

1. 実習施設とその地域の概要

安芸太田町は広島県の北西部に位置する、人口 6,882 人（2015 年 5 月現在）からなる町である。総面積 342.25 平方 km のうち山林が約 9 割を占め、三段峡、恐羅漢山、温井ダムといった観光地を有する。総人口は 1955 年の 23,312 人をピークに減少し続けており、またその減少は近年加速し続けている（人口減少率 11.9%/5year）。高齢化率 47.5%と超高齢化社会の定義である 21%すら遥かに超える高齢化率である一方で、男性の健康寿命は 81.3 歳と県下 1 位を誇る。

安芸太田病院は安芸太田町および北広島町北西部を含む約 600 平方 km の過疎地域の中で、入院受け入れが可能な唯一の医療機関である。診療科 12 科、総病床数 149 床（一般病棟 53 床、療養病棟 52 床、認知症治療病棟 44 床）を備え、へき地医療拠点病院として当該地域ニーズに応じた救急、急性期から慢性期といった幅広い医療を提供している。

2. 実習内容

<1 日目（11 月 9 日）>

病院に到着し、専務主任の斎藤さんからオリエンテーションを受けた後、午前中は内科診療医の古川先生の外来診療を見学させて頂いた。見学していて印象的だったのは、患者さんの検査・治療に対する積極性が人により大きく異なっていたことだ。ある患者さんは咽頭痛の原因が分からず、あらゆる検査を受けていた。それでも原因が判明しないため、「まだ受けていない検査はないのか」と先生に催促するほどであった。一方、便潜血陽性のある患者さんは先生に何度も大腸内視鏡を勧められていたが、頑なに検査を拒否していた。ひと昔前ならば、このような患者さんのことを「コンプライアンスに問題のある患者」と呼んだのだろう。しかしながら、大学病院で「先生に全てお任せします」と言う患者さんを多く見てきた私にとって、この光景はとても新鮮だった（そのような患者さんしか大学病院には紹介されないだろうから当然といえば当然だが）。極端な話、検査・治療を拒否する意思決定ができると捉えることもできる。それがここではありふれた、普通のことなのだ。自分の意志を包み隠さずに伝えやすいのも、日頃通り慣れた地元の病院だからこそ、なのかもしれない。

午後は副院長の結城先生のご指導のもと、入院患者さんに対して改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）と Barthel Index による高齢者総合的機能評価（CGA）を実践した。またその結果を踏まえて、介護保険の申請に必要な主治医意見書を作成した。

また安芸太田病院の実習ではオプションタイムという時間が設けられており、様々な選択肢から学生の希望に沿って実習内容を選ぶことができる。1 日目は古川先生から「地域医療実習で学んでほしいこと」というテーマでの小講義を受けた。古川先生は有名な「地域における 1000 人の医療機関への受診」（図 1）を示して、大学病院では見られないたくさんの方々（すなわちプライマリ・ケアを受診する約 250 人から大学病院へ紹介される 1 人を除いた 249 人）と医療者の関わりを見てほしい、と仰っていた。地域医療の視点は図の 250 人ないしは 1000 人を見据えたものであり、まさに地域全ての人々をみる医療なのだということを改めて痛感した。

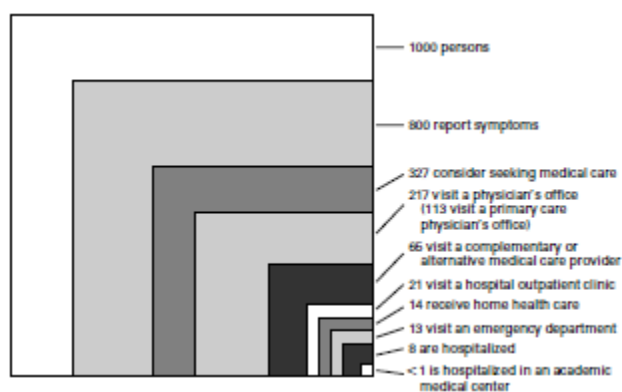


図 1. 地域住民 1000 人の 1 ヶ月間に起こる症状と受診する医療機関。大学病院へ紹介されるのは 1000 人中 1 人である一方、200～250 人が一次医療機関を訪れる。逆に、症状があっても 500～600 人は医療機関を受診しない。(Green 2001)

