

# 地域医療実習レポート

橋本 晃

実習期間 平成 28 年 11 月 14 日～11 月 18 日

実習施設名 公立みつぎ総合病院

## 1. 実習施設とその地域の概要

御調町は広島県尾道市の北部地域に位置し、人口はおよそ 7500 人で高齢化率はおよそ 33%と高い。公立みつぎ総合病院は御調町を中心にその周囲の 5 市 1 町、およそ 7 万人を診療圏域とする地域の中核病院である。規模は 22 診療科、一般病床 152 床（一般棟 146 床、緩和ケア病棟 6 床）、療養病床 88 床（回復期リハビリ病棟 65 床、療養病棟 23 床）、職員数およそ 650 人を有する。この病院は全国に先駆けて「地域包括ケア」という地域医療のモデルを確立し、保健・医療・介護が連携したケアを提供できる環境にある。

## 2. 実習内容

<1 日目（11 月 14 日）>

病院に到着してまず最初に沖田副院長からオリエンテーションを受けた。公立みつぎ総合病院の名誉院長である山口先生は、およそ 40 年前にどんなに手術をして治しても、家に帰してしばらくすると褥瘡ができたりして何度でも病院に戻ってくることを目の当たりにし、病院での医療だけではなくその後の生活を含めた包括的な医療システムを構築しなければならないと考え、現在の「地域包括ケアシステム」を考案した。病院、施設、自宅の 3 つの場所において、予防医療、医療、介護・看護を多職種が連携して行う仕組みが地域包括ケアシステムである。自分たちが普段経験している病院実習は病院における医療のみであり、ほかにも在宅における介護や施設での医療など、実に多くの現場が存在することを教わった。

地域包括医療には、病院や保健福祉施設（老健施設・特養等介護施設、リハビリテーションセンターなど）などのハードと、健康づくり、在宅ケア、リハビリテーションといったソフトに加えて、医療者のハートが大事であると沖田先生は強調された。患者を治すことだけに集中するミクロの視点ではなく、予防の仕方をレクチャーしたり、福祉の仕組みを正しく理解し他職種から頼られるようなマクロの視点を持った医師が必要だとおっしゃっていた。

午後はまずはじめに、地域包括支援センターの社会福祉士の方がお話をしてくださった。地域包括支援センターは全国の各地域に存在し、主に 65 歳以上の方が介護保険や医療、福祉、生活に関するあらゆることを相談できる窓口である。センターの保健師による企画で介護予防講演会や料理教室など、地域住民が参加できるものを多く行っているのも特徴の一つだった。

その後は訪問看護に同行させていただいた。医師による訪問看護指示書をもとにケアマネージャーが看護計画を作成し、それにしたがって訪問看護は行われる。寝たきりの女性のお宅を訪問し、血圧や SpO<sub>2</sub> の測定と排泄、入浴の介助を行った。電動ベッドやマットレスなど、利用者個人に合わせた用具をレンタルできる仕組みがあることを知った。

## <2日目(11月15日)>

午前中は病棟で看護実習を行った。手術部では4人の看護師でその場を回しており、コスト削減のために手術用具をディスプレイのものを使わず院内で滅菌処理したものを使うという工夫がみられた。必要なものをひとつにまとめたセットをあらかじめ各手術ごとに用意しておくことで効率的に迅速な手術を行うことができるとのことだった。病棟での業務体系は夜間に動くことの多いICUでは3交代制で、一般病棟は2交代制をとっていた。複数人で1人の患者を受け持つチームナーシングと、1人で4~5人の患者を担当するプライマルナーシングという2つの看護体制を敷き、チェックに漏れの無いような工夫があった。患者が1人入院するとおよそ10種類もの書類を作成しなければならず、清拭や入浴介助といった業務と合わせるとかなりの量の仕事があることを知った。地域包括ケアで重要な退院後の療養についても看護師からソーシャルワーカーに情報が伝えられる書類があったり、栄養士が作成する栄養管理計画書があったりと、チーム医療の具体的な形を目にすることができた。

緩和ケア病棟にはエイズやがんの患者が入院され、痛みをできるだけ緩和することと、心理的な不安をなるべく和らげることで普通の生活を送れるようにすることを目的としている。病室には畳が使われている部屋もあり、廊下には花が飾られているなど、心が安らぐような配慮が多く見られた。

回復期リハビリ病棟は急性期の治療が終わったのちに、自宅や施設での生活へと移行するためにトレーニングを行う場所である。入院できる期間は疾患ごとに決められており、大腿骨骨折では3か月、高次脳機能障害では8か月まで入院可能である。

