

○実習施設とその地域の概要

御調町は広島県の南東部に位置し、かつては御調郡に属していた町である。平成17年3月に尾道市、因島市、向島町と合併し、現在は尾道市御調町となっている。令和4年3月の時点で、人口は6331人で、高齢化率は45.1%に達し、毎年約100人の人口減少が続き高齢化が進んでいる。公立みつぎ総合病院は病床数240床、その他317床の保健福祉総合施設を有しており、職員は600人、御調町を中心に周辺の5市1町、人口約6万人を診療圏域とする地域の中核的総合病院である。御調町は昭和40年代まで寝たきりの多い町とされていたことから、昭和49年から本病院と行政が一体となり、「つくられた寝たきり」を予防し、障害高齢者の在宅生活を支える取り組みを開始した。現在も「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」を理念に掲げ、急性期医療・高度医療に加え、保健、介護予防、リハビリテーション、介護、在宅医療、福祉との連携まで幅広く行っている。在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦を実施し、病院、保健福祉センター、保健福祉総合施設を核として地域包括ケアシステムを構築している。

○実習内容

〈1日目〉

到着後、松本院長より病院の概要や、公立みつぎ総合病院が発祥とされている地域包括ケアシステムについて詳しい説明を受けた。保健・医療・介護・福祉が互いに連携する仕組みや、その基盤となる保健福祉総合施設の役割について学び、地域全体で患者さんを支えるための体制がどのように作られているか学んだ。また、多職種が情報共有を重ね、患者一人一人に合わせた全人的医療を実践していることを伺い、「このチーム医療に注目しながら実習に臨んでほしい」と院長より助言をいただいた。専門職としての役割を果たすだけでなく、まず一人の人間として患者さんと向き合い、その人らしい自立を支えるために多職種でつながり協力することが、地域包括ケアにおいて重要だと分かり、今後の実習で地域医療とチーム医療の現場を体感できることがますます楽しみになるとともに、一週間気を引き締めて臨みたいと思った。

午後から緩和ケア病棟を見学した。病室は全室個室でトイレや洗面所が備えられ、患者さんが自分でできることは自分で行うことを尊重しつつ、必要なサポートをいつでも受けられる体制が整えられていた。さらに、ベッドに寝たまま外の空気に触れられるベランダや、家族だけでなくペットとも面会できる環境など、病院の中で移動に制限はありながらも自宅のように過ごせる工夫が各所に見られた。患者さんのご家族とのつながりも大切にしており、亡くなられた半年後と1年後にご遺族に手紙を送ると伺った。返事が届くことも多いそうで、その一部を拝見した。どの手紙からも病院への感謝や、この病院で最期を迎えられてよかったという思いが伝わり、その中でも特に「常に温かく寄り添い支えていただいたおかげで、最期までその人らしく笑顔で過ごせた」という言葉が記された手紙が心に残った。実際に、実習中に患者さんと一緒にババ抜きなどをして遊ぶ時間を持てた際にも、患者さんは常に笑顔であり、病院とは思えないほど和やかで温かい雰囲気を感じ、緩和ケアが死を迎える場所ではなく苦痛を和らげ、その人らしい最期を迎える場所であることを改めて学んだ。また、病棟やベランダに花が飾られ、お花見やクリスマス会などの行事が盛んに行われており、院内にいなながらも季節の移ろいを感じられるようになっていた。これらは主にボランティアの方々によって支えられており、その中にはご遺族も含まれていると伺った。亡くなった後も地域の中でつながりを持ち、次の患者さんを支えるという姿を見て、医療者が一方的にサービスを提供するのではなく、地域住民同士が助け合うことが地域医療を支える根幹だと思った。

さらに、ケア担当者会議や保健福祉センター、地域包括支援センターを見学した。ここでは子育て支援から予防のための検診、さらには介護まで、各ライフステージに合わせて地域住民を支援する仕組みが整っていることを学んだ。行政を含めた様々な職種が保健福祉センターに集約されることで情報共有が円滑になる一方、関わる職種が多すぎるために意見の統合が難しい場面もあると伺った。その調整の場の一つがケア担当者会議であり、医療職や介護職だけでなく、福祉用具業者、防犯会社、移動販売の店主、民生委員などま

