

# 臨床実習Ⅰ 地域医療 レポート

前田 徳也

実習期間：2019年10月28日～2019年11月1日

実習施設：公立みつぎ総合病院

## 1. 実習施設とその地域の概要

御調町は尾道市北部に位置し、東は府中市と福山市、西は三原市、北は世羅町と接する町である。以前は御調郡御調町であったが、平成の大合併により2005年3月28日に尾道市に編入された。読み方の「みつぎ」は「貢ぎ」の意味で、漢字は律令制の税制の一つである「調」に由来する。人口は6,816人(平成30年)、高齢化率は37.1%と超高齢社会に分類される。

公立みつぎ総合病院は240病床、21診療科を有する御調町の中核病院である。当院の特筆すべき特徴は、近年2025年問題に伴って必要性が議論されている「地域包括ケアシステム」を全国に先駆けて完成させたことである。病院が中心となり、行政の出先機関である保健福祉センター、介護老人保健施設・特別養護老人ホームなどを1つの敷地に集約した保健福祉総合施設が1つの母体によって運営されている。「地域包括ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築及び住民のための病院づくり」を理念とし、尾三医療圏(尾道市、三原市、世羅町)の北部、人口にして約6万人の健康を支えている。

## 2. 実習内容

### ▶ 1日目(10月28日)

---

到着後すぐ、沖田院長からオリエンテーションを兼ねた講義をいただいた。病院の歴史とともに、御調の「地域包括ケアシステム」がどのようにして完成していったのか、提唱された山口昇先生のエピソードを交えつつ教えていただいた。国が推進している「地域包括ケアシステム」という言葉は浸透してきたものの、理解は部分的なものにとどまっていることが多いとのことだった。適切なシステムの確立のためには「施設(ハード)」「役割(ソフト)」「協働(ハート)」の3本柱が必要だが、この3つが揃って議論されていることは少ないという。その後、研修医の服部先生による透視下での胃瘻交換を見学した。

午後からは、まず2件の訪問看護に同行させていただいた。2件とも女性の患者さんであったため、入浴の

介助そのものをするとはなかったが、その時間を利用して様々なことを学ばせていただいた。

1 件目では、患者さんの娘さんからお話を聞くことができた。県東部では小児の夜間救急が福山にしかなく、子供さんが夜中に突然熱を出したときに困ったこと、大学病院から応援に来る耳鼻科の先生にとっても親切にしてもらったことなどを教えていただいた。また、すでに同級生を含む広大の学生が何名か実習で訪れているだけでなく、本来広島とは縁もゆかりもない関西の看護学生がみつぎの地域包括ケアシステムを学ぶべく、訪問看護で訪れていたことも聞かせていただいた。みつぎの地域医療が全国のモデルケースになっていることは前々から聞いて知っていたが、それはあくまで行政や医療スタッフの中の話であると思っていた。学生レベルでも有志の間では全国に知られていることを具体例をもって教えられ驚いた。過去に病院にかかった思い出話を聞かせていただき、医師からすれば何人もの患者さんの一人でも、患者さんにとっては一大事であること、そして何よりこの日に我々が訪ねたこともこの方にはずっと記憶に残っているかもしれないということ再認識させられた。

2 件目のお宅では、看護記録のノートを読ませていただいた。その日のバイタルとともに、行った看護の内容や自立度が事細かに記されていた。また、人工肛門を利用されている方で、ストーマの様子や周囲の炎症の程度、それにどのような対処を行なったかも記録があった。毎回担当するスタッフは異なるが、ノートを読むだけでどのような変化があったのかひと目でわかるように工夫されており、さながら病院のカルテのようだった。

その後病院に戻って、個別の事例についてのカンファレンスを見学させていただいた。「認知症で被害妄想のある高齢者にどのように接するか」について事例を通じて検討していこうというものだった。医療スタッフのみならず、民生委員や駐在所の警察官なども参加しており、地域全体で高齢者を見守っていこうという強い意志が感じられた。

