

地域の医療をみる

石見四市議会議長会講演

令和6(2024)年4月26日 於 江津市役所
島根県浜田保健所
中 本 稔
E-mail nakamoto-minoru@pref.shimane.lg.jp

本日の話

- 1 医療資源を考える 「ひと」 特に医師
- 2 医療資源を考える 「しくみ」 から、診療報酬ほか
- 3 どうする地域医療 医療構想 病床と在宅医療
- 4 医療者を呼び込むために、地域に期待すること



自己紹介(2024)

出身 1960年和歌山県海南市生まれ
専門 地域保健、疫学、ヘルスプロモーション(健康づくり)
産業保健(振動障害、働きざかりの健康づくり)
内科外来(一般病院)も20年間。現在は休診中！
職歴 愛媛大学、山口大学、山口県立大学から
2006年 広島市東保健センター長、同市保健予防担当課長
2012年 島根県へ(浜田、県央、益田、出雲、浜田)
非常勤 島根大学、島根県立大学 (かつては、広島大、山口大学)

<http://kenko-shimin.cocolog-nifty.com/blog/>「健康市民のブログ」
自己紹介 <http://jin4sng.eco.coocan.jp/profile.html> 「中本さんち」検索

そもそも医療資源とは？

ヒト

医師、歯科医師、薬剤師、看護師・助産師・保健師、管理栄養士・栄養士
診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学士、理学療養士・作業療養士・言語聴覚士、
介護福祉士・社会福祉士、救急救命士、心理師(士)
病院には、医療事務や看護助手ほか、多くの職員がいる
養成大学は文科省認可 自治医科大学(産業医科大学)
地域枠医学生は 医療介護総合確保推進法の基金で奨学金

仕組み(モノ・カネ)

医療法(病院・診療所) 都道府県医療計画
医療介護総合確保推進法 都道府県医療構想
地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律
医師法および医療法の一部改正の法 医師確保計画
感染症法
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律
がん対策基本法、難病対策基本法、循環器病対策基本法など

中山間地では、救急(道路)、ドクヘリ(ヘリポート)も資源に

島根県勤務医師実態調査

(注) 充足率の状況関連

表1 医師の必要数と現員数〔2次医療圏・施設別〕

2次医療圏 施設別	必要数		現員数(勤務医実数)				不足数		充足率	
	①	前年比	②	前年比	うち常勤 医師数	前年比	③=②-①	前年比	④=①	前年比
大田	93.9	▲1.4	76.5	▲3.1	61	▲3	18.4	▲1.7	80.4%	▲2.1%
病院	89.4	▲1.4	71.0	▲3.1	58	▲3	18.4	▲1.7	79.4%	▲2.2%
診療所	4.5	0.0	4.5	0.0	3	0	0.0	0.0	100.0%	0.0%
浜田	131.4	▲5.3	112.0	▲2.5	89	▲1	19.4	▲2.8	85.2%	▲1.4%
病院	127.2	▲5.5	108.0	▲2.7	88	▲1	19.2	▲2.8	84.9%	▲1.5%
診療所	4.2	0.2	4.0	0.2	1	0	0.2	0.0	95.2%	0.2%
益田	124.6	▲1.4	95.1	▲5.3	77	▲4	29.5	4.1	76.3%	▲3.0%
病院	122.0	▲1.2	93.4	▲3.4	76	▲3	28.6	3	76.6%	▲2.9%
診療所	2.6	▲0.2	1.7	▲1.1	1	▲1	0.9	0.9	65.4%	▲31.6%
合計	1,226.7	▲8.3	1,040.6	▲0.8	870	▲3	186.1	▲7.5	84.8%	0.0%
病院	1,203.2	▲9.0	1,018.2	▲0.6	857	▲4	185.0	▲8	84.6%	0.0%
診療所	23.5	0.7	22.4	▲0.2	13	▲1	1.1	0.9	95.0%	▲1.0%

注1) 令和2年10月1日現在「令和2年 勤務医実態調査」より

注2) 島根大学医学部附属病院を除く

充足率＝

医師の現員数/必要医師数

*各病院が事業経営で
必要と考える医師数

地方に医師は来ない？

▽90年代に小児科医師が減少始めた。ほぼ同時に産科医も減少に転じた。

一方で、臓器別診療科が広がってきた。

「少子高齢化の日本社会」と騒がれると、小児科の未来がないと思う。

小児科医の子どもを診断治療する能力はとても幅広い＝大変だ。(大人の臓器別診療科とは違う)

▽2000年代に産科の事件(福島産科医逮捕、奈良産婦たらい回し)

実は産科医不足が背景。当時の小泉首相は「医師過多」から「医師不足」へ方針転換。

産科医不足を背景に、産科医療補償制度が作られた

(子の死亡や障害を親に補償するしくみは、産科医の負担を軽減する(労働環境改善))

