

What's みんな? **民主医療機関連合**

民主医療機関連合

『みんないれん』は、無差別平等の医療・介護・福祉の実現と、平和な社会の実現をめざして活動する医療・介護系機関の連合体で、全国に141の病院と581の診療所など、全国に1810の事業所が加盟しています。
神奈川民医連は、生協法人や公益財団法人など10法人からなり、基幹型臨床研修病院である川崎協同病院や汐田総合病院など、民医連網領に賛同する90の事業所が加盟しています。
わたしたちは、医師を目指す医学生のみなさんと一緒により良い医療をつくるために、学生時代からの学びと交流を大切に考え、学習企画やフィールドワーク、地域医療実習などに積極的に取り組んでいます。地元大学や全国の仲間とともに学生時代をよりアツく、充実したものにしてみませんか!?

奨学生募集

神奈川民医連では、奨学金による経済的なサポートに加え、わたしたちの医療活動を通して地域医療を学び、将来神奈川民医連で医療・研修を考える医学生を対象に奨学金制度を設けています。

対 象：医学部1年から6年生
(年度途中からでも応募できます。)
貸与額：月80,000円
神奈川民医連に就業すれば返済が免除される制度があります。

詳しくは
医学生のミカタをチェック!



病院実習・見学大募集!

神奈川民医連では病院見学や実習を希望する学生さんを1年生から受け付けています。『早く現場実習したい!』『医師だけでなく他職種の経験をしたい!』など、皆さんのご要望に応じて、調整します。

病院見学・実習、
資料請求のお申し込みや
お問い合わせはこちらまで



研修医大募集!

神奈川民医連は地域医療に関心のある研修医を大募集しています。『将来はジェネラリストになりたい。』『初期研修は市中病院で。』そんなあなたは是非、一度病院見学にお越し下さい。研修パンフレットはこちら



神奈川県民主医療機関連合

〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-35-1 第2米林ビル5F
TEL: 045-320-6371 FAX: 045-320-6374
E-mail: igakusei@kanamin.or.jp

<https://job.kanamin.or.jp/>

COMING DOCTOR 24 SPRING

カミングドクター(「前途有望な医師」の意) 第二十四号(春号) 平成三十年一月発行
発行: 神奈川県民主医療機関連合会・神奈川県医療事業協同組合

COMING DOCTOR

医学生と神奈川民医連をむすぶ情報誌 カミングドクター 第24号

特集! 地域医療

和国浄史先生若月賞受賞記念特別インタビュー
地域医療に求められる医師像とは
密着リポート! 汐田総合病院での取り組み
ヘルスプロモーションの現場

24
SPRING

好評連載

後輩に伝えたいあの症例

平塚診療所 所長 高橋 誠

研修医の1日を追う 地域医療研修@久地診療所 編
医師 松本 友里

<http://www.kanamin.or.jp>
神奈川県民主医療機関連合

田中（以下、田）・吉田（以下、吉） 和田先生、若月賞の受賞おめでとうございます。本日はよろしくお願ひします。

ー 今回は先生から、『地域医療の魅力や必要な力』など色々お伺いしたいと思っています。まず今回の若月賞受賞が先生にとってどういう意味を持つのかということから、お伺いしたいと思います。

和田（以下、和） 若月賞は地味で息の長い活動に送られます（笑）。僕は30年以上前に若月先生の『村で病氣とたたかう』を読んで医師をめざしたので、極端に言うとなーベル賞よりもうれしいかな。賞状に“若月先生の思想を体現するもの”と書いてあったのが本当にうれしかった。僕が外科医として手術の腕だけを追求していたらもらえなかった賞だと思う。スペシャリストでもジェネラリストでもない“中途半端さ”を僕は誇りに思っているから、それを誰かが見てくれたことがうれしかった。

田 手術が上手とか診断に長けているとかそういうことではないということですよね？

特集 地域医療

和田浄史先生若月賞受賞記念特別インタビュー

地域医療に求められる医師像とは

2017年、川崎協同病院外科部長の和田浄史医師が第26回若月賞を受賞されました。若月賞とは、『農民とともに』のスローガンで、長野県佐久の地域で長らく医療・保健予防活動に尽くされてきた若月俊一先生の名を冠した賞で、毎年、地域医療・保健・福祉の分野で貢献した方に送られています。過去には、“井戸を掘る医師”中村哲先生や、水俣病で患者の立場を貫き患者救済に尽くした原田正純先生なども受賞されています。

今回 COMING DOCTOR では、和田浄史医師にすばり“地域医療”をテーマにお話を伺いました。インタビュアーは順天堂大学4年生の田中利昌さん、宮崎大学2年生の吉田遼さんです。

地域医療の“地域”とは何？

田 僕が1年生の時のつどい^(注1)のテーマが地域医療でした。その時の講演で“地域”とは離島など場所を示すのでなくベクトルや姿勢を示すものだとか伺いました。和田先生にとっての地域の意味や定義、その対義語があれば、教えてください。

和 僕が大学を辞めて、ここに来た頃に、室蘭工業大学の山口格教授の講演を聴く機会がありました。全国の共同組織^(注2)の会長をされていた方で、そこで「先生方は研修医に地域医療を教えますよね？僕は数学の教師だから定義にはうるさいんです。皆さんが言う地域の定義とはいったい何ですか？」と投げかけられた。ちょっと考えれば出てくると思ったけど、講演が終わっても全然出てこなかった。その後も考え続けて、ある時自分なりの地域医療の定義を思いついた。プライマリ・ケアには5つの専門性があることは知ってる？

