地域医療システム学講座の活躍と卒業生の今後

広島大学医学部長　吉 栖　正 生

広島大学医学部地域医療システム学講座が、広島県の強力な御支援を得て発足し、３年経ちました。この実績報告書にありますように、地域医療教育、地域医療支援そして地域医療に関する研究について、着実かつ想定以上の成果を挙げております。

ふるさと枠の学生もついに新５年生になりました。臨床研修のローテーションに入り、来年は最終学年になります。広島県医師育成奨学金（広島大学ふるさと枠）の制度にある「知事が指定する診療科」はまだ決まっていませんが、現在、卒業後の制度について関係者が話し合いを重ねています。そもそも「中山間地域の公的医療機関」の勤務と、「知事が指定する診療科」の勤務は相反するものではありません。「知事が指定する診療科」こそ、「中山間地域」の医療も求められているからです。

この将来設計に向けての話し合いにおいても、地域医療システム学講座の果たす役割は大きなものとなっています。その理由として、ふるさと枠の学生全員と密に接し、その気質を知り尽くしていること、広島県の地域医療状況に精通していること、いわゆる自治医大方式を客観的に評価し参考にできることなどが挙げられます。学生・若手医師自身が納得し、県民と県の理解が得られ、大学の診療科が的確な役割を果たせる制度の構築に、今後とも大きな貢献が期待できます。

さて、ふるさと枠の出身者で、結婚などの理由でやむを得ず他府県に異動する希望がある場合、義務年限についてどう対応するか、という問題を、かねてより提起して参りました。昨今の学生の活発な交流活動を見ていると、遠からずそのような問題が現実のものとなる気がします。昨年の報告書でのご挨拶では、『基本的には県が方針を決めることになりますが、個人的には、全国的にコンソーシアムのようなものを作り、残りの義務年限を異動先の府県で果たすことが理想的では、と考えています。』と述べ、実際に第94回国立大学医学部長会議に「地域枠卒業生の義務の遵守について」という題で、議題提案を行いました。賛同の御意見を１校からいただいた後、問題提起という位置づけで議長が締めくくられました。

その時の提案議題名は、敢えて「義務の遵守」と致しました。大多数の地域枠学生は、義務を遵守する気持ちを持っていると思います。本当に、地域枠学生に義務を遵守してもらいたいのであれば、若い医師の純粋な気持ちを真っ当に果たせる環境を作ることが必須と考えます。履歴書にも堂々と転職歴を書くことができ、約束を守る医療人として将来のキャリア形成にも必ずプラスになることでしょう。

最後に、地域医療システム学講座自体の将来像も話題になって参りました。いろいろな考え方があるとは思いますが、県にスポンサーになっていただいている講座が大学を拠点として活躍する現在の形態をすぐに変えるのではなく、しかるべき期間、同じ形態で継続することが「ふるさと枠」制度の発展のために最も重要と思います。そのため、関係各位の多大なる御支援を賜りたいと存じます。

学生の皆さんへ
―千里の道も一歩から―

広島県健康福祉局長　佐々木　昌 弘

私が大学に入学してから四半世紀が経ち、医師として20年目を迎えました。つまり、昭和最後の入学生だったわけです。

この間、どんな道をどれくらい歩いてきたのか、そして他の選び得た道に進んでいたらどんな人生になっていたのか考えることが、たまにはあります。でも毎回たどりつく結論は、結局は何回生まれ変わっても同じ人生を歩むんだろうな、というものです。つまり、人は必然の上に生きているのだということです。

皆さんは今、地域医療を担う医師になるという必然の道を歩んでいます。楽しいことも、苦しいことも、嬉しいことも、悲しいことも、この道の先には必ず待ち受けています。そして多くの方との出会いもまた、必ず待ち受けています。もう一つ待ち受けているものがあります。それは、大学や県庁などの、皆さんに対する期待と支援です。

さて、次は未来を予測する話をしましょう。皆さんは、我が国の出生数の年次推移のグラフや表を「読んだ」ことがありますか？例えば、毎年１月の「今年の新成人は平成になったから最少数を更新しました。」というニュースや、「2040年の高齢化率は３割を超えます」というニュースは、いかにも新たな驚愕の事実を見付けたような報じられ方をしますが、出生数のグラフを20年ずらしたり、27年ずらしてみれば容易に予測することが可能です。

そして年代別の病気や医療費の構成のデータを組み込めば、自分が何歳のときにどのような患者さんが多いか、どの病気にお金がかかるのかの概要を把握することができます。必然の世界が俄然、リアリティを帯びてくると思います。

私はこれまでの医師としての人生の中で、多くのことを経験し、いくつかのことを完成させました。このことを踏まえ、皆さんに送りたい言葉は、

「小さな完成よりもあなたの孕んでいる未完成の方がはるかに大きなものがあることを忘れてはならないと思う」

というものです。これは私のふるさと横手を舞台にした小説「山と川のある町」にある一節です。

皆さんのふるさと広島が、皆さんにとってどんな舞台になるのか。20＋α年先輩の私は、皆さんが良い舞台に立てるよう、優しく厳しく稽古をつけたいと思っています。

講座スタッフあいさつ

地域医療システム学講座　教授　竹 内　啓 祐

2010年 4 月に当講座が設置されて以来 3 年が経過致しました。石の上にも 3 年と申しますが、当初計画していたミッションのかなりの部分がすっかり軌道に乗ったような気がしております。活動の概要に記しますように、地域医療の教育に関しては想定した以上に手ごたえを感じていますし、地域医療課題への対応にしても地域医療に関連した研究にしても大変順調に進捗しています。これらはひとえに関係者皆さまのご協力の賜物と感謝致しております。

話は変わりますが、2012年は地域包括ケア元年と厚生労働省は位置づけました。人類が経験したことの無い超高齢社会を乗り切る為にはこれで行くしか無いと英断を下しました。これによって地域包括ケアは地域医療の中心的課題に昇格し、今後はこれまで以上に「戦う医療」から「支える医療」へ、「医療モデル」から「生活モデル」へのギアチェンジについて学生達に伝えて行くことになります。しかし「戦う医療」を好む若い人達にこの社会ニーズの変化が理解できるでしょうか。新たな形の、科学的なエビデンスも備えた、パラダイムシフトとしての在宅医療の教育という大きな課題が生まれました。

さて、当寄附講座の設置期間は 4 年間ですので、2013年度はとりあえず最後の 1 年ということになります。そういった意味ではまとめの時期になりましたが、まだまだやらなければならないことがたくさんあります。先に述べたような地域包括ケア／在宅医療をいかに学生達に伝えるか、といったようなこともありますが、最も重要なことは、地域枠（広島大学においてはふるさと枠と呼称）学生達のキャリアプランの確立です。先日も中四国地方の地域医療関連講座スタッフや各県関係者が一堂に会して議論しました。各県とも多少の温度差はありますが、かなり煮詰まりつつあります。広島大学においては、2013年度で最高学年は 5 年生になりますが、広島県及び広島大学が緊密に連携しながら制度設計をしていかなければなりません。初期臨床研修や後期研修をどうするのか、それに続く配置の決め方などまだまだ細部において詰めなければならないことが山ほどあります。ふるさと枠は広島県の医師確保とりわけ中山間地域の医師確保にとっては不可欠の存在です。彼らが安心してキャリア形成できるよう全力を尽くす所存ですので、今後ともご支援いただきますようよろしくお願い申し上げます。

地域医療システム学講座　准教授　松 本　正 俊

早いもので、講座開設から３年が経ちました。その間ずっと広島の、そして日本の地域医療をより良いものにしたいという気持ちでやってきました。具体的には学内における地域医療教育（特に５年生の地域医療実習）、ふるさと枠の制度運営、へき地医療に的を絞った研究、広島県との連携、以上の４つを活動の中心としてきました。研究業績やふるさと枠の入試倍率のようにはっきりと目に見える結果もありますが、我々のやっていることのほとんどは成果が見えにくい地味な活動です。しかしそのような地味な仕事を愚直に続けていくことが、10年先、20年先の広島の地域医療、ひいては日本の地域医療に効いてくるものと信じています。これまで300名以上の５年生を地域の現場で教育し、56名のふるさと枠生と日々接してきました。彼ら彼女らが医師として一人立ちしたときに地域医療をどう認識してくれるかが、我々にとって最も大事なことだと思います。自分とはかけ離れた別世界のものとしてではなく、実習中に出会った人達の顔を思い出し、あんなことがあったな、こんなこともあったなとイメージできる地域医療、つまり実体験に基づくリアルな医療として認識してもらうことが我々にとっての成果なのだと思います。我々の活動に協力いただいている皆様に感謝しつつ、この目標に向かって今後も努力してゆきたいと思います。どうも有難うございました。

ごあいさつ

地域医療システム学講座　講師　服 部　文 子

医学部５年生を対象とした地域医療の臨牀実習を始めて３年目を迎えました。今年度は実習病院にみつぎ総合病院が加わり、５病院で実習を行うことになり、神石に来る学生は11組と初年度の17組からぐっと少なくなりました。今年は全ての実習病院でCGA（高齢者総合機能評価）を実習に取り入れていただき、地域医療においての高齢者医療の重要性とその視点を知っていただけたことと思います。

当院では、ほぼ例年通りのカリキュラムで、看護実習を２コマ、訪問看護実習、診療所実習、寺岡記念病院での実習、介護施設見学、プライマリーケア外来実習、病棟実習、慢性疾患外来見学を行いました。年々当院の入院患者は高齢化が進み、認知機能の面で学生の問診に耐えられるだけの患者さんが少なくなってきており、毎週担当患者さんを決めるのに苦労しています。今年度からこちらも開き直って、学生にとって、認知症の患者さんから問診を取る、診察をする、機能評価することもよい経験なのではないかと考え、やや認知症の進行した患者さんも担当してもらうことにしました。（少し負担が大きかったようですが…。）

毎年感ずることで、学生からも指摘を受けていることではあるのですが、当院での診療所実習が実習の体をなしていない、ということです。週に一度病院から10分ほどの地区に位置する診療所に医師、看護師、事務員を派遣しているのに学生を同行させるのですが、患者さんがほとんど来られず、湿布のみを処方している状況です。学生が意義を感じないのも無理はないと思います。この点はなんとか改善できれば、と考えています。また、地域の保健事業、健康教室なども当院では実施の機会が少なく、学生に当たるチャンスがほとんどありません。当院にある資源で実習を行うしかないのですが、もう少し工夫が必要と感じています。

来年度からは介護保険の主治医の意見書を学生に実際に書かせることを実習に取り入れる予定です。CGAを用いた患者評価がより重要となります。できるだけ有意義な実習となるよう、努めていきたいと考えています。

1 活動の概要

当講座のミッションは、地域医療教育、地域医療支援そして地域医療に関する研究の３つです。地域医療教育に関しては、一般医学科生に対する教育とふるさと枠学生に対する教育とがあります。一般医学科生に対する５年次の臨床実習は、平成22年度から庄原赤十字病院、安芸太田病院、神石高原町立病院の３病院で開始していただき、平成23年度には公立世羅中央病院に、そして平成24年度からは公立みつぎ総合病院に加わっていただきました。いずれの病院も大変積極的に学生教育に関わっていただいており、学生達の満足度は大変高く、今年度においては36％の学生が将来地域医療に従事する意向が増加しておりました。毎年度末に地域医療実習連絡会議を開催して課題の抽出と次年度の目標を検討しておりますが、平成24年度は体験型プログラムとして高齢者総合的機能評価を掲げ、25年度は主治医意見書記載に挑戦してみる予定です。また、３年、４年、６年生には座学にて地域医療を講義しておりますが、今年度からは１年生に対して「高齢者医療における倫理」の講義を担当しました。公衆衛生学実習や医学研究実習においては一部の学生を預かって過疎地域の調査や疫学研究指導を行いました。またふるさと枠学生に対しては、毎年夏季地域医療セミナー、海外研修、冬合宿、春選択実習そして毎週水曜日昼食時には地域医療研究会と大変充実した教育と懇親の場を提供できていると自負しております。海外研修は昨年度のオーストラリアに引き続いて今年度はネパールでの研修を行いました。夏季地域医療セミナー（地域医療セミナー2012報告書をご参照ください）も冬合宿も今年度は学生達の自主性に任せたところ、彼らはすばらしい企画を立ててくれました。たくさんの施設に絶大なる協力をいただいており、そのおかげで着実にこれらの実習は進化し、彼らの地域医療への理解と貢献の意欲は間違いなく醸成されつつあることを実感致しております。

地域医療支援として中山間地域の診療支援にも積極的に関わらせていただきました。また、広島県地域保健医療推進機構の医師確保対策やへき地医療支援機構等々の委員を務めさせていただき少しでも広島県の医師偏在が解消されるよう協力していきたいと考えております。今年度は地域包括ケア元年ということで立ち上がった広島県地対協の在宅医療体制検討特別委員会や広島市連合地対協の医療と介護の連携推進検討委員会や地域包括ケア推進センターの多職種連携ワーキングなど多くの委員会も担当させていただきました。加えて今年度は実際に地域に出向いて地域の住民や多職種の方々と地域医療の今後の在り方に関して話し合う機会をたくさん持つことが出来ました。

地域医療に関する研究においては松本を中心に順調に成果をあげつつあり、後述するような多くの論文を出版しております。県立広島病院腎臓内科や広島大学公衆衛生学、帝京大学地域医療学など多くの先生方と共同で研究が進行しています。中でも特筆すべきは、全国地域医療教育協議会の研究事務局として、全国の地域枠学生の進路を追跡するコホート研究が文部科学省、厚生労働省の協力をいただきながら目途が立ったことです。

2 教　育

（ア） 5 年生地域医療実習

①概要

例年どおり一般医学科生に対してクリニカル・クラークシップの一環として必修の地域医療実習を行いました。今年度は実習施設が 5 か所に増え、 5 年生全員が 2 名ずつに別れて庄原赤十字病院、安芸太田病院、神石高原町立病院、公立世羅中央病院、みつぎ総合病院のいずれかで 4 泊 5 日の現地泊り込みの実習を行いました。各病院とも良く練られたプランのもと、宿泊や食事も含めてよく整った受け入れ態勢で実習に協力いただきました。外来実習、看護実習、診療所見学、在宅訪問、高齢者施設見学、 1 次救急、ケアカンファランス等々、文科省のモデル・コア・カリキュラムを参考に、各病院の特徴をだしたプログラムを実行していただきました。今年度は看護実習と高齢者総合機能評価（CGA）を全病院で必修項目にしました。我々講座スタッフも週 1 回現地に赴き学生教育に携わり、現地の先生方との情報交換に努めました。今後もより充実した実習に発展できるよう、全国の地域医療関連講座と情報交換しながら工夫を重ねていきます。

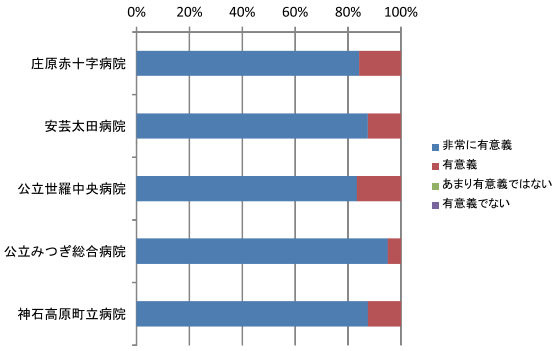
	月	火	水	木	金
AM	オリエンテーション 外来実習	行政 健康づくり課 断酒の会など	病棟看護実習	診療所実習 吉和、雄鹿原、戸河内	外来実習 （大学教員）
PM	認知症病棟 リハビリ 音楽療法など	訪問看護 PM2～5過ぎ	救急外来対応 CGAなど	診療所実習 吉和、雄鹿原、戸河内	総括・ディスカッション （大学教員）
夜	当直（1名）	当直（もう1名）			

図　安芸太田病院の週間スケジュール

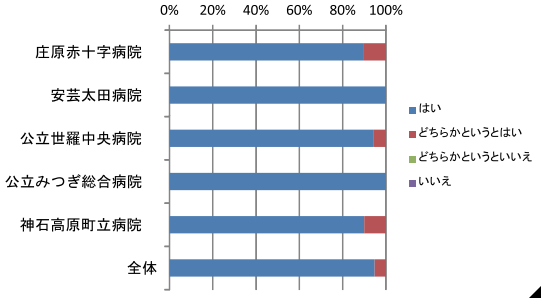
②アンケート結果概要

学生へのアンケート調査結果は概して好評でした。ほぼ全員の学生がこの実習により地域医療をよりよく知ることができたと評価し、実習前後で比較すると34％が地域医療に興味が増し、21％が将来地域医療に従事する意向が増加しました（下図）。

