

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

8
2025
Vol.39-No.8

【特集】

静岡県の地域医療

—どうするこれからの静岡県—

[企画] 木下順二 地域医療振興協会 常務理事

対談

「いま、求められている総合医」

山本英紀 自治医科大学地域医療学センター 医療政策・管理学部門 教授

山田隆司 地域医療研究所長

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

静岡県西伊豆

会員向け

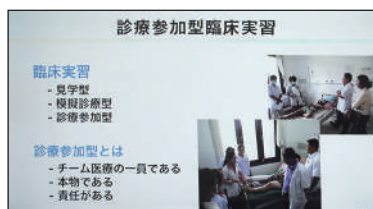
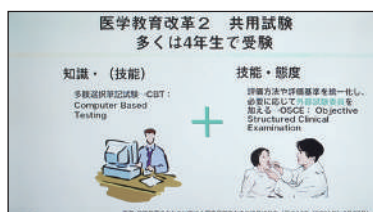
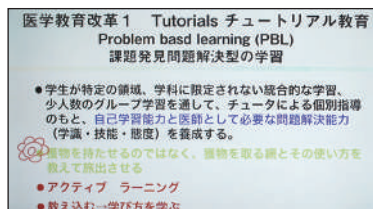
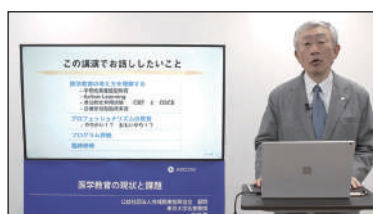


JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents

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

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



医学教育の現状と課題〔前編〕

7月1日配信

北村 聖先生

地域医療振興協会 顧問・東京大学名誉教授

北村先生は東京大学を卒業後、内科学教室で血液学を専攻したのち、2002年に医学教育研究センターの教授に就任、以来医学教育を専門としています。

レクチャーの前編では、診療参加型臨床実習について解説していただきます。医学部6年間の教育目標は、研修医1年目からしっかり診療ができること。そのための知識・技能・態度、心持ちを涵養するために、診療参加型臨床実習を行います。

現在、医学の知識は膨大なものになっています。知識の全てを教えることはできないため、アクティブラーニング(課題発見問題解決型学習)という学び方を学んで、自ら学んでいく方法が行われるようになりました。

医学教育課程では共用試験において学習成果を確認します。CBTで知識の到達度を、OSCEで技能を確認します。その上で診療参加型臨床実習に入ります。ここでは学生も医療チームの一員として働きます。患者の血圧を測定したら、その数値を基に治療方針が決められます。学生なので処方できませんが意見は言えます。感染症であればどの抗生物質を使うのか、その根拠は何かと言えなければチームの一員にはなりません。このような実習を行うことで医師として必要な態度、技能、知識の使い方が伸びていきます。

後編では、プロフェッショナリズムの教育、教育の評価、臨床研修とその位置付けについて解説します。

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



JADECOM

◎お問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会

生涯教育センター

担当: 佐藤 TEL: 03-5212-9152(代)

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.39—No.8(2025年)

目次

対談

- いま、求められている総合医／山本英紀×山田隆司 2

特集 静岡県の地域医療 —どうするこれからの静岡県—

- エディトリアル／木下順二 12
- 伊豆半島で31年:JADECOMとしてのこれまでの歩み／小田和弘 13
- 研修基幹病院の立場から／川合耕治 18
- 長きにわたって山間地医療を守る／三枝智宏 23
- 若手育成で地域を守る／仲田和正 28
- へき地診療所を運営する／土屋典男 33
- 自治医大で後進を育てる／松山 泰 39

原著

- 地域包括ケアシステムにおける医療提供体制の定量的評価に向けた医療指標の構築と活用／
藤田 楓・塚本純也・他 44

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142回 医師の“判断の尊重”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 54

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 埼玉県 奈良で得た在宅医療の学び、埼玉で深めた継続性の医療／林 秀磨 62
- 新潟県 離島で支える、つなぐ、ひらく／丹野侑斗 64
- 千葉県 前期派遣折り返しを過ぎて／小谷友子 66

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 特定ケア看護師の活躍による組織への効果と今後の地域医療貢献にむけての活動支援／濱田智子 68
- 特別寄稿:へき地における特定行為看護師育成の経緯と看護師教育／川原田 恒 70

研修医日記

- ふじの29歳、総合診療医やっています！／藤野佑一朗 76

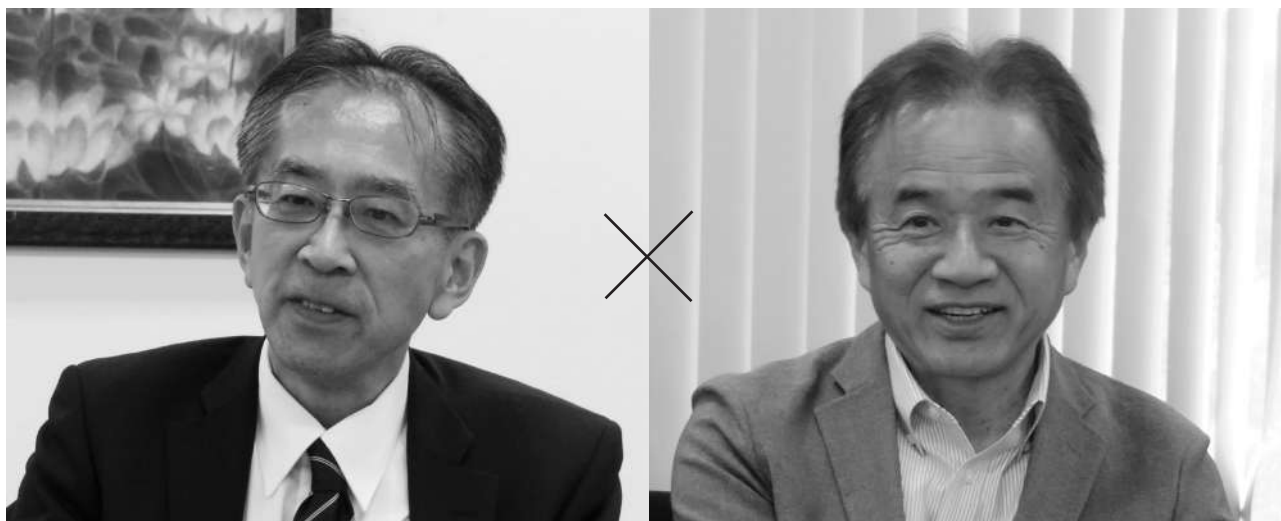
自治医大NOW

- 臨床実習生(医学)認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式を举行／
医学部1年生が下野市役所を訪問、地方行政を学習 78

- お知らせ 82
- 求人病院紹介 87
- 投稿要領 98
- 編集後記 巻末

対談

今、求められている総合医



山本英紀先生

自治医科大学 地域医療学センター
医療政策・管理学部門 教授(卒後指導部長)

山田隆司先生

地域医療研究所長

へき地赴任の中で感じた 家庭医の豊かさ

山田隆司 今日自治医科大学地域医療学センターの教授に昨年からの就任された山本英紀先生にお話を伺います。このコーナーでは今年の1月号で大石利雄理事長から、3月号で永井良三学長から、開学50年の節目を超えてこれからの展望についてお話を伺いました。自治医大の卒業生は、国内各地で50年という半世紀にわたる地域医療の歴史を作ってきました。多くの卒業生が非常に厳しい地域で頑張ってきたと思いますし、そんな地域での経験を活かして名だたる成

果をあげた卒業生も多く、誇らしいところです。そういったこれまでの歩みを踏まえ、今後自治医大がさらに発展するための道筋、今後の卒業生のキャリア形成といったことについて、ぜひお話を伺いたと思います。

山本英紀 よろしくお願ひします。私は厚生労働省で医師養成担当の医事課長を務め、長野県では県の医療政策を担当し、現在は自治医大にお世話になっていますが、今日は、厚生労働省や自治医大ではなく、私個人の見解としてお話をしたいと思います。

自治医大の卒業生は、日本の地域医療、へき地医療において、極めて重要な役割を果たしてきていると考えています。都道府県によっては、

小児科医や産科医が不足しているため、そうした領域を専門とする医師を求める場合ももちろんあると思いますが、自治医大が創設された意味としては、やはり、医師の確保が難しいへき地で勤務する医師を確保することが基本にあるので、そのために必要とされる診療能力を身に付けるというのがキャリアの基本だと思います。具体的には、へき地では、さまざまな領域の専門医を確保することは難しいため、卒業生はへき地で勤務できる幅広い総合的な診療能力を身に付け、実践することを基本として、義務年限中の勤務をされていると思っています。

逆に山田先生に伺いたいのですが、先生ご自身は、卒業されて臨床研修後、どのように自分の専門領域を考えられていったのですか。

山田 当時は総合診療や家庭医療といった概念はあまりなく、1つの専門性、特に狭い分野の専門性を目指すのが医師のキャリアとしてはごく普通だったような気がします。ですから自分も、1つの分野に決めて進むべきなのだろうと思っていました。卒業する頃には「整形外科医になりたい」、初期研修が終わる頃には「消化器内科を目指そうか」などと考えていました。ところがへき地に赴任した途端、そんなことは言っておられず、自分がそれまで考えていた専門性というのは、義務年限の中では習得しづらいと実感するようになりました。

内視鏡をもっとやりたい。早く一人前の消化器内科、あるいは内視鏡専門医になりたいと思う気持ちもありましたが、目の前にはけが人も、お年寄りも、風邪の患者も来ます。自分がやりたい分野と毎日診療しなければならない人たちは、おおよそ質が違うのです。そういう中で、今日も内視鏡ができなかったと嘆いていても始まらないし、むしろ日々対応することに忙殺されていました。でも精いっぱい対応していることがストレスだけで、何の楽しみもなかったかということ、そうでもなく、地域の人たちを繰り

返し診ていることで人の役に立っているという実感が徐々に出てきました。自分がやりたいこととは違ってはいましたが、一方で、地域でニーズに応えることを重ねるうち、住民の人たちに頼られる、地域に貢献できるということに豊かさを覚えるようになってきたのです。

山本 なるほど。当時は、専門医制度も今とは異なり、総合診療専門医の仕組みがなかった中で、実質的には総合医としてのキャリアを歩まれたということですね。

山田 そうですね。今から思うと、私が価値だと感じるようになっていった「同じ人を診続ける」、「身近にいることが大事」、「病気だけでなくその背景にあるものを理解しなければいけない」、あるいは「自分だけではできないので、多職種と協働してやろう」といったことの全てが、当初はそう思っていなかったものの、実は総合診療そのものだったという気がします。裏返すと、地域に行った当初はストレスを感じていましたが、後半はむしろ臨床医として、体験的に総合診療を習得してきたような感じだったと思います。

山本 先生方のそういった実体験があった中で仕組み化されていったものが総合診療専門医ではないかとも思います。新専門医制度は、各学会が独自に基準を設定するのではなく、日本専門医機構が関与して、より専門医の質を担保していくという意味で、非常に意味のある仕組みだと思っています。その中で総合診療専門医が19の基本領域の1つに位置付けられたというのは大きな意味があり、先生方が個人でやられていたものを、社会全体の仕組みにしていく取り組みだったのではないかと思います。

総合診療専門医を取得することは、一定の診療能力を持っているという証明になりますし、幅広く診られる医師がへき地に行くということは、地域の住民にとっても大事なことだと思います。また、総合診療専門医を取得できる環境整備は、良質な研修環境を整備する上でも重要だ

と思います。自治医大の卒業生にとっては、やはりベースになるのは総合診療であり、総合診療専門医を取るのかを含めて、総合的な診療能力をどうやって習得するかは重要なテーマではないかと思うのですが、先生はどのように考えられていますか？

山田 私がどのように総合診療について整理がついていったかという、1つはへき地に赴任した頃に、日本プライマリ・ケア学会に入って学会活動にも参画し、早いうちから委員会や役員などを担当した経緯がありました。海外交流の委員をやっていたものですから、“WONCA” (World Organization of Family Doctors: 世界家庭医機構) という、プライマリ・ケアの国際学会にも何回か出席させていただきました。そこで海外の家庭医と交流する機会を持つうち、欧米では当時からすでに、患者の近くにいてジェネラルに診る医師が重要であると考えられており、そういう医師たちの育成は卒後の研修方法も違うのだということを知りました。私が地域で重要だと思うようになっていた医師としての役割は、アメリカでは家庭医、イギリスではGP (General Practitioner) と呼ばれ、社会の仕組みに応じて育成され、その人たちは誇りを持って「自分たちは家庭医だ」と言っていることを知りました。

当時、私はプライマリ・ケア学会や家庭医療研究会の中で役員をしていたこともあって、日本でも、総合診療、家庭医療というものを根づかせる必要があると考えていました。そして、そういった医師は地域の最前線でトレーニングすることが、非常に重要なのではないかと感じるようになりました。

総合医と専門医の両立

山本 日本は高齢化が進み、また高齢者は複数の疾

患を持つことが多いので、総合医の育成は社会課題に対応するという意味でも重要だと思っています。

一方で、自治医大の卒業生は総合医にしかないのか？という議論になると、医学を学ぶ中で、関心が必ずしも総合診療ではない人たちもいると思うのですが、先生はどういうふうにお考えですか。

山田 全くそのとおりだと思います。自治医大の卒業生がみんな総合医になるというのもおかしい話で、むしろそうであってほしくはないですね。ただ、先述のように、卒業生が赴任するような地域が、総合医を育成する環境として整っているのは事実だと思います。

でも、われわれが義務として地域にいくのは4～5年なのですね。4～5年で総合医として一人前になれるかというと、十分ではありません。一方で、人を診て、病んでいる人に身近で対応し、自分が信頼される医師になろうと努めるのは、総合医だけでなく、臨床医であればどんな専門性を持つ医者であっても必要なことではないかと思っています。離島や山間部など、場合によっては自分一人しかいないところで、期待されて責任を持たざるを得ず、その中で自分がいかに応えていくか、それを若いときに経験することが臨床医としての資質や態度を培う上でのキーになっていると思うので、卒業生にとって地域にいる4～5年間というのは将来どちらに向かうとしても、とても重要な期間だと思うのです。

山本 おっしゃるとおりだと思います。基本的な診療能力を身に付けるという目的で、臨床研修が義務化されたと思いますが、臨床研修の2年間だけで先生が言われたような診療能力を身に付けるのは難しい部分があると思いますので、2年間の研修のあとにへき地等で責任ある立場で総合診療に従事するというのは、かけがえのない経験になると思います。

同時に、他の専門分野への興味を良い形で両立できるようにしていくことが大事だと思っていて、それを今後、新専門医制度の中でどうしていったらよいと思われますか？

山田 総合診療というのは、言ってみれば、医師にとってベースであるべきものだと思うのですね。ただ、特定の専門医療を志したいという人にとっては、部分的にしろ、研修履歴が継続されるような保障があれば心強いのではないかと思います。そうでないとプライマリ・ケアに忙殺されてしまうと、「自分の目標はどうなってしまうのだろう？」と不安になりますよね。そういったことを乗り越えて、専門性を求めて大成した卒業生も少なくないわけですが、だからといって「先輩たちがそうやって頑張ってきたのだから後輩も我慢しろ」と言うわけにもいきません。やはり義務としての目の前の地域医療をしっかりとやりながら、将来目指すキャリアに向かって一歩ずつ進めるような制度設計が望ましいですね。

山本 本当にそう思います。先人と呼ばれる先生たちがご苦労された上で、さらに後輩のために環境を整えてこられた。そこには、都道府県や、勤務先の医療機関の皆さまの配慮があったと思っています。例えば、へき地勤務中の週1日の研修日の確保やへき地赴任期間以外の勤務をどうしていくかなどについて、関係する方々に配慮していただく中で、卒業生がキャリアを歩んで来られているのだと思います。

都道府県の求める勤務があった上で、自身のキャリアパスの両立をどう図っていくかについて、関係者が相互の理解のもと議論していくことが重要だと思っていますが、どうでしょうか。

山田 そのとおりです。私も地域医療振興協会の役割の中で、いろいろな都道府県の会合にも参加していますので、それぞれの県によって差し迫った地域の問題があったり、医師不足の問題が深刻であったりすることも理解しています。

その状況は県によってさまざまなのですが、厳しければ厳しいほど、卒業生にとっては負担が大きくなるのは当然です。しかし一方で厳しければ厳しいほど、卒業生にかかる期待も大きいですし、それを担ってある程度役割を果たせていけば、実は大きなやりがいにもなっているのではないかと思います。

そういった中で、新医師臨床研修制度で初期研修が必修化され、新専門医制度では地域偏在を是正する措置が取られているものの地域格差などは相変わらずで、自治医大卒業生に対する派遣要請も依然大きいものがあります。そういったことを踏まえて大学としても都道府県とある程度協議をしながら卒後の研修環境を整えていくということが求められていますし、われわれ卒業生も力を合わせて、後進の人たちに多少なりとも不安がないように頑張らなければという思いがあります。

山本 卒後指導部長としては本当に有難いお言葉です。私は、そうした中、新専門医制度において、義務年限中に総合診療専門医ともう一つの専門医の両方の道を極めていくこともあっていいと思っています。もちろん本人が希望すれば、ですが、私はこの話をするときには、いつもメジャーリーグの大谷翔平選手の話をするのですが、バッターとピッチャーの二刀流は不可能だと言われていたものを、あれだけ見事に体現されました。これを新専門医制度に置き換えると、総合診療専門医と他の領域の専門医を両方取得したいという人がいたら、それができる環境を整えることができるといいと思います。新専門医制度の中でまだ工夫できる余地があるのではないかと考えているところです。

山田 おっしゃるとおりだと思います。みんなが大谷翔平にはなれませんが、むしろ、卒業生にとってダブルボードを目指すのが一般的な状況にしたいですね。最終的に両方の資格が取れなくてもそれぞれの研修が無駄になることはないと思いますし、

これからの高齢社会に 求められる総合医の能力

山田 今、私は都内の病院に勤務して20年近くになりましたので、一人の患者さんを10年、20年診続けて、終末期を看取ることも珍しくなくなりました。患者さんが最期を任せてくれて、葬儀が終わってから家族の方が感謝に来られるというのは、医者冥利に尽きます。整形外科や消化器内科を志向した時期もありましたが、振り返ってみると私の中でいちばん価値が高かったのは、やはり総合医なのですね。

山本 医療技術が進歩し、専門分化が進んでいる一方で、高齢化が進んでいく中では、総合診療はますます重要になります。へき地医療や総合診療をネガティブにとらえるのではなく、生涯、活躍できる診療能力を習得できるという意味でも意義があると、卒業生の皆さんにはポジティブにとらえていただきたいと思います。また、先ほどのダブルボードは、総合的な診療能力と個別の専門領域の診療能力を高いレベルで併せ持つという意味で素晴らしい医師を目指せることになるのではないかと思います。

山田 へき地にいた時には、患者さんはお年寄りが多く、お年寄りの神経痛や風邪、高血圧など、患者さんの多くの健康問題全てに関わりました。東京の高齢者も個々には全く同じで、さまざまな健康問題を抱えています。元気なうちは、それぞれの病気に対して複数の専門医や時には大学病院にかかっている方もいますが、ひとたび通院できなくなると誰からも対応してもらえず孤立してしまう事例も珍しくありません。また入院患者にしても大腿骨頸部骨折や、誤嚥性肺炎、心不全などいわゆる一般的な疾患が増えており、かつ多科にわたる疾病管理を必要とする事例が多くなっています。ですから病気を3つも4つも持っている高齢者をうまく管理する

能力や継続的なケアは、地域だけではなく、今や日本国中の全体的な課題でもあります。

そう考えると、医師の方がある程度、総合的な診療能力を持つようにシフトしていかないと、1つの専門だけ持った医師だけでは医療そのものが成り立たないような状況になっているのかなと思います。時代のニーズとして、総合診療能力を持った医師が求められているのだと思います。

生涯の中でキャリアを どう考えていくか

山本 今は都内の病院で診療されているというお話ですが、先生は、臨床医以外にも、病院長や協会の理事、いわゆる管理・運営側の立場にもなられています。キャリアチェンジするタイミングはどこにあったのでしょうか？

山田 私の場合は、義務で赴任した地域に義務明け後も長くいたのですが、そこに複合施設を作ることになりました。その時に私の能力だけでは難しかったので、協会の吉新通康理事長に相談をしたところ、協会の指定管理でやったらどうかという助言があり、私も職員も協会の仲間に入ってやることになりました。

それまでは公務員の身で、村長の指示どおりに動かなければならなかったわけですが、指定管理という枠組みになって、むしろ私たちが考える提案が通りやすくなり、自分たちで地域医療を作っていく側に立つことができました。そうなる一方で、みんなの意見を聞いて自分が意思決定をして、責任を持たなければいけなくなるわけです。全体をマネジメントする役割を担うようになったのは、協会の枠組みに入ることが大きいですね。

山本 大変重要なことだと思います。へき地等の医

療機関をその医療機関や設立主体である自治体が、医師確保も含めて独自に運営するのは本当に難しいことで、お話のあった指定管理という形で運営される施設が増えてきているのは必然のことにように思っています。そうした中で、自治医大の卒業生が中心となって運営している協会が果たしている役割は本当に大きいと思います。卒業生の皆さんには、目の前の専門的な診療能力の習得ももちろん重要ですが、臨床医としての業務に加えて、マネジメントの仕事などを含めて、長いスパンで自身のキャリアを考えてほしいと思います。

山田 ヘき地、あるいは医療過疎といった問題に対して、これまで自治医大が一定の貢献をしてきたことは私も誇らしい気持ちですが、一方で、卒業生が協会という組織を作って、今度は集団で組織として地域に貢献できるようになりました。もちろん責任も重いですが、自治医大の卒業生としての経験が活かされるというか、単にマネジメントしているというよりは、地域のニーズに応えながら、どう変えて、どんな人材を育成して、どういうふうにするともっと効率よくやっていけるか、ということを日々考えるようになりました。卒業生が個々の地域に貢献して生涯を終えていくのも一つの素晴らしい生き方だと思いますが、ただ、それぞれが培った経験を集約し、組織として貢献できるような仕組みを作った吉新理事長は大したものだと思うし、その枠組みの中で仕事ができたとするのは、振り返ると、本当によかったと私は思っています。ですから、自治医大そのものがもっともって発展し、地域のニーズに応えて頑張ろうという気概のある若い人材が育ち、その人たちがヘき地で貴重な経験をしてさらに実力を培って、日本の医療の仕組みを変えていく。自治医大としての魂を持って、国民の期待に応えられるような仕事が、集団、組織としてできるようになっていくといいと思っています。

山本 その上で、自治医大と協会のより一層の連携は、非常に重要になると思います。大学はヘき地医療のフィールドを持つことは難しく、一方で、研究という意味では、大学には一定の知見があります。大学とフィールドを持つ協会が、それぞれ持っているものを活かしながら連携していくことが、卒業生にとっても、日本の医療にとっても重要になってくると思います。

山田 そうですね。これまで卒業生は、あまり主体的に行動していたわけではなく、期待されるままに義務を果たし、地域に貢献してきた人たちが多かったと思うのですが、これからは次世代に対しての責任も含めて、自治医大に対する提案、都道府県に対する提案、あるいは国に対する提案、そういったことができるよう、卒業生がもう少し組織立って、知恵を絞って、力をつけないといけないのではないかなという気がします。

自治医大生の未来をどうデザインしていくか

山本 50年の歴史の中で、先生方がその土台を作られてきたので、もう一工夫すれば今のお話が実現できるところにきていると思います。いかに次にバトンをつないで、未来をどうデザインしていくかだと思います。今から自治医大に入学する、これから地域医療に貢献する人たちには、視野を広く、時間軸を長くって考えていただきたいと、本当に思います。複数の専門領域を持つこともそうですし、ヘき地にいながらも研究されている先生方もいるし、マネジメントの仕事も将来的に重要な役割になってくると思います。義務年限の中で蓄えたことはその後のパワー、人間としての力になっていくと思うので、目の前のことに真摯に向き合い、地域に貢献しながら、良い経験をしていただきたいと思います。

います。

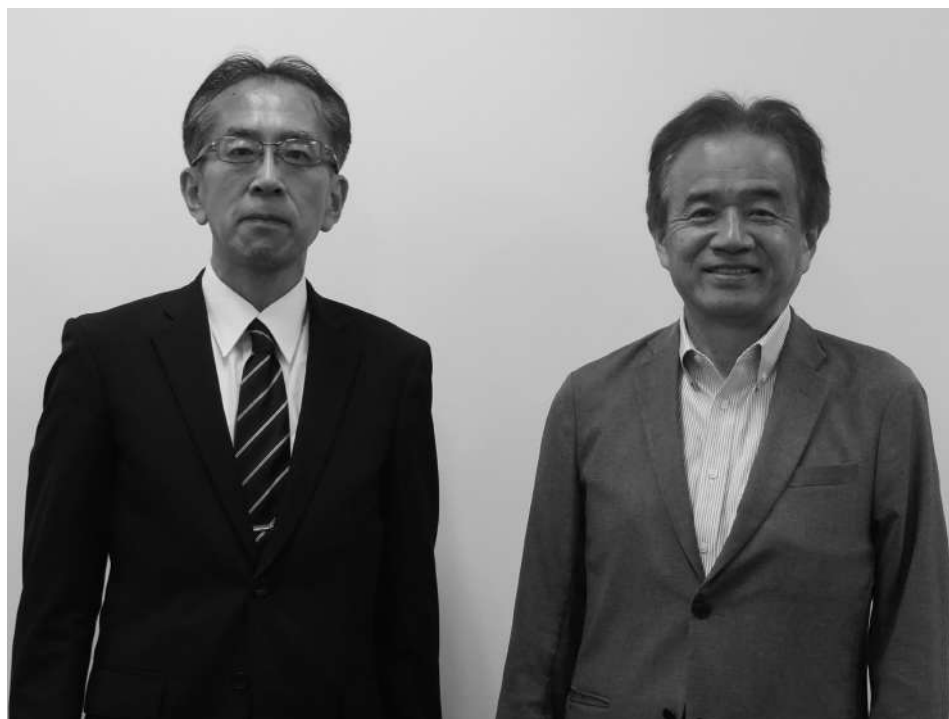
山田 ありがとうございます。われわれがやってきたことは一定の価値あるものを生み出してきた部分もあるのかなと思います。それをさらに磨いて、そのためには、自治医大が核になり、卒業生がもっとまとまっていけば良いと思っています。専門医機構の委員をやっていて思うのですが、卒業生が一丸となって提言できれば、へき地や離島に行くことがもう少し評価されたり、義務年限の中で専門医が取りやすくなったりするのかなと思います。もっとその努力をしなければいけない。先生のお話を伺っていて、その部分がまだまだ不十分だったと感じました。

最後に、先生の方から、今地域で頑張ってい

る、特に義務年限内の卒業生に先生からエールを送っていただけますか？

山本 卒業生の皆さまは、地域医療に貢献するという都道府県の要請に基づいて、診療に従事されると思います。これは、地域貢献という意味では、非常に重要な意味を持っています。そしてその経験というのは、皆さんが今後臨床医として生涯活躍していく上で、とても重要な経験になっていると思います。目の前のことに真摯に向き合っていくことが皆さんの将来につながっていくと思いますので、地域のため、また自分のためにも、しっかりと地域医療を、地域における診療を担っていただければと思います。頑張ってください。

山田 山本先生、ありがとうございました。

**山本英紀(やまもと ひでのり)先生 プロフィール**

平成10年岡山大学医学部を卒業。岡山労災病院で臨床研修後、平成13年厚生労働省入省し、健康局総務課生活習慣病対策室、医政局経済課、医事課、総務課等に配属。平成26年9月から長野県衛生技監、平成28年4月から長野県健康福祉部長。平成30年9月より環境省大臣官房環境保健部環境リスク評価室長、令和3年1月より厚生労働省医政局医事課長、令和5年7月より厚生労働省健康局健康課長を務める。令和6年8月より自治医科大学地域医療学センター教授に就任、現在に至る。

