

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

9
2025
Vol.39-No.9

【特集】

地域で感染症と向き合う

[企画] 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

対談

「公衆衛生とともに歩んだ半生から、
次世代の医療者に伝えたいこと」

尾身 茂 公益財団法人結核予防会 理事長

野村 悠

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
すべての地域からの要望に応えることはできません。



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

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

担当／事務局 アカデミー事務部 人事派遣課

E-mail: hekichi@jadecom.jp TEL: 03-5210-2921

医療を求める地域が 今、この瞬間も医師（あなた）を待っています。

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.39—No.9(2025年)

目次

対談

- 公衆衛生とともに歩んだ半生から、次世代の医療者に伝えたいこと／尾身 茂×野村 悠 2

特集 地域で感染症と向き合う

- エディトリアル／野村 悠 12
- 診療所での感染症患者の診察(病歴聴取と身体所見から検査まで)
ーPOCUS活用の実践ポイントー／多田明良 13
- 診療所での感染症患者の治療／田島靖久 20
- ただちに紹介が必要な感染症／樋口 大 29
- 診療所での感染対策 ーPPEと動線管理, 環境感染や今後の感染症危機管理への対応・備えー／遠藤史郎 36
- 感染症患者の家族への助言／福地貴彦 42
- 届出が必要な感染症とサーベイランス／秋根 大 47
- 地域で取り組む感染症対策／村井達哉 53

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143回 医師の“人員配置”に関わる事例発生を未然防止する！
ー事例の発生要因から考える未然防止対策ー／石川雅彦 59

ちょっと画像でCoffee Break

- よろずX線画像診断⑰／牧田幸三 67

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 東京都 東京の島 スタンプラリー／小川 誠 70

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- これまでの活躍と今後への期待／新床美穂子 74

研修医日記

- 僕の私の総診日記／菱沼敬文 76

JADECOM生涯教育 e-Learning紹介

- 医学教育の現状と課題 前編 79

自治医大NOW

- 令和8年度医学部・看護学部入試日程等が決定／令和7年度 学長・学生懇談会が開催／
令和7年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催／第19回 自治医科大学医学部広報フォーラムが開催／
「卒後ワークライフバランスについて考える会 2025 in Jichi」が開催／
各講座等における義務年限終了卒業生の令和8年度採用計画 80

- 報告 理事会・総会レポート 90
- お知らせ 102
- 求人病院紹介 107
- 投稿要領 118
- 編集後記 巻末

対 談

公衆衛生とともに歩んだ半生から、 次世代の医療者に伝えたいこと



尾身 茂先生

公益財団法人結核予防会 理事長

野村 悠先生

川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長

リーダーの在り方を学んだ WHOでの経験

野村 この3年間、国民のために新型コロナウイルス感染症への対応にご尽力いただき、心から感謝申し上げます。私たちには想像もつかないご苦労があったことと思います。

尾身 皆さんがそれぞれの立場で力を尽くしてくれました。私は自分の責任を果たしただけです。

野村 2009年の新型インフルエンザの流行時、私は診療所で一人、対応に悩んでいました。そのとき、尾身先生が報道陣の前に立ちお話をされている姿を拝見して、とても心強かったことを覚

えています。その経験から、今月号では診療所での感染症対策を多面的な見地から整理して届けるという企画を立てました。ただ、せっかく対談という貴重な機会をいただきましたので、本日は感染症に限らず、先生のご経験から得られたさまざまな知見を伺えればと思います。

尾身 若い方の参考になるかは分かりませんが、新型コロナ対応やWHOでの経験について、日本経済新聞の『私の履歴書』に連載しました(2025年3月1日～30日 日経電子版で閲覧可能)。関心があればご覧いただければと思います。

野村 私も先日全て拝読して、改めて感じたのは、WHO時代に各国の要職と対峙してこられた責任の重さです。そうした立場で、人と接すると

きに特に意識していたことはありますか？

尾身 いい質問ですね。自治医科大学の仲間が読む雑誌ですから、率直にお話ししましょう。

WHO時代の初期は感染症対策部長や予防接種課長を務め、西太平洋地域のポリオ根絶などに取り組みました。その後、日本政府や自治医大、地域医療振興協会のご支援をいただき、アジアのWHO加盟国による選挙を経て1998年に西太平洋地域の事務局長に選出されました。もちろん全ての仕事に責任感を持って取り組んではいましたが、組織内で任じられた立場と、選挙で選ばれた立場では責任の重さに大きな差があると感じました。

現場ではチームで動いていても、最終的な判断と結果の責任はリーダーが取るという覚悟が求められます。例えば事務局長の任期中に発生した鳥インフルエンザ(H5N1型)の対応では、本来ジュネーブのWHO本部の仕事であるOIE(国際獣疫事務局)とFAO(国連食糧農業機関)との調整を、私自身が行ったことがありました。ヒトに感染する疾患であるにもかかわらず家禽類の領域に踏み込まれたくないOIE、FAOとWHOの連携がうまくいっていない現状の中で、発生地がアジアであったことからこれは自分で動くべきだと判断し、直接協議に出向きました。そのことを批判されるおそれもありましたが、WHOの使命は人々の健康を守ることであり、たとえ障害や困難があっても手をこまねいてはならないという強い信念を持って行動に移しました。

こうした姿勢は、日々患者と向き合う医師の皆さんにも通じると思います。立場は違っても、「責任を果たす」という本質は共通していると思います。

野村 国際機関や国のリーダーには一筋縄ではいかない方も多いと思います。命の危険さもある状況の中で、困難をどう乗り越えられたのでしょうか。

尾身 困難の根底にあるのは、しばしば相反する2つの要請です。一つは人間関係を良好に保たねばという思い。特にWHOのように利害が交錯する組織では人間関係を円滑に築く力は極めて重要です。もう一方で、「今、何が求められているのか」「どんな行動がふさわしいのか」というリーダーとしての使命感です。

ただ、私にはたとえ関係が一時的にぎくしゃくしても、「すべきことをしない」という選択肢はありませんでした。相手から「扱いにくい」と思われてもいい。むしろ、「あのときあなたは何をしたのか」と歴史に問われたときに後悔したくない、と。

この感覚は、コロナ対応の際にも常にありました。一人の人間として、「今、何をすべきか」を問い続けて動いてきました。これは間違いなく、WHO時代に培われた姿勢です。

野村 先生のご覚悟と行動力に、ただ圧倒されるばかりです。自分がとても小さく思えてしまいます。

尾身 そんなことはありませんよ。私はたまたま国際機関にいたというだけで、自治医大の皆さんは、地域の現場で人々の命を守るという、同じくらい大切な役割を担っておられます。それぞれの立場に、確かな意味があると私は思っています。

野村 ありがとうございます。先生はWHOでは各国の要職、国内の感染症対策では政治家や官僚とも向き合ってこられました。そうしたご経験から、理想のリーダー像についてどうお考えでしょうか。

尾身 理想というより、「自分はこうありたい」と思うことはいくつかあります。

まず、「垣根をつくらずに人の話を聞く姿勢」。対話を通じて相手の考えを知ることが重要です。的外れに思える意見にも、自分では気づかない視点が含まれていることがありますので。だからこそ、自信は持っても過信せず、「自分は完璧ではない」という意識が必要だと考えています。

次に、先ほどもお話しした「最終的な決断の責任を負うこと」。AもBも一理あるという場面では、議論を重ねた上で、最後は自分が責任を取る覚悟で決断する。それがリーダーの務めです。

そしてもう一つは「しつこさ」です。前例がない、制度が壁になる……そうした状況でも、「本当に何もできないのか」と考え続け、可能性を探る粘り強さ。それが、状況を動かす力になると信じています。

野村 これまで多くの方と接してこられて、特に印象に残っているリーダーはどなたでしょうか。

尾身 一人挙げるとしたら堀田力さんです。ロッキード事件で検事を務められた後に検察を辞し「さわやか福祉財団」を設立されました。私が代表理事を務めるNPO法人「全世代」でも共に仕事をしました。頭脳明晰でありながら感情面への配慮も深い方でしたが、いざというときには毅然として責任を果たし、清濁併せ呑む度量を備えた、非常にバランスの取れたリーダーでした。

野村 その「全世代」では、現在どのような活動をされているのですか？

尾身 詳しくはホームページをご覧いただきたいのですが、引きこもりの若者の支援や、企業からの要請で対人不安のある社員の社会適応を後押しするなど、幅広い活動をしています。その中で今、特に重視しているキーワードが「エモーショナルインテリジェンス(EI)」,つまり感情の成熟度です。人間は感情を持つ存在ですから、それを前提としない限り、真の対話や理解は生まれません。リーダーにも、こうした感性がますます求められていると感じています。

リスクコミュニケーションの克服に必要なこと

野村 コロナ禍では「リスクコミュニケーション」の

問題を痛感しました。情報が不明確で、市民と医療者でも捉え方が異なり困惑する場面が多々ありました。先生はどう受け止めておられましたか？

尾身 まさに、それがパンデミック対応で最も難しかった点のひとつです。

2020年前半の緊急事態宣言時は「未知の病への不安」が社会全体で共有され、人と人との接触機会削減の呼びかけにも協力的な空気がありました。しかし、医療逼迫や緊急事態宣言が繰り返されるうちに、社会の受け止め方が変わっていきました。

われわれが最も恐れていたのは「医療崩壊」でしたが、次第にメッセージが届きにくくなり、情報が錯綜し、立場や価値観の違いが浮き彫りになっていきました。「検査を意図的に抑制しているのではないか」といった誤解も、背景にはコミュニケーション不足があったと思います。

感染症法の5類移行後、リスクコミュニケーションを専門とする方々と話途中で痛感したのは、人は論理だけで動く存在ではないということです。感情が論理を上回る場面があるのです。ですから、単なるデータの説明ではなく、相手の立場や気持ちを想像し、感情ごと受け止めて対話する「共創的コミュニケーション」が今後は不可欠だと考えます。

ひとつ印象に残っているのはNHKの生放送討論番組にリモート参加していた飲食店経営者の方に、開口一番「尾身さんって何も分かってねえんじゃないの?」と言われたことです。ショックでしたが、経営者の方の感情を受け止めた上で、「皆さんの気持ちも分かります。しかし、これは医療崩壊を防ぐためのお願いであり、飲食店を狙い撃ちしたいわけではないのです。だから話し合いを続けさせてください」と丁寧に説明しました。すると少しずつ緊迫していた空気が和らぎ、「分かってもらえたかもしれない」と感じることができました。

初期の頃は「丁寧に説明すれば理解される」と

思っていました。現実とは違いました。感情への備えが必要だと、あの経験から学びました。今後のためにも、模擬訓練などで「伝える・受け止める」力を鍛えておくべきだと思います。

野村 臨床の現場も同じですね。理屈だけでは患者さんは納得してくれません。感情に寄り添う説明の訓練が必要だと改めて感じました。

尾身 「この医者は分かってくれない」と思われたら、どんなに腕が良くても信頼は得られません。たとえば予後について「5年生存率は〇%」と言われても、患者さんが知りたいのは統計上の数字ではなく「私はどうなるのか」。このギャップをどうやって埋めるかという視点が、これからの医療にも、社会の対話にも求められていくと思います。

若者よ、 得意に帆を揚げて進め！

野村 先生ご自身の背景についても伺いたいのですが、学生時代や幼少期の経験で、現在の先生に影響を与えたことはありますか？

尾身 難しい問いですが、若い方に向けて、76歳の今だから感じることをお話しします。

私は、若い頃から「将来WHOで働きたい」と考えていたわけではありません。ただ、その時々環境や出会いに影響されながら今の自分が形づくられてきたという感じです。

人は皆、異なる環境に生まれ育ち、性格も異なりますが、それらは選べるものではありません。人生は自分で選んでいるようで実はかなりの部分が「与えられたもの」の中で生きているのだ、と気づいたとき「与えられた環境をどう生きるか」が大切だと考えるようになりました。

私自身、小さい頃は利かん坊で、幼稚園を退園になったほどやんちゃでした(笑)。でも、根

底には「やるべきことは、やる」という感覚がありました。それが今の自分の原型かもしれません。

人生は課題の連続です。学生には試験や進路、医師には診療や治療など、次々に課題が現れる。その一つひとつに誠実に向き合うことで、「自分らしさ」が育まれていくのだと思います。若い頃は「自分のため」で結構。大学に受かりたい、国家試験に合格したい、それでいいです。私自身もそうでした。でも、年齢や経験を重ねるうちに、自然と「誰かのために」と思えるようになってきます。WHOでの仕事も現場での経験も、大変なことばかりでしたが、その中で少しずつ自分を築いてきたという実感があります。

私は若い人にはよく「得意に帆を揚げよ」と伝えています。つまり、自分の得意だと思えること、やっていて楽しいと感じることに思いきって力を注いでみるということです。

そして、勉強だけでなく、クラブ活動や人間関係、恋愛など、何かに真剣に取り組んだとき、自分の内側から反応が返ってきます。それが自分の個性や強みに気づく手がかりになります。

多くの場合、「得意なこと」は「好きなこと」でもあります。若い時期は、自分が何者かを探る試行錯誤の時間です。「楽しみながら真剣にやること」が、自分を知るいちばんの近道だと思います。

自治医大生で言えば義務年限が終わる頃は、人生の一つの節目。そのとき「自分はこれでいい」と決めて、得意なことに突き進む。人生には楽しいことも、つらいこともあります。そんなとき、自分の好きなことや向いていることに打ち込めていれば、人はそれを乗り越えられる。逆にそれがないと、生きること自体が苦しくなることもある。だからこそ、「得意に帆を揚げる」——この言葉を大切にしてもらいたいと願っています。それは医療に限らず、どんな道でも大切なことです。

もう一つ、私はクリスチャンではありませんが、若い頃に読んだ宗教や哲学の本の中で、今も心に残っている言葉があります。

キリスト教の祈りの一節です。

『神様、私に三つの力を与えてください。ひとつは、課題が自分の力で解決できるものか、それとも手に負えないものかを見極める知恵を、ひとつは、できると分かったことを実行する力を、そして、どうしても越えられないものに会ったとき、それを受け入れる潔さを』

この「知恵・力・潔さ」は、人生を歩む上での大切な視点だと思っています。自分にもそう言い聞かせながら、今日もお話しています。

野村 「解決してください」ではなく「そうできる知恵をください」という言葉に、深みがありますね。

尾身 最終的に人生に責任を持つのは、自分自身。その責任とは、完璧を目指すことではなく、「よりよく生きよう」とする意思を持つことです。正解が決まっているわけではないからこそ、自分の頭で考える習慣をつけ、自分に与えられた感性や知恵を使って考える——それが人間としての務めだと私は思います。

ホモ・サピエンスが生き延びたのは、血縁を超えて情報を共有し協力し合えたからといわれます。一方、ネアンデルタール人は小規模の集団内で完結していたため、やがて滅んだ。情報共有の幅の違いが生存を分けたのです。

今は情報があふれているにもかかわらず、AIやインターネットの普及で人々は自分に合った情報しか選ばなくなり、共通理解が築かれにくくなっています。結果、情報が活かしきれず社会が分断されていく。私はそれを非常に危惧しています。

歴史を見れば、疫病や宗教改革が社会を大きく変えてきたことに匹敵するくらい、人類のあり方が問われるような大きな転換期に立っていると言えるかもしれません。「情報をどう社会に活かすか」「共通理解をどう築くか」は、誰にとっ

ても重要な課題で、全ての人が持つておくべき感覚だと、私は強く思っています。

自治医科大学という 環境の価値

野村 若い人たちへの心に迫るメッセージをありがとうございます。

自治医科大学の若い医師には義務年限を前向きにとらえる人もいれば、重荷に感じる人もいます。私は5年間診療所で一人勤務をして、途中で救急に移りたい気持ちもありましたが、そのまま診療所勤務を続けたことで地域医療の意義を十分感じられたことが今の自分に繋がっています。だからこそ、学生や若い医師にとっても「価値ある時間」だと伝えたいのですが、ただの「昔話」に聞こえてしまうのではないかと迷うこともあります。

尾身 人間は不完全だからこそ、いろんな経験を通じて学び、その度に判断するための材料が増えていきます。一つの専門を深めることも重要ですが、現代社会は正解が一つではない複雑な問題に満ちています。異なる視点を持つ人と協力し、物事を多面的に見る力が必要です。だから若いうちに多様な実体験をしてほしい。それは読書でも、誰かとの対話でもいいのです。特に国家試験の前の学年では、SNSだけでなく、できれば一般書を読む時間も意識的につくってほしいと思います。たった1冊の本が人生の方向を変えることもあるからです。

私自身は、自治医大に入ったのは、非常に幸運な選択だったと思っています。まず医師という職業は、AIの時代になっても人から感謝され、社会に必要とされ続ける仕事です。その道を選んだことは、それだけで誇るべきことです。

さらに自治医大では、若いうちに多様な現場

を経験できます。9年間の義務年限は決して「縛り」ではなく、成長の機会と捉えてほしいと思います。診療所や大病院など幅広い経験を積むことで、自分に合う医療のかたちが見えてきます。加えて、経済的に安定した環境で学べるというのも大きな利点です。安心して学び、働ける土台がある。これはとても恵まれたことです。

もう一つは、全国に広がる卒業生のネットワークがあること。病院長や研究者、公衆衛生、行政など、多方面で活躍する先輩の存在は、自分の進路を考える上で大いに参考になるはずです。私は医師という道を選び、自治医大で学んだことが、本当に価値ある選択だったと実感しています。

野村 先生の学生時代の思い出で、特に印象に残っていることはありますか？

尾身 「私の履歴書」にも書きましたが、千曲川・信濃川を手作り筏で下ったことや、訪中団を結成し文化大革命進行中の中国を訪問したこと、夏の日光・宇都宮マラソンなど、いくつかあります。エネルギーが余っていて勉強だけでは物足りなかったんでしょうね(笑)。学内ではよく麻雀もしましたし、ときには医局に顔を出しては先生方と酒を酌み交わすこともありました。当時は教員も寮に住んでいて、アポなしで訪ねても「なんでお前がいるんだ」と言いながらも温かく迎えてくれました。肩の力が抜けた関係性があった、鷹揚な時代でした。

野村 私たちの頃には、その雰囲気はほとんど残っていなかったもので、1期生や2期生の先生方の話を聞くたびに、うらやましく感じます。

ところで、同級生と話していると「ミッドライフクライシスはあったか？」という話題になることがあります。先生は40代半ば頃、ご自身の将来について悩まれたことはありましたか？

尾身 ありました。私にとって大きな節目は39歳、義務年限が終わりWHOに行くかどうかという決断でした。家庭もありましたし、WHOの中

でやっていける保証もない。異なる文化の中で自分に何ができるか不安ばかりでした。毎日のように悩みましたが、最終的に背中を押したのは「後悔したくない」という気持ちでした。決断には大きな勇気が要りましたが、うまくいかないことより、やらずに後悔するほうが嫌だと思ったのです。偉くなりたいという思いもなく「一職員としてでも関わってみたい」という素直な関心に従いました。

もちろん誰もが国際機関を目指すべきだ、と言っているわけではありません。自治医大の卒業生が地域で誠実に医療に携わることは社会にとって大きな価値があります。私の選択は、自分の議論好きな性格や外交・国際強調への関心がこのフィールドへと導いたに過ぎません。

『40まで迷わないのは馬鹿。40を過ぎて迷うのも馬鹿』という言葉がありますが、若いうちに試行錯誤し、挑戦するのは人間の特権です。「本当にやりたい」という気持ちがあるなら、それを無理に抑える必要はありません。その思いを大切にすることが、後悔のない人生につながるのだと思います。

野村 先生のお話を伺って、自分自身のこれからについても改めてしっかり考えてみようと思いました。

感染症の流行時には、診療所にも地域におけるリーダー的役割が求められると感じています。そうした意味で、先生の「リーダーとしての在り方」は、大きな示唆となりました。すでに多くの気づきをいただいていると思いますが、最後に改めて全国の仲間や読者へのメッセージをお願いできますか。

尾身 いま、医療のみならず教育、社会保障、食糧事情、国際情勢に至るまで、極めて不安定な時代に私たちは生きています。医療制度も限界に近づきつつあり、次に何らかの感染症が大流行したとき、従来のように一般診療を制限して対応するのは、もはや現実的ではありません。さ

らに医療機関同士が患者を奪い合い、結果として医師の収入が不安定になるという問題もあります。現行の仕組みに固執すれば、最終的に不利益を被るのは国民であり、制度や枠組みの見直しは避けて通れない課題です。

だからこそ、いま「二つの視点」を持つことが大切だと考えています。一つは「右目で現状をしっかりと視て対応すること」。もう一つは「左目で10年後、20年後の日本の姿を見据えて準備すること」です。右目だけで視ていると、現状維持、あるいは安易な方向に向かいたくなるところを、同時に左目で俯瞰するのです。

人任せではなく、それぞれが「これからの社

会をどうしたいのか」というビジョンを描き、知恵を出し合うときだと思います。

そしてもう一つ、「複雑なものに耐える力を持つ」ということをお伝えしたいと思います。物事を単純に白黒で割り切るのではなく、複雑な現実をそのまま受け止めた上で、丁寧に解決策を探っていく。その過程に耐える力こそが、これからの時代のリーダーに求められる資質ではないかと思います。

野村 医療者として、心して当たらなければなりませんね。本日は他ではなかなか伺うことのできない先生のお考えやお人柄に触れることができ、光栄でした。ありがとうございました。

**尾身 茂(おみ しげる)先生 プロフィール**

1978年自治医科大学卒業(第1期生)。伊豆諸島や都内での地域医療などを経て、1990年から世界保健機関(WHO)に勤務。1999年WHO西太平洋地域事務局長。2009年帰国。独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)理事長などを経て、2022年より公益財団法人結核予防会理事長。2009年政府の新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会委員長。2020年2月、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード構成員、新型コロナウイルス感染症対策専門家会議副座長。同年3月、基本的対処方針等諮問委員会(のちに基本的対処方針分科会)会長(2023年8月31日まで)。2020年7月～2023年8月、新型コロナウイルス感染症対策分科会会長。

●尾身 茂先生のメッセージを見る

<https://www.youtube.com/watch?v=TL8REVv1WqQ>



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

地域で感染症と向き合う

企画：川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長 野村 悠

●エディトリアル

●診療所での感染症患者の診察（病歴聴取と身体所見から検査まで） －POCUS活用の実践ポイント－

●診療所での感染症患者の治療

●ただちに紹介が必要な感染症

●診療所での感染対策 －PPEと動線管理，環境感染や今後の感染症危機管理への対応・備え－

●感染症患者の家族への助言

●届出が必要な感染症とサーベイランス

●地域で取り組む感染症対策

エディトリアル

川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長 野村 悠

「100年に1度の危機」とされたCOVID-19パンデミックが落ち着き、五類感染症に移行してから2年が経過した。一般社会ではこれまでの日常が戻りつつあることに安堵する一方、医療機関としては次なるパンデミックに即応し医療崩壊を起こさないための備えを始めなければならない。

今回の特集では診療所のできる感染症対策を取り上げた。前半は感染症診療について、後半は院内や地域における感染対策について、診療所勤務の経験があり、現在感染症診療に携わっておられる先生方に執筆を依頼した。

多田明良論文では、診療所で遭遇しやすい感染症の診察のポイント、準備すべき検査体制などについて提示していただいた。特にPOCUSは近年注目されており、読者にはぜひ活用できるスキルにしていきたい。

田島靖久論文は、診療所での抗菌薬の使い方、考え方について丁寧に解説いただいた。まさに筆者が本特集で求めていた内容であり、診療所勤務時代に欲しかった情報である。

樋口大論文では緊急疾患と初期対応に焦点を当てていただいた。後方搬送に有用な多くの情報がまとめられており、自施設でどこまで対応できるか、どこから紹介するかの判断に役立つ内容である。

遠藤史郎論文ではPPEだけでなく工学的な視点も含め今後のパンデミックの備えについて整理していただいた。“Hierarchy of Controls”は恥ずかしながら初めて目にした言葉であった。備蓄や施設の設備まで幅広い視点を示していただいた。

福地貴彦論文では患者家族から寄せられる素朴な疑問に対する回答をいただいた。これまでの困惑が解消され、自信を持って患者家族の質問に答えられるだろう。

秋根大論文では感染症の発生届やサーベイランスの意義について示していただいた。届け出た情報がどのように活用されるのか実例を基に説明いただき、その重要性が具体的に認識できた。

村井達哉論文では、地域で取り組む感染症対策として、平時には連携機関と顔の見える組織づくりを行い圏域の事象を自分事として捉えること、有事には地域で初動対応の「型」を作り連携機関と共有しておくことの重要性が示された。感染症対策は社会のインフラであり、対処する力は地域の総合力である、という言葉が印象的であった。

紙幅の都合により各著者には字数の面でご苦勞いただいたが、大変幅広く実践的な特集になった。COVID-19パンデミックの学びを活かし、日常の感染症診療と今後の感染危機に備えられるよう、各論文をぜひご活用いただきたい。

本特集は、筆者が診療所勤務時代にまさに手にしたかった内容である。渾身の一冊に仕上げていただいた各著者に深く感謝したい。

診療所での感染症患者の診察 (病歴聴取と身体所見から検査まで) －POCUS活用の実践ポイント－

紀美野町国民健康保険国吉・長谷毛原診療所 所長 多田明良

抄録

本稿では、診療所や在宅医療の現場で高齢者の感染症に対応するための実践的手順を、病歴聴取・身体所見から検査、治療判断に至るまで段階的に整理した。特に、非典型的な症状を示すことが多い高齢者において、POCUS (Point-of-Care Ultrasonography) の有用性に注目し、感染症の早期鑑別や紹介判断への活用方法を具体的に示した。限られた医療資源の中でも、より確実かつ迅速な対応を行うため、自院の状況に応じた準備を進めることが大切である。

総論

感染症診療は地域の診療所や在宅において最も重要なテーマの一つであり、特に高齢者では非典型的な症状を示すことが多く、早期に見極めることが難しい場合がある。診療所は物理的なスペースが限られているため、感染が疑われる患者の動線確保も容易ではなく、電話による事前連絡や時間的隔離といった運用上の工夫が必要となる。

また、高齢者に多い肺炎、尿路感染症、皮膚・軟部組織感染症などの頻度を考慮しながら、重症化リスクを意識した鑑別や予防策を講じる視点が重要である。診療所や在宅現場で可能な検査としては各種迅速抗原検査、尿定性検査、グラム染色検査などがあるが、血液検査は外部委託が多く、結果判明までに半日から1日かかることも少なくない。CT検査は多くの診療所では利用できず、在宅ではX線検査も難しい場合が多い。

その中で携帯型超音波装置を用いたPOCUS (Point-of-Care Ultrasonography) は即時性があ

り、診療所や在宅でも有用である。肺、心臓、腹部、皮膚・軟部組織、運動器などを直接評価し、問診や身体所見と組み合わせて診断を支援することができる。POCUSを活用することで、紹介の際にもある程度の絞って病院や診療科を選定することができ、最短で検査や治療につなげることができる。

診療所や在宅では検査体制や人員が限られるため、最低限行う評価、できる検査、できるようにしておくといふ検査を段階的に整理し、自院の状況に応じた準備を進めることが大切である。

肺炎(市中肺炎・誤嚥性肺炎を含む)

肺炎は診療所・在宅で頻度の高い感染症であり、高齢者では咳嗽や発熱が乏しく倦怠感、食欲低下、意識変容で発見されることも多い。

問診では呼吸苦、痰の性状、誤嚥性肺炎既往、ワクチン歴、基礎疾患(COPD、心不全など)を確認する。

身体所見では頻呼吸、努力呼吸、SpO₂低下、左右差ある聴診所見(特に背側聴診)、発熱、頻

特集

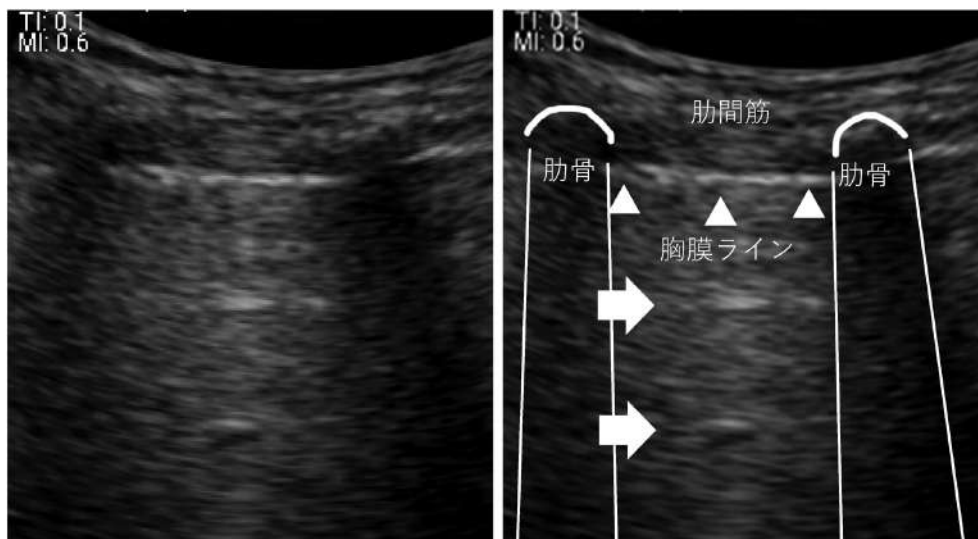


図1 肺エコーの正常像
肋間の走行に対して垂直に描出すると、肋間筋の深部に胸膜ライン（矢頭）が描出される。健常者では呼吸に伴い胸膜ラインが水平方向に移動する（lung sliding）。健常者では胸膜ラインの多重反射が見られる（矢印）。これを肺エコーではAラインと呼ぶ。

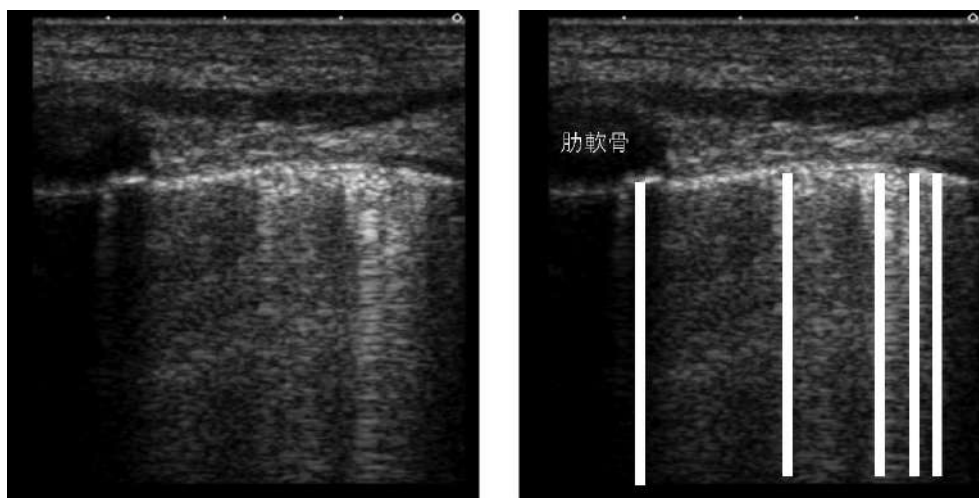


図2 異常像 多発Bライン
胸膜ラインから深部に向かってレーザー様に伸びる高エコーラインをBラインと呼ぶ。1肋間に3本以上見られると有意な異常所見として多発Bラインと呼ぶ。肺水腫や肺炎などで見られる。

脈などを評価する。

呼吸困難では心不全も重要な鑑別であり、下肢浮腫、頸静脈怒張、心雑音を確認する。

検査の準備を考える際の参考として以下に示す。

〔できる検査〕

院内: 迅速抗原検査（インフルエンザ，SARS-CoV-2，尿中肺炎球菌抗原），胸部X線検査

外部委託: 血液検査（*），喀痰塗抹検査，喀痰培養検査

注釈*：一部の血液検査は院内で実施できる施設もある

が、多くの診療所の状況を加味し血液検査の分類は外部委託とした。

〔できるようにしておくとい検査〕

院内: 喀痰塗抹検査，POCUS（肺・心臓）

喀痰は高齢者では喀出が困難なことも多く、適切に採取できるのは約4割とされる³⁾。

喀痰のグラム染色を行う場合には肺炎球菌の自己融解に注意し、採取後すぐスライドに塗布・乾燥するとよい。

肺のPOCUSは診療所や在宅でも簡便であり、

即時評価が可能である。健常者では含気良好な肺で認められるプローブと胸膜との間で生じる多重反射(Aライン)が描出され、さらに呼吸運動に伴った胸膜ラインの水平方向の動き(lung sliding)を認める(図1)。一方、胸膜ラインより深部に向かってレーザー様に伸びる高エコーラインをBラインと呼び、1肋間に3本以上見られると有意な異常所見として多発Bラインと呼ぶ。肺水腫や肺炎などで見られる異常所見である(図2)。さらに多発Bラインの分布によって肺炎あるいは重要な鑑別である心不全・肺水腫の疑いを深めることができる。さらにFoCUSという簡便な心臓POCUSのプロトコルを組み合わせることで鑑別を絞ることができ有用である⁴⁾。

入院の必要性はバイタルサイン(血圧低下、呼吸数増加、SpO₂低下)、意識障害、ADL低下、独居状況を総合的に判断する。

尿路感染症(膀胱炎・腎盂腎炎)

高齢者の尿路感染症は在宅ケア関連感染症として最も頻度が高い。

排尿時痛や頻尿といった典型的症状が乏しく、倦怠感、食欲低下、意識変容など非特異的な症状で発見されることも多い。

問診では排尿時の痛み、頻尿、尿混濁、血尿、尿路結石や前立腺肥大などの既往、発熱経過、水分摂取状況、ADLや意識変化を確認する。

身体所見ではバイタルサイン、意識レベル、CVA叩打痛(肋骨脊柱角叩打痛)を評価する。

高齢者では無症候性細菌尿が多いため、尿所見だけに頼らずCVA叩打痛などの臨床所見を重視する。

CVA叩打痛は腎盂腎炎を疑う重要な所見であり、左右差のある「嫌な感じ」や顔をしかめる反応も陽性と捉える。

CVAに自発痛があれば閉塞性尿路感染や腎周囲膿瘍を疑い、CVA叩打痛・自発痛がなければ男性では前立腺炎を考慮し直腸診で圧痛を確認する。

精巣上体炎も鑑別に、必要に応じて精巣上体の触診を行う



図3 水腎症
左腎の長軸像。腎盂腎杯の拡張を認める。

検査の準備を考える際の参考として以下に示す。

[できる検査]

院内:尿定性検査,

外部委託:血液検査, 尿塗抹検査, 尿沈渣, 尿培養検査

[できるようにしておくとい検査]

院内:尿塗抹検査, POCUS(腎・膀胱)

外部委託:血液培養検査

閉塞性尿路感染や腎周囲膿瘍を疑う場合は、POCUSで水腎症(図3)や膿瘍を評価する。

診療所や在宅で抗菌薬治療を開始する前には、グラム染色による尿塗抹検査や尿培養検査を提出することが望ましい。

また、尿路感染症と確信が持てないときには血液培養検査も提出したい。

バイタルサイン不安定、意識障害、血尿、尿閉、腎機能悪化、再発例などでは高次医療機関への紹介を検討する。

腹腔内感染症 (胆嚢炎・虫垂炎・憩室炎など)

