理されていなかったですね。

奥野 われわれは卒業してまず「プライマリ・ケア」を始めたじゃないですか。その時、開業医の先生たちが「自分たちのやっていることもちゃんとしたジャンルだよ」ということを言ってくれた。私はあの「プライマリ・ケア」が一番元にあるような気がしています。ただ、「プライマリ・ケア」という名前がいけない。これだけ年数が経っているのに一般の人はほとんど知りません。そういう意味で「総合診療」も、私は言葉が駄目だと思う。だって一般の人たちが医者にかかるとき「私は総合診療に行きます」とは言いませんよ、絶対に。シンパシーがない。そもそもわれわれがよく分からないのだから、一般の人に分かるわけがない。

「言葉」が伝えるイメージ

奥野 一方で「へき地」という言葉は面白いと思う。「へき地」というと、大体の人が「こんなイメージのところ」というのがある。そうすると、そこでの医療というのは何となく分かる。だから

私はへき地という言葉は使った方がいい気がします。

山田 私はやはりアメリカで言うFamily Physician、イギリスやオランダで言うGeneral Practitioner、



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

いわゆる地域の診療所で家族や患者を長く診る、日本で言えば「かかりつけ医」、そういう第一線の医師のあり方が、そのままだと思うのですね。ただ実はそれはこれまで系統的に整理された形で教えてもらってなくて、われわれがへき地や離島へ行って、実際に悪戦苦闘しながら身の丈に合ったことを一生懸命にやったら、その総体が、実はFamily PhysicianやGeneral Practitionerとほぼ同じだったと思うのですね。

奥野 私たちの頃、その役割は医師会でしたよね。それで「田舎の医者って結構面白くて、良い先生がいる」という話を当時私たちはしていました。しかし今、医師会がその役割を果たしていないのが残念だと思う。「かかりつけ医」にしても「総合医」「総合診療」も、言葉がもったいない。医者用の言葉なのです。普通の人分かる言葉にして、普通の人「〇〇に行く」と当たり前

言えるようにすることがすごく大事だと思う。言葉の力はなめたらいけない。

先生が先ほどおっしゃった、「長くその地域に溶け込んで患者さんの近いところにいる医者」というのも、その部分をポッと持ってくると、田舎でなくても都会でもいいわけですね。へき地というのは、村や島など周りの環境がそうだから分かりやすいけど、都会は都会で、そこにコアがあればいいのですよ。ところが「大学で総合診療をやっています」と言われると「えっ？何をやっているの？」と、よく分からない。

山田 都会であっても「私は心臓のかかりつけ医」とか、「自分は骨のかかりつけ医」ではなく、患者さんや家族の身近で何でも相談できる神島の医者のような医師のほうがいいと思うのですよね。ただ都会はリソースが多いから…。

奥野 「内科のかかりつけ医」、「整形のかかりつけ医」と分かれても困らないわけですね。また開業する先生方が専門特化して、それを盾にしまっている人も大勢います。うちの子どもも、自分の子どもが熱を出してかかりつけ医のところへ行ったら、「うちでは診られません」と言われたと言っていました(笑)。多分現状はそうなっているのだと思う。患者がファーストコンタクトで来て、とにかく診ると。そして自分の手に負えなかったら速やかに病院や専門家に渡せばよい。かつて診療所の医者はみんなそうしていたと思います。

地域の中にいなければ学べないこと

山田 大学での教育というのが専門的技術者を育てるような方向になってしまっている中で、われわれがリソースの限られたへき地や地域で、自分しかいないという状況で実体験として学んできたようなことを都会で身に付けるのは難しいと思うのですが、本来医師の一番重要なコアの部分はそういうところで、専門職としての技能・技術はその先にあるものだと思うのですね。

奥野 だから、専門科に進むとしても、若いときにへき地を体験するのはいいですね。

山田 態度や言葉遣いや挨拶などは、ある程度のフェーズで体得すべきものだと思います。それは「医師はこうあってほしい」と思う最低限のミニマム・リクワイヤメントのようなものですね。

奥野 言葉遣いや態度などを大学では教えられていないから、たぶん病院というところでは、医者は患者さんとあまり話をしていないと思う。

山田 でも会話で情報を引き出せなければ、数値と画像だけで臨床推論をして診断することになるわけで、それならAIでもできるように思います。

奥野 数値からの診断なら、われわれがするよりAIの方が上手にできますよね。そういう意味では、田舎ではいつも外来で患者さんを診ている医者が当たり前になっている往診も、都内ではそれだけをする専門のクリニックが増えてきているそうですね。

山田 すごく増えています。病院から出されて在宅で療養せざるを得ない患者さんのみを診る。そこで診療するというよりも終末期のケアを専らする在宅医療専門医もいるようで、どうなのかなあと私は思っています。

奥野 東京はモノがいっぱいあるからね。でも本当にそういうふうにしていていいのかな？と思いますね。

山田 今日の先生の講演にもあったように、われわれはへき地や地域へ行っているときに、必ずしも住民のみんなが信頼してくれるわけではないし、自分を嫌っている人もいるし、自分の診療も合格点のことばかりではない。そういうどう対応してよいか分からない、でも逃げるわけにはいかないという状況の中で、大事なものは医師としての態度とか、精いっぱいやる姿勢だということを感じて、学んで、成長したと思うのです。でもそういった医師の原点のようなことは大学の講義や大きな病院の中では教えられないと思うのですね。

奥野 私は40年、地域医療をやってきました。今の若い人たちで私のような医者になりたいという人はほとんどいませんが、「面白い」と感じてくれる人はかなりの割合でいるのですね。地域医療実習に行った若い人たちからそういう内容のレポートがちゃんと出てきています。ただ実際にへき地医療をやるか？というそれはまた別です。それでも長いスパンでみて、専門科を退職して歳をとったらやってみたいとか、そういうことでもいいと思う。そのためには、実習でそういう体験をできるへき地や地域の実践の場を大事にしなければいけないと思っています。

山田 でも、限界集落も増えて、へき地もなくなってしまったり……。

奥野 だけど、なくならないんですよ。私がいた紀南地域でも紀伊半島水害のときにみんなが避難して、これでゼロになった…と思ったら、帰っ

て来ました。限界集落だからといってそう易々とゼロにはならないと思う。

山田 経済などを含め、いろいろなことを考えると、都市部に集まって平均的な暮らしを維持できたほうが効率的で、それぞれの遠隔地に都市部と同じようなサービスを提供しようと思うと非効率で継続できない。だから都市部に集約するという傾向になりがちで、そういった意味からもへき地医療を取り巻く状況は難しいですね。

奥野 田舎は面倒くさいしね。だから「踏ん張れ」ではなく、1回出てまた帰って来てもいいし。だけど、そういう場所というのは、無理に残す必要はないけれど、消えていくとも思えない。今の先端技術でカバーできたりするものもあるかもしれないと思う。今、神島では、朝起きるとコミュニケーションロボット(BOCCO emo)に「おはよう」と声をかけて、話をして、ニコニコ

しているおばあさんたちがいます。そういうことで解決できることも結構あるのかなと最近思ったりします。

山田 そういう非効率で不自由なところで、たくましく暮らしていた地域の人たちに、われわれは育ててもらって、自分で言うのは驕りかもしれないけれど(笑)、良い医者に育ってきたと思うのですね。

奥野 われわれだけだったら、「あの時代で社会条件がそうだったから、それができたのでしょう」と言われると思う。でも今の若い人たちの中にもそういうことを言ってくれる人がいるのであれば、それは誤りではないと思う。だから若い人たちが彼らの感性でへき地をみていてくれればそれでいいのではないかと私は思っています。

地域医療を担う大学がすべき教育とは

山田 ところで、自治医科大学は地域医療を担う医師を育てる大学としてもっともっと変化して、革新的な医科大学になっていくべきかと思うのですが。

奥野 1つのただの地方大学になったらもったいない。これまでに惜しいチャンスがたくさんあったような気がしますね。例えば新専門医制度や総合診療ができたときなど。

でもすべきことはそれほど難しいことではないのですよ。教諭を現場に行かせるとか。それを教員が嫌がるかということ、そんなことはない。

われわれが赴任していた頃、先生方が大勢来てくれましたよね。だからできることはたくさんある。何かしていないと他の大学に追い抜かれる可能性はあると思います。

山田 全国の大学にも地域枠ができて、地域志向性があったり、かつての町医者のようにになりたいという動機で医師の道を選んだ人たちが、今では必ずしも自治医大を選ばない状況です。地域で私たちが体得したような、ワクワクするような、ドキドキするような豊かさを伝えて、そんな地域の医者になるのならぜひ自治医大へ来て

ください！と言いたいけれど、高校生や進路担当の先生にはそれが伝わっていないと思います。

今、総合診療や地域医療実習のプログラムが全国で充実してきていますが、そういう流れを作ってきたのは、自治医大の卒業生やかつての自治医大地域医療学出身の吉村学先生たちなど、実際にへき地医療を経験した人たちです。医学教育の中でも、自治医大が非常に重要な役割を果たしてきたことは間違いないので、そこをしっかりとアピールしたいですね。

奥野 本当にそう思います。今の若い人たちは自分の目指す道で本当によくやっていると思うので、それをまっすぐ伸ばしてあげたいというのと、「いろいろな道がさらにあるんだよ」ということを教えてあげたい。20歳代で大きな病院のスマートな専門医になった人に、「30年後もそのまま続けるのですか？」と聞くと、首をかしげる人も多いのですよ。

ある程度の歳になって違う道をやってみたいというときに、若い頃に少しでもへき地を経験していると行きやすいですね。同級生でも、義務年限が明けた後に専門医になった人が、退職してまた地域の医者になったりしています。

そういう人たちは若いときにへき地に行っているからできるわけです。

山田 確かに、最初からその道を選んでそれをやり続けるだけでなく、年代によっての役割分担もあったりするから、いろいろなパスがあっていると思います。自治医大の卒業生は義務年限のへき地勤務の中でいろいろな経験をし、それが良い臨床医の育成につながっているのは確かだと思います。ただ今でも卒業生の義務年限の配置などは県庁のお役人があたっていることもあって、卒業生にとって自分のキャリア形成という視点からは少なからずストレスになっています。いつまでも県内の地域医療の調整役としてやらされているのではなく、もう少しいろいろな意味で各都道府県の地域医療のリーダーシップを取れるような仕組みにしていきたい。もっともっとみんなが活躍できるように改善していかないと。そのためには大学と各都道府県と卒業生、あるいは全国にいくつか拠点をもつ協会も一緒になって、協力をしていければと思います。

奥野 そういうことには卒業生はみんな協力するはずですよ。

私はへき地でステキな医者になった

山田 最後に、今、義務年限内で頑張っている若い後輩に向けて、エールをお願いします。

奥野 全国に先輩が大勢いて、その背中を見られるのだから、自分が行ってみたいとか、面白そうだと思うところを選んで行ってみればいいのではないかと思います。学生ではなく責任のある医者として一定期間、それは長ければいいというわけではなくて、1ヵ月でも3ヵ月でも半年でもいい。できれば年単位で行ければより地域のことが分かる。それを実践している先輩が日本中にいるわけだから、相談したり話を聞いたりしてください。へき地医療は、かわいそうな

人を助けるといったことでは全くありません。ということ、若い人に身をもって体験してほしいと思います。

山田 へき地は自分をステキな医者にしてくれると。

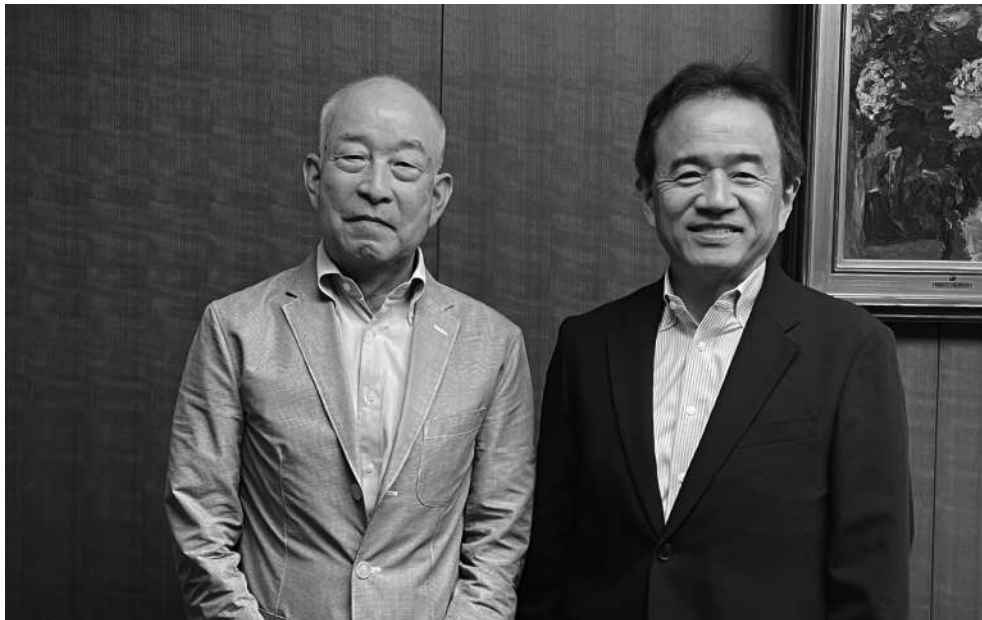
奥野 そうそう、そうそう。私はへき地でステキな医者になる。

山田 先生の今日の学会の講演を聞いて、地域の医者の豊かさといったものを改めて感じ、私も地域で育てられたので、少しでも地域の役に立ちたい、地域の医者を全うしたいと思いました。

奥野先生、今日はありがとうございました。

奥野正孝(おくの まさたか)先生 プロフィール

1987年自治医科大学卒業。紀南病院へき地医療センター、鳥羽市立神島診療所での勤務を経て、1988年自治医科大学地域医療学教室に。1998年鳥羽市立神島診療所所長に3回目の赴任。2008年三重県地域医療研修センター長として着任し、2018年65歳で退職。



●奥野正孝先生のインタビューを見る

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



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

第17回 へき地・地域医療学会 豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～

- 理事長講演 「JADECOM 2024 概況報告」
- 大会長講演 「もっともっと、ずっとずっと へき地医療」
- 招聘講演 「へき地は医者ステキにする」
- メインシンポジウム
「豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～」
- 高久賞 候補演題 「私の地域医療」
- 患者さんのための医療とは何か？
- 令和6年能登半島地震：被災地の今と地域医療の未来
- 総合診療医のキャリアパス
- 医師の働き方改革で、地域医療はもっと魅力的になる
- オレゴン健康科学大学 特別講演
「研修プログラムの立ち上げで地域医療を充実させる」
- 地域医療におけるWell-being：住民、地域、医療者の視点
- 待ったなし?! 医療の再編・ダウンサイジングの事例から
今後のへき地・地域医療を考える

第17回 へき地・地域医療学会 豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～

2024年6月29日(土)・30日(日)
海運ビルとオンラインのハイブリッド開催

公益社団法人地域医療振興協会主催の第17回へき地・地域医療学会が、去る6月29～30日、海運ビル(東京都千代田区)とオンラインのハイブリッドで開催された。

当学会は第14回から地方支部が主幹となり、第14回九州・沖縄支部、第15回北海道・東北支部、第16回近畿地方支部と、地方から協会の学術活動を活性化していく試みに取り組んできた。

第17回となる今回は東海・北陸支部7県が主幹となり、小田和弘先生(伊豆今井浜病院名誉院長)が大会長を務めた。テーマには「豊かなる地域医療～患者も地域も医療者も～」を掲げ、自治医科大学卒業生がこれまで長い年月をかけて培ってきた地域医療は、実は患者・地域・医療者の協同の上に成り立っているのだという強い思いが込められた。

大会長講演はもちろんのこと、招聘講演、メインシンポジウムの各演者の講演には、豊かなる地域医療への医療者としての思いが溢れ、会場の涙を誘う場面もあった。

各県がそれぞれ担当した一般のセッションは、患者さんのための医療、キャリアパス、医師の働き方改革、Well-being、医療再編等々、今注目されている多様なテーマが取り上げられ、議論が展開された。

1日目の終わりに、2024年度へき地医療功労者表彰、高久賞受賞者授賞式が行われた。へき地医療功労者表彰は義務年限期間修了者を対象として、へき地・地域医療に対する実績を評価し称えるものである。受賞者たちのさらなる地域医療への貢献を期待したい。

学会は2日間を通し425人が参加した。来年開催される第18回へき地・地域医療学会の主幹となるのは、中国・四国支部の予定である。



●小田和弘先生からのメッセージ

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



理事長講演

JADECOM 2024 概況報告

地域医療振興協会 理事長 吉新通康

地域医療振興協会は38年目を迎え、26病院、18老健等、現在、全国で85施設を運営しています。病院は、北は池田町から南は沖縄の久米島、東京近辺には練馬光が丘病院、台東区立台東病院、東京北医療センターや東京ベイ・浦安市川医療センターといった拠点病院があります。これまでは協会施設周辺のへき地や病院の支援、老健の運営などの依頼が多かったわけですが、最近では人口減少とともに、高齢者の数も減り、介護に重点を置くよりも、病院の統合やダウンサイジングなどの指定管理の案件が増えてきています。全国には医療に恵まれない地域があり、医療の確保はますます大変になると思っています。

協会はリソースマネジメントが仕事だと思っており、ヒト、組織、カネ、モノ、そして情報、タイミング、企業文化を駆使してへき地・離島医療を実践しています。へき地医療の3要素はへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、そしてへき地診療所であり、この三層構造をわれわれは大事にしています。また最近、総務省の公立病院医療提供体制確保支援事業として、総務省と協会が持続可能な質の高い地域医療提供体制の確保に向けた公立病院の支援に関する協定を結び、人口減少が激しく経営が成り立たないような地域の病院の建て直しに取り組んでいます。いくつかの自治体の施設を統合して1つにしようというような試みもしていますが、自分の町の病院がなくなるというのは、住民にとってなかなか受け入れにくく、苦労しているところです。

「医療人、住民と行政が三位一体となって、担当する地域の限られた医療資源を最大限有効

に活用し、継続的に包括的な医療を計画・実践・評価するプロセス」が、協会の地域医療の定義です。そして、医療に困っている地域を支援する、地域医療の要「総合医」を養成するために、施設運営事業、医師派遣・診療支援事業、医師研修事業の3つの事業に取り組んでいます。



本日午前中に開催された総会で協会の定款の一部が改正され、へき地の医療を支援する病院等に勤務する看護師等を養成するための学校の設置、運営等の事業ができることとなりました。われわれの夢だった学校法人を作り、医療系の人材を育成する事業に、資金を確保して取り組みたいと思っています。また、令和5年4月1日から自治医科大学の医学教育センターに協会の寄附講座を設置しました。講座名は「医療人キャリア教育開発部門」(略してIKKと呼びます)で、菅野武先生が特命教授に就任されました。

協会のこれからの事業展開としては、次のようなことを考えています。まず、看護専門学校の移転、できれば大学を目指します。横須賀市立うわまち病院移転後の跡地の横須賀市立看護大学、埼玉県久喜市東京理科大跡地の自治保健医療大学構想、市立奈良病院の看護大学などの構想で、人材育成に取り組みます。次に、教育キャリアを用意して、心臓血管外科・ICUチーム、整形特化NDC、往診NDCなど、専門的なスタッフを確保したいと思っています。さらに遠隔医療システムの推進、IKKの充実と拠点の確保、そして地域で定年を迎えた卒業生に協会に

特集



勤務していただき、地域医療の支援をお願いしたいと思っています。

協会の昨年度の派遣実績は、医師1,813日、看護師2,546日です。佐賀県1期生の小柳孝太郎先

生にいろいろなご協力をいただいています。これからも協力をお願いします。人口減少で再編する地域は増えていますので、一つでも大きな支援拠点を手に入れたと思っています。

大会長講演

もっともっと、ずっとずっと
へき地医療

伊豆今井浜病院 名誉院長 小田和弘

座長:伊東市民病院 管理者 川合耕治

現在私は桜で有名な河津町に暮らしているが、生まれも育ちも大井川上流山間部の中川根町。高校までの18年間、その地を離れることもなく将来は国家公務員かな…くらいに考えていた。

転機は高校2年の時に訪れた。新聞を読んでいた父親が「ただで医者になれる大学ができるらしい。しかもへき地の医者を養成する大学らしい」。なんとか自治医科大学2期生として合格、6年間は楽しいことだらけだった。

1979年3月に自治医大を卒業したが、時あたかも田中角栄内閣が打ち上げた一県一医大構想の時代。翌年には浜松医大1期生が卒業する。私の懸念は「年間100名の卒業生を輩出する浜松医大がある中で、年に2～3名ずつ帰る自治医大卒業生が地域の医療の力になれるのだろうか?」ということだった。

卒業後は、県立中央病院で2年間の初期研修、磐田市立病院で2年半の後期研修を経て、いよいよへき地勤務。1983年10月から国保佐久間病院に赴任した。佐久間病院には1期生が2名、1年前から務めていてへき地医療の礎を作りつつあった。そこにわれわれ2期生が3名加わり、城西地区総合検診や訪問診療、開業医の先生との勉強会、人間ドック開始など、自分たちが思い描く地域医療を思いのままやることができた。佐久間では住民がやることには何でも首を突っ込み、アユの友釣り、父親ソフトボール、佐久間駅伝、フルマラソンに打ち込んだ。ここでの4年半で私の義務年限は無事終了したが、

佐久間病院が私の原点だった気がする。

この間、1986年に1期生の吉新通康先生たちが地域医療振興協会を設立している。

義務年限終了後、私は共立菊川病院、聖隷



浜松病院に勤務した。菊川ではサバイバルサイクリングにも挑戦し、ますます体力をつけ、多くの飲み仲間を得た。そして聖隷浜松病院時代に、吉新先生から「今、伊豆の国立湊病院が地元移譲の話で盛り上がっている」とのお誘いがあり、1990年6月、国立湊病院の副院長として赴任することとなった。本当に国家公務員となったのである。しかし院長職は不在であり、自分がトップで大丈夫か?といった不安でいっぱいだった。

国立湊病院は伊豆半島の最先端に位置していたが、求められている医療は高度先進医療や難病などの政策医療ではなく、まさに地域医療であった。赴任してまず驚いたのは夕方になると病院玄関の電気が消されることだった。つまり時間外救急を積極的には受けていなかったのだ。そこで、来たときより悪くしない、断らない、人手はかけないことを原則とすれば不採算とはならないだろうと考え、救急受け入れに力を入れた。病診・病病連携にも力を入れ、その後22年続いた湊カンファレンスを開始、顔を覚えてもらうために外来担当表に顔写真を表示、聖隷

特集

- ①眼科・耳鼻科の新設
- ②医師数の増：7名から13名に
- ③救急医療輪番制（二次救）への参加
- ④外来枠の拡大：土曜外来、午後外来（内科）
- ⑤院外処方への移行
- ⑥最新医療機器の導入：高速CT、MRI
- ⑦外来棟、病棟の改修：明るく機能的に
- ⑧適時適温給食、給食の外部委託

図1 国立から共立へ

浜松病院から電子内視鏡を借用するなどの取り組みを続け、1997年10月1日、共立湊病院が誕生した。

共立湊病院は、国立病院が地元に移譲され、民間である地域医療振興協会が管理を委託されるという日本初の形であった。病床150床、常勤医13名、コンピュータに強い木下順二先生の力で100%院外処方、そして図1のような体制を整えた。救急車の搬入台数は共立になって倍増し、月別新規入院患者数も120名から多い時で200名となった。人間ドックも開始し利用者も増えた。仕事量が増え大変忙しかったが楽しい毎日だった。優秀な後輩たちに助けられ、多くの力が一つになって、移譲に際し懸念された経営状態も順調に推移した。マスコミにも取り上げられ、2000年からは順天堂静岡病院の地域実習も受け入れるようになった。共立湊病院の広い敷地で、職員家族も交えて行う院内納涼祭、院内バーベキューは毎年恒例となった。

しかし、やがて入院も外来も頭打ちから減少を迎えた。2001年には老健「なぎさ園」を立ち上げたが、地元市町村との相互理解が得られず袂を分かち、多くの職員を抱えながら、われわれは共立の業務を手放して、2011年4月、伊豆下田病院へ移ることとなった。

そしてこれまでの職員と働ける場所を求めて、2012年5月、地域医療振興協会直営施設である伊豆今井浜病院が開院し、私は病院長に就任した。職員たちには大変な苦勞をかけたと思っている。現在、伊豆今井浜病院は一般病床54床、地域包括ケア病床46床、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）を設置し、在宅医療や訪問リハにも力を入れている。

さて、伊豆へ来てちょうど30年が経った。近頃は患者さんから「先生もお大事に」と言われるようになり、医療というのは助けたり助けられたりするものだと感じるようになった。現在、伊豆半島のJADECORの施設は、2病院、1老健、6診療所の9つを数え、自治医大卒業生は2023年には19名が活躍している。

今日の話のまとめを図2に示す。湊病院時代に家族ぐるみでバーベキューをしていた子どもたちは成長し、7名が看護師、1名がST、1名がOT、1名がPTを目指して現在奮闘中である。これからの時代のへき地医療は彼らに託せるのではないかとと思っている。

- ①人生71年、その多くをへき地で過ごして来た。
「大井川の上流家庭で育ち、伊豆半島の先端医療に関与」
- ②へき地の医療は、打てば響く面白さがある。
- ③多くの住民は我々を温かく迎えてくれる。
- ④医療はおそらく、医療者と住民と行政との合作
- ⑤住民と一緒に老いるのも悪くないし、彼らの温かさ豊かさを感じられるのは至福。
- ⑥志の同じ仲間・職員との仕事は楽しく充実。
- ⑦過疎地域での医療：立ち上げより継続が難しい。
- ⑧体力があると、仕事は楽。

図2 まとめ（雑感）

招聘講演

へき地は医者ステキにする

元々 鳥羽市立神島診療所 所長 奥野正孝

座長:伊豆今井浜病院 名誉院長 小田和弘
あま市民病院 管理者 梅屋 崇

40年間の医師生活の最後の10年間、へき地での地域医療研修を受け入れるプログラム責任者として、三重県の一歩南にある紀南病院に赴任した。赴任にあたって、自分のへき地医療への思いを言葉にしようとひねり出したのが「へき地は医者ステキにする」である。

25歳 紀南へき地巡回診療始まる

私は昭和53年、自治医科大学を卒業し、故郷の三重県に戻り初期研修を始めた。ところが県からは、「研修を止めてへき地医療を！」ということで、同年10月から紀南病院(当時南牟婁民生病院)に赴任しへき地巡回診療を開始することになった(写真1)。巡回診療というのは病院から医師と看護師と運転手で車に乗って、山間や海辺の集落で診療をする。その集落に住んでいるのは30～50人くらいで、診療場所は寺(といっても集会所に仏壇があるだけのようなものだ)とか、町内会長さんの自宅といったようなところだった。



写真1 1978年 25歳 紀南 へき地巡回診療始まる

熊野川沿いにある30人くらいの小さな集落では、寺崎さんというおばさんがお茶を持ってきていろいろな話をしてくれるのがとても楽しかった。巡回診療を始める前には「へき地」というのはお年寄りばかりで寂しいところだと思っていたが、実際にはとても明るく、もちろんお年寄りは多いが、元気に働いている。それが分かった1年間だった。



27歳 神島へ、いざ！

そろそろ初期研修をしたいと思っていた卒業後3年目、27歳のときに今度は鳥羽の神島に赴任することになった。神島は島を1周すると4キロ、南からの台風の風が当たらない北側にだけ970人が住んでいた。診療所の職員は私と事務員の女性の2人だったが(写真2)、彼女は島の人たちのことを何でも知っていて、誰にでも分け隔てなく接する人で、とても頼もしく感じた。

小児の発熱で往診を依頼されて行ったことがあった。ところが診断がつかない。大学の授業で小児科の先生が「腸閉塞と細菌性髄膜炎だけは見逃してはいけない」と言っていたことを思い出し本土へ送った。結果、診断は細菌性髄膜炎ではなかった。自分の至らなさに謝りに行ったところ患者さんのお母さんが「一所懸命頑張ってくれたんやら、ええんよ」と言ってくれた。この頃からこの若造の医者を島の人が徐々



写真2 1980年 神島 これで全職員

に受け入れてくれたように思う。「一所懸命なら扉は開く」と感じられた出来事だった。

また、肝硬変のおじいさんを往診したときに、家族が「最近、手を不思議な動かし方をする」という。肝硬変の肝性脳症によるものではないかと、家族に説明を始めた。ところが、近くに座っていたおばあさんが「それは昔やっていた網を上げる時の手の動きや」と言う。肝性脳症だけが原因ではなかったのだ……医者だから一般の人より何でも知っていると思われがちだが、実はそんなことはないのだと、おばあさんから教えてもらった。

こんなこともあった。隣の島では結婚すると小さな夫婦船で海へ漁に出る。夫が舵を切り妻が網を投げ入れる。魚が捕れると妻が舵を取り夫が網を引く。ある冬の北風の強い日、神島の近くで漁をしていた船が横波を受け、船べりにいた妻が海に落ちた。妻は貫禄十分な体格をしていたのと、たくさんの重ね着にどんどん海水が染み込んだことで、とても自力で船に這い上がれなかった。夫は慌てて妻を助け上げようとしたが、妻に力は既になく一人では引き上げられないほど重くなっていた。夫は船べりに妻の体をロープで縛り付け、無線で助けを求めた。無線を聞きつけた島の漁師たちは、全速で現場に向かった。陸では漁協の無線室に届いた情報が、口伝で島中の人に伝わった。家で掃除をしていたお婆さんや、のんびりお喋りをしていたお婆さんたちは大慌てで港に集まった。診察室にいた私は、やけに外が騒がしいことに気

づいた。そのうち、お婆さんやお婆あさんが手に手に木切れを持って集まってきたかと思うと、山と積み始め、火が付けられ、巨大な焚き火が始まった。しばらくすると波を蹴立てて漁船が入港してきた。水の滴る大きな人間が港に降ろされ、焚き火のところへ運ばれた。ここでやっと事態を理解した私は、診察室を十分温めるように指示し、診療所を飛び出して、たき火のところに走った。このままでは体が温まるのには時間がかかりすぎると判断した私は、人をかき分け、たき火の前に出て大声で叫び、男たちにはこの人を診療所に運ぶように、女たちには毛布とストーブを持ってくるように頼んだ。すると一転、すごいスピードで男たちが運び始めた。あまりの勢いのために、診療所の玄関のドアは外れ、廊下は泥だらけになった。女たちは蜘蛛の子を散らすように家々に戻った。しばらくすると、診療所には毛布の山とストーブの林ができた。隣の島から迎えの船が着く頃には、恐怖に歪んでいた妻の顔には赤みが差し、歯の根も合わなかった口からはわずかながら言葉も出るようになった。その後風呂が用意され、風が収まりかけた夕方には夫婦一緒に隣の島へ戻っていった。島は何もなかったように普通の日の夕方に戻った。私は診療所で片付けをしながら、冬の海で溺れた人を助けるのに、昔からの方法で本能的に動いた島の人たちに驚くとともに、時々暴走するけれど、一所懸命、互いに助け合って生きる人たちと一緒に暮らしているのが、嬉しくて、一人ニコニコしていた。傍観者は一人もいなかった。誰もが何か自分のできることをしようとしていた。ふと廊下を見ると、オロオロして何もできなかったお婆あさんが曲がった腰をさらに曲げて膝をついて、泥だらけになった床を黙々と拭いていた。

さて、この時点で神島へ行って2年目、医者になって4年目である。その後1回神島を離れ、2年後に今度は家族で4年間、神島で過ごした。

35歳 母校へ戻る

そして35歳から45歳まで自治医大地域医療学教室の教員として活動した。地域医療学教室で

のへき地との関わりのひとつとして、「代診」に行かせてもらった。10年間で全国北海道から九州まで約80ヵ所、期間は数日～3ヵ月。それでびっくりし、嬉しかったのは神島でやっていたことと通じるものがあったことだ。方言で言葉が通じないことは多かったが、患者さんとの話などが島にいるときと似ていて、日本がすごく小さく思えるようになり、へき地というのはみんな似ているなあと考えて私としては興味深く楽しい経験であった。

