

## 令和 5 年度 地域医療実習レポート

学籍番号 B164034	氏名 相京辰樹	実習期間 2023 年 9 月 4 日～8 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、平成 16 年に山県郡加計町、同郡筒賀村及び同郡戸河内町が合併して発足した、広島県北西部に位置する総面積 341.89 km<sup>2</sup> の町である。令和 5 年 8 月末の時点で 3,071 世帯 5,598 人の人口を抱えており、高齢化率は 52.18%に達する。高齢者の独居ないし二人暮らしの家庭が多いことが予想される。

安芸太田病院は、病床数 105 床(地域包括ケア病棟 53 床、療養病棟 52 床)を有する公立病院であり、安芸太田町及び旧山県郡芸北町(現・北広島町北西部)の約 600 km<sup>2</sup> の過疎地域において一般病床を備えた唯一の病院である。近年、広島市北部にある安佐市民病院の急性期機能が強化され、精神科病床が新設された。これに伴い、安芸太田病院は回復期(準急性期)・慢性期を担う病院へと機能転換し、精神科病床も閉鎖した。一方、本年 12 月には介護医療院 10 床が新設される予定である。両院は芸北地方の医療のために連携を深めている。

また、安芸太田病院には国保総合保健施設の保健・医療・福祉統括センターが隣接しており、地域包括ケアを目指して適宜連携し、住民健康事業や要介護者・要支援者・障害者の支援に取り組んでいる。

### 2. 実習内容 実習の日程及び概要を下表に示す。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	(1)介護保険・主治医意見書講義	(4)看護業務実習	(8)薬局業務実習	(11)雄鹿原診療所	(15)外来実習
午後	(2)CGA 及び主治医意見書作成	(5)退院支援実習 (6)訪問診療	(9)検査業務実習 (10)リハビリ実習	(12)特養訪問診療 (13)担当者会議	(16)総括
夕	(3)地域散策	(7)保険請求講義		(14)地域散策	

#### 2.1 安芸太田病院・雄鹿原診療所が構築する医療体制

安芸太田病院は地域包括ケア病棟・療養病棟を中心に医療を行っており、急性期の高度医療を主軸に置く大学病院とは対照的である。実習の初日には、介護保険に関するレクチャーを受け、高齢者総合的機能評価(CGA)を実施し、主治医意見書の作成を経験した。これらの業務は、回復期の病床を持つ病院だからこそ身近に経験できるものだろうと思う。まずは介護保険の枠組み及び申請過程、主治医意見書に書くべき内容について講義を受けた。この学びをもとに、病棟の患者に対して、改訂長谷川式簡易知能評価スケールや Barthel Index(BI)などを用いて CGA を実施し、病棟看護師に収集した情報の妥当性を確認した上で、主治医意見書の作成に取り組んだ。

火曜午後には MSW (Medical social worker)に同行し、退院支援の一環として、自宅環境で生活できるかどうかまでリハビリテーションが進んでいるかどうかを確認した。一口に退院といっても、転院や施設入居の場合もあり、そういった場合には他施設との調整が主な業務になるだろう。MSW の退院支援の在り方にも病院の特徴が出る。

病棟の業務内容でも、大学病院との違いを実感するところがあった。火曜午前、地域包括ケア病棟における看護業務実習の際に、看護師が担当する入院時評価には、認知症高齢者の日常生活自立度・転倒リスク評価・褥瘡リスク評価・栄養評価(SGA)の四項目があると教わった。ADL については、転倒リスク評価に「障害高齢者の日常生活自立度」が含まれているものの、大学病院のカルテでは毎入院時に BI が評価されていたから、これが行われていないことは驚きであった。この点について伺ってみると、安芸太田病院では BI はリハビリテーション部門が評価しているそうである。リハビリ部門が充実しており、多くの患者が早期からリハビリの介入を受けているからこそ、このような分業が可能になっているのだろう。また、水曜午後には検査部にて実際の検体を用いてグラム染色を教わった。大学病院の実習では自らグラム染色を経験する機会は中々なかったから、大変よい勉強ができた。

