青燈会
小豆畑病院広報誌
［せいとう］

ほんとうの医療をかんがえる

vol.1

SEiTO

特集

地域医療、茨城県那珂市からの挑戦

地域包括ケアシステムに不可欠な2つの医療

いまさら聞けない 在宅医療Q＆A

地域医療における救急医の役割とは？ 対談：小豆畑丈夫×丹正勝久

醫明博愛

君に託す　医学の伝統

醫療により病める患者に光をあて「あかるくする」

醫学の疑問に対し研究をかさね「あきらかにする」

醫学を学ぶ者（医学生）に熱意ある教育により

その門を「あける」

日本大学医学部

大学院医学研究科　附属板橋病院　附属看護専門学校

NIHON UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町 30-1
03-3972-8123
http://www.med.nihon-u.ac.jp/

130年の輝きと共に、未来を創る

日本大学

法学部 / 文理学部 / 経済学部 / 商学部 / 芸術学部 / 国際関係学部 / 危機管理学部 / スポーツ科学部 / 理工学部 / 生産工学部 / 工学部 / 医学部 / 歯学部 / 松戸歯学部 / 生物資源科学部 / 薬学部 / 通信教育部 / 短期大学部 / 大学院 / 高等学校 / 中学校 / 小学校 / 幼稚園 / こども園

〒102-8275 東京都千代田区九段南4-8-24 日本大学企画広報部企画課 Tel.03-5275-9284

日本大学　検索　http://www.nihon-u.ac.jp

小豆畑病院の履歴書

Azuhata Chronicle

第１回　いま思う、開院のころ

小豆畑節夫　**Azuhata Setsuo**

医療法人社団青燈会、社会福祉法人青燈会理事長
介護老人保健施設ライブリーライフ那珂施設長

窪田幸男先生（前列中央）退任時のスナップ。向かって前列右端が深澤秀一事務長、２列目右端が小豆畑節夫病院長、左端が平根浩二検査技師、３列目が関浩一郎放射線技師（肩書は当時）

見知らぬ土地でゼロからの出発

私が自分なりの病院を開設しようと思い立ったのは、いまを去ること42年前、ある日曜日の出来事がきっかけだった。

二人の息子を連れて自宅近くの海に遊びに出たところ、当時勤務していた病院に用事があることを思い出し、帰りに立ち寄ったときのことである。長男の丈夫が私にこう尋ねた。

「この病院はお父さんの病院なの？」

いや、ここはお父さんが勤務している病院なのだと答えたところ、丈夫は「なあんだ、お父さんの病院ではないんだ」と気のない返事をした。まだ小学１年生だった丈夫の問いかけの真意は、分からない。しかし、その日を境に、私は大学を出て十年ほどが過ぎ、そろそろ自分の知識と外科医師としての経験を生かし、自分なりに地域に貢献できる病院を開設してみたいという欲求、希望を持ち始めるようになった。

当時、私は福島県いわき市のとある総合病院に外科医として勤めていた。それ以外では、大学の同窓で外科教室では同門の先輩にあたる尾形孝先生（前那珂医師会会長）の病院（東海村で開業されていた）で、手術のお手伝いなどをしていた。その縁で尾形先生に、私もそろそろ自分の病院を開院しようと思っている旨を相談したところ、ある日先生から、「茨城県の医師数は人口の割合でいえば他県に比べて極端に少ない。お前も医師過疎の県である茨城県で開業しろ」と言われ、先生自ら開院に適当な地を探してくださることになった。それから数カ月後、東海村の隣の町で水戸市に近い那珂町（現那珂市）に良い場所があるとの連絡を受けた。それが現在、小豆畑病院が建っている場所である。

当時の那珂町は人口３万人弱の小さな町で、入院設備を有する病院は精神病院一つを除いてほかになく、私も病院の開業地としては格好の場所であると考えた。さっそく、昭和54年５月に病院建設の起工式を行い、翌年には開院の運びとなった。奇しくもその日はエイプリルフールだった。

開院当時の従業員は25人ほど。それまで勤務医として働いていたいわき市から、一人の知人もいない那珂町に落下傘で降下しての開院である。初日の外来患者はゼロ、入院患者ももちろんゼロ、文字どおりゼロからの出発となった。旧太田街道に沿ってウナギの寝床のように細長いかたちをしていた那珂町は、いまのようにバイパスも高速道路もまだ開通しておらず、町のはずれに位置する病院の周囲には田園と杉林しかなかった。開院当初は何とも心細い思いがしたのをいまだに記憶している。

そんな私を勇気づけてくれたのが、同窓、同門の医師仲間だった。東海村の尾形孝先生、那珂湊の小林克巳先生、常陸大宮町の丹治正男先生はみな私の同窓、同門で、三人の先生方が開業されていた地を線で結ぶと、三角形のちょうど真ん中に当院が位置していた。地理的にも近く、何事も気軽に相談に乗ってくれた先輩方の存在はなんとも心強かった。また、病院事務長として雑務いっさいを引き受け、陰に日向に私を支えてくれた深澤秀一氏の存在も格別に大きかった。

それから数カ月、夜も昼もなく不眠不休で診療に精を出したおかげか、初日はゼロだった外来患者も次第に増え、夏を迎えるころには一日の外来が70～80人にまでなった。そして、年末には１２０人を数えるようになり、入院用のベッドも半数以上が埋まるようになっていた。小豆畑病院の一年目はそのようにして過ぎていった。

小豆畑節夫理事長の病院長勇退に際して

1980年に小豆畑病院を設立し、病院長の重責を担い続けてこられた小豆畑節夫理事長が、2018年5月1日付けで同法人の介護老人保健施設へ異動されました。38年間という長きにわたって急性期病院の第一線で活躍され続けたこと、開設当時42床だった小豆畑胃腸科外科病院を病院92床、介護老人保健施設100床、特別養護老人ホーム50床のcare mix病院へ発展させられたこと、また、地域密着型小規模多機能施設、訪問看護・介護ステーションを立ち上げられたこと、これらの業績には目を見張るものがあります。

2018年4月27日、理事長先生最後の外来診療終了後に職員から花束が贈られました。サプライズな企画として準備され、当日は大成功。理事長はびっくりされながらも、とても嬉しそうなご様子でした。これからはご自身が1996年に立ち上げられた介護老人保健施設ライブリー那珂の施設長として、茨城県那珂市の医療と介護の番人として引き続きその力を発揮していただくことになります。

小豆畑病院は丹正勝久名誉院長と小豆畑丈夫病院長が跡を引き継ぎ、理事長が目指してこられた「医療と介護で安心して暮らせる街をつくる」の具現化をさらに推し進めるべく皆で力を合わせて邁進していく所存です。理事長先生、本当にお疲れさまでした。そして、これからもよろしくお願いいたします（総務部）。

勇退　小豆畑節夫理事長

2018年4月、小豆畑病院の創設者であり38年の長きにわたり病院を牽引されてきた
小豆畑節夫理事長が病院長を勇退されました。
最後の定期外来診療となった4月27日には職員から花束を贈呈され、
盛大な拍手とともに送り出されました。
今後は「ライブリー那珂」の施設長として引き続き那珂市の医療にたずさわれます。
小豆畑理事長、長い間お疲れさまでした。

ほんとうの医療をかんがえる

SEiTO

Seitokai Azuhata Hospital Magazine

vol.1

CONTENTS

8 特集 地域医療、茨城県那珂市からの挑戦

10 地域包括ケアシステムに不可欠な2つの医療

16 いまさら聞けない 在宅医療Q&A

20 地域医療における救急医の役割とは？
対談：小豆畑丈夫 × 丹正勝久

26 小豆畑病院の救命救急チームがパワーアップ

1 小豆畑病院の履歴書
2 勇退 小豆畑節夫理事長
4 院内寸景
6 青燈会ニュース
28 日大医学部通信
30 インフォメーション

ごあいさつ

小豆畑丈夫 Azuhata Takeo

青燈会小豆畑病院 病院長

青燈会小豆畑病院が茨城県那珂市に開院して今年で38年になります。長い間病院を支えてくれた小豆畑節夫前病院長からバトンタッチした私が、いま毎日のように考えているのは、「那珂市にとって本当に必要な医療とはどのような医療だろうか」という地域医療の未来像です。現在はその先鋒として、「在宅医療と救急医療」「医療と介護」というそれぞれ2つの分野の緊密な連携体制を急ピッチで整備しているところです。
と同時に、私たちの考えを広くお伝えするメディアとして、また、地域に求められる「ほんとうの医療」とは何かを探求する場として、このたび「SEiTO」という名の広報誌を発行することにいたしました。私たちの現状を一方的にお伝えするのではなく、患者さん、医療関係者、行政関係者など幅広い層の方々のお役に立てるような誌面を目指しています。これまで「ありそうでなかった」広報誌に育てていければと思います。

青燈会小豆畑病院広報誌
「SEiTO」第1号
発行日＝2018年6月15日
発行＝医療法人社団青燈会小豆畑病院
〒311-0105 茨城県那珂市菅谷605

編集制作＝藤山和久
ライター＝橋口佐紀子
写真＝西山輝彦
イラスト＝鈴木真実
デザイン＝稲葉英樹
印刷＝ヨシザワ印刷

©Seitokai Azuhata Hospital 2018
本誌掲載の写真・記事の無断転載および複写を禁じます

院内寸景

01

元日本大学医学部附属板橋病院病院長の丹正勝久医師が、小豆畑病院名誉院長に就任

丹正勝久名誉院長。趣味は音楽鑑賞（なかでもクラシック音楽がお好みだそう）。オーディオ関連にも詳しく、昔からヴィンテージのオーディオ機器を使っていらっしゃるそうです

2018年4月1日、元日本大学医学部附属板橋病院病院長の丹正勝久医師が、青燈会小豆畑病院の名誉院長に就任されました。丹正医師は1973年日本大学医学部を卒業後、外科医の道に進まれ日本大学第一外科学教室に二十余年勤務されました。その間、第一外科講師、第一外科科長を歴任されています。その後、日本大学救急医学教室に移籍。外科医から救急医に転身され、日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター部長、救急医学教室の主任教授として救急医療全般に広く携わってこられました。2011年からは日本大学医学部附属板橋病院病院長として病院全体を率いてこられました。

日大救命救急センター時代は、それまで外科医が執刀していた手術を救急医が自ら行なう体制、チームづくりに取り組まれ、その実績から「手術と集中治療に強い日大救命センター」という評価を確立されました。また、医療安全の専門家として、インシデント・アクシデントレポートの積極的活用などによる医療過誤への対応や予防に取り組まれ、スピード重視に陥りがちな救急の現場に医療安全の概念をいち早く持ち込まれたことでも知られています。2010年には第8回日本予防医学リスクマネージメント学会の総会長も務められました。