そんなある日、阪神淡路大震災が起こった。大学から支援に行くことになり、保健所を介して小学校を借りて診療を行うことにした。その時驚いたのは地元の方々が、被災されているにもかかわらず、率先して小学校を綺麗に整理整頓して、プールから水も引いてきていた。地域の人たちが一緒にやればいろいろなことができるとすごいと感嘆した。そこにその小学校出身の高校生が「手伝わせてください」とやってきた。女子高校生は看護師さんの手伝いをしてくれた。その女子高校生はその後看護師さんになった。男子高校生は何をしたら良いか分からないと言っていたがそのうち出て行って、開いているコンビニを4軒巡っておにぎりを買ってきてくれた。というのは、避難者用の食料をわれわれは食べるわけにいかなかったから、われわれに食べてほしいと。振り返ってみると、彼らは何かしようと考えたのではなく、自然に体が動いたのだ。何かの事態に遭遇したとき何をすべきかという議論はよくあるが、島で経験したように、考える前に体が動くということがある。都会と田舎は違うけど似ていると思わせてくれた2人だった。

45歳 3度目の神島 医者屋と呼ばれて

神島で私は「医者屋」と呼ばれていた。神島は漁業が中心で、それ以外の支える人たちのことを、「〇〇屋の□□」と呼んでいて、私は「医者屋の先生」だった。それは村、その地域に必要なものにうまく名前をつけた呼び名で、私はその呼び名がとても好きだった(写真3)。

こんなこともあった。



写真3 2000年 47歳 神島 医者屋と呼ばれて

早朝の日が差す畳の部屋で、おばあさんと私は昏睡状態に陥っているおじいさんを挟んで向かい合って座っていた。おじいさんは5年間に3回の入院を繰り返していた。1回目は脳梗塞で左半身が麻痺してしまったのだが、生まれ育った島に帰りたい一心でリハビリに専念した結果、少しの麻痺を残しただけで見事に蘇った。2人でのんびりと海見える丘まで散歩をする姿がしばしば見受けられた。2回目と3回目は肺炎を起こして生死の間をさまよったが、なんとか持ち直して島に帰ってきた。しかし、さすがに体力は衰え、心臓が弱くなってしまったため、外に出ることは叶わず、家の窓から海を眺めることしかできなくなってしまった。そんなおじいさんをおばあさんは明るく支え続けていて、私にとって2人の元に行く往診はとても楽しみで、癒されるのはいつも私の方だった。でも、時の流れはそんな状態を長くは続けさせてくれず、夜明け前、おばあさんから「おじいさんが変なので診てほしい」と電話がかかってきた。慌てて駆けつけたがなす術はなく、唯一可能性があるとすれば病院に運んで治療をしてもらうことだが、その話をすると、おばあさんは「もういいから先生診て」と言った。島で最期を迎えたいというおじいさんの気持ちと、最期を迎えさせてあげたいというおばあさんの気持ちがなぜか真っすぐに私の中に伝わり、私は「うん」と返事をした。それからおばあさんは隣の島に住む娘さんに危篤であることを電話し、静かにおじいさんの横に座った。私もおじいさんを

挟んで向かいに座った。おばあさんはおじいさんの手を握り、おじいさんのことをポツポツと話し始めた。仕事ぶりは真面目で島のみんなから頼りにされていたこと、根っからの無口で無愛想だけれど子どもが大好きだったこと、入院の度に島に帰りたいと駄々をこねていたことなど。ひとつひとつの話に私は頷きながら、いつもの往診の時のように3人で話をしているような感じになっているのに気づいた。一通り話が終わる頃、おばあさんがぽつりと「昨日な、おじいさんが初めて『ありがとう』と言ったんだよ」とつぶやいた。初めてというのは結婚して以来初めてということで、そんなことは決して口にする事のなかった人が、昨日唐突に口にしたということだった。おばあさんは目に涙をためながらも、とても嬉しそうに何度も話してくれた。そしてしばらくの静寂の後、娘夫婦が家に飛び込んできた。大きな声で「お父さん」と呼ばれる中、おじいさんはゆっくりと息をとめた。臨終を告げ、往診道具を片付けて帰ろうとすると、近所や親戚の人たちが次々と家に詰めかけてきた。おばあさんはその対応に追われてしまい、私は声をかけることもできなくなってしまったが、遠くから目を合わせると腰を曲げ大きく頭を下げてくれた。私も頭を下げた時、心に浮かんできたのは「ありがとう」という言葉だった。

さて、いろいろなことがあったが、2番目に辛かったことを話したい。最後に神島を離れる前に送別会をしてもらった。その時には最初に島に来てから30年くらい経っていたわけだが、会の最中あるおじさんに「俺はお前のことは初めから嫌いやった」と言われたのだ。その奥さんも子どもも私の患者だった。だから「最初は嫌いだったけど今は好きや」と言われるかと思ったらそうではなかった。それが本当かどうかはもう知る術はないが、しかし医者はいつもおだてられているから、みんなが自分のことを好きだと思いがちだが、全くそうではない。3分の1ぐらいの人は多分好いてくれるかも知れないが、3分の1ぐらいは多分嫌いで、残りの3分の1ぐらいは頑張っ

だと思う。だから最後の最後にそう言ってくれたのは、よく教えてくれたという気持ちだった。

私は54歳で神島を離れ、現在は13代目小泉圭吾先生が神島診療所長を務めて14年になる。こういうへき地の小さな診療所はつなげる、続けることが最も大事なことだと思う。私は日本一長く神島にいた医者ということで「私の専門は神島です」と勝手に自称していたが、そろそろ次の専門医が現れそうで嬉しい。

55歳 紀南病院で地域医療研修スタート

さて、55歳で紀南地域、紀南病院へ戻ったが、先述のようにここで初期研修の地域医療研修をスタートさせた。臨床を教えるのは若い先生に任せ、私は病院から出て地域の人と研修医が話をする場を設ける仕事をした。そこでは地域の人と研修医の間に交流が生まれ、病院の中だけではできない研修になった(写真4)。

そんな中でメディカルラリー甲子園を実施した。5人でチームを組んで災害が来た時にどうするか、という問題をひとつひとつクリアしていく。阪神淡路大震災を経験した消防の人を中心に多職種連携でやったらうまくいったので、三重県下の高校生を対象として実施した。その時に「津波が来た。4階へ行けば助かる可能性がある。でもそこへ行く途中に『助けてくれ』という人がいた。さあどうする?」という設問をした。基本的に自分の身を守るためにとにかく逃げることが本来の正解だったが、10チーム中9チームが助けた。1チームだけ、女子がリーダーとなりとにかく走らせて助けずにゴールした。だから、それは一応正解ではあったが、彼女はゴールした後に泣いていた。こういう場面に遭遇すると、頭で考えずに体が動くのだ。だから「助けてくれ」と言われたら、自分の身を守るのが第一という知識があっても誤った判断をする可能性がある。これは非常に難しい問題で、私もその時にうまくコメントできなかったし、今も何が正しいのかを話すことはできない。ただそういうことを教えてくれた高校生たちがいたということに、この歳になってもまだ教えられることがあるということを思い知



写真4 2014年 60歳 紀南 研修医、しゃべる、しゃべる

らされた。

地域医療研修が終わると、研修報告会を実施する。その時の研修医は晴れ晴れとし、私の目には来た時よりとてもステキな顔に映った。

へき地にはたくさんのステキな人たちがいた

私は2018年3月31日に65歳で紀南病院の地域医療研修センターでの仕事を終えた。一人駅で列車が来るのを待っていると、二人の女性がホームを駆けてきた。二人は私が初めて紀南に赴任したときの看護師さんで、送りに来てくれたのかと思ったら、「寺崎さんと来ている」というので、ホームの向こうを見ると車椅子に乗った寺崎さんが手を振っていた。寺崎さんは、私が退職するまで手伝っていたへき地の診療所に

も診察と称してやって来て、待合室ですべての診察が終わるのを待っていた。そして患者さんがみんななくなると診察室に入って来て昔のごとくいろいろな話をしてくれた。ところが振り返ってみると私は寺崎さんの病気の診察をほとんどしたことがないのだ。だから医者として診たわけでもないのに、最後の日に送りに来てくれたわけだ。そして私の医者としての仕事がここで終わった。

へき地にはたくさんのステキな人たちがいたというのが今日、皆さんに伝えたかったことで、若い時に、責任ある医者として、たとえ短い期間であったとしても、へき地を経験することは、将来どのような医者になろうときっとそれが役に立つと私は信じている。

豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～

座長：伊東市民病院 管理者 川合耕治
あま市民病院 管理者 梅屋 崇

人生で大切なことはすべて地域から学んだ

おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長 中村伸一

私は平成3年に自治医科大学を卒業し、義務年限の9年間のうち初期研修と後期研修の合わせて4年間を福井県立病院で行った以外はずっと名田庄診療所に勤務し、32年目を迎える。その地域での31年について話したい。

へき地での取り組み1 総合診療

旧名田庄村は福井県の最南端で京都府に接するところに位置する。平成18年に町村合併を経て現在はおおい町名田庄地区となり、過疎高齢化は進んでいる。私が赴任したのは大学卒業後3年目。赴任して最初に感じたのは多科にわたる疾患や傷害を診る総合診療が求められているということ。ある80代の男性の例を図1に示すが、持っている疾患は多く各専門医にかかるの

は大変であるが、総合的に診る名田庄診療所では一括で診ることができる。



へき地での取り組み2

在宅医療・ケア

地域でやりがいを感じたのは、在宅医療・ケアだ。きっかけは、長年寝たきりで3年間風呂に入っていなかった92歳のおばあちゃん。私が訪問するたびに、「死ぬまでに一度でいいから風呂に入りたい」と言うが、平成3年当時の名田庄村にはデイサービスはなかった。平成5年、「おばあちゃんをお風呂に入れてあげたい」という思いだけで、役場の住民福祉課と診療所、社会福祉協議会が連携した「健康と福祉を考える会」を立ち上げ、デイサービスを開始し、住民ボランティアも参加するようになった。ボランティアグループの初代会長の方が「元気なうちにお世話して、へたってきたら、素直にお世話になるんやで」と言っているのを側で聞いていて、その時は何も思わなかったが、十数年経って、当初ボランティアとして参加していた女性が脳梗塞で要介護4になってデイサービスを利用するようになった。また医療・福祉に熱心だった村議会議員の男性が要介護5になり、亡くなる1週間前までデイを利用した。だから前

総合診療の例 ある高齢男性患者の場合

【持っている疾患】	大規模病院	小規模病院	名 田 庄 診 療 所
高血圧症	循環器内科	内科	
狭心症	循環器内科	内科	
糖尿病	内分泌内科	内科	
慢性胃炎/GERD	消化器内科	内科	
変形性膝関節症	整形外科	整形外科	
前立腺肥大症	泌尿器科	泌尿器科	
慢性湿疹	皮膚科	皮膚科	
白内障	眼科	眼科	

図1 総合診療の例 ある高齢男性患者の場合

述の会長の女性が言いたかったのは「情けは人のためならず、いずれ自分たちがお世話になるのだから、今のうちに自分たちで仕組みを作っていこう」ということで、私は十数年経ってそのことに気づいた。

時を再びデイサービス開始の平成5年に戻すが、その頃、私は地域で高揚感を持って充実した日々を送っていたが、そういう時に落とし穴があるもので、くも膜下出血の誤診をしてしまった。62歳の女性。甥御さんから電話で、長距離運転で帰宅後に飲酒したら嘔吐・肩痛があるという。頭痛の訴えはなかった。往診をしてくも膜下出血を少し疑ったが、局注・点滴で改善したため経過観察とした。ところがその2時間後、また甥御さんから電話があって「やはり様子がおかしい」と言うので駆けつけたところ、患者さんは意識朦朧としていた。すぐに同乗して救急搬送し、オペとなった。病院の玄関に向かうと甥御さんとばったり出会った。ひたすら謝罪すると、「一生懸命やっても間違いは誰でもある。こういうことはお互いさまだ」と許された。患者さんも幸い後遺症はなく回復し、患者さんにも許してもらえた。

このとき許されたことが今も自分が名田庄に残っている最大の理由で、何ごとにも批判的で尖った性格だった私は、これをきっかけに人を許せるようになった。

へき地での取り組み3

保健・医療・福祉総合施設建設

さて、そうこうするうちに、予防から治療・介護までを一体的に提供できる保健・医療・福祉の総合施設を建てようという計画が持ち上がった。いよいよ計画が本格的になった平成8～9年、私は名田庄に戻ってくる約束をして、義務の最後の2年間を福井県立病院に外科の後期研修に行った。研修中、村長から呼び出されて名田庄に行くと、「名田庄に戻ってくる話は白紙にする」と言われた。村政を批判するビラや立て看板が村内に置かれ、犯人と疑われる人物と私がつながっていると思われたのだ。親父同然に慕っていた村長からの言葉に奈落に突



図2 保健医療福祉総合施設 あっとほ～むいきいき館

き落とされた気分で意気消沈しながら、それでも日々働いていた。その後1ヵ月ぐらい経った頃に、犯人が分かったということで今度は村長が福井市に来て、私に謝罪した上で、名田庄に戻ってきてほしいと言った。少し考えた結果、私は「名田庄でお世話になります」と返事をした。なぜなら、その時「間違いは誰にでもあって、お互いさま」というあの甥御さんの言葉が自分の耳の奥で聞こえてきたからだ。

義務年限が明けて平成10年に名田庄に戻り、平成11年に総合施設は完成、保健福祉課長にも任命され、保健・医療・福祉の統括責任者となった。総合施設は「あっとほ～むいきいき館」と名付けた(図2)。診療所と保健福祉支援センターが一体化して、社会福祉協議会が介護サービスを提供。高齢者用居住スペースも設置。在宅を支える拠点ができた。以降、6年間は常勤医師2名体制を維持できた。

へき地での取り組み4 健康づくり

保健福祉課長としての大きな仕事は2つあり、平成11～12年度の介護保険制度の準備と導入、平成15～17年度に国保ヘルスアップモデル事業の最も小規模な自治体として実施したことである。生活習慣病を予防するため、健康度指標の作成、効果的な健康づくりプログラムの開発、対費用効果の明確化を目的として、健康づくりと地域づくりの一石二鳥を狙った。

へき地での取り組み5 地域医療を教える

終末期の在宅医療・ケアでは、われわれ医療

介護職の視点というのは調整で、これは「必要なこと」である。つまり痛みの緩和、水分や電解質等の管理、家族負担と介護サービスなどを調整する。患者さんの視点は希望で、これは「大切なこと」だ。つまり、孫の野球の試合を応援したい、ペットと一緒に過ごしたい、最期に桜を見たいといった希望である。

こんなことがあった。83歳の心不全末期の男性。私が3月下旬に訪問すると「今年は桜を見られるかな」と寂しそうに言うので、何としてもこの人に桜を見せたいと考え、私と看護師、ケアマネジャー、お孫さんで福祉車両に患者さんを乗せて桜を見に行った。この時の写真を自宅で見ながらいろいろ話をして、それから約10日後に患者さんは亡くなった。

名田庄での私の取り組みの1つには、医学生や研修医に地域医療の現場で教えるということもある。自治医大生の地域実習のほか、新医師臨床研修制度が始まってからは図3のような研修医の地域医療実習を受け入れている。当診療所での研修は平成25年2月22日放映のTBS「Nスタ」でも紹介された。基本的に良好な患者医師関係の中にある場での研修で、研修医の視点が、それまでは自分が正しい医療を行っているかどうか、つまり「必要なこと」にしか興味がなかったのが、どうしたら患者さんに喜んでもらうかという、「大切なこと」に変わっていった様子が紹介された。

へき地での取り組み6 地域医療を伝える

直接会っていない人たちに地域医療を伝えていく地域医療の布教活動も大事だと思っている。平成21年、NHKの看板番組である「プロフェッショナル仕事の流儀」に出演する機会があった。また自治医科大学地域医療学による本邦初の地域医療の教科書「地域医療学テキスト」の編集・分担執筆を担当したほか、平成23年「寄りそ医」、平成25年「サヨナラの準備」、平成31年「入門！自宅で大往生」を刊行した。「寄りそ医」は、その後NHK BSプレミアムで「ドクター」としてドラマ化され、小池徹平さんが私の役を演じてくれた。

名田庄診療所での 医学生教育と研修医教育		
★ 医学生地域医療実習(2週間コース)		
	平成12年度～自治医大5年生	
★ 初期研修医教育 (4週間コース)		
	平成17年度	3名
	平成18年度	8名
	平成19年度	10名
	平成20年度	7名
	平成21年度	11名
	平成22年度	16名
	平成23年度	17名
	平成24年度	9名
	平成25年度	16名
	平成26年度	13名
	平成27年度	14名
	平成28年度	17名
	平成29年度	19名
	平成30年度	15名
	令和元年度	17名
	令和2年度	11名
後期研修医 1名6ヶ月		
★ 福井県済生会病院 ★ 福井県立病院 ★ 公立小浜病院 ★ 福井大学医学部 附属病院 ★ 済生会横浜市 東部病院 ★ 東京医療センター 平成12年度～ 若狭高等看護学院 地域看護実習		

図3 名田庄診療所での医学生教育と研修医教育

へき地での取り組み7 地域医療から創る

私は日本専門医機構の総合診療専門医に関する委員会のワーキンググループの委員として制度設計に関わってきた。総合診療医が獲得すべき7つの資質・能力として、①包括的統合アプローチ、②一般的な健康問題に対する診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力、が挙げられているが、これは卒後5～6年目までの目標設定として必要なことである。でも私が若い人たちに伝えたい地域の総合医の資質・能力というのは、①医療資源の少ない中山間へき地で、「無い物ねだり」ではなく「ある物を磨く」プラス思考、②地域に対する親和力、③患者、家族、地域に寄り添う力、④あらゆる面でのバランス感覚、⑤診療の枠を越えての地域貢献の5つ。これらが地域の総合診療で大切なことである。

お互いさまの絆

地域と私の絆について話したい。平成15年4月、私は頑固な頭痛に苦しみ、2ヵ月仕事を休んだ。原因は特発性頭蓋内圧低下症による慢性硬膜下血腫であり、脳外科で手術を受けた。これ以降、私は外科手術から撤退することになった。この病気は手術で治ったはずなのだが、体調不良がずっと続いた上に、地域の医師不足のあおりを受けて常勤医が私1人になってしまった。それを助けてくれたのは住民の方である。私が手術を受けたのは平成15年度の年度当初で、前

年度は年間1,000件以上の時間外休日の救急患者があったが、それ以降激減した。「病み上がりだから救急対応できない」というアナウンスは一切していないが、住民がコンビニ受診を控えてくれた。地域の絆が医療崩壊を救ってくれたのだ。「困ったときはお互いさまだから、先生はじっくり体を休めて」と言われ、大変ありがたかった。

将来、愛されるためには愛情を注ぐ

最後に、高齢者介護で避けられないのは認知

症であるが、認知症になっても周囲から愛される高齢者の方が一定数いる。30年以上同じ地域で人々を見続けてきたからこそ分かったことであるが、愛情を受けている認知症高齢者はかつて周囲に愛情を注いでいたのだ。だから将来愛されるためには、家庭や職場そして地域に今、愛情を注ぐことだと思う。

今日は、地域を通じて学んだ人生にとって大切なことを話してきた。これからも地域に寄り添い学んできた大切なことを伝え続けたい。

へき地、地域で学んだこと

宮崎大学医学部地域包括ケア・総合診療医学講座 教授 吉村 学

これは私が医者としての33年間の道のりを示している(図1)。太線の部分がへき地にいる時である。私は宮崎大学出身であり、自治医科大学の卒業生ではないが、かつての地域医療学講座の故 五十嵐正紘教授、奥野正孝先生、地域医療振興協会の山田隆司先生、折茂賢一郎先生など多くの先生方に育てていただいた。2015年から母校である宮崎大学に戻って、今度は医学生をへき地に送り出す側になり、この9年間やってきた。「医療人、住民と行政が三位一体になって、担当する地域の限られた医療資源

を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医療を展開するプロセス」というのが地域医療振興協会の地域医療の定義であるが、壁にぶちあたったときにこの原点に戻ると糸口が見えてくる。宮崎大学医学部ではこの定義を試験問題に出しており、現在900人くらいの学生はこの定義を空で言えるようになっている。



今日は、私がへき地・地域から学んだことに



図1 医師としてのMY JOURNEY

ついて順番に説明していきたい。

手探りで地域実習を受ける

1 番目は「多職種連携の楽しさ」で、この原点は岐阜県の揖斐で、現場では医師と看護師と理学療法士が多職種連携してやっている実態があるにもかかわらず、卒前教育では一切そういう多職種連携教育を受けていなかった。それでは多職種連携教育を始めようということになった。1 人のおばあさんの事例から勉強会を立ち上げてきたことが今につながっている。

2 番目は「地元愛」。田舎であってもどこでも住民はみんな自分たちの地域が大好きであり、そのことをいかに医学生や若い先生に伝えるか。そこで毎年健康講座などを開催し、医学生と地域住民との交流会を行ってきた。

3 番目は「地域はいきもの」であるということ。時代とともにどんどん変化する。まるで人間のように年をとっていくし、学校は廃校になり、ガソリンスタンドもなくなる。私たちは患者を診るのが第一の業務であるが、同時に変化を続ける地域のこともくまなく観察しないといけないと学生たちに話している。

4 番目は「ともに学ぶ楽しさ」。これは揖斐で教わったことであるが、できるだけ早い段階から地域に触れてもらうことが重要だと考えている。11 年前に医学部を目指す岐阜高校の 6 人の職場体験を引き受けたことがあるが、このとき体験に来た 6 人全員が医学部に入り、うち 2 人が総合診療医になった。ちなみにそのうちの 1 人は私の娘である。

5 番目は、現地に「足を運ぶ大切さ」。これは故 五十嵐先生から教わったことであるが、とにかく自分で靴をすり減らして現地に行くということ。地区の講演会で認知症をテーマに話に行った際、集まった人たちの 5 人に 1 人ぐらいが実はもう認知症の人たちだった。「自分のことではない」とみんなが笑って聴いている。そういう空気感を自分の体を通じて感じるのが大事で、その教えを学生や若い先生にも勧めている。

6 番目は「住民からのエール」をもらえること

も大切である。医療者である自分たちは当たり前のことをやっているだけなのに、それだけですごく喜んでもらえる。「ええ先生になっておくれよ、ホンマに」と訪問診療先で実習生に毎回拝んでくださる患者さんが地域には大勢いる。

7 番目は「地域全体が学びの場」ということ。揖斐で山田隆司先生から学生教育を任せられ、最初は手探りでやっていた。診療所の中だけで教えることに限界を感じるようになり、ある時、地域包括支援センターなどへ学生を出したところ、そちらの方が教育成果があった。この経験から地域医療教育の考え方を変えたほうがよいと思った。「地域へまずはポンと放り出されて、態度から学ぶのだよ」というのは五十嵐先生の言葉だが、言われた当初は研修医であり、五十嵐先生のこの言葉の意味するところがよく分からなかったが、研修の受け手側になってみて、分かるようになった。一人の患者さんのために何かできないかという態度を早い段階から刷り込ませることが大事なのだと思うようになった。

「送る側」になって取り組んだこと

これまで学生や研修医の地域実習を現地で受ける側だった私が、宮崎大学の教員になって、医学生 100 人余りを毎年「地域へ送り出す」ことに取り組んでいる。医学部 6 年間のうちたった 3 日間しかなかった宮崎大学医学部の地域医療実習が、その調整に 3 年かかったが、現在は全員が合計 6 週間地域に行くようになった。

実習に行く前には、「田舎には行きたくない」という学生ばかりだった。それはなぜかというと、医学生のごほとんどは宮崎市内で生まれ育ち、市内の高校を出て、市内の大学に行くからだ。だから学生に地域包括ケア実習(4 週間)の実習先の希望を取ると 7 割は宮崎市内に○をつけた。ところが実際に地域を経験すると、遠いところへ行った学生ほど、そこで戦力としているいろやらせてもらえることが分かり、ポジティブな経験ができるということで、最近ではむしろ遠いところのほうが学生の裏情報で人気になっている。

また、地域に送り出す前には、実習を見学型ですとやって来ている学生たちのマインドセットを変えないといけないので、地域包括ケア実習(4週間)の初日に「君たちは学生じゃない、医者なんだ、研修医0年目なのだ」と呼びかけている。学生たちの間では吉村教授イコール無茶ぶりということがシェアされているのと、現地の先生や看護師さんも吉村教授のOKが出ているということで、どんどんやらせてくれるので、地域包括ケア実習4週間後の評価は年々上がっている。

また公式の医学部教育カリキュラムだけでは地域医療、へき地医療のマインドは育たないということで、医学生の関心を維持する工夫として“学生サークル”を作るとよいということをオレゴン健康科学大学の先生たちから教わっていたので、私は2015年に着任してすぐに「Family Medicine Interest Group (FMIG)宮崎」を立ち上げた。その運営の秘訣も教わり、「フリーフード、フリードリンク」で、現在医学部合計650人の学生のうち、161名がこのサークルに所属している。

また地域医療実習の中で、時々“畑実習”をやっている。というのは農作業を知らない、大根がどこになっているかを知らない学生がいるので、地元住民の生業を体験してもらうようにしている。その後のガレージでのバーベキュー大会で本音トークをして、住民から励まし・エールをもらい、とてもいい経験となっている。

実習を受け入れていただいた先生方から「挨拶ができない、コミュニケーションができない学生が多い」と言われることが多くなってきた。コロナ禍で対人のコミュニケーション経験が少なかった反省があり、「あいさつが大事」ということで、地域包括ケア実習の初日に二人一組となって特訓を行っている。実習初日の挨拶の仕方、採血手技の教わり方、救急患者や処置のCall依頼、看護師長さんが誰かを見分けること、忙しくない時間に話しかける工夫などをひたすら実習演習する。それを3年間続けたところ、現場の評価が非常に良くなった。また実習には4週間いるので、地元飯をおごってもらうお願

いも上手にするのが大事なことだと思っている。

もう一つ大事なものは、「地域の祭り」に出ること。祭りは特別なことなので、人々の絆を紡ぐ、世代をつなぐ、地域に残った人と地域を出た人をつなぐ場だ。こういう学びの場をプロデュースするように頑張りたいと思っている。

海外から、地域からの学び

私の地域医療のメンターであるロバート・テイラー先生夫妻に私の揖斐での教え方を半日見ていただいたことがある。「指導医としてお言葉をください」と言ったところ、「Be patient」と言われ、ハッとしてそれから指導方法・教え方を修正した。10年後にもう一度「お言葉をください」と言ったら、「Be humble」と言われた。何年目になっても分からないことがあるということが分かって、ありがたいと感じた。

また、自分自身が地域で煮詰まっていた時、たまたま視察に来られていたオレゴン州へき地クリスマスフォールで家庭医をしながら指導医もされていたRob Ross先生に「地域医療、へき地医療の秘訣は何ですか」と質問したところ、先生はこう答えた。「Happy Wife, Happy Life」と。これも非常に大事だと思って、宮崎大学の後輩たちにも言い続けているが、言い続けることで「Happy Wife, Happy Life」が伝承されると思っている。

揖斐で編み出した実習方法の一つとして“お泊まり実習”がある。在宅医療を受けている終末期の患者さんの家に、患者さんやご家族の許可のもと泊まらせていただいて、介護者のお手伝いをしたりお話をしたりする。このお泊まり実習はすでに50人くらいに実施したが、それが医学教育の私の博士論文になった。この論文が台湾の先生の目に留まり、台湾での導入のため、この秋に医学教育シンポジウムに参加することになった。また、プライマリ・ケアに強いヨーロッパのスロベニア共和国にあるリュブリアナ大学医学部家庭医療学講座と連携することになり、今年度医学生6名を6週間の家庭医実習に送り込むことができた。日本も海外も地域の課

題は共通している。

へき地を含めた地域の未来のために、そこに暮らす大人たちが次の若い世代の人たちと真剣に向き合って、この地域をどうするかということと一緒に考えなくてはいけないと思っている。田舎に稼げる仕事がなかったら、自分で起業できるような胆力を中学生のうちから育てようという民間のプロジェクトが宮崎にあり、私も賛同して、「未来を変えられるのは若者もベテランも皆一緒」ということで、地元中学生たちとつながって一緒に地域の未来を議論する活動を行っている。

私がへき地・地域で学んだことを図2にまと

- 一、多職種連携の楽しさ
- 二、地元愛
- 三、地域はいきもの
- 四、ともに学ぶ楽しさ
- 五、足を運ぶ大切さ
- 六、住民からのエール
- 七、地域全体が学びの場
- 八、地域へ送り出す
- 九、あいさつが大事
- 一〇、地域の祭り
- 一一、グッと我慢、謙虚であれ
- 一二、Happy wife, happy life.
- 一三、Think globally, act locally.
- 一四、未来は皆に平等

図2 へき地・地域で学んだこと

めた。皆さんの参考になれば幸甚である。

地域医療から自治医科大学循環器内科の原点 「目の前の一症例に全力を尽くす」

自治医科大学内科学講座 循環器内科部門 教授 苅尾七臣

私にとって地域医療とは一言で言うと「親」である。そこから何をしてきたかということ今日は皆さんに共有したい。

自治医大循環器内科の原点

図1は自治医科大学循環器内科の原点を表している。目の前の一症例にベストを尽くす。それがあってはじめて研究や教育、医療技術がある。そしてその外側を埋めるのが創新であり、その意味は昨日より今、今より明日と、人のやっていないこと、自分も思いつかなかったことを、目を開けてから閉じるまでの間に見つけ、積み上げていくことである。そして総合的視点で責任をもって目の前の人をみる。それができるのが自治医大卒業生の「偉い医者」である。

淡路島の診療所で経験したこと

私は自治医大卒業後3年目から淡路島の国保北淡診療所に赴任し、義務年限期間の7年間勤務した。人口12,000人ぐらいの漁師町で、脳卒中の死亡率が兵庫県の中で1番高かった。自治

医大の卒業生は目の前の人だけでなく地域全体をみるのが大事と言われていたので、地域の健診を調べたところ受診率が15%と低く、塩分摂取量

を調べると25gと高いことが分かった。ちょうどその頃、自治医科大学コホート研究(JMSコホート研究)が1992年から始まった。地域で働く自治医大の卒業生が中心となって脳卒中および心筋



図1 自治医大循環器内科の原点



図2 JMS コホート研究に参加

梗塞の発症を追跡する研究である。問題意識を持っているのは自分だけではないと分かり、同じ境遇の仲間との機会に私も参加した(図2)。地域で頑張って苦労したことを共有できたことが非常に嬉しく感じた。

そして1995年1月、私の義務年限の最終年に阪神淡路大震災が起きたのである。母校の自治医大が神戸に支援に入ってくれていることを聞き、自分も淡路島で頑張らなければいけないと思った。すぐに診療所へ向かい、ゴールデンウィークまで診療所で寝泊まりして全く出ることなく過ごした。この時に震災のストレスによって血圧が上がっている人が多く、前年に比べて心血管イベントが増えていることに気づいた。

被災地支援のネットワーク

東日本大震災発生時、私は自治医大に戻って

おり、震災直後から循環器内科の医局をあげて、南三陸町に医療支援を行った。その際に、阪神淡路大震災の時に高血圧による心血管イベントが増えたという経験から、災害時循環器予防ネットワーク: Disaster Cardiovascular Prevention (DCAP) Networkを構築し、西澤匡史先生と協力して南三陸町に導入した。(図3)。DCAPネットワークは仮設住宅や避難所で生活している人に毎日血圧を測ってもらい、そのデータをクラウドを介して自治医大に蓄積する。その中でリスクスコアの高い人には生活環境の改善を促し、イベントの予防を図るものである。東日本大震災の時、私はいち早く現地に入った。災害などの際にはまず行ってみることが重要で、行ってみると何をすべきかが分かり、感情が起こる。その感情を行動に移すことが重要だと思っている。

さらに行動の結果を検証することが重要である。DCAPネットワークのプロジェクトは現在も続いており、血圧のコントロールは収縮期120～125mmHgと良好で、脳卒中の発症は5分の1ぐらいい下がり、心不全については半分ぐらいい下がった。教科書やガイドラインの知識だけで治療するのではなく、時系列で経過をみている主治医として、執着心、責任感を持ってアートのように1人1人を見る。フロントラインに立って見ることで、次にすることが見え