●山本先生のメッセージを見る

<https://www.youtube.com/watch?v=teKm6GVlwVE>



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 静岡県の地域医療 —どうするこれからの静岡県—

企画：地域医療振興協会 常務理事 木下順二

●エディトリアル

●伊豆半島で31年：JADECOMとしてのこれまでの歩み

●研修基幹病院の立場から

●長きにわたって山間地医療を守る

●若手育成で地域を守る

●へき地診療所を運営する

●自治医大で後進を育てる

エディトリアル

地域医療振興協会 常務理事 木下順二

静岡県は東西150km以上に及び、その中心を新幹線や高速道路が貫き、沿線に人口や産業が集中している。県庁所在地である静岡市、人口最多の浜松市と2つの政令指定都市を擁する一方、東部の伊豆半島や中西部の山間部(川根、奥大井、北遠など)は険しい地形に阻まれたへき地である。2つの政令指定都市も広大な面積のへき地を含有しており、県とは別に対応が求められることも問題を複雑化している。山間部では平坦な土地は限られており、茶・みかん・わさびなど傾斜地や溪流を利用した農業の他、林業などの一次産業と、伊豆半島では観光業や漁業も主要産業である。南北に連なる山々は急峻で大きな河川沿いを除くと道路の改良整備も遅れており、狭く見通しの悪い隘路が延々と続くところも多い。日当たりの良い山の中腹に分散して居住している集落も見られ、伊豆の海沿いでは急傾斜地に家が密集している場所も多い。

東京圏と関西の中間に位置するため、歴史的に各病院と大学医局との関連性が複雑なモザイク状態となっている。1974年に浜松医科大学が開校して県の西部を中心に役割を発揮している一方、東部では同大学とのつながりが少ないことが多い。東海道沿線の各市がそれぞれ自治体病院を有してきたが、大学医局派遣縮小などにより診療機能の維持に苦慮しているところもある。平成25年に掛川市立・袋井市立の両病院が統合され中東遠医療センターとなったり、4つの地域医療連携推進法人が設立されるなど再編の動きも少し見られる。

自治医科大学卒業医師の静岡県における義務年限は、静岡県立総合病院での臨床研修、東海道沿線の病院での専門研修と、伊豆半島の諸病院または佐久間病院への地域派遣により構成されている。義務明け後に研修病院に就職する流れも増え、同窓生の先輩が直接後輩の研修指導をする機会が増えてきたことは喜ばしい。へき地では長く勤務している医師と、義務内派遣の両極化が起きており、医療の維持継続のため現場での模索が続いている。

今回の特集を通して、伊豆半島と北遠の現場からの報告を中心に、静岡県の地域医療の実情と課題を知ることができる。小田和弘論文では国立湊病院から共立湊病院への移譲、その後下田を経て現在の伊豆今井浜病院に至る31年の経緯がまとめられている。川合耕治論文では地域に位置する臨床研修・専門研修施設としての取り組みが紹介されている。佐久間病院は1期生以来多くの自治医大卒業医師が派遣されてきた。三枝智宏論文では同院の歴史を振り返るとともに、自治体再編による影響についても触れられている。仲田和正論文では、へき地の民間病院から精力的に最先端の情報発信を続ける意味と意義についてメーリングリストや書籍でもおなじみの仲田節に乗せて楽しく紹介されている。土屋典男論文では、戸田診療所での診療の紹介とともに、指定管理者として地域医療を担うことの利点と課題について触れられている。松山泰論文では静岡県での義務年限後に自治医大に戻り、医学教育センターの中心として取り組んできたカリキュラム改善などについて紹介されている。

伊豆半島で31年： JADECOMとしてのこれまでの歩み

伊豆今井浜病院 名誉院長 小田和弘

抄録

伊豆半島の最南端に位置していた国立湊病院に地域医療振興協会(JADECOM)吉新通康理事長が乗り込んだのは、1993年4月のことだった。私は1994年6月より現地入り。以来、共立湊病院、伊豆下田病院を経て伊豆今井浜病院の現在に至るまでの、31年間の「紆余曲折」を振り返ってみる。今後を託したい若者の出現を期待しつつ。

国立湊病院時代

1986年「国立病院・療養所再編成計画」が策定されたが、その委員長が中尾喜久自治医科大学初代学長であった。国立病院の使命は高度専門医療・難病などの政策医療の実践であったが、地方の国立病院は実際のところ、地域医療が主眼であり、これは地元市町村の役割ではないかとの考えに基づくものであった。当然のように国立湊病院は移譲対象となった。しかし、国立病院の多くは赤字、地方自治体は経済的に貧しく、病院経営のノウハウも持たず、この再編成計画は遅々として進まなかった。その間にも国立湊病院にはいよいよ医師が集まらず、医療機器は買えず、赤字は膨らむの「立ち枯れ状態」の悪循環だった。

そんな中、1993年4月に地域医療振興協会(JADECOM)吉新通康理事長が将来の移譲を見据え、副院長として乗り込んだ。山梨の小池宏明先生(現 伊豆今井浜病院院長)や群馬の折茂賢一郎先生、自治医大地域医療学教室からは宮部明先生(現 村立東海病院副院長)も、馳せ参じてくれた。それでも足りないので、静岡県内で後期

研修中の木下順二先生(現 地域医療振興協会常務理事)や細井昌樹先生(現 伊豆下田診療所長)も駆り出された。国という上級官庁を県職の医師が助ける訳にはいかないらしく、わざわざ国家公務員となって活躍してくれた。

私が2代目副院長の小池医師からバトンを受けたのは1994年6月1日だった。前任地が聖隷浜松病院だったこともあり、医療機器のレベルの差には愕然とした。特に視られるけど映らない内視鏡には辟易とした。元の病院の倉庫に眠っていた1世代前の内視鏡セットを、そのまま貸していただき、軽トラで天城峠を越えて運んだのは懐かしい思い出だ。赴任と同時に賀茂医師会の理事に推挙された。これは「充て職」のようなものだったが、どうにかして開業医の先生との関係性を築くべく、1995年3月から隔月で湊カンファランスという勉強会を始めた。紹介いただいた患者さんのその後、興味ある症例の検討、テーマを決めた発表など。多い時には25名を数える会となった。これはその後、伊豆下田カンファランス、伊豆今井浜カンファランスと名を変え、25年程続いた。先輩の経験から多くを学び、我々が画像診断を解説した。

特集

表1 国立湊病院から共立湊病院へ

①	1986年	国立病院・療養所再編成計画
②	1993年4月	地域医療振興協会吉新理事長が副院長として就任
③	1994年6月	2代目小池先生の後を受け、小田が副院長に就任
④	1995年3月	第1回湊カンファランス開催
⑤	1996年	特別措置法改正、より移譲が受けやすい形に、
⑥	1997年10月1日	共立湊病院開院

この関係構築で紹介患者も著しく増えた。いつ移譲が実現するかは不明であったが、やることだけはやっていた。

そんな中、1996年、特別措置法の改正があり、公設民営での病院運営が正式に認められた。しかも、職員の半数以上を引き継ぐなら、ほぼ無償譲渡、跡地利用も柔軟になり、福祉施設の設置も許可に至った。また、1993年からの先発隊の頑張りにより、当初2億4千万円と言われた年度赤字も1/3～1/4程度に縮小していた。これらにて状況は前進、国立病院の地元市町村への経営移譲、公設民営方式の第1号となったのが、共立湊病院だった(表1)。

共立湊病院の立ち上げ

1997年10月1日そぼ降る小雨の中、共立湊病院の開院式が挙行された。

「開院式が雨だと、その後の運営が上手くいく」という社団(現 地域医療振興協会)ジnkスの始まりだった。

石川嘉延静岡県知事や大林勝臣自治医大理事長、中尾喜久初代学長、高久史磨2代目学長等そうそうたるご来賓の顔ぶれであった。職員の多くは地元民で、国立の制限の中でも地域医療に対する意識は高く、3年4ヵ月の間に気心も実力も知れていた。「足らぬ足らぬは工夫が足らぬ」を合言葉(?)に皆でよく頑張ってここまで漕ぎつけた。管理委託第1号ということで、国と県から多額の補助金もあり、地元市町の期待に応えるべく、医療機器も病院も生まれ変わった(表2)。例を挙げてみよう。

- ・国立時代の内科・外科・整形外科の3科に加えて、地元の要望が大きかった眼科・耳鼻科

表2 共立湊病院の立ち上げ

①	眼科・耳鼻科の新設
②	医師数の増加：7名から13名に
③	救急医療輪番制への参加
④	外来枠の拡大：土曜外来、午後外来
⑤	院外処方への移行
⑥	最新医療機器の導入：高速CT、MRI
⑦	外来棟・入院病棟の改修：明るく、機能的に
⑧	適時適温給食、給食の外部委託
⑨	二次救急輪番制に参加

が新設された。眼科は自治医大の眼科学教室から半年交代で講師クラスの精鋭を派遣していただいた。初代は同期生の伊野田繁医師が率先して来てくれた。かの地で硝子体手術までが可能となった。

- ・静岡県16期の大石延正医師が耳鼻科を立ち上げた。彼は救急にも興味があったが、地元に応える形で耳鼻科の道を選んでくれた。後に札幌医科大学教授となる静岡県1期の山本和利医師が「住民のニーズに応えるのが本当の総合医だ」と言っていたのを思い出す。
- ・整形外科：自治医大整形外科より油原美明医師と今一人の若手医師を派遣していただいた。後から、親が伊豆に住む増本眞悟医師が加わり、強力な布陣となった。
- ・外科：自治医大静岡県8期の吉田剛医師が副院長としても牽引してくれた。
- ・内科：自治医大静岡県9期の梅田容弘医師が副院長として内視鏡などのレベルアップを図ってくれた。透析に精通していた細井昌樹医師は、看護師を藤枝市立病院に研修に2回程連れて行ったが、彼女たちがそれで、プライミングを覚えたのには驚いた。
- ・医薬分業：それまで100%院内処方だったの

が、100%院外処方になった。これは木下順二医師が開発してくれた「院外処方箋発行システム」のお陰だった。それは患者さんから目を逸らさずに、片手でDO処方ができる優れ物だった。彼はその他にも院内イントラネット環境や診療情報提供システムも構築してくれた。

- ・医療機器:高速CT・MRI。最新の内視鏡も自前で揃えることができた。
- ・適時適温給食:ごく当たり前のことが国立病院ではできていなかった。
- ・医療技術部:薬剤師、療法士も全く不足していたが、徐々に揃っていった。
- ・国立時代には入れなかった二次救急輪番制にも参加した。

共立湊病院のその後

医師数も7名から13名に増えたが、私だけが44歳、他はほとんどが30代の若手医師集団を中心に職員はとにかく良く働いた。国立病院時代、十分な医療機器も持たずに工夫だけでやってきたが、堰を切ったかのように彼らは躍動し、外来も入院も手術も救急もほぼ倍化した。「忙しいけど楽しい」と皆が言ってくれた。さすがに国立病院、敷地は広く、医師のほとんどは其中に暮らしていた。時間外でも救急車が来ると、一人また一人と集まっては協力してくれた。内視鏡の止血など当初は一人で始めるものの、20分も経てば、3～4人揃っていることがよくあった。当初、懸念された経営面も考えられないほどの好転換を見せた。

敷地内なので徒歩通勤、医局で飲むことも自由だった。1997年11月、野人岡野の決勝ゴールで日本サッカーがワールドカップ初出場を決めた「ジョホールバルの歓喜」は医局中で狂喜乱舞した。患者さんには迷惑な騒ぎだったかもしれないが、忙しくも楽しい時代だった。

1998年4月からは画像伝送システムを県が導入してくれ、10月からは、人間ドックも始めた。

- ・麻酔科:1998年10月からは、自治医大に勤務されていた山城忠孝医師が常勤として加わっ

た。以後、外科系の手術は安全に行えるようになり、その件数は一気に増えた。

- ・婦人科:2000年10月からは婦人科が立ち上がった。吉田麻美医師が一人科長のストレスの中、ずっとそのレベルを維持してくれている。

2001年4月からは老人保健施設「なぎさ園」を併設。隣接する他法人の特養と併せて、医療・保健・福祉施設が揃った。2003年からは小児科も開設された。

2004年からは静岡県で2機目のドクターヘリが順天堂静岡病院に導入され、救急車に同乗する往復4時間半の「天城越え」のストレスが、緩和された。

2005年からは静岡県立総合病院と順天堂静岡病院の2年目の研修医の受け入れが始まり、年15～20名の研修医が病院に活気をもたらせてくれた。

このようにゆっくりではあるが、着実に伊豆半島先端の医療は進化して行った。

しかし、いかんせん少子高齢化の代表的な地域、その中でも人口が少ない半島先端の病院。開院5～6年は右肩上がりだったが、ピークは過ぎていった。やはり、少しでも人の多い下田市に行かないと、先行きの厳しさは明白だった。この頃から、地元市町との感覚のずれが生じた。結局、我々是新病院の競争入札には応募しない選択をした。2010年7月に当時療養型だった伊豆下田病院を買収。この年度後半、我々は2つの病院の当直をすることになった。そして2011年3月、共立湊病院および老健なぎさ園の指定管理は終了。2011年4月からは、多くの職員と共に伊豆下田病院へ移り、急性期病院として再出発させた。病院職員の多くは移ってくれたが、老健「なぎさ園」の職員は移る訳には行かず、涙の別れとなった(表3)。

下田病院時代

下田病院に移る時には、14ヵ月後には河津町の今井浜に移ることが決定事項だった。

多くの職員には南伊豆、下田、河津町と大変

表3 共立湊病院になってから

①	1998年3月	画像伝送システム稼働（県の事業）
②	1998年10月	麻酔科開設
③	1998年10月	人間ドック開始
④	2000年4月	奨学金制度制定
⑤	2000年10月	婦人科開設
⑥	2001年4月	老人保健施設「なぎさ園」開所
⑦	2003年3月	小児科開設
⑧	2004年3月	静岡県東部ドクターヘリ（県の事業）
⑨	2005年4月	県立総合病院・順天堂静岡病院の2年目研修受け入れ
⑩	2010年7月	伊豆下田病院（療養60床）開院
⑪	2011年3月末	共立湊病院、なぎさ園の指定管理を終了

表4 伊豆下田病院時代

①	2011年4月	伊豆下田病院を療養型病院から一般病院へと変更
②	2012年5月	伊豆今井浜病院へ移転

な引っ越し、移動を強いることになった。下田病院は60床、もともと療養型であり、急性期医療には狭隘で老朽化した施設だった。しかし、我々がこの地で今後、医療を提供するためにはどうしても必要な施設、病床数だった。いつか、今井浜の新しい病院で医療を展開することを夢見ながら、その時を待った(表4)。

伊豆今井浜病院開院

そして、2012年5月1日、待ちに待った伊豆今井浜病院がオープンした。伊豆急行線の今井浜海岸駅からエレベーターで玄関先まで移動できる、患者さんとお見舞客に優しい造りが売り物だが、そのためには、結構な山を削る難工事が必要だった。

開院式。伊豆半島公式行事恒例の餅まきでは張り切りすぎて肩を痛めた。しかし、これからがまた、紆余曲折の連続だった。地域医療計画上、当初我々の持ちベッド数は伊豆下田病院の60床だったので、60床でオープンだったが、賀茂地域内の他病院の閉鎖もあり、max160床へと増床、変貌した。しかし、急速に進む人口減と少子高齢化、他病院との競合等による医療需要の変化も大きかった。急性期医療に加えて、回復期リハビリ病棟の立ち上げ、地域包括ケア

病棟への変更などがあった。しかし、「守文は草創より難く」2018年からはダウンサイジングの道を選ばざるを得なくなった。

ようやく現在の急性期56床、地域包括ケア病棟44床に落ち着いたのは2019年4月だった。在宅部門も喫緊の課題であった。訪問看護、訪問リハも開設、対応した。2014年4月からは、県の事業にも協力し、2自治体離れた南伊豆町の無医地区2ヵ所へ片道30kmの巡回診療も始め、へき地医療拠点病院の指定も受けた。これにより、再び自治医大卒義務年限内の医師の派遣先に名乗りを挙げた。JADECOMの他施設の研修医をはじめ、療法士や看護師の研修も再び受け始めた。若者が院内にいることは活気があり、共立湊病院の黎明期を彷彿とさせるものがある(表5)。

現在、賀茂医療圏のJADECOMの施設としては伊豆今井浜病院、上河津診療所、いなずみ診療所、伊豆下田診療所、西伊豆町田子診療所、西伊豆町安良里診療所がある。人口減の地域、開業医のご子息たちが帰ってきてても医業として成り立つか難しい中で、このような医療ネットワークが一つの道かもしれない。



国立湊病院



伊豆今井浜病院

表5 伊豆今井浜病院

①	2012年5月	伊豆今井浜病院開院
②	2012年11月	100床増床事前協議終了
③	2014年4月	へき地医療拠点病院・巡回診療開始
④	2014年11月	皮膚科開設
⑤	2015年4月	循環器内科開設
⑥	2016年4月	新館オープン：106床に、リハビリ科開設
⑦	2016年11月	141床（一般91床、回復期リハ50床）
⑧	2017年5月	全病床稼働（一般110床、回復期リハ50床）
⑨	2018年4月	20床減床で140床（一般90床、回復期リハ50床）
⑩	2019年5月	40床減床で100床（一般54床、地域包括ケア46床）
⑪	2020年10月	訪問看護ステーション開設
⑫	2022年5月	訪問リハビリ開始

まとめ

今、丸31年を経て、親子2代(あるいは3代)にわたって患者さんと家族を診ることが増えた。こちらが忘れていても向こうは覚えてくれる。近頃は「先生もお大事に」などと言われ、ありがたみを噛みしめている。「人生は喜ばせごっこ」は近頃、胸に響く言葉だ。中尾学長がよく言われた「患者さんが教科書で先生」も頷ける。

現在、当院は内科・外科・整形外科・婦人科

の入院・外来と耳鼻科・眼科・皮膚科・循環器科の外来、訪問看護・訪問リハにて地域の医療に貢献している。

今、31年を振り返ってみて、あの共立湊病院開院のエネルギーを実感できたことは医師人生の中でも幸福だったと思う。

私の希望は、自治医大卒あるいは静岡県地域枠出身の若い医師が、このへき地の医療に興味と熱意を持ち、この地の医療を末永く継続、発展させてくれることだ。そのためには地域でしか味わえない魅力、総合的に人を診る魅力を伝えることが必要だろう。

研修基幹病院の立場から

伊東市民病院 管理者 川合耕治

抄録

地域医療振興協会(JADECOM)は伊豆半島の地域医療において、現在2病院、6診療所、1介護老人保健施設を運営している。他に伊豆半島で3病院が静岡県自治医科大学卒業医師を中心に運営され、JADECOMと共に現在この地域での医療を支えている。伊東市民病院はJADECOMの研修基幹病院として「地域医療指向型伊東初期研修プログラム」を立ち上げて初期研修医を受け入れてきた。研修修了医師の多くがJADECOM、他の地域医療の現場で活躍している。当院は静岡県自治医大卒業医師の後期研修病院でもあり、研修修了医師が静岡県内の地域医療、あるいは医学教育界で現在活躍している。JADECOMと静岡県自治医大卒業医師が連携し、今後さらに夢のある地域医療を展開してゆきたい。

はじめに

自治医科大学卒業医師が地域に派遣されるようになって50年が過ぎようとしている。静岡県においてもへき地・地域医療を支える担い手として、自治医大卒業医師が大変重要な役割を果たしてきた(いる)と現在振り返ることが可能である。いわゆるへき地と呼べる離島あるいは山間地域の比較的少ない静岡県であるが、自治医大卒業医師は主に義務年限内を中心に、当初から佐久間町立病院(佐久間町、併合されて現在浜松市)、国保井川診療所(静岡市)、伊豆半島先端にある国立湊病院(南伊豆町)などでへき地・地域医療を支えてきた。卒業医師の多くは現在も静岡県内でそれぞれにキャリアアップして活躍している。さらに、都市部から離れた地域の医療機関において、義務年限を越えてもなお、地域医療を実践して活躍している。

伊豆半島の地域医療、 地域医療振興協会、伊東市民病院

地域医療振興協会(JADECOM)は、1994年1月5日に国保西伊豆安良里診療所(西伊豆町)の指定管理を受け、3番目の施設として運営を開始。伊豆半島の地域医療に一步を踏みだした。さらに1997年10月1日にはJADECOMが初めて指定管理として運営する病院、共立湊病院〔前国立湊病院、2010年閉院、南伊豆町〕を開院した¹⁾。以後、伊豆半島にはJADECOMの運営する施設として伊東市民病院〔2001年3月1日開院、伊東市からの指定管理〕、いなずさ診療所〔2005年6月1日開院、直営、下田市〕、介護老人保健施設みはらし〔2006年4月1日開設、伊東市からの指定管理〕、上河津診療所〔2010年1月12日開院、直営、河津町〕、伊豆今井浜病院〔2010年7月1日開院、直営、河津町〕、伊豆下田診療所〔2012年5月1日開院、直営、下田市〕、戸田



図1 伊豆半島と自治医大／JADEC COM (2025年4月1日現在)

診療所〔2014年4月1日から指定管理、戸田村・現沼津市〕と医療施設の運営を拡大してきた。伊豆半島では現在2病院、6診療所、1介護老人保健施設をJADEC COMが運営しており、伊豆半島の地域医療を支えていることになる。各施設を守る医師は自治医大卒業医師として静岡県卒業医師7名、他県卒業医師7名、JADEC COM総合診療研修プログラム「地域医療のススメ」研修修了医師2名、JADEC COM「再研修プログラム」研修修了医師1名と、JADEC COM医師17名が、静岡県自治医大卒・義務年限内医師3名(1名が伊豆今井浜病院、2名が伊東市民病院初期研修医)と共に活躍している。

近年、静岡県は自治医大卒業医師の義務年限内派遣先医療施設を伊豆半島中心に選定しており、現在、下田メディカルセンター(下田市)に3名、西伊豆健育会病院(西伊豆町)に2名、伊豆赤十字病院(伊豆市)に3名、伊豆今井浜病院(河津町)に1名、計9名が配置されている〔2025年4月1日現在〕。3病院はJADEC COM施設ではないが、西伊豆健育会病院は院長が静岡県自治医大卒業1期生で、伊豆赤十字病院では院長が同8期生である。図1に示すように、伊豆半島ではJADEC COM施設9(病院2、診療所6、介

護老人保健施設1)、JADEC COM関連施設3病院、計12施設でJADEC COM医師・自治医大卒業医師、計31名が伊豆半島の地域医療を支えていることになる(対象地域における人口はおよそ20万人である)。

伊東市民病院、教育医療機関として

伊東市民病院(以下、当院)は前国立伊東温泉病院を伊東市が移譲を受け、前述のごとく2001年3月1日よりJADEC COMが指定管理を受けて運営している。その立ち上げには静岡県2期生、山梨県2期生、山梨県7期生(著者)、山口県9期生、佐賀県10期生、静岡県(結婚協定の高知県)17期生、静岡県18期生、計7名が自治医大卒業医師として参画した。さらに自治医大医局から麻酔科、脳外科、小児科を応援していただいた。既にJADEC COMが運営していた共立湊病院と共に、自治医大卒業医師が実践・運営する地域中核病院として、静岡県の地域医療を大いに盛り上げたいと皆意気盛んであった。現在も当院には1期生2名(佐賀県、非常勤で鹿児島県)、静岡県2期生、福島県3期生、岡山県3期生、佐賀県7期生、山梨県7期生(著者)、静岡県28期

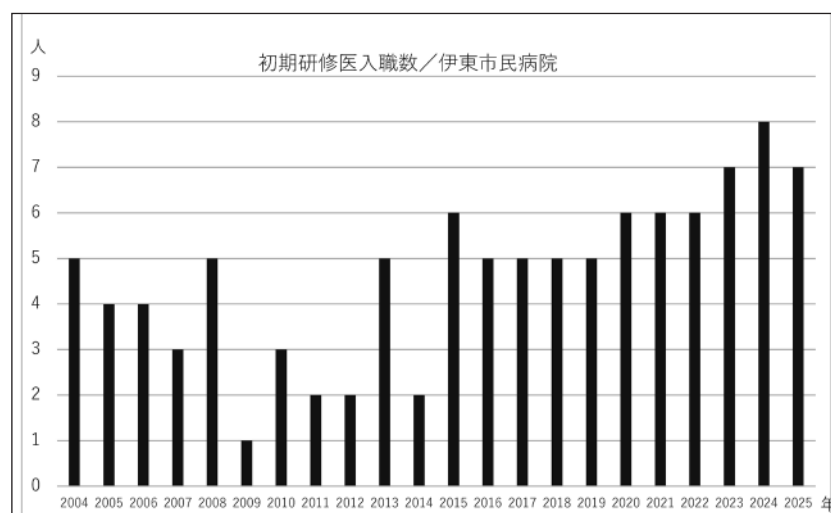


図2 初期研修医入職数／伊東市民病院

生(非常勤)、静岡県48期生(初期研修医)2名、の計10名が自治医大卒業医師として在籍している。許可病床数250(当初から看護師確保に難渋しており稼働病床224、現在稼働病床186である)、伊東市唯一の病院・総合病院として年間4,500台の救急車搬送を応需率100%で受けている地域医療支援病院である²⁾。

2004年4月1日より臨床研修指定病院として初期研修医を受け入れ(当初の受け入れ枠・学年6名)を開始した。プログラム名を「地域医療指向型伊東初期研修プログラム」と謳っているように、JADECOMの理念、自治医大卒業生の地域医療にかける思いを共有していただける医療人の育成を目指して運営してきた。当初は研修医集めに難渋する時期もあったが、このところ受け入れ枠・学年8名[2023年より8名と拡大]がフルマッチするなど、ようやくその存在を認知されてきたように思われる(図2)。日本中の大学から地域医療、総合診療医・家庭医に興味を持った学生が集まり、現在2学年15名がプログラムに在籍している。特記すべきこととしては、従来静岡県における自治医大卒業医師の初期研修はずっと静岡県立総合病院で実施されてきたが、今年度は卒業生が5名となることもあって、試験的にではあるが2名を当院に初期研修医として受け入れることになった。自治医大卒業医師が中心となって運営している地域中核病院に自治医大卒業初期研修医を受け入れ

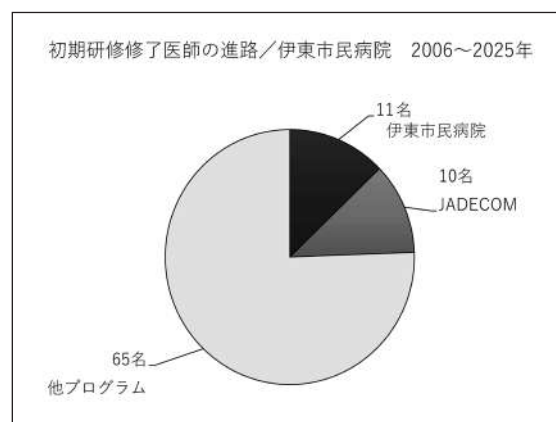


図3 初期研修修了医師の進路／伊東市民病院 2006～2025年

たいとの、以前からあった懸案が実現した形となった³⁾。

当院における初期研修修了医師の進路について考察したい。初期研修1期生のうち1名は研修修了後に当院に内科医として入職し、22年経った現在も内科部長として臨床、研修教育に大いに活躍している。研修修了後に他院での後期専門研修プログラムを修了した2名がそれぞれ、救急科医、内科医として現在当院で活躍している。計86名の研修修了医師のうち、当院に入職したのが11名。他のJADECOM施設に入職したのが10名、計21名がJADECOMに入職している(図3)。静岡県内に目を向けると、研修修了後に浜松医科大学、総合診療・家庭医プログラムに入った3名が公立森町病院を中心に総合