<2 日目 (11 月 10 日) >

午前中は病院に併設されている安芸太田町健康づくり課・保健医療福祉統括センターにて、安芸太田町の地域包括ケア計画について説明を受けた。中山間部に位置する安芸太田町は医療資源の不足や医療機関へのアクセスの悪さ、47.5%という高い高齢化率、それに伴う施設にも病院にも居場所がない、いわゆる高齢者難民の増加といった固有の課題を抱えている。それらを解決していくために、急性期を受け持つ安佐市民病院と光回線を設置し連携強化を図り、宅配・新聞配達業者やテレビを利用した見守りネットワークシステムを整備するなどの様々な取り組みが進められていた。医療と行政の密な連携も地域医療の特徴だが安芸太田町では特に熱心に、危機感をもって地域の課題に取り組んでいた。その後は住民の方々が集まる断酒会に参加した。健康づくり課の職員さん 3 名を含めた十数名が、終始和やかな雰囲気の中、断酒について失敗談や思ったことを語り合った。職員さんも発言することはあったが、発言の中心は常に住民の方々であり、自分から断酒の辛さと真摯に向き合おうとする姿が印象的であった。

午後からは認知症病棟を訪問した。ここには中等症以上の、つまり地域社会で生活していけない重症度の認知症患者さんが入院している。驚いたのは、各病室の施設といった最低限の拘束はあるものの、患者さんは自由に病棟内を歩き回っており、看護師の方々もそれを静止することがなかったことだ。患者さんがベッドに拘束されているイメージだった（そして現にそのようにしている施設も多いようだ）が、ここでは敢えてそのようにしているとのことだった。この環境に移って認知機能に改善がみられた患者さんもいたそうである。現に音楽療法を体験した際、うつむいたまま微動だにしない患者さんが手拍子して歌っているのを目の当たりにした。患者さんがより人間らしく過ごせるというのが、この病棟の特徴であった。そしてこれは、転倒や患者同士のトラブルの増加と裏表の関係にある。どちらがよいのでしょうかと理学療法士さんに尋ねると、それは私達でなく患者さんとご家族の方々がみんなで選択するのだ、と仰っていた。どういうケアを受けたいか、患者に選択権があるという当然のことを改めて認識させられた。その後、リハビリテーション室で理学療法士さんの業務を見学した。牽引、電気、温熱などの物理療法も体験することができた。お話を伺ったなかで「患っている箇所だけでなく全身を診てほしい。何故なら、からだの他の場所に原因があることはしばしばあるから」という言葉が特に印象に残った。

オプションタイムでは検査室を訪れ、初めてグラム染色検査を行った。以前から感染症診療に興味があったため、この時間は特に楽しみにしていた。またグラム染色だけでなく培養検体も見せて頂いた。検査技師さんによると、コロニーの生え方からも起因菌を当てることができるのだそうだ。検査室

はまさに起因菌情報の宝庫であった。検体を提出した後も技師さんと密に連絡をとることで、診療にも活きるヒントが得られるのではないかと感じた。

<3日目(11月11日)>

午前中は急性期病棟での看護実習を行った。看護記録、清拭、陰部洗浄、足浴、胃ろうからの注食、血圧測定といった、看護師の方々の普段の業務を体験した。指導して下さった看護師さんが強調していたのは入院中の合併症の予防、具体的には褥瘡予防、フットケア、感染防止の3点であった。特に褥瘡については、ドレッシング材1つをとっても重症度によって様々な種類を使い分け、リスクを減らすためにベッドに接する病衣のシワにも気を配るなど、可能な対策を徹底的に行っていた。患者さんの「生活をケアする」という視点は、特に地域医療に従事する医師にとっては重要だと感じた。

午後からは内科診療医の東先生の往診に同行させて頂いた。医療機関へのアクセスに課題がある安芸太田町では、在宅医療は重要なライフラインとなっている。先生によれば、往診が機能するためには患者さんの自立度、支援・介護サービス、患者家族の協力の3点が、バランスよく機能していることが重要なのだそうだ。特に家族の協力は重要であり、今回訪問した患者さんたちの中には脳梗塞の後遺症に悩まされる独居の高齢者さんや、アルコール依存症のため家族との関係が崩壊したコントロール不良の糖尿病患者さんも見られた。このような場合に病状が悪化するか、或いは新たなイベントが生じたとき、その後の経過は相当悲惨なものになることが目に浮かんだ。近年脚光を浴び、期待されている在宅医療もまた、深刻な課題を抱えていることがわかった。

