

# 地域医療実習レポート

佐藤真由

実習期間：平成 29 年 7 月 24 日～7 月 28 日

安芸太田病院

## 1. 実習施設とその地域の概要

安芸太田町は、平成 16 年の加計町、戸河内町、筒賀村の合併により誕生した、面積の約 9 割を山林が占める自然豊かな町である。三段峡、温井ダム、恐羅漢などが観光地として有名であり、その自然を生かして森林セラピーといった取り組みも行われている。人口 6621 人、世帯数 3206 世帯であり、近年は I ターンで町に新たに住む人が増えているが、高齢化率は 48.5%と進んでいる。

安芸太田病院は、内科、外科、整形外科、精神科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、脳神経外科、リハビリテーション科、婦人科、泌尿器科、麻酔科の 12 診療科を持ち、一般病床 53 床、療養病床 52 床、認知症病床 44 床の計 149 床を備えている。広島県へき地拠点病院として、急性期から慢性期まで幅広い医療を提供している。

## 2. 実習内容

< 1 日目 7 月 24 日 (月) >

実習についてオリエンテーションを受けたあと、院長先生から安芸太田病院の機能と役割についてのお話を伺った。安芸太田病院は中山間地域の病院であるとはいえ、病院としての機能は果たさなければならぬ。すなわち、適切な医療を施すということであるが勿論できないこともある。できること・できないことの判断をつけるということは非常に大事で、そこを見誤ると病院としての機能は破たんしてしまうとおっしゃっていた。また、年を取ってくると体の機能が落ちてくることは当たり前であるが年相応の機能を保つことは必要であり、そのお手伝いをするのも病院の役割で、退院してからすぐに機能が落ちてしまうのでは意味がないため退院後のケアにも力をいれているそうだ。また、高齢者が多く看取りという問題もある。最近の国の方針では自宅でみとるという方針だが、安芸太田町は広く、集落が点在しているため医療者が自宅に行くというのは効率も悪ければ病院としての機能も落ちてしまいかねないという問題を抱えている。このように、安芸太田町の医療の現状についてまず説明頂いたことで、これから 1 週間の実習の背景を描くことができた。

その後、外来見学をさせていただいた。高血圧、高尿酸血症、不整脈などで定期的に外来受診されている方が多かった。いつも患者さんをみているからこそ細かい変化に気づくことができること、患者さんと相談しながら薬などの治療を決めていることが印象的であった。また、お年寄りはお話し好きが多くついつい話が長くなってしまいがちだが、そこで無下にすることなく聞いていると疾患に関連しそうな思いがけない情報を得ることもあった。しかしずっと聞いてばかりでもよくなく、時間の区切り方が難しそうだった。全体的に見て、患者さんたちは先生を完全に信頼している様子であった。それは、先生が患者さんの性格や特性などまで把握し、患者さんそれぞれに応じた接し方をしているからであると思った。

午後は主治医意見書について教えていただき、実際に書いてみるという実習だった。普段大学病院では患者さんの持っている疾患にばかりどうしても意識がいきがちで、疾患の評価ばかり行っているが、主治医意見書は疾患ではなく、患者さんの生活自立度、介護の必要性といった生活を送る上での機能の評価であり、疾患の評価ではない。直近の疾患で今現在入院している理由となっている疾患でも、ADL

に關与するものでなければ含めない。生活をみて評価するという点で、看護師さんと連携をはかり、意見を聞くというのが大事になると実感できた。また、主治医意見書は介護認定にあまり活用されないため適当に書いてしまう医師もいるのだそうだ。適当に書かれているからますます活用されない、そのためさらに適当に書く、といった悪循環になっているのではないかと思う。

オプションタイムでは心エコーと頸動脈エコーの診断体験をさせてもらった。とても難しいというのが率直な感想だ。エコーは侵襲性がなく、患者さんに負担が少ない検査であるが、個人の技量により見えてくるものが違ってくる検査だ。しかし地域医療という現場では各人がその技量をもって患者さんの体の異変を見逃さないということが求められるため、練習して経験を積んでいきたいと思った。

## < 2日目 7月25日(火) >

安芸太田町地域包括ケアシステム構築の取り組みについて保健・医療・福祉統括センター健康づくり課の職員さんからお話を伺った。初日の院長先生のお話の中で、国の方針として在宅に移すという動きがある一方で安芸太田町においては効率の悪さ、病院の機能低下の可能性、採算がとれないという内容があったが、国道沿いとその先に集落が点在していることがその理由の一つであり、それに対して現在、既存集落にとらわれない安芸太田型「小さな拠点」づくりという計画が立てられていて、モデルをひとつ今年中に作ろうとしていることを教えていただいた。今までにない考え方だと思った。

