

第5回

日本地域医療学会 学術集会

メインテーマ

「いのち」と向き合う医療の原点へ ～AI時代の地域の「ちから」～

サブテーマ

テクノロジーと「仁心仁術」が調和する、人に寄り添う全人的医療へ

目 的

人口減少と少子高齢化が進む中、AIなどの先端技術は地域医療にも大きな可能性をもたらしています。しかし、医療の原点は常に「人を診る」ことであり、患者さんの生きる物語に心を寄せる「仁心仁術」の精神は、いつの時代も決して忘れてはならないものです。

本学術集会では、テクノロジーと「仁の心」を調和させ、病気を「治す医療」にとどまらず、患者さんの人生を「治し支える医療」へ、急性期から在宅までのどの場面においても、人に寄り添う全人的医療のあり方を模索します。未来を担う若手医師から経験豊富なベテラン医師、多職種、そして地域住民と、立場の垣根を越えて「ちから」を持ち寄り、これからの地域医療を皆で共に考え、議論を深めてまいりましょう。

会 期

2026年10月31日（土）・11月1日（日）

会 場

呉市「クレイトンベイホテル」

〒737-0822 広島県呉市築地町3-3

TEL：0823-26-1111

学会長

大谷 まり 「島の病院おたに」 理事長／日本慢性期医療協会理事

主 催

一般社団法人 日本地域医療学会

第5回

日本地域医療学会 学術集会 目次

AIと共に歩む今、「人を診る」原点へ！ 仁の心で紡ぐ地域医療を共に創り出そう!!

第5回日本地域医療学会学術集会 学会長

大谷 まり

(「島の病院おおたに」理事長／日本慢性期医療協会理事)



このたび、第5回日本地域医療学会学術集会を、広島県呉市にて開催できますことを、大変光栄に存じます。日頃より地域医療の推進にご尽力くださっている皆さまに、心より敬意と感謝を申し上げます。

本学術集会のメインテーマは、『『いのち』と向き合う医療の原点へ～AI時代の地域の『ちから』～』といたしました。

人口減少と少子高齢化が加速する中、AIをはじめとするテクノロジーはこれからの医療に不可欠であり、私たちが積極的に活用していくべき重要なツールです。しかし、どんなにAIが発達し、医療技術が進歩しても、決して忘れてはならないのが「医の心」であり、古くから語り継がれてきた「仁心仁術」の精神です。

医療の原点とは、病気や疾患だけを診るのではなく、「人を診る」ことに他なりません。テクノロジーをうまく活用しながらも、目の前の一人の患者さんに、人にしかできない「仁の心」をもって向き合うこと。その方の暮らしや生き方にまで思いを馳せる全人的な医療を実践することこそが、今まさに求められています。そして、急性期、回復期、慢性期、在宅というそれぞれの場が途切れることなく、AIと人が織りなす温かい、ひとつの連続した医療として結びついていくことが、これからの地域医療を支える鍵となります。

本学術集会では、こうした思いをもとに、人の「生きる物語」に寄り添うナラティブや、急性期から在宅をつなぐシームレスな医療連携、身体的拘束の廃止、認知症・緩和ケア、排泄・排尿への支援といった日々の実践を取り上げます。さらに、「人そのものを診る」漢方の叡智や、AI時代における医療と教育の未来まで、多様なプログラムをご用意いたしました。

今回は、医療・介護・福祉・行政などの専門職に加え、地域の施設で暮らしを支える方々や地域で暮らす方々も共に参加し、高校生や大学生、研修医、専攻医といった若い世代から、現場を牽引してきたベテランの医師まで、世代や立場の垣根を越えて学び合える場となるよう企画しております。地域医療に関わるすべての皆さまが実践や知恵を持ち寄り、互いの「ちから」をつなぐことで、これからの地域医療のあり方をともに描き出していきましょう。

結びに、本学術集会の開催にあたり、温かいご支援とお力添えを賜りましたすべての皆さまに深く感謝申し上げます。この2日間の学びと語り合いが、それぞれの地域で「いのち」を支える皆さまにとって、未来を拓く「新たなちから」となりますよう心より祈念しております。

多くの皆さまの広島・呉へのご参加を、心よりお待ちしております。

第5回日本地域医療学会 学術集会の開催にあたって

一般社団法人日本地域医療学会 理事長

小野 剛

(全国国民健康保険診療施設協議会名誉会長、秋田県・横手市病院事業管理者)



平素より日本地域医療学会の運営につきましては、深いご理解と格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。おかげさまで、本会は令和3年9月に設立してから、5年を迎えました。会員数も毎年徐々にではありますが増えてきており、専門医制度の各事業もほぼ計画通り進んでおります。

はじめに、今年は、全国的に記録的な猛暑、地震や気候変動による豪雨災害などもありました。被災された皆様に心よりお見舞い申し上げます。

さて、「第5回学術集会」を令和8年10月31日（土）及び11月1日（日）の2日間、「島の病院おたに理事長 大谷まり学会長」のもと、広島県呉市「クレイトンベイホテル」を会場に開催いたします。

本学術集会は、メインテーマを『「いのち」と向き合う医療の原点へ～AI時代の地域の「ちから」～』と掲げ、広島から全国へ取り組みを発信します。

高齢化が進む日本では複数疾患を併存し、医療ニーズだけではなく介護・福祉ニーズも併せ持つ患者が増え、地域全体で治し・支え・寄り添う医療への転換が進んでいます。このような医療を実現するための担い手として、地域で幅広い疾患と多様な課題を抱える患者を継続的・包括的に診療できる総合診療医が求められています。地域では病気を診るだけでなく患者さんの人生に寄り添い、地域包括ケアを実践できる医師が必要です。それこそが、人と地域をまるごと診ることができる「地域総合診療専門医」なのです。

今回の学術集会では、地域総合診療専門医のありたい姿を探るとともに、これからの展望について、多才なゲストをお招きし、基調講演、多岐にわたるテーマと向き合うシンポジウム、地域医療を支える関係団体・関係学会推薦講師によるシンポジウム、ブラッシュアップセッション、学会長講演、日本専門医機構企画セッション、若手人材育成プログラム（高校生、医学生、研修医セッション）、多職種による一般演題（口演発表・ポスター展示発表）等、楽しいプログラムを予定しております。

更に、第5回でも、多くの現役医学生、研修医の参加を目指して、医学生による実行委員会を立ち上げ、関心のもてるプログラム企画も出来上がりました。

全国各地から地域医療に日夜取り組んでおられる多くの皆様方、そして地域医療に関心の高い学生の皆様方にご参加をいただきました。

あわせて今回もオンライン併用での開催とし、現地参加が叶わなかった皆様のご参加もいただいております。本当にありがとうございます。

最後になりますが、今日まで準備にあたられた大谷まり学会長、伊藤公訓副学会長、繁

田正信副学会長、アドバイザーを務めていただいた田中志子本会理事、島の病院おたにの職員の皆様、そして、多くのご協賛をいただいた皆様に、心より敬意と感謝を申し上げ、実り多い学術集会となりますことを祈念してご挨拶とさせていただきます。

学術集会の歴史・記録

回次	開催年月日	会場	学会長	
第1回	令和4年 12月2日・3日	東京都千代田区「富士ソフト アキバプラザ」(オンライン併 用)	日本地域医療学会理事長 (秋田県／市立大森病院長)	小野 剛
第2回	令和5年 12月15日・16日・17日	三重県志摩市「賢島宝生苑」 (一部オンライン併用)	志摩市民病院副院長	日下伸明
第3回	令和6年 11月30日・12月1日	富山県富山市「富山国際会議 場」(オンライン併用)	南砺市民病院長	清水幸裕
第4回	令和7年 10月11日・12日	新潟県新潟市「朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター」 (オンライン併用)	日本地域医療学会副理事長 JA新潟厚生連 あがの市民病院長	藤森勝也
第5回	令和8年 10月31日・11月1日	呉市「クレイトンベイホテル」 (オンライン併用)	「島の病院おたに」 理事長／ 日本慢性期医療協会理事	大谷まり

第5回 日本地域医療学会 学術集会 準備委員

(順不同)

学会長	大谷 まり	島の病院おおたに 理事長
副学会長	伊藤 公訓	広島大学病院 総合内科・総合診療科 教授
副学会長	繁田 正信	国立病院機構 呉医療センター 院長
執行オブザーバー	田中 志子	内田病院 理事長／日本地域医療学会理事
委員	大谷 ひろみ	島の病院おおたに 副院長
委員	中山 慎一郎	島の病院おおたに 事務長代理
委員	西本 正子	島の病院おおたに 事務部次長
委員	赤石 尚夫	島の病院おおたに
委員	伊藤 彰	日本地域医療学会 理事・事務局長
学生代表	宮島 真悟	三重大学医学部医学科

アドバイザー	小野 剛	日本地域医療学会理事長
アドバイザー	仲井 培雄	日本地域医療学会副理事長 学術研修委員会 担当副理事長
アドバイザー	矢野 諭	日本地域医療学会副理事長 学術研修委員会委員長

日本地域医療学会 歴代最優秀賞

1：一般演題

第3回日本地域医療学会

□演 最優秀賞

栗原中央病院 医師 宮野 峻輔

「地域医療からはじまるこども、子育て支援改革」

ポスター 最優秀賞

南砺市民病院 看護師 長谷川絢音

「高齢者COVID-19の在宅復帰率と院内・院外発症との関連」

第4回日本地域医療学会

※第4回学術集会では、一般演題の表彰は、□演発表及びポスター発表の全体から選出された。

一般演題の部

魚沼市立小出病院地域医療教育・研修センター係長 柏木涼子様

「地元高校で地域医療人材を育成するー市民病院はいかに協力できたかー」

2：学生ポスター

第2回日本地域医療学会

富山大学医学部 西岡龍一朗

「患者さんの物語を聴き、深く対話する活動の報告」

第3回日本地域医療学会

筑波大学 山本 司

「学生が医療者・行政・住民と協働して医療課題に向き合うことの意義

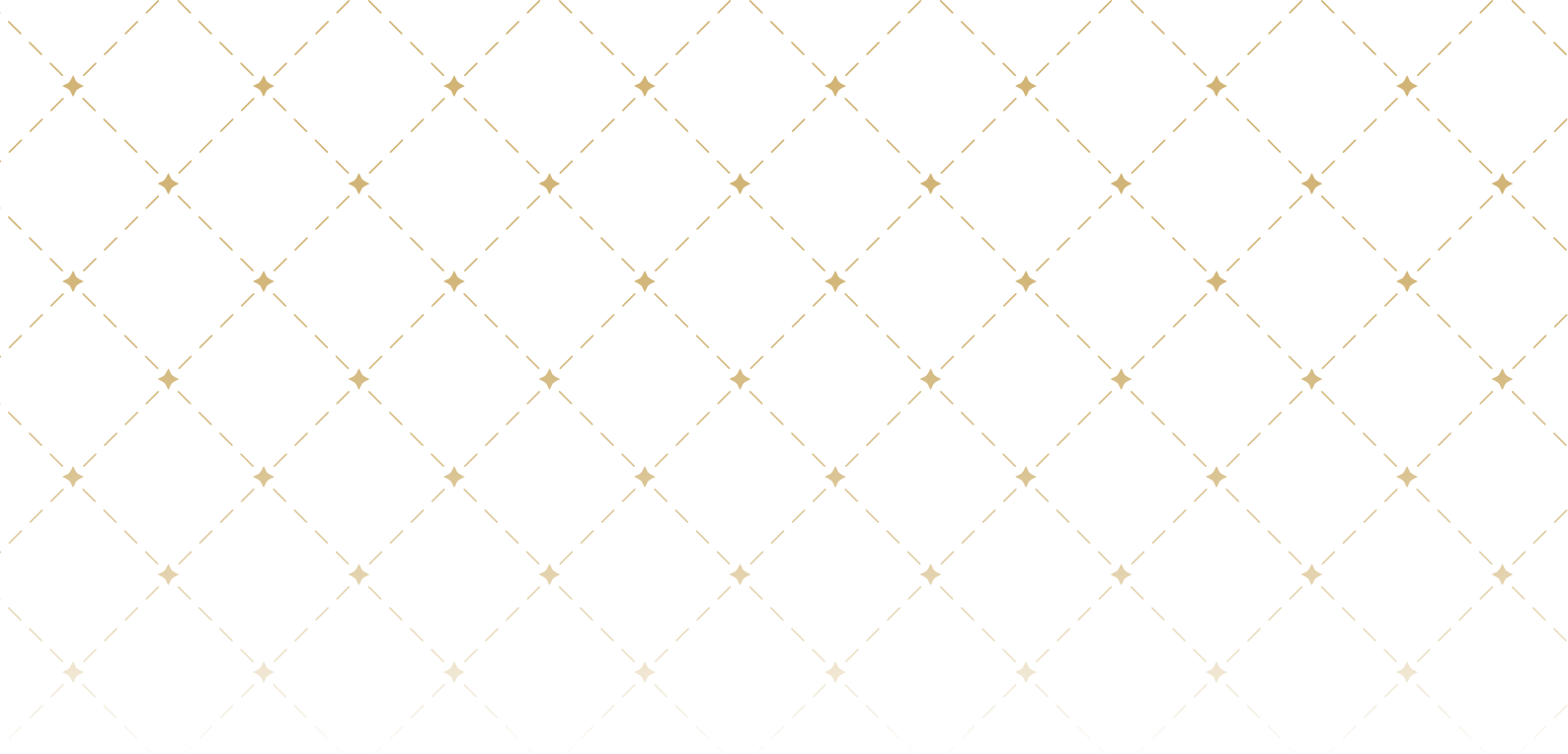
～地方創生医師団×神栖（かみす）～」

第4回日本地域医療学会

琉球大学 比屋定結子

「地域枠学生の専門職アンデシティ形成ではどのような学びやシステムが重要か：

琉球大学における質的研究」

- 
- プログラム
 - 会 場 案 内
 - 学会参加と注意事項
- 

第5回 日本地域医療学会 学術集会プログラム日程表

10月31日（土）：学会1日目

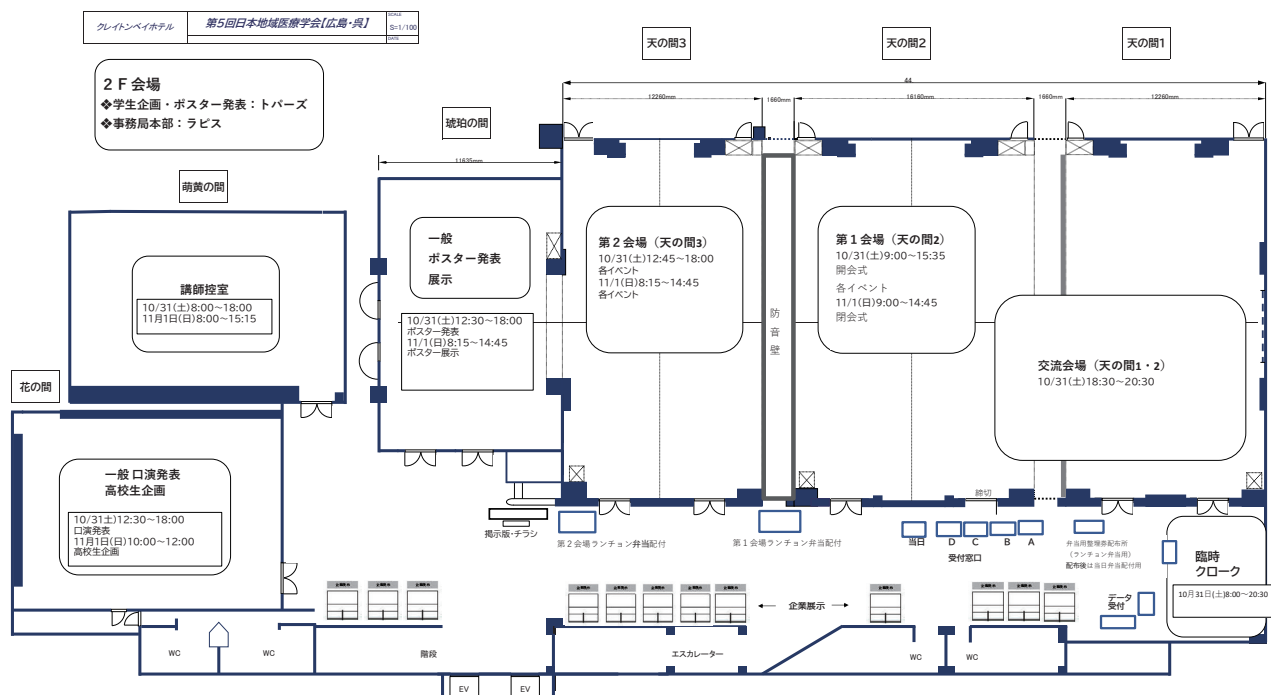
会場名	第1会場(天の間2)	第2会場(天の間3)	口演発表ほか(花の間)	ポスター発表(琥珀の間)	学生企画(2Fトパーズ)
9:00~9:40	○開会式				
9:40~9:50	休憩				
9:50~10:30 (40分)	○基調講演 「持続可能で、より豊かな地域医療」 座長：大谷まり氏 演者：山中克郎氏 (諏訪中央病院看護専門学校長)				○学生企画 ○学生ポスター 展示
10:30~10:35	休憩				
10:35~12:30 (115分)	○シンポジウム1 【理念・ナラティブ】 「『生きる物語』を紡ぐ医療—仁心仁術の再構築—」 座長：富家隆樹氏、田中志子氏 演者：藤森勝也氏 田島幸治氏 中村伸一氏 佐藤伸彦氏				
12:30~12:40	休憩				
12:40~13:25 (45分)	○ランチョンセミナー 「帝人ヘルスケア」 座長：小林達也氏 講師：大宇根晃雅氏	○ランチョンセミナー 医療法人社団八千代会メリオスホスピタル 座長：徳毛 宏則氏 講師：① 姜 慧氏 ② 森田 敦子氏 ③ 延原 浩氏	12:30~18:00 (1組8分) ○口演発表 座長： 野村幸博氏 海保 隆氏 松本昌美氏 中村昌樹氏 野村英樹氏 阿波谷敏英氏	12:30~18:00 (1組8分) ○ポスター発表 座長： 加藤章信氏 廣瀬英生氏 中尾一久氏 女屋光基氏 中瀬真治氏	
13:25~13:35	休憩	休憩			
13:35~15:35 (120分)	○シンポジウム2 【制度・超境】 「地域医療をシームレスに—急性期から慢性期への一貫通貫・制度の壁を超えた連携—」 座長：繁田正信氏、伊藤公訓氏 演者：四方 哲氏 野瀬範久氏 志田知之氏 西澤欣子氏 北原加奈子氏	○シンポジウム3 「地域で『自分らしく』を支える～在宅医療の最前線、そのリアル～」 座長：小林達也氏 大原昌樹氏 演者：紅谷浩之氏 高橋昭彦氏 永井康德氏 秋本悦志氏 越部恵美氏			14:00~15:30(予定) ○学生 ポスター発表 座長：江角悠太氏
15:35~15:45		休憩			(ポスター発表 採点)
15:45~18:00 (135分)	交流会場準備	15:45~18:00(135分) 『地域医療を再考する～6団体3学会の取り組み～』 座長：矢野 諭氏、北村 立氏 演者： 全国自治体病院協議会 宮地正彦氏 全国国民健康保険診療施設協議会 大谷 順氏 地域包括ケア推進病棟協会 織田徹也氏 全国厚生農業協同組合連合会 杉谷想一氏 日本プライマリ・ケア連合学会 松下 明氏 日本病院総合診療医学会 徳増一樹 氏	(口演発表 採点)	(ポスター発表 採点)	16:00~18:00(120分) (研修医から10年までの若人会シンポジウム) 「へき地で笑う若き医者たち～何がそんなに面白いの?～」 座長：江角悠太氏 演者：舩田裕道氏 松原直矢氏 松田真依氏
18:30~20:30	交流会 クレイトンバイホテル(3F 天の間1・2)				

11月1日(日)：学会2日目

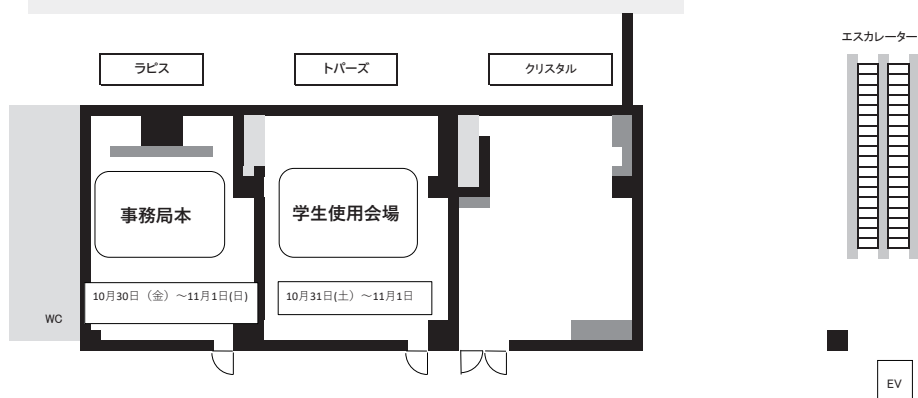
会場名	第1会場(天の間2)	第2会場(天の間3)	口演発表ほか(花の間)	ポスター発表(琥珀の間)	学生企画(2Fトバース)
8:15～8:55 (40分)		8:15～8:55 ○日本専門医機構企画 「 山田悟史氏 大原昌樹氏 ほか 」		8:15～14:00 ○ポスター展示	8:15～14:00 ○学生企画 ○学生ポスター 展示
8:55～9:00		休憩			
9:00～9:30 (30分)	○学会長講演 「いのち」と向き合う医療の原点へ ～AI時代の地域の「ちから」～ 座長：橋本康子氏 演者：大谷まり氏				
9:30～9:40	休憩				
9:40～11:40 (120分)	○シンポジウム4 「治療もケアもする病院を目指して —身体的拘束廃止は全人的ケアから—」 座長：田中志子氏 大谷まり氏 (座長統括発言) 演者：富家隆樹氏 川崎洋介氏 西尾俊治氏 華岡晃生氏 藤木 啓氏	◆ブラッシュアップセッション ①座長・講師(兼務) 白石吉彦氏【エコー】 ②座長：小川恵子氏 演者：河原章浩氏【漢方】 ③座長・講師(兼務) 村岡ケンイチ氏【アート】 (サブ演者)：今田リサイクリングセンター	10:00～12:00(120分) 「高校生と考える：医療 の原点は何ですか？ ～いのち・幸せと向き 合った1週間～」 高校生企画 座長：土井 毅氏 江角悠太氏	(各自ポスター後片付け)	
11:40～11:50	休憩	休憩			
11:50～12:35 (45分)	○ランチョンセミナー 「大塚製薬」 座長：石井伸弥氏 講師：中村 祐氏	○ランチョンセミナー 「ツムラ」 座長：大谷まり氏 講師：小川恵子氏			
12:35～12:45	休憩	休憩			
12:45～14:45 (120分)	○シンポジウム5 【次世代・教育】【次世代DX】 「AI時代の地域医療教育—人を診る 時間」を創り出すキャリアー」 座長：田中志子氏、佐藤賢治氏 演者：長 英一郎氏 鈴木紳祐氏 織田良正氏 石川賀代氏	○研修医・医学生 「地域医療学会の学生会会で今後行う、 スタンブラリーについて」 (学生と医療者による座談会) 座長：白石吉彦氏 江角悠太氏 演者：金子 惇氏 (調整中)			
14:45～15:15	○閉会式 最優秀演題、優秀演題、学会奨励賞 表彰 学会長閉会挨拶 第6回学術集会 学会長挨拶				

会場使用図

クレイトンベイホテル3F会場



クレイトンベイホテル2F会場



アクセス・交通案内

9時00分 ホテル発～11時15分 桟橋発は定期便として運行いたします。
ご予約の必要はございません。時刻までに乗り場でお待ちください。

11時30分以降は【予約制】となります。
ご希望の際は、お電話にて申しつけください。
0823-26-1111（ホテル代表）

シャトルバス乗り場に関しては、マップでご確認をお願いいたします。
グーグルマップで「クレイトンベイホテルシャトルバス乗り場」と
検索して頂いたら乗り場迄の行き方が表示されます。

クレイトンベイホテル シャトルバス タイプ変更のお知らせ		
運行時間 9:00～19:00		
ホテル発	駅前発	桟橋発
9:00	9:10	9:15
9:30	9:40	9:45
10:00	10:10	10:15
10:30	10:40	10:45
11:00	11:10	11:15

上記時間は定期便として運行いたします
ご予約の必要はございません
時刻までに乗り場でお待ちください
定刻には出発いたしますのでお乗り遅れの
ごさいせんよう ご注意ください

**11:30以降は【予約制】となります
お電話にてご予約をお願いいたします**

☎ 0120-190-904
0823-26-1111

専用シャトルバスのご案内



無料シャトルバスを運行しております。
お電話にてお問い合わせください。
0823-26-1111

※交通事情によりお待ち頂く場合もございます。

又、諸事情によりやむをえず時間変更させて頂く場合がございますので、予めご了承ください。

呉駅改札口～専用シャトルバス発着場



呉駅～大和ミュージアムシャトルバス発着場



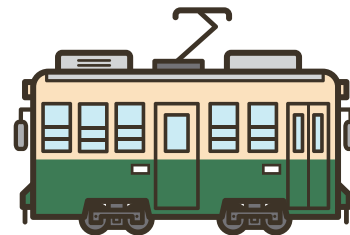
電車・バスをご利用の場合

JR呉駅より

専用シャトルバスで約10分（詳しくはこちらをご覧ください）

広島電鉄バス 天応行きバスで約10分。

「海岸2丁目」バス停下車 徒歩5分



広島空港より

エアポートバスで最短58分



呉中央棧橋より

専用シャトルバス及びタクシーで約5分

※時間は目安です。交通事情により異なります。

お車をご利用の場合

大阪方面

山陽自動車道 － 高屋IC － 東広島呉道路（無料）－ 阿賀IC －
国道185号線 － 呉市中心部
高屋ICより約45分



九州方面

山陽自動車道 － 広島東IC － 広島高速1号線、2号線 － 広島呉道路 － 終点呉IC
広島東ICより約45分

※時間は目安です。交通事情により異なります。

学会参加について

学術集会参加の皆様へ

1 会場内における注意事項

- (1) 参加証の常時携帯をお願いいたします。
- (2) 館内は全て禁煙です。喫煙は所定の喫煙ルームをご利用ください。
- (3) 携帯電話をお持ちの方は会場内では電源をお切りいただくか、マナーモードにさせていただきますよう、ご協力をお願いいたします。
- (4) 講演中の録音・録画・写真撮影等は禁止となっております。
撮影等を確認した場合、スタッフがお声がけする場合がありますので、予めご了承ください。
- (5) 館内の飲食（昼食の弁当含む）については、指定された会場以外での飲食は禁止です。
- (6) ゴミについては、各自お持ち帰りのご協力をお願いいたします。尚、ランチョンセミナー弁当、事前予約弁当の弁当箱、お茶容器につきましては、会場入り口付近に設置しています専用回収箱までお持ちください。
- (7) 3階のホワイエ等の共有エリアでは、パスワードを入力すると利用できるフリーWi-Fiがございます。ホワイエ各所にSSID、パスワードを記載しておりますので、ご利用ください。尚、その他会議室等では、フリーWi-Fiはご使用できませんのでご了承ください。
- (8) 会場内にある全てのコンセントは、使用禁止とさせていただきます。
- (9) ホテル駐車場の収容台数は80台となります。一般の宿泊者も利用しておりますので、ご留意願います。

2 受付について

- (1) 受付日時 10月31日（土）8：00～18：10
11月1日（日）8：00～15：00
- (2) 受付場所 3階ホワイエ
当日参加の受付は、3階「当日受付窓口」にて受け付けます。

3 臨時クロークについて

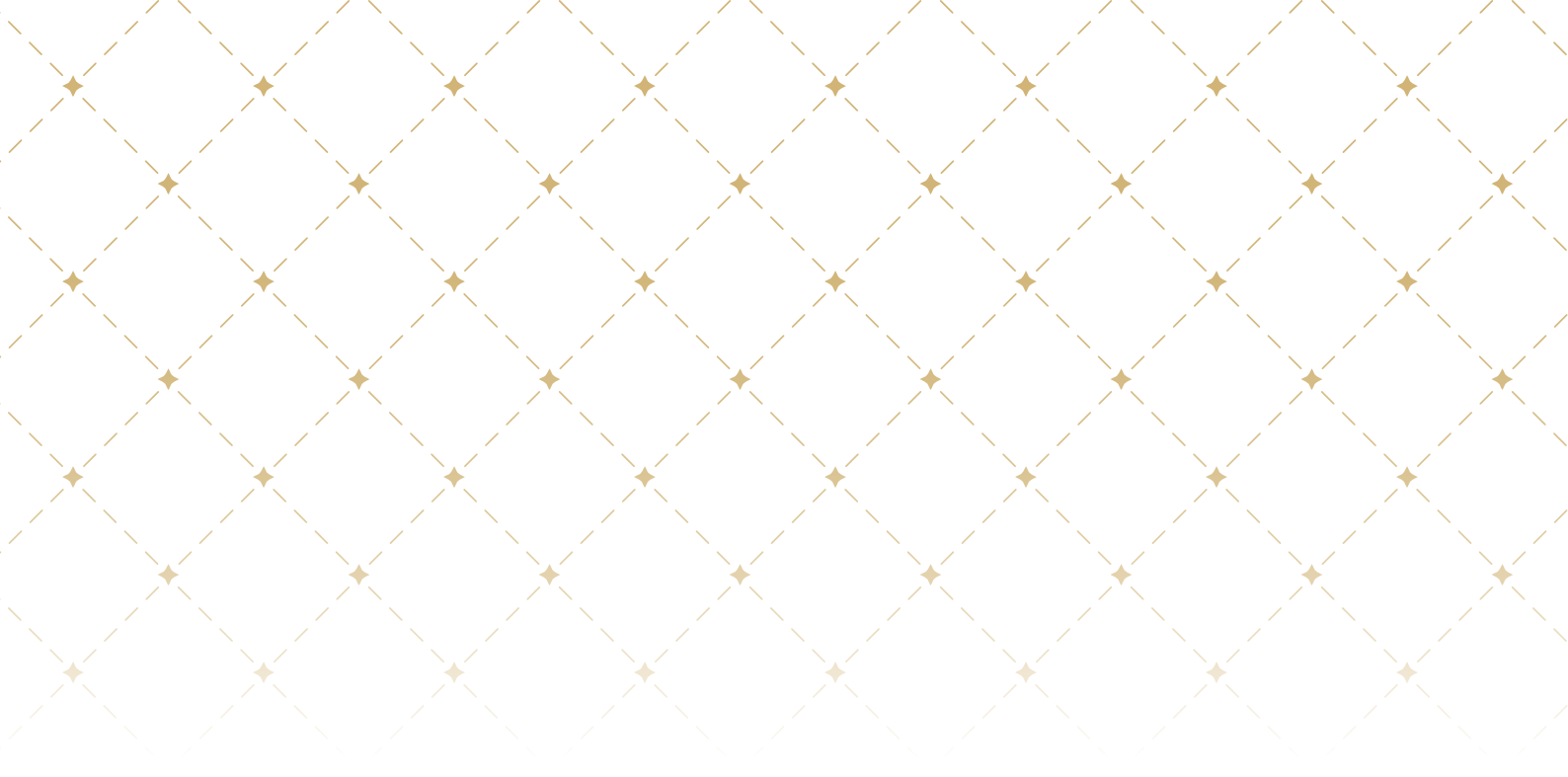
- (1) 設置時間 10月31日（土）8：00～20：40 交流会終了まで
11月 1日（日）8：00～15：30 閉会式終了まで
- (2) 設置場所 3階ホワイエの奥の方

4 弁当の引換について

- (1) ランチョンセミナー弁当について
 - ・当日受付（3階）にて先着順で受け付け、「引換券」を配付します。
 - ・11：30頃に各会場（第1会場（3階）及び第2会場（3階）入口）にて、弁当をお渡しします。
- (2) 事前予約されている弁当について
 - ・11：30頃に3階弁当引き渡し場所にてお渡しします。
 - ・事前に申し込まれた方に、受付時にお渡しする参加証に付随の「引換券」と引き換えにお渡しします。

■オンライン参加者の皆様へ

皆様へのお願い事項につきましては、オンライン放映の際のスライドにてご案内させていただきます。



開 会 式

開会式 9:00~9:40

司会 細川直美

主催者挨拶

第5回日本地域医療学会 学会長 大谷まり
日本地域医療学会 理事長 小野剛

来賓祝辞

衆議院議員 寺田 稔
広島県知事 横田 美香
呉市長 新原 芳明
広島県医師会長 松村 誠
佐伯地区医師会副会長 澤 裕幸 (ご臨席)

ご臨席者紹介

祝電披露

閉会



基調講演 抄録

基調講演

時間／9：50～10：30

テ ー マ	持続可能で、より豊かな地域医療
座 長	大谷 まり氏（「島の病院おおたに」理事長／日本慢性期医療協会理事）
演 者	山中 克郎氏（諏訪中央病院看護専門学校長）

演 者／山中 克郎氏（諏訪中央病院看護専門学校長）

講演要旨

世界では、仕事や生活の利便性を求めて人口の都市集中が進み、アジアやアフリカでも人口1000万人を超える巨大都市が次々と誕生すると予測されています。一方、日本の地域には、美しい自然、人々との温かなつながり、ゆっくりと流れる時間など、都市の便利さだけでは測れない豊かさがあります。しかし、高齢化によって地域の医療ニーズが増大する一方、人口減少と都市への人口集中により、地域で働く医療従事者の確保は今後さらに困難になると考えられます。住み慣れた地域で人々が豊かに生き、安らかに人生の最期を迎えられる社会を実現するため、地域医療を持続可能なものにする工夫が求められています。

その鍵の一つがAIや遠隔医療などの新しい技術です。AIは鑑別診断の提示、医学知識の検索、治療方針の検討など、医師の診療を強力に支援します。しかし、学習の早期からAIに依存すれば、自ら考える臨床推論能力が十分に育たない危険性があります。AIを使わない医師を目指すのではなく、「AIなしでは考えられない医師」にならないことが重要です。AIを上手に活用しながら、患者を診る基本的な臨床能力を磨き続ける必要があります。

そして、AI時代だからこそ、人間の医療者にし

かできない診療の価値が高まると考えます。患者の目を見て話し、手を優しく握り、聴診器を当てて身体を丁寧に診察することは、単なる診断技術ではありません。そこには「あなたを大切な存在として診ています」というメッセージがあります。これは、見る・話す・触れる・立つことを通して患者の尊厳を守るユマニチュードの考え方にも通じます。認知症やせん妄の患者との診療においても、こうした人間的な関わりが安心と信頼につながります。

さらに、地域で働く医師を増やす新しい選択肢として「二拠点生活」を提案します。私自身、長野県茅野（ちの）市と名古屋市を往復しながら診療と医学教育に携わっています。地方には自然や人とのつながりがあり、都会には交通、文化、教育などの利便性があります。どちらか一方を選ぶのではなく、両方の良さを享受しながら地域医療に参加する働き方があってもよいと思います。

AI・ITという新しい技術と、患者に触れ人々とのつながりを大切にする医療。そして、都市と地域を行き来する柔軟な働き方。この三つを組み合わせることが、これからの地域医療を持続可能で、より豊かなものにする一つの道ではないかと考えます。



日本医師会認定産業医
日本プライマリ・ケア連合学会認 プライマリ・ケア認定医
日本専門医機構 総合診療専門研修 特任指導医



山中 克郎
(やまなか かつお)

【略 歷】

1985年	名古屋大学医学部卒業
1985年－1987年	名古屋掖済会病院 研修医
1987年－1994年	名古屋大学医学部大学院
1989年－1993年	バージニア・メイソン研究所（米国シアトル）研究員
1995年－1998年	名城病院 内科
1998年－2000年	国立名古屋病院 血液内科
1999年－2000年	カルフォルニア大学サンフランシスコ校（UCSF）一般内科
2000年－2006年	名古屋医療センター 総合診療科
2006年－2010年	藤田保健衛生大学 一般内科／救急総合診療部 准教授
2010年－2014年	藤田保健衛生大学 救急総合内科 教授
2014年－2019年	諏訪中央病院 内科 院長補佐
2019年－2024年	福島県立医科大学会津医療センター 総合内科 教授
2024年4月－現在	福島県立医科大学会津医療センター総合内科 特任教授、大同病院内科顧問 諏訪中央病院 総合診療科医師
2025年4月－現在	諏訪中央病院看護専門学校 学校長

【著 書】

「ダ・ヴィンチのカルテ」(CBR) 2012年
「外来を愉しむ 攻める問診」(文光堂) 2012年
「UCSFに学ぶ できる内科医への近道」改訂4版(南山堂) 2012年
「ハヶ岳診療日記」(日経BP) 2018年
「かんかんかんTO鑑別診断」(金原出版) 2018年
「見逃されているかもしれない重要疾患」(金芳堂) 2025年
「外来診療マニュアル20/20」(南山堂) 2025年
「院内で出合う 症状・疾患がわかるBOOK」第2版(照林社) 2025年



学会長講演抄録

学会長講演

時間／9:00～9:30

テ ー マ	「いのち」と向き合う医療の原点へ ～AI時代の地域の「ちから」～
座 長	橋本 康子氏 (医療法人社団和風会 理事長／社会福祉法人徳樹会 理事長／社会福祉法人福寿会 理事長／医学博士)
演 者	大谷 まり氏 (「島の病院おおたに」 理事長／日本慢性期医療協会理事)

演 者／大谷 まり氏 (第5回日本地域医療学会 学会長／
日本慢性期医療協会理事／
地域包括ケア推進病棟協会理事 医療法人社団
大谷会 島の病院おおたに 理事長・院長)

「いのち」と向き合う医療の原点へ ～AI時代の地域の「ちから」～

前回の第4回大会において、藤森勝也前学会長が掲げられた「地域で学び、地域に活かし、みんなで育み紡ぐ、未来希望の地域医療」、そしてデジタル技術が普及する世界においても「ヒトのこころ」や「人間性」が不可欠であるというメッセージに、私は深く感銘を受けました。その崇高な理念のバトンを受け継ぎ、第5回となる本学術集会では『「いのち」と向き合う医療の原点へ～AI時代の地域の「ちから」～』をメインテーマとして掲げます。

今回、全国から皆様をお迎えする「呉市」は、私たちが日々医療を行う江田島市と同じ医療圏に属しています。江田島市には公的病院や急性期機能を持つ病院が存在せず、限られた民間の慢性期病院と診療所が地域医療の基盤を担っています。そのため、手術や高度な治療を要する患者さんは海を渡り、そのほとんどを呉、そして時には広島基幹病院に支

えていただいております。

とりわけ呉市は、江田島の医療を共に守ってくださる、私たちにとってかけがえのない地域です。

私が生まれ育ち、多感な時期を過ごした江田島は、高齢化率が45%を超え、人口減少が加速する厳しい環境に置かれています。私は、自身を育んでくれたこの島への恩返しを自らの使命と感じ、当院において「島でねばる」を合言葉に、人生100年時代、幅広い世代と疾患に対応する日々の外来診療や救急の受け入れから、急性期治療後のリハビリテーション、在宅支援や看取りに至るまで、地域の多様な医療ニーズに切れ目なく応える「地域密着型多機能病院」としての役割を模索してまいりました。しかし、私たちが直面している「限られた医療資源の中でどう地域を支え抜くか」という課題は、決して江田島だけのものではありません。多死社会を迎える日本の多くの地域が直面する、これからの地域医療の共

通課題です。

本格的な人口減少社会において地域医療を維持するためには、AIをはじめとするテクノロジーや医療DXの活用が不可欠であり、それらは強力な「ちから」となります。しかし、テクノロジーがどれほど進化し私たちを助けてくれる時代になっても、医療の原点は常に「人を診る」ことです。人と人との温かいつながりや、誰かのためという真っ直ぐな思いを大切にしながら、患者さん一人ひとりの人生に寄り添うこと。これこそが、AI時代においても

決して変わることはない「仁心仁術」であると確信しています。

本講演では、江田島での実践を一つのモデルケースとして共有しながら、テクノロジーと全人的医療が調和する未来の地域医療のあり方を皆様と共に考えたいと思います。本学会が、全国各地からこれからの地域医療を共に創るすべての仲間たちが集い、学び、そして再び各地へと飛躍する「ちから」を生み出す、地域医療の「循環の拠点」となることを心より願っています。

[illegible]

1981年	名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
1981年	香川医科大学（現 香川大学医学部）第1内科教室 入局
1985年	米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
1988年	医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
2000年	医療法人社団和風会 理事長 就任

2007年 医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院
開設

2020年 医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリ
ニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長

慢性期リハビリテーション協会 会長

全国抑制废止研究会 幹事

香川県抑制廃止研究会 会長

香川県女医会 会長

厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員

厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文
書に係る負担軽減に関する専門委員会 委員

日本地域医療学会 理事

日本地域包括ケア学会 理事

在宅医療政治連盟 顧問

日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事

日本医師会 病院委員会 委員

社会福祉法人全国社会福祉協議会 評議員

BPSPDの予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究検討委員会 委員

大阪府慢性期医療協会 理事

[illegible]

医療法人社団大谷会 島の病院おおたに

1997年 久留米大学医学部卒業
1997年 3月 久留米大学付属病院 小児外科
1998年 6月 大阪府立母子保健総合医療センター
2002年 4月 久留米大学付属病院
2003年 2月 医療法人社団大谷会
大谷リハビリテーション病院

2006年10月 大谷リハビリテーション病院院長就任

2017年3月 島の病院おおたに 院長就任

2020年10月 医療法人社団大谷会 理事長就任
現在に至る

日本医師会認定産業医
日本プライマリ・ケア連合学会認 プライマリ・ケア認定医
日本専門医機構 総合診療専門研修 特任指導医



シンポジウム

I

シンポジウム 1

時間／10：35～12：30

テ ー マ	【理念・ナラティブ】 「生きる物語」を紡ぐ医療—仁心仁術の再構築—
座 長	富家 隆樹氏 （医療法人社団富家会 富家病院 理事長・院長） 田中 志子氏 （医学博士／医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長／群馬県 認知症疾患医療センター内田病院 センター長／帝京大学医学部 医学教育センター臨床教授／群馬大学医学部臨床教授）
演 者	藤森 勝也氏 （JA新潟厚生連 あがの市民病院 院長） 田島 幸治氏 （国保野上厚生総合病院 内科／外科） 中村 伸一氏 （全国国民健康保険診療施設協議会 副会長） 佐藤 伸彦氏 （医療法人社団ナラティブホーム 理事長／一般社団法人ものがたりの街 代表理事／特定非営利活動法人ものがたり倶楽部 理事長／ものがたり診療所 所長）

座 長／富家 隆樹氏（富家病院）

田中 志子氏（医学博士／医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長
／群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
／帝京大学医学部医学教育センター臨床教授／群馬大学
医学部臨床教授）

座長要旨

佐藤伸彦先生の著書『家庭のような病院を』と2008年に出会ったことを契機に、富家病院では、「ナラティブホスピタル」の取り組みを始めた。以来、その一冊を私たちの「教典」にして、患者一人ひとりの物語に時には寄り添い、時には一緒に紡いできた。

その教典には、ナラティブとは、「一人の患者さんを診るうえで、その人の病歴だけではなく、これまで歩んできた人生の“物語”を知ろう。そして、患者さん、家族、病院スタッフがともに、その人のこれからの“物語”をつくっていきこう」と記されている。認知症や重度障害など、言葉で十分に思いを表現することが難しい患者さんであっても、その表情や行動、家族から語られる思い出の中には、その人らしさを知る物語がある。その物語を職員皆で共有することで、私たちは「病気を診る」から「人生の物語に寄り添う」へと変わっていく。

この取り組みは患者のためのものではない。患者の笑顔で私たち自身も笑顔になり、忙しい医療現場の中で忘れかけていたやさしい気持ちを取り戻すことができる。ナラティブホスピタルは、患者さんではなく、医療者自身が幸せになるための取り組みである。

本シンポジウムでは、佐藤伸彦先生、藤森勝也先生、中村伸一先生、田島幸治先生から、それぞれの地域や現場で育まれてきた実践をご紹介いただく。患者・家族との対話、多職種協働、地域とのつながり、そして医療者自身のあり方など、多様な視点から「生きる物語」を支える医療について議論を深めたい。本シンポジウムが、一人ひとりの人生に寄り添う地域医療をどのように築いていくのかを、ともに考える機会となることを期待している。

演 者／藤森 勝也氏（あがの市民病院）

病院と地域を繋ぐナラティブとケアの理念

病院は「病気を診て治療する」場である。しかし患者が生きる場所は病院ではなく「地域」である。医療者が知り得るのは、入院中の数日から数週間という限られた時間に過ぎない。一方で患者には、生まれ育った土地、家族との歴史、働いてきた人生、地域とのつながりといった固有の「物語（ものがたり）」が存在する。病気は病院の中で起こるのではなく、その人の人生の中で起こっている。

COPD急性増悪で緊急入院し、酸素療法を必要とした患者は、「自宅で自分のことができる生活」を強く望んでいた。多職種による介入により屋内生活自立を回復し、訪問看護・訪問リハビリテーション

へと円滑につながった経過は、エビデンスとナラティブが融合したケアの象徴的な症例といえる。

現在の地域連携は、紹介状、サマリー、介護情報の共有が中心である。しかし、もしその中に「この人が何を大切に生きてきたか」という物語（ものがたり）を併せて共有できたなら、医療・介護は単なるサービス提供ではなく、「寄り添うケア」へと深化するのではないだろうか。「独居高齢者」という一行の情報の裏には、家族と過ごした歴史や住み慣れた自宅への愛着が潜んでいるかもしれない。物語（ものがたり）を知ることは、支援の質を変える力をもつ。

地域の病院は、「超急性期」と「生活」をつなぐ場であり、「治す医療（キュア）」と「治し支える医療（ケア）」の双方を担う。在宅医療、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションの役割はますます重要となる。「仁心」とは患者の物語（ものがたり）に耳を傾けることであり、「仁術」とはその物語（ものがたり）を支えるための医術である。「医は仁術なり」（貝原益軒『養生訓』）は、その本質を端的に示す言葉である。

医療者は「病気」と向き合い、「いのち」と向き合っている。病院は治療の場であるが、人生そのものの舞台ではない。患者一人ひとりの「生きる物語（も

のがたり）」が病院から地域へ、地域から病院へと途切れることなく紡がれていく。その物語（ものがたり）の伴走者となることこそ、これからの地域医療に求められる医術であり、地域総合診療専門医の重要な役割である。

私は職員に、「私たちの仕事は“Life”に係る仕事である」と伝えている。“Life”とは、生命であり、生活であり、人生である。TBSドラマ『19番目のカルテ』の言葉を借りれば、「あなたの話を聴かせてください」。この姿勢こそ、ナラティブに基づくケアの原点であろう。

演 者／田島 幸治氏（国保野上厚生総合病院 内科／外科）

仁心仁術はどのように育まれるのか —患者との出会いから考えるPractice Wisdom（実践知）—

本学会のテーマは「『いのち』と向き合う医療の原点へ」、本シンポジウムのテーマは「『生きる物語』を紡ぐ医療—仁心仁術の再構築—」である。この二つのテーマから、患者一人ひとりの「生きる物語」に向き合う医療を支える仁心仁術は、医師の歩みのなかでどのように育まれていくのだろうか、という問いを抱いた。

私は自治医科大学卒業後、地域医療に従事し、地域総合診療専門医として研鑽を重ねてきた。しかし、専攻医時代に「仁心仁術を身につけよう」、あるいは「Practice Wisdomを形成しよう」と意識して診療していたわけではない。今回、自らの歩みを振り返ったとき、思い浮かんだのは、診断に迷った患者、生活背景を知ることによって診療の見え方が変わった患者、価値観の違いに悩んだ患者、そして地域全体で支える必要があった患者など、今なお記憶に残る患者との出会いであった。

そこで、地域総合診療専攻医時代に担当した記憶に残る47の入院症例について、「なぜ印象に残ったか」「何を学んだか」「その後の診療で何が変わったか」を後方視的に記述し、Braun and Clarkeのreflexive thematic analysisにinformされた質的分析を行った。その結果、Practice Wisdomに関する4つのテーマ——Practising with Clinical Uncertainty、Integrating Patients' Lifeworlds into Clinical

Care、Navigating Value Conflicts through Shared Decision-Making、Mobilising Regional Systems for Comprehensive Care——が生成された。また、その後の実践における学びの表れ方として、Immediate ChangesとLatent Readinessという異なるあり方が捉えられた。

これらの患者経験は、当時必ずしもPractice Wisdomの形成として意識されていたものではない。しかし、後方視的に振り返ることで、臨床の不確実性への向き合い方、患者の生活世界を診療へ取り込む視点、価値の異なる状況で患者とともに意思決定する姿勢、地域の力を包括的なケアへつなげる視点など、現在の診療を支えるPractice Wisdomと結びついた経験として捉え直された。

本発表では、この研究を一つの手がかりとして、「仁心仁術」を完成された医師があらかじめ備えている資質としてではなく、日々の患者との出会いのなかで育まれうるものとして考えてみたい。患者の「生きる物語」に向き合うことは、同時に医師自身の臨床のあり方にも何かを残していく。患者との出会いが医師に何を残し、それがその後の医療にどのようなつながっていくのか。一人の地域総合診療医としての経験と研究結果を通して、参加者の皆様とともに考えたい。

演 者／中村 伸一氏（おおい町国民健康保険名田庄診療所）

地域医療にとって必要なことと大切なこと

平成3年に赴任して以来、途中2年間は離れたが、33年あまり山間へき地で多くの患者との関係を築いてきた。患者の生きて逝く姿を長年見続けていく中で、病気そのものだけでなくひとりひとりの人生に関わり、患者本人だけでなく家族を含めて関わっていることを実感してきた。

医療にはガイドラインがあるが、人生にはガイドラインはない。だからこそ、患者・家族・地域の健康観や人生観に寄り添っていくことが求められる。

癌の告知の是非よりも夢の実現が大切だった肺癌末期の方、癌性疼痛の緩和よりもシベリア抑留で負った魂の痛みからの解放が大切だった膀胱癌末期の方、最後の桜と悟ってお花見に出かけた腎不全末期の方、桜を見るために退院したが叶わなかった胃癌末期の方、2年続けてお花見できたが3年目は意識が低下してお花見しなかった悪性神経膠腫の方、それぞれの人生の最期に在宅医療・ケアを提供する立場で関わってきた。患者にとって“必要なこと”を提供するだけでなく、“大切なこと”に寄り添い行動する（大切なことの共有）ことが仁心仁術かもしれない。

