

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

7

2025
Vol.39-No.7

【特集】

医療の場における フレイルの予防と対策 — 超高齢社会に求められる医療機関の役割 —

[企画] 中村正和 地域医療振興協会 地域医療研究所 ヘキ地医療研究センター アドバイザー

対談

「超高齢社会における患者や住民の 健康長寿を支える仕組みづくり」

大内尉義 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 名誉院長

中村正和

公益社団法人
地域医療振興協会
Japan Association for Development of Community Medicine

広島県福山市

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 アカデミー事務部 人事派遣課

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。

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.39—No.7(2025年)

目次

対談

- 超高齢社会における患者や住民の健康長寿を支える仕組みづくり／大内尉義×中村正和 2

特集 医療の場におけるフレイルの予防と対策 —超高齢社会に求められる医療機関の役割—

- エディトリアル／中村正和 12
- 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／中村正和 13
- 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／西村正大 18
- 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／石川譲治 24
- 診療所が取り組む地域包括診療とフレイル予防／野村和至 30
- 病院における高齢者診療体制の構築とフレイル予防／大内尉義 36

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141回“診療計画”に関わる事例発生を未然防止する！
－事例の発生要因から考える未然防止対策－／石川雅彦 42

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 福島県 目の前の患者さんに向き合いながら、地域医療を学ぶ／渡辺 綾 50
- 群馬県 義務年限で実感した「自治医大卒業生のつながり」／志村侑亮 52

研修医日記

- オーダーメイドの医療を届けたい／岡本佳奈 54

お知らせ 58

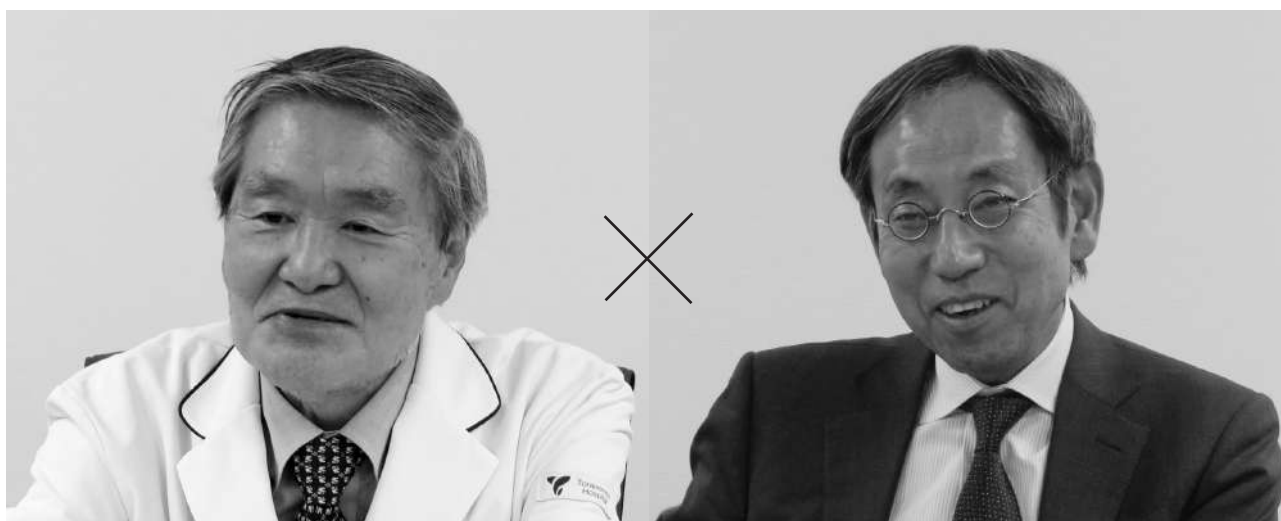
求人病院紹介 63

投稿要領 74

編集後記 巻末

対談

超高齢社会における患者や住民の健康長寿を支える仕組みづくり



大内尉義先生

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 名誉院長

中村正和先生

地域医療振興協会 地域医療研究所
へき地医療研究センター アドバイザー

社会に影響を与えた 日本老年医学会の提言

中村正和 本日は、老年医学の大家であり日本における「フレイル」提唱の立役者である大内尉義先生をお迎えして、健康長寿社会を実現するための仕組みづくりについてお話を伺ってきたいと思います。

「フレイル」については、診療現場でも社会でも「The elephant in the room(誰もが重要な課題と認識しながらも解決に向けた取り組みが十分できていない課題事象)」といった側面があると感じています。大内先生、「フレイル」を提唱

するに至った背景をお聞かせいただけますか。

大内尉義 日本ではここ30年ほどの間に75歳以上の後期高齢者が急増し、従来の臓器別医療モデルだけでは対応しきれない高齢者特有の病態(認知症や骨粗鬆症など)、生活機能の低下(フレイル、ロコモティブシンドローム)への対策が求められるようになりました。つまり、疾患の治療や予防にとどまらず、生活機能を維持し、QOL・ADLに配慮した対応が求められるようになったのです。生活機能は食事摂取、歩行、排泄といった基本的な日常動作を支える能力ですが、これらが衰えると寝たきりや要介護状態へと移行してしまいます。高齢者医療は「治す医療」から「治し支える医療」へと変化してきたと

言えるでしょう。

日本老年医学会(以下、老年医学会)が「フレイル」を提唱したのは2014年ですが、「虚弱」や「老衰」という言葉は不可逆的な印象が強く、回復可能性を示す何か新たな表現が必要と考えました。そこで英語の“Frailty”に着目し、身体的のみならず精神的・社会的側面をも包含した日本独自の新概念「フレイル」を提唱したのです。

中村 「フレイル」という言葉が一般にも伝わることで、高齢者の生活機能維持の重要性がより広く理解されるようになりましたね。

大内 介護分野はもちろんですが、医療の世界にも比較的早期に浸透したのは、高齢者の生活機能を守ることの重要性を皆が潜在的に感じていたからだと思います。

一方で一般市民の認知度は、最近の調査でも4人に1人ほど(Smart Wellness Community協議会調べ)。例えば「メタボ」が社会現象となったのに比べ、まだ十分とは言えませんので、今後も継続的な啓発活動をしていきたいと思っています。余談ですが、先のNHKの朝ドラの中で、フレイルを字幕入りで解説する場面がありましたので、今はもう少し認知度が増したかもしれません。

中村 他にも老年医学会は「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン(2012年)」や「高齢者に対する適切な医療提供の指針(2013年)」など、ACP(Advance Care Planning)にもつながる提言を数多くされてきました。他科の診療や国民の健康意識にも影響を与える、社会的な活動が多いように感じます。

大内 老年医学会は、学術活動にとどまらず社会への積極的な関与を重視してきました。中でも2017年に提言した「高齢者の再定義」は、私にとっても印象深い出来事です。きっかけは、私自身が日常的に「最近の高齢者は昔より若々しい」と感じていたことです。「65歳以上を高齢者とする」とWHOが提言したのは1956年ですが、

その頃に比べると平均寿命は大幅に延び、65歳を高齢者扱いする・されることに違和感を持つ人が増えています。国民意識調査でも「75歳以上を高齢者と捉える」という人の割合が多くなり、これを裏付ける形でILSA-J長寿コホート研究やスポーツ庁のデータからも、高齢者の体力年齢が10~20歳若返っていることが確認されました。

もちろん、74歳と75歳で明確な境界を引くという趣旨ではありません。「高齢者は若返っている」という科学的事実を示し、ネガティブなイメージの「高齢者」を社会の支え手としてポジティブなイメージに変えること、暦年齢に縛られた従来の社会意識を見直し、明るく活気ある高齢社会を築こう、というメッセージを伝えたかったのです。

その後、国も「エイジフリー社会」を前面に押し出す方向に舵を切り、定年延長などの制度改革が進みました。その点では、所期の目的は達成できたと考えています。

中村 社会全体に今後必要な体制づくりを認識させたという点で、老年医学会の果たした役割は非常に大きかったですね。社会との関わり方の深さという点では、老年医学とプライマリ・ケアには共通点が多いように感じます。

大内 おっしゃるとおりです。老年医学は高齢者の総合診療ですから、プライマリ・ケア学会や総合診療学会との連携は自然な流れだと考えています。

現在、老年科専門医は内科を基本領域としたサブスペシャリティに位置づけられています。総合診療を基本領域としたサブスペシャリティへ拡大することも必要と考えています。総合診療科の中にも高齢者医療を志す先生がおられるでしょうし、何よりも仲間が増えるのは双方にとって大きなメリットだと思います。

中村 プライマリ・ケアにおいて高齢者を診る機会が多く、より専門的な知識を持つ人材が増える

ことは現場にとって大きな力になりますので、ぜひ実現したいところです。

医療機関の役割

中村 次は特集テーマである「医療機関の役割」について伺います。

高齢者に向き合う医療機関の役割は、大きく二つに分けられると考えています。一つは高齢者の尊厳を守り、その特性を踏まえた診療を高い質で提供する「高齢者フレンドリーな病院・クリニック」、もうひとつは行政をはじめ関係団体と協働して地域の高齢者全体をケアする「地域ヘルスプロモーション病院・クリニック」です。

まず「高齢者フレンドリーな病院」として、虎の門病院は日本でも最高峰と言える高齢者総合診療チームを結成し、全人的医療の提供に成功していると聞いています。大内先生が深く関わってこられたこのプロジェクトについて、経緯や成果について教えていただけますか。

大内 私は2013年に虎の門病院の院長に就任したのですが、実は前任の東京大学にいた頃から、急性期病院に高齢者に適した医療モデルが必要だと考えていました。そこで、まず着任後に病院のデータを確認したところ、入院患者の半数以上が65歳以上、4分の1が75歳以上でした。虎の門病院は急性期病院として有名ですが、心臓の治療は成功したがその後寝たきりになってしまう、というような事態を防ぐため、高度医療に加え複数疾患が併存する高齢患者への総合的なケア、生活機能の支援、介護との連携を統合した医療を実現する必要があると考えました。

そこで、診療科の枠を超えた多職種チーム（医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリスタッフ、MSW、事務職員）を編成しました。その後、

看護部と協働し、各病棟に「リンクナース」を配置し、現場の声を拾い上げ、問題点をカンファレンスで議論・解決していく仕組みをつくりました。必要に応じチームで直接病棟の患者さんの元にも行きます。何よりも看護部が自主的に動いてくれたことが、円滑な組織運営に大きく寄与したと感じています。

中村 現場全体で学び合う機会にもなっているのですね。

大内 そうですね。リンクナースが問題を抽出し、チーム全体で課題を共有して解決策を考える。このプロセスを通じて、医療の質そのものが向上していくような道筋が作れていると思います。

65歳以上の患者に対しては、入院時に「CGA7（高齢者総合機能評価）」を用いてスクリーニングを行います。意欲・認知機能・ADL・情緒・気分など7項目を評価し、問題があればさらに詳細な評価と必要な介入につなげる流れができています。

中村 非常に優れたアプローチだと感じます。ちなみにこの取り組みは、診療報酬上どの程度評価されているのでしょうか。

大内 一部、認知症加算など算定できるものとポリファーマシー対策など個別に評価されるものがあります。ただ、組織的な高齢者診療体制そのものを評価する仕組みはまだありません。もしこれが整えば、全国の基幹病院に急速に広がるだろうと思います。

中村 本質的な医療のあり方として重要な活動ですので、早期に制度化されることを期待します。

地域に根差した診療所の取り組みとしては、板橋区の野村和至先生が「地域包括診療外来」を開設し、地域包括診療料を算定しながらフレイル予防を意識した高齢者フレンドリーな診療を実践されています。虎の門病院と同様にCGAを活用して課題を抽出し、継続的な診療や予防活動に結びつけているとのことですが、こうした取り組みを他の小規模医療機関にも広げるため

には、何が必要でしょうか。

大内 まずは意識改革だと思います。虎の門病院でも、急性期医療優先の中で高齢者への配慮が後回しになっていないかという声が看護部にはあったものの、それを汲み上げ検討する仕組みがなかった。そこに高齢者総合診療部ができて、リンクナースを中心に勉強会や高齢者疑似体験会を地道に重ねるうちに、スタッフ全体が「高齢者の尊厳を守る医療」を目指す意識へと変わっていきました。

地域診療所の場合は、自院の患者さんだけでなく地域全体の健康度向上を視野に入れることが大切だと思います。

中村 高齢者外来を開設しても、新規患者が集まらないということのないよう、自治体が推進するフレイル予防対策と連動し、医療ニーズの高い方に受診を促す仕組みづくりも重要だと思います。

高齢者の生活機能支援を中心に据えつつ必要な医療は一定のレベルで提供できるクリニックと、臓器別専門医療を担うクリニックとの協働については、どのようにお考えですか。

大内 老年科専門医でも全ての病態に対応するのは難しいので、専門クリニックとの緊密な連携が必要です。ただし、その際も主導権は地域のかかりつけ医(主治医)が持ち、最終判断と責任も同じ医師が担うべきと思います。

中村 マルチモビディティやポリファーマシーの問題も、まさに総合的に診られる医師の存在が不可欠ですね。そういう意味でも、老年医学を学んだ医師が開業医として地域に根差すことは非常に意義深いと思います。現在、老年医学を志す若手医師は増えてきているのでしょうか。

大内 現在、老年医学会の会員は6,290名、老年科専門医は1,756名で、少しずつ増えてはいますがまだ十分とは言えません。だからこそ、老年科専門医の制度的な位置づけを確立し、持続可能な仕組みをつくるのが急務ですし、また、この超高齢社会の中で、あろうことか減少傾向のあ

る、老年医学の教育と研究を担う大学の老年医学教室を再度増やしていく必要があると考えています。

なお、先にお話の出た野村先生は東大老年病科で研鑽を積んだ方なので、彼が地域医療に貢献していることをとても嬉しく見えています。

病院発地域包括ケアモデル —南風病院の挑戦

中村 先生は、鹿児島市の南風病院でも地域連携による高齢者医療の新しい取り組みを進められたと伺いました。どのような経緯だったのでしょうか。

大内 南風病院は1953年開設の、地域の中核病院ですが、鹿児島に高齢者医療の拠点を作りたいと相談を受けました。そこで、病院の中で独立した組織の高齢者医療センターの設立を提案し、制度設計から関わることになりました。

ここでは、患者さんをただ待つのではなく、地域全体の健康寿命延伸と健康度を上げることを目指しました。病院敷地内にあるものの使っていなかった建物をリノベーションして、老年内科、認知症、整形外科が連携する外来診療の場を設けるとともに、筋肉トレーニングのためのスポーツジムやカフェを設置し、住民やスタッフが交流しながら栄養相談や生活機能のアセスメントも受けられる場としました。

中村 病院内に設置された「通いの場」ですね。しかも医学的なアセスメントができるという付加価値もある。そして利用者が地域の別の「通いの場」と行き来することで、地域住民全体の健康度向上にも貢献するというわけですね。

大内 おかげさまで、センターの活動が口コミで医師会にも伝わり、多くの紹介をいただくようになりました。最近では「筋トレを希望する方が

いるので紹介します」といったケースも増えて
います。また、先日、鹿児島市から65歳以上の
高齢者の要支援1,2の方を対象に、筋トレ、
生活指導などのサービスを行う「短期集中運動
型サービス事業」の指定を受けて事業を実施し
ました。

また、2025年2月1日には、私が理事長を務
めるSmart Wellness Community(SWC)協議会
と鹿児島市の共催で「フレイルの日記念イベン
ト2025 IN 鹿児島市 元気になっど！フレイル
予防でよか人生!!」というイベントを開催し、
センターの看護師長とともに登壇しました。こ
れを機に、今後さらに行政との連携を深めてい
ければと考えています。

中村 医療ニーズの高い高齢者が自然に集まる通い
の場があると診療の補完にもなりますし、地域
包括ケアを志向する病院には大いに参考になる
モデルだと思います。

大内 とはいえ、保険診療と保険外のサービスの共
存など、行政との調整が難しかった部分もあり
ます。ただ、南風病院での成功を足がかりに、
各地の病院にこうしたモデルが広がっていけば
嬉しいと思っています。

医療と社会をつなぐ新たな 役割―「医助」「商助」「学助」

中村 続いて、患者や住民の健康長寿を支える社会
の仕組みについて話を進めていきたいと思います。

日本では自助・互助・共助・公助という助け合
いの概念がありますが、人口減少が進む中、従
来の助け合いの仕組みだけでは高齢者の生活を
支えるのが難しくなってきました。そこで私が
提案しているのが「医助」「商助」「学助」という新
しい役割です。

「医助」は医療機関が積極的に地域に働きか

け、地域住民の健康を守り、健康長寿の実現を
目指す取り組みです。医療機関の新たな活動方
向として、従来の「待つ医療」から「出かける医
療」への転換をWHOも提唱しています。まさに
南風病院や野村医院で行われているような活動
ですが、問題は、その活動に対するインセンティ
ブ設計です。健診による収入に加え、今後は高
齢者ケアも病院活動に組み込むことで、より高
いレベルの予防医療を実現できるはずですが、
今はまだその基盤が十分に整えられていま
せん。

次に「商助」。高齢期にも健康を維持しながら
働ける社会を目指す上で、企業の健康経営への
関心が高まっています。企業はこれまでのCSR
(Corporate Social Responsibility)活動というよ
りも、本業を通して国民や地域住民の健康貢献
をするCSV(Creating Shared Value)活動を行う
ことで持続可能な「商助」が可能となると考えま
す。

大内 おっしゃるとおりで、社会貢献が企業の負担
になるような営業モデルは長続きしませんの
で、これからは企業の活動と社会貢献を両立さ
せる視点が必要です。例えば、製薬会社であれ
ば、薬の開発と販売だけでなく、事業自体が国
民の健康増進にどう貢献できるかという発想に
立つことで、新たなビジネスモデルが生まれる
可能性があります。企業同士も業界を超えて連
携し、結果として互いの発展と利益につながる
―そんな構造を目指すべきだと考えています。

また、これまではそれぞれの強みを生かして
個別に活動してきた産・官・学は、統合的なプ
ラットフォームで連携し事業を展開していく時
代になります。SWC協議会はまさにそのために
作られた組織で、アカデミア、企業、地方自治体、
国が一体となって健康長寿社会の実現のために
取り組んでいます(表)。先ほどの「フレイルの
日記念イベント2025 IN 鹿児島市」はSWC協議
会の「フレイル啓発プロジェクト」の一環として

表 Smart Wellness Community (SWC) 協議会の活動

目的：健康長寿を達成するために社会の仕組みを変え新しい社会システムを構築する

- 健康長寿のための総合的な情報を全国民（特に健康無関心層）に届け、ニーズに合った健康づくりを提供できる、継続しやすい社会システムを構築する
- 国民のヘルスリテラシー向上にむけ、啓発活動を積極的に行っていく
 - インフルエンサーとして“健幸アンバサダー”を養成、自治体に配置：コンテンツの作成
- 健康・医療だけでなく、まちづくり、スポーツなど多様な要因に着目、健康長寿を可能とする社会技術の構築を行う
 - 歩きたくなる街づくり、健康にならざるを得ない街づくり：スポーツ人口の増加
- コミュニティ単位で共助と自助を支える民間サービスの創出を行う
- 公的保険外サービス発展の寄与に注力する
 - 効果的なインセンティブ制度の創出、保険外ビジネスの活性化

企画、開催したもので、各地で活動を広げています。

中村 SWC協議会によって、さらにさまざまな形の「商助」が展開していくのを楽しみにしています。

最後に「学助」についてです。健康長寿社会実現を支える仕組みの構築には、好事例の創出と事業評価が必要です。図は「高齢者が元気に暮らせるまちづくり」事業のロジックモデルの一例です。このように事業全体のロジックモデルを作成し、事業の進展に合わせた評価を行うための指標を設定し、最終的に事業のアウトカムを客観的に評価します。これが制度化・事業化に向けての重要なエビデンスとなるのですが、その創出のためには学会や大学・研究機関などの協力、すなわち「学助」が不可欠だと考えています。なお、ロジックモデルを用いることのメリットとして、系統だった事業の企画立案や客観的な評価のほか、進捗管理が容易になる、関係者間の相互理解や役割分担が進むなどがあります。

認知症、高齢社会対策に関する基本法がある中で、高齢者医療や健康長寿社会に関する基本法はまだありません。もし立法化が必要ならば、

老年医学会をはじめとしたアカデミアの先生方のお力を借りて実現していきたいところですが、その点について何かお考えはありますか？

大内 健康長寿社会の実現という大きな目標のためには、まずは象徴的な「フレイル」というキーワードを使って国民に関心を持っていただき、自主的に健康づくりに参加したくなる仕組みや、日々の生活の中で自然に健康になっていく仕組みの構築と実践が先決で、その実現のために立法化が必要であれば、学会として政治に働きかけていくことが必要と考えています。老年医学会が2018年に策定した「健康長寿達成を支える老年医学推進5か年計画」では、老年医学・高齢者医療の普及、フレイル予防、認知症対策、高齢者定義の研究、基礎老化研究の支援といった5本の柱を掲げ、社会貢献に向けての具体的な課題にも取り組んでいます。まずはこのような分野において、今後もアカデミアの立場から活動を続けていくつもりです。

中村 ぜひよろしくお願いします。

本日は虎の門病院名誉院長の大内先生と対談させていただき、高齢者の生活機能を守る医療の展開は、日本のみならず、諸外国にも影響を与える重要なテーマだと再認識しました。「医療