5施設比較 「学習全般について」

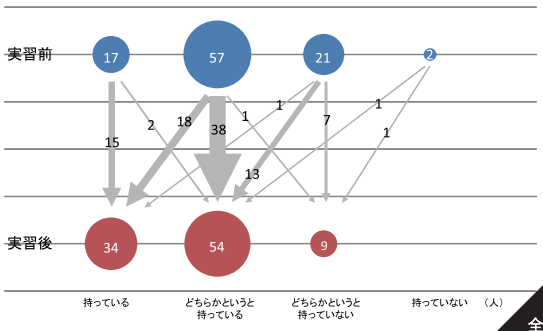


実習を受ける前と比べて、地域医療をよりよく知ることができたか



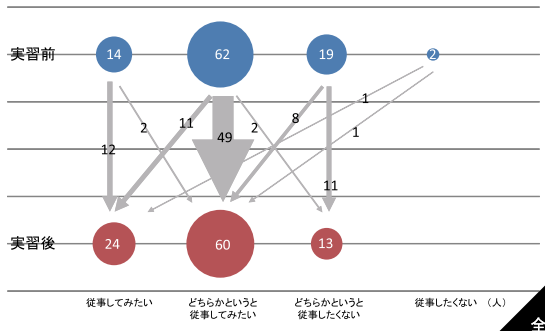
全体

地域医療に興味を持っているか



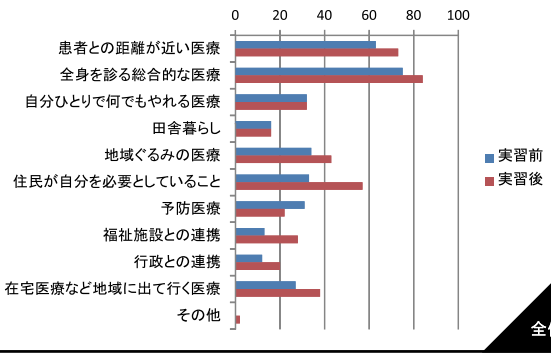
全体

将来、地域医療に従事してみたいか
（時期・期間は問わない）



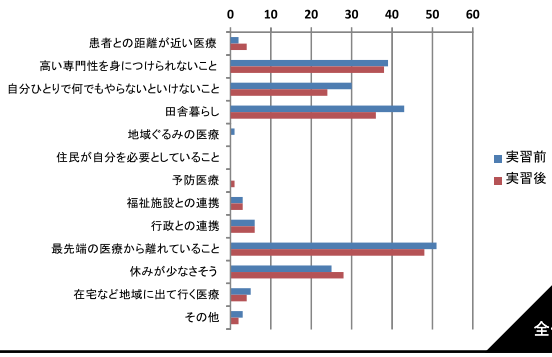
全体

地域医療について特に面白そう、楽しそう、やりがいがありそうとイメージする事柄（複数回答可、無回答も可）



全体

地域医療についてネガティブなイメージを持つ事柄（複数回答可、無回答も可）



全体

（イ）その他の一般学生教育

① 6 年生講義

6 年生を対象とした臨床実践学講座において、「地域医療の「学」と「楽」」というタイトルで、帝京大学医学部地域医療学の井上和男教授に講義いただきました。またこの講義中に昨年度の地域医療実習の優秀レポートの表彰を行いました（計 1 コマ）。

平成24年4月　帝京大学　井上教授講義

② 4 年生講義

4 年生に対しては、臨床実習入門プログラムにおいて、帝京大学の井上教授が上記と同様の講義を行いました。竹内は「地域医療 2 」と題して地域医療の総論、地域包括ケア、 5 年生で行う実習の説明などを行い、松本は「地域医療の歴史」と題して、我が国における地域医療の金字塔的事例（岩手県沢内村や長野県佐久総合病院など）の紹介を行いました（計 3 コマ）。

③ 3 年生講義

3 年生の器官・システム病態制御学において竹内が「地域医療」と題して日本国内の地域医療の現状や総合医育成の動きについて、松本は「世界の地域医療」と題して諸外国の地域医療の実情について説明しました。また愛媛大学地域医療学講座の川本龍一教授にお越しいただき愛媛県の地域医療の現状と対策について講義していただきました（計 3 コマ）。

④学外講義

帝京大学公衆衛生学大学院にて松本が「Health policy research」と題してcensus dataを用いた医療政策研究の方法論について講義を行いました（計 2 コマ）。

⑤ 4 年生公衆衛生学実習

平成24年 4 月～ 5 月の 2 か月間、公衆衛生学実習の担当講座（公衆衛生学教室と共同）として医学科 4 年生 7 名を受け入れ、研究指導を行いました。学生 7 名は大竹市阿多田島の阿多田診療所、北広島町の雄鹿原診療所、尾道市生口島の瀬戸田診療所でインタビュー調査を行い、島の地域医療と山の地域医療の違いについて分析を行いました。

広島の地域医療を見る
～山と海の医療の違い～

担当教員：竹内先生　松本先生

班員：B094064 近田琴美　B093823 辻直樹
B084213 藤原綾乃　B095681 メイコーセレン美智
B093517 森田理平　B091443 矢野成樹
B094227 脇本旭

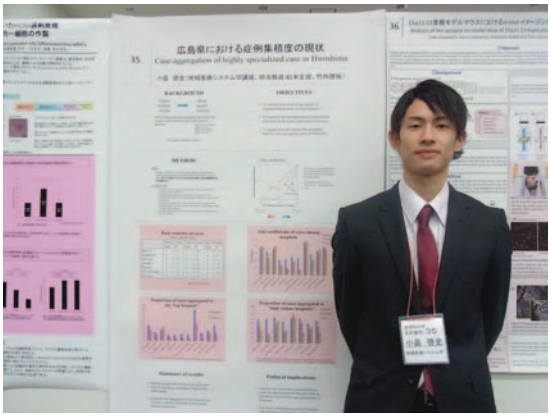
実習場所
阿多田診療所　4月20日
雄鹿原診療所　4月27日
瀬戸田診療所　5月11日

図　実習レポートより抜粋

⑥ 4 年生医学研究実習

平成24年度から本学で始まった医学科 4 年生の医学研究実習に参加し、2 名の学生の担当講座となり、研究指導を行いました。2 名の学生は尾道市瀬戸田地区における在宅死と介護に関するアンケート調査、

および広島県内の悪性腫瘍手術症例の施設間分散度の研究を行いました。



⑦ 4 年生臨床実習入門プログラム

4 年生臨床実習入門プログラムの企画、調整を行いました。また、プログラム内の採血実習、医療面接実習を担当し、地域医療実習に関連して 3 コマ講義しました。その内 1 コマは帝京大学地域医療学の井上教授にお願いし大変学生からの評価の高い講義内容でした。

⑧共用OSCE（客観的臨床能力試験）、卒業OSCE等OSCE関連業務

4 年生共用OSCE実施本部および医療面接OSCE評価者や模擬患者対応を担当しました。また、 6 年生卒業OSCEの企画および実施や研修医OSCEの企画などOSCE関連業務を担当しました。

⑨ 1 年生医療行動学

医学科 1 年生 4 名に対して医療行動学を実施しました。外来患者の動線をたどり患者の立場を体験した後に、医療のあるべき論をディスカッションしました。

⑩ 1 年生生命・医療倫理学

医学科 1 年生を対象に、「高齢者医療における倫理」と題して講義しました。

（ウ）ふるさと枠学生の教育

①地域医療研究会（通称フルセミ）

毎週水曜日、昼食をとりながらふるさと枠全員でミーティングをしています。昨年度までは当講座ス

タッフが毎回の活動内容を決めていましたが、今年度は学生達が主体となって年間スケジュールを決めました。具体的には各種連絡事項の伝達、医療面接の演習、診察や手技の演習などを行いました。長期休暇前には現地実習の準備も行いました。昨年度同様、学生側の希望により毎週一回（水曜日）行いました。このような活動を通して、ふるさと枠学生の間の仲間意識の醸成、アイデンティティーの確立、将来への不安解消やモチベーション維持につながるよう心がけています。尚、本研究会は地域医療に興味があるすべての学生に開放しており、ふるさと枠以外からの参加者もいます。

②夏季実習（地域医療セミナー）

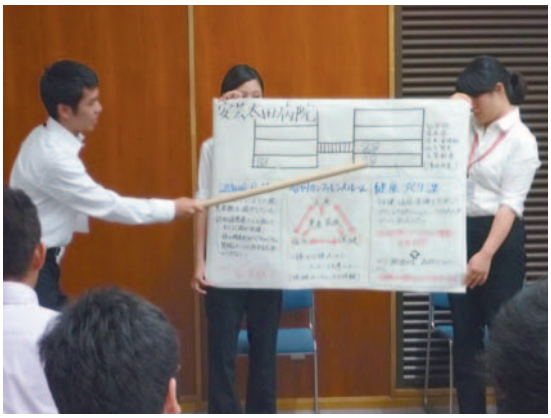
本講座、広島県、（財）広島県地域保健医療推進機構、広島県国民健康保険診療施設協議会の共催で、平成24年８月22日、23日、県内中山間地の医療機関16カ所で泊まり込みの実習を行いました。本学ふるさと枠学生、自治医科大学学生、他大学所属の広島県奨学生など66名が参加しました。以下のようなコースを設け、３－６名ごとに分かれて各医療機関で実習を行いました。

研修コースと対象医療機関

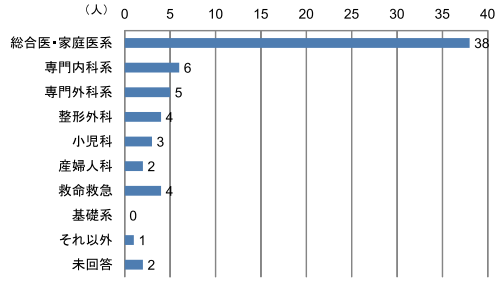
Aコース		Bコース		Cコース	
中山間地域での診療を学ぶ		島嶼部での診療を学ぶ		病院での診療を学ぶ	
医療機関名	所在	医療機関名	所在	医療機関名	所在
吉和診療所(3)	廿日市市	越智医院(3)	呉市	安芸太田病院(5)	安芸太田町
雄鹿原診療所(3)	北広島町	蒲刈診療所(4)	呉市	公立みつぎ総合病院(6)	尾道市
大和診療所(4)	三原市	円山医院(4)	大崎上島町	沼隈病院(6)	福山市
甲奴診療所(4)	三次市	田村医院(4)	大崎上島町	神石高原町立病院(4)	神石高原町
総領診療所(4)	庄原市	瀬戸田診療所(6)	尾道市	庄原赤十字病院(3)	庄原市
				西城市民病院(3)	庄原市

（ ）内の数は参加学生数

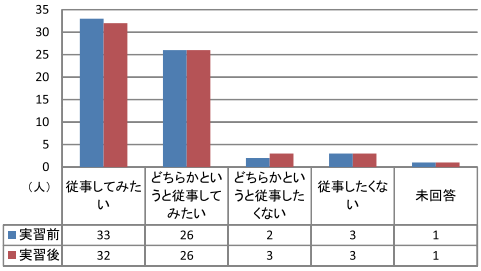
2日目の最後は広島大学に集合してワークショップを行い、学んだことを共有しました。実習後の評価の結果と、新聞報道の内容は巻末の添付資料をご覧ください。学生の報告書等は別冊の実習報告書に掲載しています。



現在のあなたの希望診療科を教えて下さい(1つ選択)

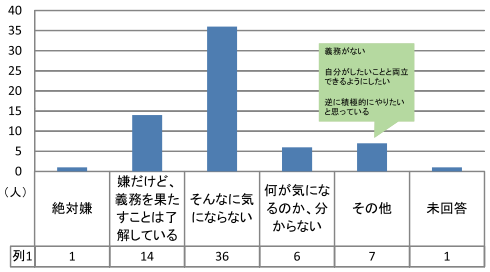


あなたは将来，へき地医療に従事してみたいですか?(1つ選択)



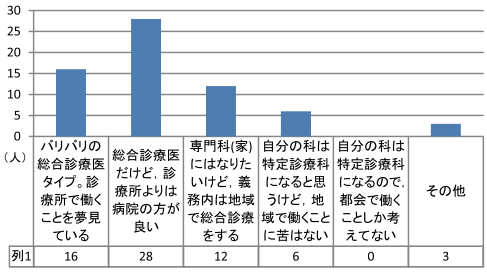
	従事してみたい	どちらかというと従事してみたい	どちらかというと従事したくない	従事したくない	未回答
実習前	33	26	2	3	1
実習後	32	26	3	3	1

義務があることに関して，どのように考えていますか?



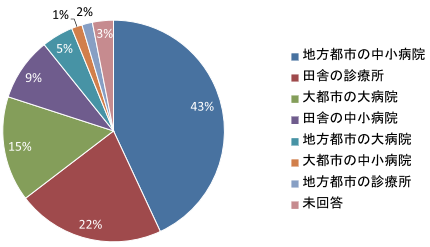
	絶対嫌	嫌だけど、義務を果たすことは了解している	そんなに気にならない	何が気になるのか、分からない	その他	未回答
列1	1	14	36	6	7	1

今，自分が目指している方向性に近いものは？

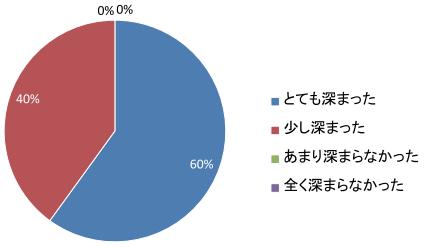


	バリバリの総合診療医タイプ。診療所で働くことを夢見ている	総合診療医だけど，診療所よりは病院の方が良い	専門科(家)にはなりたいけど，義務内は地域で総合診療をする	自分の科は特定診療科になると思うけど，地域で働くことに苦はない	自分の科は特定診療科になるので，都会で働くことしか考えてない	その他
列1	16	28	12	6	0	3

初期研修・後期研修が済んだ医師になって5-6年目の，いわゆる「油がのり始めた頃」に行きたいところはどこですか?