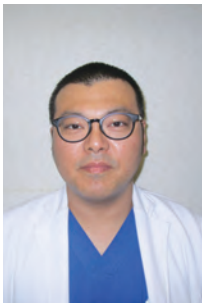
小豆畑丈夫病院長とは日大時代からの先輩・後輩というご縁もあり、大学退任後は非常勤として当院に勤められていましたが、小豆畑病院長の「当院の救急医療をもっと充実させたい」との強い思いに応えるかたちで、このたび名誉院長への就任が決まりました。今回の就任を受け丹正名誉院長は、「地域医療における病院全体の位置づけを十分認識し、優れた医療機関としての新たな小豆畑病院の構築に寄与できればと考えています。特に救急医療と院内医療安全管理の充実に貢献できれば望外の喜びです」と意気込みを語っています。

河野大輔医師、中村和裕医師が救急・総合診療科常勤医に。救急医療がさらに充実

2018 年 4 月 1 日より、河野大輔医師、中村和裕医師が当院救急・総合診療科の常勤医に着任されました。河野医師は2007 年に日本大学医学部を卒業後、同･救急医学系救急集中治療医学分野に入局。小豆畑丈夫病院長のもと救急医療の研鑽を積まれました。当院には非常勤で 9 年間勤務されています。

中村医師は2011 年に岡山大学医学部を卒業後、2013 年に日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野に入局。河野医師と同じく、小豆畑丈夫病院長のもとで救急医療に従事されました。その一方、当院の在宅医として慢性期管理なども経験され、当院には非常勤で 5 年間勤務されています。

河野医師も中村医師も、救急医療だけでなく総合診療も学ばれていることから、今後は当院救急科の分野横断的な活動がますます期待されます。ちなみに、河野医師は「映画鑑賞、音楽鑑賞」、中村医師は「アウトドア、キャンプ、野外フェス」がご趣味ということで、オフの過ごし方については対照的なお二人です。



河野大輔医師

「小豆畑病院長とともに那珂市の救急医療にたずさわりたいとの思いから常勤医になりました。救急科専門医であると同時にプライマリ・ケア認定医でもあるという強みを活かし、今後はジェネラリストとして地域医療の発展に貢献できればと思っています。よろしくお願いします」

中村和裕医師

「もともと緩和医療や家庭医を志して医療の道に進みました。救命救急センターでの経験を在宅医療や緩和医療に取り入れるという小豆畑病院のプロジェクトに魅力を感じています。患者さんがご自宅で安心して過ごせるようなサポートを行なっていきます」

在宅医療グループの新体制がスタート

小豆畑病院在宅医療グループの新体制が2018 年4 月1 日よりスタートしました。この新体制は、訪問診療・看護・リハビリ・介護、地域医療福祉連携室、地域包括支援センターといった各部門がこれまで独自に活動していた仕組みを改め、一つのグループ内で有機的に連携していくことを目的としています。グループ長に小豆畑丈夫病院長、現場の統括責任者を中村和裕医師が務めます。

今回の再編により、たとえば訪問看護だけを受けている患者さんの容態が変化した場合、これまでは訪問診療担当の医師に直接相談するといった連携は取られていませんでしたが、今後は各部門が定期的に情報を交換しあう環境が整えられたことで、訪問看護だけの患者さんに対しても訪問医からのアドバイスを受けやすくなります。

なお、新体制のスタートに合わせグループの概要をまとめたリーフレットを制作しています。

リーフレットは青燈会の各施設で配布しています

小豆畑病院
介護老人
ライブリーライフ「那珂」

特集

地域医療、茨城県那珂市からの挑戦

高齢者人口が増加をつづけるなか、地域医療環境の整備は制度的にも人材的にも待ったなしの状態がつづいています。しかし、その具体的なイメージや解決すべき課題については、行政、医療従事者、地域住民のあいだで広く共有されているとは言えません。
そうした地域医療の現状に対して、青燈会小豆畑病院はこれまでどのように取り組んできたか、また「救急医療から見た地域医療」という視点で見えてきたいくつかの課題について、本特集は“現場からの提言”というかたちで明らかにしていきます。

地域包括ケアシステムに不可欠な2つの医療

文＝小豆畑丈夫

青燈会小豆畑病院病院長／救急・総合診療科部長
日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野診療准教授

構成＝橋口佐紀子

2025年には3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上になるといわれています。そんな〝超超高齢社会〟を迎えるにあたって急務となっているのが、「高齢者を地域で支える仕組み＝地域包括ケアシステム」です。地域包括ケアシステム実現のために、青燈会小豆畑病院では茨城県内で在宅医療を広く提供する「いばらき会」と協力し、「ひとつの病院連携」という取り組みを始めました。在宅医グループと在宅療養支援病院（※）が強力なタッグを組むことで何ができるのか、これまでの成果と今後の課題についてお話ししていきます。

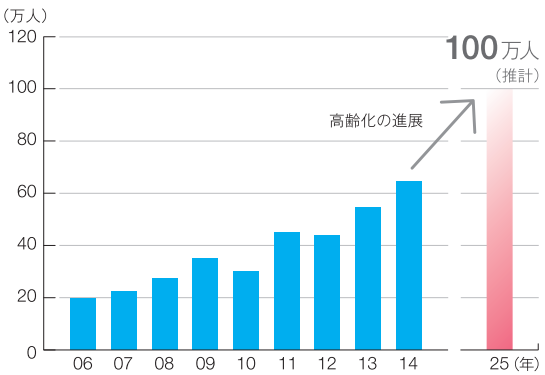
※在宅医療を24時間体制で提供し患者さんの在宅療養をサポートする病院のこと

2025年には100万人が在宅医療対象者に

「人生100年時代」が到来するとささやかれるなか、「地域包括ケアシステム」の構築が急務となっています。いくつになっても、誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくことができるよう、「住まい・医療・介護・予防・生活支援」を一体的に提供するというのが「地域包括ケアシステム」です。

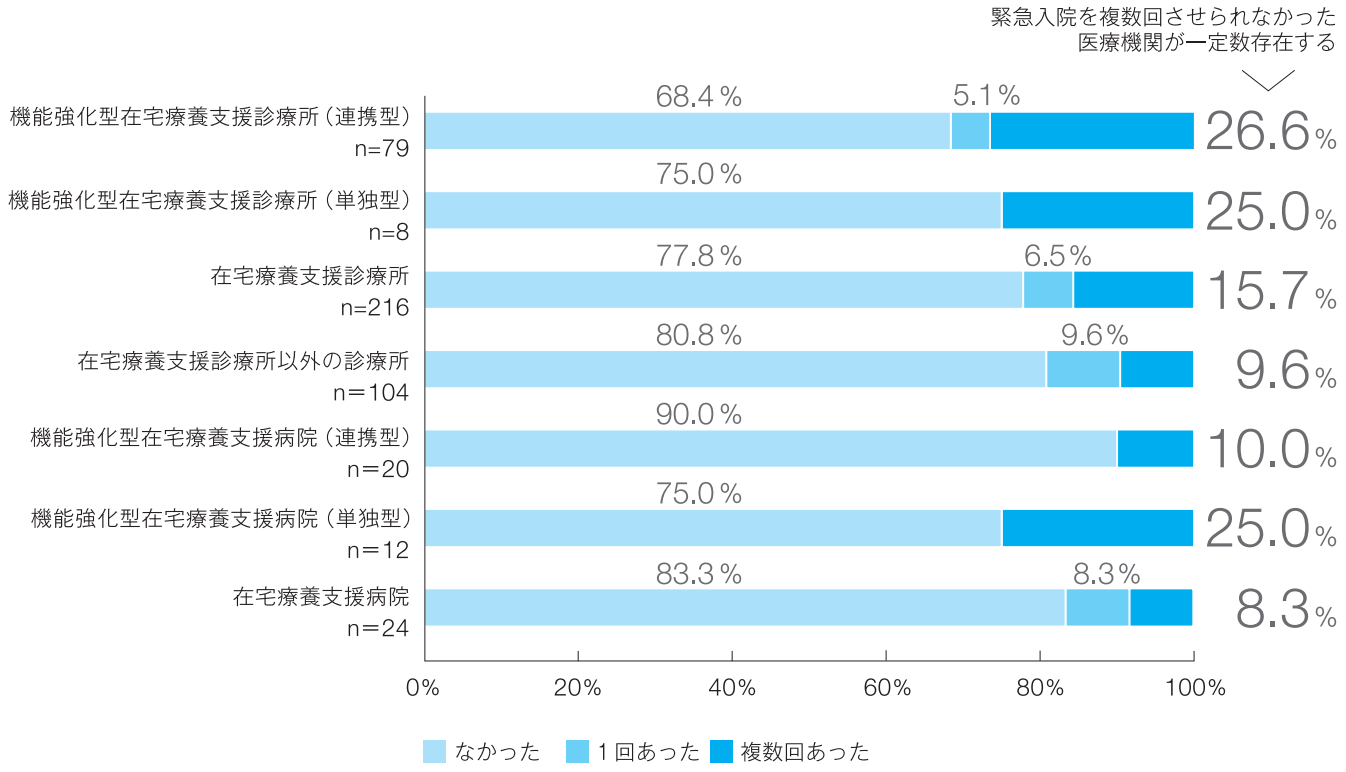
人生の晩年を病院で過ごすのではなく、住み慣れたわが家で過ごす――幸せなことのように見える反面、じつはそうせざるを得ない事情もあります。社会の高齢化とともに膨らむ医療費を抑えるには、設備の

図1　訪問診療の利用者数



出典：2014年以前は「社会医療診療行為別統計」「人口動態統計」（ともに厚生労働省）、2025年の推計は「第11回医療計画の見直し等に関する検討会・資料1〈介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量に関する考え方の整理について〉」（厚生労働省）をもとに作成

図2　在宅医療患者を連携医療機関に緊急入院させようとしたができなかった経験の有無（2012年4月以降）



出典：平成24年検証部会調査（在宅医療）

整った病院ではなく、在宅で診る人数を増やすことが避けられない状況になっているのです。

団塊の世代がすべて75歳以上になる2025年には在宅医療を受ける人が100万人を超える――と厚生労働省は推計しています［図1］。この2025年までに地域包括ケアシステムをつくり上げることが厚労省の目下の目標であり、そのためには在宅医療の充実が急務であると考えられています。