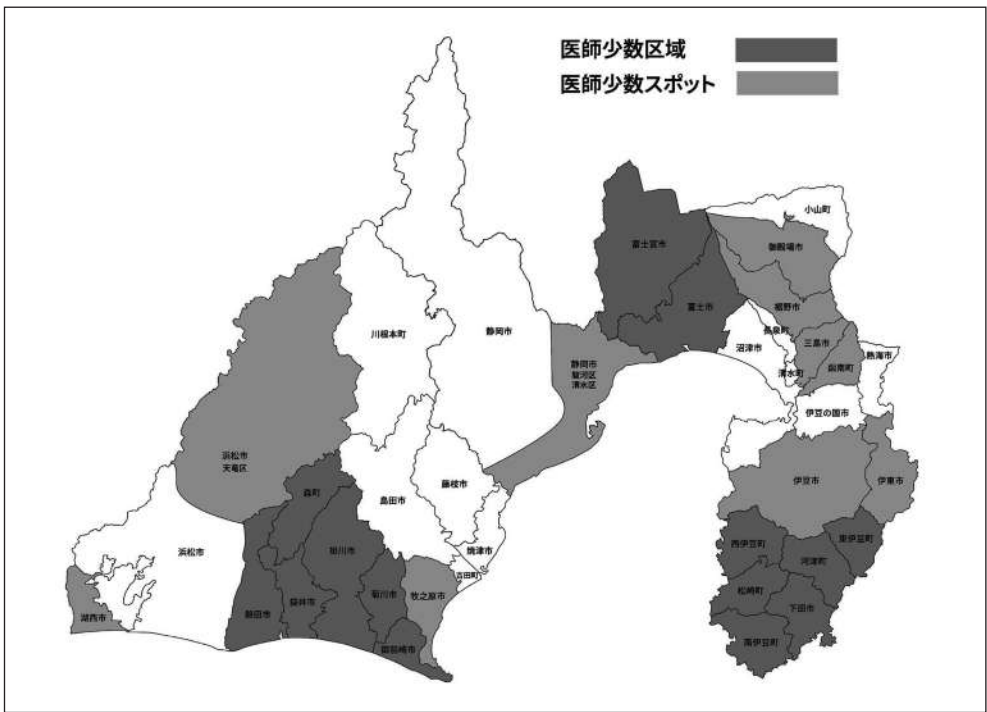


図4 静岡県における医師少数区域と医師少数スポット (2024年3月)

診療・家庭医療を実践している。研修修了後の進路がJADECOM関連以外の施設となっても、総合医・家庭医、救急医を目指す傾向が強いと感じている。出身大学はそれぞれであるが、「地域医療指向型伊東初期研修プログラム」研修修了医の少なからずが、プログラムの目指す理念を理解して活躍していると考えている^{4),5)}。

当院には「伊豆半島伊東総合診療プログラム」と謳った基幹型専門研修プログラムがあり、現在、当院の初期研修修了医1名が研修中である(伊豆半島の関連施設にもローテート赴任している)。JADECOM施設である東京ベイ・浦安市川医療センターの基幹型プログラム「内科専門研修プログラム・救急総合内科コース」には、当院に所属している5名が専門研修中であり、研修修了後に地域医療を担う医師として期待されている。

静岡県自治医大卒業医師には、指定された研修指定病院での後期研修が義務年限内に2年間許されており、当院も指定病院の一つである。これまで20期生、21期生、23期生、24期生、27期生2名、30期生3名、38期生の計10名(内科5名、小児科1名、整形外科2名、外科2名)

が当院に後期研修医として赴任している。後期研修修了医のうち7名は静岡県内で、2名が県外で活躍している(現在自治医大医学教育センターの松山泰教授は24期生として2年間、研修センター長、総合内科医として在籍されていた)⁹⁾。

静岡県、伊豆半島における 地域医療の今後の課題、 自治医大卒業医師、JADECOM

都市部を離れた地域での人口減少、高齢化、少子化は国内どこにおいても急速に進行して大きな社会問題となっている。さらに医師の偏在、診療科の偏在が叫ばれる中、同地域での医師・薬剤師・看護師他、医療資源の確保は困窮を極めている。人件費や材料費の高騰により医療費が増大し、努力によって得た医療収入の増加では追いつかない経営危機に直面しており、地域医療の継続が大きな逆風にさらされている。地域医療のあり方、病院機能の合理化、効率化の実施も急務であろう。静岡県では賀茂郡(伊豆今井浜病院、西伊豆健育会病院、下田メディカルセンターが所在する)が医師少数区域に該当

し、伊東市(当院が所在する)、浜松市天竜区(国保佐久間病院が所在する)が医師少数スポットに指定されている(図4)。県では鈴木康友知事が2024年末に報道機関を通じて、静岡県東部、特に伊豆半島への医療支援を、浜松医大を中心に実施するとの声明を発表した。当院も浜松医大総合診療・救急診療部門と具体的な連携を現在協議している。今後もJADECOM研修基幹病院の一つとして、伊豆半島を中心に静岡県の地域医療を支えてゆきたい。

伊豆(半島)は、富士箱根伊豆国立公園に含まれる風光明媚な地域である。さらに湯量豊富な温泉もある(当院は源泉掛け流しの職員用大浴場を完備し、看護師宿舎、医師宿舎にも源泉掛

け流れ大浴場がある)。この素敵な地域で、吹き荒れる逆風に耐えて前進する、新たな夢のある地域医療の展開に今後も邁進してゆきたい。

参考文献

- 1) 小田和弘:もともと、ずっとずっとへき地医療。月刊地域医学 2024; 38: 1035-1036.
- 2) 伊東市民病院開院20周年記念誌。メディカルサイエンス社, 2022.
- 3) 川合耕治:人を育てる病院でありたい。月刊地域医学 2022; 36: 98-105.
- 4) 松岡史彦, 小林只:プライマリ・ケアー地域医療の手法ー。メディカルサイエンス社, 2012.
- 5) 佐々木航:「地域の医者」のアイデンティティを得て、今、次の一歩を踏み出す。月刊地域医学 2024; 38: 576-583.
- 6) 松山泰:建学の精神と使命を具現化する、医学教育のさらなる進化を目指して。月刊地域医学 2024; 38: 906-915.

長きにわたって山間地医療を守る

浜松市国民健康保険佐久間病院 院長 三枝智宏

抄録

長く勤務しその地域を良く知る医師が核となり若い医師が交代で勤務する体制が、安定した医師確保となり、若い医師の学びにもへき地施設のイノベーションにもつながる。しかし、今後はへき地への医師の定着は困難である。後ろ盾となる病院の確保やドクタープールの導入など、専門を持って活動している義務年限終了後の医師であっても、志があれば一定の期間地域に戻って交代でリーダーを務められるような環境づくりが必要である。

はじめに

佐久間地区は浜松市の中心部から約50km北方に入った中山間地域にある。天竜川本流とその支流が形成する谷に沿って、またかつて山の中腹を縫うように信州に向かった塩の道に沿って、小さな集落が点在しており、大正から戦前にかけての人口は15,000人くらいだった。産業は林業、お茶の栽培、かつては銅山やニッケル鉱山もあった。また産業振興のため複数の工場を誘致していた。1955年前後は佐久間ダム建設のためさらに人口が増え、一時は30,000人近くになった。そしてダムが完成した1956年、旧4町村が合併して佐久間町が誕生した。佐久間ダムが建設されてからは電源の街となった。一時は電源関連の税収から地方交付税の不交付団体だった時期もある。しかし、ダム完成以降の人口は減少の一途をたどり、平成のはじめには7,000人となった。

佐久間の医療史:後ろ盾の変遷

町内の佐久間地区に当院の前身となる国保佐久間診療所が設置されたのが1952年。15床の有床診療所で医師数は2名だった。名古屋大学関連の医師が交代で赴任したようである。しかし、医局派遣だったのか所長の縁故による協力勤務だったのかははっきりした記録がない。1962年には32床に増床して佐久間病院が発足した。その後、増床を繰り返し最終的には60床となったが、医師数は2名の時期が長く続いた。名大系とはいえ後ろ盾が整っていなかったことが想像される。

一方、同じ町内でも浦川地区の医療は別の歩みをたどった。開業医師の逝去による閉院などで医療機関が減る中、有床診療所設置の機運が高まった。当初は医師招聘の見通しが立たなかったが、経緯の後に当時長野県南部をフィールドとして活動していた千葉大学から派遣されることになり、1961年に浦川診療所が16床の有床診療所として設置された。その際の約束として診療所前に千葉大学の農山村医学研究施設を

特集

町が建設し、活動拠点となった。すなわち千葉大学が医師確保の後ろ盾になったのである。研究施設では地域保健、寄生虫、貧血、農薬中毒、振動障害、腰痛などの研究が活発に行われていた。

しかし、1971年に千葉大学公衆衛生の教授が交代すると研究拠点は千葉県に移され、浦川での研究は縮小されることになった。研究員たちも長野県南部や愛知県東栄町などそれぞれがフィールドとした地域に移っていき浦川診療所には1名残すのみとなった。浦川診療所の顛末は後ろ盾の重要性とともに、その脆さも教訓として残した。

その中の一人として1974年に浦川診療所から佐久間病院に異動したのが軽部富美夫先生である。1961年の浦川診療所開設時から勤務され、地域の事情に精通していた。1979年に院長に就任した時も佐久間病院の医師数は2名であった。そこで行政に自治医科大学卒業医師の獲得を説いたのが佐久間病院に自治医大が関わるきっかけとなった。翌1980年、静岡県から卒後3年目の自治医大1期生が佐久間病院に派遣され、その後も毎年派遣を受けたため佐久間病院の医師数は6名まで増えた。この頃は県へき地派遣のほとんどが佐久間病院で、静岡県が佐久間病院医師確保の後ろ盾的な存在となった。

佐久間での学び

筆者は1989年に卒後3年目で佐久間病院に派遣された。静岡県立総合病院で2年の臨床研修を受けたとはいえまだまだ右も左も分からない状態で、不安の中の赴任であった。私のほかに医師は5名。うち4名は自治医大卒業の先輩医師。整形外科、小児科・神経、消化器、呼吸器とそれぞれ得意分野を持ちながらも内科・外科を問わず総合的に医療を行っていた。週1日の研修日には幸い他の病院で勤務する自治医大の先輩のところで循環器を勉強することができた。今でいえば屋根瓦式の教育というのだろうか、それぞれの分野で先輩の教えを乞うことができた私はラッキーだった。そして院長の軽部

先生。患者の状態、家族の状況、居住地の様子、さまざまな視点で検討してゴール設定をし、治療方針を決めていた。単なる医学モデルでなく心理社会的要素を取り入れた診療スタイルは私の眼には新鮮で、憧れた。多くの先輩医師に手取り足取り教えていただきながら医学・医療面で少しずつ成長できたと勝手に思っている。

赴任した初日に先輩に連れられて訪問診療した患者は、無医地区の最奥、山道を登った先の一軒家に住んでいる独居高齢者だった。90歳男性。居間の炬燵に座ってゴホゴホと咳込みながらタバコをくゆらせていた。医学的には大いに問題ありの喫煙場面だが、そんなことよりも高齢男性がここでどうやって生活しているのかが不思議だった。看護師の話によるとヘルパーが買い物や家事をしているとのこと。この時初めてヘルパーの存在を意識するようになった。そのヘルパーは事あるごとに本人の様子を伝えてくれた。それ以降、看護師、保健師、ヘルパーと関わる中で患者を生活者としてみる視点を意識するようになった、というか叩き込まれた。

こんなこともあった。私がしばらく診ていたある患者は、良くならないので自分で大病院に受診した。私の誤診だった。するとその家族は、なかなか良くならないので大病院に受診したこと、診断が私のものと違っていてその治療で良くなったことを小さな紙に書き、わざわざ私の自宅を訪れて手渡してくださった。自分の至らなさを恥じるとともに、この患者の暖かさに痛み入った。このように患者や住民に教えていただいた場面は枚挙にいとまがない。

佐久間に勤務した間、医師、多職種、住民たちから厳しくも暖かく育てていただいたと思う。佐久間でのへき地勤務は純粋に楽しかった。当初2年の辞令をいただいていた佐久間勤務は外的要因により4年に延長された。自分から言い出して延長となったわけではないが、へき地勤務の延長を意気を感じて勤務を続けた。そこで気が付いたのは赴任2年目までと3年目以降で患者の反応が全く異なったことである。必ずしも実力を付けたわけではないのに外来患者が増え、親しく話しかけてくださるようになった。

この反応は2年で転勤していたら絶対に味わえない、得難い経験であった。

このように地域に長く勤務し地域をよく知る医師を核として、若い医師が循環していく方式の中で医療を勉強できたことは大きな糧となっており、他所にも適用できる理想的スタイルと思っていた。

義務内卒業生への期待

佐久間でのさまざまな経験から老年医学に興味を持ち、義務年限の残り3年間は後期研修として静岡県立総合病院で学んだ。内科系の各診療科を再びローテートしたため、各分野の専門家から多くの学びを得ることができた。そして老年科専門医を取得したところで自治医大の義務年限が終了した。縁あって1996年から再び佐久間にお世話になり今年で30年目に入っている。一度外の病院を経験したことで佐久間の良い点、課題、それぞれを感じることができたのは大きな強みとなり、取り組みの方向性を定めることができた。2度目のへき地勤務はオススメである。

ただし、今の義務年限内卒業生は同じ経験ができないかもしれない。専門医制度はプログラム制となり基幹病院のプログラムに入るため、へき地勤務に向かった先が連携病院であっても1～2年の勤務となり、3年目に感じた変化を経験できない。プログラム終了後に2度目の勤務を同じ地域でできる保証もなく、特に結婚協定で次のへき地勤務は他県となることもあり得る。だからこそへき地勤務を大切にしてほしい。地域や地域の人を知ることのできるチャンスであり、多職種とたくさん関わって共に活動してほしい。

2度目の赴任

前任院長の軽部先生が筆者の2度目の赴任後しばらくして退職されたため、ふがいないながらも筆者が核とならざるを得なくなった。その後多くの自治医大の後輩たちが佐久間の地を

踏んでくれた。卒後3年目で派遣された医師には分野にかかわらずさまざまな経験ができるように、先に後期研修で専門性を身に付けてから赴任してきた医師には得意技を発揮できるように、そしてどの医師にも地域の人と接し地域を知って楽しむ機会をつくり経験してもらった。そして皆、期待に応えてくれた。一方、彼らが循環型で次々に赴任してくることで病院には毎年のように新しい風がもたらされ、職員一同の成長につながったのもありがたかった。彼らに対して申し訳ないと思うのは、筆者の能力不足のため臨床面も管理面も穴だらけだったため、穴埋めにあたった若い医師の負担が増したことである。ただ、開き直って言わせていただければ、彼らはその部分も成長して佐久間を卒業していった。以前から思い描いていた、長く勤務し地域を知る医師を核として若い医師が循環していく医師確保体制のもとで、地域や地域の人と関わりながら行う医療を実践できていたと思う。しかし諸行無常、世の中は移り変わる。

佐久間の変化:後ろ盾の模索

平成のはじめに7,000人いた人口が2025年の今、2,400人となった。周辺の地域も含め診療圏人口はおよそ4,000人。かつて誘致された工場は撤退し、林業も衰退、高齢で耕作放棄された茶の木が鬱蒼と茂っている。小売店も次々に閉店し食料品や日用品の購入は移動販売や通信販売の利用が主流となった。小中学校は統廃合され、高校は分校となった上、募集停止も取りざたされている。佐久間病院も2021年に60床から40床に減床した。いつまで病院として存在するのかという議論も今後なされるであろう。しかし、それでも住み慣れたここで暮らし続ける人たちがいる。そしてこれまでと何ら変わらぬ日々の生業を営んでいる。彼らの健康を守る使命はこれからも変わらない。いや、運転免許返納などで移動手段がなくなった高齢者が増え、むしろ必要性は増えている。これからも多職種と地域が協働した活動は必須であり、医師確保の努力が求められる。

佐久間病院の医師確保における転機は、2004～2005年にやってきた。病院の新築と市町村合併である。2004年、新病院の完成と共に住民の要望に応じて眼科と精神科を設置した。それまで医師は全て自治医大卒業生であったが、他院からの派遣医が診療にあたることになった。後に整形外科、循環器内科なども加わり、当直の一部も外部にお願いするようになっていく。2005年、佐久間町は合併により浜松市となり、翌2006年に浜松市は政令指定都市となった。政令指定都市は県が行う行政事務を処理できるようになる。「へき地の医師確保は浜松市独自で行ってほしい。自治医大の派遣は他の地域に行う」という考えを静岡県が示した。衝撃だった。自治医大卒業生の県派遣は徐々に減り2020年には1名となった。同じく自治医大卒業の副院長と合わせて3名体制、すなわち昭和の時代に逆戻りした。幸い初期研修の地域医療として5カ所の基幹病院から毎年20名前後の初期研修医が来ているほか、他院からの専門診療科医師派遣も続いており外来や当直に穴をあけることはなかったが、佐久間病院は静岡県という常勤医師確保の後ろ盾を失った。それ以前から一本釣りの募集は出していたものの見学にすら来てもらえていない。佐久間病院の歴史から見ても後ろ盾の存在は必要であり、その模索が続いている。方向性の一つは浜松医科大学との関係を深めること、もう一つは総合診療専門研修との関係である。2025年度は自治医大の静岡県派遣医2名（うち1名は産休育休中）、浜松医大からの派遣1名、派遣終了後の定着者1名、他院総合診療プログラム終了後の定着者1名が在籍しているが、必ずしも安定供給とは言えず強化が求められる。

浜松市北部地域医療センター構想

浜松市は中心市街地から離れた北方に広く中山間地域を持ち、佐久間ばかりでなくほかの地域も医師確保に課題を抱えている。ある地区では現在複数いる開業医はすべて高齢、後継者なしで10年後が保障できない、別の地区では公立

診療所所長が定年となるが後継者の目途が立たない。そこで数年前、「浜松市北部地域医療センター」構想を提案したことがある(図)。浜松市内の大規模病院を後ろ盾としてその病院内に浜松市北部地域医療センターを設置。複数医師をドクタープールして通常は大規模病院内で診療を行い、交代で北部中山間地域の医療を担う、というものである。他県の事例や地域医療振興協会(協会)の取り組みを参考に提案した。プールする医師は義務終了後の自治医大卒業生を想定した。しかし、残念ながら実現には至っていない。大規模病院の院長は自院にメリットがないと否定的だった。義務終了者、特に浜松近辺の出身者に声をかけたが、その多くは静岡市周辺に生活の拠点を築き県中部の病院でポストを得ていた。「絵にかいた餅」で終わってしまっているが、これを浜松市ではなく全県レベルで検討する余地はないだろうか。

義務終了後の卒業生への期待

静岡県の卒業生は専門志向が強いと言われることがある。確かに総合診療系を志すよりもサブスペシャリティの道を歩もうとする姿を多く見かけるが、彼らも地域医療への思いを保ち続けている。実は筆者はあろうことか医師が3名しかいなかった時に病気で長期離脱したことがある。その時は義務年限を終了した卒業生たちが交代で佐久間病院を支援してくれた。彼らの気概あふれる行動と、送り出してくださった勤務先病院に大変感謝している。

コロナ禍直前の頃だったと思う。当時同窓会の県支部長を務めていた筆者あてにJCHOの理事長から「静岡市のS病院の運営を自治医大の卒業生でやらないか」という打診を受けたことがある。その時は同窓会支部と協会支部の役員で検討した結果、送り込める医師が見当たらないという理由でお断りせざるを得なかった。しばらくしてS病院は静岡県立総合病院と地域医療連携推進法人を組んだ。そこで県立総合病院からS病院に派遣された医師は義務終了後の自治医大卒業生たちであった。詳しい経緯は承知し



図 浜松市北部地域医療センター構想 (2023 年私案)

ていないが、強い後ろ盾があれば人は動くことを印象付ける出来事だった。

佐久間病院や伊豆方面のへき地病院の多くは地域に長く勤務し地域を良く知る医師を核としている。その後継者として同じように長く勤務して核となるような医師がこれから現れるだろうか。後輩たちにへき地への定住を求めるのは、今後は困難といわざるを得ない。それよりも志を持つ医師が交代でリーダーを務め、かつて核となる医師が持っていた地域と密接につながる機能は病院全体として持つのが現実的と思われる。今は専門を持って活躍している義務終了者たちに、ぜひ一時でも地域医療の場に戻っ

てきてほしい。かつて浜松市に提案した「絵にかいた餅」構想を、静岡県全域を対象として再検討してもらえるとありがたい。

むすび

これからますます地方と都市部の格差は広がり、医療の谷間が増えることが予測される。そこに灯をともし続けるためには人数の限られた義務年限内だけでは困難である。長期間でなくとも構わないので、義務終了後の医師も地域医療に参画できる環境を整えることが必要である。

若手育成で地域を守る

西伊豆健育会病院 院長 仲田和正

最重要点

- ① へき地で内科医ゼロ，自治医大卒業医師派遣不可，全科知識をトップジャーナルで得る。
- ② メーリングリスト(ML)に出すと知識は完全定着，どこからもアクセス可能，そして医師が集まる！
- ③ 情報収集に英語力は必要不可欠。日本語で勉強すると世界から10～15年遅れる！
- ④ 論文は要点をつかんで集中，枝葉末節は思い切って切り捨て，怒涛の反復を。
- ⑤ 人は易きに流れる。週9回の勉強会。要点の怒涛の反復。
- ⑥ へき地で世界最先端！日々の愚直な継続！低い水準の満足感の拒否！

へき地で内科医ゼロ， 自治医大卒業医師派遣不可，全科 知識をトップジャーナルで得ること

35年前，伊豆半島西海岸に整形外科医は1人もいなかった。母校，自治医科大学のへき地義務年限が終わりに近づいた頃，西伊豆健育会病院の事務長がとらやの羊羹を持って2回も私を勧誘に来た(2回ともとらやの羊羹だった。その後来た外科医には蘭の花だった)。

今は亡き両親は「自治医大の義務年限は終わったのだから」とへき地移住に反対した。しかし，人に望まれるところで働いた方が幸せではないかと思い，当初2，3年のつもりで1990年，西伊豆に家族を連れて赴任した。家内も「自治医大1期生なんだから都会にいるのは，あなた居心地が悪いでしょ。まあ，山より海の方がいいかなあ」と後押ししてくれた。

最初は整形外科医として西伊豆に勤務したが，小病院の一人当直では脳血管疾患から心筋

梗塞，何でも診なければならない。学生時代6年生の時に「ハリソン内科学」をなんとか通読し，また初期研修で2年間全科研修したが，到底力不足であった。

へき地での医師不足は深刻で人口2万人の伊豆西海岸で78床の唯一の病院なのについては常勤医師3名，内科医ゼロにまで減少してしまった。当初，静岡県庁に自治医大卒業医師派遣を依頼したが「静岡県民の血税で育てた自治医大卒業医師を医療法人(私立病院)に送るわけにはいかない」とあっさり一蹴され自治医大からの派遣は断念した。自治医大卒業医師が西伊豆よりもよほど都会の病院に派遣されていることも多く，その理不尽さに切歯扼腕する日々であった。

医師募集をなんとか自助努力で行うしかなかった。へき地に医者が来ないことは当たり前である。勉強にならず魅力がないからだ。大自然の魅力だけで医者が来るなんてことはこの36年間なかった。

以前、外来患者さんのお孫さんが昭和医大に入学したと言うので、「いつか西伊豆に来てくれるといいですね」と言ったところ「こんなところにゃあ来ねえよ」と馬鹿にしたような返事でムツとした。地元出身の医師が当院に就職したのは開院以来36年目、2025年が初めてである。

毎月10日以上当直をこなし、年末年始には4日間地獄の当直をしたこともあった。その頃、西伊豆の安良里診療所にいた吉新通康先生からは「西伊豆病院」じゃなくて「医師いず病院」だと揶揄される始末であった。

西伊豆はへき地であり、大病院までは1時間15分～1時間45分かかるので、現場から直接のヘリ搬送を除きすべての救急疾患がまず当院に集まる。「救急は決して断らない」ことを当初から自分の覚悟、病院目標としていた。常勤医師は外科、泌尿器科、整形外科の3人だけだが、内科疾患は当然診るし入院もさせなければならぬ。地元の患者さんは分かってくれているから良いのであるが、やっかいなのは都会からの見舞客であった。不安な顔で、「あー、先生は整形外科ですよ。うちの父は心不全ですよ。ねえ？」と聞いてくる。聞かれる側もつらい日々であった。

また、病院で検診もしていたから胸部エックス線読影も整形外科の私が行う破目になった。とにかく見逃しが怖いので読影能力を高めなければならない。そこで胸部エックス線、CTの洋書、和書の単行本を30冊ほど(小さかった子供らの面倒を一切見ずに)通読し、ようやく多少の自信を得ることができた。

内科医がいない中、常勤医3人で何とか内科知識を得て共有する必要があった。低い水準での満足は絶対にしたくない。開き直って「これは内科的知識を得る絶好のチャンス」と考えることにした。全科的かつ正しい知識を常にアップデートするには一体どうしたらよいのかいろいろ考えた末、世界のトップジャーナルであるNew England Journal of Medicine, The Lancet, JAMAの3誌の総説(review article:疾患のその時点での世界の知識を総括的にまとめたもの)を定期的に読むことを思いついた。原

著論文と違い総説は世界最新の各疾患の実戦的知識を極めて効率的に教えてくれる。

臨床医学雑誌の2025年度のimpact factor上位3位は次の通りである。Impact factorとはその雑誌の論文が年間どれだけ引用されたかの指標である。上位100位以内に日本語医学雑誌は入っていない。

【Impact Factor, 2025】

- ・The New England Journal of Medicine (NEJM) 91.245
- ・The Lancet 79.321
- ・Journal of the American Medical Association (JAMA) 56.272

これらの総説は全科をカバーしており世界一流の医師たちが、最先端の知識を惜しげもなく披露している。これを読み始めてから和雑誌はほぼ読まなくなった。夜、ビール、ワインをチビチビやりながらこれらの総説をわくわくしながら読むのは至福の時である。同僚にもその知識を共有してもらうため、プリントにまとめ医局勉強会を細々と続けた。このプリントは折に触れ私自身で「怒涛の反復」を行った。

ある時、もしかしてこの知識は全国の医師も知りたいことではと思い、当院のホームページ、そしてその当時入会したばかりの総合診療のメーリングリスト(ML)にも総説のまとめを恐る恐るアップしてみた。最初アップした時は、知識をひけらかすようで反感を買うのではと思っていたが、予想外に好評であった。

最初は総合診療のML(TFC: Total Family CareまたはTasaka Family Clinic, 2024年閉鎖)、後には感染症(Idaten)、救急診療(EMA: Emergency Medical Alliance)からも依頼された。このまとめをアップした。

数十年前の学生時代の授業で私が現在も覚えているのは教授の冗談、雑談だけである。この冗談、雑談と覚えていただきたい重要点を結び付けてみた。漫談風の解説を行い、最初と最後に最重要点を10～15程度の箇条書きにしている。時間が無い方は箇条書きだけ読めばポイントは網羅できる。また医師だけでなく医学生、ナース、その他医療関係者にも読んでもらいた

いと思い、毎回必ず素人の家内にも読んでもらった。また英語は医師以外には非常にハードルが高く、英単語が並んでいるだけで読む気を無くす人が多い。それで極力英語は避け、それでも必要な英単語には和訳をつけた。

MLに出すと知識は完全定着、 どこからもアクセス可能、 そして医師が集まる！

また、この作業を行うと知識の定着が格段と良くなることに気付いた。1人で総説を読んでも1ヵ月でほぼすべて忘れてしまう。「人に教えない知識、秘術は身に付かない」のである。総説をまとめ、人に教え、その反復を行うことにより知識は確実に定着する。

また、全国に流すからにはいい加減なことは書けないから、疑問点は参考文献まで遡って徹底的に調べる。その過程でさまざまな疑問が湧き、そこからさらに知識の大河の源流、支流を辿る。その過程の面白さ、知的興奮は実に刺激的である。

最澄の「さんげがくしょうしき山家学生式」の冒頭に「一隅を照らす此れ即ち国宝なり」とある。比叡山に行くと、この「一隅を照らそう」の大きな石碑がある。

最初西伊豆に来た時、「田舎で一隅を照らせればそれでいい」と思っていた。しかしネットが発達した現在、情報を無料でアップすることにより日本全体の臨床の底上げ、開業医の底上げができるかもしれないという野望を抱くようになった。まとめたトップジャーナル総説の数は過去20年間で350本を超えた。

大分県の先生に言われたのは、西伊豆早朝カンファを読んで「へえ、そうなんだあ」と思っていると数年後に日本のガイドラインが改訂されていくことを何度も経験したということであった。

また西伊豆から発信することで「へき地でも十分勉強できる」ことが分かれば、へき地の勤務医を増やせるのではと思った。江戸時代は「田舎の三年、京の昼寝」と言っても田舎と都会では大きな情報格差があった。しかし、ネットのお

蔭で時代は確実に変わった。このホームページが、特に世界の日本大使館で孤軍奮闘されている医務官の皆さまにも愛読されていることを最近知った。

西伊豆で美味しい海の幸、山の幸を堪能し、温泉（我が家には温泉がある）を楽しみながら世界から情報を集め、医師生活を続けることができる。また今はAmazonで何でも手に入る。子供たちが小さかった頃は、休日には毎週のようにハイキングに出かけた。ただ、田舎は子弟の教育には難点があり進学校もない。このため夫婦で子供たちの家庭教師をした。長女がピアノに夢中だったので家内は月2回、三島駅まで送り迎えして浜松に通った。これらにより親子関係も密になった。

思いがけなかったのは、総説のまとめをMLに出すようになってから全国から優秀で勉強好き（best and brightest）の医師が当院に集まるようになったことである。へき地で医師を集めることはそれまで七転八倒、至難の業であった。医師紹介業者を通すとへき地には「正真正銘のトンデモ医師」が来る。

しかし「勉強になりさえすればへき地でも医師が集まる」ことは予期せぬ出来事であった。現在、優秀な常勤医に加え全国、時には海外からも多くの研修医が来てくれ、日々わくわくと診療している。自治医大の成績優秀者（上位10位以内）は6年生の試験が一切免除され、スチューデントドクターとして本人の希望病院、海外実習が可能で、当院に何人も来てくれた。

自治医大卒業医師の派遣は完全にあきらめていたが、ついに2019年からは医療法人（私立病院）でありながら、静岡県自治医大卒業医師の派遣もしていただけるようになった。30年間待ち続けた瞬間でもあった。また自治医大入学一次試験の面接官も依頼されるようになった。また、2025年からは静岡県により浜松医科大学に総合診療教育研究センターが開設され静岡県東部に総合医が派遣されることになったが、浜松医科大学長の「伊豆に送るなら西伊豆健育会病院に」との鶴の一声で9月から医師を派遣いただくことになった。

これらのことは「医師を集めるには教育病院とするしかない」という私の確信にもなった。現在、当院の医師募集費用は、NEJM, The Lancet, JAMA 3誌の年間購読料約12万円のみである。なおMLに出した情報は、以下の西伊豆健育会病院ホームページおよび本にまとめている。ホームページには過去20年間でまとめた350本以上の総説を掲載している。また特に有用な総説を集めて下記の書籍にしており、近日中に第4版が改訂出版予定である。

● 西伊豆健育会病院 早朝カンファランス

<https://nishizu.gr.jp/intro/conference/>

● トップジャーナルから学ぶ総合診療アップデート 第3版. シービーアール, 2020.

