

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

12
2024
Vol.38-No.12

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

地域包括ケアから 地域共生社会へ

[企画] 守本陽一 兵庫県豊岡健康福祉事務所
一般社団法人ケアと暮らしの編集社 代表理事

●インタビュー

「地域医療に情熱を注ぎたい」

小林孝巨 多久市立病院

会員向け



JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 眞一

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



地域でつながり かがやく医療人になろう

前編 10月1日配信 後編 11月1日配信 ▶

菅野 武先生

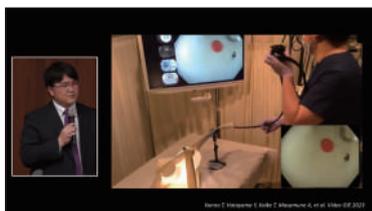
自治医科大学医学教育センター医療人キャリア教育開発部門 特命教授
東北大学大学院医学系研究科消化器病態学分野 准教授

菅野先生は、地域医療振興協会が自治医科大学に2023年に開設した寄附講座 医学教育センター医療人キャリア教育開発部門の特命教授です。ここでは2023年7月に開催された「山口県立総合医療センター 臨床研修研修会 第70回鬼怒川勉強会」での講演を配信しています。

前編では、2011年の東日本大震災で、南三陸町公立志津川病院の被災した当時の様子、直後の活動、医療再開について、自らの経験とその時に得た教訓を語っています。そして「The 2011 TIME 100(世界で最も影響力のある100人)」に選ばれた経緯と、その会合で披露したメッセージを紹介しています。

後編では、災害時にストレス性潰瘍が急増したことから、シミュレーターを開発した経緯、著書の執筆・出版、災害時の支援に向けての人材育成など、この12年間の先生の活動についてお話をしています。

そして「次世代を生きるプロフェッショナルな医療人になるには、ふだんのつながりを知り、自分にできることを見つけ、受動的な環境の中でも主体性を持ち、あきらめないこと」と結んでいます。



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



JADECOM

◎お問い合わせ

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

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.12(2024年)

目次

インタビュー

- 地域医療に情熱を注ぎたい／小林孝巨 2

特集 地域包括ケアから地域共生社会へ

- エディトリアル／守本陽一 10
- 総論 地域包括ケアから地域共生社会へ／岩名礼介・齋木由利 11
- 地域共生社会の歩みと現状、今後の展望／武田遼介 17
- 地方自治体での地域共生社会 -地域共生社会実現に向けた名張市の実践-／柴垣維乃 23
- 地方自治体での地域共生社会 -大牟田市における実践を通して-／猿渡進平 30
- まちづくり系医師が取り組む地域共生社会 -つながりのチカラを生む地域協働-／井階 友貴 35
- 暮らしの中にある地域共生社会／松村大地 40
- 喫茶店のフりに始まり、孤独の淵は地域の縁側／上田假奈代 46

原著

- 在宅復帰を支援する理学療法士の意識調査
-全国へき地医療拠点病院におけるアンケート調査-／吉田司秀子・川口 徹・他 52

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134回“ノンテクニカルスキル”に関わる事例発生を未然防止する!②
-“意思決定”に関わる事例の発生要因から考える未然防止対策-／石川雅彦 62

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑫／牧田幸三 69

JADECOCOM生涯教育e-Learning紹介

- 地域でつながり かがやく医療人になろう 前編 73

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 長崎県 対馬での地域医療／西垣純花 74
- 香川県 離島における地域医療／谷口 統 76

書評

- 改訂コアカリ準拠 地域医療学入門 改訂第2版／守本陽一 79

JADECOCOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 小さな病院の特定ケア看護師が持つ大きな夢／加藤裕子 80

研修医日記

- 4年間の研修を本気で振り返る／加藤 開 82

自治医大NOW

- 高校進路指導教員向け大学説明会開催／
令和6年度第2・第3回看護学部オープンキャンパス開催 84

お知らせ 86

求人病院紹介 94

投稿要領 102

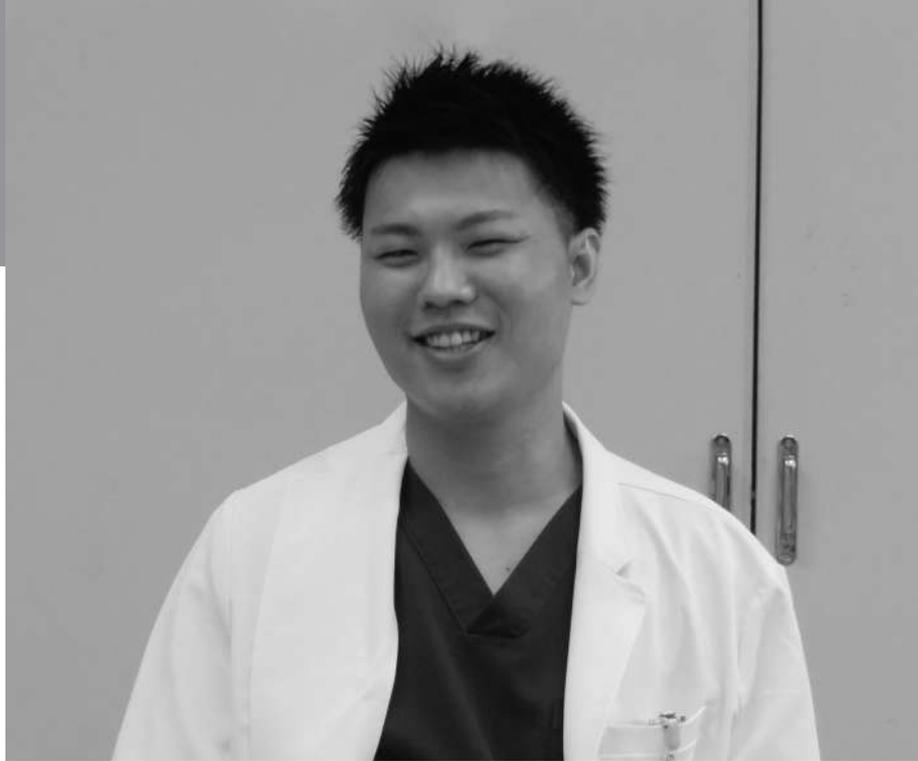
総目次 104

編集後記 巻末

●今月の表紙写真の提供:小林孝巨先生

INTERVIEW

多久市立病院
小林孝巨先生



地域医療に情熱を注ぎたい

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

離島の一人診療所に総合内科医として赴任

山田隆司(聞き手) 今日は、今年の「第17回へき地・地域医療学会」で、高久賞を受賞された佐賀県の小林孝巨先生を、多久市立病院にお訪ねしました。この度はおめでとうございます。

小林孝巨 ありがとうございます。

山田 高久賞の講演では、主に先生が離島に赴任されているときの経験を話されたと思いますが、今日はそのお話も含めて伺いたいと思っています。まず、通例ですので、先生が卒業されてからここに至るまでの経緯を簡単に紹介してください。

小林 2016年に自治医科大学医学部を卒業しまして、佐賀大学医学部附属病院と佐賀県医療セン

ター好生館で初期臨床研修を行いました。初期研修後に唐津赤十字病院という、県の北部にある300床ぐらいの病院で離島前研修を行いました。その後2年間は小川島診療所に赴任しました。

山田 離島前研修というのは1年間ですか？

小林 1年間です。

山田 2年間の初期研修はローテート研修ですよ。唐津日赤での1年間の離島前研修というのは何か特別なプログラムが組まれているのですか。

小林 初期研修は一般のローテート研修でしたが、離島前研修も自分が島に行っても必要だと思う診療科を選んでローテートするという、初期研修

の延長のような感じでした。上部消化管内視鏡、胃透視、腹部エコー、関節注射、小児科の診察などの手技の習得に必死でしたね。

山田 初期研修2年目のときに離島に行くことは決まっていたのですか。

小林 そうですね。

山田 佐賀県には離島はどのくらいあるのですか。

小林 馬渡島、小川島、加唐島、神集島は一人診療所で、高島は常勤医がいなくて往診で回しています。それらの島に自治医大卒業生が代々赴任しています。

山田 離島というと、長崎県などは本格的な大きな島が多いですが、佐賀県はそれほど遠距離ではなくまとまっている感じなのですね。そうすると佐賀県は、卒業生が赴任するような山間へき地はあまりないのですか。

小林 佐賀県では、卒業生が山間部の診療所へ行くことはほとんどないですね。

山田 なるほど。それで先生は4年目、5年目と小川島に行かれたのですか。

小林 はい、小川島診療所で総合内科医として診療

しました。でも整形外科医を目指していたので、唐津赤十字病院の整形外科で週に1回研修させていただきました。

山田 はじめは小川島へは通っていたのですか。

小林 そうです。前任の先生もそうでしたし、勤務している事務員や看護師の方も陸地から通いでしたので、私もはじめはそうしていました。

山田 通勤できる距離なのですね。

小林 唐津市内から呼子の船着き場まで車で40分、そこから小川島までフェリーで20分なので1時間で通えます。

山田 島の人口はどのくらいだったのですか。

小林 私が赴任した頃は300人程度だったと思います。

山田 それなら穏やかな感じですね。外来患者も1日10人くらいですか？

小林 10人前後でしたね。お年寄りばかりという感じでした。でも小川島には保育園と小学校があり、子どもも沢山いましたので、急な発熱や腹痛などの対応もあり、最初はとても不安でしたね。

地域に密着した医療を実践

山田 先生が高久賞の講演で話されたのは、その小川島でのことですね。途中から島に住むようになったのですか。

小林 台風や天気が荒れて船が出ないことが度々あり、「何かあったときに心配」という声も多かったのですか。またお看取りの患者がいて、「夜もいてほしい」という声があり、診療所の2階に

住むことにしました。でもしばらく誰も住んでいなかったのも電気もつかず、お湯も出ず……島には食材を十分に買えるようなお店もないので、釣りに出かけて獲った魚を食べるというサバイバル生活のようでした(笑)。

山田 小売店もないのですか？

小林 小さい駄菓子屋や酒店、漁業協同組合があっ



聞き手:地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

て、菓子パンや卵、お米などはそこで買えました。

山田 なかなか厳しい環境ですね。

小林 そういった私の状況を見て、島民の方々が毎日のように釣りやお食事、飲みの席に誘ってくれました。行きつけの家ができたりして(笑)。釣りニケーションと飲みニケーションで、島民の皆さんと仲良くなっていきました。最初は健康相談の電話ばかりでしたが、時間が経つにつれて食事や釣りのお誘いの電話が多くなってきて、島を歩いているときにも、持ちきれないぐらいの差し入れをいただいて、冷蔵庫が何度も容量オーバーになりました。本当にあったかいなと感じました。

山田 それは先生のお人柄と不自由であっても辛抱して住んでくれていることへの労いや思いが、島の皆さんにあったのではないかと思います。

小林 そうして、充実した日々を送っていましたが、脆弱性骨折の患者が続いた時期があったのですね。例えば、90代女性で大腿骨転子下骨折の患者がいました。医学的にはなるべく早く搬送して手術するのが望ましいのですが、「島から絶対に出たくない、島で最期を迎えたい」という強

い希望がありました。説得して陸地の病院へ搬送しましたが、患者とその家族が涙していました。普段から仲良くさせていただいた島民の方々に、私も目頭が熱くなりました。ほかにも、独居の90代女性の肋骨骨折の患者がいました。呼吸苦なく画像上は肺野も問題なさそうで外来で経過観察をすることは可能でしたが、1人で生活するのが不安だと陸地の病院へ搬送の強い希望があり、搬送しました。

自分が島に行く前に立てた目標としては、地域に密着すること、正しい医療を提供すること、住民から信頼されること、の大きく3つがありましたが、医学的に正しい治療方針と患者の希望が対立してしまうことが多々ありました。それで、医学的に推奨されることが必ずしも信頼関係にはつながらないと考え、本人の気持ちを尊重するような治療選択をしていきたいと思うようになりました。

山田 先生が島で、医学的に正しいことをすべきだと思う一方で、患者に寄り添った見方、患者の気持ちへの共感を経験したのは、臨床医、患者を診る医者にとっては大事で、そこで先生が真剣に悩んだということが重要なのだと思います。

ただ、患者の気持ちに寄り添った選択をすることが予後に影響する場合も当然ありますよね。それについてはどう考えましたか。

小林 十分に情報提供をした上で、きちんと理解して選択していただくことが大事だと思います。

山田 そうですね。先生が一生懸命、患者の気持ちを聞いてあげたという誠意を、患者や家族の方が感じて信頼関係がしっかりできていれば、たとえあまり良くない結果になったとしても納得してもらえるのではないかと私も思います。

小林 医療資源が少ない島のような特殊な環境だと特に、そういった場面は多いのではないかと思います。

います。

山田 でも、実は医療資源の豊富な大都市のど真ん中でも、多かれ少なかれ同じような状況は起こり得るのですよ。患者にとって十分な医療、最善な医療ができないことは時間や場所によってはどこにでもある話です。コロナ禍でもそうでしたが、都会の真ん中で、家で熱発したお年寄りが、誰にも診てもらえず悲惨な状況になっていたということもありました。そういうことを先生が感じたというのはとても大切で、だから高久賞の先生の講演を審査員や会場の視聴者が

聞いていて共感し感動するところがあったのだと思います。

小林 ありがとうございます。

山田 自治医大の卒業生は、悩んで一生懸命やって、良い結果が出ることも悪い結果が出ることもあるけれど、それを乗り越えてきたことが強みだと思うのですね。先生が4年目、5年目の若い時に、住民が300人の島を経験したことは、地域や人、その背景を知る上でとてもよい教材になったのではないかと思います。

患者と真摯に向き合う課程で成長できた

山田 島で脆弱性骨折が続いたことで、先生はその研究をされるようになったのですよね。

小林 搬送した骨折患者のことであれこれ悩んでいると、脆弱性骨折の治療選択に疑問を持つようになったのですね。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り、画像で不安定であれば手術を検討するというロメンスの治療戦略が有名です。しかし、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ました。そこで、当時の研修先である唐津赤十字病院で、臨床研究を実施する機会をいただきました。

山田 どのような臨床研究でしょうか？

小林 後ろ向きにカルテからデータを集めて解析し

て、画像と症状の重症度が一致しないことを証明しました。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ました。まずは全例10日間のリハビリテーションを実施して、立位ができなければ手術を検討するという治療戦略です。

この論文はたくさんアクセスと引用がされていて、「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」ということを全世界へ広めることができました。これらの経験を通して、「患者の気持ちを大切にす医療をしたい、そのために悩んでいる先生へエビデンスを提供したい」という思いが強くなりました。

整形外科医としての地域医療と学術活動

山田 島を去ってからはどうされたのですか。

小林 島を去ってから、6年目に赴任したのが伊万里有田共立病院という、200床ぐらいの病院です。そこは整形外科が立ち上がったばかりで、立ち上げ2年目の時に勤務しました。

山田 整形外科は何人ですか？

小林 整形外科医は2人で、年間400例ぐらい手術して、そのうち300例執刀させていただきました。離島に行っていた間、他大学の整形外科の同期に遅れをとっている気がして大きな不安や焦りもあったので、365日1日も休みませんでした。その6年目から私の整形外科医としてのキャリアがスタートしました。

7年目には佐賀大学医学部附属病院の整形外科で、人工関節や脊椎の待機手術を中心に勉強しました。伊万里有田共立病院にいたときに外傷に興味を持ったので、その年度の最後の3ヵ月間は東京都の帝京大学医学部附属病院外傷センターに、義務内で短期留学させていただきました。

8年目には多久市立病院に赴任しました。同じ年に佐賀大学大学院に入学して、佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野で骨折の予防医学を勉強し、今2年目になります。

山田 多久市立病院は何床ぐらいですか？

小林 100床です。

山田 整形外科は何人ですか？

小林 整形外科医は3人で、年間250例から300例ぐらい手術をしています。脆弱性骨折に対する骨接合術、変形性膝関節症に対する人工膝関節置

換術、半月板損傷に対する鏡視下手術など、たくさん執刀させていただいております。また、お年寄りがとても多いので外来は骨粗鬆症の患者がとても多いです。

骨粗鬆症に関しては、治療母数が多いこともあって低カルシウム血症や顎骨壊死などの合併症も多く経験しました。そこで、「個々の特性に応じた治療選択で合併症を減らしつつ、効率よく骨折を予防したい」というリサーチクエスションを持つようになり、骨粗鬆症の研究を始めました。大学院では骨粗鬆症を中心に骨折予防を勉強しています。それからご縁があって、福岡県の甘木中央病院の연구원と、埼玉県立大学大学院の연구원も掛け持ちして、研究活動を継続しています。

山田 埼玉県立大学は、自治医大教員だった柳川洋先生が学長を務められ、その後自治医大2期生の萱場一則先生も学長を務めておられたと思います。そこはどうしてですか？

小林 コメンタリーを通して議論したり、私の論文を査読いただいたりした先生と学会ではじめてお会いする機会があって、話が盛り上がり、研究員にお誘いいただき、正式に埼玉県立大学大学院へ所属して学ぶ機会をいただきました。

山田 素晴らしい向上心ですね。

小林 臨床だけでなく学術活動も続けることで、多くの先生方と出会い、視野を広げることができました。これからも人との出会いとご縁を大切にしていきたいと思っています。

今後の展望

山田 そうすると、義務は今年度で終了ですね。

小林 はい。来年の3月で終わりです。

山田 それ以降はどうしようと考えていますか。

小林 これまで面白いと思える選択肢を選んできたので、これからもそうしたいです。具体的などころは決めていませんが、やはり地域医療が大好きなので、これからも地域医療に自分の情熱を注いでいけたら嬉しいと思っています。

山田 自治医大の卒業生は、長年地域医療に従事する中で、どこに行っても地域のニーズに適應する力が備わっていると思っています。特に整形外科はニーズが高いので、整形外科医は自治医大卒業生にもある程度の割合でいますが、一方で地域の病院では整形外科医を確保するのが難しいのが現状です。へき地離島では総合診療や家庭医、総合内科的なスキルは積み上げることができませんが、一定の専門的トレーニングが必要とされる整形外科や産婦人科などはコモンな領域でありながらも、ニーズに見合うほど育成できていないのですね。地域の診療所ではやはり、内科や小児、整形、地域の病院だと加えて外科や産婦人科といった主にジェネラルな診療科が必要

とされるわけです。だから、先生のように地域医療を体験して、整形のスキルもあって、予防医学の視点をもっている医師というのは本当に地域のニーズに見合ったありがたい存在だと思います。

小林 ありがとうございます。

山田 ぜひ、その思いをそのまま伸ばして、困っている地域で活躍してほしいと思います。選択肢の1つに、自治医大と地域医療振興協会も入れていただけると嬉しいです。若い卒業生にはやはりもっと自治医大にシンパシーをもってほしいです。協会でも東京北医療センターや東京ベイ・浦安市川医療センターなどの東京近郊の主力病院から全国の地域病院まで、先生のようなタイプの整形外科医を渴望していると思います。どこであれ「自治医大卒業生で、ああいう整形外科医になれるんだ」と卒業生のキャリアモデルとして活躍してほしいと思います。

小林 ありがとうございます。何かお役に立てることがあれば、協力させていただけたら嬉しいです。

その地域で何が求められているかを考える

山田 今、先生はまだ義務年限内ですが、同じように過ごしている同僚や、厳しいところで頑張っている若い後進に向けて、エールを送っていただきたいと思っています。

小林 その地域に密着して、何が求められているのかを理解してください。そして、地域のニーズを満たす過程を楽しんでいただきたいです。

山田 地域のニーズを真っ先に感じてほしいと言え

るのは、まさに臨床医の究極の姿だと思います。医者というのは、あれをやりたい、これをやりたいという前に、求められることに対して何ができるかという、そこが一番大事だという意識を持ちなさいと、先生が言われたのはそういうことだと思います。

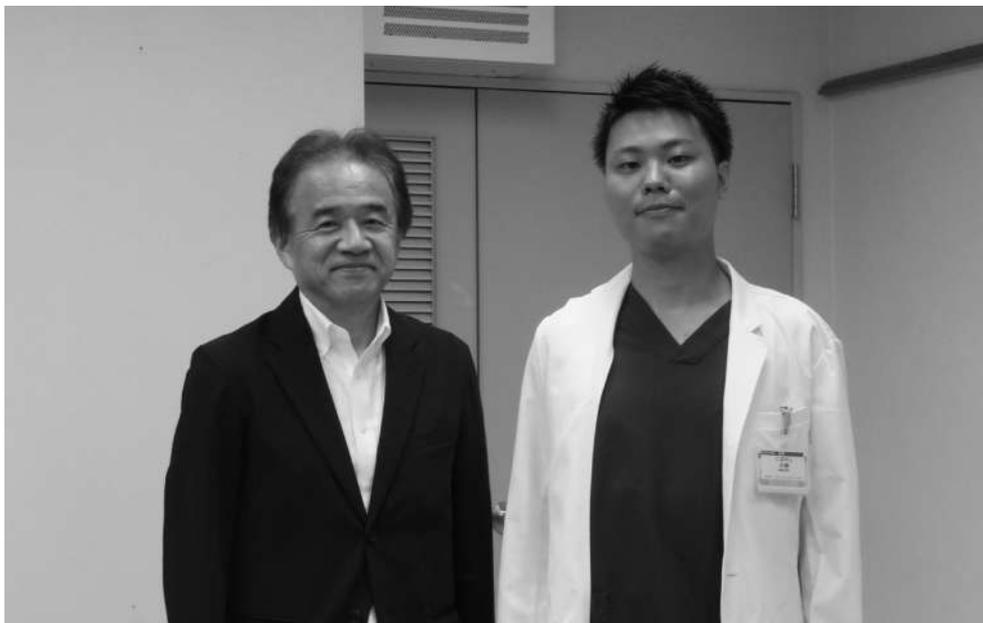
小林 医師としてだけではなく、1人の住民として地域の人たちと真摯に向き合う過程で、自分も成長できると信じています。

山田 小林先生、今日はありがとうございました。

小林 こちらこそ、遠いところお越しいただきありがとうございました。

小林孝巨(こばやし たかおみ)先生 プロフィール

2016年自治医科大学医学部卒業。佐賀大学医学部附属病院などで初期臨床研修を終了後、唐津市小川島診療所を中心に総合内科医としてへき地医療に没頭。2021年より整形外科医として地域医療に従事している。2023年より多久市立病院に着任、佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野(博士課程)に所属。2024年より甘木中央病院と埼玉県立大学大学院の研究員を兼務、整形外科領域の予防医学・臨床疫学を中心に研究活動も継続して、人々の健康寿命の延伸に貢献できるよう尽力している。



●小林孝巨先生のインタビューを見る

https://www.youtube.com/watch?v=ANApCpD_c0



●高久賞受賞動画「私の地域医療」

<https://www.youtube.com/watch?v=US9TQ9RPhec>



地域包括ケアから地域共生社会へ

企画：兵庫県豊岡健康福祉事務所・一般社団法人ケアと暮らしの編集社 代表理事 守本陽一

特集

-
- エディトリアル

 - 総論 地域包括ケアから地域共生社会へ

 - 地域共生社会の歩みと現状、今後の展望

 - 地方自治体での地域共生社会
－地域共生社会実現に向けた名張市の実践－

 - 地方自治体での地域共生社会
－大牟田市における実践を通して－

 - まちづくり系医師が取り組む地域共生社会
－つながりのチカラを生む地域協働－

 - 暮らしの中にある地域共生社会

 - 喫茶店のフりに始まり、孤独の淵は地域の縁側

エディトリアル

兵庫県豊岡健康福祉事務所・一般社団法人ケアと暮らしの編集社 代表理事 守本陽一

地域包括ケアシステムが語られて久しい。高齢者が住み慣れた地域で最期まで自分らしく過ごすために、医療・介護・生活支援・住まいが中学校区単位で一体的に提供される取り組みが地域包括ケアシステムである。介護保険が導入され、地域包括ケアシステムによって、高齢者の増加に対応でき、在宅医療の普及により医療モデルから生活モデルへ転換された。歴史的意義のある取り組みであった。

一方で、現在は、地域包括ケアはそのままに地域共生社会へと、その取り組みの枠を広げている。高齢者に加えて、障害や生活困窮、子ども分野などが入る地域共生社会を厚労省は掲げている。

生産年齢人口がますます減り、支え手が減る中、全ての高齢者をサービス受益者として対応することには限界がある。それはへき地に暮らし、働く方々には切実に感じられることだろう。ヘルパー不足やヘルパーの高齢化などの課題が迫っている。サービスではもはや対応できず、工夫を凝らし、高齢者が子どもを見守り、障がい者が高齢者の介護を仕事として担い、同じような困難を抱える者がピアサポートし合うような場が生まれていく必要があるだろう。子ども食堂のような場である。地域で暮らしている中で、孤独が解消され、自然と互助が生まれていくような取り組みが地域の中で複数生まれていき、実施される環境を作っていく必要がある。まちばの喫茶店や公民館、スーパーなどで行われ、病院や福祉施設がその一翼を担い、市町村単位では行政がそのような場を政策に位置付け、支援し、ネットワーク化できるかという視点が重要になる。向こう三軒両隣の関係性から自治会・区の単位、小～中学校区単位、市町村単位でそれぞれの範囲で取り組みとその担い手を考えていく必要がある。層のように重なり合い重層的に地域共生社会を作っていく。

今回の特集では、「地域包括ケアから地域共生社会へ」と題して、地域包括ケアシステムから関わってきたコンサルタントの立場、国の立場、市町村の立場、病院の立場、NPOの立場、喫茶店の立場、それぞれから制度と取り組みを語っていただいた。まちばの地域共生的な場の可能性を見つめ、それを市町村で統合し、いくつかの制度を使い、後押していくような地域社会にできないだろうか。そのイメージを持ちながら、読んでいただきたい。

●編集委員の守本陽一先生からのメッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=NcTWQEkos2E>



総論 地域包括ケアから地域共生社会へ

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部
社会政策部 主席研究員 岩名礼介
地域政策部 主任研究員 齋木由利

抄録

本稿は、地域包括ケアシステムと地域共生社会に関わる政策の進展を踏まえ両者の関係性を整理しつつ、政策としての連続性・相似性の整理を試みている。地域包括ケアシステムにおいては、支援の包括化が進められてきたが、同様の機能を地域共生社会でも目指していること、また地域に対しては制度の隙間を埋める役割も期待されていることを示唆する。

はじめに

本論では、地域包括ケアと地域共生社会の2つの概念について、その政策の発展を俯瞰しつつ、両者の関係性を紐解きたい。その上で、両政策における、連続性や相似性を明らかにすることがこの小論の目的である。

ただし、いくつかの重要な留保がある。本論は、地域共生社会について、先行する地域包括ケアの視点からの整理を試みるが、本来は生活困窮者自立支援制度からの分析が極めて重要である。したがって本論は医療・介護従事者にとっての地域共生社会の理解の一助となることを目指しており、制度全体の客観的、中立的な解釈とはなりえないという点について留保しておきたい。

また、地域共生社会の概念は、社会福祉法の中で明示され、一定の合意が存在するものの、精緻な定義については、実践現場においても厚生労働省および研究者レベルにおいても、議論の途上にある。

例えば、厚生労働省で令和6年6月27日に開催された「第1回地域共生社会の在り方検討会議」では、地域共生社会の概念について、集約する方向ではなく多様な解釈を許容すべきとする意見が構成員から出る一方、再確認が必要とする意見、あるいは法律がこれを明確に定義しているわけではないとの意見も出されるなど、統一的な認識にはもう少し時間が必要だろう。

こうした制約の中ではあるが、長く地域包括ケアシステムに関わってきた筆者らの視点から^{注1}、地域共生社会のどこに政策や実践の連続性、あるいは共通点を見出すのかという点に絞って論を進めたい。そのために、まずはこの議論にまつわる用語の整理と、これまでの経緯を簡単に整理しながら、両概念の接点を探っていく。

概念の階層化と定義

まずは、地域包括ケアシステムと地域共生社会の概念に関連して提示される用語を、「理

特集

表 概念の整理

理念・哲学 Philosophy	地域包括ケア	地域共生社会
政策 Policy	地域包括ケアシステム ＜介護保険法第5条4＞	包括的な支援体制の整備 ＜社会福祉法第106条3＞
事業 Program	地域支援事業 （包括的支援事業、介護予防・日常生活支援総合事業等）	重層的支援体制整備事業 （包括的相談支援、参加支援、地域づくり、アウトリーチ等を通じた継続的支援、多機関協働等）
実践 Practice（例）	地域ケア会議 通いの場 入退院支援・ACP 認知症初期集中支援チーム/等	重層的支援会議 分野を越えた地域づくりの取組 社会的処方/等

念・哲学(Philosophy)・「政策(Policy)・「事業(Program)・「実践(Practice)」の「4つのP」で整理したい。

地域包括ケアシステムについては、その用語自体が「システム」と呼称するように、手段・仕組みを示す用語だが、実務的には、「理念・哲学」や「政策」を語る場面でも頻繁に用いられてきた(表)^{註2}。

地域包括ケアシステムは、目指すべきゴールとして、自立支援や住み慣れた地域での自分らしい生活の継続という「理念」を内包化し、それ自体も「政策」として広く社会に認知された。また、政策を具体化する施策としては、地域支援事業が位置づけられ、その中に介護予防・日常生活支援総合事業、在宅医療・介護連携推進事業など多様な「事業」を用意した。

また、最前線の現場では、これらの各事業の元で地域ケア会議や通いの場、入退院支援、認知症初期集中支援チームなど多種多様な「実践」が進められている。

他方、地域共生社会という用語は、議論の途上とはいえ、おおむね「社会」のあり方、すなわち「理念・哲学」を示す言葉として提示されている。厚生労働省によれば、地域共生社会は、「制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域

とともに創っていく社会」としている^{註3}。

それを実現するための「政策」は明確であり、社会福祉法第106条の3において、包括的な支援体制の整備とされている。政策の中核となる具体的な「事業」は重層的支援体制整備事業(社会福祉法第106条の4)であり、各現場では、具体的な「実践」として、重層的支援会議や分野を越えた地域づくり、社会的処方などが試行錯誤されている。

このように概念のレベルでは地域包括ケアシステムと地域共生社会という用語は用途によって示す範囲が若干異なり、「理念・哲学」では共通しているものの、「政策」を示す用語としては「包括的な支援体制の整備」が用いられている。

高齢分野における「包括」の意味

地域包括ケアシステムに関する議論が厚生労働省の中で本格化したのは、平成20年度の「地域包括ケア研究会(田中滋座長)」であろう。その後、制度やサービス開発に向けた議論が活発化し、平成23年の介護保険法改正では、「地域包括ケアシステムの構築」が国および地方公共団体の責務として規定された^{註4}。

議論の初期段階においては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービス(のちの看護小規模多機能型居宅介護)など、専門職によるサービスの開発が先行し医療や介護サービスの切れ目のない統合的な提供体制(integrated

care = 包括的なケア)の構築が先行したが^{注a}、平成26年の同法改正では、地域支援事業の充実が図られ、政策の力点は専門職領域の取り組みに加え、地域を単位とした活動(community-based care)にも及んでいった^{注5}。

この地域づくりの取り組みの中で、高齢者の地域生活を支えるため、保険給付に加え、その他の地域資源の充実を進め、さらにそれらを包括的に提供するという点で、「支援の包括化」を進めていった。

例えば、介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)の創設は、高齢者が「なじみの関係」を継続できるよう、地域の住民やNPO、ボランティア団体、民間サービス等による介護予防や生活支援を充実しようとするものである。

また、この改正により制度的に位置づけられた地域ケア会議は、個別事例の検討を通じて、包括的な支援を行うとともに、それを実現するための地域づくり・資源開発や政策形成を進めるものであった。地域包括支援センターは、総合相談支援業務等に加え、地域ケア会議や地域のネットワーク構築等を担うこととなり、地域包括ケアシステム構築の拠点として重要な役割を果たすことになった。

実は、この段階で、のちの重層的支援体制整備事業で採用された重層的支援会議や地域づくりの重要性など、基本的な要素と共通する施策が、地域包括ケアシステムの中でも具体化されていることが分かる。

地域福祉における「支援の包括化」は、対象者、生活課題、資源のそれぞれの側面でholistic(総合的)、あるいはcomprehensive(総合的)という文脈がより強く意識されてきたが、地域包括ケアシステムでは、サービス提供体制として「包括ケア」をintegrated care(統合ケア)の側面を強調してきたと思われる。しかし、この段階での地域包括ケアシステムにおける「支援の包括化」は、特に生活支援体制整備事業や総合事業については、integrated careの文脈ではなく、多様な地域主体によるサービス・支援という意味合いが

注a 両サービスは平成24年度から導入された。

強く、その点で、むしろcommunity-based careの文脈—その後の地域共生社会における「丸ごと」に近い意味で—において「支援の包括化」が進んでいったというのが筆者の理解である。

地域共生社会の実現に向けた政策の進展

1. 地域包括ケアの理念の全世代・全対象への拡大

地域福祉領域では、厚生労働省が平成27年9月に「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」(以下、提供ビジョン)を発表。改革の方向性の一つとして「新しい地域包括支援体制の確立」を示し、これを「高齢者に対する地域包括ケアシステムや生活困窮者に対する自立支援制度といった包括的な支援システムを、制度ごとではなく地域というフィールド上に、高齢者や生活困窮者以外に拡げるもの」と位置付けた。

わが国では、介護、障害、子育てといった人生の典型的なリスクや課題を想定し、対象者別の制度を設計、発展させてきた。その結果、「制度の狭間」や複合的な課題を抱えるケース等を十分に支えられないという課題を抱えていた。以前よりこの課題は認識され、平成9年の社会福祉基礎構造改革等で議論が行われつつ大きな進展がなかったが、提供ビジョンの発出により、新たな展開を迎えることとなった。

まさにこの段階において、地域包括ケアシステムのcommunity-based careが地域共生社会を構築していく包括的な支援体制の整備と交錯し混ざり合っていく政策面での転換点であったといえそうだ。

2. 包括的な支援体制の努力義務化と重層事業

その後、厚生労働省は、平成28年12月にいわゆる「地域力強化検討会^{注6}」の「中間とりまとめ」の中で、住民に身近な圏域での「我が事・丸ごと」の地域づくりと、市町村における包括的な相談支援体制を示した。これを受け、平成29年

の社会福祉法改正では、第106条の3が新設され、「包括的な支援体制」の整備が市町村の努力義務として規定された。その後、令和2年の社会福祉法改正では第106条の4第1項が新設され、包括的な支援体制の整備に向けた具体的な施策・事業として重層的支援体制整備事業(以下、「重層事業」と表記)が創設された^{註7}。

言ってみれば、令和3年度は、包括的な支援体制の整備という政策が、予算事業を伴い具体化された初年度であり、現場レベルにおける地域共生社会元年であったといえる。

こうした動きを受けて介護側は「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」で、地域包括ケアシステムが「地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るもの」であることを追記している。政策としての地域包括ケアシステムは、地域共生社会を形作る基盤的な政策であり、両者は密接な関係にあることを明記したのである。

また、この指針は、以前から介護保険制度が「共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取り組みを進めてきた」ことを指摘している。これは本論前半でも指摘した通りで、地域包括ケアシステムがcommunity-basedで行ってきた「支援の包括化」を高めるための取り組みが、地域共生社会の構築に共通することを示唆している。

3. 包括的な支援体制とは

「包括的な支援体制」について法令上の記述を分かりやすく表現すると、社会福祉法第106条の3第1項第1,2号では、どのような地域生活課題を抱える人も地域で受け止める、そのために自分事と捉えられるような働きかけを行うことが示されている。さらに第3号では、地域からつながってきた地域生活課題に対し、支援関係機関が多機関協働により支援することが示されている。

つまり、包括的な支援体制の整備は、地域づくりと個別支援の両輪で進めるものと理解できる。

これを図に示した。本人は地域に身を置いて暮らしており、支援関係機関はその外側から本人に関わっていく。この時には、本人が元々持つ「なじみの関係」を阻害するようなことはあってはならないし、社会的つながりが希薄であれば、衣食住の充足だけでなく、社会的つながりを再構築してこそ対象者の「地域生活」を支援できると考えるのである。

現在、地域共生社会の領域で紹介される取り組みの多くは、社会的処方であれ、分野を越えた地域づくりであれ、その多くが、この図の中の内側の円に働きかけるものであり、このことは、地域包括ケアシステムの地域づくりにも共通している考え方になっている。

制度の隙間を埋められる 地域の多様な資源

包括的な支援体制の整備は、目新しい施策では決してない。これらの取り組みは、先行する総合事業や生活困窮者自立支援制度の創設にあたり、十分に議論されてきたことであり、より本質的には支援現場においては古くからソーシャルワーカーが実践してきた取り組みでもある。

もう少し踏み込めば、行政や支援関係機関が最も重視すべきソーシャルワーク機能が形骸化してきたことへの反省に立ち、行政は単に制度・サービスの適用可否を判断するのではなく、個別性の高いアセスメントを行い、地域とのつながりを対象者にあわせて調整する本来のソーシャルワークの再興に力点を置いたと言い換えられるだろう。

ソーシャルワークの観点からは、地域包括ケアシステムと包括的な支援体制が志向してきたcommunity-based careについて、明確な共通点も見られる。それは先の「提供ビジョン」が提示した「制度の狭間」問題である。

地域包括ケアシステムにおいては、介護保険サービスが全国に整備され、介護環境は大きく改善した。しかし、個人の生活は多様であり、公的サービスが、個人の生活スタイルにあわせ

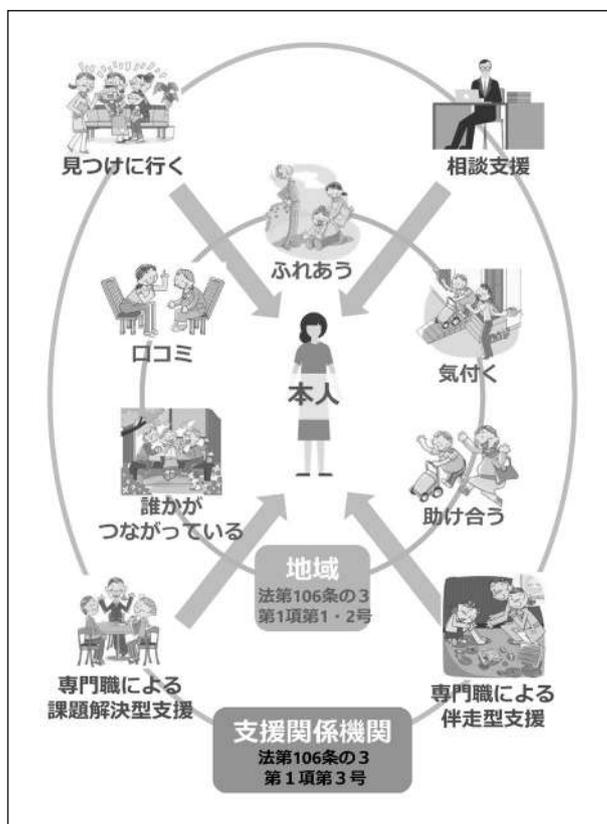


図 包括的な支援体制のイメージ
 [出典：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング：『包括的な支援体制』の整備が市町村の努力義務になっているなんて知らなかった人に向けたガイドブック。2024.]