木曜日には、北広島町の雄鹿原診療所にて、さらに異なる医療に触れた。ここにはグラム染色も血ガスもない。頼りになるデータは、前回受診時の血液検査と、アネロイド式血圧計で取られたバイタルだけである。この診療所で最も大切にされていたことは、患者が自分自身の健康問題に対して自覚的に取り組むことであった。所長の東條先生

は、患者に健康診断の受診を勧める。その結果は、一つひとつ手作業でカルテに入力してきたという。その姿を患者に見せることで、健康診断の重要性の自覚を促す。処方薬の説明も通り一遍ではなく、患者が納得しながら飲めるよう、病状に対して必要最小限の薬を提案する。このような処方方は服薬コンプライアンスの向上にも役立つだろう。酸棗仁湯などの漢方薬も盛んに用いられていた。西洋薬は医師が判断した医学的病態に応じて処方されるものであるが、漢方薬は患者自身の体質(証)に応じて処方されるものであり、これもまた患者本人が納得して服薬することにつながっているように見受けられた。患者との会話にも工夫があり、患者の考え方や行動・態度を説明するようなメタ視点の発言が度々見られたが、これは患者が自己理解を深めるために役立っているのだろうと想像する。

医療体制の全体像のなかでは、それぞれの地域に根差したヘルスプロモーションこそが最も広く効果を発揮する。東條先生が健康診断の受診勧奨に骨を折っていたことは、まさにこれに当たる。いざ健康に支障をきたしたときには、プライマリ・ケアを担う診療所があり、コモン・ディゼーズや回復期・慢性期の入院診療に対応する安芸太田病院のような施設もあり、必要に応じて安佐市民病院や大学病院のような専門的医療を提供できる機関が役割を發揮することになる。本実習では、わずかな日数ながら、様々なレベルの医療体制に触れることができた。

## 2.2. 市民生活に寄り添う医療

人々の生活は自宅や介護・福祉事業所を拠点としており、その健康は上述の医療体制のみによって支えられるものではない。地域における医療者は、病院や診療所の外にある市民生活の場にも介入することもある。

医師が患者の生活拠点に足を運ぶ訪問診療は、臨時的な往診とは異なり、居宅における生活を継続的に支えるための計画的医療介入の一つである。本実習では、訪問診療に同行する機会が二度あった。ひとつは、安芸太田病院から個人宅への訪問であり、もう一つは、雄鹿原診療所から特別養護老人ホームへの訪問である。患者の状況は異なるが、いずれの訪問でも、病院や診療所で患者を待ち受ける場合とは異なる気づきが多くあった。訪問診療では、普段からケアに関わっている方とコミュニケーションを取りやすい。また、生活環境を観察できるので、本人の容体との兼ね合いを考察することもできる。本人の日中の過ごし方から、認知機能や精神状態を伺うこともできる。老々介護の家庭であれば、部屋の片付き具合などを観察することで、介護者の IADL まで伺い知ることができる。

介護・福祉サービスのプラン策定に医師が関わる場合もある。雄鹿原診療所では、サービス担当者会議に同席する機会を得た。この会議は法令によって定められているもので、介護保険の認定見直しの際などにケアマネージャーが主催する。雄鹿原では、ご本人の自宅において、ご家族の同席のもと、ヘルパー・老人保健施設の理学療法士・介護用品のレンタル業者などの介護・福祉関係者に加え、かかりつけ医と看護師が参加する。このように、ケアに関わるスタッフがもれなく参加するサービス担当者会議は、患者・患者家族が自身の状況に納得し、今後の介護や医療との関わり方を判断する機会となっている。雄鹿原では在宅看取りも普及しているという。ご本人が自身の健康状態と真摯に向き合い、家族や関係者を組織的に巻き込み、ケアの方針を共有できているからこそだろう。いわゆる Advance Care Planning (ACP) そのものである。この状況は、手放しに生じたものではなく、東條先生をはじめとする諸関係者の努力による。

