

地域医療実習レポート
2024 年 11 月 5 日(火)～11 月 8 日(金)
公立世羅中央病院

公立世羅中央病院とその地域の概要

世羅町は尾三二次医療圏に属しており、世羅町・尾道市・三原市が含まれる。世羅中央病院は世羅町唯一の二次救急機関で、世羅町および三原市北部地域を医療圏とする。医療圏の人口は 26000 人で、高齢化率 43.7%（全国 28.9%、広島県 27.2%）と、日本全体の約 10 年先を行っている。本病院は昭和 20 年に開設された国保診療所が前身となり、昭和 28 年に世羅中央病院として開設した。病床数を拡大しながら運営され、平成 23 年 10 月には公立くい病院との再編・機能強化によって病床数は 155 床（現在一般病床 69、地域包括ケア病床 86）となった。訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、歯科保健センター、健診/検診部門も充実しており、保健・医療・福祉の総括機能を持った病院作りに尽力されている。

実習内容と学んだこと、感じたこと

11/5(火)は來嶋院長からお話を伺い、その後介護老人保健施設（老健）である葵の園・セラの見学、言語聴覚士の大迫先生について病棟にて昼食介助・嚥下訓練を見学、午後は瀬尾医院にて外来見学をさせていただいた。

來嶋院長からは、世羅中央病院のような医療機関では、手を専門にされていた先生が膝の手術をするといったように、大学病院と異なり専門外のこともやらなければいけないがその分地域医療の醍醐味を感じられるということ、消費者からみた病院の満足に関わるのは、医療者が考えがちな治療効果などでは必ずしもなく、親切、丁寧、安心、対応であるということをお伺った。

葵の園・セラでは施設を見学させていただき、事務局長の落畑さんにお話を伺った。老健は老人の自立を支援し家庭生活への復帰を促進することを念頭に、機能訓練や生活リハビリを通じて利用者の生活の活性化を図る。症状が落ち着いて病院を退院した時から自宅復帰までをつなぐ存在であるとのことで、いわゆる特養である介護老人福祉施設との違いは、特養が終の棲家である一方で、老健は在宅復帰支援が念頭にあるということだった。葵の園・セラでは入所、通所、デイケアを提供しており、入居 142 人、通所リハ 50 人/日、入居者は 3 か月くらいで出る人もいれば、1 年以上いる人もいるとのことであった。

葵の園・セラで印象的だったこととして、スタッフの方々が廊下をすれ違う際に挨拶をしてくださっていたことや、入居者さんも「ご苦労様です」と声掛けしてくださる方がいらっしやったことがあった。伺ったお話にあったが、スタッフの方々がプロとしての振舞いを日頃から共有・実践されており、そのことが施設の明るさや優しい雰囲気にも効いていると感じた。コミュニケーションを生業にするものとして、仕事のベースに重要なことを本施設で改めて実感させていただいた。

世羅の地域における葵の園・セラの事情として、世羅は地域柄老々介護が多いので、老健のような居住型が必要であるということをお伺った。また自立支援をするということが、単に食事や入浴の介助をすればよいものではなく、例えば食事でスプーンを使ってものを食べにくい人に対して、すべてこちらが介助して食べさせるのではなく、食べ物を掬って後は自分で持ってもらおうといったことが重要だと伺った。リハビリというと、急性期病院での治療の後は回復期リハビリの病院に転院したり、自宅から通所リハビリに通ったり訪問リハビリを受けたりといったイメージが主だったが、世羅で老々介護