また、大切なことの共有は、医療者から患者への一方向で施されるだけではなく、患者から医療者に

向かって施されることも少なくない。虫垂癌末期の患者は地域医療実習に来た医学生に医師になる覚悟を決めさせ、彼女の人生を前向きに変えてくれた。

実は私自身も患者・家族・地域から人生にとって“大切なこと”を施されている。

【許し】非典型的な症状を呈したくも膜下出血を誤診したが、手術の前に親戚の方から責められるどころか慰められた。許されたことで私は地域に残る決心をした。（患者は後遺症なく回復）

【気遣い】私が病気（特発性頭蓋内圧低下症による慢性硬膜下血腫）で2ヶ月間休養した後、年間1000件以上あった時間外・休日の救急患者数は100件台に激減した。だれが言い出したわけでもないのに、病み上がりの私を気遣って、いわゆるコンビニ受診を多くの方が控えてくれた。

【信頼】自殺した患者の奥さんからその前の対応を責められるどころか、「夫のせいでここを去らないでほしい。これからも私を診てほしいから」と言われた。

地域医療における仁心仁術は、医療者が患者・家族・地域に施すだけでなく、医療者が患者・家族・地域に施されることも少なくない。その双方向性が地域医療の本質に思えてならない。

演 者／佐藤 伸彦氏（医療法人社団ナラティブホーム 理事長／一般社団法人ものがたりの街 代表理事／特定非営利活動法人ものがたり倶楽部 理事長／ものがたり診療所 所長）

「生きる物語」を紡ぐ医療 ——「ものがたり」の思想から仁心仁術を問い直す

「ナラティブ」という言葉は、今や医療の世界に広く浸透している。患者の語りに耳を傾け、その物語に寄り添う医療——その理念は正しく、大切なものである。しかし私は、ある問いの前で立ち止まらざるを得なかった。

重度の認知症で言葉を失った患者の前に立つとき、「ナラティブ」はどこへ行くのか。語れない人には、語るべき物語もないのか。そうだとすれば、「生きる物語を紡ぐ医療」は、語れる人だけのものになってしまう。これは臨床の現場で毎日突きつけ

られる、切実な倫理的問いである。

この問いに応えるために、私は「ものがたり」を三層に書き分けて考えてきた。他者と共有できる形を取った「物語」、経験が意味を帯びていく動的プロセスとしての「もの語り」、そして語られる以前から身体・記憶・関係の中に静かに沈殿している「生の厚み」としての「ものがたり」である。言葉を失った後も、その人が生きてきた時間の痕跡は消えない。身体のリズム、なじんだ場所への反応、家族の声に微かに変わる表情——これらは「生の厚み」が表層に滲み出た痕跡である。砂浜に打ち上げられた珊瑚のかげらが、かつてそこに生命があったことを告げるように。

「語られないものがある」と信じる姿勢は、臨床の過酷さの中で二つの方向に崩れていく。「もうわからない人だから」と患者を対象化する虚無への崩れと、患者の沈黙を自分の解釈で埋め尽くす独善への崩れである。この二極の間に立ち続けること——「あるともないとも言い切れない不確かさの中で、なお応答し続ける」——これが臨床家に求められる「賭け」である。

ここで「仁心仁術」に立ち返りたい。「仁心」とは何か。私はそれを、「証明できなくても、その人に向かい続ける意志」として捉え直したい。レヴィナスが言うように、他者の存在は私の理解に先立っ

て応答を求めてくる。「わかるから応答する」のではなく、「そこにいるから応答せざるをえない」——この倫理的切迫こそが、仁心の根にあるものではないか。そして「仁術」とは、その仁心を臨床の技として形にすることである。しかし「術」が進むほど、患者は処置の対象へと還元される危険がある。仁術が仁心を裏切らないためには、技術の背後に常に「問いを閉じない」姿勢が必要である。

「生きる物語を紡ぐ医療」とは、患者に美しい物語を与えることでも、語りを上手に引き出すことでもない。語れない人の傍らに立ち、その人の「生の厚み」が——たとえ断片としてであっても——この世界に存在し続けることを、関係の中で保ち続けることではないか。

「わかった」と思った瞬間に、問いは閉じる。患者を「こういう人だ」と決めた瞬間、その人は処置の対象へと戻ってしまう。仁心仁術の「仁」が生き続けるためには、答えを出した後も「本当にこの人に向かっているか」と問い続ける緊張感が必要である。その緊張の中にこそ、「生きる物語を紡ぐ医療」の実質があると、私は考えている。

答えではなく、問いを。

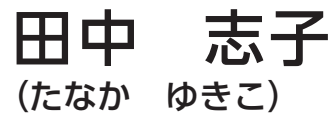
臨床家が病室のドアを開けるたびに、この問いは新しく繰り返される。

それでも、その人はそこにいるのだから。



日本慢性期医療協会 常任理事・事務局長
埼玉県慢性期医療協会 会長
全国デイ・ケア協会 副会長
地域包括ケア推進病棟協会 理事
日本病院DX推進協会 理事
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授

帝京大学医学部医学教育センター臨床教授



日本内科学会総合内科専門医
日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医
高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医
認知症サポート医

高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医

[illegible]

2024/10/4 第64回全国国保地域医療学会
若手研究表彰活動報告部門「優秀賞」

[illegible]

2009年	NHK「プロフェッショナル仕事の流儀」出演
2009年	厚生労働省 第11次へき地保健医療対策検討会 委員
2014年	日本専門医機構 総合診療医に関する委員会ワーキンググループ 委員
2025年	第13回日本医師会「赤ひげ大賞」受賞



佐藤 伸彦
(さとう のぶひこ)

【履歷・略歷】

医療法人社団ナラティブホーム 理事長一般社団法人ものがたり
の街 代表理事
特定非営利活動法人ものがたり倶楽部 理事長
ものがたり診療所 所長

【職歴など】

昭和57年 3 月	国立富山医科薬科大学 業	薬学部製薬化学科卒業
昭和59年 3 月	国立富山医科薬科大学	医学部研究生修了
平成 2 年 3 月	国立富山医科薬科大学	医学部医学科卒業
平成 2 年 4 月	国立富山医科薬科大学 室 研修医	医学部和漢診療学教
平成 3 年10月	成田赤十字病院内科 医学部 研究生)	(富山医科薬科大学
平成 5 年 4 月	麻生飯塚病院神経内科 神経内科 専修生)	(九州大学 医学部神
平成10年 4 月	医療法人北聖病院	副院長

平成14年4月 砺波サンシャイン病院 副院長
平成20年4月 市立砺波総合病院 地域総合診療科 部長
平成22年4月 医療法人社団ナラティブホームを設立
平成22年4月 「ものがたり診療所」を砺波市でオープン
同診療所の所長を務める。

令和2年11月 従来の医療の枠組みを越えたより包括的な地域との関わりを目指し、賃貸集合住宅や小売店、レンタルスペースやカフェなども併設された「ものがたりの街」を砺波市 太田に創設

令和7年4月 病気の子どもたちが安心して過ごせる居場所
として、「ものがたりのおうち」（病児保育）
をものがたりの街（砺波市太田地区）に開設
現在に至る

【所属学会】

日本生命倫理学会、日本医学哲学学会、日本プライマリケア
連合会

【著 書】

- ・家庭のような病院を一人人生の最終章をあったかい空間で／文藝春秋社（2008/4）
- ・患者様とお医者様一必要とする人に適切な医療を／共著、日本評論社（2008/11）
- ・高齢社会を生きる一老いる人／看取るシステム；清水哲郎編集／東信堂（2007/11）
- ・ナラティブホームの物語／医学書院（2014/3）



シンポジウム

Ⅱ

シンポジウム 2

時間／13：35～15：35

テ ー マ	【制度・超境】「地域医療をシームレスに一急性期から慢性期への一期通貫・制度の壁を超えた連携一」
座 長	繁田 正信氏 （国立病院機構呉医療センター 院長） 伊藤 公訓氏 （広島大学病 総合内科・総合診療科 教授）
演 者	四方 哲氏 （京都府立医科大学大学院医学研究科／総合医療・地域医療学講座） 野瀬 範久氏 （医療法人社団十善会 野瀬病院 理事長） 志田 知之氏 （医療法人 天心堂 志田病院 理事長） 北原 加奈子氏 （厚生労働省 健康・生活衛生局 食品健康被害情報管理室長） 西澤 欣子氏 （一陽会原田病院）

座 長／**繁田 正信氏**（国立病院機構呉医療センター 院長）
伊藤 公訓氏（広島大学病 総合内科・総合診療科 教授）

座長要旨

診療報酬や病床区分といった「制度の枠組み」がもたらす患者の分断や現場のパラドックスに一石を投じるセッションです。急性期、地域包括ケア、慢性期、ケアミックスへの移行を、単なる効率性重視の「ベッドコントロール」や「前方・後方連携」という一方通行の作業に終わらせず、地域全体を一つの「有機的な医療チーム」として機能させるための真の境界超越（超境）を模索します。本セッションでは、国の政策動向（北原氏）と大学・高度医療機

関側の抱える統合への課題（四方氏）というマクロな視点を土台とし、現場で異なる機能（西澤氏、野瀬氏、志田氏）を担うキーパーソンたちが一堂に会します。それぞれの立場から、単なる機能分化を超えた「生活と医療をシームレスに繋ぐための本音の葛藤と工夫」を共有し、2040年を見据えた持続可能な地域医療の具体的な突破口を、座長・演者・フロアが一体となって提示することを目指します。

演 者／四方 哲氏（京都府立医科大学大学院医学研究科／
総合医療・地域医療学講座）

過疎地における医療体制、集約と分散

わが国では2014年に地域医療構想調整会議が始まり、2026年現在に至るまで病院の「機能分化と連携」が議論の中心であった。市場原理が通用せず、あらゆるリソースが不足している過疎地では、機能を分化すればするほど非効率で、現場の人々を疲弊させるという構造的な矛盾に突き当たっている。都市部を想定した「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」という機能区分は、狭いエリアで十分な患者数と医療職を確保できることが前提となっているので、これから人口減少が進む過疎地では維持できなくなる。

過疎地における医療の理想像は、外来から入院、救急、在宅医療、そして介護・福祉との連携までを一手に担う「多機能集約型の医療体制」である。入院機能を集約するとともに外来機能を中心とした高度なプライマリ・ケアを分散する「集約と分散」こ

そが過疎地における今後のキーワードになると考える。

施設間における困難な事象は、制度の枠組みに起因するものもあるが、個別性あるいは地域性に基づくものが多い。その多くは顔の見える関係性を土台としたコミュニケーションによって解決してきた。顔の見える関係性の構築が困難になりつつある現状の中、いかにシームレスな体制を構築してゆくのが課題である。

京都府立医科大学の理念は「世界トップレベルの医学・医療を地域へ」である。過疎化が進む京都府丹後地域に所在する附属北部医療センターを2024年から北部キャンパス“知の拠点”と位置づけ、誇りと意欲をもって過疎地で活躍する地域医療人を育成している。本シンポジウムではその一端を紹介したい。

演 者／野瀬 範久氏（医療法人社団十善会 野瀬病院 理事長）

包括期からつなぐ「ご当地地域包括ケアシステム」 ー顔の見える関係とコマネジメントの実装ー

当院は、神戸市長田区にあり、整形外科手術や高齢者救急などの急性期医療を担う一方、急性期病院からポストアキュート患者を受け入れ、在宅・施設へとつなぐ「包括期」を軸としたケアミックス型の中小規模民間病院である。高齢化が進む地域では、マルチモビディティを背景に、生活機能、認知機能、服薬、家族背景、介護力など複数の課題を抱える患者が少なくない。急性期治療が終了しても退院支援は完結せず、疾病単位ではなく患者の生活全体を捉える視点が求められる。

こうした患者を支えるため、当院では専門領域の医師と、全人的な視点で共同診療を担う医師が協働するコマネジメントを進めてきた。専門的治療を軸

に、併存疾患や全身状態、退院後の生活まで視野に入れて診療を共有し、看護師、薬剤師、リハビリテーション職、MSW等の多職種が連携することで、複雑な課題を抱える高齢患者をチームで支えている。総合診療医の参画は、この共同診療を機能させる大きな転機となり、プライマリ・ケアの視点やポリファーマシーへの対応も含め、マルチモビディティを抱える患者への包括的な支援につながっている。

また、包括期医療では、患者を送り出す急性期医療機関と、その先で受け入れる在宅医や介護施設の双方との「顔の見える関係」が極めて重要である。包括期を担う当院は、急性期から受け取った医療・

ケアを患者の暮らしの場へつなぐ役割を担う。私自身が長年続けてきたラグビーでは、良いパスは、出し手と受け手が互いの位置や意図を理解してこそつながる。地域医療も同じである。互いの役割や事情を理解し、必要な時に相談できる関係があってこそ、切れ目のない連携が実現する。当法人では、地域で培った人的ネットワークに加え、ラグビーを通じて築かれた医療者同士のつながりも連携を支えている。制度や仕組みだけでは地域医療のパスはつな

がらない。日頃から築かれた信頼関係こそが、そのパスを次へとつなぐ力になると実感している。

一方、中小規模民間病院には、採用薬など受け入れ上の制約もある。だからこそ、送り手・受け手双方が互いの事情を理解し、補完し合う関係が欠かせない。制度に地域を合わせるのではなく、その地域にある医療・介護資源と人をつなぎ、その土地ならではの「ご当地地域包括ケアシステム」を育てることが、包括期を担う私たちの役割であると考えている。

演 者／志田 知之氏（医療法人 天心堂 志田病院 理事長）

『慢性期小規模病院の多機能化推進の必然』 ～地域で必要な医療機能を提供するために～

当院は、人口減少・高齢化が進む地域にある80床の小規模病院である。私が病院を承継した1996年当時、当院は46床とさらに小規模であった。慢性期病院として運営することは人的配置の状況から既定路線であった。しかし、古くから在宅医療（訪問診療）を役割としていたため、少ない病床の一部を在宅患者の急性増悪時の入院対応に利用していた。当院がある佐賀県南部医療圏は以前から病床過剰地域であったため増床はできず、少ない病床を可能な限り有効活用するよう工夫しながら運営してきた。

2000年に老朽化した病院を立て直し、折下同年から始動した介護保険の事業を2003年以降に複数開業した。病院としては、2007年に回復期リハビリテーション病棟を開設し、地域でのリハビリテーション病院としての立ち位置も確立していった。一方で2010年には在宅療養支援病院となり、医師の体制が整備できた2023年から機能強化型在宅療養支援病院となっている。当院のような小規模病院がこのような方向で運営できたのには、主に二つの要因を挙げることができる。一つは地域包括ケア病棟（床）の活用、もう一つが事業譲受によって成し得た増床である。

2014年の診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院管理料（入院医療管理料）が新設された。2000年の回復期リハビリテーション病棟と同様、療養病床からの転換が可能であることと、在宅療養支援病院である当院にとって活用しやすい形態であったため、すぐに導入することを決め準備を進めた。人員配置とデータ提出加算への対処を速やかに実行し、2015年1月からまず8床で導入（入院管理料1算定）。2016年4月には12床に増床し、2019年6月の増床時から28床に増床している。

2017年8月、当院近隣の療養病床44床の民間病院から事業譲渡を受けることが決定し、2019年6月に悲願であった増床が叶った。事前に開催された地域医療構想調整会議の中で、当院の在宅医療の概要と在宅患者の急性増悪時の入院を受け入れてきた実績を示し、今後さらに地域で必要となるバックアップ機能の拡充を当院の増床により果たす方針を説明し、関係者の同意を得ることができた。

現在当院は地域密着型の小規模多機能病院として、回復期リハビリテーション機能とともに在宅療養支援機能を担っている。当院が歴史の中で育んできた多機能化の実際をご紹介します。

地域包括医療病棟は地域医療をつなげられるか —制度が生むパラドックスと「超境」への試み—

【背景】

高齢化が進む地域では、救急搬送された高齢患者を急性期治療だけで終わらせず、ADLを維持・改善し、在宅・施設での生活につなげることが求められる。地域包括医療病棟は、高齢者救急の受入れからリハビリテーション、栄養・口腔管理、退院支援までを担い、急性期医療と生活をつなぐ「接続点」として位置づけられる。一方、その機能は診療報酬上の施設基準や患者構成に大きく左右される。本報告では、当院における地域包括医療病棟の運営経験から、その役割と制度上の課題を検討する。

【地域包括医療病棟の役割】

当院は2008年に120床のDPC対象病院として急性期医療を中心に運営してきた。その後、地域の医療需要に応じて地域包括ケア病床を段階的に増床し、2025年5月には地域包括医療病棟60床を新設した。現在は、急性期一般入院料2、地域包括医療病棟、地域包括ケア病床の3機能を有する。地域包括医療病棟では、高齢患者の急性期治療と並行して早期リハビリテーション、栄養・口腔管理、退院支援を行い、急性期から在宅・施設での生活までを一連の流れとして支えることが期待される。

【制度上の課題】

一方、病棟運営では「地域のために幅広く患者を受け入れること」と「診療報酬上の施設基準を維持

すること」の両立が課題となる。当院では届出に際し、BI低下率5%未満や在宅復帰率80%以上等の実績要件を満たす必要があり、届出までに時間を要した。多様な背景を持つ高齢患者を幅広く受け入れるほど、病棟として求められるアウトカムの維持が難しくなる可能性がある。また、地域包括医療病棟への転換時には月560万円の増収を試算したが、実績は月750万円となった。2026年度改定後は月350万円の増収を見込む一方、2027年5月のDPC退出後、急性期機能を廃止し包括期へ集約した場合には月600万円の増収が見込まれる。このことは、地域に必要な医療機能と、制度・経営上合理的な病床機能が必ずしも一致しないことを示唆する。

【考察・結論】

地域包括医療病棟は単なる「中間病床」ではなく、治療と生活をつなぐ重要な接続点である。しかし、病棟単位の施設基準やアウトカム評価が、患者を「病棟の基準に合わせる」という発想につながる危険性がある。患者の生活を起点に、急性期、包括期、在宅・介護を一つの流れとして評価する仕組みが必要である。地域包括医療病棟を制度上の病床区分にとどめず、地域全体をつなぐ医療の接続点として機能させることが、真の「超境」につながると考える。

演 者／北原加奈子氏（厚生労働省 健康・生活衛生局 食品監視安全課
食品健康被害情報管理室長
（前 広島県健康福祉局長））

行政の立場から

少子高齢化・人口減少が進展する中、我が国の医療提供体制は大きな転換期を迎えている。人口構造の変化の状況や時期は地域によって異なる一方、高齢化の進展に伴い、医療需要は、急性期医療を中心とした従来の構造から、高齢者救急や在宅医療、リハビリテーション等を含め、地域全体で治し、支える医療へと変化している。加えて、生産年齢人口の減少等により、医療人材の確保は今後さらに厳しさを増すことが見込まれ、現在の医療提供体制をそのまま維持することは困難となっていく。

こうした将来を見据え、限られた医療資源を有効に活用しながら、地域の実情に応じた持続可能な医療提供体制へと転換していくことが求められる。そのためには、将来の医療需要や医療・介護人材の確保を見通し、地域の関係者が課題と将来像を共有した上で、早い段階から地域全体で議論を重ねていくことが不可欠である。

新たな地域医療構想は、2040年頃を見据え、入院医療にとどまらず、外来医療、在宅医療、介護との連携、さらには人材確保等を含め、地域における医

療提供体制のあるべき姿を地域で描き、その実現を目指すものである。白紙から新たな医療提供体制を構築するのではなく、地域に既に存在する医療資源を生かしつつ、医療機関の機能分化・連携や必要な集約化を進め、限られた資源を地域全体で有効に活用していく視点が求められる。

また、人口構造や医療資源、地理的条件等は地域ごとに大きく異なることから、全国一律のモデルを当てはめるのではなく、それぞれの地域が将来の医療需要を見据え、自らの地域に合った医療提供体制を描いていくことが必要となる。さらに、医療DXやオンライン診療等の新たな技術・手段を取り入れながら、医療資源の集約化と住民の医療へのアクセス確保をいかに両立させるかも、今後の地域医療を考える上で避けて通れない課題である。

本シンポジウムでは、行政の立場から、地域の実情を踏まえ、限られた医療資源を最大限に活用しながら、将来にわたり持続可能な医療提供体制をどのように構築していくのか、その方向性と課題について考察する。

[illegible]



四方 哲
 (しかた さとる)

【略 歷】

1994年	自治医科大学卒業、京都府立医科大学附属病院（研修医）
1996年	久美浜町国保久美浜病院（外科医員）
1999年	京北町国保京北病院（外科医長）
2003年	京都大学医学部附属病院（総合診療科医員）
2004年	京都大学大学院医学研究科（臨床疫学研究生）
2005年	蘇生会総合病院（外科医長）
2012年	三重県立一志病院（総合診療科、病院長）
2021年	京都府山城広域振興局（健康福祉部長兼山城北保健所長）
2023年	京都府立医科大学大学院医学研究科（総合医療・地域医療学教授）



野瀬 範久
(のせ のりひさ)

【役 職】

医療法人社団十善会 野瀬病院 理事長

【最終学歴】

1993年3月 久留米大学医学部卒業

【職 歷】

1993年 神戸大学医学部附属病院 整形外科入局
その後 市立加西病院、国立神戸病院、三菱神戸病院などで勤務

2003年	医療法人社団十善会	理事就任
2010年	医療法人社団十善会	野瀬病院 病院長就任
2020年	医療法人社団十善会	理事長就任

【病院団体関係】

2018年 地域包括ケア病棟協会 幹事就任
2019年 一般社団法人地域包括ケア病棟協会 理事就任

●



平成2年3月	佐賀医科大学医学部卒業
平成2年6月	佐賀医科大学附属病院 外科
平成4年7月	健康保険直方中央病院 外科
平成5年6月	総合病院唐津赤十字病院 外科
平成6年6月	佐賀医科大学附属病院 外科
平成7年6月	医療法人天心堂志田病院
平成8年9月	医療法人天心堂志田病院 理事長・院長

日本慢性期医療協会 常任理事
日本リハビリテーション病院・施設協会 常務理事
地域包括ケア推進病棟協会 理事
佐賀県病院協会 理事
佐賀県高次脳機能障害者支援推進委員会 委員
尊厳死協会佐賀支部 理事
鹿島市高齢者保健福祉計画策定委員会 委員
鹿島市地域ケアネットワーク会議 構成員

●



1994年	川崎医科大学卒業。同年広島大学病院内科研修医
1996年	広島大学病院第2内科（腎グループ）入局。厚生連 吉田総合病院勤務
1999年	あかね会土谷総合病院人工臓器部勤務
2002年	一陽会原田病院勤務
2005年	貴友会王子病院腎臓内科勤務
2010年	一陽会原田病院勤務。副理事長
2020年	医療法人一陽会理事長

医学博士（2015年）
日本内科学会認定内科医・総合内科専門医
日本腎臓学会認定専門医・指導医
日本透析医学会専門医・指導医
日本腹膜透析医学会 認定医
腎代替療法専門指導士
日本腎不全合併症医学会評議員
日本透析医学会評議員
日本腹膜透析医学会
麻酔科標榜医



北原 加奈子
(きたはら かなこ)

厚生労働省 健康・生活衛生局 食品監視安全課 食品健康
被害情報管理室長 (前 広島県健康福祉局長)

略歷

2014年 厚生労働省 健康局 疾病対策課（エイズ対策）・課長補佐
2015年 同 結核感染症課エイズ対策推進室・室長補佐（組織再編）
2016～2018年 文部科学省 初等中等教育局 健康教育・食育課・学校保健対策専門官
2018～2019年 人事院 短期在外研究員（米国保健福祉省（CDC、ASPR）派遣）
2019～2021年 厚生労働省 老健局 老人保健課介護保険

データ分析室・室長

2021～2022年 同 医政局 総務課・保健医療技術調整官
2022～2023年 内閣官房 新型コロナウイルス感染症等対策
推進室・企画官
2023～2026年 広島県 健康福祉局・局長
2026年～ 厚生労働省 健康・生活衛生局 食品監視安全課
食品健康被害情報管理室・室長
現在に至る

所属学会

日本内科学会、日本リウマチ学会

資格

医師免許、日本内科学会認定内科医、日本リウマチ学会認定
リウマチ専門医



シンポジウム

Ⅲ

シンポジウム 3

時間／13：35～15：35

テ ー マ	「地域で「自分らしく」を支える～在宅医療の最前線、そのリアル～」
座 長	小林 達也氏（「島の病院おおたに」 理事長／日本慢性期医療協会理事） 大原 昌樹氏（日本地域医療学会副理事長・専門医制度委員会委員長）
演 者	紅谷 浩之氏（医療法人社団オレンジ 理事長） 高橋 昭彦氏（ひばりクリニック 認定NPO法人うりずん） 永井 康德氏（医療法人ゆうの森 理事長／たんぽぽクリニック・たんぽぽ俵津診療所） 秋本 悦志氏（秋本クリニック） 越部 恵美氏（ほっと・はあとステーションてのひら／居宅介護支援事業所てのひら）

座 長／小林 達也氏（島の病院おおたに）
大原 昌樹氏（綾川町国民健康保険陶病院）

地域で「自分らしく」を支える ～在宅医療の最前線、そのリアル～

国は2040年問題（85歳以上の超高齢者の増加や団塊ジュニア世代の高齢化による人材不足）に向けて令和8年度診療報酬改定において、在宅医療へのメッセージから在宅医療の創設期⇒普及・拡大期から『質の担保』『差別化』の段階に入ったように思われます。質の向上の観点から本題にある“リアル”から以下のようなさまざまな問題点などが考えられます。本シンポジウムは在宅医療のトップランナーである先生方をお招きして在宅医療における問題点やこれからの在宅医療の進化などについてディスカッションします。

【在宅医療の問題点】

●連携の問題：急性期の在宅医療への理解不足や在院日数ありきの急性期の在宅への追い出し的退院支援・急性期の二人主治医を組むことに関する消極さ・急性期のスタッフは在宅医療の経験が乏しいため、適切な退院支援が出来ていないケースがある

●在宅医療の質の問題：なんちゃって在宅医療（施設中心の訪問診療・本来、在宅医療でも可能な処置をせず、重症や看取りの対応は避け、急性期に容易に搬送など）・在宅医療や地域医療の経験が少ない医師の直在（直接在宅診療）や専門医あがりて総合診療のスキル、思考や理念がない医師の存在・

複数医師の診療により診療内容が均一化されていない・医療者のリスクリングの問題

●在宅医療の理念の問題：在宅医療＝看取りの医療と考えている医療者の考え・在宅医療：良？・入院医療：悪？として在宅医療の執着し過ぎる考え

●在宅医療の持続性の問題：カリスマ医師による在宅医療により成り立っている・医療者の負担の問題・地方では人口減少社会に突入し、医療や介護需要の減少、医療介護分野の働き手の減少が起り始めている現実

●名ばかり在宅看取りの問題：統計上、在宅看取りは増加しているが、内訳は施設看取りが増加しており、患者&家族宅での看取りは横ばい

今回、在宅医療について高いレベルで在宅医療を実践されている先生方と広島市や呉市で在宅医療に積極的に携わっている先生や訪問看護師の方をお迎えして『在宅医療のリアル』という表題のもと、現状の問題点や自院の工夫や対応策、将来の展望などについて提示していただき、本音トークで討論させていただこうと思います。

演 者／紅谷 浩之氏（医療法人社団オレンジ 理事長）

在宅医療は、人の暮らしの最前線である。

病院では「患者」として過ごしていた人が、自宅へ戻ると「父」「夫」「おじいちゃん」「飲み仲間」「職人」としての表情を取り戻す。趣味を語り、孫を抱き、近所の人と笑い合う。その姿を見るたびに、人は病気を治すためだけに生きているのではないことを教えられる。暮らしの現場では、病気や障害、限られた余命を抱えながらも、その人らしく生きることが日々続いている。在宅医療の本質は「病気を診ること」だけではなく「その人らしい暮らしを支えること」にある。

そのために医師は症状を和らげる。痛みを抑え、呼吸を楽にし、家族旅行や地域行事への参加を可能にする。一方で、医師自身が「危ないから」「無理だから」と、その人らしさにブレーキをかける存在になってはいけないとも考えている。

「温泉旅行に一緒に来てほしい」「医療的ケア児が家に閉じこもらなくてもよい地域をつくれないうか」。こうした問いに出会えるのは、暮らしの最前線だからである。制度とニーズがぶつかったとき、私たちは制度を言い訳にしない。制度は過去のニーズから生まれるものだから、現場は未来の制度を生み出す場所でもある。

私たちが地域で取り組んできた、みんなの保健室、Orange Kids' Care Lab.、ほっちのロッジ、つながるベースなどは、「こんな施設をつくろう」と始まったものではない。暮らしの現場で出会ったニーズに向き合い続けた結果として生まれたものである。大切なのは、「何をつくるか」ではなく「どのような姿勢で地域と向き合うか」だと思う。

Well-doing（何をやったか）の時代から、Well-being（どうあるか）が大切だと言われる時代になった。私もその流れに深く共感している。在宅医療の最前線に立っていると、もう一歩先が見えてくる。それはWell-goingである。暮らしの中へ出向き、人と出会い、制度を越え、地域とともに動き続けること。成果(Doing)だけでも、存在のあり方(Being)だけでもない。社会の変化の中で、自らも蠢き続ける姿勢(Going)が、これからの地域医療に求められているのではないだろうか。

The BeatlesがLet It Beを歌った時代を経て、いま多くの人がLet It Goを口ずさむ時代になった。その変化は、私たち医療者にも「どうあるか」から「どう蠢くか」への転換を問いかけているように思う。

演 者／高橋 昭彦氏（ひばりクリニック 認定NPO法人うりずん）

子ども・きょうだい・家族の暮らしに より添う在宅医療

ひばりクリニックは、2002年に開業した、常勤医師ひとり体制の在宅療養支援診療所です。午前プライマリ・ケア外来、午後は在宅医療を担ってきました。当院の特徴は、小児患者さんや、移行期の障害者の方の受診が多いこと、小児の在宅医療にも積極的に取り組んでいること、地域の多くの事業所の皆さんと多職種チームを組んでいることです。

子どもの当たり前の暮らしとは、食べる、排せつする、お風呂、外出、学ぶ、働く、などが希望すればできることではないでしょうか。人工呼吸器をつけた子どもの在宅医療を2003年から開始し、重症児と家族の過酷な暮らしを知りました。命と隣り合わせの介護が続き、母親の多くは就労を断念し、無理したり我慢したりしていることが多いきょうだいの存在も気がかりでした。何かできることはないかと始めた研究事業から、宇都宮市が日中一時支援の特別な制度を創設、2008年から日中レスパイトケア施設「うりずん」を作ることができました。やがて制度も整い、日中の通所（日中一時支援、児童発達支援、放課後等デイサービス）や、ホームヘルプ（居宅介護、移動支援、重度訪問介護）、相談支援などに加えて、栃木県からも事業を受託するようになりました。

小児在宅医療において、対象は子どもと家族です。特に医療的ケア児との関わりは長く続くことが多く、20年を越えることもあるのです。子どもも大きくなり、親も年を重ねます。できる範囲で、家族の相談や診療も行っています。うりずんでは、大きくなった医療的ケア者のお風呂を入れ、家族の負担を減らし、本人も気持ちよく過ごしていただくように心がけています。

きょうだい支援はとても大切です。〇〇ちゃんのお兄さん、ではなく、その子の名前を呼んで、遊んだり声をかけたりして、「あなたのことに関心を持っているよ!」という気持ちで接します。また最近では、社会的支援が必要な家庭も増えてきています。医療だけで対応できることは少ないので、多職種チームで情報を共有して関わっています。

2021年に医療的ケア児支援法が施行され、社会の取り組みが進んできました。しかし、まだまだ課題は山積しています。学校卒業後の活動の場所が少ないこと、移行期の医療の受け皿が少ないこと、重症児の泊まれる短期入所が少ないことなどです。今後も、子どもときょうだい・家族に伴走していけるような取り組みを続けて行きたいと考えています。

演 者／永井 康德氏（医療法人ゆうの森 理事長／
たんぽぽクリニック・たんぽぽ俵津診療所）

地域偏在を解決する在宅医療 ー最期まで自分らしく生きるを支える、 循環型地域医療の実践ー

1995年、私は29歳で愛媛県明浜町の国保俵津診療所に所長として赴任した。みかんと真珠の町は衰退し、人口は減りつづけ、地域の高齢化率は45%、自

宅での看取りはゼロ、診療所は年間3,000万円の赤字を抱え廃止が決まっていた。一人の医師が一人で地域を背負う構造そのものが限界に達していた。こ

れは、地域偏在の最も厳しい姿である。

私たちが見出した答えは「循環型地域医療」である。都市部の「たんばほクリニック」とへき地の「俵津診療所」を結び、複数医師が曜日ごとに交代で勤務する仕組みを構築した。柱は四つ。①複数医師の交代制勤務、②24時間対応の在宅医療の広域展開、③調剤薬局の併設による経営改善、④毎朝のオンラインミーティングによる情報共有と方針の統一である。曜日ごとに担当医師が替わる「複数医師の当番制」と、ICTを活用した毎朝のカンファレンスにより、一人の医師が抱え込まず、組織でへき地を支える、疲弊しないシステムが機能している。これにより、廃止寸前の診療所は開業4ヶ月目で黒字化し、医療者が疲弊することなく質の高い在宅医療と看取りを実現、診療所周辺にはデイサービスや施設、雇用も生まれた。

多死社会となった日本では、治せない病や老化で亡くなる人が増えている。求められる医療は、救命を最優先とする「Doingの医療」から、患者の意思を最優先とし、必要な医療とケアを提供する

「Beingの医療」へと比重を移している。在宅医療は究極の「Beingの医療」である。私たちは病気だけでなく、人・家族・生活・地域・人生という5つの視点で患者をみる。

もう一つの軸が「人口減少と医療の最小化」である。患者だけでなく医療・介護の担い手も減るなか、医療を拡大し続けるモデルはもはや成り立たない。最小化とは切り捨てではなく、必要な医療を必要だけ提供する引き算の発想である。なかでも食支援は、鍵となる取り組みである。「食べたいものを大きな声で言える人は食べられる」——これが現場で見出した「永井の法則」である。医療を最小限にすれば、最期まで食べられる人は多い。多職種で「食べる喜び」を支えるKANAUプロジェクトは、その実践である。

究極の地域医療は、まち作りである。住み慣れた場所で安心して暮らし続けられる地域を、医療の力でつくる。本講演では、在宅医療26年の実践から、地域偏在を仕組みで解決するための具体策を示したい。

演 者／秋本 悦志氏（秋本クリニック）

「家で過ごしたい」を途切れさせない —外来・訪問診療・訪問看護・居宅介護支援の 一体運用から—

当院は、もともと乳腺診療を中心とする外来主体のクリニックであった。乳がんをはじめとする患者に対し、診断、治療、経過観察から、再発・進行期の緩和ケア、看取りまで切れ目なく関わりたいという思いが、当院における在宅医療の出発点である。

当初は、通院困難となった患者に医師が一人で往診していた。しかし、患者数と医療依存度が高まるにつれて単独での対応には限界が生じた。そこで、同行スタッフの配置、居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションの併設、事務局体制の整備、分院展開など、その時々課題に応じて必要な機能を加えてきた。完成された在宅医療モデルを導入したのではなく、患者を診続けるために生じた困りごとへ対応する中で、現在の体制が形づくられた。

現在は、外来、訪問診療、訪問看護、居宅介護支

援が同じ患者を支え、平時から急変時、看取りまでを一つの動線として運用している。ケアマネジャーが生活上の課題を捉え、訪問看護師が状態変化を早期に察知し、医師がオンライン診療や往診を組み合わせ判断する。単なる「顔の見える連携」にとどまらず、患者情報、急変時の対応方針、対応後の振り返りを共有できることが、併設・協働の強みである。当法人の緊急訪問記録から、現在、オンライン診療、往診、搬送・入院、死亡場所などとの関連を分析している。この解析により、どのような患者に、どの職種が、どのタイミングで介入すれば自宅療養を継続できるのかを明らかにし、地域の医療・介護資源で支える「地域完結型在宅医療」の具体像が見えてくる可能性がある。

また、患者数と拠点の増加に対応するため、初

診・再診記録などの定型業務にAI・RPAを導入している。その目的は単なる省力化ではなく、職員の時間を患者との対話、臨床判断、多職種連携へ戻すことにある。

地域全体の体制が整うのを待つのではなく、まず自法人が責任を持てる広島の複数の生活圏で実装と

検証を重ね、その成果と課題を行政、大学、医師会等との連携へ還元していきたい。在宅医療でその人の「自分らしく」を支えるためには、制度や組織の境界を越えて必要な機能をつなぎ、現場に合わせて運用を更新し続けることが重要である。

演 者／越部 恵美氏（ほっと・はあとステーションてのひら
居宅介護支援事業所てのひら 所長）

地域で「自分らしく」を支える ～訪問看護・ケアマネジャーの立場から～

国は、日本の人口構成の変化について、2040年には85歳以上人口を中心とした高齢化が進行し、生産年齢人口の減少が顕著になると予測している。2025年以降、後期高齢者人口は緩やかな増加に転じるものの、85歳以上人口は2040年に向けて継続的に増加し、75歳以上の死亡者数は最大170万人に達すると推計されている。いわゆる「多死社会」の本格的到来である。

当事業所の所在する呉市においても、人口はすでに20万人を下回り、2040年には死亡者数の増加に伴う多死社会のピークが確実に訪れると見込まれている。呉市の訪問看護事業所は、現在サテライトを含め35事業所となり、15年前と比較して約3倍に増加した。各事業所が地域の特性や課題に応じて役割を模索し、地域に求められる事業所となるべく取り組みを進めている。

しかし近年、独居高齢者、認知介護、家族関係の複雑化など、多様で複合的な背景を抱える利用者が増加し、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業

所等のみでは支援が困難なケースが増えている。地域包括支援センターや重層的支援の窓口と連携し、多職種・多機関で支える必要性が高まっている。こうした状況下で退院支援の重要性は一層高まっているが、「本人の希望」を理由に十分な調整がないまま退院し、生活が困窮する事例もみられる。

その度に、「尊厳とは何か」「その人らしく生きるとは何か」を深く考えさせられる。本人の望む暮らしを支えることは、単に「帰りたいから帰す」ことではなく、生活の実態を丁寧に把握し、本人とともに生き方を検討し、多様な可能性を探りながら支援することである。最終的には本人の自己決定であるが、そのプロセスを省略した短絡的な調整では、真の尊厳の保持にはつながらないと感じている。

日々の実践を通じて、地域の多様な関係者と意見を交わしながら、医療・介護の円滑な連携と支援のあり方について、今後も真摯に検討を重ねていきたい。



【賞 罰】

1995年 3月	川崎医科大学卒業
同年 4月	川崎医科大学附属病院泌尿器科 入局
1997年 3月	川崎医科大学附属病院 ジュニアレジデント (研修医) 過程終了 研修中に麻酔科 6 カ月、総合診療部 3 カ月を研 修
同年 4月	松村総合病院 (福島県いわき市) 赴任 泌尿器科に救急部・総合診療部も兼務し、1 年 間勤務。
1998年 4月	川崎医科大学附属病院シニアレジデント (臨床 助手)
2000年 3月	泌尿器科専門医を取得
同年 4月	川崎医科大学大学院 精巣病態生理学 入学
2002年 4月	MD ANDERSON CANCER CENTER (ア メ リカ) にポストドクとして短期留学
同年10月	川崎医科大学に戻り、大学院生兼臨床助手とな る。
2004年 3月	「シスプラチン耐性精巣腫瘍の耐性遺伝子の解 析」で学位修得
同年 4月	康成病院 副院長、興生総合病院 泌尿器科 非常勤となる。
2014年 4月	大谷リハビリテーション病院 (現: 島の病院お おたに) 常勤医
2017年 9月	島の病院 おおたに 副院長 現在に至る。

「高感度PSAの多変量解析による前立腺癌術後再発の予測について」で日本泌尿器科学会西日本総会
学会賞（重松賞）受賞

修得資格

日本泌尿器科学会専門医・指導医、日本性機能学会専門医、日本医師会かかりつけ医機能研修制度修了認定医、かかりつけ医報告制度にかかる研修修了医、緩和ケア研修、厚労省本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会修了認定医、広島県がんよろず相談医、認知症かかりつけ研修修了認定医、回復リハビリ病棟担当認定医、オンライン診療研修修了認定医、介護支援専門員、医学博士

所属学会

日本泌尿器科学会、西日本泌尿器科学会、日本排尿機能学
会、日本小児泌尿器科学会、日本性機能学会、日本アドロ
ジー学会、日本癌学会、日本プライマリーケア学会

講演履歷

▶慢性期医療・地域連携について・看取り&ACPについて：
中国労災病院・呉医療センター・安佐市民病院・済生会呉
病院・府中北市民病院・安浦・川尻社会福祉協議会・呉介
護支援専門員連絡会議・佐伯区医師会・本願寺広島別院
ほか

▶排尿自立支援について：

排尿自立支援加算算定のための研修会（日本慢性期医療協会）・西広島リハビリテーション病院 ほか



昭和60年	(1985年)	3月	自治医科大学医学部卒業
昭和60年	(1985年)	6月	香川県立中央病院 研修医
昭和62年	(1987年)	6月	三豊総合病院 医員・副医長・医 長・管理医長
平成17年	(2005年)	4月	～現在 綾川町国民健康保険陶病 院 院長

綾川町国保総合保健施設綾南「えがお」所長
全国国民健康保険診療施設協議会会長
香川県国保診療施設協議会会長
香川県介護支援専門員協議会会長
香川県医師会副会長（介護保険・福祉、在宅
ケア担当）
香川大学・愛媛大学・神戸大学各医学部非常



福井医科大学を卒業後、救急・総合診療を中心に研修し、名田庄診療所、高浜町和田診療所にて在宅医療・地域医療を学び、その経験を生かし、2011年福井県初の在宅医療クリニックを福井市に開設。2012年医療ケアが必要な子どもたちの活動拠点「オレンジキッズケアラボ」を、2020年に長野県軽井沢町にほっちのロッジを開設。在宅医療という視点から、住み慣れた場所で幸せに自分らしく生きていくことを支えるため、地域づくり、まちづくりにも取り組んでいる。国の事業の中では、厚生労働省・消防庁の人生会議関連のガイドライン改訂や愛称選定・普及啓発、傷病者搬送の委員会、こども家庭庁のこども・若者参画及び意見反映専門委員会などに参加。医療的ケア児保育支援モデル事業などにも関わる。

福井県福井市出身、2001年福井医科大学卒業
2003年より福井県名田庄村、高浜町にて地域医療研修・実践

・「わたしたちの暮らしにある人生会議」金芳堂；2021/12



ひばりクリニック院長
認定特定非営利活動法人うりずん理事長
栃木県医療のケア児等支援センターくくるんセンター長
日本小児科学会認定小児科専門医
日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医

【プロフィール】

- | | |
|----------|--|
| 1985年 | 自治医科大学医学部卒業、出身県の滋賀県で10年間地域医療に従事 |
| 1995年 | 栃木県内の病院で在宅医療に従事 |
| 2001年 9月 | 米国ホスピス研修に参加、ニューヨーク滞在中、同時多発テロ事件に遭遇 |
| 2002年 5月 | 宇都宮市でひばりクリニックを開業 |
| 2008年 6月 | 日中一時支援「うりずん」を開所。医療的ケアが必要な重症障がい児者の日中預かりを始める |
| 2012年 | 特定非営利活動法人うりずん設立 |
| 2016年 4月 | 宇都宮市徳次郎町に新拠点を開設 |
| 2022年 7月 | うりずんが、栃木県医療的ケア児等支援センター「くくるん」を受託 |

【社会活動】

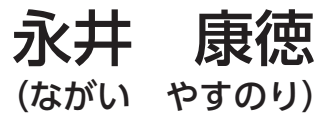
厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業 医療的ケア児者とその家族の生活実態調査 検討委員会・委員長
第14回日本小児在宅医学会 学術集会大会長（2025年9月）

【著書】

こうすればうまくいく 在宅緩和ケアハンドブック 改訂3
版中外医学社、2019（編・共著）
在宅医療 治し支える医療の概念と実践 横倉義武他監修.
中央法規出版、2024（共著）
うりずんの風に吹かれて 重い病気や障害、医療的ケアのある
子どもとともに。クリエイツかもがわ、2025

【受賞】

2014年 日本看護協会 第10回 ヘルシー・ソサエティ賞
2016年 日本医師会 第4回 赤ひげ大賞
2024年 栃木県経済同友会 優秀起業家賞



全国各地での講演を行い、「全国在宅医療テスト」や「今すぐ役立つ在宅医療未来道場（通称いまみら）」「流石カフェ」など在宅医療の普及のための様々な取り組みを行っている。コロナ禍で現地講演会が難しくなってからは、YouTubeで「たんぼぼ先生の在宅医療チャンネル」を開始し、チャンネル登録者は6,000人を超えている。

1992年 愛媛大学医学部卒業

①「たんぽぽ先生の在宅医療人材マネジメント」 日経ヘルス
ケア 日経BP社

②「命に向き合う在宅医療物語」 ヘルスケア・レストラン
日本医療企画



秋本 悦志
(あきもと えつし)

【学 歷】

2004年 久留米大学医学部卒
2004年 広島大学病院初期臨床研修
2006年 厚生連尾道総合病院 外科
2008年 あかね会 土屋総合病院 外科
2009年 県立広島病院 乳腺外科
2012年 広島大学病院 乳腺外科
2013年～ 秋本クリニック継承
2018年～ 安芸地区医師会 地域医療かかりつけ医 担当理
事

【資 格】

日本外科学会 外科専門医



越部 恵美
(こしべ めぐみ)

平成25年5月 ほっと・はあとステーションでのひら所長
平成27年3月 居宅介護支援事業所でのひら所長兼務 現在
に至る

呉医療センター附属呉看護学校 非常勤講師（地域在宅看護論）

呉共済病院看護専門学校 非常勤講師（地域在宅看護論）

【所属学会】

日本看護管理学会
日本地域看護学会

【略 歷】

平成 3 年 4 月	国家公務員共済組合連合会呉共済病院
平成11年 1 月	広島県看護協会訪問看護ステーション「そよ かぜ」
平成12年 4 月	広島県看護協会居宅介護支援事業所「そよか ぜ」兼務
平成14年 6 月	広島県看護協会訪問看護ステーション「ひか り」 居宅介護支援事業所「ひかり」
平成18年 1 月	広島県看護協会訪問看護ステーション「ひか り」所長 居宅介護支援事業所「ひかり」所長
平成24年12月	ほっと・はあとステーションでのひら副所長

【取得資格】

看護師免許
主任介護支援専門員
呼吸療法認定士
訪問看護認定看護師
広島県知事認定ケアマネイスター

【地域活動】

広島県介護支援専門員協会副会長
広島県訪問看護ステーション協議会呉二次保健医療圏支部
長



シンポジウム

Ⅳ

シンポジウム 4

時間／9：40～11：40

テ ー マ	「治療もケアもする病院を目指して —身体的拘束廃止は全人的ケアから—」
座 長	田中 志子氏 (医学博士／医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長／群馬県 認知症疾患医療センター内田病院 センター長／帝京大学医学部 医学教育センター臨床教授／群馬大学医学部臨床教授) 大谷 まり氏 (「島の病院おおたに」理事長／日本慢性期医療協会理事)
演 者	富家 隆樹氏 (医療法人社団富家会 富家病院 理事長・院長) 川崎 洋介氏 (特定医療法人南山会 峡西病院 理事長・院長) 西尾 俊治氏 (南高井病院) 華岡 晃生氏 (金沢大学附属病院総合診療共創センター特任助教) 藤木 啓氏 (医療法人社団誠和会 藤木病院)

座 長／田中 志子氏 (医療法人大誠会 内田病院)
大谷 まり氏 (「島の病院おおたに」理事長／日本慢性期医療協会理事)

身体的拘束ゼロへの挑戦 認知症ケア・緩和ケアで考える全人的ケア

医療は「治すこと」を中心に発展してきた。しかし、認知症や慢性期・終末期にある人ほど、病気だけでなく一人の生活者として理解され、安心して、その人らしく生き続けることを支える「ケア」を必要としている。ケアするとは、単なる感情や行為ではない。相手の人生に寄り添い、その人が自分自身であり続けることを支援する過程であり、意思の表明が難しい時にも、その人らしさや内なる願いを丁寧に探り、尊重しようとする姿勢である。それは一方的な施しではなく、ケアする側もともに学び、成長していく相互的な関係でもある。ケアは治療に付随するものではなく、治療の意味をその人の人生の

中で確かなものにする営みなのである。

身体的拘束は、このケアのあり方が最も鋭く問われる場面である。安全や治療を守るためという善意から始まっても、拘束は人の尊厳、生活機能、声、そして人とのつながりを奪い得る。切迫性・非代替性・一時性の三原則は必要条件であって、ケアとしての十分条件ではない。「自分だったらどうされたか」「この人は何を伝えようとしているのか」「患者さんも、ケアする私たちも、そこに幸せと誇りを感じられるか」を問い続けることが、拘束をしない医療の出発点となる。

富家隆樹先生は、17年にわたり継続する身体拘

束・抑制ゼロの実践から、ゼロは技術論ではなく、トップの意思と多職種の工夫を組織文化にすることだと示す。川崎洋介先生は、BPSDを本人からの「サイン」、すなわち満たされないニーズの表出として捉え直し、拘束する理由ではなく拘束しない方法を探すパーソン・センタード・ケアを提示する。

西尾俊治先生は、頻尿・尿失禁への不適切な対応、24時間のオムツ、不要な尿道カテーテル、スピーチロックが、ミトンやつなぎ服などの拘束へ連鎖し得ることを示し、排尿を生活の営みとして評価する重要性を問う。華岡晃生先生は、AI時代だからこそ、苦を除くだけでなく安らぎと生きる喜びを願う「慈」、人と人の間に立ち上がる「仁」を医療者の在り方として取り戻す必要を語る。藤木啓先生は、療養病床の緩和ケアにおいて、苦痛、不安、排

泄欲求、環境への戸惑い、家族との関係までを多職種で捉え、治療とケアを統合することが身体的拘束ゼロの日常を支えると報告する。

本シンポジウムで共有したいのは、拘束具を外すことだけが「身体的拘束ゼロ」ではないということである。医療処置、排泄、食事、睡眠、環境、言葉かけ、生活リズムをその人の側から見直し、行動の背景にある物語と願いを知ろうとする。職種や立場を越えて対話し、失敗も学びに変え、拘束を前提としない選択肢を増やしていく。その積み重ねが、患者さんの「今日も幸せだった」を支え、家族と医療者にも笑顔と誇りを取り戻す。身体的拘束ゼロはゴールではない。「治す」だけでなく「ケアする」病院へと、医療そのものを問い直し続ける出発点である。

演 者／富家 隆樹氏（富家病院）

富家病院における身体拘束・抑制ゼロに向けた取り組み

富家病院は埼玉県ふじみ野市にある281床の慢性期を中心とした病院で、入院患者のほとんどが、人工呼吸器や人工透析、気管切開、経管栄養など持続的な医療が必要な状態である。

1999年に私が院長に就任して以来、身体拘束・抑制撤廃に取り組んできた。そして2009年12月、身体拘束・抑制ゼロを達成し、現在に至るまで17年にわたって身体拘束ゼロを継続している。この取り組みは富家病院だけにとどまらず、富家グループすべての施設において同様である。身体拘束ゼロは決して技術論ではない。「身体拘束はしない」という病院トップの強い意思を示し、それを組織全体で共有し、文化として根付かせることが最も重要である。身体拘束抑制ゼロのためには「Think Different」考え方を変えることが必要である。どのように変える

かということ「身体拘束抑制ゼロを何より優先することである。

当院では、医療処置そのものを見直し、経鼻胃管から経口摂取や胃瘻への移行、短時間投与やPICC・CVポートの活用、液体センサーや膀胱瘻、ネーザルハイフローなど、身体拘束を前提としない医療を多職種で検討・実践してきた。

そして身体拘束ゼロのその先に「ナラティブホスピタル」にたどり着き、患者の物語に寄り添い、一緒に物語を紡いでこられた。また身体拘束ゼロの「認知症コントロール入院」は、ADLを低下させずにBPSDの沈静化を全例可能にした。富家病院の理念は「されたい医療・されたい看護・されたい介護」である。「されたい」を追求して、かかわる全ての人を笑顔にする。この取り組みについて紹介したい。

演 者／川崎 洋介氏（特定医療法人南山会 峡西病院 理事長・院長）

～身体拘束ゼロへの挑戦～ 認知症の人の行動心理へのアプローチと尊厳

認知症は、多くの人が最も罹患を恐れる疾患であるという民間調査機関による調査がある。その背景には、「自分が自分でなくなる」「何もできなくなる」「迷惑をかける」といった、能力の喪失や他者への負担といったイメージが強く存在するのではないかとと思われる。つまり、人が真に恐れているのは死そのものではなく、尊厳を失った状態で生きることではないだろうか。

英国の臨床心理学者Tom Kitwoodが提唱したパーソン・センタード・ケアは、「『認知症』をもつ人」ではなく「認知症をもつ『人』」として、その人らしさと価値観を尊重することの重要性を説いている。認知症による行動・心理症状（BPSD）の多くは、不安や不快、孤独といった満たされないニーズに対する表出であり、演者はこれを「BPED（Behavioral and Psychological Expressions in Dementia）」と呼び換えることを提案している。すなわち「症状」ではなく本人からの「サイン」として受け止める視点への転換である。

令和5年度精神保健福祉資料によれば、精神科病院における身体的拘束のうち認知症（F0）が最多

の43%を占め、認知症入院患者の拘束率は6.32%と高率である。演者が理事長・院長を務める峡西病院では、2006年の転倒転落事故予防への取り組みを端緒に、隔離・拘束の早期解除基準の策定、精神保健指定医の意識改革などを段階的に進め、2018年には認知症治療病棟における身体的拘束ゼロを達成し、以降、身体的拘束はごく限定的な事例にとどまっている。身体的拘束の三原則（切迫性・非代替性・一時性）は法的な必要条件に過ぎず、それだけでは拘束することの十分条件とは言えない。真に問われるべきは、その行為によって当事者が幸せであり、ケアを行う私たち自身もまた誇りと幸せを感じられるかという「こころ」の視点である。

本シンポジウムでは、これらの実践事例と組織的な取り組みの変遷を通じ、拘束する理由を探すのではなく、拘束しない方法を追求する姿勢と、それを支える組織文化のあり方について論じる。そのうえで、認知症の人の尊厳を守るケアが、ケアする側自身の幸せにもつながり、両者がともに幸せを実感できる医療のあり方について検討したい。

演 者／西尾 俊治氏（南高井病院）

不適切な排尿ケアは身体的拘束である!?