和 そう。そこだけを追求するのでは地域のニーズの一部だけを満たしていることになるから。

吉 和田先生があこがれ続けた方の名のついた賞なんですね。

和 若月先生は『農民とともに』というスローガンで農民のための医療をし続けたんだ。例えば農民に病気のことを伝えるのに、講演じゃなくて演劇で伝えたりする。検診隊を作ってあちこちの農家を回ったりもしていた。地道な活動で農村の健康意識を上げて長野県・佐久の村が長寿の村になったんだよ。

ー 今も長野は長寿県です。影響力が大きいですね。

吉 先生は地域医療に取り組みまれてどれくらいなのですか？

和 僕はこの病院に来てこの3月末でちょうど20年。もちろん色んな所を渡り歩けばリセットされるし、新しいことにチャレンジできたり良いこともあるけど、良いことも悪いこともあっても、いかりを下ろした地域から動かないことも大事だと思うね。

ー ではこれから色々掘り下げて伺いたいと思います。



若月賞授賞式での講演を終え、学生の田中君と。

田 ACCCA ですよ。

和 そう。近隣性、包括性、協調性、継続性、責任性の5つだね。例えば近接性は、患者さんの近くに病院がある。病院が近くにない人のために診療所を展開する。診療所に行けない人のために訪問診療を展開する。このようになるべく患者さんに近づくことはプライマリ・ケアでは大切にする部分だけど、がんセンターや大学病院などでは実現できないよね。プライマリ・ケアの5つの専門性のどれかで繋がっている人、その集合体が“地域”なんだと思う。例えば近くに住んでいても協同には絶対かからないという人もいれば、少し離れた所に住んでいても協同でないとダメだという人もいる。それが何で繋がっているかという点で、近接性という点では、近くの人は繋がりがやすいから病院の近所の人は多いのは当然。だけど遠くても、責任性や継続性の部分で『毎回診てもらっているから』『先生との信頼関係があるから。』と繋がっていれば、それは地域医



療の地域と定義づけてもいい。その個々をプロットしていったら、点の集合で塗りつぶせればその病院は地域の全員を何らかの専門性に繋げていることになる。そこをめざしていくのが地域医療の役割かな。

実はその答えを伝えようと思った日の新聞で、山口先生の訃報を知ったんだ。だから、答は言えなくなっちゃった…。けどおかげで自分なりの定義は発見できた。発見できたのだから、なるべく多くの人と繋がらなければならぬ。「近隣性」では、病院に来られない患者さんがいれば家に行く。「継続性」なら、治る人も治らない人もずっと関わり続ける。おばあちゃんも看取りました、お父さんも診ています、孫も受診にきます。そういう息の長い関わりが地域を支えるのだと思う。

地域医療の対義語は難しいけど、「プライマリ・ケアの5つの専門性を超えてしまう医療」は地域医療ではないのかな。例えば心臓移植でアメリカに行くとすれば、それは近接性も継続性も度外視して、その時に心臓移植が必要だから行くわけでしょう？そういう医療は地域医療の対岸になると思う。ただ間違えてほしくないのは、地域医療の中にもスペシャリストの能力は一定必要だということ。だから僕はきちんと手術もやる。けど、それだけでなく、フォローや看取りなど、“支える”“見送る”医療、“治す”医療以外も地域の人の長生きのお手伝いをするのさ。

地域医療を守るのはジェネラリスト？スペシャリスト？

田 なるほど。地域医療というと何となく総合診療医や家庭医などジェネラリストの守る範囲だとイメージしますが、そうではないということですね。

和 地域から僕らに発生するニーズは一つじゃない。手術など専門的な技能で治療してほしいということもあれば、治らなくても見捨てないでほしいとか、治っても引き続き、相談に乗ってほしいということもあって、総合性か専門性かではなく、両方求められている。だからその“中途半端さ”が地域にマッチすればするほど、その地域医療の正解に近づく。しかも地域が求めるニーズは段々変わってくるから、僕らも形を変えてい

かないといけないうんだよね。

吉 僕も総合診療が地域医療を担うと思っていました。

和 総合診療だってある意味では専門性。大学の総合診療科では、それぞれの専門領域ではないけど診てほしいニーズが地域を越えて“診断”という専門性を求めてくる。それは地域医療とはまた違う。地域のニーズは様々で、手術もあれば、レスパイト入院もある。レスパイト入院では、患者さん自体に積極的な治療の必要はないけど、介護する家族が倒れないために僕らが診る。それは外科医としてではなく、地域の医療者としての対応なんだよ。更に医療の枠を超えて地域の人達が求めている介護や福祉など、僕らができることの枠を広げて支援することが地域包括ケア。「僕は医者だから医療までだよ。」と言ったらそこまでだけど、医者じゃなくてもできることであればやりましようというマインドセットなら、色々な人と連携して地域の人達がここで生きていけるようにできる。その人が抱えている最も重要な問題は医療ではない場合も多いから、他の専門職に繋がられるかが重要だね。

ー 日本ではプライマリ・ケアと、スペシャリストは、何となく対極にあるような印象がある気がします。

和 それには恐らく新しい専門医制度も関わっていると思う。総合診療専門医が19番目の基本領域で、それ以外は総合ではないような。しかも総合診療も専門医で、他の領域も専門医で、全員専門医ですよ。では僕みたいな中途半端な医者はどこでどう育ったらいいんだろうね。

ー 本来プライマリ・ケアを担う外科医がいることは地域では当然ですよ。

和 そう。だけど外科を選択して、専門医を更新し続けようとしたら、僕みたいな働き方をしていたら後れをとる。僕は地域医療をやっているのだから、僕の評価するのは学会や専門医機構ではなくて、地域の人。地域の人々が喜んでくればそれでいい。じゃあ地域医療をやっている、外科専門医を更新し続けるための努力って誰のためなのかな？地域の人のためじゃない。では地域医療をやるスペシャリストがその肩書きを続けることは本当に必要か？だけど、外科手術を強みにするプライマリ・ケア医の専門医育成プログラムなんてどこを探してもないんだよね。