病院における外来診療が病院の外の環境調整につながる場合もある。金曜日、安芸太田病院の総合診療科外来にて、左季肋部～左側腹部の違和感を訴える 80 代女性の初診を担当した。問診してみると、発症の時期も明確ではなく、症状も多岐にわたり、一方で顕著な身体所見はなく、ほとんど老化に伴う不定愁訴のように思われた。補中益気湯や芍薬甘草湯が効いたことがあったというので、正直なところ、今日もこれらを処方すればよいだろうと考えていた。しかし、なぜ敢えて今日受診されたのかが分からず、尋ねてみたところ、ご主人のデイサービスにあわせて来院したという。夫婦二人暮らしで、ご主人は要介護 3 の認定を受けており、家庭では介護に追われているとのこと。ルーチンで血圧を測定したところ、いつもより明らかに高い値を示している。何か変わったことはなかったかと聞いてみると、二日前からご主人の ADL が極端に落ちてしまって、介護者としての負担も増え、心労も大きくなっているとのことであった。診察を外来担当医の石田先生に交代し、詳細を聞き出してみると、到底このまま介護を継続できる

状態ではなく、また、ご主人にも医療介入が必要な状態であるとわかった。すぐにケアマネージャーと相談し、デイサービスの担当者にも連絡を取り、その日のうちにご主人の入院を検討する手筈になった。患者の家庭生活を意識した診療と、そこで得られた気づきを速やかに支援につなげるための連携体制の重要性を学んだ。

## 2.3 保険制度のなかにある医療・介護

火曜の夕方、医療事務のレセプト担当者から、医事保険・介護保険の請求ないし再審査のプロセスについて、実際のシステム画面や査定の書類などを見ながら詳しく教わった。大学でも医療保険の概要は学んでおり、その基礎となる診療報酬の改訂についても興味深いニュースの一つとして耳にするところであるが、病院における日常の業務として、電子カルテシステムのオーダーがどのような過程を経てレセプトとなり、支払審査機関に提出され、その後の支払い・再審査請求等につながるのか、大学病院の実習では全く触れたことがなかったから、大変よい学びになった。また、これまでの急性期病棟中心の実習では、DPC(包括評価制度)に基づく包括払い制度以外の仕組みに触れることはなかった。安芸太田病院は回復期・慢性期を主としており、地域包括ケア病棟と療養病棟の入院基本料を基礎として計算している。こういった枠組みの違いは、請求上・レセプト点検上配慮すべき点の差異にもつながりうることを知った。

実習では、制度と実践とを噛み合わせるための様々な工夫についても学ぶことができた。主治医意見書の書き方はその一例である。また、安芸太田病院は本年12月の介護医療院新設に伴って、介護保険上の診療・請求を本格化させることになり、目下その準備が進められている。介護保険と医療保険には様々な異同があるが、その中の一つに、リハビリの分類の違いがある。医療保険では、平成18年度診療報酬改定以来、療法を問わず疾患別リハビリとして処方されるようになっている。一方の介護保険では、旧来通りの理学療法・作業療法といった分類が維持されている。介護保険に従えば、大腿骨頸部骨折の患者には作業療法を実施できない、といった不思議な現象が生じかねない。リハビリテーション部門で実習した際にこの点を質問したところ、保険病名のつけ方の工夫と同じことで、たとえば、大腿骨頸部骨折の患者であっても、画像検査等で脳血管疾患の既往を見つけることができれば、作業療法の必要性ありとして随意に作業療法を実施することができるようになるだろう、とのことであった。

ところで、安芸太田病院では音楽療法の実践を見学できると期待して楽しみにしていたのだけれども、現在では行われていないとのことである。もともとは認知症患者のために音楽療法を行っていたものの、認知症患者に対応した介護保険施設が充実し、急性期の精神科医療については安佐市民病院に新設された精神科病棟が対応できるようになったということで、昨冬、安芸太田病院の認知症病棟・精神科病棟は閉鎖に至り、従って音楽療法の機会もなくなった。介護保険にまつわる制度変遷や環境変化の余波は意外なところに及んでいた。