続いて断酒の集会に参加した。断酒の誓いを会のはじめと終わりに全員で読み上げる点について宗教のようなものを感じたのが素直な感想である。しかしそのくらいの浸透力・影響力をもってしなければなかなか断酒なんてできるものではないのだろう。アルコールを飲むなということは、私たちにとって大好きなものを食べるなということと同じだと、会長さんはおっしゃっていたが、それでも想像するのは難しかった。その感覚は患者さんにしか分からないため、このように患者さん同士で話す機会が必要なのだと思った。会の途中、ノンアルコール飲料はお酒であるか否か、という議論があり、非常に難しいと感じた。ノンアルコールだとしてもそこからアルコールを連想して飲酒をしてしまう方が多いらしく、患者さんの多くは排除しているみたいだ。中にはアルコールとノンアルコールをきちんと線引きできており、お酒に走らないようにするために敢えてノンアルコールを飲むという方もいらっしやった。その方曰く、お酒の味を楽しむことができるし、アルコールを飲まないようにもできるし一石二鳥だということだが、それに賛同する方は少なく、結論としては人それぞれお酒との向き合い方が異なる、ということになった。何が良い・悪いという評価はないのが断酒の会の特徴であり、個人個人の意見をただ交換し、自分の中での意識・考えを明確に作り上げていくのが目的なのだと感じた。いついかなる時、いかなる場合でも、患者さん個人のことを認めることの大事さと、自分とは全く異なる生活・考え、さらに言えば社会的にもまったく反する考え・行動の持ち主でも認めることの難しさを実感するとともに、医療従事者としての何でも受け入れる心の柔軟性の必要性を感じた。

午後の最初は認知症病棟での実習であった。認知症病棟は患者さんが徘徊してもよいように閉鎖病棟となっており、皆が集まる中央の広いスペースと廊下がつながっていて行き止まりになるところがなかった。常に見守りが必要な方はオープンスペースにベッドごと移動しており、テレビが好きな人はテレビの前に配置されていた。閉鎖病棟にもかかわらず空間の使い方も含めてとても自由で開放的な雰囲気を感じた。音楽療法に参加し、患者さんたちと一緒にタンバリンや鈴を鳴らしながら童謡などの懐かしい歌を歌った。懐かしの曲だからか皆さん大きな声で歌っていらっしやった。曲と曲との合間に、今日が何年何月何日か、ここがどこか、今はどの季節か、などを確認したり、手先を動かす体操を試みたりと、認知機能を刺激する様々な工夫がなされていた。患者さんどうしてコミュニケーションをはかっ

たり、声かけをしたりする様子も見られ、ここでも明るい雰囲気という印象を受けた。認知症の患者さんは、同じことをすぐに何回も聞くことなどあり、どのように接するのが正解なのか今まではよくわからなかったが、看護師さんたちが私達と会話するのと同じように会話していらっしゃるのを間近で見て、すんとつかえが落ちた気がした。認知症だからといって身構える必要はなく、会話を楽しめばよいのだと気がつくことができて良かった。

その後オプションタイムと連動してリハビリの見学・体験をし、患者さんとお話しました。退院にむけてのリハビリでは、できないことや使うことのできない体の機能に着目するのではなく、できることや使うことのできる機能に着目してそれを上手く使っていくことを考えるという発想の転換が大事なのだそうだ。そしてそれを補助する道具や器具が必要であれば使う。最近器具のレンタルサービスがあり、金銭面での負担は少なく段階に合わせて器具を選ぶことができる。車椅子体験では段差を乗り越えるのも非常に難しく、当たり前ではあるのだが、器具ひとつとってもそれを生活の中で使うまでに練習が必要なのだと分かった。また、家に帰るのがリハビリの大きな目的であるが、家の中で動けないと意味がない。そのため退院するくらいの段階で理学療法士さんが患者さんにご自宅に帰り、家の中で動くにはどのようなリハビリがさらに必要か、どのような器具・設備が必要かをみる時間をとるそうだ。そのとき、例えば手すりをつけるのであれば大工さんなど建築面からの視点も必要になってくるので、医療職以外の職業との連携も必要になるのだと知ることができた。様々なリハビリを体験することにより、それを受ける患者さんが不安を抱いてしまうであろう場面などが分かってよかった。理学療法士さんに、患者さんにとって医者というのは絶対的な信頼をおく存在であるから、一番患者さんの心に寄り添う存在であってほしいとアドバイスをいただいた。「一緒に頑張りましょうね」「よくなりましたね」「その調子」など、リハビリの場面で理学療法士と患者さんの状態について議論し、評価し励ます、ということが患者さんのモチベーションアップにつながり治りが早かったりするそうだ。大学病院の実習では、他職種連携とはいえ、どちらかというに分業というイメージが強く、リハビリは理学療法士さんに完全に任せる、といった印象を受けていたのではとした。将来そのような医師に絶対になろうと決意した。