患者自身の排尿トラブルの悩みの1番は頻尿（特に夜間頻尿）であり、2番目は尿失禁である。高齢になるほどその程度は増し、認知症ではさらに悪化する。わが国の40歳以上の男女約4500万人が夜1回以上の夜間頻尿の症状をきたし、年齢とともに回数が増加する。70歳代では3回以上が30%、80歳代では50%に達する。要介護1～3の方の平均夜間排尿回数は3.3回（当院での調査）。頻尿に困っている高齢者が多いことが分かる。さらに、入院患者の70%は要介護状態、60%は認知症であり（令和2年度

厚労省報告）、認知症の進行とともに頻尿・尿失禁の程度が悪化する。入院本来の目的である医療・リハビリに専念できなくなり、場合によっては適切な排尿ケアができないために24時間のオムツ着用や不要な尿道カテーテルの留置（下半身拘束?）になっているのではないだろうか？ オムツや尿道カテーテルが気になり触るとつなぎ服やミトンの使用へと発展しかねない。トイレに行きたいと希望してもスピーチロックで我慢させられると、ますます排泄の不快感が増し叫ぶこともありうる。

講演では夜間頻尿の原因と対策、また、第2の排尿トラブルである尿失禁への適切な排尿ケアについて解説する。夜間頻尿の原因は大きく3つに分類される。1つ目は夜間多尿（夜間の水分過剰摂取、心不全、睡眠時無呼吸症候群などが原因）で全体の50～60%に該当する。2つ目は過活動膀胱、小さな膀胱、膀胱脱・骨盤底筋力の低下などの膀胱・尿道自体の問題。3つ目は夜間の不眠である。高齢者の尿失禁の原因の多くは過活動膀胱であることが多く、排尿日誌と残尿測定により膀胱の病的形態や原因がある程度分かってくる。患者の膀胱のタイプに応じ

た適切な排尿ケアが重要である。排尿ケアチームがあれば取り組みも容易となる。

セルフケアも重要である。過活動膀胱、膀胱脱・骨盤底筋力の低下、認知症による頻尿・尿失禁は適切な骨盤底筋体操で改善する。高齢者ではデイサービスの利用により夜間頻尿が改善し（当院データ）、青竹踏みにより膀胱が大きくなることにより頻尿が改善し、便秘も治る。

不適切な排尿ケアは身体的拘束へと進む危険性があることを銘記すべきである。

演 者／華岡 晃生氏（金沢大学附属病院総合診療共創センター特任助教）

慈仁で、いく。～AI時代の身体拘束と医の再定義～

東アジアにおける医の倫理の原点には、仏教の「慈」と儒教の「仁」があった。唐の孫思邈（そんしぱく）は『備急千金要方』大医精诚（だいいせいせい）において、医は「大慈惻隱（だいいそくいん）の心」を發し、貴賤や怨親を問わず全ての病者を「皆至親の想いの如く」看よと説いた。この理念は『医心方（いしんぼう）』を経て日本に渡り、戦国期の曲直瀬道三（まなせどうさん）は門人への医家心得の第一条に「慈仁」と記した。しかし江戸期、医学が実学として自己を再定義する過程で「慈」は脱落し、貝原益軒『養生訓』では「仁術」へと一本化された。

明治以降、日本は西洋医学を主に技術として受容した。今日、医療倫理は四原則やプロフェッショナルリズムとして体系化され、資格更新にも倫理講習が課される。だがそれらは倫理を判断の手続きとして整えるものであり、医師がどのような人間であるかを問うものではない。西洋の徳の背骨であるヒポクラテスの誓いやキリスト教的な人間観が血肉となったとは言い難い。同時に、かつて日本の医が持っていた慈仁もまた、受け継がれてこなかった。すなわ

ち私たちは、それぞれが臨床のなかで自らの倫理を育てながら、かつてその伝達を担った徒弟的な共同体の構造が変わった後も、次の世代へ手渡す言葉を持たないまま、技術のみを高度化させてきたのではないか。AIが医療のいたるところに入り込む現在、この二重の空白を見つめ、失われた慈仁を取り戻す意義は大きい。慈とは与樂、すなわち相手に安らぎと生きる喜びを与えようとする心であり、苦を抜く悲と対をなす。医の技は苦を抜きうる。だが樂を与えることは、技術の外にある。仁とは、人と人のあいだに立ち上がるものである。

身体拘束は、この慈仁が失われた臨床において最も顕在化する。縛るか否かを判断する前に、その人のかたわらに在れているか。慈仁とは、手続きではなく、医師の在り方そのものである。急性期病院に勤務する若手医師の立場から、奥能登での診療で出会った患者や家族、ともに考えた研修医や医学生との対話から見えてきたものを、自らの葛藤を含めて報告する。身体拘束の低減とは、慈仁を取り戻す試みにほかならない。

地域医療における療養病床での緩和ケアの役割 ～身体拘束と症状コントロール～

慢性期・終末期の患者には、認知機能の低下、せん妄、意識障害、身体機能の低下などがみられ、点滴や経管栄養、酸素療法などの医療処置を継続する必要がある。一方で、これらを安全に行うことを理由として、身体的拘束が選択される可能性もある。

当院は68床の医療療養病床であり、癌患者・非癌患者を対象に緩和ケアを提供している。

当院では、2010年頃から身体的拘束を行わない病院運営に取り組み、現在では「身体拘束ゼロ」が病院の文化として定着している。職員は、身体拘束をしないことを特別な取り組みではなく、日常のケアにおける当然の前提として捉えている。

身体的拘束を行わないためには、単にミトンやベッド柵などの使用を中止するだけでは不十分である。患者の行動の背景にある苦痛や不安、疼痛、呼吸困難、排泄欲求、環境への戸惑い、家族との関係性などを多職種で捉え、その人が何を伝えようとし

ているのかを考える必要がある。また、治療上必要な医療処置についても、処置そのものを優先するのではなく、患者の生活歴や価値観、現在の全身状態を踏まえ、目的と必要性を再検討している。

具体的には、日々の観察と情報共有を基盤に、患者の状態に応じた環境調整、声かけ、生活リズムの調整、疼痛・不安・せん妄への対応、家族との協働を行っている。

身体的拘束廃止は、医療安全と対立するものではなく、患者を一人の生活者として理解し、治療とケアを統合する実践である。当院の経験を通して、身体的拘束をしないという方針を組織文化として根付かせるためには、理念の共有だけでなく、日々の具体的な実践と職員同士の対話が重要であることが示唆された。本シンポジウムでは、医療療養病床における身体的拘束廃止の実践を振り返り、全人的ケアを基盤とした「治療もケアもする病院」のあり方について考察する。



田中 志子
(たなか ゆきこ)

【所属】

医学博士

医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長

群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長

帝京大学医学部医学教育センター臨床教授

群馬大学医学部臨床教授

【略 歷】

1991年 帝京大学卒業

2004年 介護老人保健施設大誠苑 施設長

2007年 社会福祉法人久仁会 理事長

2009年 群馬大学大学院修了

2010年 医療法人大誠会 副理事長

2011年 同 理事長

2023年 同 理事長・内田病院 院長

【主な資格】

日本内科学会総合内科専門医

日本老年医学会老年科専門医・指導医

日本認知症学会認知症専門医・指導医

日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医

高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医

認知症サポート医



大谷 まり
(おおたに まり)

【所属】

医療法人社団大谷会 島の病院おおたに

【略 歷】

1997年 久留米大学医学部卒業

1997年3月 久留米大学付属病院 小児外科

1998年6月 大阪府立母子保健総合医療センター

2002年4月 久留米大学付属病院

2003年2月 医療法人社団大谷会

大谷リハビリテーション病院

2006年10月 大谷リハビリテーション病院院長就任

2017年3月 島の病院おおたに 院長就任

2020年10月 医療法人社団大谷会 理事長就任

現在に至る

【資格】

日本医師会認定産業医

日本プライマリ・ケア連合学会認 プライマリ・ケア認定医

日本専門医機構 総合診療専門研修 特任指導医



富家 隆樹

(ふけ たかき)

【所 属】

医療法人社団富家会 富家病院 理事長・院長

【略 歷】

1991年 帝京大学医学部 卒業
1998年 医療法人社団ふけ会 理事長就任
1999年 医療法人社団富家会富家病院院長就任
2004年 医療法人社団富家会 理事長就任
2006年 社会福祉法人樹会 理事長就任

【役 職】

日本慢性期医療協会 常任理事・事務局長
埼玉県慢性期医療協会 会長
全国デイ・ケア協会 副会長
地域包括ケア推進病棟協会 理事
日本病院DX推進協会 理事
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授

川崎 洋介

(かわさき ようすけ)

平成13年 3 月	杏林大学医学部 卒業
平成13年 5 月	杏林大学医学部精神神経科学教室 入局
平成19年 3 月	杏林大学大学院医学研究科 卒業
平成19年 4 月	特定医療法人南山会 峡西病院 入職
平成25年 4 月	杏林大学医学部精神神経科 非常勤講師
平成30年 7 月	特定医療法人南山会 峡西病院 院長
令和 2 年 4 月	一般社団法人山梨県民間病院協会 専務理事
令和 4 年 4 月	特定医療法人南山会 理事長
令和 7 年 4 月	山梨県精神科病院協会 会長
令和 8 年 2 月	一般社団法人ケアする病院ネットワーク 理事

【資格・専門医等】

精神保健指定医
医学博士
日本スポーツ協会公認スポーツドクター
日本精神神経学会精神科 専門医・指導医
日本老年精神医学会 専門医・指導医
日本老年医学会 代議員

【所属学会】

日本精神神経学会
日本老年精神医学会
日本スポーツ精神医学会
日本老年医学会
日本総合病院精神医学会

[illegible]

【略 歴】		2006年 4 月 済生会今治病院 副院長
1979年 3 月	愛媛大学医学部卒業	2011年 4 月 南高井病院 院長
1983年 3 月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 助手	現在にいたる。
1988年 9 月～平成元年 8 月	イギリス国マンチェスター大学留学（尿路結石発生メカニズムの研究）	1986年医学博士取得 日本泌尿器科学会会員
1989年 4 月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 講師	2014年～ 愛媛県慢性期医療協会 会長
1998年10月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 助教授	2016年～ 日本慢性期医療協会 総合診療医認定講座委員会委員長
2002年 4 月	愛媛大学医学部附属病院低侵襲手術センター副センター長併任	排尿自立支援研修会 責任者
2004年 2 月	南松山病院 院長	2018年～ 日本慢性期医療協会 常任理事

2011年4月 南高井病院 院長

現在にいたる。

1986年医学博士取得 日本泌尿器科学会会員

2014年～ 愛媛県慢性期医療協会 会長

2016年～ 日本慢性期医療協会 総合診療医認定講座委員会
委員長

排尿自立支援研修会 責任者

2018年～ 日本慢性期医療協会 常任理事

[illegible]

【経 歴】		2023年 4 月	石川県立中央病院 総合診療医専門医取得 地域総合診療専攻医開始 漢方専攻医開始
2018年 3 月	金沢大学医薬保健学域医学類卒業		
2018年 4 月	城北病院		
2019年 4 月	金沢大学附属病院		
2020年 4 月	北陸総合診療コンソーシアム金沢大学附属病院 プログラム開始 公立穴水総合病院	2024年 4 月	公立穴水総合病院内科勤務開始 広島大学漢方診療センター（博士課程）入学
2021年 4 月	公立松任石川中央病院	2025年 4 月	総合診療特任指導医取得
2022年 4 月	北陸総合診療コンソーシアム金沢大学附属病院 プログラム開始修了 国立病院機構金沢医療センター	2026年 4 月	金沢大学附属病院総合診療共創センター特任助教
			専攻医：漢方専攻医、地域医療専攻医 専門医：総合診療 指導医：総合診療特任指導医

総合診療医専門医取得

地域総合診療専攻医開始

漢方專攻医開始

広島大学漢方診療センター（博士課程）入学

2025年4月 総合診療特任指導医取得

2026年4月 金沢大学附属病院総合診療共創センター特任助教

專攻医：漢方專攻医、地域医療專攻医

専門医：総合診療

指導医：総合診療特任指導医



藤木 啓
(ふじき けい)

【略 歷】

平成9年 久留米大学医学部卒業
久留米大学外科医局入局

平成11年 久留米大学医学部大学院医学研究科外科学講座入学

平成15年 久留米大学医学部大学院医学研究科外科学講座卒業
学位取得 “肝細胞癌に対するRFAとその病理的検討”

平成16～平成19年3月 久留米大学医療センター外科勤務

平成19年4月より藤木病院勤務

平成22年4月より藤木病院 病院長

平成28年6月より医療法人社団誠和会 理事長

療養病床での緩和ケアや高齢者の終末期医療に力を入れている

【所属学会】

日本外科学会

日本緩和医療学会

日本サイコオンコロジー学会



シンポジウム

V

シンポジウム5

時間／12:45～14:45

テ ー マ	【次世代・教育】【次世代DX】 「AI時代の地域医療教育ー「人を診る時間」を 創り出すキャリアー」
座 長	田中 志子氏 (医学博士／医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長／群馬県 認知症疾患医療センター内田病院 センター長／帝京大学医学部 医学教育センター臨床教授／群馬大学医学部臨床教授) 佐藤 賢治氏 (JA新潟厚生連佐渡総合病院病院長)
演 者	長 英一郎氏 (東日本税理士法人 代表社員 所長) 鈴木 紳祐氏 (藤沢湘南台病院 病院長／外科) 織田 良正氏 (祐愛会織田病院 病院長) 石川 賀代氏 (社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長／ 石川ヘルスケアグループ 総院長)

座 長／田中 志子氏 (医学博士／医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長
／群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
／帝京大学医学部医学教育センター臨床教授／群馬大学
医学部臨床教授)
佐藤 賢治氏 (JA新潟厚生連佐渡総合病院 病院長)

AI時代の地域医療教育 ～「人を診る時間」を創り出すキャリア～

医療現場での医療従事者の仕事は「人を診る」ことであり、医療の目的は地域住民の生活です。診断・治療はこのプロセスの一つですが、その進歩は著しく、治療成績は飛躍的に向上しました。一方で、扱う情報と業務は増大、“専門職”の要求から専門特化が進んで相対的な要員不足となり、つながらない機能分化に陥りやすくなります。進行する少子

化は就労人口の継続的な減少を約束し、人手不足はすでに問題ではなく前提です。働き手が減る状況では連携・協働を進める必要があるはずなのに、多忙や機能分担を言い訳にタコつぼに籠もってはいないでしょうか。

地域住民の生活には医療間のみならず行政や介護福祉との密接な連携が必要です。連携では、住民に

関わる者同士が互いの役割・業務を知り、当該住民の時間軸に基づいて情報を受け渡していくことが基本です。減っていく働き手が深い情報を広く扱わなければならない、「ICTを活用した業務効率化」や「医療DXの推進」が謳われ、昨今では「AIで業務変革」です。膨大な情報を扱うにはICTは有効な道具であり、業務遂行にAIは有用です。しかし、道具を作る側あるいは導入する側の正義は使う側とは異なります。たいてい、作る側は使う側ではなく、導入する側は使う立場にいません。このギャップを埋めるのは誰でしょうか。よい道具を持っていたとしても、連携を実践するのは人であり、サービスを受けるのも人です。人の生活は人でなければわかりません。

医療機関の経営は厳しく、閉塞感が厚く漂う状況で、医療従事者はキャリアをイメージしにくくなっています。医療従事者の責務は、患者の時間軸に基

づく患者マネジメントです。マネジメントは従事者個々が自身と患者に向けて実践し、経験を重ねるにつれてその範囲がチーム、部署、組織、地域へと拡がり、連携につながっていきます。この過程がキャリア形成であり、自らを見つめながら「他を知る」過程とも言えます。「他を知る」から気づきがあり、アイデアが生まれ、道具の使い方を工夫し、連携が進みます。組織の役割は、職員個々がキャリアを形成するための環境整備です。地域医療では地域がその役割を担います。

本シンポジウムは、医療従事者が医療本来の目的を再確認し、キャリア形成を考える機会になることを目指します。自身を見つめ、自分以外を知り、手をつなぐ世界を想像し、キャリアを形成していくヒントがきっと見つかります。

演 者／長 英一郎氏（東日本税理士法人 代表社員 所長）

医療機関での生成AI最新事例 －患者・利用者と向き合う時間を増やすために－

2026年5月、シンガポールで開催されたHealth TechX Asiaを視察した。全編英語のセッションもAI翻訳機を活用して理解でき、転倒予防センサーやクラウド前提のAI電話応対など、海外医療現場のAI実装の進展を肌で感じた。一方、日本の病院電子カルテはほとんどがオンプレミスで、サポート終了OS上で稼働し続ける「鍵のかかっていない金庫」のような事例も残る。

本講演では、こうした現状を踏まえ、現場で実践できる生成AI活用を具体的に紹介する。HITO病院への入院体験では、スマホからのバイタル・音声入力、PHS化されたナースコールなど、看護記録の効率化が進んでいた。退院サマリや看護サマリの下書きをAIが作成し、引用元をハイライト表示する電子カルテAI（Ubie・OPTiM・alyなど）も登場している。看護業務時間の多くを占める記録・情報共有をDXで圧縮し、生まれた時間を患者ケアに振り向けることが本質である。

生成AIは用途で使い分けたい。調べ物はChatGPT、文章作成やExcel編集はClaude、画像・

アプリ作成はGemini、複数資料の横断要約はNotebookLMが適する。個人情報を含まない情報や匿名加工情報は外部AIサービスでも利用可能との厚労省見解（2025.5.30）も示された。事例として、リハ記録のSOAP整形、献立表・勤務表作成アプリ、感染対策マニュアルの動画化、ジェノグラム作成などを紹介する。

事務・経理部門ではクラウド会計（freee・マネーフォワード）への移行で銀行データから自動仕訳し、業務時間を50%以上削減、残業時間も激減した。会計ソフトを起点にAI連携・リモートワークを実現する。フォーム自動入力、新旧対照表作成、名刺検索なども生成AIが担う。

2040年には85歳以上の救急搬送が75%増、事務職440万人過剰・現場人材600万人不足が予測される。2026年度診療報酬改定もDXを後押しする。生成AIは人員削減の道具ではなく、職員の負担を減らし、患者・利用者と向き合う時間を生み出す手段である。

生成AIによる院内システムの内製化は何を生んだか

当院は神奈川県藤沢市の320床ケアミックス病院である。2025年の病院長就任時、慢性的な人手不足と業務過多、FAX・紙中心の情報のサイロ化、近隣急性期3病院との競合という三つの課題に直面していた。多忙が「人を診る」時間を侵食し、若手が地域医療にキャリアを描きにくくなる状況を打開するため、トップダウンの号令ではなく「やる人が決めて、やる人が定着させる」ボトムアップ型DXに取り組んだ。

第一に情報基盤の統一である。Google Workspaceで「情報の置き場所」を一つにし、AI問診やAI医療説明支援ツールなどのSaaSを現場に届けた。効果の乏しい運用は「やめる勇気」をもって整理した。第二に業務自動化の内製化である。GAS・kintone・AppSheetを現場職員自らが使いこなし、抗体価カード発行業務を88.7%、地域連携部門の残業を49.5%削減した。第三に生成AIエージェントの実装である。退院サマリの自動起草で作成時間を約60%、紹介状返書のドラフト作成で約70%短縮し、勤怠集計や議事録作成も自動化した。NotebookLM

の活用は20件を超え、職種横断で週3～4時間の業務時間を創出している。これらを多職種連携による病床管理と両輪で回した結果、病床稼働率は69%から90%超へと改善した。

重要なのは、これらの取り組みが情報システム部門や外部ベンダーの主導ではなく、毎月のAI勉強会と事例共有を通じて現場の医師・看護師・事務職員から生まれた点である。「自分の困りごとを自分で解決できる」という体験は職員の自己効力感を高め、DXは一過性の導入ではなく組織文化として定着した。基幹型臨床研修病院である当院が研修医マッチングで毎年フルマッチを続けている背景にも、この文化があると考えている。

DXの目的は業務効率化そのものではない。医療者を煩雑な雑務から解放し、患者の人生の物語に深く耳を傾けるための「人を診る時間」を取り戻すことにある。本講演では当院の実践知をもとに、若手医師や多職種が地域医療にこれまでにない魅力と誇りを感じ、自らのキャリアを描いていくための新時代の教育モデルを提案したい。

ありがとう、AI。

ここ数年でAIは生活の中に急速に深く浸透し、医療現場でもすでに欠かすことのできないものとなっている。当院が位置する佐賀県鹿島市においても少子高齢化に伴い、医療・介護ニーズは増え続ける一方で、生産年齢人口は減少し続けている。その中で、当院では地域の医療ニーズに応え続けるために、医療DXに取り組んでいる。これからも次世代が誇りとやりがいを持って地域で働くことができるように、本発表では「ありがとう、AI。」に込めた3つの意味を軸に、当院の取り組みを紹介する。

1. 業務効率化：生成AIを活用したサマリー作成は、医師の退院サマリー作成時間を70.5%、看

護師の看護サマリー作成時間を54.2%短縮した。他にもRPAによる医療事務の年間3,000時間超の業務時間の削減やスマートベッドシステムによる夜勤看護師の仮眠取得率の改善など病院での取り組みに加えて、法人内の介護施設では、生成AIによるトリアージシステムの使用により、病状悪化を早い段階で検知することで施設入所者の時間外受診の割合を半減させた。

2. 選ばれる病院づくり：当院は在宅療養支援病院として在宅医療も行っており、その現場でICTを活用している。在宅患者の生体情報を病院でモニタリングし、リアルタイムに多職種で情報

共有することで在宅ケアの質を上げている。また、今年度の当法人の入職者に対するアンケートでは、全員が「日常生活でAIを使用している」と回答した。法人でのAIの積極的な導入が「就職先選択に影響した」と68%が回答しており、AIの活用はリクルートにおける大きな武器となっている。

3. ヒトの価値を再認識：AIの活用を進めていく中で、多職種協働における報告・連絡・相談の

重要性や、患者対応の際のホスピタリティの重要性、そして地域医療の現場でしか得ることができない経験、教育など、改めて「ヒトの価値」を再認識している。

ありきたりではあるが、AIを地域医療の質をより高めていくための良き相棒とし、時代の変化に順応しながら、これからも地域に密着した医療を実践していきたい。

演 者／石川 賀代氏（社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長／
石川ヘルスケアグループ 総院長）

AI時代の地域医療教育について

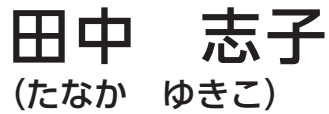
人口減少社会において、地域医療の持続可能性は「人が育つ仕組みを地域に持てるか」に懸かっている。指導者も教育の時間も不足する地方では、教える人の努力に依存する「人を育てる」教育はその担い手自体が枯渇しつつある。目指すべきは、日常の業務の中で自然に「人が育つ」環境づくりへの転換であり、DXと人的資本経営はそのための両輪であると考えている。

当院は職員1人1台のiPhoneを基盤に、多職種協働のチームチャットによる非同期コミュニケーションへのシフト——チャットシフト——を実現した。1対複数の対話の中で判断根拠の言語化や意思決定のプロセスが職種の壁を越えて可視化され、若手は先輩や他職種の思考過程に日々触れながら、指示を待つのではなく自ら考え動く働き方を身につけていく。この環境は、看護学校卒業生の定着や「選ばれる病院」づくりにつながり、病床ダウンサイジングと経営の両立をも支えてきた。人が育つ環境へ

の投資が、地域における人材確保と経営持続性の基盤となることを、当院の実践を通じて提示したい。

次の挑戦は、日々蓄積されるデータを価値に変える環境づくりである。マイクロソフトCEOのサティア・ナデラ氏は、AI時代の組織の価値は、人の知識・判断力である「人的資本」と、組織が構築し所有するAI能力である「トークン資本」とが複利的に増幅し合う学習ループの構築にあると説く。現場発のナレッジを生成AIが学習し職員に還流するループを構築すれば、経験の浅い職員も先人の判断知に支えられて成長し、知が知を呼ぶ複利的な価値創出のサイクルが地域に根づいていく。

DX推進は業務効率化の手段にとどまらず、自律的な働き方とキャリア形成を可能にする「人が育つ」環境そのものを生み出す営みである。本講演では、DX推進と人的資本の両立というこれからの地域医療経営の要諦を、当院の実績と次なる挑戦を通じて総括したい。



日本内科学会総合内科専門医
日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医
高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医
認知症サポート医



- 74 -



2018年 中央大学大学院講師(2020年退任)、学研ホールディングス社外監査役(2022年退任)

趣味は海外病院視察。訪問国は、米国、ドイツ、インドネシア、インド、シンガポールなど。

医療経営士1級合格 介護福祉経営士1級合格

2014年 多摩大学院客員教授就任（2018年退任）

「なるほど、なっとく医療経営Q&A50」(日本医療企画 2018年6月)



鈴木 紳祐
(すずき しんすけ)

【略 歷】

1982年（昭和57年）5月生

浜松医科大学卒業後、藤沢市民病院にて研修を開始し、横須賀共済病院、横須賀市立市民病院、横浜市立大学附属病院群、がん研究会有明病院にて消化器外科・大腸肛門外科の研鑽を積む。横浜市立大学大学院にて医学博士を取得後、早稲田大学大学院経営管理研究科にて経営学修士（MBA）を取得。2020年より藤沢湘南台病院に勤務し、現在同院病院長を務める。

【學歷】

2007年3月	浜松医科大学 医学部 医学科 卒業
2013年4月	横浜市立大学大学院 医学研究科 博士課程 入学
2016年3月	横浜市立大学大学院 医学研究科 博士課程 修了（医学博士）
2019年4月	早稲田大学大学院 経営管理研究科 入学
2020年3月	早稲田大学大学院 経営管理研究科 修了（経 営学修士／MBA）

【職 歷】

2007年 4 月	藤沢市民病院（初期臨床研修医）
2009年 4 月	横須賀共済病院
2010年 4 月	横須賀市立市民病院
2011年 4 月	横浜市立大学附属市民総合医療センター
2012年 4 月	横浜市立大学医学部附属病院
2015年 4 月	藤沢市民病院
2016年 4 月	がん研究会有明病院

2018年4月 横浜市立大学医学部附属病院

2020年4月 藤沢湘南台病院

【免許・学位】

2007年4月 医師免許 取得

2016年3月 医学博士

2020年3月 経営学修士 (MBA)

【専門分野】

消化器外科、大腸肛門外科、ロボット支援手術、病院経営

【所属学会】

- ・日本大腸肛門病学会（評議員）
- ・日本内視鏡外科学会（評議員）
- ・日本外科学会
- ・日本消化器外科学会
- ・日本消化器内視鏡学会
- ・日本消化器病学会
- ・日本腹部救急医学会
- ・日本臨床肛門病学会
- ・ロボット外科学会

【主な業績（抜粋）】

- ・ 鈴木紳祐 他：フローチャート＋アトラスでわかる肛門疾患の診かた。メジカルビュー社、2025年（共著）
- ・ Shinsuke Suzuki, et al.: High infiltration of mast cells positive to tryptase predicts worse outcome following resection of colorectal liver metastases. BMC Cancer 15: 840, 2015
- ・ Shinsuke Suzuki: Comparison of Robotic-Assisted Rectopexy and Laparoscopic Rectopexy for Rectal Prolapse. KSERS (ソウル), 2023年
- ・ Shinsuke Suzuki: Nine cases of robotic ventral rectopexy for complete rectal prolapse. ELSA (イスタンブール), 2023年
- ・ 原著・症例報告 国内外学術誌に多数（日本臨床外科学会雑誌、日本消化器外科学会雑誌、日本大腸肛門病学会雑誌等）



【資格等】

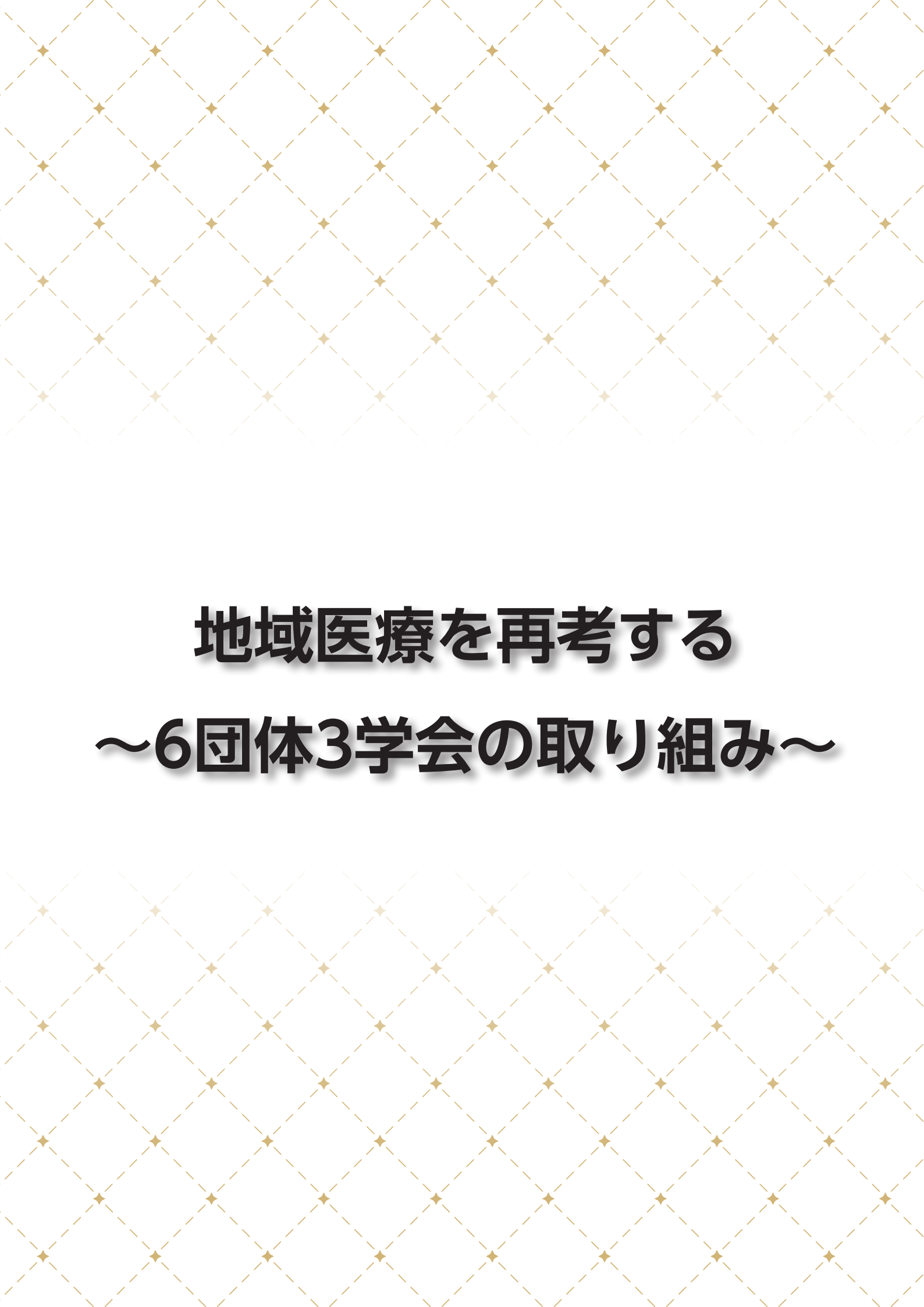
佐賀大学医学部臨床教授（2024年4月～）／医学博士（2023年4月）／臨床研修指導医
日本外科学会認定登録医／日本内科学会認定内科医・総合内科専門医・内科指導医
日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医・指導医・評議員
日本病院総合診療医学会認定医・専門医・特任指導医

佐賀大学医学部附属病院 地域総合診療センター ディレクター
一般社団法人地域セキュリティ協議会 理事



【略 歷】

1992年 3 月	東京女子医科大学	卒業	
1992年 4 月	東京女子医科大学病院	消化器内科	入局
1998年 6 月	〃		助手
1999年	大阪大学	微生物学教室	非常勤講師
2002年 4 月	医療法人緊愛会石川病院		入職
2010年 4 月	〃		理事長 病院長
2013年 4 月	社会医療法人石川記念会	HITO病院	へ名称変更
	社会医療法人石川記念会	理事長	
2019年 4 月	石川ヘルスケアグループ	総院長	
2023年10月	一般社団法人 ishikoku holdings	代表理事	



地域医療を再考する

～6団体3学会の取り組み～



時間／15：45～18：00

テ ー マ	『地域医療を再考する ～6団体3学会の取り組み～』
座 長	矢野 諭氏（一般社団法人 日本地域医療学会 副理事長／ 一般社団法人 日本慢性期医療協会 副会長） 北村 立氏（一般社団法人 日本地域医療学会 副理事長／ 日本公的病院精神科協会会長）
演 者	宮地 正彦氏（全国自治体病院協議会） 大谷 順氏（全国国民健康保険診療施設協議会） 織田 徹也氏（地域包括ケア推進病棟協会） 杉谷 想一氏（全国厚生農業協同組合連合会） 松下 明氏（日本プライマリ・ケア連合学会） 徳増 一樹氏（日本病院総合診療医学会）

座 長／矢野 諭氏（一般社団法人 日本地域医療学会 副理事長／
一般社団法人 日本慢性期医療協会 副会長）
北村 立氏（一般社団法人 日本地域医療学会 副理事長／
日本公的病院精神科協会会長

「地域医療」を再考する ～6団体、3学会の取り組み～

全国国民健康保険診療施設協議会、全国自治体病院協議会、地域包括ケア病棟協会（当時）、日本公的病院精神科協会、日本慢性期医療協会、全国厚生農業協同組合連合会の6団体を母体として、2021年9月に日本地域医療学会が設立された。そこでは「地域医療」の定義における共通認識として、「地域医療」＝「へき地医療（過疎地医療）」という立場を取って強調した。同時に「地域医療に関する専門職の育成」を学会の象徴的重点事業として位置付け、多くの議論を通して洗練された、独自の育成プログラム

による「総合診療専門医」制度を導入した。従来の総合診療医制度では重点が置かれてこなかった『ひとと地域をまるごと診る』視点を持つ「地域総合診療専門医」の育成である。

一方、総合診療専門医制度の運用においては、本学会の特徴を前面に出すことも重要であるが、各関連学会団体との協働の必要性が求められるようになった。このような流れの中で、今年の第4回学術集会（新潟市）において、「日本プライマリ・ケア連合学会」、「日本病院総合診療専門医学会」と合同

で、『(地域) 総合診療医 3 学会の取り組み“これまで”と“これから”』というテーマでメインシンポジウムを開催し、計 8 人の演者が登壇して、活発な議論が展開された。3 学会においては「地域医療」、「総合診療医」、「プライマリ・ケア」などが共通のキーワードになるが、特に「地域医療」という用語は、それを使用する人の立場や文脈からさまざまな意味に使用される。当然、議論の目的によって、臨機応変に意味付けを行えば良いのであろうが、「へき地医療（過疎地医療）」に限定されるわけではない。『地域包括ケアシステムのもとで行われる医療』という視点に立てば、地域医療における総合診療専門医の活動の場は、急性期、包括期、慢性期における病院

だけではなく、在宅・居住系施設等まで含め多岐にわたる。わが国の医療介護提供体制における地域医療の現場では、現在でも「地域差」を背景に解決すべき多くの問題点が存在している。第 2 回学術集会（志摩市）において、『地域医療とは・・・』というテーマでシンポジウムが開催されたが、一定の共通認識は得られたものの、問題点や『人と地域をまるごと診る』総合診療医の医師像等について十分な議論が展開されたとは言い難い。今回も 2 学会に加わっていただき、各団体、学会の取り組みを通して、多角的な視点から「地域医療を再考する」機会としたい。

演 者／宮地 正彦氏（全国自治体病院協議会）

医師少数地域での病院総合医の必要性和その意義

静岡県中東遠圏域は 45 万人の人口を擁する医師少数圏域である。中東遠総合医療センターは 2013 年に日本で初めて 2 つの市民病院、掛川市立総合病院 450 床と袋井市立袋井市民病院 400 床が統合してできた 500 床の総合病院である。2004 年から始まった新医師臨床研修制度により、初期研修医が都市部に集中し、旧 2 病院の初期研修医減少、大学医局入局者減少、大学からの派遣医師削減などにより統合を余儀なくされた。病院統合により磐田市立総合病院とともに地域の基幹病院として機能することができ、断らない救急医療を行い、救急搬送件数が年間 7000 件を超すまでになった。菊川市立総合病院、市立御前崎病院、公立森町病院と機能的な役割を分担し、少ない医療者で中東遠医療圏の医療を維持している。

病院総合医を院内と院外での活動に分けて考察する。院内で病院総合医の役割は総合内科医的な活動を期待されるが、そのような総合内科医を育てるのには時間もかかり、施設も限られる。外科医であった私が病院総合医として当院で行い得る活動は外科系医師が外来、手術で対応できない時間帯での病棟業務であると考え。そうであれば今までの自己経験、知識に内科的知識の一部を加えることで対応可能である。当院では健診業務を重視し、年間 2 万人

弱の健診者を受け入れている。健診者の診察、面談や要精査者の一般診療での精査対応外来での診療を専門医による説明動画を作成し GR コードを用い、説明の補助とすることで総合内科医ではなく、一般医師でも対応可能である。

病院総合医の院外での活動は個人の能力により異なる。私であれば在宅医療の診療サポート、医師会の急患センターでの診療、外科系外来などの対応に限られる。しかし専門性の異なる数人の医師が連携することで広い診療範囲での対応が可能となる。中東遠医療圏では家庭医育成も以前から行っている。総合内科医、家庭医の育成、活動受け入れの素地がある。家庭医が病院内で総合内科医、産科医として診療、当直を行い、地域では総合内科医としてクリニック医として活動している。病院総合医の育成と同時に総合内科医、家庭医の育成も並行して行うことは医師の少ない地域においては非常に重要である。

複数の専門性の異なる医師が病院総合医として活動することで、総合内科医の活動に相当する業務をまかなえると考え。多くの医師が取得しやすく、活動を始めやすい病院総合医資格であることが望ましい。

演 者／大谷 順氏（全国国民健康保険診療施設協議会）

国保直診が造る未来型連携 ～地域医療のパラダイムシフト～

人口戦略会議の報告では、全国自治体の4割超が「消滅の可能性」にあるとされ、地方の人口減少は極めて深刻な局面を迎えている。住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための医療機能維持は、自治体にとって最重要課題であり、医療機能の存続は人口流出を阻止し地域の「延命」と「再起」を担保する絶対の必要十分条件となる。しかし、前例踏襲が基本の行政対応では手遅れ感が否めず、現場の危機感とデータを有する医療機関自らが「ファーストペンギン」となり能動的に動くことが不可欠である。

我々国保直診は、地域の医療・保健・介護・福祉を一体的に担い、医療過疎地やへき地において住民の生命と健康を守り抜く「地域包括ケアの原点」としての深い歴史と役割を有している。「国保直診のありたい姿検討プロジェクト」報告書においても、当院のような「中規模病院」には、地域における保健・医療・介護・福祉の中心的役割を果たし、地域になくてはならない存在であり続けることが求められている。他種別の公立病院に比べ圧倒的に「住民との距離感が近い」国保直診ならではの強みと高い公共性を活かし、予防から在宅医療・看取りに至るまでを地域全体で支える総力戦を主導するパラダイ

ムシフトが必要である。

当院では、市役所全科ヒアリングを経て院内に「未来型連携推進センター」を創設し、コマンドセンターとして以下の取り組みを実践した。①介護施設との定例協議やNPO媒介の住民対話、福祉機関との事例検討を重ね包括的セーフティネットの構築。②医師会と協働し「雲南市 在宅医留守番サービス」を制度化、夜間・休日に当院医師が代診や看取りを支援することで、地域開業医の負担軽減と在宅医療の持続性を公的に担保。③市内民間病院との連携を強化。病床共有システムを運用し、スムーズな転院調整と医療機能の最適化を推進。④高額な専用システムに頼らずLINE WORKSやGoogleツール等を活用し、「3省2ガイドライン」遵守と「匿名性の担保」を両立させながら、病院同士にとどまらず介護施設や一般市民との安全かつ即効性のある情報共有・多層的連携基盤を確立。

住民に最も近い国保直診が能動的ハブとなり垣根を取り払うことで、持続可能な地域共生社会の土台を確立した。医療の枠を超えて地域社会全体の維持・再生に挑む雲南スタイルの連携モデルは、人口減少社会における国保直診の真の役割と地域存続への実効的な処方箋を示すものである。

演 者／織田 徹也氏（地域包括ケア推進病棟協会）

病院の「おせっかい」が、地域医療をつくる。 ～地域包括医療から考える、これからの病院の役割～

「地域医療」という言葉は、へき地・過疎地医療、地域の医療提供体制、プライマリ・ケアなど、立場や文脈によってさまざまな意味で用いられる。地域包括ケア推進病棟協会では、「ときどき入院、ほぼ在宅」の考え方のもと、地域包括ケア病棟・地域包括医療病棟を通じて、急性期から在宅まで切れ目な

く支え、病院と地域をつなぐ医療のあり方を考えてきた。地域包括ケア病棟は、単に急性期治療後の患者を受け入れる病床ではない。患者・家族が望む暮らしを見据え、治療、リハビリテーション、退院支援、在宅療養支援を組み合わせ、病院から生活の場への移行を支える地域の接点である。

当院は116床、急性期58床・地域包括ケア58床を有し、二次救急、手術、地域包括ケア、リハビリテーション、訪問診療、介護、看取りまでを一法人で担っている。2025年度には救急車1,290台を受け入れ、地域包括ケア病棟では898件を受け入れ、在宅・施設復帰率は86.2%、訪問診療患者は1,031名、看取りは189件であった。救急で受け、地ケアで整え、生活の場へ返し、必要に応じて再び受け入れる「つなぐ医療」を実践している。ただし、一法人の中に多くの機能を持つだけで地域医療が完結するわけではない。地域の診療所、訪問看護、介護事業所、行政などと互いの役割を理解し、患者の状態や希望に応じて支援をつなぎ直すことが重要である。

一方で、患者の人生の大半は病院の外にあり、病気になる前や医療者と接していない「地域の日常」にある。そこで私たちは、必要になってから「つな

ぐ医療」だけでなく、必要になる前から地域と「つながっている医療」を目指し、コミュニティナーシングの考え方を取り入れ、職員が地域へ出て住民と日常から関係を築く取り組みを始めた。日常の会話や小さな相談を通じて変化に気づき、必要な支援へ早期につなげる。こうした、病院が患者を待つだけでなく、地域の日常に関わる姿勢を、私たちは病院の「おせっかい」と捉えている。

医療提供体制を整えるだけでなく、顔を知り、気にかけて、困った時に相談できる関係を地域の中に育てることも、これからの地域医療に必要な「関係性のインフラ」ではないだろうか。AIやDXが進展しても、地域医療の基盤は人と人との関係にある。本講演では、地域包括医療と当院の実践を通じて、これからの地域医療における病院の役割を考えたい。

演 者／杉谷 想一氏（全国厚生農業協同組合連合会）

地域医療の使命はあり続けること －当院の生存戦略－

地域医療の定義はさまざまだが、近年は、特定地域の医療、福祉、介護に広く関わることを指すことが多くなっている。へき地病院では、日々の医療行為すべてが地域医療そのものであるが、全国のへき地病院のほとんどが存亡の危機にあり、最大の使命はその地にあり続けることである。

村上市は、離島栗島を含む新潟県最北のへき地で、東京都23区の2.4倍の面積を有しており、冬の患者搬送にはしばしば1時間以上かかる。5年前の新築移転直後にコロナ禍が訪れ、さらには、医師集約と医局の派遣見直しにより、麻酔科、小児科、眼科の常勤医がいなくなり一気に経営危機を迎えた。さらに、新潟県厚生連は2024年夏に経営危機宣言をし、職員の賞与削減を引き金に大量の離職を生み、人員不足に拍車が掛かり瀕死な状況である。これまでに経営改善と地域貢献の両立のため試みた当院の生き残り戦略を紹介する。

- 1) 病床数削減と分娩中止、介護医療院の併設
- 2) ICT、DXによる効率化とタスクシェアによる負担軽減

- 3) 患者を増やす工夫と訪問診療たちあげ
- 4) 近隣病院との連携強化と人材交流
- 5) 職員のモチベーション向上のための施策
- 6) 行政への支援要請

当初は、ベッド削減や人員整理など短期的な対策から始め、AI問診、QR動画、AIを活用したサマリーや紹介状などDXによる効率化を徹底的に取り入れた。これらは、大きな成果を上げたが、根本的な人員不足や離職の解決には至らなかった。経営改善に一次救急やレスパイト入院を増やしたが、職員の負担も増したため、最近では、職員の待遇改善やモチベーションの向上につながることを中心に取り組んでいる。当直医への支援、一人科長や派遣医の待遇改善のための支援、各部署のユニフォーム配布などには、行政からの公的支援を受けられるようになった。人員不足の解決には、経営母体を越えた病院間の人材交流が最後の鍵と考え、県立病院からの派遣受け入れを開始したが、一部の科で成功しているに過ぎず、病院間の協力は想像以上にハードルが高い。最近では、地域の中高生の医療体験やオープン

ホスピタル開催、住民への啓蒙活動など病院のブランド化に努力している。そして、安易な医師増加を

期待するのはあきらめ、医学生や研修医の教育に尽力し未来に希望をつないでいる。

演 者／松下 明氏（日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長）

地域医療を再考する ～日本プライマリ・ケア連合学会の立場から

2040年の超高齢・人口減少社会を見据え、厚労省の「地域医療構想策定ガイドライン」や「かかりつけ医機能報告制度」において、日常診療を担う1号機能と時間外・在宅・入退院支援等を補完する2号機能の可視化が進められている。

本学会では、基本領域の「総合診療専門医」およびWONCA国際認証を受けた「新家庭医療専門医」の体系的育成により、質が保証された人材を輩出してきた。しかし、地域医療の第一線を支える真の主役は、長年現場を守ってきたベテラン開業医や小病院等の多様な医師たちによる多職種プライマリ・ケア（PC）チーム（基本ユニット例：医師1名・看護師3名・薬剤師1名）である。

単独施設での24時間対応や重症事例のカバーには限界があるため、人口2～3万人規模をカバーする

「プライマリ・ケア支援チーム」による面的バックアップが不可欠となると考えている。この支援チームのハブとなる中小病院（小病院型）やグループ診療所（在支診連携型）に配置された学会専門医は、自らが1号機能（プライマリ・ケアの基本機能）を果たすだけでなく、夜間・休日のコントロールタワーや緊急受入（バックベッド）、多職種教育等を担い、ベテラン医師らを強力に下支えする。