▽臓器別診療科が基本となった新臨床研修制度 大学医局の医師派遣引き上げ

地方の病院で中堅医師がいなくなった。

☆入局すること、専門医になりたいという(医学生の)希望は、

医療の発展に加えて、その社会情勢(世論、人口動態)にも影響される。

△専門医からのドロップアウトもある。

歯科医師は地方に来ない？

歯学部を持つ大学周辺では歯科医師過多。年収の確保が難しいと報道 事業経営(稼ぎ)に敏感
医学部と歯学部をもつ大学では、地域枠医師を増やすときに、歯科医師養成数を減らした。

資源 ひと 特に医師に限ると

○医師は大学医学部で養成される

大学のめざす医師は教育に特徴あり (自治医科大学や産業医科大学の例 「建学の精神」)

卒業時の入局は、各自の選択で診療科を決める(選択の自由)

医学部には、設置基準に基づく診療科ごとの講座＝医局がある。

内科、外科、整形外科、産科婦人科、小児科、皮膚科、耳鼻咽喉科、

眼科、脳神経外科、麻酔科、歯科口腔外科、検査科、病理科など 19の専門医

○医局人事

派遣(関連病院) 部長・院長ポスト 大学院(学位授与) 海外留学 教授輩出 研究費獲得
人気のある医局は大人数(関連病院確保。淘汰されて転科や周辺診療科の医師も産出)と、

人気ないけど試される医局(大事にされる、任される、貴重な人材にも)

関連病院ポストに厳しい医局と厳しくない医局

古い大学の医局には派遣先ポストを「占有」し、都合悪くなったら「引き上げ」

派遣を受ける病院側からすると、出身大学、出身医局にお願いすることは、

「ルール」として段取りを踏んでいることになる。(大学や医局を毎年訪問)

△大学医局の医師人材がきびしいと、地方への派遣は厳しくなる

△病院の評判、地域の評判が悪いと、引き上げとなることもある

資源 ひと 特に医師に限ると

未入局でも専門医プログラム制度で専門医取得は可能。

医局ポストではない勤務医ポストもある。ご縁？

医事新報社の広告、人材マッチング会社の仲介など

医局派遣でない医療法人は全国から医師を集める特色がある。

島根県は赤ひげバンク事業。

(県内病院とのマッチング。医師、看護師、薬剤師)

