

# 公立みつぎ総合病院実習レポート

平成 27 年 7 月 27 日～平成 27 年 7 月 31 日

柳野 佑輔

## <1.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する農村地帯である。人口は平成 25 年時点で約 7500 人、高齢化率は 33.2% と非常に高い。山間部のため民家は点在し、交通の便も悪く、医療資源も非常に少ない。しかしこの御調町では昭和 60 年より在宅寝たきり老人割合を 1%前後で維持させることに成功している。これに大きく貢献しているのが公立みつぎ総合病院を核とした「地域包括ケアシステム」の存在である。公立みつぎ総合病院は昭和 31 年に設立された国民直診病院であり、現在は 22 診療科、一般病床 146 床、回復期リハビリ病床 65 床、緩和ケア病棟 6 床、療養病床 23 床の計 240 床、職員数約 600 人を有する病院となっている。診療圏域は御調町、三原市、府中市、世羅町など約 7 万人の地域の二次医療を担っている。公立みつぎ総合病院の大きな特徴は、行政の保健・福祉部門を病院に取り込んだ保健福祉センターを持ち、また保健福祉総合施設を備えることで保健、医療、介護・福祉を連携させ、高度医療・救急医療から在宅医療・終末期医療までの総合的なケアを可能にする「地域包括ケア」を展開している点である。これにより、住民のニーズに応えながら老後を安心して過ごすことのできる地域づくりが可能になるのである。

## <2.実習内容>

### 7月27日（実習1日目）

広島バスセンターからバスに乗り、一時間半ほどで公立みつぎ総合病院（以下みつぎ病院）に到着した。以前にもみつぎ病院に早期体験実習で短期間来させていただいたことがあり、その際は地域包括ケアや、訪問介護について主に学ばせていただいた。今回は臨床実習ということもあり、より臨床的な内容も含めながらも一度御調町の地域包括ケアシステムの実態について詳しく学ぶという目標をもって実習に臨んだ。

午前の最初は沖田先生によるオリエンテーションと施設紹介だった。オリエンテーションでは地域包括ケアについてより詳しい内容の講義をいただいた。地域包括ケアの話を伺うたび頭に残るのは、本当の意味での「地域医療」のあり方についてである。沖田先生の話された「地域医療」とは、山間部や農村地区などの過疎地で行われる医療を指すのではなく、その地域にあった保健・医療・福祉が連携したケアの提供のことであった。この考え方に則れば、御調町はこの「地域医療」の一つの形であり、また日本全国でこの「地域医療」が正しく行われる必要があると感じた。現在、日本の医療制度は、多くの危機に直面している。その中で地域特性・文化・医療資源などを総合的に評価し、それに見合った地域包括ケアの形を作ることは問題解決の一つの解になりえるだろうと思う。この地域医療の提供にはハード・ソフトの充実に加え、多職種連携が必須であり、その中で医師の役割は、医療に集中するだけではなく、治療後のリハビリや在宅ケアのことも知っておくことだと沖田先生は話された。たとえ自分が訪問診療などをしないとしても医師自らがこのシステムの考え方を理解していれば、日本全国で患者のニーズ中心のケアを提供できる可能性が高まるのではないかと感じた。

午後は訪問診療に参加させていただいた。訪問診療では看護師と医師の 2 名ペアで行われており、3 件の家を訪問した。訪問時ほどこの家でも患者、そしてその家族からは心強いですが、安心ですといった言葉が聞かれ、そこに患者・家族と医療者の信頼関係を見ることが出来た。強い信頼関係があり、24 時間対応で相談可能な環境があれば安心出来るのにも納得であり、逆にこのような信頼関係がなくては地域に根差したケアシステムの運用は不可能であるということを実感した。また、今回は実際に患者診察もさせていただいたが、