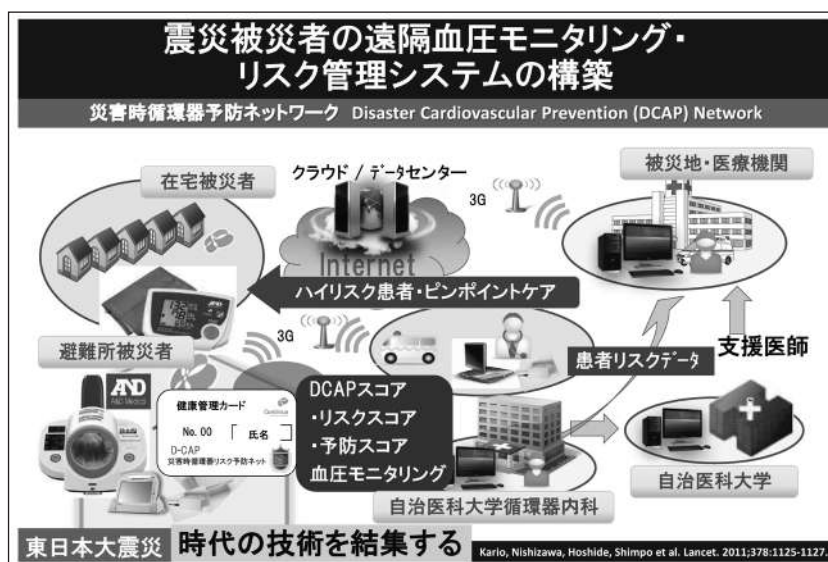


図3 災害時循環器予防ネットワークの構築



図4 研究のために国際ネットワークを作る

てくと思う。

血圧モーニングサージの研究

私は外来での一面だけでなく自宅も視野に入れて、ABPM(24時間自由行動下血圧測定)に取り組んでいる。例えば、おばあさんの血圧が急に上がっていたら、おじいさんと喧嘩したのではないかと想像する。それが24時間血圧にはまったきっかけだ。また目の前の一症例の24時間血圧をみることで、血圧モーニングサージがあることが分かった。そして、自治医大ABPM研究Wave 1において、ABPMで評価した過剰な血圧モーニングサージが脳卒中のリスクとなることを検証した。

ところが、2004年の日本循環器学会のコントラバシセッション「Mornign Surgeは心血管系疾患のリスクか？」で、リスクであるとする私と、それを否定する今井潤先生でディベートを行ったところ、完敗する形となってしまった。今井先生が心血管系リスクであると主張したのは「早朝高血圧」だ。

しかし、「モーニングサージ」は目の前の患者

さんから自分が見つけた現象であり、自治医大ABPM研究においても、モーニングサージとともに「早朝血圧レベル」も有意なリスクだった。そこでモーニングサージの言葉を定義し直し、血圧の変動性と心臓・血管の状態の関連性を調べるために、新たに測定機器を創り、J-HOP研究、JAMP研究の登録を開始した。自治医大地域医療臨床研究ネットワークとして研究基盤を整定し、ガイドラインに直結するエビデンスを目指している。そしてESH2013ガイドラインの策定基盤となるコンセンサス会議にも呼ばれ、国際ネットワークを作り、活用している(図4)。

血圧は、日内、日間、また季節性など、異なる時相によって変動する。これらが共振することで生み出される大きな変動、ダイナミックサージが、心血管イベント発症のトリガーになるという血圧サージ共振仮説を、その後私は提唱した。その概念を証明する機器(ウェアラブル血圧計)の開発を行って、ロンドン大学との共同研究でウェアラブルピーク血圧と左室肥大の相関関係を明らかにする研究を行った。これによって、秒単位の夜間血圧サージが左室肥大

の新規リスク因子であるという結果が得られた。夜間に血圧が下がる人と夜間に上がる人が同じ治療で良いはずはない。今後は個別最適化療法の予見が重要なことだと思っている。

北淡診療所での症例報告から始まりJMSコホート研究、J-HOP研究やJAMP研究などの観察研究、ウェアラブル血圧計を利用した介入研究を経て、モーニングサージ、血圧サージ共振仮説などの概念を作ってきた。山あり谷ありでいろいろあったが、一生懸命、夢中で続けてきた。明日が分からないから毎日一生懸命続ける。それが大事だと思う。そして最終的には家庭血圧のデータベースを作ることができた。これも日本循環器学会のコントラバーシで対決した今井先生のお陰と考え、今井先生には感謝の気持ちを伝えた。

自治医大循環器内科

さて、最後に自治医科大学循環器内科について話したい。2024年は激動の年で、重症循環器救急医療と病棟体制の改変、働き方改革による主治医制からの脱却が始まっている。研究に関しては創新、つまり真理を追究し、自己を医学の記録に残すことである。西洋医学は記録に残すことで発展してきたといえる。ノーベル化学賞を受賞した下村脩博士は、イクオリンを精製しようとしてオワンクラゲの緑色蛍光タンパク質(GFP)を発見したのだが、GFPについては何の役にも立たないと考え、イクオリンの論文の脚注にたった4行記載しただけだったという。たった4行でも大事だと思ったら記録に残して

おく。記録に残せばそこから次につながるのだ。

一症例にベストを尽くし新規の臨床視点を記録に残すことが大事だと考え、われわれは症例報告に力を入れている。レジデントや若手医師は積極的に学会発表、学術活動を行っており、それを指導する多彩な上級医が揃っている。

1人の力は周辺環境、すなわち人とのネットワークで成り立っていて、その集団が価値観を共有していることが大事だと思う。人の一生は山あり谷ありだが、価値観が共有されていれば、谷になった時に絶対に仲間が助けてくれる。それが、安心・安全、絶対に大丈夫という心理的安全性につながる。そしてうまくいった時にはおめでとう！とみんなで万歳をする。一昨年も昨年も循環器内科には4～5人が入局してくれたので医局歓迎会ではみんなで万歳をした。

夢中になるものを目の前から見つけて、その感動で行動する。その先に新しいものがあり、希望があると思って、ぜひ若い先生方には頑張ってもらいたい。自分とこの周辺環境、これをもって次の世代へきちんとつなげることが大事である。

今から約25年前に月刊地域医学に「自治医科大学における地域研究の支援体制の在り方についての意見」(月刊地域医学 1997; 11: 508-509.)という論文を投稿したことがある。今、血圧という視点で地域、個人をつなげていこうという「新時代のネットワーク高血圧学」を打ち出し、2026年の日本高血圧学会総会のテーマとすることになっているので、ぜひ多くの先生方に参加していただければと思う。

私の地域医療

座長：市立恵那病院 名誉院長 細江雅彦
県北西部地域医療センター国保白鳥病院 病院長 廣瀬英生

地域医療振興協会では2006年より、義務年限終了の自治医科大学卒業生に対しそれまでのへき地・地域医療に対する貢献を称えるべく「へき地医療功労者表彰」を行っている。2018年からは表彰者を対象に地域での取り組みや業績を演題として発表する機会を設け、優秀な発表者へ高久賞の授与を行ってきた。今年度は13名が義務年限内の地域での活動を5分間の動画にまとめて発表、審査員による事前審査と当日参加者の投票により高久賞1名と優秀賞2名が選ばれた。

高久賞

私の地域医療

多久市立病院 整形外科 小林孝巨(佐賀県39期)

2019年から2年間、佐賀県小川島の一人診療所に赴任した。小川島は人口300人程度の島で、陸地からは船で約25分の位置にある。島に住み込みで、釣りや、飲み会や、地域のイベントを通じて島民の皆さんとつながりを深めていった。その中で、島民のニーズに応えることが自分の使命と思うようになった。

充実した日々を送っていたが、脆弱性骨折(転倒などの軽微な外力による骨折)患者が多い期間があった。一度島外に搬送になると島に戻ってこれないことが多いのは周知の事実であり、「島で最期を迎えたい、島から出たくない」という患者の強い希望に沿えず涙の別れが続いた。普段から仲良くさせていただいていた島民が多く、何度も目頭が熱くなった。このように、医療資源や環境が限定された離島において、単純

X線画像に基づいて医学的に推奨される治療方針と患者の希望が対立してしまいうジレンマを頻繁に経験した。しかし、結局は手術せずにリハビリのみで島に戻ってくる患者もいて、「同居家族がいる患者は島でリハビリできたのではないかと、もっと患者の気持ちに寄り添った選択ができたのではないか」と思った。

搬送した患者のことでいろいろと悩んでいるうちに「脆弱性骨折の治療戦略を勉強したい」という気持ちが強くなった。脆弱性骨折の代表的なものの一つに、脆弱性骨盤骨折がある。脆弱性骨盤骨折は画像で不安定なら手術を検討するという治療戦略“Rommens classification”が有名



だが、画像で不安定でも動ける患者がいることに疑問を抱いていた。そこで、臨床研究を実施して画像と症状は必ずしも一致しないことを証明し、これを根拠に脆弱性骨盤骨折の症状重視の治療戦略を提唱した。まずは全例10日間のリハビリを行い、立位ができなければ手術を検討するという治療戦略である。この臨床研究によって、脆弱性骨盤骨折はへき地でも搬送することなく治療可能であることを発信できた。

これらの経験を通して「患者の気持ちを大切にする医療をしたい、そのために悩んでいる先生方へエビデンスを提供したい」という思いを強めた。この思いや私が思う地域医療の魅力を伝える活動として、多くの医学生や研修医の先生方を地域実習・研修で受け入れた。後進の育成も地域医療の重要な仕事のひとつと考えている。

島を出た後は整形外科医として地域医療に貢

献してきた。環境が変わっても島で学んだ患者と全力で向き合う姿勢は常に大事にしてきた。患者と向き合う過程で出た問題を解決するために、多くの先生方よりご指導を頂き、さまざまな研究にチャレンジしてきた。また、先輩方によくしていただいたように、後輩の先生方の何かお力になりたいと常々思っており、一緒に学術活動に取り組んできた。

義務年限を通してこのように臨床、教育、研究に積極的に継続できているのも、島民の方々とつながりや島の特殊な環境が原点で、人との絆や愛情が原動力になっている。以上より、私の地域医療は自治医科大学を卒業して地域で学んだことをベースに臨床に役立つ情報を発信していくこと“Act Locally, Think Globally”である。引き続き、臨床・教育・研究を通して地域医療のお役に立てるよう努力していく。

優秀賞

COVID-19クラスター対策・離島診療所での経験が 医師人生を変えてくれた

山口県健康福祉部健康推進課 国立感染症研究所実地疫学研究センター派遣 村井達哉(山口県39期)

私は義務年限中に総合診療専門医・新家庭医専門医・内科専門医と多くの専門医資格を取得した。これは、新専門医制度1期生として山口県の後輩に義務年限内でもこれだけの資格を取得できることを伝えたかった背景がある。

5年目には、高齢者医療施設でのCOVID-19のクラスター支援を1ヵ月間ほぼ専任で担当した。診療サポートだけでなく外部派遣メンバーや院内の多職種の方々と試行錯誤しながら非常に密度の濃い協働をできたことが今後の医師人生を大きく変えた。

6～7年目の離島診療所での勤務では、島民からの希望があり島内で数年間行われていなかった在宅看取りを再開した。2年間で合計4

人の看取りを行い、看護師教育につなげることもできた。COVID-19関連では、島内発症者の約半数は診療所で健康観察を行った。オンラインの定期

会議に参加するだけでなく、実際に足を運ぶことで萩市保健所と顔の見える関係となったほか、医師会や薬剤師会と連携しただけでなく、県内の自治医科大学卒業の先生と協力してオミクロン流行初期に本土を支えるオンライン診療を行った。また、離島勤務で最も尽力したのがデイサービスの利用促進である。ケア会議を毎月開催し、診療所だけでなく保健師・介護士・



ケアマネジャー・作業療法士・デイサービスの運営者にも参加していただいた。健康教室も毎月開催し看護師自ら教室を開催することで、教育にもつなげられた。こういった取り組みで、デイサービスの参加者を6人から21人に増やすことができた。また、学校医としての講演も行い、子宮頸がんワクチン接種者を増やした。こうした島の風土や意識を変えるための取り組みの成果もあり、患者対象アンケートでは高いかかりつけ機能評価を得ることができた。

現在は山口県の代表として国立感染症研究所実地疫学研究センターに勤務し、感染症の平時のサーベイランスやアウトブレイク対応を学んでいる。2年後は第一種感染症指定医療機関である山口県立総合医療センターに着任し、新興感染症を含む感染症に対応するため、大学病院と行政をつなぐチーム作りや、職種を超えた後進の育成を行い、県民の方々が安心して生活できる感染症対策づくりを行う。

医療の谷間での学校医 – 1人の内科医としてできること–

公立黒川病院 新妻郁末(宮城県38期)

これまで結婚協定や育休を経て大小さまざまな規模の医療機関・地域で勤務してきた。それぞれの地域の事情や制限、COVID-19という時代の事情の中、できる最大限の医療を提供しようとする先生方の姿が自分の医療の礎となった。

その姿勢を実践できた地域医療の現場として2年間の学校医の経験がある。県立高校の校医として勤務したが、初日の学校健診で違和感に気が付いた。基礎疾患のコントロール不良、自傷行為、発達障害、不登校、肥満、検診異常の放置などの生徒が多いのである。次第に不登校歴、経済的事情、複雑な家庭、発達障害など多彩な事情を抱えた生徒が在籍している背景が見え、学校側も人員不足や保護者の理解協力不足で疲弊していた。

不登校が続いていた生徒Aは抑うつ、ゲーム依存症が疑われ受診を勧めたが進展がなかった。これには家庭環境への理解不足があり、保護者にも働き掛ける必要があった。最終的に精神科受診につながったが、この経験を通し生徒たちは「社会的な医療の谷間」にいることを認識

した。彼らは成人医療の年齢である一方、経済・交通・精神・意思決定などは成人と同等ではない。

養護教諭と連携し介入を要する生徒に面談を行



い、学校生活の改善、医療機関の受診につなげることを目標とした。学校医の難しさに学校訪問の機会が限られること、病識がない例が多いことを感じた。多くの症例、複数診療科の問題を経験したが、思春期医療・精神科的プロブレムなど慣れないことばかりで改善に至らなかった症例もある。

学校医は病院の外の問題症例をすくい上げる機会になる一方で介入は限られ、一期一会のチャンスを捉える必要がある。また、学校医一人での解決は難しく、教職員との連携が必須だ。学校の枠を超え、保健師などとも連携を取るべきだったとの反省点もあった。現在は小児科・心理学者などの症例検討会に参加しており、今後も理解を深めていきたい。

高久賞候補演題

地域から学び、実践し、残したこと

市立輪島病院 内科 須田拓也(石川県39期)

私は義務年限の5年間で能登北部の医療に従事し、医師3年目には舳倉診療所に半年間勤務し離島医療を経験した。一人診療所での勤務は不安だったが島民の温かさに支えられ、飲み会や祭りなどを通して親睦を深めた。島で生活して、住み慣れた土地で医療を受けられることは大きな安心感につながると実感した。

その思いを胸に、義務年限の大半を過ごした市立輪島病院では、総合診療に加え自分の専門領域(腎臓・透析・リウマチ膠原病)で役に立てよう努めた。義務年限後半からは、診療や技術の提供のみならず、持続可能なシステムを地域に残すことは重要であるのではとも考えるようになり、以下2つの取り組みを行った。

1つ目は透析シャント管理についてである。それまでシャントトラブル(シャント狭窄・閉塞)発生時に治療の第一選択であるVAIVT(Vascular Access Interventional Therapy)ができる医者もおらず全例紹介していたが、特にADLの低い高齢透析患者は長距離移動自体が負担になっていた。そこで、透析スタッフ、検査技師と協力してシャントトラブルの早期発見・治療を目標にシャントエコーを中心としたシャント管理のプロトコルを確立し、シャント

トラブル発生時には自施設でVAIVTを行った。この取り組みは多職種連携による互いの理解度・スキルの向上につながり、診療の質が向上する好循環が形成された。今年度からはシャント手術も開始し、シャント管理の幅が広がった。2つ目は関節エコーである。リウマチ・膠原病の診断・評価に有用だが、当院に関節エコーができる医師はいなかったため、他院の技師の協力のもと導入し、現在私と当院検査技師で継続している。シャント管理はプロトコルによってシャント閉塞に至る前の早期発見をすること、関節エコーは当院の検査技師が引き継ぎ検査を継続することを持続可能な最終的な目標にしている。

患者から学んだことは英語論文文化して世界に発信することを心がけ、当院からも症例報告を行った。地域に於いても一例一例丁寧に診ることで論文が書けることを実感した。

現在、輪島は能登半島地震の被災後だが、市民が再び安心して暮らせるよう医療を通して復興に貢献していきたい。



特集

地域のヘルスプロモーション

～和良町で取り組んだポピュレーションアプローチ～

岐阜県立多治見病院 渡邊 駿(岐阜県39期)

私が赴任した和良診療所は「予防を主とし治療を従とする」理念のもと、代々地域の公衆衛生に取り組み、60年以上にわたる健康づくりの伝統がある。

私にとって地域医療を語る上で欠かせないキーワードが“ポピュレーションアプローチ”だ。和良町には住民が主体となって策定した独自の健康福祉総合計画「まめなかな和良21プ

ラン」があり、全世代の住民代表で構成される組織「まめやかな推進検討部会」が、計画立案から活動支援までプラン全体を推進している。検討部会での住民の声を受け、私は「地域の認知症の方への対応」「高齢に伴う将来不安」の2つをテーマに取り組むことにした。

認知症については地域に目を向け、住民に対しては地域医療懇話会、認知症カフェ、認知症サポーター養成講座を開催し理解を深め、専門職に対しても勉強会を開催、多方面からのアプローチを行った。認知症の知識を問う問題を通して、理解度に関わる因子についての調査を実施したところ、上記のとおり繰り返し情報提供を行うことで住民が医療従事者と同程度の理解を得られることが分かり、その効果を実感した。

高齢に伴う将来不安については、住民に対しては、先行調査で和良町では在宅死希望者の約4割しかその希望が叶えられていないことを把握し、看取り場所の決定要因についての調査を通して「本人の望みを叶えたいというご家族の思い」が在宅看取りの選択をする最大の要因であることが明らかになり、ACPの大切さを改め

て実感した。ACPをいつ行うべきか、診療所で管理している死亡台帳をもとに、死亡年齢や疾患群ごとに死亡前、寝たきりになる時期を調査し、話



し合うべきタイミングについてまとめ、それを踏まえて町内広報を利用し和良町・西和良の全戸に情報提供を行った。専門職を対象としてケア・カフェを開催し、もしバナゲームを通してACPを実践し話し合った。その結果、和良診療所の訪問診療患者は月間平均24.8人から36人、在宅看取り数は年間6件から17件に増加、地域全体としても2019年以降は在宅死亡割合が15.2%から31.7%へと上昇した。

地域ごとのニーズを調査し分析した上で、情報を地域全体に還元し、住民と共につくりあげていく。それが個人の健康管理能力の向上と、支援する周囲の環境整備にもつながり、地域のヘルスプロモーションの実現になることを実感した。

地域二次救急病院でのCOVID-19対応、 新米外科医兼総合診療科科長として

北秋田市民病院 内科 小林昭仁(秋田県39期)

仙北市立角館総合病院は地域唯一の二次救急病院で、秋田県卒業生の義務年限中の派遣先のひとつとなり、主に総合診療科を担当する。

赴任当初、当院ではCOVID-19に関して県の調整本部からの要請を受け、酸素需要のない患者を入院加療で受けていた。しかし、感染者数がいったん増加しはじめると、田舎ならではの所帯暮らしもあり一気に患者数が増え、入院病床数が逼迫。その中で私がCOVID-19対応を任されることになった。まず各部署に赴き現状のヒアリングと会議を行い、問題点を抽出した。私からは酸素需要のある患者を当地域で完結させたい、感染者数増加に対し病床拡張が必

要だという意見を出した。各部署からの意見で特に問題になったのは、酸素が使えるかどうか、人数不足をどうするか、動線確保や安全性をどうするかということであった。



職員玄関から近い精神科病棟をコロナ病床として確保する、屋根付きの駐車場を発熱外来として開設する、救急搬送された患者でCOVID-19感染が疑わしい人は臨時避難所として洗浄室を使うなどの対策を講じた。平時の診療体制の維持は困難だったため、一般病棟の入

院者数を縮小、スタッフの負担を最小限にする工夫も模索しつつ病床拡張に踏み切った結果、県内全域のCOVID-19患者が当院に搬送され診療にあたった。

令和5年に五類感染症への移行が決定したのちは、当院でも平時の診療体制に戻すべくスタッフと協議を重ね、一般病棟へ入院する体制

へスムーズに移行できた。慣れない環境で初めての対策を始まりから終わりまで主導したが、混乱や不安が多い中、多職種連携により遂行できた。この件を機に、平時の病院業務ができな場合のBCP策定にも関わるようになり、現在も進行中である。

一燈照隅, 岐阜の山間に灯をともす

市立恵那病院 内科総合診療 後藤貴宏(岐阜県39期)

医師として4年目から7年目に下呂市立小坂診療所に勤務した。小坂診療所は、介護療養型医療施設と介護老人保健施設を併設している有床診療所である。今回、診療所に勤務して自分を取り組んだことをシステム面とチーム面に分けて発表する。

システム面では、診療所・老健ともに予算の半分が繰入金で成り立っていたことに問題を感じた。下呂市立といえどもこの状況ではいずれ立ち行かなくなる可能性が高いと感じ、見直しを行うことにした。すると基本料・加算が変えられることが分かったため、事務に依頼し有床診療所基本料、看護師配置加算などより良いものに変更した。また、併設の老健の入所者に対して血液検査や画像検査をサービスのように行っていたが、老健の診療の手引きに基づいてレントゲンやCT等の検査に関しては請求するようにした。加えて老健で体調を崩して療養を継続していく場合には、診療所の薬を使用し

特に請求等には行ってこなかったが、そうしたのも所定疾患療養加算を利用して請求できる場合には請求するようにシステムを変えていった。



チーム面では連携の強化に務めた。異動を伴う医師・事務と、固定で働く看護師・介護士の間のコミュニケーション不足を感じたからである。所長としての面談時に聞き取りを行ってみると個々人が想像以上に課題を感じていることが分かった。そこで月1回行われる運営会議で課題を共有し、運営面での存続可能性についても協議を行うと、現場からも積極的に意見が上がるようになったのである。結果、それまで着手できていなかった入所者の送迎サービスの開始、業務の効率化など、意識や行動の変化につなげることができた。

常駐医師不在の遠隔離島における終末期在宅医療 ～島で最期を迎えるには～

今村総合病院 救急総合内科 福留啓吾(鹿児島県39期)

鹿児島県十島村は7つの島から成る村で、島外との交通手段は週2便のフェリーのみ、医師の常駐はなく月2回の巡回診療のみ実施してい

る。医療設備は極めて乏しく入院施設もないため、自宅生活が困難になると島外への転居を余儀なくされる。

寝たきりとなった状況で本人より「島で最期を迎えたい」という希望があり、協議の結果在宅看取りの方針となった90代男性の事例を経験した。介護度が上昇し、主介護者である同居の娘さんの負担が増大していたので、他島からの看護師の応援による訪問回数を増やし、レスパイトケアも行った。自治体とは事務的な事項について調整、最終的に自宅で看取ることができた。

離島での在宅看取りにおける問題のひとつに医療・介護資源不足があるが、十島村の取り組みとしては地域住民を見守る支援員の配置や看護師の増員、介護予防事業などがある。また、遠隔での死亡診断をサポートする看護師の島外研修への参加は今後につながる。

医師が臨終に立ち会えない問題についてはICTの利用に加え、前述の看護師研修も有用な

手段であろう。また、法的手続きやご遺体の島外への搬送手段等の医療以外の問題も島では大きい。そこで保健所や警察と協議し「看取りに関するマ



ニュアル」を策定、書類上の手続きの明確化、死亡診断手順や遺体の搬送方法などを明文化した。これは、島民の「島で亡くなることへの最初からの諦め」の払拭につながった。

今後の課題としては、介護者の高齢化による看護師への依存、それによる看護師の疲弊が考えられる。常駐医師不在の遠隔離島において在宅看取りが可能か否かの線引きは一律に行えるものではなく、本人、家族、看護師、地域の状態の変化に応じた検討が必要になる。

地域医療の中でできたこと ジェネラルマインドとともに

綾部市立病院 整形外科 岡田直也(京都府34期)

京都府自治医科大学卒業生の義務年限内の勤務地として現在診療所は存在せず、地域の中核病院での勤務がメインである。丹後地域で7年間、綾部市で4年間、地域医療でできることを模索し続けてきたことを報告する。

丹後地域は100歳以上の割合が全国平均の3倍である。ここでは高齢者に対してADLが問題なければ積極的に手術を行っていた。また、それをもとに学会での発表、論文作成も行った。論文のひとつに超高齢者の上腕骨近位端骨折に対する手術療法の治療経験がある。通常では執筆することができないが、健康寿命が長い地域ゆえに執筆できた。その他、腰痛で来院した患者に副腎腫瘍が見つかり術後劇的な変化を認めた症例からは、整形疾患だけでなくジェネラルマインドも持って常に診察することの大切さを学んだ。

綾部市では椎体骨折が多く見られるが、低侵襲手術の経皮的椎体形成術を行いADLの低下を防ぎ早期の自宅復帰を目指している。また、腰

椎椎体骨折、大腿骨近位部骨折に関してはコメディカルと密に連携。スムーズな自宅への退院を目指したことで退院後早期の再入院が減少しており、



退院後の外来でも積極的な運動指導を行っている。一方で当院には総合診療科が存在しないため、どここの科でも違うと言われ外来に来る患者が時々見られる。まさに医療の谷間に灯をともすとはこのことだと積極的に関わるようにしており、入院検査で新たに疾患が見つかった症例も多数経験した。

同じ地域に長く勤務すると患者の信頼も高まっていくと感じる。また、コメディカルのスタッフとの連携を深め、退院後の生活を含めた状況を考慮し、地域医療を通して人を診ることができるようになった。これからも地域に向き合って診療を続けていきたい。

福井県嶺南地域で学んだ地域医療の魅力

おおい町保健・医療・福祉総合施設 内科 田邊陽邦(福井県38期)

私が現在勤務しているおおい町保健・医療・福祉総合施設は地域のかかりつけとして重要な施設である。疾患・年齢を問わず初期対応や入院対応としてのニーズは大きく、また、検診や学校医、産業医を請け負っており、地域住民と共に健康づくりを考える会議にも参加している。印象に残っている症例は数多いが、重症度が高い方の在宅診療の経験からは、自ら管理できる病棟のバックアップ体制、そして外来、入院、訪問看護、何でもこなすジェネラルな看護師をはじめ地域に根ざしたコメディカルの存在が重要であることが分かった。

嶺南若狭地区のへき地中核病院では内科医師不足が深刻であり、毎年交代の若手派遣医師により診療が行われている。臓器専門の診療を提供する必要があるため、帰学日や後期研修の確保は必須である。地域医療振興協会福井支部では毎年秋に地域医療体制など多岐にわたる内容を議論、継続して意見交換を行っている。昨年

度に当番幹事を務めたが、義務年限内医師で情報を密に交換することや、赴任医師が変わっても地域医療体制を継続して供給可能とする卒業生の連携とネットワークは重要であると感じた。



そのような中で自治医科大学消化器内科での後期研修が可能となり、へき地医療のことを考えた研究や手技の開発をしている。へき地でも誰でもできる診療を確立していくことの大切さを知り、アメリカ海外LIVEへの参加、論文執筆なども行った。後期研修後には消化器内科診療を充実させるための取り組みや貴重な症例も経験。家族を含め、地域住民と関わる得難い体験もできた。多くの仕事をさせていただいたが、地域医療だけでなく地域を発展させる一助となれたら光栄である。

特集

私の地域医療 ～大阪府で求められた地域医療の実践について～

大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 道味久弥(大阪府39期)

大阪府にはいわゆるへき地は存在せず、自治医大出身者は医師が少ない診療科で業務に従事し、数年は大阪府庁や府の保健所等の行政機関で勤務を行うことが多い。私は救急分野を選択し、病院勤務で臨床、行政勤務で医療体制の構築を経験した。各患者の臨床的課題・府全域の医療体制の課題を抽出し解決方法を考え、協力し、実践してきたが、特に行政での経験が私にとっての地域医療といえる。

現場の救急隊および救急を受け入れる病院の共通ルール「傷病者の搬送及び受入れの実施基

準」があるが、大阪府ではICTを活用し運用。府下、全消防本部、全救急告示医療機関が参加しており、救急隊が患者の対応状況、Vital sign、症状・徴候を



入力すると緊急度判定がされ、直近順に搬送先候補の医療機関リストが表示され、搬送の電話連絡を行う。応需後の治療内容等の患者情報も医療機関が入力する仕組みで、得られた情報を府が集約し活用することでより良い救急のシス

テムづくりを検討している。

コロナ禍では搬送困難症例の増加が社会的問題となっていたが、大阪府ではシステムを利用し府下全ての搬送状況を把握することで課題を抽出、迅速な施策への反映を可能にした。

この9年間は置かれた場所で一般的な地域医療とは違っていても、求められたニーズに対して積極的に取り組んでこられた。これからも医療の谷間に灯をともし存在でありたい。

コロナ禍における地域の透析医療を守る

岩手県立大船渡病院 泌尿器科 田村大地(岩手県37期)

私は2020年から3年間、岩手県立千厩病院に泌尿器科医として勤務した。岩手県の透析医療は主に泌尿器科が担っており、千厩病院は県立20病院のうち外来血液透析患者が2番目に多い。医局員の減少により2015年以降は常勤が不在で応援診療のみの対応となっていたが常勤体制が復活した。

赴任当初は新型コロナウイルスが全国的に広まっており、透析室の感染対策と透析患者における新型コロナウイルス感染症の受け入れ体制の準備を並行して行った。岩手県初の血液透析患者を含めた新型コロナウイルス感染症の入院治療では、透析時間の短縮や対応スタッフの勤務調整等を行い、スタッフや外来透析患者に感染拡大させることなく透析を継続、その症例報告を論文化した。一方、常勤体制復活により外来透析患者が増加。患者増加に伴い透析室のクラスターのリスクは高まるが、感染対策の徹底により一度もクラスターを発生させることなく透析医療を提供できた。

透析以外の診療では泌尿器科専門医療として手術や悪性疾患に対する化学療法の新規導入等も行い、保存期の腎不全治療も行いながら泌尿器科専門医を取得。

また救急医療で診察したcommon diseaseの入院診療も担当し、総合医としての診療も経験した。さらにNSTやICT活動等を通じた多職種連携を積極的に行い、新型コロナウイルス感染症の入院診療も担当、保健所や他院との連携も経験できた。研究活動も充実し、学位も取得した。

千厩病院勤務期間はコロナ禍でさまざまな対応を要することが多かったが、泌尿器科としての専門性を保ちつつ、総合医としてのスキルも身に付けることができ、通常のキャリアでは得られ難い地域医療のさまざまな経験を得られたと感じている。



甕島で5年間で過ごして定まった私の使命

鹿児島大学病院 リハビリテーション科 松元良宏(鹿児島県39期)

私は医師4年目から5年間、薩摩半島から約30km沖合にある甕島の薩摩川内市鹿島診療所で勤務した。この期間に最も時間を費やしたことはCOVID-19への対応であり、診療体制の整備、ワクチン接種のスケジュールリングなど、医

師一人では難儀した。

新たに診療所で行ったこととして訪問診療の導入がある。赴任当初は訪問診療料算定のための届出がなされていなかったが、高齢化率60%と高齢化が進む地域での在宅医療提供体制の整

備の必要性を感じて届出を行い、体制を整えた。これにより、認知症があり老衰が進行した99歳男性の訪問診療と在宅看取り、認知症がありCOPDに対して在宅酸素療法をしていた78歳男性の特養での看取りなどを行うことができた。看取り後にそれぞれのご家族や親戚から感謝の言葉をいただき、安心して暮らし、住み慣れた場所で最期を迎えられる体制づくりの大切さを再認識した。

地域活動としては、住民向けに健康講話を開催したり、剣道を通じて地域の小中学生の青少年育成活動を行ったりした。地域活動に積極的に参加することで信頼を得られ、診療や生活に関わる人とのつながりができた。

甕島での5年間は住民が心身ともに健康に暮らすために何をすればいいかを常に考えていた。高齢化が進んだ地域ではなにかしらの病や障害を持っている方が多いが、その状態にあってもいきいきと生活を送れるようにするためにはリハビリテーション医学の知識やスキルが必要である。離島やへき地はこれからの日本の縮図であり、そうした地域に必ず赴く自治医科大学卒業生にとってリハビリテーションの力は必須だ。今後は卒業生がリハビリテーションの力をもって地域に赴ける体制を作れればと思っている。