## ▶ 2 日目(10 月 29 日)

---

午前には内科病棟で看護実習を行なった。清拭、陰部洗浄、バイタル測定、口腔ケア、シーツ交換など日常の看護を手伝わせていただいたが、内容を聞いて知ってはいたものの変さに驚いた。「百聞は一見に如かず、

百見は一行に如かず」であった。当院では一人の看護師が10名ほどの患者さんを受け持っているという。バイタルの測定は日頃の実習で繰り返し練習しているためできるようになっていたつもりだったが、修行が足りないと痛感した。血圧ひとつ測るだけでも、肘関節が拘縮していたり腕が痩せ細った患者さんが多いため、マンシェットを巻くのに一苦勞であった。指先にパルスオキシメーターを挟むだけだと思っていた SpO<sub>2</sub> の測定も指関節が拘縮し、握りしめた形になっている患者さんではうまくできなかった。シーツ交換も患者さんの体を押さえながらの力仕事であり、女性が多い看護師さんにはかなりの重労働なのではないかと思った。また転落時の怪我防止のため原則として病床は低く設定しなければならず、電動ベッドの導入前は腰を痛めることが多かったという。褥瘡防止のため、枕やクッションの配置だけではなく、シーツや衣類のしわをなくすことにまで気を配っていたのは驚いた。

一般病棟の次は緩和ケア病棟で歯科衛生士による口腔ケアを見学させていただいた。看護師による日々の口腔ケアではカバーしきれない歯磨きを行うことが主な目的である。がんとの関連では、化学療法やステロイドを使用されている患者さんでは免疫力が低下して口腔カンジダ症を起こしやすく注意が必要だという。大学の实習では緩和ケアはカンファレンスに参加しただけに留まり、実際に患者さんを目にするのは初めてであったが、患者さん、スタッフともに想像していた悲壮感は全くなく、テレビを見ながら終始和やかに処置が行われていたのが印象的だった。その後、看護師の方からコーヒーをいただきながらお話を聞いた。緩和ケア病棟では患者さんやご家族にとって辛い話をしなければならないことも少なくなく、そのためスタッフの精神的な負担も重い。だからこそのようにコーヒーを飲むなどして自分でリラックスする時間を意識的に設けているとのことだった。3時間の実習で改めて病棟の医療スタッフへの尊敬の念を強くした。

その後は整形外科病棟で食事の見学をさせていただいた。リハビリを兼ねており、基本的なメニューは一緒でも患者さんごとに細かい配慮がなされているのに驚いた。例えば嚥下機能が低下し、お茶に増粘剤を混ぜた患者さんはひと目でわかるようにお盆の色が違っていたり、葉物野菜は喉に張り付きやすく誤嚥の原因になることから人によって茶碗蒸しの具が異なっていたりした。認知機能が低下した患者さんでは、一品のおかずだけを食べてバランスが悪くなりがちなことから、全てのメニューを仕切り皿に乗せるなどの対応が取られていた。また、無理な姿勢で食べることをないように机の高さが数センチ単位で調整されているなどハード面での配慮もあった。同時に病棟を見学させていただいたが、トイレや一般家庭のサイズの浴槽

が全て 2 つセットで左右対称に配置されていたのが印象的だった。片側の半身や四肢に麻痺が残った患者さんでは使える方向が決まっている場合があるための設備であり、退院後の生活を見据えてあえて大風呂ではなく一般家庭に近く設計してあるとのことだった。同時に退院後のリフォームのモデルルームとしての役割も兼ねているようだ。