夜は、広島北キャンサーネットといい、安佐市民病院、吉田総合病院、安芸太田病院がテレビ電話でつながっての遠隔中継の研修会に参加した。二か月に1度くらいのペースでしかないらしく、貴重な日にあたって良かった。このように文明の利器を効果的に使うと、安芸太田病院のように少し市内から離れた場所でも勉強はできるものであり、常に自分が努力することが大事なのだと思う。

### < 3日目 7月26日(水) >

午前はナース服に着替えて看護業務(清拭、洗髪、着替え、シーツ交換、褥瘡洗浄)を体験した。看護師さんは患者さんの一番近くにいる存在というイメージで、実際の業務内容は具体的にはよく知らなかったため、とても良い経験になった。清拭や着替え、シーツ交換では、こちらが全面的に患者さんを動かすのではなく、きっかけをつくることで患者さんが持っている体の機能を上手く引き出すことによって、お互いの負担を減らしていた。このように足を曲げてあげると体を横に向けやすい、普段の日常生活において自分がどのように体を使っているかを想像して患者さんの介助を行うとよい、など、極端に言えば疾患のことしか勉強していない私たちにとっては目から鱗のことばかりであった。また、患者さんの身体面でのケアだけでなく、周りの環境づくりにも気を配っておられたのが印象的で、一番感動したのはベッドの車輪をベッドの横にはみ出した状態にしておくのではなく、きちんとベッドの下に収まるように気を付けるというものだ。横にはみ出していると引っかかって転倒してしまう恐れがあるか

らだそうで、他にも似たような配慮事項があり、それは院内でしっかりチェックがされているようだ。徹底した安全管理に驚き、その細やかな心遣いが患者さんの安心材料になるのだと思った。看護師さんは他の医療従事者たちの間の調整役としての役割も果たしており、看護師さんがいなければ医療は成り立たないことがよく分かった。医師として働くようになって、看護師さんに感謝の気持ちを忘れず、「ありがとうございます」と声を出してその気持ちを伝えたいと思った。

午後は訪問診療に同行させていただいた。先生から、訪問診療のコツは「親戚の家にあがるように」と教えていただいたが、たしかによそよそしすぎず、でも失礼のないようにという点でぴったりだと思った。訪問診療先の患者さんは当然ながら在宅で療養されている方であり、医療従事者の目は常には届かない。そのため患者さんの暮らす環境整備は必須だ。今のような夏場だと、部屋の温度調節は重要なポイントとなってくるようで、先生方は毎回、部屋が暑くないか、体温はどうかと気にされていた。高齢者の場合、我慢強い方が多くて暑さを我慢しているケースや、感覚が鈍くなるのか暑さ・寒さの感覚がおかしくなっている方も多く、こもり熱による熱中症を引き起こす危険性が高い。お宅に伺ったときにそのリスクを低くするよう努めることも含めて「診療」なのだ実感した。

#### < 4日目 7月27日(木) >

この日は朝から雄鹿原診療所での実習だった。雄鹿原診療所までの道は山道で、診療所近くになってようやく少し開けて民家がみられるようになった。このような土地の特性からも雄鹿原診療所はこの地域を支える診療所なのだと分かった。午前中は2名の患者さんの予診をとった。ひとは発熱で再診の男児、もうひとは副鼻腔炎のような気がする男性の方である。その方は口渇、多飲、多尿を訴えていたため、糖尿病ではないかと疑い、そのことをカルテに記載した。東條先生に確認していただいて、血液検査を行ったところ翌日糖尿病であることが分かったと報告をいただいた。大学病院での日々の実習では得ることのできない経験で、初めて診断をつけた経験となり嬉しかった。自分は医師になるのだという実感を得ることができた上に、ますます知識を身につけていきたいと思うことができた。午後にはマダニが足に吸着している患者さんが来られた。マダニが付いたまま病院にくるとするのは珍しいことらしく、マダニをとる場面に遭遇できたのは貴重な経験となった。