患者さんのための医療とは何か？

富山大学 上市・地域医療支援学講座 客員准教授・かみいち総合病院内科 河合皓太
南砺市上平診療所 所長心得 滝川陽希

座長：富山県立中央病院集中治療科 部長 堀川慎二郎

ここでは「患者さんのための治療とは何か」というテーマで臨床倫理について考えてみる。われわれ医師は、常に最善の医療を施そうとしているが、医療者の考えるベストな医療と患者さんの思いの間で倫理的なジレンマが生じることがある。それに対してどのように対応していくか、グループワークを通して考えてみたい。大病院よりも中小規模で多職種の顔が見える関係の中で対話をしながら進められるという点で、臨床倫理について考えていくには地域医療の現場のほうが強みがある。

まず河合皓太先生からセッションの目的について説明があった。ここでの目的は、①『臨床倫理』とは何かを知る、②臨床倫理問題が日常診療の中に多数存在していると知る、③臨床倫理問題に出会ったときの対応方法を知る、④DNAR、ACPの正しい意味と運用について知る、である。

臨床倫理にはいくつかの定義があるが、Sieglerらは「日常診療において生じる倫理的課題を認識し、分析し、解決しようと試みることにより、患者を向上させること」と定義している。日本の白浜は「クライアントと医療関係者が、日常的な個々の診療において発生する倫理的な問題点について、お互いの価値観を尊重しながら、最善の対応を模索していくこと」と定義している。

実際、臨床倫理は難しいものだ。今回のセッションに参加したからといって、臨床倫理について明快な理解が得られるわけではない。とはいえ難しいからと避けていくのではなく、いかに立ち向かっていくかということを考えていきたい。

医学部教育で学ぶ「医療倫理の4原則」は①自律性の尊重、②無危害、③善行、④公正・正義

である。この4原則の関係の中に異なる価値観が存在したとき、それは臨床倫理的問題となりうる。この価値観の対立構造は図1のようにあらわすことができる。いろいろな立場の善行価値観が対立して、医療倫理4原則のどこかにコンフリクトが生じている状況だ。これをしっかり認識できるかどうかが倫理問題に気付けるかどうかの大事なところである。

最初に医療者 vs 患者・家族という構図が浮かぶ。それ以外に、診療所と総合病院の医師の価値観の違い、医療施設の価値観の違い、医師と他職種の価値観の違いもある。このように医師-患者関係だけではない点が臨床倫理問題を難しくしているところである。臨床倫理問題は身近なところにあるので、問題の存在に気付くこ

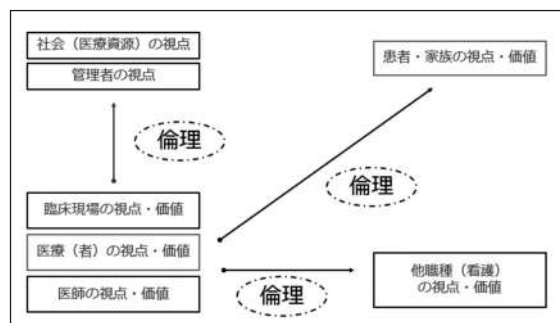


図1 医療倫理において対立する価値観

Medical Indication 医学的適応 (恩恵・無害の原則: Beneficence・Non-maleficence) (チェックポイント) 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性 (futility)	Patient Preference 患者の意向 (自己決定の原則: Autonomy) (チェックポイント) 1. 患者の判断能力 2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (living will) 5. 代理決定 (代行判断・最善利益)
QOL いのちの輝き・いのちの質 (幸福追求: Well-being) (チェックポイント) 1. QOLの定義と評価 (身体・心理・社会・スピリチュアル) 2. 誰がどのように決定するか 偏見の危険, 何が患者にとって最善か 3. QOLに影響を及ぼす因子	Contextual Features 周囲の状況 (公平と効用の原則: Justice・Utility) (チェックポイント) 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面, 公共の利益 4. 施設の方針, 診療形態, 研究教育 5. 法律, 慣習, 宗教 6. その他

図2 Jonsen の4分割表

<ul style="list-style-type: none"> • 3連休前日の夕方5時に特養入所中の86歳の男性が受診 • 特養職員によると、1ヶ月前から徐々に食事が減っており老衰かと思って経過を見られていたが、本日午後から38度台の発熱も出現し意識状態も悪いとのこと。嘱託医からは精査目的での受診を勧められ、キーパーソンとなっている弟の了承もあり受診となった。 • 精査の結果、S状結腸癌腹膜播種・多発肝転移・多発肺転移と判明し、高度脱水、炎症反応高値、肝・腎機能の著明な悪化を認め、この連休中にも亡くなる可能性がある状況であった。 • 入院しての点滴、抗生剤投与などを行うことにはしたが、心肺停止時の対応につき相談が必要と考えられたが本人の意思表示は困難で、事前指示書などもなく、唯一の親戚である85歳の弟さんに説明するも、「よく分からんから先生にお任せです」との回答であった。

図3 グループワーク1の事例

とが大事である。例えば、①本人の事前指示書が見つかったが、装着中の人工呼吸器は外せるか？、②輸血をしないと助からないが、患者はエホバの証人の信者、③手術治療をすべきなのに全力で拒否する認知症患者、④適応がない抗がん剤治療を希望してくる患者、⑤血圧180mmHgなのに降圧薬を飲みたがらない50代の患者、⑥本人は「帰りたい」、医者は「帰せない」、他職種は「帰してあげたい」、⑦みなし陽性でよい子どものCOVID検査を希望する親と嫌がる子ども、などの事例があげられるだろう。身近な問題であるが、明確な正解がない、あるいは複数の選択肢が正解になり得るから難しいといえる。

義務教育も含めて、これまでの教育のほとんどが正解を選んでいくものだったため、正解がない、あるいは複数の正解があるものを考えて

いくことにわれわれは慣れていない。解決のためには次の3つの方法がある。①パターナリズムの行使(一人で解決)。②関係者間での討議(交渉、マターナリズム、インフォームドコンセント、SDM、など)(少人数で解決)。③第三者に相談／第三者の介入(多人数で解決)。いずれの方法にも利点・欠点があり、その場に応じた対応を選択する必要がある。また、解決を手助けするツールとして「Jonsenの4分割表」(図2)がある。これを用いることで問題構造の見える化が図れる。

ここまでの講義を踏まえてグループワークが行われた。図3の事例に対して、担当医であれば次の4つの選択肢のどれを選ぶだろうか。①心停止時は蘇生処置をしないこと(DNAR)とする。②家族が決められないので蘇生処置するしかない。③弟が理解するまで説明し、方針を決

- ・72歳女性 複数の脳梗塞歴があり準寝たきり
- ・末期腎不全に対して週3回通院での維持透析を行なっている（車椅子での介護タクシー利用）
- ・自営業の75歳夫と二人暮らしだが、介護力不足が一因と考えられる状況での入院が直近半年で3回ほどあり、今回は食事摂取量低下にて入院
- ・基礎疾患を背景として入退院を繰り返したことに伴う廃用進行によるものと考えられ、改善の見込みは低いという結論になった
- ・これまでは車椅子座位保持可能であったが、入院後の評価では体幹不安定性が増しており、車椅子での透析通院は難しいと考えられた

今後の方針決定のため本人・家族・多職種から意見聴取を行った

- ・本人「食べられなくても良い。人工栄養は嫌だ。家に帰りたい。」
- ・夫「長生きしてほしい。家には帰ってきてほしい。」
- ・主治医「長生きするには人工栄養が必要。今のままで家に帰ったら1ヶ月も持たないかも。透析やめたら1-2週間の命。」
- ・透析スタッフ「透析自体は現状トラブルなくできているが、今後どうなるかは分からない。ADL面からは週3回の通院は難しくなっている印象がある。透析継続できる病院への転院が望ましいのではないか。」
- ・訪問看護師「旦那さんの介護力はもう限界。家に戻っても面倒見きれなくなって再入院になることは目に見えている…。」

図4 グループワーク2の事例



定してもらう。④緊急で倫理委員会を開いて方針を決める。

グループワークの進行は滝川陽希先生が行った。図3の事例についてどの選択肢を選んだのか、その理由、その選択肢の利点・欠点は何かをグループごとに討論した。

医療同意の法的な考え方としては、医療同意権限を持つのは本人のみであり、家族が同意できる法的根拠はない。本人以外の同意は、医療者が最終決定を下すための情報提供に過ぎない。選択肢①のDNARに関しては誤解や誤用が多いことが判明している。DNARは「疾病の末期に救命の可能性がない患者に対して、本人または家族の要望によって心肺蘇生術を行わないこと」と定義されている。DNARが効力を発揮するのは「予想されうる心肺停止時」のみであ

り、指示は主治医が行うもので患者から得るものではない。

引き続きグループワーク2の事例が紹介された(図4)。

この事例は実際にあったもので、何度も話し合いを重ねて結論を出した。このように人生の最後の過ごし方、どこまで治療を続けるのかということは、本人の意思が非常に大事になる。ACP(Advance Care Planning: 人生会議)が世間でも言われるようになった。会議を開くことも大事であるが、日常の中から本人の考え方、死生観などを読み取っていくことが大切だ。ACPはあくまでも本人の思いの根底にあるものを聞き出す作業であり、実際に決めるのはSDM(Shared Decision Making: 協同的意思決定)である。つまり直面している問題について患者と医療者が話し合って、患者にとっての最善を探していく作業である。決められないということも意思表示の一つかもしれない。大切なのは「なぜその選択に至ったか」を明確にすることだ。できれば時間をかけてゆっくりと患者と信頼関係をつくっていききたい。また、医師だけでなく、多職種が入ることによっていろいろな価値観が生まれてくる。同じ職種でも経験年数により価値観が変わる。多くの視点からの検討が重要である。

令和6年能登半島地震： 被災地の今と地域医療の未来

座長：石川県立中央病院 救急科医 長南啓介
鳥羽市立桃取診療所 所長 池田智哉

令和6年1月1日16時10分、能登半島地震が発生した。多数の死傷者が発生し、住宅被害は8万軒以上、最大3万人以上が避難生活を送っていた。今回の震災の特徴は道路災害と断水が多く、復興には非常に長い時間を要することとなった。本セッションでは①被災病院の勤務医の活動、②災害医療の専門家からの報告、③自治医科大学同窓会による支援、④再び起こりうる災害に関しての4つのテーマで報告を行う。

令和6年度能登半島地震の活動報告と今後の課題

石川県立中央病院総合診療科／腎臓内科・リウマチ科(前 市立輪島病院 内科) 小眞頼明斗

私は市立輪島病院勤務中に能登半島地震に遭遇した。発災時、隣接する宿舎には7人の医師がいて直後から診療を行うことができた。看護師は15人が勤務中だった。院内は、非常用電源で電気はある程度使用可能だったが、水道・検査機器・電子カルテなどは使えなかった。電話はドコモのみ一部使用可。地盤沈下で救急車の乗り入れは不可能となった。当初、ガス臭充満のため院外で診療を行ったが、日没後は屋外診療は困難となった。屋内は落下物などが多く、災害時の診療場所に想定していた総合受付フロアは使えず外来部門で診療を行った。

1月1日のトリアージは、赤9人、黄38人、黒5人。赤は開放骨折、挫滅症候群などがあつたが搬送ができず初期対応のみ。正月のためスタッフが不在、市内にいた職員も道路分断で病院に到着できなかった。

1月2日、予想どおり夜中から明け方にかけて大勢の患者が来院した。赤トリアージには肺

塞栓、挫滅症候群の患者がいた。搬送困難のため、86人の入院患者が117人まで増加した。バスが輪島市までたどり着けず、透析患者の搬送も滞った。帰省中の他病院の医師2人が診療に加わった。私も金沢から石川県庁のドクターヘリに同乗して輪島に到着できた。金沢大学病院からDMAT1隊到着。電子カルテ、ポータブルレントゲン、CTが使用できるようになった。自衛隊の大型ヘリコプターで重症患者8人を搬送した。

1月3日も大量に患者が押し寄せた。赤トリアージに喘息、ショック、脱水、高血糖、低体温、COPD急性増悪などがみられた。物資枯渇により患者に薬や食事の提供ができなくなった。断水で衛生管理ができない。DMAT14隊が到着し災害対策本部が設立された。患者は可能な限り金沢医科大学に搬送し、入院患者は20人と



特集

なった。DMATの医師が診療に携わり、われわれは休息がとれるようになった。

1月5日からはインフルエンザ、COVID-19、感染性腸炎が増加した。自主避難所や自宅避難者から多くの感染症患者が発生。

1月中旬までは感染症患者が多くみられた。その後は人口減少に伴って患者数も減り、受診者の多くは定期処方希望であった。1月後半にはドライケムの血液検査機器が届き、小規模ながら外来が再開できた。4月1日より通常外来を開始、4月3日から透析業務開始、4月10日から介護医療院も併設できた。

生活面では、1月5日に移動式トイレと給水車が到着。21日には浄化装置を用いた車が届いた。その後、院内の水道は復旧した。慢性期の

課題は休める環境がなく、疲労の蓄積がみられたこと。スタッフの休息のため、中長期的支援が必要な状況だった。

全国から237人の看護師に支援をいただいた。自治医科大学からは現地医師の疲労緩和を目的として支援いただいた。毎週木曜日から日曜日に自治医大卒業生が当直や救急業務を代行してくれた。

繰り返す余震、蔓延する感染症、自分も感染する可能性もあり、不審者が来る状況下での診療は想像を絶するストレスであった。陸路・空路・海路が分断し患者搬送に難渋した。スタッフの多くが被災者で、生活環境を整えながら診療を行うこととなった。

令和6年能登半島地震における保健医療福祉の支援活動

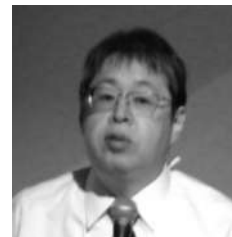
独立行政法人国立病院機構本部DMAT事務局 次長 三村誠二

災害医療は地域医療の延長線上にある。日本は自然災害の多い国である。一つとして同じ災害はなく、能登半島地震の本質を図1に示す。

災害医療活動は図2に示すように現地の保健医療福祉施設を支援することが大きな目的となる。

広域災害では組織の秩序が乱れて混沌とすることにより、さまざまな調整が困難となる。最初、石川県庁にDMAT調整本部が設置され、続いてDMAT活動拠点本部が能登総合病院(七尾

市)および県立中央病院に設置された。その後、被害が甚大な輪島・珠洲・能登・穴水の市町にそれぞれに保健医療福祉本部を設置し、さまざまな調整業務を行った。金沢以南には被災患者や避難者を受け入れ、ケアや搬送調整を行う本部を置いた。



能登半島地震の本質

- ・ 甚大な被害のある地域の孤立により
 - ✓ 要医療者(外傷、透析等)のアクセス困難
 - ✓ 病院、社会福祉施設、避難所の環境(水、食料、暖房)改善遅延
 - ✓ 支援者環境確保困難、支援の制限
- ・ 高齢化率の高い地域の被災により
 - ✓ 防ぎえる死亡だけでなく悲劇の低減が課題
 - ✓ 復興の目標設定が困難

図1 能登半島地震の本質

支援活動の目的

病院・社会福祉施設・避難所の

- I. 患者・入所者・住民の医療提供継続・医療アクセス確保
 - 要緊急医療者の初期診療、搬送
- II. 最低限環境確保と緊急避難搬送
 - 飲料水、食料、暖房環境確保と生活に耐えられない方の広域避難搬送
- III. 継続可能な保健医療福祉体制の確立
 - 能登、石川中部・南部の病院・施設・診療所機能維持支援
- IV. 地域の保健医療福祉体制の復旧

⇒防ぎえる災害による死亡、悲劇の低減

図2 支援活動の目的

2月末の時点で、DMATが1,139チーム、JMATが662チーム、日赤が441チーム、そのほか非常に多くのチームが活動した。孤立地域では現場から自助・互助で救出されても、医療機関にたどり着けず避難所に収容されている患者が多く見られた。自衛隊、NPO(ピースウィンズ・ジャパン)が地元のDMATと力を合わせて孤立している避難所をチェックし重症者の搬送を行った。病院の最低限の環境確保(ライフライン、食料など)は1月6日であった。

在宅医療者に関しては、透析患者は能登北部4市町で空路・陸路により145名の患者を県南部に搬送、1月11日に全ての被災患者にアクセスでき、緊急要医療者がいないことを確認できた。在宅酸素療法の患者は石川県全体で1,400人であったが、1月2日、在宅酸素療法提供3社合計で100人前後の酸素利用者と連絡がとれなかった。6日、連絡不可能な患者について市町村に連絡して避難者リストから所在確認を開始。自衛隊・警察・DMATと連携し安否確認を開始。11日に全員と連絡がついた。

状況を確認し支援する上で大変だったのが高

齢者施設であった。病院は広域災害救急医療情報システム(EMIS)に全施設が登録されているが、高齢者施設は管理体制が異なるため登録するためのシステムがなく、リスト化とチェックに時間を要した。最低限の環境確保手配が行えたのは1月11日であった。

倒壊危険による病院避難は1月8日がピーク、少し遅れて福祉施設避難も行われた。これらの避難を支えたのは、金沢市内のスポーツセンターに設置された1.5次避難所や、いっとき待機ステーション(要介護者が入所)で、避難患者の一時受け入れとして機能した。

福祉施設再開のロードマップも設定し、ライフライン支援、物資支援から人的支援の調整も行った。避難所や新規に発生した傷病者の支援も必要であるが、すでに多くの患者・入所者を抱える病院・福祉施設を支援することが地域の支援につながると考えられる。災害からの復旧・復興は地域医療を取り返す、取り戻すということに尽きる。医療・福祉・保健を取り戻すことを支援するのが災害医療の役割である。

自治医科大学同窓会支援プロジェクトのコンセプトと概要： 医療の谷間はそこにある

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 菅野 武
東北大学大学院医学系研究科消化器病態学分野 准教授

1月4日に同窓会で能登半島地震の被災地支援を決定した。私は宮城県出身で東日本大震災時に支援を受けた縁もあり、今回は本部事務局として活動をした。支援は「人的・情報・金銭」の3本柱とし、スローガンは「頑張る仲間を休ませよう！」である。

9日、情報収集を行うべく拡大Zoom会議で大学本体や石川県内の卒業生を含めて相談をした。被災地内医療機関の人が疲弊しないよう、急性期でなくてもできることの調整を重ねた。2月1日に市立輪島病院への支援派遣が決定し

た。2月15日から4月25日までの2ヵ月間、毎週1人ずつ第10次まで派遣した。本部支援者・現地派遣者を合わせて59人の活動となった。5月24日をひと区切りとして解散式を行った(図)。

被災地域の公的職員は被災者にもかかわらずSOSを表明しづらい。また当該地の公的医療機関には自治医大卒業生が多く勤務していることから「医療の谷間」とであると判断した。DMATが



タイムライン

本部支援者・現地派遣者合わせて59名

1月4日	発足 同窓会で令和6年能登地震の被災地を支援決定
5日	■初回Zoom会議開催(支援の3本柱 人的・情報・金銭 を決定) スローガン「頑張る仲間を休ませよう！」に決定
9日	拡大関係者Zoom会議(自治医科大学、石川県内勤務者を含め)
11日	別働で現地入りした卒業生から現地の様子をヒアリング(Zoom)
17日	同窓生全体へ 人的および金銭的支援募集開始
2月1日	輪島病院への支援派遣決定
15日	第1陣 石川県庁災害時保健医療調整本部挨拶を経て輪島入り 第2-9陣 毎週1チーム派遣(木曜日/週) 輪島病院
4月18日	第10陣 宇出津病院支援 現地入りは第10陣まででのべ24名
4月27日	小野プロジェクトリーダーほか有志が石川あいさつ、拠点終了
5月24日	解散式(Zoom)

図 同窓会支援のタイムライン

引き上げるタイミングで我々の支援が入るように調整し、過剰な押しかけボランティアとならぬよう事前のブリーフィングで周知も重ねた。

現地派遣は延べ24人、それ以外に遠隔支援者(本部)と派遣者を送り出した医療機関の代替業務遂行者、募金寄付など、多くの支援が行われた。「人的・情報・金銭」の3本柱を業務に落とし込んで実活動とした。そして、日々更新され

る被災地からの情報はICT(Slack, Zoom)を駆使してチーム内で共有できるようにした。

災害時医療と地域医療には共通点が多い。求められていることに応え、仲間たちと協働して地域社会を維持してゆく。我々ができたことは限られたことだったが、「一隅を照らす」ことで共感してもらい、思いは広がることを知った。

防災と健康の拠点構想について —令和に描く、普段使いできる城—

紀宝町立相野谷診療所 所長・紀宝町地域医療研修センター長・紀宝町健康危機管理官 森本真之助

私は自治医科大学在学中に東日本大震災を経験した。今後発生が予想される南海トラフ地震では国土の約3分の1が被災する大災害となると言われており、自治医大卒後の義務年限中は、自分の故郷で災害時につらい思いをする人が減るようにと災害医療の道を志して、DMAT隊員となった。この度の能登半島地震では、三重県庁のDMAT調整本部で活動した。私が3年前から診療所医師として勤務する紀宝町では、南海トラフ地震対策として、防災対策課が中心となり、横断的な連携のもと防災対策を行っている。医療についてもチームの一員として重要な役割を担っており、私は診療所長としてだけではなく、健康危機管理官として事業計画全体の策定

に参加している。

能登半島地震同様、災害時は多機関からの救助・救急を目的とした緊急支援チーム派遣が迅速に行われる。一方で、その被害の範囲と程度から、南海トラフ地震の場合、一部の地域に対して支援の到着が大幅に遅れる可能性があるといわれている。それゆえ、最先着の機関から連動していき、多機関連携が展開しやすい受援体制づくりが地方では重要である。

半島という地形において「籠城」は重要な戦略とされている。能登半島地震でも輪島市をはじ



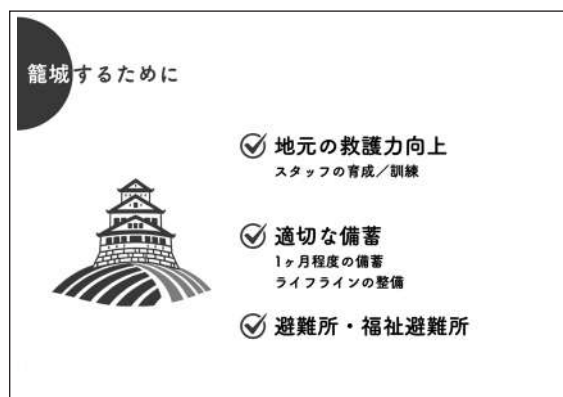


図1 籠城に必要なもの

めとした各地の病院で籠城作戦が取られており、その支援に人員や物資が投入され、搬送システムも構築された。これを受け、紀宝町では籠城しやすい受援計画をデザインしていく必要があると考えた(図1)。具体的には、支援を待つ間に寝たきり・認知症・難病の方へのケア、妊産婦や在宅酸素療法の方などに手を差し伸べられるよう、地域の救護力を向上する。また、備蓄はどの程度行うか、ローリングストックに適切な備蓄は何かを再度検討し、避難所や福祉避難所のあり方も検討を続けていく。もちろん、緊急時に津波から非難する避難場所や、体制構築のための集合場所や安否確認の方法、水道の破損を中心としたライフライン障害を念頭にお

いて、中長期的に生活する場所を準備しておく必要がある。

紀宝町では現在、受援のための防災救護拠点施設整備を検討している。フェーズフリー“普段使いできる城”にデザインすることで、コストに関しても配慮した上で、地方創生の事業としても展開できる。普段使いの用途には図2に示すものがある。

西田健紀宝町長は、新たに防災と健康を合わせた造語「防健(ぼうけん)」を打ち出し「ぼうけんのまち、紀宝町」を事業コンセプトとして発信している。次年度の事業として、地域医療で活躍する医療MaaS(Mobility as a Service)車両のオンライン診療システムをオンライン地域医療研修や、災害時の遠隔診療に利用する防健MaaS事業を進めている。また 防災と地域医療の各種取り組みは紀宝町内だけでなく全国で出前開催するなど、防健ネットワークを構築するために地方自治体同士での連携を深めている。

さらに、この活動を論文にまとめるために、現在国際医療福祉大学大学院博士課程で指導を受けている。災害医療とEBM、さらにエビデンスに基づいた政策づくりEBPMを実践できる医師を目指して今後も研鑽を積んでいきたい。



図2 普段使いの防災拠点

芳珠記念病院 －JADECOM看護支援プロジェクト－

地域医療振興協会 理事・日光市民病院 管理者 杉田義博

JADECOMはDMAT, JMAT等を通して能登半島地震の支援を行うとともに、後方支援病院として被災地の患者、特に高齢者の受け入れ施設の一つとなり、自らも被災しているにもかかわらずオーバーベッドの状態で患者を受け入れることになった芳珠記念病院への看護支援を行った。令和6年2月1日から3月16日まで高度急性期病院から無床診療所を含む多様なJADECOM7施設から10人の看護師が延べ118日にわたって参加、調整はJADECOMの地域看護介護部の中嶋浩実次長が行った。

芳珠記念病院は石川県加賀地域の能美市にある183床の中核病院で、仲井培雄理事長は自治医科大学8期卒業、地域包括ケア推進病棟協会の会長でもある。今回は併設する小規模多機能型居宅介護事業所を宿舎として整備し、支援看

護師と自治医科大学同窓会の支援医師の宿舎として提供いただいた。45日間、常時3人が空白を作らぬよう支援し、引き継ぎを支援看護師同士で完結すること

で、受け入れる病棟看護師の負担を減らすよう心がけた。

支援終了1ヵ月後の4月26日にJADECOM本部において支援に携わった看護師、送り出した施設の看護部長、芳珠記念病院の仲井理事長、大西看護局長らが集まり、支援発表会が行われ、支援の記録や支援を通して学んだことを発表した。10月に開催されるJADECOM学術大会では、今回の看護師による災害支援についてさらに深く振り返るセッションを行う予定である。



総合診療医のキャリアパス

座長：県北西部地域医療センター国保白鳥病院 病院長 廣瀬英生

かつて「プライマリ・ケア医」「家庭医」「総合医」などの名前で呼ばれていた医師たちが、専門医制度によって「総合診療医」という名前になったが、働き方や働く場所もさまざまで、そのキャリアパスは未だ明瞭ではない。しかし総合診療医の活躍の場は多様にあると考えられる。本セッションでは、診療所の総合診療医、病院の総合診療医、県内のプログラムによって総合診療医を取得した実例を紹介し、グループワークによって参加者のキャリアパスに関する悩み、課題を拾い上げ共有する。

私の総合診療医研修

市立恵那病院 内科総合診療 後藤貴宏

2018年からスタートした新専門医制度によって、2年間の初期研修終了後、3年目から基本領域のプログラムに登録して専攻医の研修を開始することとなった。自治医科大学卒業生は卒後3年目から7年目まで地方勤務があるため、中核病院での研修が遅れ、専門医取得は9～10年目になってしまうことが多い。岐阜県には6つの総合診療専門プログラムがあり、自分の派遣先と研修内容を考え、私は市立恵那病院の「中山道恵那総合診療地域包括医療研修プログラム」を選択した(図)。

3年目に派遣された国民健康保険飛騨市民病院では、総合診療Ⅱの研修を行った。ここは岐阜県最北端にある81床の病院で、常勤医師は6人。外来や病棟管理、当直など内科系だけでなく骨折なども診たが、困った時には外勤の整形外科専門医に相談できたのは大変ありがたかった。訪問診療、在宅看取りもあった。上下部消化管内視鏡検査、外科系手術の麻酔の時には助

手も務めた。

4年目から7年目は下呂市立小坂診療所に赴任した。ここでは総合診療Ⅰの研修を行った。小坂診療所は有床診療所で、介護医療院と老健が併設。医者は2名体制。外来がメインで、その合間に入院診療、訪問診療、往診を行った。月1回の幼児健診、学校医や産業医、ワクチン接種など外に出る機会も多く、



恵那プログラム (HPより抜粋)

- ✓総合診療医が活躍している地方の病院での研修！
- ✓6つのコアコンピテンシーを獲得する研修
- ✓胎児から高齢者まで関われる総合診療医を目指す！
- ✓総合診療に必要な女性医療の研修、整形外科研修が充実！！
- ✓もう一つの最先端医療である多職種連携による地域包括医療の実践を学べる！！
- ✓病院総合診療医、診療所家庭医どちらもこなせる地域医療医を育成する研修！
- ✓ヘルスプロモーションの実践も学べる！

図 恵那プログラム (抜粋)

6～7年目は所長を務めたので、新型コロナウイルス対策、下呂市の医療体制の会議出席、医師会との関わりなども経験した。

そして8～9年目は市立恵那病院で内科、小児科、救急科、産婦人科などを学んでいる。

現在専攻医7年目で来年には専門医の受験予定である。地域研修を長くしたことで、元気なところから診ている人の死や診断が遅れたことへの後悔など、長くいたからこそできた地域との関わりがあった。一方で、専門医がまだとれていない不安、同年代と比較して診療能力、手技が身に付いていないのではないかという不安がある。新専門医制度ができてそれ以前と比較すると、むしろ改善しているように思う。しかし、かつては初期研修以後の進路は個人の自由だった

のに対し、現在は卒後6年目程度まで専攻医としてやっていかなくてはならないので、義務と同時にこなせないと遅れてしまうという劣等感を感じる。

2021年から日本専門医機構による基本領域専門医の認定が始まり、現在311名の総合診療専門医が生まれた。総合診療専門医を取得した後、勤務する場所が一般的な医師と違いがあるのかというのを比べてみたが差はなく、一般病院49%、診療所33%、大学病院18%という状況である。

専門医を取得した後、自分はどのような方向に進むのか、まだ全く見えない状況なので、グループワークでぜひ皆さんの意見や経験を教えていただきたい。

チームや仕組みで活きる総合診療医

県北西部地域医療センター国保白鳥病院 副院長兼地域連携室長 伊左次 悟

私は自治医科大学26期卒業で、現在県北西部地域医療センター国保白鳥病院で勤務している。移行措置にて総合診療専門医と指導医を獲得した。

平成17年(2005年)4月に、私は岐阜県の北端の白川村に赴任した。白川村には2つの診療所があり、医師一人体制であったが、ポートフォリオや遠隔の指導医との振り返りを継続しながら、プライマリ・ケアの心の診療や、住民が住み慣れた村で暮らし続け、最期を迎えられるような取り組みを一生懸命行った。10年そこで継続したが、1人で継続性の維持・保障は不可能だと考えるようになった。

11年目の2015年4月に県北西部地域医療センターが立ち上がり、白鳥病院を基幹病院として郡上市、高山市、白川村の診療所の医師が相互支援をする仕組みに加わるようになった。当初、私は白川村にいて白鳥病院の3人の医師の支援を受ける形だったが、現在は、別の医師が白川村に赴任し、私は白鳥病院に勤務して2人の医

師と一緒に逆に白川村を支援している(図)。

今の体制になって10年が経過した。私の後に白川村に赴任した医師は内科志望で、家庭医療専門医を取って白鳥病院に勤務し、現在は県内の別のへき地診療所の所長として仕事をしている。その後に入った医師は総合診療志望で、家庭医療専門医を取得し、現在は白鳥病院で勤務している。その次の医師は今白川村で3年目になった。気づいたら3代が入れ替わった状況になっている。

現在、県北西部地域医療センターでは、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療後期研修プログラム修了者3名、診療プログラムの当プログラムを研修中が2名、他プログラムの総合診療Iの研修中が1名、修了者が1名。新・家庭医療プログラムの研修中が1名という状況である。



これまで10年間は					
	月	火	水	木	金
午前	白川	平瀬	白川	平瀬	白川
9時00分～ 12時00分	伊左次	伊左次	伊左次	伊左次	伊左次
午後					平瀬
14時00分～ 17時00分					伊左次

センター移行1年目					
	月	火	水	木	金
午前	白川	平瀬	白川	平瀬	白川
9時00分～ 12時00分	伊左次	黒川	伊左次	伊左次	伊左次
午後	平瀬	平瀬	白川	(平瀬)	白川
14時00分～ 17時00分	藤川 (伊左次)	黒川	後藤 (伊左次)	(伊左次)	黒川 (伊左次)

センター移行2年目					
	月	火	水	木	金
午前	白川	平瀬	白川	平瀬	白川
9時00分～ 12時00分	黒川	伊左次	黒川	黒川	黒川
午後	平瀬	平瀬	白川	(平瀬)	白川
14時00分～ 17時00分	藤川 (黒川)	伊左次	後藤 (黒川)	黒川	伊左次 (黒川)