今回のセミナーを通して，地域医療についての理解が深まりましたか?(1つ選択)



③海外研修

昨年のオーストラリア研修に続き、本年度はネパール研修を行いました。スケジュール等は以下のとおりです。

日 程	平成24年年9月21日 ～ 9月30日
研修場所	ネパール
研修受け入れ者	楢戸健次郎
研修参加者	広島大学医学部医学科ふるさと枠1年生10名
引率者	地域医療システム学講座 松本正俊

研修内容	
9月21日	広島駅集合。関西国際空港より出国。
9月22日	バンコク経由でカトマンズ到着。市内観光。
9月23日	トリブバン大学医学部、看護学部、同大学附属病院訪問。小児病院訪問。バクタプル観光。
9月24日	KIST医科大学訪問。
9月25日	アンナプルナ脳外科病院訪問、チャパカオン診療所、アナンダバン・ハンセン氏病施療院訪問。
9月26日	ポカラに移動。
9月27日	ポカラ・ガンダキ病院訪問。
9月28日	カトマンズに移動。日本大使館訪問。JICA事務所訪問。
9月29日	カトマンズ空港より出国。
9月30日	バンコク経由で関西国際空港到着。広島駅にて解散。

現地で長く医療活動をしておられる楢戸健次郎先生に案内をしていただき、また広島大学に留学経験のある現地の医療者の方々にもお世話になりました。首都の大学病院や専門病院、地方都市の病院、へき地の診療所など様々な施設を訪れることができました。KIST医科大学では現地学生と交流し、プレゼンテーション等も行いました。

政情の不安定、貧困、大気汚染、水質汚染など、医療の枠を超えた問題によって様々な医療問題が生じているネパールの現状をつぶさに見ることができました。同時に、ネパール人の温かさ、自然の豊かさにも触れることができ、貴重な体験をいたしました。

④冬合宿

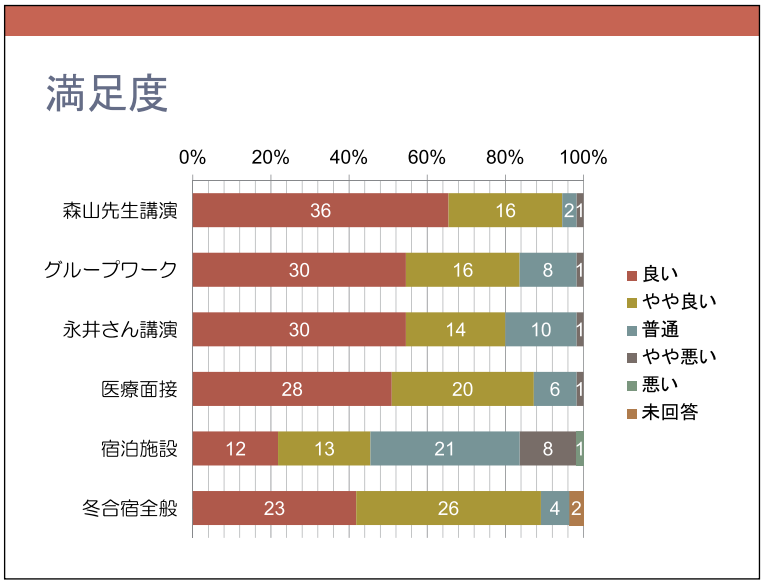
本講座と（財）広島県地域保健医療推進機構の共催で、平成24年１月５日、６日、北広島町の豊平どんぐり村で一泊の合宿を行いました。参加者は本学ふるさと枠学生、本学一般学生、自治医科大学学生の計56名でした。

今年の冬合宿は例年と異なり、学生達自身が企画を行いました。「医師・医療に限らない視野／会話・スピーチ・発信能力」というテーマのもと、医師以外の講演者２名にもお越しいただき、以下の内容を行いました。

○豊平病院見学
○森山美知子先生（成人看護開発学教授）講演
○グループワークとプレゼンテーション
○永井宏明氏（NPO法人地域活性化プロジェクトチームGAMBO）講演
○医療面接ロールプレイ

ら見た地域医療
こやろうぜ！まちづくり～
活性化プロジェクトチームGANBO
永井宏明

お土産用そば販売中


満足度
0%
20%
40%
60%
80%
100%
森山先生講演
36
16
2
1
グループワーク
30
16
8
1
永井さん講演
30
14
10
1
医療面接
28
20
6
1
宿泊施設
12
13
21
8
1
冬合宿全般
23
26
4
2
良い
やや良い
普通
やや悪い
悪い
未回答

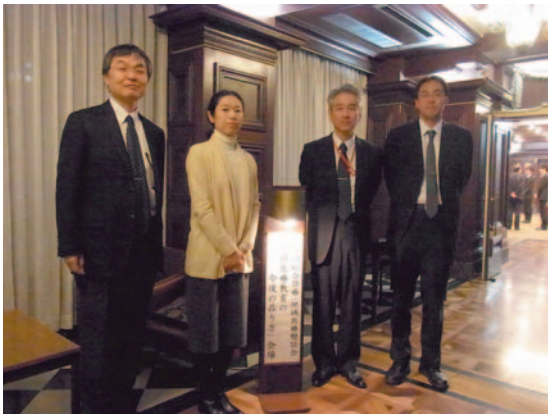
⑤春季実習

春季休暇中に、ふるさと枠学生および一般枠希望学生に対して春季実習を行いました。計14名が１～４名ずつ中山間地域の７施設を訪問し、原則１泊２日の実習をさせていただきました。施設ごとに特徴的なプログラムを作成していただきました。（ご協力いただいた施設：尾道市立市民病院附属瀬戸田診療所、公立みつぎ総合病院、甲奴診療所、大和診療所、雄鹿原診療所、市立三次中央病院、庄原赤十字病院）

平成25年3月　瀬戸田診療所にて実習

（エ）第５回地域医療総合診療懇話会

第４回は広島県、（財）広島県地域保健医療推進機構との共催で、平成24年12月８日に広島グランドインテリジェントホテルにおいて、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島・へき地医療学講座教授の前田　隆浩先生をお招きして「地域医療教育の今後の在り方」という演題で講演していただきました。離島が多いという地理的特性ゆえに、長崎大学は以前から地域医療教育に力を入れており、この懇話会では離島における先進的な取り組みについてご紹介いただきました。また、前田先生は全国地域医療教育協議会の会長も務めておられ、全国の大学で行われている地域医療教育の現状や今後の見通しについても説明いただきました。



（オ）その他

①地域医療実習連絡会議

５年生地域医療実習およびアドバンスト地域医療実習の協力施設に出席していただき、平成25年３月に地域医療実習連絡会議を行いました。各施設の１年間の報告とともに、学生からの逆評価やアンケート結果を分析し、今後の課題を検討しました。来年度に関しては、学生に対して全施設において、主治医意見書の記載をさせてみよう、といったような目標設定や各評価やアンケートの見直しが行われました。また、各病院長の評価に基づいて学生の優秀実習レポート賞を決定しました。優秀レポート学生に

は賞品を授与し、レポートはウェブ上に公表する予定です。なお、本会議は広島県地域保健医療推進機構による若手医師等育成支援事業の助成金をいただき実施しました。（ご出席いただいた施設：庄原赤十字病院、安芸太田病院、神石高原町立病院、公立みつぎ総合病院、三次中央病院、JA尾道総合病院、府中北市民病院広島西医療センター、寺岡記念病院）

②全国地域医療教育協議会

地域医療教育の向上、普及、研究を目的として全国地域医療教育協議会が設置され、調査研究、イベント企画などを行っています。現在機関会員として42大学が加盟し、竹内は世話人兼監事を拝命しています。またこの協議会の研究プロジェクトである「地域枠学生の進路に関するコホート研究」の研究本部を当講座が担当し、現在研究実施に向けて準備しています。

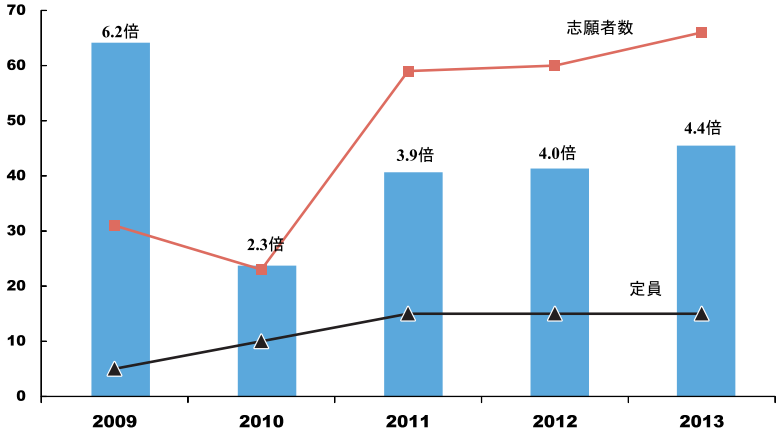
3 システム作り／地域医療支援

（ア）広島県地域保健医療推進機構（以下、推進機構）

推進機構は、医師確保や配置調整、人材育成などを一体的総合的に実施する財団法人として平成23年７月に設置されました。推進機構が開催する地域医療推進ワーキンググループ会議、若手医師等育成支援事業選考委員会、広島県へき地医療支援機構運営委員会などの委員を務め、地域医療セミナーを共同開催するなど推進機構とは常に緊密な連携をしています。

（イ）ふるさと枠運営

本年度も広島県の支援のもと、学内におけるふるさと枠運営拠点としての活動を行いました。高校生向けのパンフレット作成（本冊子の添付資料）や高等学校を訪問しての説明会などを行いました。入試の倍率は４倍を維持しており、これは義務年限を伴う地域枠推薦入試としては全国トップクラスの倍率です。



ふるさと枠広島県コース推薦入試倍率の推移

①学校訪問

今年度は県立広島高校、福山誠之館高校、近大付属福山高校、AICJ高校、世羅高校、府中高校にてふるさと枠の説明会を開催しました。

②パンフレット改訂

高校生向けの入学案内「ふるさと枠のご案内」の改訂を行いました。

（ウ）診療支援

５年生の地域医療実習受け入れ機関である庄原赤十字病院、神石高原町立病院、安芸太田病院、公立世羅中央病院、みつぎ総合病院の外来診療の応援を週１～２回行いました（外来実習指導を兼ねて）。また当直医不足である神石高原町立病院（月４回程度）の夜間当直支援も行いました。

（エ）藝州北部ヘルスケアネットワーク

平成21年より芸北地域等の医療支援を目的とした研修会が安佐市民病院土手慶五循環器内科主任部長を代表世話人として実施されてきましたが、推進機構の若手医師等育成支援事業助成開始を機に、会則を改め、竹内が顧問として企画に参加することになりました。長崎大学創薬科学池田正行教授、聖マリアンナ医科大学救急医学箕輪良行教授、岡山大学地域医療人材育成講座佐藤勝教授などをお招きしてご講演頂きました。

（オ）広島県地域保健対策協議会

地域医療従事者対策専門委員会（竹内、松本）、地域医療を支える総合医育成の環境整備検討特別委員会（松本）の委員および在宅医療体制検討特別委員会（竹内）の委員長として参画しました。在宅医療体制検討特別委員会では、在宅医療推進医当リーダー育成研修会にも関わりました。

（カ）医療と介護の連携推進委員会

広島市において、医療と介護の連携強化を目的として、市内８区の区地対協担当者が参集し４回の協議を実施しました。竹内は委員長を務めました。各区において医療と介護の連携意識が高まりつつあります。

（キ）地域包括ケア推進センター

平成24年６月に山口昇先生をセンター長として広島県地域包括ケア推進センターが設置され、竹内は多職種連携推進ワーキングチームリーダーを拝命しました。チームケア推進モデル事業や多職種連携推進研修会の企画に参画しました。

（ク）中四国地域医療フォーラム

中国四国の地域医療関連講座の先生方とは機会あるごとに情報交換することにしています。平成25年３月10日第３回中国四国地域医療フォーラム（第１回は一昨年広島大学が開催）が愛媛大学主催で開催され、推進機構スタッフや広島県庁職員とともに参加しました。今年度のテーマである地域枠学生のキャリアパスに関して、中四国９県の現状を情報交換しました。

（ケ）国診協老人保健福祉調査研究会

上記研究会の委員を竹内が拝命し本年度は２回研究会に参加しました。

（コ）福祉と医療を語る会（代表：竹内）

平成24年７月７日「食べられない」を考える～口腔ケアと嚥下障害へのアプローチ～と題して研修会を開催した。約60名の出席者によってワークショップを実施しました。

（サ）広島大学病院の初期臨床研修医教育

広島大学病院総合内科・総合診療科の外来において、松本が指導医となり初期臨床研修医の外来教育を毎週行っています。

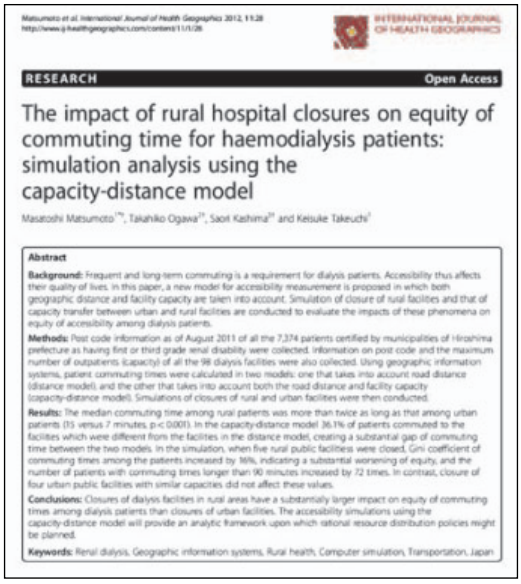
（シ）卒後臨床研修管理委員会

上記委員として竹内が医科研修医オリエンテーション「医療面接」や広島卒後臨床研修ネットワーク指導医講習会のタスクフォースを務めています。

4 研　究

（ア）広島県の人工透析患者の地理的分布とアクセス格差の研究

当講座、公衆衛生学講座、県立広島病院、県内各市村が共同し、県内の人工透析患者全数の地理的分布を調べ、地理情報システム（GIS）を用いて通院時間にどの程度地域間格差が存在しているかを明らかにする研究を行いました。２本の論文が出版され、１本を投稿中です。



Matsumoto et al. International Journal of Health Geographics 2012, 11:26
http://www.ij-healthgeographics.com/content/11/1/26

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH GEOGRAPHICS

RESEARCH　Open Access

The impact of rural hospital closures on equity of commuting time for haemodialysis patients: simulation analysis using the capacity-distance model

Masatoshi Matsumoto[1*], Takahiko Ogawa[2†], Saori Kashima[2†] and Keisuke Takeuchi[1]

Abstract

Background: Frequent and long-term commuting is a requirement for dialysis patients. Accessibility thus affects their quality of lives. In this paper, a new model for accessibility measurement is proposed in which both geographic distance and facility capacity are taken into account. Simulation of closure of rural facilities and that of capacity transfer between urban and rural facilities are conducted to evaluate the impacts of these phenomena on equity of accessibility among dialysis patients.

Methods: Post code information as of August 2011 of all the 7,374 patients certified by municipalities of Hiroshima prefecture as having first or third grade renal disability were collected. Information on post code and the maximum number of outpatients (capacity) of all the 98 dialysis facilities were also collected. Using geographic information systems, patient commuting times were calculated in two models: one that takes into account road distance (distance model), and the other that takes into account both the road distance and facility capacity (capacity-distance model). Simulations of closures of rural and urban facilities were then conducted.

Results: The median commuting time among rural patients was more than twice as long as that among urban patients (15 versus 7 minutes, p-c 0.001). In the capacity-distance model 36.1% of patients commuted to the facilities which were different from the facilities in the distance model, creating a substantial gap of commuting time between the two models. In the simulation, when five rural public facilities were closed, Gini coefficient of commuting times among the patients increased by 16%, indicating a substantial worsening of equity, and the number of patients with commuting times longer than 90 minutes increased by 72 times. In contrast, closure of four urban public facilities with similar capacities did not affect these values.

Conclusions: Closures of dialysis facilities in rural areas have a substantially larger impact on equity of commuting times among dialysis patients than closures of urban facilities. The accessibility simulations using the capacity-distance model will provide an analytic framework upon which rational resource distribution policies might be planned.

Keywords: Renal dialysis, Geographic information systems, Rural health, Computer simulation, Transportation, Japan

OPEN ACCESS Freely available online　PLOS ONE

The Impact of Travel Time on Geographic Distribution of Dialysis Patients

Saori Kashima[1,2*], Masatoshi Matsumoto[2*], Takahiko Ogawa[3], Akira Eboshida[1], Keisuke Takeuchi[2]

Abstract

Background: The geographic disparity of prevalence rates among dialysis patients is unclear. We evaluate the association between travel time to dialysis facilities and prevalence rates of dialysis patients living in 1,867 census areas of Hiroshima, Japan. Furthermore, we study the effects of geographic features (mainland or island) on the prevalence rates and assess if these effects modify the association between travel time and prevalence.

Methods: The study subjects were all 7,374 people that were certified as the "renal-disabled" by local governments in 2011. The travel time from each patient to the nearest available dialysis facility was calculated by incorporating both travel time and the capacity of all 98 facilities. The effect of travel time on the age- and sex-adjusted standard prevalence rate (SPR) and 95% confidence intervals (CIs) at each census area was evaluated in two-level Poisson regression models with 1,867 census areas (level 1) nested within 35 towns or cities (level 2). The results were adjusted for area-based parameters of socioeconomic status, urbanity, and land type. Furthermore, the SPR of dialysis patients was calculated in each specific subgroup of population for travel time, land type, and combination of land type and travel time.

Results: In the regression analysis, SPR decreased by 5.2% (95% CI: −7.9—2.3) per 10-min increase in travel time even after adjusting for potential confounders. The effect of travel time on prevalence was different in the mainland and island groups. There was no travel time-dependent SPR disparity on the islands. The SPR among remote residents (>30 min from facilities in the mainland was lower (0.77, 95% CI: 0.71–0.85) than that of closer residents (≤30 min; 0.95, 95% CI: 0.92–0.97).

Conclusions: The prevalence of dialysis patients was lower among remote residents. Geographic difficulties for commuting seem to decrease the prevalence rate.

Citation: Kashima S, Matsumoto M, Ogawa T, Eboshida A, Takeuchi K (2012) The Impact of Travel Time on Geographic Distribution of Dialysis Patients. PLoS ONE 7(10): e47732. doi:10.1371/journal.pone.0047732

Editor: Sten H. Vermund, Vanderbilt University, United States of America

Received May 3, 2012; Accepted September 20, 2012; Published October 17, 2012

Copyright: © 2012 Kashima et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

* E-mail: saori_kashi@yb.ne.jp

† These authors contributed equally to this work.