## 2.4 多職種の仕事を学ぶ

本実習では、看護部・薬剤部・検査部・リハビリテーション・MSW・医療事務など、様々な職種の業務に触れた。

水曜午前に実習した薬剤部では、保管されている製剤を一通り紹介していただいた上で、処方のプロセスや一包化等を体験した。さらに、各種製剤の工夫についてご教示いただき、医師として安易な粉碎の処方では慎むべきことを教わったが、それはすなわち、少なからぬ医師が製剤の工夫を意識せずに処方しているということでもある。医薬品インタビューフォームなどを読めば必要な製剤の知識は身に付けられるそうであるが、私たちが前もって勉強するにはあまりにも膨大な情報があり、薬剤師の専門性に頼るべきところであることを学んだ。また、薬剤師が医療安全のために隅々まで注意を張り巡らしていることに気づかされた。一例として、現場での投与量のミスを減らすため、液状の製剤の投与量を10mLに統一できるよう、常備する製剤の濃度を工夫していた。こういった工夫のためには、日々の勉強が不可欠である。先ほど触れた医薬品インタビューフォームのほかにも、PMDA(医薬品医療機器総合機構)のRMP(医薬品リスク管理計画)であったり、定期刊行の諸資料であったり、様々な勉強のツールをご紹介いただき、改めてその専門性に敬服した。

水曜午後に実習したリハビリテーション部門では、理学療法・作業療法の様々なプログラムを体験したほか、言語

聴覚リハビリテーションのために用いられている部屋も見学させていただき、さらに車椅子や松葉杖といった補助具の扱いについて実践的にご指導いただいた。これらの学びを個別に取り上げることはしないけれども、一つ印象に残ったことがあるから、書き留めておく。それは、作業療法の一環として、病室で使うゴミ箱を患者に作ってもらったということである。人間が社会生活を営む上で、その人なりの役割を持ち、それを自覚することは大変重要であるとされるが、入院患者はしばしば社会生活上の役割から切り離されており、本来はこの観点からもリハビリテーションが必要である。病室のゴミ箱を患者に作ってもらうという取り組みは、身体的リハビリテーションに留まらず、心理的・社会的リハビリテーションにもつながることではないかと考え、大いに感銘を受けた。

医療事務の方からレクチャーを受けたことについては、先述の通りである。ところで、医療事務のレセプト点検に基づく指摘に対して、診療を担当した医師が横柄な態度で物言いをつけることは稀ではない。医療事務の方は「我々には我々の教科書がある。その内容を医師にすべて知っておいてほしいとは思わないけれども、せめて仕組みはわかかっておいてもらいたい」という。医療事務の仕事の全貌を把握することは難しいが、せめて医療事務のレセプト点検・請求の流れは理解しておき、自らのカルテ記載について何かしら指摘があった際にはよく耳を傾けたいと思う。

ひとつ残念だったのは、NST の業務に触れる機会がなかったことである。見学を希望したものの、日程の都合上、実現しなかった。毎日検食を頂きながら、美味しい食事は入院生活を支える重要な要素のひとつであると確信するとともに、NST がどのような観点から業務に取り組んでいるのか、改めて関心を深める日々であった。

こういった多職種の仕事に触れることは、すなわち、病院で行われている医療の全体像のイメージをつかむことにつながる。大学病院の実習では、各科の診療について詳しく学ぶことができるが、これは病院の業務の一部に過ぎず、今回のように病院における様々な業務について多角的に学ぶことのできる機会は貴重であった。また、興味深いことに、それぞれの職種の先生方から、大なり小なり「医師」への期待(不満)を聴くことができた。多職種連携の基本は、病院組織における各種業務の位置づけを意識し、お互いの職種の仕事に敬意と理解をもつことにあるのではないと思うが、こういった学びを大病院で得ることは難しく、中小規模の病院における実習の意義を再確認するとともに、この一週間で得たものを将来に生かしたいと考えている次第である。