では、地域包括ケアシステムとは、在宅医療さえ充実していれば成り立つものなのでしょうか？　地域包括ケアシステムの構成要素の一つである医療とは、すなわち在宅医療なのでしょうか？　じつはそうではありません。在宅で過ごしていると、必ず具合が悪くなることがあります。その際、すぐに受け入れ、診てくれる病院がなければ安心して暮らすことができません。地域包括ケアシステムは、「在宅医療」と「救急医療」が両輪となってしっかり機能しなければうまくいかないシステムなのです。

在宅医グループと在宅療養支援病院が「ひとつの病院」のように

在宅医と救急医の連携は、全国的に見ると現状ではうまくいっているとは言いがたい状況です。在宅療養中の患者さんの具合が悪くなったときに、在宅医が入院先を探しても受け入れてくれる病院がすぐには見つからないことが多々あるのです［図2］。

そこで小豆畑病院では、県内広域で在宅医療を提供する「いばらき会」とともに、「ひとつの病院連携」という取り組みを2016年より始めました。いばらき会は、ひたちなか市、那珂郡東海村、日立市、茨城郡茨城町、水戸市にある5つの診療所を拠点に約1千600人の在宅患者さんを診ている医療グループです。一方の小豆畑病院は二次救急を行う在宅療養支援病院です。

在宅医の集まりである「いばらき会」と、救急医の私が率いる「小豆畑病院」が、まるで一つの病院で一緒に診療をしているようなチームになろうと始めたのが「ひとつの病院連携」です。

在宅で診ている患者さんの具合が悪くなったときに、病院への入院がスムーズにいかないのは「在宅医と救急医の間にある隔たり」に理由があります［図3］。在宅医

と救急医はもともと一緒に仕事をすることもなければ、同じ医師でも生きている世界が違います。たとえば、在宅患者さんの具合が悪くなって在宅医の先生が入院先を探す際も、医師自らが連絡をすることはほとんどありません。看護師やケアマネジャーを介して連絡がくることがほとんどです。そのため、救急医は在宅医の先生から必要な情報を収集できず、基本的な情報が欠如したまま応急処置を行うこともしばしばです。それでは連携はうまくいきません。やはりそこは医師同士で情報交換をすべきです。「ひとつの病院連携」はそんな壁を突き破るための試みともいえます。

在宅医療の関係者が常に顔を合わせる機会を設けることが連携の強化につながる

「ひとつの病院」になるために始めたこと

いばらき会と小豆畑病院が「ひとつの病院」になるために始めたのは、次のようなことです。

①必ず医師同士で患者情報を交換する
②簡単に患者さんを紹介できる紹介状をつくる
③合同の勉強会、講演会を開く
④患者さんごとに合同のケースカンファレンスを開く
⑤理事会も合同で開催する

いばらき会で診ている在宅患者さんの具合が悪くなり、入院を依頼するときには、必ず在宅主治医から小豆畑病院の医師に直接電話をかけてもらうよう徹底しました。紹介状のみのやり取りではなく、医師が直接話すことをルールとしたのです。また、そうしやすいように勉強会や講演会、理事会など日頃から顔を合わせる機会を積極的に設けました［写真］。

在宅医からの紹介で受け入れた患者さんは、できるだけ早く元の生活に戻してあげることが大切です。その一環として、退院の目途が立ったら在宅医療側の医師、訪問看護師、ケアマネジャーを集め、病院の医師、看護師、栄養士、リハビリテーションセラピスト、ソーシャルワーカーと患者さんのご家族が同席し、多職種カンファレンスを開くことも徹底しました。

カンファレンスで話し合うのは、「どういうケアがあれば、自宅でも十分に安心して過ごせるのか」。状態が悪化していったん入院されると、「退院後に自宅で面倒がみられるのか」「自分たちの生活が成り立たなくなるのではないか」、

図3　在宅医療患者の救急対応における問題点

✕ 救急対応時に「在宅医療のかかりつけ医」に連絡がとれない

✕ 救急隊が在宅医療を受けていたことへの認識が低い

↓

救急医療側の葛藤

1 **患者の情報収集が難しい。基本情報が欠如したうえで応急処置を開始せざるを得ない。**

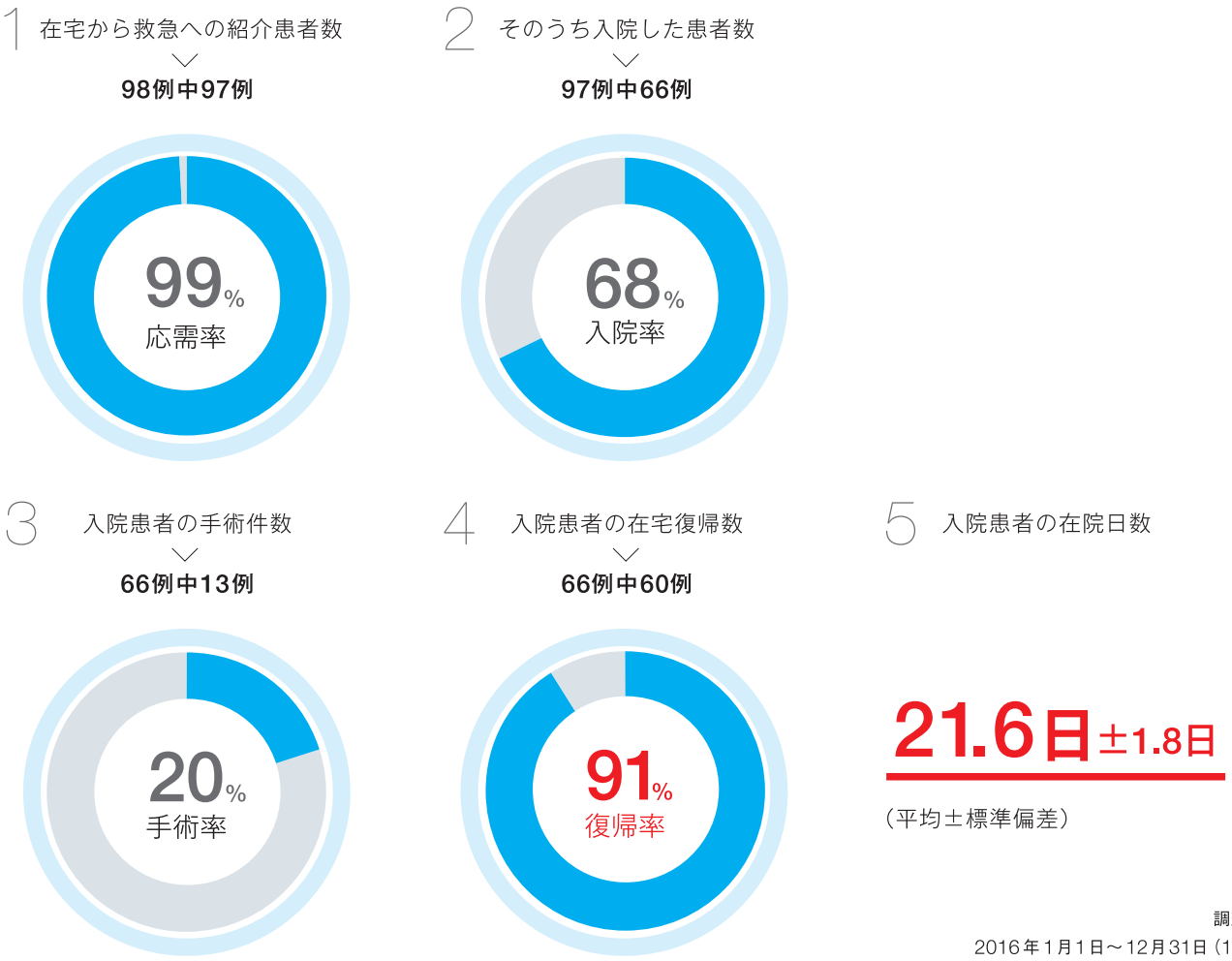
2 **救急施設に到着後、家族が治療を望まないケースがある。**

出典：「在宅医療患者の三次救急対応の現状分析」太田祥一、鈴木義彦、山口均、山口芳裕、行岡哲男、松田博青、島崎修次（日本救急医学会雑誌12巻［2001］8号）をもとに作成

図4-1　地域包括ケアシステムにおける在宅医療と救急医療の連携に関する研究①

仮説　在宅医療（在宅医療グループ「いばらき会」）と救急医療（在宅療養支援病院「小豆畑病院」）の緊密な連携により高齢者の在宅医療に付随する諸問題を解決できるか？

結果1　入院患者の在宅復帰率 91% 入院患者の在院日数 21.6日 を達成。
在宅療養支援病院の「病床利用率」も改善した。



そんな心配をされるご家族は多いものです。それゆえ、病院チームから在宅チームへの引き継ぎをご家族にも聞いてもらうことで、退院後の生活がイメージでき、ご家族も安心して退院を迎えることができるのです。

在宅復帰率9割という成果

2016年1月から始めた「ひとつの病院連携」は、最初の1年間でいばらき会から小豆畑病院に98例の診療依頼がありました。在宅患者さんの状態が悪くなり、「病院で診てほしい」という依頼が98例あったわけです。そのうち1件だけはどうしても診られず、応需率は99%でした。

では、在宅医から紹介のあった98例はどういった患者さんだったのかというと、3分の2にあたる66例が入院し、入院した患者さんのうち約2割がなんらかの手術を行っています。そして、入院した患者さんの9割（60例）が在宅復帰し、平均在院日数は21・6日でした［図4］。

この結果は大きな成果だと思います。というのは、少し前の調査になりますが、2012年に東京

結果2 ｜ 患者を紹介した診療所ごとの患者数の合計（図）と各地域の医療環境

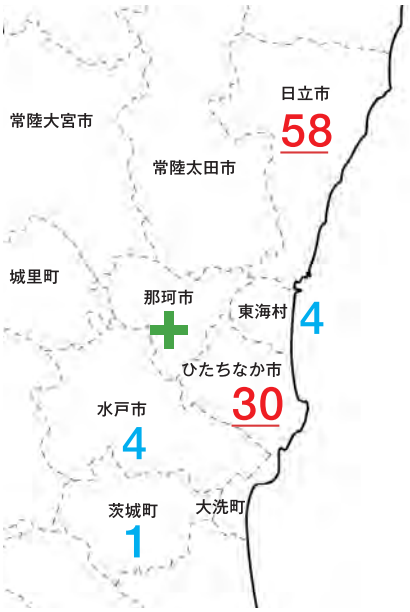
ひたちなか市、日立市：患者数が多い

それぞれ3次救急病院をもつが、地域密着の2次救急病院がない

東海村
3次救急病院、総合病院はないが、地域救急に
積極的な2次救急病院が救急を担当している

水戸市
3次救急病院が2カ所、2次救急病院が数カ所ある

茨城町
医療機関は少ないが、近隣（水戸市）の
医療機関が充実している



周辺自治体から小豆畑病院（那珂市）へ
搬送された患者の数

都の二次医療機関254施設を対象に行われた調査では、65歳以上の高齢者が入院すると、1カ月後の在宅復帰率は53・4％と低かったのです。

もう一つ、「ひとつの病院連携」を行ったことで気づきがありました。前述のとおり、いばらき会はひたちなか市、東海村、日立市、茨城町、水戸市に診療所を持っていますが、診療所によって紹介患者数に大きな差があったのです［図4］。