この日のオプションタイムは心エコー実習を選択した。心エコーは久しぶりだったため、基本的な描出法から1つ1つ確認しながら進めていくうち、かなりの時間がかかってしまった。基本的な検査手技だからこそ、反復練習の必要性を強く感じた。また技師さんから大動脈弓の描出法も教えて頂き、致死胸痛の鑑別診断における心エコーの重要性を学んだ。

<4日目(11月12日)>

この日は朝から安芸太田戸河内診療所での実習となった。この診療所の建物は以前に病院だったものを再利用している。そのため診療所では珍しい、医療機材が非常に充実した環境であった。具体的には血液検査機器をはじめ内視鏡、CTまで揃っており、上部消化管内視鏡検査は年間100件程度行われているそうだ。一方、常勤医療スタッフは内科医師1名、看護師1名で、他には週一回広大から派遣される外科医師1名とパートの看護師数名のみである。実習では所長の渡辺先生の業務を見学させて頂いた。午前中は外来診療を見学した。安芸太田病院の外来と同様、ここでも患者さんは生活習慣病に対するフォローアップ目的で訪れる方が大半を占めていた。またインフルエンザの流行が近い時期であり、予防接種に来られる方々も多かった。またここには検査技師さんはいないために、渡辺先生がレントゲンやCT撮影を全て行っていた。午後は在宅の患者さんや特別養護老人ホームへの訪問診療と胃ろう、経腸栄養のチューブ交換を見学した。実習はここまでであったが、この後に夕方外来を19時まで行い、学校や仕事帰りの方々に対応するとのことだった。実習で印象に残ったのは、渡辺先生が患者さん1人1人のエピソードを鮮明に記憶していらっしゃったことだ。「〇〇さんは～の山奥に住んで、もともと心不全を患っていたのだけど、冬は雪でアクセスが悪くなるから診療所に来られなかった。春先に会うと顔がパンパンにむくんでいてね」といった内容をスラスラと、何人もの患者さんについて話していた。他にもS状結腸捻転の患者さんの(アトラスに載るようなcoffee bean signが写った)腹部X線写真や入れ歯を誤嚥した患者さんのフォローアップのエピソードなど、地域唯一の診療所ならではの多彩な症例を業務の合間を縫って教えて頂いた。長い時間をかけて患者さんとより親しい信頼関係を築きつつ、あらゆる疾患を経験できることが地域医療の醍醐味の1つなのだろう。

オプションタイムでは NST カンファレンスに出席した。栄養士さんをはじめ看護師、薬剤師、理学療法士といったコメディカルスタッフの方々が参加し、栄養状態の悪い患者さんの栄養管理について議論されていた。中には病院食を貧血食と呼ばれる特別なメニューに変えることで、ヘモグロビン値の改善が得られた患者さんもいて、鉄剤処方といった薬物療法だけでなく食事内容からアプローチする方法も有効であることを学んだ。

<5日目(11月13日)>

最終日の午前中は地域医療システム学講座の松本先生のご指導のもと、外来で実際に初診患者さんの診察をさせて頂いた。今まで問診を取る、或いはプレゼンをする経験は何度かあった。しかし「どんな検査を行うか」「どのプロブレムについて、どの診療科への紹介が必要か」といった、いわゆる **clinical decision-making** についてはこれまで取り組んだことがなかった。卒後、医療現場で働いていく上で不可欠なもので、かつ今の自分に足りないのは、問題解決能力だということを感じた。そして何よりも、学生の診察を快諾し、「頑張って良いお医者さんになってね」と励まして下さった患者さんには感謝してもしきれない。午後の総括では、松本先生とともに1週間のまとめと、地域医療についてのディスカッションを行った。松本先生は学生の意見にも真剣に耳を傾けてくださるので、私も率直な意見を述べることができ、非常に充実したディスカッションとなった。私はこの1週間を通して、医療の学問やサービスとしての面だけでなく、交通やエネルギー資源のような地域の重要なインフラの1つとしての機能を果たしていると感じた。このような医療のイメージの変化は、大学病院での実習のみでは決して得られなかったものだ。