（イ）広島県の医師の地理的分布に関する研究

広島県内の医師の地理的分布を時系列で調べ、医師分布を規定している諸因子を明らかにしました。

ORIGINAL RESEARCH

Characteristics of physicians, their migration patterns and distance: a longitudinal study in Hiroshima, Japan

M Matsumoto[1], K Inoue[2], S Kashima[3], K Takeuchi[4]

[1]Department of Community-Based Medical System, Faculty of Medicine, Hiroshima University, Hiroshima, Japan
[2]Department of Community Medicine, Tokyo University School of Medicine, Tokyo, Japan
[3]Department of Public Health and Health Policy, Hiroshima University Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima, Japan

Submitted: 12 December 2011; Revised: 19 April 2012; Published: 11 May 2012

Matsumoto M, Inoue K, Kashima S, Takeuchi K

Characteristics of physicians, their migration patterns and distance: a longitudinal study in Hiroshima, Japan
Rural and Remote Health 12: 2027. (Online) 2012

Available: http://www.rrh.org.au

ABSTRACT

Introduction: Although some characteristics of physicians are known to be associated with their recruitment in rural and remote areas, the factors that predict mobility of physicians, and in particular, their mobility to rural and distant areas are largely unknown.
Methods: Flows of all physicians (n=4268) among municipalities in Hiroshima Prefecture, Japan, between 2002 and 2008 were analysed. Physician data were obtained from the National Physician Census. Municipality-level population data derived from the National Basic Resident Register were merged with the physician data. Information on the road distances of two municipalities measured with a geographic information system (GIS) was added to the physician cohort.
Results: During the period of study, 24.8% of physicians crossed municipal borders, and among them, 66.6% moved distances of less than 60 min travel time. The number of migrated physicians decreased as the distance increased, which held true for both migration to urban and rural areas. In the univariate analysis, female, younger, and hospital physicians were more mobile to rural areas than were male, older, and clinic physicians. Male and younger (≤40 years) physicians moved a longer distance than female and older physicians. Multivariate analysis revealed that age was a negative predictor (odds ratio [OR] per 10 years 0.62, 95% confidence interval [CI] 0.55–0.70), and affiliation with a hospital was a positive predictor of migration to rural areas (OR 6.19 [95% CI 4.21–9.10]). Male sex (OR 1.67 [95% CI 1.11–2.50]) and hospital affiliation (OR 3.61 [95% CI 3.11–9.45]) were positive predictors, and age (OR per 10 years 0.39 [95% CI 0.33–0.46]) was a negative predictor of migrating a long distance.
Conclusion: In order to attract physicians to rural and remote areas, health workforce policies need to set a target population of physicians who are highly mobile to such places. Combining known predictors of rural practice, such as physicians with rural

ORIGINAL RESEARCH

Does the insufficient supply of physicians worsen their urban-rural distribution? A Hiroshima-Nagasaki comparison

M Matsumoto[1], K Inoue[2], S Kashima[3], K Takeuchi[4]

[1]Department of Community-Based Medical System, Faculty of Medicine, Hiroshima University, Hiroshima, Japan
[2]Department of Community Medicine, Chiba Medical Center, Tokyo University School of Medicine, Ichihara, Chiba, Japan
[3]Department of Public Health and Health Policy, Hiroshima University, Hiroshima, Japan
[4]Department of Community-Based Medical System, Faculty of Medicine, Hiroshima University, Hiroshima, Japan

Submitted: 8 February 2012; Revised: 19 April 2012; Published: 26 April 2012

Matsumoto M, Inoue K, Kashima S, Takeuchi K

Does the insufficient supply of physicians worsen their urban-rural distribution? A Hiroshima-Nagasaki comparison
Rural and Remote Health 12: 2085. (Online) 2012

Available: http://www.rrh.org.au

ABSTRACT

Introduction: Studies have suggested that a rapid increase in physicians does not necessarily change an urban–rural inequity in their distribution. However, it is unknown whether an insufficient supply of physicians worsens an inequity. Spatial competition and attraction–repulsion hypotheses were applied to the geographic distribution of physicians during a time of insufficient physician supply in Japan.
Methods: Trends of physician distribution as well as urban–rural physician flow were compared using Hiroshima Prefecture which had the lowest increase in physician-to-population ratios between 2002 and 2008 (2.7%), and Nagasaki Prefecture where the increase was one of the highest (12.0%) among the 47 Japanese prefectures.
Results: The Gini coefficient of physicians compared with population in Hiroshima increased by 4.1%. Movement toward inequity was greater in Hiroshima compared with Nagasaki where the increase was 2.5%. Approximately 245 physicians or 18.8% moved

特に距離が医師の移動に与える影響、および県全体の医師不足が医師の移動に与える影響を、地理情報システムを用いた詳細な分析および長崎県との比較によって明らかにしました。２本の論文が出版されました。

（ウ）全国地域枠学生コホート研究

文部科学省および厚生労働省の協力のもと、全国地域医療教育協議会（全国の大学の地域医療関連講座の集まり）の研究事務局として、全国の大学医学部・医科大学に所属する地域枠学生の進路を追跡するコホート研究を進めています。

（エ）その他研究

糖尿病や高血圧の疫学研究に参加し、成果が論文として出版されました。広島大学病院のCOPD患者の疫学研究も進めています。また、地域医療教育についての政策提言なども行いました。広島県地域保健対策協議会（地対協）の地域医療従事者対策専門委員として、広島県およびマッキンゼーが行った調査分析のアドバイスを行いました。

5 2012年研究業績一覧

原著論文

1．**Matsumoto, M.**, Inoue, K., Kashima, S., and **Takeuchi, K.** Does the insufficient supply of physicians worsen their urban-rural distribution? A Hiroshima-Nagasaki comparison. ***Rural Remote Health*** 12（2）: 2085, 2012.

2．**Matsumoto, M.**, Inoue, K., Kashima, S., and **Takeuchi, K.** Characteristics of physicians, their migration patterns and distance: a longitudinal study in Hiroshima, Japan. ***Rural Remote Health*** 12（2）: 2027, 2012.

3．**Matsumoto, M**（共筆頭）, Ogawa, T（共筆頭）, Kashima, S（共筆頭）, **Takeuchi, K.** The impact of rural hospital closures on equity of commuting time for haemodialysis patients: simulation analysis using the capacity-distance model. ***Int J Health Geogr***. 11（1）: 28, 2012.

4．Kashima, S（共筆頭）, **Matsumoto, M**（共筆頭）, Ogawa, T., Eboshida, A., **Takeuchi, K**. The impact of travel distance on a geographic distribution of dialysis patients. ***PLoS One.*** 7（10）: e47753, 2012

5．Inoue, K., Inoue, M., **Matsumoto, M.**, Akimoto, K. Persistent fasting hyperglycemia more predictive of type 2 diabetes than is transient hyperglycemia. ***Diabet Med*** 29（7）: e75-81, 2012.

6．Inoue, K., Kashima, S., Ohara, C., **Matsumoto, M.**, Akimoto, K. Concordance of two diabetes diagnostic criteria using fasting plasma glucose and hemoglobin A1c: the Yuport Medical Checkup Centre Study. ***PLoS One***. 7（10）: e47747, 2012.

7．Ishikawa J, Hoshide S, Eguchi K, Ishikawa S, Shimada K, Kario K; **Japan Morning Surge-Home Blood Pressure Study Investigators Group**. Nighttime home blood pressure and the risk of hypertensive target organ damage. ***Hypertension*** 60（4）: 921-8, 2012.

ガイドライン

1．**Matsumoto, M.**, Bowman, R., Worley, P. A guide to reporting a research paper in rural and remote health. ***Rural Remote Health*** 12: 2312, 2012

和文総説

1．**松本正俊**、井上和男、**竹内啓祐**：エビデンスに基づく地域医療教育：文献レビューと政策への適用 医療と社会 22：103ー112, 2012

学会発表

1．**松本正俊**「医師供給の不足は医師偏在を悪化させるか？広島県と長崎県の比較研究」
（平成24年10月25日）第71回日本公衆衛生学会（山口市）

2．**竹内啓祐**「全国の地域医療教育プログラムの現状―全国アンケート調査結果―」
（平成24年 7 月28日）第44回日本医学教育学会（慶応大学）

3．**竹内啓祐**「大学病院総合診療外来におけるCOPD疫学調査―COPD患者の禁煙においては糖尿病発症への注意を要する―」

（平成25年 3 月 2 日）第 6 回日本病院総合診療医学会（岐阜市）

招待講演等

1．**松本正俊**「開業医と研究・広島大学の地域医療教育」（平成24年 4 月 9 日）第214回安佐医師会内科会（広島市）
2．**松本正俊**「総合医と研究」（平成24年 4 月21日）自治医科大学広島県人会（白亜会）（広島市）
3．**松本正俊**「いかに研究を学ぶか：弟子の心得」（平成24年 8 月25日）第 1 回プライマリケア多職種のための臨床研究ワークショップ（東京都文京区）
4．**松本正俊**「広島県における①医師の地理的偏在②透析患者のアクセス格差」（平成24年 9 月15日）「社会格差と健康」第六回定例研究交流会シンポジウム（東京都文京区）
5．**Matsumoto, M.** Health system in Japan.（Sep 24, 2012）KIST Medical College, Kathmandu, Nepal
6．**竹内啓祐**「地域枠の現状と将来の課題」（平成24年 6 月23日）新潟大学医学部医科系関連教授懇談会
7．**竹内啓祐**「地域医療医の立場から見た健康観・幸福観」（平成24年 9 月30日）第 9 回広島保健学学会学術集会第13回広島保健福祉学会学術集会合同学会（広島大学）
8．**竹内啓祐**「医療と介護の連携「広島モデル」の構築に向けて」（平成24年10月18日）広島市西区地域保健対策協議会講演会（広島市西区）
9．**竹内啓祐**「生口島地域の絆力と底力」（平成24年10月31日）瀬戸田福祉保健センター講演会（尾道市瀬戸田町）
10．**竹内啓祐**「高齢者医療における倫理的ジレンマ」（平成25年 1 月29日）中国労災病院講演会（中国労災病院）
11．**竹内啓祐**「自分たちで守る　日本一のケアシステム」（平成25年 3 月17日）おのみちの地域医療を考える市民公開講座（尾道市因島中庄町）
12．**竹内啓祐**「自分たちで守る　日本一のケアシステム」（平成25年 3 月24日）おのみちの地域医療を考える市民公開講座（尾道市総合福祉センター）
13．**竹内啓祐**「地域包括ケアにおける医療と介護の連携について」（平成25年 3 月26日）多職種連携推進研修会（神石高原町）
14．**竹内啓祐**　シンポジウム「みんなで築こう　老後安心して住める地域を」座長、広島県地域包括ケア推進フォーラム（平成24年11月 3 日、広島国際会議場）
15．**竹内啓祐**　シンポジウム「日本の国情・ 2 次医療圏の実状を熟慮して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える2012」座長（平成24年11月17日、秋田大学）

競争的外部資金

1．2012年文部科学研究費補助金（若手Ｂ）208万円（代表研究者：松本）
2．2012年厚生労働科研費補助金100万円（分担研究者：服部）

学術誌編集

1．*Rural and Remote Health*のアジア地区編集長を松本が務め、アジア地区からの投稿論文116本の採否決定を行った。

6 添付資料

（ア） 新聞記事

■ 夏季実習（地域医療セミナー）

8月23日（木）
【中国新聞】

中国新聞　2012年（

地域医療 やりがい探る

北広島・雄鹿原などでセミナー

高齢・過疎 学生が現場体感

雄鹿原診療所の診察室で東條所長（左端）の説明を聞く医学生

県内の中山間地域や離島で医療に従事する予定の医学生を対象としたセミナーが22日、北広島町の雄鹿原診療所などで始まった。地域医療の現場や、やりがいを知ってもらう狙いで県などが主催。広島大などの6人が23日まで県内各地の医療機関で学ぶ。

同診療所では3人が研修。初日は、東條環樹所長（40）の案内で施設を見学し、往診先の特別養護老人ホームや高齢者宅に同行した。

診療所のある同町芸北地区の高齢化率は40・2％。東條所長は「高齢者が一人暮らしを続けられるかは医療だけの問題ではない」とし、保健や福祉の分野と連携する必要性を説いた。

自治医科大4年の今村かずみさん（24）は「患者の家族背景も含めて治療を考える必要があると知った。地域と力を合わせて取り組む分、やりがいもきっと大きい」と話した。

セミナーは、大学卒業後に県が指定する医療機関で働くことを条件に、県の奨学金などを受ける同大や広島大などの学生が対象。他に廿日市市や大崎上島町などで研修する。（畑山尚史）

（イ）入試案内パンフレット抜粋

地域医療を担う医師の育成について

広島大学長　浅　原　利　正

高齢化社会の進展、医学・医療の急速な進歩の中で医師の需要は年々増大し、医師の育成が不十分なのが実情です。特に中山間地の地域医療を担う医師と特定の診療科の医師の不足は深刻です。平成20年度には「"みんなで守ろう広島県の医療"緊急アピール」を発表する状況にまで至りました。そうした中で、平成21年から広島大学と広島県が連携して広島県での医療を担う人材を育てるため「ふるさと枠入試」を開始いたしました。

幸いにも平成21年には5名、平成22年には15名、以降も順調に優秀な学生が入学し、一般学生とともに充実したキャンパスライフを楽しんでいます。Q&Aにも記載していますように「診療科の選択の自由がない」とか「先進的な医療の勉強ができない」といったことはまったくありません。「総合医」になるのも「専門医」になるのも基本的には自由です。広島で活躍する優秀な医師を輩出することを目標と考えています。どうぞ奮って応募いただければと思います。

ふるさと枠をめざす皆さんへ

広島県知事　湯　﨑　英　彦

広島県は、現在、「広島県に生まれ、育ち、住み、働いてよかった」と、皆様に心から思っていただける「広島県づくり」に、取り組んでいます。

このため、県政の基本政策の柱の一つとして、「安心な暮らしづくりへの挑戦」を掲げ、県民の皆様が、健康で豊かな生活を送られるとともに、県内のどこに住んでいても、安心して必要な保健・医療サービスが受けられるよう、市町をはじめ、広島大学、医師会等の関係団体と連携しながら、地域医療の体制づくりを推進しています。

広島県には、多くの中山間地域や島嶼部があり、地域の医療をどのように守っていくかが、大きな課題となっています。

広島大学におかれては、平成21年度入学者から、広島大学医学部医学科に「ふるさと枠」を設置され、平成22年度からは、広島県からの寄附講座により、地域の医療機関で医学部学生の「地域医療実習」が実施されるなど、地域医療を担う医師の養成や地域医療の充実に向けた取組みが進められており、大いに期待しています。

将来の広島県の地域医療を担っていただく皆さんは、本県の宝です。また、広島県づくりを進めていく仲間だと思っていますので、是非、地域医療への関心を強く持っていただき、ふるさと枠にチャレンジしてください。

1

～　広島大学医学部ふるさと枠で学べること　～

基本的には、全ての授業・実習において一般の学生と全く同じ内容を学習します。小グループごとのゼミナールにおいても一般の学生と混ざるようにグループ分けをしています。しかし、それとは別に、ふるさと枠の学生を対象としたプログラムがあります。そこでは、定期的なミーティングや休みの期間中を利用した実習などを通して、皆さんが総合診療や地域医療を早期に体験できるよう企画してあります。将来皆さんがどんな専門性を選択されるかは基本的には自由なのですが、総合診療は全ての診療の基礎となるものです。それらを早期にしかも深く体験できるよう配慮しています。

広島大学医学部長からのメッセージ

医師を志す高校生の皆さん、広島大学の医学部では、整備されたカリキュラムのもとで充実した学生教育を行ってきましたが、この「ふるさと枠」の開始に合わせて、より高いレベルの卒前・卒後教育を行うためのシステム作りに取り組んでいます。医学部で育んでいる「1学力　2地域力　3英語力（国際力）　4研究力（分析力）　5外科力（実技力）　6教養力　7友人力（安全力）」を伸ばす場として、この「ふるさと枠」はとても相応しいものです。皆さんの積極的な応募を期待しています。

広島大学医学部長　吉栖正生

広島大学医学部ふるさと枠の先輩から

ふるさと枠では、長期休暇に離島などで実習をしたり専門家の方に講演していただいたりと、他のみんなより詳しく地域医療について学べます。でも、学内では特別な存在というわけではなく、ほとんどみんなが部活に所属し、練習に遊びに、楽しくキャンパスライフを送っています。そして、何よりふるさと枠は将来の目標が明確なので、意欲的に勉強できると思います。地域医療に興味のある方、僕たちと一緒にがんばりましょう！！

医学科3年　森　馨一

広島大学を志望する皆さんへ。ふるさと枠の概要は、広島で将来先陣を切って働ける人物を育成する、というものですが、堅苦しいようなことは全然ありません。むしろ長期休暇での実習など、医学生らしく、目的意識の高い学生生活を送れること請け合いです。医師として広島で働く姿がぱっと思い浮かんだなら、ぜひ地域医療という道を見据えてみてください。そして、大学生を楽しみましょう！

医学科3年　神原貴大

2

明日の医療を担う!