午後はおもに検査部門を見学した。血液検査、細菌検査、超音波や心電図などの生理検査、消化管内視鏡、画像検査など一通りの検査施設が揃っており、特に消化管超音波や CT、MRI は高性能な最新鋭の機器を揃えているとのことだった。その後検査実習として國友技師長が自ら患者役となって最新鋭の消化管超音波の操作を体験させていただいたが、腹部正中にプローブを当てた瞬時に肝臓が今までに見たことがないほど綺麗に描出されるのに驚いた。週に一度来られる川崎医科大学の畠 二郎先生の働きかけで導入されたとのこと、畠先生は超音波のみで消化管出血の出血源の同定や抗菌薬の指示をされたこともあるという。画像診断部門の見学では、放射線技師の大ベテランである芦田参与から様々な話を伺うことができた。当院では CT・MRI の予約枠を設けておらず、そのため CT・MRI の両方を扱うことのできる放射線技師の育成が必要であり、技師を週交代で CT・MRI 部門の両方に交互に配属する独自の教育プログラムをつくったという話が印象的だった。人手不足を個人の能力でカバーせねばならない地域医療の現場では、専門性は「縦割り行政」のようにむしろ弊害として立ち塞がりうるのである。様々な疾患の典型的な画像や思い出に残った画像を次々と供覧していただき、仕事へのプライドと愛情を教えていただいた 90 分となった。

### ▶ 3 日目(10 月 30 日)

---

午前はずりハビリテーション部門を見学させていただいた。理学療法部門では、小脳出血の患者さんが車椅子から棒につかまって立ち上がる訓練をされているのを見学した。2 単位 (40 分)、病床からの送り迎えを除くと正味 30 分程度のリハビリであったが、最初と最後では患者さんの意欲が全く違っており、幾分かしっかりした足取りで立ち上がっていたのが印象的だった。寝たきりをつくらないためにも、入院患者さんは早期離床が求められるが、その時期は医師の判断に委ねられる。一方で患者さんは「自分はここまでできる」と医師に伝えることが難しい場合が多い。理学療法士は実際にリハビリを行うだけでなく、そんな患者さんのための代弁者の役割もあるのだ、と教えていただいた。またリハビリの目標をどこに設定するのも重要

であり、例えば完全な回復ではなく、介助を受けながらも自宅で暮らせる程度までの回復を目指すなど患者さん個人の身体的、社会的な事情に合わせた配慮が必要だと考えた。作業療法部門では、交通外傷で指関節の屈曲・伸展が少し制限された患者さんのリハビリを見学させていただいた。意識がはっきりされている方が多いため、雑談しながら指の曲げ伸ばしのリハビリが行われていた。患者さんもリハビリを楽しみにされているように見えた。

その後は NST 部門の講義・カンファレンスに参加させていただいた。平井先生いわく、入院患者さんのほとんどは栄養需要が亢進しており、栄養失調に陥りやすい状態であるにもかかわらず、現在の医学教育で栄養療法はほぼ無視されているのが現状とのことだった。振り返っての実感として栄養学に特化した講義は高校時代の家庭科から受けた覚えがなく、NST 部門の実習も総合診療科のポリクリで経験したもののよくわからないまま終わったというのが正直なところである。市販の栄養補助食品を試食させていただき、味がしっかりしているのに驚いた。カンファレンスでは個別の患者さんごとに、体重変化や食形態を中心に栄養療法に関する議論が行われていたが、前述の通り栄養学に関する予習が不十分であり、話題の全てを理解するには至らなかったのが悔やまれた。

午後は病院から 3 km ほど離れた保健福祉総合施設に伺った。介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、リハビリテーションセンター、デイサービスセンター、ケアハウス、認知症グループホームが広大な一つの敷地に集まっている。入所者は個人の趣味や ADL に応じて手芸、書道、風船バレーなど様々な活動を楽しんでおられるように見えた。また、日々の写真や俳句・絵手紙といった入所者の作品を掲示するなど、入所しながらも家庭との繋がりや季節感を忘れないための取り組みが随所になされていた。特に印象に残ったのはカンファレンスの開催方法であった。通常、我々が目にするカンファレンスは病院の一室で医療関係者のみで行われるいわば「ブラックボックス」である（個人情報保護の関係もあるが）。しかし当施設では、入所者のこれからを決めるカンファレンスが密室で行われるのは不安感を煽る事になる、ということで広いリハビリスペースの一角であえて入所者から見える形でカンファレンスを行っている。「同じ空間で、でも話し声は聞こえない」程度の距離感をとることで、不安が軽減するとのことだった。一方で、高齢者は多くの健康問題を抱えているのが常で、複数の施設の対象となる入所者もいるはずであり、どのような基準で棲み分けがなされているのかは疑問が残った。

