

地域医療実習レポート

浅野光

実習期間 6月4日～8日

実習病院 公立世羅中央病院

1 実習施設とその地域の概要

公立世羅中央病院は広島県のほぼ中央部、大自然に恵まれた歴史と文化の宝庫である。昭和27年に16町村により世羅地区病院組合を結成し、昭和28年世羅中央病院として開設され、地域医療に貢献しながら病床数を拡大してきた。平成23年10月には公立くい病院との再編・機能強化により病床数は155床となった。

現在は世羅町及び三原市北部地域の2次救急医療施設として、地域住民の夜間休日救急診療に尽力している。また、平成10年10月より訪問看護ステーションを立ち上げ、その後には居宅介護支援事業所、歯科保健センターを設置し、人間ドックなどの健診部門も充実させており、救急から保険・福祉・在宅医療まで幅広いサービスを提供している。

公立世羅中央病院は、160名足らずの少数精鋭の職員が一丸となり、良質な最新医療の充実、救急医療体制の補充、他医療機関との連携の推進、安全管理体制の徹底、健全経営の確保を基本方針とし、中山間医療の拠点病院に相応しい「保健・医療・福祉の総括機能を持った病院」造りに努力している。

2 実習内容

1日目午前

院内の施設について説明して頂いた後、企業長の先生と1時間ほどのディスカッションがあった。世羅町の現在の人口は16,000人ほどで、1年で300人ほど減少している。やはり高齢化が顕著であるため疾患の治療のみならず、より良い社会生活を送るための包括的なケアを行っているようだった。広島県の現状として無医地区が北海道に次いで全国で2番目に多いという問題がある。無医地区とは、「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4キロメートルの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」とされている。世羅町には無医地区はないがやはり山間部は医療にアクセスが良いとは言えず、訪問診療や在宅医療の重要性が高まっているようだ。その後は薬剤部で患者さんの薬を確認し、処方箋を出す手伝いをした。高齢者だと特に何種類もの薬を飲んでいる方が多く、一回処方した後も残数や投与方法など厳しくチェックされていることがわかった。また、公立世羅中央病院のような従業員の少ない病院では特に医師と薬剤師の連携は重要であり、将来医師になる立場として他の職種の方が何をやっているか把握でき有意義だった。

1日目午後

午後はまずリハビリテーション室で実習を行った。公立世羅中央病院では言語聴覚士1人、理学療法士6人、作業療法士3人が働いており、私が想像していたより大規模な設備があった。理学療法士の方には患者さんが日常生活で抱える問題をどのように解決していくかについて説明して頂き、主に食事の際に使う自助具について学んだ。多くの種類の装具が開発されており、一人ひとりに合わせて何を使うのが適切か一緒に考えている様子が印象的だった。食事や入浴、排せつといった日常生活に欠かせない動作を自分で行うことはQOLを上げるためにすごく重要であるようだ。その後理学療法士の方に、主に

高齢者が使う筋力トレーニングのための器具や補助具についての説明を受けた。こちらも同じ疾患であっても症状は様々であり、その時と場合に合わせた対応が求められる。何か病気や怪我をする前の状態にまで機能が戻らなくても、ある程度のトレーニングをすることでだいぶ改善するのだそうだ。以前とは異なり外科的な治療をしたすぐ後にリハビリテーションを行うことも珍しくないようで、その必要性は近年の高齢化に伴って上昇していることを実感した。この日の最後には院長の先生から国民健康保険直営診療施設についての講義があった。通称国保直診と呼ばれ、昭和 23 年に国民健康保険が市町村の事業とされたことに伴い、保険者が保険事業及び療養の給付を行う上で設置した公立の診療所や病院のことだ。医療過疎地域における医療施設の確保と国民健康保険を普及させるのが目的で、公立世羅中央病院もこの部類に属する。一般の公立病院と異なるのは、医療サービスを提供しているだけでなく地域包括医療ケアを実践しているという点だ。私は以前から公衆衛生や日本の医療制度に興味を持っていたがこの話は聞いたことがなく、すごく勉強になった。広島県でも中山間地では高齢化率が高くそれに伴って有病率も高い。国保直診に求められるのは高齢者への医療提供のほかにその家族の負担を軽減すること、若者の雇用確保、地域の社会・経済の活性化と幅広く、その必要性は高いと感じた。今日は地域医療の現状についてと医師以外の職業の役割について学べたが、具体的に医師がどのように働いているのかはよくわからなかった。明日からは将来どうやって地域医療にかかわっていきたいか考えながら実習に励みたい。