## **2.5 地域の人々の暮らしの様子を知る**

どのような地域にも固有の地理的・歴史的・社会的事情、すなわち固有の文化があり、医療の文脈では CSC (Culturally Sensitive Care) という概念が注目されている。また、地域資源を知ることはケアの改善に役立つ。実習先の地域の様子を知り、その地域に暮らす人々への理解を深めることも、地域医療実習の目標の一つと心得る。

安芸太田病院を訪れた初日に主治医意見書の作成に取り組んだことは既にも書いた通りである。このときの患者は、病院近傍で店舗を営む方であった。臨時休業中とのことだったが、折角なので店構えだけでも見ておこうと足を運んだところ、少なくとも三十年以上の歴史のある店のようで驚かされた。この方の仕事の半分は客の話を聴くことであったという。この病院の周辺には、サード・プレイスになるような場所は決して多くない。きっとこの店は貴重な地域資源の一つだったのだろうと思い、患者の早期の復帰を願わざるにはいられなかった。

こうして散策してみると、見渡す限り、白壁に石州瓦の家々が立ち並んでいる。この一帯は、たたら製鉄で財を成し、砂鉄を求めて山陰へと進出した加計隅屋の拠点であり、歴史的に石見とのつながりが深い。民家が目立つわりには、商業施設が少ないことに気づく。高速道路の便が良いため、かえって経済面で近郊都市に頼っているとのこと。この地域に暮らすなら車は必須だろう。安芸太田町では 2018 年から配食事業が始まっており、IADL に課題を抱えた高齢市民の食生活も何とか無事に立ちゆくようになったと聞き、胸をなでおろした。

病院に隣接した敷地には、立派な特別養護老人ホームがある。そのさらに隣には、わずかな敷地に二階建ての小学校が建っている。この町の少子高齢化の様子が一目瞭然である。一層哀愁が漂うのは可部線の遺構である。可部線は元々三段峡まで伸びていたが、可部駅以北は 2003 年に廃線となった。病院の向かいには殿賀駅の駅舎が保存されている。往時を偲び、次第に利用者数が減少してきた歴史を想う。木曜夕方には旧加計町の中心市街地を

案内してもらったが、メインストリートの商店街でも営業を続けている店舗は稀であった。もっとも、暗い話ばかりではない。廃業した老舗旅館をリノベーションして、就労支援・生活介護の事業所を兼ねた「月ヶ瀬温泉」という温泉施設がつくられたり、地元の加計高校が全国区で生徒を募るようになったことに応じて新築の寮が建設されたり、まちづくりが進んでいる様子も見受けられた。これらは、青年海外協力協会(JOCA)が進めている「JOCA×3」というプロジェクトの一環であり、このプロジェクトは安芸太田町から地域再生推進法人の指定を受けている。先述した配食事業も JOCA×3 によるものである。現状、安芸太田町における福祉の充実とまちづくりとは表裏一体である。

病院のリハビリテーション部門でも多くのことを学んだ。この地域には浄土真宗の門徒が多く、家々に広島仏壇があるという。安芸太田病院の作業療法室には仏壇が用意されており、この地域の在宅生活に即応した訓練ができる。また、コインの扱いの練習は、最近の安芸太田町では不要になりつつあるという。昨年末に電子地域通貨「morica」が発行され、以来大いに普及し、日常のタクシー移動から買い物、病院まで、すべてこの地域通貨で払えるようになって、硬貨に頼る機会が減っているそうである。運動療法のためにゲートボールの道具も揃えられていたが、これも最近は使わないらしい。地域の人口が減り、チーム競技であるゲートボールは衰退して、個人競技であるグランドゴルフが流行り始めているとのこと。リハビリテーションには地域の人々の生活の様子が大いに反映されるものである。