注1：つどい（民医連の医療と研修を考える医学生をつどい）
全日本民医連が主催し、年に4回行われている。毎回、全国から約100人ほどの医学生が集まり、医療について学び、語り合う。

注2：共同組織
民医連の各院所を支える患者・住民組織。医療生協や友の会などで、職員と共に病院運営と地域の健康づくりを担う民医連のパートナー。
全国に300万人を超える会員（組合員）を有する。

地域を知る方法

田 地域医療を担うには地域を知ることが必要だと思いますが、地域を知るとはどういうことでしょうか？

和 地域を知るとはとても難しい。例えば川崎区は多国籍の人がいて多文化共生の町。生活保護やホームレスの人も多い。だけどそれらを単純化して失敗したこともあるよ。例えば在日外国人の人でも1世と2世と3世、オールドカマーとニューカマー、それぞれ考えが違う。皆違うのに“在日外国人”とくくると痛い目にあう。そういうことも20年関わり続けて段々わかってきた。複雑な町だからこそ、知れば知るほど愛着も湧いてくるんだよね。

吉 先生はどのように地域を知っていったのですか？意識していることとか。

和 もしリッチな層と知り合いになりたいんなら、ライオンズクラブとかに参加して地域のことを知ることもできるかもしれない。だけど僕は「いのちの平等を守るためには一番困っている人に照準を合わせなさい。」と教わってきた。何でも選べる恵まれた人びとではなくて、いろんな困難を抱えている人が見えて繋がれる手立てを見出すことが、僕らにとっての地域を知ること。学校や福祉事務所もそうだし、病院もその一つ。病気が解決しても健康以外の問題を抱えていることも多いから、医療は困難な人と繋がるツールの1つなんだ。無料低額診療をやっていれば困った人がより繋がりがやすくなるね。恵まれた人とだけ繋がれる医療は不十分。いのちの平等を考えたら、一番困った人に繋がらないといけない。

― なるほど。“地域”と“医療”、もっと言うと“民医連医療”の両方を据えたとき、『地域を知る』とは、その地域で最も困難な人と出会うことが重要なですね。

和 一番困っている人へのアンテナが大切。医療だけでなく教育、福祉などと繋がっていかないと、地域の健康を守ることはできないと思うな。

求めてきた医師像とのギャップ

田 若月先生の本を読んで思想に共感されて、医師になられたわけですが、大学病院にいた頃のモヤモヤとこちらに移ってからのモヤモヤを伺いたいです。

和 若月先生は外科医として農村に行ったけど、外科医だけではどうにもならなかった。お産もやる。骨折も診る。何でも屋でないと農村では健康を守れないから何でも診た。僕はそれを読んで、医師はすごくやりがいがあると思っていた。でも自分が医師になってみたら、周りは『これは私の仕事ではない。』という医師

ばかり。大学病院に来る患者さん達は専門性の高い治療を受けに来るのだから、それはそれで正しい医療だけどね。でも僕は『治らない人でも支えて見送ることを若月先生はやっていたな。』と思い返して、治らない人を他の病院に送るのは申し訳ないと感じるようになった。肝移植はもちろん必要な医療だし、患者さんの幸福につながる。だから優劣ではない。ただ、大学では自分がずっと主治医でいることはできない。僕が医学部に入る前に憧れていた、継続性とか包括性などのプライマリ・ケアの専門性は、大学では実現できなかった。専門的な治療をしてパッと手を離す、そのモヤモヤがあった。今の病院はそれはない。でも逆に大学病院でしかできないような治験や、トライアルのような難しい手術はできないけどね。高度な医療が必要な時には大学病院に治療をお願いして、よくなったら「お帰りなさい。よかったですね。」と言うのが今の僕の仕事。ここで全ての医療を完結する必要は全然ないと思ってる。

― 和田先生は肝移植など先端医療をされていました。以前、他の先生に『自分が得た技能を捨てていく辛さ』という話を聞いたことがあります。

和 確かに大学病院で学んだことを捨てることは少し恐く感じたこともあったけど、逆にそこにしがみついていたら、自分自身がここでは要らなくなってしまう。求められることに対応して新しい力を身に付ければここで役に立てると思ったら、終末期医療も、整形外科も、褥瘡等の皮膚トラブルもと、学ぶべきことはいくらでもある。透析治療の際のシャント手術もここで初めて教わった。必要ないことは今までできたことでも捨てて、必要なことは苦手でも克服して、自分に求められることを追求していくのが地域医療に必要な能力。求められるニーズはだんだん変わっていくし、僕ができることも変わっていく。地域のニーズで僕ができることを追い続ける。医師としての変化を恐がらないのは、地域の医療者にはとても大事なことだと思うよ。

田 変わっていく地域のニーズと、自分の力、2つの接点を見つけ続ける作業なんですね。

和 そう。接点でないことを追っかけているとどんどんずれちゃう。

吉 地域に求められるものと先生が追求することの接点を見つけるということでしたが、将来の医療の変化をどのように見ていて、将来に向けてはどのようなことをされていくのですか？

和 これから、日本人の死生観が大きく変わってくることもあるかもしれない。今は、中心静脈栄養や胃ろうなどで長く生き続けることができるようになってきた。そうすると訪問診療がもっと増えるし、自分も担わないといけないと思う。今は手術もするし、後輩医師を育てることもするけれども、今後は地域にシフトしていくこともある。それに医療と介護の架け橋とか、外科と他科の架け橋など、隙間を埋める仕事を担いたいと思っています。