平成25年度　広島大学医学部

ふるさと枠のご案内

[広島県コース]

広島大学　広島県 Hiroshima Prefecture

（ウ） 5 年生地域医療実習優秀レポート

地域医療 実習レポート

江　村　尚　悟

実習期間 2012年11月19日～22日　　実習施設 公立みつぎ総合病院

【御調町と公立みつぎ総合病院について】

御調町は旧来御調郡として存在していたが、2005年 3 月28日に御調郡向島町とともに尾道市に編入され、 現在は尾道市御調町として広島県の南東部に存在している。東西16km、南北11.8km、総面積82.98 km^2を有する人口約8000人の地である。御調町の特徴のひとつは「福祉の町」宣言を行い、全国に先駆けて地域医療を行っていることである。その中核として存在するのが、公立みつぎ総合病院であり、地域包括ケアシステムを支える土台となっている。急性期総合病院としての役割だけでなく、行政部門としての保健福祉センターを有し、公立病院としては稀な保健福祉総合施設を抱え、医療に限らず地域を支える存在となっている。

［1日目：11月19日（月）］

今まで行ったこともなく、具体的なイメージも掴めていない初めての土地に赴くということで、さすがに前日より緊張していた。御調という地に到着して、出発前の広島市内との気温差を感じてますますこれからの実習に対して不安感が高くなったように感じた。しかし、公立みつぎ総合病院に入り、秘書課の方に温かく迎えていただけたことで、不安や緊張はかなり軽減されたように思う。その後は、沖田副病院長先生より、公立みつぎ総合病院に関しての概略と、地域包括ケアに関して講義をしていただいた。今まで自分の中で抱いていた地域医療のイメージとは大きく異なる点も多く、特に保健福祉といった本来ならば行政の役割である部分を、病院が一機能として受け持つことによって、疾患の治療だけでなく、予防やフォローといった体制をより効率的に行うことができる、理想的な地域医療モデルであるのではないかと感じた。講義終了後は施設全体を案内していただいた。そして、放射線科に案内していただいて、胃瘻交換の手技を見学させていただいた。

午後はまず訪問介護のヘルパーさんの業務に同行させていただいた。この日の業務は 1 時間で夕食を作るという内容であり、合計 3 品のおかずのうち 1 品作ることを担当させてもらった。味はどうであれ、作ったものに対して笑顔でお礼を言われたことは素直に嬉しい瞬間であった。こういった業務も病院機能の一部であることが、やはり新鮮な体験であったし、独居の高齢者といった訪問介護を必要とする方が多い地域においては、こうしたヘルパーさん方が気づく何気ない変化でも、疾患の発見につながる機会も多いのではないかと感じた。だからこそ、こうした方々が直接に医療者とつながる体制が求められるのではないかとも感じられた。病院に戻ってからは、放射線科についてレクチャーを受けた。CTやMRIは365日24時間体制で利用可能とのことであった。最後に、在宅ケア担当者会議にも参加させていただいた。在宅ケアとして何がどのように必要であるのか、ケアマネージャー、ヘルパー、訪問看護師、保健師といった様々な職種の方が多方面から意見を交換され、きめの細かい計画を立てられている印象であった。

[2日目：11月20日（火）]

まずは看護実習ということで、一般病棟（呼吸器）と緩和ケア病棟での、看護師の方の業務を体験させていただいた。今まで大学病院内では看護師の方を目にしたり、器具の場所を尋ねたりすることはあっても、気軽に話をする機会はなかったので、看護師の立場から医師に対してどのように振る舞ってほしいのか、生の声を聴けたことが非常に良い経験となった。どの方も気軽に話ができ、コミュニケーションをとれる関係でありたいとのことであった。患者さんと日常的に接する機会は看護師の方が圧倒的に多く、ちょっとした変化に気づかれることも多いようである。そうしたことを気軽に話せることが、病状の増悪・寛解を知るきっかけや、新たな発見といった、医師だけでは認識しにくい部分を感じるために役立つのではないかと思われた。また、患者さんの人となりが医師の前とそうでない場とで違う場合もあり、そうしたことの情報共有を積極的に行うためにも、いいコミュニケーションが取れることは必要ではないかと感じた。担当させていただいた患者さんが、当日緩和ケア病棟に移ることもあって、移動にも同行させていただいた。非常に愛嬌のある方で、一緒に移動してくれることが嬉しいとおっしゃっていただけたことは、こちらもすごく嬉しくなる瞬間であった。そのまま、緩和ケア病棟で実習させていただいたが、どの患者さんも穏やかな様子であることが印象的であった。最後にリハビリ施設の見学と、回復期リハビリテーション病棟でも実習させていただいた。ちょうど昼食時に見学させていただけたが、患者さん一人一人に対して、看護師、栄養士、PT、OT、STといった方々がそばについて多方面から最もよいケアに関して考えていらっしゃった。どのような姿勢や器具がその方にとって一番よいのか、本当によく考えていらっしゃると感じたし、その結果を全員で共有できるように、写真つきで説明してあることも印象的であった。

午後は、田中先生の訪問診療に同行させていただいた。全部で３人の患者さんの自宅へお邪魔させていただいた。一人目の患者さんは、緩和ケアを受けていらっしゃるとは思えないぐらい元気な方で玄関まで見送りまでしていただいた。「出会いは一期一会ですから」という言葉が非常に印象に残った。二人目の患者さんはほぼ寝たきりであったが、今後緩和ケア病棟に入院されるということで、その後について家族と田中先生がその場で話し合いを持つことができることも、訪問診療の一部であると感じた。三人目の患者さんは地域の開業医の先生と二重に担当されており、病状や今後の治療方針に関して、帰りに開業医の先生のもとへ直接話をしに行った。こうした点も地域に根差した医療の一つのモデルであるからこそできることであり、連携がしっかりとできているからだと痛感した。またそうしたことが患者さんにとっての非常に有益な点であると感じた。

[3日目：11月21日（水）]

午前はNSTに関してのオリエンテーションを受けた後、実際に病棟でのNSTのカンファレンスと回診に参加させていただいた。NSTに関しては回復期のサポート程度にしか認識していなかったが、積極的に栄養面に関与することによって、予防やリハビリテーションにもつながっていくものだと知ることができた。入院後にリハビリテーションを行うことはどこに行っても強調されることであるが、栄養面のベースが未熟であればリハビリテーションによって筋力の回復などありえなく、ただ単に消耗させている状態なのだと認識させられた。ここでもNSTという中で、他職種の方々が連携されており、また入院中だけでなく入院後の栄養管理についても長期にわたって考えていらっしゃった。ただ単に病院機能として治療し、退院させるだけではないということを知ることができた。

午後は竹内先生に総括をしていただいた後、公立みつぎ総合病院の特徴の一つである、保健福祉総合施設の見学をさせていただいた。この施設は、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、ケアハウス、グループホームという高齢医療を支える上で不可欠な施設が一つの敷地内にあるという環境としては非常に恵まれたものであった。病院と在宅、そしてこうした施設を抱える

ことで、非常に受け皿の広い医療が展開できているのではないかと感じられた。定員が100人の特別養護老人ホームに対して、入所待ちの方が300人以上おり、３年は待つという状況からも需要の高さが窺われた。また、入所者の方に対してCGAの評価もさせていただいた。時間が限られていたので、全てにわたってお話をすることはできなかったが、施設に関しては非常に満足されていると、笑顔で話されたことが印象的であった。

夜には「健康わくわく」という介護予防をテーマとした、地域の集まりに参加させていただいた。病院側からは歯科医、リハビリスタッフ、栄養士、保健師の方等、ここでも多職種の方が参加されそれぞれの分野から住民の方に情報提供されており、皆様が笑顔の中で満足されるようなレクチャーであった。

［4日目：11月22日（木）］

午前は病院リハビリテーションを再度見学させていただいた。今回はPT、OT、STさんのそれぞれとお話しさせていただき、各部門の内容をより具体的に示していただいた。その後は緩和ケア病棟にて、臨床心理士、リハビリスタッフ、医師、栄養士の方からそれぞれについて説明をしていただいた。こうした方々が連携しながら、一人一人の患者さんの要望にできる限り合わせたまさにオーダーメードの医療が提供されているのだと感じた。その後、NSTに再度参加させていただいた。とろみのついたお茶を初めて飲ませていただいたが、患者さんに積極的に推奨できるものではないと感じた。

午後は保健福祉センターで、知的障害を抱える方とのレクリエーションに参加させていただいた。軽く体を動かしたり、歌を歌ったりしたがどの方も楽しそうにされている様子であった。自分はただそこにいるだけだったと思うが、帰り際には丁寧にお礼まで言われ嬉しかった。その後は回復期リハビリテーション病棟のカンファレンスに参加させていただいた。一人の患者さんに対して、医師、看護師、PT、OT、ST、栄養士、ケアマネージャーといった本当に多数の方が参加され、それぞれの立場から患者さんにとって何が最善であるのか、病院内だけでなく、退院後も含めてのカンファレンスであったように思う。まさにチーム医療の現場であると感じた。

以上で実習を終えることになったが、祝日のため実習日が一日少なく、外来実習を行うことができなかったことが残念であった。

【考　察】

今回、地域医療実習に参加させていただいたことで高齢者医療の現実に触れることができたように思う。現在日本は、2025年問題を抱え、近い将来に高齢者が人口の30％を超えるであろうという社会である[1)]（図１）。こうした社会では、医療費・社会保障費の増大に加え、労働人口の減少による経済的な負担が爆発的に増えるとされている。そしてそうした社会に対する対策もさかんに叫ばれているような気がする。その中で医療を実践する現場の中身のイメージはつかみにくく、ピックアップされにくい部分ではないかとも思う。しかし、人間が年をとることを止めることはできず、確実に高齢者が増えていくことが現実であり、そういった中で実践していく医療というものを真剣に考えなくてはならないのではないかと感じた。高齢者医療と地域医療は切り離して考えることはできないものであり、そうした中で基軸として考えていかなければならないのが地域包括ケアシステムであると思われる。公立みつぎ総合病院を中心として行われている地域包括ケアシステムの概要を図２に示した[2)]。実に多様な部門から構成されており、各々がこのシステムを支えているということを、実習を通じて痛感させられた。そこで行われていることの中でも特に重要であると感じたのはチーム医療であり、今までイメージしていた、「病院内に限ったチーム医療」とは異なるものであったように思う。高齢者医療にとって今後より求められていく医療の形がこのような「病院という枠を超えたチーム医療」なのではないかと思う。例えば、入院した患者さんが自宅に退院するのであっても、高齢者であれば在宅医療が必要になる部分も多いで

あろうし、入院前とは生活環境にも変化が必要になるかもしれない。そうした際に適切なアドバイスを提供することが求められるであろうし、そのためには医師や看護師だけでなくリハビリテーションスタッフや栄養士、介護職の視点から専門的な情報提供が必要になる。また在宅が困難であれば福祉施設に入所という選択肢も考慮しなければならない。こうした対応が病院を基軸として行えることにより、患者情報の提供や緊急事態に対する対応がよりスムーズになり、より質の高い医療が提供できるのではないかと思う。さらに予防の段階から患者さんと接していることにより、いざ医療を受ける立場になった際にも、不安感は少ないであろうし信頼関係も築きやすいのではないかと思う。そして、そうした連携をしなければならない人材がひとつのシステムの中にあることが、より効率的に行うことにとって需要なのではないかと考えられた。このようなシステムを充実させることとともに必要になってくるのが適切なコミュニケーションをとれるということではないかとも感じた。地域医療に限らず、一人の患者さんをいろいろな方面から診るということは非常にメリットが多いことであるが、その情報を共有できなければならない。今回の実習の中でも感じたことであるが、カンファレンス等で共有するまでもないと感じるようなことでも、気軽に話し合えるような関係が理想なのではないかと思う。特に高齢者は小さな変化が予後に影響したり、本人の訴えが少ないこともあり、日常の中でのささいな気づきを大切にすることが求められるのではないかと考えられた。医師には医師、看護師には看護師の接し方があり、介護職の立場、さらには保健福祉的な立場からの接し方があり、それぞれに違った患者さんへのイメージがあると思うので、一人の患者さんに対して多職種が関わるということも他にはないメリットであると感じた。もちろんそうした情報を的確に統合し処理して、よりよい医療が提供できるようにする能力が医師には必要でもある。

また、患者さん側からのメリットになる側面だけでなく、地域医療に適したシステムを構築するということは地域を支える基盤にもなると感じた。このようなシステムを構築し、維持するということはそれだけで、かなりの人材を要するものである。平成24年４月現在で公立みつぎ総合病院は関連施設も含めて職員数が644人である[3)]。これは一つの地場産業であると考えることもできるし、さらなる充足が医療の面でも経済の面でもプラスになるものであると思われる。ただし、その根底には経営が健全であることが前提であり、この課題は全ての地域において容易にクリアーできるものではないことが現実である。実際に、経営面での不健全化が顕著になれば、それはいずれかの部門の縮小化を意味し、システム全体として成り立っている包括ケアシステムにとっては全体が不安定になることである。一つの部門が縮小されるだけで、その連鎖として他の部門にも影響を及ぼす、綱渡り的なものであるとも感じた。例えば、保健師の数が削減されるだけで、　保健福祉業務の円滑さが失われ、それはひいては在宅医療や訪問介護の崩壊につながるのではないかと思う。医療的な安心感が得られないということは、その地域に暮らす人にとっては大きな不安である。しかし逆に、医療的な安定感があるということは、その地域に安心して暮らせる大きな要素でもあり、それは地域の活性化に多少なりともつながるのではないかと思う。すぐには結果がでなくても、地域が活性化するということはその地域独自の魅力を生むということであり、それはその地域で生活してもよい、生活してみたいという可能性を生むのではないかと思う。長期的な展望としては、そうした積み重ねによって、地域医療における医師不足、偏在化といった問題を解決するための一つの手段になると思う。もちろんこうしたシステムを支えるためには、政治の力も不可欠であると思う。場当たり的な対策ではなく、本当に必要なのは何であるのかを吟味した結果というのが求められるのではないかと感じた。

地域医療においては確かに専門性を求めることはできないかもしれない。しかし、健全な地域医療が提供されているということは、今後の日本における医療を行っていくために不可欠なものであると考えられた。そうした現場にはどのような人がいて、どのようなことが行われ、どのように患者さんやその家族と接していくべきなのかを、実際に自分の体験として経験できたことは、今後の自分の医師として

の方向付けに大きな意味を成すものになった。これからの日本における医療者として欠くことのできない体験をできる、地域医療という場がより充実したものになり、できるだけ多くの人が積極的にそれに触れることができる環境というものが、今後の日本の医療がより良い方向に向かうために必要なのではないかと考えられた。