3. 考察

今回の実習を通して特に印象に残っているのは、安芸太田町の抱える人口や医療資源の問題を医療従事者の誰もが意識していることだった。この視点を日本全体へと移したとき、果たして同じことが言えるのだろうか。ここでは以上のような疑問を検証するため、日本全体の人口、医療の現状と今後の展開、そして健康それ自体の3点について取り上げる。

<日本の人口と医療の現状>

安芸太田町の抱える人口問題は日本全体にも当てはまるのか。結論からいうと、驚くほどよく当てはまる。さながら、日本の将来像を忠実にモデル化したようである。以下に具体的な共通点を挙げながら、日本の人口、医療の現状をまとめる。先述の安芸太田町の概要と見比べながら、読み進めて頂きたい。

日本の人口は2008年をピークに減少し続けており、推計によれば将来に渡ってこの減少は加速していく。高齢化率は2060年時点で39.9%に達すると見込まれており、そのうち後期高齢者は26.9%を占める。一方で日本は世界一の長寿国である。特に女性に関しては1985年から世界一であり続け、2011年に一端は世界二位となったものの、翌年には再び1位に返り咲いた。男女合わせても、少なくとも世界トップクラスといえる。また近年メディアに取り上げられている健康寿命に関しても、今年報告された2013年時点の188国の健康寿命を比較した研究において日本は世界一となっている(Murray CJL, et al. 2015)。しかし問題は健康寿命以上に平均寿命が延伸し、支援や介護が必要な期間が伸びていることである。これは日本の医療・介護費用に直接的に影響する。介護保険認定者数は全国的に年々増加傾向にあり、平成26年時点の認定率は17.8%である(安芸太田町25.03%)。

<今後の医療の展開>

以上のように安芸太田町の人口問題、また高齢者に対する医療・介護の現状は日本にもよく当てはまり、数十年後の日本を見ているように感じられた。ではこの現状に対して、日本の今後の医療はどう対

応していくのか。現在、厚生労働省が打ち出している構想には「地域包括ケアシステム」と「保健医療2035」の2つが挙げられる。

地域包括ケアシステムとは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスも含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような**地域での体制**」と定義される。平成23年度介護保険法改正を本格的スタートとして2025年までの構築を目標とする。重要なのはサービス提供体制を整備する責務を負い、システム構築の主体となるのが地方自治体、特に市町村であるということだ。これにより地域によって大きく異なる医療・介護・福祉のニーズに応じたサービス提供体制を構築することが狙いである。今回の実習でも保健医療福祉統括センターで安芸太田町独自の地域包括ケアシステムの概要を学ぶ機会があり、既に述べたとおり、広島県の中山間部地域という特性を踏まえた独自の対策が打ち出されていた。

保健医療^{にーまるさんごー}2035は2035年を見据えた、**持続可能な**保健医療政策のビジョンを提言したものである。30代から40代を中心とした、若手気鋭の有識者や、厚生労働省の職員等のメンバーにより策定され、今年6月に発表された。特徴的なのは現在の日本の保険医療制度を規定してきた根底の価値規範、原理、思想、すなわち「パラダイム」の転換を提示したことである。具体的には「量の拡大から質の改善へ」、「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」、「行政による規制から当事者による規律へ」、「**キュア中心からケア中心へ**」、「**発散から統合へ**」の5つのパラダイムシフトである。私は、特に地域医療を考える上で重要なのは「キュア中心からケア中心へ」だと思う。というより地方の一次医療機関では、このパラダイムシフトはとうの昔に常識になっているのではないだろうか。今回の実習で特に印象に残っているものの1つに理学療法士さんが仰っていた、「一度失ってしまった身体機能は、特に高齢者では戻らないけれど、残っている機能を活かして何とか暮らせるように支援する。残ったものを活かすという考え方が大事だ」という、言葉がある。この考えは地域医療に携わってきた長い経験の中で自然と培われたものだろう。逆に言うなら、ずっと前からこの考え方が無意識的に存在していたともいえる。

要約すると今後の医療はより地域を中心に展開していくことになる。地域包括ケアシステムの主体は地方自治体、特に市町村に委ねられた。更に今後20年を目処に日本は持続可能な保健医療システムを構築しなければならない。そのために、いくつかの医療に対する価値観や思想の転換が迫られている。そのうちの1つである「キュア中心からケア中心へ」の考え方は、既に地域医療では当たり前の常識となっている。

