特別報告

第 19 回 へき地・地域医療学会

メインシンポジウム１「地域医療，歴史に学ぶ」

article number e26_014, (2026)　　DOI　10.60261/chiikiigaku.40.11_e26_014

井上 大輔[1,2]

[1]第 19 回 へき地・地域医療学会 実行委員長

[2]奥多摩町国民健康保険奥多摩病院 院長

連絡先　井上大輔（96006di@jichi.ac.jp）

〒198-0212 東京都西多摩郡奥多摩町氷川 1111 奥多摩町国民健康保険奥多摩病院

原稿受付 2026 年 8 月 10 日／掲載承認 2026 年 10 月 1 日

このシンポジウムは，地域医療において偉大な業績を残してきた３名のシンポジストから，へき地・地域医療の原点や本質，課題を学ぶ目的で行われた．この場で学んだ知見には共通点が多く，長年にわたり誠実に地域医療に取り組まれる姿勢，その結果としての周囲や地域住民からの信頼，ご自身は地域から支えられているという謙虚な姿勢などである．地域医療は住民・行政・医療機関の信頼関係の上に成り立つという原点を，このシンポジウムを通じて再確認することができた．また，シンポジウム２「地域医療，未来を見る〜地域医療を担う医師のキャリア形成〜」につながる若い世代へのメッセージもあった．

キーワード：へき地医療，地域医療，島しょ医療，義務年限，地域枠

【講演１】

自治医大１期生の一事例，「求めに応えて」

関口忠司先生（組合立那須南病院 統括管理監，
自治医科大学 栃木県１期卒）

関口先生は，昭和 47 年に開学したばかりの自治医科大学の１期生として入学し，中尾喜久学長をはじめとした意気盛んな教育陣，希望と情熱にあふれた同級生と共に歩み始めた．卒業後に医師として自治医科大学消化器一般外科医局に入局したが，内容は多科ローテーションという当時としては前例のない変則的な研修を行い，ストレート研修の同期からは自分もそのような研修をしたいとうらやましがられた．

地域中核病院（大田原赤十字病院）では先進事例の高知県，山梨県を参考に新規にへき地巡回診療を立ち上げ，大学同期の吉新通康先生（地域医療振興協会会長）と協力してへき地を支えた．最後の２ヵ月は午前に複数のマイナー科外来で指導を受け診療所勤務にそなえた．

へき地診療所（栗山村立湯西川診療所）勤務は温泉地に新規に診療所を立ち上げる作業から始まった．夜間は住民よりはるかに多い観光客の対応や，片道 50km に及ぶ遠距離の往診などを経験した．自治医科大学卒業医師の短期間交代による診療所医療は継続性確保が課題で，地元の非医師スタッフが機能の継続性に重要であり大きな支えとなってくれた．内陸へき地では，ソーシャルメディアや救急車の配備，ヘリコプター搬送，道路の改良，遠隔医療等の社会基盤の整備がへき地医療に深く関わることも実感した．

後期研修を自治医科大学消化器一般外科で１年行った後，栃木県立がん検診センターの最後の１年の検診業務に従事し，翌年の県立がんセンター開設の準備にあたった．開設後２年間腫瘍外科を経験し自治医科大学義務年限を終了した．

その後，自治医科大学外科に２年所属することになったが，１年ほど経過した頃県庁の担当者から声がかかり

新規中核病院（組合立那須南病院）の立ち上げに協力することとなった. 50 床の病院の開院 1 年半後に初代病院長が自治医科大学に戻ることとなり 2 代目病院長としてその後 23 年間従事した．150 床への増床過程の舵取りを行ったり，夜間救急体制を充実させたりといった業務に邁進した. 2015 年からは同院統括管理監となり，現在 4 代目の院長の代となっている.

開院以来講演時点まで，那須南病院では多彩な手術がおこなわれ，年齢は 2 歳から 101 歳まで，5,800 症例を超えている．その中から印象に強く残る症例を提示した.

同院の問題点としては経営の厳しさが上がる．地域の人口減少や高齢化を背景に，150 床から 130 床へのダウンサイジングを行ったり，医療保険制度に合わせ療養型病床から地域包括ケア病床への転換を行ったりした．これからも医療スタッフ確保の困難，外科系診療の維持の見通しなど，医療内容の見直し・検討が今後の課題である.

【講演 2】

へき地医療で経験したことと，今思うこと.

