

## 地域医療レポート

森本皓大

実習期間 6月26日～6月30日

実習病院 公立みつぎ総合病院

### 1. 実習施設とその地域の概要

尾道市は広島県の東部に位置し、公立みつぎ総合病院のある御調町は、北部に位置している。人口はおよそ7000人で高齢化率は35%ほどで、高齢化の進んでいる地域である。

公立みつぎ総合病院は病院に240床の病床をもち、それに加え併設施設に317床の病床をもっており、合計557床となっている。240床のうち一般病床が152床(一般病棟146床、緩和ケア病棟6床)、療養病床が88床(回復期リハビリ病棟65床、医療療養病棟23床)である。職員数は660人でその内医師は31人である。診療科は循環器内科、消化器内科、腎臓内科、消化器外科、整形外科、脳神経外科、精神科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、透析科、総合診療科、緩和ケア科がある。病院の基本理念は「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」である。公立みつぎ総合病院は地域包括ケアシステムを最初に提唱、実践した病院で、現在も公立みつぎ総合病院を中心に介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービス、グループホーム、リハビリテーションセンターなどの施設が揃った保健福祉総合施設、行政が連携をとって地域住民の健康を支えている。

### 2. 実習内容

〈1日目〉

まず沖田先生からオリエンテーションがあった。内容は地域包括ケアシステムについてだった。地域包括ケアシステムとは、公立みつぎ総合病院の山口先生が手術した患者さんが1年もすると寝たきりになって帰ってくる状況を変えようと「寝たきり0作戦」を考案し、それを基に作られたシステムで、今では全国の地域医療の基礎となっている。その概要は、患者が治療を受ける場所、いわゆるハードと患者にどのようなサービスを提供するか、つまりソフトの2つの要素から成り立っている。具体的にはハードには、病院・施設・在宅などがあり、ソフトとしては保健・医療・介護からなる。このハード×ソフトの組み合わせから患者さんの求める医療であったり、サービスを提供することが大事である。つまり医師がどう治療を行なっていくことが良いと考えることは後回しで患者さんの意思が最優先されるべきである。そのニーズに応えるために患者さんを中心にして多職種が連携することが必要である。また、治療をしたら医師の役目は終わりではなく、家に帰ってからのことも考えるのも医師の役目である。しかし医師が退院後の支援まで行うことは難しいので、そこはソーシャルワーカーやケアマネジャーなどの職種の方と連携して任せることも大事である。このように様々な場面で多職種の連携が求められる。この多職種連携が公立みつぎ総合病院の特徴であり、大学病院と比べてかなり多くの職種がスムーズに連携がとれていたように思えた。次に病院内の案内をしていただいた。施設内で気になったことは病院の中に地域包括支援センターがあり、そこで病院雇用の保健師さんが働いていたことだった。地域包括支援センターとは、全国の各地域にあり、介護保険や福祉に関する相談を受けている窓口である。本来行政の立場にある地域包括支援センターが病院の1部門として存在するのはかなり珍しくより連携がとりやすい状態が作ってあるとのことだった。その後は胃瘻の交換を見させていただいた。胃瘻を見たことはあったが、様々な種類があることは知らなく、それぞれの利点・欠点を説明していただ

き、患者さんのニーズに合わせた選択が必要だと学んだ。午後からは訪問看護に同行させていただいた。この日は患者さんの誕生日の翌日ということで音楽療法士さんなども同行し、みなでお祝いをさせてもらった。治療や看護だけでなく、患者さんを笑顔にする活動も行なっていて素晴らしいと思った。こういう繋がりが大事になるのだと感じた。次に訪問診療に同行させていただいた。患者さんのお家は山の上のほうにあり、とても自分1人で病院には行けないような場所だったので、こういう人には訪問診療は大事なものだそうだ。今後このような老人が増えていくので、訪問診療の必要性はより高まってくると考えられる。自分も率先して訪問診療のできる医師にならなければと思わされた。