在宅医からの紹介が多かったのは、ひたちなか市と日立市にある診療所でした。これは、各地の医療環境が関係しているのでしょう。

水戸市には三次救急病院（救命救急センター）が2つあるほか、二次救急病院も複数あります。茨城町は医療機関は少ないものの、水戸市に隣接しているので、わざわざ小豆畑病院に紹介しなくても水戸市の医療機関が診てくれるのだと思います。東海村は大きな病院はありませんが、村立東海病院が二次救急に熱心に取り組んでいます。

一方で、ひたちなか市と日立市には、いずれも救命救急センターがありますが、地域に密着した二次救急病院がありません。そのため、在宅医からの紹介が多かったのでしょう。

つまり、高齢者の救急というのは、救命救急センターがあれば安心というわけでは決してなく、三次救急には至らない患者さんが多いということ。地域に密着した中小病院ががんばって高齢者の救急を診ることがいかに大切か、垣間見られる結果となりました。

医療の発展のために
臨床・教育・研究を追求

「ひとつの病院連携」を始めて1年が過ぎた頃、いばらき会の在宅医の先生方にアンケートを行いました。そうすると、9割の先生方が患者さんを紹介する際のストレスが「軽減した」、紹介が「円滑になった」と回答しています［図5］。

当初の目的であった「一つの病院で一緒に診療をしているようなチームになり、在宅医と救急医の間の垣根をなくす」ということが果たせたといえるでしょう。

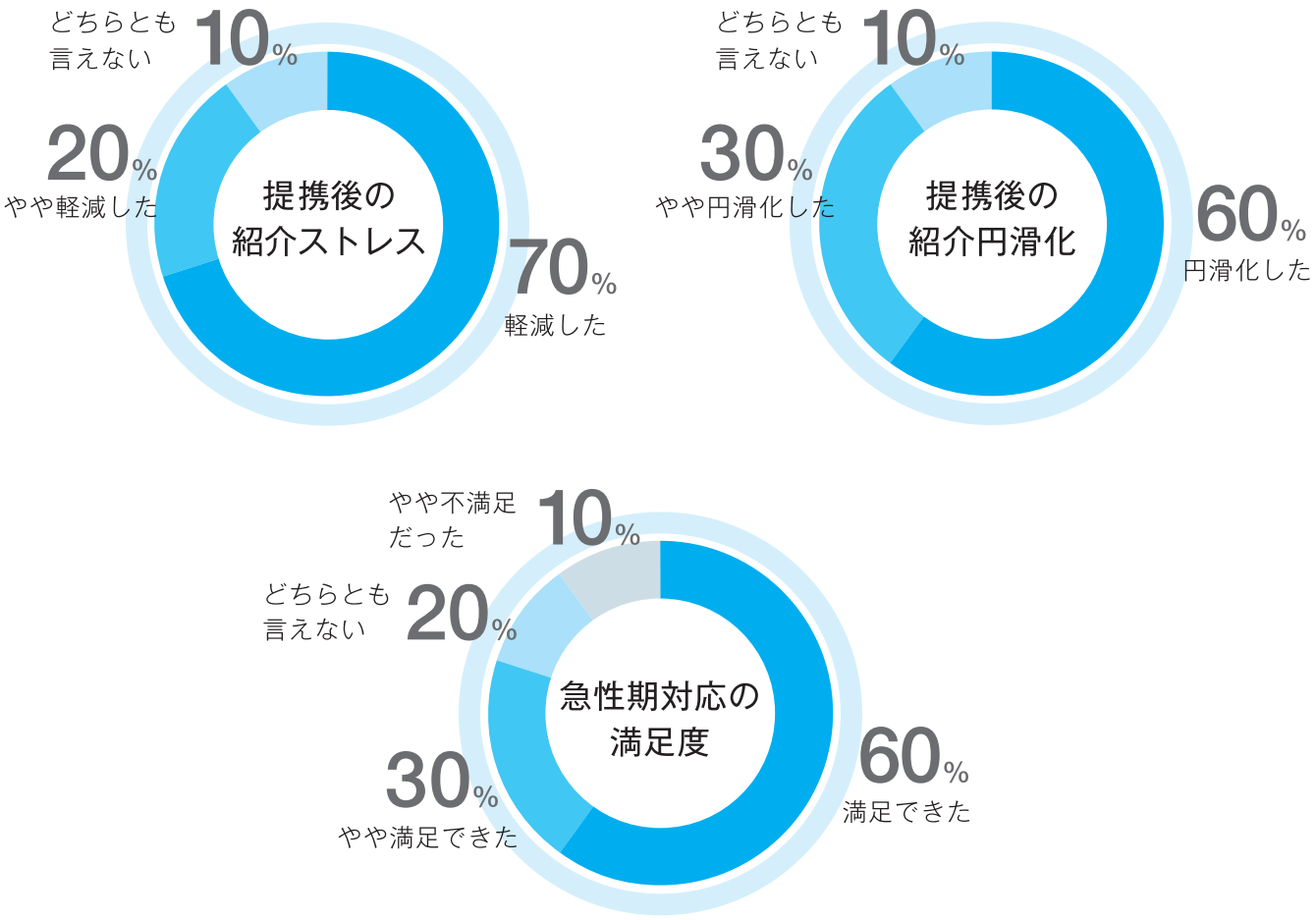
ただし、これがゴールではありません。いばらき会と小豆畑病院で始めた連携ですが、二次医療圏内に広げていくことを考えています。

また、ひとつの病院連携は「在宅医」と「救急医」の連携ですが、一人二役で両方を担える医師を育てる「いばらき地域医療プログラム」も始めました。

さらに、いばらき会の照沼秀也先生と私が世話人となり、「日本在宅救急研究会」を立ち上げました。これは、在宅患者さんが急変したときに生じる問題を、在宅医療にかかわるスタッフと救急医療にかかわるスタッフが同じテーブルについて検討することで、患者さんにとって〝本当の良き医療〟を構築することが目的です。まだ始まったばかりですが、議論を深め、ゆくゆくは高齢者救急に関するマニュアルや指針をつくっていきたいと考えています。

医療の発展のために医学者が果たすべき役割は3つあるといわれます。それは、「臨床・教育・研究」の3つです。ひとつの病院連携をさらに充実させること、救急医療と在宅医療の両方を担える医師を育てること、日本在宅救急研究会での議論を深めること――。小豆畑病院では今後も臨床・教育・研究のそれぞれにおいて、「在宅医療と救急医療」のあり方を追求し、実践していきたいと考えています。S

図5 在宅医療に関するグループアンケート（小豆畑病院に患者を紹介した在宅医に対するアンケート調査）



「ひとつの病院連携」により、在宅医療グループにとっては急性期病院への紹介ストレスが軽減され転院も円滑になるという副次的効果が得られた

出典：「在宅医療と在宅療養支援病院の『ひとつの病院連携』の有効性」（日本在宅救急研究会雑誌 vol.1）

いまさら聞けない 在宅医療Q＆A

ここで、在宅医療にまつわる基本的な事項をおさらいしておきましょう。
「訪問診療」「在宅療養支援病院」といった用語の意味を、
あなたは正しく理解しているでしょうか。

構成＝橋口佐紀子

Q1

そもそも在宅医療って何ですか？

A1

患者さんが病院や診療所に行くのではなく、
医療者が患者さんのいる場所に赴き、必要な医療を行うことです。

「いくつになっても住み慣れた自宅、環境のなか暮らしたい」と願う人は多いでしょう。ただ、年齢を重ねても医療と無縁でいられるとは限りません。病状によっては通院が難しくなることもあります。通院が困難になった患者さんが、入院するのではなく、お住まいの自宅や施設にいながら治療を受けられるのが在宅医療です。

在宅医療には、「訪問診療」と「往診」の大きく2種類があります。継続的な診療が必要な在宅患者さんに対し、定期的に訪問し、計画的な医療を提供するのが「訪問診療」で2週間に1回の訪問が一般的です。「往診」は、急変時などに患者さんの依頼を受けて予定外に患者さん宅などに赴き、診療を行うものをいいます。

Q2

在宅医療が充実していれば、地域包括ケアシステムは実現するの？

A2

在宅医療と救急医療の両輪が必須です。

訪問診療を受けている患者さんは、常に「救急医療が必要になる予備軍」です。前項（地域包括ケアシステムに不可欠な 2 つの医療）にもあるように、在宅医療には在宅療養中に具合が悪くなったときに受け入れてくれる病院の存在が不可欠です。つまり、自宅や施設での生活を支える「在宅医療」と、急変時に対応する「救急医療」が両輪とならなければ地域包括ケアシステムは機能しないということです。

在宅医療を受けながら自宅や施設で暮らしている患者さんが急に体調が悪くなったときには、まずは在宅医に連絡して往診をお願いしますが、入院医療や手術が必要になることもあります。その際、患者さんが希望する医療を受けられるようにするには、在宅医と緊急時の受け入れ先である病院（救急医）が患者さんの情報を交換し、足並みをそろえて医療を提供する態勢が欠かせません。

Q3

急に状態が悪くなったので病院で診てもらいたいのに、受け入れてくれる病院が見つからない。どうして？

A3

在宅医と救急医の連携に問題があります。

在宅医療を提供する診療所では、日頃から連携している医療機関があり、緊急時に患者さんを受け入れてくれる病院をいくつかもっているものです。ところが、以前に行われた調査では、2 ～ 3 割の在宅医が「在宅患者さんを連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかった経験がある」と回答しています。しかも、1 回ではなく「複数回ある」という在宅医も一定数存在していました（11頁図 2）。

なぜ、急変時に受け入れ先が見つからないことがあるのかといえば、ひとつには高齢者の入院は長期入院になりやすく、病院にとってデメリットが大きいという事情があります。また、在宅医と救急医の関係性も、受け入れがスムーズにいかない大きな要因です。生活を支える「在宅医」と命を救う「救急医」は、同じ医師でも「火星人と木星人」のように住む世界も異なればタイプも異なり、一般的に在宅医にとって救急医に依頼するのは大きなストレスになっています。そのため、入院のタイミングが遅くなることも多々あり、救急医にとっても「どうしてもっと早く紹介してくれなかったのか」と、お互いにストレスを感じていることが多いのです。