高齢者の腹腔内感染症は疼痛が軽微なことがあり、診断が遅れ致命的となるリスクがある。

腹腔内感染症には胆道感染症、消化管穿孔、虫垂炎、腸閉塞、憩室炎、尿管結石、急性膵炎など多岐にわたる原因があり、急性腹症の重要な鑑別疾患として血管疾患(腹部大動脈瘤破裂、腸管虚血、心筋梗塞、肺血栓塞栓症など)も念



図4 胆石性胆嚢炎
胆嚢腫大，胆嚢壁肥厚，胆嚢内デブリ，胆嚢頸部に嵌頓する結石を認める。

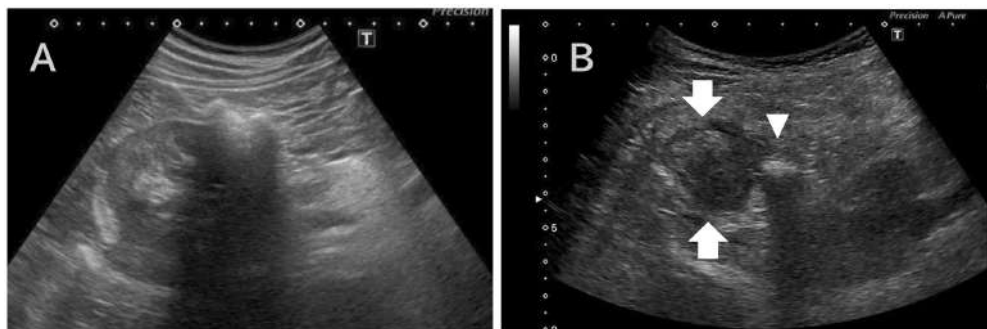


図5 消化管壁肥厚（大腸憩室炎）

A 健常者の上行結腸。結腸内の便の影響で表面は高エコー，深部は音響陰影を呈する。

B 大腸憩室炎。上行結腸壁が局所的に全周性肥厚（矢印）し，3時方向には腸管外へ突出する低エコーと内部に高エコー（矢頭）を認める。

頭に置く必要がある。

問診では痛みの部位，性質，発症時間，経過，発熱や悪寒戦慄，既往歴（胆石症，尿路結石，潰瘍，心疾患，抗凝固薬内服など）を確認する。

身体所見ではバイタルサイン，意識レベル，腹部全体の圧痛，反跳痛，筋性防御を評価し，圧痛の局在，鼓腸，腸蠕動音を観察する。

腹膜刺激症状が不明瞭な場合もあるため，全身状態の変化を含めて慎重に判断する。

検査の準備を考える際の参考として以下に示す。

[できる検査]

院内：尿定性検査

外部委託：血液検査，便培養検査

[できるようにしておくとい検査]

院内：POCUS（腹部）

POCUSは診療所や在宅でも実施可能で，腹腔内感染症の早期鑑別に有用である。胆嚢腫大や

胆石（図4），水腎症，消化管壁肥厚（図5），腹水などを即時に評価でき，在宅でも適切な後方支援病院への紹介判断を助ける。

急性腹症に対して外来や在宅で短時間に実施可能な「6アプローチ」というプロトコルがあり有用である⁵⁾。

急性腹症は緊急性が高く，高次医療機関への救急搬送を要する場合も少なくないが，救急車到着までにPOCUSによって鑑別を絞ることができれば，適切な医療機関・診療科への受診につながり，最短での治療につなげることができる。

皮膚・軟部組織感染症 （蜂窩織炎・皮下膿瘍）

皮膚・軟部組織感染症は高齢者の診療所や在宅で頻度が高く，糖尿病，浮腫，皮膚バリア障害，ADL低下などを背景に軽微な外傷や圧迫，摩擦から感染を起こしやすい。

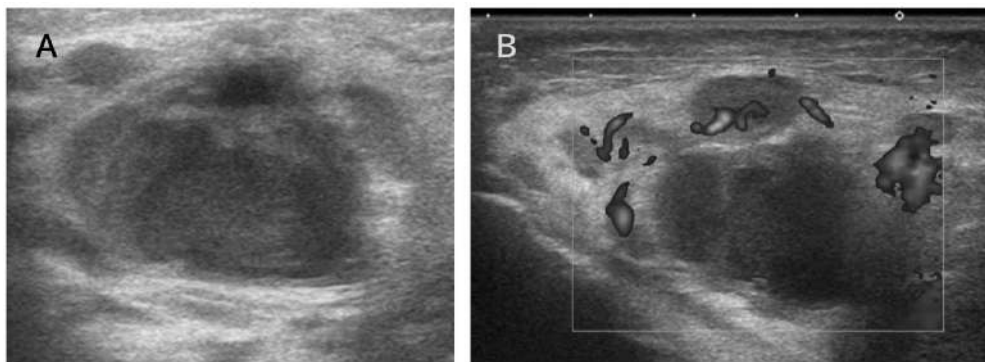


図6 皮下膿瘍

A 皮下に楕円形あるいは球形の低エコー域あり，圧迫により内部に流動が見られることもある。
B 膿瘍周囲は炎症により血流信号が亢進するが，膿瘍内の血流信号表示はない。

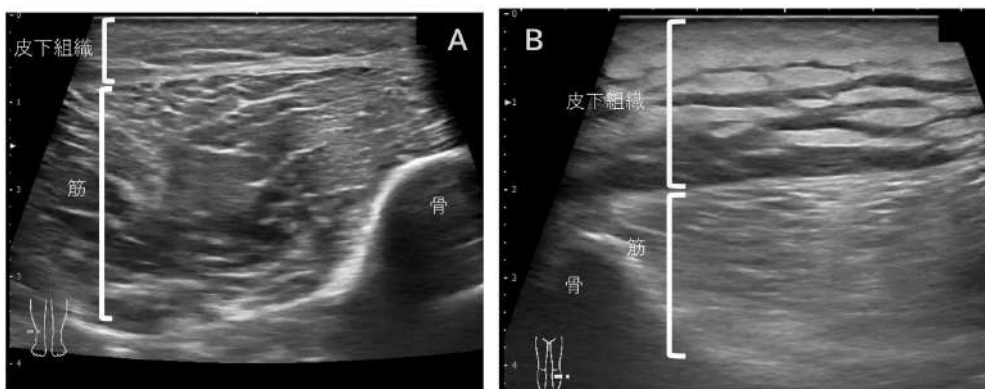


図7 蜂窩織炎のエコー所見

A 健側下腿。

B 蜂窩織炎を呈した下腿。蜂窩織炎を呈した下腿は，皮下組織の肥厚に加え脂肪組織間の液体貯留によって敷石状変化を伴っている。

問診では発赤や腫脹の部位，経過，疼痛の程度，発熱の有無，既往歴(糖尿病，心不全，肝硬変，静脈・リンパ管うっ滞など)を確認する。

細菌の侵入門戸となり得る皮膚潰瘍や白癬の有無も確認する。

身体所見では患部の発赤，腫脹，熱感，圧痛を評価し，波動を触知すれば膿瘍形成を疑う。広範な紅斑，進行性の腫脹，紫斑，水疱，壊死を認める場合は壊死性軟部組織感染症が重要な鑑別となり，疑わしい場合は速やかに高次医療機関での精査・治療を進める。

検査の準備を考える際の参考として以下に示す。

[できる検査]

外部委託:血液検査，創部塗抹検査，創部培養検査

[できるようにしておくとい検査]

院内:POCUS(軟部組織)，創部塗抹検査

外部委託:血液培養検査(悪寒戦慄を伴う場合)

在宅患者ではMRSAや緑膿菌感染のリスクもあり，滲出液や排膿がある場合はグラム染色や培養を提出することが望ましい。

蜂窩織炎は境界不明瞭な紅斑，腫脹，熱感，圧痛を呈し，初期は抗菌薬治療が主体となる。一方，膿瘍を伴う場合は切開排膿が必要であり治療方針が異なる。

POCUSは皮下膿瘍の鑑別に有用であり，皮下に楕円形あるいは球形の低エコーの液貯留を確認できれば膿瘍を強く疑う(図6)。

蜂窩織炎では皮下組織に浮腫状の敷石状パターン(図7)を示すが，心不全，静脈うっ滞，リンパ浮腫など非感染性でも出現するため特異性は高くない。

特集

また、深部静脈血栓症も蜂窩織炎と鑑別を要する病態であり、片側下肢の発赤、腫脹、疼痛を認めた場合は総大腿静脈と膝窩静脈の2領域を圧迫法で評価する(2 region US)⁶⁾。

壊死性軟部組織感染症を疑う場合はガス像や深部液体貯留をPOCUSで確認し、緊急性を評価する。バイタルサイン不安定、意識障害、広範な感染、強い自発痛、急速に拡大する紅斑などでは早期に高次医療機関への紹介を検討する。

関節炎 (化膿性関節炎と結晶誘発性関節炎)

高齢者の関節痛を含む運動器疼痛は診療所や在宅で診療頻度が高い一方で、緊急度の高い感染性疾患との鑑別が重要である。

熱感、発赤、疼痛を伴う関節腫脹を認めた場合は化膿性関節炎を常に鑑別に入れる必要がある。一方、結晶誘発性関節炎は特に在宅領域で頻度が高く、当初は所見が軽微で蜂窩織炎や熱源不明の発熱と捉えられることもある。

問診では疼痛部位、経過、既往歴(関節疾患、人工関節、糖尿病、免疫抑制状態など)を確認する。

身体所見ではバイタルサインの他、患部関節の発赤、腫脹、熱感、圧痛、可動域制限を評価する。痛みが関節内か関節外かの鑑別は重要で、関節内痛では他動的運動で痛みが強可動域制限を伴う。

検査の準備を考える際の参考として以下に示す。

[できる検査]

外部委託:血液検査、(関節液を採取できる場合→)関節液塗抹検査+偏光顕微鏡検査、関節液培養検査

[できるようにしておくとい検査]

院内:POCUS(関節評価・エコーガイド下関節穿刺)、関節液塗抹染色検査

外部委託:血液培養検査(多関節炎を認める場合)

関節穿刺は診断的にも治療的にも重要である。POCUSは関節炎の鑑別、関節穿刺時の双方



図8 エコーガイド下関節穿刺(膝蓋上嚢)
腫脹した左膝関節をエコーで観察すると膝蓋上嚢に関節液貯留を認めた。
エコーガイド下で膝蓋上嚢へ穿刺を行った。

で有用である。エコーによって関節液の有無を確認し、さらに混濁を疑う場合は感染や血性を疑う。一方、関節腫脹に見えても蜂窩織炎による皮下組織腫脹のみで関節腔内に液貯留がない場合も区別可能である。

関節液があればそのまま診断目的にエコーガイド下で安全かつ正確に関節穿刺を実施する(図8)。関節液をグラム染色して菌体や白血球貪食像を確認することは化膿性関節炎の鑑別に役立つが、感度は高くないため培養検査も提出する。

結晶誘発性関節炎では穿刺液グラム染色で白血球が見られるが菌体を認めず、結晶はグラム染色でも確認できる場合があるが多くの場合は偏光顕微鏡で同定する。

NSAIDs内服・貼付剤等で速やかに改善することも多いが、強い関節痛、腫脹がある場合は、関節穿刺による排液が有効である。化膿性関節炎を疑う場合や多関節炎を認める場合は高次医療機関への紹介を検討する。

発熱(熱源不明)

3週間以上続く38.3℃以上の発熱で、3日以上以上の精査によっても原因が同定できない場合に不明熱とされる。

実際の在宅現場ではこの期間を待つことは現実的ではないが、典型的な症状に乏しい高齢者

の発熱では不明熱に準じた対応が必要である。不明熱の原因は感染症だけでなく、膠原病、悪性腫瘍、さらには服用している薬剤を含めて鑑別を広げる必要がある。感染性か非感染性かを見極める意識を持ち、系統的評価を行う。

問診では発熱の経過、悪寒戦慄、せん妄、食事・水分摂取状況、排尿回数や尿混濁、呼吸苦、疼痛部位、基礎疾患(糖尿病、心不全、悪性腫瘍、免疫抑制状態など)を確認する。

身体所見ではバイタルサイン、意識レベル、呼吸音、CVA叩打痛、腹部圧痛、皮膚潰瘍や発赤・腫脹、関節の腫脹や圧痛を系統的に確認し、複数の軽微な所見を集積して感染フォーカスを絞る。

検査の準備を考える際の参考として以下に示す。

[できる検査]

院内:尿定性検査、胸部X線検査、迅速抗原検査(インフルエンザ、SARS-CoV-2、尿中肺炎球菌抗原など)

外部委託:血液検査、塗抹検査(喀痰、尿)、尿培養検査

[できるようにしておくとい検査]

院内:POCUS(肺、心臓、腹部、皮膚・軟部組織、運動器)、塗抹検査(喀痰、尿)

外部委託:血液培養検査

血液培養検査は診断に重要だが在宅現場ではハードルもある。

イソジン消毒は不要であり、アルコールやクロルヘキシジンでしっかり拭くことで十分である⁷⁾。またアルコール手指消毒を徹底すれば滅菌グローブも必須ではない。

不明熱では安易な抗菌薬やステロイド投与を避け、対症療法で経過を見ることが原則である。在宅で抗菌薬を開始せざるを得ない場合は血液培養を提出し、結核に感受性のある抗菌薬を避け、むやみに広域抗菌薬を使わないことが大切

である。

入院によるADL低下は懸念されるが、在宅であっても限定された医療資源によって診断や治療が遅れることで身体機能低下が進む場合もある。自覚症状やバイタルサインの異常だけでなく、生活・介護状況を加味しながら療養場所について慎重に検討する。

結語

感染症診療は、診療所や在宅医療の現場で最も重要かつ頻度の高い領域である。限られた資源の中でも、問診・身体所見・簡易検査・POCUSを適切に組み合わせることで、確かな判断が可能となる。非典型的な症状を呈しやすい高齢者にこそ、基本に忠実な診察とチームによる連携が求められる。地域の現場に根ざした感染症診療の実践が、一人ひとりの生活を支える礎となる。

文献

- 1) 高山義浩:高齢者の暮らしを守る 在宅・感染症診療. 日本医事新報社, 2020.
- 2) 上田剛士:高齢者診療で身体診察を強力な武器にするためのエビデンス 第2版. シーニュ, 2022.
- 3) Torres A, Menéndez R, Ferrer M, et al: Outcome of community-acquired pneumonia: influence of age, comorbidity, and severity. Eur Respir J 2008; 32(1): 139-146.
- 4) Via G, Hussain A, Wells M, et al: International evidence-based recommendations for focused cardiac ultrasound. J Am Soc Echocardiogr 2014; 27: 683. e1-683, e33.
- 5) 畠二郎:腹部領域のPOCUS:急性腹症における5W1H. 超音波医学 2019; 46(1): 25-33.
- 6) 日本救急医学会Point-of-Care超音波推進委員会(Committee for the Promotion of Point-of-Care Ultrasonography):日本救急医学会 救急point-of-care超音波診療指針(Guidance for Clinical Practice using Emergency and Point-of-Care Ultrasonography). Nihon Kyukyu Igakukai Zasshi: Journal of Japanese Association for Acute Medicine 2022; 33 (7): 338-383. <https://doi.org/10.1002/jja2.12715>
- 7) Kiyoyama T, Tokuda Y, Shiiki S, et al: Isopropyl alcohol compared with isopropyl alcohol plus povidone-iodine as skin preparation for prevention of blood culture contamination. J Clin Microbiol 2009; 47(1): 54-58.

診療所での感染症患者の治療

浜松医療センター感染症内科 部長 田島靖久

抄録

限られた医療資源，限られた時間——それでも，診療所だからこそできる感染症診療がある。現場で本当に使える抗菌薬の選び方，耐性菌との向き合い方，経口薬の工夫，そして知識と実践の架け橋となるヒントを，地方で診療を続ける一人の感染症内科医が情熱を込めて綴る実践書。全ては，目の前の一人に最良の医療を届けるために。

はじめに：この原稿の構成について

本稿では，日常診療でよく遭遇する感染症に対して，「どのように抗菌薬を選び，どのように扱うか」について，診療所でも無理なく実践できる視点から，地方で感染症診療に携わる一人の内科医として拙いながらもまとめさせていただいた。構成は以下のとおりである。

1. しがない地方の感染症内科医がお勧めする診療所でのミニマム抗菌薬
2. 診療所という場の特性と感染症診療の条件
3. 診療所の抗菌薬選択において満たすべき条件
4. 診療所で取り扱う細菌性感染症と起炎菌
5. セフトリアキソンは効果と費用対効果のバランスに優れた抗菌薬である
6. セフトリアキソンが効かないESBL産生腸内細菌目細菌と尿路感染症
7. ESBL産生菌を持っている患者は誰か？
8. ESBL産生菌に対しても診療所で担える役割がある—ESBL産生菌と診療所での治療—
9. アンチバイオグラムとは？
10. 緑膿菌感染症と診療所診療とレボフロキサシン
11. レボフロキサシンの使用に際しての注意点

12. 診療所で重要な経口抗菌薬—内服治療判断とバイオアベイラビリティ—
13. 施設委託医向けの抗菌薬の使い方とラインナップ—制約と可能性の両面を見据えた戦略—
14. 経口抗菌薬と嚥下障害と簡易懸濁—嚥下障害のある患者への対応—
15. 誤嚥性肺炎と嫌気性菌について—誤嚥性肺炎では嫌気性菌カバーの是非を柔軟に考えよう—
16. 終わりに—診療所での感染症診療は，知識と実践の架け橋であり，「当たり前」を問い直す姿勢がその質を高める—

地方のしがない感染症内科医がお勧めする診療所でのミニマム抗菌薬

まず，診療所に常備しておく便利な抗菌薬のラインナップを紹介する(表1)。これらの薬剤は，私自身がこれまでへき地診療の中で用いてきたもので，限られた環境でも十分に対応できた経験を踏まえている。

なお，これらの薬剤だけでは対応が難しい場合には，入院による精査や加療が適切となることが少なくない。言い換えれば，ここで挙げる

表1 地方のしがない感染症内科医がお勧めする診療所に配置しておく便利な抗菌薬

経口抗菌薬	適応症	用量
セファクロル	上気道炎、膀胱炎、皮膚感染症	500mgを1日3回
アモキシシリン	咽頭炎、中耳炎、肺炎、 <i>H. pylori</i> 除菌	250-500mgを1日3回
オーグメンチン配合錠	副鼻腔炎、気管支炎、皮膚感染症	250mg/125mg1回1錠 1日4回
ST合剤	肺炎、複雑性膀胱炎、腎盂腎炎、ニューモシスチス肺炎の治療および発症抑制	1回2錠を1日2回
ミノサイクリン	マイコプラズマ、クラミジア、皮膚感染症、MRSA	100mgを1日2回
クラリスロマイシン	呼吸器感染症、胃潰瘍（ <i>H. pylori</i> ）	200-400mgを1日2回
レボフロキサシ	尿路感染症、肺炎、副鼻腔炎	500mg1錠を1日1回
メトロニダゾール	深在性皮膚感染症、肺炎、肺膿瘍、腹腔内膿瘍、偽膜性大腸炎	500mgを1日3回
点滴静注抗菌薬	適応症	用量
セフトリアキソン	肺炎、腹膜炎、腎盂腎炎、敗血症	2g24時間毎
セフメタゾール	腎盂腎炎、腹膜炎	1g12時間毎

〔添付文書と Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2025 を参考に筆者作成〕

薬剤群は、外来で対応可能な感染症と、入院での治療が望ましい感染症とを見極めるための一つの実践的な目安にもなると思う。

これらの薬剤を推奨する根拠や、診療所という場で感染症診療をどのように捉えるべきかという視点について、以下に詳細を述べる。

診療所という場の特性と
感染症診療の条件

意思決定の際に大切なのは、「どのような場を想定して行うのか」、つまり「自分がどの場で診療を行うのか」を明確にし、慎重に考えた上で行動に移すことだと考えている。本稿では、地域における標準的な診療所を前提とした感染症診療について述べる。

診療所での感染症診療は、一般的に軽症から中等症の患者が多く、何よりも急性期病院との大きな違いは、使用できる医療資源が限られている点にある。診療所では、限られた情報の中で、疫学的背景、身体所見、病歴を重視し、不確実性の高い状況下で臨床診断を行い、経験的に治療を進めていくことが求められる。

病院とは異なり、迅速な検査や確定診断が難しい場面も少なくない。そのため、より経験に基づいた判断と、柔軟な対応力が大切になる。こうした診療所ならではの環境や条件を踏まえた診療戦略を構築することが、実践的な感染症

診療においては欠かせない。

診療所の抗菌薬選択において
満たすべき条件

限られた医療資源の中で感染症診療を行う診療所では、抗菌薬の選択に必要な条件を整理しておくことが大切だ。その際には、医学と経済の双方の視点が重要になる。

まず、医学的な視点としては、次の2点が大切だ。1点目は、「対象となる疾患に対して有効性が期待できる薬剤であること」。これは、細菌性感染症において、想定される起因菌に対し、疫学的に感受性が保たれていることを意味する。2点目は、「実際の診療現場で無理なく実行可能な治療法であること」。例えば、診療所で点滴静注薬を1日3回投与することは現実的には困難だ。理論上は効果が期待できる治療でも、実際の現場で実施困難であれば、効果不十分となり得る。こうした理由から、診療所では1日1回、最大でも2回の投与で効果が期待できる抗菌薬が望ましい。

次に、経済的な視点についてである。昨今は、財務省等から医療費や社会保障費の増大が指摘され、社会全体として効率的な医療資源・社会資源の活用が求められている。そのため、同じ治療効果が期待できるのであれば、コストパフォーマンスに優れた診療を提供することが大

表2 診療所で対象となるであろう細菌感染症と起炎菌

感染症	想定される微生物
尿路感染症 (膀胱炎, 非重症性腎盂腎炎)	<i>E.coli</i> , <i>Klebsiella sp.</i>
皮膚・軟部組織感染症 (非糖尿病性蜂窩織炎)	<i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA/MRSA), <i>Streptococcus sp.</i>
扁桃腺炎	<i>Streptococcus sp.</i>
市中肺炎 (非入院)	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
	<i>Haemophilus influenzae</i>
	<i>Mycoplasma pneumonia</i>
	<i>Chlamydophila pneumoniae</i>

〔Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2025 より引用〕

表3 診療所で対象となるであろう細菌感染症と抗菌薬選択肢

感染症	経口抗菌薬	点滴静注薬
尿路感染症 (膀胱炎, 非重症性腎盂腎炎)	セファクロル, ST合剤	セフトリアキソン セフメタゾール
皮膚・軟部組織感染症 (蜂窩織炎)	セファクロル, ST合剤	セフトリアキソン
扁桃腺炎	アモキシシリン, セファクロル	セフトリアキソン
市中肺炎 (非入院)	アジスロマイシン, ミノサイクリン, レボフロキサシン	セフトリアキソン

〔筆者作成〕

切だ。また、診療所長＝経営者としての立場から、在庫管理やコスト管理の視点も欠かせない。そのため、安定供給が可能で、納入価格が適正であり、管理しやすい薬剤であることも、選択の際の大切なポイントになる。

表1の薬剤群は、こうした視点を満たしており、実用性が高いと思う。

診療所で取り扱う 細菌性感染症と起炎菌

診療所で遭遇する細菌性感染症を把握しておくことは、抗菌薬を適切に選ぶための大切な第一歩である。もちろん、診療所の立地や地域の社会的背景によって、実際に遭遇する疾患にはある程度の違いがあることもある。ここでは、私自身がこれまでへき地診療で経験してきたことに加え、「Pocket Notebook Pocket Primary Care」等の信頼性の高い資料も参考にさせていただいた。

診療所で抗菌薬が必要とされる典型的な細菌性感染症としては、扁桃腺炎、肺炎、尿路感染症、

皮膚・軟部組織感染症等がある。さらに、自治医科大学卒業医師が派遣されることの多い山間部等では、ダニ媒介性感染症の初期対応が求められることもある。

これらの感染症については、疫学的にどのような起炎菌が関与しやすいのかを把握しておくことが、実際の診療における抗菌薬選択力を高める。代表的な起炎菌と疾患の対応関係を表2に、そして、これらの細菌性感染症に対してどの抗菌薬を選ぶかについて表3にまとめた。

セフトリアキソンは効果と 費用対効果のバランスに優れた 抗菌薬である

セフトリアキソンNa 1gバイアルの薬価は401円、1日あたりの推奨投与量である2gでは802円である(2025年4月時点)。これを生理食塩水100mL(大塚生理食塩水2ポート100mL, 212円)に溶解して投与した場合、1日あたりの治療費用は1,014円となり、費用対効果が高い薬剤だと思う。

また、セフトリアキソンの添付文書に記載されている適応症は非常に幅広く、診療所で遭遇する多くの細菌感染症に対応できることから、汎用性の高い薬剤である。もちろん、添付文書上の適応症と、診療現場での医学的適応が必ずしも一致するわけではないが、診療所で想定される感染症に関しては、セフトリアキソンの適応範囲と実際の診療との間に大きな乖離はないと思う。

一方で、セフトリアキソンの使用が適さないケースもあることには注意が必要だ。代表的なものとしては、ESBL産生腸内細菌目細菌による感染症や、緑膿菌(*Pseudomonas aeruginosa*)による感染症がある。これらの病原体に対しては、別の抗菌薬の選択が必要となるため、慎重な判断が求められる。

セフトリアキソンが効かない ESBL産生腸内細菌目細菌と 尿路感染症

ESBL産生菌による尿路感染症は、セフトリアキソンが無効となる代表的な例であり、抗菌薬の選択にあたって注意が必要である。

ESBLとは、Extended-Spectrum β -Lactamase (基質特異性拡張型 β -ラクタマーゼ)の略であり、細菌が産生する酵素の一種である。この酵素は、 β -ラクタム系抗菌薬の有効成分である β -ラクタム環を分解し、抗菌活性を失わせてしまう。つまり、ESBL産生菌に感染した場合、セファゾリンやセフトリアキソンといった第3世代までのセフェム系薬剤は効果が期待できず、診療所で有用なセフトリアキソンが使用できないという臨床上の問題が生じる。

尿路感染症の起炎菌は、*E. coli*と*Klebsiella*属が90%以上を占めており、そのうち一定の割合(*E. coli*では、20%前後)がESBLを産生するとされている。そのため、特に尿路感染症の治療においては、こうした耐性菌の存在が大きな課題となる。実際に、セフトリアキソンによる治療がうまくいかない場面に直面することも少なくない。特に注意が必要なのは、全身状態が不安

定な患者への初期治療である。例えば、尿路閉塞を伴う複雑性尿路感染症や、バイタルサインが不安定で経口摂取が困難な方、敗血症が疑われるケースでは、セフトリアキソンの使用について慎重な対応が求められる。このような場合には、地域の医療体制にもよるが、可能な限り早めに急性期病院への搬送を検討し、血液培養や尿培養を提出した上で、ESBL産生菌を念頭に置いた適切な抗菌薬治療を開始することが望ましいと考えている。

ESBL産生菌を 持っている患者は誰か？

ESBL産生菌の関与リスクを高めるとされる代表的な因子には、以下がある。

- 長期療養施設への入所歴
- 過去6ヵ月以内の入院歴(特にICUでの滞在)
- 尿路カテーテルや中心静脈カテーテルの留置
- 過去3ヵ月以内の抗菌薬使用歴(特にセフェム系やフルオロキノロン系)
- 糖尿病や慢性腎不全などの基礎疾患の存在
- 耐性菌流行地域への海外渡航歴

これらのリスク因子を持つ患者には、ESBL産生菌の関与を念頭に置いた抗菌薬の選択が必要だ。ただし、ESBLを過度に恐れすぎることにも注意が必要だ。リスクがあるからといって、全ての症例で一律に広域抗菌薬を選択してしまうと、結果としてセフトリアキソンの使用機会が極端に減り、耐性菌の増加を招いてしまうリスクもある。

こうした場面で有効な判断材料となるのが、自施設や地域のアンチバイオグラム(抗菌薬感受性データ)である。日々診療している医療圏で、どの菌がどの程度の頻度でESBLを産生しているのか、セフトリアキソンに対して感受性が保たれているのかといった情報を把握することで、リスクを客観的に評価し、適切な抗菌薬選択につなげることができる。

ESBL産生菌に対しても 診療所で担える役割がある —ESBL産生菌と診療所での治療—

ESBL産生菌に対しては、診療所での治療は難しく感じられるかもしれない。しかし、患者の状態が安定しており、すでに微生物学的な診断が確定している場合や、入院治療後に全身状態が改善し、外来でのフォローが可能と判断された場合には、診療所でも十分に治療を担うことができる。特に、退院後の再発予防や治療継続といった場面では、適切な抗菌薬を選択することで、地域医療の一翼を担うことができる。

こうした場面で、診療所に備えておきたい薬剤としては、ST合剤(スルファメトキサゾール・トリメトプリム合剤)およびセフメタゾールが挙げられる。ST合剤は経口薬であり、ESBL産生大腸菌に対しても感受性が保たれていることが多く、尿路感染症や一部の皮膚・軟部組織感染症への対応に有用である。特に、経口薬で治療を完結させたい場合に役立つ選択肢となる。

セフメタゾールは静注薬であるが、セフェム系の中でもESBL産生菌に対する活性が比較的保たれており、1日2回の投与でOKである。外来診療と訪問看護を組み合わせれば、実用的な選択肢となり得る。

アンチバイオグラムとは？

アンチバイオグラムとは、「特定の医療機関や地域で検出された細菌に対して、どの抗菌薬がどの程度効果があると判定されたか」を一覧表にまとめたものであり、地域における抗菌薬選択を科学的に支える大切なツールである。作成されていない地域では、すでに公開されたアンチバイオグラムを参照されることを推奨する。ただし、アンチバイオグラムは地域性の影響を大きく受けるため、「自分がどの場で診療をしているのか」という視点を常に意識し、その情報の外的妥当性、すなわち「自分の目の前の患者に、このデータを当てはめてよいのかどうか」を慎重に判断することが大切だ。

一例として静岡県の場合、県庁のホームページで県全体のアンチバイオグラムが公開されている(https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/024/250/250327chiiki.pdf)。

ぜひ一度、自分の診療圏でのアンチバイオグラムを検索されることをお勧めする。

緑膿菌感染症と診療所診療と レボフロキサシン

セフトリアキソンが無効となる病原体の一つに、緑膿菌(*Pseudomonas aeruginosa*)がある。緑膿菌による感染症は、診療所での治療が難しい場合が多いのが現状である。その理由としては、選択できる抗菌薬が限られていることや、緑膿菌感染症がしばしば難治化しやすい傾向にあることが挙げられる。

特に外来で可以使用できる経口薬は、実質的にはレボフロキサシンにほぼ限られてしまうため、診療所で対応可能な症例は限られ、入院による治療が必要になることが多くなる。それでも、急性期の治療が終了し、全身状態が安定した患者がレボフロキサシンの内服を継続しながら診療所でフォローアップされるケースは一定数存在する。そうした場面に備え、診療所にもレボフロキサシンの経口薬を常備しておくことは、有用だと思う。これにより、スムーズな退院後フォローや病診連携が可能となり、結果として地域全体の医療の質向上にもつながることが期待される。

さて、目の前の患者に対し、「この感染に緑膿菌が関与している可能性があるのか？」をどのように判断すればよいか。実用的なアプローチとしては、「患者背景 × 疾患の種類」の組み合わせで評価する方法をお勧めする。緑膿菌感染症を起こしやすい患者背景としては、以下のよう

- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
- 気管支拡張症
- 嚢胞性線維症
- 糖尿病

- 慢性腎不全(特に透析中)
- 免疫抑制状態(ステロイド, 化学療法, 造血幹細胞移植後など)
- 長期にわたる抗菌薬使用歴
- 神経疾患や寝たきりの状態(誤嚥や褥瘡を伴う場合)
- 医療行為後(尿道カテーテル, 気管切開などの処置)

診療所で遭遇することのある緑膿菌関連の疾患としては, 慢性呼吸器感染症(COPDの増悪や気管支拡張症に伴う感染), カテーテル関連の複雑性尿路感染症, 創部感染, 熱傷創感染, 褥瘡感染などが挙げられる。

このように, 緑膿菌が起炎菌として鑑別に挙がるような臨床状況では, セフトリアキソンは第一選択薬としては適さない可能性があることを念頭に置く必要がある。治療を行う際には, できる限り培養検査を提出し, 微生物学的な鑑別を行うことで, より適切な抗菌薬の選択が可能となる。

レボフロキサシンの使用に際しての注意点

レボフロキサシンの添付文書に記載されている適応症は非常に幅広く, 皮膚感染症, 呼吸器感染症, 尿路感染症, 耳鼻科領域, 婦人科疾患, さらには結核やペストなど多岐にわたる。しかし, レボフロキサシンは緑膿菌に対して有効な数少ない経口薬であることから, 基本的には「レボフロキサシン以外で治療可能な感染症に対しては, できるだけ使用を控える」という姿勢が, 長期的に持続可能な感染症診療を行う上で大切だ。

また, レボフロキサシンが抗結核薬であることを意識することも非常に重要である。結核による症状を呈している患者に対してレボフロキサシンを処方すると, 短期的には症状が改善し, 喀痰塗抹や培養が陰性化することで診断が困難になり, 結果的に診断の遅れを招き得る。2025年現在, 結核の罹患率は80歳以上で高いため, 高齢の患者にレボフロキサシンを処方する際に

は, 常に結核を鑑別診断に考え診療することが大切だ。

さらに, レボフロキサシンの相互作用にも十分な注意が必要である。キノロン系抗菌薬は, マグネシウムやカルシウム, アルミニウムといった2価・3価のカチオンを含む製剤と同時に摂取すると, その吸収が大きく低下する。報告によれば, マグネシウム製剤との併用で, 最大40%ほどバイオアベイラビリティ(bioavailability)が低下する。これは血中濃度の実質的な半減を意味する。酸化マグネシウムなどを服用している患者には, 「服薬の間隔を最低2時間空けてください」と一言添えることで薬剤の効果を最大限に引き出せる。

レボフロキサシンにはGABA受容体を阻害する作用があり, 痙攣を誘発するリスクも知られている。特にNSAIDs(ロキソニンなど)との併用には注意が必要である。神経学的なリスクがある患者には, こうした薬剤の併用を避けることが望ましい。さらに, 大動脈瘤や大動脈解離のリスクについても, あまり臨床では認識されていない印象があるが, 添付文書にも明記されており, 注意が必要である。実際に私自身も, 痙攣発作や大動脈解離を発症された症例を経験したことがあり, レボフロキサシンを処方する際には, 潜在的なリスクを評価した上での投与判断を心がけている。その労力を惜しむならば, 他の抗菌薬への変更が臨床的に妥当である。

診療所で重要な経口抗菌薬 —内服治療判断とバイオアベイラビリティ—

「点滴静注薬から内服薬への変更の判断基準」と「バイオアベイラビリティ」は経口抗菌薬を上手に扱うためには必要な概念となる。

経静脈薬から経口薬への切り替えは, これからの診療所においても, ますます重要なテーマになると考えている。近年, 診療所や在宅医療の現場での点滴静注療法が増えており, 通院・往診・訪問看護などの場面で, 静注薬による治療が継続されるケースも少なくない。このような治療は, 国際的には「OPAT(Outpatient

特集

表4 代表的経口抗菌薬とバイオアベイラビリティ

抗菌薬名	バイオアベイラビリティ (%)
レボフロキサシン	99
ミノサイクリン	90~100
メトロニダゾール	90~100
サルファメトキサゾール	85~90
トリメトプリム	
セファレキシン	90
セフェアクロル	93
シプロフロキサシン	70
リファンピシン	68 (空腹時)
アモキシシリン・クラブラン酸 (AMPC/CVA)	80 (AMPC成分) 30~98 CVA
クラリスロマイシン	50
アジスロマイシン	37
バンコマイシン (経口)	不明