### 〈2日目〉

午前中は看護実習があった。各病棟の看護師さんの業務などについて説明していただいた。大学病院では看護師さんの仕事について聞く機会はなかったのもとても貴重な機会だった。看護師と医師は密に連携をとらなくてはならない関係であるので看護師の業務を知ることは大事だと思った。その後、患者さんの足浴の手伝いもさせていただくことができた。足浴などで患者さんに触れることで安心感を与え、良い信頼関係を築くことができるし、思いがけない本音も聞けることがあると看護師さんがおっしゃっていた。医師にはできない看護師さんこそその仕事だと思った。職種により得意不得意があるので多職種が連携することの重要さが感じられた。緩和ケア病棟では、痛みなどの症状を軽減させながら最期を迎える病棟というイメージだったが、この病院では緩和ケア病棟に入院されている人も調子の良いときは家に帰ったり、また入院したりと比較的自由的な対応をとっているとおっしゃっていた。なるべく家に近い環境で全人的な苦痛を和らげることでその人らしい最期を迎える手伝いをする場所のように感じた。手術部の見学では、大学病院ではではディスプレイで使っている物も、病院で滅菌処理して再利用していると聞いた。大きな病院でないのに、少ない人数でそういったことも行なっていることに驚いた。その後は、リハビリを受けている患者さんの食事を見させていただいた。脳神経系の疾患を持っている患者さんはとろみをつけた食事で誤嚥を起こさないように工夫してあった。箸が使いにくい人にはスプーンやフォーク、自助具などを使ってなるべく自分で食べられるように練習していた。午後からは訪問看護に同行させていただいた。この日は退院する患者さんを家まで送った。家に帰ると患者さんが「安心した」とおっしゃっていて、家に帰ることの大事さが実感できた。また介護サービスの方とも連携をとって情報の確認を行なっていて、地域包括ケアシステムの一部を見学することができた。1人の患者さんの退院に多くの人に関わっていた。訪問看護から帰ってきてからは画像診断の講義を受けた。実際に撮られた画像をもとに異常所見を探しながら学習した。昔の画像も多くあり、今ほどきれいでなく分かりにくい部分も多くあったが、いつでも最新の機械できれいな画像を見ることができるわけではないので、今回のような画像もしっかり読めることが、地域の病院では必要になることもあるかもしれないのでしっかりと勉強することができた。

### 〈3日目〉

まず、リハビリの見学をした。PT、OT、STの方々がいて、リハビリに力を入れていることもあり、かなり人数が多い印象がした。リハビリの内容も訓練的なものばかりだと患者さんも嫌になってしまうが、ゲームのようなものも多く取り入れ、患者さんが自主的に行なっていける工夫がなされていた。その方が継続していく面でも効果の面でも効果的である。次にNSTの説明とカンファレンスに参加させていただいた。入院患者の多くは嚥下機能の低下など様々な理由で低栄養状態になることがある。低栄養になると免疫力の低下や皮膚の脆弱化、筋力の低下などが引き起こされる。これらの予防のために患者

の栄養状態をしっかりと管理するための多職種チームが NST である。医師、薬剤師、看護師、栄養士、歯科衛生士の方々が意見を交換されていた。医学の勉強ばかりしていると治療の効果や薬の副作用ばかりに目をとられてしまうが、治療の効果が出にくい原因や検査値の異常なども栄養状態からくることもあるということが分かった。午後からは保健福祉総合施設の見学と主治医意見書の書き方を学んだ。保健福祉総合施設には介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、有床診療所があり、病院と連携しながら、退院後に家に帰ることが難しい患者さんの受け入れ等を行なっている。それぞれの施設に特徴があり、この総合施設が地域包括ケアシステムの要となっているように感じた。その後、介護認定に必要な主治医意見書の書き方を教わり、実際に患者さんとお話をして主治医意見書を書いた。大学病院では主治医意見書について聞くことはなく、勤務医の先生も習っていない人も多く上手く書けないこともあると聞いたので貴重な体験ができた。介護認定の結果で受けられる介護サービスも変わり、その結果に大きな影響を与える主治医意見書はちゃんと書けないといけないと思った。実際に患者さんの話を聞いて書いてみたが、認知機能も低下している人が多くなかなか情報を聞き出すことができなかった。こういった時に普段から患者さんを見ている介護の人や看護師さんからの情報が頼りになり、情報交換の重要性を、身をもって感じる事ができた。