ホームページの早朝カンファランスには、現在全国から年間5～6万件のアクセスがある。上記の本を通読した後、当院ホームページをフォローすれば世界最新の全科の知識を無料で常にアップデートできる。

情報収集に英語力は必要不可欠。 日本語で勉強すると 世界から10～15年遅れる！

医学情報を集めるデフォルト(前提)として英語力はやはり重要である。医学の最新情報は常に英語で発信される。ドイツ語やフランス語が必要だと思ったことはないが、英語は医学ではsine qua non(必要不可欠)である。

「英語論文を読まないことの危険性」を強く感じたのは特に「外傷時の輸液」と「食物アレルギー」である。当院にやって来る多くの初期研修医に聞いても医学部で「外傷の大量輸液禁止」や「生後4～6ヵ月での積極的アレルギー投与」、「アナフィラキシーでのアドレナリン絶対投与」を教わった者は皆無に近く、また医師の間でもいまだに常識になっていない。「日本語文献だけで勉強すると世界から10年から15年は遅れる」ということを実感した。上記の根拠の詳細は下記の当院早朝カンファ総説をご覧ください。なお、2025年4月より西伊豆健育会病院のホームページがリニューアルされURLが以前と

変わったのでご注意ください。

【西伊豆早朝カンファ】

● 重症外傷患者の初期治療(総説)New Engl J Med, Feb. 21, 2019

[conference_2019_04.pdf](#)

● 食物アレルギーと食物関連アナフィラキシーの治療(総説)JAMA, Feb. 13, 2024

[conference_2024_12.pdf](#)

また洋書に親しめば、西欧の巨大な文化体系に触れることもできる。医学だけでなく小説、ドキュメンタリー、また海外の番組、報道を楽しめ、人生の楽しさは2倍、3倍となる。前もって英語で旅行書、歴史書を読んで海外旅行すると、その知識は読書数十冊に匹敵する。見物だけの海外旅行はあまりにもったいない。

数年前からAI翻訳が使えるようになった。私もAI翻訳でトップジャーナルの総説を何度もまとめようとしたが、大まかに何が書いてあるのかは分かるが、自分の一番知りたい具体的新情報がつかめず利用をあきらめて、相変わらず英語で読んでいる。しかし、多分これからはさらに改善されていくだろう。「学習の要点は膨大な情報の中からいかに最重要点をつかむか」である。医学の学習は日本語でなく極力英語文献をAI翻訳して日々読み込むことをお勧めする。

論文は要点をつかんで集中, 枝葉末節は思い切って切り捨て, 怒涛の反復を

秋山真之は司馬遼太郎の「坂の上の雲」の主人公である。海軍兵学校を首席で卒業し日本海海戦を圧勝に導いた。彼の学び方の極意は次の通りである。「物事の要点が何であるかをつかむ、要点をつかむことが大事だ。要点をつかむには、過去のあらゆる型を調べる。多くの事例をひとわり調べ、そしてその重要度の度合いを考え、あまり重要でないか、または不必要と思われることは大胆に切り捨てる。時間と精力を、つかんだ要点に集中する。」

医学の学習も全く同じだと思う。要するに「まず優れた本、論文を手に入れ、要点をつかんで

それに集中し枝葉末節は思い切って切り捨て、最重要点の怒涛の反復を行う」のである。私も総説の要点は極力10～15点ほどにまとめている。時間の無い方は要点だけ読めばポイントはつかめるようにしてある。

人は易きに流れる。 週9回の勉強会。要点の怒涛の反復

以前、大分での総合診療医学会で大変驚いたのは全国の病院の3割は月1回も勉強会を行っていないということだった。勉強を各自の自主性に任せると人は易きに流れる。

現在、当院では週9回の全員での勉強会を行っている。常勤医が自分の得意分野をレクチャーし、初期研修医3～4名は1ヵ月の研修の後、最後に自分の抱いた臨床の疑問点(Clinical Question)を南郷栄秀先生の下記のEBMのホームページに沿って発表する。

- The SPELL, 南郷栄秀先生のEBMのホームページ

<https://spell.umin.jp/profile.htm>

以前、研修医に次の格言から「西伊豆で魚の釣り方を教わった」と言われ、とても嬉しく思った。“Give a man a fish and you feed him for a day, teach him how to fish and you feed him for a lifetime.”(魚をあげれば一日食べられる。魚の釣り方を教えれば一生食べられる。)

また、このEBMの手法を派遣元の病院で他の同僚に教えたという研修医もいて、派遣元の病院の先生からとても感謝された。このように当院の勉強会では症例ごとに「西伊豆健育会病院早朝カンファ」の疾患総説の要点の怒涛の反復を全員で行っている。

へき地で世界最先端！ 日々の愚直な継続！ 低い水準での満足感の拒否！

以前、八戸市民病院の今明秀事業管理者(自治医大卒業)が西伊豆にダイビングに来られた。我が家の庭でのBBQで、彼に「先生、病院

のキャッチコピーを作るといいよ」と言われた。八戸市民病院は「劇的救急」がキャッチコピーで、これで全国から医師を集めていると言うのである。病院のキャッチコピー？ 思い浮かんだのは自治医大動物実験センターに昔あった「一殺多生 鬼手仏心 合掌」であった。しかし、こんなのが手術室に掲示されていたらちょっと怖い。若い頃いた天竜川上流の佐久間病院の前にあった派出所(コーヒーを飲みによく行っていた)の壁に貼ってあった「正・強・仁」も病院ではあまりピンと来ない。

そこで参考になったのが、西伊豆町のキャッチコピー「夕日日本一の町」、そして京都で売っていた抹茶味のチョコレート ブラックサンダーの「応仁の乱以来の衝撃」である。キャッチコピーとは極めて主観的で証明のしようがない。そこで当、西伊豆健育会病院は5～6年前から「へき地で世界最先端」をキャッチコピーとした。MLに出すトップジャーナル総説には常に「へき地で世界最先端 西伊豆健育会病院」を付しており次第に全国に知られるようになった。また、私たちは実際に世界最先端であると自負している。

しかし、それでも常勤医師確保は今でも決して楽なことではない。自治医大卒業医師で義務年限を終わられた皆さま、西伊豆健育会病院にぜひ来ませんか？ Excitingなへき地医療を一緒にやりましょう！

最後に私が心から尊敬する元 福島県立医科大学学長、故菊池臣一先生のお言葉をあげておく。

「プロフェッショナリズムとは、

一、目的に対する単純強固な意思、日々の愚直な継続。

二、低い水準における満足感の拒否。

三、栄光の影の骨身を削る努力。」

西伊豆早朝カンファランス QRコード



へき地診療所を運営する

戸田診療所 所長 土屋典男

抄録

協会で管理委託を担う診療所での現状と課題、今後の展望を診療所長・管理者として勤務した10年を振り返り、その経験から今後の展望を考える。また、静岡県の地域医療をさらに発展させる提言を示す。

はじめに

戸田診療所は、伊豆半島の西海岸にある、世界で一番大きいカニとして有名なタカアシガニを漁獲している戸田地区の唯一の診療所である。旧戸田村が1976年に開設、現在の診療所は2002年に新築移転された。2014年までは初代診療所長 増田武弘医師(故人)で、「平成の大合併」といわれる市町村合併が全国的に推進され、沼津市が2005年に戸田村と合併してから、沼津市と増田医師が個人で指定管理契約を結び、引退する2014年まで在職、その後、2015年から地域医療振興協会と指定管理契約を結び、築地治久先生が2代目所長、そして私が2015年から3代目の所長として勤務している。私は、1980年自治医科大学医学部卒業の3期生で、静岡県立中央病院(現 静岡県立総合病院)で2年間の多科ローテーション研修後、掛川市立総合病院(現 中東遠総合医療センター)内科、公立森町病院内科で義務年限を終了し、1989年掛川市立総合病院循環器科診療科長として経皮的冠動脈インターベンション・ペースメーカー治療に携わり、1992年公立森町病院副院長、総合内科医として勤務、2015年から戸田診療所長として勤務している。

戸田地区の現状と課題

2015年の戸田地区の国勢調査人口は2,826人であり、1975年から2,287人、44.7%と減少した。2024年4月1日現在、戸田地区1,293世帯、人口2,372人である。1995年の高齢化率は22.3%であるが、若年者比率が9.4%と低く、過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項第1号ハの要件により、過疎地域となっている。その過疎地域の特性である人口減少は、急峻な地形による交通の不便さ、生活基盤の地域格差などによるものが大きい。2024年9月1日現在の高齢化率は58.0%、全国平均29.1%(2023年)より著しく高い率である。これは、地域人口の50%以上が65歳以上で、社会的共同生活の維持が困難な状態にある集落で、「限界集落」といわれる状態だ。

現状と問題点

戸田地区の診療施設は一般診療所が1ヵ所、歯科診療所が3ヵ所となっている。入院医療、特定診療科(産科、眼科等)の医療および夜間・休日の診療は、周辺の地域に依存している。また、本地区の医療施設で対応できない救急患者

特集

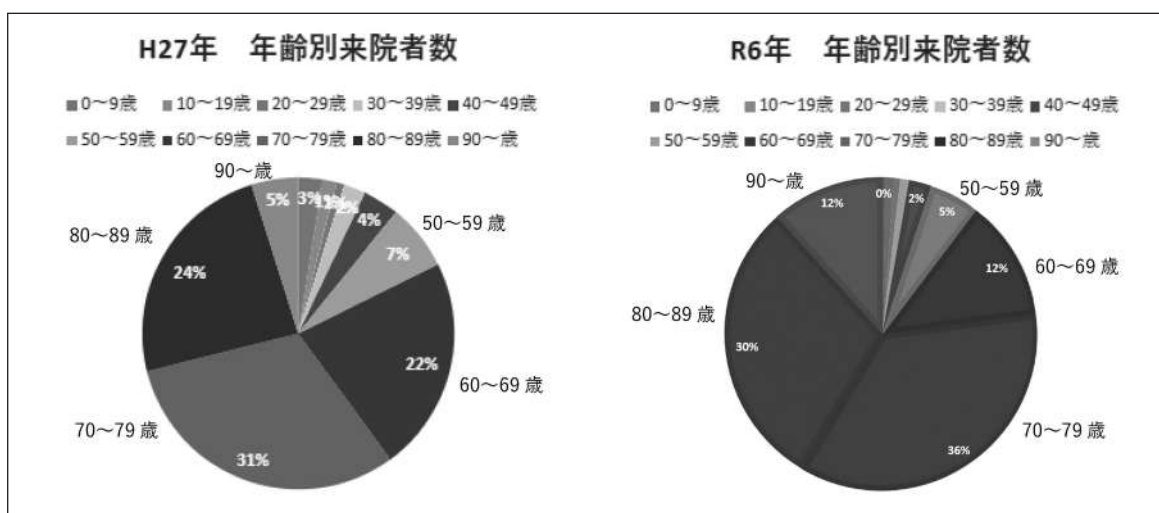


図1 年齢別来院者数の変化

については、市内や近隣の医療施設へ搬送されることとなるが、搬送には40分程度を要している。一般診療所は、戸田診療所を公設民営形態で、指定管理者が運営を行っており、医師の高齢化や後継者不足の問題はひとまず解消されているものの、医療機器や設備等の老朽化が懸案となっている。

沼津市戸田地区過疎地域持続的発展計画・令和3年度～令和8年度¹⁾による対策および公共施設等総合管理計画等との整合については、以下のように記されている。

1. その対策

戸田地区の医療提供の拠点となる戸田診療所は、機能の維持・充実に努めるとともに、本地区の医療施設と近隣の医療施設との連携を密にするなど、医療体制の充実を図る。戸田診療所の医療機器や設備等については、補助制度等を活用し、計画的に更新等を実施する。

2. 公共施設等総合管理計画等との整合

(戸田診療所) 個別施設計画で示したとおり、戸田地区には同種の施設がないため、今後もサービスを継続し、建物は適切な時期に長寿命化に資する改修工事を実施していく(総合管理計画・各種個別施設計画に示した方針を基に作成)。

診療所の現状

診療日は月曜日から土曜日、診療時間は午前9時～12時と午後2時～5時。木曜日と土曜日は午前中のみ。水曜日の午後に介護老人福祉施設「土肥ホーム」とグループホーム「菜の花ホーム」の嘱託医として訪問診療に30分かけ、週に約30名の利用者を訪問している。訪問診療は月平均4.5人で、徐々に減少している。その原因は老々介護のための介護力の低下が考えられる。看取り件数は月約1.5人。診療科は内科、外科、整形外科、皮膚科、小児科。土曜日は主に伊東市民病院から代診医を、また木曜日と土曜日に社会医療法人青虎会 フジ虎ノ門整形外科病院から整形外科専門医を派遣してもらっている。フジ虎ノ門整形外科病院とは、私が赴任した当初に個別に派遣契約を締結した。今までは、戸田峠を越えて自家用車を自分が運転、家族の車に同乗、またバスで通院していた患者さんにとっては有難いことで、フジ虎ノ門整形外科病院前理事長の土田博和先生には感謝している。

1日の患者数は、令和6年度平均53.6人、令和5年度は平均53.8人で、初診7%、新患0.6%、残り92.4%が再診患者で、救急車は1日0.2件の対応。内科76.7%、整形外科14%、外科7.9%、小児科0.9%、皮膚科0.5%。年齢別は70～79歳35.9%、80～89歳29.9%、60～69歳12.6%、90歳以上11.6%、50～59歳が5.3%である。9年前、

平成27年度は70～79歳31%，80～89歳24%，60～69歳22%，90歳以上5%，50～59歳が7%であった(図1)。

業務は、通常診療以外、発熱外来、COVID-19ワクチン接種、インフルエンザ予防接種、带状疱疹予防接種、各種小児予防接種、沼津市と近隣市町村の特定健康診査を行っている。時間外診療は、COVID-19パンデミック以降、スタッフ不在、感染リスクを考慮し受け付けはしておらず、蜂咬傷、百足咬傷などは、医師住宅の玄関に患者が来てインターフォンを鳴らした時は、診察・治療の対応をしている。

救急搬送先の主たる病院は、順天堂大学静岡病院で、満床でない限り引き受けてくれている。特に循環器科、脳神経外科は断られたことがない。順天堂大学静岡病院は当然のことながら診療技術も一流で詳しい返事も頂いて感謝している。その他、循環器疾患であれば岡村記念病院、脳神経外科では西島病院に必ず受けていただいている。他には、静岡医療センター、沼津聖隷病院がある。土肥ホーム、菜の花ホームの緊急患者の多くは発熱であるが、西伊豆健育会病院が救急搬送先である。その他緊急性のない患者の紹介、発熱患者(誤嚥性肺炎、急性腎盂腎炎など内科系)は、伊豆日赤病院が快く受け入れてくれる。ただベッド数の余裕がないようで満床状態が時にある。整形外科の処置が必要な患者は、伊豆市修善寺に午後7時まで診てくれた整形外科クリニックがあったが、最近諸般の事情により閉院した。伊豆の国市に整形外科の開業医があるが、閉院したクリニックの患者さんを含め患者数が多くなり、予約制となってしまった。当診療所では消化管内視鏡検査は行っておらず、住民検診の要精密検査は、函南町の函南平出クリニックと伊豆の国市伊豆保健医療センターに予約を入れてお願いしている。緊急性の高い消化管出血を疑う患者は函南平出クリニックか順天堂大学静岡病院消化器科に依頼している。地域医療連携を図るため順天堂大学静岡病院の『医療連携を共に考える会』や伊豆赤十字病院の地域医療機関の先生方と伊豆赤十字病院常勤医師との「顔の見える連携」を目的とした

『伊豆赤十字病院医療連携懇親会』に積極的に参加し、紹介先の先生方ばかりではなく参加された地域の先生方との懇親も図っている。趣味のゴルフを生かし、沼津医師会のゴルフ部に所属し、医師会の先生方と親睦を図り、いろいろな医療に関することや紹介先などの情報を得ている。また、田方医師会の定例ゴルフコンペに時々参加させてもらい、田方医師会の先生方とも懇意にいただいている。

医療機器は、2013年導入の16列マルチスライス全身CT、私が赴任してから超音波診断装置(心臓を含め全身に対応できる機種)をアップグレード、血液・生化学検査は以前、全て外注であったため、例えば糖尿病患者の治療でHbA1cの値は次回の診察時に伝える形であったが、それではコントロールが不完全であるので赴任後直ぐに院内でその診察時間内に結果を出せる血液生化学検査機器を導入した。COVID-19パンデミック以降、感染症関連PCR測定機器を揃え、さらに高齢者が多い地域でロコモティブシンドローム、フレイル、サルコペニア予防の観点から骨密度測定機器が以前のものは「MD法」(微小濃度測定法)であったため、より測定の感度をよくするエックス線骨密度測定装置(大腿骨、脊椎骨)を昨年導入した。また、電子カルテも赴任直後から導入している。

戸田地区の疾患の特徴は、生活習慣病患者が多く、レセプトのデータから高血圧症と糖尿病に的を絞って患者の割合を算出してみると、高血圧症のみ15.9%，糖尿病のみ29.2%，高血圧症と糖尿病を併発している患者は33.1%いる。そのため、糖尿病患者に対するマネジメントはHbA1cの診察時間内に患者に説明することは必須である。

スタッフは、現在看護師4名(1名は看護師派遣会社からの派遣)パート看護師2名(1名は午前中のみ、1名は月曜日午前中と整形外科のある奇数週の午前中)、放射線技師1名、事務員2名で、切り盛りして頑張ってくれている。昨今の働き方改革の方針から、時間外労働の規制、年次有給休暇の取得などから、事務員の3名の増員が望ましいが、看護師の募集もそうだ

が、ハローワークや求人会社に登録しても、戸田診療所の地理的マイナス面(沼津市内から車で1時間以上)の環境(生活に必要なものを調達するため大きなスーパーまで1時間要する)などから人材に制限がかかり、求人数も少なく、有能なスタッフを獲得することが困難である。放射線技師は、通常の放射線業務のほか、腹部・頸動脈・甲状腺・乳腺・下肢血管・体表・整形外科領域超音波を自身で研修などに行き知見を蓄え、的確な診断の助けをいただいている。また、事務関係の総務的業務も担ってもらっている。スタッフの約8割が女性であり、女性ならではの考え方や、行動原理などを知ることが第一歩と考え、対処しているが、実際は大変さを痛感している。

厚生局の個別指導が、開設から2015年まで一度も行われておらず、地域医療協会が委託管理を任された途端実施された。職員はもちろん私自身も直接的に関わったことはなく、スタッフ一丸となって準備したが、残念ながら再指導となり、その個別指導後の再指導で、インスリン治療患者の自己血糖測定で、測定の記録がカルテに記載されていなかったことを事務官が指摘して、その事務官のしてやったりとした顔が忘れられない。

私の経験から

私の医師としての歩みは、一般内科医、循環器専門医、内科総合医と目指す医療像が変遷し、最終目標であるプライマリ・ケア医として、へき地での診療所勤務に揚々と臨んだのであるが、世の中そんなに甘くなかった。今までできていたのは、自分一人の力ではなく、同僚の医師、看護師をはじめコメディカルの方が大きかった。赴任してしばらくすると、今まで40年以上続いた戸田独特の医療、世間一般ではない通用しないが戸田でのスタンダードな医療に潰され、気も心も荒み、うつ状態に陥った。それを助けてくれたのは、家族、特に妻であった。妻は、戸田での老人を対象にしたボランティア団体「くるらの家」に参加し、戸田の住民とのつ

ながりを築き、私をサポートし、保健師の資格を活かして、社会福祉法人信愛会 戸田デイサービスセンターで1日勤務し、戸田地区の福祉面の手助けをしてくれている。私の医療方針の継続を助けてくれた。そこから、徐々に、私の医療を理解してくれる住民が増え、私を助けてくれる人たちが増え、私のうつ状態は治癒した。今では、診療所の看護師不足を補うため、週2日看護師として勤務してくれている。

人生挫折はある、そして、一生懸命頑張っていれば必ずその道は開ける。今では、気軽に冗談交じりで会話してくれる住民が多数いる。診察室でも何でも気軽に相談してくれている。

その経験を踏まえ、診療所長、管理者のストレスに対して、協会としてバックアップ、フォローアップすることの必要性を痛感している。今まで、勤務医として30年以上病院に在籍している時に管理者として病院全体の問題に対して対処する術は、経験しているが、一国一城の主として何から何までほんの小さなことから責任を持ち、一つひとつに対処しなければいけないのは、経験もないし計り知れないストレスである。

- (1) 定期的なフォローアップ
- (2) 経験ある診療所長・管理者の助言、相談する窓口が必要
- (3) 伊豆であれば、伊豆総局がサポート、助言できる組織であってほしい
- (4) 新規診療所赴任者向けのマニュアルを作った方がよいと考える

指定管理者として 地域医療を担う利点

個人で指定管理をすると、組織として対応しないので、その個人の考え方が大きな部分で関係し、悪く言えば自分勝手になる可能性がある。小さな診療所であっても、毎日毎日の業務の中で、医療のことばかりではなく運営についてもいろいろな問題点が発生する。その対応、対処が個人だけだと、その時のその決定者の精神的状態によっても左右され、時に間違った対処がなされ、それを軌道修正する術、もっと聞

違っていたこと自体気づかずに対処する危険がある。それを考えると、一つの問題点の解決に、管理者だけでなくスタッフと問題点を共有できれば、スタッフと協議し協会から助言を頂いて問題解決に向かうことができる。そのためには、スタッフとは、医師とスタッフとの関係が上下関係ではなく対等の立場である状態を普段から築くことが重要である。また、協会に属することで、医療行政の情報提供、検査などの外部委託、備品購入を協会としてバックアップしていただけることは力強く感じ、感謝している。

指定管理者として 地域医療を担う課題

地域医療を志す医師がすぐに指定管理者として診療所を管理できるかと問われると、誰でもとは言えない。その個人が凄い実力と努力で地域医療を担うことはできると思う。決して、「日本医師会 赤ひげ大賞」を否定するわけではないが、素晴らしいかかりつけ医の先生方に感謝、称賛することは良いことでだが、身を粉にして働く頼もしい医師というイメージには少し抵抗がある。誰にでもできる住民のための地域医療の提供が必要である。伊豆地域のように静岡県の中で医療資源が少ない地域でこれから、継続的に地域医療を担うには、その個人によるのではなく、継続的に標準的な地域医療の提供、後継者の育成が必要である。そのためには、地域医療を志す医師が誰でもいつでも地域医療ができるライフスタイルの提供が必要と考える。そのためには、今、指定管理者として診療所で働く我々が、情報を発信し、記録に留めていくことが必要と考える。

今後卒業生がより効率的かつ 楽しく地域医療を担っていく工夫

静岡県は東部、中部、西部と3地区に分けて比較されることが多く、今、静岡県の自治医大卒業医師の多くは、3地区の公的病院で勤務している。私が卒業して義務年限を終了する頃は、

27名がほとんど静岡県内の自治体病院に在籍していたが、まだまだ発言力、発信力はなかった。現在は自治医大開校50年を過ぎ、静岡県も48期生まで卒業して、その卒業生数は120名以上となっている。以前から私は、静岡県の卒業生の集まる会で、小さくてもいいから、公立の拠点病院を自治医大の卒業生で運営していこうと提案し続けてきた。自治医大の後輩たちは、誰もが優秀で将来有望な臨床医・指導医・研究者・公衆衛生医になる素質を持っている。内科、外科にこだわらず、総合医を基盤にして専門性を発揮できる環境を私たち高齢卒業生が作っていく。各自が、自分の興味のある専門医に誰でもなれる。自治医大の卒業生だからこの科しか選べないのではなく、優秀な人材がいるから自分になりたい専門医になれる。それには、何度も述べるが、自治医大の卒業生が優秀な総合医になることが最低の条件である。

そんな優秀な専門性を持った総合医がいる病院は、患者さんが求める理想的な病院だと思う。そして、我々自治医大の卒業生なら実現可能と考える。病院にそういう優秀な自治医大の卒業生がたくさん集まれば、人的余裕ができて、産前・産後休業、育児休業の取得やワークライフバランスをより各自に負担なく達成できると考える。診療所、学会、長期休暇での代診も可能と考える。そして、私が考える自治医大の卒業生の終着点「地域医療の全う」が可能と考える。

また現在、その拠点病院の候補は、東部に伊東市民病院 中部に清水さくら病院 西部は佐久間病院である。それぞれ地域の中核病院で、伊東では伊豆地区のへき地診療所との関係、清水さくら病院は、都市部にあり、ワークライフバランスの観点から子弟の教育を含め好都合な環境であり、また佐久間ではへき地診療を実践できる。この3病院を核として、伊豆地区のへき地診療所と今井浜病院を加え(図2)、中核3病院との連携を取りながら、それぞれの病院・伊豆地区のへき地診療所を含めた派遣・人事を考え、全国にアピールできる静岡県の地域医療を実践していければと思っている。



図2 静岡地域医療

参考文献

- 1) 沼津市戸田地区過疎地域持続的発展計画(令和3年度～令和8年度)<https://city.numazu.shizuoka.jp/shisei/keikaku/various/heda/index.htm> (accessed 2025 May 1)