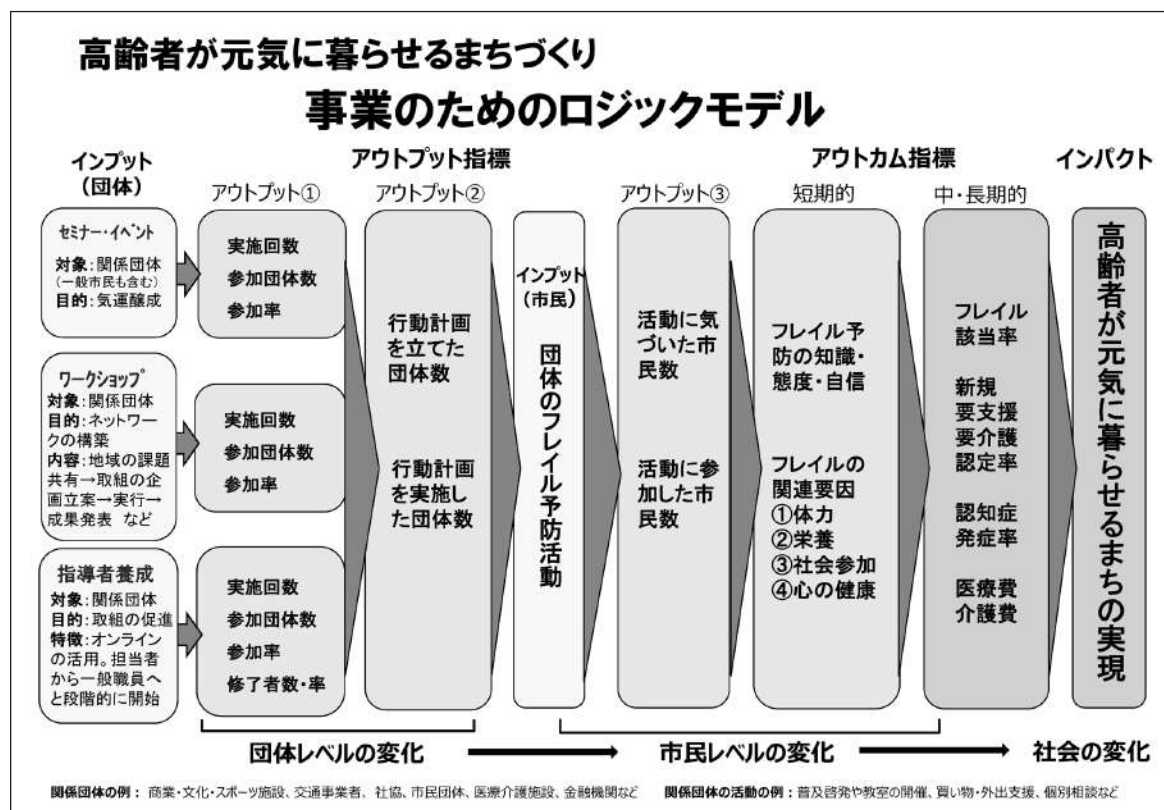


図 事業のためのロジックモデルの一例 【公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター作成】

の目標は患者の幸福の実現にある」と、東京大学の会田薫子先生が著書「長寿時代の医療・ケア シリーズ ケアを考える」(ちくま新書, 2019年)で述べておられるように、Evidence Based Narrative (EBN) – その人の人生物語に寄り添い、エビデンスに基づいて最善を皆で探る医療が、今後ますます求められると強く感じています。

大内 超高齢社会においては、地域社会に出て健康

を守るという視点が欠かせません。その中で医療、行政、産業が相互に刺激し合うことで、新たな産業や行政のあり方も生まれるでしょう。本誌読者の皆さまにも、どんどん社会にコミットし、切磋琢磨して医療を発展させる仕組みづくりに寄与していただきたい。そしてそれが日本の新しい医療モデルとなることを願っています。



大内尉義(おうち やすよし)先生 プロフィール

1973年東京大学医学部卒業。1976年東大第3内科入局。1985年米国テネシー大学客員助教授。1986年東大老年病学講師。1995年東大医学系研究科加齢医学講座教授。2006年東京大学医学部附属病院副院長。2011年東京大学保健・健康推進本部長。2013年東京大学名誉教授。同年国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長。現在、同病院名誉院長、公益財団法人冲中記念成人病研究所代表理事など要職を務める。

●大内尉義先生メッセージ

<https://www.youtube.com/watch?v=6H1npFZgCOI>



●中村正和先生コメント

<https://www.youtube.com/watch?v=DiJiKbh1Xcg>



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

特集

特集

医療の場におけるフレイルの予防と対策
—超高齢社会に求められる医療機関の役割—

企画：地域医療振興協会 地域医療研究所
へき地医療研究センター アドバイザー 中村正和

●エディトリアル

●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

●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

●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

●診療所が取り組む地域包括診療とフレイル予防

●病院における高齢者診療体制の構築とフレイル予防

エディトリアル

地域医療振興協会 地域医療研究所 ヘキ地医療研究センター アドバイザー 中村正和

高齢者人口が急増する中、地域で暮らす高齢者のウェルビーイング実現に向け、生活習慣病の発症・重症化予防に加え、フレイルの予防と対策は喫緊の課題である。国の施策として2020年4月から開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」では、通いの場を拠点とした取り組みが提案され、2024年度には約98%の市町村で実施されるまでに広がった。一方で、利用者が地域高齢者の一部にとどまっていることや、地域間のサービス提供体制の格差、担い手不足などが課題とされている。

日本では保健事業の実施主体が自治体や保険者であり、医療機関との連携は必ずしも十分とはいえない。しかし、少子高齢化に伴い社会資源が減少する中、その連携は不可欠である。医療機関がフレイル予防に積極的に関与することで、①日常診療を通じた早期介入や保健事業では届きにくかった層へのアプローチが可能になる、②保健と医療の連携が強化され、紹介体制が整備されることでシームレスな健康支援が実現する、③多職種の専門性や信頼関係を活かした支援によりサービスの質が向上する、といった利点が期待できる。

本特集ではまず、筆者がマルチモビディティとフレイルの概念整理とその関連性について文献的に考察した。続いて、西村正大先生と石川譲治先生に、総合診療と循環器内科の視点から高齢フレイル患者への対応についてご執筆いただいた。西村先生が示されたプライマリ・ケアにフレイル対策を取り入れる3つのステップは、実効性が高い内容である。石川先生の病院で実践されている多職種チームによる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例は、地域医療に取り組む病院にとって参考になる。

次に、病院や診療所における先進的なフレイル予防の取り組みを紹介した。実地医家の野村和至先生からは、CGA(Comprehensive Geriatric Assessment:高齢者総合的機能評価)や後期高齢者健診質問票を活用した地域包括診療について解説いただいた。オンライン診療による住宅環境機能評価やSNSを活用した多職種連携も展開されており、非常に興味深い。老年内科の大家でありフレイルの名づけ親でもある大内尉義先生からは、超高齢社会における病院の役割として、急性期病院における高齢者総合診療体制の構築と、地域の健康長寿を支える基幹病院の事例として、虎の門病院と南風病院の実践を紹介いただいた。取り組みのプロセスやポイントにも触れられており、今後の実践に向けて大変有用である。

高齢化が急速に進む中、フレイル対策において医療機関の果たす役割は大きい。今後は制度的支援やインセンティブの整備を進め、医療機関と自治体、住民組織、保険者、さらには地元企業や交通事業者などが連携し、地域ぐるみでフレイルという社会課題に取り組むことが求められている。

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 地域医療研究所 ヘキ地医療研究センター アドバイザー 中村正和

抄録

マルチモビディティとフレイルはそれぞれ異なる状態であるが、両者には重複がある。フレイルはマルチモビディティを伴うことが多い。マルチモビディティとフレイルは双方向の関連性があり、そのことが健康状態を悪化させ、障害や死亡などの負の健康アウトカムをもたらすことが共通している。糖尿病患者は、マルチモビディティとフレイルになりやすい。うつなどの精神障害やフレイルがあると、臨床転帰にとりわけ悪影響を及ぼしやすいので、その対応が求められる。

はじめに

高齢化が加速的に進行する中で、日常診療において高齢者のマルチモビディティとフレイルの問題は頻繁に遭遇する問題である。患者の生活の質やウェルビーイングの向上を図るためには、これらの課題に診療活動の中で効果的に対応することが求められる。しかし、マルチモビディティとフレイルは新しい概念であり、国際的な定義の統一や診療手順の確立はなされていないのが現状である。さらにマルチモビディティとフレイルの相互の関連性について実地医家に向けて情報提供はあまりされていない。

そこで本稿では、高齢者診療において避けることができないマルチモビディティとフレイルを取り上げ、両者の概念の違いや共通点、マルチモビディティとフレイルの実態、相互の関連性について述べる。次に高齢者診療で頻度の高い糖尿病を例として、マルチモビディティとフレイルの関連性を中心に具体的なエビデンスを紹介する。

マルチモビディティとフレイルの 概念の違いと共通点

マルチモビディティ (multimorbidity: 多疾患併存) は、一人の患者に「複数 (2つ以上) の慢性疾患を有する臨床的状态」を表現する概念である¹⁾。診療の中心となる疾患が存在し、同疾患に関連した合併症や健康問題が生じているコモビディティ (comorbidity)²⁾とは区別される。

一方、フレイルとは、「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態のことである。身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念」である³⁾。つまり、加齢に伴い、外的ストレスに対して脆弱性を示す状態、または体力や心身の活力が低下したり、社会との関わりが希薄化した状態である。

これらの定義から分かるように、マルチモビディティもフレイルも「状態」を示す概念であるが、マルチモビディティは、「複数の顕在的な臓

表1 マルチモビディティの頻度—地域住民・患者

番号	著者 発行年 文献番号	デザイン 調査年 地域	対象者 年齢 人数	multimorbidity の定義	対象とした 慢性疾患の 個数	有病率	主な結果
1	Aoki et al 2018 ⁹⁾	横断研究 2016 全国	一般人口 16-84 歳 3,256 人	慢性疾患 2 個以上	17 個	29.9%	multimorbidity パターン とポリファーマシーとの 関連あり
2	Aoki et al 2019 ³³⁾	横断研究 2016 全国	外来患者 (※1) 18 歳以上 1,483 人	慢性疾患 2 個以上	17 個	52.2%	処方薬減量希望と multi- morbidity との関連あり
3	Mitsutake et al 2019 ¹⁰⁾	横断研究 2013-2014 東京都	一般人口 75 歳以上 1,311,116 人	慢性疾患 3 個以上	22 個	64.7%	multimorbidity パターン と対象者特性 (性別, 年 齢, 世帯収入等), 医療 資源利用 (受診回数, 入 院回数) との関連あり
4	Mori et al 2019 ³⁴⁾	横断研究 2012-2013 千葉県柏市	一般人口 75 歳以上 29,915 人	Charlson Comorbidity Index スコア (※2)	(※2)	(※2)	Charlson Comorbidity Index スコアと医療費, 介護給付費との関連あり

【参考】マルチモビディティの定義に用いられる疾患

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TOP 10	認知症	うつ病	関節疾患	不安障害	うっ血性心不全
TOP 20	虚血性心疾患	気管支喘息	不整脈	甲状腺疾患	貧血
	聴力障害	脂質異常症	肥満	前立腺肥大	骨粗鬆症

〔文献4〕より引用〕

器機能障害, すなわち疾患の状態」であり, フレイルは, 「複数の可逆的な臓器機能障害をベースとして起こる状態」である。

マルチモビディティとフレイルの共通点として, ①加齢との関連が強いこと, ②健康に対して共通する負のアウトカム (ADL低下, 要介護, QOL低下, 死亡など) をもたらすこと, ③医療資源利用への影響として, 救急外来受診や予定外入院, 医療費の増加などを引き起こすことがあげられる^{4,5)}。また, マルチモビディティでは, 患者の治療負担として, 受診先と回数の増加, ケアの分断, ポリファーマシーの問題が指摘されている⁴⁾。

マルチモビディティとフレイルの実態

マルチモビディティの実態を調べた国内調査の報告はまだ少ないが, それをレビューした成績⁴⁾によると, 地域住民では29.9%, 患者では52.2%であった (表1 上段)。いずれも18歳以上の年齢層を対象とし, マルチモビディティの定義として2つ以上の慢性疾患を有する臨床的状态が用いられており, 頻度の比較にあたって比較

性が保たれている。一方, 75歳以上を対象とした調査では3つ以上の慢性疾患を有する臨床的状态を定義に用いても, その頻度は64.7%と高率であった。なお, 定義に含める慢性疾患の種類については, マルチモビディティのパターンの分析から上位20位のリストが提示され, 定義に含めるべき慢性疾患の参考となっている (表1 下段)。

一方, フレイルの実態については, 65歳以上の地域住民を対象とした国内調査⁹⁾によると, フレイルとプレフレイルの頻度は各々11.3%, 56.9%であった。年齢に比例して頻度は増加し, 80歳以上では男女とも30%を上回った。本調査では, Friedの5つの表現型に基づくフレイルの診断基準 (CHS基準ともいう)⁹⁾が用いられ, 5項目中, 3項目以上をフレイル, 1~2項目をプレフレイルと判定した。

マルチモビディティとフレイルの関連性

1. 両者の状態には一定の重複がある

地域住民や患者を対象とした9編の横断研究 (n=14,704) の系統的レビューとメタ解析⁷⁾によ

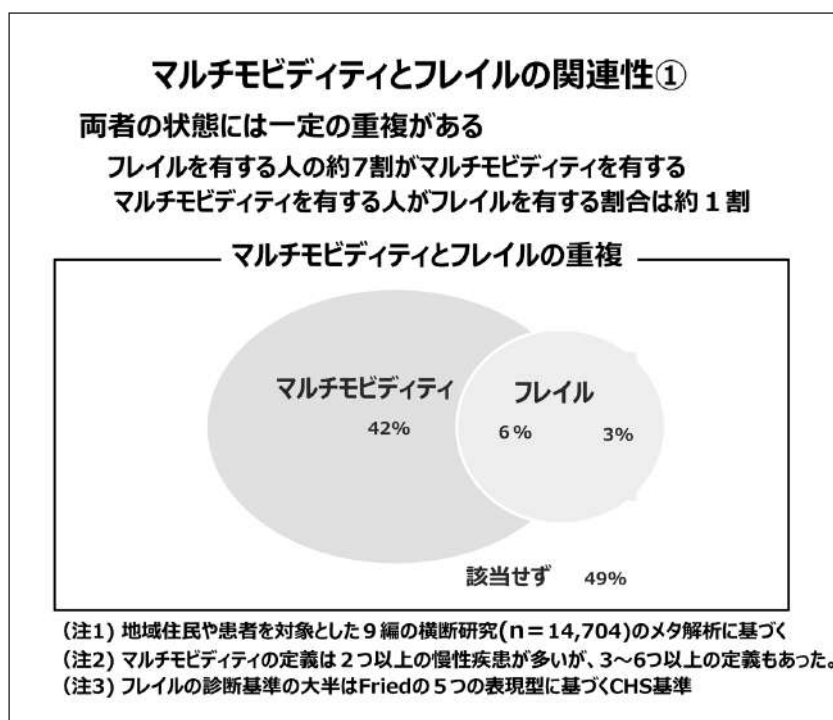


図1 マルチモビディティとフレイルの関連性①

〔文献7〕より引用

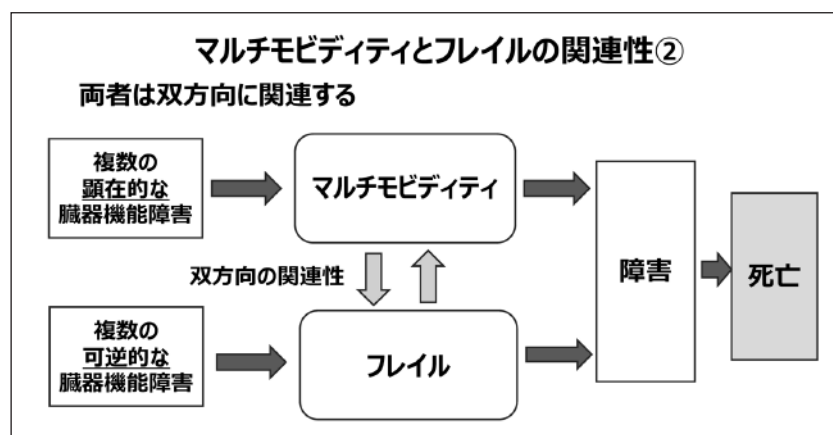


図2 マルチモビディティとフレイルの関連性②

〔文献8〕、14)を参考に図を作成

ると、フレイルを有する人の約7割がマルチモビディティを有する(図1)。一方、マルチモビディティを有する人がフレイルを有する割合は約1割であった。マルチモビディティの定義は2つ以上の慢性疾患を用いた研究が多いが、3～6つ以上の慢性疾患を定義に用いた研究もあった。フレイルの診断基準の大半は上述のFriedのフレイルの診断基準が用いられた。

2. 両者には双方向の関連性がある

マルチモビディティとフレイルの関連性につ

いては、マルチモビディティとフレイルは相互にリスクを高め合う、すなわちお互いに予測因子であり、結果であることが指摘されている^{7,8)}(図2)。

マルチモビディティがあるとフレイルのリスクが高まる。上述のメタ解析⁷⁾によれば、マルチモビディティ(慢性疾患2疾患以上)があると、フレイルのリスクが2.27倍有意に高かった。マルチモビディティの疾患数が多いほどフレイルの頻度が増加する。2つ以上の疾患では7%、4つ以上では18%であった⁹⁾。疾患の組み合わせ

パターンでは、心血管疾患と貧血と認知症の組み合わせや精神疾患のある場合、フレイル発症のリスクが最も高かった¹⁰⁾。さらに、マルチモビディティにフレイルが合併すると、死亡リスクが高まる。疾患の組み合わせパターンでは、認知症などの神経・精神疾患において死亡リスクが高かった¹¹⁾。

一方、フレイルがあると、多疾患併存の負担が増加し、マルチモビディティとなりやすい。多疾患併存の負担の指標としてCharlson Comorbidity Index (CCI)を用い、フレイルと非フレイル間で検討した7件のメタ解析結果⁷⁾によると、非フレイルではフレイルに比べて多疾患併存の負担が有意に低いことが報告されている。

糖尿病におけるマルチモビディティとフレイル問題と相互の関連性

2023年の国民健康・栄養調査¹²⁾によると、糖尿病の治療を受けているまたはHbA1cが6.5%以上(NGSP値)の割合は、男性16.8%、女性8.9%であり、年齢階級が上がるにつれ、その割合が高くなっている。これらの該当者の約6割以上は60歳以上が占めている。

海外の研究データ¹³⁾であるが、糖尿病患者の97%が少なくとも1つの併存疾患を患っており、88.5%が少なくとも2つの併存疾患を患っていることが報告されている。4つ以上の併存疾患を患っている割合は、65歳未満の患者では25.3%、65～74歳42.4%、75歳以上48.5%であった。頻度の高い併存疾患は、高血圧82.1%、肥満/過体重78.2%、高脂血症77.2%、慢性腎臓病24.1%、心血管疾患21.6%であった。併存疾患の最も高い組み合わせは、高血圧と高脂血症(67.5%)で、次いで高血圧と肥満/過体重(66.0%)、高脂血症と肥満/過体重(62.5%)、高血圧とCKD(22.4%)、高脂血症とCKD(21.1%)であった。

高齢糖尿病患者において、マルチモビディティとフレイルの関連性と臨床転帰との関連について検討したレビュー¹⁴⁾によると、その要点として以下のことが報告されている。①糖尿病

表2 マルチモビディティ研究における課題

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 定義の統一
研究を行う際の定義が定まっていない 2. 介入対象者の選定
介入効果の期待できる対象の特性が明らかでない 3. 介入方法の有効性のエビデンス
国際的なコンセンサスが得られた患者ケア(NICEガイドライン2016など)を実施した場合の健康アウトカムへの効果が明らかでない 4. アウトカム指標
患者ケアの効果を評価する際の指標が定まっていない |
|--|

(文献4)より引用)

患者はマルチモビディティとフレイルになりやすい。その理由として、糖尿病関連の合併症や関連疾患の関与と、患者の高齢化が考えられる。②糖尿病高齢患者において、マルチモビディティとフレイルは生物学的年齢と暦年齢を区別する臨床マーカーとして機能し、有害な臨床転帰の予測に役立つ。③有害な臨床転帰は、併存疾患の数とフレイルの重症度が関係する。④臨床転帰に特に悪影響を及ぼす疾患パターンは、うつ病などの精神疾患である。そのため日常診療において、うつのスクリーニングと管理が必要である。⑤血糖コントロールとマルチモビディティとフレイルとの関係は明らかではなく、さらなる調査が必要である。マルチモビディティでは低血糖のリスクが高いことに留意が必要である。

このように、糖尿病を患う高齢者において、マルチモビディティとフレイルの存在は予後不良の予測因子である。マルチモビディティとフレイルの状態と性質は多様であるが、両状態によって予測される有害な結果は類似している。フレイルについては、地域ベースで実施された日本のコホート研究結果で同様の結果が示されている¹⁵⁾。それによると、糖尿病とフレイルがあると、両者がいない場合に比べて、新規の障害発生のリスクが3.9倍、死亡リスクが5.0倍有意に増加した。また、糖尿病を有してもフレイルがない場合は、両者がいない場合と比べて、死亡リスクが上昇しないことが示された。地域ベースの視点から、血糖コントロールと並行してフレイル予防または改善を行うことで、糖尿病関連死亡率と障害発生率の低減が期待できる。

今後の課題として、マルチモビディティとフレイルへの医療の場での実効性のある介入方法の開発と臨床転帰を指標とした有効性のエビデンスの構築があげられる。参考までにマルチモビディティにおける研究課題を表2に示した。

おわりに

本稿では高齢者診療に役立つ情報提供として、マルチモビディティとフレイルの概念整理と相互の関連性のエビデンスを中心に紹介した。本稿で紹介したマルチモビディティとフレイルの関連性のエビデンスは主に横断研究に基づいている。今後、よりレベルの高いエビデンスを得るために、両者の定義を統一して、縦断研究による検討が求められる。また、患者ケアの有効性の検証については、共通のアウトカム指標を用いた介入研究が望まれる。

参考文献

- 1) NICE guideline. Multimorbidity: clinical assessment and management, 2016.
- 2) 藤沼康樹: プライマリ・ケアにおける「マルチモビディティ (multimorbidity)」の意味. 総合診療 2015; 25(12): 1088-1092.
- 3) 日本老年医学会:フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. 2014.