〈4日目〉

午前は開業医の先生のところに見学に行かせていただいた。雨ということもあり、いつもより患者さんが少ないとのことだった。予約制の大病院ではあまり見られない状態で、診療所ならではの部分が見ることができた。さらに大学病院と比べて診察時間も長く、患者さんとの距離感も近いように感じた。しっかり話に耳を傾け、診察には直接関係ないような話でも真摯に聞いていた。レントゲンを撮るのも放射線技師はいないので先生が自分で撮っていた。待合では患者さん同士が話をしている、地域のコミュニティーの一環を担っていて、地域の住民にとっては診察を受ける場所以上の意味がある場所だと思った。その後、薬剤師の方の訪問に同行させていただいた。薬剤師の方が単独で訪問するのは意外だったが、しっかりと患者さんと信頼関係を築いていた。服薬状況の管理だけでなく、家の状況なども把握していた。特に冷蔵庫の中まで確認していたのには驚いた。冷蔵庫の中身からどのくらい食べているか、栄養状態の推察や、傷んだ物を食べていないかなど多くの情報を得ていた。こういったことができるのも信頼関係があってこそで、何度も足を運んで関係を築く訪問ならではの道と思った。午後からは保健福祉センターの説明を受けた。保健福祉センターでは、地域住民に健康維持や健診を受けるように様々な催し物を行なっていた。しかしそれらに参加する人はもともと健康に対する意識が高い人たちで、参加するメンバーも固定になってきていることが課題となっている。普段参加しない人にいかに参加していただくか考える必要があるように感じた。次にリハビリのカンファレンスに参加した。現在の ADL や介助状況、退院後の支援予定などの話し合いがメインだった。退院後の問題は多く、どう折り合いをつけるかが難しいところであった。その後、地域連携室の役割について説明していただいた。地域連携室は、まず病院の相談窓口として機能している。入院した患者さんの疑問の対応や制度に関する助言を行なっていた。介護認定は申請から結果がでるまでに 40 日程度かかるので、入院直後から申請しておかないと退院後にどのようなサービスを受けることができるかが変わってくる。また、開業医の先生からの紹介など、他病院との連絡の窓口になっている。紹介状がきたときは地域連携室から病棟や外来に連絡がいき、入院ができるのか、すぐ診察ができるのかなどを開業医のほうに連携室から返事を出すなどの業務を行なっている。

〈5日目〉

午前中は地域医療システム学の松本教授の外来を見学と初診の患者さんの診察をさせていただいた。診察では、先生のようにスムーズに話を聞くことができなかった。聞くことを考える時間が長くなり、話がとまってしまったり、聞く順序がぐちゃぐちゃになってしまった。自分なりの診察の流れをつくってそれに沿って診察をしていくことが重要だと思った。また、診察しながら鑑別疾患を考えることも難しかった。今までは、鑑別に必要な情報はすべて与えられていたから考えることができていたが、自分で情報を集めることはまったく別物だった。そのあとは、先生に患者さんの情報をプレゼンした。プレゼンでは、まず患者さんから聞いた現病歴についてしっかり述べて、それから身体所見や検査結果などを伝えるのが聞くほうも分かりやすく、今後はそれを意識してプレゼンしようと思った。それから患者さんのカルテを書かせていただいた。SOAPに基づいて書いていったが、評価やプランのところは難しく納得のいく内容は書けなかった。先生の診察は必要な情報を聞き出し、流れもぶれることなく進んでいたのので、とても参考になった。患者さんも先生を信頼して、そういう信頼関係の作れる医師になれるように、これから頑張っていこうと思わされた。

### 3. 考察

今回の実習で気になったのが、特別養護老人ホームの待機者の問題である。実習で見学した保健福祉総合施設の特別養護老人ホームは100床のベッドがあるのに対して待機者が320名以上いるとのことだった。特別養護老人ホームとは認知症や寝たきりなどが原因で、常に介護が必要であるが、家庭で適切な介護を受けることが困難な人が入所する介護老人福祉施設である。一般的に特養と呼ばれている。これと似た施設で介護老人保健施設があり、一般的に老健と呼ばれる。老健は病気は治っていて退院ができる状態にあるが、在宅復帰が困難だと思われる患者さんが在宅復帰を目指してリハビリを行う施設である。この2つの施設は患者が入所して介護やリハビリを受けることは共通しているが、いくつかの違いもある。その中で最も大きな違いは目的にある。特養は比較的要介護度の高い人が多く、そこで最期を迎えるための施設だが、老健は退院後にそのまま家に帰すのが難しい患者を、在宅で過ごせるレベルまで持ち上げることが目的である。ここで待機者の問題に戻るが、特養は最期を迎えることを目的としているため、一度入所すると基本的に特養から出ることはない。このため入所希望者がいても特養になかなか空きがでないのが現状である。また特養の待機者は、自宅で適切な介護が受けられない人が多いので、特養に入れるまで間を老健に入って待つことが多い。老健は在宅復帰を目標にしているため、いつまでも入っておくことはできない。このため特養に入れるまで、いつかの老健を転々とするようになってしまう。このように特養の待機者で老健がうまってしまうことも問題になってしまっている。