て制度運用を変えられない以上、生活ニーズへの対応にはおのずと限界が生じる。その結果生じる「制度の隙間」は、かつての地域社会においては、自助や互助によって埋められていたが、今日の社会においては極めて困難である。一方で、この隙間を放置すれば、対象者の生活課題がより困難な状態になることが想定される。こうした状況が、介護だけでなく地域生活全般に生じているのであり、したがって、こうした柔軟にも隙間を埋められる地域の多様な資源は、制度の隙間を生み出してしまいうような旧来的な行政制度とは一線を画した手法で発掘されるべきなのである。

結び

今から約半世紀前に、社会福祉学者の岡村重夫は、その著「地域福祉論」の中で、福祉における本質が「個別的処遇」であることを指摘した上

で「すべての個人に平等の権利と機会を保障するような一般化施策－国民の平均的要求を平均的な方法で充足する専門分化的制度による政策－と並行して、それに均衡する程度において個別的処遇は必要」だと述べている。

つまり、介護保険や医療保険、生活保護制度のような制度で、平均的な要求を平均的な方法で充足しても、常にソーシャルワークのような個別対応が必要であることを示唆しており、さらに、ソーシャルワークが対象者と環境(地域のあらゆる主体や資源)とのつながりの調整を担うのだとすれば、地域づくり(community-based care)こそが重要であるということを示唆している。

地域包括ケアシステムも包括的な支援体制も、community-based careの観点からは、個別性の高いソーシャルワーク(ケアマネジメント)の実現にその政策目標が収斂されているのである。

注釈

- 注1 地域包括ケアシステムに関する筆者の考え方については、〔岩名礼介:保険者が「地域デザイン」に基づく地域包括ケアシステムの構築に向かうための条件と課題<創設>. 保健医療科学 2023; 72(5): 387-394.〕を参照されたい。
- 注2 その結果、地域包括ケアシステムの定義自体は明確であるにもかかわらず、その理解については、一般的には「何をすることを言うのか分からない」という声も少なくない。
- 注3 ただし、市民社会の行動変容が目標として設定され、その先にある生活課題を抱える住民の生活が改善した姿が必ずしも不明確というのが特徴であると筆者は評価している。
- 注4 なお、2011年の介護保険法の改正では、地域包括ケアシステムの構成要素を明示し、その構成要素間の連携の推進を自治体の責務とした。なお、地域包括ケアシステムという用語が法令に明示されたのは、2013年成立の社会保障改革プログラム法(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)である。
- 注5 筒井孝子氏によれば、わが国の地域包括ケアシステム(国際的な文脈で英訳すればcommunity based Integrated care system)は、専門職サービスの統合的なケア(integrated care)だけでなく、これを地域を単位とした取り組み(communitiy-based care)、すなわち「地域づくり」と合流させている点に特徴がある。〔筒井孝子:地域包括ケアシステムの深化 integrated care理論を用いたチェンジマネジメント. 中央法規, 2019. p.92.〕
- 注6 正式名称は「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会」
- 注7 なお、「包括的な支援体制の整備」は市町村の努力義務として規定されているのに対し、重層事業は手挙げによる任意事業となっている。したがって、市町村においては重層事業を活用せずに「包括的な支援体制」の整備に取り組むことも認められている。

地域共生社会の歩みと現状, 今後の展望

厚生労働省社会・援護局地域福祉課 武田遼介

抄録

地域共生社会の理念は、地域の実践から形づくられたものであり、その実践は、地域の創造力ですでに多種多様な形で広がっている。この豊かな地域の創造力こそが、地域共生社会の最大の推進力である。

他方、日本社会はこの数十年で大きく変容した。人口減少、単身世帯の増加、意識の変化などに伴い、共同体の基盤が揺らいでいる。こうした変化を踏まえ、国において地域共生社会の理念を掲げ、施策を推進している。本稿では国の視点から、地域共生社会の歩みと今後の展望を概観する。地域の実践と行政の取り組みが相まって、地域共生社会の更なる発展への一助となることを願い、拙稿させていただくものである。

地域共生社会の理念に至る背景 —共同体機能の脆弱化に対する危機感—

1. 社会保障制度の経緯

日本の社会保障は、人生において典型的と考えられるリスクや課題を想定し、その解決を目的として、それぞれ現金給付や福祉サービス等を含む現物給付を行うという仕組みの中で、公的な保障の量的な拡大と質的な発展を実現してきた。

これにより、生活保障やセーフティネットの機能は大きく進展した。他の先進諸国に比べても早い段階で、すでに昭和30年代には国民皆保険・皆年金を達成し、社会保険のみならず社会福祉の分野でも、生活保護、高齢者介護、障害福祉、児童福祉など、属性別や対象者のリスク別の制度が発展し、専門的支援が提供されるようになった。

2. 表出してきた課題

こうしたリスク別の制度が発展してきた裏側には、日本においては、血縁、地縁、社縁といった共同体による支え合いの基盤があり、こうした共同体の機能により、制度でカバーしきれない多様な生活上の課題に対処できていたという背景があったと考えられる。

しかしながら、近年、共同体の機能が脆弱化している。核家族化・単身世帯の増加(血縁)、近所付き合いの減少(地縁)、職場に対する価値観の変化や雇用の流動性の高まり(社縁)などにより、地域によって差はあるが、さまざまな「縁・つながり」が変容していることは、共感いただけるのではないだろうか(図1)。

また、個人や世帯に視点を移せば、こうした社会の変容に伴い、それぞれが抱える生きづらさやリスクが複雑化・多様化(社会的孤立・ダブルケア・ヤングケアラー・8050問題など)しているという問題も顕在化してきている。

特集

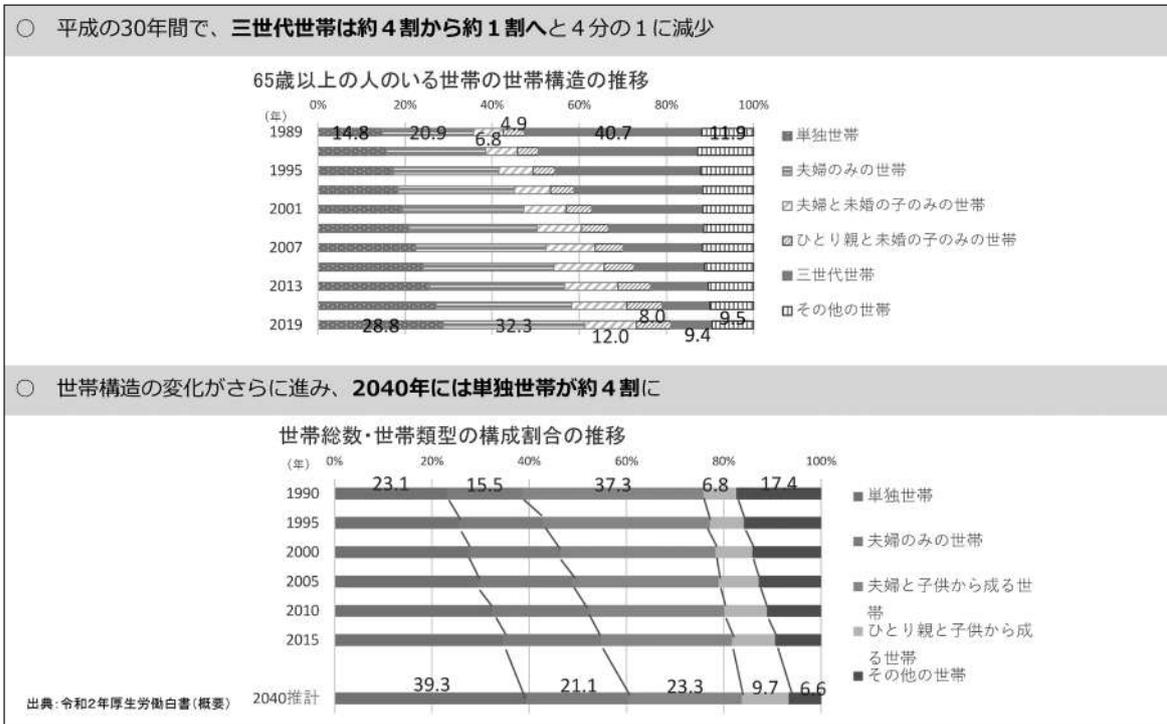


図1 日本社会の変化－世帯構造の変化－

〔令和2年厚生労働白書（概要）より引用改変〕

これらの課題は、極めて個別性が高く、こうすればその世帯や個人の生活が向上するという画一的な答えはない。一つ一つの事例に背景があり、課題があり、それらを丁寧に汲み取って、支援に結びつけていく必要がある。

こうしたことが明らかになっていく中で、これまでのリスク・対象を特定し、その対象に対して支援を行うという方法では対応しきれない、新たなアプローチの必要性が共有されてきた。

3. 国における検討の経緯

こうした課題が明らかになっていく一方で、地域のつながり・コミュニティをつなぎ直すという試み、あるいは、そういった意識をせずとも、自分たちの想いに動かされ取り組みを進める中で、地域のつながり・コミュニティづくり、仲間づくりにつながっていく実践は、すでに各地域において進められていた。

個別の支援の視点においても、世帯に対して、分野ごとの支援を行うのではなく、その「人」を中心に支援を行うということは、すでに各地域においてはその重要性が認識され、実践が進め

られていた。

厚生労働省においても省内にプロジェクトチーム(新たな福祉サービスのシステム等の在り方検討PT)を立ち上げ、議論を進めてきた。さらに政府としては、平成28年6月に「ニッポン一億総活躍プラン」において、「地域共生社会の実現」が盛り込まれた。一億総活躍プランは閣議決定されたものであり、ここで初めて政府としての意思決定文書として、地域共生社会が登場したことになる。

その後、地域共生社会の実現に向けた法整備が進んでいく。

まず、平成29年の社会福祉法改正においては、市町村が地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備や、支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制などの包括的な支援体制づくりを進めることを努力義務とした。

さらに、令和2年にも社会福祉法を改正し、地域共生社会の理念に関する規定を設けるほか、地域共生社会を実現するための事業として、市町村において既存の相談支援等の取り組みを活かしつつ、包括的な支援体制の整備を行う「重

層的支援体制整備事業」を創設した。

4. 地域共生社会の理念・概念

こうした経緯を経て、地域共生社会という理念や概念は少しずつ広がってきていると感じるが、その考え方は抽象的で分かりにくいというのが本音ではないかと思う。

国においては、地域共生社会という理念・概念を、「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会」と説明している。

これは、先に記載したとおりの課題に対応し、地域のつながり・コミュニティ機能の再構築を目指すこと、また、誰もがその地域で安心して暮らせるために、あらゆる課題を抱える個人・世帯も包括的に支える環境を創っていくこと、こうした想いが込められた概念・理念であると考えている。

地域共生社会を考えるときに、大切な要素は2つあると考えている。1つは、制度・分野ごとの縦割り、また世代を超えて、「あらゆる世代・属性の人を対象とする」ということである。もう1つは、「支え手」「受け手」という関係を超えて、「我が事」として参画し、地域を「共に」創っていくということである。

地域共生社会を考える上では、主にこの2つの観点を意識して考えていく必要がある。

地域共生社会の議論をするときに、1つ目は、比較的分かりやすいが、2つ目の視点が落ちてしまっていることが多いように思う。

しかしながら、地域の主体は住民であり、つながり・コミュニティの機能を高めていくためには、共に創っていくという考え方とそのプロセスこそに意義があり、不可欠な要素であることを伝えておきたい。

この理念を実現するため、国においては、法律や制度を整備し、全国でその実践が進むように取り組みを進めてきている。次の項においてはその具体的な位置づけや政策の仕組み等につ

いて説明する。

地域共生社会の位置づけ、推進方策 —包括的な支援体制の整備・重層的支援体制整備事業—

1. 地域共生社会の法律上の位置づけとその実現に向けた方策

地域共生社会は、法律上は社会福祉法第4条第1項において、「地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない」とされており、地域福祉は地域共生社会を目指して進めることが規定されている。

また、法第6条第2項において、行政は地域福祉を進めるために、包括的な支援体制の整備などを進めることが責務とされている。

したがって、行政は「包括的な支援体制の整備」をすることを通じて、地域共生社会を実現することを目指すことが法律上、定められている。その上で、法第106条の3においては、「包括的な支援体制の整備」を進める上で、実施することが必要な要素を定め、市町村に努力義務を課すことにより、体制の整備を進めている。

さらに、令和2年の社会福祉法の改正により、包括的な支援体制の整備を進める一つの方策として、自治体の任意事業として「重層的支援体制整備事業」を創設し、希望する市町村に対しては財政支援を行っている(図2)。

このように、自治体の実情に応じて重層的支援体制整備事業を活用しつつ、そのまちの在り方に沿った方策で包括的な支援体制を整備することとしている。

2. 包括的支援体制の整備内容とその整備方針

地域共生社会の実現を目指す方策として、包括的な支援体制の整備と重層的支援体制整備事業の2つに触れた。まず、包括的支援体制の整備とは何か、どんなものをつくればよいのか、どんなことをすればよいかについてである。

社会福祉法第106条の3において、市町村は

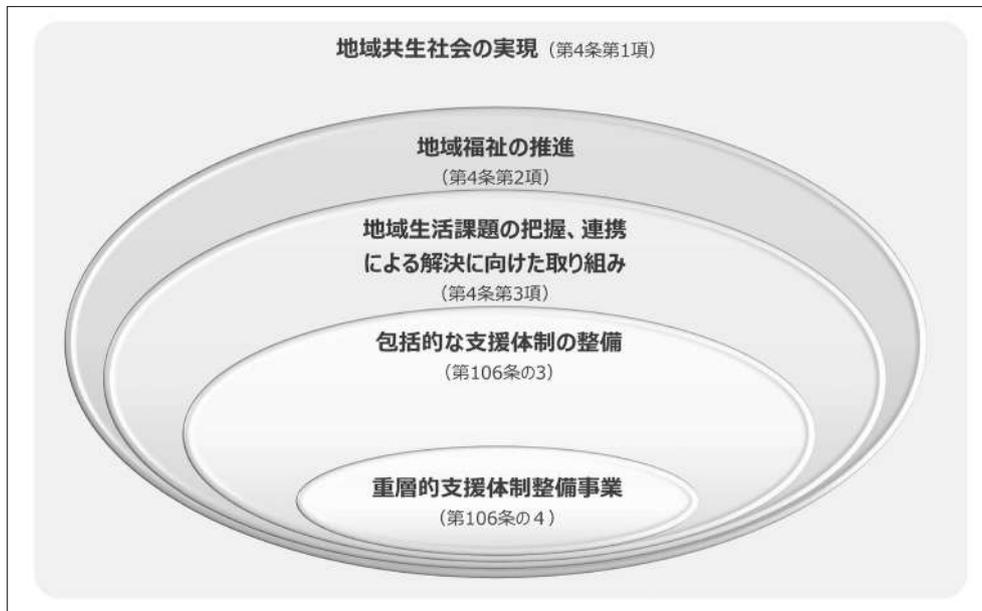


図2 地域共生社会，包括的な支援体制，重層的支援体制整備事業の位置づけ
〔厚生労働省作成資料〕

包括的な支援体制として，①地域住民等が主体的に課題を把握して解決を試みることができる環境の整備，②地域住民等が地域生活課題に関する相談を包括的に受け止め，情報提供や助言を行うとともに，必要に応じて支援関係機関につなぐことのできる体制の整備，③地域住民等が相談を包括的に受け止める場等では対応が難しい複合・複雑な課題等を受け止める相談支援の構築などを行うことが努力義務とされている。

地域住民等の主体的な行動が可能となる環境の整備を行うとともに，それを行政機関等がそのバックアップすること，専門性の高い内容については，行政機関等が対応できる体制を整えることが定められていると捉えていただければと思う。

この体制を具体的に整備していくにあたっては，各市町村においては，その地域のさまざまな方々・プレーヤーとともに，それぞれの地域の特色(〇〇といったことに困っている方が多い等)を把握し，対話を行った上で，地域共生社会の実現に向けた課題認識を共有し，その課題解決に向けてどういった対策が必要かを議論する。そして，そのために必要な体制を構築し，実際に，取り組みを実行していく。こうした過

程を経て共に地域を創り上げていくプロセスを経ていってほしいと考えている。

これは，それぞれの地域の課題については，地域の方々の認識が最も重要であると考えていること，また先に述べたとおり，共に考え，創っていくことが大切と考えているためである。

このように行政としては，まず包括的支援体制の整備を法令上の義務として位置づけ，必要な体制の整備が進むように取り組んでいる。

3. 重層的支援体制整備事業

次に重層的支援体制整備事業についてである。重層的支援体制整備事業は，市町村において①包括的な相談支援，②参加支援，③地域づくりに向けた支援を一体的に実施するものである。希望する市町村の手あげに基づく任意事業としており，市町村に対して，これらの事業の実施に財政支援をしている。

実施自治体数は，令和3年度42市町村，令和4年度134市町村，令和5年度189市町村と増加しており，令和6年度は346市町村で実施される予定となっている。

事業の内容を個別に説明すると，包括的な相談支援については，こども(こども家庭センター・保育所・児童館等)，介護(地域包括支援

重層的支援体制整備事業(社会福祉法第106条の4)について

- 地域住民が抱える課題が複雑化・複合化(※)する中、従来の支援体制では**狭間のニーズへの対応**などに課題がある。
(※)一つの世帯に複数の課題が存在している状態(8050世帯、介護と育児のダブルケアなど)、世帯全体が孤立している状態(ごみ屋敷など)
- このため、市町村において**属性を問わない包括的な支援体制**を構築できるよう、令和3年度から**重層的支援体制整備事業**を実施。

- 事業概要**
- 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、**I相談支援、II参加支援、III地域づくりに向けた支援を一体的に実施**。
 - 希望する市町村の手あげに基づく**任意事業**。ただし、事業実施の際には、I～IIIの支援は必須。
 - 市町村に対して、相談・地域づくり関連事業に係る補助等について一体的に執行できるよう、**交付金を交付**。
 - 実施自治体数・・・令和3年度 42市町村、令和4年度 134市町村、令和5年度 189市町村、令和6年度 346市町村(予定)

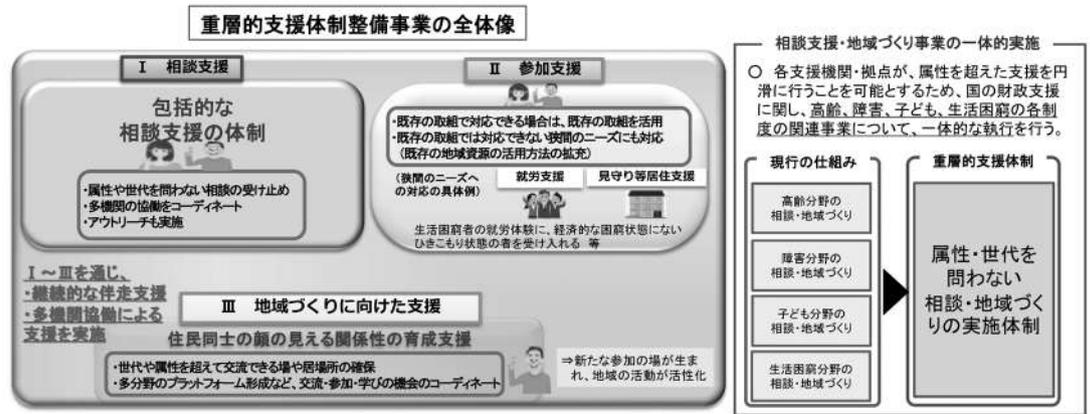


図3 重層的支援体制整備事業について

(厚生労働省作成資料)

センター等)、障害(基幹相談支援センター等)、生活困窮(市役所等)分野でそれぞれ相談支援業務を行っているが、相談者の個人や世帯単位で見ると、抱えている課題は一分野には限らないことも多い。このため、まず分野ごとの相談窓口において、属性や世代を問わず相談を受け止め、それぞれの機関同士が連携を図り支援を行うこととしている。

さらに、各分野の相談機関同士の連携では、対応困難な複合的で複雑な事案については、多機関で連携して支援を行うため、事案の整理や役割分担などを行うコーディネートをを行い、チームで連携して支援を行う仕組みとしている。

参加支援については、制度のあてはめではなく本人中心の支援を行う中で、支援対象者のニーズに沿った支援を届けるものである。例えば、経済的に困窮しておらず、障害の認定を受けていないものの、仕事探しや就労継続に課題がある方に対して、本人とのコミュニケーションを進める中で、まずは一般就労ではなく、自分

が得意な仕事を見つけていきたいという希望があったとする。これまでであれば、どの制度にも当てはまらないため、行政として支援を行うことが難しいという現状があった。しかしながら、参加支援事業を活用すれば、このような制度の対象に当てはまらない者に対しても、生活困窮者自立支援制度の就労体験を活用して、就労のきっかけづくりを行うなど考えられる。また、支援の方法も既存の手法に限らず、そのニーズに沿って自治体の創意工夫でさまざまな形を考えることが可能な仕掛けとなっている。

地域づくりについては、これまでもこどもの居場所づくり(こども食堂等)や、高齢者の通いの場(健康体操等)など、制度ごとに地域のつながり・コミュニティ機能を維持・強化するための施策が行われてきているが、これらを一体的なものとして捉え、制度や属性にとらわれない、多様な場づくりや、そうした場を作るためのコーディネート(地域の関係者の意見を集約、調整し、具体的な取り組み内容や運営体制を決めていくこと等)を行うための事業としている。

このように、重層的支援体制整備事業は、さまざまな要素を持ち合わせているが、包括的な支援体制を整備するための一つの手段であり、地域共生社会の実現を進めることを目的としていること、また、重層的支援体制整備事業は一定の枠組みを示しているものの、これに当てはめるのではなく、そのまちにあった地域の在り方を、地域と対話し、共通認識をもって、進めていくことが必要、ということは押さえておく必要がある(図3)。

今後の展望 -有識者検討会議の開始・更なる深化・展開へ-

令和2年の法改正においては、改正法附則第2条において、施行後5年を目途として施行状況について検討を加えることとされている。これを踏まえ、厚生労働省においては、令和6年6月から、有識者で構成する検討会議を立ち上げ、地域共生社会の実現に資する施策の深化・展開、重層的支援体制整備事業等に関する今後の方向性等について議論を開始している。

検討会議においては、「地域にある多様な取り組みを、対話を通じて重ね合わせ、そのまちにあった体制として構築していくことが重要」「地域共生は、相談支援の包括化すればよいと理解されがちであるが、地域づくりを進めていくことそのものが地域共生社会につながっていく」「福祉の枠を超えて、さまざまな分野と一緒に

地域をつくっていくことを考えていく必要がある」等といったご意見をいただいている。

検討会議においては、今後、議論を深め、方向性をとりまとめていただくことになるが、私個人としては、現場の実践に基づく豊かな発想が、皆さんの住む地域に無数に広がっていくような、制度改正ができれば、役人冥利に尽きると考えている。もし、ご関心があれば、厚生労働省の「地域共生社会の在り方検討会議」の様子をご覧いただければ幸いである。

終わりに(地域医療との結節点)

地域共生社会は、あらゆる人が安心して暮らせる地域を、住民一人ひとりと共に創っていく考え方である。浅学ではあるが、「医療や健康」はあらゆる人に共通して必要であり、地域で、皆が共通して認識できるものではないだろうか。さまざまな背景を持つ地域の方々が同じ目線で、イメージを共有できるものはなかなかない。こうしたテーマは、地域共生社会の考えと親和性が高いものである。また、医療・健康の分野には多くの専門知を有する方々がおられる。地域の住民にとっては、大変心強い存在である。

医療や健康も、地域共生社会と重なる部分があるということを知っていただけたらという願いを込め、行政からの報告とさせていただければと思う。

地方自治体での地域共生社会 —地域共生社会実現に向けた名張市の実践—

名張市福祉子ども部地域包括支援センター センター長 柴垣維乃

抄録

地域の生活課題が複雑化・複合化する中で、スピード感のある対応や寄り添い伴走型支援が必要となる。根拠法令の異なる分野ごとの縦割り行政対応ではなく、基礎自治体の現場では、シンプルな制度とオールマイティに対応できる体制が求められる。

名張市では、住民主体のまちづくり活動、地域福祉活動の拠点である「まちの保健室」、循環型支援システム「名張市地域福祉総合支援ネットワーク」など、住民自治の醸成により培われた地域のつながりによる支え合い、課題解決力を大きな強みとした地域共生社会の取り組みを進めている。

はじめに

名張市は、三重県の西部、大阪と名古屋のほぼ中間地点に位置しており、昭和30年代後半から平成の初めにかけて、主に大阪のベッドタウンとして大規模な宅地開発がされ、いわゆる団塊世代の転入が急増し、一時人口は8万5千人に達したが、現在の人口は約7万4千人で緩やかに減少、急速な高齢化(高齢化率は約35%)が顕著となっている。

少子高齢化や人口減少が加速度的に進行する中で、核家族化や一人暮らしの高齢者世帯の増加、地域における近所付き合いの希薄化など、家庭や地域の相互扶助機能の低下が全国的な課題となっている。また、社会や経済環境等の変化により、介護や生活困窮などの福祉ニーズが増大するとともに、孤独・孤立やひきこもり、不登校、いじめ、虐待、ヤングケアラー、8050問題など、地域における生活課題は多様化・複雑化している。

こうした社会的な生きづらさを背景に抱える

方の中には、それらが健康状態に影響を及ぼしている場合が含まれており、医学的管理のみでは本来的な解決にはつながらないケースが生じている。

このような社会情勢を背景に見据えながら、2003年より“福祉の理想郷”を総合計画の理念に掲げて、人と人、人と地域がつながりながら支え合えるまち、全ての方の社会参加が叶うまちを目指し、これまでさまざまな切り口で地域共生社会の取り組みを進めてきた。

「地域づくり組織」の成り立ちや活動、身近な総合相談の窓口「まちの保健室」、分野横断の重層的な支援「地域福祉総合支援ネットワーク」といった本市の取り組みを紹介し、その実践と学びを共有したい。

地域共生社会の構築に向けて 取り組みを始めた経緯

なぜ、早くから地域共生社会の実現に向けて取り組み始めたのか。まずはそのきっかけにつ

特集

地域づくり組織（名張流まちづくり）

2003年度名張市総合計画「福祉の理想郷プラン」

若いも若きも、男性も女性も、障害や難病の有る無しにかかわらず、
全ての市民の社会参加がかなう互助共生のまち →地域共生社会の構築をめざす

「公共」は、地域づくり組織等と行政が協働で担うことによって、
「住民が自ら考え、自ら行うまちづくり（ソーシャルキャピタル）」が醸成

特徴的な地域づくり組織の取組（15地域で展開）

■ 地域の活性化
地域の活性化を目的
としたお祭りなどのイ
ベント実施



■ 防犯パトロール
地域の防犯を目的と
した青色回転灯車によ
るパトロール



■ 配食サービス
地域住民が配食ボラ
ンティアとして、定期
的にお弁当を配達し、
地域で見守る。



■ 住民主体の生活支援
地域住民同士がその
生活を有償で支え合う
仕組み。向こう三軒両
隣の関係を再構築。
(隠おたがいさん)



■ 子育て広場
地域で子育てを応援
する子育て広場の開設
(おじゃまる広場)



■ 教育との連携
地域住民が教育の現
場に学習支援で参加。
地域愛をもった子ども
達が育ちつつある。
(ほめほめ隊)



図1 名張流まちづくり

いて述べる。2002年(平成14年)4月に、前市長
就任時の大きな政策のテーマが「財政の健全化」
と「平成の大合併への対応」であった。

2002年に前市長就任の際、これまでのインフ
ラ整備等による財政状況の厳しさを受けて、同
年度に「財政非常事態宣言」を表明し、名張市の
財源が非常に厳しいことを市民に知らせた。

また、平成の大合併については、民意を反映
するために「合併するか、しないか」を問う住民
投票を実施し、投票率が約60%、そのうちの約
7割の人が合併に反対(合併をしない)という判
断をした。この結果を受けて、合併はせずに単
独市制の道を歩むこととなった。

合併しないことにより、今後、地方交付税の
大幅な削減が続いていくこと、それから少子高
齢化や人口減少などにより収入が減り、社会保
障費が増大していくことなどから、市の財政は
さらにひっ迫していくことが予想され、これら
の状況からも、自立した足腰の強い自治体づく
りに取り組まざるを得ない状況が突き付けられ
ていた。

また、行政運営において、福祉サービスの対
応が困難な事例が増え、ニーズや課題が多様化・
複雑化している一方で、サービスの担い手の確

保が難しくなってきていることなどからも、担
い手と受け手の区別なく、あらゆる住民が役割
を持って社会参加をし、住民と行政が共に公共
を支える社会にしていくことが大切となる。

このような背景を受け、「地域のことは地域
で」「自分たちの地域は自分たちでつくる」「全て
の方が社会参加の叶うまちにしていかなけれ
ばならない」という理念を住民と共有しながら、
地域づくりを土台に据えたまちづくりを進めて
いくこととなった。このことは、本市の地域共
生社会の取り組みを語る上で、大事な文脈だと
言える。

「地域づくり組織」の成り立ちと活動

行政に頼るばかりではなく、住民が自分たち
のまちをより良くしようという思いで、まちづ
くりが進められており、取り組みの段階を4つ
のステージで整理している(図1, 2)。

