

## 1. 実習施設とその地域の概要

世羅町は広島県の中央部に位置し、面積は約 278 km<sup>2</sup>、人口は約 16000 人の町である。町内には瀬戸内海に注ぐ芦田川、日本海に注ぐ江ノ川の支流が端しており、標高は 400～500m と高いため気温は広島市内よりかなり寒く、朝と夕の寒暖差も大きく感じた。公立世羅中央病院は昭和 28 年に一般病床 45 床で始まり、昭和 36 年に一般病床 77 床に増設した。その後も増築を進め、平成 12 年から平成 14 年に増改築工事を施工するとともに名称を「公立世羅中央病院」に、さらに平成 19 年 4 月からは地方公営企業法を適用する事業所となり、組織名を「世羅中央病院企業団」に改めた。現在の一般病床 109 床、療養病床 20 床、地域包括ケア病床 26 床となっており、中山間医療の拠点病院として「保険・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】

院内の案内やスタッフの方々を紹介していただいた後に、企業長の先生に約 1 時間、世羅町についてや地域医療について、また医師についての幅広いお話を伺った。世羅町は人口が約 16000 人であり、高齢化や少子化に伴い去年は人口がおよそ 260 人減少したとのことであった。日本全国の問題として、地域の高齢化や過疎化が顕著であり、将来的にさらに人口が減少すると世羅町の拠点病院としての役割を担っている世羅中央病院の経営も難しくなるかもしれないと仰っていた。この世羅町は無医地区（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）はないが、少子高齢化が今後進んでいく中で病院の経営が困難となった時、無医地区が増え、十分な医療を受けることのできない人々が増えると考えられる。また、世羅中央病院では医師が少ないため、大学病院のような自分の専門領域に特化した診療よりも患者さんの訴えの多い症候に対する総合診療的な診療スキルを身に着けるべきだということを学んだ。自分では診療できないと思った場合には他の医師と協力して診療にあたることが重要であり、他職種の方々とはより綿密なコミュニケーションを取る必要があると感じた。

### 【1 日目午後】

まずリハビリテーション室にて理学療法士の方に運動器のリハビリに用いる装具やどのようなリハビリを行っているかを伺った。リハビリの保険適応のある疾患は脳血管疾患、整形外科疾患、呼吸器疾患、循環器疾患の 4 つに限られることを知った。作業療法士の方には箸のトレーニングや爪切りの自助具を体験させていただき、患者さんそれぞれに合った装具を用いてリハビリを行い、退院した後の生活の助けとなるようなリハビリを行っていることを学んだ。次に介護老人保健施設葵の園・セラを見学し、介護老人保健施設の特徴や介護の現場を見学した。介護老人保健施設は安定期の患者に対して機能回復訓練などの医療サービスと日常生活サービスを併用して退所後の老人の自立を支援し、家庭生活へのスムーズな復帰を目的としており、葵の園・セラでは個々の老人の身体的、心理的、思考的な特徴を把握したうえでそれぞれに対するケアプランを設定し、日常生活援助にとどまらずレクリエーションや趣味

活動を通じて各々のニーズに対応する包括的な介護支援を行っていた。介護老人保健施設は医療行為も行うため 100 人以上の職員に対して 1 人以上の常勤の医師が必要であり、介護の現場においても医師の診察や急変時の対応など活躍の場があることを学んだ。また、医師は介護職員や看護職員と比較して非常に少ないため、すべての入所者に対して問題点や変化した点に気づくことは不可能であるため、毎日入所者と関わっている他の職員と活発にコミュニケーションを取ることにより職員全体で入所者の状態を共有することが重要だと感じた。大学病院のポリクリで学んだこととは形は違えど、葵の園・セラでもチーム医療が行われていることを実感し、他職種の方との良好なコミュニケーションや人間関係が将来医師として働くうえで非常に重要だと改めて学ぶことができた。

続いて病院長の先生から国民健康保健診療施設（国保直診）についての講義をいただいた。私は国保直診について全く知らなかったため、とても勉強になった。国保直診とは昭和 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（市町村あるいは国保組合）が保健事業および療養の給付を行う上で設置した公立診療所あるいは公立病院のことであり、介護保険の導入された平成 12 年 4 月からは地域住民のニーズに応じて保険、医療、福祉、介護を体系的に提供する地域包括ケアシステムの拠点として活動する立場も担うものである。この世羅中央病院も国保直診であり、今後高齢化の進む中でより一層地域に根差した包括的な支援の担い手として欠かせない存在であり続けると感じ、勉強になった。今日は地域医療についての話や講義を伺っただけだったので実際の医療現場で医師や他の医療従事者がどのように働いておりどのような役割を果たしているのかを目で見ることができなかつたので、明日以降の実習でこれらを学びたい。