自治医大で後進を育てる

自治医科大学医学教育センター センター長／教授 松山 泰

抄録

筆者は静岡県での地域医療を通じ、現場で働く医療人や地域行政との助け合いの中で、地域に根ざした医療を実践し、限られた医療資源のもとで最大限の成果を上げるために、学ぶ努力を惜しまない姿勢を学んだ。現在は自治医科大学にて、同様の姿勢を育む教育を目指して後進を育成している。制度的制約や多様な要望との調整も求められるが、大学、地域医療振興協会、卒業生、自治体・学会等との連携を通じて、医学部入学から卒後まで切れ目のない教育支援体制の構築を目指したい。

はじめに

筆者は2001年に自治医科大学(以後、自治医大)を卒業し、出身地である静岡県において9年間の地域診療に従事した。うち2年間は浜松市国民健康保険佐久間病院(本特集「長きにわたって山間地医療を守る」を執筆された三枝智宏先生が院長)、3年間は伊東市民病院(「研修基幹病院の立場から」を執筆された川合耕治先生が管理者)に勤務した。そこで学んだのは、現場で働く医療人や地域行政との助け合いの中で、地域に根ざした医療を実践し、限られた医療資源のもとで最大限の成果を上げるために、学ぶ努力を惜しまない姿勢であった。

その後、母校に戻り、医学教育センターの教員として、1. 医学部のカリキュラム改善、2. 進級・卒業判定試験の運用、3. 医師国家試験対策、4. 入学者選抜改革など幅広い教育ミッションに携わってきた。本稿では、地域医療の現場で学んだことを原点としつつ、医学教育センター

での活動を通じて「後進を育てる」という課題にどう向き合ってきたかを整理し、今後の展望と共に紹介する。

医学部のカリキュラム改善

自治医大は、設立以来、地域医療を担う総合医の養成を最大の使命としている。その理念を具現化するために、他大学に先駆けて早期の臨床実習開始や、地域医療に特化した教育プログラムの整備を進めてきた。例えば、医学科4年次から開始される84週にわたる長期臨床実習では、5年次の「地域医療臨床実習」と6年次の「都道府県拠点病院実習」という、地域志向の強い2つの実習が必修科目として含まれている。

地域医療臨床実習では、学生が自らの出身都道府県の中でも、特にへき地や中山間地域に所在する医療機関に赴き、卒業生医師の指導のもとで、地域包括ケアや在宅医療、行政・福祉との連携、多職種協働の実践を体験する。この実

特集

習を通じて、医師としての基本的な診療技能に加え、地域の文化や住民の価値観を尊重しつつ、社会制度を最大限に活用した医療を提供する感性が育まれる¹⁾。

一方、都道府県拠点病院実習では、原則として卒後に初期臨床研修を行う医療機関で実習を行い、地域における医療連携や医療資源の配置状況、さらには研修医の働き方を早期に理解する機会を得ることができる。これらの実習は地域医療学センター地域医療学部門の小谷和彦教授が科目責任者となり、継続的に改良が加えられている。医学教育センターとしても、これらの取り組みを高く評価しており、本学カリキュラムの中核をなす教育内容として、今後はLongitudinal Integrated Clerkship²⁾などの概念を取り入れ、さらなる発展が図られることを期待している。

また、自治医大のカリキュラムには行動科学、医療行政、地域政策といった、医療と社会をつなぐ知識体系も組み込まれている。行動科学に関連する教育は全学年に配置されており、地域医療と関連づけて学べるよう配慮されている。現在、医学生が行動科学と地域医療の結び付きに、より意識的に取り組めるよう、地域医療学センター長の松村正巳教授をリーダーとする「行動科学改善ワーキンググループ」と連携し、科目の配置やカリキュラムの提示方法に工夫を加えようとしている。

5年次の「地域保健実習」(科目責任者:地域医療学センター公衆衛生学部門 阿江竜介教授)では、実習の対象を従来の保健所から都道府県庁へと拡充し、多様な行政機関における医療行政の実際を学ぶ機会を提供している¹⁾。1年次の「医療政策学」(科目責任者:地域医療学センター医療政策・管理学部門 小池創一教授)では、行政の要職を経験した学内外の講師によるレクチャーに加えて、大学の所在地である下野市役所の訪問など、地方行政の仕組みを理解する機会を設けている。さらに高学年では、医療政策を担う人材の育成を目的として、4週間にわたる厚生労働省での選択実習(実習責任者:小池創一教授)も実施しており、学生は行政官の補佐

業務を体験することで、政策決定や制度設計の現場を学ぶ貴重な機会を得ている¹⁾。

このように、自治医大のカリキュラムは「地域に根ざし、かつ社会を見据える医師の育成」という理念に基づき、臨床と政策、個別ケアと集団ケアを横断的に学ぶ設計となっている。今後も引き続き、教育内容の改善に積極的に関与していきたいと考えている。

進級・卒業判定試験の運用

現在、臨床実習に進む前提として、全国共通の共用試験(CBTおよびOSCE)への合格が必須となっている。共用試験CBTは基礎医学・臨床医学・社会医学の幅広い領域から出題される多肢選択肢問題であり、共用試験OSCEは基本的な臨床手技を適切に行えるかを評価する実技試験である。いずれも出題範囲は広く、決して容易な試験ではない。

次節の医師国家試験に加え、臨床実習前の学年においても公的に実施される総合試験が存在するため、本学では、これらの試験に合格できる能力を学生が段階的かつ着実に獲得しているかどうかを評価する目的で、各学年で進級・留年判定を行っている。

1～3年次においては、基礎医学・臨床医学・社会医学の各分野について、講座単位で試験が実施されている。しかしながら、領域横断的な知識や課題解決能力も求められることから、総合教育部門や医学教育センターなどは講座と連携し、総合的な科目の運営と修了判定試験とを実施している。

3年次に開講される「総合診断学2」では、症候から臨床推論・鑑別診断を学ぶことを目的としており、医学教育センターが科目責任者を務める。そして、複数の診療科・講座の教員が協力して作問し、厳格な試験が実施されている。このような総合的科目の試験結果は、共用試験CBTおよびOSCEの合否を予測する指標として有用であり、リスクの高い学生を早期に識別し、個別のメンタリングや学習支援を実施することが可能となる。

臨床実習が開始され、診療科ローテーションが始まると、学生の態度や業務遂行能力が評価の中心となるが、同時に臨床知識の総合的理解度を評価し、進級・卒業の判定を行う必要があるため、4～6年次それぞれで総合判定試験が実施されている。

「4学年総合判定試験」は医学教育センターが主管し、多肢選択式問題100題と、動画・音声等の臨床素材を用いたコンピュータ式記述解答試験100題から構成されている。後者では、動画・音声で提示された臨床情報に基づいて診療録の一部を記載させるほか、不適切な医行為を示す動画を提示し、その問題点と改善策を解答させる。これらの設問は、日々の臨床実習の中で、診療録を適切に記載していたか、また、正確な手技で医行為を行っていたかを確認する上で有用であると考えている³⁾。

「5・6学年総合判定試験」では、両学年共通の400題の多肢選択式問題を2日間かけて出題する。これは医師国家試験の日程、出題範囲および出題形式に準じており、難易度は実際の国家試験よりやや高く設定している。受験生がこの試験に合格すれば、医師国家試験にも確実に合格できるよう、半年以上をかけた厳密な準備がなされている。具体的には、毎年、全診療科に対して新作問題の作成を依頼し、提出された問題の選定および編集を教務委員会総合判定試験部会(部会長:筆者)が中心となって実施している。この試験に基づく厳正な合否判定によって医師国家試験の受験者が確定されるため、本学における高い国家試験合格率の維持にとって、まさに生命線となっている。

医師国家試験対策

日本の医師国家試験は、医師法第9条に基づき「臨床に必要な医学および公衆衛生の知識と技能」を評価する試験であり、毎年2月に実施されている。医師国家試験は定期的に見直されており、4,5年ごとに開催される厚生労働省の「医師国家試験改善検討部会」において、その指針が検討されている⁴⁾。

現行の制度では「必修の基本的事項」に関しては、80%以上の得点率を求める絶対評価とし、「臨床総論」「臨床各論」については、一般問題および臨床問題の総合得点をもとに、受験者間の相対評価によって合格ラインが定められている。

近年の医師国家試験における顕著な動向として、「臨床総論」「臨床各論」の総合点に対する合格基準が年々上昇傾向にある点が挙げられる。この背景には、医学部人気の高まりにより筆記試験の突破力に優れた受験生が国公立・私立を問わずに入学していること、また、国家試験浪人を防ぐため、特に私立大学で進級・卒業要件が厳格化されていることがある。さらに、医師国家試験予備校による模擬試験や対策教材の充実も加わり、受験者間の競争が激化していることも一因とされている⁴⁾。

しかしながら、年に一度しか実施されない国家試験への準備に追われ、6年次の臨床実習に十分に集中できない状況が生じているとすれば、それは本末転倒であり、極めて残念なことである。

本学では、6年次の学生の習熟度に応じた支援体制を整備している。学習困難を抱える学生に対しては、医学教育センター学習支援部会による課外授業(補講)への参加を促し、学習の再構築を支援している。一方で、上位成績者には、6年次の5月から11月の期間に、学生が希望する国内外の実習施設および指導者のもとで多様な体験を行うことのできる「フリーコース・ステューデント・ドクター制度」の機会を提供している。

本学では、都道府県単位で毎年2～3名(栃木県を除く)の学生が入学・卒業しており、医師国家試験の受験者も同様に都道府県ごとに毎年2～3名である。したがって、1名でも不合格者が出れば、その都道府県における国家試験合格率は50～66%となり、地域医療への医師派遣に多大な影響を及ぼす。このような事情から、本学が今後も医師国家試験合格率100%を目指す姿勢に変わりはない。

こうした取り組みから、しばしば「自治医大の教育は国家試験対策に偏っている」と誤解さ

れることがある。しかし、本学が重視しているのは、あくまで「合格したその先」である。このことは、前述の「医学部のカリキュラム改善」を読んでいただければ疑う余地はなかろう。地域医療や医療行政の現場での演習や実習を通じて、私自身が静岡県の地域医療で目の当たりにしたような、「現場で働く医療人や地域行政との助け合いの中で、地域に根ざした医療を実践し、限られた医療資源のもとで最大限の成果を上げるために、学ぶ努力を惜しまない姿勢」を、医学生が実感し、地域医療を担う総合医となることを動機づけられ、医師国家試験合格後の学習行動の変容へとつながることを目指している。

入学者選抜改革

自治医大の入学試験制度は、創設以来、都道府県ごとに受験者を募集し、原則として出身地での勤務を前提とした選抜を行ってきた。これは、地域偏在の是正と医師確保に貢献する本学独自の制度である。しかし近年、地域枠制度の全国的な導入や受験生人口の減少により、出願者数の減少や入学辞退者の増加といった課題に直面している。

特に一部の県では、定員に対して十分な受験者が集まらず、結果として学力的な下限が低下する現象がみられる。その影響として、入学後の学習についていけず、進級や卒業に支障を来すケースも発生している。

こうした状況を踏まえ、2026年度入試より一部の都道府県においては、学校推薦型選抜および総合型選抜を前年12月までに実施し、一般入試と併用する方式に移行する⁵⁾。これにより、入学後のカリキュラムに余裕をもって適応できる学力を備えた学生の確保を図ると共に、医師国家試験の合格を最終目標とするのではなく、「合格したその先」を見据え、地域総合医としてのキャリアに向けた学習に主体的に取り組める体制を強化したい。

おわりに

本稿では、筆者が医学教育センターの教員として、教務委員会や講座の理解と協力を得ながら取り組んできた後進育成の実践を紹介した。自治医大が目指すのは、単に試験に合格する医師の養成ではなく、「現場で働く医療人や地域行政との助け合いの中で、地域に根ざした医療を実践し、限られた医療資源のもとで最大限の成果を上げるために、学ぶ努力を惜しまない姿勢」の涵養である。そのためには、学部教育から卒業教育に至る一貫した支援体制が求められる。

こうした理念に基づき、2023年には自治医大に、地域医療振興協会の寄附講座として「医学教育センター医療人キャリア教育開発部門」が設置された。本部門では、卒業生のキャリア形成を支援し、生涯学習のガイド役となることを目指し、菅野武特命教授、才津旭弘特命助教を中心に、卒業生ネットワークの構築や自治体・学会・医療機関との連携を進めている^{6,7)}。

今後も、入学者選抜から卒後のキャリア支援に至るまで、切れ目のない教育支援を提供し、地域医療に貢献する人材の育成を継続していきたい。

引用文献

- 1) 小谷和彦, 阿江竜介, 小池創一, 他: 地域医療のプレイヤー兼マネージャー育成を目指して -自治医大の新たな取り組み-. 月刊地域医学 2024; 38(8): 804-807.
- 2) 高村昭輝: 卒前医学教育における長期臨床実習 (Longitudinal Integrated Clerkships) の取り組み. 月刊地域医学 2024; 38(8): 808-813.
- 3) 鈴木真紀, 松山泰, 浅田義和, 他: 自治医大マルチメディア形式総合判定試験の11年の解析 医療面接・臨床推論連問の導入. 医学教育 2020; 51(Suppl): 215.
- 4) 松山泰: 医師国家試験. 臨床麻酔 2023; 47: 419-423.
- 5) 自治医科大学. [医学部]令和8年度入試からの年内入試導入について. <https://www.jichi.ac.jp/news/exam/2025032502/> (accessed 2025 Jun 10)
- 6) 菅野武: 自治医大にJADECOREの寄附講座誕生! つながりを大事に、地域に向き合う人に対する総合医のような部門に. 月刊地域医学 2023; 37(8): 716-724.
- 7) 才津旭弘, 菅野武: 百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～ (第1回). 月刊地域医学 2024; 38(5): 550-551.

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました！

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

● J-STAGEとは

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

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

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

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

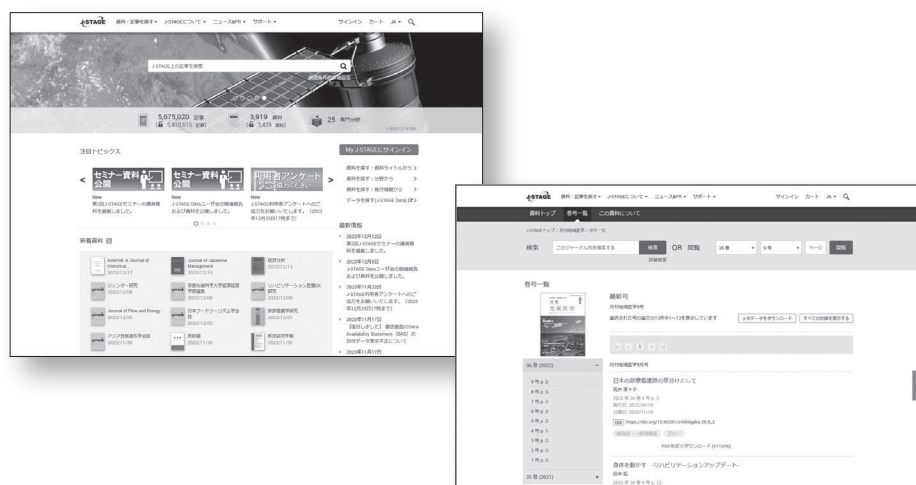
J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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

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

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。

ぜひ、ご活用ください。



地域包括ケアシステムにおける医療提供体制の 定量的評価に向けた医療指標の構築と活用

藤田 楓¹⁾ 塚本純也¹⁾ 市川 学¹⁾

【目的】地域包括ケアシステムにおける医療提供体制を評価するための医療指標を構築し、各地域の特性を定量的に比較可能な枠組みを提案すること。

【方法】全国1,889市区町村を対象に、かかりつけ医へのアクセス性、5疾病に対応する医療機関へのアクセス性、救急医療へのアクセス性、一般病床数、療養病床数、在宅医療対応機関数、訪問看護機関数の7指標を用いて医療提供体制を評価した。公的統計データとArcGIS解析により人口カバー率や人口あたり施設数を算出し、各指標を偏差値化して市区町村間の比較を可能とした。さらに、埼玉県内の3市区を対象にケーススタディを行った。

【結果】医療指標に基づく分析により、全国、47都道府県、および市区町村レベルで医療アクセス性や資源分布の違いが明らかとなった。都市部では救急医療や専門医療のアクセス性が高く、医療資源が集中している地域がある一方、地方部では医療資源の不足やアクセス性の低さが確認された。ケーススタディでは、市区ごとに特徴的な医療提供状況と課題が明確となった。

【結論】本研究で構築した指標により、各地域の医療提供体制を相対的に把握する枠組みを提示した。これにより、地域特性に応じた医療資源の再配分やサービス提供体制の見直しに向けた議論の基盤を提供するものである。

KEY WORD 介護保険事業計画、地域包括ケア計画、地理情報分析、分野横断的評価

I. はじめに

厚生労働省は2025年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とし、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。少子高齢化や核家族化の進行に伴い家族による介護が減少したことで、高齢者が社会福祉サービスを利用する機会が増加している。これに対応するため、地域包括ケアシステムは住まい・医療・介護・生活支援・予防の5つの分野が連携した地域の包括的な支援・サービス提供を求めている。

分野を横断した協力体制を築くには、現状で

サービスの提供は充足しているのか、もしくは不足しているのかの判断材料が必要であり、各地域の地域包括ケアシステム体制の定量的な把握を求められる。この定量的な把握は、サービス提供者にとっては地域の需要把握やサービス撤退、行政にとっては計画立案や誘導・規制の判断材料となる。地域包括ケアシステムは主に民間サービスが担っているため、競争は免れないが、分野内での共生、また相互に他分野のサービス提供体制や特性を把握した上での共創を促していく必要がある。

そのような中で、地域包括ケアシステムに関する研究は、分野においても地域分析においても医療や介護の局所的な分野の分析でとどま

1) 芝浦工業大学大学院 理工学研究科
(著者連絡先: 〒337-8570 埼玉県さいたま市見沼区深作307 芝浦工業大学大学院 理工学研究科)
原稿受付2025年1月9日/掲載承認 2025年6月20日

表1 本研究で使用了変数とデータ出典元

変数	出典元	データソース
65歳以上の人口	国土数値情報	500mメッシュ別将来推計人口(平成30年国政局推計)
医療機関	地方厚生局	医療機関届出情報(2022年7月、現在の届出情報)
病床数	厚生労働省	令和2年度病床機能報告
消防署	国土交通省	国土数値情報ダウンロードサービス 消防署データ
在宅医療対応医療機関	地方厚生局	医療機関届出情報(2022年7月、現在の届出情報)
届出受理指定訪問看護事業所	地方厚生局	医療機関届出情報(2022年7月、現在の届出情報)

り¹⁾、地域の地域包括ケアシステムにおける各領域を客観的かつ総合的に評価・比較する研究がなされていないのが現状である。

そこで本研究は、厚生労働省の介護サービス情報公表システムや地方厚生局の届出受理医療機関名簿などのオープンデータを用いて、地域包括ケアシステムにおける医療提供体制を評価するための医療指標を構築し、各地域の特徴を定量的に比較可能な枠組みを提案する。さらに、指標に地理情報を用いることで地域特性を加味し、それを反映させたサービス提供の計画立案に寄与することを目指す。

II. 倫理事項

本研究は、匿名化された公的統計情報およびオープンデータのみを使用しており、個人を識別できる情報を含まず、研究対象者への介入・観察・連絡を行っていない。これらの点を踏まえ、研究倫理審査の対象外と判断した。

III. 研究方法

本研究では、政令市に設置される区を含む全国1,889市区町村を対象に、地域包括ケアシステムにおける医療提供体制の特性を定量的に把握するため、以下の7つの指標を設定し、分析・評価を行った。分析単位を市区町村としたのは、高齢者が利用する医療・介護サービスの費用管理を担う保険者が市区町村であるためである。

地域包括ケアシステムにおける医療は、急性期から慢性期、在宅医療、終末期医療までを含

み、高齢者の健康状態に応じて切れ目なく提供されることが求められる。厚生労働省は、「疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である」と述べており、医療と介護の連携の重要性が強調されている²⁾。

このように、医療と介護の統合的提供が求められる中で、介護保険事業計画においても医療計画を適切に考慮する必要がある。そこで本研究では、第7次医療計画(医療法施行規則第30条の28)に基づき、高齢者に必要とされる医療サービスの提供体制を定量的に評価するための指標を設定し、全国の市区町村を対象に地域包括ケアシステムにおける医療の特性を明らかにした。

設定した指標は、救急医療へのアクセス性、かかりつけ医へのアクセス性、高齢者に多い5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)⁴⁾に対応する医療機関へのアクセス性、一般病床数、療養病床数、在宅医療対応機関数、訪問看護機関数である。これらは医療計画上の5疾病・5事業のうち、高齢者に関連性の高い要素を抽出したものであり、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療を除外し、救急医療と在宅医療に重点を置いた。在宅医療については、在宅医療および訪問看護の2指標から評価を行う。

各指標の算出には、複数の公的データを用いた。使用した変数とそのデータ出典元を表1に示す。

アクセス性とは、施設への到達可能性の程度を示し、特定の距離または時間内に施設に到達できるかどうかに基づいて評価される。評価では、到達可能範囲に住む対象者をカバー人口と定義し、このカバー人口が全人口に占める割合（以下、人口カバー率）をアクセス性指標とした。カバー人口の推定には、ArcGIS Pro Version 3.2.1（以下、ArcGIS）の到達圏解析機能を用いて施設からの到達圏を生成し、国土交通省の500mメッシュ別将来推計人口（2020年）³⁾を使用した。

かかりつけ医の指標は、精神科、精神神経科、心療内科以外の診療科を標榜する医療機関から高齢者の徒歩圏（500m）に居住する人口カバー率を算出した。

5 疾病に対応する医療機関の指標は、「内科、泌尿器科、眼科、外科、精神科、消化器外科、血管外科、循環器内科、脳神経外科、脳神経内科」を標榜する施設から500m圏内の人口カバー率を算出した。

救急医療の指標は、救急車を有する消防署から車で15分以内の到達圏に居住する人口カバー率を算出した。15分ルールは救急医療で広く知られており、カーラーの死亡率曲線⁵⁾に象徴されるように、現場到着時間が生命予後に大きく影響する。

一般病床と療養病床の指標は、一般病床と療養病床を対象とし、これらの1 病床あたりの65 歳以上人口を算出した。これには、急性増悪を伴う患者や不安定な病状の患者に集中的な医療を提供する一般病床と、病状が安定しているが長期的なケアが必要な患者に向けた療養病床が含まれる。

在宅医療および訪問医療の指標は、医療機関届出情報（2022年7月、現在の届出情報）の基本

診療料において、「支援診1」、「支援診2」、「支援診3」、「支援病1」、「支援病2」、「支援病3」、「オン診」の受理記号を持つ医療機関を在宅医療対応医療機関として対象とし、また、訪問医療の指標として、届出受理指定訪問看護事業所名簿に記載されている医療機関を訪問看護対応医療機関として対象とし、これらの1 施設あたりの65歳以上人口を算出した。

以上の7 指標について、各市区町村で実数を算出し、偏差値に変換することで横断的な比較を可能にした。指標の異なる単位（割合、数値）を統一尺度で評価するため、偏差値変換を行い、結果をレーダーチャートにより可視化した。なお、指標によって望ましい数値の方向性が異なるため、偏差値の解釈には注意を要する。具体的には、かかりつけ医、5 疾病対応医療機関、救急医療に関する指標は、人口カバー率を用いており、数値が高いほどアクセス性が良好であると解釈されるため、偏差値が高いことは相対的に良好な状態を意味する。一方、一般病床数、療養病床数、在宅医療対応機関数、訪問看護機関数については、1 病床または1 施設あたりの65歳以上人口を指標としており、値が小さいほど医療資源が充実していると解釈される。したがって、これらの指標においては、偏差値が高い場合、相対的に医療資源が不足している可能性がある。

計算はPython 3.9を用い、可視化にはTableau Desktop 2023.2を使用した。

数式 1 に偏差値の定義、数式 2 に人口カバー率、数式 3 に1 施設数/病床数あたりの人口の計算方法を示す。

$$\text{標準偏差} = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (\text{項目値} - \text{平均値})^2}, \text{偏差値} = \frac{\text{数値} - \text{全国平均値}}{\text{標準偏差}} * 10 + 50 \quad \text{数式 1} \leftarrow$$

$$\text{人口カバー率} = \frac{\text{対象医療機関のカバー人口}}{\text{全人口}} \quad \text{数式 2} \leftarrow$$

$$1 \text{ 施設数/病床数あたりの人口} = \frac{\text{65歳以上人口}}{\text{施設数/病床数}} \quad \text{数式 3} \leftarrow$$

数式 1～3

表2 医療指標の基本統計量

	救急医療	かかりつけ医	5 疾病	一般病床	療養病床	在宅医療	訪問看護
標本数	1851	1889	1889	1889	1889	1889	1889
平均値	0.82	0.38	0.36	101.64	190.86	2038.04	2593.98
標準偏差	0.2	0.26	0.25	280.19	486.96	2162.37	2534.26
最小値	0	0.00022	0.0002	0	0	0	0
第1四分位数	0.71	0.17	0.16	30.23	0	855.17	0
第2四分位数	0.89	0.31	0.29	55.84	90.76	1573.05	2311.64
第3四分位数	0.98	0.55	0.52	93.27	214.82	2615.71	3759.95
最大値	1	1	1	6848.5	11284	20904.2	22711

IV. 研究結果

地域包括ケアシステムにおける医療提供体制の特性を捉えるために、全国の市区町村を対象とした医療指標の分布特性分析、集計単位を都道府県に変えた分布構造の比較、および具体的な3市区の比較によるケーススタディの3つの観点から結果を提示する。

1. 全国市区町村レベルの医療指標の傾向

1,889市区町村における医療指標の実測値を基本統計量として整理し、表2に示した。各項目について標本数、平均値、標準偏差、最小値、第1四分位数、第2四分位数(中央値)、第3四分位数、最大値を記載している。指標は順に、救急医療へのアクセス性、かかりつけ医へのアクセス性、5疾病に対応する医療機関へのアクセス性、一般病床数、療養病床数、在宅医療対応機関数、訪問看護機関数である。図1には、これらの実測値を箱ひげ図として可視化した。

救急医療、かかりつけ医、5疾病については、ArcGISを用いて人口カバー率を算出し、アクセス性を評価した。救急医療の第1四分位数は0.71、平均値は約0.82、第3四分位数は0.98であり、かかりつけ医と5疾病に比べて高い水準を示した。表2や図1より、人口カバー率70%以上の地域が市区町村の約3/4を構成していたことから、急性期医療体制の整備が比較的進んでいると考えられる。一方、最小値が0であることから、施設に500m圏内でアクセスできない地域も

存在していた。

かかりつけ医および5疾病に対応する医療機関へのアクセス性は、第1四分位数がそれぞれ0.17、0.16、平均値も0.38、0.36と低く、分布の差があった。

一般病床数および療養病床数については、第3四分位数がそれぞれ93.27人、214.82人、最大値がそれぞれ6,848.5人、11,284人に達しており、一部の地域で1病床あたりの65歳以上人口が多いことが確認された。

在宅医療対応機関数と訪問看護機関数は、第3四分位数がそれぞれ2,615.71人、3,759.95人、最大値がそれぞれ20,904.2人、22,711人に達しており、一部の地域で1機関あたりの65歳以上人口が多い。さらに、訪問看護機関数は最小値と第1四分位数が0であり、施設のない市区町村が全体の1/4を占めていた。

2. 都道府県内分布と都道府県間比較による分析

都道府県ごとの市区町村分布を図2に箱ひげ図で示し、地域間の傾向を比較した。一般病床数、療養病床数、在宅医療対応機関数については外れ値を除いた形で示している。

かかりつけ医へのアクセス性、5疾病に対応する医療機関へのアクセス性、救急医療へのアクセス性については、分布の幅が比較的小さく、都道府県内での地域構成に類似性がみられた。救急医療へのアクセス性については、中央値が高く分布が均一な県、最大・最小値の差が大き

