

1. 実習施設とその地域の概要

尾道市の北部に位置し、約75%が森林で占められている御調（みつぎ）町。北の宇根山脈と南の木頃山脈に挟まれ、西から東へ芦田川支流の御調川が流れる、尾道市北部ならではの田園風景が広がる自然豊かな町。「御調」の名称は、古代の備後国御調郡から続く古い歴史を持つもので、郡域は現在の尾道市、三原市、世羅町、府中市を含む広範囲のものであった。古代から近世の御調は、古代山陽道と銀山街道の交差するクロスロードの宿場町として栄え、御調郡の中核として発展。1955年（昭和30年）7つの村が合併して御調郡御調町が誕生し、2005年（平成17年）市町村合併により尾道市御調町となった。公立みつぎ総合病院は医療を中心として、介護を保健福祉総合施設、保健・福祉を保健福祉センターと、3施設が有機的に機能し、御調町を中心に周辺の尾道市北部地域、三原市、府中市、世羅町の医療圏の地域包括ケアを担っている。21の診療科に加え、ICU（集中治療室）、無菌手術室、マイクロサージェリーをはじめとする高度医療を提供しており、院内には回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟、療養型病棟も設置し、地域のニーズに応えている。

2. 実習内容

1日目（9月4日）

初日はまず、沖田光昭先生よりオリエンテーションをして頂き、地域包括ケアについて歴史を遡りながら、知識を深めることができた。以前より本院が“地域包括ケアシステム”発症の病院であると認識はしていたものの、恥ずかしながら自らの言葉でシステムの概要や成り立ちについて完璧に説明することはできない状況であった。“地域包括ケアシステム”の歴史は、山口昇先生（外科医）が精力的に手術を行っても、褥瘡や寝たきりによって再入院してくる状況を問題視した1966年（昭和41年）まで遡る。外来・入院だけではこの問題は到底、解決しないことに気づき、“出前医療”（現在の訪問診療・看護）を開始した。今では精通している訪問診療・看護だが、当時はその言葉すら誕生しておらず、現在とは別の意味での“往診”（患者の急変時、医師らが自宅にかけつける）のみ行われていたという事実衝撃を受けた。同時に、山口先生が当時の状況に問題意識を抱くことがなければ、出前診療ひいては訪問診療・看護という策も挙がらず、“地域包括ケアシステム”も誕生していなかったかもしれないと思うと、状況の客観的把握と問題解決能力の重要性を再認識した。その後も、町役場からの保健師訪問と出前医療の連携が取れていないことに着目し、新たに病院保健師を配置したり（保健・医療の連携）、円滑な業務のため健康管理センターを開設したり（保健・医療・行政の連携）、介護施設群の併設を進めたり（保健・医療・行政・介護の連携）と、段階を踏みながら着実にシステムを構築していった。地域包括ケアシステムの目的は住民のニーズに応えることであり、専門性の活用や多職種連携は手段の一部に過ぎないということを学び、これら常に念頭に置きながら一週間の実習に臨むこととした。

午後は多職種の方々に病院を案内して頂き、それぞれの施設、部署が担っている役割を確認した。保健福祉センターの一区画に健康福祉係、地域ケア係、子育て世代包括支援センター、ホームヘルプステーション、訪問看護ステーションが集約されている光景には衝撃を受けた。地域住民にシーム

レスな支援を提供するべく、互いが互いの役割を認識し、専門職の強みを生かしながら、患者さんにとって最善の選択となるよう意思疎通を図っていく、“真の多職種連携”を目の当たりにしたように感じた。保健師さんの「妄想力を大事にしてほしい」というメッセージが大変印象深く残っている。医師の業務として、検査・診断・治療などももちろん大切だが、「患者さんはどんな生活を送っているのか」「ご家族はどこに住んでいるのか」「どんな方法で食事をとっているのか」などと妄想力を働かせて、患者さんの背景に意識を向けることが全人的医療を実践する上で、この上なく重要であると学んだ。

2日目 (9月5日)