岡部竜吾先生（伊那市国保直営美和診療所 所長,
自治医科大学 長野県 12 期卒）

岡部先生は 1989 年に自治医科大学を卒業し，自治医大での初期研修後，長野県内の中小公立病院で消化器・一般外科医（外科系総合医）として勤務した．後期研修で中医学も学ぶ傍ら, 38 歳までは外科医として過ごしたが，東洋医学を用いた地域づくりに誘われ，出身地の隣村である長野県長谷村（現伊那市）に赴任した．長谷地区の高齢化率は 47.8%（2025 年）と高く，少子高齢化が進む医師過少地域である．2009 年当時の長谷地区の人口ピラミッドや高齢化率は 2055 年の日本のそれらと大変似ており，長谷地区において日本の最先端の地域医療を行っていると考えていた．国保美和診療所の立ち上げや,「気の里構想」という地域活性化を目指すプロジェクトに携わり，地域医療を入口に地域の人口を増やす意気込みを持っていた．時代や社会の問題点は「辺境」において露呈し明確に理解でき，解決策が隠されているため，それを日本全体へ伝えるという思いであった．この時の経験から「地域医療は，医師と首長の方向性が一致したときに力強く前に進む」ということを知ったが，同時に「医療の力で地域を変えるということは，よほどの幸運に恵まれない限り難しい」とも感じた.

美和診療所では，予防や健康づくり，外来・在宅診療，看取り・死体検案，パワーリハビリテーションを取り入れたデイケア，心理カウンセリング，鍼灸施療所を作るなど地域に密着した幅広い医療を展開した．また，住民ボランティア組織を作ったり，村の社協で作業所を作ったり，NPO 組織を立ち上げたりといった地域作り活動を実践し，学生教育にも携わった．診療所に CT 等を導入し，へき地派遣の若い医師が働きやすい環境を整えた. 高齢者の避難所として小規模多機能受け入れ施設を厚生労働省の協力の下で作る過程では，行政の仕組みの難しさに直面した．先進的な試みとして，オーストラリアの保健施策を参考に,「Aging in Place」の標語を掲げ，高齢になっても住み慣れた地域で人生を送るために何ができるかを考えた．そういった過程の中で，ある高齢者から「今が一番幸せ」との言葉をもらい，医者冥利に尽きる思いであった.

「The Diffusion of Innovations Theory」の考え方から，新しい施策は住民アンケートなどで意見を汲みながら進めていった．補助金やモデル事業などは本当に継続性があるのか，国のマクロな政策につなげられるかを意識していかないといけないと感じた.

地域で対応した認知症患者の経験から，プライドと役割が大切なこと，互いを尊重し，それぞれの役割を果たす「お互い様」の精神が重要であることを学んだ. また，診断と処方は容易いが治療の実行が困難なことや，特に「辺境」では生活力の低下や介護力の低下，経済効率性からの脱落といった問題が起きやすいことを知った．こういったことの解決に「社会的共通資本」という考え方があることを若い人には知っておいてもらいたい.

150%の力を地域に注ぎ続けた結果，自分自身が精神的に追い込まれ体調を崩したり，診療所の崩壊危機に直面したり，平成の市町村合併に巻き込まれたりと，多くの過酷な局面に対峙した．そんな時に先輩医師や友人，恩師の言葉が救ってくれた.

地域に密着しながらの生活，診療を続ける中で，薪ストーブの木を確保するために患者さんに手伝ってもらって一緒に山に入ったり，田植えを行った時に周囲の住民が助けてくれたりした経験から,「お互い様」の関係づくりが地域を健康にすること，互いを尊重し，それぞれの役割を果たしていくことが重要であることを学んだ.

自分の経験から言えることは，高齢者が頑張って成り立っている社会は一見元気に見えても持続しないため，

若手・中堅が責任を持って社会を担う自覚が必要であることである.「お互い様」の関係づくりと「生きる役割」,「地方自治の復権」がこれからの日本を救うかもしれない．これからの医療・福祉・介護の問題解決は，それらの外にあると思われ，医師にしかできなことを淡々と行っていくことも大切ではないか.

人生に関する多くのことは地域医療から学んだ．充実した，感謝に堪えない医師人生だが，一方で自己犠牲も多く次の世代へ手放しで引き継げるかという疑問もある．地方の人口は減っており，地域医療を小さくしていく時代ではないかと思う．地方の医師・診療所が減っていくこれからは，大学病院でへき地医療に興味がある医師をプールしてへき地を支援する仕組み作りが必要ではないか．若い世代が不安なく，前向きに地域医療に参入できる環境作りが私の最後の使命だと考え，これからも地域に貢献していきたい.