(Up to date drug information と Sanford Guide to Antimicrobial Therapy
2025 を参照し編集)

Parenteral Antimicrobial Therapy)」と呼ばれ、感染症診療の分野でも注目されている。

日本でも、高齢化や医療資源の地域差、入院医療費の高騰といった背景から、OPATや、その次のステップとしての経口抗菌薬への切り替えは、診療所でも大切な考え方になる。経静脈投与から経口投与への安全かつ適切な移行には、一定の臨床的な判断基準が必要である。その一例として、厚生労働省「抗微生物薬適正使用の手引き(第三版)」に記載されている以下の6項目が、現場でも実用的かつ参考になる判断材料になる。

- 臨床症状が明らかに改善している。
- 解熱が24時間以上持続し、呼吸や循環動態が安定している。
- 引き続き静注抗菌薬が必要な感染症(髄膜炎、発熱性好中球減少症、感染性心内膜炎など)ではない。
- 経口、あるいは経鼻胃管からの投与が可能で、十分な吸収が期待できる。
- 適切な経口抗菌薬の選択肢がある。
- 経口抗菌薬を中断せず、患者が自己管理可能である(外来・在宅治療の場合)。

これらの全てを満たしている場合には、経静脈から経口への切り替えを前向きに検討できる。経口薬への変更は、患者のQOL向上だけでなく、

限られた医療資源の有効活用にもつながる。

経口抗菌薬の選択に際し、重要な概念の一つが「バイオアベイラビリティ」である。これは、「内服した薬がどれだけ体内に吸収され、有効な形で血中に届くか」を示す指標である。

経口抗菌薬のバイオアベイラビリティは薬剤ごとに異なるが、これが高ければ、静注薬に近い効果が期待でき、診療所での治療の信頼性を高められる。例えば、メトロニダゾールやレボフロキサシンのようにバイオアベイラビリティが90%以上の薬剤であれば、安定した吸収が期待できる(表4参照)。一方、アモキシシリン・クラブラン酸やクラリスロマイシンなどは中程度のバイオアベイラビリティ(おおむね50~70%)であり、内服と静注薬の間で効果に差が出ることも考えられる。さらに、セフジニルのようにバイオアベイラビリティが20%前後と非常に低い薬剤については、効果への不安が残るため、慎重な判断が求められる。なお、私自身はセフジニルを処方した経験はない。

こうした点を踏まえ、診療所で常備しておく経口抗菌薬は、できるだけバイオアベイラビリティが高い薬剤を優先的に選ぶことが望まれる。具体的には、アモキシシリン・クラブラン酸、メトロニダゾール、レボフロキサシン、ミノサイクリン、セファクロルまたはセファレキ

シン、アジスロマイシンなどが、日常診療で扱いやすく、さまざまな感染症に対応できる選択肢になる。

施設嘱託医向けの抗菌薬の 使い方とラインナップ

一制約と可能性の両面を見据えた戦略一

続いて、「施設嘱託医」の視点から整理してみる。ここでいう「施設」とは、障害者支援施設、特別養護老人ホーム(特養)、介護老人保健施設(老健)等があるが、本稿では、自治医科大学の卒業医師が関わる機会の多い特養と老健の2つに焦点を当てる。

特養や老健では、日中に看護師が常駐している点が特徴である。また、入所者は介護度が高く、基礎疾患を多数抱え、医療への曝露歴を持つ方も多い。これらの特徴は、施設での感染症診療における3つの重要なポイントを示す。

第一に、看護師が常駐しているため、日勤帯であれば1日2回までの点滴治療が可能となる。これは、投与可能な抗菌薬の選択肢が広がることを意味し、例えば1日2回投与が必要な薬剤も選択肢に入ってくる。第二に、入所者は医療曝露歴が多く、耐性菌や医療関連感染症のリスクが高いことだ。第三に、人的資源や検査体制等の医療資源が限られている中で、こうしたリスクの高い患者に対応しなければならないという、構造的な課題がある。私自身も特養と老健に非常勤医として関わる中で、こうした施設医療の難しさや工夫の必要性を実感した。

特養については、外来受診としての保険請求が原則となり、診療所の延長線上にあると考えられる。一方、老健では経済的な自立性がハードモードである。感染症の中では、肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎の4つに限定して「所定疾患施設療養費」として加算請求が認められている。この「所定疾患施設療養費」の加算は、(Ⅰ)と(Ⅱ)の2つの区分があり、例えば(Ⅱ)施設では468単位/日(4,680円相当)の加算が可能である。よって、診断・検査・治療にかかる1日あたりの費用をこの範囲内に収める必要があ

ることから、老健で使用する点滴静注抗菌薬には、次の2つの条件が求められる。

- ・看護師の勤務時間(日勤帯)、1日1～2回の投与で効果が期待できる薬剤であること
- ・検査や治療費を含め、1日あたりの医療費が4,680円以下に収まること

薬価の面では、多くの抗菌薬のジェネリック品はこの費用枠内に収まるが、投与回数の点で使用しやすい薬剤は限られる。具体的には、セフトリアキソン、セフメタゾール、レボフロキサシンが現実的な選択肢である。ただし、レボフロキサシンは緑膿菌以外ではできるだけ使用を控えたい薬剤であるから、老健での点滴静注薬としては、セフトリアキソンとセフメタゾールの2剤を提案する。このようにすることで、限られた医療資源の中でも耐性菌リスクに対応しながら、実践的かつ持続可能な感染症診療を提供できるのではと考えている。

経口抗菌薬と嚥下障害と簡易懸濁 一嚥下障害のある患者への対応一

経静脈薬から経口薬への早期切り替えの重要性について先ほど述べたが、嚥下障害のある患者の場合、「内服できない」という制約に直面する。こうした場面で有用なのが、「簡易懸濁可能な抗菌薬」である。

簡易懸濁とは、錠剤やカプセル剤をお湯などに溶かして経管投与や嚥下補助を可能にする方法であり、特に経鼻胃管や胃瘻を使用されている方、あるいはトロミを使って服用される方にとって非常に役立つ工夫になる。

内服薬の中でも、簡易懸濁が可能なものを表5にまとめた。ただし、同じ成分の薬剤であっても製薬企業や製品ごとに、懸濁の可否や適切な懸濁時間、使用する湯の温度等が異なる場合があり、注意が必要だ。実際に使用する際には、『内服薬経管投与ハンドブック』や製薬企業が提供する最新の資料を必ず確認していただきたい。

特集

表5 経口抗菌薬の簡易懸濁可否比較表

抗菌薬名	簡易懸濁
セファクロル（東和）	55°C, 5分
アモキシシリン（日医工）	55°C, 5分
オーグメンチン配合錠 250RS	不適
ダイフェン配合錠（鶴原）	55°C, 5分
ミノサイクリン（日医工）	55°C, 5分
クラリスロマイシン（ニプロ）	55°C, 5分
レボフロキサシン（共和薬品）	55°C, 5分

〔「内服薬経管投与ハンドブック」を参照し、筆者作成〕

誤嚥性肺炎と嫌気性菌について 一誤嚥性肺炎では嫌気性菌カバーの是非を 柔軟に考えようー

私は、誤嚥性肺炎に対してもセフトリアキソンを第一選択薬の一つとして提案している。セフトリアキソン単独では一部の嫌気性菌へのカバーが不十分であると指摘されてきたが、近年の研究では、嫌気性菌は膿瘍形成や膿胸がない限り、実際には関与が少ないことが示されている。こうした知見を踏まえ、市中肺炎ガイドラインでも「誤嚥性肺炎が疑われる場合であっても、常に嫌気性菌カバーをする必要はない」と提言されている。もっとも、全ての症例に当てはまるわけではなく、肺膿瘍や膿胸を合併している場合、あるいは口腔衛生が著しく悪化している患者等、嫌気性菌の関与が強く疑われるケースでは、的確に嫌気性菌をカバーすることが大切だと考えている。

終わりに 一診療所での感染症診療は、知識と実践の 架け橋であり、「当たり前」を問い直す姿勢が その質を高めるー

本稿では、診療所で必要とされる抗菌薬の選

定や、それに関連するバイオアベイラビリティ、耐性菌対策、経静脈薬から経口薬への切り替えにおける判断基準等について述べた。これらはいずれも「限られた環境の中で、いかに効果的かつ適切に感染症診療を行うか」という視点が不可欠である。そして日々の実践の中で忘れてはならないのは、「当たり前」を常に疑うという柔軟な姿勢である。かつて「常識」とされていた考え方であっても、新たなエビデンスや実際の診療経験によって見直されることは、感染症診療の世界でも例外ではない。

診療所や介護保険施設など医療資源が限られた現場では、一つひとつの判断が患者の経過に大きく影響することも少なくない。だからこそ、最新の知見を学び続ける姿勢を大切にしながら、目の前の患者の状況や背景に応じて「この場で何が最善か」を丁寧に考え抜くことが、現代の医療における真の実力ではないかと思う。

本稿は、地方で臨床に携わる一人の感染症内科医としての経験と視点をもとにまとめさせていただいた。読んでくださった方々にとって、少しでも現実的で前向きなヒントになれば、これ以上の喜びはない。

ただちに紹介が必要な感染症

島根県立中央病院 救命救急科 医長 樋口 大

抄録

本稿では、感染症の中でも緊急性が高く「ただちに後方搬送しなければならない症例」に関して整理し、搬送前に診療所などの一次医療機関で行うべき初期対応について述べる。まず、バイタルサイン・身体所見・問診から、いかにして敗血症を拾い上げるかを記載し、その初期対応を記載する。続いて、皮疹、咽頭痛・頸部痛、腹痛・腰痛、頭痛という徴候別に記載する。

重症感染症×診療所

1. 診療所でいかに敗血症を拾い上げるか

敗血症は毎年世界中で3,000万人以上が罹患するcommon diseaseで、プライマリ・ケア医が初期対応することが多い。敗血症の死亡率は25%以上、敗血症性ショックの死亡率は40%以上で、プライマリ・ケア医の適切な初期対応が救命に直結する。

現在、敗血症の定義は2016年に発表されたSepsis-3(敗血症および敗血症性ショックの国際コンセンサス定義 第3版)に基づいており、「日本版敗血症診療ガイドライン2024」(The Japanese Clinical Practice Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2024: J-SSCG2024)においても変わらない¹⁾。その診断基準は「感染症(疑い)+Sequential Organ Failure Assessment(SOFA)スコア2点以上の急上昇」である。定義上は診療所での迅速な敗血症診断は困難だが、循環不全を伴う感染症を敗血症疑いとして早期に拾い上げることは可能である。ここではSOFAスコアではなく、バイタルサインと身体所見から敗血症を拾い上げる

方法について記載する。

2. バイタルサインで拾い上げる—NEWSを活用！

J-SSCG2020で提唱されたquick SOFA(qSOFA)は、その簡便さから広く普及した²⁾。だがqSOFAはあくまでスクリーニングの手法で、その感度の低さを認識しなければいけない。敗血症への感度は32%とされ³⁾、Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021(SSCG2021)やJ-SSCG2024ではqSOFAを単独で使用せず、NEWS(National Early Warning Score)などと比較しての判断を推奨した⁴⁾。

特に診療所でのNEWSの活用は有用で、プライマリ・ケア医の敗血症診療のポイントになる。NEWSは呼吸数、SpO₂、酸素療法の有無、体温、収縮期血圧、心拍数、意識レベルの7項目でスコアリングし、急変の予測指標として開発された(表1)⁵⁾。合計点が0~4点を低リスク、5~6点ないしred score(3点項目)を1つでも満たす場合を中リスク、7点以上を高リスクとする。筆者が勤務する島根県立中央病院においても、重症患者の拾い上げのためERからの全入院患者にNEWSを確認している。2017年には

特集

表1 NEWS: National Early Warning Score

	3	2	1	0	1	2	3
呼吸数	≦8		9-11	12-20		21-24	25≧
SpO ₂	≦91	92-93	94-95	96≦			
酸素使用		あり		なし			
体温	≦35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	39.1≦	
収縮期血圧	≦90	91-100	101-110	111-219			220≦
心拍数	≦40		41-50	51-90	91-110	111-130	131≦
意識レベル				A			V,P,U

※意識レベルのA,V,P,U

A; Alert 覚醒している, V; responsive to Voice 声掛けに反応, P; responsive to Pain 痛みに反応,
U; Unresponsive 無反応 (文献5) から改変]

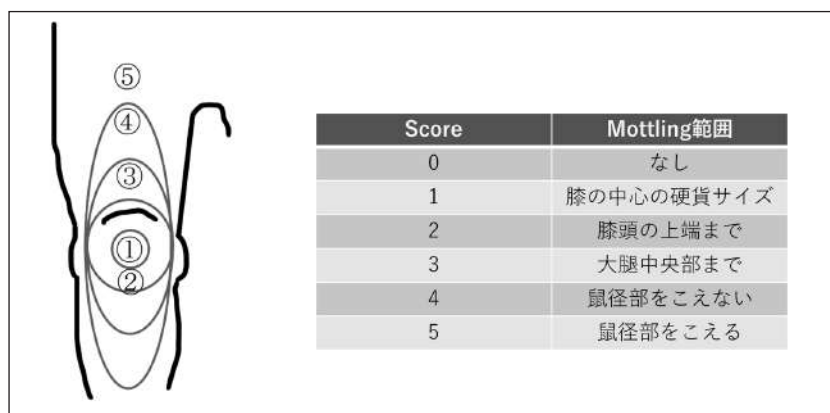


図1 Mottling score

〔文献7) から改変〕

NEWS2も提唱されたが、習熟にトレーニングを要し、まずはNEWSの活用が現実的である。

3. 身体所見や問診で拾い上げる：CRT延長とmottling！

続いて身体所見や問診で敗血症を拾い上げるため、皮膚、中枢神経系、腎臓の3つの窓を確認する。

即座に評価できるのは皮膚所見で、Capillary Refilling Time (CRT) とmottlingを確認する。CRT 2秒以上の延長は重症感染症を予測し、乳酸値よりも早期の指標として有用である。敗血症性ショックを対象に初期蘇生の目標を「CRT改善群」と「乳酸値改善群」の2群で比較したANDROMEDA-SHOCK studyでは、前者で予後改善の可能性が示された⁶⁾。昨今mottlingも重要性が再認識され、膝からの広がりスコア

リングが予後予測因子となる(図1)⁷⁾。診療所では、CRT延長とmottlingがあれば循環不全と判断する。

中枢神経系や腎臓の評価には問診が重要である。中枢神経系については、いつもと様子が違う、ふらつきがあり転倒した、というエピソードがないか確認する。腎臓については、尿が少なくて濃い、食欲がない、などのサインを拾い上げる。

4. 診療所で即座にすべきことー循環不全への蘇生

敗血症を疑ったらJ-SSCG2024初期治療バンドルに沿って治療する。まず行うべきは循環不全への初期蘇生で、品質液30mL/kgを3時間以内に投与する。生理食塩液は大量補液時には高クロール性の代謝性アシドーシスや急性腎障害のリスクを高める可能性が示唆されており、リン

ゲル液などの調整品質液がよい。J-SSCG2024ではこの時点で過剰輸液を回避するためノルアドレナリンを使用するが、筆者が勤務歴のある島根県の診療所においてノルアドレナリンを常備している診療所はなかった。診療所では2ルートを確認して急速輸液を行いながらの搬送が現実的である。

5. 診療所で次にすべきこと—感染巣へアクション

血液培養、抗菌薬は感染巣へのアクションを目的とし、輸液に続いて行う。初回抗菌薬が1時間遅れるごとに死亡率は平均7.6%増加し、**早急な抗菌薬投与は重要である⁸⁾**。だがJ-SSCG2024では、抗菌薬の早期開始を提言しつつも**必ずしも1時間以内という目標を用いないことも推奨**した。これは、抗菌薬を急ぐばかりに抗菌薬不要例に抗菌薬が投与されるケースや、培養採取などの十分な評価前に抗菌薬投与が行われるケースがあるからだ。

ソースコントロールを要する感染症は後方搬送を要し、3つの視点が重要である。

①解除を要する閉塞起点があるか

閉塞性腎盂腎炎・胆管炎が挙げられる。診断には超音波検査が有用である。

②ドレナージを要する膿瘍があるか

膿胸と肝膿瘍以外の深部膿瘍は診療所で診断できない。特に化膿性脊椎炎は頻度が高く、発熱×腰痛患者に膿尿がなければ、精査が可能な医療機関に紹介する。

③外科的介入を要するか

腹腔内感染症、壊死性軟部組織感染症などがある。特に壊死性軟部組織感染症は後述する。

6. 搬送優先！抗菌薬選択やグラム染色にこだわり過ぎない！

疑わしい感染巣と患者背景から原因微生物を推定して、抗菌薬を選択する。しかし、敗血症患者に感染巣検索や抗菌薬選択にこだわることによる時間消費は避け、搬送を優先する。J-SSCG2024では抗菌薬選択のためのグラム染色を弱く推奨したが、**グラム染色は搬送後に行い、結果を搬送先に連絡する**。筆者の経験上、診療

所に常備してある抗菌薬はセフトリアキソン、スルバシリン、セファゾリンが多い。症状別の各論でその選択を記載する。

7. スキルアップの+1:ステロイドは使う!?

ICUでは敗血症性ショックにヒドロコルチゾンを使用することがあり、それはショック後6時間以内の投与で28日死亡率が改善するかも、という報告に基づく⁹⁾。勤勉なプライマリ・ケア医ほどステロイド投与が頭をよぎるかもしれない。ICUでも十分な輸液とノルアドレナリン高用量に続いて投与を検討する薬剤なので、**搬送前に診療所で開始する必要はない**。ショックではない敗血症へのステロイド投与はショックの発生率や死亡率の改善にも寄与しない⁹⁾。

発熱×皮疹

1. 緊急介入を要する3疾患:トキシックショック、壊死性軟部組織感染症、リケッチア感染症

発熱×皮疹は、ときに一夜にして致命的な経過をたどる。ここでは緊急介入を要するグラム陽性球菌によるトキシックショック症候群、壊死性軟部組織感染症、リケッチア感染症について記載する。

2. トキシックショック症候群:糖尿病などの基礎疾患、足の確認!

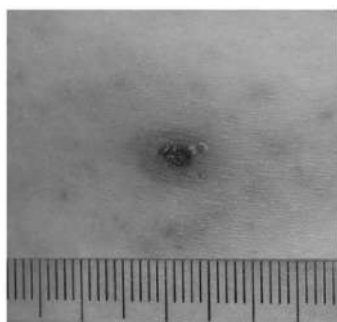
多くは皮膚を門戸とし、蜂窩織炎があれば想定しやすい。**糖尿病歴があれば足を観察する**。**爪白癬や下肢不衛生があれば、グラム陽性球菌を血液培養で分離することが多い**。**全身が紅潮しているときも血液培養でグラム陽性球菌を分離することが多い**。循環不全によるcold shockでは紅斑が不明瞭なことがある。このときには皮疹ではなく痛みが軟部組織感染症のサインである。**循環不全の改善とともに紅斑が明瞭化する**。

3. 壊死性軟部組織感染症:蜂窩織炎と区別する!

診療所で直面し得る最重症感染症で、蜂窩織炎と異なり分単位での介入を要する。症状は、紅斑、激痛、水疱、斑状出血がある(写真1)。



写真1 右下肢の壊死性軟部組織感染症の症例（著者提供）
右膝関節～下腿に紫色の色調変化と出血性水疱あり。右鼠径部の発赤部まで病変は波及。



ダニの刺し口



手掌の紅斑



足底の紅斑

写真2 日本紅斑熱の症例（著者提供）

その35～85%が初診時に蜂窩織炎などと誤診される^{10),11)}。蜂窩織炎との臨床的鑑別ポイントは2つある。

①急な激痛

急な四肢の激痛は壊死性軟部組織感染症を考える。外毒素により血小板や白血球が凝集して微小血管を閉塞し、急な激痛につながる。この段階で本疾患を疑うことが重要である。

②紫色の色調変化や出血性水疱を伴い、膿がない

病態が組織壊死であるため、試験切開すると膿ではなく灰色浸出液(dishwater-gray exudate)が出る。発赤は急速に紫色となり水疱が出現する。出血性水疱があればすでに発症から時間が経過しており、緊急で外科的介入を要する状況である。

4. リケッチア感染症:季節性, 活動歴, 地域性から疑う

リケッチア感染症は、疑わなければ診断につながらない。βラクタム系抗菌薬は無効で、同薬で経過をみている数日間で多臓器不全に至

る。診断のポイントは、**地域性, 活動歴, 季節性**である。つつが虫病は日本全国で、日本紅斑熱は西日本を中心に報告され、発症1～2週間前に農作業や山間活動歴があることが多い。参考までに、島根県ではつつが虫病は3～5月、10～12月に多く、日本紅斑熱は4～10月に多い。**疑わしきは保健所などと連携したPCR検査をためらわない**。島根県では環境保健公社でPCR検査が可能である。刺し口の痂皮、皮疹(数mmを局所生検)、血液がPCR検体として適し、痂皮の感度は100%近く、皮疹は90%程度、血液は80%程度である。刺し口があれば診断は容易なため、鼠径部や腋窩も含めて全身を観察する。皮疹は淡い斑状で、四肢や体幹に散見され、つつが虫病に比して日本紅斑熱では手掌や足底に見られやすい(写真2)。

5. 診療所での初期対応

診断のために**血液培養が重要**である。トキシックショック症候群と壊死性軟部組織感染症は経時的に全身状態が増悪するため、輸液を開

始し、グラム陽性球菌をカバーする抗菌薬を投与する。スルバシリン3gかセファゾリン2gを選択し、セフトリアキソン2gも可である。リケッチア感染症を疑えばミノサイクリンを常備している医療機関に紹介する。壊死性軟部組織感染症の治療ポイントは、輸液と抗菌薬に加えて、6時間以内の手術である。24時間以内の手術群は生存率が高く、6時間以内であればさらに生存率は上がる¹⁰⁾。

6. キーポイント

□チェック所見

- ✓3疾患を想起:トキシックショック、壊死性軟部組織感染症、リケッチア感染症
- ✓大事な身体所見:足の不衛生、爪白癬はグラム陽性球菌、紫色色調変化・出血性水疱・急な激痛は壊死性軟部組織感染症、ダニの刺し口を探して全身確認

- ✓大事な問診:外傷歴、農作業や山間活動歴

□対応

- ✓急速補液
- ✓検査:血液培養+リケッチアを疑えばPCR検査
- ✓抗菌薬:スルバシリン3gかセファゾリン2g、リケッチアはミノサイクリン

発熱×咽頭痛・頸部痛

1. Killer sore throat: 5疾患を確認

咽頭痛を伴う危険な疾患はkiller sore throatと呼ばれ、頸部感染症、アナフィラキシー、心血管疾患は緊急性が高い。頸部感染症として、急性喉頭蓋炎、扁桃周囲膿瘍/咽後膿瘍、Ludwig angina、Lemierre症候群の5疾患を鑑別する。Ludwig anginaは菌性感染が舌下・下顎間隙に波及した病態で、気道閉塞に至る可能性がある。開口障害や嚥下障害を来し、口底部の腫脹と疼痛、舌を前に突き出す様子がみられる。Lemierre症候群は頭頸部感染症に続いて頸静脈に血栓性静脈炎を来す病態で、しばしば肺に感染性塞栓を生じる。

2. 診療のポイント:第一印象、視診

まずは流涎、開口障害(3横指以下)、含み声、体位から気道閉塞のサインを感じ取る。呼吸困難感からtripod positionやsniffing positionをとっていれば、気道閉塞のサインである。

次に口腔と咽頭扁桃部を視診する。急性喉頭蓋炎と咽後膿瘍は「喉がとても痛い」割に、咽頭扁桃部に視診上の所見がない。症状と所見の不一致は危険なサインである。片側性扁桃腫大があれば扁桃周囲膿瘍を疑う。口底部腫脹、舌を突き出すサインはLudwig anginaの所見である。

画像評価は必須ではなく搬送を優先する。猶予があれば頸部X線を確認すると診断に近づける。X線でのVallecula sign(喉頭蓋谷の消失)とThumb sign(喉頭蓋の腫脹)は急性喉頭蓋炎の診断に有用である。咽後膿瘍であれば頸椎前面の軟部組織が腫脹し、C3前7mm以上、C6前21mm以上が異常所見である。扁桃周囲膿瘍やLemierre症候群は超音波も有用だが、造影CTでの診断が一般的である。

3. 診療所での初期対応

上記疾患を疑えば早期に搬送する。唾液の流れ込みによる気道閉塞のリスクがあるため座位で搬送する。座位が難しければ側臥位をとる。扁桃周囲膿瘍であれば、側臥位を取るときには疼痛側を下にすると気道が開通しやすい。搬送救急隊とも体位について連携する。

抗菌薬はレンサ球菌・嫌気性菌・インフルエンザ桿菌を念頭にスルバシリン3gかセフトリアキソン2gを選択する。気道閉塞のリスクがあれば、デキサメタゾン4mgなどのステロイドを投与し、搬送中のリスクを軽減させる。

4. キーポイント(表1)

□チェック所見

- ✓診察前:流涎、開口障害、含み声、体位
- ✓視診:扁桃腫大、口腔内の腫脹
- ✓聴診:ストライダー

□対応

- ✓ルート確保
- ✓検査:血液培養、余裕があれば頸部X線と超音波

- ✓酸素投与＋気道閉塞リスクあればデキサメタゾン 4 mg
- ✓抗菌薬:スルバシリン 3 gかセフトリアキソン 2 g
- ✓座位か疼痛側を下にした側臥位

発熱×腹痛・腰痛

1. 診療のポイント

急性腎盂腎炎の頻度が多いが、肝胆膵、腸、胸膜にフォーカスがあり得る。診療所では**単純X線と腹部超音波**所見を確認する。X線で胸膜炎、free airを確認する。超音波で肝胆膵、水腎、腸管壁肥厚、腹水を確認する。尿閉があれば膀胱カテーテルを留置し、尿閉がないのに水腎があれば結石性腎盂腎炎を疑いドレナージ目的に搬送する。

2. 診療所での初期対応

輸液を開始し、**血液・尿培養**を提出する。**大腸菌**をカバーした**抗菌薬**を選択する。わが国ではESBL(extended-spectrum β -lactamase:基質特異性拡張型 β ラクタマーゼ)産生菌でもセファマイシン系に感受性良好なことが多く、スルバシリンに感受性があることもある。ESBL産生菌が多い圏域であれば、セフメタゾール 1 g(なければスルバシリン 3 g)になる。ESBL産生菌が少ない圏域であれば、セファゾリン 2 gかセフトリアキソン 2 gになる。

搬送時間が1時間以内の圏域では、診断と起菌同定の重要性を考慮し、抗菌薬は投与せずに搬送することも一法である。搬送先にその旨の連携を行っておくと、搬送先は培養や画像検査の準備ができる。

3. スキルアップの＋1:膿尿に注意!

高齢者や糖尿病患者は無症候性細菌尿の頻度も高く、**膿尿があっても他の感染症がないか必ず評価する**。逆に膿尿がない腎盂腎炎も存在し、閉塞性腎盂腎炎では膀胱尿中の白血球数が上昇していないことがあるので、超音波検査の所見で判断することが重要である¹²⁾。

4. キーポイント

□チェック所見

- ✓超音波:肝胆膵、腸管壁肥厚、水腎、尿閉
- ✓X線:胸膜炎、free air

□対応

- ✓ルート確保
- ✓尿路閉塞起点があれば膀胱カテ留置
- ✓検査:血液・尿培養
- ✓抗菌薬:ESBL産生菌が多い圏域ではセフメタゾール 1 gかスルバシリン 3 g。少ない圏域ではセファゾリン 2 gかセフトリアキソン 2 g。バイタルサインが安定し1時間以内に搬送できれば、抗菌薬なしでの搬送も選択肢

発熱×頭痛

1. 診療のポイント

念頭におくべきは**細菌性髄膜炎と脳炎**である。項部硬直より感度の高いjolt accentuationを重視する。細菌性髄膜炎が疑われた際の診療手順は、日本神経学会の細菌性髄膜炎診療ガイドラインを参照されたい。インフルエンザやCOVID-19など、確かな診断がつけば髄液検査は不要だろう。逆に、熱源を同定できていない中で、頭痛、意識障害、嘔吐などがあれば、髄液検査を積極的に検討する。**髄液検査が手技的に困難であれば、血液培養採取の上でセフトリアキソン 2 gを投与し、早期搬送する**。髄液検査をした際には、搬送先でグラム染色や培養が確認できるように髄液検体も一緒に搬送するとよい。

2. 診療所での初期対応

血液培養を採取し、肺炎球菌、黄色ブドウ球菌、インフルエンザ菌をカバーする**セフトリアキソン 2 g**を投与しながら搬送する。搬送先で他の抗菌薬の追加が検討される。肺炎球菌性髄膜炎に対しては**抗菌薬投与前のデキサメタゾン投与**で予後の改善を期待でき、常備があれば投与する。

3. キーポイント

□チェック所見

✓jolt accentuation

□対応

✓ルート確保

✓検査:血液培養, 可能であれば髄液検査, 髄液培養

✓抗菌薬:セフトリアキソン2g, 抗菌薬前にデキサメタゾン0.15mg/kg

終わりに

診療所での重症感染症の拾い上げ方法と初期対応を記載した。各自のフィールドごとにできる対応は異なるため、日頃から直近の後方機関と顔の見える関係を構築し、搬送前にすべきことを地域ごとに意思疎通しておきたい。

地域を支えるプライマリ・ケア医からのベストを尽くした搬送に対して高次医療機関としてもベストを尽くして応え、元気な姿で地域に患者さんに戻っていただくことで一緒に地域医療を担いたい。

参考文献

1) Shime N, Nakada TA, Yatabe T, et al: The Japanese Clinical Practice Guidelines for Management of Sepsis and Septic

Shock 2024. J Intensive Care 2025; 13(1): 15.

- 2) Egi M, Ogura H, Yatabe T, et al: The Japanese Clinical Practice Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2020 (J-SSCG 2020). J Intensive Care 2021; 9(1):53.
- 3) Askim Å, Moser F, Gustad LT, et al: Poor performance of quick-SOFA (qSOFA) score in predicting severe sepsis and mortality – a prospective study of patients admitted with infection to the emergency department. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2017; 25(1): 56.
- 4) Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al: Surviving sepsis campaign:international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Crit Care Med 2021; 49(11): e1063-e1143.
- 5) Royal College of Physicians: National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party, RCP, London, 2012.
- 6) Hernández G, Ospina-Tascón GA, Damiani LP, et al: Effect of a Resuscitation Strategy Targeting Peripheral Perfusion Status vs Serum Lactate Levels on 28-Day Mortality Among Patients With Septic Shock: The ANDROMEDA-SHOCK Randomized Clinical Trial. JAMA 2017; 321(7): 654-664.
- 7) Ait-Oufella H, Lemoine S, Boelle PY, et al: Mottling score predicts survival in septic shock. Intensive Care Med 2011; 37(5): 801-807.
- 8) Kumar A, Roberts D, Wood KE, et al: Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med 2006; 34(6): 1589-1596.
- 9) Park HY, Suh GY, Song JU, et al: Early initiation of low-dose corticosteroid therapy in the management of septic shock. Crit Care 2012; 16(1): R3.
- 10) Wong CH, Chang HC, Pasupathy S, et al: Necrotizing fasciitis: clinical presentation, microbiology, and determinants of mortality. J Bone Joint Surg Am 2003; 85(8): 1454-1460.
- 11) Haywood CT, McGeer A, Low DE: Clinical experience with 20 cases of group A streptococcus necrotizing fasciitis and myonecrosis: 1995 to 1997. Plast Reconstr Surg 1999; 103(6): 1567-1573.
- 12) 樋口大, 小林尚平, 中村嗣:膿尿陰性を呈する腎盂腎炎の臨床像とその診断方法についての検討. 島根県立中央病院医学雑誌 2020; 44: 51-54.