1. 第1ステージ「交付金化」

隣近所や区・自治会よりももう少し大きな単
位で、おおむね小学校区単位に1つの地域づく
りの組織を設置した。

第1ステージ 「交付金化」	第2ステージ 「組織見直し」	第3ステージ 「地域ビジョンの策定」	第4ステージ 「市民センター化」
<p>○平成15年3月に「名張市ゆめづくり地域交付金の交付に関する条例」を制定。 ◆小学校圏域に1つずつの包括的住民自治組織「地域づくり組織」を15地域に設置。各種補助金を交付金として一本化。</p>	<p>○昭和30年代からはじまった「区長制度」を廃止し、区・自治会である「基礎的コミュニティ」と、それを包含する小学校区を単位とする「地域づくり組織」に整理。</p>	<p>○15地域が個性ある将来のまちづくりのための基本方針、将来像、それに基づく実施計画を策定。</p>	<p>○地域づくり組織に指定管理委託していた公民館を市民センター化し、地域づくり活動・生涯学習活動・地域福祉活動の拠点としてスタート</p>
<p>ゆめづくり地域交付金の概要 1. 地域づくり組織の活動支援として交付 2. 使途自由で補助率や事業の限定がない交付金 3. 住民合意でまちづくり事業を実施し、交付金を活用 4. ハード・ソフトは問わない。ただし、宗教活動、政治活動に使用してはならない。</p> <p>2003年度実績：5,000万円 2021年度実績：1億6000万円</p>	<p>区長制度 「行政事務委託料」 「区長会運営等委託料」</p> <p>地域づくり組織 ★15か所 会長 基礎的コミュニティ ★183か所 区長 OR 自治会長</p> <p>選出</p>	<p>2009年～住民アンケートの実施 各地域にて策定委員会を組織 2012年3月 地域ビジョン発表会 2018年3月 市総合計画の地域別計画に位置づけ</p> <p>地域ビジョン策定のためのワールドカフェ</p>	<p>2016年4月～市民センター化</p> <p>2018年5月～市民センター和室で地域づくり組織によるレストラン営業開始</p> <p>コミュニティカフェ（つづじが丘地区）</p>

図2 まちづくり4つのステージ

そして、15地域の小学校区単位に結成された地域づくり組織に対して、地域の課題解決のためなら何に使ってもいいという使途自由(使い道に制限をかけない)な「ゆめづくり地域交付金」を交付し、各地域の課題解決のための事業に取り組めるようにした。

交付金を活用し、例えば、災害時の自主防災隊・避難所開設の訓練や、青色回転灯車による地域の防犯パトロール、公園の整備や環境美化活動、保育施設に入るまでの子育て支援を行う子育て広場事業、子どもたちの登下校時の見守り活動や学校と先生と子どもたちを支えるため、学校に入り学習をサポートする事業、有償ボランティアとしての生活支援や外出支援サービスを提供する日常生活支援事業、配食サービス、また、お祭りなどの住民交流、学童保育やコミュニティバスの運行なども地域の方々が運営している。地域住民が主体的に地域課題を把握し、課題解決を図る地域力が、本市の地域共生の取り組みの原動力となっている。

2. 第2ステージ「組織の見直し」

地域づくり組織の方向性を示す新しい条例「名張市地域づくり組織条例」を制定し、昭和30年代からの区長制度を廃止し、組織を一本化する

などの整理をした。

市が区長を委嘱していた区長制度を廃止することにより、市と地域づくり組織のパートナーシップ的な関係性がより一層深まることにつながった。

3. 第3ステージ「地域ビジョンの策定」

「地域ビジョン」は、10～20年先の地域が目指す将来像を示した計画である。15の地域ごとに理念や目標が設定され、基本構想や方針それらに基づく実施計画を策定している。ビジョン策定にあたっては、地域住民の声を集めるアンケート調査を実施したり、意見交流のワールドカフェなどを開催し、住民同士の語り合いの場を大事にしている。「地域ビジョン」は、市の総合計画の地域計画としても位置付けられており、ビジョン実現のため、市と地域は協働して取り組みを進めてきている。

4. 第4ステージ「市民センター化」

各地域づくり組織の活動拠点「公民館」は、社会教育法に基づく施設であり、施設の使用についての規制がある。地域の活動が活発になるにつれ「やりたいことができない」という声が出てくるようになった。例えば、地域で作ったもの

まちの保健室

2008年度まちの保健室 相談実績 10,833件
2023年度まちの保健室 相談実績 35,164件

地域の資源を結び 地域の大きな保健福祉ネットワーク

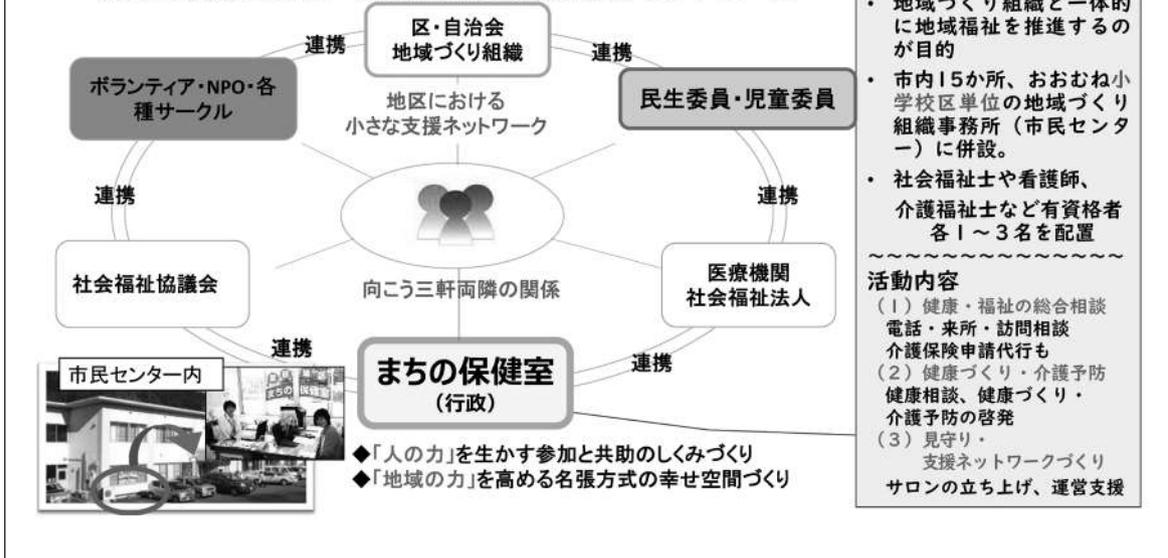


図3 まちの保健室

が販売できない、自由に飲食ができないなどコミュニティビジネスに関するような意見である。

そこで市では、公民館条例を廃止し、地域における自由な活動ができる「市民センター」に変更した。今では、地域で生産された農産品や趣味の手芸作品などを販売したり、有償ボランティアの活動拠点となったり、ロビーでカフェスペースを作り交流や憩いの場としている地域も出てきている。

こうして段階を踏みながら進んできた「地域づくり組織」による活動と、サロン等の健康づくり・介護予防の取り組みなどが連動し、そのプロセスを通じて、健康や生きがいがづくり、支え合いなどの地域力の向上につながっている。

まちの保健室：地域の資源を結び、大きな保健福祉ネットワークの拠点 (図3)

2004年度に策定した第1次地域福祉計画に基づき、地域づくり組織と一体的に地域福祉を推進するために設置したのが「まちの保健室」である。

2005年度から2007年度にかけて、地域包括支援センターのランチとして整備しており、地

域づくり組織のコミュニティの範囲、概ね小学校区単位で市内15カ所に設置し、地域とのしつかりとした信頼関係やネットワークを築き、地域のさまざまな活動に結びつけている。

まちの保健室には、看護師や社会福祉士、介護福祉士などの医療・福祉・介護分野の有資格者1～3名を配置(市の嘱託職員)し、地域づくり組織の拠点でもある市民センター内(または近接地)に設置している。

各市民センターは、住民の生涯学習の場、地域づくり組織活動拠点、まちの保健室が一体となって設置されていることから、地域の活動の中心となるキーパーソンがまちの保健室を来訪することも多く、地域との信頼関係を築き、新たな取り組みが生まれるきっかけも生まれやすい環境となっている。

まちの保健室の主な業務は下記のとおりである。

1. 健康・福祉の総合相談の場

妊婦や乳幼児、子どもからお年寄りまであらゆる世代を対象に、医療・保健・介護・福祉だけでなく、チャイルドパートナーとして子育てなどの初期相談にも応じており、住民が日

常の困りごとを気軽に相談できる場所となっている。令和5年度には相談実績が3万5千件を超え、設置当初と比べて相談件数は約3倍に増加している。困りごとの相談だけでなく、嬉しかったことや楽しかったことなどのグッドニュースも飛び込んでくるような場となっている。

2. 健康づくり・介護予防

まちの保健室は、相談を待っているだけの存在ではない。健康づくり、介護予防に関する活動や、住民が実施する活動の支援など、フットワーク軽く出前方式で行っている。また、がん検診・特定健診・予防接種の呼びかけや、検診等を受けやすい工夫など、健康づくりに関する予防的な啓発活動を地区担当保健師と共に行っている。朝のラジオ体操やノルディックウォーキング、高齢者サロン等での脳トレなど高齢期を中心とした活動をはじめ、子育て広場でのママのハンドマッサージや消防署とのコラボレーションで子どもの事故予防の講習会など、企画も地域の特性に合わせて、バラエティに富んでいる。最近では、地域づくり組織との協働による認知症カフェの開催も進んできている。

3. 見守り・支援ネットワークづくり

普段から、民生委員・児童委員、地域ボランティア、さまざまな団体や組織との声かけを密に取り合うことで、地域住民との信頼関係を深め、見守り・支援ネットワークの基盤づくりを行っており、そのネットワークの要としての役割を担っている。

まちの保健室の5つの機能¹⁾

改めて、まちの保健室の機能について述べておきたい。

① 安心して相談できる地域の情報拠点としての機能

ワンストップの相談支援、課題を抱え込ませない体制がある。

② パイプ役としてつないでいく機能

まちの保健室は全ての課題を解決することを目的とはしていない。地域の連携の核としての存在が重要である。

③ 長期的なかかわりができる機能

制度の狭間にいるような住民への支援は、長いスパンで関わることが大切となる。異動が少ないまちの保健室の職員ならではの伴走支援が可能となる。

④ 地域とのかかわりの機能

さまざまな活動は、まちの保健室だけでは成り立たない。地域との関わりそのものがまちの保健室の大事な機能となっている。

⑤ 専門職らしくない機能

市役所とは次元が違う敷居の低さがまちの保健室にはあり、大きなウリである。

まちの保健室の立ち上げから約18年が経過し、認知度は高まってきている。全てのライフステージの人々と、元気な頃からの接点も大切にしながら、地域でのまち歩きを通して、地域資源のタネを集めることも大事にしている。また、他愛のない対話からはじまり、しんどい時には助けて！と言える関係を築くための普段からの「雑談力」も大切なスキルと捉えている。

市政70周年に合わせて、市の魅力を伝えるために市民が作った「なんとかなるなる。なばりです。」というブランドロゴは、人と人とのつながりが名張の魅力であり、「名張なら、誰かとながりがさえすれば、あとはなんとかなる！」ということが表現されたものである。いつもそばにはまちの保健室があることを、今後も発信し続けたい。

地域福祉教育総合支援ネットワーク

分野を超えた横断的な支援体制を図り、各分野の支援機能を高める多機関協働の「地域福祉教育総合支援ネットワーク」を2016年にスタートさせた。

この取り組みは、地域づくり組織を中心とする住民のネットワークとその活動と、行政や支援機関の連携による包括的支援のしくみの両者

名張市地域福祉教育総合支援ネットワーク

周囲のどこからでも必要な支援につなげる循環型システムをもった「全世代・全対象型包括支援センター機能を持つネットワーク」

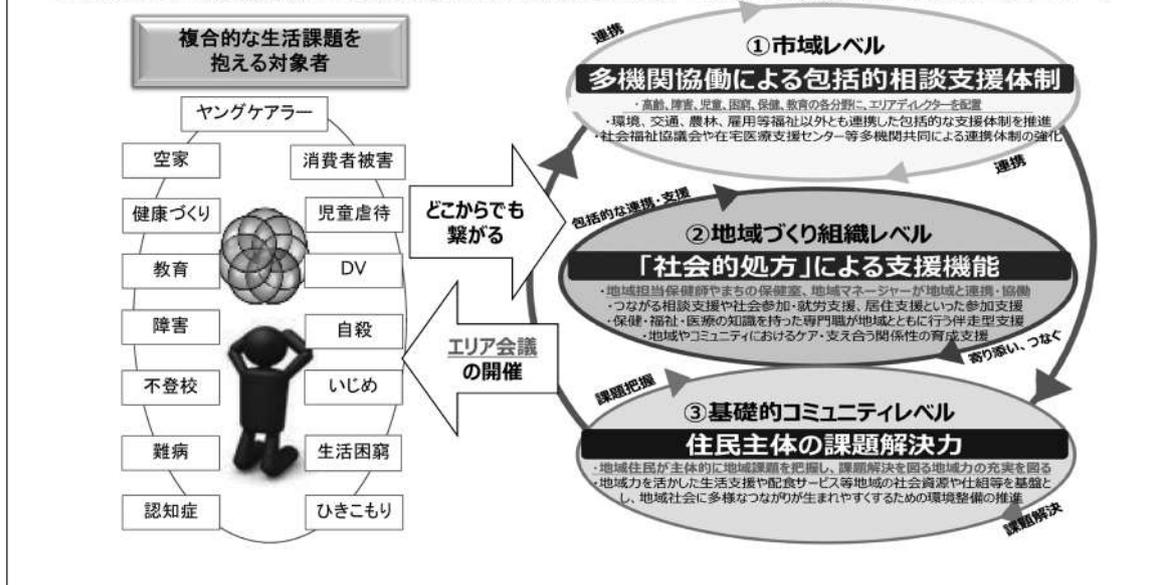


図4 地域福祉教育総合支援ネットワーク

を、まちの保健室や地域担当保健師、地域マネージャーがつなぐことにより、複雑化する社会の中でさまざまな困難を抱え孤立した人々を、まち全体で支えていこうとするものである。

近年、ヤングケアラーやひきこもり、8050問題など複数分野にまたがる課題を抱える世帯が増加している。こうした課題は、従来の行政各分野の縦割りの対応等では解決しない。本市では、市域レベルでの多機関協働による包括的な相談支援体制(図4 ①市域レベル)として、それらを横糸でつなぎ、一歩踏み出した支援ができるよう「高齢・障害・児童・生活困窮・保健*・教育」の6分野に、エリアディレクター(2021年に始まった社会福祉法に基づく重層的支援体制整備事業という相談支援包括化推進員)を各1名、計6名配置し、関係機関との連携を図る包括的な相談支援体制を整備している。(※:保健分野は2023年度から追加)

また、本市では、行政の支援において縦割りとなりがちな教育委員会にエリアディレクターを配置していることが大きな強みとなっている。不登校、ヤングケアラー、ひきこもりなど、教育・福祉分野間の連携により、子どもを取り巻く世帯が抱える生活実態を的確にとらえ、学

習支援、就労支援を包含した支援につながっている事例もあり、機能的な動きが生まれやすいしくみの重要性を感じている。

各分野のエリアディレクターや庁内関係部署職員のほか、社会福祉協議会、保健所、警察等の多分野・多機関に参画を呼びかけ、各機関が抱える現状や課題を共有し、対話を重ね、相互の信頼関係を築くことを意識しながら、分野を超えたつながりによる支援の在り方について探求し続けている。

さまざまな課題把握については、地域の民生委員・児童委員、主任児童委員をはじめ、地域づくり組織や有償ボランティアなど、また、教育分野では小中学校やコミュニティ・スクールの取り組み等とも連携し、地域住民が主体的に課題解決に取り組む環境整備を進める(図4 ③基礎的コミュニティレベル)とともに、初期相談については、まちの保健室を中心に、地域担当保健師や地域マネージャー等が受け止め、専門職による参加支援や伴走型支援等につなげている(図4 ②地域づくり組織レベル)。

個人、世帯の状況に応じて、各分野のエリアディレクターが連携の中心となり、多機関との協働を促進しながら、どこからでも必要な支援

につなげる循環型の包括的な相談支援体制を整備していることで、柔軟でスピーディーな対応が可能となっているが、地域においては、環境（ごみや犬・猫への対応）や住まい、水道など、福祉以外の分野との連携が必要な事例も増加しており、今後ますます多機関連携の包括的な支援体制の充実が求められる。

まとめ

本市においては、地域共生社会の創造を理念に掲げて、「人の力」を生かし、「地域の力」を高めるという「ソーシャルキャピタルの醸成」を戦略として位置付け、取り組みを進めてきた。

財政状況の厳しさが続いている自治体ではあるが、それゆえに住民自身の支え合いやつながりで、暮らしやすい地域を築くことが重要となる。

住民主体の「地域づくり組織」、それを支えともに動く「まちの保健室」のしくみは、地域共生社会の土台である。住民主体の地域づくり活動は、我がごとの意識づくりにつながり、そのまちづくりと一体となったまちの保健室は、地域

を丸ごと受けとめる相談支援体制の欠かせない基盤となっている。この両輪で、地域の支え合いや健康づくり、生きがいづくり、地域包括ケアシステムの深化発展につながってきている。

本市が目指した地域共生社会構築に必要なと考える3つの要素がある。

1つ目は、地域づくり組織や民生委員・児童委員、ボランティア等の地域住民が、専門職を活用できる地域の力である。2つ目は、まちの保健室や保健師、医療介護福祉機関等の専門職が、地域と連携できる専門職の力である。そして、3つ目は、コミュニティ施策と地域包括ケア施策を連動させるしかけをデザインできる行政の力である。

今後も、地域の力、専門職の力、デザインする力を掛け合わせながら、地域のWell-beingにつながる地域共生社会を目指した実践を重ねていきたい。

参考文献

- 1) 永田佑:住民と創る地域包括ケアシステム 名張式自治とケアをつなぐ 総合相談の展開。ミネルヴァ書房、2013.

地方自治体での地域共生社会 —大牟田市における実践を通して—

医療法人静光園白川病院 医療連携室長 猿渡進平

抄録

筆者の勤務地がある福岡県大牟田市では、介護保険制度施行時から官民協働の体制にて「認知症を地域で支えること」を目的にした活動を行ってきた。

その結果、多くの住民が目的に従った意識を持つようになり、地域において認知症の人を見守る・支える活動が活発になった。しかし、認知症の当事者からは「支えられる対象（認知症）になりたくない」という意見が聞かれるようになる。私たちは長年にわたり、認知症の人が暮らしにくい地域を作ってしまったのか、その反省とともに現在取り組んでいる活動を紹介する。

特集

大牟田市と活動の原点

大牟田市はかつて石炭産業で栄えた町であり、人口増加のピークは1960年の約21万人であった。その後、炭鉱閉山に伴い人口は急激に減少し、2024年4月1日現在では105,753人とピーク時の約半数となっている。また、近年の高齢化率は毎年約1%ずつ上昇して38.1%、高齢者の単身世帯は15,294世帯（全体の27.6%）となっている。

筆者は、2002年から市内にある慢性期を担う医療機関にソーシャルワーカーとして勤務を開始した。病院に入院している患者の平均年齢は85歳と非常に高く、高齢者のみの世帯や独居高齢者の患者が多数入院していた。

そして、その患者の多くは自宅への退院を望んでいたが、自宅に帰れば独居、あるいは年老いた者が介護を行う状況があり、不安を持つ家族は長期入院や施設への退院を希望することが多かった。私は自宅に帰ることを願う患者の

気持ちを代弁したが、その意見が尊重されることは少なかった。また、その際の支援方法としては、介護保険サービス以外のツールがなく、医療機関における医療ソーシャルワーカーの役割とは何かと疑問を持ち始めるようになった。

認知症を地域で支えたい

他方、大牟田市では2002年から超高齢社会の到来を意識した「認知症ケアコミュニティ推進事業」を開始していた。「認知症ケアコミュニティ推進事業」では、人材（専門職）育成としての認知症コーディネーター養成研修、認知症の早期発見としての物忘れ予防相談検診（早期発見）、小中学校の絵本教室（理解啓発）、ほっと安心ネットワーク模擬訓練（地域づくり）の4つを事業の柱にして全市的に取り組んでいた。

私は、この事業の中の「ほっと安心ネットワーク模擬訓練」を地域に展開することで多くの患者が自宅に帰ることができるのではないかと考

えた。ほっと安心ネットワーク模擬訓練(以下、訓練)の目的は以下の通りである。

1. 認知症の人と家族を支え、見守る地域の意識を高め認知症の理解を促進していく
2. 高齢者を隣近所、地域ぐるみ、多職種協働により可能な限り、声かけ、見守り、保護していく実効性の高いしくみの充実
3. 認知症になっても安心して暮らせるために、「安心して外出できる町」を目指していく

訓練は年に1回、各小学校区にて実行委員会が組織され実行されている。実行委員会のメンバーは自治会役員、民生委員、校区社会福祉協議会等の地縁組織に加え、地域の介護・医療機関、地域包括支援センターを含む行政職員にて構成され、事務局は介護・医療機関が務めることが特徴的である。

私が勤務する医療機関が所在する白川校区では、2007年から、認知症の人を地域で支える意識を高めるための「啓発」と道に迷われてそうな方を見かけた場合の「声かけ訓練」を行いながら進めてきた。

初年度の参加者は9名だったが、年間を通じた啓発等の影響で翌年は約80名、そして2009年以降は約200名と増加した。

特に「啓発」に関しては、地域の住民や企業はもちろんのこと、小中学生が寸劇や認知症の啓発を目的としたポスターを作成する等、さまざまな方法を用い取り組んだ。

このように、積極的な啓発を実施したことで、認知症の人を支えようとする住民は確実に増えていった。

活動の成果と地域での違和感

行政、民間の介護・医療機関、そして地域の住民から始まった模擬訓練は企業や地元の教育機関等を招き入れ、地域で認知症の人を支える取り組みへと成長していった。

その結果、近隣住民等が認知症の人を見守ることによって地域での暮らしを続けることができ、また当院入院中の患者は住民の支えにより退院が可能となった。

さらに、行方不明となった認知症の人の早期発見・保護にも大きな成果が見られるようになった。これは、行政や支援に関わる専門職だけでなく、何よりも地域住民や店舗・事業所といった方々の参加・協力なくしては成しえなかったことである。

私たちは、このような取り組みに充実感と誇りを持ち、毎年視察にみえる数多くの自治体や地域に広がることを願っていた。

しかし、一方では耳を疑いたくなる事例を聞くようになった。

1つ目の事例は、白川校区における模擬訓練を始めた時からの中心的な役割を担っていた方の事例である。模擬訓練を始めた当時70歳であった地域の地縁組織役員は、ゆうに80歳を超えていた。物忘れが気になったため、近くの病院の認知症外来を受診したところ「軽度認知症」の診断を受けた。そのことを聞いた住民らは心配し、その役員が参加するサロンにおいて、本人が立ち上がれば声をかける、帰ろうとすれば住民が家まで送ることを申し出るといったことが起きた。その役員は「認知症になっても何も変わらないのに、鬱陶しい」と嘆いた。

2つ目の事例は、一人暮らしの高齢女性の事例である。その女性はとても社交的で老人会の催しや旅行、地域にて開催されているサロンなどを楽しみに生活をしてきた。ところが、地域住民の中で「認知症」ではないかという噂が広がり、住民たちは本人を気にかけるようになった。ある日、本人の自宅の外に置いてあったゴミを本人の同意無しにゴミの集積場に運び、分別をした。さらに自宅の玄関の周りの草むしりを実施した。そのことを本人が知り「なんでそんなことを勝手にするのだ。私をなんだと思っているのか!」と激怒し、それ以降、地域の行事には全く顔を出さなくなり、その女性は、数ヵ月後自宅で一人で亡くなったのが発見された。

3つ目は、夫と二人暮らしの80代女性の事例である。本人にはもの忘れがあり、ある日、外出先から帰ってこなかったことにより夫は警察に行方不明捜索の願いを提出した。その数時間後には、市内数千人に対しメールやファクシミ

りが届き、私も情報を把握し捜索に加わった。情報をもとに捜索し、たまたま私がご本人を発見するに至り、警察署に同行、夫の迎えを待った。しばらくすると夫が現れたが、いきなり夫は本人の顔を叩くような仕草を見せ「お前は、こんなに多くの人たちに迷惑をかけて！」と怒鳴った。その日は、本人は帰宅したが、数日後にご本人は施設に入所したと聞いた。関与していた地域包括支援センターに理由を聞いたところ、その翌日から本人の自宅に地域の住民が訪れるようになり、夫に対して「何かあったら言ってくれ」「地域での見守り体制を作ったほうがいい」など、さまざまな提案をしたそうである。夫は、「これ以上近隣住民に迷惑がかかる行為があってはいけない。静かに暮らしたかったがもう限界」と自宅から施設への入所を決められたと聞いた。

いずれの事例も「認知症の人を支援よう」という住民の善意から生まれた事象である。つまり、長年の啓発により「認知症の人＝支えなくてはならない存在」になっているのではなからうか。また、以下は白川校区の実行委員長が大牟田市内で開催された模擬訓練の決起集会で発表された言葉である。

模擬訓練の目的である“啓発”と“連絡網(セーフティーネット)”の整備、そして、その活用ができるようになることを目的に14年間取り組んできた。その結果、多くの住民が活動に参加するようになり「地域の中での体制」が構築できつつある。熱心に「認知症の人を支援しよう」と言い続けてきた結果だと考えている。

一方では懐疑的になっていることもある。長年、この訓練に携わってきた人が認知症になり、閉じこもりがちになっている。これは「認知症になっても安心して外出できる」という目的とは逆の結果である。

私自身に置き換えてみると、認知症になったら「恥」をかきたくないで自宅に引きこもるだろう。自分の中の認知症像が「それ」であるとするれば、多くの住民も「そう」である。訓練が「それ」を作ってきたのかもしれない。

確かに模擬訓練を通して地域住民に認知症の理解が広がったが、半面では認知症の人を「支えられる人」としてクローズアップしてしまった部分もあるのではと思う。確かに認知症の人には何らかの支援が必要なこともある。しかし、認知症になったからといって全ての人に同じような支援が必要なのではなく、その人に応じた関わり方がある。

また、支援者側の「一方的な支え」が、その人の「生きづらさ」を生むこともあるのではないかと思う。多くの人たちの認知症のイメージが、「一方的に支えられる対象」にしてしまうことにより、本人および家族の生きづらさを助長してしまう。

今まで、認知症の人が自宅で暮らせるように地域住民の支え合いを構築してきたつもりだったが、一方では住みづらさを抱えさせてしまっている一面があるということ否定できなかった。それは、認知症の人は支えられるべき人という固定概念が自分の中にもあり、それを啓発してきただけなのではないかと感じた。

模擬訓練は「誰のために、何のために」実施してきたのか。そして、今後も実施していくべきなのだろうか、仲間と共に途方に暮れた。

認知症と共に 生きるためへのチャレンジ

この一連の経過を認知症未来共想ハブ(<https://designing-for-dementia.jp/>)で一緒にさせていただいている慶應義塾大学の堀田聰子教授に相談したところ、「目の前の当事者と出会い直すためのデザイン研修」の勧めがあった。

後日、研修講師には、studio-Lの西上ありささんに大牟田市にお越しいただき、「自分と出会い直す」「地域と出会い直す」「本人と出会い直す」の3 stepに分けて地域包括支援センターのスタッフと共に研修を受けた。

この研修においては「私たちが面談を行う際の姿勢」「認知症の方との向き合い方」「地域と共に生きる考え方」等を客観的にうかがい知ることができた。さらに「やりとり手帖」というツ

ルの紹介があった。やりとり手帖とは、本人と支援者が、本人のやりたいこと、願い、また認知症になっても工夫していることなどを本人とやりとりしながら書いてもらい、専門職がその情報を元に対話を広げるといふものである。

従来のアセスメントでは疾患や既往歴、身体機能などのリスクに関わる事柄を中心にヒアリングし、画一的なプランニングになってしまいがちであった。しかし、やりとり手帖を使用することで本人のことを立体的に知ることができ対話に深みが増した。

さらに、本人の声を聴くために「認知症本人ミーティング」の開催の勧めもいただき、実施に向けては仙台市で活動されている認知症当事者である丹野智文さんをお呼びした。当日を迎え、認知症のご本人とご家族の数名が会場に集まった。

定刻になり、簡単に趣旨を説明した後、丹野さんがすかさず「仙台から来た丹野智文です。今日はよろしく願いいたします」と会を進めた。

まずは簡単に自己紹介をした後、丹野さんから「ご家族とご本人と分かれて話をしましょう」と提案があった。家族は心配そうではあったが別室に移動した。それから丹野さんはご本人と共に「大牟田の美味しいものってなんなの?」「楽しい場所ってどこ?」など楽しく日常会話を始めた。それに応えるように会場は盛り上がり、ご本人たちは終始笑顔で対話を楽しんでいた。

それから1時間ほどが経過し、大盛況のまま閉会となった。本人からは「久しぶりに大笑いしました」「また開催してほしい」などの意見が聞かれた。

また家族からは「夫があんなに楽しんでいる姿を久しぶりみた」「家では全く話さないのに話せるのですね」など多くの家族から同様の意見を聞くことができた。

丹野さんからスタッフ側に対して「皆さん、認知症の人に困っていることないですか?と聞いて結論を求めようとしているでしょう。いきなり困っていることないですか?なんて言われても答えられないですよ。そもそもそれが偏見

であり固定観念じゃないですか? 関係性をもって作業を共にしながら、その言葉が聞かれるものですよ」と指摘を受けた。私たちの中にある認知症像、それがいかに硬く、厚いものなのかを思い知らされた。

大牟田における本人への向き合い方

私たちが進めてきた「大牟田市認知症ケアコミュニティ推進事業」は、いつの間にか専門職の考えが色濃くなっており、本人の気持ちが増味されてなかったのではないか。そこで、本人らしく生活できるまちづくりを進めるためには、本人の声を聞き、肯定し、共に活動しながら、本人と共に事業・施策を進めて行く必要性を感じた。

この視点を重視するために現在、認知症当事者に向けて100人インタビューを実施している。その中で、多くの本人からは「誰かの役に立ちたい」「気楽に生きたい」など希望にあふれる未来のことや、認知症になってからの知恵や工夫を聞くことができている。しかし、一方で家族は本人の認知症になってからの変化に追いつけず戸惑い、悲しみなどの感情を持っていることも同時に聴くことができた。家族は「認知症と共に生きる本人と共に生きる家族」であり、また認知症の本人に最も近い存在なのである。

そこで、本人と共に進めるだけでなく本人と家族が共に前を向けるようになる場所や時間として「認知症の人と家族の一体的支援プログラム」(通称:ミーティングセンター)(以下、MC)を実施することにした。

大牟田市におけるMCは、認知症の初期段階の対応を行う可能性が最も高い地域包括支援センターが主催し、市内6カ所のうち4カ所で実施している。頻度は月に1回や週に1回等参加者の状況に合わせた頻度で開催している。

開催当初はどのように運営した方がいいのかが分からず、どうしても先回りすることや「待つ」という姿勢が保てず、支援する側、される側といった水平な関係を築けなかった。

また、本人の前では「認知症」という言葉を使

わないようにしていたが、対話を繰り返ししっかりと向き合い、その上で、認知症という言葉が本人の前で使うようにした。

認知症という言葉を使いだして、本人から「今まで気を使っていたでしょ？ 気を遣われていることは分かりますよ。あなた方が気を遣えば私も気を遣う」という言葉も聞かれ、われわれも少しずつ肩の荷が下り、参加者との関係が変化した。

また、週に1回の開催も本人にとっては非常に良い間隔だったようで、本人同士のピアグループのような関係性を築いている。家族も家族介護者と出会い、今後起こり得ることやその時の気持ちの持ちようなどを学び、本人と共に前を向き生活ができています。

また、上記でご紹介した「ほっと安心ネットワーク模擬訓練」にも影響を与えている。参加者の多くは、「行き先や帰り道が分からなくなったこと」を経験していた。その際は決まって「自分が分かる場所」である海や山を目指していることが分かった。

また、外出においては「自分の好きな時間に外出し、自分の力で行き先に行きたい」という気持ちを持っている。そのためにまずは本人たちと「自分で行ける・帰るためのツール」としてヘルプカードやスマホの地図アプリを活用した「自分たちが自分の力で目的地に行ける」ための訓練を実施している。

「本人の声から始まる」というのは、このよう

なことであり、われわれが目指すべきことはこのようなことなのであろう。

まとめ

私たちは支援者として、認知症のご本人と向き合ってきたのであろうか。本人の声を聴かずに家族の意見や自分たちの中にある固定観念から導き出された課題を先行させ、自分たちが安心することが目的になっていなかったのだろうか。

MCに参加する本人たちからは「助けてほしい・支えてほしい」という声は聴かれない。それよりも「何かを誰かと一緒にしたい。できることがあればやってみよう」という可能性に満ち溢れている。

そのような想いを私たちに語ってくれるのは、for(～のために)からwith(～と一緒に)への転換があり、関わりが課題指向から可能性指向へ変わったからである。大牟田では長い年月をかけて、ようやくこのような取り組みが芽生えた。

これが本当の地域共生社会なのか、その答えはまだ導き出せていないが、これが地域共生だとすると実現するための第一歩は「自分が変わる」ことなのかもしれない。

これからも仲間と共に地域共生社会の実現に向けていろいろなチャレンジを行っていききたい。

まちづくり系医師が取り組む地域共生社会 —つながりのチカラを生む地域協働—

福井大学医学部地域プライマリケア講座 教授 井階友貴

抄録

地域共生社会の実現に向けて重要な要素は「つながりのチカラ」(ソーシャル・キャピタル)の醸成である。福井県高浜町では2015年より、地域主体に地域の「つながりのチカラ」を引き出す取り組みを各種始めており、実際に町の高齢者のソーシャル・キャピタル指標向上を確認している。「まず自分が楽しく、そしてみんなも楽しく」をモットーに、楽しく地域と向き合い続ければ、変わりゆく時代に適合した地域共生社会を実現することが可能と考えている。

はじめに:取り組みの経緯と方向性

社会保障がどうなるかと言われた2025年が目前に迫り、世間は2040年やその先を見据え出す。高齢化や人口減少をもとに叫ばれてきた地域包括ケアが今、世の中の課題の複雑化、多様化により、地域共生社会という新たな局面を迎えようとしている。プライマリ・ケアに従事する者として、患者本位の医療や家族志向のケアを提供することは当然求められるコンピテンシーであるが、地域の抱える課題を把握し地域全体をケアする地域志向のケアもまた、これからますます求められる重要なコンピテンシーであろう。

福井県高浜町は県の最西端に位置する人口1万人弱の小さな町で、筆者は2008年に高浜町に赴任した。当時、町は極端な医師不足に陥り、町民は町外の医療機関にかかっていた。地域医療教育の提供と地域医療に関する住民活動の展開により、幸い町内の医師数は元の水準まで回復し、かかりつけを町内に持つ町民が増加¹⁾、町

の医療は改善したように思えた。しかし、2014年5月に「消滅可能性都市」についての報道があり、医療という切り口ではなく、時代の変化を捉えながら町全体が良くなっていく仕組みづくりが重要と感じ、ソーシャル・キャピタル(社会関係資本)の概念に辿り着く。端的には「つながりのチカラ」と解釈されるソーシャル・キャピタルは、健康分野はもとより、教育、経済等の多分野にわたりその効果を発揮することが報告されており²⁾、まさに町全体を向上させるのもってこいの概念だと思えた。そこで2015年より、地域主体に地域の「つながりのチカラ」を引き出す各種取り組み(後述)を展開し、今日に至っている。

