

# 地域医療実習

棚橋弘貴

実習期間：平成 23 年 10 月 3 日～7 日 実習施設：公立世羅中央病院

## 実習施設とその地域の概要

世羅町は、人口 18,010 人、面積 278.29 km<sup>2</sup>の広島県の中東部に位置する町である。平成 16 年に世羅町、甲山町、世羅西町が合併し、今の世羅町となった。60 歳以上の方が 8,018 人と実に 44.5%を占める。<sup>1)</sup> そんな町の 2 次救急医療機関として機能する世羅中央病院は、今年 10 月に、公立くい病院からの病床移管で、110 床から 155 床へと増床したばかりである。訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、歯科保健センターを設置、事業所健診や誕生月健診、人間ドックなどを実施し、急性期医療から保健、福祉、在宅医療まで幅広いサービスを提供している病院である。<sup>2)</sup>

## 実習内容

月曜 午前：オリエンテーション、施設内見学、薬剤部の見学  
午後：リハビリテーション体験・見学、院長講義、ミーティング

火曜 午前：看護体験実習  
午後：森岡医院にて往診・外来、ミーティング

水曜 午前：外来実習（小児科）  
午後：あおいの園セラにて施設見学・体験、ミーティング

木曜 午前：訪問看護実習  
午後：くい診療所にて往診実習、ミーティング、当直実習

金曜 午前：外来実習（内科）  
午後：総括・レポート作成、検査見学

## 【10 月 3 日（月）】

オリエンテーション後、施設内を一通り案内していただいた。予想よりもきれい、というより、とてもきれいだった。公立くい病院からの病床移管で増築された新病棟が今年より始動しており、それに伴い本館も改築されているため、非常に新しい病棟であった。地域医療（僻地医療）と言われると小さな、そして古い病院を想像しがちであるが、さすがこの地区を支える総合病院だった。その後は薬剤部での見学。処方されてからの流れや薬の管理方法について教えていただいた。今までの実習では薬剤部と直接関わることがなかった分、新鮮な実習であった。

午後からはリハビリの見学・体験をさせていただいた。これもまた知らないことばかりであり、コメディカルの支えなくしては医師の仕事は成り立たないし、円滑な医療を提供するためには相互理解は欠かせないと実感した。地域柄、高齢者が多いことから脳血管障害が多いことは予測の範疇であるが、田園地帯ということでコンバイン利用中、草刈り中の事故などもあるそうだ。やはり地域ならではのものは存在するようだ。また言語聴覚士さんによると当院では嚥下に関していえば訓練よりもその評価が重要だそうだ。対象となる多くの方は高齢者であり、リハビリによる機能回復はあまり見込めないため、今後の治療方針（胃瘻創設など）のために適切な評価が必要だ、ということだった。最後は末廣院長の国民健康保険直営診療施設についての講義を受けて 1 日目は終了した。このような公立の病院が機能を

果たすためには、その経営者である市町村が経営に協力的であり、現場を知ってもらう必要があると学んだ。

#### 【10月4日（火）】

午前中は看護実習だった。自分がさせていただいたフロアは4Fの主に内科患者がいる病棟。入院患者は若くて60代、という大学とは大きく違う環境だった。寝たきりの患者も多く、介助が必要であり、また10月からの増床とともに患者も増加しており看護師の仕事は多忙を極めた。特に印象に残っていることは朝食の配膳時のことである。私は朝食を乗せた台を患者さんの側に寄せることをしなかった。体が不自由な患者さんにとってそれでは食べることができない。ご指摘いただき初めて、患者さんの立場になって行動することができていなかったことに気づき、深く反省した。他には食事介助、シーツ交換、おむつ交換、バイタル測定などを一緒にさせていただいた。全然実践力がないことで、迷惑ばかりかけ申し訳なく感じた。

午後からは森岡診療所の診療に参加させていただいた。訪問医療（往診）は、映像で見たり、話には聞いたりしたことはあるが、初めて生で見た。患者さんの多くは自宅や施設のベッドで横になっていた。患者さんの家族からの情報とともに、問診・バイタルチェック、場合によって血液検査（採取）も行っていった。私も腹部診察や聴診をさせていただいたが、形だけのものであった。何もできない自分が歯がゆかった。往診をした患者さんは一人暮らしの方ばかりではなかったが、介護者も高齢者であり、車に乗せ診療所に運ぶことは容易なことではない。そんな中での往診は非常にありがたい。どの方も非常に感謝しておられた。また、往診では病院ではない患者さんの生活が感じられ、一人のヒトであることがしみじみと感じられた。患者さんにも病気だけでなくそれまでの大きな背景があるのだということがひしひしと伝わってきた。本来医療とは人と人との関わりであり、病気を治すことだけが仕事ではないのだということが改めて思った。