【資　料】

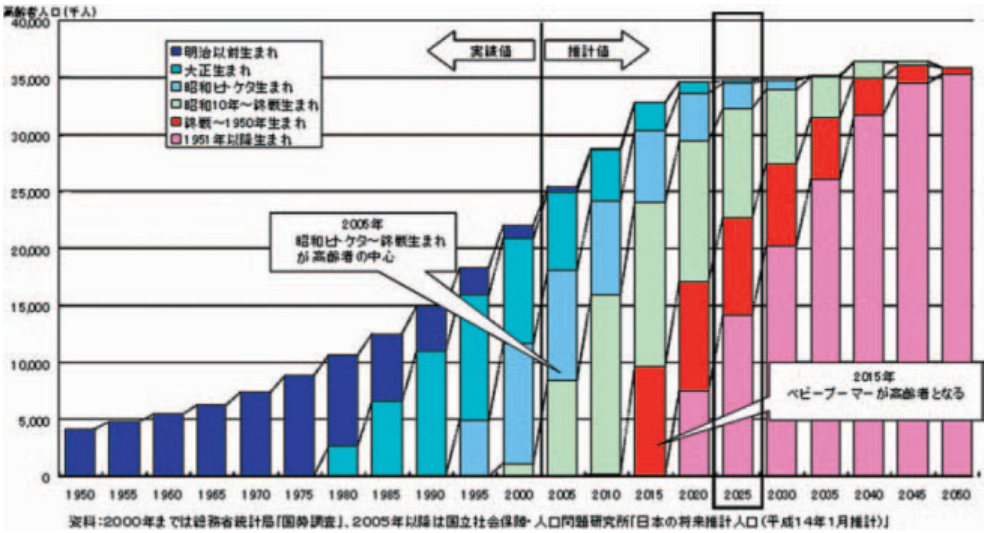


図1　今後の日本の人口推移予測

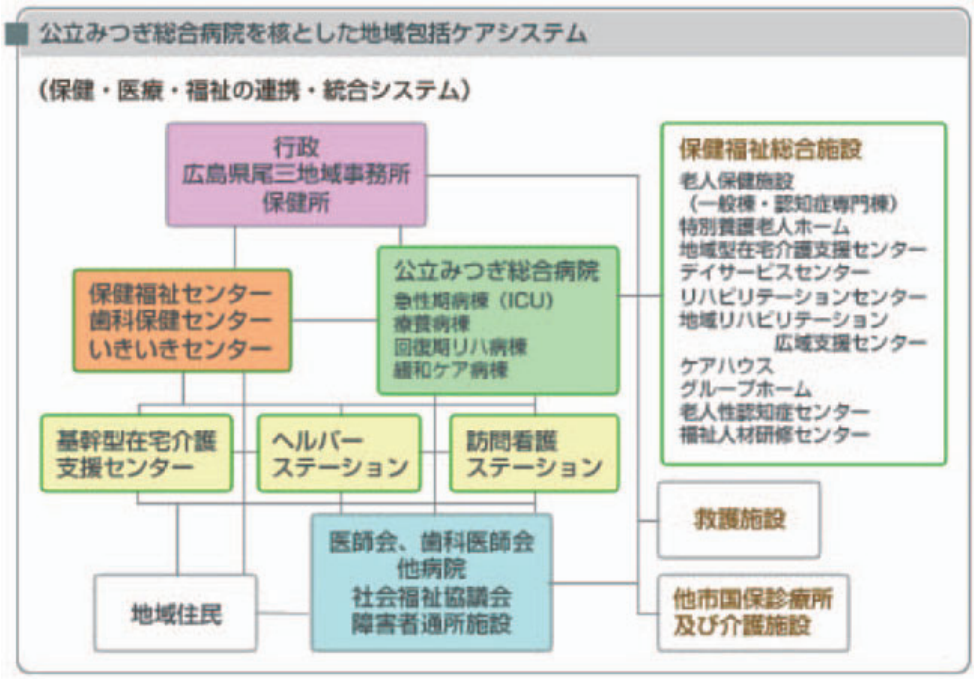


図2　地域包括ケアシステムの概要

【謝　辞】

今回の地域医療実習では、今後の自分がどのような医師になりたいのかを改めて考えさせられるほど多くの印象深い体験をさせていただきました。そのような貴重な体験をさせていただけたことは非常に幸運であると思う一方で、公立みつぎ総合病院の皆様や、地域医療システム学の先生方の多大なご尽力

のおかげでもあると思います。ありがとうございました。

【参考文献】

1）今後の高齢化の進展　～2025年の超高齢社会像～　―厚生労働省
www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf

2）公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会ホームページ
http://www.kokushinkyo.or.jp/tabid/36/Default.aspx

3）公立みつぎ総合病院ホームページ
http://www.mitsugibyouin.com/index.html

その他

・山口　昇「実録寝たきり老人ゼロ作戦
地域包括ケアシステムの構築をめざして―公立みつぎ総合病院45年の軌跡」

・「公立みつぎ総合病院　地域包括ケアシステムの概要（ポイント）」

石　井　潤　貴

実習期間 2012年6月25日～29日　　**実習施設** 安芸太田病院

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町である。総人口7388人、総世帯数3387世帯、高齢化率は44.46％と、超高齢化社会である。広島バスセンターから１時間ほど高速バスに乗ると訪れることができる。恐羅漢山、三段峡、温井ダムなど広島県でも有数の観光地である。

安芸太田病院は、戸河内ICから車で５分ほどの位置にあるへき地医療拠点病院であり、総病床数199床（一般病床105床　精神神経科病床94床）、入院45,280人（延べ）124.1人（１日平均）、外来55,804人（延べ）189.8人（１日平均）という、安芸太田町の医療の中核となる病院である。建物は３階建て、西病棟（認知症病棟、療養病棟）と東病棟（一般病棟）に分かれており、耳鼻咽喉科や脳神経外科は週１回広大病院から医師が派遣されるなど、常勤医師と非常勤の医師の応援によって運営されている。

2. 実習内容

［週間スケジュール］

月曜　午前：オリエンテーション・外来実習　午後：認知症病棟・リハビリ・各種委員会　夜：当直
火曜　午前：健康づくり課（断酒の会）　午後：訪問看護　夜：当直
水曜　午前：看護実習（一般病棟）　午後：救急外来対応・CGA
木曜　診療所実習（吉和診療所）　午前：診療所外来実習　午後：往診実習
金曜　午前：外来実習（広大病院　松本先生）　午後：総括・評価

［1日目（6／25）］

９：30に病院到着し、事務主任の斎藤さんより１週間のスケジュール説明を受けた。その後、院長先生にお会いし、地域医療についての話を聞かせていただいた。その後外来実習。自治医科大学出身の先生についた。この病院の先生は、一般の内科医のような診察だけではなく、小児の予防接種まで自ら行っている。この時は兄弟が日本脳炎ワクチンの接種に来ていた。この日の外来は、自分の知識量の無さを今までで１番痛感した時間だった。糖尿病や腰部脊柱管狭窄症といったよく見られる疾患から、Kartagener症候群のようなまれな疾患が見つかることもあるとのことだった。地域で働く医師は幅広い知識を要求されるものなのだということを肌で感じ、総合医になるためには自分は勉強不足だと、危機感を強く持つことができた時間だった。

午後は、認知症病棟で実習させていただいたが、この実習は本当に衝撃的だった。まず音楽療法実習で、患者とともに歌を歌った。うさぎとかめのような童謡から、ラバウル小唄などの軍歌も、患者さんに教えてもらいつつ歌った。認知症でも重症度が違うようで、普通の人と同じようにコミュニケーションが取れたり、目を合わせて笑いあったりできる人もいたが、音楽療法中でも失見当識や徘徊が多くの患者に見られた。

次に病棟案内。すべての部屋には施錠がされている（例えイベント中で誰もいない状態でも施錠されていた）。さらに窓はほんの10cmくらいしかあかないようになっており、病棟入口、非常口にも施錠されていた。これに関して、師長さんから「これって人権侵害じゃない？」と問いかけを受けた。「患者さん、周囲の人の安全を考えると必要なことだが患者さんの自由を奪っていて、両面性を持っていて一

概に良いとは言えない」と回答したが、「精神保健福祉法に基づいた医療保護入院や措置入院ならこのような閉鎖的な空間に置かれるのも合法である」という考えが必要だったと思う。その後、アルツハイマー型認知症の84歳女性と10分ほどコミュニケーションを図った。コミュニケーションについては健常人とほとんど変わらなかったが、一部会話に整合性がない部分はあった（自分の年齢を70歳くらいと言った、など）。師長さんの話の中に、「アルツハイマーの人は取り繕うのが上手で、少し話すだけなら普通の人とほとんど変わらない」というものがあったが、本当にその通りで、家族以外の人による認知症の発見の難しさを感じた。

その後、リハビリ科にて理学療法見学。中心性脊髄損傷の男性に対する、歩行訓練を見学した。また、膝関節人工関節置換術後の女性のリハビリも見学した。その後、理学療法、作業療法、言語聴覚士の業務について紹介を受け、特に理学療法についてくわしく教えていただいた。電気療法、腰椎の牽引、車椅子のセットのしかた、運転のしかた、車輪でバランスをとって浮く方法など、楽しみながら体験させて頂いた。普段理学療法士の業務を見学することがなかったので、とても興味深かった。

夜、当直の患者が来なさそうだとのことで、院長先生がホタルを見に連れて行ってくださった。人生で初めて見たのだが、あまりにも壮大で言葉にならないほどだった。1日目にして最高の思い出ができ、この日落ち込んだこともあったがポジティブな気持ちに戻ることができた。

［2日目（6／26）］

午前中、保健医療福祉統括センター（病院近くに併設）にて、センターの業務について紹介を受けた。保健医療福祉統括センターの役割は、小さな子供を抱える母親、認知症を抱える高齢者など、地域での生活が難しい人がなるべく在宅で、地域で暮らすことができるように支援することである。小さい街だからこそ、町の中核病院の隣に統括センターを置いて、病院の帰りにすぐ福祉の紹介、保健（疾病予防の啓蒙や母親の支援）が行えるという利点がある。

その後、9時半から断酒の集いに参加。堅い雰囲気で断酒の方法について話し合い、お酒を飲む話はタブーだというイメージを持って臨んだが、現実は談笑しながら自分の過去のお酒に関する経験を話して行くものだった。お酒をどこに隠していたとか、仕事中に飲んでいて怒られたとか、本当に笑い話の連続で、印象と全然違っていて驚いた。しかし、その中でも司会者を中心に依存していた頃の行動・思考の異常さを節目で振り返り、「あのころは狂っていたな、あんな状態には戻っちゃだめだよな」と、皆さんで強く再認識していた。やわらかい雰囲気の中で、みんな一緒に依存の恐ろしさを振り返り、意識に定着させるという手法は断酒する上で最も効果的なのだろうと感じた。医師としては、かならず飲酒歴をきいて、アルコール依存症の感じがあったら酒を「少しくらいならいいよ」などと安易に勧めないこと、断酒の会という会合の存在を患者に知らせてあげることが重要だと感じた。

午後は訪問看護実習。訪問看護は、病棟での看護と行う内容は変わらないが、在宅での医療となるため、最新の治療も集中的治療もできない中、自宅で過ごしたいという患者の意思を尊重する看護をおこなう。オリエンテーションで、訪問看護計画書という紙の存在を知った。看護師は医師の指導がないと処置ができない。そのため、医師は訪問看護師のために、計画書を書かなければならない。医師になる前に他の職種の仕事内容も知り、思いやりながら仕事をすることが大切なのだということを知った。

この日は2件回った。1件目は糖尿病、閉塞性動脈硬化症で、両下肢切断の全介助の女性で、言語でのコミュニケーション表出が不可能な状態だった。胃瘻のカフの生理食塩水の交換を行った。息子さん夫婦がすべての介護（栄養剤注入、血糖値測定、インスリン注射など）行っておられ、家の広さや息子さんの職業が在宅介護にかなり都合が良く、在宅介護のストレスが比較的少ないまれな例だということだった。

2件目は86歳女性、車で40分くらいかかるものすごい山奥に独居されており、まずこの生活環境に圧

倒された。第２腰椎圧迫骨折、直腸がんで直腸切除、人工肛門造設、認知症の既往があり、今回は様子を見るのと、人工肛門のケアのために訪問する予定だった。ところが、自宅に上がって待っていたところ、患者さんはほとんど歩けない状態だった。話を聞くと、こけたり打ったりしたわけでもないのに今日朝起きた時からずっと右膝が痛いとのことだった。膝を診察し、変形性膝関節症が強く疑われたが、なぜ今日から突然痛み始めたのか（認知症があって記銘力が完全ではないことも、病歴聴取を困難にさせた）わからず、みんなで相談した結果救急要請し、安芸太田病院に20分かけて搬送。Ｘ線撮影施行したところ、変形性膝関節症と同時に右大腿骨頚部骨折が見つかり、これが強い痛みの原因だと判断、入院とし、人工関節置換術を施行するか、家族と今後の方針を決めることとした。この方が一番印象に残った患者さんだった。

［3日目（6／27）］

午前は一般病棟看護実習。まず看護師長と面会し、今日の午前の実習について説明を受けた。その後、看護師の服に着替え、一般病棟の看護師さんに付いて一緒に入院患者の看護をした。

安芸太田病院の病棟は大きく分けて３つ。一般病棟は急性期病棟だが、大学病院との違いは、病棟が科によって分けられていないことで、これは安芸太田病院に診療科が多くなく、建物も大きくないからとのこと。ベッドの分け方はADL別で（オムツをしている人はまとめておいて、夜の排尿の対応で必要以上の人を起こさないようにする、など）、看護がスムースに行えるようになっている。また、転倒・転落リスクによって危険度軽度・中等度・重度にわけ、ネームプレートの横に色分けでわかるように表示しておき、呼び出しの時に注意できるようにしてあるとのことだった。

看護理論についても少し学んだ。看護は全てエビデンスに則って行う。その理論にはいくつかあり、安芸太田病院では「NEED理論」を用いている。健康な状態とは人間の基本的欲求が満たされていることであり、その欲求が満たされていない場合に看護介入を行うというもの。看護介入の基準となるエビデンスが何種類もあり、そのエビデンスに沿って看護介入していることは初めて知った。自分の他職への無関心を恥ずかしく思った。

１件目、男性患者の着替えと体を拭いた。服は脱ぎやすいように、脱ぐ時には健側から、着る時には患側から。体をふくタオルはある程度冷ます。四肢は末梢から中枢にむけて拭く（血流を促すため）。服のシワでも褥瘡ができるので、シワはなるべく伸ばす。体位変換で皮膚がベッドに擦れるだけでも褥瘡の原因になるのでなるべく体を浮かせる。これらのようなたくさんの看護技術を教えてくださったが、なかなかうまくはいかず、患者さんには苦痛を与えてしまったと思う。力の抜けた体は非常に重たく、かなりの力仕事かつ患者の痛みを考えつつの気を使う仕事で、ただ体を拭いて着替えるのでも常に頭を使う難しい仕事だと知った。

２件目は女性患者の褥瘡処置と洗髪。前院からすでにあった褥瘡の処置として、洗浄と保護を行い、その後、洗髪を実施した。力加減がわからないときは、「自分の親だと思って」行うように、という看護師さんの言葉はとても印象的で、看護師さんが普段からどれほど患者さんと長く接し、患者さんのことを思っているのかがとてもよくわかる言葉だった。看護師さんの仕事はポリクリの時にも本当に大変そうだと感じていたが、実際にやってみて、担当患者を何人も持って、毎日昼夜問わず看護しつづけるという業務の大変さを肌で感じた。本当に尊敬できる人たちだと思ったし、将来一緒に働く上では看護師さんの大変さを絶対に忘れてはいけないと感じた。

午後は外科外来にて結城先生と実習。Comprehensive Geriatric Assessments（高齢者総合機能評価）を実際に行った。ADL評価としてバーセルインデックス、認知機能評価として長谷川式知能評価スケールを用いた。自分は84歳女性に施行し、長谷川は８点、バーセルは40点と、かなり認知機能、ADL共に低下していた。HDS-Rに関しては、点数を聞くとなんとなくどのくらい認知力が低下しているのかと

いう印象はつかめるだろうなと感じたが、同じ点数でもどのような得点の仕方だったか、という詳しい様子も重要なのではないか、という疑問を持った。

その後、療養病棟を回り、説明を受けた。療養病棟は本来、「施設への移動待ち、家庭への帰宅待ちの患者、また、緩和的医療を行う患者」など、一般病棟ほどの医療が必要ではない人たちのための病棟として建てられる物で、保険点数も積み立て式ではなく、DPC（Diagnosis Procedure Combination）を採用されており、疾患ごとにどんな処置をしても金額が一定で決まっている。そのため、高度経済成長期に療養病棟がどんどん建てられた。しかし、厚生労働省の方針で医療費を減らすために、療養病棟がどんどん減らされている。さらに、家での介護ができない、施設の空きがないなどの理由で療養病棟がいっぱいになり、結果として急性期病棟である一般病棟から療養病棟への移動ができず、入院治療の効率が下がり、運営と治療に支障が出るという問題があることだった。