## 【2 日目午前】

訪問看護のカンファレンスに同席したのち、1 件の訪問リハビリと 1 件の訪問看護を見学させていただいた。訪問看護は疾病や障害により在宅での療養を行っている方の自宅に看護師などの医療従事者が訪問して行うもので、医師やケアマネジャー、理学療法士、作業療法士などと連携をとりながら療養上の医療的なケアや家族のケアを行うことで自宅療養を支える取り組みである。訪問看護を利用するには、利用者の介護認定を受ける必要がある。要支援 1・2、もしくは要介護 1～5 と認定されるとかかりつけの医師の作る指示書やケアマネジャーが利用者に沿って作成したケアプランに基づいて、訪問看護やその他の介護支援が行われる。1 件目では脳梗塞後の片麻痺に対するリハビリを理学療法士の方が行っていた。世羅中央病院の訪問看護センターには理学療法士が 1 人のみのため、訪問リハビリを必要としている方全員に対応することができず、誰に訪問リハビリを行うか決定することが難しいと学んだ。2 件目では要介護 5 の寝たきりの方に対する訪問看護を見学した。奥様が普段は介護をされていると聞いていたため暗い雰囲気なのだろうかと思っていたがそんなことはなく、生活の一部として受け入れられていた。自宅で介護することに良いイメージをもっていなかったが、目が届く範囲で家族が可能な介護は家族が行い、排泄物の処理や胃ろうの管理など家族が行うには負担が大きいものや医療行為は医療従事者が訪問して行うというように家族と医療者が協力し合っている現場を目の当たりにし、このような形の介護もあるのだということを身をもって感じた。病院や特別養護老人ホームのような施設で介護をするか、自宅で介護をするか意見はそれぞれあると思うが、どちらにもメリット・デメリットがあるため、家族構成や考え方、生活様式を考慮して望ましいと考えられるプランを作成することが重要だと思った。

## 【2 日目午後】

世羅町のクリニックにて外来見学を行った。まず驚いたのはカルテが紙であったことだ。大学やポリクリで見学した病院はいずれもカルテが電子化されており、医師なら誰でも簡単にカルテにアクセスできるのが当たり前だと思っていた。しかし地域のクリニックで医師が 1 人の場合には紙カルテでも業務

に支障がなく、電子化を導入する必要はないのかもしれないと感じた。さらにこれまでの外来見学では医師が患者さんの顔をあまり見ることなくパソコンの画面に集中してカルテを書いている場面をたまに見かけていたが、紙カルテだと患者さんの顔を見ながら書くことができるため患者さんの「話を聞いてもらっている」という実感が得られやすいのではないかと思った。個人的にキーボードを叩く音が威圧的に感じることもあったので、その面においても紙カルテの方が患者さんの訴えを引きだしやすいこともあるかもしれない。他に印象に残ったのは医師と患者の人間関係が良好に形成されていたことだ。大学病院や他の拠点病院では当然ながら患者さんは緊張していることが多く、医師の数も多いためどの科にどの医師がいてどのような治療をされているかが曖昧な患者さんも見られた。しかし今回見学した病院では〇〇医院の〇〇先生に診察を受けているということがはっきりと患者さんの中にあり、自分が困っていることを喋りやすい雰囲気があるように感じた。来院する方は高齢者が多く、様々な病気を抱えていることがあるが、大学病院のように細分化して診るのではなく1人の医師がその患者さん全体を診ていたことも印象に残った。もちろん各分野の専門家がそれぞれの疾患を治療した方が病気を治すという点においては優れているかも知れないが、1人の医師が患者を1人の人間として全体を診ることで得られる患者さんの安心感や「診てもらっている」といった実感も治療の上で重要だと思う。普段見ることのない診療の場を見学してこれまで考えたことのなかった様々なことに気づくことができた。明日は世羅中央病院内の診療を見学する予定である。大学病院とも在宅医療とも市中の開業医とも異なる医療の場で行われていることを学びたい。