【講演３】

島しょ医療への招待 ～東京都のへき地医療～

田口健先生（東京都島しょ保健所 所長／東京都保健医療局医療政策部，自治医科大学 東京都 17 期卒）

田口先生は 1994 年に自治医科大学を卒業し，義務年限後も島しょへき地医療に関わりたいという思いから東京都の行政職として歩み始めた．医療政策を担う部署に自身のような医師は一人もおらず，活躍の場は多彩であった.

地域医療振興協会によると,「地域医療」とは「医療人，住民と行政が三位一体になって，担当する地域の限られた医療資源を最大限有効に活用し，継続的に包括的な医療を計画・実践・評価するプロセス」であり,「へき地」というフィールドが最も地域医療を体現しやすい場所であると考えている.

東京都は島の数が 47 都道府県中８位の 635 島，活火山数は１位で活火山の島も多い．東京都の島しょへき地として２町７村の 11 の有人離島があり，全て外海の遠隔離島である．ここに東京都の人口の 0.2%未満の２万数千人が居住し，日本の EEZ（排他的経済水域）の約４割を占めている. 本土から一番近い大島でも約 120km あり, 最遠方の小笠原諸島母島までは 1,000km を超え海路で 26 時間以上かかる．島の人口はおよそ 160 人から 6,700 人であるが，島に大学はなく，高校があるのも６島のみ，コンビニエンスストアやファストフード店は一つもない．一方で，日本最小の自治体である人口 160 人の青ヶ島をはじめ，全ての島に医療機関があり医師が１名以上常駐し，東京都に無医地区はない.

この 11 島の医療機関に合計 30 名の常勤医師が配置されているが，自治体独自で採用したのは６名のみである. その他は, 自治医科大学卒業の義務年限内医師 10 名，東京都のへき地勤務医師等確保事業により大学病院や地域医療振興協会，民間医療機関の医師 12 名，東京都地域医療支援ドクター１名，民間１名であり，ほとんどが派遣医師である．医師１名の島が５島あるが，全て自治医科大学卒業医師の派遣である．医師・看護師以外のメディカルスタッフでは薬剤師や放射線技師等がいない島も多い．常設消防機関未設置自治体は全国に 29 町村あるが，そのうち６村は東京都の島しょである．島しょ医療では医師に全ての医療業務が求められると言っても過言ではなく，時に監察医の役割も果たす．八丈島など一部の島には高圧タンクが設置されており，潜水病（減圧症）に対する対応も行っている．そのような島しょ医療ならではの環境下で数多くの思い出に残る症例を経験した.

島しょへき地医療の内地との決定的な違いは，「患者が逃げない（逃げられない）」ことである．どんな小さな島でも 24 時間 365 日の急患対応を行っており，どんな疾患がどれだけ重症でも必ず初期対応を行い，次の手を考えなければならない．負担はとてつもなく大きいが，特に医師の少ない中小の離島を中心に派遣される自治医科大学卒業医師の役割は大きい．東京都は代診医師派遣をはじめ数々のへき地医療支援を行っている．現在は全国的に広がりを見せる遠隔診療システムであるが，東京都では先進的に 2006 年に三宅島で導入していた．三宅島は 2000 年に噴火し全島避難，2005 年に帰島が始まったが半数の約 2,000 人に留まった．二酸化硫黄による酸性雨で金属の腐食や植物が広範囲に枯れるなどの被害が起きた.

島しょ救急患者搬送は，最低でも片道約 120km の洋上飛行を行わなければならず，いわゆるドクターヘリと呼ばれる小型ヘリコプターは飛ばせない．東京消防庁や自衛隊の協力の下で東京型ドクターヘリや自衛隊機による運用を行っている．搬送要請から収容まで一番近い大島でも約３時間を要する．小笠原の患者搬送は厚木基地からの自衛隊哨戒機と，父島・母島からのヘリコプターが同島約 300km 南方の硫黄島を介し搬送を行い，約

10 時間を要する. 全夜間休日の添乗医師当番は全て自治医科大学卒業医師が担っている．島しょ救急患者搬送数は，島の人口減や慢性期疾患管理の充実により減少傾向である．