CENTER for Community Medicine in North-Western Gifu prefecture 2016

図 医療体制の変化

キャリアパスを考える上で、総合診療専門医というものが、現場での力量(臨床能力+ α)の一定の保障にはまだまだなっていないのではないか。現状ではまず働く私たち自身と、私たち

の働く場が総合診療医の多様なキャリア形成と働き方のモデルを示していけるような環境作りをしていかなければいけないと思っている。

診療所の総合診療医

～他科専攻医 → 総合診療医とキャリアチェンジした立場からも～

南高山地域医療センター センター長/高山市国民健康保険久々野診療所 所長 阪 哲彰

私は自治医科大学35期で、現在岐阜県飛騨地方、高山市の診療所に務めている。学生時代から血液内科を志望しており、医師8年目で一度義務年限を停止して自治医大の血液内科で専攻医として勤務した。その後のキャリアとして、岐阜県の基幹病院で血液内科医として勤務する計画でいたが、コロナ禍となり残業・夜勤も増加、家庭内のイベントも重なり家族の適応が難しく、仕事との両立が難しくなり、妻の実家がある高山市の診療所に勤務するに至った。

高山市の医療の概要

高山市は、約18年前に旧高山市と周辺の9つの町村が合併して、概ね東京都と同じぐらいの面積となった。人口は約9万人。市の中心部には基幹病院もあるが、周辺の旧市町村には医療機関が少なく、市は旧周辺町村部の6つの地域に国保診療所を置いている。飛騨地域は二次・

三次医療機関の医療者が不足しており、慢性期疾患を中心とした入院や終末期医療の受け入れ先が少ない。また中核病院に在籍する専門医の数も少ないのでプライマリの場で対応すべき疾患が非常に多い。

私が勤務しているのは、高山の南東に位置する久々野・朝日・高根地域の3診療所で、この3診療所は「南高山地域医療センター」と称して連携を取っている。具体的には医師だけでなく、看護師や医療事務も曜日によって3診療所を移動し、3診療所全体に勤務することで、どの診療所でも同じようなスタイルで勤務できる状態を可能としている。そのために診療体制、院内ルールなどの情報共有については常に綿密に



行っている。

診療所は内科・外科・小児科・整形外科を標榜し、午前に外来・午後に訪問診療や予防接種事業を行っている。先述のとおり中核病院に在籍する専門医の数も少ない関係上、特に内科においては病院の各専門科で行うファーストタッチレベルの診察や検査を行うことも稀ではない。私自身は血液内科の経験から慢性血液疾患の外来等を行うほか、血液疾患の在宅看取りや、在宅輸血の推進に向けて準備を始めているところである。このほか、国保診療所である立場上、行政に関わる医師としての仕事も担っている。

診療所の総合診療医について

診療所では患者の生活・家庭と近く、患者にとってのアウェー感が非常に少ない文化があると思われる。そのような観点では図のような利点が挙げられる。

私自身は病院勤務の専攻医から診療所の総合診療医になったことで、病院勤務の専門医・ハイボリュームセンターの勤務医としての視点を持つことができた。また義務年限のキャリアの中で診療所から三次救急・大学病院まで、全規模の医療機関での勤務を経験したので、それぞれの医師の役割を知ることができたのは連携の上でも非常に大きいと思っている。また実地で臨床研究や学会発表の基礎・考え方を知ることができたのも重要であったと考えている。そういった意味では将来的に診療所での勤務を考えている人も、病院勤務や専攻医として勤務して培った経験は大事だと思われるし、逆に現状の

診療所の総合診療医の利点

- ・慢性期（普段）の管理＋普段の生活から見える
- ・通常の治療の他、生活や習慣の部分にフォーカスを当てて方針を立てやすい
- ・在宅での管理や在宅看取りへの移行・連携がしやすい
- ・行政や介護サービスへの医療機関からのアプローチ・連携が容易
- ・患者だけでなく、地域へのアプローチをかけやすい
- ・複数の診療所や何人かで連携体制をとれる場合はライフサイクルにあわせての助け合いを可能とできることもある



図 診療所の総合診療医の利点

勤務で生活が辛いと考えている人や医者に向いてないかもしれないと思っている人は、ぜひほかの規模の医療機関での勤務も考えてみてほしい。いずれの場合にせよ臨床能力や調べて学ぶ習慣・情報収集能力を身につけていることはキャリアチェンジの難易度を下げる要素になるのではないと思われる。

「地域医療を真面目にやっていたら専攻医は問題ない」、「義務年限で勉強が遅れたと感じたことはない」というようなことをよく聞くと、この話は半分本当で半分は偽だと個人的には思っている。大事なことは将来を見据え、義務年限の期間をいかに過ごしていくか、目の前の仕事とどうつなげていくかを考えていくことであり、漫然と義務年限をやっているだけでは後悔することがあるかもしれない。

患者のWell-beingについては議論されるようになってきたが、医師も含めて、医療者側のWell-beingも考え、自分が一番輝ける、あるいは一番幸せに働けると感じるような環境、キャリアを選択していただきたい。

総評

3人の演者の発表の後には、学生、研修医、専攻医、ベテラン医師が混交したグループに分かれて、「自身のキャリアパスで今後不安なこと、ベテランの先生は昔不安だったこと」について、20分間のグループワークを行い、発表した。

最後に、地域医療研究所長の山田隆司先生から次のような総評があった。

「専門医機構でも、家庭医的な総合診療専門

医と病院総合医がしばしば議論の的となっており、総合診療医という枠組みのキャリアパスはまだまだ不明確である。しかし、一定の地域で限られた人々を長く診るという医師のスタイルは、1つの典型的なモデルだと私は思っている。そこで得られる患者さんや地域との信頼関係は、医師としてやりがいを感じるだけでなく、とても楽しい。そういったフィールドをぜひ若いうちに一度経験していただきたいと思う」。

医師の働き方改革で、 地域医療はもっと魅力的になる

座長：独立行政法人地域医療機能推進機構 桜ヶ丘病院 内科医長 寺田修三
日本赤十字社 伊豆赤十字病院 古谷賢人

2024年4月1日から医師の働き方改革が施行された。働き方改革は常態化している医師の長時間労働を改善し、医師の健康を確保することを目的としている。そして質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供しようというものである。これにより病院には労務管理の徹底や労働時間の短縮など、職場環境の整備は必須条件となった。一方で、日本の女性医師数は年々増えており、この制度改革を女性医師にとっての一つの好機と捉えることもできる。

本セッションでは、4人の医師が各々の働き方改革を紹介する。

休日入院診療のオンコール制導入は医師の満足度のみならず 診療実績の改善をもたらす可能性がある

磐田市立総合病院 消化器内科 科長 金子淳一

私は自治医科大学31期卒業で、義務年限終了後、磐田市立総合病院の消化器内科に勤務している。当院は診療科34科500床で、医療圏を越えて患者がやってくる砦のような病院になっている。

2024年4月からスタートした医師の働き方改革において医師の十分な休息の確保は重要な課題であると思う。当院は主治医制をとっていたが、2019年から前部長の山田貴教先生(現浜松医科大学光学医療診療部)を中心として休日当番(オンコール)制を採用することにした。具体的な内容を図に示す。休日オンコール制の評価項目として、①医師の満足度、②時間外労働時間、有給休暇取得、③入院診療実績を設定した。結果、休日を安定して確保できるという理由で医師の満足度が向上した。「自分の患者を他の医師に診られていやだった」といったネガティブ

な意見はなかった。時間外労働時間の減少はなかったが、有給休暇取得日数の増加、入院診療実績の改善を認めた。



とはいえ、導入初期にはいろいろな問題が発生した。なかなか取り組みが浸透しないということがあったが、取り組みの担当者を決めて進めた。若手が当番でないのに出勤してしまうこともあったが、休日に出勤したことは誉めずにすぐに帰した。病棟看護師から主治医に連絡が入ってしまうこともあったが、各病棟に当番表を配布し周知させることも重要だった。医師間の方針の違いには、休日ごとにカルテへの明確な方針記載を指導した。また急変・事故時の連絡が必要な場合には、オンコール医師から主治医へ連絡・相談するこ



図 休日オンコール（当番）制を導入

ととした。

医師の集団というのは、多様性はあるがバラ

バラな集団なので、Diversity & Inclusionが課題である。Diversityが有効に働くには心理的安全性が必要であり、当院の休日オンコール制の導入は、安心して他の医師に仕事を任せて休める、他の医師の患者を責任をもって担当するというで、組織としての心理的安全性の向上につながっている。

そして、2024年度、当科に医師の異動に伴う人員減少が生じた。当科はこの窮地を打開すべく次なる方策を考え、持続可能な働き方改革の実現を目指している。

へき地診療所のなんちゃってDXの取り組み ーオジさんも一生懸命頑張っていますー

山口市徳地診療所 管理者兼診療所長 中嶋 裕

私は山口県の25期卒業で、現在山口市の山間部、人口約5,000人の地域にある山口市徳地診療所の所長を務めている。徳地地域はかなり面積が広いが常勤医がいる医療機関は当院のみである。開設して4年目を迎え、患者数は平均45人、多い時で75人を超える。プライマリ・ケアの外來をやっているため、多種多様な訴えや処置があり、時には救急搬送もある。午前と午後の外來の合間に訪問診療や往診も行っており、在宅医療にも力を入れているため、訪問看護の指示やケアマネージャーの訪問もある。このマルチタスクに対応するために当診療所が導入した3つのDXの取り組みについて紹介する。

1つは「きりんカルテ」というクラウド型の電子カルテの使用である。看護師は診察前に患者の問診を行い、電子カルテに入力する。私は診察前に看護師の問診記録を閲覧し、患者の情報を確認する。私が書き込んだ内容も、スタッフが一斉に情報共有できるし、カルテは自宅でも閲覧可能なので、時間外の問い合わせにも対応できる。

2つめはSNSの活用だ。診療所内でスタッフが医師に問い合わせたいことは、直接口頭や紙

のメモではなくMicrosoft Teamsを利用している。

私は電子カルテを見ながら、Teamsの画面から目線や位置を変えず返事や指示が可能なので効率が



よいし、言った言わないの削減、チーム連携の見える化にもつながっている。地域の中の連携先事業所との間ではMedical Care Stationという医療用SNSを使っている。これによって患者状況のチーム全体への共有や、個別やり取りではなくグループチャットで一元化できるようになった。医師とケアマネというのは意思の疎通が難しい時もあり、やはり医師と看護師とケアマネの3者で、意見を話し合いながらやれるSNSは効率と安全性がよいと感じることもある。

3つめは巡回診療車による無医地区の巡回診療である。月2回、無医地区の住民に公民館に集まってもらって、巡回診療を実施している。1回は私の対面診療で、もう1回は私自身は診療所にいながら、巡回診療車に搭載したオンラインデバイスを使用して診療看護師が診療する



図 徳地診療所の DX の活用例

(図)．現地に行かなくてもよいので、その間、医師は別の仕事に対応でき、2倍の働きができるシステムだと思う。またこの方法は医療自体を変えていくのではないかと期待している。看護師が現地で地域の人と語り合うことになり、癒しの効果は大きく、普段医師には言えない患者の声が拾えていると感じるようになった。

DXは便利なツールであるが、一方で年配の

スタッフやパソコンが苦手な人にとっては大変なこともある。情報がきちんと伝わるということが大事なので、時にはアナログ・トランスフォーメーションで対応しつつ、DXのいいところ取りをして、コミュニケーションを取りながら、今後も患者さんにより良い医療を提供していけるようにしたいと思っている。

気をつけよう！ 女性医師支援と働き方改革の落とし穴

淀川キリスト教病院産婦人科 医長 柴田綾子

現在、大阪の淀川キリスト教病院で産婦人科専門医として勤務している。当院は地域の周産期センターと二次救急を担当している病院で、分娩数は年間1,100件、婦人科手術が年間約300件、11人の産婦人科医師のうち女性医師が7人で、育児中が4人いる。

今日は、女性支援における落とし穴として、「フルタイム症候群」と「マミー/パパトラック症候群」について話したい。

1つ目のフルタイム症候群というのは、フルタイムの勤務以外の人を「あまり働いていない」と感じてしまったり、彼らのスキルアップを考慮できない状態を指しており、この要因には、

不平等な報酬体系や不平等な勤務・休息体系が根本にある。2つ目の「マミー/パパトラック症候群」はもともとマミートラックと世界的に呼ばれていたものにパパトラックを私が勝手につけた。家庭を優先することでキャリアが犠牲になってしまうことで、要因として働き方の多様性の欠如、キャリアプランの支援不足などが挙げられている。フルタイム症候群やマミー/パパトラック症候群が職場で流行ると、育児と仕事の両立が難しくなり、やりがいのある仕事が



少なくなり、周囲に申し訳ないという気持ちから育児中の医師が辞めてしまう。育児中の医師がいなくなると、当直やオンコールの回数が増えたり、外来・手術・担当患者が増えるということで、残った周囲の負担が増えてさらに悪循環に陥る。

ではどのような働き方改革が必要かというと、基本的には育児中の医師だけでなく、「スタッフ全員の負担軽減」を目標にする必要があり、育児中の人もそうでない人も臨機応変な勤務体系にできるようなシステムを考える必要がある。

そのために現場でできる働き方改革の4つのコツ(図)を提案したい。まずやることは時間外のカンファレンスを廃止すること。当科もそれまでは夕方6時からカンファレンスをしていたが、今は昼休みや、金曜日は外来のスタートを30分遅らせて、カンファレンスをする形に変えた。また、医師の働き方改革は医師だけでは難しいため、院内全体に啓発の案内等を貼るのも効果がある。当院では病院のホームページで「医師の働き方改革をしていること、チーム医療をしていること」を案内しており、患者さんへの説明がしやすいと感じる。

次に主治医制を廃止し、複数担当医制・チーム制の導入である。土日は当直医制にし、平日

の日勤帯は病棟に1人、毎日日替わりで病棟管理をする医師を置いている。チーム制/病棟医制が上手くいくためには診療録・申し送りをしっかりすることが大切だ。また、病棟・外来の看護師へも主治医制の廃止を事前に説明し、時間外は主治医ではなく当直医へ連絡することをルールにしている。チーム医療が機能するには情報共有ツールが重要である。当科でも無料のアプリを使って、申し送りや変更事項など、例えば「子どもの発熱で休みます。今日の午後、外来を変わってください」とか「外来が混んでいるからヘルプで1人下りてください」、「今から緊急手術をするので、誰か手伝ってください」など、常にやり取りをしている。

女性医師が増えると大変だとよく言われるが、世界的にみて、日本は女性医師の割合がOECDで1番少ない。「女性医師が増えると医療が崩壊する」というのは全く成り立たない。「まずはやり方を変えてみませんか?」という提案をしたい。思い込みを捨て、「残業はしようがない」というのを止めよう。「全員がフルタイム勤務で働かなければ駄目」という考えを捨てよう。これからの時代は、多様なメンバーがいるチーム全体で診療を提供するシステムを考える必要がある。

女性医師の立場でみる働き方改革について ～働き方改革こそチャンス～

自治医科大学総合診療部門 医師・研究キャリア支援センター 石川由紀子

私は医師28年目で、自治医科大学附属病院総合診療部門で診療しながら、医学生・卒業生のための女性医師支援、大学職員のためのキャリア支援の活動をしている。その中で、ライフイベントの問題に直面し、続けられないのはいかという相談も舞い込む。

我が国の女性医師割合はOECD 38カ国中最下位。しかし国家試験合格は34.6%、医学部合格

は40.2%であり、女性医師割合は急速に増加することは確実である。

働き方改革施行前は、日中勤務後に当直そしてまた日中勤務といった働き方が通常であり、残業が1週間100時間を超える医師も多かった。変形労働時間制では、当直も労働時間に含めるため、日中に働かない日を作る必要がある。つまりこの日勤帯に働ける人材の確保が必須であ

り、いかなる人材も離職させてはならない。したがって、働き方改革こそ、女性医師にとってチャンスではないかと思う。

働き方改革で今注目されているものに、タスクシェア、タスクシフトがあるが、女性医師のキャリア継続のために必要なのは「支援制度」と「心の持ち方」である。

「支援制度」には、時短制度・病児保育がある。

「時短制度」については、国の制度では子が3歳までの週30時間時短がある。3歳を超えても時短でなければ勤務が継続できないという現場の声を集約したことで、自治医大では、子が小学校3年生終了時まで継続可能とする、独自の週30時間時短が利用できるようになった。

コミュニケーションツールも有用である。当科では4人の時短職員が外来診療に従事しているが、朝7時からラインが鳴る。「子どもが発熱したので預けてから出勤します」「了解しました。慌てないで」と、医局が開く前から調整のやり取りができる。岐阜県の県北西部地域医療センターではこのツールに管理職も加わっており、診療所の医師が出勤できなくなると早朝であっても緊急にシフトの変更を行っているという。お互いの事情を考え、思い合って工夫すれば、地域医療全体にも適用できるアイデアにつながると考える。

熱を出したときに役立つ「病児保育」。自治医大内には、保育ルーム「あいりす」がある。病児保育は流行状況により空きが出るため採算が合わない事業であるため、地域によっては運営が

困難であるという現状がある。このため、「あいりす」では今年度より「子ども子育て支援金」の交付を受けることとなった。市の委託事業となるため、住民が利用できるようになるため、職員の子が利用できる枠が減るといった懸念もあったが、現在のところ問題はなく保育料も1時間150円と抑えられメリットを感じている。

ICT化では予約システム「あずかるこちゃん」を紹介したい。スマホで市内の病児保育の空き状況を確認して予約することができる。発熱した子どもを抱えて、書類を書いたり空き状況を確認するのはつらい作業であるが、一気にスマホでできることで手間を減らせて、気持ちも楽になると考える。

さらに重要なのは「心の持ち方」である。育児世代は自己肯定感が下がりやすいので、悩みを相談できるつながりがあるとよい。自治医大では職員のために、Jichi Joy Caféという会を作っている。

医師のジェンダーギャップ克服のためには、個人、コミュニティ、社会それぞれのレベルでの活動が必要で、個人においては心の持ち方、そして制度を知って利用すること、社会、国レベルではさらなる制度整備および意識改革が必要である(図)。

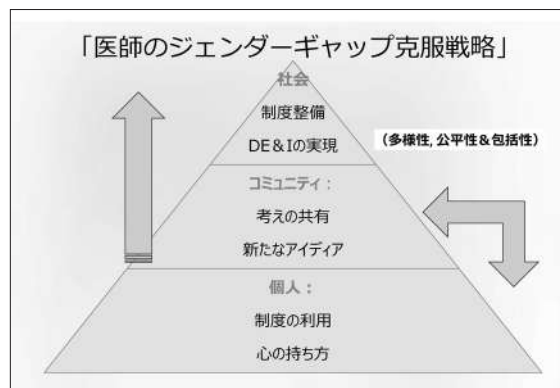


図 医師のジェンダーギャップ克服戦略

RESIDENCY DEVELOPMENT ENRICHES RURAL COMMUNITY PRACTICE

研修プログラムの立ち上げで地域医療を充実させる

オレゴン健康科学大学 Residency Director JINNELL LEWIS, MD

座長：台東区立台東病院 玉井杏奈

プログラム概要

私たちは、へき地の医療に重点を置いたオレゴン健康科学大学(OHSU)のスリーシスターズプログラム(OHSU THREE SISTERS RURAL TRACK PROGRAM: RTP)を2022年から実施している。このプログラムの目標は、「思いやりや多様性を重視した、包括的な家庭医療を教育・実践すること。ひいては十分な医療ケアを享受できていない地域や集団が、質の高い医療を受けられるようにすること」と掲げられている。

プログラム形成のプロセス

このプログラムは2018年頃、私の当時の指導教官から提案され発進した。最初は大学関係者の間でのさまざまな意見交換や地域でのニーズ調査を通じて、プログラムの内容を形成し、助成金の申請を行った。その後、プログラム統括責任者の選定が話し合われ、プログラム実施地域での知見と経験があることから、上司の推薦を受け、2021年に私が統括責任者に就任した。その後、現地医療機関のニーズ調査等をチームで行い、同時に資金調達の準備を進めた。2022年6月、米国卒後研修医学教育認定協議会(ACGME)にプログラム申請し、受理され、同年11月にプログラムが正式に認証された。2023年から、プログラムのWEBサイトを立ち上げ、SNSやインスタグラムなどを通じて広報活動を開始し、研修プログラムに参加する医師や医学生のリクルート活動を開始した。2024年3月、研修者が決まり、6月に第1期生の3名が州都

ポートランドでの研修を開始した。これら研修生は、2025年8月からへき地のクリニックなどでの2年間の医療実習を行う予定である。



プログラムの拠点となるマドラスは、人口が約8,000人、ポートランドから車で2時間半の距離に位置する自然豊かな地域であり、文化人類学的に多様性に富んでいる。住民の3分の1はメキシコ出身の有色民族、また3分の1は先住のインディアンからなり、それぞれ民族特有の文化的背景がある。異なる文化的背景を持った住民との協働を進めることは、へき地の医療プログラムを他地域へ発展させる上でも有益と考え、この地域を選定した。

オレゴン州中部のポートランド市にOHSUの研究所があり、また、3つの医療機関(St. Charles Madras Family Care Clinic, Mosaic Community Health – Madras Health Center, Indian Health Services (his) Warm Springs)とワクチン接種や感染症対策を行う保健センターなどの医療機関がある。しかし、これまで、これらの組織の間で相互の協力関係はなかった。研修プログラムが始まることで、へき地の医療改善という共通のゴールを目指して、住民を含むさまざまな関連機関との協力体制が構築されることとなった。

プログラムのインパクト

プログラムは3つの段階に分けられる。第1

期生の1年間の研修が終わる2025年には3人の医師が養成され、年間900人以上の地域住民を診察することが期待されている。さらに、研修2年後の2026年までに6人の医師が養成され、1,800人以上の住民を治療することが可能となる。そしてプログラム開始から10年後の2034年には、24人の医師が卒業し、統計上、このうち18名程度は医療過疎地域とされるオレゴン州中部に残留すると考えられ、医療へのアクセスが劇的に改善することが期待されている。

専攻医のリクルートと研修プログラムの実施

2023年からへき地家庭医療研修プログラムへの参加者のリクルート活動を開始した。まずはインターネットやSNSを通じた広報活動、大学での説明会、地域集会などへの参加を通じて、600通の応募があり、40人に対して面接を行った。2024年3月、最終的に3人のレジデントが選定された。

研修プログラムは、2024年6月からポートランドでの研修と2025年8月から前出の3つの地域医療機関での実習がある。また、プログラムでは、地元のカレッジ、財団、保健センターを巻き込むアウトリーチ活動を行い、看護師や医療スタッフなどを含む医療関係者との関係を緊密にし、家庭医のへき地での活動が円滑に行われるよう支援を行っている。

地域の病院からの支援

この研修プログラムがオレゴン州では初めてのACGME認定のプログラムであることから、地域の医療関係者からの期待も高く、多くの支援を得られている。具体的には、プログラムの広報活動イベントへの協力、地域の病院からの25万ドルの支援、地域のドナーへの広報活動、学生や医師への教育機会の拡充、医療機材の更新などの支援を地域の医療関係者などから受けることができた。

指導医養成

研修プログラムの一貫として、指導医養成研修も行われている。参加する指導医たちは多忙

であるため、1回のセッション時間は短くし、継続的な研修としている。セッションでは、研修医への指導方法、評価手法などロールプレイなどを交えながら実務的な研修を行っている。しかし、指導医はまだ不足しており、積極的な広報活動によりリクルートを行っているが、次に述べるとおり課題もある。

医師のリクルートと定着

研修プログラムでは、統括責任者を含め主要なスタッフの確保は進んでいるが、指導医が不足している。州と国から資金援助を受けることができ、とりわけ、ACGME認定のプログラムであるため知名度が上がっているが、計画しているポストに空席がある状況である。その理由として、医師の多くがレストラン、学校、病院、教会などの社会的インフラが整っている都市やその近郊での勤務を希望しており、へき地勤務に招聘するのに苦労している現状がある。しかし、へき地では、同じ目的をもったチーム内での緊密な人間関係、地域の住民とのつながり、家族とともに楽しめる地域ならではのアクティビティがあるため、いったん入職した医師は、私を含めて長年この地域で暮らしている。へき地医療の良い点や研究支援などのインセンティブについてインターネットを通じて広報するほか、集会を開いたり、大学で医学生への説明会を行うなど勧誘活動を行っている。現在、特に、①サウンドセラピー、②エクササイズ、③行動療法、④社会活動などの家庭医療サービス分野での専門医の募集を行っている。

地域家庭医療医に要請される6つの能力

プログラムでは、研修と実習を通じてACGMEが定める以下の6つの能力の向上を目指している。

- 医療知識(Medical Knowledge)
- 患者のケア(Patient Care)
- システムに基づく診療(Systems Based Practice)
- 実践に基づく学習と改善(Practice-based Learning and Improvement)

Patient Care 1: Care of the Acutely Ill Patient				
Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Generates differential diagnosis for acute presentations	Prioritizes the differential diagnosis for acute presentations	Promptly recognizes urgent and emergent situations and coordinates appropriate diagnostic strategies	Mobilizes the multidisciplinary team to manage care for simultaneous patient visits	Efficiently manages and coordinates the care of multiple patients with a range of severity, including life-threatening conditions
Recognizes role of clinical protocols and guidelines in acute situations	Develops management plans for patients with common acute conditions	Implements management plans for patients with complex acute conditions, including stabilizing acutely ill patients	Independently coordinates care for acutely ill patients with complex comorbidities	Directs the use of resources to manage a complex patient care environment or situation
Recognizes that acute conditions have an impact beyond the immediate disease process	Identifies the interplay between psychosocial factors and acute illness	Incorporates psychosocial factors into management plans of acute illness for patients and caregivers	Modifies management plans for acute illness based on complex psychosocial factors and patient preferences	Implements strategies to address the psychosocial impacts of acute illness on populations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comments: <div> Not Yet Completed Level 1 <input type="checkbox"/> Not Yet Assessable <input type="checkbox"/> </div>				

図 米国卒後研修医学教育認定協議会が定める家庭医療研修のマイルストーン

- プロフェッショナリズム (Professionalism)
- コミュニケーション (Communication)

これらの能力は、家庭医療研修のマイルストーンとして5段階のレベルに分類され、研修のどの段階でどこまで能力が身についたかチェックできるようになっている。例えば、患者のケアに関する能力について、図に見られるとおり、チェックポイントが整理されている。

プログラムの評価と今後の計画

これまでのプログラムの実施・運営にあたり、中間評価が行われ、医師だけでなく、多職種の医療関係者を参画させるべきという意見が出た。しかし、へき地への医療関係者のリクルー

トは医師に限らず容易ではなく、今後も広報活動を強化し、地域の住民との話し合いや意見交換の場をもっと多く設けたいと考えている。幸い、マドラスは、自然が豊かで、ハイキング、スキー、スノーボード、乗馬などアクティビティが楽しめる魅力的な土地である。実際、私をはじめ、多くの関係者が週末の余暇を楽しんでいる。

今後の計画としては、医師だけでなく、看護師など多職種の教育も学際的に行うことを計画している。また、プログラムを広域展開するためにも近隣地域以外の医学生を集めたサマースクールを企画している。

地域医療におけるWell-being 住民, 地域, 医療者の視点

大阪医科薬科大学 総合医学研究センター医療統計室 講師 西岡大輔
南丹市国民健康保険美山林健センター診療所 所長

座長：医療法人厚生会福井厚生病院 院長 服部昌和

Well-beingの考え方の重要性や、そのために私たちにできること、そして明日からの診療に役立てられることをお話しする。私は普段は大阪医科薬科大学で、公衆衛生と社会福祉の接点の研究をしている。一方で、非常勤ではあるが診療所の所長として、週2日間、外来と在宅医療を行っている。

Well-beingに注目する意義

昨今、医療技術は進歩し、人生や健康の考え方・捉え方が大きく変化をしている。社会人口構造の変化により、高齢者を中心に医療ニーズが増加し、疾病の発生頻度の分布や、疾病構造が大きく変わった。その結果、多疾患併存状態が増加している。患者の役割も、かつては治療に専念することが中心であったが、現在は治療を受けながら就労や家庭、介護等の他の役割も両立することが求められる社会となっている。

医療の役割、疾病の原因、病気の考え方、そして患者の役割も大きく変化している時代の中に私たちは生きているのだというのが、Well-beingを注目する流れの中の考え方の一つである。

医療の役割は、昔は生命を救うことであった。しかし近年、生活療養の場面で、疾病の治療をしつつ、その人の人生を考慮しながらその治療やケアを選択していく社会に変わってきている。これを「医療が生活モデルに重心が移動している」と言う人もいる(猪飼, 2016)。

病因論も変化を続けてきた。病因が神罰・呪

詛と考えられた時代から、17世紀にはミアズマ(瘴気)が原因とされ、19世紀には細菌やウイルスが発見され、抗生物質やワクチンの開発が進んだ。そして2000年代に入り健康に悪い生活習慣があることを公衆衛生が明らかにした。では、健康に影響する生活習慣にはどのようなものがあるだろうか。

健康に良い生活習慣として「歩く」がある。Paluchら(2022)は、60歳未満の若年成人では1日8,000歩あたりで死亡ハザードリスクが横ばいになることを報告した。健康のためには、1日6,000～8,000歩を目指すとういことが分かる。

そして「座りすぎない」ことの重要性も指摘されている。座っている時間に相当する活動時間が長い人は心血管、がんの死亡リスクが上がる(Biswas, 2015)。座位時間が9時間以上で死亡ハザードが急上昇し、統計的な有意差が発生するとのデータもある(Ekelund, 2019)。

しかし、健康の専門家である私たち医療従事者でさえ、このような生活習慣を遵守できないのが現状である。

WHOは「健康に悪い生活習慣につながる環境にアプローチをし、その環境作りをしよう」と2000年代から提唱している。日本では「健康の社会的決定要因／社会的健康規程因子」と表し、環境へアプローチすることを求めている。この用語は、平成28年に医学部のコア・カリキュラ



地域包括ケアは地域住民を巻き込んだ地域作り

- 1) 市長による規範の統合; 街作りへの共通認識構築
- 2) 指導者の存在; 地域包括ケアシステム構築や住民への啓発
- 3) 核となる行政職員の存在; 計画策定や地域作りへの取組み
- 4) ニーズ調査(悉皆)は重要; 関係者が情報共有し課題解決へ
- 5) 地域作りの専門職; 地域包括支援センターや社協の保健師
社会福祉士等が事例を通じ、住民と共に地域作り
- 6) マスコミの協力; 地域住民の意識啓発や行政・事業所の認識
の統一へ地域の新聞が役割を発揮
- 7) 市議会議員の応援; 地域の住民代表としての理解と協力
- 8) 地区リーダーの育成; 地区作りへ一歩を踏み出すキーマン
- 9) 地区住民の参加; 地区の状況を知り、自分事として行動
- 10) 高齢者の参加; 元気高齢者の把握と社会参加の機会創出

引用: シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」
平成27年2月3日 東京会場 南氏作成資料

図1 地域包括ケアは地域住民を巻き込んだ地域作り

ムに掲載され、令和4年の改訂では、これを知った上でアクションができることが求められている。

全ての患者のリスクの最小化に限界がある社会の中で、地域医療は、人々の健康な暮らしをエンパワーすることへの転換が求められている。

個人のWell-beingを高める視点

まず、患者への視点を変える必要がある。患者は創意工夫する主体である(藤沼, 2024. Reeve, 2023)。患者自身は無自覚なことが多いが、診療の際に問いかけ、「自分はこれを行っているから健康なのだ」と自身の健康因に気づけると、日々のアクションにつながっていく。患者の持つ資源に注目し、患者がそれを有効活用することで健康を維持していると気づけば、患者の印象は激変する。

個人の「できる」に注目する。例えば、患者は非常に多くの障壁を乗り越えて医療現場にたどり着いたすごい人だと見方を変える。これが個人のWell-beingを高めていく第一歩になる。

地域のWell-beingを高める視点

社会関係資本(Social Capital)の醸成を具現化する中で関係するシステムが地域包括ケアシステム(Community Based Integrated Care)である。住民による地域の社会参加や住民全体の包