が多いという実情を踏まえながら退院と在宅の橋渡しをする、入所・リハビリを複合させた介護老人保健施設の存在は大変重要な役割を担っていると感じた。

瀬尾医院の外来見学では 高齢の方の風邪症状、生活習慣病、小児の風邪、喘息、外国の方の肺炎疑い症状など、様々な症例の診察をされていた。印象的だったのは、診療所には CT 検査機器も設けており単純 CT や造影 CT も行う他、血液検査も一通りを行えるようにしていることで、先生の先代から、必要な検査までなるべく自身の診療所で行って患者さんを診られる環境を作りたいという思いがあり、それを継承しているとのことだった。検査を充実させるのはお金がかかるため経営のことだけを考えるならば検査はせず別の所に紹介すれば良いのだが、そうして診療していても楽しくなく、また地域の診療所は患者のセーフティネットの底の部分であるから、ここで救われないと回復できる患者さんが少なくなってしまうということであった。また往診も行っているものの、老々介護が多いということもあり家で無理して診るよりも悪くなったら入院というケースが多い（世羅中央病院の他、公立みつぎ総合病院の緩和病棟に紹介することもある）とのことだった。また、患者さんのお子さんが広島市などに住んでいて、世羅町を離れ子供の所に引っ越すこともあるとのこと、世羅町の地域柄を感じられ、現状のニーズと人的資源に応じた診療体制を作られていることを感じた。

外来見学を通して、診療所では検査は取り揃えられないため他院に紹介すれば良いと諦めるのでなく、なるべく必要な検査を自前でできるよう環境を整えて、患者さんを診療しようとする先生の思いが印象的だった。また先生が幅広く知識を持たれて診療されていることも印象に残った。自身も将来地域の二次救急病院やかかりつけ医のような一般内科外来の現場で働くことを考えているため、まず卒後初期研修へ進んだ際に、ベーシックな診療能力をしっかりと身に着けたいと思った。

11/6(水)午前は地域医療連携室でお話を伺い、整形外科外来を見学させていただいた。午後は院内の栄養管理室、薬剤部、放射線室、検査室や健診センターを見学し、門田副院長にお話を伺った。

地域医療連携室で印象的だったのは、行っておられることが本当に多いということだった。特に退院困難事例、例えば周囲との関わりが少ない人が救急にかかった際や、虐待が疑われる事例があった時にどうするか、意思決定を誰が行うのかという問題や、医療的に回復してもいったいどこに帰るのか、誰が面倒を見るのかという問題があるということをお伺いした。医者として診療をするならば、患者の病態だけでなく家族や介護者にも目を向けて、その人の退院後の生活がどう続くかということも考えなければいけないと感じた。また退院が困難な事例においては、病院だけでなく介護関係のケアマネジャーや介護事業者、福祉装具事業者、必要に応じて社会福祉協議会、町の福祉課など、多種多様な職種が力添えをする必要があり、診て終わりでないということを改めて強く感じた。

整形外科の外来見学では、大学病院や三次救急の病院に比べて必ずしも紹介で来院する人が多いわけではなく、また骨折から変形性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症と診る疾患も幅広い印象があった。先生に伺ったところ飛込みで受診される方も多く、世羅中央病院は入院病床数もそれなりの規模がある病院ではあるが、同時に地域のかかりつけ的な立ち位置もあるとのことだった。看護師も事務の方も、患者さんとの距離感が大学病院よりも少し近い感覚があり、そのことからかかりつけ的な性格も有する地域に根差した病院であることが感じられた。

栄養管理室の見学では、世羅中央病院は直営の給食施設を持っており、公立で行っているところは本当に珍しいとのこと、契約だとどうしても個別対応が難しいが世羅ではできる限り患者の事情に合わせているということをお伺いした。世羅中央病院では総カロリーの異なる常食3種類に加えて、糖尿病用、潰瘍食など様々な種類を用意し、嚥下食も、嚥下調整学会分類に応じて6段階の異なるとろみ度合いの食事を提供している。患者さんが入院したら1週間以内に栄養管理計画書を作り、患者それぞれの必要栄養量を活動係数やストレス係数に従って算出し、適した食事を提供する。必要に応じてNST (Nutrition Support Team) による介入もするとのことであった。さらに患者それぞれの病状や嚥