地域医療に求められるチームとは？

吉 “隙間を埋める”とき、連携も大切だと思いますが、地域医療に求められるチームの姿とチーム作りでの医師の役割について教えてください。

和 最終的に医療の責任を取るのは医師なので、僕は医師がリーダーでないといけないと思っています。だけど“医者が偉いからリーダー”ではなくて、医師がチームに貢献することで周りがフォロワーになってくれて、“結果的にリードしているからリーダー”ということが大事。これはサーバントリーダーシップといわれてる。地域に貢献出来るチームを作るまとめ役として、皆に『助けて』と言えることも大切な力で、そうすることでチームメンバー一人ひとりの力を最大限に引き出すことができるんだ。

吉 先生はどちらでその概念を学んだのですか？

和 実は、サーバントリーダーシップと同じことは『村で病氣とたたかう』に書いてあったんだよ。若月先生は民衆や農民と一緒に歩いていきなさいと言った。今の病院に来て本当に一番困った人に照準を合わせたら、その人の問題は健康の問題というより人権の問題だった。それを解決するために皆に頭を下げて皆で取り組みなさいって教えられた。それって、最初に医者をめざした時の若月先生の考えと同じだなと思った。だから今回の受賞講演では、『無差別平等の医療をめざして』というタイトルで、民医連のめざしているものと、若月先生のめざしたものは、さまざまな部分でシンクロするという話をさせてもらったんだよ。

田 僕もチームのことで伺いたいです。先生の地域を見る眼や医療観は一人では実践できないと思うのですが、色々な人、特に新しくチームに入った人や近い考え方を持っていない人に考えを共有して、チームでやっていくのは難しいと思うのですが。

和 それはもう対話しかない。途中から入ってきた人は「えっ普通は…」ってよく言うんだよね。でもその“普通”っていうのは、“私が働いていた病院では”ということではないから、逆に『普通とは何か？』を考えないといけない。「本当に困った人がアクセスできない医療が普通なのか？」と対話し続けなきゃいけない。すぐには合意できなくても、そういう考えがあるんだなって知ってもらえればいい。良くないのは、無言の同調圧力。研修医にも『言わなくてもわかるでしょ』ではなくて、き

ちんと言葉で伝える。僕が何を考えてるかは、言語化しないと伝わらないからね。

田 最後に地域医療のゴールというか…

和 （間髪いれず）ない。だってゴールってことは地域医療が不要になるということだから。患者さんや地域から医療が要らなくなることはないでしょうね。人が死ななくなることはないでしょ？それなら支えて見送る人は絶対に必要だし、病気になる人がいなくならなければ、治る手助けをする人も必要でしょ？“治す”“支える”“見送る”が、どういう割合・頻度になるかはわからないし、社会の仕組みも変わっていくだろうけど、健康問題は必ず発生するし、人権の問題も発生する。もちろん専門的な医療が充実すれば、地域の医療が不要になるわけでもない。さらに地域医療には介護福祉も含めた地域包括ケアがシームレスに続いている。医療の範疇を超えても介護福祉が必要で、亡くなるまで地域で生活し続けるために何らかのケアが必要になる。だから地域で僕らの仕事がなくなることは絶対にないと思うな。

― 言葉を変えると、完成も？

和 ない。

― …でも先生。一つ思うのは、完成やゴールはないけど、医師だって当たり前だけに寿命がある。そのゴールがないものを一人の医師として、完結はできない。ではどうしたらいいんでしょうか？

和 自分の想いを継いでくれる後輩を育てるしかないね。

― そうです！では最後にそのメッセージを（笑）

和 一人の医者は30～40年しか仕事しないから、その期間で医療や社会のシステムは変わらないかもしれない。でもそれが現時点で完璧なものでない以上、一番困難な人達が救われるシステムを追求しなきゃいけない。医療そのものは平等かもしれないけど、医療制度は平等ではないんだよ。社会格差とか健康格差は、おそらく僕が医者を辞めるまでには解決されないからこそ、そういう思いを受け継いでバトンを渡せる人達をきちんと育てなきゃいけないと思っています。

田・吉 ありがとうございます。

いかがでしたか？この後、和田先生のおすすめの地域医療ならぬ“地域の居酒屋”で熱い地域医療の話は続きました。今回紙幅の関係で掲載できなかった部分を春以降のComing Doctor lightで連載します！そちらもお楽しみに！





ヘルスプロモーションの現場

汐田総合病院での取り組み



みなさんは Health promotion という言葉をご存知でしょうか？地域密着で医療を提供している神奈川民医連では、病気の治療と同時に地域の皆さんの健康増進活動を地域の方と共に行っています。

WHO は HPH (Health Promoting Hospital & Health services= 健康増進拠点病院) を啓発・普及し、医療機関や保健サービス事業所の健康増進拠点化を促進しています。

私たち神奈川民医連の事業所でも、創設当時から地域の方との協同のもと健康づくりの活動に取り組んでいます。今回の COMING DOCTOR 【特集！地域医療】では、そんな Health promotion 活動を取り上げます。汐田総合病院（横浜市鶴見区）が地域の方たちと協同で行っている取り組みをご紹介します。

体操教室

体操教室はリハビリテーション課の理学療法士を中心に、月に一度、汐田総合病院に隣接する会館で行われます。

患者さんだけでなく、日頃、病院にかかっていない地域の方も参加しています。65 歳以上の方を対象に参加を呼び掛けたところ、80 代の方を含む多くの方からの応募があり、すぐに定員に達してしまうほどの人気です。高齢者の方々の健康に対する興味・関心がうかがえます。