地域医療に関わる団体・学会の病院機能や地域リソースと強固に連携し、地域医療構想の「4つの新たな機能」と連動することが必要と思われる。地域の先達であるベテラン医師の「ちから」を家庭医療・総合診療専門医が支援チームから支える協調体制こそが、持続可能な地域医療のグランドデザインを実現することになると考えている。

演 者／徳増 一樹氏（日本病院総合診療医学会）

日本版ホスピタリストの育成と地域医療への貢献 ～日本病院総合診療医学会の取り組み～

超高齢社会において、複数の疾患や複雑な背景を持つ患者が急増する中、地域医療を支える中核病院の役割はますます重要性を増している。日本病院総合診療医学会では、「病院総合診療医学の学問体系の確立」と「日本版ホスピタリストの育成・輩出」による社会への貢献を大きな目標として掲げている。

本シンポジウムは、当学会の立場から、地域医療を支えるホスピタリストの役割と今後の展望について報告する。演者はこれまで、市中病院での総合内科診療を経て、現在は大学病院において不明熱外来やコロナ・アフターケア外来など多様な背景・病態を持つ患者の診療にあたるとともに、次世代を担う医学生・研修医の臨床教育に従事している。日々の

臨床や教育を通じて痛感するのは、地域医療を持続可能なものにするためには、外来診療のみならず「入院診療」をも総合的にマネジメントできる医師の存在がいかに重要かという点である。

現代の医療現場は、マルチモビディティ（多疾患併存）や心理社会的課題が複雑に絡み合い、常に「複雑性」と「不確実性」に直面している。こうした時代であって、臓器の枠を超えて全身を包括的に診るホスピタリストは、院内の各専門診療科をつなぐハブとしての役割にとどまらない。退院後の生活を見据え、地域の多職種連携や訪問診療など、各分野の医療・介護とシームレスに連携し、患者中心の医療を実現するための架け橋となる。当学会は、このよ

うな時代や社会の要請に応えうる「日本版ホスピタリスト」の育成に力を注いでいる。「地域で活躍するホスピタリスト」を継続的に輩出するためには、個人の努力や単なる資格制度に依存するのではなく、現場のニーズに即した実践的な「育成の仕組みづくり」が何より重要である。

地域医療をより良い形へと再構築していくためには、単一の組織の枠を超えた連携が不可欠である。本シンポジウムに集う各団体・学会との対話を通じて、不確実性の時代において我々がどのように協働し、次世代を担うホスピタリストを育成する仕組みを共に構築していけるのか、地域医療の「ちから」を高めるための建設的な議論の場としたい。



矢野 諭
(やの さとし)

【略 歷】

1983年3月	北海道大学医学部卒業	第2外科入局	
	腫瘍外科学、呼吸器外科学の診療・研究に従事		
1989年4月	北海道社会事業協会小樽病院	外科医長	
1993年3月	医学博士号取得		
1996年4月	NTT東日本札幌病院	外科医長・救急部医長 (兼任)	
2006年4月	南小樽病院	副院長	
2009年4月	医療法人社団青優会	南小樽病院	病院長
2013年10月	医療法人社団大和会	多摩川病院	理事長
2016年4月	医療法人社団大和会	平成扇病院	理事長
2024年4月	医療法人社団大和会	平成扇病院	院長

【役 職】

- ・一般社団法人 日本慢性期医療協会副会長（2018年～）
同「看護師特定行為研修委員会」委員長（2016年～）
同「診療の質向上委員会」委員長（2024年～）
- ・一般社団法人 日本地域医療学会副理事長（2022年～）
同「学術委員会」委員長
- ・東京大学大学院医学系研究科（健康科学・看護学専攻）
非常勤講師（2016年～）
- ・兵庫県立大学大学院社会科学部研究科 客員教授（2024年～）
- ・看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会 監事（2024年～）

【外部委員】

- ・日本病院団体協議会「実務者会議」委員
- ・日本医療機能評価機構「医療の質向上のための体制事業「QI標準化・普及部会」委員
- ・日本病院薬剤師会「専門薬剤師認定制度委員会」特別委員



北村 立
(きたむら たつる)

【所属】

石川県立こころの病院

【學歷・職歷】

1962年 2月 石川県金沢市生まれ
1987年 3月 自治医科大学卒
1987年 6月 石川県厚生部技術吏員（医員）
1987年 6月 石川県立中央病院初期臨床研修医
1988年10月 市立輪島病院創倉診療所
1989年 4月 公立穴水総合病院兜診療所
1992年 4月 石川県立高松病院
2004年 4月 同院診療部長
2007年 4月 同院副院長

2009年4月	石川県認知症疾患医療センター所長を兼任
2013年4月	石川県立高松病院院長
2021年11月	病院名変更に伴い、石川県立こころの病院院長

【資格】

医学博士
精神保健指定医
専門医・指導医：日本精神神経学会、日本老年精神医学会、
日本認知症学会

【团 体】

全国自治体病院協議会常務理事・精神科特別部会部会長
日本公の病院精神科協会の会長、全国公私病院連盟副会長、日本病院会理事
日本地域医療学会副理事長、日本老年精神医学会理事

【教 育】

金沢大学医薬保健学域医学類臨床教授（学外）
金沢医科大学臨床教授（学外）

[illegible]

平成元年 9 月 米国留学 Johns Hopkins 大学 Research Fellow
平成 3 年 10 月 国家公務員等共済組合連合会東海病院医員
(外科)
平成 4 年 3 月 名古屋大学医学部助手 (外科学第一講座)
平成 9 年 7 月 〃 講師 (外科学第一講座)
10 月 愛知医科大学医学部講師 (外科学第二講座)
平成 13 年 5 月 〃 助教授 (外科学講座)
平成 21 年 4 月 〃 特任教授 (〃)
平成 29 年 4 月 掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療
センター
企業長兼院長
令和 8 年 4 月～現職

【現 職】

掛川市・袋井市病院企業団企業長

【履歷】

昭和55年 3 月	名古屋大学医学部医学科卒
4 月	大垣市民病院臨床研修医
昭和56年 4 月	大垣市民病院医員（外科）
昭和60年 4 月	岡崎国立研究機構生理学研究所特別協力研究員
昭和62年 4 月	名古屋通信病院（現AOI名古屋病院）医員（外科）
昭和63年 7 月	名古屋大学医学部医員（外科学第一講座）

【医師免許証】

昭和55年 6 月18日取得

【主な資格等】

医学博士、日本外科学会指導医、日本消化器外科学会指導
医、日本消化器病学会指導医、全国自治体病院協議会常務理
事、全国病院事業管理者協議会副会長、全国自治体病院協議
会静岡県支部長、静岡県自治体病院協議会会長

[illegible]

大谷 順
(おおたに じゅん)

【現 職】

雲南市病院事業管理者

【履 歷】

昭和60年 3 月 島根医科大学（現：島根大学医学部）卒
4 月 岡山大学第二外科入局
4 月 平田市立病院（現：出雲市立総合医療センター） 外科医員

昭和62年 4 月 国家公務員共済連合会高松病院 外科医員

平成 4 年 4 月 平田市立病院（現：出雲市立総合医療センター） 外科医長

平成 6 年 4 月 姫路聖マリア病院 外科部長

平成13年 4 月 JA府中総合病院（現：府中市市民病院）外科

	部長	
平成17年 4 月	公立雲南総合病院（現：雲南市立病院） 外科部長	外
平成23年 4 月	雲南市立病院 院長	
令和元年 4 月	雲南市病院事業管理者～	

【主な資格等】

医学博士、日本外科学会 専門医／指導医
日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定医／
プライマリ・ケア認定指導医
日本静脈経腸栄養学会 認定医／指導医
日本医師会 認定産業医
全国自治体病院協議会理事、全国国民健康保険診療施設協議
会理事
島根県国民健康保険診療施設協議会会長



織田 徹也
(おだ てつや)

【略 歷】

2001年埼玉医科大学医学部卒業。同大学整形外科に入局後、埼玉県立がんセンターをはじめとする関連医療機関で整形外科診療に従事。2010年より埼玉医科大学国際医療センター救命救急、2014年より埼玉医科大学病院ER・整形外科を兼任し、救急・外傷診療の経験を重ねる。

その後、埼玉医科大学病院整形外科病棟医長、丸山記念総合病院整形外科部長、JCHOさいたま北部医療センター整形外科部長を経て、2020年11月よりこのす共生病院病院長。現

在は医療法人社団鴻愛会常務理事を兼任する。

専門は人工関節外科手術で現在も臨床に携わる一方、病院経営、救急医療、訪問診療、医療・介護連携を通じ、入院から退院支援、在宅医療、看取りまでを切れ目なくつなぐ地域医療体制の構築に取り組んでいる。

日本整形外科学会専門医、日本人工関節学会認定医、日本スポーツ協会公認スポーツドクター、日本医師会認定産業医。
埼玉県健康スポーツ医会理事、埼玉県スポーツ協会スポーツ科学委員。



杉谷 想一
(すぎたに そういち)

【所属】

JA新潟厚生連村上総合病院 病院長・内科部長

【学 歷】

1990年3月 新潟大学医学部医学科卒業

1999年 新潟大学 医学博士

【職 歷】

1990年5月 新潟大学医学部内科研修

1991年5月 立川総合病院内科研修

1993年5月 新潟大学医学部第三内科入局

1994年5月 国立がんセンター研究所病理部

1997年9月 新潟大学医学部第三内科

2001年5月 日本歯科大学新潟歯学部内科学講座助手

2004年5月 立川総合病院消化器内科医長

2006年4月 立川総合病院消化器センター副所長・内科主任
医長

2017年4月 JA新潟厚生連 村上総合病院副院長・内科部長

2024年4月 同病院長

【資格】

日本消化器学会認定専門医・指導医・甲信越支部評議委員

日本内科学会認定医・総合内科専門医

日本消化器内視鏡学会専門医

日本肝臓病学会肝臓専門医・指導医

日本臨床腫瘍学会暫定指導医

日本がん治療認定機構がん治療認定医

日本ヘリコバクター学会ピロリ菌感染症認定医

日本消化管学会胃腸専門医・指導医

日本専門医機構総合診療専門医 特任指導医

日本医師会産業医



松下 明
(まつした あきら)

【略 歴】

平成 3 年 山形大学医学部医学科 卒業
川崎医科大学総合診療部 初期・後期研修
平成 8 年 米国ミシガン州立大学関連病院 (Genesys Regional Medical Center) にて家庭医療学レジデント
平成11年 川崎医科大学総合臨床医学講師
平成13年 奈義ファミリークリニック

米国家庭医療学専門医

日本プライマリ・ケア連合学会 認定医および指導医

日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長

日本在宅医療連合学会 専門医・指導医

岡山大学大学院臨床教授



徳増 一樹
(とくます かずき)

【学 歴】

2009年 3 月 東邦大学薬学部薬学科 卒業
2009年 4 月 岡山大学医学部医学科 入学
2013年 3 月 岡山大学医学部医学科 卒業
2017年 4 月 岡山大学医歯薬学総合研究科 博士後期課程 (総合内科学専攻) 入学
2022年 9 月 岡山大学医歯薬学総合研究科 博士後期課程 (総合内科学専攻) 修了

【職 歴】

2013年 4 月 沖縄県立中部病院 初期臨床研修医
2015年 4 月 沖縄県立中部病院 内科後期研修医 (卒後 4 年次にチーフレジデント)
2017年 4 月 沖縄県立北部病院 総合内科 医員
2018年 4 月 岡山大学病院 総合内科・総合診療科 医員
2018年 6 月 岡山大学病院 総合内科・総合診療科 助教
2024年 4 月 同科 臨床研究医長
2024年 7 月 岡山大学 研究准教授
2025年 4 月 岡山大学 学術研究院医療開発領域 総合内科・総合診療科 講師 (同科 医局長)
現在に至る

【学 位】

学士 (薬学)、学士 (医学)、博士 (医学)



ブラッシュアップ セッション

ブラッシュアップセッション

時間／9：40～11：40

①	座長・講師 (兼務)	白石 吉彦氏 (島根大学医学部附属病院総合診療医センター長／隠岐広域 連立立隠岐島前病院 院長)
②	座 長	小川 恵子氏 (広島大学病院 漢方診療センター教授)
	演 者	河原 章浩氏 (呉共済病院 総合診療科・漢方診療科 医長／救急診療部 医長)
③	座長・講師 (兼務)	村岡 ケンイチ氏 (医療とアートの学校校長 似顔絵セラピー代表 アー ティスト) (サブ演者)：今田リサイクリングセンター

座長・講師／白石 吉彦氏 (隠岐広域連立立隠岐島前病院院長／
島根大学医学部附属病院総合診療医センター長)

プローブ一本で解剖を旅する ーライブエコーで「見える」から「わかる」へ

超音波診断装置は、いまや病変を診断するためだけの機器ではない。プローブを身体に当てれば、教科書で学んだ解剖をその場で、生きたまま、しかも動きとともに観察することができる。本セッションでは、超音波診断装置を用いたライブデモンストラーションを中心に、日常診療ですぐに使える「解剖を見るためのエコー」を紹介する。

実演では、プローブを当てている部位を示すマクロビューと超音波画像をPicture-in-Pictureで同時に提示し、「身体のどこにプローブを置くと、画面のどこに何が見えるのか」を直感的に共有する。さらに画像をfreezeし、画面上に直接線や文字を書き込みながら、超音波画像の中に解剖を描き出していく。さらにはライブラバー機能を使用して解剖学図も供覧する。

まずは運動器エコーの基本として前腕から手指へ移

動し、正中神経を追跡するとともに、手指の屈曲・伸展に伴って屈筋腱が滑走する様子を観察する。静止した解剖図では理解しにくい「動く解剖」をリアルタイムに可視化できることは、超音波の大きな魅力である。

次に頸部では、頸動脈をランドマークとして、内頸静脈、甲状腺、頸部リンパ節を確認し、さらに腕神経叢、迷走神経、横隔神経、大耳介神経、小後頭神経など、普段は意識することの少ない神経を探していく。プローブを少し動かすことで構造物がどのようにつながり、位置関係が変化するかをライブで観察する。

完成された画像を覚えるのではなく、ランドマークから目的の構造物を自分で探し出す。本セッションを通して、明日から診察室でプローブを手に取り、自分自身で人体解剖を探索してみたいような30分を目指したい。

座 長／小川 恵子氏（広島大学病院 漢方診療センター教授）
演 者／河原 章浩氏（呉共済病院 総合診療科・漢方診療科 医長／
救急診療部 医長）

「“どこも悪くない (?) ”」に立ち向かう、 漢方のオーダーメイド医療

地域医療の現場では、「検査では異常がない」「病名はついているが症状が改善しない」「何となく元気が出ない」といった患者に日常的に遭遇する。西洋医学は病態を客観的に評価し、エビデンスに基づいて診断・治療を行うことを得意とする。一方、このような患者では、経過観察や対症療法が中心となり、患者の苦痛や生活の質（QOL）の低下に十分応えられない場面も少なくない。

漢方医学は、病名ではなく「その人全体の状態」を診る医学である。問診、望診、聞診、切診から得られる情報をもとに、気・血・水のバランスや身体全体の状態を把握し、一人ひとりに応じた治療を選択する。これは西洋医学を置き換えるものではな

く、患者を異なる視点から理解するもう一つの診断アプローチであり、地域医療における患者理解の幅を広げる可能性をもつ。

本講演では、倦怠感、めまい、咽喉頭異常感、慢性咳嗽など、検査異常に乏しい症例を提示しながら、漢方では患者をどのように捉え、どのような病態を考え、治療へ結び付けるのかを紹介する。また、西洋医学と漢方医学を対立するものではなく、それぞれの長所を生かしながら患者を多面的に理解する考え方についても解説する。ご参加いただいた先生方に、漢方という新たな視点を一つ持ち帰っていただけるセッションにしたい。

医療とアートが結ぶ「地域と医療」の交差点 ～巨大壁画の共創と、江田島の漂着物アートから学ぶ 「循環」のまちづくり～

本講演では、「医療とアートの学校」代表の村岡ケンイチと、江田島を拠点とするアーティストの今田氏が登壇し、アートを媒介とした地域と医療の新しい繋がり方と、「循環」をテーマとした実践をご報告します。

前半は村岡より、地域と医療者が交わる場づくりの実践例をお話しします。富山県南砺市井波では、病院でのアート活動を契機に、地元のまちづくり団体「ジソウラボ」から35mの巨大壁画制作の依頼を受けました。歴史や文化を象徴する壁画のコンセプト作りには、地元の総合診療医をはじめとする医療関係者も「個人の活動」として参加しました。これにより、地域のキーマンと医療者がアートを介して出会い、強固な繋がりを持てたのです。地域の広場で4ヶ月にわたり壁画を描く中、足を止めた地域の方々から、家族を亡くされた経験や今後の活動についてなど、深い対話が次々と生まれました。アーティストが間に入り、一つのコンテンツを共創する過程そのものが、両者を繋ぐ強力な手段となることをお伝えします。

本学術大会長の太谷まり先生（島の病院おおたに）より、江田島の地元アーティストである今田氏をご

紹介いただき、医療とのコラボレーションについて対話を重ねてまいりました。本セッションでは私が司会を務め、今田氏の素晴らしい活動をご紹介します。

後半は今田氏より、「今田リサイクリングセンター」の活動と想いを語っていただきます。江田島には多島海の美しい景観や牡蠣養殖など、自然と人が共生する「里海」の暮らしがあります。今田氏は「ものを捨てない」感覚を根底に持ち、「ごみとは人間が不要と決めたものに過ぎない」という問いから、海岸に流れ着いた海洋プラスチックなどの漂着ごみや、シーグラスなどの漂着物、貝殻や流木などの自然物を拾い直し、アートやワークショップを通じて新たな価値を見出しています。目的は「拾う」ことだけではありません。実際に見て触れ、海と暮らしの繋がりを考える。その体験を通し、切り捨てられがちな「もの」や「自然」と人の繋がりを結び直し、循環させていくことが活動の核です。

アートや環境活動を入り口に、人と人、人と自然、今と未来をつなぎ直す。これらの実践が、今後の地域医療や予防医療現場における新たな関係性づくりのヒントとなれば幸いです。



島根大学医学部附属病院総合診療医センター長／隠岐広域連
合立隠岐島前病院 院長

2025年隱岐島前病院院長

総合診療専門医、日本プライマリ・ケア連合学会所属、地域医療学会所属



小川 恵子
(おがわ けいこ)

【経歴】

愛知県名古屋市生まれ

1997年 名古屋大学医学部卒業、名古屋第一赤十字病院にて
外科研修

2002年 名古屋大学医学部小児外科 非常勤医員

2004年 名古屋第二赤十字病院 小兒外科常勤医

2005年 あいち小児保健医療総合センター 医長

2006年 あきば伝統医学クリニック 常勤医

2007年 千葉大学医学部附属病院和漢診療科 医員

2011年 金沢大学附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 和漢診療外来 特任准教授

2014年 同 漢方醫學科 臨床教授

2019年 天津中医薬大学 客員教授

2021年 広島大学病院 総合内科・総合診療科 漢方診療セ
ンター 特任教授

2022年 広島大学病院 漢方診療センター 教授

【指導医・専門医】

日本東洋医学会指導医、日本外科学会専門医、日本小児外科学会専門医

【著 書】

Kampo Medicine 経方理論への第一歩 全日本病院出版会
女性の漢方 すぐに使えるライフステージ別処方 中外医学
社

【その他】

日本生薬ソムリエ協会理事、日本血管腫血管奇形学会評議員、日本臨床栄養代謝学会代議員、日本小児外科漢方研究会幹事

広島大学薬学部附属薬用植物園 副園長



河原 章浩
(かわはら あきひろ)

【經歷】

2012-2014年 埼玉医科大学病院初期研修

2014年 広島大学総合内科・総合診療科入局

2014年 地方独立行政法人広島市立病院機構安佐市民病院

2016年 国家公務員共済組合連合会吉島病院／坪田内科

2017年 広島大学病院 総合内科・総合診療科 助教

2023年 広島大学病院 漢方診療センター 助教

2026年4月～ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合
診療科・漢方診療科／救急診療科医長

【所属学会】

日本内科学会

プライマリー・ケア連合学会

日本病院総合診療医学会

日本東洋医学会

日本血管腫血管奇形学会（評議員）

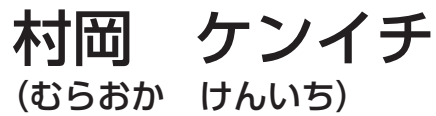
【資格】

日本内科学会認定医

家庭医療専門医・指導医

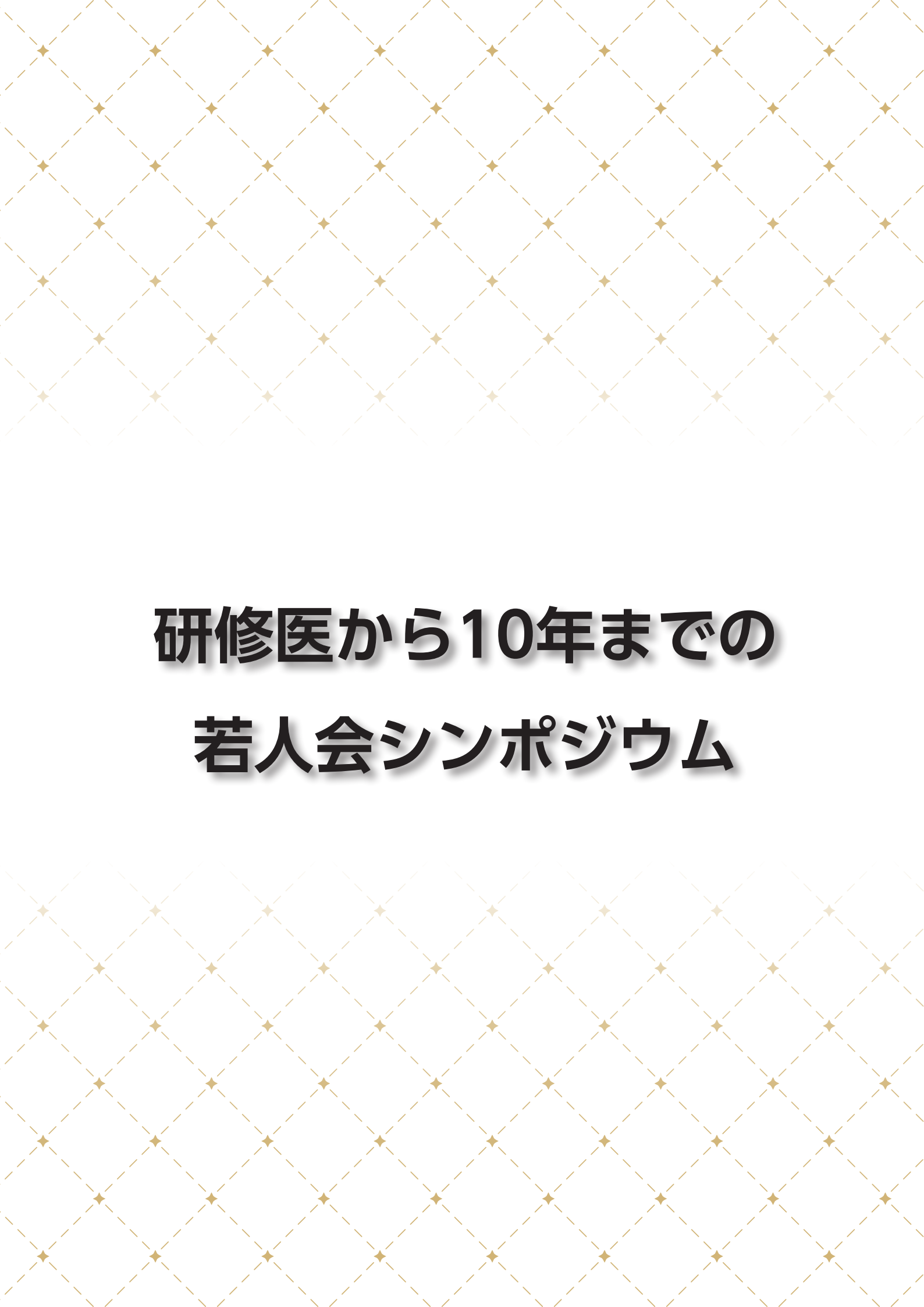
日本病院総合診療医学会特任指導医

日本東洋医学会専門医



現在は、病院内の壁画を描くホスピタルアーティストとして大学病院等でアート空間プロデュースを手掛けるほか、全国の病院で似顔絵セラピーの活動や講演会を開催。さらに近年は、病院内に「アート委員会」を立ち上げ、看護師や医師が勤務中にアートによる心のケアを提供できる体制づくりを推進。アートを通じて地域と繋がり、病院と共同で予防医療の展開などにも取り組んでいる。

- 97 -



研修医から10年までの 若人会シンポジウム

学生企画

時間／16：00～18：00

テ ー マ	へき地で笑う若き医者たち ～何がそんなにおもしろいの？～
座 長	江角 悠太氏（若人会）
演 者	舩田 裕道氏（●●●●●） 松原 直矢氏（●●●●●） 松田 眞依氏（●●●●●）

座 長／江角 悠太氏（若人会）

「地方で輝く」を語り合う ～都会にはない、医師の輝きを知る～

近年、「地域医療」という言葉を耳にする機会が増え、多くの医学生が「地域医療に従事したい」という憧れを口にするようになった。しかし、実際に医師としてキャリアを重ねる中で、主要都市の病院を選ぶ者も少なくない。地域医療への憧れを抱いたまま都市部で働く医師と、実際にへき地に飛び込み「楽しい！」と目を輝かせて語る医師との間には、一体どのような違いがあるのだろうか。憧れだけでは踏み出せない一歩を、実際に踏み出した先輩たちは、何を見て、何を感じているのか。本セッションでは、この問いを出発点として、医学生・若手医師・中堅医師・病院長という異なる世代・立場の医師が一堂に会し、「地方で働くことがなぜこれほど楽しいのか」を対話形式で掘り下げていく。

前半では、実際にへき地・地域で働く中堅医師が、「なぜ地方で働くことが楽しいのか」をそれぞれの言葉で発表する。赴任前に抱いていた期待、実際に赴任してから感じた楽しさややりがい、「へき地に来てよかった」と心から思えた瞬間など、飾らない生の声を通じて、教科書には書かれていない地

域医療の魅力を存分に伝える。

後半は、学生・若手医師・中堅医師が世代混合のグループに分かれ、「どのような環境が揃えば、若手医師が地域で楽しく働き続けられるか」を自分事として議論する。学生や若手医師という立場からでも地域医療のために取り組めることは何か、どのような指導医との出会いが「この地域で働きたい」という気持ちに繋がるのかについても考える。また、結婚や子育てなど家庭を持つことでキャリアの選択肢が動かしにくくなるという現実に対し、地域で働き続けるためにどのような環境や支援が必要なのかについても議論する。

最後に、各グループの議論を全体で発表し、病院長の先生方がその内容にコメントする時間を設けることで、若手の本音と、地方の病院を守り続けてきた立場からの視点とを、その場で重ね合わせる。

本プログラムは、通年企画のキックオフとして位置づけている。当日出会った先生方と若手医師が、その後1年間にわたり対話を重ね、関係性を構築していくきっかけを創る。地域医療の担い手不足とい

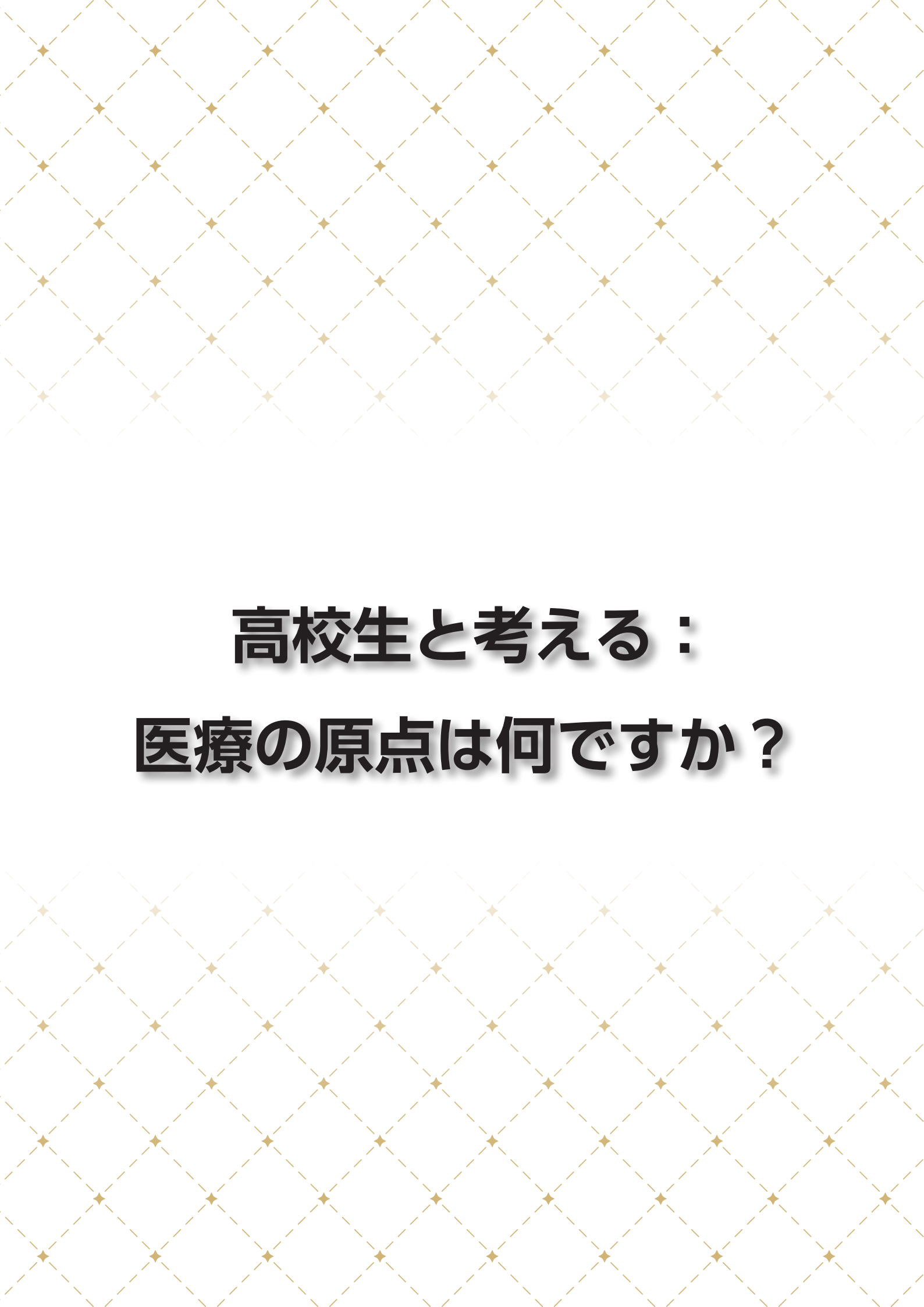
う構造的課題に対し、単発のプログラムで終わらせるのではなく、学会を起点として続く「人の繋がり」という形でアプローチを行っていく。



日本専門医機構認定 内科専門医
地域医療学会認定 地域総合診療専門医・指導医



2026年 浜松医科大学卒業
2026年 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 初期臨床研修



高校生と考える：
医療の原点は何ですか？

高校生企画

時間／10:00～12:00

テ ー マ	「高校生と考える：医療の原点は何ですか？～いのち・幸せと向き合った1週間～」
座 長	土井 毅氏 (NPO法人Touch the Future理事長) 江角 悠太氏

座 長／江角 悠太氏

座長要旨

熱中症の危険があるのに、なぜ担当する入院患者さんの家にエアコンがないのか——。これは、医療体験に参加した高校生が、患者さんとやりとりをするなかで抱いた疑問です。この疑問を起点に生徒が調べたところ、生活に困った患者さんが手術を回避した過去があることを知りました。その日、困窮している人に手を差し伸べられない社会に「悔しい」と唇をかみ、涙をこらえる生徒の姿がありました。医療という営みは時に厳しく、正論だけでは解決できないこともあるのだと突きつけられた瞬間でした。

NPO法人Touch the Futureの高校生向け医療体験では、生徒一人ひとりが5日間、入院患者さんを担当し、「患者さんの幸せと向き合い、最終日に発表」という課題が出ます。担当する方の多くは複数の疾患を抱え、退院調整が難しいケースは珍しくありません。残された時間が限られている方、時には医療体験中に亡くなる方もいらっしゃる。こうした方々と向き合う過程でほぼ全ての生徒が白黒つけられない問題や、すぐに答えが出ない状況に直面します。

体験学習で悩み、葛藤することは「モヤモヤする」と言われていますが、このモヤモヤにこそ深い学び

と成長のカギがあると私たちは考えています。人間は、すべてがスムーズに進んでいる時は深く考えません。モヤモヤというストレスや違和感があるからこそ、脳が深く考え始める。そして、モヤモヤを解消しようと試行錯誤するプロセスの中で、既存の知識がアップデートされるのです。

冒頭で紹介した生徒の場合、「では、私に何ができる？」「遠方で暮らす家族とつなげることはできないのか？」とマインドセットをしました。多職種のスタッフからヒアリングを重ね、はからずもチーム医療の大切さを肌で感じることができました。

今回の学会には、地域医療や高度医療の現場で学んだ高校生22人と医学生メンター10人が参加を予定しています。生徒と医学生は現場で多くの学びを得ていますが、まだ解決できていないモヤモヤを胸に抱くメンバーが少なくありません。11月1日(日)午前のセッションの第1部では生徒6人が発表し、第2部は発表を受けたグループ別ディスカッションです。ぜひ、次代の担い手たちの学びとモヤモヤに耳を傾け、みなさんの知見の共有をお願いいたします。医療のプロフェッショナルの経験と言葉が彼らを育みます。



土井 毅
(どい たけし)

慶応義塾大学法学部政治学科卒業後、読売新聞東京本社に取材記者として入社。秋田支局を経て編集局編成部で五輪などを担当。高校生向けに本格的な医療体験学習を提供するため2022年3月に早期退職し、6月にNPO法人Touch the Futureを設立した。2026年8月までに地域医療や高度先進医療を担う14病院と連携し、140人を超える高校生が医療の現場で学んでいる。この体験学習に参加した30人超を超す医学生たちが中心となり、今年2月にアルムナイ（OBOG会）も立ち上げ。OBOGの大学生たちは体験学習のメンターを務めたり、法人の運営に加わったりしている。



江角 悠太
(えすみ ゆうた)

【略 歷】

東京都出身

2000年 都立西高等学校卒業

2009年 三重大学医学部卒業

2009年 沖縄中部徳洲会病院 初期研修医

2011年 三重大学家庭医療総合診療科 後期研修医
亀山医療センター 名張市立病院 県立一志病院

2014年 ピースボート船医

2014年 志摩市民病院 総合診療

2016年 同 病院長

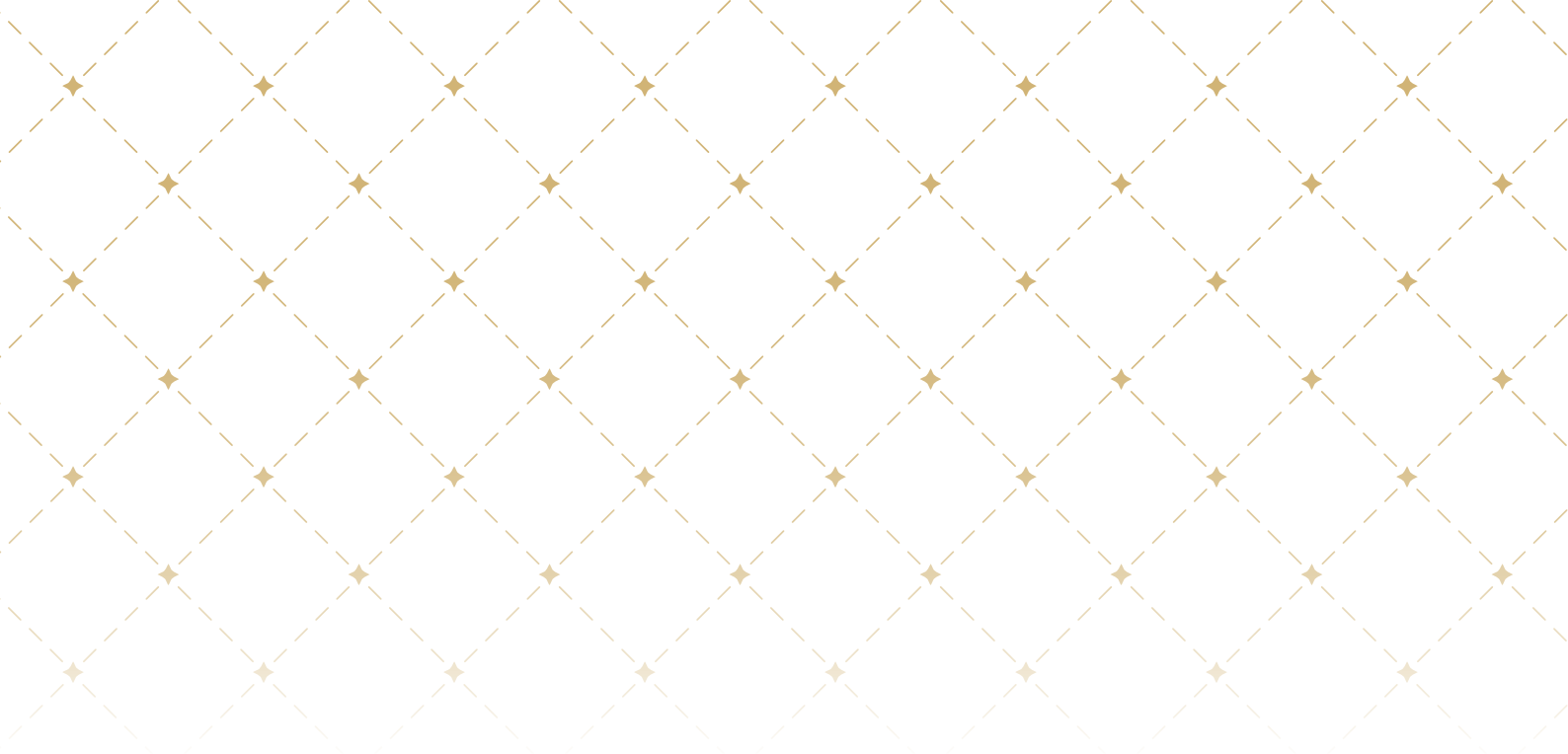
2023年 同 地域医療医務監

日本地域医療学会理事

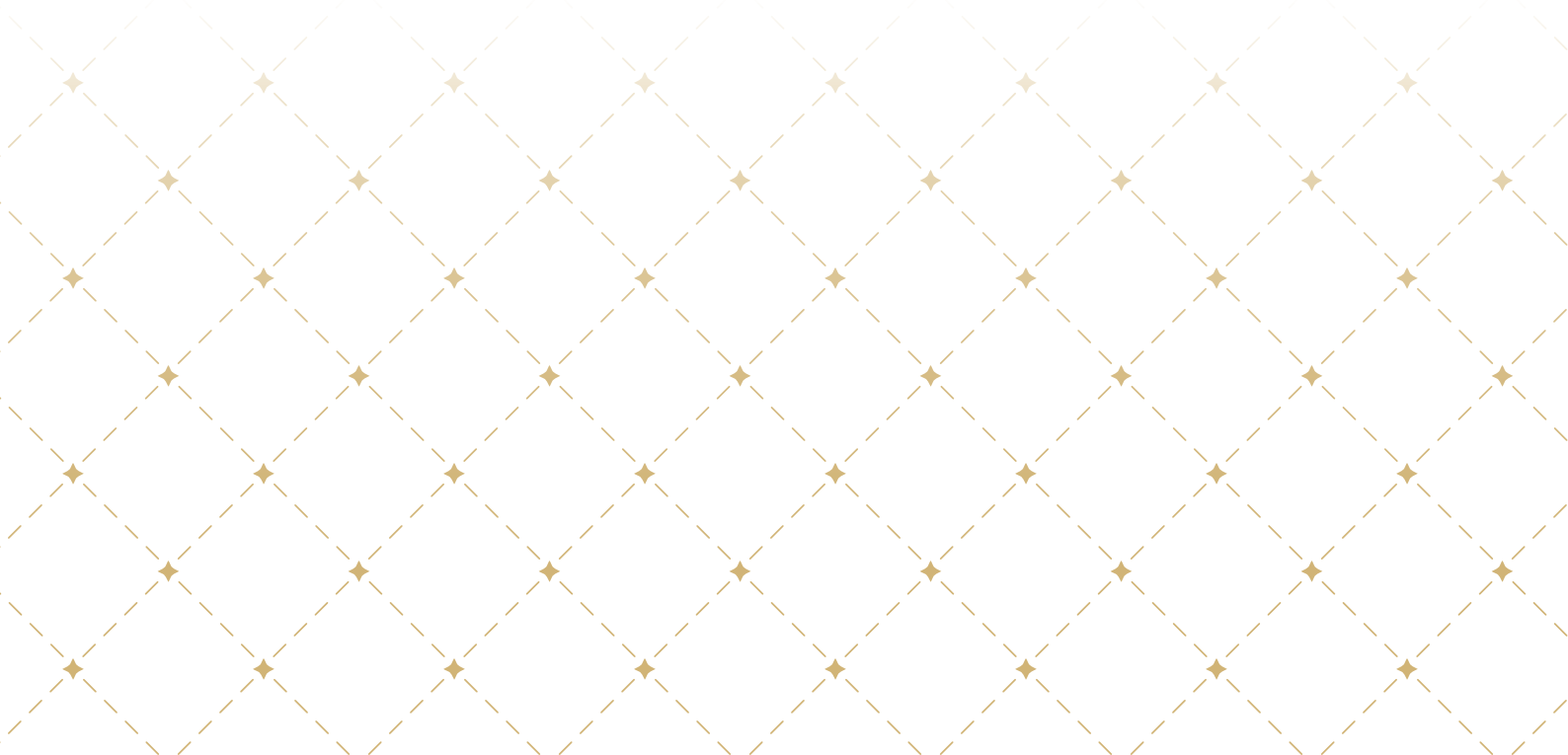
総務省経営財務マネジメント強化事業アドバイザー

地域包括ケア病棟協会 アンバサダー
のろ志代表
地方創生医師団代表
教育、研究関連)

NPO法人Touch the future	理事
一社未来の大人応援プロジェクト	理事
立命館大学衣笠研究機構	客員研究員
東京女子医科大学	連携臨床教授
三重大学医学部	臨床講師
ユマニテク看護助産専門学校	非常勤講師
伊勢保健衛生専門学校	非常勤講師
鈴鹿医療科学大学	非常勤講師
皇學館大学	非常勤講師
日本専門医機構	総合診療専門医 指導医
日本プライマリケア連合学会	家庭医療専門医 指導医
日本地域医療学会	地域総合診療専門医 指導医



研修医・医学生



研修医・医学生

時間／12:45～14:45

テ ー マ	地域医療学会の学生部会で今後行う、スタンプラリーについて」(学生と医療者による座談会)
座 長	白石 吉彦氏(島根大学医学部附属病院総合診療医センター長／隠岐広域連合立 隠岐島前病院 院長) 江角 悠太氏(志摩市民病院 地域医療医務監)
演 者	金子 惇氏(北里大学医学部 総合診療医学講座 主任教授／ 北里大学医学部 地域総合診療医学 特任教授)

演 者／金子 惇氏(北里大学医学部 総合診療医学講座 主任教授／
北里大学医学部 地域総合診療医学 特任教授)

「へき地度」を知って、地域に出かけよう！ — Rurality Index for Japan (RIJ) を活用した 地域医療の新しい楽しみ方 —

「へき地」と聞いて、皆さんはどのような地域を思い浮かべるだろうか。人口の少ない山間部、海に囲まれた離島、冬には雪に閉ざされる地域など、そのイメージはさまざまである。しかし、そもそも「へき地」とは何だろうか。また、ある地域がどの程度「へき地」であるかを、どのように測ればよいのだろうか。

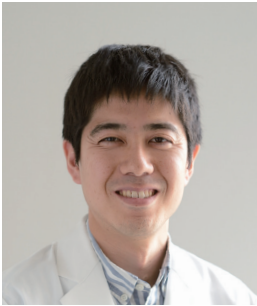
これまで日本では、人口や人口密度、過疎地域や無医地区といった区分が、へき地を捉えるために用いられてきた。しかし、人口が少ないことと医療機関へのアクセスが悪いことは必ずしも同じではない。また、同じ市町村の中でも、中心部と周辺部では地理的条件が大きく異なる場合がある。こうした課題を踏まえ、日本の地域特性を反映し、へき地度を連続的に評価する指標として開発されたのが、Rurality Index for Japan (RIJ) である。

RIJは、①人口密度、②最寄りの二次・三次救急医療機関までの距離、③離島であるかどうか、④特別豪雪地帯であるかどうか、という4つの要素から構成される。これらを組み合わせ、地域のへき地度を0～100の数値で表現する。数値が高いほどへき地度が高いことを意味する。RIJは郵便番号単位で算出できるため、市町村単位では捉えきれない地域内の違いを可視化できることも特徴である。さらに近年では、道路距離や自動車での移動時間などを取り入れた改良版も開発されている。

RIJは、地域間の医療アクセスや健康格差を明らかにする研究に使われたり、医療資源の配置を検討する政策などへ活用されている。しかし、その可能性は研究や政策だけにとどまらない。例えば、RIJを使ってさまざまな地域を訪れることで、普段は意識しない地理的条件や、そこで暮らす人々の生活、

地域医療のあり方に目を向けるきっかけをつくる
ことができる。へき地度が高いことは、その地域の医
療が劣っていることを意味するわけではない。むしろ、
地理的な制約の中で培われてきた医療者の工夫、住民
同士のつながり、地域ならではの医療の魅力に出会
えるかもしれない。

本講演では、RIJの基本的な考え方と構成要素を
紹介し、へき地度という新しい視点から日本の地域
を見つめ直す。RIJを一つの道しるべとして、まだ
知らない地域に足を運び、地域医療の多様性と魅力
を発見する旅に出てみよう。



金子 惇
(かねこ まこと)

北里大学医学部 総合診療医学講座 主任教授
北里大学医学部 地域総合診療医学 特任教授

2008年に浜松医科大学卒業、沖縄県立中部病院初期研修、沖縄県立中部病院プライマリ・ケアコース後期研修、2011年より沖縄県立北部病院附属伊平屋診療所、2014年よりCFMD東京リサーチフェロー、2018年より浜松医科大学 地域家庭医療学講座 特任助教を経て2020年4月より横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻講師、2023年4月より同准教授、2026年6月より現職

東京慈恵会医科大学 臨床疫学研究部 「地域医療プライマリケア医学」博士課程修了

Western University, Master of Clinical Science (Family Medicine) 修了

Western University, PhD (Family Medicine) 在学中
研究室「プライマリ・ケアリサーチユニット」ウェブサイト
<https://pcru-kanekolab.studio.site/>
研究活動・ブログ・ポッドキャストなどをまとめたlinktree
https://linktr.ee/makotokaneko_primary_care

日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医
日本内科学会 内科認定医・総合内科専門医
日本専門医機構 総合診療専門医

日本プライマリ・ケア連合学会
診療データベース委員会 副委員長
島嶼及びへき地医療委員会 副委員長
臨床研究支援委員会 委員
コアコンピテンシー委員会 委員
専門医制度認定委員会 委員
専門医部会学術部門 委員



日本専門医機構企画

日本専門医機構企画

時間／8：15～8：55

テ ー マ	
座 長	山田 悟史氏（南房総市立富山国保病院 病院長） 大原 昌樹氏（日本地域医療学会副理事長・専門医制度委員会委員長）

•



2024年4月－	一般社団法人日本専門医機構	総合診療専門 医検討会 専門医会幹事
2023年4月－	千葉大学地域医療教育学講座	非常勤講師
2025年4月－	千葉大学地域医療教育学講座	特任助教
2026年6月－	全国国民健康保険診療施設協議会	若手の会 世話人会、地域包括医療・ケア専門職育成部 会

●



綾川町国保総合保健施設綾南「えがお」所長
全国国民健康保険診療施設協議会会長
香川県国保診療施設協議会会長
香川県介護支援専門員協議会会長
香川県医師会副会長（介護保険・福祉、在宅療養、地域包括
ケア担当）
香川大学・愛媛大学・神戸大学各医学部非常勤講師



ランチョンセミナー

ランチョンセミナー

時間／12：40～13：25

テ ー マ	呉エリアの在宅・施設の訪問診療（COVID-19 対応も含めて）－在宅呼吸管理の実例－
座 長	小林 達也氏（「島の病院おおたに」理事長／日本慢性期医療協会理事）
演 者	大宇根 晃雅氏（医療法人晃全会 大宇根内科呼吸器科クリニック院長）

演 者／大宇根 晃雅氏（医療法人晃全会 大宇根内科呼吸器科
クリニック院長）

要旨

当院は医師 1 人、事務員 5 人、看護師 8 人、ケアマネージャー 2 人のクリニックである。開業から25年がたち在宅・施設での訪問診療などをまとめた。在宅・施設での看取りは25年間で合計977例であった。

悪性疾患366例、良性疾患611例であった。5 年ごとに集計した。開業から 5 年で87例、次の10年で147例、次の15年で231例、次の20年で254例、次の25年で258例であった。

どの年代も75歳以上の看取りが多かったが、64歳以下の看取りも数例は認めた。

看取り数は開業からの 5 年では悪性疾患が多かったが、次の 5 年間では良性・悪性疾患はほぼ同数となり、以後の年代では良性疾患が多くを占めるようになっていた。

開業からの 5 年間では施設での看取りはいなかったが、国の指導もあり徐々に施設での看取り数が増えていた。最近の 5 年間の看取りは在宅142例、施設116例となっていた。

同一建物（在宅・施設）で夫婦・親子などを看取った例は45組いた。

また、2020年 2 月のクルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号の日本への寄港から始まったCOVID-19感染症を2024年 5 月までの約 4 年間の戦いをまとめた。

発熱外来の総人数7111例、検査総回数（PCR、抗原テスト）7053回、陽性例1940例であった。陽性例の内訳は男性951例、女性989例であった。年齢は10～100歳代、50歳代が最も多かった。また、パンデミックの中、第 7 波の2022年 8 月が陽性331例と最も症例が多かった（2020年から始まった 3 回の緊急事態宣言、まん延防止等重点処置などが2022年 3 月まではあったが、以降は行われていない）。2021年 5 月からワクチン接種が可能となり呉市の協力もあり広市民センターの一部を借りるなどして10217回接種した。