病院に戻った後は、地域包括ケア連携室の実習で、まずは緩和ケア病棟に向かった。コーヒーをいただきながら患者さんとお話する機会があったが、やはりそこでも患者さんは終始笑顔であった。池田くんが作業療法用のお手玉で即興で得意のジャグリングを披露し、場を盛り上げる場面もあった。その後地域連携に関するお話を伺ったが、特に先生方をお願いしているのが「紹介状の返事を必ず出す」事だという。円滑な地域包括ケアを支えるのは病院と地域の診療所の信頼関係なのである。

次に沖田院長から高齢者総合評価(CGA)と主治医意見書について講義を受けた。コンピューターによって機械的につけられる仮の要介護度の認定を、実情に合わせて修正するのに極めて重要な役割を果たすのが主治医意見書である。特に末尾の「特記事項」が重要であるにもかかわらず空白のままにする医師が少なくないとのことだった。「皆さんが意見書を書くときには『特記事項』の記述で患者さんの様子がイメージできるように心がけてください」という言葉が印象に残った。

#### ▶ 4日目(10月31日)

---

午前は診療所から車で15分程度の距離にある本多医院で診療所実習を行なった。本多先生は患者さんとあまり医学的な話をしているようには聞こえなかったが、患者さんとの雑談の内容を医学的な表現に翻訳してカルテに記載しているのが印象的だった。ポリクリや地域医療実習などで外来の患者さんとお話する機会は何度かあったが、どうしても必要なことを聞きたい、鑑別したいと思うあまりOSCEの試験のような形式張った問診になってしまっていた。まずは患者さんに自由に話してもらい、そこから今後の方針を決めるために医師側から質問していく、という相互のキャッチボールが必要なのだと思う...と口で言うのは容易いが、バランスを体感的に理解するには相当の経験を積まなければならないだろう。また、2時間弱の実習で先生が診察された患者さんのうち、半数ほどはインフルエンザの予防接種目的で来院されていた。ワクチンがインフルエンザの予防に有効であると分かっているにもかかわらず、実際に接種を受けに行くのは煩雑なものである。積極的にワクチン接種に行ってもらうには、健康は自分で守るのだという強い意識づけとアクセスが容易な医療機関が必要であり、地域包括ケアを目指す当院の取り組みが浸透しているという間接的な証左なのではないかと思った。

その後、村上薬局長と独居の90代女性の家庭に訪問させていただいた。家は築およそ200年、昔ながらの

立派な入母屋の屋根に土間が残っていた。患者さんとみつぎ病院に関わるこれまでのエピソードを聞かせていただき、患者さんと一緒に、時には文句もつけられながら高齢者の方でも飲みやすく続けられる服用方法を模索する薬剤師の苦労を実体験とともに教えていただいた。話の途中で「冷蔵庫を開けてごらん」と言われ、言われるがまま土間の冷蔵庫を開けてみると「赤い筒を持ってきて」と頼まれた。筒の正体は万が一救急搬送される事態となった場合に備えてかかりつけ医などを記した「医療情報キット」だった。普段は人目につかず、一家に一台必ずある保管場所として冷蔵庫が最適なのだという。さらに冷蔵庫の中身から栄養の偏りや傷んだものを食べていないかなど食事の状況をチェックできるそうだ。

印象的だったのは薬剤師さんと患者さんが終末期についてまるで冗談を言うように笑いながら明るく話されていたことだった。信頼関係があるからこそ薬についての不満も口にでき、家族のように冷蔵庫も任せられるのだろう。我々が医師として一人前になるまで長生きしてもらうことを約束し、食べ切れないほどの柿をいただいて午前の実習を終えた。

午後は緩和ケア病棟で音楽療法の場面に参加させていただいた。

今回は体調の関係で患者さんは一人しか参加できなかった。歌集には昭和歌謡を中心に様々な曲が並んでいたが、認知症で自分の意志を示せない患者さんでも懐かしい曲を聞くと反応することがある