【4日目（6／28）】

この日は吉和診療所にて外来実習と往診を経験した。担当の吉川先生は話を伺うと本当に患者思いで、口調は物静かだが患者のために粉骨砕身している熱い先生だった。内科といっても山の中の診療所なので来た患者の処置はなんでもする。多いのは、腰部脊柱管狭窄症による腰痛、坐骨神経痛。処置として痛み止めの注射を希望する患者は多く、仙骨裂孔ブロック、また坐骨神経ブロックを行うことは多いとのことだった。先生は触診で坐骨神経を触ることも可能とおっしゃっていたが、自分には全然わからず、これは患者さんを思う気持ちと知的好奇心の賜物なのだろうと感じた。整形外科的疾患のほかに、やはり認知症患者が多いことも地域の特徴で、吉和は高齢化率46％という超高齢化地域だけに、認知症の独居や夫婦で認知症の世帯が非常に多い。薬剤使用も難しく、特に抗不安薬の使用は夜間の怪我を増やしてしまうので、コンプライアンスの悪さが重大な事故に直結するし、また認知度が低いと医師が伝えた内容を記銘できず望んだ医療を提供できないこともままあるとのことだった。１日目の認知症病棟見学も衝撃的であっただけに、地域での認知症の問題はとても重いものだということが身にしみて感じられた。

診療所では最新の治療を行うことはできないし、技師さんがいるわけではない。そのため沈渣用遠心分離機があり、染色して標本を作り、顕微鏡での観察を自ら行う。医療器具用の洗浄機、オートクレーブ、心電図、エコー、レントゲンもあるが、全てひとりで行ってしまう。診療所は歯科診療所と併設になっており、レントゲンは歯科と共有。また保健所も併設になっており、ふだんは発熱外来待合室として使われている。また院内薬局があり、患者が限られているためふだんから患者ごとに薬剤を分包してすぐ処方できるようになっている。病院というよりはやはり地域密着型で各患者に対応しやすいようになっている様子を感じた。

実習中に先生から頂いた言葉で印象的だったものがいくつかあった。「風邪を考える時に鼻と耳を見ないのはあり得ない。」「わかるようになるには正常異常問わず数を見ること。」「知識の幅を広げるために、臨床研修では１週間に半日でもいいから時間を作って先生に教わりに行け。」当たり前に思えることでも、自分の心が弱いといつも続けることはできないことばかりで、改めて吉川先生のすごさを思い知った。

午後は往診実習。先生、看護師と４人で、車で４件回った。うち１件はデイサービスで診療した。特に印象的だったのは、数日前からふらつきで立ち上がり、歩行が困難になっていた女性患者。血圧ももともと一定しなかったようだが、シェロングテストで明らかに起立時血圧が20以上低下した。しかし、ふらつきの原因は起立性低血圧症のみと断定せず、原因検索と歩行リハビリのために入院を計画し、この日の往診は終わった。血圧測定、採血、ヒアルロン酸注射等、先生の手技の手早さが印象的だった。

【5日目（6／29）】

午前は松本先生と一緒に外来実習。初診の患者さんの予診・身体診察をさせていただいた。患者さんに身体診察をしたのは初めての経験だったので、緊張したが、患者さんはみな優しい方ばかりで、診察も快くさせていただき、「ありがとう」「がんばっていいお医者さんになってね」とたくさん声をかけて頂いた。とてもうれしかったと同時に、患者さんの期待を裏切れない責任感も湧きあがった。しかし問診で症候から鑑別を想起する力が全然ついておらず、総合医の難しさとやりがいを実感できて、とてもありがたい時間だった。今後も問診の機会があれば今回の経験を生かして積極的にしていきたいと思う。

午後の総括では、１週間の内容、感じたことについて松本先生とお話させていただいた。同時に、医師偏在という、現在の地域医療の問題について、先生とディスカッションした。この内容については後述するが、私にとってはものすごく充実した時間だった。実習直後だったことと、先生が自分たち学生の意見を真剣に聞いてくださっていたことで、自分の正直な意見も非常に言いやすく、今後もこのことについて考えてみたくなった。

3. 考　察

今回の実習で、私が感じた疑問点・問題の中で、特に大きかったものは次の３つである。①高齢化社会における認知症の問題、②山中で暮らす高齢者に対して、どのように医療を提供するか、③地域で働く医師を養成するために必要なこと。文字数の制限上全てここで考察するのは難しいので、③について考察する。

マッチング制度が医師卒後臨床研修に取り入れられてから、入局せずに研修先を決める医師が増えたことで、医局の地域への医師派遣能力が落ちたことが、医師偏在の大きな要因のひとつとされているが、私が大学という環境で生活し、医学を学ぶ中で、医師偏在にはこういう理由もあるのではないか、という考えがいくつか浮かんできた。確固たるエビデンスに基づいた意見・提言ではないことは承知だが、あえて今回の実習と、これまで医学生として生活する中で、肌で感じてきたことを、僭越ながら考察として書きたいと思う。

（１）症候から考える

地域で働く医師を増やすためには、１年生の時からシナリオ検討・チュートリアル方式の学習をもっと取り入れることが必要だと思う。

私が医学を学んできた中で一番おもしろいと感じてきたのは、「症候から考える」ことである。具体的には、病理学、症候診断学で採用されているシナリオ検討・チュートリアル方式の学習である。もちろん臓器別に疾患を学ぶことも不可欠だと思うが、ひとりの患者が経験してきた症候を推察していく思考プロセスが、医師という職業の醍醐味のひとつであるし、そして、地域医療に必要な総合医は、まさにこの「症候から考える」ことに重点を置いた医師だと思う。

医師を志す日本の高校生の中には、「受験勉強が本当に楽しかった」という医学生が少なからずいる。そして、こういう人たちは本質的に、難しい問題にあたって、考えながら解答を導き出そうとするプロセスが楽しくて勉強してきた人たちなので、総合医にはかなり向いているのではないか、と私は感じている。西条キャンパスでの１年間は、好きなことをできる時間だと思うが、現状医学生の中には無駄にしている人が多いのも事実である。一般教養も大事だが、思考することが好きな医学生たちが「大学のゆるさ」に染まってしまい、受験期の知的好奇心を失う前に、「症候から考える」という楽しさが医学にはあるということを知ることが、総合医を、ひいては地域医療に従事したいと考える医師を増やすことにつながると私は感じている。

医学的知識がほぼ無い状態で症候を考えることなど不可能だろうという意見もあると思うが、例えば

頭痛で来院した患者のシナリオであれば、そもそもなぜ頭痛が起こるのかを知るためには組織学、解剖学の知識が必要になるから、そこからこれらの学習の枝葉を広げることは可能だと思う。縦割りで組織、解剖、生理…というように講義を受ける必要が必ずしもあるわけではないと感じている。

しかし、モデルコアカリキュラムに沿いながらも症候診断メインで講義を行う、というのは非常に効率が悪いし、そもそもシナリオ検討の方式に時間がかかりすぎる点も難点である。また、１年生の講義のスケジュールを変えるためには大学全体で動かなければならない。日本の医学教育システム全体にかかわる問題なので、実現は現状かなり難しいだろうとも思うが、時間はかかっても症候から考えることに少しでも重点がおければ、地域医療の問題の打開につながると考える。

（２）地域医療のイメージ

医学生の中には、どうしても地域で働くことにネガティブなイメージを持ってしまう人が多いと思う。「地域だと都市部のような快適な生活が望めない」、「地域だと最先端の医療から遅れてしまう」、「地域で働くのはとても大変で、体が休まる暇もない」、といったことをよく耳にする。これらに対して共通して言えることは、そもそも地域での医療を体験していない医学生が持つイメージである、ということである。まずは、医学科に入ってできるだけ早い時期に、地域での医療体験実習を全員がしてみるべきではないだろうか。

都市部の快適さが望めない、医師が少ないだけに１人の負担は大きい、といった問題は否定することはできない部分もある。しかし、医学生の中には、いわゆる「町のお医者さん」にあこがれて医師を志した人が少なからずいるはずで、そういう経験が少しでもある人たちが地域の医療を５年生まで知らないまま講義室で講義を受け続けるのはもったいないと感じる。もちろん地域医療の講義は私も受けたが、講義室で話を聞くだけでは絶対に知り得ない魅力が地域にはあること、そして地域で働く魅力は、こういったネガティブなイメージを十分に払拭できるほど大きいものだと、今回の実習で私は感じた。同じように感じる医学生は必ず多くいると思っている。

また、地域医療に対するネガティブなイメージは、同じように地域医療を体験していない周囲の人間からの情報で構築されることが多いと私は感じてきた。私自身、子供の身を案じる両親の気持ち、都市部で勉強して最先端の医療を身につけると言う同期の学生の意見などが、知らないうちに自分の中に地域医療に関するネガティブなイメージを構築してきたと感じている。このような環境を全て一度に変えることは不可能なのだから、まずは、早い段階で地域医療を知ることで、自分の中に、他人に左右されない地域医療の確固たるイメージを作ることが、将来地域で活躍する熱意ある医師を増やすことにつながると私は思う。

私は今回実習をしてみて、もっと早くから地域医療の魅力を知っていれば、と強く思った。調べてみると、地域医療セミナー夏合宿・冬合宿という魅力的な活動があることを知った。もっと早くから総合医の魅力、地域医療の魅力を知っていれば、これまで過ごしてきた時間をもっと有意義にできたかもしれない、と感じた。もちろん、先生方がふるさと枠の学生だけではなく一般の学生にも地域医療を早期に体験させられるよう尽力されていること、そしてそれが非常に難しいことは、松本先生のお話で存じ上げている。１年生のあいだに、医学生が症候から考えることを知り、そして１週間、できれば１カ月、地域医療実習を皆が経験できるようになれば、医師偏在の解決に大きく近づくはずだと私は感じている。

4. 謝　辞

今回の実習では、多くの方のお力で本当に有意義に学ぶことができました。充実した実習を企画してくださった先生方、５日間お忙しい中ご指導くださり、生活全てをサポートしてくださった安芸太田病院、吉和診療所、保健医療福祉統括センターの先生方、スタッフの皆さま、そして実習に快く協力して

いただいた安芸太田町の皆さまに、心から感謝いたします。

　このレポートでは今回学んだことを書ききることは到底できませんでした。5 日間にわたって学んだこと、感じたことは別途ノートに書きしるしました。このノートは自分の宝です。これを今後の学習に活かし、医師となってからの自分の土台として日々努力していきます。ありがとうございました。

5. 参考文献

1）安芸太田町HP　http://www.akiota.jp/

2）ふるさとドクターネット広島HP
http://www.dn-hiroshima.jp/www/toppage/0000000000000/APM03000.html

村　上　　旦

実習期間 平成24年11月26日～30日　　**実習施設** 神石高原町立病院

1. 神石と神石高原町立病院の概要

神石高原町は広島県の中東部に位置し、岡山県に接する町である。平成16年５月に油木町、神石町、豊松村、三和町の合併にて誕生した。人口10,362人、面積381.61km^{2}であり、特産品は神石牛、トマト、米、こんにゃく、ぶどう、えごまである。

神石高原病院は国道182号線沿い福山と東城の中間に位置する僻地医療拠点病院である。平成21年４月より広島県から神石高原町に移管され、県内初の公設民営方式で運営されている病院である。地域密着型病院として機能し、地域の初期救急医療のみならず人工透析機能を有している。一般病床47床・療養病床48床の混合型病院であり、常勤医は４名で、診療科は内科、外科、脳神経外科、神経内科、循環器内科、泌尿器科、整形外科、眼科及びリハビリテーション科である。救急医療は初期医療を実施し、無医地区への往診も行っている。人工腎臓センターは広島大学と提携しながら週３回稼働し、その他地域の学校医活動や予防接種等の保健活動にも参加している。

2. 実習記録

［実習1日目　11月26日（月）］

広島６：27発福山６：51着の「のぞみ」にて駅到着後、タクシーに約１時間揺られて神石高原町立病院に到着した。「とにかく寒いですから」と事前に電話確認した際、事務の方からご忠告を頂いていたが今朝は雨天のためむしろ若干暖かかった。30分程オリエンテーションを受けた後、最初に見学させて頂いたのは人工腎臓センターであった。当センターでは13名の患者が週３回広大病院と提携しながら管理を受けている。人工腎臓センターの維持は町内患者会の働きかけにより、神石高原町病院の最も重要なっているが設備維持費がかさみ、かつ医療保険の制度上必ずしも採算に合うものではない。人的資源の乏しい僻地には都市部からくる医師を頼りにするほかなく、交通ネットワーク整備の重要性を改めて認識した。11時～12時半にかけて食事介助実習を受け、胃ろう栄養及び経鼻経管のお手伝いをさせて頂いた。やはり、高齢者の多い地域医療では嚥下など日常生活機能の低下へのフォローがどの科にも増して重要になってくる。私の介助した患者さんは比較的嚥下機能が保たれており、軟食をスプーンで口元まで運ぶとすぐに平らげてくれた。看護師の領分を医師になる身で理解することも重要であると感じた。看護師詰所の奥部屋で試食させて頂いた嚥下機能低下者用経口ゼリーは意外にも美味であった。いずれも甘味であったが特にカラメルプリンは私の舌では普段食べなれたコンビニのお菓子の味と区別ができない程である。午後の空き時間を利用した担当患者の問診・身体診察では血圧計が作動しないアクシデントがあったが、患者さんのご協力のおかげで多くのことが聞き出せた。幸いにも認知機能は保たれており、カルテの記載結果と問診結果に大きなずれは無かった。ただ、廃用症候群など高齢者医療特有の問題点がいくつか見られ、それらの問題点や社会的状況（同居人や年収、子供の居住場所や管理能力）を考慮、身体疾患の治療後の社会生活への道筋を立てる過程に地域医療のやりがいを見いだせた午後一番の院長回診やケアカンファでは、患者個人への対応というよりはむしろ、そのご家族への対応の重要性を学んだと言える。同じように予後が悪い症例でも、ある家族は延命を望み、別の家族は臨ます別れの覚悟を決めるなど、人によりけりである。このような時、医師は決して指示を下すことは出来ずただ選択肢をご家族に提供するのみである。また、いくら求められたとしても今の日本には積極的な安楽死

を認める法律はなく、医師は深いジレンマを抱えることになる。自分が一人前になった時には都市部でも現在のへき地医療が直面している高齢化が進行していることだろう。その時、自分は「延命すべきか否か」という大きな疑問に常に悩むことになるだろうと感じながら、１日目の実習を終えた。「延命中止の是非と地域医療」関して現役の地域医療従事者からもっと話を伺ってみたかった。

［2日目　11月27日（火）］

８時半より訪問看護に同行した。患者は３件でいずれも重篤な病態ではなく、慢性期の健康管理が主であった。また各患者とも認知機能や家族との関係は良好であり、家族を含めた患者教育を行いやすい環境にあることがうかがえる。私は２件目と３件目のバイタル測定を行わせて頂いたが、患者さんが自分の指示通りに動いて下さったので難易度は極めて低かった。ただし、各バイタルサイン測定中に患者さんから目を切らず、「寒くないですか」、「痛かったら教えて下さいね」などと声かけをしながら様子を監視することは怠らなかった。ただし、患者さんの人間関係や短期記憶を確認するためにお孫さんの話題をこちらから出した時、お孫さんがフリーターであることを患者さんの口から言わせてしまったことには悔いが残った。患者さんの様子を見たり、暖かい雰囲気を出そうとするあまり、患者さんとの距離感を見誤ってしまったことは大きな教訓である。ご家族や患者さんによる私たち訪問者への丁重な出迎えの様子を見ると、訪問看護には健康管理以外にも「見守られている」という安心感を与える意義もあるのではないかと思えてくる。「この年になると外にもあんまり出られませんから、看護婦さんたちが来てくれるとホント嬉しいねえ」と言いながら喜々として座布団やお茶菓子を出して下さったお婆さんの姿を見ると、地域医療が心理面でも患者さんに大きく貢献していることがうかがえてこちらまで嬉しくなってくる（もちろんお茶菓子はお断りしたが）。充実した訪問実習であったが、患者さんと家族の人間関係を把握する有効な手立てについてしっかり聞いてみたかった。