2日目午前

午前中は2階の病棟で看護師さんについて業務を見学した。2階は外科病棟で様々な術後の患者さんがいた。8時から食事の配膳をし、その後回診でガーゼの交換などをして朝食を片付け、点滴が必要な方のところに行く。病院食はその患者さん一人一人に対して作られたもので、糖尿病があればカロリーと塩分を抑えた食事、腎臓病があれば低たんぱく食、嚥下機能が弱っている方にはほとんど嚙まなくても飲み込める食事など工夫してあった。看護師はそれをよく把握しており、栄養士との連携がうまくいっていることを実感した。寝たきりの患者さんが多いため褥瘡ができやすくなっており、思った以上にガーゼ交換は大変な作業だと思った。また、点滴は現在バーコードのようなものがついており、間違いがないよう厳重に管理されていた。点滴を終えひと段落したら体温、血圧、脈拍、SpO₂などのバイタルの確認を行い、その後夜勤の看護師と情報を共有してそれぞれの患者さんのケアをする。外科病棟は医師が3人しかいなく、看護師が多く仕事をてきぱきとこなしている姿が印象的だった。日常生活において患者さんが抱えている主な問題は食事・排せつ・入浴にかかわるものが多く主にそのサポートをしているようだった。高齢の患者さんが多くいくつもの疾患を合併しているのも一つの科だけではなく多くの科の先生に連絡をとって処置をしていた。また認知機能が落ちていたりせん妄があったりする方もいて、コミュニケーションには苦労していそうだった。それでも丁寧に患者さんに接している姿は見習いたいと強く感じた。

2日目午後

午後は岸医院という世羅町の中の開業医の先生のところで、訪問診療と外来の見学を行った。訪問診療は先生と看護師の方1人でいつも行っているようで、3人の方の家を訪問した。1人は認知症や狭心症がある方、1人は脳梗塞や心不全から寝たきりになっている方だった。それぞれ子供や兄弟に世話をしてもらい、自宅での治療を継続している様子だった。訪問診療や看護に来てもらいもう何年も治療を続けているようで、大変そうだと思った。最も印象に残ったのはある男性の方だった。脳幹出血によって10年以上前から気管切開をしていて、その後も肺炎や感染症によって入退院をくり返していた。ご兄弟が世話をされていてヘルパーさんや看護師も定期的に来ていたようだった。気管切開をしているというこ

とでなかなか受けいれてくれる老人ホームや病院がなく苦労している様子だった。その後は先生の外来を見学させて頂いたが、やはり高齢者の方が多いという印象をうけた。けれども先生は地域の方にすごく信頼されている様子だったので見習いたいと思った。

3日目午前

午前中は小児科の外来を見学させて頂いた。公立世羅中央病院に勤務している小児科医は1人しかいないのだが、私が想像していたより多くの患者さんが来院されて、1時間に10人ほどの診察をされるそうだ。来る子供の年齢は様々だったが咳や熱などの症状が多く、重篤な疾患は少なかった。小児科で見る疾患としてはやはり病が多く、先生が学校行事についてもよく把握していらっしゃったのが印象的だった。世羅町では子供の水ぼうそうとおたふくの予防接種が無料で受けられるそうで、これは三原市がだいたい前から行っていたのだがこの先生の提案で始まったそうだ。一見そんな余裕があるのかと思われるが、病気にかかった際の治療費を考えると医療費の削減になる。また、そのような事業で世羅町が子供を育てやすい町と認識されることで若い世代を呼び込む狙いもあるそうだ。医師に限った話でいえば、市町村をあげて開業設備などを整えることで現在の深刻な医師不足を改善しようとしているが、必ずしもうまくいってはいない。話を伺った先生も小児科医が1人しかいないということで行政との距離も近く、また地域に密着した治療ができる一方で、他に治療について相談できる人もいなく困ることもあったと仰っていた。