- 4) 高橋亮太, 岡田唯男, 上松東宏: プライマリケアにおける multimorbidityの現状と課題. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2019; 42(4): 213-219.
- 5) Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(3): M146-156.
- 6) Shimada H, Makizako H, Doi T, et al: Combined prevalence of frailty and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. J Am Med Dir Assoc 2013; 14(7): 518-524.
- 7) Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, et al: Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2019; 74(5): 659-666.
- 8) Villacampa-Fernández P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ, et al: Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. Maturitas 2017; 95: 31-35.
- 9) Hanlon P, Nicholl BI, Jani BD, et al: Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493737 UK Biobank participants. Lancet Public Health 2018; 3(7): e323-e332.
- 10) Tazzeo C, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, et al: Multimorbidity patterns and risk of frailty in older community-dwelling adults: a population-based cohort study. Age Ageing, 2021; 50(6): 2183-2191.
- 11) Nguyen QD, Wu C, Odden MC, et al: Multimorbidity Patterns, Frailty, and Survival in Community-Dwelling Older Adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2019; 74(8): 1265-1270.
- 12) 厚生労働省. 令和5年 国民健康・栄養調査結果の概要.
- 13) Iglay K, Hannachi H, Joseph Howie P, et al: Prevalence and co-prevalence of co-morbidities among patients with type 2 diabetes mellitus. Curr Med Res Opin 2016; 32(7): 1243-1252.
- 14) Sinclair AJ, Abdelhafiz AH: Multimorbidity, Frailty and Diabetes in Older People—Identifying Interrelationships and Outcomes. J Pers Med 2022; 12(11): 1911. doi: 10.3390/jpm12111911.
- 15) Kitamura A, Taniguchi Y, Seino S, et al: Combined effect of diabetes and frailty on mortality and incident disability in older Japanese adults. Geriatr Gerontol Int 2019; 19(5): 423-428.

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

奈良市立都祁診療所 管理者・所長 西村正大

抄録

健康寿命の延伸を目的としたフレイル診療に、プライマリ・ケア診療所が意図的に取り組むことは重要である。しかしながら、現在の医療制度と環境におけるフレイル診療の実践にはさまざまな制約がある。日常診療での実践につなげるためには、①フレイルの概念を日常診療に組み込むこと、②電子カルテを工夫した包括的な情報収集を意識すること、③既存の介護保険制度と地域資源を適切に理解・活用することが重要である。

はじめに

奈良市立都祁診療所は、奈良市が開設し地域医療振興協会が運営している無床診療所である。診療圏である都祁地区(旧 都祁村)は、2005年に奈良市と合併した人口5,071人¹⁾の地区であり、市街地まで車で約30分の山間部に位置する。域内にある医科医療機関は本所のみであり(住民約5,000人あたり1診療所)、奈良市全体では人口約35万人に対して357の診療所が存在している²⁾(住民約1,000人あたり1診療所)ことを考慮すると、医療資源が乏しいエリアといえる。診療所には、常勤換算で医師3.4名、看護師3.3名(うち1名は診療看護師)、事務職員2.5名が勤務している。診療内容は、外来診療で1日あたり約50名、訪問診療として個人宅約30名、施設約170名に対応している。本稿では、このような背景を持つ地域の診療所におけるフレイル患者への対応の実際について紹介する。

フレイルのエビデンス

ついに“2025年問題”(団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を契機に、医療・介護の需要が急増し、生産年齢人口が減少することで、社会保障制度や地域医療・介護体制に大きな影響を及ぼすとされる問題³⁾)を迎えた現在、健康寿命の延伸に直結するフレイル予防は、わが国にとって極めて重要なビジョンである⁴⁾。Friedは、フレイルな高齢者はそうでない高齢者と比べて、3年後のADLの悪化が1.98倍、死亡が2.24倍に増加することを示した⁵⁾。同じFriedの基準を用いた本邦の大府研究においても、歩行速度の低下を伴うフレイルな高齢者は、いずれもない高齢者と比べて2年後の介護保険導入が4.68倍増加することが示されている⁶⁾。近年では、フレイルの概念はオリジナルである身体的フレイルから、精神的フレイル、社会的フレイルへと拡張している⁷⁾。例えば、社会参画の状況を持つ高齢者は、そうでない高齢者と比べてフレイルに至る可能性が4～20%減少するという調査報告もある⁸⁾。プライマリ・ケアセッティングでの

体重減少	6ヶ月で、2kg以上の(意図しない)体重減少
筋力低下	握力：男性<28kg, 女性<18kg
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒
疲労感	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする
身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

3項目以上に該当：フレイル, 1~2項目に該当：プレフレイル, 該当なし：健常

図1 改訂日本版 CHS 基準 (改訂 J-CHS 基準)
(文献11)より引用)

フレイル介入のレビューでは、筋力トレーニングと栄養補助(タンパク質)が導入しやすく、効果が高い方法として紹介されている⁹⁾。医療経済研究機構のフレイル予防推進会議は「フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言」の中で、**栄養、運動、社会参画**がフレイル介入の**3本柱**であると明確に示している¹⁰⁾。

フレイルに関する医療現場の課題

このように重要な概念のフレイルだが、医療現場では日常診療の中に十分に組み込まれていない現状がある。我々の日常診療では、「疾患」「介護」「生活習慣病」「フレイル」という順番で取り組まざるを得ない、という感覚がある。医療現場においては緊急度が高い「疾患」や「介護」への対応に時間と労力が割かれ、「フレイル」のような年単位の予防的介入が後回しになることは、無理もないことのように思う。また、「生活習慣病」のように診療報酬制度や健診制度と結びついた成熟した概念と異なり、フレイルには未だ明確な診療報酬上の介入インセンティブが乏しいことも背景にあると考える。

フレイルを日常診療に取り入れるための3Steps

“重要だが緊急度が低い”と言えるこのフレイル対策。いったいどのように対応すればよいのだろうか。ここからは地域医療の現場から、現実的で実践的な方法を提案する。取り組みやすさを考慮し、3つのステップで紹介する。

Step 1：フレイルの概念を診療に組み込む

フレイルが日常診療に入りにくい理由として、「診断基準(図1)は細かくて覚えられないし、時間がかかって仕方がない」という意見がある。定義は学術的には重要であるが、どうしても緻密になりがちであり、臨床現場では障壁となり得る。これがEvidence Practice Gapの要因の一つだと考える。臨床現場で重要なことは、効率的であること、自然であること、柔軟であることである。細かい定義や数値は後回しにして、まずは概念を診療に自然に組み込む一歩を踏み出すことを提案したい。

(1) 体重:体重測定を診療の流れにうまく組み込む

メタボリックシンドロームでは体重増加や減量に焦点があたるが、フレイルでは体重減少=筋力低下として捉える。医療的にも、心不全や悪性腫瘍の評価に有用であるため、体重測定を診療の流れにうまく組み込む工夫は一石二鳥である。①診察室に入る人全員に測定するルーチン方式、②一定の基準を満たすと(チームメンバーや電子カルテが)知らせてくれるリマインド方式など、それぞれの診療環境で工夫したい。

(2) 筋力:握力計を診察室に設置する。患者さんと(笑顔で)握手する

皆さんは診察室に握力計を置いているだろうか。目と手の届くところに握力計を設置しておくと、筋力測定の習慣がつきやすい。年齢別の平均値表などを用いてフィードバックすると診察が盛り上がり、患者の動機づけにもつながる。それでも不自然である、時間が足りないと思う場合は、握手をするのもよい。手の観察やスキップにも有効であり、笑顔を添えると医師患



図2 都祁診療所の廊下

者関係の構築に役立つ。握っただけで握力を推定できるようになれば理想的である。

(3) 歩行:診察室の出入りの歩き方を意識的に観察する

限られた時間で情報を得るためには、実際に歩いている姿を注意深く観察するのが効率的である。出入りの際に診察室の扉を開けて迎えたり送り出したりすることで、患者に敬意を表するとともに、歩行状態も観察できる。廊下に1メートル間隔で印を付けておけば(図2)、歩行スピードの評価にも役立つ。

(4) 疲労:疲労に関する情報を自然に、しかし、意図的に聴く

「今までより、座って休みたくなることが増えたか」「昼間でも横になっていることが多いか」といったフレーズを、会話の中に自然に組み込むとよい。

(5) 身体活動:「運動」をしていない場合でも、「生活活動」を聞く/勧める

CHS基準では身体活動として「運動」の有無を聞くことになっているが、フレイル評価の対象となる患者にとっては(特に田舎の診療所では)、運動や体操やスポーツが身近ではない場合が多く、どうも話が盛り上がらない。しかし、身体活動の定義には「運動」だけでなく「生活活動(家事、仕事、散歩、畑仕事など)」も含まれている。個人的には、フレイルの対象となる方には「生活活動」の話題の方がずっと自然だと感

じている。

さらに、臨床的には“この5つのうちいくつか基準にかかっているか?”“この人はフレイルか? プレフレイルか?”の判定はそれほど重要ではなく、それぞれの内容や会話自体に価値があると考え、とにかくフレイルの5つの概念を診療で意識することが最初の一步ではないだろうか。

Step 2:電子カルテを工夫して情報収集の場所を整える

フレイルが日常診療に入りにくい2つ目の理由は、「日々扱う情報が分散している」という点にあると考える。診療所では、診療の一部としてある程度のADL/IADL/認知度/食事/運動/嗜好歴の情報を取り扱っているはずである。一方、同じ対象者が健診を受けると問診票で、介護保険を申請すると主治医意見書で、同様の情報を詳細に収集している。しかし、現場ではこれらの情報が“流れていく”場面がしばしば見られる。まず会話で流れ、電子カルテに記録したとしても、日々のSOAP形式でなんとなく記載してしまうと、すぐに過去の膨大な診療録に埋もれてしまう。また多くの場合、健診結果は手書きで記録され、主治医意見書は専用ソフト内で管理される。医師1人の裁量でなんとかってしまうソロ・プラクティスが中心の日本の診療所は、構造的に情報を収集・活用するシステムが他の領域と比べて相当未熟である、と私は感じている。対策として、最初にある程度の時間と労力を割いて、情報が“集まる仕組み”を整えることを提案する。既往歴などの医療情報に加え、生活背景、運動習慣、価値観といった情報を収集する場所を決めておくことで、医師のみならずチーム全体で包括的な情報を蓄積し、結果として多面的なフレイル評価につながる。都祁診療所では、電子カルテ用のディスプレイを3台に拡張し、広い作業スペースの中に、構造化された情報をボックスとテンプレート形式で配置している(図3)。

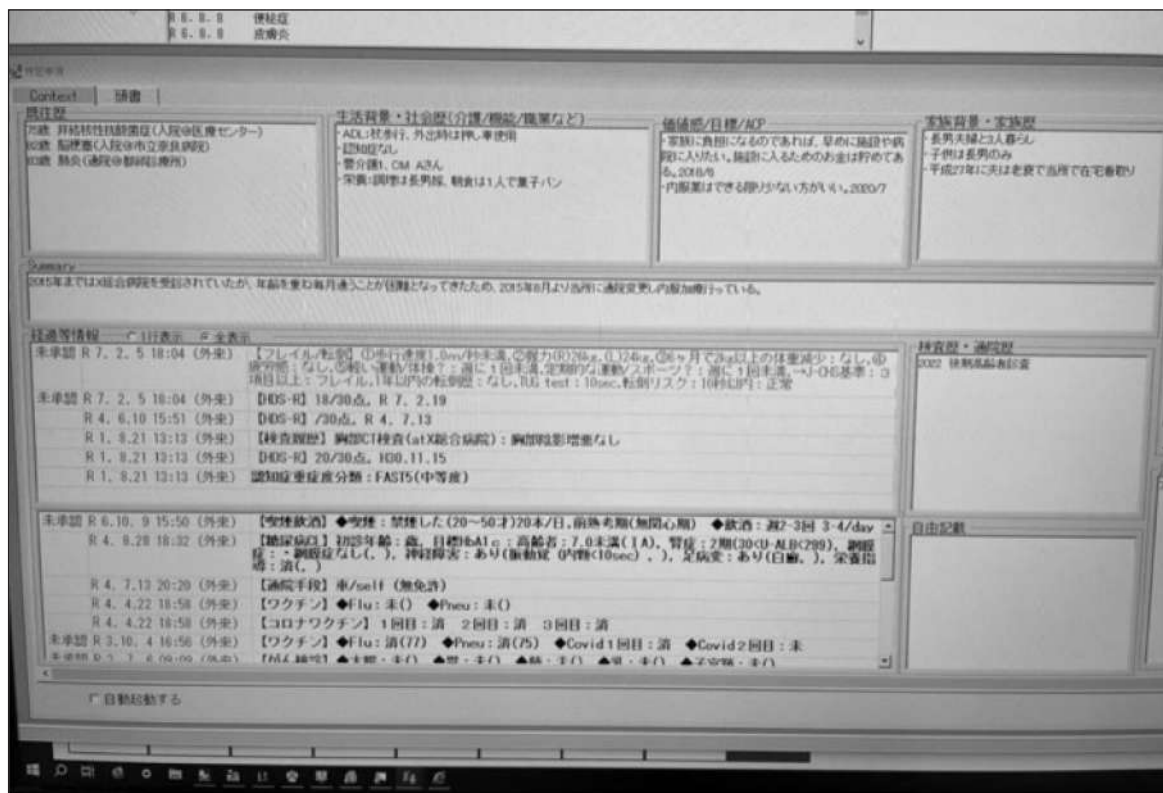


図3 都祁診療所の診察室 Sub モニター一面に表示される包括的な患者情報

Step 3: 地域の健康リソースを活かす

フレイルが日常診療に入りにくい3つ目の理由として、「制度におけるインセンティブの欠如」を挙げる。冒頭でも述べたが、現行の診療報酬制度においては、フレイル評価および介入に対する診療報酬が存在しない。しかし、2024年度に生活習慣療養管理加算が強化されたように、メタボ領域では栄養指導や運動指導に対する評価が見直されつつある。また、「社会的処方」という概念も徐々に広まりつつある¹²⁾。将来的には、フレイルへの介入が正式に診療報酬として評価される時代が到来する可能性もあるが、ここでは、現行制度の中で実践可能な現実的フレイル介入のポイントを3点紹介する。

(1) 介護保険制度の全体像を理解する

我々医療者にとって身近な介護保険関連業務といえば、主治医意見書の記載や訪問・通所サービスの利用などの「介護給付」領域が中心であるが、介護保険制度には「介護給付」と並んで「介護予防」と「総合事業」の領域もあることをご存知だろうか。「総合事業」(介護予防・日常生活

支援総合事業)は、要支援者およびその手前の高齢者全てが利用可能な制度であり、地域のボランティア、NPO、民間企業、協同組合など多様な主体によるサービス提供が行われている¹³⁾。この制度を理解し、活用することが現実的な対策となる(図4)。

(2) 「通いの場」につなげる

総合事業の中で重要なキーワードが「通いの場」である。「通いの場」とは、年齢や心身の状態によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも参加でき、介護予防などを目的とした活動を行う場と定義されている¹³⁾。運営主体や場所、活動内容には制限がなく、地域によって多様な取り組みが行われている。体操や運動をはじめ、料理教室やグラウンド・ゴルフといった趣味活動、耕作放棄地を活用した農作業、スマホ教室などの生涯学習、子ども食堂との連携による多世代交流、就労的活動など、地域の特色を生かした取り組みが見られる¹³⁾。患者が住んでいるエリアにどのような「通いの場」が存在するかを把握し、診療中に個々の患者に合わせた提案を

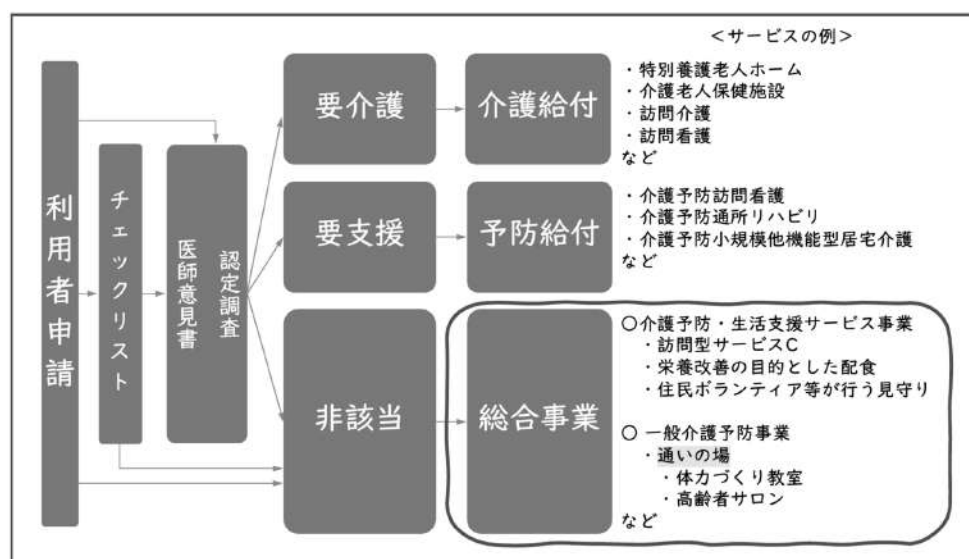


図4 介護サービス利用の手続き
〔厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」¹⁴⁾を参考に筆者作成〕

地区	名称	開催場所	開催月	対象者
荻	荻町なかよしサロン	荻公民館	6、7、10、11	地域の79歳以上
小倉	小倉ふれあいサロン	小倉ふれあいホール	4、6、9、11	地域の80歳以上
小山戸	都祁小山戸ふれあいサロン	小山戸公民館・福祉センター	6、7、11、12	地域の65歳以上
甲岡	甲岡ふれあいサロン	都祁すずらん苑コミュニティー	6、7、11、12	地域の65歳以上
こぶしヶ丘	カラオケ会（仮）	こぶしが丘集会場	不定期	
こぶしヶ丘	こぶしが丘いきいきサロン	吐山公民館こぶしが丘集会場	6、7、11、12	地域の65歳以上
下深川	下深川ふれあいサロン	下深川交流センター	6、8、10、11	地域の75歳以上
白石	白石町誤えんナラン体操	白石町古市場集会所	毎週火曜8:00～	地域住民
白石	南白石さざなみ会	南白石ふれあいセンター	4、7、9、11	地域の65歳以上
白石	北白石やまぶき会	白石北分館	8月と1月以外開	地域の高齢者

図5 通いの場リストの1例

行うことができれば、それがすなわちフレイル介入であろう。

(3) 地元の「地域包括」と仲良くなる

これらの情報を得るためには、最寄りの「地域包括支援センター」と連携を深めることが必要である。地域包括支援センターの職員は、この領域のプロフェッショナルであり、多くの制度知識と実務経験、ノウハウを有している。医療者側から積極的に一歩踏み出し、地域包括の職員に声をかけるべきである。きっと積極的に「総合事業」や「通いの場」などに関する情報提供をしてくれるだろう(図5)。

それぞれの強みを生かした Next Step

私たちの診療所は、常勤の総合診療専門研修プログラムの専攻医と診療看護師(NP)が在籍しており、比較的人的資源が豊富である。このことを活かして、現在、以下のことに取り組んでいる。

- 地域医療振興協会のネットワークを利用したオンライン栄養指導外来の開始。
- NP外来の中にフレイル外来(フレイル基準の正式な評価から総合事業を活用した介入までをNP主導で実施)を開始。

最後に

プライマリ・ケア診療所におけるフレイル患者への対応は、構造的・制度的にチャレンジングな業務であると言わざるを得ない。しかしながら、目の前の患者さんが5年後、10年後に要介護状態に至る状況を少しでも防ぐために、今、我々ができる活動であることは間違いない。それぞれの現場で知恵を絞り、試行錯誤を繰り返しながら共に前進していけたらと思う。

参考文献

- 1) 奈良市Webサイト, 奈良市の人口. <https://www.city.nara.lg.jp/soshiki/7/150603.html>(accessed 2025 Apr 30)
- 2) 日本医師会Webサイト, 地域医療情報システム. <https://jmap.jp/>(accessed 2025 Apr 30)
- 3) 厚生労働省Webサイト, 地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf(accessed 2025 Apr 30)
- 4) 厚生労働省, 健康日本21(第三次)令和五年五月三十一日. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33414.html(accessed 2025 Apr 30)
- 5) Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al: Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(3): M146-M156.
- 6) Shimada H, Makizako H, Doi T, et al: Combined Prevalence of Frailty and Mild Cognitive Impairment in a Population of Elderly Japanese People. J Am Med Dir Assoc 2013; 14: 518-524.
- 7) 日本老年医学会, フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント, 平成26年5月. https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf(accessed 2025 Apr 30)
- 8) 竹内寛貴, 井手一茂, 林尊弘, 他:高齢者の社会参加とフレイルとの関連:JAGES2016-2019縦断研究. 日本公衆衛生雑誌 2023; 70(9): 529-543.
- 9) Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, et al: Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. Br J Gen Pract 2019; 69(678): e61-e69.
- 10) フレイル予防啓発に関する有識者委員会, フレイル予防の ポピュレーションアプローチに関する声明と提言, 2022年12月. https://www.frail-yobo.jp/wp-content/uploads/フレイル予防_声明と提言.pdf(accessed 2025 Apr 30)
- 11) Satake S, Arai H: The revised Japanese version of the Cardiovascular Health Study criteria (revised J-CHS criteria). Geriatr Gerontol Int 2020; 20(10): 992-993.
- 12) 内閣府, 経済財政運営と改革の基本方針 2020～危機の克服, そして新しい未来へ～, 令和2年7月. https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2020/2020_basicpolicies_ja.pdf(accessed 2025 Apr 30)
- 13) 厚生労働省, 通いの場の課題解決に向けたマニュアル Ver.1, 令和6年3月.<https://www.mhlw.go.jp/content/001244024.pdf>(accessed 2025 Apr 30)
- 14) 厚生労働省老健局振興課, 介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン(概要). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088276.pdf>(accessed 2025 Apr 30)