Q4

在宅患者さんの急変時、救急の現場で起こっているトラブルとは？

A4

本人の希望が分からなければ、最大限の医療を提供せざるを得ません。

在宅医療を受けている患者さんが急に意識がなくなったり、呼吸がおかしくなったり、急変した場合、家族や介護者はまず在宅主治医に連絡をします。ところが、夕方以降や休日だと連絡がつかないことも少なくありません。仕方がないので、家族や介護者は救急車を呼ぶことになります。ここで問題になるのが、その患者さんの希望が分からないということです。

高齢者が在宅医療を受けている場合、たとえば「具合が悪くなっても延命のための人工呼吸器はつけない」など長期的な治療方針が決まっているものです。しかし、初めて会った救急医に、突然「在宅医の先生とはどういう話をしていますか？」「どんな医療を望んでいますか？」と聞かれても、多くのご家族は気が動転して答えられません。

救急医としては、方針がわからない限り、できる限りのことをせざるを得ません。それがもともとの方針と合っていればよいのですが、そうでない場合、「こんなことは望んでいなかった」「自然な最期を希望していた」など、あとから家族とトラブルになることがあります。こうしたトラブルは全国で相次いでいます。

Q5

緊急時の受け入れ先として「在宅療養支援病院」があるのでは？

A5

在宅療養支援病院は大都市に集中。
那珂市では小豆畑病院のみ。

「在宅療養支援病院」は2008年にできた制度で、24時間連絡を受ける体制を確保していること、24時間往診可能であること、緊急時に入院できるベッドを確保していること――などの条件を満たし認定を受けた病院のことです。つまり、自らも在宅医療を提供し、なおかつ在宅療養中の患者さんの具合が悪くなったときには入院できるベッドも用意している病院のことをいいます。

さらに2014年には、200床以上の病院を対象に、緊急時の入院を受け入れることなどを条件とした「在宅療養後方支援病院」もできました。在宅療養支援病院も在宅療養後方支援病院も年々少しずつ増えてはいますが、大都市に集中しているのが実情です。茨城県の場合、県南のつくばエキスプレスが通る部分に多く集まっています。

那珂市には在宅療養後方支援病院はなく、小豆畑病院が唯一の在宅療養支援病院です。県北では在宅療養を支える病院が乏しく、厳しい状況にあることがうかがえます。

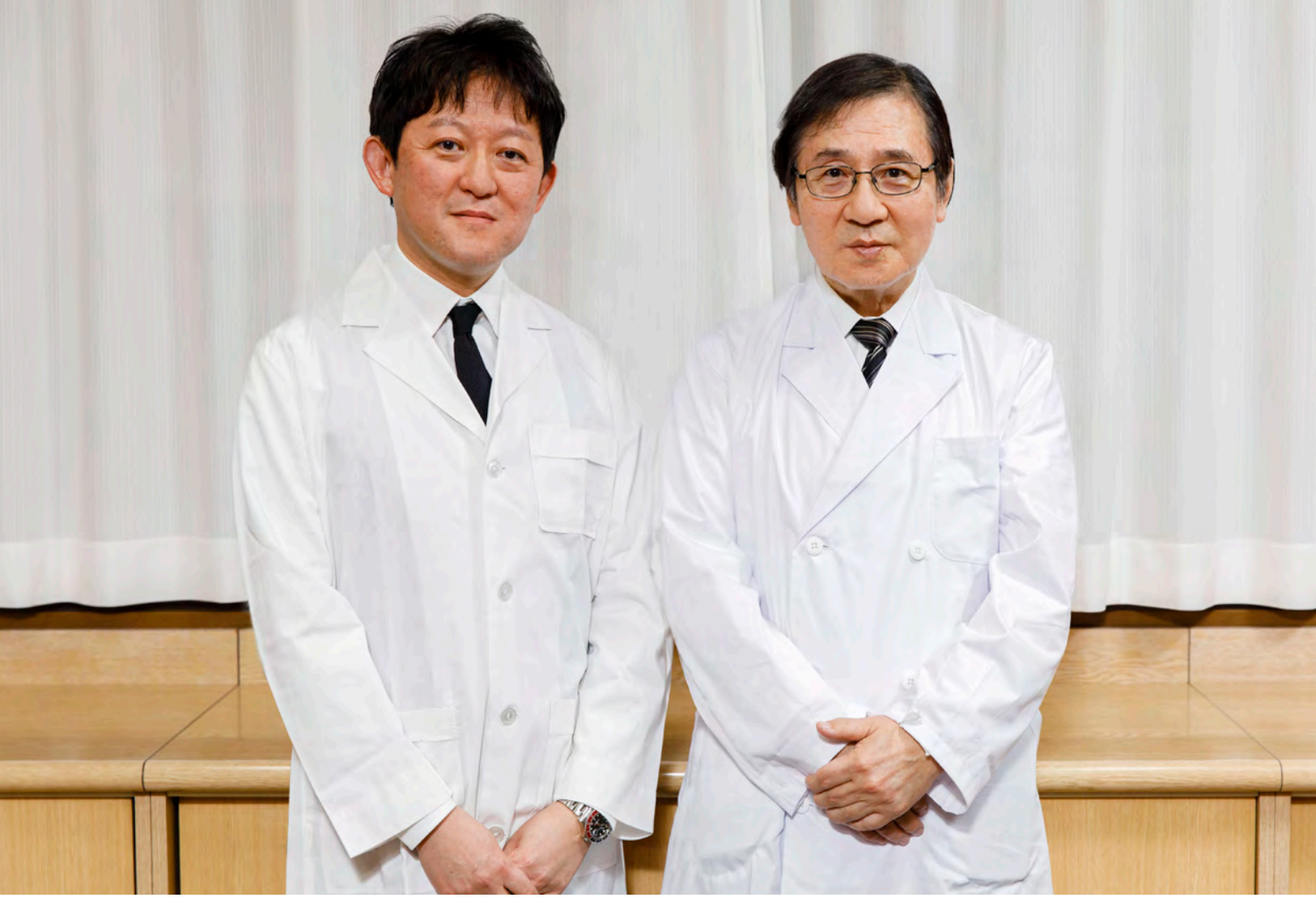
Q6

理想的な在宅医療と救急医療のあり方とは？

A6

まずは地域の病院が受け入れ、
早く元の生活に返してあげるのが理想です。

在宅医療を受けている患者さんの具合が悪くなったときには、地域の在宅療養支援病院（二次救急病院）がまず受け入れ、できるだけ早く元の生活場所に戻す。もし二次救急病院では手に負えないときには三次救急病院（救命救急センター）に送る――こうした形が理想です。そのためには、在宅医から地域の二次救急病院の救急医への患者さんの紹介がスムーズに行われることが欠かせません。



地域医療、茨城県那珂市からの挑戦

地域医療における救急医の役割とは？
対談：小豆畑丈夫 × 丹正勝久

日本大学医学部附属板橋病院で長年にわたり救命救急センター部長を務められ、
2011 ～ 2014 年まで同病院長を務められた丹正勝久医師が 2017 年より小豆畑病院に加わり、
2018 年 4 月には小豆畑病院名誉院長に就任されました。
丹正医師は小豆畑丈夫病院長が日本大学医学部在籍中よりお世話になっている「師匠」でもあります。
地域医療の充実がますます求められるなか、これからの時代に必要とされる
救急医療とは何か、救急医の役割とは何か、
外科医から救急医に転身したという共通点をもつお二人に大いに語っていただきました。

構成＝橋口佐紀子

自分の愛する家族や大切な友人を幸せにするための医療を

「地域医療」ってなんだ？

小豆畑　丹正先生とは、先生が日本大学第一外科の准教授で、私が医者になったばかりの頃からのお付き合いです。丹正先生は第一外科から救急に移られて、2代目の救命救急センター長になられたわけですが、私も第一外科から救急へと同じ道を歩みました。

丹正　いまは最初から救急医になるつもりで救急医学専門のカリキュラムで育った救急医が増えていますが、当時は外科から救急に移る先生が多かったですね。

小豆畑　先生はその後、日大板橋病院の病院長を3年間務められたのち、退任され、小豆畑病院に来てくださったわけですが、最後の手術のこと覚えていらっしゃいますか？　先生の退任前に、「最後は二人でやりましょう」と言って後輩たちには手出しさせず、二人で腹膜炎の患者さんの手術をしたことを昨日ことのように覚えています。また一緒にやれることを本当にうれしく思っています。

丹正　小豆畑先生は地元に戻ってお父様がつくられた病院を継がれたわけですね。

小豆畑　そのまま救命救急センターで仕事を続けることも魅力的だったのですが、いつかは地元に戻って地域医療を真剣にやってみようという思いがありました。ただ、地域医療といっても、その定義が分かりにくい。その点、救急医療は明確です。目の前の患者さんの命を救うために外科、内科の区別なくどのような病気も診て、どのような手も尽くす医療が救急医療といえます。では、地域医療とは何なのか。いろいろと調べたものの、納得のいく答えは見つかりませんでした。定義がはっきりしなければ命を懸けて取り組めないとすら思っていた時期もあります。そんななか、唯一「なるほど」と納得できたのが、地域医療研究会をつくられた佐久総合病院の若月俊一先生の言葉でした。「医療はすべからく地域医療であるべきで、地域を抜きにした医療はありえない」。

丹正　私はシンプルに、地域医療とは「二次医療圏で完結させるための医療」というふうに考えています。

小豆畑　私はその後も一生懸命考えて、いまでは「地域医療とは自分の愛する家族や大切な友人を幸せにするための医療である」と捉えています。医療の発展には専門性の高い高度な医療の追求も必要ですが、誰もが受けられる医療の水準を上げていくことも必要です。後者の「誰もが受けられる医療の水準を上げていくこと」を実践するのが、地域医療ではないかと考え、それをこれからの自分のテーマにしていこうと考えているところです。

救急の在り方が様変わりした

小豆畑　誰もが受ける可能性のある医療の一つがまさに救急医療ですが、以前に比べて救急の在り方はだいぶ変わってきました。丹正先生のほうがお詳しいですが、救急車の出動台数が増

え、しかも高齢者の割合がどんどん増えていますよね。私が医者になった20年ほど前は、救命救急センターに運ばれてくるのは交通事故を起こした若い人などが多かったのですが、いまは重篤な肺炎の高齢者などが増えています。高齢者の救急医療は今までの救急医療とは意味合いが違いますから、そろそろ救急医療の在り方を考え直さなければならない時代になってきているのではないでしょうか。