現在、特養の待機者は全国では約30万人になっている。前回の調査と比べてかなり減少しているが、これは単純に受け入れが増えているからという理由ではなく、入所条件が厳しくなったことが大きな原因である。具体的には要介護度2以下の人は特別な理由がない限り申し込みできないようになった。このことで、入所を希望しているが、条件が厳しく申請もできない高齢者が出てきている。この高齢者は実際には待機者であるが、統計上の待機者には含まれない。このことがこの問題をより分かりにくくしている。さらに今問題とされている2025年問題と合わせて考えると、これから後期高齢者が増えるとともに、さらに待機者が増えることが予想される。

この問題を解決する方法として最初に考えられるのが、施設の数を増やすことである。受け皿が多く

なればもちろん待機者は少なくなる。しかし、特養の財源は介護保険からきているので、施設を増やすことは若い世代の負担を増やすことに繋がる上に、財政もより厳しくなってしまう。ある程度増やすことはできたとしても増やすには限界があり、根本的な解決にはならない。

ここで公立みつぎ総合病院が行っている地域包括ケアシステムが活躍するのではないかと考えられる。地域包括ケアシステムは保健・治療・介護・福祉が連携及び地域住民の参加のもとに、地域ぐるみの生活を視野に入れた全人的な医療・ケアである。

まず地域包括ケアシステムでは、行政と連携して地域住民に対して疾患が発症する前に保健指導や健康に関する講演や交流会を通して予防に努めている。病気にならないければ介護が必要はなくなる。また、病気になる前の筋力などの能力が高いと、病気を発症したあとも残っている能力が高いことが多いので、要介護度も低くなることが期待できる。この保健活動が最も重要になると考える。だが、この行政との連携がうまく行っている自治体や病院は少ないのが現状である。公立みつぎ総合病院のシステムを参考にして、その地域にあった連携システムをつくっていくことが求められる。

今回の問題で特に重要となるのは介護・福祉・住民参加である。まず介護と福祉の早期介入により寝たきりや要介護度の悪化を防ぐことができる。特養に入る理由としては、老々介護や独居などで自宅での介護が困難になったことが多い。地域包括ケアシステムでは、退院後も介護をなるべく必要とせず自立した生活ができるように支援を計画しているため、退院後も特養に入らないで済む可能性が高くなる。何もしないで退院させてしまうと、寝たきりになって介護が難しくなってしまう、特養に入らざるを得ない状況になってしまう。

また、住民が参加することも重要になってくる。老々介護や独居の問題は医療面ではどう介入しても改善することは難しい。そこで地域住民が声かけなどを行ったり、地域のイベントに参加することで地域の住民の交流が盛んになり、退院後の自宅での生活を近隣住民が支えていくことにつながっていく。一見小さいことに見られるかもしれないが、こういったことで要介護度の比較的に低い人が特養に入ることが減らせることが期待できる。

現在の社会では医師は疾患を治したら良いという考えは通用しなくなっている。退院後の支援も考えなくては、福祉施設の不足、介護費の増大を引き起こしてしまう。これらを防ぐために、保健・福祉・介護との連携を最優先に考えなければならない。医師の在り方も変わってきている現代では、地域医療の成功例から学び、自分の働く地域にあったシステムを考え、実践する力も求められているように感じる。

#### 4. 謝辞

今回の実習では、大学病院やほかの病院では見られないような施設などを中心にプログラムが組まれていたので、普段見られないものがたくさん見ることができて、とても有意義な一週間となりました。病院や総合施設など見学に訪れたところで多くのスタッフのみなさんが忙しいにも関わらず、温かく丁寧に案内、指導をしていただきました。ここでの実習で地域医療について考える機会が増えました。将来は沖田先生の言うようにマクロの視点を持った医師になれるように頑張っていこうと思います。一週間、本当にありがとうございました。

#### 5. 参考文献

公立みつぎ総合病院パンフレット

公立みつぎ総合病院 HP <http://www.mitsugibyoin.com/>

厚生労働省 特別養護老人ホームの入所申込者の状況

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884.html>