3日目午後

3日目の午後は言語聴覚士、栄養士、臨床検査技師の方にお話を伺うことができた。大学病院のリハビリテーション科を回った時には言語聴覚士の方にお会いしなかったのが、新鮮だった。ご高齢になるとほとんど話をできる人はおらず、食事の介助を主に行っているようだった。前日見たようにほとんど噛む必要のない食事をゆっくりと食べさせていた。栄養士の方には患者さんによって提供する食事の違いについて教えて頂いたが、思っていたより多くの種類があり驚いた。カロリーや塩分、たんぱく質など厳密に計算されており、また食事がとれない方に行く経管栄養の点滴もいくつも種類があることがわかった。やはり栄養がとれないと病気の治りも悪く、また認知症のリスクも上昇するそうだ。健康で食事がとれることの重要さをあらためて感じた。1年前から、NSTという医師、栄養士、薬剤師などが一緒になった栄養サポートチームが結成されたらしく栄養学について学ぶことが医師にとっても求められていると感じた。臨床検査技師の方はMRIやCT、マンモグラフィーについて説明して下さった。小さな病院ではあるが必要な機械はそろっており大学病院と比べても設備の面では劣ってないと思った。しかし医師や検査技師の数は少ないため、疾患を見落とさないためには個人が努力するしかないと感じた。この日の最後には高齢者の一番といっても良い問題である、認知症について学んだ。2025年問題といわれるようにこれからの日本は超高齢化社会になり、それに伴って認知症の割合は増加するだろう。一人ずつ患者さんを割り当てられ長谷川式認知機能検査を行った。私の患者さんは80代の方でそこまで言語に問題があるようには見えなかったが、やはり今の年月が言えないなどかなり認知機能が落ちているようだった。これから先その分野を専門にすることはなくても、高齢者を診察するうえで必ず認知機能は確認しなくてはならない項目であり、その評価の仕方や必要な処置については正しく知識をつけておくべきと思った。明日は自分の評価方法が正しかったか確認するとともに、どのような処置や行政的なサポートが必要かなど、検討したいと思う。

4日目午前

この日はまず訪問看護に同行させていただいた。訪問したのは病院から車で15分ほどのお宅で、心不全などがあり寝たきりになっている方だった。気管切開をされており意識もほとんどなく、話すことは

できないようだったが食事は家族の助けがあればできているようだった。奥さんがとてもよく世話をされており、訪問看護も毎日来ていることから状態は安定しているように見えた。今回は看護師の方1人と看護学生の方1人と一緒に行ったのだが、血圧や体温、サチュレーションなどできばきと測っていて驚いた。その後介護保険施設である「葵の園」を訪問した。入居者は約200人だが医師は1人しかおらず、ほとんど看護師や介護士の方が世話をしていた。部屋の種類は大部屋から個室までさまざまであったが想像していたより設備は整っており、快適な生活が送れているようだった。主に食事、入浴、排せつが快適にできるよう多くの工夫がされていた。しかし月に15~20万円ほどかかるらしく、また介護保険の認定が下りる条件は厳しいものだった。世羅町は土地がある分大規模な施設を作ることが可能で、施設の中を歩くだけでもリハビリの一環になると話されていた。実際に介護士の仕事を見たのは初めてだったので、その手際の良さや一人一人について正確に把握していることに驚くとともに、仕事はすごく大変そうだという印象を受けた。

4日目午後

午後はまず公立の診療所の先生の訪問診療に同行した後、老人ホームと診療所を訪れた。訪問診療は2人で、どちらも状態は安定していた。やはり高齢化率が高いが広い土地を持っていて在宅での治療を希望する方が多く、訪問診療のニーズの高さを感じた。しかしあまり若い人は田舎に行きたがらず、患者のみならず診療する医師についても高齢化が問題になっているようだった。先生は病気の話だけでなく季節や趣味の話もされており、患者さんのご家族とも良好な関係を築いているのが印象的だった。その後は近くの老人ホームの訪問に同行した。先生は週に1回ずつ2つの老人ホームの診察をされているようで、なかなか長い休みをとることが難しいと話されていた。ここでもご高齢の方が多く、いくつかの疾患を合併しているほかに認知症の症状もあり、治療は大変そうだった。なかなか検査が必要だと説明しても理解してもらえず、根気よく診療されていた。また、主に食事の面で歯は重要であり、歯科の先生も月に一回来られているとのことだった。この日はある患者さんの尿検査を行ったのだが、それとともに自分の尿検査も行うことができた。一般的な検査ではあるが実際にやったことはなく、また顕微鏡で異常がないか等確認でき有意義だった。高齢者が高熱を出した場合、多くは肺炎か尿路感染症が原因だということで、シンプルな検査でも重要度は高いと感じた。この日の最後は亀田先生と、昨日診察させていただいた患者さんについてと現在の日本の介護保険制度について話し合った。患者さんの状態によってどの程度介護が必要か細かく分かれていて、またそれに基づいて利用できるサービスも様々だとわかった。今まではあまり関係のない話だと思っていたが、医師として働くうえでこのような制度について知っておくことは必須だと改めて認識した。明日は集大成として自分が医師として何ができるか包括的に考えたいと思う。