もともとはリハビリテーション課スタッフが病院で患者さんと接する中で抱いた『地域の人たちのために何か貢献できる事はないだろうか？』『運動を定着、継続させる働きかけはできないだろうか』という思いが出发点でした。真っ先に思いついたのが、自分たちの専門性を活かした運動機能の維持改善です。さらに専門性を発揮できる“評価”にも着目しました。参加者それぞれの体力年齢を導き出し、普段の生活の中でできることを紹介し、健康増進や介護予防につなげたいと考えたそうです。

当日の様子

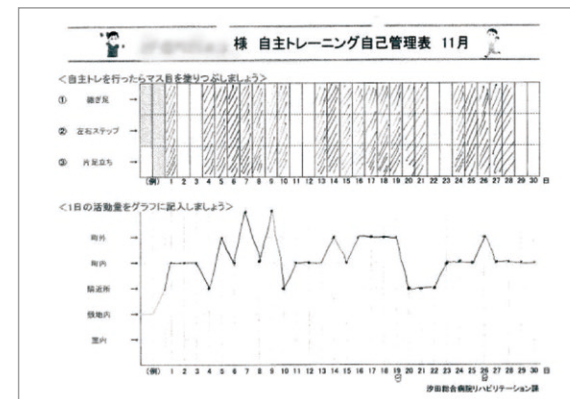
参加者はまず血圧測定を行います。スタッフは、『元気でしたか』『寒くなってきましたね』など何気ない会話から、参加者の健康チェックも行います。参加者はそれぞれ専用のファイルを渡されており、血圧や自主トレーニングを記録します。このスタッフお手製のファイルが重要な役割を果たしています。体操教室は月に 1 度、全部で 5 回開催されます。運動頻度としては十分ではありませんが、ファイルに工夫がありました。第 1 回目に参加者は体力測定や問診を行い、その結果を E-SAS（日本理学療法士協会が作成した自己評価表）に記録します。E-SAS には運動機能の評価だけではなく、“人や社会とのつながり”や、“生活の広がり”などの評価項目もあります。健康増進は単に体力だけではなく、社会とのつながりも大きく影響しています。これをソーシャル・キャピタルと言い、厚生労働省も『健康日本 21』で取り上げています。



習った当日の運動課題を生活動作に取り入れた写真付きの資料をファイリングし、自宅に持ち帰ります。参加者は次の体操教室までの間、日常生活の中でトレーニングを行い、実施状況をファイルに記入します。日常的に、また自主的に運動を継続するのは難しいですが、生活動

作に落とし込んだ何気なくできるトレーニングにすることが継続しやすいポイントです。ここにスタッフの想いが込められています。

その他 1 日の活動量なども書き込んでいくのですが、活動量は室内・敷地内・隣近所・町内・町外といった項目に分かれているところが特徴です。日常の運動量と行動の範囲が可視化できることで、『最近近所に出ていない』『もう少し歩いてみよう』と積極的に運動を意識でき、またライフスペースが広がっていきます。結果、行動範囲が広がり、体力がついてくるようになってくるそうです。



4 回目の開催日にはみんなで輪になり、前回行った体操を日常生活にどのように取り入れたか、また実行したか、意見を出し合いました。『階段でこんなことをやった』『台所でこんなことをやった』などをスタッフが丁寧に聞き取り、良かった点や改善点をフィードバックします。参加者同士でもコミュニケーションをとることや、ポジティブフィードバックをシェアすることもとても重要なことです。E-SAS の評価項目にもあるように、人や社会と



のつながりを持つことは家にこもりがちになる高齢者にとって重要なので、自主トレーニングをみんなで一緒に振り返り、ポジティブフィードバックを受ける事により、参加意欲が高まり継続することに繋がるようです。

この日は KYT（危険・予測・トレーニング）のグループワークも行われました。部屋のイラストが描かれている紙が配られ、どのような危険が隠れているか話合います。何気ない家の風景ですが、足を滑らせたり、つまずいたりする原因が隠れています。運動だけではなく、家での危険を共有することで転倒などのリスクを減らしています。

最後に全員で輪になって、バランスを保つための体操トレーニングを行います。『1、2、3！』と大きな声を出しながら元気に体操をします。自然と笑顔もこぼれます。これも集団で運動することによる効果の一つです。笑うことも健康増進につながる事が研究により立証されており、グループでの活動は 1 人でする運動よりも高い健康増進効果を得ることができます。

全員の健康増進効果が実証

全 5 回の体操教室の最終回では、参加者が初回に行った測定を再度行い、体力の変化を確認します。先日行われた最終回では、どの参加者も活動を始めた当初よりも評価が上がっているという結果が出たそうです。

おわりに

健康増進には、運動や栄養管理などが欠かせませんが、その更に土台となるものは、“社会とのつながり”です。WHO は 1978 年に採択された『アルマ・アタ宣言』のなかで

『健康とは身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病のない状態や病弱でないことではない。』

と定義づけています。人や社会とつながることは、健康には欠かせないものです。

地域医療に携わることを志している医学生の方々は、病気と同時に健康への関心も高め、現場を見て、経験されることを是非おすすめします。

研修医の1日を追う

研修医の日常とは…？

地域医療研修 編 @久地診療所

普段は臨床研修病院での研修医の様子をお伝えしている「研修医の1日を追う」ですが、今回は地域医療研修編ということで、家庭医診療所である久地診療所にお邪魔しました。ここで1ヶ月間の研修をしているのは、川崎協同病院（以下協同病院） 初期研修医の松本医師です。病院とは違う診療所というフィールドで見えてくるもの・学ぶものとはどんなことでしょうか？