治療薬は2021年から2024年 5 月までにゼビュディ 4 例投与、ラゲブリオ 694例、ゾコーバ 409例、パキロピッドパック 109例に処方し治療を行った。薬は当初、国管理下にて自己負担は無料だったにもかかわらず治療拒否例も認めた。その経過の中でCOVID-19陽性者の治療の取組み、施設でのクラスター、肺炎をきたした症例について紹介を行う。

この25年間に人工呼吸器のトラブル・不慮の外因死、災害時の訪問診療の恐ろしさ・困難さ、入退院を繰り返しながら、総合病院の医師と同一症例をみて支えていく、あたかも 2 人主治医制（在宅→病院→最後は施設）などの症例を時間があれば紹介を行いたい。



小林 達也
(こばやし たつや)

【学歴および職歴】

- | | |
|----------|--|
| 1995年 3月 | 川崎医科大学卒業 |
| 同年 4月 | 川崎医科大学附属病院泌尿器科 入局 |
| 1997年 3月 | 川崎医科大学附属病院 ジュニアレジデント
(研修医) 過程終了
研修中に麻酔科 6 カ月、総合診療部 3 カ月を研
修 |
| 同年 4月 | 松村総合病院 (福島県いわき市) 赴任
泌尿器科に救急部・総合診療部も兼務し、1 年
間勤務。 |
| 1998年 4月 | 川崎医科大学附属病院シニアレジデント (臨床
助手) |
| 2000年 3月 | 泌尿器科専門医を取得 |
| 同年 4月 | 川崎医科大学大学院 精巣病態生理学 入学 |
| 2002年 4月 | MD ANDERSON CANCER CENTER (ア メ
リカ) にポストドクとして短期留学 |
| 同年10月 | 川崎医科大学に戻り、大学院生兼臨床助手とな
る。 |
| 2004年 3月 | 「シスプラチン耐性精巣腫瘍の耐性遺伝子の解
析」で学位修得 |
| 同年 4月 | 康成病院 副院長、興生総合病院 泌尿器科
非常勤となる。 |
| 2014年 4月 | 大谷リハビリテーション病院 (現: 島の病院お
おたに) 常勤医 |
| 2017年 9月 | 島の病院 おおたに 副院長
現在に至る。 |

【賞 罰】

「高感度PSAの多変量解析による前立腺癌術後再発の予測について」で日本泌尿器科学会西日本総会
学会賞（重松賞）受賞

修得資格

日本泌尿器科学会専門医・指導医、日本性機能学会専門医、
日本医師会かかりつけ医機能研修制度修了認定医、かかりつ
け医報告制度にかかる研修修了医、緩和ケア研修、厚労省
本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会修了認
定医、広島県がんよろず相談医、認知症かかりつけ研修修了
認定医、回復リハビリ病棟担当認定医、オンライン診療研修
修了認定医、介護支援専門員、医学博士

所属学会

日本泌尿器科学会、西日本泌尿器科学会、日本排尿機能学
会、日本小児泌尿器科学会、日本性機能学会、日本アドロ
ジー学会、日本癌学会、日本プライマリーケア学会

講演履歷

▶慢性期医療と地域連携について・看取り&ACPについて：
中国労災病院・呉医療センター・安佐市民病院・済生会呉
病院・府中北市民病院・安浦＆川尻社会福祉協議会・呉介
護支援専門員連絡会議・佐伯区医師会・本願寺広島別院
ほか

▶排尿自立支援について：

排尿自立支援加算算定のための研修会（日本慢性期医療協会）・西広島リハビリテーション病院 ほか



医療法人晃全会 大字根内科呼吸器科クリニック

H10年4月 日本呼吸器学会 (呼吸器専門医)

H11年5月 日本医師会 (認定産業医)

S62年 3月	久留米大学医学部医学科卒業
S62年 4月	広島大学医学部付属病院に採用（研修医）
H元年 3月	広島大学医学部付属病院を退職
H元年 4月	国立呉病院 内科 レジデント採用
H4年 3月	国立呉病院 内科 退職
H4年 4月	広島大学医学部付属病院（医員）に採用
H5年 3月	広島大学医学部付属病院（医員）を退職
H5年 4月	中国労災病院（内科）医師採用
H7年 4月	中国労災病院内科医長に採用
H9年 4月	中国労災病院内科副部長に採用
H12年 9月	中国労災病院呼吸器内科部長に採用
H13年 3月	中国労災病院を退職
H13年 4月	大宇根内科呼吸器科クリニック開院
H14年11月	医療法人 晃全会 大宇根内科呼吸器科ク リニック 開院
	現在に至る

ランチョンセミナー

時間／12：40～13：25

テ ー マ	「AI時代にこそ必要な、人の手によるケア」を 体現化
座 長	徳毛 宏則氏（医療法人社団八千代会メリィホスピタル 副院長）
演 者	姜 慧氏（医療法人社団八千代会 理事長） 森田 敦子氏（訪問看護ステーションブランマグノリア） 延原 浩氏（医療法人社団八千代会メリィホスピタル）

演 者／姜 慧氏（医療法人社団八千代会 理事長）

「医療現場発×植物療法のファミリーケアを、 予防医療時代の新標準へ」

AIで効率化が進むほど、現場では『人にしかできないケア』の価値が上がる。学会テーマの「人の暮らしに寄り添う医療」と接続すると、MESOINSは単なるコスメではなく、地域包括ケア時代のケア

実装ツール「家族全員にやさしい予防ケア」として赤ちゃんから高齢者まで、世代を超えて共有できる「ファミリーケア」の新しい標準を社会へ提案。

演 者／森田 敦子氏（訪問看護ステーションブランマグノリア）

要旨

なぜ、介護現場からブランドを生んだのか。医療・介護の最前線で直面する切実な課題から出発したMESOINS。

フランス植物薬理学のエビデンスを融合させ、ケアする人もされる人も心から満たしていくコンセプトをもとに植物の力を紹介。

演 者／延原 浩氏（医療法人社団八千代会メリィホスピタル）

「MESOINSのオーラルジェル、オーラルスプレーを活用した口腔ケアの実際」

高齢者の口腔環境を良好に保つことは、感染予防だけでなく、食事・会話を含めたQOL改善や認知機能の維持・向上に大きく関与している。当院には全介助の口腔ケアを必要とする高齢者が多く入院しており、看護師、ST、歯科関係者がチーム医療として実施する口腔ケアの質を担保することは重要課題の一つである。当院ではメソワンのオーラルジェ

ル、オーラルスプレーが各ベッドサイドに配備されており、口腔ケアの質向上に大きく貢献している。メソワンの口腔ケア用品は、植物療法から生まれており高い安全性を有する。また、乾燥した剥離上皮膜（痂皮）への早い浸透性、高い保湿効果、唾液分泌促進効果などを有し、臨床的な使用実感から、抗菌作用・抗炎症作用も期待できる。



【經歷】

1980年 広島大学医学部医学科卒業、
1987年 米国オハイオ州クリーブランドクリニック研究員
1989年 うすい会 高陽ニュータウン病院院長
1995年 JA広島総合病院消化器内科部長
2012年 JA広島総合病院副院長
2021年より現職 メリィホスピタル副院長・健診センター長・病棟センター長

医学博士、日本消化器内視鏡学会専門医・名誉指導医、日本老年医学会老年科専門医・指導医、日本内科学会認定内科医・指導医、日本消化器病学会専門医・指導医、日本総合健診学会総合健診医、PEG在宅医療学会特別会員 他



姜 慧
(かん へ)

【経 歴】

2010年 鍼灸師資格取得
2010年 医療法人社団八千代会副理事長
2024年 医療法人社団八千代会理事長



森田 敦子
(もりた あつこ)

【経 歴】

1997年 フランス国立パリ13大学薬学部自然療法学科
植物療法士資格取得
1998年 サンルイ・インターナショナル設立
2006年 ルボアフィットセラピースクール設立
2003年 バイオベンチャー賞受賞

2023年 『ELLE』誌「世界を変える女性100人」に選出
2024年 訪問看護ステーションブランマグノリア設立

【著書・メディア活動】

『自然ぐすり』『潤うからだ』など
ポッドキャスト番組：「森田敦子のまずは自分から♡」



延原 浩
(のぶはら ひろし)

【経 歴】

1982年 広島大学歯学部卒業 歯科補綴学第一講座入局
 1985年 県立広島病院 歯科勤務
 2008年 県立広島病院 歯科・口腔外科 部長
 2023年 県立広島病院を定年退職し、同病院に専門診療歯科医（非常勤）として勤務
 2025年 （医）社団八千代会 メリィホスピタルに勤務

【所属学会】

日本栄養治療学会（認定歯科医）
 日本口腔ケア学会（永年会員）
 日本補綴歯科学会（専門医、指導医）
 日本顎咬合学会（咬み合わせ指導医）
 日本外科感染症学会（ガイドライン改訂小委員会）
 日本外科代謝栄養学会
 日本摂食嚥下リハビリテーション学会
 日本老年歯科医学会
 日本顎関節学会

ランチョンセミナー

時間／11：50～12：35

企業名	「大塚製薬」
座長	石井 伸弥氏（広島大学大学院医系科学研究科 教授）
演者	中村 祐氏（香川大学医学部 精神神経医学講座 教授）

演者／中村 祐氏（香川大学医学部 精神神経医学講座 教授）

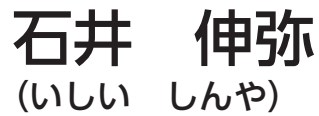
要旨

認知症に伴う行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）への対応においては、パーソンセンタードケアに基づく非薬物療法が基本であり、その背景にある身体的・心理的・環境的要因を包括的に評価することが重要である。しかし、非薬物療法を十分に実施してもなお、本人や介護者の負担が大きく、生活の質や安全性に影響を及ぼす場合も少なくない。その際にいかに薬物療法を併用するかが重要となる。

一方、BPSDに対する抗精神病薬の使用については、2005年に米国食品医薬品局（FDA）が安全性に関する注意喚起を発出したことを契機に、その有効性と安全性の再検討が進められてきた。日本においても、大規模前向き研究であるJ-CATIA（Japan Consortium for Anti-psychotics Treatment in Alzheimer's Disease）研究が実施され、抗精神病薬使用時には慎重な観察が必要であることが示された。

その後、アルツハイマー型認知症患者のアジテーションを対象としたプレクスピプラゾールの開発が進み、2024年には「アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動または攻撃的言動」に対する適応が追加された。これにより、BPSDの中でもアジテーションに対する薬物療法の選択肢が拡大し、非薬物療法と薬物療法を適切に組み合わせた支援の重要性が高まっている。

本講演では、BPSDおよびアジテーションの概念と病態を整理するとともに、短期集中リハビリテーションの介入結果など、非薬物療法の基本的な考え方と実践上のポイントを概説する。さらに、J-CATIA研究の成果、プレクスピプラゾールの臨床試験結果、および新たに改訂された「かかりつけ医・認知症サポート医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第3版）」「認知症疾患診療ガイドライン2026」の内容を踏まえ、BPSD診療における薬物療法の位置づけと安全な活用方法について解説する。

[illegible]

2024年4月より現職。

[illegible]

2022年 香川大学医学部・臨床心理学科・教授 兼任

ランチョンセミナー

時間／11：50～12：35

企業名	「ツムラ」
座長	大谷 まり氏（「島の病院おたに」理事長／日本慢性期医療協会理事）
演者	小川 恵子氏（広島大学病院 漢方診療センター教授）

演者／小川 恵子氏（広島大学病院 漢方診療センター教授）

高齢者に用いられる漢方

地域医療における高齢者診療では、多疾患併存や多剤併用に加え、食欲低下、倦怠感、便秘、冷え、疼痛、不眠など、生活の質を損なう多様な症状への対応が求められます。一つ一つの症状は「年のせい」と言われがちですが、低栄養や活動性の低下、心理的・社会的問題と重なると、フレイルを悪化させます。地域医療においては、疾患の治療だけでなく、「食べる」「動く」「眠る」といった日々の営みを支え、その人らしい生活の維持を目指す視点が重要です。

漢方医学は、患者の訴えと身体所見を総合し、心身を一つのまとまりとして捉える、心身一如の医学です。問診に加えて、顔色や舌、声、脈、腹部などを診る四診を通じ、寒熱、虚实、気血水といった視点から、その時点の全身状態である「証」を把握し、治療します。同じ病名や症状でも、体力、消化機能、冷えの有無、症状の組み合わせによって治療は

異なります（同病異治）。このような個別性を重視する診療は、複数の問題を抱える高齢者を治療するうえで有用な視点となります。

本講演では、高齢者にみられる食欲低下・倦怠感、便秘異常、冷えや疼痛などを取り上げ、六君子湯、補中益気湯、人參養榮湯などの処方為例に、漢方医学的な病態の捉え方と処方選択を症例に沿って解説します。西洋医学的評価や標準治療、栄養支援、運動療法と組み合わせます。

また、漢方薬は安全性も大切です。併用薬と生薬の重複を確認し、甘草による偽アルドステロン症や低カリウム血症などに注意する必要があります。医師、薬剤師、看護師、管理栄養士などが情報を共有するためには、漢方医学的知識の普及も必要です。入院、外来から在宅まで一貫して高齢患者を支えるなかで、漢方を地域医療の実践にどう生かせるかを提示します。

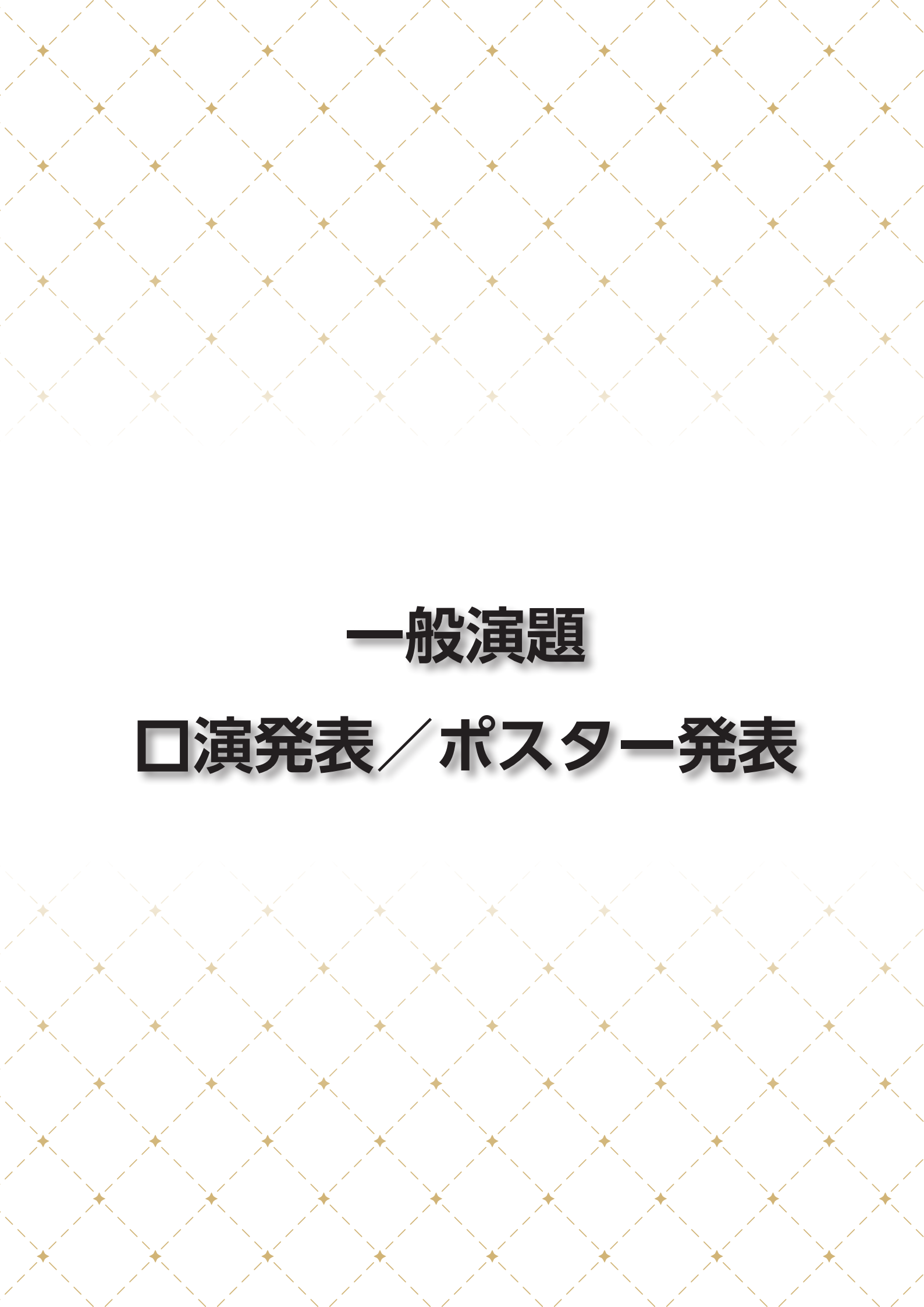
[illegible]

現在に至る

日本専門医機構 総合診療専門研修 特任指導医

[illegible]

広島大学薬学部附属薬用植物園 副園長



一般演題

口演発表／ポスター発表

第5回日本地域医療学会 一般演題（口演発表）

〇1 保健・医療・介護・福祉／教育・研究 12：30～13：25

座長：野村 幸博（のむら ゆきひろ）

- 〇1-1 独居高齢者の入院拒否事例におけるかかりつけクリニックの役割と課題
上村 明子（かみむら あきこ） 玉谷クリニック
- 〇1-2 高齢者におけるGLIM基準による低栄養診断と口腔問題評価（OHAT-J）との関連性に関する検討
飯島 令子（いいじま れいこ） 北杜市立甲陽病院
- 〇1-3 へき地の医師偏在を救うマンパワーとしての初期研修医と長期臨床実習（LIC）医学生の有用性
黒木 嘉人（くろき よしと） 国民健康保険 飛騨市民病院
- 〇1-4 医学部学生による出張健康講話が地域住民の医療信頼感に及ぼす効果－愛南町における実践報告－
嶋本 純也（しまもと じゅんや） 国保一本松病院
- 〇1-5 患者が私に残したもの－地域総合診療専攻医時代の記憶に残る患者経験とPractice Wisdom（実践知）－
田島 幸治（たじま こうじ） 国保野上厚生総合病院
- 〇1-6 AI時代における臨床研修医採用試験の試み
宇佐美 修（うさみ おさむ） 栗原中央病院

〇2 多職種連携・チーム医療 13：25～14：20

座長：海保 隆（かいほ たかし）

- 〇2-1 地域医療において臨床検査技師ができること（出向心エコーによる循環器疾患の早期発見と病診連携の推進を目指して）
高橋 敬太（たかはし けいた） 岩手医科大学医学部
- 〇2-2 ケアミックス病院における身体拘束最小化チーム導入による拘束率と転倒転落への影響
加藤 彩（かとう あや） 医療法人宝美会 総合青山病院
- 〇2-3 医療過疎地域における医療依存度が高い若年患者の退院支援～地域ネットワーク構築の重要性～
川崎 政紀（かわさき まさのり） 上越地域医療センター病院
- 〇2-4 医療集約化時代の女性骨盤底疾患診療－治療を集約しても、患者を地域に置き去りにしないために－
有地 直子（ありち なおこ） セントラル病院
- 〇2-5 専門治療を集約し、入口を地域に広げる－女性骨盤底疾患診療における地域中核病院の役割－
安東 栄一（あんどう えいいち） 呉共済病院

〇3 多職種連携・チーム医療／その他（学会の趣旨に沿った内容） 14：20～15：15

座長：松本 昌美（まつもと まさみ）

- 〇3-1 カンファレンスを通じた情報共有による統一した看護実践の結果～ICUにおける口渇緩和および自己抜去予防への取り組み～
平田 有梨沙（ひらた ありさ） 社会医療法人里仁会興生総合病院
- 〇3-2 メディカルスタッフ主体の持続可能な心不全管理体制の構築
山本 涼太郎（やまもと りょうたろう） 府中市民病院
- 〇3-3 在宅医療における連携について：「バイタルリンク」「あんしんサポート隊」の活用
川口 勝輝（かわぐち まさき） 高良台コミュニティホスピタル
- 〇3-4 FileMakerを活用した緊急時患者情報システムの構築
田中 徳文（たなか のりふみ） 医療法人 天心堂 志田病院

- 3-5 離島における経済的、社会的困難を抱える進行喉頭癌患者の受療を支えた多職種・多機関連携の一例
長山 晋聡（ながやま くにあき） 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所

○4 地域包括ケア・在宅医療 15:15~16:10

座長：中村 昌樹（なかむら まさき）

- 4-1 医師の年齢構成と地域偏在が在宅医療提供に与える影響
藪下 千恵美（やぶした ちえみ） 国際医療福祉大学
- 4-2 不穏行動を呈した認知症患者への関わり：心理的ニーズに着目したパーソンセンタードケア
藤川 尚子（ふじかわ しょうこ） 社会医療法人 里人会 興生総合病院
- 4-3 「地域包括ケア病院における認知機能低下患者のバランス能力の特徴と入退院時変化量の検討」
野口 麻礼（のぐち まれい） 聖カタリナ病院
- 4-4 総合診療医との多職種カンファレンス導入による地域包括ケア病棟での患者支援の取り組みとその変化
秋田 朗子（あきた あきこ） 伊達赤十字病院
- 4-5 精神症状への対応を求められて往診し、重篤な身体疾患を認めた2例ー地域医療における初期診断のピットフォールー
滝沢 義唯（たきざわ よしただ） 医療法人吹生会たきざわクリニック
- 4-6 D to P with Nは搬送回避策か、医療介入へのゲートウェイかー緊急訪問1,547件の転帰分析ー
杉田 かおり（すぎた かおり） 秋本クリニック

○5 地域・住民の健康／症例 16:10~17:05

座長：野村 英樹（のむら ひでき）

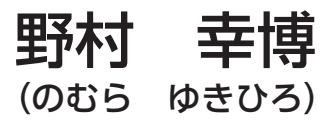
- 5-1 外来通院70歳以上高齢者の下腿周囲長変化に関する検討ー栄養状態を支え地域を守るー
中瀬 一（なかせ はじめ） 北杜市立甲陽病院
- 5-2 眼科医療過疎地における巡回型白内障手術の実践ー眼科ドクターカーの運用と課題ー
小出 健郎（こいで けんろう） 小出眼科
- 5-3 診療所職員が参加する地域住民バスハイカー交流と安心を育む地域活動の試みー
前橋 美歌（まえばし みか） 生協ふたば診療所・国立病院機構栃木医療センター
- 5-4 健康見守りのための電力データを用いた生活リズム解析
手塚 麻実（てづか あさみ） 奈良女子大学大学院
- 5-5 慢性閉塞性肺疾患終末期における高流量鼻カニューラ酸素療法導入に伴う意思決定支援と地域医療資源の課題
吉野 聡史（よしの さとし） 広域紋別病院
- 5-6 地域連携による在宅介護と急性期医療を繰り返した癌由来脳梗塞（トルソー症候群）の2例
高橋 宏史（たかはし ひろし） 富士宮市立病院

○6 地域医療ネットワーク 17:05~18:00

座長：阿波谷 敏英（あわたに としひで）

- 6-1 高度生殖医療専門施設と地域医療機関をつなぐ連携モデル「Central ART Lab」の現状と課題
吉岡 陽子（よしおか ようこ） 医療法人浅田レディースクリニック
- 6-2 重症心身障碍者の外科診療を変える包括的機能評価ー術前・術後をつなぐ継続診療モデルー
升井 大介（ますい だいすけ） 久留米大学外科学講座小児外科部門

- 6-3 地域医療ネットワークを支える搬送基盤と「准救急制度」の必要性
杉澤 修（すぎさわ おさむ） 一般社団法人 日本移送医療システム
- 6-4 一人診療所を担う医師を支えるネットワーク～人口減少地域における医師の確保・育成・継続支援の
一事例～
遠藤 健史（えんどう たけし） 町立奥出雲病院
- 6-5 若手医師支援と地域に分散する専門性の活用を目指したオンライン多施設症例検討会の実践
西岡 亮（にしおか りょう） 金沢大学総合診療共創センター



【略 歷】

1985年3月 東京大学医学部卒業

1985年 6 月 東京大学第2外科（現在の肝胆膵・人工臓器移植外科）入局

1986年 都立広尾病院外科

1991年 国立精神・神経センター国府台病院外科に出向

1997年4月 総合病院国保旭中央病院外科

2018年4月 同 病院長

2025年4月 同 統括病院長



1982年 3 月	千葉大学医学部卒業	
1982年 5 月	千葉大学医学部第一外科	
1983年 4 月	県西総合病院外科医員	
1984年 4 月	国保直営総合病院君津中央病院外科医員	
1985年 4 月	国保八日市場市立病院外科医員	
10月	軽井沢町立病院外科医員	
1986年 4 月	千葉大学医学部麻酔科医員	
10月	千葉市立病院外科医員	
1987年 4 月	千葉大学医学部第一外科研究生	
1990年10月	国保八日市場市立病院外科医員	
1991年 4 月	千葉大学医学部第一外科助手	
1995年 4 月	国保直営総合病院君津中央病院外科医長	
2004年 4 月	同	外科部長
2008年 4 月	同	医務局次長
2015年 4 月	同	医務局理事
2016年 4 月	同	病院長
2024年 4 月	同名誉院長／	病院長特別補佐

2000年11月	千葉県国民健康保険直営診療施設協会表彰
2013年11月	国民健康保険診療施設県知事表彰
2015年9月	国民健康保険中央会表彰
2015年10月	全国国民健康保険診療施設協議会表彰
2020年10月	厚生労働大臣表彰

海保 隆：「外科代謝栄養と東洋医学：漢方による周術期管理へのサポート」茵陳蒿湯による周術期管理へのサポート。
外科と代謝・栄養56：65-68, 2022

海保 隆：病院長・幹部の実践 DPC特定病院群に向けて
ー地方自治体病院の取り組み。井上貴裕編 成功する病院

【学会及び社会的活動・その他】

日本肝胆膵外科学会評議員、日本臨床外科学会評議員、千葉大学臨床教授
日本外科学会認定登録医／指導医
日本消化器外科学会指導医、日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医
日本肝胆膵外科学会高度技能指導医
日本消化器病学会専門医／指導医、日本胆道学会指導医、日本肝臓学会専門医
日本がん治療認定医機構がん治療認定医／暫定教育医、日本医師会認定産業医
全国国民健康保険診療施設協議会副会長
日本病院会千葉県支部副会長、千葉県国民健康保険直営診療施設協会常務理事
日本地域医療学会監事、千葉県外科医会監事



中村 昌樹
(なかむら まさき)

【学 歴】
昭和60年3月 浜松医科大学医学部 卒業

昭和60年 6月 浜松医科大学付属病院第二外科 入局
昭和61年 5月 社会保険浜松病院 赴任
昭和62年 6月 袋井市立袋井市民病院 赴任
昭和63年 5月 浜松医科大学付属病院第二外科医員
平成 3年 4月 NTT 伊豆通信病院 赴任
平成 4年 4月 国立療養所天竜病院 赴任
平成 9年 4月 公立森町病院 赴任 外科部長、副院長を歴
任
平成14年 4月 公立森町病院院長就任 現在に至る。

公益社団法人全国自治体病院協議会参与、一般社団法人奈良
県病院協会顧問、NPO法人PDN（Patient Doctors Network）
理事、奈良県地域医療対策協議会委員、等

全国自治体病院学会（評議員・第59回学会長）、日本地域医療学会（指導医・理事）、日本医療マネジメント学会（評議員）、日本内科学会（認定医）、日本消化器病学会（指導医）、日本消化器内視鏡学会（指導医）、日本肝臓学会（指導医）、PEG・在宅医療学会（監事）、日本医師会認定産業医

医学博士（奈良県立医科大学、1995年）

浜松医科大学付属病院 臨床教授
地域包括医療・ケア認定医
日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医
認定症サポート医
総合診療専門研修特任指導医
地域総合診療専門医
地域総合診療専門研修指導医
全国自治体病院協議会中小病院部会 委員長
地域包括医療・ケア認定審査委員会 委員
非常勤職員公務災害補償等認定委員会 委員
静岡県在宅医療体制整備・推進協議会 退院支援体制検討部
会 委員
ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会理事



野村 英樹
(のむら ひでき)

【經歷】

1988年	金沢大学医学部医学科卒業
1994年	同 大学院医学研究科（内科学）修了、医学博士
1995年	ハーバード大学ブリガム・アンド・ウィミズ病院 腎臓部門研究員
1999年	金沢大学医学部附属病院総合診療部 助手
1999年	同 講師
2001年	同 助教授（後に職階名変更で准教授）
2012年	杏林大学医学部総合医療学教室 教授
2015年	金沢大学附属病院総合診療部 特任教授・部長
2025年	石川勤労者医療協会城北病院 医長

【学会・社会貢献活動】

2012年～	厚生労働省行政処分後医師の再教育団体研修評価 会議委員
2014年～	全国自治体病院協議会・全国国民健康保険診療施 設協議会 研修指導医養成講習会ディレクター
2015年～	日本医学教育学会 理事
2017年～	医療研修推進財団 研修プログラム責任者養成講 習会ディレクター
2020年～	全国国民健康保険診療施設協議会 参与
2021年～	日本地域医療学会 理事



【賞 罰】

2004年 9 月	地方公務員法29条第一項第二号の規定による懲戒戒告（栲原病院事務職員の公金着服に関し）
2006年 2 月	高知県国保地域医療推進協議会会長表彰
2006年11月	栲原町 町長表彰
2007年 5 月	社団法人地域医療振興協会 研究奨励賞
2009年 2 月	高知県国保地域医療推進協議会 優秀研究賞
2024年11月	高知大学医学部 同窓会表彰

日本地域医療学会（理事）、日本プライマリ・ケア連合学会（代議員、大学ネットワーク委員会副委員長）、日本内科学会（四国支部評議員）、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本IVR学会、日本医学教育学会、日本公衆衛生学会、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（賛助会員）、一般社団法人全国地域医療教育協議会（理事）、早稲田大学総合研究機構ソーシャル＆ヒューマンキャピタル研究所（WISH）招聘研究員、四国厚生支局地域包括ケアシステムアドバイザー、高知県へき地医療協議会委員、高知県臨床研修連絡協議会委員、高知県専門研修連絡協議会委員、高知家庭総合診療専門研修プログラム統括責任者、高知家庭医療専門研修プログラム責任者

第5回日本地域医療学会 一般演題（ポスター発表）

P1 保健・医療・介護・福祉／地域医療ネットワーク 12:30～13:35

座長：加藤 章信（かとう のぶあき）

- P1-1 知的障害と身体障害のある患者への栄養指導中断後の再介入－生活背景と「できていること」に着目した行動意欲の再獲得－
松下 友希（まつした ゆき） 玉谷クリニック
- P1-2 地域施設との密な連携による包括的支援の試み～日常生活の聞き取りをきっかけに介護保険利用へつなげた高齢夫婦の事例～
山面 紗弥（やまづら さや） 玉谷クリニック
- P1-3 外来DX導入の現状と展望
古庄 公美（こしょう ひろみ） 杵築市立山香病院
- P1-4 「地方都市における高齢がん患者を支える多職種協働体制教育プログラム」の実践と課題
大嶋 俊範（おおしま としのり） 荒尾市立有明医療センター・あらお臨床研究室
- P1-5 いつもの医療を、地域の楽しみに－毎日のケアを必要とする子どもと家族へのショートブレイク支援－
藤原 大輔（ふじわら だいすけ） ふじわらクリニック・よしき往診クリニック
- P1-6 「2つのシステムで地域を守る」
高橋 義子（たかはし よしこ） 魚沼市立小出病院
- P1-7 オンラインによる転院調整会議の導入効果～多職種の情報共有による転院調整期間短縮への取り組み～
下出 弘美（しもで ひろみ） 国民健康保険小松市民病院

P2 多職種連携・チーム医療／地域包括ケア・在宅医療 13:35～14:40

座長：廣瀬 英生（ひろせ ひでお）

- P2-1 患者の尊厳を支える身体的拘束最小化への取り組み－多職種で育む「考え続ける文化」－
大倉 真由美（おおくら まゆみ） 島の病院おおたに
- P2-2 境界知能域の不登校児に対する心理療法と学校・地域連携－2症例を通して－
山本 圭子（やまもと けいこ） 栗原市立栗原中央病院
- P2-3 学会知見の地域還元を通じた「学びの循環」－滝上町における学びの共有と展開－
橋田 昌美（はしだ まさみ） 滝上町国民健康保険診療所
- P2-4 GLIM基準における骨格筋量評価指標の相違が低栄養判定に及ぼす影響
因幡 紘奈（いなば ひろな） 公立羽咋病院
- P2-5 GLIM基準におけるCTを用いた筋肉量（L3-PMI）の性別別カットオフ値の検討
真田 尚哉（さなだ なおや） 公立羽咋病院
- P2-6 在宅医療におけるポリフォーマシーの患者の症例
木村 進（きむら すずむ） 木村内科クリニック
- P2-7 地域で育てる施設看取り－ACP動画『モコちゃんに看取られる』を活用した教育実践－
押淵 素子（おしぶち もとこ） 医療法人社団壮志会 押淵医院

P3 地域包括ケア・在宅医療／教育・研究 14:40～15:45

座長：中尾 一久（なかお かずひさ）

- P3-1 当病院と4つの特別養護老人ホームとの連携～緊急入院患者の実状～
中川 祐輔（なかがわ ゆうすけ） 中川病院

- P3-2 保険薬局における24時間電話対応の実態調査
木多 恭介（きた きょうすけ） 城西国際大学薬学部医療薬学科地域医療薬学・株式会社千葉薬品
- P3-3 肝硬変終末期の患者に病状告知を行い在宅診療導入の調整を行った一例
阿瀬 雅己（あせ まさき） 市立奈良病院
- P3-4 当院におけるがん合併脳卒中の検討 ～がん治療に与える影響について～
小松 由樹子（こまつ ゆきこ） NHO呉医療センター 中国がんセンター
- P3-5 当院のやまぐち地域医療セミナーでの取り組み
重田 匡利（しげた まさとし） JA山口厚生連長門総合病院
- P3-6 弾性ストッキングによる医療関連機器圧迫創傷予防に向けた取り組み-看護師教育と観察方法の標準化による観察行動の変化-
鈴木 久美子（すずき くみこ） 地方独立行政法人 さんむ医療センター
- P3-7 離島医療・産業保健・地域密着型医療を組み合わせた地域医療研修プログラムの紹介
大谷 裕一郎（おおたに ゆういちろう） NHO広島西医療センター

P4 教育・研究／その他（学会の趣旨に沿った内容） 15：45～16：50

座長：女屋 光基（おなや みつもと）

- P4-1 ダブルプレイスによる人材育成は看護師の在宅対応力を高めるか～病院と訪問看護の往還型配置の効果～
元生 早苗（もといき さなえ） 医療法人 社団 医聖会 八幡中央病院
- P4-2 地域で育つ医療者の臨床能力ー「社会における医療の役割」を地域で学ぶー
柏木 涼子（かしわざ りょうこ） 魚沼市立小出病院
- P4-3 医学生の地域医療における就業環境選好構造の解明：コンジョイント分析による定量化と類型化
山崎 尚二郎（やまさき しょうじろう） 旭川医科大学地域共生医育センター
- P4-4 地域内の連携から地域医療医同士の連携へ～金沢大学からの地域医療研修の受け入れ～
宮野 峻輔（みやの しゅんすけ） 栗原中央病院
- P4-5 地域医療需要に対応できる医師を育成する目的に導入した地域志向型プログラム
澤田 成朗（さわだ しげあき） 新潟県厚生農業協同組合連合会糸魚川総合病院
- P4-6 誤嚥性肺炎入院高齢者に対する末梢静脈栄養（アミノ酸加総合電解質輸液）の使用と短期および長期予後との関連：後ろ向きコホート研究
森川 暢（もりかわ とおる） 市立奈良病院
- P4-7 地方公的医療機関における職務満足度関連因子の経年変化～職員定着を規定する因子の3年間の変遷～
小川 太志（おがわ だいし） 富山大学附属病院・南砺市民病院

P5 症例 16：50～17：55

座長：中瀬 真治（なかせ しんじ）

- P5-1 保存的治療で良好な転帰をとった猪瀬型肝性脳症の1例
藤原 佑斗（ふじわら ゆうと） 千秋病院
- P5-2 子宮広間膜裂孔ヘルニアから絞扼性腸閉塞をきたし緊急手術を要した一例
目崎 聡太（めさき そうた） NHO呉医療センター
- P5-3 筋炎類似の筋MRI所見を呈した膀胱がん筋転移の一例
川西 健矢（かわにし けんや） NHO呉医療センター

- P5-4 農作業中の軽微な受傷を契機に破傷風を発症した60歳代男性の1例
花房 秀年（はなぶさ ひでとし） 広島大学医学部医学科
- P5-5 在宅療養者における誤嚥性肺炎の早期発見に向けたCGM活用の一例
永井 勇人（ながい はやと） 鴨川市立国保訪問看護ステーション
- P5-6 腎動静脈瘤に対して手術を施行した2例
秋山 耕亮（あきやま こうすけ） NHO呉医療センター
- P5-7 急性B型肝炎を合併し多職種連携により拠点病院での治療導入に至った急性HIV感染症の一例
丹下 明音（たんげ あかね） 魚沼基幹病院



【所属学会並びに役員】

地域包括ケア推進病棟協会（副会長）、日本病態栄養学会（理事）

日本健康・栄養システム学会（副理事長）、日本消化吸収学
会（名誉会員）

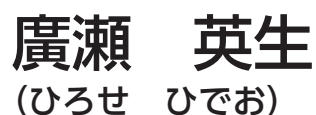
日本臨床栄養治療学会（JSPEN特別会員）、全国自治体病院協議会（理事）

Fellow of Royal College of Physician (FRCP London)

2007年～現在 盛岡市病院事業管理者兼盛岡市立病院長

岩手医科大学消化器内科客員教授

盛岡大学客員教授



令和6年4月 県北西部地域医療センター国保白鳥病院長

2018年 第5回やぶ医者大賞

【著書・論文】

クリニカルクエスト 南山堂 責任編集

【所属学会】

日本内科学会

日本プライマリケア連合学会

日本地域医療学会

【自治医科大学臨床教授】

全国国民健康保険診療施設協議会 常務理事

郡上市医師会 理事

日本地域医療学会 理事
岐阜県国保診療施設協議会 会長



中尾 一久
(なかお かずひさ)

【学 歷】

久留米大学医学部卒業（昭和60年）

【最終学歴】

九州大学医学部大学院卒業（平成元年）

【主な職歴】

平成元年 4 月	英国ロンドン大学セントジョージメディカル スクール病院
平成 3 年 4 月	久留米大学医学部 第三内科（現心臓血管内 科）
平成 4 年 4 月	国家公務員共済千早病院、国立久留米病院、 公立八女総合病院 循環器内科を経て
平成11年10月	療養型高良台病院開設（理事長・院長）
平成18年 8 月	高良台リハビリテーション病院に名称変更 （理事長・院長）
平成31年 4 月	高良台リハビリテーション病院（理事長）（院 長退任）
令和 8 年 6 月	高良台コミュニティホスピタルに名称変更 （理事長）

現在に至る

【役 職】

医療法人社団久英会 理事長
社会福祉法人久英会 理事長
日本慢性期医療協会 副会長
福岡県慢性期医療協会 副会長
全日本病院協会 常任理事
全日本病院協会福岡 会長
福岡県私設病院協会 会長
日本医療法人協会 福岡県支部 理事
日本在宅療養支援病院連絡協議会 理事
日本地域医療学会 理事

【資格】

日本内科学会 総合内科専門医
日本循環器学会 専門医
日本抗加齢学会 専門医
日本リハビリテーション医学会 認定臨床医
日本プライマリーケア連合学会 認定医・指導医
日本臨床栄養協会 サプリメントアドバイザー



昭和62年 3 月	産業医科大学卒業
平成元年 3 月	国立東京第二病院 精神科研修医 修了
平成 4 年 3 月	国立東京第二病院 精神科レジデント 修了
平成 6 年 3 月	東芝タンガロイ（株） 産業医
平成11年12月	国立病院東京医療センター精神科
平成13年 9 月	フランス ポワンカレ病院 フランス政府給 費研究生
平成13年10月	国立下総療養所精神科医長
平成19年 8 月	下総精神医療センター 診療部長
平成27年 4 月	下総精神医療センター 院長
令和 8 年 4 月	久里浜医療センター 院長



1988年3月 三重大学医学部 卒
1994年12月 三重大学大学院医学研究科 単位取得退学
1995年1月 三重大学医学部附属病院 助手
1996年4月 松阪市民病院 精神科部長
2004年7月 三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿厚生病院
医長
2015年4月 同院 院長



口演発表 抄録本文

1-1 独居高齢者の入院拒否事例におけるかかりつけクリニックの役割と課題

発 表 者：玉谷クリニック 看護師 上村明子

【目的】我が国での、独居高齢者を取り巻く医療・介護上の課題が複雑化している。かかりつけクリニックには、疾病を治療するだけでなく、患者の生活背景や価値観を理解し、必要な医療・介護へつなぐ「伴走者」としての役割が求められる。本事例では、急性疾患により入院が必要になったが、入院を拒否した独居高齢者への支援を振り返り、患者の尊厳と安全を守りながら適切な医療に繋ぐ、かかりつけクリニックの役割と課題を検討した。

【方法】88歳独居女性Y氏の診療経過を振り返り、急性期における意思決定、家族・社会資源との連携、クリニックスタッフの介入について整理し、今後の支援体制を検討した。

【結果】Y氏は発熱、著明な炎症反応、両側肺炎像を認め入院が必要と判断されたが、本人は入院を拒否した。翌日、来院せず電話にも応答がなかったためスタッフが自宅を訪問した。病状理解の低下や状況にそぐわない言動がみられ、急性疾患に伴うせん妄の可能性が示唆された。院長による再説明、家族への連絡、身の回りの準備等を支援し、病院への搬送・入院につなげた。後日、本人は「入院はみんなに迷惑をかけるのでしたくないかった」と話し、入院拒否の背景には家族への遠慮や生活を守りたい思いがあったことがうかがえた。また、家族連絡先や介護サービス等の支援基盤がなく、急性期に社会資源へつながるまでの空白が課題となった。

【結論】本事例は、急性増悪時の判断力低下やキーパーソン・介護保険情報の未把握という「社会制度の隙間」を浮き彫りにした。かかりつけクリニックの機能は「治す」だけでなく「支える・つなぐ・寄り添う」ことにある。個人の善意に頼るのではなく、平時からの緊急連絡先の把握、早期の介護認定・地域包括支援センターとの連携、緊急時訪問・搬送の院内プロトコル整備といった組織的な「仕組みづくり」を進め、地域全体で患者の生活と尊厳を守る体制を構築することが重要である。

1-3 へき地の医師偏在を救うマンパワーとしての初期研修医と長期臨床実習（LIC）医学生の有用性

発 表 者：国民健康保険 飛騨市民病院 名誉院長 医師 黒木嘉人
共同提案者：国民健康保険 飛騨市民病院 工藤 浩、中林玄一、岡田 誠、伊藤顕太郎、野々村裕翼、佐藤直樹、富山大学医学教育学講座 高村昭輝、武島健人

【目的】飛騨市民病院では常勤医師が2013年には最低の3名にまで減少するといった危機的な医師不足に陥った。今回、初期研修医および長期臨床実習（Longitudinal Integrated Clerkships：LIC）学生のマンパワーとしての有用性を検討する。

【方法】医師確保対策として、飛騨市民病院の地域医療の役割を体系的に学習する教育研修事業「神通川プロジェクト®」を2012年から開始した。また富山大学医学教育学講座と連携して2022年より3か月間当院に滞在する長期臨床実習（LIC）を開始した。研修・実習内容は、1）一般外来（総合診療）、救急対応、訪問診療、2）チーム制で病棟主治医を担当、3）毎日朝夕のカンファレンスを通した丁寧な指導体制、4）毎日ポートフォリオを作成しフィードバック、5）他職種経験、6）患者さんの人生を聴取したライフストーリーレポートを通した全人的医療の学習、7）各種勉強会、8）専用の研修室と宿舎で快適な環境整備、9）地域の魅力と歴史を知るための町中案内、院外実習等とした。

【結果】当院の地域医療研修の魅力を派遣元病院での説明会や学術発表などを通して情報発信を行い、初期研修医数は年々増加し2026年度には富山県、岐阜県、愛知県の合計10施設より44名を受け入れることになった。常勤医師に加え初期研修医が従事することで、医師数が10名程度にまで確保する「V字回復」の成果につながった。またLIC医学生はこれまで7名受け入れ、院外実習で地域の実情を感じながら、外来初診患者の問診、病棟患者担当、救急での採血、ルート確保、内視鏡の助手やスコープ洗浄などの業務を行うことで、多職種の中での医師の仕事を学びながらスタッフの一員として活動した。

【結論】初期研修医とLIC医学生は、総合診療科としての役割を果たすことで、へき地の医師偏在を救うマンパワーとなることが示された。

1-2 高齢者におけるGLIM基準による低栄養診断と口腔問題評価（OHAT-J）との関連性に関する検討

発 表 者：北杜市立甲陽病院 管理栄養士 飯島令子
共同提案者：北杜市立甲陽病院 院長 外科 医師 中瀬 一

【目的】口腔ケア・栄養管理・リハビリテーションの三位一体の取り組みが推奨されている。当院では栄養介入の質向上のため口腔問題評価を開始した。GLIM基準による低栄養診断と口腔問題評価（OHAT-J）の関連性について検討した。

【方法】2026年4月～5月の期間に、当院に緊急入院した70歳以上の36名（男性17名、女性19名、平均年齢84歳）を対象に、入院時のGLIM基準とOHAT-Jを比較した。

【結果】GLIM基準重度低栄養はGLIM基準非該当に比較してOHAT-Jの口唇、舌、歯肉・粘膜の評価で1（やや不良）が多く、唾液の評価は1（やや不良）が急増していた。残存歯の評価で2（病的）が多かった。口腔清掃は1（やや不良）と2（病的）が多かった。

多項ロジスティック回帰分析では、口腔清掃、舌の状態、唾液分泌低下、歯肉粘膜の不良が低栄養に有意な関連を示した。

重度低栄養はスコア2～10に広く分布し、特に2～6が多い。重度低栄養ほどOHAT-Jスコアが高い。非該当は0～4に集中していた。GLIM基準の重症度とOHAT-Jスコア合計点は有意な正の相関を示した（ $p<0.001$ ）。

【結論】低栄養は「舌」「口唇」「口腔清掃」「唾液」「歯肉粘膜」と強い関連があった。

低栄養が歯周病など口腔状態の悪化を招くことは知られている。今回の結果では口腔状態の悪化が低栄養につながる可能性も示唆された。低栄養からのオーラルフレイルは全身状態の悪化、治療成績の低下につながる。緊急入院だったので入院時の口腔状態は、入院前の生活背景を反映していたと考えられる。入院時のすみやかな口腔評価と口腔ケア介入は重要である。日常における積極的な口腔ケア介入も栄養状態の維持、改善さらには緊急入院の回避につながる可能性がある。地域における口腔ケアは重要であると考えられる。

1-4 医学部学生による出張健康講話が地域住民の医療信頼感に及ぼす効果－愛南町における実践報告－

発 表 者：国保一本松病院 嶋本純也

【目的】医師の地域偏在が続く中山間地域において、医学部生による出張健康教室が地域住民の医学生・地域医療への信頼感に及ぼす効果を、単群前後比較デザインにより定量的に検討した。

【方法】令和8年5～7月に愛媛県愛南町内3会場（東海公民館、越田集会所、一本松山村開発センター）で開催した健康教室の参加者19名を対象とした。教室前後で医学生への信頼3項目（A1～A3）と地域医療への信頼5項目（B1～B5）を5件法で調査し、教室後には教室満足度4項目（C1～C4）を追加調査した。前後差の検定にはWilcoxon符号順位検定を用い、有意水準は両側5%とした。あわせて自由記載欄から住民の意見を質的に整理した。

【結果】対象者は女性18名、男性1名、平均年齢70歳代を中心とする19名であった。8項目すべてで教室後の平均値が上昇し、「地域の医療は自分や家族を支えてくれると感じる」（3.53→3.94、 $p=.020$ ）、「必要な医療が受けられると感じる」（3.47→3.88、 $p=.035$ ）、「医師の説明に納得できる」（3.76→4.18、 $p=.020$ ）の3項目で統計学的に有意な改善を認めた。「医学生は地域住民のことを大切に考えている」も上昇傾向を示した（ $p=.083$ ）。教室満足度は全項目で平均4.2以上と高評価であり、自由記載でも学生への好意的な意見が多数得られた。

【結論】医学部生による出張健康教室は、教育的満足度が高いだけでなく、地域住民の地域医療そのものへの信頼感を短期的に高める可能性が示唆された。ただし対照群を伴わない小規模な探索的検討であり、天井効果や自己選択バイアスの影響も否定できないため、今後サンプルサイズを拡大し、対照群および追跡調査を含めた継続的な検証が必要である。

1-5 患者が私に残したものー地域総合診療専攻医時代の記憶に残る患者経験とPractice Wisdom（実践知）ー

発 表 者：国保野上厚生総合病院 内科／外科医員、検査室医長 田島幸治

【背景・目的】 Practice Wisdom（実践知）は、経験、倫理、臨床判断などを統合する多面的な専門職能力である。本研究では、地域総合診療専攻医時代の記憶に残る患者経験が、Practice Wisdomおよびその後の臨床実践とどのように結びついていたかを質的に探究した。

【方法】2024年4月～2026年3月に研究者自身が担当した入院症例のうち、記憶に残る47症例を対象とした。「なぜ印象に残ったか」「何を学んだか」「その後の診療で何が変わったか」を後方視的に記述した。本研究は、診療を担当した医師自身が省察を記述・分析するresearcher-reflexive qualitative studyであり、Braun and Clarkeのreflexive thematic analysisにinformされた分析を行った。

【結果】 Practice Wisdomに関する4テーマ、①Practising with Clinical Uncertainty、②Integrating Patients' Lifeworlds into Clinical Care、③Navigating Value Conflicts through Shared Decision-Making、④Mobilising Regional Systems for Comprehensive Careが生成された。また、これらとは別に、学びのその後の実践における表れ方としてImmediate ChangesとLatent Readinessが捉えられた。

【結論】 記憶に残る患者経験は、当時必ずしもPractice Wisdomの形成として意識されていなかったが、後方視的には、その後の臨床実践を支えるPractice Wisdomと結びついた経験として理解された。本研究は、日々の患者経験が、当時は明示的に認識されていなくても、後方視的にはPractice Wisdomと結びついた経験として捉えられうることを示唆する。