取り組み開始当時から地域共生社会を意識していたわけではないが、その後展開された地域共生社会の概念³⁾にも「つながりのチカラ」が組み込まれており(図1)、本企画への執筆を依頼いただいたため、各地で何か参照いただける部分があればとの思いから、ここに紹介する次第である。

特集

地域共生社会の実現・地域包括ケアシステムの構築

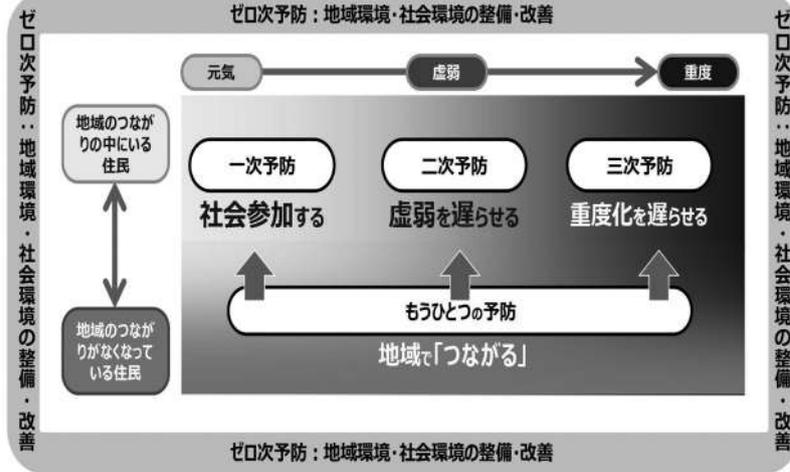


図1 地域共生社会の実現

〔文献3〕より引用

取り組みの実際

1. けっこう健康！高浜☆わいわいカフェ⁴⁾

社会的にいうところの「地域プラットフォーム」の取り組み、通称「健高カフェ」。町への思いのあるさまざまな立場の方(医療者、行政職員、住民活動家、町議会議員等)が月1回自由に集まり、参加者提案のテーマを設け、前半は関係者からの話題提供、後半は自由なおしゃべりをする事で、参加者が気付き、出会い、明日からの活動・取り組み・仕事に新規性や協働を生む(写真1)。

これまでに20以上の施策・取り組みがこの健高カフェから実現している。地域共生社会の実現に直接的に寄与する施策・取り組みの例とし



写真1 健高カフェの様子

ては、子ども食堂の設立や、独居高齢者向けワンコイン(500円)ランチ会、町民体操「赤ふん坊や体操」の開発および外出困難者向けオンライン体操会の実現等があるが、直接地域共生社会の実現に寄与しないものも含め、実現した施策・取り組み(表1)は全て「つながりのチカラ」醸成に寄与するものばかりであり、間接的に地域共生社会の実現に寄与していると考えている。

コロナ禍以降、オンラインでの会合に切り替えているが、2025年度よりアナログメインに戻す予定となっている。

2. 暮らし健康マイスター養成塾⁵⁾

われわれ医療者や行政職員が地域に向いて地域共生社会を実現させるといっても、多忙な



写真2 暮らし健康マイスター養成塾の様子

表1 健高カフェから実現・検討された施策・取り組みの一覧

取り上げられたテーマ	協議に入った取り組み・施策	実現した取り組み・施策
<ul style="list-style-type: none"> ・スポーツ ・野菜 ・子育て ・独居 ・産業 ・ボランティア ・認知症 ・フレイル ・食と栄養 ・男性 ・笑い ・観光 ・世代間交流 ・加齢 ・孤食 ・お酒 ・タバコ ・癌 ・健康づくり ・在宅介護 ・魚 ・助け合い ・アンチエイジング ・子どもの健康 ・終活 ・トレーニング ・経済状況 ・発達障害 	<ul style="list-style-type: none"> ・海岸リハビリロード整備(健康情報設置) ・病院リハビリ室セミ解放(介護予防事業) ・健康ポイント・ボランティアポイントシステム ・健高弁当レシピ開発・販売 ・配食サービスの拡大 ・カスタマイズ可能!健康じぶん手帳 ・魚のブランド化と購買摂取促進 ・魚の SNS ページ開設 ・ボランティアの需要供給窓口の一本化 ・巡回バスシステム ・セーフティネットの施設間コラボレーション ・町内の暮らしのサービスによる見守りシステム ・JR 小浜線観光列車 ・暮らしのサービスとセーフティネットとのコラボレーション ・ひと手間健康レシピ集の開発 ・職場の挨拶気遣い運動 	<ul style="list-style-type: none"> ・無料レンタサイクル ・海岸リハビリロード整備(砂除け) ・小学校・PTA での健康授業 ・野菜情報 SNS ページ開設 ・生鮮食品出張販売 ・お一人様(独居者)ランチ会 ・海浜レジャーに特化した産業・医学連携 ・健康器具体験&譲渡会 ・ボランティアと健康に関する情報発信 ・コミュニティカフェ ・オリジナル介護予防体操の開発 ・笑いヨガ活動 ・健康お笑い川柳 ・子育て支援 見える化システム ・フレイル講座@健康マイスター養成塾 ・認知症カフェ活動 ・こども食堂@コミュニティカフェ ・毎月 19 日は孤食防止デーキャンペーン ・健康オリジナルたい焼きの開発 ・地元食材の良さを発見する“つみれバー” ・世界一のちらし寿司づくりイベント

勤務の中ではその時間や労力は限られる。その観点からは、地域の一番のつなぎ手は、他の誰でもない地域住民、主に仕事をリタイアされた高齢者である。

そこで、地域住民を対象として、地域共生社会の実現やつながりづくりに貢献していただける方を養成する「暮らし健康マイスター養成塾」を開始した(写真2)。健康に関する話題だけでなく、高齢者の皆さんが関心事として気にされている話題(相続、終活、スマホ等)を抱き合わせにし、連続講座形式で受講いただいた。話の内容に、つながりのチカラや地域共生社会につ

いての学びも提供し、その実現に向けて地域で活躍いただくことを目指した。

2023年度までで合計54名の町民に修了いただき、実際に地域のサロンでつながりのチカラ醸成のために取り組まれるなどの成果が実装されている。

3. 協働創出ワークショップ「コラボ☆ラボ」⁶⁾

医療者、行政職員、住民など、立場の違う者同士で地域共生社会を築いていかなければならないが、立場の壁を越えての協働開始は、文化や価値観が多様であるため、一筋縄ではいかな



写真3 協働創出ワークショップ「コラボ☆ラボ」の様子

い。協働の最初のきっかけが求められている。

そんなときに活躍するのが、協働創出ワークショップ「コラボ☆ラボ」である(写真3)。立場の違う者が一堂に会し、ワールドカフェを基盤とした自由に気ままなおしゃべりと、ロジカルシンキングを基盤とした論理的で実際的な話し合いを組み合わせたワークショップで、誰でも気兼ねなく準備不要で参加でき、地域共生社会をテーマに話すことで、その実現のためのアクションプランも臍気に見える、満足度の高い会合となっている。さらに本取り組みには、全国にボランティアファシリテータとして登録いただいている方が140名以上在籍しており、全国各地の協働創出に一役も二役も買っている。こ

れまでに全国各地でのべ36回開催している。

おわりに： 成果とおまけ要素・行動経済学

地域共生社会の達成指標が「つながりのチカラ」とするには多々無理があることは承知であるが、当方で高浜町の65歳以上の高齢者を対象に悉皆コホート調査を展開しているところによると、高浜町の高齢者のソーシャル・キャピタルの指標の1つである「知人・友人との交流の頻度」は、経年的に向上していることが確認されており、コロナ禍においても一部の年代を除いて指標が改善していたことはありがたい結果であった(図2)。また、今回紹介した取り組みを含む「つながりのチカラ」醸成のための取り組みに関わった高齢者は、関わらなかった高齢者に比して、約1.4倍~2.3倍ソーシャル・キャピタルの各指標が優れていることも判明しており(図3)、当方の取り組みが町のソーシャル・キャピタルの向上ならびに地域共生社会実現に向けて何かしら寄与していることを期待する。

そして最後に、もう1点だけお伝えするならば、本稿から伝わっているかどうかは自信がないが、われわれはこの取り組み、地域共生社会の実現やつながりのチカラの醸成において、全

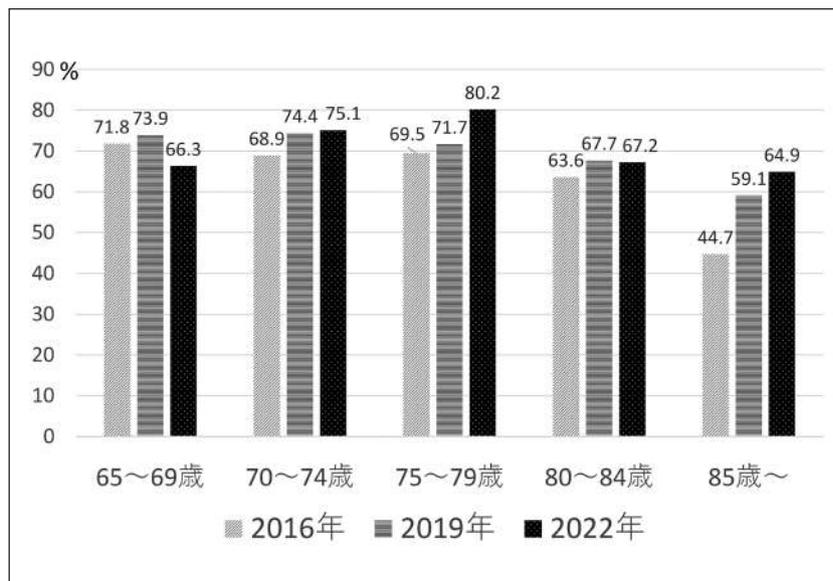


図2 高浜町の高齢者における交流頻度高い者の割合の推移

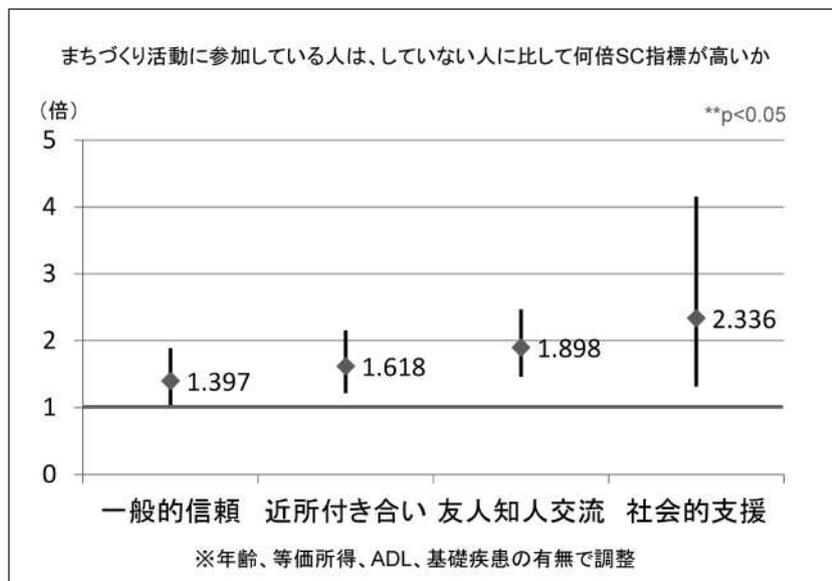


図3 高浜町の高齢者における取り組み曝露の有無による各ソーシャル・キャピタル指標の差異

てを心から楽しみながら実施している。近年健康分野において、行動経済学が注目されているが、健康やつながり、地域共生社会に関心のないコミュニティメンバーにこそ関わっていただかなければならない本分野において、関心のない対象にこそ、楽しさやおもしろさなど、直感に訴えかけてつい関わってしまう取り組みを前面に押し出していく必要がある。そしてこの地域共生社会の実現は、一時的に取り組んで終了というものではなく、地域が生き物である限り、地域の成長・衰退・変化に合わせて向き合い続けなくてはならないことであるとも考える。その継続性の担保のためにも、「まずは自分が楽しく、そしてみんなも楽しく」をモットー⁷⁾に、これからも楽しく地域と向き合っていきたい。

参考文献

- 1) 井階友貴:日本医療再生の具体的提言～住民-行政-医療の“和”と“輪”を拓ける理想の医療・地域づくり～. 神奈川県保険医協会創立50周年記念「日本医療再生の懸賞論文」2013. http://www.hoken-i.co.jp/outline/kanahoi_kensyounonun-nyusen.pdf (accessed 2024 Oct 1)
- 2) Healy T & Sylvain C(OECD): The Well-being of Nations: the Role of Human and Social Capital. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001. https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-well-being-of-nations_9789264189515-en (accessed 2024 Oct 1)
- 3) 地域包括ケア研究会報告書-2040年に向けた挑戦-. 2017. https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/h28_01.pdf (accessed 2024 Oct 1)
- 4) けっこう健康! 高浜☆わいわいカフェホームページ <http://kenko-machizukuri.net/kenkocafe/index.html> (accessed 2024 Oct 1)
- 5) 暮らし健康マイスター養成塾ホームページ <http://kenko-machizukuri.net/meister/index.html> (accessed 2024 Oct 1)
- 6) 協働創出ワークショップ「コラボ☆ラボ」ホームページ <http://kenko-machizukuri.net/collabolabo/index.html> (accessed 2024 Oct 1)
- 7) 井階友貴:赤ふん坊やと学ぶ! 地域医療がもっと楽しくなるエッセンス111. 金芳堂, 2022.

暮らしの中にある地域共生社会

特定非営利活動法人まつどNPO協議会 理事・一般社団法人Mi-Project 理事長 松村大地

抄録

市民活動における課題として、高齢化による担い手不足や組織運営の停滞、さらに個人の孤立などを挙げ、これらの課題解決に向けて、テーマ型コミュニティと地縁型コミュニティの連動、つながりの強弱と表現の陰陽といったグラデーションのある場づくりに取り組んでいる。その中でもコーディネーターとして地域住民との関係性を築き、市民活動の窓口となり、地域へ参加する機会を創出することが地域共生社会の実現につながる要素だと考える。

特集

はじめに

筆者は理学療法士として回復期リハビリテーション病院や訪問・通所リハビリテーションに従事していたが、現在は千葉県松戸市を拠点に地域づくりをサポートするコーディネーターと場づくりの実践者として活動している。今回、「暮らしの中の地域共生社会」というテーマを与えていただいたが、地域で暮らす人々の現状と課題を認識し能動的な社会貢献活動(ボランティア等)への意欲が芽生えた住民が、如何にして地域へ参加し、活躍する場や機会を得たか、という点で読み解いていただければと思う。

ちなみに「地域」とは何を指すのだろうか。筆者は行政区画ならびに都市部や農村地、過疎地といった物理的な側面のほか、人とのつながりやコミュニティ(共通の目的をもつ集合体)における人間関係・利害関係など関係性の側面を含めて「地域」だと捉えている。

市民活動とは

地域での取り組みを紹介する前に、松戸市の概要に触れたい。

松戸市は千葉県の北西部に位置し、千葉市、船橋市に次ぐ県内3番目の人口約49万人の人々が暮らす。都心や関東近郊、羽田・成田空港へのアクセスがいずれも60分以内と比較的利便性が良く、ベッドタウンとして栄えてきた。近年では、共働き子育てのしやすさが評価され、子育て世帯の転入が増加していることに加え、近隣市と比較すると扶助費が高く、生活保護世帯も増えている。これら人口増加に対して、在宅医療介護連携センターや福祉まるごと相談窓口などフォーマルサポートの整備が進んでいることも特徴的だといえよう(2024年10月現在)。

そんな松戸市で活動する筆者が所属する特定非営利活動法人まつどNPO協議会は、2015年より指定管理者としてまつど市民活動サポートセンター(以下、サポートセンター)を管理運営している。

市民活動とは、簡単に言えば「自主的に行わ

れる営利を目的としない社会貢献活動」だが、自らの価値観、信念、関心に基づき、地域の課題解決やより良い地域にしていく活動である。広義では町会・自治会活動も含め地域福祉、防犯、防災、環境保全、まちづくり等の活動がそれに当てはまる。

その中で、特に都市部における市民活動は、一定の分野に特化した「テーマ型コミュニティ」が際立つようになってきている。その背景には、多様化した現代社会において、自身の興味関心に基づいたコミュニティを求めるようになってきたことが挙げられる。テーマ型コミュニティは、このニーズに合致し、より深いつながりや共感を生み出す場になり得る。さらに、インターネットの普及により地理的な制約を超えることや、コロナ禍におけるオンライン上のコミュニケーションが加速し、共通の興味関心を持つ人々と簡単につながることが可能になった。また一方で、個々人の「自由」な選択が可能になった反面、孤独・孤立という問題が浮かび上がってきた。孤立・孤独に紐づくさまざまな社会問題に対する関心の高まりは、テーマ型コミュニティの形成を促しているとも言える。

だが市民活動の最たる存在は、町会・自治会に代表される地縁組織による地域活動(以下、地縁型コミュニティ)である。防犯・防災活動に通じるお祭りなどの行事や清掃などの環境整備活動は地縁におけるつながりを育んできた歴史からみても、地域社会の安全・安心な暮らしは地縁型コミュニティの存在なしでは語れない。そんな地縁型コミュニティも高齢化や組織加入率の低下による後継者の不在や担い手の不足、組織運営の停滞などの課題が表面化している。

現代において安全・安心な暮らしを支援する活動という点では、例えば子育て世代で考えると、地縁型コミュニティによる子ども会などへの参加よりも、子ども食堂への参加やフードパントリー、個別訪問により食料提供などの方が身近に感じる家庭もあるだろう。地域で暮らし続けるために求められるサポートのあり方は変容してきている。

テーマ型・地縁型コミュニティの運動

弊会は、中間支援組織として、市民と市民、市民と行政、行政と事業所、企業と市民などの間に立って、中立的な立場からコーディネート役や団体間のネットワーク形成を担っている。その中でも、松戸市より受託しているコーディネーター事業間の運動を強みにしている。

1. 市民活動の中間支援

そのうちの1つが先述した市民活動の中間支援である。サポートセンターの機能として、テーマ型・地縁型を問わないコミュニティをも対象とした組織運営のスキルやノウハウなど運営基盤の整備・向上に対する相談対応や講座をはじめ、中学生から高齢者まで幅広い年代に対してボランティア参加を促進するコーディネートや講座等を展開している。

2019年度に松戸市が実施した協働のまちづくりに関する市民アンケート¹⁾によると、市民活動への積極的な関心度は減少傾向にあるものの年代によって差があり、「どちらともいえない」と回答している層が大きく増えていることが分かる。また、地域への愛着については大幅に向上していること、また住民との交流に対しては6割弱の方が肯定的な意向であることを踏まえると、地域活動に対して潜在的に関心のある人々がいるものの、その入口として市民活動を捉えられていないと考察できる。しかしながら、過去8年間のサポートセンターへの届け出団体数は762団体と第4次松戸市協働推進計画²⁾における目標値の180%に達している点では、市民活動に参加し、その後団体として立ち上げる場合やサポートセンターを認知したことで届出申請する(つまり活動が表出された)団体が増加している点はポジティブに捉えることができる³⁾。

市民活動を知るきっかけをいかに作るか、参加の関口をいかに広げるか、活動の運営をいかに整えていくか、これらのテーマを意識し、学ぶ・つながる事業を展開している。その中でも2024年で第8期を迎えた、地域で活躍する人材の輩出を目指した「まつど地域活躍塾」には20～

70代と幅広い世代が参加しており、定員(40名/年)に達するほど徐々に認知度が高まっていると感じる。

2. 生活支援コーディネーター

もう1つ、市民活動の中間支援と並列して担っているのが生活支援コーディネーターである。介護保険法の地域支援事業(生活支援体制整備事業)に位置付けられる生活支援コーディネーターは、家事などの手段的日常生活動作の自立度の低下や移動など生活活動範囲が限局した、またはその可能性のある高齢者に対して、生活課題の解決(=生活支援)を地域の支え合いや民間市場など介護保険サービス以外の形で可能にしていくことや、高齢者自身の社会参加や介護予防につながる場や機会を創出する役割を担う。つまり、高齢者の暮らしと活躍をサポートしていく地域づくりを促進する黒子が生活支援コーディネーターである。

松戸市の場合は、市内全域(第1層)を市、日常生活圏域(第2層)を2023年度より市内15ヵ所ある地域包括支援センターに配置している(2019年から2023年は弊会が第2層)が、当該事業の第1層(市)との協働や第2層コーディネーター育成支援を弊会がアドバイザーとして関わっている。

生活支援コーディネーター業務のうち、町会長や民生委員・児童委員等さまざまな地域住民と関係性を構築することが非常に重要である。つまり冒頭で述べた「地域」を把握していくことが望ましく、その上でコーディネーターを個人として認識してもらうことが関係性を構築させていくプロセスだと考える。ここで強調したいのは、コミュニティの立ち上げや運営を「住民主体」や「担い手の確保」といったよくある課題を住民に押し付けてしまわないことである。生活支援コーディネーター自体に期待されている役割としては、先述したとおり、互助等で生活課題の解決を目指す取り組みや高齢者の社会参加促進を図っていくことだが、主体性を持つためには、自身にとっての必要性や価値を見出さないといけない。誰かに言われて行う活動では

継続はしない。関係性を構築した先に、自分たちの暮らしを継続させていくためにも、現代社会にあった形で地域に参加していく視点やきっかけを仕掛けていくかが重要である。

3. サポートセンターを入口に地縁型コミュニティに参加

1つ事例を紹介する。

生活支援コーディネーターとしてある地区の地域課題について情報共有する場を設けた時のこと。コロナ禍による影響で高齢者が閉じこもりになっているので地域に関心を持ち外出を促すようなことができないか、ワクチン予約をインターネットでしなければならぬがスマートフォン(以下、スマホ)が操作できず困っている人がとても多い、と町会長や民生委員から地域課題や問題意識が共有された。しかし問題意識はあっても、それに取り組むアイデアも人材もない。そこで、高齢者に身近な地域情報を届けて関心を持ってもらおうとニュースレターの発行を企画することになった。企画はPTA活動に励む地域住民、デザイナーでもある町会長がデザイン、そして夏休み中にボランティア体験を希望する中高生に募集をかけ取材をするという体制を整えた。完成したニュースレターは、民生委員や地域包括支援センターに協力していただき、直接配布する中でコミュニケーションのきっかけにさせていただくことができた。

スマホが使えないという問題には、スマホ相談会を企画した。ここでもボランティアを希望する大学生のほか、スマホを日常使いしている40~50代の現役世代が対応できるような体制を整えた。現在は地区社会福祉協議会との共催で、地区内の町会集会所を巡回する形で定期的に開催している。さらに相談のボランティアで参加した地域住民はそこでのつながりをきっかけに、町会活動の担い手として活躍している(図)。

この事例のように、生活支援コーディネーターとして関係性を構築する中で地域課題や活動できる場があることを把握できていたこと、市民活動の中間支援の立場で地域に参加したい・貢献したいというニーズを把握できていた

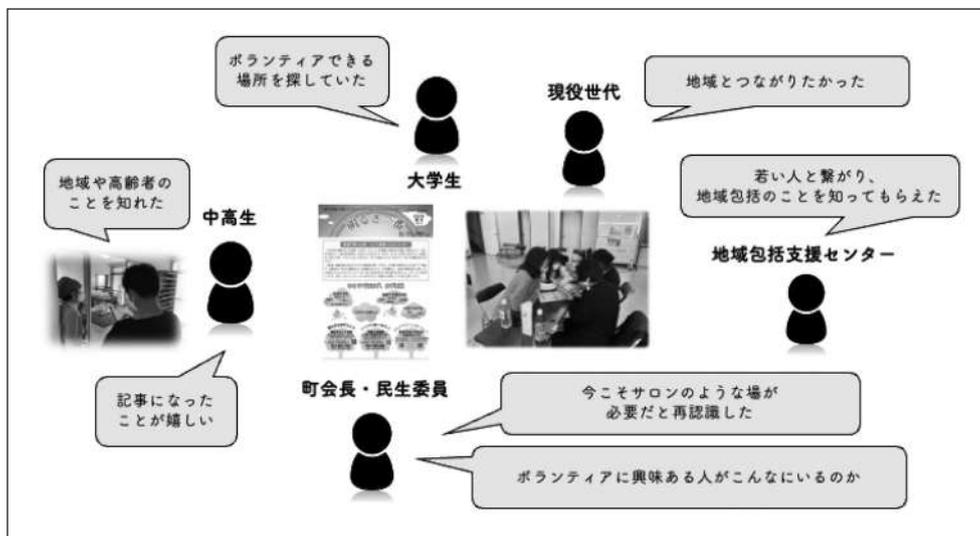


図 取材やスマホ相談の取り組みに参加したそれぞれの声

ことでマッチングが成立した。

地縁型コミュニティは担い手を確保したくても窓口が整備されていないことが多い。ホームページやSNSを運用している団体の方が珍しく、参加したくてもどこに問い合わせをすればいいか分からない。中間支援を担うコーディネーターの存在やサポートセンターの講座が地域に参加する窓口として機能すれば、地域への参加のハードルは下がり、コミュニティ側としても担い手の確保につながる。

自分自身を表現できる場

2枚目の名刺として、筆者が代表をしている一般社団法人Mi-Projectの活動も紹介したい。

「つながりを通じて、人が輝き、人に優しくなれるまち」をビジョンとする医療福祉等の専門職やケアラーで構成される非営利団体である。主な活動は、心身状態に起因する生活上の問題に悩む(または悩んだことのある)住民と当団体メンバーがともに過ごす時間を通じて互いにエンパワメントされる場である「まつど暮らしの保健室(オレンジカフェを含め市内で3カ所で開催)」、「暮らしのDIY」をコンセプトに、スマホ相談を通じてコミュニケーションを育む“スマホ駆け込み寺”や高校生と地域の高齢者で始めた“駄菓子ばあひまわり”など、多様な参加

の入り口と自己表現・自己実現を応援し合う場「鉄塔の下の倉庫」、その他2024年度より行政等と連携し若年性認知症の人と家族の交流会を開催し、その事務局を担っている。

活動の中で特に大事にしているコンセプトは、誰もが自分を表現できる場を育むことである。楽しい嬉しい気持ち、これやりたい、あれやってみたいという好奇心や現在進行形の悩み、過去に傷ついた経験など心の傷を癒したいなど、さまざまなニーズや感情を表出する行為＝「表現」した時に、それを受け止めようとする姿勢やコミュニケーションを大切にしたいと考えている。そのコミュニケーションの重なりが「場」となっていく。

場には、つながり(紐帯)の強弱や表現の陰陽に選択肢を持たせている。つながりの強弱とは、地縁(近所・町会等物理的にある種関わらざるを得ない縁)、社縁(会社・仕事の縁)、血縁(家族・親族の縁)など結びつきの強いつながりであり、一方弱いつながりはたまに会うくらいの知り合い程度の関係性を指す。表現の陰陽は、例えば深刻な相談をしている時に周りが楽しく盛り上がっていたら、したい相談もできなくなってしまう。場に来る方はそれぞれつながりを求めている度合いに違いがある。あらゆる選択肢を持たせられるようグラデーションのある場を展開している。



写真 駄菓子ばあひまわりの風景

例えばまつど暮らしの保健室では、専門職でもあるメンバーが運営をしてはいるが、相談機能の側面は小さく、サポートメンバーの当事者やケアラー、経験者の存在で成立している。参加者のほとんどは相談機関や病院にかかり、多くの専門知識や情報を得ている。参加者自身は正しさを求めているのではなく、話を聞いてくれる存在、自らの話をしてもいいと思える時間と空間、自分と近い状況にある人の心境とどう向き合っているかを知りたい、こういったことに期待している。遠方より来る参加者も多く、弱いつながりの中で陰を表現できる場を求めていることが分かる。

次に、鉄塔の下の倉庫で取り組んでいる「駄菓子ばあひまわり」について紹介したい。

元々は介護福祉を学ぶ高校生が地域に住む高齢者の生活課題を知り、高校生がそれをサポートできないかという意図から始まった。困っている事をサポートすることは、福祉を学ぶ学生にとって課題解決を学べるが、もっと広い視点で自立支援を学ぶ機会にすることはできないかと考え、まずは地域で暮らす高齢者の方々の話を伺う機会を設けた。

「今どんな生活をしていますか?」「これまでどんな仕事をしていたのですか?」「今何に困っていますか?」ヒアリングが進む中で、「本当はやりたいと思っていることは?」という質問をしてもらった。するとある高齢者が「駄菓子屋をやるのが夢だった」と語った。その一言から、高校生も盛り上がり、やりたいことを叶えるための議論や準備が始まった。そして正月2ヵ月で開催が実現。高校生のサポートもあり、開始した駄菓子屋。遊びにきた一人の子どもが

こんな言葉をかけてくれた。「おばあちゃん、駄菓子屋やめないでね。家に帰っても一人で、ここに来ると楽しいから」。

この言葉におばあちゃんたちは、子どもたちのために駄菓子屋をやろう!と奮起することとなる。結果月1回から週1回へ、さらに近所のおばあちゃんたちだけで開店するようになった。現在は子どもたちの口コミが瞬く間に広がり、自転車がたくさん止まるほど繁盛している(写真)。常連の子どもたちも増え、そのうち子どもたちもチケットのデザインやイベント企画を担ってくれるようになった。

駄菓子ばあひまわりと名付け始まった駄菓子屋は、高齢者の「やりたい」という自己実現を高校生がサポートすることがきっかけとなり、地域の子どもの声から高齢者の役割が責任感に昇華。今では子どもたちとともにつくる場へと発展した。おそらく生活課題を解決するだけではここまでの展開はなかっただろう。内に秘め勇気を出して発言(表現)した一人の人の思いが、高校生の自己実現を支援するというケアにつながり、そして子どもたちも過ごすだけでなく、役割を見出す場になった。こういった相互作用や思いの循環を生み出す場の存在が、共に暮らすという地域共生を肌で感じることにつながるのではないかと思う。

まとめ

市民活動の中間支援、生活支援コーディネーター、場づくりの実践をそれぞれ紹介してきた。いずれにも共通していることは、筆者自身は地域づくりのサポート役であることだ。暮らしの

主役はその人自身であるように、地域づくりの主役も住民一人ひとりである。だが現代社会における地域は、物理的な側面だけでなく、人とのつながりや関係性において自分自身が地域に受け入れてもらえるか、地域の中で暮らしを営みたいか、誰かの何かの役に立ちたいか、などの不安を感じていたり閉ざしている思いを表現しにくい、なんとも生きにくい環境だと感じる。地域で暮らすこと、つまり地域に参加していくことで、自身も地域づくりの担い手であると自覚できる人が増えていくことが、市民自治なら

びに地域共生社会を実現させていく要素なのだろうと考える。

参考文献

- 1) 松戸市:令和元年度協働のまちづくりに関する意識調査報告書(市民, 市民活動団体, 事業者) https://www.city.matsudo.chiba.jp/shiminokoe/enquete/kekka/kyoudouanke-to.files/chousa_houkoku.pdf (accessed 2024 Oct 4)
- 2) 松戸市:第4次松戸市協働推進計画 令和4年度~令和11年度 https://www.city.matsudo.chiba.jp/kurashi/shiminkatsudou/kyoudou_machidukuri/keikaku/index.files/4th_keikaku.pdf (accessed 2024 Oct 4)

喫茶店のフりに始まり、 孤独の淵は地域の縁側

NPO法人ココルーム・釜ヶ崎芸術大学 上田假奈代(詩人)

抄録

大阪市西成区通称釜ヶ崎で喫茶店のふりをするアートNPOココルーム。21年間、表現と社会の関わりをさぐるために、ほぼ年中無休で場を開いてきた。釜ヶ崎芸術大学や「まちかど保健室」、ゲストハウスの運営を手がけるようになったのは、地域や社会が変化したから。ひとりひとりの出会いの中から、その時つかんだ手触りをもとに、答えはなくともとぼとぼと歩いてきた。この文章では釜ヶ崎で亡くなったひとりの人との関わりを綴り、場の渦への考察とケアの循環性を考える。

特集

詩を仕事にする

2000年のある日、京都の茶色い柱と分厚いカーテンのある会場で朗読を終えたわたしに「詩を仕事にしたいんです」と話にきた若者がいた。彼は一年余り朗読会によく参加してくれた顔馴染みだった。あくまで趣味としての詩と考えていたので、その言葉に面くらい、まともな返答をしなかった。その数ヶ月後に知らせが入り、彼が自死したことを知る。話した1週間後のことだった。

それから詩の仕事って何やろうと考えつづけた。詩集を作ることも詩の朗読会も仕事にならない。誰もがひとりぼちな気持ちで消えなくなることはあるが、それでも生きてる限りは、いのちはある。いのちに自ら気づくために詩の仕事はあるんじゃないか。人や自然との関わりのなかでいのちに気づいてきたわたしは、詩集だけではない新しい詩の仕事を創ってみようと「詩業家宣言」をした。思いつくことは何でも闇雲にやってみることにした。失敗したら諦めたらいいと自分に言い聞かせて。

幸いこの国には表現の自由がある。一人の人をトイレに連れ込んで朗読を聞かせる「トイレ連れ込み朗読」や子どもや高齢者、障害を持つ人たちなど、詩に親しくない人たちとの「詩のワークショップ」、美術や音楽、映像など他ジャンルとのコラボレーションなど、突飛なことも地道なこともしてきた。

2002年、ジェットコースターが巻きつく都市型遊園地フェスティバルゲートで大阪市の現代芸術拠点形成事業・新世界アーツパーク事業が開始した。現代文学の担い手として声をかけられ、「場」の運営を詩の仕事として挑戦しようと引き受けた。翌年ココルームは始まった。

この事業は家賃と水光熱費が市から補助されるが、事業費や人件費などはない公設民営という珍しい仕組みだった。家賃が税金だと気づき、公共性についてもはじめて考えた。

誰でも来やすい、ということを最重要と考え、建物が年中無休だったこともあり、手作りの舞台をつくり喫茶店のフりをしながら毎日店を開けた。アートNPOの事務所には用事のある人しか来ないが喫茶店なら誰でも来やすい。うっか

り入った店内にはワークショップやイベントのチラシがあり、スタッフは名札もエプロンもつけていないから、お客さんは誰かに話しかけなくてはならず、コミュニケーションが生まれやすい。効率から遠く離れた面倒な空間を意識することで、現代芸術の振興に資する場となった。

それに、わたしひとりでは毎日鍵を開けることしかできないので、大阪に暮らし表現を仕事にしたい若者たちに呼びかけ、いっしょに働くことになった。彼らやわたしの生計を担うためには稼がなくてはならないから、喫茶店のフリがちょうどよかった。