摂を指し、地域の社会的な資源を高める中で、他のセクターの人たちと同じ方向を向き、共通言語で話せるようにし、地域のWell-being作りに貢献している。

最近「つながりづくり」が注目されている。孤立そのものが健康をむしろむしばむことが報告されるようになったからである。Liら(2021)は、ハエの孤立状態が長く続くと睡眠時間は減少し過食になることを報告しているが、この行動をもたらす原因が脳のニューロンに存在していることを明らかにした。つまり孤立は、脳のさまざまな作用を介し、私たちの生活習慣を悪化させる可能性がある。健康に悪影響をもたらす孤立対策に対し、何ができるかを地域の中で考えていくことが求められている。

孤立に関して、日本の高齢者1万2,000人を10年間追跡した研究データがある。人との交流が週1回未満のグループで要介護の認定が発生しやすくなり、月1回未満のグループでは毎日会っているグループと比べて1.3倍早期死亡に至りやすい(斉藤, 2015)。人付き合いができる環境は、実は健康の規定因子だということが分かる。地域診断をもとに、地域のつながりの場づくりに参画し、地域住民がどのように参加し、誰の参加が難しいのかを把握していくような地域ケアをしてほしい。

統合ケアも重要な要素である。Well-beingな地域作りに対して、地域のステークホルダーが

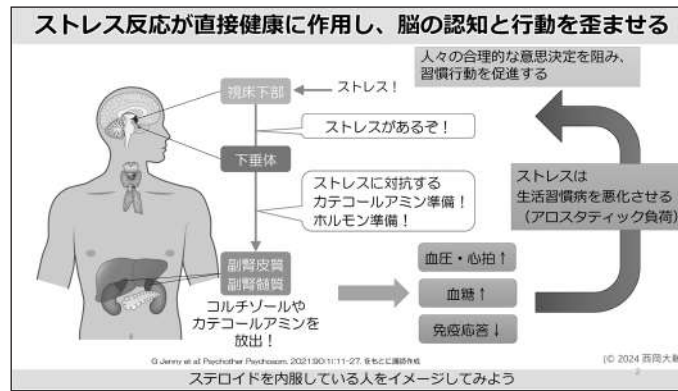


図2 ストレス反応が直接健康に作用し、脳の認知と行動を歪ませる

大切にしている価値観を共有して同じ方向に向ける。この規範的統合はなかなか達成できていないのが現状だ。よくある好事例は、自治体で標語を作ることである。それを行う上で10のポイントが報告されており、図1に紹介する。

医療従事者のWell-being

最後に、私たち医療従事者も、患者にとっては健康を規定する社会的な要因である。医療従事者と患者の関係がうまく機能するためには、私たちのWell-beingが保たれないといけない。

私たちは医療現場で患者の不合理な声や行動に出会う。そこに陰性感情が生まれることがあるが、これは誰にでも生じる自然なことである。陰性感情は環境要因との相互作用で生じる。「今

自分が置かれているこの状況が自分にこう思わせるのだ」と環境に帰責するようなメタ認知ができるよう日々訓練してほしい。

患者は困難があると、不合理なことを言いやすくなる。それを生理学的なメカニズムで理解しておく助けになる(図2)。ストレスホルモンであるコルチゾールの分泌過剰状態は、脳にフィードバックされる。活性化する脳の領域の変化を通じて、不合理な意思決定や攻撃的な言動が生じる。患者に対する陰性感情が生じた時、「この患者は今、コルチゾール分泌過剰状態なのかもしれない」と思えると、少し楽になる。一つの方法として知っておいてもらいたい。

これらのことを、明日からの診療に役立てていただけたら嬉しく思う。

待ったなし?! 医療の再編・ ダウンサイジングの事例から 今後のへき地・地域医療を考える

座長：浜松市国民健康保険佐久間病院 病院長 三枝智宏
新城市民病院 副院長 榛葉 誠

2025年に日本の人口に占める高齢者(65歳以上)の割合が29.6%となり、社会の高齢化が進むことによる医療需要の増大に向けて、国は地域医療構想を推進している。一方、すでに多くのへき地では、人口・医療需要はピークを越え、患者の減少や医療の担い手不足から、ダウンサイジング・集約化・連携など医療の再編が避けられない。

本セッションでは、広域ネットワークという視点から地域を支えている事例、公設公営という立ち位置で病院から診療所へダウンサイジングした事例を紹介し、へき地での医療の再編の課題について考える。

特集

小さくするだけじゃあねえ、広域ネットワークが一法？

地域医療連携推進法人県北西部地域医療ネット 代表理事
県北西部地域医療センター国保白鳥病院 センター長兼院長補佐 後藤忠雄
自治医科大学地域医療学センター地域医療支援部 教授

郡上市は岐阜県のほぼ中央に位置し、平成16年3月に7町村が対等合併して郡上市となった。現在人口37,386人、高齢化率約39%である。私の元々のフィールドは合併前の和良村である。合併の背景には少子高齢化・人口減少があり、それに伴って医療需要の低下、さらに支える医療者側の減少という問題が指摘できる。また岐阜県では自治医大卒業生の義務内派遣施設として1人診療所が多く、その医師への依存性が高い。一方、へき地においては医療確保が大きな課題であるが、これまでのわれわれの地域医療モデルは右肩上がりモデルだけで、少子高齢化人口減少時代つまり右肩下がりモデルはなかった。そこで、ダウンサイジングも選択肢の一つとし



て地域医療をどう展開していくか、事例を紹介しながら考えたい。

事例 1

- ・開設52年の小規模病院、中山間地域に位置する、
- ・一般病床30床、常勤医3名、老健27床および保健福祉歯科総合施設併設
- ・この地域の保健医療福祉介護施設はここ以外にはヘルパー事業を行っている事業所があるのみ
- ・開設時人口3,996人、事例検討時人口2,211人(高齢化率36%)
- ・入院・外来患者数とも激減、医業収支比率は悪化の一途
- ・事例検討年3年前には近隣7町村と対等合併、
- ・旧村時代の面積100km²から合併市は1,000km²に、人口は合併市47,144人(高齢化率29%)
- ・合併して市内保健医療介護施設は増加
- ・本小規模病院の立地する地域と合併市中心までは車で30分

- ・市中心までの間に医療介護施設なし，日光いろは坂ミニチュア版のような峠あり

ここは7町村が合併した時に診療所化と老健の増床への動きが本格化し、平成19年に病院を8床の有床診療所に転換、老健を40床に増床した。診療所化するにあたっては、医療の質の保証と住民感情への対応、その後の医療人の確保、地域に適した医療の提供が課題となった。そこで、複数の診療所をネットワーク化して、複数の医師で支える仕組みとして「郡上市地域医療センター」を設置した。総合診療医が主に活動し、単なる代診だけではなく、さまざまな保健医療福祉活動に関与する立ち位置でやっていくこととした。

とはいえ、さらなる地域の人口著減、需要供給関係や費用対効果から維持困難の可能性、診療所数以上のバッファの必要性といったセンターそのものの運営課題や、市内の医師不足、診療科の偏在、開業医の高齢化といった自治体内の医療提供における課題は解消しきれたわけではなくさらなる取り組みを考える必要があった。

事例 2

- ・開設昭和62年の小規模病院，合併市の北部地域に位置する，
- ・一般病床60床，結核病床4床，常勤医師6名(平均年齢61歳)，
- ・デイケア，居宅介護支援事業所，訪問看護，訪問介護，透析センター，健康サポートセンター併設
- ・入院患者数，外来患者数 減少傾向，訪問診療件数10件/月程度
- ・なお，直線距離にして400m程度，徒歩10分圏内に一般病床100床，療養病床50床の民間病院あり
- ・事例検討時にはこの小規模病院の院長の定年退職が1年後に迫っていたが，院長確保困難(他の医師も高齢化かつ院長はやりたくない)，ただし市としては存続方針

この病院の事務長が「院長の後任がないので、やってもらえませんか?」と私のもとへ相談にやってきた。しかし直面している問題とし

県北西部地域医療センター

- ・岐阜県の北西部地域＝郡上市・高山市・荘川地区・白川村の地域医療を支える組織
- ・複数の診療所を複数の医師で支える
 - － 全体の幹症医療機関が白鳥病院
- ・運営体制
 - － 当面基礎自治体を超えた**一体化した組織**としては存在しない
 - － 相互支援、機能的連携に運営
 - － 2市1村の**連携協定に基づく**



図 県北西部地域医療センター

て、この病院としては、医師確保、民間医療機関との相互補完的關係、医療政策との整合性があげられ、地域全体としては、医師不足、診療科の偏在、開業医の高齢化、地域の著しい人口減などがあげられた。

そこで、広域的に地域医療に取り組むことで自治医大卒業生の派遣による医師確保と、周辺自治体の1人診療所の支援体制構築などを考慮し、当該病院を基幹医療機関とする2市1村による医療広域連携を県に提案し、県が2市1村に働きかけて、「県北西部地域医療センター」が誕生した(図)。

当センターの特徴は、へき地医療と在宅ケアという役割を明確にし、基幹病院から診療所を支援するだけでなく、診療所と診療所が面で相互に助け合う。基幹病院は複数医師体制でバックベッドの役割を持つ。このシステムで求められるのは総合診療医であるため、基幹病院がそういった医師の育成や勤務先として受け皿となる。他方、へき地診療所をネットワーク化することで、1人診療所の医師の負担軽減にもつながる。

大きい病院が小さい病院・診療所を支えるというモデルは比較的あると思うが、このセンターは小さい病院とまわりの診療所がネットワークを組んで、ネットワーク外にある急性期病院と機能分化をする、新たなへき地医療を支えるモデルだと思っている。さらに、法的な連携と労務法規等に則った人事交流するために、令和2年4月1日、地域医療連携推進法人「県北西部地域医療ネット」を設立した。

事例2は国保白鳥病院のことである。法人化した際には病床を46床に減床し、全てを地域包括ケア病棟とした。常勤医は当初の6名から12名(令和5年度)になり、地域包括ケアをメインに、ポストアキュート、サブアキュート、在宅復帰支援を明確に打ち出してやっている。

事例1は和良診療所である。診療所化の際は常勤医3名、8床の有床診療所であったが、現在は常勤医1名で入院と時間外診療は中止している。しかし、訪問診療などは県北西部地域医療センター全体で支えており、時間外の看取りなどもカバーできている。小さくするだけでなく、一定の医療をサポートすることが、セン

ター化したことによって可能になっている。

ネットワーク化する際には診療所だけではバッファ機能が成立しないし、ただつなぐだけでなく、「この組織で何をやるのか?」を明確にしてそれに合う人材を確保する必要がある。自治体や医療圏に準じただけのネットワークではマーケットの拡大につながらない。一方文化文脈の相互理解が大事だし、持つべき役割の確認と、組織構築も必要だと思う。

将来、さらに人口が減ったらどうするのか?さらなるダウンサイジングや統廃合も含め、考えるべき時がくると思っている。

東栄病院の診療所化

豊根村診療所 所長 丹羽治男

私は愛知県の15期卒で平成4年に自治医科大学を卒業し、名古屋第一赤十字病院で研修した後、へき地派遣で平成6年に東栄病院に赴任、義務年限終了後も残留した。令和4年に豊根村診療所の医師が退職したため、そこへ転出した。

東栄病院設立の経緯を図1に示した。昭和55年から自治医科大学卒業医師の派遣が始まっている。かつては東栄病院で年間100人以上の出産を取り扱い、全身麻酔下での消化器外科手術や人工股関節置換術を行う時期もあったが、常勤医師の高齢化・退職が進む中、病院を取り巻く環境は大きく変化し、経営も厳しくなった。

町村合併が検討されている最中の平成15年、夏目忠先生が病院長に就任し経営改革を実施、経営は劇的に改善して、ほぼ収支は均衡した。しかし町村合併はならず、町の方針で職員の新規採用、医療機器の更新が中止となった。さらに恐るべき人口減少で、私が赴任したときには町内に7校あった小学校が1校になり、部落から小学生がいなくなり、その親もいなくなるという状況が地域の中で進んでいくというような、地域の仕組みがどんどん悪化していく状況

を目の当たりにした時期だった。そこでさらなる改革に向けて平成19年に公設民営化された。

平成22年私が院長に就任した。看護師不足のため夜間の看護体制の維持が困難となり、まず介護療養病床29床を老人保健施設へ転換した。その後も看護師確保に苦勞し、待遇改善などできることは全部試みた。しかし効果は限定的で、平成28年には老健を廃止し一般病床のみとした。診療所化を見据えて平成30年に再度公設公営化を行い、平成31年に有床診療所となり救急告示を返上、名称を東栄医療センターとした。そして令和4年に無床診療所として現在地に新築移転した。

医療機関の規模は、看護師確保ができるかどうかで決まってくると思う。そのみならず診療所化の過程で図2のような多くの視点を考え合わせる必要があった。県からの派遣医師は人口減少に伴って減り、また町からの一般会計の繰入れがゼロの時期もあった。私に関わった町



町立へ

- ・昭和20年代 三輪村長岡診療所設立
- ・昭和32年 東栄町との合併により東栄町国民健康保険三輪診療所となる
- ・昭和36年 増床により東栄町国民健康保険東栄病院となる
- ・昭和42年 地方公営企業法による東栄病院事業会計が開始される
- ・昭和48年 本館竣工となり70床となる

図1 東栄病院設立の経緯

長は4人いたが、町長が変わると組織の考え方、人材育成、施策の展開が大きく変わった。「東栄町医療のあり方検討委員会」等の会合で話し合いが繰り返されたが、地域の将来、家の将来は見えてこなかった。

東栄病院では、平成15年以降、管理者会に東栄町出身者は10年間不在であった。医師は全員町外出身、医療職、介護職の町内からの入職も永らくなかった。東栄病院は第1世代が自分たちで人を出して作った病院で、第2世代が人材を育成しわれわれにつないだ。それをわれわれ第3世代が今、使いつぶすような事態が起きており、これが地域の病院の姿で果たしてよいのか？と繰り返し問いかけることとなった。

「人がいない、お金がない」という状況に対して、どこから持ってくるという発想から逃れられず、結果的には公設民営化の悪い点が出たと考える。課題に対して知恵を絞るということができなくなっているのは日本全体の問題だと思う。

「救急」や「病院」のイメージというものにも苦しめられた。虫垂炎の患者を送ろうとすると、「病院ならそこで手術できるでしょう」、町民も気軽に「ちょっと診てくれて、だめなら送ってくれたらいい」と、また遠くの家族からは「救急車を呼んだのに、どうしてそんな病院で入院しているのか」と言われたりもして、力がそがれる思いをした。救急の問題は東栄町に限らず、日本全国どこでもあり得ることだと思う。

「病院の診療所化」での様々な視点

- ・看護師確保
- ・医師確保
- ・人口の変化
- ・経営状態
- ・住民の考え方、生活の仕方
- ・自治体の行政担当能力
- ・首長、議会との関係
- ・周囲の医療機関との関係
- ・介護保険制度、地域包括ケアの課題
- ・東栄町の将来像
- ・30年後の東栄町、50年後の日本
- ・自分の体力の限界

図2 病院の診療所化でのさまざまな視点

地域医療の最上位の目標は、あくまでも地域の存続だと私は考える。医療を守る、病院を守るということは、それ自体に独立した意義があるのではない。人が少なくても、お金がなくて、その地域に住んで、自分たちが受け継いできたものを次の世代に受け渡そうとする住民を、医療を通じて支援していく。そのために一緒に協力して地域で暮らしていくということが、へき地の医療人に課せられた役割だと思う。

地域づくりを新しくするというより、われわれがかつて持っていたつながりをどう保つかという視点こそが大事である。今IT化によって、ある意味で革命的に情報伝達の様式が変わりつつある時代だが、そういう時こそ、地域の中でどうつながりを取り戻すかという課題に正面から取り組むべきではないかと思う。

山口県のへき地医療機関で勤務する 男性看護師の職務上の困難

森川真粧美¹⁾ 中嶋 裕²⁾

目的:へき地で勤務する男性看護師の実情を知り、抱えている困難を抽出する。そして、へき地で男性看護師が安心して仕事が続けられる職場環境の整備などの活動に活かす。

方法:山口県内のへき地診療所、へき地病院(病床数100床以下)に勤務する男性看護師を対象にアンケート調査を実施した。

結果:9人の男性看護師から回答があった。就職後の困難について、環境(ハード面)・環境(ソフト面)女性と協働すること・女性患者対応・自分の将来の4つのカテゴリに分けて考えた。課題として、性差による差別や偏見、職場環境への適応、情報不足などがあった。へき地医療機関で勤務する男性看護師の多くは、地元への貢献や地域医療の魅力を理由に挙げている。

結論:へき地医療機関における男性看護師が安心して仕事をするためには、働きやすい職場環境作りや男性看護師への支援体制の充実などの対策の必要性が示された。

KEY WORD へき地医療, 男性看護師, 困難, 職場環境

I. はじめに

背景:私が勤務する岩国市立本郷診療所は、1999年に公立診療所として開設した。開設当初から看護師は自分ひとりで増員・人員確保に苦慮した。

へき地医療の現場では、医療職の中でも特に看護職員数の確保が難しく、看護職員が充足されていないことが報告されている¹⁾。特に医療職の不足した地域では看護師が唯一の医療職であることもあり、看護師の存在意義は大きく都市部とは異なった問題を抱えている。中川ら²⁾はへき地で働く看護師が直面する看護上の問題点を7つ抽出し、支援として、へき地で働く看護師向けの看護対応マニュアルの構築や学習活動サポートシステムの構築が必要だとしている。

長年へき地で働いてきた私にとって、7つの問題点は全て共感できる内容であった。しかし、へき地医療機関をさらに多くの看護師に就職先として選んでほしいと考えた私は、自分の職場環境にはいない若い世代や男性看護師の考えを知りたいと思った。文献を探した過程で、へき地の男性看護師に焦点を当てた研究は見当たらないことに気づいた。

そこで、へき地で実際に働いている男性看護師の声を聞きたく、調査を実施した。調査の目的は、男性看護師の実情を知り、男性看護師が抱えている問題点を抽出し、へき地医療機関で安心して看護師が勤務できる職場環境作りを目指す自分の活動に活かすことであった。

1) 岩国市立本郷診療所 主任看護師, 2) 山口市徳地診療所 管理者兼診療所長
(筆頭著者連絡先: 〒740-0602 山口県岩国市本郷町本郷2100-1 岩国市立本郷診療所)

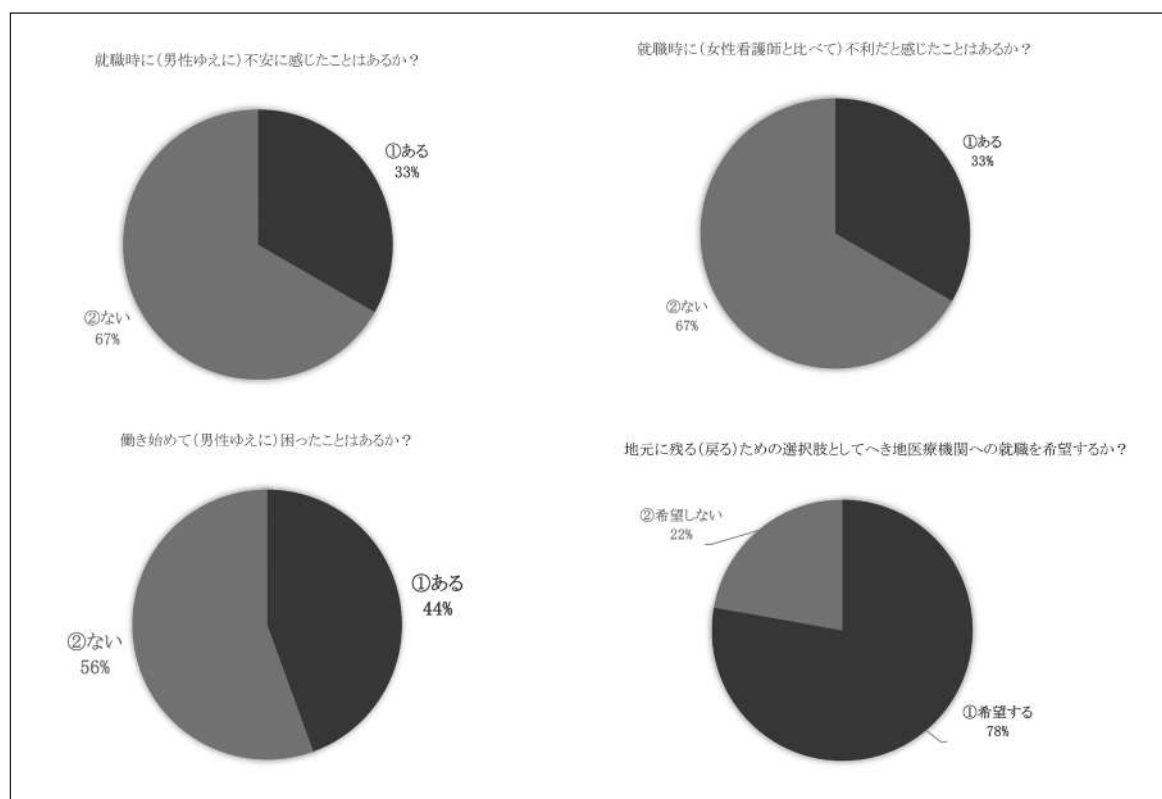


図1 へき地医療機関で働く男性看護師の就職後の困難さと就職先としての選択肢

Ⅱ. 方 法

調査期間: 令和5年12月15日から令和6年2月29日まで。

調査対象: 山口県内のへき地診療所、へき地病院(病床数100床以下)に勤務する男性看護師を対象。

調査方法: 診療所には管理者にメール、病院には看護部長宛に文書で調査を依頼した。依頼内容は、研究計画書(研究背景・目的・調査内容・対象者への依頼内容・倫理的配慮・個人情報の取り扱い等)を添付して、対象者に調査票の配布を依頼した。回答は匿名で、自己記入式質問紙調査を実施した。回収は対象者が特定されないように自身による返送となるよう返信用封筒と切手を同封した。

分析方法: 設問から得られた問題をカテゴリ化し、男性看護師が直面する問題について分析した。

倫理的配慮: 診療所には倫理審査委員会がないため、診療所長(所属長)への調査内容の説明と了解を得、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づいて実施した。

利益相反の開示: 著者らは、本調査に関連する利

益相反はない。

Ⅲ. 結果 (図)

1. 調査対象者の属性

調査票を配布した12人のうち、9人(回収率75%)から回答があった。回答者の属性は次の通りである。年齢は、20代1人、40代5人、50代2人、60代1人、勤務施設の種類の病院7人、診療所1人、その他1人であった。

2. 就職後の困難

『質問:就職時に(男性であるがゆえに)不安を感じたことはあるか?』

あると回答した人は3人(33%)。

『質問:就職時に(女性看護師と比べて)不利だと感じたことはあるか?』

あると回答した人は3人(33%)。

『質問:働き始めて(男性ゆえに)困ったことはあるか?』

あると回答した人は4人(44%)。

『質問:どのような取り組みがあれば男性看護師が

表 ヘき地医療機関で働く男性看護師の職務上の困難

抽出されたカテゴリ	設問		
	就職時に不安に感じたこと	就職時に不利だと感じたこと	働いてみて困ったこと
【環境（ハード面）】			ロッカーやトイレ
【環境（ソフト面：女性と協働すること）】	女性社会への適応不安 自分の価値観の受け入れへの不安		セクハラ・パワハラ 自分の意見が言えないこと
【女性患者対応】	女性患者とのかかわりへの不安	働ける領域の制限 男性は機器に強いというイメージ	女性患者からの拒否
【自分の将来】	高齢になった際の患者の受け入れ いつまで現役継続できるか		

増えると思うか?』

「男性看護師からの説明」が25%と多く、次いで「進路指導での紹介・職場見学・広報」が15%、「キャリアアップの周知」が10%であった。その他の意見として「給与水準の見直し」「女性優位の職場環境の是正」「ハラスメントの防止」などがあった。

『質問：地元に残る（戻る）ための選択肢としてへき地の医療機関への就職を希望するか?』

希望すると回答した人が7人（78%）だった。希望する理由として、「へき地医療の重要さ」「魅力」「やりがい」などがあった。

『自由意見』

「WLB（ワークライフバランス）と報酬」「業務に見合った対価の要望」「一家を支える立場にあるので、家族の理解も必要」という給与に関する意見や「働きやすい職場環境作りや支援体制の充実がなければ、男性看護師が安定して勤務を続けることはできず、その数は増えない」という提言もあった。

自由意見も含め回答者の結果を、へき地医療機関で働く男性看護師の職務上の困難として4つのカテゴリに分けた(表)。カテゴリは、以下の4つとした。①環境（ハード面）、②環境（ソフト面：女性と協働すること）、③女性患者対応、④自分の将来。

IV. 考 察

立石ら³⁾は、へき地診療所看護職の就業状況実態調査の中で、5割以上の看護師が自身の希望によりへき地診療所に就職しており、8割以上の看

護師がやりがいを持って従事していると報告している。我々の調査でも同様の回答が得られ、現場で働く男性看護師は、へき地医療の重要さや魅力、やりがいを理由にへき地医療機関への就職を希望する看護師がいて考えていることが確認できた。一方で、就職後に職務上の困難さを感じる男性看護師も一定数いることから、へき地医療に関する情報不足が一つの要因になっていると考える。正しく情報を伝えた上でリクルートし、仕事をする本人がしっかりと実情を理解して就職することは、現場で課題に直面した際にも予測また対処が可能になることもあり、へき地医療に関する情報提供が、勤務継続には重要と考える。

表のカテゴリで示したように、就職時に感じた不安は「女性社会への適応不安」や「自分の価値観が受け入れられるのか」など「女性と協働することへの不安」であると考えた。この不安は働く中で「セクハラやパワハラ」「自分の意見が言えない」など困りごとを体験し表面化している（不安が困りごとになっている）。そして、女性患者へのかかわりへの不安は、看護実践をする中で女性患者からの拒否という体験をして困りごととなっている。

これらのことから、へき地医療機関において安心して看護師が勤務できる職場環境を作っていくためには、女性と協働するための不安を解消する「働きやすい職場環境作り」や「男性看護師への支援体制の充実」が必要である。

前者の「働きやすい職場環境作り」について、マイノリティである男性看護師は、マジョリティである女性看護師との関係性を考慮するという処世術を身に付けていると佐藤ら⁴⁾は報告している。男性

看護師の少ないへき地では、それがよりネガティブな感情を引き起こしており、女性との協働を困難にする要因となっていると考えた。知念ら⁵⁾はへき地で働く看護師にとって、職場環境と仕事満足度やバーンアウトが離職意図と関連づくことを明らかにした。へき地で働く男性看護師は、女性看護師と同様に困りごとを抱えていることが明らかになり、女性と同様な職場環境と離職意図との関連性をもつ可能性があると考えた。「ネガティブな心理反応から立ち直れる体制が必要」という男性看護師の声からも、男性看護師が働きやすい職場環境作りのために、組織全体で意識して取り組む必要がある。

「男性看護師への支援体制の充実」について、「正しい情報提供」「キャリアパスの提示」「つながりを持てる場の提供」などが必要だと考える。

“正しい情報提供”は、へき地医療機関での勤務を希望した際には、正確な情報を提供する必要がある。事前の職場訪問や面談などによる情報提供が行われた上で、へき地という職場環境はその人にとって自分の働き方に適しているものなのか、自分自身で考え、決断すること、そしてその職場からサポートを受けることは、その後の働き方に影響を与えると考える。

“キャリアパスの提示”は、キャリア開発支援の仕組みづくり⁶⁾など、男性看護師のキャリアパスを明確にすることで、キャリアアップへの意欲を高めることができる。“つながりを持てる場の提供”は、困りごとが生じた際、それらを話し合い解決策を講じてくれるメンターの存在と場の提供が必要である。メンターの存在が男性看護師の職務満足度をあげるという報告⁷⁾もある。へき地医療機関ではスタッフの数も限られるため、へき地に勤務する男性看護師同士が、勤務する職場が違って離れていてもつながりを持ち、お互いのメンターと成りうるネットワークやサポート支援ができる組織や仕組み作りも必要だと考える。

今回の調査は、山口県へき地の限られたネットワークの範囲であるため、調査対象は少なく、一般化は難しい。また、へき地で働く男性看護師自体の

数も少なく、その要因を今回の調査では量的に明らかにすることは限界があると考えられる。しかし、へき地の男性看護師に関する調査が全くなかったことから、本調査がきっかけとなり、今後もへき地で働く男性看護師の実態が明らかにされ、協働するための体制の構築が進むことを期待する。

V. 結 論

へき地医療機関における男性看護師が安心して仕事を続けるためには、働きやすい職場環境作り、男性看護師への支援体制の充実など、さまざまな対策が必要である。これらの対策を講じることで、へき地医療の発展に貢献できることが期待される。性差を超えて、お互いを尊重しあえるへき地医療を目指して、今後も活動をしていきたい。

VI. 謝 辞

調査に協力してくださったへき地医療機関の男性看護師の皆さんに深く、感謝します。これからも一緒にへき地医療を盛り上げていきたいと思います。

参考文献

- 1) 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子, 他:へき地医療拠点病院看護師職者の現状とへき地診療所看護職者支援との関連. 日本ルーラナーシング学会誌 2011; 6: 17-33.
- 2) 中川早紀子, 高瀬美由紀:日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題. 日本看護研究学会雑誌 2016; 39(4): 105-113.
- 3) 立石愛美, 山内豊明, 他:へき地診療所看護職の就業状況実態調査. 日本臨床看護マネジメント学会誌 2021; 2: 22-29.
- 4) 佐藤聖一, 林圭子, 松本政人, 他:国内における男性看護師のキャリア形成に影響する要因についての文献的研究. 京都女子大学生活福祉学科紀要 2021; 16: 35-45.
- 5) 知念真樹, 川崎道子, 他:離島・へき地に勤務する保健師・看護師等の離職や就業継続の要因に関する文献レビュー. 沖縄県立看護大学紀要 2020; 22: 49-56.
- 6) 戸田由美子, 坂本雅代, 齋藤美和, 他:へき地診療所における看護実践上の戸惑い. 高知大学看護学会誌 2012; 1: 21-31.
- 7) 出口陸雄:男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係. 日本看護研究学会雑誌 2009; 32(4): 59-65.