問診、視診、聴診、打診、触診という方法のみで患者さんの状態を把握することは非常に難しいと感じた。大学病院では電子カルテを参照すれば、さまざまな血液、画像、病理所見が参照可能であり、その状況に慣れていたため基本的手技による診察の重要性を忘れていたように思う。今後は診断がついた患者さんに対しても、その病気ではどのような所見が見られるのかを基本的手技のみで再確認することを忘れずに行い、技術を高めたいと思った。訪問診療後は地域包括支援センターで説明をいただき、また在宅ケア担当者会議にも出席させていただいた。そこでは一つの事例に対し多職種が1時間もの時間をかけてどのようなケアプランを立て、どのように自立支援を行うかといった内容を議論しており、病院のカンファレンスと異なり、さまざまな職種による切り口の違いがとても興味深かった。また、医師がそこに積極的に参加すると、もっとスムーズにケアが提供できるという話を聞き、そこでも医師の影響力の大きさと、果たすべき役割を感じた。

## 7月28日（実習2日目）

実習2日目の午前は、病棟看護の見学、保健福祉センター見学と業務内容紹介、緩和ケア病棟の見学だった。病棟看護見学では主にオペ室と急性期内科病棟での見学を行った。オペ室では滅菌器具の用意を見学したが、その際に手術室の看護師が4人しかいないということに衝撃を受けた。広島大学病院と比べるとこの人数は非常に少ないと感じ、農村地帯の病院の人材不足の深刻さを感じた。続いては保健福祉センターの見学を行い、主な業務について説明を頂いた。具体的には、地区組織活動（食生活研究グループ、保健推進員）、健康教育活動（健康わくわく 21、町内開業医による健康講座、元気はつらつ健康セミナー）、様々な検診、母子保健活動、特定保健指導、介護保険申請サポート、アルコール依存症相談窓口、食育活動など多岐にわたる。これらの活動のねらいは、元気を作る活動と地域コミュニティの活性化だそうだ。近年、日本では地域が崩壊しているという話をよく耳にする。以前の日本は井戸端会議により地域内での情報共有と助け合いが多く行われていたが、近年はそれが崩壊し、もし何か問題がおこってもサポートが受けにくいという状況がある。保険福祉センターの活動は、健康増進はもちろん、レクリエーションや教育・講演会を通してこれらの井戸端会議を復活させ、地域コミュニティの形成と、人との関わりにより本人にも活気を取り戻してもらいたいという狙いがある。この地域資源を増やす取り組みは農村地帯でも都市部でも、医療施設への負担を減らし、また疾病の早期発見や孤独死の防止のために非常に重要であると感じた。続く緩和ケア病棟では、病棟案内と説明をしていただいた。緩和ケア病棟で感じたのは、雰囲気が変わらないということだった。臨床実習で今まで見学した2つの緩和ケア病棟では、どうも「病院」という雰囲気が抜けていないように感じた。それに比べみつき病棟の緩和ケア病棟は、4年前と変わらずとても安心できる雰囲気で、この安心感が、スタッフのケアとおもてなしを大切にしているという心遣いによって成り立っていることを強く感じた。

午後は前述の健康わくわく 21 という教育会に参加した。今回のテーマは「介護予防」であり、そのために鬱や熱中症の予防や栄養の摂り方、運動器機能や嚥下機能の維持の重要性などをそれぞれの専門職が話すという形だった。この会の目的は健康増進だけでなくコミュニティの形成であるが、実際に参加してみるとよりその重要性が実感できた。住民参加型の会ということもあって、会の最中は参加者同士が話し合い、質問し合い、笑い合い、非常に盛り上がる会となった。専門職の方の話も、適度に笑いをとり、また専門用語を一切使わず、ゆっくりとかつテンポの良い話をされており、適度に体を動かすプログラムも取り入れられ、工夫が凝らされていた。このような工夫によって参加者が感情豊かに楽しむ姿をみることができ、また名前を呼びあい、会の後も雑談をする姿は一体感を感じるものだった。私自身も会に参加すると、御調町に以前から居たかのような一体感を持つことができ、住民の方とお話することで親近感を持つこともでき、とても楽しかった。このような地域の一体感は、医療にかかる前段階での予防や、寝たきりになる前にケアすることを可能にし、また、それぞれの人生の生きがいを作るものだと思えて感じた。その後は病院でX線診断の実習をさせていただいた。様々な画像を繰り返し見せていただき、画像読影になれることができた