2-1 地域医療において臨床検査技師ができること（出向心エコーによる循環器疾患の早期発見と病診連携の推進を目指して）

発 表 者：岩手医科大学医学部臨床検査医学・感染症学講座 助教 臨床検査技師 高橋敬太

共同提案者：岩手医科大学医学部医学教育学講座地域医療学分野 教授 医師 伊藤智範、岩手医科大学医学部臨床検査医学・感染症学講座 教授 医師 仲村 究

【目的】 地域医療を支えるには、多職種が専門性を生かして地域で連携・協働することが重要である。我々は、臨床検査技師も検査室の枠を越えて地域で専門性を発揮し、地域医療に貢献し得ると考え本研究に着手した。超高齢社会を背景に心不全患者の増加が懸念され、症候顕在化後は心不全増悪による入退院を繰り返すことがあり、患者・家族の負担やQOL低下につながるため、症候顕在化前の心疾患の拾い上げが重要である。しかし、循環器疾患の診断・評価に有用な心エコー図検査を十分に実施できない地域もある。そこで、臨床検査技師が非循環器専門医クリニックへ出向して心エコー図検査を行い、地域に潜在する循環器疾患を拾い上げ、専門医療につなげられるかを検討した。

【方法】 2021年4月～2023年12月に、同クリニックで研究計画書の適格基準をもとに医師が心エコー図検査を依頼し、臨床検査技師が検査を実施した患者を対象とした。心不全既往等を除外し、所見をA（異常なし）、B（軽度異常）、C（中等度以上の異常）に分類し、主要評価項目を専門医療への紹介対象となるC判定の割合、副次評価項目をBまたはC判定の割合とC判定後の専門医療への接続状況とした。

【結果】 解析対象203例中、A106例（52.2%）、B57例（28.1%）、C40例（19.7%）で、BまたはC判定は97例（47.8%）であった。C判定40例は全て専門医療機関へ紹介され、36例（90.0%）で受診が確認された。19例（47.5%）で治療介入が行われ、15例（37.5%）は治療介入の有無にかかわらず専門医による継続フォローとなった。さらに7例（17.5%）は外科手術等の侵襲的治療に至った。

【結論】 出向心エコーでは約2割に専門医紹介を要する異常を認め、その多くが専門医療につながった。臨床検査技師が専門性を地域で発揮することは、医療資源の限られた地域における疾患の拾い上げと専門医療への接続を支援する地域医療モデルとなる可能性が示唆された。

1-6 AI時代における臨床研修医採用試験の試み

発 表 者：栗原中央病院 臨床研修センター長 医師 宇佐美修

【目的】 従来の臨床研修医採用試験では、当日提示された課題に対し、制限時間内に筆記で回答する形式が一般的であった。しかし、生成AIの発達により模範解答の作成が容易となった現在、こうした試験が実臨床に必要な判断力や思考過程を十分に評価できているか再検討が必要である。当院では2025年度初期臨床研修医採用試験より、実臨床に近い環境での対応力を評価する新たな試験方式を導入した。

【方法】 受験者に対し、試験の1週間以上前にルール、ケースおよび質問を事前公開した。事前準備には文献検索、生成AIの利用、外部専門家への相談を含め制限を設けなかった。試験当日は、携帯電話・パソコン・生成AIの使用を許可し、外部専門家との直接相談、受験者同士の相談、入退室のみ禁止した。評価は結論の正誤ではなく、判断に至る過程を重視し、問題整理力、連携力、説明・記録能力、自己決定力、面談対応能力の5項目を各2点、計10点で採点した。

【結果】 従来と大きく異なる試験形式であったため、一部受験者に戸惑いがみられた。一方で、受験者の情報収集能力や意思決定過程を多面的に評価することが可能であった。

【考察】 本方式には公平性や評価基準の標準化といった課題が残る。しかし、生成AI時代において実臨床に近い環境で倫理的判断や問題解決能力を評価する新たな採用試験として有用性が示唆された。

2-2 ケアミックス病院における身体拘束最小化チーム導入による拘束率と転倒転落への影響

発 表 者：医療法人宝美会 総合青山病院 看護部 加藤 彩
共同提案者：鈴木聡美、岩瀬沙織、鶴見昌樹、大和俊信

【目的】 A病院は急性期、回復期、療養病棟を有する193床のケアミックス病院である。令和6年4月に身体拘束最小化チームを設置し、身体拘束の適正化と最小化に取り組んできた。本研究は、チーム導入前後の身体拘束率の推移を分析し、効果を検証することを目的とした。

【方法】 令和5年度から令和7年度の3年間を対象とし、急性期・回復期・療養病棟における入院患者数、身体拘束患者数、および転倒転落件数を後方視的に調査した。各病棟において身体拘束率および転倒転落率を算出し比較した。転倒転落率は病院全体では総件数および総患者数から算出し、病棟別に層別解析を行った。身体拘束率の経年的変化にはCochran-Armitage傾向検定を用い、転倒転落率の比較には χ^2 検定を用いた。有意水準は5%とした。

【結果】 病院全体の入院患者数は令和5年度59,501人、令和6年度61,949人、令和7年度61,580人であった。身体拘束患者数は9,612人、7,740人、5,828人であり、身体拘束率は16.2%、12.5%、9.5%と経年的に低下した。Cochran-Armitage傾向検定の結果、有意な減少傾向を認めた（ $p < 0.001$ ）。急性期病棟では身体拘束率が10.2%、9.8%、5.6%と低下した（ $p < 0.001$ ）。回復期病棟では6.7%、7.7%、5.8%と推移した（ $p > 0.05$ ）。療養病棟では31.5%、20.5%、18.4%と大幅に低下し、有意に低下した（ $p < 0.001$ ）。転倒転落率は病院全体で2.5%、2.8%、2.7%であり、著明な増加は認めなかった（ $p > 0.05$ ）。急性期病棟では0.28%、0.2%、0.27%と横ばいで推移し、回復期病棟では0.34%、0.52%、0.34%と一時的な上昇を認めたがその後改善し、療養病棟では0.13%、0.13%、0.09%と低下し、いずれの病棟においても転倒転落率の増加は認められなかった（ $p > 0.05$ ）。

【結論】 身体拘束最小化チーム導入により、病院全体および急性期・療養病棟において身体拘束率の有意な減少が認められた。転倒転落率の増加は認められず、身体拘束最小化と患者安全の両立は可能であることが示唆された。

2-3 医療過疎地域における医療依存度が高い若年患者の退院支援～地域ネットワーク構築の重要性～

発 表 者：上越地域医療センター病院 麻酔科部長／総合診療科医長／患者支援センター長 医師 川崎政紀
共同提案者：上越地域医療センター病院 主任医療福祉相談員 医療ソーシャルワーカー 佐藤幸恵

【目的】上越地域は高齢化に加え医師偏在指標・へき地尺度ともに下位で、重点医師偏在対策支援区域に指定される医療過疎地域である。社会資源に限られる中でケアニーズの高い患者は、入院期間の長期化や退院後生活の不安定さに繋がりがやすいなど生活への移行が難航しやすい。入院時から退院後を見据え、院内多職種チームと地域との協働体制を構築することにより、社会資源の有効活用と患者を中心とした支援の両立を目指した取り組みを報告する。

【方法】心肺蘇生後脳症により気管切開や経管栄養などの医療的ケアを要する若年成人症例を対象とした。入院早期から院内多職種カンファレンスを定期的に開催し、家族が希望する在宅生活の実現を共通目標として治療・療養方針をチームで共有の上、インフォームドコンセントを実施した。その後、患者家族を中心に地域支援者を含めた支援チームを形成し、生活を主軸とした地域との協働を継続しながら、情報共有の迅速化および在宅移行に向けた課題の抽出・整理を行った。

【結果】多職種支援と地域協働の結果、課題整理や必要な受け皿の検討が多面的に行われ、患者・家族の意向を尊重した支援体制の構築を可能にした。同時に地域のネットワーク強化により地域課題も明確化され家族の不安軽減に向けた方向性の見直しなど柔軟に対応することも可能となった。在宅側は支援の円滑化や早期在宅移行の実現、医療者側も地域連携の重要性の再認識・入院期間の長期化防止・支援の質向上というメリットが得られた。

【結論】医療資源に限られた医療過疎地域では、入院期間の適正化と患者支援の質向上の両立が求められる。入院早期から多職種が協働して目的・課題を明確化することで入院期間の適正化が進み、さらに医療・福祉と地域が連携した地域完結型の支援体制により、患者・家族を中心とした質の高い支援が可能となった。多職種・地域協働の退院支援は医療資源の有効活用と患者中心の医療に寄与する。

2-5 専門治療を集約し、入口を地域に広げる～女性骨盤底疾患診療における地域中核病院の役割～

発 表 者：呉共済病院 泌尿器科 安東栄一
共同提案者：呉共済病院泌尿器科 小倉一真、近藤俊雄、セントラル病院 有地直子

【目的】高度専門治療の集約は、医療の質と安全性を保つうえで重要である。しかし、患者の生活圏まで集約されるわけではない。島しょ部や公共交通の乏しい地域では、移動そのものが受診の壁になる。女性骨盤底疾患では、羞恥心や「年齢のせい」という思いも受診をためらう一因となる。本報告では、専門治療を中核病院に集めながら、地域に受診の入口を広げる体制と成果を検討した。

【方法】当院では、広島・呉地区で唯一の日本女性骨盤底医学会専門医を中心に、2024年4月、相談から専門治療まで受け止める体制を整えた。骨盤底筋リハビリテーション、ロボット支援仙骨腔固定術、腹圧性尿失禁手術、ボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法を導入した。セントラル病院（福山市）の女性泌尿器科医かつ同専門医である有地医師による専門外来と女性看護師による専用電話相談を開始し、受診のハードルを下げた。看護師・理学療法士と地域講演や医療機関訪問を行い、疾患と治療選択肢を周知した。整備前後の手術件数、リハビリ実施数、市外からの紹介数を後方視的に集計した。

【結果】骨盤臓器脱手術は2023年8例から2024年64例、2025年107例に増加した。市外からの紹介も同期間に10例、30例、60例と増え、地域の専門治療拠点として症例集約が進んだ。骨盤底筋リハビリテーションは2025年10月から2026年7月までに計30例に実施した。相談・啓発から専門外来、保存的治療、手術へつながる流れができた。

【結論】中核病院の役割は、専門治療を行うことだけではない。患者がたどり着ける仕組みを、地域とつくる必要がある。生活圏に近い中等規模病院が認知形成、相談、可能な治療を担い、中核病院がリハビリ、専門手術、術後管理を担えば、治療の集約と医療アクセスは両立できる。治療は中核病院に集約し、入口は地域に広げる。この役割分担が、医療集約化時代の地域診療を支える仕組みになる。

2-4 医療集約化時代の女性骨盤底疾患診療～治療を集約しても、患者を地域に置き去りにしないために～

発 表 者：セントラル病院 泌尿器科 医師 有地直子
共同提案者：呉共済病院 泌尿器科 近藤俊雄、小倉一真、安東栄一

【目的】医療集約化が進む一方、女性骨盤底疾患では、羞恥心や加齢によるものとの認識、相談先の分かりにくさなどから、治療可能な疾患であっても受診に結びつかないことがある。こうした患者を身近な地域で受け止め、必要な治療へつなぐ入口を確保することは重要である。当院の取り組みを通じ、中等規模病院が果たし得る役割について報告する。

【方法】当院は広島県福山市に位置する60床の病院で、2024年7月に女性泌尿器科外来を新設した。演者は透析診療と兼務しながら同外来を担当し、福山市内で唯一の日本女性骨盤底医学会専門医として診療にあたっている。紹介状を要しない直接予約、電話相談、地域住民向け講演などにより受診の入口を広げた。保存療法・薬物療法に加え、腹圧性尿失禁手術やボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法など自院で対応可能な治療を行い、高度専門治療を要する症例は中核病院へ紹介した。

【結果】初診患者は、外来開設後の2024年7～12月に85名、2025年に148名、2026年1～6月に98名であった。電話相談は月6回、いずれも午後演者が対応し、相談者の約6割が実際の受診につながった。同一医師が連携先中核病院でも診療することで、治療方針や術後経過を共有し、必要時に直接相談できる人的連携を構築した。外来新設後、呉共済病院、福山市民病院、川崎医科大学附属病院などでロボット支援仙骨腔固定術を受けた43名の術後診療を当院で継続している。

【結論】中等規模病院は、地域に近い受診の入口を持ちながら、特定領域に専門性を集中できるという独自の強みを有する。自院で対応可能な治療を担い、治療難度に応じて中核病院と役割を分担することで、高度治療後も地域で診療を継続できる。この循環は、切れ目のない女性骨盤底疾患診療につながる。医療集約化時代において、専門性を有する中等規模病院は、地域医療を支える重要なハブ機能を担い得る。

3-1 カンファレンスを通じた情報共有による統一した看護実践の結果～ICUにおける口渇緩和および自己抜去予防への取り組み～

発 表 者：社会医療法人里仁会興生総合病院 看護師 平田有梨沙
共同提案者：赤石恵子、今本倫香、應谷浩之、平田有梨沙

【目的】当院ICUでは患者1人辺りの在室日数が短く、個別性を踏まえた看護の実践や情報共有が十分に行われていなかった。そのため看護の統一が図れず、継続した看護提供が困難な状況であった。そこで、1日1回のカンファレンスを行うこととした。カンファレンスを通して情報を共有し、統一した看護の提供を目的として取り組んだ。

【方法】看護計画（#身体損傷リスク状態：チューブ類抜去、#セルフケア不足）立案・修正。
A氏についてカンファレンスを実施（参加者：日勤看護師全員＋リハビリスタッフ）し、内容はカルテ記録に残す。iPhoneの患者情報共有システム（以下患者トーク）を利用してICU看護師全員に共有する。実施した後に再度カンファレンス内で評価を行う。

【結果】対象患者のICU入院期間中、合計10回のカンファレンスを実施し、患者トークを利用してICU看護師全体への情報共有を行った。口渇への対応として、冷凍綿棒によるマッサージや口腔ケアを実施し、主観的苦痛の軽減が認められた。また、レビン自己抜去への対応として固定テープの種類変更や貼り替え頻度の調整を行い、不快感の軽減に配慮した看護介入が可能となった。これらの介入は身体拘束に頼らず、患者の尊厳を尊重した看護実践であり、今後も継続的な評価と多職種連携が必要と考えられる。

【結論】カンファレンスを活用した継続的な情報共有と介入内容の検討・修正により、看護師間の認識が統一され、安定した看護の提供につながった事が明らかとなった。看護の方向性を共有する仕組みを整えることは、看護のばらつきを抑制し、看護の質の維持・向上につながる有効性が示唆された。

3-2 メディカルスタッフ主体の持続可能な心不全管理体制の構築

発 表 者：府中市民病院 内科 医師 山本涼太郎
共同提案者：府中市民病院 リハビリテーション科 理学療法士 西田将規、府中市民病院 看護師 桑田麻紀、檜崎博子

【目的】約5万人の医療圏を担う地域中核病院の当院は、高齢化で心不全患者が増加している。しかし循環器専門医不在もあり、医療従事者や地域住民ともに心不全の病態や管理への理解・関心が行き届かず、頻回再入院や重症化する患者が一定数いた。過去に専門医の異動に伴い診療体制継続が難しくなった経験から、属人的でない持続的な管理体制が必要と考えた。本活動は「専門医を残す」のではなく「心不全診療を地域に残す」ことを目指し、メディカルスタッフ主体のチームによる管理体制構築を目的とした。

【方法】循環器内科の診療経験がある医師1名と看護師12名、理学療法士2名、社会福祉士1名、薬剤師1名、管理栄養士2名の計19名でチームを結成し、週1回30分かけて1症例を検討した。カンファレンスシートを事前に作成し協議内容を適宜追加しつつ生活背景やリスクまで深く検討した。カンファレンスを基に患者・家族へ手帳配布やセルフケアや病態の指導を行うとともに、施設退院の場合は施設スタッフへも直接指導し、管理体制を地域へ拡張した。

【結果】8ヶ月で30症例のカンファレンスを行い介入した。討議活性化のためカンファレンスシートは改訂を重ね第5版に至った。検討した症例の患者・家族へ手帳配布や教育を行った。施設退院も5例あったため各施設にも直接指導を行った。介入患者のうち6名の電話相談や早期受診につながった。施設からは他利用者の相談もあり波及効果が生じた。さらに頻回再入院を繰り返し長期療養入院も考慮された重症患者が、チーム介入により自宅での自立生活を維持できている。

【結論】多職種が主体となって心不全診療を地域に残すアプローチは、地域全体のセルフケア力向上と早期介入による重症化予防に寄与する可能性がある。1症例を深く検討するカンファレンスが多職種の知識や管理力の向上にもつながる可能性を秘めている。

3-4 離島における経済的、社会的困難を抱える進行喉頭癌患者の受療を支えた多職種・多機関連携の一例

発 表 者：沖縄県立中部病院総合診療科・島医者養成プログラム所属
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所勤務 医師 長山晋聡

【目的】離島では、医学的緊急性に加え、経済的困窮や社会的孤立が受療の障壁となることがある。今回、複数の社会的課題を抱える進行喉頭癌疑い患者に対し、多職種・多機関連携により短時間で受診体制を整えた一例を報告する。

【方法】70歳男性、独居。無職で貯蓄は乏しく、家族・近隣との交流も少なかった。健診未受診、保険料未納で自費診療の状態であり、長期喫煙歴を有した。数週間続く呼吸困難と嘔声で午前9時に受診し、初期対応で改善せず喉頭癌を疑い高次医療機関への紹介を検討した。しかし14時30分の船便まで時間が限られ、交通費・受診費も確保できていなかった。診療所から役場へ連絡し、保険資格に関する手続きと生活保護申請を依頼した。並行して紹介状作成と受診調整を行い、本人の同意のもと家族へ連絡し、医師・看護師・事務職同席で費用支援を相談した。

【結果】役場内で緊急協議が行われ、担当職員が来所して生活保護申請を支援した。家族から一時的な費用支援も得られ、約5時間半で経済的・医療的課題を調整し当日中の受診につなげた。搬送先でCTにて喉頭腫瘍と気道狭窄を認め、緊急気管切開術が施行され、翌日大学病院へ搬送後に手術となった。その後、生活保護が認定され医療費が確保され、本島へ転居し家族と生活している。

【結論】社会的困難を抱える患者では、医学的緊急性と受療障壁を同時に評価し、行政・家族・医療機関をつなぐ調整が重要である。平時から顔の見える多職種連携を構築するとともに、健診未受診、保険料未納、孤立などを手掛かりにハイリスク住民を早期に把握する仕組みを整えることで、有事の調整負担を軽減し、地域を越えて再現可能な支援体制へ一般化できる可能性がある。

3-3 在宅医療における連携について：「バイタルリンク」「あんしんサポート隊」の活用

発 表 者：高良台コミュニティホスピタル 医員 医師 川口勝輝

【目的】当院における在宅医療の連携を円滑に進めることに寄与している「バイタルリンク」「あんしんサポート隊」の活用状況についての報告、共有を行う。

【方法】医療・介護従事者向けの多職種連携情報共有システムとして普及しているアプリケーション「バイタルリンク」について、準緊急要件や待機的相談案件について、登録者間での全体的共有、備忘録としての活用の実例について紹介し、多職種連携の強化についての一助とすることを提案したいと考える。また、当院独自の「あんしんサポート隊」のシステムについて、在宅担当医間での連携による負担軽減の一例として紹介し、他院での同様の事例等についても御意見を頂戴したいと考える。

【結果】「バイタルリンク」の活用によりより活発な意見交換が可能となり、在宅医療対応患者様について、より迅速で幅広い対応が可能となっていると考える。また、「あんしんサポート隊」の活用は夜間、休日の在宅担当医の肉体的、精神的負担の両面を分散し、長期的に在宅医療に関わることを可能とする仕組みであると考えている。

【結論】当院における「バイタルリンク」「あんしんサポート隊」の活用については運用途上であり、現時点でも効果を実感できる面もあるが、今後多方面からの意見、要望を聴取しさらなる改善、システムとしての質向上を目標としていきたいと考える。

3-5 FileMakerを活用した緊急時患者情報システムの構築

発 表 者：医療法人 天心堂 志田病院 法人本部 システム管理 主任 田中徳文
共同提案者：医療法人 天心堂 志田病院 志田知之

【はじめに】医療機関においては、災害やサイバー攻撃等で電子カルテが使用不能になっても診療機能を可能な限り維持・継続することが求められる。しかし、既存ベンダーのバックアップシステムは高額であり、追加でデータ参照システムを構築するためにはさらにコストがかかる。当院では電子カルテ導入前からFileMaker（以下FM）を用いた業務支援システムを独自開発・運用してきた経緯がある。今回、FMを活用して緊急時の患者情報システムを構築したため、報告する。

【取り組み】電子カルテの障害を想定した対応計画を法人内で検討し、紙ベースでの診療録の記録やオーダーの伝達などの運用方法が取りまとめられた。しかし、これだけでは電子カルテ障害以前の患者の診療情報（既往歴、現病歴、薬歴、検査結果、連絡先等）が取得できず、診療継続に大きな支障を来すことが懸念された。そこで、平時より患者の診療情報をバックアップし、FMを活用して情報を参照出来るシステムを構築することとした。

電子カルテサーバーとは別のサーバーを用意し、毎日、既往歴、現病歴、薬歴、検査結果、連絡先をバックアップするシステムを構築した。バックアップデータはFMで情報を参照でき、必要に応じて印刷可能とした。システム構築後、電子カルテ障害を想定した運用訓練を行った。現病歴や薬歴情報が取得できることから、比較的スムーズな診療継続ができ、病棟では診療情報を入院患者分印刷することで、参照用端末の取り合いになることなく運用できた。

【考察】電子カルテ障害時には、電子カルテ内の診療情報をいかにして取得し、現場に展開していくかが重要となる。カスタマイズ性の高いFMを活用することで、安価かつニーズに応じた患者情報システムを構築することができた。今後は、さらにシステムを改修し、システム上でオーダーリングやカルテ記載を行う機能を追加していきたい。

4-1 医師の年齢構成と地域偏在が在宅医療提供に与える影響

発 表 者：国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部
医療マネジメント学科 講師 藪下千恵美

【目的】本研究は、医師の年齢構成および地域偏在に着目し、在宅医療提供体制との関連を明らかにすることを目的とした。地域間の医師分布の違いが在宅医療提供量に与える影響を検討した。

【方法】全国の二次医療圏を対象に、「医師・歯科医師・薬剤師統計」およびNDB（National Database）を用いて分析した。医師数については年齢階級別構成を用い、地域区分は大都市、地方都市、過疎地域の3区分とした。在宅医療提供量の指標として、在宅患者訪問診療料および訪問看護指示料のSCR（Standardized Claim-data Ratio）を用いた。医師の年齢構成および人口当たり医師数と在宅医療提供量との関係について回帰分析を行った。公開二次データのため倫理審査は不要と判断した。

【結果】医師の年齢構成は高齢化が進行しており、特に診療所勤務医師では中高年層の割合が高く、70歳以上が約2割を占めていた。一方、若年層は大都市に集中し、地方および過疎地域では相対的に少ない傾向が認められた。回帰分析の結果、人口当たり医師数は在宅患者訪問診療料と有意な正の関連を示した（ $\beta=0.39, R^2=0.18$ ）が、その説明力は限定的であった。大都市では明確な関連が認められない場合もあった。さらに、在宅医療提供量は地域間で最大約5倍の差が認められた。

【考察】医師の年齢構成および地域偏在は在宅医療提供に一定の影響を及ぼすものの、単独では地域間格差を十分に説明できないことが示唆された。特に過疎地域では医師数の不足に加え、地理的条件や医療資源の集積度、多職種連携体制など複合的要因が影響している可能性がある。在宅医療体制の充実には医師数の確保に加え、地域特性に応じた包括的な体制整備が必要である。

【結論】医師の年齢構成と地域偏在は在宅医療提供量と関連を示すが、その影響は限定的であり、地域医療体制の構築には多面的なアプローチが求められる。

4-3 地域包括ケア病院における認知機能低下患者のバランス能力の特徴と入退院時変化量の検討

発 表 者：聖カタリナ病院 野口麻礼
共同提案者：聖カタリナ病院 野崎真里奈、安東彩実、真下翔太、林 謙司、佐藤宏幸、秋里景子、聖路加国際病院 大塚七海

【目的】地域包括ケア病院では、高齢化に伴い認知症患者が多く入院している。認知症患者は転倒リスクが8倍とされ、身体的治療が必要になった際の阻害因子とされることが多く、認知機能低下患者の身体機能回復は重要な課題である。本研究の目的は、地域包括ケア病院に入院した認知機能低下患者のバランス能力の特徴と入退院時変化量を明らかにすることである。

【方法】対象は、2024年8月～2026年5月に当院にて入院リハビリテーション介入した109例とした。電子カルテより年齢、性別、Mini-Mental State Examination（MMSE）、入退院時のバランス評価としてShort Physical Performance Battery（SPPB）と下位項目スコア（バランス・歩行速度・立ち上がり）、修正Timed Up and Go test（TUG）、2分間ステップテスト（TMST）を抽出した。入院時MMSE24点を基準に非低下群、認知低下群の2群に分け、入退院時のバランス評価と入退院時変化量をMann-WhitneyのU検定、Welchのt検定を用いて比較解析した。

【結果】非低下群61名（女性37名、83.1歳）、認知低下群48名（女性31名、85.8歳）であった。認知低下群は非低下群と比較して、入院時のバランススコア（ $p=.009$ ）、退院時のバランススコア（ $p=.002$ ）、歩行速度スコア（ $p=.033$ ）、SPPB（ $p=.006$ ）、修正TUG（ $p=.004$ ）が有意に低かった。また、認知低下群の立ち上がりスコアの入退院時変化量は非低下群よりも有意に小さく（ $p<.001$ ）、他項目の変化量に有意差はなかった（ $p>.005$ ）。

【結論】地域包括ケア病棟入院の認知機能低下患者において、入退院時のバランススコア、退院時の歩行速度、SPPB、修正TUGが有意に不良であり、認知機能とバランス能力との関連が示された。また、下肢筋力を反映する立ち上がりスコアは認知低下群での改善が少ないが、他項目の変化量における有意差はなく、認知低下患者に対してリハビリテーション介入によりバランス能力が向上する可能性が示唆された。

4-2 不穏行動を呈した認知症患者への関わり：心理的ニーズに着目したパーソンセンタードケア

発 表 者：興生総合病院 地域包括ケア病棟 看護師 藤川尚子
共同提案者：師長 牧田佳子

【目的】スタッフへ激しい暴言・暴力を呈した認知症患者への関わりを振り返り、行動の背景にある心理的ニーズに着目した看護のあり方を検討することである。

【方法】対象は右結石性腎盂腎炎で入院した81歳女性（要介護2、HDS-R17点）。看護学生の受け持ち終了を機に夕方を中心とした不穏、ケア拒否、暴力行為が増強した。不穏を単なる問題行動ではなく「安心感の不足」に対する反応と捉え、否定せず受容する声掛け、段階的な身体接触、肯定的なフィードバックを意識した。また、ナースコールに対して単に制止するのではなく、塗り絵や景色を眺めるなどの活動を提案した。この実践をトム・キットウツの「5つの心理的ニーズ」に基づき分析した。

【結果】適切な介入により暴力は短時間で収まり、穏やかな会話が可能となった。転院当日には患者から「あなたじゃなかったらバスに乗らなかった」との言葉が聞かれ、短期間での信頼関係構築が示唆された。5つのニーズの視点から分析すると、穏やかな制止は「なぐさめ」に、活動の提案は「たずさわること」に、語り合いは「結びつき」に、詰所での食事は「共にいること」を満たし、見捨てられ不安や孤立感の軽減に繋がったと評価できた。

【結論】重度の不穏行動（BPSD）を呈する認知症患者であっても、一人の人間として尊重し受け入れる姿勢を根底に持ち、心理的ニーズを充足させる非薬物的介入を意識することで、良好な関係性を構築し、穏やかな時間を共有できる可能性がある。多忙な業務下においても、チーム全体で感情理解を基盤とした一貫した対応を統一していくことが重要である。

4-4 総合診療医との多職種カンファレンス導入による地域包括ケア病棟での患者支援の取り組みとその変化

発 表 者：伊達赤十字病院 看護師長 看護師 秋田朗子
共同提案者：日下伸明、鳥山敬祐、木原広栄、太田百代

【目的】2025年度より市の総合診療医確保、定着支援事業として、総合診療医が当院で活動している。当病棟では看護師は日常業務に追われ、患者の生活背景や退院後の生活を検討する場が充分ではなかった。同年6月より患者中心の支援の質向上を目的とした多職種カンファレンスを導入した。本取り組みを通した学びや病棟看護師の意識の変容について報告する。

【方法】多職種カンファレンスは、月2回総合診療医による司会のもと実施した。内容はjonsenらの臨床倫理の4分割法を用いて、高齢独居、認知症、がん患者など自宅退院が難しく現場で苦慮した事例を対象とした。1年後には司会進行を総合診療医から看護師に役割を担えるようにし運営を継続した。病棟看護師に対して、カンファレンスを通した学びや自身の変化についてアンケートを取得した。倫理的配慮として個人が特定できないように番号で処理した。

【結果】アンケートは22名の回答を得られた。結果から、学びに関しては「背景まで捉える事で1人の患者をチームで考えられるようになった」自身の変化においては「どうしたら自宅に帰れるのかという視点に変わり支援していこうという考えに変わった」という意見も見られた。一方で「参加時間の確保の難しさ」や「カンファレンス後に確実に看護実践につなげていく仕組み作りが必要」など改善を要する声も上がった。

【結論】多忙とされる地域包括病棟において、患者中心の支援の質を向上する難しさを実感していた。しかし、患者中心の医療の方法を実践する総合診療医との多職種カンファレンスにより、看護師の専門的視点から活発な意見交換が行われるようになり、患者をチームで支援しようとする意識が表れるようになった可能性がある。また今後は、実際に患者日線での評価や看護実践につなげる仕組みづくりという改善点も考慮した運営の必要性があげられる。

4-5 精神症状への対応を求められて往診し、重篤な身体疾患を認めた2例ー地域医療における初期診断のピットフォールー

発 表 者：医療法人吹生会たきざわクリニック 院長 医師 滝沢義唯

【目的】 地域医療では、患者の主訴や症状に応じて、各医師の専門性を活かした診療依頼が行われる。一方、依頼時に想定された診療領域が、その後の診断過程に影響を及ぼす可能性がある。今回、精神科的対応を求められて往診した患者に重篤な身体疾患を認めた2例を経験し、専門性に基づく依頼と実際の病態との乖離について検討した。

【方法】 精神科的評価を目的に往診依頼を受け、診察時の身体所見や行動上の違和感から精神疾患以外の病態を疑い、その後重篤な身体疾患が判明した2例について、依頼時情報、往診時所見、診断に至る経過を後方視的に検討した。

【結果】 症例1は認知機能低下や性格変化を主訴に依頼された。往診時、一度起き上がった後に右側へ傾くように横になり、そのまま眠る様子から器質性脳疾患を疑い、精査で脳腫瘍が判明した。症例2は精神科的問題を念頭に依頼されたが、血圧68/50mmHg、脈拍72回／分、収縮期雑音を認め、循環動態の悪化を疑った。その後、慢性心不全増悪が判明した。

【考察】 地域医療では、各医師の専門性に応じた診療依頼は有用である。一方、**主訴や症状から特定の診療領域が想定され、その枠組みが初期評価に強く影響すると、専門領域外の重大疾患を見逃す可能性がある。* * 今回の2例は精神科への依頼で経験したが、同様の問題は各診療科に共通して生じ得ると考えられる。専門性を活かしつつ、初期評価では依頼時の診療科ラベルに過度にとらわれず、患者全体を評価する姿勢が重要である。

5-1 外来通院70歳以上高齢者の下腿周囲長変化に関する検討ー栄養状態を支え地域を守るー

発 表 者：北杜市立甲陽病院 外科・院長 中瀬 一
共同提案者：北杜市立甲陽病院 栄養科 飯島令子、看護部 浅川弘美、看護部 小泉恵子、薬剤科 浅川浩樹、臨床検査部 大柴理香、リハビリテーション科 千葉隆史

【目的】 世界共通の低栄養診断であるGLIM基準が登場し、ICD11では成人低栄養が疾患に位置付けられた。GLIM基準では筋肉量評価の一つに下腿周囲長（CC）が示されている。昨年の本学会で入院患者のCCが外来通院患者より細く、CCが細いと入院後の予後が不良になる可能性を報告した。

【方法】 昨年の外来群（2025年2月から4月まで2年以上筆者の外来に定期通院していた70歳以上の男性85例、女性125例）のうち2026年2月から4月の間に受診した症例を対象。下腿周囲長（CC）、BMI、食事摂取、運動習慣、この1年間の緊急入院等イベント歴、自宅以外退院等転帰について検討した。

【結果】 男性59例（83歳）、女性88例（83歳）が受診。CC（cm）、BMI（kg/m²）の各中央値は2025年/2026年で男性32.5/32.0、22.6/22.7、女性31.3/31.2、21.7/21.9。1年間でのCC低下群／非低下群（変化率％）で、男性は39/20例、84/81歳、CC：31.8（-3.7）／32.8（+2.5）（p<0.01）、BMI：21.7（-2.3）／23.4（+3.0）（p<0.01）、食事摂取適切36（92.3％）／19（95.0％）例、運動習慣有25（64.1％）／14（70.0％）例、イベント有11（28.2％）／1（5.0％）（p<0.01）例、転帰不良4（10.3％）／0（p<0.01）例。女性は43/45例、83/83歳、CC：30.0（-2.6）／32.0（+1.2）（p<0.01）、BMI：21.0（-2.1）／23.0（+1.1）（p<0.01）、食事摂取適切38（88.4％）／42（93.3％）例、運動習慣有16（37.2％）／37（82.2％）例（p<0.001）、イベント有16（37.2％）／11（24.4％）例（p<0.01）、転帰不良5（11.6％）／1（2.2％）例（p<0.01）。イベントを目的変数とした多変量ロジスティック回帰分析では、男性はCC低下のORは1.55、女性は運動習慣なしのORは4.2、CC低下のORは1.35。観察期間未受診の理由が判明した症例は、男性では受診日非合致4、通院困難5、他院入院中2、死亡3。女性では受診日非合致7、通院困難9、他院入院中2、死亡4。

【結論】 前年すでにCCは男女ともにGLIM基準でのカットオフ値以下だったが、1年間でのCC低下によりイベントの増加や自宅に帰れなくなる可能性が示唆された。緊急入院時には炎症が加わることも多く、低CCでは容易に低栄養状態に陥り入院後の経過が不良になる可能性がある。食事摂取や運動は自己申告であったが、CC測定は簡便な客観的指標である。日常の栄養状態の維持、改善にCC測定をも取り入れることは、緊急事態を回避していつまでも住み続けられる地域を支えるために重要であると考え。

4-6 D to P with Nは搬送回避策か、医療介入へのゲートウェイー緊急訪問1,547件の転帰分析ー

発 表 者：秋本クリニック 管理職 杉田かおり
共同提案者：秋本悦志

【目的】 D to P with Nは、在宅療養継続を支える仕組みとして捉えられやすい。一方、在宅急変時には、重症例に必要な医療介入へつなぐ機能も求められる。本研究は、緊急訪問後の転帰とオンライン診療の利用状況を比較し、D to P with Nが在宅完結の手段にとどまらず、医療介入へのトリアージ・ゲートウェイとしての役割を担う可能性を検討した。

【方法】 2024年1月1日～2026年5月30日の緊急訪問1,547件（417人）を対象とした後方視的記述研究である。転帰を在宅継続群と追加対応等群（当日・翌日往診、救急搬送、入院、死亡）に分類し、患者背景、症状、オンライン診療、電話指示、処置の件数と割合を比較した。

【結果】 在宅継続は1,416件（91.5％）、追加対応等は131件（8.5％）で、内訳は往診113件、救急搬送10件、入院5件、死亡3件であった。オンライン診療は472件（30.5％）で実施され、うち418件（88.6％）は在宅継続に至った。その利用率は在宅継続群29.5％に対し、追加対応等群では41.2％と高かった。追加対応等群では、在宅継続群より終末期がん（66.4％対39.4％）、電話指示（49.6％対24.9％）、点滴・注射（39.7％対18.7％）の割合も高かった。追加対応等への移行率は、嘔吐28.6％、呼吸苦19.0％、疼痛15.3％であった。

【結論】 D to P with Nは、在宅継続例だけでなく、往診・入院・搬送に至った症例でも用いられていた。オンライン診療は在宅完結の手段に限らず、訪問看護師の初期評価を医師の判断につなぎ、その後の対応方針を決める接点として活用されていた。D to P with Nは、在宅で支える症例と追加対応を要する症例を振り分ける、在宅急変時のトリアージ・ゲートウェイとなる可能性がある。

5-2 眼科医療過疎地における巡回型白内障手術の実践ー眼科ドクターカーの運用と課題ー

発 表 者：小出眼科 院長 医師（眼科専門医） 小出健郎
共同提案者：あたご診療所 上野山庄一、永田眼科 永田豊文

【目的】 中山間地域では地理的要因や公共交通の脆弱さから眼科アクセスが難しく、白内障手術の通院負担や家人等の送迎負担が課題である。そこで検査用の「どこでも眼Car[®]」と、手術用の「どこでもオペCar」を開発した。へき地指定の浜松市天竜区阿多古地区を対象に、地域診療拠点「あたご診療所」と連携した巡回型手術の実践と行政対応を報告する。なお、同診療所から最寄り眼科医院までは約12km、手術対応可能な基幹病院までは約22km離れており、高齢患者の負担となっている。

【方法】 両車は普通免許で運転可能で、車椅子用リフトを装備した。眼Car[®]に主要検査機器、オペCarに顕微鏡や手術装置を備え、HEPAフィルター等でISO class 5～7の清浄度を確保、安定電源やオゾン水手洗いも完備し診療所駐車場で実施した。行政対応として浜松市保健所の立入確認により車両が診療所基準に適合すると確認した。また東海北陸厚生局への事前照会により「巡回診療」の枠組みで手術を一律に制限する規定はなく可否判断は所管保健所に帰属するとの見解を得て法的・衛生的クリアランスを確立した。術前には文書同意を得て、術後は院内手術と同等の間隔・回数で、すべて術者が対面診察した。

【結果】 計32例60眼（平均81歳）に手術を実施した。手術時間は平均約8分で、重篤な術中・術後合併症はなかった。術翌日3眼の一過性高眼圧は自然軽快した。また1眼で残存水晶体皮質除去の再手術を車内で行ったが、最終的に全例で良好な視力改善と通院負担の大幅な軽減を得た。

【結論】 本手法は検査から手術、術後管理まで地域内で完結でき、医療アクセスを抜本的に改善する。乗用車ベースの手術車両による白内障手術は国内外に先行例がなく、新たな地域医療モデルの実現性を示した。今後は、術者の負担軽減と持続可能な運用のため、応援眼科医との連携や遠隔診療機器を活用した体制の構築が課題である。

5-3 診療所職員が参加する地域住民バスハイクー交流と安心を育む地域活動の試みー

発 表 者：生協ふたば診療所・国立病院機構栃木医療センター 前橋美歌
共同提案者：伊藤陽子、三上直人、増山民江、鈴木美代

【目的】高齢化の進む地域では、社会的孤立や外出機会の減少が健康や生活の質に影響することが知られている。地域住民同士および医療者との交流を深め、安心して外出できる機会を創出することを目的として、医療生協支部が実施した地域住民バスハイクに診療所職員として参加し、その取り組みについて報告する。

【方法】診療所利用者を中心とした地域住民を対象に、医師・看護師・事務職員が同行する日帰りバスハイクに参加した。参加者45名、平均年齢80.2歳であった。訪問先では地域の歴史や文化に触れる機会を設け、参加者同士および職員との交流を図った。活動終了後、参加者の反応や職員の振り返りをもとに活動の意義を検討した。

【結果】移動中に体調変化を認めた参加者がいたが、同行職員が速やかに対応し、全員が安全に帰宅することができた。職員にとっても、診察室では知ることのできない参加者の表情や住民同士の支え合いの様子を知る機会となり、地域活動の意義を再認識する契機となった。参加者からは「久しぶりに外出できて楽しかった」「医療職が同行し、安心して参加できた」「また参加したい」などの声が聞かれた。

【結論】診療所職員が参加する地域住民バスハイクは、住民同士や医療者とのつながりを育み、安心感や地域への帰属意識を高める機会となった。AI時代においても、人と人が同じ時間や場を共有し、表情や体調の変化を感じ取りながら信頼関係を築くことは代替されにくい価値である。診療所職員の同行は、交流促進だけでなく、安全性の確保という観点からも地域活動を支える役割を果たす可能性が示唆された。

5-5 慢性閉塞性肺疾患終末期における高流量鼻カニュラ酸素療法導入に伴う意思決定支援と地域医療資源の課題

発 表 者：広域紋別病院 総合診療科 医師 医師 吉野聡史
共同提案者：白坂和美、中村厚子、大淵信久、高山晋一

【目的】慢性閉塞性肺疾患（COPD）終末期における高流量鼻カニュラ酸素療法（High-Flow Nasal Cannula：HFNC）は、難治性呼吸困難感の緩和に有用である。一方で、一度導入すると離脱困難となりやすく、退院や転院調整における社会的・倫理的課題を生じ得る。今回我々は、HFNC導入後に療養場所の選択に難渋し、意思決定支援に葛藤を抱えた終末期COPDの一例を経験したため報告する。

【症例】80歳男性。重症COPDにて通院中、2026年に入り急性増悪による入院を繰り返した。終末期に伴う呼吸苦や全身倦怠感が顕在化し、医療用麻薬持続投与を開始するも呼吸苦が残存したため、症状緩和目的にHFNCを導入した。一時的な使用を想定していたが、全身状態は定常状態に移行しHFNCからの離脱が困難となった。当医療圏には訪問診療以外のHFNC対応可能な医療資源がなく、患者の「家族に負担をかけたくない」「地元を離れたくない」という思いと、「急性期病院である当院の入院継続の限界との間で意思決定は難航した。複数回の多職種・家族カンファレンスを経て、最終的に娘が在住する他地域のHFNC継続可能な慢性期病院へ転院となった。

【考察】HFNCは本症例の呼吸困難緩和に寄与した一方で、療養場所の選択肢を狭め、新たな意思決定を患者・家族に求める結果となった。終末期呼吸器疾患に対するHFNCは治療強化ではなく「緩和医療」として導入されるが、その非侵襲性と高い効果ゆえに、かえって患者の終末期の療養場所を制限し、意思決定に影響を与える可能性が示された。

【結論】終末期COPDにおけるHFNC導入は症状緩和のみならず、その後の療養環境や患者の価値観、地域医療資源を含めて検討される必要がある。

5-4 健康見守りのための電力データを用いた生活リズム解析

発 表 者：奈良女子大学大学院 学生 手塚麻実
共同提案者：奈良女子大学研究院工学系教授 才脇直樹、奈良県立医科大学教授 梅田智広

【目的】日本では高齢化の進行に伴う医療費の増加や高齢者の見守り体制の充実が課題である。一方、大学生でも一人暮らしや生活環境の変化による生活習慣の乱れ、メンタルヘルスの悪化や孤立が問題である。本研究では身体的・環境的負担が少ない電力センサを用いて電力データを収集・分析して生活リズムを把握し、生活変化や体調不良を早期検知する手法を検討する。

【方法】北海道在住の60代～90代の住民24世帯を対象に、取得した電力データに対して相関解析や生活パターン解析を行い、総消費電力量の変化をグラフ化して定性的評価を行い、さらに平均、分散および相関関数を用いた定量的評価を実施した。また、一部住宅への訪問と役場への聞き取りを行い、実際の生活状況と解析結果を照合した。一方、大学生のデータは学生寮に住む8名を対象とし、電力データから24時間の平均生活パターンを作成しk-means法を用いて生活パターンの分類を行った。

【結果】高齢者では、相関値の大きな変化と実際の生活変化が一致した事例を2件確認した。パートナーの死別や転居に伴い相関値が低下し、約半年後に新たな生活リズムの形成に伴って相関値が上昇した。単身世帯の死亡事例では、死亡約3ヶ月前に相関値が0.8から0.65程度へ低下したものの、変化量の絶対値は小さかった。一方、大学生では、24時間の電力使用量の変化をk-means法でクラスタリングした結果、夜型など複数のグループに分類できる可能性が確認された。

【結論】高齢者を対象とした解析では、生活環境の大きな変化に伴い生活リズムが変化すると相関値にも変化が現れることが確認できた。一方で、変化量が小さくても重要な生活変化を示す場合があり、個人ごとの変動を考慮した異常判定が必要である。また、大学生でも生活リズムの分類ができる可能性が示され、今後はアンケート結果との対応から体調変化の早期検知につなげる。

5-6 地域連携による在宅介護と急性期医療を繰り返した癌由来脳梗塞（トルソー症候群）の2例

発 表 者：富士宮市立病院脳神経外科 医師 高橋宏史

【目的】各種地域連携により在宅介護と急性期医療を繰り返した癌由来脳梗塞（トルソー症候群）患者について報告する。

【症例】症例1：88歳女性、大腸癌で加療中に左片麻痺で発症しMRIで脳梗塞と診断。明らかな脳動脈の閉塞を認めず右大脳の血流の鬱滞を認めた。急性期リハビリテーションを行い症状改善したため当院訪問介護を利用し自宅退院。1ヶ月後重度左片麻痺出現。MRIで脳梗塞再発&右内頸動脈の閉塞を認め入院。嚥下障害改善せずCVポート造設し全介助の状態で当院訪問介護を含む各種介護サービスを利用し自宅退院。以後貧血、耳下腺炎等で当科入院&在宅を繰り返すも5ヶ月後在宅にて死亡。症例2：96歳女性。異常行動で発症した脳梗塞&貧血で入院。輸血、リハビリテーション含む急性期治療を行い症状改善。貧血の精査により子宮頸癌と診断。訪問診療&各種介護サービス利用し在宅介護。4ヶ月後全身倦怠、食思不全出現し在宅介護限界となった。各種地域連携担当より療養病院入院待ちの間の入院を打診され当科再入院となる。MRIで急性期脳梗塞を認めトルソー症候群と診断。中心静脈栄養、リハビリテーション含む積極的な急性期治療を行い1ヶ月後転院。

【考察、結論】余命の限られた癌患者は患者家族共に在宅介護を希望される場合が多く各種地域医療連携が必須である。地域医療を行う総合病院では①患者家族-主治医-各種看護介護担当者と常日頃顔の見える関係を築き十分な退院前カンファを行う。②急変、症状悪化時は臓器を問わず主治医が窓口となり常に再入院を受け入れる。③癌患者であっても再入院時には中心静脈栄養、輸血、リハビリテーション含む積極的な急性期治療を行い可能な限り症状改善を行う。④可能であれば再度在宅復帰を目指すが家族に無理強いはいしない。以上を主治医が先頭に立つて行うことで患者家族との信頼関係、安心感、在宅介護への希望と意欲が築かれるものと思われる。

6-1 高度生殖医療専門施設と地域医療機関をつなぐ連携モデル「Central ART Lab」の現状と課題

発 表 者：医療法人浅田レディースクリニック 副院長 産婦人科医師 吉岡陽子
共同提案者：西村允邦、井上桃、横井明日香、石原直子、額賀沙季子、若松侑子、榊原嘉彦、齋藤 将也、浅田義正

【目的】 不妊治療の保険適用に伴い高度生殖医療（ART）への需要が増加している一方、専門施設や専門人材は都市部に偏在している。そのため、地方在住者や就労世代では長距離通院や頻回受診が治療継続の障壁となり、居住地域による医療アクセス格差が課題となっている。われわれは地域の産婦人科施設とART専門施設を結ぶ医療連携システム「Central ART Lab（CAL）」を構築し、その有用性と課題を検討した。

【方法】 CALでは、患者は居住地近隣の連携施設で超音波検査等のモニタリングを受け、その結果をART専門施設と共有して治療方針を決定する。採卵、胚培養、胚移植などの高度専門医療は専門施設が担い、日常的な診療は地域施設が担う。2024年4月から2026年3月までに全国13施設から紹介されARTを開始した141組を対象に、患者背景、利用状況、治療成績および連携上の課題を後方視的に検討した。

【結果】 対象患者の平均年齢は34.7歳、不妊期間は23か月、女性就労率は86%であった。CAL利用率は60%で、多くの患者が地域連携診療を選択した。患者当たりの累積臨床妊娠率は68%であり、専門施設の治療成績を維持しながら地域診療を実施することが可能であった。連携施設からは、ART紹介先の明確化、不妊患者支援体制の充実、診療機会の拡大などの効果が報告された。また、生殖医療に関する知識・技術の共有を通じて地域医療従事者の教育機会の創出にも寄与した。一方、超音波評価の標準化や情報共有体制の整備、患者とのコミュニケーション支援などが運用上の課題として挙げられた。

【結論】 CALは、ART専門施設に集約された設備・技術・人的資源を地域医療機関と共有することで、居住地にかかわらず専門医療へのアクセス向上を可能とする医療連携モデルである。専門施設の治療成績を維持しながら地域での診療を実現できる可能性が示された。今後は連携施設への継続的な教育やフィードバックを通じて診療精度の向上を図り、地域格差の少ない持続可能な生殖医療提供体制の構築を目指したい。

6-3 地域医療ネットワークを支える搬送基盤と「准救急制度」の必要性

発 表 者：一般社団法人 日本移送医療システム 代表理事 救急救命士 杉澤 修

【目的】 地域医療では医療・介護・福祉・行政等の多職種・多機関連携が進められているが、住民と各サービスを実際につなぐ「搬送」も重要な構成要素である。医療的ケア児の移動支援等、個別の取組が進む一方、消防救急、病院救急車、患者等搬送、福祉輸送等は制度ごとに分かれている。本検討では、高齢化等による搬送需要の増加を踏まえ、地域搬送の課題と「准救急制度」の必要性を検討した。

【方法】 既存の搬送手段を対象、担い手、教育、安全管理、医療的対応、費用負担等から整理した。また当法人が実施する地域の搬送事業者、救急救命士、看護師、介護福祉士等による定期研修の実践から得られた課題を整理し、搬送事業者が蓄積する搬出入、車両・人員選択、搬送経路等の実務知と医療資格者の専門能力を区別して検討した。