という。患者さんお気に入りの舟木一夫「高校三年生」をピアノに合わせて全員で歌った。ただ私自身が聞いたらわかる程度にしか知らない曲であり患者さんに合わせて歌えなかったことが残念であった。我々が後期高齢者になる頃には音楽療法でどのような曲を歌うのだろうか。その後は研修医の中本先生がピアノ演奏を、池田くんが前日に引き続きジャグリングを披露するなど日頃の音楽療法とは一味違ったメニューとなり、患者さんにとっても記憶に残る体験となったに違いない。

次に病棟歯科治療についての講義と見学があった。日浅先生の講義では、入院患者さん(特に認知症患者さん)の口腔環境は毎日歯磨きができないことや開口したままで乾燥することによって劣悪になりがちなこと、一見多くの歯が残っているように見えても咀嚼には不十分な場合があること、劣悪な口腔環境から感染性心内膜炎や誤嚥性肺炎など命に関わる疾患が起こること、だからこそ専門の歯科医師と衛生士による口腔ケアや医歯連携が必要なことを教えていただいた。その後、実際の専門的な口腔ケアの場面を見学させていただ



いた。歯肉炎があるようで、少し磨いただけで歯ブラシが真っ赤になるのに驚いた。

続いては回復期のリハビリの実習である。回復期のリハビリは国が力を入れているところで保険点数では9単位(1日3時間)のリハビリが可能であること、そのため適用に制限があることを教えていただいた。次に脳梗塞で左半身麻痺が残った患者さんのリハビリの場面を見学した。基本的に全介助が必要な方だったが、片側の背筋が全く使えないためベッド上で座位を保持するだけでも大変とのことだった。リハビリの成果で、現在は手で支えなくとも5~10分継続して端座位が維持できるようになり、次は座位で作業をしてもバランスを崩さないことを目標にリハビリに取り組まれていた。後半はふるさと枠の先輩でもあるリハビリ科の片平先生からミニレクチャーをいただいた。回復期リハビリとは何か、他職種連携のことなどを教えていただいたが、特に印象に残ったのは「加齢によって筋力は年1%落ちる、安静によって筋力は日1~4%落ちる」ということだった。10日安静にすると10歳以上歳を取ったのと同じくらい筋力が低下するのである。早期離床が良い、離床できなくともせめてベッド上で座位を、というのは様々なところで聞いていたが、実際に数字で表されると驚いた。

## ▶ 5日目(11月1日)

---

5日目は朝から松本教授とともに内科外来の実習を行い、3人の患者さんの診察を担当した。

1人目は発熱・咳嗽・咽頭痛を主訴とする20歳代男性であった。インフルエンザを疑い迅速抗原検査を行ったものの陰性であり、ウイルス性の上気道炎であると考え症状緩和のための処方を行った。

2人目は胸腹部痛を主訴とする70歳代の女性であり、CT、超音波、血液検査でも診断に至らなかったが、急性膵炎の疑いがあり入院加療となった。自分でとった身体所見が治療方針の決定に結びつき、入院が必要な患者さんを見逃さずに済んだ。学生ながら診療に参加できたことに喜びを感じた。

3人目は近所の火事で気が動転したことから動悸を起こした70歳代女性で、各種検査の結果一種の心身症のようなものであろうと判断した。一方で血液検査は脂質異常、糖尿病型を示しており生活指導を行なった。

その後、日頃の実習の話もしながら昼食を挟んで実習の総括を行った。2人ともふるさと枠の学生であったこともあり、実習の振り返りを超えて地域医療の問題にも踏み込んだディスカッションが予定時間を超過しても行われ、これまでのふるさと枠学生としての取り組みも思い出される有意義な時間となった。