とぼとぼと公共性にたどりつく

喫茶店のフリは結果的にいろんな人がやってきた。注文をしない人や仕事の相談に来る人などもいて、日常の止まり木のような場、どういうわけか、よろづ相談の場にもなっていた。とくに「〇〇相談窓口」の看板をあげていないため、あらゆる相談が舞い込むようになった。

お客さんもスタッフもいっしょに大皿料理を囲む昼・夜の「まかないご飯」。いろんな話を聞く。悩みごとや困りごと、最近の関心ごと。それらはひとりの眩きけど、社会の空気を表すものでもあった。困っていることを聞いてしまったから、ココルームでできることを探し始める。そうやっていくつかの事業は生まれた。

若者が「仕事」や「人間関係」に悩んでいることから、演劇や表現教育の専門家を呼んでワークショップを行い、定期的な対話の場をつくる就労支援カフェ事業。野宿者がパフォーマンスする舞台公演。障害者とヘルパーが舞台でパフォーマンスしたり、地域の催しに呼ばれるように「ちんどん屋」になってみた。

詩を仕事にしたいという個人的な野望は、出会いの中で、何の確認もないまま、とぼとぼ公共性にたどりついた。聞いてしまったなあ、じゃあどうしたらええんかな、と考え、調べ、聞いていくことで、「仕事」は幅を広げはじめたように思う。ニートや障害者の社会参加、依存、福祉、

人権、ジェンダー、防災など。ウェルビーイングや生き心地のよい人生のための練習の場になっていった。つなぎ先が必要になり、関わる人たちの専門性の幅もどんどん広がった。

好奇心は抑えられない

2007年、新世界での大阪市の事業は突然終了した。場を失うことになり、わたしは進退を選択しなくてはならず、ココルームの釜ヶ崎への移転を選んだ。立ち上げ当初から新世界の拠点から20mほど離れた「釜ヶ崎に行かないように」、「ホームレスは石ころと思いなさい」とさんざん言われてきた。釜ヶ崎へのタブーに驚いた。人権や文化権が大事というのは建前なのだ。建前は言葉として大事なのでそれでいいが、建前を疑うのもアートの特性のひとつ。2003年から釜ヶ崎に少しづつ関わりを持ち始めて、釜ヶ崎には芸術の源泉があるんじゃないかと感じるようになっていた。角を曲がる段ボールを積んだりヤカーをひくおじさんのハーモニカの音に痺れた。また釜ヶ崎の自転車屋で朗読ライブを開いたときに観客のおじさんが終演後にわたしの詩のフレーズをスポーツ新聞に書いて見せてくれた。「人生の荷物は二つ」。ホームレスの人を詠んだその詩へのビビッドな反応に驚いた。

釜ヶ崎には、世の中にはまだ表出していない芸術があると確信した。何の事業計画もなく、好奇心にかられて、釜ヶ崎の商店街の一角の小さな元スナックへ移転した。スタッフは全員辞めて、組織を一からつくることになった。

安心して、やっと表現できる

2008年、釜ヶ崎の商店街で元スナックを借りて喫茶店のフリをして再スタートした。舞台もなくなり、15人も入れればいっぱい小さな店になり客層は全く変わった。最初から毎日何度もやってくるようになったのが安藤さん。この街には教会や支援団体が居場所や休憩場所を開いているので、ココルームをそういう場と思ったのか、何も注文もせず座る。隣の人の腕時計を



釜ヶ崎夏まつり：釜ヶ崎芸術大学合唱部

つかんでつねる。お客さんが帰ってしまうこともたびたびあった。スタッフは困りはて「安藤さんを出入り禁止に」と言う。わたしは何かがひっかかってしまい決断できない。スタッフにはのりくりと返事を濁し、トラブルのたびに安藤さんといっしょに外に出て話を聞くが要領は得ない。店内ではカルタや書、俳句会など、ワークショップとも呼べない遊びのような会を開いていて、安藤さんを誘っても全く参加しなかった。そんな一年半ほどがすぎ、「手紙を書く会」を開こうとしたタイミングで安藤さんが入ってきた。きっと断ると思っていたが、声をかけてみた。すると「書く」と言ってわたしの隣に座った。書き始めて手が止まる。そして、字の書き方を尋ねてきた。見本の字を書くときゆっくりと写していく。これまで、安藤さんが書や俳句などに参加しなかった理由が読み書きのできなさだなんて想像したこともなかった。

この場で字が書けないと知られても馬鹿にしたりしない、もし笑う人がいたとしても間に立って安藤さんの表現を守ろうとする場であると、安藤さんがココルームを信じてくれたのだと思う。

これまで、わたしは学校や社会で「自分の意見を言いなさい」と表現することの大事さを教えられてきた。けれど、もっと大事なものは、ひとりひとりの存在が認められ安心して表現できる場をつくること、なんじゃないか。これまで「生きることは表現すること」と活動してきた



釜ヶ崎芸術大学の講座の様子



釜ヶ崎芸術大学の玄関先はバザー

れど、そのためには安心していられる場をつくる必要があった。教えてくれたのは、先生や大人ではなく釜ヶ崎の日雇い労働や野宿を経験

してひとりで生きてきた安藤さんだった。

それから、安藤さんは絵を描くようになった。線をゆっくりゆっくり描く。その絵があまりに愛らしく、多くの人がその絵に魅了された。口々にその絵を「かわいい、かわいい」と言うので本人も味をしめたようだ。俳句や書も書くようになった。カメラを向けられると激怒していたのに、やがてピースサインをするようになり、数年後にはカメラを手にして誰彼となくカメラを向けて撮るので「勝手に撮らないで」と怒られるほどになった。生活保護での暮らしがしんどいことも話してくれるようになり、いっしょにご飯を食べるようになった。お金を払って、でも、時には喧嘩も言い合いもした。それが人間関係だとも思ってきた。安藤さんが「かなよさんのお腹から産まれたかった」と言ったときには「こんな大きな子は要りません」と笑ったけれど、驚いた。

それにしても、その場にいる人たちのひとりひとりの存在を認められる心持ちでいられる場はどうやったらつくっていただけるのだろう。

それでも、だからこそ、 人によって場は変わる

そんな場をつくるには、ともかく時間を信じることだ。それから相手と自分を信じる力がある。そして、たったひとりでも、場は変わる。

安藤さんとのつきあいが10年ほどになった頃に、ココルームは170m移転して喫茶店のフリにゲストハウスのフリが加わった。業態が変化したことでスタッフ体制も大きく変化する。以前の店内は狭く、わたしは全てを見ることができていたが、移転してからは敷地内の別の建物で仕事をするようになり、出張も増えて、現場をつぶさに見ることができなくなった。安藤さんは変わらず通ってくれたのだが、やがて新しいスタッフのひとりと安藤さんとの関係がうまくいなくなってきた。

スタッフたちとはこの場がどうありたいかを話し合った。関係がよくなる瞬間もあったが、

そのスタッフと安藤さんとの波長がどうにも合わなくなった。安藤さんの暴力性が刺激されてしまい、椅子を振り上げたりするようになり、まわりが止めに入らないといけない緊張状態が続いた。それに耐えられるような体制ではなかった。

スタッフが辞めるとなるとココルームの日常の運営が成り立たなくなる。でもこのままだと安藤さんが加害者になってしまうかもしれない。そこで、ある時、安藤さんが怒り出したときに、わたしはそれをおさめるような話し方を知っているのにせず、むしろ安藤さんの怒りがわたしに向くようにした。案の定「もう来いーへんわ」と捨て台詞を告げ、出ていった。安藤さんは以前のように足は運ばなくなる。

その後、わたしはこのことを誰にも言えずにいた。たいしたことではないと思いたかった。なぜなら安藤さんはもっとたくましくしたたかで、ココルームがなくても彼を支える居場所もネットワークも地域にある。人をめぐる関係性はパッチワークでココルームもその一片にすぎないのだから、薄くなったり失くなったりすることは仕方ない。むしろパッチワークが入れ替わってゆくことのほうが自然だ。

けれど、わたしの奥底でダメージは大きかった。一体何のためにココルームという場を運営しているのか、ひとりひとりの存在を認める場をつくりたいのに、場を運営するためにそれを断ち切るような選択をしたことに自問自答が続いた。今だって後悔している。せめて、その頃に話ができる人がいればよかったのに、と思う。

いや、話せたところで、後悔はつづくと思っている。話ができるのであれば、たぶん手立てはあったはずで、それができなかった。経営者は孤独であるけれど、それを孤独と呼ぶには自分に都合良すぎる、と思っていた。

結局、それを溶かしてくれたのは、新たな出会いとしての人だった。

数年かけて体制も少しずつ変わってゆく。安藤さんと波長の合わなかったスタッフが辞め、



安藤さんと絵本と 2023

新たに入ったスタッフたちと安藤さんの関係は良好で、かつてのように頻繁にやって来るようになった。

やがて、安藤さんの死期が近づいてきた。病院ではなく自分の部屋で暮らすことを希望し、この街の支援者ネットワークを充分にいかした。寝たきりで食事もとれない安藤さんのためにさまざまな専門家が入れ替わり立ち替わりサポートに入った。わたしは数日おきに部屋に顔をだした。誰かと行くと安藤さんは笑ってみせるが、わたしひとりで行くと、声もださずに泣いた。「大丈夫よ」とだけ伝えた。

人はひとりで死んでいく。一度しか経験しない。それでも誰かが「大丈夫」と言うことは大事だと思う。あの時、安藤さんを守れず、その後悔をひとりで飲み込んできたわたしからの呼びかけでもあった。「そのうち、わたしもそっちに行くからね」と。

そしてほどなく、安藤さんは人々に見守られて亡くなった。その知らせを受け、すぐにココルームでお葬式をしたいと考え、支援者やスタッフと話し、葬儀社と調整し、葬祭扶助でのお葬式を企画した。

葬式当日は午前中を安藤さんに会える時間にした。ココルームに地域の小学生や大学生が訪ねてくる日と重なっていたのもそのまま決行した。安藤さんに関わりのあった人たちだけでなく、偶然ココルームに来た若い人やお客さん、宿泊にきたゲストたちに事情を伝えると誰もが手を合わせた。午後には霊柩車で運ばれたあと、安藤さんのために届いたぬいぐるみをそれぞれ



安藤さんのお葬式

が持ち帰った。そして一年がたち、遺骨は安藤さんの居場所のひとつだった釜ヶ崎の教会が引き取り叩ってくれた。

こうした晩年の安藤さんとの関わりはわだかまった気持ちをすこしは溶かしてくれる。けれど、こんな未来があったと思うと、あの時した選択への後悔も深くなる。

地域や暮らしのなかにある雫、 たった一滴でも

これらの経験から感じるのは、人が人を想いながら関わってゆくことのままならなさだ。そこに不具合も誤読もあるけれど、不確実な未来を生きる意味を深めてくれるのは確かなことだ。医療福祉の専門性がなくても、単なるご近所さんとして充分できることはあった。

ただ、わたしが動いたことで儲かることはない。誰かが褒めてくれるわけでもない。むしろその時間は仕事が止まる。ココルームは制度活用や補助金などはなく、本業は喫茶店や宿泊業、アートマネジメント業だ。わたしの代わりに誰かが働いたり、あるいはやり残した仕事のために帰る時間が遅くなる。それでもこんなココルームを訪ねてみたい、という人が新幹線や飛行機に乗ってわざわざ訪ねてくれる場にもなっ

ている。時には寄付をいただくこともある。そしてなによりも、こうした関わり方のできる働き場に生きていることが嬉しい。利益や効率が最優先され、誰かのことが気になっても関わりことができなかつたら、自分の感覚に蓋をして生きることになるだろう。正直に働き、生きることができるのは幸せだ。

地域の気になることすべてに関わっているわけではないけれど、安藤さんというひとりの人を通して、地域のさまざまな人たちと関わりを持つことができた。そしてココルームを訪れた人は安藤さんと出会い、感じるいろいろなことがあった。

安藤さんの孤独の淵をわたしは覗き込んだのかもしれない。そこに映ったのはわたしの孤独だったのかもしれない。淵はそれが結果的に地域の縁側のような場を生んだ。

人は生きたことによって歴史性を帯びる。戦

争の傷跡残る広島で孤児として生き、高度経済成長の昭和を福祉のサポートもなく日雇い労働者として働き、野宿し、生活保護を受けて毎月の受給日を楽しみにした人生。安藤さんの語りのなかにかすかに戦争や原爆の影響を感じたこともあった。

歴史のなかに人生があり、人生が歴史をつくっていることに気づくとき、地域や暮らしという渦中に無名の人生が雫のように光っている。

参考文献

- 1) 西川勝:孤独に応答する孤独:釜ヶ崎・アフリカから:大阪大学コミュニケーションデザイン・センター高齢社会プロジェクト活動報告書。大阪大学コミュニケーションデザイン・センター, 2013.
- 2) 栗原彬:「存在の現れ」の政治:水俣病という思想。以文社, 2005.
- 3) 上田假奈代:釜ヶ崎で表現の場をつくる喫茶店, ココルーム。フィルムアート社, 2016.
- 4) 釜ヶ崎芸術大学:釜芸, 井戸を掘る。托口出版, 2023.

在宅復帰を支援する理学療法士の意識調査 —全国へき地医療拠点病院におけるアンケート調査—

吉田司秀子^{1),2)} 川口 徹^{1),2)} 齋藤圭介^{1),2)} 新岡大和²⁾

工藤健太郎¹⁾ 遠藤陽季¹⁾ 木村文佳^{1),2)}

目的: 全国へき地医療拠点病院に勤務する理学療法士 (physical therapist, 以下PT) が在宅復帰を支援する際に重要視する在宅復帰の促進要因を明らかにすることを目的とする。

方法: へき地で在宅復帰を支援するPTを対象に横断的アンケート調査を行った。在宅復帰を支援する上で患者の基本属性、生活機能、人的環境、社会的環境に関して重要視する要因を調査し、階層的クラスター分析により重要視する要因の組み合わせを探索した。

結果: 全てのクラスターでサービス資源の量を重要視することが共通しており、クラスター1では年齢、疾患、在院日数、退院時移動能力を重要視し、クラスター2は要介護度を重要視し疾患や在院日数の優先度が高くない、クラスター3は疾患、在院日数、要介護度、退院時認知機能を重要視することが明らかになった。

結論: へき地医療拠点病院におけるPTの在宅復帰支援は退院時の移動能力と認知機能、要介護度の3要因が特徴を分けていた。

KEY WORD へき地、サービス資源、移動能力、要介護度、認知機能

I. はじめに

リハビリテーション (以下、リハビリ) を行う患者の多くが在宅復帰を望む。自宅で人生の最期を迎えたい者は多く¹⁾、さらに波名城²⁾はある離島において自宅または島内施設で最期の生活をしたいと望む者が約85%であることを報告した。このように住み慣れた地域や自宅で長く生活したいと望む傾向はへき地で特に強いと考える。

我々は青森県のへき地医療拠点病院 (以下、へき地病院) の診療圏域内の調査で、サービス提供体制の違いによって理学療法を受けて在宅復帰した患者の入院時Functional Independence Measure (以下FIM) および支援者の特徴が異

なったことを報告している³⁾。また、同圏域において在宅復帰した患者を同居家族の有無で比較すると、独居の場合で有意に入院時FIMが高く、かかりつけ医までの距離が遠いことも報告した⁴⁾。以上のことから、へき地において理学療法士 (physical therapist, 以下PT) が在宅復帰を支援する際には、患者の心身機能だけではなく、人的および社会的環境を考慮することが重要であると考えられる。したがって、全国のへき地病院を対象に、PTが重要視する在宅復帰の促進要因を整理することが必要であると考えた。そこで本研究の目的を、全国のへき地病院に勤務するPTが、在宅復帰を支援する際に重要視する在宅復帰の促進要因を明らかにすることとした。

1) 青森県立保健大学大学院健康科学研究科, 2) 青森県立保健大学健康科学部
(筆頭著者連絡先: 〒030-8505 青森県青森市浜館間瀬58-1 青森県立保健大学大学院健康科学研究科)

原稿受付2024年8月6日/掲載承認2024年10月4日

表1 最重要視要因ごとの小項目

基本属性	年齢 (1-0)	
	性別 (1-0)	
	主疾患 (1-0)	
	在院日数 (1-0)	
	入院からリハビリ開始までの期間 (1-0)	
	要介護度 (1-0)	
生活機能	入院時 FIM (1-0)	
	退院時 FIM (1-0)	
	入院時移動能力 (1-0)	
	退院時移動能力 (1-0)	
	退院時認知機能 (1-0)	
人的環境	同居家族	有無 (1-0)
		人数 (1-0)
		続柄 (1-0)
	近郊で別居する家族の有無 (1-0)	
	続柄や居住地に限らず支援者の有無 (1-0)	
社会的環境	居住地周辺の在宅サービス	資源の種類 (1-0)
		資源の量 (1-0)
	かかりつけ医が徒歩圏内であること	(1-0)
	最寄りの医療機関	有無 (1-0) 徒歩圏内であること (1-0)

重要視する (1) -重要視しない (0)

Functional Independence Measure (FIM)

II. 方法

1. 研究デザインおよび対象

全国のへき地病院に指定されていることが確認できた 329 施設に依頼文を送付し、勤務する全ての PT を対象に横断的なアンケート調査を行った。各施設の PT 数が異なるため、回答者数は指定せずに回答者を募った。調査期間は 2022 年 10 月 1 日から 2023 年 2 月 1 日であった。なお、へき地病院の指定状況は、2022 年 3 月 21 日から 2022 年 5 月 30 日の期間に検索した各県や各病院のホームページ、または自治体が公表する資料などから把握し対象病院を選択した。

2. 調査項目

アンケートの内容は以下の項目で構成した。

(1) 病院および回答者情報

病院情報は所在地、病床数、リハビリスタッフ数、回答者情報は経験年数とした。所在地か

ら人口を確認し、総務省が定める地方公共団体の区分⁵⁾をもとに、人口規模を指定都市、中核市、その他の市、町村の 4 つに分類した。また、所在地から国土交通省による積雪地域および寒冷地域の指定⁶⁾の有無、豪雪地帯および特別豪雪地帯の指定⁷⁾の有無を確認し、冬季の気候状況の参考として指定があるか否かに分類した。加えて、地理的環境の参考として離島振興対策実施地域の指定⁷⁾の有無を確認し、指定があるか否かに分類した。

(2) 在宅復帰支援に関する質問

へき地病院としての役割意識を問う質問として、在宅復帰を支援する上でへき地であることを意識するかを 5 件法で問う設問（以下、へき地役割意識）を設けた（表 2）。

また、在宅復帰を支援する上で、患者の基本属性、生活機能、人的環境、社会的環境の 4 つの大項目の中から最も復帰を促進すると考え、重要視する項目を選択する設問（以下、最重要

表2 対象者全体の回答概要

		回答 n (%)
経験年数 (年)		19.5 ± 10.3
病床数	50床未満	7 (3.8)
	50~199床	69 (37.9)
	200~399床	62 (34.1)
	400床以上	43 (23.6)
	計	181
病院所在地自治体規模	指定都市	7 (3.8)
	中核市	20 (11.0)
	市	51 (28.0)
	町村	104 (57.1)
	計	182
積雪寒冷地帯および豪雪地帯	指定あり	75 (41.2)
	指定なし	107 (58.8)
	計	182
離島振興対策実施地域	指定あり	15 (8.2)
	指定なし	167 (91.8)
	計	182
最重要視要因	基本属性	6 (3.3)
	生活機能	74 (40.7)
	人的環境	90 (49.5)
	社会的環境	12 (6.6)
	計	182
へき地役割意識	かなり意識する	34 (18.7)
	意識する	55 (30.2)
	どちらでもない	44 (24.2)
	あまり意識しない	22 (12.1)
	全く意識しない	27 (14.8)
	計	182

視要因)を設けた。

さらに、最重要視要因ごとに表1に示す小項目を挙げ促進要因であると考えるものを大項目ごとに上位3つ選択してもらった設問とした。この質問については、選択された3つをそれぞれ重要視する(1)、または重要視しない(0)の名義尺度として扱った(表1)。

3. 統計解析

各回答は記述統計を用いて示した。また、質問を構成した小項目を変数とした階層的クラスター分析を行い、クラスターの生成を行った。クラスター化にはWard法とユークリッド平方距離を用いた。各変数を生成されたクラスター

3群間でKruskal-Wallis検定を用いて比較した。また、生成されたクラスター3群間でへき地役割意識と最重要視要因について χ^2 検定を用いて比較した。さらに生成されたクラスターごとに病院特性や地域特性の属性分析を行い、クラスターの特徴を探索した。解析にはIBM SPSS version 27 for Windowsを使用し、有意水準を5%とした。

4. 倫理的配慮

本調査は青森県立保健大学研究倫理委員会の承認(承認番号22029)を得て実施し、アンケートのはじめに回答者の同意について確認する欄を設けた。

表3 生成されたクラスター間の比較

	クラスター1 (n=60)	クラスター2 (n=30)	クラスター3 (n=92)	合計 (n=182)
年齢	1.0±0.2	0.7±0.5**	0.7±0.4 ^{††}	0.8±0.4
性別	0.1±0.3	0.1±0.3	0.0±0.1 [†]	0.1±0.3
疾患	1.0±0.0	0.0±0.0**	1.0±0.0 ^{‡‡}	0.8±0.4
在院日数	1.0±0.0	0.0±0.0**	1.0±0.0 ^{‡‡}	0.8±0.4
リハビリ開始まで	0.1±0.3	0.6±0.5**	0.2±0.4 ^{‡‡}	0.2±0.4
介護度	0.0±0.2	1.0±0.2**	0.9±0.3 ^{††}	0.6±0.5
退院時 FIM	0.8±0.4	0.8±0.4	0.8±0.4	0.8±0.4
退院時移動能力	0.9±0.3	0.6±0.5*	0.8±0.4	0.8±0.4
退院時認知機能	0.2±0.4	0.8±0.4**	1.0±0.2 ^{††}	0.7±0.5
同居人数	0.6±0.5	0.4±0.5	0.3±0.5 ^{††}	0.4±0.5
近郊家族	0.7±0.5	0.5±0.5	0.6±0.5	0.6±0.5
サービス資源の量	0.9±0.3	1.0±0.0	1.0±0.2	1.0±0.2
かかりつけ医徒歩圏内	0.8±0.4	0.7±0.5	0.4±0.5 ^{††‡}	0.6±0.5
最寄り医療機関 徒歩圏内	0.3±0.5	0.3±0.5	0.6±0.5 ^{††‡}	0.5±0.5

クラスター1 との比較* $p<0.05$, ** $p<0.01$

クラスター1 との比較[†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$

クラスター2 との比較[‡] $p<0.05$, ^{‡‡} $p<0.01$

Ⅲ. 結果

得られた回答は計 205 件であった。そのうち対象外施設からの回答が 3 件、在宅復帰支援に関する質問に欠損があるもの 10 件を除外した。さらに単独施設の傾向が強く反映されることを防ぐために、単独施設で 10 件以上の回答があった場合は回答を先着 10 件のみ取り込み、その他の回答 10 件を除外した。その結果、解析対象は 182 件 (88.8%) であった。回答を得た施設数は 116 施設で全対象病院のうち 35.3% であった。病院および回答者情報を表 2 に示す。

クラスター生成の際には、年齢、性別、主疾患、在院日数、要介護度、退院時 FIM および移動能力、認知機能、同居家族人数、近郊に居住する家族の有無、居住地で利用可能なサービス資源の量、かかりつけ医までの距離、最寄り医療機関までの距離について、重要視する (1)、または重要視しない (0) の名義尺度を数値として用いた。デンドログラムを確認の上、3 つに分類するクラスターを生成し、各変数の平均値

を表 3 に示した。3 つのクラスターは全てにおいてサービス資源の量を重要視することが共通していた。クラスター 1 は年齢、疾患、在院日数の医学的情報に加えて退院時の移動能力を重要視する群、クラスター 2 は要介護度を重要視し、疾患や在院日数の優先度が高くない群、クラスター 3 は疾患および在院日数の医学的情報と要介護度、退院時認知機能を重要視する群と特徴づけた。なお、クラスターを特徴づける際は、平均値が 1.0 に近いほど該当項目を重要視する、0.0 に近いほど重要視しないと判断した。表 4 に示すように 3 つのクラスター間で、へき地役割意識と最重要視要因に有意な差は見られなかった。

図 1 から図 5 にそれぞれのクラスターの属性分析の結果を示す。それぞれのクラスターはほぼ全ての地方から回答を得た。病床数は、クラスター 1 に 400 床以上の特定機能病院に該当する病院が多く (35.0%)、クラスター 2 は 50 床未満の小規模な病院が多かった (6.9%)。病院所在地の人口区分による自治体規模は、クラス

表4 へき地役割意識および最重要視要因のクラスター間比較

	クラスター1 (n=60)	クラスター2 (n=30)	クラスター3 (n=92)	p-value
へき地役割意識				0.615
とても意識する	13(21.7)	4(13.3)	17(18.5)	
意識する	16(26.7)	6(20.0)	33(35.9)	
どちらでもない	14(23.3)	11(36.7)	19(20.7)	
あまり意識しない	7(11.7)	5(16.7)	10(10.9)	
全く意識しない	10(16.7)	4(13.3)	13(14.1)	
計	60	30	92	
最重要視要因				0.100
基本属性	2(3.3)	1(3.3)	3(3.3)	
生活機能	30(50.0)	10(33.3)	34(37.0)	
人的環境	21(35.0)	19(63.3)	50(54.3)	
社会的環境	7(11.7)	0(0.0)	5(5.4)	
計	60	30	92	

ター1は中核市が多く(18.3%),クラスター2は町村が多かった(66.7%).クラスター3では積雪地域および寒冷地域の指定および豪雪地帯の指定の両方を受けている(以下,積雪寒冷豪雪地帯)地域は少なかった。

IV. 考 察

全国のへき地病院でPTが,在宅復帰を促進させると考え,重要視する要因を調査したところ,最も重要視する要因は人的環境が49.5%,次いで生活機能が40.7%であった。へき地病院という役割を考慮すると,人的および社会的環境が重要視されると予想したが,社会的環境は予想と異なる結果となった。

今回,社会的環境は在宅サービス資源の充足状況や医療資源までのアクセスに関する設問を設定したが,PTは在宅サービスの利用を提案する,通院手段を検討するといった資源の活用に関する支援をすることが多い。資源の有無や患者の自宅と医療機関までの距離は理学療法が介入しうる範囲ではないため,本研究では社会的環境が最も重要視する要因として選択されなかったと考えた。実際の在宅サービスの利用状

況や医療資源へのアクセス方法に関してPTがどのように捉えているのか言及できない点が本研究の限界であった。

とはいえ,理学療法を提供する上で,人的環境や生活機能と結び付けて社会的環境を考慮することは多い。具体的には,支援者の有無によって,在宅サービスの選択が異なることや,患者の移動能力および運転の可否によって,医療資源へのアクセスの容易さが異なることが挙げられる。そのため,複数の要因の組み合わせを階層的クラスター分析にて探索し,属性分析により各クラスターの特性を把握する必要があると考えた。

階層的クラスター分析によって得られた回答を分類すると,3つのクラスター全てで,サービス資源の量を重要視することが共通していた。また,クラスター1は医学的情報に加えて退院時の移動能力を重要視する群,クラスター2は要介護度を重要視し,疾患や在院日数の優先度が低い群,クラスター3は医学的情報に加えて要介護度および退院時認知機能を重要視する群と特徴づけられた。

これらのクラスター間で最重要視要因とへき地役割意識に有意な差は見られなかったが,ク

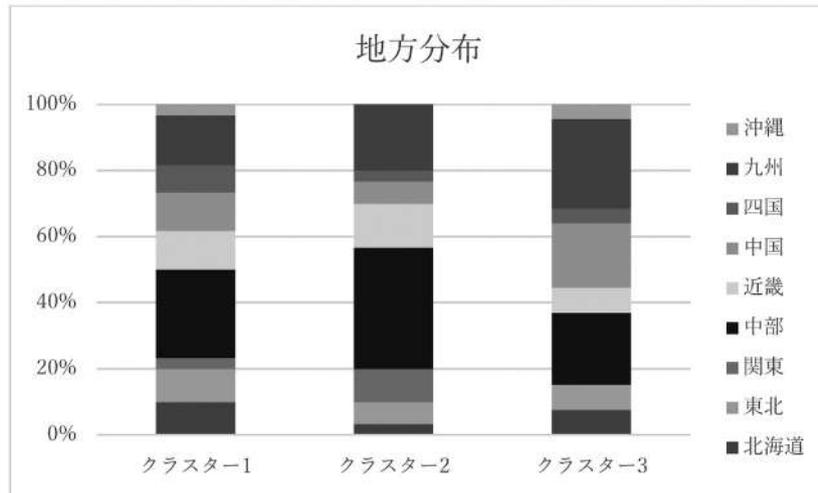


図1 クラスタごとの地方分布

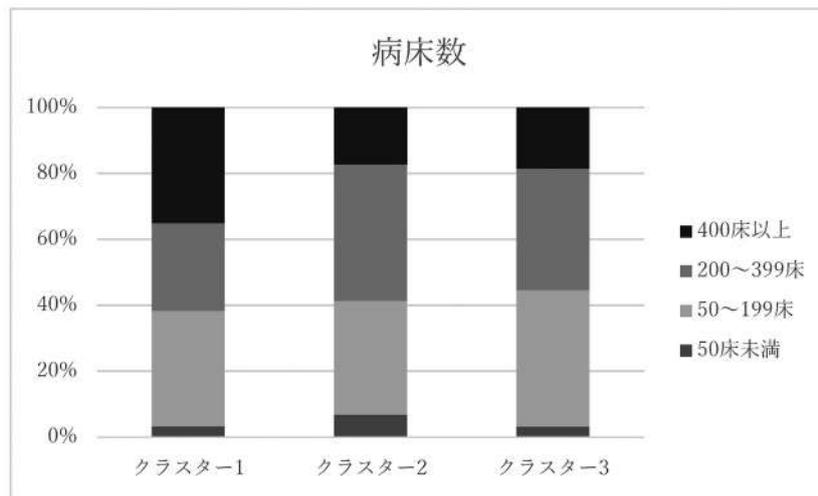


図2 クラスタごとの病床数

ラスタ-2で最重要視要因として社会的環境が全く選択されていないこと、クラスタ-3のみ在宅復帰支援の際にへき地であることを「かなり意識する」と「意識する」で過半数を占めることが特徴的であった。

クラスタ-1には400床以上の特定機能病院に該当する病院、自治体規模で中核市に該当する地域が含まれていた。したがって、クラスタ-1は都市規模が大きいことが考えられた。井原ら⁸⁾は、都市規模が大きいほど町村と比べて歩数が多かったことを報告している。小さな都市規模では買い物での車の利用が多いこと、それに対して大きな都市規模では日常生活において歩行での移動が求められることを述べている。すなわち、へき地であるほど車での移動が多く、

都市部ほど歩行での移動が多いということである。一方で、クラスタ-1は積雪寒冷豪雪地帯も半数程度含んでいる。澁谷⁹⁾は、東北1県の8旧市町村における高齢者のサポートの担い手に関する調査を行い、「留守」「買い物」「車」「訪問」「趣味」「除雪」「ゴミ出し」は、隣人など地縁をサポート源に選んでいたことを報告した。これらの中には屋外での活動、特に荷物を持つ、雪上を歩くといった応用的な歩行を伴うものが多く、それらを他者に頼んでいることになる。したがって、クラスタ-1はへき地病院の中でも歩行での移動が求められる大きな都市規模の地域と、移動に制約を伴う地域が混在するクラスタ-1となっており、いずれの地域でも移動能力が重要視されたと考えた。

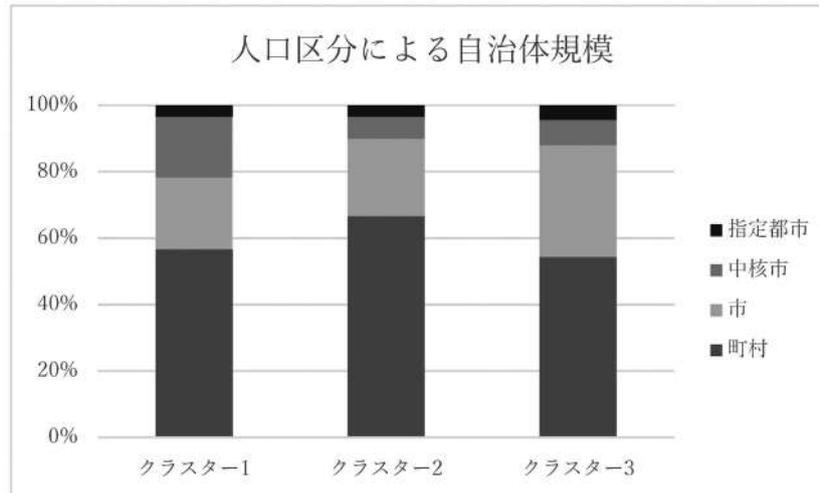


図3 クラスターごとの自治体規模

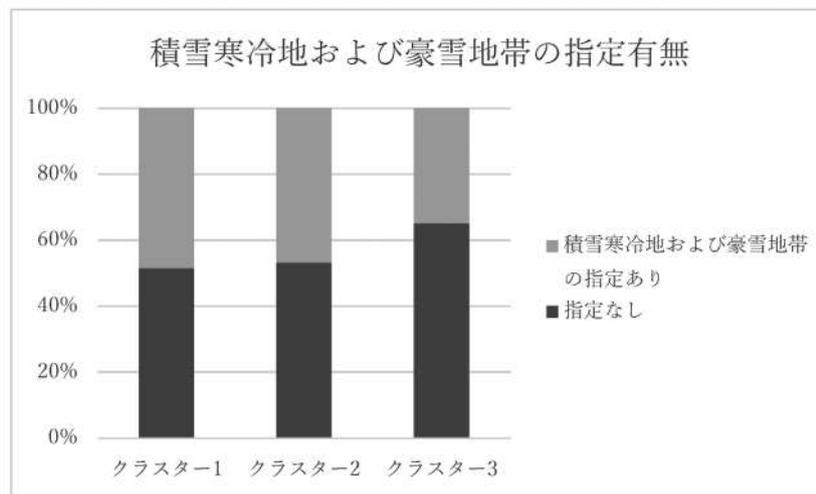


図4 クラスターごとの積雪寒冷地および豪雪地帯の指定

クラスター2には50床未満の病院や自治体規模で町村に該当する病院が含まれていたことから、都市規模が小さいことが予想された。過疎地域や人口減少地域は、複数の先行研究によって社会資源の少なさを指摘されている。太田ら¹⁰⁾は、人口減少によって住民に生じる課題に関する文献レビューで、医療・福祉施設の不足や医療体制の不十分さを挙げている。また、宗宮ら¹¹⁾は、人口1,000人程度の地域における高齢者が生活を継続するための看護には、「限られた医療を前提とした看護」や「少ない資源を活用した効果的・効率的な看護」が必要であると述べている。これらのことから、小規模自治体や小規模病床で在宅復帰を支援するPTは