診療所での感染対策

－PPEと動線管理, 環境感染や今後の感染症危機管理への対応・備え－

東北医科薬科大学 大学院医学研究科社会地域医学領域感染症学 教授

遠藤史郎

医学部感染症学教室 教授

医学部感染症危機管理地域ネットワーク寄附講座 教授(兼)

病院感染制御部 部長, 感染症内科 科長

抄録

COVID-19パンデミックを経て, 個人防護具の適切な使用や備蓄を含む感染対策の重要性が再認識された。感染対策には, 確実な効果が見込める対策から, 運用の質によっては効果が大きく左右される対策までさまざまな対策がある。次なるパンデミックに備えるには, 限られた資源で最大の効果を発揮できる対策を選定し, ファシリティマネジメントの視点を取り入れた平時からの準備が, 医療施設には求められている。

感染対策における個人防護具(PPE)の意義と限界

Hierarchy of Controlsの視点から考える効果的な備え

COVID-19パンデミックを経て, 私たちは改めて「感染対策」の重要性と, その多層的なアプローチの必要性を痛感した。中でも, 個人防護具(Personal Protective Equipment: PPE)の適

切な使用や備蓄, 動線の管理といった基本的な対策の徹底が, 現場での感染拡大防止に大きな役割を果たした。

感染症は一般に, ①原因となる微生物(病原体), ②感染を受ける宿主, ③感染経路という3要素によって成立するとされている(図1)。しかし, ①の病原体を完全に排除することは現実的に不可能であり, ②の宿主に対して全感染症への免疫を付与することもまた非現実的であ

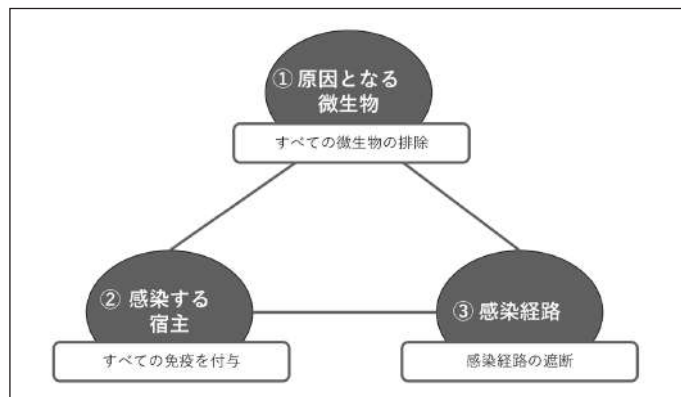


図1 感染成立の3要素

(文献1)より引用, 著者改変作成)

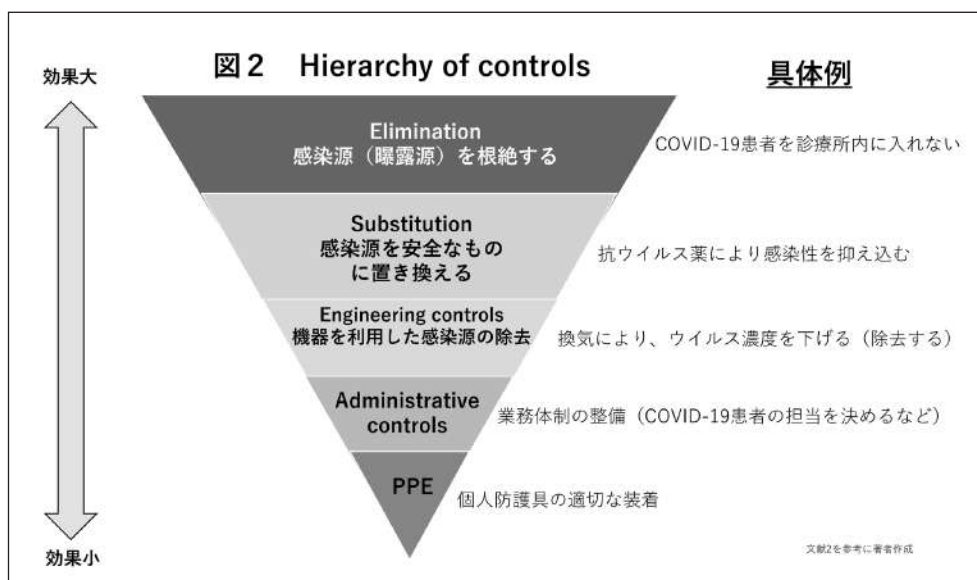


図2 Hierarchy of controls

〔文献2〕を参考に著者作成

る。したがって、感染対策の基本は「③感染経路の遮断」にあると考えられている¹⁾。

この原則を実践的に応用する枠組みとして、米国疾病予防管理センター（CDC）が提示している“Hierarchy of Controls（曝露制御の階層構造）”が挙げられる（図2）²⁾。これは労働現場での有害因子への曝露を最小限にするための優先順位を示したもので、感染症対策においても応用が可能である。以下、その5段階を感染制御の観点から整理する。

第1階層：Elimination（感染源の除去）

最も効果的とされる対策が“Elimination”，すなわち感染源そのものの除去である。感染源が存在しなければ曝露も発生せず、結果として医療従事者を完全に保護することが可能になる。しかし、現実の医療現場では、感染症患者の診療を避けることは困難であり、ウイルスや細菌といった病原体を物理的に排除することはほぼ不可能である。そのため、Eliminationは理念としては理想的であるものの、臨床現場では現実的な選択肢とはならない。

第2階層：Substitution（より安全な代替）

次に示されているのが“Substitution”，すなわち感染源をより感染性の低い、あるいは無害なものに置き換えるという考え方である。感染症

対策においては、ワクチン接種や抗ウイルス薬の導入がこれに該当する。例えば、COVID-19におけるmRNAワクチンの接種や経口抗ウイルス薬の導入は、感染力や重症化リスクを下げる手段として重要であった。

しかし、パンデミック初期においては、ワクチンや治療薬が未整備である場合が多く、“Substitution”の実行には時間的な制約が伴う。また、全ての感染症に対して有効な治療法やワクチンが存在するわけではないことから、“Substitution”も常に万能な解決策とはならない。

第3階層：Engineering Controls（工学的対策）

“Engineering Controls”は、設備や機械を用いて物理的に感染リスクを低減する方法である。COVID-19対策においては、既存の換気設備の強化、空気清浄機の導入などがその具体例となる。この対策の最大の利点は、「人の行動に依存せず一定の効果が得られる」という点である。つまり、医療従事者の習熟度や判断力に頼ることなく、機械的に感染リスクを制御できる。一方で、導入には初期投資が必要であり、空調に関する知識やファシリティマネジメントとの連携が不可欠である。特に、平時からこうした工学的対策を講じておくことが、パンデミック初動時の備えとして極めて重要である。

第4階層:Administrative Controls(管理的対策)

“Administrative Controls”は、業務手順や職場環境を見直すことで感染リスクを減らすアプローチである。動線管理、勤務体制の工夫、ゾーニング、シフト調整、職員教育などが含まれる。COVID-19流行下では、多くの医療機関で職員動線の一方通行化や休憩室の使用制限などが実施された。この層の対策は比較的柔軟で即応性があるが、その効果は運用の精度や職員の遵守状況に大きく左右されるため、「管理の質」が問われる。また、持続的な教育やマニュアルの整備が不可欠である。

第5階層:Personal Protective Equipment (PPE:個人防護具)

最下層に位置づけられるのが、PPEによる感染対策である。具体的には、手袋、マスク、アイシールド、ガウンなどが挙げられる。PPEは最も手軽に導入できる反面、装着方法が不適切であれば期待される効果を発揮できないという欠点がある。筆者がCOVID-19のクラスター事例を経験した際には、全スタッフがN95マスクを着用していたにもかかわらず感染が拡大したケースがあった。その際、SIBATA製「MT-05U」³⁾という機器を用いてN95マスクの漏れ率測定を実施したところ、多数のスタッフで装着不良が判明した(表1)。このことから、PPEは「使い次第」であり、適切な装着訓練が不可欠である。

PPEは最後の感染防御であるという認識

Hierarchy of Controlsに基づけば、PPEは「最後の防御手段」であり、それ単体での感染対策としては不十分であることを認識しておく必要がある。特にパンデミック初期においては、“Elimination”や“Substitution”は困難であり、“Engineering Controls”を事前に整備していない状況では、どうしても“Administrative Controls”やPPEに頼らざるを得ない。したがって、次なるパンデミックへの備えとしては、平時からの工学的対策(換気・設備)と人的対策(教育・手順整備)の組み合わせを前提とし、その上でPPEの正しい活用とトレーニング体制を

表1 N95マスクの漏れ率

	N95マスクの種類	漏れ率 (%)
スタッフ1	A	0.64
スタッフ2	A	0.75
スタッフ3	A	2.11
スタッフ4	A	0.71
スタッフ5	A	4.39
スタッフ6	A	2.33
スタッフ7	A	0
スタッフ8	A	0.72
スタッフ9	A	0.22
スタッフ10	A	0.35
スタッフ11	B	48.29
スタッフ12	B	15.06
スタッフ13	B	17.25
スタッフ14	B	4.72
スタッフ15	B	63.67
スタッフ16	B	5.2
スタッフ17	B	12.88
スタッフ18	B	6.04
スタッフ19	B	4.91
スタッフ20	B	57.54
スタッフ21	B	81
スタッフ22	C	11.61
スタッフ23	C	3.04
スタッフ24	C	28.23

漏れ率は5%以下が適切に装着されていると判断する。多くのスタッフが適切に装着できていなかった。

SIBATA 労研式マスクフィッティングテスター MT-05U を使用し漏れ率を実測した。適切な装着を学ばないと N95 マスクの効果が得られないことがある。
〔筆者データ提供〕

整備することが不可欠である。

PPEの準備・備蓄は当然ながら、それを正しく使うための「仕組み」こそが、医療従事者や施設利用者の命を守る鍵となるのである。

PPEを正しく理解するために

PPEは、医療従事者自身を病原体から守るための基本的な装備である。理論的には全てのPPEを常に装着すれば最大限の効果が得られるが、現実にはコストや装着時の不快感、作業効率の低下といった要因から、常時フル装備をすることは現実的ではない。加えて、過剰なPPEの使用は、着脱時の交差感染リスクを高める要因にもなり得るため、必要なPPEを、必要な場面で、適切に選択して使用することが極めて重要である。PPEの適切な選択と使用には、「標準予防策」と「感染経路別予防策」の理解が不可欠である。

1. 標準予防策(Standard Precautions)の理解

標準予防策とは、全ての患者の血液、汗を除

く体液、分泌物、排泄物、損傷皮膚、粘膜は感染性があると見なして対応する〔※〕感染予防の概念である。この考え方にに基づき、医療従事者はこれらに直接触れる際にはPPEを選択し、感染の拡大を防ぐことが求められる。

2. 主なPPEの基本と注意点⁴⁾

(1) 手袋: 前述の〔※〕に接触する必要がある場合に装着し、次の場面に移る際には必ず交換することが原則である。具体的には、①異なる患者の処置前後、②同一患者内でも処置が変わるごとに交換する。また、③使用直後には手袋を外し、清潔な環境や物品に触れる前に必ず手指衛生を実施する。手袋は微細な穴や破損のリスクがあるため、「装着＝完全防護」とは限らない。

(2) マスク・ゴーグル・フェイスシールド: これらは口、鼻、眼などの粘膜を飛沫やしびきから防護するために用いられる。装着時の目的を明確にし、脱着の際には汚染面に触れないよう注意することが重要である。

(3) エプロン・ガウン: 衣類や皮膚を血液や体液から守るために着用する。撥水性がある素材が望ましく、患者の部屋を出る前に脱ぐのが原則である。脱着手順を誤ると、PPE自体が感染源となる可能性があるため、特に注意が必要である。

3. 感染経路別予防策によるPPEの追加選択

標準予防策に加え、感染経路に応じたPPEの追加が必要である。感染経路別予防策は「接触感染」「飛沫感染」「空気感染」の3つに分類される。COVID-19の流行により、「飛沫」と「空気」感染の境界については新たな理解が進んでいるが⁵⁾、本項では従来の定義に基づいて説明する。

(1) 接触感染対策: 病原体が手や物品を介して伝播する場合に該当する。この場合、手袋とガウンの装着が必須である。

(2) 飛沫感染対策: 咳やくしゃみによる飛沫が、比較的近距离で感染を引き起こす経路である。サージカルマスクの装着が必要であり、可能であればアイシールドやゴーグルも推奨される。

(3) 空気感染対策: 空中に浮遊する微小粒子によって広範囲に感染が広がる場合には、N95マ

スクなどの高性能呼吸器防護具の装着が必須である。結核や麻疹、水痘などが該当し、陰圧室での管理が望まれる。

PPEは、誰もが使える「最後の対策」であると同時に、正しく使えなければ期待した感染防御効果は得られない。過不足なく適切に選択・装着・廃棄するためには、標準予防策と感染経路別予防策の理解が必要となる。感染拡大を防ぐためには、PPE単体での対応ではなく、感染経路の遮断を念頭に置いた総合的な対策の一部として、PPEを効果的に活用する視点が不可欠である。

PPEの備蓄に関する基本的な考え方

PPEの備蓄量は、流行する感染症の感染経路や地域の流行状況、診療所の規模や診療体制によって柔軟に調整する必要があるが、感染症法に基づく「医療措置協定」に関するガイドライン⁶⁾では、通常使用量の2ヵ月分以上の備蓄が推奨されている。

診療所において備蓄すべきとされるPPEは、以下の5物資である。

- ・サージカルマスク
- ・N95マスク
- ・アイソレーションガウン
- ・フェイスシールド
- ・非滅菌手袋

これらは、感染症流行時における基本的なPPEであり、供給の混乱が発生した際にも診療体制を維持するために不可欠である。

また、PPEには使用期限があることにも留意が必要である。備蓄にあたっては、日常的な使用量を踏まえて計画的に使用・更新し、期限切れによる廃棄を最小限に抑える運用が求められる。具体的には、「先入れ・先出し」の原則を適用し、日常業務の中で定期的に循環使用する体制が望まれる。さらに、PPEの効率的な備蓄と供給を実現するには、単一の医療機関だけでなく、地域の医療機関や行政との連携を図ることも重要である。災害医療ネットワークや地域医師会、医療圏単位での物資調

表2 1診療所あたりの個人防護具の1週間・2ヵ月想定消費量(全国平均)

	サージカルマスク	N95マスク	アイソレーションガウン	フェイスシールド	非滅菌手袋
病床なし(1週間想定)	79	6	17	11	272
病床あり(1週間想定)	160	7	19	13	662
病床なし(2ヵ月想定)	674	55	149	98	2332
病床あり(2ヵ月想定)	1370	57	165	114	5668

単位は枚数

〔文献6〕より引用、筆者作成〕

整の枠組みを活用することで、必要時に迅速かつ柔軟な対応が可能となる。

なお、表2には、1診療所あたりのPPEの想定使用量(全国平均)として、1週間および2ヵ月間の消費見込みが記載されている。各施設ではこのような数値を参考にしつつ、実情に応じた備蓄計画を検討してみてはいかがであろうか。

今から考えておくべきこと 一次なる感染症拡大に備えてー

厚生労働省は、パンデミックや大流行の恐れがある疾患を「重点感染症」として分類し、その中でも呼吸器感染症を主とする疾患が特に高リスクであるとしている⁷⁾。我々はCOVID-19パンデミックを通じて、エアロゾル感染のリスクとその制御の難しさを痛感し、単にマスクを装着するだけでは不十分であること、またN95マスクの常時使用が現実的ではないことも学んだ。感染対策の基本は、“Hierarchy of Controls(曝露対策の優先順位)”に沿って、複数の対策を組み合わせ、リスクを段階的に低減することにある。例えば、診療所内の換気状況が良好であれば(Engineering controls)、N95マスクを装着せずとも、サージカルマスクの装着でエアロゾル感染をある程度抑制できる可能性がある(図3参照)⁸⁾。ただし、換気は視認できない要素であるため、実際には不十分にもかかわらず「できているつもり」になってしまうリスクがある。開窓による自然換気は有効な手段の一つであるが、気象条件(気温・風量)により換気効

率が大きく変動するため、常に安定した効果を期待することは困難である。WHOの“Housing and Health Guidelines”⁹⁾では、健康的な生活環境のために室温の基準を夏季は28℃以下、冬季は18℃以上としている。しかし、このような環境を保つためには、窓を開けにくくなることもあり、外気に依存しない安定した換気体制＝ファシリティマネジメントの重要性が高まっている。

そのため、今後の感染対策においては、まず施設に備え付けられている換気システムの稼働状況を把握し、実際の風量(給気・排気)を測定することが不可欠である。測定には小型の風量計(図4)などを用いることで、現場でも実用的に評価が可能である。当院ではこのような機器を活用し、病棟の換気性能を定期的に確認している。

また、換気設備は経年劣化や使用条件により性能が低下するため、定期的な点検・測定が求められる。もし、単独の医療機関で風量測定機器を保有することが困難であれば、地域の医師会や地域でのネットワークを通じて、機器の共同利用や情報共有の体制を整えることも検討してみてはいかがであろうか。

さらに、換気システムの補完策として、ポータブル空気清浄機の導入も有効である。ただし、導入にあたっては、フィルターの性能や清浄機が対応可能な風量の確認が必要である。単に設置するだけでは効果は保証されないことにも注意が必要である。感染症対策には「これさえあれば万全」という唯一の手段は存在しない。複

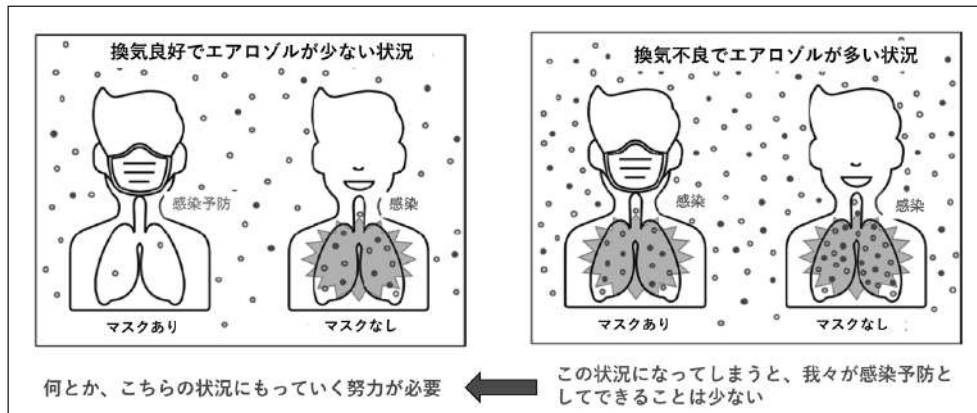


図3 施設内の換気システムを整えることが重要

〔文献8〕より引用改変〕



図4 当方で使用している風量計の一例

(https://www.kanomax.co.jp/img_data/file_730_1513755662.pdf より引用)

数の手段を重層的に講じることにより、リスクを現実的に低減していくという視点が必要である。また、これらの対策には相応のコストが伴うことを施設側・地域全体で理解し、中長期的な備えとして捉える視点が求められる。

中でも、日常的に意識せずとも効果を発揮する“Engineering controls(工学的対策)”を中心に据えたファシリティマネジメントの整備こそが、今後の感染症対応の中核となるはずである。Next Pandemicを見据え、今から実現可能な対策を一つひとつ積み重ねていくことが、感染症危機管理に強い診療体制構築につながると思われる。

参考文献

- 1) 厚生労働省, 感染対策の基礎知識. <https://www.mhlw.go.jp/content/000501120.pdf>(accessed 2025 Jun 25)
- 2) CDC, The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Hierarchy of Controls. <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-3/2.html>(accessed 2025 Jun 25)
- 3) 労研式マスクフィッティングテスターMT-05U. <https://www.sibata.co.jp/item/8269/?srsltid=AfmBOopNSIQHBTpbnVoJ0k6JpiBSku07xsTA0EtcCr222BYzEYebGr->(accessed 2025 Jul 10)
- 4) 一般社団法人日本環境感染学会, 教育ツールVer.4. 02. 標準予防策. http://www.kankyokansen.org/modules/education/index.php?content_id=5(accessed 2025 Jun 25)
- 5) World Health Organization, Leading health agencies outline updated terminology for pathogens that transmit through the air, 18 April 2024. <https://www.who.int/news/item/18-04-2024-leading-health-agencies-outline-updated-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air>(accessed 2025 Jun 25)
- 6) 厚生労働省, 感染症法に基づく「医療措置協定」締結等のガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001271041.pdf>(accessed 2025 Jun 25)
- 7) 厚生労働省, 重点感染症リストの見直しについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001461256.pdf>(accessed 2025 Jun 25)
- 8) Cheng Y, Ma N, Witt C, et al: Face masks effectively limit the probability of SARS-CoV-2 transmission. Science 2021; 372(6549): 1439-1443.
- 9) WHO HOUSING AND HEALTH GUIDELINES. World Health Organization, 2018.

感染症患者の家族への助言

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科 教授 福地貴彦

抄録

感染症患者の家族への指導は、感染経路別の具体的対策を基本とし、病原体ごとの特徴を踏まえて行うべきである。医療従事者は適切な対応策を理解し、分かりやすく伝える必要がある。過度な対策は患者にスティグマを与えるため、必要最低限の対策とする。基本対策として、飛沫感染対策(マスク着用, フィジカルディスタンス, 換気, 手指消毒), 接触感染対策(手洗い, 消毒), 空気感染対策(換気), 血液・体液感染対策がある。緊急ワクチン接種が有効な疾患がいくつかある。

特集

序文

感染症患者の家族への説明の仕方として、「感染に気を付けてください」では何をどのように気を付けてよいか伝わらない。糖尿病患者に「食事に気を付けてください」と言っている、何の指導にもなっていないと同様である。最低限、**感染経路別の対策**を前提として、さらに特定の病原体の時(後述)に、注意点を増強するイメージで伝える。そのため、医師・医療職は病原体ごとの感染経路および適切な対応策を知っていて、それを分かりやすく伝える必要がある。

読者諸兄は、院内の感染制御業務に携わったことはあるだろうか。どんなに口を酸っぱくして説明していても、常に全員100%完璧という感染対策はあり得ない(もしあったらぜひ教えてほしい。軍隊だろうか?)。医療従事者ですらできないレベルの病院内での対策を、そのまま一般家庭に持ち込んだところで、一般人が十分にできるはずがない。そのため、多少差し引

いて「ここは頑張りましょう」「これは仕方ないです」と現実的なところで落としどころを付けてあげるのも、大切なことである。

1. 重要な追記点「スティグマ」

感染対策を論じる上で、とても重要な概念がある。ほんの20年ほど前、HBV患者は、ディスポーザブル容器で食事を提供されていた時代があった。もちろん、エビデンスもなく、まったく資源の無駄であり、患者に「自分は感染症患者である」という無用の精神的負荷を与えていた。HIV患者に至っては、複数の病院や医療機関で、そもそも出入り禁止という時代も長かった。無自覚・無批判・無エビデンスな「感染対策」が、そういう対応を作り出した。過剰な対応策が、患者と患者家族に「スティグマ」を植え付けた側面がある。感染対策は、その意味で**必要最低限**であるべきである。

2. エビデンスの蓄積とともに、必要な対策は変わっていく

コロナ禍の初期には、フルPPEが求められたが、医学の進歩と情報の蓄積により、段階的に対策が弱まっていった。しかし、すでにコロナ禍の始まりから5年も経過したが、いまだにフルPPE+N95マスク+面会制限という医療機関があるのを見聞きすることもある。感染症診療が、最初はempiric therapyで広域抗菌薬であったものを、病原体が判明したらde-escalationし狭域抗菌薬にするのと同様、感染対策も原因病原体と感染性が分かったらde-escalationするものなのだ。

感染経路別の基本的対策

分類として、飛沫感染対策、接触感染対策、飛沫核(空気)感染対策、血液・体液感染対策が挙げられる。同居家族の場合には、物品の準備が難しく、標準予防策はあまり現実的ではないと考えられるため、省略している。その他は基本的に病原体別の感染対策の分類に従った対策であるが、それぞれ追加で考慮すべき病原体に*を付け、文言を付記した。わが国ではまれな病原体は割愛している。

また、緊急ワクチン接種は重要な概念であるため、別項で追記した。

1. 飛沫感染対策

多くの病原体は飛沫感染対策が必要である。以下に病原体を列举する。*インフルエンザ、*COVID-19、*RSV、*パルボウイルスB19、その他の多くの呼吸器ウイルス、*A群β溶血性連鎖球菌、*百日咳、マイコプラズマ、*肺炎球菌、*髄膜炎菌など。

具体的対策は以下のとおりである。

- 患者のマスク着用(サージカルマスクで充分)
- 可能なら部屋を分ける
- 患者との接触時、家族のマスク着用、かつ可能なら1～2 mの距離を保つ(フィジカルディスタンス)
- 食事などマスクを外すタイミングに要注意: できれば食事タイミングをずらすか、隔離された部屋で患者は喫食する

- 患者のいるスペースを定期的に換気する
- 洗面台+トイレなどの共用スペースで、手が直接触れる部分の消毒

***インフルエンザ:** 曝露後に発症予防のため、抗ウイルス薬を考慮することはある。もともとの投与設計はオセルタミビルで10日間であるが、近年もっと短くても良いかもしれないという報告もある。ただし同居家族は10日間が無難だろう。

-流行シーズン前にワクチン接種が勧められる。高力価ワクチン(エフルエルダ[®])が承認され、より高い発症予防効果が期待できる。

***COVID-19:** 曝露後予防に関して数々の研究があるが、ワクチン接種者では内服薬はほぼ意味はなく、有効なのは点滴のレムデシビル(ベクルリー[®])のみ。

-CDCは、成人に対してワクチン接種を推奨しており、高リスクの個人(高齢者、ワクチン未接種者、心・肺・腎・肝・代謝・脳疾患合併患者、免疫不全患者、担癌患者、肥満者、妊婦など)には特に重要であると表現している。

***RSV:** 特に曝露後予防として確立しているものはない。ただし、下記の状況にはそれぞれ予防のエビデンスはあるため、流行時期の前に対策をしておく。

-早産児、心肺疾患、免疫不全、ダウン症児: もともとパリピズマブ(シナジス[®])が予防投与として使用されていたが、2024年3月からその発展版のニルセビマブ(バイフォータス[®])が販売承認されている。いずれもきわめて高額であり、基礎疾患を診療している小児科医のもとで接種が推奨される。

-妊婦: 妊婦に接種することで新生児をRSV感染症から守るというスタンスで、2024年からアブリスボ[®]というワクチンが接種可能になっている。下記百日咳ワクチンと同様、妊婦に接種を推奨したい。

-高齢者: 高齢者に接種することで、RSV感染症や重症化をある程度予防できる。乳児と異なり、成人でRSVを調べる機会が非常に少ないため実感しにくい。意外と多い。アレックスビー[®]というワクチンがあり、本稿執筆時点で、ごく一部の自治体が補助を開始している。

***パルボウイルスB19:** 免疫を持っていない妊娠20週未満の妊婦の場合、胎児水腫など胎児に重篤な合併症を来すことがある。ただしこの疾患は、症状が出

現する7日前から感染性があるため、診断がついた時点でできることはあまりない。

***A群β溶血性レンサ球菌(溶連菌):**有効な抗菌薬投与後、24時間で感染性は消失する。

***百日咳:**曝露後3週間以内にマクロライド系抗菌薬を投与することで、症状の軽減と有症状期間の短縮が期待できる。CDCはアジスロマイシンないしクラリスロマイシンを推奨しているが、わが国での保険適応はなく、用量や投与設計も異なる。

-マクロライド耐性株やマクロライド禁忌の患者に対しては、ST合剤を使用する。

-ワクチン未接種の新生児から乳児は重症化する可能性が高い。

-本来はワクチンで予防すべき病原体であり、2016年に三種混合ワクチン(D-tap:トリビック®)が成人への適応を取得した。副作用の観点からは、Tdap(Boostrix®)が望ましいが、これは輸入ワクチンであり、どこでも接種可能なワクチンではない。

-新生児の重症化を予防するためにも、女性が妊娠したら、百日咳のワクチン接種を積極的に推奨するべき。残念ながら、曝露後にワクチン接種しても発症予防効果はない。

***肺炎球菌:**本来は鼻咽頭にコロナイズしている肺炎球菌が、ウイルス感染を契機に下気道感染症を来すと考えられており、特に家族が発症したから曝露後予防を考慮する病原体ではない。

-小児期のPCV20(プレベナー®)が侵襲性肺炎球菌感染症の予防のために重要である。

-高齢者や免疫不全者に対する、PPSV23(ニューモバックス®)やPCV20(プレベナー®)も重要なワクチンであるが、適応や自治体からの補助など複数の要素が関連し複雑であるため、本稿では割愛する。

***髄膜炎菌:**わが国ではまれな病原体であるが、もし髄膜炎菌による患者が発生した場合には、同居家族や曝露した者に対して、リファンピシンかセフトリアキソンでの予防投与が推奨される。ただしいずれも保険適応はない。

***ヘモフィルス・インフルエンザtype B:**小児期のワクチンの普及により、重要性はかなり低下した。もしワクチン未接種の小児が家族にいれば、リファンピシンでの予防投与を検討する。

2. 接触感染対策

*ノロウイルス、手足口病、伝染性膿痂疹(とびひ)、*疥癬など

- 基本は十分な手洗い(手袋を過信しない)
- コロナ禍で、アルコール擦り込み式消毒剤も一般に市販されるようになった。一家に1つは常備しておき、基本的には患者とその周辺に触ったら、1回アルコールを擦り込む動作を繰り返す
- 手洗い+トイレなどの共用スペースの手が触れる部分の消毒

***ノロウイルス:**アルコール不耐性なので、患者および患者の近辺に触れた際に、毎回流水で洗浄する必要がある。

-吐物処理後は、薄めた次亜塩素酸(ハイター®など)で拭き取る必要がある。

***疥癬:**衣服や寝具が感染源になることもあり、患者が着用したものは、アイロンを当てたり、乾燥機にかけたりすることも有効である。

3. 空気感染対策

*水痘带状疱疹ウイルス(水痘と带状疱疹を分けて考える)、麻疹、結核

- 十分な換気:結核の場合には、患者が塗沫陽性であれば入院しているはずなので、入院せずに外来治療の場合には、特に感染対策を気にしなくてよい。結核では飛沫感染は起こらない。
- N95マスクは一般人が適切に装着することは困難である。

***水痘と播種性带状疱疹:**ウイルス量が多く、空気感染対策が必要になる。ただし、皮疹が出現したところにはもう曝露していることが多く、緊急のワクチン接種や抗ウイルス薬が適応になることがある。

-そのため、水痘を診断したときには、医療者から家族内のワクチン未接種者を探し出し、積極的に接種する機会にしたい(理想的な対策は後述)。

-带状疱疹のみの場合には、皮膚から放出されるウイルス量は少量であり、表面をガーゼ+保護剤で覆えば、感染性はほぼなくなる。

***麻疹:** 診断がついたときには既に周囲にウイルスを放出しており、感受性者はほぼ100%発症する。小児期のワクチン接種が極めて重要であり、麻疹発生時に慌てないこと。

4. 血液・体液感染対策

HIV (Human Immunodeficiency Virus: ヒト免疫不全ウイルス), *HBV (Hepatitis B Virus: B型肝炎ウイルス), HCV (Hepatitis C Virus: C型肝炎ウイルス)

性感染症: 梅毒, クラミジア, 淋病, HIV, *HBV. 本来別の感染経路であるが、重要な感染症が重複しているため、同列に論じる。

- 単なる同居家族にうつる可能性は極めて低い。
- ただし、性行為のパートナーは当然感染のリスクがあるため、原則として同時治療が勧められる。
- また母子感染の場合は特別の配慮が必要であるため、妊婦に関しては産科とも相談の上で協働すべきである。

***B型肝炎:** 感染力が強く、軽微な外傷出血から感染する事例がある。そのため、HBV陽性患者の同居家族には、あらかじめHBVワクチン接種を強く推奨する。乳児に対するHBVワクチンの定期接種が始まったのは、2016年4月からであり、それ以前に出生している日本生まれの人は、医療従事者以外は免疫を持っていない可能性が高い。

特別な対策を要する個人

1. 妊婦

妊婦は特定の病原体により、胎児を深刻なリスクにさらすことになる。感染経路別対策と重複する内容もあるが、妊婦自身に曝露する機会を減らすよう指導する必要がある。

- **風疹:** 先天性風疹症候群のリスクとなる。妊娠判明前にワクチンを2回接種しておくことが理想的
- **サイトメガロウイルス (CMV):** 先天性CMV感

染症のリスクとなる。予防対策は難しい。

- **パルボウイルスB19:** 胎児水腫のリスクとなる。予防対策は難しい。
- **COVID-19:** 流産や重症化のリスクが増えるため、ワクチン接種が推奨される。
- **梅毒:** 先天性梅毒のリスクとなる。1日も早くベンザチンペニシリン(ステルイズ®)を接種できる医療機関に紹介する。

2. 免疫不全患者

全ての感染症で、重症化するリスクが高くなると考えた方がよい。曝露してから対処するより、可能なものは全てワクチン接種しておくことが望ましい。ワクチンがないものや効果が期待しにくいもの、重症化のリスクが高いような病原体の場合には、患者から「逆隔離」することもある。

緊急ワクチン接種が有効な疾患

1. 麻疹

- 接触後72時間以内の緊急ワクチン接種で予防可能
- 2回ワクチン接種歴がない家族が対象

2. 水痘

- 接種後72時間以内の緊急ワクチン接種で予防可能
- 水痘の既往歴や2回のワクチン接種歴がない家族が対象

3. A型肝炎

- 接触後2週間以内のワクチン接種で予防可能

注1) 麻疹と水痘

麻疹と水痘は、本来小児期に全員接種しておくべきワクチンである。患者が発生してから、慌てて未接種者を探し出して追加接種するという後手に回る対応ではなく、**自分の医療圏には未接種者は誰もいないという状況に、あらかじめしておくことが望ましい。**

注2)風疹, おたふくかぜ

緊急ワクチン接種の適応はないが, 風疹, おたふくかぜも上記の麻疹と水痘と同様である. 重要なので再掲するが, **自分の医療圏には未接種者は誰もいない**という状況に, あらかじめしておくことが望ましい.

最後に

感染症発症時の家族への指導・教育と言っても, 一般家庭でできることは限られる. そのため, 本稿では曝露後予防および曝露前予防にも多くの文面を割いた. 一般外来のタイミングが, ヘルスマンテナンスの場として重要である. 患

者のワクチン接種歴を, 常に把握しておき, 必要に応じてアップデートしておく必要がある. ここ数年新しいワクチンが数多く使用できるようになってきたため, 本稿がその整理となることを期待している.