午前はずまず中央滅菌材料室(中材)の見学を行った。滅菌した器材をパッキングする方法をご教授頂き、実際にパッキングを体験した。普段、大学病院の入院棟などで日常的に目にする器材は、このような手間をかけて厳重に管理されているのだと知り、多職種の方々の支えがあっはじめて、医療行為を行うことができる事実をこの先決して忘れてはならないと思った。

続いて、地域包括ケア病棟の見学を行った。患者さんはADLの自立されている方から寝たきりの方まで幅広く、一人一人の身体状況に合わせたケアが行われていた。実際に清拭を体験させて頂いたのは今回が初めてであったが、やせ型の寝たきり患者さんでも体位交換が難しく、複数人にサポートしてもらいながらなんとか形になった。普段、看護師さんはこのような力仕事をお一人で行われているのかと思うと、頭が上がらない思いであった。将来、病棟の患者さんを診察する場面が多々あると思われるが、看護師さんの日々のたゆまないケアの上に成り立っていることを心にとどめておかなければならない。印象に残った取り組みに、患者さんのベッドサイドに貼っていたベッド柵の本数・高さ、離症センサーの有無、ポータブルトイレの有無などを記した“環境設定シート”がある。患者さんに施されているケアを文字化することで、看護師さんの中でケアにズレが生じることを防止しているとのことであった。その他にも、高齢者や認知症の患者さんが大半をしめるという病棟の特徴に合わせたケアや予防策(転倒・転落など)が至る所で施されていた。

午前の最後は回復期リハビリ病棟の見学を行った。退院後は在宅での療養を理想としているが、患者さんの希望、家庭環境などを考慮しながら、多職種の方々が協議して方針を決めていく。90日という期限、多疾患併存、90歳以上が大半という難しい状況の中で、患者さんが退院後、各々の環境で自立した生活を送ることができるよう、リハビリテーションを行ったり、食事を提供したりと幅広い視野を持って調整されていた。また、誤嚥性肺炎を発症する患者さんが多いという特徴を踏まえ、栄養管理には特に注意を払っていらっしゃるという。高齢者は治療が遅く、合併症を引き起こすリスクも高いため、言語聴覚士(ST)さんの介入による検査・評価も必要不可欠である。また、実習中、施設の至る所にカラーコーンがあり、設置の意図を尋ねたところ、認知機能低下により病棟を離れようとする患者さんがいらっしゃるという問題に対して、階段やエレベーター前にコーンを設置することで離棟を予防しているとのことであった。我々の想像をはるかに超えた事態が起こりうるという大前提で、あらゆる予防策を打ち立てていくことが求められる。

午後はICT(感染制御チーム)による回診に同行させて頂いた。医師・薬剤師・看護師・検査技師からなるチームで、週に1回回診を行っているとのことであった。毎回、異なるチェックポイントを定めており、今回のチェック項目は針捨てボックスにリキャップされた針がないか、アルコール消毒液が確実に補充されているかなどであった。新型コロナウイルスの感染者が徐々に増えていたこともあり、チームの方々は特に慎重にチェックを行っておられた。普段、病棟でケアを行われている看護師さん達も感染対策には十分に気を付けていらっしゃると思われるが、ICTによるダブルチェックを行うことで、多職種の視点からの確実な対策が可能になると感じた。

続いて、栄養士さんから栄養部門のレクチャーを受けた。栄養管理は給食管理と栄養管理に大別される。前者は献立作成、調理、衛生管理などを中心とし、一部は業者に委託している。一方で、後者は栄養食事指導、多職種による介入（NST、褥瘡対策、摂食嚥下）、地域住民への啓発などがあり、こちらをメインとしている。病院、保健福祉センター、保健福祉総合施設それぞれに栄養士さんを含む栄養サポートチーム（NST）が設置されており、切れ目のない栄養支援を目指している。レクチャーの中で、特に衝撃を受けたのは、1985年（昭和60年）から訪問栄養食事指導が導入されていた点である。栄養指導の必要性が着目され始めたのはここ最近のことだと思っていたが、御調町では今から40年近くも前から、低栄養、嚥下機能が低下した患者さん、病態に応じた食事を必要とする患者さんやそのご家族に対して、栄養指導という必要不可欠な取り組みが行われていたという事実が大変印象的であった。