#### 【10月5日（水）】

午前は小児科の外来実習を行った。雨ということもあり患者数がいつもよりも少なかったようだ。おかげで一人一人をゆっくりしっかり見られた。小児の診療で大事なことは、全身を自分でしっかり診ることだそうだ。もちろん保護者からの情報も聞きながらではあるが、保護者はプロではないため必ずしも正しいわけではない。主訴と病気が異なることもある。そのために言われた部位だけではなく、そのほかの部位も診る必要があるのだ。このような病院に訪れる患者の多くは、大学病院と異なり、感染症であり、放置していても治ることが多い。しかし、中には急変したり、他の病気が隠れていたりする場合もあるので、帰していいのか、入院して様子を見るのかの判断が重要になってくるようだ。地域に密着した、という面においては、母親の医療教育というものがある。どのような場合に医療機関に連れて行くべきか、どのような対処をしたらいいのか、正しい情報を提供するためにどこに注意しておくのかなど様々なことを講演会や来院した時に伝えるそうだ。

午後からは「あおいの園セラ」という老健の体験・見学をさせていただいた。老健と言われても聞きなじみのない名前であったが、介護老人保健施設のことであり、医療機能を持ち合わせた老人ホームみたいなものだ伺った。ここでは、介助が必要な場合にはナースコールのようにして人を呼ぶことができ、常勤の看護師も居て、点滴などの処置を行われていた。また生活の中でリハビリができるように、作業療法士さんがレクレーションとして活動を行っていた。施設内に引きこもっては精神的にもよくないと、外に出られる人には行事でドライブやお花見も企画されているそうだ。様々なこと見聞きす

る中で、一番興味深かったのは介護士さんの話だった。このような施設において患者さんと一番近くに接しているのは現場の介護士さんである。現場で働く人の声に耳を傾けられる医師になってくださいとのことであった。医師として働く以上、このような仕事に携わる人との関わりも大切にする必要があると感じた。

### 【10月6日（木）】

午前はまず訪問看護から始まった。自分が同行させていただいたのは病院からそんなに離れていない家だった。80代男性でリウマチの他、肺炎を繰り返し発症している患者さんであった。看護師さんの手伝いをさせてもらいながら患者さんやその奥さんからお話を伺えた。「やっぱり、家での暮らしがいい。半年くらい入退院を繰り返していたが、この生活になってから体調がよくなった。毎週来てくれるという安心感がある。」病院での不自由な生活より住み慣れた家での生活がいいのは言うまでもないことであるが、その奥さんも「本人だけでなく、看ている私もすごく安心できる。病気があるから心配だけど、なんかあっても毎週見てくれるし、相談できるっていう安心感がある。」なるほど。その奥さんはいつも熱心にいろいろ聞くそうだ。介護サービスで負担を減らすということはよく聞く話ではあるが、訪問看護においても看る方の負担も軽減させるのだ。もちろん来るのは看護師さんだけであるわけだが、その方々は「先生」と呼んで慕っておられた。また、「優しい医師になってください。この人になら任せられると思ったらそれだけで半分くらいは病気が治った気がする。」とおっしゃられていた。信頼関係こそが医療における根本をなしていることを患者さん側から改めて教えていただいた。

午後はくい診療所にお世話になり、往診に同行させていただいた。世羅とはまた違うが、久井もまた田舎だった。往診した患者さんは寝たきりの方ばかりで、先日の往診同様、マンパワーがなく病院まで連れて行けないという理由の方がほとんどであった。そういった方のニーズに応えられ、これこそが地域医療なのかと実感する一方で、まだまだ問題もあるようだ。決められた時間の往診はいいが、夜の急変の対応をどうするのか。このように自宅医療を希望される方には、自宅で亡くなりたいという方も多く、それをかなえてあげたいが、それに応えるには絶対的に医師数が足りていないのが現状だ。また当然自宅ではできる医療も限られてくる。くい病院が世羅中央病院に病床移管して、くい診療所になったわけであるが、それでも存続してくれたのは非常に助かる、もしなくなっていたらもっと遠くの病院までいかなければならない。と、安心した生活には病院が必要なことが窺えた。