### 【3日目午前】

脳神経外科の外来を見学した。来院する患者さんは高齢者が多く、特に脳梗塞後や脳出血後の方が多かった。すでに治療を受けているので麻痺や言語障害が残っている方はほとんどおらず、抗凝固薬や抗血小板薬の処方と経過観察のために来院していることがほとんどだった。また他の病院と比較して患者さんと医師の人間関係がより密であるという印象を受けた。年末ということもあり、最近何で忙しいか、年明けはどう過ごすのかといった日常生活の話がされていて、患者と医師という関係にとどまらずに医療を行っている点も特徴的だと感じた。さらに急性期の患者がおらず、穏やかでのんびりとした雰囲気で行われている点も特徴的だと感じた。さらに急性期の患者がおらず、穏やかでのんびりとした雰囲気で行われている点も特徴的だと感じた。さらに急性期の患者がおらず、穏やかでのんびりとした雰囲気で行われている点も特徴的だと感じた。さらに急性期の患者がおらず、穏やかでのんびりとした雰囲気で行われている点も特徴的だと感じた。さらに急性期の患者がおらず、穏やかでのんびりとした雰囲気で行われている点も特徴的だと感じた。

### 【3日目午後】

言語聴覚士、臨床検査技師、放射線室のスタッフ、管理栄養士の方々にそれぞれ話を伺った。これまで理学療法士や作業療法士には講義を受けたことがあったが、言語聴覚士にはそもそも会ったことがなく、初めての経験だった。言語聴覚士は主に言語機能の訓練と評価、嚥下の管理を行っているとのことだった。高齢の患者さんの誤嚥を防ぐために嚥下機能評価を正確に行い、練習を行うことは重要だと思った。また臨床検査技師の方に検査室を案内していただき、血液を提出する際の注意点を伺ったり、尿沈渣を顕微鏡で見たりした。検査室にも入ったことはなく、将来検査をオーダーする立場になる者として臨床検査技師の方々のおかげで患者さんの状態を把握できることは忘れてはならないと思った。管理栄養士の方には食事について教えていただいた。一口に食事といっても何種類もの形態、カロリー数、成分があり、基準はあるものの患者さんそれぞれに合わせた食事を計画されていることを知り驚いた。考えてみれば「衣食住」というように食事は人が生きていくうえで欠かせないもので、食べることができなければ死んでしまう。どのようにすれば適切な栄養を取ることができるか考えることは医療行為と同等、もしくはより重要なのではないだろうか。健康に生活を送ることができていると実感することのないことに気づくことができた。その後1人の患者さんに長谷川式認知機能検査を行った。患者さんは

90代半ばの方で普通に会話ができているが、検査をしてみると昔のことは良く記憶していたが短期の記憶力が落ちていた。どんな科を専門にしたとしても認知症や記憶力の下がった患者さんに出会うことがあると思うので、認知や記憶を評価することについては正確にできるようになっておくべきだと思った。

#### 【4日目午前】

4階病棟で看護師の業務を見学した。まず朝食の介助を行った。世羅中央病院では寝たきりの患者さんが多いため食事の介助も必要となることが多いとおっしゃっていた。食事の形態もとろみ食やあんかけ食が多く、嚥下機能が低下している方が多いことがうかがえた。その後患者さんの申し送りを行い、バイタルの測定や痰の吸引、輸液の取り換えなどの業務を見学した。患者さんの状態を看護師間で綿密に話し合っ共有されており、毎日患者さんを一番近くで見る職種なのだと実感した。医療ミスを防ぐために全体で共有したり、投与する薬剤をダブルチェックで確認したり様々な工夫がなされていることを知った。また1人の看護師が何人もの患者さんを受け持っているため、これらの業務を行うにはかなり時間がかかり、負担が大きいのではないかと感じた。他の業務にはオムツの付け替えや口腔内のケア、洗髪も行っており、人が生きるにはとても多くのことが必要なのだと気づいた。自分が普段生活するうえで何気なく行っている食事や排泄、整容を他人がするのは体力的にも精神的にも本当に大変なことなのだ実感した。大変な職種だと思うが、どの看護師の方も明るく澁刺としていて患者さんに向き合っている姿がとても勉強になった。