下機能に応じた食事を提供するだけでなく、献立の色合いや季節ごとの行事食など、食べる楽しみも含めて大変細やかな配慮をされていた。とろみ付けの粉などの材料もいくつか実際に拝見したが、色々と便利に進化しており様々な種類があるとのことで興味深かった。医者視点では、このくらいのご飯にしましょうと指示を出すだけで終わりかもしれないが、実際に栄養士の先生や調理師の方が苦労されて入院患者や病院スタッフの食事を作られている現場がみられて意義深かった。

薬剤部では錠剤や散剤・顆粒剤の処方、輸液や注射剤、中でも冷蔵保存が必要な薬剤などの保管や処方について見学させていただいた。ポリファーマシーが問題になっており、実際に30種類近くもの薬を出されている患者さんもいて、本当に要るのか考え直してシンプルにする必要があるとのことだった。また冷蔵保存が必要な薬剤は高価なものも多く、一方で使う頻度が少なかったりすると、使用期限が過ぎて廃棄となり損失額が大きい。品質管理上の問題（適切な保管の保証ができないため）で他の医療機関に融通することも難しい。使用が決まって数が明らかになってから本来発注したいということと、廃棄が少なくなるように気を付けないといけないとのことだった。病院薬剤師の方々の業務の一端や視点を教えていただき、医師としてもポリファーマシーの問題や適時適切な薬剤処方に気を付けなければならないと感じた。

放射線室では単純X線室や歯科用のX線、マンモグラフィ、CT、MRI、IVR設備を見学させていただき、検査室では血液検査（CBCや生化学検査、輸血のオモテ試験の体験）、心電図やスパイロメトリーの体験をさせていただいた。門田副院長からは認知機能検査である長谷川式とMMSEについてのことや、ワレンベルグ症候群やMRI検査における画像の特徴など臨床上大変重要なことを教えていただいた。

健診センターではもの忘れ検査の体験をさせていただいた。世羅町では75歳以上で国保の人間ドッグ助成対象でない人も誕生日健診ということで1年に1回はしっかり健診を受けようという健診メニューを用意している。もの忘れ検査はその一つで、引かなかった場合は世羅町で行っているひらめき教室など、機能を落とさないための活動へつなげたりするとのことだった。病院の疾患治療という役割だけでなく、健診という保健的な機能についてもお話を伺い、興味深かった。市区町村が健診の予定や集団健診場所、健診可能医療機関などを扱っており、医療機関に勤務する医師としてもこうしたチャンネルから住民の保健にも関わっているのだと感じた。

11/7(木)午前は訪問看護ステーションに伺い、訪問看護1件に同行させていただいた。超低出生体重児で生まれた双子の乳児への訪問では、聴診、パルスオキシメーターや心拍モニターによる測定を実施し、また、お母さんから先日のJA尾道総合病院受診時の状況や今後の訪問看護についての話を伺っていた。私達学生も聴診や、お子さんの抱っこなどをさせていただいた。その後ステーションで管理者の土居さんにお話を伺ったが、現在世羅に訪問看護ステーションは1件のみとのことで、以前はもう1件あったが看護師確保が難しく閉じられたとのことであった。普段は高齢の方の訪問看護が多くなかで、小さな乳児の訪問看護に同行させていただいたのは珍しいことで、大変貴重な経験をさせていただいた。訪問看護は利用者ごとの自宅でのやり方があり、看護側が利用者それぞれの意向と標準的とを照らして合ったやり方を選んでいくということを土居さんから伺ったが、同行した現場でも利用者とその家族それぞれの状況を踏まえながら丁寧にコミュニケーションを取られている様子が印象的だった。また訪問介護が介護保険法に基づいて提供されるが、状況や条件によっては健康保険法に基づき提供されるということを初めて知り、今まで健康保険による業務だと思っていたため驚いた。健康保険の枠の方が点数的には高いが疾病の性質上看取りも多く短期の訪問看護になりやすいということや、都市部と異なり世羅という土地柄から遠方まで訪問することも多く、概ね1日4件程度の訪問看護が限界であるということを知り、国の制度の中で訪問看護を行うことの金銭的、体制的な難し