参考文献

- 1) 感染予防, そしてコントロールのマニュアル Nizam Damani 監修 岩田健太郎 監訳 岡秀昭, 2013年, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京.
- 2) CDCのホームページ, ワクチン, 感染経路別対策など<https://www.cdc.gov/>(accessed 2025 Jun 10)

届出が必要な感染症と サーベイランス

茨城県立中央病院 内科(感染症) 部長 秋根 大
自治医科大学感染免疫学講座 非常勤講師(茨城29期)

抄録

感染症発生動向調査は、感染症の早期発見と拡大防止を目的とする国の重要なサーベイランス制度であり、その基盤となっているのは臨床医からの届出である。筆者が実際に経験した症例(腸管出血性大腸菌感染症や麻疹)においても、保健所への早期の連絡やその後の密な連携が公衆衛生対策に大きく寄与した。ときには届出基準を満たさない段階でも、疑い症例として保健所と相談・連携する姿勢が重要である。

はじめに

国が行う感染症サーベイランスは、感染症の予防と対策に迅速に還元するために、有事に発生の早期探知を行い、情報収集・分析およびリスク評価を迅速に行うことを目的としている。現在、本邦の感染症サーベイランスシステムは、感染症発生動向調査システム、病原体検出情報システム、結核登録者情報システム、感染症流行予測調査システム、疑い症例調査支援システム、症候群サーベイランスシステムなどから構成されている¹⁾。本稿では、これらのうち特に「感染症発生動向調査」に焦点を当て、その成り立ちや対象疾患を概説しつつ、地域で診療する医師の協力がなぜ重要かつ不可欠であるのかを論じたい。

感染症発生動向調査

感染症サーベイランスシステムの中でも、特に臨床医に馴染みのある「感染症発生動向調査」

は、わが国では1981年に開始された。しかし、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下、感染症法)の施行により、法に基づく施策として正式に位置づけられたのは1999年4月である。

感染症法第十二条では、医師があらかじめ定められた感染症を診断した場合、最寄りの保健所長を経由して、都道府県知事等に報告しなければならないと規定されている。都道府県は報告を受けた後、国へ報告すると同時に、患者の行動歴などに応じて他の都道府県とも情報を共有する。都道府県や国などの行政機関は、感染のまん延を防止するための対策や、医療従事者・国民への情報提供を行うが、その基礎となるのが臨床医からの届出であり、その役割は極めて重要である。発生届の記入に当たってのポイントについては、国立感染症研究所より「感染症発生動向調査事業における届出の質向上のためのガイドライン」として公開されている²⁾。

届出の対象となる感染症は、「一類感染症」から「五類感染症」までの5つの類型と、「新型イン

特集

フルエンザ等感染症」に分類されている。現時点で、一類感染症には、感染力および罹患時の重篤性の観点から極めて高い危険性を有するとされる7つの疾患が含まれている。二類感染症も同様に、高い危険性があるとされる7つの疾患が指定されている。三類感染症は、特定の職業に従事することにより集団発生を引き起こすおそれのある5つの疾患が対象である。四類感染症には、動物や飲食物などを介して人に感染する44の疾患が含まれる。これら一類から四類の感染症は、全て「全数把握疾患」に指定されており、診断した医師は直ちに届出を行う必要がある。五類感染症については、感染症発生動向調査を通じて国が情報を収集し、その結果に基づいて医療関係者や国民に情報を提供・公開することで、発生やまん延の防止を図ることが目的とされている。このうち全数報告が求められる疾患は24ある。全数把握疾患(=全ての医師に報告の義務がある疾患)や届出までの期間等について五十音順にまとめた表1を掲載した。

一方、五類感染症の中には、特定の医療機関(定点医療機関)で診断された症例のみが報告対象とされる、いわゆる「定点把握疾患」も27疾患指定されている。定点医療機関とは、あらかじめ都道府県等により指定された医療機関群であり、次のような分類がある。

- ・小児科定点医療機関(全国約2,500カ所の小児科)
- ・急性呼吸器感染症定点医療機関(全国約4,000カ所の内科・小児科)
- ・眼科定点医療機関(全国約700カ所の眼科)
- ・性感染症定点医療機関(全国約1,000カ所の産婦人科等)
- ・基幹定点医療機関(全国約500カ所、病床数300以上)
- ・疑似症定点医療機関(全国約700カ所、集中治療を行う医療機関など)

これらの定点医療機関の管理者が定期的に保健所を通じて、都道府県知事に報告すべき疾患については、表2にまとめた。

このようにして収集された情報は、現場にも還元されている。県単位の地域情報については、

各都道府県の感染症情報センターのウェブサイト³⁾で確認できる。また、より広域な情報や疾患に関する解説は、国立健康危機管理研究機構のウェブサイト⁴⁾において常時参照可能である。

感染症発生動向調査は医療現場と行政が密接に連携し、感染症の早期発見と拡大防止に重要な役割を果たしている。我々臨床医には、調査の趣旨を理解した上で、地域の公衆衛生向上に貢献していくことが期待されている。

届け出た情報はその後、どのように公衆衛生に利用されているか

医師が提出した感染症発生届が、県や国の感染症予防や対策にどのように活用されているのかについて、筆者が経験した2つの事例を紹介する。いずれも地域の中核病院での経験ではあるが、診療所における日常診療にも通じる点があるのではないかと考え、その一端をここで共有したい。

事例1:腸管出血性大腸菌感染症

患者は入院の2日前より腹痛と水様性下痢を認め、入院前日には血便も出現した。腹痛および下血が持続したため、当院へ救急搬送され、そのまま入院となった。当院では、患者の便検体から直接病原微生物の遺伝子を検出できる機器(FilmArray消化管パネル)を備えており、重症患者に対して積極的に活用している。本患者も下血を認めた上、急性腎前性腎不全およびⅡ型呼吸不全を伴っており重篤であったため、迅速遺伝子検査を実施した。その結果、検査から約1時間後には、志賀毒素産生腸管出血性大腸菌(O-157)であることが判明した。

一方で感染症法に基づく腸管出血性大腸菌の届出基準は「患者の便から腸管出血性大腸菌を培養し、その菌が志賀毒素を産生していることを確認したとき」と定められている。したがって、便検体から直接、志賀毒素産生腸管出血性大腸菌の遺伝子を検出しただけでは、法的な届出基準には該当しない。それでも筆者は、管轄の保健所に電話で一報を入れた。なぜなら、菌

表1 全数届出疾患（五十音順）

	類型	疾病名	届出の要否			届出の時期	法に基づく入院勧告の可否			就業制限通知の可否		
			患者	疑似症	顕症状態 病原体保有者		患者	疑似症	顕症状態 病原体保有者	患者	疑似症	顕症状態 病原体保有者
A-Z	4	A型肝炎	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	Bウイルス病	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	E型肝炎	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	Q熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
あ行	5	アメーバ赤痢	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	ウエストナイル熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	エキノコックス症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	1	エボラ出血熱	○	○	○	直ちに	○	○	○	○	○	○
	4	エムボックス	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	黄熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	オウム病	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	オムスク出血熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	回腸熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
か行	5	カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	キャサズル森林病	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	2	急性灰白髄炎	○	×	○	直ちに	○	×	×	○	×	○
	5	急性弛緩性麻痺	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	急性脳炎	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	狂犬病	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	クリプトスポリジウム症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	1	クリミア・コンゴ出血熱	○	○	○	直ちに	○	○	○	○	○	○
	5	クロイツフェルト・ヤコブ病	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	創傷型溶血性レンサ球菌感染症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	2	結核	○	○	○	直ちに	○	○	×	○	○	×
	5	後天性免疫不全症候群	○	×	○	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	コクシジオイデス症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	3	コレラ	○	×	○	直ちに	×	×	×	○	×	○
き行	3	細菌性赤痢	○	×	○	直ちに	×	×	×	○	×	○
	5	ジアルジア症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	ジカウイルス感染症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	2	ジフテリア	○	×	○	直ちに	○	×	×	○	×	○
	2	重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルス）	○	○	○	直ちに	○	○	×	○	○	○
	4	重症熱性血小板減少症候群（病原体がSFTSウイルス）	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	慢性的インフルエンザ病毒感染症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	慢性的髄膜炎感染症	○	×	×	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	慢性的肺炎球菌感染症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	腎臓慢性出血熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	水痘	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	西部ウマ脳炎	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	先天性風しん症候群	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	ダニ媒介脳炎	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
た行	4	炭疽	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	チクングニア熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	2	中東呼吸器症候群（病原体がMERSコロナウイルス）	○	○	○	直ちに	○	○	×	○	○	○
	3	腸管出血性大腸菌感染症	○	×	○	直ちに	×	×	×	○	×	○
	3	副チフス	○	×	○	直ちに	×	×	×	○	×	○
	4	つつが虫病	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	デング熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	1	痘そう	○	○	○	直ちに	○	○	○	○	○	○
	4	東部ウマ脳炎	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9を除く）	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	2	鳥インフルエンザ（H5N1）	○	○	○	直ちに	○	○	×	○	○	○
	2	鳥インフルエンザ（H7N9）	○	○	○	直ちに	○	○	×	○	○	○
	1	雨半出血熱	○	○	○	直ちに	○	○	○	○	○	○
	4	ニバウイルス感染症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	日本紅斑熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
な行	4	日本脳炎	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	梅毒	○	×	○	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	播種性クリプトコックス症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	埃傷風	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	3	パラチフス	○	×	○	直ちに	×	×	×	○	×	○
	5	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	ハンタウイルス肺症候群	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	鼻疽	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	百日咳	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	5	風しん	○	×	×	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	ブルセラ症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	1	ペスト	○	○	○	直ちに	○	○	○	○	○	○
	4	ペネズエラウマ脳炎	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	ヘンドラウイルス感染症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
は行	4	雅しんチフス	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	ボツリヌス症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	1	マールブルグ病	○	○	○	直ちに	○	○	○	○	○	○
	5	麻しん	○	×	×	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	マラリア	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	5	薬剤耐性アシネタ・バクター感染症	○	×	×	7日以内	×	×	×	×	×	×
	4	野兔病	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	ライム病	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	1	ラッサ熱	○	○	○	直ちに	○	○	○	○	○	○
	4	リッサウイルス感染症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	リフトバレー熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	類鼻疽	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	レジオネラ症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	レプトスピラ症	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×
	4	ロッキー山紅斑熱	○	×	○	直ちに	×	×	×	×	×	×

〔文献9〕をもとに著者作成〕

表2 感染症法の届出疾患、定点疾患

類型	定点種別	疾病名	届出の要否			届け出の時期	法に基づく入院勧告の可否			就業制限通知の可否		
			患者	疑似症	無症状病原 体保有者		患者	疑似症	無症状病原 体保有者	患者	疑似症	無症状病原 体保有者
5類感染症	基幹	クラミジア肺炎、細菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、感染性胃腸炎(ロタウイルスに限る)	○	×	×	次の月曜	×	×	×	×	×	×
		メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	○	×	×	翌月初日	×	×	×	×	×	×
	急性呼吸器感染症	急性呼吸器感染症、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症(病原体がSARS-CoV-2であるもの)	○	×	×	次の月曜	×	×	×	×	×	×
	小児科	RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発疹、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、感染性胃腸炎	○	×	×	次の月曜	×	×	×	×	×	×
	STD	性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症	○	×	×	翌月初日	×	×	×	×	×	×
	眼科	急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎	○	×	×	次の月曜	×	×	×	×	×	×

〔文献9〕をもとに著者作成〕

の培養と志賀毒素産生の確認にはさらに48時間以上を要し、その間に迅速遺伝子検査の利点が失われてしまうからである。公衆衛生上の観点からも、臨床医が把握している情報を早期に保健所と共有することは、非常に重要である。

この事例では、本患者を含め最終的に18名が腸管出血性大腸菌菌血症と診断され、保健所の疫学調査により、県内の観光果樹園で提供された試食用りんごの喫食が感染源であったと断定された。県および保健所は、この事例を受けて当該果樹園のみならず、農林部局と連携し、県内の果樹園事業者を対象とした衛生講習会を実施した。さらに、農林水産省からも各都道府県農林部局に向けて、「観光農園等における農産物の適切な取扱について(令和5年11月30日付 消費・安全局食品安全政策課長、農産安全管理課長通知)」が発出され、全国的に食品衛生管理への注意喚起がなされた⁵⁾。

本事例は、医療機関からの発生届が、県および国を巻き込んだ公衆衛生対策へと結び付いた1例である。中でも当院の症例は、最も初期に診断された患者の一人であり、迅速遺伝子検査を活用した保健所への早期かつ密な情報共有が、公衆衛生上の対応に一定の貢献を果たしたと考えている。

事例2:麻疹

患者は入院4日前に悪寒と倦怠感を自覚した。入院前日に顔面、胸腹部、前腕の皮疹と高

熱を認めた。発熱を主訴に当院救急外来を受診し、緊急入院となった。初療担当医は、(県内や患者周囲で麻疹が発生しているとの情報はなかったが)発熱と皮疹という臨床症状から麻疹を想起し、入院時から空気感染対策を実施した。麻疹の診断にはPCR検査が有用で、茨城県では茨城県衛生研究所が実施してくれる。このため、麻疹(臨床診断例)として発生届を提出した上で、保健所を通じて、茨城県衛生研究所に患者検体を輸送したところ、依頼した当日の夜遅くにPCR検査が陽性であったとの連絡があった。

診断時点での茨城県の麻疹発生状況は、2年前が1名、前年が0名、同年前月までに1名という状況であった。しかし、本患者を皮切りに、当月から翌月にかけて19名の麻疹患者が県内で報告される事態となった。これを受けて茨城県では、麻疹の感染拡大を防ぐため、独自の基準による「注意報」と「警報」を発令する制度の新設を決めた⁶⁾。

麻疹は発生数が少なくなっており、診断を実際に経験したことのある臨床医は多くはない。そのため、医療機関を受診しても早期に麻疹と診断されなかった症例が報告されている^{7,8)}。鑑別診断の段階で麻疹を想起できなければ、医療機関内における感染拡大のリスクが高まるおそれがある。このような状況下で、「地域で麻疹患者が発生している」という情報があれば、麻疹を鑑別に挙げるきっかけとなり、診断に至る可能性は高くなる。すなわち、臨床医が提出する感

染症発生届は、他の臨床医が感染症を早期に診断する手助けとなることにもつながるのである。

保健所との連携のポイント ー正式な報告より前の段階で 相談するという選択ー

疑似症の段階で届出が求められる疾患は多くはない(表1)。しかし、筆者は症例が届出基準を満たしていない段階、すなわち「疑い症例」であっても、管轄の保健所に口頭で「相談」を行うことがある。その際に筆者が判断の基準としてしているのは、以下の2点である。

- ① 公衆衛生上の危機になり得る疾患か
 - ② 商業ベースでは行われていない検査法が存在し、衛生研究所等で行政検査として実施可能か
- 例えば腸管出血性大腸菌感染症(事例1)の場合、当院では便検体を用いた遺伝子検査で診断が可能であるが、この検査結果だけでは感染症発生動向調査における症例定義を満たさない。それでも同疾患は、臨床医が1例診断した時点で、すでに地域に複数の感染者が存在する可能性がある。そのため、公衆衛生上の危機につながる可能性があると考え、定義を満たす前の段階ではあったが保健所に電話連絡を行った。実際、事例1の症例では、当院の所在地、患者の居住地、事業所所在地を管轄する保健所がそれぞれ異なっていたが、事前に連絡を入れていたことが功を奏し、正式な発生届提出後は速やかに連携・対応をしていただくことができた。

また、疾患によっては、県の衛生研究所や国立感染症研究所が行政検査として診断確定に協力してくれる場合もある。例えば茨城県では、麻疹PCR検査(事例2)に加え、つつが虫病や日本紅斑熱(いずれも四類感染症)に対して、県衛生研究所において痂皮などを用いたPCR検査を実施していただける。さらに、日本脳炎(四類感染症)の診断に際しては、県衛生研究所において血清および髄液のPCR検査が行われ、加えて国立感染症研究所にて血清中の抗日本脳炎IgM抗体を測定していただいた結果、診断確定に至った症例も経験している。

なお、保健所や衛生研究所に相談する際には、その目的を事前に明確にしておくことが重要である。保健所が対応できる範囲には限りがあり、単に「何らかの感染症を疑う体調不良の患者がいるが、診断がつかない。何とかしてほしい」といった漠然とした相談では、対応が困難となることが多い。公衆衛生上の緊急性を要する連絡なのか、届出対象疾患に関する検査の相談なのかといった点を、相談者側があらかじめ整理して伝えることが求められる。目的が不明確なままでは、混乱や誤解を招き、結果として双方にとって、さらには患者や地域社会にとっても利益をもたらさない。お互いの職責や職能を尊重し、協力し合う姿勢が何よりも重要である。

おわりに

感染症発生動向調査が始まって約40年、法制化されてからはまだ約25年しか経過していないという事実には、改めて驚かされる。改善の余地こそあるものの、その有効性は疑いようがなく、もはやこの仕組みが存在しなかった時代に戻りたいと願う者はいないであろう。こうした制度を苦心の末に築き上げた先人たちに、深い敬意を表したい。

診療所や地域中核病院といった、地域に根ざした医療機関は、患者との最初の接点となることが多く、そこで得られた情報が保健所など行政機関の初動対応を左右することも少なくない。日々の診療の中で医療従事者が抱いた気づきや違和感は、地域全体の安全を守るための重要な手がかりとなる。今後も、地域の医療機関と行政機関が密接に連携し、感染症から患者や住民を守る仕組みがより一層機能していくことを期待したい。

参考文献 (accessed 2025 Jun 28) (accessed 2025 Jun 29)

- 1) 厚生労働省. 感染症発生動向調査(NESID). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000146300.pdf> (accessed 2025 Jun 28)
- 2) 国立感染症研究所. 感染症発生動向調査事業における届け出の質向上のためのガイドライン【医師向け】. March 2025. <https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/jp/guideline/guideline2025dc.pdf> (accessed 2025 Jun 29)

- 3) 茨城県衛生研究所. 茨城県感染症情報センター. <https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/eiken/idwr/index.html> (accessed 2025 Jun 29)
- 4) 国立健康危機管理研究機構. 感染症発生動向調査週報. <https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/index.html> (accessed 2025 Jun 29)
- 5) 石川加奈子, 相澤志保, 伊師拓哉, 他: 県内の観光果樹園において発生した腸管出血性大腸菌 (EHEC) O157食中毒事例. 茨城県衛生研究所年報 2024(62): 33-36. https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/eiken/kikaku/annualreport/documents/3_1_ehec.pdf (accessed 2025 Jun 27)
- 6) 茨城県. 麻しん拡大時に備えた注意報・警報の設定. May 8, 2025. <https://www.pref.ibaraki.jp/somu/hodo/hodo/pressrelease/hodohappyoushiryou/2203/documents/250508sippei2.pdf> (accessed 2025 Jul 3)
- 7) 千葉県. 麻しん(はしか)患者の発生について(2025年3月8日). <https://www.pref.chiba.lg.jp/shippei/press/2024/documents/0308measles.pdf> (accessed 2025 Jun 28)
- 8) 福岡市. 福岡市, 麻しん患者の発生について(2025年3月24日). <https://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/hokensho/kansensho/kansenshojoho/hodohappyou/documents/070325measles.pdf> (accessed 2025 Jun 28)
- 9) 厚生労働省. 感染症法に基づく医師の届出のお願い. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html (accessed 2025 Jul 25)

地域で取り組む感染症対策

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター
実地疫学専門家養成コース26期

村井達哉

抄録

地域で感染症対応に携わってきた経験や現職の国からの視点をもとに、地域全体で感染症と向き合う重要性を考察した。組織づくり、IBS・EBSの活用による異常探知、高齢者施設も含めた感染症対策の向上、ワクチン啓発、人材育成、診療所間連携の仕組みづくりなど平時の備えと、有事の初動対応の重要性を中心に、地域単位で取り組むべき感染症対策について伝える。

はじめに

著者は2016年に自治医科大学を卒業後、10年間にわたり総合診療や感染症対応に従事してきた。3～4年目は山間部の小病院に勤務して、地域の特別養護老人ホームの嘱託医として高齢者の健康管理に関与した。5年目には、COVID-19の大規模クラスター(陽性者118人)対応を担当して、レッドゾーンでの診療支援、PPE(個人防護具)の脱着を含めた感染対策指導、ゾーニング設計、外部支援者との連携や圏域会議を通じた地域内情報共有など、臨床だけでなく感染対策のコーディネートにも関わった。感染危機の真ただ中で、「個の医療」だけでは乗り越えられない現実直面した。6～7年目には日本海にある離島の診療所で所長を務め、COVID-19の初発患者の対応にあたった。チラシ配布や講演会を通じた島民への感染予防啓発や、本土の陽性者のオンライン診療など、保健所や医師会と連携しながら一つひとつ対応していった。また学校医として保護者向けに繰り返し講演を実施して、HPVワクチン接種の理

解促進にも取り組んだ(半年間で接種者0名→5名へ増加:対象者8名)。現在は国立健康危機管理研究機構において、実地疫学を学びながら、公衆衛生と臨床現場の橋渡しとなる立場の重要性を再認識している。

さて、図1にあるように令和6年度診療報酬改定では、感染対策向上加算を届け出る病院等に対しては病床確保等の協定を締結して、高齢者施設等に対しては、高齢者施設等感染症対策向上加算を新設し、医療機関との連携構築や研修参加など、高齢者施設も一体となった取り組みを国が推進している¹⁾。診療所においては、外来感染対策の強化が明記されており、感染症対応の役割が一層明確になった。もはや診療所は「診る場」だけではなく、「地域の健康危機に備える場」として位置づけられている。以下では、地域で取り組む感染症対策として、平時の備えと有事の初動対応に分けて考察する。

今回の特集が、地域医療の最前線に立つ皆さまの実践を支えるヒントとなれば幸いである。この内容は、国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所としてではなく、筆者個人の意見で

特集

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像

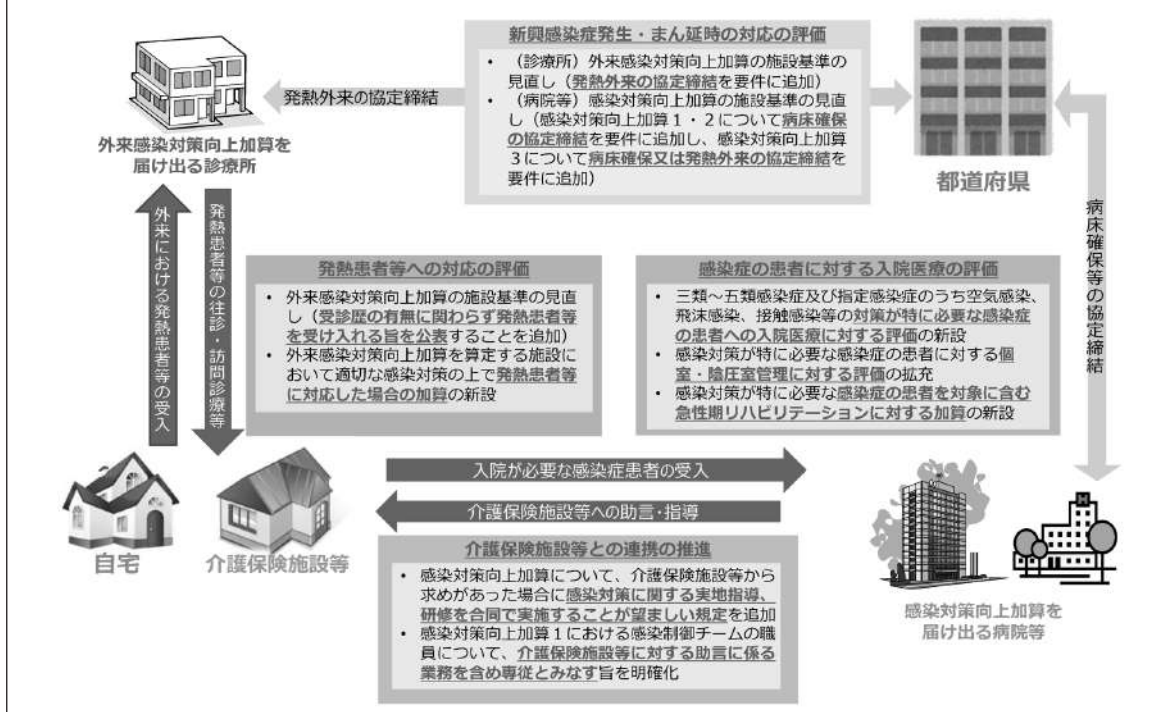


図1 ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252076.pdf> より引用)

あることにご留意いただきたい。

平時の備え

1. 組織づくり

平時からの顔の見える関係づくりは、地域における感染症対策の基盤である。感染対策向上加算1の施設基準においても、年4回以上の感染対策カンファレンス実施と、1回以上の新興感染症想定訓練の義務が明記された²⁾。これにより保健所、病院、都市医師会、診療所が連携して、地域ごとの感染対策体制が形成されつつある。

地域が一体となって研修会を重ねることで、顔の見える関係が醸成され、有事には応援要請や情報共有がスムーズになり、後述するEBS (Event-Based Surveillance)にも寄与し、また有事と判断した際に応援要請や緊急対応が円滑になることが期待される。また、各医療機関・保健所が地域内の事象を「自分ごと」として捉えることで、地域内での再発予防につながる。地域

完結が難しい場合には、県・国との連携も必要となる。そのため、感染症発生時に「誰が窓口になるのか」をあらかじめ明確にしておくことも、組織づくりの一環として重要である。

2. サーベイランス (IBSとEBS)

サーベイランスは感染症対策の根幹を成すものであり、特に診療所のような地域密着型医療機関においては、地域の異常をいち早く察知する「感覚器官」のような役割を果たす。図2に示すように、IBS (Indicator-Based Surveillance) とEBSはそれぞれ異なる特性を持つが、互いに補完し合いながら公衆衛生対応につなげる。

IBSは、感染症発生動向調査などに基づいた情報収集であり、地域の平時 (ベースライン) を把握するのに有用である。平時を知ることによって異常の探知につながり、アウトブレイク [集団発生の意味であるが、麻疹やエボラ出血熱など (想定され得る数を超える) 1例でもアウトブレイクと判断すべき疾患もあることに注意が必要

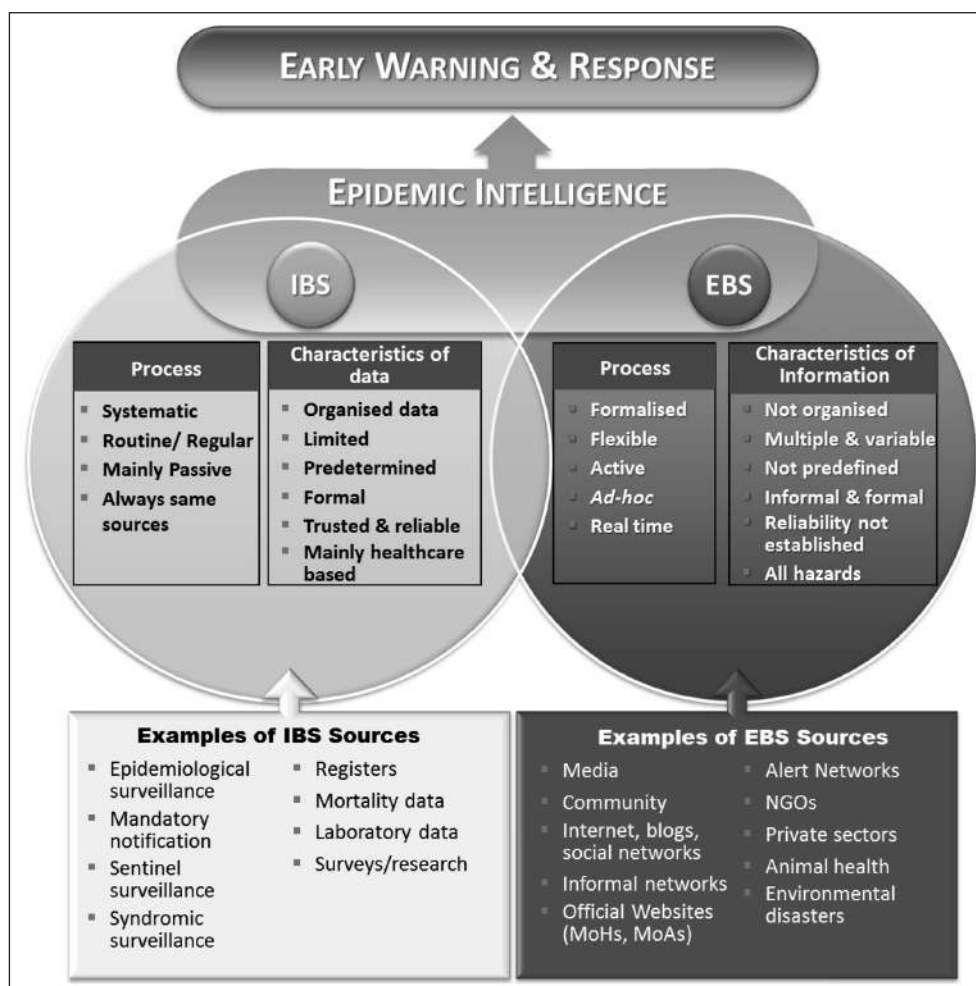


図2 IBS と EBS について

Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance
(https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112667/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4_eng.pdf より引用)

である]の探知につなげられる。また、IBSによって地域の流行状況を時系列で把握できる。例えば、インフルエンザの報告数が地域や周辺で急増した際には、診療所内の動線調整や発熱外来の導入を迅速に判断できる材料となる。また、病原体サーベイランスであるJANIS(Japan Nosocomial Infections Surveillance)やJ-SIPHE(Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology)は、耐性菌の分布や使用抗菌薬の傾向を全国的に示す貴重なデータベースであり、急性期病院に限らず、診療所が近隣施設の感染対策を支援する際にも有用である。高齢者施設でのESBL産生菌やCRE(カルバペネム耐性腸内細菌目細菌)の発見に際して、診療所医師がJANISの傾向と照合しながら

抗菌薬の使用や感染対策指導を行う場面もある。

一方、EBSはより柔軟かつ現場感覚に近い手法である。ニュース、SNS、医師会メーリングリスト、地域住民からの通報、県からの通知など、多様な非公式・公式情報源から「異常」を察知することを目的とする。その情報の真偽を確認して、リスク評価[簡単に述べると、その事例が「変か(unusual, unexpected)、ひどいか(重症例があるか)、拡がるか(感染が伝播し、新規感染者や集団発生等につながるか)」を評価]を行った後に行動につなげることがEBSの一連の流れである。EBSにおいては図3に示すように、感度と持続可能性のバランスが重要であり、情報の感度を上げるために現場の医師からの情報が重視されている。APSEDⅢ(Asia Pacific

Finding a balance between sensitivity and sustainability

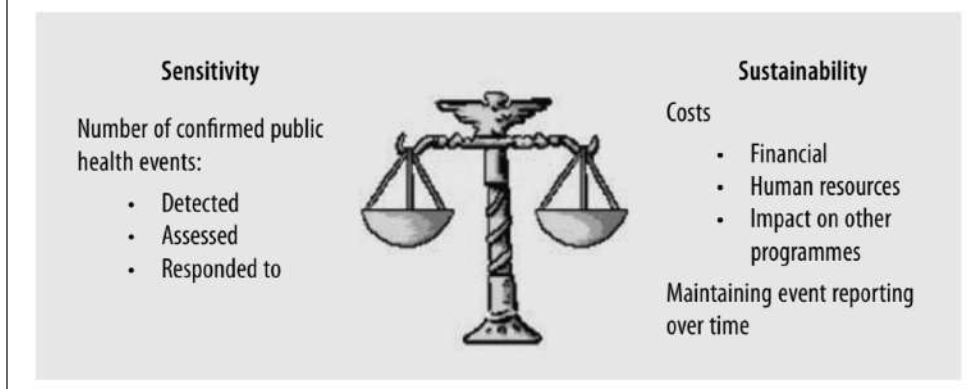


図3 EBSの感度と持続可能性のバランスについて

(A guide to establishing event-based surveillance : <https://iris.who.int/handle/10665/207737> より引用)

Strategy for Emerging Diseases Ⅲ)でも公衆衛生上の緊急事態を迅速に探知するために医療従事者からの情報が重要であり、医療機関と公衆衛生システムとの連携に基づいたEBSシステムを確立することが重要であると述べられている³⁾。

EBSを地域で活用するには、異常に気づいた際に誰に報告すればよいか、どう記録を残すか、保健所側がどう対応するかをあらかじめ整理しておく必要がある。診療所間や保健所との間に「サーベイランス情報共有ルール」を設けることで、EBSは個人の勘や経験だけに依存しない持続可能な仕組みとなる。さらに、サーベイランスの価値は「気づく」ことだけでなく、「育てる」ことにもある。地域の若手医師にとって、IBSやEBSの視点を研修で学ぶことは、感染症対策への関心を高め、感染症探知能力だけでなく、検査前確率を推察できる臨床能力を培う貴重な機会となる。診療所主導でサーベイランス勉強会を開催したり、疑似アウトブレイク対応訓練を通じてEBSの演習を行ったりすることも有効である。IBSとEBSはともに、地域における感染症の「見える化」と「初動強化」に直結する。診療所医師こそが、それらの情報の「受け手」とあると同時に「発信者」となり、地域全体の健康を守る力を高める役割を担っている。

3. 地域における感染対策の普及と人材育成

COVID-19は我々に、医師や看護師などの主

に患者の治療を担う医療従事者だけでなく、看護助手・清掃員・受付職員など、医療現場を支える全てのスタッフの感染対策が極めて重要であることを教えてくれた。実際、2018年のイギリスにおけるMpox輸入症例では、患者のリネンを取り扱ったHCW(Health Care Worker)が感染する事例が報告されており⁴⁾、医療に関わる全ての職種に対して適切な感染対策教育が不可欠であることが強調されている。

高齢者施設においても薬剤耐性菌を含めた感染症に対応するには、手指衛生を含めた標準予防策の徹底が不可欠である。病原体を施設内に「入れない」ことは非常に難しいが、「入ってきても拡げない」ことは手指衛生や標準予防策の徹底によりある程度コントロール可能である。感染対策の担い手は病院や行政だけではなく、地域の全ての医療・福祉従事者であるべきなので、診療所医師が地域の施設と連携して、PPE着脱研修や手指衛生教育を定期的に行うことは、感染症を「拡げない努力」として非常に意義深い。また、人材育成の観点でも、研修は一方の指導にとどめず、施設職員が自ら企画・実施できるようサポートする「伴走型支援」が重要である。

4. 住民啓発とワクチン推進

診療所医師は、住民と最も近い立場であるからこそ、「予防」の情報発信において特別な役割

を担っている。COVID-19ワクチン以降、ワクチン忌避や誤情報も増加しており、正確でタイムリーな情報提供の重要性は高まっている。例えば、現在全国的に流行している百日ぜきに伴う妊婦への追加接種推奨は、移行抗体により重症化のリスクの高い乳児を保護することを目的としており、地域での啓発が重要である。また、今年国内外で報告が継続している麻疹についても、集団免疫としてワクチン接種率を95%に保つ⁹ことは、前述した「入ってきても拡げない」対策にはかならない。またポケット集団(ワクチン未接種者や免疫不十分者が偏在する集団)についても認知していれば、啓発・対応につなげることができる。SNSでの発信、自治体広報との連携、学校や地域行事での啓発など、診療所以外での働きかけも今後さらに広げる余地がある。

5. 診療所間の連携体制づくり

診療所同士の連携もまた、感染症対応力を高める上で不可欠である。平時から顔の見える関係を築くことで、感染症発生時の情報共有や物資の融通など迅速な対応が可能となる。特に発熱外来やワクチン供給、感染症例の報告などにおいて、役割分担と協力体制を事前に確認しておくことが求められる。診療所同士が点でなく線・面としてつながるためには、郡市医師会によるネットワーク形成が重要である。月1回の情報交換会だけでなく、LINEグループ等によるリアルタイム連絡体制の整備も現実的な手段である。

有事の初動対応

1. 早期対応の意義

サーベイランスにより異常を探知しても、初動対応が遅れれば感染拡大を防ぐことはできない。図4に示すように、感染症の初期段階での対応は、症例数や重症者数の抑制に直結する。これはCOVID-19に限らず、麻疹、ノロウイルス、インフルエンザ、疥癬など多くの感染症に共通する構造である。COVID-19対応の教訓を踏ま

え、発生初期から地域全体で連携して対応する重要性を再認識すべきである。

初動対応には、地域包括的な視点が求められる。情報収集だけでなく、施設との調整、検査体制の整備、マスメディアへの広報など、多面的な初期対応として、それぞれの役割を誰が担うかをあらかじめ決めておくことが必要である。

そのため、初動対応の「型」を地域全体で共有しておく必要がある。例えば、以下のような簡易な流れを事前に合意しておくこと(ただし、Step 2の後にリスク評価¹⁰を行い、リスクが低いと判断された際はStep 3に移行しないこともある)。

Step 1: 医療機関で異常を察知した場合→医師会・保健所へ即時連絡

Step 2: 患者情報(症状、疫学的リンク)を共有

Step 3: 診療所を含む医療機関間で役割分担: 検査、外来、往診、搬送等

Step 4: 地域行政へ報告・連携依頼(感染対策物資、広報など)

Step 5: 必要時に応援要請、または県・国に相談

このような流れを平時から訓練しておくことで、実際の場面でも混乱を最小限に抑え、確実な行動へと移せる。

2. 情報評価と対応判断

異常な事象に対しては、迅速に情報収集と初期評価を行い、必要に応じて疫学調査を実施する体制が必要である。ここでも、日頃の顔の見える関係や訓練、役割分担が効果を発揮する。診療所単位では困難な判断も、複数機関や行政の協力により可能となる。また、発生事象を疫学的に評価するためには、症例定義の明確化、発生状況の整理、曝露歴や接触状況の確認が必要となる。FETP(Field Epidemiology Training Program)の研修では、これらを短時間で整理・実行する技術を学ぶが、全ての医師が疫学専門家である必要はない。重要なのは、「自分では対応困難な場合に誰に相談するか」を把握しておくことである。

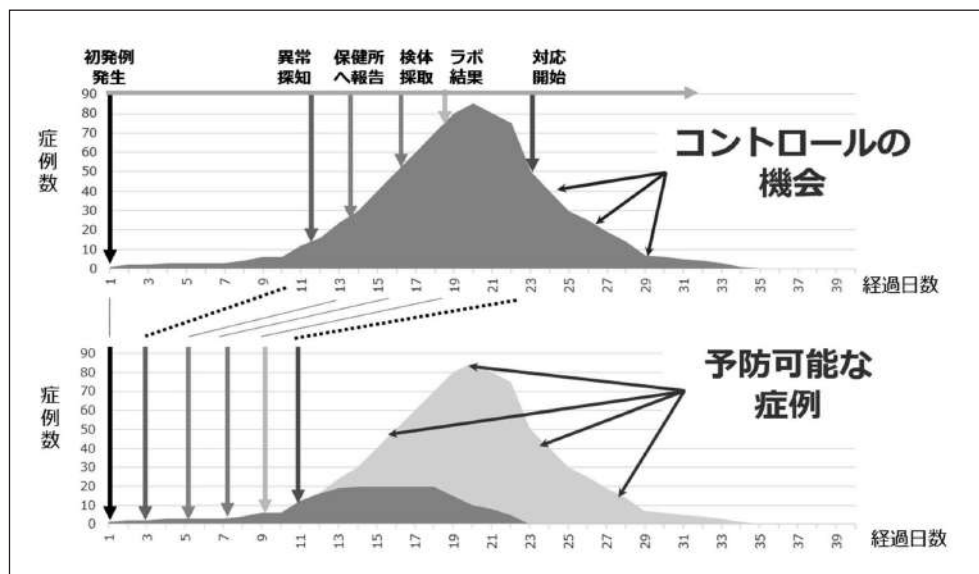


図4 早期発見・早期対応の重要性について

〔筆者作成〕

おわりに

感染症対策は単なる医療技術や制度設計にとどまらず、地域に住む人々の命と暮らしを守る「社会のインフラ」として捉えるべき課題である。COVID-19の流行を経て、私たちは感染症が日常を容易に覆すものであること、そしてそれに対処する力は「地域の総合力」であることを学んだ。診療所医師は、地域の「最前線」に立つ存在である。診察室での1対1の医療行為だけでなく、発熱患者の動線設計、施設との連携、ワクチン啓発、市民との対話など、多くの「見えにくい仕事」を担っている。しかし、その蓄積こそが感染症対応の持続可能な基盤となり得る。