思う。特に二重造影の画像は見た経験が少なく、今回スキルス胃癌やポリポース、胃潰瘍など様々な画像を見せていただき、非常によく理解することができた。

夜には当直を見学させていただいた。実習ではすでに救急科を終えていたため、大学との違いを見ようという目標で臨んだ。22時までの当直の間に3人の患者を見る機会があったが、大学病院と違い3人とも walk in の患者であり、訴えも腹痛や胃痛、震えなど程度が軽く、曖昧なものであるという印象を受けた。しかしながら、曖昧で軽度であり、血液検査や心電図検査、胸部 X 線撮影などでも正常であるという患者さんにおいては、どのように帰して良いかを判断するかが非常に難しいと感じた。また、唯一の総合病院であることから、広い地域から時間に関係なく様々な患者が来ることも大きな特徴だと感じた。

### 7月29日（実習3日目）

実習3日目の午前中はまず急性期リハビリ棟において PT、OT、言語聴覚士(ST)の方のお話を伺った。PT、OT のことはある程度理解している部分もあり、実際の施設やリハビリに使う道具をみて、より理解することができた。ST のことは、今まであまり聞いたことがなかったので、その名前から漠然と発音などのトレーニングをするのではないかと考えていた。実際は、当然失語などのコミュニケーション障害に対するケアも行うが、嚥下トレーニングが最も多いということにはとても驚いた。また、具体的なコミュニケーション能力の獲得のための手法も非常に興味深い点が多く、失語という私の中では治りにくいイメージのものが、知能の障害はないのでリハビリ次第で治るといった話を聞いた時はとても驚いた。その後は NST（栄養サポートチーム）についてのお話とカンファレンス見学を行った。この栄養サポートでも他の現場と同じく、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、看護師と他職種連携が行われており、ここでも手厚い、そして患者主体のケアが提供されていることに驚いた。また、実際にとろみ付きのお茶や栄養補助のための食品も食べさせていただいたが、独特な味のものもあり、初めての体験でとてもよかった。先生から、「医師自身が、患者さんがどのようにどんなものを食べているか、ということを知った上で指示を出すのと知らないまま指示を出すのではぜんぜん違う、患者さんの食を考えてカロリーなどの指示を出す必要がある」という話を聞いた時、自分が医師になった時も単に水分の in/out やカロリーだけを考えるのではなく、今回食べて飲んだものに対する感想や、患者の食について考えながら指示出しをしていきたいと感じた。

午後は保健福祉総合施設の見学を行った。保健福祉総合施設は介護保険の利用可能な特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホームと、医療保険の利用可能な維持期のリハビリテーションセンター、そしてケアハウスからなる複合施設である。まず行った施設見学では、各施設の役割や、介護保険上の位置付け、各施設の目的とする点とその違いを伺った。いままで介護・福祉施設は複雑で、どのような住み分けがされているのかということ全くわかっていなかったが、今回まとめなおすことができ、とてもよかった。また、最近の介護保険における動き、も知ることができ、よかったと思う。続いては CGA（高齢者総合機能評価）について学んだ。CGA は高齢者に対し、ADL、IADL、認知機能、気分・情緒・幸福度、社会的要素、家庭環境などを確立した一定の評価手技に則って測定・評価することである。これは患者本人の全体像を把握することが目的であり、治療よりも生活の場である介護施設において高齢者の QOL を向上させるための良い評価法となっている。この評価法には様々なものがあり、そのうち2個以上を使って評価することだった。しかし、なぜ評価内容が全く異なる評価スケールを2つ用いれば評価できるのかなど疑問点が残った。しかし、高齢者の服薬指導や、過剰薬剤の整理、患者背景の把握など、考えるべき内容について聞くことができた。最後に、介護保険の主治医意見書の書き方についての講義をいただいた。介護保険には主治医意見書が求められることは知っていたが、その書式等は全く知らず、自分が医師になった際書くことができるのかという不安があった。しかし今回、解説と共に実物を見ながら書き方の指導をいただき、どのような内容を注意して書けばいいか、どのような点が間違った内容が書かれることが多いかなどを知ることができ、