で、患者さんの生活に関わる幅広い人々の意見が出されていた。患者さんの生活全体を共有し、専門的、一般的な視点を出し合ってケアプランを検討する様子から、院長が話されていた「多職種が協力して全人的医療を提供する」という理念が、現場で具体的に形になっていると感じた。

〈2日目〉

朝から本多医院に伺い、診察の様子を見学した。本多先生がお一人で診療を行う小規模の診療所であり、来院される患者さんのご高齢の方がほとんどであった。主に高血圧や高脂血症の経過観察、あるいは疲れやすいといった特に高齢者ではよく見られる症状で受診されていたが、先生が重大な疾患が隠れていないか常に考えながら診療されている点が印象的であった。大病院のように CT 検査などの精密な検査ができない状況であっても、X 線検査や血液検査と詳細な問診を組み合わせ、丁寧に診断を行っており、前回の診察や検査結果からの変化を注意深く観察しながら重大な疾患の可能性があれば速やかに総合病院へと紹介していた。また、患者さんの多くは先生と顔なじみであり、「先生に会えるのが希望で元気に生きられる」とおっしゃる方もいた。先生は自身の仕事を「健康のためのちょっとしたお手伝い」と表現されていたが、健康相談の窓口として日常的な健康チェックをし、必要に応じて他の病院へとつなげる、プライマリケアを担う地域の診療所における大きな役割を果たしていると考えた。

次に急性期リハビリテーションを見学した。はじめに、リハビリの目的は生活の再建であり、そのゴールは患者さん一人一人で異なると説明された。今回対応されていたのは 90 代の女性で、腰や足の痛みに対して赤外線療法が行われていた。この方のゴールはベッドからポータブルトイレへの移乗を一人で行えるようになることであり、必ずしも歩行できるようになることがゴールではないという点が勉強になった。また、このような療法には精神的な効果もあり、患者さん自身が「このおかげで治った。これをやらないと痛い」とおっしゃっていたのが印象的であった。医師として病気を治すだけでなく、患者さんの生活背景や希望を踏まえて治療のゴールを設定し、それに合った様々な治療を考え、提供することの重要性を改めて感じた。

午後からは検査部門、X 線部門、栄養部門、地域包括ケア連携室を見学した。

検査部門では血液検査、尿検査、培養検査などを見学し、それぞれの詳しい説明を受けた。実際に検査機器を見学させていただいたことで、それぞれの検査の意義をより理解でき、将来医師として検査を適切に活用することの重要性を強く感じた。X 線部門では X 線、CT、MRI などの機器について説明を受けたが、特に印象に残ったのは MRI の危険性に関する内容であった。ビデオで、MRI 室に金属類を誤って持ち込んだ際の危険性を学んだ後、特別に検査室に入らせていただき、実際に金属を使った実験をした。想像以上に強い磁力で引き寄せられ、改めて注意の必要性を認識した。また、嚥下造影検査を見学し、造影剤誤嚥のリスクや経鼻胃管挿入時の肺への誤挿入といった危険性について、実際の画像を用いた説明を受けた。診断のための検査が時に患者さんを危険にさらす可能性もあることを学び、検査を行う際には常に安全面に配慮する必要があると考えた。栄養部門では、まず栄養管理部の役割について説明を受けた。ここでは食事の安全管理や献立作成に加え、患者さん一人一人に合わせた栄養指導が行われていた。栄養指導は病院内にとどまらず、施設や在宅の患者さんにも提供されており、特に御調町のような高齢化の進む地域では、老老介護の状態では介護者が買い物や調理を行えない場合も多いため、その役割は大きいと感じた。実習では栄養補助食品や嚥下食の試食もさせていただいたが、食べやすいように工夫されており、摂食、嚥下に問題のある方でも嫌がらずに食事できるよう配慮されていると感じた。また、実習中、毎食いただいている病院食も美味しく、単に栄養を摂るだけでなく食事の時間を楽しくするという栄養管理部の努力を感じた。最後に地域包括ケア連携室を見学した。ここは地域の医療機関や施設と連携を図る窓口であり、活動内容について説明を受けた。患者さんの入院前から退院後までの支援の幅広さに驚くとともに、病院内にとどまらない地域全体におけるサポートによって、患者さんが安心して医療を受けられる仕組みが実現していると分かった。将来医師になった際には、治療を終えて退院できればそれで十分と考えるのではなく、患者さんを取り巻く環境まで広く目を向け、退院後の生活まで見据えた治療をしたいと思った。