病院玄関前で解散し、道の駅「クロスロードみつぎ」でお土産を見物して5日間の実習を終えた。

### 3. 考察

私はふるさと枠の学生であり、これまでの地域医療実習にもどちらかというと積極的に取り組んできた方であると自負していた。確かに今回の実習で既視感を感じることは多々あったが、それでも新鮮な経験を多くさせていただいた。臨床実習を経験したことで見える景色が変わったのかもしれないが、やはり自分の地域医療についての理解が足りていないと痛感させられた。ふるさと枠の学生ですらこの状況なのだから、それ以外の学生では何をかいわんやであろう。地域医療の問題の原因の一つは地域そのものにあるのではなく、都市部の医学部で行われている教育なのではないかと思わされる機会がいくつかあったので、僭越ながら地域医療と医学教育について私が感じたことを述べさせていただこうと思う。以下のような原因で、医学教育は地域医療を敬遠しがちな土壌をつくってしまったのではないか。なお、私なりの根拠はあるが、統計的なエビデンスに基づいてはいないことをご承知願いたい。

#### (1) 総合診療や老年医学を専門に扱う科目がない

現在、医学部で地域医療について知る機会を実質年に数回程度の講義と今回の4泊5日の実習しかなく、ほぼ皆無に近い。また国家試験でも老年医学に関する出題は少ない。しかし、沖田院長が「本来は小児科と対になる『老年科』を設けなければならない」と仰っていたように、地域医療の現場に必要なのは既存の診療科ごとの縦割りの講義では抜け落ちてしまいがちな分野の知識であることを今回の実習で痛感した。

医療をより求めているのは高齢者であるにもかかわらず、臨床実習や卒業後に必要な素養を身に着けるべき講義がそのような体制で本当に良いのだろうか。おもに急性期の症例や珍しい症例を扱う大学病院の講義や実習では役割が異なってくる地域医療の分野をカバーするのは難しいのは想像に難くない。地域医療の現場で問題となるのは慢性期の患者さんや、認知症・脳梗塞後遺症・糖尿病、そして加齢そのものといった治らない疾患を抱える患者さんにどう向き合うかである。「ダビンチの導入により低侵襲で手術できるようになった」「分子標的薬により、今まで治らなかったがんが治るようになった」「手術後に患者さんに感謝された」といった講義がメインの現状では、治らない慢性期の患者さんを相手にすることに魅力を感じなくなることに無

理はないであろう。

しかし、医療が必要な患者さんに寄り添うという医学の原点はむしろ地域医療にある。「Dr.コトー診療所」のような「町のお医者さん」に憧れを持って入学した学生は少なくないはずであり、そのような学生から地域医療への興味を削らずも忘れさせてしまうような教育が行われている。科目の枠を超え、例えば実際に地域医療の第一線で仕事をしている医師に依頼するなどして、総合診療、地域医療、家庭医の実際を学生に伝える機会がもっと必要なのではないかと思う。また、それが例え地域医療に携わらない場合でも必要であることを強調すべきである。

## (2) 基礎医学と地域医療の乖離

---

近年、臨床研修の義務化もあって基礎研究に進む医師が少なくなっていることが取り沙汰されており、基礎医学に興味を持つ学生を増やすべく全国の医学部で基礎医学に関する実習が用意されている。広島大学でも例外ではなく、4年次に4か月間という長期間の医学研究実習が組まれており、中にはその後論文となるような成果を上げる学生もいる。私自身も分子病理学研究室でとても充実した実習をさせていただいた。

しかし、こういった実習は地域医療に求められている分野とは乖離している気がしてならない。患者さんが求めているのはあくまで自らの健康問題を解決してくれることである。例えば認知症の患者さんに必要なのはまず目の前の症状を食い止めることや今後の認知機能の低下に備えた環境づくりであるし、脳梗塞で麻痺が残った患者さんに必要なのはリハビリと退院後の生活を特にハード面から整えることであり、決して疾患の発症機序を細胞や分子の観点から解き明かすことではない。がんの遺伝子治療も長い時間をかけて今の水準にたどり着いたが、すべての患者さんに応用できるまでにあと何年かかるか全く不明である。さらに、患者さんの不安を軽減するのは必ずしも医学的な知識だけではない。むしろ要素としては医療スタッフに限らない周囲の人々の気遣いや声かけの方が大きいのかもしれない。