第132回

“同意書の内容と異なる手術の実施”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

手術に関連するインシデント・アクシデント事例として、“術式間違い”があり、これまでに、本稿でもテーマとして取り上げている¹⁾。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」²⁾では、「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.128: 手術部位の左右の取り違い—脳神経外科手術—(2017年7月)」などが公開されている。

“術式間違い”に関わるインシデント・アクシデント事例に関しては、本事業における事例検索³⁾では、このような「左右の取り違い」のみならず、予定していた手術、つまり術前に患者に説明を実施し、同意を取得していた手術とは異なる術式の手術が実施された事例も検索されている。“術式間違い”，あるいは“同意書の内容と異なる手術の実施”の状況によっては、患者への不可逆的な影響が発生する可能性，および重大なトラブルに発展する可能性も想定され，その防止対策は喫緊の課題である。

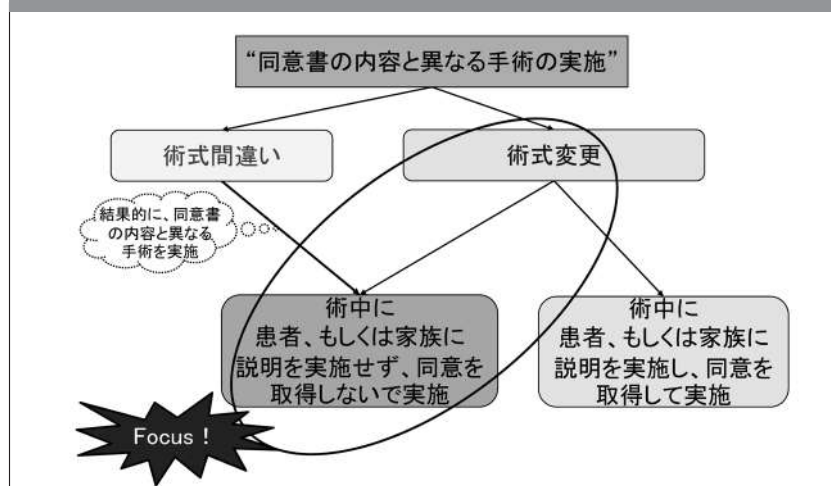
本事業における，医療事故情報収集・分析・提供事業の2023年1月～12月(2023年年報分)の「参加登録医療機関からの報告(報告月に基づい

た集計)」では，16,564件の事例に関して，発生要因を「当事者の行動に関わる要因」「ヒューマンファクター」「環境・設備機器」「その他」の4つに分類している。このうち，「当事者の行動に関わる要因」の内訳として，「患者への説明が不十分であった(怠った)」は，743件(4.5%)であることが挙げられている⁴⁾。

また，本事業における，ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の2023年1月～12月(2023年年報分)の「事例情報の報告」では，84,875件の事例に関して，発生要因を前記のごとく4つに分類しており，このうち，発生要因の「当事者の行動に関わる要因」の内訳として，「患者への説明が不十分であった(怠った)」は，3,595件(4.2%)であることが挙げられている⁵⁾。

本連載でも，これまでに，前記の参考文献¹⁾以外にも，「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)」など，“術式間違い”の事例をテーマとして取り上げている。また，説明の実施と同意の取得に関わる内容としては，「説明と同意に関わるトラブルの防止(第10回)」「救急外来における説明に関わるトラブルの未然防止(第26回)」「“説明が不十分”に関わるトラブルの未然防止(第65回)」「“同意書の不備”に関わる事例発生を未然防止する(第122回)」というテーマで，インシデント・アクシデント事例，およびこれらに起因するトラブ

図1 “同意書の内容と異なる手術の実施”の分類



ル発生の未然防止対策について、具体的事例から検討している。

自施設では、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例が発生していないだろうか。自施設ではこれまでに、“同意書の内容と異なる手術の実施”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、および必要に応じて、事例発生の未然防止対策の見直しなどに取り組むことを勧めたい。

“同意書の内容と異なる手術の実施”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、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例の発生が防止されないのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。この際、「“同意書の内容と異なる手術の実施”には、どのような状況があるのか？」ということを、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、「“同意書の内容と異なる手術の実施”の分類」として、発生状況から整理することを試みた(図1)。「“同意書の内容と異なる手術の実施”」には、「術式間違い」と「術式変更」が想定される。前者の「術式間違い」では、術式の確認不足や、思い込みなどのエラーの発生により、結果的に、同意書の内容と異なる手術を実施した可能性が想定される。後者の「術式変

更」では、術中に術式変更する際に、「術中に患者、もしくは家族に説明を実施し、同意を取得して実施」、および「術中に患者、もしくは家族に説明を実施せず、同意を取得しないで実施」などの可能性が想定される。

今回、本稿では、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例を検討するに当たって、「術式変更」で「術中に患者、もしくは家族に説明を実施せず、同意を取得しないで実施」という状況に焦点を当てて(図1)、「なぜ、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例の発生が防止されないのか？」という疑問に加えて、「なぜ、術式変更により“同意書の内容と異なる手術の実施”をする際に、患者、もしくは家族に説明を実施して、同意を取得するということを行わないで実施したのか？」という疑問を深める。

併せて、事例の発生状況と発生要因の“見える化”により、事例発生の未然防止対策を検討したい。“なぜ”を深める際には、自施設における術式変更時の対応の実施状況の現状評価、術式変更時における対応のルールの見直しの必要性の有無、および“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例の発生状況の把握などが重要となる。

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。

“同意書の内容と異なる手術の実施” に関わる事例

本事業の事例検索³⁾では、2024年7月下旬現在、キーワード「術式変更」で75件、「術式変更」「同意」で15件、「手術」「同意」「未取得」で4件、「手術」「同意」「再取得」で3件、「手術」「同意」「取得していない」で1件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

「同意書の内容と異なる手術の実施」に関わる事例として、事例検索³⁾にて検索された事例としては、

「S状結腸憩室炎穿孔のため、ハルトマン手術(人工肛門造設術)を施行し、経過中に胆石による胆嚢炎を合併した患者(70歳代、男性)。外来通院時に患者は、人工肛門閉鎖術の実施を希望していたが、胆嚢摘出術の実施は希望していなかった。手術の2日前に患者が入院。同日、手術の説明を主治医(病棟担当医)が実施し、患者・家族は人工肛門閉鎖術と胆嚢摘出術を希望し、同意を取得した(同意書を作成した)。手術の1日前に外来担当医が患者を診察し、外来担当医はその時の会話で、「患者に胆嚢摘出術の意思がない」と判断した。外来担当医より、患者の意思を再確認するよう連絡を受けた主治医は、「胆嚢摘出術は実施しない」と判断し、手術は人工肛門閉鎖術のみ実施した。実施した手術に際しては、患者・家族への術式変更の確認や、同意の再取得をしていなかった(術式変更の同意書も作成していなかった)。また、診療録にも記載していなかった。術後2日目に患者の意思を確認したところ、胆嚢摘出術を希望していたことが判明した。

術前に、主治医が同意書の内容の確認を行わなかった。患者の意思が変わった可能性がある

たが、主治医が患者の意思の最終確認を行わなかった。医師間の情報共有が不十分であった。診療録の記載が不十分であった」

「鼓膜損傷による右慢性中耳炎の患者(40歳代、女性)が、紹介にて受診。局所麻酔による鼓室形成術を入院にて実施することになった。手術の約1ヵ月前のCT検査で、鼓膜は単純穿孔と判明し、医師Aは患者に、日帰りによる鼓膜形成術に変更するという説明を実施した。術前の説明は、鼓膜形成術について、手術当日に実施し、同意を取得した(同意書を作成した)。医師Bは、手術当日まで患者との面識がなかった。医師A、Bの執刀で手術が行われ、術中所見で鼓膜の穿孔が大きく、鼓膜形成術は困難と判断し、鼓室形成術I型に変更した。術式変更については術後に説明を実施した。術後、外来の経過室にて患者は疼痛を訴え、鎮痛剤を内服。患者の予想に反して手術時間が長く、疼痛が強かったため、患者は不満を訴えた。医師Bは入院を提案したが、患者は希望せず、帰宅した。この時、医師Bは鼻をかむなど、耳に圧が加わることをしないように、という説明を実施しなかった。患者は、普段通りに鼻かみを行い、手術の1ヵ月後、耳内のタンポンの抜去時に、移植した筋膜の感染や、遊離を認めた。その後、鼓膜穿孔部の拡大や、聴力低下を認めた。患者は、術後の生活上の注意事項の説明がなかったこと、術前よりも聴力が低下したこと、および紹介された医師ではない医師が執刀に関与したことに不満を訴えた。その後、全身麻酔下で鼓室形成術I型を実施し、術後経過は良好で退院した。

当該施設では、通常は鼓膜形成術・鼓室形成術は入院加療で実施していた。外来でのクリニカルパスは未作成で、外来に患者指導のパンフレットは置かれていなかった。医師Bは再勤務してから日が浅く、通常の治療の流れを把握していなかった。医師Bは患者との面識が乏しく、信頼関係が築けていない状況下で疼痛の訴えに対応することに注意が払われ、術後の注意点の説明の実施を失念した」
などがある。

これら“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例は、医療者側のヒューマンファクターや環境要因、システム要因などが影響している可能性や、術中の術式変更時の患者・家族への説明の実施と同意の取得に関わるルールが未整備、あるいはルールが整備されていても遵守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などが想定される。その結果として、患者・家族が不満や苦情を訴えるなど、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性も想定されるため、事例の発生を回避、あるいは影響を最小にするためのシステムの整備が急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関では、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生の未然防止対策として、術中の術式変更時の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得に関わるルールの整備や、術中に術式変更の必要性が生じた事例の検討、分析の実施、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“同意書の内容と異なる手術の実施”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³⁾にて検索された事例（以下、本事例）を基に、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例の発生要因の“見える化”から課題を明らかにし、事例発生の未然防止対策について検討する。

事例「術前に、患者・家族に説明を実施していない術式で実施。術後、患者・家族からの訴え」

【事故の内容】

- ・ 患者(50歳代、女性)は、歯根嚢胞にて摘出術が実施された。
- ・ 術前の予測通り、術中に口腔上顎洞瘻孔が生じたため、歯科医師は、頬側歯肉弁による瘻孔閉鎖を試みたが、瘻

孔のサイズが大きく閉鎖しきれなかった。

- ・ 歯科医師は、上顎洞内の炎症が治まっていたこともあり、一次的に瘻孔閉鎖を行う方が患者にとってより低侵襲であると、術中に判断した。
- ・ 術前に患者・家族には説明を実施していない、一般的には二期的に実施する術式である、頬脂肪体による閉鎖術を行った。
- ・ その際、電気メスが頬側の皮膚に接触し、皮膚熱傷と口腔外との交通が生じた。

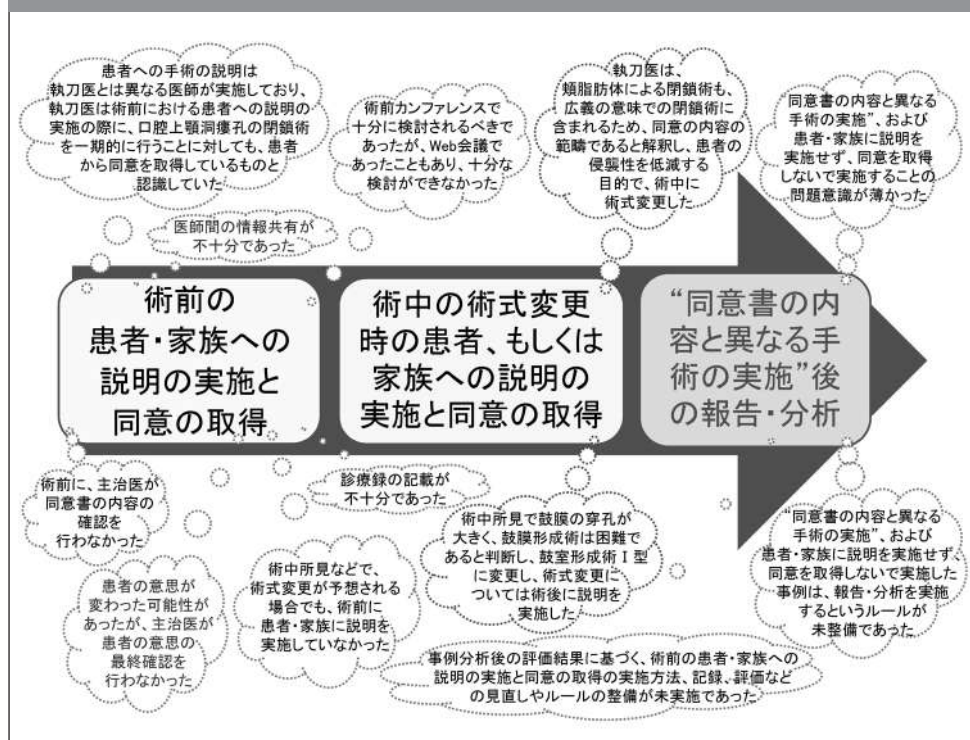
〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された事例、一部改変〕

本事例の背景要因としては、「術前カンファレンスで十分に検討されるべきであったが、Web会議であったこともあり、十分な検討ができなかった」「患者への手術の説明は執刀医とは異なる医師が実施しており、執刀医は術前における患者への説明の実施の際に、口腔上顎洞瘻孔の閉鎖術（厳密には頬側歯肉弁による閉鎖術）を一期的に行うことに対しても、患者から同意を取得しているものと認識していた」「執刀医は、頬脂肪体による閉鎖術も、広義の意味での閉鎖術に含まれるため、同意の内容の範疇であると解釈し、患者の侵襲性を低減する目的で、術中に術式変更した」「結果的に有害事象が生じてしまい、患者・家族からは頬脂肪体による閉鎖術は術前に説明されていなかった処置であるという訴えがあった」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、歯科医師は、術前に患者・家族には説明を実施していない、一般的には二期的に実施する術式である、頬脂肪体による閉鎖術を行ったのか?」「なぜ、歯科医師は、術前に患者・家族には説明を実施していない術式の実施、そして同意を取得していない術式変更を実施したのか?」「なぜ、術式変更の際に、患者、もしくは家族への説明の実施と同意を取得することを考えなかったのか?」「なぜ、一般的には二期的に実施する

図2 「同意書の内容と異なる手術の実施」に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“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事例の記載内容を参考に作成〕

術式である、頬脂肪体による閉鎖術への術式変更の可能性について、術前に患者・家族に説明を実施していなかったのか?」「なぜ、術前カンファレンスで、術式変更の可能性や、その際の患者・家族への説明の実施と同意の取得の必要性、および発生する可能性のあるリスクの予測が十分に検討されなかったのか?」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「執刀医は、頬脂肪体による閉鎖術も、広義の意味での閉鎖術に含まれるため、同意の内容の範疇であると解釈し、患者の侵襲性を低減する目的で、術中に術式変更した」ということに目を向ける必要がある。そして、「なぜ、歯科医師は、術前に患者・家族には説明を実施していない術式の実施、そして同意を取得していない術式変更を実施したのか?」「なぜ、術式変更の際に、患者、もしくは家族への説明の実施と同意を取得することを考えなかったのか?」と疑問を深める必要がある。

ここでは、同じく背景要因に挙げられている

「患者への手術の説明は執刀医とは異なる医師が実施しており、執刀医は術前における患者への説明の実施の際に、口腔上顎洞瘻孔の閉鎖術（厳密には頬側歯肉弁による閉鎖術）を一期的に行うことに対して、患者から同意を取得しているものと認識していた」ということから、執刀医とは異なる医師が手術の説明を実施し、同意を取得していたことが想定される。

さらに注目すべきは、本事例の背景要因に挙げられている、「術前カンファレンスで十分に検討されるべきであったが、Web会議であったこともあり、十分な検討ができなかった」ということである。ここでは、「なぜ、術前カンファレンスで十分に検討されるべきであったが、Web会議であったこともあり、十分な検討ができなかったという状況で、手術の実施に至ったのか?」という疑問が浮かぶ。術中に、“同意書の内容と異なる手術”を実施する際の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得のルールがどのように整備されているか、遵守されているか否か、などの現状把握も含めたシステム整備が急がれる。

ここで、“同意書の内容と異なる手術の実施”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³⁾にて検索された、さまざまな事例の記載内容を参考にして、「“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例)」(図2)を作成した。この際、「術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得」「術中の術式変更時の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得」「“同意書の内容と異なる手術の実施”後の報告・分析」というプロセスで、発生要因の“見える化”に取り組んだ。

本稿では“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例をテーマとし、「術式変更」で「術中に患者、もしくは家族に説明を実施せず、同意を取得しないで実施」という状況に焦点を当てて、事例の発生状況と発生要因の“見える化”を提案したが、自施設で取り組みを実施する際には、このように事例発生のプロセスにも着目して、自施設における課題を考慮した視点での“見える化”を検討することを推奨したい。

本事例、および前記の事例なども参考にして、“なぜ”を深めて“同意書の内容と異なる手術の実施”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」「情報共有不足」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。

“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生の有無の確認と発生した事例の分析が未実施、2)自施設における術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得の実施状況の現状評価・フィードバックが未実施、3)術前カンファレンスにおける検討内容や、カンファレンスの実施方法の見直しが未実施、4)術中に術式変更の必要性が生じた際の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得に関わる対応のルールが未整備、5)“同意書の内容と異なる手術の実施”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。

“同意書の内容と異なる手術の実施” 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、「カンファレンスでの治療方針の決定について、十分に討議する」「手術の説明者と執刀医をできるだけ統一する」「やむを得ない事情で手術の説明者と執刀医が統一できない場合は、十分な意思統一を図る」「手術の説明は図表を用いて、分かりやすく説明する」「手術の説明者と執刀医がやむを得ない事情で異なる場合や、執刀医が、手術の説明者が説明をしたことと異なる術式を選択した場合には、上下関係にかかわらず、手術の説明者の責任で執刀医に進言する」などが挙げられている。

“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例の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“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生の有無の確認と発生した事例の分析の実施、2)自施設における術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得の実施状況の現状評価・フィードバックの実施、3)術前カンファレンスにおける検討内容や、カンファレンスの実施方法の見直しの実施、4)術中に術式変更の必要性が生じた際の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得に関わる対応のルールの整備、5)“同意書の内容と異なる手術の実施”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“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生の有無の確認と発生した事例の分析の実施」では、はじめに、自施設で、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例が発生しているか否かの確認が必

要である。事例が発生している場合は、事例の分析の実施の有無を確認する。事例の分析が実施されていない場合は、多職種の参加による分析の実施に取り組むたい。

この際に、図2で示したように、「術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得」「術中の術式変更時の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得」「同意書の内容と異なる手術の実施」後の報告・分析」というプロセスで、発生要因の「見える化」を検討することで、自施設における課題を明確化することを勧めたい。

2)の「自施設における術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得の実施状況の現状評価・フィードバックの実施」では、1)の「自施設における“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生の有無の確認と発生した事例の分析の実施」を含めて検討することが望まれる。

現在、自施設では術前の患者・家族への説明の実施と同意を取得する際に、「誰(執刀医、もしくは他の医師)」が、「どのような内容」を、「どのように説明」し、「どのように情報共有」しているのか、現状では問題が発生していないのか、などの現状評価をすることが重要である。特に、術前の患者・家族への説明の実施者が執刀医ではない場合は、執刀医と十分な情報共有が実施されているか否かについての現状評価も欠かせない。その現状評価の結果のフィードバックについても、「どこまで(どのような内容)」を、「誰」に、「どのようにフィードバック」するのか、ということと併せて検討することが必要である。

3)の「術前カンファレンスにおける検討内容や、カンファレンスの実施方法の見直しの実施」では、検討内容として、術中の所見などにより術式変更の可能性がある場合、患者・家族にその可能性と影響について説明することや、同意を取得しておくことなどについても考慮することが望まれる。また、患者・家族への説明の実施者が執刀医ではない場合などの状況によって、解釈の違いや思い込みなどで患者・家族の理解と異なる状況の発生を回避するために、医師間の情報共有についても検討内容に含めることを期待したい。

昨今の状況から、カンファレンスがWeb会議で実施されることも想定されるため、本事例のように、「術前カンファレンスで十分に検討されるべきであったが、Web会議であったこともあり、十分な検討ができなかった」という状況が発生しているのであれば、十分な検討をするための方法についても見直しを実施することが望まれる。さらに、検討内容を医師間で情報共有するために、実施した術前カンファレンスの議事録を正確、かつタイムリーに記録することも検討したい。

4)の「術中に術式変更の必要性が生じた際の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得に関わる対応のルールの整備」では、術前の患者・家族への説明内容と、取得した同意の内容とを併せて検討することが求められる。

本事例では、「執刀医は、頬脂肪体による閉鎖術も、広義の意味での閉鎖術に含まれるため、同意の内容の範疇であると解釈し、患者の侵襲性を低減する目的で、術中に術式変更した」ということがあり、前記の事例でも、「術式変更については術後に説明を実施した」ということで、術中の術式変更時に患者、もしくは家族への説明が未実施、および同意を取得していない状況が想定される。このような場合、医師の解釈や、認識と、患者・家族の理解が一致しているか否か、ということについては検討されているだろうか。

また、術中に術式変更の必要性が生じた際の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得については、手術や麻酔の状況にもよるが、患者本人への説明の実施と同意を取得することが、必ずしも容易ではない可能性、および術式変更について、患者と家族の意思が必ずしも一致しない可能性などが想定される。このようなリスクを回避するためにも、2)の「自施設における術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得の実施状況の現状評価・フィードバックの実施」と、3)の「術前カンファレンスにおける検討内容や、カンファレンスの実施方法の見直しの実施」が重要となる。

5)の「同意書の内容と異なる手術の実施」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、患者・家族の心情に近い意見も含めてさまざまな意見交換が実施できるように、医療職はもちろん、非医療職も含めた多職種の参加で実施することが望ましい。

術中の術式変更時に、患者、もしくは家族に説明を実施せず、同意を取得しないで、患者・家族の理解と異なる結果が生じた場合、患者の身体的状況だけでなく、医療機関や医療者への信頼失墜など、不可逆的な影響が発生する可能性が想定されるため、広い視野でリスクアセスメントを実施することを期待したい。ここで得られたリスクアセスメントの結果を、ルールの整備やシステムの見直しをする際に活用することを勧めたい。

6)の「リスクアセスメントの結果と具体的事例の情報共有を含む職員教育の実施」では、さまざまな情報を提供することにより、職員個々の関心を高めることが必要である。5)の「“同意書の内容と異なる手術の実施”に関する多職種参加によるリスクアセスメントの実施」で得られたリスクアセスメントの結果を職員個々にフィードバックする場として実施することも検討したい。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も含めて、具体的な情報提供を実施し、これらの情報を活用して、多職種で意見交換を実施することで、自施設の課題を認識し、事例発生を回避する対策に気づくことができる職員教育を企画することが期待される。

前記の事例の改善策としては「当該診療科の全医局員に以下の内容を周知した。(1)術前には同意書と、診療録を執刀医・助手全員が必ず確認する。(2)術式変更の際は、診療録に記載し、再度、同意を取得する(同意書を作成する)。また、家族が同席していない場合は、その旨を速やかに家族に連絡する。(3)外来担当医は可能な限り、担当患者の執刀医、もしくは助手として手術に参加する。本事例の発生と、これらの当該診療科への対処を、会議において、全診療科の医長・医局長に周知した」局所麻酔下でも、術前に、合併症と術後管理・生活上の注意点について詳細な説明を実施する。外来での業

務基準・手順の見直しを実施し、診療の補助業務と患者指導に関わる資料を整える」などが挙げられている。

今後、自施設における“同意書の内容と異なる手術の実施”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。

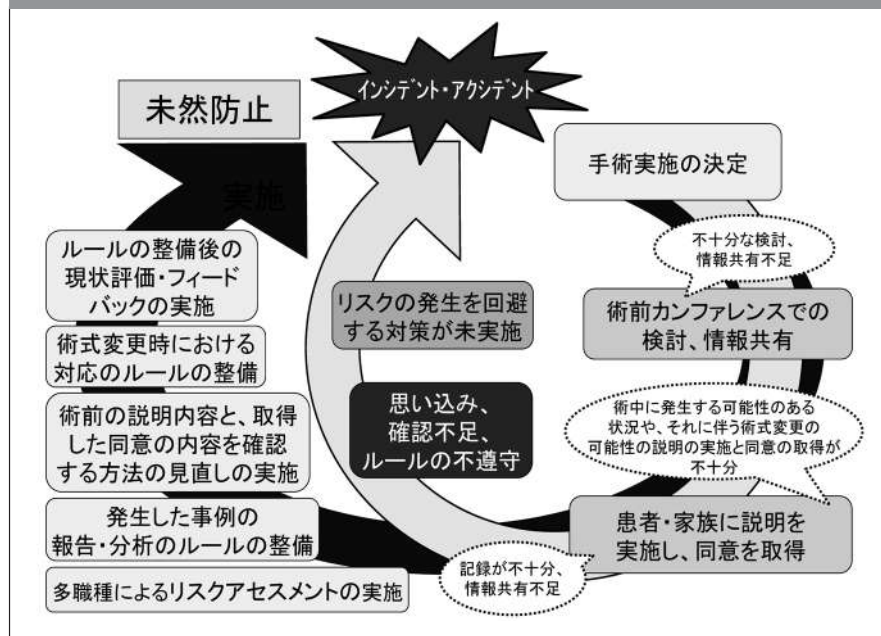
“同意書の内容と異なる手術の実施” に関わる事例発生を未然防止と 今後の展望

本稿では、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例を検討するに当たって、「術式変更」で「術中に患者、もしくは家族に説明を実施せず、同意を取得しないで実施」という状況に焦点を当てて(図1)、「なぜ、“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例の発生が防止されないのか?」という疑問に加えて、「なぜ、術式変更により“同意書の内容と異なる手術の実施”をする際に、患者、もしくは家族に説明を実施して、同意を取得するというところを行わないで実施したのか?」という疑問を深めた。併せて、事例の発生状況と発生要因の“見える化”により、事例発生を未然防止対策を検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、自施設における“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生の実況評価が未実施、術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得の実施状況の見直しが未実施、および術中に術式変更の必要性が生じた際の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得に関わる対応のルールが未整備などで、リスクの発生を回避できず、患者・家族からの信頼を揺るがすことや、トラブルの発生など重大な影響が発生する可能性に目を向けたい。

これまで、自施設で類似事例が発生していない場合でも、他施設で発生した事例も含めて、“同意書の内容と異なる手術の実施”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、などの情報を得ること

図3 “同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”(例)



を勧めたい。

“同意書の内容と異なる手術の実施”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、「術前の患者・家族への説明の実施と同意の取得」「術中の術式変更時の患者、もしくは家族への説明の実施と同意の取得」「同意書の内容と異なる手術」の実施後の報告・分析（図2）というプロセスのどこで、どのような問題が発生しているのか、自施設における課題の明確化を検討することが望まれる。このための取り組みの一つとして、「“同意書の内容と異なる手術の実施”に関わる事例発生のプロセスの“見える化”（例）」（図3）を作成した。

手術を実施する際には、「手術実施の決定」後に、「術前カンファレンスでの検討・情報共有」が実施されるが、ここで「不十分な検討」「情報共有不足」などが発生する可能性がある。次の「患者・家族に説明を実施し、同意を取得」でも、「術中に発生する可能性がある状況や、それに伴う術式変更の可能性の説明の実施と同意の取得が不十分」「記録が不十分」「情報共有不足」などが発生する可能性がある。これに加えて、「思い込み、確認不足、ルールの不遵守」や、「リスクの発生を回避する対策が未実施」などがある場合には、インシデント・ア

クシデント事例の発生に至る可能性が想定される。

これに対して、「手術実施の決定」後に、「術前カンファレンスでの検討・情報共有」が実施され、「患者・家族に説明を実施し、同意を取得」した後に、「多職種によるリスクアセスメントの実施」「発生した事例の報告・分析のルールを整備」「術前の説明内容と、取得した同意の内容を確認する方法の見直しの実施」「術式変更時における対応のルールを整備」「ルールの整備後の現状評価・フィードバックの実施」などが実施されている場合には、事例の発生が回避され、未然防止に至る可能性が想定される。

この機会に、これらのプロセスを参考にし、自施設の現状を“見える化”し、課題を明らかにすることを勧めたい。患者・家族と双方向の対話の実施が、患者への影響拡大の防止とトラブル発生の未然防止につながることを示唆されるため⁶⁾、患者・家族への術前・術後の説明や、手術に関連した文書の見直しなども含めて、施設内で組織的・継続的に取り組むことが望まれる⁷⁾。

患者・家族の認識と医療者の認識の“ズレ”の発生と、その認識の“ズレ”に気づかないまま対応を実施することで、事例発生を回避する

ことが困難になる可能性が想定される。この現状を再認識し、患者・家族の期待にプロフェッショナルとして応えるためにも、職員個々の能力の発揮はもとより、職種間の連携と協力により組織の“医療安全力”を高める取り組みが期待される。

参考文献

- 1) 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83回 “術式間違い”に関わるアクシデント事例を未然に防止する！月刊地域医学 2020;34(9):720-726.
- 2) 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 Aug 1)

- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2024 Aug 1)
- 4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療事故情報収集・分析・提供事業. 2023年1月-12月 (2023年年報分). YA-41 発生要因C. https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2023/TTL253_YA-41-C.html (accessed 2024 Aug 1)
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業. 2023年1月-12月 (2023年年報分). YH-36 発生要因https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2023/TTL292_YH-36.html (accessed 2024 Aug 1)
- 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12回 患者・家族と双方向の対話を実施している. 臨床外科 2017;72(3):338-342.
- 7) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第7回 アクシデント発生後の原因分析やリカバリーの取り組みが迅速である. 臨床外科 2016;71(10):1304-1307.

『公衆衛生だより』をご存知ですか？

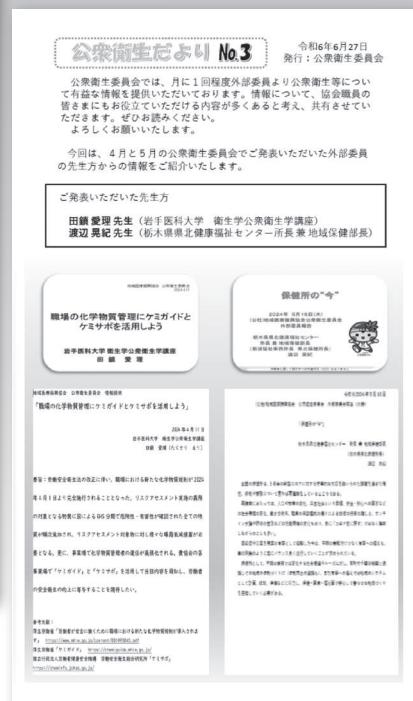
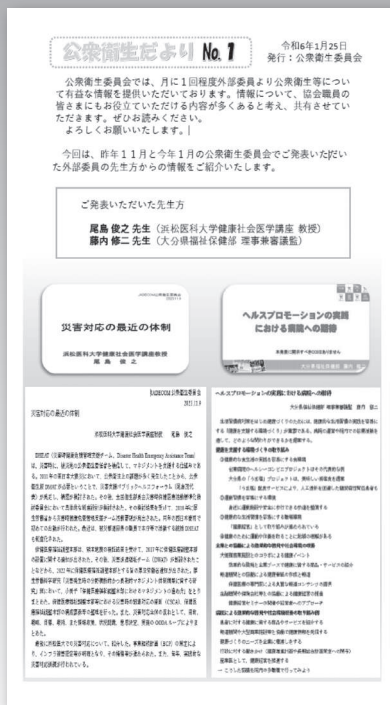
複雑多様化する健康課題や新興感染症等、新たな課題に対応し、地域包括ケアを実現・推進するには、地域医療と公衆衛生が一体となって取り組むことがますます重要になっています。

そこで、当協会の公衆衛生委員会では、委員の先生方よりいただいた有益な情報を『公衆衛生だより』として外部公開しております。

皆さま、ぜひ当協会ホームページ(下記URLまたはQRコード)にてご覧ください。

<https://www.jadecom.or.jp/library/document.html>

「その他教材」→「公衆衛生委員会活動」参照



● 問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会 公衆衛生委員会事務局

〒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

原田昌範先生の 「へき地医療対策に遠隔医療をどう組み合わせるか 後編」 (8月1日配信)

山口県立総合医療センター へき地医療支援センター長・地域医療振興協会 理事の原田昌範先生から「へき地医療対策に遠隔医療をどう組み合わせるか」についての後編のレクチャーです。ここでは、海外視察で得たものを、どのように山口県で実証し、実装したかを紹介します。

山口県の離島・へき地で実際にDoctor to Patient with Nurseのオンライン診療を行った結果、メリット・デメリットを把握し上手に組み合わせることが大事であると分かりました。患者の傍らに看護師がいる安心感も重要です。看護師が患者のそばにすることで、患者も医師も安心できる、患者の顔色の変化に気づきやすい、看護師であればその場のコントロールができるという強みがあります。このような実証を重ねて「看護師等遠隔診療補助加算」(50点)が令和6年の診療報酬改定から加わりました。この加算を取るためには、医師が厚生労働省のウェブサイトにてe-Learningを受講する必要があります。

へき地医療拠点病院等からのオンライン診療により、へき地診療所・巡回診療を行う施設・在宅医療の患者宅などの医療資源が限られた地域・時間帯であっても継続的な医療の確保が可能となりました。オンライン診療をスムーズに行うためには普段から顔の見える関係を構築することが重要で、山口県では巡回診療関係者やへき地診療所看護師のオンラインミーティングを定期的に開催しています。

コロナ禍の最中、山口県ではへき地診療所が街中の自宅療養体制をオンライン診療で支えるという取り組みが行われました。オミクロン株による第6波の時、山口県は自宅療養体制が不十分でした。この時、へき地勤務の若手医師がYCOCというネットワークをつくり、診療支援活動をしました。また、コロナに罹患した医師が宿泊療養先から離島の患者のオンライン診療を行うこともありました。平時から実証実験でオンライン診療を行っていたことが有事で役立ったという貴重な事例でした。第8波で多くのクラスターが発生した時は、Teamsで情報共有し、カメラを高齢者施設に持ち込みオンライン診療と組み合わせるといった医療DXのツールが非常に有用でした。コロナ禍では、近未来の医療課題が表面化・見える化されたと思います。

現在、国は医療DXの推進をしており、電子カルテ、電子処方箋、オンライン診療の普及が進んでいくでしょう。山口県では、これまでのように一人の医師をへき地診療所に派遣するのではなく、みんなでチームをつくり、遠隔医療を組み合わせることで面としてへき地医療を守る取り組みを進めています(図)。

目指すのは「離島・へき地でも持続可能な地域包括ケアの推進」であり、そのために他職種との連携・顔の見える関係の構築・今ある医療にオンライン診療を足す・有事に備え平時からの利用といったことが大事であると思います。