〈3日目〉

朝から ADL カンファレンスに参加した。一人の患者さんの ADL について、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士が情報を共有し、今後のケアの方向性について話し合っていた。印象的だったのは、どの

職種も積極的に意見を出し合っていた点である。今回の患者さんはご家族の意向もあり在宅でのケアを目指す方であり、座位保持やトイレ動作が難しいことから、おむつ交換や介護者不在時の危険管理などが議題となっていた。各職種がそれぞれの立場から問題点を指摘し、どのような ADL の状態を目標とするか、そのために必要な支援は何かを共有し、今後のケアに活かそうとしていた。患者さん本人だけでなく、ご家族の介護力や生活環境にまで視野を広げて議論されていたことが印象的であり、このようなカンファレンスを通して患者さんご家族にとって最良の選択が目指されていると分かった。

次に回復期リハビリテーションを見学した。はじめに、回復期リハビリは機能障害に着目し、早期に退院するための長時間の集中的なリハビリを行うことが可能であると説明を受け、その後リハビリ室を案内していただいた。驚いたのは、病棟でベッドに横になっている患者さんがほとんどおらず、皆が積極的に活動していたことである。1日最大3時間のリハビリ室での訓練ではそれぞれの患者さんの現在の症状や機能に合わせた特徴的なリハビリプログラムが用意されており、どの患者さんも真剣に取り組んでいるのが印象的だった。また、福祉用具についても説明を受け、歩行器1つをとっても患者さんの能力に応じて多様な種類が用意されていることを知った。どの器具を選択するか、今後どのようなリハビリを行うかについては、医師や療法士だけでなく看護師や社会福祉士もリハビリ室に集まり、実際に患者さんの状態を確認しながら方針を決定しており、多職種が連携して患者さんを支える姿勢をリハビリの場面でも確認することができた。

その後、栄養に関する講義を受け、NST 回診後のカンファレンスに参加した。回診では食事摂取の状況や、血液検査や InBody の結果などを確認し、その内容を踏まえて多職種で現在の状況を共有し、栄養プランを検討していた。例えば、緩和ケア病棟ではギアチェンジと呼ばれる、悪液質が進行して終末期に近づいた際に、エネルギー消費量の減少に従って摂取量を減らし、栄養管理の目標を延命から QOL の維持へと切り替える判断が議題に上がっていた。このような栄養の問題は患者さんの予後を左右する重要な要素であることを学ぶと同時に知識不足を痛感した。将来どの診療科に進んだとしても、栄養は常に患者さんに関わるため、今後知識を身に着けるとともに、他職種と話し合いながら方針決定ができる医師を目指したいと思った。

午後は保健福祉総合施設に伺い、介護老人保健施設（老健）や特別養護老人ホーム（特養）などを丁寧に案内していただいた。老健は看護や医学的管理のもとで介護や機能訓練を行い、家庭へ戻れるよう支援することを目的としていた一方で特養は介護や生活支援を中心に、入所者が安心して暮らし続けられる環境を整え、看取りまで行う場である点が特徴的であると学んだ。今回初めて介護や福祉の立場から医療や在宅へとつながる現場を見学し、地域包括ケアシステムがどのように成立しているのか理解が深まった。病院とは異なり、生活の場として地域での暮らしを最後まで支える役割を担っていることが分かり、医療の場だけを見ているでは得られない新たな視点から学ぶことができたのは大きな収穫だった。また、どのスタッフからも地域の高齢者の生活を支えるという強い責任感を感じた一方で、職員の高齢化や人員不足により一部のサービスが休止している現状についても伺った。今後さらに高齢化が進む中で、これまでと同じ体制を維持する難しさも実感し、対策の必要性を感じた。その後病院へと戻り、CGA と主治医意見書について学んだ。どちらも医学生の内は関係ない内容だと思っていたが、保健福祉総合施設の見学を通して、高齢者が介護保険などの制度をどのように利用しながら支援を受けているのか体感し、真剣に学ぼうという気持ちになった。まだ難しい内容であり、習得には時間がかかると思うが、病気だけでなく、その人自身と生活を診るという今回の実習を通して学んでいる姿勢に直結するものだと感じ、今後しっかりと理解を深めていきたいと思った。