▽事例 医局から派遣がないからと、病院や地域が医師を探しても、

「そういうことなら、今後の医師派遣は致しません」

「我が大学から派遣されている他の診療科も引き上げます」

医療提供に関連する法（主なもの）

日本国憲法

医療法

国の責任で医療を提供する

都道府県は医療計画

医療安全

医師法をはじめとする医療従事者の国家資格

医師法には応召の義務、診察治療・療養指導の義務

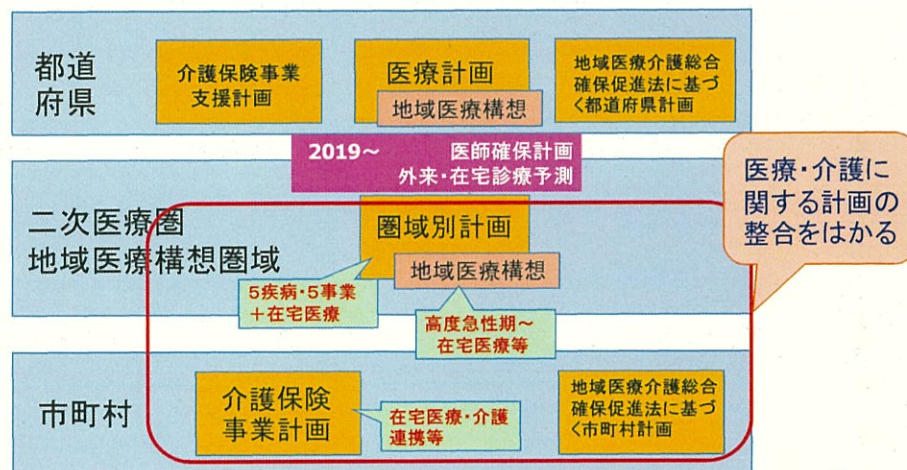
健康保険法、国民健康保険法、介護保険法、高齢者医療確保法（旧老人保健法）

感染症法、予防接種法、新型インフル特措法

精神保健福祉法、生活保護法

医薬品・医療機器等法（薬機法）

在宅医療・介護連携推進事業の特殊性 （東京大学 吉江ら 2017）



資源 ひと 特に医師に限ると

地域枠等の医学生、医師（義務年限内）

島根県では地域医療支援センターが毎年面談して、目指す医師を確認。

（地域データに基づく医師配置ができる可能性を伝えることも）

首長や守る会が、「ほしい」医師像を伝える場面もある。

親が医師ならその診療科を選ぶ？

○将来の医院継承を想定することもある。

例えば、先代は呼吸器内科、若先生は循環器内科

○勤務医も（親の）医局のご縁で診療科や病院を選ぶこともある。

▽一方で、出身地に帰らないこともよくある。

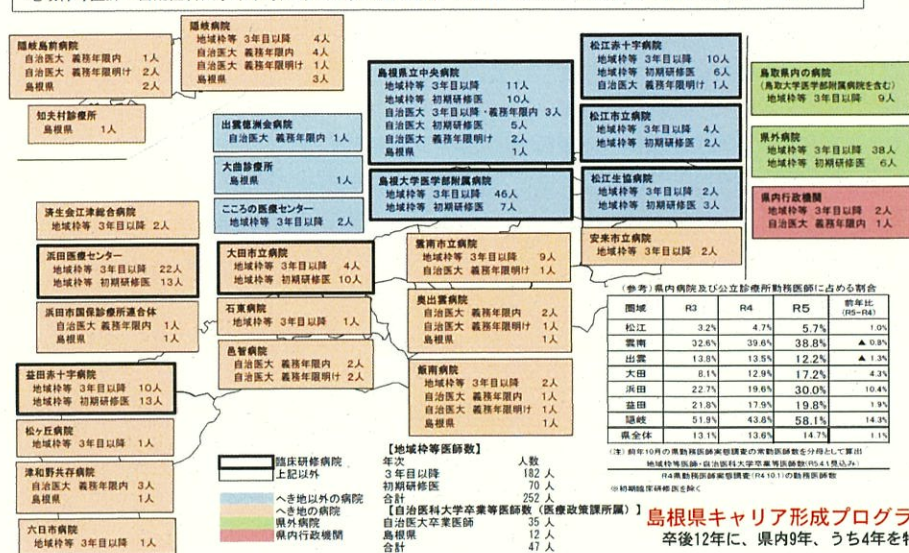
診療だけではない地域貢献 好きでないと続けられない

予防接種、健診・検診、学校医、産業医、施設協力医、災害対応、行政の協議会

☆この地が好きで、医師ならこの地に住めるはずと

わざわざ医師を目指した地域枠出身者もいる！

地域枠等医師・自治医科大学卒業等医師（医療政策課所属）が勤務・研修する医療機関（令和5年4月1日見込み）



島根県キャリア形成プログラム
卒後12年に、県内9年、うち4年を特定地域で勤務続ける

浜田医療センターの研修医臨床研修委員会から

○独自プログラムの定員 7名の研修医(2年間14名) **フルマッチング!**

地域枠、緊急医師確保枠、島根県奨学生、もちろん一般枠も

たすきがけプログラム 島根大ほか 2年のうち1年を浜田医療Cに

☆浜田医療センター研修医が言う魅力

①地域枠の義務年限を果たせる 地域が好きだ

②3次救急、救急外来並行研修

(当直なく次の日は通常診療=研修プログラム遂行)

③診療科がそろっていて、かつ選択が自由度高い

④専門科であっても高度医療ではない幅が広く(手が届く)経験ができる

⑤医局の一体感 研修医であっても役割感

医師にとって魅力のある病院・地域とは ～医師(ひと)それぞれ～

○働きやすい病院・診療所(スタッフ、上司、事務部門、経営)

○スペシャリティ(日本専門医機構の専門医資格)が維持できる

(その分野に関わる患者を一定数診ることができる。研究時間の確保も)

○業務負担に見合った報酬(公的病院では横一列。民間法人は努力次第?)

○医療従事者(医師だけではない)を大切に思ってくれる住民の存在

○「医療人(の思考・行動)」に理解がある行政・福祉介護関係者

例えば、「診療連携パス」の仕組みを地域で創る

○住みたい(あるいは通いたい)と思える魅力的な地域 (ひとそれぞれ?)

☆開業の誘惑も大事!

開業したい、事業を継続させたいと思える地域か?

福永講演資料を改編

対照的に指導医の中核病院で働く魅力は? 中堅医師をどう確保するのか

(中本の想定。医療センターだけではない)

○診療科づくり

技術の向上、新しい機器・機材の導入

スタッフの育成(研修医教育)に責任を果たす

○診療技術・質の向上

難しい患者(合併症をもつ、予後の悪い)の治療を行う

めざすは、患者の評判や患者が集まる科

学会・論文発表の機会、科学研究費や治験研究費などの獲得も成果

○病院を担う、地域医療を担う役割感 「仕事したい、続けたい」

△報酬はそこそこ? 福利厚生がそろっていれば満足?

☆病院経営の立場から、「できる医師」は「看板」として維持したい

専門医が(そろって)いなくても

○患者の受診(外来や救急も)が確保されること「ひとまず診る」

研修医も指導医も経験できる疾患数に直結(圏域を超えて患者が集まることも)

○専門を超える **総合診療科**

ひととして、丸ごと診る(診断だけではなく療養や復帰(社会的処方))

専門領域の限界を超えて診る、ひとまず診る

○連携を担う 専門診療科間、多職種間連携、後方の3次医療

常勤医師が病院にいない診療科は、開業医や大学連携も

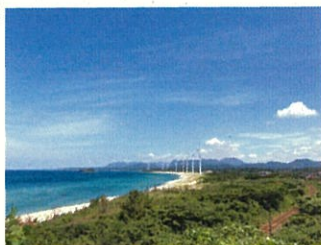
△医師を増やしても、診療報酬による収益が伸びないことはよくある

☆稼ぎのある診療科に絞って、経営戦略も大事。(民間はよくある)