5日目

5日目は、実際に内科外来の診察をさせて頂いた。私は10代の患者さんを担当したが、主訴や病歴から適切な検査を選んで行うことや、診察をスムーズに行うことの難しさを感じた。世羅町のような小さい市町村では医師と患者が顔見知りである場合も多く、和やかな雰囲気で行われているのは良いと思った。しかし、ほとんど一人の判断で治療の方針が決められてしまうのは怖いと感じた。

午後は松本先生と現在の地域医療の現状や、それを改善するための日本の制度について話し合った。私はその時はじめて知ったのだが、改正医療法というのが国会に提出されていて、やはり国家としても法律で医師偏在を是正しなくてはならない段階に来ていると感じた。

考察

今回地域医療実習に行く前も医師の偏在については問題だと思っていたが、なかなかそれを実感する機

会がなく、正直自分には関係のない問題だと思っていた。また地域医療というとすごく暗いイメージを持っていて、高齢のほとんど寝たきりの患者さんばかりで最先端の医療を学ぶ機会がないような印象をうけていた。しかし、一週間公立世羅中央病院で様々な仕事を見せて頂いたことで、地域医療についての考えを深めるとともに将来医師として働くうえでこの問題は避けることができないと感じた。また、医師以外の職業の方と積極的に関わることができたことで、病院全体のしくみや連携の大切さについても学ぶことができた。だがまだまだ問題点も多いことを目の当たりにし、今回は考察ということで医師の偏在について、その問題点と解決策を一週間私なりに考えてみた。

まずなぜ医師の偏在が問題になるのかというのは憲法に関係している。日本国憲法第 25 条では「生存権」として国民は健康で文化的な最低限度の生活を送る権利があること、また国家はこの権利を守るために社会福祉、社会保障、公衆衛生の増進に努めなくてはならないとされている。よって特に無医地区という、中心的な場所を起点としておおむね半径 4 km 以内に 50 人以上が居住し、かつ容易に医療機関を利用できない地区は早急に減らすべきだと考えられている。全国の無医地区の調査では 1966 年と 2009 年を比較した際に無医地区は 2920 か所から 705 か所に、無医地区での人口は 119 万人から 13.6 万人に減少した。

しかし、無医地区が減少したからと言って根本的な問題解決にはなっておらず、厚生労働省は様々な対策を講じてきた。それが、医学部定員の増加と地域枠の設置だ。この制度には賛否両論があり、特定の地方の出身者が入学試験の段階で有利になるのは不公平ではないか、また地域枠で入った生徒の勤務地や居住地が決められてしまうのは人権侵害にあたるのではないかという意見がある。しかし、私はこの地域枠には賛成である。なぜなら現実的に法的に決めなくては積極的に医師が地方に行くことを希望するとは思えないし、地域のことをよく知った学生がその特性を理解し、密着した診療を行うことは患者にとっても安心するだろう。

しかしこの二つの政策を行っているにも関わらず、この偏在の問題は解決しているとは言い難い。厚生労働省の調査によれば、このような調査結果がでている。

全国の二次医療圏における医師数の動向に関し、二次医療圏別人口 10 万対医療施設従事医師数を平成 20 年と 26 年で比較したところ、47 都道府県の 349 医療圏中 26 都道府県の 41 医療圏において医師数の減少がみられたのに対し、301 医療圏では、特に医学部所在地が含まれる二次医療圏において医師数の増加がみられた。また、このような状況を踏まえ二次医療圏別人口 10 万対医療施設従事医師数を都道府県ごとに平成 20 年と 26 年で比較したところ、47 都道府県中 36 都道府県において医師数の較差（最大値／最小値）が拡大している。このように、都道府県内の医師の偏在は拡大しており、依然として解消されていない。しかも多くの診療科で医師は増加傾向にあり、減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じているのにも関わらず、だ。