さも感じた。大変勉強になり、実習では時間的な制約はあったが、可能であれば訪問にもっと同行させていただけたらと感じた。

午後は入院患者のカンファレンス(模擬・1件)に参加させていただき、主治医意見書の作成と縫合練習をさせていただいて、その後横田企業長からお話を伺った。カンファレンスは退院前カンファレンスではなかったものの、患者さんが退院後どうするか、転院するなら転院先がどうなるか、自宅に戻ったとして帰ってからの日中の過ごし方がどうなるか、など患者さんの今後の生活について意識しながら現在の回復状況を共有されている形であった。回復期リハビリテーション病床はリハビリを行える時間が最大3時間/日と長い一方で適応の疾患に要件があること、地域包括ケア病床は病気の要件はないがリハビリの時間は全体の平均で40分/日程度になってしまうことなどを伺い、患者さんの疾患やADL、希望など様々な事柄を考慮しなければならないと感じた。また、超急性期の大学病院ではない医療機関におけるリハビリテーション科の医師の仕事についてもお話を伺うことができた。20人から医療機関によっては30人程を一度に担当し、リハビリを処方したり、患者さん家族に毎月状況を話したり、主治医ではなくとも患者さんの容態の変化に対応したりと、非常に幅広く患者さんの回復に携わっておられて、地域医療におけるリハビリテーション科医師の役割の大きさを感じた。

主治医意見書の作成実習では、本意見書は内科や整形外科、あるいは開業医では特に書くことが多いだろうとのことで、消化器内科等の内科を進路の一つに考えている自分は今後たくさん書くだらうと思いつながりながら実習した。要支援、要介護度の認定によって患者さんの生活のしやすさ、サービスの受けやすさはかなり変わってくるし、特定疾患などきちんと把握して適切に患者さんの状態を記載できるようにしないといけないと感じた。

横田企業長から伺ったお話で印象的だったのは、地域の中でこの病院がどうしていくかを考えるのは、自分たちが将来に向けてどのような目標を立てて進むか考えることと共通するという事だった。医学部生は他学部と異なり入った瞬間から多くの人が医師になることがほぼ決まっていて、先々のことを考えなくとも何とかなると思いがちだが、結婚や親の介護などのライフイベントや、自身のスペシャリティ、今後の医療システムの不透明さなどを思うと今のうちから考えを持つておくことが重要だと感じた。自身の将来に対しての見通しが、地域における自病院のあり方を考えることにも繋がりと、ひいては充実した医師生活と地域医療への貢献にも繋がると感じた。

11/8(金)は外来実習であった。患者さんがいらっしやらず初診を取らせていただく機会がなかったことは残念だったが、柿本先生から新型コロナ流行当時の地域医療に関する貴重なお話を伺った。世羅やその他の地域に限らないが、新興感染症の流行はそれまでぎりぎりの状態で何とか成り立たせていた地域の医療システムを簡単に瓦解させてしまうものであり、一次・二次医療圏だけでなく、より広く大学や県との人や物資の連携によって対応された事態であったということが感じられた。地域医療を考えると、地域の”中”で医療機関や各事業所が連携して住民を診るというイメージがあったが、必ずしも地域で完結できる医療体制を目指すのではなく、より広域の医療圏で連携すること、あるいはいざというとき連携できるように関係を作っておくことも大変重要だと感じた。

実習を通して

本実習は外来実習のみならず院内の様々な部署や院外の介護老人保健施設、訪問看護ステーション、地域の医院と、医療介護に関わる多様な関係者・関係事業者の現場を見学しお話を伺うことができ、刺激を得た4日間だった。地域における医療システム・介護システムを考える際に印象に残ったこととして、地域に訪問看護の事業所はかつてもう一件あったが看護師の不足により閉じたという訪問看護の現状と制度・経営的な事情、病状が落ち着き退院した地域住民が在宅復帰を目指す場としての役割を担う老健施設の見学、瀬尾医院で伺った地域住民を診る医院としての理念、横田企業長から伺っ