【結果】 民間搬送では人材、教育、車両、資器材、安全管理等に費用を要し、利用者負担、担い手確保、継続教育等に課題がある。また医療資格者が在籍しても、資格保有と搬送中に実施可能な医療行為は同義ではなく、法令、医師の指示、医療連携等を踏まえた運用が必要である。適切な搬送手段を確保できなければ119番への需要集中を招く可能性もあり、搬送実務と医療・介護の専門性を安全に接続する枠組みが必要と考えた。

【結論】 「准救急制度」は消防救急の代替や特定職種の職域拡大ではなく、緊急度・医療必要度に応じて地域搬送資源と専門職を組み合わせ、移動困難者の医療アクセスを保障する地域搬送基盤である。独自の教育・資格体系、安全管理、医療連携、持続可能な費用負担と人材育成の検討・実証が必要であり、平時の搬送体制整備は広域災害時の地域搬送力確保にも寄与する可能性がある。

6-2 重症心身障害者の外科診療を変える包括的機能評価―術前・術後をつなぐ継続診療モデル―

発 表 者：久留米大学外科学講座小児外科部門 助教 医師 升井大介
共同提案者：橋詰直樹、古賀義法、本間公貴、牛嶋 聡、山下晃平、愛甲崇人、坂本早季、加治 建

【目的】 重症心身障害者（以下、重心者）は呼吸・栄養管理に加え、嚥下障害や胃食道逆流症（GERD）を合併し、外科的介入を要することが少なくない。一方、重症心身障害者施設入所者では術後早期に施設へ戻るため、継続的な術後評価が十分行われていない症例も多い。当院における重心者に対する外科治療前後の包括的診療体制について検討した。

【方法】 2012～2024年に当院で検査・手術を施行した重心者129例を対象とした。当院では①血液検査、InBody、間接カロリメトリーによる栄養評価、②下咽頭pHインピーダンスモニタリング・嚥下内視鏡による嚥下評価、③上部消化管造影、食道pHインピーダンスモニタリング、上部消化管内視鏡による消化管機能評価の3段階で診療を行い、GERDや嚥下障害の重症度に応じて噴門形成術や喉頭気管分離術の適応を判断した。

【結果】 年齢中央値34歳、BMI中央値14.7であった。アルブミン3.0g/dL以下は6例（4.7%）、Phase angle低値は80/85例（94%）で認めた。下咽頭インピーダンス異常は16例（12.4%）、嚥下内視鏡異常は37例（28.6%）、食道pHインピーダンス異常は42例（32.5%）であった。嚥下障害31例のうち9例に喉頭気管分離術、GERD症例42例のうち33例に胃瘻造設・噴門形成術を施行した。術後も定期的な機能評価を継続し、追加手術を要した症例は10例（胃瘻1例、気管切開1例、喉頭気管分離術8例）であった。

【結論】 重心施設への定期回診と栄養・嚥下・消化管機能を統合した術前・術後の包括的機能評価を継続的に実施することで、患者の病態に応じた適切な外科治療の選択と、術後の経時的な病態変化に応じた治療介入が可能となった。また、客観的な検査結果を患者家族や施設スタッフと共有することで、多職種連携の強化と円滑な意思決定につながった。本診療体制は、重症心身障害者に対する継続的かつ個別化された外科診療モデルとして有用であり、地域施設と専門医療機関をつなぐ診療連携モデルとしても普及が期待される。

6-4 一人診療所を担う医師を支えるネットワーク～人口減少地域における医師の確保・育成・継続支援の一事例～

発 表 者：町立奥出雲病院 総合診療科 部長 医師 遠藤健史
共同提案者：町立奥出雲病院附属横田診療所 所長 岡正登詩、島根大学医学部附属病院総合診療医センター 助教 坂口公太、北里大学 総合診療医学講座 北里大学 地域総合診療医学講座 教授 金子 惇、島根県立中央病院 地域総合医育成科 医長 樋口 大、島根県立中央病院 地域総合医育成科 部長 小田川誠治、木島医院 医師 木島 庸貴、島根大学医学部附属病院総合診療医センター センター長 白石吉彦

【目的】 島根大学の総合診療医（以下、GP）センターは「仮想オフィス」として、地域に分散する総合診療医をつなぎ、若手GP育成から県内定着までの支援などに取り組んできた。同センターは、こうして形成された繋がりをNeural GP Networkと呼ぶ。一方、過疎化が進む島根県では、診療所維持のための後継医師確保が課題である。本報告では、事例の振り返りを通じて診療所を担う医師を支えるための要素を検討した。

【方法】 へき地診療所で新たに所長として就任した事例を振り返った。この就任までに形成されたつながりを、医師を育て、組織に位置づける「縦」、相談・学習を支える「横」、所属を越えて人・組織をつなぐ「斜め」の3機能に分類した。

【結果】 当該医師は県外勤務後、へき地診療所勤務という目的のため島根県立中央病院地域総合医育成科に入職した。そこで2年間、病院総合診療、救急初期対応、内視鏡診療の研修を受けた。育成科指導医と定期的に進捗を確認し、希望に合う勤務先として奥出雲病院を紹介された。その後、同院で2年勤務し、その傍ら、大学教育への参加や開業診療所への診療支援も行った。同診療所が病院附属診療所へ転換され、所長に就任した。就任後も病院との症例・運営相談や入院受け入れ等の支援が継続された。Neural GP Networkでは、指導医による育成が「縦」、GP同士の相談が「横」、勤務先への紹介が「斜め」として機能した。またGPの繋がりが以外にも、自治体・病院による所長への位置づけが「縦」、病院との症例・運営相談が「横」、入院における病診連携や病院と役場が連携した公的診療所への転換が「斜め」として機能した。

【結論】 本事例では、Neural GP Networkと既存の地域・組織的ネットワークが縦・横・斜めに機能することで、一人診療所で働く医師を「一人にしない」環境が形成されていた。

6-5 若手医師支援と地域に分散する専門性の活用を目指した オンライン多施設症例検討会の実践

発 表 者：金沢大学総合診療共創センター 副センター長 医師 西岡
亮

共同提案者：水島伊知郎、華岡晃生、吉田美咲、出島彰宏、小眞頼頼人

【目的】石川県能登北部は過疎・高齢化が深刻で、高次医療機関が集積する金沢市まで車で1.5～2.5時間を要し、公共交通も限られる。特に積極的な精査・介入が選択されにくい高齢者では、地域の医師のみで診断・治療判断を迫られることが多い。当地の医療を担う半数以上の内科医は自治医科大学および金沢大学地域卒卒業の義務年限内の若手医師であり、彼らが地域での日常診療を継続しながら相談でき、地域に分散する専門性を施設横断的に活用できる環境の構築を目的とした。

【方法】金沢大学総合診療共創センターと能登地域の医療機関をZoomとSlackで結び、診療判断に悩む症例を多施設・多領域の医師が検討する「NOTOラボカンファレンス」を月2回、各60分開催した。Slackでは随時相談と経過共有を行い、運営記録を記述的に整理した。

【結果】2025年10月から2026年9月までに19回、33症例を検討した。珠洲市総合病院13例、市立輪島病院10例、公立穴水総合病院8例、その他2例から提示され、膠原病、内分泌・代謝、感染症、呼吸器、消化器、腎疾患など多領域に及んだ。若年者の難治性高血圧から全身型もやもや病、高齢者の不明熱から下肢動脈優位型大血管炎の診断に至るなど、地域に埋もれ得る希少疾患の発見にもつながった。若手医師が苦慮する課題として、不明熱・抗菌薬不応性発熱、電解質異常、意識障害、終末期感染症に対する治療の妥当性がみられた。高次医療機関への紹介適応に加え、助言下に地域で診療を継続する方針も共有された。2026年9月のSlack参加者は44人であった。

【結論】本取り組みは、地域に分散する専門性を循環させ、若手医師の経験蓄積と希少疾患の発見を支える地域横断型ネットワークとなり得る。地域で完結できる診療の増加は、患者・家族の負担軽減と地域医師の専門性を生かす機会拡大につながる可能性がある。



ポスター発表 抄録本文

1-1 知的障害と身体障害のある患者への栄養指導中断後の再介入－生活背景と「できていること」に着目した行動意欲の再獲得－

発 表 者：玉谷クリニック 松下友希

【目的】栄養指導では、生活背景を踏まえた支援が重要である。今回、知的障害と身体障害のある患者の栄養指導中断後の再介入において、「できなかった」結果だけでなく、その背景と継続していた行動に着目し、傾聴・受容を意識した支援を検討する。

【方法】対象は52歳女性。知的障害があり母親同伴で通院し、返答や外出に時間を要し来院の困難さがみられた。転倒による足の骨折後より歩行困難で、大腿骨手術の適応があるが体重の影響で手術に至らず、身体活動が制限されていた。医師と70kg台への減量为目标に2月より栄養指導を開始し、初回85kg、4月の2回目は84kgであった。よく噛むこと、海藻類の摂取、ベジファースト、砂糖不使用ヨーグルト、座位運動を提案した。その後、他院受診と母親の入院に伴う約1か月の施設入所により中断し、約4か月後の8月に再介入した。再介入では患者のペースに合わせて傾聴し、できなかった背景を確認し、継続していた行動を「できていること」として認めた。

【結果】「久しぶりでですね、元気でしたか」と声をかけると「元気がでしたが大変でした」と話され、過去の服装や小物を覚えて自然に会話が広がった。再介入時の体重は84kgで変化なく、座位運動、よく噛むこと、海藻類の摂取は「忙しくてできなかった」と話した。一方、食事記録は患者自身が自発的にしており、「今日持ってこようと思っていた」と話した。食事記録を「できていること」として認めたところ、「また頑張れそうですね」と前向きな発言が得られた。

【結論】できなかった結果だけを評価せず、その背景を理解し、できていることに目を向けることが重要であった。患者の理解やペースに合わせた傾聴・受容的な関わりと、自発的な食事記録を認める支援が安心感につながり、行動意欲の再獲得を支えた可能性が示唆された。知的障害の有無にかかわらず、「できていること」に目を向け、認める関わりが、栄養指導の継続と行動変容を支えるうえで重要と考える。

1-3 外来DX導入の現状と展望

発 表 者：杵築市立山香病院 看護師長 看護師 古庄公美
共同提案者：大石由香、小野隆司

【目的】急速な人口減少・高齢化の対策として、厚労省は2040年問題としてDX（digital transformation）の導入を推奨している。当院では介護からDX導入が始まり医療に浸透してきた。外来では2021年からAI・Web問診を始めた。今年から情報連携を円滑にするためにモバイルソリューションとインカムを用いた業務効率化を始めた。また、インシデント報告分析システム（CLIP）を導入し、ガバナンス強化に努めている。これらの取り組みの成果について報告したい。

【方法】AI・Web問診は2021年3月から利用を開始した。問診時間の検討に加え、医師10名、外来看護師21名、医師事務補助6名にDX導入のアンケート調査を行った。また、情報連携システム、CLIPについても利用者のアンケートを行った。

【結果】AI・Web問診は期間中に12550件が行われ、問診時間は平均15±3分が10±3分に短縮された。AI問診は内科から始まり各科の仕様が追加された。Web問診は患者情報の標準化に繋がったが、AI問診はAI活用に至らなかった。情報連携システムは、付設老健施設や病棟で蓄積した実績を外来に転用した。インカムはスタッフが同時に状況を認知でき、情報伝達が進み、迅速な応援要請が可能になった。写真の取り込みも約44秒と以前より簡便・迅速になった。CLIPに関しては、医療に加え業務安全、ハラスメント報告を追加した。集計・分析の手間が平均約60時間費やしていたが、30時間と半減した。また、外来のガバナンス強化向上により迅速な対応が可能になった。

【結論】AI問診は長く使用してきたが、便利な一方でAIが肝心の鑑別診断に機能せず、今後の開発が期待される。情報連携システムは電子カルテへの音声入力を予定し、検査科や放射線科のコメディカルにも範囲を広げる予定である。CLIPは病院のガバナンス強化に向けてさらに利用の深度を進めたい。

1-2 地域施設との密な連携による包括的支援の試み～日常生活の聞き取りをきっかけに介護保険利用へつなげた高齢夫婦の事例～

発 表 者：玉谷クリニック 山面紗弥

【目的】当院では「すべての人に幸せで納得のいく人生を」という理念のもと、患者の生活背景や想いに寄り添う医療の実践に取り組んでいる。本報告では主治医意見書作成に向けた電話聞き取りを契機に、介護サービスの介入がない二人暮らし高齢夫婦の潜在的負担やニーズを受け止め、地域施設との迅速な連携により包括的支援へと繋げることができた事例について報告する。

【方法】対象者はA様（夫・要介護1）、B様（妻・要支援2）のご夫婦である。介護サービスの介入はなく二人暮らしをされている。主治医意見書作成にあたり、業務終了後の時間にゆとりを持った状況下でB様へ日常生活状況に関する電話聞き取りを実施した。問診項目の確認にとどまらず設問外の話も詳細に記録し、会話の最後には必ず「お伺いした内容以外に何か困っていることや、先生に伝えておくことはないですか？」と問いかけを行った。

【結果】聞き取りの中でB様より、夫の食事準備の負担とともに「介護保険の使い方が分からず前年度は利用を断念した」という不安が語られた。時間的余裕を持った傾聴と問いかけが、1年間誰にも相談できずにいたB様の「心の扉」を開ききっかけになったと考えられる。当院と連携している「介護施設C」に対し、利用に向けた実践的サポートを依頼できるよう連携を提案したところ快く承諾いただけた。認定通知後、改めて支援の希望があったため速やかに介護施設Cへ再連絡を行い、スムーズな介護サービス導入へ結びつけた。

【結論】心に余裕を持った傾聴姿勢と丁寧な問いかけが、患者や家族の潜在的課題を引き出す上で極めて重要である。また汲み取ったニーズに対し、日頃から地域施設と連携関係を構築しているクリニックだからこそ、利用者の意思を尊重した上で即座に適切な地域リソースへ繋ぐ包括的支援が実現できる。今後も地域全体で患者とその家族の「人生」を支える視点を持ち、実践を積み重ねていく。その為に、幅広い地域包括との連携をも大切にしていきたい。

1-4 「地方都市における高齢がん患者を支える多職種協働体制教育プログラム」の実践と課題

発 表 者：荒尾市立有明医療センター 脳神経内科医師、あらお臨床研究室 大嶋俊範

共同提案者：荒尾市立有明医療センター 外科医師 緩和ケア内科医師、あらお臨床研究室 濱口裕光、荒尾市医師会 西原クリニック 医師、あらお臨床研究室 中村光成

【目的】日本癌治療学会とファイザー公募型医学教育プログラム助成を得て、高齢がん患者を取り巻く医療環境の改善に向け、「地方都市における高齢がん患者を支える多職種協働体制教育プログラム」を作成した。本プログラムは、医療従事者のみならず、介護、福祉、行政などの多職種が連携し、患者中心のケアを実現するための体制づくりと知識とスキルを持つ人材育成を目的としており、その概要と1年目となる2025年度の結果を報告する。

【方法】2024年1月より、荒尾市医師会、歯科医師会、有明医療センター、行政が参加する実行プログラム委員会を設立し、プログラムを作成した。2025年4月より年6回の基礎研修と10項目のe-learningをすべて受講し、レポートを提出することでオーガナイザーに認定した。基礎研修では、総論、高齢者総合機能評価、コミュニケーション、生活療養支援、意思決定支援（ACP）、総括をテーマとし、主にグループワークを通して現場での問題解決や多職種の考え方を共有した。6回目の研修後には「私が考えるオーガナイザーの役割」をレポート課題とした。

【結果】1期生として29名をオーガナイザーに認定した。職種（重複あり）の内訳は、看護師21名（うち訪問系13名）、介護支援専門員8名、MSW・PSW 4名、介護士・薬剤師各2名、医師、検査技師、事務職が各1名であった。多くのオーガナイザーが以前から学びの機会を求めており、認定後の活躍の場も熱望していた。今後、各施設で専門性を有した多職種の調整員としての活躍が期待される一方、具体的な活動内容や認定のメリットはいまだ具体化できていない。

【考察】1年目の本プログラムは、参加者の満足度も高く、一定の成果を得た。一方、今後のオーガナイザーの活躍の場の確保、認定のメリットの創設、プログラム継続のための資金確保などが課題である。

1-5 いつもの医療を、地域の楽しみに ―毎日のケアを必要とする子どもと家族へのショートブレイク支援―

発 表 者：ふじわらクリニック／よしき往診クリニック 藤原大輔

【背景】毎日のケアを必要とする子どもと家族にとって、在宅医療は体調変化への対応や日常の健康管理を医療者と共有する機会となる。一方で、医療的に安定した後も、外出、宿泊、遊び、きょうだいを含めた家族での経験は制限されやすい。都市部に比べ医療・福祉資源が限られる地域では、支援の選択肢は少ない一方、顔の見える多職種・異業種連携を形成しやすい側面もある。

本研究ではショートブレイク支援に着目した。

【目的】小児在宅医療を受ける家族の支援ニーズを再解析し、地域資源を組み合わせた支援の可能性を検討した。

【方法】定期訪問診療を受ける子どもの家族を対象に、診断時、訪問診療開始前、現在の3時点を振り返る自記式アンケートを実施した。生活満足度VAS、心理的負担、今後必要と感じる支援分野、医療機関外の支援者・地域資源とのつながりを集計・解析した。あわせて小児訪問診療実績を集計し、旅館、訪問看護、薬局、リハビリ、地域事業者、学生等との連携内容を整理した。

【結果】有効解析17家族で、生活満足度VASは訪問診療開始前3.29から現在6.76へ上昇した。今後必要とされた支援40件中35件（87.5%）は、生活支援、教育・保育・発達支援、外出・体験・社会参加、家族支援などの非医療領域であった。対象18例の訪問診療は3154回中、定期診療は2733回（86.7%）であり、医療情報と生活情報を地域側と共有し、外出・宿泊支援につなげた。

【考察】ショートブレイク支援は、医療機関内で完結しにくい生活・体験・社会参加の課題に対し、地域の既存資源を組み合わせて対応する試みである。本実践では、医療・福祉資源は限られていたが、顔の見える関係で調整でき、外出・宿泊支援を具体化できた。地方では関係者間の距離の近さを活かすことで、多職種・異業種連携を形成しやすい可能性がある。また、医療者や学生が生活を支える医療を学ぶ機会にもなり得る。

1-7 オンラインによる転院調整会議の導入効果～多職種の情報共有による転院調整期間短縮への取り組み～

発 表 者：国民健康保険小松市民病院 下出弘美

共同提案者：山作三枝子、八日市祐子、中澤千春

【目的】急性期中核病院であるA病院では、早期在宅復帰を目的にリハビリテーション転院を推進している。転院調整はFAXや電話が主体であるが、受け入れ側の病床状況がタイムリーに把握できず、調整の長期化が在院日数に大きな影響を与えていた。そこで、地域連携の強化と調整期間の短縮を目的に、2025年1月より地域の回復期病院とZoomを用いたオンライン転院調整会議を開始した。取り組みから1年半が経過したため、その効果を検証し報告する。

【方法】転院調整会議は隔週から開始し、現在は情報共有強化のため毎週実施している。参加者は、地域連携部の退院調整看護師、病棟管理者、PT、OT、MSW、看護部病床管理担当者による多職種参加とした。回復期病院側からは、リハビリ科の医師の参加もみられた。会議では、転院調整患者のリハビリ状況、FIM点数、ADL状況の情報に加え本人や家族の思い・意向を共有し、受入可否と時期の調整を行った。評価として、導入前と導入後の依頼から転院までに要した日数を比較検証した。

【結果】会議導入前の2024年は依頼から転院までに要した日数は21日以内が最多であった。これに対し導入後の2025年は10日以内での転院が最多で転院までに係る日数が有意に短縮した。多職種が参加するオンライン調整会議により文字情報だけでは伝わりにくいADLの詳細や本人・家族の意向が共有でき、受け入れ側がスムーズに日程調整ができるようになった。また病棟管理者同士が直接対話することで、双方の病床稼働状況に合わせた調整が可能となった、実施回数を増やしたことでより円滑な転院調整ができ、顔の見える連携体制も構築された。

【結語】オンライン調整会議は施設間で多職種カンファレンスが実施でき、転院調整期間の大幅な短縮にも寄与し、急性期病院における在院日数の短縮と地域医療の連携体制構築に有用な手段である。

1-6 2つのシステムで地域を守る

発 表 者：魚沼市立小出病院 医療DX室長 事務部 高橋義子

共同提案者：魚沼市立小出病院長 鈴木和夫、副院長 仲丸司 看護副部長 星野由起子、総合コーディネーター 井口峰子、事務部 川瀬麻希可、一財）魚沼市医療公社理事長 布施克也

【目的】2014年4月より新潟県魚沼圏では地域医療介護連携ネットワーク「うおぬま・米ねっと（以下米ねっと）」を運用している。一方で国が推進する「全国医療情報PF（以下PF）」については2030年の本格運用が見込まれており、魚沼医療圏でも導入が進んでいる。両システムの相補的活用について検討した。

【方法】次の4項目について調査した。①導入経緯②加入状況③活用実績④相補性。

【結果】①米ねっとは地域医療再編事業の一環として医師会主導で整備された。一方PFは国の方針で医療情報一元化の整備である。②米ねっと加入数は地域密着型医療の定着とともに2026年3月末時点で魚沼市民の15,486人（対人口50%、対65歳以上が90.6%）に達した。PFの基盤となるマイナカード利用率は（小出病院）2024年6月5%から2025年12月（保険証が使用出来なくなった）は71%と大幅に増加した。③米ねっとの閲覧件数は魚沼市医療公社（病院・診療所）で月平均2,374件、他市内診療所は月平均594件であった。また、地域医療のモデル事業として構築された医療と介護のネットワークを双方活用することで、患者情報の共有や多職種間の連携が可能となっており、2026年4月時点で184の介護事業所が参加している。④2026年8月現在、魚沼市医療公社の電子カルテではPFの電子カルテ情報共有サービスが未構築のため現場で活用が進んでいない状況である。またPFによる介護情報基盤整備中のため、米ねっとの医療介護連携が必要不可欠である。

【結論】PFは広域的医療情報の共有が可能で、全国医療機関の救急時や転院時、過去の診療情報など即座に把握し迅速な診療に対応が可能である。米ねっとは生活圏内の医療介護の詳細情報の共有が可能で、多職種連携におけるリアルタイムチャットの記録を共有することで、急変や状態変化に対し迅速な対応が可能である。PFは全国最大規模の医療のメインハブであり、米ねっとは魚沼地域の医療と介護をつなぐローカルハブである。

2-1 患者の尊厳を支える身体的拘束最小化への取り組み―多職種で育む「考え続ける文化」―

発 表 者：看護部 看護師 大倉真由美

【目的】身体的拘束は患者の安全確保を目的として実施される一方で、患者の自由や尊厳を制限する行為でもある。当院では2011年より身体的拘束最小化への取り組みを継続してきた。本研究では、その15年間の取り組みを振り返り、多職種が患者の尊厳を中心に考え続ける組織文化が形成される過程を明らかにすることを目的とした。

【方法】身体的拘束実施基準を整備し、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三原則に基づき身体的拘束の必要性を判断する仕組みを構築した。その後、マニュアルを改訂し、身体的拘束だけでなく、ベッド柵、スピーチロック、薬剤による鎮静など行動を制限する対応についても見直した。さらに院長、看護部長、リハビリテーション部門、薬剤部、看護管理者が参画する委員会体制を構築し、身体的拘束を検討する際には、多職種で患者の状態や生活背景を踏まえた代替方法を継続的に検討した。

【結果】活動当初は各部署で対応を完結させる傾向があったが、委員会体制の再構築後は、多職種による情報共有や代替方法の検討が定着し、師長から看護部長への相談や、多職種で代替方法を検討する機会が増加した。患者一人ひとりの状況に応じて専門職が継続的に意見を交わし、代替方法を検討する体制が形成された。気管切開患者や経鼻胃管留置患者など医療依存度の高い患者に対しても、患者ごとの個性を重視した支援を継続した結果、2025年11月以降、身体的拘束を実施することなく経過している。

【結論】身体的拘束最小化は、身体的拘束を行わないことを目的とする活動ではなく、「患者は何を求めているのか」「私たちに何ができるのか」を多職種が問い続け、患者の尊厳を中心に考え続ける組織文化を育む取り組みであった。患者一人ひとりを理解しようと考え続ける姿勢を共有することが、患者の尊厳を守る医療の実践につながると考える。

2-2 境界知能域の不登校児に対する心理療法と学校・地域連携－2症例を通して－

発 表 者：栗原市立栗原中央病院 公認心理師 山本圭子
共同提案者：栗原市立栗原中央病院小児科 宮野峻輔

【目的】境界知能域の児童生徒は、学習や対人関係等で困難を抱えやすい一方、その困り感が周囲から理解されにくいことがある。当院小児科において、境界知能域の不登校児2例に対し、個々の認知特性や心理社会的背景に応じた心理療法と学校・地域との連携を行った。その経過から支援の有用性について検討した。

【方法】不登校を主訴とし、WISC-VでFSIQ 80～81を示した中学生2例を対象とした。ラポール形成と支持的関わりを基盤に、生活リズムへの介入、肯定的フィードバック、SST、認知機能への働きかけとしてコグトレ等を個々の課題に応じて実施した。また、学校と本人の特性や支援目標を共有し、地域活動や本人の興味・関心を生かした社会参加を支援した。

【結果】2例とも家庭内で生活・情緒面の支援を得にくい状況が認められた。症例1は全欠、ひきこもり状態にあった。主治医による子ども食堂やボランティア活動への参加支援と心理療法を継続し、本人から教育支援センターへの通所希望がみられた段階で学校と連携した。週1回30分程度から開始し、2か月後には週2回1時間程度へ通所が拡大した。症例2は週1回程度の午後登校であった。学校と支援目標を共有し、本人の興味を生かした職場体験等につなげた。生活リズムや自己効力感が改善し、約1年後には朝から週3日登校できるようになった。

【結論】境界知能域の不登校児に対しては、認知特性だけでなく、家庭環境や生活状況、興味・関心等を含めて困難の背景を包括的に把握することが重要である。個別性に応じた心理療法は、情緒面や生活習慣、自己効力感の改善に有用と考えられた。さらに学校・地域と支援目標を共有し、段階的な社会参加と成功体験を支えることが、登校行動の改善につながる可能性が示唆された。

2-4 GLIM基準における骨格筋量評価指標の相違が低栄養判定に及ぼす影響

発 表 者：公立羽咋病院 管理栄養士 因幡紘奈
共同提案者：放射線技師長 皆見 武、放射線技師 真田尚哉、管理栄養士 吉田みなみ

【目的】下腿周囲長と腸腰筋による骨格筋量評価を対比し、測定方法の違いがGLIM基準の判定に及ぼす影響を明らかにし、低栄養の見落としを防ぐ。

【方法】

対 象 者：2025年12月～2026年5月までの入院患者で、GLIM基準による栄養評価が行われ、かつ評価日の前後2日以内に第3腰椎を含んだCTが撮影された方

判定方法：①GLIM基準で定められた下腿周囲長の測定によるGLIM判定を行う（下腿周囲長群）、②腹部CTの第3腰椎レベルにおける腸腰筋面積を測定し、身長で補正したPMI (psoas muscle index) を算出しGLIM判定を行う（L3-PMI群）

評価方法：両群の判定一致率、κ係数による判定の一致度を算出する。判定が異なった症例について、患者背景を比較し、判定結果の乖離に関する因子を検討する。

【結果】男性では、下腿周囲長とL3-PMIによる低栄養判定の一致率は76.1%、Cohenのκ係数は0.515であり、中等度の一致を認めた（正確両側検定、 $p=0.108$ ）。女性では、一致率は77.2%、Cohenのκ係数は0.542であり、中等度の一致を認めた（正確両側検定、 $p=0.0029$ ）。低栄養判定が一致した症例の平均年齢は男性で77.8歳、女性で83.0歳、平均BMIは男性で22.0女性で20.4であった。低栄養判定が一致しなかった症例のうち、下腿周囲長で低栄養、L3-PMIで非低栄養の平均年齢は男性82.3歳、女性、89.7歳、平均BMIは男性19.3女性18.2であった。下腿周囲長で非低栄養、L3-PMIで低栄養の平均年齢は男性79.4歳、女性、82.3歳、であった。平均BMIは男性で22.7、女性で23.0であった。詳細な結果については、当日の発表にて報告する。

【結論】下腿周囲長と腸腰筋面積による低栄養判定は中等度の一致を認めた。下腿周囲長は簡便な評価法として有用である一方、ADL低下や肥満傾向にある患者では判定が乖離する可能性があり、測定が困難な患者や下腿周囲長のみでは筋量低下を捉えにくい患者では、CTによる腸腰筋面積を併用することが低栄養の見落とし防止につながる可能性が示唆された。

2-3 学会知見の地域還元を通じた「学びの循環」－滝上町における学びの共有と展開－

発 表 者：滝上町国民健康保険診療所 橋田昌美
共同提案者：滝上町国民健康保険診療所 陶かおる、遠山 啓、古武達也

【目的】人口約2,100人、高齢化率約45%の北海道滝上町では、限られた医療・介護・福祉資源のもとで在宅医療・地域包括ケアを進める取り組みの一環として、学会参加で得た知見を多職種で共有し、町内の実践に生かしてきた。本報告では、知見の共有、実践、学会発表、新たな知見の還元という一連の過程を「学びの循環」と捉え、その展開と参加者評価から意義を検討した。

【方法】2025年1月に多職種交流会を開催。同年6月、第7回日本在宅医療連合学会大会に診療所、地域包括支援センター、行政等から6名で参加し、7月に学会報告会兼交流会を開催した。2026年7月には第8回同大会で本活動を発表し、大会企画の訪問診療同行見学に参加した。帰町後に再度学会報告会兼交流会を開催した。活動記録を整理し、2026年報告会参加者に無記名アンケートを実施した。

【結果】参加者は2025年1月53名、同年7月69名、2026年7月53名であった。2025年の報告会では互助、ICT、ACP、聴く姿勢等を共有した。以後、「聴く姿勢」は地区健康相談や外来待合での住民交流に生かされ、ACPについては町民向け人生会議ワークショップを開催した。同行見学では在宅医療における事務支援の重要性や、患者の生活環境を捉える視点を得て、帰町後に共有した。アンケートは41名が回答し（回答率77.4%）、「参考になった」100%、「他職種への理解が深まった」97.6%、「今後、他職種と相談・連携しやすくなる」92.7%、「継続した方がよい」95.2%であった。

【結論】学会知見を町内で共有して実践につなげ、その活動を学会で発信し、新たな知見を持ち帰る循環がみられた。この循環は、資源の限られた小規模自治体において、学会参加を単発で終わらせず、多職種の継続的な学びと実践につなげる一つの方法となりうる。参加者評価は事後アンケートであり、連携行動への影響は今後の検証を要する。

2-5 GLIM基準におけるCTを用いた筋肉量（L3-PMI）の性別別カットオフ値の検討

発 表 者：公立羽咋病院 診療放射線技師 真田尚哉
共同提案者：皆見 武、因幡紘奈

【方法】対象は、GLIM基準による栄養評価を実施し、栄養評価日の前後2日以内に第3腰椎を含む腹部CTが診療目的で撮影された成人入院患者とする。筋肉量評価のみを目的としたCTの追加撮影は行わない。集計期間は2025年12月から2026年5月の6ヶ月間とし、うちCT撮影を行った男性164件、女性190件の合計354件を測定する。筋肉量を除外したGLIM低栄養群は、表現型基準である非意図的体重減少または低BMIを1項目以上満たし、かつ病因基準である摂取量低下・吸収不良または炎症・疾患負荷を1項目以上満たす患者と定義する。これらの条件を満たさない患者を非低栄養群とする。下腿周囲長による筋肉量評価は、両群の定義には使用しない。CT画像のL3椎体レベルのアキシャル1断面において、両腸腰筋面積を測定する。両腸腰筋面積を身長の高乗で除し、L3-PMI (cm²/m²) を算出する。男女別にROC解析を行い、Youden indexが最大となるL3-PMIを性別別カットオフ値として導出する。AUC、感度、特異度の内部検証を行う。同様に下腿周囲長の性別別カットオフ値の導出、AUC、感度、特異度の内部検証も行う。

【結果】男性のL3-PMIと下腿周囲長のAUCはそれぞれ0.649、0.762となり、女性ではそれぞれ0.490、0.670となった。また、男性女性それぞれのL3-PMIカットオフ値は5.18cm²/m²、4.28cm²/m²であり、下腿周囲長のカットオフ値は30.7cm、29.2cmという結果であった。

【結論】L3-PMIと下腿周囲長の解析結果を比較すると、AUCは男女ともに下腿周囲長の方が高いため、よりGLIM基準における筋肉減少量の評価に優れているといえる。しかし、男性のL3-PMIのAUCは下腿周囲長より劣るが浮腫等の影響を受けやすい方や測定困難な方に対して補助的な役割として使用することは可能である。一方、女性のL3-PMIではAUCが0.490と信頼度が低い結果となったため指標として使用する場合は参照程度に留める必要がある。

2-6 在宅医療におけるポリフォーマシーの患者の症例

発 表 者：木村内科クリニック 院長 医師 木村 進

【目的】在宅医療におけるポリフォーマシーを発見し、対処した事例である。その事例に関しポリフォーマシーが原因で転倒、骨折、入院に至る経過を説明する。

【方法】88歳女性。独居である。介護度1。以前は夫と伴に当クリニックが訪問診療、訪問看護を行っていた。夫はCOPDの悪化のための心不全により死亡。現在患者は一人暮らしである。以前から織物業を夫婦共に営んでいた。患者は休日には庭仕事をしたりしていた。庭仕事中、時々めまいによるふらつきを感じ転倒する場面もあった。現疾患は下肢動脈塞栓症、高血圧、脂質代謝異常である。訪問診療中も隣人の世話を借りず、一人で日常生活を営んでいた。当クリニックとしては定期的な訪問診療、訪問看護と同時にインフルエンザワクチン接種、新型コロナワクチン接種などを積極的に行った。かかりつけの病院はやや遠方にあるが、患者が顔面痙攣を気にし、ボトックス注射を希望しかかりつけの病院に通っていた。また整形外科にも通い肩の痛みなどを訴え治療を受けていた。ある訪問診療時に居宅を訪れて部屋の中で薬箱に多数の種類の薬が放置されているのを発見した。たまたまこの時、患者は在宅せずポリフォーマシーの疑いにより薬剤管理の不徹底を感じた。しばらくして患者は転倒による骨折等の障害によってかかりつけの病院に入院することとなった。

【結果】転倒の原因は多剤併用（ポリフォーマシー）におけるふらつきやせん妄による転倒と考えられ、以前からの庭仕事におけるふらつきや眩暈、転倒はこのせん妄が原因と考えられる。

【結論】せん妄の原因としての薬剤として降圧剤、眠剤、抗コリン剤、鎮痛剤などが考えられるが、その原因不明のADL低下の正体が薬であることが非常に多い。なぜ飲みさしの箱が見つかったかは、それは単なる飲み忘れではなく、体が薬を拒否していた。よってふらつく、だから飲まない。この悪循環を止められるのは在宅医だけだ。

3-1 当病院と4つの特別養護老人ホームとの連携～緊急入院患者の実状～

発 表 者：中川病院 副院長 医師 中川祐輔

共同提案者：楠瀬浩之、中川泰範

【目的】当院は、40床の小さな病院だが、かなり以前より特別養護老人ホーム（以下、特養）とは密接に連携してきた。令和6年の診療報酬改定で、特養は協力医療機関を定めることが義務化され、今後医療機関との連携が進むと考えるが、協力医療機関に求められる要件として、入院受け入れ態勢の確保がある。当院は連携している特養とは、夜間、休日問わず、24時間365日救急患者を受け入れており、特養から当院に緊急入院した患者の実状を明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】対象は当院で連携を行っている特養4施設に入所されている利用者のうち、令和4年1月から令和7年12月に当院に緊急入院した患者とした。緊急入院患者数、病名、入院時間帯、入院期間、予後、退院先等を後方視的に検討した。

【結果】当院は、毎月平均して約50人が新たに入院しており、年間の全入院患者は約600人である。特養からの緊急入院患者数は令和4年122人、令和5年145人、令和6年184人、令和7年168人であり、この4年間での特養からの緊急入院患者は合計619人であった。年間の全入院患者に占める割合は、令和4年21.5%、令和5年24.4%、令和6年29.4%、令和7年27.5%であり、全入院患者の20～30%を占めていた。緊急入院患者の病名は肺炎が圧倒的に多かった。退院先としては、基本的に元の施設に退院しているが、長期療養型病院に転院する患者もいた。

【結論】小さな病院ながら4か所の特養と密接な連携を行っており、この4年間の特養からの緊急入院患者の実状を報告した。今後特養との連携を行う協力医療機関が増えると考え、小さな病院であっても、特養と連携し、緊急入院を受け入れることで、高齢者救急を担い、逼迫する救急病院を少しでも手助けできる可能性がある。また、特養と連携することで、病院の病床稼働率の向上にも貢献できる可能性があると考え。

2-7 地域で育てる施設看取り－ACP動画『モコちゃんに看取られる』を活用した教育実践－

発 表 者：医療法人社団社志会 押瀨医院 院長 押瀨素子

共同提案者：特別養護老人ホーム青山荘 特別養護老人ホーム春風荘、松浦市役所長寿介護課 松浦市在宅医療・介護連絡協議会

【目的】長崎県松浦市では、高齢化の進行に伴い施設における看取りの充実に求められている。一方で、施設職員は看取りへの不安や経験不足を抱えていることが少なくない。そこで、松浦市内の医療・介護・行政の関係者が協働し、ACP啓発動画「モコちゃんに看取られる」を制作した。第1弾では在宅看取り、第2弾では施設看取りをテーマとし、本研究では第2弾を教材として活用した施設看取り研修の教育効果と実践への影響を検討した。

【方法】松浦市内の特別養護老人ホーム2施設を対象に、第2弾動画を用いた看取り介護研修を実施した。研修後アンケートにより看取りに対する意識の変化を調査するとともに、研修後の施設看取り件数の推移を検討した。

【結果】研修後、「施設看取りへの不安が軽減した」と回答した職員は85%、「施設看取りに取り組む価値がある」と回答した職員は77%であった。また、「看取りについて話し合う機会が増えた」「家族への説明に自信が持てるようになった」といった意見が聞かれた。施設看取り件数は、特別養護老人ホーム青山荘では前年1年間5件から本年半年間で6件に増加し、特別養護老人ホーム春風荘では前年まで施設看取り0件であったが、本年半年間で5件を実施した。

【結論】地域で制作したACP動画教材を用いた研修は、施設職員の看取りに対する意識を前向きに変化させるとともに、施設看取りの実践増加につながった。特に、施設看取り未経験であった施設が看取りを実践するようになったことは、地域の看取り力向上に寄与する教育手法として有用である可能性が示唆された。

3-2 保険薬局における24時間電話対応の実態調査

発 表 者：城西国際大学薬学部医療薬学科地域医療薬学 特定研究員 薬剤師 木多恭介

共同提案者：城西国際大学薬学部医療薬学科地域医療薬学 特定研究員 薬剤師 志賀 崇、城西国際大学薬学部医療薬学科社会薬学助教 薬剤師 齋藤カルメン、城西国際大学薬学部医療薬学科地域医療薬学 准教授 薬剤師 櫻田大也、城西国際大学薬学部医療薬学科社会薬学 教授 薬剤師 小林江梨子、城西国際大学薬学部医療薬学科地域医療薬学 客員教授 薬剤師 佐藤信範

【目的】本研究では、株式会社千葉薬品（ヤックスドラッグ）において薬剤師が夜間・休日に行った電話対応に関する情報を収集し、薬剤師の24時間電話対応の実態を調査した。

【方法】株式会社千葉薬品（ヤックスドラッグ）で24時間電話対応を行っている保険薬局108薬局のうち、期間中に体制変更のあった2薬局を除外した106薬局を対象に、2025年6月～2026年5月の間に報告された夜間・休日待機者対応実績（年月日、時間帯、対応時間、電話件数及び患者種別（外来患者、施設患者、個人在宅患者）、薬局への出勤の有無、相談内容及び対応内容）を調査した。

【結果】対象期間中に106薬局中66薬局（62.3%）で1件以上の電話対応を行っており、66薬局に620件の電話対応があった。66薬局別の電話対応件数は、5件未満が34薬局（51.5%）と最も多く、10件未満が12薬局（18.2%）、15件未満が9薬局（13.6%）、15件以上が11薬局（16.7%）であり、最も多かった薬局では100件の電話対応があった。620件の電話対応のうち医薬品に関する内容の連絡が566件（91.3%）と最も多く、内訳は医療用医薬品414件（66.8%）、OTCが89件（14.4%）、医療用医薬品とOTCの判別不能が63件（10.2%）の順であった。患者種別は、620件中外来患者が430件（69.4%）、施設患者が115件（18.5%）、個人在宅患者が71件（11.5%）の順であった。調剤等のため薬局へ出勤した件数は78件中68件（87.2%）あり、そのうち50件（73.5%）が施設からの電話対応であった。

【考察】薬剤師の24時間電話対応は、9割以上が医薬品に関する内容であり、患者の不安に適切に対応するためにも24時間電話対応の必要性が再認識されたと考える。

3-3 肝硬変終末期の患者に病状告知を行い在宅診療導入の調整を行った一例

発 表 者：市立奈良病院 総合診療科 専攻医 阿瀬雅己
共同提案者：市立奈良病院 総合診療科 森川 暢

【目的】病状理解が乏しく本人に直接病状説明がなされていなかった末期肝硬変の50代女性に対して、患者のコンテクストを整理しながら病状に対する共通の理解基盤を形成し、患者の意向を反映して療養環境の調整ができたことで、患者中心の医療への理解が深まったためこれを報告する。

【方法】自己免疫性肝炎による非代償性肝硬変で消化器内科に通院歴のある56歳女性で、直近は病状の悪化から通院が困難になり、感染や腰椎圧迫骨折で頻回に入院していた。本人から過去に病気の完治を期待する発言があり、本人の病状理解の乏しさからこれまで本人に病状説明がなされていなかった。意識障害で救急搬送され、肝性脳症で直近入院歴のあった総合内科に入院となった。担当のケアマネから訪問診療の導入の提案があり、病状の改善後、患者中心の医療の手法を用いて家族とともに本人と病状を共有して今後の療養先の調整を行った。

【結果】本人から話を聞くと、離婚した弟の息子を引き取り、引きこもりの甥をわが子のように可愛がって同居していた。甥はこれまでほとんど来院できておらず、甥にも直接病状説明はされていなかった。当院の看護助手として30年近く勤務しておりまとまった額の退職金があったが、本人の期待や勤続年数の長さから職員から退職を勧めることができなかった。これらを踏まえて本人とキーパーソンである弟、甥同席のもとカンファレンスを実施した。本人に病状の共有を行い、「できるだけ甥と自宅で長い間過ごしたい」という本人の希望に沿って、訪問診療を導入して可能な限り自宅で療養できる環境を整えた。退院が決まってから、本人からは甥と家で過ごせると笑顔が見られた。退院後しばらくは自宅で過ごされたが、退院2か月後に肝性脳症で再入院となり亡くなられた。

【結論】末期肝硬変の50代女性と医師患者関係を構築し、病状告知を行った療養環境の調整を行った一例を経験した。

3-5 当院のやまぐち地域医療セミナーでの取り組み

発 表 者：JA山口厚生連長門総合病院 副院長兼外科部長兼手術室部長 医師 重田匡利
共同提案者：久我貴之、須藤優太郎、上田航平

【目的】やまぐち地域医療セミナーは2009年に発足し、県および関係機関から構成される実行委員会により開催されている。年々拡大して現在は県内全体11市町において開催されており、地域医療への理解促進および将来の医療人材育成を目的としている。人口の多い市では過疎地域で開催しているが長門市は全域が過疎地域かつ医師少数区域に認定されているため全域での開催としている。当院は長門市における中核医療機関として実習を担当しており、その取り組みについて報告する。

【方法】医学生に加え、医療系進路を志望する高校生および大学生を山口県が主導して募集した。従来は会議室を使用して講義中心で実施していたが不評であったため、2025年より手術室を貸し切って主会場とし、より実践的な学習機会の提供を試みた。若い医師の意見も取り入れ長門市での勤務を志望する動機となるような内容構成とした。各診療科の協力のもと、年度ごとに内容を検討して実施してきた。その後に地域医療の現状と課題をテーマとしたディスカッション形式のセッションを行った。

【結果】2025年は5人、2026年は6人が当院での実習に参加した。有志を募っており参加者全員が地域医療に興味がある学生達であった。2026年は実習として顕微鏡手術体験、ギプス体験、腹腔鏡手術体験、心肺蘇生訓練、個人防護具（PPE）着脱訓練を行った。ディスカッションにおいては当院での地域連携、救急体制、通院困難対策、多職種連携などの要望や質問があった。当院における手術室体験は好評であった。

【結論】本セミナーは地域医療の実情や魅力を体験的に学ぶ機会を提供し、地域医療への理解促進および将来の医療人材確保に寄与していると考えている。今後も当院は本セミナーに協力し、次世代の担い手の勧誘・育成に取り組んでいくつもりである。引き続きセミナーへの参加者が増えるように、かつ地域医療の魅力が伝わるように工夫していきたい。

3-4 当院におけるがん合併脳卒中中の検討～がん治療に与える影響について～

発 表 者：NHO呉医療センター・中国がんセンター 脳神経内科 小松由樹子
共同提案者：NHO呉医療センター・中国がんセンター 脳神経内科 二宮健太郎、村尾智美、金谷雄平、同道頼子、倉重毅志、大下智彦、地域医療連携室 折本陽一

【目的】担癌患者は合併症として脳卒中、特に脳梗塞を発症しやすいことが知られている。一方、脳卒中を合併したがん患者のがん治療の経過については不明な点が多い。今回我々は、当院におけるがん合併脳卒中患者のがん治療の経過について検討した。

【方法】2022年4月から2023年3月まで呉医療センター脳神経内科脳卒中患者のうち、がん治療中の脳卒中発症または脳卒中を契機にがん診断にいたった症例を抽出し、年齢、性別、脳卒中発症時NIHSS（NIH脳卒中スケールスコア）、がんの種類、がん治療内容を

を後方視的に検討した。

【結果】脳卒中患者は8例（全脳卒中中の約3%）であり、全例脳梗塞（全脳梗塞の約4%）であった。平均年齢は78.3歳で男性が7例であった。がん治療中の脳梗塞発症が6例で、脳梗塞を契機にがんが診断された例が2例であった。がんの内訳は、肺癌3例、胃癌2例、泌尿器系癌2例、悪性リンパ腫1例であった。元々がん治療をおこなっていた6例については、5例で治療継続したが、1年後の死亡が4例であった（67%）。脳梗塞を契機にがんが発見された2例中1例は回復期リハビリテーションを経て手術の方針となり、1例はBSCの方針となった。

【結論】がん関連脳卒中は脳梗塞が多く、がん治療も継続・導入されることの方が多くが、生命予後は不良である可能性が考えられた。

3-6 弾性ストッキングによる医療関連機器圧迫創傷予防に向けた取り組み－看護師教育と観察方法の標準化による観察行動の変化－

発 表 者：地方独立行政法人 さんむ医療センター 看護師 鈴木久美子
共同提案者：鈴木恵美子、戸村朱里

【目的】弾性ストッキング装着患者に対する医療関連機器圧迫創傷（MDRPU、以下「MDRPU」とする）予防ケアについて、看護師教育および観察方法の標準化を実施し、看護師の知識・観察行動の変化と実践定着状況を明らかにする。

【方法】A病棟看護師25名を対象に、弾性ストッキングの目的・効果・合併症、観察方法、サイズ選択、着脱方法等に関する45分間の勉強会を実施した。さらに、観察時間・観察方法・観察項目を統一し、弾性ストッキングを脱衣して皮膚状態を確認するなど具体的な観察方法を共有した。介入前後にWebアンケートを実施し、知識および観察行動を比較した。また、電子カルテ上に観察項目を追加し介入1か月後、3か月後に電子カルテの観察記録を用いて実践定着率を評価した。なお、本研究は所属施設における看護部課長会での倫理審査の承認を得て実施した。

【結果】有効回答は、介入前後とも92%（23名）であった。合併症を説明できる看護師は39.9%から51.9%、脱衣タイミングを説明できる看護師は55.9%から75.9%、着用前に足背動脈を触知する看護師は35.9%から83.9%へ増加した。脱衣して皮膚を観察する看護師は47.9%から71.9%へ増加し、平均観察回数は日動0.86回から1.17回、夜動0.26回から0.65回へ増加した。勉強会後3か月の観察時間の継続率は37.5%にとどまった。一方、電子カルテ上に観察項目を追加した後の実践定着率は介入1か月後59.5%、3か月後85.7%へ上昇した。

【結論】看護師教育と観察方法の標準化により、足背動脈触知、脱衣後の皮膚観察、観察回数など具体的な観察行動の改善がみられ、実践定着も経時的に上昇した。一方、観察項目の一部や観察時間の継続には課題が残った。MDROU予防ケアを継続的に実践するためには、単回の教育に加え、観察項目の可視化や定期的な確認・フィードバックなど、日常業務に組み込んだ仕組みづくりが必要であると示唆された。

3-7 離島医療・産業保健・地域密着型医療を組み合わせた地域医療研修プログラムの紹介

発 表 者：NHO広島西医療センター 総合診療科 医長 大谷裕一郎
共同提案者：NHO広島西医療センター 総合診療科 医長 生田卓也、
NHO広島西医療センター 院長 鳥居 剛

【背景】初期臨床研修における地域医療研修は、地域住民の生活を支える医療や地域包括ケアシステムへの理解を深めるために重要な研修である。しかし、地域医療の実践の場は診療所や中小病院のみならず、離島医療や回復期医療、産業保健など多岐にわたり、その研修内容は施設によって特色が異なる。広島西医療センターでは、地域の特性を生かし、多様な医療現場を経験できる4週間の地域医療研修を実施している。

【目的】広島西医療センターにおける初期臨床研修医の地域医療研修プログラムの内容と特色について紹介する。

【方法】地域医療研修は4週間とし、研修医は阿多田診療所、三菱ケミカルにおける産業保健、アマノリハビリテーション病院、島の病院おおたに、小島病院の各施設で研修を行う。阿多田診療所では離島医療を通じて限られた医療資源の中での診療や地域住民との継続的な関わりを学ぶ。三菱ケミカルでは産業医業務や職場巡視、健康管理を経験し、疾病予防や就労支援について理解を深める。アマノリハビリテーション病院では回復期リハビリテーションや多職種連携を学び、島の病院おおたにおよび小島病院では地域密着型病院における外来・病棟診療や在宅医療、地域包括ケアを経験する。