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

抄録

我が国の高齢化は諸外国よりも進んでおり、心不全パンデミックと呼ばれている。心不全患者は認知機能低下やフレイルのリスクが高く、その予防と生活の質を考慮した治療が必要となる。心不全患者はフレイル・サルコペニアから要介護状態となり、心臓カヘキシアに陥るため栄養状態に注意する必要もある。生活活動度に応じた四肢骨格筋のリハビリ、栄養管理、社会ネットワークとのつながりを看護師、栄養師、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカーなどを含めた多職種で行う。

循環器疾患を有する高齢者は フレイルのリスクが高い フレイルやマルチモビディティを 参考に治療戦略を立てる

高齢者心不全は、器質的異常はあるが無症候のステージBの段階から徐々に進行し、心不全症状が出現するステージCの段階ではフレイルや認知機能が低下し始める。心不全の増悪と寛解を繰り返しながら治療抵抗性となるステージDの段階では、サルコペニア、カヘキシア、低栄養が進行し、要介護状態や死に至る。心不全とフレイルの悪循環を予防し、生活の質を維持できる時間を多くすることが重要である。高齢心不全患者の併存疾患では、認知機能や腎機能障害の割合が増加し、糖尿病や脂質異常症といった代謝疾患の割合が低下することに注意が必要である。

フレイルの評価はリスクの層別化、 治療方針の決定でも重要

東京都健康長寿医療センターでは、地域包括システムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21スコア)を使用して入院患者の評価をしている。これは、高齢者の「認知機能」と「生活機能」を評価し、認知症の検出および重症度を判断するためのスケールである(図1)。循環器内科に入院した心不全患者の後ろ向きデータでは、入院時の基本的な生活の質の低下が院内死亡と¹⁾、退院時の手段的な生活の質の低下が退院後の死亡や再入院のリスク増加と関連していた²⁾。すなわち退院する時点で、きちんと薬を飲むことができる、通院を継続できる、買い物に行けるといった手段的な生活を維持できるように環境づくりをしておくことが重要である。

東京都健康長寿医療センターでは2015年にフレイル外来を創設した。現在のところまでのべ3,000名以上の外来通院中の心血管代謝疾患を有する患者が受診している。フレイル外来では、

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日:		年 月 日 (歳)		男・女		独居・同居	
本人以外の情報提供者氏名:		(本人との続柄:		記入者氏名:		(所属・職種:		)	
		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄		
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)			
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる				
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶		
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない	2. とときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶		
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		時間		
4	今日が何月何日かわからないことがありますか	1. まったくない	2. とときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所		
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	道迷		
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ				
7	薬やガスや水道が止まってしまうときに、自分で適切に対応できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決 行動力	問題解決 行動力		
8	一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的能力		
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		買い物		
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		買い物		
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	交通機関		
12	貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理		
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		電話		
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	食事の準備		
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		薬管理		
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 長守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ①	入浴		
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 長守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		着替え		
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 長守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄		
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 長守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	整容		
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 長守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食事		
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 長守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動		

DASC 21: (1~21項目まで)の合計点 点/84点

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント(DASC-21) ©栗田圭一 東京都健康長寿医療センター研究所

図1 地域包括システムにおける認知症アセスメントシート (DASC-21)



図2 東京都健康長寿医療センター フレイル外来 (2015年9月~)

患者の有する疾患の定期的評価の際に、認知機能、フレイル、サルコペニアなども含めて1年ごとに評価している(図2)。片足立ち時間、握力および歩行速度から体力年齢を計算し、リーダーチャートで認知機能の低下を示すことで、運動、栄養、生活および転倒予防の指導も行っている(図3)。

フレイル・サルコペニア、
栄養状態の評価の勧め

フレイルは、J-CHS基準、基本チェックリスト、Clinical Frailty Scaleを用いている。Clinical Frailty ScaleはRookwoodらが作成した見た目のフレイルを評価する指標で、へき地診療所や離

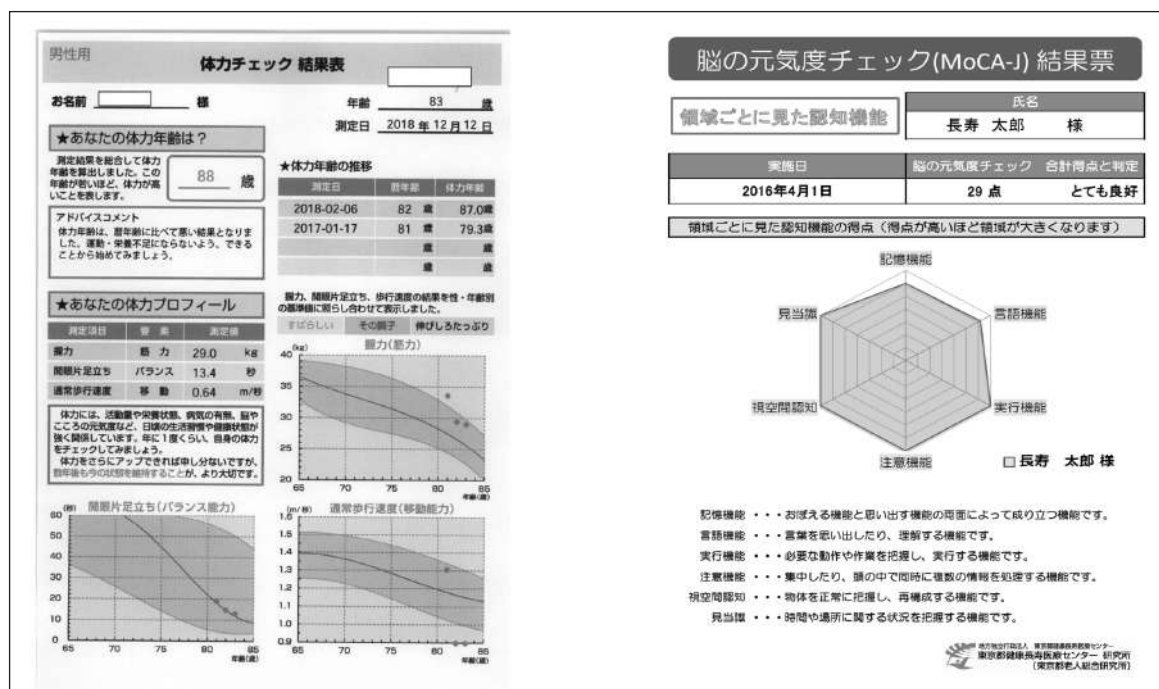


図3 フレイル外来の結果のフィードバック

島診療所といった医療機器の少ない施設でも簡単に評価が可能であるが、フレイルよりも進んだ要介護状態を示す指標として使用されていることと、検査者の主観に依存することが問題である。基本チェックリストは、厚生労働省が作成した要介護度の評価目的で使用するアンケートであり、8点以上をフレイルと評価することが報告されている。基本チェックリストも医療機器の少ない施設でも評価可能な簡便な質問用紙によるフレイル評価方法であるが、患者や家族の主観的な指標であることと、メンタルやソーシャルなフレイルの要素が多い指標となることに注意が必要である。J-CHS基準は、握力低下や歩行速度低下といった比較的客観的な評価項目を含むフレイル評価方法であるが、多忙な日常臨床や小さな診療所では歩行速度の低下の評価が困難な場合も多い。横断歩道を渡り切る速度がカットオフ値の1.0m/sに設定されているようで、「横断歩道を青信号の間に渡り切れることができますか?」といった質問で代用することもできる。歩行速度は運動機能の評価として有用であるが、整形外科的な関節痛やロコモティブシンドロームの影響も受けやすい。握力計は比較的安価に購入可能であり、定期外来通

院で握力を測定していくことは、多忙な日常臨床やへき地診療所の中でフレイルの評価する最も現実的な方法ではないかと考えている。

サルコペニアは、骨格筋の機能に注目した指標である。四肢骨格筋量、歩行速度、握力の評価が必要である。四肢骨格筋量は、DEXA法を用いることが一般的であるが、我が国ではバイオインピーダンス法を用いた四肢骨格筋量の測定が普及している。ジムや健康センターで見かけることが多い機器ではあるが、小さな医療機関では購入困難な場合もあると思われる。アジアのサルコペニア診断ワーキンググループ2019では、四肢骨格筋量の評価なしに、下腿周囲長などを用いて簡単にサルコペニアを評価する方法を推奨しており(図4)³⁾、へき地や離島の診療所においても有用な方法であると思われる。循環器疾患患者においては、下肢浮腫によって下肢骨格筋量の過大評価につながることもあり、注意が必要である。

栄養状態はさまざまな方法で評価されるが、我々はCONUTスコアをよく用いている。リンパ球数、アルブミン値、総コレステロール値といった血液検査上の指標から容易に推測される栄養状態の指標であり、どの医療機関でも評価

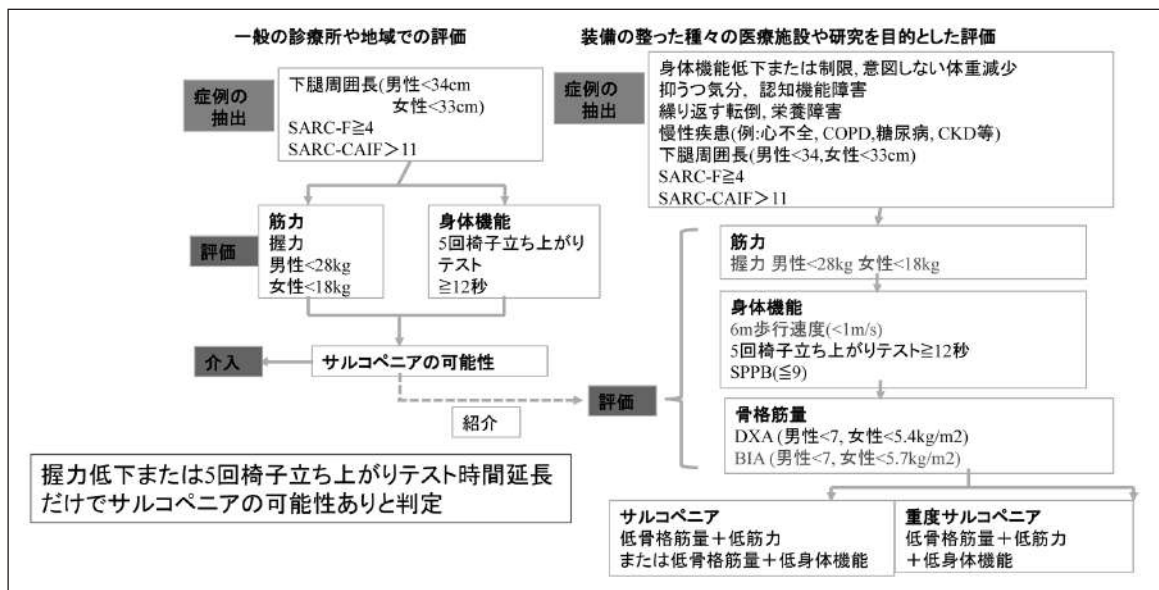


図4 サルコペニアの診断基準 (AWGS2019)

〔文献3〕より引用

が可能であると思われる。我々はリンパ球数が栄養状態を早期に反映する指標であると考えており、循環器疾患患者の集中治療や病棟管理に応用している。そのほか、MNA-SFといわれるBody mass indexとチェック項目からなる栄養評価方法もあり、体液貯留でアルブミン値が低く出やすい、浮腫を認める患者の栄養評価に活用している。

運動や栄養指導の実際: 無理なく続けられるように 医療スタッフ側が対応

循環器疾患を有するフレイルな患者の管理においては、フレイルから要介護状態に進行し不可逆な生活の質の低下に陥らせないことが重要である。フレイルは可逆性のある状態であり、循環器疾患の管理はロバスト(健常)と同様に可能であることが多い。しかし、要介護状態になった時点で、侵襲的な治療を行うかどうかは、個別に判断する必要がある。我々は、重症大動脈弁狭窄症の治療選択において、経カテーテル的に行うか外科的に行うかの判断をフレイルや認知機能を参考に、ハートチームカンファレンスで決定している。経カテーテル的大動脈弁置換術は、要介護状態(Clinical Frailty Scaleにおけ

る)で施行した場合、1年間の死亡率が高いことが報告されている⁴⁾。そのため、侵襲的な治療は要介護状態になる手前のフレイルな状態までで行うように心掛けている。

運動療法については、健常者に勧められるレジスタンストレーニングなどの強度の高い運動はフレイル患者では困難な場合が多い。我々は、「高齢者のための心不全管理手帳」を用いて、心不全管理を行っているが、フレイルの程度に応じて、A, B, Cの3段階に分けて、下肢挙上や椅子からの立ち上がりなどの指導を行っている(図5)。

栄養療法に関しても、入院中に減塩を徹底しても自宅で減塩を維持できなければ、心不全のコントロールも難しくなる。入院中の食事においても、自宅で継続可能な食事内容に設定して、内服薬の調整をしておくことが重要である。筋肉量の減少の予防に、ロイシンの摂取が効果的であると報告されている。ロイシンは魚や乳製品に多いと言われているが、タンパク質やロイシンを高齢者の食事で極端に増やすことは困難な場合が多い。我々は食事にこれらの食材をチョイ足しすることで、筋肉量の低下の抑制に努めている。

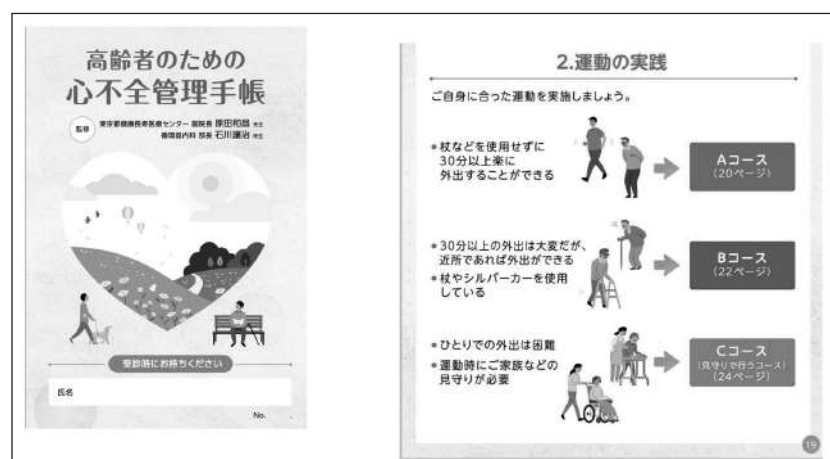


図5 高齢者のための心不全管理手帳

〔小野薬品と共同で作成〕

社会とのつながりの重要性

東京都のような都市部では、独居高齢者が多いことが問題になっている。若い時に地方から都会に移り住んで、子供たちが成長し家から出てしまうと、近所付き合いの少ない都会生活では、独居で要介護状態になることがしばしば認められる。循環器疾患患者における、フレイル・要介護状態での通院困難や自宅での突然死が問題となっている。近年、循環器疾患の終末期を在宅訪問診療で管理する施設が増えてきた。ドブタミンやオピオイドを在宅で投与し、心不全のエンドオブライフを送るケースも増えてきている。我々はソーシャルワーカーを含めた多職種チームで、社会とのつながりを維持しながら循環器疾患治療を継続できるカンファレンスを毎週行っている。また、心不全看護外来を行いながら、フレイルな高齢循環器疾患患者が継続的に受診できるように心がけている。

ポリファーマシーでも 必要な薬は継続する 単純化や合剤でアドヒアランス向上を

フレイルで併存疾患を有する高齢循環器疾患患者では、ポリファーマシーによる薬物有害事象が問題となることがある。心不全患者では、ガイドライン推奨の心保護薬(ファンタスティック4: (1) β 遮断薬、(2) ACEI, ARBまた

はARNI、(3)MRA、(4)SGLT2阻害薬の4剤の組み合わせ)に利尿薬が加わるため必然的にポリファーマシーとなる。我々は週1回金曜日にポリファーマシーカンファを行っている。ポリファーマシー患者における内服薬の減量で診療報酬が取れるようになったが、循環器薬は生命に直結する薬であり、不利益が利益を超えない限りはフレイルや要介護状態であっても継続することが多い。ポリファーマシー対策は、薬剤数を減らすことが目的ではなく、生命の維持に必要な薬剤を継続するために、アドヒアランスを下げ薬物相互作用を来す可能性がある不要な薬物を減量することが目的であると考えている。内服回数の単純化や合剤の使用は、服薬アドヒアランスを上げる上で重要である。

高齢循環器疾患においても死亡や心血管イベントの抑制が重要であり、積極的に治療介入することで(内服薬を加えていくことで)再入院を予防し、生活の質も維持できる。すなわち、循環器疾患や併存疾患の良好な管理がフレイル進行の予防となる。しかし、フレイルから要介護状態になった時点で、治療の目的や優先順位を考えていくことも重要となる。その段階では、どの順番で治療をやめていくのかということも検討する必要がある。終末期における血圧低下や腎機能障害が理由で、心保護薬の中止がなされる場合が多いが、これらの心保護薬の中止は死亡率や再入院率の増加につながるため、十分なインフォームドコンセントのもとに行わ

れるべきである。

おわりに

併存疾患を有する循環器フレイル患者への我々の対応を紹介した。フレイルやサルコペニアの評価は、我々が日常診療の中で感覚的に行っており、要介護患者に対する治療継続の有無はエビデンスのない部分が多い。生活の質低下の原因や状態は患者ごとに大きく異なり、個別に判断されるべき事柄であるため、多職種と連携しながら患者および家族との同意のもとで進められていくべきことを記載した。

参考文献

- 1) Shimizu R, Ishikawa J, Jyubishi C, et al: The DASC-21 score and the risk of in-hospital death in elderly patients with heart failure. *Geriatr Gerontol Int* 2024; 24(6): 546-553.
- 2) Shimizu R, Ishikawa J, Jyubishi C, et al: DASC-21 score and risk of rehospitalization and all-cause mortality after discharge in older patients with heart failure. *Geriatr Gerontol Int* 2024; 24(11): 1130-1136.
- 3) Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al: Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc* 2020; 21(3): 300-307.e2.
- 4) Shimura T, Yamamoto M, Kano S, Kagase A, Kodama A, Koyama Y, Tsuchikane E, Suzuki T, Otsuka T, Kohsaka S, et al: Impact of the Clinical Frailty Scale on Outcomes After Transcatheter Aortic Valve Replacement. *Circulation* 2017; 135(21): 2013-2024.

診療所が取り組む 地域包括診療とフレイル予防

野村医院 院長 野村和至

抄録

高齢化の進行に伴い、診療所によるフレイル予防の重要性が高まっている。当院では地域包括診療の枠組みを活用し、外来CGA(高齢者総合的機能評価)となる個別評価プログラムを開発し、栄養・運動指導を中心に介護予防につながる介入を実施している。さらにICTを活用した多職種連携を推進し、医療・介護の効率的な統合的実践を目指している。これからの診療所には地域包括ケアのハブとして、住民が安心して生活できる支援体制への参加が求められている。

特集

はじめに: 「治す」から「治し支える」医療へ

わが国の高齢化率は29%に達し、75歳以上人口は2050年にピークを迎えるものの、若年・生産年齢人口の減少に伴い、高齢化率はその後も上昇すると推定されている。

高齢者同士が支え合う社会構造では、行政を含めた地域全体で医療リテラシーを向上させ、その前提となるフレイル予防に取り組み、共助の仕組みを構築することが喫緊の課題となる。さらに医療現場では、高齢者の治療目標を疾患のみに置くのではなく、フレイル評価を通じて高齢者特有の課題を整理し、個人のWell-beingを踏まえた目標設定が求められるようになるはずである。

外来CGAとしてのフレイル

CGA(Comprehensive Geriatric Assessment: 高齢者総合的機能評価)は、老年医学の根幹と

なる評価手法であり、疾患の評価に加えて、日常生活活動度(ADL)、手段的ADL(IADL)、認知機能、気分・意欲・生活の質(QOL)、社会的背景等を系統的に評価し、個々の高齢者の状態に最適な診療やケアを提供することを目的としている。1930年代に英国のMarjory Warrenが確立した多職種協働の診療モデルであり、その後入院高齢者を中心に死亡率低下やQOLの改善、自立生活の維持率向上などのエビデンスが豊富に報告されている¹⁾。

一方、外来通院患者を対象に2年間追跡したCGA介入研究では、手段的ADL、社会的活動度、生活満足度、認知機能には改善がみられたものの、基本的ADL、生存率、全体的健康状態には有意な改善が認められなかった²⁾。私自身が外来でCGAを実施した際も同様の印象を得た。

これは、外来通院患者の多くで基本的な健康状態が既に保たれているためと考えられる。したがって、より健康度の高い高齢者を対象とした一歩踏み込んだ評価が必要である。その健康状態が損なわれやすい要素を整理したものが現

表1 地域包括診療の算定要件（抜粋）

区分	算定要件のポイント
点数	地域包括診療料1：1,660点／月 地域包括診療料2：1,600点／月
患者要件	脂質異常症・高血圧症・糖尿病・慢性心不全・慢性腎臓病・認知症のうち2疾病以上
医療機関の施設基準	● 許可病床200床未満の病院または診療所 ● 担当医は慢性疾患の適切な研修を修了 ● 往診・訪問診療を提供可能（連携も可）
診療内容要件	● 患者の同意を得て計画的医学管理を実施 ● 服薬・処方薬を一元管理し処方情報を診療録へ記載 ● 他院受診状況を把握し必要時紹介・情報共有
24時間対応	● 夜間休日の電話等問い合わせ窓口を明示 ● 連絡時は往診・外来受診の指示等を速やかに実施
健康増進・介護連携	● 健診・検診の受診勧奨と結果管理 ● 必要に応じて主治医意見書を作成 ● 介護支援専門員等からの相談に対応
加算・包括範囲	再診料の各種加算、処方料・処方箋料、在宅時医学総合管理料など多くの管理料・在宅料、急性増悪時の小規模検査（550点未満）は包括