筆者は2026年度から山口県に戻り、県全体の感染症対策に従事する。診療所や病院での臨床経験と、実地疫学の知見を活かして、IBSとEBSの両輪によるサーベイランスを基盤とした組織づくりを行っていく。県を一つの「地域」と捉え、顔の見えるone teamとして、次なる健康危機に備える体制の構築を目指す。

感染症対策に「絶対解」はないが、診療所という地域の拠点から始められることは多い。一人の医師の声が、地域の備えを形づくり、住民の

行動を変える。その積み重ねが、次なる感染症への備えとなる。これからも、現場の力を信じて、地域とともに歩む感染症対策を続けていきたい。

なお、本稿で述べた取り組みは、読者各位の地域特性に合わせて柔軟にアレンジしていただきたい。行政・教育機関・住民が一体となって『地域で感染症と向き合う』文化を醸成することが、持続可能な対策の鍵となる。

参考文献

- 1) 新型コロナ等の感染拡大に対応する有識者ヒアリング資料3. <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001277751.pdf> (accessed 2025 Jun 30)
- 2) 今冬の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備えた保健・医療提供体制の確認等について. <https://kouiseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/000364463.pdf> (accessed 2025 Jun 30)
- 3) Asia Pacific strategy for emerging diseases and public health emergencies (APSED III). <https://www.who.int/publications/i/item/9789290618171> (accessed 2025 Jun 30)
- 4) Vaughan A, Aarons E, Astbury J, et al: Human-to-Human Transmission of Monkeypox Virus, United Kingdom, October 2018. *Emerg Infect Dis* 2020; 26(4): 782-785.
- 5) History of the MEASLES VACCINE. <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-measles-vaccination> (accessed 2025 Jun 30)
- 6) Rapid risk assessment of acute public health events. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70810/WHO_HSE_GAR_ARO_2012.1_eng.pdf?sequence=1 (accessed 2025 Jun 30)

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143回

医師の“人員配置”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、“人員配置”に関わる事例を認めることがある。特に、医師の“人員配置”を適切に実施していないことが発生要因となっており、患者にさまざまな影響を及ぼす可能性が想定される。

本連載では、これまでに、“人員配置”に関わる内容としては、「「研修医に関わる事例」の未然防止(第94回)」「「医師の疲労管理」に関わる事例発生の現状把握と課題を検討する(第128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“人員配置”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“人員配置”を適切に実施していないことが要因となっており、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“人員配置”を適切に実施していない状況で、医療や、ケアを実施した場合、その後の患者の転帰に大きく影響する可能性、および不可逆的な影響を与える可能性が想定されることを考慮すると、これらに関連したインシデント・ア

クシデント事例の発生を未然防止する取り組みは喫緊の課題である。

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

そこで、本稿では、医師の“人員配置”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、医師の“人員配置”を適切に実施していないのか?」「なぜ、医師の“人員配置”を適切に実施していないことが、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“人員配置”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”“人員配置”で62件、“人員配置”“適切”で21件、“人員配置”“適正”で6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“人員配置”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”“人員配置”で検索された62件、“人員配置”“適切”で検索された21件、“人員配置”“適正”で検索された6件の計89件の事例を対象として、検討を実施した。

医師の“人員配置”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、

「うっ血性心不全で、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者の患者(80歳代、女性)に頻脈性不整脈(心房細動)、血圧低下、呼吸困難を認めた。エックス線検査で肺うっ血の増悪があり、医師は利尿剤の使用を指示した。血圧低下を認めたため、緊急的に除細動を実施したが、心停止となり、胸骨圧迫、薬剤投与を行い、緊急コールを実施した。

除細動を実施した医師は、心停止などの合併症は患者に説明し、それらの発生を予測していたが、看護師とは急変に備える連携ができていなかった。新型コロナウイルス感染症に罹患した患者の急変時の対応についてのシミュレーションや、物品の準備が不十分であった。休日昼の休憩時間帯の発生で、急変に備えての人的資源の配置が不十分だった」

「脊椎管狭窄症の患者(50歳代、女性)に手術を実施した。第4～5腰椎の椎間の手術予定であったが、実際は第5腰椎～仙骨の椎間の手術を実施した。術前に手術部位の確認のため、腰椎に18G針を穿刺し、エックス線検査で位置を確認し、皮膚切開後、術野を確認して手術を実施した。翌日、CT検査を実施したが、私用で画像の確認ができず、術後2日目に画像を確認し、手術部

位の誤認に気づいた。

術前にエックス線検査で手術部位を確認したが、今回、他の手術への人員配置のため、当該手術は1名で行い、開創後の部位誤認の有無の確認は他者と実施できなかった。執刀医が勘違いすれば、部位誤認のまま手術が進行する状況で、病変も第4腰椎～仙骨にかけて高度に石灰化した黄色靱帯を認め、部位誤認発生の可能性は高かった。手術直後にエックス線検査で確認したが、読影間違いをした(単独で確認し、他者と確認できなかった)。主治医による、手術翌日のCT画像の確認は術後2日目で、部位誤認の発見が遅れた。CT画像の放射線科の読影所見は診療録に記載されているが、主治医以外の閲覧はなく、部位誤認は他者に発見されなかった。CT検査のオーダ上に手術部位の記載があれば読影医が部位誤認を発見できた可能性があった」

「患者(60歳代、男性)の麻酔を後期研修医(卒後3年目)が担当した。手術が終了し、麻酔を停止し、全身麻酔用鎮痛剤(以下、薬剤A)の持続投与を停止して、筋弛緩回復剤を急速投与後に、患者の意識レベルが低下し、呼吸停止した。マスクによる換気を開始したが、換気困難で、SpO₂が37%に低下し、緊急コールを実施した。上級医が再挿管し、再挿管後のバイタルサインの安定を確認後に抜管し、抜管後の意識レベル、呼吸状態、およびバイタルサインの安定を確認後、患者は手術室を退室した。

薬剤Aを持続投与していた静脈ラインより、筋弛緩回復剤を急速投与したため、静脈ライン内に残存していた薬剤Aが急速に注入され、呼吸抑制が発生したと考えられた。研修医が麻酔を担当する場合、麻酔終了前に上級医に報告するルールがあったが、報告は実施されず、当事者への指導・教育が不十分であった。患者は高度肥満(BMIが35以上)で、マスクによる換気の困難が予測されていたが、同日は、BMIが35以上の高度肥満の患者の手術が3件あり、この患者は研修医が担当しなければならないという人員配置であった」

などがある。

このように、臨床現場においては、医師の“人

員配置”を適切に実施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“人員配置”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“人員配置”を適切に実施していない状況で、さらにプロフェッショナルとしての責務・役割を認識した対応ができていない場合には、患者に不可逆的な影響を及ぼす可能性や、その結果として、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性が想定されるため、事例発生を回避、あるいは影響を最小にするシステムを整備することが急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関では、医師の“人員配置”に関わる事例発生を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、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“人員配置”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“人員配置”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、事例発生を未然防止対策を検討する。

事例「検査中に患者が急変。医師の“人員配置”の検討が未実施？」

【事故の内容】

- ・患者(30歳代、男性)は、CT検査で上部食道の通過障害、胃内の食物停留、および胃体部狭窄所見を認めた。
- ・上部消化管内視鏡検査を予定した。
- ・消化器内科の医師は、患者は意思疎通が困難のため、検査時には鎮静が必要と考え、当日の鎮静を小児科医師に依頼し、入院での検査を予定した。

- ・入院当日、午前中の入院で、薬剤にて鎮静を図り、検査を開始した。
- ・検査中、SpO₂の値に対応して酸素を投与した。
- ・胃内に多量の液状残渣を認め、病変部位の視野確保のため、体位変換した。
- ・誤嚥のリスクがあるため慎重に行うよう、消化器内科の医師が検査介助の看護師に呼びかけた。
- ・看護師は注意深く体位変換を行ったが、患者は嘔吐した。
- ・SpO₂が80%台で、酸素の投与量を増量した。
- ・SpO₂の値の安定を確認し、生検を実施した。
- ・生検後、SpO₂が70%台で、仰臥位で、酸素マスクから用手補助換気に変更した。
- ・血圧が40mmHgで、胃管を挿入し、補液、薬剤による治療を開始した。
- ・呼吸器内科の医師に応援を要請し、気管支鏡下で気管挿管を実施した。
- ・胃管から胃内の造影を実施し、十二指腸への流出がなく、閉塞を確認した。
- ・検査後、病室に帰室し、人工呼吸器を装着し、翌日、人工呼吸器から離脱した。

〔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、「CT検査で胃体部の全周性の狭窄と胃内に相当量の残渣を確認し、検査予定の2日前から液体状の食事に変更した」「内視鏡検査時に食物残渣の残留は予測されたが、消化器内科の医師は、多少、食物残渣が残っていても生検は可能と考えていた」「あらかじめ、患者の両親に、内視鏡検査の適応とリスク(誤嚥や誤嚥に伴う呼吸状態の悪化による気管挿管の可能性も含めて)について具体的に説明した上で、検査を決定した」「検査は鎮静下を実施する必要があり、当日の鎮静について小児科に協力を依頼していた」「症状や画像検査の結果から、早期に内視鏡検査を実施する必要性があると判断し、消化器内科の医師から関連診療科へ情報提供し、協力を依頼したが、事前に多職種カンファレンスなどは計画しなかった」「入院前から睡眠時無呼吸を認めていたが、検査前に把握できていなかった」「患者は検査当日の入院で、入院後1時間程で検査開始となったため、患者を受け入れた病棟はあわただしく、検査前の患者情報(障害の程度や、範囲など)が十分に取得できていなかった」「当日の鎮静を担当した小児科医師は、当日朝に鎮静の担当を伝えられ、患者情報の取得が不足していた」「当日は、手術、気管支鏡検査、上部消化管内視鏡検査が重なり、看護師は検査介助者以外に、1名が気管支鏡と上

部消化管内視鏡の検査室を行き来し、サポート対応していたため、必要物品の調達はスムーズに行えた」などが挙げられている。

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

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、リスクが予測される患者の入院を検査当日の入院ではなく、情報共有や、協議の時間を確保できるよう検査前日の入院としなかったのか?」「なぜ、患者が検査当日の入院で、入院後1時間程で検査開始となったため、患者を受け入れた病棟はあわただしく、検査前の患者情報(障害の程度や範囲など)が十分に取得できていなかったにもかかわらず、検査を実施したのか?」「なぜ、患者が入院前から睡眠時無呼吸を認めていたことを、検査前に把握できていなかったのか?」「なぜ、検査は鎮静下を実施する必要があり、当日の鎮静について小児科に協力を依頼していたにもかかわらず、当日の鎮静を担当した小児科医師は、当日朝に鎮静の担当を伝えられたのか?」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、「あらかじめ、患者の両親に、内視鏡検査の適応とリスク(誤嚥や誤嚥に伴う呼吸状態の悪化による気管挿管の可能性も含めて)について具体的に説明した上で、検査を決定した」ということに目を向ける必要がある。ここでは、「なぜ、内視鏡検査のリスク(誤嚥や誤嚥に伴う呼吸状態の悪化による気管挿管の可能性も含めて)を検査前に予測していたにもかかわらず、適切な人員配置が検討・実施されていなかったのか?」と疑問を深める必要がある。

さらに注目すべきことは、本事例の背景要因に挙げられている、「症状や画像検査の結果から、早期に内視鏡検査実施の必要性があると判

断し、消化器内科の医師から関連診療科へ情報提供し、協力を依頼したが、事前に多職種カンファレンスなどは計画しなかった」ということである。

これに対しては、「なぜ、症状や画像検査の結果から、早期に内視鏡検査実施の必要性があると判断し、消化器内科の医師から関連診療科へ情報提供し、協力を依頼したにもかかわらず、事前に多職種カンファレンスなどは計画しなかったのか?」「なぜ、症状や画像検査の結果から、消化器内科の医師から関連診療科へ情報提供し、協力を依頼したにもかかわらず、事前に多職種カンファレンスなどを計画して、検査当日の、患者のリスクを鑑みた、適切な人員配置を検討しなかったのか?」など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、検査の実施に対する自診療科や、関連診療科におけるリスクの検討が不十分であった可能性、およびリスクが発生した場合に、適切な処置がタイムリーに実施可能な医師の“人員配置”について、検査実施前に十分検討されてい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“人員配置”の適切な実施に関わるシステム整備が急がれる。

本事例、および前記の事例なども参考にして、“なぜ”を深めて、医師の“人員配置”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」「ルールの不遵守」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討することが望まれる。

医師の“人員配置”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“人員配置”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“人員配置”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックが未実施、3)現状評価の結果を踏まえた、医師の“人員配置”を適切に実施するためのシステム整備・見直しが未実施、4)医師

の“人員配置”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントが未実施、5)医師の“人員配置”を適切に実施することの意義と責務を職員が再認識できる機会の提供が未実施、6)具体的な事例を活用して、医師の“人員配置”を適切に実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画が未実施、などが考えられる。

医師の“人員配置”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、「リスクの高い患者の検査に関しては、事前に関係職種でカンファレンスを行い、リスク評価とリスク管理、防止対策を検討する場を設けるなど、安全に実施できるように体制を見直す(胃内残渣のコントロール、鎮静と呼吸状態のリスクなどを多職種で検討する)」「リスクの高い患者の検査時には、人員配置を再度検討する」「あらかじめ、リスクに応じた物品を取り揃えるなど、事前に準備を整える」「内視鏡室における、緊急時に対応しやすい物品の配置や、環境について見直しを行う」「リスクの高い患者が入院する際には、当該病棟で患者の状態や情報が把握できるように、検査当日の入院ではなく、可能であれば前日入院とする」などが挙げられていた。

医師の“人員配置”の実施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“人員配置”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“人員配置”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施、3)現状評価の結果を踏まえた、医師の“人員配置”を適切に実施するためのシステム整備・見直しの実施、4)医師の“人員配置”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有

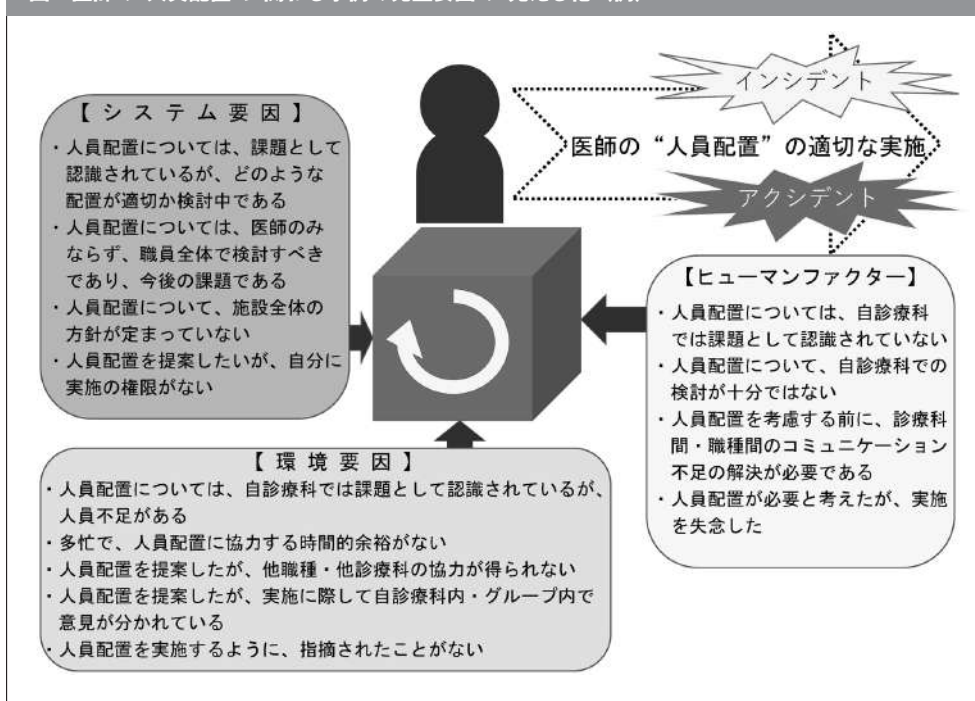
不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施、5)医師の“人員配置”を適切に実施することの意義と責務を職員が再認識できる機会の提供の実施、6)具体的な事例を活用して、医師の“人員配置”を適切に実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画の実施、などが考えられる。

1)の「自施設における、医師の“人員配置”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“人員配置”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“人員配置”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“人員配置”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“人員配置”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」では、医師の“人員配置”を適切に実施していない事例が確認された場合には、「なぜ、医師の“人員配置”を適切に実施していないのか?」「なぜ、医師の“人員配置”を適切に実施していないことに、誰も気づかなかったのか?」「なぜ、医師の“人員配置”を適切に実施していないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか?」などの疑問に対して検討することが望まれる。

医師の“人員配置”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89件の事例の記載内容を参考にして、「医師の“人員配置”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」「(図)」を作成した。この際、「ヒューマンファクター」「環境要因」「システム要因」という視点で発生要因の“見える化”に取り組んだ。これらの要因に思い当たることがあれば、“なぜ”と考えて、患者に良質で安全な医療を提供するためにも、医師の“人員配置”の適切な実施に向けて、具体的な方策を検討し、その結果を関連の職員

図 医師の“人員配置”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)



〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された89件の事例の記載内容を参考に作成〕

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“人員配置”を適切に実施するためのシステム整備・見直しの実施」では、2)の「把握した現状を分析し、医師の“人員配置”を適切に実施しているか否かの現状評価・フィードバックの実施」で得られた結果を活用することができる。医師の“人員配置”を適切に実施するためには、どのようなシステムを整備する必要があるのか、を検討し、既に、医師の“人員配置”を適切に実施するシステムがある場合は、必要に応じて、見直しの実施を検討したい。

4)の「医師の“人員配置”が適切に実施されにくい状況におけるコミュニケーション不足や、情報共有不足が患者に及ぼす影響をテーマとした多職種参加のリスクアセスメントの実施」では、自施設で発生した事例だけでなく、他施設で発生した事例も含めた具体的な情報の提供を検討したい。ここでは、臨床現場で、“医師の人員配置”を適切に実施していないことが、結果として患者にどのような影響を及ぼしているのかを、職員個々が認識できるような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“人員配置”を適切に実施することの意義と責務を職員が再認識できる機会の提供の実施」では、多職種の参加により、医師の“人員配置”を適切に実施することの意義と責務を、プロフェッショナルとして再認識できる機会を提供することが求められる。その上で全体を俯瞰して、医師の“人員配置”を適切に実施するための工夫を検討したい。職員個々が、プロフェッショナルとして、医師の“人員配置”を適切に実施するためには、どうしたらよいのか、どのようなシステムが必要なのか、などを職種間のコミュニケーションの改善や、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“人員配置”を適切に実施するための職員間の連携や、情報共有について議論する職員教育の企画の実施」では、ルール・マニュアル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、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“人員配置”を適切に実施するために、「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“人員配置”を適切に実施することが、プロフェッショナルの責務として求められていることを職員個々が自覚できるような企画を検討することを期待したい。

前記の事例の改善策としては、「除細動により、患者が急変することを予測して、院内にいる当直の職員などにも連絡し、速やかに人員確保ができるような連絡をしておく。患者は、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者であり、急変時に応援を要請しても、个人防护具の着脱などに時間を要するため、急変を予測しての人員配置をしておくべきだった。今回の事例の振り返りで、患者の急変時に、ナースコールで人員要請をしていたことが判明した。今後は、『大声で応援を呼ぶ』『緊急コールを速やかに活用する』などが実施できるように、常日頃から患者の急変時の対応の学習を実施し、準備しておく」「術中のエックス線検査による確認時などで、他の医師との確認が必要な場合は、その時だけでも、他の医師に来てもらうなど、診療科内での人員配置の検討が必要である。今回の事例を経験した後は、確実に手術部位を確認できるように、術者と助手の医師の2名で手術部位の確認を実施している。術中におかしいと感じた際には、間違いないと確認できるための検査を追加するなどの検討が必要である。1名で手術を実施する体制を見直し、単独で実施する手術を廃止した」「研修医が挿管チューブを抜管する際には、上級医が立会うルールを遵守する」などが挙げられている。

今後、自施設において、医師の“人員配置”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“人員配置”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“人員配置”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、医師の“人員配置”を適切に実施していないのか？」「なぜ、医師の“人員配置”を適切に実施していないことが、事例発生前に認識され、改善されていなかったのか？」という疑問を深め、併せて、事例の発生要因と発生状況から、事例発生の未然防止対策を検討した。

自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、自施設における医師の“人員配置”に関わる事例発生の現状評価が未実施、および医師の“人員配置”を適切に実施するためのシステム整備・見直しが未実施などで、リスクの発生を回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性に目を向けたい。これまで、自施設で類似事例が発生していない場合でも、他施設で発生した事例も含めて、医師の“人員配置”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“人員配置”を適切に実施するためのチェックリスト(例)を作成した(表)。内容としては、「医師の“人員配置”を適切に実施していない場合の患者への影響を検討し、適切に実施するためのルール・マニュアルを作成している」「上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施している」「医師の“人員配置”を適切に実施していない事例を検討し、事例発生の防止策を策定している」「上記の防止策を実施し、防止策実施後の評価を行っている」「どのような場合に、医師の“人員配置”が適切に実施されにくいのか認識している」「医師の“人員配置”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に実施するためのトレーニングを行っている」「医師の“人員配置”が適切に実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生の未然防止

表 医師の“人員配置”を適切に実施するためのチェックリスト(例)	
☐	医師の“人員配置”を適切に実施していない場合の患者への影響を検討し、適切に実施するためのルール・マニュアルを作成している
☐	上記のルール・マニュアルの遵守状況の評価を実施している
☐	医師の“人員配置”を適切に実施していない事例を検討し、事例発生の防止策を策定している
☐	上記の防止策を実施し、防止策実施後の評価を行っている
☐	どのような場合に、医師の“人員配置”が適切に実施されにくいのか認識している
☐	医師の“人員配置”が適切に実施されにくい状況を想定し、適切に実施するためのトレーニングを行っている
☐	医師の“人員配置”が適切に実施されにくい状況を想定し、事例が発生する前に、事例発生の未然防止対策を検討し、適切に実施できるようにしている

対策を検討し、適切に実施できるようにしている」などを挙げた。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“人員配置”の実施に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、医師の“人員配置”を適切に実施するための取り組みはもとより、医師の“人員配置”が適切に実施されにくい状況でも、プロフェッショナルとして、全体を俯瞰して、医師の“人員配置”を適切に実施できるルール・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“人員配置”を適切に実施することが望まれる。

術中・術後に想定外の状況が発生した場合に、タイムリーに他診療科に連絡がついて、協力が得られることが望ましいが、他診療科・他

部門との連携・協働は、状況によっては依頼する側と依頼される側の双方がさまざまな負担を感じる可能性があると考えられる²⁾。自診療科はもとより、他診療科・他部門の職員を信頼し、調整やマネジメントを実施・指示する医師主導のチーム力発揮が望まれる³⁾。医師の“人員配置”を適切に実施するためには、このような状況も鑑みて、検討することを勧めたい。

職員が、医師の“人員配置”を適切に実施することの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、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11回
トラブル発生を未然防止する基盤を整える 他診療科・他部門
と適切な連携・協働を実施している。臨床外科 2017；72(2)：
212-215.
- 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.

ちょっと画像でCoffee Break

よろずX線画像診断①

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

?

症例：70 歳代，男性。

胸部 X 線検診にて異常を指摘された。所見は？



図1 立位正面A→P

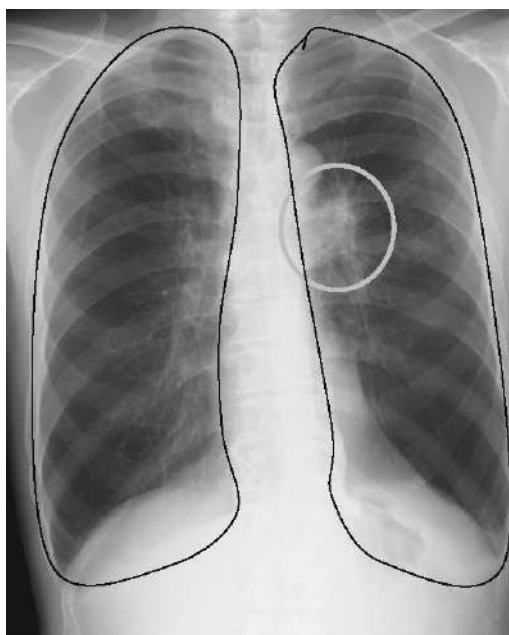


図2 立位正面A→P:アウトライン入り

レジデントX: 肺野の透過性が強くて、血管影に乏しいですね。肺底部がよくみえています。横隔膜に重なって、心臓は小さくて、よく形態が追えません。左肺門部の血管影が拡大してみえますね。

ドクターX: OK です。何を考える？

レジデントX: 肺気腫はあるでしょうね。左の肺門は拡張した肺動脈でしょうか？ ちょっと不整な感じです。

ドクターX: 肺野の透過性亢進は白黒で表現すると？

レジデントX: 黒いです。

ドクターX: X線診断用語では？

レジデントX: 明るい、と言うそうですね。

ドクターX: そうそう。なんで明るいついていうかということ、昔(X線写真の初期)は白黒反転(ポジネガ反転)が普通だったから、実際、シャウカステンにフィルムをかけると明るかったわけ。

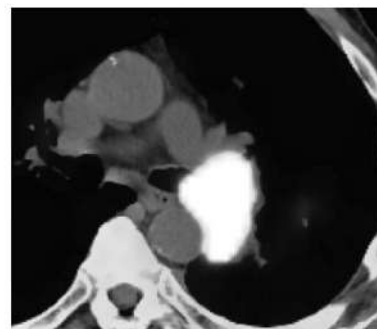
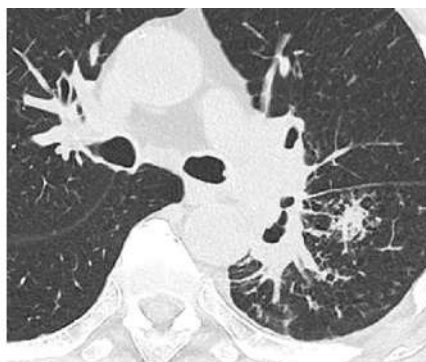
レジデントX: なるほど。

ドクターX: まあ、ポジネガ話もけっこう奥が深いんだけど、簡単に言うと、撮影技術、フィルム技術の進化過程、ということになる。まあ、そんなこと言ってもね、このデジカメ時代には響かないでしょうけど。

レジデントX: 「やばい」、っていう言葉が、「かっこいい」、「すごい」に変化したようなものですか？

ドクターX: そうそう。このX線写真の左肺門はやばい？

レジデントX: やばくないです。逆。ダサイ。

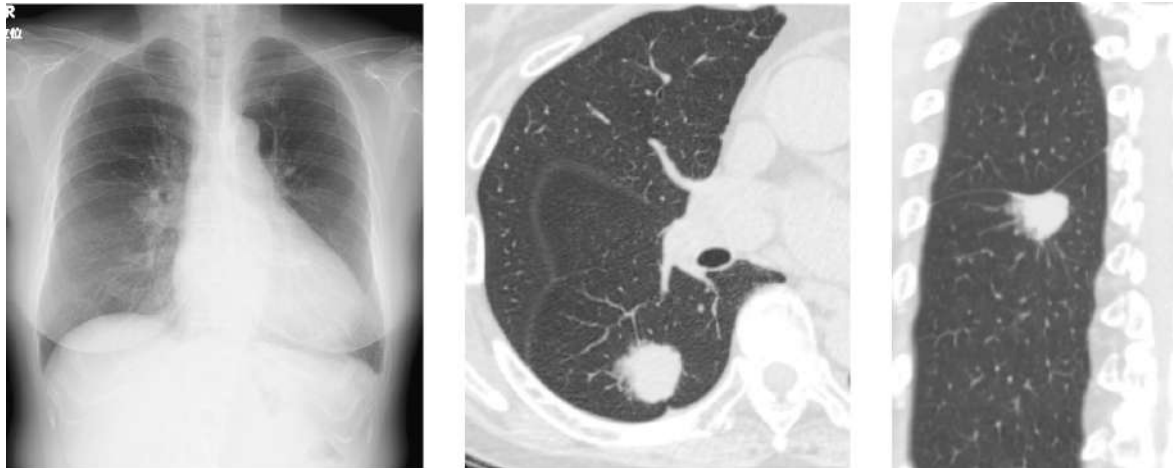


左上:立位正面A→P:肺門部の拡大;楕円は肺野の異常影
中・右上:肺門部のCT像:横断像と冠状断像
右下:肺門部のFDG-PET像:左肺門部に高集積がみられる

肺門の読影は難しい。とある胸部X線の先生から、肺門読影のポイントは“濃さ”だと教わった。なぜ、“濃さ”，になるかをつつらと考えるとみれば、結局のところ、胸部X線の場合の肺門陰影は、解剖学的な肺門構造（血管やリンパ節）を指すのではなく、“肺門および肺門に重な

る陰影”すべて、ということになるからである。

当たり前と思う方は、それでよいが、これ意外に意識しないでX線を見ている先生が多いと思う。今回の症例は“ホントの肺門”の病変（肺がんの肺門進展）であったが、もう1例、右肺門の病変を呈示しておく。



左:立位正面A→P:右肺門部が目立つ。
中:CT像:肺門部レベルの横断像;肺門から離れている
右:冠状断CT像:右肺S6の病変(肺がん)

レジデントX: なるほど。ヤバいっすね。つまり、胸部X線はX線透過方向に重なりのあるものだから、重積効果に気を付けなくて、こ

とっすよね？
ドクターX: おっと、ヤバいよ、ヤバいよ！重積効果だぜ！

レジデントX: 充電させてもらえませんか？出川哲朗さん !!