3日目（9月6日）

午前はまず、臨床工学技士さんから臨床工学部門のレクチャーを受けた。日々の業務としては、医療機器の点検・整備、在宅にて呼吸器の回路交換・災害時に備えたバッグバルブマスク使用の指導などがある。また、医師のタスクシフトに伴い、鏡視下手術時にスコープオペレーター（研修を要する）として術野に立つこともあるとのことであった。実際に、病棟にて人工呼吸器の点検に同行させて頂いた。非常電源に確実に接続されているか（生命維持管理装置であるため）、回路の接続にゆみはないか、呼吸器以外にモニターが設置され稼働しているか、バッグバルブマスクがベッドサイドに設置されているかなど、チェック項目に沿って着実に点検を行っておられた。その後、非侵襲的陽圧換気（NPPV）のS/TモードとCPAPの体験を行った。NPPVの一般的な適応として「意識がよく協力的である」という項目があるが、実際意識が良好であるほど陽圧に耐えられない患者さんが多いという。確かに、S/Tモードで口鼻マスクを装着して呼吸をしていると、想像以上に圧がかかり呼吸のしにくさを強く感じた。非侵襲的とはいえ、患者さんの状態によっては侵襲的に感じる可能性があるという点は、実際に体験してみないとわからない。NPPVに限らず、医療従事者が気づかない患者さんの苦痛が潜んでいるのかもしれないと思うと、それらに少しでも気づき、患者さんの苦痛に寄り添える医療人でありたいと心から思う。その後、高圧酸素療法装置内や透析液製造室を見学した。普段、なかなか足を踏み入れる機会がないため、すべての光景が新鮮であった。特に透析液製造において「水は命」であるという。当院では災害時にも透析の対応が可能な工夫を施しているため、西日本豪雨災害（平成30年7月）時にも途切れることなく透析治療を提供することができた。

午後は、保健福祉総合施設を見学した。保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する総合施設である。まずはいくつかの施設で栄養カンファレンスに参加させて頂いた。当院から来ている医師、常勤の看護師、理学療法士、言語療法士、歯科のスタッフが集まり、新規患者さんの経過、検査結果、食事・口腔内・活動状況などの情報を持ち寄り、アセスメントを行い、今後のケア方針について議論を行っていた。スタッフの方々が自らの専門外の情報についても、関心を寄せ質問を行っており、患者さんに最善のケアを届けたいという思いがひしひしと伝わってきた。

その後、スタッフの方が各施設（介護老人保健施設「みつぎの苑」、特別養護老人ホーム「ふれあい」、保健福祉総合附属リハビリテーションセンター、ケアハウス「さつき」、グループホーム「かえで」、デイサービスセンター）を紹介して下さった。新型コロナウイルス感染拡大下にもありながらも、各施設が試行錯誤を重ね、利用者さんやご家族の思いを大切にした取り組みをなさっていた点が印象的であった。例えば、感染対策で面会時間が制限されている中、その時間内で利用者さんの生活ぶりを存分にお伝えすることが難しいとなれば、廊下の一角に写真コーナーを設け、楽しそうな様子を視

覚的にお届けする。数分間の面会からは利用者さんがどんな生活を送っているか、どんな気持ちでいるか、汲み取れず、心配な思いをされているご家族もいらっしゃるとのことであったが、スタッフの方々のほんのひと工夫がご家族の気持ちを軽くし、安心感をもたらしているように感じた。

施設スタッフさんが、地域包括ケアの課題である、継続することの難しさについて言及されていた。地域包括ケアの生みの親、育ての親である山口昇先生が各所の協力を得ながら試行錯誤を重ねて形作ってきたシステムだが、地域住民の存在、システムへの理解、継続的な連携のうち一つでも欠けると簡単に崩れてしまう。発祥の地だからと驕ることなく、住民の皆様にシステムを理解してもらい、安心して利用してもらえよう信頼関係を築く、人口減少に負けずシステム運営に欠かせない人員を確保する、互いの役割を認識した上で連携を図るために、絶えず力を尽くす必要がある。

4日目 (9月7日)