【結果・考察】本研修では、急性期病院での研修のみでは経験しにくい離島医療、地域密着型医療、回復期医療および産業保健を一連のプログラムとして経験できることが特徴である。各施設において患者の生活背景や地域資源を踏まえた医療、多職種との連携、疾病予防から治療、リハビリテーション、在宅医療、就労支援まで、地域における包括的な医療を実践的に学ぶことができる。多様な医療現場を経験することで、地域医療における医師の役割を幅広い視点から理解し、将来の診療に必要な総合的診療能力や地域志向性を育む研修プログラムとなっている。今後も地域の医療機関・企業との連携を継続し、より充実した地域医療研修プログラムの構築を目指したい。

4-2 地域で育つ医療者の臨床能力―「社会における医療の役割」を地域で学ぶ―

発 表 者：魚沼市立小出病院地域医療教育・研修センター係長 事務
柏木涼子
共同提案者：地域医療魚沼学校長 布施克也、魚沼市立小出病院地域医療
教育研修センター長 鈴木善幸、同センター丸山寛子 高堀
かな、小出病院長 鈴木和夫

【背景】AIによる診断や治療の支援が進む中、患者の生活背景や価値観、社会的要因を踏まえて臨床判断や意思決定を支援することは、医療者に求められる能力である。地域医療では、経済状況、家族構成、居住環境、社会的孤立などの健康の社会的決定要因（SDH）が、健康状態や治療継続、意思決定に影響する。医学教育モデル・コア・カリキュラムでもSDHに関する学修目標が示されている。

【目的】地域包括ケアシステムを基盤とした地域医療研修における、SDHを踏まえた診療経験の臨床能力形成への意義を検討する。

【方法】当院では、地域包括ケアシステムを支える地域密着型病院として、外来・在宅医療・多職種連携を含む研修を行っている。訪問診療、多職種カンファレンス、CGA（高齢者総合機能評価）回診等を通じて、患者の生活背景や価値観、社会資源に着目する視点を学ぶ機会を設け、指導医との振り返りやSDH学習会を行っている。研修後の研修医アンケートの評価結果および記載内容をもとに、SDHを踏まえた診療経験の意義を検討した。

【結果・考察】地域包括ケアの現場では、生活背景や社会的要因を踏まえた臨床判断や意思決定支援が求められ、「なぜ治療継続が難しいのか」「なぜこの選択となるのか」を考える機会となる。研修医アンケートでは、CGA回診は外来・訪問研修と並んで高く評価され、後輩に勧めたい研修項目としても選択された。また、記載内容からは、患者の生活や家族関係を把握して治療や退院調整を行う大切さ、多職種の視点から身体機能や生活背景を捉え、問題解決を考える姿勢を学んだことがうかがえた。

【結論】地域は医療提供の場であると同時に、「病気と折り合いをつけながら生きることを支える医療」を学ぶ場でもある。地域包括ケアシステムを基盤とした地域医療研修は、SDHを踏まえて患者を理解し支える臨床能力を学ぶ上で重要な役割を担うことが示唆された。

4-1 ダブルプレイスによる人材育成は看護師の在宅対応力を高めるか～病院と訪問看護の往還型配置の効果～

発 表 者：医療法人 社団 医聖会 八幡中央病院 看護部長 看護師
元生早苗

【目的】地域包括ケアの推進において、在宅医療に対応できる看護師の育成は重要課題である。本研究は、病院と訪問看護ステーションにおける「ダブルプレイス」を活用した人材育成の取り組みを導入し、看護師の在宅対応能力および退院支援に対する意識・行動への影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】当院看護師を対象に、訪問看護ステーションでの実務経験を組み込んだダブルプレイス配置を実施した。対象は3年目看護師としローテーション形式を取り入れ、一定期間の在宅現場経験を付与した。評価は、研修前後における在宅看護理解、退院支援意識、多職種連携に関する自己評価の変化を中心に、退院支援への関与状況等の行動指標も併せて検討した。

【結果】現時点では初期段階の評価であるが、参加看護師において在宅療養生活の理解の深化、退院支援に対する主体的関与の増加、多職種連携に対する意識向上が認められた。また、病棟における退院後の生活を捉えた看護実践への変化が示唆された。

【結論】ダブルプレイスを活用した人材育成は、看護師の在宅対応能力および地域連携意識の向上に寄与する可能性がある。今後は対象数の拡大と継続的評価により、その有効性をさらに検証していく必要がある。

4-3 医学生の地域医療における就業環境選好構造の解明：コンジョイント分析による定量化と類型化

発 表 者：旭川医科大学地域共生医育センター 講師 教員 山崎尚二
郎
共同提案者：旭川医科大学地域共生医育センター 助教 医師 民谷健太郎、旭川医科大学地域共生医育センター 教授 教員、医師
牧野雄一

【目的】医師の偏在解消と地域への定着支援が急務だが、そのためには医師の就業環境に対するニーズを把握する必要がある。本研究では将来の地域医療を担う医学生の就労環境に対する選好を定量化して条件間のトレードオフの構造を分析するとともに、その類型化を試みた。

【方法】2024・25年度に北海道内のA大学の医学部生を対象に無記名Webアンケートを実施した（有効回答計135名）。就業環境に関する10属性3水準（専門医取得、年収、当直回数等）を設定しコンジョイント分析を実施した。階層ベイズ法により個人ごとの効用値と支払意思額（WTP）を推定した後、標準化した効用値を用いたクラスタリングにより選好パターンを抽出した。各群の相対重要度および効用値の比較から選好の差異を検証した。統計解析にはJMP Student Edition 19を用いた。

【結果】WTPの算出結果から全体的な傾向として「キャリア形成（専門医取得）」や「子どもの教育環境」が重要視されていることがわかった。さらにクラスタリングにより就業状況と生活環境に関わる属性を軸として、1）都市部と同様の働き方・生活利便性を重視する群（n=88）、2）当直負担の回避を優先し教育環境や保育施設の条件は許容する群（n=11）、3）当直増加の回避を優先し低年収を許容する群（n=30）、4）就業内容や環境よりも立地等の生活環境を重視する群（n=6）というそれぞれ独自の選好を持つ4群が抽出された。

【結論】本研究は医学生の就業環境に対するニーズを定量化し、優先する条件の代わりに他条件を許容するトレードオフの構造と特色のある4つの選好パターンを示した。これからの医師確保・キャリア支援においては、多様なニーズを持つ医学生にとって魅力的な、あるいは「許容可能な」環境整備のために医療機関、医育機関、行政等ステークホルダーの連携が重要であることが示唆された。

4-4 地域内の連携から 地域医療医同士の連携へ ～金沢大学からの地域医療研修の受け入れ～

発 表 者：栗原中央病院 医長 小児科医 宮野峻輔

【目的】地域医療を進路として希望する医師人材を育てることは、地域医療の継続において最も重要である。若い医師に地域医療を今後の進路の一つとして考えてもらうためには、医学生時代から地域医療への興味、関心を持ってもらうことが必要である。本学会の懇親会（第3回日本地域医療学会学術集会）熱心な地域医療医と出会い、交流を深めることができた。この懇親をもとに、将来の地域医療のために医学部3年生の全国区での地域医療実習を行うことを金沢大学の西岡亮先生よりを打診された。当病院としても研修医や若手医師、地域への良い影響があると判断し受け入れた。

【方法】金沢大学医学類3年生を2名受け入れた（小児科1名、呼吸器内科1名）。2026年8月24日～28日の5日間栗原中央病院で研修した。小児科での研修について報告する。栗原市では小児科医が中心になり、医療、教育、行政、地域が連携した 独自の事業「こども・子育て支援改革 栗原モデル」を実践している。学生は、学校訪問、教員への講義、医療行政教育連携会議、小児科医による相談室（子育て支援課が運営）などの地域小児科医独自の働き方を体験した。同時に小児科外来（一般小児科、発達・不登校・思春期外来）、一般内科外来、病棟の回診など一般の診療の状況も体験した。休憩時間や、勤務終了後は歓迎会などで地域住民との交流も行った（こども食堂スタッフ、地域落語家、救急隊員、熊罾師、地域料理人、移住者など）。

【結果】アンケートでは、地域医療への興味、関心を十分に得られたとの回答を得た。学生本人からも将来の医師としての選択の中に地域小児科医も十分に考えたいと手紙を頂いた。

【結論】熱心な地域医療医の下での1週間程度の地域医療の研修は、医学生にとって地域医療への興味、関心をもってもらう可能性があると考えられる。本学会の懇親会には、将来の地域医療の教育に貢献できる可能性がある。

4-6 誤嚥性肺炎入院高齢者に対する末梢静脈栄養（アミノ酸加総合電解質輸液）の使用と短期および長期予後との関連：後ろ向きコホート研究

発 表 者：市立奈良病院 総合診療科 森川 暢

共同提案者：藤岡遼人

【目的】誤嚥性肺炎の急性期には絶食下でアミノ酸加総合電解質輸液（ビーフリード®、以下PPN）が用いられるが、その予後改善効果は確立していない。フレイルや低栄養は投与の決定要因であると同時に予後規定因子でもあり、これらを調整しても関連が保たれるかは不明である。また長期予後への影響を検討した報告は乏しい。本研究ではPPN使用と短期および長期予後との関連について交絡因子を調整し検討した。

【方法】誤嚥性肺炎で入院した高齢者522例を対象とする単施設後ろ向きコホート研究を実施した。主要評価項目を入院30日死亡、副次評価項目を1年死亡とした。年齢、性別、栄養評価（SGA）、入院時A-DROP、入院時Clinical Frailty Scale(CFS)、入院前Functional Oral Intake Scale(FOIS)、認知症、脳卒中、糖尿病を調整因子とし、30日死亡はロジスティック回帰分析、長期予後は30日生存例402例に限定したランドマーク解析（Kaplan-Meier法、Cox回帰）で評価した。

【結果】PPN使用群200例（38.3%）、非使用群322例であった。PPN非使用群（n=322）および使用群（n=200）において、年齢中央値はそれぞれ87歳（IQR 82-92）、88歳（IQR 81-92）、男性は174例（54.0%）、105例（52.5%）であった。入院時A-DROP中央値は3（IQR 2-3）、3（IQR 2-4）であった。30日死亡は使用群14.5%、非使用群21.4%で、調整後も使用群で有意に低かった（調整OR 0.54、95%CI 0.32-0.89、p=0.016）。30日生存例における、1年死亡についてPPN使用は調整後ハザード比1.41（1.03-1.92）と死亡の増加と関連したが、退院時FOISをモデルに加えると関連は消失した（0.99、0.72-1.37）。

【結論】PPN使用は30日死亡の低下と独立して関連する一方、30日を生存した症例では死亡リスク上昇と関連したがその結果は退院時の嚥下機能低下を調整すると有意な関連を認めなかった。PPNの有益性は急性期に限定される可能性があるが、長期予後の効果は入院中の摂食嚥下機能低下によるバイアスの可能性があり、今後の前向き研究での検討が必要である。

4-5 地域医療需要に対応できる医師を育成する目的に導入した地域志向型プログラム

発 表 者：新潟県厚生農業協同組合連合会糸魚川総合病院 研修管理委員会 初期臨床研修プログラム責任者 医師 澤田成朗

共同提案者：山岸文範

【はじめに】当院は山と海に囲まれた糸魚川市唯一の総合病院で、この医療環境を生かし初期対応を中心とした独自の研修プログラムで研修医教育を継続してきた。一方高齢化と人口減少が著しい日本の地方において糸魚川市も例外ではなく、医療資源の集約化実現と同時に、未来の地域医療需要に一致した医師の育成も重要と考える。この考えのもと2026年度より地域志向型プログラムの併用運用を開始した。今回我々の取り組みについて報告する。

【方法】当院の救急外来（ER・総合外来）は24時間365日糸魚川医療圏の1次2次救急を受け入れている。Common diseaseからCPAまでの初期対応が必要とされるER・総合外来での研修を1年通して週1日義務付けることで研修医の初期対応経験症例数を確保し、更にER・総合外来経験症例を用いた月5回の臨床推論、週3回の検討会でfeedbackを行ってきた。2026年度から地域社会の医療ニーズ全体を俯瞰でき、かつ全人的医療を実践できる医師を養成する事を目的に、以下に示す2つの研修からなる地域志向型プログラムを導入した。①院外診療研修：1. 当院の訪問診療に同行し地域医療の実情を知りながら訪問診療を経験する、2. 糸魚川市医師会協力のもと市内開業医やクリニックに赴き地域密着型の外来診療を経験する。②フィールドワーク：糸魚川市健康増進課、糸魚川市保健所、富山大学総合診療科にご協力いただき、糸魚川市が2025年に策定した「第3次健康いといがわ21」を基に市内の健康に関する課題解決に向けて実効性のある取り組みを行う。

【結果】地域志向型プログラム開始後5ヶ月が経過した現時点で目に見える成果は未だないが、地方の医療需要を理解し対応する研修医も現れた。

【結論】地域と繋がりをもって医療を研修することで地域医療が求めている医師を養成できる様、地域志向型プログラムを継続していきたい。

4-7 地方公的医療機関における職務満足度関連因子の経年変化～職員定着を規定する因子の3年間の変遷～

発 表 者：富山大学附属病院 南砺・地域医療支援学講座、南砺市民病院 内科・総合診療科 小川太志

共同提案者：富山大学附属病院 南砺・地域医療支援学講座、南砺市民病院 内科・総合診療科 荒幡昌久

【背景】医療機関における人材不足は重要な問題となっており、地方公的医療機関においても人材確保・定着が課題となっている。人材の定着と職務満足度との関連が報告されているが、職務満足度を規定する要因の経年変化についての報告は少ない。

【目的】地方公的医療機関における職員の職務満足度に影響する因子の経年変化を明らかにする。

【方法】2024～2026年度に南砺市民病院で実施した全職員対象の職務満足度調査の結果を解析し、経年変化の有無を調査した。調査票の項目に関しては、営利企業で職務満足度調査に用いられている52項目を設定した。調査では総合的な職務満足度と、個別項目における満足度をいずれも1-7段階のリッカート尺度で回答を収集した。また、総合満足度を目的変数とし、各別項目とのSpearman順位相関係数および重回帰分析を実施した。さらにImportance-Performance Analysis（IPA）を用いて優先的に改善すべき項目を抽出した。本研究は南砺市民病院医療倫理委員会の承認を得て実施している。

【結果】総合満足度に関連する項目として、仕事量の適正（2024年から2026年の年度順に、平均満足度：4.10→4.25→4.09点、相関係数：0.652 [p=0.02]→0.556 [p=0.19]→0.568 [p<0.01]）、仕事のやりがい（平均満足度：4.88→4.90→4.78点、相関係数：0.561 [p=0.97]→0.610 [p=0.02]→0.610 [p=0.01]）、勤務継続意向（平均満足度：4.12→4.24→4.42点、相関係数：0.661 [p=0.19]→0.666 [p=0.02]→0.663 [p<0.01]）が高い関連を示した。一方、いずれの年でも人間関係や職場風土は継続して高評価であったが総合満足度との関連は低いという結果であった。

【結論】本調査では、人間関係や職場風土の良さだけでは総合的な職務満足度の向上につながりにくいことが分かった。本研究からは職場環境整備のみならず、仕事量の適正化ややりがい、勤務継続への意向が職務満足度向上に重要である可能性が示唆された。

5-1 保存的治療で良好な転帰をとった猪瀬型肝性脳症の1例

発 表 者：千秋病院 医員 医師 藤原佑斗

共同提案者：丹慶 遙、北島勝仁、藤本正夫、安井杏奈、関 紗那、上崎 郷

【目的】肝硬変を伴わない非肝硬変性門脈大循環短絡による肝性脳症は稀であり、報告も少ない。今回我々は先天性門脈-肝静脈短絡症による猪瀬型肝性脳症に保存的加療が奏功した症例を経験したので報告する。

【症例の概要】症例は意識障害を繰り返す86歳女性。平常時はADL自立で認知機能も保たれているが、「箸を逆に持つ」、「放尿」などの異常行動を認めた。肝疾患の既往歴はないが、意識障害のスクリーニング目的で施行した血清アンモニア値が155 μ g/dLと上昇しており、肝性脳症と診断した。しかし、やはり腹部超音波、腹部単純・造影CTで肝表面の凹凸不整や脾腫、食道・胃静脈瘤など肝硬変を示唆する所見は認められなかった。腹部造影CTで肝左葉S3に門脈左外側下区域枝から左肝静脈と、肝右葉S5に門脈右前下区域枝から中肝静脈への多数の門脈-肝静脈シャントを認めた。一方、門脈の狭窄・閉塞は認められなかった。以上より、先天性門脈大循環短絡による猪瀬型肝性脳症であると診断した。

門脈大循環短絡に対してinterventional radiology (IVR) の施行も検討されたが、超高齢であり、まずは保存的治療の方針とした。リファキシミン錠、ラクツロースシロップ、並びに酸化マグネシウム錠による排便コントロールで、1週間後のアンモニア値は94 μ g/dLに改善し、それに伴って意識も清明となった。以降、アンモニア値は100 μ g/dL前後で推移し、意識障害の再発なく、第40病日に施設へ退院となった。退院後2ヶ月経過した現在も肝性脳症は認められず経過している。

【結論】先天的門脈-肝静脈短絡症の治療にはIVRや外科的シャント結紮術が施行されることが一般的であるが、背景因子に対する適切な内科的治療介入を含む保存的治療でも良好な転帰を得られる可能性が示唆された。

5-3 筋炎類似の筋MRI所見を呈した膀胱がん筋転移の一例

発 表 者：NHO 呉医療センター 臨床研修部 川西健矢

共同提案者：NHO 呉医療センター 脳神経内科 村尾智美、小松由樹子、金谷雄平、同道頼子、倉重毅志、大下智彦、NHO 呉医療センター 病理診断科 山本利枝、倉岡和矢

【症例】53歳男性

【主訴】下肢痛、腰痛

【現病歴】X年1月に膀胱痛に対し膀胱全摘術および術後補助化学療法を施行され、当院泌尿器科で経過観察中であった。同年11月頃より右股関節屈曲時痛、右大腿痛、左腰部痛、左下腿の腫脹および疼痛が出現し歩行困難となった。12月に造影CTで腰部および下肢筋群に多発する不整形斑状病変を認めたが、右腸腰筋病変の穿刺細胞診では特記事項なく、精査目的に当科紹介となった。入院時、右傍脊柱筋の軽度膨隆と熱感、右大腿外側および左下腿後面に緊満した膨隆を認めた。疼痛による下肢可動域制限を認めるものの筋力は正常であった。血液検査では軽度の炎症反応上昇を認めたがCKは正常範囲内であった。骨格筋MRIでは右腸腰筋、大腿筋群および左ヒラメ筋に腫大を認め、筋膜に沿って筋内へ進展するSTIR高信号を呈する筋炎類似の画像所見であった。右大腿直筋より筋生検を施行したところ筋病理では大型異型核と好酸性細胞質を有する腫瘍細胞の浸潤を認めた。免疫組織化学染色でCK7およびGATA3陽性を示し、尿路上皮癌の骨格筋転移と診断した。

【考察】骨格筋転移は比較的稀であり、膀胱癌を原発とする報告は少ない。本症例では筋膜に沿った進展を示すMRI所見や正常CK値、穿刺細胞診陰性所見から診断に難渋したが、筋生検により確定診断に至った。悪性腫瘍既往患者において進行性の筋痛や多発筋病変を認める場合には、炎症性筋疾患のみならず骨格筋転移も鑑別に挙げ、積極的な組織診断を行うことが重要と考えられた。

5-2 子宮広間膜裂孔ヘルニアから絞扼性腸閉塞をきたし緊急手術を要した一例

発 表 者：呉医療センター 研修医 目崎聡太

共同提案者：呉医療センター 外科 嶋田徳光、清水洋祐、首藤 毅、尾上隆司、井上雅史、田澤宏文、佐田春樹、井出隆太、福原宗太郎、宮重直弥

【はじめに】腸閉塞は遭遇する頻度の高い疾患であるが、絞扼の有無も含め正確な診断は難しい。子宮広間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例69歳、女性。周期的な心窩部痛を主訴に救急外来を受診した。身体所見では上腹部に圧痛を認め、筋性防御を伴っていた。造影CTでは骨盤内左側にclosed loopを伴う拡張小腸と腸間膜脂肪濃度の上昇を認めた。以上より絞扼性腸閉塞と診断し緊急手術施行し、原因として子宮広間膜裂孔ヘルニアを疑った。術中所見では子宮広間膜の欠損部に嵌頓した小腸に壊死所見を認めたため腹腔鏡下に絞扼解除後、小開創にて小腸切除した。

【考察】子宮広間膜裂孔ヘルニアはまれな内ヘルニアであり、術前診断は困難とされる（診断率34%）。しかしCT画像・読影の精度が向上し術前に診断される症例も増加している。本疾患では骨盤内に限局したclosed loopや子宮・付属器周囲の小腸嵌入像などが診断の手がかりとなる。絞扼性腸閉塞には早期外科的介入が必要であり、近年では腹腔鏡手術が一般的になっている。腹腔鏡手術ではポート配置やデバイス選択などを術前に計画するが、CT画像から正確な絞扼部位や原因を検討することは有用であった。

5-4 農作業中の軽微な受傷を契機に破傷風を発症した60歳代男性の1例

発 表 者：広島大学医学部医学科 学生 花房秀年

共同提案者：広島大学病院 総合内科・総合診療科 池田見太郎、田中基樹、重信友字也、原武大介、吉田秀平、宮森大輔、伊藤公訓

【緒言】破傷風は土壌などの環境中に広く存在する芽胞に感染することで発症する。本邦においてはワクチン接種歴のない高齢者を中心に、年間100例程度の発症報告がある。重症例では致命的な転帰を来し得る一方で、特異的な検査が存在しない。特徴的な臨床症状から疑い、治療を開始することが重要である。

【症例】60歳代、男性。

【現病歴】当科受診2週間前、農作業中に右第3指を受傷した。9日前、開口障害、嚥下障害を自覚した。5日前、嚥下困難、全身の疼痛を自覚し、近医に入院した。4日前、全身の痙攣、呼吸不全あり人工呼吸器管理となった。3日前、人工呼吸器を離脱した。開口障害および全身の疼痛が持続するため、当院に転院した。

【所見】意識清明、血圧154/80mmHg、脈拍104回/分・整、体温37.4度、酸素飽和度95%（酸素1L/分）。呼吸回数21回/分。開口は2横指程度。四肢の緊張は強く、全身に疼痛を訴えている。右第3指末端に数mm大の痲癢の付着を認める。

【経過】入院当日、開口障害、項部硬直、嚥下障害、筋痙攣といった臨床症状から破傷風と診断した。遮光対応を開始し、乾燥抗破傷風ヒト免疫グロブリンを投与し、メトロニダゾールの点滴を開始した。筋痛、痙攣についてはジアゼパムと芍薬甘草湯を適宜投与した。入院8日目、疼痛は当初の半分程度まで改善した。開口は3横指まで改善した。入院12日目、経口摂取可能となり、遮光対応も終了した。入院14日目、疼痛は消失し、開口制限も消失した。入院25日目、全身状態が改善し、本人希望で退院した。

【結語】土壌汚染創を診療する機会のある地域医療では、創傷が軽微であっても破傷風の可能性を念頭に置き、開口障害や嚥下障害などの特徴的な症状を認めた場合には早期に破傷風を疑うことが重要である。

5-5 在宅療養者における誤嚥性肺炎の早期発見に向けたCGM活用の一例

発 表 者：鴨川市立国保訪問看護ステーション 看護師職 看護師 永井勇人

共同提案者：小橋孝介、池田 純、橋本裕子、日下伸明、丸山陽子

【目的】経管栄養を行っている療養者は、嚥下機能の低下と構造的な問題により、誤嚥性肺炎を発症するリスクが高く、予防と早期発見が重要である。一方、在宅では限られた訪問時間の中で、早期に兆候を察知することは難しい。今回、糖尿病を有し経管栄養を行っている在宅療養者の、Continuous Glucose Monitoring（以下CGM）を、誤嚥性肺炎の早期発見に活用できた事例を報告する。

【方法】対象は83歳男性。認知症、糖尿病を有し、誤嚥性肺炎、胃癌術後、肺化膿症等の既往があった。要介護5、寝たきり度C-2で妻が1日1回持続型溶解インスリンアナログ製剤の皮下注射を実施していた。CGMにより血糖値を持続的に測定し、バイタルサイン、呼吸症状、訪問看護師のアセスメントを経時的に比較した。通常の変動では説明しにくい血糖値の上昇を認めた際は、他の臨床所見と合わせて状態を評価し、主治医へ報告した。

【結果】経管栄養内容やインスリン投与に明らかな変更がないにもかかわらず、通常の変動範囲を超える血糖値の上昇を認めた。これを契機に全身状態を再評価したところ呼吸状態の変化を認め、主治医に報告した。採血では軽度の炎症反応上昇を認め、臨床的に誤嚥性肺炎が疑われた。在宅で抗菌薬治療を開始し、入院を要することなく治療を継続することができた。その後も在宅療養を継続した。

【考察】感染症罹患時、炎症性サイトカインとインスリン拮抗ホルモンの分泌が増加し、血糖値は上昇する。また、毒性により血糖値は更に上昇する。CGMは糖尿病を有し、経管栄養を行っている在宅療養者において、バイタルサインや症状だけでは捉えにくい感染症等に伴う変化を、血糖値の変動から察知する手段となり得る。誤嚥性肺炎を特異的に診断するものではないが、訪問看護師の観察、アセスメントを補完し、早期受診や在宅治療に繋げる有用な指標となる可能性が示唆された。

5-7 急性B型肝炎を合併し多職種連携により拠点病院での治療導入に至った急性HIV感染症の一例

発 表 者：魚沼基幹病院 総合診療科 医長 医師 丹下明音

共同提案者：新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 総合診療科 佐伯邦道、千明敬宏、大西康史、神田達郎、新潟大学医歯学総合病院 呼吸器・感染症内科 茂呂 寛

【目的】急性HIV感染症は非特異的な症状のため診断が遅れやすい。都市部の複数医療機関で診断に至らず、当院で診断後に多職種連携で拠点病院での治療導入に繋いだ一例を報告する。

【方法】症例提示および文献的考察を行った。

【結果】20歳代、男性。都市部滞在中に発熱・倦怠感・食思不振が出現し都内2医療機関を受診するも診断に至らず、実家のある当院医療圏に戻り発症第17日に緊急入院。第4病日にAST 1042U/L、ALT 657U/Lとピークに達したが（同日LDH 2778U/L）、意識清明、出血傾向を認めず、造影CTで熱源は不明であった。この時点で肝炎ウイルスマーカー等は陰性で、他の原因による肝障害は否定された。病歴再聴取で同性間性的接触歴が判明、第3病日の検査でHIV-1/2抗原抗体検査陽性、HIV-1 RNA 8.2×10^6 copies/mLから急性HIV感染症と診断。CD4/CD8比0.3と低下し第7病日に口腔カンジダ症を合併。診断前から院内感染症内科を介し拠点病院へ相談、医療ソーシャルワーカー（MSW）が医療費助成手続きを支援。第13病日に本人、第14病日に母へも告知、同日解熱し第15病日に退院・同医紹介とした。転院後、身体障害者手帳取得後にHBs抗原が陽転化し、急性B型肝炎と診断した。ART療法を開始、2か月後にHIV-1 RNA 20copies/mL未満、CD4 810/μLと管理良好である。

【結論】本例は諸検査を注意深く行う事で最終的に#1急性HIV感染症、#2口腔カンジダ症、#3急性B型肝炎と診断した。遷延する発熱では性的接触歴聴取が診断の鍵である。本邦では身体障害者手帳認定基準が治療開始の実質的な前提であり、MSWによる支援が治療開始時期を左右する。丁寧に診断し、拠点病院へ繋ぐことが地域医療の重要な役割の一つである。

5-6 腎動静脈瘻に対して手術を施行した2例

発 表 者：NHO呉医療センター 泌尿器科職員 医師 秋山耕亮

共同提案者：NHO呉医療センター 河野晋太郎、吉岡勇人、福岡憲一郎、繁田正信

【目的】腎動静脈瘻は稀な疾患であり、無症候例から循環動態異常を呈する症例まで臨床像は多様である。今回、腎動静脈瘻に対して手術を施行した2例を経験し、術後の血行動態および画像所見の変化について報告する。

【方法】腎動静脈瘻に対して手術治療を施行した2例について、臨床経過、画像所見および術前後の心機能・循環動態を検討した。

【結果】症例1は75歳女性。無症候性に左腎動静脈瘻を認め、左腎静脈は1.8cmに拡張し、卵巣静脈への逆流が疑われた。手術で動脈から静脈へのシャント部を切離した。症例2は62歳女性。検診異常を契機に近医で経過観察され、BNPおよび心エコー所見の上昇傾向を認めた。無症候性であったが、7cmの瘤を伴う右腎動静脈瘻を認め、右腎動脈1.0cm、右腎静脈2.1cmと拡張していた。術前BNPは297pg/mL、心エコーではEF 58%、心拍出量5.15L/min、三尖弁圧較差32mmHgであり、腎動静脈瘻による右心系の圧負荷が疑われた。流入枝および流出枝を切離し、瘤も切除した。両症例とも術後経過は良好で、腎機能は正常に保たれ、術後CTで腎静脈拡張の消失を確認した。症例2では術直後にBNPが65pg/mLまで低下し、術後6か月の心エコーではEF 58%、心拍出量3.57L/min、三尖弁圧較差26mmHgであった。

【結論】腎動静脈瘻に対する手術により、両症例とも静脈拡張の改善と腎機能の温存が得られた。特に心機能異常を伴った症例2では、EFに変化を認めなかった一方、BNP、心拍出量および三尖弁圧較差が低下した。これは腎動静脈瘻閉鎖によるシャント血流の減少により高拍出状態が改善し、右心系への圧負荷も軽減したことを示唆する。腎動静脈瘻ではEFのみでは捉えにくい血行動態異常を来す可能性があり、術前後の循環動態評価が重要と考えられた。



学 生 ポスター発表



江角 悠太
(えすみ ゆうた)

【略 歷】

東京都出身

2000年 都立西高等学校卒業

2009年 三重大学医学部卒業

2009年 沖縄中部徳洲会病院 初期研修医

2011年 三重大学家庭医療総合診療科 後期研修医

亀山医療センター 名張市立病院 県立一志病院

2014年 ピースボート船医

2014年 志摩市民病院 総合診療

2016年 同 病院長

2023年 同 地域医療医務監

日本地域医療学会理事

総務省経営財務マネジメント強化事業アドバイザー

地域包括ケア病棟協会 アンバサダー

のろ志代表

地方創生医師団代表

教育、研究関連)

NPO法人Touch the future

一社未来の大人応援プロジェクト

立命館大学衣笠研究機構

東京女子医科大学

三重大大学医学部

ユマニテク看護助産専門学校

伊勢保健衛生専門学校

鈴鹿医療科学大学

皇學館大学

日本専門医機構

日本プライマリケア連合学会

日本地域医療学会

理事

理事

客員研究員

連携臨床教授

臨床講師

非常勤講師

非常勤講師

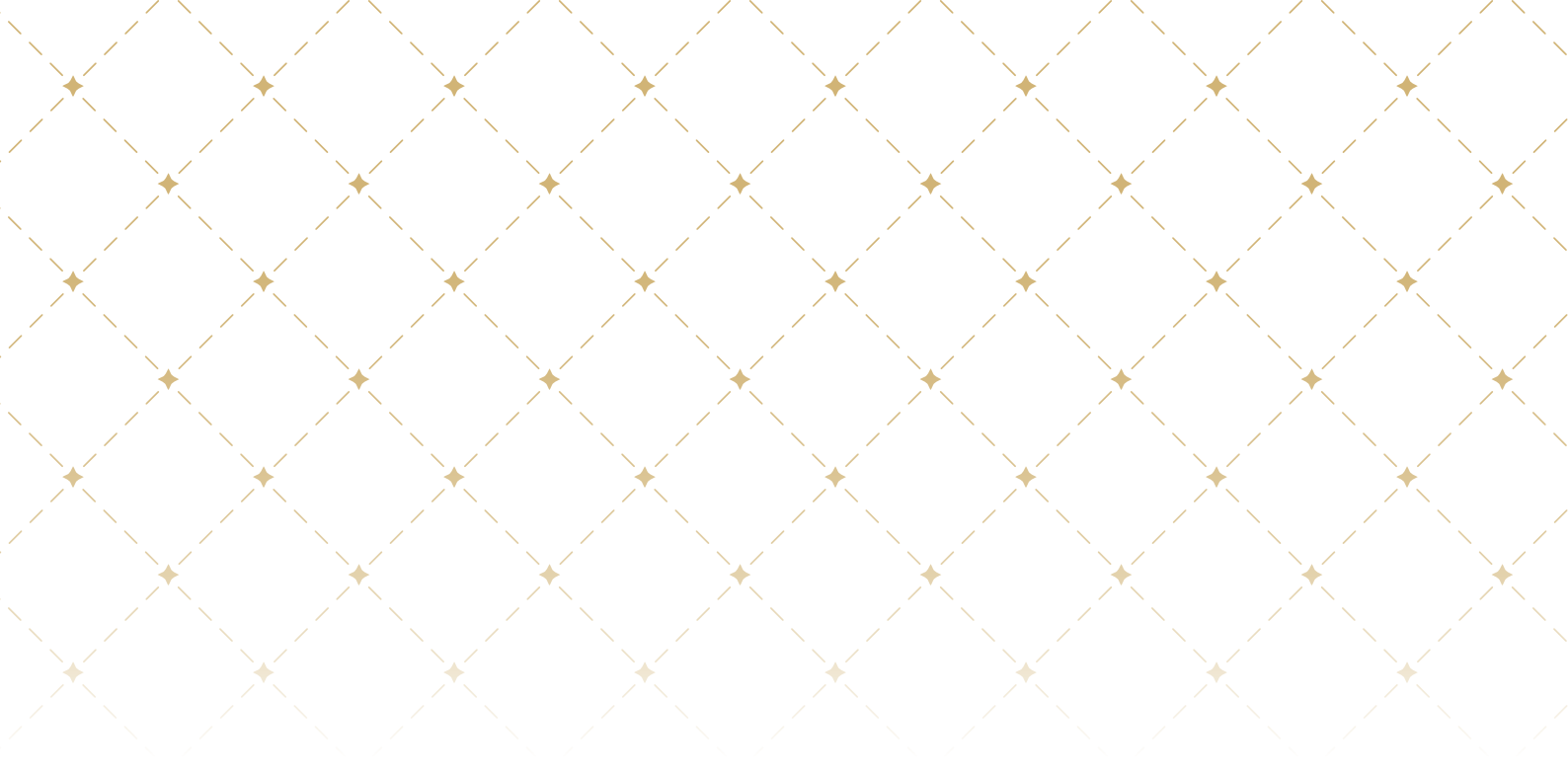
非常勤講師

非常勤講師

総合診療専門医 指導医

家庭医療専門医 指導医

地域総合診療専門医 指導医



閉 会 式



閉会式 14：45～15：15

司会 細 川 直 美

表彰式

一般 最優秀・優秀演題 表彰
学生 最優秀・優秀演題 表彰

主催者挨拶

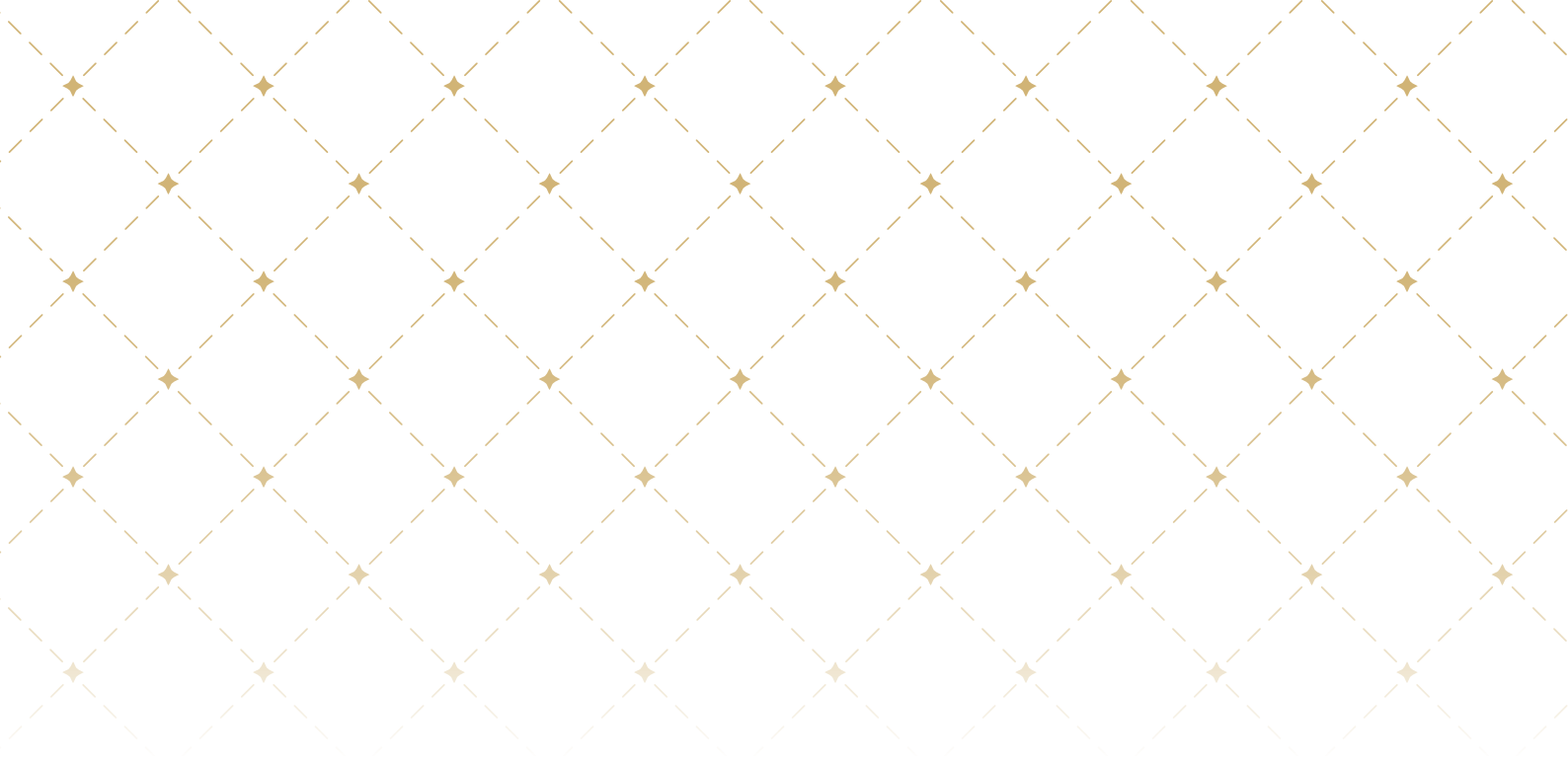
第5回日本地域医療学会 学会長 大 谷 ま り

次期学会長挨拶

第6回日本地域医療学会 学会長 小 野 剛

閉会の言葉

第5回日本地域医療学会 副学会長 繁 田 正 信



交流会



交流会 18：30～20：30

司会 細 川 直 美

学会長挨拶（18：30）

第5回日本地域医療学会学術集会学会長 大 谷 ま り

関係者挨拶

日本地域医療学会理事長／全国国民健康保険診療施設協議会名誉会長 小 野 剛
日本地域医療学会理事／日本慢性期医療協会会長 橋 本 康 子
広島県佐伯地区医師会会長 大久保 和 典

乾杯

第5回日本地域医療学会 副学会長 伊 藤 公 訓

催し物（19：00） 「江田島ゲスト」
「川本弦楽研究所」

閉会挨拶（20：25）

日本地域医療学会副理事長／地域包括ケア推進病棟協会会長 仲 井 培 雄

第 5 回

日本地域医療学会

学術集会御協賛名簿

広告掲載／展示一覧

第5回日本地域医療学会 学術集会御協賛名簿

(順不同)

協賛金一覧

会社・団体・個人名	所在地	代表者役職	氏名
株式会社 玉屋	広島県広島市	代表取締役	児玉 賢司
医療法人社団 アイビー眼科	広島県廿日市市	院長	田中 民江
医療法人社団 仁慈会 安田病院	広島県竹原市	理事長	安田真衣子
医療法人 光臨会 荒木脳神経外科病院	広島県広島市	理事長	荒木 勇人
広島医薬株式会社	広島県広島市	代表取締役	川野 雄市
医療法人社団 おおくぼ内科	広島県廿日市市	理事長	大久保和典
一般社団法人 佐伯地区医師会	広島県廿日市市	事務局長	本島 直哉
四季が丘クリニック	広島県廿日市市	院長	奥 純一
一般社団法人 佐伯地区医師会 (能美島)			
今井産業株式会社 広島支店	広島県広島市	支店長	三浦 英幸
一般社団法人 広島県医師会	広島県広島市	会長	松村 誠
医療法人社団 峰良会 二木歯科医院	広島県江田島市	理事長	二木 由峰
小林市立病院	宮崎県小林市	小林市病院事業管理者	坪内 斉志
木村内科クリニック	京都府与謝郡	院長	木村 進
中和印刷株式会社	東京都中央区	代表取締役	石崎 洋
医療法人社団曙会 シムラ病院	広島県広島市	理事長	池尻 佑美
あがの市民病院	新潟県阿賀野市	病院長	藤森 勝也
医療法人社団ひかり会 木村眼科内科病院	広島県呉市	理事長	木村 友剛
医療法人 社団永楽会 前田病院	広島県呉市	理事長	前田 正博
医療法人 地御前勝谷医院 勝谷・小笠原クリニック	広島県廿日市市	理事長	小笠原英敬
綾川町国民健康保険陶病院	香川県綾歌郡	院長	大原 昌樹
医療法人社団和風会 橋本病院	香川県三豊市	理事長	橋本 康子
医療法人天真会 南高井病院	愛媛県松山市	院長	西尾 俊治
クオールホールディングス株式会社	東京都港区	代表取締役社長	中村 敬
有限会社ナヒロ	広島県江田島市	代表取締役	成広 光正
久留米大学医学部同窓会	福岡県久留米市	会長	横倉 義武
上越地域医療センター病院	新潟県上越市	患者支援センター長	川崎 政紀
医療法人社団たつき会 菅田医院	広島県呉市	理事長	菅田 宗樹
国家公務員共済組合連合会 呉共済病院	広島県呉市	院長	田原 浩
ヒラタコーポレーション株式会社	広島県江田島市	代表取締役	平田 庄治
医療法人社団大谷会 島の病院おおたに	広島県江田島市	理事長	大谷 まり

会社・団体・個人名	所在地	代表者役職	氏名
医療法人社団久英会 高良台コミュニティホスピタル	福岡県久留米市	理事長	中尾 一久
一般財団法人 魚沼市医療公社	新潟県魚沼市	理事長	布施 克也
鎌田クリニック	福岡県柳川市		鎌田 順二
医療法人三愛 健康リハビリテーション内田病院	福岡県嘉麻市	理事長	内田 泰彦
平井 聡	鹿児島県薩摩川内市		平井 聡
医療法人双福会 伊藤医院	奈良県奈良市	理事長	伊藤 太祐
医療法人社団有信会 呉記念クリニック	広島県呉市		
医療法人社団ひろし会 だて子どもクリニック	広島県広島市	理事長	伊達 是志
医療法人 中央内科クリニック	広島県呉市	理事長	川合 徹
医療法人社団 善紀クリニック	香川県仲多度郡	理事長	山地 善紀
医療法人 岡仁会	大分県大分市	理事長	岡 真一郎
津田 尚武・津田 真如子	福岡県久留米市		津田 尚武 津田真如子
くどう循環器科・内科	大分県竹田市		工藤 博司
医療法人社団博翠会 寺嶋クリニック	東京都大田区	院長	寺嶋 博史
たかいしクリニック	広島県広島市		高石 英樹
社会医療法人 祥和会 脳神経センター大田記念病院	広島県福山市	理事長	大田 泰正
特定非営利活動法人 イージェイネット	大阪府大阪市	代表理事	瀧野 敏子
医療法人 ラ・フォール会	大阪府大阪市	理事長	瀧野 敏子
株式会社 江田島荘	広島県江田島市	代表取締役	阿部 直樹
株式会社 自治体病院共済会	東京都千代田区	代表取締役社長	小熊 豊
医療法人 昇 平尾クリニック	広島県広島市	理事長	平尾 健
医療法人社団 千葉寺駅前整形外科	千葉県千葉市		鈴木 秀明
医療法人 つむらファミリークリニック	福岡県久留米市	理事長	津村 直幹
西山 佳寿子	京都府京都市		西山佳寿子
水溜 絵津子	熊本県熊本市		水溜絵津子
水口医院			水口 太郎
久留米大学 HeyQ同窓会	福岡県久留米市		江森 幹子
医療法人ピーアイエー	広島県広島市	理事長	中村 友美
久留米大学医学部病理学講座	福岡県久留米市	教授	秋葉 純
株式会社広島銀行 大柿支店	広島県江田島市	支店長	堀田 誠典
東邦大学医学部 東邦会広島県支部	広島県東広島市	支部長	高橋 淳
久留米大学病院 総合健診センター	福岡県久留米市	教授	深水 亜子
株式会社 大柿産業	広島県江田島市	代表取締役	中本 修二
独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	広島県呉市	院長	繁田 正信

会社・団体・個人名	所在地	代表者役職	氏名
医療法人 おのクリニック	山口県周南市	理事長	小野 薫
市立大森病院	秋田県横手市	院長	福岡 岳美
ヤナギ トウジロウ			
医療法人社団正眼会 加藤眼科医院	香川県高松市	理事長	岸本 直子
青山システムコンサルティング株式会社	東京都新宿区		嶋田 秀光
医療法人聖仁会 南薩ケアほすぴたる	鹿児島県南九州市	院長	田中 雄二
医療法人社団 田村外科	京都府京都市	理事長	田村 耕一
丸山 泉	福岡県福岡市		丸山 泉
医療法人浩仁会 耳鼻咽喉科 柴田クリニック	福岡県福岡市	理事長・院長	迫 真矢子
医療法人専心会 木村専太郎クリニック	福岡県福岡市	理事長	木村祐介 ノーマン
医療法人 あきよし外科胃腸科医院	福岡県太宰府市	院長	秋吉建二郎
コカ・コーラ ボトラーズジャパン株式会社	広島県呉市	ベンディング東広島支店 支店長	吉岡 潤
イレイ ミカ(オザキ)			
佐曽利ひふ科医院	岐阜県関市	理事長	小野 文武
つるぎ町立半田病院	徳島県美馬郡	病院事業管理者	須藤 泰史
クレキネンクリニック クリハラ タケシ			

【お断り】

抄録集作成の都合により、ご芳名を掲載できない場合がございます。開催当日、会場に名簿を掲載いたしますので、ご容赦願います。

第5回日本地域医療学会 学術集会御協賛名簿

(順不同)

広告掲載一覧

会社・団体名	所在地	代表者役職	氏名
深川医療器株式会社	広島県広島市	代表取締役	深川 竜
医療法人 エム・エム会	広島県呉市	理事長	白川 泰山
株式会社タニモト	広島県広島市	代表取締役社長	山岡 壮一
医療法人 光臨会 荒木脳神経外科病院	広島県広島市	理事長	荒木 勇人
弁護士法人山下江法律事務所	広島県広島市	会長弁護士	山下 江
広電建設株式会社	広島県広島市	代表取締役	瀬崎 敏正
一般社団法人 佐伯地区医師会	広島県廿日市市	会長	大久保和典
医療法人社団 知仁会	広島県大竹市	理事長	石井 知行
安芸太田病院	広島県山県郡	院長	結城 常譜
今井産業株式会社 広島支店	広島県広島市	支店長	三浦 英幸
医療法人社団 八千代会	広島県安芸高田市	理事長	鳳山慧妃子
医療法人社団曙会 シムラ病院	広島県広島市	理事長	池尻 佑美
株式会社ブランコム	広島県江田島市	代表取締役	赤石 尚夫
医療法人社団 森本医院	広島県呉市	理事長	森本 忠雄
テルモ株式会社 広島支店	広島県広島市	支店長	早川 延男
医療法人社団有信会 呉記念病院	広島県呉市	院長	栗原 誠
医療法人社団たつき会 菅田医院	広島県呉市	理事長	菅田 宗樹
医療法人社団大谷会 島の病院おおたに	広島県江田島市	理事長	大谷 まり
宗クリニック	福岡県北九州市	院長	宗 篤史
医療法人緑康会 山根クリニック	広島県廿日市市	理事長	山根 基
医療法人社団 善紀クリニック	香川県仲多度郡	理事長	山地 善紀
株式会社 自治体病院共済会	東京都千代田区	代表取締役社長	小熊 豊
独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院	広島県呉市	院長	栗栖 薫
医療法人みやうち	広島県廿日市市	理事長	野村 陽平
医療法人ピーアイエー	広島県広島市	理事長	中村 友美
株式会社 大柿産業	広島県江田島市	代表取締役	中本 修二
医療法人 柳育会	福岡県八女市	理事長	柳 克司
医療法人仁祐会 小鳥居諫早病院	長崎県諫早市	院長	小鳥居 望
医療法人社団 聖愛会	広島県広島市	理事長	島筒 和史
セフト株式会社	広島県広島市	代表取締役	山根 久和
医療法人 辰川会	広島県福山市	理事長	辰川 匡史

展示一覧

会社・団体名	所在地	代表者役職	氏名
東洋羽毛中四国販売株式会社	広島県広島市	事業部部長	堀川 隆二
コニカミノルタジャパン株式会社 ヘルスケアカンパニー	東京都港区	取締役 ヘルスケアカンパニー プレジデント	青野 一大
宮崎県医師確保対策推進協議会	宮崎県宮崎市	会長	久保 範通
株式会社CROSS SYNC	神奈川県横浜市	代表取締役	田中 正視
KAZEN WLD株式会社	東京都千代田区		矢澤 真徳
株式会社メドコム	東京都江東区	代表取締役社長 兼 CEO	佐藤 康行
一般社団法人 ほくジョブ	北海道札幌市	代表理事	古川 賢人

ランチョンセミナー

会社・団体名	所在地	代表者役職	氏名
医療法人社団 八千代会 メリィホスピタル	広島県安芸高田市	理事長	鳳山慧妃子
大塚製薬株式会社 中国支店	広島県広島市	医薬部長	向田 修一
帝人ヘルスケア株式会社 中国・四国支店	広島県広島市	支店長	酒井 宏
株式会社ツムラ 広島支店	広島県広島市	広島営業所所長	馬場 大六

寄付金

会社・団体名	所在地	代表者役職	氏名
久留米大学小児外科同門会			