ドクターX: ポジネガだぜ、メーテル。

レジデントX: それは鉄郎・・・



充電バイクとスイカ



東京の島 スタンプリヤー

三宅村国民健康保険直営中央診療所 所長 小川 誠

自治医科大学42期の小川誠と申します。私は東京都出身で、自治医大卒業後は東京都立多摩総合医療センターで初期研修、4年目より東京都の島嶼部へ派遣となりました。現在卒後7年目です。

自治医大の東京都卒卒業生は、卒後義務年限9年間のうちいずれかの4年間を島の医師として働くことになっています。この4年は医師によりますが1～2年ずつ異動となることが多く、私の場合はこれまで伊豆諸島神津島、小笠原諸島父島、三宅島(本年度)とそれぞれ診療所の総合診療医として勤務しております。

同じ自治医大卒業生でも出身都道府県やその地域によって地域医療のスタイルはさまざまです。東京の離島の場合は島で唯一の医療機関である診療所に勤務することが多いです。島での医療は小児から高齢者まで年齢問わず、生活習慣病を含めた内科疾患、悪性腫瘍、外傷、救急、マイナー疾患など、さまざまな分野の知識が必要とされます。私は最終的に循環器内科専門医を志しており内科としての勉強をすることが多かったように思え、体系的に勉強する機会が比較的少ない、整形外科や耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科、小児科に産婦人科といった領域の健康問題に苦勞することは今でも多いなと感じております。自分の専門としているはずの内科でもやっとなことなのに、他の科については自分で参考書を買って勉強したり知り合いの先生に質問したりと試行錯誤しながら経験を重ねていくしかありません。特に最初の方はごくありふれた疾患でも一人一人のプロブレムに対処するのに時間がかかってばかりでした。



島1年目の相棒、谷口幸裕先生と

その一方で島民の皆さんたちとの距離感は近く、こんなに患者さんの診療に時間をかけているのはひとえに私の能力不足なのに、「今度の先生はよく話を聞いてくれるねえ」と嬉しい勘違い(?)に助けられることもあります。

そんな島スタンプリヤーのような勤務について、思い出を綴ってみようと思います。まだ地域医療を語るには道半ばにも満たない経験ではありますので、諸先輩後輩の皆さまにはよくもまあこんなちゃらんぼらんな医者もいるものだと、生暖かい目で読んでいただけたら幸いです。

最初に勤務した島は医師4年目の神津島。東京から180kmほど、人口約2,000人弱の離島で初めての診療所長。私は「この島の医療の代表として、全力で頑張ってる！」と鼻息荒く挑んだものの、前述の経験したことのない病気たちに翻弄されるばかりでした。3ヵ月ごとに東京北医療センターや練馬光が丘病院の総合診療科から来てくださる一つ年上か同期の先生とタッグ



さようなら、父島（皆さんそれぞれのお見送りです）

を組んで2人体制で日々の診療をするものの、相方の先生に頼らなければ何もできないくらいの力不足。島に行ってやってみたかったサーフィンよりも、定期的にやってくる新型コロナウイルスの流行の波に飲まれて溺れそうになった日々です。

また各島共通の苦労ではありますが、有床診療所とはいえ本土の医療機関と比較して入院のハードルは高く、夜間の看護師さんのマンパワーも少ない中なので（もちろん無理な診療はせずに）なるべく外来診療で完結する技術も必要です。患者さんのニーズを考えてうまく島内で治療を組み立てていく楽しさも学びました。

そんなこんなで毎日格闘していれば1年経つ頃には少しは慣れてくるのか、ようやくひと通りの主訴には対応できるようにもなり、気難しい患者さんともなぜか仲良くなってしまって、最後の3ヵ月はそれまで楽しめなかった時間を取り戻すかのように相方の同期と一緒に楽しい日々を送りました。

島1年目を終えたことはとても感慨深く、そのころWBCで優勝を決めてマウンドで雄叫びをあげた大谷翔平くらいの達成感を感じていました。一方で苦楽を共にした相方や診療所と離れるのは少し寂しく感じたようで、私にとってあんなに大変だったスタンプラリーひとつ目の島が小さくなっていくのを船から眺めていると、目頭が熱くなりました。



ポータルデビューでは声が裏返りました

神津島を3月26日に出発し同日夜に東京に着くと、翌27日の船に乗り今度は翌年度の小笠原諸島父島に向かいました。「こんなにすぐに出発しなくてもいいだろうに、ちょっとは休みをくれ」と思いましたが、父島には週に1本、24時間かかる船便が出るだけで飛行機での移動はできないのでこれしょうがないのです。

そんなさらなる遠隔地は東京から約1,000km離れた人口2,000人強の島。前年度の経験を活かせばちょろいもんだと思いましたが、そう簡単ではありませんでした。やはりこれだけの移動時間の船代は高いのでおいそれと本土の専門医へ受診させることはできず、一方で本土に入院が必要な患者さんを移送する場合は乗船時間も長いので慎重に送る必要があります。超緊急の症例は本土へ航空機での搬送を要請するが、その適応も吟味する必要があります。地理的な難しさは医療にも影響があるのかと痛感し、一人一人の診療をより丁寧に、考えて臨むようになった1年でした。

私が島2年目で掲げたテーマはずばり「プライベートとの両立」。急患当番ではない日は努めて酒を飲みに行くようにし、休日はなるべく外に出る用事を見つけました。診療所事務の年下のお兄さんと、その仲良しの村役場のお兄さんとは特に仲良くさせてもらい、患者さんよりも自分の肝臓を心配したほうがいように思われました。島の飲み屋にはしばしばカラオケスナック方式の店舗も多く、酔ってふざけた歌を村の皆さまに披露しつつ仲良くなった楽しい日々でした。

最大の転機だったのは、「カラオケは好き？」



自治医大野球部の阿部一貴先輩擁する母島チームと対戦



先輩後輩から診療を引き継ぎ今日に至ります

と誘われ、なぜか村役場の皆さんで結成したバンドに加入させてもらったこと。島生まれの面々で結成され、島では有名人メンバーのこのバンド。上述の診療所のお兄さんもキーボードで加入し、震えながらお祭りのライブに出ることもありました。やったことのないMCもやってみたり、島で毎年恒例のちょっとディープな音楽祭に出演したり、だんだん楽しくなってきました。

診療の外で患者さんから声をかけてもらうことも増え、所属していた村役場の野球チームと合わせてたくさんの方々と顔見知りくらいにはなれたような気がします。島勤務2年目にして、人と人とのつながりの楽しさをようやく知ることができました。

そんな小笠原諸島の海のように煌いた1年を終え、同学年に遅れをとった専門科の知識を学ぶべく本土で循環器内科を1年勉強する機会をいただきました。そしてまた新たな島、伊豆諸島の三宅島に今年度より勤務しております。

スタンプラリー3つ目の島は私が診療所長

で、自治医大の同期で富山県卒の妻と、東京都の後輩との3人で一緒に勤務しております。他県出身の妻とは4年前に結婚しましたが、自治医大の取り決めで本来同じ職場で働くことはできないものが、多方面から配慮いただいた結果でこのような形になっております。まさか外科である妻と一緒に粉瘤を切除したり、心エコー画像を一緒に吟味したりする日々が来るとは以前は思ってもいなかったことで、こんな機会をいただくことができてとても幸せに感じています。

これまで思い出せば記憶に残る診療のエピソードは枚挙にいとまがないですが、同じ島同士の診療の日々にも考えることは自分でも驚くほど変化を遂げ、次第に私の思い描く理想のドクター像が形になってきたのではと思っています。より緊張感を持って、一方で楽しみながら、今年も試行錯誤して諸先輩方が過ごされた島ライフの新しい1ページを送ってみようと思います。またどこかで、この1年をご報告できましたら幸いです。

小川 誠(おがわ まこと)先生 プロフィール

1994年生まれ、東京都出身。自治医科大学医学部に入学し、2019年に同大学を卒業。都立多摩総合医療センターにて初期研修、内科専門研修を修了。自治医科大学卒業医としてへき地医療に従事しながら循環器内科専門医研修を行っている。

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました！

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

● J-STAGEとは

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

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

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

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

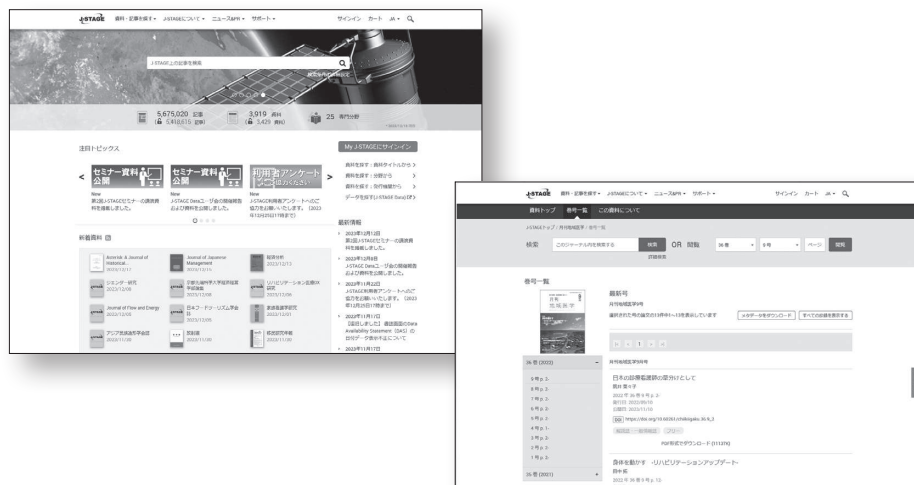
J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

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

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

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。

ぜひ、ご活用ください。



これまでの活躍と今後への期待

市立恵那病院 看護部長 新床美穂子

当院に NDC が誕生して 8 年

恵那市は岐阜県の南東部に位置し、人口は 4.6 万人、高齢化率は 36% を超えます。市立恵那病院は地域医療振興協会の指定管理を受け 21 年が経過しました。8 年前に新病院に移転し、産婦人科、腫瘍総合ケアセンター、血液浄化センター、健診センターを開設しました。そして新病院と同時期に、当院に第 1 号となる NDC が誕生し、現在は 2 名の NDC が在籍しています。

開拓者の活躍

1 人目の松永智志さんは NDC 研修センターの第 1 期生であり、まさしく開拓者の存在です。厚生労働省や日本看護協会をはじめとする多方面で議論が重ねられ、「特定行為研修修了看護師」の育成が制度として整い、誕生しました。育成の目的は地域の医師不足、医師の高齢化へ

の支援であり、当院では前管理者の細江雅彦シニアフェローが NDC の必要性を認識し、診療部の承認を得て、柘植美幸前看護部長とともに院内にその位置を確立しました。当時、整形外科医は 2 名体制で、年間の手術件数は約 250 件、非常に多忙な状況でした。入院患者の多くは高齢で複数の基礎疾患を抱えていることから、松永さんは内科的臨床サポートを始めることになりました。指導医と相談しつつ、外来や手術に忙しい整形外科医に代わり、事前指示のもと内科コンサルトや検査オーダー、処方などをタイムリーに行い、大きな信頼を得ました。特定行為研修を受けたとはいえ、短期間で医師の信頼を獲得することは非常に難しいことですが、松永さんの人柄や能力によるものと感じます。当初は看護部でも NDC の役割についてよく理解できていませんでしたが、従来から「がん性疼痛看護認定看護師」として信頼を得ていたこともあり、看護師や他の医療職との関係も良く、



病態に関する学習会



透析シャントPTAの介助(左)

病態説明やアセスメントの後押しにより、安心して相談できる存在になりました。

2020年に整形外科医の退職により診療体制が変化し、松永さんは新たな活躍の場に移り、現在は回復期リハビリ病棟にて、細江雅彦医師と連携し内科患者のサポートを行っています。細江医師からも「無くてはならない存在」と絶大な信頼を得ています。また、訪問診療にも同行し、医師と患者、看護師をつなぐ重要な役割を果たしています。患者や家族から「痛みに対していろいろ考えてもらえた」「最期まで心強かった」などの感謝の声も届いています。訪問診療は一部遠隔診療に変わる可能性もあると思いますが、松永さんの活動は医師が診療に出向けない状況があったとしても、十分サポートできる体制を整えています。NDCとして、一つ一つ丁寧に対応してきた積み重ねは、医師や看護師のみならず患者や家族の信頼にもつながっています。

2人目の活躍

2人目のNDCとなった伊藤香奈美さんは、松永さんから2年後に誕生しました。先輩の活躍に続くプレッシャーは大きかったと思いますが、学んできた知識と技術を実践に活かし、院内外で活躍の場を広げています。現在は透析室での実務に加え、松野由紀彦病院長の指導のもと、

と、血糖コントロールや代行指示、入院患者のPICC挿入や動脈採血などの技術提供をしています。松野医師からも「よくやってもらっている」という嬉しい言葉をもらっています。また、院内の看護師教育にも携わり、指導者としても経験を積んでいます。さらに、週に1回、市内の介護老人保健施設ひまわりを訪問し、簡易検査の実施や看護師のアセスメントの相談に対応、医師への報告のサポートも行っています。施設職員からは感謝の声が届いています。

さらなる活躍のとき

2025年を目標に進められたNDCの育成ですが、すでに2040年を見据えた動きへと発展しています。全国に「特定行為研修修了者」が増え、地域の病院や診療所、訪問看護ステーションなどさまざまな環境での活躍が報告されています。当院でも数年前とは状況が変化してきました。7月からは整形外科医の新たな赴任もあり、サポートの依頼があります。これまで以上に「活躍する 때가来た」と実感しています。地域の医療を支える存在として2人のNDCは欠かせません。地域の医療を守り、患者を支えるという使命に誇りを持ち、今後もさらなる活躍を期待しています。

2025. 7. 16

僕の私の総診日記

こんにちは。私は東京北医療センター所属の専攻医2年目で
ヒシヌマ タカフミ
菱沼敬文と申します。どうぞよろしくお願いいたします。



私の生まれは宮城県で、福島県で大学生～初期研修を過ごしていました。大学時代は弓道部に所属しており、当院同期の沖中郁実先生と東医体で試合をしたこともあります。初期研修は福島市の大原総合病院で行い、特に総合診療科の先生に大変お世話になりました。

研修終了後は一度、脳神経内科の医局へ入局したのですが、臨床経験を重ねるうちに、総合診療的なアプローチの大切さを改めて実感し、腰を据えて勉強したいと思い、東京北医療センターの総合診療科へ入職いたしました。

福島と比較すると東京はかなり暖かく、晴れの日も多く、平野というのは住むのに適した場所だと日々実感しております。また全国いろいろなところから医師も集まっており、多様なバックグラウンドのある同期・先輩と日々楽しく研修しています。同期同士ではおのおのに得意分野や興味がある領域があり、難しい症例や困った症例などをディスカッションを通じてお互いに学び合っています。

日常診療では社会背景が複雑な症例や、倫理的な問題を含む症例にも多く直面します。こうした場面では週に1回の全体カンファランスや上級医への相談を通じて、家庭医的なアプローチを試行錯誤しながら実践しています。内科を経験した中で「フレームワークを用いたアプローチ」にはなじみが浅く、苦労も多いですが、振り返りの中で気づかされることも増えてきて、少しずつ家庭医療に対する理解も深まっている気がします。

現在は台東病院で3ヵ月の選択研修を行っています。台東区は大河ドラマで取り上げられた吉原があった地域であり、東北人の私が想像した下町という気風が色濃く残る地域でもあります。お祭りも

プロフィール

2021年3月 福島県立医科大学卒業

2021年4月～2023年3月
福島市大原総合病院 初期研修

2023年 獨協医科大学埼玉医療センター脳神経内科

2024年 東京北医療センター総合診療科



台東病院にあるお祭りの提灯です。

相当な頻度で開催されており、まだ見に行けてはいないのですが、研修期間中に覗きに行けたらな、と思っています。

病院としてはケアミックス病棟が特徴であり、急性期・回復期・療養・老健がフロアごとに分かれているのが特徴です。これまで回復期病棟は研修医期間も通じて経験したことがほとんどなかったので、日々とても勉強になります。特に脳梗塞の患者さんが少しずつ身体機能を獲得し、急性期では考えられないようなADLまで回復した時は、大いに驚きました。これまで急性期で担当していた患者さんも、こうした過程を経ていたのかもしれないと想像しながら、学びを深めています。3ヵ月後にはまた東京北医療センターの急性期病棟へ戻りますが、その時までには何か持って帰れるような知識や経験を得たいと思っています。

プライベートでは一生に一度はオーロラを見たいと思って、カナダにオーロラを見に行ってきました。とにかく寒い地域で、日照時間も短く、なんとなく陰鬱な感じがしました。オーロラは2日行って、ほとんど霞みみたいなモヤしかなかったのですが、4日目に鑑賞時間を延長したところ、とんでもないオーロラに出会うことができ、非常に行った甲斐がありました。寒くて暗いのもう一度行きたいかといわれると悩ましいのですが、一生に一度と思えばかなり良い経験だったと思います。もし興味がある方がいらっしゃれば、ぜひご一報ください。

今後ともどうぞよろしくお願いいたします。



とんでもない寒さの中で見たオーロラです。

『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/>

北村 聖先生の 「医学教育の現状と課題 前編」

(7月1日配信)

地域医療振興協会 顧問・東京大学名誉教授の北村聖先生に「医学教育の現状と課題」について2回に分けてレクチャーしていただきます。

医学部の教育目標は、診療参加型臨床実習でしっかりと診療ができるようになり、卒業後すぐに研修医として始められる知識と技能・態度、心持ちを身に付けることです。医学教育は国民の健康に直接関与するため質の担保が求められ、その目的でコア・カリキュラムが制定されています。

まず1996年に文部科学省の有識者会議において医学教育改革が必要と指摘されました。患者中心・患者本位の医療の必要性、先端医療と生命の尊厳との調和、受験学力だけで医学部進学を評価することへの疑問、医師としての態度・技能の習得が不十分、人間性豊かな医療人を世に送り出す必要がある、という報告が出されたのです。それを受けて、1999年に医学教育改革の方向性が報告され、少人数教育と臨床実習の充実で、診療参加型臨床実習が教育のメインとなりました。基礎医学と各診療科の座学は臨床実習をスムーズに行うためにあり、実習を行うことで患者を思いやる心、医療安全の心などが培われます。

少人数教育では課題発見問題解決型の学習を行い

ます。医学知識は幾何級数的に増加していますが、その全部を教えることはできません。そこで行われているのが、学び方を学んで自分で学ぶというアクティブラーニングです。現在の知識もいずれは古い知識になりますが、常に学び続けていれば知識が古びることはありません。

医学教育改革の指針を受けて2001年にモデル・コア・カリキュラムが作られ、共用試験が設定されました(図1)。共用試験は、診療参加型臨床実習や地域医療実習に入る前にComputer Based Test(CBT)で知識を、Objective Structured Clinical Examination(OSCE)で技能を確認します。全ての大学でモデル・コア・カリキュラムに則った教育が行われます。

アウトカム基盤型教育では、修了時の全体像を描いて、そこに到達するために必要な学ぶべきこと・学ぶ方法を考え、達成度を評価する仕組みをつくり、それに沿った教育を行います。座学では患者を思いやる心を育てることはできないので、臨床実習の充実が求められます。診療参加型臨床実習では、学生も医療チームの一員であることが求められ、投薬はできないものの、治療計画について意見を述べなくてはなりません。診療参加型臨床実習を行うことで、知識の使い方が大きく伸びることが分かります(図2)。

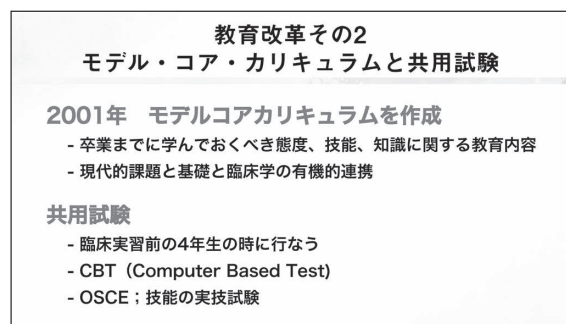


図 1

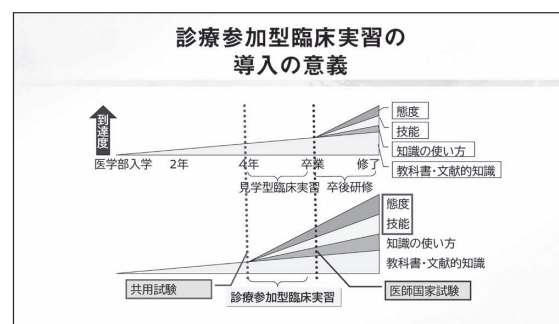


図 2

* 北村先生のレクチャーの詳細は、7月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

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



令和8年度医学部・看護学部入試日程等が決まりました……………

令和8年度の入試日程等が次のとおり決定しました。医学部では、令和8年度入試から一部の県において学校推薦型選抜および総合型選抜を実施します。

■入学者選抜方法

【学校推薦型選抜】

- ・入学志願者に対して、本学で基礎学力検査および面接試験を行う。
- ・調査書、推薦書、活動報告書等の必要書類、基礎学力検査および面接試験の結果を総合的に判断し、本学の建学の趣旨を理解している者を若干名選抜する。

【総合型選抜】

- ・入学志願者に対して、本学で基礎学力検査および面接試験を行う。
- ・調査書、志願者評価書、活動報告書等の必要書類、基礎学力検査および面接試験の結果を総合的に判断し、本学の建学の趣旨を理解している者を若干名選抜する。

【一般選抜】

- ・入学志願者に対して、各都道府県で第1次試験(学力試験・面接試験)を行い、その合格者に対して、本学で第2次試験(記述式学力試験・面接試験)を行う。
- ・第1次試験および第2次試験の成績ならびに提出のあった調査書等の必要書類により総合判断し、本学の建学の趣旨を理解している者を各都道府県から若干名ずつ選抜する。

医学部

【入試日程】

学部・学科・定員	医学部 医学科 定員100名 ※ただし、令和8年度の募集人員も今年度と同じ123名で関係機関と調整中です。 ・全ての都道府県において2名または3名ずつ選抜します。 ・令和8年度入試から一部の都道府県において従来の一般選抜に加えて学校推薦型選抜(富山県)と総合型選抜(富山県・山梨県・山口県・佐賀県)を実施します。学校推薦型選抜、総合型選抜において合格者数が募集人員に満たなかった場合は、一般選抜にて選抜します。 ・一般選抜のみの都道府県においては、一般選抜で2名または3名を選抜します。
----------	--

試験区分	実施都道府県	募集人員
学校推薦型選抜	富山県	1名
総合型選抜	富山県	1名
	山梨県, 山口県, 佐賀県	各県2名
一般選抜	全都道府県	2名または3名 ※学校推薦型選抜, 総合型選抜を実施する都道府県は学校推薦型選抜, 総合型選抜を合わせて2名または3名となります.

学校推薦型選抜	出願期間		令和7年11月1日(土)～11月7日(金)17:00必着 11月6日(木)消印有効 出願書類の提出先: 自治医科大学 学事課 入試広報係
	書類選考合格発表日		令和7年11月14日(金)13:00
	基礎学力検査・面接試験日		令和7年11月19日(水)
	合格発表日		令和7年12月1日(月)
総合型選抜	出願期間		令和7年10月15日(水)～10月21日(火)17:00必着 10月20日(月)消印有効 出願書類の提出先: 自治医科大学 学事課 入試広報係
	書類選考合格発表日		令和7年11月14日(金)13:00
	基礎学力検査・面接試験日		令和7年11月19日(水)
	合格発表日		令和7年12月1日(月)
一般選抜	出願期間		令和8年1月5日(月)～1月21日(水)17:00必着 1月20日(火)消印有効 出願書類の提出先: 出願地とする都道府県庁の入試担当課
	第1次試験	試験日	【学力試験】令和8年1月26日(月) ※学力試験及第者の発表は, 1月27日(火)9:00までに行います. 【面接試験】令和8年1月27日(火) ※学力試験及第者のみ実施
		合格発表日	令和8年1月30日(金)13:00
	第2次試験	試験日	令和8年2月4日(水) 記述式学力試験・面接試験
		合格発表日	令和8年2月13日(金)17:00

入学 手 続 日	第1回目	令和8年2月25日(水)
	第2回目	令和8年3月12日(木)
	※両日に出願地の都道府県庁の入試担当課において、必ず本人が所定の入学手続きを行ってください。	

◇試験日時・科目等

【学校推薦型選抜・総合型選抜】

・基礎学力試験および面接試験を行います。

・試験会場：自治医科大学

試験日：令和7年11月19日（水） 9：30～16：00

受付時間 8：20～8：30

<基礎学力検査（記述式）>

教 科	出 題 範 囲	配 点	時 間
数 学	数学Ⅰ(全範囲), 数学Ⅱ(全範囲) 数学Ⅲ(全範囲), 数学A(全範囲) 数学B(数列), 数学C(ベクトル・ 平面上の曲線と複素数平面)	100点	9：30～10：30 (60分)
外国語	英語コミュニケーションⅠ, 英語コミュニケーションⅡ, 英語コミュニケーションⅢ, 論理・表現Ⅰ, 論理・表現Ⅱ, 論理・ 表現Ⅲ	100点	10：50～11：50 (60分)

<面接試験>

個人面接 県・大学 各10～15分程度

【一般選抜 第1次試験】

・学力試験および面接試験を行います。ただし、面接試験は学力試験及第者のみが対象となります。

・試験会場：出願地となる都道府県が指定する場所

<学力試験（マークシート式）>

令和8年1月26日(月) 9：00～14：10

受付時間 8：20～8：40

教科・科目		出題範囲	配点	時間
数 学		数学Ⅰ(全範囲), 数学Ⅱ(全範囲) 数学Ⅲ(全範囲), 数学A(全範囲) 数学B(数列), 数学C(ベクトル・ 平面上の曲線と複素数平面)	25点	9:00~10:20 (80分)
理 科 (2科目選択)	物 理	「物理基礎」と「物理」を併せた範囲	50点 (1科目25点)	10:50~12:10 (80分)
	化 学	「化学基礎」と「化学」を併せた範囲		
	生 物	「生物基礎」と「生物」を併せた範囲		
外国語		英語コミュニケーションⅠ, 英語コミュニケーションⅡ, 英語コミュニケーションⅢ, 論理・表現Ⅰ, 論理・表現Ⅱ, 論理・ 表現Ⅲ	25点	13:10~14:10 (60分)

<面接試験>

令和8年1月27日(火) 10:10~16:00

受付時間 9:00~9:20

【一般選抜 第2次試験】

- ・学力試験(記述式)および面接試験を行います。
- ・試験会場:自治医科大学
- 試験日:令和8年2月4日(水) 8:50~18:00

<学力試験(記述式)>

教 科	科 目	配点	時 間
数 学	数学Ⅰ(全範囲), 数学Ⅱ(全範囲) 数学Ⅲ(全範囲), 数学A(全範囲) 数学B(数列), 数学C(ベクトル・ 平面上の曲線と複素数平面)	12.5点	(30分)
外国語	英語コミュニケーションⅠ, 英語コミュニケーションⅡ, 英語コミュニケーションⅢ, 論理・表現Ⅰ, 論理・表現Ⅱ, 論理・ 表現Ⅲ	12.5点	(30分)

<面接試験>

集団面接 約20分

個人面接 約10～15分

※集団面接と個人面接は都道府県単位で行います。

出願に必要な入学者募集要項(願書)は、大学ホームページからの資料請求または各都道府県庁の自治医科大学入試担当課の窓口を中心に9月上旬から無料で頒布する予定です。

医学部入学試験の詳細については、学事課入試広報係(0285-58-7045)までお問い合わせください。

看護学部

●一般入試

◇入試日程

学部・学科	看護学部 看護学科 〔定員105名のうち40名程度は学校推薦型選抜(指定校制)により募集〕	
出願期間	令和7年12月22日(月)～令和8年1月15日(木)	
第一次試験	試験日	令和8年1月24日(土)
	合格発表	令和8年1月29日(木)11:00
第二次試験	試験日	令和8年2月1日(日)
	合格発表	令和8年2月6日(金)11:00
入学手続締切	令和8年2月16日(月)<消印有効>	

◇試験科目

◎第一次試験(筆記試験)

教科	区分	科目	時間	方式(1月24日)
国語	必須	現代の国語 言語文化 ※古文・漢文を除く	(60分)	マークシート方式
英語	必須	英語コミュニケーションⅠ 英語コミュニケーションⅡ	(60分)	マークシート方式
数学	必須	数学Ⅰ・数学A	(60分)	マークシート方式

◎第二次試験(面接試験)

内 容		時 間
面接試験	個人面接	1人10分程度

●学校推薦型選抜

学部・学科	看護学部 看護学科
出願期間	令和7年11月4日(火)～令和7年11月10日(月)＜消印有効＞
試 験 日	令和7年11月22日(土)
試験科目	小論文(60分), 面接試験(1人10分程度)
合格発表	令和7年12月1日(月)
入学手続締切	令和7年12月9日(火)＜消印有効＞

学生募集要項 一般選抜は、大学ホームページからの資料請求または看護学務課にて9月下旬から無料で頒布予定です。

なお、看護学部入学試験の詳細については、看護学務課(0285-58-7433)までお問い合わせください。

令和7年度 学長・学生懇談会が開催されました ……………

令和7年度の第1回学長・学生懇談会が、5月22日(木)記念棟12階会議室において開催されました。この懇談会は、永井良三学長、大槻マミ太郎副学長をはじめ教員と学生代表とが、自由に意見交換できる場です。和やかな雰囲気の中、この機会を通じて学生の教育および生活の現状を把握し、短期および中長期的な解決策を話し合うことを目的として、年3回実施しております。

懇談会は興水崇鏡学生生活支援センター長の司会で始まり、はじめに永井学長、大槻副学長から学生に対し、ねぎらいや励ましのお言葉などをいただきました。続いて、参加したBBS幹部、カリキュラム委員、都道府県人会、薬師祭実行委員の代表から挨拶がありました。充実した懇談の時間を持つことができ予定時間を超えるほどで、学長、副学長をはじめ多くの先生方から直接お話を伺える貴重な機会となりました。

令和7年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました ……………

6月5日(木)記念棟12階会議室において、令和7年度都道府県自治医科大学主管課長会議が開催されました。

はじめに永井良三学長から挨拶があり、今井靖教務委員長から大学の現況について、武藤弘行入試検討委員長から令和7年度入試結果ならびに令和8年度入試方法について説明がなされました。

続いて、福岡敬宜医学部広報委員長から令和8年度入試に向けた広報について、伊藤真人学生委員長から在学生の関連事項について、山本英紀卒後指導部長ならびに岩津好隆卒後指導副委員長から卒業生の関連事項について、北澤剛総務部長から令和6年度決算と令和7年度予算の概要について、川合謙介附属病院院長ならびに遠藤俊輔さいたま医療センター長から、附属病院、附属さいたま医療センターの概況についてそれぞれ報告があり、佐藤清美大学事務部長から学生への生活費支給措置について各都道府県へ要望を行い、大槻マミ太郎副学長の挨拶で閉会となりました。

また、前日(4日)と当日の2グループに分かれて、卒後指導委員会都道府県担当等による各都道府県との個別協議のほか、学生生活支援センター、医学教育センターおよび教務委員会による在学生に係る個別協議が行われ、医学部教育・研究棟において、都道府県ごとに主管課の方々、卒後指導委員会委員および県担当の先生方、在学生(医学部4・5・6年生)との懇談会が和やかに行われました。

第19回 自治医科大学医学部広報フォーラムが開催されました ……………

6月14日(土)東京都千代田区のホテルルポール麹町において第19回自治医科大学医学部広報フォーラムが開催されました。

本学医学部では、より充実した広報活動の実施と志願者の数・質の向上を図ることを目的として、平成17年度から各都道府県からご推薦いただいた卒業生を「医学部学外広報委員」として委嘱し、本学の広報活動の一翼を担っていただいております。

今回のフォーラムでは、学外広報委員の先生方42名にお集まりいただき、大学側からは永井良三学長、大槻マミ太郎副学長、武藤弘行入試検討委員長、福岡敬宜医学部広報委員長をはじめ医学部広報委員ならびに広報戦略委員の先生方、各地の大学説明会などにご支援いただく卒後指導部、卒後指導委員会ならびに都道府県担当の先生方45名にご出席いただきました。

永井学長からご挨拶をいただいた後、福岡医学部広報委員長から本フォーラムの趣旨ならびに令和7年度入試広報活動の結果と令和8年度入試に向けた広報活動の概要について、続いて学外広報委員の安井公亮先生(福井県44期)および吉田里沙子先生(香川県34期)から大学説明会等の主な広報活動の状況報告について、最後に武藤入試検討委員長から令和7年度入試結果、令和8年度入試の概要および年内入試について説明がなされました。その後、情報・意見交換が行われ、最後に福岡医学部広報委員長から総括をしていただき、今後の広報活動を充実させるための貴重な時間となりました。

「卒後ワークライフバランスについて考える会 2025 in Jichi」が

開催されました ……………

6月14日(土)、医学部学生寮大ラウンジで「卒後ワークライフバランスについて考える会 2025 in Jichi」が開催されました。平成24年度から実施している本会も、今回で15回目の開催となりました。

今回は「私たちの選択とバランス」をテーマに、本学卒業生の鶴川慎一郎先生(長崎県37期:京都府立医科大学附属病院勤務)、堤龍子先生(熊本県38期:熊本大学病院勤務)からご講演をいただきました。

会場には教職員、医学部学生など83名(学生53名、卒業生13名、関係者17名)が参加し、卒業生の講演を熱心に聴講しました。会の後半では小グループに分かれて意見交換を行い、学生と卒業生、また参加教員とで盛んな議論がなされ、交流を深めることができました。

本会は医学部同窓会から協賛をいただいております。参加学生全員へお菓子の差し入れがありました。

講演会の様子については、今後、地域医療推進課ホームページにて動画を公開予定ですので、ご覧ください。

地域医療推進課ホームページ・女性医師支援

https://www.jichi.ac.jp/chisuika/shien_woman/

各講座等における義務年限終了卒業生の令和8年度採用計画について ……………

大学といたしましては、卒業医師の皆様が義務年限を終了した後も出身都道府県に長くにとどまり、医療、福祉、保健等の各分野において広く活躍されることを期待しておりますが、一方において、地域医療で培った貴重な経験、技術等を母校の研修医や医学生に伝えていただく必要性もあると考えております。また、ご自身の医療技術のさらなる研鑽、研究の深化等のため、母校に一定期間戻りたいとの考えをお持ちの方もおられるのではないかと拝察いたします。

つきましては、各講座における義務年限終了卒業生の令和8年度採用計画の状況を地域医療推進課ホームページに掲載しておりますので、必要に応じてご参照くださいますようお願い申し上げます。

また、義務年限終了卒業生の更なるキャリア向上の選択肢のひとつとして、新たに「義務年限終了後の医学部卒業生の有期雇用制度(卒業生有期雇用制度)」を設けております。こちらは、各講座の採用枠に関わらず、地域医療学センター地域医療人材育成部門の助教として雇用し、希望する診療科等において教育、研究、診療、研修等を行うことができるので、診療および臨床研究スキルの向上や専門医資格取得等のために、ご活用ください。

※こちらのQRコードから地域医療推進課ホームページをご覧ください。



『月刊地域医学』新規コーナー, 連載企画募集

『月刊地域医学』では, 新規コーナー, 連載企画を募集しています.

「こんな内容を取り上げてほしい」, 「こんなテーマで自分が連載してみたい」といった要望を編集部までお寄せください.

お寄せいただいたご意見は, 編集会議にて協議させていただきます.

皆さまからのご意見をお待ちしています.