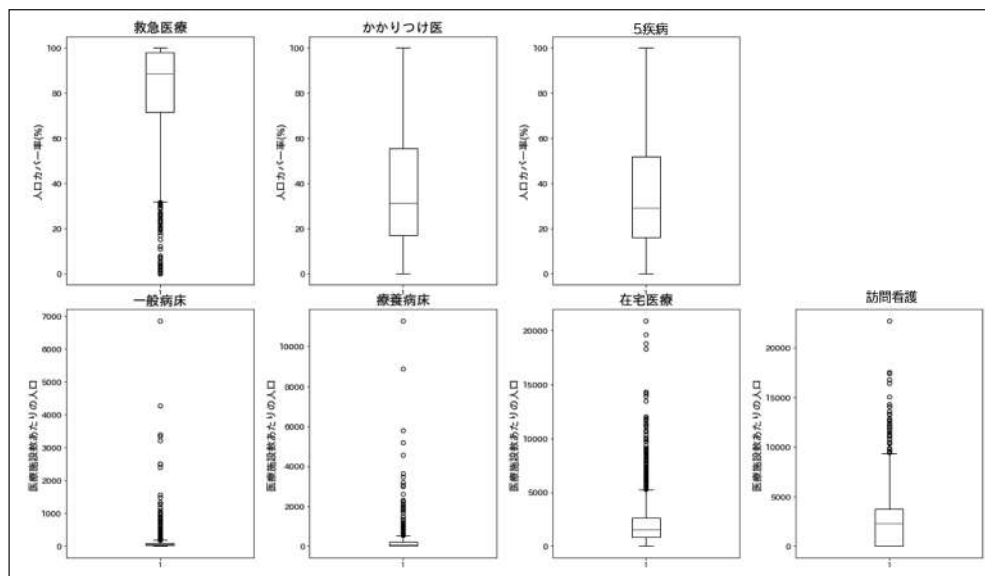


図1 医療指標 箱ひげ図

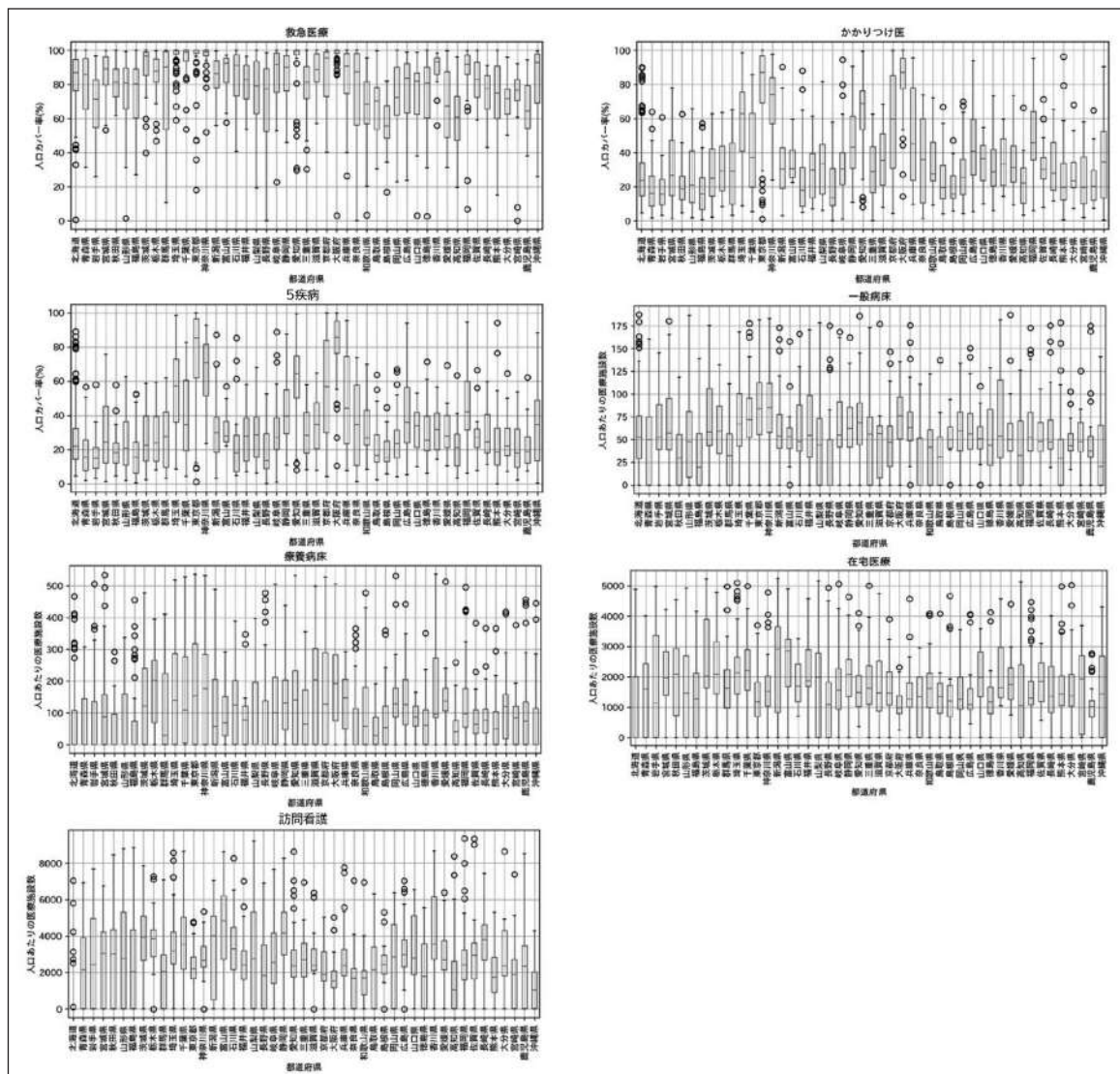


図2 都道府県別医療指標 箱ひげ図

表3 都道府県別 5 疾病人口カバー率 基本統計量

都道府県	最小値	最大値	平均値	中央値	標準偏差	第1四分位数	第3四分位数
北海道	4.56	88.98	26.31	21.95	16.98	14.32	32.33
青森県	1.84	56.56	18.05	15.62	13.43	7.88	25.65
岩手県	3.2	57.78	16.99	14.82	11.08	8.98	21.24
宮城県	1.31	75.66	29.58	24.34	21.54	12.22	45.14
秋田県	4.57	57.61	19.86	18.12	11.75	12.16	24.02
山形県	1.9	62.48	23.75	20.86	15.22	10.88	36.39
福島県	0.48	52.3	17.37	15.58	13.42	6.07	24.39
茨城県	2.21	58.51	26.01	22.41	15.75	13.3	39.7
栃木県	8.07	59.18	27.7	24.06	14.5	13.22	39.47
群馬県	3.15	61.87	27.08	27.8	18.34	9.68	42.01
埼玉県	8.62	98.51	54.78	57.17	23.5	36.19	72.84
千葉県	4.37	82.54	38.28	34.52	23.36	19.32	60.42
東京都	1.07	100.0	73.73	85.26	29.29	61.82	96.43
神奈川県	23.79	92.72	65.06	70.67	18.77	51.34	81.37
新潟県	3.12	87.18	30.23	29.91	18.66	18.37	39.01
富山県	22.03	56.73	32.4	28.0	11.09	24.7	36.55
石川県	4.81	85.25	24.82	17.98	23.55	7.07	28.47
福井県	7.01	57.91	27.53	28.1	15.11	13.35	38.57
山梨県	6.15	68.07	31.12	28.66	17.16	15.72	39.15
長野県	0.05	52.45	18.81	13.57	13.38	8.85	29.28
岐阜県	0.91	88.67	30.81	27.03	18.34	20.2	38.65
静岡県	10.95	87.56	42.61	39.68	17.29	29.35	54.64
愛知県	8.03	99.34	62.06	64.3	22.23	49.86	74.51
三重県	8.26	57.84	29.68	28.41	13.46	17.94	41.76
滋賀県	7.93	64.59	34.42	34.6	17.42	20.58	47.06
京都府	4.23	100.0	56.28	56.81	29.31	30.02	83.83
大阪府	10.55	100.0	81.54	85.64	18.12	76.17	95.19
兵庫県	7.88	95.56	47.45	44.02	27.77	23.62	74.37
奈良県	1.3	73.7	35.07	34.52	23.48	10.61	57.57
和歌山県	8.54	69.7	31.89	26.83	16.1	22.53	42.93
鳥取県	2.28	63.62	23.35	16.57	16.71	12.81	28.66
島根県	5.71	44.39	18.98	15.31	10.14	13.07	24.96
岡山県	4.1	66.98	26.67	23.75	17.13	15.03	31.48
広島県	5.26	93.82	40.55	36.14	23.31	24.09	56.29
山口県	9.99	52.83	32.38	34.08	13.49	21.32	41.83
徳島県	5.96	71.25	30.21	25.52	17.39	19.47	39.62
香川県	14.39	56.42	32.04	31.89	13.32	19.9	41.43
愛媛県	10.43	69.05	30.41	28.04	14.77	21.14	40.16
高知県	3.38	63.24	21.63	21.25	13.03	10.38	29.07
福岡県	6.08	94.47	46.98	42.18	22.11	31.63	59.79
佐賀県	7.85	66.45	28.71	27.23	13.58	21.25	32.18
長崎県	11.28	59.64	29.52	24.62	15.49	17.98	40.62
熊本県	0.02	94.2	24.52	18.52	19.7	10.94	32.69
大分県	7.22	64.45	25.86	22.11	14.23	16.48	32.54
宮崎県	2.1	53.6	20.34	17.91	13.71	9.68	32.15
鹿児島県	7.44	62.11	21.98	18.87	12.12	11.99	27.5
沖縄県	0.32	88.33	33.99	34.6	23.37	13.41	48.7

い県など、異なる傾向がみられた。

一方、一般病床数や療養病床数は都道府県内の市区町村間のばらつきが大きく、施設の集中・偏在が示唆された。在宅医療対応機関数および訪問看護機関数については、施設が全く存在しない市区町村を多く含む都道府県がみられた。

表3は、5 疾病に対応する医療機関へのアクセス性について都道府県別に基本統計量を示したものである。

市区町村レベルでは地域間格差が明確に現れ

たのに対し、都道府県単位での集計により地域内構造のばらつきが可視化された。特に、最高値や平均値が高いのは東京都、大阪府、京都府、愛知県など特別区を持つ都道府県であり、これらの地域では人口密度の高さが医療アクセス性の向上に影響を与えていると考えられる。一方で、東京都、京都府、愛知県では、平均値や中央値が高いにもかかわらず標準偏差も高く、地域内で医療資源やアクセス性に不均衡があることが示唆された。

表 4 埼玉県 7 指標別偏差値 基本統計量

指標	最小値	最大値	平均値	中央値	標準偏差	第 1 四分位数	第 3 四分位数
救急医療	38.82	59.08	57.35	58.93	3.78	58	59.08
かかりつけ医	38.7	73.04	57.62	59.42	8.96	50.96	64.24
5 疾患	39.06	74.51	57.27	58.21	9.27	49.93	64.39
一般病床	0	53.17	42.09	50.25	18.01	47.78	51.36
療養病床	-65.5	53.52	31.26	45.64	24.71	0	49.56
在宅医療	0	55.73	42.64	48.21	14.92	39.93	51.06
訪問介護	-9.08	53.06	42.21	46.76	13.54	41.79	50.04

さらに、北海道、宮崎県、千葉県、沖縄県では最高値が高い一方で、平均値や中央値が低く標準偏差が高いことから、一部の地域でのみ医療アクセス性が高いことが確認された。

一方、栃木県、山梨県、徳島県、長崎県など中核市を持つ都道府県では、最高値、平均値、中央値がいずれも中間的な値を示し、標準偏差が小さいことから、比較的均一な医療アクセス性が確保されていると考えられる。また、青森県、島根県、宮崎県では、最高値、平均値、中央値、標準偏差のいずれも低い水準にとどまり、医療資源が全体的に不足している状況が示された。

3. ケーススタディ：埼玉県 3 市区町村の比較分析

埼玉県内の 3 市区町村（さいたま市大宮区、秩父市、和光市）を対象に比較を行った。図 3 は、7 指標の偏差値をレーダーチャートとして可視化したものである。

表 4 は、埼玉県全体の 5 疾病に対応する医療機関の人口カバー率について、基本統計量を示したものである。この表には、最小値、最大値、平均値、中央値、標準偏差、第 1 四分位数、第 3 四分位数が含まれており、埼玉県内の地域ごとの医療アクセス性の格差が数値で把握できる。具体的には、最大値は98.51%、最小値は8.62%と幅が広く、平均値は54.78%、中央値は57.17%である。標準偏差は23.50%と大きく、県内での傾向としてはアクセス性が良いものの、顕著な格差があることが示唆された。

さいたま市大宮区では、全国平均（偏差値50）

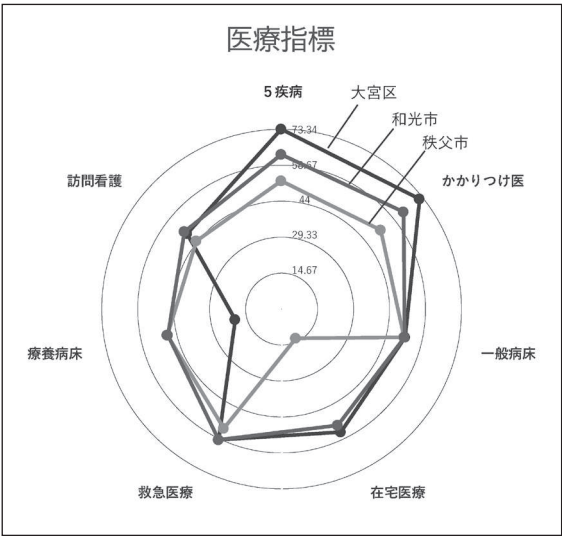


図 3 大宮区・秩父市・和光市のレーダーチャート

と比較して、救急医療(59.08)、かかりつけ医(71.98)、5 疾病対応医療機関(73.34)の各指標において高い偏差値を示しており、医療アクセス性が非常に良好であることが分かった。在宅医療(55.73)や一般病床(51.61)も平均を上回っていたが、療養病床の偏差値は19.32と非常に低く、1 病床あたりの高齢者人口が多く、資源の不足が懸念される。訪問看護(49.34)は全国平均に近い水準であった。

秩父市では、5 疾病(52.31)、かかりつけ医(51.57)、一般病床(51.22)、救急医療(54.00)などで概ね全国平均付近の偏差値を示したが、在宅医療(13.34)は著しく低く、在宅医療資源が不足している可能性が示唆された。療養病床(47.68)および訪問看護(44.51)についても、相対的に資源密度が低い。

和光市では、5 疾病(63.04)、かかりつけ医

(63.43)、救急医療(59.08)とアクセス系指標において高い偏差値を示しており、在宅医療(52.67)、訪問看護(50.62)も全国平均をやや上回ることから、在宅系サービスの提供体制も比較的整っていると考えられる。また、療養病床(47.55)は平均水準に近く、地域内でのバランスの取れた資源配分がなされているとみられる。

V. 考 察

本研究では、全国1,889市区町村を対象に7つの医療指標を用いて地域包括ケアシステムにおける医療体制を評価した。その結果、市区町村間で医療資源の偏りや強みが明確となり、他地域との比較や類似する地域の発見が可能であることを通じて、地域包括ケアシステムの課題を明確化するための基盤が示された。特に、訪問看護や在宅医療サービスの不足、一部地域での医療資源の集中・不足という課題が浮き彫りになり、これらの結果は地域包括ケアシステムの計画立案における重要な基盤となる。

既存の地域包括ケアシステムの指標として厚生労働省が提供する「見える化」システムは、自治体ごとの医療資源や統計データを集約・可視化し、地域状況の把握を支援する点で大きな役割を果たしている。しかし、提示される情報は主に統計値に基づいており、地理的条件や医療資源の分布を総合的に分析し、統計値を基準として類似地域を探索するには、利用者が個別に判断や分析を行う必要がある場合がある。

これに対して、本研究は全国データを基に、市区町村の医療アクセス性と資源分布等の地域特性を偏差値により標準化して評価をした。特に、人口カバー率を指標として導入することで、全国の市区町村を対象に地理的条件を比較しながら類似地域を発見することを可能にした。これにより、各自治体の強みや弱みを明確にし、類似した特性を持つ市区町村を効率的に探索することができたことから、政策立案や地域間比較のための重要な基盤としての有用性が高いことが示された。

また、得られた結果として、地域包括ケアシ

ステムにおける医療提供状況の地域差も示された。救急医療の高いアクセス性が都市部や一部の地方に限られている背景には、都市部における高密度な人口配置と医療資源の集積があると考えられる。一方で、地方では広範囲にわたる低密度な人口分布が医療資源の効率的な配置を難しくし、これに加えて、医療従事者の不足や交通インフラの制約も相まって、医療サービスへのアクセス性の低下を引き起こしている。また、かかりつけ医や5疾病に関連する医療サービスのアクセス性についても、都市部では高い一方、地方ではこれらの要因が重なりアクセス性が低いことが確認された。この点については、谷原⁶⁾の研究でも指摘されており、二次医療圏における医療資源の分布が地理的条件や経済的背景に大きく左右され、医療アクセス性に顕著な影響を与えていることが示されている。

訪問看護および在宅医療の提供状況に関しては、対応施設が存在しない市区町村が一定数存在することから、地域住民の多様なニーズに対応するためには、訪問看護施設の新設や既存施設の拡充が求められる。特に、医療従事者の誘致や施設の配置・拡張施策を通じて、地域間格差を緩和するための具体的な方策が必要である。宣⁷⁾の研究でも、在宅サービス供給における地域格差が指摘されており、特に中山間地域では在宅サービス事業所の設置が進んでおらず、交通費や時間のコストが高くなるため、訪問系サービスの提供が困難であることが明らかにされている。このような医療資源の偏在は、地域住民の健康維持に深刻な影響を及ぼす可能性があり、今後の政策課題として取り組むべきであることが考えられる。

病床数に関しても地域間の格差が大きく、特定地域で病床が集中している一方で、他の地域では著しく不足していることが明らかになった。加藤⁸⁾が指摘するように、二次医療圏の設定は医療資源の地域的配置を目的として行われたが、実際には既存の行政区分や既存病床数を基に設定されたため、都市部と地方の間には依然として顕著な医療資源の格差が残っていることが確認された。これらの結果は、地域特性に基

づく医療資源の再配分や連携体制の強化が急務であることを示しており、特に人口減少が進行している地方においては、持続可能な医療提供体制を構築するための戦略的な計画が必要である。

従来の研究成果と比較して、本研究の新規性は、全国規模で地域包括ケアシステムにおける医療を多面的にかつ定量的に評価した点にある。先行研究は特定の地域や医療サービスに限定されていた⁹⁾のに対し、本研究は日本全体を対象とし、約1,800の市区町村の医療資源の現状と課題を明確にした。特に、人口カバー率という指標を用いることで、地域住民の医療アクセス性を客観的に評価することが可能になった点が新規性として強調される。また、谷原⁹⁾や加藤⁹⁾の研究が示していた地域間の医療資源の不均衡を、本研究は市区町村レベルでより詳細に検証し、新たな課題を明確にした点も本研究の貢献である。

本研究で設定した7つの指標は、第7次医療計画で示された5疾病・5事業のうち、高齢者に特に関連する項目に焦点を当てて抽出したものである。候補となる指標としては他に、災害医療、小児医療、周産期医療、へき地医療なども存在したが、これらは地域包括ケアシステムの中で高齢者を主要対象とする本研究の目的に照らして分析対象から除外した。また、項目の重複や評価対象の明確性の観点から、「かかりつけ医」と「5疾病対応機関」は分けて評価する方針とし、「在宅医療」も「訪問看護」と合わせて独立指標として扱った。この選定方針は、政策文書における重要性、公的データによる把握可能性、および地域差の分析可能性の観点から実務的妥当性を有している。ただし、選定にあたっては、専門家パネルによる検討や既知グループ法などの統計的妥当性検証は実施しておらず、構成概念妥当性を体系的に確認したわけではない点は本研究の限界である。今後は、より客観的な指標開発の枠組みを取り入れ、構成概念妥当性の検証を行う必要がある。

また、本研究で提案した医療指標は市区町村レベルの評価には適しているものの、隣接市区町村間での相互関係や地域全体の特性を十分に

反映していない可能性がある。例えば、低い評価を受けた市区町村が隣接する高評価の地域から医療資源を得ることができる場合、その地域の医療体制に対する評価は単一市区町村に限らず、周辺地域との連携を考慮する必要がある。ただし、本研究の指標は相対的な評価であるため、周辺地域の状況を加味すれば、必ずしも改善が必要とされるとは限らない。今後の研究では、二次医療圏や都道府県単位での地域特性を把握し、広域的な医療計画の策定に役立てるための指標の開発が求められる。

本研究の結果は、行政や政策立案者にとって重要な示唆を与えるものである。特に、医療資源が集中している地域と不足している地域を区別することで、資源の再配分や新たな施設の設置を計画する際の根拠として活用できる。畠山⁹⁾は、地域ガバナンスの形態が地域包括ケアシステムの運営において重要な役割を果たすことを示しており、特に分権型ガバナンスが医療資源の適切な配分に寄与する可能性がある旨指摘している。また、人口カバー率の評価を用いることで、既存の施設配置がどの程度地域住民のニーズを満たしているかを定量的に把握することが可能であり、地方自治体が効率的かつ効果的なサービス提供体制を構築するための判断材料を提供する。

VI. 結 論

本研究では、全国1,889市区町村を対象に、医療指標を用いて地域包括ケアシステムにおける医療体制を評価し、各市区町村の医療資源の偏りや強みを明らかにした。特に、訪問看護や在宅医療サービスの不足、一部地域での医療資源の不足や集中といった課題が浮き彫りとなり、これらは今後の地域包括ケアシステムの行政政策策定や医療計画立案において重要な考慮事項となることが明らかになった。これらの課題に対処するためには、地域の実情に応じた資源の再配分やサービス提供体制の見直しが必要であり、地域間の不均衡を解消するための具体的な施策の策定が求められる。

本研究の知見は、全国的な市区町村レベルでの評価結果を提供し、日本全体の地域包括ケアシステムの現状把握に寄与するものであり、特に2025年を目処とした政策の下で労働力の確保が一層困難になることが予想される日本においては、異なる分野にまたがる特性を効率的に理解することが重要である。したがって、本研究で得られた知見は、今後の地域包括ケアシステムの改善に向けた重要な指針となるだろう。

また、研究で用いた全国マップの可視化結果については、図表の判読性向上を目的として、本学研究室のウェブサイトにて公開予定である¹⁰⁾。

参考文献

- 1) 鶴田禎人：地域包括ケア研究の動向と今後の課題. 日本医療経済学会会報 2017; 33: 33-40.
- 2) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf> (accessed 2023 Dec 25)
- 3) 国土交通省：都市構造の評価に関するハンドブック. <https://www.mlit.go.jp/common/001104012.pdf> (accessed 2023 Dec 25)
- 4) WAMNET：これだけは知っておきたい 疾患の基礎知識. https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/caremanager/caremanagerworkguide/caremanagerworkguide_n300.html (accessed 2023 Dec 25)
- 5) Cara M: The emergency medical service of Paris. Bull Acad Natl Med 1981; 165: 365-372.
- 6) 谷原真一, 中村好一, 坂田清美, 他：二次医療圏毎にみた医療供給と受療行動の関連および地域格差. 日本公衆衛生学会総会抄録集 1996; 44: 668-693.
- 7) 宣賢奎：首都圏における介護サービス供給の地域格差と要因分析利用. 共栄大学研究論集 2015; 13: 1-23.
- 8) 加藤幸治：密度からみた日本における医療の地域間格差－医師密度・医療機関密度の分析－. 国士舘大学地理学報告 2021; 29: 1-22.
- 9) 畠山輝雄, 中村努, 宮澤仁：地域包括ケアシステムの圏域構造とローカル・ガバナンス. E-journal GEO 2018; 13: 486-510.
- 10) 芝浦工業大学市川研究室 地域包括ケア指標 - 医療指標 -. <https://www.ds.se.shibaura-it.ac.jp/research/cics/> (accessed 2025 Jul 2)

第142回 医師の“判断の尊重”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、“判断の尊重”に関連して事例が発生していることがある。特に、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことが発生要因となって、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、“判断の尊重”に関わる内容としては、「“心理的安全性”に関わる事例発生を未然防止する(第131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、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消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。

医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していない状況で、特に、患者に侵襲を与える手術や、検査などを実施した場合、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、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”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。また、医師の“判断の尊重”が、「実際には、権威勾配や、関係性の悪化を避けるための対応となっていないか」という疑問も含めて確認することを検討したい。

そこで、本稿では、医師の“判断の尊重”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことが、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、事例発生の未然防止対策を検討したい。

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

お、日本医療機能評価機構の資料から抽出した事例の表記は、一部改変して記載する。

“医師の“判断の尊重”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“医師”“尊重”で122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、医師の“判断の尊重”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“医師”“尊重”で検索された122件の事例を対象として、検討を実施した。

医師の“判断の尊重”に関わる事例として、本事業の事例検索¹⁾にて検索された事例としては、

「進行胃癌の患者(80歳代、男性)に、手術(開腹胃全摘術、リンパ節郭清)を実施した。術中、動脈よりリンパ節と脂肪組織を剥離し、電気凝固装置にて切離後、器械を開いた瞬間に出血を認めた。再度、電気凝固装置にて挟み、同部を結紮したが、器械を開いた際に、再度、出血を認めた。他の外科医に応援を要請し、同時に輸血をオーダーした。その後、止血困難となり、不整脈が出現し、心停止となり、胸骨圧迫を開始した。血管損傷部を縫合止血し、いったん、心拍が再開したが、手術の再開直後に再度、心停止し、胸骨圧迫を再開した。出血源は確認できず、止血困難にて、家族に状況を説明した。胃の摘出後、手術を終了し、胸骨圧迫を継続してICUに入室するも、患者は死亡した。

術式の決定：患者の年齢を考慮した術式の検討が不十分であった。緊急時の対応：トラブルの発生時、医師間で、手術を中止するか、続行するのかの検討が実施されなかった。出血時の対応：輸血が準備されていなかった。電気凝固装置の使用の適正：血管の走行や、臓器・組織の状況における解剖学的に危険な箇所、および剪先が見えない箇所にも使用していた。情報共有：外来で術式が決定され、入院翌日に手術の実施というスケジュールで、麻酔科医と外科医間で

患者に関する情報共有が希薄だった。当該病院で適応可能な手術の選択：輸血管理部がなく、輸血のストックがない当該病院で、大出血のリスクのある手術が実施されていた」

「食道癌の患者(60歳代、男性)に対して、手術(胸腔鏡下食道切除、腹腔鏡下胃管再建、3領域リンパ節郭清術、左反回神経合併切除、左迷走神経・反回神経顕微鏡下縫合術)を実施した。術後の内視鏡検査にて、両側声帯が傍正中固定(両側反回神経麻痺)であった。SpO₂や、動脈血ガス分析にて異常はなかったが、患者より呼吸困難の訴えがあり、酸素投与を実施していた。術後4日目、SpO₂や、バイタルサインの変化はなかったが、さらに患者の訴えが強くなり、喀痰吸引と気道確保の目的で、輪状甲状間膜を切開し、カニューレを挿入した。喀痰はほとんど吸引されず、経過した。また、自殺企図などの精神不安定が強まったため、精神科の介入にて、呼吸抑制効果のない薬剤の使用を開始し経過観察した。術後5日目の深夜、突然SpO₂が低下し、心肺停止した。蘇生術を施行し、人工呼吸器管理となるが、頭部CT検査で広範な脳虚血の所見があり、翌日、死亡した。

担当医は、患者が呼吸困難を訴える原因について、明確に診断をつけることができなかったが、カンファレンスでの問題提起や、他の医師へ相談などを行わなかった。両側反回神経麻痺に対する診療科内での見解が医師により異なっていたために、他の医師も担当医の診療方針を尊重した」などがある。

このように、臨床現場においては、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消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、これらの医師の“判断の尊重”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。

医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していない状況で、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、医師の“判断の尊重”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、各部門間・部署内での協議・協働、職員間のコミュニケーションの改善、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、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”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「執刀医の判断を尊重？ 手術介助の医師としての責務は？」