#### 【4日目午後】

久井診療所から4件の訪問診療を見学した。まず約1か月に1回のペースで定期的に訪れ、変わったことや問題になっていることはないか判断することが訪問診療で、急変時に行うのが往診ということ学んだ。今回訪問診療を行ったのはいずれも在宅で介護されている方であった。訪問診療の流れは看護師がまず血圧、体温、SpO<sub>2</sub>といったバイタルサインを測定し、その情報を医師がカルテに記入、その後家族や本人に問診を行い、胸部の聴診や腹部の触診など必要な情報を取り、最後に薬剤の処方について説明する、というものだった。どの患者さんも自分たち学生を含めてとても温かく迎え入れてくださり、医師の診察を受けることで安心感を得られているように感じた。これまで訪問診療を見学したことがなかったため、医師が家を訪れて診察することがとても新鮮で、病院を訪れることのできない方にとってこれほど心強いサービスはないと強く思った。今後さらに高齢化が進行する中で訪問診療の需要は増えてくると考えられ、医師が病院でのみ働く時代ではなくなるかもしれない。将来につながる貴重な見学だった。薬剤の処方は、訪問診療で処方を決め、診療所に戻ってから調剤したものを家族やヘルパーが受け取りに行く、という方式だった。もちろん訪問しなければ処方を確定することができないため渡すことはできないが、後に薬剤を受け取りに行くために診療所にいかなければならないのは家族の負担が大きいと思う。訪問する前にスカイプやテレビ電話を用いて家族の方と話し、薬剤を持参すれば手間が省けるのではないだろうか。実際に診察して新たに必要となる薬剤がある場合の問題はあるが、今回訪問した患者さんで新たな薬剤が必要になったことはなく、いずれも量の調整のみであったためある程度は対応可能だと思われる。将来人や物資源が減っていくと考えられているためこのような工夫を考慮しながら働くことも重要になってくると思った。その後、地域連携室にて介護保険や医師意見書について学んだ。介護についてはほとんど知らなかったので介護保険認定の流れや意見書の書き方について教わり勉強になった。

#### 【5日目】

地域医療システム学講座の吉田先生の監督のもと、外来初診患者さんの診察を行った。オスキー以外

で診察を行うのは2回目だったので難しかった。患者さんの病歴や生活歴を伺うことに精いっぱいであるべき疾患からどこまで身体診察を行うか、追加で問診することはないかというところまではできなかった。疾患ごとの勉強に終始せず、症候から鑑別疾患を挙げ、必要な所見を取ることができるような学習をしていこうと思った。

### 3. 考察

今回の地域医療実習の前までは「地域医療」については聞いたことはあるが実態としてのイメージはほとんどなく、地域で少ない医療スタッフが多くの高齢者を診ていて決して明るい場ではないのだろうと思っており、あまり関心もなかったというのが正直なところであった。しかし世羅中央病院で実習を行ううちにこれまで持っていたイメージはある意味正しく、ある意味で間違っていたことがわかった。確かに世羅町では人口が減少傾向にあり、病棟にも高齢者の方がほとんどで寝たきりの方も多かったが、決して暗い医療の場ではなかったからだ。スタッフの方は明るく、これまで見学してきた病院よりも患者さんに寄り添っている印象を受けたことがその要因だと思う。言い換えると病気を治療されて自宅に帰っていく人は少なく、毎日を快適に過ごすことができるように医師や看護師を始めとした医療従事者が連携をとりながら慢性期の患者さんの「人生」を診ているようであった。医療の形が自分のこれまで見てきたものとは異なっており、医療の在り方は1つではないのだと実感した実習となった。また医療スタッフの数についてはやはり科ごとに専門の医師が1人もしくは2人のみというのが現状で、地域に医師が不足しているという事実を目の当たりにした。そこで医療や医師の今後の在り方と医師数と偏在について考察したい。

医師の主な仕事は外来での患者の診察や薬剤の処方、治療方針の決定などがあり、患者の入院後には看護やリハビリの指示といった統括者としての役割を果たすことなどがある。このような仕事の種類はこれまで大きく変わっておらず、今後も医療の現場において医師は重要な役割を担っていくだろうと思われる。しかし近年AIの発展が著しく、多くの仕事が近いうちにAIにとって代わられる時代が来ると言われている。医師という仕事も例外ではなく、AIやロボットによって医師の仕事の8割程度を代替できるという実証実験の結果がアメリカですでに明らかになっている。具体的には患者の症状やデータを入力すれば膨大なデータの検索の結果を瞬時に行い、病名の特定や治療法を割り出すことに成功し始めているというものだ。治療に関しては、患者ごとのDNAレベルで最も適した治療を選択するというオーダーメイド型の医療が始まる可能性が指摘されている。AIが治療薬を管理することで禁忌薬剤の投与の可能性はほとんどゼロになり、処方に矛盾がないか、副作用の影響はないか検討する薬剤師の仕事も失われることになるかもしれない。このように医療者の現在の業務がAIに代替されていくと考えられる未来では医療者は必要なくなるのだろうか？私はそんなことはないと思いたい。現在の医師とは全く異なった形の職になっているかもしれないが、AIにはできないことがあると思う。それは患者と人間関係を築き、寄り添うことである。「その治療が本当に患者さんのためになるのか」「この患者さんは本当はどうなりたいのか」といった気持ちを把握することがもっと求められるようになるのではないだろうか。患者さんという人間の心や気持ちに迫るには機械ではなくやはり人間が必要だと思う。現在、日本の医療費は膨らみ続けており、国民皆保険制度の維持はいずれ崩壊するといわれている。つまりどんなに新しく効果のある治療法がAIやその他の技術の発展により開発されたとしてもお金がなければ医療を受けられない時代がやってくる。そんな将来では病気の治療だけでなく、より患者さんの思いや背景に沿ったケアを選択することが必要になるだろう。そのためには患者さんと信頼関係を構築する必要があり、今後求められるのは人間と人間のコミュニケーション能力だと思う。今回の実習で多く行わ