8:30 出勤・朝会

カルテチェックや回診がないのでゆっくり出勤します。診療所まで通勤に時間がかかりますが、教科書を読むのにちょうどいいですね。

8:45に全職員が集まる朝会があり、会議の予定、職員の動き、ワクチンの残数、往診の数など確認し合います。前日の新規患者さんや、気になる患者さんについての情報共有も行われるのが特徴的です。

9:00 外来診療

一般外来では、まずは自身で診察をし、どのような検査や処置、治療をするのかアセスメントをし、それから指導医にコンサルトしています。初期研修2年目の12月に診療所研修をしていると、これまでの研修で身に着いた力を実感します。例えば、ここは家庭医診療所のため小児の診療も行いますが、訴え・症状から小児ならではの鑑別をあげられるようになったのも協同病院の小児科研修で鍛えられたおかげです。

患者さんの傾向としては、定期的に、風邪・発熱・インフルエンザ、予防接種を希望する方が多いです。一方で、慢性疾患の患者さんも多いです。なかには特定の医師をかかりつけにせず、定期処方希望の患者さんもいます。そういった患者さんに対しては、カルテ情報から最近起こったライフイベントについて聞き取りをしてみたり、傾聴してみたり、時間をかけて患者さんと向き合うことができます。

14:00 訪問診療

協同病院の研修中も訪問診療は経験していますが、川崎市南部にある協同病院と、同市北部にある久地診療所とでは、その地域性が異なるので、患者さんにもその違いを感じます。前者は、地方から京浜工業地帯に出稼ぎにきてそのまま定住した患者さんも多く、家族とは縁が切れていて、その人がどこでどのような環境で生きてきたのかが見えづらいことが多いです。キーパーソンが家族ではなくケアマネや、生活保護担当ということも多々あります。一方後者では、患者さんの生きてきた歴史を感じる機会が多いです。家には、家族写真や古い家具、お仏壇などがあって、その人がどう働き、どんな家族と暮らしてきたのかというルーツが見えやすいと感じます。また自身の健康に興味・関心が高い患者さんが多いとも感じました。

17:30 勤務終了

17:30には診療所をでます。その後は、協同病院での当直に入ることもあります。今は、初期研修を終了するまでに提出しなければいけない経験症例のレポートの作成に追われています（汗）

Q&A 診療所は松本医師にとって初めて足を踏み込むフィールドでした。そんな先生に色々聞いてみました！

—診療所と、病院との違いを感じたのはどんなところですか？

診療所は病院よりも地域からのアクセスがよいと感じました。先日、60代後半の女性が带状疱疹の疑いで受診されました。带状疱疹の既往歴があり、症状が似ていたことから自ら带状疱疹を疑ったようです。私は带状疱疹と診断し抗ウイルス薬を処方、2日後に再診してもらい、この方の治療経過を外来でみることができました。アクセスがよい診療所だからこそ、患者さんも症状が気になった時点ですぐに受診してくれ、私も「また経過を見せてくださいね」と言うことができました。自分が診察した患者さんの元気になった姿を見るというのは安心感がありました。病院の救急外来ではそうはいかないですからね。

—1ヶ月の診療所研修での気づきや新たに獲得したものがありましたか？

訪問診療で患者さん宅に行きその生活環境を目にすることで、SDH[※]を実感しました。煙草臭い、カップ麺だらけ、糖尿病なのにお菓子がたくさん、寒すぎる、、、そんな家々もありました。患者さんが治療を終えて帰る場所は家（家族も含む）で、その環境が病気になるベースになっているということをイメージしながら診療しなければいけないと思いました。

注：SDH…Social Determinants of Health（健康の社会的決定要因）の略。人々の健康や病気が、社会的、経済的、政治的、環境的な条件に影響を受けるということ。

また気づいたことは、患者さんが抱える背景に目を向けることが自然とできるようになっていたことです。いわゆるコンプライアンス不良と言われるような患者さんであっても「なんでこんなにわかってくれないんだ（怒）！」とか「話してわからないなら、もう知らない」とは思わずに受け止められますね。これは協同病院の研修中、患者さんのことで指導医に相談するたびに、「患者さんの背景を考えろ」「自分の中の陰性感情をどう捉えるか」と家庭医療の理論に基づいたアドバイスをもらいながら育ててもらったからだだと思います。そして今久地診療所で家庭医の先生方が理論に基づいた実践をしているのを目の当たりにしているという感じですね。



小児診療の様子



川崎協同病院 研修医
医師 松本 友里
2016年 徳島大学卒

指導医 Eye

恒例になりつつある指導医インタビュー。
今回回答くださったのは、久地診療所所長の喜瀬守人先生です。

—松本医師の診療所での研修ぶりはいかがでしたか？

1ヶ月の研修期間でも、具体的な目標を立て、主体的に診療に当たっていました。外来診療も2年目研修医として安定した内容で、自己学習もできていましたし、診療所スタッフともすぐに友好的な関係を築いていました。また、病院と診療所というセッティングの違い、川崎市の南部と北部との環境の地域差にも着目するという、ズームアウトした視点も持ちながら研修していた点も素晴らしいと思います。今後産婦人科の専攻医として、地域で暮らす生活者としての患者を常に意識すること、専門領域だけではなくその周辺まで含めて学んでいくことを忘れずに、今後も研鑽を積んでほしいと願っています。

—診療所における地域医療研修で、研修医に学んでほしいと思うことは何でしょうか？

最も知ってほしいことは、診療所の医療の実情です。診療所は各科専門医や検査については病院より限られていますが、地域住民にとってのアクセスやフットワークの良さ、1人の医師が扱う診療範囲の広さ、スタッフとの連携のしやすさなどは長所です。様々な疾患の初期症状をみること、適切にフォローアップの計画をたてること、患者の生活・家族・価値観なども含めて診ることが具体的な目標になると思います。また、訪問看護やケアマネジャー、薬剤師など、近隣の他職種の仕事を体験することができれば、得難い経験となりますし、その後の医師としての見識が広がるきっかけになります。これらに着目しながら学習すれば、よりよい地域医療研修になるでしょう。