午前はまず外来リハビリテーションを見学した。見学にご協力頂いた患者さんは、当院でリハビリを受けるのが初めてということで、担当スタッフの方は、仕事、来院のきっかけ、前院での対応など幅広く質問をされていた。リハビリ中、前院でのリハビリの所要時間、力加減、内容についても詳しく聴取し、それらを踏まえた上で、今後の方針を患者さんと共に決めておられた点が印象的だった。その後は、病棟に移り、入院患者さんのリハビリテーションを見学した。新型コロナウイルス感染予防策として、理学療法室で一斉には行わず、それぞれの病室内で行っているという。狭い環境下ではあったが、それぞれの患者さんの目的・身体状況に合わせた最適なトレーニングが行われていた。

午後は、訪問診療・訪問看護に同行させて頂いた。患者さんは要介護5で、週1日の訪問看護、2週に3日のショートステイ、それ以外の日（日曜を除く）は訪問介護を利用されている方であった。高次脳機能障害により感情の制御が難しくなってしまったのか、ご家族によるケア中や診察中に罵声をあげることが日常茶飯事であり、診察中も血圧・SpO₂の測定が困難な状況にあった。しかし、先生は即座に測定中止を指示し、後から「医療者の欲を押し付けてはならない」と教えて下さった。見た目では患者さんの様子に明らかな異常がなく、測定の必要性が高くないのであれば、患者さんの思いを尊重すべきであって、医療者の「念のため測っておきたい。」といった無責任な欲望で患者さんを不快な思いにさせてはならないと学んだ。

その後、病院に戻り薬剤師さんに薬剤部門を案内して頂いた。薬局の裏側に足を踏み入れる機会は限りなく少ないため、とても新鮮な気持ちであった。卒業後、研修医として処方を出し始める際に気を付けるべきポイントを伝授して頂いた。第一に添付文書において一日量または一回量のいずれかで記載するか統一されていないため注意が必要である。第二に「～%濃度」の薬剤を処方する場合、製材の総量か有効成分の量が明確に記載しなければ、過剰投与等による医療事故を引き起こしかねない。これらのことは医師人生、一生涯心に留めておきたい。

5日目 (9月8日)

最終日の午前は内科外来にて、初診の患者さんの問診・身体診察を行った。外来患者さんの問診を行うのは大学病院の総合診療科実習以来、二度目であったが、やはり緊張感に襲われ、悔いが残る点が幾つかあった。担当させて頂いたのは健診で血圧・脂質等の異常を指摘され来院された患者さんで、今後、薬物治療を開始するか、生活指導を行いながら経過観察するか患者さんの意向・生活を踏まえて、方針を決めていく必要があった。問診内容としては、必要な情報は概ね聴取できたが、途中必要ない情報まで深く掘り下げてしまい、結果診察の所要時間が長くなってしまった。患者さんの中には長時間の問診を苦痛に感じてしまう方もいらっしゃると思うため、必要な情報を簡潔かつ丁寧に聴取

できるよう、数を重ねてブラッシュアップしていきたい。また、両耳の難聴で補聴器を装着されておられたが、耳鼻咽喉科の実習時に習った「難聴で補聴器使用の患者さんにむやみに大きな声で話してはならない。」という知識を生かしきれず、発言が伝わらないとつい声量を上げてしまうことが何度かあった。このご時世、マスクを装着しているため口元を見せることは難しいが、適度なスピードではっきりと区切りながら話すべきであった。

その後、昼食を挟み総括を行った。「実習を踏まえ、改めて御調をはじめとする医療が不足がちな地域において医師の確保は必要か、必要であればどのような対策が考えられるか、強制力は必要か。」などの問いかけを中心にディスカッションを行った。一週間、当院はじめ関連施設を巡り、どれほど地域住民の皆様が必要不可欠な存在であるか体感していたこともあり、問いかけに即答で「必要である。」と答えた。一方で、医師の選択の自由など現実的な考慮を入れると、「僻地だから。」という理由一つで特別扱いしていいものかという疑念も残った。