社会的環境に恵まれないことを前提としており、クラスター2では最重要視要因として社会的環境が選択されなかったと考えた。また、少ない資源を可能な限り有効に活用するために、要介護度に応じて資源の選択をする必要がある。さらに小規模病床の場合は、診療科が細分化されていない、または高度医療を提供しない病院もあるため、疾患や在院日数を選択するPTが少なく、要介護度といった患者の能力面が重要視されたと考えた。

クラスター3ではへき地役割意識が「かなり意識する」と「意識する」の回答で過半数を占めていた。この意識の割合から、クラスター3はPT自身が感じる主観的なへき地で生

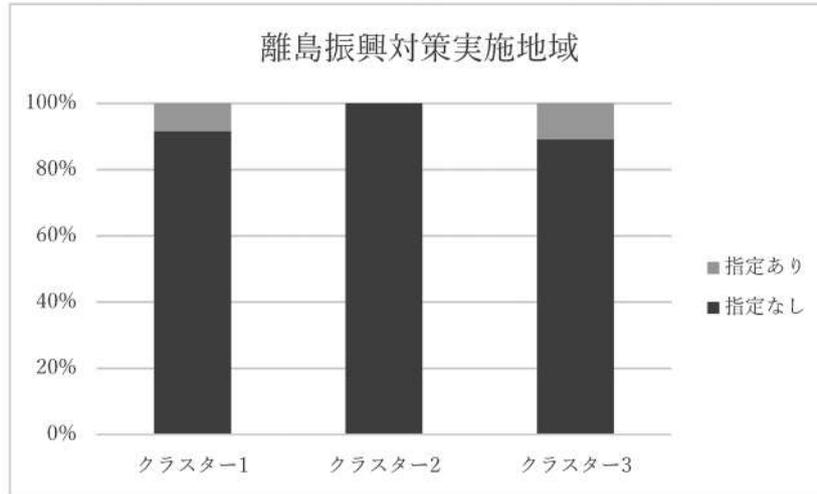


図5 クラスターごとの離島振興対策実施地域の指定状況

活する困難さを反映している可能性がある。クラスター3とクラスター1は医学的情報を重要視することが共通している。また、クラスター3とクラスター2は要介護度を重要視することが共通し、クラスター3の特徴的な部分は退院時の認知機能を重要視することであった。Nakamura¹²⁾らは日本における認知機能障害の有病率は都市部に比べて農村部で有意に高いことを報告している。田邊ら¹³⁾は高齢化率が40%の地域で唯一の救急告示病院に入院した患者を対象に、入院関連機能障害（Hospitalization-Associated Disability）発症に対する独立した危険因子にMini-Cog testという認知機能評価の得点が抽出されたことを報告した。さらに、北村ら¹⁴⁾は、中山間地域に居住する高齢者のMini-Mental State Examinationが28点以上であることに畑作業時間が関連したと述べている。畑作業は、中山間地域に特徴的な生活行為であり、畑作業にとって認知機能の維持が重要であった可能性を示していた。したがって、へき地で在宅復帰を支援するPTでは、退院時の認知機能を重要視するクラスターが生成されたと考えた。また、クラスター1は積雪寒冷豪雪地帯が5割程度であったのに対して、クラスター3には積雪寒冷豪雪地帯が3割未満であったことを考慮すると、類似したクラスター1とクラスター3を分ける特徴が積雪寒冷豪雪地帯

であったと考えられた。

加えて最重要視要因としては回答数が少なかった社会的環境であるサービス資源の量が、3つ全てのクラスターで共通して重要視されていた。表2からへき地病院であっても病床規模や病院所在地の自治体規模が様々であることが分かる。岡田ら¹⁵⁾は、大都市では居宅サービスの利用が多く、過疎地域では地域密着型サービスおよび施設サービスの利用が多い傾向を報告した。さらに、居宅介護支援事業所のケアマネジャー数や施設サービス定員数は地域差を反映することが述べられ、これらの数は居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスそれぞれの利用にも関連することを報告していた。すなわち、地域の特性によって傾向はあるものの、都市規模に関わらず在宅復帰支援の際の基盤として、介護保険サービスを提供する資源を重要視していた。さらに、サービス資源に加えて重要視する要因に各クラスターの病院特性や地域特性が反映されていたと考えた。

今後は、最重要視要因として最も選択された人的環境について、より詳細なPTの意見を聴取する必要があると考える。同様に階層的クラスター分析にて在宅復帰支援の際の基盤と考えられた社会的環境も詳細な考察が必要である。さらにへき地病院に限らず、都市部の病院およびへき地診療所も含めた意識調査を行うこと

で、都市部との比較や診療所との比較を行いへき地における有効な在宅復帰支援の一助としていきたい。

参考文献

- 1) 日本財団：人生の最期の迎え方に関する全国調査. <https://www.nippon-foundation.or.jp/who/news/pr/2021/20210329-55543.html> (accessed 2022 Apr 9)
- 2) 波名城翔, 岩永秀徳: 島嶼で生活する後期高齢者の地域生活ニーズに関する研究 - 長崎県新上五島町の調査から -. 地域総研紀要 2020 ; 18(1) : 25-34.
- 3) 吉田司秀子, 川口徹, 新岡大和, 他: へき地におけるリハビリテーション後に在宅復帰した患者の特徴の探索 - サービス提供の違いによる検討 -. 日本ヒューマンケア学会誌 2024 ; 17(1) : 1-7.
- 4) 吉田司秀子, 川口徹, 新岡大和, 他: へき地医療拠点病院一般病床での再入院の現状と, 再入院を予測する因子の検討. 東北理学療法学 2022 ; 34 : 41-48.
- 5) 総務省: 地方公共団体の区分. https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/bunken/chihou-koukyoudantai_kubun.html (accessed 2024 Jul 14)
- 6) 国土交通省: 積雪寒冷特別地域道路交通確保五箇年計画を閣議決定. https://www.mlit.go.jp/report/press/road01_hh_001652.html (accessed 2024 Jul 14)
- 7) 国土交通省: 国土対策. <https://www.mlit.go.jp/kokudoseisaku/index.html> (accessed 2024 Jul 14)
- 8) 井原正裕, 高宮朋子, 大谷由美子, 他: 都市規模による歩数の違い: 国民健康・栄養調査 2006-2010 年のデータを用いた横断調査. 日本公衆衛生雑誌 2016 ; 63 : 549-559.
- 9) 澁谷美紀: 東北稲作地域における福祉サポート資源と高齢者対策の課題. 村落社会研究ジャーナル 2014 ; 21(1) : 1-13.
- 10) 太田暁子, 新田紀枝, 奥村歳子: 山間過疎地域に居住する高齢者の在宅療養上のニーズに関する研究. 保健医療技術学部論集 2016 ; 10 : 39-48.
- 11) 宗宮真理子, 松下光子: 中山間地域における高齢者の住み慣れた地域での生活を継続する看護の検討. 岐阜県立看護大学紀要 2021 ; 21(1) : 177-188.
- 12) Nakamura K, Kitamura K, Watanabe Y: Rural-urban differences in the prevalence of cognitive impairment in independent community-dwelling elderly residents of Ojiya city, Niigata Prefecture, Japan. Environmental Health and Preventive Medicine 2016; 21: 422-429.
- 13) 田邊翔太, 矢野彰三: 入院関連機能障害 (Hospitalization-Associated Disability: HAD) の現状と危険因子の検討. 日本農村医学会雑誌 2017 ; 65(5) : 924-931.
- 14) 北村美渚, 白山靖彦, 後藤崇晴, 他: 中山間地域に居住する高齢者の生活行為としての畑作業と身体・認知機能との関連. 日本老年医学会雑誌 2024 ; 61(1) : 54-60.
- 15) 岡田理沙, 後藤悦, 愼重虎, 他: 市区町村別にみた介護保険サービス利用の地域差と関連因子の検討. 日本医療・病院管理学会誌 2023 ; 60(2) : 44-52.

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました!

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

● J-STAGEとは

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

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

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

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

J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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

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

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。
ぜひ、ご活用ください。



第134回

“ノンテクニカルスキル”に関わる事例発生を未然防止する！②

—“意思決定”に関わる事例の発生要因から考える未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

臨床現場における医療安全管理を実施する際に、“ノンテクニカルスキル”が検討課題になることがある。Flin¹⁾らは、“ノンテクニカルスキル”として、「状況認識(situation awareness)」「意思決定(decision-making)」「コミュニケーション(communication)」「チームワーク(teamwork)」「リーダーシップ(leadership)」「ストレス管理(managing stress)」「疲労への対処(coping with fatigue)」の7項目を提唱している。

本連載では、“ノンテクニカルスキル”に関して、これまで、「コミュニケーション」「チームワーク」「疲労への対処」については、関連する内容をテーマとして挙げて、具体的事例から事例発生の未然防止対策について検討してきた。

今回、残りの“ノンテクニカルスキル”である、「状況認識」「意思決定」「リーダーシップ」「ストレス管理」の4項目に関して、4回に分けて、これらに関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策を検討することにする。本稿では、第2回として、「医療者の意思決定」(以下、“意思決定”)に関わる事例について検討する。

臨床現場で発生しているインシデント・アクシデント事例において、その発生要因のひとつとして、“意思決定”の関与はどのようにしているだ

ろうか。臨床のさまざまな場面において、“意思決定”を適切に実施していないことが要因となって、インシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。

特に、医療や、ケアを実施する際の医師や、看護師などの“意思決定”が、その後の患者の転帰に大きく影響する可能性、および不可逆的な影響を与える可能性が想定されることを考慮すると、これらに関連したインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止する取り組みは喫緊の課題である。

自施設では、“意思決定”に関わる事例が発生していないだろうか。自施設でこれまでに、“意思決定”に関わる事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を想定した取り組みは十分だろうか。ぜひ、この機会に、自施設の現状評価と、事例発生の未然防止対策に取り組むことを勧めたい。

そこで、本稿では、患者・家族の“意思決定”の支援ではなく、臨床現場の医師や、看護師などの“意思決定”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“意思決定”に関わる事例発生が防止されないのか?」という疑問を深める。併せて、事例の発生要因と発生状況から、事例発生の未然防止対策を検討したい。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介

入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントは「医療事故」、インシデントは「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。なお、日本医療機能評価機構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。

“意思決定”に関わる事例

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)における事例検索²⁾では、2024年8月上旬現在、キーワード“意思決定”で、47件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。本稿では、“意思決定”に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“意思決定”で検索された47件の事例のうち、患者・家族の“意思決定”に関連した38件の事例を除いた9件を対象として検討を実施した。

“意思決定”に関わる事例として、事例検索²⁾にて検索された事例としては、

「縦隔カルチノイドの術後に再発を来した患者(60歳代、女性)に対して、呼吸器外科の医師が再手術を実施した。胸骨正中切開をするために、胸骨と縦隔組織との剥離操作を行っていた際に、左腕頭静脈を損傷し、出血によりショック状態となった。心臓血管外科に応援を依頼し、体外循環装置による循環補助下に損傷血管を縫合し、止血した。その間の脳虚血により、患者は低酸素脳症となった。意識の回復は見込めない。

縦隔カルチノイドに有効な化学療法や、放射線治療はなく、摘出術が確実な治療法であったが、再発例に対する手術適応の判断が不適切であった。血管損傷のリスクを考慮した体制(心臓血管外科の協力要請)が構築されていなかった。胸骨から縦隔組織を剥離する操作が適切ではなかった。呼吸器外科部長の異動・交代直後の、環境に不慣れな状態で、手術を実施した。」

「妊娠中から胎児心疾患(重症肺動脈弁狭窄症)の診断を受けていた患児(0歳代、男性)に対して、生後32日目に全身麻酔下で経皮的肺動

脈バルーン拡張術を実施した。肺動脈弁までバルーンを進めたところ、血圧が低下した。心タンポナーデを疑い、心臓超音波(心エコー)検査で確認しようとしたが、あいにく直前まで検査室にあった心エコーの装置は、病棟で急変した患者に使用するために病棟に移動していた。心エコーの装置を取りに行っている間にも血圧低下が続いたため、現場の心臓カテーテル治療チームでは、肺動脈にバルーンが楔入していること自体が原因だろうと判断し、バルーンを拡張させることにした。その結果、急激な血圧低下、心停止を来した。

現場の心臓カテーテル治療チームのメンバーは、『ガイドワイヤーの走行がおかしい』とは思ったが、穿通しているとは判断できなかった。心タンポナーデを強く疑った指導医自ら心エコーの装置を取りに行ったため、責任者不在の状態を招いた。指導医は『心タンポナーデの有無を心エコーで確認するまで待て』と明確に指示しなかった。緊急事態に備え、外科への事前連絡が実施されていなかった」

「下行結腸癌による腸閉塞の患者(80歳代、女性)に対して手術を実施した。術後2日目の日中に、患者は心肺停止となり、死亡した。原因は明らかではないが、心疾患、呼吸器疾患などが疑われた。

夜間帯からSpO₂低下、頻脈、尿量低下などの変化が認められていた。それぞれの事象に対して、酸素投与などの対応を行っていたが、全体として、病態の認識や、対応がうまく実施できておらず、突然の心肺停止に至るまでの対応が遅れた可能性はある」などがある。

このように、臨床現場においては、“意思決定”を適切に実施していないことによって、インシデント・アクシデント事例の発生を未然防止することができない可能性が想定される。また、これらの“意思決定”に関わる事例では、医療者側のヒューマンファクターや環境要因、システム要因の影響が関与している可能性が考えられる。

“意思決定”を適切に実施していない状況で、さらにプロフェッショナルとしての責務・役割を認識した対応ができていない場合には、患者に

不可逆的な影響を及ぼす可能性や、その結果として、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性が想定されるため、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステムを整備することが急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関では、“意思決定”に関わるインシデント・アクシデント事例発生 of 未然防止対策として、各種ルール・マニュアルの整備や、報告や連絡体制の確立、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“意思決定”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²⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“意思決定”に関わるインシデント・アクシデント事例の課題を明らかにし、事例発生 of 未然防止対策を検討する。

事例「循環器内科の医師に相談せず？ IVCフィルター留置を意思決定」

【事故の内容】

- ・深部静脈血栓症の患者(50歳代、女性)に対して、下大静脈(以下、IVC)フィルターを留置し、ICUにて当直医(腎臓内科医)が抗凝固療法を実施した。
- ・翌日より、循環器内科医の指示で、抗凝固療法の治療が強化された。
- ・1週間後の造影CT検査にて、IVCフィルター留置部位より遠位部に新鮮血栓の形成を認めた。
- ・血栓による下肢症状は認めず、抗凝固療法の内容を変更して経過観察するも、血栓は増大傾向で、薬物療法での治療が困難と考えた。
- ・心臓血管外科と循環器内科で協議した上で、機械的に血栓除去術を実施する方針とした。
- ・全身麻酔下で、カテーテルにて血栓破碎と除去を行う治療を患者・家族に説明し、同治療を実施した。

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

本事例の背景要因としては、「現時点で調べうる血栓性素因を検索しているが、特筆すべき所

見は認めない」「腸骨動脈が腸骨静脈を圧迫する所見などは認めず、また特筆すべき金属アレルギーなども認めない」「内科当直医であった医師は腎センター所属の医師(腎臓内科医)であり、IVCフィルター留置の適応の可否判断と留置のタイミングについては、通常は循環器関連の業務のため、規定によれば循環器内科への相談を要するが、循環器内科のオンコールの医師に相談はしなかった」「腎臓内科医・ICUの当直医・放射線科医の判断で、IVCフィルター留置適応の可否を決定したが、議論には循環器内科の意見が必須であったと考えられる」「IVCフィルターを留置するとしても、血行動態が保たれていることや、抗凝固療法が可能であることから、本事例のように緊急処置で夜間帯に行くより、循環器内科の判断を待ち、待機的に留置した方が安全性は高く、留置後の抗凝固療法も急性期加療として適切に行われた可能性が高い」「IVCフィルター留置に関しては、適応可否や実施などを含め、現在、どの部署を主体とした意思決定で行うかの判断が複雑であり、一本化されていない現状がある」「今後はIVCフィルター留置の適応可否や、実施などに関するマニュアルの遵守を徹底することが求められる」「内科当直医であった腎臓内科医は、当日の循環器内科のオンコールの医師に、すぐに連絡する必要があったが実施していなかった」「ICU入室時に腎臓内科医・ICUの当直医・放射線科医による協議が行われたが、IVCフィルター留置の適応基準や、適切な留置時期、留置後の抗凝固療法などに関してはオンコールの循環器内科医も交えて相談するべきであった」「休日の夜間帯に搬送された患者であり、通常の業務時間帯とは違い、循環器内科医に相談しづらい環境下であった」、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、内科当直医であった腎臓内科医は、IVCフィルター留置の適応の可否判断と留置のタイミングについては、通常は循環器関連の業務のため、規定によれば循環器内科への相談を要するにもかかわらず、循環器内科のオンコールの医師に相談しなかったのか?」「なぜ、IVCフィルター留置の適応の可否判断と留置のタイミングの議論には循環器内科の意見が必須であったと考えられるにもかかわらず、腎臓内科医・ICUの当直医・放射線科医の判断で、IVCフィルター留置適応の可否を決定したのか?」「なぜ、循環器内科の判断を待ち、待機的に留置した方が安全性は高く、留置後の抗凝固療法も急性期加療として適切に行われた可能性が高いにもかかわらず、緊急処置で夜間帯にIVCフィルターを留置したのか?」「なぜ、IVCフィルター留置の適応可否や、実施などに関するマニュアルの遵守が徹底されていなかったのか?」「なぜ、休日の夜間帯という、通常の業務時間帯とは違い、循環器内科医に相談しづらい環境下であるということが、事例発生前に認識され、夜間帯でも相談しやすい環境にするという取り組みが実施されていなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

さらに注目すべきことは、本事例の背景要因にある、「IVCフィルター留置に関しては、適応可否や実施などを含め、現在、どの部署を主体とした意思決定で行うかの判断が複雑であり、一本化されていない現状がある」ということである。

これに対しては、「なぜ、IVCフィルター留置に関しては、適応可否や実施などを含め、現在、どの部署を主体とした意思決定で行うかの判断が複雑であり、一本化されていない現状があるということが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか?」という疑問が浮かぶ。

本事例では、IVCフィルター留置の適応可否や実施における、院内の“意思決定”のプロセスに課題があった可能性が想定される。このように、本稿では“意思決定”に焦点を当てて、発生要因と発生状況を検討したが、自施設で取り組む際には、自施設における課題を考慮した視点で検

討することを勧めたい。

本事例、および前記の事例なども参考にして、“なぜ”を深めて“意思決定”に関わる事例の発生要因を明らかにするためには、「確認不足」「コミュニケーション不足」「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。

“意思決定”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“意思決定”に関わる事例発生の有無と発生状況の現状把握が未実施、2)把握した現状を分析し、“意思決定”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックが未実施、3)現状評価の結果を踏まえた、“意思決定”を適切に実施するためのシステム整備・見直しが未実施、4)“意思決定”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントが未実施、5)適切な“意思決定”を実施する意義と責務を職員が再認識できる機会の提供が未実施、6)具体的な事例を活用して、“意思決定”を適切に実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画が未実施、などが考えられる。

“意思決定”に関わる事例の発生要因から検討する未然防止策

本事例の改善策としては、「専門領域の異なる緊急疾患を診療する場合には、連絡体制を整えているため、当該診療科への連絡体制について、再度、見直しを実施して、今後は専門領域外の疾患の診療を行う場合には、必ず専門診療科に連絡するように努める」「急性肺動脈血栓症に関しては、基幹病院や悪性腫瘍を診療する医療機関であれば、患者を診療する頻度が高くなることが予測されるため、今後はIVCフィルター留置の適応の可否判断や、留置の実施、および留置後の抗凝固療法などに関しては、再度、多診療科間で、最新ガイドラインの知識を共有する

必要性は極めて高いと考えられ、最新のエビデンスに基づいた院内共有マニュアルの内容の更新が求められる」ということが挙げられていた。

“意思決定”に関わる事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)自施設における“意思決定”に関わる事例発生の有無と発生状況の現状把握の実施、2)把握した現状を分析し、“意思決定”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施、3)現状評価の結果を踏まえた、“意思決定”を適切に実施するためのシステム整備・見直しの実施、4)“意思決定”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施、5)適切な“意思決定”を実施する意義と責務を職員が再認識できる機会の提供の実施、6)具体的な事例を活用して、“意思決定”を適切に実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画の実施、などが考えられる。

1)の「自施設における“意思決定”に関わる事例発生の有無と発生状況の現状把握の実施」では、自施設における“意思決定”に関わる事例発生の有無の確認が求められる。インシデントレポートの内容を検討し、事例が発生している場合には、発生要因と発生状況を詳細に把握することを検討したい。これらの検討結果から、“意思決定”に関わる事例発生のプロセスを明らかにして、自施設の課題を認識することが急がれる。

2)の「把握した現状を分析し、“意思決定”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」では、“意思決定”を適切に実施していない事例があった場合には、「なぜ、“意思決定”を適切に実施していないのか?」「なぜ、“意思決定”を適切に実施していないことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、“意思決定”を適切に実施していない状況が、事例発生の前に認識され、改善されていなかったのか?」などの疑問に対して検討することが望まれる。

もしも、今後、同じような状況になった場合に、“意思決定”を適切に実施していない可能性

が想定されるのであれば、そこに焦点を当てて、再発防止のために実施できることはどのようなことなのか、という視点で詳細に検討することを勧めたい。その上で、検討した結果を踏まえて、“意思決定”を適切に実施する環境を構築するための方策をタイムリーに職員にフィードバックすることが期待される。

3)の「現状評価の結果を踏まえた、“意思決定”を適切に実施するためのシステム整備・見直しの実施」では、2)の「把握した現状を分析し、“意思決定”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」で得られた結果を活用することができる。“意思決定”を適切に実施するためには、どのようなシステムを整備する必要があるのか、を検討し、既に、“意思決定”を適切に実施するシステムやマニュアルなどがあれば、システムの活用状況やマニュアルの遵守状況を検討して、必要に応じて、見直しの実施を実施することを勧めたい。

4)の「“意思決定”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施」では、自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例も含めて具体的な情報を提供することが必要である。ここでは、手術や検査、診療やケアなどを実施している際に、“意思決定”を適切に実施していないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのか、職員個々が認識できるようリスクアセスメントを実施することが望まれる。

5)の「適切な“意思決定”を実施する意義と責務を職員が再認識できる機会の提供の実施」では、多職種の参加により、“意思決定”を適切に実施することの意義と責務を、プロフェッショナルとして再認識できる機会を提供したい。その上で、全体を俯瞰して、“ノンテクニカルスキル”である“意思決定”を適切に実施することを目指したい。職員個々が、プロフェッショナルとして、“意思決定”を適切に実施するためには、どうしたらよいのか、職員間のコミュニケーションや、業務環境の改善の視点からも検討す

ることが期待される。

6)の「具体的な事例を活用して、“意思決定”を適切に実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画の実施」では、ルール・マニュアルのみに頼らない職種間の連携や、チームとしての自覚なども含めて検討する機会としたい。特に、患者の急変や、想定外のできごとなど、状況が刻々と、あるいは急激に変化する際に、“意思決定”を適切に実施するために、「どのような職種間の連携が望ましいのか」「どのように職種間で情報共有したらよいか」などを議論する職員教育を企画したい。

その際には、自施設、あるいは他施設で発生した具体的な事例を活用して、自施設の現状の課題を踏まえた議論が実施できるような企画が求められる。臨床のさまざまな場面で、“意思決定”を適切に実施することがプロフェッショナルの責務として求められていることを、職員個々が自覚できるような企画を検討することを期待したい。

前記の事例の改善策としては、「手術適応の慎重な判断として、リスクを伴う手術に対しては、リスクを回避するための準備を徹底して行う。意思決定プロセスの重要性を再認識し、指揮命令系統の確立と、他診療科との連携、協力を実施する」「ガイドワイヤー操作のリスクを考慮すると、心エコー検査の実施は重要な要素であり、心エコーの装置を移動させなくてもよい環境に改善する必要がある。全ての事例で、小児科と小児心臓血管外科チームとの連携、ならびに緊密な情報共有を推進する。心臓カテーテル治療チームのチームワークを改善するため、リーダーシップや意思決定のあり方について研修を受講する」「術後経過で、患者の状態変化の観察と、必要な対応は実施していた。しかし全体の治療方針を決定する主治医への連絡の不備や、意思決定の統率がとれていなかったこと、および心肺停止に至るまでの医療者側の対応や家族への連絡に遅れがあった可能性がある。当該部署間の病棟管理における、連絡、報告、相談する決まり事などの再確認が必要と考えられる」などが挙げられている。

今後、自施設における“意思決定”に関わる事例発生の際には、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。

“意思決定”に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、“意思決定”に関わる事例に焦点を当て、「なぜ、“意思決定”に関わる事例発生が防止されないのか?」という疑問を深め、事例の発生要因と発生状況から、事例発生の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“意思決定”に関わる事例発生の現状評価が未実施、および“意思決定”を適切に実施するためのシステム整備・見直しが未実施などで、リスクの発生を回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性に目を向けたい。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、“意思決定”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、検討することが望まれる。

“意思決定”は、“状況認識”“リーダーシップ”“コミュニケーション”“チームワーク”“疲労への対処”“ストレス管理”など、他の“ノンテクニカルスキル”の項目と、密接な関連があることが想定され、“意思決定”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止には、“意思決定”以外の“ノンテクニカルスキル”も念頭においた取り組みが必要と考える。

ここでは、「“意思決定”を適切に実施するためのチェックリスト(例)」を作成した(表)。内容としては、「“意思決定”を適切に実施していない場合の患者への影響を検討し、適切に実施するためのルール・マニュアルを作成している」「上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施している」「“意思決定”を適切に実施していない事例を検討し、事例発生の防止策を策定している」「上記の防止策を実施し、防止策実施後の評

<input type="checkbox"/>	“意思決定”を適切に実施していない場合の患者への影響を検討し、適切に実施するためのルール・マニュアルを作成している
<input type="checkbox"/>	上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施している
<input type="checkbox"/>	“意思決定”を適切に実施していない事例を検討し、事例発生の防止策を策定している
<input type="checkbox"/>	上記の防止策を実施し、防止策実施後の評価を行っている
<input type="checkbox"/>	どのような場合に、“意思決定”が適切に実施されにくいのか認識している
<input type="checkbox"/>	“意思決定”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に実施するためにトレーニングを行っている
<input type="checkbox"/>	“意思決定”が適切に実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生の未然防止策を検討し、適切に実施できるようにしている

価を行っている」[「どのような場合に、“意思決定”が適切に実施されにくいのか認識している」]「“意思決定”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に実施するためのトレーニングを行っている」[“意思決定”が適切に実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生の未然防止策を検討し、適切に実施できるようにしている」]などを挙げた。自施設オリジナルのチェックリストの作成を検討することを勧めたい。

“意思決定”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、“意思決定”を適切に実施する取り組みはもとより、“意思決定”が適切に実施されにくい状況でも、プロフェッショナルとして、全体を俯瞰してタイムリーな対応を実施できるルール・マニュアルの整備を期待したい。

さらに、これらのルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施して、もし、これらが遵守されていない状況があれば、その根本原因を検討し、確実に遵守される対応の検討が急がれる。自施設で取り決めたルール・マニュアルを遵守することも、プロフェッショナルとしての職員個々の業務であることを、改めて認識できるような機会を必要に応じて設けることにより、臨床現場のさまざまな状況における“意思決定”を、適切

に実施することを期待したい。

“意思決定”に関しては、さまざまな臨床現場における、状況認識から“意思決定”までの一連のプロセスが迅速かつタイムリーに実施されることが、患者への影響拡大防止とトラブル発生の未然防止に欠かせない取り組みであることが示唆される³⁾。

“意思決定”という、“ノンテクニカルスキル”を獲得するための、シミュレーションなどを活用したトレーニングなどを企画・実施して、トレーニング実施後の評価を含めたシステム構築を検討したい。職員個々が、“意思決定”を適切に実施することの意義と責務を再認識し、個々の力を結集することはもとより、必要に応じて他部門との情報共有を実施して、組織の“医療安全力”を発揮することが期待される。

参考文献

- 1) Flin R, O'Connor P, Crichton M: Safety at the Sharp End. A Guide to Non-Technical Skills. Boca Raton, FL, CRC Press, 2008, pp 1-16.
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索, <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2024 Aug 23)
- 3) 石川雅彦: 手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第1回 “ノンテクニカルスキル” をアップする 状況認識, 意思決定が迅速である. 臨床外科 2016; 71(4): 490-495.

ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断⑫

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

?

症例：70歳代，女性

検診の胸部X線：立位正面P→A.

何もなさそう？ 所見は2つある。さて？

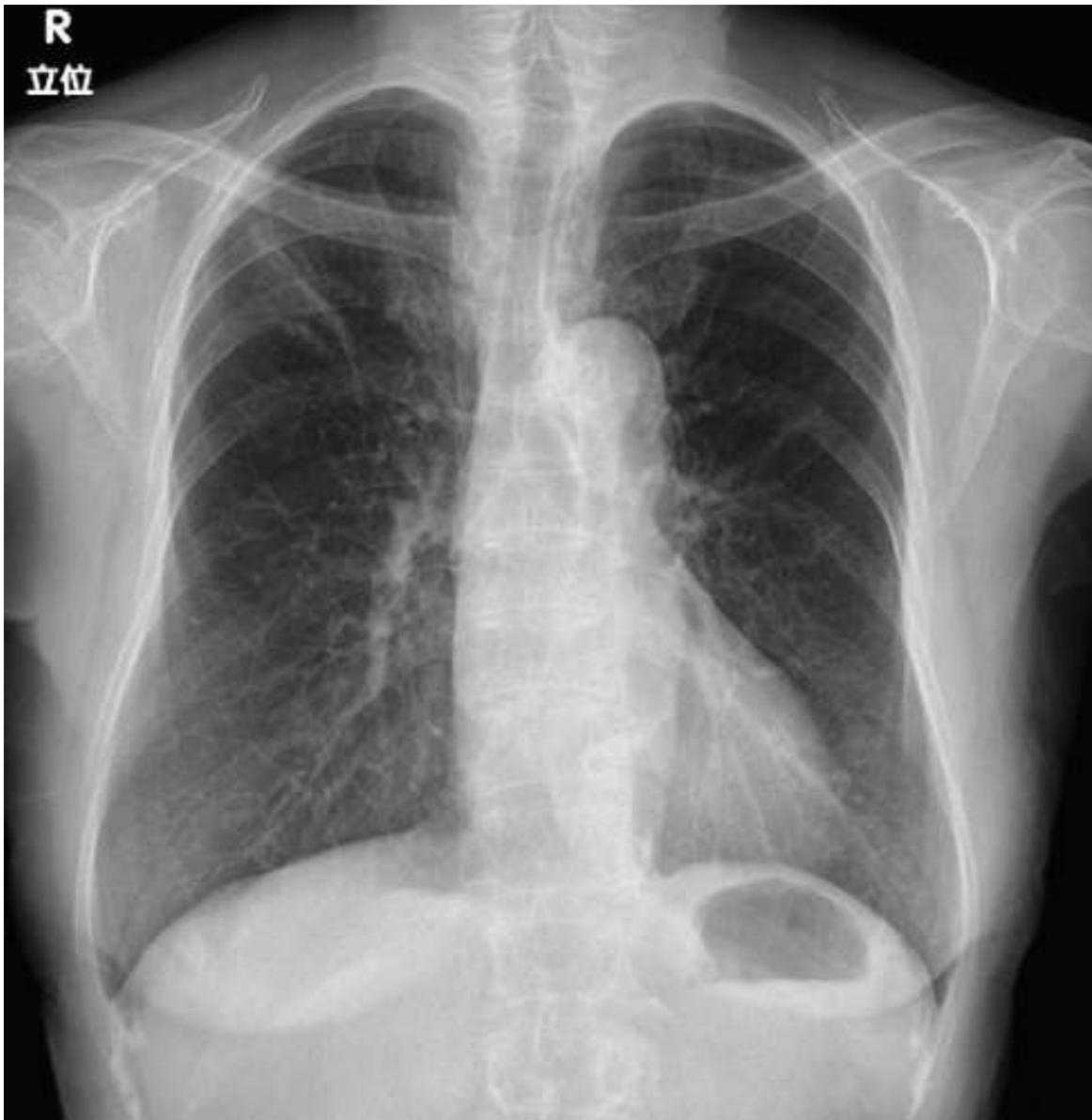


図1 胸部X線 立位P→A

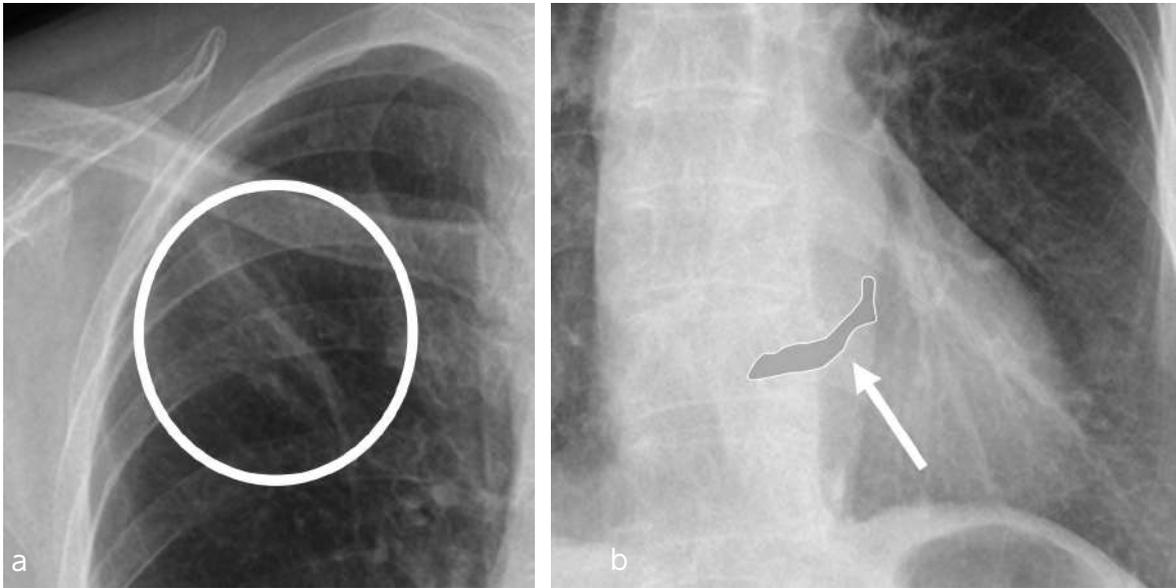


図2 胸部X線:立位正面P→A 拡大像

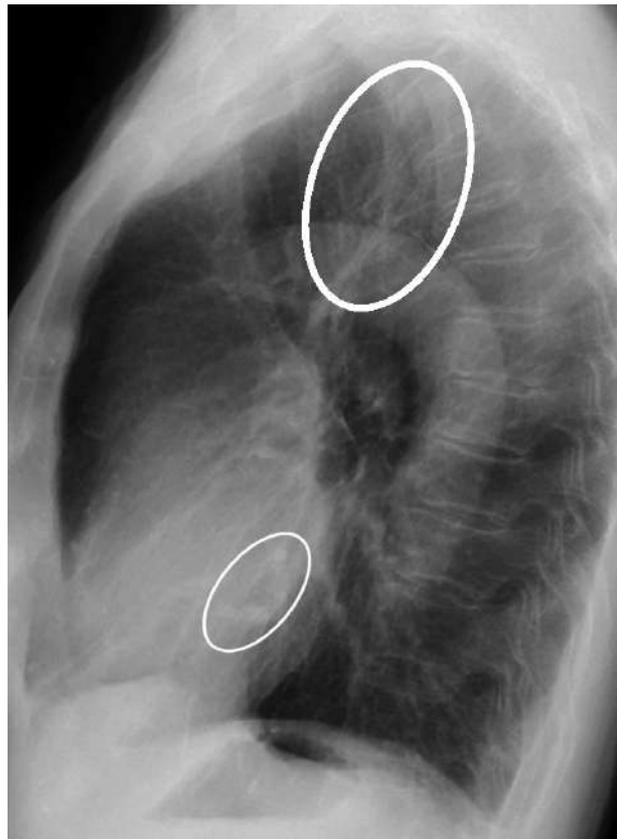


図3 胸部X線:立位側面像R→L

今回の2つの所見は誌面上ではわかりにくいと思う。2つの間に関連性はなく、偶発的なものと言ってよい。いずれの陰影も肺野の血管影にしては不自然な陰影というのがポイントかもしれない。1つは、右上肺野にあり、もう1つ