【事故の内容】

- ・腹部大動脈瘤の患者（70歳代、男性）に、人工血管置換術を実施した。
- ・術式は、腎動脈下の嚢状の動脈瘤を切除し、人工血管で置換する手術を予定した。
- ・術前のMRIなどの画像検査では、切除する動脈瘤の付近に、血管壁の一部が突起したような所見があることを確認し、術前カンファレンスで、この所見については、麻酔科医、手術室の看護師、ICUの看護師と情報共有していた。
- ・手術当日、予定通り、腹部大動脈瘤に対して、人工血管置換術を実施した。
- ・術中に、動脈瘤と血管の突起を間違えていないか、手術介助の医師が執刀医に確認したが、執刀医は、「間違いない」と返答したので、手術介助の医師はそれ以上の確認はせず、手術

介助を継続した。

- ・手術終了後、患者はICUに入室し、術後経過は良好であった。
- ・手術翌日に実施したCT検査で、切除を予定した動脈瘤が残存し、動脈瘤の下部（末梢側）で人工血管置換術を実施したことが判明した。

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

本事例の背景要因としては、「動脈瘤の付近に、血管壁の一部が突起している部分があり、切除予定の嚢状の動脈瘤と間違えやすかった」「術創が小さめであり、腎動脈まで血管を露出し、血管を最終確認するという過程を省略した」「手術介助の医師が執刀医に、動脈瘤の切除位置が正しいかどうか確認し、執刀医から、『間違いない』と返答があった際に、その判断を尊重し、手術介助の医師として確認することを怠った」「心臓血管外科と麻酔科で術前カンファレンスを実施しているが、動脈瘤の切除部位については誰も質問をしておらず、主診療科以外の医師の当事者意識の欠如も手術室内での課題となっている」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、動脈瘤の付近に、血管壁の一部が突起している部分があり、切除予定の嚢状の動脈瘤と間違えやすかったことについて、術中に間違えないようにするための方策を、術前に十分検討していなかったのか？」「なぜ、腎動脈まで血管を露出し、血管を最終確認するという過程を省略して、手術を継続したのか？」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、「手術介助の医師が執刀医に、動脈瘤の切除位置が正しいかどうか確認し、執刀医から、『間違いない』と返答があった際に、その判断を尊重し、

手術介助の医師として確認することを怠った」ということに目を向ける必要がある。ここでは、「なぜ、手術介助の医師が執刀医に、動脈瘤の切除位置が正しいかどうか確認し、執刀医から、『間違いない』と返答があった際に、その判断を尊重し、介助する医師として、再度、具体的に確認することを怠ったのか？」「なぜ、手術介助の医師は、動脈瘤の付近に、血管壁の一部が突起している部分があり、切除予定の囊状の動脈瘤と間違えやすいという状況を強調して、執刀医に確認を求めなかったのか？」など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、「心臓血管外科と麻酔科で術前カンファレンスを実施しているが、動脈瘤の切除部位については誰も質問をしておらず、主診療科以外の医師の当事者意識の欠如も手術室内での課題となっている」ということである。これに対しては、「なぜ、心臓血管外科と麻酔科で術前カンファレンスを実施しているにもかかわらず、動脈瘤の切除部位については誰も質問をしておらず、主診療科以外の医師の当事者意識の欠如も手術室内での課題となっている」ということが、事例発生前に改善されずに、手術の実施に至ったのか？」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、術前カンファレンスにおける協議が形骸化している可能性、および手術の実施にあたっては、執刀医の判断を尊重し、手術介助の医師は、自身の役割を発揮して確認を実施せず、結果として、執刀医、手術介助の医師、および本事例に関与した他の医療者も、不適切な手術の実施に気づかなかった可能性が想定される。医師個々が、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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことが、患者に影響を与えることにならないような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、医師の“判断の尊重”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、「確認不足」「情報共有不

足」「コミュニケーション不足」「判断の誤り」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。

医師の“判断の尊重”に関わるインシデント・アクシデント事例に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことがあ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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐためのシステム整備・見直しが未実施、4)医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントが未実施、5)医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ意義と責務を職員が再認識できる機会の提供が未実施、6)具体的な事例を活用して、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画が未実施、などが考えられる。

医師の“判断の尊重”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、「術前の画像検査に基づき、腎動脈まで血管を露出し、血管を最終確認する過程を省略しない」「術中において、執刀医と手術介助の医師の間では、互いに遠慮せずに確認行動が取れるような関係性を維持する」「麻酔科医をはじめ、術前カンファレンスに参加して手術に立ち会った職員は、当事者意識を持って手術に臨み、互いに確認や、指

摘をしながら手術を進める」などが挙げられていた。

医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことがあ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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐためのシステム整備・見直しの実施、4) 医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消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) 医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画の実施、などが考えられる。

1) の「自施設における、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”に関わる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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことがあるか否かの現状評価・フィードバックの実施」では、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑

問を解消していない事例の発生が確認された場合には、「なぜ、医師の判断を尊重し、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないのか?」「なぜ、医師の判断を尊重し、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、医師の判断を尊重し、その判断に疑問があっても、疑問を解消していない状況が、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。

医師の“判断の尊重”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122件の事例の記載内容を参考にして、「医師の“判断の尊重”に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”(例)」「(図)」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”と疑問を深め、患者に良質で安全な医療を提供するためにも、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ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。

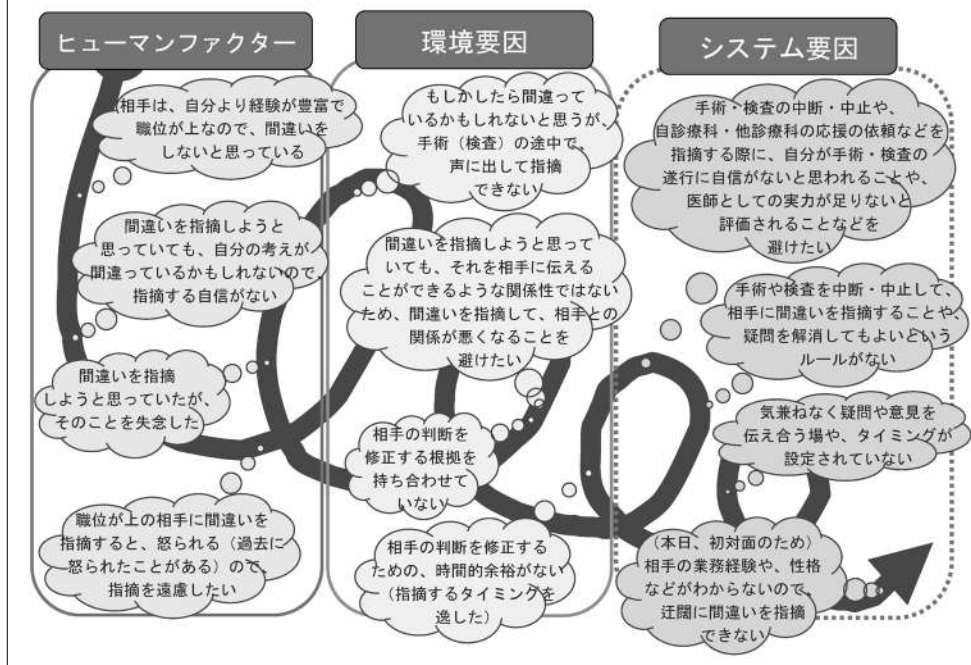
3) の「現状評価の結果を踏まえた、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐためのシステム整備・見直しの実施」では、2) の「把握した現状を分析し、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことがあるか否かの現状評価・フィードバックの実施」で得られた結果を活用することができる。医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐためには、どのようなシステムを整備する必要があるのか、を検討し、既に、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐシステムがあるのであれば、必要に応じて、見直しを実施することを検討したい。

4) の「医師の“判断の尊重”により、その判断

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”

医師の“判断の尊重”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 —

図 医師の“判断の尊重”に関わる事例発生のプロセスと発生要因の“見える化”（例）



〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された122件の事例の記載内容を参考に作成〕

に疑問があっても、疑問が解消されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施」では、自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例も含めて具体的な情報を提供したい。ここでは、臨床現場で、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのかということを、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「医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ意義と責務を、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期待される。そして、全体を俯瞰して、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ工夫を検討したい。

職員個々が、プロフェッショナルとして、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐためには、どうしたらよいのか、どのようなシステムが必要なのか、ということを職種間のコミュニケーションの改善や、診療科間の協働の推進、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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ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、術中の出血、および合併症の発生などによる全身状態の悪化など、状況が刻々と、あるいは急激に変化する際に、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐために、「どのような対応が望ましいのか」「どのように職種間で情報共有したらよいのか、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、あるいは他施設で発生した具体的な事例を活用して、自施設の現状の課題を踏まえた議論が実施できるような企画が望まれる。患者に良質で安全な医療を提供するために、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐことが、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、「術前検討会の実施：麻酔科医と外科医の間で情報共有を行い、麻酔科医の了承を得た上で手術を決定する。手術の実施：麻酔科医の指示のもと、万全の準備を行い実施する。偶発症発症時：麻酔科医の意見を尊重し、許可を得た上で、手術を続行するか、中止するかを決定する。術式の選択：骨盤内臓全摘術、および胃全摘術などの大手術は大学病院などに依頼する。情報共有：病棟、手術室など、全ての職員間で、チーム医療の重要性を再確認し、相互の意見を尊重し、情報共有に努める」「診療科内での連携の強化と、カンファレンスの充実を図る」などが挙げられている。

今後、自施設における、医師の“判断の尊重”に関わる事例発生の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。

医師の“判断の尊重”に関わる事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、医師の“判断の尊重”に関わる事例に焦点を当て、「なぜ、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消してないことが、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、“判断の尊重”に関わる事例発生の現状評価が未実施、お

よび医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ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、医師の“判断の尊重”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、「医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐためのチェックリスト(例)」を作成した(表)。内容としては、「医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していない場合の患者への影響を検討し、疑問を解消するためのルール・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」「医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消されにくいのか認識している」「医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消されにくい状況を想定し、疑問を解消するためのトレーニングを実施している」「医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消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、疑問を解消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。

医師の“判断の尊重”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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ取り組みはもとより、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消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、医

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”

医師の“判断の尊重”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 —

表 医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐためのチェックリスト(例)	
☐	医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していない場合の患者への影響を検討し、疑問を解消するためのルール・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
☐	医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していない事例を検討し、事例発生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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消されにくいのか認識している
☐	医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消されにくい状況を想定し、疑問を解消するためのトレーニングを実施している
☐	医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問が解消されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生時の未然防止対策を検討し、疑問を解消できるようにしている

師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐことができるルール・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、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ取り組みが望まれる。

術中・術後に想定外の状況が発生した場合には、患者・家族への説明の実施はもとより、施設内において診療科・部門間が良好な関係を維持していくため、患者の全経過を俯瞰することを勧めたい²⁾。患者の状況に合わせて、診療科の医師間、あるいは他診療科、他職種と協働した対応³⁾がスムーズに実施できるようなシステム構築を検討したい。そのためにも、医師の“判断の尊重”

が、「過度な尊重になっていないか」「実際には、権威勾配や、関係性の悪化を避けるための対応となっていないか」などの視点で、自施設の現状を振り返り、職員間の関係性やルールの見直しなどの実施が急がれる。

職員が、医師の“判断の尊重”により、その判断に疑問があっても、疑問を解消していないことを防ぐ意義と責務を再認識し、自診療科内のみならず、他診療科・他部門との協働を検討し、適切なコミュニケーションを意識しつつ、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3回 “ノンテクニカルスキル”をアップする。職員を信頼し、医師主導のチーム力を発揮している。臨床外科 2016；71(7)：888-891.
- 3) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第7回 アクシデントに適切に対応する。アクシデント発生後の原因分析やリカバリーの取り組みが迅速である。臨床外科 2016；71(10)：1304-1307.



奈良で得た在宅医療の学び、 埼玉で深めた継続性の医療

国民健康保険町立小鹿野中央病院 総合診療科 林 秀磨

私は自治医科大学を卒業後、奈良県で地域中核病院や診療所勤務を経て、現在は埼玉県秩父郡小鹿野町の町立病院で診療にあたっています。急性期から在宅医療、看取りまで幅広く関わる中で、地域医療の奥深さを実感する毎日です。

奈良県では南部山間部の中核病院の立場で、在宅医療を含めた地域医療に携わっていました。また山間部の診療所所長としても勤務しました。そんな中、訪問診療・看護・急変時対応・入院・看取りまで一体的に動く地域医療の姿に感銘を受けました。特に在宅医療の師である指導医の「根源的に、家で暮らしたくないと思っている人なんていないと思うよ」という言葉は、今も自分の地域医療の原点になっています。どんな状態であっても住み慣れた場所で過ごしたい、という気持ちに応えるために、東西南北に車を走らせ、支える日々を送りながら、在宅医療を含む地域医療の現場で多くの経験を積むことができました（写真1）。

その後、埼玉県小鹿野町の町立病院へ赴任しました。ここは地域包括ケア病棟と一般病棟を併せ持ち、在宅医療や緩和ケアも担う、まさに地域包括ケアを体現する病院です。この地での診療を通じて、「継続性」が「安心」につながることを実感するようになりました。例えば、外来で診ていた高齢の患者さんが入院し、退院後に在宅での診療を継続していく場面があります。普段の話の延長のように、病棟でも、在宅でも変わらぬ関係性で接することで、患者さんやご家族の表情が和らぎ、「ずっと診てくれるなら安心」



写真1 奈良県での診療所勤務、皆さんと

と言っていたことがありました。また、ここでは広範囲をカバーする病院とは違い、町立病院だからこそ、診療の中でも「患者さんがどんな地域の営みの中で暮らしているか」が自然と話題になります。「もう〇〇に桜が咲いたよ」とか「山の方は霜がおりて、畑が大変だ」といったやりとりの中に地域の季節を共に感じたり、「外来と一緒に来ている〇〇さんとこのあとお茶なんです」など人間関係も近く感じられたりする豊かさがあります。

奈良でも継続性は意識していましたが、担当地域が広いため、隙間をコメディカルの方々が生活の細部を見守って上手に埋めてくれていました。埼玉での勤務では、そうした生活の風景に直接自分の目で触れる余裕ができ、地域での患者さんの考え方や生き方にも自然と意識を向



写真2 小鹿野春祭り

けられるようになりました。その結果、患者さんとのつながりがより深くなってきたように感じています。そういった関係性の中での「継続性」がさらなる「安心」を生み出していると感じます。

小鹿野では春祭り(写真2)や、秩父では夏祭りや冬には夜祭があり、日々の診療の中でも住民の中で祭りが重要な位置づけになっているとよく感じます。「春祭りには間に合って退院した

い」「その日は祭りだから通院は別の日にして」といった声が患者さんからしばしば聞かれます。そういった祭りですので、私ももちろん家族で参加してきました。お神輿の掛け声や笛の音に娘たちも大喜びで、地域住民の普段見ぬ活気に驚かされました。地域の暮らしに触れる時間は楽しく、医師としての原動力にもなります。

地域の信頼は、一朝一夕には得られません。長年にわたり貢献されてきた諸先輩方の活動や、こういった関係性の継続で、安心できる地域医療が築き上げられてきたのだと思います。

そんな中、自らがそうであったように、地域の医療に他地域や医療機関から「新しい風」を吹き込むことも重要です。研修医の地域研修では、日中はしっかりと研修に取り組んでもらい、夕食は地元のお店で語り合いながら地域の味や空気も共に味わってもらっています。次代を担う後輩に何かを伝えられたらと日々思っています。

2児の父として子育てにも取り組んでおり、勤務中はコメディカルや地域の皆さんに助けられながら、なんとか仕事と家庭を両立しています。そういった生活が続くと、私自身もまた、地域に育てられているということを実感することもあります。

医療が単なる「処置」ではなく、「安心」として機能するには、「継続性」が欠かせません。

このような実感と共に、これからも地域医療を頑張りたいと思います。

林 秀磨(はやし しゅうま)先生 プロフィール

自治医科大学医学部卒業。奈良県総合医療センターで初期研修。南奈良総合医療センターや大塔診療所で勤務。義務年限の関係で埼玉県へ異動し、現在小鹿野中央病院で勤務している。内科専門医、日本在宅医療連合学会認定専門医。



離島で支える，つなぐ，ひらく

新潟県厚生農業協同組合連合会 佐渡総合病院 腎・膠原病内科/
佐渡市立両津病院 内科 丹野侑斗

「先生，島で診てもらえるようになって，本当に助かります」佐渡総合病院での膠原病外来に，島の北部から1時間以上かけて通ってきてくれる患者さんが，そう言ってくれました。静かな診察室に，あたたかな言葉が沁みた瞬間でした。

医師としての第一歩，そして佐渡へ

私は2020年に自治医科大学を卒業後，1年目は新潟大学医歯学総合病院，2年目は新潟県立中央病院でたすき掛けの初期研修を行いました。3年目は同院の腎・膠原病内科と総合診療科で，内科医としての基礎と専門性を研鑽しました。4年目からは佐渡市に派遣され，佐渡総合病院に所属しながら佐渡市立両津病院で一般内科を担当しています。

島を支える2つの病院

佐渡総合病院は，島内唯一の総合病院であ

り，急性期から慢性期までを幅広くカバーする，佐渡地域の中核病院です。診療科も多数そろっており，島内で対応できる医療の幅を少しでも広げるべく，医師・看護師・コメディカルが力を合わせて取り組んでいます。ドクターヘリのランデブーポイントも整備されており，本土への搬送が必要な場合にも迅速な連携が可能です。

一方，私が日々勤務している佐渡市立両津病院は，島の東側・両津地区に位置する地域密着型の病院で，主に一般内科と高齢者医療を担っています。入院ベッド数は60床で，入院患者さんは高齢の方が多く，慢性疾患や介護との両立に向き合う場面も多いです。人口減少と高齢化が進む中で，「通える」「診てもらえる」医療を地域のすぐ近くで提供するという役割がますます重要になっていると感じています。多岐にわたる業務は決して楽ではありませんが，地域に根差した医療の重みとやりがいを肌で感じられる日々を送っています。



佐渡島の伝統芸能鬼太鼓 長木組の様子



旧両津病院の落書き



新両津病院開院直前の全体写真



高千地方の外海府海岸から望む夕日

外来をつくる、 そして新しい病院と共に、地域の未来へ

そんな中でも、特に私の中で大きな意味を持ったのが、島内での膠原病外来の立ち上げです。週に一度、研修日があり、新潟大学の腎・膠原病内科で研修を継続しながら、佐渡総合病院で膠原病患者の診療を始めました。これまで多くの患者さんが本土の大学病院まで通院せざるを得ず、車と船を乗り継ぎ、1日がかりの受診は、高齢者や病状の安定しない患者さんにとって大きな負担でした。「島の中で、ちゃんと診てもらえる場所がある」——その安心感を届けたくて、準備と調整を重ねました。診療を開始してみると、予想以上に多くの患者さんが来てくれました。島での専門外来の意義と必要性を、あらためて実感しています。もちろん専門外来を地域で継続するには、病院内の理解やサポートも不可欠で、医局をはじめ多くの方の協力で支えられています。

もう一つ、大きな節目が今年ありました。佐渡市立両津病院の移転です。老朽化した旧病院から、2025年5月に新たな施設へと生まれ変わ

りました。地域の期待と不安、職員の緊張と興奮が入り混じる中、私も内部調整や引っ越し準備に関わりました。慣れ親しんだ診察室を離れるのは少し寂しくもありましたが、新しい病院での診療は、地域医療のこれからを照らす希望でもあります。

島の医療と共に歩む

診療後、日本海に沈む夕日を眺めながら、ふと考えます。この島での数年間は、専門性と総合性、個人と地域——さまざまな間を行き来しながら、医師としての土台を育ててくれた時間だったと。医師6年目、義務年限の折り返しです。これからのキャリアをどう築くか、思い悩むこともあります。それでも今、ここ佐渡で、誰かの「困った」に応える毎日に、確かな手応えを感じています。離島というハンデを、支え合いや工夫で乗り越えていくこの地域医療の現場に、私は誇りを持っています。これからも、佐渡の地で、自分にできることを一つずつ積み重ねていきたいと思っています。

丹野侑斗(たんの ゆうと)先生 プロフィール

2020年自治医科大学卒業。新潟大学医歯学総合病院・新潟県立中央病院での勤務を経て、2023年から新潟県厚生農業協同組合連合会 佐渡総合病院 腎・膠原病内科/佐渡市立両津病院 内科として着任し、現在に至る。



前期派遣折り返しを過ぎて

いすみ医療センター 内科 小谷友子

地域医療とはなんだろう、この道を選んだことは間違っていたのだろうか、などとぐるぐる考えるようになった時期にこのエッセイを執筆させていただくことになりました。

こんにちは。自治医科大学45期卒、千葉県の小谷友子と申します。せっかくの機会なので、混沌とした頭の中の一部を文章としてまとめてみようと思います。

「医師が2人か3人くらいの病院で働くことになりますが、大丈夫ですか?」と聞かれて「……あ、はい」としか答えられなかった入試の面接の日から早10年(「1人じゃないんですか!」と答える瞬発力がなかったことを9年くらい薄く後悔しています)。小さい病院でも先輩がいるなら安心、と8年にわたってのんびり構えていたので、まさか自治医大卒業生にとってほぼアウェイな病院に自分が行くことになるとは思っていませんでした。

現在私は、千葉県いすみ市に位置するいすみ医療センターで勤務しています。高齢の方には旧名である国吉病院と言った方が通りがいい、昔から夷隅地域を支えている病院です。医師の数は県内の派遣先の中でトップクラスに多く、そのせいか自治医大からの派遣者は数十年単位でいませんでした。

自分の意識からは完全に外れており、派遣先リストに名前が挙がっているのを見たときには一瞬思考がフリーズしたのをよく覚えています。大雑把に括ると実家が似たような地域にあるので、実は派遣者内で話し合う前からなんとなく「私が行くのかな」と思っていました。…



いすみ医療センターの前で、昨年度の先輩(右)と共に

…外房地域、というだけなので実際車で1時間くらいはかかりますが。

蓋を開けてみると上層部の先生方のうち複数人が私の地元あたりから通勤されていたので、選択としては大当たりでした。

知らない土地に放り出される心細さはほぼゼロだったものの、やはり数十年ぶりの派遣者であることから事前情報がほとんどなく、戦々恐々としながら初日に臨みました。

初日にいきなり訪問診療に行ったことはきっと一生忘れません。県庁で辞令を受け取り、道中昼食を摂りつつ車で病院へ。病院に到着して簡単にガイダンスを受け、そこから2時間程度で出発しました。慣れないカルテ、「医師」と名乗る初仕事。看護師さんはいたものの一人での診療はかなり心細く、移動する車の中で少し震えていました。幸い、最初かつその日唯一の患者さんがお元気でお話好きな人だったため、心情的にはかなり助けられました。卒寿超えて車



札幌さくら街道のライトアップ

椅子を自走させる姿に驚きつつ、「これでいいのか?」と思いながらもその日の診療は無事終えられた、と信じています。診療中は、前任の先生のカルテ記載を見ながら、学生時代や研修医時代に見た先輩方の背中を必死に思い出していました。先輩方の訪問診療について行った経験がなかったら、と思うと今でも怖くなります。

この1年で病棟・訪問で何人もの方を見送ってきましたが、最初の患者さんは今もお元気です。最期まで見届けたい、という気持ちもほんの少しありますが、こちらは時間制限がある身です。異動の日まで元気にお話ができるといいな、と思っています。

キジが鳴いてキョンが走る。地域をあげて桜のライトアップやホテルの観察会が開催される。原稿を書き始めた4月は、外に出るとどこからともなくカエルの大合唱が聞こえてくる時期でした。

年に1度開催される増田明美杯いすみ健康マラソン大会では、いすみ医療センターのスタッ

フが救護室にいるし給水しているし出場しているし入賞していました。実際に病棟師長たちが救護室にいるのを見て、「ああ、地域の病院なんだな」となぜかそこで実感しました。

そんな長閑な地域で過ごして早2年目。ぼやぼやしている間に前期派遣最終年度になってしまいました。

長年夷隅地域を支えてきた院長先生、副院長先生たち。非常勤で来てくださるたくさんの専門医の先生方。さらに学年の近い、県の修学資金生の先輩がいたので、まずは1年乗り切れたと思っています。この4月からは先輩が入れ替わったり整形外科の常勤の先生が来たり、去年とはまた少し違った雰囲気になりました。実力不足で足を引っ張っていないといいな、と思いつつ働いています。

結局地域医療とはどんなものなのか、というのは今のところよく分かりません。地域住民に寄り添って医療を提供する、と口で言うのは簡単ですが、まだまだ本質は理解できていない気がします。

義務年限という枠組みは、他大学卒業生と比べるといろいろと制約が多いですが、不便な中でできる限りの医療を提供する経験は得がたいものです。そういった意味では、この道を選んだことは間違っていないと入学前の自分に対して胸を張れます。

なんだかまとまらない文章ですが、これが若輩者のリアルということでお目こぼしをいただけると嬉しいです。

では、またどこかでお会いできますように。

小谷友子(こたに ともこ)先生 プロフィール

2022年自治医科大学卒業。国保君津中央病院で初期臨床研修を行い、2024年からいすみ医療センターで勤務中。

特定ケア看護師の活躍による組織への効果と 今後の地域医療貢献にむけての活動支援

市立奈良病院 看護部長 濱田智子

地域医療振興協会における 特定ケア看護師育成

「特定行為に係る看護師の研修制度」は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、今後の医療を支えるために、保健師助産師看護師法が一部改正され、2015年10月1日から、開始されています。超高齢社会となり、現役世代の担い手が急減するといわれている2040年に向けても、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現する」ために、特定行為を実践できる看護師の育成は急務となっています。公益社団法人地域医療振興協会(以下、協会)は「我が国の地域医療の確保と質の向上」を目的として設立されており、医師不足が深刻となっている地域において、実働できる人材を育成するために、特定行為に関わる看護師の研修制度が導入された当初より、いち早く育成を開始しています。協会では、JADECOM-NDC(Nursing Designated Care)研修(以下NDC研修)として、21区分38行為すべてを実践できる特定ケア看護師(以下NDC)を育成しています。NDCは協会内での名称で、地域において医師と協働して医療を提供するために、臨床推論に基づき「看ると診る」ことのできる看護師の育成強化を図っています。

市立奈良病院での活動

市立奈良病院は、350床の急性期病院であり、「患者中心の良質な医療の実践に努めるとともに市民から愛され、信頼される病院をめざします」を基本理念とし、地域医療支援病院として、地

域との連携を強化し、地域の中核病院としての役割を担っています。総合診療科を中心とした24時間の二次救急診療体制をとり、脳卒中・循環器ホットラインでの24時間の受け入れ対応も行っています。また、がん診療拠点病院、災害拠点病院としての役割も担い、各診療科においては、センター化を行い、高度で専門的な医療を提供しています。そのため、医療者には、それらの診療に対応できるアセスメント力、専門的知識・技術を実践できる高い能力が必要となっています。当院では、NDCの育成が始まった1期生から、昨年度臨床研修を修了した8期生まで、4名のNDCが活躍しています。診療支援室に所属し、担当診療科の部署への配置により、脳外科、整形外科、ICU・CCUの業務を行っています。担当部署において医師が手術等不在の時も、臨床推論を活用し、速やかな判断により初期対応し、手順書に基づき特定行為を



市立奈良病院のNDC 前方右 吉田さん、左 今田さん、
後方右 村出さん、左 宮口さん



ICU・CCUで実践する2期生 宮口さん



在宅での臨床研修中の8期生 村出さん

実践しています。また、PICC挿入、Rapid Response System (RRS:院内迅速対応システム) チームでの活動等、積極的に自己の能力を高め、現場のスタッフへの支援も行っています。NDC同士も互いに刺激し合い、NDCとしての対人関係能力や、自律的に判断し行動する姿勢を持ち、患者と医療者、医師と看護師をつなぐ役割を十分に発揮してくれています。看護師であることを土台として、担当部署の看護師が行っているケアに対する気づきを発信し、共にケアを行い、看護師の育成にも関わっています。それぞれが、活動を通して、多職種から厚い信頼を得られるようになり、医療者としての良きロールモデルとなっています。