<健康>

ここまで日本の人口と医療の現状、その後の展開について考察してきた。これからの医療が持続可能なものになるための方策として、医療に対するパラダイムシフトが打ち出された。では健康そのものに対する考え方はどうか。健康に対する日本の現状は既に述べた。健康寿命以上に平均寿命が伸び、介護支援が必要な期間が増加していることは問題であるが、このデータは同時に日本の健康が世界最高水準であることを示している。今回の実習で訪れた安芸太田町は、医療資源の問題に悩みながらも男性の健康寿命は広島県一を達成していた。一方で、保健医療2035の表紙にはこのように書いてある。

「2035年、日本は健康先進国へ」

この言葉はあまりに露骨な矛盾を孕んでいる。つまり「日本は世界一の長寿を達成しているにも関わらず、日本は現時点で健康先進国ではないか」という矛盾だ。もちろんそんなはずはない。ではこの言葉の意味することは何か。私の考えは「私達はあまりに長寿を重視しすぎているのではないだろうか」ということだ。ここにある健康とは生命維持とイコールではない。保健医療2035のパラダイムシフト

の1つは「キュア中心からケア中心へ」、つまり疾患の治癒と生命維持から一定の支障を抱えても生活の質を維持・向上させ、精神的・社会的な意味も含めた健康を保つことへの転換である。高度医療の現場、つまり大学病院で学ぶことの多い医学生やそこで働く医療従事者は、身体的健康のみを偏重しがちだ。だから先述した実習初日の患者さんたちのことを半ば無意識に「コンプライアンスに問題がある」と呼ぶ。ここに患者さんの価値観を尊重する姿勢は皆無であり、そして悲しいことに臨床実習ではこのような現場を目にする機会は少なくない。一方今回の実習を通して、地域医療の現場ではこのパラダイムシフトが当たり前の常識になっていることは既に述べた。この意味で「地域医療の医療・健康に対する価値観は高度医療の20年先を行く」と私は考える。

結論として、健康は長寿(身体的健康)とイコールではない。これからの健康に対する価値観は、どのような医療現場にしようと長寿ではなく患者本人の健康(あるいは患者人生そのもの)に対する価値基準を踏まえたものでなければならない。そのことを大学病院で学ぶ医学生や医療従事者は忘れがちである。少なくとも今後20年のうちに、医療に対するパラダイムシフトが生じるのに合わせて、健康に対するパラダイムシフトも必要になるのではないだろうか。

4. 謝辞

今回の実習は広島大学大学院地域医療システム学講座の先生方をはじめ、安芸太田町、安芸太田病院、安芸太田戸河内診療所の職員の方々の多大なるご協力によって実施することができました。世界に先駆けて地域医療の第一線に立ち、地域の未来のために、また私達学生のためにご尽力くださった方々に心より御礼申し上げます。机上でなく、地域医療の現状を肌で感じるこの実習を通して、医療に対する視野を大きく広げることができました。今後も地域医療に対する関心を持ち続け、地域のインフラとしての医療のあり方について考えていきたいと思えます。そして、未熟な私の診察を快く受けて下さった、この実習でお世話になった全ての患者さんに深く御礼申し上げます。大学生活の中で忘れそうになっていた、「身近な人々の役に立つ医師でありたい」という初心に立ち返ることができました。そして患者さんのニーズに応える良き医師となり、そのようであり続けるために、今回の貴重な経験を活かしていきたいと思えます。

5. 参考文献

- ・安芸太田町 HP 2015年11月16日アクセス <http://www.akiota.jp/>
- ・Green LA, et al. The ecology of medical care revisited. N Eng J Med 2001;344:2021-2025.
- ・平成27年版 高齢社会白書(内閣府 HP) 2015年11月16日アクセス
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- ・Murray CJL, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years(DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet. Published Online August 27, 2015.
- ・<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点(三菱UFJリサーチ&コンサルティング HP) 2015年11月16日アクセス
http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423
- ・保健医療2035提言書(厚生労働省 HP) 2015年11月16日アクセス
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/future/>
- ・名郷直樹.「健康第一」は間違っている. 医学書院. 2014.