た地域における病院の運営のお話があった。自分が将来一医師として働く現場が、地域の保健-医療-福祉システムの中でどういった位置付けにあり、周りにどのような仕事をしている事業者がいるのかということについて、働く場所が違ってもある程度共通のベースがあり、一部ではあるが理解のきっかけを得られたと感じた。また県や日本全体に比べて高齢化が10年進んでおり、老々介護の状況も多い地域の特徴を有する世羅において、人的・資本的な難しさを抱えながらも地域住民の健康を守る思いのもと病院や診療所を経営する先生方の広い視野と高い志を感じられた。以前総合診療科の臨床実習で、細胞<臓器<人<地域、社会<地球という異なるスケールを考えたときに一般医師は細胞~臓器あたりのレベルで戦っており、総合医のマインドは臓器~人~地域、社会のスケールをみるというお話があったが、本実習を通じて、どの医療機関でどの診療科の医師になろうとも、その地域の医療や保健・福祉のシステムがどのような関係者によって支えられているのかを理解し、自分や所属する医療機関がどのように貢献すべきかという視点を持つことの重要性を実感した。

地域医療は、地域における病院や診療所、介護事業所、市区町村、保健所など保健・医療・福祉に関わる色々な関係者が連携して、住民やその家族を診ていく有機的なありかただと認識した。言葉からすれば必ずしもへき地における医療に限定されず、都市にも当てはまる概念ではあるが、比較的人口規模が小さく関係者の顔が見えやすい場所の方が地域医療を実践しやすい。同時に、人口規模が小さい町村の住民にとっては利用できる医療機関、介護事業所などが数少ないため、効果的な地域医療の実践が課題となる。

“地域”医療という一見当たり前の言葉は、地域医療構想ここ数十年間での都市化、高齢化、人々の孤立化、血縁的・地縁的な中間共同体の解体という日本全体の流れと、一方で医師の偏在や医療の高度先進化といった流れの中で、今の医療が住民に本来提供されるべきものとは異なっているのではないか、医療は本来様々なレベルの医療機関や、上流下流の保健・福祉を担う事業者とも連携して住民が享受すべきものであるという問題意識から見直された言葉でもと思われる。大都市圏で医療を行っている、その地域における医療システムを担う他の事業者はどういったところがあるのか、どのように保健・福祉介護の領域を担う主体と連携しているのかということが見えにくく、おそらくは無関心であっても一人の医師として生活出来てしまう。病院や自治体のレベルだけでなく、医療者一人一人に対して警鐘を鳴らし認識を持たせる意味でも「地域医療」「地域医療の危機」といった言葉が取り沙汰されていると思われる。

地域医療においては医師をはじめ、看護師・介護士といった医療福祉に携わる様々な専門職で人員不足が叫ばれ問題となっており、医師側においては医師の地域的な偏在と診療科的な偏在の問題がある。広島県内では医師数は増加傾向にあるもののその増加分は都市部等に集中し、過疎法指定を受ける県内10市町（世羅町を含む）の過疎地域では10万人あたり医師が200人（県全体では267.1人、令和2年度）と、偏在問題は重大である¹⁾。診療科でも、全国的に産婦人科・外科が少なく、さらに広島県においては小児科や産婦人科等で全国平均を下回っている現状がある²⁾。医師の偏在問題の改善は地域枠の拡充、過疎地域で働く医師への金銭的なインセンティブ、各地域における医師数の最低数・最高数を制限する制度化などが考えられるが、いずれも容易くない。地域枠においては高校3年生の時点で将来への強い制約を課す仕組みとなっている一方で、途中離脱の問題もあるため、若者への機会提供と義務のバランスを取ることが難しい。過疎地域で働く医師への金銭的インセンティブ付与は、実現すれば地域医療の維持に有効だと思われるが、財源確保が課題である。令和3年度の国民医療費45兆円のうち公費が17兆円（38%）、そのうち地方自治体負担が5兆7千億円と全体の12.7%を占めている³⁾。過疎地域の自治体はただでさえ高齢化や人口減少に伴う税収減少に直面しており、十分な予算を確保することが困難である。この問題に対しては、国庫負担分の増額や、地域間での財政調