〈4日目〉

朝から地域包括ケア病棟で看護師の業務を体験した。まず着替え、全身清拭を行ったが、患者さんによっては手に拘縮があったり、肩を脱臼していたりと、服の脱ぎ着だけでも多くの配慮が必要であり、予想以上に労力を要することが分かった。一人の看護師が多くの患者さんを限られた時間でケアしている中でも、患者さんと目を合わせ対話し、全身の状態を細かく確認している姿が印象的であり、看護師の細やかな気配りと観察力に驚いた。また、体温測定や血圧測定も体験し、その際に患者さんの気持ちや考えを聞き取るコツを教えていただいた。患者さんの声に耳を傾け、思いを汲み取ろうとする看護師の姿勢を見て、医療における看護師の偉大さを実感するとともに、自分も将来患者さんとしてしっかり向き合う医療を提供できるようになりたいと思った。さらに今回は見学できなかったが、地域包括ケア病棟では退院後の生活を支援するため、家族にストーマの管理方法を指導するなど、自宅でのケアにつなげる取り組みがなされていると伺い、病院

内でのケアにとどまらず、その後の生活を見据えた看護計画が行われていることを学んだ。

続いて臨床工学部門を見学し、人工呼吸器の点検や高圧酸素療法について説明を受け、実際に非侵襲的陽圧換気を体験した。非侵襲的といっても想像以上に呼吸がしにくく、実際に体験することで、使用する患者さんの負担を理解できた。人工呼吸器は将来必ず扱う機会があると考えられるため、正しく適切に使用できるようにになりたいと思った。

その後、回復期リハビリ病棟を見学した。この病棟ではスタッフが365日24時間体制で関わっており、患者さんが病棟内を歩いたり、スタッフステーション前で皆と一緒に食事をしたりと、退院後の生活に近い形でリハビリが行われていた。こうした工夫により、スタッフ全員が患者さんの状態を把握できている点が印象的であった。リハビリスタッフの方がこの病棟を「おせっかい病棟」と表現されていたように、在宅に移行した際に患者さんやご家族が困らないような非常に手厚いサポートを心掛けていることが伝わってきた。

午後からは、訪問看護と訪問薬剤管理指導に同行した。訪問看護で伺った患者さんは70代の男性で、脳梗塞後に麻痺と構音障害が残り、1日中ベッド上で生活している方だった。訪問看護は自宅を訪れるものというイメージを持っていたが、今回のようなサービス付き高齢者住宅に暮らす方も対象であることを学んだ。ケアマネージャーが立てるプランの中で、ヘルパーだけでは対応が難しい部分、今回でいえば頻回の嘔吐に伴う誤嚥リスクへの対応を訪問看護が担っていた。実際にバイタルチェックや入浴介助を体験させていただき、特に入浴介助では移乗の場面が多く、患者さんの表情やうなずきを丁寧に観察しながら安全に行う必要があると学んだ。入浴介助は重労働であり、汗を大量にかくほど大変な作業だったが、入浴中に安らいだ表情を浮かべ、気持ちいいか尋ねると大ききうなずく様子が印象的であり、やりがいを感じる瞬間でもあった。一方で、1日に8件訪問することもあると伺い、人手不足による業務調整の難しさや個々の頑張りだけでは限界のある厳しさを実感した。訪問薬剤管理指導では、独居の方や日中に介護者が不在となる家庭を訪問し、症状や服薬状況の確認を行っていた。薬の飲み忘れや、インスリン注射などで正しく使用できているかの確認が主な目的であるが、ご近所付き合いのように顔を合わせて生活の様子や最近の出来事などの会話をしており、そのこと自体が安心感を与え、大きな意味を持っていると感じた。薬剤指導を通して、単なる医療者対患者の関係にとどまらず、地域に暮らす人と人としての関わりをもつことが大切だと感じた。また、住環境を実際に見ることで生活の実態を把握できる点が訪問ならではの特徴であり、独居や老老介護といった状況が増加する社会において、訪問薬剤管理指導の必要性は今後さらに高まると感じた。