今後のNDCへの期待と活動支援

医師の働き方改革が進む中、NDCはタスクシフト/タスクシェアにおいて、また、看護師の実践力向上のためにも当院のような急性期病院では、欠かせない存在となってきています。当院は、各部署複数の診療科の患者が入院しており、今年度からNDCは担当診療科を拡大し、総合診療科の各部署の患者、配置部署の他の診療科の入院患者や、救急治療室に搬送された患者・家族への対応も始めています。その存

在と重要性がより認知され、活動できることを期待しています。また、当院にはがん専門看護師、特定認定看護師、認定看護師の計13名の専門性の高い看護師がいます。今後も協働して、実践、教育に関わるNDCは看護の質の向上のためにも不可欠です。今年度より、学ぶこと、追及することの楽しさを実感し、キャリアアップしていく意欲を持つ1名のNDCが大学院を卒業し、初めてNDCからNP (Nurse Practitioner) となりました。今後、NDCを目指す看護師の育成と共に、キャリアを高めていく看護師のモデルとなれることも期待しています。

協会の求めるNDCは、へき地・地域の医療を支えるNDCです。しかし、まだまだ医師不足の地域におけるNDCはわずかです。当院のNDCも地域での実践に対する不安は持っていますが、地域医療に貢献するという自覚と意欲はあります。現在、当院で欠かせない存在となっているNDCが、地域医療に貢献できるようにするためには、診療部の理解と協力も必要です。今後、地域での実践経験を重ね、地域の施設、診療所等の医療に対応できるようにしていくこと、地域のNDC育成に関われるように、組織全体での支援体制の構築を図っていくことが重要と考えています。

<特別寄稿>

へき地における特定行為看護師育成の 経緯と看護師教育

東通地域医療センター 管理者 川原田 恒

へき地においては、看護師の確保が困難な状況になっている。理由としては若年人口の減少や都会との生活の利便性格差もあるが、看護職の多様性や専門性への道筋が見えない（用意されていない）ことも大きな要因と思われる。その中で東通地域医療センターは、へき地において特定行為看護師を育成する厚生労働省の事業に地域医療振興協会（JADECOM）などの支援で参加することになり、その準備段階において研修修了者から看護師教育の重要性に気づかされた。またJADECOM独自で評判の「藤谷塾」の藤谷茂樹先生や、屋根瓦方式で研修生を支える修了者の情熱に感銘を受けた。

まだ、事業の初期段階であるが、特定行為看護師は今後のオンライン診療でも重要な役割を担うのではないかと予感している。

はじめに

1. 施設概要と看護職の現状

東通地域医療センター（以下、当センター）が村の複合施設の管理委託を受けて26年（現在は指定管理）になる。施設は有床診療所、老健施設などで看護職は看護師30名、保健師3名を有し、施設ごとの配置は表1の通りであるが、看護師不足で「やり繰りに難渋している」（看護師長）のが現実である。

他施設でも同様と思われるが、ギリギリの人数では産休や育休、あるいは長期療養者などが発生すると、たちまちやり繰りに困ることにな

る。特に診療所は19床のベッドを有するため夜勤者の確保が大変で、外来において診療はもちろん、上部・下部の内視鏡検査、腹部・心エコー検査などの介助、外傷処置の介助、さらには健診や予防接種、そして訪問診療もあって“看護職の仕事は多岐にわたる”。診療所には名目22名（男性1名）の看護師がいるが、うち2名は訪問看護師のため実質20名で、産休・育休・長期休養者でさらに3名減の17名となっている。そのため外来では保健師（産業保健担当と予防接種担当）も外来受付や検査を行っているが、内視鏡検査は制限せざるを得ない状況で、病棟では夜勤のできる看護師が少なく、入院患者もあ

表1 看護職の配置

部 署	看護師（准看護師含む）	保健師
有床診療所（19床）	22名（うち訪問看護師2名） 産休1名 育休1名 長期休養1名	2名 産業保健担当 予防接種担当
老健（50床）	7名	
通所介護事業所		1名
居宅介護支援事業所	1名（ケアマネ）	

表2 看護師の推移

看護師の推移	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年	R6年
診療所Ns（人）	19	19	20	20	21	20	20	19	20	19
診療所Ns入職者（人）	1	1	1	0	2	0	2	0	2	1
診療所Ns退職者（人）	2	0	0	0	0	1	0	2	1	0
診療所Ns平均年齢（歳）	39.53	40.0	38.88	41.55	39.9	41.55	41.6	43.57	45.35	44.94
センター全体Ns（人）	28	28	30	29	31	30	30	28	28	29
センター全体Ns入職者（人）	1	1	2	0	2	0	2	0	4	1
センター全体Ns退職者（人）	4	1	0	1	0	1	0	2	1	0
センター全体Ns平均年齢（歳）	39.8	40.41	40.17	42.1	43.91	42.73	43.53	44.96	46.96	47.07

表3 看護師確保の戦略

募集の戦略	概要
1. ハローワークを通して	最も多い ・他職場から ・Uターンで（親の介護など） ・夫の転勤で一緒に当村へ
2. ホームページから	次に多い
3. 入職した者から誘われて	最近、2名ほどあり
4. 養成校での進路説明会	応募なし
5. 奨学金制度	応募なし
6. 定年後の再雇用	3年前から2名、今後も期待

る程度制限している状況である。

2. 看護師の退職と入職の変遷，確保のための戦略

15年程前までは，看護師募集をすると募集人数よりやや多くの応募があり，選抜試験を行っていた懐かしい(?)時期もあったが，その後は退職者の補充はすぐにはできず，“一進一退”の状況(表2)が続いている。

退職の主な理由は，定年，スキルアップ(資格取得し別の事業所へ)，婚姻，育児のためなどである。看護師確保の戦略は，他の施設とほぼ同様と思うが(表3)，新人の確保はなく看護師の高齢化が年々進んでいるのが現状である。

このような状況で，昨年秋に地域医療振興協会(以下，JADECOM)から看護師確保にもつながる特定行為看護師育成事業への参加の話があった。以下の項にその経緯を記す。

事業の過程と学び

1. 厚生労働省の事業と，当センターの事情

2024年秋に，JADECOMのNDC*研修センターの鈴木靖子次長から突然「特定行為看護師の育成に参加しませんか？」という連絡をいただき，通称「青森プロジェクト in 東通地域医療センター」の事業がスタートすることになった。

この事業は厚生労働省の「令和6年度看護職員確保特別事業(離島・へき地におけるタスクシフト／シェア推進モデル事業)」で，へき地で特定行為看護師がより多様な場面で専門性を発揮し医療の確保につなげ，また看護師のキャリアアップとして最近人気の特定行為看護師をへき地でも育成できるということで，看護師の確保などにつなげようという事業とのことだった(表4)。

*NDC(Nursing Designated Care：特定ケア看護師)はJADECOMでの特定行為看護師の名称である。

表4 事業の目標・目的（NDC 研修センター 鈴木靖子次長）

離島・へき地の病院・診療所において、看護師が特定行為研修を受講できる環境の整備、特定行為研修を修了した看護師との協働の普及を行いタスク・シフト/シェアを推進することにより、離島・へき地における医療を確保する。
・特定行為研修修了者の確保：研修受講支援
・特定行為研修修了者の活動体制づくり
・遠隔診療における特定行為研修修了者の役割（タスク・シフト/シェア）

これまでの看護師確保に行き詰まり感のある当センターとしては、新たな確保戦略として、また地域包括ケアと地域医療教育を2大事業としてきた当センターの活動にも合致するということで、事業に参加することになった。

表5 特定行為研修修了者のミッション

・特定行為看護師についての周知：働き方
・候補者の受講準備支援
・東通村での特定行為看護師の活動スタイルの提案
・活動体制づくりへの必要事項のピックアップ
・遠隔診療のトライアル（訪問診療、白糠診療所）

2. 青森県の事情

青森県内の看護師は約13,400人(2022年)いるが、2023年までの認定看護師218人に対して、特定行為研修修了者はわずか41人で全国的にも少ない。研修指定機関が八戸市立市民病院(定員13人)のほか2ヵ所(定員6人と2人)しかなくとも影響していると思われる。

当センターのあるむつ下北圏域では、“栄養、水分など10区分16行為”のみ研修の中核病院の数名の看護師で、21区分38行為全ての研修修了者はまだいない。

3. 特定行為看護師研修までの過程

(1) キックオフ

2024年11月12日にオンラインで「青森プロジェクト」のキックオフが行われた。参加はプロジェクト委員会8名(当センターから5名と役場職員、NDC研修センターから2名)、オブザーバーとして厚労省看護課、青森県健康医療福祉部、NDCが参加し、事業の目的とスケジュールの共有が行われた。2025年3月までは準備期間として、特定行為看護師の概要と実際の働き方を理解してもらうためにJADECOCの施設で活躍中の特定行為看護師・NPの3名に当センターに2週間ほど滞在していただくこととした。実

際の研修は2025年4月からの1年間で6月上旬まで(執筆時点)は週3～4回のe-Learning+藤谷塾、6月中旬からはNDC研修センターでの集合研修が始まるスケジュールが示された。しかも、集合研修に際してはJADECOCから東通村へ看護師を派遣し、看護師不足の補充を行うとのことだった。

(2) 修了者・NPの派遣と効果、候補者の選定

準備期間中に3人の修了者・NPを5つのミッション(表5)の下に2週間程派遣していただいた。それぞれに啓発と現在の活動をプレゼンテーションしていただいたが、その情熱に感銘を受けた。さらに外部の視点から当センターの特徴と特定行為看護師の今後の活動にサジェスションをいただき大変勉強になった。また、事業参加への当センターとしての共通認識を一緒に検討し、看護師不足の中で1人を研修に出すことは、お互いの理解が必要と考え、候補者だけが特別ではないということ、これからも研修に出したいという意味を込めて「誰でも特定行為看護師」など5つの共通認識を作った(表6)。また、このことで看護師への教育がこれまで不十分だったと気づかされ、早速心不全や感染症の講義を行ったところである。

表6 センターの共通認識

- | |
|---|
| ①誰でも特定行為看護師
特定行為の理解とスキルアップ |
| ②三位一体の活動を行う
村の保健医療福祉の目標、センターの理念、住民との協働 |
| ③在宅医療の経験を生かす |
| ④小規模な医療機関での特定行為看護師を育成するモデル |
| ⑤医療機関、介護施設そして住民の方との協力（啓発） |

また、ICT機器を活用する遠隔診療(オンライン診療)のトライアル(写真)は機器の設置に人手と時間がかかったが、オンライン診療の理解が一気に進み、さらにDoctor to Patient with Nurse(D to P with N)がいかに重要か認識し、オンライン診療に向けた体制作りを進め、現在は青森県のオンライン診療の補助事業への申請を行っているところである。

さらに、啓発も必要とのことで、まずは特定行為看護師の認知度調査のため関係者(当センター職員、役場職員、村内介護事業所職員、患者さんなど123件)へのアンケートを行ったが、認知度はあるものの内容まで理解している人は15%ほどで少ないことが分かった(グラフ)。そこで診療所が毎月発行している健康情報“文殊の森通信”(村の広報誌に挿入)に特定行為看護師を特集するなどの活動を行った。

候補者は看護部に一任したが、訪問診療の経験の長い男性看護師が選任された。本人も過去に支援に来てくれた特定行為看護師の姿から刺激を受けつつも、今後のスキルアップに行き詰まりを感じていたこともあり意欲的だった。候補者に対しては、研修の厳しさと心構えをマンツーマン指導していただいた。

研修に参加した感想

事業がスタートしまだ2ヵ月だが、実際に参加した研修者からの手記を以下に掲載する。特に手弁当で毎週「藤谷塾」を開講している藤谷茂樹先生の情熱には頭が下がる。



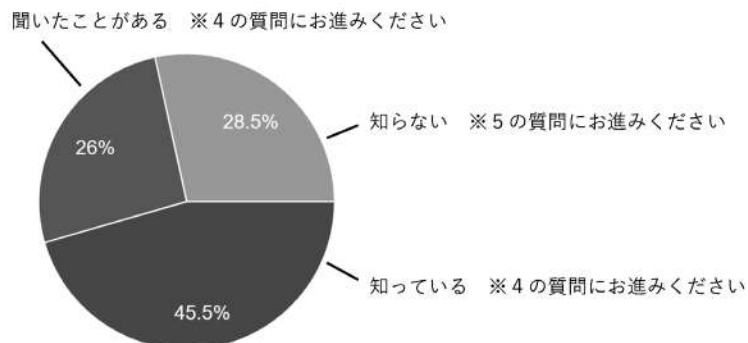
写真 オンライン診療 (D to P with N)

4月から始まった特定ケア看護師(以下NDC)研修は2ヵ月が過ぎました。NDCを知ったのは6年くらい前に診療所研修に来ていた研修生と会った時です。その後もNDCの方々が来て、訪問診療や訪問看護と一緒に業務をする機会をいただきました。知識、技術において自分との差を感じさせられました。技量の差を感じるとともに、「自分もNDCになりたい。自分もできるのではないか」という気持ちになったことを覚えています。今回、施設側の勧めもあり機会をいただいたことに感謝しNDCを目指すことを決意しました。

研修が始まりこの2ヵ月間はe-Learning、そして当協会独自の藤谷塾で研修を行ってきました。e-Learningは、情報量、課題の量も多く、休みの日も夜勤入りの日も夜勤明けの日もe-Learning。はじめは「きつい」と感じていましたが、知識が少しずつ身に付いていることを徐々に実感できるようになり、きついなりに楽しくも思えるようになりました。藤谷塾では、「10期生同期10名が画面上を通して受講できる」。普段黙々と孤独を感じながらe-Learningをしている中、講師の先生も面白くとても楽しい時間です。診療科も施設も違い、認定看護師を持っている人もおり多種多様ですが、同じ課題をNDCという目標に向かい一緒に頑張っている仲間がいるというのはすごく心強い

3. 特定行為看護師を知っていますか？

123 件の回答



4. 特定行為看護師を知っている・聞いたことがあると答えた方へ質問です。

88 件の回答

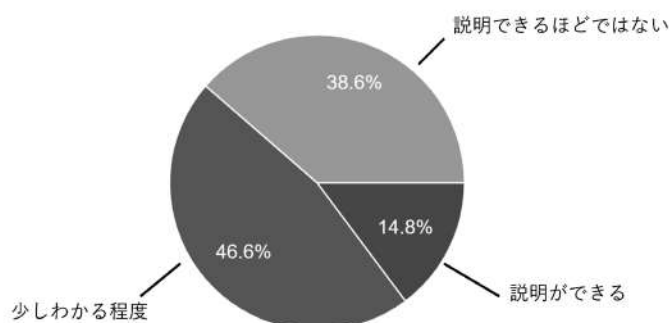


図 アンケート調査

です。また、これまで出会った現役のNDCやNPの皆さんから励ましのメールをもらうこともあり励みとなっています。

NDCとなり実働できるようになった時には、病棟の患者管理や在宅患者への素早い対応を目標にしています。

まだNDC研修が始まって2ヵ月ですが知識、技術が少しずつ身に付いていると感じます。プライベートな時間はなかなかとれませんが、今しかできないことと思い「NDCになる」を目標に楽しく研修をしていきたいと思います。たくさんの人、知識、技術に出会えることにワクワクしています。6月からは集合研修、実地研修があります。同期の仲間たちと直に会えるのが楽しみです。

まとめ

当事業の準備段階と、研修に参加している研修者の感想を掲載させていただいた。へき地の小さな医療機関でも特定行為看護師の研修を受けることができるのは、本人はもちろんだが、医療機関にとっても看護師のキャリアアップにつながり、看護師の確保にも将来的にはよい効果があるのではと期待している。

しかし、そのハードルは高く、特に1年間を通しての研修は家庭を持つ職員には厳しいものがある。また、集合研修の期間は看護師の欠員となることから人員に余裕のない施設ではますます困難なものとなる。

今回はJADECORおよび青森県の支援をいた

だきモデル事業として行われ、準備から研修修了者の派遣など手厚い支援が計画されたが、準備段階で「今後の実習や症例の確保が県内の医療機関でもできないか？」というアイデアも出てきて、現在、複数の医療機関に協力をお願いしている段階である。

今回の当センターでの経験を、今後も機会があれば発表し、へき地における特定行為看護師の養成に少しでも役立てれば幸いである。

謝辞

当事業を紹介していただいたNDC研修センター 次長 鈴木靖子様はじめ、厚労省、青森県の関係者の皆さま、研修修了者の方々、そして修了者を快く当センターに派遣していただいた米原市地域包括医療福祉センター、シティ・タワー診療所、飯塚市立病院の管理者と職員の皆さまに感謝申し上げます。

研修医日記

地域医療型後期研修

2025. 6. 19

ふじの29歳, 総合診療医やっています!



プロフィール

2023年3月 杏林大学卒業

2023年3月～2025年3月
横須賀市立市民病院 初期研修

2025年4月 「地域医療のススメ」東京北 専攻医

地域医療振興協会「地域医療のススメ」東京北医療センター所属、専攻医1年目の藤野佑一朗と申します。東京都目黒区という目黒川の桜がきれいな場所で育ち、杏林大学に進学し部活の水泳とバイトに明け暮れる生活を送りました。初期研修は葉山・三崎口などの近くにある横須賀市立市民病院で楽しく研修を行いました。そして、現在、ご縁があり東京北医療センターで総合診療医になるべく後期研修をさせていただいております。

専攻医1年目は東京北医療センターの総合診療科で研修を行っています。東京北医療センターは東京都北区赤羽にある病床315床の二次救急の中規模病院です。総合診療科の研修では各病棟の病棟管理、救急車対応、新患外来、継続外来を担当させていただいています。研修医の時とは異なり主治医を担当するようになるとともに、慣れない外来でまだまだ右も左も分からない中ですが、分からないことは上級医に相談しやすくフィードバックもいただけるため日々楽しく学んでいます。

東京北総診に入職してよかったことは沢山ありますが、中でもよかったのは勉強会が豊富なことです。毎週月曜日は各診療科が症例を持ち寄って発表する内科カンファ、毎週火曜日はEBMの理論を学びながら論文を読む抄読会、水曜は各専攻医・スタッフが気になったテーマを発表する総診カンファ、1～2週間に1回木曜日は参考書では学びづらい総合診療・家庭医療の理論について体系的に学ぶことができるシニアコアレクチャーがあります。また、週に1回岡田悟先生による教育回診があり実臨床の中でディスカッションすることでEBM、家庭医療、診断推論などのスキルアップや困難症例の相談を行えます。さらに、他院の先生をお招きし、家庭医療、感染症、診断推論、EBMなど専攻医のニーズに合わせた勉強会があり、これらを通じて総合診療医に必要な素養を培うことができます。



日々の勉強会
妊娠糖尿病,ステロイド糖尿病についてレクチャーしていただきました

もう1つ入職してありがたいと感じたことは入院7割を総合診療でみるがゆえの疾患の豊富さです。入院患者は予定入院だけでなく内科外来,救急外来や他科からの紹介で来られ,Commonな疾患から重症疾患,希少な疾患と多岐にわたります。

入職して2ヵ月ですが私が経験した疾患としては肺炎,腎盂腎炎などの感染症,糖尿病教育入院,脳梗塞,心不全,電解質異常,貧血精査,アルコール依存,脾梗塞などいろいろな科の疾患を経験できました。多彩な疾患だけでなく多様な社会背景を持つ患者さんがおり,その社会調整も慣れないのですが非常に勉強になります。外来でも糖尿病,高脂血症,高血圧など慢性疾患の管理や甲状腺機能異常,PMR・RS3PEなどの内分泌疾患・膠原病類縁疾患と外来でも経験できる疾患が多いことも魅力の1つです。

以上のように,疾患だけでなく患者さん自身の背景もおもんばかり総合診療を行うにあたり,まだまだ勉強すべきことがたくさんあり日々悪戦苦闘しております。しかし,高めあえる同期,温かく指導してくださる先輩方,自分のできないことを補ってくださる看護師,コメディカルや事務の皆さまなど職場の方々に恵まれ頑張っております。

今後も少しでも一人前の総合診療医に近づけるよう,日々精進してまいります。

自治医大

JICHI MEDICAL UNIVERSITY

now
2025.8

臨床実習生(医学)認定証授与式ならびに

BSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式が挙行されました……………

4月24日(木)、医学部教育・研究棟講堂において、臨床実習生(医学)認定証授与式ならびにBSL学生最優秀賞(長坂賞)・BSL学生優秀賞表彰式が厳かに挙行されました。臨床実習生(医学)制度は、臨床実習の中で、医学生が「臨床実習生(医学)」と称して、医師を目指す医学生としての自覚、心構え、医療に携わる人間としての責任感や使命感を再認識させることと併せて、社会および患者様に対し、臨床実習生(医学)であれば、一定レベルの知識と技量を有していることを示すことで、その者の医療行為を大学が保証することを目的として実施するものです。

式典は、永井良三学長から共用試験に合格した4年生121名一人ひとりに対し、臨床実習生(医学)認定証が授与され、代表の檜原愛実さん(徳島県)から、これから実習に臨むにあたっての宣誓がありました。続いて、永井学長からの式辞、附属病院の川合謙介病院長、附属さいたま医療センターの遠藤俊輔センター長、附属病院の福田順子看護部長、附属さいたま医療センターの鈴木聡子看護部長から激励のお言葉をいただきました。

また、卒業生の寄付金を基金とした「BSL学生最優秀賞(長坂賞)」には、6年生 福江拓人さん(岡山県)、5年生 佐々木伶菜さん(秋田県)の2名、学生のモチベーションの向上を図ることを目的に創設された「BSL学生優秀賞」には、6年生 吉田春城さん(長野県)、5年生 森谷奎太さん(山形県)の2名が選ばれ、永井学長から賞状と副賞が授与されました。

医学部1年生が下野市役所を訪問、地方行政を学びました……………

地域医療を学ぶ上で、医学を学ぶことはもちろん地域について学ぶことが不可欠です。特に地方行政の役割や仕組みを知ることは、卒業後、出身都道府県職員(公務員医師)として地域医療に従事する本学の学生にとって大変重要です。

自治医科大学将来ビジョン2060でも行政教育の重要性が指摘される中、昨年度から医療政策学が新規科目として設けられ、1年生の「医療政策学講義」、下野市における「行政演習」の新設、5年生の「選択必修BSL」の実習先に厚生労働省が追加される等、さまざまな形で行政教育の充実が図られています。

「行政演習」に関しては、本年度は、実施時期を9月から5月に早めるとともに、「医療政策学」の一環として新たに位置付け、入学直後から医療行政と医療政策の関連を学べるようカリキュラムの見直しを行いました。

本年度の「行政演習」は、5月16日に実施され、下野市役所に医学部1年生が訪問、地方行政について学びました。冒頭、唐橋潤さん(栃木県下野市出身)が学生代表挨拶を行い、将来、県職員として住民のために働く立場を目指す上でも、この機会に、地域に貢献する意識や自分の果たすべき役割を深



く考えたいと決意を述べました。

続いて、坂村哲也市長から、住民にとことん寄り添い考える姿勢の大切さは、医師が患者に寄り添い考えることと同じことであること、聴く力の大切さ、他者への関心を持つことで見えてくることの重要性、チャレンジすることの重要性等について、ご自身の経験も踏まえた講話をいただきました。

その後、学生は、4～5名の小グループで市役所内30部署から指定された2部署を訪問、市職員からの業務説明を受けるとともに、見学・体験実習を行い、市の行政の仕組みや、医療と地域のさまざまなサービスの関係等について学びました。

これらの様子は、同日夕方のとちぎテレビのニュースで取り上げられた他、翌日の下野新聞でも報道されるなど、大きな注目を集めました。

本学と下野市は令和6年6月に包括連携協定を締結しており、まちづくりや医療福祉、産業振興・地域活性化、地域防災、人的・知的資源および施設等の相互活用など8項目で連携・協力しています。

『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/>

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することができることを目的に開催しています。

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

令和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。

- 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/emer/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 杉田義博

・・・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 音更町緑が丘1
 連絡先：北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹 久米
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

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

受付 2022.6.16



北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

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

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

特記事項：道立羽幌病院は、北海道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 前田

〒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及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。公衆衛生医師は、疾病予防や保健分野の施策に携わり、地域住民の健康を守るやりがいのある仕事です。専門分野や行政機関での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。公衆衛生に関心をお持ちの方、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

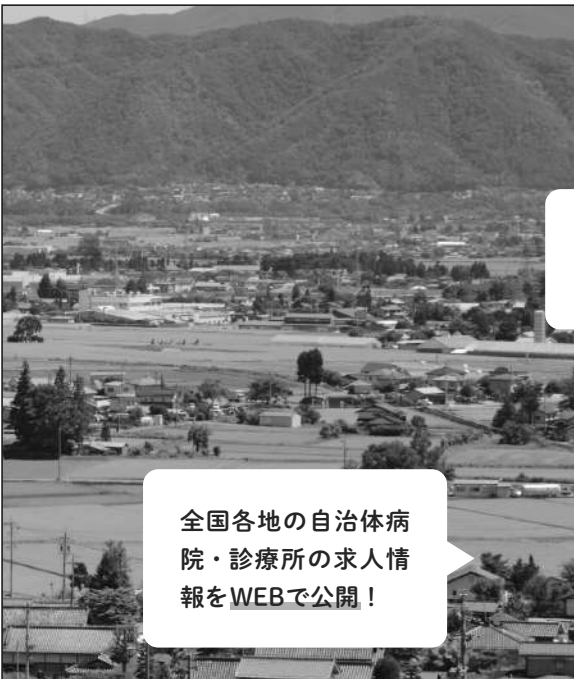
PR事項: 鹿児島県では、県内13カ所の保健所等で勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。

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>





登録からサービスの
利用まで無料！

全国各地の自治体病
院・診療所の求人情
報をWEBで公開！

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

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。

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そうな論文。

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反 (COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1) 原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5) 必要記載事項

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

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

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

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

6) 図表

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

②図表は原則としてモノクロで掲載する。

③図表は本文の出現順に通し番号とタイトルをつけ

て、本文とは別に番号順にまとめる。

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

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

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

書籍の場合

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

ウェブサイトの場合

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

文献表記例

【雑誌】

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

- 2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: 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



「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

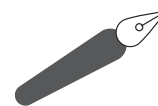
巻頭対談では、自治医科大学地域医療学センター 山本英紀教授(卒後指導部長)が登場されています。厚生労働省からの出向で、厚労省では専門医制度に対応されていた経歴もあり、総合医/総合診療医を中心とした自治医大卒業生の医師キャリアについて話題にあがっています。個人的に、専門医制度×自治医大卒業医師について考えるところがあり、将来の自治医大卒業医師についての展望は興味を持って拝読いたしました。

本号の特集「静岡県の地域医療」では、地域医療振興協会や自治医大卒業生、自治医大の静岡県における地域医療の活躍を詳細にご紹介いただきました。本稿を通して、各先生の地域医療の実践、その中で直面された困難(人材確保、社会構造の変化、診療体制の維持・縮小など)に対して、仲間と共に乗り越える懸命な努力がひしひしと伝わってきます。加えて、戸惑い、住民との信頼関係、家族への感謝といった個人的な想いも綴られていて、当時～現在の地域医療に携わる医師のリアルな姿が読み取れます。今後の地域医療(へき地医療)をどう支えていくべきかという問題提起には、未来の地域医療の担い手への願いが込められているように感じました。

私の出身県である大分県の話ですが、最近になって、大分県立三重病院(2010年閉院)における自治医大卒業生の先輩方の奮闘をm3.comで知りました。故 竹田津文俊先生(自治医大 大分1期生)とは2001～2007年頃(小生が自治医大の医学生)にお酒を飲みながらお話をさせていただく機会が何度かありました。当時は義務年限内のご苦労のような話は一切されず、おもしろおかしく地域医療の魅力を語ってくださったことを覚えています。

皆さま、ぜひ本稿をお読みいただき、それぞれの県での地域医療の歴史について認識・共有するきっかけにさせていただきたいと思います。

佐藤新平



月刊地域医学 第39巻第8号(通巻466号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2025年8月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えます。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えると、

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



9784911514016



1923047006004

ISBN978-4-911514-01-6
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）