人々の感性や心性にも地域ごとの特性がある。このあたりは安芸門徒の土地柄で、敬虔な方が多いということは度々いわれた。医師個人への信頼の強さ、あるいはその重要性を感じる機会も多かった。火曜午後の訪問診療で、カルテに列挙されているプロブレムと処方とが必ずしも一致しない患者に遭遇した。念のため質問してみたところ、「確かにこの処方の医学的意味は大きくないかもしれない。しかし、これまでの医者が出した薬を安易にやめると、患者・患者家族からの信用を失うことがあるから、ちゃんと do 処方(従来の処方を電子カルテ上で繰り返すこと)をすることも大切だ。それに、一つひとつの訴えに対して薬を出しておくことで『この医師はしっかり治療してくれている』と信頼を寄せてくれるようになる。こういう処方には、関係性を維持する役割がある」とのこと。一つひとつの医療行為の医学的妥当性に加えて、継続的な医師患者関係をつくるために、自分の振る舞いが患者にどのような印象を与えるかを意識することの大切さを教わったように思う。なお、雄鹿原診療所では、多剤併用を極力避けて最小限の投薬で済ませることを目指し、治療方針について時間をかけて話し合う様子が印象的であった。安易に良し悪しをいうものではなく、現場の事情や患者の様子に応じた投薬方針を考えなければならないのだろう。

### 3. 考察 ～医師偏在のトリレンマと全世代志向のまちづくりへの期待～

地域医療とは、地域という側面から医療を照らす捉え方のことであると考えている。都市部には都市部の地域医療がある。高度急性期病院もまた、病病・病診連携の体制のなかで地域医療に貢献している。そのなかで、本学の地域医療実習では、主に中山間地域の医療機関を経験する。このことには二つの事情があると考えている。一つには、これらの医療機関の環境が地域医療の視点を学ぶために適しているから。私自身、上述の通り、大学病院の実習では得られなかった新たな視点の学びを経験することができた。もう一つは、広島県には過疎化が進みつつある中山間地域が多く、特有の医療状況があるため。広島県の大学の学生として、県内の医療の現状を学び、将来に備えることは妥当である。しかし、現状、実際に中山間地域で医療に従事している医師は多くない。安芸太田では、病院の医師が極端に不足しているということはないようだけれども、病院職員は安芸太田には定住せず遥々広島市から通ってきており、旧加計町の中心地の開業医に至っては大半が閉業し、地元根付いた医療者は少ない。雄鹿原診療所では二人の医師に教わったが、いずれも自治医科大学出身であった。令和 2 年の国勢調査および医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに人口 10 万人あたり医師数を計算・分析すると、広島大学病院のある広島市南区では 870 人に達する一方、安芸太田町は 244 人、北広島町は 175 人に留まる。県内を見渡せば、中山間地域では熊野町の 70 人や神石高原町の 109 人といった厳しい数字もあり、大崎上島町の 84 人や江田島市の 173 人といった数字から島嶼部の医師不足も垣間見える。この数字は便宜的なもので、医療需要や医師の労働時間を加味した医師偏在指標を計算したわけではないけれども、大勢は把握できる。医療格差の存在は疑いようもない。