とても嬉しかった。これから超高齢社会に向かう中、医師が介護保険に触れる機会はどんどん増えていく。介護保険においてスタートは主治医の意見書である以上、これから医師が知らなかったでは通らない社会になることが予想される中、多くを学ぶことができとてもよかったと思う。

#### 7月30日（実習4日目）

実習四日目の午前は、まず本田医院での診療所実習を行った。開業医実習は大学病院近くでもさせていたことがあるが、御調町での実習の特徴は高齢者が多く、患者の訴えの多くが糖尿病や高血圧、帯状疱疹後神経痛など慢性的な疾患のコントロールに関するものだったことだ。そのため、地域開業医の役割としては都市部と異なり患者とのコミュニケーションの割合が多くなっている印象を受けた。世間話など交えながら患者さんとの信頼感を築き、感染症などはもちろん、慢性疾患のコントロールを開業医が担当することで地域の少ない医療資源をより有効に活用していると感じた。その後は薬剤師の方と認知症の患者宅に訪問し、服薬管理を行った。今回の患者さんは病識がなく、自分では服薬が正しくできていると思っている方であったが、実際は2重に飲んでしまい、次回受診日までに薬がなくなってしまうという問題が発生していた。認知症の患者においてこのようなことはよく起こるそうで、どこにしまったかわからなくなったり、落としてしまったりしても自分は正しく服薬している。病院のミスだと言われることも多いそうだ。薬剤をなくした場合の追加処方是自己負担であるか、このような患者に対応する場合は家族とも相談しながら考えねばならず非常に難しいというお話を伺った。午前の診療所実習や訪問服薬指導ではどのような医師を患者が求めるかという話も多く伺った。その際は、最近の医師はパソコンばかりで触診したり、話を聞いたりといった丁寧な診察をしてくれないという訴えがあった。先生は、「実際にしてないことはないのだろうが患者さんの印象に残らず、どうしても雑に診察されてしまったと感じてしまう結果なのだろう」と話されていた。やはり機械的な診察では患者の印象に残りにくく、自分がどんな意図でどんな診察をされたのかということがわからないまま終わってしまう。そうなると雑な医師と思われてしまい、信頼関係を築くことはできない。そのような診察をしないよう将来注意したい。

午後は急遽 PICC の見学をさせていただいた。中心静脈に上腕静脈からアプローチするという手法を初めて見学し、合併症が少ないこと、止血が容易なことなどメリットを多く学んだ。CV は研修医のヤマの一つであるが、今後の新しい手法についても勉強していきたい。その後は回復期リハ病棟で患者と話をしたり、カンファレンスに出席したりした。みつぎ病院は本当にカンファレンスが多く、リハカンファでも急性期リハと回復期リハに別れてカンファをしており、どれだけ多くの方が一人の患者に対しあらゆる面から評価して考えているのだろうととても驚かされた。そのような細やかな配慮が退院後の寝たきりの防止につながっていることを強く感じた。最後には地域連携室で業務内容の説明をいただいた。地域連携室は今日話を伺うまで一体何をしているのかも知らず、総合病院であればだいたいあることも全く知らなかった。患者相談や紹介に対する患者の受け入れ手続き、退院時の相談、病床管理など病院運営が円滑になるための業務をされているときき、実際に病院で勤務して初めてその重要さがわかる業務をされていることを知った。特にみつぎ病院は地域との連携が強いため、連携室の保健師や相談員も積極的に病棟カンファに参加して退院指導を行っているという話をきき、地域包括ケアシステムはどれだけの下支えがあって実現しているのか、と改めて驚かされた。