*備考：本算定とは別に認知症地域包括診療料あり（処方に関する条件あり）。

在のフレイル評価であり、これを活用して最適な診療やケアを提供することが外来版CGAになると考えられる。

地域包括診療とフレイル

前述の通り、かかりつけの高齢者に対するフレイル評価は有効であると考えられるが、診療報酬を得られる内容ではないため、どの患者にどのように実施するかは実際には困難を伴う。また、フレイル評価は一度の測定で判断するよりも、経時的な変化を追う方が個々の変化を把握しやすいと考える。

老年医学を実地医家が診療に生かす方法はないかと考えていたところ、地域包括診療を行うことで収益にもつながり、フレイル評価を継続して行うことが可能であると判断した。地域包括診療は、要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるようにすることを目標とし、地域包括ケアシステムの主治医機能を評価する項目として2014年の診療報酬改定で新設された。その要件を表1に示す。緊急時の対応を除けば、その本質は介護予防、健康増進、

服薬管理にあり、複数の慢性疾患を有する患者や認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する仕組みと位置付けられている。

そこで当院では2017年、死亡や要介護に至る主な原因疾患の予防とフレイル対策を組み合わせたプログラムを作成し、地域包括診療外来を開始した（表2）。プログラムは、通常診療で検査がないときに重要度の高い項目から外来ごとに少しずつ進めることでスタッフの負担を抑えている。この方法で、外来診療から訪問診療へ移行する過程にある方や、休日・夜間の受診で困難を経験した方、不安の強い方など、常時20～30名程度を対象に管理している。

実際に外来診療で身体計測を続けてみると、体重が増えても腹囲のみが増加していたり、体重が変わらなくても握力や歩行速度が低下していたりする変化が確認でき、それぞれに栄養指導や運動指導などの介入を行うことができていた。ただし、加齢という不可逆的な変化に抗う取り組みであるため、必ずしも改善だけを目的とするものではない。あくまで患者の生活指導のきっかけとし、その過程を評価しながら意欲を高める声掛けを心掛けている。

表2 当院の地域包括診療プログラム（ワクチン以外は包括）

項目	実施項目・ツール	主な目的・活用ポイント	実施タイミング
フレイル関連の身体検査	・身長、体重、BMI、腹囲、下腿周囲長、握力、5回椅子立ち上がりテスト、通常歩行速度（4m）、簡易転倒スコア3)	筋力・バランス低下の早期把握／個別の栄養・運動指導の立案	6ヵ月ごと
骨密度検査	・DXA法	骨粗鬆症・転倒骨折リスク評価／治療方針決定	年1回（状況により短縮）
認知機能・うつ評価	・MMSE・HDS-R（認知症がない場合にはMoCA）、GDS-15	認知症の早期発見、高齢者うつのスクリーニング→服薬管理・社会的処方へ反映	年1回（状況により短縮）
ADL/介護負担評価	・介護の手間・頻度、主治医意見書調査シート	介護体制の適正確認／主治医意見書作成の参考資料	要介護区分変更、更新時
ワクチン接種管理	・肺炎球菌・インフルエンザ・COVID-19・带状疱疹ほか接種歴チェック	予防接種の漏れ防止／合併症・重症化リスク低減	適宜確認
医療介護専用SNS	・メディカルケアステーション(MCS)	家族・多職種間での迅速な情報共有や連携／急病時のオンライン診療	随時
頓用薬セット	・解熱鎮痛薬・下剤・鎮静薬などを患者別にキット化	軽症急変時のセルフマネジメント支援／夜間往診の抑制	初期導入＋更新時

後期高齢者健診質問票 (QMCOOスコア)とフレイル

もちろん地域包括診療外来からフレイルチェックを行っていくことが望ましいが、そうでない場合でも2020年から始まった後期高齢者健診の質問票からフレイルを推定し、アプローチを行うことが可能である。表3に示すとおり、喫煙を除く各項目はフレイルと密接に関連しており、質問票として質が高い。Yakabeらは、介護認定のない65歳以上の地域住民7,605人（平均年齢77.4±6.9歳）を対象とした横断研究で、QMCOOスコアが4点以上でフレイル、3点以上でプレフレイルと判定する方法が最も正診率が高いと報告している⁴⁾。

このような貴重なデータを受診者へ還元すべきとの考えから、板橋区と医師会の協議により、2024年から質問票を受診者に返却することになった。さらに2025年からは、各質問票とフレイルとの関連を示すとともに、項目別の相談窓口を明示した⁵⁾。これにより地域全体がフレイルに関心を持ち、自ら地域資源を活用する、ある

いはかかりつけ医による社会的処方を通じて対応する取り組みが始まっている。

住居環境とフレイル

診療所では、患者の訴えと所見から疾患を判別し治療を開始するのが一般的だが、訪問診療を行うと、症状の原因が住居環境そのものにあることを経験することが少なくない。例えば、転びやすい動線や床が冷たい、部屋が寒いといった環境が神経痛や腰痛を悪化させているケースである。逆に、施設入所や入院によって環境が変わることで症状が急速に改善する例も多い。

伊藤らは地域在住高齢者を対象とした横断研究で、多変量解析の結果、冬季の居間床近傍室温が温暖群（18℃以上）の場合、寒冷群（12℃未満）に比べ年1回以上の転倒リスクが約半分になると報告している⁶⁾。さらに、コタツを使用しない、脱衣所を暖房するといった生活環境を持つ高齢者では、座位行動時間が短く頻繁に中断し、身体活動量も多いことが示された⁷⁾。このよ

表3 後期高齢者健診質問票とフレイルとの関連

類型名	No	質問文	回答	多面的フレイル
健康状態	6	あなたの健康状態はいかがですか	あまりよくない	うつ、ADL・QOL
心の健康	7	毎日の生活に満足していますか	やや不満	低下、疼痛、疾患
食習慣	8	1日3食きちんと食べていますか	いいえ	低栄養
口腔機能	9	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	低栄養、
	10	お茶や汁物などでむせることはありますか	はい	オーラルフレイル
体重変化	11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	低栄養
運動・転倒	12	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	身体的フレイル
	13	この1年間に転んだことがありますか	はい	サルコペニア
	14	ウォーキングなどの運動を週1回以上していますか	いいえ	転倒リスク
認知機能	15	周りの人からいつも同じことを聞くなどのもの忘れがあるとされていますか	はい	精神的フレイル
	16	今日は何月何日かわからないときがありますか	はい	
喫煙	17	あなたはたばこを吸いますか	はい	
社会参加	18	週に1回以上は外出していますか	いいえ	社会的フレイル
	19	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	いいえ	
ソーシャルサポート	20	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	いいえ	

〔東京都健康長寿医療センター フレイル予防センター改変〕

表4 医療介護専用 SNS ツールのメリット

1	多職種間で同じ病院で働いているかのように情報を一元管理でき、意識共有がスムーズになる（特に看取り期・急病時に有用）
2	各職種が自分の空き時間に情報を確認できるため、急ぎでない確認事項の電話連絡（外来診療中など）が減る
3	患者情報を事前に入力しておけば、外出中でも正確な判断とオンライン診療が可能
4	外来中などで即時対応できない場合でも、訪問看護に訪問を依頼し必要な検査やオンライン診療で対応できる（例：発熱時の COVID-19・インフルエンザ抗原検査）

うに室温や断熱などの住居環境は要介護やフレイルリスクと密接に関連することが数多く報告されている。

このように、今後の疾患管理やフレイル対策において、住居環境は重要なキーポイントとなり得る。筆者らは以前、オンライン診療を活用した高齢者の住居環境機能評価を取りまとめて公開している⁸⁾。

医療介護専用SNSツールを用いた
多職種連携

当院では、訪問診療・地域包括診療を受けている患者に限り、医療介護専用SNSツール「メディカルケアステーション(MCS)」を用い、多職種やご家族と患者の生活状況、内服状況、疾

患の変化などを共有し、必要に応じて助言や診療を行っている(図1)。

一見、業務負担が増えるように思われるが、表4に示すとおりメリットは大きく、今では、本ツールが導入されていない一部施設で不便さを強く感じるようになった。さらに訪問診療では、2024年診療報酬改定により、ICTを活用し医療関係職種間で情報共有・計画的医学管理を行った場合、在宅医療情報連携加算100点を算定できるようになった。

表4に挙げた以外にも、本システムには多職種用タグとは別に家族用タグがあり、遠方に住む家族や外来に同行できない家族への病状報告・説明に活用している。この過程で、診療中には聞けなかったような不安や意見が寄せられることがあると実感している。対応の手間は確

図1 メディカルケアステーション (MCS) を用いた多職種連携の1例

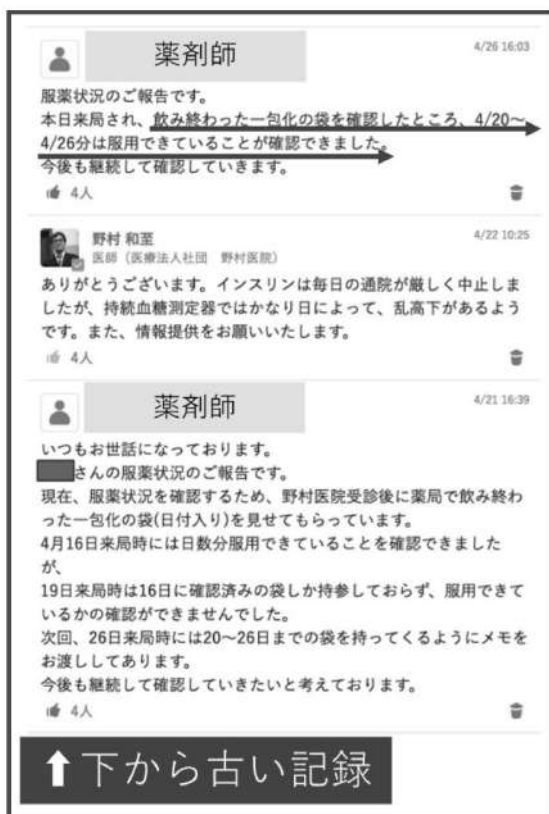


図1-1

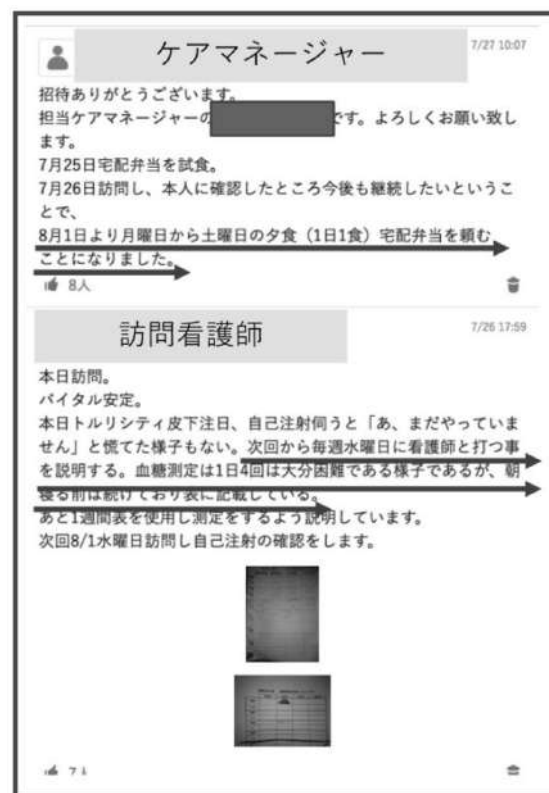


図1-3

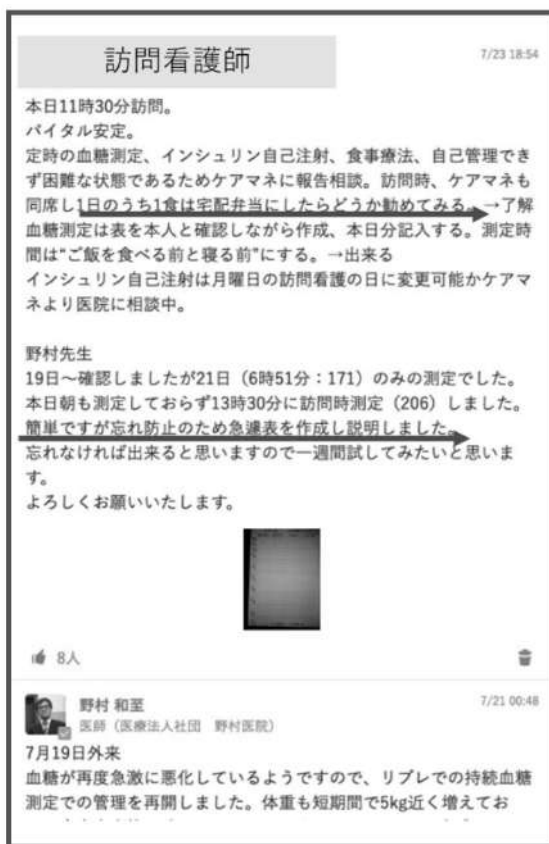


図1-2

かに増えるが、それは一時的であり、長期的には患者家族との意思疎通を確立し診療満足度を高めることで、急病時や看取り期における信頼関係に大きな価値をもたらすと考えている。

なお、SNSの利用やオンライン診療を行う際は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(第6.0版, 令和5年5月)」および「オンライン診療の適切な実施に関する指針(平成30年3月, 令和5年3月一部改訂)」に準拠する必要がある。

おわりに

当院では新型コロナウイルス感染症流行前まで、フレイルや介護予防を目的にかかりつけ患者を集めて健康教室を繰り返し開催してきた。しかし、参加者は積極的で比較的健康な一部の方に限られるという課題があった。真に医療につながってほしいのは、社会的に孤立し医療から距離を置いている方々である。こうした方々の一部であっても、後期高齢者健診や運転免

表5 大切な方の死に際する家族の心残りアンケート結果

話す・会う・何かできたのでは（28.8％）	・もっとやってあげられる事があったのではないかと ・伝えたいことがまだあった
やり残したことがある（5.1％）	・一緒に旅行に行く約束を果たせなかった
家族・親孝行（3.4％）	・子供を見せてあげたかった ・孫を見せてあげられなかった
看取れなかった（5.9％）	・最後に会えなかった
コロナが理由で会えない（7.6％）	・コロナで会えないまま一人で逝かせてしまったこと ・コロナで自由に（1回も）見舞いすることができなかった
最後の場所（家族の希望）（0.8％）	・住み慣れた場所で最後まで生活させてあげたかった ・人生を自宅で終わらせたかった
治療（3.4％）	・DNRを取っていなかったため急変に際し挿管されたが、同席した家族より「苦しそうで見ていられなかった」と聞かされ、かえって苦しめてしまったのではないかと
治療・最後の場所の選択（本人）（2.5％）	・高齢の父が手術を受けたために亡くなった。本人は受けたくないと言っていたので、受けさせなければよかった ・延命を望まないが退院できるまでとつらい治療を受けさせたこと
達成感（2.5％）	・最後は納得の最後でした ・最後まで介護できました

※表中の％は各カテゴリーに該当する回答をした回答者の全体に占める割合
（板橋区医師会：板橋区住民まつりアンケート（2023年）より）

許更新時の検査などの社会的ツールをスクリーニング手段として活用し、早期に対応できればと考えている。

当初はフレイル予防のために「1日5,000歩以上歩き、十分な蛋白質を摂取してください」と伝えていた。しかし、啓発だけでは行動変容には至らず、まず意欲や責任感が芽生え、その目的達成の手段として「食べる・動く」が選択される形が望ましいと考えるようになった。そのため、高齢者医療では冒頭で述べたWell-beingの概念こそが、我々が共に目指す目標である。その達成には、身体機能、人的交流、責任感(使命感)がキーワードになると考える。

また、地域包括診療でも人生会議(ACP)の重要性を認識し導入を検討したが、試行錯誤を重ねるうちに、ACPはツールではなく日常的なコミュニケーションそのものだと考えるようになった。表5に示す「大切な方の死に際しての家族の心残り」に関するアンケートは、日々のコミュニケーションの重要性を再認識させる。

今後、患者に十分な医療・介護のマンパワーや支援を確保することが難しい時代が目前に迫っている。これからの診療所には、地域包括

ケアシステムのハブとして地域と共に共存する姿勢が求められる。

参考文献

1) 長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班, 日本老年医学会, 国立長寿医療研究センター 編:高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024. 南山堂, 2024.

2) Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, et al: Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. J Am Geriatr Soc 2000; 48(1): 8-13.

3) 鳥羽研二, 菊池令子, 岩田安希子, 他:臨床医に役立つ易転倒性発見のための「転倒スコア」. 日医雑誌 2009; 137(11): 2275-2279.

4) Yakabe M, Shibasaki K, Hosoi T, et al: Validation of the questionnaire for medical checkup of old-old (QMC00) score cutoff to diagnose frailty. BMC Geriatr 2023; 23(1): 157.

5) 板橋区:後期高齢者医療健康診査について. <https://www.city.itabashi.tokyo.jp/kenko/kourei/kenshin/1049148/1049149.html>(accessed 2025 May 11)

6) 伊藤真紀, 伊香賀俊治, 小熊祐子, 他:地域在住高齢者における冬季の室温と年間の住宅内の転倒の関連:スマートウェルネス全国調査による横断研究. 日老医誌 2024; 61(2): 218-227.

7) 伊藤真紀, 伊香賀俊治, 小熊祐子, 他:成人における冬季の住宅内の暖房使用と座位行動および身体活動:スマートウェルネス住宅調査による横断研究. 運動疫学研究 2021; 23(1): 45-56.

8) 野村医院:オンライン診療を活用した住宅健康チェックリスト. <https://nomura-clinic.com/地域包括診療外来/>(accessed 2025 May 11)

病院における高齢者診療体制の構築とフレイル予防

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 名誉院長 大内尉義

抄録

高齢者に必要な医療とは、臓器機能と生活機能の両面からアプローチする全人的医療であり、「フレイル」の提唱は、高齢者の生活機能とその障害の把握の重要性を示した。超高齢社会を迎え、全人的医療実践のニーズはさらに高まっているが、組織としての体制を有する病院は少ない。病院での高齢者診療体制として、院内に診療組織を作り活動している虎の門病院高齢者総合診療部と、地域住民への健康サービスに重点をおく鹿児島共済会南風病院の活動という2つのモデルを紹介する。

はじめに

「治す医療から治し支える医療へ」の言葉に象徴されるように、高齢者にとって必要な医療とは、全身の臓器機能、認知機能などの身体機能と生活機能、心のケア、社会環境の整備にまで及ぶ広い視点に立脚する新しい体系の医療であり、これが「全人的医療」の意味である。すなわち、高齢者の医療においては、高齢者の生活機能とその障害の評価、治療、予防が必要であり、臓器別医療と生活機能を診る全人的な診療がお互いに連携し補完しあう医療が重要である。わが国では医療の臓器別専門化がますます進んでいる。現代の医療において高度に専門化した臓器別医療は必須であるが、高齢化の進むわが国においては特に全人的医療を確立することが重要である。全人的医療は、高齢者、特に75歳以上の高齢者を診る場合には不可欠で、この視点がなければ高齢者医療は成り立たないと言っても過言ではない。したがって、高齢者医療に従事する医師は、複数の疾病、生活機能障害を有する高齢者の全体像を的確に把握し、疾病の治

療とともに生活機能障害のコントロールにも、同等あるいはそれ以上の重点を置くべきである。

2014年に日本老年医学会が提唱した「フレイル」の概念¹⁾は、申すまでもなく、臓器別の疾病ではなく、生活機能障害を示す言葉であり、高齢者医療における生活機能障害の把握の重要性を示したことが最も重要な点である。超高齢化を迎えたわが国においては、高齢者に焦点を当てた診療は必須となっており、そのような方向性の診療を個人レベルで行っている医師は少ない。しかし、病院において、組織として高齢者医療を総合的に実践する体制を有する病院は極めて少ないのが現状である。本稿では、このような組織だった高齢者の診療体制のモデルとして、筆者が関わっている、国家公務員共済組合連合会虎の門病院(以下、虎の門病院)における高齢者総合診療部の内容と、鹿児島市の基幹病院である南風病院での活動を紹介したい。

急性期病院における 高齢者の総合診療体制の構築： 虎の門病院の経験

虎の門病院は臓器別専門医療が高度に進んでいる病院として有名であるが、今後、超高齢社会における医療ニーズに対応するためには、高度先端医療と、全人的・包括的な医療がうまくマッチする医療の構築が必要であると考えた。そこで、2013年、筆者が院長として赴任後間もなく、全国に33ある国家公務員共済組合連合会(KKR)傘下の病院の機関誌に「老年医学の視点から虎の門病院を見る」というタイトルの文章(下記)を寄せ、その中でこの構想を述べた²⁾。

虎の門病院をはじめとするKKRの病院では、基本的に臓器別の専門医療が行われています。特に、虎の門病院は全国にさきがけて臓器別の診療体制を整えたことで有名です。しかし、まもなく超高齢社会を迎えるわが国において必要な医療とは、臓器別の専門医療と全人的な総合診療がうまくマッチする医療であり、どちらが欠けても今後の医療は成り立たないと考えられます。臓器別の診療科ではそれぞれの科でその臓器のみの診療が行われがちで、多臓器に障害を有する高齢者の場合、いわゆる“たらいまわし”診療になることが残念ながら少なくないのです。このような診療の一番の問題点は、患者さん全体としての健康に結果的に誰も責任を持たない(持てない)ことにあります。もちろん、医学・医療の進歩に伴い、臓器別の専門医の役割は今後ますます重要になります。と同時に、臓器別の診療では対応できない、転倒、誤嚥、あるいは原因のはっきりしない食欲の低下や筋肉の衰え(いわゆる虚弱frailty)などを訴える患者が今後急増すると考えられ、このような総合的アプローチを行う体制の整備が必要になると考えています。