午後からは訪問診療に同行した。医師と看護師が1人ずつ自宅を訪問し、服薬状況の確認や静脈注射、尿路カテーテル交換といった、在宅でも可能な医療行為を行った。訪問診療はもともと出前医療とも言われており、ここみつき病院では昔から大事にされてきた医療の形である。1人に1時間もかけて訪問診療をすることは確かに非効率的に思えるが、入院期間の短縮が求められる現代では必要不可欠なことだと考えられる。特に独居老人の方の家では情報を話してくださる家族がいないため、どうしても時間を多くかけてご本人と話をしなければならないのだとおっしゃっていた。

帰院したのちは、ベテランの放射線技師の方に長年のキャリアで経験された症例の写真を見せていただきながら、コメディカルの立場から見たすぐれた医師の姿がどんなものであるか話をしていた。

## <3日目(11月16日)>

午前中はまずリハビリテーション科の見学をした。院内のリハビリテーション科では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリが行われている。理学療法では歩行訓練が主な目的としている。入院することで2、3日寝たきりになるだけで人間は体力が低下するらしく、歩行器など道具を使ってでもできるだけ動くようにした方がいいとのことだった。早期退院するためにケアマネージャーや患者の家族、家の図面などから家の状況を把握し、患者に合った道具を選んで練習することが必要だった。作業療法は心と体のリハビリと言われ、ただ生活動作のトレーニングになるだけではなく、物を作ったりすることで意欲の向上にもつながるのだとお聞きした。言語聴覚士は言語障害、音声障害、嚥下障害の患者に対するトレーニングを行う。言葉を話すには左脳を使うが、歌を歌うには右脳を使うため、失語症の方でも上手に歌を歌えるという話が印

象的だった。

次に、栄養管理専門の薬剤師の方に嚥下食についてお話をしていただいた。最も誤嚥しやすいものは液体であり、お茶にも増粘剤を入れてとろみをつけるそうで、実際に口にしてみたが飲み物という感覚ではなくあまり気持ちのいいものではなかった。ゼリー状の嚥下訓練食品や、酵素の力で線維を溶かした最新の嚥下食を試食させていただいたところ、見た目には普通の煮物だが口に入れると舌だけで溶けていき、味もかなりいいと感じた。今はまだコストが高いそうだが、今後は安く普及するのではないかとおっしゃっていた。

午後は保健福祉総合施設を訪問した。この施設は病院から車で10分ほどの山の上に造られており、ケアハウス、グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホーム、リハビリテーションセンター、デイケア、デイサービスが併設された、広大な総合施設である。ケアハウスは介護が必要なく自立した生活を送ることのできる人が入居でき、高齢者のアパートのような施設だ。グループホームは中等度の認知症の方が入所しており、ここでの食事は配食サービスではなく、スタッフと一緒に買い物に行ったり、畑で野菜を作ったりして自分たちで賄うようになっている。農作業をすることはただ食材のためだけではなく、生きがいのためや、地域の子供たちと芋ほりをしたりして交流をするという目的もある。老人保健施設は病院退院後や在宅生活が困難となった要介護者などが家庭復帰を目指してリハビリを行う施設であり、入所できるのは3か月までという制限がある。併設してあるリハビリテーションセンターには理学療法、作業療法、言語聴覚療法などの機能回復訓練を行うのに十分なスペースとスタッフを備えているため、そこでリハビリを行うことができる。特別養護老人ホームは寝たきりや認知症などにより重度の介護が必要な方が入所されている。老人保健施設や特別養護老人ホームには4人部屋などの一般棟と、ユニットと呼ばれる個室が集まった小規模単位の棟があり、ユニットはプライバシーも保たれ専任のスタッフが担当するといった住みやすさを重視した環境にある。厚生労働省はこのユニットを増やしていく方針にあるそうだが、入居費用はユニットの方が高くなるため、実際は一般棟を希望される方が多いそうだ。このように、この保健福祉総合施設は介護の必要のない方から通所サービスを利用したい方、重度の介護を必要とする方まで、体の状態に応じて幅広く対応することができる。

夜には地域の健康教室である、「健幸わくわく21」に参加させていただいた。これは御調町におよそ40か所ある集会所を2年間かけて回る健康教室で、医師やリハビリスタッフなどがテーマに沿った講義や運動方法などを住民にレクチャーするものである。今回は泌尿器科の先生が、「本当は怖いおしっこの話」というタイトルで、高齢者の尿トラブルについての講義をされた。また、理学療法士の方はトイレに必要な筋力のトレーニング方法を紹介されていた。