〈5日目〉

午前には外来実習を行い、2人の患者さんの診察を経験した。1人目の患者さんは、毎年の健診でLDLコレステロールの異常を指摘されており、その結果確認のために受診されていた。身体的には大きな問題はなさそうであったが、なぜ毎年みつき病院まで受診しているのか、何か不安を抱えていないかといった隠れた訴えを聞き逃さないように丁寧な問診を心がけた。その際、十分に患者さんの思いを聞き取ろうとすると、想像以上に時間と労力がかかることを実感した。2人目の患者さんは、健診で高血圧を指摘された方であった。問診を行うと、生活習慣に課題が多いことが明らかとなった。しかし血圧は1回の測定だけでは評価できず、白衣高血圧の可能性もあるため、1か月間家庭で血圧を測定し記録したうえで再診する方針となった。診察では松本教授が「今は元気でも数年後の危険性は高まります。今できることから始めましょう」と励まししながら説明していたのが印象的であった。まずは1か月血圧を測るという比較的小さな目標から始めて通院の習慣をつけ、それから生活習慣の改善へと徐々に近づけていく姿勢に、プライマリケアは入り口の診療だけで終わるのではなく長期的に患者さんと向き合い続け、健康を維持することに意味があるのだと感じた。

昼食後は、松本教授と医師の偏在をテーマに議論を行った。「抜本的な改革が必要か、それともある程度の妥協は必要か」と問われた際、理想を言えば改革が望ましいが、現実的にはある程度の妥協も必要ではないかと答えた。この1週間の実習を通して、地域が抱える課題を目の当たりにし、何とか改善しなければならぬと感じた一方で、地域で働く大変さも理解し、簡単には答えられない問題であると痛感したためである。しかし、「地方と都市部で命の重さに格差があつてよいのか」「医師も教師のように就業地を制限すべきではないか」といった問いを投げかけられると、明確な答えを出すことができなかつた。改めて医師偏在の問題は単純ではないと分かり、まずは医療者として課題意識をもつことが必要だと考えた。以下の考察では、本実習で学んだこと、地域医療の問題点を整理し、改善策を提案する。

○考察

今回の5日間の実習を通して、医師だけでなく、看護師、薬剤師、リハビリ職、介護職、福祉に関係するスタッフなど地域医療を支える様々な立場から体験、見学を行い、地域医療の多面的な姿を学ぶことができた。実習前は、地域医療と聞くと高齢者が主な対象で、訪問診療などが特徴であり、医師不足や都市部と比べて遅れているといった課題が主であるという漠然としたイメージを持っていた。しかし実際に現場を体験してみると、地域医療は地域で暮らすあらゆる年代の人々を支える幅広いサポートであり、医師数の問題にとどまらず、介護や福祉を含めた多くの課題が複雑に絡み合いながら展開されていることを強く実感した。