れていたコミュニケーションや医療従事者の姿勢からこのように考えた。

国が行っている医師不足改善のための医学部定員増員などにより、現在医師の数は増加しており、毎年約 9000 人の医師が誕生している。これは 1990 年代に他の先進国と比較すると人口当たりの医師数が日本で少なく、医療の需要が高まっていたためであり、さらに医師の偏在を是正する目的もあった。順調に医師数は増え、へき地医療に従事する医師の絶対数は増加しており、無医地区、無医村は全国的に著しく減少している。しかし、医師の偏在は改善していない。多くの医師が誕生したにもかかわらず、都市部で働く医師と地域で働く医師の人数比はほとんど変わっていないのである。さらに問題なのは、医師数を急激に増やしたことにより 2000 年には医師の需要・供給バランスはプラスマイナスゼロとなり、団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025 年には 10%の医師過剰となると予想されたため 2007 年までの 10 年間、医学部の定員が削減される運びとなった。しかし市町村合併による地域病院の減少と医局制度の弱体化によって人手不足に陥った大学病院の医師の吸い上げからくるさらなる地域の医師不足を受け、2008 年からは医学部の定員は再び増加に転じている。つまり今後も医師数は過剰になるレベルで増え続けるが、医師の都市部集中・地域離れの傾向は変化がなく、今後も医師偏在の問題は残っていくだろうと考えられる。どのようにすれば地域の医師を確保し、都市部との格差を小さくすることができるのか。私は医師の地域医療の体験や医学部生の地域実習をもっと確保することを提案したい。技術や社会の発展により、これまでよりも物資や人材が大都市に集まり、都市部に魅力を感じる人が多い中でいかに地域に目を向けてもらうか、そのためには自分の目で実際に現場を見て体験し、考えることが最も有効だと考えるからだ。実際に私は（広島の中では）都会と言われる場所で生まれ育ち、自分が地域医療に興味を持つ機会もなかったが、地域で実習を行ううちに地域の魅力に気づき、将来は地域で医療に従事したいと思うようになった。地域の温かい雰囲気、患者さんの人生に向き合う医師の姿勢、幅広い分野を少ない医師で診なければならぬという責任感からくる緊張感が魅力的だと感じた。このような考えは地域実習で実際に見たり経験したりせずには得られないものだと思う。もちろん、自分のように考える人ばかりではないと思うが、地域に「行ったことがある」と「行ったことがない」のでは大きな差があるはずだ。すべての医師や医学生に一定期間の地域への配属や実習を義務付けることで地域に目を向ける医師が増え、将来的に地域医療に携わる医師が増えることを期待できると思う。

自分が将来どのような医師になりたいか、どこで働きたいか、どんな人生を送りたいか、これまで漠然としか考えていなかったが、今回の実習を通じて地域医療のみならず、今後の人生設計について深く考える機会をいただき、非常に得難い実習だった。またなんとなく医師の偏在や不足の問題については知っているつもりだったが、調べているうちに自分はほとんど何も知らなかったのだと思い知らされた。まだ学生であるという思いから医療や医師の世界をどこか他人事のように思っていたのかもしれない。残りの実習や学生生活、医師となった後も自覚をもって情報収集をし、考え、行動していこうという決意を胸に邁進していきたい。

#### 4. 謝辞

この度世羅中央病院での臨床実習を支援して下さった先生方、医療スタッフの皆様、また地域実習の実施のために様々な準備をして下さった地域医療システム学講座の先生方、本当にありがとうございました。1 週間という短い時間でしたが、普段の臨床実習とは全く異なる環境で様々なことを考えることができ、将来医師になる者としての自覚がより強くなったと思います。どの科に進もうと、どこで働こうと、今回の実習で経験し、教わり、考えたことは今後の人生で必ず活けると確信しています。貴重な機会を与您いただき本当にありがとうございました。

## 5. 参考文献

地域医療実習の手引き

中原圭介 「AI×人口減少 これから日本で何が起こるのか」 東洋経済新報社