実は、虎の門病院における、このような高齢者の総合診療体制の構想は筆者が初めてではない。東京大学第三内科を率い、1962年に全国で初めて東京大学に老人科(現 老年病科)を開設した沖中重雄教授は、高齢化を迎える将来のわが

国に必要な医療は、臓器別の高度医療と高齢者の全人的医療がお互いに補完しあう医療であることを当時から認識していた。そこで第2代院長として赴任した虎の門病院において、全国に先駆けて内科、外科の臓器別再編を行うとともに、組織作りには至らなかったが、高齢者の全人的医療の必要性を提唱していたのである。

筆者が構想の実現に向けてまず行ったことは、虎の門病院の入院患者の年齢調査である。当時のデータでは、既に半数以上が65歳以上で、75歳以上の入院患者は30%近くに及ぶということが分かり、このような構想の潜在的ニーズは高いことを確信した上で、院内で種々協議し、2015年に病院の正式な診療部として「高齢者総合診療部」の設立にこぎつけた。

その理念としては、「虎の門病院の臓器別高度診療体制に、老年症候群への対応、生活機能の保持などに向けて、多職種で行う高齢者の総合診療を加えることにより、超高齢社会に求められる医療モデルを虎の門病院で実現する」ということを掲げた。これは、一つの診療科ではなく、院内横断的な診療機能を有する医療チーム、医師、看護師だけでなく、薬剤師、栄養士、心理士、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの多職種から成るのが特徴である。

具体的な業務としては、高齢者の総合機能評価、薬物療法コンサルテーション(ポリファーマシー対策)、栄養評価、リハビリの計画、認知症・せん妄対策、外科手術を受ける高齢患者の術前評価と術後管理への参画などがあげられる。高齢者の救急にも関わり、また、高齢者の転倒・転落、薬物有害事象の防止といった医療安全に貢献し、さらに緩和ケア診療部と連携した緩和ケア・終末期ケア、退院支援など地域医療や介護との連携が主なものとしてあげられる。すなわち、入院ベッドは持たず、高齢入院患者をターゲットとしたこれらの活動を横断的に幅広く行う組織と位置付けた。現在、専任医師1名(老年病専門医、認知症専門医)、兼任医師6名(内科、精神科、リハビリ科)、看護師3名(老人看護専門看護師を含む)、薬剤師1名、栄養士2名、心理士2名、理学療法士1名、ソー

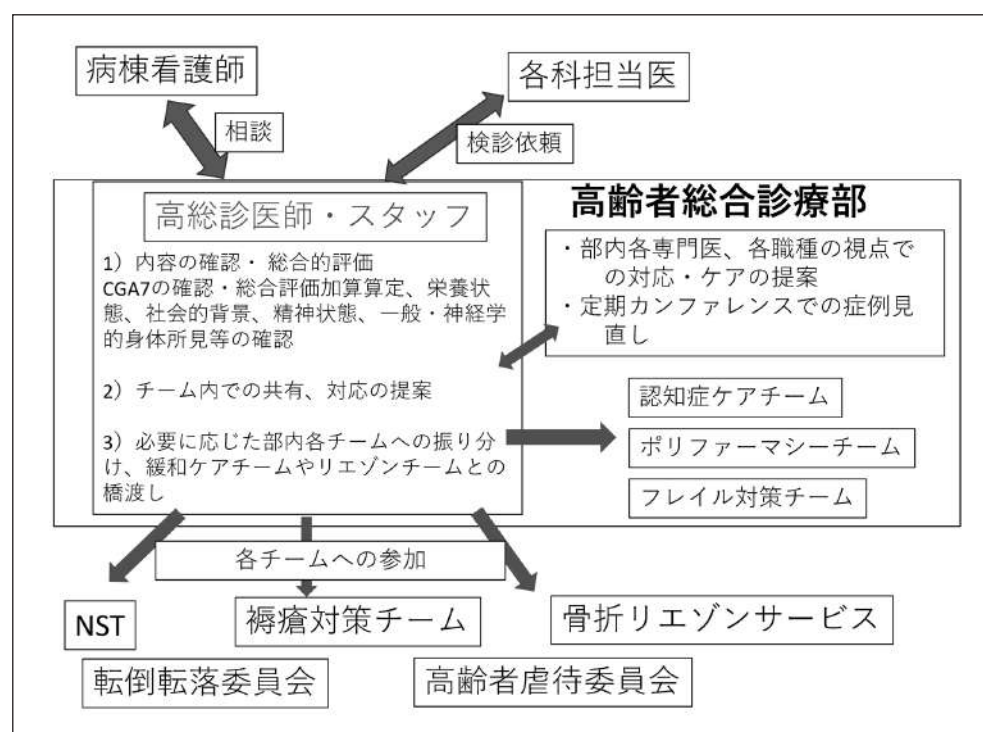


図1 虎の門病院高齢者総合診療部（高総診）の全体のスキーム [廣瀬大輔高総診医長作成]

シャルワーカー2名、事務職員1名から成るスタッフにより構成されている。図1に組織全体のスキームを示す。

このような高齢者の専門医療チームの効果については、1984年に、カリフォルニア大学老年医学のRubensteinらにより、多職種の専門医療チームが高齢入院患者の診療に横断的に関わると、入院患者の①死亡が減る、②自宅退院が増え施設の入所が減る、③Activities of Daily Living(ADL)、Instrumental ADL(IADL)が改善し幸福感が増す、④医療・介護のコストが減ることが報告³⁾されており、高齢社会における病院機能を支えるインフラ組織となり得ることが実証されている。

同診療部が特に力を入れてきた活動は認知症ケア、フレイル予防、ポリファーマシー対策であり、それぞれ部内で専門チームを作って対応している。このうち、認知症ケアについては月100件以上の介入をしており、認知症ケア加算の取得など、一定の成果をあげることができた。しかし、本特集の主題であるフレイル対策のための介入はなかなかうまくいかず、介入できたのは年間数例にしかならなかった。理由は、

フレイル介入にはある程度の時間を要するため、虎の門病院のような急性期病院ではなかなか実施が難しいことがあげられる。2022年度に介入できた4例のデータでは、平均歩行速度には有意な変化は認められなかったが、握力+3kg、Short Physical Performance Battery(SPPB)スコア+2.5点、Clinical Frailty Scale(CFS)-0.25点と介入の効果が認められたが、要した在院日数は18.8日であった。この時の虎の門病院の平均在院日数は10日前後で推移しているので、多数例に介入するのは、やはり慢性期に対応した病棟(または病院)が望ましいことが分かる。それでも急性期病院でフレイル対策を行う意義は、スタッフ、研修医等にフレイル予防の重要性を教育することにあると考えている。また、ポリファーマシー対策についても介入できたのは月2~3件と少なく(2022年度の平均減薬数3.3剤)、これについても在院期間が短い、紹介患者が多いことが考えられ、急性期病院でのポリファーマシー対策による減薬が難しいことを示している。これについても、フレイル対策と同様に、スタッフ、研修医の教育を行うことに意義があると考えている。

同診療部の活動として重要なものに、高齢者機能評価Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)の実施がある。すなわち、65歳以上の入院患者全例に、総合機能評価簡易版CGA7を行い、入院後、老年医学的アプローチが必要な患者に介入する、というものである。さらに、介入が必要な入院患者をピックアップする方法として、看護部では、急性期病院での高齢者看護について、「入院日数の短期化に伴い、高齢者への関わりや配慮が後回しになりやすい状況下で、高度な診療補助と同時に複雑で多様な生活スタイルを持つ高齢者の看護を提供することが求められる」という問題意識のもとに、2021年、各病棟に「高齢者ケアリンクナース」を置き、問題の把握、介入とその結果に関して、全ての看護師が情報を共有する仕組みが作られた。その結果は「当院の看護師が高齢者への理解を深め適切なケアを行うことで、高齢者の治療が安全・安楽に遂行され高齢者の尊厳が守られ、急性期病院である当院においても高齢者への理解の深化、適切なケアの提供ができてつつある」と総括されている。このような高齢者看護の具体的な実践も、同診療部所属の看護師の懸命の活動と看護部からのサポートの結果である。

こうした活動とともに、病棟の医師、看護師からの入院患者に関するコンサルテーション(図1:相談、検診依頼)を年間350~400件受けており、その約65%がせん妄への対処、約15%が認知症あるいは認知症に伴うBehavioral & Psychological Symptoms of Dementia(BPSD)への対処という内容であった。高齢の入院患者に関する現場の病棟での老年科医へのニーズを示すものと解釈している。ただ、同診療部の活動内容が院内に周知されるとともに、フレイル対策、ポリファーマシー、栄養評価などに関するコンサルテーションが増加の傾向を示している。

同診療部では、今後も、高齢者における疾患、老年症候群の治療と高齢者の複合病態の治療に関するエビデンスの構築、「治す医療」から「治し支える医療」へのパラダイム変換のために、臓器機能の評価に生活機能や機能的自立度の評価

を加える手法の確立、さらに医療スタッフの育成などの活動を行う計画であり、同診療部の活動が、全国の基幹病院において、高齢者に包括的な医療を提供する診療機能のモデルになることを期待している。

地域高齢者の健康長寿を支える 基幹病院の取り組み: 南風病院の経緯

この取り組みを行っているのは、鹿児島市にある公益社団法人鹿児島共済会南風病院である。2022年1月、同病院の組織の中に「高齢者・健康長寿医療センター」を開設し、筆者がセンター長を勤めている。

南風病院は1952年に結核専門病院として、鹿児島市の中心部、城山の麓近くに開設され、現在は一般急性期病院として機能し、職員数666名(常勤医師64名)、病床数338床、23診療科を擁する、典型的な地域の基幹病院である。高齢者・健康長寿医療センター構想は2020年11月に始まったが、まず、センターの基本構想に沿って、セミナーなどにより職員の教育を行うとともに、病院が使っていなかった、敷地内の独立した建物のリノベーション工事を行い、コロナ禍の中、運用を開始した。

設立理念であるが、フレイル、ロコモティブ症候群(ロコモ)、認知機能低下等の老年症候群をターゲットにし、それらの基盤となる生活習慣病に対しても、生活機能を重視した総合的な診療およびその予防を行う、というものである。実際の診療内容は、フレイル/サルコペニア、認知症、ロコモ・骨粗鬆症、および生活習慣病に関する外来診療を基軸にし、ポリファーマシー、口腔ケア、排泄障害、睡眠障害などにも対応する。そのためには身体機能の詳しい計測が必要であり、診察ブースのすぐ横に身体計測室を設け、体組成の計測、握力・歩行速度の測定、口腔内チェック、ロコモ度チェックなどが行えるようになっている。外来診療の手順であるが、新患者が来ると、一般的な予診票とともに、基本チェックリスト、オーラルフレイル



図2 2023年度鹿児島市短期集中運動型サービス事業において南風病院高齢者・健康長寿医療センターが行った事業内容

チェックリストに記入していただいた後、先に述べた身体計測と、必要があれば認知機能検査等が看護師等のスタッフによって行われ、それらのデータが全て揃ったところで、診察を行う順序になっていて、フレイル・ロコモチェックのための効率のいい流れの診療を行っている。また、簡易型自記式食事歴法質問票 (Brief-type self-administered Diet History Questionnaire: BDHQ) を使った栄養摂取の評価とアドバイスも行っている。

このようなフレイル/サルコペニア、認知症などの診療とともに、老年医学の成果を地域に還元し、健康長寿社会の構築に貢献するという目的で、患者の来院を診察室で待つ、という従来のスタイルから一歩前進し、病院から地域の住民に対して健康長寿のための実践活動を働きかける、いわゆるアウトリーチ的な仕組みを作った点が特徴である。すなわち、同じフロアにマシンによるサーキット筋肉トレーニング (筋トレ) 室をつくり、希望する地域住民に開放し、研修を受けた看護師、理学療法士等の職員による、会員制の筋トレを行っており、2025年4月末現在、114名の会員が原則週2回の筋トレを行っている。

筋トレの効果に関して、開始時、3ヵ月後、

6ヵ月後の3回評価できた30名 (平均年齢74.6±6.6歳) で得られた解析結果⁴⁾によれば、握力、歩行速度とも、3ヵ月後、6ヵ月後で有意な改善を認めた。この傾向は、男女別、サルコペニアの有無、年齢で層別解析を行ってもおおむね同様であった。トレーニング中に有害事象は認められず、平均年齢75歳という高齢の地域住民を対象としたフレイル対策プログラムの有用性と安全性が確認できたと考えている。6ヵ月までは体組成計による筋肉量 (Skeletal Muscle Mass Index: SMI) には有意な変化は認められず、今後、6ヵ月以降のデータの解析を予定している。なお、このプログラム参加者の意見では、高齢になっても自分の体力が向上するという喜びとともに、新しい仲間との交流を評価する声が多くあがった。すなわち、フレイル予防のために重要な「社会との交流」を進める効果もあることが分かり、医療施設を軸とした、地域住民へのアウトリーチ的な仕組みの有用性が示されたものと考えている。

また、同じフロアに多目的室をつくり、地域住民に開放し、近隣の住民や患者さん同士の情報交換、あるいはセンター主催の講演会、栄養指導、認知症カフェなどの集会所機能を持たせている。このように、病院本体とは独立した

建物を使い、患者の診療にとどまらず、地域住民の健康増進を目的としたプログラムを提供するのが大きな特徴と言える。単に「高齢者医療センター」ではなく、「高齢者・健康長寿医療センター」と命名したのはそのためである。今後は、センターが中心となり、急性期診療機能を有する南風病院本体、鹿児島市医師会、鹿児島県医師会をはじめとする地域の医療機関はもとより、鹿児島市、鹿児島県と連携し、フレイル・ロコモ予防、認知症予防、生活習慣病予防に特化した地域活動を行うことを構想している。実際、鹿児島市から、2023年度「鹿児島市短期集中運動型サービス事業」の事業所に選定された。これは65歳以上で要支援1、2の要介護認定を受けている高齢者を対象に、3ヵ月間、週1回、上記の筋トレを行うとともに、栄養指導、生活指導などを行うものであり、2クールの事業を行った(図2)。今後、さらに、このような事業を自治体とともに進めていくことができれば、と考えている。

おわりに

高齢者の診療体制のモデルとして、筆者が中心となって行っている、虎の門病院高齢者総合診療部と、鹿児島共済会南風病院高齢者・健康長寿医療センターの活動について述べた。フレイルを予防し、健康長寿社会を構築することにより、超高齢社会を明るくプロダクティブなものにしていく上で、今後、医療機関における新しい取り組みがさらに必要になると考えられる。そのために本稿が読者の方々に何らかのヒントとなれば、筆者として望外の喜びである。

参考文献

- 1) 大内尉義、荒井秀典:フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント。2014年5月。
- 2) 大内尉義:連合会病院ニュースレター。2013年9月号。
- 3) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland DG, et al: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984; 311(26): 1664-1670.
- 4) 山元智穂、横山俊一、榎本さつき、大内尉義:地域の基幹病院におけるフレイル対策プログラムの実践とその効果。日老医誌 2024; 61(4): 456-462.

第141回 “診療計画”に関わる事例発生を 未然防止する！

—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、“診療計画”に関わる事例の発生を認めることがある。特に、患者の入院、あるいは外来における検査の実施や治療の開始時などに策定された“診療計画”を、患者の状態に応じて、タイムリーに変更していないことが発生要因となり、患者にさまざまな影響を及ぼす可能性が想定される。

本連載では、これまでに、“診療計画”に関わる内容としては、「薬剤の施設間等情報伝達に関わる事例の防止(第28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(第125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(第126回)」というテーマで、具体的事例から考える未然防止のシステム整備について検討している。

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、“診療計画”の関与はどうなっているだろうか。臨床のさまざまな場面において、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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。

患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリー

に変更していない状況で、医療や、ケアを実施した場合、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、“診療計画”に関わる事例が発生していないだろうか。自施設では、これまでに、“診療計画”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、“診療計画”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないのか?」「なぜ、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないことが、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 of 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。

“診療計画”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¹⁾では、2024年8月中旬現在、キーワード“診療計画”で35件、“診療計画”“医師”で29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、“診療計画”に関わる事例に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“診療計画”“医師”で検索された29件の事例を対象として、検討を実施した。

“診療計画”に関わる事例として、本事業の事例検索²⁾にて検索された事例としては、

「縦隔腫瘍の患者（80歳代、男性）の咳嗽症状が悪化して、顔面浮腫が出現した。エックス線検査で腫瘍の増大を認め、組織診断と治療目的にCTガイド下生検を予定した。検査当日の診療計画は、午前中に入院、午後から検査であった。入院後、咳嗽が激しく、上大静脈症候群の増悪が考えられたが、副腎皮質ホルモン剤の投与で症状は軽快したため、午後CTガイド下生検を実施した。検査後、エックス線検査のための待機中に、急に呼びかけに反応しなくなった。SpO₂は99%で、CO₂ナルコーシスと考えて病棟に戻ると、SpO₂は30%台になったため、バッグバルブマスクで換気しながら胸骨圧迫を開始した。喉頭浮腫が強く気管挿管できず、心肺停止した。院内救命コールにて来棟した職員が気管挿管し、全身管理を実施した。

入院の時点で、呼吸状態に異常があり、急変の可能性があったが、予定通り検査を実施した。その際、他院で処方されている副腎皮質ホルモン剤が未処方であったことが判明した。状態悪化の状況判断が、冷静にできていなかった。検査日が担当医の長期休暇の前で、カンファレンスで検討する余裕がなかった。そのため、今回は通常通り、午前中に入院、午後から検査を実施した

が、縦隔腫瘍が増大傾向の患者に対する適切な判断ではなかったと考える」

「腭頭部癌の患者（70歳代、男性）に対し、初回の化学療法が計画された。外来で、医師は患者に、生検結果、化学療法、疼痛に対する麻薬の処方、今後の見通し、医療連携などの説明を行った。医師は診察時に、当日の化学療法の実施指示を診療録に入力した。この後、薬剤師が服薬指導を行い、外来化学療法治療センターで化学療法が実施され、終了後、患者は帰宅した。治療開始後8日目の朝、患者の家族から、本人は食事がとれず、ふらつきと呼吸苦があり、歩行困難であるとの電話連絡があった。直ちに来院するよう指示し、患者が来院した。脱水による急性腎不全、胆管炎、血液凝固異常の合併にてICUに入室した。治療開始の際に、初回化学療法実施日の血液検査結果を振り返ると、白血球数の上昇、総ビリルビン値の高値を認め、化学療法投与基準を逸脱しており、治療開始前の血液検査結果の見落としが判明した。その後、病状進行による肝不全が悪化し、初回化学療法実施日から21日目に死亡した。

進行膵臓癌に対する初回化学療法で、実施日に、病状、治療方針、化学療法スケジュールと副作用、麻薬導入時の副作用などの説明を実施した。他の患者の予約時間もあり、多重業務の外来診療で、これらを同時に行い、血液検査結果の確認を失念した。通常、検査結果を電子カルテのメイン画面に表示し、化学療法実施を確定しているが、今回はこれを実施していなかった。医師の診察後、薬剤師が服薬指導を実施しているが、薬剤師は実施が確定した患者への説明のみを行い、血液検査結果は未確認であった」
などがある。

このように、臨床現場においては、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないことによって、事例の発生を未然防止することができない状況が発生する可能性が想定される。また、これらの“診療計画”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想定される。

患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していない状況で、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、“診療計画”に関わる事例発生の未然防止対策として、各種ルール・マニュアルの整備、部署内での協働・情報共有、および職員への教育などさまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“診療計画”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¹⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、“診療計画”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、事例発生の未然防止対策を検討する。

**事例「術後に急変“診療計画”の変更の必要性が未検討。
“診療計画”の再検討の必要性？」**

【事故の内容】

- ・前立腺癌の患者(70歳代、男性)は、心筋梗塞の既往があり、抗血小板剤を内服中であった。
- ・手術予定にて、抗血小板剤を休薬し、泌尿器科に入院となった。
- ・入院日の朝、胸痛症状を訴え、心電図検査にて、下壁心筋梗塞の所見を認めた。
- ・心エコー検査では左室壁の運動異常を認めたが、左室内血栓や、心嚢液貯留は認めなかった。
- ・手術可能と判断し、ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行した。
- ・手術時間は3時間31分、出血量100mLで、輸血は実施しなかった。
- ・術後に乏尿と、高カリウム血症を認め、GI療法などの治療を実施した。
- ・手術の翌朝、徐脈が発生し、看護師が訪室すると意識レベルが低下していた。
- ・その後、心停止となり、院内緊急コールを実施し、心肺蘇生を

- 開始するも心拍は再開せず、死亡した。
- ・麻酔科から、以下の4点の指摘があった。
- ・手術の2日前に、病棟で、患者に胸痛の訴えがあったようだが、麻酔科への連絡はなかった。
- ・冠動脈疾患の既往のある患者における、抗血小板剤の休薬中の前胸部痛の出現であり、手術の可否、周術期管理の再検討が必要な事例であるが、関連部署に対する連絡はなかった。
- ・診療上、通常とは異なる術前状態の患者に対するアセスメントが不足していた。
- ・手術の予定を変更する努力の欠如があり、関連部署や、他職種への連絡が十分ではなかった

〔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、「診療計画の変更には、多大な労力と勇気が必要とするが、その変更に関して、関連部署間での連絡を密に保つ必要があった(麻酔科医の意見)」「このような経過になった原因は不明であるが、術前・術中・術後管理の再評価が必要である(泌尿器科医の意見)」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、手術の2日前に、病棟で、患者に胸痛の訴えがあった際に、麻酔科への連絡を実施しなかったのか?」「なぜ、冠動脈疾患の既往があり、抗血小板剤を休薬中の術前の患者に前胸部痛が出現して、手術の可否、周術期管理の再検討が必要になっているにもかかわらず、関連部署に対する連絡がなかったのか?」「なぜ、診療上、通常とは異なる術前状態の患者であるにもかかわらず、アセスメントが不足していたのか?」「なぜ、手術の予定を変更する努力の欠如があり、関連部署や、他職種への連絡が十分でなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている、「診療計画の変更には、多大な労力と勇気が必要