#### 7月31日（実習5日目）

実習五日目の今日は、午前は竹内先生と一週間の総括と外来をおこなった。総括ではこの一週間のまとめを頭の中ですることができ、また、2025年問題や医師の偏在への最近行われている対策を竹内先生にお話しいただき、頭の中がある程度整理できたように思う。外来では、17歳の発熱とだるさを訴える女性が来院され、問診・視診・聴診・触診をおこなったが、やろうと思ってもやり忘れり、なにを疑えば良いか、

なにを除外すればいいか判断したりということがとても難しく、OSCE でやったことを思い出しながら、もう一度復習しようと思った。最終的な診断は、血液所見で単球が増えており、エコーで脾腫があったことから伝染性単核球症と判断したが、先生に聞かなければ疑うことはできず、実臨床での非典型的な症状と適切な問診から判断することの難しさを感じた。しかし、最後に全身を見て鑑別診断を考え、問診し、身体所見をとり、検査をオーダーし、カルテを記述し、再び考えといった総合的な診察を助けてもらいながらも自分で行うことができ、とてもよかった。

### <3.考察>

この地域医療実習を通し、地域医療とは何か、今後地域医療はどのような方向に向かっていけば良いかという点について考えていきたいと思う。私は地域医療とは何かという問いに対し、都市部や農村部の区別なくそれぞれの地域に根ざした医療という沖田先生の考えに賛同したい。今回実習をさせていただいた御調町では保健、医療、福祉の連携した「地域包括ケアシステム」が成功を収め、寝たきりの減少や地域住民の健康感、医療に対する満足度の向上といった大きな効果を挙げている。その成功を受けて、日本全体で地域包括ケアシステムに倣ったシステム作りをしようという動きも多い。しかしながら、本当にこのシステムを真似するだけで成功を収めることが可能であるかということについては大きな疑問がある。というのも、御調町においてはみつぎ病院一つしか総合病院がないために、逆に一つの病院を核としてシステムを作りやすいという利点があった。しかし、そもそも総合病院のない地域や、逆に医療資源の多い都市部ではどこを中心とするかといったことや、専門性を高めた病院はどうするかという点が疑問として残るからである。その対策として現在行われていることとして地域包括ケア推進センターが中心として行っている「日常生活圏域の類型化」がある。これは広島県内の生活圏域をその地域の特徴によって分けることで、それぞれに沿った地域包括ケアの構築を図るというものである。この取り組みのような「類型化」を全国で行うことができれば、そして各地域にあった医療・介護・福祉の連携モデルを展開できれば、日本の地域医療は大きく改善することが期待される。しかし、この理想的な取り組みにも大きな問題があると私は考える。その問題は 2025 年問題、すなわち団塊の世代が後期高齢者になるという問題を考えると、現在の 2015 年時点で広島県の類型化を行っている状況では間に合わないのではないかと問題点である。もし間に合わなければ、類型化が完了し、医療システムが構築される前に医療が、特に高齢化が急速に進む都市部の医療が崩壊してしまうかもしれないという危機感を感じる。

その解決策として私が実習中に感じたのは、一部の行政や医療従事者や介護・福祉職員のみが動くのではなく、日本全国同時に動けないかということである。幸い現在日本全国で 2025 年問題が騒がれ、至る所で治療後のリハビリや、多職種連携に対する意識の高まりがある。類型化し、医療システムを構築するまでもなく、有名なものでは都市型として尾道市医師会方式、京都市民間医療法人グループ方式、千葉県東金市の糖尿病疾病管理モデル、山間部型として尾道市御調町や長崎県平戸市の地域包括ケアシステムモデル、離島型として因島医師会方式や大手民間医療法人グループモデルなど多くの成功例が報告されている。小さな成功例で言えば数え切れないほどである。このような状況においての現在の問題は各システム間の連携と理解が不十分である点である。多職種連携のメッカともいえる尾道市さえ、行政や他地域との情報共有は完璧でない。この連携が取れていない点や、情報が十分に行き渡ってない状況を改善し、地域住民を含めた日本全国で健康・医療・介護に対する意識の高まりと、健康に関する知識の蓄積があれば、全国で同時に地域医療改革を推し進めることが可能ではないかと考えられる。そう思ったきっかけは、今回の実習中の御調町における住民参加型健康教育会「健康わくわく 21」に参加したことである。今まで私は、健康教育会などに参加したことはなく、地域との関係は薄い方だったと思う。この教育会も、いくら御調町といえども、大人数が