丹正　団塊の世代が全員75歳以上になる2025年をめどに地域で医療の完結ができるよう、「地域包括ケア」という概念が打ち出されました。そのなかで医療と介護は大きな柱であり、両者の連携が非常に重要になります。以前はほとんどの人が病院で亡くなっていましたが、いまは自宅で最期を迎えたいと望む人も増えています。そうすると、自宅や施設にいながら医療を受けていた高齢者が肺炎を起こしたり、なんらかのきっかけで救急搬送されたりすることも増えるので、救急医といえども在宅医療と無縁ではいられなくなってきました。

救急医は地域医療に参加しやすい

丹正　人口構成の変化に伴い、病気の種類も変わり、医師に求められる資質も変わってきています。これまでの医師は特定の領域を深く学ぶことが重要でした。それはいまでも変わりませんが、加えて現在は、どのような患者さんでも幅広く診られる医師が求められつつあるように感じています。

小豆畑　その点、救急医学は守備範囲がわりと広いのではないでしょうか。重症の患者さんに限られますが、どんな患者さんでも診なければなりません。そういう意味では、じつは救急医は地域医療に参加しやすいのではないかと私は考えています。

丹正　そうですね。私も外科にいた頃より、救命救急センターにいた頃のほうが幅広くさまざまな病態の患者さんを診ていたように思います。

小豆畑　丹正先生は消化器外科医でありながら、心臓にも非常にお詳しいですよね。

丹正　それには事情があるのです。いまでこそ心肺蘇生は日本で浸透していますが、私が救急医療を始めた頃はまだ確立されていませんでした。そこで、日大板橋病院ではかなり早い時期に心肺蘇生方法を教える研修コースを始め、私も若い人たちに指導できるようアメリカ心臓学会のインストラクターの資格を取りました。ですから、心臓の専門家ではないものの、教育のために必然的に心臓の勉強をしたんです。

小豆畑　それも、外科から救急に移ったことで視野が広がったことの一つでしょう。私も外科にいたらずっとがんの治療ばかりをやっていたと思います。救急に移って、日夜救命救急センターで仕事をして、救急の在り方がどんどん変わっていくのを目の当たりにしたからこそ、地域医療をやりたいと思うようになったのです。

救急や集中治療は大病院でなければ不可能？

小豆畑　ところで、一般の方は救急や集中治療は大病院の高度集中治療室でなければできないというイメージをお持ちかもしれませんが、そんなことはありませんよね。じつは救急や集中治療でやることのうち、ものすごく難しいこと、高度な設備を要するものはそれほど多くなく、経験が左右する部分のほうが大きい。だから、小豆畑病院でもできるのだと自負しています。

丹正　私は救急に携わるようになってから全身の病態がより詳しく分かるようになりました。外傷でも手術でも、体に大きな侵襲（ダメージ）が入るときに体内でどのような変化が起きてくるかは、外科だけをやっていたらおそらく分か

りませんでした。しかし、救急では全身を管理するうえで、たとえば血液のどんな成分がどのように変化して、免疫機能がどう作用するのかといった変化が分かってくるので、その変化に合わせた治療ができるようになります。それが集中治療の非常に重要なところで、そこを知っているかどうかで同じ手術を行っても、結果が変わります。救急をやることで、全身管理という大きな学問をより詳しく把握することができるようになったということでしょう。

小豆畑　その全身管理は大学病院でなくとも、知識を持った医師がいれば普通の病院でも十分できるということです。実際、うちは見た目はパッとしない病院ですが（笑）、救命救急センターで行っていたのと同じようなことをやり始めています。

救急科専門医が４人に

小豆畑　これまでは救急の専門医は私一人でしたから、できることに限りがありました。救急の応需率は6割ほどで、救急隊から依頼があってもお断りすることがありました。たとえば、外来患者さんをたくさん待たせている状態で救急車を受けることはできませんし、少し重症の患者さんになると一人では心許ないので断らざるを得ません。その点、２０１８年から師匠である丹正先生が加わってくださったことで、重症の患者さんも躊躇なく受けられるようになりました。とくに腹部手術はいつでも可能です。さらに、この春から2人の後輩も加わり、救急科専門医が４人になりました。この体制は茨城県のなかではかなり充実した救急体制と考えます。ですから、まずは「当院でも十分対応できるのに外来診療や入院診療との兼ね合いで断る」というケースをゼロにしたいと考えています。

丹正　三次救急を担う救命救急センターでなくとも、スタッフが充実していれば重症の患者さんも診られますから、その点は間違いなく４月から変わっていくでしょうね。

「救急医＋総合医」の活躍

小豆畑　新しく加わった後輩のうち一人は、救急科専門医をとったあとに、筑波大学附属病院の総合診療科で家庭医の勉強をするプログラムを受け、総合診療専門医の資格も取得予定です。つまり、一人二役で〝救急医〟でもあり〝総合診療医〟でもあります。もう一人の後輩は救急医でありながら在宅医療の専門家を目指しています。

丹正　救急医と総合診療医の違いについて、以前に日本救急医学会は、「救急医のほうが超急性期の患者さんを診る、また非常に重症な患者さんの全身管理ができる」と述べていました。私もその通りだと思います。その点、新しい二人の医師は救急の基盤がある上で総合診療を学

救急医療の将来像について語り合う小豆畑丈夫医師（左）と丹正勝久医師（右）

んでいるので非常に心強い。私たちも、彼らから学ばなければいけませんね。

私も小豆畑先生も外科医から救急医になったので、どうしても急性期のほうに知識が偏っています。彼らは総合診療を学んだことでより幅広い視野が身についたでしょうから、普段の診療のなかでいろいろと教えてもらえるのではないかと思っています。とはいえ、先輩後輩の間柄ですから、「教えてやるぞ」という態度にはならないと思いますが（笑）。

小豆畑　それは大丈夫です。私のチームは大学で「小豆畑組」と呼ばれていたほど上下関係がきっちりしていましたから（笑）。

おっしゃるとおり、彼らは総合診療を学ぶことで慢性期医療に非常に強くなりました。救命救急センター時代に私の下で働いていた頃は、彼らは最初から救急で、私は外科を経て救急に移ったので、「救急しか知らないのはダメだぞ」と諭していましたが、家庭医の勉強をして帰ってきてからは、逆に「こんな見方をするんだな」と教えられることも増えています。糖尿病などの慢性疾患やうつなどの精神疾患にも自信をもって対応できているので、非常に頼もしいかぎりです。

丹正　これからは救急と総合診療の両方を診られることが、小豆畑病院の非常に大きな特徴にもなるのでしょう。

小豆畑　高齢者が増えるなか、救急の場面でも複数の病気を持っている患者さんが増えています。「救急医でもあり総合医でもある」という新しいタイプの医師が活躍する場は、今後ますます増えるでしょう。これまで私は、慢性期疾患や精神疾患はそれらを診られる医師が仲間にいればいいだろうと考える程度でしたが、一人の医師がある程度診られて、本当に専門的な治療が必要なときには専門家に紹介するというスタンスがとれる医師が、今後はどの地域でも非常に大事になってくると思っています。そういう医師をどんどん育てていきたいですね。

「安心して暮らせる地域にする」を次の世代に引き継ぐ

小豆畑　公民権運動の指導者として知られるマーティン・ルーサー・キング牧師に、「I have a Dream」で始まる有名な演説があります。私はあの演説が大好きで、その青燈会小豆畑病院バージョンをつくっているほどです。

「We（I ではなく）have a dream today／いつか、私が愛するすべての人々が、病気におびえることなく、老いを厭うことなく、安

心して暮らしていける、そんな街を創ること。それが私たちの夢です」。

私はこの夢を実現するために、残りの医師人生をすべて使い切りたいと思っています。

丹正　私は来年で70歳になりますが、あと10年は一生懸命働きたいですし、自分のためではなく他人のために働けるという喜びを強くもっていたいと思っています。医療というのは自分の利益よりも他人の利益、つまり利他を十分に考えられるよう自分自身が成長していくことが非常に大切です。自分の人生が終わるまでにそれをもっと深められればいいですね。小豆畑先生がこの場所を与えてくれたおかげで、この地でそれを実践できそうです。

小豆畑　ありがとうございます。先ほどの私たちの夢は、もしかしたら私の時代では終わらないかもしれません。この春から加わった二人はまだ30代なので、彼らに引き継がなければなりませんし、彼らもその下に引き継がなければなりません。ただし、引き継ぐたびにレベルが下がるようではいけませんから、引き継いだ後にさらに進化してくれるよう教育することが大事だと思っています。水戸の精神というのは「魁」の精神。幕末の尊王攘夷という思想を最初に唱えたのはじつは水戸なんです。夢の実現のためには果敢に切り込んでいく人が必要です。丹正先生のお力をお借りしながら、私は切り込み役を担うつもりです。最終的に成し遂げるのは下の世代に託していきたいと考えていますが、そのためにもまずは私自身ががんばっていく。その覚悟です。 S

小豆畑丈夫

あずはた　たけお

医学博士
青燈会小豆畑病院病院長、救急・総合診療科部長
日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野診療准教授

専門
外科、消化器外科、救急科、ピロリ菌除菌

専門性に関する資格

日本救急医学会	専門医、指導医
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	認定医、指導医、認定薬剤師見学実習担当指導医
日本消化器外科学会	専門医、指導医、消化器がん外科治療認定医
日本消化器病学会	専門医
日本腹部救急医学会	腹部救急認定医、暫定教育医
H.Pylori（ピロリ）菌感染症学会	認定医

1995年、日本大学医学部卒業後、同大学第一外科・消化器外科に入局、がん診療を中心に消化器外科のトレーニングを積む。日本大学医学部大学院在籍中の1999～2001年に米国アイオワ大学病院小児外科においてがん遺伝子の研究に従事。2004年、がん遺伝子の研究で日本小児外科学会優秀論文賞を受賞。2006～2016年、丹正勝久教授が主宰する日本大学医学部附属板橋病院救命救急センターにおいて急性腹症・外傷の手術を中心に臨床と研究に従事。救命救急センターでは数多くの急性腹症・外傷の手術を執刀した。
2008年、日本救急医学会総会準優秀演題賞、2013年、Young Investigators Supportive Critical Care Conference Best Research Award受賞。日本腹部救急医学会の「急性腹症診療ガイドライン2015」を作成、日本救急医学会・日本集中治療医学会の「日本敗血症診療ガイドライン」の改訂に参加。
2016年より青燈会小豆畑病院病院長、救急・総合診療科部長に就任し茨城県那珂市で救急と外科の診療を行っている。2017年には日本在宅救急研究会を発起人として立ち上げ。また、日本救急医学会高齢者救急委員会の委員として日本の高齢者救急の問題解決のための研究を行っている。