最終日の討論でも議題となった医師偏在の問題は確かに大きな課題である。地域枠入試やシーリング制度などは一定の効果が認められているが、それだけでは抜本的な解決には至らない。諸外国のように全人的医療を実践する総合診療医を増やし、各地に配置する制度もこれまで議論されてきたが実現には至っていない。2018年4月に開始された新専門医制度において総合診療が加わり、総合診療専門医の育成が本格化してきたことは、解決に向けた進展として評価できる。しかし、いまだに進む高齢化と現役世代の減少に対応するにはこれだけでは十分といえず、さらなる議論と対策が不可欠である。また、人材不足は医師だけの問題ではないことをこの実習を通して痛感した。地域包括ケアシステムの構築には、医師だけでなく、介護職・看護職・リハビリスタッフ・社会福祉士など多様な専門職の存在が欠かせないことをこの実習を通して再確認した。これらにも対応しなければ医師不足の解決だけで地域医療は成立しない。このように問題点が数多くある中で地域医療には制度だけでは生み出されない人の温かさや助け合いの力といった強みがあると感じた。住民同士が互いに支え合い、ボランティア活動などを通じて医療や介護に貢献している姿、引退後の医療者が再び現場に戻り、自らの経験を活かして地域に貢献している姿などを拝見した。これらは地域医療を支える大きな力となっていて、制度や法律の整備だけでは決して実現できないものである。この経験を通じて、調べたところ、厚生労働省が提唱する「自助・互助・共助・公助」⁽¹⁾の視点が自分の経験と重なると思った。これらに基づいて本実習の学びと課題を整理し、今後の提言へとつなげたい。

まず「自助」についてである。これは一人ひとりが主体的に自らの健康を守ろうとする取り組みを指す。外来で家庭血圧の測定を促し、それを基に治療方針を検討する場面や、生活習慣の指導を行う場面は、自助を支える典型的な医師の役割である。訪問薬剤指導においても、患者が可能な限り自分のことを自分でやるよう尊重しつつ、不足している部分のみを支援する姿勢が見られた。また、福祉の側面では、定期健診や健康教育など、地域全体で予防に取り組む仕組みが整備されていた。こうした自助を大切に作る姿勢は、病気の治療以前に予防を重視することは、健康寿命の延伸につながり、医療需要と供給のバランス改善に直結する。医療者は、患者に無理のない範囲で指導をし、生活に寄り添いながら自助を後押しする存在であるべきと考える。しかし、御調町のような地域では都市部のような利便性がなく、買い物や通院といった日常生活そのものが高齢者にとって大きな負担となりやすい。特に一人暮らしの高齢者が自助だけで生活を維持するのは現実的に限界があると感じた。今回の学びを通じ、都市部で暮らしていると気づきにくい現実に直面したことで、自助だけに依存することの危うさを痛感した。自助が基礎であり、それだけで完結するのが理想であるが、それを互助・共助・公助といった他の助で補い合うことが不可欠であると分かった。

次に「互助」についてである。これは地域の住民同士がお互いに助け合いながら暮らしを支える仕組みであり、先ほど述べたように今回の実習で最も強い印象を受けた要素であった。医療とは少し離れるが、買い物や移動の際に近隣住民が自然と手を差し伸べる場面、農家の方が収穫物を近所におすそ分けする優しさ、認知症カフェに認知症の方だけでなく地域の方々も参加し交流する様子などから、互助が単なる理念ではなく、日常生活の中に深く根づいていることを実感した。都市部では希薄になりやすい人と人との付き合いが、この地域では今も生きており、それが結果として医療や介護の負担軽減に繋がっていた。実際に、「住民こそ地域医療資源」という理念のもと、住民とともに地域医療を学ぶ「地域医療魚沼学校」⁽²⁾や、「地域医療は医療者だけでなく住民が連帯して守るもの」という考えから生まれた「地域医療を育てる会」⁽³⁾など、住民参加型のチーム医療が公的に行われている事例もあり、互助は地域医療を支える現実的な力となるといえるだろう。一方で、互助には限界がある。住民同士の善意に頼り切ってしまうと、支える側に過度の負担がかかり、持続可能な体制を維持できなくなる恐れがある。だからこそ医療者は、互助をただありがたい支えとして受け入れるだけでなく、この互助関係が無理なく持続できるよう橋渡しの役割を果たす必要がある。例えば、地域の健康教室や介護予防活動に医療者が関与することによって、住民間の助け合いがより円滑に

進むだろう。また、医療者自身も地域住民の一員であるという視点を忘れず、支える側と支えられる側を明確に分けずに関わり合うことが、地域全体の連帯感とつながりを強めるのではないかと考える。