整制度の見直しなど、過疎地域に負担を押し付けない財政政策が必要となるが、医療費削減が叫ばれる昨今この実現は容易ではない。

各地域における医師数の最低数・最高数を制限する制度について、これは地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会⁴⁾にて、時の厚生労働副大臣へ向けた2020年の提言でも既に言われており、派遣元病院へのインセンティブ付与とも合わせて専攻医募集定員に係るシーリングをより厳格に実施するようにとの意見がある。参考として、ドイツでは需要計画制という制度に基づき、人口や人口密度に応じた地域区分が設定されているとともに、家庭医、外科医、婦人科医等の医師(診療科)グループが定められている。さらに、各地域区分と各医師グループごとに、医師1人当たり住民数が規定されており、計画的な診療所配置を実現するための法的な枠組みが整備されている⁵⁾。中でも家庭医が機能分化した医療機関を統合する役割を持っていることは特徴的である。今回の実習で幅広く患者を診ることのできる総合医的技術の必要性を感じた様に、日本においても比較的人口密度の低い地域において特に家庭医・総合医の需要は高い。日本とドイツでは保険医療制度や病院と診療所機能の分化の状態など条件が異なるためそのまま適用することはできないが、地域や診療科間の医師偏在問題の解決策の一つとして、より厳格な各領域の医師数制限は有効と思われる。

こうした方策を考えたときに、医師個人の自由を優先するか、自由をある程度制限してでも全体の最適化を目指した配置を優先するかのバランスは悩ましい。一医学生としては、各地域各診療科の医師数制限は自由がなくなる感覚もあり微妙な気持ちでもあるが、本実習で改めて実感したように医師はただ自分の狭い範囲の業務を考えるのみでは済まされず、自分や自分の所属する医療機関がどのように地域の医療に貢献すべきかということも含めて考えなければならない公(おおやけ)的な存在でもあることを踏まえると、こうした方策も一定必要だと考える。しかし過激な強制とならないように、本実習のような学生時地域医療実習や、初期研修あるいは専門医研修の際の人口少数地域での臨床経験期間を通じて地域医療システムを学ぶ機会を作り、地域における医師の役割を考え地域を志すような精神的土壌を作っていくことが必要である。

謝辞

この度の地域医療実習におきまして、来嶋院長を初め様々な職種・立場の皆様に多大なるご指導を賜り、心より感謝申し上げます。外来実習や院内外の様々な部署・施設での見学やお話を伺ったことを通して、地域医療のあり様に触れ考えを深める貴重な機会を得ました。皆様のご厚意により、医療の現場を肌で感じ、将来の医療人としての自覚を深めることができました。この経験を糧に、良い医師になるよう一層精進してまいります。

参考資料

1) ふるさとドクターネット広島 県内医師の現況等について

<https://www.dn-hiroshima.jp/www/contents/1574237125659/files/shiryoku5-2.pdf>

2) 広島県 第8次広島県保健医療計画【本編】第5章 保健医療体制を支える人材の確保・育成

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/571265.pdf>

3) 厚生労働省 令和3(2021)年度 国民医療費の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/21/dl/data.pdf>

4) 地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会 医師不足や地域間偏在の根本的な解消に向けた実効性のある施策の実施を求める提言 2020年7月

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000673093.pdf>

5) 健保連海外医療保障 No.93 2012年3月

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryō/201203_No93.pdf