丹正勝久

たんじょう　かつひさ

医学博士
青燈会小豆畑病院名誉院長
日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野客員教授

専門
救急科、外科、消化器外科、蘇生医学

専門性に関する資格

日本救急医学会	救急科専門医、指導医
日本蘇生学会	指導医
日本外科学会	指導医
日本消化器外科学会	指導医
日本外傷学会	外傷専門医
アメリカ心臓協会（AHA）	BLS、ACLSインストラクター、ファカルティ

1973年、日本大学医学部卒業後、同大学第一外科学教室に入局。消化器外科、内分泌外科を専門分野として1995年まで同教室に勤務。1995～1996年、米国Mayo Clinicに外科研究員として留学。1996年、日本大学医学部附属板橋病院救命救急センターに移籍、2004年、同救急医学講座の主任教授に就任。講座名称を日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野に変更。2011年、日本大学医学部附属板橋病院病院長に就任。病院の医療安全および病院管理に専念する。この間、救急医療に対する貢献により消防総監より4回にわたり表彰を受ける。2012年には救急医療功労者として総務大臣より表彰を受ける。
学術分野では急性膵炎や重症病態に関する原著論文が多く、2013年のpancreatitis分野におけるhighly cited worlds top one percent of papersにも認定を受けている。学会活動では、第16代日本臨床救急医学会会長、第16回日本臨床救急医学会総会長、第27回日本救急医療学会総会長、第8回日本予防医学リスクマネージメント学会総会長などを務める。また、国際学会でもInternational Association of Surgeon and Gastroenterologistsの International Scientific Boardを務めるなど積極的に活動。大学を定年退職後、2018年4月に小豆畑病院名誉院長に就任。現在、学会活動は第一線を退き、日本救急医学会功労会員、日本臨床救急医学会名誉会員、日本救急医療学会名誉会員、日本腹部救急医学会特別会員、日本臨床外科学会特別会員などの職責で主に後進の指導にあたっている。

小豆畑病院の救命救急チームがパワーアップ

本特集の最後に、那珂市の地域医療を救急の面から支える当院の救命救急チームをご紹介します。2018年4月より正式に3名の救急科専門医が加わり、大幅に強化された救急・総合診療科の概要について、メンバーの一人である河野大輔医師に寄稿していただきました。

文＝河野大輔（青燈会小豆畑病院救急・総合診療科）
写真＝小豆畑丈夫

「救急告示病院」として2次救急医療を開始

2018年4月1日、青燈会小豆畑病院の救急・総合診療科が大幅にパワーアップして再スタートしました。メンバーは、丹正勝久名誉院長、小豆畑丈夫病院長、河野大輔、中村和裕の医師4名です。

丹正名誉院長と小豆畑病院長は救急科専門医・指導医、私と中村医師は救急科専門医です。救急科専門医を4名も擁する病院は、茨城県内では大規模病院以外ではほぼ見られない充実度ではないかと思います。この新体制発足にともない、念願だった「救急告示病院」の資格も取得いたしました。これからは那珂市を中心とした二次救急の救急車を可能な限り断らずに収容していこうと目下奮闘中です。

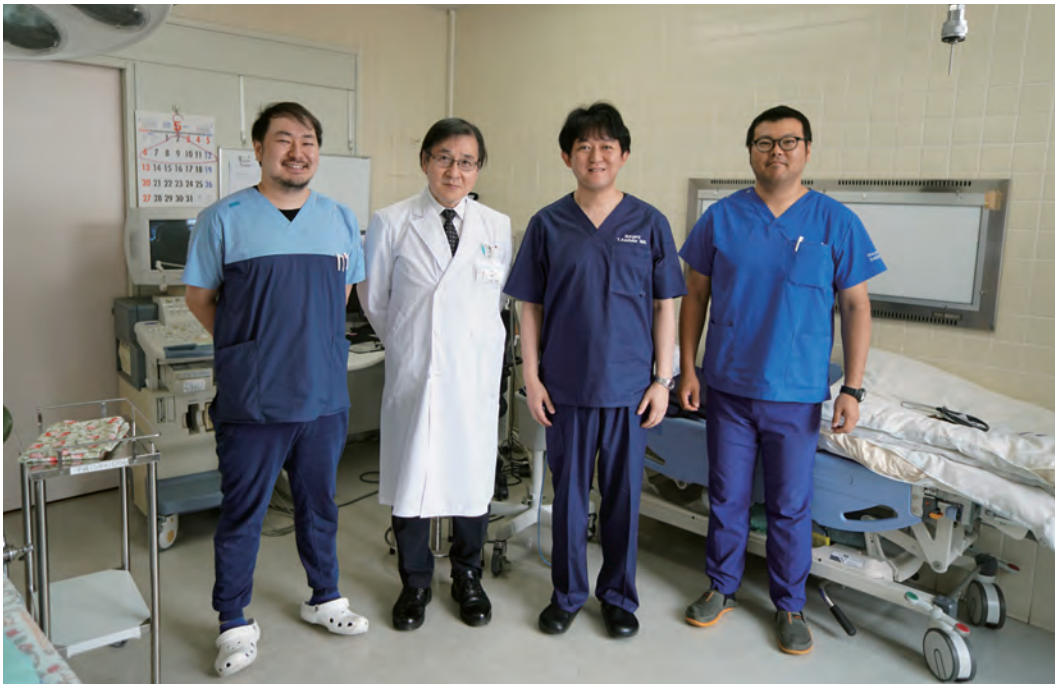
私たち4名の医師は、かつて日本大学医学部附属板橋病院救命救急センターで、同じチームとして働いてきたメンバーです。当時は、丹正名誉院長が教授、小豆畑病院長が診療准教授、その下で私と中村が働いていました。丹正、小豆畑、河野という救命救急センターの外科班が最重症の患者さまの緊急手術を行うチームで、最年少の中村がそのなかで重症・緊急手術の麻酔のトレーニングを受けていました。

1

1. 救急搬送口には救急車が絶え間なく横づけされる

2. 小豆畑病院のＥＲ（救急救命室）。やや年季が入っているがまだまだ現役

3. 的確に指示を出していく中村医師。チーム内の意思疎通は常に迅速



左から中村和裕医師、丹正勝久名誉院長、小豆畑丈夫病院長、河野大輔医師

小豆畑病院長が小豆畑病院に戻られたのをきっかけに、大学を退任された丹正名誉院長、救急科専門医を取得後に筑波大学で家庭医プログラムを修めた私、日大救命救急センターで救急科専門医を取得した中村が、それぞれ新たな知識と経験を持ちより、再び小豆畑病院で集結することになりました。

現在は、毎週水曜日の早朝にチームで入院患者カンファレンスを行っています。その光景は丹正名誉院長が教授を務められていた頃の日大救命救急センターさながらです。河野、中村の患者プレゼンテーションに対し、丹正名誉院長、小豆畑病院長から厳しい視点で意見が述べられます。

私たちは、「救急医療こそが医療の原点」であると考えています。内科疾患であろうと外科疾患であろうと関係なく救急患者の初期対応にあたる。私たちの力を必要としている人がいれば、夜昼構わず全力を尽くす――日大救命救急センター時代から数えて10年以上も一緒に闘ってきた仲間と、那珂市を日本でいちばん安心して暮らせる街にしたい。そんな志をもって、この先も救急医療に専念していきます。S

3

2

日大医学部通信　2018年6月便

Nihon University School of Medicine Report

医学部と板橋病院の新築が決定

日本大学医学部と附属板橋病院の空撮。これまでの歴史と伝統を引き継ぎながら建物と設備は最新のものにリニューアルしていきます。

日本大学

「日本大学医学部と附属板橋病院の新築が決まりました」。

いま、私たちが真っ先にお伝えしたいのがこのニュースです。現在、建設工事のタイムテーブルを作成中で、すべての施設が完成するまでにはおそらく５～７年かかる予定です。いまの古い建物を壊しながらの新築となるため、通常の新築工事よりも完成までに少々時間が必要です。もちろんその間も、病院は休むことなく診療を続けます。

当院は昭和10年（1935年）に東京都板橋区に日本大学医学部附属板橋病院として開院いたしました。その後約80年の長きにわたり、地域の皆様の中核病院として医療を実践して参りました。現在は老朽化している建物ですが、昭和45年当時は1,000床以上を誇る東洋一の病院としてスタートしました。

近年は建物の老朽化が激しく、このたび新築の準備が始まったことで、病院関係者一同ほっとしたというのが本音ではないかと思います。その一方、小豆畑丈夫病院長も学んだ医学部や長く研修された板橋病院の建物がなくなることについては、一抹の寂しさを感じられているのも事実ではないでしょうか。そこで今回、歴史ある医学部と板橋病院の姿を目に焼きつけておいてもらおうと、空からの全景写真をご用意いたしました。この建物群がこの先少しずつ新しい建物に変わっていきます。

とはいえ、病院自体は建物の完成を待たずとも常に前進することをやめられません。その一つとして、今年度から患者さんの入院治療が円滑に運ぶよう「入院支援センター」が本格的に稼働を始めました。入院前の病状や状況に応じた綿密な治療計画を提示し、患者さんやご家族に安全、安心で良質な入院診療が提供できるように推進してまいります。関係者の皆様には時間のかかる面談と予約制でお手間を取らせるかもしれませんが、より安心で快適な入院診療となるために、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

また、地域の医療機関からのご紹介や患者さんご自身の初診に対応すべく「医療連携センター」も設置しています。代表電話だけでなく、直通の専用回線をもち、受診ご希望日や希望担当医の日程調整などを行なっています。他の医療機関との医療連携に関しては、地域の「かかりつけ医」などとの緊密な連携により、顔の見える医療連携を目指しています。さらに、「ひとりの患者さん」に私たちと地域の連携医の先生たちの「ふたり主治医制」を実践しています。

これからも、皆様の健康と幸福につながる効果的で円滑な医療連携に努めます。日大医学部附属板橋病院を、ぜひご活用いただければ幸いです。

談：日本大学医学部附属板橋病院病院長　徳橋泰明（左写真）

青燈会小豆畑病院は日本大学医学部の関連病院です。
活発な人材交流により常に最新の知見と研究成果を日々の診療に役立てています。

小豆畑病院オリジナル冊子「シリーズ 専門医に聞く」を青燈会の各施設で配布しています。

青燈会小豆畑病院にゆかりのある医師たちに、毎回１つのテーマについてじっくり掘り下げてお話をうかがう「シリーズ 専門医に聞く」という冊子を、2017年９月より青燈会の各施設で配布しています。長年その分野を研究してこられた医師だからこそ語ることのできる医療の最前線を、一般の方にも分かりやすく解説している情報誌です。次回は小豆畑丈夫病院長による「ピロリ菌除菌による胃がん予防」。今後も年４回のペースで発行していく予定です。お楽しみに。