また違う角度の話ではあるが、主治医意見書のことから、介護制度についての話にもなった。「現状の介護制度は非常にいい制度だ。介護者の負担を減らすことができる。けれどその要介護者も増加の一途をたどり、すでに財政を圧迫している。また、年々増える要介護高齢者の増加もあり、さしあたり「預けられる」入所施設も不足していつている。これらのことは早急にどうにかしなければならぬ。結局は誰かが清算しなければならないのだから。」医療や介護を充足していくためにはやはり政治的なアプローチも必要不可欠なのである。また、「介護士や看護師が訪問医療や介護を充足していくにはやはり医師が根本を担わなければならない。最後に責任をとれるのは医師であり、そこを支えてあげないと彼らは安心して働けない。」自分の将来の仕事にやりがいと共に大きな責任を感じた。患者さんのQOLを向上させるだけでなく、プロとして自分の判断1つで生死を左右することもあるのだから。

本日の夜は当直実習もさせていただいた。1件目は19時40分頃の救急外来。子供が朝から熱が出ていて下がらなかったとのことであった。解熱剤などを処方して終了。24時間体制ということで頼りやすい病院なのであろう。2件目は0時30分頃、急性の腹痛・背部痛による救急搬送であった。アルコール臭もすることから膵炎や腹膜炎、穿孔なども疑われ血液検査、エコー、CTが行われたが、軽度肝障

害がある程度で詳細不明であった。時間と共に腹痛は減退したが、動きに伴う背部痛は持続したため、入院による経過観察となった。3件目は2時頃、仕事中に機械と衝突し、右前額部に7cm前後の外傷ができた患者だった。外科の先生を呼んで縫合処置。複雑な創傷である場合キー部位をおさえて形作ることが重要であるようだ。縫合中にも下痢で1件訪れたらしく、本日はやや多かったようである。

### 【10月7日（金）】

午前は松本先生のご指導の下、外来診療実習を行った。新患の方の問診・理学的所見をとらせていただいた。もちろん後で先生の診察があるわけだが、初めての経験であり非常に緊張した。患者さんはどう思うのだろうか。スムーズに出来ているのだろうか。不安だらけできっとそれが表れていただろうし、まだまだ医学知識がなさすぎて適切な質問が全くできなかった。一通り診察したら、その後はどのような検査・治療をしていくかということになるが、そのためには選択肢の長所・短所をしっかりと理解し、また自分が何を目的としてそれを用いるのか考えていかなければならない。医療資源が限られやすい地域医療では、あるもので対応していくしかない。例えば、健康診断の胸部X線で異常陰影を指摘されてもCTがなければ、もう1度自分で胸部X線を撮影して、本当に街に出てCTをとる必要があるか判断するといったように街の医療とは変わってくるわけだ。できないことは紹介していくしかないが、わざわざ街に出るのに1日掛けで行くことは負担となってくる。専門性の高いことはできないにせよ、一人一人の医師が幅広い分野をカバーできるようになれば、もっと患者さんのニーズに応えることができるのだ。自分が将来専門としない科であろうと今学べることはしっかりと学び、将来使用するつもりで学んでいく必要がある。一つでも多くのことができるように、これからの勉強では吸収していこうと思った。

午後からは総括で地域医療の討論を松本先生と行った。なぜこんなに田舎の医師不足が叫ばれるようになったのか。その大きな要因は今の研修制度にあるようだ。研修制度で医師の医局離れが進み、人材が派遣できなくなったことが要因らしい。今後、医師としてどのように対応していくのか、自分なりの意見を道筋を立ててしっかりと持つ必要があると学んだ。詳細については考察と重複するところもあるのでそちらで述べようと思う。