当然ながら、病態理解には基礎医学の知見が不可欠で、研究の担い手となる研究医の減少は解決すべき問題であるし、医師にとって研究マインドは必要な資質である。また、基礎医学の発展は巡り巡って患者さんの福音ともなりえ、それは地域医療の現場でも例外ではない。しかし、現実の患者さんにとって、それは当分のあいだ自分と関係ない場所で繰り広げられる「空中戦」である。医学全体の進歩が大前提だが、それが目の

前の患者さんの問題を解決することから離れてしまう状況がつくられてはならないだろう。こと教育の現場では力の入れ方が基礎医学に偏り、患者さんに最も近い部分であるはずの地域医療は周回遅れになっているように思える。基礎医学と臨床医学はそもそも互いに支え合う相補的な関係である。基礎医学と同様に地域医療にも集中的に触れられる機会を増やすべきではないだろうか。

### (3) 卒後のロールモデルが具体的に示されていない

---

実際、公立みつぎ総合病院では2020年度から5人の初期研修医の採用が決まっており、地域医療に興味がある学生や地域で仕事をしてみたい学生は少なくないと考えられる。しかし、実際に医師の偏在が解消しない理由として、家庭医や総合診療医を専門として選んだ場合の将来像が描けないことが挙げられると思う(これは結局のところ研究医がなかなか増えない理由とも共通しているだろう)。このような状況では地域医療を進路に選ぶことが「冒険」となってしまうし、研修プログラムがなければそもそも進路を選ぶことができない。

家庭医療専門の後期研修プログラムをつくった上で、家庭医として経験を積みつつ資格や学位を取得できるという将来設計を周知することが必要だと考える。例えば、奈良県立医科大学の総合診療科では、共に自治医科大学出身の西尾健治教授・吉本清巳講師(現在)が中心となって家庭医療後期研修プログラムを2013年にいち早く作成し、現在の新専門医制度の基盤となっている。このように実際に地域医療の現場を知る指導者が実例を示しながら、それぞれの医師が自らの志向に合ったキャリアを描けるような制度を整備することが急務であると考えます。

以上のような問題点がこの5日間で思い当たった。広島県には54の無医地区があるが、厚生労働省「無医地区等調査」によると無医地区に居住する人口は7,485人(2014年)である。この人口に対して僻地で働く医師を何人も育てることが果たして解決策となるのであろうか。地域医療に携わることは、何も僻地の診療所で働くだけが全てではない。診療所をバックアップする中核病院の充実も不可欠である。広島県全体の医療が底上げされ、結果的に地域医療に還元される・・・そのような体制をつくるには勤務地にかかわらず全ての医師が地域医療の実際を知り、理解を持つことが必要である。そして、自分も将来進む診療科に関係なく、ふ

るさと梓の一員として将来このような教育に携わることができればと考えている。

## 4. 謝辞

5日間、本当に充実した実習ができました。特に今回の実習では、日頃の臨床実習ではあまり接することのない他職種のスタッフの方にご指導いただいたのが印象に残りました。学習面でも生活面でも何から何まで面倒を見てくださってありがとうございました。

この実習で学んだことを生かし、患者さんを中心に多職種の連携を大事にできる「地動説」の医師になれるよう残りの実習に励んでいきたいと思っております。また、御調の「地域包括ケアシステム」が全国の医療機関にそれぞれ最適な形で広まっていくことを願っています。

このような機会を与えてくださった松本教授をはじめとする地域医療システム学講座の先生方、お忙しい中熱心に指導してくださった沖田院長をはじめとする公立みつぎ総合病院の先生方、スタッフの皆様に厚く御礼申し上げます。

## 5. 参考文献

- 公立みつぎ総合病院・保健福祉総合施設パンフレット
- 尾道市御調町における保健福祉活動
- 自治医科大学 同窓会会報 No. 80 (2019年4月30日)
- その他(実習時の配布資料など)