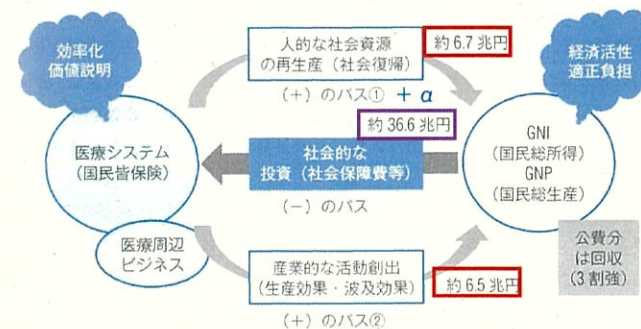
そのときは、住民(患者)に説明する必要がある「○×病院と連携する」

本日の話

- 1 医療資源を考える 「ひと」 特に医師
- 2 医療資源を考える 「しくみ」 から、診療報酬ほか
- 3 どうする地域医療 医療構想 病床と在宅医療
- 4 医療者を呼び込むために、地域に期待すること



国民医療費は、経済の循環（田倉2021）



医療の経済的な問題は、医療の外に解の半分がある

図 1-4 わが国の経済活動における医療の位置づけ（社会が医療に投資する理由は何か）

国全体の医療活動と経済活動を便宜上、2つの領域に大別しその経済的な関係をなげると、1年間の断面的な粗い整理にはなるが、社会経済的な効果で国民医療費の3分の1程度（概算）が医療保険財源に返ってくると推察される。

〔出典〕田倉智之：人間ドック健診と医療経済。人間ドック学会誌 26（5）：775-785, 2012 を改変

18

医療には
金がかかる。
金をかける！

病院事業費の支出の
50-60%は**賃金**。

この地で生活する
従事者を確保する。

診療報酬 医療にはお金をかける

大原則：患者に診断名を付けて診療行為（**報酬と病名はセット**）
1 月間の出来高払い制。自己負担がある。

入院前に診断 できるだけ外来でCT・MRI 入院して手術
急性期病院・病床では、**DPC (診断群分類)** の包括評価と出来高評価。係数で差
入院時に診療の約束「治療計画」には治療する疾患名
診断されている疾患の治療を、短期に集中して進める
➡入院早期ほど単価が高い、計画的に治療（平均在院日数短い）
余計な合併症は「退院して外来で診てもらいましょう」
「せっかく入院したなら、全身を診てほしい」は死語

△事例 腫瘍内科に入院中の患者が、肺転移から気胸を合併したところ、
退院して呼吸器外科の治療を勧められた。

△事例 急性リンパ性白血病？だが、腫瘍細胞の遺伝子タイプがわかるまで
抗がん剤治療はできない。（と言われた） 薬剤適応の問題

高度急性期・急性期の入院は短期で済ます

救命治療、人工呼吸器のように

患者をベッド上に安静にして治療することを原則

ベッド上リハビリテーションはあっても、限度がある。

栄養は生命維持を目的にした**最小限の輸液**が基本（診療報酬では期間を設定）

人それぞれが必要とする栄養素摂取が一時的に欠乏することが前提。

△新型コロナ患者では、感染した高齢者がベッド制限を守られない事例。

生活能力が後退して、フレイルや認知症が進む。

△安静がきっかけに、他の重篤な疾患が発生することもある。（例えば、術後の脳梗塞）
ときに、薬剤耐性病原体の院内感染も。

○2024診療報酬改定では、救急患者のうち3日以内に後方病院転院搬送のしくみ

☆急性期病床では、できるだけ短期間とし、在宅に帰すことを目標に。

必要なら、回復期・療養期病床へ。在宅医療へ。

資源 モノ

高額な機器は、「外来医療計画」で圏域内共同利用
CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック、ガンマナイフ）、マンモグラフィ
地域医療支援病院では検査紹介率をチェック

モノを動かすヒト

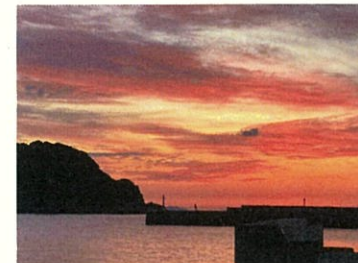
開業医や他の病院の医師が、入院患者を診る連携病院（登録医）

診療科医師体制だけでは機器は動かない。
診断する外部の医師（病理医、放射線診断医）
精度の高いデータを出す技師、メンテナンス（精度管理）

医療事務や給食栄養、リネンなど、多職種に支えられて診療が維持される。
病院事業は地域の経済に支えられ、支える。（メディコポリス）

本日の話

- 1 医療資源を考える 「ひと」 特に医師
- 2 医療資源を考える 「しくみ」 から、診療報酬ほか
- 3 どうする地域医療 医療構想 病床と在宅医療
- 4 医療者を呼び込むために、地域に期待すること