東京都では現在，東京都地域医療医師奨学金事業（いわゆる東京都地域枠）として，３大学（順天堂，杏林，日本医科）の医学部に計 20 名以上の定員を持ち，将来東京の地域医療（小児，周産期，救急，へき地の４領域）に従事する医師の育成を行っている．大学１年次には選択する領域にかかわらず全員島しょ診療所でのへき地医療研修に参加させ，親睦と動機付けを行っている．さらに５年次の希望者は自治医科大学の夏季研修に同行し，将来同じ島しょ地域で勤務する者同士として一体的に育成している．東京都のへき地医療において，自治医科大学卒業医師は地域枠医師にとっての手本となっている．

東京都の自治医科大学卒業医師は，義務年限の９年間のうち長期で４年間，島しょ地域に派遣され真の総合診療に従事する．島しょ医療は実に楽しく，医師としてのみならず人として多彩なことを学べる．４年間の島しょ医療の経験は医師のキャリアとして決して無駄にはなっておらず，義務年限後は実に様々な進路に進んでいる．東京都自治医科大学卒業医師は多分野の専門医師（基本 19 領域のうち 15 領域）となっており，技術的な修練の必要な外科系医師も多い．自治医科大学卒業医師の可能性は無限大で，「何にでも成れる」と考えている．

考察

このシンポジウムは，地域医療において偉大な業績を残されてきた先達から，へき地・地域医療の原点や本質，課題を学ぶ目的で行われた．

関口先生は３ヵ所の医療機関の開設に関わられてこられたが，いずれも望まれることに応える姿勢を続け，周囲から信頼を得ながら大きな仕事を成し遂げられ，更に信頼を得ておられた．その過程の中では常に地域に根付いた医療を行い，患者や地域から支えていただいたというメッセージが印象的であった．

岡部先生は山間医療において，医療分野のみならず，地域へ溶け込みながらの多彩な活動を通じて地域を活性化する試みを続けてこられた．時に挫折を経験されながらも，周囲の方や時には地域住民からの「お互い様」の関係に支え支えられ，前進を続けられる様子が印象的であった．

田口先生は，東京都島しょの過酷なへき地医療を，行政職として長年にわたり支え続けて来られた．長く関わられているからこそ東京都島しょ医療を深く理解され，その魅力を的確に伝えておられた．若い世代との関わりを続け，島しょ医療の未来へ向けた大きな希望のメッセージを発信されていたことが印象的であった．

３名の先生方の「歴史」から学んだ知見は実に多く，そこには共通点が見えてくる．それぞれの先生方は活躍される分野は違えど，長年にわたり誠実に地域医療に取り組まれている．そして，その中から周囲や地域住民からの信頼を得，大きな仕事を成し遂げられてきた．背景には自分は地域から支えられているという謙虚な姿勢があることも一致している．地域医療は住民・行政・医療機関の信頼関係の上に成り立つという原点を，このシンポジウムを通じて再確認することができた．それぞれの先生方からは若い世代へのメッセージもいただき，シンポジウム２「地域医療，未来を見る～地域医療を担う医師のキャリア形成～」につながる素晴らしいシンポジウムであった．

謝辞

本シンポジウム開催に当たり，シンポジストの３名の先生方にはお忙しい中で大変示唆に富む貴重なお話をいただきました．また，坂口幸治大会長をはじめとした実行委員会の先生方には準備を進めていただいたり，様々な提言をいただいたりしました．地域医療振興協会の先生方，事務局の皆様にも準備から学会運営まで大変お世話になりました．ここに，皆様へ深く感謝申し上げます．

利益相反（COI）開示

なし

==========

Special Report

The 19th Annual Conference on Rural and Community Medicine

Main Symposium 1
Community Healthcare, Learning from History

Daisuke Inoue[1,2]

[1]Organizing Committee Chair, The 19th Annual Conference on Rural and Community Medicine

[2]Director of the Hospital, Okutama Hospital

Daisuke Inoue（96006di@jichi.ac.jp）

Okutama Hospital, 1111 Hikawa, Okutama-machi, Nishitama-gun, Tokyo 198-0212, Japan

Received 2026 Aug 10／Accepted 2026 Oct 1

Abstract

This symposium was held to learn about the origins, essence, and challenges of remote and community healthcare from three panelists who have made outstanding contributions to regional medical care. There were many common points in what we learned: their commitment to community healthcare over many years, the trust they have earned from the people around them and the local residents, and their humble attitude of being supported by the community. Through this symposium, we were able to reaffirm the fundamental principle that community healthcare is built on the trust between residents, administrations, and medical institutions. There were also messages directed at the younger generation, leading into “Symposium 2: Looking to the Future.”

Keywords: Remote area medical care, community healthcare, island medical care, mandatory service period, regional quota