実習を終えた翌日、林野庁に勤めている友人に会った際、この医師偏在の話題を出した。聞くところによれば、林野庁に就職する者のなかには森林官を目指している者も少なくないが、そのポジションに辿り着くためには10年以上にわたる官庁勤務が求められ、しばしば愚痴をいうそうである。森林官とは自ら国有林の調査をする職業で、有体に言えば田舎ないし人里離れた土地に行くわけだから、医師の都会志向とは真逆である。私はこのときの会話から三つの気づきを得た。一つは、林野庁は職員を公務員として生涯にわたって雇用しており、そのために、職員の勤務地を確実に差配できているということ。医師は個人の資格で働くため、原則的には政策的差配を受けずに自由に働くことができる。一方、従来の医局制度は勤務地の調整機能を担ってきた。現在の地域枠制度も一定の調整機能を持っている。自治医科大学出身者の勤務先は、所定の年限を満たすまで自治体が決める。医療は、そのインフラとしての重要性にもかかわらず、人的資源の公的調整機能を持たない点において課題があるが、時代状況に応じて官民ともに様々な調整のための仕組みを工夫してきており、今回の実習においても、それらの仕組みが実際に機能している様を見てきた。二つ目は、必ずしも希望しない勤務地を受け入れるためには、納得に値する相応の理由があるということ。森林官志望者が官庁生活に耐えるのは、その多角的経験が森林官としての業務に必要であることを知っているからであるという。医者人生において、専門的教育を受けるべき時期もあれば地域に応じた経験を深めるべき時期もあり、自らの臨床技術を還元することが主になる時期もあるだろうが、必然性のあるキャリアプランを持ち、納得しながら働くことが重要になるだろう。三つ目の気づきは、都会・へき地を問わず、地域の魅力は重層的であり、その受け取り方は人によって異なるということ。森林官を目指す者にとっては、都会の官庁生活は忌むべきもので、林野に働くことこそが希望である。しかし、医師の都会志向は根強い。1962年の暮しの手帖に「君たちは大きくなったらなにになりたいか」というアンケート記事があった(『暮しの手帖 300号記念特別号』暮しの手帖社、2002年)。人口10万人以上の都市の女の子では、将来の夢の10位に「医師」がランクインしている。一方、人口10万人に満たない地域の女の子の夢に関しては、医師はランキング外だった。都市部の子どもが医師を志し、相応の教育環境を得て医学部に進学し、勤務地として都市部を選ぼうとする傾向は、決して最近のものではない。所帯を持つことを考えれば、まさに自身の子どもの教育環境も問題になるだろう。医師偏在の問題は、キャリアプラン・ライフプランの観点からいえば、専門的・集約的医療機関や教育環境等の充実度に地域間格差があることを反映している。これらの格差が一朝一夕に取り除かれぬ以上は、官民の勤務地調整の仕組みが適切に機能することが必要であり、同時に、地域間格差による不利益を軽減することで仕組みの持続性を担保することが望ましい。

地域に立脚して医療に取り組むと、医療だけでは如何ともしがたい課題に直面することがあるだろう。地域間格差はその一例である。安芸太田町では、JOCA×3の主導のもと、福祉とまちづくりとが一体となり、高校教育や就労支援まで射程に入れた全世代志向の地域再生が進められている。厚生労働省は、主に高齢者を対象とした「地域包括ケアシステム」の構築を目指してきたが、近年は全世代を対象とした「地域共生社会」構想へと展開しつつあり、この構想は平成29年の介護保険法改正にも盛り込まれている。すべての世代の地域住民のための社会整備を志向することは、医療・介護・福祉従事者やその家族にとっても暮らしやすいまちづくりが目指されるということであり、専門職の誘導・定着・持続的関与にも役立つことが期待される。ところで、こういった社会整備に際して、医療者は傍観していればよいのだろうか。奈良県立医科大学が推進しているMBT(Medicine-Based Town)をはじめ、医学的知見を活かしたまちづくりの先例はゼロではない。視野を広げてよく趨勢を知り、積極的に連携を図りたい。

#### 4. 謝辞

この度は、安芸太田病院の結城院長、雄鹿原診療所の東條所長をはじめ、様々な職種・立場の先生方から丁寧にご指導いただき、多岐にわたる深い学びを得ることができました。実は、レセプトに関する講義などは、私たち学生の希望に応じて初めて実施していただいたものでした。また、一週間を通して出会った安芸太田町・北広島町の皆さまからも沢山のことを教わりました。同行の班員にも度々助けられました。いずれの方にも大変お世話になり、感謝の念に堪えません。心より御礼申し上げます。この充実した経験を礎に、一層の研鑽を積む所存です。