#### <4日目(11月17日)>

午前中は御調町に3か所ある開業医のうちの1つである、本多医院にて外来診療を見学させていただいた。本多先生はもともと外科医として勤務されていた方ではあるが、今は内科・外科ともに診られており、なんでも診る総合診療医のような診療をされている。実際来られた患者さんも、心不全、糖尿病、腰痛、消化器症状とその疾患は多岐にわたっており、また放射線技師もいないためレントゲン撮影を行う際は診察の合間に先生ご自身でされていた。先生は患者さんの性格や生活ぶりも把握されており、住民と近い距離で医療が行われていると感じた。

次に、病院の薬剤部の方と一緒に90歳で独居の女性のお宅を訪問した。その方のお宅へはいつ

も学生が行かせていただいているらしく、おだやかに迎え入れて下さった。まず、冷蔵庫と冷凍庫の中を見て感想を述べよという課題をいただいた。そこには3パック未開封の卵や傷んだかぼちゃ、さらには賞味期限が昭和というレトルトカレーまで存在した。つまりほとんど料理はされていないわけだが、そういった古くなった食品が置いてあると誤って口にすると危険性がある。このお宅ではセブンイレブンの宅配サービスを受けているのだが、この宅配サービスは今では全国的に行われているが、もともとこの地域のセブンイレブンの店長さんをご厚意で始められていたそうだ。独居のお宅がこの地域には多く、そういった宅配サービスを受けることで生存確認をすることができるという利点もある。

午後からは保健福祉センター、緩和ケア病棟、回復期リハビリ病棟、地域連携室と、病院内の各部署でお話をさせていただいた。保健福祉センターでは行政の保健師や管理栄養士が中心となって、乳児健診や5歳児相談から健康診断、介護保険業務と、地域の人々に対して生涯にわたるサポートを行っている。3日目に参加した「健幸わくわく21」もここで企画されたものだ。緩和ケア病棟では作業療法士の方と音楽療法士の方にお話を聞いた。緩和ケア病棟は全国に260か所ほどあるが、リハビリを行っているところはあまりない。緩和ケアなのにリハビリをする意味があるのかと思うが、マッサージをしてもらうことをとても楽しみにして、それが希望となることもある。またなにか作品を作っておくことで、たとえ亡くなられてもその作品は残り、家族の支えとなる。音楽療法にしても、残りの人生を豊かなものにしてあげたいという願いから患者さん一人一人に個別で好みの曲を演奏されている。人手不足があったり、経営の面から言うとこれらのケアは省きたいものではあるかもしれないが、ここでは患者とその家族のためにあえて手厚いケアを行っている。回復期リハビリ病棟では他職種によるリハビリカンファレンスを見学し、地域包括ケア連携室では老人施設への入居を検討されている方の家族との話し合いに同席させていただいた。地域包括ケア連携室では他医療機関・施設から紹介患者を受け入れたり、退院支援、医療福祉相談を受けたりする。話し合いではサービス付き老人施設や老人ホームの違いなど、今まであまり触れてこなかった分野について知ることができた。

### <5日目(11月18日)>

この日は大学から竹内先生が来られ、内科外来で診察を行った。80代の女性の診察をさせていただき、胃痛を主訴とされていた。あらかじめ何を聞いたらいいか考えていなかったため、後になって聞き忘れていたことが次々と浮かび、力不足を感じた。今回の患者は血液をさらさらにする薬を飲んでいるとのことだったがお薬手帳を持参しておらず、胃カメラを行う際に出血のリスクがあるとのことだったので次回お薬手帳を持ってくることになった。高齢者が別々の医療機関で薬を重複して処方されていることが問題となっており、お薬手帳を1つにまとめることや、かかりつけ薬局を決めることが大事だと教わった。また患者が高齢者の場合はまず認知症がないかどうかを疑わなければならないということを知った。

## 3. 考察

現在日本では高齢化が急速に進行し、2025年には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる「2025年問題」が生じる。それに伴い医療費の増大、要支援・要介護の高齢者に対する医療需要が急速に増加し、国家を揺るがすような事態へとなっている。この問題を解決できるシステムと

して、「地域包括ケアシステム」が構築されつつある。これは保健・医療・介護・福祉が身近な地域で包括的に確保される体制のことであり、広島県尾道市の公立みつぎ総合病院で考案された。これまで私は大学教育で医療について学んできたが、保健や介護・福祉の分野についてはあまり触れてこなかった。今回の実習では保健師や看護師、薬剤師といった、医師以外の方々と接することが多く、これまでとは違った目線で人の生活を見る機会となった。