とするが、その変更に関して、関連部署間での連絡を密に保つ必要があった(麻酔科医の意見)」ということに目を向ける必要がある。ここでは、「なぜ、診療計画の変更に関して、関連部署間での連絡を密に保つ必要があったにもかかわらず、連絡を密に保つことが実施されていなかったのか？」と疑問を深める必要がある。

さらに注目すべきことは、本事例の背景要因に挙げられている、「このような経過になった原因は不明であるが、術前・術中・術後管理の再評価が必要である(泌尿器科医の意見)」ということである。これに対しては、「なぜ、術前・術中・術後管理の再評価が必要であるという課題の内容が術前に認識され、事例発生前に対応が実施されていなかったのか？」と疑問を深める必要がある。

これらのことから、本事例では、術前の患者の状態を鑑みて、さらなる精査の実施、および精査の結果を踏まえた手術実施のタイミングの変更など、関連する他部署への連絡などを含めた、診療計画を再検討する必要性が、診療科内で認識されていなかった可能性が想定される。このように、いったん策定した、“診療計画”の再検討の実施について、プロフェッショナルとして期待される対応が実施できるよう、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更することに関わるシステム整備が急がれる。

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、“診療計画”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生要因を明らかにするためには、「認識不足」「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。

“診療計画”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生要因としては、1)自施設における、“診療計画”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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイム

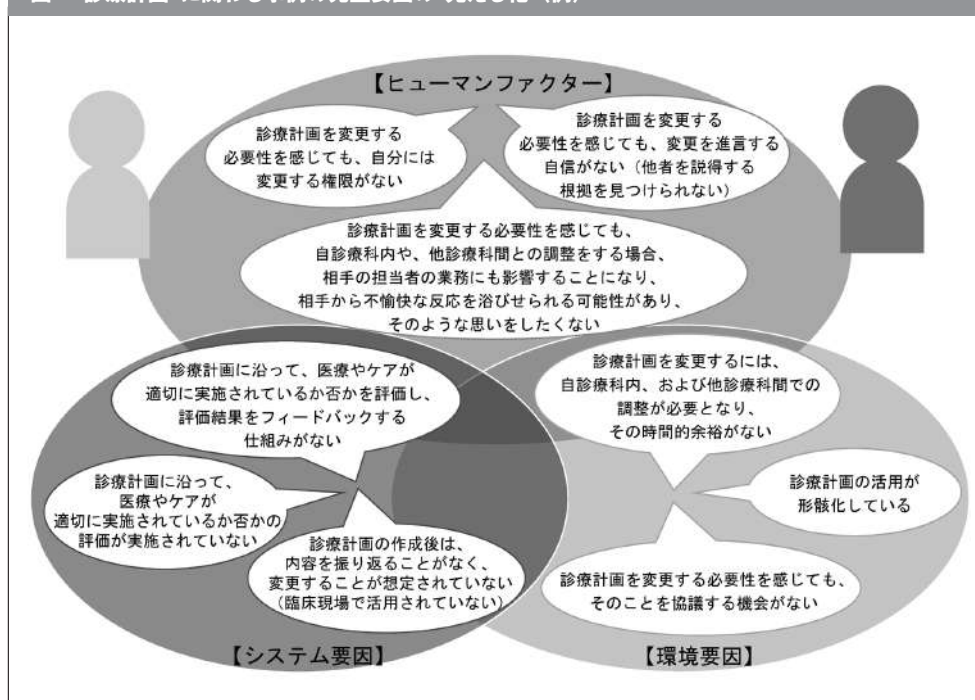
リーに変更するためのシステム整備・見直しが無実施、4)患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントが無実施、5)患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更することの意義と責務を職員が再認識できる機会の提供が無実施、6)具体的な事例を活用して、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画が無実施、などが考えられる。

“診療計画”に関わる 事例の発生要因から 検討する未然防止対策

本事例の改善策としては、「死亡時画像診断、および病理解剖結果をふまえて改善策を検討する予定であるが、病理解剖の結果が『肺水腫』となっており、内部調査委員会で術前評価、術中管理、術後管理などについて、詳細に検討する」ということが挙げられていた。

“診療計画”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、“診療計画”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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するためのシステム整備・見直しの実施、4)患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更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)患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更することの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、患者

図 “診療計画”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)



〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された29件の事例の記載内容を参考に作成〕

の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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)「自施設における、“診療計画”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、“診療計画”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、“診療計画”に関わる事例発生のプロセスを明らかにして、自施設における、“診療計画”に関わるさまざまな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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」では、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していない事例の発生が確認された場合には、「なぜ、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないのか?」「なぜ、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないことに誰も気づかなかっ

たのか?」「なぜ、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していない状況が、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。

“診療計画”に関わる事例の発生を未然防止するため、本事業における事例検索¹⁾にて検索された事例の中で、本稿で分析対象とした29件の事例の記載内容を参考にして、「診療計画」に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)(図)を作成した。この際、「ヒューマンファクター」「環境要因」「システム要因」という視点で発生要因の“見える化”に取り組んだ。これらの要因に思い当たることがあれば、“なぜ”と考えて、患者に良質で安全な医療を提供するためにも、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するための具体的な方策を検討し、その結果を関連の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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更しているか

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。把握した現状を分析し、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するためには、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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するシステムがある場合は、必要に応じて、見直しの実施を検討したい。

4)の「患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更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た具体的な情報の提供を検討したい。ここでは、臨床現場で、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのかを、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「患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更することの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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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することが求められる。その上で全体を俯瞰して、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するための工夫を検討したい。

職員個々が、プロフェッショナルとして、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するためには、どうしたらよいのか、どのようなシステムが必要なのか、などを職種間のコミュニケーションの改善や、認識不足の改善、ルール・マニュアルの遵守、および情報共有や業務環境の改善の視点からも検討することが望まれる。

6)の「具体的な事例を活用して、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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・マニュアルだけ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、術中の出血、合併症の発生などによる全身状態の悪化、想定外のできごとの発生など、状況が刻々と、あるいは急激に変化する際に、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するために、「どのような対応が望ましいのか」「どのように自診療科内、他診療科間、および職種間で情報共有したらよいのか」「あらかじめ実施しておくことはどのようなことなのか」などを議論する職員教育を企画したい。

その際には、自施設や、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望まれる。患者に良質で安全な医療を提供するために、患者の状態に応じて、“診療計画”のタイムリーな変更を実施することが、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、「全身状態が悪化している患者の場合には、検査の中止も考慮する。副腎皮質ホルモン剤などの処方が途切れないように、他の医療機関との連携を強化する。担当医の長期休暇前に、検査を実施しないような診療計画を立てる。患者の急変の可能性や、合併症のリスクが高い場合には、特に、カンファレンスで十分な検討を行い、時間的にも余裕のある診療計画を立てる」「医師の診療計画として、全てのことを1日で行うのではなく、業務を分散させる。医師、薬剤師、看護師という多職種が、それぞれ個別に、患者に化学療法に関する説明を行うため、重複する内容などは整理し、医師の説明実施の負担を分散させる。薬剤師の面談や、服薬指導の際には、初回の化学療法導入時の指導の場合、化学療法投与基準を満たしているかどうかの確認を行う」などが挙げられている。

今後、自施設において、“診療計画”に関わる事例発生 of 未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にして、自施設の現状と課題に対応したい。

表 患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するためのチェックリスト(例)	
☐	患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していない場合の患者への影響を検討し、タイムリーに変更するためのルール・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
☐	患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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、防止策実施後の評価を行っている
☐	どのような場合に、患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更されにくいのか認識している
☐	患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更されにくい状況を想定し、タイムリーに変更するためのトレーニングを実施している
☐	患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更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対策を検討し、タイムリーに変更できるようにしている

“診療計画”に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、“診療計画”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないのか?」「なぜ、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか?」という疑問を深め、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。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、自施設において、“診療計画”に関わる事例発生の現状評価が未実施、および患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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、“診療計画”に関わる事例が、どのような状況で、どのような発生要因で発生しているのか、ということを検討することが望まれる。

ここでは、「患者の状態に応じて、“診療計画”

をタイムリーに変更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、「患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更していない場合の患者への影響を検討し、タイムリーに変更するためのルール・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」「患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更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、防止策実施後の評価を行っている」「どのような場合に、患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更されにくいのか認識している」「患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更されにくい状況を想定し、タイムリーに変更するためのトレーニングを実施している」「患者の状態に応じて、“診療計画”がタイムリーに変更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対策を検討し、タイムリーに変更できるようにしている」などを挙げた。この機会に、自施設で、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。

“診療計画”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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更するための取り組みはもとより、患者の状態に応じて、“診療計

画”がタイムリーに変更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、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更できるルール・マニュアルの整備を期待したい。

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確認された場合には、その根本原因を検討し、確実に遵守される対応を検討したい。施設で取り決めたルール・マニュアルを遵守することも、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いて、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更することが望まれる。

インシデント・アクシデント発生時には、施設内のさまざまな状況を鑑みた適切な対応を迅

速、かつスムーズに実施することが、患者への影響拡大の防止とトラブル発生 of 未然防止につながる²⁾。職員が、患者の状態に応じて、“診療計画”をタイムリーに変更することの意義と責務を再認識し、個々の能力を結集して、組織の医療安全力を発揮し、リスクの発生を回避することが期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索.
<https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>
(accessed 2024 Oct 24)
- 2) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第6回
アクシデントに適切に対応する アクシデント発生時の対応が
迅速・スムーズである. 臨床外科 2016 ; 71(9) : 1140-1143.



目の前の患者さんに向き合いながら、 地域医療を学ぶ

福島県立宮下病院 内科 医長 渡辺 綾

自己紹介

こんにちは、渡辺綾と申します。自治医科大学(福島県40期)を卒業後、福島県の義務年限は初期研修2年、後期研修4年の研修期間を経て、へき地医療に従事します。後期研修は福島県立医科大学総合内科で研修し、現在は福島県の奥会津地域にある宮下病院で内科医として勤務し3年目になります。



冬の風景（病院の窓から）

私がへき地医療勤務で感じたこと

私は、高校生の頃から地域医療を志し、自治医科大学に入学したわけではありませんでした。卒業した時も、初めは義務年限として与えられた地域で、与えられた医療を誠実にこなす。それが、自分の役割だと思っていました。

地域医療に対する「熱い想い」を語る同級生や先輩たちを見ると、自分は少し違うのかもしれない、と感じることもありました。私にとって医療のやりがいは、「目の前の患者さん一人ひとりに向き合うこと」にあります。都会でも田舎でも、診るべき患者さんがいて、私はその方のできる限りの医療を提供することが大事だと思っていました。

宮下病院は、豪雪地帯で奥会津の山あいにある、ベッド数も限られた小さな病院です。診療科の垣根は低く、内科医である私も、救急から慢性疾患、時には皮膚や整形の相談まで、幅広く対応します。現在も紙カルテで、土日夜間は採血やレントゲン、CT検査も自分で行い、すべて手作業でこなす毎日です。

実際に宮下病院で働き始めてから、地域に住む人々が医療機関へのアクセスにどれほど苦しんでいるのかを実感しました。近隣にある他の医療機関でも医師が不足し、高齢化が進んでいるため、何か問題があってもすぐに専門的な診察が受けられるわけではありません。医師一人に頼りきりの状況では、患者さんに適切なタイミングで医療を提供することが難しくなることもあります。

また、地理的に山間部に位置しているため、移動が困難な患者さんも多く、交通手段を使って病院に来るのが大きな負担となっています。外来通院が難しい状況では、患者さん自身が医療機関に足を運ぶことを諦めてしまうこともしばしばです。このような現実を目の当たりにすると、地域医療の重要性とともに、それを支える医師の責任の重さを実感しました。

宮下病院で働き始める前、正直に言うと少し不安もありました。医師が少ない地域で、突然自分がその役割を担うことになるというのは、覚悟が必要でした。しかし、学生時代からお世



秋の風景（只見線の第一只見川橋梁）

話になっている先輩方が身近にいて、心強い支えになってくれました。患者対応に迷ったときや、地域ならではの医療事情に戸惑ったとき、先輩方が親身にアドバイスをくれることが何度もありました。私が困ったときに頼れる先輩たちがいることは本当にありがたく、地域医療における「つながり」の大切さを実感しました。学生時代に積み重ねてきた経験や人間関係が、今こうして現場で役立っていることに改めて気づきました。

そんな日々の中、ある患者さんとの関わりが深く心に残っています。

一人暮らしの高齢男性で、外来で定期的に診ていた方でした。あるとき、進行がんと分かり、食事も摂れず、終末期の状態となりました。認知症はなく、自分の希望をしっかりと伝えられる方で、「痛みだけはとってほしい。でも、延命のための点滴や栄養は望まない」とはっきり話されました。

遠方に住むご家族は、もっと“積極的な治療”を望んでいました。何度もアドバンスド・ケア・プランニングの話し合いを重ね、最終的にはご本人の意思を尊重し、穏やかな緩和ケアを中心とした関わりを続けることになりました。医療者として“何かをした”という実感は少なかったかもしれませんが、それでも、最期に入院された



夏の風景（宮下アーチ三兄弟）

とき、「先生に看取ってほしい」と言ってくださったその言葉は、今も胸に残っています。

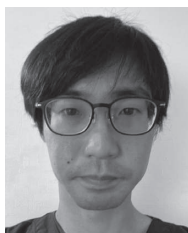
あのとき、特別な処置は何もできなかったかもしれませんが、必要とされ、寄り添う存在でいられたことが、私にとって“医療の本質”を教えてくれたように思います。

私は、地域医療を語れるほどの経験も熱量もありません。ただ、こうして日々、一人の医師として働いているうちに、少しずつ地域の一員になってきたのかもしれません。急激に進行する医療の現場において、理想を掲げて闘うだけではなく、現実をしっかりと受け入れて、それに最適な医療を提供することが求められていると感じています。

これからも、無理に理想を掲げるのではなく、今まで通り、目の前の患者さんに丁寧に向き合いながら、自分なりの「地域医療」を続けていこうと思います。

渡辺 綾(わたべ あや)先生 プロフィール

2017年自治医科大学卒業。福島県立医科大学附属病院 総合内科専門研修プログラムを経て、2023年に福島県立宮下病院に着任、現在に至る。



義務年限で実感した 「自治医大卒業生のつながり」

四万へき地診療所 所長 志村侑亮

群馬県40期の志村侑亮と申します。自治医科大学を卒業後、結婚協定により愛知県で勤務し、現在は群馬県中之条町の四万へき地診療所に赴任しています。

私の派遣スケジュールは、初期研修後に愛知県の地域中核病院で2年間、続いて後期研修2年間、そして群馬県の診療所で3年間となりました。今年度で義務年限を終えます。

群馬県内のみで勤務した場合に比べてへき地での勤務が長くなる一方、得難い経験を重ねることができ、振り返れば充実した義務年限を送ることができました。

義務年限を通じて感じた 「自治医大卒業生のつながり」

私が義務年限を通じて特に印象に残っていることのひとつが、自治医大卒業生のつながりです。

愛知県の新城市民病院(200床規模)では総合診療科に先輩医師7人、結婚協定で同県に派遣された同期4人が在籍していました。続く岡崎市民病院では、呼吸器内科の大先輩にご指導いただきました。

群馬県へ戻り四万へき地診療所に着任した際も、研修先に自治医大OBの足跡があり、研修の相談が円滑に進みました。

他県での勤務は土地柄や医療文化の違いに戸惑う場面もありましたが、「どこへ行っても必ず卒業生の足跡がある」という安心感は大きな支えになりました。



診療所近くの奥四万湖の風景

四万温泉と「温泉地での診療」

現在勤務している診療所が位置する四万温泉は、草津・伊香保と並んで「上毛三名湯」といわれています。塩化物硫酸塩泉のやわらかな湯は「美人の湯」としても知られ、三方を山に囲まれた静かな温泉街に多くの観光客が訪れます。

温泉地ならではの診療

温泉地ならではの診療も日々経験しています。ある日、診療所の隣にある日帰り温泉施設で玄関の前に人が倒れているとの連絡を受けました。駆けつけると80代の男性が倒れており、血糖測定で低血糖と判明しました。ブドウ糖投与後に意識を取り戻し、後日、搬送先の病院から「胃癌術後のダンピング症候群であった」との報告を受けました。これをきっかけに、毎年温泉施設のスタッフに向けたBLS(一次救命処置)や体調不良者の対応についての講



電子カルテを導入しました。今は紙カルテと併用中

習会を開催することになりました。

他にも「露天風呂で転倒した」「湯あたりで動けなくなった」など温泉地ならではの診療も多く、最初は身構えていましたが、最近では地域ならではの医療を楽しめるようになりました。

診療所でのトラブル

また、小さな診療所ゆえのトラブルも経験しました。ある日突然、委託していた検体検査の会社が検査を打ち切る予定と連絡がありました。コスト削減が理由とのことでしたが、近隣の検査会社5社に依頼したところ、全て断られてしまいました。最終的には元の検査会社と交

渉し、週に2回山を下った町の役場で検体を受け渡す方法で検査を継続できることになりました。

このような課題にも直面しながら日々の診療を行っています。

最後に

義務年限を振り返ると、さまざまな場所での経験を通じて自治医大の先輩方が築いてきた「地域医療のルール」の上を、自分も自分なりに歩んできたことを実感します。義務年限は終わりますが、これからも地域医療の現場で自分にできることを模索していきたいと思っています。

志村侑亮(しむら ゆうすけ)先生 プロフィール

2017年自治医科大学卒業。伊勢崎市民病院・新城市民病院・岡崎市民病院での勤務を経て、2023年より四万へき地診療所に着任し、現在に至る。内科専門医。産業医。

2025. 5. 17

オーダーメイドの医療を届けたい



プロフィール

2023年4月～ 練馬光が丘病院 総合救急診療科 専攻医

地域医療振興協会「地域医療のススメ 練馬光が丘病院」所属の専攻医3年目、岡本佳奈と申します。私は東京で生まれ育ち、東京の大学で学び、出身大学の附属病院で初期研修を行いました。そんな私が慣れた環境を離れ、「地域医療のススメ」に飛び込んだのは、自分の思い描く「医師像」に近づくには、総合診療の道しかないと感じたからです。

医師どころか、医療系の家系でもない私がこの道を志した原点には、家族と小児科の先生との思い出があります。私の母はとても心配性で、家族の誰かが体調を崩すと、すぐに病院へ連れて行くような人でした。かかりつけの小児科の先生は、柔らかい雰囲気の女医さんで、母の質問の一つひとつ丁寧に答えてくれました。幼かった私にも真摯な態度で接していただき、必要があれば速やかに大きな病院へつないでくれる。その姿に、私は強い信頼を感じました。

その頃から、私にとって「医師」とは、患者さんに一番近く寄り添い、小さな疑問や不安に丁寧に対応してくれる存在であり、いわゆるプライマリ・ケア医そのものでした。将来どんな現場で働くかはまだ決めていませんが、患者さんに寄り添った「オーダーメイド」の医療を届けられる医師を目指して、総合診療マインドに浸りながら研修を続けています。

現在は、山梨県の上野原市立病院で研修中です。人口約2.4万人の地域にある唯一の入院設備を持つ病院で、今回は希望して3度目のローテーションとなりました。写真は朝の回診の様子で、医師のほか、看護師や薬剤師など多職種が参加しています。ここでは職種の垣根を越えた連携が日常的で、驚くほど気軽に、かつ密にコミュニケーションを取りながら医療を提供しています。

上野原市立病院では、退院前カンファレンスやACPカンファレンス、倫理カンファレンスが毎週のように開催され、どの職種も積極



上野原市立病院 朝の回診風景

的に発言し、活発に意見が交わされています。主治医としてこうした場でリーダーシップを取るには、ガイドラインに書かれているような「疾患」に対する基本的な知識はもちろん重要ですが、それ以上に、一人ひとりの「患者さん自身」を把握する必要があります。ガイドラインに記載された「現代医学において最高とされる治療法」を理

解した上で、「目の前の患者さんの価値観や生活背景を汲み取ること」を意識し、「オーダーメイド」な医療ケアを提供すること、そしてより良い意思決定支援を実現できるよう常に吟味する姿勢が、総合診療医にとって必要なマインドだと感じています。ここでの研修を通して、その重要性を日々実感しています。

病棟業務以外にも、訪問診療、外来診療、健診問診、患者向けの健康教室などにも関わり、多忙ながらも充実した研修生活を送っています。

先日は、ある患者さんに教えていただいた地元の山・八重山に登ってきました。当直明けで疲れていたのですが、この季節にしか見られない花々が咲き誇る山道に癒されました。次の外来でその患者さんにそのことをお伝えすると、「本当に行ってくれたの!」ととても喜んでくださり、地域密着型医療の温かさを肌で感じました。

これからも、地域に根ざし、患者さんと一緒に歩いていけるような医師を目指して、一步ずつ成長していきたいと思います。また、心配性な母にとって、体調のことを気軽に相談できる一番の主治医になれるよう、日々精進していきたいと思っています。



八重山登山

『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

『月刊地域医学』では、よりお役にたつ情報をお届けできるよう、毎月の内容についてご意見、ご感想をお寄せいただく、モニターを募集しています。

誌面の内容について感じたことやご要望、特集や連載のテーマについてのご希望など、なんでもかまいません。

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。

多くの皆さまからのご応募をお待ちしています。

連絡先

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

The background of the page is a dark, grayscale image of a starry sky with numerous bright stars and streaks of light. A large, white, semi-transparent rectangle is centered on the page, serving as a backdrop for the text.