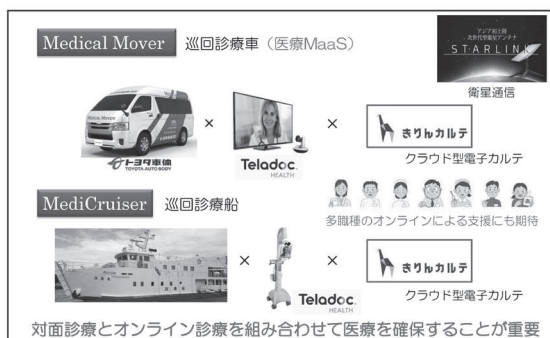


図 医療DXを組み合わせたこれからのへき地巡回診療

*原田先生のレクチャーの詳細は、8月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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





手術をしない外科医にできること

長野県立阿南病院 勝山翔太

皆さん初めまして、長野県41期卒の勝山翔太と申します。私は現在、長野県の南県境に位置する長野県立阿南病院にて外科医として勤務しています。

僣越ながら自己紹介をさせていただきますと、大学では弓道部と薬師祭実行委員会に参加し大会運営やイベント企画運営に携わってきました。卒後は長野県の北部にある長野県立信州医療センターで初期研修を行い、信州大学医学部附属病院外科学教室にて外科専門研修を経て、2023年4月より長野県立阿南病院に勤務しています。

当院がある阿南町は人口約4,000人、高齢化率は45.1%と非常に年齢層が高い地域です。地形としても森林が総面積の84%を占め、標高が315mから1,664mと非常に差があり、同じ町内でも全く異なる季節感が特徴です。

このように当院のある阿南町だけでも多彩な環境、生活文化のある地区ですが、当院の診療圏域は飯田市より南に位置するすべての長野県

市町村となっており、面積だけでいえば東京23区の総面積を上回ります。

長野県では多くの先輩方が地域の診療所でご活躍されており、義務年限内での地域医療は主にこの阿南病院で従事しています。真の地域医療とは言い難い環境ではありますが、外科を一人で診る身として何か書ければと思います。

手術の無い外科とは

阿南病院では現在麻酔管理の安全確保上の理由で外科系手術は行っておりません。以前には外科の医師が麻酔管理をしながら手術をしていたこともあったそうですが、昨今では一人外科で麻酔管理をしながらの手術は難しくなっています。

手術がない分のゆとりを患者さんに還元しようと思いながら阿南病院へ赴任してきました。

いざ外科として働き始めると、想定以上に外傷患者が多いことに驚きました。特に高齢者の



長野県立阿南病院



診療中



下伊那地区ドッグランで

農作業に関連しての外傷が多く、鎌による切創や草刈り機などによる挫裂創、さらにはジビエ解体中の切創など山間部ならではの処置を経験できました。いつまでも現役で働き続けられるパワフルな患者さんを、できるだけ身体機能を保つように縫合する技術は今まで以上に注意を要し、拘縮や瘢痕が起きにくい縫合や処置後のリハビリなど改めて学ぶ良い機会となりました。

また、外科としての仕事は比較的時間があつたため、患者さんの生活や仕事の様子、身体で困っていることなど、かかりつけではないからこそ相談しやすいことを聞くように心がけました。外傷診療そのものは数回で終わりますが、その中で怪我の再発予防や別の外傷のリスクとなる環境の調整まで目を向けることで、人を診るという学生時代に学んだ内容を実感しました。

そんな中で患者さんから足の悩みを聞く機会が増え、白癬をはじめとする足の爪トラブルに悩んでいる人が多くいることに気がつき、フットケアへの取り組みを新たに始めることとしました。

今までの地域に比べて白癬の頻度が高く、職業農家や自家菜園での農作業に伴う足の汚れが目立ち、地下足袋などの足回り、道具入れ替え

を控えている傾向が多くみられました。良くも悪くもずぼらな地域柄と皮膚科へのアクセスが悪いことが重なり、未治療白癬が増えていたのだと思います。まずは新規に治療開始しやすくなるように地域の広報誌や病院広報への記事掲載を行い、当院での白癬治療について認知してもらいました。次に院内のスタッフに紹介依頼を行い、通院中患者からの拾い上げを行いました。治療にあたり意欲や生活様式に合わせて薬の選択、爪切りの頻度や受診間隔、仕事道具の入れ替えや足の清潔保持の注意事項、家族への治療相談など、一人ひとりに寄り添えるよう心掛けました。

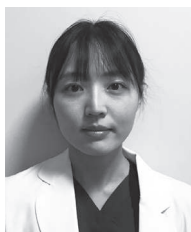
この白癬治療を通して、患者さん同士の口コミから受診される方や、院内で患者さんから受診相談を直接受けることが増え、地域のつながりを感じ、阿南地区に少し馴染めたような気がします。

新専門医制度に伴い専門性をより重視する医療の流れがありますが、そこから少し離れた地域医療は新しいことに取り組める貴重な機会となりました。

この2年間で医療の谷間に少しでも光を当てることができていたのなら、自治医科大学卒業生として本望です。

勝山翔太(かつやま しょうた)先生 プロフィール

2018年自治医科大学卒業。長野県立信州医療センターで初期研修後、信州大学外科学教室の外科専門研修を開始。専門研修を終え、2023年より長野県立阿南病院外科勤務。



日々の暮らしに、尊敬のまなざしをもって

萩市国民健康保険大島診療所 江副一花

こんにちは。自治医科大学41期卒、山口県出身の江副一花と申します。このたび大学の大先輩であり、いつも熱く、柔軟な視点を持った上司である原田昌範先生からお話をいただき、この原稿を書かせていただきます。私自身も一読者として、地域でいろいろなキャリアを積んでおられる先生方のお話を読むのを楽しみにしていましたので、このような機会をいただきとても光栄です。

私は自治医大を卒業後、山口県の中核病院である山口県立総合医療センターで2年間の初期臨床研修を行い、その後2年間は下関市立豊田中央病院で内科・総合診療科として勤務、1年間の後期臨床研修(この間に産休・育休を取得)ののち、2023年4月に医師6年目で現在の萩市国民健康保険大島診療所に勤務しました。

下関市立豊田中央病院での2年間

下関市の山間部、豊田町は人口5,000人ほどの

町で、米、梨をはじめとした農業が主な産業です。また一ノ俣温泉やホテル船で知られ、観光業も盛んです。この町唯一の病院である、下関市立豊田中央病院は約50床の急性期～回復期病床を、内科医師+眼科医3～5名で管理しています。私は医師3～4年目にここに赴任し、指導医の吉富崇浩先生のもと、初めての外来、病棟主治医を経験しました。

外来や病棟では「ずっと豊田にいたい」と話す患者さんに複数出会いました。夫が若いころ頑張って建てた自宅に住んでいたいから、自宅から見える田んぼが好きだから、先祖代々の墓があるから、家族やペットと一緒に過ごしたいから、ご近所さんが訪ねてくるからと理由はさまざまです。でも自分の人生と地域が深く結びついており、自分と地域が相互に影響しあってきたのだという感覚は共通していて、これが地域への愛着になっていることを実感しました。病院のスタッフや地域の医療福祉従事者は、患者さんのこの願いを当たり前に入



豊田中央病院のスタッフと



大島の風景

れ、頭を悩ませながらも支援し続けていて、これも私にとって大切な経験となりました。

萩市国民健康保険大島診療所での2年間

医師6年目から現在の勤務地である萩市大島の大島診療所に赴任しました。萩市大島は人口600人弱の離島で、本土まで30分ほどの定期船が1日4往復しています。島内の医療機関はこの診療所のみで、医師1名、看護師2名、事務1名で運営しています。漁業やたばこ、ブロッコリーなどの産業があり、晴れ・風の日は忙しく仕事をして(夜通し働いたり、数日沖に泊まったりと本当に忙しい!)、時化の日はみんなで集まって飲んだり家のことをしたりする、というON/OFFがはっきりあるのが島の暮らしの特徴です。天候によって、診療所も患者数に大きな差があり、最初は少々戸惑いました。

大島には「ヤマ」と呼ばれる台地があり、畑が広がっています。海沿いから台地までは急勾配になっており、歩くのもやっとな坂道です。島民の自宅は海沿いもしくは急な坂の途中にあり、毎日この急勾配を移動するので、変形性膝関節症の患者さんが多くいます。また漁師さんたちはイカ釣りの時期には夜に働き、かと思うと日中に海士の仕事をし、仕事の時間も時期や天候で変わるので、血圧の管理には難渋しています。地形や産業に合わせて、自分の提供する医療を変化させる必要性を感じています。

島民はとても親切で、魚や野菜をいつも沢山いただきます。自分たちが何かをするときには隣近所の分もついでにする、という互助の文化(「ついで」の文化)があり、特にご近所や、よそから来た若い人への親切がごくごく自然に行われています。とてもありがたい反面、介護福祉サービスを使う習慣がなく「近所の〇〇さんに頼むから、ええ」とサービスに上手くつながれないデメリットもあります。互助は、離島という狭く区切られた環境のなかで暮らすため作り上げられた、長年の生活の知恵です。うまく介護や福祉とつなげていければと思う一方、若い人口が減り高齢者のみが残る大島で、今のかたちで互助を続けるのは難しいという悩みもあります。社会福祉協議会と協力し、有償の生活支援サービスを作ったり、週2回のデイサービスを増やす取り組みをしたりと、少しずつ公的な支援も受けられるように活動をしています。

医療の集約化が進められる中で、地域で暮らすことは「リスク」として敬遠される世の中だと感じます。医学生へのアンケートで、地域医療を守るための新たな取り組みとして、「みんなで安全な場所に移住したらいい」という回答がありました。能登半島地震の際にも、「危ない場所に住むのが悪い」という意見を目にしました。助けられなかった命や、経済的人的負担を考えると、その意見は一理あると思います。実際、地域からの若年層の流出が進む理由の一部に医療資源の乏しさや災害リスクがあり、リ

スクの少ない都市部への移住は確実に進んでいます。

しかし地域には、その土地に根づき、暮らし続けたい住民もいます。彼らの文化はその土地で醸成された豊かなもので、私はリスクを第一優先事項にしない、その暮らしの豊かさを尊敬しています。もちろん、その豊かさのためにそのほかの社会的課題や医療従事者の働き方を犠牲にすべきとは思いません。過疎が進んでいく地域で、限られた人的・経済的資源をうまく使って、極力リスクを減らしながらその地域に最

適化された医療福祉を届けることは、さながら地域の緩和ケアのようだと思います。

現在、大島診療所には遠隔医療システムが導入され、D to Dで上級医に相談ができるようになりました。地域だからこそ、新しい技術を用いて、人的・経済的資源がなくても標準的な医療につなげられるように、ひとり診療所のプレッシャーに押し潰されそうな私のような医師の助けになるように、ひとつずつ制度を整えていきたいです。



わが子と休耕地に植えられた菜の花

江副一花(えぞえ いちか)先生 プロフィール

2018年自治医科大学卒業。山口県立総合医療センターで初期臨床研修後、下関市立豊田中央病院、山口県立総合医療センター(後期研修)を経て、2023年4月より萩市国民健康保険大島診療所へ赴任。休日は、2歳の長女と歌を歌ったり、海で遊んだりしている。

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。

地域医療型後期研修

2024. 8. 16

憧れの地域医療に従事して

東京北医療センター所属、「地域医療のススメ」専攻医2年目の清和寛二郎です。北海道生まれ、宮城県で育ち、富山の大学、新潟の研修病院を経て昨年より東京に移るという、なかなか居場所が安定しない人生ですが、さまざまな場所での生活の楽しんでいます。現在は青森県の六ヶ所村医療センターで研修させていただいています。

医師を目指したきっかけは、両親が活動を支援していた国境なき医師団の活動報告を見たことでした。医療資源に恵まれない環境で医療を提供する姿に感銘を受けましたが、徐々に同様の理由で日本の地域医療にも興味を持つようになりました。初期研修中の地域医療研修で、地域の何でも屋としてオールマイティに活躍されている先生方の姿を見て、自分の目指すところはこれかもしれない、と思い総合診療の道を志しました。

東京北医療センターでの1年目は総合診療科を半年、小児科・救急科を3ヵ月ずつ回りました。ずっと田舎で暮らしていたので東京での生活に新鮮さを感じつつ、総合診療科では豊富なバックアップのもと内科を学び直し、主にプライマリ・ケアの目線から小児診療、救急を学びました。

そして今年度より六ヶ所村医療センターでの勤務となりました。もともと目指していた地域医療に携わること、そして初めて東北で医師として働くことに喜びを感じていますが、今まで勤務していた総合病院との違いを想像以上に感じました。



地域医療のススメ

清和寛二郎

プロフィール

2021年3月 富山大学 卒業
2021年4月 糸魚川総合病院 初期研修
2023年4月 東京北医療センター
地域医療のススメ 後期研修



下北半島の名勝・仏ヶ浦の雄大な景色



院内でのバンド演奏に参加!

診療所では、当然ながら臓器や年齢に関係なくあらゆる症状の患者さんが来院します。コモンな症状や慢性疾患はもちろん外傷・骨折、耳鳴り、目の赤み、舌の腫瘍、顎関節脱臼、円形脱毛症、小児の皮疹、熱性けいれん、肩痛の注射希望など、総合病院であれば他科を受診していたであろう症状に対しても、責任を持って対応しなければなりません。

また「専門科・総合病院を受診してください」のハードルが意外と高いことも思い知らされました。近隣の病院は比較的離れており、また診療科や受け入れ体制が安定していないところも多いです。他の病院の受診を希望せず、診療所でできる範囲での治療を

してほしいと言われ、自分でフォローしなければならないこともしばしばです。これらのことは地域医療においては当然のことなのかもしれませんが、実際に従事して初めて強く実感したことでした。今までいかに検査や上級医・他科の先生方、コメディカルの皆さんに頼っていたかを痛感しています。最初は困惑しましたが、地域を診る医師としての責任感を強く感じました。「なんでも診る」「患者さんが困っていれば自分のできる限り対応する」という自分の理想とする医師像をイメージでき、やりがいも感じています。

さらにこれらに常日頃対応している診療所の上級医の先生方は、あらゆる症状の原因を常に解剖や病態生理に基づいて推論しておられ、本物のジェネラリストであると感じ、日々刺激を受けています。

医師の数も少なく、現在は専攻医も自分だけで、一人で判断しなければならぬ状況も格段に増えました。正直なところ、ときどき「不安なのでもう手放したい…」と思うこともあります。しかし、地域での勤務は自分が医師を目指したきっかけを再確認させてくれる場です。自らの限界を認識しつつ自分のできることはやる、という意志を忘れずに、この原稿を書いている時点で残り1ヵ月半、精進してまいりたいと思います。



NPさん、研修医、学生さんと村のカラオケスナックで

令和6年度 学長・学生懇談会が開催されました

6月27日(木)17時から記念棟12階会議室において、令和6年度第2回学長・学生懇談会が開催されました。この懇談会は、永井良三学長、大槻マミ太郎副学長をはじめ教員と学生の代表が自由に意見交換し、日常の教育や学生生活の現状を相互に把握して理解を深めるとともに、短期および中長期的な改善と向上を目的として年3回実施しております。

懇談会は興水崇鏡学生生活支援センター長の司会で進められ、はじめに永井学長、大槻副学長から、学生に対して労いや励ましのお言葉をいただきました。続いて、都道府県人会を代表して浅田さくらさん(5年生・兵庫県)、学友会サークル代表挨拶を若原裕介さん(5年生・静岡県)、自治会サークルを代表して梁由佳さん(3年生・大阪府)から挨拶がありました。夏に向けて各団体では活動が忙しくなる中、教員を囲んでそれぞれの立場から話に熱が入り、予定の時間を超えて学長、副学長をはじめ多くの先生方からお話を伺える貴重な機会となりました。

報告
各種お知らせ
求人

報告

第37回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定

地域保健医療に関する研究などの推進・奨励の一環として実施している地域保健医療研究助成事業において、公募研究テーマの中から「研究助成賞」4件が、令和5年度「月刊地域医学」に掲載された論文の中から「研究奨励賞」2編が、選考の結果決定しました。

選考委員会：吉新通康, 山田隆司, 川上正舒, 北村 聖, 安達秀雄

研究助成賞

助成金 総額 200 万円（税込／研究内容に応じて振り分ける）

研究期間 2024 年 9 月 1 日～2025 年 8 月 31 日

成果発表 研究期間終了後 1 年以内に原著論文を「月刊地域医学」に掲載

大堂雅晴 氏 飯塚市立病院

助成金額 21 万円

研究テーマ

「排泄ケアにおける質向上を目的としたケアアセスメントのための看護師による超音波検査システム」

才津旭弘 氏 自治医科大学医学教育センター

助成金額 100 万円

研究テーマ

「急性出血性直腸潰瘍の疫学研究 ～多施設共同前向きコホート研究の基盤構築～」

古賀昭貴 氏 東京北医療センター

助成金額 32 万円

研究テーマ

「スマートグラスを用いて多施設をつなぐ、言語聴覚士が不在の施設への言語聴覚士のサービス提供」

内倉淑男 氏 横須賀市立うわまち病院

助成金額 33 万円

研究テーマ

「集中治療室の夜間勤務に従事する医師と看護師が、休憩時間中にとる仮眠の質の評価
—単施設観察研究—」

研究奨励賞

奨励金 20 万円（税込／1 名につき 10 万円）

久田祥雄 氏 長浜市立湖北病院

研究テーマ

「ソーシャルキャピタルとしての社会参加・社会的連帯・互酬性と主観的健康感および
客観的健康状態の関連：滋賀県長浜市西浅井町の住民を対象とした質問紙調査」

西村正大 氏 地域医療振興協会 地域医療研究所

研究テーマ

「地域診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に関する質改善活動のための
診療監査とコーチングの効果」

自治WEBセミナー「アメリカがん医療の現場から：義務明け医師の学びと次世代へのメッセージ」ハイブリッド開催

西村倫子先生は、義務年限（結婚協定で、大分県・熊本県で地域医療に従事）後、自治医科大学、がん研有明病院でのご勤務の後、Memorial Sloan Kettering Cancer Center 血液・腫瘍内科（米国）でご活躍されておられます。日本の若手医師への米国留学についての発信もされておられます。

今回は、自治医科大学卒業生としての、ご自身の学生時代、義務年限、義務年限後のご経験、留学を考えている自治医大学生・先生方へのメッセージをお話しいただく予定です。

未来の地域医療を担う自治医大学生・先生方と、西村先生とのつながりの機会となれたらと思っています。

日 時 2024年10月5日(土) 18時～19時30分

タイトル アメリカがん医療の現場から：義務明け医師の学びと次世代へのメッセージ
講師：西村倫子 先生

会 場 全労済ソレイユ（大分市）とZOOMによるハイブリッド開催
〒870-0035 大分県大分市中央町4丁目2-5

<https://forms.gle/baosb4D5MtcH7cdj7>

主 催 地域医療振興協会大分県支部

共 催 地域医療振興協会



お問い合わせ

大分市医師会立アルメイダ病院 佐藤新平(大分県30期)

E-mail m01038ss@jichi.ac.jp

未来の地域医療を担う自治医大学生/先生たちへ

自治WEBセミナー

ハイブリッド開催



西村倫子 先生

1997年 自治医科大学（大分30期）卒業
1999年 義務年限：大分・熊本で地域医療（自治医科大学で基礎研究）
2007年 がん研有明病院
2007年 Chikara's Hospital Los Angeles
2008年 Memorial Sloan Kettering Cancer Center
2009年 がん研有明病院
2010年 Memorial Sloan Kettering Cancer Center
2011年 がん研有明病院
2012年 がん研有明病院
2013年 がん研有明病院
2014年 がん研有明病院
2015年 がん研有明病院
2016年 がん研有明病院
2017年 がん研有明病院
2018年 がん研有明病院
2019年 がん研有明病院
2020年 がん研有明病院
2021年 がん研有明病院
2022年 がん研有明病院
2023年 がん研有明病院
2024年 がん研有明病院

**アメリカがん医療の現場から：
義務明け医師の学びと次世代へのメッセージ**

内容（対象）

西村倫子先生は、義務年限（結婚協定で、大分県・熊本県で地域医療に従事）後、自治医科大学、がん研有明病院でのご勤務の後、Memorial Sloan Kettering Cancer Center 血液・腫瘍内科（米国）でご活躍されておられます。日本の若手医師への米国留学についての発信もされておられます。

今回は、自治医科大学卒業生としての、ご自身の学生時代、義務年限、義務年限後のご経験、留学を考えている自治医大学生・先生方へのメッセージをお話しいただく予定です。

未来の地域医療を担う自治医大学生/先生方と、西村先生とのつながりの機会となれたらと思っています。

日 時 2024年10月5日(土)
18時～19時30分

会 場 全労済ソレイユ（大分市）
・オンライン

<https://forms.gle/baosb4D5MtcH7cdj7>

主催：地域医療振興協会大分県支部
共催：地域医療振興協会

お問い合わせ・ご確認
大分市医師会立アルメイダ病院
佐藤新平（大分30期）
m01038ss@jichi.ac.jp

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。

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科

教授 福地(埼玉2000年卒)

連絡先: E-mail chicco@jjichi.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

募集

自治医科大学附属病院 感染症科(自治医科大学 感染症学部門) 専攻医, スタッフ, 短期研修医等を募集

当科では、一般的な市中感染症や医療関連感染症に加え、移植後感染症やHIV感染症、小児症例、輸入感染症など多様な感染症を経験できます。コンサルト業務だけでなく、HIV感染症等は主科として入院診療も行っています。感染対策や臨床研究の経験を積むことも可能です。2025年度の専攻医、スタッフ、短期研修(期間は応相談)、卒業生の義務年限内後期研修者を募集します。教員としての採用も可能ですので、興味がある方はぜひ気軽にご連絡ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学 感染・免疫学講座 感染症学部門

自治医科大学附属病院 感染症科

助教 南 建輔(兵庫2008年卒)

E-mail kens37mi@jichi.ac.jp TEL 0285-35-3721 FAX 0285-35-3722

・・・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うことがしばしばありました。

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

会費のご案内

1. 年会費について

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

準会員……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

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

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

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興味をお持ちの方は、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



☆北海道勤務をお考えの医師の方は、どうぞご連絡ください
 公的医療機関等への勤務に向け、サポートします
 ☆医師移住冊子「Mateni ドクター×北海道移住」無料配付中！

～連絡先～ 北海道東京事務所（担当：中村）
 TEL 03-3581-3425（直通）
 E-mail tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp

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 音更町緑が丘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、とがち帯広空港から約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、北海道北西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し、天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。

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

地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。

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

受付 2022.6.16



※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用：北海道で負担します

対象：北海道内外の①医師または医学生、②薬剤師または薬学生
 対象病院：募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先

北海道道立病院局 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。



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』に連なっています。

当診療所は、平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行っております。

地域医療に意欲的な方をお待ちしております。お気軽にお問い合わせください。

<https://www.town.fukaura.lg.jp>

受付 2023.7.24



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（うち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杉成9

連絡先：加美病院事務次長 藤原

TEL 0229-66-2500 FAX 0229-66-2501

E-mail jimur@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



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



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：45名（うち常勤医師28名，非常勤医師17名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事グループサブリーダー 徳重

TEL 072-847-3261 FAX 072-840-6206

E-mail tokushiges@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



和歌山県

公益財団法人白浜医療福祉財団 白浜はまゆう病院



- 一般内科または総合診療科・
消化器内科・乳腺外科 各1名

診療科目：内科、外科、整形外科、リウマチ科、小児科、脳神経内科、
リハビリテーション科、婦人科、泌尿器科、乳腺外科、皮膚
科、眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、呼吸器科、循環器科、
消化器科、麻酔科、心療内科(休診中)、アレルギー科(休診中)

病床数：258床

職員数：390名（うち常勤医師18名、非常勤医師32名）

所在地：〒649-2211 和歌山県西牟婁郡白浜町1447

連絡先：事務部 参事 布袋

TEL 0739-43-6200 FAX 0739-43-7891

E-mail j_hotei@hamayu-hp.or.jp

特記事項：当院は和歌山県の南、南紀白浜に建つ公益財団法人の総合病院
です。風光明媚な白良浜・円月島などの観光名所、温泉、世
界遺産の熊野古道もあります。羽田から70分の白浜空港が
あり、病院まで約10分です。自治医科大学卒業生が病院長で、
同大学卒業生が多く在籍しています（自治医科大学義務年
内医師含む）。しかしながら近年一般内科医・総合診療医・
消化器内科医の不足に直面しており、新たに当院で仕事を
して下さる医師を求めています。内科以外をされていた先
生でも、総合診療医として歓迎します。また、乳腺外科専門
医がソコで年間約60例の手術を行い、また指導施設でもあり
ますので、後期研修以降に術者として修練を積めます。この
紀南地域の医療を共に支えていくべく情熱あふれる医
師を募集しています。（文責 自治医科大学29期 竹井 陽）
<https://www.hamayu-hp.or.jp/>

受付 2024. 7. 22

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、皮膚科、精神科

病床数：52床

職員数：65名（うち常勤医師2名、非常勤医師3.2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 野田

TEL 086-722-0525 FAX 086-722-0038

E-mail fukuhos8@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9,300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
谷間に灯をともししていく仲間を求めています。

<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023.11.15

長崎県

長崎県内離島・ へき地の公的医療機関



- 令和6年5月現在

4診療所・6病院（内科、外科ほか）

※マッチング成立状況に応じて随時変動します。

連絡先：ながさき地域医療人材支援センター 事務局 山下

TEL 095-819-7346 FAX 095-819-7379

E-mail info@ncmsc.jp

特記事項：長崎県の離島・へき地の公的医療機関に勤務していただける
医師を募集しています！

長崎県は、美しい自然環境に恵まれ観光資源も豊富です
が、地理的条件等により離島・へき地の医療に携わる常勤
医師の不足が課題です。

次のステージとして関心をお持ちでしたら、ぜひ現地見学
にお越しください。経費は当センターで負担し、専任ス
タッフが案内して医療機関とのパイプ役を務めます。お気
軽にお問い合わせください。

※個別の募集医療機関はコチラ→<https://ncmsc.jp/recruit.html>

受付 2024.5.20

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 y-yamakawa@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。

何卒よろしくお願ひします。
<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](https://www.taragihp.jp)

受付 2024.3.5



鹿児島県

鹿児島県立北薩病院

●総合診療科・内科 若干名 (常勤・非常勤応相談)

診療科目：内科，呼吸器内科，循環器内科，脳神経内科，小児科など
病床数：運用病床75床（うち地域包括ケア病床12床，第2種感染症病床4床）

職員数：159名（うち常勤医師12名，非常勤医師12名）

所在地：〒895-2526 鹿児島県伊佐市大口宮人502-4

連絡先：事務長 久永

TEL 0995-22-8511 FAX 0995-22-6783

E-mail hisanaga-yuuichi@pref.kagoshima.lg.jp

特記事項：北薩病院では，新型コロナウイルス感染症等の新興感染症も含めた感染症に対する医療，救急医療，急性期疾患に対する良質な医療，専門医療，小児医療を提供し，災害医療にも対応できるよう医療体制の整備に努めています。

地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。

<http://hospital.pref.kagoshima.jp/hokusatsu/>

受付 2024.7.22



北海道

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 道立保健所 (26ヵ所), 本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 人事係 浅野

〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目

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

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

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

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

採用時は、比較的規模の大きな保健所で所長のもと必要な知識・経験を培い、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長として勤務します。また、本庁で勤務することもあります。専門分野は問いません。行政機関での勤務経験も不要です。困ったときには、全道で30名を超える公衆衛生医師の先輩・仲間に相談することができます。

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

「WEB相談会」を随時開催しています。保健所の見学もできますので、お気軽にお問い合わせください。

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



大阪府

健康医療部 行政医師募集

募集数: 行政医師 若干名

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

連絡先: 大阪府庁 健康医療部 健康医療総務課 人事グループ 松岡

〒540-3570 大阪府中央区大手前2-1-22

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

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

PR事項: 公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけではなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康といのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。

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

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



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 徳丸

〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1

TEL 097-506-2614 FAX 097-506-1732

E-mail a12000@pref.oita.lg.jp

PR事項: 日本一のおんせん県おいたは、健康寿命も日本一です!

令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。

公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。

日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいと和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。

専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています!

<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12000/kousyueiseishiboshu.html>



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か所）、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ヵ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。

熊本県

健康福祉部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 4名

勤務先：本庁、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等

連絡先：熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870

E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

PR事項：熊本県では、県民の生命や健康を守るために県庁や保健所に勤務していただく公衆衛生医師を募集しています。公衆衛生医師の業務は、がん・糖尿病などの生活習慣病の予防はもちろんですが、医療提供体制の確保、感染症や災害への対応など多岐にわたります。近年は超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築が重要な課題となっています。他にも、県の精神保健福祉センターでは精神保健福祉に関する知識の普及、調査研究、相談や指導を行うための医師を、児童相談所では児童の健康および心身の発達に関して助言や指導を行う医師を求めています。専門分野や経験年数は問いません。これまで培った医師としてのキャリアを行政で活かしてみませんか。ご興味のある方、ぜひお問合せください。保健所見学等も歓迎いたします。
<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>



鹿児島県

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ヵ所）、県庁

連絡先：鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課 主幹 西

〒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：鹿児島県では、県内13ヵ所の保健所等で勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。

本県は、温暖な気候、屋久島、奄美大島・徳之島等世界自然遺産を有する豊かな自然、豊富な温泉資源、安心・安全な食等が魅力であり、マリンスポーツ等の健康づくりにも適し、ワークライフバランスを実現できます。

採用は、ご希望に応じ随時行っており、業務内容の紹介や保健所での見学も受け付けていますので、県ホームページをご覧ください。

詳しくは県のホームページ（QRコード）をご覧ください。

<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshuu/hokendoc2.html>



自治体病院・診療所 医師募集

全国各地の
自治体病院・診療所の
求人情報を
WEBで公開!!



登録からサービスの利用まで
全て無料!

地域医療を支えていただく医師の皆様の
アクセス、ご登録を心よりお待ちしております

医師転職をサポートします

自治体病院・診療所

検索

<https://jmha-center.jp/>



公益社団法人 **全国自治体病院協議会**
自治体病院・診療所医師求人求職支援センター

〒102-8556 東京都千代田区平河町2丁目7番5号 砂防会館 本館7階
TEL:03-3261-8558(直通) FAX:03-3261-1845 E-mail:center@jmha.or.jp

各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

4)原稿の表記：原則として日本語とする。句読点として全角の「、カンマ」、ピリオドを用いる。薬品は原則として商品名ではなく一般名とする。日本語化していない外国語、人名、地名、薬品名は原語のまま用いる。略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する。年号は西暦とする。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身*)とする。(※必要な場合のみ)

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

【書籍】

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

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

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

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

【転載・二次利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

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

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	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。あっという間に年度の後半ですね。今年6月に開催された「第17回 へき地・地域医療学会」をまとめた10月号も学びの多い内容ばかりでした。

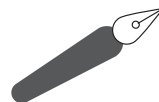
巻頭インタビューは、「へき地・地域医療学会」で招聘講演をご担当いただいた奥野正孝先生です。実は2012年に山口県でも同じタイトルでご講演をいただき、その後、私の名刺や講義にも「へき地は医者ステキにする」というメッセージを添えています。12年ぶりのご講演も何度も胸が熱くなり、会場では多くの方が涙ぐんでいらっしゃいました。

今年の学会のテーマは「豊かなる地域医療 ～患者も 地域も 医療者も～」でした。奥野先生のご講演も含め、各演者からの大切なメッセージをまとめた「特集」は必読です。そして「高久賞候補演題」で共有された自治医科大学卒業医師の義務年限の頑張りが、今年も本誌を通じて全国の離島・へき地で奮闘する後輩の支えになることを期待します。

さて、今月の「活動報告」は、へき地で働く男性看護師の調査であり、新しい視点で参考になります。「私の地域医療」では、長野県で外科医として地域医療に携わっている勝山翔太先生、離島で子育てしながら離島医療と向き合う山口県の後輩の江副一花先生、「研修医日記」では、憧れの総合診療の魅力を語ってくださった清和寛二郎先生、どの記事も心強く将来が楽しみです。

今月号も私事ですが、「JADECOM生涯教育e-Learning」において、「へき地医療対策に遠隔医療をどう組み合わせるか〔後編〕」を紹介させていただきました。ぜひご視聴ください！

原田昌範



月刊|地域|医学| 第38巻第10号(通巻456号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日／2024年10月10日

発行所／公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元／株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

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



9784909117915



1923047006004

ISBN978-4-909117-91-5
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）