どうする地域の医療

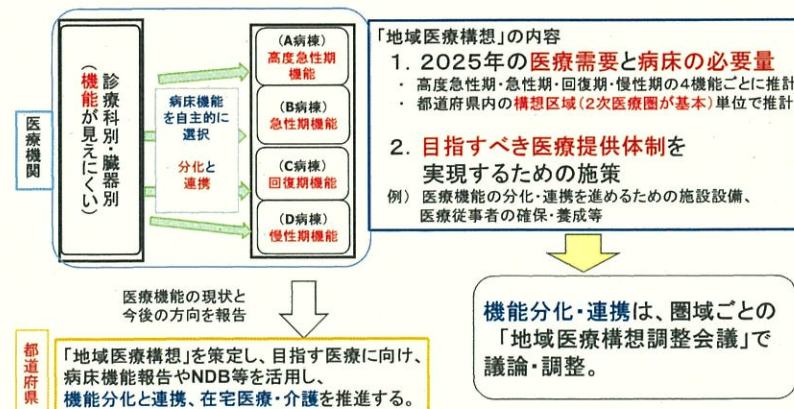
島根県保健医療計画 5 疾病 6 事業 + 在宅医療 6 年間の近未来
医療構想、外来医療計画、医師確保計画
健康長寿しまね計画、健やか親子計画、感染症対処計画

介護保険事業（支援）計画 3 年間の目標
入所だけではなく、訪問診療、訪問看護と関連する居宅サービス

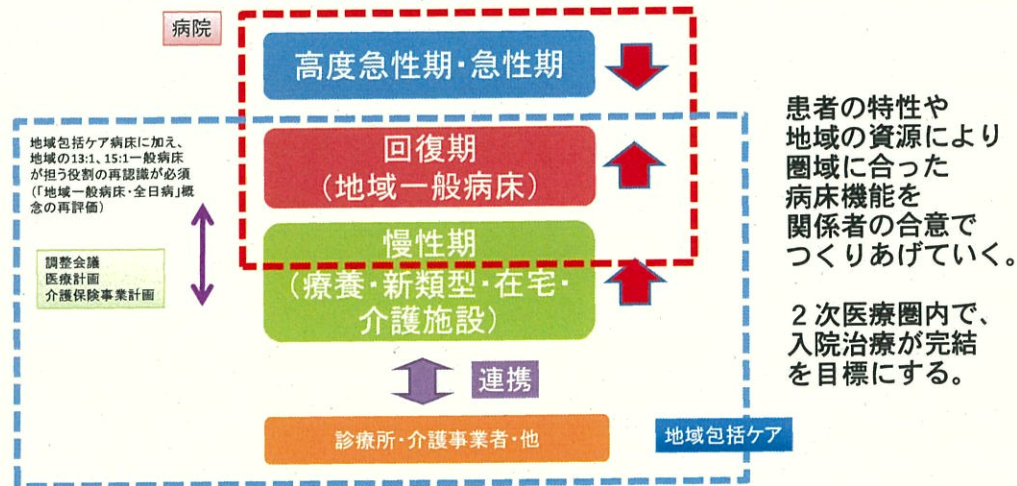
開業医の高齢化（医院継続困難）、勤務医の退職（定年ほか）を見据え
○地域枠医師の動向、自治医科大学卒業医師の義務年限後定着
○大学医局の応援 島根大学病院医師派遣検討委員会
○病院独自の医師確保努力 出身大学、仲介業者、縁故
自治体立病院では、院長と一緒に市長が行動することもある

地域医療構想

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
（法では平成30年3月までだが平成28年半ば頃までが望ましい）
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、
医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。



これからの機能別病院体制(松田2018)

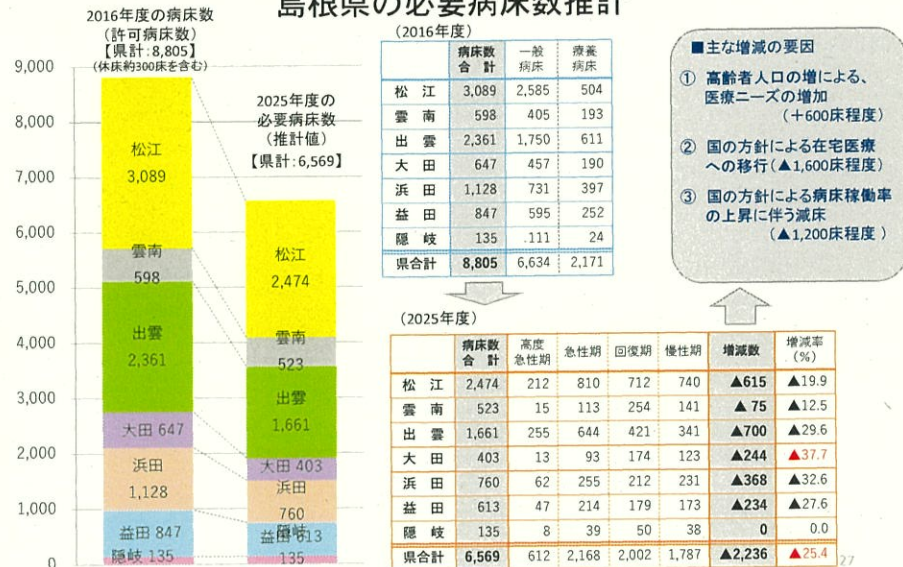


医療構想は全国統一のモデルによる予測 人口予測と、 患者所在地別の医療提供(病院所在地)