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

報告
各種お知らせ
求人

令和7年度 公益社団法人地域医療振興協会総会を終えて

公益社団法人地域医療振興協会 理事長 藤来靖士



令和7年度の定例総会が、6月28日平河町の実業ビル3階で開かれました。委任状出席を含め、1,161名の会員が出席されました。

定例総会の報告事項は令和6年度事業報告と令和6年度決算報告でした。議案は役員を選出と定款の一部改正です。

まず、決算報告の事業収支ですが、令和6年度の収益は1,470億円で、昨年度と比較し40億円の減となり、一般正味財産増減額は43億円の大きな赤字となってしまいました。コロナ禍後の医療需要の低下に伴い、たいへん厳しい結果となりました。経営状況の改善は、早急に取り組まなければならない課題であり、最重要課題と認識しております。

本年は役員改選の年であり、19名の理事と2名の監事が新役員として認められました。それぞれ1名ずつの外部役員と、新たに1名の女性理事が決定いたしました。定款の一部変更では、副会長を2名まで置くことを可能にして、執行部の強化を図る案が可決されました。

その他の報告ですが、令和6年度は、愛媛県西予市の西予市立西予市民病院と野村地域医療センター、千葉県君津市の松丘診療所が加わり、令和7年7月現在の協会施設は86施設となりました。また、令和7年3月に横須賀市立うわまち病院が移転し、新たに横須賀市立総合医療センターとして新病院となってスタートいたしました。

総会に引き続き「へき地・地域医療学会」が開催されました。今回は、中国・四国ブロックの先生方に企画立案に携わっていただき、素晴らしい学会となりました。高久賞の応募作品や、学生さんの発表を聞き、どんどんレベルが上がっていることを感じました。

最後になりますが、総会の後に行われた理事会にて、新たに理事長としての指名をいただきました。地域医療振興協会が地域医療に携わる全ての人のつながる場所となるように尽力する所存です。会員の先生方には、引き続きご指導をいただけますようお願い申し上げます。

去る5月31日に本年度定例理事会、6月28日に総会が海運ビルにおいて開催されました。令和6年度事業報告、決算報告が承認されました。

なお、令和7年度の予算は、去る3月29日の定例理事会にて承認されています。

I 令和7年度 第1回定例理事会

- 1 開催日時 令和7年5月31日(土) 12時00分～14時00分
- 2 会場 海運ビル 協会事務局理事会室
- 3 理事定数 20名
- 4 出席者数 19名
- 5 議決事項
 - 第1号議案 令和7年度定時総会招集の件
 - 第2号議案 令和6年度事業報告
 - 第3号議案 令和6年度決算報告
 - 第4号議案 令和6年度特定費用準備資金の積み立ての件
 - 第5号議案 定款の一部改正の件
 - 第6号議案 理事選任の件
 - 第7号議案 監事選任の件
 - 第8号議案 退任役員に対する退職功労金贈呈の件
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

II 令和7年度 総会

- 1 開催日時 令和7年6月28日(土) 12時00分～13時30分
- 2 会場 海運ビル 3階303会議室
- 3 会員数 1,656名
- 4 出席者数 1,161名(うち、会場出席47名、書面評決者数349名、表決委任者数765名)
- 5 報告事項
 - 1) 令和6年度事業報告について
 - 2) 令和6年度決算報告について
- 6 議決事項
 - 1) 第1号議案 定款の一部改正の件
 - 2) 第2号議案 理事選任の件
 - 3) 第3号議案 監事選任の件
 - 4) 第4号議案 退任役員に対する退職功労金贈呈の件
- 7 議事概要 原案のとおり承認されました。

III 令和6年度 第4回定例理事会

- 1 開催日時 令和7年3月29日(土) 12時00分～14時00分
- 2 会場 海運ビル 協会事務局理事会室
- 3 理事定数 20名
- 4 出席者数 20名
- 5 議決事項
 - 第1号議案 令和7年度事業計画および予算の件
 - 第2号議案 令和7年度の金融機関からの借り入れの件
 - 第3号議案 協会運営施設の管理者選考の件
- 6 議事概要 原案のとおり承認されました。

公益社団法人地域医療振興協会役員名簿

令和7年6月28日現在

会長	吉新 通康	公益社団法人地域医療振興協会 会長
副会長	山田 隆司	公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長, 台東区立台東病院管理者
副会長	沼田 裕一	公益社団法人地域医療振興協会横須賀市立総合医療センター管理者兼病院長
理事長	藤来 靖士	公益社団法人地域医療振興協会 理事長
副理事長	宮崎 国久	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター管理者
常務理事	木下 順二	公益社団法人地域医療振興協会沖縄地域医療支援センターセンター長
常務理事	西尾 博至	公益社団法人地域医療振興協会市立奈良病院管理者
常務理事	杉田 義博	公益社団法人地域医療振興協会日光市民病院管理者
常務理事	井上 陽介	公益社団法人地域医療振興協会湯沢町保健医療センター管理者
常務理事	梅屋 崇	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター副管理者
理事	神山 潤	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター管理者
理事	光定 誠	公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院名誉院長
理事	川合 耕治	公益社団法人地域医療振興協会伊東市民病院管理者
理事	伊藤 雄二	公益社団法人地域医療振興協会市立恵那病院副管理者
理事	井上 陽介	公益社団法人地域医療振興協会湯沢町保健医療センター管理者
理事	石黒 久也	公益社団法人地域医療振興協会事務局長
理事	大槻マミ太郎	自治医科大学副学長
理事	原田 昌範	山口県立総合医療センターへき地地域医療支援センター センター長
監事	白石 裕子	自治医科大学地域医療学センター助教
監事	蒸野 寿紀	和歌山県立医科大学地域医療支援センターセンター長・教授
監事	永井 慎昌	日本赤十字社鹿児島赤十字病院副院長
監事	丸山 浩	東京家政大学栄養学部教授

令和6年度事業報告書概要

1 医学生及び卒業生のへき地医療研修活動の指導(公1-1)

医学生、コメディカル学生及び医療従事者を対象に、地域医療実習等指導施設として受け入れを行った。研修受入実績は延べ日数28,662日であった。

2 へき地医療における診療活動基準の研究と確立(公1-2)

地域医療セミナーを開催した。

3 総合医の確立についての研究と研修会の開催及び総合医の養成(公1-3)

臨床研修医養成事業では臨床研修医は100名、専攻医は151名であった。

また、臨床研修センター、NP・NDC研修センター及びシミュレーションセンター並びにヘルスプロモーション研究センターの運営等を行った。

4 医療情報の提供(公1-4)

遠隔画像診断支援システムの運営、医師向け生涯学習コンテンツ等の提供、ホームページによる情報提供を行った。

5 地域保健医療に関する研究会及び講習会の開催(公1-5)

救急、周産期、外科、内科、麻酔に係る標準化講習会ならびにオリジナル講習会を開催した。

6 へき地等に勤務する医師等の職業紹介及び派遣(公1-6)

へき地等への医師等派遣事業等を行った。へき地等の協会外施設への代診実績は、延べ日数1,625日であった。

7 会報・会誌の発行(公1-7)

「月刊地域医学」を編集し、発行した。

8 へき地等に勤務する医師の確保等へき地等の医療(介護を含む)を支援する病院等の開設及び運営管理の受託(公1-8)

令和7年3月千早赤阪村国民健康保険診療所の運営を終了した。

令和7年3月国頭村立東部へき地診療所の運営を終了した。

運営施設は病院26施設、診療所(附属診療所及び出張診療所を含まない)48施設、介護老人保健施設18施設となった。

地域看護研究センター、地域医療安全推進センターの運営を行った。

9 へき地等の医療を支援する病院等に勤務する看護師等を養成するための学校の運営事業等の養成事業(公1-9)

(1) さいたま看護専門学校

令和6年4月、36名が入学した。1年生は38名となり、2年生には28名、3年生には36名がそれぞれ進級した。令和7年3月には卒業生35名を輩出した。

(2) 奈良市立看護専門学校

令和6年4月、32名が入学した。1年生は33名となり、2年生には37名、3年生には37名がそれぞれ進級した。令和7年3月には卒業生36名を輩出した。

へき地等の医療を支援する病院等の運営の状況

		令和 6 年度	令和 5 年度	前年比	増減数
病院	病院数	26施設	26施設	100.0%	0 施設
	病床数	5,204床	5,314床	97.9%	▲110床
	入院患者数（人/日）	3,679人/日	3,570人/日	103.1%	109人/日
	病床利用率	70.7%	67.2%	105.2%	3.5%
	外来患者数（人/日）	8,457人/日	8,376人/日	101.0%	81人/日
診療所	診療所数	50施設	50施設	100.0%	0 施設
	うち有床診療所数	6 施設	6 施設	100.0%	0 施設
	病床数	110床	110床	100.0%	0 床
	入院患者数（人/日）	59人/日	61人/日	96.7%	▲2 人/日
	病床利用率	53.6%	55.5%	96.7%	▲1.9%
	外来患者数（人/日）	1,875人/日	1,866人/日	100.5%	9 人/日
保健施設 介護老人	施設数	18施設	18施設	100.0%	0 施設
	入所定員数	1,467人	1,467人	100.0%	0 人
	入所者数	1,328人/日	1,314人/日	101.1%	14人/日
	利用率	90.5%	89.6%	101.1%	1.0%
通所リハビリ テーション	施設数	27施設	27施設	100.0%	0 施設
	通所定員数	776人	776人	100.0%	0 人
	通所者数	511人/日	475人/日	107.6%	36人/日
	稼働率	65.9%	61.2%	107.6%	4.6%
通所介護	施設数	4 施設	4 施設	100.0%	0 施設
	通所定員数	95人	95人	100.0%	0 人
	通所者数	46人/日	47人/日	97.9%	▲1 人/日
	稼働率	48.4%	49.5%	97.9%	▲1.1%
その他の指標	居宅ケアプラン作成（月平均）	1,033件/月	1,077件/月	95.9%	▲44件/月
	訪問看護	266人/日	225人/日	118.2%	41人/日
	訪問リハビリ	123人/日	109人/日	112.8%	14人/日
	居宅療養管理指導	73人/日	36人/日	202.8%	37人/日

別表1 病院等の一覧

	施設名	病院	診療所	老健	開設	運営形態
1	石岡第一病院	1			平成4年7月1日	直営
2	六合温泉医療センター		1		平成5年9月1日	中之条町から指定管理
3	西伊豆町安良里診療所		2		平成6年1月5日	直営から平成27年3月1日 西伊豆町からの指定管理
4	揖斐郡北西部地域医療センター		3	1	平成10年4月1日	揖斐川町から指定管理
5	東通村保健福祉センター				平成11年2月1日	東通村から指定管理
6	白糠診療所		4		平成11年2月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
7	西伊豆町田子診療所		5		平成11年5月1日	直営から平成27年3月1日 西伊豆町からの指定管理
8	公立丹南病院	2			平成12年2月1日	公立丹南病院組合から指定管理
9	日光市民病院	3			平成12年4月1日	直営
10	磐梯町保健医療福祉センター		6	2	平成12年4月1日	磐梯町から指定管理
11	東通村診療所		7		平成12年4月1日	一部事務組合下北医療センターから指定管理
12	奥日光診療所		8		平成12年5月1日	日光市から指定管理
13	市立伊東市民病院	4			平成13年3月1日	伊東市から指定管理
14	揖斐川町春日診療所		9		平成13年7月1日	揖斐川町から指定管理
15	西吾妻福祉病院	5			平成14年2月1日	西吾妻福祉病院組合から指定管理
16	介護老人保健施設にっこう			3	平成14年4月1日	直営
17	横須賀市立うなまち病院	6			平成14年7月1日	横須賀市から指定管理
18	湯沢町保健医療センター	7			平成14年8月1日	湯沢町から指定管理
19	加賀地域医療支援センター		10		平成15年3月1日	加賀市から指定管理、平成27年9月30日 山中温泉医療センターの指定管理終了
20	東通村介護老人保健施設のはなしょうぶ			4	平成15年4月1日	東通村から指定管理
21	公設宮代福祉医療センター		11	5	平成15年10月1日	宮代町から指定管理
22	市立恵那病院	8			平成15年12月1日	恵那市から指定管理
23	東京北医療センター介護老人保健施設さくら杜			6	平成16年1月1日	(株)年金健康保険福祉施設管理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
24	東京北医療センター	9			平成16年4月1日	(株)年金健康保険福祉施設管理機構から経営委託、平成26年3月10日から直営
25	市立奈良病院	10			平成16年12月1日	奈良市から指定管理
26	公立黒川病院	11			平成17年4月1日	黒川地域行政事務組合から指定管理
27	いなづま診療所		12		平成17年6月1日	直営
28	介護老人保健施設みはらし			7	平成18年4月1日	伊東市から指定管理
29	村立東海病院	12			平成18年5月1日	東海村から指定管理
30	地域包括ケアセンターいぶき		13	8	平成19年4月1日	米原市から指定管理
31	おおい町保健・医療・福祉総合施設		14	9	平成19年4月1日	おおい町から指定管理
32	志摩地域医療福祉センター		15	10	平成20年4月1日	志摩市から指定管理
33	飯塚市立病院	13			平成20年4月1日	飯塚市から指定管理
34	市立大村市民病院	14			平成20年4月1日	大村市から指定管理
35	奈良市立柳生診療所		16		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
36	奈良市立田原診療所		17		平成20年4月1日	奈良市から指定管理
37	上野原市立病院	15			平成20年10月1日	上野原市から指定管理
38	台東区立台東病院・台東区立老人保健施設千束	16		11	平成21年4月1日	台東区から指定管理
39	山北町立山北診療所		18		平成20年12月1日	山北町から指定管理
40	東京ベイ・浦安市川医療センター	17			平成21年4月1日	直営
41	横須賀市立市民病院	18			平成22年4月1日	横須賀市から指定管理
42	上河津診療所		19		平成22年1月12日	直営
43	シティ・タワー 診療所		20		平成22年3月1日	直営
44	奈良市立月ヶ瀬診療所		21		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
45	奈良市立都祁診療所		22		平成22年4月1日	奈良市から指定管理
46	明日香村国民健康保険診療所		23		平成22年4月1日	明日香村から指定管理
47	伊豆今井病院	19			平成22年7月1日	直営
48	関市国民健康保険津保川診療所		24		平成23年4月1日	関市から指定管理
49	十勝・いけだ地域医療センター	20		12	平成23年10月1日	池田町から指定管理
50	女川町地域医療センター		25	13	平成23年10月1日	女川町から指定管理
51	与那国町診療所		26		平成23年10月1日	与那国町から指定管理
52	練馬光が丘病院	21			平成24年4月1日	直営
53	姫室村国民健康保険診療所		27		平成24年4月1日	姫室村から指定管理
54	三重県立志摩病院	22			平成24年4月1日	三重県から指定管理
55	越前町国民健康保険織田病院	23			平成24年4月1日	越前町から指定管理
56	公立久米島病院	24			平成24年4月1日	沖縄県離島医療組合から指定管理
57	伊豆下田診療所		28		平成24年5月1日	直営
58	真鶴町国民健康保険診療所		29		平成25年8月1日	真鶴町から指定管理
59	今泉記念館ゆきあかり診療所		30		平成25年10月1日	直営
60	六ヶ所村医療センター		31	14	平成26年4月1日	六ヶ所村から指定管理
61	戸田診療所		32		平成26年4月1日	沼津市から指定管理
62	西浅井地区診療所		33		平成27年4月1日	長浜市から指定管理
63	揖斐川町谷汲中央診療所		34		平成27年4月1日	揖斐川町から指定管理
64	米原市地域包括医療福祉センター		35		平成27年10月1日	米原市から指定管理
65	介護老人保健施設市川ゆうゆう			15	平成28年4月1日	市川市から経営移譲

66	鳥羽市立長岡診療所		36		平成28年4月1日	鳥羽市から指定管理
67	竹富町立黒島診療所		37		平成28年4月1日	竹富町から指定管理
68	奈良市立興東診療所		38		平成28年6月1日	奈良市から指定管理
69	日光市立小来川診療所		39		平成29年4月1日	日光市から指定管理
70	恵那市国民健康保険山岡診療所		40		平成29年4月1日	恵那市から指定管理
71	千早赤阪村国民健康保険診療所		41		平成29年4月1日	千早赤阪村から指定管理
72	国頭村立東部へき地診療所		42		平成29年4月1日	国頭村から指定管理
73	恵那市介護老人保健施設ひまわり			16	平成30年4月1日	恵那市から指定管理
74	介護老人保健施設富谷の郷			17	平成30年6月1日	直営
75	あま市民病院	25			平成31年4月1日	あま市から指定管理
76	古里診療所		43		令和元年9月1日	奥多摩町から指定管理
77	小櫃診療所		44		令和2年4月1日	君津市から指定管理
78	おきたまプラワークリニック		45		令和2年7月1日	直営
79	竹富町立竹富診療所		46		令和3年4月1日	竹富町から指定管理
80	とくち地域医療センター		47		令和4年11月1日	山口市から指定管理
81	豊頃町立豊頃医院		48		令和3年11月1日	豊頃町から指定管理
82	介護老人保健施設あやがわ			18	令和4年4月1日	綾川町から指定管理
83	志摩市立国民健康保険浜島診療所		49		令和4年4月1日	志摩市から指定管理
84	有田市立病院	26			令和5年4月1日	有田市から指定管理
85	いびがわ診療所		50		令和5年11月1日	振斐川町から指定管理
86	さいたま看護専門学校				平成24年4月1日	直営
	合 計	26	50	18		

貸借対照表
令和 7 年 3 月 3 1 日現在

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I. 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金	21,285,666,972	21,492,790,875	△ 207,123,903
医業未収金	21,992,691,387	21,642,262,692	350,428,695
未収金	1,170,206,235	1,843,803,950	△ 673,597,715
医薬品	852,207,188	832,651,993	19,555,195
診療材料	588,488,903	592,146,839	△ 3,657,936
貯蔵品	69,564,007	58,564,965	10,999,042
前払費用	143,481,182	100,476,244	43,004,938
短期貸付金	253,920,531	249,518,852	4,401,679
その他流動資産	438,680,744	27,129,920	411,550,824
貸倒引当金	△ 177,156,243	△ 155,446,193	△ 21,710,050
流動資産合計	46,617,750,906	46,683,900,137	△ 66,149,231
2. 固定資産			
特定資産			
建物	32,884,418,714	31,546,506,585	1,337,912,129
構築物	975,429,052	810,100,537	165,328,515
医療用器械備品	3,827,352,045	4,697,299,409	△ 869,947,364
その他器械備品	817,077,062	850,510,068	△ 33,433,006
車両	78,103,415	62,478,791	15,624,624
土地	7,604,571,878	7,225,902,922	378,668,956
リース資産	5,721,845,988	4,887,496,216	834,349,772
建設仮勘定	1,743,391,095	1,696,861,628	46,529,467
電話加入権	6,402,699	6,402,699	0
ソフトウェア	676,837,397	742,531,571	△ 65,694,174
ソフトウェア仮勘定	6,171,000	4,400,000	1,771,000
リース無形固定資産	482,233,489	224,026,879	258,206,610
その他無形固定資産	7,106,535	9,998,148	△ 2,891,613
出資金	42,000	42,000	0
長期貸付金	571,015,143	611,535,504	△ 40,520,361
長期前払費用	949,143,784	552,993,380	396,150,404
敷金等	138,101,000	140,574,708	△ 2,473,708
保険積立金	124,693,230	115,467,774	9,225,456
特定費用準備資金	6,800,000,000	14,200,000,000	△ 7,400,000,000
特定資産合計	63,413,935,526	68,385,128,819	△ 4,971,193,293
固定資産合計	63,413,935,526	68,385,128,819	△ 4,971,193,293
資産合計	110,031,686,432	115,069,028,956	△ 5,037,342,524

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
II. 負債の部			
1. 流動負債			
買掛金	4,799,512,234	4,986,918,389	△ 187,406,155
短期借入金	17,820,000,000	16,550,000,000	1,270,000,000
1年以内返済予定長期借入金	3,973,255,807	3,830,173,421	143,082,386
リース債務	1,825,429,039	1,599,538,565	225,890,474
未払金	5,473,429,679	6,252,400,174	△ 778,970,495
未払費用	335,938,908	352,539,011	△ 16,600,103
預り金	33,849,042	61,558,766	△ 27,709,724
従業員預り金	500,239,063	623,427,229	△ 123,188,166
未払消費税等	151,000	228,314,300	△ 228,163,300
金利スワップ債務	660,696	3,290,916	△ 2,630,220
賞与引当金	2,115,245,145	2,107,590,651	7,654,494
その他流動負債	30,888,947	17,790,400	13,098,547
流動負債合計	36,908,599,560	36,613,541,822	295,057,738
2. 固定負債			
長期借入金	24,157,664,312	24,870,206,119	△ 712,541,807
長期リース債務	4,541,431,587	3,676,260,728	865,170,859
役員退職慰労引当金	129,133,300	119,862,500	9,270,800
長期末払金	86,023,809	55,139,749	30,884,060
固定負債合計	28,914,253,008	28,721,469,096	192,783,912
負債合計	65,822,852,568	65,335,010,918	487,841,650
III. 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
国等補助金	138,634,786	193,596,518	△ 54,961,732
地方公共団体補助金	12,395,454,250	13,593,502,698	△ 1,198,048,448
民間補助金	77,533,247	40,081,458	37,451,789
寄付金	339,290,434	347,756,491	△ 8,466,057
指定正味財産合計	12,950,912,717	14,174,937,165	△ 1,224,024,448
(うち特定資産への充当額)	(12,948,928,917)	(14,174,937,165)	(△1,226,008,248)
2. 一般正味財産	31,257,921,147	35,559,080,873	△ 4,301,159,726
(うち特定資産への充当額)	(27,931,857,753)	(31,922,019,263)	(△3,990,161,510)
正味財産合計	44,208,833,864	49,734,018,038	△ 5,525,184,174
負債及び正味財産合計	110,031,686,432	115,069,028,956	△ 5,037,342,524

正味財産増減計算書
令和6年4月1日から令和7年3月31日まで

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
I.一般正味財産増減の部			
1.経常増減の部			
(1)経常収益			
①受取入会金	130,000	50,000	80,000
②受取会費	17,285,000	17,385,000	△ 100,000
正会員受取会費	15,915,000	15,885,000	30,000
賛助会員受取会費	1,370,000	1,500,000	△ 130,000
③事業収益	136,638,383,920	132,202,920,533	4,435,463,387
入院診療収益	84,857,883,625	81,312,621,843	3,545,261,782
室料差額収益	1,676,115,022	1,473,640,067	202,474,955
外来診療収益	35,345,694,415	35,482,945,721	△ 137,251,306
歯科収益	533,496,851	416,054,176	117,442,675
保健予防活動収益	3,386,318,862	3,233,134,722	153,184,140
受託検査・施設利用収益	494,897	419,266	75,631
その他の医業収益	611,619,626	596,022,985	15,596,641
介護保険収益	10,155,644,557	9,663,700,770	491,943,787
児童社会福祉収益	323,263,177	300,799,970	22,463,207
支援センター委託料等収益	100,496,000	97,965,200	2,530,800
健康増進施設収益	20,676,904	3,139,180	17,537,724
その他の事業収益	122,522,111	114,011,698	8,510,413
合 計	137,134,226,047	132,694,455,598	4,439,770,449
保険等査定減	495,842,127	491,535,065	4,307,062
④受取補助金等	8,715,927,094	17,141,623,069	△ 8,425,695,975
その他受取補助金等	8,715,927,094	17,141,623,069	△ 8,425,695,975
⑤雑収益	1,627,402,101	1,567,086,266	60,315,835
受取利息及び配当	12,032,284	2,703,116	9,329,168
患者外給食収益	54,621,108	55,628,878	△ 1,007,770
保育料収入	37,598,912	38,894,002	△ 1,295,090
職員宿舎・駐車場収益	442,839,132	420,772,902	22,066,230
貸倒引当金戻入額	0	28,876,032	△ 28,876,032
代診等収益	336,859,618	333,396,165	3,463,453
その他の収益	743,451,047	686,815,171	56,635,876
経常収益計	146,999,128,115	150,929,064,868	△ 3,929,936,753
(2)経常費用			
1) 事業費	150,107,598,831	146,796,572,998	3,311,025,833
①材料費	33,536,431,359	31,850,045,026	1,686,386,333
医薬品費	17,046,478,987	16,638,969,874	407,509,113
診療材料費	14,923,052,594	13,735,766,862	1,187,285,732
医療消耗器具備品費	379,028,091	399,138,731	△ 20,110,640
給食用材料費	1,059,042,716	960,378,498	98,664,218
その他の材料費	128,828,971	115,791,061	13,037,910
②給与費	81,699,819,838	80,338,182,098	1,361,637,740
役員報酬	356,486,789	350,213,256	6,273,533
給料	61,685,458,843	60,384,615,992	1,300,842,851
賞与	6,555,468,290	6,557,889,697	△ 2,421,407
賞与引当金繰入額	2,113,463,835	2,105,749,874	7,713,961
退職給付費用	1,641,954,108	1,651,501,560	△ 9,547,452
役員退職慰労引当金繰入額	8,629,444	9,580,949	△ 951,505
法定福利費	9,338,358,529	9,278,630,770	59,727,759
③委託費	11,057,459,090	11,027,916,456	29,542,634
検査委託費	837,433,182	835,600,742	1,832,440
給食委託費	2,705,785,971	2,630,448,163	75,337,808
寝具委託費	251,750,783	239,533,564	12,217,219
事務等委託費	2,494,136,178	2,354,429,662	139,706,516
清掃委託費	1,167,404,356	1,117,604,342	49,800,014
施設設備保守委託費	1,073,839,835	1,049,198,687	24,641,148
その他の委託費	2,527,108,785	2,801,101,296	△ 273,992,511

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
④設備関係費	14,824,249,008	14,848,245,525	△ 23,996,517
減価償却費	6,076,710,638	6,599,716,135	△ 523,005,497
器機賃借料	1,718,527,334	1,679,118,128	39,409,206
地代家賃	789,140,694	799,733,704	△ 10,593,010
修繕費	934,045,727	810,988,550	123,057,177
固定資産税等	508,663,068	424,064,528	84,598,540
器機保守料	3,302,710,999	3,035,592,205	267,118,794
機械設備保険料	242,901	475,336	△ 232,435
車両関係費	138,893,572	134,355,143	4,538,429
管理受託等負担金	1,355,314,075	1,364,201,796	△ 8,887,721
⑤研究研修費	246,158,232	241,877,366	4,280,866
研究費	61,019,353	68,457,342	△ 7,437,989
研修費	185,138,879	173,420,024	11,718,855
⑥経費	8,743,481,304	8,490,306,527	253,174,777
福利厚生費	252,028,563	215,765,329	36,263,234
旅費交通費	258,995,174	262,781,310	△ 3,786,136
職員被服費	441,014,631	378,422,752	62,591,879
通信費	326,014,642	312,055,832	13,958,810
広告宣伝費	161,018,419	149,477,051	11,541,368
印刷製本費	77,850,053	81,817,403	△ 3,967,350
消耗品費	851,452,107	824,740,891	26,711,216
消耗器具備品費	171,070,642	167,566,721	3,503,921
会議費	94,030,694	78,776,635	15,254,059
水道光熱費	3,979,949,774	3,722,714,088	257,235,686
保険料	213,217,617	213,456,458	△ 238,841
諸会費	94,379,378	93,615,329	764,049
租税公課	461,308,348	665,806,952	△ 204,498,604
図書費	149,632,205	140,925,758	8,706,447
支払報酬手数料	644,585,901	661,624,738	△ 17,038,837
奨学金費	198,049,174	216,291,384	△ 18,242,210
支払寄付金	114,597,547	107,421,475	7,176,072
事業貸倒損失	14,616,100	1,813,100	12,803,000
貸倒引当金繰入額	29,719,586	0	29,719,586
長期前払費用償却	86,197,030	64,558,197	21,638,833
支払負担金	104,442,967	109,190,722	△ 4,747,755
雑費	19,310,752	21,484,402	△ 2,173,650
2)その他費用	737,869,121	4,119,186,397	△ 3,381,317,276
支払利息	528,648,366	478,744,557	49,903,809
患者外給食委託費	75,252,027	76,217,072	△ 965,045
患者外給食用材料費	48,451,346	48,443,326	8,020
その他の費用	85,517,382	3,515,781,442	△ 3,430,264,060
3)管理費	330,705,217	326,287,307	4,417,910
役員報酬	40,294,395	40,897,134	△ 602,739
役員退職慰労引当金繰入額	641,356	748,351	△ 106,995
給料手当	84,858,042	77,917,285	6,940,757
賞与	5,385,330	6,261,496	△ 876,166
賞与引当金繰入額	1,781,310	1,840,777	△ 59,467
法定福利費	10,505,203	10,157,798	347,405
退職給付費用	1,583,655	1,362,077	221,578
福利厚生費	4,619,723	5,400,740	△ 781,017
会議費	20,666,941	17,900,914	2,766,027
諸会費	66,160	58,051	8,109
旅費交通費	21,795,437	20,245,583	1,549,854
通信費	6,183,070	6,912,992	△ 729,922
消耗品費	956,315	1,726,922	△ 770,607
消耗器具備品費	486,277	1,308,761	△ 822,484
修繕費	1,808,568	318,221	1,490,347
固定資産税等	522,717	311,620	211,097
器機保守料	6,643,390	4,751,792	1,891,598
減価償却費	4,265,939	2,927,786	1,338,153
印刷製本費	6,710,817	7,721,875	△ 1,011,058
水道光熱費	965,495	795,559	169,936
地代家賃	44,049,999	44,541,641	△ 491,642

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
保険料	382,245	411,805	△ 29,560
租税公課	194,304	11,622,660	△ 11,428,356
支払負担金	7,304,000	7,020,006	283,994
支払利息	282,814	102,549	180,265
清掃委託費	1,415,544	1,374,164	41,380
施設設備保守委託費	104,369	41,048	63,321
その他の委託費	10,871,328	14,290,157	△ 3,418,829
支払手数料	34,573,873	26,765,162	7,808,711
長期前払費用償却	52,702	47,909	4,793
図書費	154,218	257,930	△ 103,712
支払寄付金	66,000	45,000	21,000
器機賃借料	1,453,813	1,253,345	200,468
車両関係費	271,862	320,461	△ 48,599
研修費	11,024	28,600	△ 17,576
広告宣伝費	8,776,982	8,599,136	177,846
経常費用計	151,176,173,169	151,242,046,702	△ 65,873,533
当期経常増減額(A)	△ 4,177,045,054	△ 312,981,834	△ 3,864,063,220
2.経常外増減の部			
(1)経常外収益			
固定資産売却益	5,357,893	351,289	5,006,604
金利スワップ評価益	2,630,220	5,141,980	△ 2,511,760
その他の臨時収益	8,574,794	35,572,628	△ 26,997,834
経常外収益計	16,562,907	41,065,897	△ 24,502,990
(2)経常外費用			
固定資産売却損	1,522,046	0	1,522,046
固定資産除却損	97,719,028	5,123,729	92,595,299
その他の臨時費用	41,285,505	85,667,033	△ 44,381,528
経常外費用計	140,526,579	90,790,762	49,735,817
当期経常外増減額(B)	△ 123,963,672	△ 49,724,865	△ 74,238,807
税引前当期一般正味財産増減額(C)=(A)+(B)	△ 4,301,008,726	△ 362,706,699	△ 3,938,302,027
住民税	151,000	151,000	0
当期一般正味財産増減額(D)	△ 4,301,159,726	△ 362,857,699	△ 3,938,302,027
一般正味財産期首残高(E)	35,559,080,873	35,921,938,572	△ 362,857,699
一般正味財産期末残高(F)=(D)+(E)	31,257,921,147	35,559,080,873	△ 4,301,159,726
II 指定正味財産増減の部			
受取地方公共団体補助金等	302,071,978	192,015,760	110,056,218
受取民間補助金等	68,352,198	36,184,562	32,167,636
一般正味財産への振替額	△ 1,594,448,624	△ 2,001,272,543	406,823,919
当期指定正味財産増減額(G)	△ 1,224,024,448	△ 1,773,072,221	549,047,773
指定正味財産期首残高(H)	14,174,937,165	15,948,009,386	△ 1,773,072,221
指定正味財産期末残高(I)=(G)+(H)	12,950,912,717	14,174,937,165	△ 1,224,024,448
III 正味財産期末残高(J)=(F)+(I)	44,208,833,864	49,734,018,038	△ 5,525,184,174

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。

9月 健康学習研修会

10月 口腔ケア研修会、災害保健研修会、リハビリテーション研修会

11月 スタッフ育成・管理担当者研修会、災害薬事研修会

現地研修会

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

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

問い合わせ

(公財)地域社会振興財団 事務局総務課研修係

住所 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436

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

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



アーカイブ

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

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

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

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

自治医科大学 栃木県災害医学寄附講座 松村福広

配信開始日：2025年4月1日(火)

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

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

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

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

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

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター 総合診療科

教授 福地貴彦(埼玉2000年卒)

E-mail chicco@jichi.ac.jp

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター リウマチ膠原病科 スタッフ募集

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

2024年実績

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

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

問い合わせ・連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター リウマチ膠原病科 教授 長嶋孝夫

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

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

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

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

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

生涯教育 センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

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

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

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

生涯教育センター センター長 富永眞一

会費のご案内

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、会員皆様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が負担いたします。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:りそな銀行東京公務部 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、是非ご利用ください。

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

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

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

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

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

連絡先：〒100-0014 東京都千代田区永田町2丁目17-17 永田町
ほ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。



青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名

診療科目：総合診療科（院内標榜）

病床数：無床

職員数：19名（うち常勤医師2名、非常勤医師3名）

所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

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

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

特記事項：深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し、東には世界自然遺産に登録されている『白神山地』に連なっています。当診療所は、平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行っております。

地域医療に意欲的な方をお待ちしております。お気軽にお問い合わせください。

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



受付 2023.7.24

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、療養病棟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、療養病棟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的治療までを総合的な整形外科診療を中心とした医療を提供している。

整形外科では膝・股関節の変形性関節症に対する多くの手術を施行し，リウマチ科においては，関節リウマチをはじめ膠原病などを専門に治療し，最新治療の生物学的製剤を使用した薬物療法を施行していることなどから，近隣の医療機関からの紹介だけではなく，遠方からの患者も少なくない。

<https://yugawara.jcho.go.jp/>

受付 2024.5.16

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の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

岡山県

岡山市久米南町組合立 国民健康保険福渡病院



●内科・外科・整形外科 若干名

診療科目：内科：糖尿病，内分泌，血液，循環器，呼吸器，消化器，内視鏡，腎臓，透析 など
整形外科，リハビリテーション科，眼科，皮膚科，精神科

病床数：52床

職員数：65名（うち常勤医師2名，非常勤医師3.2名）

所在地：〒709-3111 岡山県岡山市北区建部町福渡1000

連絡先：事務局 事務長 野田

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

E-mail fukuhos8@po10.oninet.ne.jp

特記事項：福渡病院は岡山県のほぼ中央部，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，整形外科ほか

※マッチング成立状況に応じて随時変動します。

連絡先：ながさき地域医療人材支援センター 事務局 山下

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

E-mail info@ncmsc.jp

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

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

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

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



受付 2024.12.23

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.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/tiikiroyou.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。

何卒よろしくお願い致します。

<https://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2024.2.1

熊本県

球磨郡公立多良木病院企業団

- 訪問診療，消化器内科，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：50床

職員数：101名（うち常勤医師10名，非常勤医師11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 宇都

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

E-mail uto_rika@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/>



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 大阪府中央区大手前2-1-22
TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項: 公衆衛生の分野には、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。府民の健康という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。

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/kousyueiseishiboshu.html>

熊本県

健康福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 本庁、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等

連絡先: 熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

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

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

PR事項: 熊本県では、県民の生命や健康を守るために県庁や保健所に勤務していただく公衆衛生医師を募集しています。公衆衛生医師の業務は、がん・糖尿病などの生活習慣病の予防はもちろんですが、医療提供体制の確保、感染症や災害への対応など多岐にわたります。近年は超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築が重要な課題となっています。

他にも、県の精神保健福祉センターでは精神保健福祉に関する知識の普及、調査研究、相談や指導を行うための医師を、児童相談所では児童の健康および心身の発達に関して助言や指導を行う医師を求めています。

専門分野や経験年数は問いません。これまで培った医師としてのキャリアを行政で活かしてみませんか。

ご興味のある方、ぜひお問合せください。

保健所見学等も歓迎いたします。

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>



鹿児島県

保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 7名

勤務先: 保健所 (県内13ヵ所), 県庁

連絡先: 鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課 主幹 西

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

TEL 099-286-2656 FAX 099-286-5550

E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

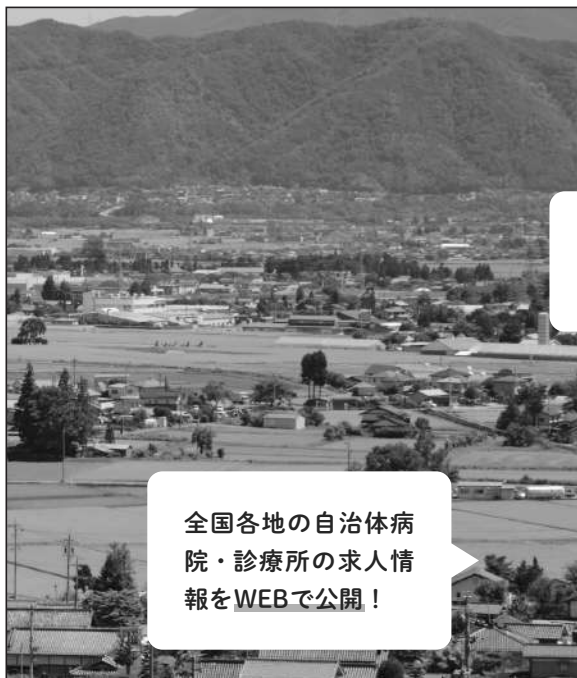
PR事項: 鹿児島県では、県内13ヵ所の保健所等で勤務いただく公衆衛生医師を募集しています。

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

採用は、ご希望に応じ随時行っており、業務内容の紹介や保健所での見学も受け付けています。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

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようにしました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか?

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ(URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>)にアクセスいただき申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

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○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

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 採否について

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

4. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する。

原著：学術論文であり、著者のオリジナルである内容を著したもの。

症例：症例についてその詳細を著した論文。

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

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

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

自由投稿：意見、提案など、ジャンルを問わない原稿。

5. 倫理的配慮

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

6. 利益相反(COI)

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

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

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

もので約380字に相当。

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

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

5)必要記載事項

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

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

タイトル・抄録の英文表記(希望者のみ)：タイトルと抄録は、和文表記に英文表記を併記することがができる。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・二次の利用について】

当該論文の転載・二次の利用については、「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

いつも読んでいただきありがとうございます。巻頭は特集テーマに合わせ尾身茂先生と野村悠先生による対談で、感染症の話題の先に「今、何をすべきか」を問い続けて動くリーダーとしての在り方を学ぶ素晴らしいお話でした。不完全さを意識しつつ得手に帆を揚げる、複雑な現実をそのまま受け止め丁寧に解決を探るなど、いくつも心に刺さる言葉が若手に贈られています。

特集「地域で感染症と向き合う」においては、診療所で役立つ感染症の診断治療と感染対策に加えて、重症感染症の気づきとなる情報、患者家族対応、サーベイランスや公衆衛生的な取り組みまで幅広く取り上げられています。

「私の地域医療」では、東京都の小川誠先生が「島スタンプラリー」と称された勤務から学んだ経験を語られています。「特定ケア看護師の挑戦」では、NDCの活躍の場を模索される様子が描かれています。「研修医日記」で福島県立医科大学出身の菱沼敬文先生が東京北医療センター、台東病院での充実した研修と日々を書いてくださいました。

「自治医大NOW」にありますが、若年人口減少の中で優秀な人材の一層の確保を目指して、自治医科大学では令和8年度入試より、一部の都道府県において学校推薦型選抜および総合型選抜を実施します。日程が一部これまでと異なりますので、ご注意ください。社会情勢の変化に、本学としても対応すべく変化し続けています。周りに地域医療に興味のある高校生、大学進学希望者がおられましたら、ぜひ地域医療を守る人材を育てる自治医科大学をご紹介します。編集委員と同時に教員でもありますので、アピールさせていただきました。

総会・理事会を経て、地域医療振興協会も藤来靖士新理事長を軸に新たな発展のフェーズに入ると思います。変化の波をつかみ、読者の皆さんと共に新しい「月刊地域医学」を育てていければと思います。

菅野 武



月刊地域医学 第39巻第9号(通巻467号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2025年9月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

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

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル 3階

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

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan

地域から、 未来を変えていく。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えると、

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



9784911514023



1923047006004

ISBN978-4-911514-02-3
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）