は心陰影に隠れている。というか、僧帽弁輪である。右上肺野の病変は手術にて肺癌と診断された。

こういうところで呈示している時点で、ふつうは何か所見があるものを取り上げているわけ

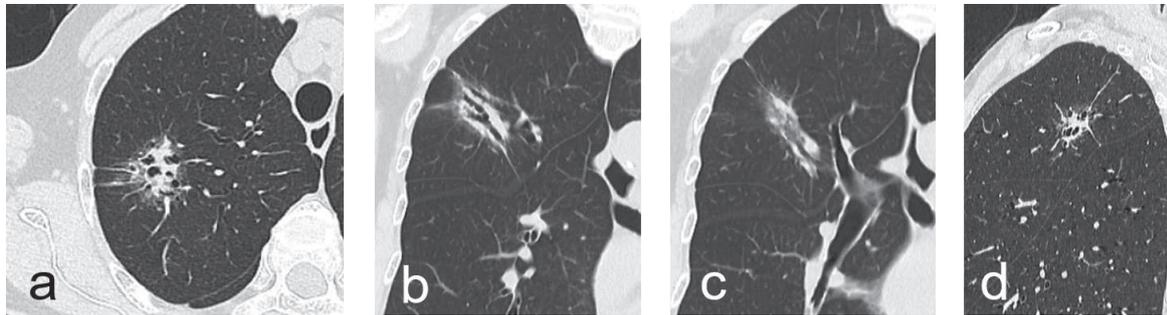


図4 a~d 右上肺野病変のCT a:横断臓 b, c:冠状断像 d:矢状断像

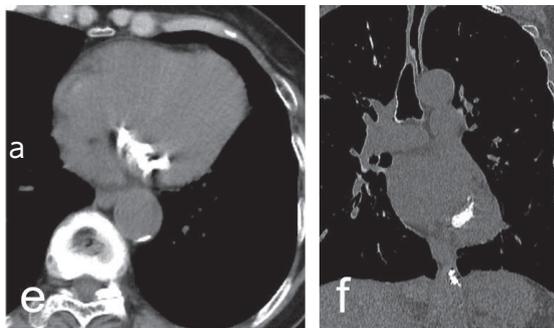


図4 e,f 心臓部分のCT e:横断断像 f:冠状断像

で、何もない、ということはない。つまり、国家試験とか、こういう教育的(?)、教科書的な文脈では、何かしら所見があるのがふつうである。一方、日常臨床では、X線で所見がないことが鑑別の重要なキーとなることも多い。いわゆる“除外診断”ということである。肺炎を診断するために胸部X線を撮影することもあるが、肺炎の否定のために(除外のために)胸部X線を撮影することもあるわけである。除外診断においては、正常であること(あるいは病的所見がないこと)を診断しなければならないのであるが、画像所見の有無を、確信をもって判断するのはホントに難しい。血液生化学検査データで

あれば、一応の基準値が示されており、数値的な判断、類推が可能であるが、X線像というのは、そもそも、正常というのがよくわからない、曖昧なもの。“正常”の個人差、個体差が大きく、年齢によっても大きく変化する。そのファジーな世界に存在意義を見出すのが、我々のようなニューロ・ファジーな放射線科医の仕事ともいえる。ちなみに、“ファジー”は1990年の流行語大賞である。さて、今年の流行語大賞は?な〜んてね。流行語なんて言葉は流行らないし、誰もつぶやかないし…。消える運命にあるのが流行語、ともいえる。

投稿論文募集

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

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

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

菅野 武先生の 「地域でつながりかがやく医療人になろう 前編」

(10月1日配信)

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 特命教授の菅野武先生に「地域医療と被災体験」をテーマにレクチャーしていただきます。

まず、被災の話をします。2011年3月、宮城県南三陸町の町唯一の入院施設の公立志津川病院(126床)で働いていました。卒後5年目の私が直面していたのは、医学部で習ってきた「治す」ことに偏重してきた知識と現実との乖離でした。病気の診断・治療を学んできましたが、実際には病気の安定を図ることや、リハビリテーション、看取りなどが多く「こんなに何もできないのか」と悩んでいました。そのころから大事にしている言葉が「時に癒し、しばしば支え、常に慰む」、アメリカの結核療養所に尽力したリビンググストン・トルドー医師によって有名になった言葉です。治療だけではない向き合い方がありそうだと感じていた時期でした。

3月11日の午後、震災が起きました。南三陸町はこれまでに何度も津波被害があったところで、病院のある場所の津波最高到達点は2.8mだったので6mを想定して訓練し、マニュアルでは3階より上に避難でした。しかし、揺れが大きかったので最上階の5階に避難することになり、人を運んでいる途中で津波が来ました。

津波が水の壁となって押し寄せてきて4階の窓が突き破られ、5階ももう駄目だと思いましたが助かりました。30分ほどして少し水が引き、4階に降りる階段が見えてきたので仲間と一緒に生きている人を探しに行こうとしました。この時に降りていくという判断が正しかったのかどうかは分かりません。4階には生きている人が10人くらいいて、もう一度同じ津波が来たら、そこにいた人も私も死んでいたでしょう。このような場合はまず自分の命を守るべきです。幸い、それ以上の波は来なかったのも、息のある人を5階に運びました。

翌日から3日目の午前中までかけて、自衛隊のヘ

リコプターで患者さんの搬送を行い、最後のフライトで自分もその場を離れました。海から3kmにわたり全くなっていて、初めて助かったと思ったときに涙が出てきたことを覚えています。

3月13日に救助され、16日に息子が生まれ、「たかさんの死を経験したお父さんと新しい命」としてNHKオンラインで注目され世界中に流れたことがTIME誌につながりました。妻は出産のため上の娘を連れて仙台にいました。息子はこの日に産まれることですでに家族二人を守っていた。「父ちゃんも頑張れよ」と言われた気がして、3月20日に支援チームと共に南三陸町に車で入りました。

日本中、世界中から多くの方が支援に来てくれましたが、どこにどんなニーズがあるのか分からない状況でしたので、地元の医療者として交通整理することが必要で、医療支援チームを受け止める医療統括本部を立ち上げました。災害急性期では「受援」がキーワードの一つになります(図)。

4月20日にTIMEから「世界で最も影響力のある100人になりました」というメールが来てニューヨークのパーティーに招待され、被災地はどれだけ大変かを伝えるため渡米しました。パーティーでは「日本人は本当に大変な思いをしている。僕らはまだ戦いの最中にいるから助けてほしい」、もう一つ「僕らは必ずよみがえるので、見ててくれ」と伝えました。

**急性期(数日～週間)
「災害医療と受援」**

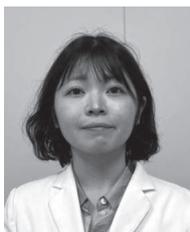
- 「何も無い」が当たり前
 - 優先順位をつけ、自分たちに出来ることを探す姿勢が必要
- 津波災害ではDMAT(外傷中心)の役割は限定的。しかし機動力を持った自己完結型のチーム(医師、看護師、薬剤師、ロジスティック)は大変重要!
 - 外傷以外に全身管理のできるプライマリケア医、公衆衛生医、精神疾患およびせん妄ケアアドバイスできる専門家などの災害早期の参加の必要性
- 「受援: 支援を受け止める」ために何が必要か
 - 震災で施設は打ち砕かれたが、仲間同士のつながりは生き残った→多くの仲間が被災者として避難所におり、医療統括本部と生き残った仲間たちがネットワークの基点として支援チームを受け止めた(地元住民にとって自然に、安心感を持って)

図 急性期(数日～2週間)の災害医療と受援

* 菅野先生のレクチャーの詳細は、10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/>





対馬での地域医療

長崎県対馬病院小児科 西垣純花

皆さまこんにちは。自治医科大学長崎県44期卒の西垣純花と申します（旧姓：朝長）。卒業後は2年間の本土での研修を経て、1年前より長崎県の離島である対馬にて小児科医として勤務しています。

私が暮らしている対馬は全国の離島でも3番目に広い島で、3万人弱の人々が暮らしています。総面積の7割を占める広大な山林と美しい海に囲まれた自然豊かな島です。日本本土よりも韓国に近く、フェリーに1時間ほど乗れば釜山まで行けてしまいます。古くから韓国との交流も深く、面白い歴史や独特の文化がたくさんあります。離島が多い長崎県の中でも一風変わった魅力が詰まった島です。

私が勤務する対馬病院は約300床ほどの病床を有する対馬市の中核病院です。診療所や関連病院はいくつかありますが、対馬市のほぼ全ての救急車はこの対馬病院に搬送されてきます。また島で唯一常勤の小児科医がいる病院でもある

ため小児の患者さんはまず対馬病院を受診することが多く、その後のフォローも対馬病院で継続して行うことがほとんどです。研修していた三次医療機関では退院後は紹介元にフォローをお願いすることが多く、あの子はどうしているかなと退院後が気になることもありました。ここでは退院後の経過を自分で診ることができるので勉強にもなりますし、一人ひとりの成長を見届けられることにも喜びを感じます。赤ちゃんの時に入院していた子が成長して、手を振りながら歩いて診察室に入ってきた時は思わず拍手してしまいました。

勤務し始めてまだ1年半ですが、印象深い症例がたくさんありました。特に思い出深いのは、血液腫瘍の化学療法後に対馬に遊びにきていた14歳の女の子が、CVポートのカンジダ感染を発症し、民間機で搬送した症例です。一刻も早く本土に搬送してCVポートを抜去したい状況でしたが、ドクターヘリでの搬送は要請から出



対島の風景



対馬病院



予防接種中

動まで時間がかかることが多いのが難点でした。民間機なら1時間半ほどでかかりつけの大学病院まで搬送することができるという上級医の提案を受け、長崎行きの飛行機を確認したところ30分後に出発予定の便に2席だけ空席が残っていました。急遽航空会社に連絡し、医師の付き添いのもと民間機で長崎空港に到着し、無事に大学病院に送り届けることができました。搬送中は笑顔で歩けるほど全身状態は良くバイタルも安定していましたが、大学病院に到着して数時間もしないうちに急変しICUに入室になりました。その後は順調に回復して無事に退院することができましたが、搬送が遅れていたら命に関わっていたかもしれないと思うと、長年離島で診療してきた先生方の咄嗟の判断力や迅速な対応は素晴らしかったと改めて思います。

対馬病院には自治医大の卒業生の先輩方も多く、対馬で県人会を開くこともしばしばあります。日々の診療や今後の進路など、さまざまな相談を気兼ねなくすることができる先輩方が近くにたくさんいてくださるのは、とてもありがたいです。また、先生方の地域医療に対する思いを聞いていると自分の身も引き締まる思いが



対馬での県人会

します。研修医時代は進路が自由な同期の友人を羨ましく思ったこともありましたが、結婚や出産のことを考えると「へき地の勤務でなければもっと楽になるのかな」と今でも考えることがあります。しかし、自治医大の先輩方の背中を見ていると、大学に入学した日に「地域の谷間に灯をともし」という校歌の一節に心を打たれたことを思い出して、改めて頑張ろうと思えます。

悩むこともたくさんありますが、対馬での毎日は楽しいです。

西垣純花(にしがき すみか)先生 プロフィール

2021年自治医科大学医学部卒業。2023年に結婚(旧姓朝長)。長崎県大村市での研修を経て、対馬病院に小児科専攻医として勤務し、現在に至る。



離島における地域医療

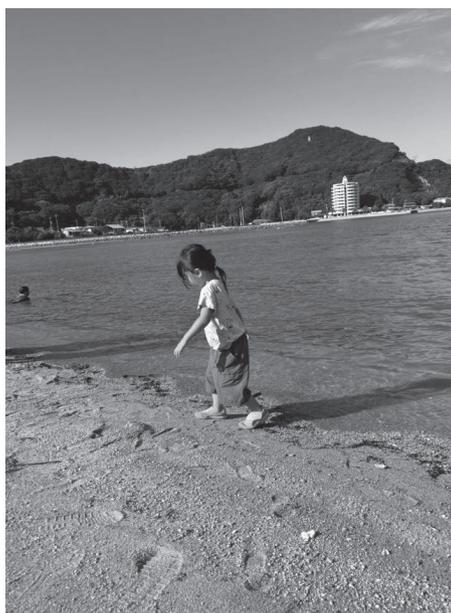
小豆島中央病院内科 谷口 統

こんにちは、谷口^{おさむ}統と申します。香川県40期卒で、現在内科の中でも消化器内科として香川県の小豆島にある小豆島中央病院に派遣され島の医療に従事しております。在学期間が長かったため同期でありました37～40期の先生方、お久しぶりです。なんとか卒業でき、元気に医師として働いております。

今まで

初期研修を地元の香川県立中央病院で行った後に、栃木県卒の妻との結婚協定を結び、卒後3年目から栃木県にて内科として派遣されました。新内科専門医制度が始まった2年目の年で、私は自治医科大学の内科プログラムに入れていただき、医師3年目は那須赤十字病院、医師4年目は那須南病院で勤務し、医師5年目に後期研修で自治医科大学消化器内科にて研修を行いました。

環境が変わって責任が増えた医師3年目は精神的にも肉体的にも一番厳しい時期でした。上級医の先生方には親身になっていただきましたが、妻は大学派遣のため車で2時間の距離でなかなか会えず、初めての主治医として入院患者を診つつ、外来も慣れない状況でした。当直は内科3次救急対応となる環境に心細さを感じていましたが、皆さまのおかげでなんとか事故なく3年目を終えました。医師4年目になって少し慣れてきたタイミングで2次救急病院への派遣となり、妻とも同居できるようになったことや、知り合いの同期が同僚になったことで少し心の平穏も保てるようになりました。消化器内



海で遊ぶ我が子

科上級医のご指導のもとで上部・下部消化管内視鏡、内視鏡的逆行性胆管膵管造影(GF・CF・ERCP)時に内視鏡的粘膜下層剥離術も指導いただける環境で患者さんの治療方針について議論しつつ、J-OSLERの登録という修行を行っておりました。その年にCOVID-19のパンデミックが起こり、へき地にもその波は波及し、入院患者も中等症Iまでは加療に携わらせていただきました。栃木県で後期研修を取らせていただけた、医師5年目に自治医科大学消化器内科派遣となりました。病棟業務での雑務は多かったものの、諸先生方からご指導いただけるまたとない機会をいただけて、さまざまな内視鏡手技等を経験させていただき、忙しいながらも充実した1年を送ることができました。そして、その年に第一子が誕生しました。医師6年目は上都賀総



小豆島中央病院

合病院に派遣となり、子育てと仕事の両立に悩みつつも栃木県の義務を終えました。医師7年目から地元香川県の小豆島中央病院に派遣されました。小豆島は今年で2年目になります。子どもも自然豊かな環境ですくすく育っております。

小豆島中央病院

私の派遣されている小豆島中央病院は島唯一の総合病院です。病床数は、総病床数はもともと234床でしたが令和6年度4月から看護師不足の都合もあり現在199床で稼働しております（一般病床159床、療養病床31床、結核病床5床、感染症病床4床）。診療科は内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、人工透析内科、麻酔科などありますが、どの科も一人または数人体制であり、内科も十分な人員体制ではなく忙しく働いております。大学の医局から週に数回上級医の先生に来ていただき、GF・CF・ERCPなどを教えていただいています。患者層として消化器内科としては緊急疾患である消化管出血や胆管炎などを診つつも、療養患者の施設への調整や訪問診療での看取り、小豆島高校の学校医、准看護学校の講師も行っております。

島の医療としては重症患者や島内で治療困難症例は搬送の移動方法が問題となります。搬送にてフェリーで行くと海上だけで1時間かけて移動し救急車で移動時間も含めると近い病院で



ドクターヘリ



救急艇せとのあかり

も1時間半程度かかります。ドクターヘリが導入されてからは天候の良い昼間は港から10分以内で搬送できるようになりました。しかし、夜間や天候不良時は救急艇での移動となります。急性冠症候群などの緊急症例はもちろんのこと、輸血製剤も全血と赤血球製剤それぞれ2単位しかいないため、消化器内科では消化管出血の症例など高次医療機関へ搬送となることもあります。直近では8月の台風10号で2日半島外への搬送が困難となり、消化器緊急疾患が発症し

た場合に自分たちで対応しないとならないため緊張した時間もありました。何症例かは海上保安庁の船でなんとか搬送していただきました。

訪問看取りの一例

さて、短い医師歴の中で忘れられない患者さんを一人紹介したいと思います。患者さんは80代で心アミロイドーシスと大腸癌術後に再発した方です。化学療法も困難となり肝転移からの閉塞性黄疸出現し、ドレナージも検討しましたが術中の急変リスクがあると判断しBSC(Best Support Care)の方針となりました。ご本人は住み慣れた実家で最期の時を過ごすことを望んでおりました。しかし、ご家族は医療関係者であるものの在宅での看護・介護は経験なく、それぞれの家庭環境のこともあり実家での訪問診療・訪問看護への移行を悩んでおられました。MSWや訪問看護師の方からの説明や、ご本人の意向を叶えてあげたいという家族の考え、また家族の仕事の休みの調整がついたこともあり、最期は病院で過ごす前提で1週間程度のお試しの予定でいったん在宅にて訪問診療開始となりました。今までぐったりしていた患者さんでしたが、自宅に帰るとご家族がそばにいます。おかげもあり、目に力が戻ってきて好きなものを少しずつでも食べることができるようになりました。ご親戚・ご友人を含め、入院していた際には会うことのできなかつた多くの人と会うことができました。予定の1週間を超えても「家にいた方が本人はととても嬉しそうなので」と、家族から「最期は自宅で看取りたい」と申し出ていただきました。食事が摂れなくなり疼痛が出てきたため麻薬使用開始して少し経った頃、ご親戚が皆さん集まったタイミングで逝去され、皆さんに囲まれた中にご臨終を告げまし



ACP 講演会『私の逝き方～もしもの時にどうするか～』

た。最後にご家族から「悩んだけれど家で最期を過ごすことができてよかった。ありがとう」とお声かけいただきました。それぞれのご家庭の都合や環境もあるため、皆さんがこのようにうまく在宅看取りで最期の時を過ごせるわけではないですが、できる選択肢を提示することも必要なことだと感じ、自分がしてきたことが皆さんのためになっていると感じ取れた経験でした。

最後に

幸いにも周りの方々のサポートのおかげで義務年限内に内科専門医・消化器内視鏡専門医を取得し、今年は消化器病専門医試験も受験することができました。義務年限はまだ残っており、業務は多忙ではありますが、心身ともに健やかに過ごしつつ残りの医師人生を突っ走っていきたいと思います。

谷口 統(たにぐち おさむ)先生 プロフィール

2017年自治医科大学卒業。香川県立中央病院で初期研修後、自治医科大学消化器肝臓内科入局、那須赤十字病院、南那須地区広域行政事務組合立那須南病院、上都賀総合病院にて勤務。2023年より小豆島中央病院に赴任し、現在に至る。



改訂コアカリ準拠 地域医療学入門 改訂第2版

●全国地域医療教育協議会 監修
●診断と治療社 2024年10月4日発行 ●4,950円(税込み)

政策と実臨床の狭間を埋める地域医療の一冊

「地域医療」とは、何か。へき地医療と捉える人もいるだろうし、総合診療やプライマリ・ケアを思い浮かべる人もいるだろう。公衆衛生的な医療政策の側面を連想する人もいるだろう。定義が曖昧なため、人によって捉えている地域医療の解釈が異なり、誰から話を聞くかによって、内容が異なる。私自身、地域医療の意味が異なり、会話が噛み合わないことがあった。

本書では、このもやもやに答えるように、その多義性に言及しつつ、地域医療を定義し、包括的に解説している。地域医療を「ある特定の地域の中で提供される医療」と定義している。単にへき地である、大病院がないといったことではなく、人々が暮らす場における幅広い医療を指している。その中には、予防や地域保健のような健康を守る取り組みから病気に対応する幅広い活動が入り、地域住民を支えている。地域住民が暮らす場で提供される医療として、広島県御調町から始まった地域包括ケアシステムや佐久総合病院の農村医療などの歴史的な事例から、最先端の遠隔診療まで、実践的な取り組みを学ぶことができる。

日本社会において、生産年齢人口が減少する中、地域医療の提供者には、多様な専門職が求められている。単に医師だけではなく、看護師、ソーシャルワーカー、リハ専門職、行政職員のみならず、自治会や地域運営組織など住民主体のグループも共に歩む必要があると本書は説く。また、地域医療構想や医療計画、医師の働き方改革など、地域医療に関連する国の政策や法的枠組みが解説されてい

る。さらに、人文社会学の視点をどう地域医療に組み込むかまで考えられている。令和4年度に改訂された医学教育モデル・コア・カリキュラムで重視されつつあり、具体的に使いこなす方法にも触れている。そして、これらを統合し、どう今の医学生や研修医に向けて教育していくか、地域基盤型教育の重要性を具体的なカリキュラムとともに提案している。

このように本書は、ますますニーズが深まる地域医療に、政策から臨床、教育まで網羅する必読書だ。誰も新たな発見があるだろう。巻頭には、学生から現場の医師、大学教員まで幅広く読んでほしいと述べられている。ただ医学生や高校生は現場を見ていない分、制度や地域医療のモデルの実感を得るのに難解な部分も多いだろう。そんなときには、ぜひ大学教員や地域医療に従事する専門職を捕まえて一緒に読んでみて欲しい。書かれている医療や政策が現場ではどのように運用されているか聞いて、現実感を深めながら使ってみてはいかがだろうか。また現場の医師は、少し引いたレンズで地域医療を見るきっかけになるのではないだろうか。私自身、これまでの自分の取り組みがどのような位置付けにあるのか確認することができ、地域医療の理論と実践を往復することができた。日常の暮らしや教育、臨床と理論を往復しながら、地域医療に実感を与えていくように読みこなしてみたいかだろうか。地域医療に興味を持つ方々にとって、この一冊が新たな視点を提供し、実践に役立つことを願っている。

兵庫豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事

守本陽一

小さな病院の特定ケア看護師が持つ大きな夢

湯沢町保健医療センター 一般病棟 特定ケア看護師 加藤裕子

湯沢町保健医療センターとは？

初めまして。湯沢町保健医療センターの特定ケア看護師 加藤裕子と申します。

湯沢町保健医療センターは新潟県と群馬県の県境にある山深い町、湯沢町にあります。人口8,000人に満たない、新潟県内全30市町村の人口ランキングでも25位という小さな町です。スキーと温泉の越後湯沢というご存じの方も多いかも知れません。当院は湯沢町唯一の病院であり、地域包括ケア病棟40床、介護医療院40床を有しています。その他にも訪問診療、訪問看護も行っています。“地域のかかりつけ病院”、“在宅時々入院”の切れ目のない医療を目指しています。

当院での特定ケア看護師の役割

特定ケア看護師は団塊の世代が後期高齢者となり高齢化が加速度的に進む2025年に向けて、さらなる在宅医療との推進を図るために制度が始まりました。湯沢町の高齢化率は40%に達しています。すでに国の2025年問題に直面している、あるいはそれ以上の状況になっていると考えられます。湯沢町で生活する人々を支えるために、特定ケア看護師の養成は急務でありました。

また片手で数えられる人数しか医師のいない当院では、医師が外来や往診で手が離せないときにはどうしても患者を待たせてしまうことがあります。タイムラグのない速やかなケアとケアの提供はもちろん、医師の業務の一部をタスクシフトすることが求められていました。そ



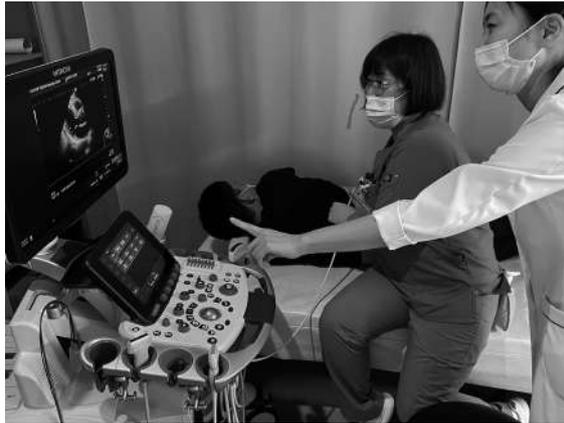
湯沢町保健医療センター 病院正面 (3月)

のような中で私は当院初の特定ケア看護師となるべく、JADECOMアカデミーNP・NDCセンターにおいてNDC第8期生となり他施設実習を含む1年の研修を終えました。今は自施設での臨床研修の真ただ中にいます。

心に残った臨床研修

現在私は医師に指導を仰ぎながら、外来から入院までの一貫した診察や治療を中心とした研修を行っています。また介護医療院や特別養護老人ホームといった病院以外の場所でも回診と必要な処置(特定行為を含む)を行っています。

その中でも心に残った研修は特別養護老人ホーム(以下、特養)での褥瘡管理です。COVID-19罹患後にADLが低下し踵部に深い褥瘡ができた方について特養のスタッフから相談されました。特定行為である壊死組織の除去などの治療を行うと同時に、施設スタッフへ除圧と保清の大切さの周知を図り、具体的な処置の方法の指



検査技師さんとエコーの特訓中



一般病棟の回診風景

導を行う必要がありました。昨年の市立奈良病院での実習で教えていただいた褥瘡管理…改定DESIGN-R[®]2020を用いた評価、壊死組織の除去のさまざまな方法、自宅(施設)のできる処置…を資料と経験をフル活用して、特養のできる管理を行いました。今あるもので工夫してできることは何か？最大の効果を得るために何ができるか？左手に褥瘡の資料を詰め込んだiPad、右手にアドソン鑷子と剪刀を握りしめ毎週金曜日の回診に向かいました。少しずつ良くなっていく褥瘡に施設スタッフと小躍りしたり、治りが停滞してしょんぼりしながらもさまざまなことを試してみたりしながら半年が過ぎました。あんなに深かった褥瘡は、今ではほぼ上皮化することができました。最新の資材がなくとも工夫次第で深く治りにくかった褥瘡が改善するのかと驚くとともに、辛かった研修も投げ出さずによかったと心から思いました。

これからのこと

私はまだまだ初心者マークの特定ケア看護師ですが、最終的には病院から地域に飛び出していく特定ケア看護師になるという夢があります。地域で生きる人々にとって病院は人生で一度きりの場所ではなく、生活の延長線上、あるいはその一部であると考えています。そういった地続きの関係の中で人々と医療を自然に結びつけることのできる活動をしていきたいと思っています。例えば温泉施設での出張保健室や在宅療養中の方の希望を叶えるお手伝いなど、してみたいことはたくさんあります。特定ケア看護師の歴史は10年足らずでありさまざまな可能性を秘めています。地域医療を支える特定ケア看護師として、これまでにないような新しい道も切り開いていきたいです。



ナースステーションからの風景

2024. 10. 15

4年間の研修を本気で振り返る

忙しい日々を送る中で、ふと「なぜ人は温泉に入るのか?」と考えることがあります。温泉はただのリラックス手段ではありません。人々は、何世紀にもわたって温泉に集まり、その中で心と体を癒してきました。今回は、私自身の研修生活を支えてくれた温泉をランキング形式で紹介しながら、「なぜ温泉に入るのか」という問いについても考えてみたいと思います。



地域医療のススメ

加藤 開

プロフィール

2018年3月 弘前大学医学部医学科卒業

2018年4月～2020年3月

総合南東北病院 初期研修

2020年4月～2021年3月

東京女子医科大学東医療センター

救急救命科 短期研修

2021年4月～地域医療のススメ

第3位：休暇村日光湯元温泉（栃木県）

日光市民病院での研修中、最も通ったのが「休暇村日光湯元温泉」です。ここの温泉の水は、当たる光の強さや角度で 無色透明から徐々に白



写真から硫黄の匂いがしてきそうです。

や緑へと変わります。私はこの様子を見て、自然の摂理に触れているような気持ちになりました。この変化は、まるで人間の心の動きのようでもあります。私たちも日々の経験や環境の変化によって心が揺れ動く。その変化と向き合う時間が温泉で過ごすひとときなのかもしれません。

第2位：赤湯温泉（新潟県）

「赤湯温泉」は、湯沢町保健医療センターでの研修中に後輩と共に挑戦した秘湯です。3時間もかけて登山して辿り着く温泉。山の中で電気もない「ランプの宿」に泊まり、周りにはただ山と星空だけ。もちろんスマホも使えません。私は「なぜ人はあえてこんな不便な場所まで足を運んで温泉に入るのか?」という疑問が浮かびました。その答えは、「何もない」からこそ見つけられるもの



後輩と登りました。何度も弱音を吐く自分を勇気づけてくれたことは忘れません。

がある、ということかもしれません。自然の中で体を温め、じっと静かに過ごすことで、自分自身と向き合う時間が生まれます。秘湯を目指すという行為は、本来の自分に立ち返るための儀式のようなものなのかもしれません。

※登山は結構危険を伴うので登山届と井上陽介先生への報告を忘れないようにしましょう。



自然と一体化した素晴らしい景観です。

第1位：古代の湯（東京都）

東京の「古代の湯」は東京北医療センターで研修している時は月に何度も通っていました。一言でいうと、この施設を超えるレジャー施設はこの世に存在しないと考えています。あまり知られたくないので今回記事に書くのも迷ったくらいです。

新小岩にある健康ランドですが、塩分多めのもちろん源泉か



世界遺産に引けを取らない荘厳さを感じます。

け流しです。温泉の質の良さ、広さ、サウナ完備はもちろんですが、特出すべきは付属施設の中華料理店です。この中華料理店は健康ランドの中にあるとは思えない超本格中華で、「レベルの高い合格点を超える中華、オールウェイズ出してくれる」そんな中華です。点心・麺料理・野菜料理なんでもござれですが、1,280円で良質な北京ダックも食べられます。それに加え、土日にはアイドルを呼んでの歌謡ショーもあります。昔は「純烈」や「でんぱ組.inc」も巡業に来ていた名門健康ランドです。「居酒屋」「3年目の浮気」「ロンリー・チャップリン」が歌えればステージと一緒に歌うことも可能です。

都会の真ん中で温泉に浸かりながら、良質な中華料理を楽しみ、エンターテイメントも満喫する。まさにリフレッシュのオールインワンパッケージです。ここでふと「なぜ、温泉に浸かるとリフレッシュできるのか？」と考えることがありました。答えはシンプルで、「温泉は心のデトックス」であるから。温泉の温かさが体を包み込むと、そのぬくもりが緊張を解き、心の中の不要な思考やストレスを流し去ってくれます。そして、純粹なまっさらな気持ちで食や娯楽に打ち込むことができる……こんな素晴らしい体験は他にどこでできるのでしょうか？



ロンリー・チャップリンを歌唱しています。

温泉はただのリラックス空間ではなく、自己を見つめ直し新しい自分に生まれ変わる場所であり、医師として働く私にとってなくてはならない場所でした。ぜひ紹介させていただいた温泉に皆さんも行ってみてください！

高校の進路指導教員向け大学説明会が開催されました ……………

高校の進路指導教員大学説明会は、本学に入学実績のある高等学校等で進路指導を担当している教員の方々に、本学における医学教育、入試制度等をご理解いただくとともに、本学の学生として相應しい志の高い優秀な学生に受験を薦めていただくことを目的に開催してまいりました。今年度は、8月9日(金)にハイブリッド形式による実地開催が行われ、20都道府県から34名(内2名はWEB参加)の方にご参加いただきました。午前中は、同日開催であったオープンキャンパスのプログラムにご参加いただき、会場移動後、武藤弘行入試検討委員長から本学が望む学生像と選抜方法について、藤本茂教務委員長から医学部の教育内容について、三浦光一卒後指導副委員長から卒業後の義務年限等についての説明が行われました。午後は、本学教員・在学生との座談会や教育・研究棟、学生寮、アトラスアリーナ、シミュレーションセンターの施設見学を行いました。参加者からは、「大学の特色や魅力についてよく理解できた」、「生徒に勧めたい大学になった」といった声をいただきました。また、業務の都合等により、実地開催への参加がかなわなかった方向けにオンライン説明会と特設サイトの公開を実施しました。オンライン説明会は9月6日(金)に開催され、18都道府県から26名の方にご参加いただきました。オンラインではごさいましたが、本学教員と高校教員の皆様による進路指導等に関する意見交換が行われ、本学を理解していただく有意義な説明会となりました。通年公開しております特設サイトは9月9日にリニューアルを行い、入試、教育、卒後関連の説明動画をはじめ、写真や360°カメラを使用したキャンパス紹介やQ&Aコーナー等のコンテンツを公開しました。