近くに他に病院がないため患者さんはみな、まず雄鹿原診療所に体調の相談にやっけてきた。そしてそこで今はどう対処するのが一番いいのか、大きな病院にかかる必要があるか、など先生の判断を仰いでいた。困ったときの相談所ではないが、市内の大きな病院とは患者さんの求めるものが異なる気がした。また、検査機器が十分でなく、血液検査も市内の検査センターに送らなければ結果が出ないという状況ですぐに情報として使えるのは、自分のとる所見と簡単な尿検査、そしてレントゲン、エコーの所見だけだ。これらの限られた情報をつなげていき疾患、患者さんの体の状態を考えることが必要である。これらの所見は、大きな病院にいると少ない情報に思えるが、実は非常に多くの情報を含んでおり、それを解釈するためには十分な臨床の知識と、今は関係ないように思っていた生化学や細菌学・ウイルス学などの知識であると先生はおっしゃっていた。医学部で受ける講義のすべてが、将来自分が働いていく中で必要になってくるものだったのだと今更ながらに痛感した。もう少し勉強してまた実習させていただきたいと思った。

#### < 5日目 7月28日(金) >

午前中は地域医療システム学講座の石田亮子先生の指導のもと、実際に外来初診患者さんの診察を行った。学生だけの空間での診察であったため、頼る先がなくとても不安で頭が真っ白になりそうだった。

熱中症とみられる男性を担当したが、熱中症の症状だけにとらわれ、家族歴や既往歴を聞くことを省いてしまった。今回はたまたま患者さんの病態に関わってこなかったが、実際には家族歴や既往歴は重要になってくることが多く、それを独断で省くことで疾患を見逃してしまうことになるかもしれない、疾患を見つけるのを遅らせてしまうことになるかもしれないと思うと、その恐ろしさを実感した。また、患者さんの訴える症状の時間変化を聞き現時点の病状が増悪しているのか、回復期にあるのかを把握することで、ある程度予測をつけながら診察することも大切であると教えていただいた。予測をつけることと、患者さんの病状に対して先入観を持つことは似て非なることであり、それをしっかりと心にとめておこうと思った。

午後の総括では、医師偏在の現状とその理由、解決策について考え、ディスカッションをした。解決策を考えてもなかなかいい案は浮かばず、最終的に何も提案することはできなかった。それだけ県や国などの行政の方たちは難しい問題に対し日々頭をひねらせているのだと思うと、頭が上がりない思いでいっぱいになったと同時に、すべてお任せするのではなく医師となる私たちも積極的に行政と協力して考えていかなければならない問題なのだとも再認識できた。

### 3. 考察

中山間地域は自然がたくさんで、人々も温かく、癒される。時間の流れもゆったりしている気がする。私にとってはとても素敵な空間だ。このようなところで医師として地域の方たちの役に立ちたい、住民の方たちが少しでも安心して生活を送るために働きたいと思って医師を目指した私は、地域医療に対する抵抗を全くと言ってよいほど持っていない。しかし、多くの医師は地域医療に対して抵抗を持っている。その原因は何か、1週間私なりに考えてみた。

まず一つ目に、大病院と地域の中小病院の格付けの存在を挙げる。昔から日本は何かとピラミッド構造で考える癖がある。大きな組織の方が偉いという思想だ。医療の現場とはそもそも全体の規模の大きさを考えても意味のない世界だ。医療は患者さんと医療従事者との関わりのなかに存在するものであり、言ってしまうと医師個人の技量によるところが大きい。しかし、これに関して患者さんが勘違いしているケースが多くみられる。今回の実習中も、安芸太田病院で診ることができるにもかかわらず患者さんが大病院を希望して転院していくケースが見受けられた。大きい病院の方が安心できるのだろうか。このような患者さんからの誤った評価につられて医師も病院を規模の大きさを評価しているのではないだろうか。

二つ目に挙げたいのは、メディアの露出度の違いである。これは一つ目の原因とも関連するが、いわゆるスーパードクターなどと言ってテレビで取り上げられるのは脳外科のスペシャリストや移植外科のスペシャリストと呼ばれる先生方である。また、医療ドラマで取り上げられる題材も大病院の救命室、天才的な外科医などの偏った分野ばかりで、診療所が題材のドラマが出てきてもマイナスイメージがまず先に出てくるといった構成だ。それを見て育つ医師は、潜在的に地域医療ではなく大きな病院で働くことを思い描く。それとは反対に位置する地域の中小病院で働くことに抵抗を示してしまうのも無理はない。