26

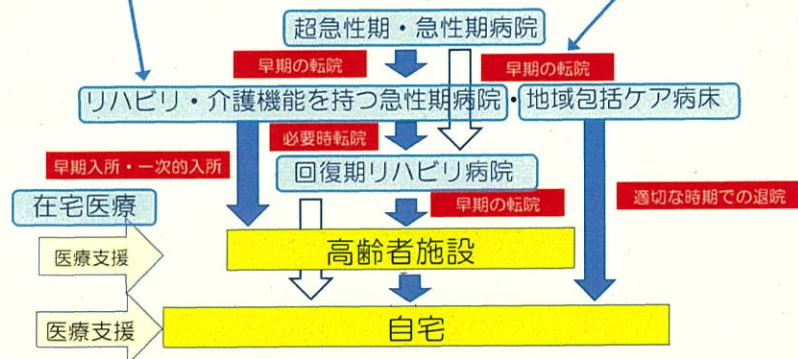
島根県の必要病床数推計



2024年6月の診療報酬改定で高齢救急患者に包括対応する
10対1看護の【地域包括医療入院料】が新設予定

2024年6月の診療報酬改定で
救急搬入当日から3日目までの、
救急患者後方搬送の報酬が新設

今後の地域医療機関の取り組み



蘆野講演資料

在宅医療概念の変化の概要

20世紀型	21世紀型
- 医療依存度の低い病状（主に高齢者） - 介護支援中心 - 自宅 - 家族介護が基本 - 医師と看護師が主体 - 病状“急変”時病院へ搬送 - 医療の一部として提供	- 医療依存度の高い病状を含む（小児から高齢者まで） - 医療及び介護支援 - 多様な療養の場 - 家族介護はあてにせず - 医療介護の多職種連携・協働 - 在宅看取りを念頭に置く - 地域社会のシステムとして提供（生活・人生を支える）