まず最初に感じたことは、人の生活にはありとあらゆる職種が関わって成り立っているのだということだ。健康という分野にフォーカスを当てただけでも、看護師や保健師、薬剤師、ケアマネージャー、社会福祉士、ソーシャルワーカーなど、直接接したことが無いだけで実に多く、医師はその中の1つのピースに過ぎない。人の健康は、まず予防すること、次に病気を治療すること、そして生活を支えていくことで成り立っていると考え。予防するためには私が参加した「健幸わくわく 21」のような健康教室や料理教室といった、地域の住民が主体となった活動を行うことで健康意識の向上や知識の習得につなげることができる。実際に聞いた話だが、テレビでは寝る前にコップ2杯の水を飲むだけで心筋梗塞を予防できるという話があったらしく、高齢者の方がそれを実践しているために夜間にトイレに行くようになっていた。テレビなどで情報を得るのは大切なことではあるが、それが必ずしもすべて正しいというわけではないため、専門職から正しい知識を得ることは重要であるように感じた。また予防という観点からみると、日本人の平均寿命は男性で79.55歳、女性で86.30歳（平成22年度）であるが、そのうち健康で過ごすことのできる期間、いわゆる「健康寿命」は男性で70.42歳、女性で73.62歳（平成22年度）である。つまりはおよそ9年から12年は介護など人の手助けを受けながら何かしら不健康な状態で生活していることになる。確かに日本は世界トップクラスの長寿国であるが、平均寿命が延びても晩年は寝たきりの生活が何年も続くことを果たして望むだろうか。厚生労働省では、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を目標として、数多くの取り組みを示している。それには大きく3つに分かれており、Ⅰ高齢者への介護予防等の推進、Ⅱ現役世代からの健康づくり対策の推進、Ⅲ医療資源の有効活用に向けた取り組みの推進である。Ⅰ高齢者への介護予防としては、①介護・医療情報の「見える化」等を通じた介護予防等のさらなる推進、②認知症早期支援体制の強化、③高齢者の肺炎予防の推進、④生涯現役社会に向けた環境整備等が挙げられる。Ⅱ現役世代からの健康づくり対策としては、①レセプト・検診情報等を活用したデータヘルスの推進、②特定健診・特定保健指導等を通じた生活習慣病予防の推進、③たばこをやめたい人を支援するたばこ対策の推進、④日本人の長寿を支える「健康な食事」の推進、⑤がん検診の受診率向上によるがんの早期発見、⑥こころの健康づくりの推進、⑦妊産婦や乳児期からの健康づくりの推進が挙げられる。Ⅲ医療資源の有効活用に向けた取り組みとしては、①後発医薬品の使用促進、②ICT活用による重複受診・重複検査等の防止が挙げられる。ただ、こうした取り組みをいくら考案したとしてもほとんどの住民はそれを自分から調べて知ろうとはしないだろう。それをいかに広く浸透させられるかがカギになり、そこには住民と行政の距離が大きくなってくると思う。健康寿命を延ばすという考え方がある一方、不健康寿命を縮めるという考えもあるのではないだろうか。これを聞いて、寿命を縮めるなんてことは道徳的にあってはならないことだ、医師として間違っているという声もあるかもしれない。しかし、もし自己決定のできない状態になった患者がいるとして、延命処置をするかどうかという決定をするのはほとんど家族であり、本人の意思は反映されない。厚生労働省の調査（平成25年3月）では、「自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないなどを記載した書面をあらかじめ

作成しておくこと」について、「賛成である」と回答した人は一般人で69.7%であった。一方で、「書面作成に賛成と回答した者のうち、実際に作成している人」は3.2%であり、ごくわずかであった。これらの数字が示していることは、自己決定のできない患者に対する医療が本人の意思に反している場合も含まれているということになる。医療保障や介護保障費用が国の財政を圧迫しており、本気で対策に取り組まなくてはならない現代、医療倫理に対する考え方も転換しなければならない時代にあるように感じる。

#### 4. 謝辞

今回の実習では、病院内や介護・福祉施設の多くのスタッフの皆様に温かく手厚いご指導とサポートをしていただきました。ここで学ばせていただいたことから私が目指す医師像をより明確にすることができました。沖田先生のおっしゃるマクロの目を持った医師に私もなれたらと思います。これからも多くの人に支えられ、支えていけるように頑張っていきます。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 HP <http://www.mitsugibyoin.com/>
- ・公立みつぎ総合病院 保健福祉総合施設パンフレット
- ・厚生労働省 健康寿命を延ばすための取組み  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-03.pdf>
- ・厚生労働省 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-01.pdf>