つまり地域枠でない一般の学生である私たちもこの問題に無関係ではいられなくなったというのが現状なのだ。今回提出された改正医療法では、地域医療支援病院の幹部クラスになるためには、一定期間過疎地域の病院に勤務した経験がなくてはならないとされている。これは実現すれば非常に画期的であり、今後その対象がだんだんと広がっていくことも大いに予想できる。私たち医学生にとっても悩ましい問題になるだろう。今よりは一時的にでも過疎地域の病院に勤務する医師が増えるのは明らかであり、医師不足は多少なりとも解消されるであろう。けれどもやはり一定期間のみということで根本的な解決にはならないし、入れ替わり立ち代わり医師が変わるようであれば、患者にとって本当に十分な医療の提供とは言えないのではないかと私は思う。

もちろんこうした過疎地域で勤務したいという医師が増えるのは理想的ではある。そのためには地域の

魅力を生かした産業を展開し若い労働力を確保できるようにすることや、子育て世代に支援金を給付し、そこで子供を育てたくなるような仕組みを構築するのが理想だろう。このような政策はきっと今まで何回も試行錯誤をくりかえしてきたはずだが、現実的にはうまくいっているとはいえず、やはり難しい。そもそも第一次産業が発展している土地であることや、都心部へのアクセスが悪いことは変えようのない事実なのである。こうしたことを考えると、やはり最も妥当なのは地域医療卒の学生を今よりさらに増やすこと、そして医学部定員も今より少し増やすことが必要であると思う。そしてそれで十分なのではないかと思う。

今回公立世羅中央病院で実習させていただき、世羅という場所であったからかもしれないが、現在の地域医療がそこまで劣悪な環境であるとは思わなかった。むしろ、今まで持っていた暗いイメージとは異なり、穏やかで明るい人々の生活が守られているように感じた。それは多分医師の数は足りていないながらもその限られた環境の中でどうやってより満足いくように生きていくかということが考えられているからだろう。特に大都市部の大学病院と比べて看護師や理学療法士、作業療法士など医師以外の職業に多くの役割が与えられているように感じた。医師が多い環境であればそういった職種の方たちはあくまで補助的な業務を行うことになるのだろうと思うが、医師が少ない環境であればより多くのことを分配されるというのは、ある意味当然のことなのかもしれない。また、研修医が多くいる病院であれば看護師の仕事を研修医が行ったりすることも少なくない。そういった現場をみてきた自分にとっては今回の環境はすごく新鮮であった。看護師や介護士の方について患者さんの自宅を訪問したり病棟を回診したりする機会が多かったが、一人一人が患者さんの病態から治療薬に至るまで非常によく把握されており、見習うべき点が多いと感じた。医師と医師のみならず、医師と看護師、看護師同士、そして作業療法士や理学療法士、さらには言語聴覚士や栄養士などが少ないからこそ密に連携をとっている姿が印象的だった。

また、今回驚いたのは医療機関と行政の距離の近さだった。例えば大都市であれば1人の医師の意見が市町村の政策に影響を与えることはまずないだろうが、世羅町では頻りにディスカッションを行う機会が設けられ、今でいえば予防接種の無料化などが推進されているようだった。確かにこれだけ高齢化が進んでいたら地域住民のほとんどが高齢者だし、それに伴って有病率も相当高いだろうから、市町村にとって医療政策は最も大事なものになってくるだろう。そういった意味で過疎地域において働く医師は責任も大きいだろうが、やりがいも非常にあると感じた。

かねてから私は将来公衆衛生方面に進み、医療政策などに携わりたいと考えていた。そういった意味でこの実習で現在の地域医療とよばれるものについて学習できたのはとてもいい経験になったと思う。そして、このような機会が広島大学だけでなく全ての医学部の学生に与えられていればいいと感じた。イメージだけで過疎地域に従事する医師になりたくないと考えている学生は多いと思うからだ。まずこの医師偏在の問題を解決する一歩として教育は非常に大切であると感じた。

最後に、公立世羅中央病院での1週間の実習をサポートしてくださった全ての方に、この場を借りてお礼申し上げたい。ありがとうございました。

参考文献

医師偏在対策について 平成30年2月9日 厚生労働省医政局医療計画策定研修会 資料3
地域医療実習の手引き