令和6年度第2回・第3回看護学部オープンキャンパスが開催されました ……………

今年度第2回・第3回の看護学部オープンキャンパスを、8月23日(金)、8月24日(土)にそれぞれ午前の部と午後の部に分けて開催しました。参加者は関東近県だけではなく東北地方や九州・沖縄地方の方々にもお越しいただき、総数763名の参加がありました。

オープンキャンパス開始とともに「看護学部説明会」を学習室と大教室Ⅱの2会場に分かれて行い、看護学部の概要、カリキュラム、学生生活、入試内容等を多くの参加者が真剣に聞き入っていました。「看護学部説明会」終了後は、「施設ツアー(学生寮)」、「模擬授業」、「学生広場」、「ラボ室見学」、「サークル紹介」、「へき地の生活と看護」、「なんでも相談室」といった企画が行われました。

今回のオープンキャンパスからの新企画である「へき地の生活と看護」では、国内・国外で行われている演習の様子について興味深そうに聞いている方が大勢いらっしゃいました。また、「学生広場」では在学生から受験対策や入学後の学生生活等について聞くことができた大変好評でした。また、「施設ツアー(学生寮)」や「サークル紹介」では普段の学校生活について知ることができ、「模擬授業」および「ラボ室見学」では、授業の雰囲気を感じることができたと好評なご意見を多数いただきました。

今回のオープンキャンパスは3月24日(月)に予定しています。

報告
各種お知らせ
求人



公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所 ヘルスプロモーション研究センター主催

フレイル予防オンラインセミナー

「医療の場におけるフレイル対策－マルチモビディティ患者におけるフレイル予防と管理」開催のお知らせ

2025年2月26日(水)16:00～17:30, フレイル予防オンラインセミナーを開催します。テーマは「医療の場におけるフレイル対策－マルチモビディティ患者におけるフレイル予防と管理」です。受講は無料です。

2019年度「地域の力でフレイルを先送り住民主体のフレイル予防の実践」, 2022年度「フレイル予防の新たな地域展開を目指して」, 2023年度「医療の場におけるフレイル予防－超高齢社会に求められる医療機関の役割」に続く, フレイル予防セミナーの第4弾です。

本セミナーは, 人口の高齢化や疾病構造の変化により増加している, マルチモビディティを有する患者におけるフレイル問題を取り上げ, その対応の実際について学ぶことを目的としています。奮ってのご参加をお待ちしています(事前申し込み必要)。

開催日時：2025年2月26日(水)16:00～17:30

開催方法：Zoomによるオンライン開催 後日アーカイブ配信予定

参加費：無料 要事前申込(締切2月20日)

申込方法：Web申し込み：https://forms.office.com/r/Ki4s3QPgBV

対象：地域医療振興協会職員, 地域医療振興協会会員, 自治医科大学卒業生, 関連自治体と管轄保健所職員など, フレイル予防に関心のある方ならどなたでも参加可



テーマ：医療の場におけるフレイル対策－マルチモビディティ患者におけるフレイル予防と管理

プログラム

座長 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター 中村正和
地域医療振興協会都祁診療所 管理者 西村正大

話題提供 マルチモビディティとフレイルの関連に関する文献的考察

地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター 中村正和

マルチモビディティを有する高齢患者の診療に役立つエビデンスを紹介することを目的に, 頻度の高い糖尿病などをとりあげ, マルチモビディティとフレイル, ポリファーマシーの相互の関連性や予後への影響について文献的考察を行い, 最近の知見を紹介する。

講演 プライマリ・ケア診療所におけるフレイル患者への対応の実際

地域医療振興協会 都祁診療所 管理者 西村正大

プライマリ・ケア診療所に受診する高齢な患者さんの多くはフレイルな状態にある。一般の診療所の日常診療において, いかに関心を持って意識し実践するかについて具体例を示しながら紹介する。

講演 マルチモビディティを有する循環器フレイル患者への対応の実際

東京都健康長寿医療センター循環器内科部長 石川譲治先生

フレイル・サルコペニアのリスクが高い心不全患者に対して, 要介護状態を先送りし患者の生活の質の低下を防ぐために, 病院において多職種が連携して取り組んでいるフレイル・サルコペニア対策の実際を紹介する。

質疑とまとめ

これまでのフレイル予防セミナーの内容は, ヘルスプロモーション研究センターホームページの活動レポからご覧いただくことができます。

2019年度



2022年度



2023年度



問い合わせ

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター

E-mail health-promotion@jadecom.jp TEL 075-353-5051 (担当：阪本)

2024年度 和歌山県支部勉強会 「私と自治医大とEBMの30年」ハイブリッド開催

講師の名郷直樹先生は、自治医大を卒業されたあと、地域医療に従事し、30年以上にわたりEBM(エビデンスに基づく医療)を実践されてきた。後進の育成にも注力され多くの大学で講師も勤められている。今回は名郷先生に「私と自治医大とEBMの30年」についてお話しいただく。

現在は、武蔵国分寺公園クリニックの院長職を退任し、趣味のアマチュア無線を楽しんでおられる。

主な著書に「EBMワークブック」(南江堂1999)や「その場の1分, その日の5分」(日本医事新報社2015), 「いずれくる死にそなえない」(生活の医療社2021)などがあり, YouTubeでの情報発信も精力的に行われている。

日 時：2024年12月20日(金) 19時～ 20時30分

※参加費無料

タイトル：私と自治医大とEBMの30年

講師：名郷直樹先生(愛知県9期生)

会場：和歌山県民文化会館とZOOMによるハイブリッド開催

〒640-8269 和歌山県和歌山市小松原通1丁目1

主催：地域医療振興協会和歌山県支部

共催：地域医療振興協会



<https://forms.gle/Y6Q5oH9ygrnbpzjq7>

問い合わせ

国保北山村診療所・支部長 内川宗大(和歌山36期)

E-mail m07019mu@yahoo.co.jp

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部
感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

内科専門医、総合診療専門医、老年科専門医、感染症専門医の資格を取得できるプログラムがあります。当センターは100万都市に唯一の大学病院ということもあり、まれな・診断の難しい症例が多く受診し、総合診療科が基本的に初期マネ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@jichi.ac.jp

募集

日本医科大学 乳腺外科学講座 人材募集

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

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

問い合わせ・連絡先

日本医科大学乳腺外科学講座

大学院教授 武井寛幸(群馬1986年卒)

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

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

募集

自治医科大学附属病院 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

募集

自治医科大学学事課入試広報係 自治医科大学案内ダイジェストチラシの配布のお願い

自治医科大学学事課入試広報係では, 毎年, 自治医科大学案内のダイジェストチラシを作成して, 全国各地の予備校, 入学実績のある高校に配布を行い, 入試に関する周知を行い, 志願者増に向けて取り組んできました.

今回, 新しい取り組みとして, 自治医科大学の卒業生の先生方が勤務されているご施設で, このダイジェストチラシの配置(配布)に協力いただける施設を募集しています.

協力いただける先生, ご施設, また何か不明な点があれば, 下記にご連絡ください.

自治医科大学の広報活動に卒業生の皆様のご協力をよろしくお願ひします.

配布期間 2024年12月～2025年3月の4ヵ月間(入試情報が含まれるため)

配布枚数 各施設100枚まで

申し込み期間 2024年10月31日(木)まで(随時延長可能)

問い合わせ・連絡先

自治医科大学 学事課 入試広報係 野原啓延

TEL 0285-58-7045(直通) 3295(内線) E-mail nohara.hironobu@jichi.ac.jp

もしくは

医学部広報委員会エリア別重点広報ワーキンググループ 野田弘志

E-mail nodal64@omiya.jichi.ac.jp

●●●地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永真一

会費のご案内

1. 年会費について

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

準会員……………10,000円

法人賛助会員…50,000円

個人賛助会員…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

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

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

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

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

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

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

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

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

あなたの一步で、 救われる地域がある。

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

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



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

E-mail: hekichi@jadecom.jp

TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

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

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

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戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340

E-mail jin_takeuchi@town.fukaura.lg.jp

特記事項：深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し，東には世界自然遺産に登録されている『白神山地』に連なっています。

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

地域医療に意欲的な方をお待ちしております。お気軽にお問い合わせください。

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

受付 2023.7.24



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



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竈字杉成9

連絡先：組合事務局総務係長 吾孫子

TEL 0229-66-2760 FAX 0229-66-2781

E-mail kumiai-of@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



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



兵庫県

公立豊岡病院組合立豊岡病院
出石医療センター



●総合診療科 幹部 1名・一般医師
若干名

診療科目：内科，外科，整形外科，皮膚科，リハビリテーション科，放射線科

病床数：55床（一般33床，地域包括ケア22床）

職員数：82名（うち常勤医師3名，非常勤医師2名）

所在地：〒668-0263 兵庫県豊岡市出石町福住1300

連絡先：事務長 田口

TEL 0796-52-2555 FAX 0796-52-3811

E-mail kanri.izushi@toyookahp-kumiai.or.jp

特記事項：当医療センターは、豊岡市出石町・但東町を主な診療圏域（対象人口約13,000人）としています。主にプライマリ・ケアを提供する病院として急性・慢性疾患の診察・時間外対応，市民健診の二次健診，人間ドック，福祉施設の嘱託医・企業の嘱託産業医活動，豊岡市出石町地域の在宅訪問診療など，地域に密着した医療を展開しています。地域医療にご興味のある方はお気軽にお問い合わせください。

<https://www.toyookahp-kumiai.or.jp/izushi/>



受付 2024.9.17

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限内医師含む）。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くだ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ってくださる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たい仲間を求めています。

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

受付 2023.11.15

徳島県

国民健康保険勝浦病院



●内科・外科・整形外科 各1名

診療科目：内科，外科，整形外科，小児科，リハビリテーション科

病床数：50床

職員数：70名（うち常勤医師4名，非常勤医師9名）

所在地：〒771-4306 徳島県勝浦郡勝浦町大字棚野字鴻畑13-2

連絡先：事務局長 笠木

TEL 0885-42-2555 FAX 0885-42-3343

E-mail byouin@town.katsuura.i-tokushima.jp

特記事項：勝浦町は徳島県の南東部に位置し，徳島市から南西約20kmと通勤可能な距離にある美しい風景と緑豊かな自然に恵まれた気候温暖なまちです。

当院は，徳島県中心部の高度医療機関とへき地を結ぶべき地医療拠点病院として位置づけられており，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おりますが，医師不足が深刻な問題となっております。地域医療に興味のある方はぜひご連絡お待ちしております。

<https://www.town.katsuura.lg.jp/hospital/tiikiiryu.html>

受付 2024.10.3

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。

何卒よろしくお祈りします。

<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，心血管外科，皮膚科，泌尿器科，産婦人科，眼科，耳鼻咽喉科，リハビリテーション科，歯科

病床数：183床

職員数：416名（うち常勤医師23名，非常勤医師6名）

所在地：〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210

連絡先：総務課 係長 増田

TEL 0966-42-2560 FAX 0966-42-6788

E-mail info@taragihp.jp

特記事項：球磨郡公立多良木病院は、熊本県南部の九州山地に囲まれた球磨盆地にあり、近くには日本三大急流の1つである球磨川が流れ、自然豊かなところに位置します。

当院は地域完結型医療を実践するへき地医療拠点病院として、附属施設の総合健診センター、介護老人保健施設、地域包括支援センター、在宅医療センター等を有しており、包括的な医療福祉提供の要として機能しています。また、へき地診療所2カ所等へ定期的に医師派遣をしており、へき地医療にも寄与しています。

「地域医療・へき地医療に貢献してみたいと思われる方」「地域密着型の医療をやりたい方」「熊本県内で条件の良いところを探している方」「自然を体感したい方」「仕事だけでなく、ゆとりを持った生活をしたい方」など、このような医師の方、ぜひ当院にて働いてみませんか。

<https://www.taragihp.jp>

受付 2024.3.5

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



福岡県

保健医療介護部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 6名

勤務先：保健福祉環境事務所等（9カ所）、福岡県庁

連絡先：福岡県保健医療介護部保健医療介護総務課

総務係 山田

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

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

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

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

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

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

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

6)図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

1) 山脇博士, 二神生爾, 坂本長逸, 他 : 日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016 ; 43 : 121-125.

2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

【書籍】

3) 高橋三郎, 大野裕 監訳 : DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.

4) Jameson LJ, Fauci AS, Kasper DL, et al: Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition. McGraw-Hill, 2018.

【ウェブサイト】

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

8. 原稿の保存形式と必要書類について

1) 本文の保存形式：作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する。画像の保存形式：JPEGかBMP形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。これらの画像等を組み込んで作成した図は、各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける。

2) 必要書類：掲載希望コーナー、著者名と所属、連絡先(住所、電話番号、FAX番号、Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋、および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書。

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

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

10. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

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

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

【転載・二次的利用について】

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

11. 掲載料金、および別刷、本誌進呈

1) 掲載料金は無料とする。

2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈。それ以上は別途実費が発生する。

3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈、別刷は実費が発生する。

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領等に関する問い合わせ先：

「月刊地域医学」編集委員会事務局

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

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

13. 月刊地域医学編集室

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

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645



2024年 年間総目次

月号(頁)

年頭のご挨拶

令和6年 新年のご挨拶	吉新通康	1(2)
-------------	------	------

インタビュー

2024年を迎えて	吉新通康	1(4)
やりたい医療を実現するために、診療所の医師に。	中嶋 裕	2(110)
「世界のJICHI」という想いを実現させるために。	阿江竜介	3(146)
社会とのつながりを処方する場所として	守本陽一	4(342)
青森県内のネットワークで継続性のある地域医療を	吉岡秀樹	5(450)
「地域の医者」のアイデンティティを得て、今、次の一步を踏み出す。	佐々木航	6(576)
ネットワークの基点の病院長として、広域全体の地域医療を考える。	廣瀬英生	7(688)
しなやかに、地域医療に取り組む	吉嶺文俊	8(788)
建学の精神と使命を具現化する、医学教育のさらなる進化を目指して	松山 泰	9(906)
へき地は医者をステキにする	奥野正孝	10(1022)
自治医大卒業生のキャリア形成のために	佐藤新平	11(1136)
地域医療に情熱を注ぎたい	小林孝巨	12(1232)

特集

●特集 日常診療シリーズ 皮膚科編 へき地診療所で皮膚を診る

エディトリアル	大槻マミ太郎	1(12)
総論 診療所でできる皮膚科診療と最新の皮膚科学	小宮根真弓	1(14)
湿疹・皮膚炎	神谷浩二	1(19)
水疱性疾患	中野尚美	1(23)
角化症	杉原夏子	1(28)
皮膚感染症	岡田寛文	1(33)
高齢者の皮膚疾患・小児の皮膚疾患	佐藤篤子	1(38)
フットケア	村田 哲	1(43)
悪性腫瘍	日置智之	1(47)
基底細胞癌&良性腫瘍	角総一郎	1(52)
へき地診療における皮膚科の重要性	田中美奈子	1(59)

●特集 エビデンスから見たがん検診

エディトリアル	山田誠史	2(120)
がん検診総論	祖父江友孝	2(121)
肺がん検診	中山富雄	2(127)
大腸がん検診	斎藤 博	2(131)
胃がん検診	濱島ちさと	2(138)
子宮頸がん検診	森定 徹・青木大輔	2(142)
乳がん検診	鈴木昭彦	2(147)
前立腺がん検診	大島 明	2(152)

●特集 地域で考えよう 子宮頸がんとHPVワクチン

エディトリアル	伊藤雄二	3(156)
総論:日本における子宮頸がん, HPVワクチンと子宮がん検診の現状, 他の先進国の現状と将来予想, 日本との比較	宮城悦子	3(157)
HPVワクチンの効果, ワクチンと検診による予防戦略の必要性, その方策	八木麻未・上田 豊	3(163)
日本のHPVワクチンのこれまでとこれから, 地域にできること	稲葉可奈子	3(169)
地域でできる子宮頸がん予防とHPVワクチン	中山久仁子	3(175)
日本人のワクチン躊躇(忌避)とこれから	町田征己	3(181)

●特集 地域医療におけるヘルスプロモーションと質改善 -地域医療の新たな挑戦-

エディトリアル	中村正和	4(352)
医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動 -日本HPH ネットワークの活動-	舟越光彦	4(353)
地域医療振興協会施設におけるヘルスプロモーション活動の実際	宇田英典	4(359)
地域ヘルスプロモーション病院の意義と実際	梅屋 崇・西原敏順・他	4(367)
プライマリ・ケアの現場からエビデンスを創出する -PBRN設立とこれまでの歩み-	望月崇紘	4(373)
プライマリ・ケアの診療の質の改善を目指したQI活動	西村正大	4(379)
患者の人生に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング -社会実装のためのチームビルディング-	三浦稚郁子	4(385)

●特集 青森県の地域医療の現状と将来

エディトリアル	松岡史彦	5(460)
総説:青森県の地域医療の現状と将来	松岡史彦	5(461)
青森県立中央病院地域医療支援部の立場から	丸山博行	5(467)
八戸市立市民病院が担う地域の救急医療	今 明秀	5(473)
地域病院から		
・本州最北端にある病院「大間病院」	安齋 遥	5(479)
・三戸中央病院	葛西智徳	5(484)
へき地診療所から		
・東通村診療所	川原田恒	5(488)
・深浦診療所	吉岡秀樹	5(494)
開業医師の立場から	森 明彦	5(501)
医師養成の立場から	米田博輝	5(507)

●特集 疾患今昔物語2 -消化器編-

エディトリアル	野村 悠	6(586)
内視鏡の歴史と, 腫瘍治療は切り取る時代から剥ぎ取る時代へ	山本博徳	6(587)
酸関連疾患の変遷と治療:時代とともに変わりゆく課題 -酸分泌抑制と食道疾患-	大澤博之	6(593)
ヘリコバクター・ピロリとは何ものなのか	佐藤貴一	6(600)
腹腔鏡手術の端緒となった胆嚢摘出術	笹沼英紀	6(606)
鼠経ヘルニア手術の歴史	福井太郎・野田弘志	6(616)
がん薬物療法の歴史	山口博紀	6(623)

●特集 いろいろな場合での終末期ケア

エディトリアル	廣瀬英生	7(698)
腎不全に対する終末期ケア	土屋邦洋	7(699)
心不全に対する終末期ケア	小栗光俊	7(705)

呼吸不全(呼吸困難)に対する終末期ケア	永井崇之	7(710)
消化器癌に対する終末期ケア	早川史広	7(715)
独居・高齢世帯に対する終末期ケア	花戸貴司	7(721)
施設における終末期ケア	田畑好基	7(726)
●特集 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂と最新の地域医療実習		
エディトリアル	佐藤新平	8(798)
総論 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂点 大学の地域医療実習	松山 泰	8(799)
・地域医療のプレイヤー兼マネージャー育成を目指して - 自治医大の新たな取り組み - 小谷和彦・阿江竜介・小池創一・松山 泰		8(804)
・卒前医学教育における長期臨床実習(Longitudinal Integrated Clerkships)の取り組み 高村昭輝		8(808)
・医学部早期からの島根県全体での総合診療医育成：高度総合診療力修得コース 樋口 大		8(814)
地域医療実習の現場から		
・地域コミュニティを活用した地域医療実習	孫 大輔	8(821)
・やまぐち地域医療セミナーの実際	宮野 馨	8(826)
学生の視点から		
・自治医科大学の地域医療臨床実習を通じた医学生の学修内容	中村晃久・小谷和彦	8(832)
●特集 知っておきたい最近の薬		
エディトリアル	田中 拓	9(918)
総論 現在日本における医薬品開発と医薬品をめぐる実情	今井 靖	9(919)
循環器／心不全	小船井光太郎・古川亜実	9(925)
代謝／糖尿病・肥満症	田所梨枝・長坂昌一郎	9(931)
消化器／C型肝炎	渡邊俊司	9(938)
消化器／潰瘍性大腸炎	赤星和明・坂本博次	9(943)
呼吸器／気管支喘息	高崎俊和・坂東政司	9(949)
腎臓／腎性貧血	遠藤慶太・鈴木利彦	9(955)
●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	10(1033)
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	10(1035)
招聘講演 へき地は医者ステキにする	奥野正孝	10(1037)
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	10(1042)
・へき地、地域で学んだこと	吉村 学	10(1045)
・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」	菊尾七臣	10(1048)
高久賞 候補演題「私の地域医療」		10(1052)
患者さんのための医療とは何か?		10(1062)
令和6年能登半島地震：被災地の今と地域医療の未来		10(1065)
総合診療医のキャリアパス		10(1071)
医師の働き方改革で、地域医療はもっと魅力的になる		10(1075)
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」		10(1080)
地域医療におけるWell-being:住民、地域、医療者の視点		10(1083)
待ったなし?! 医療の再編・ダウンサイジングの事例から今後のへき地・地域医療を考える		10(1086)

●特集 Well-beingを考える

エディトリアル	北村 聖	11(1146)
総論	飯島勝矢	11(1147)
地域医療とWell-being -27年の離島での体験を踏まえて-	白石吉彦	11(1154)
高齢者のWell-being	斎藤 民	11(1160)
終末期医療とWell-being	間宮敬子	11(1165)
災害医療とWell-being	中橋 毅	11(1170)
医療者のWell-being	鋪野紀好	11(1176)

●特集 地域包括ケアから地域共生社会へ

エディトリアル	守本陽一	12(1240)
総論：地域包括ケアから地域共生社会へ	岩名礼介・齋木由利	12(1241)
地域共生社会の歩みと現状、今後の展望	武田遼介	12(1247)
地方自治体での地域共生社会 -地域共生社会実現に向けた名張市の実践-	柴垣維乃	12(1253)
地方自治体での地域共生社会 -大牟田市における実践を通して-	猿渡進平	12(1260)
まちづくり系医師が取り組む地域共生社会 -つながりのチカラを生む地域協働-	井階友貴	12(1265)
暮らしの中にある地域共生社会	松村大地	12(1270)
喫茶店のフりに始まり、孤独の淵は地域の縁側	上田假奈代	12(1276)

原著 第35回地域保健医療に関する研究助成賞報告論文

ビスフォスフォネート製剤投与に関する実態調査：単施設前向きパイロット観察研究	原田 拓・小坂鎮太郎・他	7(732)
--	--------------	--------

原著

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	西村正大・西岡大輔・他	2(158)
在宅復帰を支援する理学療法士の意識調査 -全国へき地医療拠点病院におけるアンケート調査-	吉田司秀子・川口 徹・他	12(1282)

活動報告

へき地診療所でリハビリテーション外来を始めてみました -プライマリ・ケアにおけるリハビリテーションの効果と展望-	中嶋 裕・林 瑞恵・他	4(394)
小笠原村診療所から学ぶ離島医療	小島祐依・西村裕樹・他	5(512)
三宅島国保診療所からみた離島での眼科医療の現状と、眼科遠隔診療の今後	慶野晴美・戸澤小春・他	8(840)
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	10(1090)

研究レポート

第5世代移动通信システム(5G)を利用した嚥下内視鏡検査(VE)と嚥下造影検査(VF)の遠隔指導の試み	芥川なおこ・村田和弘・他	3(186)
---	--------------	--------

自由投稿

改正医療法の先にある中長期的な課題と取り組み	八巻孝之	8(860)
遠隔離島医療からみたプライマリ・ケア -経験しておきたい疾患・修得すべき技術 改訂版-	瑞木 亨・大木 準・他	8(864)

L e t ' s T r y 医療安全

第123回 “対話力の発揮”に関わる事例発生を未然防止する！		
-事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策-	石川雅彦	1(64)
第124回 “リハビリテーション実施中の急変”に関わる事例発生を未然防止する！		
-事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策-	石川雅彦	2(164)
第125回 “アレルギー情報の伝達の不備”に関わる事例発生を未然防止する！		
-事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策-	石川雅彦	3(192)
第126回 “診療情報提供書の使用”に関わる事例発生を未然防止する！		
-事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策-	石川雅彦	4(400)
第127回 “酸素ボンベの残量確認”に関わる事例発生を未然防止する！		
-マニュアル整備の視点から検討する未然防止対策-	石川雅彦	5(520)
第128回 “医師の疲労管理”に関わる事例発生の実況把握と課題を検討する！		
-事例の発生状況の“見える化”から検討する今後の取り組み-	石川雅彦	6(630)
第129回 “エスカレーターの利用”に関わる事例発生を未然防止する！		
-事例の発生状況の“見える化”から検討する今後の取り組み-	石川雅彦	7(738)
第130回 “タイムアウトの形骸化”に関わる事例発生を未然防止する！		
-事例の発生要因の“見える化”から考える未然防止対策-	石川雅彦	8(848)
第131回 “心理的安全性”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	9(962)
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	10(1094)
第133回 “ノンテクニカルスキル”に関わる事例発生を未然防止する！①		
-“状況認識”に関わる事例の発生要因から考える未然防止対策-	石川雅彦	11(1186)
第134回 “ノンテクニカルスキル”に関わる事例発生を未然防止する！②		
-“意思決定”に関わる事例の発生要因から考える未然防止対策-	石川雅彦	12(1292)

ちよつと画像でC o f f e e B r e a k

よろずX線画像診断⑤	林 貴菜	2(219)
よろずX線画像診断⑥	牧田幸三	3(203)
よろずX線画像診断⑦	林 貴菜	5(531)
よろずX線画像診断⑧	牧田幸三	6(639)
よろずX線画像診断⑨	林 貴菜	8(857)
よろずX線画像診断⑩	牧田幸三	9(971)
よろずX線画像診断⑪	林 貴菜	11(1195)
よろずX線画像診断⑫	牧田幸三	12(1299)

Z o o m I n

山口市徳地診療所	6(642)
----------	--------

R E P O R T

第15回 JADECOM学術大会	2(172)
第18回 東京都病院学会	4(410)
第2回 へき地遠隔医療推進協議会	5(534)
「地域格差を是正する為の医療提供体制の効率化・最適化を推進する取り組み」プロジェクト報告会	6(646)

報 告

中国ブロック福祉と医療を語る会 第7回研修会	7(748)
------------------------	--------

J A D E C O M 生涯教育 e - L e a r n i n g 紹介

大動脈弁狭窄症の治療 Lifetime managementを見据えたハートチームアプローチ 後編	1(75)
末梢動脈疾患患者をハートチームでどう治療するか?	5(530)
婦人科救急疾患に対する手術手技のポイント	6(645)
構造的心疾患「最新カテーテル治療」前編	7(751)
構造的心疾患「最新カテーテル治療」後編	8(869)
へき地医療対策に遠隔医療をどう組み合わせるか 前編	9(975)
へき地医療対策に遠隔医療をどう組み合わせるか 後編	10(1105)
小児医療における地域の連携	11(1194)
地域でつながりかがやく医療人になろう 前編	12(1303)

全国 の 地域 から リレー で つなぐ 私 の 地域 医療

福島県 地域で育ち、地域で働く	佐竹隼輔	1(76)
埼玉県 診療所になっっているいろいろな経験がある! ~医師4年目の葛藤~	柄村亮太	1(78)
千葉県 凡人のカルテ ~彼の最期の言葉~	鶴巻利宜	2(222)
富山県 義務年限が終わるいま、思うこと	武島健人	3(206)
神奈川県 地域のこどもたち、守らせてもらってます。	青木優一	3(208)
福井県 地域住民と接し感じた「病気でなく、人を診よ」ということ ~大火勢の炎を絶やさずに~	鈴木崇仁	4(414)
石川県 まだ医者3年目ですが、私が86代目所長です ~いきなり主治医? そしてひとりっきりの離島医療~	山元浩平	4(418)
岐阜県 自治医大卒業生の地域奮闘記 ~日々和良あり、涙あり~	堀 翔大	5(538)
三重県 地域医療と子育てと釣りニケーション	渡邊大和	5(542)
静岡県 床に臨むこれまでとこれから	長崎拓己	6(650)
愛知県 目の前のことを大切に、一生懸命やっていく 宮崎県、愛知県での義務年限で得られたこと	御上貴史	6(654)
兵庫県 何でも診られる、患者に寄り添った医師に僕はなりたい。	長谷川貴也	7(752)
大阪府 府民に貢献するために ~よし、やってみよう! で臨む卒後義務~	米田智樹	7(756)
奈良県 打診のようにコツコツと ~下北山村の未来のために自分ができること~	田口浩之	8(870)
和歌山県 和歌山での一期一会 - 地域中核病院や診療所での勤務を振り返って -	伊藤恭平	8(874)
鳥取県 「私」の地域医療	三原 周	9(976)
長野県 手術をしない外科医にできること	勝山翔太	10(1106)
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	10(1108)
佐賀県 持続可能な離島医療	荻野祐也	11(1198)
高知県 持続可能な地域医療を目指して ~この4年を振り返って思うこと~	二宮はるか	11(1201)
広島県 地域が医者を育ててくれる!? ~足りない人、お金、設備で 求められている医療ってなんだろうを考える~	新井 勲	11(1204)
長崎県 対馬での地域医療	西垣純花	12(1304)
香川県 離島における地域医療	谷口 統	12(1306)

J A D E C O M アカデミ - N P ・ N D C 研修センター

特定ケア看護師の挑戦

当院で初めての特定ケア看護師に期待を寄せて	鍋倉多恵	1(84)
-----------------------	------	-------

離島の小規模病院から特定ケア看護師を	太田紀子	2(226)
地域での特定ケア看護師の育成	吹田陸美	3(210)
NDCにかける期待	山田隆司	4(424)
脳外科単科病院での特定ケア看護師の役割	滝澤江里子	5(546)
看護師派遣での経験とこれからの活動	津川直也	6(658)
NDCとしての第一歩	林 貴靖	7(760)
地域を愛し、愛されるよう、日々精進	日高佑紀	8(876)
今できること、やれること	池田結香	9(980)
救急認定看護師の特定ケアとその活動報告	大熊尚人	11(1208)
小さな病院の特定ケア看護師が持つ大きな夢	加藤裕子	12(1310)

研修医日記

ススメ！地域での成長と挑戦	梁 祐輔	1(86)
「子どもの健康を守る家庭医」を目指して	中村浩史郎	2(228)
今、私のはまっていること	光本貴一	3(212)
「地域医療のススメ」“奈良”での学び	山下真稔	4(426)
地域での学びをこれからの力に	細川裕司	5(548)
私生活の経験が診療に活かせるという醍醐味	戸田智也	6(660)
「地域医療のススメ」“台東”での学び	吉村瑞希	7(762)
なんだかんだ突き進んできた医師生活	須江成美	8(878)
雨過天晴 ～ソウシン行ったら本気出す～	廣間悠人	9(982)
憧れの地域医療に従事して	清和寛二郎	10(1112)
ススメ奈良 専攻医一年生の奮闘	辻本藍子	11(1210)
4年間の研修を本気で振り返る	加藤 開	12(1312)

百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～

第1回	才津旭弘・菅野 武	5(550)
第2回 情熱を持って正直に ～地域で生き生きと働くために～	吉川 紫	6(662)
第3回 地域に愛される医療従事者の姿を見てきました	豊永舞花	7(764)
第4回 患者さん目線の地域医療について考えた私の“JADECOM施設訪問”	中村友香	8(880)

書評

改訂コアカリ準拠 地域医療学入門 改訂第2版	守本陽一	12(1309)
------------------------	------	----------

自治医大NOW

第50回自治医科大学慰霊祭執行／「第14回自治医科大学顧問指導・学外卒後指導委員合同会議」開催／ 「地域医療フォーラム2023」開催／研究生の受け入れについて／ 令和6年度後期研修・短期実習研修の受け入れについて		1(88)
令和5年度都道府県自治医科大学医学部入試事務担当者会議が開催		2(231)
評議員会・理事会を開催／卒業式挙行／医学部入学試験終了		5(552)
大学院入学式・大学院医学研究科研究奨励賞授与式挙行／入学式挙行／大学院修了式挙行／ 医師国家試験結果について		6(664)
自治医大「高校生小論文・スピーチ動画コンテスト」地域医療体験プログラムが開催／ 法医解剖により適正な検視業務の推進に協力し感謝状授与		7(767)
理事会・評議会開催／令和7年度大学院医学研究科入学試験実施について／ 臨床実習生認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞・優秀賞表彰式挙行		8(882)

令和6年度都道府県自治医科大学主管課長会議開催／「卒後ワークライフバランスについて考える会 2024 in Jichi」開催／令和7年度医学部・看護学部入試日程等決定／ 各講座等における義務年限終了卒業生の令和7年度採用計画について	9(984)
令和6年度 学長・学生懇談会開催	10(1114)
医学部オープンキャンパスを開催	11(1212)
高校の進路指導教員向け大学説明会を開催／ 令和6年度第2回・第3回看護学部オープンキャンパスを開催	12(1314)

報 告

越前町型サービス付き高齢者住宅「海土里」落成式	7(770)
理事会・総会レポート	9(990)
自宅用血圧計寄附贈呈式	9(1002)
第37回 地域保健医療に関する研究助成賞・奨励賞決定	10(1116)

「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)
	大海佳子(地域看護介護部長)
	菅野 武(自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授)
	北村 聖(地域医療振興協会 顧問)
	木下順二(地域医療振興協会 常務理事)
	佐藤新平(大分市医師会立アルメイダ病院婦人科 部長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長)
	原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)
	廣瀬英生(県北西部地域医療センター 国保白鳥病院 病院長)
	本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副管理者)
	宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	守本陽一(兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事)

(50音順, 2024.7現在)

編集後記

いつも編集後記も読んでいただきありがとうございます。今年ももう師走ですね。12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、今年度の高久賞を受賞された佐賀県的小林孝巨先生です。受賞おめでとうございます。離島を含む派遣先で、医師としてだけでなく、一人の住民として地域と真摯に向き合い、その地域のニーズを満たす過程を楽しむ姿、そして論文としてきちんと形に残していることに感銘を受けました。これからへき地勤務を予定している自治医科大学の卒業医師にぜひ知ってほしい9年間の歩み方だと思います。

そして今月の特集のテーマは「地域共生社会」です。最近よく耳にするようになりましたが、抽象的で分かりにくいと思っていましたが、専門家、国のご担当者、地域での実践者から詳細に解説いただき、おかげさまで理解が進みました。まちづくりには欠かせないキーワードですね。今月号も必読・永久保存版です。

さて、今月の「私の地域医療」は、長崎県の西垣純香先生、香川県の谷口統先生から、ともに離島のエピソード、大きな夢に挑戦中の特定ケア看護師の加藤裕子さん、温泉三昧の総合診療研修を振り返った加藤開先生、どの記事も嬉しく楽しく拝見し、そして心強く感じました。

今年もお世話になりました。来年もよい年でありますように。

原田昌範



月刊|地域|医学| 第38巻第12号(通巻458号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2024年12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



9784909117939



1923047006004

ISBN978-4-909117-93-9
C3047 ¥600E

定価660円(本体600円+税10%)