来ることはないのではないかと思っていた。しかし実際は予想と異なり、多くの住民が参加し、とても楽しく、興味をもって話に聞き入っていた。近所の方々と質問しあい、笑い合い、病院や行政の専門職の方とも遠慮なく話をしていた。そこには病院を含めた大きなコミュニティの存在を感じた。保健・医療・介護・福祉の職員と地域住民が信頼しあうことができれば、これだけ地域が活性化するというを実際に目にして感じ、同時に地域に眠る資源の多さをとても強く感じた。山間地に眠る力でさえこれだけの力が有るのだから、都市であればなおさらであることは言うまでもないと思う。医療従事者が主体的に活動し、行政とともに呼びかけ、地域住民と協力すれば医療システムはさらに進化することが可能であり、またその地域のニーズや特色にあったシステムが構築される可能性は高い。時間がない今となつては全国各地で成功例を元にして新たなモデルの構築をサポートし、地域住民に啓発して、さらなる成功例を還元するという全国一体的な取り組みが必要だと考えられる。その取り組みの要の啓発活動や支援を行う機関として全国 4328 カ所、支所を含めると 7000 カ所近く(H24年)ある地域包括支援センターを活用することが考えられる。御調町地域包括支援センターのように地域コミュニティの形成と住民の活性化を起こすことができれば、より地域医療改革をスムーズに行うことができるのではないかと考えられる。実習中において先生が、「御調町の高齢者は90歳からだ」ということを言っておられた。高齢となつても健康に生きていくために全国的に早急な対策が求められる中、地域包括ケアシステムだけではなく、多職種と住民連携のモデルとして御調町をとらえることで、またひとつの解が見えてくる可能性があるのではないかとこの実習で強く感じた。

#### <4.謝辞>

今回の実習では、様々なスタッフの方々に大変お世話になりました。沖田先生をはじめスタッフの皆様には、こちらが実習させていただく立場にもかかわらずあらゆる面で手厚いサポートをいただきました。地域の方々にも暖かく迎えていただき、本当に嬉しく思いました。みつぎ町では地域包括ケアが展開され、地域コミュニティの形成と活性化が行われ、すべての人が他人を思いやり、助け合う精神を自然に学んでいるような印象を受けました。この実習では、多くの方の支えにより数多くのことを学ぶことができました。将来医師になった際は、みつぎで感じたこの精神を忘れず、感謝の気持ちを持って働いていきたいと思えます。本当にありがとうございました。

#### <5.参考文献>

1.先進事例から学ぶ、今後の地域医療のあり方

[https://www.jeri.or.jp/membership/pdf/research/research\\_1209.pdf](https://www.jeri.or.jp/membership/pdf/research/research_1209.pdf)

株式会社日本政策投資銀行 関西支店 株式会社日本経済研究所 調査本部 医療福祉部

2.地域包括ケア推進センターHP <http://chiikihoukatsucare.net/home/pilot.html>

3.厚生労働省 HP 地域包括ケアシステム

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

4.御調保健福祉センター、公立みつぎ総合病院パンフレット「尾道市御調町における保健福祉活動」

5.片山壽. 父の背中での地域医療―「尾道方式」の真髄―カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム. 社会保険研究所,2009

6.尾道市医師会ホームページ <http://www.onomichi-med.or.jp/>