次に「共助」についてである。これは年金や介護保険、医療保険といった社会保険制度を通じて提供されるサービスであり、社会全体で負担を分かち合いながら困っている人を支える仕組みである。実習では、この共助の仕組みが必ずしも住民に十分理解されておらず、制度を正しく利用できていない方が多いことを知った。制度の利用の有無が生活の質に直結するため、医師としては医療を提供するだけでなく、主治医意見書の作成のように制度利用のための役割をしっかりと果たすとともに、その仕組みをわかりやすく伝え、適切に活用できるよう助言する責任があると感じた。一方で、実際の現場を体験して制度自体の問題を感じた。人手不足の中でスタッフ一人が複数の役割を担い、肉体的に過酷な業務を日々こなしていた。例えば介護職では、2022年から2026年のわずか4年間で約25万人の人材が追加で必要と見込まれている⁽⁴⁾にもかかわらず、給与水準は決して高くなく、精神的にも大きな負担を抱えている。現場は責任感のある人が多く、無理をして何とかしている状態であり、このままでは人材が増えるどころか減少するのではないかと感じた。制度上は共助によって支えられているはずの現場が、実際には個人の献身や自己犠牲に依存して辛うじて維持されているとすれば、近い将来破綻してしまう。改善のためには、医療、福祉、介護に関わるスタッフの過酷な労働環境と人材不足の深刻さを社会に正しく伝え、政策に反映させることが不可欠だと感じた。

最後に「公助」についてである。これは税金など公的な財源による行政の支援を指し、生活困窮者や命の危険を伴う状況に対して最終的なセーフティーネットとして機能する。実習では、地域の行政機関との連携や公的支援体制について社会福祉士の方から丁寧に説明いただき、その幅広さと重要性を実感した。一方で、行政の予算や税金による支援には限りがあるため、公助だけに依存することは現実的ではない。自助・互助・共助が土台となり、その上で公助が最後の砦として機能する仕組みが望ましい。

まとめると、自助と互助を基盤に、必要に応じて共助・公助を組み合わせることが、これからの医療に不可欠である。今回実習を行ったみつぎ総合病院では、地域包括ケアシステムを土台に多職種連携が実現され、住民の暮らしを支える仕組みが整っていた。そのうえで住民同士が自然に支え合うことで、医療がより強固に成り立っている姿を目の当たりにした。このような実践は、日本がこれから迎える超高齢社会において不可欠な最先端の医療モデルであり、地域医療がむしろ日本の未来を先取りしているのではないかと感じた。私はまだ将来どのような働き方を選ぶか決め切れていない。しかし、この実習で得た視点を持ち続けることは、進む分野にかかわらず医師として欠かせない姿勢だと考える。なぜなら、医師自身が課題を理解し、問題意識を持たなければ、住民が主体的に医療へ参加することも、制度を社会に即した形へと改善していくことも難しいからである。将来医師となった際には、病気を治す存在にとどまらず、患者の生活や地域社会全体を支え、制度や社会構造の課題にも目を向けて前向きに関わっていきたいと考える。

○謝辞

本実習を受け入れてくださった松本英男院長、水曜日の実習を主にご指導いただいた平井敏弘先生、毎日の実習のご案内をしてくださった庶務の奥本様をはじめ、病院や地域で温かくご指導いただいた多くの皆様に深く感謝いたします。さらに、本実習の場を設けてくださった松本正俊教授をはじめ、地域医療システム学講座の先生方にも厚く御礼申し上げます。本実習を通じて地域医療に関する理解を一層深めることができ、将来の医師としての在り方を考える大変貴重な経験となりました。今回の学びを糧とし、今後一層努力を重ねてまいります。

○参考文献

1. 厚生労働省.『地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」』.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf
2. 魚沼市医療公社 魚沼市立小出病院.「地域医療魚沼学校」.<https://uonuma-medical.jp/koido/center10/>
3. 藤本晴枝. 地域医療のための患者・住民の新たな役割. JIM 2011;21(6):481-483.
4. 厚生労働省.「介護人材の確保について」.<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001485589.pdf>