地域医療研修だからできる！

+αの研修

久地診療所の研修では、併設している介護老人保健施設「樹の丘」で介護・看護を学ぶ機会を設けています。また「川崎家庭医の会」「レジデントデイ」という学びの場もあります。

<介護研修>

介護士が担う役割がとても多いです。経験したものだけでも、ベッドメイキング、オムツ交換、食事の配膳・補助と様々で、常に忙しくしていましたね。その忙しい中でも、例えばベッドメイキングでは、利用者さんの好みによって布団のたたみ方を考慮したり、体調の優れない利用者さんのお部屋から始めてなるべく早くベッドに戻れるように配慮したり、個性の高い要求に応えていました。

<看護研修>

印象的だったのは、介護士から「〇〇さんが発熱」などの情報が入ると、看護師が利用者さんに「咳や痰は？」「排尿は？」などの問診を自らとり、熱源に見当をつけてから医師にコンサルトしていたことです。医療現場では、医師の指示をこなすことも看護師の大切な役割ですが、介護の現場ではより自己裁量権が大きいように感じました。樹の丘での多職種研修を通して、医師からメディカルに対する配慮が必要であると感じました。医師が現場の状況やマンパワーを考慮せずに「〇〇をやれ」と言っただけですね。今後は、現場の状況に即した治療を、柔軟性をもって考えられるようにしたいですね。

<川崎家庭医の会・レジデントデイ>

どちらも家庭医・家庭医研修医が集まり、学習をしたり、研修や診療の振り返りをしたり、医師同士のつながりを深めたりする場です。私が参加した日のレジデントデイは、ポートフォリオの添削会でした。ここでは、家庭医の先生方がどう問題を言語化し、どのような手法・ツールを用いて、どういう発想で問題解決しているかを学ぶ機会になりました。家庭医の先生方はこういう場での情報共有・議論を通して自身の診療を振り返り、ブラッシュアップしているのかなと思いました。



樹の丘での研修の様子

高齢者医療における留意すべき症例

シリーズ「後輩に伝えたいあの症例」では、これまで『ヒヤリとした』『長期にわたり患者さんに寄り添った』『チーム医療に欠かせないもの』といったテーマで、一つの症例をご紹介します。

今回は一つの症例からではなく、ベテラン医師の医師人生の中で印象的であった患者さんの経験を、これからますます進行して行く高齢化社会に向き合う皆さんのためにお届けします。

【はじめに】

医学生の皆さんこんにちは。平塚市にある平塚診療所で所長をしている高橋です。今回は、私のこれまでの経験から、高齢者医療における留意点などをいくつかの症例を基にご紹介します。

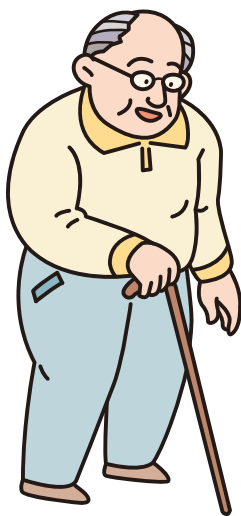
【長年の経験から見た高齢化の現状】

日本の平均寿命は 80 歳を超えても頭打ちにならず、ますます高齢化が進行しています。社会の高齢化の象徴である 100 歳を超える方も、今日では 6 万 7 千人に増えて、30 年後には 70 万人を超えると推定されています。私の診療所で管理している定期訪問診察中の患者で 100 歳を超える方も珍しくなくなっています。私が医師になった昭和 47 年頃の 100 歳超えの方は 405 人でした。その頃は手術対象者が 70 歳を超えると、年齢を理由に手術を手控えていたと記憶しています。

しかし、急激に進んだ高齢化に対応した医療・医学の進歩はまだまだ不十分です。各疾患のガイドラインを見ても、高齢者に対する指針がないことがあり、又あっても変更されることが度々あります。アンチエイジングや老化についての研究が進んで来ますが、老化のメカニズムについてわからないことが多いようです。

一方では、医療の高度化が進んでいます。高度化すればするほど、各分野で専門化、細分化が進行して行く事は避けられません。同時にその弊害を防ぐために、総合的な視点が欠かせない事になります。特に高齢者医療では忘れてはいけない視点であると思います。

私は病院で腹部外科を中心とした一般外科を 26 年間ほど専門にしていますが、その後は診療所で一般内科を約 20 年間診療しています。私たちの診療所でも、健康診断を含む来院患者の約 7 割は 65 歳以上の方で、高齢化が進んでいます。



【高齢者医療の留意点】

その経験をもとに私なりに高齢者医療の留意点を整理してみました。

- 1) 一般的には各臓器機能が低下し、予備能に余裕がないが、老化は個人差が大きい。
- 2) 症状が非定型的な事があり、時には重症度と乖離し、命にかかわる疾患であっても、症状の訴えが無いが少ないことがある。
- 3) 様々な疾患を同時に罹患し、それぞれの疾患が他の疾患に影響し合っていて、ある疾患のみを見ていると失敗する事がある。
- 4) 誤嚥性肺炎や尿路感染症などを繰り返し、その管理が難しい。
- 5) 老化で時間と共に臓器機能が低下するので、その都度薬剤の効果を評価する事が大切。