01｜消化器がんの早期発見（富田涼一先生）
「早期発見に必要なのは、こまめな健診、そして医師の目です」

02｜がんの化学療法（柴田昌彦先生）
「いちばんの望みは、化学療法で延びた寿命を有効に使ってもらうことです」

03｜生活習慣病と合併症（山田健史先生）
「生活習慣の改善は、通院しながら行うのがおすすめです」

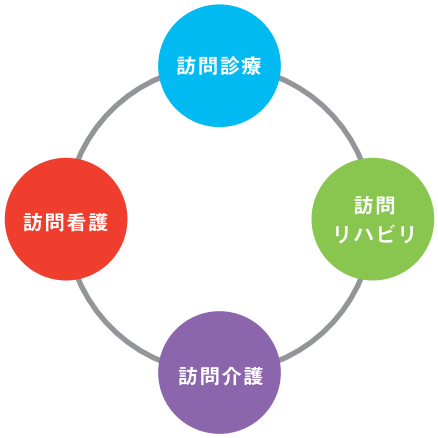
冊子は B5 サイズ三つ折り。毎回１つのテーマについて長時間インタビューしたものを分かりやすくまとめています（上）。
冊子に入り切らなかったインタビューは「完全版」としてウェブサイトに掲載しています（右）。「シリーズ 専門医に聞く」
（https://www.azuhata-doctor.com/）

在宅医療に関するお悩み、お気軽にご相談ください。

在宅医療に関するお悩みはございませんか？「退院後の生活はどうすればよいのだろう?」「自宅で最期を迎えることは可能だろうか？」など、どのようなお悩みでも構いません。ご自宅や施設における医療や介護に関するお悩みは、小豆畑病院の「地域医療福祉連携室」までお気軽にご相談ください。

小豆畑病院を母体とする「小豆畑病院在宅医療グループ」は、病院、看護、リハビリテーション、介護の各施設を有しているため、ご自宅や施設での医療、介護に関する各種サービスを総合的に提供することができます（訪問診療と訪問介護を同時に進めるといったプランもご提案できます）。また、在宅療養支援病院（在宅医療を24時間体制でバックアップできる病院）に認定されている小豆畑病院と連携していることで、在宅医療担当の医師と救急医療担当の医師が普段から緊密なコミュニケーションを取っており、緊急時の対応もスピーディーに運びます。

＊地域医療福祉連携室　TEL：029-295-2611



小豆畑病院在宅医療グループの特徴
↓
各種サービスの総合的な提供が可能

家庭医療専門医を目指す後期研修医を募集しています。

医療法人社団青燈会では、総合診療医（家庭医）の専門医資格取得を目指す後期研修医の専門研修プログラムをご用意しています。これは、地域医療の最先端において必要なスキルを身につけ、最終的に一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会が認定する「家庭医療専門医」の取得を目標とするものです。

地域包括医療に必要なスキルとしては一般に、慢性疾患診療、在宅医療、救急医療の3つが挙げられますが、総合診療における救急医療の位置づけについては研修を実施する医療機関によって考え方がまちまちです。そんななか、救急科専門医が多数在籍する青燈会小豆畑病院は、慢性疾患診療、在宅医療はもちろんのこと救急医療の研修にも特に力を入れています。地域医療における初期診療の現場で、総合診療医が本当に厳しい対応を迫られるのは救急のときです。総合診療の最前線で必要とされる医師になるための知識と経験を本プログラムで習得してみませんか。研修の詳しい内容は当会の募集サイトにてご確認ください。

＊いばらき地域医療プログラム
http://azuhata-primarycare.com/

青燈会小豆畑病院は「日本在宅救急研究会」の事務局も兼ねています。地域医療における在宅医療と救急医療のノウハウを同時に学ぶには絶好の環境です

看護師、看護助手を募集しています。

医療法人社団青燈会では現在看護師、看護助手を募集しています。地域医療に対する熱意をお持ちの方ならきっとやりがいを持って働ける職場です。院内には託児所も完備。子育て中のスタッフが安心して働ける職場環境の整備にも力を入れています。産休・育休からの職場復帰率は100％（2017年度実績）。私たちと一緒に「心のこもった温かい看護」で地域と患者さまの健康回復に貢献してまいりましょう。

雇用形態：正社員
業務内容：看護全般
（注射、点滴、採血、血圧測定、患者さんのケア、診療介助など）
資格・経験：看護師資格または初任者研修修了者
勤務形態：2交代制
日勤　8：30～17：30
遅番　10：00～19：00
夜勤　17：00～9：00
夜勤の回数はご希望に応じて調整いたします（月2～6回程度）
休日・休暇：年間休日116日（年末年始・夏季休暇を含む）
そのほか有給休暇、特別有給休暇あり
給与：当院規定による（経験加算あり）
待遇：社会保険完備、賞与（昨年度実績4カ月）、制服貸与、
託児所完備、職員互助会、退職金（規定あり）
諸手当：通勤（規定内）、扶養、住居、夜勤、時間外
勤務地：茨城県那珂市菅谷605
アクセス：JR水郡線「上菅谷」駅より徒歩10分

院内託児所「ちびのミイ」

院内で働くスタッフのお子様をお預かりする託児所です。業務に専念していただける職場環境を整える目的で2003年から運営しています。広い園庭や砂場などの設備も整えており、お子様が自然のなかでのびのびと遊び、安心して過ごせる空間を提供しています。主に0～3歳の乳幼児をお預かりしています。

同時募集 看護奨学生

看護奨学金制度とは正看護師の養成学校に進学予定または在学中の方を対象とした奨学金貸与制度です。卒業後、当院に勤務していただくことで返済が不要になります（条件あり）。

看護奨学金制度の特徴

金額：月額5万円または8万円
支度金：20万円
入学時の支度金として奨学金とは別に支給されます。
在学中の勤務：正看護師の養成学校に在学中は学業優先とし
当院への勤務義務はございません。

お問い合わせ、応募方法　TEL: 029-295-2611（代表）　seitokai@dream.ocn.ne.jp

まずはお気軽にご相談ください。当院サイトの「応募フォーム」からもご応募いただけます。

新しき道は ここから始まる

自主創造

学部・短期大学部・通信教育部

□東京都
法学部／文理学部／経済学部／
商学部／芸術学部／危機管理学部／
スポーツ科学部／理工学部／医学部／
歯学部／通信教育部

□福島県
工学部
□栃木県
佐野日本大学短期大学

□埼玉県
芸術学部（所沢校舎）
□千葉県
理工学部（船橋校舎）／生産工学部／
松戸歯学部／薬学部／短期大学部（船橋校舎）

□神奈川県
生物資源科学部
□静岡県
国際関係学部／
短期大学部（三島校舎）

付属高等学校・中学校・中等教育学校・小学校・幼稚園・認定こども園

□東京都
日本大学櫻丘高等学校
日本大学鶴ヶ丘高等学校
日本大学豊山高等学校・中学校
日本大学豊山女子高等学校・中学校
日本大学第一高等学校・中学校
日本大学第二高等学校・中学校
日本大学第三高等学校・中学校
日出高等学校・中学校
日本大学幼稚園
日本大学認定こども園
日出幼稚園

□北海道
札幌日本大学高等学校・中学校
□山形県
日本大学山形高等学校
□福島県
日本大学東北高等学校
□茨城県
土浦日本大学高等学校
岩瀬日本大学高等学校
土浦日本大学中等教育学校
土浦日本大学高等学校附属幼稚園

□栃木県
佐野日本大学高等学校
佐野日本大学中等教育学校
□千葉県
日本大学習志野高等学校
千葉日本大学第一高等学校・中学校
千葉日本大学第一小学校
□神奈川県
日本大学高等学校・中学校
日本大学藤沢高等学校・中学校
日本大学藤沢小学校

□山梨県
日本大学明誠高等学校
□長野県
長野日本大学高等学校・中学校
長野日本大学小学校
□岐阜県
大垣日本大学高等学校
□静岡県
日本大学三島高等学校・中学校
□長崎県
長崎日本大学高等学校・中学校
□宮崎県
宮崎日本大学高等学校・中学校

日本大学

130年の輝きと共に、未来を創る

— ２０１９年、日本大学は創立１３０周年を迎えます。—

〒102-8275 東京都千代田区九段南 4-8-24［日本大学企画広報部企画課］TEL 03-5275-9284

第２回 日本在宅救急研究会 学術集会　高齢者の“本当の良き医療”を求めて

昨年、活発な議論が交わされ大きな話題となった「日本在宅救急研究会」の第２回学術集会が 11 月 17 日、港区の航空会館大ホールで行われます。第１回と同様、当番世話人講演、教育講演、シンポジウム、討論会というラインナップです。さらに今回は、以下の特別講演とランチョンセミナーも行われる予定です。プログラムの詳細は日本在宅救急研究会のホームページ（http://zaitakukyukyu.com/）に随時アップされます。皆様のご参加をお待ちしています。

プログラム（予定）

特別講演 1

日本在宅救急研究会代表世話人、
日本救急医学会代表理事　横田裕行氏

特別講演 2

日本プライマリ・ケア連合学会理事長　丸山泉氏

会費

医師：5,000 円
その他医療従事者：2,000 円
学生：無料（学生証提示）

日時

2018 年 11 月 17 日（土）
9:30　受け付け開始
10:00-17:00　学術集会

場所

航空会館大ホール
105-0004　東京都港区新橋 1-18-1 航空会館
TEL　03-3501-1272　http://kokukaikan.com

担当世話人

小豆畑丈夫
日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野診療准教授
青燈会小豆畑病院病院長、救急・総合診療科部長

お問い合わせ

青燈会小豆畑病院 日本在宅救急研究会事務局
担当　山田弘子
TEL　029-295-2611
zaitakukyukyu@gmail.com

第１回研究会の様子

航空会館

表紙の写真　中庭の椎の木

かつて病院の敷地内にあった学生寮のまわりに植わっていた椎の木。寮を取り壊した際、ここに１本だけ移植されました。この木のまわりで遊ぶ託児所の子どもたちを見るたびに、私は「地域医療とは、愛する家族や大切な友人を幸せにする医療である」との思いを強くします。子どもたちが大人になったとき、この大木のように安心して過ごせる世の中、地域になっているように、いま私たちの世代が頑張らねば —— みずからを奮い立たせてくれる尊い「御神木」でもあります。

SEiTO vol.1

発行　医療法人社団青燈会小豆畑病院
〒311-0105　茨城県那珂市菅谷 605
www.azuhata-hosp.com/