最後に、検査に頼りすぎている現代という時代が原因そのものであるという考えである。文明・技術の進歩により、検査の種類は増え、精度も高くなった。現在大学病院ではCT、MRI、PET検査などの画像所見が診断の主な材料となっており、当然ながらその方が信頼性も高い。しかしそれ故、これらの画像所見なしでは診断をつけることができなくなっている。今回の実習でお世話になった雄鹿原診療所にはエコーとレントゲンしか画像検査機器はない。そのような状況で診察をすることに対する現代

の医師の抵抗がそのまま地域医療への抵抗となっているのではないだろうか。

このような背景とともにさらに医師の都市部への偏在を生んだ原因として医局による地域の中小病院への人事強制力の低下もある。2004年の臨床研修必修化に伴う研修医の大学病院離れがその引き金だ。強制力を働かせて日本国内隅々にまで医師をおくことができていたが、強制力がなくなってしまった今、医師は選択の自由のもと、都市部に集中してしまうようになってしまった。そこで新しい形の強制力として誕生したのが広島大学のふるさと枠などの地域枠であるが、それが果たして有用であるのかどうかはまだ分からない。

医師の偏在問題＝医師の地域医療への抵抗である。そしてこの抵抗は先に挙げた3つの根本的な思想によるところが大きく、そこを変えなければ医師偏在問題は解決しないというのに専門化がさらに進み、高齢化という一人の患者に関わる科の多様化が起こってくる社会とますますアンマッチな状況となってしまうだろう。この根本思想を払拭するためには、もはや草の根運動しか方法がないのかもしれない。草の根運動のリーダーとなるのは今現在、中山間地域で地域医療に従事している先生方、そして地域枠で勉強した者たちであると思う。地域で働くことのやりがいや使命感を周りに説いていくことが、一番身近でできる策なのではないだろうか。

地域医療にマイナスイメージを持っていない私も、もちろん不安はある。医師も人間だ。人間である以上、自分の生活もそれなりのものを送りたいと考えている。私が地域で働く医師を目指すきっかけとなった先生も含め現在の地域医療を形作ってきた偉大な先生方は、ご自分の生活を犠牲にしながらその地域の医療に尽くしてきたのであろう。しかし、それで医師が身と心を病んでしまえば意味がない。医師も人間として最低限の生活を保ちつつ、同じ人間という立場で患者さんと対峙し患者さんの生活を守っていく。それがこれからの医療の形ではないだろうか。きれいな理想論にすぎないかもしれないが、幸いにも、私の周りにはともに議論できる友人、意見を聞いてくださる先生方がいる。ひとりでは理想論のままかもしれないが、医療と行政が協力して安心できる町づくりを行っている安芸太田町での実習を通して、様々な人と意見を出し合い協力していくことで理想を実現できるのではないかと思うことができた。これから医師となり、将来的に地域医療に携わる身として、医師の偏在問題は切っても切り離せない問題である。他人事と思うことなく、また、自分が地域医療に従事することだけが解決策だと思うことなく、さらに先の未来まで考えて行動を起こしていけるような人になりたいと思う。

#### 4. 謝辞

安芸太田病院の先生方、スタッフの皆さま、安芸太田町の保険・医療・福祉統括センターの皆さま、雄鹿原診療所の皆さま、この度の実習を温かく受け入れてくださり、ありがとうございました。ふるさと枠の夏セミナーに引き続き2度目の安芸太田病院でしたが、より実践的な実習内容でとても充実した1週間となりました。地域の人の生活に寄り添う医療従事者としての姿勢を間近で感じながら過ごしたこの時間は、これから私が医師となり進んでゆく上での道標となると思います。いつか恩返しができるよう、今回の経験を糧に励んでいきたいです。本当にありがとうございました。

#### 5. 参考文献

- ・安芸太田町ホームページ <http://www.akiota.jp/> (2017年7月31日アクセス)
- ・安芸太田病院ホームページ <http://www.urban.ne.jp/home/kakehp/> 2017年7月31日アクセス)
- ・安芸太田町地域包括ケアシステム構築の取り組み (安芸太田病院研修説明資料)
- ・広島大学 地域医療実習の手引き 参考資料 (p23-30)