などです。

高齢者に特徴的な 2) の症状と重症度の乖離について、経験した症例で思い出される例を下記にいくつか紹介します。

1. 基礎疾患のない 82 才の女性。健康診断で急性心筋梗塞が判明。再度問診したところ、前日の散歩中に一時的な軽い胸部違和感を思い出した例。
2. 定期訪問診察した際、患者の 81 才の妻（主介護者）が、軽い風邪と訴えたので、先ずは診療所への受診を誘導したところ、胸痛のない完全房室ブロックを伴う急性心筋梗塞で、緊急入院した例。
3. 悪性関節リウマチにて定期訪問診察中の方（77 才、男性）で、発熱があったが呼吸苦などの症状はなく、一見元気そうに見え、病院への救急受診を強く渋りましたが、結局重度の肺炎であった例などがすぐに思い起こされます。

このような症例は実際には頻度が高いわけではありませんが、思いがけず遭遇し、対応が遅れると、命にかかわる事態になります。

【見落としはいけないマルチプロブレム疾患】

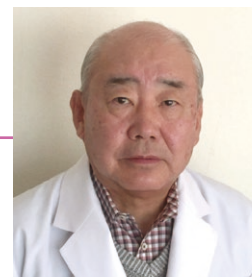
又、高齢者は複数の疾患を抱えていることが多く、症状が変化した場合、原疾患のみに目を奪われていると、背後の疾患を見逃してしまう事があります。特に高齢者の甲状腺疾患（その中で機能低下症）が見逃されやすいように思われます。

甲状腺機能低下症の場合、寒がり、倦怠感、下腿の浮腫、皮膚の乾燥など内分泌疾患特有の多彩な症状は、老化やその他の疾患に伴う症状で説明が出来るので、見逃され

平塚診療所

所長 高橋 誠

1972 年 横浜市立大学卒



ることが多いと思われます。

このことを初めて気づかされたのは 15 年近く前に経験した 90 歳の女性で、両眼失明以外に基礎疾患のない方です。徐々に ADL が低下し、寝たきり状態になり、総合病院で入院・精査しましたが、最終的に老衰と診断されたので、いよいよと言う事で看取りの為、診療所に往診を依頼されました。しかし、甲状腺機能低下症が判明し、補充療法で、以前の元気な状態に戻った例を経験しました。（その後、主介護者の嫁に大変恨まれました。）

以来、経験した症例の中でいくつかを紹介します。

1. 風邪と自己診断した 87 歳の元医師（男性、高血圧症）。発熱と倦怠感と喉の痛みを訴えていましたが、咽頭部には炎症はなく、頸部に圧痛を認め、血液検査で亜急性甲状腺炎と診断。
2. 95 歳の女性。連合弁膜症のため、うっ血性心不全にて入院を繰り返していましたが、甲状腺機能低下症が判明。補充療法後、心不全悪化の頻度が減少。
3. 非定型抗酸菌症で長期入院治療後の 88 歳の男性。痩せと倦怠感が続いていたが、甲状腺機能低下症と判明。補充療法後、体調が改善。

その他バセドウ病や無痛性甲状腺炎等がありましたが、多くは甲状腺機能低下症でした。そして、触診でほぼ全例に甲状腺腫大を認めませんでした。

【あとがき】

今後益々高齢化が進行し、医療に占めるその割合はさらに増大します。現在医学生として学ばれている皆さんが、第一線で活躍するころには、今よりも更に高齢化が進んでいる事でしょう。どのような道に進まれることになったとしても、高齢者医療と言うものは意識しなければなりません。その思いから今回は、私の経験を基にした高齢者医療の留意点をいくつか紹介させていただきました。皆様の研鑽の参考になればと思います。

読者の広場

今回のカミングドクターでは、“地域医療”を特集しましたがいかがだったでしょうか？地域に根差した医療をするために必要なエッセンスとはなにか、それをつかむのに今号が少しでも役に立てば嬉しいです。地域医療の実践が見たいと思ったあなたはぜひ、地域医療のフィールドに実習に来てみてくださいね！さて、前号の感想を少しご紹介します。

MOP × 医学生座談会（後編）

- ・日常生活では、このような取り組みを知る機会が少ないため（N 大学 O さん）
- ・自分自身、子どもの貧困問題にとっても興味を持っているので、勉強になった（H 大 S さん）

私がここにいるワケ

- ・将来精神科を希望しているため興味深かった（H 大 Y さん）

後輩に伝えたいあの症例の記事

- ・見過ごしがちなコメディカルが与える多大な影響を知ることができた（N 大 I さん）
- ・チーム医療での患者本人や家族の具体的な参加方法を知ることができた（K 大 A さん）

研修医の 1 日を追う

- ・1 日のスケジュールだけでなく先生が研修で思ったことについても知ることができた（H 大 S さん）
- ・神経内科の魅力を教えてもらった（S 大 K さん）

この他にも、多くの方から感想をいただきました。ありがとうございました m(_ _)m

アンケートに答えて

図書券をもらおう！

今回も皆さんからのご意見をお待ちしています！冊子に挟んであるハガキ（切手は不要）に記入の上、ぜひお送り下さい。送ってくれた**医学生の方全員**に、図書券 1,000 円分を進呈します！（個人情報の取り扱いについては下記参照）

■個人情報の収集について

収集する個人情報の範囲は、収集の目的を達成するための必要最低限とし、取り扱いにあたっては、個人情報保護に関する関係法令、およびその他の規範を遵守します。

■個人情報の管理・保護について

収集した個人情報については、適切な管理を行い、紛失・破壊・改ざん・漏洩などの防止に努めます。取得した個人情報について、ご本人の同意なく開示することはございません。

■病院実習・各種企画のご案内について

今後、病院実習や各種企画の郵送をさせて頂く場合があります。受け取りを希望されない場合は、お手数ですがアンケートハガキにその旨を記入して投函、または神奈川医連医学生担当までご一報下さい。