病棟診察を済ませ、午後は１時45分から高蓋診療所で週１回の内藤先生による出張診療を見学した。高蓋診療所は神石高原町病院が週１回医師を派遣している診療所であり、ほとんどの地域住民にとっては医療相談の場所という意味合い以上に談笑の場として機能している。湿布をもらいに来るだけであるから「湿布病院」と呼ぶ患者さんもいるそうだ。内藤先生自身、「高蓋診療所にどこまで意味があるかは分からないが、とりあえず手当が神石高原町病院に入るし住民にとってもないよりはましなはず」とおっしゃっていた。私たちが外来見学したときも外来は１人しかおらず、もっぱら先生による個人レクチャーを受けていた。この高蓋診療所も訪問看護同様に地域住民への心理的貢献が大きいものと思われる。もし自分が認知症で身寄りもない場合、徒歩圏内に週１回見てくれる医者がいればどれだけ心強いことだろう。17時からは２階病棟カンファが30分程あり、２日目の全日程が終了した。本日は地域医療による心的効果について考察した。

［3日目　11月28日（水）］

本日午前は外来見学であった。今週は地域医療システム講座学の松本先生が担当である。初診患者には学生がアナムネをとる。問診でも大いに至らない点を痛感させられたが、やはり自分の技術不足が最も現れた点は身体診察である。とくに心音と呼吸音の聴診では、異常所見はもとより正常すら満足に頭に入っておらず、今までの努力不足を痛感した。CDや学校提供のCODを活用して初期研修医となるまでに求められる最低限のレベルまで聴診できるよう努力したい。一方、問診に関しても後の松本先生による模範例と比べて聞きもらしがいくつか見られた。疾患１つ１つに関してもまだまだ知識が不十分で理解できていない部分が多かった。このようななかでも、松本先生がカルテの書き方を分かりやすく解説などして下さったので、得るものは多い見学であった。どのような順番で説明すれば他医師に的確な申し送りができるか、教科書に載っているキーワード（流行時期や好発部位）を実際の臨床にどう生か

すかを学ぶことも出来た。例えば、一般的に白癬菌感染の後発部位は乳房と腹部贅肉の間など、体幹部の風通しの悪い部位とされているが、入院中の体位によっては片側鼠径部の股関節の付け根が密閉されてその患者さんにとっての好発部位となることも少なくない。つまり、知識の丸暗記ではなくその理由を知ることで同様の原理で起こる好発部位以外の病変にも対処できるようになることである。これは国家試験の勉強に忙しくなる今からの時期の私たちがもっとも意識しなくてはならないことであると考える。ところで、実際に患者さんと接して感じたことがいくつかある。まず、高齢者は若年者と比べて自分の症状を纏めて簡潔に説明することが上手く出来ない。これは加齢による要因が最も大きいのかもしれないが、もしかしたら教育の違いも反映しているのかもしれない。次に、若年者は高齢者と比べて打ちとけた雰囲気を作り出すことが難しいということである。本日の患者さんの大半を占める高齢者に混じって1例若年女性の患者さんがいたが、あまり自分から症状を話そうとしてくれなかった。思春期であり多感な時期であるのかもしれないが、逆にこちらが聞く前から雪崩れるように話し始めたお婆さんとは対照的である。今回のような1回限りの問診なら良いが、何度も診察する場合は共通の話題（音楽、芸能人など）を模索して良好な関係構築に努めなくてはならないと感じた。また、高齢者であれば認知症により自己申告の信憑性を疑わなくてはならないことが多々あるのも難しいところである。患者の年齢層による対処の違いについて考察しながら外来見学を終えた。地域医療において高齢者好発の疾患をどのように対処すべきかコツをしっかりと聞いておくべきであった。

午後はシーツ交換、胃ろう水交換及び口腔ケアに同席した。シーツ交換は「ただ換えるだけだろう。あまり理屈で考えて行動する部分はないはずだ」と内心思いながら見ていたら、看護師が「褥創をふせぐためにシーツはしわを作らないようにしましょう」と言っていたので驚いた。やはり、何事にも理由がありその理解を怠ってはならないことをここでも実感したのである。と同時に午前に感じた同じことを午後の看護部門の見学では忘れかけていた自分が情けなかった。胃ろう水交換は特筆することなく終了したが口腔ケアは未知のことばかりであった。口腔内の汚れや痰の除去はかなり謙遜されていたが、我々学生と鮮やかなプロの手付きには一朝一夕には埋まらない大きな差を感じた。患者さんに苦痛を与えることなく短い時間で汚れをとる技術はみごとであった。しかも患者の様子を確認しながらこなしていたのである。パラメディカルの方々のきめ細かな技術に支えられて我々医師の業務は成り立っていることを実感し、3日目の実習も幕を閉じた。

［4日目　11月29日（木）］

午前8時に神石高原町立病院を出発して8時半から寺岡記念病院での実習を開始した。寺岡記念病院は全病床263床（一般病床211床、療養病床52床）の規模を誇る地域診療の中核であり、神石高原町立病院の母体でもある。まずは救急外来見学から、と担当教官の副院長先生が言いかけた矢先に一般病床の心筋梗塞、高血圧既往の患者さんがCPAとなり、私たち2名の学生を引き連れて病室に向かった。懸命の副院長先生によるCPRも実らず死亡が確認された。付き添いの妻とみられるお婆さんが泣き崩れる姿をみて、いかに患者さんが愛されていたかを感じ取ることができた。私の祖母が4年前に祖父を亡くした時もそうだったが、肉親の死は心理的な虚脱感と孤独感をもたらすものであるという。今回の患者さんの奥さんもおそらく人生の伴侶との死別に大きな衝撃を受けたことだろう。人生とは本人だけのものではなく、周りの人間とも共有されているのである。副院長先生が奥さんに「お父さんもだいぶ頑張った方じゃと思うよ」と言葉をかけていたが、将来同じような場面で私なら何と言うだろうか。このように予定とは大きく異なる出来事があったが、その後の救急外来見学は対照的に軽傷の交通事故を1例見ただけである。傷病者は10代の女性であり、事故のせいで週末の予定が大幅に狂わされたことに不満でいっぱいだったようだ。これ以外に外科外来も見学したが、私たちがいた1時間では2件しか来なかった。それも擦り傷程度のものばかりである。まさにこういう症例のために地域診療や総合診療科は

存在するのだと実感した。限られた人的資源を「広く浅い」症例に振り向けるにはどうした良いかを考えるために重要である。11時からは１時間外部介護施設「ジョイトピア新市」と見学したが、そこでは年に数回程度なら希望に合わせて、入所者にケーキバイキングやバーベキューを提供していることに驚いた。糖尿病や高脂血症の管理上は好ましいとは言えないが、入所者のQOLや満足度を高めるためのすばらしい工夫である。その他にもふもとの町を見渡せる展望室にサロンやリハビリ室、食堂があり、そこで和気あいあいと楽しそうにするお年寄りたちをみて、将来自分もこのようなところで暮らしてみたいと感じた。

午後は褥創管理を引き続き寺岡記念病院で見学したが、そこでは予想だにしない画期的な工夫を目の当たりにした。まずは、ベッドをマス目に区切って15分ごとに交互のマスの高さを交代させる仕掛けである。これは体位変換と組み合わせて褥創を起こりにくくする働きがある。２つ目の工夫はVAC（陰圧創傷治療システム）である。これは褥創部に１㎝高のスポンジが紙のように薄くなる程度の陰圧をかけて汚染物の除去と血流の維持を図り、褥創を治癒させるものである。稼働には週40万円かかるが、褥創治療の効果は良好である。大学病院では見たことがなかっただけに新鮮であった。以上の通り、規模の大きい中核病院と地域医療の関わりの最前線をこの目で見て、神石高原町立病院に戻り、弁当付の業者説明会を経て４日目も実習終了である。寺岡記念病院は東大との関連が強く、若手医師を東大医局から派遣されているが、大学病院の地域医療への貢献度の大きさも理解できた。やはり、これからの地域医療にも医局の存在は重要であると思う。

［5日目　11月30日（金）］

最終日の午前は８時30分から13時30分まで５時間の慢性疾患外来見学であった。予定より１時間延長したが、その理由は最後の患者さんの診察に時間が40分近く取られたことが大きいであろう。その患者さんは90歳代の女性で、僧房弁閉鎖不全症による慢性心不全を発症して通院を開始している今でさえ、ひ孫の代まで含めて一家の３食の用意をすべて一人でこなしている方である。医師の立場としては高齢の心不全患者さんには安静を第一とし、ハードな家事は控えるよう勧める必要がある。しかし医師と家族双方から、食事作りを娘世代に任せて隠居生活を送るよう再三勧めても患者さんはなかなか聞き入れようとしない。彼女の弁は「まだまだ働けるんじゃけえ、なんで（家事を）やっとったらいけんのん。やることがのうなるんは嫌じゃ」であった。つまり患者さんは、体の機能の衰えとともに「引退」を受け入れることは、自分の役割がなくなり存在意義が失われることに等しいと考えているようだ。「医師の相手は病気だけではない。患者さんやご家族の立場も組んで対処しなくてはならない」という旨の発言は、系統講義やポリクリを通じて幾度となく耳にしてきた。しかし、これほど実践が難しい言葉もないのではなかろうか。この患者さんは30分にわたる説得の結果、忠告を受け入れてくださった。その決断の裏にはプライドと妥協のせめぎ合いがあったことだろう。医療人としてだけではなく一個人としても他人の感情や立場の理解を怠らない人間でありたいと感じた。このような状況を再現したRPを組み入れてもよかったのではないかと思う。

午後は最終総括以外には、担当症例のリハビリ見学を行った。患者さんは軽度認知症であったがベッド上で自発的にリハビリ指導の復習を、体を動かしながら行っており、リハビリへの意欲や理解力、記憶力が保たれていることが分かった。リハビリの内容や進捗度も重要であるが、患者自身がどう感じているかも重要であり、それを観察する良い機会であったように思う。15時30分からカルテ総括を開始し、17時に神石高原町病院を出発して地域医療実習は幕を閉じた。

３．考　察

本実習では地域医療と都市部の医療の相違点を目の当たりとした。地域医療にはその特徴を踏まえた

上で考えられた対処が求められる。そこで、本レポートのまとめとして実習を通じて見出した地域医療と都市部医療の相違点をまとめて列挙し、最後に地域医療に適した医師の育成方法について考察する。

（1）地域医療と都市部医療の相違点（高久ら、平成19年）

1．医師の年齢層の違い

診療所で働く医師の年齢について、都市部の58.2±12.3歳に比べて僻地は54.3±14.1歳と若い。特に僻地では都市部に比して40歳未満の占める割合が高く（3.7倍）、比較的若い世代の医師が僻地の診療を担っていることがわかる。

2．家族との同居や配偶者の有無

都市部とも僻地とも配偶者の有無や同居している者の割合に大差はない。しかし、子供については同居している者の割合は都市部（57%）と僻地（43%）で、都市部のほうが大きい。また、その中でも中・高校生以上はそれぞれ43%と17%というように圧倒的に都市部のほうが大きかった。このことは、地域医療は子供のいない若年医師が担い手であることや、いたとしても教育上重要な中高校生の子供は都市部に残して単身赴任するケースが多いことを示している。

3．勤続年数と標榜科

勤務年数では、都市部（16.4±13.5年）に比べて僻地（14.5±14.2年）と都市部のほうが長い。また、専門診療科は都市部と僻地ともに内科が最も多く（それぞれ80%と87%）であった。次いで外科、小児科である。専門医かプライマリケア医かの質問については、都市部では専門医28%、プライマリケア医72%となった一方、僻地では専門医14%、プライマリケア87%と大きく相違している。

4．学会参加などの生涯研修

学会参加の機会は年３～５回以上と回答した医師の割合は都市部より僻地に高い。したがって都市部は僻地より生涯研修の機会に恵まれているといえる。プライマリケアの担い手である診療所医師が生涯学習を通じて診療の質を確保することは住民のQOL向上には欠かせない。遠隔地においても学びたいときに学べるIT技術等を駆使した学習システム構築が必要である。

5．医療活動の範囲

診療所ではへき地や都市部を問わず、外来診療など施設内での業務以外にも、保健、福祉、介護保険に関わる診療を求められている。しかし、へき地は都市部に比べて、学校医、幼稚園・保育園医、休日夜間診療、乳幼児健診、健康教育・患者教育、特別養護老人ホーム内医療、入院医療、デイケア内医療に従事する医師の割合が高い。このことから、へき地の診療所では都市部に比べて、医療に限らず保健や介護保険関連業務など幅広い範囲の業務を実施しており、都市部に比べてへき地医療の範囲が広いことが分かる。

6．診療所の医療設備

診療所の医療設備について、へき地と都市部ではともに、最も多いのは心電図で、次はＸ線撮影装置、さらにその次が超音波診断装置であった。へき地は都市部に比べて、人工透析装置やMR／CT断層装置を除き、内視鏡などの医療設備を所有している割合が高い。このことから、医療設備に関してはへき地の診療所の方が都市部の診療所よりも充実していると言える。

7．休日や休暇の現状

完全にフリーとなる休日の日数は都市部に比べてへき地の方が若干少ない傾向にある。また、長期休暇を取れる者の割合やその日数は都市部の医師のほうがへき地の医師よりも多い。このことから、都市部に比べてへき地の医師は十分な休暇や休日をとれていないことがわかる。十分な休暇や休日が取れないことは医師の心身に悪影響を及ぼしかねないので、休日や休暇の整備は重要な課題である。

（２）まとめ～地域医療従事者の養成方法に関する意見～

（１）に示したとおり、地域医療従事者の労働実態改善のためには休日休暇制度や生涯研修制度の改善、さらには医師の子供の教育環境の整備が重要となることが分かる。ここでは、さらに、（１）の結果を踏まえて地域医療従事者の入試選抜方法及び育成方法に関して意見を述べる。

まず、当該するへき地に愛着もしくは興味を持つ者がふさわしいため、県内出身者優先とすべきである。ただし、人材難の折、対象地域に興味がある者であれば県外出身者であってもかまわないと考える。したがって、受験科目の１つとして、「広島県（例）の地域医療の現状について知っていること及びそれに関するあなたなりの対応策を述べよ」や「広島県の○○町でのへき地医療をどうPRすべきか」など、地域医療への具体的な意見を問う小論文試験を行うべきである。礼儀作法や態度を主に見る面接は、得点化しやすい筆記試験と異なり客観評価が難しいので重きを置く必要はなく、むしろ入学後の特待生を対象とした地域医療プログラムへの出席率や課題得点、実習先での態度を元に表彰や懲罰を盛り込んで生徒に自省を促す制度を作るべきである。年齢制限に関しては、現役・浪人の受験歴は問わないが、地域医療に積極的に従事するのは比較的若年層であるという（１）の結果を考慮して、「受験時に25歳未満であること」等のように具体的な年齢制限を設ける。また、学力審査に関しても一般入試のように記述試験を本格的に行う必要はないが、ある一定水準の学力は保障されるべきであり、センター試験を活用すべきである。特に、医療制度や介護、社会保障について学ぶ素地を入学前から養うためにも社会は現代社会、政治経済、地理を全て必須にすべきである。また地域医療は幅広い診療の視点が必要であり、幅広い興味を養うためにも、歴史・国語など文系科目の配点を重視するのがよいであろう。

以上の通りに選抜した学生は、定期的に強制参加の勉強会にて、地域医療実習内容のプレゼンテーションをさせ、介護保険制度や学校検診制度、社会医学や公衆衛生など、特に地域医療で重要となる分野の補習を受講させるのも有効な手立てであると考える。現在、わが広島大学医学部医学科では基礎研究への学生の興味を向けさせるため、４年生のカリキュラムに基礎研究が組み込まれており、この結果、他の分野の履修時間が圧迫されている。むしろ、地域枠特待性には、基礎実習の時間を削ってでも、地域医療実習や社会医学の履修時間を増やすほうが良いのでないかと思う。

4. 謝　辞

本実習では都市部にはない穏やかな雰囲気の中で、看護実習や訪問看護など他科の見学ではできないような体験までさせて頂き、有意義な時間を過ごすことができました。広く疾患を見ることができる地域医療の魅力に直に触れることができ、指導医の服部先生を含めた神石高原町立病院の従業員の方々や関わったすべての患者さん並びに地域医療学システム講座の先生方には、心から感謝しています。

5. 参考文献

・『神石高原町（じんせきこうげんちょう）行政サイト』、平成24年11月30日閲覧、
http://www.jinsekigun.jp/p/town/introduction/outline/
・『地域医療テキスト』、平成21年３月15日、自治医科大学監修、医学書院
・『地域医療白書　第２号』、平成19年３月31日、自治医科大学監修、医学書院