### 考察

今回の実習で感じたことは、地域の病院は大学病院とは大きく異なるということ。大学では医療を行うのは病院であり、患者が病院に来るのは当たり前のことのようにとらえていたが、当院では違った。患者さんが自宅医療を希望され、様態が安定しているのであれば往診や訪問看護という方法で医療を提供することができる。また、大学では高度な専門性が保たれているのに対し、このような場所では内科・外科と大きなくくりがあるだけだ。そのために一人で浅くとも広い分野をカバーする必要がある。当院は比較的恵まれているらしいが、それでも眼科などはないし、週に1,2回しか外来がない診療科もある。完全に閉鎖された科は、どうしても都市部まで出ないと受診することができない。多くの地域医療と呼ばれる場所では、病院に行くために街に出ていくことが強いられているのが現状である。

さて、近年僻地での医師不足が叫ばれているがこれを解消するためにはどうすればよいのだろうか。政府は医学部の定員数を増加させることによって対応した。その結果、医師数が増加したことにより僻地で働く医師の絶対数は増加した。しかしながら医師の偏在を改善することはなかった。<sup>3)</sup> ということは都市部の医師数の絶対数も増加していることを意味するが、今のところ市場の原理は、この問題を解決するようには、はたらいっていないようだ。つまりこのまま何も介入しなければ、格差が是正される可

能性は極端に低く、何らかの手を打たなければならぬということになる。

その一方で次のような疑問も浮かぶのではないだろうか。都市部と僻地とで同等の医療を提供する必要があるのか。都市には都市の、田舎には田舎のメリット・デメリットが存在する。当然、高度な医療を受けられるということも都市部でのメリットと言えるだろう。田舎である以上、ある程度の不便さは仕方のないのではないか。

Green が 2001 年に発表したものによると 1000 人の住民がいた場合、1 ヶ月間の間に 327 人が医療機関への受診を考慮し、113 人がプライマリ・ケア医の診療所を訪れる。そしてそのうち入院するのが 8 人、大学病院に入院するのは僅かに 1 人である。<sup>4)</sup>

そもそも地域に大学病院のような高度な医療を提供する必要性は低いのではないか。地域ではプライマリ・ケアをしっかりと行い、それに対応できないものに対しては大学病院などに紹介するように住み分けをすればいいのではないだろうか。先ほどある程度の不便さは仕方ないと述べたが、医療は安心して健康に暮らすための根底を支える、すなわちライフライン的な要素が含まれていると考えられる。今回の実習で実際に話を伺えたのだが、いざという時にすぐに行ける病院があることは大変大きな安心感へとつながるのだ。医療には警察や教育の様な公共の福祉といった面が存在するのではないだろうか。そうであるならば最低限のものを保証するべく、強制力も必要なのではないだろうか。

そこで新たに専門医となる医師には〇年間の地域での勤務の義務化を図るのもよいのではないだろうか。地域医療に必要な能力はプライマリ・ケアであるが、その専門医のみに任せればそこで働く人の疲弊を招き、やがてはいなくなってしまう。やはり皆で支えていくべきなのであろう。個々にプライマリ・ケア医としての能力が多少なりともあることは、複数の専門家を受診している患者さんを一人で診ることができ、病院通いへの負担を減らし、また医療費抑制にもつながる。<sup>5)</sup> 今抱える医療費の問題にも多少なりとも改善が期待されるのではないか。また、臓器だけを診るのではなく、全身を包括的に診る訓練にもなる。このことは決して無駄ではなく、医師として必要な能力であると考えられる。田舎での医師生活は不便だけでなく、やりがいや能力を鍛えることにもつながるはずだ。

また近年では「ふるさと枠」という対策で地域医療を担う学生の育成も行われているので、彼らが実際医師となるころにどうなるのか楽しみである。

## 謝辞

最後になりましたが、公立世羅中央病院、また森岡医院をはじめとする多くの施設の先生方やスタッフの皆様には、お忙しい中、1 週間という短い期間ではありましたが、大変お世話になりました。また、未熟な私に診察の機会を与えてくださり、多少なりにも成長できたのではないかと存じます。そして様々な貴重なお話は今後の医師形成の中で大きな糧となることと思います。この場を借りてお礼を申し上げます。ありがとうございました。

## 参考文献

- 1) 平成 23 年 3 月 31 日の住民基本台帳
- 2) 公立世羅中央病院 院長 末廣 眞一先生のあいさつより
- 3) 地域医療テキスト 2009
- 4) Green LA, et al. The ecology of medical care revisited. N Eng J Med 2001;344:202 1-2025
- 5) 地域医療とプライマリ・ケア