蘆野講演資料

連携 見える化を進め、連携を高める

○病病連携

急性期 → 回復期 → 療養期 → 福祉施設

○病診連携

在宅医療の4場面

高齢者の場合、「地域包括ケア病棟」の活用
開業医の往診、訪問診療

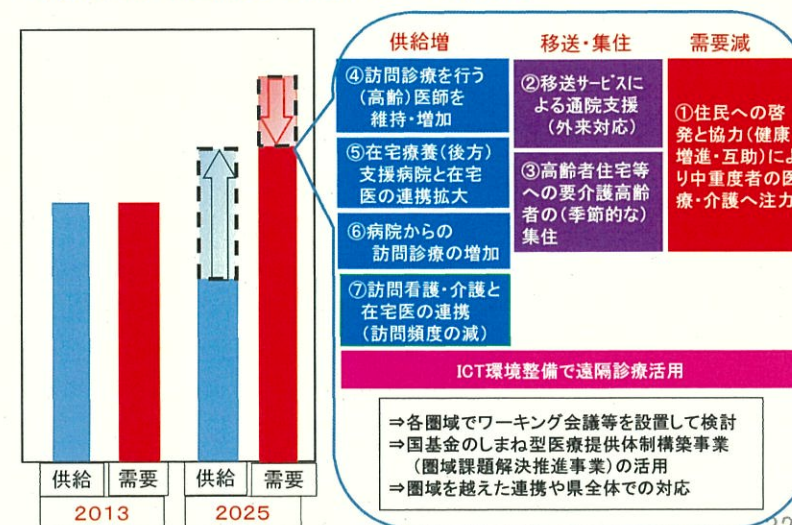
○診診連携

専門診療科の相互乗り入れ 褥瘡予防チーム、緩和ケア
開業医のグループ診療

○多職種連携

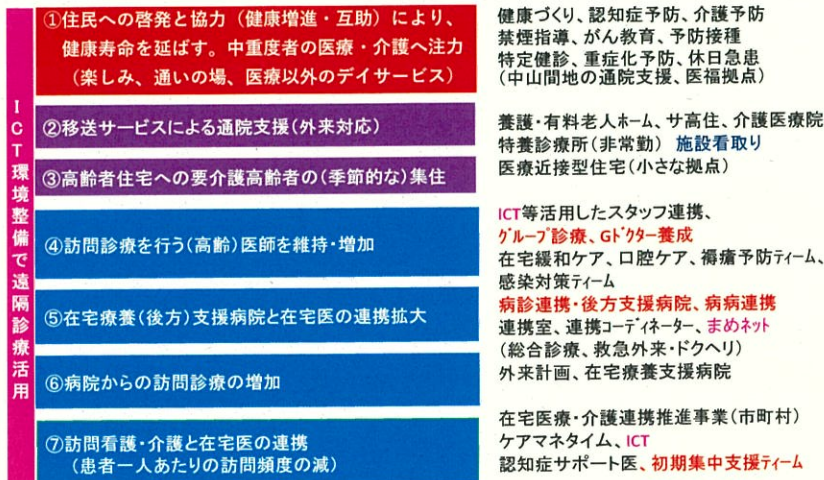
DX 患者情報の共有

島根県在宅医療の供給不足への対応



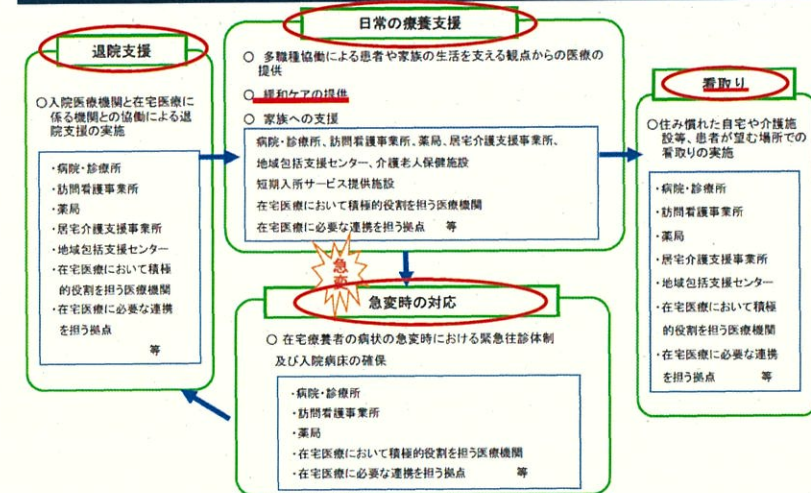
在宅医療及び医療・介護連携に関するW(H29/6/27)陶山参考人資料を改定

在宅医療・看護・介護を進める(中本作成)



33

在宅医療の体制



在宅医療の後方支援病院

○在宅療養中の患者の病状悪化時に緊急入院

24時間365日の対応を行うには、**緊急入院想定「病床確保」**

2014～ 在宅患者緊急入院加算の割り増し

在宅患者共同診療料※

後方支援病院のルール

- ①病院が在宅療養支援診療所(在支診)と連携
 - ②緊急時入院希望患者リスト一覧を整理、更新
 - ③病院体制の説明をしておくこと(在支診で代理可)
- もちろん、本人(家族)の同意の上

※在宅患者共同診療料(往診、訪問診療)

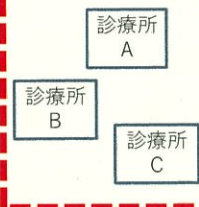
後方支援病院医師が患者宅に出向く。専門診療科の診察、緊急入院の検討など。

グループ診療のイメージ?

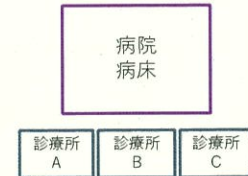
単独型機能強化型

診療所
A B C

連携型機能強化型



在支病、後方支援病院等



訪問看護ステーションや居宅介護事業所などと連携が必須

時に、老健や老人ホームなどの介護施設との連携や、ケアミックスなど多種多様

☆江津の医療連携法人の取組は、地域医療の新しい形!

2040年を目指して

松田（産業医科大学教授）報告2023

島根県の在宅医療・介護の予測を行った。市町村単位
診療報酬レプト出現率SCR（全国を100）で、医療・介護サービス量を見える化。
診断前⇒診断月⇒診断後レセプトを連結して療養経過を分析。
地域単位の診療の質も評価できる。

松田報告(2023)の要旨（名越教授のまとめ）

- 人口変化は確実な未来である。
- 相対的に少ない担い手で医療介護サービスを効率的に提供していくためには、各自治体で実現可能な地域包括ケアシステムの在り方を考える必要がある。
- それは医療介護のみならず、生活や住まいと言ったサービスも複合的に提供するものにならざるを得ない。
- それは各自治体の策定する総合計画に反映されなければならない。

在宅医療を実施している診療所医師数 島根県在宅医療調査2017年・2023年

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	全県
前回調査								
2017（実績）	85	27	65	31	37	30		（単位：人） 286
2025（見込）	58	13	39	23	28	18	8	187
今回調査								
2023（実績）	67	16	49	25	34	15	8	214
2029（見込）	45	13	32	16	29	12	9	156

在宅医療を実施している診療所医師の年齢層 同調査2023年

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	全県
～39歳	1	1	0	0	1	2	1	6
40～49歳	6	1	10	6	8	1	1	33
50～59歳	17	5	9	4	8	0	0	43
60～69歳	27	4	13	9	8	6	4	71
70～79歳	14	5	13	6	7	6	2	53
80歳～	2	0	4	0	2	0	0	8
合計	67	16	49	25	34	15	8	214

2030年くらいまでの医療・介護の将来像 松田報告を名越教授がまとめ

	外来患者	入院患者	介護需要	
A	横ばい	増	増	松江市、出雲市
B1	減	横ばい	増	安来市 海士町、知夫村、西ノ島町、隠岐の島町
B2	減	横ばい	横ばい	雲南市、 浜田市 、 江津市
C1	減	減	増	益田市
C2	減	減	横ばい	大田市 、奥出雲町、飯南町、吉賀町
C3	減	減	減	川本町、美郷町、邑南町、津和野町