報告 各種お知らせ 求人

・・・お知らせ

研修会

令和7年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、栃木県が発行元として発行する「地域医療等振興自治宝くじ」の収益金を主な財源として、自治医科大学との密接な連携のもとに、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を開催しています。

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

当研修会は、地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々が、最新の医学知識と医療技術を習得することにより、地域住民が安心して生活できることを目的に開催しています。

講師には、自治医科大学の教職員およびそれぞれの分野において活躍されている方々を招き、最新の医療情報の講義や技術の向上を図るための演習等を実施しています。

令和7年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ（<https://www.zcssz.or.jp/>）をご覧ください。

- 7月 健康企画・評価研修会
- 8月 保健活動研修会、看護師特定行為研修修了者スキルアップ研修会
- 9月 健康学習研修会
- 10月 口腔ケア研修会、災害保健研修会、リハビリテーション研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会、災害薬事研修会

現地研修会

当研修会は、地方公共団体等が推進する健やかな地域社会づくりに寄与することを目的に、地域住民の方々や地域社会において、保健・医療・福祉事業に携わる方々を対象として、保健・医療・福祉事業に関するテーマで、当該団体と当財団が共催の形をとり全国各地で開催しています。

応募要件等詳細につきましては、当財団ホームページ（<https://www.zcssz.or.jp/>）をご覧ください。

問い合わせ

（公財）地域社会振興財団 事務局総務課研修係

住所 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436

E-mail（中央研修会）chuokenshu@zcssz.or.jp （現地研修会）genchi@zcssz.or.jp

URL <https://www.zcssz.or.jp/>



アーカイブ

自治医科大学「栃木県災害医学寄附講座」開講記念シンポジウム アーカイブのお知らせ

令和7年2月10日(月)に開催されました栃木県災害医学寄附講座の開講記念シンポジウムの様子をアーカイブで配信することとなりましたのでお知らせいたします。

開催日は月曜日でしたので現地に来ることが難しかった方々も多かったと思います。

このたびその時の模様を録画し皆様にご覧になっていただける準備が整いました。アーカイブの期限は設けておりませんので、下記URLよりアクセスいただき、必要事項をご記入の上、ご視聴いただきますようお願い申し上げます。

自治医科大学 栃木県災害医学寄附講座 松村福広

配信開始日：2025年4月1日(火)

URL：<https://www.jichi.ac.jp/emerg/20250210symposium.html>

必要事項を入力いただきますと、折り返し動画URLを記載した自動返信メールが届きます。

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 福地貴彦(埼玉2000年卒)

E-mail chicco@jichi.ac.jp

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター リウマチ膠原病科 スタッフ募集

さいたま地域で働きたい先生を若干名募集します。3年間で、外来では約100例の関節リウマチ、入院では約100例の膠原病疾患を経験でき、専門医取得に十分な症例数です。

2024年実績

外来：初診324人、他科コンサルト102人(内訳：関節リウマチ73人、そのうち新規発症30人)。

入院：延べ110人。新規発症リウマチ膠原病疾患41人(内訳：血管炎症候群15人、皮膚筋炎8人、全身性エリテマトーデス5人、など)。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター リウマチ膠原病科 教授 長嶋孝夫

TEL 048-647-2111 FAX 048-648-5166 E-mail naga4ma@jichi.ac.jp

・・・お知らせ

募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

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

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

問い合わせ・連絡先

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

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育 センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

・・・会員の皆さまへ

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/>

・・・求人病院紹介

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

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

特記事項：北海道で勤務する医師を募集しています。
 北海道では、北海道で勤務することを希望する道外医師の方々をサポートするため、北海道東京事務所に道外医師の招聘を専門とする職員を配置しています。
 ○北海道の公的医療機関や保健所で働きたい！
 ○北海道の医療機関を視察・体験したい！
 ○まずは北海道の公的医療機関等の求人情報を知りたい！など
 北海道で医師として働くことに関心をお持ちの方は、北海道東京事務所の職員（北海道職員）が医師の皆様の御希望を踏まえながら丁寧にサポートいたします。まずはお気軽にお問い合わせください。
 皆様が目指す医療・暮らし方がきっと「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 音更町緑ヶ丘1
 連絡先：北海道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項：道立緑ヶ丘病院がある音更町は、北海道遺産の「モール温泉」・十勝川温泉があり、とかち帯広空港から約1時間の距離にあります。
 当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。
 地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。
 病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。

受付 2022.6.16



北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

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

病床数：91床
 職員数：72名（うち常勤医師8名）
 所在地：〒078-4197 羽幌町栄町110
 連絡先：北海道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：北海道が負担します
 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。



求人病院紹介

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名

診療科目：総合診療科（院内標榜）

病床数：無床

職員数：19名（うち常勤医師2名，非常勤医師3名）

所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

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

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

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

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

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



山梨県

都留市立病院

●整形外科，総合診療科，内科，脳神経内科，リハビリテーション科 若干名(常勤，非常勤は応相談)

診療科目：内科，外科，呼吸器外科，整形外科，脳神経外科，消化器外科，形成外科，小児科，産婦人科，眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科，泌尿器科，リハビリテーション科

病床数：137床（一般127床，地域包括ケア10床）

職員数：199名（うち常勤医師15名）

所在地：〒402-0056 山梨県都留市つる5丁目1-55

連絡先：事務局長 清水

TEL 0554-45-1811 FAX 0554-45-2467

E-mail soumukikaku@city.tsuru.lg.jp

特記事項：当院は，リニア実験線見学センターのある都留市に位置し，山間地域において二次救急までの地域医療を担っております。当市には診療所が極端に少ないことから，日々大勢の外来患者が来院し，急激な高齢化を背景に回復期や慢性期の患者も増えてきております。近年は「身近で小規模多機能な病院」を掲げて回復期やリハビリテーション，在宅医療も担える体制も整えてきているところですが，在宅診療を担う総合診療科や整形外科，脳神経内科，リハビリテーション科の医師不足に直面しており，地域住民に十分な医療が提供できない状況にあります。地域医療を共に支えてくださる医師の方，ぜひ，お気軽にお問い合わせください。

<https://www.city.tsuru.yamanashi.jp/byoin/>

受付 2025.1.14



宮城県

涌谷町国民健康保険病院

●内科(総合診療科，消化器内科) 2名

診療科目：内科(総合診療科)，整形外科，眼科，泌尿器科，皮膚科，神経内科，耳鼻咽喉科

病床数：99床（一般病床60床，療養病床39床）

職員数：161名（うち常勤医師7名）

所在地：〒987-0121 宮城県遠田郡涌谷町涌谷字中江南278

連絡先：涌谷町町民医療福祉センター総務管理課 課長補佐 戸澤

TEL 0229-25-3118 FAX 0229-43-5715

E-mail gr-kanri@town.wakuya.miyagi.jp

特記事項：在宅医療に熱意ある医師，消化管内視鏡検査を特技とする医師を募集中です。

医療福祉センター全体では故山口昇先生のご指導のもと，地域包括ケアは保健医療福祉を一体化して進めてきました。介護予防には大きな成果が出ています。また，町内福祉施設では要介護度の軽症化の実績をあげてきました。2024年4月からは子育て支援課を含め，また包括ケアの特徴を生かして，重層的支援事業にも取り組んでいます。

前沢政次事業管理者兼院長が27年ぶりに当院に復帰し，病棟は2023年4月からダウンサイジングし，現在は一般病室34ベッド，地域包括ケア病室26ベッド，療養病床39ベッドで運営し，収支が大幅に改善しています。

学生に対する地域医療介護実習(6週間など)，研修医に対する地域医療研修(1～2ヵ月)，総合診療専攻医に対する研修(6ヵ月)にも力を入れています。わくや総合診療専門医養成プログラムも開始しています。

<https://www.town.wakuya.miyagi.jp/kenko/kenko/hospital/index.html>

受付 2025.1.17



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の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

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：79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

大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪精神医療センター



●総合診療医 4名（常勤・非常勤を
問わず，応援医師でも応相談）

診療科目：精神科，児童思春期精神科，総合診療科（院内標榜）

病床数：473床

職員数：45名（うち常勤医師28名，非常勤医師17名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事グループサブリーダー 徳重

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

E-mail tokushiges@opho.jp

特記事項：大阪精神医療センターは総合診療医・総合内科医を募集します。当センターは，90年以上の歴史を有する大阪府の公的精神科病院です。地域の医療機関と連携を図り精神医学の高度な専門技術を提供し，日本の精神医療をリードしてきました。この度，認知症の増加や利用者の高齢化に対応するために「認知症・合併症診療部」を開設し，そこで活躍していただける総合診療医を求めています。ご関心のある方はぜひご連絡下さい。

<https://pmc.opho.jp/index.html>

受付 2023.8.9

和歌山県

公益財団法人白浜医療福祉財団 白浜はまゆう病院



●一般内科または総合診療科・
消化器内科・乳腺外科 各1名

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

病床数：258床

職員数：390名（うち常勤医師18名，非常勤医師32名）

所在地：〒649-2211 和歌山県西牟婁郡白浜町1447

連絡先：事務部参事 布袋

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

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

特記事項：当院は和歌山県の南，南紀白浜に建つ公益財団法人のケアミックス総合病院です。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ロで年間約60例の手術を行い，また指導施設でもありますので，後期研修以降に術者として修練を積めます。この紀南地域の医療を共に支えていく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

●●●求人病院紹介

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

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 事務局長 野田

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

E-mail fukuho8@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ていく仲間を求めています。

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

受付 2023.11.15

長崎県

長崎県内離島・ へき地の公的医療機関



●内科，外科，小児科ほか

※マッチング成立状況に応じて随時変動します。

連絡先：ながさき地域医療人材支援センター 事務局 山下

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

E-mail info@ncmsc.jp

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

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

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

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



受付 2024.12.23

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.lg.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へ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います。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/tiikiiryou.html>

受付 2024.10.3

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：事務局長 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。

何卒よろしく願います。

<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、循環器内科、
呼吸器内科 若干名

診療科目：内科総合診療科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、
外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器
科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科

病床数：183床

職員数：416名（うち常勤医師23名、非常勤医師6名）

所在地：〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210

連絡先：総務課 係長 増田

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

E-mail jinji@taragihp.jp

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

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

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

[https:// www.taragihp.jp](https://www.taragihp.jp)

受付 2024.3.5

鹿児島県

鹿児島県立北薩病院



- 総合診療科・内科 若干名
(常勤・非常勤応相談)

診療科目：内科、呼吸器内科、循環器内科、脳神経内科、小児科など

病床数：運用病床60床（うち地域包括ケア病床9床、第2種感染症病床4
床）

職員数：160名（うち常勤医師11名、非常勤医師13名）

所在地：〒895-2526 鹿児島県伊佐市大口宮人502-4

連絡先：事務長 久永

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

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

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

地域医療に情熱を持った方をお待ちしています。

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



受付 2024.7.22

・・・公衆衛生医師募集

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

北海道

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 道立保健所 (26カ所), 本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 人事係 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・仲間と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 魚住

〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-22
TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項: 公衆衛生の分野には、感染症対策だけではなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。

私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康といのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。

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

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



奈良県

福祉医療部総務課 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 奈良県内保健所 (3カ所)、奈良県精神保健福祉センター、奈良県本庁

連絡先: 奈良県福祉医療部医療政策局 本木

〒630-8501 奈良県奈良市登大路町30
TEL 0742-22-1101 (内線3112) FAX 0742-22-2725
E-mail motoki-takanori@office.pref.nara.lg.jp

PR事項: 奈良県には、利便性の高い鉄道交通網、充実した子育て支援策、有名な社寺、歴史ある街並み、豊かな自然があります。ご家族も、安全・安心・快適に暮らせる地域です。最も遠い勤務地間でも電車で1時間30分程度で移動できるため、転勤があっても転居の必要がありません。

公衆衛生に関心を持っている方をお待ちしています。保健所等の体験勤務もご案内していますので、気軽にお問い合わせください。臨床専門医の維持をしながら、社会医学系専門医などの公衆衛生医としてのキャリアアップをされている先輩もいます。

本庁では、医療政策、疾病対策・健康づくり、健康危機管理体制などの企画・調整・立案・実施に従事します。保健所では、感染症、精神保健、難病、小児慢性特定疾患、医療監視、健康危機管理の企画・調整・立案・実施に従事します。

<https://www.pref.nara.jp/67367.htm>



千葉県

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 県立保健所 (13カ所), 本庁

連絡先: 健康福祉部健康福祉政策課人事班 後藤

〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1
TEL 043-223-2605 FAX 043-222-9023
E-mail kfj@mz.pref.chiba.lg.jp

PR事項: 千葉県では県内13カ所の保健所 (健康福祉センター) や県庁に勤務し、公衆衛生の第一線に立って活躍いただく、公衆衛生医師を募集しています。

保健所では主に、他職種の職員と連携しながら、健康危機管理体制の確保、疾病対策、食品・環境衛生、精神保健対策、医療安全の確保、健康づくりの推進、地域医療調整、地域保健、福祉等の業務に、携わっていただきます。

新型コロナウイルス感染症対策におけるさまざまな取り組みや経験を踏まえ、地域医療における医療機能の強化、連携等を行っていく公衆衛生医師の重要性が、改めて認識されたところです。

保健所等での勤務経験の有無や専門分野は問いません。現役の公衆衛生医師による業務説明や職場見学も随時受け付けております。

ぜひお気軽にお問い合わせください。ご応募お待ちしております。

※募集の詳細はホームページをご覧ください。



山口県

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: 県内保健所(8カ所)、本庁、環境保健センター、精神保健福祉センターなど

連絡先: 山口県健康福祉部厚政課総務管理班

〒753-8501 山口県山口市滝町1-1
TEL 083-933-2710 FAX 083-933-2739
E-mail a13200@pref.yamaguchi.lg.jp

PR事項: 山口県では、健康福祉部長を筆頭に、12名の公衆衛生医師が本庁および保健所等で活躍しています。県では現在、県内8カ所の保健所や本庁等で勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。保健所では、管内市町と協力し、医療機関や医師会等の関係機関と調整を行い、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策等の専門的な業務等に携わっていただきます。本庁では、県全体の健康や保健衛生に関する計画づくり、保健・医療・福祉に関わる条例の制定、予算計画、県議会対応や保健所業務の調整等に携わっていただきます。専門分野や保健所等での勤務経験は問いません。採用は随時行っています。詳しくは、県ホームページをご覧ください。
<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/44/18169.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が、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。

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延ばしませんか。専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています！
<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12000/kousyueiseiishiboshu.html>

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 若干名

勤務先: 本庁、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等

連絡先: 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1
TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870
E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

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



・・・公衆衛生医師募集

公益社団法人地域医療振興協会 無料職業紹介事業

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

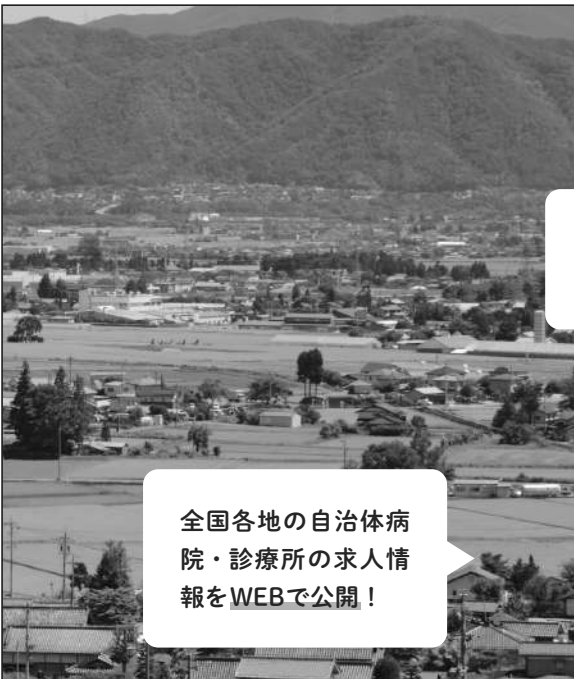
PR事項: 鹿児島県では、県内13カ所の保健所等で勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。

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・安全な食等が魅力であり、マリンスポーツ等の健康づくりにも適し、ワークライフバランスを実現できます。

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

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





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無料！



公益社団法人として認可を受けた団体の提供する安心と信頼のサービス

自治体病院・診療所 医師募集

地域医療を支えていただく医師の皆様のご登録をお待ちしております

ご登録はこちら



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

自治体病院・診療所 検索



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

〒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 FAX : 03-3261-1845
E-mail : center@jmha.or.jp

厚生労働大臣 有料職業紹介事業
許可・届出受理番号：13-ユ-304945
公益社団法人全国自治体病院協議会

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました！

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

● J-STAGEとは

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

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

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

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

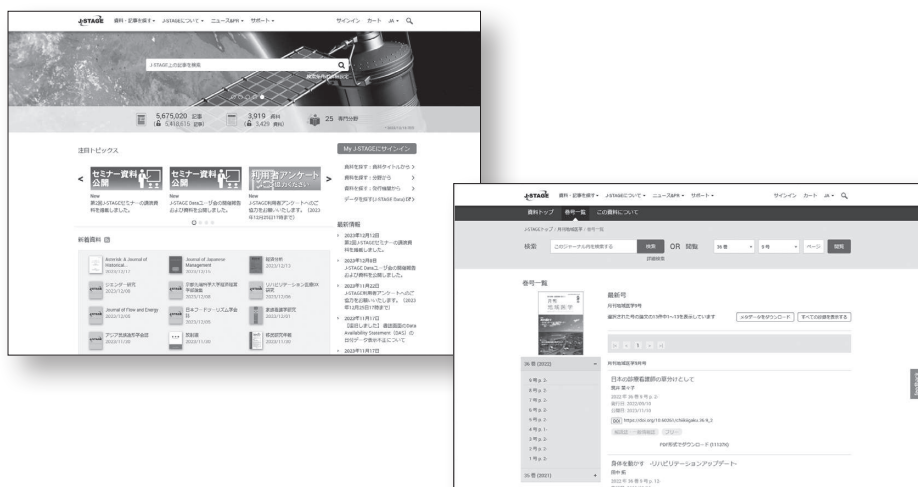
J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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

検索のところでキーワードをいれていただくか、閲覧のところに巻数、号数、ページ数を入れていただきますと、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。



各種お知らせ・報告・求人 要領

2015年9月改訂

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

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

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

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

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

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

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

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当: 下平

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

投 稿 要 領

2021年9月改訂

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反 (COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1) 原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5) 必要記載事項

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

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

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

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

6) 図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

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

【書籍】

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

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

【ウェブサイト】

- 5) Evanston Public Library Board of Trustees. “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

論文受付後の制作実務を担当。投稿受付後は下記編集室より著者に、受付日、受付番号をE-mailにて連絡。投稿後2週間経過後、受付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



お詫びと訂正

月刊地域医学2025年6月号掲載の『ちょっと画像でCoffee Break』におきまして、執筆者の「オグサワ処方」に関する認識に誤りがありました[p.666(74)～]。

この誤った認識に基づき、「Chat AIへの質問」、「Chat AIの回答」、「結論として」の部分におきまして、誤った記述がなされておりました。

さらに、岩田健太郎先生のお名前を引用しておりますが、この解説は、岩田先生が提唱されている説とは一切関係ございません。

ここに訂正いたしますとともに深くお詫び申し上げます。

「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(地域医療研究所 へき地医療研究センター アドバイザー)
	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 へき地医療支援センター長)
	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(横須賀市立総合医療センター 副管理者)
	宮本朋幸(横須賀市立総合医療センター 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(一般社団法人 ケアと暮らしの編集社代表理事／公立八鹿病院総合診療科)
	(50音順, 2025.7現在)

編集後記

「月刊地域医学」を最後までお読みいただき、ありがとうございます。昨年度から編集委員をしている守本陽一と申します。今月号の編集後記を担当いたします。私自身、まだ義務年限中ではありますが、若手の意見、そして行政、臨床医、非営利団体など多様な立場を経験したことを活かせればと思いながら毎月の編集委員会に参加しております。私は、診療する中で孤独や孤立を抱える患者を課題に感じ、薬ではなくつながりを処方する「社会的処方」をライフワークにしており、その実現のため立場を変えながら取り組んでまいりました。

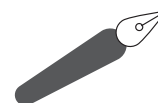
今回の特集「医療の場におけるフレイルの予防と対策」の中でも、それぞれの執筆者からフレイルに対して、社会的な健康、社会とのつながりが有効であるとの話があり、私自身、とても励まされる内容でした。フレイルには3つあると言われています。運動器の障害で移動機能が低下する身体的フレイル、定年退職やパートナーを失ったりすることで引き起こされる精神・心理的フレイル、加齢に伴って社会とのつながりが希薄化する社会的フレイル。特集では、フレイルの概念が理解でき、プライマリ・ケアから病院、地域での実践の具体例が紹介されています。日常診療に加えて取り組める内容になっています。

また今月号では、私にとって同世代の義務年限中の先生方の診療や活動が多く紹介されています。部活の先輩でもあった渡辺綾先生は、印象に残った患者から「理想を掲げるのではなく、目の前の患者さんに丁寧に向き合う中で、自分なりの『地域医療』ができてきた」と語られています。

へき地でも都市部でも地域に合わせた地域医療を行う中で、普遍性よりも個性が強く、本当にこれでいいのだろうかかと自問自答することもあります。「月刊地域医学」を読む中で、個性の積み重ねの中から実践知や形式知に触れ、目の前の地域に対して向き合い方を考えることができるのではないのでしょうか。目の前の患者や地域と本誌を往復する中で、「これは使えそうだ!」と、向き合い方のヒントを得ていただければ、編集委員冥利に尽きるなと感じております。

夏に差し掛かりますが、皆さま自身の健康もご自愛くださりながら、お読みください。

守本陽一



月刊地域医学 第39巻第7号(通巻465号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2025年7月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域をこえて、 かがやく未来へ。

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、

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



JADECOM



9784911514009



1923047006004

ISBN978-4-911514-00-9
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）

月刊 地域医学
第39巻第7号（通巻465号）

令和7年7月10日発行（毎月1回10日発行）

VOL.39-No.7 / 2025

公益社団法人 地域医療振興協会