3. 考察

初日のオリエンテーションにて沖田先生がおっしゃっていた「環境・地域（マクロ）を考慮し、次に専門（ミクロ）の重要性を理解する」という点を常に意識しながら一週間、実習に臨んだ。普段の大学病院における臨床実習では、専門性（ミクロ）を学ぶことが主で、環境・地域（マクロ）を考慮した瞬間は、ほとんど思い出せないほどであった。マクロからミクロ、という流れが実践されていた場面は数多く、例えば訪問診療・看護時に、在宅という患者さんが慣れ親しんだ生活の場であることから、患者さんが望まれないことは極力控える姿勢をとられていたこと、病院や保健福祉総合施設の栄養カンファレンスでは、第一に患者さんが置かれている環境を考慮し、続いて専門職が知識を織り交ぜ、方針を固めていくという流れをとっていた場面が挙げられる。地域医療において、ガイドライン等に沿った“医療モデル”より、患者さんのその人らしい生活を大切にした“生活モデル”の視点が優先されることを実感した。

実習を通して、地域包括ケアシステムの歴史を詳細に辿ったり、医療・保健・福祉・介護の連携の実践を実際に自分の目で確かめたりする中で、創始者である山口昇先生や、その発想に理解を示し共にシステムを作り上げていった協力者の方々の偉大さに圧倒されることが多々あった。一方で、地域包括ケアシステムは完成形ではなく、まだまだ議論・改善の余地がある現状を痛感した。以下に、地域包括ケアシステムの課題を3つ挙げる。

第一に、医療・介護職の人材不足について。日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しており、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている。医療と介護の関係者、関係機関間の情報共有を効率的に行うことがますます重要となる。医療・介護の連携不足に対する打開策として、厚生労働省は、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図ることを推奨している。

第二に、システムの構築上、地域格差が生じてしまう点について。実習中も、「御調町のやり方が必ずしも、他の地域で上手くいくとは限らない。」というご指摘を耳にする機会があった。地域によって人口の年代別内訳、高齢化の速度、住民の特性、財政状況など多種多様な要素を抱えている。地域包括ケアシステムの根本の解釈は共通のものでありつつ、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。

第三に、システムの認知・浸透度の低さについて。システムを構築する上で、マンパワーや財源の

確保のために認知度の向上を図るための取り組みは必要不可欠である。同時に利用者本人等の意識改革にも尽力すべきである。御調町では病院のみならず、関係機関、ふらっと立ち寄った市立図書館においても、地域包括ケアシステムに関する取り組みが写真・イラストを交えてわかりやすく紹介されていた。利用者の認知・理解を得られなければ、多職種がいくら力を注いでシステムを構築しても、宝の持ち腐れとなってしまう。利用者の認知・浸透に加え、次世代の担い手の確保・育成も視野に入れた取り組みにより、継続性のあるシステム構築の実現が求められる。

私自身、地域枠学生であり、将来地域医療に従事するにあたり、心に留めておきたいと思った点を以下に記す。在宅のみならず、病院・診療所にて医療に従事する際も、患者さんの生活への配慮を最優先とすること。入院時から退院後の生活を見据えて、患者さんやご家族の意向を汲みながら治療方針を固めていく医師を目指したい。また、患者さんのその人らしさを大切にされたケアを実現すべく、関係機関との相互理解・相互支援・相互成長を目指したコミュニケーションを怠らない医師でありたい。

4. 謝辞

ご多忙の中、我々の実習を受け入れて下さった松本英男病院長をはじめとする公立みつぎ総合病院のスタッフの皆様、保健福祉センター・保健福祉総合施設のスタッフの皆様、見学をご了承くださった地域住民の皆様、そしてこのような貴重な機会を与えてくださった松本正俊教授をはじめとする地域医療システム学講座の先生方に厚く御礼申し上げます。地域包括ケアシステム発祥の地として、かねてより見学を所望していたため、今回実現できたことを大変嬉しく思っております。将来、地域医療に従事するにあたり、地域のニーズに応えるべく、自らの専門性を生かしながら各関係機関と連携を図ることのできる医師になれるよう、残りの実習・勉学に励んで参ります。

5. 参考文献

- ・広報おのみち（平成29年11月号）
- ・その他（実習、配布された資料）
- ・厚生労働省「在宅医療・介護の連携推進の方向性」
- ・厚生労働省「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護（地域包括ケアシステムの深化・推進）」