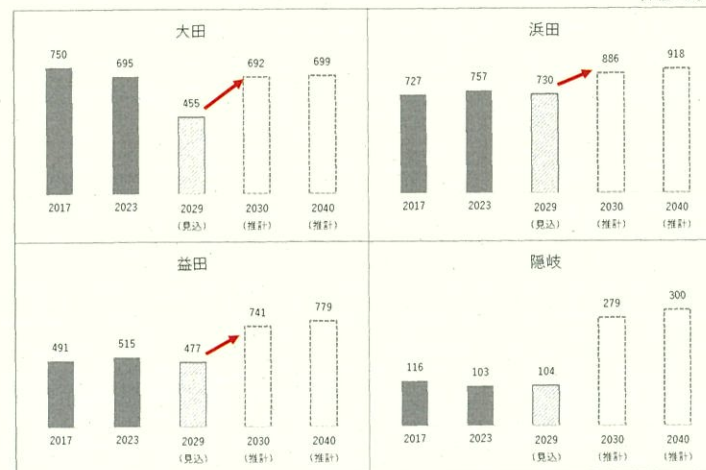
2040年くらいまでの医療・介護の将来像

	外来患者	入院患者	介護需要	
α	横ばい	横ばい	増	松江市、出雲市
β1	減	減	増	安来市、 益田市 、海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
β2	減	減	横ばい	雲南市、 浜田市 、 江津市 、奥出雲町、飯南町、吉賀町
β3	減	減	減	大田市 、川本町、美郷町、邑南町、津和野町、

将来の在宅医療の需要と供給（受け持つ在宅療養患者数）

島根県在宅医療調査2023年

（単位：人）



追い風にしたい 2024年診療報酬改定

2024診療報酬の改定基本的視点

- ①人材確保・働き方改革 (賃金上昇? 時間外削減)
- ②ポスト2025を見据えた
地域包括ケア・医療機能分化・連携 (DX含む)
(まめネット活用したい)
- ③安心・安全で質の高い医療
(重点的対応、生活習慣病、口腔ケア、ACP)
- ④医療保険制度の安定性・持続可能性の向上
(医薬品の安定供給)

医師を育てる 患者を育てる

- 患者活動 賢い患者になりましょう COML
模擬患者 (現在では医学部の臨床前試験CBTに参画)
電話相談、病院探検隊、医療安全、医療コミュニケーション、厚労省各種委員会参画
「**新 医者にかかる10箇条**」 「**いのちとからだの10か条**」
- 圏域の医療を守る会** 医療者に感謝を伝える
兵庫県の「県立柏原病院小児科を守る会」
小児科医師の大学引き上げに対して、母親中心に運動が始まった。
雲南地域「医療を考える会」
邑智郡「公立邑智病院を支援する会」
浜田市「浜田の地域医療を守る会」
益田市「益田医療を守る市民の会」ほか、病院を支える活動多数
地域医療を守り育てる住民活動 (毎年開催、2024年は浜田市開催)

本日の話

- 1 医療資源を考える 「ひと」 特に医師
- 2 医療資源を考える 「しくみ」 から、診療報酬ほか
- 3 どうする地域医療 医療構想 病床と在宅医療
- 4 **医療者を呼び込むために、地域に期待すること**



地域住民に期待

- 患者・家族として、**感謝の声**を伝えよう
 - 賢い患者**になりましょう この時代の医療の仕組みを学ぶ
 - 医療者を育てる患者になりましょう
あなたの身体・気持ちを、医療者の成長に
 - 同じ時代(時間)をいきる生活者として、
喜(怒) 哀楽を共有できるよう関係づくり
 - 「**人生会議**」**ACP**を、家族と話し合しましょう
- ☆可能なら、
大好きな医療者がこの地に暮らすことを選択できるように、
お手伝いしてください。

コロナ対応の中で、
応援をいただきました



いつか私もお世話になる
患者、家族として、感謝の声を伝えよう
医療者の地域愛着を高めます
「いいまちだなあ」

感謝の言葉を医療の現場に
出雲市 中本 裕 62歳
患病を起しても元気だと
思っている。心臓病や脳卒
中、がんをいつ発症しても
おかしくない年齢を生きて
いると、寿命を意識する場
面が増えていく。誰もが通
る道だ。
医療や福祉の現場で活
躍する方々、安心して暮
らせる地域社会を目指し
て議論することがある。
命の選択に直面したとき
まぎ「助かるねえ」と
を付けていた。たい。タ
イミングよくかけられた感
謝の言葉は、仕事の励みに
なる。次に会うときにこ
ちらからあいさつしてみよ
うという期待につながる。
キャリアを重ねてこの地で
仕事を続けていく元気に
なる。
現場の方々の支援であ
なたの不安が軽減したとき
に感謝を伝えることが、こ
の地の明日の医療や介護に
つながることを知ってほ
しい。

ありがとうございました

